

急诊胆道术后多部位感染护理工作经验教训(附1 例报告)

刘平 谢建文 游润德
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词:胆道术后感染;护理;病例报告

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0082-02

1 病例介绍

患者,女,72岁,2003年11月30日晚9时入院,住院号856。患者于2003年11月29日上午9时突然右上腹部疼痛不适,疼痛呈阵发性绞痛,持续性隐痛伴呕吐2次,呕吐物为胃内容物,含有胆汁,在当地卫生院治疗(用药不详)症状未见好转,病情加重,尿少,血压低,以急性梗阻性化脓性胆管炎并休克急诊入院手术。既往有15年胆总管结石、胆囊结石史,5年慢性胆源性胰腺炎病史。入院检查:体温37.5℃、脉搏100次/min、呼吸25次/min、血压60/40mmHg,腹胀隆,满腹压痛,以右上腹为甚,Murphy征阳性,腹水征阳性,肠鸣音消失。化验检查:白细胞 $20.2\times 10^9/L$,中性0.96, CO_2-CP 20.9mmol/L,Bun 14.8 $\mu mol/L$,Cr 294.1 $\mu mol/L$,血淀粉酶50IU/L。11月30日晚11时在气管插管全麻下行剖腹探查术,术中见腹腔内有洗肉水样液体约600mL、胆总管壁坏死、胆总管结石、胆囊结石,行胆总管切开取石术,T型管引流,胆囊造瘘,腹腔引流。术后全身联合运用抗生素,先锋霉素V 4g静推,每日2次;替硝唑0.5g静脉点滴,每日2次。治疗9d,体温逐日升高,由手术当日的37.5℃升至38.8℃。12月8日查血,白细胞 $22.3\times 10^9/L$,中性0.879。12月9日改用菌必治2g静推,每日2次;丁胺卡那霉素0.4g静脉点滴。12月14日患者体温降至正常,继续用药至12月20日停药。12月29日T型管夹管,2004年元月1日拔除T型引流管。元月3日体温为38.9℃,4日患者出现肺部、切口感染,高热咳嗽,胸闷,气喘,体温39.4℃,切口敷料湿,引流管口有胆汁溢出,局部红肿热痛,胆汁瘘,胆汁从腹腔引流管漏出。胸片示左侧胸

据。本组2例胆总管穿孔病人,其中1例及时发现,及时行手术探查及积极治疗后病人恢复快;另1例病情变化快,未及时发现,延误了治疗时机,虽经后期2次手术及积极抗休克、抗炎、营养支持治疗,恢复良好,痊愈出院,但给病人造成了极大的痛苦及严重的经济负担,给我们留下了深刻的教训。

2.4 胆道出血 其发生原因可能是切开过大,电凝时间过短或切口及乳头部血管变异^[4]。出血量少者可自行止血,持续渗血可配合医生用切开刀烧灼止血或局部喷洒1:20 000去甲肾上腺素类,或于出血点黏膜下注射1:10 000的肾上腺素止血。本组1例病人术后3d内持续出现黑便,呕吐咖啡样胃内容物,经补液、止血药物及生长抑素的应用,出血停止。如发现病人黑便、呕血、面色苍白、四肢发冷、血压下降、休克等现象,应立即通知医生,快速补充血容量,静脉应用止血药物及生长抑素,同时做好术前准备,及时手术治疗。

3 讨论

ERCP后引起严重并发症的相关因素很多,要降低其发生率及尽快得到有效控制与治疗,就要从多方面综合考虑,

腔积液。又用菌必治、病毒唑继续治疗。元月13日化验大便,检出霉菌孢子体。院内感染诊断为:肺部、切口感染,肠道霉菌感染,诊断依据符合国内医院感染诊断标准。患者术后一直食欲不振,后又呕吐频繁,纳差,贫血,四肢浮肿,家属失去治疗信心,最后放弃治疗。患者终以多器官功能衰竭于2004年2月20日上午8时死亡出院。

2 经验教训

2.1 术前未做皮肤护理 患者是急诊手术,来不及进行术前皮肤清洁准备工作,而且患者年老,冬天长时间未洗澡,术前未淋浴,皮肤上携带的寄生菌、致病菌通过切口进入组织感染。

2.2 护士对患者评估不够 患者术后未安置单人病室,而是放置在两人间, unlimited探视、陪护人员,病室每天未进行空气消毒。其原因有:(1)当时住院病人和危重病人比较多,抢救室已住了抢救病人,基层医院条件有限,没有ICU室,而且抢救室每个科室只有一间;(2)患者术后护理人员未引起高度重视,对疾病的转归估计不够,片面的认为做完手术就没事。

2.3 健康教育和基础护理不到位 患者肥胖,术后多导管引流,翻身比较困难,每次翻身都要两人以上协助完成,尤其是夜间,当班护士每次翻身都要叫家属配合,家属以影响病人休息为由拒绝每2小时翻身1次。责任护士未将翻身、拍背、排痰护理的重要性告诉患者及家属。引流管口有胆汁溢出,未及时做好切口皮肤护理。

2.4 其它相关因素 (1)患者为老年女性,起病急,病情危重,多脏器病变,再加上手术创伤,防御能力下降,机体抵抗力差。(2)拔管前未作X线造影检查,未明确胆总管远端是否

除要求有娴熟的内镜技术、严格掌握ERCP指征、制定ERCP操作规范等等外,笔者认为,我们护理工作中应重点加强:(1)做好围手术期心理护理,耐心向病人介绍有关ERCP操作步骤及需配合的注意事项,解除病人的顾虑及恐惧心理,以更好地配合治疗。(2)严密观察生命体征及腹部体征,引流液的性质、量等。(3)掌握并发症的常见原因、症状体征,对并发症早预防,早发现,早治疗。总之,熟练的操作技术、密切的医患配合、精心的护理观察可有效预防并发症的发生,减少病人的痛苦,缩短病人的住院时间,减轻病人的负担。

参考文献

[1]Gottlieb k, Sherman S.ERCP and biliary endoscopic sphincterotomy-induced pancreatitis[J].Gastrointest Endosc Clin N Am,1998,8: 87
[2]JO Vandervoort, RoyM Soetikno, TonyC K Tham, et al.Risk factors for complicaions after performance of ERCP [J].Gastrontest Endosc, 2002,56(5): 652~656
[3]沈莉,顾方乐,陆翠云.经内镜胆管引流术的观察与护理体会[J].中华护理杂志,2001,36(1): 33~35
[4]吴锡琛.消化内镜术[M].南京:江苏科学技术出版社,1992.233

(收稿日期: 2006-06-02)

经尿道前列腺汽化电切病人术后并发症的观察与护理

傅文珍

(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

关键词:经尿道前列腺汽化电切;并发症;护理

中图分类号:R472.92

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0083-02

随着经尿道前列腺汽化电切 (Transurethral electro-vaporization prostatectomy, TVP) 技术的成熟,临床上正在以它取代开放手术,虽然近年来药物治疗和微创治疗在前列腺增生治疗中发挥了一定的作用,但 TVP 仍然是治疗前列腺增生的金标准,不仅在于它是一种有效而持久的治疗方法,更在于它避免了常规手术的腹部切口,提高了手术安全性,因其损伤小、出血少,亦减少了病人的痛苦,大大缩短了住院时间。我科从 2000 年 9 月~2005 年 6 月,对 1 150 例前列腺肥大病人行 TVP 治疗,取得了满意的疗效。现将其可能出现的并发症及护理总结如下:

1 临床资料

本组 1 150 例,年龄 54~88 岁,平均年龄 74 岁;进行性排尿困难病史 1~15 年,平均 3.6 年;术前残余尿测定 100~1 100mL,平均 320mL;最大尿流率 1.5~12.2mL/s,平均 5.1mL/s。其中有 30%病人伴有不同程度的心、肺、肝、肾功能不全,有 15 例伴有脑血管意外后遗症。术后并发早期出血 4 例,迟发性出血 3 例,经尿道电切综合征 1 例,尿失禁 2 例,尿道狭窄 10 例,1 例出现脑血管意外,2 例并发下肢静脉血栓形成。

2 并发症的观察与护理

2.1 术后出血 早期出血的原因主要是止血不完善,或电切切开静脉窦过多所致;迟发性出血可能是由于前列腺大量痂皮组织的脱落,或用力不当,大便秘结增加腹压所致。病人主要表现为冲洗液的颜色呈血性或伴有血块,出血严重者可出现面色苍白、脉搏细速、血压下降等休克症状。护理措施:术后用三腔气囊导尿管持续膀胱对流冲洗 1~2d,观察冲出液的颜色,如呈血性,可将气囊导尿管牵拉固定于大腿内侧,利用气囊压迫前列腺窝,达到止血的目的,牵拉时间一般为 6h。保持冲洗通畅,如有血凝块堵塞导尿管时,膀胱及前列腺窝过胀会造成更严重的出血,必要时可按医嘱应用止血药物,或在直视下电灼止血。本组术后早期出血 4 例,其中 3 例经牵拉气囊导尿管、应用止血药物等措施后痊愈,有 1 例上述措施无效后,再次在硬麻直视下电灼止血;迟发性出血 3 例,均经保守治疗后痊愈。

通畅,盲目拔管,拔管第 3 天患者高热,引流管口胆汁溢出,呕吐厉害,怀疑胆总管下段不通畅,腹腔引流管、胆囊引流口、胆总管引流口互通,在腹腔形成胆池,胆汁长时间刺激切口皮肤。(3)化脓病灶、引流物及血未做细菌培养和药敏,抗生素使用不规范,而且使用时间过长,加上病人衰竭,免疫力低,造成菌群失调,导致真菌感染。

2.2 经尿道电切综合征(TURS) 发生原因是由于手术中静脉窦开放,或者前列腺包膜穿透后渗漏重吸收以及 TVP 手术时间过长^[1],大量冲洗液进入血循环,形成稀释性低钠血症。病人可在术中或术后几小时内出现烦躁不安,恶心、呕吐,甚至昏睡,严重者可出现脑水肿、肺水肿、心力衰竭等症状。护理上除严密观察患者有无胸闷、气急、心率加快、恶心、呕吐等症状外,还应监测血压、心率、血气及水电解质的变化,及早发现先兆症状。一旦出现上述症状,应立即给予吸氧,按医嘱给予利尿剂及静脉补充高渗盐水。本组病人 1 例术后即出现烦躁不安,心率 104 次/min,呼吸 24 次/min,血压正常,水电解质测定血钠为 120mmol/L,经上述处理后病人痊愈。

2.3 尿失禁 多因尿道括约肌损伤以及膀胱无抑制收缩所致,多为一时性的尿失禁。本组 2 例,1 例经进行盆底肌肉的收缩训练后痊愈;1 例尿失禁症状较严重,经使用阴茎夹控制排尿,同时服用管通片,2 次/d,约 2 个月后,患者症状缓解,3 个月后痊愈。

2.4 膀胱无抑制收缩 多与导尿管刺激或气囊压迫以及引流管不通畅有关。病人表现为下腹部阵发性胀痛,膀胱持续冲洗受阻,尿道口溢液明显。预防措施:保持患者安静,术后应用镇痛泵,及时清除膀胱内小血块,冲洗液保持合适的温度,或口服颠茄合剂等。

2.5 排尿不畅和尿道狭窄 多因感染和创伤所致,并相互影响。对该并发症的预防除了术中减少损伤外,术后做好留置导尿管的护理,保持会阴清洁,及时清除尿道口分泌物,并嘱病人多饮水,防止泌尿系感染^[2]。本组 10 例,其中 8 例经定期的尿道扩张(每周 1 次,6 次后改为每 2 周 1 次),2~3 个月后病人排尿通畅,未再出现排尿困难症状;另 2 例因瘢痕狭窄较严重,经上述处理失败,改行冷刀尿道内切开术,术后留置导尿管 4 周,拔除导尿管后,再行尿道扩张术,经处理病人痊愈。

2.6 其它并发症 本组 1 例术后并发脑血管意外,病人术后出现昏迷,两瞳孔呈针尖样大小,对光反射迟钝,CT 检查提示丘脑出血,家属要求放弃治疗而自动出院。本组 2 例出现下肢静脉血栓形成,均为气囊导尿管牵拉侧下肢,表现为下

以上均为患者术后多部位感染(肺部、切口、肠道)的危险因素,由此可见切实做好各项护理工作,控制医院感染的重要性。“三分治疗,七分护理”,护理质量的好坏直接关系到病人疾病的转归,护理人员要提高认识,引起重视,积极主动做好各项护理工作、健康宣教,减少术后并发症,降低医院感染发生率,提高医院医疗服务质量,降低死亡率。

(收稿日期:2006-09-21)