维普资讯 http://www.cqvip.com

184-185 老年人 急腹症 护理 围手术期 21

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1998, Vol. 7, No. 3

老年急腹症的围手术期护理体会

王桂琴* 姜振环 张 霞*

R473.6

随着科学的发展和人民生活水平不断增高，老年人在全国总人口所占比例亦逐渐增大。为此，老年外科手术日渐普及，老年病人围手术期的护理也更为重要。尤其是老年急腹症病人，因其全身各系统功能相对减退，机体对疾病与损伤的应激反应较差，合并症较多，手术有一定危险性，因而对围手术期护理也提出了更高的要求。本文就117例老年急腹症手术的围手术期护理总结如下。

一、临床资料

本组117例，男69例，占59%；女48例，占41%。平均年龄为66岁，年龄最大者96岁。手术分类及麻醉选择统计见表1，表2。

表1 老年急腹症手术病种分类

手术分类	例数	百分率
急性阑尾炎及穿孔	54	46.0
胃肠出血、穿孔	7	6.0
幽门梗阻	6	5.2
脾破裂	2	1.7
化脓性胆囊炎	14	12.0
肠梗阻	12	10.3
嵌顿疝并肠坏死	14	12.0
其它	8	6.9
合计	117	100

表2 老年急腹症手术的麻醉选择

麻醉选择	例数	百分率
连续硬膜外麻醉	83	70.9
蛛网膜下腔阻滞	19	16.2
全麻	11	9.4
局麻	4	3.5
合计	117	100.0

二、手术期护理

（一）心理护理：手术对于老年人来说，可造成一种心理上的伤害，绝大多数老年急腹症病人对手术顾虑更重，他们担心手术中疼痛、出血及麻醉意外，害怕由于病情严重手术不能顺利进行及术后出现后遗症等，加上手术室这种特定环境，使病人在有焦虑心理的前提下又产生一种恐惧心理，这些都不利于麻醉及手术的顺利进行。因此，当病人进手术室后，手术室护士需用温馨的语言对病人耐心、细致的解释，使病人对所处的环境及所需接受的手术有所了解，以消除不必要的顾虑及猜疑，从而建立起战胜疾病的信心，能主动配合医护人员完成各项操作。

（二）温度的调节：老年人体温调节功能差，机体抵抗力下降，加上急腹症患者身体一般状况较差，如受凉易患肺炎或诱发慢性支气管炎、哮喘等。应特别注意室内温度的调节，并采取适当的保温措施。温度要适宜，最好室温保持22℃～25℃之间。

（三）麻醉的配合：老年人性情较为孤僻、固执，对周围事物反应淡漠，听力减退，行动不便加上急腹症体征，使得病人接受麻醉操作时不易合作。手术室护士应根据患者的不同情况及麻醉的不同选择，向其介绍有关麻醉在手术中的重要性、方法及配合麻醉的注意事项。并安慰、鼓励患者，使其能在良好的心理状态下接受麻醉。此外，还应协助麻醉师根据不同的麻醉方法，使病人体位正确，以保证麻醉的顺利实施，为手术创造条件。

（四）静脉通道的建立：老年急腹症病人，多伴有水、电解质紊乱，有些还伴有酸碱平衡失调，建立和保持静脉通道的畅通，对于麻醉及术中输血、补液，给药及病人出现危重情况进行抢救都至关重要，由于老年人血管硬化，术中如发生液体外漏不易重新穿刺等特点，最好在术前开放两条静脉通道。巡回护士更应认识到老年急腹症患者静脉通道建立的重要性，随时观察液体滴注情况，一旦发生渗漏，应及时采取补救措施，以确保麻醉及手术的顺利进行。

（五）术中病情观察：术中病人生命体征的观察虽然主要由麻醉师来担任，但手术室护士除周密的准备工作及娴熟的操作技术外，对于老年急腹症患者，加强病情观察，做到心中有数也是极为重要的。对于全麻病人，麻醉师既要操纵麻醉机控制呼吸，又要顾及手术中用药，进行麻醉记录。因此，巡回护士的观察十分必要。例如本组一例腹膜炎的女性患者，术中巡回护士在观

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯三江大学医学院附一院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

察液体输注情况时发现下肢末端有轻度紫绀，立即报告麻醉师，经加压给氧等对症处理后，病人很快恢复正常。因此，作为巡回护士，特别强调不要离开手术间，必要时应增派巡回人员，严密观察病情，随时准备配合医生进行应急处理。

（六）引流管的固定：本组急腹症手术病人中有97例（占82.9%），手术完毕放置腹腔引流管，腹腔引流对于病人术后早期恢复及观察引流液的情况特别重要，一旦脱落，轻则要重新开腹放置，重则延误疗程或加重病情。因此，引流管的保护及固定同样是十分重要的。手术完毕除外科医生用缝线固定引流管外，巡回护士在接引流袋时要特别注意引流管的外固定，可将引流管用胶布固定于伤口附近皮肤上，以免搬病人时不慎扯脱，送回病室应向当班护士交接。

三、讨论

通过对117例老年急腹症围手术期的护理体会到：术前仔细了解老年病人的临床特点，加强心理护理；术中加强巡视，积极配合麻醉师观察病情变化及时处理；保持引流管通畅及严格无菌操作，预防其它并发症的发生，可提高老年人手术的治愈率，降低死亡率。

（收稿：1997－07－24）

185-186 胸腹复合伤 诊断 治疗 R655

胸腹复合伤18例诊治分析

刘贤端*

胸腹复合伤即胸腹腔多脏器损伤，多数合并膈肌破裂。因此，病情危重、处理困难、死亡率高。我院自1990年以来，共治此类损伤病人18例，取得满意疗效，现分析报告如下。

一、临床资料

1、本组病人18例，男16例，女2例，年龄21岁到41岁，平均31岁。受伤原因：胸腹部刀刺伤穿透膈肌3例，车祸受伤6例，撞伤3例，高处坠落伤6例。致伤部位：肋骨骨折合并肺损伤11例、脾脏破裂10例，肝破裂4例，横结肠破裂2例，脾破裂8例，膈疝4例，合并肾破裂2例，胃破裂1例，骨盆骨折1例，全组病人均有少量到中等量出血、气胸、皮下气肿。18例病人在急诊下行腹腔穿刺，其中抽出不凝固血液10例。术中发现腹腔出血500～2000ml，胸腔出血300～800ml。

2、本组病人行脾切除5例，5例脾切除后并行自体脾片移植手术，脾修补3例，肾切除2例，行胸腔闭式引流14例，膈肌修补6例，肝破裂修补4例，胃修补，结肠修补1例，造瘘1例。18例病人中14例为重度创伤性休克，14例病人在边抢救休克的情况下施行开腹开胸探查术。本组病人全部治愈出院。

二、讨论

1. 胸腹复合伤具有受伤机理复杂，受损器官多，影响功能广泛的特点。损伤后往往累及胸腹腰部等重要器官，病情十分严重。在伤后早期即引起呼吸循环障碍及严重休克，此种损伤多数为深部器官伤，伤后常同时伴有胸部和腹部的体征，但胸腹部的症状和体征往往互相掩盖，给临床医生造成假象，极易延误诊断和治疗。所以早期明确诊断，必要的辅助检查，争分夺秒地抢救处理是抢救治疗成功的关键。

2、膈肌破裂是胸腹复合伤中较严重的损伤，往往造成膈疝，本组有3例病人发生了膈疝，它直接影响了呼吸循环功能，甚至可以使腹腔器官发生嵌顿、扭转、坏死、穿孔。急性闭合性膈疝，多伴复合损伤，严重休克。膈疝的症状、体征易被掩盖，使早期确诊困难。临床上我们发现，膈肌破裂往往大小不一，发生膈疝也有迟早。本组1例病人于伤后二天才发现有膈疝形成，因此不能满足于第一次的X线检查。体检如果发现下胸上腹闭合性伴低位肋骨骨折，下胸部呼吸音减弱，闻及肠鸣，或出现肠梗阻，要考虑到伤性疝的可能。需再次X线检查，必要时胃管内注入稀钡或泛影葡胺确诊。

3. 在右下胸刀刺伤病人，锐器于胸腔经膈肌达到肝膈面，膈肌一旦损伤破裂，胸腹腔即被沟通，胸腔的负压[1]与腹腔的负压差以及腹腔冠状韧带，镰状韧带的分隔阻挡[2]，肝脏膈面的出血随呼吸大部分经膈肌破口进入胸腔，临床表现为右血胸，而腹部症状体征不明显，肝破裂易被漏诊而延误手术，本组2例病人刀刺伤到右下胸部而致肝破裂，早期误诊为“右血胸”，经胸腔闭式引流病情未见好转，开胸探查发现膈肌破裂，

* 作者单位：361100 福建厦门市同安区医院外科