

2 结果

2.1 疗效判定标准 治愈:治疗后局部肿胀、疼痛消失,关节活动恢复正常,关节活动度 $>120^\circ$;显效:局部肿胀基本消失,日常活动无妨碍,关节活动度 $90^\circ \sim 120^\circ$;好转:局部肿胀、疼痛减轻,行走和日常生活轻度受限,关节活动度 $60^\circ \sim 90^\circ$;无效:局部肿胀、疼痛改善不明显,行走和日常生活明显受限,关节活动度 $<60^\circ$ 。

2.2 结果 本组治愈 13 例,显效 17 例,好转 4 例,关节活动度达 $107.89^\circ \pm 21.63^\circ$,平均增加 75.92° 。

3 护理

3.1 心理护理 患者病程较长,年龄较轻,膝关节功能障碍给工作和生活带来一定不便,易产生焦虑、抑郁心理。应向其介绍病情及治疗方法,并介绍成功病例,耐心解答提出的问题,缓解不良情绪,使患者树立战胜疾病的信心^[2]。

3.2 疼痛护理 牵引及推拿会造成一定的疼痛,护士应与患者及家属建立信任关系,认同患者对疼痛的表述及反应。观察并记录患者疼痛的特征,指导患者减轻疼痛的方法,如给予皮肤各种知觉刺激、听音乐、谈话等,分散对疼痛的注意力,必要时应用止痛剂。

3.3 蜡疗护理 向患者解释蜡疗过程中可能出现的反应,嘱患者蜡疗时不可随意挤压蜡饼。治疗前准确测量石蜡的温度,检查患者皮肤是否有感觉障碍,对植皮术后及感觉神经功能障碍者,应适当降低蜡疗温度。皮肤破损处可垫 1~2 层无菌纱布。治疗中或治疗后出现不良反应或皮肤过敏时,应停止治疗。石蜡中含有苯并芘等化合物,加热时释放有毒气体损害人体,因此,要有通风设备,保持空气流通。加热温度不宜过高,避免石蜡的蒸汽大量扩散。

3.4 药浴护理 药浴熏蒸时间不能过长,最好取坐姿。洗浴时温度要适中,以防烫伤。注意保温,洗毕立即拭干,避免受风,受寒。洗浴有分泌物的创面后,洗浴液要弃去,不可反复使用,避免交叉感染。

3.5 运动护理 运动量由小到大,循序渐进,以不引起患膝明显疼痛为宜。训练前询问患者感受,注意有无不适,以判断运动量的大小,注意膝关节肿胀情况^[3]。训练时做好安全保护,若膝关节不稳可配戴膝关节支具,屈膝严重障碍者,夜间可用石膏托固定于伸膝位,持续 4~6 周。出院后坚持训练,定期检查患膝关节及下肢的功能,制定适宜的训练方案,按计划完成。

4 讨论

膝关节及邻近部位组织严重损伤后,由于固定时间过长而发生纤维性粘连,加上关节囊、韧带和通过该关节的肌肉、肌腱的挛缩,导致膝关节功能障碍、关节软骨组织退变和废用性肌萎缩。针对关节内外粘连等病理变化采用综合康复治疗护理措施并注意提高患者的主动性及对疼痛的耐受性,疗效显著,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 李桂芝. 术前股四头肌负重肌力练习对膝关节术后患膝功能恢复的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(8B): 1099.
- [2] 孙海英, 王玉美. 健康指导对早期膝关节骨性关节炎的疗效观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(12B): 1866-1867.
- [3] 李丽. 康复训练在全膝关节置换术中的应用及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(1B): 145.

收稿日期 2006-02-28

192 例非体外循环心脏跳动下冠状动脉搭桥术后护理体会

王德玉 殷静静 董春晖 (山东省立医院 山东 济南 250021)

2003 年 3 月~2005 年 9 月,我院行非体外循环心脏跳动下冠状动脉搭桥术(OPCAB)192 例,经精心护理,效果满意。现将术后护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 192 例,男 115 例,女 77 例,51~80 岁。心功能 II~IV 级,左心射血分数平均为 54%,术前合并高血压 80 例,糖尿病 50 例,高血脂症 36 例。冠状动脉造影均显示为多支病变。搭桥数 2~5 支,平均 2.68 支,呼吸机辅助时间 5~10h,均未发生术后并发症,痊愈出院。

2 术后护理

2.1 病情监测 ①血液动力学监测:监测心率、呼吸、有创动脉血压、CVP、血氧饱和度,术后每 30min 记录 1 次生命体征变化,严密观察循环系统变化,保持心率 60~80 次/min, CVP 6~12cmH₂O。②心电图监测 动态观察心率、心律变化,对诊断心肌供血情况有重要价值,术后控制心率在 60~80 次/min,以减少心肌耗氧量,减少冠状动脉血流,观察有无 ST-T 改变,以便及早发现围术期心肌梗、冠状动脉痉挛、血运重建不全及术后各种心律失常的发生。术后 3d 内行全导 ECG 1 次/d。经常询问患者有无胸闷、胸痛、心悸等不适症状,适当延长监测时间,与术前记录对比、分析^[1]。警惕其它部位心肌梗死的发生。

2.2 用药护理 早期应用硝酸甘油微量泵入 0.5ug/(kg·min),合贝爽 1ug/(kg·min),可适当使用多巴胺 3~5ug/(kg·min),增加心肌收缩力,提高心排出量,改善末梢循环,增加肾血流量和肾小球滤过率。用血管活性药时应注意配制准确,尽可能中心静脉输入,防止皮下渗出造成局部组织坏死。

2.3 呼吸道管理 术后给予呼吸机辅助呼吸,根据动脉血气结果调节参数,纠正酸碱失衡。密切观察呼吸、胸廓起伏度、血氧饱和度,及时清除分泌物,保持呼吸道通畅,尽早拔除气管插管^[2]。术后 2~3d 每日床旁胸片检查,指导患者做深呼吸运动,应用呼吸训练器或呼吸治疗仪,必要时雾化吸入后用体疗排痰机 2 次/d, 20min/次,协助患者排痰,预防肺不张、肺部感染。

2.4 合并症护理

2.4.1 预防高血压 手术创伤、切口疼痛,常引起血压波动,高血压可使外周阻力增高,增加心脏做功和心肌耗氧量,或导致吻合口出血。根据血压调整血管扩张药的用量,保持患者镇静,减少引起高血压的因素。

2.4.2 控制血糖 手术刺激、麻醉剂可使血糖升高,造成应激性高血糖状态及脂肪、蛋白分解增加,游离脂肪酸、酮体增加,导致电解质紊乱和代谢性酸中毒,使病情加重。术后即测血糖

1 次/h,并遵医嘱静脉泵入胰岛素 2~3U/h,根据血糖结果随时调整泵注量,血糖稳定后逐渐延长监测时间。严格控制饮食,并尽可能口服降糖药,以防酮症酸中毒。

2.5 活动指导 弹力绷带包扎患肢,并抬高 15°~30°,注意观察患肢的颜色、温度及足背动脉搏动等,术后 6h 松解弹力绷带,注意保持绷带的清洁和弹性。指导患者定时做主动或被动活动以利于静脉回流,防止血栓形成^[3]。病情稳定后鼓励患者下床活动,利于全身各器官的血流灌注,促进消化道功能恢复,改善心肌供血供氧。如循环不稳定,嘱其定时做双下肢肌肉收缩活动,热敷下肢 1~2 次/d,增加末梢循环。

3 讨论

非体外循环冠状动脉搭桥术是一种新的微创技术,具有损

伤小、术后恢复快等特点。由于手术难度大,技术要求高,护理人员不仅应掌握术后的相关护理要点,而且要根据患者情况提供不同的护理方案,提高术后护理质量,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 侯明君,周璇,谈锦艳.非体外循环冠状动脉搭桥术的优点和护理进展[J].现代护理,2004,10(10):962-963.
- [2] 杨娟,郑琳.非体外循环下冠状动脉搭桥 30 例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2005,11(3):234-235.
- [3] 张娜,孙玉玲,张红.非体外循环下冠状动脉搭桥术的护理[J].齐鲁护理杂志,2002,8(8):593-594.

收稿日期 2006-02-30

肾移植术后并发深静脉血栓形成 5 例护理体会

于鲁欣 初静 孙江峰(烟台毓璜顶医院 山东烟台 264000)

2004 年 1 月~2005 年 9 月,我们对 5 例肾移植术后并发深静脉血栓形成患者,经精心护理,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 5 例,男 4 例,女 1 例,32~61 岁,血栓发生部位:右下肢 4 例,左上肢 1 例。经精心护理,4 例治愈出院,1 例术后 1 周置入下腔静脉滤器后并发肺动脉栓塞死亡。

2 护理

2.1 心理护理 入住 ICU 后,环境陌生,无亲属在床边陪护,各种仪器的报警声,24h 不间断输液,频繁测尿量等,均造成患者紧张、焦虑心理。要加强心理护理,使其明确入住 ICU 及应用各种药物的必要性,减轻或降低患者焦虑状态,降低机体应激反应,减少深静脉血栓形成等并发症,利于早日康复。

2.2 血栓预防与治疗 严格交接班,每班交接并检查患者四肢情况,注意肢体有无肿胀、疼痛等。指导肢体功能锻炼,当发现肢体有水肿、紫绀,足背动脉搏动减弱,皮温升高等循环障碍表现时,应立即通知医生及时处理^[1]。一侧小腿或大腿周径比另一侧长 1cm 即有诊断意义,前者为腘静脉栓塞,后者为髂股静脉栓塞所致。发生静脉血栓后,绝对卧床 2 周,抬高患肢 20°~30°,膝关节屈曲 10°~15°,使髂静脉松弛,减轻血液瘀滞,利于静脉回流,缓解肿胀疼痛。注意保暖,严密观察患者皮温及足背动脉搏动情况,每日测量患肢不同平面周径并与既往记录作对照,以判断疗效,患肢禁忌按摩或做剧烈运动,以防栓子脱落。高凝状态患者应用复方丹参或阿司匹林,下肢静脉曲张者早期应用弹力袜。深静脉血栓的治疗包括治疗血栓本身以及如何预防肺栓塞发生,急性期治疗主要有手术治疗和非手术治疗两种。抗凝治疗应用肝素或低分子肝素后注意肢体肿胀有无减轻,有无皮下出血点、瘀斑,有无其他部位出血如:鼻衄、咯血、呕血、便血、尿血等,注意生命体征变化,观察有无头痛、呕吐、神志改变,避免在患肢行皮下或肌肉注射,防出血。滤器置入术后要注意各种意外并发症的发生,如患者突然出现呼吸困难、烦躁、口唇、甲床紫绀、胸痛等症状,应考虑肺栓塞,迅速报告医生的同时做好急救准备。

2.3 保持引流通畅 观察肾周有无水肿,密切观察患者生命体征变化。术后挤压引流管 1 次/1~2h,保持引流通畅,应用

止血药物或患者高凝状态下,注意保证有效引流,防止手术区水肿形成,影响静脉回流^[2]。记录脉搏、呼吸、血压及血氧饱和度 1 次/h,采用静脉留置针输液,避免在患肢输液,避免在同一静脉多次穿刺,补液量出为入,微量泵应用抗高血压药物时注意血压平稳,防止因血压低影响移植肾血液灌注或血压过高增加切口渗血、出血的危险。

2.4 活动指导 术后了解患者原发病情况、术中出凝血情况,介绍床上适当活动及早期下床活动的意义,术后第 1 天协助患者进行床上抬高下肢训练,间断活动双上肢,督促其在床上主动屈伸下肢做跖屈和背屈运动、内外翻运动及足踝的“环转”运动,在病情允许下术后第 2 天协助下床称体重,1 次/d。术后保持大便通畅,减少因用力排便腹压增高而致下肢静脉回流受阻,督促患者做深呼吸,10~12 次/h,增加膈肌运动,促进血液回流。

3 讨论

血管壁损伤、血流异常和血液成分改变是引起静脉血栓的三个重要因素,其中血液成分的改变是血栓形成的最重要的因素,肾移植患者术后存在以上易患因素。人体右髂窝相对表浅,肾移植多植入右髂窝,肾静脉吻合时的扭曲、折叠,术后渗血、水肿形成等相关因素易导致右下肢静脉血液回流受阻而并发下肢深静脉血栓形成。手术使患者机体处于应激状态,可使血液处于高凝状态,导致血流缓慢,增加发生深静脉血栓的危险性。本组 4 例发生于右下肢,1 例发生于左上肢,考虑左上肢与输液侧肢体活动少有关。比目鱼肌和腓肠肌存在许多静脉窦,腿部肌肉静脉内的血液靠肌肉泵向心回流,仰卧位更为突出,易发生静脉血栓。肾移植患者在 ICU 期间,卧床时间长、腹部侧切口及肾周引流使患者卧位受限,24h 不间断补液,或抗高血压药物的持续泵入等,使患者床上或下地活动受影响,均可发生深静脉血栓。抗排异药环孢霉素 A 用后可导致血流动力学改变,诱发静脉血栓。肾移植手术方式的特殊性、手术创伤、术后卧床时间相对较长及肢体制动等加上高危因素的存在,易使患者发生深静脉血栓形成,在 ICU 监护期间要做到早预防、早发现、早处理,在深静脉血栓发生的第一时间发现病情变化,协助医师及早处理,避免肺动脉栓塞等严重并发症的发生。

参考文献: