维普资讯 http://www.cqvip.com



# 老年患者外周静脉输液的观察及护理

汤金霞，马丽丽，徐艳华 （威海市立医院，山东 威海 264200）

[关键词]老年患者；输液；护理
[中图分类号] R472.9；R472 [文献标识码]B [文章编号] 1672－5042(2005)01－0059－01

外周静脉输液是临床治疗和急救用药及供给营养的重要途径。老年患者在应用高渗溶液时易造成血管痉挛、静脉炎，重者有局部皮肤坏死情况，从而加重患者的心理负担，影响患者的治疗和康复。作者自2003年5月至2004年8月对49例老年患者的外周静脉输液进行观察护理，针对所发现问题，采取不同护理措施，减少了各种输液并发症的发生，提高了抢救的成活率和治愈率，现报道如下。

## 1 临床资料

本组49例，男29例，女20例，年龄65～83岁，平均73岁，其中高血压、脑梗塞者占41.6%，糖尿病者占58.4%，患病均在1年以上，输液时间在2周以上。

## 2 观察与护理

### 2.1 心理护理

首先创造良好环境，认真做好入院宣教，适当运用触摸技巧，或用肢体语言促进沟通，使老年人放松。针对老年人不同的心理问题及相关知识的认知程度，采取相应有效的健康教育和心理疏导，提高认知能力，尽早解除紧张、焦虑、恐惧、悲观等情绪。

### 2.2 认真观察和选择血管 提高穿刺的成功率

血管选择原则由远及近，避免靠近关节和(或)硬化感染的静脉，下肢静脉不作为常规穿刺血管的选择。充盈血管是穿刺成功的前提，为使血管暴露，静脉穿刺特别是细小浅静脉穿刺，要延长扎止血带的时间，冬季应热敷、保暖或反复揉搓使血管充盈后再穿刺，避免反复穿刺。在为水肿患者选择注射部位时先用手指沿血管方向轻揉按压，使局部水肿消失，血管暴露后再穿刺。

### 2.3 输液过程中的护理观察

穿刺部位应在穿刺前给予局部按摩，输液前30 min用热水带热敷血管，或用50%硫酸镁湿热敷，以利于血管的充盈。在输液过程中应经常巡视，掌握滴速，及时发现不畅。注意观察沿血管走向有无索状改变或血管变粗变硬现象、穿刺点周围皮肤有无发红、疼痛、肿胀情况。注意拔针后按压时间要足够，抬高肢体40～60 min，以促进局部血液循环，同时减轻因输液时间太长引起不适。对应用留置针者，要有计划的保护并合理使用静脉，严格无菌操作，留置针周围每天用50%酒精湿敷4～6次，使用天数不超过3 d。透明敷料可2 d更换一次，同时以碘酒、酒精消毒，防止细菌性静脉炎发生。输入高渗溶液时要适当加温。

## 3 体会

对老年患者进行外周输液治疗时，应充分考虑到老年患者的血管弹性差、脆性大，对机械性损伤和抗化学性能力下降，并易产生静脉损伤等并发症的特点，在输液治疗时一定要严密观察老年患者的血管条件、全身情况和心理特征，输液时应密切观察穿刺部位有无渗出、肿胀，一旦发现应立即更换部位，拔针后局部按压3～5 min。微循环障碍严重者不宜冷敷，以免血管痉挛加重而造成组织坏死。一旦出现上述征象，应立即用0.5%普鲁卡因局部封闭，并根据不同的病情采取系统有效的护理措施，认真做好血管保护。

（编辑：黄春霞）

[收稿日期]2004－10－12 [修回日期] 2004－12－14

# 术后患者高血压原因分析及护理

董 羽 （石河子市开发区医院，新疆 石河子 832000）

[关键词]高血压；护理
[中图分类号] R544.1；R472 [文献标识码]B [文章编号] 1672－5042(2005)01－0059－02

术后患者发生高血压，即使非常短暂，也将会对患者心血管及颅内产生重大影响，产生相应并发症，甚至危及生命。因此必须控制术后高血压并预防其并发症的发生。作者对1997年1月至2003年11月术后发生高血压的85例病人进行原因分析，并进行针对性护理，取得良好效果，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组手术病人700例，85例发生术后高血压，占12.1%。其中男性35例，女性50例，年龄19～76岁，胃肠道14例，肝胆

[收稿日期]2004－08－10 [修回日期] 2004－11－12

维普资讯 http://www.cqvip.com



20例,妇产科51例。

### 1.2 方法

术后常规每30 min测一次血压,回病房后每10 min测一次血压,术后高血压诊断标准按WHO高血压诊断标准。

**表1 85例手术前后血压比较(kPa, $\bar{x} \pm s$)**

| 时间 | 收缩压 | 舒张压 |
|---|---|---|
| 手术前 | 15.5±1.9 | 10.1±1.4 |
| 手术后 | 20.2±2.3* | 11.6±1.5* |

注:与手术前相比较, * $P<0.01$

表1显示,术后收缩压、舒张压明显高于术前,经针对性护理及使用降压药物,均恢复术前水平。

## 2 原因分析及护理

### 2.1 术后疼痛

术后疼痛而导致高血压55例,占64.7%。术后1~2 d伤口疼痛属于正常现象,应用止痛药后可缓解。但由于止痛剂可抑制排尿反射,第1次使用宜在解出小便后,再次使用至少间隔4~6 h,以免过量成瘾。在应用止痛剂后出现心悸气促,应及时报告医生。采取指导病人使用分散注意力的方法,如有节奏的呼吸、自己默默数数、听音乐等,并增加病人的自我控制感;还可以用针刺、按摩等方法缓解疼痛。

### 2.2 焦虑

由于术后患者不适及恐惧而导致高血压15例,占17.7%。医护人员应让病人了解有关手术的必要性、手术方法、治疗效果,预期恢复时间及可能出现的情况,了解术前准备、术后活动和功能锻炼的有关事项,以稳定病人思想情绪,增强对手术治疗的信心。多与病人交谈,以疗效较好的病人做例子,消除病人的忧虑,积极配合医护人员的治疗。

### 2.3 输液速度过快

因单位时间内输液速度过快而引起高血压2例,占2.4%。所以应减慢输液速度,控制输液量,安慰病人,安置病人端坐位,两腿下垂,减少静脉回流,减轻心脏负担,并给予氧气吸入,按医嘱给予镇静剂、扩血管药物和强心剂等,必要时可进行四肢轮流结扎。

### 2.4 原有高血压病史

9例病人术前患有高血压,占10.6%。可能因麻醉药的作用或术后输液而产生术后高血压。应严密监测血压、脉搏和心电图,维持血压的相对稳定,警惕高血压危象和左心衰的发生。严格控制输液的量和速度。

### 2.5 其它原因

膀胱尿潴留、胀气导致术后高血压4例,占4.7%。对于手术后因排尿反射功能障碍引起的尿潴留,可以采取听流水声、轻轻按摩下腹部、热敷下腹部等方法,刺激膀胱括约肌收缩引起排尿反射。如病情允许时,可坐起或站立排尿,也可采取针刺足三里、三阴交等方法。如各种处置无效时按无菌操作行导尿术,必要时可行留置导尿,并采取保护尿道清洁的措施,以防尿路感染。术后引起的腹胀,可采取术后半坐卧位或半卧位,可减轻腹胀。

(编辑:黄春霞)

# 肠系膜侧支循环在外科中的应用

**伍绍思,郑登秀,唐 勇,刘国平** (永州职业技术学院,湖南 永州 425006)

[关键词] 肠系膜;血管;侧支循环;
[中图分类号] R322.121 [文献标识码]B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0060-02

在肠的手术中,为确保肠的血供,应注意到肠系膜血管的侧支循环。充分的肠系膜循环依靠三条主要动脉参与:腹腔干、肠系膜上动脉和肠系膜下动脉。保护肠系膜的这些重要侧支循环,可以避免结扎后可能发生的缺血并发症。

腹腔干与肠系膜上动脉之间的侧支循环:腹腔干→肝总动脉→胃十二指肠动脉→胰十二指肠上动脉前支和后支→胰十二指肠下动脉前支和后支→肠系膜上动脉。胰头周围的吻合网通常称胰十二指肠弓。肠系膜上动脉与肠系膜下动脉之间的侧支循环:肠系膜上动脉→中结肠动脉左支→结肠边缘动脉→左结肠动脉升支和降支或乙状结肠动脉或直肠上动脉→肠系膜下动脉。

在晚期动脉粥样硬化或栓塞情况下,中结肠动脉的左支明显扩大,与左结肠动脉的升支形成一重要通道(meandering mesenteric artery, MMA),或称Riolan弓[1]。MMA起始中结肠动脉,终止于肠系膜下动脉主干。如有肠系膜上动脉狭窄,腹腔干和肠系膜下动脉可保证小肠和右半结肠充分的血供;如有肠系膜下动脉狭窄,肠系膜上动脉可提供左半结肠的血供,同时左髂内动脉也可提供直肠的血供。

肠系膜下动脉对下肢也起重要的侧支循环的功能,在远端主动脉栓塞时,肠系膜下动脉主干和髂内、外动脉保持通畅,血流经直肠上动脉与髂内动脉的直肠中动脉形成侧支循环,至髂外动脉;血流也可由中结肠动脉经MMA进入髂内、外动脉。误扎肠系膜下动脉或MMA,不仅威胁直肠存活,或可引起下肢的急性缺血[2]。

腹腔血管造影是确诊MMA最简便的方法[1]。它通常是一条大而弯曲的血管,管径大小一致,在左上腹位于左半结肠的

[收稿日期]2004-08-10 [修回日期] 2004-11-12