

体应在 30°C 左右, 因输入大量冷的液体可使小动脉痉挛, 特别是微动脉或毛细血管发生反应性收缩加剧了微循环障碍, 并使血管脆性及血浆渗出进一步加剧, 血容量进一步减少, 导致血压下降, 肾血流量减少, 肾功能损伤也随之加重, 使休克不可逆转。应专人护理, 切忌搬动病人。密切观察血压变化, 测血压 2 次/ h , 在 2h 内使血压恢复正常。血压稳定在 4h 以上时, 严密监测血压、脉搏可逐步减慢液体滴速。严格记录出入量, 以了解心脏、肾脏的功能, 为第二天制定治疗方案提供依据。

2.2 体位 病人取平卧位, 头偏向一侧, 以保证重要器官的血液供应, 防止呕吐物吸入呼吸道引起窒息。

2.3 吸氧 $3 \sim 5\text{L}/\text{min}$, 提高血氧含量, 改善重要器官的缺氧状态。吸氧过程中应注意检查吸氧管道是否通畅, 缺氧状况是否改善。

2.4 应用血管活性药时, 应密切观察生命体征的变化, 保持血压稳定, 调节给药滴速, 避免血压过高过低现象, 随时观察液体有无外渗。

2.5 心理护理 低血压休克患者往往感到疾病威胁到自己生命安全, 从而产生恐惧、焦虑、消极情绪。护士应

向患者及其家属讲解有关疾病的治疗及预防知识, 介绍本科治疗本病的成功经验及治愈病例, 消除恐惧和焦虑情绪。

2.6 加强基础护理, 预防并发症的发生, 定时翻身拍背, 预防皮肤损伤及坠积性肺炎的发生。每日做口腔护理 1 次, 预防口腔炎及口腔溃疡的发生。

2.7 保持病房的安静、清洁、空气清新, 每日通风 2 次, 每日用紫外线消毒空气 1 次, 地面用每升含健之素 250mg 的消毒液擦拭地面一次, 预防感染。

收稿日期: 2004-10-16

心脏移植围手术期的护理

赵小燕

(南通大学附属医院, 江苏 南通 226001)

心脏移植是将供体的健康心脏移植于受体胸腔或其他部位, 部分或完全替代受体的心脏, 维持循环功能。2001 年 1 月 21 日~2004 年 10 月 31 日我院成功行心脏移植术共 5 例, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男 4 例, 女 1 例, 18~48 岁, 平均 37 岁。术前诊断先天性心脏病 1 例, 扩张性心肌病 4 例。4 例移植后成功出院, 1 例术后 15d 仍住在隔离室, 目前暂未发现明显的排斥反应, 白细胞数术后 5d 开始上升, 为 $11.9 \times 10^9/\text{L}$ ~ $19.75 \times 10^9/\text{L}$, 稍有咽痛, 其余各项指标基本正常。出院的 4 例中, 1 例手术后一年颈部淋巴结肿大, 性质正在待查中, 3 例正常生活工作。

2 护理

2.1 心理护理 心脏移植手术大, 患者及家属不了解与疾病相关的知识, 担心手术有风险, 术后发生并发症及预后, 担心医疗费用高, 从而出现焦虑、紧张、惧怕等负性心理, 影响睡眠和食欲。护理人员针对性地做好心理护理, 关心体贴患者, 以心理疏导, 对家属予以心理支持, 使患者处于接受治疗的最佳状态。

2.2 术前护理 充分的术前准备是保证手术成功的关键。护理人员主动协助做好了术前的各项检查及准备工作, 如血常规、大小便常规、出凝血时间、肝、肾功能、血糖电解质、血脂分析、脂蛋白测定、糖耐量试验、输血准备、口腔、鼻、咽、痰、尿、血液培养、心电图、心脏彩超、心脏三位片、B 超(肝、胆、胰、脾), 女性患者则请妇产科会诊。术前 1d 清洁皮肤、剪短发、洗澡洗头、剪指甲, 备皮(范围为颈、胸、腹、会阴部、双腋下、双臂), 做普鲁卡因皮试, 备血 1200~2000ml, 血浆 600~1000ml, 血小板 1~3u, 术前一晚用温盐水灌肠, 术前禁食 12h, 禁水 6h。术前一晚 20 点口服环孢素 A 360mg。术晨, 用 0.25% 碘伏擦洗全身, 无菌四角巾包扎手术区, 术前 30min 肌注吗啡 8mg、东莨菪碱 0.3mg。常规取下发针、假牙、首饰, 护送患者进手术室。

2.3 术后护理 患者离开手术室时, 保留气管内插管、导尿管及所有的监测系统 and 输液系统, 转至重症监护室后继续监测、治疗与护理。

2.3.1 呼吸系统的管理

2.3.1.1 机械通气 保证呼吸机的各项参数设置安全有效。密切观察患者

的呼吸方式, 清醒患者的呼吸与呼吸机是否同步, 通气量、吸入氧浓度、呼吸频率、吸/呼比率、气道压力等。常规呼气末正压通气, 使动脉内二氧化碳分压达到 45mmHg, 动脉内血氧分压达到 100mmHg 以上。在最初 2d 内, 每隔 1~6h 作 1 次动脉血气分析, 根据结果调整呼吸机的有关参数。当 FiO_2 为 40%, 停止使用呼气末正压通气, STIMV 减至 4~6 次的动脉血内氧分压超过 75mmHg 患者的呼吸次数在正常范围, 无呼吸困难感觉超过 1h, 可以停止使用呼吸机。

2.3.1.2 拔管前备好吸氧用品 包括面罩、鼻导管、呼吸气囊。再次吸痰后快速拔出气管插管, 立即予以鼻导管或面罩吸氧, 但须将呼吸机备在患者床旁 24h。

2.3.1.3 其他 气管插管的患者清醒后做好解释工作以取得配合, 妥善固定气管插管, 用 70cm 寸带、胶带双固定, 每班测量门齿与气管插管接头处的距离并记录, 保证气管插管位置在第 3、4 胸椎水平之间, 固定牙垫。

2.3.1.4 5 例患者拔除气管插管时间在术后 7~14h, 平均在术后 10h, 拔除气管插管后呼吸均平稳。

2.3.2 循环系统监护

2.3.2.1 患者回病室后,立即监测心电图、血压、血氧饱和度,妥善固定动脉测压管、Swan-Ganz 热稀释球囊漂浮导管、深静脉导管等密切察有创动脉血压、肺毛细血管楔压(PCWP)、肺动脉压(PAP)、中心静脉压,获得监测数据,通过计算,了解心排血量及左心功能状况。正常值 PCWP $8 \sim 12\text{mmHg}$, CVP $6 \sim 12\text{cmH}_2\text{O}$, 心率最好维持在 $90 \sim 110$ 次/min。如有异常,可应用血管活性药物、利尿剂、强心剂等以取得较理想的效果。

2.3.2.2 动脉测压管的护理 每隔 $30 \sim 60\text{min}$ 用肝素稀释液(生理盐水 500ml 内加入肝素 20mg)冲洗 1 次,动脉测压管每次冲入 $1 \sim 2\text{ml}$ 以防止血液凝固,保持管道通畅,冲洗时要严格控制肝素液的入量,以免入量过多造成出血。测压管抽取血标本时,先将管道内液体全部抽出再取血,以免血液稀释而影响检验结果。要严防血管内进入空气造成空气栓塞。要严格无菌操作,避免引起血液污染。密切观察动脉穿刺部位远端皮肤的颜色、温度有无异常,以预防出血。循环稳定后尽早拔除测压管。

2.3.2.3 本组病例术后 $35 \sim 46\text{h}$ 拔除漂浮导管,术后 $47 \sim 56\text{h}$ 拔除动脉测压管,无 1 例发生感染和出血。

2.3.2.4 深静脉导管处每日用 2% 碘酒、 75% 酒精消毒,更换透明敷料,观察局部有无脓肿、液体外渗与皮下血肿。

2.3.3 导管的护理

2.3.3.1 心包、纵隔引流管的护理

保持引流管通畅,避免扭曲或打折。术后 4h 内每 $15 \sim 30\text{min}$ 挤压引流管 1

次,以防止导管阻塞,病情稳定后逐渐减少挤压次数。患者循环稳定后取半卧位以利于呼吸及引流。手术当日观察并记录每小时引流液的颜色与量,密切观察有无心包填塞征象。如胸腔无积气或引流液每日少于 50ml ,且引流液逐渐转为淡红或黄色即可拔管。

本组心脏移植患者术后胸腔引流,第 1 天为 710ml ,第 2 天为 580ml ,第 3 天为 260ml ,第 4 天为 45ml 。第 4 天 20 点拔除胸腔引流管,无胸闷气急等不适。

2.3.3.2 导尿管的护理 导尿管要粗细合适,长短适宜,避免扭曲折叠,每天用 0.25% 碘伏护理阴会 2 次,手术当日每小时记尿量 1 次,每小时尿量不得少于 30ml ,每日记 24h 尿量及出入水量,如尿量减少或过多,须向医生汇报,调整输液量、利尿剂的使用。本组病例术后尿量为 $1300 \sim 3500\text{ml/d}$ 。

2.3.4 基础护理

2.3.4.1 工作人员进出更换无菌隔离衣、帽子、口罩、鞋(上呼吸道感染者不得进入隔离室),用 $0.1\% \sim 0.2\%$ 新洁尔灭溶液浸手消毒,所有用物必须经过消毒液擦拭或紫外线照射后方可进入无菌室。隔离室门口设 2 块脚踏垫及 2 块粘垫,每天用 $1:400$ 的消毒灵喷洒,保持潮湿。隔离室每班用紫外线消毒 30min ,台面及地板用 $1:400$ 消毒灵抹拖。

2.3.4.2 每日更换消毒床单、衣服,用 30% 酒精洗头擦浴,用 0.25% 碘伏擦浴、擦鼻耳、耳道,用霉克涂全身皱褶处,大小便后用温水清洗,肛周涂制霉菌素麻油。口腔护理 2次/d , $1:5000$ 的味喃西林漱口,每日查血、尿、粪常规,对血、尿、痰、咽拭子培养+药敏。

术后 $5 \sim 6\text{d}$ 改成 2次/d 。

2.3.4.3 体温监测 术后测体温 $1\text{次}/2 \sim 4\text{h}$,第 2 天起 $1\text{次}/4\text{h}$,直至体温连续正常 2 周后改为 2次/d 。

2.3.5 饮食护理 术后根据病情逐渐增加饮食。患者循环稳定、拔除气管插管后 6h 即可进流质食物,以后逐渐过渡到半流质、普食,少量多餐,进高蛋白(总量约 150g/d)、维生素、低糖(总量 $100 \sim 200\text{g/d}$)、低盐(总量不超过 3g/d)、低胆固醇(总量 $300 \sim 500\text{g/d}$)、低脂肪饮食,避免生冷及刺激性食物。

2.3.6 用药的护理 根据医嘱及时、准确地应用各种药物,特别是免疫抑制剂,观察药物的作用、不良反应,按规定留取各种标本,特别是环孢素 A 浓度的测定,正常值是 $150 \sim 250\text{ng/ml}$,平均 200ng/ml ,根据环孢素 A 浓度调整用量。本组 1 例在院心脏移植患者环孢素 A 浓度波动在 $142.4 \sim 461.2\text{ng/ml}$,服药后主诉胃部不适,无呕吐,口服吗丁林 10mg , 3次/d , 2d 后好转。

2.3.7 术后的锻炼 术后锻炼在有监护的条件下进行。术后锻炼的时间、强度应根据术后心功能恢复的情况而定。一般于术后 $3 \sim 7\text{d}$ (拔除气管插管后)在床上开始活动,可做轻缓的四肢活动,重点是下肢的伸屈动作; $7 \sim 10\text{d}$ 后逐渐在床上坐起饮水、吃饭、洗脚等; $15 \sim 20\text{d}$ 开始下床活动,先在床周扶撑活动,逐渐在室内活动,上厕所; $25 \sim 30\text{d}$ 可在室外走廊散步。从轻运动开始,逐渐增加活动量,每次活动以不引起患者自觉心慌为度,但也需密切观察患者心电图的演变情况。

收稿日期:2004-11-26

气囊助产在头位分娩中的应用体会

王 佳,宋文辉

(山东省立医院,山东 济南 250021)

头位难产所引起的手术产率明显上升,已引起国内外专家的广泛关注。

自 1997 年 1 月~1999 年 6 月,我院应

有气囊助产法,对 590 例产妇进行气囊扩张宫颈和阴道助产,取得满意效果,现将应用体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 1180 例,随机分成观察组 590 例,对照组 590 例,管