

无痛内镜下微创治疗肠道息肉的护理体会

何新英

(芜湖市中医医院 内镜中心 安徽 芜湖 241000)

【摘要】目的: 总结无痛内镜下微创治疗肠道息肉的护理体会。方法: 对无痛内镜下 209 例微创治疗给予术前充分合理的评估及术后精心的护理。结果: 组织学完全治愈率 98% , 无 1 例穿孔, 术后少量出血 7 例, 术后延迟出血 5 例, 均内科保守治疗后出血停止。术后黏膜愈合率 100%。无护理并发症发生。结论: 无痛内镜下肠道息肉的微创治疗比传统开腹手术治疗更加简便, 创伤性小, 且静脉麻醉大大减少了病人的诊疗痛苦, 术前充分合理的评估及术后精心的护理, 大大减少了手术的风险及术后并发症的发生, 效果更佳。

【关键词】无痛肠镜; 肠息肉; 早癌; 微创; 护理; 并发症

【中图分类号】R 473. 73 **【文献标识码】**A

【DOI】10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2015. 03. 033

肠道息肉病是一种多发又常见的疾病, 有潜在癌变可能, 早发现早诊断特别是早治疗尤为重要^[1]。近年随着内镜下诊疗技术的飞跃发展, 临床肠镜检查经常发现直肠及结肠息肉病人, 无痛内镜下的微创治疗使病人创伤小, 内镜下及早治疗及明确诊断可以减少肠癌的发生率。内镜下微创治疗因其疗效好、创伤小、术后并发症少等诸多优点逐渐代替传统开腹手术^[2]。我院 2009 年 4 月 ~ 2014 年 2 月已开展内镜下息肉微创治疗, 取得了良好的疗效, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料

回顾性分析 209 例结肠及直肠息肉病人, 男 121 例, 女 88 例, 最大年龄 85 岁, 息肉单发 55 例, 多发 154 例。单纯性直肠息肉 57 例, 直肠及结肠多发性息肉 143 例, 家族性息肉病 9 例。病理提示腺瘤性息肉 123 例, 炎性增生性息肉 54 例, 中低级别上皮内瘤变 28 例, 有早癌病变 4 例。

2 方法

2.1 术前准备 ①饮食及肠道准备: 术前 3 d 进易消化的半流食物, 尽量避免纤维多的食物; 检查前 1 d 进流质饮食, 术前禁食 8 h 禁水 4 h, 检查当日禁食^[3]。于检查前 4 h 口服硫酸镁 25 ~ 30 g, 接着饮水 1 000 ~ 1 500 mL, 服药 30 min 后腹泻, 由于硫酸镁口感差, 本组 6 例病人不能耐受, 给予可服聚乙二醇(PEG) 电解质溶液, 它是粉剂, 检查前溶于 1 500

mL 水中, 混匀后 1 h 内喝完, 3 ~ 4 h 后即可进行诊疗^[2]。②心理护理: 消除病人恐惧心理, 讲解微创治疗的优越性及安全性。③了解病史及药物过敏史, 查看各项检查结果(心电图、血常规、血生化、电解质、出凝血时间)^[3]。④术前谈话并签肠镜及麻醉知情同意书, 1 周前停用阿司匹林药物。

2.2 仪器及器械准备 内镜主机, PENTAX 肠镜、ERBE 高频电刀、心电监护仪、APC 喷管、透明帽、注射针、圈套器、IT 刀、HOOK 刀、尼龙绳、止血夹。病理标本存放容器^[4]。

2.3 药物准备 止血药: 0. 9% NS 100 mL + 去甲肾上腺素 3 支的混合液, 黏膜下注射药: 0. 9% NS 250 mL + 盐酸肾上腺素 2 mL + 靛胭脂 1 mL 的混合液。麻醉药芬太尼, 丙泊酚, 阿托品 0. 5 mg 以及麻黄素 30 mg。

2.4 微创治疗

2.4.1 麻醉护理

2.4.1.1 术前及术中麻醉护理 术前告知病人及家属无痛内镜的优点: 整个过程既舒适平静又无疼痛, 不但减少传统内镜检查的并发症, 而且肠镜诊疗时肠痉挛减轻, 缩短诊疗时间^[5]。最大限度地减少病人诊疗时的痛苦。护士术前开通患者静脉通道, 帮助病人摆好体位, 连接好心电监护仪及 O₂, 保持气道通畅, 麻醉师按芬太尼 1 μg/kg 及丙泊酚 1. 5 ~ 2 mg/kg, 静脉缓慢推注诱导, 呼喊病人直至听力消失^[6]。操作者及助手可轻柔插入电子肠镜, 操作检查时, 随时注视监护仪上的血氧饱和度、心率及呼

收稿日期: 2014-10-13

作者简介: 何新英(1971-), 女, 主管护师 (电话) 13605597189 (电子信箱) zyyneijingzhongxin@126. com.

吸,如进镜牵拉时病人有不适反应,麻醉师可酌情加量,丙泊酚缓慢静推,追加量为0.5~1 mg/kg,如心率<50次/min,需追加阿托品0.5 mg,麻黄素5~10 mg,直至生命体征平稳。

2.4.1.2 术后麻醉护理 诊疗结束后,推病人至苏醒间,接上心电监护仪及O₂,并盖好被子保暖。且不断呼喊患者姓名促进病人苏醒,通过询问患者问题,了解神智是否清醒^[5]。严密观察生命体征,如完全清醒且生命体征平稳,拔掉O₂及监护仪,由家属及医护人员陪同护送回病房,和病房医护人员做好交接。告知家属注意安全防护,2 h内禁食,6 h内有人陪同,避免从事精细操作如开车^[6]。

2.4.2 术中配合 肠镜插至息肉部位,术者可根据息肉大小、形态及异形程度选择合适的微创治疗方法^[2]。①如息肉呈丘状大量多发,首选氩气刀电灼,护士将界面调至APC2模式,电凝为50 W,氩气流量为2.1~2.3 L/min,先冲洗好喷管使喷管内充满氩气,喷管插入活检孔用APC分次电灼。②如息肉细长蒂表面呈分叶状改变,直径>0.6 cm并且<2.5 cm,行高频电切除术,护士术前备好圈套器及止血夹,术中护士配合医生用圈套器套住息肉蒂部行高频电切后,接着护士上好金属夹,熟练配合术者用金属夹夹闭创面,防止术后出血。③广基或隆起无蒂表面呈颗粒状的巨大息肉,且病理提示腺瘤性息肉,需内镜下行EMR手术^[3]。手术护士先上好透明帽,抽取美兰+生理盐水含盐酸肾上腺素的混合液备用,协助医生用奥林巴斯一次性注射针在病灶边缘行黏膜下注射,待抬举隆起明显,护士将ERBE电刀界面调至内镜模式,效果3切割宽度1切割间隔4,再配合医生用COOK圈套器套住息肉分次高频电切除息肉,最后备好金属夹多枚准确对缝创面。回收息肉送病理。④蒂部粗,滋养血管丰富,为了手术的安全,护士配合操作者可先用尼龙绳套住基底部逐渐收紧,直至息肉表面色泽变成紫红色,护士再用圈套器在尼龙绳上方圈套电切除息肉,创面如有少许渗血,护士可用生理盐水+去甲肾上腺素冲洗创面,接着配合术者用金属夹封闭创面,如无出血,回收标本送病理。⑤对于病理提示早癌及表面平坦的黏膜下隆起病变可行内镜黏膜下剥离术(ESD术)^[7]。ESD术手术复杂难度高,护士术前器械准备一定要齐全,器械有注射针、黏膜下切开刀(HOOK刀、IT刀)、APC喷管、热钳、止血夹;接着备好含靛胭脂及肾上腺素的生理盐水;选技术熟练的护士在术中完美配合内镜医生行内镜下黏膜下剥离术,术中病灶剥离好以后,护士配合医生用热钳电凝

创面出血点;最后标本吸入透明帽内,用大头针固定好标本送病理。

2.5 术后护理

2.5.1 病情观察 密切观察患者是否有并发症,询问患者有无持续性腹胀腹痛,观察排便的次数、量及颜色,如腹胀及腹痛明显,嘱病人抬高臀部促进排气,如不能缓解,进行镜下吸气,吸气后病人腹胀腹痛再无缓解,可考虑是否术后穿孔,如果有血便,且颜色新鲜,即刻通知医生处理。

2.5.2 饮食护理 禁食6 h,术后3 d可进流质或半流质,忌吃粗纤维及肉类,1周内禁饮酒及其他刺激的食物及饮料^[3]。

2.5.3 健康教育 遵医嘱需卧床休息2~3 d,2周内避免过度体力活动,治疗当日不可泡热水澡。给予补液抗生素治疗。

2.5.4 出院指导 微创术后告知患者随访及复查时间。ESD术后肠镜复查时间为1个月、2个月及6个月^[3]。

3 结果

209例病人中,173例病人一次性完全切除所有肠道息肉,且1月后复查肠镜未见息肉,36例多发性息肉病人,为了诊疗的安全,分两次进行微创治疗。15例病人术中出现少量渗血,予以含去甲肾上腺素的冰生理盐水冲洗后,再用氩气电凝止血,效果良好,4例EMR术后1 d及3例粗蒂巨大息肉病人在术后3 d出现出血现象,立即在内镜下进行止血,找出出血点,用金属夹夹闭创面,出血停止。所有微创治疗病人术后3月必须行肠镜复查。ESD手术有2例病理提示病灶已侵犯黏膜下层,立即建议病人行外科手术治疗^[7],见表1。

表1 手术类别及手术成功率

手术类别	例数	术后出血	穿孔	外科手术	成功率(%)
APC	59	1	0	0	98
圈套	51	3	0	0	94
EMR	95	4	0	0	96
ESD	4	0	0	0	100

4 讨论

无痛内镜下微创治疗是一项安全有效且创伤小的新技术,大大减轻了病人肠镜诊疗时的痛苦,提高了病人的耐受性和内镜医生的诊疗效果,使病人不再恐惧肠镜检查,术中诊疗护士及内镜医生的完美配合直接影响到病人微创手术的治疗效果及术后并发症的发生率,且内镜下微创治疗具有诊断及治疗双重意义,术后护士的精心护理可有效减轻病人的

疼痛感,且温暖的语言得到病人积极的配合,减少了并发症的发生,促进病人及早康复。

如今,肠道息肉微创治疗的病例越来越多,为了提高手术的疗效,内镜护士术前的准备,术中的配合以及术后的护理尤为重要。术前病人的肠道准备优劣直接影响到诊疗的效果及并发症的发生。肠道准备的清洁程度可分为甲乙丙丁4级。肠道清洁低于乙级者最好重新肠道准备,且择期手术。术前诊疗护士一定要熟悉各种诊疗仪器及治疗附件的功能,并且根据微创术式详细准备所有器械及止血药物,并认真检查仪器及附件是否完好。术中诊疗护士对于手术步骤一定要熟悉,附件使用要熟练,与内镜医生配合要默契,ESD手术是复杂且操作难度和风险极高的手术,所以要选操作经验丰富技巧高的内镜护士当助手^[8]。微创治疗顺利结束后,术后的精心护理非常重要,术后密切观察患者是否有并发症,重视饮食护理。所以内镜下的微创治疗是一项新的技术,且是未来医学发展的趋势,这项医学技术不但让病人避免开腹手术的创伤及痛苦,且在经济上让病人得到实惠,从而减轻病人的经济负担,给患者带来

福音。

【参考文献】

[1] 刘靖正,周平红,姚礼庆,等. 消化道巨大息肉内镜治疗 752 例[J]. 中华消化内镜杂志 ERBE 消化内镜产品专刊, 2013, 10(2): 105-108.

[2] 蔡文智,姜泊,徐萍,等. 内镜下消化病微创治疗护理学[M]. 北京:人民军医出版社, 2008: 224-248.

[3] 王萍,姚礼庆,周平红,等. 现代内镜护理学[M]. 上海:复旦大学出版社, 2009: 157-189.

[4] 周平红,姚礼庆,金震东,等. 消化内镜切除术[M]. 上海:复旦大学出版社, 2012: 369-389.

[5] 王萍,姚礼庆,周平红,等. 现代内镜护理学[M]. 上海:复旦大学出版社, 2009: 105-109.

[6] 王志勇,丁建平,李国熊,等. 消化系统疾病内镜诊治[M]. 北京:人民军医出版社, 2012: 11-19.

[7] 徐美东,周平红,王小云,等. 内镜黏膜下剥离术治疗不同亚型结直肠侧向发育型肿瘤的临床与病理研究[J]. 中华消化内镜杂志 ERBE 消化内镜产品专刊, 2013, 10(2): 65-71.

[8] 侯晓佳,李兆申,施新岗,等. 内镜黏膜下剥离术的疗效及出血危险因素分析[J]. 中华消化内镜杂志 ERBE 消化内镜产品专刊, 2012, 10(3): 72-76.

• 短篇报道 • 文章编号: 1002-0217(2015)03-0306-02

带状疱疹继发贝尔麻痹 2 例报道

陈云

(太和县人民医院 神经内科,安徽 太和 236600)

【关键词】水痘-带状疱疹;感染;再活化;贝尔麻痹

【中图分类号】R 752.12 【文献标识码】A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.03.034

水痘-带状疱疹是临床常见的病毒感染性疾病之一,是人体感染水痘-带状疱疹病毒所致。疱疹病毒具有嗜神经特性,常潜伏在周围神经节中,在诱发因素等作用下,病毒从潜伏的神经节中释放出来,导致神经损害。贝尔麻痹,也称特发性面神经麻痹,是临床上最常见面神经疾病,其病因及发病机制目前仍未完全阐明。实验室已经证实,病毒感染与其关系密切,尤其单纯疱疹病毒和水痘-带状疱疹病毒^[1]。而临床上,对于两者之间的关系,目前缺乏大样本的临床资料和荟萃分析。本文通过回顾分析

两例头颈面部带状疱疹感染后继发贝尔麻痹的临床资料,结合复习已发表的相关文献,对水痘-带状疱疹病毒感染后继发贝尔麻痹的易感因素、临床特点、治疗转归等作一初步探讨。

1 临床资料

病例 1: 74 岁男性,平素体健,因“左侧头顶枕部皮肤烧灼痛 5 d,疱疹 4 d”入院,患者左侧顶枕部皮肤沿枕大神经分布处出现簇状疱疹,疱液清亮,入院后诊断为水痘-带状疱疹感染,予以静脉滴注阿昔洛韦 10 d。入院后 2 周患者左侧顶枕部皮肤疱疹已经结痂(图 1),但患者于当天早晨出现左侧额纹变浅,左侧眼睑闭合不全,口角右偏,左侧咀嚼无力,当时考虑 Ramsay-Hunt 综合征,但患者无耳痛,无耳部疱疹,无前庭系统症状,故诊断为贝尔麻痹。予以激素治疗 2 周后出院,2 月后随访遗留轻微面瘫。



图 1 头顶部疱疹已经结痂

图 2 右侧颈枕面部胸前簇状分布疱疹,部分结痂

病例 2: 63 岁男性,平素体健。因“右侧颈部、面部疼痛伴水疱 5 d”入院,患者右侧颈枕面部、胸

收稿日期: 2014-11-10

作者简介: 陈云(1979-),男,主治医师,(电话)13965716998,(电子邮箱)pannychy@sina.com.