

1 例改良全腹腔镜下巨脾联合断流术后并发出血、广泛皮下气肿的护理

王丽丽 张建男

【摘要】 目的 探讨肝硬化门静脉高压症伴脾大、脾亢患者行改良全腹腔镜下巨脾联合断流术后并发出血及左侧前胸广泛皮下气肿的病情观察及护理。**方法** 分析 1 例肝硬化门静脉高压伴脾大、脾亢患者行全腹腔镜下巨脾联合断流术后并发出血及左侧前胸广泛皮下气肿的护理要点。**结果** 通过病情的密切观察、引流管的有效护理,协助医生及早诊断和处理腹腔内出血;同时,加强皮肤基础护理、凝血功能监测和调控,有效保证了微创治疗效果。**结论** 密切观察病情、有效护理管道、注重皮肤护理,是保证微创治疗效果的基石,促进了患者术后康复。

【关键词】 腹腔镜; 脾切联合断流; 出血; 皮下气肿; 护理

[中图分类号]R47 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2018.09.051

随着腹腔镜技术在肝脾外科的推广应用及围手术期的管理进步,本中心创新性地开展了改良完全腹腔镜下脾脏切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化所致门静脉高压脾功能亢进、上消化道出血患者,疗效满意^[1]。但腹腔镜术后腹腔大出血是术后严重并发症之一,可能给患者带来生命危险。近来,本中心对 1 例患者进行了改良完全腹腔镜下脾脏切除联合贲门周围血管离断术,术后并发出血、皮下气肿,经过医护人员积极救治,实施针对性治疗和护理,患者治愈出院。现将护理体会报道如下。

一、临床资料

患者,陈某,女,59 岁,因“皮肤瘀斑一月”于 2017 年 6 月 4 日入住本院血液科,血常规示 HB 117 g/L, WBC 1.86×10^9 /L, PLT 22×10^9 /L, 凝血常规 PT 18.90 s。彩超:肝硬化,脾肿大,门脉高压。电子胃镜:食管全程静脉曲张(重度)。6 月 8 日转至本科完善术前准备,6 月 12 日在全麻腹腔镜下行脾脏切除联合贲门周围血管离断术,手术顺利,手术时长 300 min,腹腔内少量腹水,约 200 ml,脾脏大小约 21×17 cm,术中出血 500 ml,行自体血回输,输注 A 型悬浮少白红细胞 4 U,病毒灭活血浆 400 ml。患者术毕回房,留置右颈内双腔深静脉置管、腹腔引流管、尿管各一根,予抗炎、护胃、止血、抑酸、补液等治疗,持续心电监护及吸氧。患者术后回室 2 h 内腹腔引流管引流出暗红色液体量约 200 ml,急查血常规示:RBC 4.28×10^{12} /L, HB 122 g/L, PLT 81×10^9 /L, 凝血常规示 FIB 1.42 g/L,医嘱予巴曲亭 2 U 静脉推注止血,输注 A 型病毒灭活血浆 400 ml、悬浮少白细胞红细胞 4 U。术后第 1 天上午,腹腔引流管 1 h 内引流出温热鲜红色血性引流液 300 ml,血压进行性降低至 84/42 mmHg,心率 92 次/分,急查血常规示:RBC 3.25×10^{12} /L, HB 95 g/L, PLT 40×10^9 /L,医嘱予输注悬浮少白细胞红细胞 3 U、病毒灭活血浆 300 ml。取得患者家属知情同意后,再次在全麻腹腔镜下行腹腔镜止血术,手术时长 200 min,

术中见左肾包膜、食道裂孔、胃小弯侧见有活动性渗血,胰腺尾部闭合器闭合处有少量渗血,予创面电凝+结扎止血,术毕回室,心率 86 次/分,血压 131/65 mmHg,腹腔引流管引出暗红色液体量约 350 ml,予消炎、补液、止血、抑酸等对症处理,持续心电监护,氧气吸入。二次术后第 1 d 上午患者左侧前胸广泛皮下气肿,生命体征平稳,未诉不适,密切加强病情观察。经过医护人员共同配合,实施有针对性治疗和护理,患者术后血常规各项指标逐渐恢复正常,住院期间未出现术后其他并发症,于术后 10 d 治愈出院。

二、护理

1.密切观察病情,早期发现、早期诊治出血。患者回室后与手术医生详细交接,了解术中手术创面处理情况及术中出血情况。术后动态观察患者意识、生命体征,术后 24~48 h 内每 30 min 监测记录患者生命体征 1 次,妥善固定脾窝引流管,保持引流通畅,并及时准确记录引流液量及性状。门静脉高压症患者脾脏增大,脾蒂血管增宽曲张,食管胃底贲门周围血管曲张、侧支循环丰富,术中易出血,行全腹腔镜手术难度更高^[2],且该类疾病患者术前凝血常规、血常规等指标异常,出血风险更高。本患者二次手术行全麻腹腔镜下止血术,术中见左肾包膜、食道裂孔、胃小弯侧见有活动性渗血,胰腺尾部闭合器闭合处有少量渗血,予创面电凝+结扎止血,效果好。因此,对于该类疾病患者术后要特别注意观察出血这一并发症,早期发现尤为重要。如出现下列变化应考虑腹腔内出血。①手术患者出现休克、意识淡漠、四肢湿冷、收缩压 < 90 mmHg,或脉压差 < 20 mmHg,心率 > 100 次/min。②腹腔引流管流出较多血性液体。③腹腔穿刺出不凝血。④血红蛋白进行性下降。

2.腹腔引流管观察和护理。①动态观察腹腔引流液颜色、性质、热度变化。每天用量杯准确测量腹腔引流液量。第 1 个 24 h 内每小时记录引流液量,以后每 6 h 记录 1 次,直至拔除腹腔引流管。②引流管护理。妥善固定腹腔引流管,引流管体外部分做好外露刻度标记、二次固定,以防管道滑脱。定时挤压引流管,保持引流通畅。本患者术后 2 h 内腹腔

引流管共引出暗红色血性液体 200 ml, 血压进行性下降至 82/43 mmHg, 初步考虑腹腔内大出血, 予止血、扩容、输注浓缩红细胞、新鲜血浆后, 血压维持在 90~95/43~50 mmHg; 患者术后第 1 天上午, 腹腔引流管 2 h 内持续引流出温热鲜红色血性引流液 300 ml, 血压进行性下降至 84/42 mmHg, 取得家属知情同意后, 医嘱即刻行腹腔镜探查止血术。

护理工作体会是, 患者术后, 尤其是肝硬化门脉高压患者术后任何时间段均可发生出血, 术后腹腔引流管的观察护理时刻不能松懈。术后 24~48 h 应严密监测患者生命体征, 密切观察引流液量、颜色和性质。在引流良好情况下, 引流液变化往往可提供腹腔内出血最早信号, 一旦出现短时间内引流出大量鲜红色液体或患者心率进行性增快、血压下降、脉压差缩小, 血红蛋白值进行性下降等情况应立即报告医生并行相应处理。

3. 皮下气肿护理。据报道^[3], 腹腔镜术后出现皮下气肿原因是多方面的, 发生率约为 2.7%, 好发于体型消瘦者, 以体重指数小于 19 kg/m² 者最为常见, 消瘦者因皮下脂肪较少, 对二氧化碳阻挡作用较弱, 气体易扩散形成皮下气肿。本患者术前体重指数为 17.24 kg/m², 且患者两次手术均在腹腔镜下进行, 手术时间长, 极易诱发皮下气肿, 因此术后需密切观察病情。患者第二次行腹腔镜探查止血术回室后, 与手术医生详细了解患者手术时长、术中气腹压和流速情况, 密切观察患者胸背部皮肤情况及呼吸形态。患者第二次术后第一天晨起, 左背部、腰部有广泛皮肤紫斑, 左侧前胸部有广泛皮下气肿, 触之有捻发感, 即刻予胸带加压胸部, 让胸部皮下组织紧

贴胸壁, 消除胸部潜在的自然间隙, 尽可能阻断 CO₂ 气体向胸部、颈部、颜面部扩散^[4], 班班重点交接到位、做好标记; 协助患者翻身时动作缓慢。术后第二天患者左侧前胸部皮肤未触及捻发感, 未诉心慌、胸闷不适。

4. 其他护理。患者二次术后血压平稳后, 予低坡半卧位。术后 24 h 内卧床休息, 做好基础护理, 积极预防各种并发症发生; 监测凝血机制, 进行针对性调控。

通过对本病例的临床观察和护理, 笔者深刻体会到护理人员必须具备高度的责任心、扎实的专科知识和过硬的操作技术、及时观察病情变化、采取有效的护理措施、及时控制和减少并发症等, 是提高微创治疗效果、促进患者快速康复的重要保证。经过积极治疗和精心护理, 患者痊愈出院。出院后对其进行电话回访, 患者反应一般情况好, 处于康复阶段, 定期进行门诊随访。

参 考 文 献

- [1] 蒋国庆, 钱建军, 陈平, 等. 改良的腹腔镜下脾切除加贲门周围血管离断术并发症的防治[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(1): 5-8.
- [2] 冯欢, 周燕, 覃梅, 等. 全腹腔镜治疗肺部感染并肝癌肝硬化食道静脉曲张出血的护理一例[J/CD]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2015, 8(5): 663-664.
- [3] 刘彩纯. 腔镜手术中 CO₂ 气腹致全身广泛皮下气肿的护理干预[J]. 护理实践与研究杂志, 2016, 13(7): 76-78.
- [4] 冯梅, 赵桂林, 蒋宗滨, 等. 加压胸带预防腹腔镜皮下气肿的临床研究[J]. 临床麻醉学杂志, 2014, 30(9): 893-896.

(收稿日期: 2018-03-17)

(本文编辑: 赵丹)

1 例后腹膜异位妊娠破裂病人的护理与探讨

陈白金 许红丽

【摘要】 目的 探讨罕见部位异位妊娠病人的临床特征、治疗及护理要点。**方法** 报告 1 例后腹膜异位妊娠破裂病人的基本情况、临床诊治经过及护理要点。**结果** 患者住院治疗将近一个月, 生命体征平稳, 精神状态良好, 无严重的并发症, 痊愈出院。**结论** 后腹膜异位妊娠是临床上罕见的一种腹腔妊娠, 护理人员应发挥主观能动性和预见性, 协助医生及时做好诊断, 并迅速做好腹腔镜术前准备, 术后做好精心护理。围手术护理干预是改善患者手术效果及术后恢复的关键。

【关键词】 后腹膜; 异位妊娠; 腹腔妊娠; 破裂; 护理; 探讨

[中图分类号] R473 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2018.09.052

异位妊娠是指成熟的受精卵着床于除了子宫腔内膜以外的部位^[1]。异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及阔韧带妊娠等^[2]。其中输卵管妊娠最常见, 大约占 95% 左右。腹腔异位妊娠可能是原发性腹膜植入的结果, 也可能是继发原发性输卵管或卵巢妊娠之后植入腹部的某个地方^[3]。腹腔妊娠大约占有异位妊娠的 1.4%^[4]。在世界

范围内, 腹腔妊娠都是罕见的一种异位妊娠, 和输卵管妊娠和宫内妊娠相比, 腹腔妊娠的死亡率非常高^[5]。通过检索国内外文文献, 发现腹腔妊娠发生于后腹膜部位更加少见, 因此非常容易误诊。我院于 2018 年 4 月收治 1 例后腹膜异位妊娠破裂的患者, 现将其基本情况及护理体会与探讨报告如下。

一、患者资料

1. 临床资料: 患者, 女, 31 岁, 已婚, 于 2018 年 4 月 6 日以“左下腹痛伴左腰酸 12 小时”为主诉入院。患者育有 1 男 1 女, 1 年前于外院行剖腹产。患者入院前 12 小时无明显诱因