

卧位有利于避免吸入时不良反应的发生。吸入时提高吸氧浓度并给予恰当的雾化量,能使血氧饱和度维持在正常水平。通过加强对雾化吸入的护理,以及根据患者病情的不同确定体位、雾化量、给氧量、吸入方法、每次吸入量和吸入间隔时间,减轻了患者不适症状的出现,确保达到治疗效果。

参考文献

[1] 施毅,陈正堂.现代呼吸病治疗学[M].北京:人民军医出

版社,2006:1342.
[2] 李锦燕,张伟,张正霞.超声雾化吸入的疗效观察和护理研究[J].实用护理杂志,2008,24(11):563.
[3] 王琴.支气管炎应用超声雾化吸入的护理[J].世纪护理杂志,2009,11(6):721-722.

(收稿日期:2011-06-07)

1 例膜周部室间隔缺损封堵术并发机械性溶血的护理

范晓英¹,杨省利¹,赵荣莉²(1,第四军医大学第一附属医院心血管内科,西安 710032;
2.西安医学院附属北方医院儿科,西安 710043)

【摘要】 目的 探讨膜周部室间隔缺损经介入封堵术后并发机械性溶血的护理方法。**方法** 选取 2010 年 5 月第四军医大学第一附属医院 1 例经介入封堵术后并发机械性溶血的室间隔缺损患者,对其护理过程进行探讨和总结。**结果** 患者经过全程治疗与护理,10 d 后康复出院。**结论** 膜周部室间隔缺损经介入封堵术后并发机械性溶血患者的护理应注重早发现、早治疗,注意密切观察尿液、监测肾脏功能,做好心理护理、基础护理及健康教育。
【关键词】 先天性膜周部室间隔缺损; 封堵术; 机械性溶血; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3050-02

膜周部室间隔缺损(ventricular septal defect,VSD)是先天性室间隔缺损最常见的类型,其介入治疗一直是人们探索的领域^[1]。近年来随着医疗技术水平及医疗器械的不断发展与改进,无创、微创等介入治疗手段已成为当今国内外衡量先天性心脏病治疗水平的标志之一^{〔2-3〕}。目前其成功率达 98%,主要并发症发生率为 1.8%^{〔4〕}。机械性溶血为室间隔缺损封堵术的严重并发症之一,如不能较早发现,处理不及时或不当,可能危及生命,应引起重视,然而该方面的护理报道和总结甚少。作者选取第四军医大学第一附属医院 1 例 VSD 经介入封堵术后并发机械性溶血患者,经全程的治疗、护理,取得了良好的疗效,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

作者查阅 2010 年 1~5 月在本院 VSD 经介入封堵术患者的资料,发生机械性溶血的患者仅 1 例,女,53 岁,因发作性心悸 10 年,活动后嘴唇发绀于 2010 年 5 月 24 日收入院,入院后经心脏超声检查确诊为膜周型;左室面缺损 22 mm,右室面缺损 7.5 mm,彩色血流示室水平左向右分流,三尖瓣反流(少量)。于 2010 年 5 月 26 日在局部麻醉下行室间隔缺损封堵术,心脏 B 超证实封堵器位置合适,微量分流,听诊胸骨左缘 3 肋间杂音消失。封堵成功,释放封堵器,拔除鞘管,局部压迫止血并包扎,送回病房。于术后 16 h 诉腰痛、头痛、解酱油色尿液 300 mL,诊断为 VSD 封堵术后机械性溶血。经过激素、碱化尿液及大量补液等对症治疗,尿液由酱油色逐渐转清,病情平稳,各项生命体征正常,血常规、尿常规及生化检查正常,痊愈出院。

2 护理措施

2.1 紧急措施 一旦发生机械性溶血,应立即通知医生,积极处理。紧急护理措施:(1)迅速建立静脉通道,留置静脉套管针;(2)遵医嘱及时用药,严格抗生素、激素、碱化尿液等药物的输入,补足液体,掌握好输液速度,密切观察药物的疗效与不良反应,用药期间维持水、电解质及酸碱度平衡;(3)停用阿司匹

林、肝素等抗凝用药;(4)氧气吸入,留置导尿;(5)立即复查血常规,尿常规及肝、肾功能,辅助诊断及治疗。若保守治疗无效,应立即在残余分流处安置第 2 个封堵器,或用异物钳取出原封堵器,重新封堵。只要完全封堵分流,溶血可立即停止^{〔5〕}。本例患者经积极保守治疗,症状明显缓解,避免了二次手术。

2.2 病情观察

2.2.1 溶血的观察 (1)严密心电监测,观察生命体征,每 30 分钟至 1 小时测量血压、脉搏、呼吸、体温 1 次;(2)注意全身症状,密切观察患者神志是否清醒,皮肤、巩膜有无黄染及黄疸程度;(3)监测尿液中血红蛋白含量及血液中血红蛋白、红细胞的变化,以协助评估贫血程度,严重贫血者予成分输血^{〔6〕};(4)严密观察尿液颜色,如果尿液颜色加重,应警惕溶血加重,并严格记录 24 h 排尿量,当出现少尿、无尿,应警惕急性肾衰竭,积极做好抢救或再次手术的准备;(5)反复检测血常规,尿常规,出、凝血时间,肝、肾功能,根据变化调整治疗方案,直至溶血消失;(6)复查超声,观察分流情况。

2.2.2 其他并发症的观察与护理 封堵术后易出现穿刺部位血肿、发热、腹胀、静脉血栓形成等常见并发症。应密切观察伤口局部有无血肿、出血,穿刺侧肢体血供及足背动脉是否搏动好。当出现出血或血肿,应重新包扎,严重者应切开引流。术后常规测体温,每日 4 次,持续 3 d,防止引发感染性心内膜炎。机械性溶血易出现寒战、高热等症状,应加强体温的观察,常规抗生索静滴 3~5 d,若体温高于正常,应按情况给予降温措施。患者术后常出现腹胀,帮助患者按摩减轻不适,一般术后 24 h 拆除绷带,症状会自然缓解;肢体制动期间按摩肢体肌肉,每 2 小时 1 次,预防静脉血栓形成。本例患者未出现以上并发症。

2.3 心理护理 发生溶血后,严禁在患者面前谈论病情或表现出急躁、慌乱的表情,工作应有条不紊,体现个性化服务,做好患者及家属的安慰工作,告知患者机械性溶血为手术并发症之一,医护人员会积极主动给予治疗,使患者减轻心理负担,配合治疗,鼓励其说出感受,同时理解患者感受,给予针对性的解

释与安慰。

2.4 基础护理 封堵术后患者需卧床休息 24 h,而发生溶血后患者卧床时间会相对延长,应当协助患者进行生活护理。加强口腔护理,避免口腔感染;加强对留置导尿的护理,每日更换引流袋,消毒尿道口;为患者提供安静舒适的环境,保持空气清新,限制探视人数。

2.5 饮食护理 碱化尿液等治疗会降低患者的食欲,因此应鼓励患者多进食高维生素、易消化食品,忌辛辣刺激食物,多饮水,多食黄瓜、西红柿、胡萝卜、绿色蔬菜等食品,既能增加食欲,保证营养供给,又能预防腹胀、便秘等发生。

2.6 健康教育 及时为患者讲解相关疾病知识及病情恢复情况;病情稳定以后鼓励患者及早下床活动,并告知这样做的重要意义在于促进静脉血回流,预防静脉血栓形成;出院时指导患者遵医嘱口服阿司匹林 6 个月,注意药物剂量;定期复查肝功能、凝血功能;3 个月内避免剧烈运动,预防感冒和劳累,加强营养;定期门诊复查。

3 讨 论

先天性 VSD 经介入封堵术并发的机械性溶血主要是由于残余分流,高速血流通过网状封堵器时,红细胞受挤压、摩擦、碰撞等外力作用而发生溶血^[7]。其主要临床表现为寒战、高热、头痛、四肢酸痛、血红蛋白尿、黄疸等^[8]。而此种病例相对较少,作者所在单位为西北地区规模最大的心血管科室,查阅 2010 年 1~5 月病历资料,仅发现 1 例,该并发症虽然发生率较低,但后果严重,如不能较早发现并积极处理,或处理不当,极易造成严重肾衰竭,可危及生命。通过对该患者护理过程的总结,作者认为,VSD 经介入封堵术后并发机械性溶血患者的护

理应注重早发现、早治疗,注意密切观察尿液、监测肾功能,做好心理护理、基础护理和健康教育。

参考文献

[1] 张玉顺,李寰,刘建平,等.膜周部室间隔缺损介入治疗并发病的分析[J].中华儿科杂志,2005,43(1):36.
[2] Arora R,Trehan V,Kumar A,et al. Transcatheter closure of congenital ventricular septal defects: experience with various devices[J]. J Interv Cardiol,2003,16(1):83-91.
[3] Michel-Behnke I,Le TP,Waldeck B,et al. Percutaneous closure of congenital and acquired ventricular septal defects-considerations on selection of the occlusion device [J]. J Interv Cardiol,2005,18(2):89-99.
[4] 戴汝平.先天性心脏病介入治疗发展趋势[J].介入放射学杂志,2005,14(1):1-2.
[5] 解启莲,王军.先天性心脏病介入治疗严重并发症的急诊处理[J].实用儿科临床杂志,2008,23(13):1051-1052.
[6] 杨惠芳,方振红,蒋凯,等.心脏手术后重度机械性溶血致急性肾功能衰竭的护理[J].护士进修杂志,2008,23(22):2058-2059.
[7] 熊健,汤服民,罗运成,等.封堵器脱落急诊手术 3 例[J].中华心血管病杂志,2004,32(7):656.
[8] 温利平.先天性心脏病病人介入治疗的配合与护理[J].临床医学工程,2010,17(1):102-104.

(收稿日期:2011-06-06)

幕上中小量脑出血保守治疗的护理体会

潘金玉,鲜继淑(第三军医大学西南医院神经外科,重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨幕上中、小量出血患者保守治疗的护理问题及护理措施。**方法** 对 64 例出血量小于 30 mL 的幕上中、小量脑出血保守治疗患者实施心理护理、急性期的病情观察与护理、并发症的预防与护理、恢复期的护理以及健康教育等,总结幕上中、小量脑出血患者保守治疗的护理经验。**结果** 除 5 例患者因出血量增多转入外科行手术治疗外,其余患者均行保守治疗。1 例患者因继发肺部感染死亡,其余患者按照格拉斯哥预后评分显示:恢复良好 31 例,轻度残疾 25 例,重度残疾 2 例。**结论** 通过保守治疗期间有效的护理措施,可有效控制病情并减少并发症的发生,促进患者尽快康复。

【关键词】 脑出血; 保守治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3051-02

高血压脑出血属于临床上的危重病,治疗方式包括手术治疗与保守治疗。幕上中、小量脑出血主要表现为偏瘫、偏身感觉障碍或者伴有语言障碍,多数患者可以采取保守治疗。本科自 2005 年 4 月至 2011 年 9 月共收治经多田公式计算出血量小于 30 mL 的幕上中、小量脑出血患者 64 例,通过积极治疗与科学、细致的护理,取得了满意的疗效,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

本科 64 例脑出血患者,均经 CT 证实为幕上脑出血,经多田公式计算出血量均小于 30 mL。男 41 例,女 23 例,发病年龄 45~88 岁,平均 56.3 岁。入院时格拉斯哥昏迷评分(GCS)13~15 分。临床表现:头痛 21 例,呕吐 13 例,偏瘫 47 例,偏身感觉障碍 17 例,语言含糊 15 例。出血部位:内囊 39 例、外囊

16 例、丘脑 9 例。53 例患者有原发性高血压病史。

2 结 果

除 5 例患者因出血量增多转入外科行手术治疗外,其余患者均行保守治疗。1 例患者因继发肺部感染死亡,其余患者按照 GCS 评分显示:恢复良好 31 例,轻度残疾 25 例,重度残疾 2 例。

3 护理措施

3.1 心理护理 在脑出血的急性期,患者对突然出现的肢体瘫痪往往难以接受,尤其是当伴有语言障碍时,表现得更加突出,患者常出现烦躁不安、激动、攻击行为,甚至拒绝治疗,这种紧张的心理状态会影响患者的血压,甚至加重出血,引起病情恶化。针对患者这种心理状态,护士应耐心细致地与患者进行