

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 CO₂ 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^[3]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^[4]应用猪模型成功进行了内镜下肌切开术,Philip 等^[5]报道了 POEM 应用于人的可实行性,Inoue 等^[6]对 17 例 AC 患者进行 POEM 治疗,肯定了其疗效,我国周平红等^[7]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 CO₂ 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 CO₂ 较之空气更容易被吸收,倘若发生穿孔 CO₂ 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 CO₂ 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[△],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^[1]。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^[2]。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

的原因,本科采取以患者为中心,对 2011 年 1 月至 12 月共 9 308 例患者在全麻恢复室期间实施全程的舒适护理,取得了良好的效果。现将护理体会报道如下。

1 临床资料

2011 年 1 月至 12 月在全麻恢复室期间实施全程的舒适护理共 9 308 例。其中,男 5 456 例,女 3 852 例;年龄 4 个月至 91 岁。其中四肢关节科有 215 例,脊柱外科有 675 例,泌尿外科有 730 例,肝胆外科有 1 106 例,胃结直肠外科有 763 例,乳腺甲状腺科有 1 107 例,妇科有 820 例,耳鼻咽喉科有 1 058 例,颌面外科有 995 例,胸外科有 162 例,神经外科有 1 038 例,创伤外科有 603 例,医学美容科有 36 例。

2 护 理

2.1 全麻插气管导管的舒适护理

2.1.1 心理护理 在麻醉诱导插管前 5~10 min 给患者讲解插气管导管的重要性,告之在手术结束后,苏醒的过程中有一根导管经口或鼻插入气管,在整个手术过程中帮助呼吸,只需和平时一样的呼吸,等待麻醉药物逐渐代谢完毕,肌力恢复,意识清醒,呼吸正常,循环稳定后拔出导管,能按医护人员指令行事即可。

2.1.2 吸痰时机的选择 尽量在患者入室自主呼吸未恢复时给患者将气管内、口腔里的痰液及分泌物吸干净,减少清醒后吸痰给患者带来的不舒适,按需吸痰。

2.1.3 妥善固定气管导管 入室检查气管导管的固定情况,气管导管的深浅是否合适,牙垫是否放置并固定,特别是部分口腔手术后的患者。

2.2 术后伤口疼痛的舒适护理

2.2.1 心理护理 术前访视时积极的给患者行心理疏导,讲解术后切口对神经的机械性损伤引起机械性伤害,周围神经和中枢神经系统敏感性改变,会导致一定程度的疼痛。

2.2.2 术后镇痛泵积极的运用 疼痛是舒适护理需求最迫切的问题,一直被认为是术后影响舒适的主要原因^[3]。如果术前预约了镇痛泵的患者,根据疼痛程度的评估,ASA 评分大于 3 分的患者调整剂量。如疼痛仍为减轻者,遵医嘱用舒芬、氟比洛芬酯或特耐等止痛药的应用,努力消除或减轻患者的疼痛。提高患者的就医满意度,主动与患者交流,相信患者疼痛并及时的应用专业知识和技术来控制疼痛,关心体贴患者的疼痛感受,让患者满意。

2.3 导尿管的舒适护理 (1)心理护理,术前评估手术时间超过 2 h 以上的患者,就主动给患者讲解有可能术中留置尿管,并告之麻醉后置尿管,以及患者苏醒后尿管刺激症状的描述。包括表现对尿管的不能耐受,感到不适,有异物感,要求排尿,尿管疼痛等。跟患者讲解怎么样缓解尿管刺激症状,让患者学会放松尿道括约肌,做排尿的动作等,并告之尿管刺激的大概时间以及拔管的时间,保留的必要性,如意外拔管带来的不利影响。(2)选择合适型号的尿管,在不影响病情观察的情况下,尽可能选择小型号的减少对尿道的刺激。(3)充分润滑导尿管,并将导尿管涂抹上利多卡因凝胶,减小对尿道黏膜的刺激。

2.4 体位的舒适护理 (1)患者术后无禁忌证,可将床头抬高 30°~45°^[4],早期提高患者的舒适度。(2)早期采取半卧位,可

使膈肌下降胸腔容积相对增大,促进呼吸功能的恢复。(3)早期采取半卧位,有利于引流,以降低机体的炎症反应。

2.5 低温寒战的舒适护理 (1)麻醉恢复室温度恒定在 25~27℃。(2)将患者的衣裤穿好,并将被子盖好,被头被尾不能反,应量减少身体的暴露,正常体温的维持对于维持患者的各项生理功能至关重要。(3)对体温过低寒战患者本研究采用 Warm Touch 充气升温仪给患者复温,患者在 5~10 min 就能迅速将体温升高并维持^[5]。

2.6 口干的舒适护理 因术前用药及长时间禁食,禁饮,术中手术部位的暴露,使患者身体的部分水分丢失。患者苏醒拔管以后就诉口干,我们通常准备 5%~10% 葡萄糖水或灭菌注射用水 10~15 mL 为患者湿润口唇。

2.7 转运患者的舒适护理 (1)为患者穿好衣裤,盖好被单,冬天注意保暖,保护切口和各种引流管,防止导管脱出。(2)保证患者在转运途中的安全,正确综合评估病情是安全转送的基础^[6],密切观察患者的面色、口唇颜色、意识反应,随时询问有无不适,细致入微的关怀会使患者感受到医护人员的体贴,由于手术带来的不适也会减轻很多。(3)有效利用患者家庭的支持系统,鼓励家属关心体贴患者,予以心理生理支持,让患者在亲情中顺利康复。

3 讨 论

舒适护理是维护一个舒适状态的需要,随着人们生活水平的提高和现代科学的不断发展,人们对护理服务的要求逐渐提高。护理不再是被动、机械地完成医嘱,而是以解决患者的实际需要为目的,舒适是患者最希望能通过护理得到的基本需要之一^[7]。麻醉恢复室开展舒适护理后,减少了患者苏醒期的躁动,为术后患者围术期的平安创造了条件,提高了护士的全面素质,改善护患关系,开展舒适护理把医务人员对患者的人文关怀提高到了一个新的层次,是整个社会的医护人员职业道德的升华,体现了社会文明程度的进步。

参考文献:

- [1] 王大娟. 舒适护理在手术患者护理中的应用[J]. 全科护理, 2012, 10(1): 59.
- [2] 任震晴, 万昌丽, 蔡小英. 颈椎肿瘤术后气管患者的舒适护理[J]. 护理研究, 2011, 25(3C): 801-802.
- [3] 毕娜, 姚梅芳, 黄津芳, 等. 瓣膜置换术后疼痛及不适原因分析与护理对策[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(3): 139.
- [4] 石群, 高小雁. 体位护理干预呼吸机相关性肺炎的研究进展[J]. 护理研究, 2009, 23(33): 3009-3010.
- [5] 郑朝敏, 甘晓琴, 王蒂, 等. Warm Touch 充气升温仪在 PACU 低温寒战患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2011, 24(4): 16.
- [6] 李绮慈. 院内患者转送的安全护理[J]. 南方护理学, 2003, 10(4): 36-37.
- [7] 肖春秀, 姜小鹰. 舒适护理理论及其在器官移植受者中的应用[J]. 现代护理, 2007, 13(13): 1227-1228.

(收稿日期: 2012-03-10 修回日期: 2012-08-18)