

3.2.5 操作者要熟悉锁骨下静脉的解剖位置及周围结构。熟练掌握锁骨下静脉穿刺的要领,保证穿刺成功率,避免并发症的发生。

综上所述,锁骨下静脉安全留置针穿刺给药应用于复苏患者,操作安全、方法简单;经锁骨上路径穿刺,不需终止胸外按压及气管插管等抢救操作下顺利完成,使抢救药物能迅速进入中央循环发挥作用,为快速抢救患者赢得时间,是复苏患者紧急用药的理想途径和方法。因此推荐在有条件和技术的医院,抢救急危重症患者时应尽可能用此法行中心静脉用药,在重症患者的院前急救中也是一种行之有效的护理操作技术。

参考文献

1 师广斌,高佩鸿,江勇,等.锁骨下静脉穿刺术在急诊抢救中的

临床应用[J].福建医药杂志,2002,24(3):36-37.

2 吴燕生,李昌康,德.380例锁骨下静脉穿刺置管术在急诊抢救中的应用体会[J].中国实用医药,2010,5(20):39-40.

3 李奇林,蔡学全,宋于刚.全科急救[M].北京:军事医学科学出版社,2001:560.

4 Advanced Life Support Working Group of the European Resuscitation Council. The 1998 European Resuscitation Council guidelines for adult advanced life support[J].BMJ,1998,316(7148):1863-1869.

5 杨慧,高建伟.锁骨下静脉穿刺在急诊救护中的临床应用和护理[J].中国医药导报,2009,6(25):86-87.

6 李春盛.应掌握现代复苏时药物应用的原则[J].中国危重病急救医学,2000,12(11):643-644.

7 罗凤莲,蔡均,杨晓蓉.安全型与头皮式留置针在颈外静脉穿刺中的应用比较[J].中国实用护理杂志,2006,22(4):44-45.

8 李赛梅.锁骨下静脉穿刺置管失败原因分析及对策[J].护理学杂志,2003,18(7):518-519.

[收稿日期 2012-06-12] [本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

护理研讨

胆道镜联合冲击波碎石治疗老年胆道残余结石的手术配合

周燕秋

作者单位:530021 南宁 广西壮族自治区人民医院肝胆腺体外科

作者简介:周燕秋(1969-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:临床护理学。E-mail:501362690@qq.com

[摘要] 目的 探讨纤维胆道镜联合冲击波碎石治疗老年胆道术后残余结石的术中配合方法及注意事项。方法 对52例老年胆道术后残余结石患者经纤维胆道镜联合冲击波碎石取石的手术配合进行回顾性总结。结果 52例老年患者全部顺利完成手术,患者结石取出率为100%,无胆道穿孔等严重并发症发生。结论 完善的术前准备,熟练的仪器操作以及对患者的全程心理护理是手术成功的重要保证。

[关键词] 纤维胆道镜联合冲击波碎石; 老年胆道结石; 手术配合

[中图分类号] R 575.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)11-1076-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.29

随着我国居民生活水平的提高和人口老龄化,胆道结石症日益增多,约占老年外科疾病的10.72%^[1]。据报道,我国胆道术后残余结石的发生率为9.4%~30.0%^[2]。而大部分老年胆道结石患者常合并其他疾病,导致无法进行较大较长时间的手术,故老年胆道患者术后结石残留率更高。因此,对老年胆道术后残余结石的患者来说,通过适宜的方法成功取出残余结石是他们恢复健康的关键。我科2009-10~

2011-10采用纤维胆道镜联合冲击波碎石仪取石的方法治疗52例老年胆道术后残余结石患者,取得满意效果,现将护理手术配合方法总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共52例,其中男23例,女29例;年龄60~82岁。均为肝内胆管结石行胆囊切除+胆总管切开取石+T管引流术后患者,术后均经T管造影提示胆道内残余结石,单个残石11

例,多个残石 41 例。2 次以上胆道手术史者 9 例,巨大结石 17 例,胆总管下端嵌顿性结石 4 例。

1.2 手术方法 患者取平卧位,拔出 T 管,经 T 管窦道插入胆道镜,探见结石后,从胆道镜工作通道插入取石网篮套取结石后拉出窦道。若结石大于网篮或窦道,将碎石电极从胆道镜工作通道插入轻贴结石进行碎石后再行取出,常规放置 T 管。

2 结果

结石 1 次取净 41 例,占 78.85%;2 次取净 9 例,占 17.31%;3 次取净 2 例,占 3.85%。无并发症和不良反应发生。

3 护理配合

3.1 心理护理 该病由于病程长,病情反复发作,加上患者对取石术缺乏了解,由此对手术产生了恐惧心理,对手术成功缺乏信心。手术护士应在术前向患者及家属详细介绍手术方法和术中可能出现的不适及对应办法,介绍成功病例,帮助患者树立信心,积极配合医生完成手术。术中要不停询问患者感受,鼓励患者表达身体和心理的不适,及时调整手术体位和手术进度,消除患者恐惧心理,要将心理护理贯穿于整个手术过程。

3.2 术前准备 患者术前应行胆道造影以了解结石分布情况,首次胆道镜取石应至少在手术后 6 周以上(T 管窦道已成熟),以免插镜及取石操作撕裂胆道^[3]。术日评估患者有无腹痛、高热等不适,一般不需禁食,但术前不宜过饱,以免腹胀、呕吐。术前 30 min 给予镇静解痉药以减少术中、术后不适。物品准备:(1)检查仪器性能是否良好,胆道镜和碎石电极灭菌备用;(2)备好等渗冲洗液 3 000 ml 加热至 37℃左右;(3)备好取石网篮 2 根、3L 粘帖手术巾^[4](脑科专用 30 cm×45 cm)1 张、各种型号的 T 型引流管和双腔硅胶导尿管等。

3.3 术中配合

3.3.1 患者取平卧位 碘伏消毒 T 管和管周皮肤待干,3L 粘帖手术巾沿中线剪开上 1/3,避开 T 管紧贴于术野皮肤。协助医师小心拔除 T 管,切忌暴力,以防窦道撕裂。

3.3.2 连接仪器和管道(所有管道避免打折弯曲)连接等渗冲洗液,待医师从 T 管窦道插入胆道镜后,检查肝内外胆管,了解结石分布、大小、数量

等,看清结石后,协助医师从胆道镜工作通道插入取石网篮套取结石后拉出窦道。如结石过大,切忌强行拉出结石以免撕裂胆道和损坏取石网篮,可将碎石电极从胆道镜工作通道插入轻贴结石,启动空气压缩泵(气压调至 0.6~0.8 kPa),采用连续脉冲方式击碎结石,再放入取石网篮将碎石取出。取石完毕,根据窦道大小、患者耐受程度选择大小合适的 T 管重新置入并用缝线妥善固定,以保证术后胆汁引流通畅。如患者手术时间过长,导致术后腹肌收紧影响 T 管置入,可选用大小适宜的硅胶导尿管置入替代 T 管^[5]。

3.3.3 术中配合应注意的问题:(1)严格无菌操作,防止感染;(2)碎石操作脚踏应由操作医师操作,以保证碎石时电极紧贴结石,避免击中黏膜导致黏膜出血穿孔;(3)在操作过程中,冲洗液应保持低速持续冲洗,避免因冲洗压力过大、胆道内冲洗液不能及时排入肠道,引起胆道压力增高;(4)术中密切观察病情变化。由于患者处于无麻醉状态,纤维胆道镜插入窦道的刺激可能会导致患者出现上腹部酸胀、疼痛、脸色苍白,严重者出现大汗淋漓、心率加快等症状,此时应嘱患者深呼吸,难以忍受时应暂停手术,必要时可予镇静剂。如患者呕吐应助其头偏向一侧,及时给予容器,避免呕吐物呛入呼吸道导致窒息或发生吸入性肺炎;(5)术中适时与患者交谈,分散其注意力,减轻其恐惧,体位不适时适当调整体位,必要时给予肢体按摩以减轻患者不适;(6)对于未能取尽结石的患者,应尽量选择较粗的 T 管或导尿管置入并妥善固定,便于下次再行胆道镜取石。

参考文献

- 1 杨敏.临床路径在护理管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2003,9(10):795-796.
- 2 梁浩晖,王成友,张敏杰,等.57 例胆道残余结石的诊断和治疗[J].广东医学院学报,2006,2(24):24-25.
- 3 余昌达,熊功友.胆道镜下液电碎石治疗复杂胆道术后残余结石 312 例疗效分析[J].九江医学,2008,23(1):11-14.
- 4 林秀云,刘鄂长,苏连珠,等.术后胆道镜铺巾方法的改进[J].中华护理杂志,2008,43(4):302.
- 5 孙振浩.胆道手术中 T 管的合理应用浅议[J].中国乡村医药杂志,2007,14(11):22-23.

[收稿日期 2011-12-05][本文编辑 杨光和 韦所苏]