

经门静脉置管抗凝预防和治疗门静脉血栓的护理体会

汤佳媚

门静脉血栓形成是脾切除+贲门周围血管离断术最常见的并发症之一,它增加术后再出血风险,严重影响患者的预后^[1]。由于门静脉血栓缺乏特异性临床表现^[2],漏诊率较高;同时肝硬化患者凝血功能差、抗感染力降低,经门静脉置管、溶栓易致门静脉炎、全身出血等并发症,风险较大。本次研究通过对54例脾切除术后通过门静脉插管直接经门静脉系统抗凝、溶栓预防和治疗门静脉血栓的整体护理,效果良好,有效降低门静脉血栓形成及提高血栓的溶栓率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年1月至2015年4月间在杭州市西溪医院就诊的经B超、CT、胃镜和病理等检查诊断明确为肝硬化、门脉高压症,已发生上消化道出血患者作为研究对象,共54例,其中男性42例、女性12例;年龄24~68岁,平均年龄(47.12±1.35)岁。全部患者的肝病诊断均符合第10次全国传染病与寄生虫病会议修订的肝硬化诊断标准^[3],其中肝炎后肝硬化41例、血吸虫肝硬化6例、酒精性肝硬化5例、隐源性肝硬化2例。入院时肝功能Child-pugh分级:A级37例、B级15例、C级2例。术前行上消化道出血次数1~12次,平均(1.48±1.23)次。术前行彩色多普勒超声检查有3例有可疑门静脉血栓块影。

1.2 治疗方法 患者均行脾切除+选择性贲门周围血管离断术,术中常规行胃网膜右静脉或脾静脉置管,术后早期经门静脉置管直接稀肝素+低分子肝素钙抗凝治疗;1周行门静脉系统造影,2~4周拔管。患者术后第3天起,低分子肝素钙400 IU皮下注射,每日1~2次。如发现门静脉系统血栓形成,行经门静脉溶栓治疗,将尿激酶20万U用0.9%氯化钠

溶液稀释至100 ml,经门静脉置管以2 ml/min速度注入,继以30万U/d经微泵持续注入,连续3~5 d。

1.3 结果 本组患者分别于术后1、2、4、8、12周定期行彩色多普勒超声检查,如果发现肠系膜上静脉、门静脉主干和门静脉左、右支中的任何1支静脉有血栓,均定为门静脉系统血栓形成;彩色多普勒超声有疑问时,行CT增强扫描进一步明确诊断。显示门静脉血栓5例,经门静脉直接尿激酶溶栓后复查门静脉造影显示2例患者门静脉100%再通,3例80%再通;经门静脉抗凝组门静脉血栓发生率只有9.26%;

2 护理

2.1 加强心理护理 门静脉高压症患者因多次上消化道出血或三系减少而不得行脾切除术对疾病及手术都存在不同程度的焦虑恐惧同时门静脉血栓尚未有切实可行的预防手段,故应加强患者及家属的心理护理,充分讲解疾病,手术相关知识,解除焦虑恐惧心理,树立战胜疾病的信心。

2.2 术后整体护理 ①一般护理:术后当天平卧6h,麻醉作用消失,生命体征平稳后取半卧位;加强心电监护,每15~30分钟监测生命体征1次,稳定后改为每小时1次。密切观察患者的意识、尿量、引流液及伤口敷料的变化,注意有无术后出血现象,关注术后疼痛,保持引流管的通畅,严格无菌操作。②饮食指导:术后在肠蠕动恢复后先流质饮食,逐渐改为半流质和软食,饮食以高热量丰富维生素,富含优质高蛋白,易消化无渣的食物为主,少食多餐,并保持大便通畅,减少肠道毒素吸收。③早期活动:在生命体征平稳后,应鼓励患者24h后早期下床活动以促进肠功能恢复,减少下肢深静脉血栓等并发症的发生。④监测生命体征,密切观察患者腹部体征,早期发现术后出血、肝性脑病、感染,发现异常立刻

向医生报告并配合处理。⑤做好术后相关基础护理:加强翻身扣背,口腔护理减少术后坠积性肺炎等并发症的发生。

2.3 门静脉置管抗凝或溶栓护理 ①导管护理:门静脉导管妥善固定导管于腹壁,做好标记,每班查看,防止导管意外拔出、移位;严格无菌操作,管周皮肤用碘伏每日消毒,敷料每日更换,导管周围渗血或患者出汗较多时,及时更换敷料,防止局部感染和导管菌血症的发生;②药物配制:术后配制稀肝素0.9%氯化钠溶液100 u/h经导管24 h连续经门静脉置管缓推。如需行溶栓治疗者,将尿激酶以每天30万U经微泵持续24 h经门静脉置管或外周静脉注入,连续3~5 d,药液应现配现用,以免降低疗效。③泵药护理:泵药遵守无菌操作原则,常规消毒门静脉置管肝素帽后抽得回血后用5 ml 0.9%氯化钠注射液预冲管,患者无不适感,连接稀肝素溶液,推注期间注意保持导管通畅无扭曲、受压、脱出情况,观察置管口腹部有无红肿硬结及渗液情况。

2.4 门静脉血栓的观察 肝硬化患者血栓绝大多数只发生在门静脉系统,而并不是深静脉血栓形成的常见部位—下肢深静脉,其形成绝大部分发生在术后1~4周,同时由于缺乏特异性临床表现;故要注意倾听患者主诉,严密观察患者发热时间及持续时间,腹部体征(包括腹胀、腹部隐痛),腹水等情况。同时监测各项检验指标:如监测血小板计数,凝血酶原时间,D2-聚体,白细胞计数;如果术后发现D2-聚体持续维持在较高水平,要高度怀疑门静脉血栓形成^[4],及时报告医生做好相应处理。

2.5 并发症护理 出血是脾切术后抗凝溶栓治疗最常见的并发症之一,如出现颅内出血,可导致患者死亡。因此,在抗凝治疗过程中要正确使用微量泵保证溶栓抗凝药物的准确应用,观察患者的意识、生命体征、特别注意观察皮肤瘀斑瘀点、手术切口、患者口腔、鼻腔黏膜、静脉穿刺点等处有无出血倾向。

3 讨论

经门静脉留置导管输注肝素是预防和治疗门静脉高压症脾切、断流术后门静脉内血栓形成的简便、有效的方法^[5,6],使门静脉血栓的发生率由未采用经门静脉系统抗凝治疗的13.4%~35.4%降低到0~20%^[7,8]。但由于门静脉留置导管的开放,增加了门静脉炎、导管相关感染的几率;同时导管容易移位甚至脱出,就会导致治疗失败。同时,肝硬化患者很多凝血因子减少,但当机体处于应激状态,如腹部手术、腹腔感染等,易诱发出血或血栓。经过整体有效的术后护理与观察,做好门静脉抗凝的导管安全规范护理是有助于早期发现门静脉血栓,早期经门静脉溶栓,提高门静脉血栓再通率、减少并发症重要措施。

参考文献

- 1 孙勇伟,吴志勇.门脉高压症外科手术后门静脉系统血栓形成[J].腹部外科,2007,20(4):203-204.
- 2 王茂春,李澍,朱继业,等.门静脉高压症外科手术后门静脉系统血栓形成的原因及治[J].中华外科杂志,2004,42(5):269-271.
- 3 中华医学会肝病学会,传染病与寄生虫病学会.病毒性肝炎防治方案[S].中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329.
- 4 Fimognari FL,Violi F.Portal vein thrombosis in liver cirrhosis[J].Intern Emerg Med,2008,3(2):213-218.
- 5 张清华,潘万能,徐刚,等.经门静脉抗凝溶栓预防和治疗断流术后门静脉血栓形成[J].浙江医学,2011,10(33):1463-1465.
- 6 牛秀峰,高林,倪家连,等.脾切除断流术后经脾静脉抗凝治疗预防早期门静脉血栓的安全性分析[J].肝胆胰外科杂志,2012,24(1):27-29.
- 7 林栋栋,卢实春,刘晋宁,等.门静脉插管防治脾切除断流术后门静脉血栓形成[J].首都医科大学学报,2007,28(1):26-28.
- 8 孙勇伟,吴志勇.门脉高压症外科手术后门静脉系统血栓形成[J].腹部外科,2007,20(4):203-204.

(收稿日期 2016-03-08)

(本文编辑 蔡华波)