

吐物引起窒息。此早产儿体重 1 250 g, 出生 1 min 时 Apgar 评分为 3 分, 5 min 时评分为 5 分, 由于其病情复杂变化快, 复苏成功后随即放入恒温箱由儿科医生陪同转至新生儿监护室继续治疗。

2.2.4 羊水收集 为了避免手术巾单被羊水、血液污染而潮湿, 防止剖腹探查术中使用时电刀时异位电灼伤的发生和巾单潮湿所加剧患者体温散失, 羊水的收集至关重要。由于术中胎膜刺破后会有部分羊水经阴道流出, 所以移至手术台前将一次性医用护理垫垫于患者臀下, 能很好地吸收经阴道流出的羊水和血液, 保持床单的干燥。同时, 一次性粘贴袋式手术巾(羊水收集袋)在剖宫产术中的应用, 解决了术中大量羊水和血液外溢而造成的污染问题, 保持巾单的干燥, 保障患者安全与舒适。

2.3 无瘤技术应用

2.3.1 防止子宫内膜组织种植转移 子宫内膜异位症在病理上呈良性形态学表现, 但具有类似恶性肿瘤的种植、侵蚀及远处转移能力^[3]; 因此, 剖宫产时防止子宫内膜沿血液、淋巴道扩散和医源性种植即无瘤操作技术非常重要, 可以最大限度地减少或防止子宫内膜的医源性播散。在子宫缝合后、盆腔探查前, 采取一系列干预措施减少子宫内膜组织的种植转移, 包括手术器械基础包和纱布、缝针的全部更换、手术野巾单的整体加铺、手术台上所有参与人员手套的更换、缝合子宫的缝线不用于缝合其他组织等。

2.3.2 防止肿瘤细胞种植播散 手术医生进行盆腔、腹腔探查时发现胃窦部肿瘤已发生转移, 器械护士及时提醒医生更换接触过肿瘤的手套; 接触过瘤体、切取卵巢肿瘤及肠系膜结节的器械也要放置在隔离区内, 不再使用, 防止更严重的种植转移。巡回护士准备好大量 37℃ 生理盐水冲洗腹腔, 以减少脱落癌细胞的种植转移。

2.3.3 物品清点管理 由于本台手术时间长, 无瘤技术要求术中器械、纱布等物品需要更换, 物品的清点成为重点和难点。巡回护士与器械护士在手术开始前、缝合子宫前、缝合子宫后清点剖宫产手术所使用的物品并记录于手术清点记录单

(一), 无误后更换器械台、丢弃所有纱布至垃圾袋后更换垃圾袋, 确保所用物品腹腔内、手术台上下均无残留。将更换下的器械及垃圾袋密封后放置于室内指定地点, 待手术结束后统一处理。更换新的器械、纱布、缝针, 重新清点后记录于清点记录单(二), 然后开始剖腹探查术, 术后再次清点无误后记录并关腹。

3 讨论

本病例较为罕见, 相关手术护理经验不足; 择期手术前, 护士访视评估患者病情后查阅了大量相关护理文献, 并运用护理专科小组组间讨论形式进行病例分析, 运用头脑风暴, 充分讨论了护理重点问题, 并制订了详细的计划与措施。这种护理专科小组讨论的形式在以后的工作中进行推广普及, 推进优质护理在手术室中的发展。我们通过充分的术前准备工作, 积极主动、优质高效的术中护理, 使得整个手术及抢救过程井然有序, 安全有效。术中探查发现患者胃肿瘤细胞已广泛转移后, 严格遵循无瘤技术的原则实施护理, 防止更严重的种植转移, 尽可能延长患者的生存时间和提高其生活质量。最终手术顺利完成, 新生儿入监护室进一步观察治疗, 患者安返病房, 无术后并发症的发生。虽然通过医护人员的共同努力, 手术安全顺利完成, 但在护理过程中还是存在不足之处。此患者消瘦且手术时间长, 术前没有针对此患者进行压疮风险因素评估, 虽最终患者没有发生压疮, 但通过此次护理经验, 已经将手术患者压疮风险评估作为术前访视的内容之一, 从而保障患者的安全与舒适, 防止护理不良事件的发生。

参考文献

- [1] 周鑫, 谢凌铎, 谢海艇, 等. 妊娠相关胃癌三例并文献复习[J]. 中华临床医师杂志(电子版) 2013 7(6): 2701-2703.
- [2] 杨燕. 剖宫产术中常见护理问题及对策[J]. 中国现代药物应用 2012 6(23): 88-89.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 325-331.

本文编辑: 刘珊珊 2016-04-01 收稿

先天性脊柱侧凸术后并发多器官功能障碍 1 例临床护理

钟可琪, 冯 岚

(南方医科大学南方医院 广东广州 510515)

【关键词】先天性脊柱侧凸; 多器官功能障碍; 术后护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2016.20.047 文章编号: 1006-7256(2016)20-0089-03

先天性脊柱侧凸是由异常椎体的形成而引起, 椎体缺失, 半椎体或椎体间联合可以引起不对称生长, 从而引起继发性畸形, 该畸形包括楔形椎体、半椎体椎体融合和椎体缺失以及肋骨融合^[1]。后路腰椎体后凸截骨矫形、钛网植骨融合内固定术是治疗先天性脊柱侧凸畸形常用手术方法之一。但并发多器官功能障碍并不常见, 至今尚无相关报道。多器官功能

障碍(MODS)指机体遭受严重创伤、休克、感染、大手术等损害 24 h 之后, 以连锁或累加形式出现 2 个或 2 个以上器官发生持续性、可逆性功能障碍, 包括早期器官功能不全到多器官功能衰竭的全过程^[2]。MODS 的病死率很高, 并随衰竭器官的数目增加而增高。研究显示, 2 个器官功能衰竭病死率达 17.8%, 3 个器官功能衰竭病死率达 47.1%, 4 个器官功能衰

竭病死率达 77.0%^[3]。2014 年 4 月,我科收治 1 例先天性脊柱侧凸患者,于术后第 2 天出现 MODS,给予及时有效的床边抢救及护理,患者顺利度过危险期并康复出院。现报告如下。

1 临床资料

患者男,34 岁,诊断为先天性脊柱侧凸。因反复腰痛 3 年、双下肢疼痛 1 个月,跛行步态,腰椎后凸畸形,于 2014 年 4 月 23 日入院。患者完善常规检查后,于 4 月 28 日在全麻下行后路腰 2 椎体后凸截骨矫形、钛网植骨融合内固定术。术后当天出现双侧腰部疼痛,尿液为暗红色血性液体,双下肢可遵医嘱活动。术后第 2 天突发气促、呼吸困难、口唇发绀、腹胀、烦躁。查体:体温 37.7℃,脉搏 142 次/min,呼吸 30 次/min,血压 184/71 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),血氧饱和度 78%~80%。听诊双肺呼吸音低,可闻及散在痰鸣音,立即报病危。急查血生化示:胱抑素-C 3.45 mg/L,前-脑利尿肽 5 599 pg/ml,肌酐 470 μmol/L,尿素 19.9 mmol/L,血浆 D-二聚体测定 7.67 mg/L。急查动脉血气示:pH 值 7.366,PO₂ 67.5 mm Hg,PCO₂ 31.3 mm Hg,SO₂ 91.8%。经会诊和床边拍片后,考虑急性肾功能障碍、肺水肿、左心功能障碍。立即对症处理,建立静脉通路、吸氧、心电监护、抽血、血液透析治疗等,经积极抢救患者病情逐渐稳定,5 月 1 日腹胀消失,5 月 6 日佩戴腰围下床活动、切口甲级愈合,5 月 12 日拔除右股静脉导管,5 月 13 日康复出院。

2 护理

2.1 术后护理 ①生命体征监测:术后遵医嘱予以心电监护,监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度、体温,并进行实时记录;予吸氧 3 L/min,鼓励患者深呼吸及有效咳嗽、排痰,保持呼吸道通畅;观察患者的精神状态,有无烦躁、面色苍白、皮肤湿冷、呼吸急促、脉速等异常表现,发现异常,及时报告、及时处理。②体位护理:全麻术后平卧 2 h,以压迫切口止血;2 h 后取左右侧卧位,2 h 翻身 1 次,防止发生压疮;变换体位时采用轴线翻身的方法;侧卧时在背部垫一软枕,以支撑背部达到有效翻身。③引流管观察:观察切口引流液的量、颜色及性质,妥善固定引流管,保持引流通畅,防止扭曲、受压及脱出,做好管道标识;密切观察敷料有无渗血,切口局部有无肿胀,警惕引流不畅等情况发生。④肢体感觉运动观察:动态观察患者双下肢的感觉、运动情况,与术前进行比较,及时发现感觉或运动功能障碍及加重现象,及时报告医生,给予处理。⑤输液管理:术后常规留置套管针,检查套管针是否固定通畅,记录留置时间,做好管道标识,做好留置套管针的知识宣教;输液时观察输液部位及针口的情况,合理安排输液顺序,调整滴数,向患者及家属宣教切勿自行调节滴数,有不适及时报告护士。

2.2 心功能障碍护理 患者术后第 2 天出现心率增快、血压升高、呼吸困难、烦躁,血氧饱和度 67%。抽血化验示前-脑利尿肽为 5 599 pg/mL,提示心功能障碍。立即给予循环支持,持续监测心功能。取端坐卧位,以减少静脉回流。予高流量鼻导管吸氧 5 L/min,改善通气。同时,使用氯化钠注射液 36 ml + 硝酸甘油 20 mg 持续泵入,以控制血压。为缓解患者的烦躁情绪,予吗啡镇静,因吗啡有呼吸抑制的副作用,应随

时观察患者呼吸情况。合理限制液体摄入量,控制输入速度。术后第 8 天复查前-脑利尿肽为 125.4 pg/ml,患者无呼吸困难,心率、血压正常,提示心功能障碍得到改善。

2.3 肾功能障碍护理 该患者术后第 1 天出现双侧腰部疼痛、尿液为暗红色血性液体,第 3 天出现少尿,24 h 尿量为 385 ml,血钾为 98.3 mmol/L,血肌酐为 470 μmol/L,血尿素氮为 19.9 mmol/L。遵医嘱予呋塞米静注,5% 碳酸氢钠静滴,以利尿和碱化尿液,保护肾功能。请肾内科会诊,在局麻下行右股静脉置管术,在医生陪同下前往透析中心行血液透析治疗,1 次/d。术后第 13 天患者血钾下降至 4.23 mmol/L,血肌酐下降至 197 μmol/L,血尿素氮下降至 10.32 mmol/L,每日尿量超过 3 000 ml,即停止透析治疗,于 5 月 12 日拔除右股静脉导管,准备出院。留置股静脉导管期间,患者减少右下肢活动,避免弯曲右下肢导致导管堵塞,同时固定好导管,防止脱出。观察置管处渗血情况。用药治疗期间,注意观察药物作用,避免选择肾毒性大的药物,监测血电解质和肾功能指标的变化。遵医嘱记录每小时尿量,观察尿液的颜色、性状和量。

2.4 腹胀护理 患者术后第 1 天即出现腹胀,且程度越来越重,出现腹部压痛。予留置胃管接负压引流瓶,持续胃肠减压,禁食,以减轻腹胀。注意观察胃管的长度,引流液的颜色、性状和量,防止管道的脱出、打折。嘱患者及家属顺时针方向按摩腹部,促进肠蠕动。观察肠蠕动的恢复情况,提醒患者勿用力排便,以免用力诱发心力衰竭甚至心搏骤停。该患者在术后第 3 天腹胀消失,开始进流质饮食,逐渐过渡至普食。

2.5 预防感染 MODS 患者免疫功能低下,应加强基础护理,预防感染。各项处置、操作要严格按照无菌技术操作规程,严格遵守手卫生制度,避免医源性感染。①预防呼吸道感染:尽量保持 30°~45° 卧位,予口腔护理 2 次/d;鼓励患者正确咳嗽,必要时予以吸痰。加强床上呼吸功能训练,增加肺活量,防止肺部感染。②健康宣教:向患者说明易致尿路感染的环节,做好预防工作,防止尿路感染;定时夹闭尿管,会阴擦洗 2 次/d,擦洗完在尿道口、尿管与尿袋接口处喷洁悠神长效抗菌材料,形成生物抗菌膜,降低感染风险;督促患者多饮水,饮水量 > 2 500 ml/d,达到自然冲洗尿道的作用。③预防手术切口感染:定时更换敷料,保持干洁,如有渗血、污染则及时报告医生给予换药,观察切口愈合情况。该患者切口甲级愈合。

2.6 营养支持 术后肠蠕动恢复后即可进食,以清淡、易消化、高蛋白、高维生素、高热量等营养丰富的半流质饮食为宜,避免喝牛奶、豆浆、甜食等易产气的食物,以免引起腹胀,可喝酸奶、果汁、炖汤,炖汤时避免使用花旗参、当归等活血药材,以免引起切口出血增加。指导患者进食时细嚼慢咽,少量多餐,避免因进食过饱引起腹胀不适,饭后半小时顺时针方向按摩腹部,促进肠蠕动。肠蠕动恢复正常或下床活动后,可恢复正常饮食。该患者术后第 1 天诉腹胀,关闭镇痛泵、按摩腹部,但症状持续加重,出现腹部压痛,报告医生,遵医嘱禁饮食,告知患者及家属禁饮食的原因和重要性,取得其配合。同时,MODS 患者处于高分解代谢状态,营养支持十分重要^[4]。应予以肠外营养支持,加强营养护理,增强抵抗力。患者病情好转时应合理调配饮食,清淡而富有营养,由流质饮食逐渐过

渡到普食。由于患者心功能和肾功能都有损害,应注意予低钠、低脂、低钾、低蛋白(优质蛋白)饮食,避免加重各脏器负担,如鸡蛋、牛奶、鱼、番茄、瘦肉、青椒等,特别注意禁食杨桃,因杨桃中的水杨酸会加重肾功能的损害。

2.7 心理护理 建立良好的护患关系,耐心教育、关心鼓励患者,帮助其树立战胜疾病的信心,缓解紧张、烦躁、恐惧、担心的情绪。为患者寻求社会支持,让患者感受到家庭和社会的支持,共同帮助其渡过生理和心理的危机期。

2.8 康复功能训练 遵循健康教育路径进行康复功能训练。根据患者的恢复情况行最大范围的活动,如上肢外展、扩胸运动、屈膝屈髋、踝泵运动、直腿抬高、五点抬臀运动等,每个动作 10~20 次为 1 个周期,每次做 2~3 个周期,交替训练。功能训练要循序渐进,主动与被动结合,不可强行训练。同时嘱患者经常行深呼吸、吹气球、咳嗽等训练,增强肺活量,促进肺扩张。行血液透析治疗期间应避免置管侧肢体的屈膝屈髋运动,防止管道脱出、折断或堵塞。下地行走时也应保持下肢伸直位,缓慢活动,不可做下蹲等动作,待拔管后再恢复正常的功能训练。

2.9 出院指导 患者于 5 月 6 日佩戴腰围下床活动,5 月 13 日康复出院。嘱患者 1 个月内以休息为主,尽量卧床休息,避免剧烈运动和重体力劳动;3 个月内佩戴腰围下床活动,

避免弯腰。同时加强营养,增强抵抗力,定期复查,如有不适及时就诊。

3 讨论

由于 MODS 病死率很高,应严密观察病情,做到及时发现、及时诊断、及时处理。应按照预防为主、防治结合的原则,采取有针对性的综合性措施。该患者术后合并 MODS,病情危重,发展迅速。在多科室的通力合作下,多器官功能得到恢复。护士及时观察患者的病情变化,尽早、尽快发现异常是抢救成功的关键,为抢救赢得了时间。

参考文献

- [1] 张彩云,王小娟,杨雅琦. 1 例先天性脊柱侧凸患者的护理[J]. 按摩与康复医学, 2010, 1(5): 88.
- [2] 刘化侠,李武平. 急危重症护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 201-202.
- [3] 邱海波,周韶霞. 多器官功能障碍综合征的死亡危险因素的分析及临床危险因素[J]. 中华急诊医学杂志, 2011, 20(1): 13-16.
- [4] 包丽媛,易冬梅,任少楠,等. 急性肾功能衰竭合并多器官功能障碍综合征的护理[J]. 解放军护理杂志, 2010, 27(8B): 1258-1259.

本文编辑:赵雯 2016-04-01 收稿

甲状腺癌行颈廓清术后并发胸腔积液 1 例临床护理

罗佳,陈显春,曾令娟

(第三军医大学附属西南医院 重庆市 400038)

【关键词】甲状腺癌颈廓清术;胸腔积液;临床护理

中图分类号:R473.73 文献标识码:B DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2016.20.048 文章编号:1006-7256(2016)20-0091-02

颈廓清术是治疗分化型甲状腺癌的必要手段,胸腔积液是极少见的、潜在威胁生命的并发症之一,可导致气体交换受损、营养丢失、代谢紊乱、切口愈合延迟、血胸等继发性症状,严重者甚至死亡^[1]。2015 年 11 月,我们收治 1 例甲状腺癌行颈廓清术后并发胸腔积液患者,经精心治疗和护理后,患者恢复良好。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者女,53 岁,因发现颈部包块 3 月余,于 2015 年 11 月 2 日入我院就诊。查体:颈软,左侧甲状腺上级可扪及一大一小约 3 cm × 1.5 cm 包块,质硬,边界欠清,随吞咽上下活动,左侧 3 区可扪及一 2 cm × 1 cm 肿大淋巴结。左侧 4 区可扪及 5 cm × 4 cm 肿大淋巴结。超声示:甲状腺左侧低回声包块,不排除癌,颈部淋巴结考虑转移,于 2015 年 11 月 10 日在全麻下行左甲状腺切除术改双侧甲状腺全切 + 左侧 2、3、4、5、6 区淋巴结清扫 + 右侧 6 区淋巴结清扫术 + 上纵隔淋巴结清扫术 + 左侧颈内静脉切除术 + 双侧喉返神经探查 + 右下甲状旁腺右三角肌移植术,术后第 3 天,患者主诉夜间时有胸闷,不能平卧。行胸部 CT 示:①右侧液气胸,左侧胸腔积液,双肺部肺不张;

②所及颈部及上隔间隔水肿,积液。患者于当日置双侧胸腔闭式引流管。遵医嘱禁饮禁食、补充白蛋白、给予抗感染、TPN 支持、生长抑制等治疗。2015 年 11 月 22 日拔除双侧胸腔闭式引流管,2015 年 11 月 24 日颈部切口引流管,2015 年 11 月 25 日康复出院。

2 护理

2.1 颈部引流管观察与护理 密切观察切口敷料的渗出情况、引流液的量、性质及颜色,持续中心负压吸引(吸引负压 -2.2~-6.8 kPa,移动时保持皮瓣下严密且无漏气发生^[2]),保持负压在 200~300 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。每日更换负压引流瓶,严格执行无菌操作,保持引流通畅,避免引流管脱落、打折,观察颈部有无肿胀现象,呼吸状况,术后当日引流液不应超过 100 ml,掌握拔管指征,低于 10 ml 即可拔管。

2.2 胸腔闭式引流管观察与护理 在护理过程中,严格执行无菌操作,首次放量应不超过 800 ml,速度不宜过快,不超过 50 ml/min,防止由于放液过快引发的胸腔内压力骤降,进而导致循环衰竭,休克或压缩的肺复张后肺水肿。放液一般为