

■ 护理技术

肺动静脉瘘围手术期护理

□屈冰秦晶

案例分析

患者李某,女,26岁。15天前,患者无明显诱因出现头晕、头痛症状,并伴有恶心、呕吐、心慌等临床表现,遂至当地医院就诊,接受治疗后效果不佳。为寻求进一步治疗,患者于8天前转入郑州大学第一附属医院,门诊以“双肺多发性动静脉瘘”为诊断让患者住院治疗。

患者2年前进行“肺动脉造影+栓塞术”,术后恢复情况良好,无其他慢性疾病。

术前CT(计算机层析成像)检查结果显示:双肺多发性动静脉瘘。

手术方式:超选择性右肺动脉造影并栓塞术+超选择性左肺动脉造影并栓塞术。

疾病概念

肺动静脉瘘属于先天性肺血管畸形,主要病理表现为血管扩大迂曲,或者形成海绵状血管瘤。在这种病变下,肺动脉内的血液会不经过肺泡进行气体交换,直接流入肺静脉,使肺动脉与静脉之间形成异常的直接通路。

临床表现

肺动静脉瘘的临床表现与分流量大小密切相关:分流量较小时,患者可无明显症状;分流量较大时,则会导致血氧饱和度降低,进而引发一系列临

床症状,包括心慌气短、全身无力、发绀、胸痛、咯血、头晕、晕厥、抽搐等,这类症状在儿童期就会出现。

在体格检查中,听诊可在肺动静脉瘘所在部位的胸部闻及连续性杂音。患者还会出现口唇发绀、杵状指(趾)等体征。血管造影检查能够清晰显示肺动静脉瘘的病变位置与形态。

治疗原则

**手术治疗** 手术不仅可以纠正肺内的异常分流,改善肺部的血液供应,还能有效预防栓塞等并发症,整体预后较好。不过,在术后短期内,可能会因为大量血液灌注到原本供血不足的肺组织,而引发肺水肿。因此,需要对患者进行密切观察。部分患者在术后会再次出现动静脉瘘,需要再次接受手术,在治疗和恢复过程中要做好防护。对于伴有出血性毛细血管扩张症的患者,手术操作需要更加谨慎肺动静脉瘘。

**介入栓塞治疗** 目前,临床上常采用介入方式治疗肺动静脉瘘。该方法是经导管向瘘管内植入硅胶小球或不锈钢弹簧,以此来阻塞瘘管,减少异常的血流分流,治疗过程安全且效果确切。这种方法尤其适合不愿接受手术治疗的患者。

术前护理

**病情观察** 要严密监测患者的生命体征,重点关注血氧饱和度、二氧化碳分压等相关指标。当患者缺氧时,必要时给予鼻导管或面罩吸氧;对于严重缺氧的患者,可给予呼吸机辅助呼吸,

维持正常氧供。

**体位与休息** 要求患者绝对卧床休息,避免进行剧烈活动;同时,也要避免过度用力的动作,防止腹压升高影响静脉血液回流。对于合并心力衰竭症状的患者,可以将体位调整为半坐位或坐位,减轻心脏负担。必要时,遵照医嘱使用利尿类药物,改善心肺功能。

**对症处理** 当患者出现发热、咳嗽等症状时,要及时给予相应的对症处理(如患者发热时,进行物理降温或药物退热;咳嗽时,给予止咳祛痰治疗),缓解患者的症状。

术后护理

**严密监测生命体征** 术后,护理人员要为患者连接心电图监护设备,持续监测生命体征的变化,主动询问患者是否存在不适感受,密切观察有无发热等情况。同时,护理人员要帮助患者保持呼吸道通畅,及时清除患者呼吸道内的分泌物,必要时给予化痰类药物,改善患者的呼吸状况。

**穿刺处的护理** 术后,患者应卧床休息,保持平卧姿势6小时~8小时。对穿刺部位进行加压包扎,密切观察穿刺部位有无渗液和形成血肿;包扎的绷带不宜过紧,观察患者远端动脉的搏动情况,防止出现局部血液循环障碍。

**体位护理** 术后初期,患者要保持平卧位。在术后第2天,患者可在护士的协助下取侧卧位;术后24小时,去掉穿刺处的绷带,观察穿刺点是否已经结痂,无出血情况,确认无异常后,应鼓励并协助患者

进行适度活动,促进身体恢复。

并发症护理

**肺不张** 术后,患者会因咳嗽无力,导致支气管内分泌物以及凝血块排出不畅,从而堵塞支气管,引发肺不张,患者会出现气短或憋气等征状。针对这种情况,术后要经常鼓励并协助患者进行有效咳嗽、排痰,对于痰液不易咯出的患者,可给予雾化吸入治疗,每天2次,促进痰液排出。

**咯血** 肺动静脉瘘患者有时会出现咯血症状,主要原因是毛细血管扩张性病变位于支气管黏膜处,或者肺动静脉瘘发生破裂。当患者出现咯血时,可遵照医嘱给予止血药物等治疗;同时,密切观察患者咯血的量和颜色,评估病情变化。

**胸痛** 肺动静脉瘘引发的胸痛,可能是病变破裂出血后,血液积聚在肺脏层胸膜下形成血胸导致的。而术后出现的胸痛,则可能是肺动脉栓塞后,肺叶出现炎性渗出引起的。对于胸痛剧烈的患者,可遵照医嘱给予镇痛类药物缓解疼痛;同时,要密切观察患者疼痛的程度和部位,判断疼痛的原因。

**呼吸功能不全** 术后,患者会因为肺部分泌物增多、咯痰不畅,或者肺部出现炎性物质,而引发呼吸功能不全。在护理过程中,护士应加强患者呼吸道管理,鼓励患者排痰,必要时进行吸痰处理;同时,遵照医嘱给予抗炎、化痰等治疗,改善患者的呼吸功能。

出院指导

**生活指导** 患者在出院后应避免过度劳累,根据自身情况进行适度活动,以增强体质。患者出现心慌气短、头晕、胸痛等不适时,要及时前往医院就诊,避免延误治疗时机。

**定期复查** 患者在出院后3个月~6个月到门诊进行复查,以便医生了解患者的恢复情况。如果,患者在日常生活中出现任何不适,也需要及时就诊。

问题解析

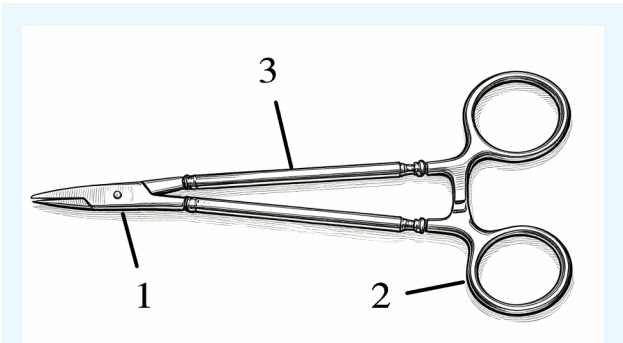
患者住院期间,护士应如何指导患者进行呼吸功能锻炼?

**呼吸功能训练** 的方法较多,主要包括腹式呼吸训练、缓慢呼吸训练、缩唇呼吸训练、有效咳嗽训练、吹气球训练等。其中,吹气球训练是一种简单、安全且有效的呼吸训练方法,具体操作步骤如下。

患者要保持放松、舒适的体位,以保证呼吸顺畅;指导患者先进行缓慢的深吸气,直至无法再吸入气体为止;患者保持吸气状态数秒后,用嘴含住气球的开口,缓慢地将肺内的气体吹入气球中,直至无法再吹出气体为止;在训练过程中,患者要保持吸气与呼气的时间比为1:2或1:3,以延长呼气时间,改善肺通气;控制吹气球的频率,每分钟吹七八次即可;每次训练的时间为10分~15分,以不感到过度疲劳为宜;当患者感觉疲劳时,应充分休息,然后再继续进行训练,逐步提升呼吸功能

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

■ 小发明



产品示意图

- 1.持针齿
- 2.手柄
- 3.可伸缩式连接杆

在临床各类手术中,缝合操作是重要步骤之一。当前,临床广泛使用的传统持针器存在明显的缺陷,尤其在深部组织缝合场景中问题突出。即便医生可以通过肉眼观察目标缝合部位,但是传统持针器长度固定且不足,难以触及深部操作区域。其中,腹腔手术因软组织疏松、组织器官暴露不充分、手术视野受限等特殊情况,传统持针器无法支持高效快速的缝合操作。临床实践结果表明,缝合操作耗时过长,会直接增加患者术中感染风险。因此,如何实现深部组织的快速清创与缝合,已成为临床亟待解决的难题。

笔者设计了一种可伸缩式持针器,适用于妇产科、外科、整形科、烧伤科等临床科室的各类手术缝合场景。

创新亮点

针对传统持针器的应用痛点,这种可伸缩式持针器的创新点在于采用可伸缩的调节结构,有效突破长度限制。该持针器主要由持针齿、手柄及可伸缩式连接杆3个部分构成,其中可伸缩式连接杆连接于持针齿与手柄之间,构成重要功能组件。

在手术缝合过程中,医生可以根据切口长度、缝合基底深度等实际操作需求,自由调节连接杆的伸缩长度,大幅降低因持针器长度不足导致的操作障碍;同时,减轻操作者的手部疲劳与工作负担。此外,该持针器还具备结构简单、操作便捷、制造成本低廉的优势,为临床推广奠定了基础。

应用价值

**设计目的** 这种可伸缩式持针器的设计目的:可便捷地完成腹腔及皮下等深部组织缝合的手术,有针对性地解决传统持针器在深部组织缝合中操作不便、效率低下等问题,提升手术的安全性与有效性。

**技术方案** 该装置主要由持针齿、手柄和可伸缩式连接杆构成,其中可伸缩式连接杆固定设置于手柄端部,术中可由医生根据深部操作需求自由拉伸调节长度,整体操作流程简洁便捷,无须额外辅助工具。

**有益效果** 这种可伸缩式持针器相较于传统持针器,具备以下显著有益效果。

通过可自由伸缩调节的结构,显著提升深部组织缝合的操作便利性,有效缩短手术时长,进而降低患者术中感染风险,保障手术安全。

该装置整体结构设计简单,操作门槛低,便于临床医生快速掌握,且制造成本低廉,无须高额采购与维护费用,有利于在各级医疗机构(包括基层医疗机构)广泛应用,提升临床治疗水平。

(作者供职于濮阳市第三人民医院)

一种可伸缩式持针器

□王国梁  
谢佳典文/图

■ 护理感悟

探寻护理的温度

□杨祎帆

在神经内科工作的4年,我逐渐明白,护理的本质可以用2个词概括:一个是技术,另一个是温度。技术是手中的针管、眼前的监护仪、精准的剂量与流程;而温



制图:徐琳琳

度,则是俯身时的眼神、握手时的力度、言语中的共情与沉默里的陪伴。前者能修复身体的损伤,后者却能唤醒灵魂和生机。

我曾以为,一名优秀的护士,应当是冷静、高效、无懈可击的。直到遇见王女士,我才懂得,有时候,柔软比坚硬更有力量。

王女士是一位脑梗死患者,入院时情绪低落,拒绝配合任何康复训练。王女士的老伴儿告诉我,王女士曾是小区广场舞的领队,爱热闹、爱笑,生病后却像换了个人,整日郁郁寡欢。那天,我端着水杯走到王女士病床前,没有与她谈病情,也没有催促她进行康复训练,只是轻声说:“我听

张叔叔说,您以前跳舞特别好看,是广场舞的领头人呢!”王女士没回头,却轻轻叹了一口气。我握住王女士无力的右手,放在自己的手心:“脑梗死只是让您身体歇一歇,可没‘偷走’您跳舞时那股儿高兴劲儿。咱们现在做康复训练,就是为下一次‘登台’热身,您说是不是?”王女士终于转过头,眼里有了一丝光亮。

那一刻,我忽然意识到,我护理的从来不是孤立的疾病,而是一个有故事、有情感、有牵挂的人。情感护理不是一项额外的任务,而是将“看见人”融入每一次操作、每一句问候中的自觉行动。当我们将患者的痛苦外化:

“这不是您不行,是疾病在作祟”;当我们将康复过程故事化:“今天的勾脚动作,是为明天的舞步打节奏”;我们便用语言为他们搭建一座充满希望的桥梁。

我也曾因患者的离世而自责,因家属的误解而委屈,但更多时候,是被治愈。当失语的徐先生第一次努力发出“谢谢”的声音时,当刘大娘笑着说出“等我摘石榴送给你们”时,当唐先生独立走到护士站竖起拇指时……我感受到一种超越职业成就感的满足,那是生命与生命相互触碰的震颤。

护理工作,是一场漫长的修行。我们以技术为基,以人文为

魂,在消毒水的气味里,传递着生命的温度。我们或许无法阻止疾病的侵袭,却可以不让心灵在病痛中枯萎;我们或许无法改写结局,却可以让过程充满尊严与希望。

如今,我依然每天穿梭在病房,打针、发药,监测患者的生命体征。我知道,我手中的不仅是治疗盘,更是一份沉甸甸的信任与托付。而我所追求的,也不再是“完美的操作”,而是“有温度的护理”,让每一个躺在病床上的患者,都能感受到:你不是一个人,我在这里。

(作者供职于河南大学第一附属医院)

压力性损伤:精准分期 科学防控

□王春平

压力性损伤,又称褥疮,是临床护理中的常见问题,不仅给患者带来痛苦,还增加了医疗负担。

分期及表现

明确分期,准确判断病情,采取对应措施。

1期表现为皮肤完整,但局部出现压之不褪色的红斑,这提示组织已出现缺血迹象。这是重要的警示信号,需要立即干预。

2期表现为部分真皮缺损,可见浅表粉红色创面或清亮的血性水泡,无腐肉覆盖。此阶段损伤较为表浅。

3期表现为全层皮肤缺损,可观察到皮下脂肪,但是创面无筋膜、肌肉暴露。损伤已深入皮下组织。

4期表现为全层组织缺损,伴有筋膜、肌肉或骨骼暴露,常合并感染。这是较为严重的阶段,治疗难度大。

不可分期或深部组织损伤表现为创面表面覆盖腐肉或焦痂,或局部呈现持久性紫色、褐色,无法明确损伤深度,需要在清创后才能准确分期。

防控策略

掌握疾病知识是基础,将其转化为系统性的防控行动才是关键。降低压力性损伤发生率,需要构建“全员参与、全过程管理”的防控体系。

**建立系统化管理制度与流程** 医院管理层应牵头成立专项管理小组,负责制定并下发清晰的预防与管理规范、操作流程及应急预案。制度需要明

确各部门、各岗位的职责,从入院评估、风险分级、预防措施执行、记录交接到发生损伤后的上报与处理,形成完整的闭环管理。建议利用信息化系统,实现评估风险的自动提醒、措施执行的记录与追踪,以此提升管理效率。

**技能培训** 预防措施的有效落实,依赖于每一位医务人员,特别是床旁护士的知识与技能。必须开展分层分类的持续培训。培训内容不仅包括压力性损伤的定义、分期、评估工具使用,更要注重实际操作技能。例如,体位摆放技巧需要掌握30度侧卧位,使用减压垫正确支撑,避免直接压迫骨隆突处;减压工具的选择与使用,需要根据患者的风险等级和体

位合理选用气垫床、泡沫垫、足跟保护垫等;皮肤护理要点是保持清洁干燥,使用皮肤保护剂,避免按摩骨隆突处发红区域。培训需要结合案例分析、工作坊等形式,并纳入考核,确保“人人掌握、人人过关”。

**落实以患者为中心的个性化预防**措施。这是防控工作的落脚点。医务人员需要根据风险评估结果,为每位患者制定个性化的预防方案。

**减压管理** 对于高风险患者,必须保证定时翻身(通常每2小时1次),并做好记录。需要有效使用减压支撑面。对于长期坐轮椅的患者,需要指导其每30分钟进行支撑抬臀减压训练。

**皮肤与失禁护理** 需要每

日至少1次全面检查皮肤,特别是骨隆突处。对于大小便失禁或出汗多的患者,需要及时清洁皮肤并使用屏障霜保护皮肤。保持“床单位”清洁、干燥、平整,无皱褶与碎屑。

**营养与水分支持** 营养不良是重要的风险因素。需要评估患者的营养状况,与营养师协作,摄入足够的蛋白质、热量、维生素和水分,以增强组织修复和抗压能力。

**健康教育** 需要鼓励并指导患者及家属参与预防,例如指导患者在可能的情况下进行小幅活动,告知家属观察患者皮肤的重要性及简单护理方法。

**多学科协作与支持** 压力性损伤的预防涉及多领域,护

理部是主力,但是需要与医疗团队紧密合作,共同管理患者的原发病;需要营养师参与,提供专业的营养评估与支持方案;需要康复治疗师参与,指导患者进行安全的功能锻炼与体位转移;需要药剂师参与,重点关注可能影响皮肤状态的药物。团队协作,可以解决导致患者风险增加的复杂问题。

**实施持续质量监测与改进** 需要建立压力性损伤发生率、预防措施执行符合率等质量指标,进行常态化监测与数据收集。定期分析数据,召开质量分析会,针对发生的案例进行根本原因分析,识别系统或流程中的漏洞。需要将分析结果反馈给临床,修订制度、优

化流程、加强薄弱环节的培训,以此实现预防工作的持续质量改进。

随着科技发展,未来可进一步探索智能化预警系统的应用,如利用传感器实时监测压力与体位,研发更先进的减压材料与敷料。但无论技术如何进步,护理人员的专业评估、细心观察和主动干预永远是不可替代的核心。持续强化以循证为基础的实践,将预防理念深植于每一位医务人员心中,方能实现压力性损伤发生率的最小化,为患者提供更高品质的安全照护。

(作者供职于舞钢市人民医院急诊外科,本文由舞钢市卫生健康委宣传科段泓涛整理)