维普资讯 http://www.cqvip.com

口服甘露醇注射液清洁肠道护理体会

吴国燕,杨艳琴 (解放军第92医院骨一区,福建 南平 353000)

[关键词] 清洁肠道;甘露醇注射液;护理
[中图分类号] R472.91 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)05-0365-01

骨科病人手术前常用生理盐水灌肠以清除肠道粪便,但此法常给患者心理上造成一定负担增加了病人痛苦,同时也给护理人员带来了麻烦,既费时间、操作又繁琐。为此,我们采用口服甘露醇作为术前常规肠道准备,取得了满意效果。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者68例,年龄13~60岁。其中男45例,女23例。剂量在年龄、体质略有差异,即13~15岁100 ml有5例;16~27岁250 ml有46例;30~60岁350~500 ml有17例。

1.2 服用方法

术前1 d晚饭后2 h开始口服,温度为20~30 ℃,甘露醇有结晶时,应将其泡在热水中,使之完全溶解后才服用,20 min内口服完,不宜过快,以免引起恶心呕吐,口服甘露醇后病人可加服生理盐水100~300 ml,以补充水分和盐丢失。

2 结果

大部分患者15 min后开始排便,平均3.6次,1例中患者口服两次后才达到满意效果;1例有轻微腹部不适,但无明显痛苦,无需处理。

3 讨论

口服甘露醇在肠道中不易吸收,导致消化道中晶体渗透压增高,阻碍水分的吸收并促进组织中的水分进入肠腔形成肠道内的高渗作用,使体液的水分向肠腔内移动,肠腔内水分增加,刺激肠壁,促进肠蠕动,而导致下泻。痔疮、高龄、体质差,肛门扩约肌松弛等原因致操作困难而失败的患者,口服甘露醇法不但避免了上述情况,而且所需时间少,患者痛苦小,安全;减轻了护理人员的工作量,搞高了工作效率;取材方便,适用于各级医院;操作简便,患者易于接受,值得推广。

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2007-05-10 [修回日期] 2007-06-16

32例胆道手术中胆道下段探查体会

韩顺昌,景永军 (桦川县中医院外科,黑龙江 桦川 154300)

[关键词] 胆道下段;探查;胆管结石
[中图分类号] R657.4;R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)05-0365-02

胆道手术中胆道下段探查的术前准备及探查方法,我院于2005年至今共收治胆管结石胆道探查病人32例,均取出结石及胆道下段探查。本文对32例胆管结石胆道探查病人作回顾性的临床分析,现将胆道手术中胆道下段探查体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者32例,年龄30~40岁;其中男性25例,女性7例。反复发作胆绞痛合并胆结23例;合并肝硬化、糖尿病7例;无症状胆管结石5例;合并胆囊结石4例。

1.2 治疗方法

2例梗阻性黄疸急诊手术,其余均为择期手术治疗,行胆囊切除及胆管结石探查术。

2 结果

32例胆管结石胆道探查病人成功胆囊切除,胆管结石取出,胆道下段探查均成功。

3 讨论

胆道探查应重视术前准备,详细询问病史,全面系统体格检查。实验室检查除常规项目外,应有血清胆红素、肝功、血浆蛋白,应用维生素K前后的凝血酶原时间及活动度,心肺肝肾等重要脏器功能的评估;术前预防性抗生素的应用,如急症胆

[收稿日期] 2007-02-10 [修回日期] 2007-04-16

维普资讯 http://www.cqvip.com

道手术，老年病人，严重阻塞性黄疸及其它感染性疾病；对伴有肝功能障碍，术前应对病人肝评估，较为安全的术前最低指标为血浆白蛋白不低于3.5 g/L，凝血酶原活动度不低于60%，血清胆红素在170 μmol/L以下，无腹水或仅有少量腹水，对伴有严重肝硬化的胆道手术术前准备更为重要。肝硬化增加了胆道手术的危险性，术前应特别注意，对肝功能储备功能及代偿能力的评估，尤其对明显肝硬化及门静脉高压术前应配大量新鲜血及提前给予维生素K，对伴有高血压应控制舒张压14.6 kPa以下，伴有糖尿病及无症状糖尿病血糖应控制在8.33 mmol/L，对血糖在8.33～13.88 mmol/L应使用胰岛素，使尿糖维持(+)即可，术前应用抗生素。

术中要充分显露胆总管，用细针于胆总管前壁进行试穿，如顺利抽出胆汁确定为胆管并且对肝汁进行观察，观察颜色、有无混浊及脓液，并作细菌培养及药敏试验。探查时首先用手探查胆道远端是否有结石，注意其大小及可能数量，将结石取出，再次用手探查胆道远端是否有结石，然后用Baker探条探查胆道远端下段，重点探查是否结石及狭窄，注意不要用力，以免有结石嵌顿在胆道出口处，造成更大的手术治疗。由于胆道出口处痉挛或狭窄，为追求“脱空感”而用力常可招致十二指肠的损伤，尤其是十二指肠后壁损伤其更为严重，对此我们体会对胆道下段探查，应采取综合方法。尤其怀疑胆道下段存在病变而探查出现困难时，可插入导管注水，先用10号导尿管探查胆管下端，如不能顺利通过则予更换8导尿管试探，仍不能通过则说明远端有梗阻或狭窄，如确实排除较大的嵌顿结石可用20～22号导尿管及6号胆道扩张器，如有下端嵌顿有时可误诊为胆管癌或胰头癌，用手指触扪并挤压肿块，如系结石嵌顿，常可向上移动而排除肿瘤，向肿块穿刺可见针心内充满胆泥，亦可明确诊断，必要时可切开十二指肠及Oddi括约肌，直接显示下检查，取出结石改作Oddi括约肌成形术，如为肿瘤作活检作相应处理，如结石嵌顿已久，无法用指头挤压推动，可用取石钳夹碎后逐层取出，防止结石碎片遗留。也可用胆道镜检查，对择期患者应尽可能采ERCP来判断，以明确胆道末端情况，作好手术预案，此法可以防止病变遗漏，结石嵌顿，又避免损伤发生。

（编辑：左艳芳）

手术室病理标本有效送检质量控制与管理

王 莉[1]，曾 俊[1]，陈 莉[2]　（第三军医大学附属西南医院：1. 手术室；2 护理保障中心，重庆 400038）

[关键词] 手术室；病理标本；质量控制
[中图分类号] R446.8；R472.3　[文献标识码] B　[文章编号] 1672-5042(2007)05-0366-02

病理标本是判断病人疾病结果的有力依据，也是病人预后结果判断的金标准之一。外科医生根据病理标本的检测结果，为病人制定下一步的治疗计划，因此，如何规范化科学化管理病理标本，有效控制病理标本的送检质量是手术室护理工作者的重点内容之一。现将我院手术室对病理标本管理的做法介绍如下。

1 完善的标本管理制度

我院是一所具有1 800张床位的综合性医院，年手术量约为18 000多台，手术间分为百级和万级手术间，由内外走廊组成，在外走廊置有非常科学与规范化的标本间，专供放标本柜，标本的贮放可以和外面相通，标本集中送检，由手术室护士和护理保障中心共同完成。

1.1 核对签收查对制度

根据多年的工作经验积累，设计并制作了“病理标本送检本”，内容包括：日期、科室、手术间号、病人姓名、病人ID号、标本名称袋数、送检护士签名、核查护士签名、保障中心护士签名、病理科签名。

1.1.1 手术室医生签名　术毕主管医生应正确填写病理申请单，包括病人姓名、性别、年龄、送检日期、病史摘要、临床检查及手术所见临床诊断，送检标本的采取部位，送检标本名称及送检医生签名等。

1.1.2 送检护士签名　器械护士在手术台上应将切下组织标本妥善放好，术毕将组织标本放置于标本袋中，并逐项核查标本袋及病理申请单是否填写正确，检查无误后送至标本间，将组织标本浸泡于15%的福尔马林中，立即将标本袋封口。标本袋上的标签应外露，便于查对，同时保持标签及病理申请单干燥、清晰，标本袋完好不漏水，将标本置入容器内。送检护士按照病理标本送检本各项目正确填写，完全符合送检质量标准并与病理申请单、标本袋所填内容一致后，一同放入标本间的传递窗口，由专人送检。

1.1.3 手术室核查护士签名　每日手术室机动护士核查，保证标本与病理标本送检本、申请单、标本袋上所填各项一致及标本总数一致，核查无误后签名。

1.1.4 护理保障中心护士签名　标本每日由护理保障中心专人到标本间传递窗口收取，护保中心护士在拿取标本时与手术室核查护士面对面交接，清点无误后签名，送往病理科。

1.1.5 病理科接收人签名　护保中心护士将标本送往病理科，核查无误后在病理标本送检本上签名，将送检本还回手术室。

[收稿日期] 2007-04-10　[修回日期] 2007-06-26