

一例第三次心臟瓣膜置換手術患者的護理體會

楊運勤 羅少霞 伍小娟

病歷簡介

患者女性，51 歲。20 多年前因心悸分別於 1974 年和 2000 年在內地醫院行二尖瓣分離術。術後再發心悸 1 年多，患者 2002 年 1 月於澳門鏡湖醫院在全麻低溫體外循環下行主動脈置換術、二尖瓣置換術、三尖瓣整形術，手術歷時 15 小時，主動脈阻斷時間 310 分鐘，開放主動脈後心臟不能自動復跳，以起搏器起搏復跳，術中併發低心排，以主動脈球囊反搏(IABP 機)輔助下脫離體外循環機。術後併發低心排及早期急性腎功能衰竭和呼吸功能衰竭，使用呼吸機 960 小時。患者在整個治療期間使用了多種侵入性管道：肺動脈測壓管、頸內靜脈穿刺管、股靜脈穿刺管、氣管套管、尿管等。以上各管道均無發生院內感染。住 ICU 時間為 48 天，最後康復出院。

護理體會

由於患者術前心功能較差，術後出現嚴重的低心排綜合征和嚴重的多器官功能衰竭。其主要原因為：心功能差，體外循環時間長，手術造成的心肌損害，心臟畸形糾正不完善，血管舒縮功能失常，心律失常和低心排血量等。因此，除了有精湛的手術，高超的醫療技術外，手術後各項臨床監護，及時的進行有效的救治措施，對保證病人搶救成功，提高手術治癒率是十分重要。

1. 循環功能的監測

維持正常的循環功能是所有衰竭器官恢復功能的基礎。

1.1 血流動力學的監測

肺動脈漂浮導管(Swan-Ganz 管)可以全面瞭解血液動力學的變化。可以根據監測的結果，通過分析、判斷與指導合理的補液及應用血管活性藥物，從而維持各監測指標的穩定。

1.2 持續心電監護，及時發現心律失常

術後進行床邊的連續性的心電監護，患者術後安置使用心外膜臨時起搏器，調節心率在 80 次 / 分，在護理中要注意心電監測是否有脈衝信號，起搏功

能是否正常。密切觀察心率、心律有無異常和改變，並及時處理。

2. 使用血管活性藥物的護理

患者聯合使用了多種血管活性藥物，如：多巴胺、多巴酚丁胺、硝普鈉等，在使用和護理中必須掌握各藥物的藥理作用及注意事項：

2.1 使用微量輸液泵準確控制速度和劑量；

2.2 注意微量輸液泵延長管有無扭曲滑脫，防止管道堵塞和漏液；

2.3 避免在同一靜脈通路推注藥物或測量 CVP；

2.4 根據血流動力學的指標隨時調節每小時入量的速度；

2.5 硝普鈉遇光分解，應用時注意避光，並 6 小時更換藥物。

3. 呼吸系統的監護

設置合適的呼吸機參數控制呼吸，是防止和治療低心排綜合征的主要措施之一。本患者使用呼吸機的時間長達 40 天以上，而患者未發生呼吸道的院內感染，可見合理使用呼吸機與加強呼吸道的管理非常重要。

3.1 保持呼吸道的通暢

由於患者使用呼吸機的時間較長，護理上除了每 8 小時進行一次霧化外，並應加強呼吸道管理，吸痰時遵守無菌操作，嚴格呼吸治療器械及管道的消毒，定期 48 小時更換呼吸機管道，注意氣道的加溫和濕化，呼吸道的溫度以 30°C~34°C 為宜，相對濕度 70%~80%。濕化液採用滅菌的蒸餾水，不能用生理鹽水，以免生理鹽水沉積在氣管壁上，影響纖毛運動(鄭行瑤，2001)。定期監測氣道病原菌群的變化，留取分泌物作細菌培養。

3.2 加強胸部物理治療

胸部物理治療是防止肺部併發症、改善病人肺功能的物理技術。主要方法有：促進氣道清潔的技術，如：胸部的叩擊，胸部拍擊、震顫、咳嗽及體位引流 1~2 次 / 天；增進病人呼吸效能的技術，如：吸波訓練 2~3 次 / 天，深呼吸運動等。

4. 泌尿系統的監測

患者術後第一天出現尿量減少的早期腎功能衰竭的表現。護理中除遵醫囑採用血液透析外，還應著重以下幾點：

4.1 維持有效的血容量，觀察每小時尿量、血鉀、BUN、肌酐等腎功能各項指標；

4.2 控制入水量，並準確計算、記錄出入量，每 8 小時總結一次；當尿量 < 20ml/h，可用利尿劑，並限制鉀鹽、鈉鹽的攝入；

4.3 保持導尿管的通暢，每天用 0.1% Hibitine 清潔尿道口，預防尿路感染從而加重病情。

5. 營養和代謝支援

患者採用早期的腸道外營養(TPN)治療，以保證足夠的營養。並採用促進腸蠕動的方法，如：腹部外搽黃花油、皮下微量注射 Primperan 的方法刺激腸蠕動、中西藥結合等多種方法。當胃腸功能恢復後，逐漸經口進食，根據病情階段的不同，調整營養要素及電解質的搭配，以保證充足的營養及熱量供給，促進衰竭臟器的恢復。

6. 心理護理

由於手術後出現嚴重的低心排導致多器官功能衰竭，患者表現出煩躁、焦慮、緊張、孤獨無助感等情緒，有時不配合治療和護理工作，影響患者的休息和睡眠，加重心肺的負擔。作為護理人員首先要瞭解患者的心理變化和需求，並針對患者的這種心理狀態，耐心向患者解釋病情發展和康復過程，讓患者採用手寫板書寫的方式表達自己的情緒和心理要求，從而達到有效的溝通。同時與家屬取得聯繫與合作，以家庭成員的角色來鼓勵患者，使患者從消極被動的接受治療逐漸轉變為積極主動配合治療和護理，增強了戰勝疾病的信心和勇氣，順利渡過了生死的難關。

7. 預防院內感染的措施

患者消瘦、體弱、抵抗力差，併發多器官功能衰竭，長時間使用多種侵入性醫療物品，增加了院內感染的機會。在護理患者的過程中，嚴格按照無菌技術觀念，正規操作，操作前後加強洗手，並使用一次性的抹手毛巾，嚴格監測各項感染指標，合理使用抗菌素，使得患者在整個疾病的治療過程中，未出現相關的院內感染。

總結

通過對此患者的護理，體會到作為 ICU 的護士應充分瞭解病理病因，具備精湛的臨床監測技術水平，敏銳的判斷力和高超的搶救技能及紮實的基本功，對保證病人搶救成功，提高手術治癒率是十分重要。更應具有一顆善良體貼病人的心，做好術前的心理指導及宣傳工作，術後密切觀察病情，瞭解患者的情緒變化，及時做好患者及家屬的心理護理。應用心理學知識以加強與患者及家屬的溝通，並注意溝通的方式和技巧，使患者得到心理、生理、社會家庭的整體護理。

參考文獻

鄭行瑤(2001). 心內直視手術後多器官功能不全綜合正常關係的護理. 護士進修雜誌, 5(16), 359-360.

胡佩誠主編(2000). 醫護心理學. 北京. 北京醫科大學出版社.

(接 42 頁)

Nursing experience of managing the Central Venous Catheter established Negative-pressured Chest Drainage for treating patient with pleural effusion

Zhou Dong Mei

Abstract To sum up the nursing experience of the 36 cases of pleural effusion who were treated by setting up the negative-

pressured chest drainage with the use of central venous catheter. It is stated that fixing the catheter well, preventing infection, enhancing observation of the patients' condition, psychological nursing and health education are the principal measures of hastening the absorption of pleural effusion, alleviating attacks and complications.

Keywords central venous catheter

negative-pressure drainage Pleural effusion