

78 例内镜下内镜黏膜下剥离术的护理体会

李 平, 王 军, 兰春慧, 刘海燕, 孙文静, 沈小春, 兰 丽, 闫庆军, 曹 艳, 陈东风(第三军医大学野战外科研究所大坪医院消化科, 重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨内镜下内镜黏膜下剥离术(ESD)治疗的护理方法, 总结 ESD 治疗的临床护理经验。**方法** 所有患者于术前给予心理护理、术前评估及术前饮食准备; 治疗中完善手术操作器械准备及做好术中技术配合; 术后给予一般护理、饮食护理、舒适护理、并发症护理及出院指导。**结果** 78 例患者接受内镜下 ESD 治疗中, 1 例(1.2%)患者在术中出現穿孔并发症, 后转入外科治愈; 3 例(3.8%)患者术后出现消化道出血, 经内科保守治疗后好转; 74 例(95%)患者于术后 1 个月胃镜随访提示手术部位已愈合。**结论** 充分的心理护理及术前准备是手术顺利与否的关键, 是提高治疗质量、减少并发症的保证; 术后护理是促使患者早日康复不可缺少的重要环节。

【关键词】 内镜; 黏膜下剥离术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.081 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)18-2384-02

随着内镜技术的进步, 内镜黏膜下剥离术(ESD)逐渐成为一种切除消化道癌前病变与癌症早期的一种标准微创治疗手段, 备受内镜医生的青睐^[1]。在日本, ESD 已被确立为上消化道恶性肿瘤内镜切除的标准方法^[2]。根据内镜下治疗的特点, 在术前、术中、术后进行针对性护理是内镜治疗成功、降低围术期并发症的必备条件。本科 2011 年 1~8 月共行内镜下 ESD 治疗 78 例, 除 1 例患者在术中出現穿孔并发症外, 其余均顺利完成 ESD 治疗, 现将手术配合及护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 78 例, 2011 年 1~8 月, 男 35 例, 女 43 例; 年龄 24~74 岁, 平均 54 岁。患者主要以腹痛、腹胀、反酸、胸骨后疼痛、吞咽梗阻感等为主要症状。术前完善胃镜检查, 食管病变患者 18 例, 其中食管不典型增生 1 例, 食管原位鳞癌 1 例, 食管黏膜内癌 1 例, 低级别上皮类瘤变 1 例; 胃病变患者 56 例, 其中胃平滑肌瘤 7 例, 胃间质瘤 25 例, 胃脂肪瘤 4 例, 异位胰腺 7 例, 胃息肉 4 例, 胃原位癌 1 例, 胃腺癌 5 例, 贲门癌 1 例, 胃慢性萎缩性胃炎 5 例, 幽门螺杆菌相关性胃炎 1 例; 十二指肠球部脂肪瘤 1 例, 十二指肠腺瘤 2 例; 直肠管状腺瘤 1 例。

1.2 治疗方法 插入胃镜仔细检查整个胃腔, 行胃黏膜美兰染色, 再次确认病变部位, 在病灶边缘由注射针注入生理盐水抬高病变局部完全隆起, 使病变与肌层相分离, 再利用多种内镜用刀切开病变周围黏膜, 沿着黏膜下层进行剥离的切除病变的一种治疗方法, 适于胃任何部位的无淋巴结转移的危险性癌灶, 操作简便。

1.3 护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理护理 患者对内镜黏膜下剥离术不了解, 容易产生紧张和恐惧心理, 因此应根据患者的心理需要、知识水平和承受能力对他们进行病情、手术介绍及相关的心理咨询; 鼓励安慰患者, 使他们消除紧张恐惧心理。详细了解患者的病史^[3]。

1.3.1.2 术前评估 了解是否有操作禁忌证。操作前应患者或家属签好治疗同意书及疾病知情书。告知术中、术后可能出现的并发症, 取得患者及家属同意后方可进行治疗, 并常规

签署手术同意书, 以免发生医疗纠纷。

1.3.2 术前准备 (1) 术前完善血常规, 交叉配血、凝血象、肝肾功能、心电图、胸部 X 线平片等检查; 术前 1 d 禁止吸烟, 以免检查时因咳嗽影响插管; 术前患者至少要空腹 8 h 以上。体质虚弱者, 禁食后如体力难以支持, 术前予以静脉营养, 建立静脉通道, 术前 30 min 给予肌肉注射山莨菪碱 10 mg, 以减轻术中肠道平滑肌痉挛, 并观察患者意识状态和言谈, 准备好抢救器材和药品。(2) 麻醉师评估是否可行全麻后, 签署手术同意书, 向患者及家属解释 ESD 的目的、并发症、禁忌证, 以使患者及家属配合治疗。(3) 经过超声内镜检查, 确定病灶仅局限为黏膜下层。(4) 为消除患者紧张情绪, 减少胃液分泌及胃肠道蠕动, 驱除胃内泡沫, 使图像更清晰, 应遵医嘱给予患者驱泡剂、镇静剂和解痉剂。(5) 术中配合所需设备按消毒技术规范进行消毒灭菌。(6) 器械和设备的准备: ① 普通内镜/放大内镜/双腔内镜; ② 软氏透明帽; ③ 注射针; ④ 电极板; ⑤ IT 刀、钩状刀、三角形刀、针状刀、KD-630L 刀、KD-650R 刀; ⑥ FD-410LR、电凝抓钳; ⑦ 钛夹; ⑧ 泡沫板和大头针; ⑨ 10 mL 的 0.4% 胺胭脂; ⑩ 黏膜下注射液准备 10 mL 的 0.4% 胺胭脂、250 mL 甘油果糖、1 mL 的 1:10 000 肾上腺素。

1.3.3 术中护理配合

1.3.3.1 护士须积极配合医生正确固定患者体位, 取左侧卧位, 两腿屈曲向胸前靠拢; 使用固定型牙垫, 给予吸氧及心电监护及血氧饱和度监测。

1.3.3.2 在全麻时密切观察患者反应及监测生命体征的变化, 随时调整患者体位, 以利医生操作, 建立静脉通道, 以便麻醉意外时的抢救。保持呼吸道通畅, 及时吸出口腔内分泌物, 防止窒息。

1.3.3.3 护理人员要熟悉治疗步骤, 协助医生完成治疗。术前配好的 10 mL 的 0.4% 胺胭脂、250 mL 甘油果糖、1 mL 的 1:10 000 肾上腺素混合液在距病灶外缘 0.5 cm 处分多点刺入黏膜下层, 然后均匀注射, 使病灶处隆起并与黏膜下层分离。根据医生指令配合手术器械完成整个切除和剥离过程。术中应多次进行黏膜下注射混合液, 使黏膜层与固有肌层充分分离, 防止剥离太深造成出血和穿孔。黏膜下注射时, 遇胃蠕动加快时, 应及时收针入鞘, 以防损伤胃黏膜。配合手术器械的

护士应把握好针形和钩形电刀的长度,不可在电切时伸缩电刀,防止造成出血及穿孔等并发症。而绝缘头电刀则可避免穿孔的发生^[4-5]。

1.3.3.4 切下的标本用大头针固定在泡沫板上,标贴好送往病理室。

1.3.4 术后护理

1.3.4.1 一般护理 严密观察生命体征及意识变化,大便颜色、量、性质、有无腹痛症状等。嘱患者术后绝对卧床休息 2~3 d,并指导患者变换体位时动作应缓慢,2 周内避免剧烈活动及重体力劳动^[6]。

1.3.4.2 饮食护理及做好舒适护理 保持环境的整洁、舒适,做好患者的生活护理。术后禁食 24~48 h 或根据医嘱,如创面较大或切割较深,应延长禁食时间(48~72 h),3 d 后如无并发症,则可进食先从温凉流质开始,慢慢过渡到少渣半流质、软食、普食,注意少食多餐,一次进食避免过饱、过热,忌油腻、辛辣刺激性强及粗糙食物,以防出血,甚至穿孔,可进食米汤、藕粉、软面条等,防止便秘。有动脉硬化、高血压者要积极控制血压^[7]。遵医嘱给予制酸、止血和营养支持。

1.3.4.3 并发症护理 最常见的并发症是腹胀、出血、穿孔。此类患者术后常规安置胃管,既可抽气以减轻患者因手术时胃镜送入胃内的大量气体,也可观察引流出的胃液,判断是否存在术后出血^[8]。严密监测生命体征,定时测量血压,注意观察有无腹部压痛、反跳痛,有无烦躁不安、表情淡漠,有无呕血及黑便,一旦出现上述症状,应立即通知医生,并可给予快速补液、止血,同时备血,必要时做好手术治疗的准备^[8]。

1.3.4.4 出院指导 告知患者严格禁食坚硬及刺激性强的食物,忌烟酒,服药注意事项等,密切观察大便颜色,警惕术后溃疡及修复过程中的出血。重点是出院后根据医嘱继续服用制酸剂和胃黏膜保护剂^[9]。病理确诊为癌和重度不典型增生者,要根据情况随时进行内镜随访复查,提高患者的自我防护意识,改善患者的生活质量,如疑有残留应再次予以切除^[9]。ESD 术后患者出院后如出现胸骨后疼痛、持续性腹痛、呕血、黑便,应及时就诊,尽早复查胃镜,观察创面恢复和愈合情况。

2 结果

1 例(1.2%)患者在术中出现穿孔并发症,转外科行手术治疗;3 例(3.8%)患者术后出现消化道出血,给予禁食水,抑酸、抗凝、止血、补液等对症处理后好转;74 例(95%)患者于术后 1 个月胃镜随访提示手术部位已愈合。

3 讨论

通过对 78 例经 ESD 治疗的消化道疾病患者的护理,认为 ESD 具有以下优点:(1)创伤小,恢复快、并发症少、术后脏器功能恢复迅速、疼痛轻微、康复出院快的新型内镜下手术;(2)在闭合条件手术,避免开放性手术外源性因素的影响;可以在不进行外科手术的情况下通过 ESD 获得完整的组织病理标本;(3)ESD 使胃肿瘤患者免于器官切除,且 ESD 的 1 次切除率高,局部复发率低;(4)同一患者可以接受多次 ESD 治疗,同时一次也可以进行多部位治疗。作为内科护理中的一项专科护理,内镜护理工作有其特殊性,无论术前、术中、术后都要体现出高质量的护理服务,才能保证手术顺利进行及术后的恢复,才能获得满意的护理效果。

ESD 治疗术中的护理配合至关重要^[10]。护理配合要点为:(1)护士能够理解医生的操作思路,随时调整并固定内镜位置,使病灶处于医生可操作范围内,并保持内镜视野的清晰。(2)熟练操作各类内镜设备及附件。(3)遇到出血、穿孔时沉着冷静,及时协助医生进行治疗^[11]。ESD 的主要并发症是消化道出血和穿孔。本病例中,1 例(1.2%)患者在术中出现穿孔并发症。术中穿孔考虑与病变与周围组织粘连重、术中剥离的难度较大有关。对于术中穿孔的患者,其护理要点为:(1)可于术中配合医生给予内镜下钛夹夹闭,或采取双镜联合的方式予以在腹腔镜下给予修复。(2)术后应给予胃肠减压、抗感染等对症处理。(3)密切观察引流胃液的颜色及量,密切监测患者的体温等生命体征以及症状变化情况。3 例(3.8%)患者术后出现消化道出血,该 3 例消化道出血均发生于术后 48 h 患者恢复饮食后,考虑与进食不当有关。对于术后合并消化道出血的患者,在护理方面应积极配合医生,给予建立静脉通道、密切监测生命体征,给抑酸、止血、补液等对症处理^[11]。

随着 ESD 技术的不断完善,内镜护理工作也将在实践中不断总结经验,优化流程,以取得更好的护理效果。

参考文献

- [1] 王倍,房津辉,张丽丽,等.内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的临床分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5(12):3653-3655.
- [2] Tanaka S,Oka S,Chayama K. Colorectal endoscopic submucosal dissection:present status and future perspective, including its differentiation from endoscopic mucosal resection[J].J Gastroenterol,2008,43(9):641-651.
- [3] 饶芸,骆群,程琳,等.腹腔镜和开腹胃癌根治术患者围术期护理的比较[J].解放军护理杂志,2008,25(10B):4-6.
- [4] 于恩达,孟荣贵,徐洪莲,等.内镜黏膜切除术治疗大肠广基大息肉[J].中华消化内镜杂志,2005,22(5):12-16.
- [5] 丁小云,俞杏平,谢双林,等.内镜超声指导下黏膜切除术治疗消化道病变[J].中国内镜杂志,2009,15(7):693-696.
- [6] 韩英,经内镜大肠黏膜下层剥离术(ESD)——现状和展望[J].现代消化及介入诊疗,2009,14(2):63.
- [7] 陆秋云,戈之铮.经内镜黏膜下剥离术在早期胃肠道肿瘤中的应用[J].国际消化病杂志,2009,29(2):133-135.
- [8] 蔡文智,姜泊.内镜下消化病微创治疗护理学[M].北京:人民军医出版社,2008:258-260.
- [9] 杨桥兰.内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的护理[J].中华现代护理学杂志,2009,6(2):130-131.
- [10] 周平红,姚礼庆,徐美东,等.内镜黏膜下剥离术治疗消化道固有肌层肿瘤[J].中华消化内镜杂志,2008,25(1):22-25.
- [11] 李薇,邱成丽,栾琰.1 例胃镜下早期胃癌黏膜剥离术后并发穿孔的护理体会[J].西南军医,2010,11(12):110-111.