无痛苦内镜下高频电凝电切治疗胃肠息肉的护理

Nursing of intestinal polyps treated by high frequency electric coagulation and excision under endoscope with painless

吴小红,王 霞,何淑波 (海南省儋州市省农垦那大医院高压氧科,海南 儋州 571700)

[关键词] 无痛苦内镜;胃肠道息肉;高频电凝电切;护理
[中图分类号] R472.91 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)02-0203-02

结肠息肉是常见的消化道良性肿瘤之一,随着内镜检查的不断普及,胃肠道息肉的检出率不断增加。内镜下高频电凝电切摘除息肉是治疗胃肠道息肉安全、可靠、微创的方法之一,目前已广泛应用于临床[1-2]。传统的胃肠镜检查及治疗使患者痛苦大,部分患者不易接受,无痛苦胃肠镜减少了其恐惧和痛苦[3]。然而,无痛苦胃肠镜检查或治疗增加了麻醉风险,良好的护理可保证手术顺利进行,提高手术的成功率[4]。本文对经无痛苦内镜下电凝电切治疗胃肠道息肉患者的护理措施及并发症进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 6 月至 2013 年 4 月我院无痛苦内镜下治疗胃肠道息肉患者 896 例(1268 枚),其中男 531 例,女 365 例,年龄 18 ~ 82 岁,平均(58.3 ± 16.8)岁。所有患者术前均经胃肠镜及病理检查确诊。胃息肉共 328 例(486 枚),胃窦 128 例,胃角 76 例,胃底及贲门 44 例,多部位多发息肉 80 例;结肠息肉 548 例(726 枚),乙状结肠 126 例,降结肠 86 例,横结肠及脾区 72 例,肝区及升结肠 64 例,回盲部 36 例,多发 164 例;胃与结肠并发息肉 20 例(56 枚)。带蒂息肉 628 例(886 枚),无蒂息肉 218 例(382 枚),息肉大小为 0.5 ~ 2.5 cm。

1.2 护理方法

术前进行适当心理疏导,减少患者的顾虑,了解其既往病史及药物过敏史,近期有无鼻塞、咳嗽等症状,以免麻醉过程中出现呼吸抑制。操作过程中严密观察患者意识,如患者出现不自主活动或呛咳,通知麻醉医师继续给药。同时观察心率、血压、呼吸及血氧饱和度,如有异常,及时通知内镜医师减缓或暂停操作。手术结束后将患者转移至复苏室,观察生命体征,唤醒患者,待患者清醒后继续留观 30 min 后送回病房。术后嘱患者吐出唾液,禁食 2 h,术后第 1 天进流食,逐渐过渡到正常饮食。忌生冷硬及刺激性食物,禁止吸烟、饮酒、饮浓茶及咖啡,嘱患者 24 h 内不能驾驶或精细操作。嘱患者保持大便通畅,必要时给予缓泻剂。观察患者有无腹痛、腹胀、黑便或便血等。

2 结果

1 次完全摘除息肉 876 例(97.8%);20 例患者因息肉过多(5 枚以上)或息肉过大(大于 2 cm),1 次摘除不完全,行 2 次治疗后完全摘除。胃息肉手术时间为 12 ~ 28 min,平均(17.8 ± 4.2) min;结肠息肉手术时间为 18 ~ 32 min,平均(22.6 ± 4.8) min。术后清醒时间为 2 ~ 15 min,平均(5.6 ± 3.4) min。息肉摘除后出血 168 例(18.8%),其中经电凝止血 32 例,肾上腺素喷洒止血 28 例,钛夹止血 108 例,无术后再次出血病例。术中及术后无麻醉意外,无穿孔病例发生。术后新发腹痛、腹胀、恶心等消化系统不适或原有症状加重者 283 例(31.6%),均经对症处理后症状缓解或消失。

3 讨论

无痛苦胃肠镜检查或治疗的最大优点是减轻了患者的痛苦,患者易于接受。然而,操作过程中失去了患者的配合,增加了操作难度和时间,同时增加了麻醉的风险。良好的护理是手术成功的保障。

与普通胃肠镜相比,无痛苦胃肠镜还需保证患者度过麻醉关。术前严格把握内镜下治疗的禁忌证,同时还应了解患者有无麻醉禁忌,有无影响麻醉效果及增加麻醉意外的情况,如有无咳嗽、鼻塞、咽喉肿痛等症状,以免在麻醉过程中出现呼吸抑制而导致严重后果。术前患者履行知情告知,减少麻醉及手术意外以及医疗纠纷的发生。无痛苦内镜是在患者无意识和知觉的情况下进行的,因此全程必须由麻醉医师在场,并且进行心电、血压、血氧饱和度监测[5]。术中患者无法配合操作,因此术前应安排患者合理的体位。充分的胃肠道准备对于内镜下治疗至关重要,如准备不理想,会造成手术视野不清,操作困难,需要反复抽吸胃肠道积液,这不仅增加了操作时间,同时容易堵塞内镜[6]。

无痛苦胃肠镜下息肉切除术护理要点在于保证麻醉安全及快速、安全地切除息肉。因此,术中应严密观察患者的生命体征,如出现心率过快、呼吸急促、血氧饱和度下降时,及时告知内镜医师[7]。如患者出现活动、意识逐渐清醒,应告知麻醉医师适当加用麻醉药物。手术中应密切配合内镜医师找准病灶,在保障视野清晰的情况下置入所需器械,对于无蒂较小息肉(小于 1 cm)将电凝探头对准息肉,调整电凝功率,一般调至 30 W,电凝至息肉碳化,基底发白即可,每次时间 2 ~ 3 s,电凝功率不宜过大,时间不宜过长,否则容易引发胃肠道穿孔[8]。对于带蒂息肉,首先将圈套器经活检孔道置入,打开圈套器套住息肉蒂部,适当收紧圈套器将息肉提起离开肠壁,此时注意不宜过紧,边电凝边电切,防治出血或穿孔。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402039
[收稿日期] 2013-11-21 [修回日期] 2013-12-15

术后因麻醉效果尚未完全消失,因此需患者禁食水至少 2 h,以防止出现误吸、呛咳,甚至吸入性肺炎等并发症。术后 1 ~3 d 内部分患者可能会出现咽部不适或疼痛,属于插管过程中损伤咽喉部所致,向患者做好解释,并不影响进食。可适当口含西地碘、草珊瑚含片等缓解症状。术后为防止切口出血,尽量避免生冷硬及刺激性食物。内镜下高频电凝电切治疗胃肠道息肉最严重的并发症是胃肠道穿孔和出血。因此,术后观察患者有无突发腹痛、腹膜刺激性症等胃肠道穿孔的表现,观察有无黑便、便血等出血表现。

[参考文献]

[1] 刘靖正,周平红, 姚礼庆,等. 内镜下尼龙绳套扎联合高频电凝切除治疗结直肠息肉的疗效[J]. 中华消化外科杂志,2012,11(3):220 -222.

[2] 王 皓,周 宇. 套扎联合高频电凝电切治疗胃肠道息肉的疗效评价[J]. 中国内镜杂志,2010(1):69 -71.

[3] 张国君. 无痛苦胃肠镜在临床上的应用[J]. 中国临床实用医学,2010(9):188 -189.

[4] 梁红如. 无痛肠镜下高频电凝电切治疗结肠息肉的护理[J]. 内科,2011,6(2):179 -180.

[5] 管湘萍,张金秀,臧运香. 100 例无痛胃镜检查患者的护理干预[J]. 中国实用医药,2012,7(9):200 -201.

[6] 高 艳,王秀娣,李 晖. 91 例无痛胃镜联合结肠镜检查术的护理与配合[J]. 中华现代护理杂志,2007(32):3137 -3139.

[7] 罗志芳,周 媛,聂智容. 护理配合在无痛胃肠镜检查中的作用[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):529.

[8] 潘小青,张永春. 护理干预对异丙酚静脉麻醉胃肠镜检查效果的影响[J]. 中国药业,2013,22(7):89 -90.

(编辑:杨 颖)

老年股骨转子间骨折内固定失败再手术治疗

Reoperation of failed dynamic hip srew fixation in eldly

孟 勇,郭燕庆,兰 海,信效堂,于永林 (威海市立医院骨科,山东 威海 264200)

[**关键词**] 股骨转子间骨折;再手术;股骨近端髓内钉;人工关节置换术
[**中图分类号**] R683.42 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)02-0204-02

老年股骨转子间骨折常患有不同程度的骨质疏松,动力髋内固定治疗后失败率较高,有报道显示螺钉股骨头切出的发生率高达 25%[1]。一旦发生内固定失败,就要面对二次手术的问题,二次手术难度大、风险大、花费高,对于继续采用内固定还是采用人工关节置换治疗,仍然存在争议[2]。我院对 11 例转子间骨折 DHS 内固定失败患者进行了手术治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2007 年 1 月至 2011 年 12 月我院手术治疗转子间骨折 DHS 内固定失败患者 11 例,其中男 3 例,女 8 例,年龄 72 ~ 93 岁,平均 81 岁。所有患者均表现为患髋疼痛,活动明显受限,患肢不同程度短缩、外旋,较健肢短缩 2 ~8 cm,平均 5 cm,较健肢外旋 30° ~90°,平均 50°。术前对病人进行严格检查,以排除身体重要脏器、系统疾患。11 例患者经查无明显感染征象,其中 5 例为轻中度骨质疏松,2 例为重度骨质疏松,5 例为膝关节内翻畸形。合并内科疾病者请相关科室会诊,控制血糖及其他部位感染。

1.2 手术方法

1.2.1 股骨近端髓内钉(PFN)内固定组 对于年纪较轻、骨质较好以及运动要求较高者,采用股骨近端髓内钉(PFN)治疗。于大转子顶端向头侧纵行逐层切开约 5 ~8 cm,拆除原内固定,按臀中肌肌纤维方向分离肌层后可触摸到大转子顶端。进针点应在大转子顶点偏内缘,透视引导下置入导针,对股骨近端进行扩髓,徒手置入 PFN 主钉,插入深度是以远端拉力螺钉凹槽中点延长线位于下 1/3 的股骨颈纵轴线上,近端钉尾平对大转子顶点,自锁螺钉的安放主要依靠导向装置进行。2 个锁孔可同时锁定,如果骨折端稳定,远端自锁螺钉的安放又较为困难,则不强求锁定。螺钉植入后取自体松质骨骨折端植骨,冲洗并放负压引流后,逐层关闭切口(图 1a、b)。

1.2.1 人工股骨头置换组 手术时取健侧卧位,采用原手术切口,但在切口近端应斜向粗隆后外侧,以大转子为中点,沿臀大肌纤维方向做一个 9 ~15 cm 的切口。切开皮下组织,松解周围疤痕,取出原有内固定。切开关节囊,清理骨痂。充分暴露髋臼,清理髋臼内容物,清除髋臼的盂唇及增生的骨赘。根据术前 X 线所示情况,确定所用股骨假体。对于股骨上端缺损严重,骨质欠佳的患者,尽最大可能复位后内侧骨皮质以提高假体的稳定性;如后内侧骨皮质复位困难,应采用长柄假体。打通股骨近端髓腔,用髓腔锉扩髓试行股骨假体柄插入,评估插入位置和各方向稳定性。酌情采用钛缆或钢丝结扎固定骨折块及先前所截之大粗隆,合并小转子骨折者同法复位固定。取出假体柄,放入髓腔塞,予生理盐水冲洗髓腔后填入骨水泥,然后插入假体柄于前倾 15°位。对于骨缺损严重者,可用股骨头行结构性植骨。还纳双极头后缝合关节囊。检查髋关节各向稳定性。冲洗后放置引流,缝合切口。手术时间平均约 90 ~280 min(图 2a、2b)。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402040
[**收稿日期**] 2013-10-22 [**修回日期**] 2013-11-06