

验室结果有针对性地选择敏感抗生素,既达到治疗效果,又避免耐药的产生。采用中药灌肠方法,其机理主要是运用中医理论中的消肿散结、活血化瘀和温化寒湿、清热解毒等方法,通过直肠丰富毛细血管使药物充分渗透到盆腔附件组织,使药物直达病灶,改善血液循环,加快炎症吸收,减少组织粘连,进一步减轻腹痛、腹胀等不适症状。同时通过控制药物温度、滴灌速度,延长药物保留时间等措施,使药物吸收达到最佳效果。微波治疗方面,有报道认为,人体局部组织吸收微波能量后,使组织温度上升,通过人体的热调节系统加速血液循环,促进新陈代谢,使网状上皮系统吞噬的能力增强,生物免疫能力提

高^[4]。我科充分利用微波的生物生理效应,配合中药灌肠治疗,治疗效果十分显著,值得推广。

参考文献

- 1 张海鹰,周行烈.生殖系统炎症引起盆腔痛[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(10):583.
 - 2 张勇.影响保留灌肠治疗效果因素的探讨[J].中国肛肠病杂志,2001,21(7):24.
 - 3 李晓梅,段丽萍,万崇华,等. SF-36 量表在测定慢性病患者生活质量中的应用考评[J].中国医药,2006,1(11):645.
 - 4 宋雪怡,龚彦玲,黄卓垣,等.无热量超短波对小鼠血液有形成分的影响[J].中华护理杂志,1994,17(7):138.
- [收稿日期 2011-05-11][本文编辑 黄晓红 韦颖]

护理研讨

恶性阻塞性黄疸介入治疗 46 例的护理

张晶

作者单位:200072 上海,上海市第十人民医院介入科

作者简介:张晶(1974-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:介入临床护理。E-mail:jjangel2009@163.com

[摘要] **目的** 探讨应用 CT 引导下经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD)治疗恶性阻塞性黄疸的护理措施。**方法** 对恶性阻塞性黄疸 46 例行术前术后心理护理,严密观察病情、体征、引流液,保持好导管,做好并发症护理,出院指导等。**结果** 46 例病人均一次穿刺成功,30 例行外引流术,16 例行内、外引流术。其中 13 例于术后行胆道内支架术,12 例于术后行经导管肝动脉栓塞术,5 例于术后行腹腔动脉灌注术,6 例于引流术后 7~10 d,黄疸明显消退后出院。**结论** CT 定位引导下 PTCD 具有创伤小、并发症发生率低、近期效果好等优点,具有一定的临床应用价值。正确合理的护理能够提高疗效,改善预后。

[关键词] 阻塞性黄疸; 介入治疗; 护理

[中图分类号] R 473.58 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)02-0165-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.02.29

胆道阻塞性黄疸多数由恶性肿瘤引起,传统的治疗手段是外科肿瘤切除加胆、肠吻合术。但对于阻塞性黄疸患者,往往全身情况较差,肝功能明显异常,承受手术有一定难度,经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD)可很快减低肝内胆管的张力,明显减轻黄疸,改善症状。不但可为外科手术创造条件,也可作为姑息性治疗手段减轻患者痛苦,提高患者的生活质量,延长生存期^[1]。我院于 2009-03~2010-03 对 46 例恶性阻塞性黄疸的病人实施 PTCD,获得满意效果,现将护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 46 例,男 30 例,女 16 例,年龄 56~82 岁,平均年龄 68 岁。其中胰腺癌 18 例,胆管癌 12 例,肝癌 10 例,转移性癌 6 例。46 例病人主要表现为阻塞性黄疸症状,术前经上腹部 CT 检查,穿刺胆管直径在 0.8~1.9 cm,并确定穿刺定位点。术前准备按王建华《腹部介入放射学》^[2],器材用 Cook PTCD 套盒,CT 机型 PHILIPS MX8000,易安 CT 快速定位标尺。

1.2 操作方法 于患者体表贴上易安 CT 快速定

位标尺,先行定位扫描,后做轴位扫描,扫描取层厚 10 mm,间距 10 mm,选择扩张明显的靶胆管,予以体表定位并测量穿刺深度及角度后将患者送入数字减影血管造影(DSA)操作室。患者取仰卧位,连接心电监护,常规消毒、铺巾,1%利多卡因 5 ml 皮肤局麻后,尖头刀片切开皮肤 2~3 mm,穿刺时嘱患者做与扫描时相同屏气动作,在 DSA 透视下穿刺后接 5 ml 针筒,抽取负压下进针,穿刺至 CT 下测量深度时或回抽见胆汁时停止进针,针筒抽取少量 10% 泛影葡胺行胆管造影,显示胆管梗阻部位,送入超滑导丝,能通过狭窄段者行内、外引流术,不能通过狭窄段者行外引流术,体表固定导管,导管连接引流袋^[3~5]。

2 结果

46 例病人均一次穿刺成功,从局麻到外引流管放置到位使用时间为 8~20 min,平均时间为 11 min,30 例行外引流术,16 例行内、外引流术。其中 23 例于术后行胆道内支架术,12 例于术后行经导管肝动脉栓塞术,5 例于术后行腹腔动脉灌注术,6 例于引流术后 7~10 d,黄疸明显消退后出院。

3 护理

3.1 术前护理 (1)心理护理:向患者和家属做好耐心细致的解释工作。介绍本手术的目的、大致方法、过程、可能取得的预期疗效。对了解病情且较为乐观者,向其解释手术必要性和治疗效果,对那些对疾病恐惧者,配合实施保护性医疗方案。针对不同患者的心理状态进行不同的知识宣教,缓解焦虑、恐惧心理,增强其战胜疾病的信心,保持乐观心态,使其配合手术。(2)术前病人准备:①术前行血常规、血生化与出凝血时间检查。②作心电图、胸片、腹部 CT、B 超检查,必要时行 MRI 检查。③对有明确或疑有胆道感染者,术前 2 d 给予广谱抗生素治疗。④术前 1 d 洗澡或清洁穿刺区域皮肤,更换病员衣裤。⑤术前 4 h 禁食、禁饮,术前 15 min 肌注地西洋 10 mg 或异丙嗪 25 mg。

3.2 术后护理 (1)心理护理:放置外引流管或内、外引流管会给患者日常生活带来不便,置入内支架对身体而言是一个异物,患者常感到不适,从而产生焦虑、烦躁情绪,护理人员应积极疏导,多关心安慰病人,为病人营造一个舒适安宁的休养环境。(2)密切观察病情及腹部体征:术后绝对卧床 6 h,禁食 4 h,24 h 内应严密观察患者的血压、呼吸、心率,每 3~4 h 测 1 次,观察病人右上腹或肝区疼痛的程度。同时观察病人皮肤巩膜黄染是否减轻,食

欲是否改善等。如病人有面色苍白,脉快,血压下降,则可能有腹腔内出血,如有剧烈、持续性的右上腹疼痛并有腹膜刺激症状,应警惕胆汁性腹膜炎,及时报告医生作处理。(3)观察引流液的性质和量:由于阻塞性黄疸病人的胆道长期阻塞或合并感染,PTCD 后 1~2 d 内胆汁可能呈白色或墨绿色,1~2 d 后胆汁转为淡黄色或金黄色。胆汁引流量每日在 200~1 200 ml,如胆汁引流量突然减少或 24 h 引流量 <100 ml,确认胆道已通畅后,应怀疑引流管有可能堵塞或脱出,及时造影及胆管冲洗;如术后 24 h 导管引出新鲜血液说明导管在肝内血管内或穿刺孔道有出血,应立即通知医生处理^[6,7]。(4)引流管的护理:插管成功仅是引流的开端,要保持长期引流,导管护理十分重要。为保持引流管不脱落,在引流过程中,要经常嘱咐患者注意保护导管,防止脱落。引流管每天用生理盐水 10 ml + 庆大霉素 8 万单位冲洗 2 次,按无菌操作将冲洗液由引流导管缓慢注入后回抽,至无液体流出后连接引流袋。引流袋每天更换 1 次,换袋时注意接口无菌,避免污染造成感染^[8,9]。(5)并发症观察及护理:①胆汁性腹膜炎:早期多因胆管内压力过高,胆汁沿引流管外壁渗出至腹腔。术后 4~5 d 多因穿刺口水肿消除,胆汁沿引流管渗出至腹腔或引流管脱出,胆汁从引流口流出至腹腔。一旦患者出现剧烈持续性右上腹痛、发热并伴有腹膜刺激症状,白细胞升高,烦躁不安,肠鸣音消失,应及时报告医生,同时进一步观察其神志、生命体征变化,确诊后立即手术治疗。②腹腔内出血:肝硬化基础上行 PTCD 出血机率更大。一方面肝硬变患者肝功能下降,凝血因子不足;另一方面,由于胆道梗阻,包括维生素 K 在内的脂溶性维生素的吸收障碍,造成凝血功能减弱。如患者面色苍白,血压下降,脉搏细弱,四肢湿冷则有可能出现腹腔内出血,应及时报告医生,测生命体征 15~30 min 1 次,有休克先兆者立即行手术治疗。③中毒性休克:急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)患者由于细菌数量多,内毒素吸收增多,易出现感染性休克。如患者出现深大呼吸,烦躁不安,体温持续高热,白细胞增多,血压下降,呼吸增快,四肢冰冷,应及时报告医生,测定生命体征、中心静脉压 15~30 min 1 次,必要时立即行手术治疗。

3.3 出院指导 带管出院患者,要教会患者及家属如何护理导管,注意无菌操作方法,向患者及家属讲解此项治疗的重要作用及有关并发症,每天记录引流量,定期更换引流袋及定期复诊,嘱患者固定引流

袋,位置不能高于肝脏水平,防止引流液倒流造成逆行感染。注意伤口周围皮肤清洁、干燥,以免感染。加强营养,多吃蔬菜、水果,以清淡饮食为主,避免生冷、油腻、刺激性的食物,保持心情舒畅,避免情绪激动^[2,10]。

参考文献

- 1 毛燕君,许秀芳,杨继全.介入治疗护理学[M].北京:人民军医出版社,2007:6.
- 2 王建华,王小林,颜志平.腹部介入放射学[M].上海:上海医科大学出版社,1998:114.
- 3 单 鸿,罗鹏飞.临床介入诊疗学[M].广州:广东科技出版社,1997:28.
- 4 张金山,主编.现代腹部介入放射学[M].北京:科学出版社,2000:5.
- 5 张柏和,程庆保,张永杰,等.肝门部胆管癌外科治疗分析[J].中

华普通外科杂志,2004,19(10):592.

- 6 Shinchi H,Takao S,Nishida H,et al. Length and quality of survival following external beam radiotherapy combined with expandable metallic stent for unresectable hilar cholangiocarcinoma[J]. J Surg Oncol, 2000,75(2):89-94.
- 7 Ishizaki Y,Mitsusada M,Wakayama T. Percutaneous transhepatic biliary drainage combined with percutaneous endoscopic gastrostomy for internal biliary drainage[J]. J Am Coll Surg,1994,179(6):738-740.
- 8 姜卫剑,姚 劲,任 安,等.经皮胆道内支架置入术姑息性治疗恶性梗阻性黄疸[J].中华放射学杂志,1997,31(1):729-733.
- 9 宋 林.内镜胆管支架置入术治疗恶性胆管梗阻的护理[J].现代医药卫生,2003,19(6):765.
- 10 田 莉,杨 琳,王桂清.112例经皮肝穿刺胆管造影和引流的临床护理体会[J].实用护理杂志,1998,14(8):409.

[收稿日期 2011-08-11][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

护理研讨

食管癌晚期患者行食管内支架置入术的护理

裴莲花

作者单位:535000 广西,钦州市第二人民医院胸外科

作者简介:裴莲花(1976-),女,大学本科,主管护师,研究方向:心胸外科护理。E-mail:993246924@qq.com

[摘要] 目的 总结食管癌晚期病人行食管内支架置入术的护理措施。方法 回顾性分析 25 例食管癌晚期病人行食管内支架置入术的临床资料。结果 全组病人支架置入后狭窄解除,梗阻症状明显缓解,恢复进食;合并食管瘘者,支架置入后瘘口完全封闭,肺部及纵隔感染得以控制;2 例于继续放疗后,发生了支架移位,于内镜直视下重新调整位置;18 例术后出现不同程度胸骨后疼痛及异物感。结论 加强食管癌晚期病人行食管内支架置入术的护理有利于预后。

[关键词] 食管癌; 晚期; 食管内支架置入术; 吞咽困难; 护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)02-0167-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.02.30

食管癌是一种常见的消化道肿瘤,严重威胁着人民的生命和健康。目前早期手术是最佳治疗手段,为了解决食管癌晚期病人的饮食问题,提高其生活质量,可行食管内支架置入术。现将我院 25 例食管癌晚期病人行食管内支架置入术的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010-10~2011-04 我院胸外科收治食管癌晚期病人 25 例,男 21 例,女 4 例,年龄 51~72 岁,平均 63 岁,均经食管钡餐、内镜检查及镜下

活检、病理检查确诊。25 例中发生食管瘘 8 例,术前仅能进食半流质者 6 例,进食全流质者 5 例,完全不能进食者 6 例。所有病例均在 X 线监视下行食管内支架置入术。

1.2 支架置入方法 本组患者采用支架均为覆盖生物膜的镍钛合金支架。常规咽喉部表面麻醉。在 X 线电视监视下,口服泛影葡胺行食管造影,确定瘘口位置。将导丝插入导管经口腔送入食管内,撤出导管并保留导丝。将双喇叭自膨式镍钛记忆合金带膜食道内支架沿导丝送入食管,支架的中点置于瘘