

志, 2001, 22(8): 418-422.

- [8] 孙爱华, 杨长英, 刘林, 等. 儿童外周血造血干细胞移植的护理[J]. 重庆医学, 2003, 32(10): 1330-1331.
- [9] 何家武, 熊仕秋. 造血干细胞移植——一种免疫治疗方法[J]. 海南医学院学报, 2002, 8(3): 190-192.
- [10] 颜霞. 实用血液科护理及技术[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 173.
- [11] 李娜, 杨小燕. 造血干细胞移植患儿的心理特点与护理对策[J]. 海军总医院学报, 2002, 15(4): 247-248.

- [12] 赵晓丽, 潘世平, 郭亚楠. 1 例幼儿行非亲缘性造血干细胞移植的护理[J]. 护理学杂志: 综合版, 2008, 23(9): 73-74.
- [13] 王翔, 郑雅丹, 王盛, 等. Bobath 技术对缓解偏瘫上肢屈肌痉挛即刻效应的作用[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(8): 56-58.

(收稿日期: 2012-10-16 修回日期: 2012-11-23)

## · 临床护理 ·

# 消化内镜下黏膜剥离术的护理配合\*

罗冬梅, 周倩, 彭贵勇, 李向红<sup>△</sup>

(第三军医大学西南医院消化病研究所, 重庆 400038)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2013. 03. 046

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)03-0351-03

随着内镜诊疗技术的不断提高, 越来越多的早期消化道黏膜和黏膜下良恶性病变被发现并在内镜下进行治疗。内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)便是国内近几年逐渐开展的一项新的消化内镜治疗技术, 其与内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)相比可一次性完整切除较大的平坦病变及黏膜下肿瘤, 获得完整的病理结果, 并且具有较低的局部残留和复发率, 但是 ESD 操作技术难度较高且具有一定的并发症发生率<sup>[1]</sup>。因此便对术前、术中和术后的护理提出了更高的要求, 良好的护理已成为保证 ESD 治疗效果和提高安全性的重要因素<sup>[2]</sup>。本院消化内镜中心自 2011 年 1 月至 12 月共行 ESD 手术 93 例, 现将手术护理配合体会总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 患者 93 例, 其中男性 42 例, 女性 51 例; 年龄 17~76 岁, 中位年龄 53 岁。均无明显心肺功能障碍, 无高血压病史, 血常规和凝血系列检查均正常, 均符合内镜下黏膜剥离术的适应证。所有患者中, 根据发病部位分别为: 食道 30 例, 胃 17 例, 结肠 12 例, 直肠 33 例; 根据病理类型分别为: 癌 17 例, 类癌 4 例, 不典型增生 24 例, 息肉 17 例, 平滑肌瘤 11 例, 间质瘤 3 例, 脂肪瘤 2 例, 腺瘤 14 例, 淋巴瘤 1 例。

## 1.2 方法

**1.2.1 手术准备** 患者行胃肠镜检查发现病变, 经病理活组织检查明确性质, 超声内镜(EUS)检查明确病变范围及大小, 符合 ESD 适应证且无明显禁忌证则知情同意行 ESD 治疗。

**1.2.1.1 器械准备** ESD 专用器械物品准备: 透明帽, 内镜下注射针, IT 刀, 针形切开刀, 热活检钳, 圈套器, 染色剂靛胭脂和卢戈试液, 生理盐水, 肾上腺素, 20 mL 及 50 mL 注射器, 钛夹, 五爪钳, 大头针, 1 cm 厚的泡沫板。

**1.2.1.2 内镜治疗设备** Olympus260SL 内镜主机, GIF-XQ260 型胃镜, CF-Q260AI 型大肠镜, 德国 ERBE ICC-200 型高频电切仪, Olympus-EZ 钛夹推送器, 氧气, 吸氧鼻导管, 心电

监护仪, 胃镜专用牙垫(食管及胃 ESD 手术使用)。

**1.2.2 手术步骤** 以上所有病例均在患者清醒状态或静脉麻醉下完成(均未行气管插管)。内镜下确定病变范围, 用氩气或者针形切开刀进行电凝标记, 对于边界欠清晰病变, 先用靛胭脂(胃和肠道)或卢戈试液(食道)对其染色确定病变范围后再进行电凝标记。标记完成后, 用注射针于病灶边缘标记点外侧进行多点黏膜下注射, 将病灶明显抬起与肌层分离, 注射液为生理盐水和肾上腺素的混合液。用针形切开刀切开病变周围部分黏膜, 再用 IT 刀深入切开黏膜下层剥离病变。病变剥离后, 可根据情况做进一步止血处理。

## 1.3 护理

**1.3.1 术前护理** (1)心理护理: 护士应给予患者心理支持, 消除其紧张情绪, 取得患者及家属配合; (2)了解患者病史, 尤其是既往内镜检查及治疗病史; (3)了解一般情况, 若患者有心血管疾病, 必要时术前应完善相关检查, 以便及时发现和处理合并的心血管疾病; 明确凝血功能, 必要时术前预凝; 本组有 2 例患者长期口服华法令, 术前 7 d 停药<sup>[3]</sup>; (4)术前 12 h 禁食、禁饮, 下消化道手术者需要充分的肠道准备; (5)术前准备好应对并发症的相应器械和抢救药品; (6)签署麻醉和手术同意书: 告知患者和家属手术目的、过程、效果、并发症及处理、费用等相关情况, 取得患者及家属理解和同意并签署同意书; (7)术前肌注山莨菪碱 10 mg 以减少消化道蠕动。

**1.3.2 术中护理及配合** (1)患者有行静脉麻醉时(未气管插管), 术中巡回护士应协助麻醉医师严密监测患者生命体征, 特别是呼吸道情况, 要时刻保持呼吸道通畅, 分泌物较多者, 应及时清理, 如手术时间较长, 则应注意保暖; (2)保持静脉通道通畅, 避免留置针受压; (3)若操作医师需操作器械而无法控制内镜镜身时, 巡回护士需及时协助扶镜或进退镜; (4)协助观察患者腹部膨隆等病情变化, 随时注意是否发生出血、穿孔等情况, 一旦发生出血穿孔, 应沉着冷静, 积极配合医生实施处理, 确保手术顺利完成。

\* 基金项目: 重庆市科技攻关项目资助(2008AC5003)。 作者简介: 罗冬梅(1984~), 护师, 本科, 主要从事消化内镜下治疗的护理技术的研究。 <sup>△</sup> 通讯作者, Tel: 15808058167; E-mail: maomaoyu1209@163.com。

**1.3.3 术后护理** 待患者麻醉清醒,生命征及一般情况稳定后,护士应和麻醉医师一起把患者安全送回病房,与病房护士进行交接班。切除手术标本应及时固定送病理学检查,注意保持标本的完整,且送检病理单上需注明检查标本边缘及底部情况。

**1.3.3.1 一般护理** 术后护士应交代患者卧床休息,减少活动,注意观察患者有无腹痛、腹胀、呕血、黑便等异常;上消化道术后适度应用制酸剂,黏膜保护剂;高血压、糖尿病患者需控制血压、血糖,并给予每日指标监测;根据术中创面情况,止血药可用 1~2 周<sup>[3]</sup>。

**1.3.3.2 饮食护理** 患者一般手术当天禁食,根据术中创面情况,术后禁食时间可适度延长;此后半流质 3 d,软食 2 周;忌烫、辛辣、刺激性和粗纤维食物;若患者有长期便秘病史,尤其是结直肠 ESD 术后患者,应严格控制饮食,并可给予药物软化大便或协助排便,避免大便摩擦创面引起出血。

**1.3.3.3 术后并发症护理** 出血和穿孔是 ESD 最常见的并发症。术后护士应严密观察患者生命征、症状及腹部体征变化,若患者出现头晕、心慌、冷汗、腹痛腹胀加重、呕血、黑便等异常,应及时向主管医生汇报,并依病情及时建立静脉通道给予输血、输液、抑酸等处理;本组 1 例术后出现创面出血,及时给予内镜下钛夹夹闭后,愈合良好。

**1.3.3.4 出院指导** 护士给予纸质打印出院注意事项,告知其饮食规律,忌辛辣刺激饮食,忌坚硬的食物;院外若出现腹痛、呕血、黑便等不适时应及时就诊;告知其迟发性出血的可能,并嘱其定期复查内镜,复查时间为术后 1 个月、3 个月、半年及 1 年。

## 2 结 果

所有 93 例患者,病变部位均完整切除,术后病理示病灶底部和切缘均无病变残留。其中 1 例直肠息肉 ESD 术后 24h 内出血,再次在内镜下以钛夹止血,止血彻底,术后未再发出血;术中穿孔 3 例,均用钛夹夹闭成功,术后愈合良好,未转外科手术治疗。

## 3 讨 论

ESD 是近年来由 EMR 发展而来的治疗消化道早期癌的最新技术<sup>[4]</sup>。由于 ESD 的技术难度高,是一种风险较大的内镜手术,护士应充分做好术前的各项准备工作,做好患者和家属的心理护理及宣教工作,详细讲解 ESD 手术方法及其优点,使患者及家属减轻心理顾虑,积极配合 ESD 的手术治疗<sup>[5]</sup>。ESD 除要求医师要有高超的内镜技术外,同时也要求护士要有娴熟细致冷静的术中护理配合,因此我院内镜中心自开展 ESD 以来,定期组织护理人员开展 ESD 技术培训,熟悉 ESD 专用器械性能及使用注意事项,熟悉 ESD 手术步骤,熟悉术中的设备模式切换与调节、器械传递、操作配合等。其次,在整个手术过程中充当助手的护士都要与操作医师进行沟通交流,以使配合更加默契,最大限度减少并发症的发生,使手术顺利进行。

另外,需要强调的是,预防出血应从术前准备开始,包括凝血功能的检查、预防出血的预凝;术中出血的及时止血处理;预防术后出血的内镜处理以及术后出血时的应对措施<sup>[6-7]</sup>。护士应提前备好术中出血穿孔时要用到的相关器械,必须根据实际状况分别使用各种器械,采用适当的使用方法,安全、确切止血。对创面可见小血管用热活检钳、APC 等电凝治疗;对于术

中一旦发生穿孔,由于大部分 ESD 穿孔较小,可直接用钛夹夹闭而不必外科手术修补<sup>[8-9]</sup>;遇到大出血和穿孔时,护士切忌慌张而导致配合手法变形,应该冷静、沉稳、迅速安装金属夹,配合医师夹闭穿孔妥善处理穿孔并发症。若此时患者有腹痛等不适症状和烦躁情绪,护士应耐心安抚,使其积极配合。对于术中病灶局部较深、肌层损伤等创面,应用钛夹夹闭创面,以减小创面张力,预防穿孔<sup>[2,10]</sup>。

ESD 相对于外科手术而言,具有方法简便、创伤性小、并发症少、住院时间短、疗效与外科手术相当等优点,病变的一次性完整切除也保证了较低的术后复发率<sup>[11-12]</sup>,充分体现了微创治疗的优越性。相信随着 ESD 在中国的全面开展,器械和设备的不断完善,经验的不断积累和总结,ESD 的护理技术也会不断发展和完善。

## 参考文献:

- [1] Iizuka T, Kikuchi D, Hoteya S, et al. Clinical advantage of endoscopic submucosal dissection over endoscopic mucosal resection for early mesopharyngeal and hypopharyngeal cancers[J]. *Endoscopy*, 2011, 3(10): 839-843.
- [2] 姚礼庆, 周平红. 内镜黏膜下剥离术治疗结直肠病变[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2007, 10(4): 316-318.
- [3] Matsumoto M, Fukunaga S, Saito Y, et al. Risk factors for delayed bleeding after endoscopic resection for large colorectal tumors[J]. *Jpn J Clin Oncol*, 2012, 42(11): 1028-1034.
- [4] Saito Y, Kawano H, Takeuchi Y, et al. Current status of colorectal endoscopic submucosal dissection in Japan and other Asian countries: progressing towards technical standardization[J]. *Dig Endosc*, 2012, 4 Suppl 1: 67-72.
- [5] Uedo N, Jung HY, Fujishiro M, et al. Current situation of endoscopic submucosal dissection for superficial neoplasms in the upper digestive tract in East Asian countries: a questionnaire survey [J]. *Dig Endosc*, 2012, 24 Suppl 1: 124-128.
- [6] 彭贵勇, 武育卫, 龙庆林, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管肿瘤的临床价值[J]. *第三军医大学学报*, 2009, 31(16): 1527-1529.
- [7] 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: S119-S122.
- [8] 周平红, 姚礼庆, 陈巍峰, 等. 结直肠腺瘤性息肉和早期癌的内镜治疗[J]. *中华外科杂志*, 2008, 46, (18): 1386-1389.
- [9] Nakamura M, Nishikawa J, Hamabe K, et al. Risk factors for delayed bleeding from endoscopic submucosal dissection of gastric neoplasms[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2012, 47(8/9): 1108-1114.
- [10] Miyahara K, Iwakiri R, Shimoda R, et al. Perforation and postoperative bleeding of endoscopic submucosal dissection in gastric tumors: analysis of 1 190 lesions in low- and high-volume centers in Saga, Japan[J]. *Digestion*, 2012,

86(3):273-280.

[11] Tajika M, Niwa Y, Bhatia V, et al. Comparison of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for large colorectal tumors[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2011, 23(11):1042-1049.

• 临床护理 •

[12] Lian J, Chen S, Zhang Y, et al. A meta-analysis of endoscopic submucosal dissection and EMR for early gastric cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 76(4):763-770.

(收稿日期:2012-07-08 修回日期:2012-11-27)

## 心理干预对首次确诊梅毒患者心理压力的影响

王维韦, 孙仁山, 伍津津, 周金玲, 张梅, 彭超霞  
(第三军医大学大坪医院皮肤科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)02-0353-02

梅毒是由苍白螺旋体感染所引起的一种慢性传播疾病,几乎可侵犯全身各器官,并产生多种多样的症状和体征。梅毒主要是通过性交传染,也可以通过胎盘传给下一代而发生先天性梅毒<sup>[1]</sup>。患者由于感染了梅毒往往感到羞愧,加上因疾病本身而带来的巨大心理压力,患者常表现出警惕、孤独、忧郁、焦虑、恐惧,甚至对社会不满等不良情绪<sup>[2]</sup>。为了解首次确诊为梅毒的患者的心理压力,探讨心理干预对患者心理状态的影响,笔者对 2008 年 8 月至 2011 年 8 月在本科首次确诊为梅毒的 34 例住院患者进行了研究,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本科 2008 年 8 月至 2011 年 8 月首次确诊为梅毒的 34 例住院患者,诊断均符合目前国内梅毒实验室诊断标准<sup>[3]</sup>,其中,男 20 例,女 14 例;年龄 21~76 岁,平均(42.5±13.5)岁。将其平均分为干预组和对照组,各 17 例。其中,干预组:男 10 例,女 7 例;年龄 22~76 岁,平均(42.8±13.9)岁;对照组:男 10 例,女 7 例;年龄 21~72 岁,平均(42.3±13.6)岁。两组患者在性别、年龄及文化程度方面差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,均住院 14 d。

### 1.2 方法

**1.2.1 观察指标** 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)对两组患者进行心理状态的评价。

**1.2.2 调查方法** 两组患者入院后均按常规梅毒治疗方案给予药物治疗和护理,采用 SAS 和 SDS 进行患者心理测评。干预组患者在此基础上给予心理护理,由责任护士与首次确诊为梅毒的患者进行深入交流,了解患者现有的不良心理状态,根据收集到的结果对患者进行耐心的健康知识宣教及心理护理,告知患者梅毒的传播途径、分期、需注意的相关事项、治疗的重要性、临床预后及复诊时间,同情并安慰患者,使患者感受到温暖,让患者了解疾病得到控制后并不影响正常的工作与生活,责任护士在患者住院期间,每日与之进行交流,并对其心理状态进行评估。对照组患者由责任护士进行一般的健康知识宣教,每周只进行 1~2 次交流。每位患者出院前再进行一次测评。

**1.2.3 判定标准** 使用 SDS 及 SAS 调查两组患者在心理干预前、后的心理变化。患者在充分了解后自行填写,共 20 个项目,每项评定采用 4 分制计分,将 20 项总分乘以 1.25,得标准分,将其分为 4 个等级,50 分为划界限,50~<60 分为轻度焦

虑或抑郁,60~<70 分为中度焦虑或抑郁,≥70 分为重度焦虑或抑郁<sup>[4]</sup>。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,计量资料用  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

对照组和干预组患者心理干预前的 SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。干预组患者经心理干预后, SAS、SDS 评分均明显低于干预前( $P<0.05$ );而对照组心理干预前、后, SAS、SDS 评分的差异无统计学意义( $P>0.05$ )。心理干预后,干预组患者的 SAS、SDS 评分均明显低于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者心理干预前、后 SAS、SDS 评分的比较( $\bar{x}\pm s$ ,分, $n=17$ )

组别	SAS	SDS
对照组		
干预前	58.0±10.9	56.7±11.7
干预后	53.6±10.6	54.9±12.3
干预组		
干预前	57.4±12.4	56.6±11.4
干预后	41.2±10.8 <sup>ab</sup>	39.5±9.3 <sup>ab</sup>

<sup>a</sup>: $P<0.05$ ,与干预组干预前比较;<sup>b</sup>: $P<0.05$ ,与对照组干预后比较。

### 3 讨论

首次确诊为梅毒的患者通常不愿接受检查结果而进行多次复查,严重时,患者会出现抑郁、报复社会,甚至产生自杀念头。笔者所选用的 SAS 及 SDS 已广泛应用于临床实践<sup>[5]</sup>。研究表明干预组患者接受心理干预后,焦虑和抑郁心理较对照组明显好转。

作为护理人员,笔者的体会如下:(1)尊重患者隐私。护理人员要尊重这类患者的隐私,不能表现出歧视与冷漠<sup>[6]</sup>,应采用单独交谈方式与患者进行交流,交谈时注意语气和语调,态度诚恳、耐心倾听,使患者感受到护理人员对他的关心与帮助。每次交流都应建立在充分信任的基础上,让患者敞开心扉,放松紧张心情,达到深入了解患者心理变化的目的。(2)加强健康知识宣教。患者因初次确诊为梅毒,对该疾病的发生机制缺