

无痛胃镜联合肠镜检查并发症原因分析及护理体会

肖 平

泰州市人民医院消化内镜中心 江苏泰州 225300

[摘要]目的 探讨无痛胃镜联合肠镜检查并发症原因分析及护理体会。**方法** 将 2017 年 2 月-2018 年 1 月 90 例无痛胃镜联合肠镜检查患者随机分组, 对照组遵循常规护理, 实验组落实系统护理。比较两组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平; 检查依从性; 并发症发生率。**结果** 实验组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平高于对照组, $P < 0.05$; 实验组检查依从性优于对照组, $P < 0.05$; 实验组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 系统护理在无痛胃镜联合肠镜检查护理中的干预结果确切, 可减少并发症发生率, 提高检查依从性, 患者满意水平高。

[关键词] 无痛胃镜; 肠镜检查; 并发症原因; 护理体会

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 07-171-02

无痛胃镜联合结肠镜检查具有疼痛小, 安全性高, 操作简便等的优势, 它已被广泛应用于消化道疾病诊治, 但作为侵入性手术, 不可避免地会出现并发症, 引起痛苦。如何减少并发症的发生是肠镜检查的关键^[1]。本研究分析了无痛胃镜联合肠镜检查并发症原因分析及护理体会, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2017 年 2 月-2018 年 1 月 90 例无痛胃镜联合肠镜检查患者随机分组, 实验组男性、女性分别是 29 和 16 例。年龄 21-78 岁, 平均 (49.24 ± 2.24) 岁。对照组男性、女性分别是 27 和 18 例。年龄 22-78 岁, 平均 (49.21 ± 2.27) 岁。两组一般资料相似。

1.2 方法

对照组遵循常规护理, 实验组落实系统护理。①术前指导和监测病人, 正确做好肠道准备, 确保符合检查要求。密切观察患者的生命体征。如果患者由于长时间禁食或饮水而发现血容量不足, 需接受静脉输液。准备紧急药物和设备, 并随时准备进行抢救。②在检查过程中, 密切观察患者的呼吸频率, 并观察血氧饱和度等的情况, 积极预防窒息和舌后坠。若出现舌后坠, 患者的头部偏向一侧, 并且进行高流量面罩吸氧。发生误吸后, 帮助患者选择侧卧, 清除分泌物和呕吐物。③出现低血容量的患者需立刻补液, 低血糖需给予 50% 葡萄糖注射。恶心、呕吐等与麻醉药物相关, 一般可自行缓解。④检查后需加强患者生命体征监测, 给予患者心理疏导和安慰、鼓励, 消除其恢复期的恐惧和紧张情绪。解释并发症发生的原因和处理方法, 促使患者积极配合治疗。检查完成后 2h 内若无明显并发症发生, 可嘱咐患者少量饮水。若无咳嗽反应说明已经恢复正常吞咽功能, 可开始进食流食、软食。在离开医院时, 应提醒患者及其亲属, 他们不得在 24 小时内进行高空作业或者其他活动, 1 周内戒酒, 如出现异常需及时就诊^[2]。

1.3 观察指标

比较两组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平; 检查依从性 (0-100 分, 得分越高则检查的依从性越高); 并发症发生率。

1.4 统计学方法

计量资料 t 检验, 计数资料则落实 χ^2 检验, 采取 SPSS19.0 统计, $P < 0.05$ 显示差异显著。

2 结果

2.1 两组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平相比较

实验组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平 45 (100.00) 高于对照组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平 37 (82.22),

$P < 0.05$ 。

2.2 两组检查依从性相比较

实验组检查依从性 96.56 ± 3.21 分 优于 对照组 82.11 ± 3.57 分, $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症发生率相比较

实验组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。其中, 对照组呛咳 5 例, 恶心呕吐 6 例, 心动过缓 3 例, 低血糖 2 例, 一过性低血压 3 例, 一过性血氧饱和度下降 2 例。实验组呛咳 1 例, 恶心呕吐 2 例, 心动过缓 1 例, 低血糖 1 例, 一过性低血压 1 例, 一过性血氧饱和度下降 1 例。

3 讨论

胃镜和结肠镜检查是诊断和治疗消化道疾病最广泛使用的临床技术, 但传统的内镜检查痛苦, 患者往往无法忍受。近年来, 随着内窥镜技术和麻醉技术的发展, 无痛内镜检查的出现减轻了患者痛苦。作为一种侵入性的手术方式, 无痛胃镜联合肠镜检查的并发症发生不容忽视。内窥镜刺激迷走神经反射以及各种麻醉药物不良反应等都是引起并发症的因素。常见的有呛咳, 恶心呕吐, 心动过缓, 低血糖, 一过性低血压, 一过性血氧饱和度下降等, 其中一过性低血压, 一过性血氧饱和度下降和心动过缓跟麻醉药物剂量、种类和给药速度、个体差异等有一定关系^[3]。另外内镜检查过程进行胃肠平滑肌牵拉可引起心动过缓。恶心呕吐、呛咳一般和麻醉下咳嗽以及吞咽反射功能减退以及口腔、呼吸道分泌物增加有关。而血容量不足和禁食时间长等因素有关。如果没有合理的控制措施, 可对患者产生危害。因此, 临床对于无痛胃镜联合肠镜检查的护理要求高, 要求护理人员要有扎实的理论基础, 熟悉消化道疾病的相关专业知识, 做好术前准备, 明确无痛胃镜和结肠镜检查指征。对患者及其家属详细解释了手术的操作步骤, 并说明可能出现的并发症, 签署知情同意后执行手术。制定一套有效和有效的应急计划, 并积极预防和应对检查过程中可能发生的并发症^[4-5]。

本研究中, 对照组遵循常规护理, 实验组落实系统护理。结果显示, 实验组无痛胃镜联合肠镜检查患者满意水平高于对照组, $P < 0.05$; 实验组检查依从性优于对照组, $P < 0.05$; 实验组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 系统护理在无痛胃镜联合肠镜检查护理中的干预结果确切, 可减少并发症发生率, 提高检查依从性, 患者满意水平高。

[参考文献]

- [1] 齐立娜. 无痛胃镜联合肠镜检查患者应用全程护理干
(下转第 174 页)

(2) 伤口加压包扎; (3) 指导病人放松技巧; (4) 必要时遵医嘱予镇痛剂并按疼痛评分及时进行护理记录。

4 术后心理护理

乳腺癌根治术后, 会给女性患者不同程度的心理压力。手术造成女性性征缺陷、恐惧癌症心理、担心预后不好以及高额的医药费用。有些女性患者感到失去乳房后难看, 怕爱人嫌弃, 考虑自身形体难看不愿意出门见客等, 造成一系列的焦虑和抑郁情绪, 致使术后治疗困难, 因此我们护士要关心患者, 主动与其沟通, 交谈和安慰开导患者, 尽量满足患者心理需求, 鼓励患者宣泄心中的郁闷, 释放不良情绪, 更应该说服患者家属配合医护人员鼓励患者坚持完成后续的治疗, 增强患者战胜疾病的信心。

5 术后患肢功能锻炼

5.1 术后 24h 试行床上运动, 指导病人功能锻炼, 循序渐进。

5.2 后三天内指导病人做手部, 腕部, 肘部屈曲和伸展, 患侧肩关节固定。

5.3 术后 4-5 天即可指导患侧肩关节内收并逐渐进行患侧手臂抬高练习。

5.4 术后 10-12 天可取直立运动, 爬墙运动, 钟摆运动, 展肘运动。

5.5 术后三个月以内患肢不可提重物注意事项: 以上的功能锻炼必须在乳腺科专科护士指导下进行, 应根据患者自身的体质, 伤口愈合情况循序渐进, 切记术后 7 天之内患肢不可上举, 15 天内患肢不可外展, 以免造成不必要的伤害。

6 乳房自检法

术后每月自查健侧乳房一次, 每年 x 线摄片检查健侧乳房一次, 以便早期发现复发征像。自查时间一般在月经过后一周内, 应避免月经前期及月经期这段时间, 停经后的患者,

应每月定期检查, 如: 脱去衣服, 双手叉腰, 面对镜子以各种姿势对比双侧乳房是否对称、一致, 注意观察皮肤颜色, 乳头是否内陷, 坐位或者是仰卧位, 五指并拢用手指掌面及手掌前半部分平放于乳房上触摸, 避免抓捏乳房, 检查乳房内有无肿块及压痛, 以及肿块的大小、形状、质地、表面状态、活动度、边界是否清楚, 非哺乳期内, 双手合拢, 环握乳房, 用手掌根部适当用力挤压, 检查乳头有无液体溢出, 避免遗漏检查每一个部位, 如发生异常应及时到医院复查。

7 讨论

对于早期乳腺癌确诊无淋巴转移的患者, 没必要进行长期的放射治疗, 以避免损坏人体免疫功能。但外科手术在乳腺癌的诊断及分期和综合治疗中发挥重要作用, 并且乳腺癌根治术是针对乳腺癌患者采取的常见的外科治疗手段, 也是乳腺癌首选的治疗方案, 因此手术创伤大术后患者会出现患肢水肿, 活动受限等并发症。术后配合放疗、化疗, 给患者带来心理及身体上的痛苦和生活的不便, 患者常出现负面情绪, 这会影响患者康复, 术后护理是提高手术疗效、减少并发症、提高患者生活质量, 促进康复等保证, 所以值得推广。后期患者要定期随访, 随时掌握病情, 乳腺癌患者经过治疗后应当终生随访, 随访可以尽早发现有无复发癌变或转移, 做饭及早发现及早采取相关治疗措施。

[参考文献]

- [1] 彭淑华, 钟安英. 乳腺癌改良根治术后综合护理的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2017, (11):1490-1492.
- [2] 马淑云, 刘薇薇, 赵娜, 等. 乳腺癌根治术后上肢淋巴水肿的护理体会 [J]. 陕西医学杂志, 2017, (8):1149-1150.
- [3] 杜彦秋. 激励式护理对乳腺癌根治术患者自我效能及术后康复的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2017, (20):2821-2824.

(上接第 171 页)

预的效果 [J]. 医疗装备, 2018, 31(04):182-183.

[2] 罗子青, 谭金婷. 基于知-信-行模式的护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查及并发症预防中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(24):12-14.

[3] 帕提古力·阿布拉. 无痛胃镜联合肠镜检查的护理体

会 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(48):33.

[4] 刘玉芬. 护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查中的应用效果评价 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(32):120+122.

[5] 罗龙平, 李爱英, 杨琴, 黄秀江, 陈礼娟, 张志刚. 全程护理干预对无痛胃镜联合肠镜检查患者的影响效果 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(36):48-49.

(上接第 172 页)

3 讨论

心肌梗死是原发于心脏的疾病, 是临床上导致猝死的主要病症之一。患者多发生在冠状动脉粥样硬化狭窄基础上, 由于某些诱因致使冠状动脉粥样斑块破裂, 血中的血小板在破裂的斑块表面聚集, 形成血块(血栓), 突然阻塞冠状动脉管腔, 导致心肌缺血坏死; 另外, 心肌耗氧量剧烈增加或冠状动脉痉挛也可诱发急性心肌梗死, 常见的诱因如不合理的饮食、便秘、过度的工作压力、情绪波动较大等均可能导致心肌梗死的发生。不可忽视的是, 心肌梗死的可怕之处并不仅仅在于该疾病的本身, 伴随该疾病发生的并发症尤为可怕, 如心律失常、心功能不全、附壁血栓形成、心力衰竭、心脏破裂等。目前治疗急性心肌梗死的方法主要是早期再灌注治疗, 而再灌注治疗即通过溶栓药物、介入治疗或手术治疗对闭塞的血管进行扩张, 从而恢复血流, 能有效降低患者的死亡率。本次研究以本院自 2015 年 6 月-2017 年 1 月收治的 76 例急性心肌梗死患者为研究对象, 为这些患者进行溶栓治疗, 并对两组患者采取不相同的护理干预, 其中的 38 例患者进行

综合护理干预, 从并发症发生情况及患者对护理满意度两个方面对此种护理方案进行评估, 结果表明, 对照组患者术后并发症发生率为(21.05%)明显高于实验组患者(13.15%)($P < 0.05$); 且两组患者护理满意度比较, 实验组护理满意度为(97.36%)高于对照组满意度(86.84%), 且有较为显著的差异($P < 0.05$); 这说明为进行心肌梗死患者静脉溶栓术后实时综合护理, 能有效降低术后并发症的发生, 提升护理质量及保证治疗效果, 提高患者对医护人员的满意度, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 翟素英, 张占科. 尿激酶治疗老年急性心肌梗死 35 例疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(6):863-864.
- [2] 张洁蓉. 急性心梗早期溶栓治疗的护理措施 [J]. 实用临床医药杂志, 2013, 16(1):134-136.
- [3] 冯散香, 陈建珍, 梁玉珍, 等. 老年性心肌梗死患者的循证护理 [J]. 现代医院, 2009, 9(5):95-96.
- [4] 贾振华, 李叶双, 吴以岭, 等. 急性心肌梗死证候诊断标准规范化研究 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(4):195-199.