

2 例食管早癌 ESD 术后护理

侍艳 赵春艳

江苏省宿迁市第一人民医院 江苏宿迁 223800

摘要:目的 总结食管早癌患者行 ESD 术的护理体会。方法 选取 2020 年 10 月—2020 年 12 月收治的 2 例食管早癌患者行食管 ESD 的护理,观察病灶切除情况和创面愈合情况。结果 2 例都顺利地完成了食管 ESD 切除术,没有发生复发以及病变残留情况。结论 在对食管早癌患者进行治疗时,采用多 ESD 术护理,有多种优势,值得在临床上推广。

关键词:食管早癌;内镜黏膜下剥离术;护理

食管癌是临床常见的肿瘤,其肿瘤分化程度较低,恶化程度偏高,具有较高的死亡率。随着我国居民生活质量的提升,饮食多样性改变,食管癌发病率呈逐年递增趋势,受到高度关注^[1]。因食管癌早期病理表现特异性较低,检出时多为中晚期,常常错失了最佳治疗时机,是导致食管癌患者死亡的主要因素,因此开展癌症早期筛查具有重要的意义^[2]。随着我国内镜技术的发展,食管病变检验技术的不断成熟,为食管癌的早期筛查提供了技术保障,经胃镜黏膜剥离术是治疗食管病变的主要手段,借助理学诊断,可明确病变情况,是筛查早期癌变的主要措施^[3]。本文针对这一手术的护理方法进行了相关的探讨,通过医护紧密配合、精心护理、严密病情观察,患者恢复良好,现将经过总结如下。

1 临床资料

1.1 第 1 例患者

男性,66 岁,因“腹胀 1 月余,发现食管粘膜病变 10 余天”入院。胃镜示“食管粘膜病变”;病理示“(食管)鳞状上皮高级别上皮内瘤变,排除手术禁忌症,于全麻下行 ESD 治疗。内镜前端置透明帽,进镜至距门齿 28-30cm 见片状粘膜粗糙,放大 NBI 下见褐色区域病变,病变内见 B1 型血管,卢戈氏液染色见病变区域呈不规则不染区, Dual 刀标记病变边缘,基底部注射甘油果糖+靛胭脂+玻璃酸钠,抬举良好, Dual 刀切开病变边缘并剥离完整剥离创面,热止血钳处理创面,无活动性出血。创面给予组织胶喷洒创面。标本送检。手术过程顺利。

1.2 第 2 例患者

男性,54 岁,因明确诊断“上腹胀痛 1 月,发现食管隆起 1 周”行 ESD 治疗,手术过程顺利。内镜前端置透明帽,进镜至距门齿 39cm 处,见一大小约 0.8*0.8cm 粘膜下隆起,表面光滑,于隆起基部注射 1:10000 肾上腺素美兰靛胭脂后,病灶抬举良好,圈套器电凝电切,标本送检,钛夹关闭创面。胃角见一大小约 1.0*1.0cm 溃疡,底覆白苔。本例应为平滑肌瘤。

2 术前护理

2.1 心理护理

护理人员向患者及家属清晰、详细讲解手术目的、术中配合方法、内镜下 ESD 治疗效果以及相关注意事项,消除患者疑虑、恐惧、紧张等心理,使患者保持良好的心态接受治疗。

2.2 患者准备

医护人员要助于患者进行凝血和血常规等术前检查,患者还需行胸腹部 CT,超声内镜检查,以全面了解食管肿瘤部位、大小的情况,为手术中切开部位的选择提供参考。其次,

了解患者既往用药史,是评估手术适应症及禁忌症的重要前提。如患者正在服用抗凝药或抗血小板药物,为避免术后出血,需停药至少 5 天再行 ESD 治疗。最后,嘱患者禁食、禁饮 6h~8h,取下身上的饰品及假牙,建立静脉通道。此外,要准备好监护抢救设备和氧气、口垫和胃镜以及麻醉药物等用物。

3 术中护理

术中护理让患者采用左侧卧位,予以吸氧,并对患者的血氧饱和度和心率以及血压进行监测,将静脉通路建立起来,以静脉注射的方式注射丙泊酚。当患者不再出现吞咽工作,全身肌肉放松之后便可进镜检查,在检查的过程当中需对患者的体征变化进行观察。麻醉之后,一些患者会发生咽部下垂以及松弛情况导致无法辨别食管开口处,而作为医护人员需微微地抬高患者的下颌,让其头后仰,这样可确保顺利的内镜插入,所选患者均接受内镜下黏膜剥离术治疗,手术仪器采用日本奥林巴斯 CLV260SL 胃肠镜主机、奥林巴斯 GIFQ260J 治疗胃镜、埃尔博 300S 电刀、透明帽、粘膜下注射针等;药物有肾上腺素注射液 1ml、亚甲蓝注射液 5ml、甘油果糖氯化钠注射液 50ml、0.9%氯化钠注射液 50ml。操作应迅速准确。操作中及操作完成后,密切观察患者生命体征(血压、血氧饱和度、心率、呼吸等)、腹部体征(腹肌张力、肠鸣音等)、皮下气肿、大便情况等穿孔、出血征象。

4 术后护理

4.1 体位与休息

术毕,患者置苏醒室待醒,严密观察其神志,监测生命体征。待患者完全清醒后护送回病房。安置患者抬高床头 30°,卧床 2~3 天。指导患者变换体位时动作应缓慢,1 周内避免剧烈咳嗽、用力排便。1 月内避免重体力劳动。做好相关的生活护理及基础护理。患者咽喉部不适时,遵医嘱予康复新液口服。

4.2 饮食指导

术后禁食禁饮 72h,禁食期间做好口腔护理,应经常漱口,保持口腔清洁湿润。如无异常,术后第 3 天可进温凉流质饮食或者半流质的饮食逐渐过渡到软食。嘱患者少量多餐,忌过饱、过热,避免甜食、油腻、辛辣刺激性、粗糙坚硬食物,以防术后出血、穿孔的发生。期间应保持大便通畅,避免便秘引起腹压增加,导致创面焦痂过早脱落而出血。一般来讲,一个月到两个月的时间能让患者创面愈合,在这个期间需让患者远离生冷和辛辣等刺激性的食物。

4.3 用药护理

遵医嘱术后常规给予质子泵抑制剂,促进粘膜修复药物、止血药物、补液支持等治疗,准确、及时、安全有效地给药,

加强巡视, 注意观察用药后不良反应, 及时处理。知晓药物副作用, 质子泵抑制剂易引起肝损害和中枢神经系统和过敏反应等不良反应, 在对药物进行应用时, 医护人员要密切观察患者症状的减轻情况, 是否出现了并发症, 此外要注重对患者的肝肾功能和血常规进行检查, 这样可在第一时间对药物的种类以及剂量进行调整。本研究中 2 例患者均无药物不良反应发生。

4.4 病情观察及护理

术后要严密地对患者麻醉后恢复意识的状态 and 神志等, 遵医嘱予心电监测密切观察患者生命体征, 持续氧气吸入, 及时倾听患者主诉。并发症观察包括出血、及穿孔、腹痛和腹胀情况, 咽部的疼痛情况和便血、皮下气肿和水肿以及呕血等情况进行观察。若出现烦躁焦虑、精神紧张、面色及皮肤苍白、呼吸及心率增快、血压骤降等休克早期表现, 立即通知医生, 迅速建立静脉通道快速补液, 同时做好术前准备, 备血, 尽快手术。2 例患者术后均未出现等并发症。患者术后好转出院, 分别随访 1、3、6 个月无复发。

4.5 出院指导

首先, 要让患者按时按量地进餐, 避免吃零食, 坚决不可暴饮暴食。其次, 叮嘱患者不要碰烟酒和过热过凉的食物。第三, 要让患者保持良好的饮食习惯和作息习惯。最后, 要让患者定期地检查胃镜, 只有做到以上这些, 才能最大限度地防止疾病复发。根据患者的文化层次、对知识的需求、依从性, 有针对性地指导患者。1 个月内应进食温凉少渣软食, 1 个月以后进食软食, 定时定点, 少量多餐, 忌食油煎油炸、麻辣刺激性、坚硬、粗纤维食物, 忌暴饮暴食。

4.6 跟踪

科内专人负责随访工作, 登记 ESD 术后患者的信息资料, 定期电话追踪患者情况, 并作好记录, 同时提前电话或短信提醒患者于术后 1、6、12 个月复查胃镜, 观察创面愈合情况、

病变有无残留或复发, 从而提高 ESD 治疗的安全性、有效性, 延续护理的持续性, 进行长期的出院随访。

5 讨论

目前 ESD 已成为食管早癌的标准术式, 且其适应症逐渐扩大。护士术前应了解 ESD 操作步骤, 备齐手术器械及物资, 保证仪器运行正常。同时与医生密切配合, 保障手术成功完成。ESD 术中穿孔及出血风险较高, 要求护士协助医生调整出刀方向、及时冲洗创面、传送电凝等器械均要迅速准确, 以确保总体手术效果, 保证手术成功。其次, 术后护理, 特别注意严密观察病情变化及生命体征监测, 及时发现并识别并发症, 遵医嘱正确使用药物。同时做好饮食指导, 术后常规禁食禁水 72h。安排适宜的体位, 床头提高 30°。及时给予心理疏导, 鼓励家属参与, 改善患者心理状态, 帮助患者建立战胜疾病的信心。实施健康教育, 及时评价、调整教育内容, 使患者更快恢复, 预防或者延缓复发, 提高满意及生存质量。2 例患者术后均予禁食禁水、抑酸、护胃、营养支持、抗感染、修复粘膜、止血等治疗后恢复。随访 1、3、6 个月, 症状无复发, 无并发症, ESD 手术治疗食管早癌是一种安全、有效的治疗方法。有效的围术期护理是手术成功、减少并发症、取得长期疗效的重要因素。

参考文献

- [1] 竹建强, 何远静. 内镜黏膜下剥离术与内镜分片黏膜切除术对早期食管癌及癌前病变的疗效分析 [J]. 中国医刊, 2020, 55(3): 308-310.
- [2] 林永良, 林英卓, 关家喜, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌的安全性和有效性分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(6): 649-651.
- [3] 李相林, 黄星, 林军. 内镜下置入覆膜支架治疗食管早癌内镜下黏膜剥离术后出血 1 例 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(6): 576-577.