维普资讯 http://www.cqvip.com

2 并发症的预防与护理

2.1 TURS的预防与护理

前列腺电切综合症(TURS)是TURP术中、术后易发生的一种吸收性并发症。常见原因是术中灌洗液(不含电解质)经前列腺创面及切开的静脉和静脉窦被大量吸收,术后通过膀胱周围间隙吸收而引起的容量、血电解质及血浆渗透压内环境的变化的综合症候群。术中静滴5%氯化钠200 mL,术后根据临床表现及血电解质检查结果适当调整高渗盐水的用量。病人回病房后持续冲洗膀胱,冲洗液面应高于患者耻骨联合平面50~60 cm,冲洗速度以引流液呈淡红色为宜,以免血块形成造成引流不畅而增加冲洗液的吸收。监护心电,观察有无恶心、呕吐、低血压或高血压、嗜睡、意识障碍等症状,监测血电解质及血浆渗透压,及时对症处理。本组观察发现,TURS多发生在术后3~8 h,此间如病人心率低于50次/分,用阿托品0.5 mg肌注;血压低于11/7 kPa,用麻黄素30 mg肌注;同时吸氧,维持血氧饱和度在98%以上;根据血电解质测定结果应用5%氯化钠静脉滴注调整电解质至正常水平。

2.2 术后继发性出血的预防与护理

术后继发性出血与术中止血不彻底,膀胱内压力持续增高以及其他导致腹压增加的因素有关。术后保持尿管引流通畅,防止血凝块堵塞尿管引起膀胱压力增高。如发生堵塞,可用注射器反复抽吸至通畅。术后详细记录冲洗液出入量,两者之差即为尿量。如尿量过少甚至为负数即应怀疑引流不畅,应检查膀胱区是否充盈,及时作尿管冲洗。预防术后便秘,避免剧烈咳嗽,防止腹压增加导致继发性出血。拔管后避免过早下床活动,以免引起手术创面继发出血[1-2]。

2.3 感染的预防与护理

术前已存在的尿道感染,术后持续冲洗及留置尿管等均可导致术后尿路感染。术后置管期尿道医源性感染也是TURP术后尿道狭窄的原因之一。若伴有尿管引流不畅或拔管后排尿困难则尿路中的细菌及毒素可经前列腺窝的创面入血而致全身性感染。因此术前术后控制感染至关重要。本组患者术前2 d预防性应用抗生素,对置有保留尿管患者行生理盐水加庆大霉素80 000 U冲洗膀胱,每日2次。术后冲洗筒和引流袋每日更换,加注冲洗液时应严格无菌操作,每日用0.1%新洁尔灭液清洗尿道口两次。留置尿管期间鼓励病人多饮水,以达到内冲洗作用。拔除尿管前先夹闭尿管再快速冲入生理盐水200 mL入膀胱,将尿管水囊中液体吸尽后轻轻转动尿管缓慢拔除,防止因用力不当引起尿道粘膜损伤。拔管后立即嘱患者排空膀胱,利用膀胱中存留的冲洗液将前列腺窝及尿道内的炎性分泌物冲出,能有效预防尿道热发生。

2.4 膀胱痉挛的预防与护理

手术创伤、尿管及其球囊对后尿道及膀胱颈的刺激,膀胱炎症激惹,膀胱内血凝块等均可导致膀胱痉挛,使膀胱内压力增加,诱发出血。本组术后尿管球囊一般注生理盐水30 mL,如病人有膀胱区胀痛和便意感,应适当调整球囊盐水量,减轻对病人后尿道及膀胱颈的压迫。可采用留置硬膜外麻醉管接镇痛泵2~3 d以减少膀胱痉挛。术后肠功能恢复的病人可口服拟胆碱类药物(黄酮哌酯),有助于缓解膀胱痉挛。发生膀胱痉挛时,可适当调整体位,做深呼吸,必要时用解痉镇痛药。护士应时常巡视镇痛泵有无脱落及镇痛效果,协助翻身、拍背,指导有效咳嗽。

[参考文献]

[1] 王芦萍.膀胱冲洗液温度与膀胱痉挛间关系的临床研究[J].实用护理杂志,2001,17(5):19.
[2] 覃丽玲,黄冬梅.高危患者前列腺汽化电切围手术期护理[J].局解手术学杂志,2005,14(6):393.

(编辑:朱志立)

15例腹腔镜脾切除术的护理

王 芳,姚元章 (第三军医大学附属野战外科研究所全军战创伤中心,重庆 400042)

[关键词] 脾切除术;腹腔镜;围手术期护理
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0065-02

目前腹腔镜脾切除术(laparoscopic splenectomy,LS)成为腹部外科最常见的腹腔镜实质脏器手术,也成为血液病脾切除的首选方式。我科自2001年6月至2006年12月为15例患者实施了LS,经过精心术前、术后护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组患者共15例,男6例,女9例。年龄13~64岁,平均年龄37岁。术前诊断:特发性血小板减少性紫癜8例,脾功能亢进6例,脾血管瘤1例,其中两例脾亢合并有胆囊结石。术前B超及CT检查,脾脏正常大小8例,轻度肿大(上下径小于15 cm)4例,中度肿大(上下径15~20 cm)3例。15例LS均成功,手术时间90~300 min,平均150 min。术中出血量50~1 600 mL,平均456.3 mL。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。术后住院5~7 d,平均5.8 d,均康复出院。术中发现副脾1例。本组病人除1例脾脏血管瘤外,其余病人术前均有不同程度的

[收稿日期] 2007-09-20 [修回日期] 2007-11-22

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