

舒张,管腔变大,颈内动脉的压力感受器牵动程度变大,使得此侧的压力感受器传入冲动增强;而当内脏鞘及其周围组织被推向非手术侧时,非手术侧颈总动脉及颈内动脉周围压力增加,使得颈总和颈内动脉管腔变小,血管受牵张程度变小,使得非手术侧压力感受器传入冲动减少,但同时有可能在向非手术侧推移内脏鞘及其周围组织,对此侧的迷走神经有一个轻度刺激,使其紧张轻度增加。在手术侧压力感受器传入冲动增强,非手术侧压力,感受器传入冲动减少及迷走神经轻度紧张,这三者的同时作用下,使得血压、心率等指标出现变化^[2]。另外在推移训练时,对患者颈部的机械性刺激及患者的不适感和紧张感,可使患者处于一种轻度的应激状态,从而使得血压、心率、呼吸频率增加。

3.2 气管推移训练实施效果 本组结果显示,训练组患者手术中血压、心率、呼吸频率的变化程度均小于对照组 ($P < 0.05 \sim P < 0.001$),即气管推移训练可显著降低血压、心率、呼吸频率在手术中的波动幅度,经过训练的患者,因颈部组织对手术的适应性增强,其血压、心率、呼吸频率变化较小,减少了手术的风险且因手术出血量少,手术视野显露好,气管相对松弛,利于手术顺利进行。而对照组患者由于术前未进行系统而正确的训练,其颈部组织僵硬,血压、心率、呼吸频率变化幅度大,增加了手术的风险和难

度,在牵开气管、食管等内脏鞘过程中往往出现严重呼吸困难、颈部不适感,由于术中出血量增加,术野显露差,手术进展困难、耗时长。因此,术前进行系统而正确的气管推移训练对于保证颈椎前路手术的顺利进行有着重要的意义。

3.3 气管推移训练的意义 患者经过良好而系统正规的气管推移训练后颈部组织适应性增强,术中患者的血压、心率、呼吸频率变化幅度小,减少了手术的风险,有利于手术顺利进行,而对照组由于在术前未进行气管推移训练,与训练组相比较其颈部组织明显僵硬,从而使患者在手术过程中血压等各项指标变化很大,在手术牵开气管过程中,常出现呼吸困难、颈部不适感,术野显露差,手术进展困难,耗时长,增加了手术的风险和难度,甚至有可能因术中无法牵开气管而被迫终止手术,增加了患者痛苦和经济负担,如勉强进行手术则有可能引起术后严重并发症。因此,术前进行系统而正确的气管推移训练对于保证颈椎前路手术的顺利进行有着重要的意义。

[参 考 文 献]

- [1] 施海燕,王世英.颈椎后纵韧带骨化症前路手术护理[J].护士进修杂志,2000 15(1):44-46
- [2] 张凤清,方军.颈椎前路手术围手术期气管推移训练的指导[J].护士进修杂志,2005 20(1):88-89.

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0363-03

。临床护理。

急性心肌梗死经皮冠状动脉内介入治疗的护理

徐秀君

[摘要]目的:总结急性心肌梗死(AMI)直接经皮冠状动脉内介入治疗(PCI)患者的护理经验。方法:对22例急性心肌梗死直接PCI患者进行术前心理护理、术前准备、术后观察及护理、预防术后并发症、正确的出院指导。结果:22例术后均顺利完成治疗和护理,康复出院。结论:有针对性的做好术前、术后护理工作,是直接PCI手术成功的重要保证。

[关键词] 心肌梗死;经皮冠状动脉内介入;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 542.22 [文献标识码] A

直接经皮冠状动脉内介入治疗(PCI)是指AMI患者未接受静脉溶栓治疗而直接经皮冠状动脉内成形(PTCA)+支架术,其目的在于开通闭塞血管,恢复心肌血流灌注,挽救濒死心肌。临床研究显示,直接PCI术与溶栓治疗相比,梗死相关动脉再通率更高(95%~99% vs 70%~80%),可进一步提高患者的生存率,降低病死率,挽救缺血损伤心肌,保护心功能。直接PCI术可显著降低溶栓治疗后急性再闭塞、再缺血、再梗死发生率,使患者获得更佳临床

疗效^[1]。对溶栓禁忌和高危(如心源性休克)患者同样适用,不仅安全有效,且治疗价值高,创伤小,住院时间短,医疗费用低。手术前、后的观察与护理对手术的成功率起着至关重要的作用,现将直接PCI患者的护理作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1999年7月~2003年12月,我科对22例AMI患者实行直接PCI术,男16例,女6例;年龄42~84岁。其中,右冠闭塞6例,回旋支闭塞3例,前降支闭塞13例,其中心源性休克3例,完全性房室传导阻滞3例。

[收稿日期] 2006-09-19

[作者单位] 安徽省蚌埠市第二人民医院 心血管科, 233000

[作者简介] 徐秀君(1959-),女,主管护师。

1.2 方法 22例术前常规咀嚼 300 mg阿司匹林,口服氯吡格雷 300 mg并常规给予备皮、碘过敏试验、普鲁卡因皮试。心导管室常规消毒、铺巾,局麻下经皮右(或左)股动脉穿刺,根据体表心电图对心肌梗死相关血管(IRA)定位,如考虑是右冠闭塞,或体表心电图提示为房室传导阻滞(AVB)者,在右心室临时起搏保护下实施手术。根据患者既往有无高血压病史及身高、心脏超声主动脉内径等情况,选择不同型号的冠状动脉造影导管,分别行左右冠状动脉造影,造影后,用特制的球囊导管扩张病变部位,再将带有支架的球囊导管送至病变部位,仅对AM相关的闭塞血管行PTCA及支架术。

1.3 结果 22例中 21例成功,1例未成功。21例成功患者梗死相关动脉再通(TMI)血流均达Ⅱ级,仅1例因右冠状动脉近段闭塞、Ⅲ度AVB心源性休克患者,因家属讨论是否接受AMI直接PC延误时间,12h后方行直接PCI术后3天,AVB由Ⅲ度恢复至Ⅰ度,且术后持续低排综合征1周。其余患者均在术后心前区疼痛消失,ST段抬高明显恢复,术后1~2周出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者因突发AMI生命垂危,痛苦难忍,又面临着创伤性诊治,心理存在紧张和恐惧,猜测和疑虑。这时护理人员要细心耐心的帮助他们尽快面对现实适应环境,了解他们对疾病的认识程度,针对个体差异进行心理护理。(1)向患者及家属反复介绍直接PC的目的、方法和术中注意事项,告诉患者及家属该项手术与开胸相比创伤小、痛苦轻的优点,且能改善心功能,预防心肌再梗死和猝死的必要性,以消除紧张情绪,取得患者及家属的配合。(2)如何保持情绪稳定,应对来自个人、环境方面不利因素的影响,防止外来诱因导致冠状动脉痉挛就显得非常重要。

2.1.2 术前准备 做好PC的常规术前准备,如生化常规、血小板计数、出凝血时间、部分凝血酶时间(APTT)、激活全凝血时间(ACT)、碘过敏试验、青霉素皮试、双侧腹股沟及会阴部备皮,记录12导心电图以作术中及术后监测与比较,备血,遵医嘱给予抗血小板聚集药(如立即给予肠溶阿司匹林 300 mg嚼服,氯吡格雷 300 mg口服)、扩冠药(单硝酸异山梨酯)、钙拮抗剂及镇静剂应用,保持静脉通道通畅,输液针头要适当大,以备抢救和输血用,术前4h禁食水,并训练床上大小便等。同时还要继续配合直接PC前的一系列AMI的抢救,如吸氧、镇静、抗休克(包括扩容和血管活性药物的应用)、抗心律失常纠正心力衰竭,加强营养心肌和能量的供给,定时

测定心肌酶谱,同时特别要注意患者心绞痛的症状以便及时了解AM的演变,及时发现各种恶性心律失常、心源性休克和急性心力衰竭的发生。

2.2 术后护理

2.2.1 心理护理 直接PC成功后,心肌血流得到再灌注,患者自觉症状明显减轻^[2],但要告诉患者此时还处于危险期,仍需安静休息,否则影响手术效果。而有些患者对手术成功持怀疑、猜测心理,再加上术后平卧位和患肢制动,患者忍耐性差,易产生烦躁情绪,不配合治疗和护理,所以术后做好患者的心理护理同样不可忽视,针对患者不同的心理状态,从心理、生活上多给患者鼓励和帮助,让患者保持乐观的精神状态,向其反复介绍术后注意事项,使患者配合医护治疗,以取得最佳的治疗效果。

2.2.2 心电监护 PC术后患者必须入住冠心病重症监护病房(CCU),持续心电监护24~48h密切观察血压、心率、心律和各种生命体征的变化,最初2h内每15min测量体温、脉搏、呼吸、血压,以后改为每2h测量,定时做好心肌酶谱测定,同时特别注意患者心绞痛症状的发生,如发现心前区不适应立即给予扩张冠状动脉及营养心肌药物治疗。

2.2.3 拔管配合及护理 术后患者取平卧位,术后4h拔除动脉鞘管,导引鞘管未拔出术前侧肢体制动,严禁坐起、翻转身体、下地和术侧肢体弯曲,以防导引鞘管移动弯曲、折断,从而刺伤血管或血管沿导引鞘管外壁渗血,引起出血和血肿。本组1例因术后血压偏低而未拔出鞘管,患者咳嗽引起术侧肢体移动,血液沿鞘管渗出,发现后及时拔出鞘管,压迫止血1h后加压包扎固定并给予输血、扩容、升压等有效处理才避免了大出血的严重后果。拔管时除常规护理外,应做好拔管前的准备及配合工作,除常规输液外还需另建一条静脉通路,备好阿托品、多巴胺、林格液及其它抢救药品和抢救仪器,暂停肝素钠注射液静脉推注1次,并停硝酸甘油等扩血管药物应用,必要时给地西洋10mg肌肉注射以安定患者情绪。拔管前给予2%利多卡因2.5~5ml鞘管旁注射以减轻拔管时的疼痛^[3]。拔管后局部按压动脉穿刺点上方0.5cm处0.5~1h力度以能触及到足背动脉搏动为标准,按压后给予宽胶布加压包扎并用1kg沙袋压迫穿刺处12h护理上应密切观察患者有无出现低血压、心率减慢、出冷汗、面色苍白、恶心呕吐、头晕等拔管反应症状,持续心电监护,注意心率变化,密切监测血压变化,每5min测量1次血压,直到生命体征平稳。

2.2.4 饮食活动的护理 患者术后即可进低盐、低脂清淡易消化半流质饮食,少食多餐,保证热量的供给,避免饱餐,并保持大便通畅,以免增加心脏负担。术后患者平卧24h术后48h可下床行走,活动量

以不感疲劳为宜。

2.2.5 心肌再灌注效果观察 成功的直接 PCI后冠状动脉再通,心肌得到灌注,心绞痛症状可以得到迅速缓解,心电图原来抬高的 ST段和倒置的 T波也随之恢复,心功能也得到相应的改善,否则则不然^[3]。所以,直接 PCI术后要特别注意心绞痛情况,持续心电、血压监护,定期记录心电图以便了解 PCI后冠状动脉再通心肌缺血改善情况,警惕再灌注心律失常的发生,另外,心肌酶谱也是反映灌注效果的一个重要指标,因此,要定时监测心肌酶谱的变化。

3.2.6 术后并发症的预防和观察 PCI最严重的并发症是冠状动脉急性闭塞,支架血栓形成的临床表现为胸痛和 ST段抬高,应行急诊导管检查及重复 PTCA术。而急性及亚急性血栓形成的发生率仍为 3.5%~8.6%,一般发生在术后 2~14天^[1]。因此,术后应注意观察穿刺处有无渗血渗液、沙袋有无移位、足背动脉搏动、趾端皮肤温度和颜色等末梢循环情况。若观察某一动脉发生了栓塞的情况,及时采取相应治疗措施,另外还应观察出血及血管损伤情况,冠状动脉支架术后常常应用抗凝药(一般术后 72 h肝素静推抗凝后改低分子肝素皮下注射,每天 2次,共 7天)干扰了凝血过程,轻者渗血,重者可造成血肿及大出血,所以术后 24 h内医护人员对患者操作时动作要轻柔,防止重压,静脉穿刺要准确无误,避免重复,防止造成皮下淤血和血肿。若观察发现患者穿刺处、注射部位、牙龈和鼻孔等有出血倾向者,应立即告之医生即时处理。在无心功能不全的情况下鼓励患者多饮水和足够的输液量,以促进造影剂的排泄,防止造影剂肾病甚至肾衰的发生。本组 22例均未发生任何并发症。

2.2.7 预防感染 每天 4次测量体温,切口保持无菌、干燥,术后 24 h换药,采用 0.5%碘伏棉球擦洗,75%乙醇棉球脱碘,敷以乙醇纱布再以干纱布覆盖,

隔天换药 1次,直至切口愈合,每次换药应严格执行无菌操作,常规应用抗生素,以防止感染。本组无一例感染发生。

2.3 出院指导 患者出院时,责任护士应向其做健康指导,嘱患者注意休息,适当运动,合理膳食,戒烟酒,同时还告知患者及家属了解疾病相关知识,如出现心悸、胸闷、心前区不适,在未得到救治的情况下,应及时给硝酸甘油舌下含化,以达到暂时缓解症状的目的,随即送往医院救治。指导患者长期服用抗凝药(阿司匹林 100 mg/d饭后服用),但应注意消化道出血的副作用;氯吡格雷 75 mg/d服用 6~9个月,最好服用 12个月;硝酸酯类及钙拮抗剂,长期服用他汀类降脂药物,注意定期复查血常规及肝功能,复查心电图,定期门诊随访。

3 讨论

急性心肌梗死(AMI)是导致冠心病患者死亡的最主要原因,而且发病急骤,患者有濒死感,为了挽救濒死的心肌,使梗死相关动脉再通,为患者实施直接 PCI是降低病死率、提高生存质量的重要治疗措施之一。通过对 22例 AMI直接 PCI的护理,使我们体会到高质量的护理工作是手术成功的基础,尤其是充分的术前准备,细心、耐心、周密、娴熟的术后护理技术,是预防和减少并发症、提高手术成功率的重要保证^[4]。

[参考文献]

- [1] 骆秉铨,马根山主编.介入心脏病学手册[M].南京:东南大学出版社,2002:101-299.
- [2] 王素芬,谭积颜,周蔚蓝.急性心肌梗死的急诊 PTCA护理体会[J].实用护理杂志,1998,14(Supp):3.
- [3] 杨省利.冠状动脉内支架植入患者术后护理[J].中华护理杂志,2000,35(2):82-84.
- [4] 赵金驹,王艳.经皮冠状动脉成形术的护理[J].实用护理杂志,1999,15(4):19.

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0365-02

。护理医学。

气管套管断裂致气管异物 1例护理体会

仇和悦,胡海燕,范兰霞

[关键词] 气管异物;气管套管断裂;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 768.13

[文献标识码] B

气管切开术既是一种急救治疗方法,也是一些疾病的主要辅助治疗手段,而喉、气管病变在气管切开术后需要长期甚至终身带管,以维持其呼吸功能,但气管套管发生断裂、落

入气管而形成气管异物,此并发症较罕见^[1]。2005年 2月 13日,我科收治 1例气管套管断裂致气管异物,现将其护理作一报道。

1 临床资料

患者女性,55岁。1年前因喉部新生物出现喉梗阻,行气管切开,保持呼吸道通畅。术后呼吸平稳,患者拒绝喉部手术,故长期带气管套管。入院前 4天在我科复查,发现气

[收稿日期] 2006-10-14

[作者单位] 安徽省池州市人民医院 眼、耳鼻喉科,247000

[作者简介] 仇和悦(1963-),女,主管护师。