

介入性腹腔-腔静脉分流术治疗顽固性腹水并发症的护理

刘凌云 单 鸿

顽固性腹水是临床肝功能失代偿期的重要并发症,常见于门脉性肝硬化晚期、肝硬化并肝癌及原发性肝癌合并门腔静脉主干瘤栓。由于治疗棘手,我院自 1996 年 7 月以来共进行了 11 例腹腔-腔静脉分流术 (IPVS),下面就其术前、术后护理及术后并发症预防报告如下。

材料与方法

一、临床资料

11 例患者中 10 例为男性;1 例为女性,年龄在 22~70 岁之间;11 例中有 9 例为晚期肝癌合并肝硬化,2 例为晚期门脉高压性肝硬化;按 Child's 肝功能分级标准,全部肝功能状况在 C 级水平。术前腹水细菌学培养阴性,腹水病理未发现癌细胞。

11 例患者作腹水腹腔-静脉分流术。

二、结果

11 例患者术后腹水明显消退,9 例临床症状缓解,占 71.4%;术后 6 天腹围测量缩小差最大 19cm,最小值为 7cm,平均缩小值为 11.4cm;术后并发症:一例发生管道脱落,一例发生管道闭塞,所有病人均有发热;病人的生活质量均有不同程度的提高。

护 理

一、术前护理

(一)心理护理 因此病病程长且反复,预后较差,加上病人对手术持观望态度,而处于不良心理状态。我们讲解有关知识,使其了解到手术能缓解或控制症状的发展,能提高生活质量,解除焦虑心理,增强治疗信心,取得合作。

(二)术前准备

①加强饮食指导,改善全身营养状况,增强抵抗力。应给予高热量、高维生素、低盐、低蛋白

饮食,避免粗糙坚硬食物,辅以静脉营养支持,纠正电解质紊乱等。②术前上胸部、腋窝至右腹部皮肤备皮,动作轻柔,防止皮肤损伤;予皮肤清洁;淋浴更衣;皮肤瘙痒者予止痒处理,禁止抓痒,以免抓破皮肤造成感染。③训练病人在床上大小便、进食的习惯。

二、术后一般护理

术后 24 小时内应去枕平卧,因去枕平卧位时腹水往腔静脉的流量大,据文献报道:头高 15 度则流量稍小,头高 60 度则几乎不流。必须与患者讲明卧位与腹水转流的关系,在术后几天内应尽量卧床休息,协助病人在床上洗漱、进餐、排泄。腹部可用弹性绷带绑压,使腹压增高流量加大,应根据病情调节绷带的松紧度。

置管术后第 1~2 天内尿量增强最为显著,通常尿量 > 2000ml/24h,可不用利尿剂,若术后尿量 < 2000ml/24h 为防止心脏超负荷应适量应用利尿剂。应准确记录 24 小时出入水量、测量腹围、体重,密切观察腹水变化情况。

术后穿刺口应盖以无菌棉垫,2~3 天内消毒换药一次。注意观察穿刺口有无渗血渗液,分流管堵塞、脱落、腹压过高均可引起腹水渗漏,穿刺时损伤皮肤、血管、病人血小板低下、分流管脱出于血管外都可引起渗血。如敷料有渗血液时应及时更换并查找原因做相应的处理。

三、术后常见并发症的观察护理

(一)分流管闭塞 原因可由于导管内纤维蛋白沉积及血栓形成所致。常有穿刺口渗血漏液,用注射器吸生理盐水注入分流管有阻力感。为预防分流管闭塞:术后每天予 0.9% 生理盐水 100ml 肝素 125mg 冲管,同时注意观察病人的凝血功能及出血倾向,如出现皮下及牙龈

作者单位:510630 中山医科大学附属第三医院介入放射学科

等出血应调整肝素用量,并对症处理。出现分流管闭塞应拔管,禁止强行冲管,以免栓子脱落进入体循环导致血管栓塞。本组一例患者在术后 4 天发生分流管闭塞,予拔管,影响了进一步的治疗。

(二) 分流管脱落、移动 分流管在术中插入腹腔段及腔静脉段长度应足够,中间段应固定好:有皮肤外固定和皮下隧道针引置于皮下两种,前者较后者容易观察;后者较前者不易脱落,但创伤性较大。嘱病人尽量卧床休息,避免活动幅度过大,如有管道脱出应及时拔管,如果管道脱出于腹腔可致大量空气进入腔静脉致空气栓塞;脱出于静脉外渗液漏至皮下积聚于胸腔,可致伤口周围红肿、疼痛、甚至肺压缩或胸腔积液。本组一例皮肤外固定患者,在术后第三天因起床活动幅度过大而导致静脉段分流管脱出静脉,颈静脉穿刺口周围红肿、疼痛。因发现及时予拔管,用 50% 硫酸镁湿敷患处,未出现更严重的后果,在第 3 天上述症状消失。

(三) 发热 是腹水分流术的最常见并发症,其原因可能为术后感染及腹水中致热原所致。预防感染及护理措施:除常规应用抗生素外,穿刺口应及时换药,严格无菌操作,注意敷料是否固定严密,有无渗血渗液;加强皮肤清洁护理。本组 11 例病人手术后均发热,体温在 37.3~39.1℃。检查血象正常,体温>38.5℃时抽血细菌培养为阳性,考虑腹水中致热原感染因素大,应用敏感抗生素,每天测体温,中度发热以上者辅以物理降温,及时更换湿衣裤、床单、被套,避免着凉,加强皮肤护理,防止再感染;补充营养丰富易消化的半流汁食物,静脉滴注白蛋白等营养物以提高免疫力。经处理后 8 例病人体温在术后 1 周内降至正常,3 例在术后 2 周内降至正常均无发生穿刺口感染。

(四) 观察心力衰竭的可能 腹水转流向腔静脉,血容量迅速扩张,致心脏负荷过重,对年老体衰病人,易引发心力衰竭。注意观察年老病人心功能:有无胸闷、气促、心律不齐等

心功能不全症状。定时测量脉搏、心律、血压,准确记录 24 小时尿量,如果尿量 <2500ml 的患者应大量应用利尿剂,出现轻度心功能不全症状的病人可嘱半坐卧位,解除腹带以减少腹水流量,并予吸氧,心电监护,严重者应停止分流术的进行,对症处理。本组病人无出现心力衰竭。

(五) 注意诱发肝性脑病可能 大量应用利尿及腹水流向体循环致大量蛋白质电解质丢失、腹水内血氧物质直接进入体循环致血氨增高而诱发肝昏迷。临床可表现为兴奋易激动、幻听、行为异常、意识障碍、嗜睡,最终可至昏迷。我们应密切观察病情:神志、瞳孔、血压、尿量的变化,及时发现昏迷前兆。及时报告医生处理。如出现昏迷者按昏迷护理常规护理。

(六) 警惕 DIC(弥漫性血管内凝血) 熟悉 DIC 的临床症状:有无皮肤粘膜及消化道出血症状,不明原因的低血压、休克的发生,微循环障碍及栓塞症状及溶血症状等。定期检查血象。测量生命体征,多问病情,耐心听取病人的主诉。

讨 论

IPVS 是治疗顽固性腹水的一项新疗法,具有操作简便和少创伤性的特点,在晚期肝病病人的治疗中,能有效地消除腹水,使病人的临床症状得到明显缓解,从而改善这类终末期病人的生活质量,提高生存率。但因其术后常出现较多的并发症,而影响了治疗的效果。因此,我们除了应做好术前准备外,术后病情的观察,包括:神志、生命体征、出入量、体重腹围的观察测量,穿刺口及分流管的护理,是防止术后常见并发症,保证 IPVS 顺利进行的关键。本组进行的 11 例病人中一例发生管道脱落,一例发生管道者堵塞,所有病人均有发热,无发生其它并发症,全部病人的生活质量都得到不同程度的提高。但因我院刚开展此技术所进行的病例暂时较少,其余的并发症只在有关文献中报道。因此,腹腔-腔静脉分流术的各项护理措施还有待进一步的完善。