

- 1350.
- [3] Rager JE, Moeller BC, Miller SK, et al. Formaldehyde-associated changes in microRNAs; tissue and temporal specificity in the rat nose, white blood cells, and bone marrow[J]. *Toxicol Sci*, 2014, 138(1):36-46.
- [4] Rosales-Pérez S, Cano-Valdez AM, Flores-Balcázar CH, et al. Expression of Epstein-Barr virus-encoded latent membrane protein (LMP-1), p16 and p53 proteins in nonendemic nasopharyngeal carcinoma (NPC): a clinicopathological study[J]. *Arch Med Res*, 2014, 45(3):229-236.
- [5] 陈佩娟, 刘美, 何莲, 等. 鼻咽癌患者放疗后自我管理效能感水平现状及其相关因素分析[J]. *广东医学*, 2016, 37(16):2473-2476.
- [6] Poon RY. DNA damage checkpoints in nasopharyngeal carcinoma[J]. *Oral Oncol*, 2014, 50(5):339-344.
- [7] 裴义, 邢桂红. 食管癌放疗患者自我管理效能感现状与相关性研究[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2014, 35(18):2771-2772.
- [8] 刘雪梅, 白赫, 时玥, 等. 延伸护理对鼻咽癌放疗患者自我管理效能感影响的研究[J]. *吉林医学*, 2017, 38(8):1584-1585.
- [9] 袁小英, 吴军, 李秋龙, 等. 临床路径在鼻咽癌放疗患者健康教育中的应用效果[J]. *中华现代护理杂志*, 2013, 19(15):1789-1792.
- [10] Grywalska E, Markowicz J, Grabarczyk P, et al. Epstein-Barr virus-associated lymphoproliferative disorders[J]. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*, 2013, 67:481-490.
- [11] 韦榕飒, 潘冬梅, 卢佳美, 等. 个体化护理干预对鼻咽癌放疗患者生活质量及治疗依从性的影响[J]. *广西医学*, 2014, 36(12):1841-1843.
- [12] Bruce JP, Yip K, Bratman SV, et al. Nasopharyngeal cancer: Molecular landscape[J]. *J Clin Oncol*, 2015, 33(29):3346-3355.
- [13] 杨秋燕, 林月双, 黄春叶. 集束化护理预防鼻咽癌患者放疗后张口困难的效果研究[J]. *蚌埠医学院学报*, 2016, 41(11):1524-1526.
- [14] 李佩叶. 认知干预对鼻咽癌放疗患者的自我管理效能感及不良反应的影响[J]. *护理实践与研究*, 2017, 14(10):84-85.
- [15] 陈子敏, 谢克北, 柏兴华. 延续性护理对鼻咽癌放疗患者鼻咽腔冲洗依从性的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2016, 22(26):3811-3813.

收稿日期:2018-04-27 修回日期:2018-05-18 编辑:王宇

· 护 理 ·

## 改良十二指肠乳头腺瘤内镜下切除术的疗效、安全性与护理干预

杨华, 王倩

南京大学医学院附属鼓楼医院消化科, 江苏 南京 210008

**摘要:** **目的** 探讨改良十二指肠乳头腺瘤内镜切除术疗效、安全性和护理要点。**方法** 选取2013年至2017年32例行改良十二指肠乳头腺瘤内镜切除术患者为研究对象,总结其疗效、安全性及术前、术中和术后护理要点,观察护理满意度情况。**结果** 改良十二指肠乳头腺瘤内镜下切除术后完全切除率为93.8%,整块切除率为87.5%。32例患者中发生穿孔1例,迟发性出血2例,急性轻症胰腺炎2例,近期并发症发生率为15.6%。出血患者以钛夹及氩离子凝固术(APC)止血后未再出血,穿孔患者以钛夹封闭创面后经留置胃管负压吸引、禁食、预防感染、抑酸、营养支持等治疗后好转,2例胰腺炎患者给予禁食、抑酸、抑制胰腺分泌、营养支持治疗后好转。所有患者于2个月后复查内镜示创面愈合良好。护理满意度为93.8%。**结论** 改良十二指肠乳头腺瘤切除术疗效好、并发症少,恰当的术前宣教、精确的术中配合、严密的病情观察与处理能有效保障手术顺利完成。

**关键词:** 内镜下切除术; 内镜下逆行胰胆管造影术; 十二指肠乳头腺瘤; 并发症; 护理满意度

**中图分类号:** R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)12-1725-03

十二指肠乳头腺瘤临床上常表现为上腹痛、腹胀、黄疸等,因腺瘤有恶变的可能,所以需要外科手术切除乳头腺瘤或行胰十二指肠切除术,其创伤大、风险高,且复发率高。随着内镜黏膜切除术和内镜下逆

行胰胆管造影术(ERCP)的发展,通过内镜切除已成为十二指肠乳头腺瘤微创治疗方案之一<sup>[1-4]</sup>,目前改良的内镜切除方法也逐渐应用临床,包括黏膜开窗术、导丝引导的黏膜切开术等<sup>[5-7]</sup>。本院采取一种改

良的内镜切除方法治疗十二指肠乳头腺瘤。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年至 2017 年 32 例十二指肠乳头腺瘤患者为研究对象,男 22 例,女 10 例,年龄 47~78 岁。其中瘤体平均直径为 4.5 mm。所有病变术前经内镜活检证实为腺瘤伴低级别或高级别上皮内瘤变,且超声内镜证实病变未侵犯肌层、胆管、胰管和周围淋巴结。

1.2 手术方法 患者行全身麻醉,取俯卧位,术中采用:Olympus 公司的 JF-260V 十二指肠镜、SD-210U-25 圈套器,ERBE EI200D 高频电发生器,黏膜下注射针,热活检钳,黏膜下注射液:甘油果糖或生理盐水 250 ml + 肾上腺素 2 mg + 亚甲蓝适量(根据医嘱)。步骤<sup>[5]</sup>:(1)病变基底部分进行黏膜下注射后,病变抬举良好。(2)利用圈套器顶端作为支点,将圈套器顶端释放少许,以其顶端抵住腺瘤组织上缘边界后,通以电流进行黏膜开窗术,开窗后将圈套器顶端轻轻插入窗内,再缓慢释放圈套器并圈套整个病变,待完全将病变圈套后,再收紧圈套器,最后通电进行病变切除。如果不能整块切除,可以进行分片切除。(3)切除病变后根据情况行 ERCP 并放置胰胆管支架。(4)切创面如有出血,使用 1:10 000 肾上腺素注射、氩离子凝固术(APC)烧灼及钛夹等方法止血。

### 1.3 护理方法

1.3.1 术前护理 (1)心理护理:术前 1~2 d 根据患者及家属的文化程度和疾病认识水平进行宣教,简要概括手术步骤、效果和安全性,同时介绍本院高年资内镜医师治疗该疾病方面的丰富经验和手术成功的病例,消除患者及家属的紧张恐惧感,增强患者战胜疾病的信心。本组 32 例患者均能以良好的心理状态积极配合治疗和护理。(2)术前准备:协助医生做好患者术前的血尿粪三大常规、生化、凝血功能、血型、输血常规的检查及心电图、超声内镜、腹部 CT 检查;常规签署手术同意书:术前禁食禁水 8~12 h;留置静脉针建立静脉通道;切除前可给予地西洋 10 mg,东莨菪碱 20 mg 肌肉注射或麻醉下进行。取下活动性义齿、金属饰物,更换病员服。

1.3.2 术中护理 注意事项:(1)安置患者于俯卧位,注意头枕、胸垫的使用,同时做好面部压疮的防护,左侧面部口角下垫好大块的吸水软垫。术中要保持持续中流量给氧,保持血氧饱和度在 95% 以上,一旦发现异常及时报告医生处理;(2)黏膜下注射液配制时,亚甲蓝用量根据医师的需求不同而定,一般以

250 ml 生理盐水或甘油果糖加入 0.2~0.3 ml 亚甲蓝为宜,避免色调过深而影响解剖层次的观察。(3)开窗术时需要固定手柄控制圈套器头端长度,以其顶端抵住腺瘤组织上缘边界;然后配合内镜医生缓慢释放圈套器尽量完整圈病变;(4)ERCP 术中重视与医生娴熟配合,同时要严格无菌操作。通常腺瘤切除后胆管胰管开口分离,可以看到胆汁流出,这时候配合医生进行成功插管抽吸胆汁就能证实导丝在胆管内,从而顺利放置支架。少数病例无法判断胆管位置需要造影确认时,护士在确定导丝已插入胆管后才能推注造影剂,而且一定要注意推注速度和压力,开始时慢推,切忌推注太快或用力太猛,在 X 线屏幕上看到胆管显影清楚时立即停止注射<sup>[8-10]</sup>。(5)因手术中涉及的器械较多,护士要注意器械的顺序摆放,以便能迅速根据要求准确递送合适的器械。(6)可以选择不同型号不同种类的钛夹处理创面,在使用钛夹时动作要稳,切忌钛夹在释放过程中坠入腹腔,钛夹释放后小心分离推送器。

1.3.3 术后护理 术后标本予 2% 甲醛溶液浸泡送病理科,患者麻醉完全清醒后方可安返病房,取半卧位休息,禁食、观察有无呕血、黑便、腹痛等情况,保持大便通畅;持续低流量吸氧,监测生命体征;完善术后 3、12、24 h 血淀粉酶和术后 24 h 血常规检查。

1.3.4 饮食护理 术后常规禁食 24 h,如无特殊情况,24 h 后可予温凉流质饮食,3 h 后逐渐过渡至正常饮食<sup>[11]</sup>。

1.3.5 并发症的观察与护理 十二指肠乳头腺瘤术后常见的并发症为出血、穿孔、胰腺炎、腹腔感染等<sup>[4]</sup>,因此需密切观察患者的症状与腹部体征,监测生命体征、血常规、血淀粉酶,及时发现上述并发症的征兆;动态观察胃管引流液的色、质、量,观察患者大便情况以了解术后有无出血以及出血的程度;经常询问患者有无腹痛、腹胀、腰痛等不适症状,一旦出现上述症状,应立即告知主管医生进行细致的体格检查,必要时行胸腹部 X 线或 CT 检查以明确诊断并及时处理。本组 2 例迟发性出血表现为术后 24 h 内解黑便,经急诊内镜检查并以钛夹及 APC 止血后均未再出血,1 例穿孔患者以钛夹封闭创面后经留置胃管负压吸引、禁食、预防感染、抑酸、营养支持等治疗后好转,2 例经临床判断为轻症胰腺炎患者给予禁食、抑酸、抑制胰腺分泌、营养支持治疗后好转。

1.3.6 出院指导 嘱患者生活要有规律,注意休息,避免劳累,保持心情愉快,避免暴饮暴食,少进油腻辛辣食物,1~2 周内避免剧烈运动。及时告知病理结果指导定期复查胃镜并拔除胆管及胰管支架。

## 2 结果

病理结果提示 30 例切除的标本侧切缘及基底部未见病变组织,为完全切除,2 例侧切缘见异型组织,并经 APC 烧灼,完全切除率为 93.8% (30/32);其中 28 例患者整块切除,4 例患者分片切除,整块切除率为 87.5% (28/32)。32 例患者中有 24 例仅置入胰管支架,2 例仅放置了胆管支架,4 例同时置入胰胆管支架,2 例未置入支架。32 例患者中发生穿孔 1 例,迟发性出血 2 例,急性轻症胰腺炎 2 例,近期并发症发生率为 15.6% (5/32)。出血患者以钛夹及 APC 止血后未再出血,穿孔患者以钛夹封闭创面后经留置胃管负压吸引、禁食、预防感染、抑酸、营养支持等治疗后好转,2 例胰腺炎患者给予禁食、抑酸、抑制胰腺分泌、营养支持治疗后好转。所有患者于 2 个月后复查内镜示创面愈合良好。对 32 例患者进行护理满意度调查。满意度调查使用本院自制的调查表进行,很满意 19 例,满意 11 例,不满意 2 例,满意度为 93.8%。

## 3 讨论

内镜下十二指肠乳头切除术是指切除十二指肠 Vater 壶腹的十二指肠黏膜层以及黏膜下层,同时还可包括胆管、胰管周围组织的切除<sup>[12]</sup>。ERCP、内镜下切除术是目前消化内镜成熟的技术,但仍然存在严重并发症的可能。内镜医生不断改进治疗技术和方法提高了治疗效果,与此同时也对治疗的护理配合提出了更高要求,通过对 32 例十二指肠乳头腺瘤患者行改良内镜下切除术的护理体会:术前患者心理护理及充分准备手术器械、附件,娴熟而准确的术中配合与细致的观察、术后悉心的病情观察与护理是手术成功的重要保障。

## 参考文献

- [1] Cheng CL, Sherman S, Fogel EL, et al. Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae [J]. *Gastrointest Endosc*, 2004, 60(5): 757-764.
- [2] Bassan M, Bourke M. Endoscopic ampullectomy: a practical guide [J]. *J Interv Gastroenterol*, 2012, 2(1): 23-30.
- [3] De Palma GD. Endoscopic papillectomy: indications, techniques, and results [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(6): 1537-1543.
- [4] Patel R, Varadarajulu S, Wilcox CM. Endoscopic ampullectomy: techniques and outcomes [J]. *J Clin Gastroenterol*, 2012, 46(1): 8-15.
- [5] 曹俊,李运红,姚玉玲,等. 十二指肠乳头腺瘤内镜下乳头改良切除术的临床研究 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2015, 32(11): 734-738.
- [6] Lee TY, Cheon YK, Shim CS, et al. Endoscopic wire-guided papillectomy versus conventional papillectomy for ampullary tumors: A prospective comparative pilot study [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2016, 31(4): 897-902.
- [7] Kim SH, Moon JH, Choi HJ, et al. Usefulness of pancreatic duct wire-guided endoscopic papillectomy for ampullary adenoma for preventing post-procedure pancreatitis [J]. *Endoscopy*, 2013, 45(10): 838-841.
- [8] Napoléon B, Alvarez-Sanchez MV, Leclercq P, et al. Systematic pancreatic stenting after endoscopic snare papillectomy may reduce the risk of post-interventional pancreatitis [J]. *Surg Endosc*, 2013, 27(9): 3377-3387.
- [9] 成敏. 胆胰疾病无痛性 ERCP 术中全程护理干预的应用效果观察 [J]. *实用临床护理学杂志*, 2016, 1(2): 1, 3.
- [10] 余爱玲,刘菁,孔庆云,等. 高龄患者 ERCP 下介入治疗的护理操作配合 [J]. *中华现代护理杂志*, 2016, 22(27): 3977-3979.
- [11] 王丽,徐丽娜,祁可,等. 内镜下十二指肠乳头切除术的规范化护理研究 [J]. *临床医学进展*, 2017, 7(2): 72-77.
- [12] De Palma GD. Endoscopic papillectomy: indications, techniques, and results [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(6): 1537-1543.

收稿日期:2018-06-15 修回日期:2018-06-29 编辑:王宇