

双气囊辅助小肠镜下 P-J 巨大息肉切除护理配合

郭锐于妍 孙明振

(中国人民解放军空军特色医学中心 北京 100094)

【摘要】目的 探讨双气囊辅助小肠镜下治疗黑斑息肉综合征巨大息肉黏膜切除术中的护理配合。方法 采用便利抽样法,选取我院 2020 年 3 月-2021 年 3 月收治的 PJ 黑斑息肉综合征息肉 $\geq 5\text{cm}$ 并发肠套叠行双气囊小肠镜下切除 8 例为研究对象,对患者行双气囊小肠镜下 EMR 术中的护理配合进行总结、分析。结果 8 例患者均切除病灶,其中 2 例出现腹痛保守治疗后观察疼痛缓解;5 例术中切口创面 $> 4\text{cm}$ 选用和谐夹夹闭、减张;1 例术中出血行内镜下止血治疗,未出现大出血,经保守治疗均痊愈出院。结论 双气囊辅助小肠镜下黏膜吸引圈套切除术(EMR)治疗黑斑息肉病是一种可避免传统外科手术创伤小、疗效好、手术技术要求高,可治疗的特点。护理配合体现在手术全流程各个方面,能促进和提高手术成功的关键,更重要的是能够配合医师防止因细节疏忽而造成手术并发症的发生。

【关键词】护理; 小肠镜下黏膜切除术(EMR); 双气囊辅助小肠镜; PJ 黑斑息肉综合征; 肠套叠; 护理配合

双气囊小肠镜(Double-balloon enteroscopy, DBE)的问世及临床应用,由于小肠的解剖特点,攻克了消化道内镜诊治的盲区。是临床中诊断及治疗小肠疾病的重要手段。不仅可以直视观察全段小肠,对深部小肠疾病的诊断有了新的突破^[1],黑斑息肉综合征 Peutz-Jeghers syndrome (PJS) 是一种罕见的家族遗传性疾病,2018 年 5 月 11 日,该疾病被列入国家卫生健康委员会等 5 部门联合制定的《第一批罕见病目录》^[2]。主要表现为皮肤黏膜色素沉着(以口唇黏膜、指趾末端黑斑常见)和胃肠道多发息肉,以小肠最多见,息肉数目在数个至上百个不等。由于息肉的增长,还可能引起肠套叠和肠梗阻,严重的还可引起肠坏死。(DBE)自 2003 年引进我院以来可以行内镜下黏膜切除术(EMR)治疗(PJS),内镜下黏膜切除术(EMR)是应用辅助技术,在内镜下对消化道较小的无蒂浅表性病变形病灶切除的方法。对于病变面积较大者可行黏膜分片切除术(EMR)^[3]。在提高配合小肠镜下 EMR 手术效果及成功率方面的作用护理配合不容忽视,护士不仅要熟练掌握配合双气囊小肠镜技术,熟练使用器械设备,还要掌握镜下操作配合治疗技巧,本研究将护理配合的理念应用于具体配合小肠镜下 EMR 手术过程中,探讨护理配合在手术各阶段发挥的作用,为配合小肠镜下 EMR 手术临床护理发展方面提供帮助。

1 临床资料

1.1 患者资料

采用便利抽样法,收集 2019 年 3 月-2021 年 3 月收治的 PJ 黑斑息肉病息肉 $\geq 5\text{cm}$ 并发肠套叠行小肠镜下 EMR 的 8 例患者的资料。纳入标准:(1)符合 PJ 黑斑息肉病;(2)息肉 $\geq 5\text{cm}$ 。(3)并发肠套叠。排除标准:(1)合并严重心肺疾病;(2)息肉恶变可能提示病灶可能已浸润至肌层;(3)心脏大血管手术后服用抗凝剂;(4)血液病、凝血功能障碍者。(5)严重贫血,血红蛋白 $< 5\text{g}$ 者。8 例患者中,男 6 例,女 2 例;年龄(19-28)岁;检查部位:经口 6 例,经肛 2 例;腹部手术史 7 例;病理类型:错构瘤性息肉。所有入选患者经口、经肛术前均进行常规肠道准备,经肛进镜者严格肠道清洁准备。辅助检查 CT,小肠三维重建。明确诊断为黑斑息肉综合征并多发较大息肉者,行 EMR+ 钛夹止血等和护理配合。

1.2 方法

双气囊小肠镜是利用有效长度仅 2 米的内镜和柔软 1.5 的外套管交替插入小肠内并用两个气囊交替固定小肠腔来完成对 6-8 米的小肠检查对 PJS 的息肉切除治疗。该气囊可根据气囊壁的压力不同自动调整充气量。双气囊小肠镜检查的适应证:可疑的小肠病变如肿瘤、出血、炎症性病变、不明原因腹泻等。禁忌证:腹腔广泛粘连及有胃镜或结肠镜检查的禁忌证。

1.3 结果

8 例患者均切除病灶,其中 2 例出现腹痛保守治疗后观察

疼痛缓解;5 例术中切口创面 $> 4\text{cm}$ 选用和谐夹夹闭、减张;1 例术中出血行内镜下止血治疗,未出现大出血,经保守治疗均痊愈出院。8 例患者均成功完成小肠镜下 EMR 治疗,术后无发生穿孔、出血等严重并发症。

2 护理

2.1 器械准备

仪器及附件为除双气囊小肠镜(double-balloon endoscopy, DBE)检查常规用物外,德国爱尔博 ERBE 高频电发生器、负极板、黏膜注射针、内镜专用前端有绝缘头圈套器、热活钳钩、氩离子凝固装置、止血钛夹、和谐夹,器械有效工作长度均为 2300mm。

2.2 药液准备

(1)黏膜下注射药。1:10000 肾上腺素盐水+亚甲蓝注射液。(2)口服药。经口患者口服西甲硅油+碳酸氢钠+水 50ml,其可去除表面张力,减少胃肠道内黏液泡沫,使视野更加清晰,便于观察。达克罗宁胶浆 10ml,咽部麻醉,减少咽部反应,使内镜顺利通过。

2.3 术前准备

(1)心理干预。由于患者对疾病认识及手术了解不够,常产生顾虑,造成紧张、焦虑情绪,因此护士要耐心反复地向患者及家属解释相关的小肠镜下 EMR 治疗方法、注意事项,展示各种内镜图片和治疗成功案例,直到其可以接受并了解与手术治疗相关的一些常规知识,能够以积极的态度配合治疗。(2)健康状况。了解患者是否有其他疾病(如高血压、糖尿病、心肺功能等)以及做过的检查项目,尤其是既往内镜、病理等相关检查结果。(3)日常用药。询问患者近期是否服用抗凝药物,如果正在服用应停用 7~10 d 后方可行 EMR。(4)配合事项。常规禁食、禁水 6~8 h;与患者签署知情同意书,告知其并发症医疗风险。(5)术中用药。术中静脉滴入山莨菪碱 10 mg 以减少消化道蠕动,建立静脉通道,监测生命体征,吸氧等。(6)评估患者。根据掌握的身体全面情况确定手术患者,对于上消化道的 EMR,术前 30 min 口服西甲硅油祛泡剂,以消除胃内黏液气泡;在全身麻醉下插管进行 EMR。特别要强调的是下消化道手术者需要进行充分的肠道准备。

2.4 术中配合

(1)按常规内镜治疗和麻醉插管治疗分别准备患者,麻醉插管后重点注意观察患者的呼吸、血压、血氧饱和度情况。(2)U 型反转镜身充分暴露息肉范围,观察周围黏膜是否清晰,辨别息肉是否有蒂及蒂的大小情况。为手术成功创造良好的操作条件。经双气囊小肠镜下进行 EMR 步骤复杂,操作时间长,所使用的器械附件较多,手术操作复杂,易出现出血、穿孔等现象。(3)采用黏膜下注射,临床提供黏膜下注射 1:10000 肾上腺素盐水+亚甲蓝注射液根据不同部位的黏膜,选择适合的电凝、

电切、止血等不同功率。(4) 如果注射时抬举不良, 同时感觉阻力较大时要及时与手术医师沟通。(5) 圈套息肉时进行反复收合圈套器确认是否套进好的黏膜以避免造成穿孔。对于息肉较大进行分块切除方达。(6) 电切时应缓慢收紧反复观察黏膜出血情况, 将电烧功率调至 80W, 保持病变部位抬举暴露充分、清晰; 如出现出血时, 圈套器此时不收紧, 进行电凝模式止血。(7) 密切配合手术医师, 良好沟通。备好手术所需要的各种器械, 做到反应灵敏, 技术操作配合熟练、迅速、轻柔、敏捷。

2.5 术中配合要点

(1) 贴好负极板, 确保电刀负极板与患者连接好, 选择好电凝模式, 常规使用强力电凝模式, 宽度为 2, 间隔为 4, COAG 为 60-80 max. Watts。以免引起穿孔或大出血。(2) 黏膜下注射。准备好黏膜注射液, 1:10000 肾上腺素盐水 + 亚甲蓝注射液, 将息肉充分隆起, 看清息肉根部。同时减少手术中的反复注射次数, 以免造成注射部位出血。在息肉外侧进行黏膜下注射, 直到息肉根部充分隆起, 确保安全。另外, 注意注射针头是否有弯曲, 与医师协调同步出针时间。(3) 圈套息肉时, 由于息肉大, 可通过 U 型反转镜身充分暴露息肉范围, 反复进行收紧与开合, 同时配合医生内镜下送入与回拉圈套器, 确保圈套器是否套在息肉上而不是套在黏膜上, 护士要熟知各种器械的特性、功能, 并做到医护间配合的默契性;(4) 分块切除息肉, 在切除过程中护士要注意观察出血情况以及圈套的部位。(5) 切除成功。在进行创面处理时选择合适的止血附件及电凝模式退镜前观察患者腹部有无胀气, 尽量把腔内气体抽出, 减轻患者因胀气带来的痛苦。

2.6 术中观察要点

(1) 呼吸、血压、氧饱和度;(2) 注意观察有无消化道出血、穿孔等并发症的迹象。

2.7 术中并发症出血的处理

(1) 息肉切除时发生少量出血可采用停止收紧圈套器同时配合医生进行电凝模式进行止血。(2) 创面小量渗血, 可用直接采用止血夹 / 和谐夹止血;(3) 搏动性出血采用热活钳止血;(4) 发生迟发性出血应首选急诊内镜下行止血治疗。

2.8 术中并发症穿孔的处理

(1) 由于小肠镜下 EMR 操作时间长, 消化道内积聚大量气体, 气压较高, 有时很小的肌层裂伤也会造成穿孔, 术中一旦发生穿孔应采用和谐夹止血, 夹闭自穿孔两侧向中央缝合裂口; 因此操作过程中必须时刻注意抽吸腔道气体, 同时也要观察患者腹部是否胀气^[3]。(2) 必要时置胃肠减压管, 如发生穿孔, 应沉着冷静, 密切观察手术过程中的病情变化, 积极配合医师实施处理, 确保手术顺利完成。

2.9 术后病情精细观察

(1) 协助患者复苏, 待检测各项生命体征稳定后与麻醉医师确定是否能转运至病房;(2) 做好安全防护, 防止患者坠床, 应专人看护;(3) 通知病房做好患者回科准备并专人转运;(4) 向患者及家属交代术后注意事项, 术后绝对卧床休息 3 ~ 7 d, 禁食、禁饮 24 ~ 48 h;(5) 与病房护士交接术后观察要点, 出现腹痛、腹胀加重时, 应及时向主管医师汇报, 及时处理, 注意观察病情变化。

2.10 健康教育和饮食指导

(1) 患者出院时护士要主动履行健康宣教义务, 指导健康饮食习惯, 如少食多餐、定时定量, 避免暴饮暴食;(2) 注意休息, 近期避免剧烈活动, 良好的精神状态;(3) 保持大

便通畅, 多喝水, 避免大便干结和增加腹压;(4) 告知患者及家属有可能会发生迟发性出血, 因此要注意观察大便颜色, 有无腹痛、呕血、黑便等, 如有不适及时到医院就诊; 根据检查结果情况, 告知患者随访的必要性。

3 小结

8 例患者均成功完成小肠镜下黑斑息肉综合征息肉 EMR 治疗, 术后解除肠套叠, 治疗效果普遍良好。无发生穿孔、出血等严重并发症。8 例患者均切除病灶, 其中 2 例出现腹痛保守治疗后观察疼痛缓解; 5 例术中切口创面 > 4cm 选用和谐夹夹闭、减张; 1 例术中出血行内镜下止血治疗, 未出现大出血, 经保守治疗均痊愈出院。讨论 双气囊小肠镜下 EMR 是治疗小肠息肉的有效手段, 在治疗 PJS 中应用广泛, 但易发生出血、穿孔等并发症, 如果得不到及时有效的处理很容易导致患者病情剧变, 甚至危及患者生命。目前, 内镜微创手术发展迅速, 内镜护士因直接参与手术操作而不同于一般的护理岗位。保证手术进展顺利并取得良好的成效需进一步挖掘内镜护士配合的潜在作用, 在护理配合方面提质增效。EMR 的护理配合。护理配合是将专业化、整体化、人性化贯穿于手术全过程, 能够在完善流程、优化细节、提高技艺、加强服务等方面提供最优质的护理服务, 特殊患者还应提供个性化的检查、治疗、手术护理方案。护理配合需要内镜护士具备较高的综合能力。近年来, 我院消化内镜重点加强了 3 个方面的工作, 具体如下。(1) 注重与一流专家进行定期或不定期开展小肠技术培训及护理配合培训, 以提升医护默契、手术配合流畅及病情突变的应对能力, 了解小肠镜下 EMR 手术发展趋势及临床护理面临的重点问题。(2) 注重规范手术基础性建设: 常态开展体会交流、术后小结, 进一步把握手术细节, 完善和规范手术流程, 以规范抓安全、提疗效。(3) 注重人员综合素质的提高: EMR 手术精细, 护理配合更是精益求精, 其不仅要求内镜护士具备良好的技术, 还要具备敬业认真的态度。这 3 个注重为开展精细护理配合奠定了基础, 提高了内镜护士的综合能力, 在实施手术中, 人人做到沟通到每一个方面, 配合好每一个动作, 看得见每一个变化。

护理配合应当重视的几个方面。(1) 做到前期的出血预防, 了解并掌握适应证与禁忌证。(2) 在病例的筛选方面对患者心肺功能、凝血功能等进行系统评估, 准确筛选适宜病例。(3) 要规范实施严格的术前评估、默契的操作配合、缜密的术中观察这 3 个重要环节。

笔者认为, 进行病例筛选、注重护患沟通、落实胃肠道保持准备、开展心理干预、充分术前护理准备是实施手术的必备条件。只有做到术中的护理配合, 严格手术规范, 掌握手术过程的每个步骤、环节, 聚精会神地与手术医师流畅配合, 才能保证手术顺利完成。

参考文献:

[1] Yamamoto H, Sugano K. A new enteroscopy—the double-ballon method. *Can J Gastroenterol*, 2003, 123, 999—1005

[2] 关于公布第一批罕见病目录的通知. 医政医管局 [引用日期 2018-06-11]

[3] 席惠君, 张玲娟. 消化内镜护理培训教程 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2014: 162-176.

作者简介:

郭锐 (1984.1), 女, 籍贯吉林松原, 民族: 汉 职称: 主管护师, 学历: 本科。研究方向: 消化内镜护理配合。