

· 专科护理 ·

柏—查氏综合症的外科治疗及护理

山东省立医院 白秀勤 王兰 杨秀云 张春玲

柏查氏综合症是肝静脉或下腔静脉不同程度的阻塞而引起的一组临床症状。最先由Budd, Chiar 两人提出,并由此而得名。目前,病因尚不明确,众说不一,如先天性发育异常,血液凝固机理异常及血栓蔓延,邻近器官的炎症、创伤等等。临床表现主要有乏力,心慌,下肢静脉或腹壁静脉曲张,腹水,肝脾肿大等。有的病人有不同程度的食欲不振,胃底及食管静脉曲张及出血。对此,仅内科治疗效果不佳。2年来,我科收治近百例,有2例术后3天内因出血死亡,其余的效果较好。症状基本上得到改善,住院40天左右出院。

柏—查氏综合症可因阻塞部位的不同而分出许多类别,日本学者可分出十几类。这样根据不同的类别来正确的选择手术方式就显的格外重要。我科常做的几种手术方式有:脾肺固定术,下腔静脉右心房人工血管搭桥术,肠系膜上静脉右心房人工血管搭桥术。后两种统称为腔—房转流术。每种手术方式各有自己的优缺点。脾肺固定术近期效果较差,在3个月左右微循环逐渐建立后才有症状的改善,但手术创伤性相对为小,且安全性较高。后两种手术则不同,术后效果好,即有症状的改善如肝脾缩小,静脉曲张恢复,腹水减轻等。但这两种手术创伤性大,危险性高,手术后易出血死亡。

总之,柏—查氏综合症是普外科的大手术,在我省只有几家省级医院能做,手术前后的护理要求严格。因此,做好手术前后的护理是保证手术成功的关键。

一、手术前的护理

1. 饮食护理:给低脂高蛋白,高热量的维生素的饮食。因病人都伴有不同程度的肝功损害,有厌油感。有的病人还有胃底食管的静脉曲张。硬性食物可

致出血。所以,病人应吃易消化高营养食品,必要时,给助消化药物,如食母生、多酶片等。另外,手术的前一天,应通知病人进流质饮食,手术前8—12小时禁饮食。

2. 保肝治疗:对肝功能不正常的病人,术前注意保肝治疗,待肝功能恢复后方可行手术治疗。以防术后出现肝性昏迷。口服保肝药物如护肝片或维生素B、C。注意在使用抗菌素及其他药物治疗时,应选择对肝脏毒性小的或没有毒性的药物

3. 应用利尿剂:对轻度腹水的病人可口服双氢克尿噻、安体舒通,同时口服氯化钾。腹水较重的可用速尿静推,每次20—40mg,最大剂量可用到100mg。使用利尿剂期间应记尿量。另外,观察腹水改善情况。协助医生,每天测量腹围,并做好对照记录。

4. 腹水回收:柏—查氏综合症的病人大都腹水较重,为了减轻病人的经济负担,我们采用了回输自体腹水,来为病人补充胶体蛋白质。其方法:用无菌操作的方法,将12—14号的针头插入下腹部位置较低处,把引流出来的腹水收于500ml的防凝瓶内,内有50ml的枸缘酸钠防凝剂,瓶满后再更换第二个,每个瓶内加入5—10mg的地塞米松,用输血皮条同输血浆的方法一样静脉滴入。一次放腹水1000ml左右。腹水回收的过程由护士配合医生来完成。在操作和输入的过程中注意病人有无反应,及时发现及时处理。

5. 下腔静脉造影术:为了便于手术,准确地知道阻塞程度及部位,行下腔静脉造影术。术前一天行碘过敏试验,将结果记录于医嘱单内,术晨让病人禁饮食。回病房后,用砂袋压迫局部,24小时以内禁止病人下床活动,以防穿刺部位出血。

6. 配合医生做好病人的全面检查,心电图,肝、肾、肺功能。凝血时间,尿素氮、血常规、血型等,

发现异常及时通知医生做进一步的治疗。

7. 术前使用维生素 k_3 及抗菌素:维生素 k_3 不仅具有保肝作用,而且能调整病人的凝血机制,防止手术中胃肠道出血。所以,在病人入院后即服用维生素 k_3 8mg m Bid 另外,手术前24小时给病人用青霉素80万 u ,链霉素0.5肌注,对于防止手术后的感染效果很好,对青霉素、链霉素过敏者,可改用其他抗菌素,如庆大霉素、洁霉素等。

8. 做好手术前的一般护理:手术前一天为病人备皮,做药物过敏试验。如病人去洗澡嘱其不要感冒,因为轻度的咳嗽也会影响手术的成败。术晚给病人催眠药物,安定10mg肌注以保证病人充分休息。另外,要注意做好病人的心理护理,向病人及家属介绍我们成功的经验,使用麻醉药物,术中疼痛很小,消除病人及家属的紧张情绪,以最佳的心理状态,积极地配合医护人员的治疗工作。

二、手术后的护理

1. 严密观察生命体征的变化并做好记录。手术后24小时设专人护理,每小时测血压一次,待稳定后改为2小时一次。

2. 向手术者了解术中的情况,如血压、输血多少,做何种手术,回病房后应特别注意那些

3. 体位:回病房后先行平卧位,血压平稳后半卧位,做腔-房转流术的病人可行低半卧位,以防压迫人工血管。

4. 实行严密的心电监护系统:术后48小时内,病情变化较快,有出血、心衰、肺水肿等,心电监护能及时发现这一重要系统的变化,如有异常及时查明原因做出处理。

5. 各种引流管的护理:术后常见的引流管有胸腔引流,腹腔引流,胃肠减压,导尿管等,引流管的固定要牢固,勿压迫、扭曲,保持各引流管的通畅是重要一环。

(1) 胸腔引流:护理的关键是注意在更换引流瓶或生理盐水时,夹紧管子,以防形成气胸。观察并记录引流量及颜色。每24小时更换瓶内的生理盐水一次,其量有1500ml左右。术后72小时左右,引流液减少或没有,可考虑将引流管拔出

(2) 腹腔引流:术后有2条左右的引流管,以充分的引流腹腔内积液积血,如引流瓶内有大量的血性液流出,应考虑是否有出血现象,结合其他的临床症状,很快做出判断及时处理。因一旦有出血情况来势凶猛,要时刻做好抢救的准备。腹腔引流如术后病情稳定,3-5天内可拔除

(3) 胃肠减压:减压表要保持有效负压,一般在60-80mmHg,负压不宜过高,防止曲张的胃底,食道静脉出血。注意观察引流液的颜色及量并做好记录,以便医生补液时参考,如病情稳定,肠蠕动恢复,2-3天可拔管。

6. 保持呼吸道通畅:术后在保证充足的抗菌素应用基础上,如有痰液粘稠给 α -糜蛋白酶雾化吸入,每日二次。如胃管拔出给镇咳祛痰药物(咳嗽厉害时),以防止发生肺不张或坠积性肺炎。

7. 应用抗凝药物:术后每天用低分子右旋糖酐500ml静滴,用一周。以后可改用潘生丁或阿斯匹林口服,可持续使用3个月左右

8. 术后饮食:适宜的饮食可以促进病人手术后的恢复。术后3天,胃管拔出,肠蠕动恢复,可先鼓励病人进半量流质,如无腹胀,可进流质、半流质,以高营养易消化的无渣饮食为原则

9. 纠正水电解质的紊乱:手术后,梗阻解除,回心血量增加,病人会出现一系列不适应的症状。低钾、低钠,重者可出现心力衰竭、肺水肿。应每天计算病人的出入液量,做到科学、准确的为病人补充液体

10. 肝性昏迷:有的病人,术前肝功恢复欠佳,再加上手术创伤,肠道大量积血分解的氨进入血液致病人肝性昏迷。如发现病人精神不振,嗜睡,烦躁,应及时给病人用谷氨酸钠23g静滴。也可用乙酰谷酰胺250-500mg静滴

11. 鼓励病人早期床上或床下活动:预防并发症的出现。对于老年患者卧床期间注意褥疮的发生。下床活动可以促进周身血液循环防止血栓形成,扩大肺活量,促进机体的早日康复

12. 指导病人做好恢复后的复查工作,如B超、肝肾功能,血生化等。同时指导病人出院后的注意事项