维普资讯 http://www.cqvip.com

的中心型肺癌病人也采用这种术式进行治疗[4]，其目的同样为了避免一侧全肺切除术的有害影响，保证病人术后有较好的工作能力和生活质量。但这种支气管与肺动脉的成形手术对术者及麻醉师的技术要求较高，需在有经验的胸外科医生和有条件的医院才能开展。

[参考文献]

[1] 孙衍庆. 现代胸心外科学[M]. 北京：人民军医出版社，2000. 780－795.

[2] 张效公. 胸外科学[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2001. 103－118.

[3] Rendina EA, Venuta F, Ciriaco P, et al. Bronchovascular sleeve resection : Technique, peripherative management, prevention, and treatment of complication [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1993, 106:73－80.

[4] Maggi G, Cassdio C, Pischedda F, et al. Bronchoplastic and angioplastic techniques in the treatment of bronchogenic carcinoma [J]. Ann Thorac Surg, 1993, 55:1501－1510.

（编辑：张天飞）

32例腹腔镜脾切除术围手术期的护理体会

李洪艳

（第三军医大学附属新桥医院肝胆外科，重庆 400037）

[关键词] 腹腔镜；脾切除；围手术期；护理

[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0386－02

我科自2001年7月至2003年4月行腹腔镜脾切除(LS)、门奇静脉断流术共32例，经过充分的术前准备和精心的术后护理，均取得较满意的效果。现将有关护理体会报告如下。

1 临床资料

本组32例肝硬化、门静脉高压症、充血性脾肿大伴脾功能亢进、食道胃底静脉曲张的病人中，男25例，女7例，年龄32～72岁，平均年龄48岁。32例腹腔镜脾切除加门奇断流术，无一例转行开腹手术，手术时间1.5～2.5 h，失血50～800 ml。术后12～20 h拔除胃管，进流质饮食，24 h后即可下床活动，48～72 h后拔除腹腔引流管。32例病人均无明显并发症发生，无死亡病例，术后平均住院7 d。术后脾亢完全纠正，食道胃底下端静脉曲张情况明显减轻或消失。

2 术前准备

2.1 心理护理

虽然腹腔镜技术已被广泛应用，但腹腔镜脾切除国内外开展较少，患者及其家属对该术式不了解，并且该类病人由于病程较长，临床症状重，多数病人有过上消化道大出血史，故患者的心理问题较多，对手术存在疑虑。为此，我们制定相应的护理措施，将健康宣教贯穿于整个治疗护理中。首先，将有关的知识向患者及其家属作详细的介绍，带他们走访、比较传统开腹手术和腹腔镜手术的病例，使患者对手术有一个初步的认识，从而患者保持良好的心理状态，积极配合手术，对恢复健康充满信心。

2.2 术前的常规准备

2.2.1 常规检查 做心电图、拍胸片，查肝、肾功能及电解质，了解肝肾功能状况；查血常规、凝血酶原时间等，了解病人的凝血机制；做食道吞钡检查，了解食道胃底静脉曲张程度；每天测腹围，了解腹水控制情况。判断手术的耐受能力。

2.2.2 常规准备 术野皮肤准备，尤应注意脐部的清洁。备血。术晨禁食，术前置胃管，由于大部分病人食道胃底静脉曲张程度较重，置胃管前嘱病人服用10 ml液体石腊油，胃管软硬适度，插胃管时动作宜轻柔，并与病人的吞咽动作密切配合，减轻对病人咽喉部的刺激，防止曲张的静脉破裂出血。

3 术后观察及护理

3.1 一般护理

全麻术后去枕平卧位，头偏向一侧，防止呕吐引起误吸。待肠蠕动恢复后拔除胃管，并逐渐进流质饮食、半流质饮食。本组病例因手术创伤小、对胃肠干扰少，术后胃肠功能恢复较快，多数病人术后1 d即拔除胃管。由于LS使用气腹以及麻醉药品的影响，病人术后有呕吐者，给予肌肉注射胃复安10 mg，让病人安静休息。

3.2 生命体征及腹部体征的监测

术后测血压、脉搏、呼吸每小时1次，使用心电监护，监测心率、呼吸、血压、体温、氧饱和度变化，观察患者的面色及精神状态，注意有无肝昏迷的先兆，注意腹部体征的观察，注意有无腹痛、腹胀等。

3.3 腹部切口及腹腔引流管的观察

由于肝硬化病人组织脆弱，多有凝血功能障碍[1]，部分病人腹水未完全控制，术后要注意观察腹部切口渗血、渗液情况，及时更换敷料，保证伤口清洁干燥。保持腹腔引流管通畅，注意观察引流液的性质、量，术后当日要准确记录每小时腹腔引流液的量，若腹腔血性引流液较多，应警惕腹腔内有无活动性出血（或创面广泛渗血），以便及时处理。本组有两例病人，术

[收稿日期]2003－09－21 [修回日期] 2003－10－12

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