

时排便习惯,预防便秘,对切口愈合和减少并发症发生至关重要。大便后免贴敷料,每日及每次排便后用 38 ℃ 1:5 000 高锰酸钾热水坐浴 20 min。

**2.6 饮食指导** PPH 术后患者一定保证每日有足够营养物质供给。手术当日进食流质,术后第 1 日可进食半流质,术后第 1 日晚可恢复正常进食。除了进食一些高营养易消化饮食外,还应进食一些富含粗纤维的食物,如香蕉、苹果、菠菜、芹菜等,少食精制食品,注意饮食搭配要合理,不饮酒。

**2.7 健康指导** 要养成良好的每日排便习惯,排便最好一次排空,如老年人人体力弱,可长期服蜂蜜,以利于排便。有习惯性便秘者可服麻仁丸。如有较长时间未排便,可用灌肠或开塞露促使排便。平时多吃新鲜水果、蔬菜,多喝水,保持大便通畅,注意合理搭配饮食,忌饮酒及辛辣食物。注意保持肛门局部清洁,适当加强身体锻炼。

### 3 讨论

Thomson 认为痔是直肠下端的唇状肉赘(称肛垫),是人人皆有的正常解剖结构,它对肛门功能节制起到微调作用,而肛垫的病理性肥大即为痔病。因此痔的最理想治疗方法是尽可能地保留肛垫组织并使其重新复位和固定于原来位置<sup>[5]</sup>。PPH 正是基于痔的现代概念和新的治疗观念,该手术肛门皮肤没有切口,避开了躯体神经末梢最丰富的肛管,故手术后疼痛较轻;同时保留了肛垫,所以控便能力未受影响,患者术后无肛门狭窄、大小便失禁等并发

症。PPH 手术过程较短,围手术期的护理对手术成功非常重要。术前心理护理可减少患者紧张、焦虑和恐惧的心理。肠道准备是围手术期护理中的重要环节,理想的肠内环境对手术过程顺利至关重要。并发症的护理通常集中在尿潴留、大便护理和出血的观察及处理三个方面。肛门疼痛主要由于扩肛或钳夹肛门皮肤时引起肛门皮肤裂伤引起,镇静止痛剂可减少疼痛对睡眠和情绪的影响。当 PPH 手术后出现少量渗血时,可自行缓解,但必须做好患者的解释工作,减少患者的恐惧,避免造成手术效果的担心,发现大量渗血和活动时渗血时要及时报告医师。本组患者中,由于术前的心理护理和卫生宣传,增强了患者对 PPH 手术的了解和根治的信心,患者对治疗高度配合,预后也达到了预期目标,而术前肠道准备和术后的排便、饮食指导、预防并发症的护理减少了手术的并发症,增加了患者的知识和舒适度。

#### 【参考文献】

- [1] 彭春生. 国产吻合器痔上黏膜环切术治疗混合痔 25 例临床体会[J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(4): 91.
- [2] 张东铭, 王玉成. 痔的分类与治疗学的现代概念[J]. 中国肛肠病杂志, 2001, 21(5): 29-32.
- [3] 傅传刚. 痔手术治疗的术式演变[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(1): 686-688.
- [4] 廖映铃. 混合痔伴高血压术后大出血 1 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2001, 21(5): 28.
- [5] Mehigan BJ, Monson JR, Hartelay JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy; randomized controlled trial[J]. *Lancet*, 2000, 355(9 206): 782-785.

[文章编号] 1000-2200(2008)02-0232-03

· 护理医学 ·

## 听神经鞘瘤显微手术 36 例术后护理体会

曹 芹, 杨金芝

**【摘要】目的:**探讨显微手术切除听神经鞘瘤患者的术后护理要点。**方法:**对 36 例显微手术切除听神经鞘瘤患者术后神志、瞳孔及生命体征进行监测,并做好呼吸道、引流管及并发症的护理。**结果:**术后面瘫 10 例;肿瘤复发 3 例;2 例因术后吞咽功能未完全恢复,带胃管出院,其余患者恢复良好。**结论:**做好术后护理对于提高听神经鞘瘤的手术疗效、改善其预后起着重要的作用。

**【关键词】** 听神经疾病;肿瘤/外科手术;神经鞘瘤;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 764.4; R 764.93 [文献标识码] A

听神经瘤占颅内肿瘤的 8%~10%,起源于位听神经膜部分,多数发生在前庭支,极少数发生于耳蜗支<sup>[1]</sup>。听神经瘤虽为良性肿瘤,但因其复杂的解剖位置关系,手术难度大,术后并发症多。现代显微

神经外科的发展,使疗效和术后并发症大大降低<sup>[2]</sup>,做好术后护理,同样具有十分重要的意义。2002 年 1 月~2006 年 8 月,我科显微外科手术治疗听神经鞘瘤 36 例,现将术后护理要点作一总结。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 36 例,男 16 例,女 20 例;年

[收稿日期] 2006-12-15

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 神经外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 曹 芹(1979-),女,护师。

龄 20~63 岁,以 30~50 岁者最多。病程 6 个月~12 年。耳鸣、听力减退 36 例,听力丧失 19 例,眩晕 17 例,面部麻木 35 例,声音嘶哑、呛咳 17 例,眼球震颤 23 例,轻度面瘫 26 例,肢体共济失调 26 例,肢体乏力 25 例,头痛、视力下降 30 例。均做 CT 或 MRI 检查,肿瘤直径 4~6 cm。

1.2 手术方法 36 例均行显微外科手术,采用单侧枕下乙状窦后入路 30 例,乙状窦前入路 6 例。

1.3 结果 术后面瘫 10 例;肿瘤复发 3 例。本组 26 例术后均出现了不同程度的小脑性平衡障碍或原有症状加重,术后 3 个月以上经功能锻炼后 23 例症状有明显改善或恢复正常。原听力下降或丧失的患者术后听力未能恢复。

## 2 护理

2.1 严密观察神志、瞳孔及生命体征变化 由于听神经鞘瘤所处的小脑桥脑角区,周围解剖结构复杂,毗邻重要的神经及生命中枢,而且本组病例肿瘤体积较大,与周围结构粘连紧密,手术操作容易累及,导致脑干受损,术后可能会出现生命体征改变及意识障碍。加之颅窝容积小,代偿空间相对较小,手术后肿瘤残腔若有渗血,较小的血肿就可造成脑疝。因此术后应该密切观察神志、瞳孔及生命体征变化。一般 30~60 min 观察并记录 1 次,如出现异常应及时报告医师进行积极处理。

2.2 呼吸道护理 注意观察患者的吞咽反射和咳嗽反射。由于手术可能损伤舌咽、迷走神经,引起咳嗽无力,痰液不能排出;加之术中全麻插管刺激气管黏膜水肿,分泌物不能及时排除,影响呼吸道通畅,易并发肺炎。因此术后应鼓励患者咳嗽、咳痰,术后 6 h 生命体征平稳者,可以开始翻身,利于痰液排出。对于痰液不能排出的患者,应及时吸痰,清除呼吸道分泌物,并遵医嘱给予雾化吸入,必要时进行气管切开,并做好气管切开后常规护理。

2.3 体位 听神经鞘瘤切除术后颅内可能形成局部空腔,所以术后 48 h 内禁止患侧卧位,翻身时头部与躯干保持水平位,避免头颈部扭曲或震动,以免脑干移位<sup>[3]</sup>。搬动患者或翻身时应保持动作轻柔、平稳,注意观察病情变化,切勿过度搬动头部或突然翻向患侧。

2.4 引流管的护理 一般听神经鞘瘤患者术毕多数残腔置管引流,目的是引流血性脑脊液,减轻术后反应,并通过观察引流液的颜色来判断是否并发颅内血肿。引流袋高度应适宜<sup>[4]</sup>,仰卧时以耳屏为基线,侧卧时以正中矢状面为基线,引流袋高度应在基线上 12~18 cm 左右,最高不应超过 20 cm。过高会

导致引流不充分,过低会导致引流过度造成颅内压过低,使患者感到不适。要保留引流通畅,翻身时避免引流管受压、扭曲或接头脱落。要注意观察引流管颜色、性质和量。若引流液过多,持续血性,应汇报医师注意有无切口内再出血可能,并保持切口敷料干燥,应注意及时更换减少切口感染机会。

### 2.5 并发症护理

2.5.1 吞咽困难 本组有 5 例发生吞咽功能障碍,根据患者情况,术后均给予置胃管,其中 3 例于术后 6~10 天拔除胃管自行进食,从流质过渡到普食。2 例吞咽反射未能完全恢复,带管出院,交待患者出院后继续进行吞咽功能训练。开始练习舌肌运动、鼓腮及面部按摩。逐渐使患者适应于坐位进食,进食时身体坐直,头颈稍向前屈,以提高吞咽功能。

2.5.2 脑脊液漏 由于手术切口位置特殊,较易发生脑脊液漏。在护理中如果观察到切口敷料浸湿,颜色淡红,应怀疑脑脊液漏。本组有 1 例发生脑脊液耳漏,给予取健侧头高位,枕下垫无菌巾,勿堵塞外耳道。后此例患者漏液仍较多,及时报告医师,在患者耳后乳突处给予绷带加压包扎,加强换药后治愈。

2.5.3 眼睑闭合不全 由于手术操作或肿瘤累及面神经、三叉神经,会导致患者术后患侧或双侧眼睑闭合不全。本组对术后睑裂闭合不全患者 5 例行凡士林纱布覆盖,防止暴露于干燥空气中,配合眼药膏和氯霉素眼药水局部使用。随着神经功能的逐渐恢复,指导患者进行睁、闭眼动作训练和眼眶周围及上下睑软组织按摩,促进眼轮匝肌功能的康复,睡前用手将患侧上睑向下推移,使睑裂闭合严密,以防长时间睡眠中角膜暴露。经上述护理,本组患者术后未发生角膜炎、结膜炎和角膜溃疡。

2.5.4 上消化道出血 因脑干受损后反射引起胃黏膜糜烂、溃疡。患者呕吐咖啡色胃内容物,并伴有呃逆,柏油样便。术后注意观察患者的呕吐物及大便情况。根据医嘱给予预防性应用硫糖铝或潘托拉唑。本组有 1 例在术后第 3 天呕吐为咖啡色胃内容物,排柏油样便,遵医嘱给予留置胃管,应用潘托拉唑 40 mg 加入 0.9% 生理盐水中静脉滴注,每日 2 次,以及冰 0.9% 生理盐水 100 ml 加去甲肾上腺素 8 mg 和 0.9% 生理盐水 20 ml 加凝血酶 1 000 u 胃管内注入,每 6 h 1 次交替应用,于 3 天后症状消失渐进流质。

2.6 基础护理 在做好专科护理的同时还应加强基础护理及生活护理工作。认真仔细做好晨晚间护理,预防压疮和泌尿系统感染,给予合理饮食指导和心理护理。

### 3 讨论

手术切除是治疗听神经鞘瘤的有效方法。手术方式大多数为经枕下乙状窦后入路切除术,由于手术位置较深,接近脑干,危险性很大,脑干反应多表现意识障碍,严重者有呼吸、心率、血压、体温及瞳孔等改变,术后并发症较多。我们认为术后加强病情的动态观察、特殊体位及并发症的预防和护理,是听神经鞘瘤患者护理的重点。凡是术后不能解释的神志不清或者血压进行性增高,频繁呕吐,则提示有颅内高压的可能;若术后意识清醒后再突然或逐渐转为昏迷,一侧瞳孔散大,则提示颅内血肿;均应立即行头颅CT检查,并给予及时处理。要加强翻身技巧,避免颈部扭曲致脑干移位,引起呼吸骤停。如果有面神经及三叉神经同时损伤,会发生周围性面瘫及眼睑闭合不全,常导致角膜炎或角膜溃疡,我们给予凡士林纱布覆盖眼睑,眼药膏及眼药水交替应用,并指导患者促进眼轮匝肌功能的康复训练,收到了满意的效果。如果出现后组颅神经损伤,多有声嘶、

咳嗽无力及吞咽困难。我们认为应加强呼吸道护理,教会患者促进排痰措施,对于患者不能自行排痰的,加强湿化气道,及时吸痰。出现吞咽困难的患者,要给予留置胃管,以及时维持患者营养均衡,促进切口愈合。要注意切口情况,如果敷料浸湿,有可能出现脑脊液漏,要及时检查并处理。经过上述护理措施,本组36例中没有1例因护理不当引起病情恶化的情况,为患者的恢复打下良好基础,提高手术疗效,促进患者早日康复。

#### [参 考 文 献]

- [1] Miyazaki H, Deveze A, Magnan J. Neuro-otologic surgery through minimally invasive retrosigmoid approach; Endoscope assisted microvascular decompression, vestibular neurectomy, and tumor removal[J]. *Laryngoscope*, 2005, 115(9): 1 612-1 617.
- [2] 王忠诚, 于春江. 听神经瘤外科治疗的过去与未来[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2001, 6(1): 1-2.
- [3] 陈志红, 苗新英. 38例听神经瘤手术护理[J]. 护理学杂志, 1998, 13(4): 216-217.
- [4] 林雅红, 陈凤玉. 听神经瘤的术后护理[J]. 现代医药卫生, 2005, 21(14): 1 904.

[文章编号] 1000-2200(2008)02-0234-02

· 护理医学 ·

## 访视卡在妇科患者术前探访中的应用

付 琴

**[摘要]**目的:探讨手术患者在术前访视中采取访视卡的效果。方法:将60例随机分为两组,干预组30例,在术前访视中采用阅读访视卡的方式;对照组30例,采用常规访视方式。结果:两组进入手术室后,对照组麻醉配合差6例,干预组无一例发生( $P < 0.01$ )。对照组进入手术室后血压、脉搏升高的发生率均明显高于干预组( $P < 0.005$ )。结论:术前访视患者使用访视卡的方式,有利于满足患者的部分需求,减轻应激反应,配合手术;有利于巡回护士探访内容规范化及语言表达的准确性。

**[关键词]** 手术室护理;生殖器疾病,女性/外科手术;访视卡

[中国图书资料分类法分类号] R 472.3; R 713 [文献标识码] A

手术治疗是外科系统疾病患者的主要治疗方法,患者在手术前大都有对麻醉和手术感到紧张和恐惧,对自己所患疾病的预后感到焦虑或忧伤,甚至悲观、绝望<sup>[1]</sup>。术前探视作为手术室整体护理的重要内容之一,其作用与意义已引起重视。从单纯的注射、器械准备及配套手术走出来,去对患者进行心理疏导、安慰,使患者安全地度过手术期,方能真正体现以人为本的整体护理理念。本文采用访视卡与语言交流相结合的方法对患者进行术前访视,取得了较好的效果,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 调查对象为2005年10月~2006年4月我院妇科择期手术患者60例。受教育最长为16年,最短为未受过教育。子宫肌瘤38例,卵巢囊肿22例。将患者分为干预组和对照组,两组年龄、病种、受教育程度、手术方式均具有可比性。

#### 1.2 方法

**1.2.1 干预组** 术前1天,手术巡回护士到病房访视,同对照组的内容,并增加以下访视内容:向患者发访视卡,以手术室致手术病员的一封信的形式出现。内容包括:(1)按手术要求手术前晚8时后需禁食、禁水,有条件者沐浴。(2)术晨大、小便后,换上手术衣裤,等待医护人员为您做其它准备,如放置胃管、插导尿管,注射术前针等。入手术室前不要化

[收稿日期] 2006-11-14

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 手术室,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 付 琴(1976-),女,护师。