DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.02.041

碳酸氢钠溶液漱口,并用制霉菌素甘油涂口腔粘膜。保持皮肤清洁,定时更换体位,防止褥疮发生同时教会患者作自我保护。

关键词 肺肿瘤/护理;肿瘤转移

中图法分类号 R473.73

参考文献

1 徐昌文,廖美琳.肺癌的流行病学.见崔祥宾,王鸣岐,萨滕三,主编.实用肺病学.上海:上海科技出版社,1991.408

2 李胜岐,译.肺癌化学疗法的副作用及其处理.国外医学:呼吸系统分册,1991,11(1):22

3 吴 蕊.肺瘤患者化疗时胃肠道反应的护理.护理进修杂志,1991,6(7):44

4 倪贤文,译.癌症护理研究.国外医学:护理学分册,1992,11(2):71

(收稿:1994-01-17;修回:1994-03-10)

缩窄性心包炎手术前后的护理

廖 宏 (第三军医大学西南医院胸心外科) 630038

我院自1976年4月以来,经心包剥脱术治疗缩窄性心包炎66例,现将有关护理经验介绍如下:

1 临床资料

本组66例,男42例,女24例,年龄5~68岁,平均年龄21.9岁。66例均有不同程度的颈静脉怒张及肝肿大,术前外周静脉压值均高于正常。78.8%的患者伴有呼吸困难、心慌,并伴腹水、下肢水肿。心电图检查报告有心肌劳损、QRS低电压、窦性心动过速、心房颤动、心房扑动等。术后行外周静脉压测定,除3例下降不明显外,其余均较术前明显下降,下降幅度为0.69~2.75 kPa。术后死亡2例,其余病员心功能均明显改善,随访观察疗效满意。

2 术前准备

本组病例以青少年居多,多数病员存有对手术的恐惧心理,我们根据不同的心理状况,向患者讲解有关知识,让患者了解目前心脏手术安全度大,死亡率低,使其树立战胜疾病的信心,积极配合治疗和护理。

2.1 改善全身营养状况

患者由于回心血受阻,致使胃肠道粘膜充血,淋巴回流受阻,多有吸收不良,营养低下,纠正手术前的低蛋白血症,对保证手术的成功是致关重要的。术前应进食易消化、蛋白丰富的低盐软食,配合医生的支持治疗,准备较好的身体基础待手术。

2.2 注意心功能改变

术前应注意观察体重、肝、脾、颈静脉、下肢水肿、腹围、外周静脉压及心律、心率变化,以及活动后心功能的改变情况,以便观察准备阶段的效果;并严格记录患者的尿量,限制活动量,同时对个别重症病人采用半坐位,以解除腹水对肺脏的压迫,防止病员受凉感冒而加重心脏的负担。

2.3 技术指导

术前训练病员床上排尿、排便,并训练咳嗽动作,此点对小儿及农村患者尤为重要,对术后减少肺部并发症,防止心衰的发生具有一定的作用。

3 术后护理

3.1 严密监护

密切观察血压、心律、心率、尿量的变化,心包炎患者多有不同程度的心肌萎缩,加上手术创伤,术后常有各种心律失常,如不能及时发现,常导致病员死亡;同时尿量必须保持在50 ml/h以上,凡发现异常情况应立即报告,及时处理。本组术后出现各种心律失常25例,包括窦速、频发房早、室早及房颤、房扑等,因发现及时,处理得当,病员均转危为安,大多数病员心律转为窦性出院。

3.2 控制液体入量

心包炎患者因术后心包解除,第3间隙的体液开始回吸收,除要强心利尿外,也要严格控制液体的入量,在结合中心静脉压监测基础上,切忌大量及快速补液[1],如静脉压高、心率快、血压低,则应加强心功能,以强心为主,加用血管扩张剂;静脉压低、心率快、血压低,则可能为容量不足,可适当加快补液速度,补充容量;反之静脉压高、心率快、血压高,则应使用血管扩张剂,更应严格控制液体量,并使用利尿剂。

3.3 保持呼吸道通畅

患者因肺脏淤血,肺顺应性下降,加上术后伤口疼痛及麻醉后咳嗽无力,常致呼吸功能不全,除给予一定的呼吸支持外,一定要勤吸痰,鼓励病员咳嗽,多翻身、叩背,每日给予雾化或蒸汽吸入,以利痰液排出,经上述处理仍有呼吸困难者,应及时报告医生,以排除肺不张等其它原因。

3.4 消化道管理

术后早期,尤其在1~2 d内不宜过多进食,对小儿尤应注意,往往过多进食造成腹胀、呕吐甚至误吸入支气管,造成意外。本组曾有一例患儿自行拔除胃管后盲目进食,致严重腹胀并大量呕吐,误吸造成急性呼吸道阻塞,经抢救无效而死亡,这也说明消化道管理的重要性。

关键词 心包炎,缩窄性/护理;心包炎,缩窄性/外科手术

中图法分类号 R473.6

参考文献

1 兰锡纯,主编.心血管外科学.北京:人民卫生出版社,1985.658

(收稿:1992-11-12;修回:1993-12-26)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net