

- [6] 任瑶瑶, 张晓琳, 路阳. 破裂颅内动脉瘤 69 例围术期的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(5): 1219-1220.
- [7] Samuels O, Webb A, Culler S, et al. Impact of a dedicated neurocritical care team in treating patients with aneurysms.
- 临床护理 •

mal subarachnoid hemorrhage[J]. Neurocrit Care, 2011, 14(3): 334-340.

(收稿日期: 2012-03-09 修回日期: 2012-08-13)

## 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的围术期护理

汤凯琳, 唐 媛, 孙 玲

(第三军医大学附属新桥医院消化内科, 重庆 400037)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.049

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)33-3571-02

贲门失弛缓症(achalasia, AC)是一种原发性食管运动障碍性疾病,其特征是食管下括约肌(Lower esophageal sphincter, LES)松弛障碍和食管体部缺乏蠕动,临床常表现为: 吞咽困难、反流、烧心、胸骨后疼痛和体质量减轻。目前临床治疗方法有多种,药物、肉毒杆菌毒素局部注射、气囊扩张等治疗短期疗效较好,远期疗效不确切,复发率高;手术治疗的近、远期效果均更为满意,但是手术入路的选择争论很多,手术创伤大,恢复慢,住院时间长,费用较高。本科室内镜中心于 2010 年 9 月至 2011 年 05 月开始开展经口内镜下肌切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM)治疗 26 例明确诊断为 AC 的患者,均取得满意的疗效。该手术整体创伤小,住院时间短(7~15 d, 平均 9.5 d),恢复快,其微创治疗效果已得到肯定,现将围术期的护理报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 26 例患者,其中,男 18 例,女 8 例;年龄 32~61 岁,平均(42.4±6.3)岁;病程 3 个月至 6 年;术前均行 X 线片检查, X 线片呈典型的鸟嘴样或椎状改变;经胃镜检查结果显示:食管扩张明显,直径均大于 7 cm;无心肺功能疾病,能耐受无痛内镜下治疗的开展。

### 1.2 方法

**1.2.1 本组实验方法** AC 大多病程迁延,给患者的身体带来极大的痛苦<sup>[1]</sup>,并且要进行肌层切除和食管重塑,气肿、出血、穿孔、食管反流等并发症的发生不可避免,进而更加大了患者的心理负担,因此,本组实验对 26 例 AC 患者行 POEM 围术期的术前护理准备,术中护理配合及术后的对症护理措施进行回顾性总结来探讨保证 POEM 有效可行的护理过程。

**1.2.2 POEM 手术方法** POEM 是指在患者全身麻醉后,胃镜视野下,用 Hook 刀将食道黏膜切开 1 cm 切口,通过切口进行黏膜下分离,建立一条长长的黏膜下“隧道”<sup>[2]</sup>,然后用 IT 刀在隧道内自上而下纵向切开肥厚的食道环形肌以及食道下段括约肌直到胃-食管交界处(gastroesophageal junction, GEJ)下方约 2 cm,对于出血的创面随时给予电凝止血,最后退镜至黏膜层切口处用钛夹释放器释放多枚钛夹进行黏膜层切口的对缝夹闭,进行食道的重塑,使其恢复正常的舒张功能。

### 2 护 理

#### 2.1 术前护理

**2.1.1 患者准备** 完成三大常规及凝血功能等项化验, X 线检查,初次胃镜检查确认并定位等准备,协助医生与患者沟通,由于是新技术,对于有疑虑或是不了解的患者,护士可以给予知识讲解,向患者分析利弊得失,国外国内进展,介绍成功案例和可能的风险,协助医生签署手术知情同意书。

**2.1.2 食道准备** 嘱咐患者禁食,给予胃管置入至食道(成人一般置入至距门齿 30 cm 左右),并且固定稳妥,术前 3 日用 10%氯化钠 50 mL 给予食道冲洗,每日 6 次,以清除食道内残留的食糜,术前 30 min 拔除胃管。

**2.1.3 药品和器材准备** 电子胃镜(OLYMPUS GIFQ260J),注射针(OLYMPUS NM-200L-0423),Hook 刀(OLYMPUS KD-640L),IT 刀(OLYMPUS KD-611L),钛夹释放器(OLYMPUS HX-110LR),钛夹(OLYMPUS HX-610-090),氩气刀工作站(ERBE VIO 200D)CO<sub>2</sub> 灌注泵(OLYMPUS UCR)。

**2.2 术中护理及配合** 置患者于手术台,由护士行动脉穿刺抽血查血气分析,评价患者当前呼吸情况,酸碱平衡情况以及血氧饱和度,并做好记录。手术过程中采用 CO<sub>2</sub> 泵持续灌注(一般将输入压力调节至 0.125 mPa),因在人体内 CO<sub>2</sub> 较之空气更容易被吸收,倘若发生穿孔 CO<sub>2</sub> 可快速被吸收,使皮下气肿和气胸的发展得到及时控制。手术中 1 名护士负责扶镜和配合医师经胃镜行食管冲洗,使用替硝唑或甲硝唑与生理盐水交替冲洗,洗净残留食物和液体,按医嘱予生理盐水 100 mL、亚甲蓝 0.5 mL 和肾上腺素 1 mL 配成的混合溶液行黏膜下多点注射,使黏膜层明显抬起,另 1 名护士负责传递手术器械,设备模式设定和调节转换,同时还要密切观察患者生命体征和血氧饱和度。

#### 2.3 术后护理

**2.3.1 密切观察病情** 术后由 1 名护士立即再次行动脉穿刺查血气分析,以判断术后患者是否有 CO<sub>2</sub> 滞留的情况发生,便于立即施治。再将患者转监护室严密观察生命体征的变化,观察颈部、左右锁骨下、胸部等处有无皮下气肿并及时告知医生,采取积极应对措施,给予持续心电监护,密切观察血压、心率、呼吸、血氧饱和度,并给予持续吸氧 3 L/min。

**2.3.2 体位** 给予舒适的半卧位或斜坡卧位,减少胃食管反流的发生,术后 2 d 没有并发症的发生则可下床轻度活动如散步、大小便等,禁忌剧烈运动。

**2.3.3 食管穿孔的护理** 若发现患者颈部、锁骨下或胸前区出现皮下气肿或气胸则警惕可能是食管穿孔的表现了,首先报告医生取得配合,立即行动脉穿刺查血气了解血氧饱和度情况,其次及时行胸部 CT 以了解积气量的多少。如果患者呼吸平稳、血氧饱和度大于 95%,则一般暂且观察予以保守治疗,气体量少的话术后 2~3 d 皮下气肿就会消失;一旦患者呼吸困难,血氧饱和度降低,则应立即行胸腔引流。

**2.3.4 饮食护理** 患者意识清醒后予以置胃管行胃肠减压,术后当天开始禁食水,给予静脉补液输注质子泵抑制剂、抗生素、止血及营养支持等药物,术后第 3~4 天可进食少量流质饮

食,少食多餐,逐日逐步过渡到半流质,普食,在患者进食时应注意观察患者有无吞咽困难等进食梗阻症状复发,必要时给予胃动力药或作进一步处理。

**2.3.5 出院指导** 由于该病的病理特殊性,指导患者出院后保持心情舒畅,少动怒,饮食上少食多餐,饭后不立即平卧,适度运动,咳嗽时及早用药,术后第 1、2、3 个月后复查胃镜和 X 线检查,不适随访。

### 3 结 果

患者住院时间 7~15 d,平均 9.5 d,所有 26 例病例 LES 梗阻得到及时解除,均痊愈出院,随访 2~5 个月,平均 2.5 个月,随访率 100%,无一例发生反流性食管炎,患者吞咽困难症状均有不同程度改善,体质量有所增加,治愈率 100%。其中 1 例患者术后锁骨上窝可扪及少许捻发音,出现皮下气肿,因手术过程中护士严格使用 CO<sub>2</sub> 泵灌注,未作其他特殊处理,3 d 后皮下气肿被吸收自然消退;1 例于术后 1 d 发生呕血一次约 100 mL,护士发现并送诊及时于急诊内镜下检查发现对缝缝合处夹闭不完整,钛夹有脱落导致出血,予以内镜下钛夹再次封闭止血,夹闭完全,未再出血,复查胃镜后痊愈出院;其余病例无严重并发症发生。

### 4 讨 论

POEM 手术的理念早在 1980 年就已由 Ortega 等<sup>[3]</sup>提出,但因当时较低的内镜技术而未能得以发展。随着近些年来内镜手术的创新较快发展,内镜治疗技术水平也大大提高,Pasricha 等<sup>[4]</sup>应用猪模型成功进行了内镜下肌切开术,Philip 等<sup>[5]</sup>报道了 POEM 应用于人的可实行性,Inoue 等<sup>[6]</sup>对 17 例 AC 患者进行 POEM 治疗,肯定了其疗效,我国周平红等<sup>[7]</sup>也在内镜下对 POEM 治疗 AC 开展了初探,短期效果佳,长期效果还在随访中。

基于国内外成功案例,作者所在内镜中心也成功完成了本组实验,作者有如下体会:POEM 术后发生食管穿孔是非常严重的并发症,主要表现是出现颈部、锁骨下窝、胸前区皮下气肿,严重的还有气胸发生。本科较前沿地在手术中已经使用 CO<sub>2</sub> 泵持续灌注,并且术前术后有动脉血气分析结果作为观察指标,因在人体内 CO<sub>2</sub> 较之空气更容易被吸收,倘若发生穿孔 CO<sub>2</sub> 可快速被吸收,使皮下气肿和气胸的发展得到及时控制,同时根据血气分析结果判断患者有无 CO<sub>2</sub> 滞留,电解质紊乱等突发情况,以便及时准确的施救,这种做法值得推广。另一种术后并发症就是再次出血的发生,本组中有 1 例发生,可能与钛夹对缝缝合不严密或患者过早进食有关,这就要求护士的

#### • 临床护理 •

## 舒适护理在麻醉恢复室的应用

郑朝敏,甘晓琴<sup>△</sup>,聂智容,谭春艳,王 蒂

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所麻醉科手术室,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)33-3572-02

舒适是指个体身心处于轻松、满意、自在、没有焦虑、没有疼痛的健康、安宁状态中的一种自我感觉<sup>[1]</sup>。舒适护理是一个整体的、个性的、创造性的、有效地护理模式,是使人无论在生理、心理、社会上均达到最愉快的状态,或缩短、降低不愉快的

交代嘱咐不能是口头形式,可以改为书面制定进食程序和注意事项告知的方式使患者全方位掌握和保持自己的恢复过程。POEM 手术非常精细,须要熟练掌握手术方法及过程,与医生配合娴熟,快速准确的预知下一步骤并调节和处理好仪器,并灵活运用,保持清醒的头脑做好医生的帮手,需要与患者体贴到位的交代注意事项,无微不至的关心患者的生理心理需要,正确及时处理和解决,从而使并发症的发生几率降至最低。

POEM 手术在我国尚处于起步和发展阶段,随着病例数的增多和疗效的不断提高,该治疗会不断发展,相应就要求护理技术和工作安排也将不断完善,护士应不断总结经验 and 手术配合的技巧,从而使手术成功率不断提高,降低手术风险和并发症的发生。

### 参考文献:

- [1] 季静芬. 4 例贲门和食管下端切除治疗贲门失弛缓症的围术期护理[J]. 当代护士, 2010, 5(3): 45-47.
- [2] Stavropoulos SN, Harris MD, Hida S, et al. Endoscopic submucosal myotomy for the treatment of achalasia (with video)[J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72(6): 1309-1311.
- [3] Ortega JA, Madureri V, Perez L. Endoscopic myotomy in the treatment of achalasia[J]. Gastrointest Endosc, 1980, 26: 8-10.
- [4] Pasricha PJ, Hawari R, Ahmed I, et al. Submucosal endoscopic esophageal myotomy: a novel experimental approach for the treatment of achalasia [J]. Endoscopy, 2007, 39(9): 761-764.
- [5] Philip W, Anthony Y, Justin C, et al. Per oral endoscopic myotomy (P. O. E. M) for treatment of esophageal motility disorder—from bench to bedside[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2011, 73(4): 147-148.
- [6] Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Per oral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia[J]. Endoscopy, 2010, 42(4): 265-271.
- [7] 周平红, 姚礼庆, 蔡明琰, 等. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的初探[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(2): 63-66.

(收稿日期:2012-03-06 修回日期:2012-07-16)

程度<sup>[2]</sup>。患者全麻手术完毕后即送到麻醉恢复室,而手术和麻醉造成患者心理上的恐惧和紧张,都会给患者造成不同程度的不舒适感,患者在麻醉后恢复室不舒适的因素有:气管导管,切口疼痛,尿管刺激,卧位,低温寒战,口干等。针对这些不舒适