

Standard Nursing Management for Endoscopic Papillectomy

Li Wang^{1*}, Lina Xu^{1*}, Ke Qi², Wei Wang², Ming Cui^{1#}

¹Department of Outpatient, Yinhang Community Health Service Center of Shanghai Yangpu District, Shanghai

²Department of Gastroenterology, Shanghai Changhai Hospital, Shanghai
Email: #yinhanguiming@163.com

Received: May 17th, 2017; accepted: Jun. 13th, 2017; published: Jun. 16th, 2017

Abstract

Objective: To explore the highlight on nursing of endoscopic papillectomy. **Methods:** Patients who were treated by EP with duodenal papilla lesion in our endoscopy center from June 2007 to December 2015 were enrolled. The clinical characteristics and technical features were analyzed. **Results:** 43 patients treated by EP with duodenal papilla lesions were enrolled. 38 (88.4%) cases were completed with side-viewing endoscope, 2 (4.6%) cases were completed with forward-viewing endoscope, 3 (7.0%) cases were completed with forward-viewing endoscope after failure with side-viewing endoscope. 27 (62.8%) cases accepted ERCP during operation, 12 (27.9%) cases were placed bile duct stents, 20 (46.5%) cases were placed pancreatic duct stents. 26 (60.5%) cases occurred bleeding in operation. 13 (30.2%) cases had abdominal pain after operation, 4 (9.30%) cases had postoperative pancreatitis, 6 cases (14.0%) had long term bile duct stricture. **Conclusion:** The key to successful endoscopic papillectomy lies in standardized nursing management and accurate operating cooperation.

Keywords

Endoscopic Papillectomy, Nursing

内镜下十二指肠乳头切除术的规范化护理研究

王丽^{1*}, 徐丽娜^{1*}, 祁可², 王伟², 崔明^{1#}

¹上海市杨浦区殷行社区卫生服务中心, 上海

²上海长海医院消化内镜中心, 上海
Email: #yinhanguiming@163.com

*共同第一作者。

#通讯作者。

收稿日期：2017年5月17日；录用日期：2017年6月13日；发布日期：2017年6月16日

摘要

目的：探讨内镜下十二指肠乳头切除术的护理要点。**方法：**系统回顾2007年6月至2015年12月在长海医院消化内镜中心接受EP治疗患者的临床资料及治疗过程，分析EP术前、术中、术后护理特点。**结果：**本研究共纳入接受EP治疗的十二指肠乳头病变患者43例，其中38例(88.4%)使用侧视镜完成，2例(4.6%)使用直视镜完成，3例(7.0%)在侧视镜操作失败后更换直视镜完成；术中有27例(62.8%)行ERCP，其中12例放置胆管支架，20例放置胰管支架；有26例(60.5%)发生术中出血；术后有13例(30.2%)出现腹痛，4例(9.3%)发生胰腺炎，5例(11.6%)发生延迟性出血并行内镜下止血治疗，6例发生术后远期胆管狭窄。**结论：**规范化的护理及准确的手术配合是确保EP手术成功、降低并发症的关键。

关键词

十二指肠乳头内镜下切除术，护理

Copyright © 2017 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

近年来，随着内镜诊疗技术的快速发展，内镜十二指肠乳头切除术(Endoscopic papillectomy, EP)日臻成熟，已成为治疗十二指肠乳头病变的一种有效方法[1]-[13]。然而，由于十二指肠乳头局部结构复杂、十二指肠腔内内镜操作困难，EP容易产生出血、穿孔、胆管炎、胰腺炎等严重并发症，临床上对EP的护理规范化提出了很高的要求。如何针对EP技术特点，实施高效、精准、规范的优质护理，将为EP在临床上的安全、顺利开展提供重要保障。

本研究系统回顾了2007年6月至2015年12月接受EP治疗的43例患者资料，分析了EP操作的技术特征、EP近远期并发症情况及EP术后随访情况，明确了EP护理的关键环节及要点，以期为EP的临床规范化护理提供依据。

2. 临床资料与结果

长海医院消化内镜中心接受EP治疗患者共计43例，其中男21例，女22例，年龄23至81岁，平均59岁。43例患者中，38例(88.4%)使用侧视镜完成，2例(4.6%)使用直视镜完成，3例(7.0%)在侧视镜操作失败后更换直视镜完成。EP术中有27例(62.8%)行ERCP，其中12例放置胆管支架，20例放置胰管支架；有26例(60.5%)发生术中出血，其中14例采用止血夹止血，有9例采用电凝止血，2例采用注射止血，1例采用冰肾水冲洗止血。EP术后有13例(30.2%)患者出现腹痛，4例(9.3%)发生胰腺炎，5例(11.6%)发生延迟性出血并行内镜下止血治疗，6例发生术后远期胆管狭窄。术中及术后无一例发生穿孔。43例切除病变的术后病理为：黏膜炎症2例，十二指肠乳头腺瘤11例，十二指肠乳头腺瘤伴低级别瘤变18例，十二指肠乳头腺瘤伴高级别瘤变7例，十二指肠乳头腺癌2例，类癌3例。

3. 护理

3.1. 术前护理

3.1.1. 术前评估

全面分析患者病史特点，明确有无手术禁忌。术前常规评估患者心肺功能、肝肾功能、凝血功能，并配合麻醉医生对拟行麻醉治疗的患者做好麻醉评估；重点询问患者既往胆管炎、急性胰腺炎、慢性胰腺炎、ERCP、外科手术等病史，评估 EP 并发症的风险。

3.1.2. 术前检查

对于十二指肠乳头部位的息肉、腺瘤等粘膜病变，建议患者术前行 NBI、FICE、ME 等进行检查，以判断病变的范围及性质；对于十二指肠乳头部位的粘膜下肿瘤(SMT)或活检提示为癌及癌变的病灶，建议患者术前行 EUS 检查以明确肿瘤大小及其与十二指肠壁、胆总管、主胰管的关系，评估周围淋巴结转移、大血管浸润及胰胆管侵犯情况；对于内镜检查耐受性差的患者，建议其行 CT 或 MRI 检查。

3.1.3. 心理护理

相对于外科手术，EP 是一项创伤小、操作时间短、疗效好的治疗，术中患者配合对于手术的顺利进行具有重要帮助。术前认真向患者介绍 EP 的操作流程、患者配合要点及方法、术中可能出现的并发症及处理措施，使患者消除紧张情绪、积极配合治疗。

3.1.4. 器械准备

1) 内镜：尽量选用大工作孔道的十二指肠镜，如 JF-260V (工作孔道 3.7 mm)、TJF-240 (工作孔道 4.2 mm)、TJF-260 (工作孔道 4.2 mm)，以利于内镜器械顺利通过及治疗时能够有效吸引保持视野；常规准备直视镜，以应对侧视镜操作困难、术中大出血或穿孔需使用止血夹处理等情况，首选带有附送水功能的治疗内镜(如 GIF-Q260J)。2) EMR 器械：0.2% 靛胭脂染色剂、甘油果糖氯化钠注射液、注射针、圈套器。3) ESD 器械：0.2% 靛胭脂染色剂、甘油果糖氯化钠注射液、注射针、Flex Knife、Dual Knife、IT Knife、透明帽。4) ERCP 器械：造影剂、导丝、造影导管、十二指肠乳头切开刀、胆管支架、胰管支架。5) 高频电发生器：首选具有混合电流的高频电发生器。本内镜中心使用的 ERBE VIO 200D 具有消化内镜专用模式 ENDO CUT (内镜电切)功能，在息肉及十二指肠乳头切开中可良好控制切割速度；同时具有氩气刀功能，能够有效处理残留病灶，大大方便了内镜医生的操作和使用。

3.1.5. 患者准备

1) 对于长期口服阿司匹林、波立维等抗血小板药物的患者，在充分评估心脑血管事件风险的基础上术前停药 5 天；对于长期口服华法林等抗凝药物的患者，术前停用华法林 5 天，并改用低分子肝素，于术前 12 小时停用低分子肝素，术后 6 h 恢复使用。2) 对于口服利血平等 α 受体阻滞剂的高血压患者，术前需停用此类药物 1 周，以防麻醉过程中出现难治性低血压。3) 术前常规禁食、水 6~8 小时，高血压患者术日需服用降压药物、控制好血压，糖尿病患者需监测好血糖。4) 术日晨需留置好静脉留置针，常规予抑酸、补液治疗。5) 为预防术后胰腺炎，可予患者预防性使用硝酸甘油舌下含服联合吗啡美辛肛栓。6) 为了有效控制肠蠕动、利于手术操作，术前常规注射解痉灵 20 mg、度冷丁 50 mg。

3.2. 术中护理

3.2.1. 做好麻醉护理

术中要严格无菌操作，做好静脉给药的护理；要注意患者体位保持及术中保暖；要密切观察患者的生命体征、心电监护及麻醉机各参数指标，如有心率、血压、脉搏、呼吸、氧饱和度等异常，及时报告

医生并积极处理。

3.2.2. 电切功率模式设置

应根据病灶特点及内镜医生的操作习惯，提前设置好高频电发生器的电切、电凝模式，EP 时采用“内镜电切模式”可良好控制切割速度，同时具有良好止血功能。

3.2.3. 靛胭脂染色

配制 0.2% 的靛胭脂溶液 20 ml，在染色前应用生理盐水反复冲洗十二指肠乳头及肠腔的粘液、胆汁、泡沫，然后经内镜工作孔道注入靛胭脂溶液，注射完毕后应用注射器再注入 20 ml 空气冲出残留在工作孔道内的染色剂以保证染色效果，并观察 3 至 5 分钟确定病灶范围。

3.2.4. 粘膜下注射

配置 1:100000 肾上腺素甘油果糖美蓝注射液，为方便粘膜下注射可选用 5 ml 注射器连接注射针，注射前需排空注射针孔道内的空气，注射时应从病灶肛侧缘开始，以避免口侧粘膜先隆起后阻挡对肛侧缘的观察，注射效果应以病灶充分隆起为佳。对于注射后抬举阴性的病灶，常提示病变粘膜下浸润，应重新评估 EP 治疗可行性。

3.2.5. 圈套器选择

为保证病灶的完整及整块切除，需根据病灶大小及形态选择合适的圈套器；圈套器线圈有单线圈和螺旋线圈 2 种，与单线圈相比，螺旋线圈可以更牢固的抓住扁平的病灶。操作时可从乳头的口侧向肛侧圈套，亦可从肛侧向口侧圈套。可借助 FICE、NBI 等色素内镜方法观察圈套器位置在肿瘤基底 < 0.5 cm 处，此后持续拉紧直到肿瘤整块切下。

3.2.6. 标本处理

病灶切除后应充分吸引并迅速进行回收，以防组织滑入十二指肠深部导致无法进行病理评估。切除的组织应先用生理盐水将标本表面血液和黏液冲洗干净，暴露病变的大概轮廓；然后沿最外侧将卷曲状态的标本充分展平，用大头针固定；将固定好的标本放入 10% 中性缓冲福尔马林固定液中。

3.2.7. 创面处理

病灶切除后，对于创面的少量渗血可采用冰肾水进行冲洗；对于裸露血管可采用电凝、APC 或止血夹处理；对于创面较大、可疑穿孔时，用止血夹对可疑穿孔部位进行夹闭。使用止血夹止血或夹闭创面时需更换直视镜并避开胆胰管开口，对于靠近胆胰管开口部位的严重出血，可在植入胆胰管支架后再行止血夹止血。

3.2.8. 残留病灶处理

对于较大的病灶行单次切除不全或行 EP 时，往往会有病灶残留，应进行补救治疗；对于较大残留可用直径 1 cm 的小圈套器圈除，对于较小残留灶可用氩离子凝固术(APC)或活检钳处理。

3.2.9. 胆胰管支架植入

对于存在胰管扩张及引流不畅的患者，EP 术后需选择性放置胰管支架，以降低 EP 术后梗阻性胰腺炎的发生；EP 术后一般无需放置胆管支架，必要时可行胆管括约肌切开术[14] [15]。

3.3. 术后护理

3.3.1. 饮食护理

术后常规禁食 24 小时，如无特殊情况，24 小时后可予温凉流质饮食 3 天，3 天后逐渐过渡至正常饮食。

3.3.2. 出血监测

术后观察患者有无呕血、黑便症状，监测 24 小时血常规动态变化；对于有活动性出血的患者需行急诊内镜下止血，对于内镜止血失败的患者可尝试 DSA 止血。

3.3.3. 胰腺炎监测

监测术后 3 小时、24 小时淀粉酶，观察患者腹痛症状及相关体征，必要时腹部 CT 检查；EP 术后胰腺炎大多为急性轻症胰腺炎，予禁食、抑酸、抑酶、补液对症治疗即可好转。

3.3.4. 胆管炎监测

观察患者术后有无发热、黄疸、腹痛症状，监测患者血常规、肝功动态变化；可予抗炎、保肝对症治疗，必要时行内镜下胆管引流。

3.3.5. 穿孔监测

术后穿孔发生率很低，对于有腹部压痛、反跳痛的患者行腹部平片或 CT 检查可以明确；对于较小的穿孔可在内镜下明确穿孔部位并以止血夹夹闭，同时放置胃管及鼻空肠管充分引流 5 天，行碘水造影检查明确无造影剂外漏后即可开放饮食。

3.3.6. 随访计划

根据患者术后病理，分类制定随访计划。对于术后病理提示为十二指肠乳头息肉、腺瘤、低级别瘤变的患者，术后第 1 年及第 2 年各随访 1 次，以后每 3 年连续随访 1 次。对于术后病理为高级别瘤变、粘膜内癌的患者，分别于术后第 3、6、12 个月进行内镜随访，并行肿瘤指标和影像学检查；无残留或复发者术后每年连续随访 1 次；有残留或复发者视情况继续行内镜下治疗或追加外科手术切除，每 3 个月随访 1 次，病变完全清除后每年连续随访 1 次。

4. 讨论

随着内镜诊断技术(NBI、FICE/BLI、IScan、ME、CLE)与治疗技术(EMR、ESD)的快速发展，越来越多的消化道肿瘤被早期发现并成功实施内镜下切除。对于十二指肠乳头及其周围的病变，EP 术已展示出安全性高、创伤小、疗效确切的优势。但由于十二指肠乳头病变发生率相对较低，临床上缺乏较大样本量的研究报道，更缺乏 EP 的护理规范化研究。本研究通过系统回顾 43 例 EP 术的病历资料，明确了十二指肠乳头病变患者的基本临床特征、EP 的技术特点、术中术后并发症情况，确定了 EP 的术前、术中、术后护理要点及难点，制定了术前准备、术中医护配合、术后并发症监测、随访计划的规范化护理策略，对 EP 在临床的顺利开展提供了依据。

参考文献 (References)

- [1] Binmoeller, K.F., Boaventura, S., Ramsperger, K. and Soehendra, N. (1993) Endoscopic Snare Excision of Benign Adenomas of the Papilla of Vater. *Gastrointestinal Endoscopy*, **39**, 127-131. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(93\)70051-6](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(93)70051-6)
- [2] Norton, I.D., Gostout, C.J., Baron, T.H., Geller, A., Petersen, B.T. and Wiersema, M.J. (2002) Safety and Outcome of Endoscopic Snare Excision of the Major Duodenal Papilla. *Gastrointestinal Endoscopy*, **56**, 239-243. [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(02\)70184-3](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(02)70184-3)
- [3] Han, J., Lee, S.K., Park, D.H., Choi, J.S., Lee, S.S., Seo, D.W. and Kim, M.H. (2005) Treatment Outcome after Endoscopic Papillectomy of Tumors of the Major Duodenal Papilla. *The Korean Journal of Gastroenterology*, **46**, 110-119.
- [4] Kahaleh, M., Shami, V.M., Brock, A., Conaway, M.R., Yoshida, C., Moskaluk, C.A., Adams, R.B., Tokar, J. and Yeaton, P.(2004) Factors Predictive of Malignancy and Endoscopic Resectability in Ampullary Neoplasia. *The American Journal of Gastroenterology*, **99**, 2335-2339. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.40391.x>

- [5] Jung, M.K., Cho, C.M., Park, S.Y., Jeon, S.W., Tak, W.Y., Kweon, Y.O., Kim, S.K. and Choi, Y.H. (2009) Endoscopic Resection of Ampullary Neoplasms: A Single-Center Experience. *Surgical Endoscopy*, **23**, 2568-2574. <https://doi.org/10.1007/s00464-009-0464-9>
- [6] Catalano, M.F., Linder, J.D., Chak, A., Sivak, M.V., Rajiman, I., Geenen, J.E. and Howell, D.A. (2004) Endoscopic Management of Adenoma of the Major Duodenal Papilla. *Gastrointestinal Endoscopy*, **59**, 225-232. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(03\)02366-6](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(03)02366-6)
- [7] Irani, S., Arai, A., Ayub, K., Biehl, T., Brandabur, J.J., Dorer, R., Gluck, M., Jiranek, G., Patterson, D., Schembre, D., Traverso, L.W. and Kozarek, R.A. (2009) Papillectomy for Ampullary Neoplasm: Results of a Single Referral Center over a 10-Year Period. *Gastrointestinal Endoscopy*, **70**, 923-932. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2009.04.015>
- [8] Cheng, C.L., Sherman, S., Fogel, E.L., McHenry, L., Watkins, J.L., Fukushima, T., Howard, T.J., Lazzell-Pannell, L. and Lehman, G.A. (2004) Endoscopic Snare Papillectomy for Tumors of the Duodenal Papillae. *Gastrointestinal Endoscopy*, **60**, 757-764. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(04\)02029-2](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(04)02029-2)
- [9] Ismail, S., Marianne, U., Heikki, J., Jorma, H. and Leena, K. (2014) Endoscopic Papillectomy, Single-Centre Experience. *Surgical Endoscopy*, **28**, 3234-9. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3596-5>
- [10] Desilets, D.J., Dy, R.M., Ku, P.M., Hanson, B.L., Elton, E., Mattia, A., Howell, D.A. (2001) Endoscopic Management of Tumors of the Major Duodenal Papilla: Refined Techniques to Improve Outcome and Avoid Complications. *Gastrointestinal Endoscopy*, **54**, 202-208. <https://doi.org/10.1067/mge.2001.116564>
- [11] De Palma, G.D. (2014) Endoscopicpapillectomy: Indications, Techniques, and Results. *World Journal of Gastroenterology*, **20**, 1537-1543. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i6.1537>
- [12] Nguyen, N., Shah, J.N. and Binmoeller, K.F. (2010) Outcomes of Endoscopic Papillectomy in Elderly Patients with Ampullary Adenoma or Early Carcinoma. *Endoscopy*, **42**, 975-977. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255875>
- [13] Boix, J., Lorenzo-Zúñiga, V., Moreno de Vega, V., Domènech, E. and Gassull, M.A. (2009) Endoscopic Resection of Ampullary Tumors: 12-Year Review of 21 Cases. *Surgical Endoscopy*, **23**, 45-49. <https://doi.org/10.1007/s00464-008-9866-3>
- [14] Yamao, T., Isomoto, H., Kohno, S., Mizuta, Y., Yamakawa, M., Nakao, K. and Irie, J. (2010) Endoscopic Snare Papillectomy with Biliary and Pancreatic Stent Placement for Tumors of the Major Duodenal Papilla. *Surgical Endoscopy*, **24**, 119-124. <https://doi.org/10.1007/s00464-009-0538-8>
- [15] Harewood, G.C., Pochron, N.L. and Gostout, C.J. (2005) Prospective, Randomized, Controlled Trial of Prophylactic Pancreatic Stent Placement for Endoscopic Snare Excision of the Duodenal Ampulla. *Gastrointestinal Endoscopy*, **62**, 367-370. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2005.04.020>

期刊投稿者将享受如下服务:

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: acm@hanspub.org