维普资讯 http://www.cqvip.com

切除或未手术的病人都同样需要很好的护理。

一、心理护理：癌肿病人多存在不同程度的恐惧心理，尤其中晚期病人常会失去治疗信心而悲观失望。护士应具备高度的同情心和责任感，热诚关心他们，多讲解肿瘤知识及化疗有关事宜，给予精神上的支持，勇敢的面对现实更好地接受治疗。

二、保持病房清洁：预防合并症：化疗药物不仅能抑制骨髓，对机体免疫功能也有影响。加之病人身体的虚弱，抵抗力降低，易受感染，诱发合并症。护理人员应尽量保持病房内的清洁环境及良好的通风。

三、治疗期毒性反应的护理：①静脉炎：静脉栓塞是由于药物的强刺激导致血管变硬，血管壁严重损害、血流不畅，血管闭塞。护士在操作时应首先了解药物的刺激性，选择有把握的血管，争取一次穿刺成功。长期应用化疗药物，血管应选择左、右臂交替进行。如出现静脉炎症应停止用药，局部热敷或硫酸镁湿敷。②局部组织坏死是由于药物不慎渗入皮下，局部组织形成硬结，因此要求护士应有高度的责任心，定期巡视、观察有无渗出情况，如病人有疼痛和异常情况发生，应立即停止给药，局部冰敷或涂抹氢化可的松。③其它情况的护理如病人在用药期间常有恶心、呕吐和食欲减退等反应，对呕吐较严重的给予止吐剂。另外，抗代谢药物大量使用可引起口腔炎、溃疡，应保持口腔清洁，定期做好口腔护理。

四、加强营养知识宣教：在治疗期间，由于化疗药物的使用会引起食欲减退、营养状态差，此时应鼓励病人摄取足够的营养，多进高蛋白、高维生素、高碳水化合物，清淡易消化的饮食。以加速补充营养的消耗，确保治疗的顺利进行。

（收稿日期：1997－05－11）

梗阻性黄疸术后并发 AGML 出血的临床护理及预防

哈尔滨医科大学第一附属医院普外科二病房 李皎伦 张雪松
（黑龙江哈尔滨，邮政编码 150001）

急性胃粘膜病变即 AGML，亦称应激性溃疡，是指由多种病因引起的急性胃粘膜糜烂、浅表溃疡等。在各种严重应急情况下，很多严重疾病均可引起应激性溃疡，可在应激发生后数小时即出现，病情急重预后多不良。重症病房病人经内镜检查后 60～100%可发现胃粘膜有急性病变表现。而梗阻性黄疸术后易发生应激性溃疡这一现象虽然被一些学者观察到，但尚未引起足够重视，为提高临床梗阻性黄疸病人的治疗和护理效果，更好的预防 AGML 的发生，提高治愈率，总结了近 4 年来的梗黄临床资料。

一、临床资料

1. 一般资料：我科 1991 年 2 月至 1995 年 10 月行梗阻性黄疸手术 120 例，包括胆石病等良性疾病 21 例，恶性肿瘤 99 例，术后并发应激性溃疡 11 例，发生率为 9.2%，男 7 例，女 4 例，年龄为 50～72 岁。11 例出血患者中行胰十二指肠切除术 7 例，胆肠吻合术等 4 例，术后以呕血为主要临床表现 2 例（18%），黑便 4 例（37%），胃管内持续抽出血性液体 5 例（45%）。11 例出血病人术后一周内出血者 8 例（73%），2～4 周内出血者 3 例（27%）。

2. 应激性溃疡与梗阻性黄疸患者年龄及健康状况有关：见附表。

3. 临床治疗：均经非手术疗法，包括输血、补充血容量、积极治疗原发病、并给予胃管注入凝血酶、正肾冰盐水、云南白药、静点甲氰咪呱及 PAMBA 等治疗措施。结果 11 例患者中 5 例治愈（45.5%）、死亡 6 例（54.5%）。

附表　患者一般状况与出血关系

指　标	水　平	患者例数	出血例数	占出血例数%
年　龄	≤50	36	1	9
	>50	84	10	91
疾　病	良性	21	3	27
性　质	恶性	99	8	73
黄　疸	≤20 天	46	5	45.5
时　间	>20 天	74	6	54.5
内毒素	有	96	9	81.8
血　症	无	14	2	18.2
术　前	有	102	7	63.6
低血压	无	18	4	36.4

二、临床护理

梗阻性黄疸的病例术后发生应激性溃疡大出血，其特点是无先兆症状及体征，但多立即进入紧急状态，直接威胁病人生命，死亡率较高，本组死亡率为 54.5%，Dixon 报告死亡率为 48.2%，殷氏报告为 78.9%，有人认为术后 AGML 与如下高危因素有关：①术中术后低血压：可使胃粘膜血流减少粘膜缺血缺氧，引起粘膜代谢不足，导致应激性溃疡出现。②术后并发症（感染和瘘）：使患者处于不良状态，胃粘膜本身糖源储备已被消耗，胃粘膜能量代谢不足，也会促使 AGML 的发生。③肾功能不全：肾功能不全时尿量从

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