



经皮经肝胆道镜碎石的围手术期护理

彭友 (湖南省人民医院胆道二科)

摘要: 总结 87 例行经皮经肝胆道镜碎石患者的围手术期护理方法。主要的护理措施包括术前对患者进行充分准备及心理护理,术中严格遵循无菌操作,术后密切观察病情变化,做好各种引流管的护理等。有效的围手术期护理能提高手术成功率并减少和预防患者术后并发症的发生。

关键词: 经皮经肝胆道镜 碎石 围手术期 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 12-381-02

肝胆管结石即肝内胆管结石,普遍认为是由胆汁滞留或者是寄生虫、细菌感染所致,可单独起病,也可联合肝外胆管结石发病,传统的治疗方法为开放手术治疗^[1]。而相关文献报道显示^[2],手术治疗后的残石率达 30.3%。经皮经肝胆道镜(percutaneous transhepatic cholangioscopy, PTCS)是诊断、治疗胆道结石的重要手段,较传统的手术治疗方法具有创伤小、高效等特点^[3],在复杂的胆道结石治疗中是一种有用且可替代传统外科手术的方法。现对本院自 20014 年 7 月~2016 年 12 月行经皮经肝胆道镜碎石术的 87 例患者的围手术期护理进行总结。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 87 例患者,男 43 例,女 44 例;年龄 24~60 岁,平均(46±1.8)。其中左肝胆管结石 28 例,右肝胆管结石 29 例,左右肝内胆管结石 19 例,11 例合并有胆总管结石,36 例既往有胆道手术史。

1.2 手术方法

患者术前行 CT 检查,根据 CT 结果确定精确穿刺入路。首先在 B 超或者其他设备的引导下经皮肝胆道穿刺,1 周后,在麻醉状态下从经皮肝胆道穿刺处切开皮肤并扩大至 6mm。置入超滑导丝,使用 8~16F 区间扩张器逐步扩张瘘道,至 16F 左右停止,然后拔除扩张器,留下鞘管,建立操作通道,开始胆道镜碎石取石。扩张过程中应时刻关注瘘道情况,一旦出现出血,应留置相应引流管并压迫止血,1 周后继续治疗;不要轻易拔除导丝;留置引流管远端超过狭窄段,支撑导管需留置 8~11 个月。

1.3 结果

87 例患者均顺利完成手术,术中出血量 20~110ml。术中发生瘘道穿孔 1 例,经调整可继续手术。术后胆管炎 4 例,经过抗感染治疗后缓解,胆道出血 2 例,使用静脉止血药物、局部胆管使用去甲肾上腺素和生理盐水反复冲洗,有效达到止血效果。无胆瘘、大出血等严重的并发症发生,均取得良好的临床治疗效果。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 肝胆管结石易反复发作,患者常常经受疾病折磨,心理负担较重,容易产生恐惧、焦虑等负面情绪。护理人员通过与患者沟通交流了解其心理需求,选择科学的方法向患者及家属解释经皮经肝胆道镜碎石术的方法与优点,术中的配合措施及注意事项,并介绍成功的病例增强患者信心,解除其顾虑,使其更好地配合手术与护理,从而保证手术的顺利实施。

2.1.2 术前准备:护理人员配合医师协助患者做好常规检查,特别应注意患者凝血功能是否正常。若患者正在服用抗凝药应嘱其停药,待凝血功能正常后再实施手术。护理人员于术前 1 日进行备皮、备血、皮试。术前晚进行灌肠,嘱其术前禁食 12h,禁饮 4h,若患者情绪非常紧张甚至影响睡眠者可遵医嘱服地西泮以保证其充足的睡眠。

2.1.3 手术器械准备:术前 1 日根据手术所需准备超声机、经皮经肝胆道镜、加压冲洗泵、气压弹道碎石机等仪器设备,常规检测设备性能状态,确保仪器性能良好。

2.2 术中护理

调整手术室温湿度在适宜范围内,核对患者的基本信息,开放静

脉通道,帮助患者摆好手术体位。术中严格遵循无菌操作原则,密切观察患者的呼吸、心率、脉搏及血压等生命体征,如有特殊变化应及时告知医生,并做好相应的处理措施。尽量给患者创造舒适的环境,以利患者配合手术^[4]。术中要防止患者胸腹部、会阴部、裸部受压^[5],保证患者术中安全,积极配合抢救工作。

2.3 术后护理

2.2.1 生命体征监测:密切观察患者病情变化,嘱患者绝对卧床 24h,术后常规行心电监护,每 15~30min 测量 1 次血压、呼吸、脉搏及血氧饱和度等,监测 6~8h 至生命体征平稳后改为遵医嘱定时监测。术后常规禁食,待肛门排气后进流质,逐渐过渡到普食。

2.2.2 引流管护理:①胃肠减压管:胃管末端接负压吸引器,有效的胃肠减压可以减轻胃肠道的张力,及时有效吸出胃液,以防止患者呕吐或者是吻合口瘘的发生。若患者在术后 48~72h 排气排便,即可判断肠蠕动恢复,为拔除胃肠减压管指征;②腹腔引流管:一般需留置腹腔引流管 5~7d。术后初期腹腔引流液容易阻塞导管,应密切观察引流液量、颜色、性状并做好记录。固定引流袋的位置,定期更换引流袋,以防止逆行感染。若引流量超过 200ml/h,且为血性引流液,则提示腹腔内有活动性出血。若引流液中含有胆汁,则考虑胆瘘,要及时告知医生,积极处理^[6]。若患者出现食欲减退、腹胀等症状,应警惕为引流不畅。若发现发热、腹痛及黄疸加重时,应警惕胆道梗阻,及时予以有效处理;③T 型管:留取适宜的长度,因为管道过长容易扭结,阻碍胆汁的引流,增加了胆道或者胆肠吻合口的压力,易发生胆瘘;而过短则限制了患者的翻身活动容易造成引流管的脱出,造成胆瘘。正常情况下,引流液呈淡红色或褐色,300~500ml/d。若胆汁引流量明显减少,观察是否有泥沙结石阻塞,用生理盐水冲洗,但是压力不宜过高,以防止吻合口瘘的发生,也可以每周使用 0.2% 甲硝唑溶液 250ml 清洗 2~3 次,使阻塞的泥沙结石及其他絮状物及时排出^[7];若胆汁引流液为鲜红色血性液体,检查是否为吻合口出血或胆道出血,积极处理。术后 3~4d 患者可坐起或逐渐下床活动,平卧时引流管位置不能高于腋中线,站立时引流管位置应低于腹部伤口,防止胆汁逆流感染。

2.2.3 并发症的护理:①出血:出血是术后最常见的并发症。术后早期,腹腔引流管引流液为血性,一般术后 1~3d 内引流液颜色较清。若术后短时间内引流管引出大量鲜红色血性液体,且患者面色苍白伴脉搏增快、血压下降,应及时夹闭引流管 2h,形成凝血块以达到止血的目的,并及时报告医师处理。②感染:护理人员应帮助患者扣背,指导患者进行有效咳嗽、咳痰,并给予雾化吸入沐舒坦,预防肺部感染的发生。同时注意观察手术伤口是否有渗液、渗血等情况发生,对渗液、渗液较多的应及时更换敷料并消毒,避免感染^[8];③胆瘘:胆瘘在胆道术中的发生率并不低,若处理不当,后果较严重,甚至可危及生命。对疑有胆瘘的患者,每天测定腹腔引流液中胆红素的含量,若有上升趋势或明显增高,则应考虑为胆瘘。胆瘘应保持引流通畅,给予营养支持疗法,改善患者的全身症状,促进瘘口愈合。

2.2.4 疼痛护理:密切观察患者疼痛部位、性质、程度,如有无压痛、反跳痛等腹膜刺激征,结合患者生命体征,及时发现术后并发症并报告医生处理,同时协助其做好生活护理,减轻患者不适。

2.2.5 营养支持:术后患者体质较为虚弱,机体处于高代谢及负



平衡状态,应该及时补充营养,可给予肠内营养或者是全肠外营养支持,改善全身营养状况,促进患者康复。

2.2.6 出院指导:由于治疗费用等原因,患者往往在拔出T管前便出院,指导患者保护好T管,每周在当地或医院门诊对腹壁T管更换1次数料,并嘱患者勿在出院的近期做增加腹压的运动。指导患者遵医嘱规律用药,坚持服用消炎利胆药物2年,定期检查。饮食应以清淡、高蛋白、高维生素、低脂饮食为主;多食用具有抗感染、抗癌作用的食物;同时注意维生素的摄入,保持大便通畅。若出现黄疸、腹痛、发热等不适症状应及时就诊。

3 讨论

肝胆管结石在临床上发病率较高,临床研究表明,肝胆管结石可产生反复炎症刺激而并发胆总管癌,其临床发病率约占0.36%~10.60%,根治性手术可明显延长患者生存期,提高患者生活质量^[9]。然而肝胆管结石患者多肝功能差,体质虚弱,传统手术后并发症较多且残石率高。1981年Nimur首次对PTCS技术进行了报道,1985年张宝善率先在国内将PTCS技术应用到肝胆管结石的临床治疗中。目前,PTCS技术不仅仅是一种胆道疾病诊断方式,同时也是一种高效的治疗方法。但是,在PTCS手术中使用的仪器设备很多,护士必须熟练掌握各种仪器的性能及使用方法,正确连接、调试,选择合适的参数,保证手术的顺利进行。术中需要大量0.9%氯化钠溶液持续灌注,保证术野清晰,并将碎成0.5~1.0cm的小结石冲洗流入集石袋内^[10]。由于术中使用大量灌注液,手术时间较长,可使水吸收过多,因此要密切注意稀释性低钠血症发生。另外,护理人员在手术过程中应密切观察患者的生命体征。经皮经肝胆道镜碎石术因具有创伤小、出血少、疗效好、恢复快的优点,已经逐步取代了传统的开放手术。虽然手术是治疗成功的关键,但围术期对患者实施有效的心理护理和健

康指导,术中严格无菌操作,密切观察病情变化,术后做好各种引流管的护理是预防和减少并发症,提高手术成功率的重要措施^[11]。

参考文献

- [1] 陆光生,文辉清,刘衍明.经皮肝穿刺胆道引流管周窦道形成的实验研究[J].中华内镜杂志,2011,10(11):44-46.
- [2] 王平,陈小伍,王槐志,等.经皮肝胆道镜碎石在治疗肝胆管结石中的应用[J].中国内镜杂志,2013,19(5):511-515.
- [3] 钟德,王群伟,黄生福.术后纤维胆道镜治疗胆道残余结石失败原因[J].中国内镜杂志,2010,6(1):16-17.
- [4] 张燕.经皮肾镜气压弹道超声碎石取石术的围手术期护理[J].中国美容医学,2012,10(21):579-580.
- [5] 赵丽军,刘昌军.肝胆管结石并手术患者围手术期护理[J].医学临床研究,2010,27(9):1786.
- [6] 向娟.38例肝胆管结石合并胆管癌患者的预见性护理分析[J].中外医疗,2014,33(15):144-145.
- [7] 沈柳艳,覃丽华,黄英,等.护理干预在肝内胆管结石手术中的应用[J].齐鲁护理杂志,2011,17(14):23.
- [8] 刘英,林云枝,孙萍,等.肝胆管结石合并胆管癌患者的预见性护理[J].国际护理学杂志,2007,26(3):309-311.
- [9] 王雨龙,向证文,谭燕,等.腹腔镜下胆道镜联合微爆破碎石术治疗肝胆管结石病临床效果观察[J].实用医院临床杂志,2014,12(1):152-154.
- [10] 张美仪,孙红玲,张新洽.改良的经皮经肝胆道镜治疗肝内胆管结石的手术护理配合[J].全科护理,2014,12(32):3024-3025.
- [11] 张小玲,洪雪飞,王三贵,等.经皮经肝胆道镜治疗肝胆管结石的手术配合[J].腹腔镜外科杂志,2014,19(4):277-280.

(上接第379页)

表2:两组新生儿的医院感染发生情况比较

组别	n	腹胀	肺炎	鹅口疮	总感染率
观察组	500	12	8	0	20(4.0)
对照组	500	20	24	16	60(12.0)

3 讨论

临床研究表明,新生儿病房是医院感染发生的高危区域,目前临床已经将新生儿病房的医院感染防控工作作为医院感染防控的一项主要内容对待。为了能够有效地控制新生儿病房医院感染的发生率,需大力推广精细化管理^[8]。从本次研究结果来看,精细化管理作为一种科学、有效的护理管理模式,在新生儿病房医院感染防控护理中的应用,能够从完善各项规章制度、操作流程入手,将医院感染的防护护理措施细化到每一项临床护理操作中,及每一个临床护理环节中,从而于细微处严格把控,最大程度上消除引起新生儿医院感染的因素,最终显著降低新生儿医院感染的发生率。

综上所述,精细化管理的实施能够显著提高新生儿病房医院感染防护护理质量,提高新生儿医院感染控制效果,显著降低新生儿医院感染的发生率。

参考文献

- [1] 李华,王瑞云,杨俊美.强化妇产科医务人员医院感染预防控制意识降低母婴感染[J].中华医院感染学杂志,2014,24(6):1536-1538.
- [2] 冯萍,谢金华,何军.基层医院新生儿院内感染易感因素分析及防治对策[J].中国实用护理杂志,2013,29(5):8-10.
- [3] Tabrizi CE, Chung WB, Hamburg NM, et al. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications[J]. Rev Endocr Metab Disord, 2014, 11(1): 61-74.
- [4] 陈晓琼,张小英,李慧,等.PDCA法在控制母婴同室新生儿医院感染中的应用价值[J].国际护理学杂志,2013,32(7):1594-1595.
- [5] Choi Bi, Lee HJ, Han JK, et al. Detection of hypervascular nodular hepatocellular carcinomas: value of triphasic helical CT compared with iodized oil CT[J]. AJR, 2013, 157(2): 219-224.
- [6] 刘秀红.新生儿重症监护室院内感染的监测及控制对策[J].中华现代护理杂志,2010,16(10):1208-1210.
- [7] 陈秀丽.预防新生儿院内感染分析和护理对策[J].当代医学,2010(30):121-122.
- [8] WSB Lee, KF. The agger nasi cell: the key to understanding the anatomy of the frontal recess[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2014, 112(9): 497-507.

(上接第380页)

根据患者的实际情况,通过多种护理途径,引导了患者建立科学、合理的生活方式,控制了病情发展,缓解了病症对肝功能的持续损伤,促进了患者肝功能的恢复,改善了患者预后^[6]。

综上所述,临床护理路径模式对肝硬化患者具有良好的效果,能有效改善患者肝功能,降低并发症发生率,促进患者康复,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 沈琼,胡丽娟,葛梅,等.临床护理路径在肝硬化合并上消化道出血患者中的应用[J].护理实践与研究,2012,09(14):14-15.

[2] 王亚红.临床护理路径在肝硬化合并上消化道出血患者中的应用效果[J].国际护理学杂志,2012,31(12):2239-2240.

[3] 林玲,李燕,常清,等.临床护理路径在肝硬化合并上消化道出血患者中的应用[J].国际护理学杂志,2016,35(5):627-629.

[4] 曾令美.临床护理路径对肝硬化合并消化道出血患者的护理效果及并发症预防效果分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(4):37-39.

[5] 张海燕.中医临床护理路径在乙肝后肝硬化患者中的应用效果[J].现代中西医结合杂志,2013,22(16):1792-1793,1795.

[6] 邢玉芳.临床护理路径在肝硬化患者健康教育中的应用[J].护理实践与研究,2012,09(19):140-141.