维普资讯 http://www.cqvip.com

中胸膜剥破3例，未处置。胸膜外少量积液1例，经穿刺抽出。手术时间48～69min，平均54.1min，切口均甲级愈合，术后平均住院8.1d。无死亡，术后随诊，无导管再通及假性动脉瘤发生。

2. 方法：我院在1998～2000年间经听诊三角小切口行肺大泡切除术治疗自发行气胸26例，男18例，女8例，年龄10～43岁。手术方法：全麻后经左/右听诊三角入胸，切除肺大泡，通过以碘酒涂擦或拔擦并切除切口上缘至胸膜顶的壁层胸膜，达到促使胸膜腔粘连的目的，以防复发。结果：手术时间26～38min，切口均甲级愈合，术后平均住院日7.2d，无手术死亡及呼吸道并发症。

二、结果和讨论

尽管心胸外科手术的常规入路是被广泛使用并且在某些病例中是必须的，但胸部正中切口存在切口长，创伤大，胸廓不稳定，切口液化及感染并发症多，影响美观的缺点。前外侧切口易致青少年术后远期乳腺和胸肌发育不良，疼痛也较明显。后外侧切口术后疼痛严重，肺功能减低明显，远期并发症包括持续的切口痛，肺功能的减弱，凝肩及上肢力量减弱等。

随着心胸外科技术的提高及人们对美观的需求，使小切口微创伤心胸外科得以发展。听诊三角区由于无胸壁肌肉，切开听诊三角肌筋即可入胸施行心胸外科手术。所以具有以下优点：经听诊三角小切口使开关胸的过程简化且隐蔽美观；术中不损伤肌肉，出血少，上肢功能恢复快；简化手术过程在动脉导管手术中具有手术径路短，不进胸腔，不损失肺功能，胸膜外剥离面小，渗血少的优点；创伤小，术后疼痛轻，呼吸恢复好，全身反应轻，住院时间短，医疗费用降低。

作者认为切口也适用于肺中上叶及下叶背微小病变，胸腔内组织器官活检，异物取出及其它简单的胸部手术，对一些病例来说是适当的手术入路选择。

参考文献

1. Gr ossi EA,Gulliford AT, Krieger KH, et al. A survey of 77 major infectious complications of median sternotomy: a review of 7949 consecutive procedures. Ann Thorac Surg, 1985, 40(2): 214-217.
2. Wilson WR, Iibawi MN,Deleon SY, et al. Partial median srernoromy for repair of heart defects: A cosmetic approach. Ann Thorac Surg, 1992, 54(4): 892-893.
3. Weber LD, Peters RW. Delayed chest wall complications of median stemotomy. South. Med J,1986,79: 723.

（收稿：2001-09-28）

应用护理程序对急性出血性坏死性胰腺炎的护理

罗崇红* 刘淑清* 杨 玲*

急性出血性坏死性胰腺炎是高危的急腹症。由于病情变化快、并发症多、预后差，常因病情严重而威胁着病人的生命安全。及时恰当的护理可挽救病人的生命和改善病情。现将应用护理程序对急性出血性坏死性胰腺炎6例病人实施护理体会介绍如下。

一、临床资料

6例病人均被我科从1998年2月～2000年1月收住，男5例，女1例；年龄21～69岁之间。手术方式：4例行胰腺坏死组织清除、腹腔冲洗及双套管负压引流术，1例行胰腺坏死组织清除、腹腔冲洗及双套管负压引流术，1例行胰腺坏死组织清除并行引流、胆总管切开T管引流术，1例行胰腺坏死组织清除并行引流、胆总管切开T管引流、胃造瘘、空肠造瘘术。5例痊愈出院、1例死亡。

二、应用护理程序进行护理

评估病人的病情，按病人需要的优先次序提出护理诊断，制定护理计划，实施护理措施，根据护理效果进行评价。

1. 休克：与严重感染中毒、失血失液有关。护理目标：病人的组织灌注量改善、各器官功能维持在正常范围，并发症减少到最低限度或不出现并发症。

护理措施：快速有效建立1～2路静脉通道，根据医嘱予以所需液体，迅速补充血容量，纠正酸中毒。给予病员吸氧，氧流量2～4 L/min，直至休克好转。如病人明显紫需加大氧流量，4～6 L/min，并保证呼吸畅通，进行有效吸氧。在补充血容量度，纠正酸中毒的基础上，遵医嘱应用血管活性药物，并观察病人用药后的疗效。按医嘱应用有效的抗菌药物控制感染。严密观察病人的生命体征及神志变化，持续监测生命体征。评估皮肤色泽和湿度，尿量和比重，并做好记录，以此来估计组织灌注情况及病情变化。

2. 体液不足：体液丢失过多：胰液外渗、胰腺出血、恶心、呕吐、禁食、胃肠减压有关；代谢率增加：感染有关。

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

护理目标：病人体液充足，电解质平衡，尿量>30ml/h，血压、脉搏维持在正常范围，病人无口渴。

护理措施：严密观察病情变化，注意脉搏、血压、神态的变化。病人注意保暖。遵医嘱给予静脉补液、输血，保证有效血容量。密切监测循环超负荷的体征。预防体液过多，注意调整静脉输液速度。评估记录呕吐的次数、性质及量，及各引流液的性质及量，并注意不显性失水，准确记录24小时出入量。评估记录皮肤粘膜的弹性和湿度。监测血清电解质，如有异常及时报告医生。

3．潜在并发症：ARDS 上消化道及腹腔内出血，急性肾功能衰竭，胰外瘘。护理目标：及时发现早期症状，防止并发症的发生或并发症发生在最低限度。

（1）ARDS：护理措施：严密观察病人呼吸情况，血气分析动态监测，出现异常及时处理。静脉用药，改善通气功能。每日进行雾化吸入2～4次。定期给病人翻身、拍背、鼓励咳嗽排痰，必要时吸痰。

（2）上消化道及腹腔内出血：护理措施：严密监测血压、脉搏、神志情况。注意引流中是否有鲜血流出，若血量持续增多，则提示腹腔内出血。应及时处理。

（3）急性肾功能衰竭：护理措施：监测病人尿量、并记录尿的性质、颜色。定期作尿常规、尿比重化验、验血肾功，如有异常及时处理。

（4）胰外瘘：护理措施：保持负压引流能畅。

4．恐惧：与起病突然、病情重、剧烈腹痛、病人担心预后、恐惧死亡有关。护理目标：病人从言行上表示出恐惧减轻或消失，较平静，对医护人员充满信任。护理措施：给予病人安慰、同情及支持。恰当解释病情及手术预后，使病人能正视病情，增加战胜疾病的信心。并以和蔼的态度，严谨的操作，细致的护理取得病人的信任，增加病人安全感，减少心理应激。可应用止痛药、缓解疼痛。

5．疼痛：与血性炎性渗液和胰液的外渗刺激有关：手术切口存在有关。护理目标：减轻疼痛。识别疼痛的诱发加重因素，并尽量避免。护理措施：关心并安慰病人，指导病人利用放松技术，转移注意力，如谈话、看电视等。可按医嘱给予镇静止痛药。病人未手术前卧床休息并保持舒适体位，一般采取下肢屈曲的仰卧或侧卧位，按摩患者背部以减轻疼痛。给予禁食及胃肠减压。术后取不影响引流的体痊。病人活动时尽量避免移动引流管。

6．有感染的危险：与手术伤口存在及置各种引流管等侵入性操作有关；与长期卧床、禁食有关。护理目标：无感染发生。护理措施：严格执行无菌操作，接触病员前洗手，每天更换引流袋，并常规消毒引流口处的皮肤，按时换药。监测体温变化，如体温大于38.5℃时应给予物理降温，遵医嘱应用抗生素及退热剂，并观察记录降温效果。保持室温在18～22℃，湿度50～70%。对病人进行保护性隔离，限制探视人数及任何有感染的人探视。禁食病人每天口腔护理2次。按时翻身，按摩身体受压部位，做好皮肤护理。翻身叩背，嘱病人作深呼吸运动，鼓励咳嗽及指导病人作伸屈腿运动，以预防坠积性肺炎及下肢静脉炎发生。

（7）营养失调：低于机体需要量—与各种引流、体力消耗有关。护理目标：病人能保持在正常范围。护理措施：遵医嘱给予TPN治疗，以保证热量需要，空肠造瘘者，灌注要素饮食，维持正氮平衡。病情好转可给病人高营养易消化食物，并选择病人爱吃食物，少量多餐细嚼慢咽，有助于胃肠道的吸收，做好病人心理护理，让病人了解足够的营养利于机体恢复。保证身体及精神的良好休息。

（8）缺乏知识：与病人未接触过此类疾病有关。护理目标：病人掌握胰腺炎的诱发因素。护理措施：向病人讲解胰腺炎的诱发因素是暴饮暴食，尤其是高脂肪饱餐及酗酒，应注意避免。如存在胆道、胰腺、十二指肠疾病时，应及时治疗，去除病因。症状缓解后，应食用少油、无刺激、易消化饮食，以防止复发。

三、讨论

1．结合本组病例，由于按护理程序进行护理，首先把威胁最大的问题放在首位，抓住休克、体液不足、潜在并发症3个首选问题，针对性地采取护理措施，从而提高了抢救的有效率，然后其它的依次排列，这样护士就可按轻、重、缓、急采取先后行动，做到有条不紊。系统的整体的护理，对于提高病人的治愈好转率有重要意义。

2．由于护理程序是一个整体的、周而复始的动态护理。在此基础上不仅要发现存在的护理问题，而且要预见潜在的问题，因此提出了“潜在并发症”护理问题，以提醒护士要注意收集一下有关资料，以便及早与医生配合处理。另外，由于有危险因素存在可以预测，若不采取相应的护理措施，就必然会发生健康问题。故此提出了“有感染的危险”护理问题。

3．为达到护理目标，护士必须制定护理计划，并按步去实施，从而增强了工作主动性。

（收稿：2001-09-25）