

3 讨论

阿托品是 M 受体阻滞剂, 在抢救有机磷农药中毒时, 主要作用是抗中毒后的 M 样症状。其静脉注射后 1~4 min 即可发挥作用, 8 min 达高峰, 快速消失。由于阿托品在体内代谢较快, 而有机磷对酶抑制作用又较持久, 故应反复或持续给药。本研究采用大剂量阿托品首次静脉冲击法加持续静脉滴注, 抢救重度有机磷农药中毒患者, 明显优于传统的静脉推注方法, 节省了人力和物力, 便于观察, 利于调整, 容易计算阿托品用量, 减少多次静脉推药可能造成的污染, 降低了护理人员的劳动强度。

利用持续阿托品静脉滴注可使中毒反跳大为减少, 与静推组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。同时病程也大为缩短 ($P < 0.001$), 减轻了患者的经济负担。利用持续阿托品静脉滴注患者的生命体征较使用阿托品静脉推注稳定; 出现躁狂和深昏迷者也有所下降, 但与静推组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

由于阿托品剂量与阿托品中毒的剂量非常接近, 所以使用阿托品时, 观察和判断病情至关重要。

区分有机磷农药中毒、阿托品中毒、阿托品化临床表现, 是护理的关键所在。且阿托品化的指标中以皮肤、黏膜的变化出现最早, 神志变化和肺部罗音消失最可靠, 尿潴留则出现最迟, 一旦出现尿潴留表示阿托品过量。

定量持续静脉滴注阿托品可避免经验因素, 减少药物副作用。传统的静脉推注疗法往往只重视阿托品用量不足, 追求阿托品化, 对阿托品过量则重视不够, 定量持续静脉滴注给药法根据病情按需确定用量, 根据病情进展随时调节进液量, 用药浓度变化平稳, 为充分观察病情变化趋势提供了时间, 可防止因阿托品过量或不足导致的周围性及中枢性呼吸衰竭, 同时由于持续静滴而使阿托品中毒和中毒反跳大为减少。

[参 考 文 献]

- [1] 邢玉玲, 张庆君. 有机磷农药中毒用阿托品抢救使用方法的护理研究[J]. 菏泽医学学报, 2000, 12(3): 150-152.
- [2] 李 锋, 李桂荣, 郭向杰. 有机磷中毒急救中阿托品化的判断[J]. 内科急危重症杂志, 2000, 6(2): 97-99.

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0678-02

。 临床护理。

内镜取石治疗老年胆总管结石的围术期护理

余永红, 张鹏年

[摘要] 目的: 探讨内镜取石治疗老年胆总管结石的围术期护理要点。方法: 回顾分析 86 例老年胆总管结石拟行内镜下取石患者的临床资料, 总结术前术后的护理措施。结果: 86 例均顺利接受内镜逆行胰胆管造影检查, 出现并发症 5 例, 并发症发生率 5.81% (5/86)。结论: 内镜治疗老年胆总管结石安全有效, 并发症少, 护理中应根据老年患者的身心特点, 加强术前指导, 侧重术后观察。

[关键词] 胆总管结石 / 外科手术; 内镜术; 老年病学; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 657.42 [文献标识码] A

随着内镜及影像学技术的发展, 内镜取石治疗胆总管结石已成为一种安全有效的方法, 尤其对老年患者可作为首选。这项新技术的开展给护理人员在如何做好术前术后护理方面提出了新的要求, 只有全面了解老年患者的身心状况, 熟练掌握新的理论知识及手术方法, 才能更好地完成术前指导及术后观察护理工作。1999 年 8 月~2004 年 12 月, 我科用十二指肠镜治疗胆总管结石 397 例, 其中 60 岁以上的老年患者 86 例。现就其围术期护理作一

报道。

1 临床资料

本组男 41 例, 女 45 例; 年龄 61~92 岁。伴有合并症者 75 例。术前影像学 (包括 B 超和磁共振胰胆管成像等) 检查结果均提示胆总管结石。其中原发性结石 32 例, 残留或复发性结石 54 例。86 例均顺利接受内镜逆行胰胆管造影检查, 5 例胆道造影未发现结石, 行内镜逆行胰胆管造影 + 鼻胆管引流 (ERCP+ENBD), 3 例因合并肝内胆管结石或结石过大改手术治疗, 78 例取石成功。并发症发生率 5.81% (5/86), 其中急性胆管炎 1 例, 急性胰腺炎

[收稿日期] 2005-08-29

[作者单位] 安徽省立医院 微创外科, 安徽 合肥, 230001

[作者简介] 余永红 (1974-), 女, 护师。

3例,消化道出血 1例,无重症胰腺炎及死亡病例。住院时间 2~10天。5例并发症中,4例经禁食、抗感染、补液、止血、制酸抑酶等综合治疗后痊愈,1例急性胆管炎患者,因术后 1天自动出院,于当晚即出现腹痛、高热,次日晨再入院,立即予扩容、纠酸、抗感染治疗,并紧急行内镜下胆管引流术,住院 10天后痊愈出院。

2 护理

2.1 心理护理 耐心向患者介绍内镜取石具有痛苦小、住院时间短、恢复快的优点及简要手术过程,解除患者的紧张情绪及心理压力,让患者以轻松的心态接受治疗。

2.2 术前准备 积极配合医师做好术前重要脏器功能的检查及出、凝血时间、血常规、表面抗原的检测,同时做好碘过敏试验,术前禁食 4~6 h,禁水 2 h,取下活动性义齿及金属首饰,术前 1 h应用抗生素,备好造影剂、镇静药、抑制肠蠕动药、止血药及必要的急救药品。携患者的住院病历、CT、B超等相关资料一起送患者至内镜中心,并向手术护士详细交班。

2.3 饮食与休息 患者回病房后,嘱患者卧床休息,由于插管术后可能出现咽部不适疼痛,暂时禁食水,并说明饮食治疗的意义及禁食的重要性。经静脉酌情输液,第 2天能否进食根据血、尿淀粉酶检测的结果和医嘱决定。如无特殊情况一般禁食 12~24 h后逐渐给低脂流质到半流质。

2.4 及时正确给药 内镜治疗后,为预防胆管及胰管的感染,应常规使用抗生素以及抑制胰酶分泌的药物^[1],内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(ESI)后应用止血药物 3天^[2]。

2.5 加强鼻胆管的护理 妥善固定好鼻胆管,保持鼻胆管引流的通畅,鼻胆管末端接 20~30 ml注射器,每小时抽吸一次,正确记录引流胆汁的量、色、性质。一般放置 3~5天经鼻胆管胆道造影,证实无残余结石则拔除。在此期间做好口鼻腔的护理。

2.6 并发症的观察护理 常见并发症有急性胰腺炎、急性胆管炎、消化道出血、后腹膜穿孔、下颌关节脱位等。(1)急性胰腺炎:是术后最常见的并发症。术后要密切观察患者腹部体征变化,注意腹痛的性质、部位、持续时间,同时积极配合医师检查血、尿淀粉酶。本组 1例术后第 1天出现上腹痛明显,2例腹痛轻,查体上腹部压痛明显,血、尿淀粉酶均明显升高,即嘱禁食水,予胃肠减压,芒硝腹部外敷,遵医

嘱及时正确应用消炎、利胆、制酸、抑制胰酶分泌的药物,营养支持。3例均经保守治疗痊愈。(2)消化道出血:多为 ESI术后乳头切开处的迟发性出血,表现为呕血、黑便,护士应密切观察记录出血的颜色、性质及量,同时注意生命体征的监测^[3]。本组 1例因术后出现腹胀、腹痛,黑便数次,量约 300~500 ml,经止血、输血、补液治疗后痊愈。(3)急性胆管炎:常发生于伴有胆道感染者,大多在术后 2~3天内出现寒战、高热,重者可出现低血压、少尿,并可出现多器官功能障碍综合征^[2]。本组 1例 74岁患者,术后一天子女坚决要求出院,于当晚即出现腹痛、高热,次日晨来院,立即予扩容、纠酸、抗感染治疗并紧急行内镜下胆管引流术。术后注重生命体征的监测。10天后痊愈出院。(4)其他:如穿孔、造影剂过敏及心血管意外等,也是内镜检查常见的并发症,应根据病情备好急救药械。本组无此类并发症发生。

3 讨论

随着生活水平的提高和我国人口的老年化,老年胆总管结石患者日渐增多。内镜下取石作为治疗老年胆总管结石的首选方法,认真做好术前准备及心理护理,术后加强生命体征的严密观察,对减少手术并发症、降低病死率有重要的意义。在护理工作中应着重注意:(1)老年患者的身心特点。由于老年患者组织器官走向老化,生理功能退行性改变,各脏器的储备功能降低,应激能力差,因而削弱了其适应和抗病能力,且多有合并症或手术史,对手术易产生焦虑恐惧心理,因此术前应详细介绍内镜取石的优点及简要手术过程,加强患者的各项准备及心理护理,让患者能顺利接受内镜治疗。正确的护理和患者的密切配合是治疗成功的重要因素之一。(2)并发症的观察。老年患者感觉较迟钝,自觉症状轻,主诉不多且症状不典型,护理中要严密观察患者的腹部体征及生命体征变化,耐心倾听并足够重视患者的每一点主诉。及时完成术后血、尿淀粉酶的检测,才能及早发现并发症并作相应处理,是减少并发症保证手术成功的关键。

[参 考 文 献]

- [1] 王成,黄强,谷新珠,等.内镜治疗胆总管结石的临床研究[J].中华消化内镜杂志,2005,22(1):40-42
- [2] 钱火红主编.内镜微创技术护理学[M].北京:人民军医出版社,2003:88-89
- [3] 邱永梅,田军,王爱红.微创外科治疗胆囊胆总管结石患者的护理[J].南方护理学报,2003,10(3):36-37