

平稳后停止。每 2~4 h 测体温 1 次。遵医嘱合理使用抗生素及止血药物加营养支持治疗,掌握药物配伍禁忌及现配现用。(2)术后 6 h 进流质饮食,控制过早排便,可口服鸦片酊药物。(3)预防感染,术后留置导尿至拆线日,并且保持导尿管通畅,留置导尿加膀胱冲洗 500 ml 每 6 h 1 次,预防泌尿系统感染(冲洗剂:0.9%生理盐水 500 ml 加庆大霉素 16 万 U),鼓励患者多喝水,每天至少喝开水 4 000 ml 左右。(4)观察切口渗血情况,保持会阴部清洁干燥,每日用 0.1% 苯扎溴铵棉球擦洗,每日 2 次。(5)协助医师换药,观察皮瓣成活情况,如发现皮瓣血液循环障碍,颜色呈紫色或暗紫色,及时通知医师给予处理,遵医嘱观察皮瓣血液循环。滴注扩张血管药物复方丹参注射液 500 ml,右旋糖酐 500 ml 每分钟 16~18 滴。

2.4 出院指导 教会患者掌握自我护理的方法及保健知识,每晚继续用 1:5 000 高锰酸钾溶液清洗会阴部,勤换内衣,养成良好的个人卫生习惯,切口愈合 1 个月后可过性生活(未婚者可先佩戴模具),加强营养,多食瓜果、蔬菜,保持大便通畅,3 个月后门门诊复查。

[文章编号] 1000-2200(2006)01-0094-02

。临床护理。

### 3 讨论

先天性无阴道是一种先天性发育畸形,给患者生活带来极大的精神创伤,甚至有轻生厌世想法,担心医疗费用及术后效果,从而产生焦虑、自卑情绪。通过入院健康教育,建立良好的遵医行为,在择期手术前为减轻紧张、焦虑等情绪而制定教育目标(心理护理)<sup>[4]</sup>,提高了手术适应能力,减轻术前焦虑心理。为提高手术成功率,减少手术后并发症,护理人员应严格掌握清洁灌肠技术,不能疏忽大意。针对心理问题术前进行精心护理,手术后协助医师观察皮瓣。本组皮瓣大部分成活,术后随访,35~60 天开始性生活,夫妻生活和睦,满意度达 100%。

#### [参考文献]

- [1] 程新德,赵天兰,于举华,等.阴股沟皮瓣移位术的临床应用[J].中华显微外科杂志,1995,27(8):107-108
- [2] 王明乾.先天性无阴道的治疗现状与展望[J].中国实用妇科与产科杂志,1994,10(1):41-43
- [3] 郭群,于举华,程新德.阴股沟皮瓣阴道成形术的临床应用[J].蚌埠医学院学报,1998,23(5):316-317
- [4] 胡军,王琪钰,王雅琴,等.对入院患者心理状态评估方法比较[J].中华护理杂志,2000,35(6):338-340

## 室间隔缺损围术期护理

任莉

[摘要]目的:总结室间隔缺损修补术围术期护理体会。方法:注意术前病人心理护理健康教育,加强术后临床监测监护措施,合理有效应用药物,保证重要器官功能正常。结果:室间隔缺损修补术 27 例经严格监护治疗,病情稳定,生命体征正常,均痊愈出院。结论:护士应充分了解病理病因,具有精湛的监护水平,敏锐的判断力和扎实的基本功,是保证手术成功的关键。

[关键词] 心脏缺损,先天性;室间隔缺损;室;围术期;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 541.1 [文献标识码] A

室间隔缺损修补术,目前已成为治疗室间隔缺损的重要方法,因其手术和术后的风险较大,所以围术期护理技术尤为重要,本文着重总结护理体会。

### 1 临床资料

2003 年 1~11 月,我院在浅低温(32~35℃)体外循环下行心脏直视室间隔缺损修补术 27 例。其中男 13 例,女 14 例;年龄 3~38 岁。术前心功能 I~II 级,无重度肺动脉高压及其它合并心脏畸形,

生长发育与同龄人相仿或略差。手术顺利,无严重并发症及死亡病例。患者出院后 1、3、6 个月分别进行电话跟踪或门诊随访,患者术后心功能明显改善,生活质量提高。

### 2 护理

2.1 术前护理 (1)心理护理:周到热情的服务,首先在感情上与患者沟通,减少恐惧心理,了解其心理活动,有针对性的取得患者的信任,然后向患者及家属讲解手术的基本过程,术后监护如何配合等,并介绍术后成功的病例,增强患者的信心,使其更好的配合手术。(2)了解和掌握患者术前的病情及诊断,根据病情特点制定具体治疗计划。(3)呼吸道

[收稿日期] 2005-02-17

[作者单位] 安徽省蚌埠市第一人民医院 胸脑外科, 233000

[作者简介] 任莉(1972-),女,护师。

准备:训练和指导患者进行深呼吸和有效咳嗽动作,有利肺泡扩张,预防术后并发症的发生。指导患者注意保暖,保持口腔卫生,对有呼吸道感染的患者应积极治疗。(4)保持大便通畅。(5)术前常规准备:术前一天备皮、备血及药敏试验。遵医嘱给予镇静剂,使患者平稳入睡。术晨刷牙、漱口、禁食,遵医嘱执行术前用药。

2.2 术后护理 为使患者尽快苏醒,护士不断呼唤其姓名或昵称,或握住患者的手,或抚摸患者的额头,给以较多的爱抚,尽量不使其处于嗜睡状态,以促进其自主呼吸的恢复,并积极配合带管呼吸达到早脱呼吸机,早拔气管插管,减少呼吸道刺激和肺部感染机会,加速肺功能的恢复。

2.2.1 体温观察 患者早期因麻醉可能体温低,末梢循环差,注意保暖,勤测体温。

2.2.2 循环系统的监测 (1)动脉压:通过桡动脉穿刺,连续监测动脉压,平均动脉压应保持在 70~80 mmHg。如果血压过低影响脑、肾血流量,动脉测压管定期用肝素稀释液冲洗,以防血液凝固,保持管道通畅,严密观察动脉穿刺部位远端皮肤的颜色和温度有无异常,如果疑有动脉血运受到影响,应立即拔除测压管,并进行处理<sup>[1]</sup>。(2)中心静脉压:保持在 8~12 mmHg,防止低容量性低心排和容量负荷过重。密切观察外周循环,结合中心静脉压、血压和尿量制定出最佳的液体出入量标准,防止电解质失衡,有利于术后恢复。(3)密切观察心率、心律的变化:持续心电图监测,发现严重心律失常迅速通知医师处理。(4)术后早期根据肺动脉压和血压情况,适当应用硝酸甘油或硝普钠,待平稳后逐渐减量至停用。

2.2.3 呼吸系统护理 注意观察患者有无烦躁或表情淡漠等脑缺氧征象。保持血氧饱和度 > 97%。根据血气分析结果动态调整呼吸机参数。吸痰时要注意观察痰液的色、质、量,每次吸痰时间不宜超过 15 s,注意无菌操作。每次吸痰前后膨肺,向气管插管内注入雾化水 2~3 ml 防止黏膜干燥、充血、分泌物黏稠结痂。制定肺部锻炼计划,每 2 h 翻身、拍背一次。每小时鼓励患者有效咳嗽、深呼吸各 10 次。咳嗽时压住胸部切口,以减轻疼痛。

2.2.4 引流管的护理 胸管长度适宜,确保引流通畅,防止血块堵塞;并观察引流液的性质、量,如引流液 > 100 ml/h 持续达 3 h 色鲜红,可能有活动性出

血,应及时报告医师。

2.2.5 泌尿系统观察 体外循环术后常伴有低灌注压,易发生肾功能不全,故对尿量尿色的观察是衡量心输出量和肾组织血流灌注的重要指标<sup>[2]</sup>。维持尿量不少 0.5~1.0 ml/kg<sup>1</sup>·h<sup>1</sup>。若尿色为血红蛋白尿者,应用碱性药物碱化尿液并利尿,防止酸性血红蛋白阻塞肾小管。每日 2 次用碘伏擦洗会阴部。

2.2.6 其它护理 切口疼痛影响呼吸的深度和幅度,不利于肺扩张,影响患者休息,增加体力消耗。术后适当给予止痛剂,以减少患者痛苦,有利康复。鼓励患者自己刷牙、漱口、饮水、正常进食、翻身、活动双下肢,促使早日康复。术后给予高蛋白、高维生素、高纤维素饮食。保持大便通畅,并告之不可用力排便。

2.3 康复护理 鼓励患者早期活动。一般术后第 1 天可床上坐位,第 2 天即可坐于床边活动下肢。第 3 天可下床活动,活动时维持心率在 60~90 次/分,血氧饱和度为 96%~99%。活动要注意循序渐进。小儿半年内避免侧卧位,防止胸骨切口畸形。

### 3 讨论

心脏手术难度高、风险大,需要慎于术前、严于术中、善于术后,因此,围手术期护理至关重要。通过对 27 例室间隔缺损修补术的术前术后护理,笔者认为术后呼吸循环和水电解质平衡尤其重要。

患者出生后长期肺充血伴轻中度肺动脉高压,易患肺部感染、体外循环中的血液稀释及瘀性反应的激活,可导致患者术后出现肺不张、肺水肿及痰液堵塞等并发症。术后定时拍背吸痰加强雾化吸入,早期脱离呼吸机可减少上述并发症。本组小儿较多,体外循环后血液胶体渗透压降低,易致全身水肿,影响肺部血氧交换及组织微循环的灌注。故控制晶体,提高胶体渗透压,适量利尿剂的应用,可减轻水肿,同时减轻心脏负荷。室间隔缺损多属先天性疾病,术后电解质一般较少紊乱,但由于库血、利尿剂应用,可致低钾、低钙血症、出现心律失常及心肌收缩乏力,术后定期复查电解质可及时纠正。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 徐宏耀,吴信.心脏外科监护[M].北京:人民军医出版社,2001:137-138.
- [2] 苏鸿熙.重症加强监护学[M].北京:人民卫生出版社,1996:228-233.