

■ 护理技术

冠脉造影术后合并心包填塞患者的护理

□ 康文君

心脏是维持人体血液循环的重要动力器官,负责保障全身各脏器和组织的血液供应。心包是包裹心脏及大血管根部的囊状结构。其内层为脏层心包,紧贴心脏表面;外层为壁层心包,两者之间的潜在腔隙称为心包腔。正常情况下,心包腔内含有少量淡黄色液体,起润滑作用,以减少心脏搏动时的摩擦。

由于心包组织弹性有限,当急性心包积液达到150毫升时,可以明显限制心脏舒张期充盈与收缩功能,阻碍血液回流及心脏正常搏动,从而引发急性循环衰竭,甚至导致心跳骤停。急性心包填塞是冠状动脉介入治疗中一种严重并发症,若未能及时发现和处理,将严重威胁患者生命。

李某,女,49岁,主诉因“反复胸闷2年,加重5天”急诊入院。患者于当天21时无明显诱因出现胸骨后及胸前区闷痛,轻度活动即加重,疼痛向后背放射,伴后背针刺样疼痛。急诊心电图检查结果提示ST段改变,考虑为下壁及前壁心肌缺血。3天后,患者接受冠脉造影术。术中,患者中间支近段节段性狭窄90%,回旋支中段弥漫性狭窄90%,右冠近中段弥漫性狭窄85%,右冠中段闭塞100%。医生诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、双支病变,右冠经皮冠状动脉介入手术未成功。术后转入CCU(冠心病监护病房)监护。

术后当日16时,患者出现心慌,血压90毫米汞柱/52毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率每分钟62次。床旁心脏超声检查提示心包腔内液性暗区,剑突下深约6毫米,局部见絮状物沉积。16时5分,患者血压降至55毫米汞柱/36毫米汞柱,心率升至每分钟110次,医生立即抢救,给予间羟胺静脉推3毫克,血压回升至90毫米汞柱/60毫米汞柱。同时,护理人员做好心包穿刺准备。16时10分,患者心脏超声检查结果显示,患者剑突下液性暗区增至15毫米,立即进行床旁心包穿刺置管术,抽出100毫升血性心包积液。在操作过程中,患者血压逐渐回升,术后血压维持在100毫米汞柱/60毫米汞柱,心率每分钟70次~80次。患者诉穿刺点及剑突下周围疼痛,吸气时动作幅度明显,端坐位可减轻,经镇痛、安眠等处理后症状缓解。

护理人员遵照医嘱,让患者暂时停用抗血小板、抗凝及扩血管药物。此后患者未再诉胸闷、心慌,病情趋于稳定。抽取心包积液送检,并复查血常规、生化、凝血功能,持续监测生命体征及体温变化。

护理急救护理

立即给予患者心电、血压、指脉氧监测,严密观察生命体征及意识状态,每5分钟~10分钟测量血压一次;重点评估患者的临床表现,包括胸闷、胸痛、心率增快、血压下降等,并详细了解介入治疗情况。同时,护理人员呼叫值班医生,尽快安排心脏超声检查。若患者经补液及升压治疗后,血压仍无回升,护理人员应高度警惕,立即进行床旁心脏超声以明确诊断。护理人员的敏锐观察和高度责任感,是早期识别心包填塞的第一道防线,更是挽救患者生命的关键。

护理人员抬高床头,给予患者高流量吸氧,并遵照医嘱补液,进行镇痛、升压等药物治疗;积极做好心包穿刺术前准备;急查血常规、肝肾功能、凝血功能及动脉血气分析,及时纠正酸中毒及电解质紊乱;根据心包引流量及血红蛋白变化,必要时予以输血治疗。护理人员应确保急救物品与药品齐备。心包穿刺术中需要积极配合;护理人员协助患者取

合适体位,密切观察并准确记录引流液的颜色、性状及量;持续监测生命体征,记录穿刺部位与过程;术后做好引流管护理,遵医嘱使用抗生素,并密切观察引流情况。

若患者出现休克,护理人员应立即开展抗休克抢救,迅速执行医嘱;护理人员应沉着冷静,忙而不乱,确保抢救过程有序进行。

术后护理:包括持续心电监护,严密观察生命体征,保持静脉输液及留置尿管通畅,严格执行无菌操作,减少探视,预防交叉感染。同时,护理人员在执行冠脉造影术后护理时,应遵照医嘱使用抗血小板药物,并监测凝血指标,注意观察患者的皮肤、黏膜、痰液、尿液及粪便中有无活动性出血或出血倾向,检查动脉穿刺点有无出血。护理人员应每次在交接班时报告患者的情况。护理人员还需要密切观察患者的引流液的颜色、性状和量,保持引流管通畅,注意穿刺点敷料有无渗血或渗液,并准确记录。

心包引流管护理:护理人员需要协助医生固定导管(以缝合线固定于皮肤),无菌敷料包扎,首次抽液后夹闭管道,妥善固定引流袋,观察穿刺处有无渗血、渗液,及时更换敷料,保持周围皮肤清洁。留置心包导管期间,护理人员应严密监测患者体温,关注患者主诉并及时处理,定期行心脏超声检查积液情况,需要抽液时严格无菌操作,严密监测生命体征并记录引流液的颜色、性状和量。拔管指征为心包引流量减少,超声检查未见积液,夹闭管道后无积液增加及发热现象。

结果:患者在心包置管3天后,术后护理:护理人员应抬高患者床头,给予吸氧,持续心电监护并记录生命体征,配合超声定位以评估积液量。

术中护理:护理人员应协助医生完成消毒、铺巾及穿刺操作,穿刺成功后协助固定并抽液,记录液体出入量,观察液体性状及患者症状与生命体征。注意事项包括:严格无菌操作,护理人员叮嘱患者避免咳嗽或深呼吸,随时夹闭管道,防止空气进入,抽液速度宜慢且首次抽液量不超过100毫升。

术中心包积液,无出血表现,护理人员应遵照医嘱加用氯吡格雷抗血小板聚集,加用硝酸酯类药物扩张冠状动脉改善心肌缺血。患者在心包置管5天后,复查心脏彩超,确保心包腔内无积液,夹闭管道后无积液增加和发热,拔出心包引流管。次日,患者转入普通病房继续治疗,18天后康复出院。

讨论:虽然心脏介入诊疗水平持续提升,但是心脏复杂病变依然对医生构成严峻挑战,尤其在冠脉造影术后患者中更为突出。心包填塞的早期识别与有效处置,是抢救成功的关键所在。

部分患者发生急性心包压塞时,初始症状并不典型,其胸闷、胸痛等不适,易与原发病混淆。例如,血压下降和胸闷等症状与血管迷走反射相似,极易造成误诊。因此,护理人员应对该并发症保持高度警惕,具备敏锐的判断能力和丰富的护理经验,以实现早发现、早干预。

患者出现进行性加重的胸闷、胸痛、呼吸困难,伴血压下降及周围循环衰竭等心包压塞征象时,护理人员应迅速配合医生完成术前准备,立即实施心包穿刺术引流心包积液,尽快解除心脏压迫。

术前、术后应严密监测患者的生命体征与心理状态变化,加强心理护理,争取患者的理解与配合,缓解其紧张焦虑情绪,提升治疗依从性。此外,应高度重视心包引流管的护理,这也是预防术后其他并发症的重要措施。

术前、术后应严密监测患者的生命体征与心理状态变化,加强心理护理,争取患者的理解与配合,缓解其紧张焦虑情绪,提升治疗依从性。此外,应高度重视心包引流管的护理,这也是预防术后其他并发症的重要措施。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

■ 小发明

一种手动负压吸引器

□ 陈小倩 文/图

随着高龄患者群体的不断增加,居家护理中对气道管理的需求日益增加。然而,传统的负压吸引装置通常笨重、昂贵、附件繁多,操作复杂,且依赖电力供应,一旦患者离开病房或遭遇停电,便无法使用。为弥补这一不足,笔者设计了一种新型手动负压吸引器。

设计亮点

这种新型手动负压吸引器,结构简单、轻便易携、操作方便、成本低廉,不仅完全摆脱了对电源的依赖,还可以广泛应用于患者转运途中、家庭护理环境,甚至景区、游泳馆等公共场所,及时有效地处理误吸问题,为挽救患者生命提供了有力支持。此外,它还能够减少家庭气道管理患者的护理成本,降低对中心负压及电动吸引器的依赖。

设计方案

该装置主要由储痰瓶、双孔瓶塞、带单向活瓣的负压球、两根连接管和一根吸痰管组成。操作时,将各部件连接后,把吸痰管置入患者气管或口腔,通过手动挤压负压球产生负压,从而将痰液吸出。此外,该装置还可设计为小型一次性使用产品,进一步降低交叉感染的风险。

实用要点

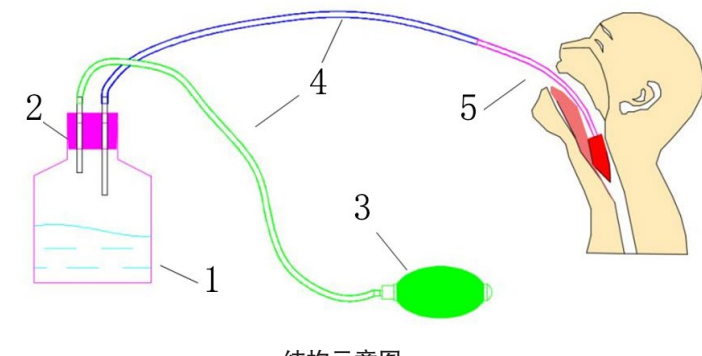
这种新型手动负压吸引器,除上述应用外,还特别适用于应急救援、野外医疗、偏远地区诊所等医疗资源受限的场景。在突发公共事件或自然灾害导致电力中断时,这种新型手动负压吸引器可成为保障气道安全的可靠备用方案。

同时,因其操作门槛低,也适于培训非专业护理人员(如患者家属等)掌握基本吸痰技能,提升患者居家护理的质量与安全性。

总结与展望

笔者研发的手动负压吸引器,以其便携性、经济性和操作便捷性,较好地解决了传统吸痰装置的应用局限。未来将继续优化材料与设计,进一步提升其安全性和舒适度,力争为更多需求者提供可靠、易得的气道管理解决方案。

(作者供职于郑州市人民医院)



结构示意图

1. 储痰瓶
2. 双孔瓶塞
3. 单向活瓣的负压球
4. 连接管
5. 吸痰管

■ 护理感悟

解开骨肉瘤患者的心结

□ 刘新

不久前,笔者为因骨肉瘤复发而截肢的20岁患者小军(化名)提供了个性化心理疏导服务,帮助他逐步走出心理阴霾,重燃生活希望。该案例体现了在肿瘤治疗中人文关怀与医学救治并重的重要性。

骨肉瘤是一种常见的原发性骨恶性肿瘤,好发于10岁~20岁处于生长高峰期的青少年。其常见发生部位为长骨的干骺端,如股骨、胫骨和肱骨。临床症状多表现为局部肿块、疼痛、肿胀及活动受限等。由于骨肉瘤进展迅速,部分患者确诊时已属晚期,因此早期识别尤为关键。目前,主要治疗手段包括手术切除和化学疗法,而截肢作为晚期骨肉瘤的常用治疗方法,往往给患者带来严重的心理创伤。

2024年,小军在确诊骨肉瘤后接受了关节置换术。2025年,小军因病情复发不得不进行左大腿高位截肢。原本性格开朗的小军在得知这一结果后,出现了自我封闭、拒绝交流等应激心理反应,甚至一度产生轻生念头。

在笔者看来,截肢不仅造成身体残缺,更是对患者自我认同的巨大冲击。为此,科室专门成立多学科心理干预小组,为小军量身定制个性化心理疏导方案:通过正念疗法,引导小军有意识、不加评判地觉察当下,以专注和开放的态度关注自身的身体感觉、情绪变化、思维活动及周围环境,从而提升自我认知。同时,联合康复师设计渐进式适应性训练计划,帮助小军在轮椅操控、假肢使用等实践中,重新获得对生活的掌控感。

经过4次系统性干预,小军的心理状态明显改善,其困扰量表评分从8分降至4分。小军说:“护士长教我改用‘失去左腿’而不是‘截肢’这样的说法,让我意识到生命中依然存在很多可能性。”

河南省肿瘤医院骨科主任姚涛涛认为,小军的案例为肿瘤患者心理干预提供了新思路。科室计划将“生理-心理-社会”三维支持模式纳入标准化护理流程。统计结果显示,实施心理干预后,患者治疗依从性提升了25%。

“每一个数字背后都是一个鲜活的生命。我们不仅要提高生存率,更要守护患者的生活尊严。”目前,科室心理疏导团队已扩充至4人,医院还开展了“关爱护士”专题培训,以提高更多护理人员的心理危机干预能力。

(作者供职于河南省肿瘤医院骨科)

征稿

你可以谈一谈护理工作的新体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路及你对护理学发展、管理和教育的建议,也可以写护理的现状与存在的问题……

《护理管理》《专科护理》《海外护理》《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》等栏目真诚期待您的参与!

联系人:徐琳琳
联系电话:15036010089
邮箱:xulin.lin@qq.com
地址:河南省郑州市金水东路与博学路交叉口

■ 心灵驿站

你了解惊恐障碍吗

□ 王喜莘

李先生(化名)在完成10公里骑行准备休息时,突然感到一阵眩晕,心脏剧烈跳动,胸口仿佛被巨石压迫,呼吸急促,大汗淋漓,双腿发软难以站立。强烈的濒死感让他感到死神降临,不禁大口喘气并呼救:“我要死了!救救我!”十几分钟后,李先生的这些症状竟奇迹般逐渐消退。然而,几天后,在毫无预兆的情况下,这种恐怖的感觉再次袭来。李先生进行多次急诊检查,包括心电图、抽血和CT等,检查结果均正常。最终在医生建议下,李先生前往精神科就诊,谜底才得以揭开。原来,李先生所患的并非心脏病,而是惊恐障碍。

疾病特点

惊恐障碍是一种急性焦虑障碍,以反复发生、无法预测的惊恐发作为核心表现。这类发作往往极其突然,无明显诱因,患者在几分钟内便感

强烈的恐惧笼罩,并伴随一系列容易被误认为危及生命的躯体症状。

临床表现

心血管系统 心悸、心动过速,心慌,胸痛或压迫感(常被误认为是心绞痛或心肌梗死)。

呼吸系统 呼吸困难,有窒息感,喉咙发紧,透不过气来。

躯体症状 头晕,站立不稳,出汗、颤抖,手脚麻木或刺痛,忽冷忽热。

心理体验 强烈的濒死感、失控感或“快要发疯”的恐惧(灾难化思维)。

每次发作通常持续5分钟~20分钟,极少超过1小时,但是却会给学生留下极其深刻的恐惧记忆。更令人痛苦的是,患者往往会持续担忧下一次发作(预期性焦虑),并可能因此回避某些情境(如独自外出、乘坐交通工具或前往人员密集的场所),严重影响正常生活。

如何应对

心理治疗

认知行为疗法是常用且有效的方法,可以帮助患者识别并改变自身的灾难化思维模式,并通过逐步、安全地暴露于诱发恐惧的身体感觉或情境中,打破“恐惧-躯体感觉-更恐惧”的恶性循环。

放松训练同样重要,包括学习腹式呼吸、渐进式肌肉放松等技术,有助于在焦虑初期或发作时迅速平复身体反应、缓解症状。

药物治疗

在药物方面,抗抑郁药是首选,特别是选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs,如帕罗西汀、舍曲林等)和5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)。它们通过调节大脑内关键化学物质,有效减少惊恐发作的频率和严重程度。药物治疗需要足量、足疗程使用。通常2周左右开始起效,维持治疗建议持

续至少8个月,突然停药容易导致复发。

苯二氮卓类药物(如阿普唑仑、氯硝西泮)起效迅速,可快速缓解急性期症状。这类药物常在治疗初期短期使用,或按须用于预期的高焦虑情境。但由于存在依赖风险,长期用药需要格外谨慎。

注意事项

当出现突发性、无法解释的强烈恐惧和严重躯体症状(尤其是心脏或呼吸相关表现)时,应首先前往急诊或相关科室(如心内科)排除危及生命的躯体疾病。在确认无器质性问题后,应考虑到惊恐障碍的可能,并主动寻求精神科或心理科的专业评估。

治疗惊恐障碍是一个漫长的过程。患者要去正规的医疗机构就诊,坚持规律服药,不可自行减药或停药;积极配合心理治疗,学习情绪管理应对技巧;与医生保持密切沟通,及时反馈药物的副作用及病情变化,调整治疗方案。