

一例超声内镜下下弹簧圈 + 组织胶栓塞术治疗胃底静脉曲张的护理体会

唐新风

中山市黄圃人民医院 广东省中山市 528429

前言

食管胃底静脉曲张是一类由多种因素造成的门脉高压症,其发病机制以肝硬化为主,以腹水、肝性脑病、食管胃静脉曲张等为特征,其发病机理为门静脉高压。肝静脉压力梯度(HVPG)为有效了解患者有无门静脉高压的重要方法。是HVPG正常值为3-5 mmHg, HVPG > 5mmHg表示具备门脉高压, HVPG > 10mmHg会产生静脉曲张, HVPG > 12 mmHg具备一定的出血风险, HVPG > 20mmHg有80%的出血率。在肝脏消化内科中,食管胃底静脉曲张破裂出血是一种较为普遍的急诊疾病,与患者的生命安全密切相关^[1]。因此,应采取迅速、高效的止血措施,治疗上以药物止血为主,超声内镜下下弹簧圈+组织胶栓塞术治疗是最为快速及有效的治疗方法,应用范围较广,为患者实施治疗过程中对于患者应结合护理干预手段。

1. 病史摘要

1.1 所用资料和方法

姓名: 杨某, 性别: 男, 年龄: 77岁。主诉: 呕血、黑便1周余。

入院诊断: 1. 消化道出血 2. 肝硬化 3. 门静脉高压 4. 慢性胃炎

既往史 2018-12-25因“门静脉高压并肝硬化”于我院行BRTO及下腔静脉球囊扩张术, 2019-2-26行经颈静脉肝内门-体静脉分流术+食管胃底静脉曲张栓塞术, 术后恢复可, 患有慢性胃炎7年余。

过敏史: 无食物、药物过敏史。

婚育史: 已婚已育, 育有4子女。

家族史: 否认其他家族遗传病传染病精神病等类似疾病史。

10-5CT结果显示: 食道下段、胃底静脉曲张迂曲成结节状、

团块状。10-6血常规结果显示: C反应蛋白(快速)CRP 20.09mg/L ↑, 红细胞RBC 2.71x10¹²/L ↓, 血红蛋白Hb 67g/L ↓ 10-10超声内镜结果示内镜下见胃底静脉曲张呈多团块样, 食管未见明显曲张静脉。

2. 护理问题

2.1 护理评估

生命体征: T: 36.8℃, P: 72次/分, R: 18次/分, BP: 120/53mmHg

神经系统: 神志清楚、对答切题、查体合作, 生理反射正常, 病理反射未引出。

呼吸系统: 双侧呼吸运动度一致, 双侧语颤一致, 未触及胸膜摩擦感。双肺叩诊呈清音双肺呼吸音清, 双肺未闻及干湿性啰音。

循环系统: 心前区无隆起, 心前区未触及震颤, 叩诊心界不大, 听诊心率: 63次/分, 律齐, 未闻及心包摩擦音。

消化系统: 腹胀, 无伴腹痛、反酸、嗝气, 腹部平软, 无压痛及反跳痛, 未触及腹部肿块。肝肋下未触及, 无叩击痛, 内镜下见胃底静脉曲张呈多团块样

跌倒评分: 跌倒评分为7分

心理社会支持评估: 家人每日陪伴患者, 积极支持患者治疗, 但患者本人担心预后, 比较焦虑。

2.2 护理目标

2.2.1 潜在并发症: 上消化道出血、窒息。

目标: 无呕血、黑便等出血症状, 血红蛋白水平正常或处于上升阶段

术程顺利, 未出现返流窒息情况。

2.2.2 潜在并发症: 异位栓塞

目标: 未出现异位栓塞的情况。

2.2.3 潜在并发症: 焦虑、恐惧。

目标: 患者情绪稳定, 解除焦虑, 积极配合检查、治疗及护理。

2.3 护理措施

2.3.1 术前的护理

对患者进行详细的检查, 并针对患者的各项情况进行综合评价, 讲解操作流程, 增加患者的信心, 对所有的手术过程和所用的各种仪器均进行详细了解, 提前将其中手术应用的物品准备好, 保持无菌台面。患者要按照术前的麻醉和胃镜的需要来做好准备, 指导患者维持左边位置, 给予氧气吸入、心电监护, 打开双条静脉通道。将检查床两侧的栏杆拉开, 积极预防患者坠床, 同时, 将患者的头抬起来或者是将患者的脑袋抬起来, 避免返流误吸, 同时, 要做好临床护理工作。

2.3.2 术中配合

固定好线圈后, 将线圈插入静脉腔, 抽出针芯后, 用“三明治”式快速注射组织胶, 应用 3 ml 聚桂醇 +2.5 ml, 如果不足应换胃镜补打, +3ml 聚桂醇, 操作过程保持无菌。预装弹簧圈时要避免穿刺针打弯, 再次送入针芯时不可将针芯全部送入穿刺针针道, 尾部预留长度应与弹簧圈鞘管的长度一致, 确保线圈在最前方, 并不暴露在外。用“三明治”方法连续注射 3 ml 的聚月桂醇 +2.5 ml 的明胶 +3 ml 的聚桂醇, 抽出针头, 确保其中针头畅通, 没有阻塞, 才能重新放置弹簧。

2.3.3 术后护理

基础护理: 将患者从手术中带回病房, 密切注意患者的生命体征及各种参数的改变, 同时, 还要注意是否存在呕血、便血等症状。

用药护理: 通过连续静脉注射来降低胃部血液供应, 应用质子泵抑制剂来降低胃液分泌, 并注意是否有不良反应, 如有渗漏、腹胀。

饮食护理: 手术后禁食 48 h, 流食 4 周, 饮食应以清淡、易消化、低脂、温凉、从少至多、从稀到浓的转变。

运动训练: 手术 3 d 应尽量多下床, 1~2 星期可逐渐行走, 注意排便, 防止腹部压力升高。

2.4 护理评价

手术后经胃镜检查未发现有明显的活动性出血, 血红蛋白呈上升趋势。

无异位血栓形成。

消除患者的紧张和不安, 并能在术前和术后的治疗和护理中给予充分的支持

2.5 第二部分护理体会

(1) EUS 下线圈 + 组织胶栓塞法较单纯的组织胶栓塞法更具优越性, 其表面呈柔软的结构, 可以吸引更多的细胞粘附于其上, 防止其向脾、肾静脉回流, 导致血栓形成, 达到更好的疗效。

(2) 手术中护理配合至关重要, 护士不仅要熟悉各种仪器, 还要了解各种操作技术, 学会新护理技术, 并能够在临床上多锻炼自己, 加强主观能动性, 并注重思路突破, 培养敏锐观察力, 有利于沉着应对突发问题, 达到术中各个环节的熟练、流畅、标准、精细的护理协作。

(3) 通过围术期系统护理干预, 可提升 EUS 下线圈加组织胶栓塞术的协作程度, 防止及降低术后并发症, 达到良好的疗效。

对于食管、胃底静脉曲张和破裂出血最好采用内窥镜下的硬化剂和组织胶治疗。由于其定位准确, 视野清晰, 治疗效果明确, 止血成功率高, 再出血性少, 对活动性出血也有效, 对曲张静脉也有效, 预防再次出血、止血效果显著, 可改善患者的生活质量^[2]。但是这种方法也被视为是一种有风险且有很高的并发症的内窥镜手术, 不仅需要操作人员具备较高的职业素养和高超的技巧, 对护士的正确、娴熟的护理工作也提出更高的要求^[3]。术前, 操作护士不仅要对患者进行心理护理, 消除患者的焦虑和紧张情绪, 使患者各项工作顺利开展, 同时, 还要严密地监测患者的各项指标, 避免出现并发症。在手术前, 护理人员熟悉手术医生的手术方式, 并按照医生的手术习惯, 为患者提供药物。在进针时要把握好进针的角度与方位, 不要盲目的进行穿刺, 以免对内窥镜造成伤害^[4]。在穿刺过程中要有强烈的冲击感, 要感觉到注射药剂或者是液体凝胶没有任何阻力, 如果感觉不到或者是遇到较大的阻力要及时向医生汇报, 再进行相应的调整。在给药过程中要及时、均匀地给药, 与医生沟通药量, 在给药的过程中要仔细的看药针的位置, 不要把药注入血管外面。在注射过程中要注意保护好皮肤, 避免皮肤表面的溶液和皮肤上的凝胶形成粘连。为避免针头过小, 在推进过程中遇到了巨大的阻力, 导致胶在针头上凝结。使用 2~3 ml 的葡萄糖 +2~3 ml 的组织胶 +2~3 ml 的葡萄糖进行夹心式注射。在注入后将针尖收回鞘中以应对穿刺点产生长期的挤压, 从

而使拔出针变得更加艰难,从而引起粘膜和血管的破裂。如需要多次穿刺,如遇阻塞,须立即更换,否则会影响操作,并导致大量的粘胶浪费。完成手术后检查穿刺点是否有渗出,是否有出血,退出内窥镜。高质量、高效率的术前护理、精准、娴熟的术中协作、主动的预防和处理是确保手术顺利进行的基础^[5]。

综述,一例超声内镜下下弹簧圈+组织胶栓塞术治疗胃底静脉曲张术后护理至关重要,可提高治疗成功率,减少并发症。

参考文献:

[1] 麦丽梅,陈健婷,李青平,等.跨理论模型下的综合护理在食管胃底静脉曲张出血患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(23):152-154.

[2] 蔡波尔,朱枫,柏晓金,等.基于微信平台的个案管理延伸护理模式在肝硬化合并食管胃底静脉曲张患者中的应用[J].内科理论与实践,2023,18(05):344-347.

[3] 何小青.延伸信息化管理在食管胃底静脉曲张破裂出血患者内镜套扎术联合组织胶栓塞术后的应用[J].智慧健康,2023,9(05):250-254.

[4] 徐华兵,杨雅,杨秋燕,等.基于围术期数据构建超声引导组织胶栓塞术治疗中重度食管胃底静脉曲张患者菌血症的预测模型[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(09):1170-1174.

[5] 凡国书.食道胃底静脉曲张破裂出血内镜下治疗体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A3):74-75.