

土三七致肝小静脉闭塞病患者行经颈静脉肝内门体分流术的护理

杨华, 王倩, 诸葛宇征, 张明

南京大学医学院附属鼓楼医院消化科, 江苏 南京 210008

摘要: **目的** 探讨行经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)治疗肝小静脉闭塞症(HVOD)患者术前术后针对性护理的方法和效果。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月至 2017 年 12 月 60 例行 TIPS 的 HVOD 患者的临床资料。围术期对患者实施了细致针对性的护理措施和监测:完善术前准备和密切护理观察;加强体位管理;指导适当的饮食控制;严密观察抗凝溶栓的疗效;加强导管的护理;监测体重、腹围和尿量的变化等。总结临床观察结果及护理经验。**结果** TIPS 术后 60 例患者住院期间均未发生肠系膜上静脉留置管滑脱、堵管等护理并发症,术后用药期间未出现明显皮下和黏膜出血,未发生脾静脉或肠系膜上静脉血栓的征象;术后门静脉血流速度和门静脉压力较术前均有明显改善($P < 0.01$);肝脏储备功能(CPT)分级明显改善;均顺利出院。随访截止至 2018 年 6 月 30 日,除 1 例患者因肺空洞考虑霉菌感染致呼吸衰竭死亡;1 例因不明原因出血未及时就诊死亡,1 例因肝性脑病死亡,2 例失访外,55 例患者目前健在,生活质量均得到明显改善。**结论** 对行 TIPS 术的 HVOD 患者进行科学细致的护理,能有效保证治疗效果,降低并发症发生,改善患者预后,提高患者的生活质量。

关键词: 肝小静脉闭塞病; 经颈静脉肝内门体分流术; 护理; 土三七

中图分类号: R 473.5 R 657.3⁺4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2020)05-0703-04

肝小静脉闭塞病(HVOD)是指肝血窦、肝小静脉和小叶间静脉损伤,血管内皮细胞水肿、坏死从而形成血栓,导致肝内淤血、肝功能损伤、门静脉压力增高的一种肝脏血管性疾病^[1-3]。最突出的临床表现为难治性腹水,治疗上最新指南建议立即停用含吡咯生物碱的药物(如土三七),并进行保肝、利尿、改善微循环等对症支持治疗,对于存在腹水的急性、亚急性期患者推荐进行抗凝治疗^[3-4]。对于内科治疗效果不佳者,可行经颈静脉肝内门体分流术(TIPS),以达到降低门静脉压力,治疗腹水,改善肝功能的目^[5-6]。本研究总结 60 例 HVOD 患者行 TIPS 术的护理经验,报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用回顾性研究方法,从 2015 年 1 月至 2017 年 12 月我科收治的 150 例 HVOD 患者中选取 60 例经药物治疗无效、择期行 TIPS 治疗的患者。其中男性 38 例,女性 22 例;年龄在 38~81(63.32±9.82)岁;患者在病程中均服用过土三七,其中 18 例泡酒服用,40 例泡水饮用,2 例磨粉服用;服用后发病时间长短不一,最短 4~5 d,最长 5 年;发

病后在外院治疗无效,来我院治疗 10 例;入院时均为重度腹水,其中 5 例有门静脉血栓形成。患者入院完善各项检查后,行 TIPS 术治疗。纳入标准:(1)患者有明确的服用土三七病史,且影像学和临床表现符合巴尔底摩标准和西雅图 HVOD 诊断标准^[7],诊断明确的患者;(2)经药物保守治疗无效;(3)愿意接受 TIPS 术治疗的患者。排除标准:合并严重感染或其它脏器功能衰竭的患者。

1.2 监测指标 (1)术前术后门静脉压力:经肝静脉穿刺门静脉成功后、放置支架前测得的压力为术前直接门静脉压力,放置支架并扩张后,测得的压力为术后直接门静脉压力;(2)术前术后门静脉血流速度:手术当日行 TIPS 术前,超声多普勒测得门静脉主干血流速度为术前门静脉血流速度,术后 3 d 同一位置测得门静脉主干血流速度为术后门静脉血流速度;(3)按照 Child-Pugh-Turcotte (CPT) 分级标准评估患者术前、术后 1 周及术后 3 个月的肝脏储备功能^[8]:根据血清胆红素、凝血酶原时间、腹水和肝性脑病的严重程度综合计分,≤6 分为 A 级,7~9 分为 B 级,≥10 分为 C 级;(4)运用疼痛数字评分法(NRS)评估患者术前 1 d 及术后第 2 天疼痛评估情况,疼痛

评分 4~6 分者,每 6 小时评估 1 次,直到评分 3 分以下^[9]; (5) 患者术前 1 周内及术后 1 周内体重、腹围及尿量的平均值。

1.3 护理

1.3.1 完善术前准备和密切护理观察 术前常规禁食、禁饮;完善手术患者安全核查;由于 TIPS 术需要医生位于患者的右侧进行股静脉和颈静脉穿刺植入分流支架,而左侧躯干有 X 线机观察术中造影情况无法留置静脉针,因此术前要在左下肢留置静脉针便于术中补液,保证患者的术中安全。术后使用心电监护监测生命体征,关注患者尿量变化;股动脉穿刺处砂袋压迫 6 h,告知患者需绝对卧床 24 h,观察足背动脉搏动情况,严密监护患者有无出血的症状。

1.3.2 加强体位管理、缓解腹痛腹胀 由于 HVOD 患者是肝内窦后性门脉高压症,主要表现为腹痛、腹胀、腹水等症状,行 TIPS 术的最终目的是降低门静脉压力并消除腹水。术前责任护士应指导患者卧床休息,重度腹水者取半卧位或床头抬高 30°,以缓解腹胀症状。肝区疼痛者,应指导患者取屈膝半卧位。术后协助患者取床头抬高 15°~30°,可减轻因穿刺部位包扎过紧导致的颜面肿胀,提高患者的舒适度。

1.3.3 适当的饮食控制 由于 HVOD 患者往往合并严重的门静脉高压,导致门静脉血流速度减慢,因此部分患者易形成门静脉血栓,进而加重门静脉高压,从而造成肝功能损害^[10],TIPS 术的目的是建立人工分流道,降低门静脉压力,改善肝功能情况。肝性脑病是 TIPS 术后常见的并发症,进行适当的饮食控制,能有效降低肝性脑病的发病风险,1 个月内以清淡素食为主,以高热量、高维生素、低盐等易消化饮食,适当摄入植物蛋白等为主,可根据血氨情况摄入蛋白质质量^[11]。

1.3.4 严密观察抗凝溶栓的疗效 由于 HVOD 目前尚无特效的治疗方法,早期使用保肝、利尿、抗凝等治疗,对改善预后有一定作用^[4,12]。术后抗凝溶栓治疗方案虽缺乏临床研究证据,但多数学者建议术后短期抗凝,如低分子肝素,可减少急性血栓的发生^[13-15]。抗凝溶栓过程中,临床护士需要确认用药方法正确同时密切监护患者是否有潜在的出血风险。

1.3.5 低分子肝素钠使用的方法及观察 据报道,HVOD 治疗中使用低分子肝素治愈和好转率达 70%^[10]。指南建议对于存在急性、亚急性腹水患者均应尽早给予抗凝治疗^[13]。HVOD 患者使用低分子肝素的目的是预防血栓形成,皮下注射时应严格遵照抗凝剂皮下注射护理规范^[16],注射时捏起腹壁皮肤,垂直进针,缓慢推药,拔针时严禁穿刺处轻揉或按

压避免出现皮下硬结和瘀斑。长期注射抗凝剂患者还应掌握皮下注射的技能,同时指导患者掌握潜在出血风险的判断和处理。

1.3.6 抗凝溶栓的临床应用 本院消化内科的经验用药是外周抗凝+局部溶栓,术后予以 0.9% 生理盐水 500 ml + 肝素注射液 6 250 万单位,维持 24 h 外周血管持续泵入,持续 5 d,达到抗凝和预防支架堵塞目的。对于有明确门静脉血栓的患者则给予尿激酶溶栓治疗,即 0.9% 生理盐水 100 ml + 尿激酶 20 万单位经肠系膜上静脉或脾静脉置管内泵入,2 次/d,溶栓治疗,每瓶给药时间间隔 2 h 以上。

1.3.7 抗凝溶栓过程中严格按照给药方法和泵药时间控制每小时剂量 严密观察患者是否发生不良反应,判断患者有无鼻衄、齿龈出血、皮肤瘀斑、血尿等症状。如果出现上述异常应立即汇报医生^[17]。指导患者按时、按量、持续服用抗凝药 6 个月以上,定期检测相关的实验室指标,如血常规、凝血功能及国际标准化比值(INR)等,INR 控制在 2.0~3.0 之间,发现异常,及时就诊。

1.3.8 加强肠系膜上静脉置管的护理防止发生管道滑脱和堵管 TIPS 术后需要留置脾静脉或肠系膜上静脉管路,以便术后再次测定门静脉压力及造影判断分流道血流情况。(1)术后穿刺处加压包扎,24 h 后按照中心静脉置管的护理流程换药并固定导管,每周更换贴膜 2 次。(2)导管末端连接正压接头,每日给予 0.9% 生理盐水 100 ml + 低分子肝素钠 12 500 U 稀释液 2~3 ml 脉冲式封管,1 次/d,防止管道堵塞或血栓形成。术后 5~7 d 再次造影后,若支架血流通畅则拔除管道。

1.3.9 监测体重、腹围和尿量的变化评估疗效 正确测量并记录手术前后 1 周内的体重、腹围和尿量的变化,动态评估腹水的情况,为医生评价治疗效果提供科学依据。测腹围时,指导患者取平卧位,皮尺在脐位置水平绕 1 周,吸气和呼气时测量均可。建议测量腹围和体重时在清晨空腹时进行,每次都以同样时间、体位、部位、方法测量,并教会患者掌握自我监测的方法,制作 HVOD 患者自我监测随访手册,以便出院后自我监测,按时随诊。该方法简单易学、便于操作。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 23.0 软件对数据进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行统计学描述,采用配对资料 *t* 检验进行术前术后的比较;等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者术后总体状况 本组 60 例 HVOD 患者,

行 TIPS 术治疗,术后留置肠系膜上静脉导管,经恰当的手术,以及术前、术后的科学护理对策的实施,所有患者 1 周后造影观察支架通畅,拔管后出院。TIPS 术后随访截止至 2018 年 6 月 30 日,2 例失访,1 例家中发生不明原因出血未及时治疗死亡,1 例因肝性脑病、器官功能衰竭死亡,1 例因肺空洞考虑霉菌感染致呼吸衰竭死亡;目前 55 例患者健在,生活质量明显改善。

2.2 护理观察结果及相关并发症情况 (1) 护理监测指标:术后患者腹围、体重明显减小,尿量显著增加 ($P < 0.01$)。见表 1。(2) 门静脉测压和超声多普勒测门静脉主干血流速度:患者术后门静脉血流速度和压力较术前均有明显改善 ($P < 0.01$)。见表 2。(3) CPT 分级评分:术后 1 周与术前比较,肝储备功能 CPT 分级改善并不明显 ($P > 0.05$);但术后 3 个月与术前和术后 1 周相比,CPT 分级明显改善 ($P < 0.01$)。见表 3。(4) 并发症情况及总体情况:术后用药期间未出现明显的皮下和黏膜出血,亦未发生脾静脉或肠系膜上静脉血栓征象;置管期间未发生肠系膜上静脉留置导管滑脱和堵管现象,术后 1 周均顺利拔管。在术后随访过程中,该 55 例患者无发生肝性脑病,饮食正常且生活自理。

表 1 术前与术后 1 周内患者体重、腹围及尿量比较

($n = 60, \bar{x} \pm s$)

指标	术前 1 周内	术后 1 周内	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
尿量 (ml)	1342.54 ± 298.37	1985.56 ± 324.21	6.498	0.000
腹围 (cm)	100.48 ± 3.97	93.52 ± 5.23	10.447	0.000
体重 (kg)	66.40 ± 21.43	61.76 ± 15.48	9.398	0.000

表 2 术前术后患者门静脉压力及门静脉血流速度比较

($n = 60, \bar{x} \pm s$)

指标	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
门静脉血流速度 (cm/s)	17.32 ± 5.47	52.30 ± 9.23	10.465	0.000
门静脉压力 (cm H ₂ O)	42.63 ± 7.26	24.42 ± 4.75	5.932	0.000

表 3 术前与术后 1 周、3 个月的 CPT 分级比较 ($n = 60$, 例)

时间	CPT 分级		
	A 级	B 级	C 级
术前	7	48	5
术后 1 周	8	46	6
术后 3 个月	20	31	4
整体比较 <i>H/P</i> 值	9.770/0.008		
多重比较 <i>Z/P</i> 值			
术前 vs 术后 1 周	0.007/0.994		
术前 vs 术后 3 个月	2.676/0.007		
术后 1 周 vs 术后 3 个月	2.578/0.010		

3 讨论

HVOD 伴有顽固性腹水经药物治疗无效,临床医

护人员应正确评估患者的病史及用药史,完善术前准备,尽早进行 TIPS。责任护士应针对疾病不同时加强体位管理,配合医生完成手术前后的护理;由于 HVOD 患者病理基础为肝小静脉和肝窦内皮细胞、中央静脉等血管内皮损伤。亚急性期可有肝窦扩张、淤血和出血性肝细胞坏死,中央静脉出现纤维化,尚无假小叶形成^[17],故患者的肝脏解毒能力尚存,因此 TIPS 术后发生肝性脑病的几率相对较低。但仍需加强饮食指导,积极预防肝性脑病的发生;术后抗凝治疗是手术成功的保证,专科护士应从药物的剂量、注射方法及不良反应等方面进行健康指导,保证药物治疗准确及时有效;肠系膜上静脉置管的目的是监测门静脉压力和溶栓治疗,保持管道通畅是专科护士关注的重要问题;指导患者自我监测腹水的变化,为后期的治疗提供依据。

笔者体会,我科护理人员对 HVOD 行 TIPS 治疗患者的护理经验:完善的术前准备和密切的护理观察是保证手术成功的基础;加强体位管理可缓解腹痛腹胀、减轻因穿刺部位包扎过紧导致的颜面肿胀,提高患者的舒适度;适当的饮食控制能有效控制肝性脑病的发生;严密观察抗凝溶栓的疗效能及时有效地预防并发症的发生;加强肠系膜上静脉置管的护理可防止发生管道滑脱和堵管;监测体重、腹围和尿量的变化能评估治疗效果。简言之,科学细致的护理对策,能有效保证治疗效果,降低并发症的发生,改善患者预后,提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 顾超,邹晓平,徐肇敏,等. 土三七致肝小静脉闭塞病的临床特点分析[J]. 中华消化杂志,2010,30(10):771-772.
- [2] 徐肇敏,诸葛宇征,徐天舒. 提高对“土三七”致肝小静脉闭塞病的认识[J]. 胃肠病学,2009,14(10):577-579.
- [3] 中华医学会消化病学分会肝胆疾病协作组. 吡咯生物碱相关肝窦阻塞综合征诊断和治疗专家共识意见(2017年,南京)[J]. 中华消化内镜杂志,2017,34(8):533-542.
- [4] 张明,诸葛宇征,陈骏. 肝静脉压力梯度测定和经颈静脉肝活组织检查确诊不典型肝小静脉闭塞病一例[J]. 中华消化杂志,2013,33(9):636-637.
- [5] Boyer TD, Haskal ZJ, American Association for the Study of Liver Diseases. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the management of portal hypertension [J]. Hepatology, 2005, 41(2):386-400.
- [6] Senzolo M, Cholongitas E, Patch D, et al. TIPS for veno-occlusive disease: is the contraindication real? [J]. Hepatology, 2005, 42(1):240-241.
- [7] 梁扩寰,李绍白. 肝脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:1111-1115.

(下转第 709 页)

生长。

目前,早产儿随访项目作为早产儿中远期结局疗效判断标准,已成为欧美发达国家新生儿医学界临床和科研共同关注的焦点^[17]。本研究将出院准备度联合智能云随访,通过出院前知识与技能指导,出院后跟踪随访,分析评估,加强了医院与父母之间信息上的互动,让早产儿得到“无缝隙”的护理服务,提高了早产儿父母正确,科学的育儿技能,对促进早产儿生长发育与神经行为发育,降低早产儿再就诊率再入院率起到重要作用。

参考文献

[1] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕.实用新生儿学[M].北京:人民卫生出版社,2011:59-64.

[2] 郑洪女.优质护理服务对早产儿出院后康复的影响[J].医学理论与实践,2013,26(15):2089-2091.

[3] 蒙景雯,陈华,李变,等.以家庭为中心的护理方案对早产儿家长照顾能力的影响[J].护理学杂志,2017,32(9):5-7.

[4] Zhang X, Lee SY, Chen JL, et al. Factors influencing implementation of developmental care among NICU nurses in China[J]. Clin Nurs Res, 2016, 25(3): 238-253.

[5] Howson CP, Kinney MV, McDougall L, et al. Born too soon: preterm birth matters[J]. Reprod Health, 2013, 10(Suppl 1): S1.

[6] Jefferies AL, Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Going home: facilitating discharge of the preterm infant[J]. Paediatr Child Heal, 2014, 19(1): 31-42.

[7] 王秀丽,王秀芝,李华克,等.云随访平台在乳腺癌术后出院患

者延续性护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(2):1-3.

[8] 鲍秀兰.新生儿行为能力和测查方法[J].实用诊断与治疗杂志,2003,17(6):441-443.

[9] 张梅,钱红艳,匡晓妮,等.早产儿矫正年龄1岁时神经发育特征分析[J].中国当代儿科杂志,2017,19(2):147-151.

[10] 黎江,薄涛,陈铁强,等.181例早产儿神经行为发育的回顾性研究[J].中国当代儿科杂志,2014,16(7):696-700.

[11] Spittle A, Orton J, Anderson P, et al. Early developmental intervention programmes post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 12: CD005495.

[12] Gong YH, Ji CY, Shan JP. A longitudinal study on the catch-up growth of preterm and term infants of low, appropriate, and high birth weight[J]. Asia Pac J Public Health, 2015, 27(2): NP1421-NP1431.

[13] 全美盈,王长燕,王丹华.50例超低出生体重儿追赶生长的临床研究[J].中国儿童保健杂志,2015,23(11):1149-1152.

[14] 《中华儿科杂志》编辑委员会,中华医学会儿科学分会新生儿学组,中华医学会儿科学分会儿童保健学组.早产/低出生体重儿喂养建议[J].中华儿科杂志,2009,47(7):508-510.

[15] 黄海燕,陆岸锋,黄国盛,等.新型随访模式下早干预对早产儿神经发育的影响[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2018,14(3):331-336.

[16] 冯艳丽.早期干预改善极低出生体重早产儿智能及运动发育的研究[D].昆明:昆明医科大学,2014.

[17] Wielenga JM, Smit BJ, Merkus MP, et al. Development and growth in very preterm infants in relation to NIDCAP in a Dutch NICU: two years of follow-up[J]. Acta Paediatr, 2008, 98(2): 291-297.

收稿日期:2019-07-26 修回日期:2019-08-07 编辑:王宇

(上接第 705 页)

[8] Child CG, Thrcotte JG. Surgery and portal hypertension[J]. Major Probl Clin Surg, 1964, 1: 1-85.

[9] Puntillo K, Pasero C, Li D, et al. Evaluation of pain in ICU patients[J]. Chest, 2009, 135(4): 1069-1074.

[10] 王轶, 诸葛宇征, 张峰, 等. 土三七致肝小静脉闭塞病治疗的单中心回顾性研究[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(12): 811-815.

[11] 殷芹, 王倩. 食管胃底静脉曲张破裂出血患者行经颈静脉门体分流术的围手术期饮食护理[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(22): 25-26.

[12] 丁鹏鹏, 张杜超, 王娟, 等. 肝窦阻塞综合征的临床分析[J]. 解放军医学院学报, 2013, 34(1): 34-36, 52.

[13] 中华医学会消化病学分会消化介入学组. 经颈静脉肝内门体静脉分流术治疗肝硬化门静脉高压共识意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2014, 30(3): 210-213.

[14] LaBerge JM, Ferrell LD, Ring EJ, et al. Histopathologic study of stenotic and occluded transjugular intrahepatic portosystemic shunts[J]. J Vasc Interv Radiol, 1993, 4(6): 779-786.

[15] Saxon RR, Mendel-Hartvig J, Corless CL, et al. Bile duct injury as a major cause of Stenosis and occlusion in transjugular intrahepatic portosystemic shunts: comparative histopathologic analysis in humans and swine[J]. J Vasc Interv Radiol, 1996, 7(4): 487-497.

[16] 朱红芳, 汤磊雯, 贺晓莉, 等. 抗凝剂皮下注射护理规范的循证实践[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(1): 33-37.

[17] 赵洪伟, 刘福全, 岳振东, 等. 抗凝药物在预防 TIPSS 术后分流道狭窄治疗中的临床应用和选择[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(8): 1365-1367.

收稿日期:2019-09-24 修回日期:2019-10-28 编辑:石嘉莹