

生理盐水10ml+糜蛋白酶10mg,夹管1小时,使脓液、坏死组织、血凝块等液化变稀,再推0.2%甲硝唑20ml+庆大霉素24万单位,一日一次用40℃盐水适量反复冲洗管2—3次,使局部肝、胆组织血管扩张,血流增加,促进组织再生及创面修复。出血性坏死性胰腺炎蝶形隔开后常规用平衡液或生理盐水各500ml+庆大霉素8万单位或甲硝唑0.5g,持续冲洗,每日4000~6000ml持续负压吸引,压力为80~100mmHg,移去胰腺周围的渗液及不断脱落的坏死组织,有人不同意选用无菌水作冲洗液,因无菌水可使腹腔吸引过多水,导致肺、脑水肿,水中毒以及血钠、氯、渗透压下降的危险,而生理盐水,林格氏液不会引起低渗性病理变化。也有作者认为,滴速每分钟可在20滴左右,笔者认为可每分钟40~50滴,太慢不能达到冲洗目的,太快不但药液停留腹腔时间太短,浪费药液,腹膜液会大量外溢到腹膜外,本组35例出血性坏死性胰腺炎,通过切除病灶,术后局部持续灌注,死亡率降低为20%(许多学者报道死亡率50%以上〔1〕)。

3. 引流液观察:在冲洗中要不断观察引流液的浑浊度及量。肝脓肿要结合涂片培养等结果判断感染程度。胆道疾患通过冲洗引流如体温下降、黄疸消退、引流液不浑浊,可考虑拔管或带管出院。坏死性胰腺炎,术后有较多坏死组织脱落,要防止U管被阻塞,如引流量<灌注量,可用手指挤压管腔或导丝疏通。排除阻塞。流出的引流液过于清亮,说明病情好转,可改间断灌注,持续3~4周。未灌注前的引流液,最好定期作淀粉酶和细菌学检查,每3~5天送检一次。发现灌注中腹腔引流液大量外溢,应减慢滴速,加大吸引力,检查吸引管通畅情况。出量<进量,可能腹腔内另有空腔与通道,应立即停止冲洗,报告医师,调整U管位置。

4. 冲洗时要注意无菌操作,以免腹腔内逆行感染。

参 考 文 献

- 〔1〕 全国胰腺疾病专题讨论会会议纪要 中华外科杂志 1985; 23:764
- 〔2〕 何尔斯泰:腹腔灌注治疗急性腹膜炎,普外临床 1989,4:3

布——加氏综合征的手术护理

山东省立医院 周文红 王 兰 李传爱 赵 建

布一加氏综合征是由Budd, Chiari二氏分别于1864, 1899年提出的,是指肝静脉狭窄或阻塞而引起的肝脏血液回流障碍的一组病征。随着病情的发展,几乎均有下腔静脉受累,故学者将肝静脉或/和肝段下腔静脉部分或全部阻塞统称为Budd-Chiari氏综合征。本科自1987—1989共收治了75例通过对本征的临床护理实践,我们体会如下。

临 床 资 料

本组病例:男49例,女26例,年龄16—62岁之间。施行下腔静脉—右心房转流术24例,肠系膜上静脉—右心房转流术9例,脾肺固定术12例,下腔静脉隔膜破膜术8例,下腔静脉—下腔静脉搭桥术5例,脾切除+食管、胃底静脉结扎断流术6例,其它术式11例。其中,出血3例,并发胸腔积液8例,死亡3例。

术 前 准 备

- 一、按普外科手术护理常规准备。
- 二、增强体质,增强手术的耐受性。
 1. 休息和饮食:注意休息,不要劳累;饮食

以高蛋白、高热量、富含维生素、低脂、低盐饮食为主。

2. 注意水、电解质平衡紊乱:本征多合并腹水、下肢浮肿,故术前多用利尿药以减轻腹水,而本征患者自身对水、电解质的调节功能欠佳,因此在使用利尿药期间,容易导致紊乱,故应严密观察病情,同时配合血生化检查,以便及时发现,及时处理。

3. 预防感染:由于本征患者的抵抗力较弱,易合并其它系统感染,故术前应给予有效的抗生素治疗。需施行转流术的患者,术前还需行肠道准备,如给予灭滴灵口服等。

4. 保肝、止血:由于肝功能障碍,凝血因子的产生受到影响,凝血功能障碍,故术前应行保肝给予止血剂,以改善肝功能,凝血功能。

三、加强心理护理:术前应将手术的方式、效果,有可能发生的问题以及以往治愈了的患者的情况向患者及其家属讲明,使其对治疗过程有所了解,保持稳定的心理状态,以建立良好的护患关

系, 增强战胜疾病的信心。

四、吸烟者, 术前劝其戒烟, 并训练其深呼吸、咯痰, 以利于术后的恢复。

五、指导床上大小便: 因本征手术创伤较大, 卧床时间较长, 因此术前应训练其床上大小便, 以免术后卧床期间大便秘结、尿潴留。

六、手术前一天的准备:

1. 备皮: 根据手术的需要, 对手术区进行备皮。因多需胸腹联合切口, 故需胸腹一并备。

2. 物品准备: ①各种引流管: 如胸、腹腔引流管, 胃管。②各种引流瓶: 如水封瓶、负压引流瓶等。③特殊引流接管: Y形管。④消毒好的胸腹带等。⑤术后所需的药品: 如维生素K₁、抗生素、血制品、镇静止痛药。

3. 施行转流术的患者, 术前晚需清洁灌肠。

七、术晨准备:

术前12小时绝对禁饮食。术晨插胃管, 对合并门脉高压, 食管、胃底静脉曲张的患者, 插胃管时, 动作要轻柔, 选用较软的胃管, 多涂石蜡油, 或口服石蜡油20—30ml。以防由此而致曲张的静脉破裂出血。

八、腹水回输的处理:

1. 化验: 回输前, 先取腹水化验, 无细菌存在方能回输, 否则易致败血症。

2. 定位, 引流: 于脐前上棘水平, 下腹部消毒, 将穿刺针(外接输液皮条)刺入腹腔, 有腹水流出后, 将其固于腹壁, 将腹水引入盛有50ml枸橼酸钠溶液(防凝)的密封瓶内。

3. 回输: 收取腹水的同时, 于四肢另开劈一通道, 待密封瓶内腹水引满以后, 倒挂, 通过此通道进入体内。

4. 加药: 回输的同时, 加入抗生素, 利尿药和皮质类固醇激素等药。

5. 回输量: 每次放、回输腹水的量一般不超过4000ml, 以免放水过多, 使腹内压下降过快, 导致血压下降、心慌、头晕、冷汗, 或输入过多, 使心脏负担加重等不良反应。

原则: 必须严格无菌操作术后护理、观察。

一、按普外科术后护理常规进行。

二、安置病人后, 设专人护理, 特别记录。

三、体位: 平卧4—6小时后, 如血压平稳, 可改为低斜坡卧位以利于各种引流管的引流。同时还可避免人造血管因体位不当而受挤压致血流

不畅。

术后3天, 根据情况可于床上进行适量活动, 以促进血液循环, 减少并发症的发生。

四、心律、心功能的监测: 由于手术部分或全部解除了肝静脉、下腔静脉的梗阻, 从而使回心血量增加, 使心脏的负荷增加, 易致心律失常, 甚至心衰。故术后应严密监测心律、心功能的变化, 有条件可行心电监护。以便及时发现, 及时处理。

五、脉搏、呼吸、血压的监测:

1. 脉搏: 心律的改变多可由脉搏反映出来, 故应定时记录脉搏及其节律。

2. 呼吸: 开胸患者, 呼吸的变化可以反映呼吸系统功能恢复的情况, 故术后应注意呼吸的频率和节律, 同时听取肺部情况。术后应给予氧气吸入, 以改善有效通气量。

3. 血压: 循环血量的增加, 加之手术的刺激往往会使血压发生改变。因此术后, 应每隔1小时测一次, 平稳以后, 可改为2—4小时一次。

六、出入量的监测:

手术的损伤, 患者多存在血容量不足, 而回心血量的增加又加重心脏的负担, 过多地输液会导致心脏负荷过重, 致心衰。因此, 对出入量的监测可以正确估计输液量。中心静脉压的测定, 对估计输液量亦具有指导意义。

七、各种引流管的监测:

1. 胸腔引流: 注意引流管的通畅, 水封瓶内液体的性状、量。如每小时超过200ml, 应及时通知医师。一般术后2—3天, 肺扩张良好, 引流液减少或无, 可拔除。

2. 腹腔引流: 注意保持引流管通畅, 引流液的性状和量。如果腹腔引流出清亮液体, 且持续如此, 应视为淋巴漏。

3. 心包引流: 心房转流术后, 心包引流可以防止积液致心包填塞。注意事项同胸腔引流。多于术后48小时拔除。

4. 胃肠减压: 注意引流出的消化液的性状和量。如肠鸣音恢复, 肛门排气后, 可拔除。

八、并发症的监测:

1. 心衰: 术后3天内发生的可能性较大, 故应严密监测脉搏、呼吸、血压的变化。

2. 出血: 出血的原因: 其一, 门脉高压致上消化道出血、手术前发生的较多, 术后亦可发生。其二, 吻合口漏。由于病变组织脆弱, (下转21页)

先予治疗,以防术后感染。

(4) 术前给药:按医嘱予以醋氮酰胺或50%甘油盐水口服,或20%甘露醇快速静滴,降低眼压。常规口服鲁米那、消炎痛,肌注青霉素或庆大霉素,个别患者术眼滴入2%匹罗卡品缩瞳,保护晶体。

术后护理

由于应用手术显微镜精细严密的缝合技术,使植片与植孔对位缝合达到水密状态,如在6mm左右的植片用直接间断缝合的针数不少于16针,连续缝合每个象限不少于6圈,因此改变了以往角膜移植术后绝对卧床休息和头部沙袋固定至少一个月的护理常规。

1. 术后平卧休息:保持安静,不能大声谈笑,不能用力挤眼或用手揉眼。绷带包扎双眼2~3周,限制眼球活动,有利于伤口愈合。

2. 合理的轻微活动:术后第3天开始换药,每1~2天1次,经医生检查认为前房恢复良好,可取坐位或下床轻微活动,如坐在床上吃饭,下床解大小便等,这时应注意几个问题:(1)起床动作要缓慢,防止突然坐立发生一过性脑贫血而晕倒;(2)切勿低头弯腰取物或穿鞋,避免伤口裂开、前房出血;(3)严防头部及术眼受外力撞击。

3. 点眼要轻巧:术后第2~3周开始点眼,用阿托品、氯霉素、可的松等溶液,点眼时操作要轻巧,切勿压迫眼球,亦不可将药液直接滴在植片上。

4. 严格消毒防止感染:术后备有专用点眼盘,除上述点眼液外,还有消毒的眼垫、棉球、眼棒等,每天由治疗护士检查并定期消毒,如发现药液有混浊、沉淀、变色等应更换。术后病房要定期消毒,减少探视人员,医护人员在换药、点眼时要严格无菌操作,为另一个病人治疗操作前应以1:1000新洁尔灭溶液洗手。

5. 加强生活护理:在双眼包扎期间帮助患者喂饭、洗脚等,术后予以易消化的半流质饮食,保(上接18页)弹性下降,易致缝线撕脱。因此,于手术前后应注意生命体征的改变。同时采取有效措施,防止出血的发生。

3. 胸腔积液:由引流不畅所致。可有胸闷、气短、发热,局部叩实,呼吸音低等表现。可以定位穿刺引流。

4. 肝昏迷:是肠系膜上静脉——右心房转流术所特发的。由于门脉血直接进入血循环,有毒物

质持大便通畅,避免用力排便增加眼压,必要时口服缓泻剂,有咳嗽者给予止咳祛痰药。

体会

1. 前房恢复是早期活动的先决条件,前房重建,房水循环恢复,提示植片与植床已初步愈合,在护理中可允许患者作轻微的室内活动,否则可能出现伤口裂开、虹膜脱出或嵌顿等并发症。

2. 要严密观察病情:(1)当患者诉说术眼跳痛、头痛、恶心、呕吐等症时,要考虑是否有继发性青光眼之可能,应报告医生进一步检查处理。(2)术眼感染多发生于术后2~3天,如出现术眼疼痛加重,分泌物增多,耳前淋巴结肿大,或发热时,注意分泌物的颜色、含量、气味,并做培养,这时要加强局部及全身抗感染治疗。(3)排斥反应多发生于手术3周后,术眼红肿,视力又减退,或眼部不适感,可见到局限性结膜充血,角膜植片透明度减低,有的角膜表层可见到小水泡,角膜后出现含色素的kp,则为植后排斥的临床表现,报告医生按急症处理,可使病人转危为安。

3. 要有正确的护理技术操作:(1)点眼时先嘱患者眼球向上注视,分开下睑,将药液滴在下穹窿部,然后轻提上睑,使药液均匀分布。我科曾有1例患者因治疗护士在点眼时,过于用力提上睑并压迫眼球,造成伤口裂开虹膜嵌顿,这是一个教训。(2)为患者行结膜下注射时需把药液注入穹窿部结膜下,因该处组织疏松,药液容易弥散。如果注入较致密的角膜周围的结膜下,不但药液不易弥散,甚至造成局部压力,可使伤口裂开,故要选择正确部位。

4. 术前是否常规剪去睫毛?当前各家看法不一,尚有一定争论。本组全部病例术前均未剪睫毛,同时注意了术眼周围皮肤清洁,结膜囊冲洗及术时的无菌操作,术后无1例发生感染及眼内睫毛存留现象,故我们认为此种手术不剪睫毛的优点是可消除术后因新长出来短而硬的睫毛刺激症状。对大脑中枢的作用所致,具有肝昏迷的表现,多于进食高蛋白饮食后发生。可用谷氨酸钠,肝脑醒等药物治疗。

5. 淋巴漏:多由分离下腔静脉时,损伤腹膜后淋巴管所致。表现腹腔持续引流清亮液体,富含蛋白质、电解质,易致低蛋白血症,水电解质紊乱,一旦发生,及时处理。