维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 6

心脏瓣膜替换术后抗凝治疗的监护

Nursing of patients receiving anticoagulation treatment after cardiac valve replacement

王 磊,王丽范
(哈尔滨医科大学附属第一医院ICU病房, 黑龙江 哈尔滨 150001)

[关键词] 心脏瓣膜;替换;抗凝;监护
[中图分类号] R318.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0391-02

严重的风湿性心瓣膜疾病均需进行瓣膜替换手术。目前人工瓣膜均采用机械瓣膜。瓣膜替换术后,进行抗凝治疗时,如药量不足易出现血栓;药量过大可引起出血。这是抗凝治疗中最易出现的并发症。因此抗凝治疗期间病人的监护具有非常重要的意义[1-2]。现将我院1999年8月至2004年2月行瓣膜替换术94例病人抗凝监护情况报告如下。

1 资料与方法

我院共行瓣膜替换术94例。其中男34例,女60例;年龄15~59岁(平均年龄32.5岁)。二尖瓣替换28例,占30%,主动脉瓣替换4例,占0.04%,三尖瓣替换4例,占0.04%。术前心电图检查房颤40例,占43%,术后出现房颤12例,占13%。24 h引流量200 ml 34例,占36%,300 ml 18例,占19%;400 ml 24例,占26%,400 ml以上18例,占19%。

2 护理及讨论

2.1 血液动力学监护

心瓣膜替换术病人因长期服用强心利尿剂,使心脏的储备量下降;手术打击、电解质紊乱及缺氧等原因,造成心功能差。术后应在ICU进行24~48 h连续心电监测。因有血栓发生时往往会出现心律紊乱,所以血液动力学监护在心脏瓣膜替换术后抗凝治疗中有重要的价值。

2.1.1 心电监测 必须保证连接电极位置的准确,固定松紧适度。监测心率和心律,术后理想的心率应在80~100次之间,病人心率过快则应注意是否因抗凝剂量过大引起出血,心率过慢则应警惕血栓的发生。心律失常在术后3 d内最常见,据报道二尖瓣替换术后发生血栓栓塞的病人72.2%均有房颤[1-2]。所以初现房颤首先考虑是否有栓塞,提醒医生监测凝血酶原时间,以调整抗凝剂量防止并发症的发生。

2.1.2 有创动脉压的监测 常选用桡动脉或股动脉穿刺测平均动脉压。平均动脉压是术后重要监测指标之一,结合其它指标,有助于确定低血压的原因。术后随时监测并记录,定时用肝素水冲洗,在平均动脉压降低时,同时监测其它指标后报告给医师,进一步明确分析是否有出血倾向,从而调整抗凝药物的用量。

2.1.3 有创静脉压监测(CVP) 常选用锁骨下静脉穿刺监测中心静脉压,连接IVAC 560型微量测压泵,可通过泵准确读出中心静脉压的数值。抗凝治疗中中心静脉压降低可以考虑出血引起的血容量不足,心包填塞则可使中心静脉压升高。准确的中心静脉压监测有助于输液速度调整和正确的应用抗凝剂。

2.2 尿量的监测

术后尿量的监测对于抗凝剂的应用有一定意义。尿量<30 ml/h,则应考虑出血致血容量不足或心包填塞导致心搏出量减少所引起。尿色的监测尤其重要,如有血尿发生应引起高度重视,结合其他指标判断是否与抗凝药物用量过大有关。本组病人中有3例不同程度出现血尿,及时发现结合其他指标说明抗凝药物用量过大,调整药量后血尿消失。

2.3 纵隔心包引流管监测

纵隔心包引流主要作用是排出前纵隔与心包腔内渗血,预防纵隔感染,防止心包填塞。通过观察与记录纵隔心包引流量与速度,有利于诊断术后活动性出血与确定二次开胸止血的时机。①经常挤压引流管,保持引流管的通畅,避免堵塞而引起心包填塞。②观察、记录引流量,同时注意引流液的颜色,引流的速度,有无血块流出等。引流血量是决定二次开胸止血的重要指标。纵隔心包引流量连续2~3 h超过200 ml/h或血压不稳定,引流液呈新鲜血色或有凝血块引出,应立即通知医师做好二次开胸的准备。本组病人中有2例,术后血压偏低,纵隔心包引流3 h内均超过700 ml,引流液呈新鲜血色,经全面检查,二次开胸止血,并调整了肝素抗凝的用量,挽救了病人的生命。

2.4 呼吸功能的监测

充分供氧以提高肺的顺应性;肺部体疗;对肺有严重损伤者有紫绀缺氧随时监测动脉血气;正确应用呼吸机的呼吸方式,注意肺部的听诊;保持呼吸道通畅注意湿化,预防呼吸道感染;结合中心静脉压数值随时调整静脉输液速度。

2.5 口腔、皮肤的护理

抗凝治疗的病人使用的牙刷要柔软,刷牙要轻,注意观察有无齿龈出血,这是显示抗凝剂用量过大的一个指标。防止皮肤损伤,在医疗护理操作中,动作要轻柔,注意观察肌注或静脉注射的针眼有无渗血,对照凝血酶原时间,调整抗凝剂的用量。

2.6 凝血酶原时间的监测(PT)

瓣膜替换术后应用抗凝药物(香豆素类)的病人,凝血酶原时间的监测具有非常重要的意义,正常人的凝血酶原时间为12~14 s,应用抗凝药物的病人的凝血酶原时间应是正常对照的2~2.5倍。如是正常对照的3倍以上则有参考意义,本组1例病人,在发现心包填塞的同时,监测其凝血酶原时间为45 s(正

[收稿日期] 2004-05-15 [修回日期] 2004-09-13

维普资讯 http://www.cqvip.com

常对照为12 s),是正常对照的3.75倍,并且有肉眼血尿发生,齿龈及注射针眼均有出血现象,由于及时减少抗凝剂的用量,制止病情恶化。

2.7 出院指导

耐心向病人及家属讲清抗凝治疗的重要性,教会记录、复查PT值及使用服药剂量对照表,说明饮食和其它药物对抗凝药的影响等,嘱其终生坚持抗凝治疗,注意皮肤瘀斑,牙龈出血,女病人月经过多,尿血,便血,颅内出血甚至昏迷等特殊情况随时回院复查。

[参考文献]

[1] 李法荫,温剑虎,向小勇. 人工心脏瓣膜替换术后抗凝治疗并发症[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1994,10(4):17-19.

[2] 罗 军,朱晓东,萧明第,等. 心脏瓣膜替换术围术期死亡及并发症相关因素的临床分析[J]. 中国循环杂志,1996,11(3):159-163.

(编辑:兰阳军)

臂上外侧皮神经痛诊治的解剖学基础

Anatomical bases of diagnosis and treatment of the upper lateral brachial cutaneous nerve neuralgia

许凤琴,苑继承,樊永卫,金绍岐
(第四军医大学附属西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[关键词] 臂上外侧皮神经痛;局部注射;强的松龙
[中图分类号] R322.85; R745 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0392-01

臂上外侧皮神经痛并不罕见,容易与其它肩痛的疾患相混淆,常常不被注意而漏诊。有关诊治的报道较少。本文从该神经的起源、行径及分布,探讨其神经痛的病因、诊断和鉴别诊断的解剖学基础及治疗依据,介绍用强的松龙混悬液加麻药局部注射神经绕过三角肌后缘处的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 应用解剖

肌性标志:由肩峰向下,在上臂外部,三角肌呈现明显的肌性隆起。三角肌起自锁骨前缘外1/3、肩峰及肩胛冈的下缘,止于肱骨干中点外面的三角肌粗隆,呈三角形,覆盖肩关节的前、后、外三面,形成肩部的丰满外形。上臂的外展运动主要为三角肌的作用。在外展运动中,同时按上臂下部阻止时,即可明显摸清三角肌的后缘[1]。

腋神经:腋神经在腋窝内起自臂丛后束,含有颈5、6的纤维,先在腋动脉与肩胛下肌之间下行,向后绕过该肌下缘,紧邻肩关节囊下方,经小园肌下方至后部,分为前后支。前支绕肱骨外科颈向前,进入三角肌深面,分支供应此肌,终于其前缘,沿途分出皮支,穿过肌肉至其浅面下部内侧皮肤。后支向后至三角肌后缘,分支供应三角肌,末支为臂上外侧皮神经,穿过深筋膜,分布于上臂上部外面三角肌下2/3外面及邻近的肱三头肌长头浅面的皮肤。分布区在肩峰下方与锁骨上神经(颈3、4)相邻,在前面内侧与臂内侧皮神经(胸1、2)相邻,在下方与臂下外侧皮神经(颈5、6)相邻,与上下方的神经分布区间皆属相邻的脊髓节段而略有重叠[1-2]。

1.2 临床表现

本组15例臂上外侧皮神经痛患者主诉为臂上外部疼痛,或为肩痛,多为慢性间歇性,或有阵发加剧,肩部活动无影响,病程时间不定,无外伤史。查体:局部无压痛,肩部活动正常,且不影响疼痛,仅可查见上述臂上外侧皮神经分布区皮肤对针刺痛觉过敏或减退,病程短而疼痛较剧烈者常为过敏,病程久者常为迟钝。

1.3 治疗方法

按上述病因分析,确诊为臂上外侧皮神经痛以后,治疗方法以局部注射糖皮质激素的方法为宜。药液配方:强的松龙混悬液1 ml,加1%普鲁卡因或2%利多卡因5 ml。患者坐位,外展上臂,手叉腰,确定三角肌后缘,用7号针头,由其自肩胛冈至肱骨干中点的三角肌粗隆引线的中点,先进针至三角肌后缘的皮下及深筋膜深处,注入3 ml药液,进针至深处即向外进针至三角肌深处,深入约3 cm,同时注入3 ml药液。

2 结果

本组15例臂上外侧皮神经痛患者,皆在注射后立即止痛,有的病例查见分布区刺痛消失。仅有2例1周后复诊,在上次注射后症状减轻,5~6 d后疼痛又加剧,但均较注射前减轻,经再一次注射,数日后症状消失。

3 讨论

本文认为对于臂上外侧皮神经痛的正确诊断,必须根据有关结构的解剖学特点,排除其它易于混淆的病变,进行比较鉴别,采用适当的治疗方法才能获得比较满意的效果。

[参考文献]

[1] 金绍岐. 实用外科解剖学[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1987.642.678.

[2] Gray H. Anatomy: descriptive and surgical[M]. 15th ed. Taronto: Chancellor Press, 1994.769.

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2004-08-10 [修回日期] 2004-10-15