

## 双气囊电子小肠镜检查在不明原因消化道出血患者病因诊断中的护理

李妙芝, 何剑琴

(深圳市第四人民医院, 广东深圳, 518033)

**[摘要]** **目的** 了解双气囊电子小肠镜对于不明原因消化道出血病因诊断情况及其护理体会。**方法** 对 86 例不明原因消化道出血患者实施双气囊电子小肠镜检查, 术前做好物品和肠道准备; 术中娴熟配合; 术后严密病情观察。**结果** 本组 86 例患者均成功完成小肠镜检查, 无发生穿孔、出血等严重并发症。阳性检出率 83.7%。**结论** 双气囊电子小肠镜对于不明原因消化道出血具有较高病因诊断准确率。评估患者病情, 做好术前和肠道准备, 医护娴熟的配合, 严密病情观察对双气囊电子小肠镜检查成功具有重要意义。

**[关键词]** 消化道出血; 小肠镜; 护理

**[中图分类号]** R473.9 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)06-0056-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.06.16

### Etiological diagnosis and nursing strategies of obscure gastrointestinal bleeding using double-balloon enteroscopy

Li Miaozi, He Jianqin // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (06): 56.

**[Abstract]** **Objective** To explore the etiological diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding in patients undergoing double-balloon enteroscopy and summarize the nursing strategies. **Methods** Eighty-six patients with obscure gastrointestinal bleeding underwent double-balloon enteroscopy. Before operation, preparations of surgical stuff and bowel were conducted, during the operation, surgical cooperation was carefully performed and after the surgery and the patients were closely observed for prevention of complications. **Results** All the patients lived through the enteroscopy without any complications of perforation and bleeding. The positive detection rate was 83.7%. **Conclusion** Double-balloon enteroscopy is of great accuracy etiologically for the diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding. The nursing measures including right evaluation of patients' condition, careful pre-operational, proficient surgical cooperation and close observation are of great significance for the success of double-balloon enteroscopy.

**[Key words]** obscure gastrointestinal bleeding; double-balloon enteroscopy; nursing

不明原因消化道出血指常规胃镜和肠镜不能发现病灶而持续性或反复发作的消化道出血, 病变多见于小肠。随着内镜技术的发展, 双气囊电子小肠镜开始应用于临床, 使全小肠检查变为可能。它不仅可以直视整个小肠的病变情况, 而且可对病灶进行活检, 极大地提高了小肠疾病的诊断率<sup>[1]</sup>。由于小肠远离口腔及肛门, 肠段较长, 常形成多个复杂的环状结构并形成袢, 造成小肠镜操作困难, 因此做好小肠镜检查的护理配合对提高小肠镜检查成功率, 减少患者痛苦具有重要意义。本院自 2009 年 6 月 ~ 2013 年 6 月对 86 例不明原因消化道出血患者实施双气囊电子小肠镜检查, 现将护理体会报道如下。

**[收稿日期]** 2014-02-12

**[作者简介]** 李妙芝 (1970-), 女, 广东揭西人, 主管护师, 大专, 主要从事临床护理工作。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2009 年 6 月 ~ 2013 年 6 月在本院行双气囊电子小肠镜检查的不明原因消化道出血患者 86 例。入选标准: 患者以黑便或便血为临床表现, 经胃镜、结肠镜、腹部 B 超检查均未发现可解释临床症状的确切病灶; 无小肠镜检查的禁忌证, 包括严重的心、肺疾病, 全身极度衰弱不能耐受检查及完全性肠梗阻等患者; 神志清楚者。86 例患者中, 男 62 例, 女 24 例; 年龄 16 ~ 79 岁, 平均 (45.7 ± 3.2) 岁。

### 1.2 检查方法

根据患者的临床症状估计出血部位, 选用经口腔或肛门进镜, 采用双人操作法。检查前将外套管套入小肠镜, 注射少许橄榄油于外套管内, 润滑镜身。开始插镜时气囊不注气, 先进镜, 约进入 50 cm

后,停止进镜,先将内镜前端气囊充气固定,然后将外套管沿镜身向前滑入 50 cm 直至内镜前部,将外套管气囊充气并保持在原位,在两个气囊完全充气后回拉取直,接着将内镜气囊放气,镜身再向深处插入,直至无法进镜。然后重复上述步骤,镜身逐步深入。通过内镜与外套管反复依次充气、放气、滑行和回拉操作,利用两个气囊交替固定肠管,将肠管不断地套在双气囊电子小肠镜镜身上,直至到达病灶。本组 35 例经口途径小肠镜检查,患者恶心不适较明显,术前给予静脉注射丙泊酚 3 mg/kg 和东莨菪碱 20 mg,根据患者术中反应,间断追加适量丙泊酚;30 例经肛门途径小肠镜检查,采用安定 5~10 mg、哌替啶 30~40 mg 和东莨菪碱 20 mg 静脉注射,根据患者术中反应,间断追加哌替啶 20~30 mg;21 例接受两种途径的小肠镜检查。

## 2 结果

本组患者均成功完成小肠镜检查,无发生穿孔、出血等严重并发症。术后发生咽痛 6 例,其中 2 例咽炎经短期抗菌素治疗后治愈,另 4 例发生咽痛症状较轻,未予特殊处理,2~3 d 后症状自行缓解;8 例发生腹痛,无需特殊治疗自行缓解。小肠镜检查情况:86 例患者中,共检出肠结核 3 例,克罗恩病 13 例,非特异炎症 7 例,腺癌 3 例,间质瘤 17 例,平滑瘤 2 例,息肉 3 例,血管畸形 9 例,小肠溃疡 6 例,十二指肠球后溃疡 2 例,憩室 7 例,阳性检出率 83.7 % (72/86)。

## 3 讨论

### 3.1 双气囊电子小肠镜对不明原因消化道出血因的诊断意义

消化道出血是临床常见急症,经多种手段检查后,不能发现出血部位的不明原因的出血仍占 3%~5%,而这些出血通常位于小肠,由于小肠位置深、长度长、弯曲多等解剖特点,且缺乏敏感性和特异性好的检查手段,小肠疾病的临床诊断一直很困难<sup>[2]</sup>。小肠镜对于肿瘤、炎性、溃疡性病变和血管性病变等小肠疾病检查有较高的准确性,具有直观、清晰、操作可控性和能取病理活检等优点,是诊断小肠黏膜和黏膜下病变的理想方法<sup>[3-4]</sup>。双气囊电子小肠镜检查不仅可直视检查整个小肠的黏膜病变,

而且可对病灶进行活检和治疗,与常规检查手段比较,双气囊小肠镜检查对小肠疾病的检查具有一定优势,对小肠无盲区直视检查,并且图像清晰,操作精确,可以活检和治疗,是一种可靠的诊治手段<sup>[2]</sup>。柏健鹰等<sup>[2]</sup>采用双气囊电子小肠镜对不明原因消化道出血患者进行检查,76 例中明确为小肠出血 66 例,病变检出率为 82.9%。本组对 86 例不明原因消化道出血患者采用双气囊电子小肠镜检查,阳性检出率为 83.7 % (72/86),结果与相关文献报道基本一致<sup>[2,5-7]</sup>。结果说明,双气囊电子小肠镜对于不明原因消化道出血具有较高病因诊断准确率。

### 3.2 护理

#### 3.2.1 术前护理

3.2.1.1 做好患者病情评估及术前准备 详细了解病史和症状,评估消化道出血严重程度,重度出血患者,严密监测和基础护理,补充血容量,出现休克患者暂缓检查,积极治疗,生命体征平稳后才考虑小肠镜检查。检查前常规给予硫酸镁 30~40 g,或 20% 甘露醇 250 mL 口服,进行肠道准备,及时了解患者对泻剂的反应及效果。小肠镜检查的肠道准备,肠道清洁程度的要求高于结肠镜检查,排出粪水至无色清水样液体为佳。对泻剂反应差,服药后不易出现泻下患者,加大剂量和增加口服泻剂次数,指导患者多饮水,彻底清洁肠道,有助于提高小肠镜检查可操作性。经肛门途径小肠镜检查,首次给予泻剂后,视情况再予 1~2 次泻剂。

3.2.1.2 物品准备 本组检查采用双气囊电子小肠镜 EN-45OP5/28 型,内镜的长度为 2 m,该内镜较普通内镜多一个气孔,利用此孔道可向内镜头端的气囊注气。外套管前端带一气囊,长度为 1.5 m,两个气囊分别连接气泵,气泵可根据气囊壁的压力不同自动调节充气量。装配时,先用生理盐水润滑外套管管腔,套入小肠镜身后,在小肠镜身前端装上专用小气囊,连接好各通气管道,将外套管气囊(大气囊)及小肠镜气囊(小气囊)均充气,各置入蒸馏水中检查气囊是否漏气,确保大小气囊充气、放气性能良好。食用橄榄油 10~20 mL 用于注入内镜与外套管间的腔隙内进行润滑,以减少内镜镜身与外套管间的摩擦力。准备好丙泊酚、安定、哌替啶、东莨菪碱等药物,以及心电监护仪、吸氧装置等。

### 3.2.2 术中护理

3.2.2.1 术中配合 小肠镜与胃肠镜不同,其镜身较长,且小肠迂曲,单人操作较难,因此医护配合协助非常重要。经口途径与经肛门途径小肠镜检查,医护配合基本相同,摆好患者位置,患者身体长轴与小肠镜镜身成一直线,医生操作较方便,如两者呈直角的角度,插入或退出镜身时,阻力较大,医护都会感到操作费力。操作时,医生负责控制旋钮方向和插镜,护士负责托住镜身和插送外套管,医生进镜或退镜时,护士托住镜身,及时报告内镜插入深度或退镜时退出长度,使内镜镜身与外套管之间处于恰当位置。

3.2.2.2 病情观察 部分患者在检查中因使用麻醉剂或镇静剂,可能会出现呼吸减慢、血氧饱和度下降等情况,如出现上述情况,轻拍患者并唤醒,唤醒后嘱其深呼吸,或加大氧气流量,口咽有分泌物,及时吸出,避免误吸。患者诉腹胀和腹痛,观察其腹部体征,注意及时退镜,取直镜身,缩短插入长度。本组有 8 例患者发生腹痛,无需特殊治疗自行缓解。对有腹部外科手术史患者,密切观察操作过程中患者的反应,及时取直镜身,不能盲目深插,避免肠穿孔并发症。文献报道<sup>[5-6,8]</sup>,小肠镜检查有消化道穿孔、急性胰腺炎、麻痹性肠梗阻等并发症的发生。本组 86 例均未出现严重不良反应和出血及穿孔等并发症。原因可能与我们做好术中配合和严密病情观察及时处理不良反应有关。

3.2.3 术后护理 小肠镜检查时间较长,肠腔内注气较多,术后患者出现腹胀,鼓励患者下床适量活动,以排出部分肠腔内气体,减轻腹胀。经口途径小肠镜检查的部分患者会出现咽痛不适,嘱注意饮水及口腔卫生,大多数情况下 2~3 d 后逐渐缓解。本组发生咽痛 6 例,其中 2 例经短期抗菌素治疗后治愈,另 4 例发生咽痛,症状较轻,未予特殊处理,2~3 d 后症状自行缓解。

## 4 结论

不明原因消化道出血临床上并不少见,大多数出血原因是小肠出血。双气囊电子小肠镜检查不仅

可直视检查整个小肠的黏膜病变,而且可对病灶进行活检和治疗,对小肠疾病的诊断具有跨时代的意义<sup>[9-10]</sup>。本组 86 例患者均成功完成小肠镜检查,无发生穿孔、出血等严重并发症,阳性检出率 83.7%。评估患者病情,做好术前和肠道准备是双气囊电子小肠镜检查成功的基础;医护娴熟的配合,严密病情观察是双气囊电子小肠镜检查成功的保证。

### 参考文献:

- [1] 智发朝,姜泊,潘德寿,等. 全小肠直视检查的双气囊电子小肠镜的初步临床应用[J]. 中华医学杂志,2003,83(20): 1832.
- [2] 柏健鹰,王沂芹,郭红,等. 双气囊电子小肠镜对不明原因消化道出血的诊断价值[J]. 第三军医大学学报,2009,31(4):352-354.
- [3] Makoto Nishimura, Hironori Yamamoto, Hiroto Kital, et al. Gastrointestinal stromal tumor in the jejunum: diagnosis and control of bleeding with electrocoagulation by using double-balloon enteroscopy[J]. J Gastroenterol, 2004, 39: 1001-1004.
- [4] Molina PE, Lamas G, Perez Cuadrado ME. Push enteroscopy series: diagnostic and therapeutic efficacy[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 9(3): 349-353.
- [5] Yamamoto H, Kita H, Sunada K, et al. Clinical outcomes of double-balloon endoscopy for the diagnosis and treatment of small intestinal diseases[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2004, 2(11): 1010-1016.
- [6] Heine G D, Hadithi M, Groenen M J, et al. Double-balloon enteroscopy: indications, diagnostic yield, and complications in a series of 275 patients with suspected small bowel disease[J]. Endoscopy, 2006, 38(1): 42-48.
- [7] 杨云生,孙刚,李闻,等. 双气囊电子小肠镜临床应用初探[J]. 中华消化内镜杂志,2004,21(1): 17-19.
- [8] Atter A, Maissiat E, Sebbagh V, et al. First case of paralytic intestinal ileus after double balloon enteroscopy[J]. Gut, 2005, 54(12): 1823-1824.
- [9] Gerson LB. Double-balloon enteroscopy: the New Gold Standard for Small-bowel Imaging? [J]. Gastrointest Endosc, 2005, 62(1): 71-75.
- [10] Jiang CF, Shi J, Chen YX, et al. The value of double-balloon enteroscopy in the diagnosis of small bowel bleeding [J]. Chin J Gastroenterol Hepatol, 2009, 18(12): 1130-1132.

[本文编辑:郑志惠]