

精细,使用时要轻拿轻放,避免碰撞^[6]。

3 护理体会

3.1 肾上腺嗜铬细胞瘤因其分泌大量的儿茶酚胺可引起阵发性或持续性的高血压以及一系列代谢紊乱症候群,病情凶险,手术是目前治疗嗜铬细胞瘤唯一有效的方法^[7]。腹腔镜下肾上腺嗜铬细胞瘤切除手术具有创伤小、手术时间短、手术中出血量少等优势,但同时手术难度和风险也较大,对护士的临床技能和专业知识提出了新的要求,良好的术中配合可以大大提高手术的安全性。

3.2 手术室护士应做好充分的术前准备、术中熟练配合、严密观察病情变化及严格无菌操作,是手术成功的重要保证。巡回护士要熟练掌握各种仪器性能、操作步骤,严格按操作规程,术中密切观察病情变化;器械护士要熟悉手术解剖位置,熟练掌握各种手术器械的名称、功能和使用方法,以保证能迅速正确的传递器械,同时要准备好各种止血材料。严密观察生命体征,密切观察手术进程^[8]。

3.3 术中全麻诱导、气管插管、改变体位,手术探查挤压肿瘤时易诱发高血压危象,手术室护士应掌握相关的专业知识,术前至术后的全过程中,密切关注患者生理和心理两方面的变化,有预见性地、及时地应对手术中突发、紧急情况,应熟练地掌握各仪器设备的使用方法,与手术医生和麻醉医生积极配合,尽可能缩短手术时间,以确保手术顺利进行。

参考文献

[1] 杜爱华,郑莉莉,黄静. 腹腔镜下手术治疗肾上腺嗜铬细

胞瘤 56 例围手术期观察与护理[J]. 内蒙古中医药, 2011,30(5): 168-169.

[2] 冯艳. 后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的围手术期护理[J]. 实用临床医药杂志:护理版,2010,14(10): 14-15.

[3] 谌聆琴,糜丽梅,孙发. 后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤切除术 12 例护理体会[J]. 贵州医药,2010,34(6): 561-562.

[4] 陈兰,李琳. 后腹腔镜肾上腺嗜铬细胞瘤摘除术 28 例围术期舒适护理[J]. 齐鲁护理杂志:外科护理,2010,16(8): 77-78.

[5] 张瑜,郭留萍. 后腹腔镜下肾上腺嗜铬细胞瘤切除术的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(27): 3514-3515.

[6] 谢妙珠,翁佩君,蔡雪玲. 经后腹腔镜行腹腔镜下嗜铬细胞瘤切除的手术护理配合[J]. 广东医学,2010,31(14): 1901-1902.

[7] 樊军芳. 后腹腔镜下治疗肾上腺嗜铬细胞瘤的护理[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(14): 79-80.

[8] 李洁,黄春华. 后腹腔镜肾上腺肿瘤切除术的护理配合[J]. 实用医学杂志,2010,26(4): 688-689.

(收稿日期:2011-07-11)

640 例经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的护理

宋晓菊(重庆市第三人民医院心内科 400014)

【摘要】 目的 通过对经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的观察和护理,总结其治疗效果。**方法** 观察总结了 640 例经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者的护理,术前落实有效的心理护理及术中配合指导,术后严密观察肢体血液循环状况,重视并发症的预防。**结果** 640 例患者除 4 例出现伤口局部血肿、水泡、上肢少数皮下出血外,其余均好转出院。**结论** 经桡动脉行冠脉介入治疗减少了并发症,提高了患者的舒适程度,缩短了住院时间及住院费用,有利于冠状动脉造影术及血管成形术的进一步推广。

【关键词】 冠状动脉疾病; 血管成形术,经腔,经皮冠状动脉; 桡动脉; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2150-03

冠状动脉造影及冠状动脉介入治疗(PCI)的传统方法是经股动脉穿刺,但其卧床时间长,局部并发症多。近年来经桡动脉途径行冠状动脉造影术和 PCI 在我国发展迅速。本院从 2006 年 5 月至 2010 年 12 月,经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者 640 例,经过精心的护理,取得良好的疗效,现将护理内容报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组经桡动脉行冠状动脉介入治疗患者 640 例(Allen 试验阳性 617 例,阴性 23 例),男 423 例,女 217 例,年龄 46~89 岁,平均 65.5 岁。其中冠状动脉造影 458 例,冠状动脉内支架植入 163 例,经皮冠状动脉成形术(PTCA)19 例。冠状动脉造影术 458 例中门诊 22 例,住院 436 例;成功 453 例,成功率 98.9%;失败 5 例,3 例改穿同侧尺动脉后成功,2 例改穿同侧肱动脉成功;458 例中除 8 例术中发生动脉痉挛外,其余无一例出现桡动脉闭塞、出血、血肿及动脉瘤等。支架植入术 163 例,成功 159 例,成功率 97.5%;失败 4 例,其中

因各种原因指引导管无法到位 3 例,到位后支撑力不够 1 例,改穿股动脉均成功;163 例中除 4 例出现伤口局部血肿、水泡、上肢少量皮下出血外,其他无严重并发症。PTCA 19 例均获成功,成功率为 100%。

1.2 入选标准与排除标准 临床有胸闷、胸痛症状及典型心绞痛缺血依据,且无抗凝治疗禁忌证患者均可选用此造影术,而患者的年龄、性别、体质量、身高等因素均不影响经桡动脉冠状动脉造影术的实施。D'urban 和 Cafiero^[1]认为,桡动脉途径的禁忌证包括桡动脉未触及、Allen 试验异常等。有透析用动静脉内瘘者是桡动脉穿刺的绝对禁忌证。桡动脉路径有皮下出血、肿胀、药液渗漏,机械性或化学性静脉炎,血管或皮肤破损、炎症、感染等,是桡动脉介入治疗的相对禁忌证^[2]。

1.3 手术方法 经桡动脉路径患者,右手臂自然平伸外展 30°左右,将腕部抬高约 5~10 cm 以便于穿刺。常规消毒铺巾,消毒区域为手掌至肘关节,同时消毒对侧手臂及腹股沟备用。选用 Terumo 桡动脉专用穿刺包,在桡骨茎突近端稍上或下、桡

动脉搏动最强处穿刺。进针方向与桡动脉走行一致,以 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 缓慢进针,见少许回血后缓慢退针,直至针尾部有血液涌出。通过穿刺针送入导丝,确认无阻力后,插入桡动脉鞘管(4F或5F)。随后鞘内注入肝素3 000 U、硝酸甘油 $100\sim 200\ \mu\text{g}$,以减少桡动脉痉挛或闭塞的发生率。在完成冠状动脉造影后行PTCA或支架术前,追加肝素2 000~5 000 U。术后立即拔除动脉鞘管,局部加压包扎。造影术后2 h,PTCA和支架术后4 h改为普通包扎。术后病情稳定患者可下床活动,无须严格卧床休息。

2 护 理

2.1 术前准备

2.1.1 Allen 试验 先将患者手臂抬高,术者双手拇指分别摸到桡动脉、尺动脉搏动后,同时压迫桡动脉、尺动脉,以阻断血流;嘱患者主动握拳6~7次再伸开手指,持续压迫桡、尺动脉,此时患者手的颜色变为苍白;松开尺动脉,仍压迫桡动脉;患者手的颜色在10 s内恢复正常为阳性结果或无缺血,可以经此入路;若患者手的颜色在10 s内未恢复正常为阴性结果或有缺血,则不能采用此入路^[3]。

2.1.2 心理护理 患者在术前会产生较强的心理反应,如紧张、恐惧、焦虑等。有调查表明,行冠状动脉造影术的患者有焦虑存在,而且较为严重^[4]。因此系统的术前教育和详细、具体的术前指导是非常重要的护理措施,有助于减轻或消除患者的焦虑心理。术前应详细地向患者介绍手术的目的、方法、安全性以及术中的注意事项等;消除患者的紧张和恐惧情绪。对精神过度紧张的患者可于前一晚或术前30 min口服安定5 mg。

2.1.3 协助患者完善各项术前检查 详细询问患者的药物过敏史,做抗生素和碘过敏试验。术前1 d做好双侧手掌至腕关节上10 cm清洁,对汗毛多者可备皮。为防止桡动脉穿刺失败后行股动脉穿刺,腹股沟区也需备皮。

2.2 术中观察

2.2.1 穿刺前在桡、尺动脉区域用2%利多卡因不稀释局部麻醉,药用量要少但麻醉力度要够,以免掩盖桡动脉搏动,提高穿刺成功率。术中加强观察,重视患者主诉,注意患者穿刺手指和手掌部有无疼痛,有无温度、颜色的变化,若有疼痛或手指温度降低,颜色苍白,提示肢体远端缺血,提醒术者处理,可以待患者无疼痛、肢体颜色恢复正常再继续进行手术。

2.2.2 预防桡动脉痉挛的方法 鞘管内注射利多卡因、硝酸甘油或心理疏导。本组有8例患者术中发生动脉痉挛,向鞘管内注射硝酸甘油 $200\ \mu\text{g}$ 得以解除痉挛。

2.2.3 心血管事件观察 术中需进行连续的心电和生命体征监测,密切观察患者神志、心率、心律、血压和呼吸变化的同时,仍需继续做好心理护理及心血管急救药物的准备。

2.3 术后护理

2.3.1 患者取舒适自由体位,继续监测心律、心率及血压变化,尤其注意患者心电图的改变,有无ST段提高和压低,以了解有无心肌缺血发生和程度,注意患者有无主诉胸痛、胸闷、心悸等不适症状,对于血流动力学不稳定、心律失常的患者,应延长监测时间直至病情稳定。术后指导患者饮温开水1 500 mL以上,促进造影剂排出,进食易消化食物,如出现胸部疼痛应及时报告医生配合处理。

2.3.2 拔除鞘管后的护理 桡动脉压力低,出血少,术后即可拔除鞘管,加压包扎。术后4 h内每15~30分钟观察1次手腕部有无渗血及桡动脉搏动情况,4 h后每小时观察1次,直至术后12 h。如发现患者手指颜色发紫,并诉手部麻木,提示压

迫过紧,影响手部静脉回流;如局部渗血,提示压迫过松或压迫不到位,需重新压迫。穿刺侧上肢在24 h内严禁加压,如需监测血压可在对侧上肢测压。

2.3.3 穿刺侧手部血液循环的观察和护理 24 h内严密观察桡动脉穿刺部位、手及术侧肢体,以掌握手部血液循环状况。局部血液循环的观察指标主要有指体色泽、手指温度、毛细血管回充盈试验^[5]、指腹张力等。指体由红润变苍白,说明肢体静脉回流受阻,处于缺血状态,可由于动脉痉挛或栓塞引起。手指温度升高,指体由红润变成暗紫色而后手指温度下降,但仍有毛细血管回充盈现象,说明肢体静脉回流大部分障碍,但仍有少量回流。指腹张力明显增高,无毛细血管回充盈现象,证明肢体静脉回流障碍。因此对穿刺侧手部血液循环的观察需综合分析判断,发现异常及时通知医生。

2.4 并发症的预防及护理

2.4.1 血管痉挛 桡动脉作为肌性动脉,因其平滑肌细胞的动作电位较低,且富含肾上腺受体,交感神经兴奋易引起痉挛。紧张、焦虑及直接的血管刺激等均易诱发痉挛。要求:(1)送入造影导管前由桡动脉鞘管内注入硝酸甘油和利多卡因,以防止血管痉挛。(2)选用亲水性的超滑导丝和较小直径(4F或5F)的造影导管轻柔推送,以减少对血管的刺激。(3)血管穿刺力争一次成功,导管的操作次数和时间尽量减少,可在一定程度上避免或减少血管痉挛的发生。因此,护士术中应密切观察术侧肢体有无疼痛,手指、手掌温度、颜色的变化,若患者出现手臂部疼痛、麻木、颜色苍白、手指发凉,提示可能有痉挛发生。护士应及时提醒医生暂停操作,并向血管内注射硝酸甘油或合贝爽(盐酸地尔硫草)以解除痉挛。

2.4.2 桡动脉狭窄和闭塞 经桡动脉冠状动脉介入手术可造成无症状性桡动脉闭塞,其发生率为6%~10%。姚民^[6]曾有报道,在经桡动脉路径介入治疗中,桡动脉闭塞的发生率在8F、7F和6F动脉鞘组中依次为14.3%、6.5%和0.4%。提示桡动脉狭窄和闭塞的发生与使用的动脉鞘管径大小有关。因此:(1)尽可能选择较小直径的动脉鞘管,以减少对局部血管壁内膜的损伤。(2)合理选用适合于桡动脉径路的较小直径的造影导管。(3)尽可能缩短手术操作时间。(4)术后立即拔除鞘管,缩短鞘管留置时间。(5)压迫止血时尽量缩短完全阻断血流的时间,尽早使桡动脉血流再开通,有助于降低桡动脉狭窄及闭塞发生。

2.4.3 导丝穿透血管引起出血 是最严重的并发症,由于出血量大,血压下降,加上疼痛,会导致迷走神经反射,进一步使血压下降和心率减慢,如不及时处理,会产生不良后果。应采取局部压迫或加压包扎止血,尽量长时间局部压迫,密切观察生命体征变化,包括对血色素的监测,同时作好外科处理的准备。

2.4.4 局部血肿和迷走神经反射 对局部出现肿胀或造影发现有出血者,应立即进行局部压迫并同时减少阿司匹林和肝素用量,尽量降低血压。出现迷走神经反射者应立即静脉推注多巴胺 $10\sim 20\ \text{mg}$ 和阿托品 $0.5\sim 1.0\ \text{mg}$ 。对出血量较大者进行扩容或输血。

3 讨 论

桡动脉周围无神经、静脉及软组织,从而避免或减少了神经损伤、动静脉瘘及假性动脉瘤的发生;桡动脉走行表浅且紧邻骨组织,术后易于压迫止血,从而降低了穿刺点局部出血、血肿的发生率^[7],同时无需使用血管缝合器或止血器等,降低了患者的住院费用;手掌由桡动脉及尺动脉双重供血,即使术后

出现桡动脉闭塞,亦不会导致严重的缺血并发症^[8];患者术后能够即刻下床活动,不需绝对卧床休息,提高了患者的舒适程度;通过密切观察及护理,提高了手术的成功率,减少了并发症,缩短了住院时间及住院费用,从而有利于冠状动脉造影术及血管成形术的进一步推广。随着介入技术的提高,相信在不久的将来,经桡动脉途径 PCI 的适应证将不断拓展,PCI 会得到更广泛的普及。

参考文献

- [1] D'arbano M, Cafiero F. Percutaneous radical approach for coronary angiography[J]. *Ital Cardiol*, 1996, 26(10): 1149-1155.
- [2] 杨省利,吕安林. 经桡动脉冠状动脉介入治疗护理技术研究[J]. *解放军护理杂志*, 2003, 20(2): 14-16.
- [3] 马长生. 冠心病介入治疗:技术与策略[M]. 北京:人民卫

生出版社, 2004: 211-212.

- [4] 李文涛,何晓明,王宣芝. 冠状动脉造影术后血压的观察及护理[J]. *实用护理杂志*, 2001, 17(2): 48-49.
- [5] 程国良,潘达德. 手指再植与再造[J]. 北京:人民卫生出版社, 1997: 120-122.
- [6] 姚民. 经桡动脉径路冠状动脉造影 689 例体会[J]. *中国循环杂志*, 2002, 17(5): 34.
- [7] 梅静,郭小平,李淑荣. 两种路径冠状动脉介入治疗术后非心脏性并发症的观察及护理[J]. *解放军护理杂志*, 2006, 23(10): 61-62.
- [8] 娄百玉,刘建庄. 经桡动脉和股动脉穿刺行冠状动脉介入治疗的临床观察[J]. *中国实用护理杂志*, 2005, 21(5A): 35-36.

(收稿日期:2011-03-05)

脑出血患者常见并发症的护理

周开明(重庆市江津区第二人民医院内科 402289)

【摘要】 目的 分析脑出血患者并发症的原因并探讨其对策。**方法** 对 86 例脑出血患者并发症进行综合分析。**结果** 使临床护士对脑出血常见并发症有了充分的认识,并且提出相应的护理措施。**结论** 正确的护理可有效地减少脑出血患者的病死率,减轻致残率,提高患者的生活质量。

【关键词】 脑出血/并发症; 脑出血/护理; 肺炎/护理; 泌尿系感染/护理; 便秘/护理; 褥疮/护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)17-2152-02

脑出血是指非外伤性脑实质内的动脉、毛细血管或静脉破裂而引起的出血,高血压是脑出血最常见的病因,寒冷季节发病率高。常在体力活动或情绪激动时发病,且发病急骤,病情危重,大多在数小时内发展至高峰。患者常出现剧烈头痛、呕吐、烦躁不安,继而出现昏迷不醒、深大呼吸、半身不遂、小便失禁、抽搐等症,大部分人致残或留下较为严重的后遗症。随着我国生活水平的提高,脑血管疾病的发病率呈逐年增高趋势,是人类死亡及致残的主要原因之一。对脑出血患者进行及时、有效的系统护理,是减少并发症和病死率的关键。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年 5 月至 2010 年 4 月本院内科收治脑出血患者 86 例,其中男 55 例,女 31 例,年龄 35~85 岁,平均 60 岁。患者入院时神志清楚 50 例,意识障碍 36 例;一侧肢体偏瘫 58 例,失语 21 例。

1.2 方法

1.2.1 肺部感染的预防及护理 (1)病房应经常开窗通气,保持空气新鲜;(2)注意保暖,预防感冒;(3)协助患者翻身叩背,鼓励将痰液自行咳出;(4)指导患者深呼吸和有效咳嗽,练习吹气球,做扩胸运动;(5)昏迷患者,取平卧位头偏向一侧,保持呼吸道通畅;(6)痰多黏稠不易咳出时,行雾化吸入,必要时吸痰,吸痰时动作轻柔,要严格执行无菌技术操作;(7)口腔护理每日 2 次;(8)气管切开患者套管口盖双层湿纱布并持续湿化气道,切口皮肤每日消毒更换敷料;(9)鼻饲时宜抬高床头 30°,鼻饲完后维持体位 30 min,鼻饲后 30 min 内禁止吸痰,防止胃内容物反流误吸气管内引起吸入性肺炎。

1.2.2 泌尿系统感染的预防及护理 尿失禁、尿潴留的患者,应在严格无菌操作下留置气囊导尿管,保持尿管通畅,定期更换尿袋及尿管,尿袋不能高于耻骨联合;每日清洁会阴、肛门,

消毒尿道口 1~2 次,大便后及时清洁;鼓励患者多喝水;定期做尿液细菌培养,必要时根据细菌敏感试验选择有效抗生素。

1.2.3 便秘的预防及护理 (1)合理调配膳食,多吃含纤维素多的蔬菜、水果,养成定时排便的习惯;(2)每天饮水 1 500~2 000 mL,早餐前半小时喝一杯温开水,可刺激排便;(3)在病情许可的情况下适当运动,如平卧抬腿、抬高臀部、提肛等,环形按摩腹部;(4)晨起服温蜂蜜水或 20 mL 芝麻油,每日用蕃泻叶泡开水、口服麻仁润肠丸或果导片,以改变患者出现便秘后再治疗的被动局面^[1];(5)排便时提供隐蔽条件,如屏风遮挡,病情许可时床边使用坐便器;(6)必要时用开塞露或行清洁灌肠。

1.2.4 褥疮的预防及护理 (1)一般护理措施:长期卧床的患者每 1~2 小时翻身拍背一次,平卧、侧卧交替进行,左、右侧卧呈 45°~90°^[2],建立床头翻身记录卡;在褥疮的好发部位加用软垫、气圈或使用气垫床;保持床铺平整无渣屑,被褥湿了要及时更换;避免拖、拉、推的动作,以防擦破皮肤,保持皮肤的清洁干燥,同时加强营养,多食高蛋白、高热量和富含维生素的饮食,增强抵抗力^[3]。(2)对于已发生的褥疮,采取以下护理措施:Ⅰ~Ⅱ°褥疮用聚维酮碘消毒皮肤后,涂百多邦(莫匹罗星软膏)和湿润烧伤膏;Ⅲ°褥疮用双氧水(过氧化氢)和生理盐水清洁后,撒敷云南白药粉、清蛋白湿敷创面等;Ⅳ°褥疮行外科清创后用胰岛素加庆大霉素湿敷,同时配合高压氧治疗,必要时行激光汽化切割溃疡面、用局部皮瓣和带血管肌蒂皮瓣转移植入等治疗,加服大剂量维生素 C 促进溃疡愈合。

1.2.5 深静脉血栓的预防及护理 由于长期卧床,肢体瘫痪,容易发生深静脉血栓。每日给患者行 2~3 次四肢向心性按摩及肢体的被动运动,每次 10~15 min,促进静脉血回流,防止深静脉血栓形成。一旦发现不明原因的发热、下肢肿痛,立即报