维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg,2007,Vol.16,No.1

脾切除、贲门周围血管离断术的护理

李晓焕,张文书,杨慎凤 (佳木斯市中心医院二部普通外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 脾切除、贲门;血管;护理
[中图分类号] R657.6;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0066-01

贲门周围血管离断术是指彻底切断冠状静脉、胃短静脉、胃后静脉、左膈下静脉,包括高位食管支或同进存在的异位高位食管支,同时结扎、切断与静脉伴行的同名动脉。我科自1998年1月至2006年1月行脾切除、贲门周围血管离断术20例,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组20例病人,男18例,女2例,年龄43~65岁,平均年龄54岁,均为门静脉高压症、脾亢患者。有脾肿大、腹水、食管胃底静脉曲张症状;红细胞、白细胞、血小板均有不同程度减少;肝炎病史,一次或多次呕血、黑便史。术前给予血、尿常规、血型、便潜血、出凝血时间、肝、肾功等化验;彩超、心电图、胸透等检查。20例病人均行脾切除、贲门周围血管离断术。19例病人预后效果良好,1例死亡。

2 护理体会

2.1 术前护理

向病人及家属说明手术的必要性,解除病人紧张、恐惧、焦虑心理;护士语言要亲切,态度要热情,帮助病人树立战胜疾病的信心,以积极、乐观的态度,良好的心理状态配合手术。重视营养和休息。合理的休息与适当的运动相结合,肝功能异常者以卧床休息为主。饮食方面应给予高能量、适量蛋白质、丰富维生素饮食,如有腹水给予低盐饮食。术前12 h禁食、4 h禁水,术前晚灌肠预防术后肝昏迷。术晨抗生素静滴预防感染。术晨留置胃管、尿管。

2.2 术后护理

术后平卧时每1~2 h翻身、按摩受压部位皮肤。血压平衡后取半卧位,有利于呼吸、血液循环并减轻腹壁切口张力,预防膈下感染。重症病人48 h内不宜下床活动。术后24 h内监测血压、脉搏、呼吸情况及有无伤口、引流管和消化道出血情况,给予持续低流量氧气吸入,1~2升/分,防止肝脏缺氧。膈下置引流管患者应保持负压引流系统无菌,每2 h挤压一次,保持通畅;妥善固定,防止扭曲、脱落。严密观察记录引流液的性状和量,保持胃肠减压管、尿管通畅,避免腹胀、腹带包扎完好,无松脱。术后48 h后,肠蠕动恢复后撤除胃管,可进流食,给予米汤、水果汁等富含维生素食物,以后逐渐改为半流食及软食。如鸡蛋糕、鱼汤等富含优质蛋白食物。术后2周内每日或隔日检查血小板,术后血小板迅速上升,应观察有无肠系膜血栓形成现象。有较长时间发热,应注意有无胸腔积液、膈下感染发生。

3 出院指导

嘱病人进食高热量、低脂、富含维生素饮食,少量多餐,养成规律性进食习惯,进食无渣、软食;忌食粗糙、坚硬、辛辣食物,避免损伤食道粘膜,诱发出血。避免劳累和过度活动,保证充分休息。一旦出现头晕、心慌、出汗等症状,应卧床休息,逐步增强活动量。半年内不得从事重体力劳动。避免腹内压增高的因素,如咳嗽、打喷涕、用力大便、提举重物等,以免诱发曲张静脉破裂出血,应进食新鲜蔬菜、水果,保持大便通畅。保持乐观、稳定的心理状态,避免精神紧张、抑郁等不良情绪。嘱病人戒烟、戒酒,并认识其必要性。用软牙刷刷牙,避免牙龈出血,防止外伤。一月后复诊,告诉病人复诊的重要性,指导病人掌握出血先兆、基本观察方法和主要急救措施。

[收稿日期] 2006-10-16 [修回日期] 2006-11-29

(编辑:左艳芳)

妊娠合并阑尾炎的护理

姚秀华 (安徽省立医院急诊外科,安徽 合肥 230031)

[关键词] 妊娠;急性阑尾炎;护理
[中图分类号] R714.255 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0066-02

妊娠合并急性阑尾炎是妊娠最常见的外科急腹症。由于妊娠孕妇全身各系统会发生一系列变化,故妊娠期急性阑尾炎有其特殊性,病情较复杂,导致诊断治疗和护理中的复杂性和困难性,因此,在治疗过程中,护士对患者严密的病情观察、积极有效的对症护理,对提高治愈率起着重要作用。现将我院

[收稿日期] 2006-10-10 [修回日期] 2006-12-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

收治的9例妊娠期合并急性阑尾炎患者的护理经验报告如下。

1 临床资料

2004年10月至2006年9月,我科收治急性阑尾炎病例561例,男性331例,女性230例,其中妊娠期急性阑尾炎9例,发病率占同期住院的阑尾炎总数的1.6%;年龄23~38岁,孕期13~37周,均为初产妇,早孕2例,中孕4例,晚孕3例,非手术治疗3例,手术治疗6例,无1例孕妇死亡、流产、早产、胎儿死亡现象,均痊愈出院。

2 临床特点

2.1 各期妊娠合并阑尾炎的特点

妊娠早期:由于子宫较小,急性阑尾炎引起的恶心和呕吐容易被认为是常见的妊娠反应。妊娠中期:由于子宫增大,阑尾可能向上向内移位,阑尾炎引起的腹痛和压痛位置常较高。妊娠晚期:阑尾随增大的子宫进一步向上向侧腹部移位,使症状和体征更不典型。临产期:子宫收缩痛更难与妊娠阑尾炎所引起的腹痛区别。由于妊娠期腹壁肌肉松弛,阑尾被子宫覆盖而远离腹壁,反跳痛和肌紧张常不明显,容易干扰对病情的判断、导致阑尾穿孔,发生严重的腹膜炎。发生穿孔者比非孕时多3.5倍,发生坏死者比非孕时多5.5倍。

2.2 对母婴的影响

阑尾穿孔致弥漫性腹膜炎易导致流产、早产、胎儿死亡,胎儿的死亡率可达20%,其死亡率的高低取决于治疗有无延误;母体的死亡率2%,其死亡率取决于病灶本身的发展程度。因此及时明确的诊断和治疗、严密的监护,才能有效地保障母婴健康。

3 护理

3.1 积极对症治疗

密切观察腹痛的部位、性质和特点,腹痛是最常见的临床表现,明确腹痛的来源及其发生、发展的过程,有助于做出正确的诊断,若患者起病时由上腹痛或脐周不适,逐渐转移至右下腹或略上,右下腹压痛点上移至髂嵴以上,均可提示为妊娠合并急性阑尾炎。急性阑尾炎一经确诊,应立即做好各项术前准备,如:备皮、配血、留置导尿管,防止膀胱过度膨胀及损伤。迅速输液,以防止低血压的发生。

3.2 心理护理

向患者说明麻醉对胎儿没有影响,至今国内外没有1例因麻醉对胎儿造成不良后果的报道,消除患者顾虑。消除患者的紧张、焦虑心理,手术后注意保胎治疗,成功率较大,使患者看到手术后保胎成功的希望。讲解治疗方案及药理知识,选用对胎儿无不良影响的抗生素,一般首选青霉素,禁用氨基甙类、喹诺酮类,甲硝坐要慎用,术后常规给予保胎镇静治疗。

3.3 术后观察

自手术后第1天开始,对妊娠18~20周以上的患者每日观察胎心音,胎心率多在每分钟140~160次,注意胎动情况,教会患者自己数胎动,早、中、晚各1次,每次1h,每小时约3~5次,以观察胎动情况。注意有无阴道流血、流水情况,有无宫缩。术后常规给予间断吸氧。若患者病情需要用硫酸镁保胎时,根据有无宫缩调节硫酸镁滴速,用硫酸镁期间定时做膝腱反射检查、测量呼吸次数、观察尿量、抽血查血镁浓度等,防止和及早发现硫酸镁的不良反应,必要时作相应处理。

3.4 指导患者术后活动

护理人员在进行各种治疗护理时,有计划地讲述手术后注意事项,如向患者介绍阑尾切除手术后6 h予半卧位或与左侧卧位交替,并开始床上自主活动,促进肠蠕动,预防肠粘连,同时预防腹胀、上呼吸道感染等手术后并发症的发生。协助患者床上翻身、坐起等活动,注意动作要轻、慢,不要用腹部力量以免诱发宫缩和切口疼痛。禁用开塞露和灌肠。

(编辑:张天飞)

埋藏式心律转复除颤器置入患者的护理

刘 开,刘 芳 (中国医科大学附属第一临床医院循环内科,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 埋藏式心脏自动复律除颤器;置入;护理
[中图分类号] R541.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)01-0067-02

埋藏式心律转复除颤器(Implantable Cardioverter Defibrillator,ICD)降低恶性室性心律失常患者病死率的效果明显优于抗心律失常药物,已作为治疗性室性心律失常的首选方法。体内自动心律转复除颤器是一种连续监测心律及心率的仪器,可以对自发性室颤做出有效的反映,感知危及生命的恶性心律失常,防止心源性猝死的发生。我院于九十年代末开始对阵发性心动过速的患者安装ICD,积累了一些临床护理经验,现将护理体会报告如下。

1 手术过程简介

置入前ICD测试,预程控,囊袋制作,置入电极,测试ICD电极,连接ICD与电极,测试高压电极阻抗,诱发心室颤动并成功除颤,测试除颤阈值。ICD袋囊缝合,ICD参数程控。

[收稿日期] 2006-10-10 [修回日期] 2006-12-01