

# 无痛肠镜在小儿结肠息肉高频电凝电切术的护理

韦素雨

(右江民族医学院附属医院消化内科二病区,广西 百色 533000)

E-mail: wesyusu@sina.com)

**关键词:** 结肠镜检查;结肠息肉;高频电凝电切术;护理

**中图分类号:** R473.6

**文献标识码:** C

**文章编号:** 1001-5817(2014)01-0149-02

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.089

结肠镜检查是一种强烈刺激的侵入性操作,可引起患者明显的应激反应,无痛肠镜是在常规结肠镜检查中应用适量剂量的短效麻醉镇静剂,以减轻患者在检查中的痛苦,提高检查配合度<sup>[1]</sup>。小儿是一特殊群体,对医疗性操作存在较大的恐惧心理,对肠镜检查的耐受性和依从性差,常无法进行检查或检查中断,从而延误疾病的诊断和诊疗,导致病情加重。为提高小儿肠镜检查的临床运用,2010年1月~2013年6月我院在无痛肠镜下对小儿进行肠息肉高频电凝电切术,取得良好的效果,现将护理措施报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组35例,其中男21例,女14例;年龄4~12岁,平均(7.5±2.5)岁;35例患儿均因便血而就诊入院,其中结肠息肉10例,直肠息肉25例。

1.2 手术方法<sup>[2]</sup> 由麻醉师根据患儿体重按1 μg/kg 静脉推注芬太尼,再按1~2 mg/kg 缓慢推注异丙酚,待患儿进入睡眠状态,观察其吞咽动作和睫毛反射消失后开始操作,麻醉师全程参与手术,期间若患儿出现肢体反射性动作可追加0.5~1 mg/kg 异丙酚。首先结肠镜进腔找到息肉后,调节旋钮使息肉充分暴露在手术视野中,圈套器套住息肉蒂部,缓慢收缩圈套、回拉、上提,使圈套器尽量远离肠壁,用20~30 W电凝息肉组织致其发白,然后采用30~40 W电切刀进行电切,每次2~5 s致息肉脱落。<0.5 cm以下的细蒂或半球状息肉采用活钳钳除,0.5~1.0 cm无蒂或亚蒂息肉采用高频电灼除法,>1.0 cm的有蒂息肉采用高频电圈套切除法。

1.3 结果 所有患儿给药(40.0±5.5)s 麻醉起效,手术结束至唤醒平均时间(2.0±0.5) min;手术用时25~35 min,均顺利完成息肉切除术,无出血、穿孔等并发症。

## 2 护理措施

2.1 心理护理 恐惧、哭闹、不合作是患儿进行医疗操作时常见的心理情绪反应,家属对患儿的心痛、焦虑、对检查治疗的担忧等都可影响肠镜手术的顺利进行和术后的治疗和护理。手术前责任护士认真评估患儿及家属的心理状态,通过安抚、激励、奖励等措施做好患儿的心理疏导工作,详细向家属讲解息肉切除治疗的必要性,无痛肠镜的优点和安全性、治疗原理、方法等相关知识,向患儿家属介绍我科的技术水平、已治愈的病例数,条件许可时让已治愈的患儿及其家属现身说教,以消除患儿家属的思想顾虑,缓解患儿及家属的紧张、恐惧和焦虑心理,鼓励患儿积极配合治疗护理。手术结束后向患儿家属讲解手术过程、患儿状况、术后注意事项、护理要点等知识,通过增加家属对术后知识的认知,减轻其紧张心理;患儿清醒后及时给予鼓励和奖励,使其保持积极、愉悦的心情配合术后的康复治疗 and 护理工作。

2.2 术前准备 ①患儿准备:术前进行心电图、血生化、凝血酶原时间、肝肾功能等常规检查,乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病等传染性疾病预防,如为阳性患儿使用专用肠镜。详细询问患儿病史,有无药物过敏、支气管哮喘、肠梗阻、严重心肝肾疾病、严重贫血等手术禁忌证。术前2~3 d嘱患儿进食少渣半流质饮食,术前1 d进食无渣流质,嘱患儿术日晨禁食6 h、禁饮4 h。术前肠道准备根据患儿情况给予口服缓泻剂或清洁灌肠,本组

患儿术前1 d给予番泻叶泡水服用,若患儿服药后排便次数少于3次,术前晚应进行清洁灌肠,术日晨再次灌肠1次至患儿排出清水样便为最佳,肠道清洁程度以全结肠仅有少量清澈液体或无粪渣,对进境、观察和治疗无影响为标准<sup>[3]</sup>。②器械物品准备:奥林巴斯电子结肠镜 GIF-XQ260、PSD-20型高频电发生器、活钳钳、圈套器、圈套电凝电极、吸痰器、心电监护仪、急救药品和物品、麻醉药剂等。

2.3 术中配合 术前连接好各仪器设备电源和各连接导线,检查并保持性能良好,选择适合的工作模式和参数,使各仪器处于待机工作状态,电极板粘附于患儿臀部。为患儿建立静脉输液通路,给氧,心电监护监测脉搏、呼吸、血压、心率、血氧饱和度变化。静脉推注麻醉药后将患儿取左侧卧位、屈膝,至患儿吞咽动作和睫毛反射消失后协助医生插镜检查,查找息肉所在部位,协助医生进行息肉切除。术中严密观察手术进程,及时根据手术需要更换患儿体位,根据息肉性质帮助手术医生选择合适的附件,及时补充术中所需的器械、物品和药品,注意观察患儿病情变化,及时发现异常,报告医生进行处理。

## 2.4 术后护理

2.4.1 病情观察 患儿手术结束后送复苏室监护,取平卧头偏向一侧,持续低流量氧气吸入,注意观察神志、意识状态,随时进行唤醒实验,即轻拍患儿指令其做睁眼动作,持续动态监测血压、脉搏、呼吸、心率、血氧饱和度至患儿完全清醒,回答问题正确,生命体征平稳后送回病房休息。

2.4.2 常规护理 术后卧床休息6 h,6 h后可下床床边行走等轻微活动,注意勿活动过度,术后1周内禁跑步等剧烈运动,避免各种刺激引起患儿大声哭闹等激动情绪。术后禁食禁饮6~12 h后可进食流食,3 d内进食少渣半流食,3 d后可进食软食,避免粗纤维、辛辣、油炸等刺激性及易胀气食物。

2.4.3 并发症的观察及护理 出血、肠穿孔是内镜下结肠息肉切除术的常见并发症。①肠穿孔:穿孔的原因与术中切除息肉蒂部时电凝过度、过深,造成息肉蒂部残端急性炎性反应所致。由于小儿语言表达能力差,责任护士术后应严密观察患儿腹部体征状况,有无腹痛、腹胀,突发剧烈腹痛或腹痛进行性加重,腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜刺激征,如有上述症状且患儿面色苍白、呼吸浅促、伴恶心、呕吐等应考虑有肠穿孔的可能,立即报告医生进行处理。本组无一例患者出现肠穿孔。②出血:出血与术中电凝不充分,电凝过度使创面过大、过深、焦痂脱落后出血,电凝正面处于较大血管处,未通电流进行机械切割,多发密集息肉一次全部切除后相邻切除面间正常组织过少而出血,息肉切除后患者饮食、活动量控制不理想等诸多因素有关<sup>[4]</sup>。术后监测患儿心率、血压等生命体征至平稳,观察腹部体征,有无血便、黑便等情况,若患儿出现腹痛、便血提示有可能出现肠出血,应及时报告医生,遵医嘱给予止血、补液、输血等处理。加强患儿及其家属的知识宣教,提高其对相关知识的认知,提高遵医依从性,嘱多饮水,多进食蜂蜜、香蕉等食物,保持大便通畅,防止便秘,嘱患儿勿用力排便以防止腹腔内压力升高,引起创面焦痂脱落或受干硬结便摩擦脱落致出血<sup>[5]</sup>。本组患儿术中无出血,术后少许便血无需特殊处理自行好转。

## 3 讨论

镇静状态下实施无痛肠镜检查和治疗不但能减轻患者的痛苦,避免因患者不能耐受镜管刺激中断治疗,还能使患者完全依从、顺利完成检查和治疗,有助于医生详细观察和专心治疗,降低了漏诊和误诊的发生,为患者提供更安全有效的治疗措施<sup>[6]</sup>。无痛肠镜在小儿结肠息肉高频电凝电切是一种微创技术,具有简单、安全、准确等优点,目前已成为小儿结肠息肉的主要治疗手段。无痛肠镜治疗小儿结肠息肉护理上要求护理人员术前熟悉患儿的病情,做好肠道的准备工作,确保肠腔干净使手术能顺利进行,熟练掌握结肠镜的操作步骤,熟悉回盲部、脾曲、肝曲等的解剖学特征,保证术中与医生的默契配合,预防操作不慎引起肠穿孔的发生,术中严密观察患儿病情变化,监测各项生理指标,术后做好饮食、活动等知识宣教,同时做好患儿及家属术前、术后的心理护理,以提高患儿术前后的遵医依从性和治疗效果,严防术后并发症的发生。

## 参考文献:

- [1] 章建芳,章云芳.无痛结肠镜检后患者心理状态调查及应用心理疏导的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(32):93-94.
- [2] 覃月秋,黄赞松,周喜汉,等.无痛肠镜在小儿结肠息肉高频电凝、电切术中的应用研究[J].右江民族医学院学报,2010,32(2):206-207.
- [3] 余蓉.护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查并发症预防中的应用[J].国际护理学杂志,2012,31(9):1632-1634.
- [4] 毛红英.52例小儿无痛电子肠镜检查及治疗的护理体会[J].现代中西医结合杂志,2013,22(6):667-668.
- [5] 张家凤,田爱霞.无痛电子结肠镜下息肉切除术并发症的观察与护理[J].当代护士,2012,5(中旬刊):18-20.
- [6] 代小娟,范里莉.无痛胃肠镜诊疗术的麻醉护理配合[J].护理研究,2010,24(7):1941.

收稿日期:2013-09-29;修回日期:2013-11-04

## 脑卒中吞咽障碍患者采用延伸护理干预对吞咽功能的影响观察

杨启英

(广西防城港市上思县人民医院,广西 上思 535599)

**摘要:**目的 观察延伸护理干预对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响。方法 选择我院2011年5月~2013年5月86例脑卒中吞咽障碍患者采用数字表随机法分为两组,对照组43例患者住院期间常规护理,常规出院指导,观察组43例患者在对照组基础上将护理干预延伸至院外,进行不间断的连续护理干预,观察两组患者入院时、出院时、出院后3个月、6个月吞咽功能,同时记录两组患者并发症。结果 出院后3个月、6个月观察组患者吞咽功能评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组总有效率为90.70%;对照组总有效率为62.79%,观察组护理效果明显好于对照组( $P < 0.05$ )。观察组误吸、呛咳、吸入性肺炎发生率均低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 脑卒中吞咽障碍患者出院后缺乏科学系统的康复指导,延伸护理干预弥补了这一缺陷,有效避免了患者居家期间护理的盲目性,对促进其吞咽功能恢复,减少并发症发生具有显著的作用。

**关键词:**脑卒中;吞咽障碍;延伸护理干预;吞咽功能

**中图分类号:** R473 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0150-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.090

吞咽障碍是指食物或液体进入口腔后,在吞下过程中发生障碍而不能顺利进入胃内,而出现哽噎、呛咳。是脑血管疾病患者最常见的并发症之一<sup>[1]</sup>。吞咽障碍不仅影响到患者正常的营养摄入,导致营养不良、脱水等,同时在吞咽过程中固体或液体食物进入肺部,还可引起吸入性肺炎、窒息等并发症,严重影响了患者的健康与生存质量,也是导致脑卒中患者死亡的重要原因<sup>[2]</sup>。近年来,随着医疗模式的转变,在治疗与护理中更注重以人为本和后续的康复,对脑卒中吞咽障碍的研究也取得了初步的进展,在患者住院期间普遍开展了吞咽功能的评估与康复护理,使患者的吞咽功能得到了改善<sup>[3]</sup>。但笔者在临床护理中注意到大多数脑卒中患者仅在急性期一过就出院,而回归家庭后由于得不到科学、系统的护理指导,家庭成员对于脑卒中吞咽障碍患者的护理往往具有一定的盲目性,以致于发生与吞咽功能障碍相关的并发症甚至引发肺部感染<sup>[4]</sup>。为此,本研究经过科学设计,制定出脑卒中吞咽障碍患者延伸护理干预计划并得到医院批准,对观察组43例患者出院后进行不间断延伸护理干预,有效地促进了患者吞咽功能的恢复,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2011年5月~2013年5月86例脑卒中吞咽障碍患者采用数字表随机法分为两组,对照组43例患者住院期间常规康复护理,出院指导,其中男27例,女16例,年龄46~71岁,平均年龄(59.5±12.5)岁;观察组43例患者在对照

组基础上将护理干预延伸至患者居家期间6个月,其中男26例,女17例,年龄45~72岁,平均年龄(59.9±11.1)岁;两组患者在年龄、性别、原发疾病、基础疾病、吞咽功能分级、文化程度等方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.2 纳入及排除标准 本研究方案经本科室主任批准,所有入选患者均经家属知情同意。同时符合以下条件:①根据全国第四届脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准<sup>[5]</sup>,所有患者均经头颅CT或MR确诊为脑梗死或脑出血;②采用日本洼田饮水试验,对吞咽功能进行评估,≥Ⅲ级以上的患者;③患者生命体征平稳,意识清楚;同时排除合并其他神经系统疾病患者,合并脑外伤患者,理解力低下及严重听力障碍患者。

### 1.3 护理方法

1.3.1 对照组护理方法 本组43例患者均接受常规护理与专科护理,包括心理护理、健康教育、饮食护理、进食体位,并根据饮水试验结果进行针对性的吞咽训练,出院时发放脑卒中患者健康知识手册,叮嘱患者继续吞咽功能及其它功能的康复训练并留下联系电话,每3个月进行一次随访,对吞咽功能恢复情况进行评价。

1.3.2 观察组护理方法 本组43例患者在对照组基础上进行延伸护理干预。

1.3.2.1 在患者出院时根据患者各种有效资源制定个性化的干预计划,在院期间由责任护士对患者及家属进行吞咽功能培