

Patient Positioning for PICC Line Tip Determination[J]. Emerg Radiol, 2009, 10(4): 186-189.

- [7] 张娜, 姜晓新. PICC 置管中存在的护理问题及原因分析[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(10): 59-60.
- [8] 高玲. 乳腺癌行 PICC 发生置管困难及异位原因分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(1): 56.
- [9] 郭潇. 三向瓣膜式 PICC 在乳腺癌病人患肢置管中的应用

及护理[J]. 护理研究, 2007, 21(2): 156-158.

- [10] 张红, 马淑玲, 董静, 等. PICC 置管导管异位的发生情况及相关因素分析[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(3): 203-204.

(收稿日期: 2013-05-18 修回日期: 2013-08-07)

53 例主动脉夹层围术期护理探讨

于凌波(南京医科大学附属南京医院/南京市第一医院 CCU 210006)

【摘要】目的 总结主动脉夹层围术期护理要点及体会。**方法** 分析 2012 年 1 月至 2013 年 3 月南京医科大学附属南京医院心血管外科收治的主动脉夹层患者 53 例, 总结其护理经验。**结果** 术后并发肺部并发症 8 例(15.1%), 心律失常 13 例(24.5%), 脑部并发症 7 例(13.2%), 无死亡病例, 所有患者术后均康复出院。**结论** 术前及时进行心理干预, 严格控制患者血压和心率, 术后给予周到的病情变化观察, 努力降低并发症, 可促进患者早日康复。

【关键词】 主动脉夹层; 手术; 临床护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3396-02

主动脉夹层系主动脉腔内的血液从主动脉内膜撕裂口进入主动脉壁内, 导致主动脉中层形成血肿并沿主动脉延伸扩展的一种心血管系统疾病, 自然预后较差, 往往因动脉瘤破裂大出血死亡, 是一种较为严重的心血管疾病^[1]。主动脉夹层一旦明确诊断应及早手术, 降低病死率。如何提高主动脉夹层手术治疗的有效率, 降低并发症及病死率, 是临床医护人员密切关注的问题。作者对 2012 年 1 月至 2013 年 3 月本科室收治的主动脉夹层患者 53 例患者术前、术后进行精心护理, 取得了满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 53 例患者均来自于本科室 2012 年 1 月至 2013 年 3 月收治的主动脉夹层患者, 其中男 28 例, 女 25 例, 年龄 53~78 岁, 平均 65.7 岁。并发高血压 32 例, 糖尿病 16 例, 马方综合征 3 例, 脑梗死 2 例。急诊手术 29 例, 择期手术 24 例。

1.2 手术方法 在全身麻醉深低温停循环下施行了全弓置换及远端支架象鼻植入, 术中腋动脉插管单侧灌注脑保护。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 (1)心理护理: 大多数患者由于受到疼痛和对疾病认识不够的影响产生焦虑和恐惧心理, 因此在治疗的同时需要加强患者心理护理, 在护理工作进行中向患者强调维持稳定的心理情绪对疾病治疗的重要性, 鼓励患者主动表达自己的感受, 理解并耐心倾听患者主诉, 同时以娴熟的业务操作让患者信任。对需要紧急手术或者适宜手术的患者, 向患者及其家属宣教手术的必要性, 如有问题, 尽力帮助解决, 尽早进行手术。(2)心率和血压的控制: 因高血压发病的主动脉夹层越来越多, 血压过高和心率过快都可导致夹层破裂, 降低血压和减慢心率是必要措施^[2]。一般给予患者微泵注入硝普钠 1~10 μg/kg, 将收缩压控制在 150~200 mm Hg。若降压效果仍不理想, 可给予微泵注入硝酸盐类药物。心率控制一般采用 β-受体阻滞剂, 例如倍他乐克或者普萘洛尔等药物。同时镇静剂的应用也可达到减慢心率的作用。(3)镇痛剂的应用: 主动脉夹层患者最常见的症状是疼痛, 临床表现多为胸部撕裂剧痛, 并

向背部延伸, 伴有呕吐、恶心、大汗。疼痛可致使患者产生恐惧焦虑心理, 使病情恶化甚至导致破裂死亡, 必须予以控制^[3]。通过评估每例患者疼痛情况给予镇痛剂止痛, 一般间断给予肌内注射吗啡 10 mg、哌替啶 50 mg, 严重者可给予持续泵入异丙酚 3~10 mL/h。(4)卧床休息: 处于主动脉夹层急性期的患者需要绝对卧床休息, 减少活动^[4]。安排各种检查尽量在床边进行, 尽量减少外出次数, 必须要外出时, 需要专人护送, 并携带急救药品。

1.3.2 术后护理 (1)病情观察: 主动脉夹层术后常伴有心律失常、呼吸功能不全、肾功能不全、神经系统感染和出血等并发症。因此术后需要给予密切观察, 包括心电监护、尿量变化、患者神志状况、末梢循环和四肢活动情况。尤其是术后出血最为关键, 因为主动脉夹层采取人工血管置换手术, 吻合口多, 术中术后容易发生出血和弥散性渗血^[5]。主要观察心包、纵隔引流量, 注意引流管是否通畅, 若引流量超过 2 mL/kg, 持续 3 h, 可能出现活动性出血, 应及时通知医生并做好开胸止血准备。(2)预防感染: 由于主动脉夹层手术创伤较大和手术侵入插管的操作, 因此需要做好预防感染工作。①重视口腔护理, 采用有聚维酮碘棉球给予患者口腔擦拭, 每日 2 次; ②尽早拔出侵入导管, 降低感染率; ③护理操作时做到严格无菌操作, 防止感染。(3)维护循环功能: 手术会使主动脉夹层患者发生心脏缺氧和再灌注损伤, 容易导致心功能不全和心律失常, 术中阻断循环。密切监测患者静脉压和动脉压, 充分给氧以防止缺氧。控制患者血压, 防止血压波动过大, 维持动脉压在 70~90 mm Hg 范围。对于危重患者可置心外膜起搏, 有效防止心律失常发生, 术后出现心律失常, 给予异搏定、西地兰等药物治疗后有效恢复窦性心律。(4)肾功能维护: 主动脉夹层病变影响肾动脉血流灌注, 且术中阻断循环也可导致肾功能不全。对于患者肾功能的维护, 术后密切观察 24 h 出入量、颜色和密度, 及时补充血容量, 控制血压, 维持肾血流灌注充足, 一旦发现病情变化即刻通知医生及时处理。(5)神经系统监护: 由于主动脉夹层手术时间较长且复杂, 无法完全避免患者神经损伤。主动脉夹层患者术后清醒时间是脑保护效果的有力指标^[6]。以患者

术后清醒状况来判断患者有无脑损伤。主要观察患者术后四肢活动情况、认知能力、对光反应、神志和双侧瞳孔大小。对于未及时清醒患者给予冰帽头部降温,降低脑代谢。

2 结果

术后并发肺部并发症 8 例(15.1%),心律失常 13 例(24.5%),脑部并发症 7 例(13.2%),无死亡病例,所有患者术后均治愈出院。

3 讨论

配合主动脉夹层手术的护士不仅要熟悉疾病的基本知识,而且要有配合常规手术的经验。术前控制血压和心率,减轻患者疼痛及心理情绪干预使患者处于正常状态,术后及时处理异常情况,积极配合医生治疗,预防各种并发症。主动脉夹层为一种较为严重的心血管类疾病,病死率高于一般心血管疾病,世界报道急性主动脉夹层病死率为 20%~30%^[7]。本科室近 2 年主动脉夹层手术治疗取得了长足进步,本组 53 例无死亡病例,尤其是其中 8 例高龄患者(70 岁以上)均手术治愈出院。对于主动脉夹层患者的护理体会是术前及时的心理干预,缓解患者心理负性影响,密切观察生命体征,严格控制患者血压和心率,术后给予周到的病情变化观察,周密细致地检测各项生命指标,努力降低并发症,促进患者早日康复。

光子治疗仪与立见护创液联合治疗下肢静脉慢性溃疡疗效观察

余富杰(第三军医大学第三附属医院乳腺甲状腺血管外科,重庆 400042)

【摘要】 目的 观察光子治疗仪与立见护创液联合治疗下肢静脉慢性溃疡的疗效。**方法** 将 24 例患者随机分为观察组和对照组,观察组应用光子治疗仪与立见护创液联合治疗创面,对照组用凡士林纱布填塞创面,每日换药 1 次。**结果** 观察组治愈时间明显短于对照组,临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 光子治疗仪与立见护创液联合治疗下肢静脉慢性溃疡效果显著,缩短了愈合时间,提高了临床疗效,减轻了患者经济负担和痛苦。

【关键词】 光子治疗仪; 立见护创液; 下肢静脉慢性溃疡

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3397-02

下肢静脉功能不全并发下肢皮肤慢性溃疡是一种常见的周围血管疾病,俗称“老烂脚”,其发病率高,迁延不愈,严重影响患者生活质量,给患者心理上和身体上带来巨大痛苦,是临床治疗中一个非常棘手的问题^[1]。本科室应用光子治疗仪与立见护创液联合治疗下肢静脉慢性溃疡,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月至 2013 年 6 月在本科室住院的下肢静脉慢性溃疡患者 24 例,其中男 18 例,女 6 例,随机分为观察组和对照组,其中观察组 13 例,对照组 11 例。年龄 45~83 岁,平均 62.5 岁。溃疡部位以内踝最多(72%),小腿中下段胫前、外踝次之(28%)。溃疡面积大小不一,约 0.5 cm×1.0 cm~3.5 cm×6.2 cm。24 例患者均行患肢血管彩色多普勒检查,全部患肢均存在浅静脉瓣膜功能不全和交通静脉瓣膜功能不全;踝肱指数均大于或等于 0.9,肢体有动脉血供,可排除动脉缺血性溃疡。两组患者年龄、性别、伤口分类、创伤程度方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 分别对两组患者采用 75%乙醇棉球消毒创面周围皮肤,清除皮肤上的分泌物;用无菌生理盐水清洗溃疡

参考文献

- [1] 钱进,江洪,姚维,等.急性主动脉夹层 420 例回顾性分析[J].武汉大学学报:医学版,2012,33(1):119-122.
- [2] 江涛,韩童利,曹小兰.主动脉夹层腔内隔绝术患者围手术期护理[J].护士进修杂志,2012,27(6):523-524.
- [3] 肖熙,邱小琴.主动脉夹层的临床观察及护理干预进展[J].全科护理,2012,10(34):3240-3241.
- [4] 徐佳.主动脉夹层术后患者出现低氧血症的原因分析及护理[J].现代临床护理,2011,10(5):49-50.
- [5] 刘粤英.主动脉夹层动脉瘤的临床表现及护理[J].天津护理,2011,19(1):58-60.
- [6] 潘晓云,谢强丽,蒋惠,等.急性 Stanford A 型主动脉夹层患者术后并发症的护理[J].护理学报,2011,18(6):41-42.
- [7] 李薇,洪蝶玫,刘少玲.主动脉夹层患者的抢救与护理[J].现代临床护理,2008,7(4):35-36.

(收稿日期:2013-07-26 修回日期:2013-10-12)

创面,对于分泌物较多、创面比较大者,先彻底清创,清除坏死组织,再用 3%过氧化氢溶液或 0.9%氯化钠注射液清洗伤口。观察组应用光子治疗仪(深圳普门科技有限公司生产,型号 Carnation-11)照射创面,将光子治疗仪光头移至伤口上方,距离 10~15 cm,光斑中心对准伤口,保护套罩住整个创面,为患者遮挡眼部或佩戴眼罩,每次照射 15~20 min,每天 1 次,然后将立见护创液(重庆立见科技发展有限公司,规格 30 mL)距创面 10~15 cm 喷洒至完全覆盖,3~5 min 后在创面形成一透明液型膜,再用无菌纱布包扎固定。对照组直接覆盖凡士林纱布,再用无菌纱布包扎固定。

1.3 疗效评定标准^[2] 痊愈:创面结痂愈合;显效:创面愈合超过 50%;有效:创面愈合超过 20%;无效:创面未减小,分泌物增多,无新生健康肉芽生长。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 见表 1。由表 1 可见,创面治愈结果观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组伤口愈合时间比较 见表 2。由表 2 可见,伤口愈