

• 护理学 •

文章编号: 1002 - 0217(2015) 02 - 0197 - 03

双镜联合治疗累及固有肌层的上消化道黏膜下肿瘤的围术期护理

奚卫珍 张先翠 韩 真 贾玉良

(皖南医学院附属弋矶山医院 消化内科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨内镜与腹腔镜双镜联合治疗上消化道黏膜下累及固有肌层肿瘤患者的围术期护理方法。方法: 对 37 例累及固有肌层的上消化道黏膜下肿瘤患者行内镜与腹腔镜联合手术, 并给予系统的围术期护理。结果: 本组 37 例患者除 1 例患者出现穿孔外, 其余 36 例手术均顺利完成, 无中转开腹; 术后康复顺利, 未发生消化道出血、感染、穿孔、吻合口瘘等并发症; 术后内镜随访 1 ~ 12 个月, 无消化道不适及其他, 定期内镜复查无肿瘤复发现象。结论: 积极地进行围术期护理能减少手术并发症, 减轻患者痛苦, 促进患者康复, 缩短住院时间。

【关键词】双镜联合; 固有肌层; 上消化道黏膜下肿瘤; 围术期护理

【中图分类号】R 473. 73 **【文献标识码】**A

【DOI】10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2015. 02. 029

双镜联合是消化科治疗上消化道黏膜下良性肿瘤和癌前病变的重要手术方式, 双镜联合手术具有创伤小、术后疼痛轻、胃肠功能恢复快、住院时间短等优点^[1]。但上消化道黏膜下累及固有肌层的肿瘤, 因病变累及固有肌层, 行双镜联合治疗极易出现穿孔、出血、吻合口瘘等并发症^[2]。因此, 如何及时观察和降低手术并发症的发生, 除有精湛的技术外, 系统的围术期护理也是手术成功的关键。自 2012 年 1 月 ~ 2014 年 1 月以来, 我科对 37 例上消化道黏膜下累及固有肌层肿瘤患者行内镜与腹腔镜联合手术治疗, 予以围术期的系统护理, 效果满意。现将围术期护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 37 例, 男 15 例, 女 22 例; 平均年龄(57. 2 ± 10. 2) 岁。主要临床表现为: 上腹部不适, 腹痛腹胀, 上腹部烧灼感, 反酸嗝气, 恶心呕吐甚至上消化道出血等, 内镜检查发现 37 例黏膜下隆起性病变, 肿瘤直径 0. 8 ~ 3. 5 cm, 平均(1. 85 ± 0. 76) cm。超声内镜检查提示均累及固有肌层, 其中间质瘤 23 例: 胃窦 7 例, 胃体 6 例(大弯侧 2 例、小弯侧 4 例), 胃底 8 例, 十二指肠球降部 2 例; 平滑肌瘤 8 例: 胃窦 1 例, 胃体 5 例(大弯侧 2 例、小弯侧 3 例), 胃底 2 例; 脂肪瘤 4 例: 胃窦 2 例, 胃底 1 例, 胃体大弯侧 1 例; 异位胰腺 2 例: 胃窦大弯前壁、后

壁各 1 例; 腔内生长 21 例, 腔内外生长 16 例。术前经 CT 检查确认无其他脏器浸润及转移。内镜检查有 2 例患者存在食道狭窄现象, 术前行食道狭窄扩张术后再进行双镜联合手术。

1.2 方法 根据病变部位、大小及生长方式不同采取相应的手术方式^[3]。

1.2.1 内镜辅助腹腔镜手术(endoscopy assisted laparoscopic treatment, EALT) 位于腔内外生长、胃底、直径 > 3 cm, 内镜下无法切除且腹腔镜下定位困难的肿瘤 15 例行 EALT, 利用内镜透光技术或黏膜下注射亚甲蓝定位方法, 引导腹腔镜用抓钳提起病变处胃壁, 用腹腔镜切割吻合器楔形切除肿瘤及其周围部分胃壁, 切除后内镜检查腔内肿瘤是否切除干净, 无残留、无出血, 必要时留置腹腔引流管。

1.2.2 腹腔镜辅助内镜手术(laparoscopic assisted endoscopic therapy, LAET) 位于腔内生长、非胃底, 直径 < 3 cm 等较为平坦易于操作的部位, 单纯内镜下治疗存在一定困难或风险较大的病变 22 例行 LAET, 均在内镜下行内镜黏膜下剥离术(ESD)。在整个手术过程中腹腔镜运用推举、牵拉胃壁辅助内镜下切除肿瘤, 并且严密监视, 及时发现穿孔、出血等并发症, 对创面缝合加固, 由内镜向胃腔内注气, 检查缝合效果。EALT 及 LAET 术后标本均送快速病理组织学检查, 明确为良性病变后结束手术。

基金项目: 安徽省科技攻关项目(12010402118)

收稿日期: 2014-09-02

作者简介: 奚卫珍(1976-), 女, 主管护师, (电话) 13955363461, (电子信箱) xwzwx@163.com.

2 结果

本组 37 例患者除 1 例 LAET 术患者第 2 天出现腹痛,经腹部平片示膈下游离气体提示穿孔,积极转外科行修补术后治愈出院。其余 36 例患者均无出血、感染、穿孔、吻合口瘘等并发症。手术时间 50 ~ 150 min,平均(85 ± 12) min; 出血量 20 ~ 100 mL; 术后胃肠减压 1 ~ 4 d,平均(2.5 ± 0.9) d,恢复通气后行流质饮食,时间约 1.5 ~ 4 d,平均(2.5 ± 0.8) d; 手术住院时间 7 ~ 10 d,平均(8.3 ± 0.5) d。手术顺利,康复出院。术后内镜随访 1 ~ 12 个月,无消化道不适及其他,定期内镜复查无肿瘤复发现象。

3 围术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 术前访视 术前全面评估患者身体状况,有无糖尿病、慢阻肺、高血压及严重凝血功能障碍等,完成肝肾功能、血常规、血凝、血糖、输血前常规、心电图、胸透及心肺功能检查,有糖尿病、高血压患者,手术当天要将血糖、血压控制在正常范围,为患者手术成功提供保障。更重要是掌握患者内镜检查结果,有无自然腔道的梗阻、狭窄;有无内镜或腹腔镜治疗的禁忌症,签署知情同意书。

3.1.2 心理护理 针对不同的患者采取个性化心理干预,双镜联合技术是近年来消化内外科共同发展的微创手术,主要采用或辅助人体自然腔道将患者黏膜下累及固有肌层肿瘤切除,手术安全、有效、创伤小,能够提高术后患者生活质量。但大多数患者对双镜联合手术认识缺乏,信心不足,故加强术前相关知识的宣教使患者能积极配合治疗和护理,保持稳定情绪对合并高血压患者控制血压和减少术中出血有很好的效果。

3.1.3 术前准备

3.1.3.1 胃肠道的准备 术前 1 d 进清淡易消化的饮食,术前禁食 12 h,禁饮 6 h。术前晚灌肠,减少术后腹胀发生,根据患者具体情况决定是否术晨置胃管行胃肠减压,本组患者有 25 例患者术前置胃管,以减小胃容量,增加术中腹腔镜操作空间,避免胃损伤。

3.1.3.2 皮肤的准备 剃除手术范围的毛发,重点是脐部的护理,术前 1 d 用温肥皂水或蘸有松节油的棉签清洗脐部污垢,以免引起伤口感染。

3.1.3.3 手术器械准备 主要有日本 Pentax 的 EG-29901 胃镜、EG-3670URK/G-3870UTKS 超声内镜,日本奥林巴斯的 HOOK knife KD-620LR、IT knife KD-610L、黏膜注射针 NM-201L-0823、热活钳 FD-

1L-1、肽夹 HX-610-135L,美国 COOK 公司的圈套器 ASJ-1-S,德国爱尔博的高频电刀 KD-Z11Q-0725,德国 STORZ 腹腔镜 N-90x0568 等。

3.1.3.4 药物准备 1: 10 000 肾上腺素、美蓝注射液、甘油果糖注射液等。

3.2 术后护理

3.2.1 常规护理

3.2.1.1 体位护理 这类患者均行全身麻醉,手术结束麻醉未醒时将患者安全转移至病床,去枕,平卧,头偏向一侧,床边备吸引器,防止呼吸道分泌物误吸,引起窒息,清醒后给患者取半卧位。术后鼓励患者早期床上活动,术后第 1 天鼓励患者下床活动,以促进全身血液循环^[4],预防下肢深静脉血栓、肺部感染等并发症。

3.2.1.2 吸氧 给予患者持续吸氧 2 ~ 3 L/min,持续 6 ~ 8 h。

3.2.1.3 床边心电监护 每 30 min 监测心率、呼吸、血压、氧饱和度 1 次,连续监测 6 次,每 1 h 测心率、呼吸、血压、氧饱和度等情况 4 次后,改每 4 h 监测 1 次。防止因术中吸收大量二氧化碳出现高碳酸血症及血流动力学改变^[5]。

3.2.1.4 饮食护理 术后第 1 天禁食,插胃管的患者保持胃肠减压通畅,妥善固定管道,避免滑脱,并贴上低危导管标识,定时进行导管在位的评估,同时遵医嘱给予补液抑酸剂、抗生素及营养支持治疗,待肛门排气后,进行夹管继续观察半天,如无腹痛腹胀、恶心呕吐等现象,予以拔除胃管后,嘱患者进少量流质饮食,逐渐过渡到半流质饮食及软质饮食。观察患者禁食后反应。同时观察患者第 1 次大便的颜色、量和性质。术后未插胃管的患者,待病人通气后予以进食。本组有 23 例患者术后留有胃管。

3.2.2 并发症观察及护理 累及固有肌层的肿瘤因解剖结构的特殊,双镜联合手术后极易发生出血、感染、穿孔及吻合口瘘并发症。

3.2.2.1 出血的观察 出血是术后早期观察护理重点,是腹腔镜手术后严重并发症,出血包括术中出血和术后出血,内镜过程中出血可以采取如 IT 刀凝固,APC 止血,热活钳凝固止血,止血夹夹闭止血,药物止血等,必要时多种手段联合应用,内镜手术主要采用预防性止血较多;术后行床边心电监护,严密观察生命体征变化,尤其是脉搏和血压的变化,密切观察腹膜刺激征的表现如:腹痛、腹胀、肌紧张等,除了观察有无呕血现象,还应注意有无面色苍白、脉搏细数、血压下降等休克症状。保持胃管及腹腔引流管通畅,观察引流液的颜色、质、量,如 30 min

内引流液 >200 mL 或 24 h 引流量 >1 000 mL, 呈鲜红色, 应考虑出血, 及时通知医生进行处理。同时遵医嘱予以止血、制酸、抗炎及补液等处理。迟发性出血多发生在术后 2 周以内^[6]。本组未发生严重出血。

3.2.2.2 感染的观察 观察体温变化及切口、引流口皮肤情况, 如患者出现腹痛、持续发热、呃逆等症状, 应及时报告医生及时处理。同时预防肺部感染, 术后应保持呼吸道通畅, 鼓励病人咳嗽, 定时给予叩背, 并遵医嘱给予雾化吸入, 帮助排痰, 教会病人及家属咳嗽方法。术后麻醉清醒将患者取半坐卧位, 保持引流通畅, 配合使用抗生素, 以预防腹腔感染。本组未发生肺部和腹腔感染。

3.2.2.3 穿孔 易发生在腹腔镜辅助内镜手术(LAET) 术后 1~3 d, 如突然出现上腹部剧烈疼痛, 腹膜刺激症状, 应高度警惕穿孔的可能, 需立即报告医生处理, 行腹部平片检查。本组有 1 例患者第 2 天出现腹痛, 经腹部平片示膈下游离气体提示穿孔, 积极转外科行修补术后治愈出院。

3.2.2.4 吻合口瘘 易发生在内镜辅助腹腔镜手术(EALT) 后, 吻合口瘘是最严重的并发症之一。通常出现于术后 4~6 d 内^[7], 病人出现腹痛、烦躁、冷汗、腹腔引流管引流量突然增加, 为胆汁性液体, 则发生了吻合口瘘。确定瘘的发生可根据瘘的大小有不同的处理方法, 小的瘘可以通过应持续胃肠减压、禁食、保持腹腔引流通畅, 并需行静脉营养及合理使用抗生素, 保守治疗失败或大的瘘进行手术治疗。本组病人均无出现吻合口瘘。

3.3 出院随访 告知患者随访方式, 1、3、6、12 个月门诊随访并行内镜复查, 出院后观察腹痛腹胀和大便的颜色, 避免有迟发性出血和穿孔。本组 37 例患者术后随访 1~12 个月, 均无不适及肿瘤复发。

4 讨论

近年来, 以治疗消化道早期癌和癌前病变为特色的内镜黏膜切除术(EMR) 和内镜黏膜下剥离术(ESD) 逐渐在我国开展, 并在此基础上创新出用于治疗消化道黏膜下肿瘤(SMTs) 的内镜黏膜下挖除术(ESE)^[8]、内镜全层切除术(EFTR)^[9]、内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术(STER)^[10] 和治疗贲门失弛缓的内镜下食管肌层切开术(POEM)^[11]。内镜治疗技术突飞猛进的发展, 也带动了以消化内镜为主的双镜治疗的发展。在某些情况下, 联合应用内

镜和腹腔镜, 不仅可以实现微创的目的, 还可以获得更加安全、理想的治疗效果, 在胃肠道肿瘤中有极高的应用价值, 内镜与腹腔镜优势互补、相辅相成, 对患者的创伤比传统开腹小, 安全性比普通腹腔镜手术高, 应用范围比普通消化内镜广, 并且术后并发症发生率及复发率较低。内镜、腹腔镜双镜联合治疗上消化道肿瘤给患者带来了福音, 但因其解剖结构的原因, 又是新技术, 极易发生出血、感染、穿孔、吻合口瘘等并发症; 患者对手术不了解, 容易产生恐惧或怀疑心理, 通过术前访视、知识宣教、精心准备、术中密切配合、术后病情的观察等系统围手术期护理, 及时发现和降低了并发症的发生, 减轻了患者痛苦, 促进患者早日康复, 缩短了住院时间。本组患者除 1 例患者出现穿孔, 其余患者均手术顺利, 痊愈出院, 经 1~12 月的回访, 均无不适及肿瘤复发现象, 得到满意的治疗效果。系统的围手术期护理为今后开展经自然腔道内镜外科手术(NOTES) 的顺利开展提供很好的保障工作, 值得推广。

【参考文献】

- [1] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组. 双镜联合胃肠道手术技术专家共识[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(8): 667-668.
- [2] 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]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24: 40-42.
- [3] 李文燕, 冀明. 内镜腹腔镜联合切除胃平滑肌瘤 1 例[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(10): 947-949.
- [4] 王改荣, 刘海玲, 刘莉萍. 防止腹腔镜镜头产生雾气的方法[J]. 现代护理, 2006, 4(45): 41.
- [5] 钱芊芊, 屠惠明, 刘慧智, 等. 双镜联合治疗胃十二指肠黏膜下肿瘤 44 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(10): 85-87.
- [6] 时强, 钟芸诗, 姚礼庆. 以内镜下黏膜剥离术为基础的消化内镜外科微创治疗的进展[J]. 中华普通外科杂志, 2011, 26(11): 966-968.
- [7] 王燕燕, 史冬雷. 双镜联合治疗胃部分切除病人的围术期护理[J]. 护理研究, 2010, 24(2): 510.
- [8] 钟芸诗, 时强, 姚礼庆, 等. 内镜黏膜下挖除术治疗食管固有层肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(10): 545-548.
- [9] 刘隽, 李诚. 内镜全层切除术在消化道肿瘤治疗中的进展[J]. 2012, 29(10): 595-597.
- [10] 刘莹, 卢雪峰, 王亚楠, 等. 内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术治疗上消化道黏膜下肿瘤的探讨[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(5): 334-336.
- [11] Stavropoulos SN, Harris MD, Hida S, et al. Endoscopic submucosal myotomy for the treatment of achalasia (with video) [J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72: 1309-1311.