维普资讯 http://www.cqvip.com

胃肠道分泌液中排出增多，经肠道水解酶作用，产生碳酸铵和氨，可刺激胃肠粘膜，造成粘膜损害，容易发生粘膜病变。因此，在临床护理工作中如果及时观察病情变化，加强对本病症状观察，特别是胃管内容物性质至关重要，现将临床护理重点介绍如下：保持呼吸道通畅，保证各项治疗：对大量呕血患者注意保持呼吸道通畅，及时清洁口鼻腔血液，给予吸氧，立即建立静脉通道，输血，补液，维持正常循环血量。但梗阻性黄疸患者凝血机制障碍，输血时尽量输 3 天内的新鲜血，避免因输库血加重凝血机制障碍；严密观察生命体征：每半小时测血压脉搏一次，尤其要注意脉压差的变化，脉压差缩小是外周阻力加大，是血管代偿性表现，是休克重要信号；留置胃管护理及止血药的合理应用：通过胃管观察胃液颜色及出血量，本组病例 5 例从胃管内持续抽出血性液体占 46%，所以应严密观察引起重视，注意吸空胃管再注入药物，注意夹管，药物吸收后再放开引流；应用止血药及措施的观察与护理：现用现配 8mg% 去甲肾上腺素盐水 50ml，经胃管注入，促进胃粘膜血管收缩，减少出血，同时也避免了去甲肾上腺素液因放置过久而分解影响药效情况。每隔 2 小时经胃管注入，注入时速度不易过快，防止诱发恶心呕吐；现配凝血酶 4000u，凝血酶必须在偏碱的情况下才不易失活，我们用牛奶 15ml 稀释，牛奶有收敛粘膜的作用，且 PH 偏碱，每隔 4 小时经胃管注入，通过临床观察止血效果甚好；静脉输入甲氰咪胍，可抑制胃泌素分泌，减少胃酸及胃蛋白酶，防止胃粘膜再次破坏，甲咪胍 1.2g 分两次静点，保持血中有效浓度。心理护理：出血病人看到自己呕血或便血时均会产生一种恐惧紧张和不安心理反应，要耐心对病人进行安慰，解除病人顾虑，充分休息，消除情绪紧张，以免因此导致反射性血管扩张加重出血。饮食护理：饮食是治疗梗黄术后并发应激性溃疡的一个重要环节，饮食合理，有助于止血。出血阶段短期禁食，我们认为碱性食物有中和胃酸收敛粘膜作用，不可禁食时间过长，以免引起胃饥饿性收缩导致出血。

三、预防措施：梗阻性黄疸术后并发 AGML 出血的死亡率高治疗困难，所以应高度重视预防措施，术前对血压低感染重的患者给予营养支持，预防性应用抗生素、制酸药物。术后预防措施特别是胰十二指肠切除术后病人的护理非常重要，在临床护理工作中，我们着重做到以下几点，对降低梗黄术后并发 AGML 出血有重要意义：①加强基础护理，预防合并症：胰十二指肠切除术后需禁食 5 天以上，加之术前后黄疸、多种维生素吸收被干扰，若不加强口腔护理，可发生口腔粘膜糜烂。术后病人周身安放各种导管 4～5 条之多，使患者在床上活动受限，极易发生肺感染合并症及褥疮，且术后感染是导致 AGML 的因素，所以及时发现合并症，以便早期处理，以减少 AGML 的发生。②预防胰瘘、胆瘘及各种引流管的护理：术后发生胰瘘、胆瘘是并发 AGML 的原因，因此加强各种引流管的护理至关重要，观察引流管是否通畅、有效。胰胆管多呈开放状态，其内容物含有致病性较强的需氧菌和厌氧菌，因污染术野造成术后感染均可导致胆瘘发生，因胆道内大多数菌株对庆大霉素敏感的特点，我们采用庆大霉素 16 万单位，加入生理盐水 50ml 每日冲洗引流管两次，避免管腔被阻塞使引流不畅，确保其发挥作用。同时可预防胆瘘发生、一般胰瘘大多在术后 5～7 天发生，当有胰瘘发生时应警惕继发胆瘘。③有效的胃肠减压，有效的胃肠减压是防止胃扩张以改善胃壁血循环，吸出胃内容物以减少胃酸浓度、保护胃粘膜的关键所在，所以要特别强调持续性保持胃处于低张状态。④重症监测：本资料中梗黄术后并发 AGML 出血有 8 例发生在一周内，占 73%，其中一例术后 7 小时发生 AGML 大出血，术后 4 天死亡，表明 AGML 出血愈早，出血量愈大，治疗愈困难，所以一周内的护理监测至关重要。⑤严密观察肾脏功能：梗黄病人术前多有肾功不全表现，加之黄疸病人对失血、失水等敏感性增高容易发生低血压和休克，而肾脏对低血压等缺血性损害极为敏感而易导致肾衰发生，急性肾衰也是诱发 AGML 的一个重要因素，应严密观察血压、中心静脉压和尿量变化，每日监测 BW，CO_2CP 及尿常规尿比重、尿钠等，并及时给予纠正。

（收稿日期：1997－06－11）

神经外科手术 重危病人 监护 22

56-57

神经外科手术的重危病人监护工作的探讨

哈尔滨医科大学神经外科 杨敏 路英

（黑龙江哈尔滨，邮政编码 150001）

R651.
R473.6

随着各种诊断和手术技能的提高，神经外科治疗领域不断地扩大，给一些颅脑部禁区疾病开劈了新的手术治疗途径，这些高难手术的开展，给护理工提出了新的要求，相适应地护理配合，显然与患者康复有着不

维普资讯 http://www.cqvip.com

可忽视的作用。因而，如何提高神经外科手术的重危病人护理水平，是现代神经外科护理工作面临严峻地时代挑战，这不仅要求加强传统的护理工作水平，而且要深入学习新的知识，掌握新的观测和护理手段，采用严密的科学方法，全方位的适应现代神经外科发展的需要。特别是神经外科手术的重危病人病情复杂，变化快而突然，稍有疏忽就会给患者带来不可逆补的灾难。因而，施行全方位地监护是不可缺少的治疗措施，它能及时地根据病情变化，进行有效的预防措施、为重危病人抢救和治疗争取宝贵的时间。笔者认为这项工作全方位展开，应从术围期开至术后病情稳定恢复的护理监测，作为一个系统工程来完成。它应包括以下内容：

一、术前的监护准备：护理人员术前要熟习病情，包括手术病人身体总体情况和个体特点、手术部位、术式、麻醉、预计术后可能发生的问题等，进行相适应的监护准备工作。如：监护仪器的调试，监护和抢救物品的全面准备及适应患者个体情况的特殊准备等，如果病人意识清楚，还要对病人做心理安慰并要对患者家属说明术后监护期的意义和要求，取得多方面的配合，使患者术后监护措施能顺利无误的实施。

二、病人术后转入监护室时要进行的工作：病人转入监护室时，要轻轻移到监护床上，尽量减少震动及身体扭曲，首先根据麻醉深度和手术部位要求固定好体位，同时迅速地连好监测仪器的各种导线和氧气管、引流管、输液管、导尿管和吸痰管等，并要认真检查这些设备的有效情况，使之各设施达到最佳水平。

三、麻醉复苏期的监护：麻醉复苏期病人承受麻醉剂和手术双重影响，该期除观测仪器显视出的呼吸、心电、血压、脉搏、颅内压、血氧饱合度、体温等生命体征变化外，并要随时检查瞳孔变化、反射情况及麻醉解除情况，严防病人突发呕吐误吸及躁动意外事故的发生。一般全麻1小时左右解除，有些病人因手术创伤较大、体质和对麻醉剂耐受性差等，术后清醒较晚，可达4～8小时，若超过这个期限，说明病人处于昏迷状态，应及时报告医生，分析原因，进行有效的处置。在麻醉复苏期病人常出现呼吸道分泌物较多，要严格地进行呼吸道管理。复苏期病人常出现的躁动，不仅能引起监护指标突然变化，并易发生很多意外事故，要采取严格地保护措施。

四、术后早期的监护：术后早期是病情转化的关键时期，预防并发症产生更为重要，系统监护能及时发现问题并进行有效地处置是病人向好的方向转化重要条件。在此期间要做好以下工作：①该期不能放松对各种生命体征的监护，对意识昏迷和功能障碍病人，要准确测定GCS分级，按时准确无误地记录各种测量数据，特别在记录测量时要避开各种干忧因素，并要认真地分析观测中发生的问题给于及时适合的处理，这样才不失监护的真正意义。②该期要加强病人全身状态的管理，要保持病人的营养和水电介质平衡，清醒病人给于高营养高蛋白易消化饮食。如果3～5天仍未清醒应考虑鼻饲流汁营养。若发现胃管抽出咖啡样内容或黑便者，应考虑合并消化道出血施行胃粘膜保护措施。③要严格控制术后感染和褥疮的发生：手术后各种感染是严重的合并症，常危及病人生命，其原因除某环节无菌操作不严外，常由于手术刺激，抗病能力下降等多种因素产生，如：肺感染多由于病人卧床、咳痰不利、上呼吸道和口腔护理不当等因素产生。有效地预防术后感染是术后监护一项重要工作，该工作应从术围期开始到病人康复始终不能放松，它包括从术前备皮、病房隔离消毒、手术的无菌操作、术后处置的无菌规则、吸痰和口腔护理等每一环节都不能忽视，一旦发生感染，要采取积极有效的治疗措施。对意识不清和瘫痪病人，要定时翻身防止褥疮发生。④该期要根据病情做好特护：由于病人手术部位，损害程度，病人的各性等有很大差异，护理上要根据各自特点进行特护，例如颅内压增高病人，要加强瞳孔变化，按时记录脑脊液引出量和颜色，防止脑疝发生。神经外科术后常出现兴奋和抑制失调症状，对这些病人特别要做好生活护理。有些病人手术清醒后由于发现自己某些功能障碍对生活失去信心，甚至产生轻生，对此要加强心理护理，增强病人生活信心。一些病人术后常出现癫痫，护理人员要认真的观察记录发作情况及抽搐部位，要严防坠床、舌咬伤、窒息等意外事故的发生。

五、术后恢复期的监护：恢复期的病人虽然病情基本稳定，但许多功能有待于逐渐恢复和接受新的治疗，监护工作仍不能放松，要认真地对病情康复过程进行指导。例如：对一些局部功能障碍病人，指导其有效地功能练习。对一些局部感觉障碍病人要其防止冷热积压等伤害。对大小便失禁和潴留病人，要指导训练腹式呼吸和会阴部肌肉锻炼。该期更要加强对病人的心理护理，加强病人的生活信心，并要对患者家属细心解释今后的治疗要点和注意事项，调动一切有利因素使患者步入康复之路。

（收稿日期：1997－07－24）