维普资讯 http://www.cqvip.com

人肢体障碍康复效果明显。

3. 强调护士的行为对患者及家属的作用。

行为科学的"激励"理论,强调管理者的影响力作用。影响力是指一个人在与他人的交往中,影响和改变他人心理和行为的能力。护士作为行为护理的管理者,对患者及家属的行为影响力,来自高尚的医德,扎实的护理知识,熟练的操作技术。表现在日常的工作中,要有良好的精神风貌,热情的服务态度。回答家属的询问,能简练、通俗易懂,参与重危患者抢救,能熟练配合医生进行各种技术操作,这些行为都会影响患者及家属的心理和行为。对素质高的护士,他们会产生敬佩和信服感,对其指导有言必从,口服心服,并积极配合,这种受影响力而产生的行为是自觉的,效果也是长久的。

多年来,本科根据行为科学的观点,分析神经内科患者及家属的心理和行为,运用行为护理手段干预卒中患者及其行为,达到了减轻病痛、促进康复、预防疾病的目的,使神经内科护理工作取得了很大进步。

(收稿日期:2002-12-06)

动脉栓塞病人围手术期的护理

张静波* 孙景云* 王丽丽*

动脉栓塞是指各种来源的栓子脱落后,被血流冲向远侧,停留在直径小于栓子的动脉内,而导致肢体或内脏器官的急性缺血甚至坏死的一种病理过程。在肢体栓塞中,下肢多于上肢,尤以股动脉的发病率最高。引起栓塞动脉受累的肢体或内脏器官、心血管系统和全身的变化,为血管外科的急症,必须及时处理,处理愈早,效果愈好。动脉栓塞的主要治疗是动脉切开取栓术。我科通过对14例动脉切开取栓病人的护理,拟定出了围手术期护理常规。现报告如下。

一、资料与方法

1. 临床资料:(1)病人的选择:首先要充分了解动脉切开取栓术的适应证和禁忌证。适应证的选择是手术成功的关键。对于诊断明确72 h内无或已发生小范围坏疽者,应尽早施行取栓术。目前,我科对严重心功能不全,不能耐受手术者及处于濒死状态者列入禁忌。(2)一般资料:本组14例,男9例,女5例。年龄56~71岁。本组均为下肢动脉栓塞。所有病例均采用硬膜外麻醉,手术时间1~6 h,平均住院天数14 d。

2. 手术方式:动脉切开取栓术。自1963年Fogarty设计并使用球囊导管行动脉切开取塞术以来,使得动脉栓塞取栓术简单、易行、损伤小。只要诊断明确,可在远离栓子部位切开动脉,一般采用腹股沟下方股总动脉切口,用Fogarty动脉取栓管即可将栓子取出。若伴有动脉严重狭窄,在栓子及血栓取出同时行内膜剥脱术、腔内动脉成形术或动脉旁路手术。

二、术前护理

1. 术前准备:如备皮、备血、留置导尿。同时因动脉栓塞患者常伴有心血管系统疾病,故大手术前须全面了解心功能情况,积极采取措施,做好心电监护。记录血压、脉搏、呼吸及神志等变化改善心脏功能,提高对手术的耐受力。

2. 一般化验检查:常规进行血、尿常规化验,凝血、血小板计数,血糖测定。

3. 肝肾功能检查:轻度肝、肾功能损害,一般不影响手术耐受力。损害较重者,将直接关系到手术的成功与预后。大多数血管手术后,都需要加抗凝治疗。伴肝肾功能异常者,则易出现威胁病人生命的大出血,故术前必须了解肝肾功能。更值得重视的是肌-肾综合征的出现,常规应用5%碳酸氢钠200 ml以上加以预防。

4. 改善全身状况:伴有贫血或低蛋白血症等营养不良者,术前应通过输血、血浆补充多种氨基酸、高蛋白高热量饮食等措施,以防影响伤口愈合及发生感染。对伴有糖代谢异常,术前应控制血糖。

5. 诊断明确者可使用杜冷丁类止痛剂,以减轻病人的痛苦。

三、术后护理

1. 生命体征的监测:严密监测病人的生命体征,定时测量血压、脉搏及呼吸,特别是合并心、肺功能不全者,应根据监测指标,随时予以处理,给予氧气吸入,准备好急救药品及物品。

2. 体位与饮食:本组病例均行硬膜外麻醉。按硬膜外麻醉术后护理常规,去枕平卧6~8 h后改自由体位,需抬高患肢,使肢端高于心脏20~30 cm。应鼓励病人做肌肉收缩和舒张的交替运动,以借助肌肉的收缩挤压,促进血流,防止下肢深静脉血栓形成。卧床时避免被子对肢体末梢的压迫,可在床尾使用支被架,肢体保暖可保证末梢血管扩张,但注意防止局部烫伤。病员术后一般不限制饮食,糖尿病患者除外。指导病人合理饮食,按时服用抗凝及治疗心脏疾病的药物,以减少再栓塞的可能。

3. 注意患肢的血运情况:根据病人的主诉并检查患肢肢端皮肤颜色、温度、感觉和动脉搏动情况来判断。术后患肢出现

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科四病房

维普资讯 http://www.cqvip.com

剧烈疼痛、麻木、苍白、皮肤温度降低，动脉搏动减弱或消失，应警惕有无再栓塞的可能。若患肢出现疼痛、肿胀、潮红或紫绀，应警惕有深静脉血栓形成的可能。

4.注意出血情况：血管手术中多用肝素抗凝，术后继续抗凝1～3 d，因此要注意有无切口渗血或出血。本组有1例患者合并糖尿病而发生伤口大出血，出血量约为300 ml，立即给予紧急处理；立即用无菌纱布或治疗巾压迫切口加压包扎。同时呼叫其他医护人员做紧急处理，然后根据医嘱采取相应措施。

5.抗凝药和溶栓药使用时的注意事项：按医嘱给予抗凝药物，使用前应监测指标，注意给药时间，使用抗凝剂后，注意有无出血倾向，如：注射部位有无青紫或血肿，测血压后袖带绑扎处有无出血点，有无鼻衄或牙龈出血，有无伤口渗血等。常用的溶栓药物，化学性质很不稳定，溶解后于常温状态下容易失去活性。因此，应现用现配，使用新鲜溶液，使其最大程度地发挥作用。

6.注意神志变化：本组有1例患者术前合并心脑血管系统疾病，病员于术后无明显诱因突然出现神志不清、昏迷、瞻妄、鼾声呼吸等神经系统症状，查体引出病理反射，立即转送至神经内科治疗，于3周后基本恢复正常，但出现后遗症－偏瘫。

7.其它：记录尿量，生命体征的变化。及早发现体液不足，及时调整输液量，以防止因血流减少而造成的血管充盈不良。

四、术后并发症的观察及护理

1.动脉缺血后再灌注综合征：多发生于缺血时间较长的患肢，多见于小腿，一般在动脉切开取栓术后数小时，患肢再次出现疼痛，甚至较术前更重，发现小腿肿胀，张力增加，浅静脉努张。严重时，动脉搏动消失，发现上述变化时及时报告通知医生。本组病例无上述并发症发生。

2.肌－肾综合症：观察尿量及全身内环境改变。

（收稿日期：2002－12－20）

肾动脉瘤离体切除修补及自体肾移植一例报告

甘晓琴* 刘玉荣*

肾动脉瘤是一种罕见的肾血管病变，系先天性良性肿瘤，可致顽固性的肾性高血压。1970年以前，肾切除术是治疗肾性高血压的首选方法，1972年 Kaufman 首次报道了自体肾移植术治疗肾血管性高血压并取得良好的效果。随着异体肾移植手术的开展，自体肾移植也在肾血管病变所致高血压中得到广泛应用，尤其是低温冷灌技术及显微外科血管吻合技术的发展，使肾动脉分支病变的肾脏，在肾脏离体后仍有足够的时间进行血管吻合，降低了术后肾小管的坏死发生率，术中保持输尿管原位，无肾积水发生。我院于1999年6月行右肾动脉瘤离体切除修补及自体肾移植一例，随访2年4个月，效果满意，现报告如下。

一、临床资料

病例，患者，男性，23岁，高血压7年，血压随情绪、劳累波动，入院检查血压180/100 mmHg。近两年出现劳力性心慌、胸闷。实验室检查血皮质醇、儿茶酚胺正常，血管紧张素Ⅰ、血管紧张素Ⅱ明显升高，分别为2.8 ng/ml、113 pg/ml，醛固酮也升高为305.5 pg/ml。给予α受体阻断剂和血管紧张素抑制剂，降压效果满意，排除血压升高与肾上腺的关系。经CT检查、安体舒通和开博通实验，确诊为继发高血压、右侧肾动脉瘤。1999年6月3日行右肾动脉瘤离体切除修补、自体肾移植术。术后第三天血压降至135～112/67～75 mmHg，尿量正常。术后一个月血液中血管紧张素Ⅰ、血管紧张素Ⅱ、醛固酮高于正常，但较术前明显降低，术后6个月复查，上述结果正常，同时血压正常，临床症状消失。

二、手术配合

1.术前准备：(1)术前访视：患者术前出现紧张、焦虑等情绪变化，手术室护士术前访视患者尤为重要，护士首先热情介绍自己，建立良好的护患关系，全面了解病人情况，听取病人的主诉和要求，耐心解释手术方法，仔细介绍我院几百例异体肾移植手术的配合经验，以提高患者对手术成功的信心，取得患者的理解和配合，有效地控制患者情绪，稳定血压，提高手术成功率。(2)物品准备：器械：肾切除术器械、肾移植器械、内灌包。特殊物品：无菌冰、肾保存液、氩气刀、5－0、6－0普里灵缝线、4－0肠线、输尿管导管、负压管及负压引流瓶。特殊药品：肝素、甘露醇、白蛋白、甲基强的松龙、速尿、酚妥拉明、罂粟碱。

2.主要手术步骤配合：平卧位，患侧用小枕垫高30°。铺无菌巾，暴露右中下腹部切口和右下肢切口（取大隐静脉），并贴手术皮肤保护膜。依次递止血钳、分离钳、剪刀，彻底游离肾脏、肾蒂，在右肾动脉后支近肾门处有1.6 cm×1.5 cm搏动性动脉瘤，靠近大血管处分离结扎肾动脉、肾静脉，取出右肾。修肾：将肾置于肾保存液冰水中，修剪肾门附近脂肪，清楚暴露动脉分支，切除动脉瘤后取大隐静脉修复右肾动脉后支。显露右髂窝，分离右髂内动脉和髂外静脉，将肾脏置入肾袋内，夹层放冰屑，保持肾脏表面低温。用5－0普里灵线行右肾静脉与右髂外静脉端侧吻合，用6－0普里灵线行右肾动脉和右髂内动脉端端吻合，切除多余的输尿管后用4－0肠线行端端吻合。

* 作者单位：400042 重庆市第三军医大学大坪医院手术室