维普资讯 http://www.cqvip.com

气管切开病人的观察与护理

史瑰慈* 王长来*

一、临床资料

病例，男，69岁，1998年5月诊断为喉癌，无手术指征，经局部放疗和全身化疗，病情趋稳定。先后住院3次，因对抗癌治疗不能耐受渐出现恶液质。2000年4月5日，因出现喉阻塞症状而住院，病人呼吸急促，面部及口唇紫绀，大汗，肺部有散在湿罗音，呈惊恐状，急行气管切开术。

二、术后观察与护理

1.保持呼吸道通畅

(1)吸痰：吸痰管选用管径大，光滑透明度好的14～16号硅胶管，负压调至0.07～0.08mPa。吸痰时，先将吸痰管插至套管内8～10cm，然后缓缓左右旋转向外提出，要将气管中的痰液吸净，每吸干净一次要更换吸痰管。用过的吸痰管清洁后再高压灭菌，以备再用。

(2)吸氧：氧流量调至5～6L/min，间断给氧，特别是每次吸痰后给氧30min，以缓解吸痰管刺激气管痉挛造成的缺氧，但氧流量不能超过6L/min，因气管切开病人氧气导管直接放入气管套管中3～4cm，氧气额外流失的很少。其次氧流量太高，可影响(对抗)气管中纤毛运动的张力、对排痰不利、而使痰液坠积到深部呼吸道。但氧流量小于4L/min不能纠正缺氧。

(3)湿化气道：气管套管外口用一层盐水纱布敷盖。另外，我们将传统的每隔15～30min向气管中滴几滴湿化液的方法加以改进。方1：庆大霉素8万U＋糜蛋白酶5U＋地塞米松5mg加入NS 250ml中。方2：元参、生地、麦冬各30g，合称增液汤，煎煮后用双层纱布过滤澄清后将上层的澄清液装入250ml的高温瓶中，高压灭菌后备用。元参、生地可消炎、生津，麦冬有润躁作用[1]。象输液一样在瓶子上插入输液器排气后将头皮针头剪掉，把头皮针管通过气管套管上敷盖的盐水纱布放入套管中，滴速调至1.5～2滴/min，持续滴入。这样既湿化了气道，又减轻了护士的工作量，更重要的是减轻了病人的心理负担。气管切开的前10天因病人入院时已有肺部感染，在全身应用抗生素的同时选用方1，肺部炎症基本消失后选用方2。至临终病人无呼吸道感染。

2.预防局部及全身感染

(1)我科用的气管套管是一次性的，每20d更换一次。固定气管套管的敷料每天更换，若被分泌物浸湿后应随时更换。气管切开的前3天每次换敷料要用碘酒消毒，酒精脱碘，3d后更换敷料只用酒精消毒即可。更换敷料时动作要轻柔，尽可能地少动气管套管，以免刺激病人引起呛咳或不慎将套管拉出。

(2)为病人创造一个舒适洁净的休养环境。冬天每日至少开窗通风换气2次。病室温度保持在15～25℃，湿度60%～70%。床单每周更换2次，有污染或汗湿应随时换。

(3)口腔护理：病人体质弱，生活不能自理，每日早晚行口腔护理，餐后协助病人漱口。

(4)皮肤护理，每日为病人擦洗1次，出汗后及时擦洗更衣。会阴部冲洗每日2次。早晚用温水泡脚30min以利病人舒适和睡眠，每周剪指、趾甲一次。

(5)合理的饮食护理：根据病人的饮食习惯和嗜好，为患者制订一周的食谱，循环进行。原则上是少食多餐，不忌口，软硬搭配，6种营养物质兼顾。患者不喜欢吃蔬菜水果，就提供果汁和新鲜的菜汁混合体加以佐料。

(6)适当地活动：生命在于运动，气管切开后，改善了患者的通气功能，为提高患者的生命质量，责任护士扶助病人早晚在医院的林间小路和花园中散步，在陪病人闲聊时适时地进行了心理护理。

3.心理护理

心理护理必须在良好的生活护理基础上进行，必须满足病人基本的生理需要，否则心理护理无以谈起。该患者参加过淮海战役，为新中国立过汗马功劳，医护人员从内心很敬重他，我们选择了尽可能减少病人痛苦、延长其生命的方法。患者一开始就知道自己患的是癌症。有资料表明，声带息肉与喉癌病人脾气急躁，气管切开后病人又失语，更加剧了暴躁情绪，我们为患者提供纸和笔，让他把想说的话写出来，有的放矢地进行心理护理。该患者气管切开长达297d，由于精心地观察与护理，无发生感染、脱管、呼吸道阻塞及糜烂等并发症。

(收稿：2001-03-07)

* 作者单位：450041 河南省郑州市上街长铝公司总医院

28例卵巢破裂的观察与护理

李艳萍* 巴丽敏* 李佩瑜*

卵巢破裂是指卵巢滤泡，黄体或卵巢滤泡囊肿、黄体囊肿因各种因素引起破裂，破口造成其表面血管断裂出血，为妇产科常见的急腹症之一。自1998年2月至1999年10月，我科共收治卵巢破裂患者28例，全部治愈。现将临床观察与护理体

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇科

维普资讯 http://www.cqvip.com

会报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组 28 例，占同期急腹症的 12.7%（28/220），占同期腹腔内出血的 22.4%（28/125）。最大年龄 40 岁，最小为 18 岁，平均年龄 29 岁。

2. 临床表现：(1)发病时均以下腹痛为首发症状，偶可伴有恶心、呕吐、晕厥等。(2)发病时间均在月经中期以后，卵泡期破裂（17.9%），黄体期破裂 23 例（82.1%）(3)有停经史 8 例（28.6%），无停经史 20 例（71.4%）。(4)出现不同程度的腹腔内出血。腹腔内出血 800ml 以上者 8 例（48.6%）。(5)体征：轻者有下腹压痛，重者可有全腹压痛、反跳痛、肌紧张一般不明显。内出血多者移动性浊音阳性。(6)血清及尿妊娠反应除 1 例并妊娠呈阳性外，均为阴性。

3. 治疗方法与结果：手术治疗 18 例，保守治疗 10 例。全部治愈。

二、护理体会

手术治疗的病例，原则以纠正休克同时做术前准备。对出血不多，无休克采用保守疗法者，注意观察病情变化做好护理工作。

1. 术前护理：(1)术前做好心理护理，消除恐惧心理 (2)去枕平卧、保暖、吸氧、以增加脑血流量及氧的供给。(3)立即测量血压、脉搏、呼吸、体温，以了解病人生命体征的改变，并及时记录。(4)通知化验室做血常规、血型及交叉配血，以备输血用。(5)迅速建立静脉输液的通路，做好输血准备，并备好急救药品。(6)协助医生为患者作盆腔检查，后穹窿或腹腔穿刺可抽出不凝血。(7)静脉采取血样或留取尿液做妊娠免疫试验。(8)按妇科手术常规做术前准备。

2. 术后护理：(1)麻醉后观察：注意呼吸情况。全身麻醉者应去枕平卧，头偏向一侧，及时清除呕吐物和呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。在麻醉未清醒前，如出现躁动不安，应防止发生意外，做好床边护理。注意保暖，防止感冒。病人清醒后鼓励病人咳嗽，作深呼吸，并协助病人变换体位，以防发生肺部并发症。硬膜外阻滞麻醉病人术后去枕平卧 6h，以免发生头痛 (2)术后观察：病人回病室后，了解手术情况和处理措施。每 15～30min 巡视一次，监测生命体征变化。注意观察伤口敷料有无松散、浸湿和伤口渗血情况，有无内出血，腹膜刺激症状等，如发现异常，应及时报告，以便处理。要保持导尿管和输液管的通畅，避免受压和滑出。观察尿色、尿量，注意术中有无副损伤。(3)术后体位：术后次日晨给予半卧位，以减低腹壁肌肉张力，减轻腹痛。有利于腹腔引流，术后腹腔内的血性液体对脏器有一定刺激，半卧位后，液体以重力作用流向盆腔的子宫直肠凹，防止形成膈下脓肿。盆腔腹膜的吸收能力低于上腹部，液体坠积于盆腔可减轻手术后全身反应。半卧位后，腹腔脏器下移，膈肌活动幅度加大，有利于咳嗽排痰，防止肺部并发症的发生。(4)伤口疼痛：术后 24h 可根据医嘱注射镇静剂和镇痛剂。遇有病人诉说伤口疼痛时，要了解情况并作分析，如由体位不适，腹部胀痛或导尿管刺痛等引起，对症处理，不乱用镇痛剂。(5)腹胀：一般于术后 48h 可自行排气 如腹部胀气，可给腹部热敷，灌肠或肛管排气。鼓励病人早日离床活动，促进肠蠕动，尽早排气，避免肠粘连，以促进康复。(6)饮食：术后 24h 可进流食，术后第二天进半流食，三天后进普通饮食。(7)保持尿管通畅和会阴部清洁，拔下尿管后，指导尽早排尿，恢复排尿功能。保持会阴清洁，每日擦洗 2 次，预防逆行感染。

3. 非手术治疗病例的护理：(1)按医嘱禁食或给软食，保证液体量的输入。(2)绝对卧床休息，做好床边护理，避免下床活动引起出血。(3)观察腹痛、流血，有无头晕、眼花、出冷汗、面色苍白、脉细而弱、血压下降等症状。(4)避免突然变换体位及增加腹压的动作，保持大便通畅，禁止灌肠，以免引起反复出血。(5)遵医嘱准时准量准确的给予止血药物。(6)如发现急诊病例情况，及时报告医生，并做好术前准备工作。

（收稿：2001-03-12）

残角子宫妊娠破裂一例

丁玉梅* 马爱荣*

一、临床资料

病例，患者 25 岁，因停经 5 个月，持续性腹痛 1d，于 1999 年 6 月 28 日入院。患者孕$_1$ 产$_0$，月经周期 30d，有痛经史，末次月经 1999 年 1 月 16 日。无外伤史。婚前及早孕时未查体。停经 40d 出现早孕反应，停经 4 月感胎动。查体：体温 36℃，脉搏 116 次/min，呼吸 28 次/min，血压 12/8.5kPa。无贫血貌，心肺无异常，肝脾未触及。子宫底脐上 1 指，轮廓清楚，有宫缩，宫底左部压痛，胎心 172 次/min。妇科检查：宫颈光滑，宫颈管 > 1.5cm，宫口未开。诊断：5⁺月妊娠，先兆流产，胎儿宫内窘迫。静脉滴注 25%硫酸镁抑制宫缩，患者腹痛未减轻。入院后 8h 行 B 超检查，结果示：死胎、腹水。遂行药物引产。经静脉滴注催产素及口服米索前列醇引产 4d，宫口未开。7 月 4 日彩超疑双子宫单宫颈畸形。于 1999 年 7 月 5 日在硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见腹腔内积血约 2000ml，右单角子宫，其宫体下段左侧突出一约 14cm × 12cm × 10cm 大小之包块，左输卵管连于包块左侧，包块上方有一长约 20cm 大小死胎。遂行残角子宫切除术，并将切断的左圆韧带及左附件缝合于子宫左角部。离体标本检查，残角子宫与右单角子宫不相通。病理诊断为残

* 作者单位：255036 山东省淄博市中心医院妇产科