

消化道内镜下消化道息肉电切术的护理配合方法及效果

徐晓梅

青海省海东市互助土族自治县人民医院 青海 互助 810599

【摘要】目的：探讨消化道内镜下消化道息肉电切术的护理配合方法及效果。**方法：**将我院2021年1月-2021年8月100例消化道内镜下消化道息肉电切术患者，双盲随机法分二组。对照组给予常规护理，实验组实施全方位护理配合。比较两组护理前后焦虑SAS评分和抑郁SDS评分、满意度、并发症率。**结果：**实验组焦虑SAS评分和抑郁SDS评分低于对照组，满意度高于对照组，并发症率低于对照组， $P<0.05$ 。**结论：**消化道内镜下消化道息肉电切术患者实施全方位护理配合效果确切，可减轻患者不良情绪，减少并发症和提高满意度。

【关键词】：消化道内镜下消化道息肉电切术；护理配合方法；效果

消化道息肉是一种比较常见的疾病，对病情有很大的影响。消化道息肉主要发生在直肠、结肠等部位，会影响到胃肠的蠕动，引起腹痛、呕吐等症状。诊断后可通过消化内镜下消化道息肉的电切术进行治疗，以达到清除病变组织、恢复消化系统功能的目的。但是，因为内镜手术的精细程度很高，所以必须要不断提升自己的技术和技能，在治疗过程中，为病人提供更好的护理服务，可以有效提高病人的医疗质量，减少病人的安全隐患。常规的护理可以在一定程度上帮助病人恢复，但是术后的康复情况并不是很好^[1-2]。为了改善护理效果，需要优化配合方法，最大限度地降低影响因素，提高患者的满意度。本研究探讨了消化道内镜下消化道息肉电切术的护理配合方法及效果，报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院2021年1月-2021年8月100例消化道内镜下消化道息肉电切术患者，双盲随机法分二组。每组例数50。其中实验组年龄21-75岁，平均 (45.67 ± 2.27) 岁，男29:女21。对照组年龄21-72岁，平均 (45.12 ± 2.91) 岁，男27:女23。两组一般资料统计 $P>0.05$ 。本研究经伦理批准。

1.2 方法

对照组给予常规护理，实验组实施全方位护理配合。

1.2.1 手术前的护理措施

①强化健康教育：对病人进行住院环境、疾病知识、治疗方法、意义等进行细致的讲解，并将存在的问题提前告知，消除病人的消极情绪，促使病人积极配合。②肠内处理：术前2~3天，要求病人少加渣，术后1天只吃流质食物，术后1天仍是空腹。根据病人的具体情况，采用导泻和灌肠的方法。

1.2.2 术中的护理措施

①讲解消化道息肉内镜下电切术的优点和作用，告诉病人内镜是一种微创的材料，不会对人体造成任何伤害，也不会让人产生恐惧。解除病人的神经紧张以获得合作。②麻醉结束后，解开病人的衣领和皮带，在病人咽部放置内窥镜前端时，请病人配合进行吞咽运动，可以有效地减轻咽部的不适。对上消化道手术病人进行口垫固定，并嘱咐病人放松。术中密切注意病人的病情，并鼓励病人在一定程度上克服身体上的不适。特别是老年人、心肺功能不全、使用镇静剂、止痛药的患者，要密切监测病人对镇痛、镇静剂的反应，并观察病人的表情、神志、生命体征，密切观察患者的脉搏和血压。术中注意安全，电极板应与病人的腿部连接，避免电烫伤。③在电切术中，护理人员要严格遵守手术要求。首先，电切、电凝指数和确定是否设定混合电流，以确定息肉蒂厚度或广基息肉基底直径。再将套圈放入，并根据术者的指示，随时伸出、回缩、张开、收紧套圈器，帮助完成电切割。食管、贲门、十二指肠壁薄、蠕动快，要与术者紧密配合，尽可能将息肉套入，以免发生穿孔。在电切息肉时，尤其要注意收圈套器技术：若蒂头太细，不要收缩太猛，以免在没有通电时造成机械切断，造成大出血。蒂较粗时，在通电时，往往先通冷凝电流，再通切断电流，或采用混合电流，对凝结电流的强度和时间都有一定的要求；手术时，护理人员要逐步增加收缩力，使息肉中心的小动脉凝固，从而达到止血的目的。在手术过程中，要特别注意避免漏电流对正常的粘膜组织的损伤，严重时会引起穿孔。

1.2.3 术后的护理

①抗感染的护理：术后按规定给病人服用抗感染的药物和止血药物，并要求住院观察。观察是否有呕血、便血、腹胀、水肿、血压改变、疼痛等。②膳食指南：病人在手术后至少要禁食3小时，24小时内只能吃流食。次日，可吃半流质的软食。

1.2.4 出院指南

在病人出院之前,要严格按照医嘱按时服药,同时要注意饮食清淡,保持大便畅通。并叮嘱其如果出现腹痛、黑便等症,要及时就医。

1.3 观察指标

比较两组护理前后焦虑 SAS 评分和抑郁 SDS 评分、满意度、并发症率。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 软件中,计数 χ^2 统计,计量行 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 焦虑 SAS 评分和抑郁 SDS 评分

护理前两组焦虑 SAS 评分和抑郁 SDS 评分比较, $P > 0.05$, 护理后两组均显著降低,而其中实验组显著低于对照组, $P < 0.05$ 。

表 1 护理前后焦虑 SAS 评分和抑郁 SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n)	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(50)	57.84±5.33	47.32±2.46	58.33±1.22	41.13±1.71
实验组(50)	57.37±5.53	34.05±1.23	58.45±1.15	36.65±0.21
t	0.191	20.257	0.191	15.945
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 满意度

实验组的满意度 50 (100.00) 比对照组 40 (80.000 高 ($P < 0.05$)。

2.3 并发症率

实验组并发症率低于对照组 ($P < 0.05$)。实验组并发症有 1 例,占 2.0%,而对照组并发症 8 例,占 16.0%。

3 讨论

随着年龄增大,消化道息肉发病率升高。消化道息肉一旦被发现出来,很容易引起消化道出血、穿孔等并发症,如

参考文献:

- [1] 李家凤.全程护理对内镜下消化道息肉电切除术患者的影响[J].现代养生,2021,21(16):111-113.
- [2] 杨阳.基于消化内镜下消化道息肉电切除术的护理配合对降低并发症发生率的效果研究[J].中国社区医师,2021,37(07):137-138.
- [3] 黄金花.综合护理干预用于内镜切除术治疗糖尿病并发消化道息肉的效果[J].国际护理学杂志,2021,50(02):313-316.
- [4] 杨晓燕,严红.消化内镜下行息肉切除术时的护理配合研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(18):151+1100.
- [5] 卢静.无痛胃镜下电凝电切术治疗上消化道息肉患者的疗效及安全性分析[J].首都食品与医药,2020,27(07):42.

果不能及时治疗,病情恶化,可能会发展成恶性肿瘤,危及患者的生命^[3]。

目前,消化道息肉主要是消化道息肉内镜下电切术,对各类息肉、分散性息肉进行消化内镜下的外科手术,可以有效地防止肿瘤的发生。但内镜手术毕竟是创伤操作,会对病人的身体造成一定的伤害。由于病人的身体状况不同,对手术带来的痛苦忍耐程度也不同,从而导致病人出现更大的不适,从而影响到患者的生存质量。有关资料表明,适当的护理措施可以提高外科手术的疗效,并能改善患者的预后^[4]。

为了提高护理效果,将常规护理与全方位护理配合进行比较,结果表明,采用全方位配合可以更好地改善目前的护理状况,并提高其效果。全方位配合注重心理、药物、手术部位等方面的护理,及时有效地解决问题,使病人早日康复。全方位配合注重每个病人的状况,采取多种方法帮助病人康复,消除病人的心理怀疑^[5]。病人的心理和心理状况都比较稳定,可以改善病人的顺应性;全方位配合也能减少对身体的维护,如疼痛等,对身体的保护作用更大,可使病人在临床上得到更多的认同,从而使病人的满意度得到提升。全方位配合对胃肠道息肉内镜手术的配合有很大的帮助,可以提高护理效果,可以增加手术成功率,降低手术风险,使病人尽早出院。

本研究显示,实验组焦虑 SAS 评分和抑郁 SDS 评分低于对照组,满意度高于对照组,并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。可见,尽管内镜手术是一种微创的手术,但因为病人的病变部位比较特殊,而且病人的胃肠功能很可能会受到手术的影响而产生并发症,所以建议对病人进行全方位配合,以减少并发症。所以,我们在术前、术中、术后,要有针对性地进行患者的护理干预,这样既能确保手术的安全,又能保证手术的质量,从而大大减少护理错误和风险,避免给病人造成严重的后果。

综上,消化道内镜下消化道息肉电切术患者实施全方位护理配合效果确切,可减轻患者不良情绪,减少并发症,提高患者满意度。