

2.5 出院健康教育 ①术后 1 月内勿吸吮,仍用汤匙喂食。②嘱家长切勿用手指甲剥离伤口痂皮,要让其自然脱落,切忌用手摸,术后 3 个月复诊。③合并腭裂患儿,指导家长待患儿 1.5~2 岁时手术较为合适,因年龄小耐受性差,过大影响矫形效果,不易矫正吐音不清习惯。④患儿年龄增大后,唇、鼻部往往又会出现新的畸形,需进一步手术治疗,鼻部畸形在 14 岁后基本定型,此时手术治疗矫正,可获得最佳效果。

3 讨论

新生儿生长代谢旺盛,早期进行手术,可以尽早地恢复上唇的正常功能和外形,并可使疤痕减少到最小程度,对伴有牙槽突或腭裂患儿,尽早唇裂整复后由于在正常位置有肌肉活动,可产生压迫作用,促使牙槽突裂逐渐靠拢,为以后腭裂整复创造条件。同时,新生儿期唇裂修补,可减少喂养困难,并减少对产妇的不良心理刺激。新生儿唇裂修补术,术

前术后的细致护理是手术成功必不可少的条件。唇裂患者均有不同的心理障碍,会面临严重的社会适应问题,在护理上重视患者的这些问题的解决,有助于使患者成为一个健康的人。由于唇裂畸形的治疗涉及多学科,唇裂的护理也要重视护理的连续性、程序性和综合性,强调以患者为中心,全方位不间断而又在不同阶段有所侧重的护理方法,以不同治疗阶段的医院内护理为基础,运用心理学、社会学、营养学等专业知识,综合院外咨询和健康教育使患儿获得全面的治疗与康复。

参考文献:

[1] 傅豫川,黄洪章,汪传锋主编.唇裂序列治疗的研究与进展[M].武汉:湖北科学技术出版社,1995,138.
[2] 刘艳华,廉素梅.口腔颌面损伤的早期护理[J].齐鲁护理杂志,2003,9(6):456-457.

收稿日期:2004-12-28

老年食管癌伴高血压患者围手术期的护理

王春芹 马丽梅 刘 锋(山东省立医院 山东济南 250021)

2002 年 3 月~2004 年 9 月,我院收治 60 岁以上食管癌伴高血压患者 232 例,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男 162 例,女 70 例,61~79 岁,血压最高者 26/15kPa,最低者 22/13kPa,高血压病史 2~18 年,其中 98 例行胃食管弓下吻合术,84 例行胃食管弓上吻合术,32 例行右胸顶吻合术,18 例行颈部吻合术,其中 VATS 手术 67 例。

2 结果

本组 2 例并发吻合瘘,1 例并发乳糜胸,4 例带胸腔引流管 6d,2 例并发术后电解质紊乱,全组无 1 例围手术期死亡,均康复出院,平均住院天数 24d。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 由于患者对食管癌及手术恐惧,麻醉插管、手术创伤及术后疼痛、术中挤压心脏等均可使血压大幅度波动,因此要做好患者的心理工作,消除其对手术的恐惧心理,保持其情绪稳定,同时指导家属尽量避免各种导致患者精神紧张的因素,尽可能减轻患者的心理压力。

3.1.2 药物治疗 术前继续服用降压药物,如:心痛定 10mg Bid,消心痛 10mg Bid,复方降压片 2 片 tid 及利尿药等,并测血压 Bid,记录在体温单上,根据血压调节药物剂量,使血压控制在 22.7/13.3kPa,以承受开胸手术^[1]。

3.1.3 术前准备 指导患者戒烟、酒,早晚刷牙,保持口腔清洁,每日锻炼深呼吸和做有效的咳嗽,练习床上大小便,以减少术后并发症的发生,饮食以清淡饮食为主,多吃新鲜蔬菜和水果,保持大便通畅。

3.1.4 术前了解患者全身状况,注意有无影响手术的危险因素,向麻醉医师告知患者病情,使麻醉师配合手术,控制术中血压。

3.2 术后护理

236 万方数据

3.2.1 持续心电监测 患者术后由专人护理,与麻醉师详细交接,了解术中血压波动情况、补液及用药等。全麻未醒的患者应去枕平卧,头偏向一侧,每 15~30min 监测血压和血氧饱和度 1 次,并严密监测心电图变化,若成人收缩压 > 21.3kPa,舒张压 > 12.6kPa,且持续不降,应通知主管医生,根据医嘱应用心痛定 10mg 舌下含化或消心痛 10mg 舌下含化,如果效果不明显,可用 5% GNS250ml + 爱倍 20~40mg,20~40 滴/min 缓慢静滴或 10% GS250ml + 硝酸甘油 20mg,30~40 滴/min 缓慢静滴至血压降至原收缩压的 70% 时,滴注速度维持在 8~15 滴/min,连用 5~7d;同时输液速度不宜过快,以降低回心血量,减轻心脏负担;若下肢浮肿,双肺听诊有湿啰音,可应用利尿药物,如:双克、速尿等。若患者血压急剧升高,同时出现头痛、呕吐时应考虑发生高血压危象的可能,应立即通知医生,并让患者卧床,吸氧,同时准备快速降压药物,如患者躁动、抽搐,则应注意保证患者安全^[2]。

3.2.2 术后镇痛 对术后疼痛较剧烈者,可肌肉注射强痛定 100mg 或杜冷丁 50mg,现临床上普遍应用止痛泵(NS40ml + 高乌甲素 40mg + 地塞米松 5mg)持续缓慢静滴,效果较好,可缓解疼痛,稳定情绪,防止血压回升。

3.2.3 一般护理 保证患者充足的睡眠,要保持病室安静,定期通风,空气清新,减少陪人,给患者创造一个好的环境,必要时给予镇静药物,如 10% 水合氯醛 10ml 由营养管鼻饲或者是安定 10mg 肌肉注射,必要时重复应用。老年患者全身免疫力显著下降,抵抗力降低,合并症多,因此要做好基础护理,保持皮肤和会阴部清洁,被褥清洁干燥,勤翻身,防止褥疮的发生。

3.2.4 呼吸道的管理 老年患者术后分泌物增多及年老无力、疼痛等均可造成肺不张,因此术后应协助患者咳嗽排痰,让其取半卧位,保持呼吸道通畅,并给予鼻导管吸氧 5~6L/min,在应用止痛药的基础上做深呼吸,并每 2h 协助坐起咳嗽

排痰,方法是由下向上,由外向内叩击患者背部,松动痰液,然后嘱患者深吸气 10s,用力咳出痰液,促使肺复张,同时应用庆大霉素 8 万 U + α -糜蛋白酶 4000U + 地塞米松 5mg 雾化吸入,3 次/d,同时静脉滴注沐舒坦 60mgBid 等化痰药物。

3.2.5 胸腔引流管的护理 应保持其通畅,每小时挤压胸腔引流管 1 次,防止血凝块堵塞管腔,致胸腔积液、积气,引流管切勿扭曲、折叠。观察记录胸腔引流液的颜色、性质、及量,为静脉补液提供依据。

3.2.6 饮食护理 老年食管癌患者术后由于胃迷走神经的破坏,胃液 pH 值升高,同时由于术后消化、吸收水平的降低及术后禁食,或轻或重引起营养不良,这些都会造成不同程度的贫血,因此要给予鼻饲清淡、易消化、高热量的流质、半流质饮食。

3.3 出院指导

3.3.1 在医生指导下继续合理应用降压药物,同时每日测

量血压,保持心情舒畅,生活规律,进行适当的体力活动和锻炼。

3.3.2 向患者及家属说明需坚持长期规则治疗和保健护理的重要性,保持血压接近正常水平,防止对脏器进一步损害。

3.3.3 戒烟、戒酒,保持充足的睡眠,提高患者的社会适应能力,避免各种不良刺激的影响。

3.3.4 注意饮食控制与调节,减光钠盐、动物脂肪的摄入。

3.3.5 保持大便通畅,必要时用缓泻剂。

3.3.6 定期医院复查。

参考文献:

[1] 王立新,白卫云. 手术治疗 40 例食管癌伴高血压临床疗效分析[J]. 河南医药信息,2001,9(6):21.

[2] 冯娟,宋风云,张爱芹. 食管癌拔脱术并发症的观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志,2004,10(1):31-32.

收稿日期:2004-12-28

人工气道患儿 62 例护理体会

许秀萍(临沂市人民医院 山东 临沂 276003)

2001~2004 年,我科 PICU 实施经口气管插管建立人工气道 62 例。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 2 月~12 岁,其中重症肺炎 8 例,溺水 12 例,窒息 2 例,鼠药中毒 22 例,有机磷中毒 7 例,中毒性脑病 3 例,癫痫持续状态 5 例,哮喘持续状态 3 例。抢救成功 52 例,放弃治疗 6 例,死亡 4 例。

2 护理

2.1 口腔护理 用生理盐水清洗口腔 2 次/d,口腔内出现鹅口疮者,可用 5% 碳酸氢钠或制霉菌素涂抹。

2.2 胃管护理 气管插管患儿常规放置胃管,进行胃肠减压,防止急性胃扩张,帮助了解有无胃粘膜出血,同时可注入流质饮食,保证患儿营养物质的供给。保证胃管通畅,每周更换胃管 1 次。

2.3 呼吸道管理 注意气道湿化,呼吸机湿化瓶应及时加蒸馏水,温度一般 32~36℃ 较适宜。气管内直接滴液,滴入液成份是:生理盐水 100ml,沐舒坦 15mg,庆大霉素 4 万 U,地塞米松 4mg。滴液时患儿需交替侧卧,每次向气管内滴入 2ml。在用呼吸气囊做人工呼吸的同时,可使患儿翻身拍击两侧背部,拍背时,操作者手背屈曲,四指并拢,用空掌心叩击,并由下而上,由周围向肺门拍打,以震动附着于管壁的痰液,使其从周边细支气管向中心移动,以便于吸取。吸痰时一般由两人合作,并于吸痰前用呼吸气囊以高浓度氧做过度通气 1~3min,使经皮末梢 SPO₂ 保持在 90% 以上,再进行吸痰。每次吸引后,应再做过度通气半分钟,缺氧严重者可适当延长延长时间。如此反复注水吸引,直至将一侧痰液吸尽,再依此法吸引对侧。吸痰操作应准确、迅速、无菌、无损伤,吸痰管应软硬适宜,过硬易损伤粘膜,过软可影响插入的深度,难以吸出积聚在插管远端的分泌物。吸痰管外径应为插管内径的 1/3~1/2。根据患儿年龄调整吸痰器压力,每次吸痰

时间不超过 15s。吸痰过程中严密监测心率、经皮 SPO₂ 的变化,如心率过快或突然变慢,氧饱和度下降明显,出现发绀,应立即停止吸引。

2.4 密切观察有无气管插管并发症 注意检查气管插管插入的深度,每班测量气管插管外露部分的长度并记录,以防止过深或滑出,使患儿的头部稍微后仰,减轻导管对咽、喉的压迫,牢靠固定导管,以免随呼吸上下滑动损害气管粘膜,同时选用合适的牙垫,避免患儿咬扁导管。密切观察有无插管堵塞、脱管及呼吸道感染情况。

2.5 机械通气的观察 机械通气对患儿较安静,发绀改善,胸廓起伏对称,无人机对抗现象,生命体征平稳,提示人工辅助呼吸良好,否则应寻找有关原因,加以排除。准确记录呼吸机工作参数,包括通气方式、呼吸频率、潮气量、吸气峰压、平均气道压力、呼吸比值及氧浓度等。观察患儿肤色、胸廓起伏,听呼吸音,有无烦躁、紫绀、心率增快、自主呼吸增多与呼吸机对抗现象,如有上述情况,应检查气管插管是否正确,管内有无堵塞,有无漏气。注意检查血气,用呼吸机后半小时,测动脉血气 1 次,以后根据病情 4~8h 测血气 1 次,根据血气结果调整呼吸机参数。熟练掌握呼吸机报警装置,查找报警原因,严格无菌操作,尽量避免气道损伤,保持环境清洁,湿化器和雾化罐应每天更换消毒,湿化器内的过滤纸及呼吸机管道应每天更换,清洗消毒。还应注意严防机械通气环路中冷凝液的吸入,因气管插管附近存有大量的细菌,主要为 G⁻ 杆菌,使冷凝液中有细菌定植的可能,吸入冷凝液将增加呼吸机相关性肺炎的可能性^[1]。

2.6 拔管的护理 拔管前应先降低氧浓度观察 12h,病情无变化,再停氧气观察 2h,拔管前充分吸净气管、口鼻腔分泌物,拔管前 30min 静脉注射地塞米松 2~3mg,以防止喉头水肿。拔管后要观察呼吸的变化,保持呼吸道通畅,拔管后 1~2h 复查患儿血气。