

1 例特殊逆行胰胆管造影操作内外支架置换术护理配合

余 超

安徽省芜湖市第二人民医院 安徽芜湖

【摘要】总结 1 例特殊逆行胰胆管造影（ERCP）手术操作内外支架置换术的护理配合体会。护理要点包括术前认知教育联合负性情绪疏导；顺行导丝插入配合；取出牵引导丝配合；逆行胆道支架置入配合；PTCD 管路管理；术中体位变换与管理；术中呼吸观察与处理。给予患者术前认知教育，能够提高患者对疾病和手术的认识，减少因未知产生的恐惧感；心理疏导可改善患者的负性情绪，使其保持乐观的心态面对疾病治疗；顺行导丝插入配合能够保证导丝顺利插入，减少患者的痛苦；而取出牵引导丝配合、逆行胆道支架置入配合、PTCD 管路管理、术中体位变换与管理、术中呼吸观察与处理等护理措施的应用，对于手术的顺利进行、手术的安全性以及手术预后的改善，具有十分重要的意义。患者术中拔除引流管，胆道支架置入成功，术后第五日出院，随访 6 个月，肝功能指标尚可，体重增加 2.2 公斤。

【关键词】特殊逆行胰胆管造影；内外支架置换术；护理配合

【收稿日期】2025 年 3 月 26 日

【出刊日期】2025 年 4 月 22 日

【DOI】10.12208/j.jnmn.20250200

Nursing cooperation for internal and external stent replacement in a special retrograde cholangiopancreatography operation

Chao Yu

Wuhu Second People's Hospital, Anhui Province, Wuhu, Anhui

【Abstract】Summarizes the experience of nursing cooperation for internal and external stent replacement in a special retrograde cholangiopancreatography (ERCP) operation. The key points of nursing include preoperative cognitive education combined with negative emotion counseling; cooperation with antegrade guidewire insertion; cooperation with removal of traction guidewire; cooperation with retrograde biliary stent placement; PTCD pipeline management; intraoperative body position change and management; intraoperative respiratory observation and treatment. Giving patients preoperative cognitive education can improve their understanding of the disease and surgery and reduce the fear caused by the unknown; psychological counseling can improve the negative emotions of patients and keep them optimistic about the treatment of the disease; cooperation with antegrade guidewire insertion can ensure the smooth insertion of the guidewire and reduce the pain of patients; and the application of nursing measures such as cooperation with removal of traction guidewire, cooperation with retrograde biliary stent placement, PTCD pipeline management, intraoperative body position change and management, intraoperative respiratory observation and treatment, etc., is of great significance for the smooth progress of the operation, the safety of the operation and the improvement of surgical prognosis. The patient had the drainage tube removed during the operation, and the biliary stent was successfully placed. He was discharged from the hospital on the fifth day after the operation. During the 6-month follow-up, his liver function index was acceptable and his weight increased by 2.2 kg.

【Keywords】Special retrograde pancreaticobiliary angiography; Internal and external stent replacement; Nursing cooperation

肝门胆管癌（hilar cholangiocarcinoma, HCCA）是最常见的胆管癌，是源于肝总管、左右肝管交汇处的恶

性肿瘤，具备预后极差的特性。对 HCCA 进行引流，从而达到减黄，改善症状和延长生命周期临床公认的

最有效治疗手段^[1-3]。经内镜下逆行胰胆管造影 (Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP) 通过机体自然腔道进行体内胆汁引流, 不仅能够减轻患者症状; 而且使得胆汁直接进入肠道, 参与肠道消化和吸收功能中, 促进食欲, 改善全身营养状况, 并能维持肠道黏膜屏障, 有助于保持酸碱平衡, 从而增强患者免疫力等^[4]。其众多优点使得该技术被广大患者及家属所青睐, 但由于肿瘤侵犯等因素干扰, 部分手术无法成功或未能达到手术预期目标^[5]。当 ERCP 失败后可选用经皮经肝胆道穿刺 (percutaneous transhepatic biliary drainage PTCD) 对 HCCA 进行引流, PTCD 具有成功率高、定位精准、操作便捷等优点, 但其引流管路质地细、软保留时间长, 患者出院后护理困难, 存在胆道感染、影响患者消化吸收、降低患者抵抗力、管路移位或断裂、伤口感染等并发症的风险^[6]。在保障手术效果为前提, 以提升患者生活质量为目标的背景下。利用 ERCP 胆道支架内引流替换 PTCD 胆道体外引流具有重要的临床及人文意义。而该手术过程中的护理配合及操作尤为重要, 甚至直接影响到手术成功率, 2024 年我院收治 1 例肝门部胆管癌患者行 ERCP 胆道支架内引流替换 PTCD 胆道体外引流手术患者, 现将相关护理经验报告如下。

1 患者资料

患者, 男, 56 岁, 两月前因发现纳差、眼黄、尿黄于外院就诊, CT、MRCP 均提示汇管区胆管壁增厚, 局部闭塞, 肝内胆管明显扩张, 呈软藤征。外院行 ERCP 胆道引流术失败, 转 DSA 行 PTCD 体外引流, 术后一般状况良好, 带管出院。近一月来反复发热, 体重进行性下降, 至我院就诊, 拟施行 ERCP 胆道支架内引流替换 PTCD 胆道体外引流术, 以达到胆管体外引流改为体内引流目的。根据患者诊断结果行特殊逆行胰胆管造影操作内外支架置换术治疗。

2 护理措施

2.1 术前护理及准备

2.1.1 认知教育联合负性情绪疏导

手术护士在术前访视时, 须与患者建立良好的护患关系, 通过技巧性谈话, 全面了解患者存在的疑虑和担忧, 消除患者焦虑、抑郁和恐惧等不良情绪; 术中动作轻柔, 当患者出现不良情绪时, 及时询问患者感受, 调整操作节奏; 当患者展现出积极配合的态度时, 直接地予以表扬, 进一步提高患者配合度, 促进患者积极心态的建设。协助患者根据美国音乐治疗协会 (AAMT) 推荐获取纯粹器乐曲的音乐库, 歌曲确定后, 帮助患者

下载音乐, 并指导患者, 术前 2 日, 每日 7:00 前、午餐后及睡前 1 小时, 3 个时间段实施音乐疗法, 每次半小时, 音量<30dB。同时辅以深呼吸等方式的放松训练为方法, 针对性地对患者进行心理干预。

2.1.2 用物及环境准备

十二指肠镜 (JF-260V, OLYMPUS), 二氧化碳气泵, 导丝可选用 COOK 公司 ACRO-35-450 即小丑导丝, 该导丝具备弹性及支撑力较一般导丝性能更佳, 导丝自身有刻度标记等优点, 长度 450cm, 外径 0.035(0.89mm), 另可选取 COOK 公司 METII-25-480 导丝备用, 该导丝长度 480cm, 外径 0.025(0.63 mm), 久弘公司一次性使用息肉切除器 (JHYSD-23-230-30-A1), COOK 公司 TRI-25M-P 型三腔括约肌切开器及其他 ERCP 手术常规附件。镇静镇痛及解痉药品选用: 盐酸哌替啶注射液、右旋美托咪啶注射液、丁溴东莨菪碱注射液。造影剂选用 35%碘海醇, 备氧气、两套吸引器、吸痰管、输液泵、心电监护仪、呼吸球囊、抢救车等急救用品。术前手术间进行空气消毒, 手术间依据 WS 507-2016 规范要求需达到非洁净手术间标准, 室温保持 22-24℃。患者及医务人员射线防护设施完善, 避免职业暴露。手术时严格无菌操作流程, 医护人员施行外科手消毒, 穿无菌手术衣, 戴无菌手套, 铺无菌台, 严禁跨越无菌区, 避免感染因素。

2.2 手术中的配合与护理

2.2.1 顺行导丝插入配合

手术护士经 PTCD 引流管缓慢注入少量造影剂, 观察胆道及肝门部梗阻状况, 后使用导丝经 PTCD 引流管进入肝内胆管, 手术护士借助实时 X 线造影图像将导丝超选送入胆总管内经由十二指肠乳头开口, 将导丝送入十二指肠腔。

2.2.2 取出牵引导丝配合

消化道常规异物取出器械多选用异物钳或活检钳。异物钳咬合力大, 钳口为鳄口状, 齿痕较为深大, 利于抓取, 体积较大物体; 活检钳咬合力小, 钳口为杯口状, 且杯口锋利, 适于抓取体积较小且厚度较薄物体。本术选用导丝前端为疏水材料涂层, 弹性良好, 直径细等特点, 如选用异物钳或活检钳进行取出操作则易造成导丝损毁、滑脱或变形。一次性使用息肉切除器为圈形, 可直接越过导丝头端后圈取导丝主体, 故本次案例中选用一次性使用息肉切除器实施圈取后由活检孔道拉出^[7]。导丝自身质地韧, 直径细, 在拉出过程中与胆管壁直接接触, 且操作过程中内镜与十二指肠乳头存在一定夹角, 在牵拉过程中存在对胆管壁及十二指肠

乳头产生钝性切割的潜在危险因素,可造成出血和穿孔的并发症,故而在牵拉导丝的过程中须保持匀速且轻柔的操作要领。

2.2.3 逆行胆道支架置入配合

手术护士将导丝反向插入三腔括约肌切开器头端,使之顺导丝进入目标胆管内,注入少量造影剂确认三腔括约肌切开器头端越过狭窄部位后,退出导丝留置三腔括约肌切开器,配合医生进行支架释放。释放支架时,右手稳定支架推送器内鞘避免发生位移,左手缓慢且匀速推送支架推送器外鞘直至支架抵达预定位置。手术护士对于支架的选取、牵引力度、撤出导丝的时机以及支架释放后胆汁引流效果,须有精准把控,避免由于操作偏差导致的支架位移或脱出,施放过深可能导致支架完全进入胆总管内从而影响支架引流效果,施放过浅,不仅会造成无法精准引流目标胆管造成无法达到手术预期目标,更可能造成支架引起的十二指肠穿孔。

2.2.4 PTCD 管路管理

术前,手术护士需拓展性学习 PTCD 引流管相关护理知识。手术开始后手术护士使用碘伏对 PTCD 管路与引流袋接口处进行消毒并在管路周围铺设无菌区。导丝进入十二指肠腔后,利用血管钳将导丝与引流管一同夹闭并妥善固定,防止管路脱出。胆道留置三腔括约肌切开器后,需及时拔除 PTCD 引流管避免对后续支架置入造成影响,并使用明胶海绵对瘘道进行填充,再用无菌纱布予以遮盖固定。

2.2.5 体位变换与管理

ERCP 诊疗床宽度远小于一般病床且无法安装床档等防护措施,且本次手术过程中需由仰卧位变换至俯卧体位,患者极易发生坠床不良事件,在本次案例中,使用约束带对患者双膝及腋下进行约束,预防坠床发生。本案例中,由医生与护士一起协助患者改换体位,体位变更后及时进行保护性约束,未发生坠床事件。

2.2.6 呼吸观察与处理

术中变换体位后为促进患者快速进入镇静状态术中使用盐酸哌替啶注射液静脉推注联合右旋美托咪啶以先快后慢的方式用微量泵持续性泵入,护士需严密观察心电图与血氧饱和度监测,随时准备给予高流量吸氧、抬高下颌、清理呼吸道乃至立即停药进行唤醒等操作。当患者出现因高度紧张或操作引起的肝区胀痛及呕吐反应时,须对患者及时进行安抚,必要时进行口鼻腔吸引,避免误吸发生。

2.3 术后并发症与处理

2.3.1 出血因素与处理

出血是 ERCP 术后最常见的并发症之一,据研究显示^[8]术后并发率可达 0.3%-9.6%,致死率为 0.04%。常规 ERCP 术式出血的主要操作因素为内镜下括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)导致,发生率约为 11.9%^[9]。本案例操作的特殊性与难点在于导丝由 PTCD 式交换至 ERCP 式,导丝在交换的过程中对胆管壁及十二指肠乳头所造成的摩擦与切割性损伤才是引起本案例中出血风险因素。针对出血原因,配合护士有目的地准备止血用具如:金属钛夹、胆道球囊以及配置 1:10000 去甲肾上腺素喷洒剂/盐酸肾上腺素注射剂等等。这里特别需要提出的是,胆管内或十二指肠乳头出血因解剖与胆管内压力等因素影响,很大可能会围绕十二指肠乳头形成大面积或依附乳头形成“钟乳石”样血凝块,极大影响内镜下视野,干扰止血操作。当发生此类情况,笔者推荐楼奇峰,马文聪等发明的使用一次性负压吸引管(直径 10.0 mm)固定于胃镜的前端的方法清理血凝块的方法,可迅速清晰视野达到及早完成止血的目的。

2.3.2 胰腺炎的观测

胰腺炎为 ERCP 术后致死率最高的并发症。相关研究指出,胆总管狭窄是 ERCP 术后并发胰腺炎的重要因素,究其原因乃是该类患者术中胆总管管壁需要承受相对更多的导丝摩擦刺激,使得引流不畅和乳头水肿发生,引起胰液反流所导致^[10]。本案例操作过程与之高度符合,故病房护士应密切观察患者术后有无腹痛,发热,恶心呕吐等症状,并高度关注实验室检查数据,一旦发生异常立即汇报医生。

3 小结

在本次案例中通过预见性实施术前认知教育联合负性情绪疏导;拓展性学习 PTCD 管路护理相关知识;严格胆道支架释放指征;进行术中体位管理;密切观察病情变化等护理措施。有效保障了手术成功率,最终使患者大幅提升生活质量。

参考文献

- [1] 张宇,王慧君,郑卫华,等.肝门部胆管癌外科治疗的争议与进展[J].中国普通外科杂志,2024,33(2):257-264.
- [2] 王宁,杨村,李洪运,等.经 ERCP 和 PTCD 途径胆道支架置入治疗老年低位恶性梗阻性黄疸的临床观察[J].济宁医学院学报,2022,45(6):405-409.
- [3] 王彩明.ERCP 术治疗恶性梗阻性黄疸的临床效果及对

- 肝功能指标的影响[J].中外医学研究,2021,19(3):40-42.
- [4] 杨春建,胡钢,潘升权,等.ERCP与PTCD姑息治疗恶性梗阻性黄疸的疗效对比[J].肝胆外科杂志,2023,31(2):126-130.
- [5] 潘宏伟,王晨,张艳.经内镜逆行胰胆管造影术后并发胰腺炎和高淀粉酶血症的危险因素分析[J].中国内镜杂志,2018,24(7):26-32.
- [6] 陈美琴,施亚珠,赖珊玲.预见性护理在胆总管结石患者经内镜逆行胰胆管造影术取石术后的应用效果[J].蛇志,2022,34(3):396-399.
- [7] 彭珍,刘敏,李树芳.PDCA护理管理在经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)术后鼻胆管引流患者中的应用[J].引文版:医药卫生,2022,(3):81-84.
- [8] 卢战军,陆伦根,赵航.内镜逆行胰胆管造影术后胆总管结石复发及利胆药物预防效果分析[J].中国临床医学,2022,29(6):971-975.
- [9] 李英妮,薛军花.内镜下逆行胰胆管造影术后胆道出血的因素分析与护理措施[J].血栓与止血学,2022,28(1):131-133.
- [10] 陈亚楠.综合护理在经内镜逆行胰胆管造影术患者护理中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(8):115-117.
- 版权声明:** ©2025 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**OPEN ACCESS**