

者做深呼吸,做有效咳嗽咳痰动作。对咳嗽无力患者应定时翻身叩背。保持病室内空气流通,温度适宜,防止发生坠积性肺炎。

2.5.3 下肢深静脉血栓:老年患者髋部手术过程中,全身的凝血机制特别容易激活,系统性纤维蛋白溶解作用减弱,血液处于高凝位置,血流滞缓及静脉损伤可引起下肢深静脉血栓形成。因此,术后应当适当抬高患肢,鼓励患者多做肌肉收缩锻炼,改善血液循环^[4]。

2.5.4 泌尿系统感染:老年患者因长期卧床,代谢降低,很容易导致泌尿系统感染,钙盐沉积。所以应鼓励患者多饮水,防止钙盐沉积,有利于体内毒素的排出。保持患者会阴部清洁,预防感染。

2.5.5 康复指导:功能锻炼是防止并发症的发生和促进患者康复至关重要的措施。老年骨质疏松患者骨骼制动后会引骨量的快速流失,长久制动不利于骨折的愈合以及关节功能的康复。本组患者均早期给予运动指导,卧床期间保持适当的床上肌肉锻炼:(1)患肢踝关节主动背伸跖曲和趾关节活动,股四头肌等长收缩活动,预防肢体失用性萎缩及关节挛缩;(2)健侧下肢直腿抬高运动和膝关节伸屈活动,防止肌肉萎缩和关节僵硬。鼓励患者自主活动双上肢,不仅保持上肢肌力,同时有助于保持呼吸功能正常。此外,要注意保持各关

节功能位置,特别是患肢应始终处于功能状态,并及早给予助行器或拐杖行功能锻炼。

3 小 结

本组 136 例老年髋部骨折患者全部痊愈,不但与医生精湛的医术有关,还与我们高质量的护理有密切关系。术前、术后的护理尤为重要,特别是功能锻炼。出院后要及时随访指导,嘱咐不要过早从事高强度体力劳动,3 个月以后从事轻体力劳动为宜,如有不适及时复诊。

参 考 文 献

- [1] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 第3版. 北京: 人民出版社, 2003: 853-854.
- [2] 高德华, 骆贤萍, 刘 琴, 等. 高危患者人工髋关节置换术护理体会[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(11): 13-14.
- [3] 黄连秋, 李勇强, 刘文伟. 141 例老年住院患者疾病调查分析[J]. 广西医学, 2007, 29(10): 1570-1571.
- [4] 李 莉. 人工髋关节置换术前护理和术后康复护理[J]. 护理研究, 2007, 21(10): 232-233.

(收稿日期: 2009-07-06 修回日期: 2009-08-10)

快通道心脏手术后患者住ICU的护理

周 倩

(广西壮族自治区龙潭医院 ICU, 柳州市 545005)

【摘要】 目的 探讨快通道心脏手术后患者住ICU的护理方法,以提高快通道心脏手术的护理效果。方法 42例择期心脏手术患者按进入ICU时间顺序分为两组,每组各21例,观察组遵循快通道心脏外科理念进行术后护理,对照组按传统的心脏术后进行护理。观察两组患者的拔气管导管时间、ICU监护时间、住院时间及肺部并发症发生情况。结果 两组护理效果都满意,观察组与对照组拔气管导管时间、留ICU时间及住院时间分别为:(2.8 ± 1.2)h、(4.0 ± 2.0)d、(8.5 ± 1.5)d、(6.3 ± 3.4)h、(6.8 ± 3.2)d、(12.0 ± 3.0)d,观察组所用时间均短于对照组($P < 0.05$ 或 < 0.01),两组术后肺部并发症发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 术后ICU快速通道护理模式是实施快通道心脏手术的重要措施,临床护士会更加积极主动的发现问题,处理问题。

【关键词】 快通道心脏手术;ICU;护理

【中图分类号】 R 473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1728-03

近年来,快通道外科技术(Fast-track surgery)被欧美一些国家的外科中心极力推广,这一外科理念可概括为:在充分理解围术期病人病理生理的基础上尽可能减少一切不必要的应激和可能造成的不必要的操作,以做到整个围术期的无痛苦与零风险^[1]。快通道心脏手术(Fast-track cardiac surgery)是利用短效麻醉药物实现心脏术后患者早期拔除气管插管,以缩短ICU停留和住院时间。护理在快通道外科技术应用过程中具有重要地位。我科自2005年1月至2008年12月根据快通道外科的理念进行21例心脏手术术后ICU护理,取得很好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 择期行心脏手术患者42例,男19例,女23例,年龄16~65岁,体重37~65kg,其中二尖瓣置换术18例,先心病矫形术14例,冠心病搭桥术10例;术前心功能II~III级,其他脏器功能正常。ASA分级II~III级。按进入ICU时间顺序(即:1为观察组,2为对照组,3观察组,4为对照组以此类推)分为观察组、对照组,每组21例。两组手术方式、麻醉方法和体外循环方法均按快通道手术理念进行,由同一组医师完成。两组性别、年龄、体重、术前心功能比较差异无统

计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 观察组:患者进入ICU后,采用护理→发现问题→处理问题→报告医师模式护理。即按快速康复原则,护士根据病人情况及检查结果随时调整机械通气模式、拔气管导管,并根据病情随时调整心血管活性药物的给药速度,同时报告医师。严密监测桡动脉压、CVP、ECG、 SpO_2 ,同时记录病人拔气管导管时间、ICU监护时间、住院时间及肺部并发症发生情况。对照组采用护理→发现问题→报告医师→处理问题模式护理,即按照传统的心脏术后护理,遇问题随时报告医师后根据医嘱处理。监测记录同观察组。

1.3 统计学方法 采用SPSS 10.0统计软件分析结果,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料行 χ^2 分析,计量资料采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组拔管、停留ICU及住院时间比较 观察组拔管时间、停留ICU时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组拔管、停留ICU和住院时间的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	拔管时间 (h)	停留ICU时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	21	2.8 ± 1.2	4.0 ± 2.0	8.5 ± 1.5
对照组	21	6.3 ± 3.4	6.8 ± 3.2	12.0 ± 3.0
<i>t(t)</i> 值		4.448	3.400	4.781
<i>P</i> 值		0.000	0.002	0.000

2.2 两组肺部并发症发生情况 观察组无肺部感染病例,对照组发生肺部感染1例,两组肺部感染率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.000, P = 1.000$);两组均顺利康复转到普通病房,治愈出院。

3 讨论

快通道心脏手术不是简单的手术轻柔、细致和快捷,而是利用现在临床上成熟的理论、方法来减少手术对病人的应激,使患者更快地康复、更短的住院、更少发生并发症。在临床实施中必须有内科、外科、麻醉科、灌注科、ICU医师和护士的共同努力,通力协作^[2]才能完成。一直以来,早期拔管是否增加肺部并发症和心肌缺血的危险性是关注的热点问题,本组资料显示,在ICU护士严密的监护下,给予适当的护理干预、用药,快通道组(观察组)患者不仅达到快速拔除气管导管、缩短ICU停留时间,而且肺部并发症或心脏系统并发症无明显增加。快通道心脏手术的术后护理,要求我们改变以往的护理观念:护理-发现问题-报告医师-处理问题,要求护士更积极主动地发现问题,处理问题,更好地护理病人。要把护理观念变为护理-发现问题-处理问题-报告医师。有研究表明,该模式使临床护士具有更强的责任心,要求护士根据病情备好相关药品、器械,以最快的速度抢救病人^[3]。

3.1 呼吸系统的监护

3.1.1 呼吸机管理:本组患者均带气管导管入ICU并用呼吸机辅助呼吸,尽快培养患者恢复自主呼吸。多采用SIMV通气模式,护士可根据患者呼吸情况及动脉血气结果调整呼吸机参数,当患者动脉血氧达95%以上,动脉血气分析正常,可逐渐减低呼吸机用氧浓度至45%以下;当患者自主呼吸平稳有力,生命征正常,可逐渐将呼吸频率减至8~10次/min,适应后停用呼吸机。

3.1.2 拔除气管导管的条件:患者入ICU即遵循尽快拔管原则护理。必要时给予小剂量新斯的明5~8 μg/kg或佳苏仑0.1~0.2 mg/kg,按需要给予吸痰。当患者神志清楚、血流动力学平稳、无活动性出血、自主呼吸平稳有力、血气分析正常则给予拔除气管导管,给予鼻导管或面罩吸氧。

3.1.3 拔除气管导管后排痰护理:拔管后每天给予生理盐水10 ml加沐舒坦15 mg和庆大霉素,氧气雾化吸入,并鼓励患者咳嗽排痰,嘱患者双手用力抱胸,护士协助其坐起,并给予叩背、按压胸骨上窝,大声鼓励其用力咳嗽,使肺部痰液排出,避免术后肺不张及肺部感染^[4]。给予术后镇痛,避免其因疼痛刺激造成术后不敢用力呼吸、咳嗽排痰和血流动力学波动,本组病人均用持续静脉自控镇痛泵(PCIA):曲马多1.5 mg/kg,布托啡诺0.2 mg/kg加0.9% NaCl 100 ml,先给予混合液5 ml首次负荷剂量,背景剂量为2 ml/h、自控剂量0.5/次,15 min 1次,获得较好镇痛效果,使患者配合排痰护理。

3.2 循环系统的监护 患者术后入ICU常规持续监测心电图(ECG)、脉搏(P)、有创动脉压(NBP)、中心静脉压(CVP)和脉搏血氧饱和度(SpO_2)。要注意听诊心音,重新调整有创动脉压和中心静脉压的零点和归零,并监测无创血压,确保监护仪数据准确。本组患者术后常规使用心血管活性药物,目的是调节心脏前后负荷,增加心肌收缩力,常用的有多巴胺5~20 μg·kg⁻¹·min⁻¹、多巴酚丁胺5~15 μg·kg⁻¹·min⁻¹、肾上腺素0.01~0.2 μg·kg⁻¹·min⁻¹、硝普钠或硝酸甘油0.5~5 μg/min,有肺动脉高压者加用前列腺素E₁或米力农,均用微量泵持续泵入,本组瓣膜置换术的病人常规用西地兰0.2 mg,速尿10 mg滴管注入,2次/d。心率低于60次/min,应泵入异丙肾肾上腺素,护士根据心功能恢复情况和循环情况随时调整各心血管活性药物输注速度,以保证循环稳定,即动脉收缩压>90 mmHg,平均收缩压>70 mmHg,心率80~110次/min, CVP 8~15 cmH₂O。术后接有起搏导线者要注意保护起搏导线,检查起搏器电池及使用情况,术后要注意观察心电图变化,及时发现心律失常,并准备好利多卡因、西地兰、异搏定等抗心律失常药物,及时报告医师处理。

3.3 液体出入量及血电解质监护 心脏术后由于手术创伤、血液稀释、低温和体外循环破坏血细胞等因素,易造成酸碱平衡失调、电解质紊乱,最常见的是低钾、低镁和低钙。术后要准确液体记录出入量,出量包括引流量和尿量加上每天的体表蒸发量,尿量要>1 ml·h⁻¹·kg⁻¹,原则上出量略大于入量且少用晶体,适当补充全血和血浆,酌情使用利尿脱水剂。观察尿量、颜色和比重,当尿量达500 ml时要补钾,1 g/d,并抽血化验电解质,维持电解质平衡。换瓣病人血清钾应维持在4.5 mmol/L左右。术后3~4 h引流液较多,应每15 min挤捏

心包及纵隔引流管1次,特别是用止血药后,应5~10 min 挤捏引流管1次,以保持引流管通畅。观察引流液的量及颜色,判断是否有活动性出血,术后5 h 内引流量应<100 ml/h,24 h 引流量应<400 ml,正常引流液稀、色淡红。本组中有8例双瓣置换术病人,术后引流量较多,且色鲜红,连续3 h 每1 h 引流量均达150 ml 以上,立即给予立止血、止血合剂等止血药物后引流量逐渐减少。

3.4 心理护理 心脏手术时间长,创伤大,加上环境陌生,气管插管,患者常感到恐惧和孤独^[5]。因此术后应加强患者及家属的心理护理,做好家属的思想工作,及时告知家属积极有利的信息。每天选择无治疗操作时间段让家属进ICU 1次,一起作患者心理工作,避免患者因紧张、恐惧而造成循环不稳或其他并发症。

参 考 文 献

- [1] Kehel F, Wilmore DW. Multi-modal strategies to improve surgical outcome [J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630-641.
- [2] 刘剑萍, 芮 军. 非停跳冠脉搭桥术后快速通道ICU 处理[J]. 四川医学, 2006, 27(5): 524-525.
- [3] 李秀珍, 李伟文. 心脏手术成功有赖于ICU 处理[J]. 国外医学·护理学分册, 2005, 24(6): 290-291.
- [4] 姜家艳, 李细森, 宋楚茵. 全肺切除术后心律失常的原因分析及护理对策[J]. 广西医学, 2009, 31(7): 1061.
- [5] 曾海涓. 二尖瓣置换术后肺部感染的预防及护理[J]. 广西医学, 2008, 30(5): 762.

(收稿日期:2009-08-25 修回日期:2009-09-27)

尿毒症血液透析患者心理问题调查分析及护理对策

莫国华 李家莲 蒋碧玲

(广西桂林医学院附属医院肾内科, 桂林市 541001)

【摘要】 目的 调查尿毒症血液透析患者存在的心理问题,为临床心理护理提供依据。**方法** 采用症状自评量表(SCL-90)对152例尿毒症血液透析患者进行心理问题调查。**结果** 本组患者症状因子阳性率与国内常模比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 尿毒症血液透析患者总体心理问题较多,有针对性地进行心理护理,做好健康教育、建立随访档案,提供良好的社会支持,对调节患者的心理状况十分重要。

【关键词】 尿毒症;血液透析;心理问题;护理

【中图分类号】 R 473.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1730-02

血液透析是治疗慢性肾衰竭尿毒症患者的有效方法,但因其是终身疗法,且治疗费用昂贵,尿毒症血透患者容易产生很多心理问题。本调查旨在了解尿毒症血透患者的心理状态情况,分析问题存在的原因,提出相应的护理对策。

1 对象与方法

1.1 研究对象 为2008年1~12月在我科进行血透的尿毒症患者152例,其中男82例,女70例;年龄20~77(45.28 ± 14.54)岁;有医疗保险104例,自费医疗48例;文化程度:大专以上34例,高中67例,初中42例,小学6例,文盲3例。

1.2 调查方法 (1)采用SCL-90症状自评量表^[1],此量表包括90项有关心理和精神方面的问题,共归纳为9个基本症状因子,计算每个因子出现的阳性率,并进行统计学分析。(2)一般情况调查:包括年龄、性别、职业、文化、婚姻、家庭经济收入、医疗费支付形式、病程、社会支持等。调查时由调查者在病人病情平稳、愿意配合的情况下以问卷和直接交谈相结合的方法,指导或帮助患者填写有关内容,要求患者根据自己的实际情况做出独立地、不受任何人影响地进行自我评定,如果患者文化程度低或看不懂题目,由调查者将SCL-90的内容逐条进行解释。

1.3 统计学方法 采用SPSS 11.5软件进行统计学分析,率的比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

除人际关系一项因子外,其余各因子与国内常模比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。结果显示本组患者总体心理问题较多,心理健康处于较差状态。

表1 尿毒症血透患者 SCL-90 各因子分与全国常模比较($n, \%$)

项目	血透患者 ($n=152$)	全国常模 ($n=1388$)	χ^2 值	P 值
躯体化	49(32.2)	302(22.8)	8.549	0.003
强迫	32(22.7)	189(14.5)	8.532	0.003
人际关系	54(35.5)	543(29.5)	2.448	0.118
抑郁	45(29.6)	298(20.0)	7.650	0.006
焦虑	44(28.9)	270(20.2)	6.309	0.012
敌对	38(25.3)	298(21.5)	4.434	0.035
恐怖	62(40.8)	420(30.3)	7.065	0.008
偏执	52(34.2)	325(23.4)	8.636	0.003
精神病性	12(10.7)	38(3.5)	13.596	0.000

3 讨论

尿毒症是一种慢性疾病,病情反复发作,需终身血透治疗,尿毒症患者普遍存在情绪障碍。有研究结果显示,内科病人在住院期间焦虑得分明显增高,有78.9%的患者曾出现过