

参考文献

1 Zhao JJ, Wang JB, Yang L, et al. Influence of Helicobacter pylori genotype on triple eradication therapy[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(12): 2251 – 2555.

2 蒋玲芳,朱美华. 影响消化性溃疡复发的临床因素及护理[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(27):4063 – 4064.

3 汪鸿志,曹世植. 现代消化性溃疡病学[M]. 北京:人民军医出版社,1999:195 – 201.

4 周丽雅,林三仁,沈祖尧,等. 根除幽门螺杆菌对溃疡病及再感染的五年随访研究[J]. 中华消化杂志,2002,22(2):76 – 79.

5 Oldenburg B, Diepersloot RJ, Hoekstra JB. High seroprevalence of Helicobacter pylori in diabetes mellitus patients[J]. Dig Dis Sci, 1996,41(3):458 – 461.

[ 收稿日期 2011 – 09 – 05 ][ 本文编辑 杨光和 吕文娟 ]

护理研讨

门静脉高压症的围手术期护理

黄雪超

作者单位: 531400 广西,平果县人民医院外科  
作者简介: 黄雪超(1976 – ),女,大学专科,主管护师,研究方向:普外科护理。E-mail:lyc5088@126.com

[摘要] 目的 探讨门静脉高压症围手术期的一般护理及并发症的护理方法。方法 总结 2003-01 ~ 2010-12 门静脉高压症手术 33 例的围手术期护理措施。结果 33 例门静脉高压症手术患者经整体护理后,并发症的发生明显减少。结论 精心的围手术期护理能提高门静脉高压症手术患者治愈率,减少并发症和降低病死率。

[关键词] 门静脉高压症; 围手术期; 护理

[中图分类号] R 543.6 [文献标识码] B [文章编号] 1674 – 3806(2012)04 – 0362 – 03  
doi:10.3969/j.issn.1674 – 3806.2012.04.31

门静脉高压症由于常引起食管和胃底黏膜下静脉曲张、破裂出血以及贫血、腹水等并发症,需要进行手术治疗,及时正确的围手术期护理是保证手术成功的关键。2003-01 ~ 2010-12 共收治肝硬化引起门静脉高压并上消化道出血 126 例,其中 33 例进行手术治疗,现就其围手术期护理措施总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例 33 例,男 29 例,女 4 例,年龄 41 ~ 77 岁,平均 59.6 岁。所有患者均患有肝硬化。临床表现:所有患者术前均有Ⅱ度以上脾肿大,呕血或黑便 32 例,全部患者均有低蛋白血症及腹水,伴贫血及休克 30 例。曾 2 次或 2 次以上上消化道出血者 27 例。术前胃镜检查确诊为食管和胃底黏膜下静脉曲张及破裂出血 23 例,术中确诊 10 例。

1.2 治疗方法 术前充分准备,择期手术患者纠正贫血、低蛋白血症等,急诊手术纠正休克。手术在全麻下完成,患者取平卧位,上腹部右肋缘下或正中切口。其中行腔静脉端侧分流术 8 例,脾-肾静脉分

流术 7 例,贲门周围血管断流术 18 例,合并脾切除 5 例。

2 结果

32 例手术均顺利完成,1 例腹腔内出血再次手术;术后病情逐渐恢复 27 例,术后肺部感染 2 例,切口感染 2 例,经抗炎等治疗后痊愈;肝昏迷 6 例,肝昏迷后经治疗恢复 2 例。死亡 6 例,其中死于胃内再出血合并休克 2 例,死于肝昏迷 4 例。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 门静脉高压症表现间歇性呕吐血、黑便、腹胀,症状反复发作,患者或家属对手术能否根治此病持怀疑心理,存在心理负担<sup>[1]</sup>。我们对患者进行心理辅导,介绍手术的安全性、必要性及手术的良好效果,并介绍同类手术患者的康复情况,使其消除顾虑,产生信赖感。部分病人因发病时间长,体质差,对能否耐受手术持有恐惧心理。针对这种心理状态,应尽可能满足其合理要求,向患者讲解有关手术过程,手术中可能出现的并发症和术后康复

护理的重要性,使患者对自己的疾病有一个正确的认识,树立信心,以最佳状态接受手术,从而保证治疗护理计划的顺利实施<sup>[2]</sup>。本组中,在术前不同意手术者 5 例,经精心护理沟通,使患者消除顾虑后,顺利完成手术,术后 4 例恢复较好。

**3.1.2 术前准备** 术前完成各项检查,如心、肺、肾功能及出、凝血时间、电解质水平、交叉配血试验等,必要时,可行胃镜检查,以确定出血点。术前备血是完成该类手术必备条件之一,因患者术中随时有大出血休克可能,本组中全部病例术中均进行输血治疗。患者病程长,体质差,因而术前改善营养提高其抗病能力尤为重要,指导患者进食高热量、高糖、高维生素易消化流食,避免食坚硬、粗糙食物,遵医嘱给予静滴白蛋白及同型血等增强机体抵抗力。多数门静脉高压症患者肝功能储备较差,需要给予护肝等治疗纠正肝功能异常情况,提高手术耐受能力<sup>[3]</sup>。对于进行门静脉高压症择期手术者,应进行必要肠道准备:术前 1 d 进全流食,术前 4 h 禁饮、12 h 禁食,术前 1 h 留置导尿管,术前 30 min 肌注镇静药,并预防性使用抗生素,预防术后感染。

**3.2 术中护理** 对参加手术的护士,要求熟悉手术步骤,配合主动,确保患者静脉输液通畅,注意生命体征变化,同时观察术中出血情况、尿量等。术中出血多者,需要及时配合进行输血治疗。手术结束后注意各种引流管固定、通畅情况,并积极协助麻醉医师进行复苏,麻醉清醒后与麻醉医师一起护送患者回病房,并向病房护理人员交代手术情况。

### 3.3 术后护理

**3.3.1 术后监护病房护理** 去枕平卧,头偏向一侧,每 30 min 观察生命体征,持续心电监护,给予吸氧,提高血氧饱和度。及时调整输液量、输液速度,每 1 h 监测呼吸功能 1 次,保持呼吸道通畅,防止呕吐物堵塞致窒息。术后患者若烦躁不安,必要时可用镇静剂。术后 48 h 内应严密观察出血情况,随时观察引流管引出液体的量、性质及敷料渗出情况。如出现胃管或腹腔引流引出鲜红色血液较多时,应报告医师处理。本组中,由于腹腔引流管引出较多鲜红色血液,并出现休克症状 1 例,经再次手术止血成功,术后恢复满意。

**3.3.2 营养支持** 门静脉高压症患者术后常有贫血、低蛋白血症、严重营养不良,术后应保持输液管道通畅,监测水、电解质及酸碱平衡情况,准确记录 24 h 出入量。由于病人肝功能受损,糖原贮存减少,按医嘱补充葡萄糖、氨基酸、维生素 C 及白蛋

白、血浆等保护肝脏,维持水、电解质及酸碱平衡。肠蠕动恢复后给予半流质食物,并逐渐改为普食。为促进伤口愈合及机体康复,为病人补足热量,应给予高蛋白、高热量、高维生素、无刺激易消化饮食。同时注意对门静脉分流术患者限制蛋白的摄入,忌粗糙和过热食物。

**3.3.3 管道护理** 门静脉高压症术后一般留置胃管、尿管及腹腔引流管,护理上应对各种引流管放置的部位、目的了解清楚,以便术后的观察和护理,仔细连接各种管道于无菌瓶或无菌袋,并妥善固定于床边,保持各管道的通畅。术后 1~3 d 可视引流情况拔出胃管;对于尿管如患者能在床上解大小便即可拔出,但在拔尿管前夹闭尿管每 4 h 开放 1 次,锻炼膀胱逼尿肌,使其尽早恢复排尿功能。对于腹腔引流管应注意观察并记录引流液量、颜色及性质,更换时注意无菌操作。引流管的有效引流在治疗手术并发症中占有重要地位,引流管引出的内容物可提供手术后相关信息,对并发症的诊断和治疗有参考作用<sup>[4]</sup>。防止引流管扭曲、受压,一般术后 3~4 d 可拔腹腔引流管。

**3.3.4 并发症观察及护理** 门静脉高压症术后最常见的并发症为继续出血、感染、低蛋白血症及肝昏迷等。如胃管或腹腔引流引出鲜红色血液逐渐增多,应考虑继续出血可能,应密切观察,如生命体征有改变,应及时报告医师处理。发热是术后常见的反应,一般体温在 38℃ 左右,2~3 d 后恢复正常。如持续发热在 38.5℃ 以上,应考虑有无切口感染、肺部感染等可能。本组中,4 例术后 3 d 仍继续发热,体温在 39℃ 左右,其中切口感染 2 例,肺部感染 2 例,经加强抗感染等治疗后恢复。肝性脑病是门静脉高压症术后又一常见并发症,由于门静脉高压症患者本身肝功能术前受损严重,加上手术和麻醉均可引起肝功能损害,尤其是术前肝功能分级较差患者,发生肝昏迷机会增多。护理上如发现患者有行为异常、嗜睡、冷淡、扑翼样震颤、肝臭等,应及时报告医师处理。本组中,发生肝昏迷 6 例,经治疗后恢复好转 2 例,治疗无效死亡 4 例。

## 4 体会

门静脉高压症并食管、胃底黏膜下静脉曲张及破裂出血患者进行手术治疗时,围手术期密切监测和护理是保证手术效果的重要环节<sup>[5]</sup>,术前应了解患者心理状态,做好心理护理,术中护理,术后应勤巡视,注意患者神志、血压、脉搏、呼吸的变化,各种引流管保持通畅,注意引出液量及性质,加强营养支

持,预防各种并发症的发生。出院后注意健康教育,养成良好生活习惯,指导病人制定戒除烟、酒计划,避免过度劳累和过度活动,减少再出血的发生,教会患者及家属掌握再出血先兆及急救方法,降低病死率。

参考文献

1 梁玉英,贾燕瑞,孟杰,等.腔内支架成形术治疗肠系膜上动脉狭窄患者的护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(6):38-39.

2 雷荣兰,赵友华.门静脉高压症患者围手术期心理分析及护理[J].华北煤炭学院学报,2006,8(6):837-838.  
3 武桂平,王卫红,王志民.门静脉高压症的围手术期护理[J].河南外科学杂志,2005,11(2):86-87.  
4 艾中立.重视腹部手术并发症的防治[J].腹部外科,2003,16(3):260-261.  
5 冯永华.门静脉高压症脾切除并贲门周围血管离断术后并发症原因分析及护理[J].河南外科学杂志,2009,15(5):670-671.  
[收稿日期 2011-09-01][本文编辑 韦颖 蓝斯琪]

护理研讨

# 直肠癌术后下肢深静脉血栓形成的护理

王思暖, 于红波

作者单位: 266100 山东,青岛市第八人民医院普外科

作者简介: 王思暖(1974-),女,大学专科,主管护师,研究方向:普通外科护理。E-mail:wangsinuan@sohu.com

**[摘要]** **目的** 探讨直肠癌术后下肢深静脉血栓形成的护理方法。**方法** 对14例直肠癌术后下肢深静脉血栓形成病人的护理工作进行分析总结。**结果** 所有病人经积极治疗和有效护理后治愈出院。**结论** 提高对下肢深静脉血栓形成的认识,早发现、早处理是护理工作的关键。

**[关键词]** 直肠癌; 深静脉血栓形成; 护理

**[中图分类号]** R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)04-0364-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.04.32

深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)是指血液在深静脉腔内不正常凝结,导致静脉回流障碍,是直肠癌术后常见的并发症之一,轻者可以致残,丧失劳动能力,重者可以并发肺栓塞(pulmonary embolism, PE),有时直接导致死亡,严重影响患者预后和生活质量。我科自2004-08~2011-05共行直肠癌手术394例,其中发生DVT 14例,经积极治疗和有效护理后均治愈出院,现将护理体会报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组14例中,男9例,女5例。年龄45~81岁,平均67.1岁。原发病均为直肠癌,其中直肠癌术后复发1例,直肠癌致肠破裂1例。本组患者合并胸主动脉夹层动脉瘤1例,合并高血压和糖尿病各2例,冠心病和肺气肿各1例。手术方式为Dixon术4例,Miles术8例,Hartmann术2例。手术体位为截石位11例,仰卧位3例。手术时间115~320 min,平均168.4 min。术中均未出现髂股血管损伤。

**1.2 临床表现** 术后发现DVT时间分别为:第1、2、4天各2例,第3天3例,第6、7、9、13、17天各1例。左侧8例,右侧6例。所有患者均经彩色多普勒超声或强化CT确诊,其中中央型2例,周围型3例,混合型9例。

**1.3 治疗方法** 确诊后均予以绝对卧床,抬高患肢。发热病人给予抗生素,以青霉素类为一线药物,体温下降后停药。经静脉应用肝素抗凝治疗,2例置入腔静脉滤器后置管用尿激酶行接触式溶栓。

## 1.4 护理方法

**1.4.1 病情观察** 直肠癌术后患者需长期卧床,应注意观察下肢皮肤色泽、温度,有无下肢突然肿胀,可每日测量髌骨上下缘10 cm肢体周径,并作对比。同时观察有无胸闷、憋气、咳嗽、咯血、口唇紫绀、烦躁不安等PE症状。

**1.4.2 心理护理** 下肢DVT患者因疼痛、患肢肿胀而担心预后,心情较低落,护士要主动与患者交谈,态度要诚恳,排解患者心中的抑郁,运用科学理