

肝硬化失代偿期并胆总管结石内镜治疗并发症的观察和护理

何赛琴, 王彩芽, 潘佰灵, 杨国玲 (浙江省台州市恩泽医疗中心, 浙江省台州医院, 浙江 临海 317000)

内镜治疗胆总管结石具有创伤少, 术后恢复快等优点, 常见的并发症有出血、穿孔、胰腺炎和胆道感染等, 其发生率约 1.91%^[1]。肝硬化失代偿期的患者常有很多临床合并症, 如食管胃底静脉曲张、腹水、凝血机制障碍、肝功能损害及易继发感染等, 增加了胆总管结石内镜治疗的风险。有文献报道, 合并有肝硬化的胆总管结石患者行内镜逆行胰胆管造影 (ERCP)、十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 治疗后并发症的发生率明显高于非合并肝硬化者^[2]。2006 年 1 月—2011 年 12 月, 我院对 109 例因肝硬化失代偿期并胆总管结石的患者进行内镜治疗, 效果较好, 现将治疗后并发症的观察和护理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 109 例, 男 68 例, 女 41 例, 年龄 38~81 岁, 平均年龄 (63.7 ± 11.9) 岁。所有患者术前均经腹部 B 超、CT 或 MRCP 诊断为胆总管结石; 均符合失代偿期肝硬化诊断标准^[3]。肝功能 Child-Pugh 分级^[3]: A 级 22 例, B 级 56 例, C 级 31 例。合并腹水 38 例 (中、大量腹水 20 例, 少量腹水 18 例); 食管胃底静脉曲张 35 例 (轻度 27 例, 中度 5 例, 重度 3 例, 其中有 2 例既往有食管曲张静脉破裂出血史); 合并有肺部感染 13 例, 合并梗阻性化脓性胆管炎 45 例。

1.2 治疗方法

采用 Olympus JF 260 型和 TJF 260 型电子十二指肠镜、标准型造影管、乳头切开刀、导丝、美国 Wilson-Cook 公司塑料胆道内支架、直型鼻胆引流管、乳头扩张球囊。造影成功后根据肝功能分级、合并症、胆总管结石大小, 采用不同的手术方式。结石直径 ≤ 1 cm 以十二指肠乳头括约肌切开或用乳头气囊扩张后用网篮取出; 1 cm < 直径 ≤ 2 cm 的结石, 先行碎石网篮套石粉碎后逐一取出; ≥ 2 cm 及多发结石和/或肝功能 C 级患者放置塑料内支架疏通胆道姑

息性治疗; 化脓性胆管炎的先行直型鼻胆管引流, 待病情好转再行取石。

2 结果

109 例肝硬化失代偿期并胆总管结石的患者中, 全部插管成功, 完全取出结石 101 例 (92.66%), 一次性完成结石取出 60 例 (55.05%), 未取出结石而放置支架内引流 9 例 (8.26%)。发生并发症情况: 消化道出血 10 例, 胰腺炎 8 例, 肝性脑病 2 例, 继发感染 5 例, 总并发症发生率 22.94%。其中 23 例经内科保守治疗后好转, 2 例并发肝性脑病患者未好转出院, 出院后 1 周内死亡, 病死率为 1.83%。

3 讨论

3.1 出血的观察及护理

合并肝硬化失代偿患者由于凝血因子合成减少, 脾功能亢进、食管静脉曲张等因素增加 ERCP 术中插镜及 EST 出血的风险。有文献报道, 合并有肝硬化的胆总管结石患者行 EST 治疗后, 与 EST 术后消化道出血相关的病死率高达 14.3~16.6%^[4], 而采用十二指肠乳头扩张法 (EPBD) 能明显减少肝硬化患者 EST 术的出血风险^[5]。术前常规胃镜检查以了解食管胃底静脉曲张情况。检查血常规、凝血功能, 凝血酶原时间明显延长者术前予静滴凝血酶原复合物注射液 400 U, 血小板计数 < 30 × 10⁹ 患者术前输注血小板 10 U。术前 15 min 杜冷丁 35 mg 肌肉注射, 术中患者有躁动、抵抗时再予杜冷丁 15 mg 稀释后静脉推注以维持患者镇静状态。操作者插镜动作轻巧、熟练, 防止碰伤食管静脉。尽可能一次取尽结石不作鼻胆管引流, 以避免拔管时损伤食管曲张静脉导致出血, 必须行鼻胆管引流者使用直型鼻胆管。术后严密观察患者生命体征, 有无呕血、解黑便。本组 5 例在 EST 术中出现切缘渗血, 经立即内镜下喷洒凝血酶粉稀释液, 1:10000 肾上腺素液切缘黏膜下注射后血止; 5 例患者术后 2 h~1 周内出现不同程度呕血、黑便伴有生命体征的变化, 经内镜复查 EST 术后切缘出血 4

例,食管静脉曲张出血1例,均经内科保守及内镜下止血治疗后,48 h内出血得到有效控制。本组行EPBD后取石患者未发生消化道出血并发症,与文献报道一致。

3.2 急性胰腺炎的护理

发生原因可能与采用乳头球囊扩张压迫、损伤胰管开口有关。ERCP术中球囊扩张十二指肠乳头时,加压宜缓慢、柔和,即每增加一大气压停顿1~3 s,以4个大气压为限。术后观察有无呕吐及剧烈腹痛、腹胀症状,4 h及24 h监测血淀粉酶变化。本组发生治疗性胰腺炎8例,均为轻症。其中EPBD术后7例,EST术后1例。上述病例予以禁食、生长抑素、质子泵抑制剂及补液等内科保守治疗,48~72 h后腹痛缓解,复查血淀粉酶正常。

3.3 继发感染的护理

肝硬化失代偿并胆总管结石者因本身疾病造成抵抗力下降,易伴发全身感染,如肺部感染、胆道感染等。内镜治疗该类患者,可解除胆道梗阻引起的化脓性胆道感染。但由于该类患者抵抗力极低,内镜治疗中造影剂高压注射,无菌操作不严格、取石不净,术中误吸又可诱发和加重肺部感染和胆道感染的症状。表现为术后寒战,高热,黄疸加重,上腹部疼痛,白细胞增高等症状。对于该类患者,注射造影剂要少量、低压并严格无菌操作。取石结束退出内镜前予球囊清扫胆道。及时吸净口咽部液体,防止误吸,保持呼吸道通畅。术中注意保暖,避免受凉。术后严密观察生命体征及腹部体征的变化,监测血白细胞计数。本组患者1例术中误吸,致吸入性肺炎,4例ERCP术后24 h出现黄疸加深、寒战,高热,考虑与结石未取净引流不畅,加重胆道感染有关。均经内镜再次取石或放置鼻胆管引流、应用敏感抗生素、加强对症护理等处理后好转。

3.4 肝性脑病的护理

肝性脑病是各种肝病的严重并发症和主要致死原因之一。诱发因素有消化道出血、镇静剂使用、禁食、水电解质紊乱、感染、手术应激等。做好充分的术前准备,控制感染、纠正水电解质失衡,尽量避免急诊内镜治疗能减少此类并发症的发生^[6]。采用利多卡

因咽喉部局部充分喷雾,术前5~10 min口服利多卡因胶浆,术前、术中禁用安定类镇静剂,酌情使用少量杜冷丁镇静,总量不超过50 mg,以患者能耐受为度。术中有出血患者,经止血后退出内镜前,提醒术者充分吸引,吸出滞留在胃肠道的积血,以减少肠道内氨的吸收。术后密切观察患者意识、性格、行为的变化,发现异常,及时报告医生。本组有2例患者内镜取石治疗后出现肝性脑病或症状加重,其中1例术前处于肝性脑病一期患者ERCP术后即出现肝昏迷;1例术后出血,经内镜止血后第2天出现意识行为改变,意识障碍加深。均经对症、降氨等内科积极治疗,效果不佳,出院后1周内死亡。

3.5 穿孔的护理

ERCP穿孔并发症一般与切开过大、选用直径过大的乳头扩张球囊或肠道有憩室、机械损伤有关。一旦发生穿孔,患者即可出现躁动、剧烈腹痛,透视下见隔下游离气体,腹部刺激征阳性。一旦出现穿孔征像,立即提醒操作医师,停止内镜操作转外科手术。本组患者未发生穿孔并发症。

4 参考文献

- [1] 赵秋月,何赛琴,颜信芬.胆管结石ERCP+EST+取石术2320例的配合及护理[J].实用医学杂志,2010,26(13):2452-2453.
- [2] 周益峰,张啸,张筱凤,等.156例合并肝硬化的胆胰疾患内镜临床分析[J].中华肝胆外科杂志,2009,15(9):647-650.
- [3] 叶任高,陆再英.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2007:448.
- [4] Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy[J]. N Engl J Med, 1996, 335(13):909-918.
- [5] 李小平,王金波,孙柯科. Oddi括约肌气囊扩张取石治疗肝硬化合并胆总管结石的安全性探讨[J].中华消化内镜杂志,2007,24:215-217.
- [6] 叶丽萍,张玉,林敏华,等.104例肝硬化失代偿期并胆总管结石的内镜治疗效果分析[J].中华消化内镜杂志,2010,27(2):67-70.

(收稿日期:2012-10-02)