

专科护理

一例PCI术后并发脑梗死再行椎动脉支架植入患者的护理

□雷梦迪 弓永红

护理措施

意识护理 患者入院后,完善相关检查,并遵医嘱接受药物治疗。具体治疗方案为:静脉滴注丁苯酞注射液、依达拉奉注射液、银杏二萜,每日2次;口服甲钴胺片,每日3次,旨在	改善脑循环与脑灌注。在用药过程中,护理人员需密切监测药物疗效及不良反应,同时持续观察患者的生命体征、神志、瞳孔变化等情况。若发现患者出现意识加深等颅内压升高表现,应及时向医师汇报。各班次需评估患者是否出现意识进行性障碍、肌力进行性下降等再次脑梗死的先兆症状。嘱咐患者卧床休息,避免剧烈活动;按照医嘱给予持续低流量吸氧,以保持呼吸道通畅。密切监测患者体温	变化,若体温过高,需及时进行处理;对于躁动患者,应适当给予镇静措施,以减轻脑组织水肿。经过治疗,患者意识障碍未进一步加重,且有一定程度的缓解,未出现药物不良反应。
呼吸护理 做好护理评估;评估咳嗽的原因及诱因;评估生命体征、血氧饱和度、面容与表情、皮肤黏膜状态;观察患者是否出现呼吸困难、紫绀加重、烦躁不安等呼吸道阻塞表现;评估呼吸音的变化情况;评估痰液的颜色、量及性状。同时保持室内空气清新,温度、湿度适宜,注意通风,协助患者定期更换体位,使其维持有利于	排痰的体位;指导患者家属掌握正确的叩背方法,正确的操作顺序为自下而上、由外向内;遵医嘱为患者实施机械排痰,并向患者家属讲解排痰的临床意义;遵医嘱给患者使用	化痰药物,协助其完成雾化治疗;床旁备置负压吸引器,确保负压通畅且可正常使用。该患者住院期间未发生吸入风险,肺部感染症状较前明显减轻。
躯体活动及皮肤护理 维持肢体功能位,规范摆放良肢位;协助患者定时翻身、更换体位;密切观察患侧肢体的血运及受压情况,指导患者家属辅助进行关节按摩、揉搓,以预防肌肉萎缩、关节粘连及僵硬;必要时,使用皮	肤保护贴、水垫、气垫床等抗压力护理用具。经康复科会诊后,开展康复测评,为患者制订科学、详细且个体化的阶段性康复护理计划,内容包括良肢位训练、关节被动运动、等速肌力训练、针灸、推拿等。患者病情好转、意	识清醒后,护理人员指导其进行患侧肢体的主动训练与被动训练。该患者住院期间未发生因活动障碍导致的并发症。
营养护理 因患者无法自主进食,需遵医嘱给予鼻饲及静脉营养支持;邀请营养科医生会诊,评估患者热量需求并制定个性化的饮食方案;为患者提供清淡、易消化的高	热量、高蛋白、高维生素饮食,采用少食多餐的喂养方式。同时需指导患者家属规范使用胃管,以防误吸发生。胃残余量监测,持续喂养	患者每4小时~8小时监测1次,间断喂养患者每次喂食前回抽检查。
心理护理 为患者创造一个安静、舒适的环境,尽量减少不良环境刺激,如控制噪声,调节适宜的温度和湿度、保持光线柔	和等,以促进患者身心放松;通过针对性疏导或支持,缓解患者家属的焦虑情绪;积极主动与患者家属接触、沟通,建立良好的信任关系;认	真倾听其诉求,耐心解答疑问,以消除紧张与顾虑。同时开展健康教育与指导,用患者及其家属易于理解的方式讲解相关医学内容,如疾

病例分析

患者为女性,70岁,15小时前无明显诱因突发胸痛,伴心前区不适、大汗,疼痛向肩背部放射,无头痛、头晕、恶心、呕吐等症状,且持续不缓解,遂前往当地医院就诊,被诊断为冠心病。当地医院为其行冠状动脉造影检查,结果提示冠状动脉重度狭窄,经药物治疗效果欠佳。为进一步诊治,患者转至我院,以“冠心病急性冠状动脉综合征”收入院。患者既往有高血压病史,平素规律口服硝苯地平缓释片,具体血压控制情况不详。另外,患者还有陈旧性脑梗死病史,经治疗后未遗留肢体活动障碍。

患者入院时呈嗜睡状态,表情淡漠,言语不利,双侧瞳孔等大等圆,直径约2.5毫米,对光反射灵敏,但肌力检查不配合。完善相关检查后,患者在局部麻醉下先后接受经皮主动脉气囊反搏术、冠状动脉造影术、经皮冠状动脉支架植入术,后期又在局部麻醉下行主动脉弓、全脑血管造影术及椎动脉支架植入术。术后患者意识障碍有所好转,肌力也得到明显改善,最终好转出院。

急性心肌梗死(AMI)患者接受经皮冠状动脉介入治疗(PCI)后,发生急性脑梗死(ACI)的概率为3.91%。动脉硬化是急性心肌梗死与急性脑梗死共同的病理基础;动脉粥样硬化作为一种全身性血管疾病,常累及多个脏器,其中以心、脑血管受累最为显著。在共同致病因素的作用下,心、脑血管通过相似的发病机制相继发生梗死,这是急性心肌梗死合并急性脑梗死的重要机理之一。

急性心肌梗死后神经反

射:急性心肌梗死的梗死部位常位于左心室前壁,该区域受左侧颈交感神经纤维支配,且与主动脉弓、颈动脉窦存在密切联系;当左心室前壁发生急性心肌梗死时,病变区域产生的病理冲动会沿反射通路传导至延髓,引发脑干血管痉挛,进而累及脑血管,导致脑血管痉挛,最终形成脑梗死。

急性心肌梗死后原有血栓脱落:急性心肌梗死发生后,血栓脱落并随血流阻塞脑血管,进而形成脑梗死。

急性心肌梗死后血流动力学变化:急性心肌梗死发生后,心肌收缩力下降导致血流动力学紊乱,心排血量减少、血压降低,进而引起脑灌注压下降,脑组织缺血缺氧,尤其在患者原有动脉硬化的基础上,更易诱发急性脑梗死。

研究认为,急性心肌梗死患者发生急性脑梗死的高危时间段为PCI术后两周内。基于急性心肌梗死与急性脑

讨论

梗死共同的发病机制,二者可采用相似的治疗手段,包括抗血小板、扩血管、改善循环等综合治疗。在急性心肌梗死治疗中,需合理使用硝酸酯类药物,避免因血压过度下降诱发急性脑梗死;而在急性脑梗死治疗中,使用甘露醇预防颅内高压时,应避免大量、快速静脉滴注以减轻心功能损害,可联合应用利尿剂,在脱水降颅压的同时减轻心脏前后负荷,从而避免加重急性心肌梗死。

(作者供职于河南省胸科医院)

小发明

技术背景

近年来,婴儿扁头综合征已受到欧美国家儿科学界的普遍重视,该病症是指婴儿头骨后位或侧位出现不同程度的扁平畸形,以及由此引发的功能损伤。其中,发生于脑后侧面的称为“斜头畸形”,俗称“偏头”;发生于脑后正后方的称为“平头畸形”,俗称“扁头”。新生儿的大部分时间都在睡眠中度过。出生1个月左右的婴儿平均每日睡眠时间可达15小时~17小时,整个婴儿期超过一半的时间都处于睡眠状态。不良睡姿不仅会影响婴儿头部的正常发育、睡眠质量与睡眠安全,严重的头颅变形还会压迫并影响脑容量发育,阻碍婴儿智力的正常发育。

新生儿溢奶是一种常见现象。然而,若家长未能及时处理,溢出的奶可能进入肺部,导致窒息。此外,新生儿在喂食后立即平躺,易引发奶液误入气管,造成呼吸道阻塞,进而引起窒息。因此,有必要设计一种实用且便捷的婴儿辅助装置,以预防婴儿窒息及“偏头”的发生。

创新内容

该可调节型婴儿喂食用辅助装置包括支撑板及调节装置。支撑板上设置有调节通道。调节装置包括轨道及设置在轨道两端的调节机构。轨道平行设置在调节通道的正下方。调节机构包括气缸I及调节组件。气缸I设置在轨道的端部,其输出端与调节组件相连。

调节组件设置在轨道上方,包括移动块、气缸II、连接杆及挡板。移动块、气缸II和连接杆均设置在支撑板下方。移动块与气缸I的输出端相连,该移动块位于轨道上方且可沿轨道滑动。气缸II设置在移动块上方,其输出端与连接杆底部相连。连接杆顶部穿过调节通道后与挡板相连。

调节通道的正中心设置有限位板。该限位板的长度可调节。支撑板的下方设置有支撑腿。

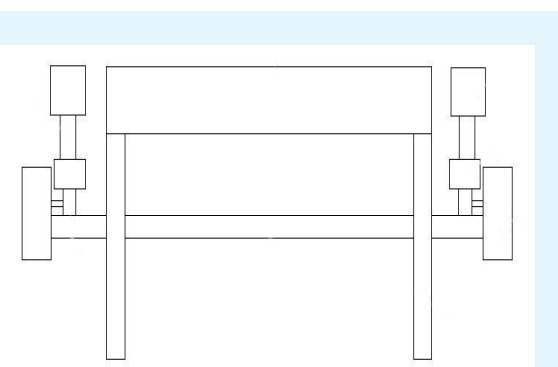
有益效果

婴儿喂食后需要调整躺卧姿势时,可先根据婴儿的体型调节限位板的长度,确认装置处于最小安全长度后,启动气缸II,将挡板抬升至支撑板上方,随后启动轨道两侧的气缸I,推动两组调节组件沿轨道方向相对移动。移动过程中,气缸I推动移动块沿轨道滑动,移动块带动连接杆穿过调节通道位移,连接杆再带动挡板在支撑板上方移动,最终根据婴儿体型将两个挡板的间距调整至合适大小,即可对婴儿的躺卧姿势进行定位。该装置可预防婴儿窒息与“偏头”问题的发生。

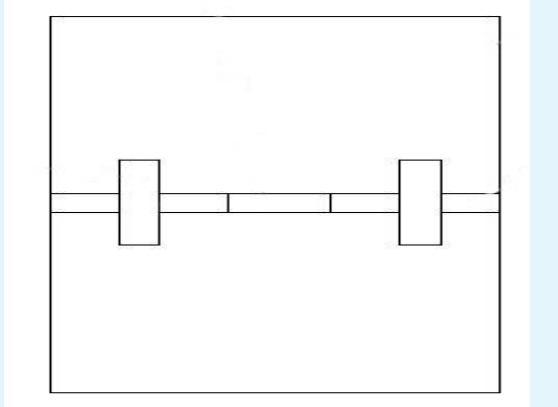
(作者供职于郑州大学附属洛阳中心医院)

一种可调节型婴儿喂食用辅助装置

□赵倩颖 文/图



可调节型婴儿喂食用辅助装置的简易结构示意图



可调节型婴儿喂食用辅助装置处于工作状态时的简易结构示意图

护理管理

输液港相关血流感染的精准护理决策与管理应用

□陈代斌

植入式静脉输液港是肿瘤患者的“生命线”,一旦发生血流感染,按惯例往往需要“拔港”。近日,河南大学第一附属医院乳腺甲状腺外科护理团队在一例植入式静脉输液港血流感染病例中,通过精准评估与集束化护理干预,成功为患者保住了输液港,避免了二次手术创伤及经济负担,这也标志着我院在静脉治疗专科护理领域,迈出了从“执行者”向“管理者”转变的关键一步。

棘手困境:生命线遭遇“封港危机”

58岁的乳腺癌术后患者李女士(化名)正在接受辅助化疗,体内的输液港如同一条隐形的“生命通道”,承担着所有药物输注的重任。

然而,在第三个化疗周期入院时,李女士突发寒战高热,体温飙升至39.5摄氏度。血常规结果显示为分散细菌,诊断为输液港相关血流感染。

按照传统处理流程,一旦发

生血流感染,就意味着输液港必须拔除,同时也意味着李女士手术的痛苦,还要面临经济损失和心理压力。

“保港”还是“拔港”?成了摆在医护团队面前的难题。

护理主导:以证据为基础的精准决策

在科主任的支持下,科室护理团队提出:“拔港”虽然是最稳妥的方案,却未必是最优方案,需通过专业证据评估“保港”的可行性。科室护士长随即启动由护理主导的MDT(多学科协作)模式:

精准鉴别:排除其他感染源,明确为导管相关性血流感染(CRBSI),而非隧道感染或输液港囊袋感染。

循证支持:团队查阅《静脉输液港植入与管理多学科专家共识》及国内外最新静脉治疗指南,其中明确指出:在非复杂性血流感染、无隧道感染且患者全身情况稳定的前提下,采用“抗生素锁”联合全身抗

感染治疗有“保港”成功的案例。

风险评估:团队综合评估李女士的感染菌种(分散细菌,毒力为低度至中度)、感染程度及身体状况,制定了周密的“保港”应急预案。

核心技术:“抗生素锁”+集束化护理

“保港”方案的成败,关键在于感染源的控制。护理团队打出了一套“组合拳”:

第一招:“抗生素锁”疗法——精准灌注“生命线”

护理团队严格执行“抗生素锁”技术规范:每日将3毫升莫西沙星注射液注入输液港后夹管封闭,使抗生素在输液港内“浸泡”24小时;次日抽出并弃去港内药液,再重新注入3毫升莫西沙星注射液,直接杀灭附着于导管壁的生物膜。该操作对无菌技术、注射时机及封管压力的把控要求极高。

第二招:集束化感染防控——切断“二次污染”

强化手卫生与操作规范:所有接触输液港的操作均执行最高防护等级。

接口严格管理:无针输液接头每24小时更换,并使用消毒剂进行彻底摩擦消毒。

严密监测疗效:通过复测外周血与港内培养基并进行比对,动态监测治疗效果。

第三招:全程教育与心理支持

“李阿姨,今天体温降下来了,这说明‘保港’有效果。”治疗期间,护士长每天都会与患者沟通,仔细询问身体状况,密切观察感染征兆,同时耐心安抚患者的焦虑情绪,鼓励她树立信心。患者的信任与积极配合,也为治疗的顺利推进提供了重要保障。

成果显著:护理价值在“保港”中升华

经过为期7天的“抗生素锁”联合全身抗感染治疗,效果显著:李女士的体温在治疗第二天便恢复正常,寒战症状也未再出现。复查血常规结果连续两次呈阴

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……

投稿邮箱: 568689252@qq.com