

**3.3 局部浸润麻醉下行 MPCNL 体位舒适度的比较** 从本组结果看,两种体位 MPCNL 都是安全有效的,并发症发生率比较差异无统计学意义。由于手术在局部麻醉下进行,患者意识是完全清楚的。因此,对体位舒适度的要求较高,体位越舒适,患者对手术的耐受时间就越长。本组结果显示,侧卧位组患者舒适与轻度不适比例(81.0%)显著高于俯卧位组(63.6%),而俯卧位组中度不适与重度不适(34.6%)显著高于侧卧位组(18.9%),两组舒适度比较差异有统计学意义,说明局麻下行 MPCNL 侧卧位优于俯卧位。但是,随着手术时间的延长,两种体位都可能会对患者带来严重的不适,因此,局麻下 MPCNL 应该掌握相应的指征:(1)结石直径小于 3.5 cm;(2)估计手术时间小于 90 min;(3)患者有较好的疼痛耐受性<sup>[3]</sup>。

**3.4 局部浸润麻醉下行 MPCNL 不同体位的护理措施** 俯卧位和侧卧位均属于特殊体位,会给患者造成一定程度的不适。因此,术前应详细向患者讲解不同体位的特点以及术中完美体位配合的重要性,争取患者术中的积极配合。同时,术前体位训练也是非常必要的。侧卧位时患者呼吸影响不大,不适主要来自腰桥对腰部的影响,作者认为,手术时间过长、患者自诉不适时,可以适当放低腰桥以减轻患者的不适,为完成手术创造条件。俯卧位时,由于身体本身的重力压迫胸膜,引起血流动力学改变而影响循环与呼吸系统,易出现憋气、胸闷和呼吸困难,尤其是肥胖患者和肺功能不佳者<sup>[8]</sup>,但手术过程中没有好的解决办法。本组结果示俯卧位组中度不适与重度不适比例高于侧卧位组。因此,局部麻醉下侧卧位 MPCNL 患者舒适度好,患者接受度高,值得推广。

#### 参考文献:

- [1] Li X, He Z, Wu K, et al. Chinese minimally invasive percutaneous nephrolithotomy the guangzhou experience [J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1693-1697.

- [2] 王敏,钱卫红,潘铁军,等.两种体位经皮肾镜碎石术的护理观察[J]. 护理学杂志, 2011, 26(12): 27-28.
- [3] 宋小松,甘艺平,余强国,等.局部浸润麻醉下侧卧位微创经皮肾镜取石术 38 例观察[J]. 重庆医学, 2011, 40(33): 3366-3369.
- [4] Wickham JEA, Miller RA. Applied anatomy in percutaneous renal surgery[M]. Edinburgh: Chrichill Living Stone, 1983: 1-16.
- [5] Chen Y, Zhou ZS, Sun W, et al. Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy under peritubal local infiltration anesthesia[J]. World J Urol, 2011, 29(6): 773-777.
- [6] 蔡文锦,戴丽萍,颜美,等.局麻下微创经皮肾输尿管镜取石术治疗复杂性肾结石 38 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(10): 82-84.
- [7] 王其红,朱伟金,赵秋芳.经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石 67 例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(11): 633-634.
- [8] 周祥福,高新,肖翠兰,等.平卧位经皮肾镜碎石取石术在治疗肾结石中的应用[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(14): 991-992.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-04-22)

#### 参考文献:

- [1] Li X, He Z, Wu K, et al. Chinese minimally invasive percutaneous nephrolithotomy the guangzhou experience [J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1693-1697.

## 内镜下肠息肉摘除术的护理

周静雅

(重庆医科大学附属第二医院消化内科,重庆 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2686-02

息肉(polyps)系指黏膜面突出的一种赘生物,而不管它的大小、形态及其组织学类型。大的息肉可引起肠套叠、肠梗阻或严重腹泻<sup>[1]</sup>。息肉包括增生性、炎症性、错构瘤、腺瘤及其他良性肿瘤等<sup>[2]</sup>。小肠息肉的发生率远比胃和大肠低,且多见于十二指肠,以腺瘤和布氏腺瘤为主,大小不等。大肠息肉占肠道息肉的 80%,其中大多数(50%~75%)位于乙状结肠或直肠,单发多见,多发者占 15%~42%。小肠息肉症状以消化道出血和肠梗阻多见;大肠息肉症状少数有腹泻不适,腹胀或大便习惯改变,粪便可混有血液或鲜血便。大的息肉可引起肠套叠、肠梗阻或严重腹泻。内镜下息肉摘除术创伤小、痛苦小、不开刀,内镜检查主要是用于诊断炎症性肠病以及结肠的息肉、肿瘤、出血等,并可进行息肉摘除、钳取异物等治疗。因此,内镜下息肉摘除术是非手术治疗的首选方法。通过对内镜下息肉摘除术实施有效的术前、术后护理和观察,对患者进行心理护理、健康指导、饮食指导,减少术后并发症的发生,为患者减轻痛苦,增加对手术的信心,保证内镜手术的安全、有效,现将护

理体会总结报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取肠道息肉患者 56 例,其中,男 38 例,女 18 例,年龄 32~67 岁,平均 49.5 岁。其中十二指肠息肉 15 例,乙状结肠息肉 32 例,直肠息肉 9 例。其中,22 例使用内镜下高频电凝切除法,29 例使用内镜下氩气刀凝固法,5 例使用内镜下圈套结扎法。临床症状以腹胀、大便习惯改变为主。

**1.2 内镜下息肉摘除方法** 在肠镜检查下采取高频电凝切除法、圈套结扎法、氩气刀凝固法手术治疗<sup>[3]</sup>。将息肉整体切除,进行活组织病理检查,治疗患者临床症状、排除肿瘤。在肠镜检查下采取高频电凝切除法、圈套结扎法、氩气刀凝固法,发现息肉后,选择适当的圈套器,圈套息肉后,慢慢地收紧圈套。先凝后切,反复间断的割切。如术中有少量出血可给予 0.9%生理盐水、8%去甲肾上腺素液冲洗。创面较大,出血较多,可采用钛夹止血,预防穿孔治疗<sup>[4]</sup>。根据具体情况取活组织行细胞学检查。检查结束退镜时,应尽量抽气以减轻患者腹胀。

**1.3 效果评价** 56 例患者中,经高频电凝切除法、圈套结扎法、氩气刀凝固法手术治疗摘除肠道息肉,手术顺利,安全。

## 2 护 理

### 2.1 术前护理

**2.1.1 心理护理** 告诉患者内镜手术的方法、过程和目的。使患者对内镜手术有一定程度的了解,减轻患者对内镜手术的恐惧、焦虑。向患者讲解手术成功的案例,增加患者对内镜手术的信心。告知患者在手术中可能出现的不适,消除患者的紧张情绪,让患者能主动配合内镜检查治疗<sup>[5]</sup>。耐心讲解肠道息肉疾病的相关治疗,让患者对疾病有更多的认识,使患者在有心理准备的情况下处于最佳状态。

**2.1.2 评估患者的情况** 全面了解患者的病情、生命体征,评估患者全身情况。询问病史、既往史、过敏史和进行体格检查,并进行各项常规检查:血图分析、电解质、凝血象、心电图、胸片、乙型肝炎等。

**2.1.3 手术前准备** (1)术前行青霉素皮试,便于术后用于抗感染治疗。(2)术前 1 d 进食少渣、易消化软食,手术当天晨禁食。术前禁食 8 h,禁饮 4 h。(3)肠道准备:肠道准备的方法有多种,常用的方法是手术当日晨 6:00 用复方聚乙二醇电解质散(恒康正清)2 盒(内含 A、B、C 各 1 小包),将盒内各包药粉一并倒入带有刻度的杯(瓶)中,加温开水至 2 000 mL,搅拌使完全溶解后服用。首次服用 600~1 000 mL,以后每隔 10~15 min 服用 1 次,每次 250 mL,备用 2 000 mL 左右温开水继续服用,直至服完或直至排出水样清便。(4)建立静脉通道,便于术中备用,内镜检查体位为左侧卧位,因此,留置针建于右手背相对方便静脉注射等操作。

**2.1.4 术前用药** 遵医嘱术前可给予患者地西洋 5 mg 肌肉注射,由于药物可使患者对疼痛的反应性降低,以致肠穿孔时腹部症状不明显,应特别小心用药。术前 0.5 h 用阿托品 0.5 mg 或者山莨菪碱 10 mg 肌肉注射。

**2.2 术中护理** 协助患者穿上检查裤子,采取左侧卧位,双腿屈曲,嘱患者在内镜检查中勿随意摆动。术者先行直肠检查,了解有无狭窄、痔疮、肛裂等<sup>[6]</sup>。将镜前端涂上润滑油 1 遍,选用石蜡油,然后嘱患者全身放松、深呼吸,放松肛门括约肌。手术检查过程中,注意监测生命体征、观察神志变化、询问有无不适。如有面色改变、呼吸改变及脉搏异常应立即停止操作。手术过程中始终保持静脉输液通畅,以便及时用药。

### 2.3 术后护理

**2.3.1 神志、生命体征的观察** 术后评估患者的神志是否清楚,测试患者的计算力、定向力、记忆力。密切观察患者体温、脉搏、呼吸和血压变化,至少每 2 h 测 1 次。连续观察 24 h,特别是血压和脉搏的观察,如血压下降、脉搏加快提示有出血的可能,应立即汇报医生加强巡视。

**2.3.2 并发症的观察和护理** 术后常见并发症是消化道出血、穿孔,呕血和黑便是消化道出血的特征性表现<sup>[7]</sup>。术后需密切观察患者体温、脉搏、呼吸和血压变化,观察患者有无出现头昏、心悸、乏力、口渴等缺血症状。观察患者有无呕血及黑便。观察大便的颜色、性状、量,观察患者尿量多少。遵医嘱给予抑制胃酸分泌、保护肠道黏膜、补充液体治疗。术后保留留置针,保持静脉通道通畅。术后并发症穿孔的主要表现为急性腹膜炎的症状,因此,要重点观察腹痛的性质、部位、持续时间、有无压痛或反跳痛、有无腹肌强直的症状,有无放射至背部,通过患者的表现、面色判断疼痛的严重程度。并且密切观察患者有无腹胀等情况,观察患者大便是否通畅、肠道有无排气,必要时可以给予甘油灌肠保持大便的通畅。排除穿孔可能,对于常

规疼痛症状较重者可以协助患者采取有利于减轻疼痛的体位,缓解疼痛。并安慰和鼓励患者,设法减轻患者的心理压力,转移疼痛,分散患者的注意力,例如听音乐、听新闻、给患者讲一些与手术无关的事等。对疼痛明显者排除穿孔后可遵医嘱给予止痛剂,例如曲马多 100 mg 肌肉注射,及时对症处理。

**2.3.3 低血糖的观察** 手术前后,患者禁食禁饮时间长,可出现低血糖症状,低血糖是指血糖水平低于 2.8 mmol/L 的现象。术后需要监测患者血糖变化,加强夜间血糖的观察。密切观察患者有无出汗、颤抖、无力、眩晕、心悸、饥饿感等症状。并遵医嘱及时给予补充液体营养等治疗。

**2.3.4 饮食指导** 手术后嘱患者禁食禁饮,禁食禁饮的时间根据手术的部位、息肉的大小、息肉的多少,由手术医生决定,遵医嘱执行。常规术后禁食禁饮 24 h,术后第 1 个 24 h 后可饮用少量冷开水,如无不适可进食冷流质饮食如稠米汤、清稀饭、汤类、菜水、藕粉等呈液体状态清淡易消化的食物。避免饮用牛奶、豆浆,牛奶或豆制品饮品可引起腹胀。术后第 2 个 24 h 可进食较软更易咀嚼和便于消化的食物如菜泥、蛋糕、烂面条等。术后 1 周以内以软食为主。指导患者在日常饮食中,避免生冷辛辣刺激的食物、不易消化的食物,避免浓茶、咖啡、碳酸饮料等。避免油炸、腌制食品。指导患者规律饮食,按时用餐,不吸烟、不喝酒。

**2.3.5 活动与休息** 术后嘱患者卧床休息 24 h,24 h 内可床上活动,自行缓慢翻身,避免下床活动<sup>[8]</sup>。息肉较多或者较大患者卧床休息 2~3 d,避免腹部压力增高、提重物,避免用力咳嗽。保持大便通畅,防止便秘者用力排便时腹腔压力增高,2 周内避免剧烈活动。

总之,通过对内镜下肠息肉摘除术实施有效的护理,手术中医护配合,使患者对整个手术清楚,让患者在术后全程得到关怀,对患者进行心理护理、健康指导、饮食指导,减少术后并发症的发生,为患者减轻痛苦,增加对手术的信心,提高工作效率,保证内镜手术的安全、有效。

## 参考文献:

- [1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2001:253-255.
- [2] 吕农华,徐家瑞,陶雪花,等.大肠腺瘤性息肉癌变因素的讨论——附 245 例分析[J].中华消化杂志,1997,17(6):365-357.
- [3] 徐富星.内镜诊治消化道息肉的进展[J].中华消化内镜杂志,1999,16(3):133-134.
- [4] 张铭光,唐承薇.消化内科护理手册[M].北京:科学技术出版社,2011:126-129.
- [5] 刘红专,董春,陈晓辉.内镜下射频治疗大肠广基息肉 45 例临床分析[J].中国实用内科杂志,2002,22(11):687-688.
- [6] 张铁群,姚孔庆,徐美东,等.结直肠大息肉的内镜下治疗[J].中华消化内镜杂志,2005,22(1):60-62.
- [7] 黄小荣,陈敏芳,俞霞琴.大肠息肉高频电摘除术并发症的防治策略[J].中华消化内镜杂志,2003,20(5):352-353.
- [8] 黄霞.胃肠道高频电凝切除并发症分析[J].河北医学杂志,2001,7(8):722-723.