

## · 短篇 ·

## 结肠巨大侧向发育型肿瘤黏膜下剥离术的术中护理配合1例报告

刘 迎\*

郑州大学附属郑州中心医院内镜室(河南 郑州 450000)

【摘要】总结1例结肠巨大侧向发育型肿瘤黏膜下剥离术的术中护理配合体会。护理要点：全面评估患者病情，做好术前各项准备工作，掌握设备、器械的性能并熟练操作，掌握手术步骤，配合医生完成内镜下手术，重视患者术中穿孔、出血等并发症的护理配合，预防术中低体温、皮肤受压等情况。该患者手术过程顺利，无迟发性出血及穿孔等术后并发症。

【关键词】侧向发育型肿瘤；结肠肿瘤；内镜黏膜下剥离术；护理配合

【中图分类号】R73

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.1.005

## Intraoperative Nursing Coordination of Submucosal Dissection of Colonic Giant Laterally Developing Tumor in 1 Case

LIU Ying\*

Endoscopy Room, Zhengzhou Central Hospital Affiliated of Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, Henan Province, China

**Abstract:** To summarize the experience of intraoperative nursing cooperation in submucosal dissection of a case of giant lateral developing tumor of colon. Key points of nursing : Comprehensively evaluate the patient's condition and make various preparations before operation , master the performance of equipment and instruments and operate them skillfully , master the operation steps and cooperate with doctors to complete endoscopic surgery , pay attention to the nursing cooperation of patients with intraoperative complications such as perforation and bleeding , prevent hypothermia and skin pressure during operation . The operation process of the patient was smooth , and there were no postoperative complications such as delayed bleeding and perforation .

**Keywords:** laterally Spreading Tumor; Colorectal Cancer; Endoscopic Submucosal Dissection; Nursing Cooperation

结直肠侧向发育型肿瘤(laterally spreading tumor,LST)是指直径>1cm,以侧向生长而非垂直生长为特点的一类特殊的黏膜来源的结肠平坦型病变,由日本KUDO<sup>[1]</sup>报道。有研究表明,LST可发展为大肠癌,临床上需要对LST进行早期诊断和治疗<sup>[2]</sup>。内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)现已成为消化道癌前病变和早癌的标准治疗方法,因其可以完整切除病变,为病理提供完整标本<sup>[3]</sup>。虽有研究表明ESD治疗巨大结直肠LST是安全有效的<sup>[4-5]</sup>,但结直肠存在肠壁菲薄,肠腔操作空间小等特有的解剖因素,决定了结直肠ESD的操作难度更高,ESD治疗期间高质量护理配合干预更能有效促进患者恢复,保障手术治疗成功<sup>[6]</sup>。

## 1 病例简介

患者,男,62岁,因“发现直肠肿瘤1月”入院。查体:体温36.6℃,呼吸18次/分,脉搏76次/分,血压130/80mm Hg(1 mm Hg=0.133k Pa),双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心率76次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平软,全腹无压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及,肝肾区无叩击痛,莫菲氏征阴性,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/分,双下肢无水肿。我院行结肠镜示直肠LST,活检病理示管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变,进一步完善超声结肠镜示:直肠黏膜层病变。既往体健,无口服抗凝及抗血栓药物史。积极术前准备,医患沟通后患者及家属签署同意书。手术时间118分钟。距肛门12-14cm见一紫红色肿块,表面凹凸不平,组织脆硬,触之易出血,约占肠腔全周2/3,使用Dual刀逐步剥离,局部出血处使用电凝止血,隧道法逐步完整剥离病变,一次性圈套器取出病变,创面根据血管的大小选择电刀或热活检钳电凝止血,标本回收送病理。术后患者在内镜复苏室观察1h,无腹痛、发热等症状,嘱禁食,予补液、抗感染、促进黏膜修复及对症治疗,特别注意观察腹部及大便情

况。术后第2天流食,无迟发性出血及穿孔等并发症。

## 2 护理配合

## 2.1 术前

2.1.1 患者准备 (1)详细询问病史,了解患者肠道清洁情况:明确患者术前1周内未口服抗凝及抗血栓药物,手术前1日进食无渣软食,避免粗纤维、不易消化食物,术前晚餐进食流质,晚餐后2h开始第一次服用清肠药聚乙二醇电解质溶液,术前4小时服用第二次清肠药,服用完毕后口服西甲硅油15mL,以消除肠道内残留泡沫。(2)签署知情同意书;(3)体位安排:患者取左侧卧位,双膝屈曲,予患者双腿间置软枕,臀下、肩下分别放置圆形中空乳胶垫,预防发生压力性损伤。用水凝胶伤口敷料固定患者上下眼皮,预防术后发生眼结膜炎、眼睛干涩。(4)喉罩全身麻醉:为患者安全考虑,麻醉医生采用喉罩下全身麻醉,监测心率、血压、呼吸、指脉氧。

2.1.2 器械、设备 Olympus GIF-Q260J电子肠镜、ERBE VIO 200D高频电切装置、金山CO2气泵、埃尔顿内镜23G注射针、透明帽、Olympus KD-650Q Dual刀、康进圈套器、Olympus FD-410LR热活检钳。安装透明帽,检查内镜的吸引及注气注水功能,检查CO2气泵及余气量,按医嘱调整高频电刀参数。

2.1.3 药物准备 黏膜下注射液:甘油果糖注射液100mL加0.2%靛胭脂黏膜染色剂4mL。

2.1.4 医务人员三方核查 内镜医生、内镜护士、麻醉医生完成三方核查确认无误。

2.1.5 预防低体温 内镜诊疗室室温控制在24-26℃;手术被服覆盖患者躯干和四肢,暴露部位尽量减少。

2.2 术中护理配合 暴露病灶,应用内镜窄带成像(NBI)模式,观察增强的黏膜表层结构以及微血管,明确病变范围<sup>[7]</sup>, (图1),由于病变范围大,第一步从肛侧至口侧少量多点黏膜下注射甘油

【第一作者】刘 迎,女,主管护师,主要研究方向:内镜护理。E-mail: 371449493@qq.com

【通讯作者】刘 迎

果糖注射液加靛胭脂混合液,每个注射点约2.0mL,病变抬举阳性,第二步使用Dual刀沿病变边界切开(强力电凝,效果2,功率40W)黏膜;第三步于直肠反转内镜,在病变口侧补充黏膜下水垫并行黏膜切开,黏膜下剥离自肛侧至口侧,剥离隧道的深度约0.6-0.8cm,沿病变边界切开隧道两侧的黏膜,剥离隧道的深度约0.6-0.8cm,随后再将隧道两侧的黏膜切开(图2),病变剥离的顺序是从肛侧至口侧进行。病变巨大,占肠腔全周2/3,黏膜下可见血管网及粗大血管(图3),剥离过程中调整高频电参数(强力电凝,效果4,功率50W),为保持病灶与肌层分离,可反复行黏膜下注射,如有出血则用切开刀直接电凝止血或应用热活检钳电凝止血。最后完整剥离切除病变;病变切除后的创面根据血管的大小选择电刀或热活检钳电凝止血。仔细观察创面有无肌损伤及穿孔,周边有无病变残留(图4),取出病变选择使用一次性圈套器。手术时间118分钟。术中关注患者腹部是否柔软,全程使用

气体为CO<sub>2</sub>。

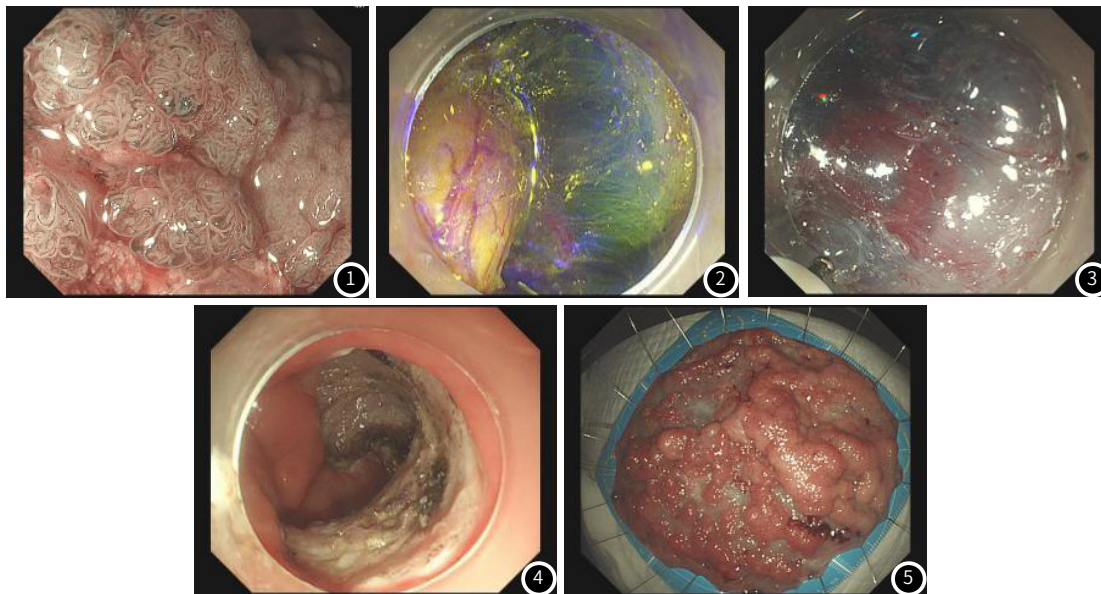
### 2.3 术后处理

2.3.1 术后立即将内镜进行床旁预处理,棉签蘸取0.9%氯化钠注射液后轻擦内镜的物镜表面,以备标本拍照。

2.3.2 切下的标本使用0.9%氯化钠注射液冲洗后,平铺于带有刻度的标本板上,大头针固定其边缘(图5),拍照后标本浸泡于有10%中性福尔马林固定液的容器内,固定液量是标本体积的3-5倍。病理诊断:符合锯齿状病变伴异形增生,小灶高级别腺上皮内瘤变。

2.3.3 嘱患者卧床休息、禁食,术后予补液、抗感染、促进黏膜修复及对症治疗,密切观察患者生命体征,认真听其主诉,有无出现腹痛剧烈、腹肌紧张、黑边或鲜血便、心慌、出冷汗现象。

2.4 随访 术后3、6、12月复查肠镜,以后每1年复查肠镜<sup>[8]</sup>。



### 3 小结

近年来,内镜设备的不断更新,镜下诊断和治疗技术更是飞速发展,LST的检出率呈现上升趋势,因LST与结直肠癌的发生密切相关<sup>[9-10]</sup>,早期治疗就尤为重要。

ESD是利用各种电刀对直径超过2cm的病变进行黏膜下剥离的一种内镜微创技术。有研究显示,ESD具有精确度高、低并发症、安全性高、高满意度的特点,在消化道黏膜下肿瘤中的应用中效果理想<sup>[11]</sup>,在平坦型和隆起型早期肿瘤中均广泛应用,安全性得到了认可,获得较满意效果<sup>[12]</sup>。

此病例病变占肠腔全周2/3,高龄(≥60岁),其护理配合要点:(1)充分的术前准备工作和娴熟的术中护理配合为手术顺利完成提供了保证<sup>[13]</sup>;内镜护士熟练的器械使用及丰富的专科知识为ESD顺利进行提供坚实基础<sup>[14]</sup>。ESD操作有一定的风险,术中出血与穿孔是主要的并发症,若出现穿孔,内镜护士应熟练掌握金属夹的使用,根据穿孔的形状调整金属夹夹臂的方向,操作过程中与医生默契配合,负压吸引时预夹夹子,创口可有效闭合,听医生指令释放夹子,释放速度不宜过快,可导致夹子脱落或黏膜撕裂;术中若出现出血,及时冲洗创面寻找出血点,充分暴露出血点,根据血管的大小选择电刀或热活检钳电凝止血。(2)体位管理,手术时间小于120分钟,保持左侧卧位,术中使用软枕、乳胶垫等压疮防护用具;臀下置吸水棉垫,受压部皮肤保持干燥,防止皮肤受压。(3)调节术中室温及湿度,术中温度和湿度过高或过低均对患者机体产生影响,后果较严重<sup>[15]</sup>。

综上所述,笔者在这例结肠巨大侧向发育型肿瘤ESD术中,做好术前准备工作,术中积极配合,重视高龄患者术中皮肤受压情况及术中保暖,精心护理,促进患者早日康复。

### 参考文献

- [1] KUDO S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer [J]. Endoscopy, 1993, 25 (7): 455-461.
- [2] 工藤进英. 侧向发育型肿瘤 (laterally spreading tumor, LST) [J]. 早期大肠癌, 1998, 2 (5): 477-481.
- [3] DEPREZ P H. Endoscopic diagnosis and treatment of upper gastrointestinal tumors [J]. Endoscopy, 2011, 43 (11): 966-970.
- [4] 王华秀, 徐晶晶, 陈世耀, 周平红, 徐美东, 钟芸诗, 张轶群, 陈巍峰. 内镜黏膜下剥离术治疗巨大结直肠侧向发育型肿瘤的临床研究 [J]. 中国内镜杂志. 2017 (07): 80-84.
- [5] 贾婷婷. 内镜黏膜下剥离术治疗直径>50mm的直肠侧向发育型肿瘤回顾性临床研究 [D]. 南京大学, 2018.
- [6] 官天然. 内镜黏膜下剥离术治疗胃肠道肿瘤的护理要点 [J]. 中外医疗. 2021 (20): 149-151, 155.
- [7] 王伟, 郝长青. 窄带谱成像放大内镜评估早期食管癌及癌前病变中的诊断效果研究 [J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29 (8): 42-44.
- [8] 李慧敏, 黄旭, 沈磊. 内镜黏膜下剥离术治疗结直肠浅表性肿瘤性病变的术后随访 [J]. 临床消化病杂志. 2021 (01): 18-22.
- [9] 高千惠, 孙明军. 403例大肠侧向发育型肿瘤内镜下诊治分析 [J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35 (9): 625-629.
- [10] 张艳飞. 大肠侧向发育型肿瘤的诊断及内镜治疗进展 [J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17 (12): 1117-1120, 1125.
- [11] 梁艳青, 冯国勇. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道黏膜下肿瘤的疗效 [J]. 中国实用医药. 2021 (01): 76-78.
- [12] 谢志华, 徐丽, 唐娟. 内镜室护理配合在内镜下黏膜剥离术患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志. 2021 (08): 86-88.
- [13] 吴敏, 霍春燕. 内镜黏膜下剥离术治疗上消化道早癌患者的护理干预及效果分析 [J]. 中外医疗. 2020 (29): 164-166, 169.
- [14] 魏丽萍, 杨燕娟. 循证护理用于内镜黏膜下剥离术患者的效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘. 2019 (A3): 3-5.
- [15] 张玮. 手术室护士在全身麻醉手术中的护理配合方式及预后效果 [J]. 罕少疾病杂志, 2023, 30 (6): 85-86.

(收稿日期: 2022-12-25)

(校对编辑: 孙晓晴)