维普资讯 http://www.cqvip.com

氟哌利多能减轻它所引起的恶心呕吐反应,在临床上经常辅助用于术后镇痛,但其引起的锥体外系反应也值得引起重视,以前屡有文献报道。

本文观察到伍用咪唑安定组的发生率较伍用氟哌利多组高,但两组比较无差异;二组的镇痛效果及对血流动力学的影响,均无明显差异。但M组患者无锥体外系反应。

[参考文献]

[1] 张 宏. 围手术期高血压处理[J]. 中华麻醉学杂志,1998,18(1):59-61.

(编辑:邱全光)

5例完全性大动脉错位患儿术前应用前列腺素E1的护理观察

夏 梅, 黄 健
(第三军医大学附属西南医院胸心外科, 重庆 400038)

[关键词] TGA; PGE; 护理
[中图分类号] R248.4; R726.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0431-01

完全性大动脉错位(TGA),属复杂型先天性心脏血管畸形之一,是常见的紫绀型先天性心脏病。其发病率仅次于法洛四联症,占先天性心脏病的7%~9%,一岁内死亡率为80%~90%[1]。TGA患儿一般在出生后一个月内做Switch术。2001年笔者参与5例完全性大动脉错位患儿的围手术期护理,术前应用前列腺素E1(PGE1),效果良好。报道如下。

1 临床资料

本组男3例,女2例。年龄3~28 d,平均11 d。均为完全性大动脉错位,出生后指趾甲床发紫入院,住院时间20 d左右。术前静脉泵入PGE1,维持良好的左心室构型及一定的压力,满足外科手术时左、右室压力之比的要求,保证术后左室能担负起供应全身体循环血流的功能。5例患儿术后均痊愈出院。

2 护理观察

2.1 给药途径与剂量

临床最常选用的制剂为PGE1。本药最好从外周静脉走单一管道,由微量泵输入,起始用量为0.05~0.1 $ng \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$。药物溶于10%葡萄糖溶液中,为防止降低药效,应采用避光注射器和延长管,或使用黑布或锡纸遮盖注射器和输液管道。应提前配制新鲜药液备用,用药期间不能随意中断给药。选用度量精确、灵敏度高的微量泵,由外周静脉恒速输入。PGE1应用后10~30 min,动脉血氧饱和度可迅速上升,缺氧明显改善,酸中毒得以纠正,动脉导管开放的杂音转响,部分患儿可闻及舒张期杂音。

2.2 生命体征的监护

PGE1应用后可能出现发热、震颤、肌肉痉挛、激惹,甚至呼吸暂停伴心动过缓等严重并发症,应严密监测生命体征。

2.2.1 体温监测 小儿体温中枢发育不全,极易受环境温度影响,加之药物的副作用,容易出现发热症状,因此必须控制好暖箱的温、湿度。用药过程中严密观察体温变化,通过体温计间断测量每2~4 h一次,或用多功能监护仪连续监测体温,一般取肛温,通过体温探头导线与监护仪连接。发热时以物理降温为主,药物降温为辅。选用冰袋、冰帽、酒精擦浴或者降温毯。药物降温方法有:5%安乃近滴鼻,安乃近肛塞剂,或安乃近加生理盐水20 ml保留灌肠(5 mg/kg)。

2.2.2 持续心电、血压监测 床旁持续24 h心电血压监测,观察心率、心律、QRS振幅变化,尽早发现心律失常等异常情况,并及时处理。监测血压时应使用新生儿专用袖带,注意袖带宽度大致是上臂的2/3,用过窄的袖带测时血压偏高,过宽则偏低,从而影响医生的诊治。

2.2.3 呼吸监测及用氧注意 观察呼吸频率、吸呼比、呼吸深浅程度、呼吸类型、两侧胸廓运动幅度是否对称等。持续监测经皮氧饱和度(SpO_2),注意定时更换监测部位,防止灼伤患儿皮肤。当出现呼吸暂停时,立即停用PGE1,并更换输液延长管道,必要时回抽留置针内3~5 ml血药混合液,同时予简易呼吸皮囊空气加压(即不接氧气),并通知麻醉科紧急插管。插管成功后给予21%的氧(即空气),切忌使用高浓度吸氧。由于TGA患儿左室接受的动脉化血达肺动脉,一部分氧合血直接经未闭的动脉导管到达降主动脉,使动脉血氧饱和度增高。而动脉导管的平滑肌对氧非常敏感,如果使用高浓度氧,动脉导管会迅速关闭,导致体循环中含氧高的混合血减少,加重缺氧,甚至造成患儿死亡[2]。

3 讨论

本组给药后1例出现发热,经对症处理后很快恢复至正常,以后予减少剂量并在密切观察下继续用药,效果较好。但有报道长期应用PGE1对动脉导管壁有损害,因此宜应用最小有效量并尽量缩短治疗时间。

[参考文献]

[1] 丁文祥, 苏肇伉. 小儿心脏外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000.78-473.

[2] 徐志伟, 丁文祥, 苏肇伉. 大动脉转换术治疗新生儿完全性大动脉错位[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(3): 147-149.

[收稿日期] 2004-07-15 [修回日期] 2004-09-08

(编辑: 雷 艳)