

治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者的效果

钱莹莹, 蔡慧, 钱玉萍, 钱燕婷, 堵亚娟, 孙宗琼

(江南大学附属医院无锡市第四人民医院 消化内镜中心, 江苏 无锡 214062)

摘要:[目的]探究治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者的效果。[方法]选取我院 2015 年 1 月~2016 年 10 月收治的采用常规干预的内镜下胃黏膜剥离术患者 61 例作为对照组,另选取我院 2016 年 11 月~2018 年 8 月收治的采用治疗性支持干预的内镜下胃黏膜剥离术患者 61 例作为观察组。对比 2 组术后疼痛程度变化及治疗依从性、并发症发生率及恢复情况。[结果]观察组术后第 1~3 天疼痛程度均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组胃肠减压时间、腹胀缓解时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。[结论]治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者可有效减轻其疼痛程度,提高治疗依从性,并促进恢复,值得临床推广。

关键词:治疗性支持干预;内镜下胃黏膜剥离术;疼痛程度;并发症;恢复情况

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2019.08.05

中图分类号:R473 文献标志码:A

Effect of therapeutic support intervention on patients undergoing endoscopic gastric mucosal dissection

QIAN Luo-luo, CAI Hui, QIAN Yu-ping, QIAN Yan-ting, DU Ya-juan, SUN Zong-qiong

(Department of Digestive Endoscopy, Affiliated Hospital of Jiangnan University, Wuxi Fourth People's Hospital, Wuxi 214062, China)

Corresponding author: QIAN Luo-luo, E-mail: bhvcgx22@163.com

Abstract:[Objective] To investigate the effect of therapeutic support intervention in patients undergoing endoscopic gastric mucosal dissection. [Methods] Sixty-one cases of gastric mucosal dissection treated with conventional intervention in our hospital from January 2015 to October 2016 were selected as control group, and 61 cases of gastric mucosal dissection treated with therapeutic support intervention from November 2016 to August 2018 were selected as observation group. The postoperative pain degree and treatment compliance, incidence of complications and recovery were compared between the two groups. [Results] The pain degree of the observation group was lower than that of the control group at 1 d, 2 d and 3 d after operation ($P<0.05$). The treatment compliance of the observation group was higher than that of the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The gastrointestinal decompression time, the time of bloating remission, and the hospitalization time in the observation group were all shorter than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). [Conclusion] Therapeutic support intervention in patients with endoscopic gastric mucosal dissection can effectively alleviate the degree of pain, improve treatment compliance, and promote recovery, which is worthy of clinical promotion.

Key words: therapeutic support intervention; endoscopic gastric mucosal dissection; pain degree; complications; recovery

收稿日期:2019-05-08

基金项目:无锡市卫生计生委科研项目(No:MS201643)

作者简介:钱莹莹,女,本科,副主任护师,研究方向:胃肠疾病内镜下微创手术

通讯作者:钱莹莹, E-mail: bhvcgx22@163.com

内镜下黏膜剥离术(ESD)是近年来出现的一种新型的治疗手段,其通过内镜辅助定位,可将体积较大、形态不规则的肿瘤组织一次性从固有基层完全剥离,不仅对患者造成的创伤小,而且可同时进行多部位治疗,大大降低了手术风险,因此在临床上受到广泛认可,具有良好的应用前景^[1]。然而,由于大部分患者对 ESD 认知不足,加上因传统观念影响对肿瘤抱有过度恐惧,因此其治疗过程中往往抱有明显的怀疑态度,而这会连带影响其治疗依从性,进而或对最终治疗结局造成不可逆转的后果^[2]。因此,进行有效干预以减轻患者疑虑,提高其治疗依从性是全体医护人员的工作重点之一^[3]。治疗性支持以治疗性沟通、专科护理等主要措施,在恰当的时机,有目的、有逻辑地进行针对性干预,旨在解决患者现存问题,改善其预后状况。有研究显示,治疗性支持干预能有效缩短癌症患者住院时间^[4]。本研究现将治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者并探讨其效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2015 年 1 月~2016 年 10 月收治的采用常规干预的内镜下胃黏膜剥离术患者 61 例作为对照组,另选取我院 2016 年 11 月~2018 年 8 月收治的采用治疗性支持干预的内镜下胃黏膜剥离术患者 61 例作为观察组。对照组男 30 例,女 31 例;年龄 20~78 岁,平均(58.84±11.80)岁。病理类型:早期胃癌 30 例,胃间质瘤 20 例,胃平滑肌瘤 4 例,异位胰腺 4 例,息肉样增生 3 例;病变部位:贲门 12 例,胃底 9 例,胃窦部 27 例,胃角 3 例,胃体 10 例;文化程度:小学水平 12 例,中学水平 15 例,专科水平 18 例,本科及以上水平 16 例。观察组男 25 例,女 36 例;年龄 29~79 岁,平均(61.26±10.20)岁。病理类型:早期胃癌 33 例,胃间质瘤 17 例,胃平滑肌瘤 6 例,异位胰腺 2 例,息肉样增生 3 例;病变部位:贲门 8 例,胃底 16 例,胃窦部 20 例,胃角 4 例,胃体 13 例;文化程度:小学水平 10 例,中学水平 17 例,专科水平 15 例,本科及以上水平 19 例。本研究通过医院伦理委员会审核。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准

早期癌、巨大平坦息肉、黏膜下肿瘤等 ESD 适应证者;首次进行 ESD 治疗者;神志、意识清晰,可较好配合治疗及干预者;患者及其家属签署知情同意书。

1.3 排除标准

研究资料不全者;合并心、肝、肾、肺等重要脏器

功能障碍者;既往有消化道出血、心脑血管疾病史者;合并其他恶性肿瘤者;视觉、听觉障碍,沟通困难者;既往有精神病、痴呆病史者。

1.4 方法

2 组均行内镜下胃黏膜剥离手术治疗。术前进行血常规、生化及血型检查,确定患者出、凝血时间正常;通过内镜确定病变位置后染色(美蓝或 0.1%~0.4%靛胭脂染色),采用超声内镜确定病变层次及边界。术中 ESD 治疗:内镜前端置透明帽, Dual 刀于肿块周围标记边缘,黏膜下注射生理盐水+美兰后, Dual 刀切开边缘,并逐步剥离,整块切除病灶,电热活检钳处理创面可见血管,未见明显出血,钛夹封闭创面,标本送检。

对照组采用常规干预。术前进行手术及疾病相关知识宣教,并指导配合手术操作。术中密切关注患者各项指标走势,若有异常趋向及时报告医师。术后常规禁食、禁饮,密切观察 2 d。若患者无呕血、黑便、腹痛等症状出现,可开始进食流质食物,若禁食期间出现异常状况,则相应延长禁食时间,必要时放置胃管进行减压。干预时间为 1 周。

观察组在对照组基础上采用治疗性支持干预。参与研究者均经过专业培训,并通过考核。医护人员根据患者文化程度、人际角色、心理状态等进行评估,挖掘导致其出现不确定感的原因,以此为基准,建立术前、术中、术后一体化的治疗性支持干预方案。具体如下。①术前干预:主要目的在于减轻患者心理应激,提高 ESD 治疗依从性。医护人员向患者及其家属讲解 ESD 的治疗优势及意义,详细解释围手术期治疗配合要点,如术中吞咽、深呼吸、体位配合等,若条件允许可以用视频方式向患者展示。从患者入院至术前 1 天,每日反复进行宣教,约 25 min/次,1 次/d。②术中干预:主要目的在于增强患者自我效能,提高术中配合度。协助患者取左侧卧位,固定软垫,嘱其放松全身肌肉,细心体会肌肉在收缩和放松时 2 种不同的状态。另外协助其佩戴耳机,视听图文式音乐,以分散注意力,达到放松目的。插入内镜时指导患者做吞咽动作,并伴随音乐节奏深呼吸,最大限度下沉横膈肌,扩张胸腔,提高动脉血氧水平。③术后干预:主要目的在于减少术后并发症,促进早日康复。ESD 术后持续心电监护 3 d,严密观察并记录患者生命体征数值。在根据其主诉不适遵医嘱对症治疗的基础上,辅以穴位按摩,如足三里(犊鼻下 3 寸)、内关(腕横纹肌上 2 寸)、中脘(当脐中上 4 寸)、关元(当脐中下 3 寸)等。在患者肩、腕、髌导尿管突出部位下垫 1 个软垫,每隔 3 h 用拇指指腹画圈式按摩,约 20 min/次。

1.5 观察指标

1.5.1 疼痛程度 采用视觉模拟评分法(VAS)^[5],于术后第1~3天分别评估2组疼痛程度,医护人员使用统一引导语,嘱患者在0~10中选取1个能表示自己疼痛程度的数值,数值越大表示疼痛程度越高。统计2组数据,分别计算均值,进行比较分析。

1.5.2 治疗依从性 采用我院自制的治疗依从性量表进行评估。完全依从:患者完全配合医护人员的各项操作,无抗拒情绪;部分依从:患者基本配合操作,偶有抗拒情绪,但经劝说后能极力配合;不依从:患者时常抗拒医疗操作,且有抗拒行为,已影响治疗。治疗依从性=完全依从+部分依从。量表Cronbach's $\alpha=0.879$, CVI=0.884,具有良好信、效度。

1.5.3 并发症发生率 医护人员观察并统计2组干预期间出现腹痛、出血、穿孔患者例数,分别计算总发生率,进行比较分析。

1.5.4 恢复情况 医护人员观察并记录2组胃肠减压时间、腹胀缓解时间、住院时间,计算各项均值,

进行比较分析。

1.6 统计学处理

采用SPSS 16.0进行统计学分析,2组疼痛程度、恢复情况均用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验,2组治疗依从性、并发症发生率均用例(%)表示,行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组术后疼痛程度比较

观察组术后第1~3天疼痛程度均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 2组治疗依从性比较

观察组治疗依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 2组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

2.4 2组恢复情况比较

观察组胃肠减压时间、腹胀缓解时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表1 2组术后疼痛程度比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	术后第1天	术后第2天	术后第3天
对照组	61	3.89 $\pm$ 0.64	2.78 $\pm$ 0.42	1.14 $\pm$ 0.37
观察组	61	2.54 $\pm$ 0.59 ¹⁾	1.76 $\pm$ 0.53 ¹⁾	0.75 $\pm$ 0.41 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表2 2组治疗依从性比较

例(%)

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
对照组	61	21(34.43)	26(42.63)	14(22.95)	47(77.05)
观察组	61	36(59.02)	24(39.34)	1(1.64)	60(98.36) ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表3 2组并发症发生率比较

例(%)

组别	例数	腹痛	出血	穿孔	总并发症
对照组	61	4(6.56)	2(3.28)	5(8.20)	11(18.03)
观察组	61	1(1.64)	0(0.00)	2(3.28)	3(4.92) ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表4 2组恢复情况比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	胃肠减压时间/h	腹胀缓解时间/h	住院时间/d
对照组	61	27.42 $\pm$ 1.58	11.35 $\pm$ 1.63	11.25 $\pm$ 2.16
观察组	61	24.05 $\pm$ 1.46 ¹⁾	7.42 $\pm$ 1.52 ¹⁾	8.63 $\pm$ 1.37 ¹⁾

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 治疗性支持干预可有效减轻内镜下胃黏膜剥离术患者疼痛程度

术后疼痛往往不可避免,因此,缓解患者疼痛感一直是临床工作的重点之一^[6]。在本次研究中,观察组术后第 1~3 天疼痛程度均低于对照组($P < 0.05$)。说明治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者可有效减轻其疼痛程度。在这种干预模式下,通过减轻患者术前心理应激,并讲解围手术期配合要点,能在一定程度上提高患者的依从性,因此能减少因其不配合操作而导致的一些额外疼痛^[7]。另外,术中嘱患者进行全身肌肉放松训练以及进行音乐诱导注意力,均能极大程度上避免患者集中感受生理疼痛,可从其主观上减轻疼痛感^[8]。最后在术后干预中,充分运用中医穴位按摩疗法,从而达到生理与心理上的双重放松^[9]。因此,观察组术后疼痛程度明显轻于对照组。

3.2 治疗性支持干预可有效提高内镜下胃黏膜剥离术患者治疗依从性

在本次研究中,观察组治疗依从性高于对照组($P < 0.05$)。说明治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者可有效提高其治疗依从性。患者对医疗操作的不依从往往来自于其对治疗措施的怀疑,而 ESD 确是一种新型术式,难免会引起患者不确定感^[10]。针对此,观察组在术前进行集中型健康宣教,强调 ESD 的治疗优势及意义,因此能极大提高患者对手术的认知,对治疗抱有信心^[11-12]。另外,采用视频指导的方式能提供患者更加专业的感觉,均利于提高其对医护人员的信任,从而积极接受各项医疗措施^[13]。

3.3 治疗性支持干预可有效改善内镜下胃黏膜剥离术患者预后情况

在本次研究中,观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。说明治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者可有效减少其术后并发症。分析后,发现原因可能是观察组通过这种干预方式能极大提高患者治疗依从性,因此能极大提高其遵医行为,这对减少术后并发症有积极意义^[14-15]。研究同时发现,观察组胃肠减压时间、腹胀缓解时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$)。进一步说明治疗性支持干预可有效促进内镜下胃黏膜剥离术患者术后康复,具有一定应用价值^[16]。

综上所述,治疗性支持干预应用于内镜下胃黏膜剥离术患者可有效减轻其疼痛程度,提高治疗依从性,并促进恢复,值得临床推广。

参考文献

- [1] 杨宏昌,付成锋,彭铁立. 内镜黏膜下剥离术后胃人工溃疡的药物治理进展[J]. 中国实用医刊,2018,45(16):125-128.
- [2] 戎龙,蔡云龙,年卫东,等. 国内单中心早期胃癌外科切除与内镜黏膜下剥离术疗效比较[J]. 中华胃肠外科杂志,2018,21(2):190-195.
- [3] Ohara Y, Takimoto K, Toyonaga T, et al. Enormous postoperative perforation after endoscopic submucosal dissection for duodenal cancer successfully treated with filling and shielding by polyglycolic acid sheets with fibrin glue and computed tomography-guided abscess puncture[J]. Clin J Gastroenterol, 2017, 10(6):524-529.
- [4] 袁媛,周炳喜,李亚其,等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管和胃早癌及癌前病变的价值以及术后病理差异分析(附 337 例报告)[J]. 中国内镜杂志,2018,24(8):108-112.
- [5] 吴晓宝,占志高. 内镜黏膜下剥离术治疗直肠巨大宽蒂/广基息肉 35 例临床观察[J]. 中外医学研究,2018,16(19):157-159.
- [6] 唐涛,张海兵,李伟平. 内镜黏膜下剥离术联合放疗治疗 11 例侵犯黏膜下层早期食管癌[J]. 肿瘤学杂志,2018,24(5):513-515.
- [7] Yamaguchi N, Isomoto H, Kobayashi S, et al. Oral epithelial cell sheets engraftment for esophageal strictures after endoscopic submucosal dissection of squamous cell carcinoma and airplane transportation[J]. Sci Rep, 2017, 7(1):17460.
- [8] 梁光春,何朝辉,张浩鑫,等. 内镜下套扎术联合内镜黏膜下剥离术治疗胃肠道间质瘤的效果观察[J]. 中国实用医刊,2018,45(5):30-32.
- [9] 徐康,金海林,丁玺,等. 内镜黏膜下剥离术治疗早期结直肠癌的应用价值与安全性评估[J]. 中国内镜杂志,2018,24(5):17-22.
- [10] 於亮亮,吴加国,刘启芳,等. 胃黏膜低级别上皮内瘤变内镜黏膜下剥离术后病理出现升级的危险因素[J]. 中华消化杂志,2017,37(9):598-601.
- [11] Kabashima A, Kimura K, Sanefuji K, et al. Completely Responsive Multiple Liver Recurrence of Colon Cancer Treated Using Chemotherapy with Oral S-1 and Oxaliplatin Plus Bevacizumab: A Case Report[J]. Fukuoka Igaku Zasshi, 2017, 108(1):8-13.
- [12] 梁丽,于妍斐,张继新,等. 113 例早期结直肠癌及癌前病变内镜黏膜下剥离术标本处理及病理学评估[J]. 中华消化内镜杂志,2018,35(7):470-476.
- [13] 杨敏,张敏,周勤. 内镜黏膜下剥离术中穿孔患者应用二氧化碳注气的护理[J]. 护理学杂志,2015,30(5):32-34.

综上所述,奥美拉唑配合内镜下 APC 治疗 BE 可取得显著的临床疗效,相对于单用奥美拉唑,联合内镜下 APC 治疗后能有效消除 BE 患者病灶黏膜组织,进一步下调 BE 黏膜中 p53 蛋白表达,缓解反酸、烧心等临床症状。

参考文献

- [1] 徐立宇,钦丹萍. 134 例 Barrett 食管的内镜特点[J]. 中国中西医结合消化杂志,2019,27(3):208—210.
- [2] Urbanska AM, Ponnazhagan S, Mozafari M. Pathology, Chemoprevention, and Preclinical Models for Target Validation in Barrett Esophagus[J]. Cancer Res, 2018,78(14):3747—3754.
- [3] Westerveld D, Khullar V, Mramba L, et al. Adherence to quality indicators and surveillance guidelines in the management of Barrett's esophagus: a retrospective analysis[J]. Endosc Int Open, 2018,6(3):E300—E307.
- [4] Committee SOP, Wani S, Qumseya B, et al. Endoscopic eradication therapy for patients with Barrett's esophagus-associated dysplasia and intramucosal cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2018,87(4):907—931.
- [5] 国家消化系统疾病临床医学研究中心,中华医学会消化内镜学分会,中国医师协会消化医师分会. 中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识(2017 万宁)[J]. 中国实用内科杂志,2017,37(9):798—809.
- [6] 于皆平,沈志祥,罗和生. 实用消化病学[M]. 北京:科学出版社,2007:306.
- [7] Russo A, Bronte G, Cabibi D, et al. The molecular changes driving the carcinogenesis in Barrett's esophagus: which came first, the chicken or the egg? [J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2013,86(3):278—289.
- [8] 刘庭玉,党旖旎,庄雅,等. 消化道微生态与胃食管反流病、Barrett 食管与食管腺癌的关系研究现状[J]. 中华消化杂志,2016,36(3):211—213.
- [9] 陈霞,朱良如,侯晓华. 中国人 Barrett 食管临床特点分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2008,17(2):102—105.
- [10] Sami SS, Iyer PG. Recent Advances in Screening for Barrett's Esophagus[J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2018,16(1):1—14.
- [11] Gashi Z, Bahtiri E, Gashi A, et al. Proton Pump Inhibitors Diminish Barrett's Esophagus Length: Our Experience[J]. Open Access Maced J Med Sci, 2018,6(6):1041—1045.
- [12] 卢娟,刘爱华,赵成波. 内镜下氩离子凝固术联合质子泵抑制剂治疗 Barrett 食管的近远期疗效分析[J]. 实用临床医药杂志,2016,20(1):81—82.
- [13] Manner H, Rabenstein T, Pech O, et al. Ablation of residual Barrett's epithelium after endoscopic resection: a randomized long-term follow-up study of argon plasma coagulation vs. surveillance (APE study)[J]. Endoscopy, 2014,46(1):6.
- [14] 卢娟,刘爱华,赵成波. 内镜下氩离子凝固术联合质子泵抑制剂治疗 Barrett 食管的近远期疗效分析[J]. 实用临床医药杂志,2016,20(1):81—82.
- [15] 肖菲菲,张永宏. P53、Bcl-2 在正常食管黏膜、Barrett 食管及食管腺癌中的表达及临床意义[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(7):538—540.
- [16] Krothapalli M, Kini JR, Kini H, et al. Evaluation of p53 protein expression in Barrett esophagus[J]. Indian J Pathol Micr, 2018,61(2):170.
- [14] Yamaguchi D, Yamaguchi N, Takeuchi Y, et al. Comparison of sedation between the endoscopy room and operation room during endoscopic submucosal dissection for neoplasms in the upper gastrointestinal tract [J]. BMC Gastroenterol, 2017,17(1):127.
- [15] 何小建,李达周,刘建强,等. 局部注射曲安奈德与口服甲泼尼龙预防食管早期癌内镜黏膜下剥离术后食管狭窄的疗效观察[J]. 中华消化杂志,2017,37(4):227—231.
- [16] 刘东碧,杨雁,于双. 内镜黏膜剥离术对早期胃癌患者血清胃蛋白酶原水平及预后的影响[J]. 国际消化病杂志,2018,38(3):213—216.

(上接第 586 页)