

经内镜逆行胰胆管造影567例围手术期护理体会

潘学勤, 吴萍, 李农, 章爱春, 李剑梅, 张玲

(南京医科大学第二附属医院消化医学中心 南京医科大学消化内镜研究所, 江苏 南京 210011)

【摘要】 目的 提高经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)的护理水平,减轻患者痛苦,同时降低术后并发症。方法 回顾2010年1月至2010年12月于我院消化医学中心共就诊的567例ERCP检查及治疗患者,对术前、术中、术后的注意事项及观察护理进行总结。结果 术前了解患者的一般情况,消除患者的心理顾虑;术中熟练地配合医生;术后进行休息和饮食指导,观察患者生命体征及腹痛等并发症情况,在护理工作的密切配合下ERCP的成功率达99%。结论 ERCP是诊治胆胰疾病的微创方法,掌握适应证及禁忌证,做好术前、术中、术后护理工作对操作成功非常重要。

【关键词】 逆行胰胆管造影;内镜;护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2012)05—149—02

Experience on the nursing of 567 cases of preoperative endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. PAN Xue-qin, WU Ping, LI Nong, ZHANG Ai-chun, LI Jian-mei, ZHANG Ling. Digestive Endoscopy Institute and Medical Center for Digestive Diseases, the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210011, Jiangsu, CHINA

【Abstract】 Objective To improve the nursing of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP), and to relieve the suffering of patients and reduce the post-ERCP complications. **Methods** We respectively reviewed the preoperative, operative and postoperative nursing care of 567 cases of ERCP in our hospital from January 2010 to December 2010. **Results** The main points of nursing care were to understand the condition of patients well before operation, to cooperate with the doctors skillfully during operation, as well as to give patients guidance about diet and health and observe the post-ERCP complications after operation. The success rate of ERCP was up to 99%. **Conclusion** ERCP is a micro-invasive method to treat biliopancreatic diseases, and the nursing care is of great importance to its success.

【Key words】 ERCP; Endoscopy; Nursing-care

1968年Cure首次经内镜逆行胰胆管造影(Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)获得成功, ERCP已成为内镜诊断和治疗胆道胰腺疾病的一项重要手段,尤其是治疗性ERCP在化脓性胆管炎、胆总管结石等疾病的微创治疗中占有越来越重要的地位。ERCP虽然相对安全,但操作过程、患者的身体状况、术前的准备不充分和术后的观察治疗和护理不仔细,都有可能给患者带来一系列并发症,如出血、穿孔、感染和胰腺炎等,尤其是治疗性ERCP^[1]。所以术前精心的准备,术中熟练的技术配合,术后密切观察和护理尤为重要。现将我院2010-2010年收治的567例行ERCP检查及治疗患者的护理总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2010年1月至2010年12月我院消化内镜中心共行ERCP检查和治疗567例患者,男297例,女270例。年龄14~83岁,平均57.5岁。

1.2 器械准备 (1) Olympus公司的电子十二指肠镜TJF240,通道内径为4.2 mm,能满足内镜治

疗,特别是机械碎石器的插入。(2) Erber的高频电刀,一般使用混合电流。(3) 切开刀:主要有拉式、推式、针状切开刀等,根据不同功能选择使用。(4) 其他:绝缘导丝、取石网篮、气囊导管机械碎石器、紧急碎石器等,造影剂为30%碘海醇注射液;另外还配有电视荧光屏(为日本SHIMADZU 800 mA X光机),操作人员的防护设备和常规内镜检查所必需的用品。

1.3 检查及治疗结果 全部病例均明确诊断。190例为胆总管结石和/或肝内胆管结石,94例为胆管结石所致的胆源性胰腺炎,26例为胰腺假性囊肿,14例为胰腺癌,133例为胆管狭窄,110例为胆总管下端乳头口狭窄。行ERCP检查44例,治疗性ERCP 523例。术后35例患者有轻度发热,体温均<38℃,23例患者出现腹痛,后诊断为术后胰腺炎,6例患者出现迟发性出血,经治疗痊愈,其他均无任何反应。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 ERCP操作过程中患者处于

清醒状态,多数患者常常感到紧张、恐惧,因此,术前应详细评估患者的心理状态,护士主动与患者交流,详细介绍操作步骤及术中可能出现的不适,指导患者学会张口呼吸、吞咽。

2.1.2 患者准备 检查血常规、出凝血时间、肝功能、心电图。术前禁食8 h,禁水4 h。患者穿着舒适,符合拍片要求,且衣服不能太厚,避免佩带金属物品(如皮带、钥匙、首饰等)。术前10 min口服消泡剂,含服10%利多卡因胶浆,取下活动性义齿、眼镜,取左侧卧位,咬好牙垫。患者全程行心电图、血压、脉搏、氧饱和度监测,备好气管插管、麻醉机、吸引器、急救药物等。遵医嘱予以安定10 mg缓慢静注,丁溴东莨菪碱20 mg肌注,杜冷丁50 mg肌注以减轻患者术中的痛苦。

2.2 术中护理

2.2.1 体位 取左侧俯卧位,术中再根据具体情况采取头低脚高位或头高脚低位,以利于胆胰管的显影和结石的取出。

2.2.2 熟练技术配合 (1)经口进镜,助手站在主要操作者的右侧,注意观察患者的情况。(2)护士与术者熟练配合,避免反复插管。在确定导管已插入胆管或胰管的前提下,推注造影剂。推注速度建议在0.2~0.6 ml/s,但应避免注入量过大,以免增加胆管、胰管内压力,尤其有胆管梗阻时要及时抽吸造影剂。(3)注入造影剂后要嘱患者改变体位,借助重力作用使胰胆管系统充盈。右侧肝内胆管充盈情况,应抬高患者左侧臀部;显示左侧肝内胆管充盈情况,应抬高患者右侧臀部。转变体位显示胆囊管。卧位时胆总管下端常显示不清,常用立位观察胆总管下端。如胆囊充盈,用立位和局部加压法可以发现被隐蔽的结石^[2]。(4)协助患者根据需要的体位摄片。(5)在透视过程中应尽量减少不必要的曝光,掌握最少的X线照射量,以保护内镜的光束及避免对患者引起损伤。必要时患者用X线防护罩。(6)透视下观察胆总管情况,摄片证实胆总管结石后,即行内镜下乳头括约肌切开术,使电刀钢丝2/3在乳头外,展开电刀,用混合电流,强度调节于“2~4”。踩动脚开关,在11~12点钟方向行Oddis括约肌切开取石。一般切口长1.0~1.2 cm。结石直径<1.5 cm且采用取石网篮取石,直径>1.5 cm且<2.5 cm采用碎石篮取石,泥沙样小结石采用取石球囊扩张后取石,用取石球囊自胆总管向下一边推注造影剂一边将球囊拉至乳头。如怀疑有结石残留或进行碎石操作,应常规置入鼻胆引流管引流^[3]。(7)术中反复鼓励安慰患者,使患者能够很好地配合诊治过程,同时严格无菌技术操作规程,防止医源性感染的发生。

2.2.3 加强病情观察 注意患者心电图、血压、脉搏、氧饱和度和面色的改变,发生异常及时处理,必要时建立静脉通道。

2.3 术后护理

2.3.1 休息和饮食指导 检查结束后嘱患者卧床休息,确保引流管通畅,密切观察引流液的颜色、量,有无出血等。ERCP后应注意对患者的饮食进行指导,术后当天禁食,待病情好转后由禁食→流质→半流质→普通清淡饮食过渡。

2.3.2 术后高淀粉酶血症和急性胰腺炎的观察和护理 高淀粉酶血症和急性胰腺炎是ERCP术后最常见的并发症之一。术后2 h和24 h应常规检测血清淀粉酶含量,警惕高淀粉酶血症的发生,如持续升高者需按胰腺炎积极治疗^[4]。ERCP术后胰腺炎(post-ERCP pancreatitis, PEP)的发生率为1%~10%,治疗性ERCP急性胰腺炎发生率高于诊断性ERCP,尽管主要与十二指肠乳头括约肌切开术相关,但引起ERCP术后胰腺炎的其他大部分因素是可以避免的,如不高压或过多注射造影剂,严格无菌操作,提高操作技能,取尽残余结石,避免胰管多次显影和胰腺泡显影^[4]。

2.3.3 术后胆道继发感染的观察和护理 ERCP术后常需静脉用抗感染治疗2~3 d,注意观察体温、黄疸及腹部情况,保持鼻导管通畅,必要时经鼻导管冲洗。

2.3.4 出血和穿孔的观察和护理 术后出血发生原因为术中止血不彻底、术中操作不规范、结石过大等。如发现黑便、呕吐咖啡样液体、鼻胆管引流出血性液体均提示内出血可能。遵医嘱快速补充血容量,应用止血药物。而发生穿孔与乳头肌切开过大有关。如表现为上腹剧烈疼痛,X线检查发现膈下游离气体可诊断为穿孔。应及时与外科联系,必要时急诊手术。

3 小结

我院于20世纪末就开展了ERCP技术,作为诊断和治疗胆道胰腺疾病的一项常规手段,近年来治疗性ERCP在化脓性胆管炎、胆总管结石等疾病的微创治疗中占有越来越重要的地位。

通过对本组567例患者的成功护理我们体会到:围手术期的心理护理,术中熟练配合医生,术后加强休息和饮食指导及术后各种并发症的观察对ERCP的成功起着非常重要的作用。同时还可以使患者的住院时间缩短,减轻患者的痛苦。

参考文献

- [1] Gomutbutra T. Risk factors and techniques affecting surgical outcome of therapeutic endoscopic retro-grade cholangiopancreatography difficulties [J]. Med Assoc Thai, 2005(88): 1103-1109.
- [2] 李益农, 陆星华. 消化内镜学[M]. 北京: 科学出版社, 1996: 354-360.
- [3] 张澍田, 冀明, 黄拥军. ERCP规范化操作[J]. 临床消化病杂志, 2008, 20(4): 208-210.
- [4] 韩本权, 徐安芬, 魏文慧. ERCP术后胰腺炎的原因及护理[J]. 四川医学, 2011, 32(3): 439-440.
- [5] 马莲芳, 古力克孜, 马米娜. ERCP术后高淀粉酶血症的原因及护理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(4): 379.

(收稿日期:2011-10-07)