

inviting the patient's perspective[J]. Ann Intern Med, 1992, 116(5):414-418.

- [5] 戎艳鸣, 楼建华. 家庭为中心的护理模式在儿科的应用[J]. 解放军护理杂志, 2006, 23(11):50-51, 99.
- [6] 陶鑫, 孙建伟. 住院儿童家长陪护行为的重要性及必要性

[J]. 现代临床护理, 2006, 5(1):54-56.

- [7] 顾莺, 王君俏, 张玉侠, 等. 家庭中心式护理对先心病患儿父母围术期心理影响[J]. 上海护理, 2008, 8(6):32-34.

(收稿日期:2013-06-16 修回日期:2013-08-15)

• 临床护理 •

食管-胃底静脉曲张 U 型反转套扎术围术期的护理

吴素华

(重庆医科大学附属第二医院消化内科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)30-3711-03

肝硬化门静脉高压所致的食管-胃底静脉曲张(GOV)破裂出血是急性上消化道出血的常见原因,同时也是肝硬化患者主要的死因之一^[1]。本院在积累大量的食管静脉曲张套扎术(EVL)经验的基础上,对于食管-胃底静脉曲张采用 U 型反转套扎术(简称 EVL-R)。EVL-R 主要适应于胃底静脉曲张套扎,与传统的 EVL 术相比,手术中风险大,其成功需要护理人员的密切配合,关键是术前的心理辅导及术后恰当的处理措施,现将该方法的护理总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院消化内科 2008 年 1 月至 2012 年 1 月住院的肝硬化食管-胃底静脉曲张套扎术(EVL-R)患者共 37 例,其中,男 21 例,女 16 例,年龄 38~56 岁,平均 42 岁。患者生命体征平稳,排除有严重心、肺、肾功能不全、有严重凝血功能障碍者。所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用 Pentax-2931 型电子胃镜(日本旭光工业公司)、六连环结扎器(天医医用硅胶制品厂)进行套扎术。手术步骤包括:(1)U 型反转胃镜于胃底选择曲张静脉行密集套扎;(2)若同时合并食管静脉曲张,则继续自齿状线下套扎贲门曲张静脉;(3)于齿状线上采用由远至近、螺旋上升选择食管靶血管套扎(同常规 EVL 术)。套扎间隔 1.0~1.5 cm,反复多次,直至曲张静脉完全消失或基本消失为止。

1.2.2 护理配合 术前护理配合:术前完善各项检查;协助医生做好患者及家属沟通,签署手术知情同意书;术前心理准备,必要时进行心理干预;术前禁食 12 h,禁饮 4 h;建立静脉通道,术前 30 min 至 2 h 预防应用一代头孢,备齐有关急救药物及器械。

术中护理配合:术中给予患者持续低流量吸氧并监测患者生命体征;协助医生完成套扎术。

术后护理配合:患者卧床并持续监测生命体征 24 h;术后给予肌注胃复安减轻恶心、呕吐反应,必要时给予止痛剂;观察患者意识状态、皮肤黏膜颜色及大便秘结、量及颜色,观察患者尿量及腹围变化;禁饮禁食 14 d,进行饮食管理;药物应用(术后 1~7 d:奥曲肽持续微量泵泵入+PPI+营养支持+肠道微生态剂,术后 8~14 d:PPI+营养支持+肠道微生态剂);防治潜在术后并发症。

出院指导:告知患者 EVL-R 只是减少曲张静脉破裂出血

风险,仍需针对病因治疗(比如抗病毒、保肝等);饮食教育:定时进食,少量多餐,细嚼慢咽,避免进食高脂肪、粗糙、刺激性、过热、过冷的食物;禁烟戒酒,保持健康的心态,注意劳逸结合;避免增加腹压的活动,1 个月后方可做轻体力劳动。随访方案:术后 1、3、6 个月复查胃镜,必要时再次行曲张静脉套扎术。

1.2.3 观察项目 观察患者术前心理状态及术后并发症情况、术后早期出血原因及其诱因。

2 结果

本研究中术前患者的心理状态主要有焦虑/恐惧 25 例(67.6%)、急躁/易怒 7 例(18.9%)、悲观/绝望 3 例(8.1%),另外有 2 例(5.4%)患者表现平静。EVL-R 相关并发症包括早期再出血 2 例(5.4%)、腹水或腹水增加 1 例(2.7%)、胸骨后疼痛 2 例(5.4%)、吞咽不适 3 例(8.1%),无穿孔及肝性脑病等。术后早期再出血是 EVL-R 主要且严重的并发症。本例中术后出血诱因为饮食不当(100%)。

3 讨论

3.1 术前常见的心理状态及心理干预策略 手术作为一种强烈的心理应激源,常导致患者产生以“焦虑”为代表的心理应激反应,可伴随一系列的不良生理反应,重则影响手术和麻醉的顺利进行和/或术后康复^[2]。相关研究表明术前有效的心理干预可帮助患者获得良好的心理支持,缓冲术前压力,使患者在术中处于最佳的身心状态^[3];可增加术中痛阈,减少术中用药及风险,减轻全身麻醉苏醒期躁动、恶心、呕吐等常见并发症^[4];同时可增加患者术后康复信心,缩短住院时间,提高生活质量。

本研究中,EVL-R 患者术前主要的心理状态可分为 4 大类,其中焦虑/恐惧(67.6%)和急躁/易怒(18.9%)的心理应激反应占主导地位,这是护理工作的重点,需给予相应的心理干预措施。根据近 5 年的临床护理经验,总结出几点有效的心理应激的干预策略:(1)着重心理应激高危人群地发现。在一项临床调查中显示心理应激主要与人格和应对方式有关,另外还与性别、年龄、有无麻醉手术史、手术类型、经济状况及教育程度有密切关系,而与疾病的严重程度关系不大^[3]。据观察,在 EVL-R 术前,中老年、女性、没有手术史或有负性麻醉手术史、文化程度低和经济状况差等患者负性情绪较重。在临床护理中,主要通过病史询问及观察来发现相关危险因素,必要时可应用简化心理应激测量来进行识别。对于高危患者,应尽早给

予有效的心理干预而获得最佳疗效。(2)健康教育及术前访视。根据临床观察,术前 1 d 患者的焦虑情绪显著增高,术前 2 h 左右焦虑情绪可再次达到高峰。在负性情绪高峰期,可常规组织专门护理人员对其进行访视,讲解手术相关的健康知识;作为患者倾听者,让患者尽多的谈出心中的疑惑,并给予相应的心理安慰;并协助患者及家属完成术前相关准备;对于应激状态高者,可以组织心态积极的已行手术患者对其讲述手术亲身经历,以患者-患者的角度对其进行积极心理暗示。(3)呼吸放松疗法。在患者不能控制其不良情绪时,在争取患者配合的情况下,由主管护士指导完成呼吸放松训练,即嘱患者平卧位,闭双眼,进行深慢呼吸,持续 5 min;在此期间,通过护士语言集中患者注意力,告知其从头到足,从左到右进行主动的肌肉收缩松弛。该法主要适用于年轻、文化程度较高的患者。(4)药物干预。对于术前一晚因不良情绪而严重影响睡眠者可给予抗焦虑助眠药物,临床应用较多的是地西洋类。(5)调动患者的各种社会支持系统。可采取家属陪护、留其最信任的人日夜守护并安抚患者,让患者感受到亲情的温暖,以减少压力反应,促进身心康复。

另外,以“悲观、绝望”为主情绪的患者多伴有严重的基础疾病或对疾病过度担忧,在围术期护理中,除了做好以上几点,他们更需要家人及护士的关爱,还要注意防范患者自伤行为并密切监测其生命体征及病情改变。

3.2 术后常见并发症及其护理策略

3.2.1 早期再出血及饮食管理策略 EVL-R 术后最主要且严重的并发症是早期再出血,其直接影响手术的成功并危及患者的生命^[5]。EVL-R 与常规 EVL 术相比,术后早期再出血风险大大增高,主要因为 EVL-R 针对胃底曲张静脉,术后胃液对伤口的侵蚀、套扎术后血流动力学改变是主要原因,而术后应用强效 PPI 抑酸、生长抑素或其类似物降低门脉压力可以降低再出血发生率,但仍需配合恰当的护理才能达到最佳效果。

EVL-R 早期再出血诱因主要包括饮食不当、腹压增大(咳嗽/便秘)等,而饮食不当是最易被忽视也是最严重的诱因。有学者指出^[6-7]:EVL 术后再出血,均发生在术后 3~14 d,以术后 3~7 d 为高,一般术后 2 周左右,才基本愈合。所以医护人员应对术后 2 周内的饮食重点防范。根据以上理论基础,结合临床实际及查阅文献^[8-11],制定出适合 EVL-R 患者的饮食管理方案。(1)禁食,术后 2 周内是套扎部位溃疡形成和结痂脱落时期,是术后早期再出血的高危期,在此期患者需禁食,以减少食物的不良理化刺激,同时配合强效 PPI 及生长抑素或其类似物,可以有效减少出血风险。在本研究中有 2 例术后出血(术后 5、7 d),均发生在自行进食后。故加强术后禁食管理是护理的关键。(2)流质饮食/半流质饮食,在经过半月的禁食后,出血的风险降低。需要缓慢的恢复消化道功能,故该期前 1~2 d 以流质饮食为主,例如米汤、豆浆、藕粉等,若患者无特殊不适,则可嘱其增加半流质饮食。(3)软食,术后 4~6 周,进入上皮化生中后期,出血风险进一步降低。(4)普食,术后 7 周后,创面完全瘢痕化,达到完全愈合,饮食可恢复普食,但由于肝硬化患者术后有静脉曲张复发危险,仍需禁食粗糙、刺激及坚硬食物,并且戒烟戒酒。

3.2.2 腹水或腹水增加及其护理策略 本研究中有 1 例术前有少量腹水患者,在术后第 3 天出现腹胀、少尿症状,移动性浊音阳性。腹水是门静脉压力增高的结果,在 EVL-R 术后,由于

阻断了奇静脉回流,患者全身血流重新分布,门静脉血流增多,导致了门静脉压力一过性增高;若患者肝功能代偿差,则可能形成腹水,故在术后 7 d 内应注意患者是否有腹水或腹水增加。在护理方面,可以从以下几个方面来防治腹水的发生。(1)术后应常规观察患者腹胀、纳差等症状,记录尿量、腹围,必要时检查移动性浊音;(2)低盐饮食并减少生理盐水的静脉输入;适用于肝硬化伴腹水者。钠盐摄入量应低于 2 g/d,低盐饮食有利于减轻腹水和保护肝脏,同时给予利尿剂,输入血浆或人血白蛋白等,以提高血浆胶体渗透压,减少腹水生成。(3)警惕自发性腹膜炎的发生。若患者持续腹胀,尿量递减,并且出现腹部压痛、反跳痛,则需警惕自发性腹膜炎的发生,应尽快行腹水检查以明确并行抗感染治疗。

3.2.3 胸骨后疼痛及吞咽困难及其护理策略 胸骨后疼痛早期与套扎后的血管球影响贲门功能,致胃酸返流有关,后期与溃疡形成有关,可自行消失^[12]。但疼痛可继发引起剧烈的恶心、呕吐,是术后再出血的危险因素,故需积极处理,可选择止痛剂加或不加胃复安,本研究中 2 例患者出现轻度的胸骨后疼痛,给予对症处理后症状缓解。

吞咽不适主要是与套扎形成的血管球引起的机械性阻塞有关,而 EVL-R 在贲门处进行套扎,梗阻感增加。在术中应行螺旋形套扎,避免在食管同一水平进行多个结扎,减少阻塞。随着结扎血管球的坏死,阻塞症状将在 3~4 d 后逐渐消失,可给予患者解释并暂予观察。

综上所述,在 EVL-R 围术期,应注意观察患者的心理变化,通过各种护理措施及人文关怀缓解患者以“焦虑”为主的心理应激,为手术顺利进行做好心理准备;术后护理以防并发症为重心,主要注意术后早期再出血,通过严格的饮食控制可以达到有效预防。对于护理人员来说,术前予以恰当心理护理,术后加强护理,是套扎成功和患者康复的重要保证。

参考文献:

- [1] 徐红,陈更,孙岩,等.“U型”反转套扎技术在食管胃静脉曲张治疗中的应用[J].中华消化内镜杂志,2010,27(4):182-185.
- [2] 陈妙霞.术前患者心理应激及干预[J].护理研究,2003,17(5):261-263.
- [3] 肖国椿,肖李莉,赖朝蓬,等.择期手术患者术前心理干预的临床研究[J].医学理论与实践,2001,14(7):620-622.
- [4] 吴跃仙.术前心理干预对全身麻醉苏醒期患者躁动、恶心、呕吐的影响[J].护理研究,2007(21):1920-1921.
- [5] 陈映辉,杨建毓.食管静脉曲张套扎术早期并发症原因及护理[J].浙江预防医学,2008,20(8):94.
- [6] 周荣.食管静脉曲张内镜下套扎术 2 周内再出血相关因素的分析与护理[J].专科护理,2004,10(7):634.
- [7] 刘文兵,吴玉林,黄乃侠,等.内镜下结扎食管静脉曲张的疗效分析[J].中华消化内镜杂志,2000,17(4):233.
- [8] 王为,闰国防,周国华.食管静脉曲张套扎术后饮食的策略[J].医学临床研究,2006,23(3):397-399.
- [9] 胡颖钊,张淑华.护理程序在肝硬化并发上消化道出血饮食护理中的应用[J].时珍国医国药,2002,13(6):352.
- [10] 周明花,刘静.饮食不当致食管胃底静脉曲张结扎术后发生上消化道大出血 1 例[J].齐鲁护理杂志,2001,7(1):64.

[11] 黄裕新, 闻勤生, 雷巧玲. 食管静脉曲张内镜结扎术后近期再出血危险因素探讨[J]. 中国内镜杂志, 2000, 6(1):7-8.

[12] 杨建琦, 张和平, 宋葆云. 食管静脉曲张套扎术的观察与临床护理.

护理[J]. 河南诊断与治疗杂志, 1998, 12(1):30.

(收稿日期: 2013-05-28 修回日期: 2013-08-13)

超声波治疗断肢再植术后肌内注射硬结的疗效比较

葛敏¹, 朱振杰^{2△}, 施平¹, 胡仁娟¹

(南通大学附属医院: 1. 手外科; 2. 康复医学科, 江苏南通 226001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.30.052

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)30-3713-02

本院手外科常规使用罂粟碱联合冬眠 I 号肌内注射, 连用 7 d, 用于断肢再植术后患者, 消除患者手术后紧张、恐惧情绪, 镇静镇痛、保证充分的睡眠, 预防血管痉挛, 以提高断肢再植存活率。其中具体用药方法为罂粟碱注射液 30 mg 每天 2 次或每隔 8 h 一次肌内注射, 小剂量冬眠 I 号(1/2 量)每天 2 次肌内注射; 该疗法在临床治疗后发现, 患者注射部位易出现红肿、瘀斑、瘙痒感、硬结, 甚至出现局部疼痛等, 其发生率高达 95%。这不仅影响药物吸收, 同时增加了患者的痛苦, 甚至影响连续注射。本科采用超声波疗法治疗断肢再植术后罂粟碱联合冬眠 I 号肌内注射引起硬结, 效果满意, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 12 月至 2011 年 12 月本院手外科断肢再植术后罂粟碱联合冬眠 I 号肌内注射后硬结患者 60 例为研究对象, 患者为双侧或单侧臀部大小不等的注射后硬结, 局部疼痛, 严重时影响活动。随机分成两组, 治疗组 30 例, 男 22 例, 女 8 例, 年龄 18~59 岁, 平均(31±2.6)岁; 对照组 30 例, 男 21 例, 女 9 例, 年龄 18~59 岁, 平均(31.5±2.8)岁。硬结部位均为两侧臀大肌, 硬结大小(2 cm×3 cm)~(5 cm×8 cm)。两组患者性别、年龄、病情、硬结大小及硬结的部位等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 治疗组采用美国产 2772AS 型超声波治疗机。选择频率选择 1 MHz, 5 cm² 声头作用于硬结局部, 采用接触移动法, 治疗部位均匀涂上耦合剂, 超声强度 1.2 W/cm², 声头移动速以 3~6 cm/s 为宜, 治疗中应注意观察并询问患者的感觉, 以声头作用处有温热感、酸胀感为宜。每天 1 次, 每次 15 min, 10 次为 1 个疗程。对照组采用 50% 的硫酸镁溶液浸湿 3~5 层纱布, 敷于患者臀大肌硬结上, 再用热水袋保温(38~42℃)湿敷 20~30 min, 每天 2 次, 10 d 为 1 个疗程。观察并比较两组患者治疗效果。

1.3 评价标准 分别在治疗 1 个疗程后观察患者局部硬结情况。治愈: 局部红肿、硬结、疼痛完全消失; 显效: 局部红肿、疼痛消失, 硬结消散面积大于 70%; 有效: 局部红肿、疼痛减轻, 硬结消退面积小于 70%; 无效: 局部红肿、疼痛、硬结无明显变化。总有效率=(治愈+显效+有效)/例数×100%。

1.4 统计学处理 以 Microsoft Excel 建立数据库, 用 SPSS13.0 软件对结果进行分析, 计数资料用率表示, 采用 χ^2 检验和确切概率法进行统计分析, 检验水准为 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组患者痊愈 27 例(90%); 而对照组患者痊愈 15 例(50%); 治疗组总有效率 100%, 对照组总有效率 80%, 两组患者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗后比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	27(90)	2(6.7)	1(3.3)	0	27(100)
对照组	30	15(50)	6(20)	3(10)	6(20)	24(80)

3 讨论

断肢患者大多数是年轻人, 术后患者易产生痛苦、悲观、恐惧的心理, 患者的情绪会影响再植手指的血运, 创伤后的疼痛刺激是术后最早出现的临床表现^[1], 疼痛刺激可诱发血管痉挛, 同时影响患者睡眠, 加重焦虑、紧张等情绪。为了减轻患者疼痛, 控制急性意识混乱状态, 减轻或抑制过强的生理应激反应, 避免遗留对救治过程中不愉快的回忆, 促进睡眠, 提高断肢再植成功率, 常对患者术后使用罂粟碱联合冬眠合剂, 有利于减少精神紧张和情绪波动, 增强睡眠, 减少血管痉挛的发生, 提高断肢再植存活率^[2]。由于多次同一部位注射、卧床、注射深度不够、药物难以扩散吸收、注射时紧张、操作不规范、局部感染等因素的影响, 药物吸收不良而滞留在局部, 对局部组织产生化学性刺激, 组织细胞代谢紊乱, 从而使肌纤维逐渐变性萎缩, 被结缔组织取代。随着注射时间的延长, 结缔组织内毛细血管逐渐减少, 胶原纤维增生形成硬结^[3]。也因局部肌纤维受损、变性、萎缩而形成硬结。

本研究采用超声波作用于局部人体组织, 产生机械作用、热作用、理化作用和空化作用, 通过机械作用能对人体组织细胞产生细微按摩作用, 也成为“内按摩”。细微按摩作用是超声波治疗的最基本机制, 这种细微的按摩作用可以改变组织细胞的体积, 改变膜的通透性, 减轻肿胀, 促进物质交换和新陈代谢, 提供细胞的再生能力, 促进细胞功能恢复^[4]。超声波的机械作用能使坚硬的结缔组织延长、变软, 软化组织、增强渗透、增进血液循环, 使得该处药物通畅的被吸收。由于机械作用, 组织之间相互摩擦产热, 另外机体吸收声能, 转换为热能, 热作用可以使得局部血液循环加快, 新陈代谢加速, 利于淤血的吸收, 同时肌张力下降, 减轻或缓解疼痛, 组织的延展性改善。超声波治疗时产生的理化作用可提高体内生物酶活性, 激活神经细胞, 促组织吸收及肢体功能恢复^[5]。超声波产生的空化作