

# 分析护理干预在老年无痛胃肠镜检查患者中的应用体会

石红

(新泰市人民医院内镜室 山东泰安 271200)

**摘要:** 目的: 探究护理干预在老年患者无痛胃肠镜检查中的应用效果。方法: 选择 2020 年 7 月-2021 年 7 月在本院接受治疗的 80 例患者为研究对象, 并以护理模式分组, 每组 40 例。对照组采取常规护理, 研究组应用全程护理干预。对比不良后果发生率、检查时间、护理满意度及不同时间的心理状态。结果: 研究组不良后果发生率更低, 检查时间更短, 护理满意度更高。在入院时, 2 组患者心理状态并无差异, 在检查前 5min 及清醒后, 研究组明显优于对照组。结论: 对于老年患者的无痛胃肠镜检查采取护理干预效果显著, 能够缓解患者的负面心理, 降低不良后果发生率, 缩短检查时间, 提高患者护理满意度, 值得推广。

**关键词:** 护理干预; 老年; 无痛胃肠镜检查

当前, 消化系统疾病随着饮食习惯、生活方式的变化发生率出现不断提高。胃肠镜检查能够以最直观的形式对胃肠道黏膜病变情况了解, 也能够直接取材开展病理检查, 有着方便等多方面应用优势。无痛胃肠镜检查是消化系统疾病常见且重要的诊疗手段, 其作为一种侵入性检查, 可能会对患者胃肠道组织造成一定损伤<sup>[1]</sup>。采取此种检查方式, 能够直接对病灶大小、形态、类型等观察, 对不确定的病灶也能够以内镜取病理活检, 在开展对胃肠道疾病的诊断中应用价值较高。无痛胃肠镜检查可让患者在无痛状态中接受检查, 使患者减少顾虑, 让患者存在的不良心理得到明显缓解。但由于此方式具有侵入性特点, 患者会产生疼痛、恶心等, 也会导致患者产生焦虑等相应不良情绪, 影响患者的依从性。有研究发现, 老年人在无痛胃肠镜检查中, 对麻醉的耐受力较差。与青年人对比, 老年人的中枢神经系统对于静脉给药的敏感性相对更大, 有可能发生不良反应, 将老年患者的检查风险提高。因此, 在患者检查中, 需要为其提供相关护理干预, 加强患者在检查中的配合度, 提高检查效果。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择在本院收治的 80 例患者为研究样本, 按照护理模式实现对患者的划分, 每组 40 例。对照组男女各 23 例、17 例, 年龄 (69.2 ± 5.5) 岁。研究组男女为 24 例、16 例, 年龄 (69.5 ± 5.4) 岁。比较年龄等资料, 并无明显不同, 可对比。

### 1.2 方法

对照组采取常规护理, 护理人员落实对患者的健康宣教、心理疏导等等。

研究组应用全程护理干预。如下所示。

**术前护理。**护理人员应做好术前准备工作, 将内镜和注水瓶、光源等连接, 对弯曲角度检查, 以控制按钮实现对角度的调节。对于吸引器等相关设备功能进行检查, 确保其功能并未出现异常, 将相关必需用品准备, 包含纱布等。护理人员应保证相应仪器都处于备用状态, 让老年患者在检查过程中出现差错或风险的可能性降低。护理人员需要全面了解患者病史, 对于患者的心肺功能开展重点评估。护理人员应使患者在检查床上左侧卧, 实现对静脉通道的开放, 将可拆卸义齿取出。护理人员应正确指导患者进行胃肠道准备。并且, 也要让患者间断喝水, 适当活动, 将饮水与服药时间间隔进行控制, 也达成对总量的控制。在术前应指导患者的饮食, 使其食用低脂半流食, 也实现对检查仪器的消毒。如果是存在特殊感染病的患者, 应采取隔离检查, 以免发生交叉感染。护理人员应为患者进行舒适环境的提供, 实现对室内温度与湿度的控制。也要加

强对检查室的消毒, 保证其干净、整洁, 使老年患者在接受检查时感受到舒适。护理人员还需要积极开展与患者的交流与互动, 联系患者的心理状态采取具有针对性的疏导工作。也可以直接通过视频为患者呈现有关于无痛胃镜检查的相应知识, 明确告诉患者有可能会产生的不良后果, 使患者在检查前做足心理准备。护理人员应着重对无痛胃肠镜检查的安全性进行讲解, 帮助患者将自己存在的恐惧、焦虑等心理缓解, 让患者在实际检查中尽可能地保证放松, 形成良好心态。如果患者本身合并高血压等相关疾病, 需要在其进行检查前舌下含服有关药物。

**术中护理。**护理人员需要陪伴患者, 将患者的心率、血压、血氧饱和度等变化予以记录, 也观察不良反应的发生情况。在术中, 护理人员需帮助患者将口垫固定, 预防躁动时拔管等情况发生。还应使患者稍稍后仰头部, 将下颌抬高, 提供面罩吸氧, 推药后停止一段时间。如果患者的舌根不发生抵抗, 再慢慢地进镜。在检查中应结合患者情况控制相应药物的药量, 也将检查需求满足。并且, 要特别关注患者的血氧饱和度, 若是其相对较低, 应将其下颌托起, 提高氧流量, 吸干痰液, 让患者的呼吸道保持通畅。如果患者的血氧饱和度并未上升, 应将胃镜拔出, 使患者停止检查。在患者进行检查的过程中, 护理人员可以实现对患者合谷穴的按压, 使患者放松, 也能够将内脏活动调节。

**术后护理。**在检查后, 需要让患者维持左侧卧位, 以免因口中分泌物的影响发生误吸或呛咳等等。护理人员应呼唤患者, 使患者清醒。一般来讲, 在检查后几分钟内患者就能够清醒, 麻醉作用渐渐消退, 患者会发生乏力、头痛等。此时, 护理人员需要加大对患者的关注, 预防患者产生坠床等情况。也要对患者血压、血氧饱和度等加大观察力度, 一直到患者意识恢复, 也能够对答无误后使其在家人的陪同中离开医院或者是将患者送回病房。护理人员需要重点对患者及其家属强调相关注意事项, 在检查后 2h 才能够喝水。有些患者有可能会产生异物感、唾液有血丝等等, 此情况是因为胃镜导致咽部黏膜发生擦伤, 可以自行缓解。如果患者的情况严重, 可以提供云南白药等治疗。在患者检查后, 应密切关注患者的腹胀腹痛症状。若是患者出现明显腹胀情况, 在将肠穿孔予以排除后, 可以进行对腹部的按摩。在患者症状消退后 2h, 能够为患者提供流食, 不能进行对辛辣食物的食用。老年患者由于药物作用延长、排泄推迟, 在其检查后 24h 内不能将法律文件签署, 也不能喝酒、开车等, 预防意外的产生。

### 1.3 观察指标

记录 2 组患者的不良后果, 统计患者的检查时间与护理满意度, 也评估患者在不同时间段的 SAS 和 SDS 评分。

1.4 统计学方法

以 SPSS23.0 软件处理数据, 计数资料通过%表示, 以  $\chi^2$  检验, 计量资料利用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 以 t 检验。以  $P < 0.05$  为差异, 具有统计意义。

2.结果

2.12 组患者不良后果发生率对比

在不良后果发生率比较中, 研究组与对照组分别是 5%、25%, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者不良后果发生率对比 (n, %)

组别	例数	低血糖	跌倒	电解质紊乱	意识障碍	发生率
研究组	40	1	0	1	0	2 (5.00)
对照组	40	4	2	3	1	10 (25.00)
$\chi^2$						6.27
P						<0.05

2.22 组患者护理效果对比

研究组检查时间更短, 护理满意度更高, 与对照组差异明显 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者护理效果对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	检查时间 (min)	护理满意度 (分)
研究组	40	23.98 ± 3.12	96.76 ± 1.21
对照组	40	29.78 ± 3.35	92.25 ± 2.02
t		8.01	12.11
P		<0.05	<0.05

2.32 组患者不同时间段 SAS、SDS 评分对比

在入院时, 2 组患者 SAS、SDS 评分并无显著差异, 在检查前 5min 与清醒后对比明显 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者不同时间段 SAS、SDS 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	SAS			SDS		
		入院时	检查前 5min	清醒后	入院时	检查前 5min	清醒后
研究组	40	51.46 ± 2.23	41.56 ± 3.62	37.90 ± 4.02	53.00 ± 4.94	42.53 ± 4.13	39.25 ± 3.26
		51.51 ± 2.25	48.71 ± 4.51	46.55 ± 3.15	53.01 ± 4.95	47.76 ± 4.92	46.01 ± 4.12
对照组	40	51.51 ± 2.25	48.71 ± 4.51	46.55 ± 3.15	53.01 ± 4.95	47.76 ± 4.92	46.01 ± 4.12
		51.51 ± 2.25	48.71 ± 4.51	46.55 ± 3.15	53.01 ± 4.95	47.76 ± 4.92	46.01 ± 4.12
t		0.92	7.81	10.71	0.01	5.14	8.13
P		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3.讨论

近年来, 伴随着生活模式、饮食结构的变化, 消化系统疾病的发病率逐渐提升, 对人们的身体健康造成不良影响。在临床检查中, 主要采用无痛胃肠镜检查术对患者临床检查<sup>[2]</sup>。在患者产生胃肠部位不适后, 采取胃肠镜检查, 能够发现患者疾病, 也采取相应治疗, 实现对疾病的预防作用, 也能够避免病情变得更加严重。通过此方式, 能够直观反映病变部位及其邻近组织的生长情况, 对疾病早期诊断及治疗具有积极意义<sup>[3]</sup>。运用此种检查方式虽能够使患者在无痛情况下接受检查。但是, 也有研究发现, 这一检查方式会导致迷走神经高度兴奋, 也会使胃肠道平滑肌产生高度紧张, 将患者的疼痛感增加, 使患者出现不适感受, 导致患者的心理压力提高。同时, 因患者对此种检查方式了解不足, 易导致患者产生焦虑、恐惧等, 对胃肠道检查结果造成影响。

伴随着医疗技术的不断发展, 无痛胃肠镜检查应运而生。胃肠镜属于内窥镜的一种, 能够深入到食管、十二指肠等相应位置。在内窥镜技术的发展中, 其在清晰程度、分辨率等方面都获得明显提高。但是, 此种检查方式需要的时间较长, 总是会出现患者配合程度较低的情况。无痛胃肠镜与内窥镜存在差异。在大量的临床实践中能够发现, 在应用无痛胃肠镜时, 会以药物作用产生对患者中枢神经的抑制, 让患者在镇痛状态下接受检查。在术中, 患者不会出现疼痛感, 在检查后, 也并无对检查过程的印象, 可以将患者在检查时及检查后的舒适程度提高。由于此方式具有侵入性, 一些患者在检查后会产生异物感等等。同时, 麻醉药物的应用, 致使患者容易发生低血压等相关并发症, 对于患者复查的依从性会产生一定影响。

有研究对无痛胃肠镜并发症产生的原因探究, 主要包含药物应用, 由于麻醉药物具有抑制呼吸的效果, 一些患者会在检查中出现紧张等情绪, 导致呼吸抑制发生。负性情绪和患者心理、检查结果有关联。而且, 禁食水时间与心血管系统病史等也为并发症出现的影响因素。也有研究表明, 在患者无痛胃肠镜检查时提供护理干预可稳定患者心率、血压等, 降低检查后的不良反应<sup>[4]</sup>。因此, 在无痛胃肠镜检查中, 应采取具有科学性、可行性的护理干预措施, 将患者的依从性提高。在护理干预中, 需要在术前、术中与术后多个环节采取相应护理, 做好对并发症的预防, 加强检查效果。在临床中, 大多以常规护理实现对患者的干预。但是, 采取此种护理模式具有的针对性较差, 会让患者形成负面心理, 不良后果的发生率会出现提高。在本研究中发现, 研究组的不良后果发生率更低。并且, 在该组, 检查前 5min、清醒后的 SAS 与 SDS 评分, 均优于对照组。在检查时间对比中, 该组更短, 护理满意度更高。通过研究结果可知, 在无痛胃肠镜检查中运用全程护理干预, 患者在接受检查的过程中能够得到全面干预。此种护理模式会在常规护理基础上, 依据患者需求、机体情况进行调整, 在不同阶段采取相应的护理, 提高护理工作的针对性, 尽可能地将患者在检查过程中的身心需求满足。在实际检查中, 护理人员会与患者充分交流、互动, 提高与患者之间的配合程度。也在护理工作中使患者做足心理准备, 让患者得到负面心理的充分缓解, 更加深入地了解无痛胃肠镜检查的作用, 以良好心态配合护理人员的检查, 减少检查时间。护理人员也会密切关注患者生命体征的改变情况, 采取相应处理, 将不良后果发生率降低。

总之, 对于无痛胃肠镜检查的老年患者采取全程护理干预, 充分考虑老年患者的实际情况, 能够使患者得到负面情绪的缓解, 减少不良后果的产生, 也能够缩短检查时间, 将患者护理满意度提高, 防止纠纷事件的发生。

参考文献:

[1]金艳,孔令甲,尹佳佳.麻醉协同护理对行无痛胃肠镜检查患者的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(04):17-20.  
 [2]苏淑云,冯裕董,吴惠团,陈洁璋.流程化护理在无痛胃肠镜检查术中的应用效果[J].中国现代医生,2020,58(36):157-160.  
 [3]叶淑尧,刘海英,黄玉燕.PDCA 循环结合优质护理对日间无痛胃肠镜检查患者配合度及应激反应的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(20):45-48.  
 [4]毛红玲,吴杨玲,魏小飞,代浩,杨雪,付羽婷.体位护理联合心理干预对无痛胃肠镜检查患者生命体征及心理状态的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(05):193-195.