析,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为差异有统计学意义, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

对两组患者术后疼痛护理教育有效率进行比较,研究组有效率为 93.3%,对照组为 46.7%,两组有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后疼痛护理教育有效率比较

组别	n	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
研究组	30	28	2	93.3
对照组	30	14	16	46.7

3 讨 论

疼痛是机体创伤后一种不愉快的感觉和情绪体验,通常为发生在各种损伤以及继续组织损伤时的特异体现^[3]。食道环形肌切开术虽为微创手术,但仍有大部分患者担心术后疼痛并迫切需要术后镇痛。现阶段存在的主要问题是医护人员对疼痛教育的认识不足以及患者对术后疼痛的认识缺陷。因此,为了更有效提高患者的生存质量,必须加强疼痛护理教育。

首先,提高护士对疼痛教育重要性的意识,应将其列入护士继续教育的内容,使护士及时掌握最新的疼痛管理知识及技能;提高其准确评估患者疼痛的能力,根据患者的疼痛反应及时合理的用药,并在护理过程中给予心理鼓励以增强患者恢复的信心;要更全面的认识麻醉止痛药物,正确区分麻醉止痛药有关效应、成瘾、依赖性的概念,以便更好地指导患者用药并消除患者的抵抗情绪。其次,做好患者术后的疼痛教育,由于患者对疼痛知识存在盲区,常在术期伴有焦虑、恐惧的消极心理,大脑神经调节中枢受刺激而导致内分泌功能失衡,分泌的血液激素酶异常,且降低内源性疼痛抑制物水平,导致体内致痛以及抗镇痛物质的增加,使得术后患者对疼痛的敏感性增强^[4]。

术前给予患者的疼痛教育主要包括疼痛的概念、原因、评估,引起的不良反应及疼痛对机体造成的危害,减轻疼痛的方法,术后镇痛治疗的基本过程与镇痛药物等^[5-6]。最终提高患者对疼痛及镇痛治疗措施和药物的认识,加强患者对术后疼痛以及麻醉药物的认识以消除患者对疼痛的焦虑、无助及恐惧感,大大提高患者战胜疾病的信心,促进早日康复。本研究显示,与对照组相比,观察组患者有效率显著提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,对患者进行疼痛护理教育,极大提高了术后镇痛治疗的积极性和患者护理有效率,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 陆宇晗,关珊,马双莲.疼痛教育项目提高癌症患者疼痛治疗效果的有效性评价[J].中国疼痛医学杂志,2006,12(5):280-283.
- [2] Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, et al. Pain intensity and pain relief after surgery[J]. Acta Anaesthesiol Scand,2000,44(1):58-62.
- [3] 张宏,王化香,梁桂春.癌症疼痛的评估和护理[J].中国医药指南,2012,10(23):316-317.
- [4] 沈曲,李峥.手术后病人疼痛控制状况的调查研究[J].护理研究:下旬版,2006,20(11):2845-2848.
- [5] 张丽蕊.规范化术后疼痛护理改善急性术后疼痛[J].中国现代药物应用,2014,8(6):211-212.
- [6] 杨景芳,刘育琼,莫剑妹.外科患者术后疼痛的护理干预[J].中国医药导报,2010,7(16):207-208.

(收稿日期:2014-03-14 修回日期:2014-05-22)

贲门失弛缓症行内镜下经口食管环形肌切开术的护理研究

李平,王军,刘海燕,孙文静,兰丽,沈小春,敖兴,曹艳,陈东风,兰春慧[△](第三军医大学大坪医院消化内科,重庆 400042)

【摘要】目的 探讨贲门失弛缓症患者行内镜下经口食管环形肌切开术(POEM)的护理方法。**方法** 选取 2012 年 11 月至 2014 年 3 月大坪医院消化内科收治的贲门失弛缓症患者 10 例,进行术前心理护理、评估及饮食护理;治疗中做好术中配合及护理;术后严密观察生命体征,进行心电监测、体位护理、饮食护理、并发症护理及出院指导。**结果** 10 例患者均顺利完成治疗;治疗后 3 d 进食流质饮食,有 1 例气胸并发症患者,其余 9 例患者无吞咽梗阻;所有患者均治疗有效;术后随访 1~12 个月,无 1 例吞咽困难。**结论** POEM 是治疗贲门失弛缓症的一种安全、有效、恢复快、并发症少的新型治疗方法,而有效的护理方法及密切的人员配合是取得满意疗效的重要保证。

【关键词】 贲门失弛缓症; 内镜; 食管环形肌切开术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)22-3220-02

贲门失弛缓症是食管运动功能障碍性疾病,临床表现为吞咽困难、食物反流、呕吐、消瘦、胸痛等^[1]。以往的治疗方法主要包括口服药物治疗、内镜下肉毒碱注射治疗、内镜下球囊扩张、食管支架置入、外科手术治疗等,存在远期效果不确切等缺点^[2-4]。本科室对 10 例贲门失弛缓症患者行内镜下经口食管环形肌切开术(POEM)治疗,取得了满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 11 月至 2014 年 3 月本科室收治的贲门失弛缓症患者 10 例,其中男 2 例,女 8 例;年龄 19~50 岁,

平均 38.4 岁;均有中、重度进食吞咽困难,呈进行性加重,伴有食物反流、呕吐、消瘦、胸痛等症状。入院后予钡餐检查、胃镜及超声胃镜检查明确诊断。

1.2 仪器与试剂 采用 OlympusGIF-Q260 内镜,透明帽,一次性高频电刀(三角形刀、DL 刀、IT 刀),一次性注射针,止血夹,穿刺针,CO₂ 气泵等;以及配有亚甲蓝和盐酸肾上腺素的生理盐水溶液。

1.3 治疗方法 全身麻醉下内镜下经口,在食管距门齿平均 28~30 cm 处用 DL 刀和 IT 刀切开食管黏膜 1 cm 行黏膜剥

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

离,用三角形刀创建一个长 10~14 cm 的黏膜下隧道至贲门下 2 cm 处,然后用 DL 刀纵行切开食管环形肌层,平均长度约 12 cm,确认镜身通过贲门无阻力后,用甲硝唑注射液冲洗隧道创面,最后用止血夹夹闭切口。

1.4 护理方法

1.4.1 术前护理 (1)评估患者生命体征,术前检查血常规、出凝血时间、肝功能、肾功能、血糖、心电图、胸片、B 超、血气分析等。详细询问病史,有无药物过敏史,了解重要器官功能,排除异常。防止治疗过程中出现不良反应。(2)患者因进食吞咽困难、食物反流、呕吐、消瘦、胸痛等因素治疗效果欠佳,导致患者心理紧张、恐惧加重,因此需做好心理护理。与患者沟通、交谈手术的目的、方法,向患者与家属介绍手术的整个过程、风险性及术后注意事项。缓解患者及家属的心理紧张、恐惧等情绪,增强患者对内镜下治疗的信心。取得患者及家属同意,并在知情同意书上签字后方可进行内镜下治疗。(3)术前准备包括:术前 3 d 流质饮食,避免食物潴留;食管术前 1 d 进行胃镜检查,清理冲洗食管内残留食物;术前 24 h 禁食禁饮;术前 30 min 肌肉注射解痉药物盐酸东莨菪碱注射液 10 mg,减少蠕动,确保术中安全;另外建立静脉通道,以利于术中补液。

1.4.2 术中护理 (1)一般护理,患者先取平卧位,在麻醉师行气管插管后,绑好口垫,通过全身麻醉后再帮助患者左侧屈膝卧位,头偏向一侧,予以吸氧,全程心电图监护密切观察患者生命体征、血氧饱和度。(2)在环形肌切开过程中 2 名助手密切配合,第二助理治疗前、中、后认真仔细的检查各种仪器设备,确保其良好性能后迅速递送给第一助理;第一助理集中精力与医生密切配合,根据医生需求准确迅速的递送各种器械,尽量缩短操作时间,并注意黏膜下注射充分、动作的精准及止血夹夹闭。(3)术中观察及紧急处理:操作医生、2 名护士、麻醉师观察操作过程中的出血情况,密切关注有无颜面皮下气肿或气胸。1 例患者因术中穿孔致气胸,术后观察胸部皮肤气肿,气道内压力明显增加,迅速请胸外科和重症监护室(ICU)会诊。同时床旁胸片证实右侧气胸,右肺压缩。予胸穿针在右侧第二肋间将气体抽出约 1 500 mL。血氧饱和度、心率及血压恢复正常后转入 ICU 观察。ICU 观察 1 d 后胸片示右肺压缩 20%,无任何不适症状,转回消化内科病房。术后禁食 72 h,4 d 复查碘水造影、胃镜后进流质,予抑酸、保护胃黏膜,抗感染,补充能量等支持治疗 7 d 后愈合出院。

1.4.3 术后护理 (1)采取正确的体位护理,术后严格卧床 24 h,去枕平卧,头偏向一侧,待病情稳定后患者取头高脚低半卧位,不但能使膈肌下降,有利于呼吸,也能减轻切口张力,缓解疼痛症状,而且还会减少胃食管反流病的发生^[5]。如胃食管反流病出现需用质子泵抑制剂(PPI)治疗。(2)心电图监护监测生命体征,术后将患者安置在监护病房或 ICU,严密观察患者的神志、脉搏、心率、呼吸、血压、血氧饱和度并做好详细记录。因治疗过程中使用了 CO₂ 气泵,如有异常及时通知并配合医生处理。(3)饮食护理,患者术后严格禁食 24 h,期间给予静脉补液营养支持治疗,观察如无出血、腹痛、发热等特殊情况后给予流质饮食,逐渐改为流质饮食及正常饮食。进食时尽量少量多餐、取坐位,餐后不宜平卧。

1.4.4 并发症护理 (1)感染护理,术后密切观察患者体温变化情况,防止因穿孔而引起食管黏膜下层感染,常规遵医嘱给予抗生素预防感染。患者如有并发肺部感染,予以物理、药物降温处理;严重气胸患者则予以安置胸腔闭式引流管。(2)食管瘘护理,患者切口不愈合应警惕考虑食管瘘;进食出现呛咳、呼吸困难或呕吐大量鲜血时,可能发生食管气管瘘;可通过胃镜检查确诊,并在胃镜下补膜安置带膜支架,必要时行外科手术

治疗。(3)给予出院指导,嘱患者多休息,保持心情舒畅,避免情绪紧张;饮食宜少吃多餐,清淡饮食,避免暴饮暴食,加强营养;不穿高领衣服;1 个月内不做体力劳动及剧烈运动;遵医嘱服用抑制胃酸、保护胃黏膜药物。1 个月后复查胃镜,如有不适需门诊随访;术后随访 1~12 个月。

2 结果

本组 10 例患者全部安全顺利地完成了内镜下治疗,均无大出血发生,治疗后 3 d 进食流质饮食无吞咽梗阻,均未发生胃食管反流病;其中有 1 例并发气胸,其余 9 例患者无并发症;10 例患者均治疗有效;术后复查胃镜示手术切口愈合,进食均较治疗前通畅;随访 1~12 个月后,未发现患者出现吞咽。

3 讨论

贲门失弛缓症主要以食管下端括约肌张力高、吞咽动作反应减弱为特征,临床表现为进食吞咽困难、食物反流、呕吐、消瘦、胸痛等^[6]。以往采取的口服药物、卡尼汀注射、球囊扩张、支架置入等治疗方法取得了一定疗效,但不能解除症状,且复发率高^[7-9];外科手术疗效确切,但创伤大,伤口恢复慢,手术费用高。POEM 治疗贲门失弛缓症是一种全新的内镜微创技术,通过内镜下行贲门环形肌纵行切开,能即时解除患者吞咽困难,疗效也能得到确切改善^[10]。POEM 不仅具有手术时间短、创伤小、恢复快、并发症少、费用少等微创优势,而且可经人体自然腔道手术,也充分体现了“无疤痕手术”的优越性,为贲门失弛缓症患者提供了一种新的手术选择。

POEM 安全顺利的开展是精湛的内镜技术、优质的护理配合及麻醉师严密监测于一体的过程,需要术前周密准备、术中默契配合及严密监测、术后严格观察护理及即时的记录。本组患者护理过程中,术前评估的准备和心理护理,解除了患者的心理压力;默契的术中医护配合及麻醉师严密监测保证了手术的顺利进行;术后的严格观察、护理,对创口愈合及防止并发症的发生起到重要的作用,保证了手术取得圆满成功。

参考文献

- [1] 王申生,徐三荣.食管贲门失弛缓症[M].实用内科学,11 版.北京:人民卫生出版社,2005:1732-1734.
- [2] 李柯蓓,施瑞华.贲门失弛缓症的治疗进展[J].世界华人消化杂志,2009,17(23):2333-2337.
- [3] 邵先玉,邵良田.贲门失弛缓症的内镜治疗[J].世界华人消化杂志,2010,18(29):3061-3064.
- [4] 张玉,丁锦秀,张佳.贲门失弛缓症的内镜治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2010,19(14):1817-1819.
- [5] 季静芬.4 例贲门和食管下端切除治疗贲门失弛缓症的围手术期护理[J].当代护士:专科版,2010,20(5):45-47.
- [6] 周平红,姚礼庆,蔡明琰,等.经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的初探[J].中华消化内镜杂志,2011,28(2):63-66.
- [7] 邴敏,郭艳芳.内镜下注射肉毒素治疗贲门失弛缓症的护理[J].西北国防医学杂志,2008,29(4):316-317.
- [8] 贾建忠,马佑平,耿继梅,等.内镜直视下球囊扩张治疗贲门失弛缓症[J].中国内镜杂志,2003,9(5):17-20.
- [9] 文光旭,马洪升.食管支架治疗贲门失弛缓症[J].新医学,2010,41(8):553-554.
- [10] 李亮,朱博群,周平红,等.贲门失弛缓症的内镜治疗新进展[J].中华消化内镜杂志,2011,28(2):116-118.