

# 介绍 1 例影像“占位”疑云下的阑尾炎的护理

耿芊 沈华 李雪莹 刘吴瑕 张静峰

(海军军医大学第一附属医院 上海 200433)

**【摘要】**总结了1例影像学检查显示“膀胱和阑尾占位”，手术切除病理结果是阑尾炎。根据患者的病情做好围术期护理，要点包括：加强基础护理、心理护理；重视生命体征的观察；做好尿管和膀胱冲洗的护理，防止导管堵塞；观察并发症；患者经过精心护理，恢复良好，予以出院。

**【关键词】**影像占位；阑尾炎；护理

The nursing of a case of appendicitis under imaging "space occupying" was introduced

Geng Qian Shen Hua Li Xueying Liu Wuxia Zhang Jingfeng

(The First Affiliated Hospital of Naval Military Medical University, Shanghai 200433)

[Abstract] In one case, imaging examination showed "bladder and appendix occupation", and the pathological result of surgical resection was appendicitis. Perioperative nursing according to the condition include: strengthen basic nursing and psychological nursing; pay attention to the observation of vital signs; nurse catheter and bladder irrigation to prevent catheter blockage; observe complications; recover well and be discharged.

[Key words] Image space occupying; appendicitis; nursing

急性阑尾炎是外科最常见的急腹症,分为复杂性阑尾炎和非复杂性阑尾炎,前者是一种严重的炎症,可表现为进行性坏死、穿孔、脓肿形成<sup>[1]</sup>。临床上影像学诊断示占位性病变的阑尾炎较少见,我院收治1例占位性病变的阑尾炎,炎症并累及到膀胱的案例,经手术切除阑尾及膀胱占位部位,并给与规范治疗及实施精心细致的护理,效果满意,现报道如下。

## 1.资料与方法

### 1.1 一般资料

患者,女,53岁,因9天前体检发现膀胱占位,外院PET-CT示膀胱右前壁明显增厚呈肿块状,向盆腔内生长,可见坏死及点状钙化灶,与邻近回盲部肠壁、腹膜分界不清,门诊以:“膀胱占位”于12-23日收入院,入院后行尿脱落细胞检查,未查见恶性细胞;12-24行膀胱镜检查,膀胱顶壁见隆起,表面有滤泡样新生物,范围3\*3cm,活检结果示:膀胱黏膜慢性炎症伴尿路上皮异形增生。12-25肠镜检查,结果示:盲肠炎、结肠息肉 EMR术(横结肠有一枚1\*1cm息肉),活检报告示:盲肠急慢性炎症伴糜烂,炎性肉芽组织增生,横结肠广基锯齿状病变。泌尿系统增强CT示:膀胱右前壁占位,恶性可能,突出膀胱外,累计邻近肠壁增厚。

### 1.2 治疗

12-27行经尿道膀胱肿瘤电切术,术后带回尿管一根接0.9%NS持续膀胱冲洗,留置针一根,给予护胃、营养、消炎等药物静滴,吸氧2L/分,12-28停膀胱冲洗和吸氧。

12-31全麻下行智能臂辅助腹腔镜膀胱部分切除术+肠粘连松解术+阑尾切除术,术中冰冻:膀胱肿物倾向炎性病变,肿物基地可见基层,未见肿瘤性病变,切缘均为阴性。术后带入尿管一根接尿袋,给与0.9%NS持续膀胱冲洗;盆腔引流管一根接负压引流器;伤口引流管一根接负压引流器;右颈内静脉置管一根接静脉PCA泵在位通畅。给与消炎、营养、抑酸等药物静滴;胃管一根接负压引流器,吸氧2L/分持续吸入,测血压、脉搏1/h。于1-2停PCA泵,1-3拔除胃管,1-6停颈内静脉置管。

## 2.结果

患者生命体征平稳,术后病理结果示膀胱组织:黏膜慢性炎症伴尿路长皮异型增生,未见肿瘤性病变;阑尾组织:急性化脓性阑尾炎伴阑尾周围炎;盆腔肿物:慢性化脓性炎伴多发灶脓肿形成;于1-7带尿管和盆腔引流管出院。

## 3.护理

### 3.1 术前护理重点

#### 3.1.1 心理护理

患者因在外院体检查出膀胱占位，外院 PTE-CT 检查示：膀胱占位，手术方式与疾病严重程度有关，全膀胱切除患者要行回肠代膀胱术，术后有膀胱造口，患者及家属非常担心和焦虑术后的生活质量，心理压力较大；加上担心疾病预后，对手术存在疑虑、紧张、恐惧心理，因此，术前我们对患者及家属进行心理疏导及有效沟通，责任护士主动向患者介绍手术的必要性，麻醉方式、并发症及预防措施等。尽可能解除患者的思想顾虑，取得患者及家属理解及信任，积极配合治疗和护理。

3.1.2 术前检查，做好术前各项常规检查，了解患者的检查项目，特别是增强检查，做好饮食指导，提前告知检查前后注意事项，特别是检查后嘱患者多饮食，拔除留置针后要观察穿刺处有无红肿，防止药物外渗。

#### 3.1.3 肠道准备

患者行膀胱部分切除术前一天吃半流质食物，术前一晚 19:00 开始禁食，用 1000ml 温开水+聚乙二醇 68.56g 稀释口服，每 15~20 分钟口服 250~300ml。口服泻药后要缓步行走，并顺时针按摩腹部，促进排泻。直至排出清水样便无残渣。术前一晚 12 点禁水，术晨禁食水。

#### 3.1.4 皮肤准备

由于手术路径为腹腔镜手术，术前行棉签蘸取石蜡棉球清洗脐内污垢，然后用温水清洗，之后再用葡萄糖氯己定溶液反复消毒，术晨用剪刀剃除腹部毛发，禁止刮，防治皮肤破溃感染。

### 3.2 术后护理重点

3.2.1 疼痛护理 术后采用 NRS 长海痛尺结合数字评分法对患者的疼痛部位、程度、性质及持续时间进行动态监测和管理。责任护士每日 6:00、14:00、22:00 动态评估患者的疼痛情况，并做好记录。术中带入自控镇痛泵一个，2ml/h 持续泵入，向患者及家属详细介绍 PCA 泵使用方法及注意事项，确保有效镇痛。术后第 1 天予 0.9%氯化钠注射液+盐酸丙帕他莫 1g 静滴，2 次/日输注 5 天。

还要观察用药后的效果及不良反应，如胃肠道不适、呼吸抑制等。采取半卧位或舒适体位，减轻腹壁张力，缓解疼痛，同时可以播放音乐、与患者聊天，分散注意力。本例患者术后疼痛评分范围为 0~3 分，疼痛控制效果佳。

3.2.2 导管护理 妥善双固定导管（尿管、伤口引流管、盆腔引流管），防止扭曲、受压、脱落，做好各引流管标识，注明名称、留置时间。保持引流管通畅，禁止行膀胱功能锻

炼夹闭尿管，密切观察引流管颜色、性质、量，并做好记录。各引流管标识清晰。导尿管引流尿液应为淡黄色清亮液体，若尿液颜色鲜红、量少，考虑膀胱出血，若浑浊伴有絮状物，警惕泌尿系统感染；盆腔引流管术后早期引流液为血性，后逐渐转为淡红色、淡黄色，若引流量突然增多或出现脓性、粪性引流液，提示可能发生腹腔感染、肠瘘等并发症。严格执行无菌操作，每日更换引流袋，会阴护理 2 次/天，防止逆行感染。

3.2.3 膀胱冲洗的护理 遵医嘱给与 0.9 氯化钠输液 3000ml 持续膀胱冲洗，冲洗速度根据引流液颜色决定，避免对膀胱造成损伤，观察冲洗液颜色、量、性质，还要观察无明显膀胱疼痛及尿液从尿管周围渗出情况，冲洗液控制在人体体温范围，避免冲洗液温度过高、过低，防止膀胱痉挛。膀胱冲洗时侵入性操作，应严格遵守无菌操作规程，确保冲洗器械、冲洗液及操作环境的无菌状态，防止感染。

#### 3.2.4 并发症护理

3.2.4.1 出血预防与护理 密切观察生命体征、引流液及尿液颜色变化，尤其是术后 24 小时内。告知患者绝对卧床休息，避免剧烈咳嗽、用力排便等增加腹压动作，必要时遵医嘱使用止咳、通便药物。若发现出血症状，立即通知医生，静脉补液，必要时遵医嘱应用止血药物，必要时做好再次手术止血准备

#### 3.2.4.2 感染预防与护理

严格执行无菌操作规范，做好手卫生，定期通风换气，保持室内温度、湿度适宜，减少探视人员，预防交叉感染。遵医嘱使用抗生素，给与 0.9%氯化钠输液+头孢呋辛钠 1.5g 静滴，2 次 /日，共 5 天。同时要观察用药效果及不良反应，如皮疹、腹泻等。

#### 3.2.4.3 肠瘘、尿瘘预防与护理

密切观察引流液性质，若出现浑浊、粪性或尿液样引流液，高度怀疑瘘发生。保持引流通畅，避免引流管堵塞、受压，妥善固定，防止引流管脱出导致引流不畅。保持大便通畅，防止便秘。监测体温、血常规、血清降钙素原、C-反应蛋白，监测炎症反应情况。

一旦确诊瘘形成，立即禁食、胃肠减压，遵医嘱加强营养支持，维持水、电解质平衡，必要时行腹腔冲洗，控制感染，促进瘘口愈合。

#### （四）康复指导

##### 饮食指导

术后胃肠功能恢复、肛门排气后，遵医嘱从流食逐渐过

下转第 222 页

极有效的心理干预,摆脱了不良情绪对患者康复的影响,合理的管路护理,降低了尿潴留的产生,给予有效的用药干预,提升了患者康复的速度。

综上所述,对宫颈癌患者提供预见性护理,可以改善患者的膀胱功能,促进患者的恢复,提升了患者的生活质量,改善了患者的心与状态,值得提倡。

#### 参考文献:

- [1]张林,轩凤娇,姜莹,王莹,杨庆林.预见性护理在宫颈癌患者术后膀胱功能恢复中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(15):2792-2795.
- [2]王平利,肖静静,刘静茹.预见性护理管理结合凯格尔运动在宫颈癌术后膀胱功能恢复中的应用[J].四川解剖学杂志,2024,32(3):73-75.
- [3]王媛,徐云,王茜,杨莹,嵇甜.优化膀胱管理方案在宫颈癌手术患者中的应用效果[J].中国医药导报,2024,21(15):142-144-148.
- [4]杨嘉玺,龙涛.盆底康复训练联合全程膀胱管理方案应用于宫颈癌手术患者中的效果观察[J].基层医学论坛,2024,28(12):125-127.
- [5]蒋丽慧,董义俊.风险评估策略基础下行手术室护理干预在宫颈癌根治术中的应用及对患者心理与社会适应能力、风险症状的影响[J].中外女性健康研究,2024(11):43-46.
- [6]姚红艳.盆底肌功能锻炼对宫颈癌患者术后膀胱功能恢复的影响效果分析[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(11):049-052.
- [7]王雪梅 1.,丁阳阳 1..基于时机理论的干预方案对宫颈癌根治术后膀胱功能恢复的应用研究[J].护理学,2024,13(11):1650-1656.
- [8]Wang L, Wang F, Qin H, et al. Intermittent Catheterization Continuity Care on Bladder Function Recovery and Quality of Life in Patients After Radical Hysterectomy for Cervical Cancer: A Quasi-Experimental Study. [J]. International journal of general medicine, 2024, 172781-2789.
- [9]Mathematical A C M I M .Retracted: The Effect of Pilates Exercise Nursing Combined with Communication Standard-Reaching Theory Nursing and Pelvic Floor Muscle Training on Bladder Function and Family Function of Patients after Cervical Cancer Surgery. [J]. Computational and mathematical methods in medicine, 2023, 20239786109-9786109.

#### 上接第219页

渡至半流食、软食,最终恢复正常饮食。饮食应清淡、易消化、富含蛋白质的食物,避免食用辛辣、油腻、刺激性食物,戒烟戒酒。

鼓励患者多饮水,每日饮水量 2000 - 3000ml,以增加尿量,起到冲洗尿路作用,预防泌尿系统感染。

#### 活动指导

术后早期指导患者在床上进行翻身、四肢活动,如握拳、屈伸膝关节等,促进血液循环,预防肌肉萎缩与血栓形成。

根据患者恢复情况,循序渐进增加活动量,术后第 1 - 2 天坐起,第 3 - 4 天床边站立、行走,逐渐增加活动时间与距离。

#### 参考文献:

- [1]赵林芬,汤萍,李可,等.基于 CT 征象的复杂性阑尾炎危险因素分析及预测模型的构建[J].中国中西医结合影像学杂志,2024,22(3):267-271.
- [2]刘炜妮,韦焕青,邵莉,等.脐尿管癌行扩大性膀胱部分切除术的护理体会[J].医药前沿,2016,6(20):279-280.
- [3]朱慧娣,章梅云,严莉莉,等.1例正中弓状韧带压迫综合征患者的围手术期护理[J].中华护理杂志,2024,59(15):1891-1895.

作者简介:耿芊(1983-),女,皖怀远人,汉族,护理学本科学历,海军军医大学第一附属医院 特需诊疗科,研究方向:全科护理及管理。

通讯作者:张静峰(1972-),男,研究方向:骨科。

告知患者3个月内避免重体力劳动及剧烈运动,如提重物、跑步、打球等,防止腹压突然增加导致切口裂开或疝形成。

#### 4.讨论

阑尾炎是一常见病、多发病。发病早期病人症状体征有时不相符。本例阑尾炎患者无任何临床症状,常规体检时发现膀胱及回盲部占位的临床表现,经手术后病理示:阑尾炎。针对本病例给予心理疏导,实施心理和围术期护理,积极预防做好术后并发症的护理,同时加强基础护理和健康宣教,患者恢复良好,落实出院延续护理,护理结局满意<sup>[3]</sup>。