

## 内镜黏膜下剥离术治疗食管高级别上皮内瘤变的护理

贾宏艳, 丁静, 张伟锋, 陶桂, 陈莉

(南京医科大学第一附属医院消化内镜中心, 江苏南京, 210029)

**[摘要]** **目的** 探讨内镜黏膜下剥离术治疗食管高级别上皮内瘤变的护理经验。**方法** 对 30 例食管高级别上皮内瘤变患者行内镜黏膜下剥离术治疗和护理。**结果** 30 例患者病变部位均成功剥离, 成功率 100.0%。术中无发生手术相关并发症; 术后 5 例出现体温升高, 6 例出现胃肠道症状, 经处理, 症状缓解。**结论** 内镜下黏膜剥离术治疗食管高级别上皮内瘤变效果好。术前做好患者心理护理, 完善患者各项检查, 物品准备; 术中熟练的配合, 做好病情观察; 术后做好饮食护理、管道护理和出院指导, 对保证手术成功具有重要意义。

**[关键词]** 内镜下黏膜剥离术; 食管高级别上皮内瘤变; 护理

**[中图分类号]** R473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)10-0050-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.10.014

### Nursing of patients with high grade intraepithelial neoplasia treated by endoscopic submucosal dissection

Jia Hongyan, Ding Jing, Zhang Weifeng, Tao Gui, Chen Li//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(10):50.

**[Abstract]** **Objective** To explore the experience in nursing the patients with esophageal high-grade intraepithelial neoplasia lesions treated with endoscopic submucosal dissection. **Method** A retrospective analysis was carried out among the patients with esophageal high-grade intraepithelial neoplasia lesions to look into the nursing care to the patients. **Results** Thirty patients were successfully stripped, and no surgical complication occurred. After intensive care, they were cured and discharged. **Conclusion** Professional and meticulous care can effectively improve the success rate of endoscopic submucosal dissection and reduce the incidence of complications, and promote the rehabilitation of patients.

**[Key words]** endoscopic submucosal dissection; esophageal high-grade intraepithelial neoplasia; nursing

高级别上皮内瘤变是指结构和细胞学异常扩展到上皮的上半部, 乃至全层, 相当于重度异型增生和原位癌, 形态学上缺乏浸润进入黏膜下层依据的癌都归入高级别上皮内瘤变。内镜下黏膜剥离术是使用内镜下专用器械及辅助设备对早期消化道肿瘤进行环切、剥离的一项新技术, 能实现较大病变的完整剥离, 剥离的病变能提供全面的病理诊断资料<sup>[1-4]</sup>, 是治疗黏膜病变的一种合理、简便、性价比高的内镜微创治疗技术。本院自 2012 年 5 月~2014 年 6 月对 30 例食管高级别上皮内瘤变患者行内镜下黏膜剥离术治疗, 现将方法和结果报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本院自 2012 年 5 月~2014 年 6 月对 30 例食管高级别上皮内瘤变患者行内镜下黏膜剥离术治疗。患者均签署知情同意书。30 例患者中, 男 18 例, 女 12 例, 年龄: 42 ~ 77 岁, 中位年龄 54.5 岁。病程: 110 ~ 145 d, 平均(128.0 ± 12.0)d。

#### 1.2 方法

患者常规胃镜检查提示食管黏膜病变, 对直径在 20 ~ 30 mm 之间各种隆起型或平坦型癌前病变及可疑的早期癌变病灶, 采用复方碘溶液染色内镜检查及超声微探头进一步明确病变性质和侵犯深度, 考虑为癌前病变或早癌患者, 组织病理学检查提示高级别上皮内瘤变, CT 扫描未见淋巴结转移。本组患者中, 病变直径在 25 ~ 30 mm 的 12 例

**[收稿日期]** 2014-12-18

**[作者简介]** 贾宏艳(1984-), 女, 江苏南京人, 主管护师, 本科, 主要从事消化内镜临床护理工作。

患者行气管插管全身麻醉,其余常规行静脉麻醉。操作要点:①确定病变边缘并标记:以 ERBE 氩气刀行氩离子凝固术,于病灶外缘 2 ~ 5 mm 处行电凝标记,每个标记点间隔约 2 ~ 3 mm;②黏膜下注射:以靛胭脂肾上腺素生理盐水配成的黏膜下注射液,应用注射针于病灶边缘标记点外侧进行多点黏膜下注射,每点约 2 ~ 3 mL,可以重复注射直至病灶明显抬起;③切开病变外侧缘黏膜:病变充分抬举后,沿病灶边缘标记点应用 Hook 刀(或 IT 刀)切开病变周围正常黏膜,将病灶充分显露;④剥离病变:使用 Hook 刀(或 IT 刀)于病灶下方沿黏膜下层剥离病灶;⑤创面处理:切除病灶后对于创面可见的小血管或可能渗血部位行热止血钳或氩离子凝固术治疗,较为粗大的裸露血管以止血钛夹夹闭为主;⑥标本收集:根据标本的大小选择不同的取出方法,小块的标本可以直接吸引出来,在吸引器连接管的接口处用纱布过滤,就可以取出标本;大块的标本可以随透明帽用网篮或圈套器取出,标本取出后,黏膜面朝上拉开展平,用大头针固定在泡沫板上,用胃镜拍下照片后连同泡沫板一同浸泡在 4% 的甲醛溶液内送检。

## 2 结果

30 例患者病变部位均成功剥离,成功率 100.0%。术中无发生手术相关并发症。术后均行胃肠减压,8 例术后引流出少许血性液体,未予特殊处理,12 h 后引流液颜色转黄绿色。5 例术后出现体温升高,但不超过 38.0 ℃,未予特殊处理,24 h 后体温正常;6 例出现恶心、呕吐,予甲氧氯普胺 5 mg 肌肉注射后症状缓解;3 例患者自诉疼痛,2 例自行缓解,1 例经肌肉注射盐酸哌替啶 50 mg 后缓解。30 例患者术后 3 ~ 5 d 均拔除胃肠减压管,术后 7 ~ 11 d 治愈出院。术后第 1 个月内镜复查见病变部位剥离彻底。

## 3 讨论

### 3.1 内镜黏膜下剥离术治疗食管高级别上皮内瘤变的优势

随着内镜技术的进步,内镜下黏膜切除术逐渐成为一种切除早期消化道病变的一种标准微创治

疗手段。近年来,应用内镜下黏膜剥离术对消化道病变范围较大的平坦浅表性恶性病变进行整体黏膜下切除病灶取得了初步成功,已被列为一种治疗早期消化道病变的新手段<sup>[5]</sup>。内镜黏膜下剥离术可一次完整切除病变,切除深度可包含黏膜全层、黏膜肌层及大部黏膜下层,明显降低肿瘤的残留与复发率<sup>[6]</sup>,特别适合平坦型肿瘤,或者巨大、难以用常规方法进行切除的息肉,是一项微创的新治疗技术<sup>[7-8]</sup>,较传统的外科手术而言,创伤小、痛苦小、患者恢复快、术后合并症少、住院时间短、医疗费用低,能维持患者正常的生理功能,生活质量高,尤其适合老年、多系统病变或无外科手术条件的患者。本组 30 例患者的病变部位均在内镜下剥离,成功率 100.0%。术中无发生手术相关并发症。

### 3.2 护理

#### 3.2.1 术前护理

3.2.1.1 患者准备 术前完善血常规、出凝血时间、肝肾功能、心电图、胸部 X 线、肺功能等检查。了解患者有无过敏史、高血压病及严重心肺病史,有无血液病、凝血功能障碍,有无服用抗凝药。长期服用抗凝药者,需停药 1 周以上方能行手术治疗。患者的血型(特别是 Rh 阴性血型)也要事先明确,确定可以有充足的血液匹配供应,以防不时之需。嘱咐患者术前 8 h 禁食,4 h 禁水。在患者右手打留置针(术中体位为左侧卧位)。指导患者练习床上排便、排尿。

3.2.1.2 物品准备 物品:Olympus GIFQ260J 超声内镜,Olympus UM-2R 超声探头,ERBE ICC-300D 高频电切装置和 APC300 氩离子凝固器,PW-5L-1 喷洒管,NM-200L-0423 注射针,FD-410LR 热活检钳,HX-110R 钛夹释放器,HX-610-135L 钛夹,KD-620LR 型钩刀(hooking knife)或 KD-611L 型 IT 刀(insulation-tipped knife)等。常用药物:Lugol 碘溶液、黏膜下注射液用 1:10000 肾上腺素生理盐水 100 mL + 5 mL 靛胭脂。

3.2.1.3 术前宣教 内镜下黏膜剥离术毕竟是一项新技术,患者对此缺乏了解,心存疑虑,担心手术效果不好会延误治疗的最佳时机,加之不能预测治疗效果和未来的生活,缺乏确定与疾病相关事物的能力,即疾病不确定感<sup>[9-10]</sup>。疾病不确定感

是患者疾病经历中的重要组成部分,它可以显著影响患者的心理调节和适应能力甚至疾病的预后。Deane 等<sup>[11]</sup>调查发现,疾病不确定感和信息缺乏呈显著的正相关,有效的信息支持能显著降低患者的疾病不确定感。术前充分做好患者及患者家属的心理护理,通过播放录像等方法,使患者充分认识手术的必要性及存在的风险,对手术有正确、全面的认识,避免患者盲目乐观与过度担心。介绍成功典型病例,消除患者紧张心理,稳定情绪,更好地配合治疗。对高级别上皮内瘤变患者交代手术后病灶可能不能彻底切除、复发、后续化疗、放疗等治疗问题,如患者对此问题过于担心,则要考虑让其改行外科手术治疗。本组患者术前均告知手术的益处和风险,并签署知情同意书。

**3.2.2 术中护理** 患者取左侧卧位,取下活动性假牙,给予 2 ~ 3 L/min 低流量吸氧,保持呼吸道通畅;咽喉部用 2%利多卡因液喷雾麻醉,放好口垫,建立静脉通路,缓慢静脉注射得普利麻 2.5 mg/kg,待患者不能应答、睫毛反射及吞咽动作消失、全身肌肉松弛后协助医生开始插镜,行内镜黏膜下剥离术。术中观察患者意识、瞳孔、呼吸、心率、血压及血氧饱和度的变化情况,特别注意观察患者气道压力、颈部及胸部皮下有无气肿、腹胀等,必要时行腹腔穿刺放气或夹闭穿孔<sup>[12-13]</sup>。本组患者均无发生颈部及胸部皮下气肿、腹胀情况。出血和穿孔是内镜黏膜下剥离术的主要并发症<sup>[14]</sup>。术中一旦发生出血,止血过程要耗费很长时间,而且影响内镜视野;盲目止血也容易发生穿孔。因此,手术中必须有意识地预防出血的发生。内镜黏膜下剥离术过程中发生的穿孔一般较小,术也能及时发现,应用止血夹往往能夹闭小的穿孔;结合术后禁食、静脉使用抗生素,患者一般可以避免外科修补手术<sup>[15-16]</sup>。标本固定送检,对于高度怀疑癌性病变的患者,标本的处置一定要行切缘 Lugol 碘染色,以便了解病灶切除是否干净彻底<sup>[17-18]</sup>。

### 3.2.3 术后护理

**3.2.3.1 复苏后护理** 术后置患者于复苏室,严密观察其生命体征及神志,待其清醒后护送回病房。回病房后继续予心电监护、氧气吸入。严密观察患者有无腹痛、呕血、黑便、颈胸部皮下气肿等,防止

出血、穿孔等情况的发生,一旦发现异常情况立即报告医生及时处理。患者绝对卧床休息 24 h,保持安静,24 h 后如无活动性出血现象,则可进行缓慢床上活动。观察患者疼痛情况,术后疼痛可能与内镜治疗造成的溃疡有关。本组 30 例患者中,3 例患者自诉疼痛,其中 2 例自行缓解;另 1 例予肌肉注射盐酸哌替啶 50mg 后缓解。

**3.2.3.2 饮食护理** 术后常规禁食和禁水 24 ~ 48 h,如创面较大或切割较深,应延长禁食时间,一般 3 d,并予胃肠减压,遵医嘱静脉补液,3 d 后如无并发症,则可以进食温凉的流质,逐步过渡到半流质、软食、普食。忌过饱、过热,忌油腻辛辣刺激性粗糙食物。

**3.2.3.3 药物护理** 遵医嘱给予预防感染、止血等治疗。本组 5 例术后出现体温升高,但不超过 38.0 ℃,未予特殊处理,24 h 后体温正常。术后常规采用黏膜保护剂,黏膜保护剂在酸性环境中作用强<sup>[19]</sup>,因此应在 3 餐前及睡前 1 h 服用,且不宜与制酸剂同服。督促患者按时服药,观察药物的疗效和不良反应,告知停药后药物不良反应症状会自然消失,使其能坚持服药,以确保治疗效果。本组 6 例出现恶心、呕吐,予甲氧氯普胺肌肉注射后症状缓解。

**3.2.3.4 胃肠减压护理** 妥善放置及固定胃管,保持负压吸引,密切观察胃肠减压管内引流液的性质、颜色和量,引流液是否由暗红转为鲜红,量是否急剧增加,能及时提示大出血先兆。本组患者中有 8 例引出少许血性液体,无不适主诉,生命体征平稳,考虑为术后胃内残留血液,未予特殊处理,12 h 后引流液转为黄绿色。

**3.2.3.5 心理护理** 术后患者常会担心手术是否顺利,是否会出现并发症,预后是否良好。术后及时与患者沟通,告知手术过程均顺利,消除患者顾虑。及时向患者及家属反馈化验结果,切忌隐瞒问题、避而不谈,否则会给患者造成沉重的心理负担。

**3.2.4 出院指导** 出院前交代患者坚持服用质子泵抑制剂和黏膜保护剂,1 个月内避免用力大便及剧烈运动等。定期随诊,2 个月后复查内镜,6 个月和 12 个月后内镜复查,以后每年内镜检查,必要时进行色素内镜检查,了解病灶周边有无不良病



变新进展。嘱患者合理膳食,少食多餐,食物选择易消化、高营养的食物,戒烟、酒。起居规律,劳逸结合。定期随访,遵医嘱用药。

#### 4 小结

目前,内镜黏膜下剥离术被认为是切除消化道早期肿瘤的有效手段,特别适合平坦型肿瘤,或者巨大、难以用常规方法进行切除的息肉,是一项微创的新治疗技术,较传统的外科手术而言,创伤小、痛苦小、患者恢复快、术后合并症少等特点。但手术操作技术难度高,除需要手术者具备熟练的内镜操作技术,同时还需要由麻醉科和专科护士等组成的团队,良好的护理是保证手术顺利完成的重要保证。通过对30例食管高级别上皮内瘤变患者行内镜黏膜下剥离术的护理,体会到术前做好患者心理护理,完善患者各项检查,物品准备;术中熟练的配合,做好病情观察;术后做好饮食护理、管道护理和出院指导,对保证手术成功具有重要意义。

#### 参考文献:

- [1] Shi Q, Ju H, Yao LQ, et al. Risk factors for postoperative stricture after endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal carcinoma[J]. *Endoscopy*, 2014, 46(8): 640-644.
- [2] 耿莉, 范秀珍, 李卫峰. “321”健康教育模式对改善内镜黏膜下剥离术患者疾病不确定感的效果研究[J]. *护理研究*, 2011, 25(5B): 1245.
- [3] 凌亭生, 程文芳, 林琳, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管黏膜病变[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2011, 31(3): 431-433.
- [4] Oyama T. Esophageal ESD: technique and prevention of complications[J]. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 2014, 24(2): 201-212.
- [5] Kato M. Endoscopic submucosal dissection(ESD) is being accepted as a new procedure of endoscopic treatment of early gastric cancer[J]. *Internal Med*, 2005, 44(2): 85-86.
- [6] Gotoda T, Kondo H, Ono H, et al. A new endoscopic mucosal resection procedure using an insulation tipped-diathermic knife for rectal flat lesions[J]. *Gastrointest Endosc*, 1999, 50(4): 560-563.
- [7] Hopchik J. Expanding the role of the advanced practice registered nurse as an endoscopist[J]. *Gastroenterol Nurs*, 2013, 36(4): 289-290.
- [8] 陈惠蓉. 内镜黏膜下剥离术治疗食管间质瘤的护理[J]. *现代实用医学*, 2011, 23(8): 943-944.
- [9] Mishel MH. Uncertainty in illness[J]. *Image J Nurs Sch*, 1988, 20(4): 225-231.
- [10] McCormick K. A concept analysis of uncertainty in illness [J]. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002, 34: 127-131.
- [11] Deane KA, Degner LF. Information needs; uncertainty and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome[J]. *Cancer Nursing*, 1988, 21(2): 207-215.
- [12] 王萍, 蔡贤黎, 周平红, 等. 内镜黏膜剥离术治疗直肠类癌的护理与配合[J]. *中国内镜杂志*, 2011, 17(2): 194-196.
- [13] Okholm C, Hadikhadem T, Andersen LT, et al. No increased risk of perforation during colonoscopy in patients undergoing nurse administered propofol sedation [J]. *Scand J Gastroenterol*, 2013, 48(11): 1333-1338.
- [14] Fujishiro M, Yahagi N, Kakushima N, et al. Management of bleeding concerning endoscopic submucosal dissection with the flex knife for stomach neoplasm[J]. *Dig Endosc*, 2006, 18(Suppl 1): 119-122.
- [15] Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer[J]. *J Gastroenterol*, 2006, 41(10): 929-942.
- [16] 赵丽霞, 孙辉, 殷积美, 等. 直肠大息肉粘膜剥离术后穿孔保守治疗的护理[J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(3): 274-275.
- [17] Jensen JT, Konge L, Møller A, et al. Endoscopy nurse-administered propofol sedation performance. Development of an assessment tool and a reliability testing model[J]. *Scand J Gastroenterol*. 2014, 49(8): 1014-1019.
- [18] 何怀纯, 马久红, 喻国花, 等. 腹腔镜胃镜联合切除间质瘤的护理配合[J]. *中华消化内镜杂志*, 2009, 25(8): 442-443.
- [19] 叶红芳, 陈湘玉. 内镜下黏膜剥离术治疗消化道浅表肿瘤的整体护理[J]. *解放军护理杂志*, 2009, 26(6B): 42-44.

[本文编辑:郑志惠]