

。个案护理。

骨折致深静脉血栓形成 1例护理体会

张 蕊 (枣庄矿业集团公司中心医院 山东 枣庄 277011)

2005年 4月,我院收治骨折致深静脉血栓形成 1例,经积极治疗与护理,效果满意。现报告如下。

1 病历资料

患者男,60岁,因车祸伤及右髌疼痛 9h入院。经 X线诊断为:右股骨颈粉碎性骨折。当日行皮牵引,因效果欠佳改行骨牵引,牵引重量为 5kg,2个月后拔钢针,撤牵引,患肢抬高。1周后发现患者右下肢肿胀并逐渐加重,无疼痛,足背动脉搏动好。经给予扩容、溶栓、抗感染药物治疗,并加强护理,住院 120d痊愈出院。

2 护理

2.1 心理护理 由于骨折后肢体肿胀、疼痛,患者往往表现为恐惧、焦虑,应向其介绍此病的有关知识,关心、安慰患者,嘱其家属勿在患者面前讨论病情,以免加重患者的心理负担,并给予积极治疗,增强其信心,使患者解除心理顾虑,积极配合各项检查和治疗。

2.2 一般护理 鼓励多饮水,稀释血液,鼓励做深呼吸,5~6次/h增加膈肌运动,减少胸腔压力,促进血液回流。

2.3 症状护理 抬高患肢,利于静脉回流,减轻肿胀、疼痛^[1]。急性期(2~3周)应绝对卧床休息,避免患肢做大幅度活动,剧烈咳嗽和用力排便,以防栓子脱落引起肺栓塞;可做踝关节屈伸活动,利于静脉回流。肿胀患肢还可给予弹力绷带包扎,如肿胀明显,应采用间断包扎 4~5次/d 1~2h次,以促进静脉

血液回流;也可穿弹力长筒袜,根据下肢周径的变化及时更换型号。密切观察病情,注意观察患者的呼吸,发现异常立即报告,及时处理。

2.4 药物治疗 及时给以溶栓、抗凝、抗栓药,每天予蝮蛇抗栓酶 0.25~0.5^u加入生理盐水或葡萄糖氯化钠注射液 500ml 静脉滴注,注射前做过敏试验,也可用链激酶溶解 5d以内形成的血块。用低分子右旋糖酐 20ml 654-2 2ml 利多卡因 20ml 作股动脉注射,每 4h 1次,注射时注意观察肢端颜色、温度、感觉等。使用抗凝药物后,预防出血。遵医嘱检测凝血酶原时间,观察皮肤黏膜有无出血点。

2.5 预防并发症 观察生命体征和尿量的变化,密切观察患肢张力、色泽、温度、表浅静脉、足趾循环及运动、感觉功能。每日测量并记录患肢周径,并与健侧比较。急性期注意观察患肢有无肿胀和皮肤颜色变化,防止肢体坏死,注意有无心悸、胸痛、咳嗽、肺部啰音、呼吸困难、咯血、烦躁不安等表现,警惕肺栓塞的发生。

参考文献:

- [1] 石秀芳,郝攀,徐敏.高龄患者骨折术后急性深静脉血栓形成的原因分析及护理对策[J].齐鲁护理杂志,2004 10(11):820-821

收稿日期:2006-02-05

心脏移植体外循环 2例护理体会

邹海英 刘少慧 (烟台毓璜顶医院 山东 烟台 264000)

2001年 1月~2001年 12月,我们成功完成 2例成年人同种异体原位心脏移植术,经精心护理,效果满意。现报告如下。

1 病历资料

患者均为男性,分别 47岁、39岁,55kg、79kg。术前诊断扩张型心肌病,心衰反复发作,近半年加重,不能下床行走,肝大,双下肢水肿,伴有胸腹水。心脏扩大,心胸比 0.7以上,中度肺动脉高压,经内科治疗效果不显著。体外循环下行同种异体原位心脏移植术,供体均为男性,分别 20岁、24岁,供受体间 ABO 血型一致,淋巴细胞毒素抗体试验(PRA)阳性率<10%,体重差<20%。体外循环转流预充液总量 2000ml,20%白蛋白 500~600ml,平衡液 1500ml,5%碳酸氢钠 100~200ml,20%甘露醇 250ml,12.5%硫酸镁 5ml,肝素钠 1mg/kg 抑肽酶 500万 U 甲基泼尼松龙 500mg 护心通 20g 冷晶体停跳液 3000ml 备用。血液稀释采用中度稀释法,稀释后红细胞压积在 25%,中度低温 28℃,总转流时间 160±5min,升主动脉阻断时间 75±3min,供心热缺血时间 3min,冷缺血时间 163±2min,动脉灌注流量保持在 60ml/(kg·min),MAP保持在 60~90mmHg, CVP为 0。术中给予孟鲁司特降压,心肌保护采用升主动脉根部插管,灌注

4℃晶体高钾停搏液使受体心脏停跳。供心也采用同样方法停跳,首次剂量 2000ml 以上,然后放于 4℃无菌冰灌保存,运送中间每 20~30min 灌注 1次,灌注量 400ml/次,直至吻合结束。术中 ACT 维持在 780s 以上,心脏移植后,开放升主动脉,心脏恢复血供,经电击除颤心脏复跳,维持血液动力学稳定,积极纠正酸碱紊乱,调节电解质各项指标,加用人工肾滤水,各项指标达要求后逐渐降低流量,平稳后脱离体外循环。2例术中心肌均保护良好,开放升主动脉后电击 20 瓦秒心脏复跳,顺利脱机,未发生右心衰。1例术后 1 年余因慢性排斥反应死亡,另 1 例心功能恢复良好,现能正常生活。

2 护理

2.1 体外循环材料选择 首选生物相容性好的优质进口膜肺,膜肺比鼓泡式氧和器的生物相容性高,体内激活轻微,白细胞溶酶体释放少,血小板颗粒物质释放低,且可减少血液有形成分的破坏,对血液有较好的保护作用。静脉备弯头插管 2 根,弯头静脉插管对上腔静脉的近心端暴露良好,有利于右心房的吻合,便于操作。

2.2 预充液的要求 患者长期心衰有大量胸腹水,晶体液预

流量要少,以能转起来的最低液面即可;保持足够的血浆胶体渗透压,利于胸腹水吸收,增加循环血容量。应用白蛋白,浓度达到预充总量的 5%。晚期心脏病患者都伴有不同程度的肺动脉压升高,加上移植后肺小血管痉挛等因素,致使术后早期右心功能不全,应用胶体液可减轻体内水肿,加用利尿剂,以排除体内多余的水分,减轻心脏前负荷。

2.3 供心的心肌保护 供心保存时限为 4~6h 最好不超过 180min 并尽量缩短供心热缺血期与冷缺血期时间,热缺血期时间控制在 5min 以内。脑死亡的供体,立即行气管插管,人工辅助呼吸,保持氧供,建立静脉通路,适当补液,保持血液动力学稳定。快速胸骨劈开,悬吊心包,夹闭主动脉后,经主动脉根部插灌注针,顺行灌注 4℃停搏液,灌注压力 8.82~13.72kPa 时间 4~5min 总量 2000ml。灌注管使用两通式,分别插入停搏液瓶内,两条通路交替灌注,停搏液灌注连续进行,既快速又安全。灌注的同时,立即切开下腔静脉和右肺上静脉,吸引器吸走灌注液及血液,避免心腔过度充盈导致心内膜下的心肌灌注不充分而损伤心肌。冷缺血期包括供心的切除、保存、运送及修剪过程,时间要控制在 1h 之内。每隔 20~30min 灌注心肌 1 次,直到吻合结束,最好置于无菌冰泥内低温保存。移植期与受体进行吻合,时间控制在 1h。冷晶体液 20min 灌注 1 次,防止高血钾。注意无菌操作,防止感染,冷灌注液不能有冰屑,避免心内膜受损。

2.4 灌注流量控制 动脉流量按 50~65ml/(kg·min),平均动脉压维持在 60~80mmHg。动静脉出入平衡,泵压 ≤200mmHg。开放升主动脉后,保持心脏在空跳状态,不增加心脏负荷,维持一定时间,观察心率、心律规整后,适当为心脏还血,还血的速度要慢,让心脏有一个逐步适应的过程,禁忌过快,使心脏突然过涨,心肌拉伤,导致心脏功能受损。

2.5 超滤应用 心脏移植术后的早期并发症主要是右心衰竭。心脏移植后,心功能改善,机体大量潴留液回流,可加重右心负担,当转流至手术结束前即开始滤水,一般为 30min 滤水量可达 1000ml。超滤滤出多余的水分、补体、炎性介质,调整电解质平衡,使血液有形成分及蛋白质迅速浓缩,控制血钾在 3.8~4.5mmol/L。

2.6 药物应用 血液麻醉剂抑肽酶 500 万 U 分 3 次从静脉滴入,不加入氧合器内,持续应用到手术结束。护心通 20g 开放升主动脉后机入。免疫抑制剂甲基泼尼松龙 2000mg 麻醉后 1000mg 静脉滴注,开放升主动脉前 500mg 机入,停机后 500mg 静脉滴注。

2.7 时间要求 时间的衔接是缩短手术时间,保证心脏移植成功的关键之一。当供体心脏送至后,移植组人员按既定的手术方案及时间表对受体实行麻醉开胸,建立体外循环,及时将供心移植在原位上。

收稿日期:2006-02-23

外伤性海绵窦漏大出血 1 例抢救与护理体会

王桂蓉(广西医科大学第四附属医院 广西柳州 545005)

2005 年 10 月,我院收治 1 例颅底骨折患者,住院期间发生颅底骨折海绵窦漏大出血,经积极救治,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 病历资料

患者男,25 岁,从 3m 高处坠落,额部着地,口、鼻腔、右眶上部伤口流血较多,伤后即昏迷,数分钟后清醒,主诉头痛、头晕、胸闷、恶心、呕吐胃内容物数次,带血丝,无胸闷、憋气、无四肢抽搐及昏迷。CT 示:少量气颅,颅底骨折。查体: T 36.6℃, P 68 次/min, BP 136/75mmHg 神志清,痛苦表情,检查合作, GCS 评分 15 分。右眶上部可见一长约 4cm 伤口,深达肌层,有活动性出血。右侧眼睑瘀血肿胀,左耳、鼻腔少量血性液流出。10 月 28 日上午 5:30 突然从鼻腔涌出大量鲜血,量约 1000ml 予棉球鼻腔堵塞止血,交替压迫颈动脉, BP 60/30mmHg 抗休克治疗,立止血 1ku 静脉推注。予双侧前后鼻腔堵塞术,出血渐止。听诊眼眶部有吹风样杂音。10 月 29 日行 DSA 检查示颈内动脉海绵窦漏。11 月 2 日在静脉复合麻醉下行球囊栓塞术,术毕清醒后自觉吹风样杂音消失。继续予扩血管治疗,60d 后下床活动。

2 护理

2.1 心理护理 及时与患者沟通,采集患者的相关信息,并行的必要的健康指导。因患者双侧鼻腔填塞等易诱发再次出血而限制下床活动,张口呼吸致口腔干燥等均增加了患者的紧张情绪,在做好生活护理、基础护理的同时应加强对患者健康需要的评估,主动询问病情,消除患者的紧张心理。

2.2 病情观察 注意观察生命体征变化,仔细询问患者入院

前耳鼻漏出血量、性状、自觉症状,患侧眶周听诊有无吹风样血管杂音。栓塞后颅内血流重新分布及术中微导管、导丝反复机械刺激引起脑血管痉挛等,易致脑水肿、脑出血。术后注意观察头痛、恶心、呕吐及神经症状,严密监测生命体征和意识、瞳孔变化,维持血压稳定,观察肢体活动情况,预防球囊漂离栓塞部位引起脑梗塞,病情稳定后可予床上坐位,头痛缓解后可下床活动。

2.3 出血护理 本例为双侧鼻出血,需交替压迫双侧颈动脉。配合医生行双侧后鼻腔气囊导管填塞,前鼻腔凡士林纱条填塞压迫止血。预防呼吸道感染,保持大便通畅,避免因用力排便、剧烈咳嗽引起颅内压增高引起再次出血,必要时可予果导等药物口服。

2.4 药物指导 钙通道阻滞剂尼莫地平能优先作用于脑部小血管,改善脑供血。使用时应注意:①尼莫地平液含 23%乙醇,静滴时常刺激血管引起皮肤发红和剧烈疼痛,输注时应缓慢,并向患者解释清楚,使其做好心理准备;②尼莫地平可使血压明显下降,应密切注意血压变化,调节输液速度。开始 2h 可按 2.5ml/h 的速度滴入。如患者耐受性好,无明显血压下降,可增快至 5~10ml/h。如出现不良反应或收缩压小于 12kPa 应适当减量、减速或停药。

2.5 出院指导 术后 3~6 个月行脑血管造影检查,并做好随访,及时解答患者提出的问题。嘱患者保持愉快心情,进清淡饮食,适当体育锻炼,不做剧烈活动,戒烟,以防脑血管痉挛。

收稿日期:2006-02-19