

经内镜上消化道异物取出术的护理配合

肖玉霞 刘 风

(南京大学医学院附属鼓楼医院)

【摘要】目的:探讨上消化道异物内镜下取出术的护理配合关键点。**方法:**对我院2021年10月至12月接受上消化道异物内镜下取出的90例病患资料进行回顾性分析,通过术前精准评估,重视患者心理护理,取得信任和配合,术中根据不同异物选择合适取异物器械,强调配合技巧,术后密切观察及详细健康宣教。**结果:**在护理人员密切配合下,共有90例病患全部取出异物,成功率达100%,且均未发生严重并发症。**结论:**经内镜上消化道异物取出术成功率高,不失为上消化道异物取出的首选且安全性高的一种方法。术前的充分准备、术中医护患三方的默契配合、术后的精心护理是提高手术成功率,减少术后并发症的关键。

【关键词】:上消化道异物;内镜取出;护理配合

【中图分类号】R573.2

【文献标识码】B

【文章编号】2095—8439(2022)22—0113—04

上消化道异物在临床上比较常见,属于危急重症的范畴^[1]。引起该疾病的主要原因较多,其一由于食物咀嚼不彻底而引起的;其二主要发生在儿童,在进食的过程中嬉戏玩闹诱发的,或者是由于儿童认知力不足误吞有害物质引起的;其三食管癌、贲门癌患者由于病变本身或手术治疗而引起食道狭窄致病;其四吞食异物自杀而引起的^[2]。由此可见,引起上消化道异物的原因非常多样化,但不管是由于哪一种原因引起的上消化道异物,都需及时给予治疗,将异物取出,否则会对患者的生命安全造成较大的威胁^[3]。近年来,随着内镜技术的不断发展与成熟,其在上消化道异物的治疗中表现出了较大应用优势^[4]。借助内镜处理上消化道异物,可快速及时的取出异物,挽救患者的生命健康。因此,经内镜处理消化道异物当前在临床上得到了广泛的应用,在各类型上消化道异物的治疗中,均可获得良好的疗效。但在经内镜处理上消化道异物治疗过程中,会引起患者产生一定的不适感及并发症发生风险,导致患者的治疗依从性不佳,

影响患者的治疗效果和治疗安全性^[5]。现将我科经内镜处理上消化道异物的护理配合体会关键点总结如下:

1 资料与方法

1.1 患者临床资料

选取2021年10月至12月在我院消化内镜中心接受经内镜上消化道异物取出术的90例患者。男43例,女47例,年龄最小者12岁,年龄最长者88岁,平均年龄54.9岁。异物种类包括肉团、骨片、硬币、假牙、牙刷、金属调羹、纽扣、金属丝、折叠剪刀、胃石等,异物滞留时间最短1小时,最长2周。异物滞留部位:食管异物79例,胃内异物11例。患者主诉咽部有异物不适感、咽部疼痛影响吞咽、恶心、腹痛等。

1.2 方法

1.2.1 术前准备

①术前评估 向患者及家属通过询问的方式,首先了解患者异物吞入情况,包括异物的吞入时间、大小、性状、数量

以及异物性质等;其次了解患者的自身状况,有无咳嗽、胸痛、腹痛、吞咽困难,恶心、呕吐等呼吸道、胃肠道症状等,有无既往病史,如心脏病、高血压等,有无服用抗凝药、有无食管基础性疾病(食管手术,贲门失弛缓症等);异物滞留>24小时者,要了解和观察有无发热、恶心、感染等症状,如有呕血或呕吐物带有血块,常提示黏膜不同程度损伤或异物损伤血管可能。在此基础上,协助患者完成影像学检查,准确地掌握患者的异物位置,要对异物所在位置与相邻脏器之间的关系进行判断。同时要明确患者是否存在食管穿孔、胃底穿孔等情况。如不能耐受普通胃镜的患者,异物嵌顿食管上段的患者、穿孔风险高的异物,可推荐患者全身麻醉下进行异物取出^[6]。向患者及家属明确告知可能存在的风险,服用抗凝药的患者取出异物后,有出血的风险,可能需内镜下止血夹止血或电凝止血;对于刺入较深,嵌顿时间长,穿孔风险大者,与外科相关科室联系,必要时需急诊外科手术。

②心理护理 患者吞入异物往往发生在突然之间,会导致患者在短时间内紧张、恐惧、惊慌等不良情绪,甚至选择民间土方进行盲目处理,这对于患者顺利完成治疗,是非常不利的。因此,在和患者的沟通中,专注倾听患者所诉内容,密切观察其行为,从而了解患者的心理状态和配合程度。护理人员及时安抚患者的情绪,首先告知其通过内镜手术可以取出异物,以成功案例加以宣传,以减轻患者心理压力,使其保持乐观的心里;其次要向患者介绍内镜下取异物的目的、意义和必要性,在此基础上着重介绍内镜下取异物的操作过程,术中配合事宜,可能会出现的不适感和不良反应及应对措施,消除疑虑,稳定情绪;若出现激动性行为时,可以通过轻抚触摸给予其情感支持,增强治疗信心,缓解紧张感或恐惧感。最后要让患者明白只有积极地配合手术治疗,才能够获得良好的手术疗效,树立起治疗信心。

③器械准备 OLYMPUS GIF-260J 治疗型胃镜、透明帽、鼠齿异物钳、圈套器、网篮、伞形硅胶保护套等。临床上使用最广泛的是鼠齿异物钳,可用于大多数异物,尤其是扁平型异物的钳取。透明帽作为内镜诊疗中常用的附件之一,保持视野清晰,足够的操作空间,缩短操作时间,在取尖锐异物时,还可将异物的尖端收入透明帽中,起到保护食管壁黏膜的作用。可根据异物大小选择不同型号透明帽,减少异物取出时的黏膜损伤^[7]。选择带有副送水功能的治疗型胃镜,使用注水泵,以便操作过程中观察异物时,适当注水对表面残渣进行冲洗,暴露出异物,更为清晰地观察到异物状态。检查内镜弯曲角度,使内镜镜头可以观察胃腔各部位。在内镜诊疗过程中应用CO₂注气,预防发生穿孔时,漏入胸腹腔的CO₂气体能被组织快速吸收,降低术后的气胸、皮下气肿、呼吸窘迫等并发症发生率^[8];治疗时视异物性质选择所需器械及附件,并确保其处于完好正常状态,提前备好急救药品及急救器械。

④患者准备 术前禁食禁水>6小时^[9],向患者及其家属交代手术事项,签署手术同意书。术前10分钟,让患者服用10ml利多卡因胶浆及二甲硅油散,二甲硅油散可以去除黏膜表面泡沫,为手术视野的清晰做好准备。帮助患者摆放合理的手术体位,松开衣领、皮带,对于佩戴假牙的患者要取下假牙,并指导患者掌握正确的配合方法,包括用鼻子吸气、嘴巴呼气、避免吞咽等。

1.2.2 术中护理

①操作医生进镜后,患者因紧张,呛咳,腹痛,咽部不适,嘱其不要进行吞咽活动,让唾液自然流出,并尽量忍住呕吐感,当患者术中出现无法控制的紧张感时,护理人员可握住患者的手、轻拍患者的肩膀,并给予一定的言语安抚,来鼓励患者,安抚患者的情绪,嘱患者放松,以便更好的配合医生的

操作。密切观察患者的术中心电监护指数,尤其是对于年龄较大的患者,或者合并多种慢性疾病的患者。在治疗操作过程中,一旦发现患者出现喉头痉挛、屏气、口唇发绀等情况,则要立即停止操作,并给予吸氧治疗,以缓解患者的症状,保证患者的治疗安全性。全身静脉麻醉的患者在术中出现血氧饱和度(SpO_2)下降,可先抬高下颌,若患者 SpO_2 进行性下降,口唇发绀,医生应立即停止操作并退镜,在抬高下颌的基础上加大氧流量,必要时简易呼吸器辅助呼吸,待 $\text{SpO}_2 > 90\%$,生命体征平稳,方可继续操作。

② 当异物钳取时,视不同异物的性质、位置、大小等选择患者手术需要的附件,确定最佳的取物角度,选取适宜的时机夹取或套取异物关键部位,取出异物。

术中不同异物的操作技巧:长形棒状或尖锐异物,如鱼刺,鸡骨,带钩义齿等。需调整异物方向,使其长轴与消化道纵轴一致,设法夹住异物顶端,锐利边缘避开食管壁以免损伤主动脉,确定夹住牢靠后,将异物带入透明帽内,透明帽、胃镜、异物钳在胃镜直视下同步退出;食物团块嵌顿,可选用异物钳或圈套器将其碎成小块后取出或酌情考虑推入胃中,将异物推进胃内的操作;圆而光滑的异物,如果核,梅核等可用网篮取出。不管是异物钳还是网篮、网兜之类的器械,抓取异物后应尽量往回拉,靠近镜头,确认套住或者抓紧,防止异物通过咽喉处时意外脱离而掉入气管,堵塞气管而引起窒息;胃内的尖锐异物或较大异物,可使用伞形硅胶保护套,将保护套倒置装于内镜前端,在胃内抓取异物后,将异物抓取靠近镜头,退镜时经过贲门,保护套翻转并包裹异物,可避免异物经过食管时异物尖端损伤食管黏膜。

③ 术中注意事项:食管上段离气管入口较近,易发生呛咳误吸,尽量避免经活检孔道冲水,一定要冲时,力度要小,看清即停;食管入口最为狭窄,故异物通过时可嘱患者头后

仰,使食管与口腔成一直线,以利异物顺利通过,避免异物通过时遇阻力脱落或误吸入气管;在使用异物钳时,在开钳或闭钳时动作需缓慢,以免开钳时刮伤食管黏膜或闭钳时夹住粘膜,引起出血及黏膜撕裂等现象;夹取异物时用力适度,过轻易导致异物滑脱,过猛易致异物碎裂或变形,增加取出难度;协助手术医生缓慢退镜,当经过食管及贲门部位时忌退出速度过快及操作粗暴,以免损伤组织。

1.2.4 术后护理

异物取出后,患者口腔内分泌物需及时清除,同时检查口腔或咽喉内有无残留异物碎片,观察有无组织损伤,以防发生相关并发症^[10]。观察患者有无胸痛、腹痛、出血、呼吸不畅,皮下气肿等异常情况,异物取出后患者短时间内仍会有异物感,告知患者不用紧张,乃正常现象,叮嘱其不可用力咳嗽^[11]。患者经术中观察无黏膜损伤及出血,嘱其术后2小时可进食流质食物,再过渡到半流质食物。若患者存在轻度黏膜损伤,应留院观察至少2小时,无异常后方可进食流质食物,且维持进食流质饮食达3天以上。黏膜损伤严重者,指导患者禁食,急诊留观并遵医嘱给予胃酸抑酸及黏膜保护等对症支持治疗。告知患者,在家中如有呕血黑便应及时来院就诊。同时要注意避免给儿童把玩硬币或者较小的物件等。

2 结果

在护理人员的和医生的密切合作下,90例患者经胃镜下均成功取出异物,成功率100%,本组病例除异物本身造成的黏膜损伤及少许出血外,且均未发生出血,穿孔,损伤邻近器官等严重并发症。

3 讨论

上消化道异物可发生于任何年纪,而导致上消化道异物发生的原因也是多种多样,异物常常容易嵌顿在消化道的生

理狭窄或弯曲处,不能自行排出,如不及时取出,可能会引起嵌顿部位的糜烂、出血、穿孔,异物滞留时间越长对患者危害越严重,需及早治疗,但治疗同时需要护理人员与手术医师的默契配合^[12]。

在本次护理实施过程中,摒弃了常规护理只注重手术配合,而忽视患者心理状态的弊端,将心理护理放在与手术配合同等重要位置^[13]。在加强手术配合的同时,着重关注了患者的心理状况,通过心理护理干预,首先能够帮助患者客观地认识内镜上消化道异物取出术,安抚其由于缺乏手术认知而产生的紧张、焦虑情绪,提高患者的配合程度,利于患者顺利进行手术治疗。

治疗前根据异物的形状、大、质地,选择合适的抓取器械,可缩短治疗时间,减轻黏膜损伤,利于异物的安全取出。除了充分的术前评估,护士必须要有扎实的专业基础知识、丰富的工作经验,术中娴熟的操作技能才能圆满完成手术配合,而高度的责任心,细致的病情观察,术后早期发现异常情况,给予及时有效的处理是患者康复的有效保证。

综上所述,内镜下异物取出术是一种简单可行的治疗方式,可使患者免受外科手术,创伤小且治疗费用少,具有成功率高、并发症少等优势,为首选治疗上消化道异物的方法。通过术前精准评估,重视患者心理护理,术中根据不同异物选择合适取异物器械,强调配合技巧,术后密切观察及详细健康宣教是内镜下异物成功取出的有效保障。

参考文献

- [1] 陈志茜. 综合护理在内镜上消化道异物取出术中的应用[J]. 中国医药指南, 2021, 019(029): 2.
- [2] 宋春芳. 术前共情沟通对无痛内镜下上消化道异物取出术患者治疗配合度的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 016(013): 3.

- [3] 葛薇. 心理护理在上消化道异物内镜下取出术中的应用效果[J]. 实用临床护理学杂志, 2020, 005(006): 1.
- [4] 朱雅芳, 谢雪芳, 金耿. 经内镜上消化道异物取出术的护理配合[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 025(029): 3.
- [5] 吴晓云, 满桂月, 韦巍巍. 对进行无痛胃镜下上消化道异物取出术的患儿实施优质护理的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2019, 006(017): 3.
- [6] 陆远强, 阮韦淑怡, 徐佳. 成人食管异物急诊处置专家共识(2020版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2020, 13(06): 446-452.
- [7] 张令. 透明帽辅助下胃镜食道异物取出术的临床效果及安全性观察[J]. 中国初级卫生保健, 2020, 34(06): 109-111.
- [8] 詹磊磊, 张侃, 蔡任军, 刘宇虎. 二氧化碳灌注在内镜黏膜下剥离术治疗结直肠肿物中的临床应用[J]. 中国内镜杂志, 2021, 27(02): 41-46.
- [9] 林金欢, 方军, 王东. 中国上消化道异物内镜处理专家共识意见(2015年, 上海)[J]. 中华消化内镜杂志, 2016, 33(01): 19-28.
- [10] 罗晓雅, 刘亮, 张澍田. 内镜下上消化道内异物取出688例临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2018, 27(11): 1255-1257.
- [12] 胡剑浩, 马君红, 李晶晶. 152例上消化道异物的急诊胃镜处理及探讨[J]. 中华急诊医学杂志, 2017, 26(02): 214-215.
- [12] 李琼惠. 急诊内镜下取除上消化道异物的配合与护理体会[J]. 中国现代医生, 2016, 54(13): 153-155.
- [13] 宋丹丹. 分析急诊胃镜联合优质护理在上消化道异物患者中的应用[J]. 养生保健指南, 2020, 012(004): 157-158.