

滞留,增加呼吸道感染的机会。因此,患者入院后应反复宣传吸烟的危害及其对手术的不利影响,劝其戒烟。本组术后发生肺炎的15例患者中,12例吸烟史 $>40$ 年。②高龄患者各脏器功能减退,且多伴有慢性肺部疾患,致使肺活量减少,残气量增加,术后易发生呼吸功能衰竭。术前应根据患者病情采取不同方式改善其肺功能:a.深呼吸运动:2~3次/d,10min/次;b.散步:每天早晚2次室外散步,每次30分钟;c.扩胸运动、吹瓶子练习;在呼吸相增加气道正压,能防止肺不张,减轻肺水肿,改善通气和换气功能,3次/d,10min/次。本组42例肺功能不全者经采取上述措施,肺功能均有明显改善,按期手术。③术后早期拔出气管插管,保持呼吸道通畅,是降低肺部并发症发生率的关键措施。因气管插管能影响气管的纤毛运动,使上呼吸道湿化、加温、滤过及咳嗽功能减弱;加之老年人呼吸道粘膜萎缩,纤毛运动不良,气道分泌物易于滞留;部分患者惧怕疼痛,不敢咳嗽、排痰,易引起肺炎、肺不张等。术后应鼓励患者早期下床活动,指导其正确咳嗽、排痰;痰液粘稠不宜咳出者,给予雾化吸入;咳嗽无力者,经纤维支气管镜吸痰;血氧饱和度持续 $<85\%$ 者,应及时行气管切开。

## 行体外循环术后再次开胸 止血的护理

黄俊杰 高振双  
黄俊荣 胡朝辉 (山东省立医院 250021)

出血是体外循环术后常见并发症,如处理不及时,可发生低血容量性休克,急性心脏压塞甚至死亡。2002年6月~2003年12月,在我院行开胸体外循环内心直视术的患者中有12例因术后胸腔内大量出血再次开胸止血,其中11例抢救成功。现将护理体会报告如下。

临床资料:本组男8例,女4例;年龄20~26岁,平均23岁。均无出血史,凝血功能正常。出血量240~1250ml,平均600ml,经合力抢救,成功11例,1例死于心功能衰竭。

护理:①心包及纵隔引流管的护理:a.保持引流管通畅:术后采用负压持续吸引,经常检查管道是否漏气,定时挤压引流管,以防引流管被血凝块堵塞。密切注意引流瓶玻璃管内的液面波动情况。引流不畅的常见原因有引流管堵塞或扭曲;引流管放置不当;胸壁切口狭窄,使引流管受到挤压;翻身或搬动患者时引流管摆动等。应针对不同原因及时进行处理,特别是引流液中有较多血块者,尤应保持引流管通畅,以防出现心包压塞。b.准确记录并评估引流液的量及性质:术后记录每小时引流量,并注意鉴别引流液性质。如血量较多应迅速给予镇静、止血、输入新鲜血液等治疗,并查找出血原因及时处理。外科性出血一般诊断不难,一旦确诊应尽快再次开胸。如非外科性出血,可先通过非手术综合处理予以纠正。经非手术疗法仍不能止血者,应果断开胸止血。②病情监测:术后引流

量先多而后突然减少或患者出现烦躁不安、心率增快、血压下降、脉压差减少、心音低钝、尿少、中心静脉压升高,而且应用升压药物输血效果不佳时应考虑心脏压塞。护士应仔细观察和分析病情,一旦确诊及早配合医生进行开胸检查。病情严重者,在补充血容量同时协助医生采取床旁心包减压措施,放出积血,解除心脏压塞,以免造成心脏骤停。③心理护理:麻醉已清醒者精神多非常紧张,容易加重出血。护理人员应向患者耐心解释病情变化,稳定患者情绪,抢救过程中说话要轻声而谨慎,工作要稳重而有秩序。

## 33例高龄食管、贲门癌患者的 围手术期护理

李洪平 马丽梅 (山东省立医院 250021)

1996~2002年,我们共为33例高龄食管、贲门癌患者行手术治疗,现将围术期护理体会报告如下。

临床资料:本组男26例,女7例;年龄73~83岁,其中80岁以上9例。下段食道癌5例,贲门癌28例;合并心肺疾病14例(42.4%),合并脑血管病例4例(12%),合并糖尿病19例(57.6%)。经上腹部切口6例,其余27例均为开胸手术。结果:33例患者中治愈30例,开胸探查3例,平均住院时间23天。

术前护理:①详细介绍病区环境,关心指导患者生活起居,使之以最佳心理状态配合手术。②鼓励患者进高热量、高蛋白及富含维生素食物,避免粗硬食物损伤病变部位引起出血或哽噎。③鼓励患者做户外活动,如由慢至快的散步或蹬楼梯,练习腹式呼吸及有效咳嗽,使患者肺功能达开胸手术标准(最大通气量 $\geq 80\%$ ,每秒通气 $\geq 500\text{ml}$ ,憋气试验 $\geq 45$ 秒)。④指导患者练习床上大小便:平卧、四肢屈曲、上肢紧贴身体两侧,足跟下压,腰部肌肉收缩抬高臀部;置便盆后嘱患者增加腹压。⑤术前1日晚,遵医嘱给予镇静催眠药;术前置胃管及营养管。

术后护理:①高龄患者对手术的应激能力减弱,术后应严密监测其生命体征变化,予高流量 $\geq 5\text{L}/\text{min}$ 吸氧,安置心电监护。每30分钟测血压及血氧饱和度1次,观察睑结膜颜色及四肢温度,血氧饱和度 $<90\%$ 时改为面罩或鼻导管供氧直至其 $>95\%$ 。②高龄患者术后最早出现的护理问题是清理呼吸吸道无效,与麻醉刺激、缺氧引起的呼吸肌无力,开胸导致的胸廓顺应性降低,痰液粘稠以及疼痛导致的不能协调用力有关。因此,应早期鼓励患者深呼吸,根据呼吸音协助有效咳嗽,必要时气管切开或经纤支镜吸痰,患者生命体征平稳后给予翻身拍背使大气道痰液松动;保持患者口腔粘膜湿润,给予0.9%温盐水漱口(1次/2h);支气管痉挛不易咳痰者适时应用平喘气雾剂或雾化吸入。③全麻手术患者胃肠蠕动功能减弱易发生腹胀,护士应保持胃减压通畅,记录吸出胃液的量