

- images of MDCT in evaluation of small bowel obstruction: A case series[J]. J Mahatma Gandhi Institute Med Sci, 2013, 18(2): 132.
- [5] 胡良勇. 超声诊断小儿急性肠套叠的价值[J]. 中国医学影像学杂志, 2014, 22(7): 511-514.
- [6] Hayden MR, Pena S, Mundlos S. Clinical exome/genome reports-announcement[J]. Clinical Genetics, 2015, 87(2): 99-99.
- [7] Yang B, Chen WH, Zhang XF, et al. Adult midgut malrotation: multi-detector computed tomography (MDCT) findings of 14 cases[J]. Japanese J Radiol, 2013, 31(5): 328-335.
- [9] 杨璐, 乔英, 李建丁, 等. 成人肠套叠的 CT 征象分析[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2013, 11(1): 37-39.
- [10] Fattach H, Dohan A, Guerrache Y, et al. MDCT and MR imaging of the jejunum[J]. Diagno Interv Imaging, 2015, 96(3): 227-237.
- [11] Ulivi E. Masters, questions and challenges in the abacus schools[J]. Archive for History of Exact Sciences, 2015, 69(6): 651-670.
- [12] Mantoo S, Podevin J, Regenet N, et al. Is robotic-assisted ventral mesh rectopexy superior to laparoscopic ventral mesh rectopexy in the management of obstructed defaecation? [J]. Colorectal Dis, 2013, 15(8): e469-e475.
- [13] Li CC, Tseng HY, Pai TW, et al. Bistable cholesteric liquid crystal light shutter with multielectrode driving[J]. Applied Optics, 2014, 53(22): E33-E37.
- [14] Priola AM, Priola SM, Volpicelli G, et al. Accuracy of 64-row multidetector CT in the diagnosis of surgically treated acute abdomen[J]. Clin Imaging, 2013, 37(5): 902-907.
- [15] Megally HI, Seifeldein GS, Abbas NA, et al. The diagnostic role of MDCT enterography in small bowel lesions [J]. the Egyptian J Radiol Nuclear Med, 2015, 46(1): 1-8.
- [16] 高云, 郑晓林, 尹昌媛, 等. 多排螺旋 CT 在胃肠道肿瘤及并发症的诊断价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2013, 11(4): 91-93.

(收稿日期: 2017-01-13 修回日期: 2017-03-21)

• 临床探讨 •

内镜下食道静脉曲张套扎术在破裂出血的护理探讨

唐云淑

(重庆市人民医院胃镜室 400013)

摘要:目的 探讨内镜下食道静脉曲张套扎术(EVL)对破裂出血的护理方法。方法 选取该院内镜室 2016 年 20 例食道静脉曲张患者,在局部麻醉下进行的护理措施。结果 20 例患者通过术前护理减少恐惧心理;通过术中严密观察及良好的护理,减轻术中出血;20 例患者累计套扎约 120 次,均顺利完成套扎,无套扎时或套扎后 1 周出血的患者。结论 实施 EVL 术后进行及时、有效的护理手段,具有临床价值,并降低术后并发症发生率。

关键词:食道静脉曲张套扎术; 内镜; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.14.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)14-2119-03

肝硬化是临床常见的慢性进行性肝病,由一种或多种病因长期或反复作用形成的弥漫性肝损伤^[1]。急性消化道出血是消化系统疾病的常见并发症,其中肝硬化失代偿导致的食管或胃底静脉曲张破裂出血尤其严重,危及生命^[2]。现探讨食道静脉曲张套扎术(EVL)对急性食道曲张静脉破裂出血患者的护理方法,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2016 年 20 例食道静脉曲张患者,年龄 45~63 岁,男 14 例,女 6 例。其中病毒性肝炎引起的肝硬化食道下段静脉曲张破裂出血 15 例,酒精性肝硬化引起的肝硬化食管下段静脉曲张破裂出血 5 例。所有患者均以上消化道大出血急诊入院,其中肝硬化失代偿期 2 次出血再行套扎患者 2 例。

1.2 方法

1.2.1 EVL 术前护理 (1)临床资料:食管胃底静脉曲张是由各种原因引起的门脉高压症的主要并发症,门脉高压多由肝硬化所致。肝硬化患者 40% 出现食道、胃底静脉曲张,曲张静脉出血年发生率为 5%~15%。6 周后病死率达 20%,1 年内再出血率达 60%。患者有进食粗糙、粗纤维食物或刺激性食物史。首先出现呕咖啡色或鲜红色血凝块,继而出现喷射状呕血,进一步出现心悸、头晕、四肢发冷、血压下降及循环衰竭,

需严密观察病情变化,及时处理。(2)心理护理:患者因急性呕血或黑便来院就诊,容易出现紧张焦虑甚至恐惧心理。针对其心理因素采取护理措施。首先向患者解释病情,安慰患者,使其放松紧张焦虑的情绪。术前向患者介绍实施 EVL 的必要性和过程,术中注意事项及配合要点,促使患者更好地配合,避免在治疗过程中因频繁呕吐加重出血。做好患者术前的心理护理对其治疗成功有特别重要的意义。(3)术前准备:迅速建立静脉通道,必要时深静脉穿刺以保证输血输液畅通,及时纠正血容量。严密观察脉搏,血压,呼吸,血氧饱和度,神志,体温,尿量,保持生命体征平稳,并完善胸片,出凝血时间,肝肾功能检查,交叉合血备用。患者术前禁食禁水 6~8 h,防止食物堆积影响观察及呕吐物误吸。患者术前 20 min 口服达克罗宁胶浆 1 支,咽喉局部分次喷洒利多卡因注射液 10 mg,减轻咽喉部刺激症状,有利于顺利插镜。协助患者采取左侧卧位,下颌部垫橡胶单及治疗巾。持续低流量给氧,2~3 升/分,维持患者血氧饱和度在 90% 以上。保留导尿,便于观察出入量。物品及药品采用奥林巴斯 H260 胃镜 2 条。美国 Cook 公司多连发套扎器 1~2 套。电动或中心吸引器,负压维持 0.06~0.05 MPa 以保证术中有足够的吸力进行 EVL 操作。备好冰生理盐水 2~3 瓶,肾上腺素 1 毫克/支,1~2 支,急救器材及药品,足量的新鲜血液。

1.2.2 术中配合 (1)术中严密观察病情,保持生命体征稳定及呼吸道通畅。(2)协助医师装好多连发套扎器,将胃镜悬挂放置备用。(3)用另1条胃镜常规进镜,过咽部时嘱患者放松并作吞咽动作以利镜身顺利进入食道。嘱患者调整呼吸,尽可能减少恶心呕吐动作,以免加重出血。积血较多时可用生理盐水少量反复冲洗食道,大量冲水可能导致反流误吸。保持视野清晰,便于寻找出血部位。观察食道静脉曲张程度及有无活动性出血,确定套扎部位及范围。如有活动性出血点,可用冰肾上腺素盐水喷洒局部使其血管收缩起临时止血目的。更方便操作医师在出血部位上橡皮圈止血。急性大出血患者胃内积有大量血凝块及鲜血,因术中胃镜刺激可能诱发患者剧烈呕吐,嘱其尽量放松呼吸,减少呕吐动作。(4)发现出血点后退出镜身,配合医师将装好套扎器胃镜进入食道,对准出血部位静脉,置于镜身前端透明帽内,吸引呈球形隆起时释放套扎环。护士配合医师套扎及时正确有效,过早则静脉球太小环易滑脱,过晚则引起静脉破裂大出血。在套扎过程中一定保持有足够的负压才能完成套扎止血。从齿状线2 cm处自下而上行螺旋式结扎。每条静脉结扎4~6环,第1次结扎完毕后间隔2周根据患者病情再次套扎至静脉曲张消失。(5)严密观察患者生命体征及尿量,保证输液输血通畅。如出血量较大应及时输血,尽量输入新鲜血,出血量太大则及时转外科手术治疗。(6)套扎完毕,仔细观察创面有无继续出血。

1.2.3 术后护理 (1)手术结束:待患者生命体征平稳后送回病房,保持各种管道通畅,避免扭曲受压。(2)活动与休息:嘱患者绝对卧床休息24 h,平卧,头偏向一侧,避免呕吐物误入气管引起窒息。第2天可在床上自行缓慢改变体位。3 d后如无特殊不适可下床小范围活动。1周之内严格控制活动量,因此期为套扎橡皮圈脱落时间,局部容易形成浅小溃疡而再次出血。1个月后可逐渐行轻体力劳动,仍需注意保持大便通畅,不提重物及用力咳嗽,防止腹内压增高诱发再次出血。如再次出血让患者头偏向一侧,口鼻腔如有血凝块应及时清除干净,保持呼吸道通畅。(3)饮食护理:EVL术后饮食护理尤其重要,因患者不合理进食可能导致再次出血。告知患者24 h内禁食禁水,48 h吃冷流质,如米汤、豆浆等。停止出血后2~3 d,吃容易消化的食物,如鸡蛋花、豆浆、肉末等;72 h后食用无渣半流质饮食;1周后逐步过渡到软食,正常饮食。告诉患者在进食过程中不宜过快过热,避免食用粗糙及煎炸食物,以免诱发再次出血。指导患者合理进食,如无活动性出血方可进流质饮食。告知患者忌吃油炸,辛辣刺激性食物,如烧饼、油条、辣椒等;说服患者戒酒,酒精可降低食管下括约肌功能,返流增加,以免胃酸加重食道黏膜的损伤,导致食道静脉再次破裂出血。指导患者养成良好的饮食习惯,进食时细嚼慢咽,餐后30 min至1 h避免平卧,安静休息。多吃新鲜蔬果,补充各种维生素。(4)术后严密观察病情:严密观察患者血压,心率,呼吸,血氧饱和度,神志,体温,尿量。准确记录24 h出入量。控制输液速度,防止输注速度过快引起急性肺水肿。观察有无呕血或黑便及次数、量、性状。观察有无胸骨后疼痛及吞咽困难。

1.2.4 术后并发症的预防及处理 (1)胸骨后疼痛及吞咽困难:术后多数患者会出现胸骨后疼痛及吞咽困难,一般无需特殊处理,2~3 d最迟1周后自行缓解。术后严格遵循饮食原则,抬高床头,以免胃酸反流至食道加重胸骨后不适感。(2)食管溃疡及穿孔:嘱咐患者细嚼慢咽,睡前不宜进食过饱。餐后1~2 h抬高床头或采用头高斜坡位,忌过酸过甜及过油腻食物刺激胃酸分泌,指导患者正确服用抑酸剂。密切观察病情变化,如有四肢厥冷,剧烈腹痛,腹肌紧张,血压下降则可能有穿

孔情况,须及时采取抢救措施。(3)预防再次出血:EVL术后第7~14天为套扎皮圈脱落的高峰阶段,术后再出血一旦出现将危及患者生命。再出血是导致食道静脉曲张患者病死的最主要原因,因此,防止再出血是降低EVB的病死率,提高远期临床疗效的关键。指导患者逐步增加活动量,严格遵循饮食原则,控制输液速度及量。严密观察患者生命体征变化,保持输液通畅,备齐各种抢救物品及药品。

1.2.5 康复期指导 (1)保持心情愉快,不宜过劳。(2)指导患者遵医嘱定时定量服药,学会观察药物疗效及不良反应。(3)形成合理的饮食结构及习惯,以高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪为主,有肝性脑病前期症状者严格控制蛋白质摄入量,及时就诊。(4)告知患者定期来院复查随访。(5)指导患者及家属学会观察病情,及时发现出血征象,如有发生及时来院就诊。

2 结 果

20例患者通过术前护理,减少了恐惧心理;通过术中严密观察及良好的护理手段,减轻术中出血;通过术后护理,以及对患者及其家属的护理宣教使患者早日康复出院。20例患者累计套扎约120次,均顺利完成套扎,无套扎时或套扎后1周出血的病例。

3 讨 论

该院自2008年开展EVL。本研究对20例急性食道静脉曲张破裂出血患者使用美国Cook公司多连发套扎器治疗取得良好疗效。有研究显示,护理有效配合对内镜下食道静脉曲张套扎患者的病情观察,确保患者套扎成功,减少术后并发症具有重要的临床意义^[3-4]。

本研究20例上消化道大出血患者使用多连发套扎器后的疗效观察,表明患者止血效果及时有效,无1例再次大出血发生。EVL术后常见浅溃疡,但大出血较少见,对门脉压影响小,在红色征程度减轻、曲张静脉消失、急诊止血等方面均有显著疗效,可用于静脉曲张活动性出血的治疗和1、2级预防^[5-6]。针对患者EVL术后1周胃镜复查发现套扎局部静脉球已大多坏死脱落。套扎部位组织产生缺血性坏死、无菌性炎症、浅表溃疡、瘢痕形成、血管闭塞从而达到治疗目的。因多连发套扎器操作简便,并发症少,经EVL治疗后,食道曲张静脉大多消失,极大地提高了肝硬化患者的生存质量。EVL是一项应用广、疗效高的内镜治疗技术,实施EVL术后及时有效的护理对手术的疗效有极其重要的意义,尤其是术后护理工作是手术成功与否的保证环节,且良好的护理对降低术后并发症的发生率起着重要的临床作用^[7]。因此,还应加强临床护理技能,更好地配合医师的手术操作,使套扎治疗的护理质量得到进一步提高,确保患者的治疗效果。

参考文献

- [1] 韩笑,麻树人.急诊内镜下套扎治疗食管静脉曲张破裂出血361例疗效分析[J].中国实用内科杂志,2013,33(4):308-309.
- [2] 耿克勤,徐江霞,稽家清.急诊内镜床边治疗食管静脉曲张出血的护理治疗[J].护理实践与研究,2011,8(4):43-44.
- [3] 熊理守,潘丽莹,陈昊湖.失代偿期肝硬化420例病因及并发症特征分析[J].中华消化杂志,2013,32(11):765-767.
- [4] 莫翠毅.内镜下套扎与硬化治疗食道静脉曲张破裂出血的疗效分析[J].中国医师杂志,2016,8(8):1257-1259.

- [5] 陈主英, 明瑜珊, 邹显玲, 等. 医护一体化模式在肝硬化食管静脉曲张套扎术后患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2014, 13(3): 67-68.
- [6] 罗显克, 谭建英, 王大东, 等. 内镜下 3 种方法治疗食管静脉曲张破裂出血临床效果比较[J]. 现代生物医学进展, 2014, 14(10): 1919-1922.

- [7] 李茂贞, 李良平, 张初民. 急诊内镜下套扎应用于肝硬化食管静脉曲张破裂出血的疗效及安全性评价[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(6): 55-57.

(收稿日期: 2017-02-22 修回日期: 2017-04-20)

• 临床探讨 •

精细化管理在肿瘤住院患者跌倒风险管理中的应用*

赵玉兰, 皮远洋, 唐玲, 高翠娥, 徐灵莉[△]

(重庆市肿瘤医院/重庆市肿瘤研究所/癌症中心 400030)

摘要:目的 探讨精细化管理对肿瘤住院患者的跌倒风险发生情况。方法 选择该院 2015 年 1 月至 2016 年 6 月 28 338 例肿瘤住院患者进行跌倒风险管理, 通过患者跌倒评估表, 建立跌倒管理质量评价敏感指标和完善患者跌倒防范体系。结果 实施精细化管理策略前后进行比较, 护士跌倒评估及时性由 98.8% 上升到 99.4%; 准确性由 98.5% 上升到 99.5%; 高危患者护理措施落实率由 94.1% 上升到 98.7%; 肿瘤患者跌倒发生率由 0.12‰ 下降至 0.05‰, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 精细化跌倒风险管理, 可提高护士跌倒风险管理能力, 降低患者跌倒发生率, 保障住院安全, 是临床较为规范、有效的管理方法。

关键词:精细化管理; 肿瘤患者; 跌倒; 风险管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.14.044 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)14-2121-04

精细化管理是由泰勒提出的一种管理理念, 通过各种管理方法和手段将管理工作的每一个环节做到精确化、数据化, 提高组织的执行力和效率^[1-2]。精细化管理模式的特征, 概括为“精”、“准”、“细”、“严”4 个方面^[3]。随着社会人口老龄化及疾病谱的变化趋势, 跌倒被定义为一种公共流行病, 跌倒是住院患者常见的安全不良事件^[4]。肿瘤患者是特殊群体, 年老是第一发病因素, 受手术打击、放化疗、癌性疼痛、镇静镇痛药应用、颅内转移等因素的影响, 发生跌倒的风险更高^[5-6]; 如果肿瘤患者住院期间跌倒, 有可能发生更为严重的损伤, 甚至危及生命^[7-8]。防范与减少住院患者跌倒是原卫生部十大安全目标之一, 也是评价医院护理质量的一项重要内容。现探讨适合肿瘤专科医院的跌倒管理方法, 通过医院精细化管理整体思路, 根据该院近 3 年的跌倒不良事件, 建立以问题为核心, 以结果为导向的精细化跌倒专项管理策略^[9]。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1—6 月和 2016 年 1—6 月该院 15 个科室 26 个病区的 28 338 例符合标准的住院肿瘤患者, 进行精细化跌倒管理应用研究。纳入标准: 住院 24 h 以上, 思维正常、无沟通障碍且自愿参加本研究; 排除标准: 住院不足 24 h、意识不清、不合作或语言交流障碍者及非肿瘤住院患者。选取 2015 年 1—6 月的 13 468 例肿瘤患者为对照组, 按常规方法进行管理(如常规评估、健康宣教等); 2016 年 1—6 月收治的 14 870 例肿瘤患者为观察组, 进行精细化跌倒风险管理。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 数据收集 2013—2015 年 62 例跌倒不良事件, 剔除 1 例糖尿病患者, 1 例冠心病患者, 共 60 例肿瘤住院患者跌倒, 从跌倒事件发生前高危风险评估是否高危、发生时间及地点、发生疾病及科室、护士的能级、所处的治疗阶段、跌倒环境、跌

倒伤害严重程度(分级标准依据 3 级肿瘤医院评审标准参考内容)等方面进行资料收集。

1.2.2 控制小组及发生科室原因分析 (1) 66.67% 跌倒患者为大于或等于 60 岁, 80% 跌倒为如厕、化疗所致(疲乏、恶心呕吐、化疗水化、虚弱等)、疾病因素(如肺癌上腔静脉压迫综合征等所致咳嗽、头晕等), 而非高危跌倒达 56.7%, 主要原因为跌倒量表特异性不高、跌倒专项培训不够、动态评估不足、疾病因素、地面不平及湿滑等因素。(2) 高危患者跌倒仅占 43.3% (26 例), 而非高危患者达 56.7% (34 例), 可能与跌倒风险评估量表特异性不高有关; 也可能与护理人员未做好动态评估, 风险评估欠准确、或对非高危跌倒患者的个别单项因素重视不足有关。近半数患者(27 例)因如厕发生跌倒(床边至卫生间区域), 跌倒发生的高危时段为 4:00—8:00、10:00—12:00, 第 1 个时段主要为患者早醒, 如厕时间的早高峰, 患者不便/不愿打扰休息的家属/陪护, 同时也是病室保洁时间点, 患者行为能力相对较低、地面湿滑及不平等危险因素; 第 2 个时间段为患者治疗高峰, 如厕频率增加, 护士工作量繁忙时段。胸外科为跌倒发生第一的科室。肺癌患者, 特别是合并上腔静脉压迫综合征者, 通常咳嗽引发头晕进一步增加跌倒风险。11 例患者跌倒发生在化疗期间(包括用药后 1 周内), 可能与使用化疗药物有关, 化疗后药物引起恶心呕吐; 化疗药物需要水化, 小便次数增多; 化疗方案含有镇静成分; 活动减少, 便秘增加等, 容易导致患者跌倒^[8, 10]。护士能级为 N0~N2(N0: 7.69%, N1: 53.85%, N2: 38.46%), N1 护士比例较大, 工作经验相对缺乏, 风险预见能力不强, 缺乏防范跌倒技能组合, 健康教育不到位等。5 例患者因请假或未假自行回家, 家中沐浴、卫生间等发生跌倒; 3 例办理出院后在回家途中发生跌倒, 与患者及家属跌倒防范知识掌握不全及大安全体系不健全有关。

1.2.3 提高跌倒风险评估量表的准确性 在国内外跌倒研究的基础上, 结合肿瘤的特殊性、临床实际情况和专业解释, 修订

* 基金项目: 重庆市沙坪坝区科委课题资助项目(SF-201502)。

[△] 通信作者: E-mail: 15823276672@163.com。