

直视下 Budd-Chiari综合征根治术术后并发症的护理

徐云霞,倪红霞

[摘要]目的:介绍直视下 Budd-Chiari综合征(BCS)术后并发症的护理措施。方法:对 18例并发症患者,按并发症的不同类型给予不同的护理。结果:经合理护理,18例中除 4例病死外,均痊愈出院。结论:对 BCS患者术后的常见并发症积极预防、有效处理和合适护理,可取得较好的效果。

[关键词] Budd-Chiari综合征;并发症;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 543.6 [文献标识码] A

Budd-Chiari综合征(Budd-Chiari syndrome, BCS)指肝静脉和(或)其开口以上下腔静脉阻塞病变引起的门脉高压征,伴有或不伴有下腔静脉高压^[1],是一种发病率较高的全球病,根据病变类型行手术或放射介入治疗。我科从 1993年以来,直视下行 BCS根治术 114例,术后出现并发症 18例,病死 4例,本文就术后并发症的护理作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18例,男 11例,女 7例;年龄 12~63岁。病程 3个月~9年。术后并发症:急性心力衰竭 4例,腹腔积液加重 4例,水电解质酸碱失衡 3例,肺部感染 3例,肝功能衰竭 2例,胸腔大出血 2例。

1.2 并发症的治疗 对 18例并发症患者,按并发症的不同类型给予相应的治疗策略。急性心力衰竭、腹腔积液加重患者以强心、利尿、限制液体入量为主;肺部感染给予雾化吸入,抗感染、营养支持等;肝功能衰竭患者重点给予保肝、营养支持、利尿等措施;胸腔大出血者立即再手术止血。

1.3 结果 18例并发症中,病死 4例,其中 2例死于心力衰竭,1例死于胸腔大出血合并肺部感染继发肝昏迷,1例死于肝昏迷,其余均痊愈出院。

2 护理

2.1 基础护理 由于 Budd-Chiari综合征是肝静脉流出道及下腔静脉阻塞性病变引起的肝后型门脉高压症,故术前输液通道应选择在上肢、颈部或锁骨下静脉为宜;术后液体通路宜建立在下肢,可使抗凝、祛聚药物通过手术创面的血管或人造血管,因而效果更佳。手术后静脉回流阻塞解除,远心端体液回收明显增加,回心血量增加,故输液速度需酌情调

整,以防容量过多导致心衰,也要防止控制过严导致有效循环血量不足。我们均根据心率、血压、中心静脉压及尿量的变化调整输液速度,本组 4例急性右心衰竭均在手术开展的初始阶段,随着经验的积累,这类并发症没有再次发生。术后 12 h由平卧位改为持续低坡卧位(斜度 45°~60°),以降低人造血管吻合口的张力,防止吻合口破裂出血,同时改善患者的循环和呼吸功能。在使用抗凝、祛聚药物时,监测凝血酶原时间及观察有无黏膜、皮下出血点或瘀斑,预防出血。下肢伸屈活动可促进下肢血液循环,防止血栓形成,提高远期疗效。本组病例术后均经彩色多普勒检查证实人造血管通畅率 100%。

2.2 急性右心衰竭的护理 急性右心衰竭多见于根治术开放下腔静脉血流以后,回心血流量骤增,加大了心脏的前负荷。故术后要常规强心、利尿、限制液体入量等。护理中要严密监测中心静脉压、心率和心律的变化,中心静脉压 11 mmHg以上提示右心功能不良或负荷过多,有右心衰竭发生的可能,心率 140次/分以上者可致心室舒张期充盈不足,心排量明显减少,心肌耗氧量增加,最容易发生心衰^[2],本组出现 4例,其中 2例死亡,可见防治急性右心衰竭的重要性。护理人员依据中心静脉压来调整补液速度,可减少盲目性。

2.3 出血的护理 由于手术创伤大,术后又需使用抗凝药物以防血栓形成,且患者多合并肝硬化,凝血功能障碍,因此术后容易出现出血。护士应严密观察患者术后的生命体征变化,持续心电监护,及时观察患者的腹痛、腹胀、引流和伤口渗血情况。本组 1例术后中心静脉压 4 mmHg,心率 120~140次/分,血压 13/9~16/11 kPa,经补充血容量,肌肉注射和静脉滴注凝血酶各 1 ku,中心静脉压升至 6 mmHg,心率降至 100次/分。胸腔闭式引流量 24 h一般约 100~300 ml,24~48 h内一般约为 50~100 ml,若发现引流量每小时 100~200 ml,且颜色鲜红,应用止血剂效果不好,可考虑为活动性出血,应及时报告床位医师,需再次手术止血^[3]。本组

[收稿日期] 2005-03-04

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 血管外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 徐云霞(1974-),女,护师。

2例胸腔大出血,发现后均及时再次手术止血,1例治愈,1例合并肺部感染继发肝昏迷死亡。

2.4 肝功能监测 BCS患者由于长期下腔静脉阻塞,多伴有营养不良,肝功能严重受损,加之手术创伤应激反应,可导致术后肝功能恶化,出现急性肝功能衰竭或肝昏迷。本组肝功能衰竭 2例:1例术后出现黄疸,转氨酶升高,总胆红素 149.8 mol/L ,直接胆红素 61.8 mol/L 。经保肝、营养支持、利尿等治疗后恢复正常,1例肝昏迷死亡。护理人员应密切观察患者的精神状况,特别注意有无肝昏迷前期的表现。

2.5 腹腔积液的护理 采取舒适的半卧位,保持床单清洁、干燥。下肢水肿者抬高患肢以促进静脉回流,遵医嘱给予利尿剂,每日测量腹围,准确记录尿量和入量,严密观察利尿药的效果及副作用,及时纠正水电解质紊乱。

2.6 肺部并发症的预防及感染的护理 全麻及开胸术后,呼吸道分泌物多,而术后患者又惧怕疼痛不愿咳嗽,易发生肺不张和肺部感染。本组 3例出现右肺水泡音,有脓痰,摄床边胸片确诊为肺部感染,加强抗生素治疗的同时,护士帮助患者拍背排痰并教患者做有规律的深呼吸,吹气球每 2 h一次;雾化吸入每日 2次。经过综合治疗,2例痊愈,1例因多脏器功能不全而死亡。

3 讨论

BCS手术治疗的主要目的是降低门静脉及下腔

静脉压力,减轻肝脏瘀血及下肢水肿,改善肝功能,提高患者生活质量^[2]。由于 BCS病情复杂多变,重症患者往往存在大量腹腔积液、低蛋白血症、黄疸、心脏储备功能下降等,加之手术创伤大,造成新的机体内环境平衡失调,极易导致术后并发症的发生^[3]。我们体会到护理人员要充分考虑患者的全身情况和并发症的类型,根据不同的类型采取相应的护理方法,对发生的每一种并发症要有充分的认识,积极预防,出现并发症后采取适当的护理措施,重点在于对每一例患者术后早期都要重症监护,严密监测各项生命体征的变化,并根据血压和中心静脉压调整输液速度和输液种类及液体总量。另外要常规强心、利尿、预防和控制感染,积极防治大出血,加强营养支持,保护肝功能,及时发现和纠正水电解质紊乱等,才能取得较好的疗效。本组 18例并发症患者,经合适处理及有效护理,除 4例死亡外,其余均痊愈出院。

[参 考 文 献]

- [1] 倪红霞. Budd-Chiari综合征介入治疗围手术期的护理 [J]. 蚌埠医学院学报, 2005, 29(2): 174-175.
- [2] 赵金平, 潘友民, 严华, 等. 布一加氏综合征的诊断和外科治疗(附 20例报告) [J]. 中华医学杂志, 2002, 26(3): 146-147.
- [3] 冯留顺, 马秀现, 叶学祥, 等. 布一加氏综合征术后近期并发症的预防与治疗 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 20(11): 670-671.

[文章编号] 1000-2200(2006)03-0313-02

。临床护理。

无痛人流流产术的护理

杨 蕾

[摘要]目的:总结应用丙泊酚在静脉全麻下进行无痛人流的护理经验。方法:对 580例要求无痛人流的患者进行术前心理护理、术中观察配合及术后护理与健康教育。结果:580例均感效果好,有安全感,自觉无痛,无焦虑、紧张感。无一例逆行感染的发生,未出现手术及麻醉的并发症。结论:加强无痛人流的心理护理、护理配合,有利于人工流产手术的顺利进行,使患者有安全感,自觉无痛,无焦虑、紧张感。并可预防手术及麻醉的并发症。

[关键词] 流产,人工;麻醉,静脉内;丙泊酚;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 719.7 R 614.24 [文献标识码] A

人工流产术是避孕失败的一种补救措施,在临床上被广泛应用,传统的人工流产术常给孕妇造成身心两方面的痛苦^[1]。为减少孕妇痛苦及人工流产综合征的发生,近年我科应用丙泊酚在静脉全麻

下进行无痛人流,使妊娠妇女在无知觉的情况下完成整个人工流产过程,作好充分的术前准备、严密的术中监护和良好的术后护理,无一例并发症发生。现将护理及体会作一介绍。

1 临床资料

1.1 一般资料 2005年 1~7月,580例因计划外

[收稿日期] 2005-08-18

[作者单位] 安徽省蚌埠市妇幼保健院 妇产科, 233000

[作者简介] 杨蕾(1971-),女,护师。