

专科护理

老年胆管癌根治术患者的围手术期循证护理

张会玲 吴兰兰

胆管癌是胆道系统常见的恶性肿瘤，其主要病理类型为腺癌。老年患者因生理机能减退且常合并基础疾病，病情进展迅速，治疗与护理难度显著增加。胆管癌根治术是核心治疗手段，但该手术具有操作复杂、创伤大、应激反应强等特点，术后易发生谵妄、深静脉血栓、胆瘘、胰瘘等并发症，这些并发症会直接影响患者的预后。

循证护理是护理人员在临床决策中，将科研证据、临床经验与患者需求相结合的系统化护理实践模式，属于循证医学的延伸。其核心目标是通过整合最佳证据、专业能力以及患者价值观，提升护理服务的科学性与个体化水平。循证护理以科学证据为指导，结合患者个体特点实施精细化、个体化干预，是降低老年胆管癌根治术患者并发症风险、加速术后康复的关键。本文结合1例老年胆管癌根治术患者的临床护理实践，总结围手术期核心护理要点，为临床护理提供参考。

案例分析

患者，女，76岁，因“右上腹持续性钝痛4天余”于2个月前入院。入院诊断：胆囊腺癌；胆总管腺癌；1级高血压。患者既往有高血压病史3年余，最高血压160/90毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），用药及控制情况不详。入院后完善检查，腹部彩超检查提示胆囊颈部低回声占位性病变；CT（计算机层析成像）检查提示胆囊颈部占位并腹股、腹膜后淋巴结肿大，肝内外胆管稍扩张；MRI（磁共振成像）检查提示胆囊颈部及胆囊管胆汁信号缺失，考虑占位性病变；肿瘤标志物检测提示癌胚抗原12.54纳克/毫升。护理专项评估：跌倒风险评分50分（高度危险），静脉血栓栓塞风险评分7分（高度危险），自理能力评分60分（中度依赖）。

经术前多学科评估，患者于入院后第4天在全身麻醉下接受了胆管癌根治术。术后留置胃肠减压管、中心静脉导管、胆囊引流管及尿管，并给予一级护理、心电监护、鼻导管吸氧。术后第1天，患者出现烦躁、谵妄，伴有低血压（85/50毫米汞柱），经对症处理后转入重症医学科短暂治疗，2天后转回普通病房。术后第10天，患者神志清，可在室内活动，生命体征平稳，未发生深静脉血栓、胆瘘、胰瘘等严重并发症。

护理措施

多维度病情监护与安全管理

术后24小时内持续动态监测生命体征，重点观察血压波动情况，每30分钟记录1次，以便及时发现并报告异常状况。若患者术后出现低血压，护理人员需立即协助医生查明原因，遵医嘱泵注重酒石酸去甲肾

上腺素注射液，并严格控制泵入速度，同时动态监测血压变化，以维持血压稳定。术后患者留置多根引流管，护理中严格落实“三固定”原则，即妥善固定引流管、固定标识清晰、固定记录完整。每班检查引流管位置，定时挤压

引流管，以保持引流通畅，并严密观察、准确记录引流液的颜色、性质及量。同时，向患者及其家属强调管道的重要性，防范意外拔管的发生。针对患者高龄、跌倒及管道滑脱风险较高的情况，在床头悬挂警示标识，采取床挡、约束手套等保护性措施。

术后谵妄的综合防控

患者术后多次出现烦躁、谵妄，表现为夜间躁动、胡言乱语、定向力障碍。护理团队采取以下措施：环境管理：保持病房安静，晚上10点后关闭大灯，减少夜间护理操作及

噪声刺激，维持患者昼夜睡眠节律。允许患者家属陪伴，提供安全感。认知重建：每次操作时反复告知患者时间、地点、人物信息，帮助其建立定向感。疼痛管理：动态评估疼痛程度，遵

医嘱使用盐酸曲马多注射液镇痛，避免疼痛诱发或加重谵妄。

药物干预：谵妄严重时，遵医嘱泵入右美托咪定、咪达唑仑等镇静药物，严密观察疗效与不良反应，同时做好保护性约束，防止坠床、自伤。

并发症的预见性护理

深静脉血栓防控 患者术后D-二聚体显著升高至7.992微克/毫升，且因谵妄导致卧床时间较长，血栓形成风险极高。护理人员对此实施综合防控措施：遵医嘱给予低分子肝素钙皮下注射，密切观察皮肤、黏膜有无出血倾向；术后第2天起开展双下肢气压治疗，每日2次，每次30分

钟；协助患者定时翻身，并督促家属为其按摩下肢腓肠肌；向患者及其家属传授踝泵运动方法，待患者病情允许时指导其在床上进行练习，鼓励患者尽早下床活动，从床边坐起逐步过渡到行走。

胆瘘、胰瘘防控 胆瘘、胰瘘是胆管癌根治术后最严重的并发症，护理工作需重点做好引流管管理与腹部体征监测。

保持胰周及胆囊窝引流管通畅，每2小时挤压1次引流管，准确记录引流液的颜色、性质和量。术后第3天，患者胆囊窝引流液为淡黄色清亮液体，量约50毫升，未见异常。

密切观察患者是否出现腹胀、腹痛等征象，每日测量腹围，并结合生命体征判断是否存在腹腔感染。患者术后未出现胆瘘、胰瘘征象。

阶梯式营养支持与胃肠功能调理

患者术后禁食，存在营养状况低下问题。禁食期间遵医嘱给予肠外营养，补充维生素C、氯化钾等，维持水

电解质平衡。术后第4天患者排气后，开始少量饮水；第5天给予米汤50毫升，观察无腹胀、腹痛后逐渐增加用量。

配合中西医结合措施调理胃肠功能：应用中药贴敷治疗，每日1次；应用悬灸治疗，每日1次。以上措施有效缓解了患者术后腹胀、恶心症状。

用药护理与症状管理

严格遵医嘱用药：抗感染药物需连续使用7天，用药期间密切观察，确保无药物不良反应；止血药物严

格按照医嘱精准泵入；抑酸护胃药物按时按量给药。做好切口护理工作，保持切口干燥清洁，术后第2天起对腹部切口进行红外线治疗，每

日2次，每次20分钟。指导患者注意保暖，预防感冒；若出现咳嗽，需用手按压腹部切口，以减轻咳嗽时的疼痛。

心理护理与健康指导

老年癌症患者因担忧预后、承受手术创伤痛苦，容易产生焦虑、抑郁等不良情绪。护理人员应主动与患者及其

家属沟通，耐心倾听诉求、解答疑问，讲解病程及术后护理要点，以缓解患者的心理压力。通过分享同类患者成功康复案例，增强患者的康复信心。同时，

应对患者家属开展健康指导，引导其配合护理工作，并教授踝泵运动、肢体按摩等操作办法，为患者出院后的延续性护理奠定基础。

护理体会与反思

避免了相关不良事件的发生。

其次，并发症的预见性护理需贯穿治疗全程。深静脉血栓、胆瘘、胰瘘等并发症一旦发生，将严重影响患者预后。在护理过程中，不仅要做好引流管管理与病情观察，更需结合患者个体危险因素，采取“药物+物理+健康指导”的综合防控策略。

此外，营养支持的阶梯式推进与

中西医结合护理的应用，对老年患者胃肠功能的恢复起到了积极的促进作用。作为临床护理人员，我们不仅要掌握专科护理技能，更需具备整体护理思维，将病情监护、安全管理、并发症防控、营养支持、心理护理等措施有机结合，并根据患者病情变化及时调整护理方案。

（作者供职于许昌医院普外科）

小发明

技术背景

如今，气管切开术已广泛应用于各类疾病的治疗中，但其术后并发症严重威胁着患者的生命安全。常见的气管切开术后并发症包括出血、切口感染、气胸、套管堵塞、脱管、窒息等。相关研究分析显示，气管切开术后并发症发生率为2.73%。尽管术后良好的护理能大幅降低并发症的发生风险，但与其他医学领域相比，气管切开术后的护理水平仍有较大的提升空间。在临床工作中，危重患者气管切开后病情变化迅速，体温波动大且易出汗，而目前临床使用的被子及被罩无法根据患者的病情、体温变化调整厚度与覆盖区域，导致患者家属常需将被子与被罩分离，根据体温仅盖被套或仅盖被芯，给护理带来不便。此外，患者留置尿管时，护理人员需打开被子进行尿道口消毒；根据病情需选择腹股沟处股动脉作为动脉血气穿刺抽血点；进行心电图监护、心电图操作时需安置导线，或抢救心脏骤停患者时需进行除颤操作——这些情况均需掀开被子。寒冷环境下易导致患者受凉，进而引起体温升高、寒战，同时增加医护人员操作难度。为此，设计一种适用于气管切开危重患者的盖被十分必要。

创新内容

该气管切开危重患者盖被从左到右依次划分为颈部盖被区、胸部盖被区、腹部盖被区、下肢盖被区和足部盖被区。其中，下肢盖被区包含下肢盖被区一与下肢盖被区二；胸部盖被区两侧分别设有上肢盖被区一与上肢盖被区二；下肢盖被区与足部盖被区的一侧设有护理被单放置区。气管切口位于颈部盖被区内，胸部盖被区内设有胸部盖被开窗区；腹部盖被区内侧分别设有腹部盖被开窗区、会阴部盖被开窗区、腹股沟动脉盖被开窗区一及腹股沟动脉盖被开窗区二。此外，该气管切开危重患者盖被的两侧均采用封闭式结构。

上肢盖被区一的一侧设有上肢盖被约束带一，上肢盖被区二的一侧设有上肢盖被约束带二。

胸部盖被开窗区、腹部盖被开窗区、会阴部盖被开窗区、腹股沟动脉盖被开窗区一、腹股沟动脉盖被开窗区二均配备开窗区被盖，该被盖一端与所在开窗区固定连接，其余边缘均为开放式，且大小恰好覆盖所在开窗区。

气管切开危重患者盖被的长度为2米，宽度为1.5米。盖被的一侧设有盖被连接带和连接带固定孔。

颈部盖被区、胸部盖被区、腹部盖被区、足部盖被区、下肢盖被区一、下肢盖被区二、上肢盖被区一、上肢盖被区二均为开放式，其上下两侧均连接有固定带。

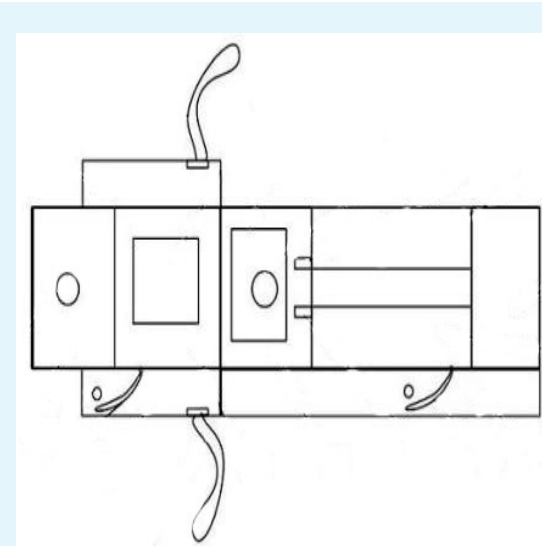
有益效果

1.该设计便于气管切开患者暴露各类管路，有利于观察、处置与护理。其能有效防止气管切开后痰液喷溅污染盖被，从而避免交叉感染，并有效预防因盖被问题导致患者受凉引发的肺部感染。同时，可根据患者病情变化及体温波动情况，及时调整盖被厚度。

2.该设计可有效固定静脉穿刺肢体，防止脱管引起的药液外渗，降低患者静脉穿刺重复操作率。

3.胸部、会阴部、腹股沟等处设有开窗，便于医护人员操作观察及患者家属进行护理，从而缩短患者住院时间，减少医疗费用，避免患者因并发症导致窒息等严重后果。

（作者供职于商丘市第一人民医院）



气管切开危重患者盖被的简易结构示意图

叙事护理

倾听患者背后的故事

葛萌萌

“这是你们的问题，是你们让我去门诊做宫腔镜的，我都来来回回跑几趟了。”这是一个阳光明媚的早晨，我刚到科室就听到一阵喧闹声。走近一看，原来是39床患者云女士（化名）正情绪激动地与护理人员沟通，几位家属也未能劝阻。这时，护士长走过来，轻声问道：“请问您怎么了？为何如此生气？”云女士复述了事情的经过，说着说着眼眶便红了。“我知道了，请您先消消气，先回病房休息一下。我会立刻核实情况，稍后去找您，好吗？”护士长柔声劝导道。在护士长的安抚下，云女士的情绪渐渐平复，返回了病房。我从同事那里了解到事情的来龙去脉：原本医嘱安排云女士当天前往门诊进行阴道镜检查，但因前一晚实习生宣教时信息交代不清，患者误以为要做宫腔镜，空腹排队后被告知门诊不开展宫腔镜，需返回病房确认检查项目，因此产生误会。

我对云女士印象颇佳，她是一位温婉的女教师。每次跟随带教老师为她做护理时，她的态度

和语气总是温和友善、轻声细语，脸上常带着淡淡的微笑。因此，当天早上看到她在护士站大声喧哗时，我感到十分诧异。平时如此温柔和善的人，难道仅仅因为多跑了一趟路便变得如此急躁吗？想到带教老师讲过的叙事护理能够帮助患者解决心理问题，安抚情绪，我便想找个机会与云女士聊聊，以了解她背后的故事。

当天下午为云女士进行静脉留置针封管时，我们终于有了交流的机会。“小姑娘，我后面还有液体要输吗？”云女士问道。我抬头看了看输液卡，回答：“云老师，后半夜还有一瓶消炎药。”云老师撇撇嘴：“怎么还有，难道就不能一次性输完吗？”我解释道：“不行的，消炎药需严格按照时间间隔输注，一次性输完身体会无法承受。”云老师好奇地问：“小姑娘，你怎么知道我是老师？”我笑着说：“您刚入院时在病房做记录，我就在旁边。”见云老师愿意交流，我鼓起勇气继续问：“云老师，早上您怎么了，为何发那么大的脾气，吓我一跳。”云老师有些不

好意思道：“真是抱歉，我也不想那样，当时情绪一下子就上来了，没有控制住。”我连忙说：“没事的，云老师，这件事我们也有责任，让您来回奔波。”我接着又问道：“您能跟我说说早上为何如此生气吗？”云老师想起早上的事，眼圈泛红，稍微停顿后说：“小姑娘，昨天晚上医生说今天早上做检查，我一整晚都没有睡好，一早起来没吃早饭就去排队了。好不容易轮到我，医生却对我说，他们那里不做宫腔镜，让我回去问问我的医生到底需要做什么检查。我就这样来回奔波。”我附和道：“我非常理解您，这件事是我们的疏忽，未能与您进一步确认清楚。”云老师顿了顿，继续说：“小姑娘，我就等着这个检查结果呢，结果好坏关系到我的下半生……”说着声音有些哽咽。我立刻递上纸巾安抚她：“云老师，我完全理解您现在的心情。如果给您此刻的状态起一个名字，您觉得叫什么好呢？”云老师思索片刻后回答：“两次煎熬。”我好奇地追问：“为何是两次呢？”云老师沉默了一会儿，

向我袒露心声：“姑娘，你有所不知，5年前我曾做过一次乳腺癌手术。当时听到诊断结果的那一刻，我感觉天都要塌了。那时等待结果的煎熬，和我此刻的心情一模一样。后来，我接受了左侧乳腺切除术，好不容易挺了过来，现在又查出宫颈病变。这次的检查结果对我来说太关键了！我这是什么命啊！”云老师情绪低落。我连忙安慰她：“云老师，您别太担心，相信会有好结果的。即使检查结果不理想，以现在的医疗水平，也一定能帮助您康复。请相信我们的医生和护士。”

见云老师听进去了我的话，我便接着说：“前面那道关您都熬过来了，这一关相信您也能挺过去。况且您的家人一直陪伴在您身边，支持您、鼓励您。您要放宽心，该吃吃，该喝就喝，别把烦心事往心里搁。”云老师听了这话笑了起来，说道：“你这小姑娘挺有意思，还挺会安慰人。”看云老师心情有所放松，我也跟着笑了起来，继续问道：“云老师平时都喜欢做些什么？”云老师回答：“我

喜欢看书，也喜欢听歌、唱歌。”我听了继续说道：“您看，现在您正处于假期里，不用上课，也无需操心学生们的事情，正好可以利用这段时间做一些自己喜欢的事。无论检查结果如何，您只管安心接受治疗。等您康复了，假期差不多结束了，便能回学校继续教书了。”云老师说：“你说得对，我真挺想念那些孩子们的！今天真是谢谢你，小姑娘。跟你聊了这么一会儿，我的心情好多了，也没那么煎熬了。”

后来，云老师的检查结果显示为良性，后续手术也顺利完成。康复出院那天，我看到云女士笑得格外开心，她向护士站的每一位医护人员道别，也包括我这个实习生。这是我第一次为患者开展叙事护理。作为一名新手，我很欣慰能够为她提供帮助。看着患者从入院时的惶恐不安到出院时的神采奕奕，我深受鼓舞——这不仅是对我职业道路的肯定，更让我切实体会到医护工作者的自身价值。

（作者供职于漯河市中心医院，文章由王明杰整理）

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会，在护理方面取得的新进展，对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

投稿邮箱：568689252@qq.com