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

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