·个案与短篇·

1 例上腔静脉置换术后并发症的护理

王 华,夏 梅 (第三军医大学西南医院胸心外科, 重庆 400038)

[关键词] 上腔静脉手术;并发症;护理
[中图分类号] R442.8;R654.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)02-0221-02

上腔静脉阻塞综合征(superior vena cana syndrom,SVCS)是由于各种原因引起上腔静脉完全性或部分性阻塞,导致上腔静脉系统血液回流障碍,出现上肢、颈面部发绀、水肿,及上半身浅静脉曲张的一组临床综合征[1]。上腔静脉人工血管置换已用于治疗纵隔肿瘤致上腔静阻塞综合征。2011 年 6 月 2 日 1 例上腔静脉阻塞综合征患者在全麻下行上腔静脉置换术和纵隔肿瘤切除术,术后出现多种并发症,经过精心治疗和护理,患者痊愈出院。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

患者,男,57 岁。因反复头颈部肿胀 1 年余,复发加重 1 个月余于 2011 年 5 月 26 日入院。入院查体:血压 144/101 mmHg,胸、背部见较多粗、大表浅静脉,颈静脉怒张,气管居中,肝静脉回流征阳性,颜面部水肿。入院诊断为:上腔静脉阻塞综合征,原发性高血压病 3 级(极高危),胸腺瘤术后。经积极术前准备,于 2011 年 6 月 2 日在全麻下行上腔静脉置换术和纵隔肿瘤切除术。术后第 2 天即出现急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome,ARDS),术后第 6 天又出现头部及双上肢水肿,静脉血栓形成,术后第 14 天持续昏迷,呼之不应 ,术后第 20 天意识恢复,术后 1 个月患者出现感染性休克,术后第 54 天出现消化道出血,术后第 72 天出现左下肢血栓,行抗凝治疗,术后第 88 天开始解黑便,考虑消化道出血,经输血、止血治疗 2 d 后缓解。先后经间断呼吸机辅助呼吸、脱水、消炎、抗感染、抗凝、止血综合治疗,恢复良好。

2 结果

术后并发症主要有:ARDS、昏迷、感染、血栓、出血、多器官功能障碍,经间断呼吸机辅助呼吸治疗 76 d,经过护理人员精心治疗与护理,112 d 后患者痊愈出院。

3 护理与讨论

3.1 心理护理

该患者住院时间长,病情危重,病情反反复复,呼吸机使用时间长,患者有烦躁和焦虑心理,经常不配合治疗。因此,我们采取了以下的护理措施:①给患者提供热情主动耐心的服务,在使用呼吸机辅助呼吸时,不能说话,利用写字板或教会患者如何表示需要进食、排便、变换体位、指示不舒适等的手势,及时主动地了解患者的心理变化,尽全力使患者处于较好的心理状态接受治疗;②做好所有家属的思想工作,监护室每日 11:30 安排家人朋友探访,以缓解心理压力,满足其爱与归属等方面的需求,促进康复; ③对患者术后产生的各种心理问题及时予以疏导,采取如说笑话、读报纸、时事政治,讲周围病人是怎样克服困难战胜疾病的例子等多种方式增强患者康复的信心。

3.2 急性呼吸衰竭的护理

由于肺水肿和进行性缺氧引起呼吸衰竭。临床表现为突发性、进行性呼吸窘迫,气促、紫绀,该患者术后第 2 天即出现精神烦躁、呼吸急促、大汗淋漓、心率快、氧饱和度低,出现严重的低氧血症。紧急行气管插管,予呼吸机辅助呼吸。快速纠正低氧血症是抢救 ARDS 最重要的措施。应遵医嘱给予高浓度 40% ~50%,高流量(4 ~6 L/min)的氧气以提高氧分压,在给氧过程中氧气应充分湿化,防止呼吸道干裂受损。给氧时,要观察记录吸氧方式、吸氧浓度和时间及氧疗效果。加强呼吸道管理,保持呼吸道通畅,呼吸机辅助呼吸,呼气末正压通气有助上腔静脉回流和胸腔引流。因呼吸机使用时间长,根据病情采取呼气末压正通气和间歇正压呼吸模式,如患者感觉不适,可加用镇静或麻醉剂;定期更换呼吸机管道,做好呼吸道湿化工作,及时吸出气管内痰液。鼓励其进行有效咳嗽,协助翻身,进行胸背部叩击,防止坠及性肺炎发生[2]。

3.3 出血的护理

严密监测生命体征及全身皮肤情况。SVCS 患者术后如果抗凝剂用量过小,可导致上腔静脉血栓形成,而抗凝药过量又将引起出血。该例患者两次出现消化道出血,解黑色大便,后又观察到左脚背有散在出血点,护士及时发现报告医生并及时予输血、止血,停用抗凝药后要严密观察大便的颜色及皮肤有无出血点。

3.4 静脉输液的护理

患者由于术前上腔静脉梗阻,远端静脉回流受阻,需由侧支循环完成,因此应避免用上肢静脉输液,以免加重梗阻,本例病人由于入院有颜面部水肿、颈静脉怒张;药物不能及时进入体循环而影响术前药物治疗效果[3]。所以,我们均采用下肢输液。SVCS 患者病情重、卧床时间长、下肢静脉是静脉血栓形成的好发部位;因此应选择较粗的静脉血管穿刺,输入刺激性较强药物时浓度要低;同时要经常帮助和指导患者活动下肢,以避免静脉炎、静脉血栓的发生。上腔静脉人工血管置换术后,

[收稿日期] 2011-11-23 [修回日期] 2011-12-30

应及时向主管医师了解手术方式。术后即可采用上肢静脉输液,但术中若有一侧无名静脉结扎,避免从与结扎的无名静脉同侧的上肢静脉输液。

SVCS近年来临床上逐渐增多,随着科学的发展、外科手术技术的日益提高,SVCS已经能够得到根治性治疗,并获得非常好的远期效果。上腔静脉人工血管置换是胸外科高难、复杂手术,术后的并发症发生率和病死率较高,但像此例患者术后出现ARDS、昏迷、感染、血栓、出血、多器官功能障碍并发症者非常少见,因此围手术期护理非常重要,特别是术后并发症的观察与护理是保证患者手术成功,术后顺利恢复的重要环节。

[参考文献]

[1] 扈存玲,朱 薇,李玉玲,等. 上腔静脉完全梗阻的体外循环一例报告[J]. 中国局解手术学杂志,2002,11(1):76-77.

[2] 薛秀娟,宋笑彦. 肺癌合并上腔静脉阻塞综合症围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2002,8(8):578-580.

[3] 梁秀兰,徐凤荣,王 丽,等. 肺癌病人合并上腔静脉阻塞综合症的临床观察及护理[J]. 吉林医学,2006,27(4):67.

(编辑:左艳芳)

阑尾穿孔误诊肠梗阻1例报告与分析

杨志武 (上海浦东新区南汇中心医院外科,上海 201300)

[关键词] 阑尾穿孔;肠梗阻;治疗

[中图分类号] R574.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)02-0222-01

肠梗阻是外科常见病,基本原因可分为:机械性肠梗阻、动力性肠梗阻和血运性肠梗阻,较多考虑术后肠粘连、肿瘤堵塞或腹膜炎所致。临床上极少考虑到阑尾穿孔是致肠梗阻原因之一。本院2010年9月收治1例阑尾炎穿孔并发肠梗阻患者,现将诊断和治疗体会报告如下。

1 临床资料

患者,男,23岁,因阵发性脐周疼痛7 d,伴肛门停止排气排便3 d入院。患者1周前无明显诱因出现脐周疼痛,呈阵发性发作,伴恶心呕吐1次,为胃内容物,伴腹泻,在当地医院诊疗,考虑胃肠炎,予抗炎补液对症处理,并予黄连素口服止泻,腹痛未见明显好转,并于3 d前出现肛门停止排气排便,遂转入到我院急诊,查腹部立位平片,考虑肠梗阻,收入院进一步诊治。查体:腹稍隆,全腹有压痛,无反跳痛,中度肌卫,肝脾肋下未及,移动性浊音(-),肠鸣音弱,1~2次/分,未闻及气过水音及金属音。否认腹部手术史。入院后禁食,完善相关检查,予胃肠减压、抗炎补液、支持治疗,并口服石蜡油润肠通便,保守治疗2 d,患者病情无明显缓解,诉腹痛腹胀加重,予复查腹部立位平片,仍提示肠梗阻,且无明显好转,考虑手术治疗。术中发现阑尾体部化脓穿孔,有脓性分泌物流出,大网膜短小粘连,未包裹阑尾,肠壁间部分有脓苔附着致密粘连,致肠管屈曲成角,粘连处近端肠管扩张明显,粘连处距回盲部20 cm。予常规切除阑尾,荷包包埋,钝性分离松解肠壁间粘连,取出肠壁间脓苔,用灭滴灵200 mL冲洗术野。充分止血,放置盆腔引流条一根,患者术后恢复良好,第7天拆线出院。

2 讨论

该患者入院时阑尾炎症状体征均不典型,摄片提示肠梗阻诊断明确,故按肠梗阻保守治疗,无效,考虑手术治疗,手术探查明确阑尾穿孔。该患者发生肠梗阻的病理基础有:①急性阑尾炎坏疽穿孔,造成腹腔局限性或弥漫性腹膜炎,较严重的腹腔感染引起的神经反射及所产生的毒素刺激引起肠壁肌肉功能紊乱,使肠蠕动功能丧失出现动力性肠梗阻。②阑尾穿孔后脓苔附着肠管并粘连成角,致使肠管不畅造成机械性肠梗阻。

对于阑尾炎致肠梗阻患者若能及早诊断,及时手术,不仅能减轻患者痛苦,降低患者费用,而且能早期康复,故早期诊断有极其重要的临床意义。对于原因不明的肠梗阻应警惕阑尾炎并发肠梗阻的可能,具体做法是:①详细了解疾病的发生发展过程。急性阑尾炎腹痛一般表现为转移性或持续性钝痛,除粪石嵌顿外,疼痛相对能忍受,压痛部位多在右下腹。可伴随发热、恶心呕吐,穿孔后出现腹膜炎时,有腹膜炎体征,辅助检查血常规提示血象升高。而肠梗阻多表现为阵发性腹痛,腹痛多较剧烈,但用解痉剂能缓解,如粘连性肠梗阻有腹部手术史或腹腔炎症史,肿瘤致肠梗阻腹部压痛多不明显,或合并有贫血、消瘦情况等[1]。②阑尾炎所致肠梗阻的压痛一般在右下腹或以右下腹为重,其他原因所致的肠梗阻压痛一般以梗阻部位明显,且范围较广泛。可完善右下腹B超,有的可发现类肠管阑尾,或行下腹部CT增强,排除肿瘤,必要时行腹腔灌洗,发现有较多脓细胞时进一步提示诊断[2]。临床上只要我们认真查问病史,仔细检查体格,参考相关的辅助检查结果,经过综合分析还是能明确诊断由阑尾穿孔引起的肠梗阻,及时手术治疗,去除真正的病因,以取得最佳疗效。

[参考文献]

[1] 张 骏,蔡 巍. 胃肠穿孔术后早期炎性肠梗阻诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2010,19(2):98-99.

[2] 李建国. 急性阑尾炎致肠梗阻漏诊原因分析[J]. 临床误诊误治,2006,1(1):36.

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2011-12-05 [修回日期] 2011-12-19