

卫生出版社,1998,165.

- [2] 张玉洁. 科学及舒适的保留灌肠法在溃疡性结肠炎中的应用[J]. 中国实用护理杂志 2005 21(6): 23.
- [3] 杨新光主编. 现代眼科药物治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000, 254.
- [4] 刘杏, 李灿, 简峰. 晚期青光眼术前含服心痛定预防球后麻

醉一过性黑朦[J]. 中国实用眼科杂志 2000, 18(8): 481-482.

- [5] 余敏斌, 黄圣松, 连洁, 等. 表面麻醉联合结膜下麻醉在抗青光眼术中的应用[J]. 中国实用眼科杂志 2003, 21(7): 521-522.

收稿日期 2006-12-22

· 经验交流 ·

原发性心脏肿瘤 127 例围术期护理

黄俊杰, 高振双, 张祎炜

(山东省立医院 山东 济南 250021)

1988 年 9 月~2004 年 1 月, 我们对 127 例原发性心脏肿瘤患者行手术治疗, 经精心护理, 效果满意。现报告如下。

1 临床资料

本组 127 例, 男 44 例, 女 83 例, 10 个月~72 岁, 平均 39.89 ± 16.75 岁, 60 岁以上者 14 例。初发症状到确诊时间为 30h~23 年。115 例患者表现为心悸、气促、乏力, 有栓塞表现 12 例, 其中脑栓塞 8 例, 6 例为左侧脑栓塞, 栓塞部位多在基底节区, 下肢动脉栓塞 2 例, 腹主动脉及髂动脉瘤栓塞 1 例, 以急性下壁心肌梗塞为症状者 1 例。无临床症状而于查体时发现 3 例, 心功能在 NYHAIH~IV 级 28 例。肿瘤有复发 8 例, 均为粘液瘤。其中 2 例 4 次手术摘除肿瘤, 肿瘤复发时间间隔为 1~15 年, 大部分患者经术前心脏超声心动图确诊, 诊断符合率为 95.28%。累及左心房 95 例, 左心室 3 例, 右心房 16 例, 多心腔 9 例。侵犯肺动脉瓣、三尖瓣、二尖瓣和右心室各 1 例。

2 结果

本组围手术期病死率 8.66%(11/127)。良性肿瘤组病死率为 6.03%(7/116), 恶性肿瘤病死率为 37.5%(3/8)。两组病死率有明显差异($P < 0.05$)。60 岁以下患者 113 例, 病死 7 例(6.19%), 60 岁以上(包括 60 岁)14 例, 病死 3 例(21.43%)。两组患者病死率无显著性差异($P > 0.05$)。出院 116 例, 随访 97 例(83.62%), 随访时间 3 个月~15.3 年。其中粘液瘤复发 8 例, 复发次数为 1~3 次, 复发时间间隔 1~15 年, 平均 (4.77 ± 4.57) 年。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 患者因精神压力而焦虑不安, 甚至会感到无助与惶恐, 因此护理应态度镇定, 适当给予心理支持, 对于易焦虑紧张的患者应耐心解释病情, 引导平息激动的情绪, 在精神生活各方面给予帮助。

3.1.2 呼吸锻炼 指导患者作深吸气及主动有效的咳嗽排痰锻炼, 具体方法: 嘱患者深吸气、屏气, 声门紧闭使膈肌抬高, 肋间肌收缩, 增加胸内压, 然后咳嗽打开声门, 痰液随气流流出, 反复训练。

3.1.3 术前准备 术前戒烟以减少呼吸道分泌物, 肺部有感染症状者应给予患者抗感染治疗。完善各项术前常规和特殊

检查, 备皮、术日晨禁食。

3.2 术后护理 ①监测氧合情况、血流动力学、心律、心电图变化等。保持呼吸道通畅, 及时清除分泌物, 鼓励患者咳嗽, 做深呼吸, 预防坠积性肺炎, 术后患者因怕伤口疼痛和咳嗽无力易造成痰液粘稠阻塞呼吸道, 护理人员应双手固定手术部位, 减轻患者疼痛, 自上而下拍打患者背部使肺内分泌物松动, 痰液不易咳出者, 可使用雾化吸入。②辅助呼吸 4~6h 至患者自主呼吸恢复后, 根据动脉血气及心功能情况逐渐脱离呼吸机并拔除气管插管。③术后立即拍正位胸部 X 线片, 了解肺部情况, 同时可以中心静脉通道与气管插管及胸部引流管的位置。早期促进肺功能恢复, 指导患者深呼吸, 可促进肺复张。维持血容量和水电解质平衡。保持尿量, 尿量减少, 考虑血容量不足, 应予补充。

3.3 出院指导 加强健康教育, 提高患者术后生活质量, 多数患者可以正常生活, 避免受凉感冒, 定期复查, 一般出院后 3 个月后复查。

4 讨论

心脏原发肿瘤存在栓塞和猝死的危险, 一经确诊应尽早手术摘除, 特别是经常晕厥发作和有栓塞史者。手术均在低温体外循环心脏停跳下进行。因黏液瘤患者有肝素耐药现象, 因此术中应注意追加肝素, 维持体外循环期间 ACT 大于 480s(使用抑肽酶者大于 750s)。术中应遵循下列原则: ①切口应能充分暴露肿瘤以便减少对肿瘤的操作, 减少瘤栓的形成, 并能良好的探查各个心腔。②阻断升主动脉前, 各种操作必须轻柔, 以免肿瘤脱落引起栓塞(尤其应避免冠状动脉和肺动脉栓塞)或阻塞瓣口。③对重症肿瘤患者, 尤其不能平卧位者, 麻醉时应十分小心。④肿瘤距心脏传导系统、肺动脉瓣、主动脉瓣较近的患者行肿瘤切除时, 必须采取切片的方法。⑤肿瘤侵犯瓣膜时, 根据瓣膜受累情况行瓣膜成形术或瓣膜置换术。⑥肿瘤及其附着部位 0.5~1.0cm 范围的组织应一并切除, 关闭心脏切口前彻底冲洗心腔, 防止复发。⑦位于左房后壁、基底较宽、活动度较差的心脏肿瘤恶性可能性大, 手术时应尽可能将整层房壁切除。手术治疗心脏肿瘤的近、远期效果主要取决于病理类型。良性肿瘤的手术效果很好, 病死率低, 但粘液瘤有一定的复发率。

收稿日期 2006-10-11