

氧,迅速建立静脉通道,同时做好输血及抢救准备。

3.4 预防感染 严格无菌操作。出血及宫内操作都会增加感染机会,应按医嘱给足量抗生素,并做好会阴部护理。

3.5 加强营养 调节饮食,进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的食物。服用铁剂,根据病情适当活动,以尽快恢复健康。

3.6 健康教育 要加强围产期健康教育,使产妇了解妊娠生理、分娩过程、产后保健等知识,消除对分娩的紧张、恐惧心理,降低剖宫产的发生率。

4 讨论

本组产后晚期出血主要原因是胎盘、胎膜残留,其次是切口感染、溃疡。胎盘、胎膜残留引起的大出血多发生在产后1周以上,多由剖宫产第三产程处理不当,过早行人工剥离胎盘术引起胎盘胎膜残留^[2]。近年来初产妇人工流产次数增多,子宫内膜修复不良,故导致胎盘胎膜粘连率上升。当胎盘胎膜娩出或行人工剥离胎盘术后,应仔细检查胎盘胎

膜是否完整。剖宫产术后切口感染、溃疡引起产后出血多发生在3周以后,其原因与剖宫产切口过低、缝合过密致使局部缺血、坏死和感染等综合因素有关。报道认为术前多次阴道检查、肛查或第二产程剖宫产易诱发炎症溃疡。术后应及时应用宫缩剂、抗生素,早期下床活动并进行母乳喂养,以刺激子宫收缩,促使子宫复旧;加强分娩期及产褥期护理,使产妇情绪稳定,注意营养,预防产褥感染。因胎盘胎膜残留引起的产后晚期的出血行清宫术多能治愈,但术前应根据病情进行输液输血治疗。术后及时应用宫缩剂,应用抗生素预防感染,均能获得满意效果。

参考文献:

- [1] 徐秀芳,韩晶,刘莉.负性情绪与产后出血的相关性及护理干预[J].齐鲁护理杂志,2002 8(10): 728—729.
- [2] 田爱荣.产后出血护理体会[J].齐鲁护理杂志,2005 11(4): 327.

收稿日期: 2005—06—10

原位心脏移植手术 8例配合体会

冯瑞娟 刘淑萍 刘燕 张黎 霍冬梅(山东省千佛山医院 山东 济南 250014)

2003年3月~2004年12月,我院为8例终末期心脏病患者施行了原位心脏移植手术,手术均获成功,术后恢复良好。现报告如下。

1 临床资料

本组男5例,女3例;25~54岁,平均 42.5 ± 8.25 岁;体重 $52 \sim 83$ kg,平均 63.69 ± 10.92 kg。术前7例诊断为扩张型心肌病,1例为肥厚型心肌病并先后两次安装永久性起搏器,均为全心功能衰竭、心功能IV级;术前均经内科保守治疗效果差,应用较大剂量正性肌力药物和大剂量利尿剂无效。术前超声心动图检查示中度肺动脉高压4例,平均肺动脉压为 55.25 ± 4.99 mmHg,左心室射血分数 $15\% \sim 50\%$,平均 $(30.88 \pm 11.56)\%$ 。术前1例伴有肾功能不全,尿素氮 15mmol/L ,肌酐 156umol/L 。供体均为男性,脑死亡者,20~35岁,无心血管疾病史。8例移植的供、受体ABO血型一致;供心者体重与受心者体重相差在 20% 以内;7例群体反应性抗体试验阳性率 $<10\%$ 。1例群体反应性抗体试验阳性率 $>10\%$,但供—受体淋巴细胞毒交叉配合试验阴性 $<10\%$ 。

2 手术配合

2.1 巡回护士配合 ①在确定为患者施行心脏移植前1d参加术前讨论,详细了解病情,手术步骤及手术配合的要点,术前1d访视患者,介绍手术室概况,缓解患者心理压力,增加其战胜疾病的信心,并使之以最佳心理状态配合手术;②器械准备:常规心脏器械包,仪器(心内除颤器、起搏器、微量输液泵、头灯、电刀、胸骨锯)放置妥当,将抢救车推至手术间,冰箱内放置足够的无菌冰盐水;③患者进入手术室后,巡回护士对患者作好心理护理,用静脉留置针建立静脉通道。为避免疼痛刺激,引起患者精神紧张,麻醉诱导后再行桡动脉穿刺,中心静脉穿刺,诱导气管插管,同时气管插管,术前常

规用抗生素,在麻醉师配合下,安置体位,胸背部垫软垫,调节好电凝、电刀。密切观察手术进展,备好大量无菌冰盐水和无菌冰,严格执行查对制度,供体到达手术室后再次核对供受体血型、组织配型结果。巡回护士准确记录体外循环转机前、转机中、转机后的出入量,随时观察生命体征的变化,及时提供洗手护士所需的物品,备齐抢救药品,止血物品,及时备好血浆、血小板和红细胞。手术室内人员严格执行无菌操作,减少人员流动,创造安静、舒适的手术环境。

2.2 洗手护士配合 供心按常规方法获取,心脏保存均用 UW液^[1]。供心热缺血时间 $5 \sim 8\text{min}$,冷缺血时间 $90 \sim 292\text{min}$,平均 $158 \pm 60.66\text{min}$ 。移植手术均在全身麻醉、体外循环及中度低温条件下进行。患者平卧,常规消毒铺巾,胸骨正中切口,肝素化后建立体外循环,切除病心,供心放入盛有大量冰泥的盆中。8例心脏移植手术中,第1例为标准 Stanford 原位心脏移植手术,后7例为双腔静脉吻合合法原位心脏移植手术。供—受体的各吻合口均用单层连续外翻缝合。体外循环时间 $83 \sim 230\text{min}$,平均 $75.46 \pm 132\text{min}$ 。主动脉阻断时间 $45 \sim 99\text{min}$,平均 $31.41 \pm 60.63\text{min}$ 。吻合时间 $35 \sim 60\text{min}$ 。主动脉阻断钳开放后心脏自动复跳。常规安置起搏导线。洗手护士配合应熟悉手术步骤,并做到配合熟练,争取手术时间,缩短冷缺血时间,在心脏移植过程中,随时备好大量冰泥放入心包腔,以保护心肌,保护手术野干燥,防止冰盐水外溢浸透手术敷料,确保手术在干燥无菌的条件下进行。

3 讨论

3.1 密切配合缩短供心缺血时间 原位心脏移植术需要多专业、多科室的临床医技人员共同配合。手术室护士必须参加术前讨论,了解病情,掌握配合要点,备齐器械和物品^[2]。

时给予抗生素,减少人员流动,各类人员必须执行无菌操作,巡回和洗手护士都要有慎独修养,防止术后感染^[3]。

3.3 心肌保护 供心保护是心脏移植成功的关键,因此要备好足够的冰盐水、冰泥,及时配制并灌注停跳液,心脏表面及时放置冰泥。

参考文献:

[1] 郭尚耘,许乐.原位心脏移植的手术配合[J].中华护理

杂志,2002 37(2):144-145

[2] 赵小燕.心脏移植围手术期的护理[J].齐鲁护理杂志,2004 10(12):927.

[3] 任坚,游庆军,胡国强,等.原位心脏移植的围手术期护理[J].齐鲁护理杂志,2003 9(11):805-806

收稿日期:2005-06-10

关节镜治疗膝关节僵硬的护理及功能锻炼

孟令霞 张 杰 王锦秀 (山东省千佛山医院 山东 济南 250014)

2000年8月~2005年1月,我院采用关节镜下膝关节粘连松解术治疗膝关节粘连僵硬患者55例,术后配合系统科学的功能锻炼,均取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组男37例,女18例,22~72岁,平均32.5岁,病程2个月~3年;股骨干骨折12例,胫骨平台骨折9例,膝关节切开前交叉韧带重建9例,髌骨骨折6例,股骨髁骨折5例,血友病性关节炎5例,内侧副韧带修补4例,关节镜下前交叉韧带重建石膏固定术后4例,多发性骨折术后1例。关节活动度:屈30°~90°,伸0°~30°。

1.2 方法 患者采用腰硬联合麻醉,常规关节镜检查,当关节腔内粘连严重时,关节镜进入困难,需先用关节镜钝性穿刺套针于膝外上口进入髌股之间反复呈扇形做钝性分离,形成工作腔隙,置入关节镜。由膝关节外方进入剪刀或刨刀,切断全部粘连带,刨刀刨除粘连组织及碎屑。取出关节镜,行手法搬拿,如果活动度增加不满意,则手法松解与关节镜松解交替进行。对术中剥离范围大、估计渗出血较多者,留置引流管。术毕无需缝合关节镜刀口,膝部无菌厚棉垫加压包扎。将一次性镇痛泵(PCA镇痛泵)连接硬膜外麻醉导管。

1.3 评定标准 参照Judet疗效评定法:屈膝>100°者为优,80°~100°者为良,50°~80°者为可,<50°为差。

2 结果

本组55例患者术后随访6个月~3年,平均1.5年,术后屈曲65°~135°,平均120°,无感染、髌腱断裂等并发症。优41例,良10例,可4例。4例屈曲小于80°的患者中有2例关节屈曲度数出院时超过100°,因惧怕疼痛自行停止功能锻炼,复查时屈曲75°,另外2例为血友病,因骨性阻挡膝关节屈伸皆受限。

3 护理

3.1 心理护理 由于患者膝关节屈伸功能受限,生活质量受到很大影响,且患者一般均经过长期反复治疗,多有不同程度的焦虑,因此术前医护人员应主动关心患者,向患者讲解关节镜手术的优点、手术前后注意事项、术后功能锻炼的重要性的方法等,消除患者的思想顾虑和对疼痛的恐惧,取得患者的信任,使患者能密切配合治疗和护理。

3.2 PCA镇痛泵的护理 早期的锻炼疼痛较重,故PCA镇痛泵的早期应用可直接影响术后功能康复训练的进程。向患者和家属讲解PCA镇痛泵的优缺点和保护镇痛泵的注意

事项,取得患者和家属的配合。在止痛泵的药物中,最危险的是血管和呼吸系统并发症,护理人员应密切监测患者的生命体征,出现异常及时采取相应的治疗、护理措施^[1]。妥善固定导管,保持导管的通畅,避免导管扭曲打折和脱出,对止痛效果差的患者要进行仔细检查,找出原因,随时纠正处理,以保证止痛效果。

3.3 术后功能锻炼 术后早期功能锻炼可以避免关节内再次粘连,后期的锻炼可以使挛缩的软组织得到有效伸长。按早期开始,循序渐进,被动加主动,且在无痛下进行的的原则进行功能锻炼。①早期锻炼方法:主动活动结合持续被动活动器(CPM)为主^[2],在麻醉未消失前应用CPM进行持续膝关节被动活动,避免再次粘连的发生。麻醉消失、止痛泵拔除后,视患者对疼痛耐受情况调节CPM活动范围,以患者能耐受为度,锻炼前30min口服止痛剂。同时重视术后早期肌肉的主动收缩训练^[3]。当膝关节屈曲>110°时,应以主动屈伸和外力下被动屈伸膝关节锻炼为主,以伸长挛缩的软组织。

②后期锻炼则需要下蹲和压腿锻炼以改善膝关节的屈伸活动,每个动作反复20~30次,2~3次/d^[4]。③膝关节僵硬粘连松解后,膝关节屈伸活动度每日晨易反弹,用活血汤熏洗或蜡疗热敷,能软化组织,利于挛缩软组织得到有效的伸长,提高疗效。

3.4 出院指导 本组中有2例膝关节屈曲度数出院时超过100°,因惧怕疼痛自行停止功能锻炼,复查时屈曲仅75°。因此,要反复向患者或家属强调出院后继续功能锻炼的重要性,取得家属的支持和配合,并教会其锻炼的方法和注意事项。使患者尽快恢复功能,提高生活质量。

参考文献:

[1] 王军.妇科手术后的镇痛护理[J].齐鲁护理杂志,2004 10(6):433

[2] 傅中国,姜保国,张殿英,等.膝关节伸直挛缩的松解与功能康复11例[J].中华创伤杂志,2003 19(8):463-464

[3] 陈鸿辉.下肢骨关节术后持续被动活动(CPM)的几个问题[J].骨与关节损伤杂志,1997 12(5):258-260

[4] 钟晓帆.关节僵硬的原因分析及早期康复与护理[J].齐鲁护理杂志,2003 9(11):872

收稿日期:2005-06-19