

后观察及护理是关键之一^[3,4],特别是 72 h 内的护理和观察。本组经严密细心观察和护理,6 例皮瓣顺利成活,2 例因卧位不当、在睡眠时压迫蒂部,探视人员吸烟等造成皮瓣缺血、瘀血肿胀,护理人员及时发现,并向值班医生汇报,采取积极的挽救措施,1 例皮瓣挽救成功,1 例因发现较迟,导致皮瓣远端约 3 cm 坏死,由此可见严密的术区观察是手术成功的重要环节之一。

心理护理对手术成功甚为重要,护士尽可能地 向患者传递积极的治疗信息,使患者树立治愈的信心。护理人员要经常及时地倾听患者意见,耐心、细心地向患者讲解康复治疗措施和必要手段,对患者提出的躯体症状和内心矛盾给予科学的解释,赢得

患者信任,增强患者信心,使患者解除顾虑配合治疗,同时争取患者家属的支持和配合。通过该护理方案的实施,使患者更好的理解并配合手术的实施,确保手术成功。

[参 考 文 献]

[1] 李心天. 医学心理学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2001:28.

[2] 董美珍,王 萍. 桥式交腿皮瓣患者术后观察与护理体会[J]. 临床医药实践,2003,12(10):778-779.

[3] 周明霞,王家缘,孙振中. 上臂外侧骨皮瓣修复手部及前臂复合伤的护理 9 例[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(5A):26-27.

[4] 袁彩根,任 英,张丹群. 腓肠肌肌瓣移植修复胫骨上段肿瘤切除后软组织缺损的术后护理[J]. 中华护理杂志,2006,41(2):119-120.

[文章编号] 1000-2200(2009)03-0257-02

· 护理学 ·

有创动脉血压监测在体外循环术后应用的护理

黄 慧

[摘要]目的:总结有创动脉血压监测在体外循环术后应用的护理经验。方法:回顾性分析 120 例体外循环术后有创动脉血压监测的护理,观察其优点及护理要点。结果:120 例术后血压得到有效的监测,留管 1~3 天,其中 3 例导管脱出,2 例导管阻塞,无导管感染和动脉栓塞等并发症发生。结论:有创动脉血压监测在体外循环术后能准确反映患者的病情变化,特别是血压的变化,而正确的护理又能有效地防止并发症的发生。

[关键词] 体外循环;血压测定;穿刺术;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 654. 1;R 443. 5 [文献标识码] A

体外循环术后患者的病情重,变化快,生命体征不稳定,要连续不断地监测生命体征,而血压监测尤为重要。无创袖带血压监测虽然对患者无损伤,但不能反映病情的动态变化,长时间使用,使患者肢体肿胀、瘀血;有创动脉血压监测对患者损伤小,能动态监测血压,准确地提供病情变化的动态信息^[1]。现将我科采用的有创动脉血压监测在体外循环术后应用的护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 120 例,为 2007 年 1~7 月在我科行体外循环手术后患者。男 67 例,女 53 例;年龄 3~60 岁。行双瓣置换术 17 例,二尖瓣置换术 25 例,主动脉瓣置换术 9 例,房间隔缺损修补术 35 例,室间隔缺损修补术 34 例。均做动脉穿刺血压监测,其中桡动脉穿刺 102 例,足背动脉穿刺 18 例。

1.2 方法 患者从手术室回我科监护病房后,立即

将测压管道系统与换能器相接,再连接到心电监护仪上,即可显示动脉收缩压、舒张压和平均动脉压。每 2~3 h 用肝素稀释液(肝素 12 500 u 加入 0.9% 的生理盐水 500 ml 中即可)冲洗测压管道。

1.3 结果 本组 120 例通过正确有效的护理,准确地监测了患者的血压变化,留置 1~3 天。其中有 3 例导管脱出,2 例导管阻塞,无导管感染及动脉栓塞等并发症发生。

2 护理

2.1 严格执行无菌操作 穿刺部位每 24 h 用碘酒、乙醇消毒,更换敷料 1 次,并用无菌透明贴膜覆盖,防止污染。从动脉测压管内抽血化验时,注射器接头处严密消毒,不得污染。测压管道系统应始终保持无菌状态,将换能器置于无菌治疗巾中防止污染,每 24 h 更换 1 次治疗巾。本组严格执行无菌操作,无导管感染并发症的发生。

2.2 保持测压管道的固定通畅 妥善固定穿刺针、延长管及测压肢体,防止导管受压或扭曲。定时用肝素稀释液冲洗管道,应使三通开关保持在正确的方向,保持测压管道的通畅。翻身时要固定好穿刺

[收稿日期] 2007-11-02

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 胸心外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 黄 慧(1979-),女,护士。

针,以防脱出,尤其是患者躁动时,应严防被患者自行拔出。本组有10例是3~4岁的小儿,用约束带固定患儿的四肢,防止测压管扭曲、导管脱出。其中2例在患儿躁动时发生导管完全脱出,发现及时,在无菌操作下,加压按压穿刺处15 min,无菌敷料覆盖,绷带环形包扎,经过有效及时的处理后,局部无出血和血肿的发生;1例发生导管部分脱出,即穿刺针仍在皮内,但已不在动脉内,局部发生血肿,立即拔出穿刺针,局部按压15 min,无菌敷料覆盖,绷带环形包扎,1天后血肿消退。

2.3 严密观察动脉压力波形 要严密观察心电监护仪上的动脉压力波形,正常的压力波形分为升支、降支、重搏波。当测压管道回血、导管阻塞、穿刺针脱出、动脉栓塞等情况时,都会出现波形异常,成高低不一的颤动波,或者成一条直线,一定要及时查找原因,及时处理。每次抽取动脉血气标本后,均需要重新调节零点,调零时将换能器与心脏放于同一水平,转动三通开关,关闭动脉穿刺侧端,去除与三通连接的注射器,使换能器与大气相通,当监护仪上出现零点时,再次转动三通开关,使换能器与动脉穿刺侧端相通。

2.4 并发症的预防

2.4.1 防止动脉内血栓及气栓的发生 肝素稀释液每2~3 h冲洗测压管道1次。每次从测压管抽取动脉血后,均应立即用肝素稀释液进行快速脉冲式冲洗,以防凝血。管道内如有血块堵塞时应及时予以抽出,切勿将血块推入,以防发生动脉栓塞。在抽取动脉血气分析标本及校零时应特别注意,防止空气进入。及时检查各连接管道,防止松动脱出,确保整个连接管道及监测系统的封闭状态,以有效预防气栓。在患者循环功能稳定后,应及早拔出动脉穿刺针。本组无气栓的发生,但有2例在采集动脉血标本后未立即冲洗管道,发生导管阻塞,其中1例用5 ml注射器抽出血块,再立即用肝素稀释液进行快速脉冲式冲洗后,管道恢复通畅;另1例无法抽出血块,给予拔出动脉穿刺针。

2.4.2 防止远端肢体缺血 密切观察动脉穿刺侧远端手指的颜色与温度以及动脉的搏动情况,及时发现缺血征象,若有疼痛、麻木或手指温度降低,颜色苍白、青紫,提示肢体远端缺血,这时应及时拔出动脉穿刺针。在固定穿刺侧肢体时,切勿环形包扎或包扎过紧,以免发生肢体远端缺血。本组无远端肢体缺血发生。

2.4.3 防止局部出血、血肿 一般出血多见于穿刺后6 h内,部分患者少量渗血,要注意观察穿刺部位有无渗血、青紫、肿胀等现象。拔管后要有效地压迫

止血,尤其对应用抗凝药的患者,压迫止血应在15 min以上,并用宽胶布加压,必要时局部用绷带加压包扎,30 min后去除绷带。本组1例从手术室回监护病房时,即发现穿刺针处少量渗血,给予更换无菌透明贴膜,针眼处无菌干棉球适当按压15 min,1 h后无新鲜血液再渗出。

3 讨论

体外循环术后要使患者的平均动脉血压维持在一定范围(60~90 mmHg)才能减少术后并发症的发生,利于患者的康复。有创动脉血压监测通过动脉穿刺置管,将动脉内的压力通过换能器与监护仪连接,能准确的反映每一个心动周期血压的变化情况。弥补了袖带测压的不连续性,又能确保测压准确、及时、迅速、直接,配合中心静脉压的监测,更能准确反映心排血量和组织器官的灌注情况,以便及时调整输液、输血的量和速度,纠正循环血量不足,防止低心排综合征、肺水肿等并发症的发生。避免因过度输液导致肺水肿、脑水肿,为体外循环术后的患者创造良好的监护条件,为医生制定及修改补液计划提供了依据^[2]。同时可以帮助调整血管活性药物的使用剂量和速度,如硝普钠、多巴胺、米力农等。由于个体存在差异,个别患者在应用血管活性药物时特别敏感,稍减低剂量血压就能从130 mmHg降到70 mmHg或者更低,对于这些患者一定要密切监测血压的情况,逐渐减低血管活性药物的剂量,直至停用。在更换药液时,要迅速、准确,必要时可以使用泵对泵的更换,以免使患者长时间处于低血压状态^[3]。

有创动脉血压的监测方便采集动脉血气标本,减轻患者反复穿刺动脉采集血标本,给患者带来的痛苦和对动脉血管的损伤,同时根据血压,及时调整血管活性药物的剂量,在体外循环术后,对患者的抢救和治疗起到重要作用。因此,有创动脉血压监测是体外循环术后监测血压的必不可少的方法,要严格执行无菌操作,保持测压管道的固定通畅,密切观察心电监护仪上的动脉压力波形,避免发生血栓、气栓、出血等并发症。本组严格执行无菌操作,加强管道护理,密切观察,置管期间无感染、动脉栓塞、出血等并发症发生,使患者顺利康复。

【参 考 文 献】

- [1] 刘长文,徐淑秀主编.危重症脏器支持与护理[M].北京:人民卫生出版社,2001:83.
- [2] 田社民,牛希华,赵耀华,等.有创血压监测在严重烧伤病人休克液体复苏中的初步应用[J].河南医学研究,2003,12(3):244-246.
- [3] 庞华琼,李秋,冯佩兰.体外循环术后桡动脉穿刺测压的护理[J].护士进修杂志,2004,19(4):331-332.