

前详细询问病史。做好术前的相关检查,如出凝血时间、肝功能、肾功能、血常规、心电图等^[8-9]。操作时注意对患者保暖。操作完毕,开窗通风,保持室内整洁,每日用紫外线消毒。注液管件的插芯和主体必须一人一套,防止交叉感染。严格设定好仪器各参数,根据患者的耐受情况恰当使用节制钳。

3.3.2 做好心理护理 不同性别、年龄、职业、文化、个性的患者,有不同的心理特点,主要的表现有:(1)焦虑,与角色的改变和舒适的改变有关,表现为坐立不安、愁眉苦脸等;(2)恐惧,感到疾病对生命的威胁,对检查治疗措施的担心等;(3)猜疑,担心操作者不负责任,操作不熟悉、不仔细等。护士对患者要有高度的同情心,操作前向患者解释此操作的目的、方法及配合要点,消除患者的思想顾虑。操作前嘱患者放松身心,深呼吸以减轻腹压,消除不适感。操作中多与患者沟通,耐心倾听他们讲述,消除其紧张及不适感。另外要有敏锐的观察力,准确洞悉患者的心理问题,给患者以正确对待此操作的鼓励,取得患者的合作。注意表情亲切、自然,使患者产生信任感、安全感,并积极配合。

参考文献:

[1] 张宏博,丁杰,樊代明,等,结肠镜检查前肠道准备清洁效

果的临床对比研究[J].中华消化内镜杂志,2003,20(1):37-39.

[2] 朱明山,刘竹君,吕建华.肠道水疗在肠道清洁准备中的应用价值[J].中华医学实践杂志,2004(3):47-48.

[3] 李雪芬.结肠镜检查前肠道准备清洁效果观察与护理[J].中国人民解放军护理学报,2006,9(13):60-61.

[4] 张宇梅.结肠透析的临床应用进展[J].实用诊断与治疗杂志,2008,22(2):118-119.

[5] 容莉莎.180例结肠镜检查的心理护理体会[J].国际医药卫生导报,2006,12(5):88-89.

[6] 何艺芬,施素华.结肠透析患者在透析过程中的心理护理[J].全科护理,2010,8(1):29.

[7] 刘巧荣.结肠透析治疗慢性肾衰竭30例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2010,13(16):67-69.

[8] 韦丽玲,蒋碧玲,韦梅英.结肠透析机在腹膜透析管移位中的应用和护理[J].临床合理用药,2010,15(3):80.

[9] 张秀君,姜秀菊,董亚平.结肠透析治疗慢性肾功能衰竭操作与护理[J].中国现代药物应用,2010,15(4):203.

(收稿日期:2011-01-08)

• 临床护理 •

内镜黏膜下剥离术治疗上消化道病变的护理

向 葵,何 燕,王 军

(第三军医大学大坪医院消化内科 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.15.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)15-1551-02

内镜黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)是在内镜下黏膜切除术(endoscopic submucosal resection,EMR)基础上发展而来的新技术,主要是对大且平坦的黏膜病变进行一次性大块剥离,也可用于进行黏膜下层病变切除^[1]。本科2009年12月至2010年12月已成功开展ESD50例,取得满意效果,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

本组50例患者中,男28例,女22例,年龄24~75岁,其中胃间质瘤13例,黏膜内癌10例,胃息肉17例,食管平滑肌瘤10例。手术均顺利,经止血、抑酸、预防感染等治疗1周后康复出院,2~4周后复查,ESD术后溃疡愈合。

2 护 理

2.1 术前护理 (1)心理护理:患者对ESD不甚了解,容易产生紧张和恐惧心理,因此应根据患者的心理需要、知识水平和承受能力对他们进行病情、手术介绍及相关的心理咨询,鼓励安慰患者,使他们消除紧张恐惧的心理;(2)术前常规检查:血常规、出凝血时间、交叉合血、心电图、胸片等;(3)术前12h禁食水;(4)建立静脉通道,术前30min给予肌内注射山莨菪碱10mg,以减轻术中肠道平滑肌痉挛,并观察患者意识状态和言谈,准备好抢救器材和药品;(5)签署手术同意书,向患者及家属解释ESD的目的、并发症、禁忌证,以使患者及家属配合治疗^[2]。

2.2 术中护理 (1)保持患者正确的左侧卧位,固定好口垫,

给予吸氧、心电监护及血氧饱和度监测;(2)密切观察患者反应及生命体征的变化,随时调整患者体位,以利于医生操作;(3)保持呼吸道通畅,及时吸出口腔内分泌物,防止窒息^[3];(4)护理人员要熟悉治疗步骤,协助医生完成治疗,熟知急救程序,应对可能出现的紧急状况^[4]。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 严密观察生命体征及意识变化,大便颜色、量、性状以及有无腹痛症状等。嘱患者绝对卧床休息2~3d,并指导患者变换体位时动作应缓慢,1周内避免剧烈活动及重体力劳动。保证静脉输液通畅,遵医嘱予以抑酸、止血、保护黏膜、补液等处理^[5]。

2.3.2 饮食护理 术后禁食水24h,如创面较大或切割较深,应延长禁食时间(48~72h),3d后如无并发症,则可进食温凉的流质饮食,逐步过渡到半流质饮食、软食、普食,注意少食多餐,忌过饱、过热,忌油腻、辛辣刺激性强及粗糙食物,可进食米汤、藕粉、软面条、鱼肉等,以防出血,甚至穿孔^[3]。

2.3.3 并发症护理 随着科学技术的不断进步,虽然绝大多数患者可以顺利完成手术,但仍有并发症发生。其中最常见的并发症是腹胀、出血、穿孔^[6]。该类患者术后常规安置胃管,既可抽气以减轻患者因手术时胃镜送入胃内的大量气体,也可观察引流出的胃液,判断是否存在术后出血。严密监测生命体征,定时测量血压,注意观察有无腹部压痛、反跳痛,有无烦躁不安、表情淡漠,有无呕血及黑便,一旦出现上述症状,应立即

通知医生,并可给予快速补液、止血,同时备血,必要时做好手术治疗的准备^[7]。

3 出院指导

患者对出院后健康知识的掌握与配合是影响患者预后至关键的因素,所以要在患者出院前,做好健康宣教,引起其重视。因 ESD 术后病变处存在术后急性溃疡,且此种溃疡是全黏膜层被切除后的缺损,黏膜下基底层暴露,应该严格控制饮食,告知患者严格禁食坚硬及刺激性强的食物,密切观察大便颜色,警惕术后溃疡及修复过程中的出血。ESD 术后患者出院后如出现胸骨后疼痛、持续性腹痛、呕血、黑便,应及时就诊,尽早复查胃镜,观察创面恢复和愈合情况^[8]。

综上所述,ESD 具有如下优点:(1)个体化治疗,针对性强;(2)可以在不进行外科手术的情况下通过 ESD 获得完整的组织病理标本;(3)一次性完整切除率高,明显减少了组织的残留和复发^[9];(4)同一患者可以接受多次 ESD 治疗,同时一次也可以进行多部位治疗。ESD 是损伤小、恢复快、并发症少、住院时间短的新型内镜下手术^[10]。ESD 术后的护理配合十分重要,做好了可起到事半功倍的效果,特别是术前的心理护理、术后的饮食护理及并发症的观察尤为重要。

参考文献:

[1] 韩英. 经内镜大肠黏膜下层剥离术(ESD)——现状和展望[J]. 现代消化及介入诊疗, 2009, 14(2): 63.

• 临床护理 •

- [2] 陆秋云,戈之铮. 经内镜黏膜下剥离术在早期胃肠道肿瘤中的应用[J]. 国际消化病杂志, 2009, 29(2): 133-135.
- [3] 何珠芳,倪慧. 内镜下黏膜切除术治疗上消化道隆起性病变的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(33): 5026-5027.
- [4] 莱文智,姜泊. 内镜下消化病微创治疗护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 258-260.
- [5] 杨桥兰. 内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的护理[J]. 中华现代护理学杂志, 2009, 6(2): 130-131.
- [6] 李薇,邱成丽,栾琰. 1 例胃镜下早期胃癌黏膜剥离术后并发穿孔的护理体会[J]. 西南军医, 2010, 11(12): 110-111.
- [7] 江华,郭继忠,刘勤芳,等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道黏膜下病变的护理[J]. 当代护士, 2009, 11(2): 2134-2136.
- [8] 赵阿红. 早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术治疗的护理[J]. 护理学报, 2010, 18(7): 45.
- [9] 纪海玲,郑静怡,覃冬香. EMR 治疗消化道早期肿瘤及癌前病变的护理[J]. 广州医药, 2007, 38(5): 77-78.
- [10] 周平红,姚礼庆,徐美东,等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道固有肌层肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(1): 22-25.

(收稿日期: 2011-01-08)

精神病患者家属心理干预对照研究

朱跃平,唐丽,冉江峰,邓梅

(重庆市精神卫生中心 401147)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2011. 15. 044

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)15-1552-02

不同国家精神病患者得到的医疗照顾模式是不同的,我国的精神病患者主要是与其家属共同生活,疾病缓解期多由家属照顾,其家属的心理健康状况对患者的病情变化密切相关,这是不容忽视的社会因素之一^[1-2]。为了解精神病患者家属的心理健康状况及采取心理护理干预措施的效果,作者对此进行调查,并采取了相应的干预措施,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按中国精神疾病分类和诊断标准第 3 版(CCMD-3)^[3],入组 54 例患者均符合重性精神病诊断,其病种构成为:精神分裂症 30 例,酒精中毒性精神障碍 14 例,器质性精神障碍 10 例。将其家属(患者父母、配偶或子女共 180 人)随机分为观察组(96 人)与对照组(84 人):(1)观察组中男 41 人,女 55 人;年龄 18~62 岁,平均(37±18.4)岁;文化程度为小学 25 人,中学 53 人,大学 18 人;职业为工人 48 人,干部 25 人,农民 23 人。(2)对照组 84 人中男 36 人,女 48 人;年龄 16~61 岁,平均(38±16.5)岁;文化程度为小学 18 人,中学 39 人,大学 27 人;职业为工人 47 人,干部 17 人,农民 20 人。两组在年龄、性别、职业、文化程度等经比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对两组精神病患者进行常规抗精神病药物等治

疗。观察组再分成 5 个小组开展工作,专业人员对患者家属进行心理干预 1 年,具体措施包括:(1)专业知识和技能教育,每 2 周为患者家属举行精神疾病相关知识、药物指导及患者家属应对技能的知识讲座;(2)心理护理干预,每周组织患者和患者家属开展集体心理治疗,鼓励患者和患者家属间多沟通信息,宣泄自身情感,培养社交技巧等。采用 90 项症状自评量表(SCL-90)^[4]于入组时和干预后对两组患者家属进行心理状况调查。

1.3 统计学处理 统计分析采用 SPSS10.0 统计软件,对原始数据采用 χ^2 检验和 t 检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者家属的心理状态比较 两组在入组时都存在不同程度的心理问题(表 1),差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组经 1 年心理干预后,SCL-90 总分、阳性症状痛苦水平、总症状指数、阳性症状平均分与入组时比较差异有统计学意义($P<0.01$),与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 两组 SCL-90 因子分比较 两组以强迫、焦虑、抑郁、人际关系及其他(如饮食、睡眠)症状较为突出(表 2),观察组经心理干预后与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。