

# 老年非体外循环冠状动脉搭桥术 9 例术后监护研究

张云霞, 时成英, 荣春芳, 高振双, 刘建新

(山东省立医院 山东 济南 250021)

**摘要** 目的:探讨老年患者非体外循环冠状动脉搭桥术(OPCAB)的术后监护特点和护理方法。方法:收集 2003 年 1 月~2005 年 8 月行 OPCAB 9 例老年患者的临床资料,分析术后血流动力学监测、血管活性药物应用、呼吸系统监护、出入量、电解质及术后恢复情况。结果:9 例全部治愈出院,无护理并发症发生,均未用升压药。心绞痛缓解率 100%。结论:OPCAB 术后可在常规体外冠状动脉搭桥术监护原则的基础上早期行康复活动,以提高老年患者的生活质量。

**关键词** 非体外循环;冠状动脉搭桥术;术后监护

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-7256(2007)12-0003-02

Clinical study on postoperative monitoring for 9 aged patients with off-pump coronary artery bypass grafting

Zhang Yun-xia, Shi Cheng-ying, Rong Chun-fang, et al

(Shandong Province Hospital, Jinan Shandong 250021, China)

**Abstract** Objective: To explore the specific postoperative monitoring and nursing approaches for patients with off-pump coronary artery bypass grafting. Methods: The clinical data of 9 patients with off-pump coronary artery bypass grafting from Jan. 2003 to Aug. 2005 were collected to analyze the data of hemodynamics, application of vasoactive drugs, intake and output volume, electrolyte and improvement of patients. Results: Nine patients were not given any pressor drugs and all cured, without complications. Remission rate of angina pectoris was 100%. Conclusion: The early rehabilitation can be carried out for aged patients with OPCAB abiding by essentials of monitoring postoperatively, so the quality of life of patients can be improved.

**Key words** Off-pump; Coronary artery bypass grafting; Postoperative monitoring

2003 年 1 月~2005 年 8 月,我们对 9 例 70 岁以上老年患者施行非体外循环冠状动脉搭桥术(OPCAB),并给予精心护理,效果满意。现将术后监护体会报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 9 例,男 8 例,女 1 例;70~76 岁;体重 61~85kg。同时患有高血压、糖尿病、陈旧性下壁心肌梗死 1 例,余 8 例不稳定型心绞痛病例中,合并糖尿病 2 例,高血压 4 例,糖尿病与陈旧性前下壁心肌梗死并存 2 例。心电图均为窦性心律,冠脉造影示:2 支病变 1 例,3 支 6 例,4 支 2 例。均行 OPCAB 手术,术中输血 200~1000ml,出血 260~780ml。

1.2 方法 全麻下行胸骨正中切口,游离左乳内动脉(LIMA),同时游离大隐静脉(SV)或桡动脉(RA)作移植材料备用。“人”字形切开心包,用特制固定器固定,所有远端吻合口用 7-0 prolene 线连续缝合,6-0 prolene 线连续缝合近端。中和肝素并止血,放置心包纵隔引流管,逐层关胸后入住 ICU。

## 2 结果

本组搭桥 31 支,平均  $3.44 \pm 1.45$  支。其中搭桥 2 支 1 例,3 支 6 例,4 支 2 例。全部治愈出院,无护理并发症发生,均未用升压药。心绞痛缓解率 100%。

## 3 术后监护

3.1 血流动力学监测 OPCAB 术后,患者早期血流动力学检测项目与 CABG 术后相同<sup>[1]</sup>。每 15~30min 记录 1 次,由于老年患者生理储备降低,体质虚弱,更应注意血压、心率(律)等生命体征变化。OPCAB 术后患者能早期床上活动,此时应重

视 Swan-Ganz 导管的护理,防止导管脱出或移位,保持通畅,保证测量的准确性,每次活动后要重新校正测压零点的位置,注意识别肺动脉压(PAP)和肺动脉楔压(PCWP)波形,发现异常,及时处理,防止血栓、气栓形成。每日消毒,防止感染。

3.2 用药监测 OPCAB 术后常规使用微量输液泵输注硝酸甘油,从  $0.2 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$  开始,因小剂量硝酸甘油具有防止冠状动脉痉挛和扩张外周血管的双重作用,用量过大可引起血压下降,应先调好微量输液泵再连接输液管,防止过多药液快速进入体内,引起血压波动。根据血压、心率选择性应用配制浓度准确的升压药,禁忌同一静脉输液通道同时输注具有升压和降压作用的血管活性药物。

3.3 呼吸系统监护 冠状动脉搭桥术后早期循环状态不稳定可导致肺通气及换气障碍。呼吸机辅助呼吸时,氧饱和度是反映肺通气与换气功能的重要指标,应维持在 90% 以上<sup>[2]</sup>。根据血气监测结果调整好呼吸机各项参数和指标,确保患者呼吸道通畅。及时吸痰,加强管内湿化,防止脱机和管道漏气。勤听肺呼吸音,了解肺的顺应性。由于 OPCAB 对呼吸功能影响小,患者虽年老体弱,但多数于 16h 内拔除气管插管,拔管后自主呼吸良好<sup>[3]</sup>。

3.4 防止电解质紊乱 因 OPCAB 术后早期麻醉程度变浅,出现应激性高血压,造成短时间内尿量过多,血钾不稳定,有发生心律失常的可能,故应遵循体外循环术后的补钾原则。根据尿量和血钾浓度确定补钾剂量、浓度和速度,维持酸碱平衡。

3.5 准确记录出入量 术后即每小时记录出入量。由于 OPCAB 手术不需体外循环,因此术后出血量、输血量均少于 CABG 术,又因无体外循环对肾脏和胃肠道的影响,拔除气管插管即可饮水,发挥肾脏的自行调节功能,故 OPCAB 术后出入量的管理相对简单,减少或避免了利尿药的使用。

3.6 保持心包纵隔引流管通畅 OPCAB 术后患者带心包纵隔引流管入 ICU,须保证管道畅通,定时挤压引流管,持续有效负压吸引,防止发生心包填塞<sup>[4]</sup>。

3.7 患肢护理 OPCAB 术常规使用大隐静脉、桡动脉作旁路移植材料,尤其是对高龄 OPCAB 术后更应该加强患肢护理,抬高、按摩患肢,观察肢端颜色、温度、有无肿胀等末梢循环情况,注意伤口有无渗血、渗液,并用弹力绷带加压包扎,按医嘱定时应用肝素抗凝,对老年患者更重要。

3.8 康复护理 因 OPCAB 术对全身脏器功能影响小,术后心功能恢复快。本组 9 例均于麻醉清醒平卧时,即由监护人员帮助做肢体主、被动活动,拔管后进饮食,病情允许扶坐于床上行体疗、雾化、拍背、咳痰等。

#### 4 讨论

OPCAB 术不需体外循环,不用心脏停跳,减少了全身低温以及非波动性血流造成的非生理状态下对机体的危害。OPCAB 的微创性手术方式减少了对心肌的损伤和给围手术期的

管理所带来的困难,大量减少了护理工作量,相对提高了护理工作效率和质量。在原有 CABG 护理原则的基础上即使对高龄 OPCAB 术后护理也相对容易,并且术后心功能恢复快,可早期进行康复护理,早拔管,早活动,早进食,有利于增加患者信心和防止并发症的发生,提高了老年患者的生活质量。老年人有选择性地施行 OPCAB 术是合理、安全的,充分体现高龄 OPCAB 术后恢复快、监护和住院时间短、降低医疗费用的优越性。

#### 参考文献:

- [1] 刘彤,孟雷,刘均娥.非体外循环冠状动脉搭桥术病人的术后监护[J].中华护理杂志,2002,37(2):99-100.
- [2] 洪珊,张惠,杨光巧.非体外循环心脏不停跳冠状动脉搭桥术 12 例术后护理[J].井冈山医学学报,2001,8(3):83-84.
- [3] 高长青,李伯君,肖苍松,等.70 岁以上病人非体外循环与常规冠状动脉旁路移植术比较[J].中华胸心血管外科杂志,2002,18(3):150-152.
- [4] 刘彤,孟雷,匡丹华.冠状动脉搭桥术后 Swan-Ganz 导管的应用及护理[J].护理学杂志,2000,15(1):653-654.

收稿日期:2007-04-12

### · 基础护理 ·

## 应用自控镇痛致呕吐 13 例护理体会

顾 琴,刘彩萍

(靖江市人民医院 江苏 靖江 214500)

2005 年 10 月~2006 年 12 月,我们对 317 例患者使用自控镇痛泵术后镇痛,发生吗啡、芬太尼合用致呕吐 13 例,占 4.1%,给予积极护理,效果满意。现报告如下。

#### 1 临床资料

本组 13 例,均为女性,24~52 岁。其中子宫肌瘤行全子宫切除术 4 例,宫外孕行输卵管部分切除术 3 例,卵巢肿瘤行附件切除术 3 例,宫颈癌作广泛性子宫切除加盆腔淋巴结清除术 1 例,子宫内异位症行子宫次全切除术 2 例。13 例患者均在手术当天或术后第 1 天出现呕心、呕吐伴出汗、面色苍白、紧张、烦闷。

#### 2 结果

通过术后给予积极处理,加强观察护理。13 例患者均顺利度过术后镇痛泵镇痛期,未发生误吸、手术切口裂开及电解质、酸碱平衡失调等并发症。

#### 3 护理

3.1 心理护理 心理因素密切影响疾病的发生、发展,护士应安慰患者,耐心而细致地解答患者提出的疑问,通过自己的言行去影响或改变患者的心理状态和行为,以减轻患者的痛苦,使患者处于最佳心理状态。

3.2 体位护理 患者术后回病房,取去枕平卧位,头偏向一侧,防呕吐时误吸。麻醉期过后,待生命体征平稳,病情许可,

可取半卧位或斜坡卧位。

3.3 呕吐处理 呕吐时将患者头托起偏向一侧,按住腹部伤口,以减轻伤口疼痛避免伤口裂开。遵医嘱给患者肌肉注射胃复安 10mg/次,每 4~5h 肌肉注射 1 次。麻醉期过后,病情许可,可进少量清淡、温流质食物,如米汤、萝卜汤等。呕吐频繁且剧烈者,应禁食,暂时关闭镇痛泵给药开关,行止吐处理,同时送检血标本监测电解质。

3.4 口腔护理 呕吐后协助患者以温开水漱净口腔,必要时选用漱口液行口腔护理,以免口腔异味对患者造成恶性刺激再次呕吐。

#### 4 讨论

频繁剧烈呕吐,可丢失大量的消化液,引起水电解及酸碱平衡紊乱<sup>[1]</sup>。要及时发现,送检监测生化,立即处理,呕吐时保护好患者所带管道,防止脱出。术后回病房搬运患者时要妥善保护硬膜外给药管,检查穿刺点有无渗血渗液,同时注意导管固定和无菌防护,嘱患者翻身及更换体位时,防止牵拉脱出,妥善放置镇痛泵,给予精心的护理,促进患者早日康复。

#### 参考文献:

- [1] 余爱珍.基础护理学[M].江苏:江苏科技出版社,1998,133.

收稿日期:2007-03-12