

■ 专科护理

高龄重症脑出血术后并发肠梗阻患者的护理要点

□张 璞

护理措施

基础护理

1.术后,护理人员应严密监测患者的心率、呼吸、体温、血压变化等。需要注意的是,心率需每15分钟~30分钟记录一次,确保其维持在正常范围;体温监测应每小时进行一次,警惕术后感染导致的体温升高;血压监测需每30分钟测量一次,避免血压剧烈波动。此外,护

理人员应密切观察患者双侧瞳孔的大小、形状是否对称,对光反射是否灵敏,以及意识状态是否正常,记录其清醒、嗜睡、昏睡或昏迷的程度。若患者有异常变化,需立即通知医疗团队进行处理。

2.在卧床期间,护理人员应定时帮助患者变换体位,一般每2小时协助患者翻身

一次,以预防压疮、促进血液循环。在协助患者翻身扣背时,应注意管道护理,固定好肠梗阻导管,防止导管脱管。翻身时动作需轻柔、协调,避免拖、拉、拽等动作,同时密切观察导管位置是否固定稳妥,确保导管连接处无松动、无扭曲。

3.遵医嘱进行胃肠减压,同时密切观察引液体的颜

色、性状、量,并准确记录每日的冲洗量和引流量。另外,要注意导管在肠道内前行的长度(通过观察鼻腔外管子的刻度变化)及患者腹胀情况,确保做好交接班工作。

4.在患者留置肠梗阻导管期间,应注意鼻黏膜防护,并做好皮肤护理,以防止因长时间压迫而受损。

肠梗阻导管的护理

1.导管通过幽门后,通常需要1日~2日到达肠梗阻部位。肠梗阻导管置入术后,将带有竹节封头的插口连接胃肠减压器进行持续负压吸引,并每日用500毫升~1000毫升的生理盐水冲洗肠道1次~2次,每次用50毫升的注射器注入100毫升的生理盐水,5分钟~10分钟后吸出。需要注意:要多次观察鼻腔至导管固定处的长度,保持一定的余量;观察置管后患者腹痛、腹胀的缓解情况;监测腹围缩小情况,每日测量

腹围(平脐水平腹部的周径),并与置管后腹围变化进行对比;记录液体出入量并判断导管是否堵塞,根据每日出入量补充液体,维持水电质平衡;必要时,观察腹部平片的X线变化。

2.置管后肠梗阻导管的冲洗要点:导管内腔可能因肠管内容物或造影剂堵塞。留置期间需注意检查内腔状态,如果发生堵塞,可以用温水冲洗。若排液不畅,可注入适量的生理盐水、蒸馏水或普通水进行冲洗。

3.患者拔管条件包括:肠

梗阻症状缓解,腹围恢复至正常水平;患者能够自主排气及排便;透视检查显示梗阻已解除;关闭导管并经口进食后无再次梗阻现象;每日引流量少于400毫升。

4.拔管时,需常规抽净气囊内的水,一边拔除一边吸引,避免在较强的负压下拔管,以防吸附肠黏膜导致肠套叠。若怀疑肠黏膜吸附在侧孔上,可反向注入少量空气解除。若因气囊腔内结晶闭塞导致无法收缩气囊而拔管困难,可使用1毫升的注射器注入蒸馏水,冲洗气囊腔2

次~3次后即可拔出。切勿强行拔管,以免引发肠套叠或肠管破损;也不可注入过量液体强制冲洗使气囊破裂,这样容易导致肠壁损伤。如果抽空气囊后,肠梗阻导管仍无法拔出,可能是因为导管留置时间过长或肠道内弯曲过多导致摩擦力过大引起的。建议拔管前一日口服150毫升~250毫升液体石蜡等肠润滑剂,拔管前半小时,从肠梗阻导管引流口处注入50毫升~100毫升液体石蜡等肠润滑剂,可使拔管更顺利。

用药护理

1.应严格遵医嘱每日使用一次新斯的明0.5毫克,同时注意观察患者用药后有无

恶心、呕吐、腹痛等不良反应,如有异常及时告知医护人员。

2.遵医嘱给予患者灌肠

及肛管排气。操作时,动作要轻柔,防止损伤直肠黏膜,同时注意观察排气情况及患者舒适度。

3.遵医嘱让患者按时、按量服用健胃消食片、多酶片等药物,同时鼓励患者家属参与患者的用药安全管理。

饮食护理

1.肠梗阻治疗中,通常置管后24小时~48小时,患者腹痛、腹胀症状会明显缓解。从置管后72小时起,可开始进食少量流食,并逐渐增加食量(遵循少食多餐原则)。置管后6天,基本可以停止静

脉输液,恢复全肠内营养。2.患者肠蠕动恢复后,饮食需遵循“渐进式重启”原则,分阶段制定饮食方案。初期从清流食开始,如米汤、无渣果蔬汁等,逐步过渡到正常饮食。恢复正常饮食后应坚持均衡膳食,适量摄取

蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素、矿物质等各种营养物质。建议多食用富含蛋白质的食物,如禽肉、鱼类、乳制品、豆制品等,以增强身体抵抗力。同时,增加新鲜蔬菜和水果的摄入,有助于增强免疫功能。饮食中应避免

食用过于寒冷或刺激性强的食物。这类食物可能会刺激消化系统,加重胃肠负担,引发消化不良、恶心、呕吐等症状。此外,患者应尽量摄入足够的膳食纤维。高纤维饮食可以改善患者的排便情况,缓解便秘。

中医适宜技术护理

针对腹胀症状,可在对患者进行护理评估的基础上,根据患者的临床中

医诊断进行辨证施护。采用穴位贴敷(理气通腑),取中脘穴,每日一次,并运用火龙罐综合灸治疗,通

过腹围测量评估疗效。火龙罐综合灸每日一次,取中脘穴、大横穴、天枢穴、关元穴等治疗胃肠疾病的

要穴,对恢复脾胃气血化生输布及肠腑对精微物质的泌别清浊功能具有重要意义。

出院指导

在患者出院前,护理人员需对患者及其家属进行出院指导。叮嘱患者定时复查头颅CT或MRI(核磁共振成像)检查。若出现意识模糊、肢体抽搐、腹胀、腹痛、无排

气和排便等情况,应及时到医院就诊,做到早发现、早诊断、早治疗。在用药方面,应指导患者遵医嘱按时、按量服药,切勿突然停药、改药或增减药量,以免病情加重。

同时,应指导患者家属进行腹部听诊肠鸣音,并对患者及其家属提供腹部按摩指导,以促进患者胃肠蠕动。在饮食方面,应叮嘱患者均

衡膳食,合理安排饮食结构,保证摄入足够的膳食纤维,禁食刺激性食物,适量补充蛋白质,多食蔬菜,保持大便通畅。

(作者供职于河南省中医院神经外科)

肠梗阻是一种急腹症,指肠道内容物因机械性阻塞或动力障碍无法正常通过肠腔,进而导致近端肠管扩张、体液丢失和电解质紊乱。若不及时治疗,可能引发肠坏死、穿孔、感染性休克等致命并发症。

肠梗阻的一般临床表现常被概括为“痛、吐、胀、停”,即腹痛、呕吐、腹胀及停止排气、排便。对于症状较轻的肠梗阻患者,一般通过禁食、胃肠减压、抗感染及抑制肠液分泌等保守治疗可有效控制病情。然而,对于部分反复发作或者发生绞窄性肠梗阻的患者,则需要采取积极的手术治疗。

对肠梗阻术后患者提供个性化专科护理,可以提高患者的生活质量并加快康复进程。护理要点主要包括病情评估、基础护理、肠梗阻导管护理、用药护理、饮食护理、物理治疗和出院指导。

病例分析

前不久,一位85岁的患者因身体不适来我院就诊,急诊行CT(计算机层析成像)检查,结果显示:左侧丘脑出血并破入脑室系统。患者随即在全身麻醉下接受了“左侧侧脑室钻孔外引流术+颅内压监测探头植入术+气管切开术”。术后,患者被诊断为肠梗阻,继而接受了“上消化道造影+肠梗阻导管置入术”。经药物对症治疗及个性化专科护理后,患者病情好转,现已出院。

病情评估

- 症状评估:主要包括颅内压增高表现(如头痛、呕吐),以及癫痫发作和意识障碍等情况。
- 体征评估:严密监测患者的心率、呼吸、体温、血压及颅内压,并密切观察瞳孔变化及意识状态。
- 肠梗阻特异性评估:通过腹痛、呕吐(包括呕吐发生时间和呕吐物的性状)、腹胀(包括腹胀范围、腹部X线特征)、排气和排便及肠鸣音等方面情况进行综合评估。
- 并发症评估:检查患者的营养状况、误吸风险、肺部感染、深静脉血栓、压疮等潜在并发症。

■ 护理感悟

用倾听和陪伴让重症患者重拾希望

□张颖伟

这天夜班交接时,白班护士特意提醒我:“18床的李先生今天情绪很差,又拔了输液管,你多留意。”我翻看病历:患者45岁,急性重症胰腺炎术后第5天,目前处于禁食状态,正在进行持续腹腔冲洗。

走进病房,我看到李先生正盯着天花板发呆,他脸色蜡黄,鼻腔插着胃管,腹部还连接着两根引流管。见我来换药,他把头扭向一边,不耐烦地说:“又换药?天天换有什么用?饭都不让吃,还不如死了痛快。”

作为一名拥有8年工作经验的普外科护士,我见过许多术后患者情绪不佳的情况。但我的经验告诉我,每一位“不配合”的患者背后,往往都藏着未被倾听的心声。“李先生,我看您今天心情不好,是伤口疼痛还是有什么烦心事?”我放缓了手中的动作。他沉

默了一会儿,突然眼眶泛红,说:“护士,你说我还能好起来吗?别人都说胰腺炎是最受罪的病,我现在天天饿得心慌,身上还插着这么多管子,实在很难受……”

我在聊天中得知李先生从事工程行业,发病当天刚签下一笔大单,在庆功宴上饮了很多白酒,凌晨突发腹痛、呕吐,送医时血淀粉酶指标已远超正常范围。“医生说我的胰腺都坏死了,必须立刻手术。我老婆被我吓哭了,儿子还在读高中……”他攥着病号服的手微微颤抖。

我发现他的床头桌上放着一张全家福,照片里穿中学校服的男孩满脸笑容。“您儿子真精神,上高几了?”我顺势问道。“高二了,学习还行,就是总担心我……”李先生语气缓和下来。

术后禁食让这位身材高大的男士备受折磨。“现在闻到饭味就

心慌。我昨晚还梦见吃红烧肉了,醒来发现枕头都湿了。”他苦笑着指了指胃管,“这东西插得我嗓子眼直冒酸水。”

我一边用温水帮他漱口,一边安慰:“确实辛苦,但昨天的引流液已经清亮很多了,这说明胰腺正在慢慢恢复。您再坚持几天,等肠鸣音恢复后就能试着喝一点儿米汤了。”

在第二天的晨会上,我向医疗组汇报了李先生的情况。主治医师调整了镇痛方案,营养师医生也前来会诊,为李先生制订了阶梯式饮食计划。查房时,我特意带上饮食指导图,对李先生说:“李先生,我们将恢复过程分为5个小目标。您每完成一个目标,就能离正常吃饭更近一步了。”

李先生仔细地看看图表,说:“那顺利的话,我下周就能喝粥了?”得到肯定答复后,他主动要求

查看每日的检验报告。渐渐地,这位曾抗拒治疗的患者开始认真记录自己的体温和引流液性状。

换药那天,李先生突然对我说:“护士,我建了一个叫‘戒酒联盟’的微信群,把病房里几个因喝酒生病的人都拉了进来。”原来他自发当起了健康宣传员,常和病友们分享自己的教训。“隔壁床的患者出院要送我一块匾,写上‘一酒毁所有’。”他自嘲地笑着,眼角的皱纹也舒展开了。

3周后,李先生终于可以出院了。拔掉最后一根引流管时,他长舒了一口气:“这个月就像做了一场噩梦。”收拾行李时,他掏出手机给我看他儿子发给他的信息:“爸,我上网查了好多胰腺炎患者可以吃的食谱。等你回来,我做给你吃。”

“李先生,这是我们的出院随访表,您记得要按时来复查。”我把

表格递给他,继续说:“对了,下个月医院有胰腺炎病友会,您要来分享戒酒经验吗?”

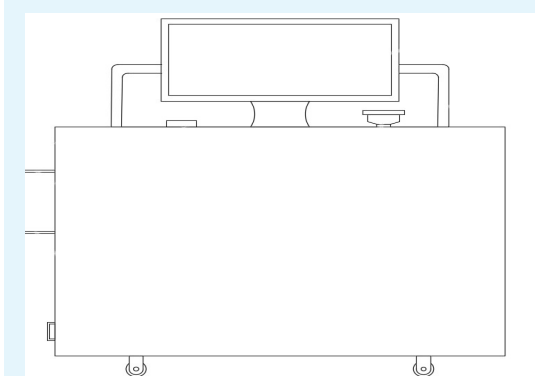
“来!必须来!”说完他掏出小本子认真记下日期,“我得告诉那些还在喝酒的哥们,别老躺在这儿才后悔。”

如今每次路过18床,我总会想起李先生的故事。对急性胰腺炎患者来说,护理不仅是执行医嘱和更换敷料,更要看到疾病背后那个完整的人——他的恐惧、他的牵挂以及他对一碗热粥的渴望。

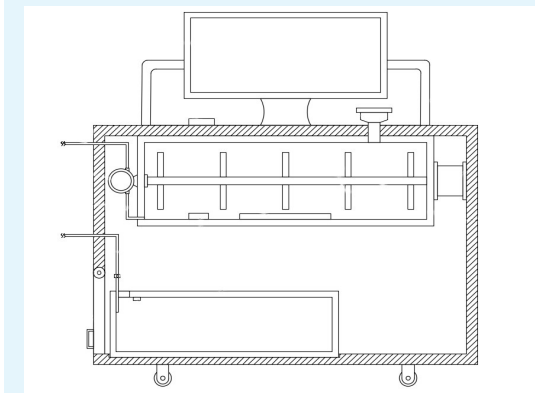
护理部主任常说:“好护士既要精于技术,更要富有温度。”在这个充斥着监护仪报警声的普外科病房里,我们虽然无法改变疾病的发展进程,却能通过耐心倾听与用心陪伴,帮助患者重拾战胜疾病的勇气。

(作者供职于民权县人民医院)

■ 小发明



膀胱冲洗机的简易正视图



膀胱冲洗机的简易剖面图

技术背景

目前,膀胱内感染、泌尿系出血性疾病及经尿道前列腺电切术后的患者,通常需要留置导尿管并进行药液间断冲洗或生理盐水持续冲洗。目前,膀胱冲洗主要有两种方式,一种是密闭式冲洗法,另一种是开放式冲洗法。开放式冲洗法主要是使用膀胱冲洗器或大容量注射器进行操作:冲洗前,先将留置导尿管或膀胱造瘘管与远端引流管的接头分离,远端引流管接头用无菌纱布包裹后放置在一旁,随后对尿管或膀胱造瘘末端进行消毒,并用无菌纱布托住;将装有冲洗液的冲洗器连接至导管末端,缓慢注入冲洗液,再使其自然流出或缓慢吸出,如此反复操作,直至流出液澄清为止。

现有膀胱冲洗操作存在以下问题:无法精确控制冲洗液的温度和流速,流出液体量无统计记录,且尿液变红时难以及时发出警报。为解决这一问题,有必要设计一种膀胱冲洗机,通过触屏控制电脑实现对冲洗液温度和流速的调控,统计流出液体量,并利用红外线感应仪在尿液变红时及时报警。

创新内容

这种膀胱冲洗机主要由壳体、箱体、触屏控制电脑等组成。壳体的后侧固定有推杆,顶部安装有触屏控制电脑,内顶部固定有箱体。箱体的侧壁安装有电机,电机的输出端固定有传动杆,传动杆贯穿箱体并与其转动连接。传动杆的外壁上固定有多个搅拌棒。多个搅拌棒呈等间距分布。箱体的内底部固定有加热板和温度检测仪。壳体和箱体上共同贯穿设置有与其固定连接的进料斗。箱体还连接有第一连接管,管上固定有水泵。壳体的内底部放置有收集箱,其内顶部安装有红外线感应仪。

壳体上贯穿设置有与其固定连接的收集管,该收集管的外壁安装有流量计,一端延伸至收集箱内。壳体上安装有紧急关闭按钮。

水泵与箱体的侧壁固定连接,并通过第二连接管贯穿壳体。

进料斗的顶部安装有密封盖,外壁和密封盖的内壁分别设置有相配合的外螺纹和内螺纹。

收集箱上贯穿设置有通口,供收集管贯穿。

壳体的侧壁安装有旋转门,其外壁安装有U形把手。推杆的外壁设置有一层橡胶材质的保护套。

有益效果

1.通过操作触屏控制电脑可以启动加热板,然后对冲洗液进行加热,并由电机的输出端带动传动杆及搅拌棒旋转,从而实现对冲洗液的搅拌,确保其受热均匀。温度检测仪可以实时监控冲洗液的温度,并将数据反馈至触屏控制电脑,便于用户掌握冲洗液的实际温度。

2.通过操作触屏控制电脑可以启动水泵,通过水泵的作用将冲洗液通过第一连接管、第二连接管注入患者的膀胱内进行冲洗。此外,还可以通过操作触屏控制电脑调节水泵的功率,从而掌控冲洗液的流速。

3.流量计用于统计收集到的冲洗液的总量,并将结果实时显示在触屏控制电脑上。

4.红外线感应仪可以实时监控冲洗液的颜色变化。当尿液呈红色时,系统通过触屏控制电脑自动发出警报,实现对异常情况的智能预警。

(作者供职于临颍县人民医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理工作方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及护理学发展、改革和教育的建议……

《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士某种疾病的护理思路与手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!

投稿邮箱:
568689252@qq.com