

巨脾型晚期血吸虫患者的围手术期护理

涂永红

(江西省寄生虫病防治研究所 南昌 330046)

摘要:目的:探讨巨脾型晚期血吸虫病患者术前、术后护理措施。方法:对 50 例手术患者的护理过程进行总结。结果:49 例痊愈,1 例死于术后肝性脑病。结论:术前充分地护理准备,术后严密地观察和精心护理是患者围手术期安全的重要保证。

关键词:晚期血吸虫病;巨脾切除;围手术期;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0078-02

对巨脾型晚期血吸虫病患者行脾切除手术术式基本固定,而其围手术期并发症发生率仍然较高。为减少并发症发生率和病死率,提高患者的生活质量,故应做好术前、术后的病情观察和实施积极有效的护理措施。我所自 2000 年以来对该类病人手术 50 例,获得满意效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例 50 例,男性 40 例,女性 10 例;年龄 8~68 岁,平均 37.5 岁,以 30~45 岁多见;最长病程达 45 年,最短病程 1 年半左右;绝大部分生活在疫区。单纯脾大Ⅲ级 8 例,脾大Ⅱ级合并不同程度的食道静脉曲张者 42 例,其中重度食道静脉曲张 36 例,中度 5 例,轻度 1 例。所有病例均经 B 超证实有血吸虫性肝纤维化、脾肿大。术后住院时间最长 40d,最短 14d,平均 25d。

1.2 手术方法 单纯脾切除手术 12 例,脾切除手术加食道胃底静脉曲张断术 38 例。

1.3 结果 病人术后生活质量明显改善,无并发症发生 40 例;术后有腹水生成 6 例,经对症治疗后好转;术后发生呕血、便血、出血 3 例,保守治疗后治愈;死亡 1 例,死于术后肝性脑病。

2 术前护理

2.1 心理护理 本组病例以农民为多,文化程度低,经济负担重。病人和家属对所患疾病不了解,此类病人在手术前后心理变化复杂,精神负担重,多表现为情绪低落、沉默寡言,不愿和别人交谈,对手术治疗信心不足。心理学研究表明,负性心理可造成生理、精神、免疫三大系统的紊乱,直接影响手术的效果和术后的恢复^[1]。当情绪激动紧张时,交感神经兴奋患者虽然经过系统的糖尿病教育,但对照组的遵医率仍较低,电话随访经济、快捷,医务人员和患者都易接受,实施电话随访,对患者存在的问题可提供更有针对性的帮助。另外,还可帮助患者联系购买尿糖、血糖试纸等物品,从客观上提供了遵医条件。

3.3 提高了护士的专业理论水平 随访中护士需要有良好的沟通技巧、语言表达能力、丰富的临床知识及相关学科的理论。因此,作为健康教育者,护士必须加强多学科知识的学习,从而提高自身的专业理论水平,使患者最大限度地受益。

总之,在我国社区护理蓬勃发展的今天,电话随访作为一种有效的护理干预手段,以其方便、省时、经济、实用的优势得到了护士及患者的认可。但在随访中,我们也发现了一些问题,如不能面对病人,不能直接观察病人的反应,听力差的病人在电话中不容易交流等,使健康教育的落实受到了一定的局限。在目前社区护理体制尚未健全的情况下,如何克

奋,肾上腺素分泌增加,机体处于应激状态,可间接引起曲张静脉破裂出血^[2]。术前应与患者建立良好的护患关系,多给患者列举成功例子,指导患者保持乐观开朗情绪,避免烦躁和忧伤,争取患者的密切配合,促进患者术后的康复。为经济窘迫的患者解决实际问题,尽量降低患者的住院费用。使用通俗的语言及时进行健康教育,增强患者治疗信心,保持最佳的乐观情绪接受治疗。经过积极有效的心理护理,本组病例术前均能建立并保持良好的情绪,配合完成各项术前护理工作。

2.2 生理护理

2.2.1 饮食护理 帮助并指导病人进食高热能、低蛋白、多维生素及少渣饮食,避免进食粗硬、油炸及有刺激性的食物,防止损伤食管胃底静脉曲张引起大出血^[3]。

2.2.2 术前准备 认真阅读病历、检查单、化验单,全面熟悉病人情况及合并症。除作常规外科手术前准备外,嘱患者避免碰伤、跌伤,减少活动。鼻出血时用冷或冰毛巾敷,必要时用止血纱布填塞后鼻腔。对门脉高压症患者术前晚行温盐水灌肠,因碱性溶液可促进氨的吸收加重病情,故禁用肥皂水灌肠。术前放置胃管时,应选用细管,多涂润滑油,动作要轻柔。同时训练病人床上使用大、小便器。

3 术后护理

3.1 加强基础护理

3.1.1 体位 单纯脾切除术患者术后麻醉清醒,血压平稳后采取半坐卧位,有利于腹腔引流,使感染局限。行胃底静脉曲张断术患者术后 24h 取平卧位,不宜过早下床活动,防止血管吻合口破裂。

3.1.2 呼吸道护理 保持呼吸道通畅,鼓励病人咳嗽,定时服困难,开展形式多样的健康教育,使患者充分认识到遵医行为控制疾病的重要性,也是我们临床护士健康教育的重要课题。

参考文献

[1]Jia WP, Xiang KS, Chen L,et al. Epidemiological study on obesity and its comorbidities in urban Chinese older than 20 years of age in Shanghai, China[J].Obes Rev,2002,3:157
[2]Xu Z,Wang Y,Jing H, et al.Uncontrolled diabetes and cluster of macrovascular risk factors—severe challenge in health care in China [J].Diabetes Metab, 2003, 29:410
[3]施华芳,姜冬九,李乐之,等.患者依从性的研究进展[J].中华护理杂志,2003,38(2): 134-135
[4]Savage LS,Grap MJ.Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients[J].Am J Crit Care, 1999, 8(3):145-159
[5]陈远华,茹健,甘凯.糖尿病患者社区护理需求调查分析[J].广西医学,2002,24(11): 1 884-1 886
[6]章冬瑛,陈雪萍,许亮文,等.杭州市社区护理服务现状调研及建设 [J].中国卫生事业管理,2004,20(3): 164-165

(收稿日期: 2008-06-20)

急性有机磷中毒并发气道梗阻的原因分析及护理对策

褚海娟 童文渊 胡映波
(浙江省宁海县第一医院 ICU 宁海 315600)

关键词:有机磷中毒;气道梗阻;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0079-02

机械通气是抢救急性有机磷中毒呼吸衰竭、减少病死率的主要途径之一,而人工气道的建立使正常的湿化、加温、过滤及咳嗽反射消失,加之在治疗过程中阿托品的应用而抑制腺体分泌,可导致痰液黏稠增加形成痰痂而阻塞气道。而一旦发生气道梗阻,将对有机磷中毒患者的生命造成再次威胁。我科在 2002 年 10 月~2007 年 6 月出现急性有机磷并发气道梗阻者 8 例,通过积极抢救与耐心细致地护理,8 例中无 1 例患者死亡。现报告如下:

1 临床资料

本组 8 例并发气道梗阻患者,均为急性口服有机磷中毒,其中男性 3 例,女性 5 例,平均年龄 38 岁。入院后均予以常规洗胃,阿托品联合应用胆碱酯酶复能剂,并以气管插管处接人工呼吸机辅助呼吸。8 例患者均出现不同程度的气道梗阻症状,如:突发烦躁不安,面色青紫,呈吸气性呼吸困难,血氧饱和度下降,心率增快,肺部呼吸音减弱或消失。立即予以吸痰、扣背、鼓肺、雾化吸入、加大吸氧浓度等紧急处理后,协助病人坐起,嘱其深吸气,必要时经超声雾化药液吸入,2 次/d。

3.1.3 生活护理 做好晨晚间护理,保持床单及病人皮肤干净,预防褥疮发生,做好口腔护理,防止口腔溃疡。

3.2 并发症的观察和护理

3.2.1 膈下感染 由于膈下感染与脾窝积液、脾切除后机体抵抗力差及长期平卧位有关,术后应及时给予半坐卧位,保持有效引流,观察患者体温变化及有无腹膜炎体征,及时正确使用抗生素及指导患者加强营养。本组病例未出现膈下感染。

3.2.2 出血 术后继发出血主要是由于肝功能代偿能力差及脾切除术后凝血功能障碍,容易出现上消化道出血或腹腔内出血^[4]。术后 72h 应密切监测生命体征、腹部体征、胃管和腹腔引流管引流液的量、颜色及性质。本组病例中有 1 例术前肝功能分级 B 级的患者术后第 7 天突发上腹部疼痛,胃管引出血性液体,诊断为并发消化道出血,予胃镜下注射硬化剂及时止血处理后好转。因此,对于术前肝功能较差的患者术后要特别注意有无出血征象,同时积极改善肝功能。

3.2.3 肝昏迷 肝昏迷是术后较为严重的并发症。术后应严密观察患者的意识变化,动态监测肝功能,给予护肝治疗和慎用对肝脏有损害的药物。做好饮食指导,及时准确记录出入水量,避免水电解质失衡,及时治疗出血,保持大便通畅,以防诱发和加重肝昏迷。如患者出现神情欣快或淡漠、嗜睡、昼夜倒置、行为异常、胡言乱语、肢体扑翼样震颤^[5],则应高度怀疑并发肝昏迷,及时向医师反映,制定有效治疗方案。本组有 1 例患者有反复出血、病情拖延,术后并发肝性脑病而死亡。

3.2.4 血栓 脾切除术后,血小板可迅速增高,当达到 600×

其中 5 例患者上述症状缓解,另 3 例患者在吸痰过程中感觉吸痰不畅伴有阻力感,立即予以拔除气管插管并更换后症状缓解,观察拔除的插管,可见前端弯曲处有不同程度的痰栓堵塞。

2 原因分析

2.1 气道湿化不充分 正常上呼吸道对吸入的气体有加温加湿作用。人工气道建立后,气体绕过大部分呼吸道而直接进入气管,若不对吸入的气体进行湿化和温化,必然造成下呼吸道失水、黏膜干燥和分泌物干结^[1]。人工气道吸入气需要保证温度为 32~35℃,相对湿度为 90%~99%,临床上一般无法达到以上要求。

2.2 体液不足 人工气道建立后患者每日呼吸过程中的失水量是正常人的 2~3 倍,如伴有高热时更加严重。当摄入量和补液量未充分考虑到不显性失水时,则可能发生痰液黏稠而造成整个气道不同程度堵塞。

2.3 吸痰不及时或不彻底 气管插管后不及时或不彻底吸 10%/L 以上时,脾静脉、肠系膜静脉有发生血栓的可能,应仔细观察病人有无急性腹痛、腹胀、血便及腹膜刺激症状。本组病例术后血小板计数均有明显升高,其中有 13 例术后第 7 天血小板计数 >500×10⁹/L,2 例术后第 10 天血小板计数 >800×10⁹/L,予及时口服潘生丁、丹参、肠溶阿司匹林及注射速避凝、低分子右旋糖酐等抗凝祛聚处理后血小板计数下降。

3.3 量出为入,保护肾功能 准确记录出入量,注意水、电解质平衡,对使用利尿剂的病人监测血钾及血钠。根据病情调节补液速度和量,低血容量时开放 2 条静脉通路,保证尿量在 30mL/h 以上,观察病人尿量,以了解肾功能情况,预防肝肾综合征。

3.4 健康指导 病人宜进食新鲜易消化、多维生素、多糖食品,适量食用蛋白质及脂肪类食物,禁忌饮酒及饱食。出院后应继续坚持保肝治疗,不要服用对肝脏有害的药物。病人生活要有规律,劳逸结合,自我监测有无出血迹象,发现异常及时就诊。

参考文献

[1]王文如.运用循证护理对门脉高压症术后患者的观察[J].河南外科学杂志,2006,12(3):67
[2]张竹丹.38 例门脉高压症并发上消化道出血的观察和护理[J].大同医学专科学校学报,2005,4(8):20
[3]赵素华.门静脉高压症上消化道出血外科护理[J].医药论坛杂志,2006,27(5):86
[4]王陆林.普通外科手术意外与并发症[M].郑州:郑州大学出版社,2002.589
[5]范淑君.门静脉高压症术后并发症的临床观察和护理[J].医学文选,2002,21(3):32

(收稿日期: 2008-05-14)