



- [4] Lo E, Nicolle L, Classen D, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals[J]. Infect Control Hosp Epidemiol 2008 29(1): 41-50.
- [5] Prevention of catheter-associated urinary tract infections. In: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel [M]. Boston (MA): Massachusetts Department of Public Health, 2008: 83-89.
- [6] Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 [G]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2009: 67.
- [7] Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, et al. Guidelines on urological infections [S]. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU), 2009: 65-67.
- [8] Garibaldi RA, Burke JP, Britt MR, et al. Meatal colonization and catheter-associated bacteriuria [J]. N Engl J Med, 1980, 303(6): 316-318.

(收稿日期: 2011-04-07 修回日期: 2011-06-12)

腹腔镜联合胆道镜行胆总管切开取石术并发胆漏的观察及护理

范淑君 周燕秋 刘玲玲 李丽红 刘金霞

(广西壮族自治区人民医院肝胆外科, 南宁市 530021)

【关键词】 腹腔镜; 胆道镜; 胆总管结石; 胆漏; 护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 【文章编号】 1673-6575(2011)04-0381-03

腹腔镜联合胆道镜行胆总管切开取石术是在腔镜良好的视野和便捷的操作下,用纤维胆道镜完成迂曲狭窄胆道内操作。它既有腹腔镜胆囊切除术的优点,又有开腹胆道探查的确切疗效,能保证正常胆管的完整性和生理功能,使绝大部分病人得到微创治疗的满意疗效^[1]。胆漏是其严重的并发症之一,一旦发生,若处理不当,可能导致严重的后果,甚至危及病人生命^[2]。现将腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术后 6 例患者并发胆漏的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2000 年 9 月至 2011 年 3 月我院行腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术 115 例,术后并发胆漏 6 例(5.1%),其中男 4 例,女 2 例,年龄 51~70 岁,平均 60.6 岁。6 例中有 2 例患者同时合并有糖尿病和高血压,1 例术前同时合并有肝功能受损和低蛋白血症;1 例为胆总管 I 期缝合术,5 例为置 T 管引流术。

1.2 胆漏的情况 本组 6 例,术后 24 h 出现胆漏 1 例,术后 3~5 d 出现胆漏 5 例。1 例胆漏特点为:胆总管 I 期缝合术后 24 h 腹腔引流管引出由淡红色血性液变成金黄色胆汁 400 mL,体温 38.8℃,无压痛及反跳痛表现。1 例术后 3 d T 管口敷料有少量金黄色胆汁渗出,伴有右上腹隐痛,肠鸣音减弱,肛门未排气排便。另外 1 例术后 4 d 活动扯管后出现胆漏,表现为 T 管只引出少量胆汁,管口有大量胆汁渗出。其他 3 例胆漏特点为:术后 3~5 d 每天从腹腔引流管引出金黄色胆汁 30~100 mL,体温 37.8℃~38.5℃,脉

搏 110~140 次/min,伴有皮肤、巩膜黄染,右上腹压痛,肠鸣音减弱。床边腹腔 B 超检查提示为“少量积液”。

1.3 处理方法 患者出现胆漏后均予右侧卧位或半卧位,予禁食、胃肠减压、生长抑素、补充水电解质、静滴抗生素、静脉高营养及补充血浆蛋白等支持治疗,行动态 B 超或 CT 观察腹腔内积液, T 管造影明确胆漏发生的部位及程度,保持 T 管和腹腔引流管有效引流。1 例腹腔引流管引出胆汁 400 mL 的患者,胆漏后第 2 天经内镜逆行胆胰管造影检查时行鼻胆管引流术,鼻胆管接一次性体外引流袋;第 3 天鼻胆管引出胆汁 100 mL,腹腔引流管引出胆汁 100 mL。以后每天逐渐减少,至第 6 天腹腔引流管引出胆汁 2 mL,鼻胆管引出胆汁 2 mL,第 7 天遵医嘱拔鼻胆管,第 9 天腹腔引流管无液体引出,生长抑素和肠外营养改用一组维持,予半流质饮食,第 12 天拔腹腔引流管。活动扯管后出现胆漏的患者,经 T 管造影确认 T 管通畅未脱出,仍在胆总管内。每天予生理盐水 100 mL + 庆大霉素 8 万 U 用 50 mL 注射器低压反复冲洗 T 管,同时接 T 管的一次性体外引流袋改接负压引流袋,渗出慢慢减少, T 管引出胆汁增多。出现脉搏过快、腹痛的患者,经急查床边心电图,心内科急会诊排除心血管疾病,遵医嘱肌肉注射曲马多 0.1 g,镇痛泵镇静、止痛,加上上述处理后,脉搏逐渐恢复正常,腹腔引流管引出胆汁逐渐减少,由 100 mL 减少到 30 mL,至第 6 天无液体引出,7~9 d 拔腹腔引流管。

1.4 结果 6 例患者经保守治疗均痊愈出院,住院天数 22~28 d。

2 护 理

2.1 预见性护理干预 良好的术前准备和术者丰富的手术经验是预防胆漏的基本条件。腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术是一项新技术,要求主刀医生由年资高、经验丰富、腹腔镜操作技术娴熟的医生担任,全组病例均由副主任医师职称以上人员操作。对于营养不良、高血压、糖尿病、重度黄疸、低蛋白血症等患者,术前充分评估胆漏发生危险因素,积极纠正治疗并适当延长引流管拔管时间。

2.2 病情观察 经常巡视病房,耐心倾听病人的主诉,严密观察体温、脉搏、呼吸和血压的变化,引流液的颜色和量,观察腹部体征变化,有无腹痛、腹肌紧张,皮肤及巩膜有无黄染,敷料有无渗液,渗液中是否含有胆汁样内容物,腹部体征是反映是否存在胆汁性腹膜炎的重要依据。胆漏时,引流液颜色为棕色或金黄色胆汁样,这是胆漏早期表现,应及时报告医生争取早期处理。经过处理,渗液或引流液应该逐渐减少。

2.3 饮食护理 胆漏早期应禁食,持续胃肠减压,并行生长抑素微泵匀速注入。在禁食期间,本组6例胆漏患者均采用静脉高营养,胆漏明显减少或停止时尽快恢复饮食。依照米汤、温开水→白粥→瘦肉粥→低脂食物的顺序均衡饮食,逐步过渡,少量多餐。

2.4 活动护理 患者出现胆漏后均予右侧卧位或半卧位,以防胆汁积聚膈下。胆漏早期卧床休息,要求患者床上活动,定期翻身,可以坐起,避免剧烈活动加重胆漏。胆漏减少后,鼓励患者适当下床站立,床边轻度活动,减少压疮和肺部感染的发生。

2.5 药物治疗护理 ①抗生素:本组有5例患者发生胆漏时体温 $37.6^{\circ}\text{C} \sim 38.5^{\circ}\text{C}$,白细胞计数 $12.0 \times 10^9 \sim 17.2 \times 10^9 / \text{L}$,遵医嘱使用三联抗生素,对绿脓和厌氧菌杀菌力强的头孢哌酮钠3g或氨曲南2g+克林霉素磷酸酯1.2g或依诺沙星10mL+奥硝唑注射液100mL 2次/d,连用5~7d,体温和白细胞计数降至正常。②生长抑素:常用的是和宁及思他宁,胆漏时使用生长抑素和宁3mg+生理盐水50mL,1次/12h,以4.8ml/h的速度24h微泵匀速注入,胆漏严重或经济条件允许改用思他宁,可减少胃液和胆汁分泌,促进漏口愈合。常见的主要副作用有头晕、恶心、呕吐,偶有过敏反应。速度过快患者会出现恶心、呕吐及头晕等现象,要求24h匀速静脉注入,给药时间为5~7d,当漏口愈合后改用1组持续点滴1~2d,以防反跳作用。本组患者在使用和宁或思他宁生长抑素期间均应用微泵调节输液速度。③静脉高营养:液体现配现输,24h匀速静滴,严格执行无菌操作,每隔1d更换1次保护膜,如有渗血渗液,随时更换。由于营养液体成分多,浓度高,对血管刺激大,容易发生感染。因此一般从中心静脉输入,在输注过程中,密切观察患者有无发冷、寒战、体温上升、脉速等感染体征出现。经常巡视患者,检查导管接头是否妥善固定,以防发生空气栓塞。定期监测生化,及时纠正电解质紊乱。本

组6例胆漏病人均予静脉高营养治疗,连用7~10d,无一例发生感染。④补充胶体:本组病例术后均有低蛋白血症,白蛋白 $29.0 \sim 33.9 \text{ g/L}$,遵医嘱输新鲜血浆400mL,人血白蛋白20g,1次/d,连用3~5d,可补充胶体,纠正低蛋白血症。⑤护肝药物:由于手术打击加上胆漏,病人均有不同程度肝功能受损,静滴还原型谷胱甘肽1.2g,多烯磷脂酰胆碱注射液465mg 2次/d,连用5~7d,肝功能恢复正常。

2.6 引流管护理 腹部手术后多种导管护理好坏与减少术后并发症密切相关,也是术后病人护理的关键^[3]。腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术后一般放置胃管、腹腔引流管和T管。本组有1例患者因为胆漏还放置鼻胆管。胆漏最基本的治疗原则是控制感染和建立充分、通畅的引流^[4]。充分引流漏出的胆汁是治疗中最重要的治疗措施。因此,做好各种引流管的护理,加强对各种引流液的观察,对减少胆漏、促进康复、提高治愈率具有重要作用。应该保持各引流管的有效引流,妥善固定引流管,尤其活动和睡觉时要防止打折、拉扯或脱落。①胃管放置2~5d,等病人肠鸣音和肠功能恢复、肛门排气后才能拔除。②特别强调腹腔引流管不要拔除太早,至少应放置5d以上。可靠的腹腔引流,可以将漏至腹腔的胆汁彻底引出体外,避免发生胆汁性腹膜炎及再次手术的风险,胆漏可以经彻底引流而治愈。拔管前1d,先退管2~3cm,以免腹腔引流管因管口被吸附或血块堵塞而失去引流作用。③T管接引流袋应低于T管引流平面,如胆漏较多,体外引流袋改接负压引流袋,更有利于胆汁及时引流。腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术与开腹手术不同,其腹腔粘连少且轻,窦道形成迟,容易发生拔除T管后胆漏,腹腔镜下T管放置时间应当适当延长。拔除T管前做T管外窦道造影,可有效地防止拔管后胆漏的发生,造影显示窦道完整、胆管下端通畅、无残余结石才可安全拔除T管^[5]。因此,T管不宜拔除太早,一般要求放6周以上,年老者、糖尿病及低蛋白血症病人拔管时间推迟到7周以上。拔管前3d要试验性夹管,即进食前1h夹管,进食后2h打开,夹管期间患者无不适或胆漏发生才可以拔管。④鼻胆管的放置,可有效降低胆道内压力,减少经胆漏流出的胆汁,从而使漏口闭合。鼻胆管的末端要低于肝胆管水平,才有利于胆汁引流。鼻胆管引流后,腹腔引流液逐渐减少。本组病例鼻胆管引流5d,经T管造影确认无造影剂向外溢漏,关闭鼻胆管引流2d无异常反应后才拔除。

2.7 皮肤护理 观察引流管周围皮肤有无红、肿、热、痛等炎症表现。引流管周围皮肤被胆汁侵蚀的患者,用生理盐水清洗后涂抹氧化锌软膏,可预防引流液对皮肤造成腐蚀。本组未发生1例引流管口及周围皮肤感染。

3 讨 论

腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术具有创伤小、痛苦小、住院时间短等优点,病人比较满意。由于胆道局部解



剖因素、腹腔镜技术本身的局限性及术者的操作水平,术后并发症时有发生。据文献报道,腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术后胆漏的发生率为1.3%~8.3%^[6]。引起胆漏的主要原因为:患者体质差,术后瘘道形成不良可导致胆漏;T管的选择及放置方法不当也会导致胆漏;粗针大线缝合,在针眼处渗漏胆汁;胆管内结石未取净,引起胆管梗阻,胆道内压力升高,缝合口处渗漏胆汁;残余结石使胆道出口引流不畅,胆道内压增加,容易导致T管周围漏;术后T管固定不好也是导致胆漏的原因之一,患者睡眠或活动时T管的拉扯导致T管脱落引起胆漏。腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术后并发胆漏发生率虽低,但一旦发生,处理不当或处理不及时都可能危及患者生命。不仅要求主刀医生腹腔镜操作技术娴熟,术中常规加用纤维胆道镜探查并取石,同时也对护理工作提出了更高的要求,护理人员应高度重视,术前充分评估患者有无营养不良、高血压、糖尿病、重度黄疸、低蛋白血症等高危病史,对存在危险因素早期识别,积极对症支持治疗,术后适当延长引流管拔管时间。术后严密观察和细致护理患者,一旦出现胆漏,立即报告医生,马上对症处理。胆瘘的初期处理直接影响到后期治疗

和疗效,对已并发胆漏的患者应正确进行病情和胆漏程度评估,指导患者饮食、活动,做好病情观察,引流管细致护理,配合应用药物治疗,是处理腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术后并发胆漏的有效方法。

参 考 文 献

- [1] 陈小勋. 微创治疗胆石病的临床研究进展[J]. 微创医学 2007, 2(5): 452-453.
- [2] 屠巍巍. 腹腔镜胆总管探查术后胆漏的诊疗进展[J]. 中国微创外科杂志 2008, 8(1): 92-93.
- [3] 谭瑞雄, 甘明艳, 陈向芬. 52例外科腹部手术后管道引流的观察及护理[J]. 广西医学 2005, 27(2): 298-299.
- [4] 吕毅, 张晓刚. 如何选择术后胆漏的治疗方法[J]. 肝胆外科杂志 2005, 13(5): 391-393.
- [5] 张洪, 周晓风, 吴悦. 腹腔镜胆总管探查术后胆漏23例临床分析[J]. 中国当代医药 2010, 17(24): 24-25.
- [6] 王育生, 郭献庭, 徐增辉. 腹腔镜胆总管探查术并发症的防治体会[J]. 中国内镜杂志 2004, 10(6): 21-23.

(收稿日期: 2011-04-15 修回日期: 2011-06-11)

宫颈环切术配合外用溃疡散治疗宫颈糜烂 132 例护理体会

何绍洁

(广西壮族自治区人民医院妇产科, 南宁市 530021)

【关键词】 宫颈糜烂; 宫颈环切术; 外用溃疡散; 护理

【中图分类号】 R 473.71 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2011)04-0383-02

宫颈糜烂是一种好发于育龄妇女的宫颈疾病之一,是宫颈癌的高危因素,早期发现及治疗可降低宫颈癌的发病率,提高生活质量。我科从2010年1月至2011年3月对132例宫颈糜烂患者采用LEEP刀配合使用外用溃疡散治疗,并采取针对性的护理措施,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组132例为2010年1月至2011年3月在我院就诊的宫颈疾病患者,年龄27~43岁,平均(34±6)岁,宫颈糜烂Ⅱ度34例、Ⅲ度56例、宫颈湿疣4例,宫颈癌前病变(CIN I)7例、CIN II 3例,纳氏囊肿12例、宫颈息肉16例。临床主要表现为白带增多,呈乳白色或淡黄色的脓性分泌物,有时为血性或夹杂血丝;外阴痒痛、阴道瘙痒疼痛;下腹部或腰骶部疼痛,并伴有下坠感;尿频或排尿困难。

1.2 治疗方法 器械采用美国Ellman Sargitron FFPF高频电波刀,根据病变性质和范围选用不同型号的环形电极;药

物为内蒙古蒙药股份有限公司生产的外用溃疡散,0.5g/支,4支/盒。患者取膀胱截石位,常规消毒铺巾,暴露宫颈后予0.2%碘伏消毒液标志手术范围。精神紧张者分别在宫颈3、9点处注入0.5%利多卡因注射液5mL,局部麻醉,或吸入笑气镇痛。对慢性宫颈炎以及CINI者用环形电圈切除病变组织^[1],范围距碘不着色区外0.5cm处进行电切。CIN II、CIN III改用锥形电圈行锥形切除,切除范围应超出病变组织0.8cm,深度应达1~2cm。宫颈电圈切除术后,即以外用溃疡散喷于创面。LEEP刀后创面出血多发生于脱痂晚期及修复早期,故术后1周左右予外用溃疡散敷于创面,连续3周,每周一次。

2 护理体会

2.1 术前护理 由于患者对LEEP刀相关知识的缺乏认识,在术前会产生紧张、焦虑和恐惧的心理,护理人员应针对患者的不同心理,制定护理计划,给予耐心细致的心理指导。和患者沟通时要主动与患者交流信息,注意掌握语言沟通的技巧,向患者解释治疗的方法、意义及预后,告知患