

• 护理论坛 •

经颈静脉肝内门体静脉分流术后并发症的观察与护理

李晓晖 练贤惠 蔡银科 单鸿 朱康顺

经颈静脉肝内门体静脉分流术(TIPSS)治疗因肝硬化门脉高压引起的食管胃底静脉破裂出血和顽固性腹水,疗效好、见效快,已在临床广泛开展与应用。TIPSS 术的预后除与手术操作有一定关系外,术后并发症的观察与护理也是影响疗效的重要因素。本文结合我院 36 例 TIPSS 术病例,重点探讨 TIPSS 术后并发症的观察与护理的重要性。

材料与方 法

我院自 1993 年至 1999 年施行了 36 例 TIPSS 术,其中肝硬化门脉高压患者 32 例,男 30 例,女 2 例,柏查综合征 4 例,男 3 例,女 1 例,均为肝静脉广泛性狭窄或闭塞。患者年龄 32~60 岁,平均 43 岁。所有病例均表现为肝硬化失代偿期、门静脉高压症。36 例中,12 例为上消化道大出血急诊 TIPSS 术,19 例为重度食管静脉曲张预防性 TIPSS 术,5 例为顽固性腹水而行 TIPSS 术。

结 果

36 例 TIPSS 术均成功建立肝内分流道,手术操作成功率为 100%。术后并发症有穿刺点血肿 1 例;表现为肝性脑病前驱期症状 3 例,4 例出现肝性脑病 II°,除 1 例死亡,另外 6 例 1~2 周均恢复;腹腔出血 2 例;术后 1 周继发感染 1 例;胃肠道应激性出血 2 例;胆道出血 1 例;呕血 1 例,为术后 2 周支架内血栓形成,门静脉压力增高所致;3 个月复查支架闭塞 1 例。

讨 论

TIPSS 术后要认真制定合理的护理计划,预防并发症。TIPSS 术后并发症有急慢性肝衰竭,肝性脑病,腹腔出血,继发感染,消化道出血等。下面简要讨论预防上述并发症的护理观察要点。

一、正确评估患者体征的改善及变化

术后定时定部位专人测量腹围、肢体水肿、皮肤色素颜色变化及范围的观察,准确记录 24h 出

量,TIPSS 术后一般 7~14d 均有明显的肝功能改善,腹壁静脉曲张、腹水改善。

二、术后辅助治疗及护理

常规使用广谱抗生素以预防感染,为预防分流道内血栓形成,术后行局部与全身抗凝治疗,应严密观察患者凝血功能及出血倾向,及时对症处理,穿刺点常规伤口换药,观察敷料干结情况。

三、饮食指导

术后 12h 给予高碳水化合物、高维生素、低蛋白、少渣饮食,严格限制蛋白质摄入,以每日每公斤体重少于 1g 计算,耐心向患者解释低蛋白饮食的重要性,以防血氨浓度升高。为保持排便通畅,可使用乳果糖,清除肠道积血和细菌,减少血氨的吸收,限制进食豆类制品和容易引起钙盐沉积的食品。

四、穿刺点出血、血肿的预防

穿刺点局部应压迫 15~20min,以不渗血为原则,纱布包扎后应注意观察穿刺点周围变化,减少头部运动。若出现血肿,应重新压迫,排除积血。

五、肝性脑病的观察及预防

本组 3 例出现肝昏迷前驱期症状,4 例出现 II°肝性脑病,经及时对症处理,除 1 例死亡外,其余 6 例均能纠正,未发生严重后果。预防肝性脑病具体的措施是:严密观察有无意识、精神异常表现;限制蛋白质摄入(每日<1g/kg 体重),给予低蛋白半流饮食;保持大便通畅;静脉点滴精氨酸、谷氨酸钠、左旋多巴等改善支链氨基酸与芳香族氨基酸的比例等综合措施,降低血氨的来源,予冰醋酸、新霉素、乳果糖保留灌肠,以减少肠氨的吸收及抑制肠菌生长。

六、腹腔内出血及胃肠道、胆道出血的观察

其出血原因有:肝内穿刺损伤血管、胆管,穿破肝包膜,术中、术后应用抗凝剂,肝硬化致自身凝血机制降低以及内支架移位穿破血管等。胃粘膜糜烂出血为手术应激反应所致。内出血观察的重点是患者有无腹痛、腹胀、头昏、恶心、脸色苍白,尿量有无骤减,有无黑便,皮肤粘膜有无出血点。本组 4 例出现胃粘膜轻度糜烂出血,经用止血药及使用胃粘膜保护剂,1~3d 后症状改善,2 例上消化道大出血,经止血、输血、置留三腔二囊管等积极对症处理后出血

停止。

TIPSS 术后患者有不同程度的并发症及异常症状出现, 但经对症治疗和精心细致的护理, 均能恢复良好, 康复出院。由此可见, TIPSS 术后精细的观察与护理是治疗成功的关键之一。

参 考 文 献

1. 单鸿等主编. 临床介入诊疗学. 广东科技出版社, 1997. 11.
2. 叶维法主编. 临床肝胆病学. 天津科学技术出版社.

(收稿日期: 1999 10 06)

• 护理论坛 •

经皮锁骨下动脉导管药盒系统植入术的护理

许小丽 陈勇 鲁恩洁

经皮锁骨下动脉(SCA)导管药盒系统(PCS)植入术是在 X 线监视下经皮穿刺锁骨下动脉成功后, 将导管植入靶动脉, 并与锁骨下区皮下药盒连接^[1,2]。较手术动脉内植入 PCS 具有操作简单、创伤小、并发症少、置管位置准确等优点。为长期规律性动脉内化疗灌注及碘油化疗乳剂栓塞治疗恶性肿瘤建立了良好途径。较一次性动脉插管灌注有治疗规律, 注药时间可控, 不用重复插管等优点。现将该术的护理作一介绍。

一、临床资料

胸、腹部及盆腔恶性肿瘤无手术切除指征患者 235 例, 其中肝癌 130 例, 肝转移瘤 58 例, 肺癌 18 例, 食管癌 10 例, 直肠癌术后复发 7 例, 子宫内膜癌 5 例, 宫颈癌 4 例, 小肠平滑肌肉瘤 3 例。男 181 例, 女 54 例; 年龄 18~72 岁, 平均 42 岁。

二、护理

(一) 心理护理 由于癌症患者无手术指征, 尤其是曾多次接受多种治疗而疗效欠佳者, 往往对新技术怀有疑虑。护理中我们对患者及家属耐心介绍此手术的治疗方法, 并和以往手术置入 PCS 和常规经股动脉一次性插管灌注等治疗方法比较, 说明其优缺点。详细介绍手术的必要性, 术中配合, 术后不适及可能出现的并发症。介绍治疗成功的病例, 使患者对此手术有一个感性认识, 增强对疾病治疗的信心, 从被动接受治疗变为积极主动配合。

(二) 术前准备 常规术前准备(指常规术前检查, 备皮, 药物过敏试验等), 术前 4h 禁食, 遵医嘱肌注镇静剂。

检查术中所需器材及药品、抢救用药等。

(三) 术中护理 严格无菌操作, 建立静脉通

道, 术前遵医嘱滴注康泉 3mg, 以防化疗药物引起的恶心、呕吐。因整个手术过程中患者处于清醒状态, 要经常询问患者有无不适, 严密观察生命体征变化。穿刺过程中如出现特殊不适, 如属正常应对患者解释(如刺中臂丛神经而出现上肢放电样感觉或麻木)。如属并发症(如刺破胸膜引起胸闷、咳嗽、呼吸困难等)则应报告医师, 及时处理^[3]。

(四) 术后护理 术后患者卧床 6h, 常规抗生素治疗, 每 30min 测血压、脉搏 1 次, 观察敷料有无渗血、血肿, 置引流条者在 24h 后拔除。7~10d 拆线, 拆线后即可经 PCS 行规律性化疗或碘油乳剂化疗性栓塞。行栓塞时多在透视下进行。

(五) 药盒穿刺技术 要特别注意正确的药盒穿刺技术。常规局部皮肤消毒后, 左手固定药盒, 右手持专用药盒穿刺针或 6 号头皮针, 在药盒的中点垂直向下穿刺。刺中药盒硅胶膜时可明显感到阻力, 继续向下穿刺, 直达药盒硬底部为止。选用 5~10ml 肝素盐水试注入, 观察是否推注顺利, 局部有无肿胀。一切正常后方可注入化疗药物或药物碘油乳剂。注射完毕, 必须用肝素盐水 10ml 快速注入药盒内, 以冲洗残留药物。然后迅速拔针, 拔针时顶紧针栓, 以防动脉血进入留置导管内造成药盒导管阻塞。

参 考 文 献

1. 李彦豪, 罗鹏飞, 黄信华, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统置入术. 中华放射学杂志, 1995, 29: 551-552.
2. Oi H, Kshimoto H, Matsushita M, et al. Percutaneous implantation of hepatic artery infusion reservoir by sonographically guided into subclavian artery puncture. AJR, 1996, 166: 821-822.
3. 陈勇, 李彦豪, 单鸿, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统置入术的并发症及处理. 中华放射学杂志, 1997, 31: 540-542.

(收稿日期: 2000 01 20)