

关键,选择有效抗生素,严格掌握药物的剂量和用药时间,以保持血液中药物的有效浓度。控制输液滴速,使出量略大于入量。做好消毒隔离,加强伤口换药,避免医源性感染,同时加强皮肤及口腔护理。此类患者术后禁食时间长,又处于高糖状态,患者极易患口腔并发症。因此,术后必须做好口腔护理,保持口腔清洁、湿润、无损伤。禁食期间每日口腔护理 3~4 次,进食后督促刷牙、漱口,及时清除口腔内食物残渣,预防口臭及口腔感染。

2.2.4 营养支持 糖尿病患者术后禁食期间机体处于高分解代谢状态,术后每日提供葡萄糖 150~200 g,以满足脑组织对葡萄糖的需要,减少体内蛋白质、脂肪的分解,防止酮症酸中毒,静脉补充足够能量、适量复方氨基酸和脂肪乳、微量元素等,以促进吻合口愈合^[8]。作者常规选用中心静脉导管予肠外营养支持,静脉营养液在专业的配置台内配置,严格无菌且现配现用;营养液用输液泵 24 h 持续、均匀输入。

参考文献:

[1] 褚晓冉,陈德凤.食管癌伴糖尿病 40 例围手术期护理·临床护理·

[J].解放军护理杂志,2001,18(3):258-260.

[2] 张国英,邓微,李晓玉.糖尿病患者围手术期血糖控制标准的探讨[J].中华全科医师杂志,2003,2(1):101-102.

[3] 李冬琴,赵惠君.食管癌合并糖尿病患者治疗后肺部感染的预防及护理[J].中国误诊学杂志,2001,1(8):789-791.

[4] 夏梅,秦志英.肺功能不全食管癌患者围术期护理[J].重庆医学,2004,13(12):1807-1808.

[5] 李桂琴,杨智华,穆丽娜,等.食管癌患者择术期心理状况及护理对策[J].新乡医学院学报,2004,121(1):66-67.

[6] 黄泽文,林晶.糖尿病胃肠道手术患者的营养支持[J].福建医药杂志,2006,28(1):43-44.

[7] 杨仰竹,温大翠,赵高平.合并糖尿病消化道肿瘤患者术后早期肠内营养支持的护理研究[J].护理实践与研究,2010,7(1):12-14.

[8] 穆建萍.饮食对糖尿病并发症影响的观察[J].齐鲁护理杂志,2003,9(12):947-949.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

肺动脉夹层动脉瘤围术期 1 例的护理

张世琼,夏梅

(第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.022

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1193-02

肺动脉夹层动脉瘤是一种非常罕见的疾病,其病程凶险,死亡率极高^[1]。顾晓生和姚纪光^[2]报道其猝死发生率达 33%。并在 1862 年 W alshe 首次报道(Watson 引用)^[3],该病一般见于先天性心脏病合并肺动脉高压患者^[4]。肺动脉夹层的治疗一般以外科手术治疗为主,治疗措施包括肺动脉瘤成形术、血管置换术、动脉结扎术和肺叶或全肺切除术等^[5]。2010 年 11 月本科成功为 1 例先天性心脏病合并肺动脉夹层动脉瘤患者实施了动脉导管封闭术,肺动脉夹层切除、人工血管置换术,三尖瓣成形术,术后患者顺利恢复出院。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 病例资料 患者,男,35 岁,因“反复活动后心累、气促伴双下肢水肿 1 个月”入院。体格检查:发育正常,营养中等,嘴唇无紫绀,颈静脉充盈,肋骨清晰可见,双肺呼吸音稍粗,双下肺可闻及少量细湿啰音,未闻及干性啰音胸膜摩擦音。心界向左扩大,心尖搏动点位于第 6 肋间腋前线,可触及抬举性搏动,胸骨左缘第 3 肋间可触及震颤,心率 73 次/分,心律齐,心音有力, $P_2 > A_2$,胸骨左缘第 2、3 肋间可闻及 4~5/6 级以舒张期为主的连续性粗糙杂音,未闻及额外心音及心包摩擦音。腹软,无压痛、反跳痛和肌紧张,肝右肋下 3 指,脾肋下未触及,移动性浊音阴性。股动脉枪击音(+),水冲脉(+),毛细血管搏动征(+),双下肢轻度水肿。心脏彩超示先天性心脏病:(1)动脉导管未闭(导管内径较宽,呈漏斗状);(2)肺动脉主干瘤样扩张,管腔内血流紊乱,并可见条索样回声漂浮,考虑肺动脉瘤伴夹层可能;肺动脉收缩压重度增高,肺动脉瓣轻度反流;(3)三尖瓣重度反流;(4)二尖瓣前瓣回声增厚,二尖瓣轻度反流;(5)主动脉轻度反流,瓣口流速增快;(6)主动脉根部及升主动脉明

显增宽;(7)右室流出道增宽;(8)室间隔及左室后壁增厚;(9)全心增大明显,右室壁增厚;(10)下腔静脉汇入右房口处内径及三支肝静脉内径增宽。CT 提示肺动脉及主动脉增粗明显,动脉导管粗大,心脏改变明显。本例患者在全麻低温体外循环下行动脉导管封闭术,肺动脉夹层切除、人工血管置换术,三尖瓣成形术,手术顺利。体外循环转流时间 165 min,阻断主动脉 124 min,深低温停循环 15 min。

1.2 结果 术后 ICU 监护 8 d,呼吸机辅助呼吸 124 h,无肺部并发症等发生。术后复查心脏彩超提示:降主动脉起始段与肺动脉分叉之间未见异常湍流,肺动脉、主动脉明显变细,心脏各腔室明显变细。患者顺利恢复出院。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 因手术复杂,危险性大,并发症多,术前与患者及家属沟通,告知患者及家属手术的意义和风险;同时介绍手术组成员的医疗水平,增强患者的信心,减少患者心理压力^[6],充分发挥其主观能动性,主动配合医护人员,接受手术治疗。

2.1.2 控制病情,预防并发症 绝对卧床休息,吸氧,持续心电监护,密切注意生命体征变化。应用硝普钠微量泵泵入,使收缩压控制在 13.3~16.0 kPa(100~120 mm Hg),严密观察四肢血压变化,为医生提供鉴别诊断的依据。避免患者情绪激动引起血压升高、心率增快促使夹层破裂致患者死亡。

2.2 术后护理

2.2.1 循环系统监测 术后常因出血、心肌创伤、电解质和酸碱平衡失调等,使血流动力学不稳定、血压低,因此,严密监护是患者顺利恢复和降低围术期致死率的重要环节^[7],本例患者

术中经右颈静脉留置 Swan-Ganz 导管,分别监测心率(HR)、有创桡动脉压(ABP)、中心静脉压(CVP)、肺动脉压(PAP)、左房压(LAP),定时测量肺毛细血管嵌压(PCWP),心排量(CO),并由监护仪计算出血流动力学各参数,据此判断病情和调整治疗方案。本例患者术中注意保护心肌,缩短心肌阻断时间,术后严密监护,及时处理以及血管活性药物的持续使用,无术后低心排发生。并在及时补充血容量的同时,予加强心肌的收缩功能,应用利尿剂及时排出体内过多的液体,预防重要脏器的间质水肿。

2.2.2 出血的观察 术后对出血的观察和早期发现最为重要,也是最主要的并发症之一,如血压短时间内下降、心率加快,应考虑内出血的可能。保持心包及纵膈引流通畅,密切观察引流液颜色、性质、量的变化,警惕胸腔内活动性出血。适当控制血压可有效预防动脉吻合口因张力过高导致的吻合口出血,因此,应密切观察血压的变化。

2.2.3 神经系统监护 肺动脉人工血管置换手术采用深低温停循环技术。低温可降低组织代谢,延长细胞产生不可逆损伤的时间,可提高脑细胞对缺氧的耐受力,减少脑缺血对中枢神经系统的损害,神经系统的损害程度与停循环的时间长短密切相关^[8]。因此,患者进入 ICU 后,应密切观察患者神志、瞳孔大小、对光反射,注意观察肢体感觉及运动功能。

2.2.4 呼吸道管理 加强呼吸道管理,是术后治疗的重要环节。术后充分给氧,合理设置呼吸机参数,定时测动脉血气分析,结合患者的血氧饱和度、呼吸情况,及时调整呼吸机参数。及时清除气道分泌物,保持呼吸道通畅,防止痰堵、肺不张,操作时动作轻柔,时间短,避免过度刺激患者。脱机后给予雾化吸入,应用化痰药物,使痰液容易咳出。

2.2.5 预防感染 人造血管是一种异物,加上手术时间长,故感染的机会相对较多,一旦感染可造成严重后果。术后常规应用广谱抗生素以防感染;护士在执行各项护理操作时均应严格无菌操作,观察患者体温变化,密切观察伤口有无感染征象。另一方面给予患者高蛋白、高维生素饮食,以增加患者的抵抗力,促进吻合口愈合。

• 临床护理 •

3 出院指导

肺动脉人工血管置换术后,为防止人造血管内血栓形成,术后口服华法林抗凝治疗。指导患者掌握华法林抗凝药物的重要性、抗凝标准以及饮食指导等,出院后应生活规律、心情舒畅,预防感冒,避免劳累,防止受伤和传染病。定期复查,如有不适,及时就医治疗。

参考文献:

- [1] 卢晓芳,谢明星,王新房,等. 超声心动图诊断肺动脉夹层附 3 例报告[J]. 中华超声影像学杂志,2006,15(2):186-189.
- [2] 顾晓生,姚纪光. 肺动脉夹层动脉瘤破裂猝死 1 例[J]. 中国法医学杂志,1992,7(2):184-186.
- [3] Watson AJ. Dissecting aneurysm of arteries other than the aorta[J]. J Pathol Bacteriol,1956,72(3):439-449.
- [4] Khattar RS, Fox DJ, Alty JE, et al. Pulmonary artery dissection: an emerging cardiovascular complication in surviving patients with chronic pulmonary hypertension [J]. Heart, 2005, 91(2): 142-145.
- [5] Wunderbaldinger P, Bernhard C, Uffmann M, et al. Acute pulmonary trunk dissection in a patient with primary pulmonary hypertension [J]. J Comput Assist Tomogr, 2000, 24(1): 92-95.
- [6] 张世琼,夏梅,王华. 全主动脉弓置换同期行升主动脉置换术 1 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2010,11(1):98-99.
- [7] 郭加强,吴清玉. 心脏外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:819-821.
- [8] 徐海涛,石学银,朱秋峰,等. 多脏器保护在主动脉弓置换术中应用 5 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,4(12):1642-1643.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

冠状动脉搭桥术后监护体会

陈巧,夏梅

(第三军医大学西南医院胸心外科 ICU,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.023

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1194-03

冠状动脉搭桥术又称冠状动脉旁路移植术(CABG),是应用血管桥移植手段以改善狭窄远端心肌缺血^[1],它是在患者不宜进行经皮冠状动脉成形术(PTCA)和冠状动脉支架术时治疗冠心病所引起的心绞痛、心肌梗死及其并发症最为有效的外科治疗方法。本科自 2009 年 1 月至 2010 年 10 月进行了 15 例手术,疗效满意。现将冠状动脉搭桥术后监护体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例冠心病患者,其中男 13 例,女 2 例;年龄 22~74 岁,平均 53 岁;其中有 8 例心绞痛史,2 例心肌梗死 2 例,合并高血压 5 例,均需药物控制,所有患者在完成手术后,立即转入本科监护室进行术后监护。

1.2 结果 本组 15 例冠状动脉搭桥术患者,除 1 例因术后低心排综合征抢救无效死亡外,其余均顺利康复出院。

2 术后监护

2.1 血流动力学的监护 CABG 术后患者由于手术创伤对心肌的损害,体外循环对机体内环境的影响,因而术后护理的关键是减少心肌耗氧量,保持循环稳定^[2],避免以上因素不稳定而造成冠脉血管痉挛再次发生心肌梗死现象。

2.1.1 血压的监测 冠心病患者术前多伴有高血压,CABG 术后应防止血压过高,增加心脏负荷及耗氧量,或致血管吻合口出血,故患者回 ICU 后常规应用硝酸甘油 0.5~2 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 持续微量泵泵入给药,以扩张冠状动脉血管,防止冠状动脉痉挛,避免血压升高;一般收缩压应控制在 120 mm Hg 以