维普资讯 http://www.cqvip.com



血小板减低,为23.6×10⁹/L;术后第3天复查血小板均有不同程度上升,为125.7×10⁹/L。2例同时行腹腔镜胆囊切除。

## 2 术前护理

LS是近几年开展的一项新的脾脏疾病治疗手段,国内尚未普及,患者及其家属对该术式不了解,会对手术的安全性及疗效产生怀疑,为此,术前耐心、细致地向患者及家属讲述LS的适应证、方法、优缺点及临床开展情况,解除患者的顾虑和担心,取得病人的充分信任,并主动配合治疗。常规做心电图、拍胸片了解心肺功能有无异常,查血常规、凝血时间及凝血酶原时间、血小板计数,了解病人的凝血机制。术前1 d备血400~800 mL,对难以纠正的血小板减少患者可用血浆置换法或直接输入血小板悬液以提高血小板数量[1]。按常规做好腹部备皮,尤应彻底清洁脐部皮肤。因为腹腔镜手术需在脐部或在脐周穿刺建立操作孔,故既要彻底清洁脐内污垢,又要保证脐内皮肤完好无损。术前常规禁食12 h,禁水4~6 d。术前晚上给予42.75%甘油灌肠液110 mL灌肠,排空大便。术晨置胃管、尿管,对食道胃底静脉曲张程度较重的病人,置胃管前嘱病人先口服10 mL液体石蜡油,硅胶胃管前端用石蜡油润滑后动作轻柔地插入胃内,防止食道胃底静脉破裂出血。

## 3 术后护理

全麻未清醒者去枕平卧,头偏向一侧。予持续低流量吸氧,氧流量为29%。禁食、禁饮,术毕拔除胃管,部分手术时间较长的在12~24 h内拔除胃管,术后24 h开始进食流质饮食。术后密切观察生命体征的变化,监测血压、脉搏、呼吸每15~30 min一次,至病情稳定后可改为每2 h测一次。观察神志、意识、血氧饱和度、面色、末梢循环、腹部伤口及引流管的情况。保证各种管道通常,特别是避免脾窝处引流管折叠、扭曲、堵塞,并注意观察引流液的量及性质。如每小时引流量大于100 mL,应考虑内出血可能,立即通知医生。腹腔引流管一般于术后2~3 d拔除。

预防术后并发症:①腹腔内出血:密切观察病人生命体征,腹部体征,末梢血循环,引流管内引流液的情况。如发现异常情况应及时通知医生,必要时做好再次手术的准备。②发热:脾切除后,机体的免疫功能及抗感染能力均下降,容易引起脾热、术后反应热及因感染,并发症等因素而导致的发热,直接危害病人的生命安全[2]。故要密切观察脾切除术后患者的体温。术后每日测体温4次,观察有无发热以及发热的持续时间,及时给予物理及药物降温,定期化验血象,合理使用抗生素。③血栓形成:术后严密监测血小板的变化,出现腹痛,下肢肿痛或者突发呼吸困难时应警惕,防止静脉血栓的发生,血小板增至10×10⁹/L以上,应使用抗凝药物。

## 4 出院指导

向患者及家属讲解出院后要定期监测血常规,观察血小板、血红蛋白的变化,合理调配饮食,劳逸结合,预防感冒,定期复查、随访。

[参考文献]

[1] 李洪艳. 32例腹腔镜脾切除术围手术期的护理体会[J]. 局解手术学杂志,2003,12(5):386-387.
[2] 孙惠英,张淑冰. 脾手术后病人的体温观察[J]. 护理学杂志,1996,11(2):83.

(编辑:朱志立)

# 肺切术后低氧血症的原因分析及护理

步月红,李 艳,庞会娟 (佳木斯市结核病医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 肺切除术;低氧血症;护理
[中图分类号] R619;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0066-02

肺切除术后低氧血症是胸外科手术常见的并发症。我院2004年1月至2006年12月实施肺切除术216例,术后发生低氧血症的30例,发生率为14%。现就30例术后低氧血症的发生原因进行分析,从相应的护理对策中找出经验,以降低术后低氧血症的发生率。

## 1 临床资料

本组病人30例,男24例、女6例,年龄最大73岁,最小50岁,平均61.5岁。本组低氧血症血氧饱和度均小于90%,氧分压小于8 kPa。22例发生在患者术毕回ICU后的15~30 min,6例发生在术后30~60 min,2例发生在术后12 h内。26例经吸入大于5 L/min氧气后,在10 min内血氧上升到90%以上;2例经吸入上述氧后血氧仍在86%~90%之间,经反复鼻导管吸痰及纤维支气管镜吸痰后,血氧上升至90%以上;1例因Ⅱ度呼吸衰竭行呼吸机辅助呼吸72 h后好转;1例因呼吸衰竭伴心功能衰竭在术后4 d死亡。

## 2 原因分析

本组病人术后发生低氧血症的原因主要有:①单侧全肺叶切除面积大,术后引起有效呼吸交换面积减少、气道闭塞、通气/灌注失调等因素限制病人呼吸,同时胸腔内积液积气,阻碍肺膨胀,影响呼吸功能的恢复。②术前有长年吸烟史、高龄、肺

[收稿日期] 2007-11-05 [修回日期] 2007-12-17

维普资讯 http://www.cqvip.com



功能中重度阻塞性减退者,均可以引起术后顺应性及呼吸道阻力的改变,从而引起程度不同的肺通气和换气功能障碍。③术后切口疼痛剧烈和胸腔闭式引流管位置不当,刺激患者呼吸变快、变浅而造成吸入氧气供应不足、血氧浓度下降。④手术时间过长、麻醉药品的残余作用、误吸、先天性鼻甲肥厚、喉头水肿、肺水肿、血容量不足等因素,均可不同程度引起血氧下降。

## 3 护理

### 3.1 保持呼吸道通畅

对高龄病人和肺功能低下病人,尤其是长期卧床者,术前2周鼓励病人下床活动,练习吹气球、做呼吸操练习、上楼梯等。吸烟病人术前禁烟,指导病人有效咳嗽、排痰。支气管分泌物增多和滞留可影响通气功能,严重时可极大地阻碍气体交换,引起心肌和其他重要脏器缺氧。对急、慢性支气管病患者应采用抗生素,限制炎症扩散。合并支气管痉挛、肺气肿、咳嗽的患者,可应用祛痰合剂和支气管扩张剂,使感染在术前得到控制。术毕全麻清醒后,病人取半卧位,4 h后即鼓励病人进行有效咯痰、深呼吸,防止痰液阻塞气道,促进肺膨胀。为湿化痰液有利痰的咯出,可给予超声雾化吸入,每日3~4次,每次20 min。如病人出现气短、出汗、紫绀、喉头及气管可闻及痰鸣音时行鼻导管吸痰,吸痰无效,且病人出现严重呼吸困难、肺不张时,应立即行纤支镜吸痰。对老年人合并心、肺功能差者,吸痰时间不能过长。吸痰过程中,要给予氧气吸入。因各种原因造成呼吸道阻塞者,经采用各种排痰措施不能解决,造成缺氧严重伴二氧化碳潴留,应及早给予气管切开。

### 3.2 术后严密观察病情及血氧变化

临床上低氧血症的心率、血压变化发生比较晚,血氧浓度的变化为术后早期发现并为及时纠正低氧血症提供可靠依据。病人回至ICU后,常规持续低流量吸氧3~4 L/min,肺切除术后早期,病人均有不同程度的缺氧,当血氧显示低于90%时,首先加大氧气流量5 L/min以上,我院近几年采用面罩给氧,这种经口鼻吸氧,既减轻病人不适、又能达到氧疗的效果。血氧的监测一般需24~72 h,最多监测168 h。在监测前,应剪短病人指甲,保证监测的准确性。在测量中,如患者有低血压或末梢循环障碍,应4~8 h更换探头夹测部位。

### 3.3 保持胸腔闭式引流通畅

严密观察引流液的性质和量的变化、水柱波动情况,保证胸引流管不扭曲、不阻塞、不漏气、不受压,保证胸腔内残余物顺利排出,否则易造成因胸腔积液而致病人气体交换不足、血氧下降。如胸腔引流量每小时大于100 mL,立即报告医生,防止因血容量不足而发生低氧血症。若水柱波动过大,可能提示全肺扩张不全,造成余肺通气和换气功能障碍也可引发低氧血症。

### 3.4 疼痛控制在最低限度

术后疼痛直接影响呼吸的深度和质量,不利手术后进行早期有效咯痰和余肺组织的气体交换,致使痰液阻塞造成肺不张等并发症。故术后早期应选用止痛作用快、抑制呼吸轻的药物如强痛定、度冷丁等,不宜用吗啡。近几年我院采用镇痛泵止痛疗效满意。

肺切术后低氧血症的发生与术式、肺功能等有着密切的联系,做好围手术期呼吸道的护理是预防和降低低氧血症发生的关键。

(编辑:张天飞)

# 中药制剂配合针拨术治疗颈椎病性高血压的疗效分析

张 丁 (贵州省骨科医院颈腰腿痛专科,贵州 贵阳 550002)

[关键词] 中药制剂;针拨术;颈椎病;高血压
[中图分类号] R681.55;R544 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0067-02

颈椎病引起血压增高较常见,其主要表现是颈椎病加上血压升高的表现,如头痛、头晕、颈肩背疼痛、上肢无力、手指麻木。病程多在1年以上,有的病人并不以血压升高而就诊,而是在体检中因颈痛等就诊时发现[1-2]。这类病人在治疗上较棘手,我院3年来使用中药制剂(颈宁液)配合针拨术治疗45例颈椎病性高血压患者,疗效满意。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者45例,其中男30例,女15例;年龄45~60岁;病程6~15年。患者颈椎病中交感神经紊乱症状有:头痛、胸闷、高血压等。经颅多普勒检查:椎动脉痉挛;CT显示颈椎间盘变性、钩椎关节改变等。通过星状神经节封闭,高血压征等颈椎病的其他症状均得以暂时缓解。

### 1.2 中药制剂(颈宁液)

颈宁液是由羌活、防风、秦艽、肉桂、寄生、牛膝、杜仲、当归、芍药、川芎、茯苓等中药材按中药制剂工艺流程提取为肌肉注射的针剂。

### 1.3 治疗方法

找出颈部压痛点或激痛点,用右手拇指探找压痛点或激痛点方向及深浅,直到患者认为颈痛之处与所找痛点相一致时为止。如痛点在浅肌层,并发现痛点处有筋结或条索状物,此时

[收稿日期] 2007-09-29 [修回日期] 2007-10-15