



# 体位护理对胃内镜下黏膜剥离术后患者康复的影响

吴未夷

(无锡市人民医院 消化科, 江苏 无锡 214000)

**摘要:** [目的] 探讨体位护理对胃内镜黏膜下剥离术后康复效果的影响。方法 80 例研究对象均为 2019 年 3 月—2021 年 3 月期间在本院行胃内镜黏膜下剥离术治疗的患者, 并以等量电脑随机法均分成 AB 两组。两组均进行术后常规护理干预, B 组添加体位护理干预, 并对比两组干预效果。[结果] B 组术后拔管时间、住院时间及并发症发生率均低于 A 组, 术后 30d 溃疡面积少于 A 组, 术后舒适度及护理满意度均高于 A 组, 对比存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )。[结论] 对行胃内镜黏膜下剥离术治疗的患者术后展开体位护理, 可减少术后并发症及不适感的发生, 并对术后康复速度及护理认可度的提升有着积极的意义, 值得被推广应用。

**关键词:** 体位护理; 胃内镜黏膜下剥离术; 舒适度; 溃疡面积; 康复; 并发症

内镜下黏膜剥离术 (ESD) 是指内镜下将病变黏膜从黏膜下层完整剥离的微创技术, 主要用于治疗消化道癌前病变或早期肿瘤。该手术的操作相对比较复杂, 但是疗效较高, 既可对疾病起到治疗的作用, 同时又可保留器官, 进而对患者预后质量的提升有着积极的意义<sup>[1]</sup>。但是胃内镜黏膜下剥离术会破坏黏膜肌层, 从而导致术后“人工溃疡”现象的形成, 并且其恢复时间较长, 会导致患者并发多种术后并发症, 并影响其术后舒适度, 造成康复速度的下降, 加重医疗费用支出, 不利于和谐护患关系的养成<sup>[2]</sup>。因此, 如何缩短 ESD 术后患者康复时间成为当前需要解决的问题。本次纳入研究行胃内镜黏膜下剥离术治疗的患者 80 例, 并于 2019 年 3 月—2021 年 3 月开展医学研究, 着重分析体位护理的应用效果。现将详细内容进行如下报告:

## 1. 资料和方法

### 1.1 一般资料

经院内伦理委员会批准, 80 例研究对象均为 2019 年 3 月—2021 年 3 月期间在本院行胃内镜黏膜下剥离术治疗的患者, 并以等量电脑随机法均分成 AB 两组, 且均签署知情文件。同时排除沟通及精神异常、手术禁忌症、中途退出、合并其他恶性肿瘤及严重器质性病变患者。A 组男女比例 22:18, 年龄均值 ( $51.25 \pm 4.49$ ) 岁, 病灶直径均值 ( $2.30 \pm 0.27$ ) cm, 病变位置: 胃底 17 例、胃窦黏膜及黏膜下 14 例、胃体 9 例。B 组男女比例 23:17, 年龄均值 ( $51.44 \pm 4.56$ ) 岁, 病灶直径均值 ( $2.32 \pm 0.30$ ) cm, 病变位置: 胃底 18 例、胃窦黏膜及黏膜下 14 例、胃体 8 例。对比患者资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 护理方法

两组患者在术后均展开临床常规护理干预, 具体内容包括: (1) 术后 24h 内要求患者绝对卧床; (2) 健康教育, 将术后并发症的危害、预防、处理等知识进行宣教, 以提升患者认知, 增加护理依从性; (3) 心理疏导, 通过沟通、安抚、鼓励、优质病例档案分享等方式, 来帮助患者稳定心理状态, 使其以良好的心态及面对术后护理工作; (3) 饮食护理, 根据医生建议合理地给予患者饮食指导, 并逐渐地从流质食物改变为半流质, 以确保患者术后营养摄取, 加快康复速度; (4) 并发症预防, 护理服务期间需要全程无菌操作, 并确保室内卫生; 帮助患者进行叩背排痰, 必要时可进行雾化支持, 同时注重口腔卫生, 以减少术后感染事件的发生。

B 组患者在临床常规护理基础上, 添加体位护理干预, 具体内容包括: (1) 麻醉苏醒前, 使患者保持平卧位并将头偏向一侧, 以减少误吸与窒息的发生; (2) 苏醒后保持平卧位, 并待其生命体征稳定后将床头抬高  $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ , 使其成斜坡位接受术后护理; (3) 术后每隔 2h 对其进行一次体位变化, 并进行四肢被动运动, 以预防压疮及下肢深静脉血栓的形成; (4) 术后 1d 根据患者手术部位进行良肢位摆放, 上消化道手术者进行以半卧位, 结肠部位手术者以侧卧位 (卧向与手术部位相反, 并用垫枕支撑其腰背部), 直肠手术者无特殊体位要求; (5) 进食及睡眠时, 需将床头抬高, 以斜坡位进行饮食与睡眠, 避免胃食管反流的发生; (6) 根据患者术后恢复情况指导患者逐渐从卧位变为坐位, 直至其能站立行走。

### 1.3 指标观察

将两组患者以下指标进行观察对比<sup>[3]</sup>: (1) 术后拔管时间; (2) 住院时间; (3) 术后 30d 溃疡面积; (4) 术后并发症发生种类及例数; (5) 护理满意度, 以 NSNS 量表 (满分制) 评估, 结果与分数成正比; (6) 舒适度, 以 GCQ 量表 (满分制) 评估, 舒适  $\geq 80$  分、较为舒适  $60 \sim 80$  分、不舒适  $< 60$  分; (舒适 + 较为舒适)  $\div 40 \times 100 =$  总体舒适度。

### 1.4 统计学分析

SPSS 20.0 处理数据, ( $\bar{X} \pm s$ ) 与 (%) 表示计量与计数资料,  $t$  值与  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 对比两组术后拔管及住院时间

B 组术后拔管及住院时间均短于 A 组, 对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 1:

表 1 对比两组术后拔管及住院时间 ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	例数	术后拔管时间 (d)	住院时间 (d)
A 组	40	$5.32 \pm 1.34$	$12.84 \pm 1.97$
B 组	40	$4.21 \pm 1.07$	$8.38 \pm 1.51$
t		4.094	11.364
P		0.000	0.000

### 2.2 对比术后 30d 溃疡面积

术后当天两组溃疡面积大小无差异 ( $P > 0.05$ ), 术后 30d, B 组溃疡面积少于 A 组, 对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 2:



表 2 对比术后溃疡面积恢复效果 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后当天 (mm <sup>2</sup> )	术后 30d (mm <sup>2</sup> )
A 组	40	1430.32 ± 421.34	100.84 ± 21.65
B 组	40	1459.20 ± 428.07	66.38 ± 15.30
t		0.304	8.221
P		0.762	0.000

### 2.3 对比两组术后并发症 (包括迟发性) 发生率

B 组术后并发症发生率低于 A 组, 对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 3:

表 3 对比两组术后并发症发生率 [n (%)]

组别	例数	腹痛	出血	穿孔	深静脉血栓	总发生率
A 组	40	5	1	1	1	8 (20.00)
B 组	40	2	0	0	0	2 (5.00)
$\chi^2$						4.114
P						0.043

### 2.4 对比两组术后舒适度及护理满意度评分

B 组术后舒适度及护理满意度评分均高于 A 组, 对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 4:

表 4 对比两组术后舒适度及护理满意度评分 [n (%)] ,

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后舒适度 (%)				护理满意度评分 (分)
		舒适	较为舒适	不舒适	总体舒适度	
A 组	40	14	16	10	30 (75.00)	82.84 ± 5.37
B 组	40	20	17	3	37 (92.50)	91.38 ± 6.91
$\chi^2/t$					4.501	6.172
P					0.034	0.000

## 3. 讨论

消化道肿瘤分类较多, 且症状表现均不相同, 主要包括食管癌、胃癌、肠癌、肝癌、胰腺癌等。这些癌早期可没有明显症状, 晚期食管癌出现咽东西困难、食管胸骨后有烧灼感。胃癌出现反酸、烧心、呕吐、呕血、贫血、黑便、消瘦等症状。肝癌出现下腹胀痛、腹水、浑身皮肤发黄、巩膜发黄、消化不良、味觉改变、双下肢水肿以及凝血改变等<sup>[4]</sup>。肠癌出现大便不正常、腹泻、便秘、稀便、血, 还有腹部包块。并且随着疾病的进一步发展, 患者的体重会逐渐下降, 最终导致人体水电解质失衡, 脏器功能逐渐衰竭并死亡。而及时针对消化道肿瘤性病变或早期癌展开手术治疗, 则可以控制疾病进展, 并改善最终预后质量。

随着医疗技术的进步与发展, 以及众多学者对消化道肿瘤性病变或早期癌研究的进步一深入, 胃内镜黏膜下剥离术被逐渐应用到以上疾病的治疗中。其属于微创手术, 是通过内镜用微创方法剥离病变黏膜, 通过注射液体在黏膜下层, 分离黏膜下层和肌层, 即在黏膜下层形成水垫, 进行分离黏膜层和肌层, 然后在内镜下用专门的刀切除病变黏膜层<sup>[5]</sup>。而消化道肿瘤性病变或早期与其他它癌存在一定差异, 其是从炎症开始然后逐渐出现肠化生, 变成腺瘤, 由低级别瘤变到高级别瘤变, 再才变成浸润癌, 因此其发生发展过程是从量变到质变的过程。而内镜下黏膜剥离术的治疗时期, 就是在发生浸润癌之前, 其仅需要把有癌变的肠黏膜切除, 就可达到治疗目的。以大肠癌为例, 当大肠的癌症处于黏膜层的时候, 包括有黏膜下侵犯, 但是侵犯的比较浅, 属于黏膜下浅层侵犯, 可采用内镜黏膜下剥离术进行治疗, 对于食道和胃而言也是如此<sup>[6]</sup>。并且该手术对患者的损伤比较小, 可最大程度保持器官的完整性和器官功能。

尽管胃内镜黏膜下剥离术的临床疗效较好, 但是其却会

对患者的黏膜及有肌层造成“人工溃疡”从而导致术后易出现相关并发症, 并造成康复时间的延长<sup>[7]</sup>。而有部分研究指出将体位护理应用到胃内镜黏膜下剥离术后, 可减少“人工溃疡”与低 pH 值环境接触的时间, 从而加快溃疡愈合, 并减少相关并发症, 对患者的康复速度可起到促进的作用。因此, 本次就体位护理应用到胃内镜黏膜下剥离术后的应用效果展开研究, 结果显示: 在体位护理干预下的 B 组患者其术后 30d 溃疡面积为 (66.38 ± 15.30) mm<sup>2</sup> 少于展开常规临床护理干预 A 组的 (100.84 ± 21.65) mm<sup>2</sup>, 且对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明体位护理可加快术后溃疡面的愈合速度。而在术后拔管及住院时间对比上 B 组分别为 (4.21 ± 1.07) d 与 (8.38 ± 1.51) d, 均短于 A 组的 (5.32 ± 1.34) d 与 (12.84 ± 1.97) d, 对比有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明体位护理结合常规护理, 可加快术后康复, 从而缩短住院时间, 减少医疗费用的支出, 有利于和谐护患关系的建立。而在术后并发症发生率对比上 B 组为 5.00% 低于 A 组的 20.00%, 术后舒适度对比 B 组 92.50% 高于 A 组的 75.00%, 护理满意度评分对比 B 组 (91.38 ± 6.91) 分高于 A 组的 (82.84 ± 5.37) 分, 以上指标对比均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。也进一步证实了在体位护理的应用下, 减少了“人工溃疡”与低 pH 值环境接触的时间, 对降低相关并发症的发生可起到积极的意义, 同时亦可提升患者术后舒适度, 使其更加认可护理服务, 不仅有利于患者预后质量的提升, 同时亦可为医院的稳定发展奠定良好的护患基础。而本次研究结果与柳欣瑶, 靳蕾, 刘凤彩<sup>[8]</sup>的研究结论相符, 说明体位护理对行胃内镜黏膜下剥离术治疗的患者来说意义重大。

综上所述, 将体位护理应用到胃内镜黏膜下剥离术后患者的护理中, 可减少并发症发生, 并加快患者康复速度及提升术后舒适度, 有利于患者对护理服务认可度的提升, 值得被广泛应用与推广到临床。

## 参考文献

- [1] 李伟, 张茜. 早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术后心理焦虑的影响因素及其护理对策 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (11): 98-100.
- [2] 杨丽, 苏德望, 朱艳丽, 等. 内镜黏膜下剥离术对胃肠道间质瘤患者细胞免疫功能及胃肠激素的影响 [J]. 广东医学, 2019, 40 (2): 242-245.
- [3] 康玉环. 个体化综合护理在早期胃癌内镜黏膜下剥离术患者中的应用分析 [J]. 智慧健康, 2020, 6 (12): 196-197.
- [4] 赵文彩, 王蕊梅, 张香丽. 促进术后恢复理念对经尿道内镜黏膜下膀胱肿瘤海博刀剥离术患者术后康复的影响 [J]. 现代肿瘤医学, 2019, v.27;No.271 (13): 105-108.
- [5] 徐燕玲, 江华, 王晓艳, 等. 针对性体位管理对内镜下黏膜剥离术患者的效果观察 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2019, 26 (3): 115-117.
- [6] 何小曼, 李君, 杨艳, 等. 影响早期胃癌患者内镜下黏膜剥离术后生存的多因素 Cox 回归分析 [J]. 实用癌症杂志, 2020, v.35;No.219 (6): 126-129.
- [7] 徐燕玲, 江华, 王晓艳, 等. 针对性体位管理对内镜下黏膜剥离术患者的效果观察 [J]. 当代护士: 学术版, 2019, 26 (3): 115-117.
- [8] 柳欣瑶, 靳蕾, 刘凤彩. 体位护理对胃内镜黏膜下剥离术后患者康复的影响 [J]. 健康必读, 2020, (4): 210-211.