

消化道早癌 ESD 术后预防出血的护理干预措施分析

许燕 陶静^{通讯作者}

(泰安八十八医院消化科 山东泰安 271000)

摘要:目的: 消化道早癌 ESD 术后预防出血的护理干预措施分析。方法: 本次研究从本院 2022 年 11 月-2023 年 9 月收入的消化道早癌患者中随机抽取 84 例, 按照随机数表法将其分为了对照组和观察组两组。对照组接受常规护理, 观察组接受预见性护理, 对比患者护理结果。结果: 对比综合护理满意率: 对照组综合满意率 80.95%, 观察组 95.24%。对比不良反应: 对照组不良反应发生率 19.05%, 观察组 4.76%。对比患者临床指标: 经过护理后观察组的体征指标结果更好且出院时的 SF-36 指标结果更为理想; 以上指标对比: 观察组结果优于对照组, 对比 ($p < 0.05$), 有统计学意义。结论: 预见性护理措施可以有效预防消化道早癌 ESD 术后出血问题, 患者的术后不良反应发生率较低, 患者的术后综合护理满意率较高, 出院时体征指标结果更好, 可推广。

关键词:消化道早癌 ESD; 术后预防出血; 护理干预

消化道早癌是常见的恶性肿瘤疾病, 发病为因癌细胞浸润黏膜、黏膜下层诱发癌变, 疾病种类有早期胃癌、早期大肠癌等, 对患者进行临床诊断, 对于符合手术指征的患者予以及时手术, 是预防癌细胞转移、癌病恶化的关键^[1]。因为消化道早癌 ESD 手术对机体有一定的刺激, 虽然属于微创手术, 但是患者依旧需要接受针对性的护理干预, 预防出现术后不良反应如出血、穿孔等^[2]。为了减少患者的病症刺激, 临床医护人员需要做好病症分析, 了解患者的出血倾向并予以出血护理。现针对收入的患者予以术后预防出血护理研究, 内容如下:

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从本院 2022 年 11 月-2023 年 9 月收入的消化道早癌患者中随机抽取 84 例, 年龄为 43 岁-64 岁, 平均年龄为 (54.14 ± 1.29) 岁, 按照随机数表法将其分为了对照组和观察组两组。对照组 42 例, 男性 23 例, 女性 19 例。观察组 42 例, 男性 25 例, 女性 17 例。两组基本资料无差异, ($p > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 医护人员监测患者的体征情况, 按照手术的流程, 科室的工作要求开展护理工作。

观察组接受预见性护理, 主要针对患者的手术, 体征等制定个体化的出血防护计划, 主要如下: (1) 做好术中防护管理, 做好手术室管理, 若出现穿孔需要夹闭裂孔, 穿孔较大需要及时予以修补急救。手术期间监测患者的体征并做好输血急救准备。(2) 做好术后出血预防管理, ESD 术后出血多发生在手术 24h 内, 患者进入病房后需要卧床休养且不可用力咳嗽或者是排便, 预防出血。此外需要对患者予以及时地药物干预, 例如使用止血药物、抗生素等。监测患者的生命体征, 做好急救处理。(3) 做好饮食管理, 患者术后 3d 禁止进食且需要进行静脉补液, 术后 3d 患者若无不良反应就可以进食流质食物, 坚持少食多餐, 同时避免进食刺激性大的食物。与此同时患者术后 1 月不可以提重物, 也不可以爬楼梯, 不可以剧烈运动, 预防出现术后出血。(4) 若患者有出血表现, 医护人员需要记录患者的出血量、出血速度, 并针对患者的近期生命体征情况及时使用药物止血治疗, 但是需要联合患者的近期用药情况予以分析, 预防出现用药不良反应。若出血量较大, 需要针对患者的出血量为患者进行输血急救干预。

1.3 观察指标

对比患者临床综合护理满意率, 综合护理满意率 = [(十分满意 + 基本满意) / 小组例数] × 100.00%; 对比患者经过护理后的不良反应发生 (出血、压疮、感染、休克) 率; 对比患者经过 RR、HR、PaO₂、PaCO₂ 体征指标改善情况; 对比患者经过护理前后的 SF-36 指标改善情况^[3-5]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件, 计数资料为 [n (%)], 予以 X² 检验; 计量资料为 ($\bar{x} \pm s$), 予以 t 检验。p < 0.05 提示统计学意义成立。

2. 结果

2.1 两组消化道早癌患者基本信息对比见表 1

表 1 两组消化道早癌患者基本信息对比[n (%)]

指标	对照组	观察组	X ²	p	
年龄	≥60 岁	26 (61.90)	28 (66.67)	0.2074	0.6488
	<60 岁	16 (38.10)	14 (33.33)	0.2074	0.6488
	1 月以内	12 (28.57)	15 (35.71)	0.4912	0.4834
病程	1-3 月	19 (45.24)	18 (42.86)	0.0483	0.8260
	大于 3 月	11 (26.19)	9 (21.43)	0.2625	0.6084
	呃酸	23 (54.76)	24 (57.14)	0.0483	0.8260
伴随症状	浮肿	25 (59.52)	26 (61.90)	0.0499	0.8232
	疼痛	24 (57.14)	27 (64.29)	0.4492	0.5027
	恶心	26 (61.90)	22 (52.38)	0.7778	0.3778
其他	其他	2 (4.76)	4 (9.52)	0.7179	0.3968
	<18Kg/m ²	16 (38.10)	18 (42.86)	0.1976	0.6566
	18-24Kg/m ²	18 (42.86)	17 (40.48)	0.0490	0.8248
BMI	>24Kg/m ²	8 (19.05)	7 (16.67)	0.0812	0.7757
	家族遗传癌	有	15 (35.71)	14 (33.33)	0.0527
病史	无	27 (64.29)	28 (66.67)	0.0527	0.8185

2.2 两组消化道早癌患者综合护理满意率对比见表 2

表 2 两组消化道早癌患者综合护理满意率对比[n (%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
对照组	42	16 (38.10)	18 (42.86)	8 (19.05)	34 (80.95)
观察组	42	31 (73.81)	9 (21.43)	2 (4.76)	40 (95.24)

X ²	-	10.8683	4.4211	4.0865	4.0865
p	-	0.0010	0.0355	0.0432	0.0432

2.3 两组消化道早癌患者不良反应对比见表 3

表 3 两组消化道早癌患者不良反应对比[n (%)]

小组	例数	黑便	呕血	穿孔	腹痛	其他	不良反应
对照组	42	3 (7.14)	1 (2.38)	2 (4.76)	1 (2.38)	1 (2.38)	8 (19.05)
观察组	42	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.76)
X ²	-	1.0500	1.0120	0.3457	1.0120	1.0120	4.0865
p	-	0.3055	0.3144	0.5566	0.3144	0.3144	0.0432

2.4 两组消化道早癌患者体征指标对比见表 4

表 4 两组消化道早癌患者体征指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	RR (次/min)		HR (次/分)		PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)	
		手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后
对照组	42	15.78 ± 1.69	13.83 ± 1.22	82.77 ± 8.47	76.84 ± 6.65	87.04 ± 8.65	77.09 ± 7.18	41.39 ± 4.09	54.33 ± 5.41
观察组	42	15.87 ± 1.73	14.42 ± 1.28	83.41 ± 8.23	81.50 ± 6.51	86.79 ± 9.30	84.56 ± 7.19	41.81 ± 4.00	51.45 ± 4.81
t	-	0.2412	2.1624	0.3512	3.2452	0.1276	4.7643	0.4758	2.5783
p	-	0.8100	0.0335	0.7263	0.0017	0.8988	0.0001	0.6355	0.0117

2.5 两组消化道早癌患者 SF-36 指标对比见表 5

表 5 两组消化道早癌患者 SF-36 指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	SAS (分)		SDS (分)		VAS (分)		GCQ (分)	
		入院时	出院时	入院时	出院时	入院时	出院时	入院时	出院时
对照组	42	64.35 ± 7.00	44.52 ± 3.46	64.20 ± 6.76	44.45 ± 4.28	7.89 ± 0.81	3.95 ± 0.37	76.83 ± 8.55	80.84 ± 7.62
观察组	42	64.91 ± 6.78	41.95 ± 3.90	64.46 ± 6.05	42.10 ± 3.63	7.97 ± 0.73	3.63 ± 0.34	77.53 ± 8.13	84.48 ± 8.06
t	-	0.3724	3.1946	0.1857	2.7137	0.4755	4.1271	0.3845	2.1268
p	-	0.7106	0.0020	0.8531	0.0081	0.6357	0.0001	0.7016	0.0364

3.讨论

现如今我国的医学技术发展迅速,国内针对胃肠道疾病的研究也越来越深入。消化道早癌是临床常见的一种癌症,早期诊断后接受及时的手术可以预防癌细胞的进一步扩散,也能够阻断组织的进一步病损,对患者生命时间延长有积极意义^[6]。为了减少患者的临床病症刺激,医护人员需要记录患者的体征情况,针对患者的实际病症需求对其提供理想的医护指导服务,可减少患者的病症刺激,让患者顺利度过救治阶段,逆转疾病,战胜癌症^[7]。

因为消化道早癌 ESD 手术特殊,虽然属于微创手术,但是病灶位置和患者的生理代谢之间有紧密联系,术后容易出现出血,反而加重患者术后不良反应,延误治疗。对此临床建议患者接受科学有效的护理指导,通过预见性分析患者的体征情况,对其提供术中防护,术后医护管理,进而将术后的出血风险降到最低。对比传统的护理方式,预见性护理措施考虑到了患者的个体生理状态和生理需求,在护理管理期间,医生认真完成手术的器械操作,安全防护,止血管理等工作^[8];术后也针对患者的体征情况做好术后的病症分析和并发症防护,整体的护理效果较为理想^[9]。本文针对收入的患者予以护理研究,结果表明患者接受预见性护理干预后术后不良反应发生率较低,术后出血问题较少,综合护理满意率显著高于常规护理对象,值得推广。

参考文献:

[1]黄友生.消化道早癌及癌前病变诊断中色素内镜结合窄带成像技术的应用研究[J].智慧健康,2023,9(16):62-65+70.

[2]范莉.内镜下 ESD 术治疗消化道早癌预防术后出血的护理干预价值探讨[J].基层医学论坛,2021,25(21):3087-3088.

[3]Pimenta S,Castanheira S M E,Minas G. Optical Microsystem for Analysis of Diffuse Reflectance and Fluorescence Signals Applied to Early Gastrointestinal Cancer Detection[J]. Sensors,2015,16(19):82-84.

[4]古开祝.内镜下 ESD 术治疗消化道早癌预防术后出血的护理干预效果观察[J].名医,2020,(08):266+268.

[5]刘盼.内镜下 ESD 术治疗消化道早癌预防术后出血的护理干预效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(44):25.

[6]李梦颖,齐健.治疗消化道早癌 EMR 与 ESD 两种术式的并发症及处理[J].医学新知杂志,2019,29(05):473-476.

[7]李志鹏,李运花,张明华.ESD 治疗消化道早癌的疗效及对生存质量的影响[J].中国城乡企业卫生,2019,34(10):19-21.

[8]王梅.内镜下 ESD 术治疗消化道早癌预防术后出血的护理干预措施[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(68):156.

[9]杨孝亲,邓娟,张庆.综合护理干预应用于内镜下 ESD 术治疗消化道早癌预防术后出血的效果[J].首都食品与医药,2019,26(06):90.