

$P < 0.05$)。

2.2 疼痛程度 依据 WHO 疼痛程度评估方法: 0 级无疼痛或稍感不适, I 级微疼痛可耐受, II 级明显疼痛但可耐受, III 级剧烈疼痛不能耐受或大喊大叫, 结果显示 2 组患者对疼痛的耐受率差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1)。

表 1 2 组患者疼痛程度比较 (n)

| 分组 | n | 0 级 | I 级 | II 级 | III 级 | 耐受率 (%) | u_c | P |
|-----|-----|-----|-----|------|-------|---------|-------|----------|
| 对照组 | 30 | 3 | 8 | 10 | 9 | 70.00 | | |
| 观察组 | 30 | 5 | 11 | 12 | 2 | 83.33 | 1.89 | > 0.05 |
| 合计 | 60 | 8 | 19 | 22 | 11 | 86.67 | | |

2.3 住院时间比较 观察组患者住院时间 (14.3 ± 2.07) 天, 较对照组 (10.2 ± 1.40) 天明显缩短 ($t = 8.98$, $P < 0.01$)。

3 讨论

护理干预又称行为矫正, 是指干预重点放在可观察到的外在行为, 可具体描述心理状态, 通过学习调整或改变个体异常心理状态和躯体状态, 建立健康行为^[6]。乳腺癌作为危害生命的恶性生活事件, 对个体会造成心理应激反应, 同时对生活质量带来影响。另外因手术的风险, 以及肢体功能、性征的改变等影响因素的存在, 均可造成患者抑郁、恐惧等困扰, 影响患者的治疗及康复^[7]。

通过对患者围手术期的护理干预, 能激发患者潜在的心理资源, 协助患者度过危机, 应对困境, 以较有效的方式处理所面对的困难与挫折, 并使患者对困境的解脱感到有希望, 能在最短的时间内帮助患者调整心态, 积极面对, 能以最佳心态接受和配合

手术治疗。本研究显示, 观察组患者积极配合治疗, 与对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由于提高了对疾病的认识和相关配合事宜的理解, 使患者对疾病的康复充满信心, 积极主动配合各项治疗及肢体的功能锻炼, 并对恢复期的患者进行自我护理教育, 帮助其逐步由“患者角色”过渡到原来的社会角色, 这些都有利于术后切口愈合和疾病的康复。本研究显示, 在围手术期的治疗过程中, 观察组患者对疼痛的耐受力与对照组差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 同时患者住院时间较对照组明显缩短 ($P < 0.01$)。

综上所述, 通过对患者围手术期进行康复训练和心理行为干预等护理措施, 可减轻患者的心理应激反应, 有效缓解患者的紧张、焦虑、抑郁等多种负性情绪, 积极配合治疗, 促进患者康复, 缩短住院时间, 提高了生活质量。

[参 考 文 献]

- [1] Kozlow W, Guise TA. Breast cancer metastasis to bone: mechanisms of osteolysis and implications for therapy [J]. J Mammary Gland Bland Biol Neoplasia, 2005, 10(2): 169-180.
- [2] 曹新伟. 外科护理学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 184-190.
- [3] 张红霞. 乳腺癌术后患者生活质量的影响因素分析 [J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(3): 45-46.
- [4] 杨清平, 陈海光, 李学兰. 护理干预对脑卒中后抑郁病人神经功能康复的影响 [J]. 护理学杂志, 2004, 19(7): 62.
- [5] 王作振, 闫宝华, 王克利. 同伴教育及其研究进展 [J]. 中国健康教育, 2004, 20(5): 429-430.
- [6] 王虹虹, 丛中. 临床心理治疗学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 86.
- [7] 杨新云, 曾艳丽. 首次乳腺癌围手术期患者应激护理干预的应用研究 [J]. 兵团医学, 2009, 20(2): 65-68.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2011)09-1029-03

• 护理学 •

外伤性肝破裂 15 例急救与护理体会

王玉萍

[摘要]目的: 探讨外伤性肝破裂的急救与护理要点。方法: 采用抗休克、维持呼吸道通畅、快速补液、早止血、早手术及术后处理等方法进行抢救与护理。结果: 15 例外伤性肝破裂均为休克早期或休克期, 经急救及护理措施, 全部痊愈。结论: 早期发现, 早期手术, 配合良好的护理, 外伤性肝破裂患者的抢救成功率会大大提高。

[关键词] 肝破裂; 急救; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 657.32

[文献标识码] A

[收稿日期] 2011-03-05

[作者单位] 安徽省怀远县人民医院 ICU 233400

[作者简介] 王玉萍 (1972-), 女, 主管护师。

外伤性肝破裂常伴有出血性休克, 发病急, 病情危重, 需要争分夺秒地进行抢救和耐心细致的监护。2008~2010 年, 我科成功地抢救并护理 15 例外伤

性肝破裂患者,现作报道。

1 临床资料

本组 15 例,男 12 例,女 3 例;年龄 9 ~ 50 岁。其中合并肋骨骨折 1 例,后腹膜血肿 3 例,多发性软组织挫伤 4 例,迟发性肝破裂 2 例。15 例均为休克早期或休克期,经输血、手术止血、快速补液、积极护理等措施,全部痊愈。

2 护理

2.1 急救与高效护理 患者入院后,即刻快速开通呼吸和输液通道,尽快复苏和纠正血流动力学,缩短术前准备时间。对严重肝损伤的患者,必要时于急诊科行床边 B 超和(或)腹腔穿刺明确诊断,实行绿色通道直接送入手术室。入院时血流动力学不稳定者有较高的病死率,所以护士必须具备有高效护理的能力,要有敏锐地观察病情、分析及判断能力,从先兆症状中观察病情的发展,预见性地做好一切术前准备,为急救赢得时间。本组术前复苏的重点是:

(1) 迅速建立多条输液通道,最好采用中心静脉穿刺置管联合外周浅表静脉留置针,能快速输液,这既便于抢救复苏,提高患者对手术的耐受性,又利于术中观察。(2) 迅速输入平衡盐溶液或林格液,并同时输注羟乙基淀粉、血浆。(3) 如出血量大,应补充新鲜血浆。(4) 保持呼吸道通畅和充分给氧。做好气管插管或气管切开的准备工作。(5) 妥善处理合并伤,处理程序按胸→腹→脑→四肢脊柱先后进行。

2.2 保持呼吸道通畅 将患者头偏向一侧,及时消除呼吸道分泌物及异物,防止呼吸道阻塞。如痰多及时吸痰,昏迷患者舌后坠可用舌钳,立即给予氧气吸入,及时改善缺氧状态,一般氧流量为 4 ~ 6 L/min。对呼吸困难病情加重者,医生行气管插管或气管切开时,做好术中配合及术后护理。对合并肋骨骨折者要严密观察呼吸频率、节律变化及缺氧程度。

2.3 病情监测和护理 中心监护仪 24 h 监测患者生命体征,同时观察患者皮肤、黏膜、表情和意识。休克时患者皮肤黏膜苍白,早期兴奋烦躁。当休克加重时由兴奋转为抑制,渐而表情淡漠,对刺激反应迟钝,意识模糊,甚至昏迷。观察脉搏和肢体的温湿度,休克时脉搏的改变常先于血压,早期呈代偿性增快,脉细而频;后期脉搏极其微细、缓慢,甚至不能触及。本组 6 例脉搏不清 2 例 78 ~ 80 次分为迟发性肝破裂者,休克时由于微循环障碍,血液四肢厥冷,严重时体温不升。4 例血压低于 80 mmHg,脉压 < 15 mmHg,另 11 例血压为 82.5 ~ 127.5/60 ~ 82.5

mmHg,应严密观察血压变化,开始 10 ~ 15 min 测量 1 次,血压逐渐稳定后可延长至 0.5 ~ 1 h 测量 1 次,直至完全稳定。

2.4 术后处理 严密观察病情变化,定时为患者测体温、脉搏、呼吸、血压并记录。若术后出现体温升高,要密切观察切口有无感染,持续高热者予物理降温,并加强抗感染治疗。对血压不升,尤其在输液、输血后仍不升者,应考虑继续出血的可能,及时通知医师处理。做好心理护理,消除患者恐惧心理,使其密切配合治疗及护理。要注意观察引流液的颜色、性质及量,并详细记录。保持引流通畅,防止引流管扭曲、受压、滑脱。麻醉平面消失,血压平稳应协助其早期半卧位。加强基础护理,如口腔护理,皮肤按摩,气垫床的应用,协助患者更换体位,防止发生肠粘连,鼓励患者咳嗽排痰,必要时超声雾化吸入。

2.5 预防各种并发症发生 (1) 出血:创面出血是肝外伤早期主要的死亡原因。继发性出血可在伤后数天至十天内发生,多因失去活力的肝组织坏死脱落或继发感染引起,也可发生在拔除堵塞纱条时。术后要常规使用维生素 K 和其他止血药,要新鲜血液,连续输血达 600 ~ 1 000 ml 时,应输入 10% 葡萄糖酸钙 10 ~ 20 ml。(2) 感染:创伤性休克后,肝内细菌的繁殖可能增速,肠道细菌也可透过黏膜屏障并发隔下、肝内及腹腔脓肿^[1]。要注意观察体温、血常规变化,合理使用抗生素,积极采取有效的半卧位,减少毒素的吸收。(3) 胆瘘:主要由于肝脏创面比较大的胆管分支未予结扎,或因创面感染致使较大溃疡,造成胆汁外溢,一旦发现,对胆汁流出量少、胆道无梗阻者,经持续吸引多可使其逐渐愈合;如流出量多,且胆道下端引流不畅者,需采取手术治疗。(4) 创伤性肝囊肿:肝破裂后如血肿不与肝外或胆管相通,日久可形成含血液和胆汁的创伤性囊肿,感染后便可形成脓肿^[2]。上腹部中扪及肿大的肝脏包块,超声检查该包块为液性暗区,一旦确诊,及时引流,及少数需作肝叶切除。

3 讨论

肝损伤多伴有失血性休克,术前积极的复苏急救在肝外伤救治中至关重要^[3],必须及时、有效地复苏,抢救休克。休克时机体最早的反应是血管收缩,尤其是四肢末端静脉,如足背静脉收缩,萎陷,呈硬索状,抢救时很难穿刺,轻轻拍打或用热水袋加温,也不能使静脉充盈,这是血容量不足及休克早期的重要体征。休克早期由于机体强烈应激以及代谢性酸中毒等因素,呼吸呈代偿性加深加快,当出现呼

吸浅或鼻翼扇动,提示病情呈恶化趋势。尿量的变化是监测内脏血灌注的“窗口”,尿量 $> 30\text{ml/h}$ 时,表示肾脏血液灌注尚好^[4]。应保留休克患者尿管,准确记录尿量,并测尿比重,以作补液时参考。当中心静脉压 $0.2 \sim 0.5\text{ kPa}$,血压也低时,表示血容量不足,需快速补液;若中心静脉压 $> 1.47\text{ kPa}$,则提示有心力衰竭存在,应减慢补液速度,并强心、利尿治疗^[5]。对重症患者,如有条件应测定肺动脉楔压。应该指出的是迟发性肝破裂患者,由于出血慢,机体处于代偿状态,上述指征可无明显异常。因此,强调详细检查腹部体征,复查腹腔穿刺,及时 B 超检查对发现肝被膜下出血有十分重要的意义^[6]。同时,属患者绝对卧床 $2 \sim 3$ 周,尽量减少搬动。禁食,予静脉补充水和营养物质。通过采取上述措施,本组 15 例均得到了满意的疗效。

肝破裂患者大多数是因为车祸、外伤而引起,还有可能合并胸腹部脏器伤,病情重,发展快,所以患

者入院后,要询问受伤情况,检查伤情,尽快明确诊断,积极组织抢救,在护理工作中应有计划的进行抢救及计划护理,尽早建立静脉通路,迅速补充血容量,同时做好紧急术前准备,切不可等待休克好转以免延误治疗时机。

[参 考 文 献]

- [1] 许林珠. 车祸致肝脏破裂的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(14): 1912.
- [2] 黄香茗. 外伤性肝破裂患者手术后并发症的护理[J]. 护理与康复杂志, 2005, 4(3): 201.
- [3] 贺忠娥. 15 例外伤性肝破裂病人的护理[J]. 全科护理, 2009, 7(6: 中旬版): 1545 - 1546.
- [4] 胡德扬, 任培土. 137 例肝外伤治疗分析[J]. 中华创伤杂志, 2003, 19(8): 496 - 497.
- [5] 郑玲. 浅谈肝破裂的护理[J]. 中华现代护理医学杂志, 2006, 12(3): 24.
- [6] 卢惠娟, 周以梅. 外科护理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 105.

(本文编辑 姚仁斌)

(上接第 985 页) 本研究结果表明, PL 时间相对于 LL 时间更长, 同样将结石击碎 $< 3\text{ mm}$ 的过程中, PL 时, 因结石在输尿管腔内的移动幅度更大, 且有时结石屑嵌入息肉后无法处理, 所以增加了手术时间。另外碎石后产生较大的结石碎片需要用取石钳取出, 亦增加了手术时间。

同样将结石粉碎至 3 mm 以下, 3 d 后复查尿路平片, LL 的结石排净率为 98.8% , 显著高于 PL 的 92.7% 。这是由于: (1) 钬激光将结石击碎成粉末状, 直径 $< 1\text{ mm}$, 术中可见大量碎屑排入膀胱, 而气压弹道将结石击碎为颗粒状, 碎石有棱角, 较难排出; (2) 钬激光可以同时处理输尿管的息肉、狭窄, 将息肉里的结石一并击碎, 更利于术后排石; (3) 钬激光的手术时间较 PL 为短, 术后输尿管黏膜充血、水肿较轻, 恢复更快, 排石更容易。

PL 组出现 3 例输尿管穿孔, 可能为伴发息肉或输尿管部分扭曲, 使输尿管镜插入时遇到阻力, 反复试插导丝或进镜造成输尿管黏膜水肿、出血, 继而撕裂、穿孔。我们认为对于伴发息肉或输尿管扭曲时, 应先处理息肉, 如切割、汽化等。一旦发生穿孔, 应根据穿孔的位置、大小决定是否立即开放修补, 如穿孔不严重, 无感染, 无明显尿外渗可采取保守治疗, 即留置双 J 管, 术后复查尿路平片以确定双 J 管的位置。本组 3 例输尿管穿孔者经保守治疗后治愈。术后血尿的患者 PL 组比 LL 组多, 2 组之间的差异有统计学意义, 这可能是 PL 时, 碎石屑有棱角, 在输尿管腔内撞击、摩擦, 并且手术时间较长, 造成输

尿管黏膜损伤。

本组资料显示, 与 PL 相比, 输尿管镜下 LL 在治疗输尿管上段结石方面具有手术时间短、出血量小、一次性碎石率高、并发症少等优点。因此, 我们推荐应用钬激光治疗需要行输尿管镜腔内碎石的输尿管上段结石患者, 尤其是 ESWL 失败进而选择腔内手术的患者。

[参 考 文 献]

- [1] Scarpa RM, Delisa A, Porru D, et al. Holmium: YAG laser ureterolithotripsy[J]. Eur Urol, 1999, 35(3): 233 - 238.
- [2] Wu CF, Shee JJ, Lin WY, et al. Comparison between extracorporeal shock wave lithotripsy and semirigid ureterorenoscopy with holmium: YAG laser lithotripsy for treating large proximal ureteral stones[J]. J Urol, 2004, 172(5): 1899 - 1902.
- [3] Lam JS, Greene TD, Gupta M. Treatment of proximal ureteral calculi: holmium: YAG laser ureterolithotripsy versus extracorporeal shock wave lithotripsy[J]. J Urol, 2002, 167(5): 1972 - 1976.
- [4] 刘余庆, 马潞林. 钬激光内镜碎石术治疗上尿路结石的临床进展[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(11): 872 - 874.
- [5] Bagley D, Erhard M. Use of the holmium laser in the upper tract[J]. Tech Urol, 1995, 1(1): 25 - 30.
- [6] Leveillee RJ, Lobik L. Intracorporeal lithotripsy: which modality is best[J]. Curr Opin Urol, 2003, 13(3): 249 - 253.
- [7] Sofer M, Watterson JD, Wollin TA, et al. Holmium: YAG laser lithotripsy for upper urinary tract calculi in 598 patients[J]. J Urol, 2002, 167(1): 31 - 34.
- [8] Bapat SS, Pai KV, Purnapatre SS, et al. Comparison of holmium laser and pneumatic lithotripsy in managing upper-ureteral stones[J]. J Endourol, 2007, 21(12): 1425 - 1427.

(本文编辑 刘畅)