

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.14.022

全程护理优化方案干预对提高内镜下黏膜剥离术临床质量的价值

李 娅, 李 佼, 兰春慧, 陈东风, 曹 艳[△]

(陆军军医大学大坪医院消化内科, 重庆 400042)

[摘要] **目的** 探讨采用全程护理优化方案对上消化道早癌患者行内镜下黏膜剥离术(ESD)临床质量提升的价值。**方法** 对该院 2016 年 12 月至 2018 年 12 月 167 例内镜下 ESD 手术患者给予全程护理优化方案干预,针对术前心理评估、术中预见性护理配合及“医生化”护理质量管理及时发现和处理 ESD 术后并发症,观察该方法的临床效果及价值。**结果** 经过全程护理优化方案干预的 167 例 ESD 手术患者病变组织完全剥离,手术时间平均 76.2 min,1 例胃窦创面发生术中穿孔,3 例胃底创面术后出现迟发性出血,1 例胃底创面术后发生延迟性穿孔,均经内镜积极处理,未行外科手术治疗,所有患者平均住院时间 5.6 d,较前缩短 1.1 d,且患者满意度显著提高。**结论** 全程护理优化方案能有效减少 ESD 相关并发症的发生,对于已经发生的并发症做到早发现、早期内镜下处置,预后满意。

[关键词] 内镜黏膜下剥离术;并发症;全程护理优化方案

[中图分类号] R248.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2019)14-2430-03

Value of optimized nursing protocol for improving the nursing quality of endoscopic submucosal dissection

LI Ya, LI Jiao, LAN Chunhui, CHEN Dongfeng, CAO Yan[△]

(Department of Gastroenterology, Daping Hospital, Army Medical University, Chongqing 400042, China)

[Abstract] **Objective** To evaluate efficiency of the optimized nursing protocol on nursing quality of upper gastrointestinal tract early cancer patients suffered endoscopic submucosal dissection (ESD). **Methods** Optimized nursing protocol was applied to 167 ESD patients between December 2016 to December 2018. The protocol was combined with pre-surgical psychological evaluation, intra-operative predictive nursing and "doctor-like" nursing quality management to discover and treat the postoperative complications of ESD in time, the clinical effect and value of the method were observed. **Results** 167 cases received optimized nursing protocol during ESD surgery, the lesions were completely stripped. The averaged operation time was 76.2 min, 1 case happened gastric antrum perforation, 3 cases happened tardive bleeding, 1 case happened tardive perforation. All complications were managed by endoscopic treatment, and no surgical operation was involved. Meanwhile, the average in-patient duration was 5.6 days, sparing 1.1 days. Moreover, patients' satisfaction significantly improved. **Conclusion** The optimized nursing protocol could effectively reduce the occurrence of ESD-related complications, facilitate early detection and early endoscopic treatment of the existing complications.

[Key words] endoscopic submucosal dissection; complication; the optimized nursing protocol

内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)是指黏膜下注射后利用各种特殊电刀逐步分离消化道黏膜层与固有肌层之间的组织,并将病变黏膜经黏膜下层完整剥离切除的方法,是一种主要针对消化道早癌的创伤小、切除彻底、安全性高的内镜微创治疗新技术,已成为近年来治疗消化道早期肿瘤的有效手段。本文总结本院收治的 167 例上消化道早癌行内镜下 ESD 治疗患者资料,采用全程护理优化方案干预 ESD 全过程,总结分析其临床效果,以期更好地提高 ESD 的医疗护理质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 12 月至 2018 年 12 月本院收治的上消化道早癌患者 167 例为研究对象,其中男 112 例,女 55 例;年龄 49~78 岁;其中食管早癌 108 例,胃早癌 59 例。167 例患者均经本院早癌初筛,内镜医师精查及活检病理学证实为上消化道早癌,再结合胸部或腹部 CT 检查、超声内镜及病理学检查综合判断是否符合内镜黏膜剥离术指征;并与患者及家属充分沟通后,均同意并接受 ESD 治疗。

1.2 方法 在 ESD 过程中实施全程护理优化方案,

针对内镜下 ESD 进行术前护理评估干预、术中预见性护理配合及术后“医生化”护理质量管理,以期提高 ESD 的临床治疗质量。

1.2.1 术前护理评估和护理方案制订及落实全程护理模式 所有 ESD 手术患者术前均行汉密尔顿焦虑抑郁量表进行评分^[1-2]。根据临床医疗护理经验行护理评估:(1)汉密尔顿焦虑评分结果大于 29 分和(或)抑郁评分大于 30 分为严重焦虑状态,此类患者不宜立即做 ESD 手术。上述患者需联合睡眠心理科专业医生、手术医生及内镜专职护士调整其焦虑抑郁状态后再次评分,当焦虑评分低于 14 分及抑郁评分低于 17 分后,再行择期手术。(2)焦虑评分 21~29 分为明显焦虑状态,和(或)抑郁评分 20~30 分为中度抑郁状态,须暂缓手术。术前由内镜手术医生及内镜专职护士加强消化道早癌相关知识及 ESD 手术过程、后续治疗、并发症处理等相关知识解读宣教,直至患者焦虑评分低于 14 分和抑郁评分低于 17 分,方可手术。(3)焦虑评分 14~21 分为有焦虑状态,和(或)抑郁评分 17~20 分为轻度抑郁的患者,在进行常规心理护理的同时进行术前准备,尽早实施手术。

1.2.2 术中预见性护理配合的全程护理优化模式 预见性护理配合是 ESD 全程护理优化的重点之一,对内镜专职护士要求高。(1)护士必须熟练掌握 ESD 理论知识、手术过程、内镜器械操作技能;手术配合娴熟度高的护士能够在不用医生提醒的情况下,根据内镜手术过程提前准备好下一步所需的相关器械,提高手术质量、减少医生内镜手术操作时间;(2)要求护士参与 ESD 手术所需内镜及器械的洗消工作,便于了解内镜及器械构造的洗消关键点,提高术中器械的使用熟练度、降低因器械构造带来的感控问题的发生;(3)熟悉本台手术操作医生手术习惯,术前与医生做好沟通,就手术难点及关键点提出应急预案;(4)术中提示性建议:手术护士根据对疾病相关知识、手术过程、消化道解剖结构功能及护理质量管理的综合判断,向医生提出能提高手术质量、减少并发症发生的预先准备及合理建议;(5)对于患者咽喉部及食道腔内分泌物过多,可建议医生在结束手术退镜时将经鼻细径内镜用乙醇消毒后插入气道抽吸,减少术后吸入性肺炎的发生率^[3];(6)针对时间较长的手术,提醒麻醉医师观察血氧饱和度及呼吸情况,配合麻醉师适当辅助患者行腹式呼吸,减少麻醉相关并发症发生;(7)倡导“3 min 手术结束前预处理”的护理要点:在病变全部剥离后,医生完全退镜前预留 3 min 整体观察手术创面情况,是否有术后延迟性出血或穿孔的发生可能,回顾手术过程,提醒医生对于重点部位进行强化

止血、预防穿孔的处理后再完全结束手术,退出内镜。

1.2.3 术后“医生化”全程护理优化模式 ESD 术后最常见的并发症是穿孔与出血。ESD 术后全程护理优化的重点是护士“医生化”的护理质量管理。(1)培养护士向医生学习缜密的临床思维去思考问题,详细交接需重点观察容易出现并发症的患者,预判并发症的发生可能性;如手术时间超过 2 h、手术创面直径大于 40 mm、年龄大于 80 岁、手术部位在贲门等出血高风险的患者应重点关注。如护士发现患者脉搏快、血压下降、血红蛋白下降大于 20 g/L,则诊断延迟性出血可能性大,应立即报告医生,迅速补充血容量、配合医生做好下一步治疗及术前准备;(2)鼓励护士在专业知识基础上加强动手能力去发现问题,如增加护士对 ESD 术后患者都给予腹部触诊便于早期发现术后穿孔的护理查体内容。术后穿孔也称延迟性穿孔,通常发生在术后的 24~48 h,不易发现且容易引起腹膜炎、气胸等疾病,文献^[4]报道其发生率约为 0.45%。如护士在术后 24~48 h 腹部触诊时发现轻压痛、反跳痛、轻度肌紧张等轻微腹膜刺激征表现,应首先考虑延迟性穿孔,并立即报告医生,协助医生陪同患者完成腹部立卧位平片或腹部 CT 检查,一旦明确延迟性穿孔,立即做好急诊内镜或外科手术修补术前准备,最大限度地控制穿孔带来的危害,保障患者生命安全;(3)提高护士主动介入治疗并发症的风险意识,参与并发症早诊早治。若患者已经发生出血、穿孔等并发症,护士可率先针对并发症做相应处理。

2 结 果

经过全程护理优化方案干预的 167 例 ESD 手术患者病变完全剥离,手术时间平均 76.2 min,1 例胃窦创面发生术中穿孔,3 例胃底创面术后出现迟发性出血,1 例胃底创面术后发生延迟性穿孔,均经内镜积极处理,未行外科手术治疗,所有患者平均住院时间 5.6 d,较前缩短 1.1 d,且患者满意度显著提高。

3 讨 论

本文就 ESD 手术术前心理评估、术中预见性护理配合及术后“医生化”护理质量管理的全程护理优化方案进行设计和临床应用。经过近 2 年 167 例上消化道早癌内镜下 ESD 的临床实践,显著提高了内镜 ESD 的治疗质量,患者满意度高,在全程护理优化过程中,本科主要把握以下三方面:首先,术前心理评估十分必要。消化道早癌患者通常合并多种消化道躯体症状,对疾病负面情绪多、精神压力大、生活质量差,对诊断治疗整体满意度均低,其焦虑抑郁水平较高,护士应正确指导和修正患者对疾病的不当认知,应给予全方位的疾病诊断和解释,发现并解决其伴随

的精神心理问题^[5]。本科选择汉密尔顿焦虑抑郁量表的原因是此量表是国际认可度高、临床应用广、评估结果精准率高的测评量表,对于术后手术恢复有临床指导意义,用于消化道早癌内镜下 ESD 手术治疗适合度高。其次,众所周知,手术配合娴熟度高的内镜专职护士能够协助医生更好地完成内镜手术操作,提高操作安全性,减少并发症的发生,降低手术费用^[6-7]。本科通常安排高年资且手术配合娴熟度高的内镜专职护士参与手术,术中手术配合的预见性护理及对并发症的预处理是经过缜密的临床思维和一定数量手术积累的经验结合,可供临床借鉴。最后,出血和穿孔作为 ESD 手术最主要的并发症是护理观察重点。就目前的医学、护理学高速发展趋势及患者对医疗护理质量的高要求而言,护士仅掌握护理相关专科知识技能已不能满足临床所需^[8-15],本科运用护士“医生化”护理质量管理对内镜下 ESD 手术的并发症早诊早治,培养护士的临床思维能力和能手能力,提高护士对并发症早诊早治的风险意识,不但有益于增强护士专科业务水平,而且提高了并发症的早期发现的机会,减轻了临床医生的工作压力、保证了手术及护理质量,保障了患者权益,提升了医疗护理质量,保证了医疗安全,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] HAMILRTON M. A rating scale for depression[J]. *J Neurol*, 1960, 23(1): 56-62.
- [2] HAMILRTON M. The assessment of anxiety states by rating[J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1): 50-55.
- [3] 李娅, 颜綦先, 曹燕, 等. 超细经鼻胃镜在硬化治疗食管静脉曲张并发吸入性肺炎中的应用[J]. *护士进修杂志*, 2012, 27(8): 747-748.
- [4] ODA I, SUZUKIH D, NONAKA S, et al. Complications of gastric endoscopic submucosal dissection[J]. *Dig Endosc*, 2013, 25(1): 71-78.
- [5] 熊娜娜. 功能性胃肠病患者的心理社会行为特点研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2016.
- [6] REX D K, HEUSS L T, WALKER J A, et al. Trained registered nurses/endoscopy teams can administer propofol safely for endoscopy[J]. *Gastroenterology*, 2005, 129(12): 1384-1391.
- [7] 王英梅. 谈内镜室护士的工作特点[J]. *中国医药指南*, 2015, 13(2): 285-286.
- [8] 刘莉, 史维. ESD 术后并发症及处置[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2014, 19(4): 247-251.
- [9] MINAMI S, GOTODA T, ONO H, et al. Complete endoscopic closure of gastric perforation induced by endoscopic resection of early gastric cancer using endoclips can prevent surgery (with video)[J]. *Gastrointest Endosc*, 2006, 63(4): 596-601.
- [10] MANNEN K, TSUNADA S, HARA M, et al. Risk factors for complications of endoscopic submucosal dissection in gastric tumors: analysis of 478 lesions[J]. *J Gastroenterol*, 2010, 45(1): 30-36.
- [11] OKADA K, YAMAMOTO Y, KASUGA A, et al. Risk factors for delayed bleeding after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasm[J]. *Surg Endosc*, 2011, 25(1): 98-107.
- [12] TOYOKAMA T, INABA T, OMOTE S, et al. Risk factors for perforation and delayed bleeding associated with endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: analysis of 1 123 lesions[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2012, 27(5): 907-912.
- [13] IMAGAWA A, OKADA H, KAWAHARA Y, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: results and degrees of technical difficulty as well as success[J]. *Endoscopy*, 2006, 38(10): 987-990.
- [14] UEDO N, TAKEUCHI Y, ISHIHARA R. Endoscopic management of early gastric cancer: endoscopic mucosal resection or endoscopic submucosal dissection: data from a Japanese high-volume center and literature review[J]. *Ann Gastroenterol*, 2012, 25(4): 281-290.
- [15] HANAOKA N, UEDO N, ISHIHARA R, et al. Clinical features and outcomes of delayed perforation after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer[J]. *Endoscopy*, 2010, 42(12): 1112-1115.

(收稿日期: 2019-01-24 修回日期: 2019-03-12)