维普资讯 http://www.cqvip.com

后腹腔引流管血性引流液较多，术后前一小时有约300 ml血性液，经及时给予纤维蛋白原1 g静滴及输用新鲜血浆等处理后腹腔引流液逐渐减少，避免了再次剖腹手术。待引流液减少至20 ml/d或无血性引流液，即可拔除腹腔引流管。

4 术后并发症的观察及护理

4.1 发热

多数患者术后3 d一般均有发热，体温在38 ℃左右，无明显其他自觉症状，无需处理，多能自行恢复正常。若术后3 d以上，体温超过38.5 ℃，应考虑脾静脉炎、脾窝感染或其它部位感染可能[2]，需及时查找原因，合理使用抗生素。本组有2例病人术后第四天体温超过39 ℃，经B超检查发现脾静脉有栓塞，经调整抗生素后体温逐渐控制到正常。

4.2 出血及血栓

术后应密切观察胃管引流液的情况，及时发现有无上消化道出血。本组有2例病人分别在术后8 h和14 h胃管出现血性引流液，经用生理盐水10 ml + 凝血酶200 U胃管注入后好转，无其他并发症发生。此外，术后还应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10×10^{11}/L以上，应使用抗凝药物。

4.3 人工气腹并发症的观察

腹腔镜脾切除病人术中需用CO_2建立人工气腹，术后腹腔内仍会残留有CO_2，可使腹腔内压增高、膈肌上升，有时因术中气腹压力过高还可引起皮下气肿。这些均可使胸腔、肺容积缩小，可能引起呼吸困难，故术后待患者全麻清醒后，一般应给半卧位，并密切观察呼吸频率、血氧饱和度变化，注意有无咳嗽、胸痛及皮下气肿等。术后还应特别注意充分吸氧，提高氧分压，促进病人恢复。CO_2气体积聚在膈下可产生碳酸，刺激膈肌而引起反射性肩背部酸痛，多在术后1～2 d发生，一般能在短期内自行缓解。本组2例病人有过肩背部酸痛，均自行痊愈，应注意给患者作好解释工作。

5 出院指导

腹腔镜脾切除及门奇断流术主要解决病人食道胃底静脉曲张破裂出血及脾功能亢进，对肝硬化并无明显治疗作用，故患者出院前应向其讲解出院后应注意饮食卫生，合理调配饮食，多吃富含维生素的饮食，尽量避免高盐饮食，避免饮酒，尽量减少刺激性食物；并注意休息，逐步增加锻炼，保持心情愉快，情绪稳定，劳逸结合，按医生要求来院复查，定期随访。

［参考文献］

[1] 许瑞云，邱万寿，邓美海，等. 手助腹腔镜下门静脉高压症巨脾切除术[J]. 中国内镜杂志，2001，7(5)：47－48.
[2] 寿之人. 92例脾切除术与脾动脉栓塞止血术后并发症的比较及护理[J]. 实用护理杂志，2001，17(11)：12－13.

（编辑：王 林）

急性肠梗阻的整体护理体会

庞丽荣
（鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

［关键词］肠梗阻；护理体会
［中图分类号］R392.4 ［文献标识码］B ［文章编号］1672－5042(2003)05－0387－02

肠梗阻是外科临床较常见急腹症之一，可发生在肠管任何部位[1]。表现腹胀、腹痛伴呕吐，不排气及便，严重者可因水电失衡并发酸中毒、休克危及生命。本文对我院1998年至2003年5月收治的258例急性肠梗阻进行回顾性分析总结，将整体护理体会进行报告。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男性146例，女性102例。年龄最小一天，最大86岁。其中以40～60岁最多。

1.2 肠梗阻分类

本组均为机械性肠梗阻，其中肠套叠梗阻4例、肠扭转梗阻6例、肠粘连梗阻92例、肠畸型梗阻2例、粪石梗阻18例、肠肿瘤梗阻36例。

1.3 治疗与转归

258例中有24例入院当日或次日急诊手术，其余采用中西方法治疗。结果在治疗中又有25例因发生直肠绞窄而手术。36例确诊为肠肿瘤（小肠平滑肌瘤及结肠癌等）也经手术治疗。术后并发肠瘘2例，切口裂开1例，但无死亡病例。

2 护理体会

2.1 心理护理是整理护理的核心

传统的护理都是以疾病为中心，护士终日机械地执行医嘱，缺乏与病人间的思想沟通。与之相反，整体护理是一切以病人为中心，融预防、保健、康复、指导为一体的全面护理。病区设有责任护士，负责对病人宣教，如主动介绍自己的姓名、职务、病区环境和医院制度，并以亲切、热情的态度与病人交谈。了解发病的原因，有无过敏史及院前用药情况，首先做好心理护理，从根本上消除病人忧郁、恐惧的心理，使之主动配合医生治疗。由于

［收稿日期］2003－10－02 ［修回日期］2003－11－01

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