维普资讯 http://www.cqvip.com

可于术后1~3天内早期下床活动,复发率最低。我们用此方法修补105例,无一例复发,Shouldice医院报告低于1%[4],远期效果满意。Shouldice术式是疝修补的金标准,适应征广,费用不高,适合我国国情值得推广。Shouldice适应于直疝,较大的斜疝或直斜疝并存的马裤疝及大部分的复发疝,相当于Nyhus分型的ⅢA、ⅢB型,我们扩大至Ⅳ型的5例病例也同样收到较好效果。但对多次复发,腹横筋膜破损严重者,Shouldice张力过大,需用人工材料行无张力修补,忌太勉强修补致术后复发。

参 考 文 献

1.李跃.Shouldice手术的几点体会.临床外科,1998,6(4):189.
2.谭毓铨,主编.手术创新及意外处理普通外科卷.长春:吉林科学技术出版社,1998.91.
3.舒强.腹横筋膜的解剖与疝修补术的意义.实用外科杂志,1992,12(3):126.
4.彭开勤.腹股沟疝修补术式的合理选择.临床外科,1998,6(4):188.

(收稿:2000-01-23)

·个 案·

体外循环后的消化道护理体会

朱 薇* 王月秋 隋一玲

与体外循环有关的消化系统并发症发生率为0.5~3%,虽然发生率很低,但危害很大,一旦发生死亡率可高达92%~94%,而消化道并发症往往易被忽视原因有(1)症状和体征被心、脑、肺等重要器官并发症所掩盖;(2)消化道并发症一般以腹痛为先导,而人工呼吸、麻醉药使患者难以主诉。所以体外循环后的消化道护理尤为重要。现将我科1996年~1999年的102例病员体外循环后的消化道护理体会报告如下。

一、资料

102例病员中男58例,女4例,年龄最大者70岁,最小者1.5岁。其中房间隔缺损32例;室间隔缺损27例;冠状动脉搭桥13例;二尖瓣置换术18例,心脏肿瘤6例;法乐氏四联症3例共他3例。102例中2例出现上消化道出血,经及时发现,有效治疗后痊愈。

二、术前护理

1.做好各项辅助检查,了解病情,如患者既往有消化道溃疡病史,可在术前服用一些抗组胺受体的药物,这可减轻体外循环中消化道粘膜的损伤。血糖过高者酌情使用胰岛素。

2.术前日晨留置胃管,排除胃内容物,以便术中,术后观察分析胃液,预防治疗给药。

3.术中可给0.9%生理盐水250ml,甲氰咪呱0.6g静滴,做为预防用药。

三、术后护理

1.体外循环后的病员应进ICU,给予特级护理,由于消化道并发症一般发生在术后1~10天,而且临床症状易与其它现象相混淆,所以要密切观察血压,血氧,脉搏等生命体征的变化。

2.胃管护理:随时监测胃液,观察消化道出血动态变化,准确记录24h消化道排泄物的色与量,如果胃管内抽出血性胃液,棕色胃液量明显增多,考虑有发生应激性溃疡的可能,应立即通知医生,及时给予对症处理。

3.胸腔闭式引流护理,注意引流量,颜色性质,保持引流通畅。

4.换瓣病员每日查PT、APTT。根据PT、APTT调节抗凝药物的量;冠状动脉搭桥和有糖尿病的病员每日测血糖一次,血糖过高者应用胰岛素。

5.体外循环是一种应激,其应激性溃疡发生率很高,有报告证明严重创伤者急性胃粘膜病变发生率为75%~100%,虽然引起出血的只是少数,但体外循环后上消化道大出血者死亡率达34%~63%。所以一旦发生上消化道大出血应做到:(1)立即通知医生,严密观察病情变化,准确测量T、P、R、Bp,尤其注意血压的变化,详细记录出入量。(2)止血药物的应用:按医嘱给0.9%生理盐水250ml,甲氰咪呱600mg,Bid,ivgtt;5%葡萄糖100ml,洛赛克40mg,Bid,ivgtt;必要时用8%去甲上肾腺素冰盐水100ml,q2h胃注射一次,以通过冷却,使胃内血管收缩,血流减少,从而达到较好的止血目的。若出血过多,可输给同型新鲜血。(3)饮食护理:应禁食,出血停止后48~72h给予流食,而且温度要适宜,不可过热。饮食量应逐渐增加。禁止食用粗糙,纤维多的蔬菜和刺激性强、油性大的食物,以防止诱发再出血。(4)心理护理,病员的手术本身危险性高,术后又并发消化道出血,所以病人就更加紧张恐惧,此时护士应做好护理,消除其恐惧心理,稳定病人情绪,防止由精神紧张,反射性引起血管扩张,导致出血加重。

小结:预防体外循环后的消化道并发症,应做到认真观察,及早识别,及时抢救,以肢解病情,保证患者的生命安全,促进病人的康复。

(收稿:2000-03-15)

* 作者单位:150001 哈尔滨市哈尔滨医科大学第一临床学院心外科