

窄带成像内镜检查及钳取梨状窝肿物病理标本的配合与护理[▲]

刘春红 张金桃 夏辉 何宁* 兰桂萍 翁敬锦 韦柳群

(广西壮族自治区人民医院耳鼻咽喉头颈肿瘤科,南宁市 530021)

【摘要】 目的 探讨窄带成像内镜检查钳取梨状窝肿物病理标本的配合方法与护理。方法 采用 OLYMPUS(奥林巴斯) CV180 型窄带成像电子鼻咽喉镜及配套显像系统对 30 例梨状窝肿物住院患者进行检查及钳取病理标本。结果 30 例患者确诊梨状窝鳞状细胞癌 28 例,1 例鳞状上皮中度-重度非典型增生,1 例 2 次活检均诊断为黏膜慢性炎症。结论 窄带成像内镜检查对梨状窝鳞状细胞癌的早期诊断及早期治疗具有重要意义,熟练的配合医生钳取病理组织能提高其检出率,对患者告知检查流程及进行必要的护理,可确保检查及操作的顺利完成。

【关键词】 窄带成像内镜;梨状窝;病理标本;护理

【中图分类号】 R 768.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2013)05-0573-03

窄带成像(narrow band imaging, NBI)内镜是近年发展起来的一种新的内镜下成像技术,其通过光学效应清晰显示黏膜表面及黏膜表面微血管发生的形态学变化,能够明显提高病变检出的敏感性和病变性质判断的准确性,是发现和诊断早期咽喉部恶性肿瘤的关键手段^[1]。我科于 2011 年 5 月至 2011 年 12 月对 30 例因咽喉部异物感、痰中带血而住院的咽喉部肿物待查患者行 NBI 内镜检查及梨状窝肿物活检术,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 30 例行 NBI 内镜检查的患者中,男 28 例,女 2 例,年龄 36~74 岁,中位年龄 54 岁。均因咽喉部异物感或不适感、痰中带血,伴或不伴有声嘶,间接喉镜检查不能清楚观察咽喉部而收入院进一步检查和治疗。

1.2 方法 采用 OLYMPUS CV180 型电子鼻咽喉镜及配套显像系统进行检查。检查前常规应用 1% 丁卡因 + 1% 麻黄素混合溶液收缩鼻腔,应用 1% 丁卡因溶液对咽喉部黏膜进行表面麻醉 2 次,每位患者的安全剂量范围为 2~3 mL。患者取仰面平卧位。检查医生站在患者头部进行操作,在电视监视下,经鼻腔轻轻插入镜子,经过鼻咽、口咽、咽喉部依次检查鼻腔、鼻咽、会厌、会厌谷、杓会厌皱襞、声带、梨状窝和环后区,各个区域均采集图

像,然后切换到 NBI 模式,重新对以上部位进行采图,再对白光和 NBI 内镜模式下发现的病变采集代表性的图片,然后对梨状窝可疑肿物进行活检。采用一次性活体取样钳通过 NBI 电子鼻咽喉镜活检孔配合医生钳取可疑组织送病理检查。护士站在患者的右侧,手持活检钳操作柄,密切注视电视图像,当电子鼻咽喉镜镜头靠近梨状窝肿物时,推送活检钳使钳端超过镜头约 0.5 mm,打开活检钳钳端,嘱患者吸一口气,然后发一声长长的“Yi”音,将梨状窝充分暴露,由医生将张开的活检钳紧贴梨状窝肿物,护士随即通过活检钳柄稳、准、轻地把钳咬合,将组织连同电子鼻咽喉镜一起退出鼻腔,取下病理组织后再将活检钳退出活检孔。将取下的组织标本在术者的注视下放入 0.9% 氯化钠注射液的一次性治疗碗中,注意勿挤压组织,然后重复 2~3 次,钳取足够量的活检组织标本,最后收集所有钳取的组织放入装有 10% 甲醛溶液的活检瓶中送病理检查。

1.3 结果 30 例患者经我院病理科病理确诊为梨状窝鳞状细胞癌 28 例,1 例鳞状上皮中度-重度非典型增生,1 例 2 次活检均诊断为黏膜慢性炎症。

2 护理

2.1 NBI 检查前准备

2.1.1 仪器及用物准备 打开工作站电脑,接好 NBI 电子鼻咽喉镜光源和显示器的电源,将消毒好的电子鼻咽喉镜接上鼻咽内镜系统(生产厂家为奥林巴斯医疗株式会社,型号为 CV-180),并确保其性能良好。一次性鳄鱼口活体取样钳(生产厂家为南京微创医学科技有限公司,型号 MTN-BF-18/12-A-C)一把,备好吸氧、吸痰装置并接好用物,准备好急救药品。病理标本瓶 1 个,过

▲基金项目:广西医疗卫生重点科研课题(合同编号:重 20111116)

作者简介:刘春红(1966~),女,本科,主管护师,研究方向:临床肿瘤护理。

* 通讯作者

滤纸,一次性治疗碗2个,其中1个内装酒精方纱、1个装0.9%生理盐水约30 mL。

2.1.2 患者准备 检查前监测患者脉搏、呼吸、血压的变化,询问有无药物过敏史,有无高血压病史。做好患者的护理健康教育,告知患者检查流程并做好心理护理,首先向患者讲解NBI检查的目的和意义、安全性高、痛苦小、直观清晰的优点,打消患者疑虑;简单介绍检查方法、检查前准备。介绍表面麻醉剂的起效与持续时间、鼻咽部喷药后可能引起的不适及应对方法;镜子检查时的配合方法及检查后注意事项。对患者强调在检查过程中可能出现不适症状的原因与应对方法。协助医生让患者签署知情同意书。本组患者均能配合医生和护士进行NBI检查的各项准备工作。3例患者在检查前监测的血压出现异常,经休息和配合服用降压药后,次日完成镜检和取病理标本工作。

2.1.3 局部表面麻醉准备 麻醉充分是手术成功的重要保证,在咽喉部麻醉后15 min内是手术的最佳时机,超过这一时限,咽腔敏感度增加,会影响手术的顺利进行^[2]。因此护士在麻醉前询问患者有无麻药过敏史,注意观察患者有无过敏现象,必要时监测患者的呼吸、脉搏、心率及血压变化,麻醉成功后患者咽喉有麻涩感^[3],同时嘱患者在麻醉过程中注意与医生沟通与配合,必要时准予家属陪护,满足患者个性化的心理需求,缓解心理压力。在进行麻醉过程中,护士指导患者张口伸舌,喷药后口腔闭合并含住药液,每次间隔3~5 min喷一次,连续2~3次,直至咽喉部黏膜感觉反射消失。

2.2 检查中的护理配合 护士在整个镜检的过程中需注意光亮度是否适中,镜面是否清晰,所观察的黏膜是否附有血液、黏液和分泌物,以及患者是否很好配合等都可能干扰清晰图像的获取和活体取样。当遇到患者梨状窝有较多分泌物附着时,遵照医生的医嘱,用注射器抽吸0.9%氯化钠注射液3~5 mL,通过活检孔注入,将分泌物散开,便于取样;如患者咽喉部反应较敏感,咽喉部经2%丁卡因喷枪喷入表面麻醉效果欠佳时,可用一次性注射器抽取2%丁卡因0.5~1 mL,通过活检孔注入喷洒于杓会厌皱襞上加强表面麻醉。因此护士须注意观察患者有无烦躁、出汗、紫绀、呼吸困难等症状,随时准备好应急措施,出现上述症状时迅速配合医生进行应急处理;时刻为医生将镜子调整到最佳状态,并留意及时协助擦拭镜头黏附物。护士需熟练掌握鼻、鼻咽、口咽及喉咽的解剖结构,与医生配合默契,尤其在出血较多时,能迅速提供器械与止血材料,帮助医生尽快止血,必要时遵医嘱使用止血药。

2.3 检查后的护理 患者检查结束后30 min,护士严密观察生命体征及意识有无变化,观察是否有丁卡因麻醉药中毒症状,如无异常方可送回病床休息,同时告知患者检查后可能会出现咽部出血、咽部麻木感,嘱其禁

饮、禁水1 h,避免用力咳嗽。与病区内责任护士进行床头交接班,注意观察其呼吸及局部有无出血等情况,如出现上述情况,则及时报告值班医生或主管医生进行处理,保证患者的安全。检查后的NBI电子鼻咽喉镜按内镜清洗消毒技术操作规范(2004年版)进行消毒处理,用后的一次性活体取样钳当患者的面进行毁形,按医疗垃圾处理。

3 讨论

梨状窝癌是喉咽癌中最常见的一种,占喉咽癌的62%~87%^[4]。由于梨状窝的解剖位置较隐蔽,大多数患者早期症状不明显,电子鼻咽喉镜因其曲度好,光亮强,且有放大作用,可以清晰显示喉与下咽腔的全貌,利于发现病变^[5]。而NBI电子鼻咽喉镜则比普通光源电子鼻咽喉镜具有更大的优势^[1]:①通过对病变部位表浅血管的形态学观察直观反映梨状窝的病变表现;②容易确定病变部位及范围,可指导靶向活检,减少重复检查,提高标本的阳性率,缩短诊疗时间;③缩短住院时间,节省检查费用;④具有良好的图像效果,通过电脑保存图片,打印图文报告,是既客观又直观的检查方法,并可动态观察客观记录病情变化,进行资料的积累和统计,其资料还可用于教学和保存^[6]。

咽喉部神经支配丰富,感觉十分敏感,应用NBI电子鼻咽喉镜钳取活检组织,充分的表面麻醉,医生操作熟练,护士护理及配合默契,是保证活检成功、活检结果准确的重要因素。在操作过程中的处理也非常重要,如因梨状窝结构不易暴露,而且反复的操作极易刺激患者咽喉部反应,尤其分泌物增多,此时护士配合进行心理护理,引导患者通过调整呼吸进而放松,发长“Yi”音充分暴露梨状窝,医生操作时间缩短,可减轻患者痛苦。在遇到分泌物多且分泌活跃时,护士可经活检孔注入0.9%氯化钠注射液冲洗,稀释分泌物后,医生易于清理分泌物,更好的暴露肿物,也避免因分泌物粘附镜头,反复将其取出擦拭,从而延长活检时间。而且部分患者在检查及活检过程中,因担心、害怕等因素导致心理焦虑,应做好心理护理,获得患者的信任。

因表面麻醉使患者咽喉部神经反射迟钝,活检结束后应嘱患者1 h内禁饮、禁食,避免呛咳导致误吸,同时嘱患者24 h内尽量避免用力咳嗽及咳痰,减少咽喉部出血机会^[7]。

参 考 文 献

[1] 倪晓光,贺舜,高梨,等.窄带成像内镜在喉咽癌早期诊断中的应用[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2009,10(16):550-554.

(下转第570页)

表1 两组患者的观察指标的比较 (min $\bar{x} \pm s$)

组别	n	定位完成时间	感觉阻滞起效时间	运动阻滞起效时间
I组	30	3.54 ± 0.81*	3.60 ± 1.54#	6.25 ± 3.9#
II组	30	8.62 ± 2.73	6.10 ± 2.69	9.30 ± 2.87

注:与II组比较,*P<0.05,#P<0.05)?

表2 穿刺一次性成功及患者的不适(异感)出现的例数 [n(%)]

组别	n	一次性穿刺成功	麻醉时不适感	穿刺部位血肿
I组	30	27(90%)*	3(10%)*	0(0%)
II组	30	16(53.3%)	12(40%)	3(10%)

注:与II组比较,*P<0.01。

3 讨论

上肢及手部手术多在臂丛N阻滞下进行,而传统的臂丛N阻滞肌间沟法,需在体表定位后寻找刺激N时的异感,不仅对操作者有很高的技术要求,也可能对患者造成不适及不良后果如血肿、气胸等^[1]。而有的为了寻找异感,反复穿刺更加重了患者的不适和损伤。神经刺激仪用于N阻滞的应用在临床开展多年,但都是使用神经刺激专用穿刺针形成电刺激闭环回路,虽然提高了穿刺成功率,但在操作过程中还是会给患者造成不适(如触电感、肌肉紧张等)^[2,3]。PAJUNK外周神经刺激器(peripheral nerve stimulator)是近年来推出的一种两用神经刺激器,该刺激器采用最新的科技,用于刺激神经,以达到在区域阻滞麻醉的目的。他不仅有传统神经刺激器的刺激针刺激式刺激,还有可以经皮肤刺激的皮肤刺激探头;且两种刺激方式可以自动切换,使用较为方便。外周神经包含有感觉纤维和运动纤维,通过神经刺激仪发出刺激电流,对外周神经进行脉冲刺激,

若该神经含有运动纤维,则电流会引起该神经支配的肌肉收缩,可以快速地寻找到通过肌间沟的臂丛神经束的位置^[4]。Franco等^[5]报道用神经刺激器替代异感定位,行锁骨下血管周围旁臂丛阻滞,成功率达97%。本研究与该文献报道结果接近。因为定位准确,I组定位完成时间大大小于II组,定位准确率也高于II组;所以感觉阻滞起效时间、运动阻滞也优于II组。经皮肤刺激探头的定位是无损伤操作,不会损伤患者的皮肤,大大减轻了因寻找所谓的“异感”反复穿刺给患者带来的不适。I组中穿刺一次性成功率达90%,无1例反复穿刺,所以没有造成皮下血肿。

综上所述,用经皮肤刺激仪行肌间沟臂丛N阻滞,提高了麻醉成功率,降低麻醉并发症的发生,且提高了患者的舒适度,但具体的操作规程有待进一步研究和探讨。

参 考 文 献

[1] 赵俊,刘俊杰.现代麻醉学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997:599-601.
 [2] Fanelli G,Casati A,Garancini P,et al. Nerve stimulator and multiple injection technique for upper and lower limb blockade: failure rate, patient acceptance, and neurologic complications[J]. Anesth Analg,1999,88(4):847-852.
 [3] Shruti S,Admir H,Jerry D,et al. Neurologic complication after anterior sciatic nerve block[J]. Anesth Analg,2005,100(5):1515-1517.
 [4] 吴志林,张小铭,孙宇.神经刺激仪与外周神经阻滞[J].实用疼痛学杂志,2006,1:44-45.
 [5] Franco CD,Vieira ZE. 1 001 subclavian perivascular brachial plexus blocks: success with a nerve stimulator[J]. Reg Anaesth Pain Med 2000,25(1):41-46.

(收稿日期:2013-07-03 修回日期:2013-09-13)

(上接第574页)

[2] 黄艳莉,周天明,曾英.电子喉镜配合喉息肉钳在喉部手术中的应用[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(6):276-277.
 [3] 韦梦燕,陈爽,温守宁.电子鼻咽喉镜下活检术患者的围手术期护理[J].微创医学,2009,4(5):581-582.
 [4] 刘文中,费声重,李树春.梨状窝癌的病理学研究现状[J].国外医学耳鼻咽喉分册,1995,20(1):26-29.
 [5] 李东云,梁建平,陆秋天,等.电子鼻咽喉镜对咽喉肿瘤

的诊断及随访价值[J].广西医学,2007,29(1):52-53.
 [6] 孙广滨,周水森,李兆基.计算机电子鼻咽喉镜在临床中的应用[J].山东大学基础医学院院报,2002,16(6):325-327.
 [7] 黄岳.鼻内镜电视监视系统下咽喉部手术95例分析[J].中国现代医生,2008,46(25):84.

(收稿日期:2013-06-25 修回日期:2013-09-13)