

剖宫产羊水栓塞综合征 6 例救护体会

张宗玲 (滕州市中心人民医院 山东滕州 277500)

1997年1月~2002年6月在我院施行剖宫产的9812例产妇中,6例术中并发羊水栓塞综合征,现将救护体会报告如下。

一般资料:6例产妇年龄23~30岁,其中因巨大儿宫内窘迫行剖宫产手术3例,前置胎盘行剖宫产手术2例,剖宫产术后再孕二次手术1例。6例产妇均在胎儿娩出后,突然出现血压下降、气急、胸闷,呼吸困难(28~38次/min),口唇紫绀,心率达110~138次/min,血气分析呈进行性低氧血症表现,出现DIC。

急救方法:①手术切除子宫体时,密切观察患者病情变化,发现羊水栓塞综合征先兆时,立即协助产妇取头低足高位,防止发生肺动脉栓塞。②保持呼吸道通畅,加压给氧(浓度40%,流量4~6L/min),呼吸困难严重者立即行气管切开,解除呼吸功能障碍。③建立2条静脉输液通道,采用16G静脉留置针,快速补充血容量,输入新鲜血液及低分子右旋糖酐。

④静注地塞米松20~40mg或氢化考的松200mg。⑤氨茶碱500mg静注,5%小苏打250ml加升压药多巴胺10~20mg静滴,25%甘露醇250ml快速静滴,使血压维持在90~120/50~70mmHg,以保护脑组织,缓解肺高压,解除痉挛。⑥出血严重者,迅速配合行子宫切除术。

结果:3例经及时抢救转危为安,2例发生广泛性血管内凝血,迅即行子宫切除并配合药物抢救挽回生命,1例因肺动脉栓塞,呼吸循环衰竭突然死亡。抢救成功率为83.3%。

护理:①针对羊水栓塞发病突然、发展迅速,病情凶险的特点,手术室护理人员要特别注重人文关怀。②手术切开宫体

时,严密观察患者的神志、瞳孔、呼吸、脉搏、血压变化及血氧饱和度,以便及时发现异常状况作出准确判断和处理。③发生DIC征象后,如药物治疗效果不显著,子宫仍不收缩,应及时备好子宫切除器械,配合子宫切除手术。④准备好扩容、升压、维持酸碱平衡和呼吸功能、解除周围血管痉挛的药物,保证及时应用。⑤准确记录尿量,观察尿液颜色,测量尿液比重及pH值,了解肾功能变化,并采取针对性措施。⑥在病情急剧变化时,护理人员应保持镇静,行动迅速而有条不紊,给患者以信任感、安全感,增强其战胜疾病的信心和决心。

体会:羊水栓塞综合征是分娩过程中羊水进入母体血液循环引起肺动脉栓塞、广泛性血管内凝血以至休克等一系列严重临床综合征。如不能及早发现,及时正确的采取抢救措施,极易导致患者死亡。

本组6例中其中1例死亡,抢救成功率为83.3%,笔者体会抢救成功的关键在于:①护理人员必须具有高尚的职业道德修养,丰富的临床知识,熟练的抢救技术。此为抢救成功的基础。②剖宫产、胎膜早破、宫缩过度、急产、宫颈破裂、手术创伤等,都是分娩过程中发生羊水栓塞的诱因,晚孕期间孕妇凝血因子的变化又是羊水栓塞的基础。因此,施行分娩手术前必须准备好相应抢救药品、手术器械,做到有备无患。③必须适时周密地观察病情变化,发现羊水栓塞的早期表现,在第一时间采取抢救措施,避免病情恶化;适时建立静脉通道并保持畅通。对于保证给药至关重要。④精心做好心理护理,使患者产生安全感、信任感,树立战胜疾病的信心。

(2004-04-16 收稿)

马凡综合征并夹层动脉瘤围术期护理

胡朝辉 高振双 陈玲 (山东省立医院 山东济南 250021)

马凡综合征是一种少见的遗传病,合并夹层动脉瘤时预后凶险,需尽早行外科手术治疗。1995年2月~2003年5月,我们共收治马凡综合征并夹层动脉瘤患者11例,经手术治疗,效果良好,现将护理体会报告如下。

临床资料:本组男8例,女3例;年龄26~45(31±6)岁。其临床表现复杂多变,患者多以胸痛发病,并伴有背部、腰部疼痛、高腭弓及骨骼改变。其中8例有高血压病史,4例伴有主动脉瓣关闭不全。11例患者均在全麻体外循环下开胸行

Bentall手术(人造血管替换,夹层血管三明治缝合),其中3例行带瓣管道移植,术后恢复顺利,均治愈出院。

护理措施:①术前护理:由于本病急性期可发生分离部位出血,甚至大出血,患者必须绝对卧床休息,减少探视,以免情绪激动,血压升高。严密观察血压变化,血压升高者,可给予药物降压,维持血压在120/60mmHg左右,同时检查患者四肢大动脉搏动情况。患者常因疼痛、情绪焦虑,交感神经兴奋使血压升高,致危险性增加,应给予镇痛、镇静等对症治疗,重症

者可注射吗啡。针对患者紧张、焦虑等情绪,给予相应的心理疏导,帮助患者解除顾虑,增强信心。严密观察患者心率、心律变化,发现咳嗽,咳粉红色泡沫痰,双肺有湿罗音等急性心衰表现时,即予氧气吸入(2~4L/min)及强心、利尿、镇咳药物,预防性使用抗生素,避免剧烈咳嗽使胸腔内压力升高,导致血管破裂。限制患者床上翻身、肢体活动等,做好受压部位的皮肤护理,指导患者饮食,防止便秘,告诫患者切忌用力排便,防止腹内压增大导致血管破裂,必要时给予缓泻剂或低渗盐水灌肠。②术后护理:维持血压在100~120/60~90mmHg左右,硝普钠为首选降压药,低血压者可用多巴胺等升压药,监测中心静脉压,了解血容量及心功能情况。Bentall术加人造血管移植吻合,体外循环时间长,加之术后血压较高,出血为术后常见并发症,如胸腔引流超过4ml/(kg·h),连续3小时,并有血凝块,警惕有活动性出血的可能。查活化凝血酶原时间(ACT),及时输血,降压,补充血容量,并给予止血药,必要时二次开胸止血。持续心电监护,注意心率、心律的变化,因手术创伤造成心肌缺血、缺氧,易出现心律失常,及时查找原因,给予正确治疗。带瓣管道置换术后的抗凝治疗应从拔除引

流管后开始,给予华法林口服。检测凝血酶原时间(PT)和国际标准化比率(INR),根据PT值调整华法林的用量。用药期间注意观察有无皮肤出血点、瘀斑,牙龈出血,鼻出血情况。Bentall手术创面大并有人造血管植入,术后应积极预防感染(特别是心内膜炎及肺部感染),保证病房清洁卫生,空气清新,按时消毒,严格无菌操作,监测体温,对术后持续发热患者,行药物敏感实验及痰培养,选用敏感抗生素。

讨论:马凡综合征并夹层动脉瘤临床表现危重,术前死亡原因多为主动脉瘤破裂、左心衰竭、冠状动脉供血不全和心肌梗死;术后致死原因主要为出血、感染和严重心律失常。加强围手术期监护是手术成功的关键,而术前、术后的精心护理是保证手术成功的重要环节。本组患者术前严密监测血压变化并给予药物降压、镇痛、镇静,及心理疏导,术后严格控制血压,密切观察纵隔、心包、胸腔引流管引流液的量、颜色、性质,定时挤压胸管,及时抗凝、抗感染等治疗,病情平稳,所有患者均治愈出院。我们的体会是良好的护理可以减少围手术期并发症的发生,降低病死率。

(2003-09-18 收稿)

带蒂皮瓣移位修复治疗手部深度电烧伤的护理

赵秋玲 姜桂芳 边秀兰 刘友红 (滨州医学院附属医院 山东滨州 256603)

文献报道,电烧伤中四肢烧伤占82.7%,又以手部多见。高压电接触烧伤往往伴有肌肉、神经、肌腱、血管损伤或坏死,甚至危及肢体远端的存活,伤势往往比较严重。2000年10月~2003年10月,我们采用带蒂皮瓣移位修复治疗手深度电烧伤患者20例,效果满意,现将护理体会报告如下。

临床资料:本组20例患者,其中男19例,女1例;年龄7~57岁,平均29岁。所有患者均为高压电流入路致伤,受伤部位为手指7例,腕部5例,手掌8例。在臂丛或硬膜外麻醉下,彻底清创后,行皮瓣移位修复,选用的皮瓣类型为腹部远位皮瓣16例,局部皮瓣3例,邻指皮瓣1例。术后19例皮瓣成活,3周后断蒂;1例因皮瓣撕脱,再次行游离皮瓣移植术。康复训练6个月后,疗效为优(感觉正常)6例,良(浅痛觉和触觉恢复)10例,中(部分浅感觉和触觉恢复)4例,优良率为84%。

护理:①一般护理:将患者安置在安静舒适的病房,室内温度控制在20~25℃。密切观察患者全身情况及生命体征变化。术后每2小时测体温、脉搏、呼吸、血压1次,及时补充血容量,保持水电解质平衡。用肢体抬高垫将患肢垫高,以略高于心脏水平5~10cm为宜,过高过低均影响动脉充盈和静脉回流。由于过早活动易导致血管痉挛,患者术后严格卧床休息2周。②特殊护理:保温及皮温的观察:术后可局部用远红

外线灯持续照射,创面距烤灯30~40cm,保持局部温度在25~30℃。正常情况下,移植后2~3天内皮温应高于健侧1.0~1.5℃,如果皮温低于健侧2.5℃以上,提示有血管危象。每次测温前应移去烤灯,记录室温,测量时做到定时间、定部位、定压力。b.皮瓣颜色的观察:局部肤色微红或鲜红表示皮瓣血运好;若发现皮瓣颜色灰白或苍白,提示动脉供血不足或阻塞,应及时通知医生处理;如有水泡或发紫多由静脉回流不畅或蒂部受压,应由远心端向蒂部轻轻按摩,促使血液回流。c.皮瓣张力观察:正常皮瓣质地柔软且富有弹性,若发现皮瓣肿胀、发亮或有水泡,说明张力太大,影响静脉回流,应打开敷料解除压迫。d.毛细血管回流试验:主要观察真皮下毛细血管网是否充盈、血运是否存在。即用针头或棉签轻压皮瓣使之苍白,然后迅速移去,皮色应在1~2秒内转为红润,如果≥3秒示血运障碍,毛细血管反应不存在示血运中断,应立即做好手术探查的准备。e.防止皮瓣撕脱:注意固定肢体,观察敷料有无松动,创面有无渗血、渗液,防止因敷料包扎过紧或体位压迫导致皮瓣撕脱。尤其是小儿受惊吓易做噩梦,引起肢体不自主的活动,更应严密观察,确保手术成功。③术后功能锻炼:早期(术后3天至皮瓣断蒂前)可在医护人员的监护下进行握拳练习,每天2次,每次5分钟。刚开始幅度一定要小,切忌牵拉皮瓣。皮瓣断蒂后(一般术后21天)行肌力训练。让患者把