

探讨电子胃镜无痛检查的护理

高玉萍

云南省大理州弥渡县人民医院 云南大理 675600

〔摘要〕目的 探讨和总结电子胃镜无痛检查的护理方法。方法 采用静脉麻醉的方法,使患者处于麻醉或镇静状态下,对患者实施无痛胃镜检查,进行术前、术中及术后的护理。结果 经严密的术前准备、术中配合及术后护理,患者顺利完成检查。结论 电子胃镜无痛检查方法能减轻患者的痛苦,消除患者的紧张心理,使患者顺利完成检查,值得推广。

〔关键词〕电子胃镜;麻醉;护理

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 04-091-02

胃镜检查是诊断食管、胃、十二指肠疾病的最可靠的方法,它可以直接观察胃、十二指肠道内病变,采取活组织进行病理检查,并可将胃镜所见拍照记录,是消化内科最重要的诊疗手段之一,已经成为诊治消化系统疾病的常规方法。随着近几年国内相继报道了无痛电子胃镜检查的方法,由于患者处于麻醉状态,减轻了胃镜检查的痛苦和焦虑情绪,使检查和治疗得以顺利进行。现将总结报告如下:

1 方法

无痛胃镜是借助某些麻醉和镇静药物,使患者处于麻醉或镇静状态下,实施检查和治疗,减轻患者插管痛苦和焦虑情绪,使检查和治疗得以顺利进行。采用静脉麻醉的方法,严格掌握无痛胃镜的适应证和禁忌证,抢救物品及药品充分准备,检查前 5~10min 口服 2% 的利多卡因胶浆或盐酸达克罗宁胶浆麻醉咽喉部后,按常规胃镜检查摆放体位,取左侧卧位,下肢微屈,松开腰带及衣领,取下活动义齿。常规吸氧,再开放前臂静脉通道,静脉注射芬太尼 $1 \mu\text{g}/\text{kg}$,继以缓慢推注丙泊酚 $2\text{mg}/\text{kg}$ 以 $40\text{mg}/10\text{s}$ 的速度缓慢静脉注射,推注时间大约在 1 分钟,分别记录注药前,入睡后,操作时及清醒后的血压、脉搏、血氧饱和度等参数,同时观察患者的反应调整给药速度,直至临床体征表明麻醉起效,患者进入睡眠状态下,立即进行胃镜检查。术中视患者情况酌情给药。待胃镜检查退至胃体部时,停止给药,正常情况下患者在检查操作完毕后 1~10min 神志恢复清醒,配合术中及术后精心护理,严密观察生命体征血氧饱和度使患者并发症减少。^[1]

2 护理

2.1 检查前护理

2.1.1 根据无痛胃镜的适应证及禁忌证,严格筛选患者,协助医生签好知情同意书;

2.1.2 与患者做好心理疏导,消除恐惧心理,接受检查;

初次接受无痛胃镜检查或治疗的患者仍会出现疑虑和恐惧心理,检查前应耐心地向患者详细介绍术前准备、操作步骤、无痛性胃镜检查术的优点,无痛胃镜诊疗术的安全性、舒适性及成功病例,以解除患者紧张情绪,以消除患者的恐惧心理及紧张情绪,愿意接受检查。

2.1.3 做好检查前评估

检查前护士应充分评估患者对检查的心理承受能力和准备程度,向患者及家属说明检查的目的、必要性、不良反应,介绍检查前准备、操作步骤、时间及许多已成功病例,有针对性地心理护理,以消除患者的紧张情绪、减轻患者的焦虑程度,使其积极配合检查,从而保证检查的顺利进行,同时也可减少镇静药的用量。

2.1.4 病人检查前准备^[2]

检查前护士协助医生评估患者生理情况,详细向患者及家属

询问患者有无胃镜检查及麻醉禁忌证。嘱患者检查前禁食 8h,禁水 4h。受检者如有活动的义齿要取下,以免义齿脱落发生窒息危险。

2.2 术中配合

(1) 口服咽喉麻醉和祛泡剂 2% 的利多卡因胶浆或盐酸达克罗宁胶浆麻醉咽喉部后,可减少恶心和祛除胃内泡沫,使视野清晰,易于操作者观察黏膜情况,有利于检查。

(2) 将患者送至胃镜检查室,常规摆好体位,嘱患者取左侧卧位。询问受检者有无活动性义齿,如有活动的义齿要取下,以免义齿脱落发生窒息危险。给患者安上心电监护仪,密切观察患者的面色、呼吸、血压、脉搏、血氧饱和度等情况,给予持续低流量吸氧。

(3) 建立静脉通道,用阿托品 2mg、芬太尼 0.1mg 加生理盐水稀释成 20ml 的注射液,接上头皮针头,排尽空气,备用;用 20ml 空针抽吸丙泊酚 200mg,排尽空气待用。穿刺前应向患者说明此药对血管壁有一定的刺激作用,可能引起局部疼痛,请理解。静脉应选择较粗大且直的血管进行穿刺,以减轻患者疼痛。待患者入睡、睫毛反射消失、四肢肌力降低,即停止静注,呼吸、血压平稳后开始进镜检查。

(4) 开始进镜检查,插入胃镜应循腔进镜,边观察边进镜,动作要轻、快、准,不能盲目进镜,以防局部黏膜损伤、出血、穿孔等并发症。患者接受麻醉术后,对痛觉反应明显迟钝或消失,此时如盲目插镜容易发生胃穿孔^[3]。故操作应由专门受过内镜培训的医师完成,术者操作动作轻柔,尽量多吸气,少注气。

(5) 持续低流量鼻导管吸氧,密切监测检查全过程。用监护仪监测心电图、血压,同时密切观察患者呼吸,持续给氧,保持呼吸道通畅。及时发现并记录检查过程中患者的反应,如有无呼吸抑制、血压变化、反射性咳嗽、呕吐、躁动等,并及时给予处理检查过程中护士应严密监护患者,积极配合麻醉师处理可能出现的各种意外,保证患者的安全^[4]。

2.3 检查后的护理

(1) 检查后患者置于复苏室,监测患者的生命体征情况并给予持续低流量吸氧,直至患者完全苏醒。(2) 观察患者意识状态的恢复情况,在患者完全苏醒前,有时会出现躁动现象,应注意保护患者的安全,必要时使用床栏。(3) 由专人观察患者苏醒情况,使患者去枕平卧,头偏向一侧,预防窒息发生。(4) 对住院患者或需治疗者应保留留置针,根据病情予以对症治疗,门诊无特殊情况者可拔出留置针。

2.4 检查后健康指导

(1) 检查后一小时内禁饮禁食,取活检者 2h 后再进少量流质饮食。(2) 检查后注意休息,不要做剧烈运动。(3) 向病人或病人的陪护人交代检查后注意事项,写出书面医嘱注意事项给予患者书面指导材料,强调检查结束后有任何不适即到医院就

诊,或者拨打的救助或咨询电话。(4)患胃病者戒酒、戒烟,进食清淡饮食,进食勿过饱,少食多餐。

3 结果

无痛胃镜检查,经严密的术前准备、术中配合及术后护理,患者顺利完成检查。因此,无痛胃镜检查操作过程中,要求医护密切配合。

4 讨论

(1)传统胃镜操作有一定的痛苦,对受检者的心理、生理有很大的影响。检查时间长、痛苦少,病人往往听到胃镜检查就恐惧或拒绝检查。无痛电子胃镜检查由于病人全身麻醉,消除了病人的精神紧张,减少检查者的干扰因素,缩短了检查时间,有效地预防了许多并发症的发生。无痛胃镜检查技术能让患者在毫无痛觉的状态下完成整个检查过程,解决了传统胃镜的弊端,使患者能顺利完成检查。无痛胃镜有利于详细观察诊断病变,降低漏诊、误诊率。无痛胃肠镜与传统胃肠镜检查相比,优点是:高清晰度、高分辨率、胃镜内检查无死角、无损伤、高诊断率。

(2)无痛胃镜检查操作过程中,要求医护密切配合,熟练掌握内镜各种操作技术,术前的充分准备,术中严密的配合,术

后精心的观察等护理过程是保证检查顺利的重要环节,能使患者在安全、舒适、无痛苦状态下顺利进行胃镜检查和治疗,使患者并发症减少,术中无不适感,术后苏醒快,感觉舒适,消除恐惧感,乐于再次接受无痛胃镜检查。护士与医生默契的配合,缩短了操作时间,保证了患者的安全,解除了患者的恐惧心理,减少了并发症的发生,指导患者进行正规治疗,使患者早日康复,从而增强患者对医护人员的信任感。无痛胃镜检查是一种安全、有效、舒适的新技术,值得推广。

[参考文献]

- [1] 姜希望. 无痛性消化道内镜术 [M] 长沙: 中南大学出版社, 2002: 106-147.
- [2] 蔡文智. 消化病专科护理技术 [M] 北京: 人民军医出版社, 2012: 117-122.
- [3] 霍继荣, 欧大联, 李清龙等. 消化内镜操作常见问题与对策 [M] 北京: 军事医学科学出版社, 2010: 2-3
- [4] 王书平. 监护下麻醉管理应用于消化内镜检查患者的护理 [J] 护理学杂志, 2004, 19(21):222-223.

(上接第 87 页)

[参考文献]

- [1] 刘淑翠. 护理干预对肺结核患者心理状态及生活质量的影响分析 [J]. 中国社区医师, 2016, 32(28):237-238.
- [2] 王鲜茹, WANGXian-ru. 优质护理干预对肺结核患者用药

依从性的影响 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(4):163-165.

- [3] 苑爱荣, 李剑波. 耐多药肺结核病人的心理分析及护理干预效果 [J]. 疾病监测与控制, 2016, 10(8):683-684.
- [4] 邵莹莹, 张素霞. 护理干预对结核病防治效果的影响观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(10):226-227.

(上接第 88 页)

- [1] 王慧玲, 李华蕾. ICU 中心静脉导管相关性血流感染的预防与护理体会 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(07):88.
- [2] 尹志燕. ICU 中心静脉导管相关性感染的危险因素分析与护理 [J]. 智慧健康, 2018, 4(34):114-115.
- [3] 陆倩霞. ICU 中心静脉导管相关性感染的预防与护理研究

[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(94):29-30.

- [4] 徐英. ICU 中心静脉导管相关性感染的危险因素分析与护理 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(14):155-156.
- [5] 王健, 焦清海, 王俊莉, 葛海江, 张雪梅, 申利娟, 马兰, 王帅, 王芳. ICU 中心静脉导管相关性血流感染的分析与预防 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(11):127-128.

(上接第 89 页)

绞痛患者中有价值,深受患者与家属认同。

综上所述,通过对冠心病心绞痛患者实施预见性护理模式,能够提高对患者的治疗效果,提升患者的生活质量,临床应用价值及临床推广极高。

[参考文献]

- [1] 许颖智, 张军平, 任淑女, 等. 不同中医干预模式对冠

心病心绞痛患者症状及生存质量的影响 [J]. 中医杂志, 2017, 58(6):493-497.

- [2] 熊璐璐, 王爽, 初均晓. 冠心病心绞痛患者对相关护理知识知晓率及其需求现状的调查研究 [J]. 中国预防医学杂志, 2017, 32(8):84-86.
- [3] 刘瑞, 张婷. 基于循证护理理念的中西医结合护理对冠心病心绞痛患者生活质量的影响 [J]. 中医药导报, 2016, 24(18):107-109.

(上接第 90 页)

软组织局部损伤。颅脑手术危险性较高,时间过长极易造成压力性损伤,不仅影响临床治疗效果,还对患者的身心造成伤害。因此,应该加强颅脑肿瘤手术患者护理干预。

近年来,预防性护理在颅脑肿瘤手术患者中得到应用,且效果理想。本研究中,观察组护理后 1 个月后焦虑抑郁评分低于对照组 ($P<0.05$),说明预防性护理干预缓解患者焦虑、抑郁程度,提高患者配合度,利于患者恢复。预防性护理改善患者不良情绪,能增强患者耐受性,提高护理质量和康复效果。本研究中,观察组护理干预期间压力性损伤总发生率(4.64%)低于对照组(23.65%) ($P<0.05$),说明预防性护理干预是一种有效的护理手段预防压力性损伤。临床研究表明^[4]:实施预见性护理手段能够减少压力性损伤的发生,提高术后患者临床康复效果与护理质量。

综上所述,预见性护理干预能提高颅脑肿瘤手术患者护理质量,有助于改善患者心理波动,减轻患者的疼痛,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 蔡蕊, 蔺波. 早期预见性护理干预对肿瘤患者 PICC 术后机械性静脉炎的影响 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(5):706-708.
- [2] 陆巍. 基于力学原理的护理干预改善髋关节置换术后病人压力性损伤的效果 [J]. 护理研究, 2018, 32(9):159-161.
- [3] 蒋文珍, 庄悦红, 刘浪, 等. 延续性护理对居家卧床老人压力性损伤预防的效果观察 [J]. 上海护理, 2018, 18(1):16-19.
- [4] 卢怀美, 刘晓燕, 赵强, 等. 预见性护理对消化道肿瘤患者术后下肢静脉血栓形成的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(15):1701-1703.