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

维普资讯 http://www.cqvip.com

应按常规消毒用5 mL空针7~8号针头向压痛点探索方向及深浅处来回拨动数次,在拨动时大多数患者可听到咔咔响声即取针。在针拨同时选用颈宁液6~10 mL加0.9%生理盐水注射液至20 mL,作椎旁高压注射。每3 d治疗1次,直到压痛点消失为止,治疗应以第5颈椎以上为重点。一般20 d为一个疗程,最长不超过30 d。

2 结果

疗效评价标准。优:症状完全消失,血压体征恢复正常,可正常工作。良:症状血压体征恢复正常,劳累后可偶现颈部不适。可:症状体征略有改善,仍需治疗。无效:症状体征无改变。本组45例患者中,优22例,占49%;良12例,占27%;可10例,占22%;无效1例,占2%。

3 讨论

颈宁液具有扩张血管,改善微循环,增加血液量,抑制血小板聚集和血栓形成,溶血栓、降低全血粘滞度等作用.在颈椎退变过程中,椎动脉外周有不少植物神经纤维组织,当退变发生到一定程度时,可因颈肌痉挛、颈椎骨变形、移位、骨赘刺激或压迫了椎动脉而造成脑供血不足,也可因植物神经组织受到刺激而反射性脑血管痉挛,造成脑的供血障碍,均可产生颈椎病假性高血压征。临床上血压升高与颈椎病相一致,随着颈椎病症状加重而升高。因此,凡具有上述表现经降压治疗疗效不佳而经颈椎病治疗显效者,首应考虑颈性高血压的诊断,及时摄颈椎X线片以协助诊断[2-3]。颈部疼痛及颈部软组织的痉挛出现,多为退变后局部无菌性炎症所致,而骨赘并非首要因素[4-5]。本组患者在随访后发现,影像学检查骨赘无改变,但疗效确很稳定,说明颈宁液配合针拨术可以增加软组织微循环,消除痉挛,改变动力平衡使骨赘压迫和椎体移位得以纠,这正是治疗本病的重要基础。

影响颈性高血压疗效的因素很多,作者认为有以下几点:①动脉粥样硬化使椎动脉管壁变硬弹性下降,致使疗效很差。本组有2例患者严重椎动脉硬化,MRI加强造影显示椎动脉在横突孔行程中,因变长、变细、迂曲而影响脑供血量。②钩椎关节有骨赘形成或者横突孔内有极小骨赘出现,以及先天性横突孔发育较小,均可使椎动脉管径变窄,形成交感性颈椎病假性高血压征,这类患者疗效极差。③在原发性高血压患者中,合并有交感型颈椎病患者,这类病人虽用药物对原发性高血压控制,本法疗效也很差。④在颈椎病患者中,同时患有高脂血症、糖尿病,必须首先控制高脂血症及糖尿病,否则因代谢紊乱最终导致动脉硬化而影响疗效。

[参考文献]

[1] 薛平武.针刺为主治疗神经根型颈椎病临床分析[J].颈腰痛杂志,2003,24(1):54-55.

[2] 黎 川,田小川,方卫东.脊髓型颈椎病高场强磁共振成像探讨[J].局解手术学杂志,2004,13(3):155-157.

[3] 冯金升,李勇枝,敬红平,等.颈肌退变与颈椎病[J].局解手术学杂志,2005,14(3):189-190.

[4] 肖翠君.老年高血压病与颈椎病的关系[J].中国误诊学杂志,2006,6(12):2326.

[5] 吕有魁,何宗宝,陈东昌.国内颈椎性血压异常发病机理研究概况[J].颈腰痛杂志,2007,28(1):61-62.

(编辑:郭光金)

食管癌根治术后并发胸内吻合口瘘的预防护理

朴莲玉[1],曲 杰[1],赵宏颖[1],沈兴艳[2],李 桃[2],秦翠萍[2] (1.佳木斯肿瘤医院胸外科,黑龙江 佳木斯 154002;2.佳木斯结核病医院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 食管癌;胸内吻合口瘘;预防;护理
[中图分类号] R735.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0068-02

食管癌根治术后并发胸内吻合口瘘是一种严重的并发症,也是术后死亡的主要原因之一。死亡率高达50%[1]。我院自1997年10月至2006年10月对150例食管癌患者施行食管癌根治术,术后并发胸内吻合口瘘,经采取各种有效的治疗护理措施后,明显降低了死亡率,先将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组患者共13例,其中男9例,女4例,年龄45~65岁。患者均在食管癌根治术后发生吻合口瘘。12例吻合口发生于术后7~14 d,1例吻合口瘘发生于手术后第33天。通过加强心理、管道、营养三个方面的护理,消除其病理情绪,保证引流通畅及全身营养供给。1例病人因术后胸内感染败血症于术后第18天死亡,其余12例均康复出院。

2 护理方法

2.1 管道护理

保持胃管通畅,将胃管固定,防止脱出,每隔20~30 min抽吸1次。胃肠减压管应保留6~7 d,负压在10.4~13.3 kPa。若胃管不通畅,可用少量生理盐水冲洗并及时回抽,避免胃扩张增加吻合口张力。并发吻合口瘘。待胃肠恢复功能,肠鸣音恢复,按医嘱则可拔除胃管。在拔胃管时遇有阻力应及时报告医生,不可强行用力拔出,以免撕裂吻合口。对已出现吻合口

[收稿日期] 2007-10-28 [修回日期] 2007-12-08