

[10] 王世杰,李斌,谢延坤. 70 岁以上冠心病患者冠状动脉搭桥术 116 例临床分析[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(9): 1818-1820.

[11] 朱宇翔,王凯,孔祥荣. 非体外循环下冠状动脉搭桥术对冠心病的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(18): 4077-4078.

[12] 李庆,孔晴宇,陈忠,等. 冠心病合并颈动脉狭窄的治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2013, 29(6): 371-373.

[13] 郭红雨,段永珂,程冠昌. 冠心病患者 PCI 及 CABG 术后的急性期反应时间的比较[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2012, 4(3): 271.

[14] 程留慧,王道清,刘珂,等. 双源 CT 血管成像对头颈部动脉支架置入后通畅情况分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(11): 1182-1184.

[15] 秦海燕,张迪,韩东,等. 64 层螺旋 CTA 在冠状动脉搭桥术后桥血管评价中的临床应用[J]. 现代生物医学进展,

2014, 14(4): 676-681.

[16] 高阅春,何继强,姜腾勇,等. 冠心病患者冠状动脉病变严重程度与冠心病危险因素的相关分析[J]. 中国循环杂志, 2012, 27(3): 178-181.

[17] Currie ME, Romsa J, Fox SA, et al. Long-Term angiographic Follow-Up of Robotic-Assisted coronary artery revascularization[J]. Ann Thorac Surg, 2012, 93(5): 1426-1431.

[18] 张竞超,吴立文,郎艳,等. 前列地尔对冠状动脉搭桥术后患者心肺功能的影响[J]. 中华实验外科杂志, 2014, 31(2): 435-437.

[19] 王彩星,葛秀春. 微创冠状动脉搭桥术围术期干预对老年患者 ICU 停留时间的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(4): 1099-1100.

(收稿日期:2016-01-19 修回日期:2016-03-04)

• 临床探讨 •

经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术治疗黏膜下肿瘤 12 例护理研究

李平,王军,孙文静,沈小春,兰丽,李佼,陆浩,敖兴,肖前松,兰春慧

(第三军医大学第三附属医院消化科,重庆 400042)

摘要:目的 探讨经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(STER)治疗来源于固有肌层黏膜下肿瘤的护理研究。方法 选择 2013 年 5 月至 2015 年 3 月第三军医大学第三附属医院内镜中心来源于固有肌层黏膜下肿瘤 12 例患者均行术前胃镜及超声内镜诊断。分析患者一般情况、术中操作情况及患者生命体征、术后并发症、饮食护理及出院指导。结果 12 例患者食管 7 例、胃窦 1 例、胃贲门 1 例、胃底 1 例 STER 完整切除,切除率 100%,另 2 例顺利完成 STER、挖出术及探查术,未见瘤体。平均手术时间(136.5±20.5)min,平均住院天数(6.0±0.5)d。术后无皮下气肿、穿孔及出血。结论 STER 治疗黏膜下肿瘤是一种安全有效的微创手术治疗方法,术前评估、准备及术中配合能保证手术安全顺利完成。

关键词:内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术; 食管、胃黏膜下肿瘤; 护理配合

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)12-1693-03

近年来,随着内镜及超声内镜技术的迅速发展,食管、胃黏膜下肿瘤的诊治水平明显提高,但最终切除的病变还需要病理检查以明确诊断^[1]。对部分黏膜下平滑肌瘤、间质瘤有恶变可能的早期需行肿瘤切除,由于以往的外科手术需开胸、胸腔镜、腹腔镜,其创伤大,并发症多,现渐渐被消化内镜下治疗取代。有黏膜下肿瘤剥离术^[2-4]、内镜下挖出术^[5]、内镜下肿物全层切除术^[6-7]等内镜下切除术。经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(STER)因其创面小而逐渐用于临床^[8]。本科室 2013 年 5 月至 2015 年 3 月对 12 例来源于固有肌层的肿瘤患者行 STER,并给予护理技术配合,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 5 月至 2015 年 3 月在本院消化内科内镜中心就诊的来源于固有肌层的肿瘤患者共 12 例,其中男 5 例,女 7 例;年龄 30~70 岁,平均(53.83±1.75)岁。

1.2 方法

1.2.1 使用器械 奥林巴斯治疗胃镜(GIF-Q260J)前端上透明帽(MH-11304),日本富士能 Fujinon SP701 超声诊断系统,高频超声微探头:PL2615-L(频率 15 MHz)、超声内镜 PentaxEG3630U,纵轴电子线阵扇扫,探头频率 5~15 MHz, Olympus 内镜注射针、内镜高频切开刀(KD-650L、KD-640L)、一次性圈套器、钛夹装置(HX-21L-1)、HX-610-135 或 090 型金

属夹子、止血钳(FD-411LR)、透明帽(MH-11304);ERBE-ICC200D 高频电刀、ERBE APC300 氩气刀。

1.2.2 治疗方法 STER 术前先用胃镜仔细检查整个食管、胃及十二指肠,并确认病变部位,并对病变部位的黏膜行美蓝染色,以再次确认病变边缘。在距病灶边缘 3~5cm 处行黏膜下注射,用注射针注入生理盐水,以抬高黏膜,使病变部位完全隆起,从而使黏膜与肌层分离。再利用多种内镜用刀纵向切开长约 2 cm 的隧道口,并将带上透明帽的治疗胃镜沿顺切口进入黏膜下层,使用多种内镜用刀在黏膜下逐渐分离黏膜下层,以建立一条黏膜下隧道,直到充分暴露出瘤体。接着换用内镜用刀顺着瘤体病变周围剥离出瘤体。然后采用一次性电圈套器取出分离的瘤体,并从上消化道腔内取出。再用替硝唑 100 mL 在隧道内冲洗,并观察有无出血及渗血等情况。同时对显露的微小血管行内镜下凝固止血处理。最后用胃镜将隧道内液体和气体抽吸干净,然后将隧道口用金属钛夹闭合。

1.3 护理

1.3.1 术前准备 (1)术前患者的准备工作。患者于术前完善血常规、凝血功能、肝肾功能、心电图、胸部 X 线平片等检查,并行交叉合血。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 12 h 以上。若当天上午检查,于手术前 1 d 20:00 后禁食,当天早餐不能进。禁食后术前予

以静脉营养,建立静脉通道,术前 30 min 给予山莨菪碱 10 mg 肌肉注射,以减轻术中肠道平滑肌痉挛。观察患者意识状态和言谈,准备好抢救器材和药品。(2)麻醉评估。术前由麻醉师对患者进行评估,了解是否可行全身麻醉,并签署手术同意书,向患者及家属解释手术中麻醉的目的及相关并发症和禁忌证,以获得患者及家属的信任,配合治疗。(3)祛泡剂的使用。为消除胃内的泡沫,使手术视野更清晰,应遵医嘱给予患者祛泡剂。常用的祛泡剂是二甲硅油散,于手术前 30 min 口服二甲硅油散 10 mL。(4)器械、设备及耗材的准备。术中所应用到的设备及器械包括普通内镜、放大内镜、双腔内镜、软氏透明帽、注射针、电极板、IT 刀、钩状刀、三角形刀、针状刀、KD-630L 刀、KD-650R 刀、高频电刀、FD-410LR、电凝抓钳、钛夹、泡沫板和大头针,上述设备均按消毒技术规范进行消毒灭菌。其他的耗材包括 0.4% 胺脂脂 10 mL、1:10 000 肾上腺素 100 mL。

1.3.2 术前护理 (1)评估病情,了解是否有操作禁忌证。操作前应与患者及其家属签好手术及治疗同意书和疾病知情书。告知术中、术后可能出现的并发症,取得患者及其家属的同意后方可进行治疗,以减少医疗纠纷。(2)心理护理。帮助患者消除恐惧,由于大多数患者对 STER 并不了解,容易导致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、手术介绍及相关心理咨询;鼓励安慰患者,使他们消除紧张恐惧心理。(3)术前饮食准备。患者应于术前常规禁食、禁饮 12 h,以排空胃内容物,防止麻醉过程中因胃内容物反流引起吸入性肺炎甚至窒息。排空胃内容物也有利于术中内镜下对病变的观察。

1.3.3 术中护理配合 (1)体位准备。护士必须积极配合医生正确固定好患者体位,内镜治疗过程中常采用左侧卧位,两腿屈曲向胸前靠拢,并使用固定型牙垫。(2)生命体征监测。给予患者吸氧、心电监护及血氧饱和度监测。在全身麻醉时应密切观察患者的反应,同时记录好各项生命体征的变化,随时调整患者体位,以利于医生操作。此外,应建立好静脉通道,以便麻醉意外发生时能予以及时抢救。应注意保持呼吸道通畅,及时吸出口腔内分泌物,防止窒息。(3)术中配合。护理人员要熟悉治疗步骤,协助医生完成治疗,熟知急救程序,应对可能出现的紧急状况;配稀释染色剂 10 mL 的 0.4% 胺脂脂向病变部位喷洒着色定位,使病灶与正常组织的分界明确。术前配好的 100 mL 的 1:10 000 肾上腺素混合液在距病灶外缘 3~5 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。黏膜下注射时若遇胃蠕动加快,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。绝缘头电刀则可避免穿孔发生^[3-4]。(4)术后标本处理。切下的标本用大头针固定在泡沫板上,注明好口侧及肛侧,标贴好送病理室。

1.3.4 术后护理 (1)术后复苏护理。术后患者在复苏室由护士严密监测生命体征,苏醒后由麻醉医生和内镜中心复苏护士送回重症监护病房,并与病房医护人员进行交接班。(2)饮食护理。患者术后禁食、禁饮 24 h,禁食期间予静脉营养支持,观察无出血、腹痛、发热等特殊情况后给予流质饮食,逐渐改为

半流质饮食及正常饮食。患者禁忌粗纤维食物,适当进行床边活动。(3)并发症护理。①感染:术后密切观察体温变化,防止微小穿孔引起的食管黏膜下层感染,术后常规遵医嘱予以抗菌药物预防感染。如有并发肺部感染予以物理、药物降温处理,气胸严重则予以安置引流管。本组患者无 1 例皮下气肿、出血及穿孔。②食管瘘:食管瘘切口长期感染者应警惕食管瘘发生,患者进食有呛咳、呼吸困难或呕吐大量鲜血时,可能发生食管气管瘘,可通过胃镜检查确诊,并在内镜下补瘘安置带膜支架,必要时行外科手术治疗。(4)出院指导。嘱患者多休息,保持心情舒畅,避免情绪紧张。饮食宜少吃多餐,清淡饮食,避免暴饮暴食,加强营养。不穿高领衣服。1 个月内不做体力劳动及剧烈运动。遵医嘱服用抑制胃酸保护胃黏膜药物。1 个月后复查胃镜,如有不适门诊随访。

2 结 果

通过对 12 例患者在全身麻醉下行气管插管后取左侧卧位,行 STER 最主要的并发症是出血及穿孔。12 例患者食管 7 例、胃窦 1 例、胃贲门 1 例、胃底 1 例 STER 完整切除,切除率 100%,另 2 例顺利完成 STER、挖出术及探查术,未见瘤体。手术时间平均(136.5±20.5)min,平均住院天数(6.5±0.5)d。术后无 1 例皮下气肿、穿孔及出血。

3 讨 论

STER 是一种新开展的内镜手术,时间虽短,但对操作医生和护士的配合要求非常高。由于操作的整个过程是在黏膜下隧道内完成,空间相对狭小,对操作的稳定性要求也相对较高。所以配合操作的护士必须熟练掌握所有设备、器械的使用方法,同时也要熟悉整个手术过程和操作步骤。在术中往往要 2 名护士进行配合,其中 1 名主要负责配合医生的术中操作,另 1 名护士(通常称为第 2 助手)则主要负责传递器械、清理器械、摆放器械及对患者术中情况进行观察。因此,对第 2 助手配合的关键则是注视显示屏的变化,做到及时传递器械及清理好和摆放好器械,保证手术操作在较短时间内安全、顺利、连续完成,防止手术失败。

作为手术配合护士,其最主要的任务之一就是做好 STER 的手术操作配合工作。其护理配合要点为:(1)第 1 助手和第 2 助手应理解医生的操作思路,随时调整并固定内镜的位置,使病灶处于医生可操作范围内,并保持内镜视野清晰^[9];(2)熟练操作各类内镜设备及附件,如高频电的电流设置、钛夹的安装释放、注射针的出针时机及注射量、出刀的长度及方向、圈套器的松紧及活动度,根据术中实际情况进行调整;(3)遇到出血、穿孔等并发症时应沉着冷静,协助医生进行治疗。

STER 是一项新技术,术前患者心理护理非常重要^[10]。由于内镜下手术也是一种刺激因素,内镜手术本身也可能会增加患者术前焦虑发生。有研究表明,患者术前心理反应是以焦虑为主,可能会影响手术过程和患者的术后恢复。对手术患者实施术前心理护理能有效解除患者的焦虑情绪,也有助于麻醉,以稳定手术过程中的各项生理指标^[11]。因此,STER 术前的心理护理干预有利于患者对手术治疗的配合,也有利于术中的操作安全。此外,给患者及家属耐心讲解有关手术的操作过程及术后注意事项,通过沟通可有效减轻患者及家属的焦虑、忧虑^[12-13]。对于心理护理在 STER 护理配合中的有效性、规范性等问题需通过前瞻性病例对照研究进一步探索^[14]。

STER 作为一项新的内镜治疗技术,具有切除率高、创伤

小、恢复快、并发症少的优点。同时由于在闭合条件下进行手术操作,避免了开放性手术等外源性因素的影响,因此,对于可不进行外科手术的患者可通过 STER 获得完整的组织病理标本,同时使患者避免脏器切除。STER 的护理配合作为内科护理中的一项专科护理,无论在术前、术中、术后都要体现出高质量的护理服务。只有强调护理人员积极与医生配合默契,加强患者的术前准备、术中配合、术后监测患者病情变化,及时防范风险发生,才有可能提高治疗效果,促进患者尽早康复,提高患者生活质量。

参考文献

[1] 曾斌,戴勇,廖爱军,等. 超声内镜诊断食管黏膜下肿瘤并行内镜下微创治疗的疗效观察[J]. 中国内镜杂志, 2012, 18(9):942-945.

[2] 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.

[3] Park YS, Park SW, Kim TI, et al. Endoscopic enucleation of upper-GI submucosal tumors by using an insulated-tip electro-surgical knife [J]. Gastrointest Endosc, 2004, 59(3):409-415.

[4] Lee IL, Lin PY, Tung SY, et al. Endoscopy submucosal dissection for the treatment of intraluminal gastric subepithelial tumors originating from the muscularis propria layer[J]. Endoscopy, 2006, 38(10):1024-1028.

[5] 张秀华,文卫,范志宁,等. 内镜黏膜下挖出术在黏膜下肿瘤中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2011, 11(3):237-

239.

[6] 周平红,姚礼庆,秦新裕,等. 无腹腔镜辅助的内镜全层切除治疗源于固有肌层的胃黏膜下肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 26(12):617-621.

[7] 洪捷敏,林琪,尹雪,等. 内镜黏膜下剥离或挖出术治疗消化道黏膜下肿瘤[J]. 现代实用医学, 2013, 25(3):260-261.

[8] 徐美东,姚礼庆,周平红,等. 经黏膜下隧道内镜肿瘤切除术治疗来源于固有肌层的上消化道黏膜下肿瘤初探[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(11):606-610.

[9] 白晓平,曹变云. 老年病人术前心理护理[J]. 全科护理, 2009, 7(30):2779.

[10] 陈丽霞. 胃镜检查患者的心理分析及护理[J]. 中国临床护理, 2010, 2(1):51-52.

[11] 王叶凤. 术前心理护理对手术患者焦虑情绪的影响[J]. 中国现代医生, 2012, 50(4):122-123.

[12] 周平红,徐美东,陈巍峰,等. 内镜黏膜下剥离术治疗直结肠病变[J]. 中国消化内镜杂志, 2007, 24(1):4-7.

[13] 陈莉,丁静,莫静,等. 16 例食管固有肌层平滑肌瘤患者行内镜经黏膜下隧道切除术的护理[J]. 现代临床护理, 2012, 11(10):44-45.

[14] 焦春花,杨树平,李学良,等. 经黏膜下隧道内镜切除术治疗食管中下段黏膜的初步探索[J]. 中华医学杂志, 2013, 93(30):2388-2391.

(收稿日期:2016-01-29 修回日期:2016-03-07)

• 临床探讨 •

标准化饮食设计在 2 型糖尿病肥胖患者饮食治疗中的作用

王彬邨

(四川省资阳市第一人民医院内分泌科 641300)

摘要:目的 探讨标准化饮食设计在 2 型糖尿病肥胖患者饮食治疗中的效果。方法 选取资阳市第一人民医院 2 型糖尿病肥胖患者 88 例作为研究对象,按照随机数字表法分成观察组 44 例和对照组 44 例,对照组实施常规护理,观察组在此基础上实施标准化饮食设计。比较两组患者体质量、体质量指数(BMI)、空腹血糖、糖化血红蛋白(HbA1c)、血脂及腰围变化。结果 给予 3 个月标准化饮食设计后,观察组患者的体质量、BMI、腰围及 HbA1c 分别为(68.15±9.45)kg、(23.20±1.64)kg/m²、(87.45±7.48)cm、(6.27±0.94)%,与对照组的(73.29±12.07)kg、(26.49±1.27)kg/m²、(90.21±5.77)cm、(6.97±1.03)%相比明显下降,差异均有统计学意义(Z=8.301、5.763、3.102、2.762, P<0.05);观察组患者各血脂水平均无显著变化,与对照组比较,差异无统计学意义(P>0.05)。3 个月内观察组患者早餐、中餐及晚餐后血糖峰值分别为(8.85±0.50)、(8.90±0.42)、(8.89±0.43)mmol/L,均低于对照组的(10.93±0.47)、(10.55±0.51)、(10.51±0.24)mmol/L,差异均有统计学意义(t=-8.626、-8.726、-10.021, P<0.05);观察组患者早餐、中餐及晚餐后血糖达到峰值的时间分别为(100.37±2.57)、(100.49±3.40)、(100.61±3.57)min,均长于对照组的(69.04±2.55)、(69.02±4.33)、(67.00±3.02)min,差异均有统计学意义(t=13.235、10.793、12.694, P<0.05)。结论 标准化的低糖饮食设计能更好地控制 2 型糖尿病肥胖患者的血糖波动和体质量,且短期内不影响血脂水平,具有良好的效果。

关键词:饮食设计; 糖尿病; 肥胖

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.041 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)12-1695-03

糖尿病(DM)是临床上常见的无法治愈的慢性疾病,一旦患病将伴随患者终生,其中以 2 型 DM(T2DM)最为多见。有研究显示,饮食干预是 DM 治疗的基础,目前临床给 DM 患者

推荐的饮食为低脂肪(占总热量的 20%~30%)、高糖类(占总热量的 55%)餐^[1]。然而对于 T2DM 伴肥胖的患者,由于其血糖波动较大,且在短期内降低患者体质量较为困难,因而国外