

处理并进行检验。

2 护理干预

①急性咽炎的病人常感觉咽喉部干燥、灼烧感,所以要求室内的环境空气要流通,并要求适当温度、湿度(温度 18℃~22℃、湿度 60%~65%)。②嘱病人注意休息、减少活动、尽量少讲话,至症状完全消失后才可恢复正常活动,以免因疲劳而复发;发病期间进易消化、少油腻流质和半流质的饮食,注意多喝水促进毒素排泄。③雾化过程中指导病人进行有节律的深呼吸,使细小的药物雾化颗粒能充分与炎症部位接触,达到最佳治疗效果;雾化过程中如病人出现咳嗽、咳痰,应将输出量减少或暂停片刻,并予叩背助痰排出。④野菊花注射液为纯中药制剂,必须妥善保存,以免影响药物质量,治疗前必须严格检查药液,观察有无浑浊、沉淀、变色。

3 结果

表 1 两组病人疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	100	56(56.0)	36(36.0)	8(8.0)	92(92.0)
对照组	100	32(32.0)	40(40.0)	28(28.0)	72(72.0)

注:两组总有效率比较, $P < 0.01$ 。

4 讨论

急性咽炎是咽喉部疾病中的一种常见病,其表现为咽部黏膜、黏膜下组织的急性炎症,其常见原因为病毒、细菌感染,常继发于急性鼻炎、急性扁桃体炎之后;受凉、疲劳、烟酒过度及全身抵抗力下降均可诱发本病。中医将急性咽炎归属于风热喉痹范围,多由外感风热之邪侵袭肺卫,结于咽喉部,至淹窍络受阻,脂膜受灼而发病。根据中医理论,急性咽炎属邪炎,在治疗上应以祛邪为主,一般应用疏风清热、解毒消肿、散结利咽等法。现代药理学研究表明^[2],野菊花系菊科植物野菊的头状花序,其性

微寒、味苦,归肺、肝经,具有清热解毒、疏风消肿之功,临床主要用于痈肿、疔毒、普通感冒及流行性感冒等症。另外,野菊花水剂还能明显增强吞噬细胞的吞噬功能,参与免疫调节,其注射液具有良好的解热和抗氧化作用^[3,4],具有保护缺血心肌、抑制血小板聚集等作用。

目前治疗急性咽炎局部用药的常用方法是雾化吸入^[5];因为超声雾化器产生的雾粒直径为 1 μm~5 μm,均匀,有效颗粒密度高,易沉降于呼吸道^[6],能提高病变局部药液浓度,从而能有效地去除咽部炎性反应,帮助慢性咽炎病人减轻疼痛、干燥,同时还有利于病变黏膜的恢复,提高药物的疗效。本研究采用纯中药野菊花行超声雾化治疗急性咽炎,其疗效明显优于传统雾化吸入用药(庆大霉素+地塞米松);另外,采用中药雾化吸入具有疗效高、副反应少、安全性好、用量少等特点,避免使用西药产生过敏反应及毒副作用,如肾毒性、耳毒性等。因此,采用野菊花雾化治疗急性咽炎,简便易行,适用于基层、社区,甚至家庭。

参考文献:

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:19.
- [2] 郭子光,熊曼琪,陈木林,等. 现代中医治疗学[M]. 成都:四川科学技术出版社,1995:720.
- [3] 任爱农,王志刚,卢振初,等. 野菊花抑菌和抗病毒作用实验研究[J]. 药物生物技术,1999,6(4):241-244.
- [4] 李道中,程村贵. 野菊花提取液的药理及临床应用[J]. 药学进展,1999,23(6):344-345.
- [5] 李锦燕,黄建芬,张正霞. 急性阻塞性肺疾病的雾化吸入选择及其护理研究[J]. 实用护理杂志,2002,18(7):3.
- [6] 吴敏. 2种气道给药方法治疗毛细支气管炎的疗效对比研究[J]. 实用护理杂志,2002,18(6):9.

作者简介 高影儿,主管护师,大专,单位:510800,广东省广州市中西医结合医院。

(收稿日期:2013-12-18)

(本文编辑 郭海瑞)

全身麻醉经口气管导管拔除时两种气囊放气方法的临床比较

栾志燕,王功朝,郑晓丽

摘要:[目的]比较全身麻醉苏醒后经口气管导管拔管时两种气囊放气方法对病人的影响。[方法]将 60 例全身麻醉病人随机分为两组,每组 30 例,对照组采用 10 mL 注射器一次将气囊完全放气后边吸痰边拔除气管导管,观察组采用剪刀剪断气囊与气管导管的连接后拔除气管导管,观察并记录两组病人在放气过程中的心率、血压的变化及拔管并发症的发生率。[结果]观察组病人在放气过程中血压、心率的变化明显低于对照组,呛咳、声嘶、咽痛、低氧血症发生率也明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。[结论]剪断气囊与气管导管连接管的放气能减少病人拔管时血流动力学的改变、呛咳等并发症的发生。

关键词:全身麻醉;气管导管;拔管;气囊放气

中图分类号:R473.5 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2014.12.009 文章编号:1674-4748(2014)12-1072-02

全身麻醉手术病人大多采用气管插管建立有效人工气道,术后病人的意识慢慢恢复,肌力也逐渐恢复,当病人能完成指令性动作时为清醒,握手有力时为肌力恢复,此时可给予脱掉呼吸机、气管导管内吸氧观察 20 min~30 min,若血氧饱和度(SpO_2)无变化说明自主呼吸恢复即可拔除气管导管。拔管时

可引起血压剧升、心率加快和心肌耗氧增加等强烈心血管反应^[1]。在拔除气管导管时,通常是将气囊中的气体一次性抽出,此时病人会出现呛咳等痛苦表现,同时伴有心率加快、血压升高。2011 年 10 月以来,我科尝试采用拔管前用剪刀剪断气囊与气管导管的连接管后瞬时拔除气管导管,剪断瞬时气囊仍处

于充气状态,但不会给病人增加不适,同时还可预防口咽分泌物进入肺部,从而减少肺部感染等作用。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 10 月—2012 年 7 月在我院心内科重症监护室(SICU)符合纳入标准的全身麻醉复苏病人 60 例。纳入标准:年龄 50 岁~76 岁,体重 45 kg~76 kg,既往有高血压、冠心病,ASAⅢ级,无呼吸道或口腔疾病;非头颈部手术或口腔手术;经口腔插管,气管导管口径为 7.0 mm 或 7.5 mm;气管导管均采用同一厂家的标准容量低压型气管导管;均一次性插管成功。排除标准:病人术前既往有声嘶、插管困难、意识障碍、沟通障碍以及颈部手术可能会损伤喉返神经者。术后病人进入 SICU,立即连接呼吸机、心电监护等。将 60 例病人随机分成对照组和观察组,每组 30 例,两组病人年龄、性别、体重、插管时间、气管套囊压力比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 拔管方法 当病人完全清醒,呼之能应、握手有力,病人出现自主呼吸,此时给予脱掉呼吸机、气管导管内吸氧观察 20 min~30 min,生命体征及 SpO₂ 无变化;拔管前先吸净气管、口腔内分泌物,松开固定的寸带和胶布。观察组采用的方法是在剪断气囊与气管导管连接管的瞬时,顺着气管导管弧度拔除气管导管,此时气囊仍处于充气状态,气囊受压囊内气体缓慢放气,不会对气管壁施加压力,并且拔管时气囊上方的胃内反流物或气管内分泌物将会随气囊带到口腔,再鼓励病人咳嗽,并清理口腔。而对照组采用的方法是取另一吸痰管放入气管内并越气管导管,一次性放尽气囊气体,边负压吸痰并顺着气管导管弧度边拔除气管导管。

1.2.2 观察指标 观察两组病人在气囊放气时的心率、血压的变化及呛咳的发生率。拔管过程中及拔管后观察病人 SpO₂ 的变化,根据 SpO₂ 是否低于 90% 判断有无低氧血症。拔管后通过与病人交谈了解病人声嘶、咽痛情况。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间采用 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验及 Fisher 确切概率法(理论数小于 0 时),以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 两组病人并发症及呛咳发生率比较

组别	例数	声嘶	咽痛	SpO ₂ <90%	严重呛咳
观察组	30	1	1	0	2
对照组	30	8	9	6	12
χ^2 值		4.71	7.9	4.63	9.3
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组病人放气过程中血压、心率变化比较

组别	例数	收缩压(mmHg)		心率(/min)	
		放气前	拔管时	放气前	拔管时
观察组	30	162.0±19.4	167.0±18.0	76±6.6	83±6.7
对照组	30	157.0±21.9	182.0±23.4	78±7.4	98±8.6
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

本研究所选择的对象是既往有高血压、冠心病的病人,对于这些病人在拔除气管导管时需要更加注意,尽量将刺激降到最低,使病人的循环保持稳定,避免严重的并发症发生。

拔管前注意掌握拔管时机,当病人全身麻醉苏醒后病人的意识恢复,能完成指令性动作;肌力恢复,能做到握手有力;自主呼吸恢复,脱掉呼吸机气管导管内吸氧观察 20 min~30 min,生命体征及 SpO₂ 无变化,病人的咽喉反射、吞咽反射、咳嗽反射均已完全恢复后即可拔管。

气管导管气囊的放气对于已经具备拔管条件的病人也是一种刺激,一次性将气管导管气囊内的气体放尽,其刺激程度不亚于一次气管内插管^[2],病人会出现心血管反应。心血管反应主要是由于交感神经兴奋,血液中儿茶酚胺水平增高,而引起心率增快、心肌收缩力增强和外周血管阻力增大。另外,气囊放气状态边负压吸痰边拔除气管导管,可能由于放气刺激、分泌物反流以及负压吸引而引起呛咳、腹内压增加、心脏做功增加等不良反应。观察组的放气方法使气囊上端的分泌物会随着气囊带出到口腔,不会引起误吸及增加对呼吸道黏膜的损伤,拔管时气囊受压囊内气体受压缓慢放气,对病人不会增加新的刺激,因此呛咳的发生率也明显降低,能减轻病人痛苦,对心率、血压的影响也较小。

对照组边负压吸痰边拔除气管导管,负压在气管内停留时间较长可能会损伤声带及呼吸道黏膜,引起声嘶、咽痛。传统的拔管操作是先将吸引管留置在气管导管前端之外,然后一边吸引一边缓慢拔管,笔者认为此法存在以下不足:边吸边拔反而会使肺泡内氧浓度降低,对防止误吸无效,且可能引起声带损伤、出血和喉痉挛等并发症^[3]。本研究结果显示,在剪断气囊与气管导管连接管的瞬时拔除气管导管可减少拔管后声嘶、咽痛的发生率。

观察组低氧血症的发生率低,可能是拔管前给以一次叹息呼吸以充分扩张可能存在塌陷的肺小叶并维持正压通气,拔管时气管内未负压吸引,不易造成肺不张及吸引性缺氧,而对照组病人由于边拔管边负压吸引,吸引时间较长,可能引起肺泡塌陷造成肺不张及吸引性缺氧。

病人刚刚苏醒意识处于朦胧状态时,用高声亲切的语气刺激病人的听觉,给予安慰和鼓励,耐心向病人解释,解除其精神压力,向病人介绍拔管过程及如何配合,减轻病人不良心理反应,促进医患之间配合从而更加有利于拔管^[4]。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2002:455.
- [2] 伍细芳,李红枚,袁文革. 拔除气管导管时分次放气的临床观察[J]. 当代护士,2009(3):102-103.
- [3] 庄心良,曾因明,陈伯奎. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:924.
- [4] 杨青. 急诊科气管插管病人的拔管护理[J]. 中国中医急症,2009,18(12):2082-2083.

作者简介 栾志燕,主管护师,硕士研究生在读,单位:250021,山东大学附属省立医院;王功朝(通讯作者)、郑晓丽单位:250021,山东大学附属省立医院。

(收稿日期:2013-12-15)

(本文编辑 郭海瑞)