舒适护理在内镜下逆行性胰胆管造影检查中的应用

Application of comfort nursing care in endoscopic retrograde cholangiopancreatography

罗巧玲,王明菊,李 雪 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所放射科,重庆 400042)

[关键词] 逆行性胰胆管造影;舒适护理;应用
[中图分类号] R473.6;R576 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)02-0201-02

舒适护理模式是一种整体的、个性化的、创造性的、有效的护理模式,使人在生理、心理、灵性、社会上达到最愉快的状态,或缩短、降低其不愉快的程度。内镜下逆行性胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)及十二指肠乳头切开取石术目前已成为胆系和胰腺疾病诊断和治疗的基本技术手段之一[1-2]。ERCP 具有其他方法所没有的优点,痛苦少、创伤小、安全性高,但操作时因卧位的特殊要求,常导致口腔分泌物溢出而污染面部、引起颈部疼痛及不适。2009 年 3 月至 2010 年 3 月我科共行 ERCP 术 57 例,在 ERCP 检查中采用舒适护理,取得了满意的效果。现将护理体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组行 ERCP 术患者 57 例,其中男 25 例,女 32 例,年龄 14 ~ 82 岁,平均 49 岁。主要临床表现为腹痛、发热、黄疸等。

1.2 ERCP 检查方法

协助患者取左侧俯卧位,胸前垫一软枕,左手置于背后。为便于插管通过胃,内镜进入十二指肠后再使其取俯卧位(头偏向右侧)经口将十二指肠镜插入到十二指肠降段,找到十二指肠乳头开口处,经乳头插入造影导管或切开刀至胆总管,通过乳头切开刀导管注入造影剂。

1.3 舒适护理的应用

1.3.1 提供术前访视及健康教育 因患者缺乏 ERCP 术的有关知识,担心检查是否危险、是否疼痛,不利于检查的进行,向患者讲解检查的目的和有关操作过程及检查的安全性和耐受性,指导患者禁食 8 h,禁饮 4 h,并检查禁食情况,防止术中恶心、呕吐的发生。检查心电图、CT、磁共振胰管成像、B 超。更换病号服、除去假牙及金属饰品。十二指肠乳头平滑肌的松弛度直接影响 ERCP 的成功率,而患者的精神状态、情绪对操作的信赖度在很大程度上影响到十二指肠乳头平滑肌的松弛度,所以术前建立良好的护患关系是一切心理治疗成功的保证[3]。术前访视,能消除患者紧张、恐惧心理,教会患者配合技巧,有利于检查、治疗的顺利进行。

1.3.2 术前准备 术前 10 min 含服利多卡因胶浆,建立静脉通路、氧气吸入、心电监护。术前 5 min 静脉推注安定 5 ~ 10 mg,6542 10 mg,杜冷丁 50 ~ 100 mg 以达到镇静、松弛乳头括约肌,减少腺体分泌的作用,提高插管的成功率。协助患者摆好体位,取左侧俯卧位,头偏向右侧,头部放置在带洞的软枕上,口鼻悬空,防止影响呼吸,并放置棉垫于口角,防止分泌物污染;胸部及下肢垫上一软枕,并适当固定患者,防止坠床。并注意保暖。

1.3.3 术中观察及护理 因患者卧位的特殊性,患者极易出现呼吸异常,因此术中应严密观察心电监护及血氧饱和度的变化,加强呼吸道管理,持续有效吸氧,保持呼吸道通畅,及时清除口腔分泌物,重点观察患者的面色、口唇、甲床的颜色,如出现呼吸抑制、血压下降、呛咳、呕吐、躁动等,及时报告医生,给予有效处理。同时术中每 10 min 对受压部位进行调整和按摩,防止皮肤受压。

1.3.4 术后护理 大部分患者在无痛 ERCP 检查后立即清醒,部分患者清醒慢,醒后感困倦、头晕、颈部疼痛,生命体征不稳定。对这类患者指派专人护理,观察血压、脉搏、血氧饱和度及意识情况,直到生命体征平稳,并将患者体位调整为平卧位,头偏向一侧,及时清洁面部。向患者及家属说明术后注意事项,包括 ERCP 术后禁食时间,鼻胆管引流者应妥善固定,避免脱落,注意观察并记录引流液的色、泽、量。

2 结果与讨论

57 例患者中,28 例为胆总管结石,15 例为胆囊结石,成功实施十二指肠乳头切开取石术,10 例患者为急性胰腺炎,术后安置鼻胆管引流 8 例,通过良好的舒适护理,无 1 例患者出现颈部疼痛、皮肤及肢体受压并发症。其中 1 例患者术中出现血氧饱和度下降至 75 %以下,因护士观察及时,嘱医生立即停止操作,将病人平卧位,托起下颌部,面罩吸氧,待血氧饱和度恢复到 95% 以上再继续行检查。无 1 例患者由于缺氧出现并发症,均顺利完成手术,患者舒适度和安全感明显提高。

ERCP 是一项微创诊疗技术,具有简单、快速、并发症少的优点,解决了以往需外科开腹手术才能解决的问题,但强迫体位影响患者的舒适度,严重者导致呼吸异常。本组 57 例患者护理中体会到术前有针对性准备,术中加强对患者的人性化关怀,尽量给患者提供舒适的条件,患者体位设计既要保持呼吸道通畅,又要让患者舒适,不影响手术操作,尤其是呼吸暂停综合征、颈短、肥胖患者,更应提高警惕,防止呼吸抑制发生。总之,熟练的操作技术和术前、术中、术后舒适护理是手术成功的关键。

[收稿日期] 2011-11-19 [修回日期] 2011-12-05

［参考文献］
[1] 文以君. 舒适护理在血液透析室整体护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(1):9.
[2] 姜玉红,罗秀娟. 舒适护理在内镜下行胃肠息肉摘除术中的应用[J]. 局解手术学杂志,2009,18(6):432.
[3] 王国强. 心身疾病心理护理的实施[J]. 实用护理杂志,2000,16(6):46.

（编辑:郭光金）

闭合复位经皮钢板内固定治疗儿童胫骨骨折

Closed reduction percutaneous plate osteosynthesis for tibia fracture in children

王 洪,贾 斌,张 勇,曹国庆,郑 杰,马雪峰,高 迪 （深圳市平乐骨伤科医院,广东 深圳 518000）

［关键词］经皮钢板内固定;胫骨骨折;闭合复位;儿童
［中图分类号］R681.8 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2012)02-0202-01

随着人们对生物学内固定术认识的不断加深以及大量的实验和临床研究,微创经皮钢板固定技术(minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis,MIPPO)已广泛应用于临床,但是却鲜有使用此技术治疗儿童胫骨骨折的报道。2006年2月至2009年7月,本文作者运用闭合复位经皮钢板内固定治疗一组儿童胫骨骨折患者,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者12例,其中男8例,女4例;年龄6~17岁。左侧8例,右侧4例。致伤原因:交通伤3例,跌伤9例。其中开放性骨折2例,受伤至手术时间1~7 d,平均2.3 d。开放性骨折给予急诊清创缝合术后无感染再按照闭合性骨折手术治疗。

1.2 手术方法

用3.5 mm的下肢重建钢板,依据术前拍的1:1比例健侧X线片进行塑形,注意内侧面下1/3的弧度给予预弯,一般在5°~7°。钢板长度至少长于骨折范围6孔。患者仰卧于可透X射线的手术床上。于骨折近端胫骨前内侧用尖刃刀纵向切一2.0~3.0 cm的切口,达深筋膜,注意不要切到骨膜,以骨膜剥离器沿胫骨内侧面在皮下深筋膜与骨膜之间分离,从而建立皮下隧道,经此隧道插入术前良好塑形的重建钢板,将钢板置于骨膜表面。然后用间接复位技术完成胫骨骨折端的复位。重建钢板放置于胫骨的前内侧,螺钉孔在骨折远近端应均匀分布。可用一块等长的钢板在皮外准确定出螺钉孔的位置,切约1 cm长切口,显露螺钉孔后,逐一钻孔、攻丝及固定螺钉。通常骨折两端各用3枚螺钉固定即可。石膏托固定3~4周,术后第1天即可进行患肢功能锻炼;拍X线片见到骨痂生成良好或骨折线模糊后逐步负重,一般为术后6~8周。

2 结果

手术时间20~50 min,平均(35±15)min。术后X线片显示骨折解剖复位3例,功能性复位9例。12例均获随访,时间8~20个月,平均(12±6.4)个月。骨折临床愈合时间6~10.5周,平均(8±1.6)周。无骨折不愈合、畸形愈合,无钢板断裂与松动,膝、踝关节活动无受限。

3 讨论

胫骨干骨折是儿童常见骨折,闭合复位、生物学固定、保护骨骺不受损伤及尽早恢复患肢活动是目前儿童骨折的治疗方向。由于儿童骨骼处于生长发育阶段,塑形矫正能力强,采用石膏或小夹板外固定等保守疗法多可取得令人满意的疗效。但这种方法有卧床时间长、不能早期户外活动、容易产生压疮及护理负担重等缺点。与保守治疗相比,手术治疗在提高骨折复位质量、缩短住院时间、减轻患儿痛苦、早期功能训练、降低晚期并发症及再次手术率等方面均存在明显优势。为求在手术治疗和保守治疗之间获得最佳平衡,闭合复位、微创生物学固定及早期功能练习成为儿童骨折目前的治疗方向。有学者报道MIPPO技术治疗四肢骨折具有创伤小、并发症少、骨愈合率高的优势[1-2]。但以往的报道多将该技术应用于成人骨折,本文作者将MIPPO技术运用到儿童胫骨骨折的治疗上,效果满意,此技术有如下优点:①操作简便,不需特殊器械,取材方便,技术要求低;②疗效肯定,由于骨膜剥离较少,内固定稳定,对骨折愈合非常有利;③适应证广,对儿童胫骨干骨折、干骺端骨折、粉碎性骨折、开放性骨折均可采用此方法;④采用价格相对低廉的重建钢板代替锁定钢板,仍可取得良好的疗效[3]。总之,闭合复位经皮钢板内固定治疗儿童胫骨骨折操作简单、创伤小、费用低、疗效满意,值得临床推广应用。

［参考文献］
[1] 杨运发,侯之启,徐中和,等. 微创经皮LCP或LISS内固定治疗膝关节周围骨折[J]. 临床骨科杂志,2006,9(5):440-441.
[2] 薛 峰,陈兵乾,盛晓文,等. MIPPO技术治疗四肢骨折[J]. 临床骨科杂志,2009,12(2):207-208.
[3] 张庆武,张 威. 钢板内固定治疗肱骨近端骨折45例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(01):43.

［收稿日期］2011-10-06 ［修回日期］2011-11-01

（编辑:周小林）