

ERCP 术后严重并发症的原因分析与护理体会

章兰英

(浙江省湖州市第一人民医院 湖州 313000)

关键词: ERCP; 并发症; 原因分析; 护理

中图分类号: R 473.72

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0081-02

内镜胆管造影(ERCP)目前已广泛应用于临床肝、胆、胰疾病的诊断与治疗中,成为诊断与治疗上述疾病重要的手段之一,但随着 ERCP 的广泛开展,其发生的严重并发症如急性胰腺炎、重症胆管炎、胆总管穿孔等也越来越受到了临床的重视。由于其给患者增加了痛苦,增加了住院天数及费用,甚至危及患者生命,因此如何有效地预防其发生,以及如何及早发现其并发症、抢救病人生命,减轻病人痛苦,已成为一个重要的临床研究内容。现将我院行 ERCP 后并发严重并发症 11 例的临床观察与护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 11 例,男 5 例,女 6 例;年龄 32~82 岁,平均年龄 59.5 岁;其中治疗性 7 例,诊断性的 4 例;胆总管结石合并胆囊炎 3 例,胆囊术后胆总管结石 5 例,胆道蛔虫 1 例,曾有过胰腺炎病史 4 例,壶腹部肿瘤 2 例。

1.2 结果 本组 11 例经 ERCP 检查治疗后,并发急性重症胰腺炎 4 例,胆总管穿孔 2 例,急性重症胆管炎 4 例,胆道出血 1 例,经积极抢救、补液抗炎、生长抑素、激素等一系列治疗后,7 例痊愈出院,2 例病人及时行手术剖腹探查、胆道引流术后愈合好,2 例肿瘤晚期病人症状得到明显控制。

2 原因分析及观察护理

2.1 急性重症胰腺炎 ERCP 术后胰腺炎的发生可能与下列因素有关^[1]:由于插管、插入导丝等引起水肿、损伤等及十二指肠乳头或胰管括约肌损伤引起胰液流出受阻;造影剂过多注入胰管引起流体静力的损伤或造影剂对胰腺化学或过敏性损伤;胆管或胰管括约肌切开、局部出血热凝固术、十二指肠乳头切开或十二指肠乳头肿瘤局部切除所引起的损伤;肠道细菌通过污染内镜及其附件可能亦起重要作用。其中反复多次插管、乳头插管的次数与引发急性胰腺炎紧密相关,JO Vandervoort^[2]通过对 1 223 例行 ERCP 患者的分析,发现插管小于 5 次,急性胰腺炎的发生率为 3.3%,插管大于 20 次第 1 天引流液 100~200mL,为淡红色并逐渐减少。如果引流出鲜红色血液大于 100mL/h,连续 3h,考虑为活动性出血,应积极处理。本组无出血、吻合瘘的发生。

2.2.4 饮食护理 肠功能恢复后指导患者进菜汤、果汁、精肉汤等营养丰富的流质饮食,3d 后进稀饭、面条、鱼肉、蔬菜泥,1 周后进低脂、无刺激性、少产气的软食。

2.2.5 加强基础护理、防止感染 老年直肠癌合并 COPD 患者术后机体抵抗力差,加上各种侵袭性插管技术,易发生感染。应定时协助患者翻身,按摩受压处皮肤,保持床单清洁、平整,术后患者均给予上气垫床。禁食期间做好口腔护理,观察口腔黏膜变化,留置尿管期间做好会阴部护理。各种管道均要按操作常规进行护理,并在病情允许的情况下尽早拔

时,急性胰腺炎的发生率急速上升,达 14.9%。故我们在术后 3h 及 24h 应监测血淀粉酶^[3],严密观察腹痛、腹部体征变化。若病人出现上腹疼痛,伴恶心、呕吐,血淀粉酶升高,应及时报告医生,并予禁食、遵医嘱补液治疗,若为重症胰腺炎给予胃肠减压、吸氧、静脉高营养治疗,应用生长抑素、抗生素、抑酸剂等,并定时复查血淀粉酶,保持胃肠减压或鼻胆管通畅,同时做好病人的心理护理,安慰病人,解释禁食的目的及意义,使其配合。本组 4 例重症胰腺炎病人均及时发现、及时治疗而病情得到控制。

2.2 急性重症胆管炎 急性胆管炎发生主要因乳头切开后不够大、残余结石嵌顿、切开乳头区肿胀胆汁引流受阻或注入造影剂过多且胆总管引流不畅所致,主要表现为:起病急,术后 12h 内上腹痛,高热,黄疸加重,右上腹压痛,重者出现中毒性休克、精神症状。因此,我们应严密观察生命体征及神志的变化,正确记录尿量,检查皮肤及黏膜是否有淤斑,及时监测出凝血时间,并积极给予补液,应用广谱抗生素,吸氧,物理降温,经上述处理 4 例病人中 2 例症状明显好转,2 例再次行十二指肠镜下乳头切开取石及放置鼻胆管引流后症状缓解,均痊愈出院。

2.3 胆总管穿孔 其发生可能原因有:憩室旁乳头切开后过大、切开方向错误、失控切开以及病人本身有严重的胆道感染、胆道高压,结石的局部压迫使胆管壁变得脆弱;多次胆管内取石或多次使用碎石器加重了对胆管壁的损伤或结石呈嵌顿状,取石时碎石器通过用力过猛等。虽然其临床发生率不高,但一旦发生,病情变化快,且来势凶猛,如未及时发现或未进行胃肠减压禁食、鼻胆管引流以及手术治疗,病人可并发急性胆汁性腹膜炎、中毒性休克,甚至死亡。其临床表现为早期出现上腹痛,持续性加重,可向腰背部放射,X 线透视可发生膈下游离气体,其中病人主诉腰背部酸痛时,我们应该高度怀疑胆总管穿孔,及时报告医生,为及时诊断提供依据,减少致病菌入侵途径。

参考文献

[1]姜志莲.普外科老年患者围手术期心理分析及护理对策[J].中华护理杂志,2002,37(6):450
[2]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):453~460
[3]朱小平,薛张刚,蒋豪.高危慢性阻塞性肺病病人的围手术期处理[J].临床麻醉学杂志,2000,16(6):269~272
[4]喻德洪.直肠癌的诊断与治疗进展[J].中国实用外科杂志,1996,3(8):158
[5]李言华.老年患者开胸术后呼吸道并发症的护理[J].南方护理学报,2001,8(4):19

(收稿日期:2006-06-20)

急诊胆道术后多部位感染护理工作经验教训(附1 例报告)

刘平 谢建文 游润德
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词:胆道术后感染;护理;病例报告

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0082-02

1 病例介绍

患者,女,72岁,2003年11月30日晚9时入院,住院号856。患者于2003年11月29日上午9时突然右上腹部疼痛不适,疼痛呈阵发性绞痛,持续性隐痛伴呕吐2次,呕吐物为胃内容物,含有胆汁,在当地卫生院治疗(用药不详)症状未见好转,病情加重,尿少,血压低,以急性梗阻性化脓性胆管炎并休克急诊入院手术。既往有15年胆总管结石、胆囊结石史,5年慢性胆源性胰腺炎病史。入院检查:体温37.5℃、脉搏100次/min、呼吸25次/min、血压60/40mmHg,腹胀隆,满腹压痛,以右上腹为甚,Murphy征阳性,腹水征阳性,肠鸣音消失。化验检查:白细胞 $20.2\times 10^9/L$,中性0.96, CO_2-CP 20.9mmol/L,Bun14.8 $\mu mol/L$,Cr294.1 $\mu mol/L$,血淀粉酶50IU/L。11月30日晚11时在气管插管全麻下行剖腹探查术,术中见腹腔内有洗肉水样液体约600mL、胆总管壁坏死、胆总管结石、胆囊结石,行胆总管切开取石术,T型管引流,胆囊造瘘,腹腔引流。术后全身联合运用抗生素,先锋霉素V4g静推,每日2次;替硝唑0.5g静脉点滴,每日2次。治疗9d,体温逐日升高,由手术当日的37.5℃升至38.8℃。12月8日查血,白细胞 $22.3\times 10^9/L$,中性0.879。12月9日改用菌必治2g静推,每日2次;丁胺卡那霉素0.4g静脉点滴。12月14日患者体温降至正常,继续用药至12月20日停药。12月29日T型管夹管,2004年元月1日拔除T型引流管。元月3日体温为38.9℃,4日患者出现肺部、切口感染,高热咳嗽,胸闷,气喘,体温39.4℃,切口敷料湿,引流管口有胆汁溢出,局部红肿热痛,胆汁瘘,胆汁从腹腔引流管漏出。胸片示左侧胸

腔积液。又用菌必治、病毒唑继续治疗。元月13日化验大便,检出霉菌孢子体。院内感染诊断为:肺部、切口感染,肠道霉菌感染,诊断依据符合国内医院感染诊断标准。患者术后一直食欲不振,后又呕吐频繁,纳差,贫血,四肢浮肿,家属失去治疗信心,最后放弃治疗。患者终以多器官功能衰竭于2004年2月20日上午8时死亡出院。

2 经验教训

2.1 术前未做皮肤护理 患者是急诊手术,来不及进行术前皮肤清洁准备工作,而且患者年老,冬天长时间未洗澡,术前未淋浴,皮肤上携带的寄生菌、致病菌通过切口进入组织感染。

2.2 护士对患者评估不够 患者术后未安置单人病室,而是放置在两人间, unlimited探视、陪护人员,病室每天未进行空气消毒。其原因有:(1)当时住院病人和危重病人比较多,抢救室已住了抢救病人,基层医院条件有限,没有ICU室,而且抢救室每个科室只有一间;(2)患者术后护理人员未引起高度重视,对疾病的转归估计不够,片面的认为做完手术就没事。

2.3 健康教育和基础护理不到位 患者肥胖,术后多导管引流,翻身比较困难,每次翻身都要两人以上协助完成,尤其是夜间,当班护士每次翻身都要叫家属配合,家属以影响病人休息为由拒绝每2小时翻身1次。责任护士未将翻身、拍背、排痰护理的重要性告诉患者及家属。引流管口有胆汁溢出,未及时做好切口皮肤护理。

2.4 其它相关因素 (1)患者为老年女性,起病急,病情危重,多脏器病变,再加上手术创伤,防御能力下降,机体抵抗力差。(2)拔管前未作X线造影检查,未明确胆总管远端是否

除要求有娴熟的内镜技术、严格掌握ERCP指征、制定ERCP操作规范等等外,笔者认为,我们护理工作中应重点加强:(1)做好围手术期心理护理,耐心向病人介绍有关ERCP操作步骤及需配合的注意事项,解除病人的顾虑及恐惧心理,以更好地配合治疗。(2)严密观察生命体征及腹部体征,引流液的性质、量等。(3)掌握并发症的常见原因、症状体征,对并发症早预防,早发现,早治疗。总之,熟练的操作技术、密切的医患配合、精心的护理观察可有效预防并发症的发生,减少病人的痛苦,缩短病人的住院时间,减轻病人的负担。

参考文献

[1]Gottlieb k, Sherman S.ERCP and biliary endoscopic sphincterotomy-induced pancreatitis[J].Gastrointest Endosc Clin N Am,1998,8: 87
[2]JO Vandervoort, RoyM Soetikno, TonyC K Tham, et al.Risk factors for complicaions after performance of ERCP [J].Gastrontest Endosc, 2002,56(5): 652~656
[3]沈莉,顾方乐,陆翠云.经内镜胆管引流术的观察与护理体会[J].中华护理杂志,2001,36(1): 33~35
[4]吴锡琛.消化内镜术[M].南京:江苏科学技术出版社,1992.233

(收稿日期: 2006-06-02)

据。本组2例胆总管穿孔病人,其中1例及时发现,及时行手术探查及积极治疗后病人恢复快;另1例病情变化快,未及时发现,延误了治疗时机,虽经后期2次手术及积极抗休克、抗炎、营养支持治疗,恢复良好,痊愈出院,但给病人造成了极大的痛苦及严重的经济负担,给我们留下了深刻的教训。

2.4 胆道出血 其发生原因可能是切开过大,电凝时间过短或切口及乳头部血管变异^[4]。出血量少者可自行止血,持续渗血可配合医生用切开刀烧灼止血或局部喷洒1:20 000去甲肾上腺素类,或于出血点黏膜下注射1:10 000的肾上腺素止血。本组1例病人术后3d内持续出现黑便,呕吐咖啡样胃内容物,经补液、止血药物及生长抑素的应用,出血停止。如发现病人黑便、呕血、面色苍白、四肢发冷、血压下降、休克等现象,应立即通知医生,快速补充血容量,静脉应用止血药物及生长抑素,同时做好术前准备,及时手术治疗。

3 讨论

ERCP后引起严重并发症的相关因素很多,要降低其发生率及尽快得到有效控制与治疗,就要从多方面综合考虑,