

## 护理园地

## 高龄肠梗阻患者 X 线下行肠道支架置入术的护理体会

李云容, 周冬梅, 王丽文, 赵晨, 卢玉文

**【摘要】 目的** 探讨高龄肠梗阻患者行 X 线下引导内镜置入肠道支架的护理经验。**方法** 回顾性分析东部战区总医院 2020 年 7 月 19 日收治的 1 例高龄肠梗阻患者的临床资料, 通过加强肠道支架置入术前的评估、胃肠道准备、心理护理、营养支持、术中熟练配合及术后密切观察患者生命体征, 预防并发症的发生, 提高 X 线下引导内镜肠道支架置入术的成功率。**结果** 经过实施围手术期个性化的护理措施, 患者术后恢复好, 无并发症发生, 肠梗阻改善效果明显, 于术后 5 d 出院。**结论** 高龄患者行 X 线下引导内镜肠道支架置入术可快速、有效地解除梗阻并缓解症状, 规避高风险急诊手术, 并为后期治疗创造良好的条件, 为预后提供更好的支持。

**【关键词】** 肠道支架; 高龄患者; 肠梗阻; 护理**【中图分类号】** R47**【文献标志码】** B**【文章编号】** 1672-271X(2021)04-0434-03**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2021.04.024

## 0 引言

结直肠癌是高龄患者最常见的因肠占位致机械性肠梗阻的病因之一, 有报道显示 7%~29% 的结直肠癌患者会以急性肠梗阻就诊<sup>[1]</sup>。急性肠梗阻病因多、诊断难、病情发展快, 尤其是高龄患者大多生理功能减弱, 应激能力减退, 若未得到及时有效治疗, 常危及生命。传统解决方法以外科手术造口为主, 创伤及痛苦大, 同时分期手术可能增加肿瘤的扩散机会<sup>[2]</sup>, 影响生存。临床上肠道支架功能越来越丰富, X 线下引导肠镜置入肠道支架能在患者清醒状态下操作, 在低麻醉风险的情况下迅速解除梗阻<sup>[3]</sup>, 作为一项新技术具有创伤小、患者易耐受的优点。我院内镜中心 2020 年为 1 例高龄肠梗阻患者在 X 线引导下经内镜置入肠道支架获得成功, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 患者, 男, 81 岁, 既往有高血压病史, 2020 年 7 月 15 日无明显诱因下出现右下腹痛间断性发作, 偶有排气排便, 于 7 月 19 日至我院急诊就诊。查体: 体温 36.5℃, 脉搏 82 次/min,

呼吸 15 次/min, 血压 172/84 mmHg; 腹部 CT 示: 结肠明显积气扩张, 粪石形成, 直乙交界处肠壁略增厚, 肠腔狭窄, 伴肠周少许渗出及小淋巴结, 结肠癌不排除, 初步诊断为乙状结肠占位和不全性肠梗阻, 建议内镜检查。为进一步治疗, 于 7 月 21 日收治入我院普通外科, 患者身高 174 cm, 体重 61 kg, 体质指数 (BMI) 20.1 kg/m<sup>2</sup>, 白蛋白 35.2 g/L, NRS2002 营养风险筛查评分 3 分, 存在营养风险, 行血气分析示, PO<sub>2</sub> 67.6 mmHg, 氧合指数 202.8 mmHg, 提示呼吸功能减退, 入科后停止进食并给予肠外营养、胃肠减压、抗感染、吸氧等治疗, 于 7 月 22 日行 X 线引导下经内镜肠道支架置入术。

**1.2 操作方法** ①肠镜经肛到达病灶远心端, 观察病变性质, 将带有超滑导丝的乳头切开刀沿活检孔道置入肠道, 利用切开刀注入造影剂, 显示病灶近心端、结肠狭窄段; ②依据 X 线下的造影显示和肠镜位置, 观察狭窄段长度及位置, 确定支架长度和类型, 经乳头切开刀置入斑马导丝, 退出乳头切开刀; ③经斑马导丝送入肠支架, 在 X 线透视和肠镜直视下释放支架, 观察梗阻通畅情况。

## 2 结果

患者肠镜下示肠道直乙交界处不全性梗阻, 取检并放置肠道支架进行扩张, 解除梗阻, 为后续

治疗提供帮助。肠道支架成功置入后见大量粪便流出,有效缓解梗阻,肛门排便、排气通畅,无相关并发症发生。术后病理示:直肠(环腔生长新生物),活检组织:高-中分化腺癌。肠道支架置入术后 2 d,患者恢复经口饮食,每日加服肠内营养粉(能全素)320 g 予以营养支持,术后 5 d 出院。出院 3 周后肠道情况好转再次入院行乙状结肠癌根治术,术前血气分析等相关检查提示水电解质平衡恢复,全身功能改善,NRS2002 营养风险筛查评分 1 分,无营养风险,患者白蛋白 38.8 g/L,体质量指数(BMI) 21.3 kg/m<sup>2</sup>,一般状态好,能耐受手术。8 月 19 日行乙状结肠癌根治术,术后一般情况良好,各项生命体征平稳,于 9 月 23 日出院。

### 3 讨 论

#### 3.1 术前护理

**3.1.1 加强风险评估 落实干预措施** 急性肠梗阻患者营养摄入不足,术前护士、手术医师、麻醉医师行三方核查,充分评估病情后选择手术镇静方式,清醒状态下进行手术,可避免在麻醉状态下出现误吸等不良反应<sup>[4]</sup>,辅助实施相关干预措施,预防术中突发事件的发生。①人员配置:术中配合人员分工明确,台上护士观察患者的生命体征等情况,台下护士配合手术检查,准备急救物品,另增加 1 名高年资麻醉医师全程监护,及时发现疾病的先兆症状,高效配合以预防术中意外的发生;②抢救设施配置:准备抢救车、气管导管等物品,一旦出现紧急情况可立即进行气管插管等抢救措施;③完善术前检查:依据影像学检查结果留置腹腔引流管,进行胃肠减压;④术前按时用药:遵医嘱术前 15 min 肌注山莨菪碱,哌替啶和地西洋,用以镇静、镇痛和松弛平滑肌<sup>[5]</sup>,提高患者术中配合度,高龄患者地西洋用量酌减;⑤术前预吸氧:有学者认为术前 5 min 给予患者鼻导管吸氧增加氧储备,能降低术中低氧血症等相关不良反应的发生率<sup>[6]</sup>。

**3.1.2 调整肠道准备方案** 合理的肠道准备,可以减少术后肠道感染等并发症,保证肠镜定性诊断的准确性<sup>[7]</sup>。①延长缓泻时间:该患者入科后立即停止进食并给予肠外营养,加服缓泻剂乳果糖口服溶液,3 次/d;②术晨清洁灌肠:高龄患者无法耐受常规 1000 mL 的灌肠液<sup>[8]</sup>,遵医嘱予以温盐水多次灌肠,每次温盐水量不超过 100 mL,直至最后一次排出的灌肠液无粪渣或蓄积少许液体。为避免腹胀

情况加重,灌肠过程中若前次灌肠液大部分未排出,及时停止灌肠。

**3.1.3 个性化心理护理** 高龄肠梗阻患者机体功能减退,胃肠道蠕动功能基本消失,消化道内容物蓄积,易导致腹胀、便秘和疼痛等,从而产生抑郁、焦虑等负面情绪,给予个性化心理护理,可降低高龄患者对死亡的敏感性<sup>[9]</sup>。①形象化知识宣教:安排患者及家属观看肠道支架置入术操作演示视频,更生动地了解手术目的及围手术期注意事项,破除心理障碍,取得配合;②家庭支持:通过术前宣教,提高家属对肠道支架置入的认识,鼓励家属积极与患者沟通,用其家乡话引导患者真实地表达自身感受,减轻焦虑状态,营造积极乐观的就诊氛围。

**3.1.4 合理营养支持** 利用肠外营养支持,提高患者对支架置入术的耐受力,减少术后并发症的发生率<sup>[10]</sup>。能量预测目标值依据经验估算公式 $[104.6 \text{ kJ} (25 \text{ kcal})/(\text{kg} \cdot \text{d})]$ ,糖脂比为 5:5,热氮比为 100:1 计算<sup>[11]</sup>,遵医嘱每日给予异甘草酸镁注射液 200 mg,葡萄糖氯化钠注射液 1000 mL,12 种复合维生素注射剂 1 支,氯化钾注射液 3 g,丙氨酰谷氨酰胺针 20 g,转化糖注射剂 500 mL 等。

#### 3.2 术中护理

**3.2.1 做好辐射防护** X 线下引导内镜肠道支架置入术使得手术更安全、有效,但由于 X 线辐射能引起人体多部位损害,术中应做好医护人员及患者的辐射防护。操作过程中使用铅玻璃防护屏,医护人员穿戴防护用品,包括铅帽、铅围脖、铅衣等,患者适当穿戴防护用品对非手术区域如甲状腺、胸部等进行防护。医护人员提高技术熟练程度,放射医师尽量采用透视过程中保存图像,减少 X 线曝光的时间和次数。

**3.2.2 加强术中监测** 严密观察患者的病情变化,出现异常状况,与手术医师和麻醉医师沟通,及时采取干预措施,将创伤风险降至最低。患者在多功能心电监护下进行手术,留置针建立静脉通道,术中予以钠钾镁钙葡萄糖注射液 500 mL,40 滴/min,鼻导管低流量(3 L/min)吸氧,维持 SpO<sub>2</sub> 在 95%以上,配备呼吸机、抢救车和吸引器等设备。

**3.2.3 掌握配合要点** 护士对手术配合要点的熟练度以及医护之间的默契度,可影响手术时间,进而影响手术的成功率。①顺利通过狭窄部位:护士在准备肠镜时应选择直径较细的肠镜,插镜时需仔细辨认

狭窄部肠腔走向;②精确评估狭窄长度:术前影像学评价和术中造影剂显影,明确梗阻近端和远端;③选择合适支架:根据患者实际情况选择熟悉的种类和质量过硬的支架<sup>[12]</sup>,长度要长于狭窄段 3~4 cm,直径要根据狭窄部位临近腔道的大小选择,避免支架对肠壁过度挤压;④正确释放支架:X 线下动态透视,缓慢释放,待支架要释放结束时,再次 X 线透视确认位置,保证支架释放精准到位。

### 3.3 术后护理

**3.3.1 常规护理** 主要措施包括:①饮食:术后常规禁食,予以静脉补液,24 h 后如无严重并发症且确定梗阻解除后,有计划、有规律进食,少量多餐,循序渐进;②一般护理:指导患者卧床休息 24 h,记录患者生命体征的变化,观察患者的肛门排气、排便情况,判断梗阻是否解除;③用药:遵医嘱使用抗生素 2~3 d,预防感染。

**3.3.2 并发症的预防和处理** X 线下肠道支架置入术虽然已是一项治疗肠梗阻安全有效的前沿方法,但仍存在一些潜在并发症,包括肠穿孔、再阻塞、支架移位、滑脱及肠道出血等。患者肠壁炎症水肿,支架压迫癌肿周围组织,术中肠镜的过度充气 and 反复牵拉、导丝反复暴力通过狭窄处、放置过程中手术器械与肠黏膜、局部肿瘤组织牵拉摩擦都会导致并发症的发生,应做好预防和护理。①肠穿孔:属于严重并发症,其发生率为 4.5%<sup>[13]</sup>,术后要密切观察患者是否有腹痛、腹胀等穿孔的症状,一旦穿孔,需急诊手术治疗;②支架梗阻:一般发生于支架置入术后,其发生率为 9%~10%<sup>[14]</sup>,肿瘤再生造成的梗阻可在支架内再放入一个支架,以暂时解除梗阻,因高纤维饮食和便秘所致的梗阻可指导患者调整饮食结构;③支架移位、滑脱:与支架选择失误或放置支架后患者的后续治疗有关,如化疗后肿瘤缩小等,应在 X 线下透视了解局部情况,定期复查肠镜;④出血:支架放置成功后须再次进镜观察,如出血明显,需行镜下止血,术后观察患者是否排便、黑便等,必要时做好手术准备。

高龄肠梗阻患者采用 X 线下肠道支架置入进行治疗,既能迅速解除梗阻,又能在肠镜下取检,提供病理诊断结果,为制定择期手术提供充足的准备。针对围手术期间存在的风险,除做好常规护理

工作之外,还应加强个性化护理,最大程度减少高龄患者的创伤和痛苦,为预后提供更好的支持。

### 【参考文献】

- [1] Zhang NN, Li P, Zhang ST. Efficiency analysis of stenting for acute colorectal obstruction[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2013, 126(21): 4189-4191.
- [2] 陆翠钦, 龚清全, 颜丽君. 内镜下自膨式金属支架置入治疗左半结肠癌并急性肠梗阻的临床疗效及安全性分析[J]. *中外医疗*, 2020, 39(6): 48-51.
- [3] 田步宁, 符颖, 岳红, 等. 自膨胀型金属支架治疗晚期结肠直肠癌合并急性肠梗阻的临床初步研究[J]. *中国普通外科杂志*, 2016, 25(4): 481-486.
- [4] 全雅楠, 刘金茹. 急性肠梗阻老年患者围术期反流误吸危险因素分析[J]. *社区医学杂志*, 2020, 18(9): 680-683.
- [5] 张景媛, 吴嘉瑞, 周唯, 等. 山莨菪碱临床应用进展[J]. *中国医院用药评价与分析*, 2019, 19(4): 385-388.
- [6] 苏艳, 李汛, 张磊, 等. 麻醉前预吸氧联合术中高流量吸氧对行 ERCP 的老年胆管结石患者术中的影响[J]. *西部医学*, 2019, 31(7): 1125-1128.
- [7] 张静, 顾志菊. 老年慢性功能性便秘肠镜检查中不同肠道准备方式的效果比较[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2019, 24(11): 1307-1311.
- [8] 谷彦彤, 刘金洪, 王婷, 等. 不同灌肠方法在老年人便秘导致的粪石性肠梗阻中应用的护理体会[J]. *中西医结合护理(中英文)*, 2016, 2(6): 96-98.
- [9] 周畅, 张玉梅, 李玉. 慢性阻塞性肺疾病老年患者全膝关节置换术围术期的护理[J]. *中华肺部疾病杂志(电子版)*, 2016, 9(2): 234-235.
- [10] 陈军, 李杨, 范朝刚. 营养支持与手术部位感染[J]. *肠外与肠内营养*, 2018, 25(2): 65-67.
- [11] 宿英英, 曾小雁, 姜梦迪, 等. 重症神经疾病病人肠内营养量预测目标值与实际供给值比较[J]. *肠外与肠内营养*, 2016, 23(4): 193-197.
- [12] 吴沛瑶, 李全朋, 王飞, 等. 食管支架置入术和内镜下切开手术治疗难治性食管癌术后吻合口狭窄的疗效比较[J]. *医学研究生学报*, 2019, 32(6): 591-595.
- [13] 李弼民, 朱莹, 舒徐, 等. 内镜下肠道支架置入术在治疗结肠直肠癌并肠梗阻中的应用和价值[J]. *世界华人消化杂志*, 2016, 24(7): 1113-1116.
- [14] Small AJ, Coelho-Prabhu N, Baron TH. Endoscopic placement of selfexpandable metal stents for malignant colonic obstruction: long-term outcomes and complication factors[J]. *Gastrointest Endosc*, 2010, 71(3): 560-572.

(收稿日期: 2021-01-05; 修回日期: 2021-02-02)

(责任编辑: 刘玉巧)