

特殊人群上消化道异物内镜下取出术的护理配合

戴艳清,邵发保,黄艳春,梁敏,杜秀珍  
(广东医学院附属厚街医院消化内科,广东东莞,523900)

[摘要] 目的 探讨特殊人群上消化道异物内镜下取出术的护理配合要点。方法 回顾性分析 69 例特殊人群上消化道异物急诊内镜下治疗的术前准备及术中配合要点。结果 69 例患者中 67 例内镜下成功取出,未出现大出血、穿孔等严重并发症;另外 1 例改用十二指肠侧视镜顺利取出;2 例均转外科手术治疗。结论 充分的术前准备,熟练的手术护理配合是特殊人群上消化道异物成功取出顺利完成的保障。

[关键词] 特殊人群;上消化道异物;内镜;护理配合  
[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2015)12-0039-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.12.011

Intraoperative nursing coordination during removing upper gastrointestinal foreign bodies in special patients  
by endoscopy

Dai Yanqing, Shao Fabao, Huang Yanchun, Liang Min, Du Xiuzhen//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(12):39.

[Abstract] Objective To summarize the nursing experience during removing the upper gastrointestinal foreign bodies in special patients by painless endoscopy. Method Retrospective analysis was done to investigate the clinical records on endoscopy for removing the upper gastrointestinal foreign bodies in 69 special patients. Result The foreign bodies in 67 patients were removed by endoscopy successfully, without severe complications such as bleeding and perforation; one patient was removed with duodenum lateral telescope; one patient turned for surgery. Conclusion Sufficient preoperative preparation and skilled surgical nursing cooperation are promising for the successful removal of upper gastrointestinal foreign bodies in special patients.

[Key words] special patients; upper gastrointestinal foreign bodies; endoscopy, nursing cooperation

上消化道异物是消化内科常见的急症之一,及时而有效的内镜下治疗对患者预后具有重要意义,若处理不当、救治不及时,易造成消化道出血、穿孔、器官损伤等严重并发症<sup>[1]</sup>。上消化道异物可

发生于任何年龄的人群,多为误吞、误服,但特殊人群(包括犯罪行为、吸毒者、精神疾病及轻生者等)的上消化道异物,往往是故意吞入异物,加之常规的内镜检查为侵入性操作,患者不愿意配合,治疗效果较差。随着内镜技术的发展,麻醉内镜以非侵入性、创伤小、准确、无干扰、并发症少及患者依从性高等优点,已逐步替代传统的外科手

[收稿日期] 2015-10-10  
[作者简介] 戴艳清(1977-),女,广东东莞人,主管护师,本科,主要从事消化内科及内镜中心护理工作。

~~~~~

Care Med,2012,33(2):176-185.

[9] Imberti D, Ageno W, Carpenedo M. Retrievable vena cava filters: a review [J]. Curr Opin Hematol, 2006, 13 (5): 351-356.

[10] 黄景勇,虞冠锋,倪海真,等. 下肢静脉曲张术后并发症状性深静脉血栓形成 17 例分析[J]. 中华普通外科杂志, 2010, 25(8): 684-685.

[11] Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER) [J]. Lancet, 1999(353): 1386.

[12] 王庆芳. 125 例髋关节置换术后患者下肢深静脉血栓的预防及护理[J]. 现代临床护理, 2010, 9(4): 24-25.

[13] 罗凌,张运剑,夏国光,等. 低分子肝素在脊柱创伤患者血栓预防中的应用进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2012, 21(2): 90-93.

[14] 李天晓,谢静霞. 华法令抗凝对于合并下腔静脉血栓的 Budd-Chiari 综合征患者的疗效评价[J]. 中国介入影像与治疗学, 2007, 4(2): 982-1001.

[本文编辑:郑志惠]

术成为治疗上消化道异物的首选方法<sup>[2]</sup>。2011 年 1 月~2014 年 11 月本院对 69 例特殊人群上消化道异物采用丙泊酚麻醉下内镜取出术,现将护理配合情况报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2011 年 1 月~2014 年 11 月收治的特殊人群上消化道异物拟行胃镜的急诊患者 69 例,其中男 45 例,女 24 例,年龄 21~64 岁,平均 $(36.1 \pm 7.6)$ 岁。其中吸毒者 22 例,犯罪者 35 例,轻生者 9 例,精神病者 3 例;异物滞留时间 4.5~15 d,平均 $(6.8 \pm 2.3)$ d。异物类型:硬币 21 例,动物骨头 13 例,螺母 6 例,铁钉 10 例,硬核类 3 例,假牙、戒指各 3 例,打火机 5 例,牙刷、铁丝和胶片各 1 例,食物团块 1 例,带铝塑纸药片 1 例。异物嵌顿部位:食道上段 18 例,食道中段 29 例,食道下段 10 例,胃体腔 11 例,十二指肠球部 1 例。其中 4 例出现食管、胃、十二指肠黏膜少量出血点。其中 22 例吸毒患者中,15 例人类免疫缺陷病毒抗体(human immunodeficiency virus, HIV)阳性;3 例丙肝病毒抗体(viral hepatitis type C, HCV)阳性;4 例 HIV 和 HCV 均为阳性。所有患者就诊时均经临床综合检查及影像学检查确诊为上消化道异物,除精神障碍者外均有近期异物吞咽史。

### 1.2 手术方法

患者取左侧卧位,上提下颌,保持气道通畅,吸氧,连接心电监护仪进行生命体征监测。采用 0.1% 丙泊酚静脉注射麻醉,在明视下常规缓慢进镜,发现异物时要立即停止进镜,打气或注水冲洗后充分暴露异物,并根据异物种类、大小、位置以及与周围组织的关系判断嵌顿异物有无出血、穿孔,了解其活动度;选择适宜的治疗器械,由术者或助手钳取出异物。

## 2 结果

本组 69 例患者中 67 例内镜下一次性成功取出异物,取出所用时间 3~21 min,平均 $(13.2 \pm 7.1)$ min,其中食管黏膜损伤 2 例,胃、十二指肠黏膜损伤各 1 例,均为黏膜少量出血点,无发生严重并发症;另外 1 例患者原有十二指肠球部溃疡,因疤痕引起

球腔狭窄至异物钳顿于狭窄部位,胃镜无法取出,改用十二指肠侧视镜顺利取出;其他 2 例因吞服的螺母过大且钳顿于食道上段或因铁丝较细较长、两端没有橡皮包裹、在胃内已长达半月、铁丝的一端已分别刺破胃前后壁进入腹腔均转外科手术治疗。住院时间 10~16 d,平均 $(8.2 \pm 3.1)$ d。

## 3 讨论

### 3.1 特殊人群上消化道异物内镜治疗的特点

文献报道<sup>[3]</sup>,特殊人群上消化道异物内镜治疗成功率仅 68.0%,患者不配合、依从性差、极度紧张是影响治疗效果的主要因素。由此可见,对实施急诊内镜治疗的上消化道异物特殊患者,在积极做好充分的术前准备前提下,尽早针对患者心理生理变化进行心理疏导,实施护理干预,能够有效缓解患者对疾病及治疗的负面情绪,减少并发症及不良反应的出现,提高患者的依从性及舒适度,明显增加其对护理工作的满意程度,具有重要的临床应用价值<sup>[4]</sup>,同时有助于提高患者的耐受性、合作程度及麻醉效果,避免麻醉并发症,使治疗能顺利进行<sup>[5]</sup>。在急诊无痛内镜下上消化道异物取出过程中,异物成功取出既取决于医生娴熟的技术,医护间默契配合亦是决定手术成功的关键因素之一。本组 69 例患者入院时及时进行心理干预,在医、护、患三者得到良好的配合,97.1%(67/69)特殊人群上消化异物内镜下顺利取出异物。

### 3.2 护理配合

#### 3.2.1 术前准备

3.2.1.1 患者准备 术前巡回护士详细询问患者病史、临床症状,了解患者吞服异物的种类、形态、数量、疼痛部位及吞入异物的时间及 X 线透视或胸片检查结果,确立异物所在位置、形态、大小、滞留时间及与邻近脏器的关系,明确异物的性质和部位,指导选择治疗器械。由于患者均故意吞服异物,属于自残行为,往往极不配合治疗。部分患者想以自残行为来获得保外就医,逃避法律制裁。该类患者术前负性情绪在入院后常常明显加重。因此,术前与患者交谈,进行心理疏导,了解患者心理状态,向患者介绍无痛内镜检查的有关注意事项,说明内镜下治疗的必要性、有效性、相关风险及手术

中可能发生的并发症,使患者了解进入手术室后及麻醉前患者应配合的事项,减轻患者恐惧心理;同时向患者家属交待手术情况,以取得其理解与配合,并签署手术同意书。术前患者禁食、禁饮 6 h 以上,术前 10 min 口服胃镜胶浆 10 mL 去除泡沫,避免影响视野。

**3.2.1.2 手术器械准备** 内镜下上消化道异物取出术前备好常规上消化道电子内镜、异物钳、网篮、圈套器、透明帽等内镜治疗附件;止血用电凝设备、金属钛夹、多功能心电监护仪,吸氧装置、吸引器、喉镜、气管套管、呼吸球囊、呼吸机等抢救器械和肾上腺素、异丙肾上腺素、去甲肾上腺素、阿托品、利多卡因、阿拉明、多巴胺、安定、异丙嗪及甲泼尼龙等急救药品。

### 3.2.2 术中护理配合

**3.2.2.1 静脉麻醉的配合** 在静脉麻醉下患者处于安静状态,分泌物明显减少,视野清晰,而且经过食管阻力明显降低,易于手术操作。此时护士做好患者的生命体征监测及术中护理,并掌握静脉麻醉的并发症与处理措施,针对患者心理、生理实施护理干预,有助于提高患者的耐受性、合作程度及麻醉效果,避免麻醉并发症,使治疗能顺利进行。患者左侧卧位,保持气道通畅,不要阻塞患者鼻腔及压迫静脉窦,给予吸氧,心电监护。采用 0.1% 丙泊酚,由麻醉医生行静脉注射麻醉,首次剂量  $1 \sim 2 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{min})$  匀速推注,当语言指令和睫毛反射消失后,按  $0.4 \sim 0.6 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{min})$  持续推注,体动时,按  $0.5 \text{ mg}/\text{kg}$  追加。术中密切观察患者呼吸、血压、心率、血氧饱和度等情况变化,发现异常情况及时提醒镜检医师和麻醉师,并及时配合抢救。如出现  $\text{SaO}_2 < 95\%$ ,口唇、指甲紫绀,血压改变等情况,立即将患者头略后仰,开放气道,清除口腔分泌物,加大氧流量,减少静脉麻醉药物剂量或停止给药;如  $\text{SaO}_2$  仍无改善,则中止治疗。经处理后,待  $\text{SaO}_2$  回升至 95% 以上继续镜下治疗。本组 69 例患者术中均为出现生命体征异常变化情况。9 例轻生患者中 3 例术中出现躁动,强行拔出内镜,追加注射麻醉药物,再次插入内镜后完成治疗。

**3.2.2.2 取出异物的护理配合** 器械护士必须熟悉手术过程,掌握手术过程中每件器械的名称、功

能及正确的使用方法,以保证手术器械的正确、及时传递,缩短手术时间。术中器械护士要协助术者扶住镜身缓慢进镜,确保视野清晰,发现异物要立即停止进镜,术中及时观察手术进程,根据手术进程及异物种类、大小传递手术器械及备用手术器械等,由术者或助手钳取出异物,严格按照美国消化道异物处理指南<sup>[6]</sup>进行。内镜下取异物时,既要避免异物对消化道的损伤,还要考虑保护胃镜和保证患者的安全,动作要轻、柔、稳、快、准,在异物通过贲门、食管等自然狭窄部时应充分注气,要顺应其蠕动慢慢拉出,在通过咽喉时一定要夹紧异物,加深麻醉,减少呛咳动作,防止异物再次脱落,阻塞气管。保证视野清晰,发现异物要停止进镜,打气或注水冲洗后充分暴露异物,观察异物种类、大小、质地,以及与周围组织的关系。判断嵌顿异物有无出血、穿孔及活动度。依据异物类型选择适宜器械、适当取出方法:①吞服钝性异物者通过网篮和圈套器成功取出异物。②吞服锐利异物者术前胃镜前端加用透明帽,应用鼠齿异物钳和鳄鱼口异物钳钳取,并将异物拉入透明帽内。术中动作要轻柔,调整异物位置,确定合适的方向后准确、牢固钳取异物,使异物长轴与胃长轴平行,异物尽量贴近胃镜先端部,不留间隙,借助镜身的支持减少异物对黏膜的损伤,然后边充气边将异物随镜缓慢退出,退至咽喉部时协助患者头稍向后仰,使食道与咽喉部呈一直线状态,有利于异物的取出。③位于胃底的异物,尤其是进餐后吞入者,视野欠清晰可反复注水吸引黏液糊,尽量显露异物,对于进食较多者,要协助医生将患者改为右侧卧位,屈曲双大腿,使异物移至胃窦部或胃体中下部再取出,切忌盲目粗暴用力<sup>[7]</sup>。④当异物较大时,退镜至贲门口和食道时多注些气体,使食道尽量扩大,保持视野清楚,并注意食道的收缩和舒张,收缩时停止退出,舒张时顺着食管缓慢退出,退至食管入口时一定要固定好异物,避免在取出中异物松脱掉进气管,引起窒息或取出失败。操作时护士要全神贯注,动作要敏捷、稳准,争取在最短的时间内成功取出异物,切忌强行拉推动作,粗暴强取,否则可能造成穿孔和严重的黏膜撕脱导致大出血。⑤吞服 2.5 cm 的尖锐异物或巨大不规则异物易引起咽喉部阻



塞,不应内镜下强行试取,选择外科手术治疗<sup>[8]</sup>。本组 69 例中有 2 例患者因吞咽异物较大或因异物穿孔而转外科治疗。6 例胃内容物较多患者,通过改变患者体位顺利取出异物。

**3.2.2.3 异物取出后的护理** 异物取出后,及时清除口腔内分泌物,并检查有无异物碎片残留于咽喉或口腔内。为确保安全最好再次进镜观察是否有组织损伤及异物残留,预防出血、穿孔、食管气管瘘等并发症出现。当内镜提出牙列时结束给药,当语言指令和睫毛反射恢复为苏醒,并记录给药总量和苏醒时间。待患者完全清醒(定向、定位和认知功能正常)用图片法检测并通过对话检测心理活动<sup>[9]</sup>。

**3.2.3 预防交叉感染** 吸毒患者是感染 HIV、HCV 的高危人群,不安全注射行为易导致 HIV、HCV 在该类患者中传播,同时吸毒易伴随各种疾病的感染<sup>[10]</sup>。本组吸毒患者 22 例,有 HIV 或 HCV 等血源性传染病。术前医护人员加强安全管理,增强自我防范和保护意识,认真做好职业暴露防护,操作时小心谨慎,防止交叉感染发生。针对此类患者进行内镜下取异物时,安排在专用诊室进行,配置专用的胃镜。治疗后内镜的清洗消毒要严格执行传染病消毒隔离制度与防护措施,对患者血液、体液严格执行消毒处理,杜绝医院感染<sup>[11]</sup>。

#### 4 小结

充分的患者准备和手术器械准备,熟练、认真、细致的术中护理配合,预防交叉感染是特殊人群上消化道异物成功取出的保障。

#### 参考文献:

- [1] 陈霞君. 急诊胃镜下取上消化道异物 22 例效果观察及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(16): 56-57.
- [2] 刘运祥, 黄留业. 实用消化内镜治疗学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 73.
- [3] 丁然, 郑亮, 翁雪健, 等. 内镜下异物取出术在特殊人群中的应用[J]. 浙江临床医学, 2004, 6(12): 1075.
- [4] 黄英. 急诊胃镜治疗上消化道异物的护理干预价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(25): 2838-2839.
- [5] 全厚菊. 静脉麻醉胃镜下特殊治疗的临床观察与护理[J]. 国际护理学杂志, 2008, 16(27): 1032-1034.
- [6] GM Eisen, TH Baron, JA Dominitz, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2002, 55(7): 802-806.
- [7] 王昌雄, 曾丽芳, 杨国军, 等. 无痛胃镜在土消化道取异物术中应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24(6): 455.
- [8] 全高成, 孙惠英, 朱壮涛, 等. 无痛胃镜下取出上消化道异物 41 例[J]. 中国实用医刊, 2012, 39(7): 125-126.
- [9] 方夏英, 王维红, 丁小云. 胃镜下取上消化道异物的护理配合[J]. 现代实用医学, 2011, 23(11): 1305-1306.
- [10] Estrada AL. Epidemiology of HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis among minority injection drug users[J]. Public Health Rep, 2002, 117(3): S126-S134.
- [11] 王立新, 张静涛. 循证护理用于消化内镜中心感染控制流程优化管理措施的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(23): 93-94.

[本文编辑: 李彩惠]

~~~~~

欢迎订阅《现代临床护理》杂志!