伞及双伞堵塞器与导管脱钩等过程中，要力图保持整个操作系统的稳定，避免大幅度的动作，嘱患者勿咳嗽，保持平卧位。使手术过程精确地进行。

3.2.3　做好血氧及压力监测，评价分流量及肺动脉压力。护理好伤口，一般动脉穿刺点在皮肤穿刺点的上方 2～3cm 处，拔管时应准确压迫动脉穿刺点 15～20min，然后用绷带 8 字加压包扎，另加 0.5kg 沙袋压迫穿刺部位，注意压迫力度应以能摸到足背动脉搏动为准。

3.3　术后护理

3.3.1　患者术后住 CCU 24h，注意观察生命体征，严密心电监护。

3.3.2　预防伤口出血及下肢血栓形成：一方面注意压迫的力度不可过大、过小，另一方面要注意限制病人的活动，特别是小儿患者，必要时可加用药束带；避免增加腹压的动作，如咳嗽、呕吐、大便等。观察穿刺侧下肢的足背动脉搏动、皮肤温度、颜色，如有变化应及时调整。绝对平卧 24h，沙袋压迫穿刺点 6h，12h 后解除包扎。

3.3.3　防止溶血造成的肾功能损害，由于封堵器大小或位置与 PDA 的不匹配可形成部分残余分流，血液高速流过时易引起红细胞机械破坏，形成溶血[4]，表现为血红蛋白尿、发热、皮肤巩膜黄染。应密切观察 24h 尿量及颜色，嘱患者多饮水，一旦出现溶血现象应及时报告医师处理。

参考文献：

[1]　陈灏珠. 心血管内科手册[M]. 北京：人民卫生出版社，2001，506.

[2]　Porstmann W，Wiernyl L，Warnke H，et al. Catheter closure of patent ductus arteriosus：62 cases treated without thoractomy [J]. Radio Clin North Am，1971，9－203.

[3]　Masura J，Walsh KP，Thanopiulaous B，et al. Catheter closure of moderate－to large－sized patent ductus arteriosus using the new Amplatzer duct occluder：immediate and short－term results [J]. JACC，1998，31－878.

[4]　蒋世良. 动脉导管未闭的诊断及介入治疗[J]. 中华医学杂志(英文版)，2001，114(增刊)：273－274.

收稿日期：2003－08－22

高聚金葡素治疗 COPD 所致自发性气胸病人的观察及护理

叶向柳

(广西梧州市人民医院，广西　梧州　543000)

关键词：气胸；肺疾病，慢性阻塞性；高聚金葡素；护理

中图分类号：R473.5　　**文献标识码：**C　　**文章编号：**1001－5817(2004)02－0304－02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是我国老年人的常见病、多发病，阻塞性肺气肿、肺大泡的破裂，空气逸入胸腔产生气胸[1]，一般采用胸腔穿刺排气和胸腔闭式引流后均能自愈，但是对于不能自愈者，近年来，我们采用高聚金葡素胸腔内注射治疗 COPD 所致的自发性气胸，取得了满意效果，现将护理体会报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　14 例病人均为我院 2000 年 1 月～2002 年 11 月期间的住院病例，其中男 12 例，女 2 例。年龄 62～82 岁，平均 72 岁，发生左侧气胸 9 例，右侧 5 例，14 例均合并 COPD，其中慢性支气管炎、肺气肿 10 例，有肺结核病史 4 例，合并肺心病 6 例，全部病例病情重且复杂，经内科治疗不能自愈，并且患者的心肺功能极差，难以承受手术或电视胸腔镜手术治疗，后经采用高聚金葡素胸腔内注射治疗，自发性气胸获得治愈。

1.2　治疗经过　首先给病人取坐位或半坐卧位行患侧上、下胸腔闭式引流(选择患侧锁骨中线第 2 肋间和第 8 肋间为穿刺引流点)，观察气体排出与呼吸的关系，然后病人改平卧位，经上引流管向胸膜腔内注入高聚金葡素 8ml，用 20ml 生理盐水冲管，并夹闭下引流管，每 10min 帮助病人转动体位 1 次，以使药液在胸膜腔内充分分布，1h 后开放下引流管，行负压吸引，直到引流管无气体逸出，X 线拍片检查证实肺已复张后，先夹管观察 24h，无气促、呼吸困难等情况可拔除引流管。

2　结果

14 例病人中 6 例(42.86%)只需 1 次注射后完全闭合治愈，住院时间为 13～18d，平均 15.8d；有 8 例(57.14%)需进行第 2 次注射后治愈，住院时间 25～35d，平均 29d。

3　观察及护理

3.1　术前护理

3.1.1　心理护理　COPD 是由于慢性支气管炎、肺气肿反复发作，造成气体排出受阻，呈进行性加重的一组肺部疾病[2]。该组病人由于反复肺部感染、剧烈咳嗽等原因而出现气胸、胸痛、呼吸困难，情绪较紧张、恐惧、焦虑，担心疾病的预后情况。我们首先应保持自信，让病人安心，用通俗易懂的语言向病人解释有关治疗、护理措施，以及治愈率程度，解决其思想顾虑，并应尊重、关心、体贴患者，照顾其生活，使其安心休息，配合治疗，以利于病情的恢复。

3.1.2　健康指导　指导病人正确地配合治疗，如引流期间应绝对卧床休息，注意保暖，多食蔬菜、水果，保持大便通畅，避免用力和屏气、剧烈咳嗽、大笑，以免胸膜腔压力升高，再次引起肺泡破裂，延误胸膜裂口愈合。并向病人讲解高聚金葡素治疗作用和体位变化的重要性，介绍此类病例的治疗成功例子，使病人主动配合治疗。

3.2　术后观察及护理

3.2.1　病情的观察　术后 12h 内密切注意监测心率、脉搏、血压、呼吸的变化，要特别观察呼吸情况，若发现呼吸困难、口唇肢端紫绀、大汗淋漓、四肢湿冷、脉搏细弱等情况应及时报告医生抢救。还要注意观察胸痛情况，由于高聚金葡素主要的副作用是引起局部疼痛，一般发生在用药后 3h[3]，加之原来肺脏不同程度被压缩，在复张时有产生肺水肿的风险，引起呼吸衰竭。本组病人使用药物有轻微胸痛无需处理能自行缓解。

3.2.2　体位护理　术后护士首先应给病人取平卧位，每 10min 帮助病人翻身 1 次，1h 后取半坐卧位。因高聚金葡素是在一株高凝集价的金黄色葡萄球菌培养物中提取而制成的一种超抗原剂[3]，本方法主要利用高聚金葡素其能修复受损的组织细胞，增强机体的免疫能力，促进漏气的肺组织愈合及使局部的壁、脏层胸膜粘连而达到治愈自发性气胸。体位改变，可使药液在胸膜腔内充分分布，将肺脏的破溃口吸附在胸膜上产生粘连而闭合。故术后体位的变动是非常重要的，也是治愈气

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

胸的关键。

3.2.3　呼吸道的护理　COPD 常伴有咳嗽、多痰及痰液阻塞气道，加之并发气胸，病人因惧怕疼痛以及担心再发气胸等原因，多数排痰不利。首先给病人取半坐卧位，有利气体交换，持续低浓度吸氧(在低氧血症的同时，有明显二氧化碳潴留则应控制吸入氧浓度＜30%，无二氧化碳潴留的患者则应根据病情提高吸入氧浓度为 30%～40%、低流量 1～2L/min)，因慢性缺氧能阻碍蛋白合成和肌细胞生成，刺激并加重感染[4]，每小时监察氧饱和度，维持氧饱和度在 95%以上，以防低氧血症及心律紊乱。指导有效排痰，因无目的用力咳嗽，可使气胸加重，妨碍肺脏及胸膜裂口愈合，故首先协助病人取舒适体位，做 4～5 次深呼吸，然后张口伸舌进行咳嗽，咳嗽至少 2 次，第 1 次咳嗽时松动粘液，第 2 次咳嗽使痰液向上呼吸道运行咯出痰液。对于长期卧床、无力咳嗽的病人，刺激总支气管，以引起咳嗽反射，对痰液粘稠不易咳出的患者，采用超声雾化吸入，每日 2 次，以生理盐水 20ml 加 α 糜蛋白酶 4000u 加庆大霉素 8 万 u 进行雾化吸入，帮助祛痰，控制呼吸道感染，减轻呼吸道粘膜水肿，促进痰液排出。本组病人术后均采用雾化吸入，排痰效果较好。平时注意保暖，防止受凉，以防引起呼吸道感染而加重病情。

3.2.4　胸腔引流管的护理要点　注药后即夹闭下引流管，1h 后开放，保持引流通畅，根据病情定时挤压引流管，以免堵塞管口，随时观察胸腔引流管有无水柱波动和气泡逸出，准确记录引流情况，每日定时检查胸管、引流管、引流瓶的衔接是否紧密，避免引流管脱落、扭曲、受压，术后每日更换无菌引流瓶及无菌生理盐水 1 次，严格执行无菌操作，引流瓶内长玻璃管应插入水面下 2～3cm，不宜过深，以免阻力过大影响气体和液体的排出，引流瓶应低于引流部位，并密切观察引流管排气情况，如无气体和液体排出，可试将引流管夹住，观察 24h，无呼吸困难，胸部 X 光拍片提示被压缩的肺复张良好，可将引流管拔出，拔管后观察患者有无胸痛、呼吸困难、气促、皮下气肿等情况，应即时报告医生处理。

3.3　健康指导

3.3.1　肺康复　指导病人进行缩唇呼吸，让病人闭嘴、用鼻吸气几秒钟，然后将口唇缩成口哨状，呼出气体的时间长达 4～6s，每日 2～3 次，每次 10～20min。缩唇呼吸可增加 COPD 病人的潮气量，提高呼吸道压力，抑制呼吸道的塌陷，从而达到改善呼吸功能的目的[4]。病情稳定时，指导病人根据心肺功能进行体育锻炼，锻炼的形式应结合日常生活活动，如行走、登楼慢跑等。避免到人群密集的地方，气温变化及时增减衣服，注意室内空气流通，预防感冒。

3.3.2　营养支持　COPD 患者并发营养不良发生率为 27%～71%[5]，营养支持是 COPD 患者康复锻炼过程中不可忽视的一个问题，呼吸肌的收缩要不断消耗营养物质，因此患者应以低糖、高蛋白质、高脂肪饮食为好，如：牛奶、牛肉、鸡蛋、猪肉等，少量多餐，软食为主，并注意补充维生素。

参考文献：

[1] 刘锦洪. 内科学[M]. 广西：广西科学技术出版社，2000. 50.

[2] 王莲英. 慢性阻塞性肺病体位与排痰护理[J]. 护士进修杂志，2002，8(17)：634－635.

[3] 李洪，包小华. 高聚金葡素与卡铂联合治疗恶性胸腔积液的疗效观察[J]. 临床内科杂志，2000，1(17)：59－60.

[4] 孙惠娟. COPD 病人的营养支持与肺康复[J]. 国外医学(护理学分册)，2001，12(12)：554－555.

[5] 尹本义. COPD 的营养状态和营养治疗[J]. 国外医学(呼吸系统分册)，1991，11(2)：58.

收稿日期：2003－11－07

输卵管开窗术的护理体会

杨凤华

(江苏省常州市妇幼保健医院，江苏　常州　213003)

关键词：输卵管开窗术；护理；妊娠，输卵管

中图分类号：R473.71　　**文献标识码：**C　　**文章编号：**1001－5817(2004)02－0305－02

近年来异位妊娠，特别是输卵管妊娠的发病率有逐年上升的趋势。但随着超声诊断技术及血清绒毛膜促性腺激素(HCG)检测敏感性的提高，大部分输卵管妊娠均可在未破裂前得到早期诊断，为有生育要求的患者进行保守性手术提供了有利条件。我院对 78 例有生育要求的输卵管妊娠患者采用输卵管开窗缝合术，并对近期效果及生育结局进行随访，现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　2000 年 1 月～2002 年 1 月间我院收治的 78 例有生育要求的未破裂输卵管妊娠患者。年龄 22～35 岁，平均 28.5 岁。全部为未育患者。

1.2　临床症状　73 例有停经史 35～76d，平均 55.5d，68 例有腹痛史，3h～25d，平均 5.2d，69 例有阴道出血史，2h～35d，平均 10.8d，78 例全部施行输卵管开窗缝合术。

1.3　手术方法　常规进腹，在输卵管妊娠膨大处作纵形切开，长度约 1.0～1.5cm，用手指轻轻挤压，将胚囊从切口处排出，再用湿试子清除腔内胚囊残余物，输卵管切口处的出血点电凝止血或 6 个 0－0 尼龙线缝扎止血，对切口不作缝合。

2　术后护理

2.1　饮食　术后 6h 麻醉清醒后即可给流质饮食，避免进食产气食物，如牛奶、豆浆或含糖的果汁。以后再根据情况逐渐过渡到半流质、软饭及普食，一般术后 2～3d 可给予半流质食物，第 4～5d 可进软饭或普食。

2.2　体位与活动　硬膜外麻醉术后去枕平卧 6h，6h 后鼓励并协助患者多翻身，注意下肢的活动。术后第 1d 拔除尿管后鼓励患者早期下床活动，早期下床活动可以增加肺的通气量，有利于痰液排出，减少肺部并发症；促进血液物循环，防止静脉血栓形成；促进肠蠕动恢复。第一次下床时应有人陪伴，或扶着床沿活动，以后逐渐增加活动量。

2.3　出院指导　出院后禁盆浴、性生活 1 个月，全休 1 个月月经干净后 3～5d 到门诊复查，并行输卵管通液术，术后 3～6 个月可以怀孕。如出现下腹疼痛、发热应及时到医院就诊。

3　结果

对 78 例患者随访 1 年后发现，78 例患者术后无一例发生异位妊娠，术后 3 个月子宫输卵管造影显示输卵管通畅率达为 60%，宫内妊娠率为 33.3%。

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net