鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤手术围手术期护理

Nursing care of perioperative period of endoscopic surgery for nasopharyngeal angiofibroma

严琳潇,黄茂华 (第三军医大学西南医院耳鼻咽喉科,重庆 400038)

[关键词] 鼻咽部纤维血管瘤;围手术期;护理
[中图分类号] R766.3;R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0428-02

鼻咽部纤维血管瘤为鼻咽部常见的良性肿瘤,好发于10~17岁男性青少年。手术彻底切除病变组织是根治鼻咽部纤维血管瘤的唯一方式。但是,如何解决青少年患者围手术期心情焦虑及早发现病变区出血等并发症始终是鼻咽部纤维血管瘤围手术期护理的难题[1-2]。我院2010年2月至2013年10月36例患者鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤实施鼻内镜手术,本文探讨和总结鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤手术患者围手术期的护理方法。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院自2010年2月至2013年10月共收治鼻咽部纤维血管瘤患者37例,均为男性,平均年龄14.3岁。

1.2 手术方法

术前1 d行行数字血管造影及栓塞,明确病变的供血血管及进行有效的血供阻断。手术过程中,在鼻内镜辅助下,明确病变位置及范围,切除钩突及前筛,充分暴露肿瘤的边界,钝性分离下完整的切除肿块,检查术腔无病变残留后,碘纺纱条填塞,检查无出血后,结束手术。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理 手术前认真检查血常规、尿常规、肝肾功能、胸片、心电图、血型及交叉配学实验等,同时剪鼻毛备皮。患者行数字血管造影及栓塞术,观察患者体温、神志、肢体动度等,及早发现发现因血管栓塞所有可能导致的并发症情况。术前12 h禁食、禁水。备好患者心电监护等设备[3]。术前护理做好患者及其家属的思想工作,说明手术的必要性及其可行性。针对患者及其家属对手术的恐惧和担心,进行解释和疏导,减少可能出现的愤怒、抑郁、绝望等情绪反应。

1.3.2 术后护理 术后一级护理,严格交接班注意事项。严密观察患者鼻腔、鼻咽部时候有出血、患者呼吸情况。术后平卧6 h,术后少量鼻腔渗血,可密切观察暂不予处理,如果发现有鲜血出血不止,及时报告医生,给予鼻内镜下检查,重新行术腔填塞。术后2~3 d,患者拔出术腔填塞物,同一般鼻内镜不同的是不做鼻腔冲洗,同时瞩患者勿剧烈活动,勿辛辣饮食,勿剧烈擤鼻,避免血管扩张,避免术腔继发性出血。鼻腔给予复方薄荷石蜡油滴鼻,给予鼻腔黏膜保护,减少鼻腔干痛。做好患者及其家属的思想解释工作,向患者及其家属说明术后患者涕中带少量血痂是正常现象,鼻内镜手术术腔恢复有一过程,只要不是活动性鲜血,即为术后正常反应,消除患者及其家属的焦虑情绪[4-5]。

1.3.3 并发症护理 鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤术后最严重的并发症为术腔继发性出血,其原因可能为术中血管损伤,术腔填塞不到位有关,术后护理应及时的发现、及时的向医生汇报。医生可在鼻内镜下重新对术腔进行填塞,消除隐患。因此,术后护理人员的责任心、观察力尤为重要,应对护理人员加强该方面知识的培训。

1.3.4 术后康复护理 术后患者往往具有患者鼻腔干痛不适、鼻塞、鼻腔分泌物增多等现象。一方面可给予患者复方薄荷脑油等药物滴鼻减少症状;另一方面,向患者及其家属做好解释工作,嘱患者勿剧烈擤鼻,交代其可在术后1周门诊鼻内镜下行鼻腔清理术,以减少患者及其家属的忧虑情绪。做好出院指导,告知患者注意:①避免出院后剧烈运动;②预防呼吸道疾病的发生;③注意清淡饮食。④定期门诊电子咽喉镜复查,鼻咽部加强CT检查随访,及早发现该病复发的征兆。

2 结果

1例患者病变包绕颈部大血管放弃手术,其余36例患者均在我科接受全麻下鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤切除术。全组鼻咽部纤维血管瘤患者平均住院日10.7 d,术后2~3 d拔出术腔填塞物均未见活动性出血。随访6~20个月,1例6个月后复发,其余均无复发。

3 讨论

鼻内镜下鼻咽部纤维血管瘤切除不仅要注重手术方面的技巧,同时还要重视围手术期护理[3]。由于鼻咽部纤维血管瘤病变周围解剖结构复杂、易出血、易复发等特点,患者为青少年,患者及父母极易产生担心、忧虑、害怕情绪,因此情绪低落,易激怒。手术前青少年患者及家长因长期受鼻出血等症状困扰,担心手术而导致的焦虑、恐惧。因此,术前评估患者术前心理特点,进行个性化的护理。术前青少年患者需局麻下行数字血管造影及栓塞,该操作术中患者疼痛、恐惧不配合及术后患者生命体征、肢体动度观察,如何提高患者依从性及及早发现并发症尤为重要。术后2~3 d拔出鼻腔填塞物,暂时、少量鼻腔渗血会给患者及家属带来困惑,应做好解释工作还要与手术继发性、活动性出血相鉴别,及早发现问题并向值班医生汇报,

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404040
[收稿日期] 2014-03-22 [修回日期] 2014-04-01

以减少严重并发症的出现。患者出院时,耐心细致交代出院后饮食、随访方面的问题。另外,告知患者该病为良心疾病,如无复发,对患者今后生活无影响,消除患者对该病的心理阴影[6]。

本文通过对 36 例患者围手术期的心理状态及术后存在的护理问题的探讨,深入了解鼻咽部纤维血管瘤患者的病情特点,制定相应的护理措施,将人性化的心理健康教育贯穿在手术的前后,使我科鼻咽部纤维血管瘤患者得到了合理、有效、细致的治疗,不但融洽了医患关系,减少了并发症的发生,而且保证了治疗效果,提高了患者的生存质量。

[参考文献]

[1] 何 芸. 耳鼻咽喉头颈部手术全身麻醉护理配合与体会[J]. 西南国防医药,2014,2(24):200 - 203.

[2] 陈秀捞,翁琼英,张慧娇,等. 围手术期心理护理对耳鼻咽喉科患者中的应用效果评价[J]. 中国医药指南,2013,11(19):385 - 386.

[3] 吴沛霞,席淑新. 耳鼻咽喉科护理现状与研究进展[J]. 上海护理,2013,2(13):65 - 68.

[4] 隋雪梅,王善霞,于旭云. 耳鼻咽喉科患者手术的常规护理[J]. 医学信息,2013,4(26):475 - 478.

[5] 零 玲,周毓娟. 眼耳鼻咽喉科开展优质护理服务体会[J]. 中外医学研究,2012,10(36):84 - 85.

[6] 李惠兰. 耳鼻咽喉科围手术期发生意外的护理对策[J]. 中国医学创新,2012,9(32):61 - 63.

(编辑:左艳芳)

128 例内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的护理

Nursing care of early gastric cancer treated by endoscopic submucosal dissection in 128 cases

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

[关键词] 内镜黏膜下剥离术;早期胃癌;护理
[中图分类号] R735.2;R473.73 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0429-02

胃癌是常见的恶性肿瘤之一,早期胃癌是指病灶不超过黏膜下层而无论有无转移的胃癌。早期胃癌的早期诊断和治疗大大提高了胃癌患者的预后[1]。随着消化内镜诊断和治疗技术的不断发展,内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)使早期胃癌病灶切除范围更加扩大,并且安全可靠,是内镜下黏膜切除术(EMR)的补充和演进,目前已成为消化道早癌及其它肿瘤的内镜下切除的新技术[2]。为了探讨 ESD 治疗早期胃癌的最佳护理措施,现将我院 128 例经 ESD 治疗的早期胃癌患者的护理进行总结,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 6 月至 2013 年 2 月我院内窥镜中心经 ESD 治疗的早期胃癌患者 128 例,其中男 81 例,女 47 例,年龄 48 ~ 82 岁,平均(68.3 ± 16.4)岁。所有患者术前均经胃镜、超声胃镜及病理检查确诊为早期胃癌。其中癌肿位于胃窦部 76 例,胃体 32 例,胃角 12 例,胃底及贲门 8 例。病灶直径 2.0 ~ 3.2 cm,平均(2.8 ± 0.6) cm,其中黏膜内癌 78 例,黏膜下层癌 50 例。

1.2 护理方法

1.2.1 术前准备 主要有:①术前进行适当心理疏导,减轻患者的顾虑。向患者讲明 ESD 是目前治疗早期胃癌的安全有效的内镜下治疗手段,可免除开刀的痛苦,并且早期胃癌的预后较好。严格把握 ESD 治疗适应证及禁忌证,常规检查出凝血功能、血常规、心电图等。②告知患者治疗中可能的并发症及风险,签署知情同意书。③术前嘱患者禁食 8 ~ 12 h,戒除烟酒,停用抗凝药物。④器械有日本电子胃镜(GIF-XQ260)、PSD-20 型高频电发生器、圈套器、异物钳、异物网篮、ESD 治疗刀、内镜下注射管、钛夹、心电监护仪、气管插管箱、急救药物,1∶10 000 肾上腺素。⑤检查设备连接及性能是否完好,正确放置电极板,建立静脉通道,吸氧 2 L/min。

1.2.2 术中护理配合 患者取左侧屈膝卧位,戴好牙垫并固定,如有活动性义齿应取下。协助内镜医师进境观察,找准病灶后,调整内镜至视野最清晰位置后协助固定内镜。然后,经胃镜活检孔道置入 ESD 治疗刀,于病灶边缘 0.5 cm 处进行电凝标记切除范围,然后置入黏膜注射针,于病灶边缘将注射液注射至黏膜下,使病变黏膜充分隆起,将边缘黏膜环形切开,然后在黏膜下剥离整个病灶。病灶剥离后如果有创面血管或出血点显露,进行电凝、钛夹止血,如创面少量渗血,给予 1∶10 000 肾上腺素喷洒止血。操作过程中严密观患者心率、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。

1.2.3 术后饮食指导 手术完毕后将患者送回病房,观察生命体征。嘱患者禁食 2 h,术后第 1 天进流食,2 ~ 3 d 后逐渐过渡到正常饮食。嘱患者保持大便通畅,观察患者有无腹痛、腹胀、黑便等。

2 结果

128 例患者中一次性完全摘除病灶 116 例(90.6%),12 例患者一次性摘除不完全,行 2 次治疗后完全摘除。手术时间为 22 ~ 48 min,平均为(27.8 ± 8.2) min。病灶剥离后发生出血 68

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404041
[收稿日期] 2013-12-11 [修回日期] 2013-12-29