

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.053

三镜同期手术治疗肝外胆管结石合并十二指肠乳头狭窄 286 例疗效观察及护理

徐琳,陈雪嘉,李敏,代小容

(四川省成都市第二人民医院肝胆胰外科 610017)

[中图分类号] R657.4+2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4888-02

胆囊结石合并胆总管结石的发病率较高,传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石创伤较大、住院时间较长、术后恢复缓慢、T管胆汁丢失,患者不易接受。腹腔镜、胆道镜及十二指肠镜(本文简称三镜)联合手术治疗胆囊结石合并胆总管结石有着明显的优越性^[1]。2000年9月至2015年1月,本院成功开展十二指肠镜、腹腔镜、胆道镜联合手术,对286例胆囊结石合并胆总管结石患者完成了三镜联合、胆总管一期缝合手术^[2-4]。作者针对该手术的特征同时给予相应的心理护理、对症护理和预防并发症的针对性护理,明显降低三镜联合手术术后并发症的发生率,有效地提高三镜联合治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000年9月至2015年1月本院采用腹腔镜、胆道镜及十二指肠镜联合手术、胆总管一期缝合治疗胆囊结石、胆总管结石合并十二指肠乳头狭窄共286例。其中,男132例(46.15%),女154例(53.85%)。年龄24~89岁,平均53岁。其中189例(66.08%)有黄疸病史,入院检查共141例(49.30%)有不同程度的黄疸。择期手术215例(75.17%),急诊手术71例(24.83%)。胆总管直径约0.7~3.5 cm,十二指肠乳头狭窄的长度约0.4~2.5 cm。其中,磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)检查提示乳头有狭窄者98例(34.27%),MRCP检查未提示者188例(65.73%)。术前诊断主要依靠彩超、核磁共振成像(MRI)、MRCP等检查。仪器主要有电视腹腔镜、胆道镜和十二指肠镜、液电碎石仪等。

1.2 治疗方法 首先完成腹腔镜胆囊切除和胆总管切开取石术(必要时液电碎石),取尽胆管内所有结石^[5]。完成LCDE后,测定十二指肠乳头狭窄的程度和长度,然后行放置输尿管导管(或斑马导丝),再行十二指肠乳头切开,最后一期缝合胆总管^[6-7]。

2 结果

本组286例全部治愈。其中,282例(98.60%)十二指肠乳头狭窄切开后直接行胆总管一期缝合术,4例(1.40%)十二指肠乳头狭窄切开后失败改行胆总管T管引流术。术后发生轻型胰腺炎者6例(2.10%),有血尿淀粉酶升高、腹痛腹胀等症状,术后3 d肛门排气,术后6~8 d开始进食。术后发生胆漏9例(3.15%),均经术中常规放置腹腔引流管引流1~6 d后治愈。无胆道狭窄、胃肠道穿孔、胆道穿孔、大出血、重症胰腺炎等严重并发症,无死亡病例。术后第3~9天拔除腹腔引流管,术后第5~17天治愈出院。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 三镜联合手术是在全身麻醉下实施,很多

患者对手术缺乏了解、担心手术的安全性、担心手术的治疗效果,术前多数患者都有不同程度的焦虑情绪。作者可以向患者和家属适当解释手术的预期目标、操作步骤等。在尊重患者人格和个性的基础上,针对患者和家属不同的心理状况,给予相应的护理措施。需要时,术前晚可遵医嘱适当使用镇静剂。

3.1.2 术前护理 完善术前各项常规检查,对高龄、合并心肺等重要脏器疾病的患者,必要时请相关科室会诊,综合评估,确定是否能耐受手术。术前1 d进半流质饮食,术前禁食12 h,禁饮4 h,术前安置导尿管,以免手术时间较长时,膀胱过度充盈,术前做好皮肤准备,尤其是脐部的清洁,降低切口感染发生率。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 监测患者生命体征并做好记录,观察患者腹部症状,有无腹痛、腹胀等情况,注意腹痛的部位、性质、程度以及时间。如发现异常及时向医师汇报,并协助处理。术后未完全苏醒的患者应注意保暖,防止坠床,防止呛咳和误吸,防止舌后坠,保持呼吸道通畅。给予双鼻导管吸氧,流量为3~4 L/min,吸氧时间为8 h,以促进CO₂的代谢排出。并做好各种引流管的护理,特别是T型管和鼻胆管,必须妥善固定,保持引流通畅,仔细观察每根引流管引流液的颜色、量、性状及其变化,并做好记录,发现异常及时向医师汇报,积极查找原因。术后第1天禁食禁饮,根据患者的具体情况,待胃肠功能恢复,无需等到患者排气,可进食少量流质饮食,排气后可进食半流质饮食,第3天恢复普食,但应避免进食高蛋白食品,以防止肠胀气。避免进食过于油腻等食品,以防止腹泻。

3.2.2 并发症的观察及护理

3.2.2.1 消化道出血 此并发症较少见,主要表现为术后黑便、呕血,注意观察引流液的量、性质,发现异常及时处理。本组无出血病例。

3.2.2.2 急性胰腺炎 此并发症较易发生,后果严重。本组病例并发急性胰腺炎6例,均是轻型胰腺炎,患者术后查血示血清淀粉酶、脂肪酶升高、上腹疼痛伴恶心呕吐。对术后胰腺炎患者的护理,首先要消除患者的焦虑、急躁、恐惧等心理,适当给予解释急性胰腺炎的病理特点,让患者情绪稳定,积极配合治疗与护理。轻型胰腺炎有自限性病程,治愈率高。重症胰腺炎往往进展较快,休克、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是常见的死亡原因,治疗过程中,要密切观察患者生命体征的变化及腹部体征,注意观察患者有无发热、发热的类型及伴随症状,给予相应处理。密切观察患者腹痛的部位、性质、范围及持续时间。本组患者经禁食、抑制胰酶分泌、抗感染等对症处理后治愈。

3.2.2.3 肠穿孔 因原有溃疡或憩室破裂及十二指肠乳头切开操作等原因引起。故术后注意观察有无腹痛、腹胀、腹膜后

气肿,对可疑病例及时行腹部透视检查有无膈下游离气体,要考虑肠穿孔可能,立即报告医生处理。穿孔小、无明显症状者可保守治疗,予禁饮食,安置胃肠减压,给予静脉营养,合理使用抗菌药物,保持腹腔引流管和鼻胆管引流通畅,密切观察引流情况和腹部体征,必要时手术治疗。本组无肠穿孔病例。

3.2.2.4 胆瘘 一般在术后 24~72 h 内发生,一旦出现剧烈腹痛、腹胀、发热等症状,立即向医师汇报。监测生命体征,注意水电解质、酸碱平衡,平卧位休息,尤其要确保腹腔引流管引流通畅。本组术后发生胆漏 9 例,均经腹腔引流管引流 1~6 d 后治愈。

3.2.2.5 气胸及纵膈气肿 因术中 CO₂ 气腹压力过大或操作不当引起。严格控制气腹压力在 10~14 kPa,高危患者可适当降低气腹压力,一般可避免此并发症。必要时可用悬吊等免气腹等方法,术中主要依靠麻醉医师对患者呼吸、血氧饱和度等的监测,术后一旦发现患者出现胸闷、气急、呼吸困难等症状,立即通知医生,必要时给予胸腔闭式引流等方法处理。本组无气胸或纵膈气肿病例。

3.2.2.6 胆道梗阻、胆总管狭窄 观察患者皮肤巩膜有无黄染、小便颜色,询问患者腹部症状,有无腹痛,腹痛的部位、性质、程度,检查有无腹膜刺激征表现。检查血清胆红素,行 MRCP 检查可明确诊断。有鼻胆管的患者可行鼻胆管造影检查。本组术后无胆道梗阻、胆总管狭窄病例。

3.2.2.7 胆总管残石 术后常规监测患者体温、脉搏、血压的变化,观察腹部体征、有无术前症状仍然存在;血清胆红素、肝功能转归情况;严密观察患者精神状态与神志改变,有无嗜睡、表情淡漠等表现。本组无残石病例。

4 讨 论

三镜联合手术治疗胆囊结石合并胆总管结石较传统开腹手术有许多优点,如:创伤小、恢复快、安全、手术瘢痕小、疼痛轻等;三镜联合治疗胆总管结石能迅速有效解除胆道梗阻,使急性、梗阻性、化脓性胆管炎病死率明显下降^[8]。近年腹腔镜技术飞速发展,在外科手术领域中的应用越来越广泛,腹腔镜下胆总管探查一期缝合的应用技术已经非常成熟,联合术中胆道镜和十二指肠镜的应用,能够很好取尽结石,行十二指肠乳头切开,对于胆囊结石合并胆总管结石、十二指肠乳头狭窄的患者,通过一次腔镜手术就能解决问题,三镜联合使用,使得肝外胆管结石真正得到治疗微创化,受到广大患者及医务人员的认可。秦明放等^[9]提出了微创治疗肝外胆管结石的阶梯性方案,治疗性经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)治疗胆总管结石已经非常成熟。对于肝外胆管结石,多数可通过 EST 进行清除^[10]。随着医务人员对三镜联合手术优势的认识,越来越多的医院开展三镜联合手术,对三镜联合手术患者的围术期护理的重要性也日渐显现。准确的护理可以增加患者手术耐受率、缩短手术时间及住院时间,提高治愈率。针对三镜联合手术的特征,护理也有相应的特点。三镜联合手术气腹的影响,部分患者术后出现肩背部疼痛,适当向患者及家属解释其原因,可给予微波理疗减轻患者不适感,气腹的压力同样影响下肢血液的回流,加上患者术后卧床休息,可导致下肢深静脉血栓的形成。术后第 1 天协助患者下床活动,配合下肢按摩,能有效预防下肢深静脉血栓的形成。采取术前肠道准备及术后早期试餐、早期下床活动等护理干预措施,有利于三镜联合手术患者早期肠功能的恢复,早期肠内营养,促进机体早日康复。术前给予床上排痰训练、呼吸功能训练、术后给予雾化吸入、协助排痰,有效预防肺部感染。三镜手术常会放置各种引流管,对引流管的护理非常重要。护士必须掌握各种引流管放置的

目的、位置,以及拔管指征。做好标识,妥善固定,观察各引流管引流液的颜色、量、性质及其变化,并分别做好记录。避免引流管脱落、受压、扭曲、堵塞。注意引流管卡子的开关状态,确保引流通畅。通常腹腔引流管引流液颜色的动态变化为:开始有少量暗红色液体引出,逐渐减少,转为淡红色,然后变为淡黄色渗液^[11]。同时防止其他并发症的发生;护理措施有:(1)监测患者生命体征,术后常规心电图监护,每 30~60 min 观察脉搏、呼吸、血压 1 次,并做好记录,若在输血量足够的情况下患者出现心率快等休克早期表现,提示有出血可能,及时向医生汇报,急查血常规,行腹腔穿刺、彩超、CT 等检查协助诊断,有条件者可监测中心静脉压,提示血容量不足时,快速建立 2 条静脉通道,快速输液,必要时输血液制品,补充有效循环血量。(2)严密观察各种引流管引流液的颜色、性质、量,保持引流通畅,观察切口愈合情况,敷料是否清洁干燥,切口有无红肿疼痛、有无渗液渗液,如有异常,及时查找原因并报告医生,争取早发现、早处理。三镜联合手术围术期给予心理护理、对症护理和预防并发症的针对性护理,能够有效地提高腹腔镜、胆道镜及十二指肠镜联合胆总管一期缝合治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效,能够降低三镜联合手术后并发症的发生率,对提高患者护理满意率,促进医患、护患关系也具有重要的价值。

参考文献

- [1] 王亚明.腹腔镜与十二指肠镜联合在胆囊结石合并胆总管结石中的疗效观察[J].河北医药,2014,36(17):2631-2632.
- [2] 李波,陈安平,索运生,等.腹腔镜胆总管探查即时缝合术 983 例报告[J/CD].中华腔镜外科杂志:电子版,2010,3(5):411-415.
- [3] 陈安平,胡挺,李华林,等.同期腹腔镜、胆管镜、十二指肠镜多入路治疗胆囊结石合并细径胆总管结石 71 例[J].中国普外基础与临床杂志,2014,21(8):946-950.
- [4] 陈安平,王佳牧,山长星,等.三镜同期联合手术治疗胆结石 174 例分析[J].中华普外科手术学杂志:电子版,2013,7(2):112-114.
- [5] 林天龙,毛志海,张卓,等.腹腔镜胆囊切除术中联合 ERCP 治疗胆囊结石合并肝外胆管结石[J].外科理论与实践,2011,16(6):541-544.
- [6] 纪柏,王广义,刘亚辉,等.腹腔镜胆总管探查胆道一期缝合与 T 管引流疗效的比较[J].临床肝胆病杂志,2011,27(3):298-299,305.
- [7] 陈心焕,许兆祥.胆道探查一期缝合与 T 管引流的疗效比较[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(4):327-330.
- [8] 刘卓民.腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊及胆总管结石与开腹手术的疗效比较[J].当代医学,2012,18(18):18-19.
- [9] 秦明放,赵宏志,王庆,等.微创治疗肝外胆管结石阶梯性方案研究[J].中国实用外科杂志,2004,24(2):88-90.
- [10] 王行雁,徐智,王立新,等.胆囊结石合并胆总管结石的外科微创治疗[J].中国微创外科杂志,2012,12(6):515-517.
- [11] 谢萍,蒋国庆.2 例完全腹腔镜规则左半肝切除术后出血的护理[J].中华护理杂志,2010,45(10):943-944.