

伤,只是由于皮肤与床单长期接触,或自身尿粪污染都可使感染急速播散和加重。另外暖箱内的高温高湿状态,医护人员的手、气管插管、监护装置、胶布等,都是诱发感染的危险因素,所以护理患儿时除严格执行消毒隔离原则和加强基础护理外,还应做到以下几点:(1)暖箱每周消毒,病室每日紫外线消毒 60 min,集中操作;(2)专人护理;(3)操作前洗手消毒;(4)体温计、血压计袖带、听诊器做到个别专用;(5)非损伤性管理,给予有效的静脉置管,减少频繁穿刺造成皮肤损伤与感染,监护时敷贴应尽可能小范围,血氧饱和度探头应每隔 2~3 h 更换部位 1 次,防止灼伤皮肤;(6)定期更换呼吸机管道,必要时预防性给予抗菌药物治疗。

3.7 静脉管理 治疗 NRDS 大多数都需要静脉营养治疗,在进行中心静脉置管术(PICC)穿刺时,要严格无菌操作,掌握好禁忌证和适应证,密切观察穿刺侧肢血运情况,做好 PICC 维护,防止导管堵塞或导管滑脱。

3.8 保持 NIPPV 压力 有效的压力是治疗成功的关键,首先,尽量使患儿安静,以保持气道密闭,保证 NIPPV 压力,必要时可使用镇静剂。其次,应使管道密闭连接并固定,如有漏气会造成压力不稳。对于未带鼻夹的鼻塞可使用弹力绷带将环路管道紧贴患儿头颅围绕一周固定,同时使用头部固定架固定患儿头部,固定架与患儿头部之间隔棉垫以免损伤患儿头部。

3.9 加温湿化 在使用 NIPPV 的过程中应保持气道内气体温度在 33~35 ℃,相对湿度 60%以上,保护气道黏膜,减少机体氧耗量,注意湿化温度不宜过高,以免损伤呼吸道黏膜。

RDS 是早产儿死亡的主要原因,占新生儿死亡原因的 30%和早产儿死亡原因的 50%~70%^[3]。NIPPV 与 PS 联合应用和精心护理,大大提高了 NRDS 的救治成功率。对于一些病情较重的 RDS 患儿,气管插管后虽然能有效缓解患儿呼

吸,随之带来的并发症也严重威胁患儿的治愈率及预后。本研究结果已表明,PS 联合 NIPPV 能明显改善患儿肺通气、换气功能,降低患儿病死率,治疗 NRDS 临床疗效显著优于单纯应用 NIPPV 治疗。PS 应用后立即使用 NIPPV 比 PS 应用后立即使用机械通气更为安全,并可避免呼吸机相关性肺炎发生,用此种方法通过阻止 RDS 的进展,降低了以后应用呼吸机的频率。

综上所述,在 NRDS 的临床治疗中,PS 联合 NIPPV 治疗是目前最为有效的方法,值得临床推广^[4]。在治疗过程中护士应积极配合医生,用药过程中严格无菌操作、预防感染,保持患儿呼吸道通畅,任何操作都做到小心轻柔,保持 NIPPV 气道压力,静脉管路的维护,密切观察患儿病情变化,最大限度发挥 NIPPV 辅助通气作用,增强 PS 疗效,使以往需要气管插管才能救治的患儿在 NIPPV 辅助通气情况下得到成功救治,进一步提高 NRDS 存活率。

参考文献

[1] 黄志荣. 肺表面活性物质治疗肺透明膜病的临床分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(6):107-109.
 [2] 史源, 李华强. 经鼻间歇正压通气在新生儿机械通气中的应用[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(9):669-670.
 [3] 羔玉惠. 新生儿肺透明膜病 72 例诊疗分析[J]. 实用儿科临床杂志, 2006, 21(20):1436.
 [4] Thomas H. Current Use of nasal continuous positive airway sp mssu min ne on ates[J]. Litter, 2008, 11(7):106-113.

(收稿日期:2013-05-25 修回日期:2013-08-01)

58 例内镜黏膜下挖除术治疗胃肠道间质瘤的护理体会

李平, 王军, 刘海燕, 王晓敏, 兰丽, 曹艳, 沈晓春, 杨莹莹, 陈东风, 兰春慧[△](第三军医大学第三附属医院野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

【摘要】目的 探讨内镜黏膜下挖除术(ESE)治疗胃肠道间质瘤的护理方法。**方法** 58 例患者于术前给予心理护理、术前评估及术前饮食准备;治疗中做好术中护理;术后给予一般护理、饮食护理、出院健康指导。**结果** 第三军医大学第三附属医院内镜中心 58 例患者均顺利完成 ESE 治疗。病变直径 5~30 mm,均一次性完整挖除病变,手术时间(自黏膜下注射开始至完整剥离病变的时间)40~135 min,平均(51.7±14.2) min,术中出血 5 例(8.6%),经氩离子凝固术、电活检凝固术或金属夹闭合创面止血成功,有 7 例术中并发穿孔,穿孔发生率 12.1%(7/58),应用金属夹夹闭缝合穿孔,腹腔穿刺抽气,术后给予胃肠减压、质子泵抑制剂抑酸、抗炎等治疗,均保守治疗成功。58 例患者均无术后出血。ESE 治疗后住院 5~14 d,平均 7.5 d,穿孔患者术后 1 个月胃镜复查见穿孔均闭合,所有患者接受随访 3~26 个月,未见病变残留和复发。**结论** 充分的心理护理及术前准备、术后护理是提高治疗质量、减少并发症、促使患者早日康复的重要环节。

【关键词】 内镜黏膜下挖除术; 胃肠道间质瘤; 护理体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3375-03

胃肠道间质瘤(GIST)是消化道最常见的具有潜在恶性的间叶细胞肿瘤,目前外科手术切除仍为首选治疗方法^[1]。近年来,随着消化内镜诊疗技术的发展和成熟,多种内镜技术被应用于微小 GIST 的诊疗^[2-5]。本院消化内科自 2009 年 9 月起采用内镜黏膜下挖除术(ESE)治疗 GIST,疗效良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院内镜中心 2009 年 10 月至 2012 年

12 月所有行 ESE 治疗的患者,经筛查最终有 58 例患者入选,其中男 23 例,女 35 例,年龄 38~75 岁,平均 52.6 岁,术前均签署知情同意书,对患者详细告知 ESE 治疗的可能风险及出现各种风险后相应防范治疗措施。

1.2 方法及病理检查 58 例患者手术在静脉麻醉或气管插管全身麻醉下进行。术前超声胃镜检查明确病变大小、形态、层次,术中标记、注射、剥离,最后切除病灶。创面止血处理。

[△] 通讯作者, E-mail: tiandaochouqin99@hotmail.com.

切除病灶标本所有组织行苏木素-伊红染色,并行免疫组织化学法测定。依据美国国立卫生研究所原发 GIST 切除后的风险分级(2008 版)^[6]对所有内镜下完整切除瘤体的患者进行风险分级评估。对中、高危 GIST 患者每 3 个月进行一次随访,对低危患者每 6 个月进行 1 次随访,重点观察病灶残留及复发等情况。

1.3 病例选择纳入标准 (1)肿瘤长径小于或等于 3 cm;(2)病变经超声内镜检查提示病变来源于固有肌层,向腔内生长;(3)经 CT 等影像学检查证实病变生长特性,了解病变与比邻器官的关系,排除明显恶性倾向者;(4)年龄大于 18 岁,小于或等于 75 岁;(5)无凝血功能障碍,无严重心肺等重要脏器功能不全;(6)无并发其他部位恶性肿瘤者。

2 结 果

2.1 瘤体大小及分布 瘤体长径约 5~30 mm,平均 14.8 mm;其中 5~10 mm 24 例,>10~20 mm 26 例,>20~30 mm 8 例;肿瘤分布位置:胃底 38 例,胃体 10 例,贲门下 6 例,胃窦 4 例。

2.2 ESE 术中、后情况 58 例患者均一次性完整挖除病变;手术时间(自黏膜下注射开始至完整剥离病变的时间)40~135 min,平均(51.7±14.2)min;术中创面均有少量出血,出血量 5~200 mL,术中出血 5 例(8.6%),经氩离子凝固术、电活检钳凝固术或金属夹闭合创面止血成功;有 7 例术中并发穿孔,穿孔发生率 12.1%(7/58),应用金属夹夹闭缝合穿孔,术后经胃肠减压、质子泵抑制剂抑酸、抗炎等治疗后,无中转开腹手术病例及死亡病例发生;58 例患者均未出现明显的术后出血;术后发生腹痛 25 例(43.1%),以轻度腹痛居多,经抑酸、胃黏膜保护等对症治疗后好转;住院 5~14 d,平均 7.5 d,术后未出现腹腔脓肿、腹膜炎等其他并发症。

2.3 病理结果、术后风险分级及随访情况 术后病理组织学检查示 36 例 GIST 均为梭形细胞型,偶伴纤维化及透明变性。免疫组化示 CD117 阳性率 91.4%(53/58),CD34 阳性率 84.4%(49/58)。Fletcher 分级:极低危险度 46 例,低度危险度 8 例,中度危险度 2 例,高度危险性 0 例。7 例穿孔患者术后 1 个月胃镜复查见穿孔均闭合,所有患者术后随访 3~26 个月,平均 11.8 个月,未发现肿瘤残留及复发。

3 讨 论

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 患者对内镜黏膜下剥离术不了解,容易产生紧张和恐惧心理,因此应根据患者的心理需要、知识水平和承受能力对他们进行病情、手术介绍及相关的心理咨询;鼓励安慰患者,使他们消除紧张恐惧心理。详细了解患者病史。

3.1.2 术前评估 了解是否有操作禁忌证。操作前应与学生或家属签好治疗同意书及疾病知情书。告知术中、后可能出现的并发症,取得患者及家属同意后方可进行治疗,并常规签署手术同意书,以免发生医疗纠纷。

3.1.3 术前准备 (1)术前完善血常规,交叉合血配血型、备血、凝血象、肝肾功能、心电图、胸部 X 线平片等检查;术前 1 天禁止吸烟,以免检查时因咳嗽影响插管;术前 12 h 禁食、水;术前患者至少要空腹 8 h 以上,如当天上午检查,前 1 天晚餐后要禁食,当天不吃早餐。体质虚弱者,禁食后如体力难以支持,术前予以静脉营养,建立静脉通道,术前 30 min 给予肌肉注射山莨菪碱 10 mg,以减轻术中肠道平滑肌痉挛,并观察患者意识状态和言谈,准备好抢救器材和药品。(2)麻醉师评估是否可行全身麻醉后,签署手术同意书,向患者及家属解释 ESE 的目的、并发症、禁忌证,以使患者及家属配合治疗。(3)经过超

声内镜检查,确定病灶仅局限为黏膜下层。(4)为消除患者紧张情绪,减少胃液分泌及胃肠道蠕动,祛除胃内泡沫,使病变更清晰,应遵医嘱给予患者祛泡剂、镇静剂和解痉剂。(5)术中配合所需设备按消毒技术规范进行消毒灭菌。(6)器械和设备的准备:①普通内镜/放大内镜/双腔内镜;②软式透明帽;③注射针;④电极板;⑤电刀包括 IT 刀、钩状刀、三角形刀、针状刀、KD-630L 刀、KD-650R 刀;⑥ FD-410LR、电凝抓钳;⑦钛夹;⑧泡沫板和大头针,用于固定病理标本;⑨ 10 mL 的 0.4% 靛胭脂;⑩黏膜下注射液准备为 10 mL 的 0.4% 靛胭脂、250 mL 甘油果糖,1 mL 的 1:10 000 肾上腺素;■高频电刀。

一次性电极板与患者皮肤要有足够的接触面积,但需防皮肤灼伤。仔细做好手术器械的准备工作,检查各电源连接无误,功率调至适中。取掉患者随身携带的所有金属物品,以免导电误伤。

3.2 术中护理

3.2.1 术中护理配合 护士必须积极配合医生正确固定患者体位,取左侧卧位,两腿屈曲向胸前靠拢;使用固定型牙垫,给予吸氧及心电图监护及血氧饱和度监测。手术在静脉麻醉或气管插管全身麻醉下进行。在全身麻醉时密切观察患者反应及监测生命体征的变化,随时调整患者体位,以利于医生操作,建立静脉通道,以便麻醉意外时抢救。保持呼吸道通畅,及时吸出口腔内分泌物,防止误吸与窒息。

ESE 具体操作步骤如下:(1)定位标记,用热探头于病灶边缘进行电凝标记;(2)在标记内黏膜下多点注射美兰加 1:100 000 肾上腺素生理盐水,使黏膜充分隆起;(3)黏膜切开,沿预先做好的电凝标记,环形切开或在病变中央十字切开黏膜,用针刀、IT 刀、L 型刀沿边缘逐步分离肿瘤下方组织,剥离至整个肿瘤游离,必要时用圈套器辅助切除,如病变与浆膜层粘连紧密,予以内镜下全层切除术;(4)创面处理,无穿孔及出血的小创面,予以钛夹钳闭;创面有渗血或血管裸露者,应用热活检钳、氩离子凝固术或去甲肾上腺素冰盐水冲洗创面,并应用钛夹钳闭或缩小创面。对于术中发现穿孔的患者,用奥林巴斯 HX-610-135L 止血夹夹闭创面,吸尽胃内残余气体及液体,并用 12 号针头于腹腔高点多点穿刺放气后予以胃肠减压。(5)取出组织送病理,用活检钳取出剥离切除后的肿瘤,予福尔马林固定,送病理检查。

3.2.2 术中观察 (1)生命体征观察:密切注意心电图监护仪指标,观察患者心率、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度。(2)术中出血观察:术中出血不仅影响内镜下视野,延长手术时间,而且盲目止血容易发生穿孔。因此,术中出血的预防及处理显得至关重要。对于剥离过程中发现黏膜下层血管,可预防性用电刀头端电凝或热活检钳钳夹电凝血管;对少量渗血的用 8% 的冰去甲肾上腺素生理盐水冲洗;必要时可钛夹止血,病灶完全剥离后应对创面裸露的血管做电凝处理。(3)术中穿孔观察:密切注意患者气道压力的改变及腹部膨隆情况,及时发现穿孔。一旦发生穿孔,患者的腹部膨隆明显,影响呼吸和循环,立即予以 9 号或 12 号长针头行腹壁穿刺放气,在氧饱和度正常的情况下,可以边放气边继续手术。对于食道穿孔可用钛夹封闭穿孔处;对于胃肠穿孔应用钛夹闭合创面。穿孔后应安置胃肠减压管。本组 7 例胃底穿孔采用内镜下钛夹闭合创面,保守治疗成功。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理 术后严密观察病情变化,包括生命体征、腹痛、腹胀、排便情况,以及有无皮下气肿等。术后复查胸片和腹部平片,了解有无纵膈气肿和隔下游离气体,警惕穿孔或迟发

性出血的可能。嘱患者术后绝对卧床休息 2~3 d, 并指导患者变换体位时动作应缓慢, 2 周内避免剧烈活动及重体力劳动。保证静脉输液通畅, 遵医嘱予以抑酸、止血、保护黏膜、补液等处理。

3.3.2 饮食护理 术后禁食 24~48 h 或根据医嘱进食, 如创面较大或切割较深, 应延长禁食时间至 48~72 h, 3 d 后如无并发症, 则可先进食温凉流质饮食, 再过渡到少渣半流质、软食、普食。一次进食避免过饱、过热、忌油腻、辛辣刺激性强及粗糙食物, 可进食米汤、藕粉、软面条等, 防止便秘, 以防出血, 甚至穿孔。有高血压者要积极控制血压。

3.3.3 出院健康指导 患者出院后健康知识的掌握与配合是影响患者预后至关重要的因素, 所以要在患者出院前做好健康宣教, 引起其重视。因内镜黏膜下剥离术(ESD)术后病变处形成溃疡, 术中使用的止血夹随着溃疡创面的愈合会自动脱落排出体外, 脱落时间一般 2 周左右。如止血夹过早脱落, 可能出现迟发性出血。ESE 术后的溃疡多在 8 周内愈合, 此时需来院复查胃镜。出院后 1、6、12 个月复查胃镜, 以后每年复查 1 次胃镜。本组患者随访 3~26 个月, 平均 11.8 个月, 未见复发。

GIST 是消化道最常见的具有低度恶性的间叶细胞肿瘤, 对于 GIST 患者来说首次完整地切除肿瘤是提高疗效和预防复发的关键。近年随着 ESD 技术的提高, 出现了消化道黏膜下固有肌层肿瘤进行挖除的新技术——ESE^[7-9]。与外科手术相比, ESE 治疗 GIST 具有操作时间短、创伤小、术后恢复快等优点^[10-11]。通过对 58 例患者经 ESE 治疗 GIST 的护理, 作者体会到良好的术前、中、后的护理, 有利于增加患者配合, 减少手术并发症, 使手术效果更加满意。

参考文献

[1] Muenst S, Thies S, Went P, et al. Frequency, phenotype, and genotype of minute gastrointestinal stromal tumors in the stomach; an autopsy study[J]. Hum Pathol, 2011, 42(12):1849-1854.
 [2] Eisenberg BL, Pipas JM. Gastrointestinal Stromal Tumor-Background, Pathology, Treatment [J]. Hematol Oncol

Clin North Am, 2012, 26(6):1239-1259.
 [3] Xu MD, Cai MY, Zhou PH, et al. Submucosal tunneling-endoscopic resection; a new treatment technique for upper gastrointestinal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer(with videos)[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 75(1):195-199.
 [4] Zhang Y, Zhou P, Xu M, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of gastric glomus tumors[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(2):371-375.
 [5] Shi Q, Zhong YS, Yao LQ, et al. Endoscopic submucosal dissection for treatment of esophageal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 74(6):1194-1200.
 [6] 胃肠道间质瘤中国专家组. 胃肠道间质瘤诊断与治疗中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12(5):536-539.
 [7] Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of Gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach [J]. Hum Pathol, 2002, 33(5):459-465.
 [8] Frankel TL, Wong SL. Surgical management of gastrointestinal stromal tumors[J]. Curr Probl Cancer, 2011, 35(5):271-282.
 [9] 周平红, 姚礼庆, 徐美东, 等. 消化道黏膜下肿瘤的内镜黏膜下挖除术治疗[J]. 中国医疗器械信息, 2008, 14(10):3-5.
 [10] 叶丽萍, 张玉, 王彩芽, 等. 内镜黏膜下挖除术治疗胃固有肌层肿瘤 116 例临床分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(11):1175-1177.
 [11] Zhou PH, Yao LQ, Qin XY. Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal stromal tumors; a report of 20 cases[J]. Zhong Hua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2008, 11(3):219-222.

(收稿日期:2013-05-10 修回日期:2013-08-20)

预防颈部骨折患者下肢深静脉血栓形成的干预措施

徐惠娟(江苏省泰兴市人民医院骨科 225400)

【摘要】目的 研究颈部骨折患者下肢深静脉血栓形成的干预措施, 并进行干预效果评价。**方法** 将 2009~2012 年在泰兴市人民医院治疗的 120 例颈部骨折患者作为研究对象, 将 120 例患者随机分为对照组(60 例)和干预组(60 例)。对照组采用常规护理措施, 包括饮食指导、下肢活动指导及血栓预防知识宣教等; 干预组在对照组治疗基础上进行有针对性护理, 措施包括指定专人进行深静脉血栓预防、有针对性制订深静脉血栓干预指南等。观察两组患者深静脉血栓发生率、肺栓塞发生率及病死率等。**结果** 对照组与干预组深静脉血栓发生率分别为 30% 和 10%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后干预组双下肢静脉血流速度均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对颈部骨折患者采取规范干预措施, 可有效降低深静脉血栓的发生率。

【关键词】 颈部骨折; 下肢; 深静脉血栓; 干预措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3377-03

深静脉血栓(DVT)是由于血液在深静脉内异常凝集从而堵塞静脉管腔, 引起静脉回流障碍, 导致深静脉功能不全^[1-2]。下肢 DVT 的形成是一种严重的外科手术并发症, 一旦发生不仅严重影响患者的肢体功能, 甚至可能发生致命的肺栓塞(PE)^[3]。脊髓损伤患者 DVT 的发生率很高, 尤其是在缺乏预防性治疗的情况下, DVT 的发生率可高达 70% 以上^[4-5]。本

科室对可能形成下肢 DVT 的本院 120 例颈部骨折患者进行干预和治疗, 取得较好的效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究 120 例颈部骨折患者中男 79 例, 女 41 例; 年龄 14~80 岁, 平均(57.2±7.2)岁; 颈部骨折中斗殴致伤 11 例, 车祸伤 83 例, 摔伤 26 例。将 120 例患者随机分为