

内镜下逆行胰胆管造影治疗肝移植术后胆管并发症的围术期护理

潘学勤,周庆云

(南京医科大学第二附属医院消化医学中心,江苏 南京 210011)

摘要:目的 探讨肝移植术后胆管并发症内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)治疗围术期的护理。**方法** 回顾分析了43例肝移植术后胆管并发症 ERCP 治疗围术期的护理方法,通过术前一般准备、术前心理干预、术中护理配合、术后病情观察、饮食护理、鼻胆管引流及并发症观察和处理等措施,使病人较顺利度过围手术期。**结果** 该组39例病人症状明显缓解或完全消失,仅4例因胆管吻合口狭窄导致手术失败。**结论** 精细的围术期护理配合可明显提高 ERCP 对肝移植术后出现胆管并发症手术的成功率及病人术后恢复具有重要意义。

关键词:肝移植;胆管并发症;内镜下逆行胰胆管造影;围术期护理

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.01.048

Perioperative nursing of biliary complication after orthotopic liver transplantation treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography

PAN Xueqin, ZHOU Qingyun

(The Center of Endoscopy of Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University,
Digestive Endoscopy Institute of Nanjing Medical University, Nanjing 210011, China)

Abstract: Objective Discuss the the nursing methods of biliary complication after orthotopic liver transplantation (BCAOLT) treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). **Methods** By preoperative preparation, preoperative psychological intervention, intraoperative care and postoperative observation, diet nursing, nose bile duct drainage, complications of observation and treatment, the nursing methods of 43 cases of orthotopic liver transplantation treated with ERCP were discussed. are such as. **Results** Symptoms and signs of 39 cases were relieved or eliminated. 10 cases of complications were successfully handled and obtain satisfaction.

Key words: Liver transplantation; Biliary complication; ERCP; Perioperative nursing

随着肝移植技术的发展,肝移植术后胆管并发症(biliary complication after orthotopic liver transplantation, BCAOLT)在临床工作中越来越常见,主要的并发症有胆漏、胆管狭窄及梗阻、胆泥和胆管结石形成以及胆管感染等^[1]。其中肝移植术后胆漏发生率3.4%~25.0%,胆管吻合口狭窄发生率为5.2%~23.0%,而非吻合口狭窄占肝移植受体的2.0%~10%,肝移植术后胆泥、胆管结石形成的发生率为20%^[2-4]。而内镜下逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)是作为治疗 BCAOLT 的重要手段,对改善病人的术后生存质量具有重要临床意义^[3]。而优良的围术期

护理是其顺利实施的重要的一环,而目前对于肝移植术后胆管并发症 ERCP 治疗围术期的护理方面的报道非常少。本文总结了43例 BCAOLT 病人行 ERCP 术治疗的围术期护理过程,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年1月—2014年12月在我院消化医学中心行 ERCP 术治疗的 BCAOLT 病人43例,男38例,女5例;年龄39~80岁,平均(51.9±8.9)岁;其中肝移植术前原发病为肝炎后肝硬化失代偿期病人13例,原发性肝癌伴肝炎后肝硬化26例,先天性肝病病人4例。术后胆管吻合口狭窄24例,胆漏8例,肝内胆泥或结石淤积2例,胆总管狭窄伴胆泥或结石淤积8例及 Oddis's 括约肌功能失调1例。所有病人均在肝移植后出现不同程度的腹痛、发热、黄疸等并发症,且实验室检查示:胆红素、 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)、碱性磷酸酶(ALP)、丙氨酸转氨酶(ALT)均存在不同程度的

基金项目:国家自然科学基金青年项目(81301823);江苏省科技厅
自然科学基金项目(BK2012871)

通信作者:周庆云,女,副主任护师,研究方向:消化内镜手术围术期
护理, E-mail: qing_yun198@sina.com

升高。除此之外,所有病人均行 CT 检查确诊存在不同程度的肝内外胆管扩张。

1.2 手术方法 根据诊断结果,通过 ERCP 施行以下具体治疗手段:内镜下鼻胆管引流(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)、胆管支架引流(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)、乳头括约肌球囊扩张(endoscopic papillary balloon dilation, EPBD)和乳头括约肌切开(endoscopic sphincterotomy, EST)。

施行 ERCP 术的 43 例 BCAOLT 病人中,顺利实施手术 39 例,因吻合口过于狭窄,致内镜下操作失败 4 例。术后出现高淀粉酶血症 2 例,支架置入术后反流性胆管炎 5 例,十二指肠乳头出血 2 例。所有病人均经对症治疗后缓解或治愈。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备 完善有关肝功能的各项检查,并对病人的肝功能状况进行全面评估;给病人建立良好的静脉通路(包括静脉留置针、深静脉穿刺置管及 PICC 等)。充分评估病人的心肺功能以预判其对手术的耐受性;检查病人的凝血功能及血小板基数以评估凝血功能;病人及其家属被告知手术的风险及术中、术后有可能出现的并发症,并签署知情同意书。

2.1.2 术前心理干预 术前向病人及家属具体讲述手术情况及本科室对此类疾病的治疗经验,对于病人提出的问题给予详细解答。必要时可介绍治疗效果较好病例,从而增强病人对于整个治疗过程的信心。告知 ERCP 治疗时需注意的事项和配合要点。引导病人积极调整负面情绪,以良好的心理状态接受治疗。在心理过程中,通过对 43 例病人的心理状态的评估及分析发现,导致病人术前负性情绪的主要原因主要为缺乏与疾病及手术相关信息、同时缺少相应的心理疏导。针对以上原因,护理人员为病人提供尽量准确、通俗易懂的疾病与手术相关信息,并介绍以往治疗成功病例,增加病人对手术成功的信心。提供尽可能多的情感支持,并教会病人如何进行身心放松以减轻术前心理压力。

2.2 术中护理的配合 术中保持注意力高度集中,密切配合手术医生行手术治疗:(1)所有病人都入室时口服利多卡因胶浆,并取俯卧位,对于部分营养状况较差或者自身存在较严重基础疾病病人可行左侧卧位;(2)病人摆好体位后均用鼻导管吸氧($1 \sim 3 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1}$),连接监护仪行常规心电监护,同时监测心率、血压及血氧饱和度;(3)手术开始前

静脉注射咪达唑仑 $1 \sim 2 \text{ mg}$,山莨菪碱 10 mg ,并视情况可注射哌替啶 50 mg ;(4)进镜前嘱病人全身放松,适当调节呼吸节奏,从而减小十二指肠镜进镜时的咽部痉挛梗阻;(5)乳头切开刀插入乳头试插导丝,遇有阻力,不要强行硬插;(6)进入胆管后,回抽注射器见胆汁后缓慢注入造影剂;(7)推注造影剂力量不宜太大,速度 $0.2 \sim 0.6 \text{ mL} \cdot \text{s}^{-1}$,以免将结石推入肝内胆管造成取石困难;(8)检查取石网篮是否收放自如,钢丝有无起毛、变形,在结石上方打开网篮,回拉晃动将结石套入;(9)沿导丝插入胆管扩张气囊,在 X 线监视下,保持气囊中部处在狭窄处,接上压力表,扩张时间为 $1 \sim 3 \text{ min}$,在 X 线监视下,见气囊腰部消失,抽出气体或造影剂;(10)选择合适的内置管,支架输送器须与内置管配套,普通内置管尖头在前端,圣诞树支架稍大的倒刺在前端;(11)透视下边插鼻胆管边退出内镜,从鼻腔取出时避免在咽喉部打折,再次抽取胆汁或注射造影剂确定鼻胆管的位置及引流效果,并采取鼻部、面部双固定以防脱落。本组病人 39 例经良好的术中护理配合手术均顺利进行,4 例病人因术中发现吻合口过于狭窄,内镜无法通过吻合口,使手术被迫终止。

2.3 术后护理

2.3.1 一般病情观察 (1)病人有无呕血、黑便、腹痛、高热、颈部皮下气肿、呼吸急促等表现;(2)观察引流出的液体是否为血性;(3)观察排泄物中是否有结石排出;(4)术后 24 h 内每 3 小时采一次静脉血送检动态监测血淀粉酶变化,如有异常应立即处理。本组病人术后 2 例发现有少量结石排出,病人情绪较为紧张,给予密切观察,并辅助适当心理安慰。病人紧张情绪缓解,结石排出减少直至消失。

2.3.2 引流鼻胆管的护理 (1)在鼻胆管进入鼻腔部位进行妥善固定,其体外部分在两个部位行双固定,同时鼻胆管体外部分做醒目标记;(2)病人应定时测量鼻胆管在体外的长度,防止滑落、扭曲、阻塞、折叠等情况发生,如发现存在少许滑出,严禁强行送管,如出现引流不畅需及时查明原因并排除故障;(3)鼻胆管阻塞时可用少量抗生素溶液冲洗疏通,冲洗时注意冲洗的速度及压力;(4)观察鼻胆管引流液的性质和量。本组 4 例病人由于睡觉时翻身导致鼻胆管阻塞,被及时发现调整鼻胆管位置,并再次向病人宣教相关注意事项,未造成严重后果。

2.3.3 饮食护理 (1)术后一般禁食 12 h,如有必要可延长至 24 h;(2)禁食期间进行必要的口腔护

理,保持病人口腔清洁;(3)术后根据病人的临床症状及血、尿淀粉酶的情况进行饮食调整;(4)如无并发症,常规禁食 24 h 后可进食。饮食按照清流质、低脂流质、低脂半流质过渡,手术后 1 周内禁忌粗纤维食品,手术 1 周后可视情况逐渐恢复普食。

2.4 术后并发症观察及特殊护理

2.4.1 高淀粉酶血症 发生原因主要有十二指肠乳头水肿、造影剂注入胰管及其他原因导致胰管狭窄等致胰液引流不畅,最终胰管内压力过高致胰酶反流入血。常见于术后 3~24 h 内,临床表现可无明显症状或仅有一定程度的上腹不适^[5]。本组病人发现 2 例分别于术后 6 h 及 18 h 发现上腹部疼痛,急查血淀粉酶升高即明确诊断,给予质子泵抑制剂及生长抑素处理并辅助精心护理后腹痛缓解逐渐消失,动态监测血淀粉酶逐渐恢复正常。

2.4.2 十二指肠乳头出血 由于肝移植术后肝功能相对低下,凝血功能相对较差,部分病人甚至合并糖尿病、高血压等疾病导致术中切开十二指肠乳头后发生出血或术后的迟发性出血。术后迟发性出血常发生于术后 1 周内^[6-7]。本组病人术中 1 例发生十二指肠乳头出血给予电凝止血并去甲肾上腺素溶液冲洗后出血停止,手术继续进行且术后未发生再次出血。2 例病人分别于术后第 3 天和第 5 天见鼻胆管引流出血性液体并便血。给予抑酸、止血、补液等保守治疗及积极护理后症状逐渐好转,分别于 3 d 和 4 d 后症状完全消失。

2.4.3 反流性胆管炎 因为手术中需对十二指肠乳头行切开,术后有发生胆汁反流的可能性,且发生率与正常 ERCP 手术差别不大^[8]。本组病人有 5 例出现黄疸、发热等表现,嘱病人避免剧烈运动,4 例病人给予消炎、解痉、镇痛及抗感染等治疗及相关护理,黄疸及发热症状缓解,后逐渐消失,1 例病人行 ERCP 术,行胆管清理及疏通,后症状明显缓解,考虑胆管堵塞导致。

3 小结

肝移植术后主要的并发症以胆漏和胆管狭窄最为常见,行二次开腹手术治疗在以前是唯一治疗途径,其不但增加了治疗费用和治疗周期,而且大大增加了病人的痛苦,且治愈率较低^[9];在 ERCP 下微创治疗 BCAOLT 因其痛苦小,损伤小等优点已逐步取代传统的手术作为治疗 BCAOLT 的首选方法^[10]。但因其操作难度大,风险高,整个围术期每一个环节均可能影响手术的顺利进行甚至术后的

并发症的发生及病人远期的恢复^[11-12],这就要求围术期的护理工作做到准确到位并与手术医生达到无缝衔接^[13],所以护理工作就要做到:充分的术前准备,选取优质适用的手术器械,术中熟练地手术配合,术后严密的观察及精细的护理。同时专科护士必须具备专科护理知识及技能,熟练的配合技巧,过硬的心理素质,从而成为医生的好助手,最终提高医疗质量。

参考文献

- [1] VOIGTLÄNDER T, NEGM AA, STRASSBURG CP, et al. Biliary cast syndrome post-liver transplantation: risk factors and outcome [J]. Liver Int, 2013, 33(8): 1287-1292.
- [2] PAIK WH, LEE SH, RYU JK, et al. Long-term clinical outcomes of biliary cast syndrome in liver transplant recipients [J]. Liver Transpl, 2013, 19(3): 275-282.
- [3] ABOU ABBASS A, ABOULJOD M, YOSHIDA A, et al. Biliary complications after orthotopic liver transplantation from donors after cardiac death: broad spectrum of disease [J]. Transplant Proc, 2010, 42(9): 3392-3398.
- [4] TRAINA M, TARANTINO I, BARRESI L, et al. Efficacy and safety of fully covered self-expandable metallic stents in biliary complications after liver transplantation: a preliminary study [J]. Liver Transpl, 2009, 15(11): 1493-1498.
- [5] 华丽芬, 谢韵琴. 29 例内镜胆管支架置入术后并发症的观察及护理 [J]. 护理与康复, 2008, 7(2): 114-115.
- [6] SHERMAN S, SHAKED A, CRYER HM, et al. Endoscopic management of biliary fistulas complicating liver transplantation and other hepatobiliary operations [J]. Ann Surg, 1993, 218(2): 167-175.
- [7] 肖建生, 万仁华, 高良辉, 等. 肝移植术后胆管并发症的内镜治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(7): 916-919.
- [8] LIAO JZ, ZHAO Q, QIN H, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of biliary leak in patients following liver transplantation: a prospective clinical study [J]. HBPD INT, 2007, 6(1): 29-33.
- [9] 潘亚敏, 胡冰. 经内镜处理肝移植术后胆管并发症的策略和技巧 [J]. 第二军医大学学报, 2013, 34(3): 235-239.
- [10] 田虎, 杨玉龙, 张钢, 等. ERCP 诊治成人原位肝移植术后胆管并发症的临床研究 [J]. 中国现代普通外科进展, 2014, 17(11): 867-871.
- [11] NEMES B, GÁMÁN G, DOROS A. Biliary complications after liver transplantation [J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2015, 9(4): 447-466.
- [12] 原春辉, 修典荣, 蒋斌, 等. 肝移植术后胆管并发症危险因素和诊治分析 [J]. 中华外科杂志, 2013, 51(6): 499-503.
- [13] 巫织娥, 林颖, 陶金, 等. 内镜下逆行性胰胆管造影术治疗肝移植术后胆管并发症的围手术期管理 [J/CD]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2014, 3(4): 15-18.

(收稿日期:2016-08-15, 修回日期:2016-09-17)