·个案与短篇·

内镜黏膜下剥离术治疗大肠侧向发育型肿瘤的护理

唐 媛,李春花,于 劲 (第三军医大学新桥医院消化内科,重庆 400037)

[关键词] 大肠侧向发育型肿瘤;内镜;粘膜下剥离术;护理
[中图分类号] R735.34;R473 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0224-02

大肠侧向发育型肿瘤(laterally spreading tumor,LST)是由日本学者工藤进英(Kudo Sinea)首先提出,指起源于大肠黏膜的一类平坦隆起型病变。这类病变极少向大肠壁深层垂直浸润,主要向黏膜表面呈侧向浅表蔓延。内镜下根据其表面形态的不同,分为颗粒型(granular type,LST-G)和非颗粒型(non-granular type,LST-NG)。其中颗粒型又分为颗粒均一型和结节混合型,非颗粒型又分为扁平隆起型及假凹陷型。有动态观察表明LST可以在3年内发展为大肠癌[1]。随着目前消化内镜的不断发展以及消化内镜医生对该病变的认识的不断普及,使该病越来越引起人们的重视。目前我院消化内镜中心对于大肠侧向发育型肿瘤(LST)均采用内镜黏膜下剥离术(endoscopy submucosal dissection,ESD)进行治疗,取得良好疗效。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2011年10月至2012年8月我院消化内镜中心所有入院行内镜黏膜下剥离术的患者共计32例,其中女15例,男17例,年龄35~87岁。

1.2 肠道准备

肠道干净与否,直接影响诊疗效果。所以,术前的肠道准备很重要。术前2~3 d应该进食少渣饮食,术前一天的早餐和午餐进食半流质饮食,晚餐进食流质饮食(禁饮牛奶)。检查当天早上8:00,将聚乙二醇电解质散137.15 g先倒入500 mL温水中搅拌,再加水至2 000 mL混均即可。首次口服200 mL,约10 min后再将剩余的1 800 mL在3 h内喝完。喝完后再口服温开水,直至排出的大便为清水样无残渣即可。应注意的是喝水过程中在走廊多走动,便于排空大便;喝水速度不宜过快,防止呕吐;口服泻药过程中如感心慌、乏力等不适,应及时报告医生以便及时处理。

1.3 器械准备

Olympus PCF-Q260JI电子结肠镜、Olympus KD-650U Dual Knife、NM-4L-1注射针、FD-IU-1止血钳、Olympus HX-610-90钛夹、HX-110UR钛夹释放器、剥离用透明帽(Olympus MH596,MH595)、EREB VIO-200D高频电切装置及APC300氩离子凝固装置。黏膜下注射液为甘油果糖、肾上腺素、美兰混合液。

1.4 术前护理体会

1.4.1 健康教育 稳定患者的情绪,耐心讲解黏膜剥离术的方法、目的、优点、重要步骤、注意事项以及可能出现的副作用及配合方法。消除患者及家属对麻醉焦虑和恐惧的心理,向患者介绍成功的典型病例。解除思想顾虑,树立治疗的信心,使患者有充分的思想准备,以最佳的心态配合治疗。然后签署手术同意书,并留置静脉导管。

1.4.2 术前检查 评估患者的心、肺功能,常规检查凝血四项、血常规、血糖、肝肾功能、血型、血小板、血压、心电图等是否在正常范围。如有严重的心、肺、肾功能不全,凝血功能障碍者禁忌手术。了解既往病史,询问患者近期有无服用非甾体类抗炎药(如:消炎痛、水杨酸、阿司匹林等)、抗血小板的药物等。如果有服用,要在基础疾病允许的情况下停用7~10 d后方可行内镜下治疗。手术当日清晨8:00开始行肠道准备,直至患者肠道完全准备干净(大便呈清水样)方可手术。

1.5 术中护理

在检查前患者常规取左侧卧位(术中根据手术需要调整体位),双腿屈曲,连接心电监护仪及消化内镜医生工作站;术前15 min肌注654-2注射液10 mg、安定10 mg,术中密切观察患者心率、血压、血氧饱和度变化,如有生命体征发生明显改变,需及时报告医生予以必要的处理。在手术医师指导下,护士协助进行内镜下剥离术的护理。常规手术方法有:①用放大内镜及NBI内镜、染色内镜仔细观察病变,并注意病变表面的Pit Pattern type,在NBI内镜或染色内镜下行内镜下标记;②于标记外局部注射黏膜下注射液,让病变充分抬起,用Olympus KD-650U Dual Knife将病变环形切开;③在内镜下注射与剥离交替进行直至将病变完全切除,在手术过程中尽量避免出血,于视野中见粗大血管时应用止血钳及时止血,剥离部位较深时应给予钛夹夹闭。在此过程中护士要熟练掌握内镜下各种器械的使用,密切配合手术医师准确地完成穿刺、注射、出刀、剥离、止血等一系列操作,因此此环节对护士要求较高。

1.6 术后护理

1.6.1 饮食护理 为避免引起创面损伤及并发症,合理的饮食尤为重要。患者行LST剥离术后,根据术中情况一般禁食、禁水1 d,并根据医嘱给予足够的液体量并使用适量的抗生素和止血药。从第3天起,可指导患者进食流质饮食。如果生命体征无异常,无腹痛、便血,可开始进食高维生素、高蛋白的半流质饮食,忌食粗纤维及肉类。如果大便干燥,可口服乳果糖帮助软化大便,防止大便干结导致结痂脱落出血。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302048
[收回日期] 2012-11-04 [修回日期] 2012-12-01

1.6.2 卧床休息 对于内镜下黏膜剥离 LST 的患者来说，术后的休息很重要。一般绝对卧床休息 2 ~ 3 d。如果剥离的创面较大，应适当延长卧床休息时间。2 周内避免体力活动，特别是急剧增加腹压的运动，如：用力排便、咳嗽等，还应避免过劳、情绪紧张，并密切观察患者的生命体征、腹部和大便情况。

1.6.3 并发症的观察与护理 LST 剥离术后的常见并发症是出血、穿孔、肠道功能紊乱等。患者术后的大便观察是衡量有无出血的重要指针。应注意观察有无持续或大量便血、头晕、心慌、出冷汗、脉搏细速及血压下降等表现。手术穿孔及术后迟发性穿孔常根据病变部位不同而有不同表现。常表现为剧烈腹部疼痛及腹膜刺激征。极少数病变位于低位直肠（距离肛缘 7 cm 以内）的患者临床上可出现腹膜气肿、阴囊气肿及皮下气肿。如有异常应立即报告医生进行处理。

2 结果

32 例患者均运用 ESD 方法成功切除，手术成功率 100%。术后常规用止血钳行创面止血，部分创面用钛夹夹闭以避免穿孔。1 例患者发生迟发性出血，经内镜下再次止血后停止。所有患者无穿孔表现，总住院时间为 4 ~ 7 d，术后病理证实切缘及基底部未见肿瘤。患者 1 ~ 3 个月后复查，于原病变处可见瘢痕形成，未见复发。

3 讨论

大肠侧向发育型肿瘤根据其独特的内镜下表现，其治疗方式由以前的单一外科手术发展成内镜下治疗，使患者减少了外科手术带来的并发症，并降低了手术费用和住院时间。但是 EMR 目前在国外只局限于治疗较小的消化道病变。内镜下 ESD 治疗相对 EMR 治疗来讲又具有更能完整地切除病变，降低了因分片切除（EPMR）导致复发的风险，更能将病变完整地送检，将病变边缘及病变深度更好地体现在病理中等优点。因此 ESD是目前最佳的治疗大肠侧向发育型肿瘤病变的方法[2]。

在 ESD 治疗大肠侧向发育型肿瘤过程中，最主要的并发症是出血和穿孔，因此对于患者的术后护理的重点是密切观察患者有无出血及穿孔的临床表现。在 ESD 过程中发生出血不但影响手术视野和增加手术时间，更容易因为盲目的手术止血增加穿孔的发生[3]。因此，应有意识地预防出血的发生，即在剥离过程中遇见裸露的血管尽量采用止血钳止血，避免粗暴操作。对于已经发生的出血应尽量用副送水冲洗干净以明确出血部位，进行及时止血治疗，尽量避免用钛夹止血，以免影响手术视野。对于 ESD 术中及术后发生的穿孔，由于其穿孔一般较小，并在术前进行了充分的肠道准备，肠道清洁度较好，故其发生的腹膜炎体征一般较轻。并且穿孔在手术过程中较容易发现，及时应用钛夹夹闭穿孔处，并结合术后禁食、卧床休息，静脉使用抗生素等，患者一般可以避免外科手术修补治疗[4-5]。清晰的手术视野和反复黏膜下注射可在最大程度上避免穿孔的发生。

[参考文献]

[1] Kudo Sinea. Early colorectal cancer-detection of depressed types of colorectal carcinoma[M]. Tokyo: Igaku-Shoin Medical Publisher, 1996: 50 -51.

[2] 徐美东，王小云，周平红，等. 内镜黏膜下剥离术治疗不同亚型结直肠侧向发育型肿瘤的临床与病理研究[J]. 中华消化内镜杂志，2012，29(8)：422 -428.

[3] 周平红，徐美东，陈巍峰，等. 内镜黏膜下剥离术治疗直肠病变[J]. 中华消化内镜杂志，2007，24(1)：4 -7.

[4] Fujishiro M, Yahagi Y, Nakamura M, et al. Endoscopic submucosal dissection for rectal epithelial neoplasia[J]. Endoscopy, 2006, 38(5): 493 -497.

[5] Gedebou TM, Wong RA, Rappaprt WD, et al. Clinical presentation and management of iatrogenic colon perforations[J]. Am J Surg, 1996, 172(5): 454 -458.

（编辑：魏 源）

获得性免疫缺陷综合征合并肺部感染 1 例报告

高 燕，唐玉兰，孔维龙，刘国栋 （第三军医大学西南医院全军感染病研究所，重庆 400038）

[关键词] 获得性免疫缺陷综合征；人类免疫缺陷病毒；肺部感染；治疗
[中图分类号] R512.91 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0225-02

艾滋病，即人类免疫缺陷病毒（HIV）感染引起获得性免疫缺陷综合征（AIDS），目前尚无有效治疗方法，晚期患者的免疫力低下且极易并发各种感染，对人类健康造成严重威胁。本所在临床收治了 1 例艾滋病合并肺部感染患者，现总结报告如下。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302049
[收稿日期] 2012-09-12 [修回日期] 2012-09-27

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，45 岁，2011 年 10 月 27 因受凉后出现寒战，随后出现 37.8 ℃高温，并伴有深吸气时胸痛、四肢酸痛、头晕、头痛。在当地医院治疗效果不佳于 2011 年 11 月 18 日入我院感染科。2007 年 3 月至 4 月有明确冶游史。入院查体：体温 40.0 ℃，右侧腹股沟可扪及 1 个直径约 0.6 cm 淋巴结，左下肺可闻及胸膜