经验交流 文章编号:0253-3626(2011)01-0111-03

恶性梗阻性黄疸经皮肝穿胆道内支架植入的手术期护理

李 智,罗小平,何明菊
(重庆医科大学附属第二医院放射介入中心,重庆 400010)

【摘 要】目的:研究恶性梗阻性黄疸经皮肝穿刺胆道内金属支架植入治疗的术中配合、术后护理,提高支架植入的成功率及促进病人康复。方法:回顾性分析我院 2007 年 1 月 ~2010 年 6 月安全实施胆道内金属支架植入治疗的 32 例恶性梗阻性黄疸的临床资料。采取措施包括对患者术中、术后护理要点的严密观察及管理如疼痛、发热的观察及护理管理、引流管以及引流物的管理等。结果:32 例手术顺利、安全实施,未发生与护理相关的意外及并发症;术后除出现轻微不适外,无术后穿刺部位出血、严重感染、引流管脱落、阻塞等发生,全部病例均达到预期治疗目的而安全出院。结论:充分术前准备、严密的术中、术后并发症观察与护理可保证胆道内支架植入治疗的安全进行、术后的顺利康复,避免与护理有关的严重并发症及意外的发生。

【关键词】恶性梗阻性黄疸;胆道;支架;护理
【中国图书分类法分类号】R575 【文献标志码】A 【收稿日期】2010-11-19

Nursing care of percutaneous transhepatic biliary tract stent implantation for malignant bile duct obstruction

LI Zhi, et al
(*Center of Interventional Treatment, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the peri-operation cooperation and post-operation nursing care methods, so as to ensure the success implementation of percutaneous transhepatic biliary tract stent implantation and the recovery of the patients with malignant bile duct obstruction. *Methods*: Clinical data of 32 patients with malignant bile duct obstruction who received percutaneous transhepatic biliary tract stent implantation from Januarary 2007 to June 2010 were analyzed retrospectively. Strict intra- and post-operation nursing care and management, such as nursing and management of patient aching and fever, management of drainage tube and drainage content, were adopted. *Results*: Transhepatic biliary tract stents were implanted successfully into 32 patients without accidents and complications associated with nursing care. Except mild complaints, no hemorrhage, severe infection, defluxion or obstruction of drainage tube was found. All patients achieved anticipated goals of treatment and were discharged safely. *Conclusion*: Good preoperative preparation, rigorous intra- and post-operation complications observation and good nursing care are key strategies for the successful implementation of percutaneous transhepatic biliary tract stent implantation, which can avoid severe complications and accidents associated with nursing care.

【Key words】malignant bile duct obstruction; biliary tract; stent; nursing care

恶性胆道梗阻常常因胆管癌、壶腹部周围癌、肝癌及其他转移性肿瘤所致,该类病例常因重度淤胆而严重影响肝功能,同时也因患者黄疸严重而无法进行有效的抗肿瘤治疗,使患者生活质量低劣、生命安全受到严重影响[1]。临床首选的微创治疗技术即为经皮肝内胆管穿刺引流术(Percutaneous transhepatic cholangitic drainage, PTCD)及胆道支架植入术[2],它可以迅速消除因胆汁淤积所致的伴随症状,使其一般状况快速好转而给有效抗肿瘤创造有利时机,而手术期的护理管理可为手术的安全实施及术后顺利恢复提供有效保障。现将我院 2007 年 1 月 ~2010 年 6 月安全实施 32 例恶性梗阻性黄疸胆道内金属支架植入治疗的手术期护理管理报告如下:

作者介绍:李 智(1969-),女,主管护师,
研究方向:介入护理。
通信作者:罗小平,男,副教授,Email:luoxiaoping123@126.com。

1 方 法

1.1 研究对象

我院 2007 年 1 月 ~2010 年 6 月实施 32 例恶性梗阻性黄疸胆道内金属支架植入手术,所有病例均失去外科切除机会;全部患者均有明显的肝内外胆管扩张和中度以上的皮肤巩膜黄疸,伴或不伴有陶土色大便、肝区胀闷隐痛、消瘦乏力等。其中男 19 例,女 13 例;年龄 32~89 岁,平均 61.7 岁;肝门部胆管癌 10 例,胆总管癌 5 例,肝总管癌 6 例,胰腺癌 9

例,十二指肠癌 2 例。

1.2 材料与设备

美国 COOK18 G × 20 cm chiba 薄壁穿刺针;日本泰尔茂 0.035 吋 × 150 cm 超滑 J 型导丝及 0.035 吋 × 260 cm 超滑 J 型交换导丝,5F Cobra 75 cm 超滑泥鳅导管;8F × 20 cm 多侧孔猪尾引流导管;球囊导管为美国强生公司 6~8 mm × 60~80 mm P3 球囊导管;北京安泰公司 6~10 mm × 60~100 mm 镍钛合金网状自彭支架及配套释放装置。手术使用的 X 线机为日本岛津 1 250 mA DIGTEX PREMIER VC X C 型臂血管机。

1.3 介入治疗方法

常规胆道支架置放方法:DSA 透视下先用 chiba 针在右腋中线第 7~9 肋间经皮肝穿刺胆道造影,了解梗阻部位程度和范围。用超滑导丝通过狭窄段,跟进导管后交换超硬导丝,狭窄严重者用球囊导管对狭窄部位进行扩张后将在透视下将支架输送器沿导丝通过狭窄段并准确释放支架。如胆道狭窄严重,支架形态不佳,则选用合适的球囊行扩张;置入 8F 引流管于支架近端并注入对比剂造影了解支架及胆道情况,缝合固定引流管并以无菌敷料覆盖引流管及外接引流袋。术后常规留置引流管 1~2 周,造影显示支架展开良好、引流畅通则拔除引流管。支架置放方法选择:对单纯胆总管梗阻采用单支架置放方法;对肝门部左或右肝管梗阻采用单支架置放方法,根据胆道狭窄长度,一般支架不超过十二指肠乳头,如病灶累及十二指肠乳头则将支架放至十二指肠内。支架直径的选择,肝外胆管选择直径为 10 mm 的支架,肝管及肝内胆管选用直径为 8 mm 的支架。对于较长的支架,以需要的最大直径为标准。

1.4 手术期护理管理

1.4.1 术前管理 (1)术前心理护理:由于患者及其家属对手术并不了解,担心植入支架是否安全、手术是否会成功等,会产生紧张恐惧心理。医护人员要详细说明该手术的方法、步骤、注意事项及治疗后可能出现的并发症,解除患者恐惧紧张,争取其理解与配合手术。(2)术前病人准备:胆道支架置入术后易发生出血,主要因术中血管损伤及凝血机能差所致[3,4]。因此,术前做好必需的检查:如肝肾功能、凝血常规等,并了解 CT、MRI 及超声等影像检查结果,详细了解是否合并心脏、凝血障碍等其他严重疾病。做好碘过敏试验。建立血管通道,静注地塞米松,肌注杜冷丁、异丙嗪,预防术中胆管扩张、放置支架疼痛、患者紧张或寒战影响支架置入,必要时吸入氧气和训练患者屏气。

1.4.2 术中配合要点 (1)巡回护士应熟知术中器材及手术操作流程,包括各种导管、导丝、支架的型号和粗细等,密切注意医生操作进程并及时配送所需器材以保证手术的顺利进行。(2)术中严密观察:PTCD 术中常见并发症有疼痛、出血、胆汁血症,表现为烦躁不安、不能配合呼吸、寒战、发热,甚至休克。护士应及时向患者解释出现症状的原因,密切观察病情及生命体征变化,并及时汇报医生,根据医嘱采取相应治疗措施,如测量生命体征,给患者吸氧,开放静脉通道、补充血容量,注射非那根、地塞米松及其他抢救措施的实施。

1.4.3 并发症护理管理 (1)疼痛管理:童耀英等[4]认为支架术后常见疼痛原因:①外引流管迂曲刺激腹膜:刺激性疼痛与呼吸有关,平静呼吸症状缓解,需调整引流管。②支架自然扩张:一般表现为胀痛,从支架置入即可有症状,不同患者出现的疼痛程度不一,轻者可忍受,症状重者需用止痛剂,数天到 1 周后可自行缓解。③胆汁性腹膜炎:表现为局限性腹膜刺激症状,一般症状较轻,无需特殊处理,如出现弥漫性腹膜刺激症,则需考虑支架是否堵塞;④肿瘤性疼痛:一般在支架置入前即有疼痛症状,需长期服用止痛剂。本次研究中轻~中度术中疼痛 25 例,未作特殊处理;中度疼痛 5 例,于术中注射杜冷丁 10 mg 后 10~20 min 术后缓解;重度疼痛 2 例,注射杜冷丁 10 mg 后 20~30 min 术后缓解。(2)发热管理:患者注入造影剂或者支架置入数分钟至数小时内出现寒战、发冷、寒战后发热,除外环境温度低外,常是造影剂过敏的表现,用非那根、地塞米松对症治疗。术后持续出现的中、高度发热常为胆道感染或肝脓肿形成所致[5]。在术中保持室内温度适宜,还应监测病人体表温度。术中一定严格无菌管理。(3)引流物管理:支架术后需保留外引流管 1~2 周左右,此间应密切观察引流液的量及颜色变化,以判断引流是否通畅及胆道出血。支架术后 1 至数天可出现少量血性胆汁、色淡;持续血胆汁,甚至血压不稳,则考虑大血管损伤。胆汁引流量与引流胆管位置相关,通常 24 h 应超过 150 ml,过少则提示引流不畅,成人每日分泌胆汁约 1 000 ml,引流量过多需补充电解质。(4)引流管的护理:引流不畅、引流管污染常继发性胆道感染或其它并发症。钱晓军[6]认为胆道引流效果差或引流不畅引发的局部感染或感染不能有效控制是梗阻性黄疸介入术后死亡的主要原因。每天应更换引流袋,伤口处的敷料应保持干燥并每天更换。搬动患者时,先固定引流管,防止其脱落或扭曲。每天用硫酸庆大霉素 16 万 U 及抗厌氧菌药物加入 10~20 ml 生理盐水缓慢注入引流管 1~2 次并保留 30~60 min 后接引流袋使胆汁自然引出,并不定时挤压管腔,保持引流管通畅。本组病例胆汁引流量为 700~1 200 ml/d,平均 820.7 ml,无引流管脱落、堵塞及严重胆道感染病例发生。

2 结 果

经过对护理中要点、重点的严格管理,32 例共植入镍钛合金 42 个,分别为肝门部胆管癌 10 例计支架 20 个,胆总管癌 5 例(支架 5 个),肝总管癌 6 例(支架 6 个),胰腺癌 9 例(支架 9 个),十二指肠癌 2 例(支架 2 个),32 例手术顺利、安全、成功实施。28 例有少量术中及术后当天血胆汁,其中,20 例未行特殊处理停止,8 例经引流管注入立止血 500~1 000 U 后出血停止;2 例于术后 24~48 h 胆道出血量 200~2 500 ml,及时报告医生后发现为引流管经过门静脉后再进入胆管,术后引流管部分脱出致使近端侧孔段位于门静脉分支内而发生大出血,在透视下调整引流管位置后出血停止全

部病例除部分患者有轻微不适外，无术后穿刺部位出血、严重感染、引流管脱落、阻塞等发生，全部病例均达到预期治疗目的而安全出院。

3 讨 论

恶性胆道梗阻在临床治疗上是非常棘手的，无论采用何种治疗方案，首先解决胆道梗阻是有效治疗的前提，外科无法切除肿瘤时常采用胆－肠吻合术解决梗阻，该技术方法因损伤大、易并发胆道感染、肝门部梗阻不易吻合等缺陷，目前临床较少采用；经皮肝穿刺胆道管内支架植入因符合胆汁生理性流向、创伤小、成功率高、黄疸可于术后迅速减退、生存质量明显提高等众多优势，已作为恶性胆道梗阻的首选技术方法而常规采用[6,7]。但因该技术操作复杂、术中使用器械多、术后易出现各种并发症，因此，术前做好心理护理争取患者的积极配合、充分的术前准备、严密的术后观察，加强引流管护理及时发现各种并发症并报告医生及时处理是本技术方法的护理关键，必须认真、仔细、严格进行以保证手术的安全、顺利完成。胆道支架植入是一种安全、有效的微创技术方法，术后黄疸的迅速减低或消除利于肝功能的快速恢复、全身情况的快速好转使其生活质量明显提高[8]，同时使化疗、放疗、动脉灌注等有效抗肿瘤治疗技术得以实施，由此可有效提高中晚期恶性胆道梗阻者生存率及生活质量[9]。

虽然经皮肝穿刺胆管支架植入术易出现发热、胆道感染、胆管损伤、血管损伤、内出血等并发症，只要给予足够重视及认真、严格的准备与严密的观察，可以有效避免严重并发症的发生而保证患者围手术期的安全[10]。我们通过本研究认为：(1)术前护理：术前充分、仔细、耐心的解释可以最大限度的减轻患者的心理压力，可使其处于良好的状态、积极配合而利于手术的顺利进行。(2)术中护理：充分了解手术原理、手术过程、熟悉术中所用器材及操作流程，对手术可能发生并发症充分的了解且密切观察，及时发现并发症并配合医生及时、最有效的处理可保证手术的安全、成功进行。(3)术后护理：严密观察全身状况及症状，尤其是胆汁的情况(色泽、量)、引流管的情况、黄疸的消退、体温及血象的情况的密切观察及及时、仔细的引流管冲洗与护理，做到早发现异常并及早正确处理，以利于患者的恢复。

总之，充分做好术前、术中、术后各个环节的严密、认真、仔细护理，可保证手术的顺利进行、术后的恢复，预防甚至避免严重并发症的发生，保证患者围手术期的安全。

参 考 文 献

[1] 曲越英，王 柏，高佩红. 经皮肝穿胆管引流术、胆道支架植入术术中配合及护理[J].吉林医学，2006，27(2)：181-182.

[2] 杨小娟，李 涛，许何丽. 经皮肝穿胆道引流及胆道支架植入术后引流管的护理[J].实用医技杂志，2006，13(12)：2120-2121.

[3] 赵京芳，乔惠梅，姜 虹. 经皮肝穿刺胆道支架植入术治疗恶性阻塞性黄疸患者的护理[J].护理学杂志，2006，21(21)：24-25.

[4] 童耀英，王卫东，陆 进，等. 肝穿刺肝胆管支架治疗恶性梗阻性黄疸的护理[J].中华全科医学，2008，12(6)：1310-1311.

[5] 黄晓岭. 经皮肝穿刺胆道引流及胆道支架植入术的围手术期护理[J].中国实用护理杂志，2005，2(7)：35.

[6] 钱晓军，戴定可，翟仁友.恶性梗阻性黄疸介入治疗的疗效分析[J].中华肝胆外科杂志，2004，11(3)：752-754.

[7] 刘秀英，梁小丽，李凯滨，等. 经皮胆道支架置入治疗恶性梗阻性黄疸的护理探讨[J].中国实用护理杂志，2006，22(9)：4-6.

[8] 周 静，许 凌，韦 闫，等. 经皮肝穿刺胆道引流及支架置入术后并发症的原因分析及护理[J].解放军护理杂志，2008，25(12)：46-47.

[9] 林正燕，诸葛玮玮，陈晓宇，等.恶性梗阻性黄疸金属支架内引流术后的观察及护理[J].护理与康复，2010，9(2)：122-123.

[10] 尹明莉，周 静，罗红梅，等. 恶性梗阻性黄疸高龄患者经PTCD行胆道内支架植入的护理[J].护士进修杂志，2009，24(21)：1959-1961.

(责任编辑：关蕴良)

欢迎投稿，欢迎订阅

《重庆医科大学学报》

邮发代号 78-132