

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0176-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.080

内镜下胆道支架内引流术对胆道梗阻患者的疗效与护理

李彬超 宋志红^{*}

(深圳市第二人民医院, 广东 深圳 518035)

〔摘要〕 **目的:** 探讨经内镜下放置胆道支架对良、恶性胆道梗阻患者的疗效及护理体会。**方法:** 对于2019年1月至2019年12月深圳市第二人民医院收治的38例胆道梗阻患者先行内镜逆行胰胆管造影检查, 明确胆管病变部位、范围、性质等情况后, 再行内镜下胆管塑料支架引流术(ERBD)或内镜下胆道金属支架引流术(EMBE)。**结果:** 38例患者手术均成功, 两种引流方式祛黄效果均明显, 术后第1天有23例患者直接胆红素下降, 平均 $(64.7 \pm 1.5) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 术后1周有34例患者血清直接胆红素下降, 平均 $(161.8 \pm 2.2) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 临床症状明显出现好转, 术后随访38例手术患者均未出现支架阻塞现象。**结论:** 经内镜胆道支架置入可达到胆汁引流的目的, 能有效解除良、恶性胆道梗阻, 改善肝功能, 治疗梗阻性黄疸, 加强术前准备、术后观察与护理是保证患者手术治疗效果的重要前提。

〔关键词〕 胆道梗阻; 胆道支架内引流; 消化内镜

〔中图分类号〕 R 575.7 〔文献标识码〕 B

内镜下胆管支架内引流术是在内镜下逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)技术的基础上发展起来的一种内镜治疗方法, 分为内镜下胆管塑料支架置入术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)和内镜下胆管金属支架置入术(endoscopic metal biliary endoprosthesis, EMBE)。将支架置于胆道内, 可有效解除胆道梗阻。因微创痛苦小、术后恢复快, 目前胆道支架被广泛运用于胆道梗阻的临床治疗。2019年1月至2019年12月本院共为38例胆道梗阻患者运用胆道支架内引流术成功放置胆道支架, 并取得良好的疗效, 详情报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2019年1月至2019年12月本院收治的胆道梗阻患者共计38例, 男性22例, 占57.9%, 女性16例, 占42.1%, 平均 (61.7 ± 12.9) 岁; 临床症状以黄疸(63.2%)、腹痛(55.3%)多见, 其次为发热(26.3%)和皮肤瘙痒(18.4%)。

1.2 良恶性胆道梗阻患者的原发病因

38名胆道梗阻患者, 良性梗阻者占55.3%(21例), 恶性梗阻者占44.7%(17例), 良性梗阻者以胆石症最常见, 为14例, 占良性梗阻总数的66.7%, 胆管吻合口狭窄和胆管性狭窄各3例, 分别占良性梗阻总数的14.3%, 胰腺假性囊肿1例, 占良性梗阻总数的4.77%。恶性梗阻中以胰腺癌最常见, 为10例, 占恶性梗阻总数的58.9%, 其次是壶腹周

围癌和胆管癌, 分别占恶性梗阻的29.4%和11.8%, 见表1。

表1 38例胆道梗阻患者原发病因组成 (n=38)

原发病因	n	占比/%
良性胆道梗阻		
胆石症	14	66.7
胆管炎性狭窄	3	14.3
胆管吻合口狭窄	3	14.3
胰腺假性囊肿	1	4.7
恶性胆道梗阻		
胰腺癌	10	58.9
壶腹周围癌	5	29.4
胆管癌	2	11.8

1.3 胆道支架类型

1.3.1 塑料胆道支架 多由聚乙烯或聚四氟乙烯原料制成, 直径为7~12 F, 长度5~18 mm^[1], 常选用直径为10 F, 长度为11 mm的支架, 由于支架易脱出和阻塞, 故支架管径越大越不易阻塞, 方便取出和更换, 且该支架较为经济。

1.3.2 金属胆道支架 常选用钛和镍形状记忆合金制成的编织网状支架, 可弹性压缩, 具有较持久的扩张力, 在释放后可自行扩张, 管径达8~10 mm, 不易脱落和阻塞, 但价格昂贵。

1.4 操作方法

(1) 以十二指肠镜找到十二指肠乳头行ERCP, 明确胆道梗阻的部位、范围和胆道狭窄的程度; (2) 导丝越过狭窄处后扩张胆道扩张探条, 然后沿导丝将塑料或金属胆道

〔收稿日期〕 2020-09-27

〔作者简介〕 李彬超, 女, 护师, 主要从事消化内科临床护理工作

〔*通信作者〕 宋志红 (E-mail: songso@126.com; Tel: 13823160218)

支架放置入胆道；（3）在 X 线下确定支架的位置和完成整个支架置入的过程；（4）疗效判定：胆道支架置入 1 周后测血清胆红素，较前下降 50 % 以上为显效，胆红素变化较小或升高为无效^[2]。

2 结果

38 例胆道胆道梗阻患者采用 ERBD 治疗 20 例，采用 EMBE 治疗 18 例。两种方式祛黄效果均明显，术后第 1 天有 23 例患者直接胆红素下降，平均 $(64.7 \pm 1.5) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ ，术后 1 周有 34 例患者血清直接胆红素下降，平均 $(161.8 \pm 2.2) \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ ，临床症状明显出现好转，术后随访 38 例手术患者均未出现支架阻塞现象。38 例患者均无死亡，发生高淀粉酶血症患者 4 例，术后 1~3 d 后均可降至正常。

3 护理

3.1 术前护理

（1）术前常规检查患者心、肺、肝、肾功能，凝血功能，有无其他器质性疾病和传染病，严格掌握手术的适应证和禁忌证。（2）术前告知患者手术的方法、目的、手术配合以及术后注意事项等，取得患者及其家属的理解和知情同意。

（3）术前准备同 ERCP，术前患者禁食 6~8 h，去除身上金属饰品，去除监测患者生命体征，术前 10 min 予肌注地西洋 10 mg、山莨菪碱 10 mg，盐酸哌替啶 50 mg，建立右侧静脉通道，备用，完成碘过敏试验。

3.2 术后观察和护理

（1）术后常规禁食补液，一般禁食 24 h，后如患者血清淀粉酶正常，无腹痛等不适，可逐渐给予流质、半流质、直至普食。（2）术后患者需卧床休息 24 h，待病情平稳后逐步下床活动。（3）术后监测患者生命体征，注意有无剧烈腹痛，发热、恶心、呕吐等症状，监测患者血清淀粉酶、肝功能、血常规的变化，防范胆道感染、高淀粉酶血症、急性胰腺炎等术后并发症的发生。（4）术后 24 h 金属支架自动膨胀，引起腹部胀痛不适，在排除急性胰腺炎、穿孔等并发症引起的疼痛后，可使用解痉止痛药物^[1]；（5）由于内镜的刺激，术后 1~2 d 会出现咽喉部疼痛，胸骨后异物感，

甚至伴有恶心，应及时报道医生，给予对症处理。（6）术后遵医嘱运用抗菌药物 3~7 d，同时注意补充电解质。

3.3 疗效的观察

胆道支架内引流术主要是通过观察临床症状和血清胆红素来判断疗效的。患者常表现为皮肤、巩膜黄疸减退，皮肤瘙痒减轻或消失，大便颜色由白陶土色变为黄色，小便由浓茶色变为清黄色，复查肝功能好转，黄疸指数下降。B 超检查肝内外胆管梗阻减轻等。

3.4 出院健康指导

（1）注意休息，劳逸结合，避免剧烈活动；（2）饮食宜清淡，忌油腻辛辣刺激饮食，宜进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，少食多餐。（3）遵医嘱按时服用消炎利胆药^[2]。

3.5 远期并发症的护理

胆道内支架术后远期并发症主要为支架阻塞、移位。塑料胆道支架较金属支架易出现阻塞和移位现象，通常发生在术后 3 个月，移位的方向以远端较常见。医护人员应叮嘱患者定期(3~6 个月)来复查，若在此期间患者出现腹痛、发热、黄疸等不适，应及时来医院就诊。若塑料支架阻塞应给予更换新的支架，金属支架可在支架中央重新放置一根金属或塑料支架，也可做鼻胆管外引流^[3]。

4 讨论

经内镜胆道支架置入可达到胆汁引流的目的，与传统的外科开腹手术或经皮肝穿刺胆道引流术(percutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD)解除胆道梗阻比，具有创伤小，并发症少，术后恢复快等明显的优点，且内引流更符合生理特点，不会引起水电解质紊乱和胆汁大量流失。能有效解除良、恶性胆道梗阻，改善肝功能，治疗梗阻性黄疸。

〔参考文献〕

- (1) 迟海本. 塑料胆道支架梗阻的因素和预防措施 (J). 海南医学杂志, 2014, 25(5): 706-708.
- (2) 贾国清, 王美玲, 王秀侠, 等. 胆管内支架引流治疗良恶性胆管梗阻 (J). 中华消化内镜杂志, 2005, 22(1): 50.
- (3) 刘盈. 内镜下胆道支架内引流术的应用及护理 (J). 继续医学教育, 2013, 27(10): 46-47.