维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第6期
J Regional Anst & OPerative Surg,2006,Vol.15, No.6

心脏瓣膜置换术后的护理体会

王 剑[1],赵宏彩[2] (1.山西省煤炭中心医院,山西 太原 030006;2.山西省肿瘤医院,山西 太原 030013)

[关键词]心脏瓣膜疾病;手术;护理
[中图分类号]R654.2;R473.6 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0419-01

心脏瓣膜置换术是治疗心脏瓣膜病变所致心功能不全的有效方法,但该类手术操作复杂,且患者术前心功能差,手术风险大[1],因而术后护理十分重要。自2000年1月至2005年12月,我院为35例患者施行心脏瓣膜成形或置换术,取得了良好效果,现将有关情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共35例,男20例,女15例;年龄25~60岁。先天性心脏病6例,风湿性瓣膜病22例,老年退行性瓣膜病5例,感染性心内膜炎2例。本组均在全麻低温(25~28℃)体外循环下行瓣膜成形或置换术,其中二尖瓣和主动脉瓣置换术4例,二尖瓣置换术20例,主动脉瓣置换术5例,二尖瓣成形术6例。

1.2 监护方法

本组术后均常规放置桡动脉穿刺管,持续监测血压。心电监护仪持续监测心律、心率和经皮血氧饱和度。定时检测血气(血氧分压、二氧化碳分压和酸碱度)、中心静脉压、体温、尿量、电解质、血糖,合理使用呼吸机。

2 结果

本组死亡3例,其余32例治愈出院。主要并发症有低心排出量综合征5例,呼吸功能衰竭4例,严重心律失常5例,肾功能衰竭3例,精神症状4例。

3 讨论

3.1 心血管功能的监护

术后持续心电监护,心率控制在80~120次/min,观察ST段和T波的改变,注意有无心肌缺血发生。及时发现并纠正心律失常,保持水、电解质平衡,血钾浓度应维持在4.5~5.5 mmol/L。术中常规置入桡动脉测压管,术后动态监测动脉压和中心静脉压。体外循环时间长的患者引流液较多,应注意补充新鲜血液,同时使用止血药物,保持胸骨后及心包内引流管通畅,做好每日出入量的记录。术后血压应控制在适当水平,高血压患者术后血压应不低于术前血压2.6~4.0 kPa为宜[2]。术后可应用血管活性药物以及镇痛、镇静药物控制血压[3]。

3.2 呼吸功能的监护

早期进行机械通气,延长呼吸机使用时间,促进肺功能恢复。插管应固定牢固、松紧适度,气管插管距门齿的距离小于8cm,注意检查插管套囊是否漏气。吸入气体应保持适宜的温度和湿度,定时吸痰,吸痰前从气管插管处注入无菌注射水约3ml,每次吸痰时间不超过15 s,观察痰液的性质和量。当符合拔管指征时及时拔管,拔管后密切观察呼吸情况,持续监测SPO_2,使SPO_2在吸氧状态下大于97%。

3.3 神志的观察

老年患者易发生意识障碍,应密切观察其瞳孔、意识、血压、呼吸及四肢活动情况,患者出现意识障碍时注意固定好四肢和各种管道,以防脱落及误伤[3]。

3.4 血管活性药物的使用

使用血管活性药物必须精确定量。掌握一些常用心血管活性药物的配制原则,药物要提前配好,并在注射器上标明名称和剂量。密切观察患者对泵入药物的反应,尿量应达到1~2 ml/(kg·h)以上。使用大剂量血管活性药物时,必须采用"泵对泵"的方法换药,以免引起大的循环波动。停止使用时需将深静脉内的药物抽出,再用生理盐水冲洗管道方可点滴。

3.5 抗凝药物的使用

华法令口服的常规起始剂量为3 mg/d,而后应根据凝血酶原时间调整用量,一般以PT值维持在对照的1.5~2倍为佳。抗凝治疗的早期PT值常波动较大,需每隔1~2 d测定1次,待平稳后改为每周1~2次。为精确测得PT值,抽取血标本时应注意采血量要准确,止血带捆扎不得超过3 min,尽可能做到一次成功,血样本应在2 min内加入抗凝试管。合理饮食以减少对抗凝治疗的不利影响,嘱咐患者避免食入富含维生素K1的深绿色蔬菜、动物肝脏等,以免pH值降低,削弱抗凝效果。

[参考文献]

[1] 张宝仁,朱家麟.人造心脏瓣膜与瓣膜置换术[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1999.645-657.
[2] 刘芳环,方玲俐,张学军.70岁以上患者行冠状动脉旁路移植术后护理[J].中华护理杂志,2002,2(2):97-98.
[3] 郭阳娇,郭颜芳,凌 云.老年人心脏瓣膜置换术的术后监护[J].广东医学,2006,27(4):601-602.

[收稿日期]2006-08-12 [修回日期]2006-10-20

(编辑:雷 艳)