

胆道术后提高 T 管引流的护理

朱佩钦 邓静

(浙江省丽水市人民医院 丽水 323000)

摘要:目的:探讨胆管术后提高 T 管引流对病人的影响。方法:将 87 例胆管术后 T 管引流患者随机分为 2 组:提高 T 管引流组(A 组),术后 2~3d 将 T 管提高 15~20cm;对照组(B 组),不提高 T 管,拔管前 2~3d 夹管。结果:A、B 2 组术后 15 d 平均体重与术前之差分别为 +1.0kg、-3.0kg;平均血红蛋白量分别为 118.5g/L、105.0g/L;血清钾分别为 4.02mmol/L、3.29mmol/L;平均胆汁丢失总量分别为 900mL、5 540mL。全组无 1 例胆瘘发生,均治愈出院。结论:胆管术后早期提高 T 管引流的方法对病人的术后恢复非常有效。

关键词:胆道手术后;提高 T 管引流;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0066-02

胆总管探查术后放置 T 管引流已成为所有外科医生的共识,然而,传统的 T 管引流开放时间较长,大量胆汁、电解质及消化酶丢失,阻断了肝肠循环,影响了疾病的治愈和健康的恢复。为了探讨胆管术后提高 T 管引流对病人的影响,我们于 1998 年 4 月~2003 年 6 月将 87 例适合行 T 管引流者分为 2 组,进行早期提高 T 管与传统开放引流对照。

1 临床资料

1.1 一般资料 87 例中,男 32 例,女 55 例;年龄 28~73 岁,平均 56 岁;单纯胆总管结石 30 例,胆囊结石伴胆总管结石 27 例,胆总管结石伴胆管炎 17 例,胆囊结石伴胆总管扩张 10 例,胆管蛔虫症合并胆管炎 3 例。2 组患者的年龄、性别及胆总管探查指征相仿,胆总管下端通畅,手术前后用药大致相同。

1.2 方法 术中胆管探查证实胆总管下端通畅适合行 T 管引流者常规放置 T 管。然后随机分为 2 组:早期提高 T 管组(A 组)52 例,术后 2~3d 患者胃肠功能基本恢复后即行提高 T 管距腋中线 15~18cmH₂O(固定在输液架上);对照组(B 组)35 例,患者开放 T 管引流直至拟拔管前 2~3 d 夹管。T 管留置时间 14~60d,依患者的年龄、体质差异而定。A、B 2 组 T 管留置时间 A 组较短。

1.3 结果 2 组术后半个月基本情况比较及术后胆汁丢失量、T 管开放引流时间比较分别见表 1、2。

表 1 2 组术后 15 d 基本情况比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	手术前后体重差/kg ⁻¹	Hb/g·L ⁻¹	血清钾/mmL·L ⁻¹
A 组	52	1.0±0.5*	18.5±10.1*	4.02±0.22*
B 组	35	-3.0±0.5	105.0±13.2	3.29±0.30

注:*经 χ^2 检验, $P < 0.01$ 。

表 2 2 组胆汁丢失量及 T 管开放引流时间比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	人均丢失总量/mL	人均丢失量/mL·d ⁻¹	引流时间/d
A 组	900±105*	320±35	3.0±0.5*
B 组	5540±460	270±25	16.0±1.5

注:*经 χ^2 检验, $P < 0.01$ 。

2 体会

2.1 传统的长时间 T 管开放引流影响了疾病的治愈和健康的恢复。我们选择胆总管下端通畅的胆总管行 T 管引流后早期提高 T 管取得满意效果。早期提高 T 管后患者无明显不适的感觉。2 组均无胆瘘发生,未见有黄疸加重,切口 I 期愈合后

痊愈出院。A 组在出院前拔除 T 管,B 组中有出院后再回来拔除 T 管者。

2.2 正常情况下,肝脏分泌胆汁的最大分泌压为 39 cmH₂O;总胆管内压为 12 cmH₂O;空腹时,Oddi 括约肌收缩时的压力 12~15 cmH₂O。近来认为 20 cmH₂O 的压力即有可能导致胆血反流^[1]。因此,提高 T 管 15~18 cmH₂O 是可行的。而当胆总管下端有梗阻时,胆汁又可流出体外,使胆总管的压力保持在 20 cmH₂O 以下,不致象早期夹 T 管那样引起明显腹痛、腹胀,甚至出现梗阻性黄疸。提高 T 管 15~18 cmH₂O 又是安全的。

2.3 提高 T 管引流,早期恢复了肝肠循环,显著减少了体液、电解质和各种消化酶的丢失。患者食欲增加,减少了贫血和低蛋白血症的发生。梗阻性黄疸可导致肠粘膜损害及肠道细菌移位^[2]。进食是保护肠粘膜屏障的重要措施。及早促使胃肠功能恢复、控制胆汁外流,可以保护机体的天然屏障,减少肠源性感染。

2.4 行 T 管引流后早期提高 T 管,首先必须保证患者的安全。妥善固定 T 管并保持通畅是胆道疾病手术成功的关键。若 T 管固定不牢固,活动牵拉致 T 管脱出,胆汁流入腹腔引起胆汁性腹膜炎可危及生命^[3]。因此对于提高 T 管引流的患者,应加强 T 管护理,提高固定处距身体固定处要有足够的长度,以免患者翻身、牵拉拔除引流管。注意不能扭曲、受压,如有结石、血块或蛔虫堵塞时应及时处理,可按医嘱用生理盐水 250mL 加庆大霉素 8 万 U 稀释后抽取 60mL 稀释液分 3 次经 T 管处进行冲洗,冲洗时速度宜慢,压力不要太高,同时观察患者有无肝区疼痛,每次冲洗完应尽量将稀释液回抽出来,整个操作过程应严格无菌操作。

2.5 注意观察胆汁的量、颜色、性状。正常人每日分泌胆汁 500~800mL,呈金黄色、稀薄,较清晰,无沉渣,术后如为红色或暗红色为出血或有血混入所致,如有混浊或沉渣可能是感染所致。翻身或活动时引流袋不可高过胆管平面,以免引起胆汁逆流,引流袋每天更换。

2.6 T 管一般放置 2~3 周。拔管之前常规胆管造影,碘过敏试验阳性者则直接行术后胆管镜检查,以期及时发现并取出胆管残留结石。拔管后应注意观察患者食欲是否良好,大便颜色,有否恶心、腹痛、腹胀、黄疸等。拔管后引流口可迅速愈

链霉素致剥脱性皮炎的原因分析及护理要点

张瑞云 段修英

(山东省枣庄市王开结核病防治院 枣庄 277500)

关键词:链霉素;副作用;剥脱性皮炎;护理

中图分类号:R 969.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0067-01

链霉素作为一线抗痨药物被广泛应用于临床,但应用不当也会引发毒性反应。我科 1999 年 2 月~2003 年 4 月先后发生 5 例链霉素应用不当引起的剥脱性皮炎,本病虽较少见,但若不能正确及时地治疗和护理,也可危及生命,现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 5 人,其中男 3 人,年龄分别为 59、69、74 岁;女 2 人,年龄分别为 58、65 岁;平均 65 岁。均为浸润型肺结核初治病例,痰菌(+~++),抗结核短程督导治疗(DOTS),使用链霉素 40d 左右出现剥脱性皮炎,后改为 2ERHZ/4RH 方案。

1.2 剥脱性皮炎的症状 初期皮损为麻疹样或猩红热样,边界清,后加重融合成片,伴有脱屑,鱼鳞片状或落叶状表皮脱落,尤以手足、面、胸部为重,触痛;口唇及口腔粘膜因肿胀或糜烂而影响进食,眼结膜水肿,分泌物增多。实验室检查尿、肝功能无异常,白细胞显著增高或降低,甚至粒细胞缺乏。

1.3 治疗措施 停用链霉素,抗感染、抗过敏的同时应用大剂量维生素 C、皮质激素,静脉补液,严重者可输血浆或全血。局部可使用无刺激性,具有保护性,有一定收敛消炎作用的药物。

2 讨论

2.1 剥脱性皮炎的形成机理 常用抗结核药物几乎都有引起皮疹的不良反应,尤以 sm 较为多见^[1]。而且多数病例于长期用药后发生^[2]。其形成原因为:致敏的机体再次接触该抗原后发生的反应。由 IgE 分子的 Fc 端与嗜碱性粒细胞和肥大细胞膜上的 Fc 受体结合致敏,再次接触,该抗原与细胞膜 2 个邻近的 IgE 分子的 Fc 端桥联释放炎症介质,或 / 和致敏 T 淋巴细胞与抗原特异反应引起损伤组织释放多种淋巴因子,吸引激活更多淋巴细胞、巨嗜细胞和纤维母细胞,引发皮肤丘疹、水泡,甚至坏死脱落而致剥脱性皮炎。

2.2 老年人本身药物不良反应增加^[3] 本组病例均为老年人,老年人由于肝肾功能下降,小剂量可达到有效血药浓度,半衰期延长,同时毒性反应也增加。老年人免疫功能降低,胸

腺素分泌水平下降导致 T 淋巴细胞分化减少,出现细胞免疫应答缺陷。其次,体液免疫中,B 淋巴细胞产生免疫球蛋白分布异常,免疫功能发生失调而导致自身免疫性疾病的增加。

3 预防及护理

3.1 入院时,做好入院指导及卫生宣教,介绍药物知识,用药前详细询问药物过敏史,对一种氨基糖甙类过敏者也可能对另一种过敏,老年人慎用此药。用药前做好皮肤试验,准备好抢救药品,用药过程中做好监护,同时指导病人进行自我护理,对疗程超过 2 周者,要特别注意皮肤感觉变化(如痒、热等),以便发现异常后及时治疗和处理。

3.2 加强消毒隔离,预防感染,保持室内清洁、安静,温湿度要适宜。

3.3 剥脱性皮炎发生后做好皮肤护理,是预防并发症的重要措施^[4]。每日清水冲洗 2 次,忌物理、化学性刺激,保持皮肤清洁、干燥,更换柔软纯棉内衣及床上用品,定时翻身,动作要轻柔,忌拖拉。静脉穿刺时,避免使用压脉带,固定时不使用胶布,改用无菌纱布包裹固定。

3.4 粘膜的护理 眼睑水肿,分泌物多时,可用生理盐水冲洗,再点以眼药水,并用无菌纱布覆盖双眼。保持口腔清洁、鼻腔通畅。

3.5 加强饮食营养,避免可致敏及辛辣刺激性食物。

3.6 了解患者不同的心理特点,因人施护,使其积极配合治疗和护理,早日恢复健康。

4 小结

经采取积极有效的治疗和护理,5 例患者无皮肤继发感染及并发症的发生。

参考文献

[1]谢惠安.现代结核病学[M].北京:人民卫生出版社,2000.552
[2]王光超.皮肤性病学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1995.76
[3]李淑玲,田亚楠.老年人药物反应及特殊护理[J].实用护理杂志,1999,15(4):41
[4]贾晓红.重症皮肤疾病的临床护理[J].护士进修杂志,2003,18(6):558

(收稿日期:2004-01-05)

合。若继续流出较多胆汁,应及时更换伤口敷料,防止细菌生长。

2.7 夹管时间绝不等于拔管时间。在免疫抑制的病人或引流管是由无反应性材料如硅橡胶制成的情况下,甚至要留置更长的时间^[4]。

2.8 能进食的患者给予高碳水化合物、高蛋白、低脂肪饮食。

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.610
[2]吴言涛.肠道细菌移位在外科临床的意义[J].普外基础与临床杂志,1996,12(3):238
[3]张淑珍.1 例孤寡老年胆总管结石患者手术前后的护理.中华护理杂志,1993(5):299
[4]凌宝存,郭金龙.现代外科引流技术[M].北京:人民军医出版社,1996.110

(收稿日期:2003-12-18)