

内镜直视下支架置入治疗胃内恶性梗阻的护理体会

徐 慧 范志宁^① 吴 萍^① 文 卫^①

(浙江省常山县人民医院消化内科, 常山 324200)

中图分类号: R472.9⁺1; R735.2

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)11-1055-02

胃内恶性梗阻是由中晚期胃癌所致, 主要表现为顽固性恶心、呕吐、腹胀及进食困难, 患者全身情况较差, 并发症及合并症较多^[1]。外科手术虽能解除梗阻症状, 但已无手术根治指征, 且部分患者拒绝手术治疗。内支架置入术是在胃镜直视下将镍钛记忆合金支架置入狭窄或梗阻的胃十二指肠, 使梗阻消化道通畅。内镜支架治疗指征: ①术前 B 超、CT、MRI 等或体检明确有远处转移, 不能行根治性手术; ②既往开腹术中发现肿瘤广泛浸润胃壁, 无法行胃肠吻合短路术或短路术易发生吻合漏; ③全身情况极差, 或伴有严重的心肺等内科疾患, 不能耐受开腹手术; ④患者及家属拒绝开腹手术。具有以上情况之一才可考虑该方法^[2]。镍钛记忆合金支架置入术可缓解胃内梗阻, 改善患者全身营养状况。胃镜直视下置入金属支架是较新的方法, 2006 年 10 月~2009 年 1 月, 我们对 47 例胃恶性梗阻(南京医科大学第二附属医院 39 例, 浙江省常山县人民医院 8 例)放置内支架, 有效缓解胃内严重梗阻, 改善患者全身营养状况, 对促进病人病情的恢复、提高肿瘤晚期患者的生活质量起了积极的作用。现将护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 47 例, 男 35 例, 女 12 例。年龄 66~83 岁, 平均 72 岁。经内镜及病理确诊为进展期胃癌致胃内梗阻, 其中贲门胃底癌 8 例, 胃体癌 2 例, 胃窦癌 37 例, 病变长度 2.0~5.5 cm。均有不同程度的进食梗阻感、呕吐、腹胀, 营养状况较差, 均已失去手术机会或不愿意手术。进食困难评定标准按照 Stooler 分级法^[3]: 0 级, 无进食困难; 1 级, 进固体食

物受阻; 2 级, 进半流质饮食受阻; 3 级, 进流质饮食受阻; 4 级, 饮水困难。本组 2 级 3 例, 3 级 39 例, 4 级 5 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 器械 OLYMPUS-260、Fujinon 99 电子胃镜, ERBE 公司 APC300, Savary-Gilliard 扩张器, Cook 公司 QDP 扩张球囊(球囊直径 16 mm)、带弹簧头硬导丝、支架推送器, 镍钛记忆合金覆膜支架(常州佳森医疗器械公司、南京微创公司)。支架直径 20 mm, 支架长度为 40~80 mm。支架的设计: 测量贲门、胃体、胃窦狭窄的长度、宽度, 设计不同形状支架。贲门支架, 上口多为球状, 下口可为球状、漏斗形; 胃体支架, 根据病变形状而定, 上下口多为双大漏斗形, 易于固定, 防止移位、脱落; 胃窦幽门支架, 上口多为大漏斗形, 可防止支架脱落, 支架张开为扇形, 对胃窦塑形好, 下口多用球形并可带抗反流瓣膜, 减少胆汁反流。支架长度为恶性狭窄的长度加 30~40 mm。推送器要求适当的长度和硬度, 一般直径为 8~9 mm, 长度≥140 cm。

1.2.2 手术方法 术前经胃镜检查输出通道均通畅, 无明显禁忌证。静脉麻醉, 胃镜直视置入镍钛记忆合金覆膜支架, 应用带弹簧软头的硬导丝, 及较硬、较长的支架推送器, 使其不易在扩张的胃内迂曲, 较易通过幽门等病变部位。术中密切观察患者面色、神志、意识及生命体征的变化。协助医生固定导丝、扩张球囊、支架推送器的放置及退镜。发现血压、心率、呼吸异常, 及时通知医生处理。手术完毕, 及时清除口腔呕吐物, 嘱患者卧床休息。

1.3 护理方法

1.3.1 术前心理护理 患者因进食困难, 一般情况差, 严重影响了生活质量, 希望支架置入能改变疾病

① (南京医科大学第二附属医院消化内镜中心, 南京 210000)

的状况,但对胃镜直视下支架置入缺乏认识,往往产生焦虑和恐惧。因此,由主管医生与责任护士一起与患者及其家属交谈,了解患者的心理状态、经济状况等,让患者理解治疗的作用,告之需要配合的注意事项,耐心细致地向患者及其家属解释该项治疗的目的、简要步骤和优越性,如不需要手术,痛苦小,改善症状效果好,能明显提高患者的生活质量、延长生存时间等,消除患者的紧张焦虑心理,并对家属提供心理支持,使患者在身心和谐的状态下以轻松愉悦的心情接受和配合治疗。

1.3.2 一般护理 ①协助患者做好术前检查,向患者讲明术前各项检查的意义及注意事项。做好凝血功能、心电图、血常规、肝肾功能等检查,了解有无手术和麻醉的禁忌证。②术前禁食或胃肠减压 1 天,必要时洗胃。③术前含利多卡因胶浆 5~10 ml,部分患者术前肌肉注射哌替啶 50 mg 镇痛。协助患者左侧卧位,颌下置一次性弯盘,嘱患者用牙齿咬紧一次性口垫。连接心电监护仪进行心电监测,开放静脉通道,同时准备好氧气、吸引器、抢救药物等急救用品。

1.3.3 术后护理 术后观察有无出血、穿孔表现,呼吸道通畅及复苏情况,支架置入 24 小时后可进流质饮食,并注意观察患者腹胀、腹痛及呕吐缓解情况。3 天内注意卧床休息,避免剧烈活动。支架放置后,一般伴患者终身,因而患者的健康教育,特别是饮食方面的教育很重要。指导患者术后 24 小时进食,先予少量温热流质饮食,第 2 天可进半流饮食,术后 1 周进软食,术后 1 个月进普通饮食,但应以少渣、粗纤维含量少的食物为主,进食时要细嚼慢咽,少量多餐,避免进食黏糯食物。每 4 周门诊复诊一次,必要时行胃镜、上消化道钡餐检查,了解支架位置及通畅情况。

2 结果

47 例内镜直视下置入支架均获成功,其中 43 例术后 24 小时恢复流质饮食,腹胀缓解,无呕吐;4 例术后 24 小时仍腹胀,饮食后出现呕吐,72 小时后梗阻症状消失。47 例均有不同程度的咽、胸骨后、上腹部疼痛,3~4 天后自行缓解。39 例大便隐血阳性,无明显黑便,经抑酸、止血等治疗后消失。47 例随访 1~6 个月,无支架移位及脱落。11 例(23.4%)术后 6 个月有不同程度的梗阻,应用 ERBE 氩气刀行氩等离子体凝固术(APC)电灼增生病变,恢复管腔通畅,其中 9 例梗阻缓解。

3 讨论

支架置入已成为非手术治疗胃恶性梗阻的重要方法,是一种新的姑息性治疗途径。胃内支架置入法一般有胃镜测距盲推置入法、X 线下支架置入法、经胃镜活检孔道置入法、胃镜直视下支架置入法。胃镜直视下支架置入准确性好,能在直视下观察支架上缘后释放,大多一次能成功。有以下优点:①普通胃镜下操作,方法较简单,无放射线;②视野清晰,定位准确,可及时调整位置;③推送器在胃内盘曲少,成功率较高;④如有穿孔、出血、移位等时可以及时发现和处理。

通过本组 47 例,总结护理要点如下:术前心理护理很重要,可以消除患者的紧张焦虑心理,使患者能以轻松愉悦的心情接受和配合治疗。内镜支架治疗获得成功,还需术后护理及评估。术后并发症的观察和护理:①疼痛及刺激症状,表现为咽部、胸骨后、上腹部轻度疼痛。多由胃镜操作及支架膨胀后局部刺激所致,一般 1 周左右可消失。术后需细心观察,与患者加强沟通,无须特殊处理。②消化道出血,观察患者术后有无呕吐、黑便。早期出血为扩张使局部组织撕裂所致,后期出血为支架与黏膜发生摩擦或支架压迫使肿瘤血管损伤引起。③支架移位及脱落,一般发生在支架置入数天之内,常与支架管径选择不当、支架置入位置过偏或病变局部狭窄程度过轻有关。如患者突然出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、进食不畅等症状,可考虑支架移位。为防止支架移位,术中扩张要适度,术后禁食 24 小时,并禁食冷食物。④术后再狭窄,主要与支架位置不佳,肿瘤组织生长引起,需定期复查内镜或 X 线造影,观察进食情况,如有狭窄早处理。

总之,支架置入治疗胃内恶性梗阻为患者提供了一种新的选择。经内镜直视下支架置入治疗成功率较高,患者生活质量明显提高,为进一步治疗创造条件,出现的少数并发症,经治疗和护理后,均无严重后果。

参考文献

- 1 徐美东,姚礼庆,高卫东,等.胃出口、十二指肠和近端小肠恶性梗阻的内镜治疗.中华消化杂志,2006,26(6):373-375.
- 2 王雪峰,顾钧,沈定丰,等.金属内支架置入治疗胃十二指肠恶性梗阻.中国微创外科杂志,2005,5(7):532-533.
- 3 胡远虑,萧树东,刘文忠.食管贲门部狭窄的扩张治疗.内镜,1991,8(1):15-17.

(收稿日期:2009-08-07)

(修回日期:2009-10-10)

(责任编辑:王惠群)