

续时间、性质等。及时查电解质，防止水电解质紊乱和酸碱失衡，及时送检标本。对13例大便隐血阳性者应注意观察有无黑便等出血倾向，监测大便隐血以防止发生消化道出血。10例腹胀、便秘者予以胃肠减压、灌肠等对症处理。同时注意合理调节饮食，给予清淡、富含维生素、高热量、易消化的饮食，早期给予温度适中的流质或半流质，如牛奶、豆浆、蛋清等黏膜保护剂。少量多餐，减少对胃黏膜的刺激，以免加重对消化道的损伤。肝功能GPT的升高和黄疸的患者应给予高糖、低脂、低蛋白的饮食，避免加重肝脏负担，并监测肝功能，必要时给予食醋灌肠。

3. 神经系统的观察及护理。严密观察患者的意识、瞳孔、生命体征的变化，及时预防肝功能异常的进一步发展。对30例存在不同程度头痛或头晕的患者，给予低流量鼻塞吸氧1~2 L/min，以改善脑部缺氧状态。9例乏力者应注意保护，加床栏防止摔伤，检查时应护送，护理操作时尽可能的轻柔。注意观察患者神态、瞳孔、头痛部位、性质、持续时间，发现异常及时报告医生并协助处理。

四、心理护理

因工艺、原料、防护简陋问题而导致的群体身体伤害，患者发病后心理难以接受，加上对本病的认识不足，因而产生

紧张、恐惧、焦虑等不安定情绪。为了减少不良情绪对疾病的影响，我们派专职护理人员在现场集体进行健康宣教，介绍急性DMF中毒的相关知识及饮食指导，及时解答患者提出的疑问，以消除顾虑，积极配合治疗。并提供舒适的就医环境，快捷的医疗服务，给予患者安全感，增强患者的信任感。另外，我们采取各种宣传措施，让皮革厂或制革工人在接触DMF时应做好自我防护。

参 考 文 献

- 1 方福贵, 马福云. 一起急性二甲基甲酰胺中毒66例临床分析. 工业卫生与职业病, 2000, 26(6): 361-362.
- 2 李陆明, 王明龙, 孙晓楼, 等. 二甲基甲酰胺作业工人肝肾损害和尿中甲基甲酰胺含量的关系. 中华劳动卫生职业病杂志, 2004, 22(4): 270-271.
- 3 张国权. 二甲基甲酰胺急性中毒误诊26例分析. 中国误诊学杂志, 2004, 4(9): 1491-1492.
- 4 戴秀莲, 刘峰, 黄芙蓉, 等. 职业性二甲基甲酰胺急性中毒诊断标准的初步研究. 中国职业医学, 2002, 29(1): 16-17.

(收稿日期: 2005-07-14)

(本文编辑: 李惠敏)

机械通气患者行逆行胰胆管造影的护理5例

何赛琴 缪涛 陈亚红 蔡红芳

经内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)及相关技术在胆胰疾病诊治中的作用确实优于外科及其他治疗^[1]。近年来,随着ERCP技术的进一步成熟和完善,适应证日渐扩大,特别是对重症胆胰疾病伴有脏器功能衰竭,不能耐受外科手术患者,早期内镜微创治疗能达满意疗效^[2]。但该类患者病情危重,部分伴有呼吸衰竭,ERCP过程中难以维持安全的血氧水平。我院对收治的重症胆胰疾病伴有呼吸功能衰竭患者5例,行机械通气并实施ERCP及相关治疗。通过加强ERCP术前、术中的气道护理等措施,使ERCP术安全、顺利进行,效果满意,现报道如下。

临床资料

1. 一般资料。2003年1月-2005年6月收集重症胆胰病伴有呼吸功能衰竭患者5例,男4例,女1例,年龄39~81岁,平均年龄62岁。其中:急性重症胰腺炎并发急性呼吸窘迫综合征2例,急性梗阻性化脓性胆管炎伴多脏器功能衰竭3例;气管切开2例,气管插管3例,均予呼吸机辅助呼吸。

2. 方法。采用同步间隙指令通气+压力支持通气模式通气,急性呼吸窘迫综合征患者加用呼气末气道正压8~10 cm H₂O。镇静剂采用咪唑安定负荷量0.1 mg/kg 体重静脉推注,维持量以0.03~0.20 mg/(kg 体重·h)持续静脉泵入。根据十二指肠乳头情况对2例乳头结石嵌顿者用针形刀划开乳头后结石滚出。3例在ERCP成功后予弓形刀施行十二指肠

作者单位: 317000 浙江省台州医院

肠乳头切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)。5 例患者均在 EST 后行鼻胆引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)。

3. 结果。5 例患者均安全、成功地完成手术, 术中血氧饱和度平均维持在 95% 以上, 无一例发生术中意外及严重低氧血症, 无 ERCP 术后并发症。

护 理

一、心理护理

良好的心态能更好地接受和配合手术, 减轻患者在 ERCP 操作过程中的烦躁与抵抗, 降低氧耗。本组患者由于起病急, 病情危重, 呼吸机辅助呼吸, 语言交流障碍等原因, 存在不同程度的焦虑、紧张、恐惧心理。针对患者的具体情况, 利用图片耐心向患者和家属讲解 ERCP 的相关知识, ERCP 技术的成熟性, 手术的必要性和可行性, 利用示范动作指导术中如何配合, 用手势和文字与患者进行交流, 解除患者不良心理。

二、术前准备

同 ERCP 术前常规准备。本组患者伴有呼吸功能衰竭需机械通气呼吸机辅助呼吸, 应调试好人工呼吸机、吸痰装置于备用状态。术前吸净气道痰液。

三、术中护理

1. 术中体位。置患者于俯卧位, 头侧向术者, 另以一软枕垫于患者右侧胸腹部, 使患者右侧肢体略撑起。这既满足了 ERCP 操作需要, 又减轻了俯卧位对胸廓舒张限制, 利于两肺扩张, 且避免俯卧位对气管插管或气管套管压迫的可能, 保持气道通畅, 并且使患者舒适。安置手术体位时动作要轻巧, 避免拖拉, 妥善固定各种管道, 避免气管插管或气管套管滑脱、呼吸机管道受压。术前 15 min 开始使用镇静剂至患者安静, 心肺指针平稳方可插镜。

2 气道护理监护。插镜前再次吸尽气道痰液, 向气管插管或套管气囊充气 3~5 ml, 呼吸机以纯氧方式机械通气 3~5 min 至氧饱和度达 100%, 确保气道通畅, 防止口腔、食管分泌物误吸入肺。针对本组患者具体情况, ERCP 操作过程中专人监测患者的心肺指征, 进行气道管理。密切监测患者的面色及呼吸、血压、脉搏和血氧饱和度变化, 随时了解患者的自我感觉, 消除恐惧心理。妥善固定各种留置管道, 防止呼吸机与气管插管或套管处接口脱开。患者肢体有躁动时适当约束。及时吸出呼吸道痰液及口腔分泌物, 清理呕吐物, 保持气道通畅。本组病例中 1 例患者因躁动, 气管套管与呼吸机接口脱开, 致呕吐物误吸入气道, 氧饱和度一过性下降至 80%, 经及时抽出气道异物固定呼吸机接口后, 氧饱和度恢复至 95%。根据患者的镇静合作程度及氧饱和度的变化, 随时调整呼吸机参数及咪唑安定静脉推注速度。

3. 由技术娴熟的医生、护士操作。十二指肠镜快速滑入十二指肠降部, 根据乳头情况, 对乳头结石嵌顿者即用锥形

乳头切开刀切开乳头。未见结石嵌顿者, 予弓形乳头切开刀带超滑导丝, 待超滑导丝滑入胆道造影成功后即行 EST。切开乳头后不必即时取尽胆道结石, 可根据胆道和结石的具体情况, 置入合适的鼻胆引流管行 ENBD。操作过程中提醒术者尽量少充气, 以最少胃肠道充气达最佳操作视野。动作轻巧敏捷, 配合默契, 确保器械的进、出、推、拉有序、准确, 减轻刺激, 缩短操作时间。在手术结束拔出十二指肠镜前, 再次提醒术者吸出胃肠道气体, 减少胃肠道积气, 避免腹胀膈肌上抬而影响两肺扩张。

四、术后护理

安置患者于平卧头侧位, 合理调节呼吸机各项参数, 继续观察氧分压及生命体征, 保持呼吸道通畅。轻轻按摩腹部, 刺激胃肠道蠕动, 促使胃肠道内积气排出, 减轻腹胀, 防止呕吐及吸入呕吐物。加强术后并发症的观察预防, 预防性使用抑酸药及抑制胰酶分泌药, 做好鼻胆引流管的护理, 保持引流通畅。

讨 论

急性梗阻性化脓性胆管炎及急性重症胰腺炎是胆胰系统疾病的急危重症, 传统的观念是行早期外科手术。近年来文献报道, 内镜微创治疗能有效地解除胆道梗阻, 充分引流脓性胆汁及降低胰胆管压力, 能达到满意的疗效, 是安全可靠的^[3,4]。

本组患者病情危重, 伴有呼吸或其他脏器功能衰竭, 气管插管或气管切开呼吸机辅助呼吸。手术难度高, 风险大, 不能承受长时间俯卧位, 难以确保气道通畅, 且 ERCP 操作易出现低氧血症。我们通过充分的术前准备、心理护理, 解除了患者的不良心理, 本组 5 例均能以良好的心态接受和配合手术, 减轻了 ERCP 操作过程中患者的烦躁与抵抗, 缓解了患者因紧张而造成的心动过速, 降低了氧耗。另外, 采取俯卧头侧位, 右侧胸腹部垫一软枕及操作过程中减少胃肠道充气, 操作结束前抽出胃肠道气体, 均有利于患者两肺扩张。ERCP 过程中专人气道护理、监护, 能及时清理气道、口腔分泌物、呕吐物, 密切监测患者的心肺指征, 并处理异常情况。

参 考 文 献

- 1 顾志汉, 徐进康, 张思远, 等. 经内镜逆行胰胆管造影治疗胆胰疾病分析. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(1): 49.
- 2 曹永熙, 陈欣然, 周鸣清, 等. 梗阻性胆源性胰腺炎早期治疗体会. 同济大学学报, 2004, 25(4): 341-342.
- 3 彭文洪, 费志勇, 陈兴华, 等. 急诊内镜治疗胆源性重症胰腺炎 12 例. 中华消化内镜杂志, 2001, 21(11): 700-701.
- 4 宋鸿, 孙桂华, 孙大勇, 等. 急性梗阻性化脓性胆管炎伴多脏器功能衰竭 25 例. 广东医学, 2004, 25(1): 71-72.

(收稿日期: 2005-07-14)

(本文编辑: 李惠敏)