维普资讯 http://www.cqvip.com

急性肠梗阻病情重，病人腹胀、腹痛、呕吐十分痛苦，护士应以同情、理解和蔼的态度去关心、爱抚，视病人为自己的亲人，让病人感到医院的温暖，心理上的平静，也为以后的治疗和临床各项护理工作奠定了良好的基础。我们体会心理护理是实施整体护理的核心，心理护理要贯穿到病人住院的全部过程。

2.2 中西医结合治疗中的护理

尽管肠梗阻发病急，除肠绞窄外一般都先采用中西医结合方法治疗，西医方面：主要包括插胃管进行胃肠减压，补液纠正水电失衡及抗炎营养支持，监测血压、脉搏根据病情适当用肥皂水或生理盐水灌肠。中医方面：抽净胃液后由胃管注入中药"粘连缓解汤，"每日二次，每次注入半付(200 ml左右)。"通下汤"一剂(400 ml)保留灌肠，配用针刺"内关、中脘"等穴位。中西医结合就是上述两种方法结合进行，切不可将两者分开对立进行。责任护士要经常巡视病房，收集资料做好记录，对病人护理要体现四心，即"爱心、耐心、细心、责任心"。由于小儿不合作，老年病人各系统伴随疾病多，反应迟钝，所以更要注意观察他们的病情变化，劝说不要随意将胃管拔出，保证每日液体的输入，当发现病情有变化时立即向医生报告，本组有25例经中西医结合方法治疗肠梗阻不能缓解，故中转手术，术中发现2例发生肠扭转，23例肠管被粘连系带绞窄，由于我们发现和手术及时，使病人转危为安。

3 急性肠梗阻的围手术期护理

3.1 术前护理

责任护士参加术前讨论，了解麻醉与术式并根据医生的要求予先做好：手术野备皮，留置导尿，备血和术前给药，鼓励病人振作起来坚强勇敢地配合手术。

3.2 术后护理

肠梗阻手术一般选择全麻或硬膜外连续麻醉，当病人回病房后，责任护士要认真观察病人的意识，呼吸和血压，脉搏变化。特别对未完全清醒的病人应取头低平卧位，头偏一侧，给持续低流量吸氧。

由于病人长时间禁食和持续胃肠减压，很容易水电失衡和能量的缺乏，需要通过静脉输液来补充，责任护士要保证每日输液量的进入，对小儿和心肺功能不全的老年病人特别要注意输液速度不宜过快，同时记录24 h出入量。

肠坏死或肠肿瘤手术后最常见的并发症是吻合口瘘，一般在术后7～10 d时发生，当发现病人持续高热(T≥38 ℃)，白细胞升高，切口处红肿并有粪臭味液体流出时要立即通知医生以便妥善处理。

此外，协助病人翻身、排痰，早期离床活动以及做好室内卫生、清洁等都能促进病人尽快康复。

总之，尽管急性肠梗阻发病多，病程表现重，只要认真做好整体护理，积极配合医生治疗，其愈后还是很好的。本组病例有85例经各种手术治疗并且术后发生肠瘘、切口裂开等并发症，但无死亡病例，总治愈率高达100%也说明了这一问题。

[参考文献]

[1] 赵 颖，刘继东. 小儿肠梗阻50例的术后护理[J]. 局解手术学杂志，1995，4(1)：52－53.

(编辑：邱全光)

卵巢粘液瘤合并腹膜假性粘液瘤1例报告

高 情
(兰陵美酒厂职工医院妇产科，山东 苍山 277713)

[关键词] 卵巢粘液瘤；腹膜
[中图分类号] R737.31 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0388－02

卵巢粘液瘤合并腹膜假性粘液瘤在临床上非常罕见，易误诊。我院最近发现1例，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例，女，57岁，农民。因"进行性腹膨隆，腹胀10月"入院。近二月下腹增大明显，伴消瘦、乏力、纳差、无发热、腹痛、大小便正常。查体：慢性病容，极度消瘦，浅表淋巴结不大。心肺正常，腹部高度膨隆，腹壁薄，张力高，腹围125 cm，肝脾叩诊不清。腹部肿物轮廓不清，无压痛及反跳痛。全腹叩浊音。妇科检查：盆腔内可触及包块下界，囊性，轻度压痛，上界及左右界不清，子宫触不清。B超：腹腔内可见20 cm×18 cm×16 cm巨大囊肿，呈混合回声，以液性为主，其内可见多数网状分割带，腹腔内可见15 cm液性暗区。入院诊断：卵巢肿瘤。

1.2 手术方法

入院第6天行剖腹探查术，术中见：腹腔内充满淡黄色胶冻样腹水及粘液团块约8 000 ml，左卵巢肿瘤数十个，最大14 cm×12 cm×10 cm，最小4 cm×4 cm×4 cm，呈葡萄串状相连，蒂根位于左卵巢。右卵巢10 cm×8 cm×8 cm，双侧卵巢肿瘤均为灰白色，囊性，壁薄，半透明，表面光滑，未破裂。子宫、肠管、肝、脾、胃、大网膜等腹盆腔脏器表面及腹膜表面均粘着胶冻样物。阑尾失去正常结构，囊性变，增长增粗，约6 cm×2.5 cm。切除双侧卵巢肿瘤，行子宫、双附件、阑尾、大网膜切除术。术中将腹腔内胶冻样物彻底刮除吸净。5％葡萄糖冲洗腹腔，顺

[收稿日期] 2003－09－10 [修回日期] 2003－10－09

维普资讯 http://www.cqvip.com

铂80 mg稀释后冲洗并留置腹腔。腹腔放两支细管备化疗用。术后第10天开始以PC方案化疗3 d(顺铂总量80 mg,腹腔滴入;环磷酰胺400 mg静脉滴入)。术后体重较术前减轻21 kg。病理报告:双侧卵巢多房性乳状粘液性囊腺瘤(交界性),大网膜上有粘液腺细胞种植,阑尾6 cm×2.5 cm,结构破坏,切面囊性,内含胶冻样物。子宫未见异常。

2 结果与讨论

腹膜假性粘液瘤又称粘液性腹水,是卵巢粘液瘤的一种严重并发症,非常罕见。其特点是胶冻样物充盈整个腹腔,粘液状团块可沉积于腹膜的壁层和脏层,并可引起脏器粘连,淋巴管阻塞,引起异物性腹膜炎。最常见的来源部位是粘液性卵巢瘤和阑尾粘性囊肿[1]。临床表现为腹部膨大、消瘦,伴完全或不完全性肠梗阻[2],多无腹痛。腹膜假性粘液瘤组织虽属良性,但为进行性发展,由于粘液细胞难以彻底清除,故预后不好,临床上应视为恶性,病人多死于恶性病质、感染或肠梗阻。治疗原则以手术为主,尽可能寻找并切除原发病灶,清除腹腔内胶状增殖灶,切除变性的大网膜,吸净腹腔内胶状腹水,抗癌药物顺铂、5-Fu灌洗腹腔对本病的发展有一定抑制作用。治疗腹膜假性粘液瘤的要点:不强行剥离囊肿,尽可能全部切除瘤组织,术中避免穿刺和取样做病理,操作中应用纱布将囊肿隔离,一旦囊肿破裂,立即吸净粘液,以5-Fu或顺铂稀释后冲洗局部或留置塑料管以便术后注入抗癌药物。此病人为交界性卵巢粘液瘤,腹膜假性粘液瘤,同时并发阑尾粘液囊肿。阑尾粘液囊肿是指阑尾腔内充满粘液,使阑尾显著增粗,它与卵巢粘液瘤形态相同,可同时发生。此例病人化疗5次,化疗疗效肯定,已随访1年,一般情况好,B超定期检查腹盆腔未见异常。

[参考文献]

[1] 王淑贞. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993.695.
[2] 谢 岚. 卵巢粘液性乳头状囊腺瘤并阑尾粘液囊肿腹膜假性粘液瘤1例[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(9): 532.

(编辑:张天飞)

双腔中心静脉导管引流术在恶性胸腔积液中的应用及护理

朱 琳
(第三军医大学附属西南医院呼吸科,重庆 400038)

[关键词] 肿瘤;中心静脉导管;护理
[中图分类号] R561 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)05-0389-02

恶性胸腔积液常由肺癌、乳腺癌及淋巴瘤等恶性肿瘤引起,生成迅速,大量积液可严重影响心肺功能,如不及时治疗,患者会在短期内死亡。以往的胸腔穿刺是用注射器,每次抽吸液体量有限,需要反复抽吸,费时费力,且易引起组织损伤和感染,加重病人心理上和身体上的痛苦。自2001年以来,我科利用双腔中心静脉导管引流术,对32例恶性胸腔积液患者进行了胸腔抽水和胸腔内注入药物治疗,患者的呼吸困难和毒性症状均不同程度地得以缓解。同时,也大大减轻了医护人员的工作量,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

32例患者中,其中男性24例,女性8例,年龄33~72岁。晚期肺癌转至胸膜者24例,乳腺癌3例,胸膜间质瘤2例,淋巴瘤2例,食道癌1例。术前均有明显呼吸困难,经B超诊断为大量胸腔积液。所有患者均成功地留置了双腔中心静脉导管引流,置管时间最长27 d,最短6 d,平均置管21.8 d。患者的呼吸困难症状均在置管后2~3 h缓解。经综合治疗,31例患者好转出院,1例因全身转移,心、肺功能极度衰竭而死亡。

[收稿日期] 2003-08-25 [修回日期] 2003-09-15

1.2 胸腔穿刺的方法

1.2.1 术前准备 向患者讲清治疗的目的与方法,以取得理解和合作。准备消毒用安尔碘,1%普鲁卡因,无菌穿刺包1个,双腔中心静脉留置管1副(一管腔长一管腔短),3 cm×3 cm大小的无菌小纱布(沿中线剪开一半)及透明敷帖各1张,无菌引留袋1个。

1.2.2 术中配合 穿刺时关好门窗,嘱患者平卧或半卧位,根据B超定位常规消毒皮肤,戴无菌手套,铺洞巾,以1%普鲁卡因自皮肤至胸膜壁层进行浸润麻醉后,左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针,边进针边回抽,有落空感且注射器内抽吸有胸水即停止再进,左手固定穿刺针,右手将导引钢丝插入胸腔约3 cm,固定钢丝,退出穿刺针,将中心静脉导管顺钢丝推进胸腔3 cm,即固定导管,退出钢丝,长腔管接上无菌橡胶软管和引流袋。用一块3 cm×3 cm大小的小纱布将导管沿中线剪开处敷盖于穿刺部位,透明敷帖固定小纱布和导管。放胸水不宜过快,待液体大部分排除后夹管,自短腔管注入药物,如丝裂霉素、顺氯氨铂、阿霉素等溶于生理盐水20~40 ml,注入胸腔内,然后用肝素液封住短腔管并用生理盐水冲管后注入肝素液2 ml(120~150 U/ml)。嘱患者卧床休息2 h,每5~10 min变换体位一次,使药物能与胸膜病灶充分接触。一般5~7 d胸腔注药一次,5~7次为一疗程。