## 3 讨论

人工流产是终止妊娠的手段,但对妇女来说手术的恐惧与疼痛又是她们非常惧怕手术。传统的人流手术虽然时间短,但由于没有麻醉或效果差,受术者痛苦不堪,恐惧、紧张、焦虑、可明显加重疼痛反应,易出现人流综合症,宫口松弛度亦不如全麻满意。无痛人流则可以大大地减少致痛因素,所以开展无痛手术非常必要并且是今后的发展趋势[1]。

人工流产引起孕妇恐惧、焦虑、甚至不配合手术的主要原因是疼痛,而疼痛则是由于扩张宫颈及手术刺激所致[2]。宫口的松紧度又是手术难易的关键。安定具有镇静、催眠、抗焦虑和松弛中枢神经肌肉的作用,它能有效缓解受术者术前的紧张心里状态,稳定情绪,减轻肌肉痉挛而有利于扩张宫颈并且有起效快、消除快、无积蓄等优点。丙泊酚是一种快速、短效静脉麻醉药,其具有起效迅速、维持时间短、体内无积蓄、代谢快、毒性小、复苏迅速完全,手术无记忆、并发症少、镇痛效果满意以及术后恢复快等特点。只要术前检查完善,无严重的慢性疾病,术前禁食水6 h以上,注意用药速度及剂量,加强术中监护,丙泊酚作用门诊人工流产用药是完全可行的、安全的,具有其他静脉麻醉药不及的特点,是目前门诊较为理想的静脉麻醉药[3]。

安定与丙泊酚联用,能消除受术者的紧张、恐惧和焦虑的心态,有明显的宫颈口松弛作用且止痛效果好,从而缩短了手术时间,减少了不良反应的发生,值得应用和推广。需注意的是:虽然此方法无痛人流镇痛效果好,不良反应小,但终归是在静脉麻醉下实施手术,一定要有麻醉师麻醉监护,及时处理麻醉并发症,严防麻醉意外的发生,只有这样才能确保受术者生命安全和手术的顺利完成。

### [参考文献]

[1] 王 铃,任洪智. 异丙酚用于人工流产麻醉的临床观察[J]. 中国麻醉学杂志,1994,14(2):90-91.

[2] 赖珍霞,朱 萍. 100例无痛人流术病人护理问题分析及对策[J]. 局解手术学杂志,2004,13(3):209.

[3] 罗 静. 异丙酚无痛人流500例临床分析[J]. 广西医学,2004,26(3):396.

(编辑:朱志立)

# 结肠癌并急性肠梗阻的诊断和治疗体会

毛大力[1], 刘明强[2] (1. 犍为县孝姑中心卫生院,四川 犍为 614405;2. 犍为县第二人民医院,四川 犍为 614400)

[关键词] 结肠癌;肠梗阻;诊断;治疗
[中图分类号] R735.35 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0362-02

成人结肠梗阻中约20%~55%为结肠癌所致,老年人急性肠梗阻为结肠癌所致的比率更高。结肠癌并急性肠梗阻的发生率为7%~29%。本文回顾性分析我院2004年1月至2009年3月诊治的45例结肠癌并急性肠梗阻病人的临床资料。现将诊断和治疗体会报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

2004年1月至2009年3月我院收治45例结肠癌并急性肠梗阻患者,其中男32例,女13例,年龄36~78岁,平均年龄62.5岁。均有腹部疼痛、肛门停止排气排便病史,伴发热、畏寒、剧烈的恶心呕吐,其中35人有大便习惯及性状改变。查体:均有腹部膨隆,腹肌紧张,全腹压痛、反跳痛,5例右下腹扪及包块,8例左下腹扪及包块。听诊肠鸣音活跃,有明显的气过水声。

### 1.2 诊断与治疗

术前均常规作立位腹平片检查,均有明显的腹部积气、积液和液平面,未见明显的包块,证实均有肠梗阻,再作腹部CT检查,发现右侧腹部包块9例,横结肠包块5例,左侧腹部包块19例。结肠浸润狭窄12例;完全性肠梗阻39例,不完全性肠梗阻6例;术前诊断结肠癌并急性肠梗阻39例,怀疑肠套叠6例(术后证实为结肠癌)。行I期根治切除肠吻合术12例;行I期造口术33例,其中乙状结肠造口28例,横结肠造口5例。术后3月并行II期根治25例。

## 2 结果

术后病理检查证实为腺癌32例,磷癌8例,粘液癌4例,未分化癌1例;肿块型33例,肿块直径4~12 cm,浸润型8例,溃疡型4例。39例患者伤口I期甲级愈合,6例伴脂肪液化、感染等延迟愈合。行根治术发生肠漏2例。术后1年内死亡5例,2年内死亡6例,4年内死亡8例,其余36例健在。

## 3 讨论

结肠癌并急性肠梗阻是普外科常见的急腹症之一,病情凶险,需要合理选择手术时机和手术方式,以提高治愈率,降低死亡率,减少并发症[1]。本文对45例患者作了腹部立位平片检查,均有明显的腹部积气、积液和液平面,未见明显的包块,证实有肠梗阻后再作腹部CT检查,明确梗阻的部位和原因后,结合查体和辅助检查,对12例60岁以下,梗阻时间短,营养状况好,感染轻,电解质紊乱轻,无远处转移,包块能I期切除的患

[收稿日期] 2009-06-04 [修回日期] 2009-07-12

者作了I期根治切除肠吻合术,术后发生肠漏2例,10例患者伤口甲级愈合,结合化疗,患者术后恢复好,到目前无1例患者死亡。说明只要正确掌握手术适应症,重视围手术期的处理,结肠癌并急性肠梗阻行I期切除吻合是安全有效的[1-2]。对33例60岁以上,营养状况差,感染较重,电解质紊乱严重,有远处转移的患者进行了造口术,其中乙状结肠造口28例,横结肠造口5例,造口后患者大便通畅,腹痛、腹胀、恶心呕吐症状迅速缓解,加上术后给予输液抗感染、营养支持治疗,患者恢复好。3个月后对25例营养状况好,无电解质紊乱,无明显远处转移和粘连的患者行II期根治肠吻合术,6例伴脂肪液化、感染等延迟愈合,均恢复较好。对8例营养状况极差,有明显远处转移和粘连严重的患者行保守治疗,4年内全部死亡。

早期手术是改善回盲部肿瘤预后的重要因素之一。对结肠癌早期手术固然重要,但术前对明确有肠梗阻的患者再用CT了解癌症有无远处转移,包块能否切除,特别是对比较衰竭的患者,采用造口术,减少手术时间,减轻手术打击,降低死亡率,为II期手术根治创造条件尤为重要[3]。

[参考文献]

[1] 田景春. 结肠癌并发肠梗阻28例治疗体会[J],锦州医学院学报,2005,(4):79.

[2] 楼良潮,陆文博,翁旭豪. 老年人急性肠梗阻112例分析[J]. 临床军医杂志,2008,36(5):820-821.

[3] 李传真,杨铁成,刘美娜. 结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):112.

(编辑:蒋登金)

# 全麻术后乳腺癌患者的护理

崔 华 (延边大学附属医院外科护理病房,吉林 延吉 133000)

[关键词] 全身麻醉;乳腺癌;护理

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0363-02

乳腺癌是严重影响妇女身心健康常见的恶性肿瘤之一,占全身恶性肿瘤的7%~10%,并有逐渐上升的趋势。对于乳腺癌的治疗以早期手术治疗为主,辅以术后放射、激素、化学治疗等[1-2]。为减少术后并发症的发生,我院自2007月1月至2008年1月对乳腺癌改良根治术患者进行护理干预,取得较好效果,现报道如下。

## 1 临床资料

本组乳腺癌全麻术后患者60例,其中40~50岁28例,51~60岁20例,61~70岁12例。护理干预方法:①全麻术后保持呼吸道通畅,防止术后并发症的发生;②严密监测生命体征及伤口引流情况;③早期指导进行功能锻炼促进康复。其中40~50岁28例均治愈;51~60岁20例,18例治愈,2例死亡;61~70岁12例,10例治愈,2例好转。

## 2 护理

### 2.1 麻醉清醒前的护理

对麻醉尚未清醒的病人,应去枕平卧,将头转向一侧。如有呕吐应及时吸出口腔内及气管内分泌物,并置入口咽通气导管,维持呼吸道通畅。麻醉清醒前病人常有躁动不安,应适当加以约束或加床挡保护。严防引流管脱出或敷料被拉扯等情况发生。此时护士要加强巡视,麻醉后病人还须观察膀胱充盈情况,给予留置导尿。手术结束返回病床,病人均有颤抖怕冷,要注意保暖,可增加棉被。

[收稿日期] 2009-06-09 [修回日期] 2009-07-07

### 2.2 麻醉清醒后护理

指导病人在床上呼吸运动和四肢屈伸活动,每2 h协助病人翻身,更换卧位。痰液多的病人在协助翻身同时拍击后背鼓励作有效咳嗽,使支气管内的痰液易于咳出。也可用超声雾化,使痰液稀薄后更易咳出。密切观察引流液的量、颜色和性质。术后观察引流量很重要,除对术后患者严密观察血压变化以判断有无出血倾向外,还要注意负压吸引量,以观察有无活动性出血。患者术后第1天引流量平均100 mL,第2天平均60 mL。如术后10 h引流量超过200 mL,且为全血性,性质较粘稠,易凝固,则视为活动性出血,需及时处理。采用创面持续负压引流及皮瓣良好的固定来防止皮下积液,同时也应给予足量的抗生素,控制感染。

## 3 讨论

乳腺癌是严重影响妇女身心健康,其治疗以早期手术治疗为主,辅以术后放射、激素、化学治疗等。为减少术后并发症的发生,乳腺癌改良根治术后对患者进行护理干预,是非常重要[2-3]。主要护理干预包括:全麻术后正确清理呼吸道,保持呼吸道通畅,防止乳腺癌术后并发症的发生。术后严密监测生命体征,观察引流液的情况及时做好并发症的观察与护理,早期指导进行正确功能锻炼。

术后第1周卧床期间机能训练,以掌指关节运动为主,指关节曲伸运动,以儿童游戏手势"石头,剪子、布"交替进行;肘关节屈伸运动,感到疲劳时,将前臂及手放于体侧的枕上休息;握放毛巾运动;用患肢梳头,尽量不运动肩关节[3]。术后2周以肩关节运动为主,可利用医院内桌、床、墙等进行训练,上体