

专科护理

上腔静脉阻塞综合征患者的护理要点

□秦晶

上腔静脉阻塞综合征是由各种原因引起的上腔静脉部分或完全阻塞,导致血液回流受阻的一种综合征。引起上腔静脉阻塞的原因多为纵膈炎、纵膈肿瘤压迫或恶性肿瘤淋巴结转移,少数是由于上腔静脉血栓性静脉炎。肺癌是最常见的恶性病因。

上腔静脉阻塞后,血液可通过胸廓内静脉、椎静脉通路、奇静脉通路和胸腹壁静脉通路回流进入心脏,但侧支循环往往不能满足上半身静脉回流的需求。上腔静脉阻塞综合征的临床表现主要为:

1. 上肢及颜面部水肿:患者头面部潮红,颜面部和上肢明显水肿,初期即可出现。2. 颈静脉怒张及浅表胸壁静脉曲张:病情发展迅速者,静脉呈紫红色,个别患者可出现胸腔积液。3. 呼吸困难:轻者表现为胸闷,严重者不能平卧、端坐呼吸,甚至不能睡眠;肿瘤压迫气道也可引起严重的呼吸困难。4. 其他:颅内静脉压升高、头痛、头晕、球结膜水肿、视物模糊,甚至昏迷、死亡。

治疗上腔静脉阻塞综合征,首先要明确病因,通过CT(计算机层析成像)、MRI(磁共振成像)了解病变性质,然后根据不同的病型采用不同的方法进行治疗。其治疗方法有以下几种:

1. 手术治疗:若由可切除的肿瘤引起,首选手术治疗。

2. 腔内介入治疗:对于手术治疗效果欠佳或无手术适应证的患者可采用腔内介入治疗。腔内支架植入术合并球囊扩张成形术等开通血管是解除阻塞的重要方法,创伤小、循环恢复快。而对于长期使用透析管导致的上腔静脉狭窄,可进行上腔静脉球囊扩张并透析管拔除或置管,合并血栓者可进行置管溶栓术或血栓抽吸术。

3. 放疗:可作为手术治疗的辅助治疗,不能手术者也可单独进行放疗。

4. 抗凝治疗:无抗凝禁忌者,可给予抗凝治疗。

病例分析

58岁的男性患者,几年前被诊断为右肺上叶腺癌,随后进行规律化疗。前段时间,他出现颈部肿胀,伴呼吸困难,症状逐渐加重,双上肢肿胀明显,遂到医院接受治疗。入院时,患者右肺及纵膈转移,既往有冠心病史5年。医护人员对其进行CT检查,结果提示:上腔静脉阻塞。经研究讨论,医护人员为患者进行了上腔静脉造影+球囊扩张成形术+支架植入术。

护理措施

术前观察及护理要点
心理护理:患者往往存在焦虑心理。护理人员应了解患者对疾病带来的潜在威胁的认知程度,及时给予心理支持和精神鼓励,帮助患者建立战胜疾病的信心。

体位与休息:护理人员应协助患者取半卧位,以促进静脉回流,降低静脉压力,有利于减轻水肿,缓解症状。患者由于上腔静脉回流受阻,容易出现颜面部、上肢水肿。护理人员应加强水肿部位护理,每日用温水清洗,保持

术后观察及护理要点
病情观察:严密监测患者的生命体征。术后,护理人员要给予患者心电图监护应用,观察呼吸、心率、血压及血氧饱和度情况,定时监测中心静脉压,给予氧气吸入,同时密切观察患者循环系统的变化、肢体肿胀程度,严格控制输液速度。

穿刺处的护理:术后,护理人员要指导患者侧肢体制动6小时~8小时,并叮嘱其不要剧烈活动。由于抗凝治疗,穿刺处渗血情况常会发生,故要保持

并发症的观察与护理
血栓:由于患者的血液处于高凝状态,而且头颈部静脉回流差,患者容易出现局部血栓形成。因此,护理人员可叮嘱患者在床上适当活动肢体,

生活指导:保持心情舒畅,情绪稳定。保证充足的睡眠,避免过度劳累,适当进行户外活动,如散步、打太极拳、踢腿、慢跑等,增强机体抵抗力。在日常活动中,避免用力挖

患者局部皮肤清洁、干燥,避免局部长期受压,防止压疮形成。

病情观察:多数患者平卧时气促,尤其是夜间。因此,护理人员应加强巡视,密切观察患者的呼吸情况,给予床头抬高、氧气吸入,以纠正缺氧。因上腔静脉阻塞造成呼吸困难,加之患者身体虚弱,无力排出呼吸分泌物,进一步加重呼吸困难,因此护理人员要定时为患者翻身拍背,指导患者有效咳嗽,必要时可给予雾化吸入或机械排痰,以保持

呼吸道通畅。此外,护理人员还要注意观察患者有无中枢神经系统症状,如意识改变、头痛、视力下降等,如果发现异常,及时通知主管医生,给予相应处理。

水肿及用药护理:限制钠和液体摄入量,记录24小时出入水量,减少循环血量,尽量减轻症状。症状较重时,可应用利尿药,减轻水肿。透析患者要控制入水量,规律透析,缓解症状。避免从上腔静脉特别是右上肢静脉输液,因右上肢压迫时,回心

者深呼吸,指导患者有效咳嗽、咯痰,按时为患者翻身叩背、雾化吸入,改善呼吸,防止肺部感染。

用药护理:患者术后一般应用抗凝药物,护理人员要定期监测凝血功能,并在进行有创性的护理操作时,如静脉穿刺、肌内注射等,增加局部按压的时间,以防皮下出血;指导患者自我监测有无牙龈出血、黑粪等出血倾向。大多数患者会使用利尿药,加之饮食少、手术创伤,容易引发电解质紊乱,从而导致心律失常。如果

心电监护设备出现异常波形,应警惕有无电解质紊乱。护理人员要定期监测血清电解质的变化,尤其是血钾变化,若有异常给予及时处理。观察患者术后尿量及尿液颜色,并准确记录,如果发现尿量减少,应告知医生,给予相应处理。

饮食护理:若患者为消耗性疾病,全身营养情况差,护理人员要指导患者摄入优质蛋白、高热量、富含维生素的软质或流质食物,少食多餐,必要时可给予静脉营养支持治疗。

待病情缓解后尽早下床活动。如有血栓存在,可根据医嘱应用抗凝药及溶栓药物。

肺栓塞:观察患者术后有无胸痛、咯血等症状。
肺水肿:患者可表现为呼吸困难、气促、咳嗽、咯粉红色泡沫痰,这与血管开通后,回心血量骤然增加及原有潜在心功能不全有关。一旦发生肺水肿,要严格控制输液速度与输液总量,让患者保持

出院指导

耳朵或鼻孔,避免提重物,选用软毛牙刷,避免牙龈出血。

饮食指导:叮嘱患者出院后要做到合理饮食,营养均衡,戒烟、戒酒,进食高热量、高蛋白、高维生素食物,如鱼类、蛋类、奶制品、新鲜的蔬菜和水果。

药物指导:遵医嘱定时定量口服抗凝药物,不得漏服或停药,预防血栓形成。告知患者注意观察日常生活中有无鼻黏

膜、牙龈出血,皮肤黏膜上有没有出现不明原因的红色瘀点或瘀斑。如果发现身体有异常,及时联系医生。

定期复查:出院1个月~3个月到医院复查。

临床护理问题解析

30%~50%乙醇湿化给氧。减慢液体输注速度。

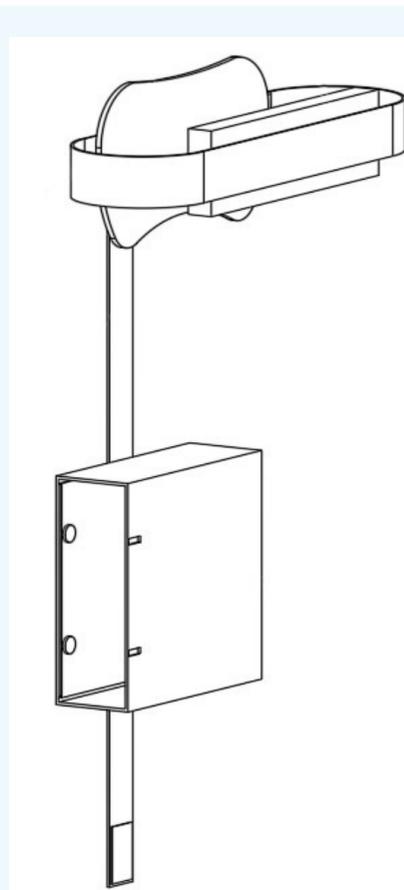
3. 给予心电图监护。
4. 镇静:遵医嘱静脉注射吗啡。
5. 利尿:遵医嘱静脉推注呋塞米20毫克~40毫克。注意观察并准确记录

尿量,必要时留置尿管。
6. 遵医嘱应用扩张血管药物。
7. 加强心肌收缩力:根据医嘱静脉滴注多巴酚丁胺或多巴胺,去乙酰毛花苷(西地兰)0.2毫克~0.4毫克加入5%葡萄糖液20毫

升,缓慢静脉注射。
8. 解痉:0.25克氨茶碱针剂加入5%葡萄糖液20毫升,缓慢静脉注射。
9. 严密观察病情变化,做好护理记录。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

小发明



股动脉穿刺加压固定装置的立体结构示意图

股动脉由于管径较粗、位置表浅,背侧有骨盆支撑,便于压迫止血,且周围无重要的器官和组织,因此成为血管内介入治疗最常用的穿刺部位。股动脉穿刺术后,穿刺部位常出现皮下瘀血、血肿、假性动脉瘤等并发症。导致并发症的原因比较多,除了与患者的年龄、基础疾病、凝血功能、动脉硬化程度及穿刺准确率等有关,还与介入治疗术后穿刺点的压迫有关,压迫不当会提高并发症的发生率。有些医院常规采用盐袋压迫,固定性差,在搬动或者转运患者的过程中,盐袋易滑落造成压力中断,导致穿刺点皮下瘀血、血肿,甚至发生假性动脉瘤,可加重患者的病情,甚至危及生命。为此,需要制作一种股动脉穿刺加压固定装置。

创新亮点

这种股动脉穿刺加压固定装置设有限位片。限位片的一侧安有第一束紧带,通过第一束紧带可以将股动脉穿刺加压固定装置固定在患者身上。第一束紧带的一端设有刺毛面。限位片上设有软毛面,且软毛面的位置与刺毛面的位置相对应。限位片的下侧安有第二束紧带。第二束紧带上设有与第一束紧带上相同的刺毛面,且第二束紧带通过刺毛面与第一束紧带粘连。第二束紧带上安有按压机构,通过第二束紧带可以对按压机构的位置进行限定,且通过按压机构可对患者的穿刺部位进行按压止血。第一束紧带和第二束紧带与限位片的连接方式为缝合。第一束紧带和第二束紧带均为松紧带。松紧带的表面为绒毛面,可以与刺毛面粘连。

按压机构包括袋体和纽扣。袋体的一侧设有与第一束紧带上相同的刺毛面。袋体通过刺毛面与第二束紧带连接。袋体内缝合有两个纽扣。袋体上设有两个纽扣孔,且纽扣孔的位置与纽扣的位置相对应。袋体上缝合有纽扣的一侧设有限位袋,限位袋上设有与袋体上相同的纽扣孔,且限位袋上纽扣孔的位置与纽扣的位置相对应。第一束紧带上粘有垫块。

有益效果

1. 该装置制作简单,成本低,可重复使用,且操作简单,安全环保,对经单侧及双侧股动脉接受介入治疗的患者均适用,实用性很强。
2. 使用该装置后,减少了盐袋复位次数,降低了穿刺点并发症的发生率,保证了手术患者的安全。
3. 能够持久稳定压迫股动脉穿刺部位,从而实现股动脉穿刺部位的有效固定及压迫,防止盐袋滑脱、移位。
4. 通过第一束紧带可将该装置固定在患者身上,通过第二束紧带可对按压机构进行按压,通过按压机构可对患者的穿刺部位进行按压止血,通过垫块可增加第一束紧带与患者身体的接触面积,提高患者的舒适度,还能使陪护人员或护士腾出双手,提高工作效率,节省人力资源。

(作者供职于洛阳市第三人民医院)

□段小青 文/图

一种股动脉穿刺加压固定装置

护理感悟

学习中医后,我看到了新天地

□段艳云

学习中医后,我看到了新天地。这是我参加三门峡市中心医院中医专科护士培训后最深刻的感受。当我用中医适宜护理技术为患者解除病痛后,我的内心充满了自豪感和价值感。

虽然一个半月的培训学习结束了,但是我的中医之路才刚刚开始。记得在开班仪式上,三门峡市中心医院护理部主任冯姝兵说,作为护理人员,我们要不断更新自己的知识,为患者提供专业的护理服务。三门峡市中心医院中医专科学组长崔老师说,我们不仅要学技术,更要用扎实的理论知识来支撑我们的技术,只有这样才能取得患者的信任。那一刻,我知道要成为一名真正的专科护士,必须拥有持续学习的能

力、丰富的理论知识和精湛的护理技术。

“以患者为中心”的护理理念和中医学的整体观念不谋而合。在公开课上,各位老师很好地诠释了这一点。该院罗明丽老师告诉我们,微笑是最好的沟通方式,但面对悲伤,倾听才是最好的方法。该院郝改林老师说,学会控制情绪,可以避免不良事件的发生。辨证施治,个性化护理,提出一个问题往往比解决一个问题更重要,这是该院杨秀秀老师的科研精神。用通俗易懂的话讲晦涩难懂的专业知识,这是该院任小娜老师的沟通技巧。还有很多我无法一一赘述的精彩授课,她们善于思考、勤于总结的学习态度,让我受益匪浅。

在专业课学习期间,老师们扎实的理论基础、娴熟的操作技术,更是让我深刻感受到了中医文化的魅力。

其中几位老师的技术让我印象深刻。潘老师的耳针减肥法,几针下去患者的脸似乎小了一圈儿,皮肤也紧致了许多,让我非常震惊。这是我第一次感受到中医的神奇。该院珊珊老师的腕踝针法也很厉害。有一位患者偏头痛2年,多处就医后疗效不佳,后来尝试中医治疗。珊珊老师建议她做腕踝针。做了3次后,这位患者的头痛症状减轻了许多,高兴得合不拢嘴。经过此事后,这位患者对中医治疗深信不疑。另外,晓丹老师的中医护理技术——虎符铜砭刮痧,让

患者啧啧称赞。虎符铜砭刮痧是以中医基础理论为指导,运用特制的虎符铜砭,加以“徐而和”的刮痧手法,蘸取一定介质,以人体十二皮部为治病平台,通过刮摩使皮肤出现块状或片状红色斑点,甚至黑色“出痧”变化,从而达到疏通腠理,使脏腑秽浊之气通达于外,促使周身气血流畅,逐邪外出,最终达到治疗和预防疾病的目的。

看着晓丹老师的操作挺简单,我回家后在爱人的背上练习,他疼得嗷嗷叫。后来,晓丹老师给我讲了一个故事,她刚开始学虎符铜砭刮痧时也觉得简单,有一次给患者刮完后,患者说非常感谢您,她正暗自庆幸,患者却说感谢您的“千刀万剐”。听到这我

们都笑了。晓丹老师对我说,慢慢练吧!她的鼓励让我信心倍增,同时也让我认识到学好专业技术绝非一日之功。

值得一提的是,中医护理适宜技术还解决了我的个人问题。耳尖放血、耳针、刮痧连续3天的治疗,显著改善了 my 失眠多梦症状,这让我更加坚信中医的疗效。中医专科护理,为我的职业生涯开辟了新天地。在未来的日子里,我将继续努力,勇于创新,探索中西医结合护理的新路径,为患者提供更优质、更具特色的护理服务,为患者带去健康和希望。

(作者供职于河南省三门峡市湖滨区洞河街道第二社区卫生服务站)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱: 568689252@qq.com