后酌情参加体力劳动,但应避免举重等增加腹压的活动[5]。④出院后出现血尿、排尿困难、尿线细等异常情况,及时回院治疗。

参考文献:

[1] 雷樟明. 前列腺增生并腹股沟疝的手术治疗[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(4):247.

[2] 朱军华,王华,沈周俊. 经尿道前列腺汽化术联合疝修补术治疗前列腺增生并腹股沟疝 12 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(4):248.

[3] 李新德,吴海洋,陈岳兵. 良性前列腺增生合并腹股沟疝的治疗方法探讨[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(1):54.

[4] 朱建英,廷文婷,王攸慧,等. 提肛肌训练对前列腺术后暂时尿失禁的影响[J]. 中华护理杂志,2002,37(11):813.

[5] 王明芝,张文娟. 无张力修补术治疗腹股沟疝的护理[J]. 护理学杂志,2001,16(1):34.

作者简介:韦华燕(1962-),女,中专,主管护师。

收稿日期:2004-10-15;**修回日期**:2004-12-08

(本文编辑　吴红艳)

老年患者 T 管拔除致胆汁性腹膜炎的护理

谭翠莲

(华中科技大学同济医学院附属协和医院外科,湖北 武汉 430022)

Nursing Care for Bile Peritonitis After Removal of T-tube in Elderly Patients // *TAN Cuilian*

摘要:总结 10 例老年患者 T 管拔除后致胆汁性腹膜炎的观察及护理。提出在护理上要结合老年人的特点,早期发现;尽早体外置管引流;进行合理的营养支持;根据心理特点做好心理支持;预防肺部感染、肺不张及血栓性静脉炎等并发症;做好再次拔管护理。

关键词:老年人;　胆总管结石;　T 管;　胆汁性腹膜炎;　护理

中图分类号:R473.6　　**文献标识码**:B　　**文章编号**:1001-4152(2005)06-0034-02

胆道手术后常要留置 T 管,而拔除 T 管后因胆漏致胆汁性腹膜炎为术后严重并发症,发病率 0.66%～0.90%。老年人由于年老体弱,机体反应能力差,术前常有各种并存疾病,影响创口愈合及 T 管窦道形成。因此,拔 T 管后胆汁性腹膜炎易发生于老年患者[1]。发生后可严重影响患者术后恢复甚至危及生命。我院 1998 年 1 月至 2003 年 12 月收治 T 管拔除后胆汁性腹膜炎老年患者 10 例,护理报告如下。

1　临床资料

一般资料:10 例中男 6 例、女 4 例,年龄 62～78 岁、平均 69.2 岁。均为外院转入。10 例均因胆总管结石行胆总管探查 T 管引流术。其中 2 例并发重症胆管炎行急诊手术;1 例伴肝硬化门脉高压症,3 例伴糖尿病;1 例曾行胃癌根治术。T 管拔除时间于胆道术后 18～77 d,平均 28 d(一般胆总管探查术后 14 d 左右即可拔除 T 管[2])。拔管前均行夹管试验和 T 管造影,无异常。

处理及结果:本组 10 例患者均立即采用导尿管(根据 T 管直径选择)经腹壁 T 管引流口沿腹壁窦道缓慢插入置管引流。其中 6 例体外置管引流成功,经保守治疗而治愈;余 4 例因体外置管失败或插管后胆汁引流不畅,病情不能控制而行手术治疗(2 例 T 管窦道缺如者经瘘口重新置 T 管引流;2 例 T 管窦道部分完整者,向"残存窦道"置导尿管引流)治愈。

2　护理

2.1　早期发现

拔 T 管后让患者卧床休息 1～2 h,如出现右上腹烧灼样疼痛,伴腰背痛,并伴发热、恶心、呕吐,查体腹部有压痛、反跳痛、腹肌紧张时,应考虑到胆汁性腹膜炎的可能性。老年人反应能力差,对痛觉迟钝,腹肌萎缩,防御功能减退,症状、体征往往不典型,在病情观察上尤应注意综合分析全身情况,并结合腹腔穿刺或 B 超检查,及时发现、及时处理。本组 1 例患者拔 T 管后即刻出现面色苍白、大汗淋漓、脉搏增快、血压下降等中毒性休克表现,经积极抗休克同时急诊手术而治愈。

2.2　即时处理

立即让患者取半卧位或右侧卧位,以利于炎症局限,伴休克者取休克卧位。禁饮食、持续胃肠减

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

压。按医嘱给予抗感染、营养支持、维持内环境稳定等处理。结合老年人的特点,密切观察患者病情转归,对病情不能控制需手术者做好紧急术前准备。

2.3　体外置管引流的护理

①向患者及家属介绍体外置管引流的目的、方法,置管过程中可能出现的不适及应对等,取得患者配合。老年人耐受力差,插管前可适量应用解痉药物,以解除拔 T 管时所致的胆道痉挛,减轻患者痛苦、便于技术操作[3]。②根据所拔除 T 管的直径选择合适的导尿管(一般为 14～16 F),常规消毒后沿腹壁窦道缓慢插入 6～8 cm,见引流出胆汁即可固定导尿管,并接引流袋。③确保引流通畅,采用 0.2%甲硝唑低压冲洗及负压吸引等方法。密切观察引流胆汁的量、颜色及性状。④观察患者病情转归,如置管引流通畅,患者腹痛减轻,腹膜炎局限,体温逐渐恢复正常,全身情况好转,说明治疗有效。反之,如引流不畅,病情不能控制甚至有加重趋势,则需转为手术治疗。

2.4　手术治疗护理

2.4.1　营养支持:老年人体内代谢过程以分解代谢为主[4],短期内 2 次手术创伤以及腹膜炎,增加机体的能量及蛋白质消耗,机体处于负氮平衡,导致组织营养不良,机体免疫力低下,易发生各种感染、伤口延迟愈合、T 管窦道形成不良等。因此,要加强静脉营养支持,按 100～150 kJ/(kg·d)、热氮比 150∶1 配制好的 3 L 袋在 24 h 内输完[5]。早期进行合理的肠内营养,如采用能全力 500～1 000 ml 经营养管均匀滴注,1 次/d。进食后,给予清淡、易消化、营养丰富、适合患者口味饮食,以满足患者的营养需要。在进行肠内外营养的过程中,根据患者不同的并存疾病进行针对性护理。如对伴有肝硬化的患者,积极纠正低蛋白血症,采取措施预防腹水发生和控制腹水发展;对伴有糖尿病患者,监测血糖、尿糖,3 次/d,及时调整胰岛素用量,给予糖尿病饮食,有效控制血糖水平。因 T 管拔除后致胆汁性腹膜炎的主要原因是 T 管窦道形成不完整或缺如,而年老体弱伴营养不良、伴有糖尿病或肝硬化、慢性贫血、低蛋白血症等因素的存在则会影响 T 管窦道的形成[6]。

2.4.2　心理支持:患者历经手术创伤不久,身体尚未完全恢复,又遭拔 T 管后胆汁性腹膜炎打击,需再次手术,心理上无法接受,经济上难以承受,因而产生老而无用感,出现焦虑、忧郁等情绪。应充分理解患者和家属的心情,尽量满足他们的合理需求,耐心介绍拔 T 管后胆汁性腹膜炎的发生原因、处理方法、护理配合及预后,进行心理疏导,帮助患者认识到负性心理对心身健康的影响,指导患者学会自我调节,积极配合治疗和护理。

2.4.3　预防并发症:4 例再次手术治疗患者体质虚弱,均不同程度地出现依赖性增强,患者角色强化现象,而老年人由于自身的生理特点,手术后易患肺部感染、肺不张、血栓性静脉炎等并发症。对患者和家属进行针对性健康教育,消除顾虑,使其认识到呼吸道管理和早期活动的重要性;指导患者深呼吸、有效咳嗽、翻身、叩背等,协助排出支气管内分泌物。对痰液粘稠、咳嗽无力者,给予雾化吸入,2～4 次/d;指导和示范活动的技巧,鼓励早期床上运动或离床活动,卧床期间多做下肢运动,以促进静脉回流,防止下肢静脉血栓形成。本组无 1 例并发肺部感染、肺不张和血栓性静脉炎。

2.4.4　拔管护理:再次拔管时间需在第 2 次置管引流 8～12 周以后,拔管前仍应行夹管试验和造影检查。拔管时应注意正确的拔管方法,即拔管前先引流胆汁 1～2 h,拔管时让患者仰卧,腹壁放松,一手按住患者腹壁,另一手轻轻拔出 T 管,切忌粗暴,以免将导管窦道撕裂而造成胆汁性腹膜炎[7]。拔管后嘱患者卧床休息 1～2 h,密切观察有无腹膜炎发生。本组患者均在 8 周后拔管,未再发生胆汁性腹膜炎。

参考文献:

[1] 牟永华,祁生俊. 胆道术后胆汁性腹膜炎的诊治[J]. 肝胆胰外科杂志,1999,11(2):43.

[2] 张凯,潘一明,周建新. 拔除 T 管后致胆汁性腹膜炎非手术治疗[J]. 肝胆外科杂志,2002,10(2):110.

[3] 李政,李泽宇,杜太平,等. 拔除"T"形管所致胆漏的保守治疗[J]. 中华普通外科杂志,1999,14(2):152.

[4] 殷磊. 老年护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.109.

[5] 赵佛容,朱丹. 50 例危重患者静脉营养的护理体会[J]. 护理学杂志,1999,14(2):121.

[6] 刘金林,王振波,史显武. T 管拔除后致胆汁性腹膜炎的原因分析及对策[J]. 肝胆外科杂志,2002,10(5):363.

[7] 李梦樱. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.308.

作者简介:谭翠莲(1968-),女,本科,主管护师。

收稿日期:2004-09-10;**修回日期**:2004-11-01

(本文编辑　颜巧元)

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net