

无痛胃镜在老年人上消化道异物取出术中的应用与护理

盛小艳, 赵春明, 董伟群, 袁小凌

(解放军第98医院消化内科, 浙江湖州 313000)

[关键词] 老年人; 异物; 无痛胃镜术; 护理

中图分类号: R573 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)05-0371-02

老年人上消化道异物常因不慎误吞所致, 通常内镜下取异物采用咽喉部麻醉, 患者会出现不同程度的咽喉部不适、恶心、呕吐, 给操作带来不便和难度, 尤其对合并有高血压、冠心病的老年患者, 增加了危险性。我院于2005年2月至2008年2月共对36例老年患者实施上消化道异物取出术, 其中18例采用了芬太尼和异丙酚联合静脉麻醉, 均取得较好的疗效, 现将其临床应用及护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者36例, 男26例, 女10例, 年龄61~79岁, 平均69.5岁; 所误吞异物种类: 动物骨头9例, 坚果类4例(龙眼核、荔枝核各2例), 假牙17例, 尖锐类3例(牙签2例, 缝衣针1例), 胃内柿石3例。所有病例符合以下标准: ①符合上消化道内异物的诊断; ②均为老年人; ③误入异物行X线检查均不能自行排出; ④患者无严重的心、肺等器质性疾病。随机分为常规治疗组(常规组)18例, 无痛胃镜组(无痛组)18例。

1.2 治疗方法 常规组异物取出方法: 患者口服盐酸利多卡因胶浆1支行咽喉部麻醉, 胃镜下寻找异物, 观察异物的位置、大小、形态, 选用适当器械将其取出。无痛组方法: 检查前建立静脉通道, 常规低流量吸氧, 在心电监护、血氧饱和度监测下, 用5%葡萄糖将异丙酚、芬太尼分别稀释成2 mg/ml、0.25 mg/ml, 先缓慢均匀静脉推注芬太尼稀释液(按0.07 μg/kg剂量), 10秒内注射完, 生命体征平稳后缓慢均匀静脉推注异丙酚(按1.5 mg/kg的剂量), 30秒注射完, 边推药边观察, 待患者入睡、睫毛反射消失、唤之不应时开始插镜寻找异物, 根据异物形态分别选用适当器械将异物取出。

1.3 结果 在治疗过程中, 常规组90%以上均出现不同程度的恶心、呕吐、咳嗽、躁动、咽部不适, 70%表示难以忍受, 对治疗操作遗忘程度为零; 无痛组仅15%有恶心、躁动, 清醒后对治疗操作完全遗忘。常规组异物取出15例, 2例因患者不能耐受而放弃, 改用无痛胃镜取出, 1例因剧烈呕吐、异物两端均刺入食管粘膜内, 为防止穿孔、大出血而放弃试取,

无痛组18例均成功取出。

2 护理方法

2.1 术前护理 术前护士应向患者及家属做好健康教育, 填写知情同意书; 说明异物取出术的重要性、必要性, 并介绍成功的病例, 从而减轻紧张程度, 积极配合, 使手术顺利进行。由于异物的形态、大小、软硬度及锐利情况不同, 对食管壁及食管外的损伤程度也不同, 因此①术前需经X线摄片或透视检查。②术前行心电图、肺功能检查、测血压, 排除麻醉禁忌证, 详细询问病史、药物过敏史、饮酒史及是否服用安眠药等, 为麻醉提供依据。③患者禁食8~10 h。

2.2 术中护理 除按常规胃镜异物取出术做好准备外, 在麻醉实施过程中严密监测血压、心率、心电图和血氧饱和度, 保持呼吸道通畅和全程持续吸氧, 并备有必要的抢救药品、气管插管用具和相应的应急措施。协助麻醉师给患者麻醉, 静脉给药严格掌握剂量和速度, 防止麻醉意外的发生。本组有2例出现心率、血压、血氧饱和度一过性下降, 术中及时发现与处理, 未发生不良后果。

2.3 术后护理 观察患者神志恢复情况, 监测心电图、血压、血氧饱和度的变化, 保持呼吸道通畅, 持续吸氧至患者清醒。询问有无胸痛、腹痛、腹胀等症状, 预防并发症的发生。本组无1例出现窒息、穿孔及大出血等并发症。门诊患者需嘱: ①老年人麻醉药排泄推迟、作用延长, 术后1天内需由家人陪伴。②检查当日不得骑车、驾驶或高空作业。③检查30 min后对答正确、意识清醒、定向力好, 方可由家人陪同离开医院。④无明显出血者, 术后1~2 h可进食温热半流饮食; 术中有黏膜损伤者, 术后3~4 h进温热半流饮食, 并观察大便性状, 及时复查血常规。1~2 d后进柔软易消化软食。

3 讨论

胃镜下上消化道异物取出术, 是一种常见内科急诊手术, 较以往五官科食管下异物取出或外科开腹手术取异物具有创伤痛苦小、并发症少、花费少、安全快捷、简单有效等特点。无痛胃镜下异物取出术能有效降低患者的应激反应, 稳定血流动力学; 麻醉后内脏平滑肌松弛, 蠕动减弱, 视野更清

作者简介: 盛小艳(1974-), 女, 江西九江人, 大专, 护师, 从事消化内科护理工作。

晰,有利于术中灵活操作并减少治疗时间^[1],但是老年人机体器官功能减退,尤以呼吸、循环系统明显,对麻醉耐受性差、敏感度高、危险性大^[2]。因此行无痛胃镜检查时要严格掌握适应证,治疗前、中、后严密观察患者生命体征。除注意麻醉药物的顺序、剂量、速度外,还需了解药物的毒副作用和不良反应。芬太尼是最常见的麻醉性镇痛药,起效快,作用时间短;常用剂量不引起呼吸抑制,但反复应用药物蓄积时可引起呼吸抑制。异丙酚其副作用为心肌抑制和扩张外周血管,可引起心率减慢和血压下降^[3]。因此严重的低血管容量、低血压、心动过缓、房室传导阻滞者不宜进行此法检查。

综上所述,无痛胃镜下异物取出术应用于老年人增加了操作的安全性、舒适度。术前做好充分的麻醉前准备和明确

异物的性质和部位,术中掌握麻醉药品的监护,术后做好观察和指导,是保证老年人无痛胃镜下异物取出的关键。

参考文献

- [1] 彭翠兴,张新宪.上消化道异物无痛术下取出26例体会[J].国际医药卫生导报,2003,9(10):43.
- [2] 盛小艳,赵春明,袁小凌,等.老年人无痛胃镜检查的临床观察及护理[J].东南国防医药,2007,9(4):143-144.
- [3] 姜希望.无痛性消化道内镜术[M].湖南:中南大学出版社,2002:106.

(收稿日期:2008-03-31;修回日期:2008-04-25)

(本文编辑:潘雪飞)

骨科护理领域中的隐患与防范对策

杨 骏,吴丽心,陈培能,李春兰

(解放军第175医院骨科,福建漳州 363000)

[关键词] 骨科;护理;隐患;对策

中图分类号: R473.6;R68 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)05-0372-02

交通发达,高速公路增多,车祸所造成的损害也随之倍增,常合并多发伤。患者及家属一般认为只要治好骨折即可,没有想到骨折所造成的严重并发症,如脂肪栓塞、骨筋膜室综合征、深静脉血栓、肢体坏死、脏器衰竭等危及生命或致残致畸的情况发生。一旦发生并发症,患者、家属常常无法理解及接受而将医院送上被告席,耗费了医护人员的精力、时间,增加了心理负担,影响工作正常进行。为把纠纷降到最低限度,我们分析总结近几年来护理工作方面的隐患及防范对策,现报告如下。

1 护理领域存在的隐患

1.1 陪护探视 地处小城市的医院,陪护、探视多,一人住院,全家陪同或频繁更换陪护人员及一天不分时机一批批探视。这些客观因素给护理工作带来了难度:手机丢失、钱物被骗或被盗;因陪护管理护患发生口角;健康宣教无法落到实处;陪护私自给瘫痪、术后患者使用热水袋;自行减轻牵引重量;陪护与患者同床睡;违规使用电器等。

1.2 护理文书

1.2.1 护理记录 病情描述过于笼统,观察记录重点不突出,缺乏连贯性,症状与处理无因果关系,错别字较多、拷贝错误雷同常出现。如患肢肤色、肿胀、皮肤感觉的演变过程未能班班体现,术后症状的改善也未与术前作对比。护士在给

患者测试体温时,因工作忙,未准确测量患者的呼吸、心率,而是想当然。出入院时间、血压、体重、出入量、大小便等记录与事实有出入或有遗漏。

1.2.2 临时医嘱单 执行时间与实际不相符合;护士互相代签名或字迹潦草;医生下达错误医嘱,护士处理未能发现或发现后因医生手术,为工作方便私自修改医嘱;临时医嘱无法在15分钟内执行或未执行提前签名。

1.2.3 特护记录单 患者的病情变化常在夜间发生,抢救时护士少,口头医嘱多,应急操作多,还需外出取血、取药,事后补记录就有不全面或偏向治疗,遗漏具体病情变化记录,尤其是时间上具体到分钟常有误,如急诊到科时间、实施抢救时间、生命体征变化转归时间、呼吸心跳停止时间等。

1.3 用药及技术操作 药品种类繁多,药物配伍禁忌表、常规中规定做皮试的药品已经不能适应临床的需要。同一药物有不同的商品名,也有同一药物由于生产厂家不同药物剂量也不同,有些药只有一字之差,如头孢替安与头孢替唑。有些药不单只做一种皮试而是二种,如头孢哌酮钠-舒巴坦钠既要做青霉素皮试也要做先锋霉素皮试。有些药虽作用相同但用法不同,还有许多药品说明书上注明与多种药存在配伍禁忌,稍不细心就有可能出错。操作时只叫床号姓名不看床头牌或只叫姓名不反问患者名字或潜意识中误认操作对象,迁床时未将床头牌一起迁移及输液袋上床号未修改,使三查七对流于形式,出现采集错血标本、摆错药、发错药、打错针、接错瓶等。

1.4 床边交接班 目前排班模式大部分是实行三班制,交

作者简介:杨 骏(1963-),女,福建漳州人,本科,副主任护师,从事骨科护理管理。