3 讨　论

ACS 发病率高,同时也是高风险的疾病。随着医学事业的发展,人类对这一疾病的发病机制的认识也逐渐加深。而血栓的形成在 ACS 的发生、发展中起到了重要作用。血栓几乎是 ACS 患者发生心脏病事件最后的杀手。按照目前临床上的具体情况,抗栓治疗分为抗血小板治疗和抗凝治疗两大类。而每一种治疗的护理几乎都与治疗一样重要,贯穿着整个围治疗期间。

随着我国人民生活水平的提高,以及社会人口老龄化的到来,各种心脏疾病的发病率逐年上升。ACS 是一种临床急症,主要原因是心肌大面积缺血缺氧导致心脏泵功能衰竭,包括 AMI 和 UA[2]。ACS 发病机制比较复杂,临床表现为胸骨后剧烈疼痛、发热、心力衰竭、心律失常等症状,起病急,死亡率较高[3]。加强 ACS 患者的急救护理,对于提高患者的生存质量,降低致残率和病死率有重要的意义。加强基础及临床护理注意休息限制活动。良好的休息可以减轻心脏负荷,包括体力和精神两方面。依据患者病情因人而异制订活动处方进行活动,如 AMI 后第 1～3 天,绝对卧床休息,进食、排便、洗漱等活动均由护士协助完成;第 4～6 天,卧床休息,可做深呼吸运动和上、下肢被动与主动运动,确保情绪稳定。随着护理模式的转变和整体护理工作的深入开展,护理工作的内容已不再是简单的技术性操作和基本的生活护理[4]。使患者保持一个平和的心态适应病员角色,以积极有效的心理状态接受治疗和护理显得尤为重要。首先,护士端庄的仪表及娴熟的技术可以取得患者的信任,减轻精神紧张。其次,用亲切耐心的态度和语言回答患者提出的问题,并根据患者的知识层次做好文化护理,告知患者及家属 ACS 的治疗及护理要求,以取得患者及家属的配合。

本研究在总结临床经验的基础上采取的护理措施有密切观察病情、静脉通道的建立、氧气吸入、饮食及通便护理、药物护理及心理护理,死亡 4 例,均为并发心源性休克患者,护理的总有效率为 88.6%,且护理后患者的血压、心率、尿量、QTc、QTd 时间显著改善,比较差异有统计学意义($P<0.05$)。这提示良好的护理对 ACS 的救治非常关键,其有利于挽救患者生命,明显改善患者的临床症状,降低病死率。

参考文献

[1] 刘莉华,杨振霞.心肌梗死的临床护理及预防[J].中国社区医师:医学专业,2006,8(2):85-86.

[2] 葛莉,张秀娥,布丽嘱.急性冠脉综合征患者的护理体会[J].护理实践与研究,2009,6(3):59-60.

[3] 余国膺.将来的几种 ACS 标记逐渐趋向多标记方针[J].岭南心血管病杂志,2003,9(6):453-454.

[4] 王辉.中青年急性心肌梗死患者的整体护理体会[J].实用预防医学,2010,17(2):347-348.

(收稿日期:2011-03-25)

吻合器痔上黏膜环切术的护理

夏　红(重庆市垫江县人民医院肛肠科　408300)

【摘要】 目的　探讨吻合器痔上黏膜环切术(PPH 术)的护理措施。**方法**　对 32 例痔上黏膜环切术患者的护理,内容包括:心理护理、术前准备、术后护理。**结果**　32 例患者手术均顺利,出血少,疼痛较轻,平均住院 3～5 d,并发症少,术后疼痛 2 例,尿潴留 2 例。**结论**　通过 PPH 手术前后的心理疏导、术前准备、术后饮食指导、排便等护理干预,对减少并发症的发生,提高治愈率,缩短住院时间,增强患者信心有重要作用。

【关键词】 痔疮;　吻合器痔上黏膜环切术;　护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.14.066　文献标志码:B　**文章编号:**1672-9455(2011)14-1782-02

本科 2010 年 3 月至 2011 年 2 月收治痔病患者,其中采取吻合器痔上黏膜环切术(PPH 术)治疗的患者 32 例,现将护理体会报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　本组 32 例患者中,男 18 例,女 14 例,年龄 21～68 岁,平均 42.3 岁,内痔Ⅲ期 20 例,Ⅳ期 4 例,直肠黏膜内脱垂 8 例。有长期吸烟、饮酒史 26 例,久蹲厕所排便 9 例,不爱饮水17 例。

1.2　护理方法

1.2.1　术前护理

1.2.1.1　入院宣教　护士积极、热情的接待患者,介绍住院环境、主管医生及护士,讲解痔疮发生的原因及症状、体征等,向患者及家属讲解 PPH 手术的方法、原理、手术前后的注意事项和预期效果,还可引见病房的同类患者现身说法,减轻患者的心理负担,消除恐惧、焦虑情绪,直到患者能在良好的心理状态下接受和配合手术。

1.2.1.2　术前检查　术前完成血常规、尿常规和大便常规,肝、肾功能,凝血 4 项及传染 5 项(乙型肝炎、丙型肝炎、肝功、梅毒抗体、人类免疫缺陷病毒),胸片,心电图等检查,评估患者对手术和麻醉的耐受力。

1.2.1.3　术前准备　包括皮肤准备和肠道准备。(1)术前 1 d 做好皮肤准备,剃出会阴部和肛门周围的阴毛,避免划伤皮肤,并保持肛周皮肤清洁,指导患者禁烟酒,在床上练习排尿,避免术后出现排尿困难。(2)术前肠道准备采用创新性肠道准备方法,患者于术前 1 d 午餐后禁食 3 h,口服复方聚乙二醇电解质散 1 份,加温开水 1 000 mL,30 min 内服完,然后排便至清水样。晚餐进流质饮食,术晨行 0.9%生理盐水(1 000 mL)清洁灌肠 1 次。该方法可提高肠道清洁程度,术后肠功能恢复时间提前,对预防术后出血起到积极的作用。灌肠时注意操作轻柔,避免损伤直肠黏膜。(3)痔疮脱垂、肛周疼痛严重者,术前 3 d 早晚用金玄痔科熏洗散坐浴,每次 15～20 min。女性患者月经期禁止坐浴,以免引起感染。

1.2.2　术后护理

1.2.2.1　病情观察　术后患者回病房后,按持硬膜外麻醉(或腰麻)常规护理,予去枕平卧位 6 h,严密观察生命体征,注意肛门伤口渗血及血浆引流管引流情况。如患者出现肛门坠胀,有强烈便意,肛门伤口渗血较多及血浆引流管内有较多血液流出,伴口干、心悸、出汗、面色苍白、血压下降、脉细速无力等症状,提示可能有肛门伤口及吻合口出血,应及时报告医生,紧急手术止血,迅速建立静脉通道,补充血容量及止血治疗。稳定患者情绪,保持安静,绝对卧床休息。

1.2.2.2　饮食护理　术后 6 h 后可进流质饮食,24 h 后可进食营养丰富易消化半流质饮食如面条、抄手、稀饭、鸡蛋糕等,术后 3 d 可恢复正常进食。控制排便 3～5 d,以利吻合口恢复,饮食上坚持“三多一少”,选择清淡、高蛋白、高热量、高纤维素、易消化的食物,即多吃蔬菜、水果及富含粗纤维食物,多饮水,建立良好的饮食习惯,保证饮食的营养,以利于伤口愈合,少吃或不吃煎炸、辛辣食品,因为这类食物大多会引起肠道燥热,影响排便的通畅,增加胃肠道的负担,不利于患者的术后恢复。

1.2.2.3　心理护理　术后护士应经常巡视病房,告知患者手术成功,了解患者有无疼痛等不适。PPH 手术创面是在齿状线上,一般很少出现剧烈疼痛,如出现疼痛常因肛门括约肌痉挛或肛管内填塞敷料过多过紧而引起的疼痛,护士应及时与患者进行交流、沟通,消除患者心理负担,积极解答患者所提出的疑问,调动患者配合治疗的主观能动性,促进其早日康复。

1.2.3　术后特殊护理

1.2.3.1　术后并发症　(1)疼痛。随着麻醉作用减退,患者在咳嗽、翻身、活动肢体或静卧时都会出现肛门疼痛,一般在术后 24 h 内疼痛明显。护理上主要按医嘱予以镇痛和心理治疗。首先要观察患者对疼痛的反应,以同情、理解的心态与患者沟通,了解患者疼痛的程度,指导分散注意力的方法,如听音乐、看电视及深呼吸等,鼓励患者自我战胜疼痛,解释尽量少用镇痛剂对机体的好处,使患者积极配合疼痛得到缓解。(2)出血。PPH 术后主要的并发症是术后出血,护士应在术后 24 h 内密切观察患者的脉搏、血压、面色、主观感觉和肛门敷料,血浆引流管引流情况等,若肛门处敷料有轻微渗血,指导患者不要惊慌,如肛门伤口渗血过多、肛内留置血浆引流管内有较多血液或突然排出大量鲜血和血块,应立即通知医生 采取止血等对症处理措施。继发性出血多在术后 7～10 d 发生,伤口疼痛加剧,肛门坠胀有便意、头晕、面色苍白、出冷汗及心悸等症状均为出血征兆。(3)尿潴留。尿潴留是术后常见的并发症,主要是由于术后麻醉原因、心理因素、伤口疼痛导致患者怕排尿,早期排尿可减少尿潴留并发症的发生。对于尿潴留的患者,首先做好心理护理,解除思想顾虑,利用条件反射法,如听流水声,热敷下腹部,按摩膀胱区刺激排尿反应,如诱导无效,给予导尿。

1.2.3.2　排便护理　指导患者术后 48 h 内控制排便,术后第 3 天晚餐后可口服药物聚乙二醇 4000 散 10 mg 帮助排便,坚持多饮水,多食粗纤维食物,多食水果,适当运动,保持良好的排便习惯。如大便干结难以解出可以用开塞露,切不可给予清洁灌肠,清洁灌肠压力过大有可能使吻合口裂开增加出血的机会。尽量一次排便,排便勿久蹲,控制排便时间不超过 5 min,可使用座便器,便后及时清洗肛周后坐浴。坐浴方法:将金玄痔科熏洗散 55 g(或聚维酮碘稀释液 10 mL)加入温水,待水温 42 ℃左右,臀部全部浸泡在水中,坐浴 15～20 min,坐浴后给予换药,肛内纳入复方角菜酸酯栓保护创面。

1.2.3.3　指导肛门功能锻炼　(1)肛门舒缩运动:患者自行收缩肝门 5 s,再舒张 5 s,收缩肛门时深吸气,舒张肛门时深呼气,如此连续 5 min,每日 2 次。(2)提肛运动:连续有节奏地做下蹲－站立－下蹲动作,下蹲时呼气且放松肛门,站立时吸气,并收缩肛门,每次 1 min,每日 2 次。第 2 天评估前一天的情况,并督导第 2 天的肛门功能锻炼,依次类推到患者可做下蹲动作,再改做提肛运动一直到出院。治疗期间及治疗后注意观察患者的感受,防止意外情况发生。

2　结　　果

经过精心治疗及护理,32 例患者手术均顺利,出血少,疼痛较轻,平均住院 3～5 d,并发症少,术后疼痛 2 例,尿潴留 2 例。按期出院,1 年术后随访 28 例,无复发,术后愈合良好。

3　讨　　论

PPH 是 1998 年首先在国外逐渐开展起来的一种治疗痔的新方法,其基本原理是利用吻合器将痔核上方 1～2 cm 以上的肠黏膜环形切除,并将远近端黏膜吻合,起到一定的向上牵拉和悬吊的作用,同时阻断血流,缩减痔核。PPH 主要适用于以直肠黏膜内脱垂和以脱出为主要症状的环状痔及Ⅲ度、Ⅳ度内痔的治疗。该手术主要优点是不破坏齿状线和肛垫,使下移肛垫上提复位,保持了肛管区的正常解剖结构,术后排便感觉和控便能力基本不受影响,而且手术后,在肛周皮肤没有切口,术后疼痛较轻,恢复较快,对工作影响较小,是近年来应用于临床的一种安全、有效的治疗痔病的一种微创手术。本组研究显示通过 PPH 手术前后的心理疏导、术前准备、术后饮食指导、排便等护理干预,均按期出院,对减少并发症的发生,提高治愈率,缩短住院时间,增强患者信心有重要作用。

参考文献

[1]　杨新庆.吻合器痔上黏膜环切钉合术学术研讨会纪要[J].中华外科杂志,2002,40(10):795-796.

[2]　张德风,赵顺.PPH 并发症的防治与研究[J].北华大学学报,2003,4(2):8-9.

[3]　姚礼庆,唐亮,孙益仁,等.经吻合器治疗重度痔的临床价值(附 36 例报告)[J].中国实用外科杂志,2001,21(11):653-655.

(收稿日期:2011-04-11)