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