

# 老年肠癌并肠梗阻患者无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术的护理体会

林映兰 吴彩雯 陈凤妹 林娟

(福建医科大学肿瘤临床医学院 福建省肿瘤医院, 福建 福州 350014)

**[摘要]** 目的: 总结 41 例老年结直肠癌并肠梗阻患者实施无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术的护理配合经验, 为建立医护精准的配合模式提供参考依据。方法: 回顾性分析 2021 年 1 月至 2023 年 12 月在福建省肿瘤医院完成的 41 例无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术的护理配合要点, 包括术前充分准备、术中精准配合及术后妥善指导等。结果: 37 例手术均获成功。其中 4 例因黏膜充血水肿、肠腔极度狭窄致导丝无法深插, 无法行肠道支架置入术。结论: 术前、术中、术后针对性护理能有效促进老年患者操作成功率, 更好的保障患者安全。

**[关键词]** 结直肠癌; 肠梗阻; 无 X 线辅助; 肠道支架置入术; 老年人

**[中图分类号]** R 735.3; R 574.2 **[文献标识码]** B

结直肠癌伴急性肠梗阻多为闭祥性梗阻, 易发生肠坏死及穿孔, 同时患者多为高龄患者, 且基础疾病较多, 病死率较高<sup>[1]</sup>。内镜下肠道支架置入术是解除肠梗阻的重要治疗方法, 由于其创伤小、临床效果好, 已逐渐取代急诊手术成为术前治疗的一线方案<sup>[2-3]</sup>。常规的肠道支架置入术是 X 线辅助下进行, 不仅费时费力, 射线辐射也对医护人员及患者造成一定的伤害。特别是老年患者, 大多生理功能减弱, 伴有多种慢性疾病, 应激能力减退, 射线的辐射可进一步降低患者的抵抗力。无 X 线辅助下经内镜置入肠道支架, 患者在清醒状态下操作, 在迅速解除肠梗阻的同时避免老年患者的麻醉风险。福建省肿瘤医院内镜中心前期也有研究表明: 无 X 线辅助下的内镜下肠道支架置入术可以安全有效的用于梗阻性结直肠癌患者的治疗<sup>[4]</sup>。本研究进一步报道老年结直肠癌并肠梗阻患者进行该术式的护理配合要点, 具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2023 年 12 月在福建省肿瘤医院实施无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术的 41 例老年结直肠癌并肠梗阻患者, 其中男性 27 例, 女性 14 例; 年龄 60~81 岁, 平均(68.22±6.45)岁。本研究经福建省肿瘤医院伦理委员会批准(K2020-018-01)。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合结直肠癌<sup>[5]</sup>并肠梗阻<sup>[6]</sup>诊断标准, 需要行内镜下肠道支架置入术的患者; (2) 无 X 线辅助内镜下进行肠道支架置入术的患者; (3) 患者年龄≥60 岁; (4) 患者的认知功能、语言功能、听觉能力均正常; (5) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 依从性低; (2) 患有意识障碍或精神疾病; (3) 心肺功能差; (4) 存在相关治疗禁忌证。

### 1.3 方法

1.3.1 术前护理 (1) 术前心理指导与健康宣教。与患者真诚交流, 了解其心理需求。很多老年患者患病后抑郁、焦虑, 觉得自己的疾病给家庭造成负担, 不配合治疗。同时老年患者理解能力差, 沟通交流存在障碍, 可安排患者及家属共同观看操作演示视频。交代家属将配合要点、注意事项等详细向患者讲解, 并进行言语上的鼓励, 以增强患者接受手术的信心。(2) 针对性肠道准备。由于老年患者体质虚弱, 特别是高龄患者常常无法耐受 1000 mL 的灌肠液, 可适当调整肠道准备方案, 如以温盐水多次灌肠, 每次不超过 100 mL, 直至排出无渣水样便。若灌肠过程中前次灌肠液大部分还未排出, 应及时停止灌肠。护理人员在老年患者肠道准备中及准备后, 均需密切观察患者情况, 并交代患者及家属, 如有不适请及时告知以保障安全。(3) 充分评估, 保障安

[收稿日期] 2024-02-19

[基金项目] 福建省卫生系统中青年骨干人才培养项目(2014-ZQN-ZN-6)

[作者简介] 林映兰, 女, 副主任护师, 主要研究方向是内镜护理。

全。①了解狭窄部位及梗阻程度，配合时做到心中有数。②完善术前检查，老年患者麻醉的风险较大，应充分评估病情，在许可范围内尽量选择清醒状态下进行手术，以避免麻醉不良反应。③备齐抢救设施，在术前进行预吸氧。术前 5 min 给予患者鼻导管吸氧，可增加氧储备，能降低术中低氧血症等相关不良反应的发生率。(4) 物品准备：肠镜（日本 Olympus，型号：CF-HQ290I），Boston 黄斑马导丝（直径 0.889 mm，长度 420 mm），自棚式金属支架（南京微创医学科技股份有限公司，直径 24 mm，长度 12 cm，孔径 3.7 mm），CO<sub>2</sub> 送气装置（杭州向瑞医疗设备有限公司），注水泵（杭州安杰思医学科技股份有限公司），直头造影导管（美国库克医疗）。

1.3.2 术中配合 (1) 协助患者调整至左侧卧位。老年患者体温调节功能差，宜做好保暖措施，调节室温至 24 ~ 26 °C，必要时加盖毛毯。(2) 操作方法。①使用注水注 CO<sub>2</sub> 方式进镜，将 37 °C 的温 0.9 % 氯化钠溶液注满肠腔，以防水温过低刺激肠壁造成肠痉挛影响操作，同时使用 CO<sub>2</sub> 注入也比常规注入空气明显减轻老年患者腹胀程度。待进镜至梗阻部位后与医生共同观察、寻找冒出气泡或粪渣的缝隙。②确认狭窄开口处后，从活检孔道缓缓送入导管导丝：在注满 0.9 % 氯化钠溶液的肠腔内认真观察寻找肿瘤狭窄部位，留置导丝。待导管到达狭窄入口处后，以导丝探路，如遇阻力，应配合医生微调镜头方向或调整导丝改变角度。切忌暴力置入，应确保在无阻力的情况下轻柔的插入。将导丝导管两者交替深插，注意尽可能多的留置导丝，直至导丝越过狭窄部 30 ~ 50 cm（可根据体外剩余导丝程度来评判放置长度）。③退出导管保留导丝，选择尺寸合适的肠道支架推送装置，循导丝徐徐置入金属支架。要注意不要将支架置入过深，一般以支架的 mark 点与狭窄段开口保持 1 ~ 2 cm 为宜。④缓慢释放支架，退支架外套管时应保持匀速直到完全释放。释放时应始终保持支架肛侧缘在内镜视野内，且相对固定于狭窄开口肛侧 2 ~ 4 cm。并确认狭窄端外露的支架 mark 点始终在安全距离范围内，如不慎滑入狭窄段里需立即停止。待医生将支架 mark 点拉到安全距离后方可继续，以保证支架释放精准到位。⑤释放完成后需将支架治疗植入器外套管回送至梗阻口侧 2 ~ 4 cm 后拔出，可见大量排泄物涌出视为成功。(3) 术中密切观察病情变化，监测生命体征，如有异常，及时汇报手术医师，给予对症处理。手术过程中若患者出现腹胀加剧或突然剧痛，可轻抚患者并给予语言安慰，以缓解患者紧张恐惧状态，同时轻柔按压患者腹部判断腹壁是否腹胀或出现板状腹，以及时发现是否发生肠穿孔。

1.3.3 术后指导 交代患者禁食、卧床休息 24 h，观察腹痛、腹胀情况是否缓解，进行 X 线平片判断支架

释放位置是否正确、有无发生移位，待梗阻解除后方可开始进食。

## 2 结果

41 例患者中，37 例成功置入。其中 4 例因黏膜充血水肿、肠腔极度狭窄致导丝无法深插，无法行肠道支架置入术。成功置入肠道支架的老年患者术后均无相关并发症，排便通畅，腹胀腹痛缓解，腹部平片证实梗阻解除，治疗效果好。

## 3 讨论

全球范围内，结直肠癌是危害人类健康最常见的三大肿瘤之一。亚洲地区结直肠癌发病率及死亡率在过去 10 年内稳步上升<sup>[7-8]</sup>，尤其在在我国情况更加严重<sup>[9-10]</sup>。结肠癌引起肠梗阻是临床常见的急腹症，特别是老年患者，一旦出现肠梗阻，病情发展迅猛，身体状况将迅速恶化，给治疗和愈后带来极大的困难。尤其是临床上针对患者的治疗中，通常情况下采用的都是外科手术的治疗方式，而患者在癌症病灶能切除而且未转移的情况下，虽然具备治疗的可能，但是往往需要进行 2 次甚至更多的手术。其中一期手术要做的是使患者的肠梗阻问题得以解决，对患者实施小肠造瘘或是结肠造瘘，二期手术需要还纳患者的造瘘口。并且还需要结合患者结直肠癌病情的实际情况，适度地调整手术的方案以及手术的次数，由于此类疾病多数为老年患者，而此类患者往往同时存在多种类型的系统疾病，在接受手术治疗的过程中不仅需要较长的恢复周期，而且恢复的速度整体较慢，身体缺乏对于手术较高的耐受性，手术后出现并发症以及死亡的概率会呈现出大幅度增长的趋势。尤其是对于一些高龄患者来说，他们的病情存在远处转移的风险，家属对于患者的手术治疗往往也存在多重的顾虑，即使是患者能顺利接受手术治疗的情况之下，手术之后的生活质量也会在较大程度上受到影响。

近年来，内镜技术飞速发展，无 X 线辅助内镜下肠道支架置入技术日益成熟，展现出优势及发展潜力。老年结直肠癌并肠梗阻患者采用此方法可在迅速缓解肠梗阻的情况下避免患者在搬运过程中造成病情的恶化，同时也减少医护人员及患者暴露在射线下对免疫力的影响，减少创伤和痛苦。老年患者由于因年龄大，理解能力差，沟通交流障碍，机体各项功能减退，故需要制定针对性的护理措施。相比于普通患者来说，老年结直肠癌并肠梗阻患者在接受临床诊疗的过程中，对于护理也具有更高的要求。而在采用无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术治疗的过程中，虽然治疗方法在安全性以及有效性方面存在较为显著的优势，但是要保证患者的治疗效果，合

理地结合患者各方面的实际情况，为患者提供针对性的护理方案同样十分有必要。具体的护理操作过程中，可以尝试从以下几个方面入手：如术前充分的健康指导及心理护理；针对性的肠道准备措施；术前预吸气增加氧储备等；术中密切配合，建议使用水辅助法联合 CO<sub>2</sub> 进镜方式，可避免肠管过度延伸，减轻牵拉造成的不适，尤其适合老年结直肠癌并肠梗阻患者，可避免因注入较多空气而导致腹胀、梗阻加重。同时注水后可有助于发现狭窄开口，减少导丝、导管试插的次数，以避免因多次试插造成肠管水肿而导致插管失败。在注水时建议使用 37℃ 左右的温 0.9% 氯化钠溶液，调节适宜的室温，做好保暖措施，以降低老年患者低体温的发生危险；术后给予患者及家属充分指导，观察腹痛腹胀改善情况等。

临床护理工作的实际开展过程中，由于老年结直肠癌合并肠梗阻患者的病情具有多变性的特点，而且他们的身体素质普遍较弱，如何做好针对患者的护理也是需要关注的重要问题。护理人员要善于发现患者病情变化的倾向，尤其需要对于患者的临床症状以及生命体征变化情况给予密切的观察，针对患者治疗过程中潜在的并发症问题及时给予关注，并且采取针对性的措施进行处理。为了保证患者在接受诊疗过程中的舒适度，手术前后需要指导患者调整好体位，保证身体体位的舒适度以及合理性，为医生的顺利操作打下良好的基础。手术正式开始之前，需要指导患者做好临床准备的工作，包括指导患者做好肠道的准备等，指导患者及时地清空肠道，避免手术的过程中出现一系列的风险。手术的过程中，在内镜的指导之下，为患者进行肠道支架置入的过程中，护理人员需要充分地辅助医生完成治疗的操作，做好患者手术过程中的临床配合工作。在接受手术之后，也是患者出现各种并发症的高危时段，护理人员需要注意监测患者各方面的情况，对患者的病情变化进行观察，重点观察患者是否存在感染、出血等方面的问题，一旦发现患者出现了异常，就需要及时采取针对性的措施进行处理，在保证患者诊疗效果的基础上，最大限度地维护患者的安全。

综上所述，相比 X 线辅助，无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术需要医护人员掌握更多的操作技巧，精准默

契的配合是保证手术成功的关键。本研究系统的总结了老年结直肠癌并肠梗阻患者在进行无 X 线辅助内镜下肠道支架置入术时的护理配合要点，以期为临床提供依据。

#### [参考文献]

- [1] 黄唯, 燕善军, 郑海伦, 等. 内镜联合 X 线肠道支架置入对结肠癌伴急性肠梗阻手术影响分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25 (10): 1372-1375.
- [2] SPANNENBURG L, SANCHEZ GONZALEZ M, BROOKS A, et al. Surgical outcomes of colonic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colorectal obstruction: a systematic review and meta-analysis of high quality prospective and randomised controlled trials [J]. Eur J Surg Oncol, 2020, 46 (8): 1404-1414.
- [3] SEO S Y, KIM S W. Endoscopic management of malignant colonic obstruction [J]. Clin Endosc, 2020, 53 (1): 9-17.
- [4] 谢招飞, 施宏, 陈素玉, 等. 无 X 线辅助的内镜支架置入术治疗左半结直肠癌并肠梗阻的疗效观察 [J]. 微创医学, 2020, 15 (6): 765-767.
- [5] 中国医师协会外科医师分会, 中华医学会外科学分会胃肠外科学组, 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 等. 中国结直肠癌肝转移诊断和综合治疗指南 (2023) [J]. 中国临床医学, 2023, 30 (1): 166-198.
- [6] 中华医学会肠外肠内营养学分会, 中国国际医疗保健促进交流会外科康复促进学分会. 小肠梗阻的诊断与治疗中国专家共识 (2023 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26 (5): 401-409.
- [7] ONYOH E F, HSU W F, CHANG L C, et al. The Rise of Colobocan Cancer in Asia: Epidemiology, Screening, and Management [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2019, 21 (8): 36.
- [8] WONG M C, DING H, WANG J, et al. Prevalence and risk factors of colorectal cancer in Asia [J]. Intest Res, 2019, 17 (3): 317-329.
- [9] 王德征, 张爽, 张辉, 等. 天津市结直肠癌死亡率 1999-2015 年变化趋势分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22 (6): 579-586.
- [10] ZHU J, TAN Z, HOLLIS-HANSEN K, et al. Epidemiological trends in colorectal cancer in China: an ecological study [J]. Dig Dis Sci, 2017, 62: 235-243.