

# 口腔颌面手术中困难气管插管患者的护理配合对策及效果

贺春芳 王 飞

银川市口腔医院 宁夏 银川 750004

**摘要:** **目的:** 分析口腔颌面手术中困难气管插管患者的护理配合对策及效果。**方法:** 2022.1~2023.12院内口腔颌面手术中困难气管插管患者80例,以随机数字表法分两组,对照组常规护理,观察组术中综合护理配合,对比效果。**结果:** 观察组1次插管成功及总成功率均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。术后不同时段进行疼痛程度评估,均以观察组患者分值较低 ( $P < 0.05$ )。干预前,两组焦虑抑郁评分相近,干预后,组内相比均有明显下降,组间相比观察组分值低 ( $P < 0.05$ )。通过安全性评估,以观察组不良事件发生率较低 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 针对口腔颌面手术中困难气管插管患者,术中给予综合护理配合可提高插管成功率,并减轻患者术后疼痛及防控不良事件。

**关键词:** 口腔颌面手术; 困难气管插管; 护理配合

多年来对困难气管插管问题不断研究下,在困难气道管理问题形成原因、紧急处理、护理配合、安全性管理等方面均有所突破<sup>[1]</sup>。目前常用解决措施为麻醉医师具备多种类型困难气道管理技术熟练应用能力、加强手术室针对性护理、护理人员与麻醉师有效配合等<sup>[2]</sup>。本研究主要对手术室护理配合进行分析,通过80例口腔颌面手术中困难气管插管患者对比观察,评价该措施应用

效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

两组基线资料见表1,无统计学意义,具有可比性。**纳入标准:** ①手术中困难气管插管; ②意识清醒; ③知情且同意研究。**排除标准:** ①未涉及困难插管配合治疗者; ②资料缺失。

表1 两组基线资料

组别	例数	性别		年龄范围 (岁)	平均年龄 (岁)	疾病类型		
		男	女			下颌骨骨折	下颌骨肿瘤	小颌骨畸变
观察组	40	23 (57.50)	17 (42.50)	28 ~ 58	45.27±6.32	19 (47.50)	14 (35.00)	7 (17.50)
对照组	40	22 (55.00)	18 (45.00)	29 ~ 57	45.38±5.18	20 (50.00)	13 (32.50)	7 (17.50)
$\chi^2/t$	-	0.051		0.085		0.063		
$P$	-	0.822		0.932		0.969		

### 1.2 方法

**对照组:** 常规护理,进入手术室后为患者介绍环境,依据要求辅助其取正确体位;术中配合麻醉师与手术医师完成相关工作;全程监测体征变化,异常表现立即向麻醉师或意识汇报。

**观察组:** 术中综合护理配合,如下:

(1) 术前准备: ①术前明确困难插管可能性,完善检查,询问既往病史与手术史,掌握病变位置、范围、是否存在张口困难与呼吸困难情况。②针对肿瘤且术前多次放疗患者,检查是否存在咽喉组织广泛粘连情况,若有则纳入重点关注对象,容易导致困难插管。③检查口腔及牙齿情况,确定有无牙齿松动、义齿等,提醒患者术前

取下活动性义齿,观察有无鼻中隔偏曲、鼻息肉、鼻外伤等。④应用Mallampati口咽评分、Wilson危险评分、头后仰角度测量、颈部活动度检查等预测困难插管。

(2) 插管前准备: ①进入手术室后建立静脉通道,配合度较差者视情况于吸入镇静麻醉下静脉穿刺。②检查术中所需吸引装置、麻醉剂、器械、急救用品等是否完备,确保设备处在正常状态。③配合麻醉师准备有创动脉、中心静脉穿刺,监测有创血压与中心静脉压,全程观察患者体征变化。

(3) 鼻盲探气管内插管配合: ①配合麻醉师穿刺表面麻醉,此时患者意识清楚,对肢体适当约束,并全程沟通,提供情绪安抚与心理支持,避免其产生应激反应

或抗拒行为。②充分清洁鼻腔，后滴入麻黄碱鼻液，以盐酸奥布卡因凝胶表面麻醉与润滑。③全程监测体征，面色苍白、呼吸急促、血氧饱和度下降则立即告知麻醉师，情况必要则暂停当前操作，面罩加压给氧，体征稳定后继续。④体征稳定且患者处在安静状态配合麻醉师开展工作，将鼻腔气管导管从一侧鼻孔置入，以棉签气流观察法判断所处部位，若有阻力则适当退后，逆时针旋转，通过鼻腔后旋转并听气流，调节至贴近生命位置。⑤置入导管完成后，胸前按压，配合麻醉师经面部气流确定有无顺利进入气管，连接麻醉剂呼吸回路，呼吸囊在患者呼吸运动下摆动则判断成功，继续监测体征变化。

(4) 光索盲探气管插管装置插管配合：针对多次插管失败患者，应用该方式，麻醉诱导方法同上，光索用液状石蜡润滑，避免插管操作对呼吸道黏膜损伤。以听力判断，若有最强气流声，则配合麻醉师连接电池，放入光索，伸出气管导管顶端后，观察患者颈部可见明亮

光点，以此为标准缓慢调节光索位置，直至光点在颈部正中，继续向下推进，到适宜位置。

### 1.3 观察指标

(1) 观察插管成功率；(2) 以视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛程度，0~10分，分值高则疼痛剧烈；(3) 以焦虑自评表(SAS)、抑郁自评表(SDS)评估干预前后情绪状态，分值高则负性情绪严重；(4) 观察不良事件，如咽喉不适、声嘶、鼻腔出血。

### 1.4 统计学处理

以SPSS 26.0系统进行统计分析，计量资料“ $\bar{x} \pm s$ ”描述，两组比较采用 $t$ 检验；计数资料以“ $n(\%)$ ”表示，采用 $\chi^2$ 检验； $P < 0.05$ 有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 插管成功率

观察组1次插管成功及总成功率均高于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组插管成功率对比( $n, \%$ )

组别	例数	1次	2次	>2次	失败	成功率
观察组	40	26 (65.00)	11 (27.50)	3 (7.50)	0 (0.00)	100.00
对照组	40	19 (47.50)	8 (20.00)	7 (17.50)	6 (15.00)	85.00
$\chi^2$	-					4.505
$P$	-					0.034

### 2.2 疼痛评分

术后不同时段进行疼痛程度评估，均以观察组患者

分值较低( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组疼痛评分对比[ $(\bar{x} \pm s)$ , 分]

组别	例数	术后12h	术后1d	术后3d	术后1周
观察组	40	2.76±0.25	2.26±0.15	1.75±0.25	1.02±0.26
对照组	40	3.35±0.21	2.70±0.25	2.02±0.34	1.65±0.21
$t$	-	11.429	9.545	4.046	11.922
$P$	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

### 2.3 焦虑抑郁评分

干预前，两组焦虑抑郁评分相近，干预后，组内相

比均有明显下降，组间相比观察组分值低( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 两组焦虑抑郁评分对比[ $(\bar{x} \pm s)$ , 分]

组别	例数	SAS评分		SDS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	62.15±3.04	43.15±2.15	53.26±2.18	38.26±2.06
对照组	40	62.34±3.26	46.21±2.07	53.15±2.37	41.35±2.37
$t$	-	0.270	6.484	0.216	6.224
$P$	-	0.788	<0.001	0.830	<0.001

### 2.4 不良事件

通过安全性评估，以观察组不良事件发生率较低( $P$

<0.05)。见表5。

表5 两组不良事件对比 (n, %)

组别	例数	咽喉不适	声嘶	鼻腔出血	总发生率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组	40	4 (10.00)	2 (5.00)	2 (5.00)	8 (20.00)
$\chi^2$	-				4.114
P	-				0.043

### 3 讨论

口腔颌面手术中, 气管插管为关键环节, 能够为手术顺利进行、患者安全提供保障<sup>[3]</sup>。但部分患者存在困难气管插管情况, 若管理不当可引发严重不良事件, 从而影响手术治疗, 甚至危及患者生命安全<sup>[4]</sup>。本次提出在术中加强综合护理干预, 与麻醉师、手术医师配合, 为插管及手术顺利进行提供支持。

依据本研究结果: 首先, 综合护理配合可提高插管成功率。困难插管常见原因如颈短且粗、下颌后缩、活动受限头部无法后仰等, 护理工作中需重视术前评估, 针对存在以上情况患者重点管理, 依据实际情况作出术中调节<sup>[5]</sup>。插管前做好充足准备, 并全程监测患者体征变化, 为麻醉师提供参考, 同时辅助麻醉师完成插管操作, 提高插管成功率<sup>[6]</sup>。针对多次插管失败患者, 及时更换光索盲探气管插管装置, 观察患者颈部光点位置, 为插管操作及导管位置调整提供依据, 确保操作顺利<sup>[7]</sup>。

其次, 综合护理配合可减轻疼痛与缓解负性情绪。干预前, 了解插管与手术流程及潜在风险, 导致患者出现紧张焦虑、抑郁等情绪, 综合护理配合中, 麻醉前应用心理护理措施, 对患者给予安抚并提供心理支持, 从而减轻心理负担, 调节负性情绪。此外, 通过术中配合可提高插管操作精准度, 减少插管次数, 有助于减轻创伤, 从而降低术后疼痛程度<sup>[8]</sup>。

最后, 综合护理配合可提高安全性。术后少数患者咽喉不适、声嘶、鼻腔出血, 与插管及术中损伤咽喉或

鼻腔黏膜相关, 极大增加术后痛苦。经术中综合护理配合减少操作失败或误差, 插管前充分润滑减轻与咽喉黏膜摩擦度, 可防控以上不良事件。

综上所述, 针对口腔颌面手术中困难气管插管患者, 术中给予综合护理配合可提高插管成功率, 并减轻患者术后疼痛及防控不良事件。

### 参考文献

- [1]高琪,林洁.口腔颌面外科手术困难气管插管的护理配合分析[J].中国当代医药,2023,30(26):186-189.
- [2]张亚,李双双,秦潇潇,等.ICU经口气管插管患者口腔护理操作困难现状及影响因素[J].中国医药指南,2022,20(2):83-85.
- [3]韩亚静.口腔颌面外科手术患者接受优质护理后满意度与负性心理情绪改善状况观察[J].黑龙江中医药,2022,51(01):220-222.
- [4]许鑫,夏明,金晨昱,等.经鼻腔气管插管固定器用于口腔颌面外科全麻患者鼻保护的效果评价[J].中国口腔颌面外科杂志,2023,21(5):486-490.
- [5]曹爽,康华,陈洁.纤维支气管镜引导对经鼻腔气管插管患者术后拔管时鼻出血的影响[J].中国口腔颌面外科杂志,2023,21(3):253-257.
- [6]魏喜红.手术期间口腔护理干预对脑外伤气管插管全身麻醉病人肺部感染的影响[J].科技与健康,2022,1(6):105-107.
- [7]赵敏,李琦,黄晓琼,等.口腔护理对经口气管插管患者呼吸道病原体与口腔生物膜之间影响的研究进展[J].中国医药指南,2023,21(26):53-55.
- [8]陈京奇,蔡珺,关健强,等.可视喉罩与可视喉镜用于困难气管插管的比较[J].临床麻醉学杂志,2023,39(6):605-609.