

专科护理

感染性主动脉瘤术后患者的护理策略

□秦非凡

感染性主动脉瘤是由病原微生物(主要为细菌)破坏主动脉管壁而引发的一种罕见且致命的特殊类型主动脉瘤。因感染部位特殊,故其早期诊断和治疗较为困难。感染性主动脉瘤的主要临床表现包括发热、疼痛(如胀痛、跳痛或触痛)及搏动性肿块。除发热外,感染性主动脉瘤还会有白细胞计数增多、红细胞沉降率增快、C反应蛋白水平上升等全身感染表现。

感染性主动脉瘤的治疗原则包括控制出血、去除感染、重建血运,但动脉血供的重建方式目前仍存在较大争议。

此外,感染性主动脉瘤还可能造成广泛的组织破坏,影响周围脏器的正常运转,从而引发肠梗阻、胰腺炎、急性肾功能衰竭等严重并发症,这也是预后不良的重要原因之一。因此,对于这类患者,需进行精心护理并加强健康宣教,以减少并发症,提高治疗效果。

病例分析

58岁的男性患者孙某因“咳嗽、咳痰3个月”入院。患者自述1年多前无明显诱因出现咳嗽、咳痰症状,痰液带有臭味,在当地诊所按“感冒”治疗2次~3次,均未见效。半个月前,患者咳嗽症状加重,痰量较之前明显增多,且出现痰中带血的情况。患者前往当地诊所就诊,接受“头孢呋辛”抗感染治疗7天,仍无效果,随后又出现2次痰中带血的情况。

经了解,患者既往有高血压、冠心病、脑梗死以及降主动脉夹层术后、下肢静脉曲张术后等多种病史。术前检查显示,患者存在胸腹主动脉瘤(Ⅲ型)合并感染、左下肺感染伴咯血、冠状动脉重度狭窄等问题。

综合评估后,患者在全麻下接受了“胸主动脉部分切除伴人工血管转流术+冠状动脉搭桥术+左肺下叶切除术+心包剥脱术+胸膜粘连烙断术”。术中探查发现,患者的左下肺及周边组织存在严重的主动脉粘连,其相应区域的主动脉分支亦受累,需先封闭左下肺动脉,这无疑增加了手术操作难度与出血风险;胸段特定区域存在局部感染,肋间动脉较少,需将单分支人工血管与胸主动脉人工血管近端吻合、远端主干闭合,再将两个特定长度的人工血管缝合至人工血管主干,制成Y型人工血管,Y型人工血管经膈肌水平皮下隧道与右股动脉端侧吻合,以形成转流。

术后监测显示,患者上下肢收缩压压力差约为20毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),咯血量逐步减少。经过抗感染治疗,相关炎症指标逐步改善,病情也逐渐得到控制。

窒息的预防及护理

患者因左下肺感染,术前、术后出现间断咯血。咯血导致窒息是此类患者死亡的常见原因,有效预防突然窒息死亡的关键在于密切观察与及时抢救。护理人员需密切观察并详细记录患者咯血的频率、血液的颜色及咯血量,同时指导患者采取半卧位或端坐位,以减少呛咳发生

风险。

咯血发生后应立即使用止血药物。如果咯血量较大,通常采用静脉泵入垂体后叶素、酚妥拉明,并口服肾上腺素片及云南白药胶囊。但需注意的是,此类药物具有收缩血管和子宫平滑肌的作用,用药期间需密切观察患者的血压变化。

窒息的主要原因是血块和

大量的血液堵塞了呼吸道,导致呼吸不畅。护理人员应告知患者咯血时切勿屏气,尽量将血块轻轻咳出,以免造成呼吸道阻塞和窒息,并准备好抢救物品。一旦患者发生窒息,应立即将其置于头低足高的俯卧位,面部侧向一侧,轻拍其背部协助血块排出,必要时可进行负压吸引,清除血块。

组织灌注不足的预防及护理

组织灌注不足主要表现为腹腔脏器灌注不足,这与胸主动脉、腹主动脉离断有关。在护理过程中,护理人员应每小时观察并记录患者的心率、心律、脉搏、血压、血氧饱和度,并定时监测双侧足背动脉搏动、下肢皮温与颜色及四肢血压情况。因患者手术的特殊性,上下肢收缩压压差约为20毫米汞柱,下肢收缩

压通常保持在140毫米汞柱~150毫米汞柱,以保障循环稳定。

护理人员需使用精密尿袋监测患者每小时的尿量,准确记录出入量,为调整治疗方案提供依据。因手术切口大且术中血管吻合口较多,护理人员在护理过程中应注意每小时挤压一次引流管,确保引流管通畅,并准确记录引流液的颜色、性质和量。若患者出现烦躁不安、血压下降、脉搏增快、尿量减少等血容量不足的表现,应警惕活动性出血,需立即通知医生进行处理。术后需明确标注各引流管,清晰地记录引流情况,可使用透明输液贴膜保护管路标签,防止其脱落或被污染。此外,在护理过程中,要严格遵循无菌原则,及时更换伤口敷料,预防伤口感染。

此外,患者服用吲哚布芬、替格瑞洛等抗凝药物期间,应每日检测凝血酶原时间及国际标准化比值,以预防出血风险。

预防感染加重

术前应评估患者的身体基本情况,并根据手术部位和类型做好备皮工作。对于营养不良的患者,术前应给予营养支持以增强其免疫力,可通过口服营养补充剂或静脉输注营养液等方式,确保其摄入充足的蛋白质、维生素和热量;术后需密切观察手术伤口,注意有无疼痛、红肿、渗出等异常情况。如果发现伤口有异常情况,要及时告知医生进行处理。保持伤口清洁、干燥,定期更换敷料,更换过程中严格遵循无菌操作原则,防止伤口污染。

对于留置引流管的患者,应妥善固定引流管,确保引流通畅,定期更换引流装置,并观察引流液的颜色、量和性质,如有异常及时告知医生。术后仍需给予患者营养支持,以促进伤口愈合和身体恢复。

护理人员可根据患者的病情和食欲情况,选择口服、鼻饲或静脉输注营养液等方式,并鼓励患者摄入富含蛋白质和维生素的食物,以提高机体免疫力。同时,严密监测感染征象(如白细胞计数、C反应蛋白、降钙素原等炎症指标),并针对性调整药物。遵医嘱使用抗生素,药物应现配现用,并确保在有效期内输注。

疼痛护理

心外科手术后,药物镇痛是术后疼痛管理的常用方法。在护理过程中,护理人员应重视患者的主诉,动态评估患者的疼痛情况。镇痛方式包括间断肌内注射或口服阿片类药物,以及患者自控镇痛、微量泵持续泵入镇痛剂等常用方法。除此之外,护

理人员还可间断静脉注射镇痛药物。患者身上留置的各类管道若管理不当,可能引起身体不适或疼痛加重,因此应妥善固定引流管,避免管道扭曲、牵拉导致的剧烈疼痛,并根据各类管道的拔管指征进行评估,在条件允许时尽早拔除。

术后疼痛主要集中在手术

切口处。护理人员可使用胸部固定带对患者伤口进行适当约束,防止患者咳嗽或者用力时胸腔过度扩张而加重疼痛。患者可在术后咳嗽或深呼吸时采取环抱双臂的姿势,有利于减轻疼痛。护理人员还可指导患者在咳嗽时适当按压伤口,避免疼痛加剧。

心理护理

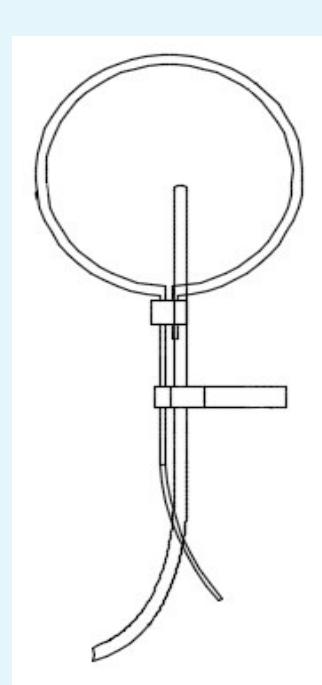
疾病本身的凶险性、手术创伤及治疗过程的痛苦,容易对患者的心理造成冲击,引发焦虑、恐惧、抑郁等心理问题。为解决这一问题,可以采取以下措施:

首先,主动与患者沟通,耐心解释病情和治疗方案,通过分享成功案例、播放舒缓的音

乐、指导深呼吸放松训练等方式,给予积极的心理暗示,帮助患者树立康复信心。其次,重视疼痛相关焦虑的缓解,及时、有效地控制术后疼痛,并在疼痛管理过程中,向患者解释疼痛的原因、缓解方法及用药安全性,减轻其因疼痛引发的焦虑情绪,同时为患者营造一个舒适的环境,保持病房整洁、安静,温湿度适宜。

(作者供职于河南省胸科医院心血管外科)

小发明



用于尿动力学检查的膀胱测压管固定装置的简易结构示意图

技术背景

尿动力学检查是泌尿外科较为常用的检查手段,主要通过检测尿路各部分的压力、流率及生物电活动情况,从而评估尿路输送尿液的功能和机制,以及排尿功能障碍性疾病的病理生理变化。进行尿动力学检查时,需要经尿道口插入膀胱测压管。

目前,在尿动力学检查过程中,膀胱测压管外露部分的固定方式主要有两种:一是使用宽胶布将膀胱测压管直接粘贴在阴茎表面;二是将膀胱测压管插入膀胱后,将其外露部分固定在患者的大腿处。使用第一种固定方法时,需使用消毒剂对阴茎皮肤进行消毒;插入膀胱测压管时,要在其表面涂抹润滑剂。然而,消毒剂和润滑剂难以完全干燥,容易导致膀胱测压管粘贴不牢固,松动滑脱。此外,在检查过程中,受尿液冲刷的影响,膀胱测压管也容易滑脱。使用第二种方法时,若插入膀胱内的膀胱测压管过长,容易导致患者下腹部疼痛不适,增加痛苦。在检查时,尿液冲刷同样会造成膀胱测压管滑脱。为解决上述问题,有必要设计一种用于尿动力学检查的膀胱测压管固定装置,以确保膀胱测压管的有效固定,并减轻患者的痛苦。

创新内容

这种用于尿动力学检查的膀胱测压管固定装置由夹管器和绑带两部分组成。夹管器的夹持面上设有弹性垫。该弹性垫与膀胱测压管外表面接触,可避免夹管器夹持对膀胱测压管内部结构造成影响。绑带一端用于围成大小可调节且套设于患者阴茎的环套;另一端的一部分则被夹持在夹管器的夹持面内。

夹管器由扭力弹簧、固定销钉及两个夹本体组成。每个夹本体包括圆弧形夹持板、销钉连接板和板式手柄。圆弧形夹持板的内径略大于膀胱测压管的外径。每个夹本体均设有两块销钉连接板,且这两块销钉连接板分别垂直设置在圆弧形夹持板与板式手柄结合处相对的两侧边缘。销钉连接板上设有同轴的安装孔。固定销钉贯穿两个安装孔,将两个夹本体连接为一体。扭力弹簧设置在固定销钉上。弹性垫共有两个,分别设在两个夹本体的内弧面上。

两个夹本体的圆弧形夹持板在远离板式手柄的一端水平延伸,形成板状夹持板。两个板状夹持板相互配合以夹持绑带的另一端。

通过板状夹持板可将夹管器与绑带连为一体,其夹持稳定性高。板式手柄上设有力孔,便于操作。弹性垫采用气泡膜材质,粘贴在夹本体的内弧面上。

该绑带由固定带体和环套带体组成。环套带体上均匀分布有定位孔。固定带体包含第一带体和第二带体。第一带体从环套带体的一端沿长度方向延伸,其中心设有定位子扣;第二带体则从第一带体的侧边水平延伸,并设有定位母扣。使用时,第二带体可向第一带体翻折,使定位母扣与穿过定位孔的定位子扣扣接。

定位子扣和定位母扣均采用塑料制成。

有益效果

这种用于尿动力学检查的膀胱测压管固定装置通过在夹管器的夹持面上设置弹性垫,确保夹紧膀胱测压管时不损伤其内部结构,从而保证检测结果的准确性。该装置有固定简便、不易滑脱的优点,能够实现膀胱测压管的快速可靠固定,既不会额外增加检查时间,也不会造成环境污染。

(作者供职于焦煤中央医院)

征稿

你可以谈一谈护理理》《小发明》(请将你的工作的心得体会,在护理小发明拍成图片,并附上方面取得的新进展,对某文字说明)、《护士手记》、《护理感悟》等栏目真诚护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》

56869252@qq.com

我们的人文关怀“贯标”之路

□雷蕾

当“贯标达标通过”的消息传来,科室里响起了一阵由衷的欢呼。就这样,一份上级下发的文件,在手术室全体同仁的认同下,转化为一项光荣的使命。专项工作小组迅速成立,“贯标”工作的序幕正式拉开。点滴汗水,汇聚成河。

“贯标”筹备的过程,远非“辛苦”二字可以简单概括。它是对科室现有工作模式、护理服务理念,乃至环境设施的一次全面审视。

一份文件,一份使命

一年前,医院将《手术室患者人文关怀管理规范》的“贯标”文件交到我手中。接到文件时,我的心情颇为复杂:既有面对未知工作的忐忑,更有对人文关怀能否在手术室落地扎根的思索。

与科室主任商议后,我们第一时间向科室同事传达了这项任务。令人动容的是,回应中没有丝毫畏难与抱怨,大家眼中满含责任与热情。“雷姐,这是好事,你只管安排,我们全力执行!”同事

们朴实而坚定的话语,让我深受鼓舞。就这样,一份上级下发的文件,在手术室全体同仁的认同下,转化为一项光荣的使命。专项工作小组迅速成立,“贯标”工作的序幕正式拉开。

人文关怀的最高境界,是将其融入日常,成为一种本能的职业习惯。如今,在术前访视时,护理人员会蹲下身,与患儿平视交流,用温柔的话语缓解其紧张;在麻醉诱导阶段,会紧紧握住患儿的手,给予无声的鼓励;在术中,全程做好患者的体温保护,守护患者安全与舒适;在术后,细心为患者擦拭身上的消毒液,整理衣物,维护其尊严与体面。这些细微之举,已成为手术室护理工作常态。当评委们给予肯定评价

一路相伴,指引前行

这条“贯标”之路,我们从未独行。医院领导对此高度重视,不仅多次听取汇报,还深入临床一线,来到手术室患者通道现场,指导标识系统优化工作。在资源协调、跨部门沟通等关键环节,医院给予我们大力支持,让我们能够心无旁骛地投入工作。

台上八分钟,台下一年功。答辩前夕,我和同事反复梳理材料、完善PPT(演示文稿软件)。PPT里的每一张图片——从焕然一新的诊疗环境到培训时专注的神情,再到日常护理中温暖的瞬间,皆是科室真实改变的缩影,凝结着团队日日夜夜的付出。

在八分钟的答辩里,我向评委们讲述了我和团队的故事——一群手术室护理人如何用专业与爱心,让冰冷的手术室充满温暖的故事。当评委们给予肯定评价

的那一刻,我知道,我们的努力没有白费。

淬炼成钢,再启新程

“贯标”成功,带给我们的远不止一纸荣誉证书。对团队而言,这是一次深刻的淬炼,团队的凝聚力、执行力与创造力得到升华;对护理实践而言,人文关怀从此不再是一个抽象的口号,它已内化于心、外化于行,深深融入手术室护理工作的血脉。

达标不是终点,而是我们追求卓越护理的新起点。我们将以此次“贯标”达标为契机,建立人文关怀长效管理机制,推动人文关怀服务质量持续改进,并积极总结实践经验,让这份温暖的光芒照亮更多患者的就医之路。我们将继续以专业守护生命,以温暖抚慰心灵,在这条道路上坚定前行。

(作者供职于内乡县人民医院麻醉科手术部)