例(53.1%),其中经电凝止血 12 例,肾上腺素喷洒止血 20 例,钛夹止血 38 例,无术后再次出血病例。术中及术后无穿孔病例发生。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 72 例(56.3%),均经对症处理后症状缓解或消失。

3 讨论

ESD 能够一次性切除大的病灶,且残留复发率低,适应证更加广泛,目前是早期消化道癌的一种主要内镜下治疗方法。但 ESD 技术要求较高,操作难度较大,容易发生出血或穿孔等并发症[3]。本组资料显示,ESD 治疗早期胃癌的一次性切除率为 90.6%,术后出血是最主要的并发症,但所有并发症均经保守治疗后缓解,本组中尚无穿孔病例发生。可见 ESD 治疗早期胃癌是安全有效的。

良好的护理是手术成功的保障,因而术前各种准备应到位。安排专职护士进行 ESD 相关技术及护理的培训,熟练 ESD 的仪器设备、药品及操作流程,术前严格把握 ESD 的适应证及禁忌证,履行知情告知。术前备好各种仪器设备并保证性能完好。事先让患者禁食水 8 h 以上,以免造成手术视野不清,操作困难,需要反复抽吸胃内积液等问题,这不仅增加了操作时间,也容易堵塞内镜[4]。其次,术中应密切配合。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;各种操作应动作熟练轻柔。ESD 治疗早期胃癌最主要的并发症为穿孔和出血。因此,术后观察患者有无突发腹痛、腹膜刺激证等胃肠道穿孔的表现,观察有无黑便、便血等出血表现[5]。

总之,ESD 治疗早期胃癌疗效确切,安全可靠。同时,充分的术前准备、术中密切配合、术后严密观察是 ESD 治疗早期胃癌的护理要点,也是手术成功以及减少或减轻并发症的保障。

[参考文献]

[1] Saragoni L, Morgagni P, Gardini A, et al. Early gastric cancer: diagnosis, staging, and clinical impact. Evaluation of 530 patients[J]. New elements for an updated definition and classification[J]. Gastric Cancer, 2013, 16(4): 549 - 554.

[2] Min BH, Lee JH, Kim JJ, et al. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection (ESD) for treating early gastric cancer: comparison with endoscopic mucosal resection after circumferential precutting (EMR-P)[J]. Dig Liver Dis, 2009, 41(3): 201 - 209.

[3] 丁小云. 消化内镜切除技术现状与发展[J]. 现代实用医学, 2012, 24(3): 246 - 249.

[4] 李原莉, 周 钢, 赵纯成, 等. 内镜下黏膜切除术治疗早期胃癌 36 例护理[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(4): 452.

[5] 金 茜, 尧登华, 李政文, 等. 内镜下黏膜剥离术的护理配合体会[J]. 西南军医, 2010, 12(2): 391.

(编辑:周小林)

C 形臂结合皮区刺激电位引导射频消融治疗三叉神经痛的护理

Nursing care for trigeminal ganglion radiofrequency ablation guided by Tsai method combined with derma electrograph

李雪薇, 石 英 (第三军医大学西南医院疼痛科, 重庆 400038)

[关键词] 三叉神经痛; 射频消融; 护理
[中图分类号] R248.2; R441.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0430-02

三叉神经痛是疼痛科的常见病和多发病,是指在三叉神经分布区域内出现的反复性、发作性电击样剧烈疼痛,历时数秒或数分钟。射频损毁三叉神经半月神经节控制原发性三叉神经痛是目前在全世界得到公认的微创治疗技术[1]。我院 2012 年 1 月至 2014 年 2 月采用 C 形臂结合皮区刺激电位引导穿刺行三叉神经半月节射频毁损术治疗原发性三叉神经痛患者 30 例,在手术前后进行规范化的护理,提高了手术的成功率,减少了并发症。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组原发性三叉神经痛患者 30 例,其中男 14 例,女 16 例,年龄 40 ~ 80 岁。病程最长 13 年,最短 3 个月。右侧三叉神经痛 22 例,左侧 8 例,其中 3 例为射频术后复发。第Ⅰ支受累者 1 例,第Ⅱ支受累者 3 例,第Ⅲ支受累者 19 例,第Ⅱ、Ⅲ支同时受累者 6 例,第Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ支同时受累者 1 例。

1.2 手术方法

患者平卧位,头取中立位,双眼正视天花板,常规消毒铺巾,局部麻醉后经眼眶外缘的垂直线与口角水平线的交点为穿刺点,用 100 mm 长工作端、5 mm 射频专用穿刺针快速进皮,根据 X 线斜位影像调整方向,缓慢向卵圆孔进针,到位后抽出针芯,无血液、脑脊液后再根据 C 臂侧位影像和神经电刺激精确定位调控;针尖调整满意后在异丙酚静脉麻醉下行三叉神经半月节射频热凝治疗。术毕拔出射频长针,无菌敷贴包扎穿刺点。

1.3 护理方法

1.3.1 术前准备和健康教育 做好疼痛评估和记录,观察记录患者角膜反射、面部感觉等情况;协助完成相关检查;观察镇痛药物的效果及其不良反应,出现反应及时通知医生调整药物;病室温度适宜,患者应避免吹风和寒冷刺激,避免强光直接照射及剧烈震动面部,减少说话,发作频繁时禁止说话,禁止碰及面部"扳机点",以免诱发疼痛;饮食宜进温软不需咀嚼的食物,发

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.2014040042
[收稿日期] 2014-03-22 [修回日期] 2014-04-01

作期间以流质、半流质为主;术前禁食水 6 h。指导患者正确的洗脸漱口方法。

1.3.2 术中护理 协助患者取手术体位,对患者进行安慰与心理疏导,缓解患者的紧张情绪,分散注意力。严格执行无菌操作,建立静脉通道,协助医生调节好仪器所需要的参数,备好急救药品以及吸痰器等,做好手术的配合工作;毁损过程中密切监测生命体征,予面罩吸氧,观察角膜反射、眼球活动情况。

1.3.3 术后护理 除常规护理之外,加强对并发症的观察和护理:①严密观察患者有无头昏、恶心呕吐,嘱患者卧床休息,多关心询问患者的感受,必要时遵医嘱给予药物治疗。②穿刺区域有无发红、发热、肿痛,如出现则提示可能出现感染,应及时报告医生处理;排除感染后如肿痛严重可冷敷面部。③保护患侧面部皮肤,保持皮肤的清洁,用软毛巾温水洗脸,动作轻柔;避免过冷、过热刺激,可适当按摩,以促进感觉功能恢复。④嘱患者术后尽量使用健侧牙齿咀嚼,少说话;出现咀嚼肌无力时,应指导患者双唇紧闭训练和咀嚼肌功能训练,加强下颌练习,避免肌肉紧张,循序渐进,最好在餐前进行,每次 4 ~ 6 min[2]。⑤术后应严密观察患者角膜反射是否灵敏,有无角膜充血、水肿现象,有无视物模糊,发现异常及时报告医生处理;根据医嘱给予眼药水,告知患者应避免强光刺激,洗脸毛巾应干净,不可用手或不洁物揉擦患眼。

1.4 疗效判定

疼痛评估采用视觉模拟评分法(visual analogue scales, VAS)进行术前、术后评估,并教会患者使用 VAS 评分尺;对术后患者 24 h、72 h 以及出院 1 个月、3 个月回访时进行评估分析。患者术前术后心理健康评估使用焦虑自评量表(SAS)。观察并记录术后患者的并发症,于术后 72 h 记录包括头昏、恶心呕吐、穿刺区域异常(发红、发热、肿痛)、面部感觉减退、咀嚼肌力减退、角膜炎的发生率。

1.5 统计学方法

采用 SAS8.2 统计软件进行统计分析,所有数据用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料用单因素方差分析。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

患者术前视觉模拟评分(VAS)为(8.21 ± 1.75)分,术后 24 h 为(3.22 ± 0.96)分、术后 72 h 为(1.96 ± 0.81)分、术后 1 月为(0.88 ± 0.35)分,术后 VAS 与术前比较,$P < 0.05$ 差异有统计学意义。治疗前焦虑自评量表评分(SAS)为(65.03 ± 14.17)分,术后降为(22.43 ± 10.06)分,$P < 0.05$ 差异有统计学意义。术后并发症发生率分别为:头昏 26.67%、恶心呕吐 10%、穿刺区域异常(如发红、发热、肿痛)20%、面部感觉减退 86.67%、咀嚼肌力减退13.33%。

3 讨论

三叉神经痛是疼痛科收治的慢性疼痛中最难治愈疾病之一,因疼痛剧烈、反复发作,患者可出现心情焦虑、悲观失望,有的患者甚至产生自杀倾向。艾里斯理性情绪疗法认为,一切错误的思考方式或不合理信念是心理障碍、情绪和行为问题的症结[2];因此应建立良好的护患关系,并通过热情的服务、真诚的交流使患者得到心理上的满足,经常开导和鼓励患者,随时了解患者的心理状态,耐心倾听患者的意见、建议和自我感受,帮助患者树立自信心。向患者解释说明射频毁损术的方法、疗效以及安全性,减少其恐惧心理,指导患者学会自我调节,控制情绪,提高疼痛阈值,以最佳心理状态接受治疗。

治疗的方法有药物治疗和手术治疗。C 形臂结合皮区刺激电位引导穿刺行三叉神经半月节射频毁损术优点在于穿刺成功率高,对半月神经节损毁范围的可控性好,疗效更优越。本组患者三叉神经痛患者术前焦虑自评量表评分均较高,其中 5 例高于 70 分,达到重度焦虑,三叉神经半月节射频毁损术后患者 VAS 均明显降低,且 1 个月内逐渐降低。随着疼痛程度的降低,再通过积极的心理护理,患者焦虑状态也得到明显改善,焦虑自评量表评分均降至 50 分以下。

C 形臂结合皮区刺激电位引导穿刺行三叉神经半月节射频毁损术中最常出现的并发症是头昏、恶心、呕吐,而反复穿刺引发颅底血肿和进针深度不当是术后头昏、恶心、呕吐的主要原因[1]。因此,应严密观察患者有无头昏、恶心呕吐,嘱患者卧床休息,多关心询问患者的感受。因头面部血运丰富,感觉灵敏,术后早期患者常有局部肿痛;少数因为反复穿刺造成面部血肿[3],术后注意观察患者穿刺点皮肤情况。手术过程中易触动压迫血管、主神经根或桥脑的细小分支而导致术后患者面部感觉减退[3],术后注意观察感觉减退区域的变化。如果出现单侧的咀嚼肌力减弱不会严重影响患者的日常生活,减弱的肌力在两个月内将得到恢复[4]。嘱患者术后尽量使用健侧牙齿咀嚼,少说话。角膜炎常见于第 I 支热凝损伤,造成角膜反射减退或消失[5];发生麻痹性角膜炎后可致角膜云翳甚至失明。术后应严密观察患者角膜反射是否灵敏,有无角膜充血、水肿现象,有无视物模糊。

C 形臂 X 线影象结合皮区刺激电位引导穿刺行半月神经节射频治疗的临床优点明显,穿刺成功率高,对半月神经节损毁范围的可控性好,术后不良反应发生率低,通过手术中的紧密配合、手术前后细致的专科护理、术后并发症的观察、预防和处置,三叉神经半月节射频毁损术后并发症发生率降低,患者的生活质量进一步得到提高。

[参考文献]

[1] 聂发传,苏 东,陈金梅,等. C 形臂结合皮区刺激电位引导穿刺行三叉神经半月节射频治疗[J]. 中国疼痛医学杂志,2008,14(1):6 - 8.

[2] 匡 丹,沈晓明,薛育政. 心理护理干预在射频温控热凝术治疗三叉神经痛的应用[J]. 临床护理杂志,2009,8(2):46 - 47.

[3] 韩 茜. 三叉神经射频热凝术后并发症的循证护理[J]. 江苏医药,2012,38(17):2103 - 2104.

[4] Kanpolat Y, Savas A, Bekar A, et al. Percutaneous controlledradiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathictrigeminal neuralgia: 25-year experience with 1 600 patients[J]. Neurosurgery, 2001, 48(3):524 - 532.

[5] 羊书勇,李晨军,张建设,等. 射频热凝术治疗三叉神经痛并发症的分析[J]. 西南国防医药,2010,20(4):401 - 403.

(编辑:左艳芳)