

表1 两组苏醒期躁动等级比较(n)

分组	n	躁动				$u_c$	P
		0级	1级	2级	3级		
观察组	30	9	14	5	2	2.90	<0.01
对照组	30	3	9	12	6		
合计	60	12	23	17	8		

程度的不适感,增加患者术前紧张恐惧心理及尿道黏膜的损伤<sup>[1]</sup>。基于这种原因,目前我院对手术患者多在麻醉后行留置尿管。全麻状态下,患者的中枢神经受到抑制,意识消失,镇痛完善,肌肉松弛,尿道阻力相对减少,尿管置入顺利。但在临床工作中发现,此类患者在麻醉苏醒期会出现因尿管刺激而引起的躁动明显增加。清醒状态下尿管所致的不适,使患者提前适应刺激,待手术结束时可处于良好的耐受状态,能够接受尿管的存在,从而缓解全麻苏醒期躁动;全麻后导尿,大脑皮层对导尿过程毫无记忆,对尿管的刺激不能产生耐受,导致麻醉苏醒期对尿管刺激不认知和不接受,而此时患者意识尚未完全清醒,对外界刺激呈高敏状态,任何刺激和疼痛不适都可引起躁动,男性由于尿道的解剖特点,对尿管刺激较敏感,反应更强烈<sup>[2,3]</sup>。强烈的躁动可增加患者尿管脱落、意外性伤害及心血管应激反应等,影响患者苏醒期平稳过渡。

提高患者对尿管刺激的耐受性,将有利于减轻苏醒期躁动,患者对尿管的耐受性与认知程度有关。根据准确期待理论,向患者提供某种应激医疗手术

的真实信息,将会减轻患者由于不了解手术而产生的害怕情绪,使其耐受性增加<sup>[4]</sup>。因此,在认识上形成准确的期待便可有效地减轻患者的应激反应。我们利用术前访视和全麻诱导前两个时段与患者进行有效地沟通解释,帮助患者对留置尿管有充分的认识,熟悉将要发生的事情,做好心理准备,在麻醉苏醒期经历与预期一致的体验,从而提高其对尿管的耐受性;即使患者苏醒期有躁动迹象,只要及时给予适当的安慰提醒,患者也易于配合接受。这与刘新<sup>[5]</sup>的报道相一致,即做好术前解释可以减少苏醒期尿管刺激引起的躁动发生率,患者能够安静配合。本研究观察组患者接受信息支持后,苏醒期躁动等级低于对照组。因此,对全麻后留置尿管的患者,在术前给予相关的信息支持可提高其对尿管的耐受性,减轻麻醉苏醒期躁动程度,同时也说明手术室护士术前对患者的指导是十分重要的。

## [参考文献]

- [1] 杨翠芳,赵哲玲,肖华,等.全麻手术病人导尿时机的选择[J].中华护理杂志,2002,37(2):89-90.
- [2] 秦秦,董雪琴,杨瑞,等.导尿时机对全麻苏醒期躁动影响的研究[J].中国现代医药杂志,2008,10(1):57-58.
- [3] 廉爱铃,王丹,李子楠.全身麻醉前后留置导尿对男性患者苏醒期躁动的影响[J].解放军护理杂志,2008,25(7B):57-58.
- [4] 吴均林,林大熙,姜乾金.医学心理学教程[M].北京:高等教育出版社,2001:239.
- [5] 刘新.539例全麻手术患者苏醒期躁动原因分析及护理[J].中华护理杂志,2007,42(10):886-887.

[文章编号] 1000-2200(2009)08-0744-03

· 护理学 ·

## 内镜下胆总管取石术中护理配合

崔琳

**[摘要]**目的:总结内镜下胆总管取石的术中护理配合体会。方法:分析69例内镜下胆总管取石术中环节的护理经验。结果:69例中,67例取石成功,未发生并发症;余2例分别因结石较大、结石下方胆总管狭窄而中转剖腹手术。结论:认真细致地做好内镜下胆总管取石术中护理配合有重要意义。

**[关键词]**胆总管结石/外科手术;内镜术;护理

**[中国图书资料分类法分类号]** R 657.42; R 730.49

**[文献标识码]** A

Kawai等(1973)首创内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(EST)。乳头括约肌切开取石,标志着十二指肠内镜的发展迎来从诊断走向治疗,从内科闯入外科领域的新时代<sup>[1]</sup>。此后,各种十二指肠镜下

的诊断和治疗技术不断更新,经内镜十二指肠乳头切开取石已成为胆总管结石的首选治疗方法<sup>[2]</sup>。本文着重总结经口十二指肠镜胆管取石术中护理配合的体会。

## 1 临床资料

本组69例,均为2007年10月至2008年3月

**[收稿日期]** 2008-12-09

**[作者单位]** 皖南医学院弋矶山医院 内镜中心,安徽 芜湖 241001

**[作者简介]** 崔琳(1968-),女,主管护师。

皖南医学院弋矶山医院消化内科的住院患者。其中男 29 例,女 40 例;年龄 17~80 岁。多发性胆总管结石 51 例,单个胆总管结石 18 例。67 例内镜取石成功;另 2 例中 1 例因结石较大(剖腹术后测量其结石长径 4.0 cm),1 例因结石下方胆总管狭窄而临时中转剖腹手术。共取出结石 167 枚,结石长径 0.5~2.5 cm。

## 2 术中护理

### 2.1 巡回护士

2.1.1 术前准备 一般多采用左侧卧位,此体位使内镜容易通过幽门。本组 68 例均采用左侧卧位顺利完成手术,仅有 1 例因器官转位左侧卧位失败,转用右侧卧位,使手术顺利进行。建立一条通畅的静脉通路;严密检测血压、动脉血氧饱和度和心率。在手术前让患者服用祛泡剂,同时遵照医嘱用药,如哌替啶、地西洋、山莨菪碱等。有 8 例因术前血压较高,手术开始不久,便出现血压波动,心率增快,及时给予对症处理,待血压稳定后,方完成手术。本组有 57 例均有不同程度的情绪紧张,通过耐心解释和成功病例的描述,缓释其紧张情绪,提高自信心,多取得良好效果;但仍有 9 例需给予地西洋等药物来稳定情绪。

2.1.2 器械准备 在手术前,应检查吸引器、十二指肠镜、高频电刀等各种手术器械是否运转正常,如吸引器是否漏气、管道是否通畅,内镜是否严格消毒,高频电刀是否导电等。曾有一次由于吸引器管道老化而漏气,无法吸引肠道分泌物,影响视野观察,发现后及时排除漏气故障,顺利操作。

2.1.3 清点器械 器械的清点像外科手术一样重要。做到手术前后所有器械数量一致,详细记录且遵守交接班制度,以免造成对患者的伤害。本组中 1 例因结石太硬使网篮断裂在胆管内,及时发现后用鳄鱼钳取出,避免造成严重后果。

### 2.2 器械护士

2.2.1 内镜下逆行胰胆管造影(ERCP) 内镜下明确十二指肠乳头开口后再行插管,对重症胰腺炎患者不宜反复插管。本组中有 4 例重症胰腺炎患者,事先选择十二指肠乳头预切开后便成功插管。注射造影剂前,应先排除造影剂内的气体,否则可产生假性负影。胆管推注造影剂时速度要适宜,边注射边观察显影情况。

2.2.2 切开方式 检查确诊后,即行 EST 及胆管内取石,切开方向以 10~11 点钟方向为最好。乳头

切开的长度应根据结石大小、乳头形态等具体情况而确定。本组中有 11 例因事先没有充分估计结石的大小,切口长度不够,无法顺利取出结石,待扩大切口后方取出。选择切开电流为凝切混合电流。如在乳头切开时,切口有渗血,可以及时局部喷洒 1:10 000 肾上腺素。

2.2.3 网篮取石 深插网篮导管,在 X 线透视下抵达结石上方,使网篮钢丝伸出导管。护士在此阶段要反应迅速,紧随术者思路,待网篮充分张开后,使结石轻微随之上下移动,最后使结石完全嵌入网篮内,然后收紧网篮,拉出胆道。本组有 1 例因炎症等原因致使结石下方胆总管狭窄,未能取石成功中转剖腹手术。

2.2.4 结石无法捕捉 胆总管内结石绝大多数均易被网篮捕获。在极个别情况下,结石可漂浮在胆总管上端而无法捕捉,球囊有时也无能为力。此时要及时递上旋转网篮取石,以节约手术时间。另由于结石长径较大,且表面较为光滑,造成无法捕捉。本组有 1 例,就是由于此原因而转为剖腹手术。

2.2.5 碎石 如胆总管结石较大则需要碎石。协助术者将胆道碎石用的金属螺旋弹簧管通过网篮推至结石前,通过旋转手柄的加压旋钮,结石上的压力慢慢地加强。此时器械护士要特别注意,在再次加压前稍等几秒钟,因为通常前面的压力已足够将结石挤碎。结石被挤碎后,将取石网篮及金属弹簧管慢慢撤出。

2.2.6 碎石后处理 多发性结石及碎石器碎石后的患者,在网篮取石后做球囊清扫术,器械护士要及时递上球囊,以便彻底清扫结石。

2.2.7 鼻胆引流 蒸馏水冲洗鼻胆引流管,在 X 线监视下边插、边观察,待鼻胆引流管留置位置满意后拔镜。再度检查导管在胆道内无疑,且胆汁引流畅通后,方可固定引流管。

## 3 讨论

EST 作为一种微创术式,在治疗胆总管结石时多半被采用。其优点在于大大简化手术方式,患者无须承受剖腹的痛苦。对胆囊结石合并胆总管结石者,可先行 EST,排除胆总管结石,再行腹腔镜或经腹胆囊切除术。由于内镜下各种碎石技术的应用,结石大小已基本不受限制<sup>[3]</sup>。

在以往的实际操作中,笔者深刻体会到,作为一名参与 EST 的护理人员,应注意:(1)医护人员应紧密默契配合,严格按照各项操作程序进行。各种动

作轻柔、准确。胆管推注造影剂时速度要适宜,以 2 ml/min 为标准<sup>[1]</sup>,边注射、边观察显影情况。术前的充分准备是保证手术顺利完成的前提。要充分做好术前准备,就必须熟练掌握仪器和器械的使用、消毒和保养方法。熟知各项手术步骤,具备娴熟的手术配合技能。尤其需要注意的是手术全程要严密监测患者的生命体征<sup>[4]</sup>。此外,手术体位也非常重要,本组 68 例均采用左侧卧位,1 例因器官转位而改为右侧卧位。(2)选择纯切电流或混合电流,不能用凝固电流,否则易损伤胰管开口,导致手术后胰腺炎。前两种电流可以很好地达到切开乳头肌并减少出血的目的。(3)做预切开时应注意针刀伸出长度,一般在 0.3~0.5 cm。乳头大且隆起明显者,可先用 0.5 cm 切开,再用 0.2~0.3 cm 逐层切开括约肌。对于结石较大、表面光滑或结石下方胆总管狭窄者,不能强行取石,在此种情况下,结石虽被网篮套住,但不易通过胆总管及其狭窄段,如强行拉出可导致嵌顿,这样不但不能成功取石,反而易引起胆管出血等并发症。(4)重症胰腺炎患者不宜反复插管,一是因为本身乳头已经水肿,插管成功率不高;二是反复插管可能导致胰管反复显影加重胰腺炎;三是胆管管炎症可能加重胆道感染。(5)出血是少见的并发症,有可能增加出血的因素包括拉链

式切割、切开过长、反复网篮取石,致胆管黏膜损伤以及网篮取较大结石,十二指肠乳头括约肌撕裂出血。这种撕裂出血较为严重且止血困难<sup>[5]</sup>。避免术中不规范操作是预防出血的主要措施。各种动作应轻柔、准确,网篮进入胆管后伸出幅度不宜过大,动作不应太猛,尤其胆管鹰嘴样狭窄患者尤应注意。(6)在整个手术过程中,无菌观念很重要,巡回护士和器械护士要有高度的责任感,既当好执行者又要当好监督者,杜绝医源性感染,确保手术成功及远期治疗效果。内镜检查中的交叉感染是重要的医院感染途径之一,必须进行严格消毒,杜绝感染发生。我们开展此项手术以来,未出现交叉感染。

[ 参 考 文 献 ]

[1] 张阳德主编. 内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:182.  
 [2] 陈友平,何正东,郭良忠,等. 经内镜乳头括约肌切开取胆总管结石失败的原因分析[J]. 临床消化病杂志,2004,16(6):270-271.  
 [3] 冯素平,马应杰,姜海波,等. 内镜下十二指肠乳头括约肌切开治疗胆总管结石的疗效和并发症[J]. 临床消化病杂志,2005,17(1):40-41.  
 [4] 王 玲,王伟志. 术前访视在围手术期护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(4):53-54.  
 [5] 陈 震,秦明效,勾承月,等. 内镜十二指肠乳头括约肌切开术近期并发症的探讨[J]. 中华消化内镜杂志,2008,25(5):254-255.

[文章编号] 1000-2200(2009)08-0746-03

· 护理学 ·

## 小儿重症手足口病的急救护理

丁红美,祖大玲,张祝娟

[摘要]目的:探讨重症手足口病(hand-foot-mouth disease, HFMD)的急救与护理方法。方法:严密观察 50 例重症 HFMD 患儿的病情变化,密切监护生命体征,及时进行机械通气,及早快速脱水降颅压并采用大剂量激素和丙种球蛋白冲击治疗。结果:41 例抢救成功,9 例死亡。结论:严密观察病情变化,及早识别重症患儿并采用正确有效的护理措施是救治成功的基础;及时治疗,行人工机械通气是抢救成功,降低病死率的关键。

[关键词] 手足口病;急救医学;机械通气;儿童;住院;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 512.5;R 459.7 [文献标识码] A

手足口病(hand-foot-mouth disease, HFMD)是一种主要由柯萨奇病毒 A16 (CA16)和肠道病毒 71 (EV71)经多种途径传播而引起的以发热、手足部皮疹为临床特征的儿童传染病。3 岁以下儿童发病率最高,少数病例可并发脑炎、神经源性肺水肿。病情进展快,病死率高。2008 年 4~6 月,我院共收治重

症 HFMD 患儿 50 例,现就其急救护理体会作一总结。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患儿全部符合卫生部制定的《肠道病毒(EV71)诊疗指南》<sup>[1]</sup>中的临床诊断标准。其中,男 30 例,女 20 例;年龄 6 个月至 6 岁。发热 50 例(100%);呼吸困难 36 例(72%);口鼻白色或粉红色泡沫样痰 18 例(36%);呕吐 24 例(48%);咳嗽 15 例(30%);易惊 14 例(28%);抽搐

[收稿日期] 2009-03-06

[作者单位] 安徽省阜阳市第二人民医院 感染科, 236015

[作者简介] 丁红美(1967-),女,主管护师。