

现代常见病 临床护理学

(下) 李俊霞等◎编著



现代常见病临床护理学

(下)

李俊霞等◎编著

第十四章 心胸外科疾病护理

第一节 普通胸外科疾病护理常规

一、普通胸外科疾病手术一般护理常规

- (1) 按外科疾病手术一般护理常规。
- (2) 全麻术后患者未清醒前取平卧位,头偏向一侧。麻醉醒后,可采取高半坐卧位,有利呼吸和引流。
- (3) 根据患者的耐受程度,鼓励其术后早期活动,逐渐增加活动量。麻醉清醒后,鼓励患者床上活动,如深呼吸、四肢主动活动及间歇翻身等。手术后第 2~3 天开始,尝试下床活动。先坐床沿片刻,做深呼吸和咳嗽,再床旁站立,试着站立排尿,并稍走动或椅子上略坐片刻,再逐渐增加活动量。
- (4) 患者术后全身麻醉清醒,恶心、呕吐消失后,可逐步进食。其他术后 6 h 也可逐渐恢复饮食。
- (5) 保持呼吸道通畅,预防肺部感染。术前戒烟、戒酒 2 周以上。鼓励患者咳嗽、排痰,给予翻身、拍背,必要时吸痰及雾化吸入。
- (6) 密切观察病情变化,定期测量生命体征。注意有无发热、血压下降、伤口疼痛、咳嗽、咳痰、呼吸困难、发绀、肺部啰音等,预防各种并发症的发生。
- (7) 遵医嘱予以补液、抗感染等治疗,维持水、电解质平衡。
- (8) 注意手术切口敷料清洁、干燥,观察有无渗血、渗液,预防切口感染。一般胸部切口 7~9 d 拆除缝线。
- (9) 保持各引流管通畅,注意引流液的性质和量。安置胸腔闭式引流装置者按其护理常规。禁食及留置胃管患者做好口腔护理;留置导尿管的患者做好会阴部护理。
- (10) 保持急救物品、药品的完好。

二、胸部损伤护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一) 护理评估

- (1) 评估患者受伤经过、暴力大小、受伤部位与时间,有无昏迷、恶心、呕吐史等。
- (2) 评估生命体征,了解有无呼吸困难、发绀、休克及意识障碍、肢体活动障碍。
- (3) 评估疼痛的部位与性质,骨折的部位与性质,有无开放性伤口,气管位置有无偏移,有无反常呼吸运动,有无咳嗽、咳痰、咯血,了解痰量与性质,咯血量与次数。
- (4) 了解患者的心理状态,有无恐惧、害怕等。

(二) 护理措施

- (1) 帮助患者取半坐卧位,合并休克者取平卧位。
- (2) 给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。病情危重、诊断不明确或须手术者暂禁食。
- (3) 吸氧,一般流量为 2~4 L/min。根据氧饱和度调节氧流量,并观察患者缺氧情况是否改善。

(4)密切观察病情变化,及时发现和预防休克、心包压塞等。①病情不稳定时每15~30 min测量生命体征1次,稳定后改每4 h测量1次并记录。②观察缺氧的表现,如呼吸频率、节律、有无反常呼吸及氧饱和度等。

(5)减轻疼痛。对于多发性肋骨骨折患者,应用胸带加压包扎胸部,以减轻疼痛和抑制反常呼吸。

(6)保持呼吸道通畅,纠正反常呼吸,加强肺部理疗及雾化吸入。必要时施行吸痰或气管切开。

(7)放置胸腔引流管者按胸腔引流护理常规。

(8)根据病情备好抢救药品及器材。如需手术,积极做好术前准备和术后护理。

(三)健康指导

(1)指导患者进食高热量、高蛋白、丰富维生素饮食,促进损伤恢复。

(2)交代肋骨骨折患者3个月后复查X片,以了解骨折愈合情况。

三、脓胸手术护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一)护理评估

(1)评估患者有无急慢性感染病史。

(2)评估患者营养状况,有无全身乏力、长期低热、消瘦、贫血、低蛋白血症病史,有无杵状指、咳脓痰等,有无胸痛、胸闷、气促、咳嗽、咳痰、呼吸急促等。

(3)了解患者血常规,白细胞计数及中性粒细胞是否增高等。

(4)了解患者对疾病和手术的认识,有无不良的心理反应。

(二)护理措施

(1)术前患者取患侧卧位。脓胸行胸廓成形手术后,取术侧向下卧位,用厚棉垫、胸带加压包扎或加沙袋1~3 kg压迫。协助患者定时翻身和肢体活动,保持皮肤清洁,预防压疮。

(2)提供高蛋白、高热量和丰富维生素饮食。

(3)术后严密观察生命体征,有无胸痛、胸闷、气促、咳嗽、咳痰、呼吸急促等。一旦发现术后有出血的表现,立即通知医师,遵医嘱做好快速止血、输血等处理。必要时做好再次开胸止血术准备。

(4)有呼吸困难者,给予吸氧。

(5)胸腔闭式引流者按胸腔闭式引流护理常规。

(6)指导患者胸廓成形术后进行康复功能锻炼。鼓励患者咳嗽、深呼吸(有支气管胸膜瘘者除外),恢复肺功能。坚持采取上直立姿势,练习头部前后左右回转运动、上半身前屈运动及左右弯曲运动。

(7)做好心理护理,尤其是对反复胸腔穿刺者,应给予精神支持,做好解释。

(三)健康指导

(1)指导患者进食高蛋白、高热量和丰富维生素饮食,促进早日康复。

(2)指导患者出院后继续进行术后康复锻炼。

四、肺叶切除手术护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一)护理评估

(1)评估患者有无吸烟史、吸烟时间和数量;家族中是否有类似病史。

(2)评估患者全身营养状况,有无体重减轻、贫血、低蛋白血症;肺部疾病表现,如发热、咳嗽、咳痰及痰的量和性状;有无咯血、咯血量和次数;有无放射痛、牵涉痛;有无呼吸困难、发绀、杵状指等。

(3)了解患者X线胸片、CT、MRI等检查结果。

(4)评估患者对疾病和手术的认识以及心理状态。

(二) 护理措施

1. 术前护理

- (1) 给予患者高蛋白、高热量及维生素丰富饮食,纠正营养不良和水、电解质紊乱。
- (2) 评估患者病情变化,观察有无发热、咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、发绀等。
- (3) 遵医嘱给予支气管扩张剂、祛痰剂等药物,以改善呼吸状况。若痰液黏稠不易咳出者,可行雾化吸入。
- (4) 遵医嘱做好术前准备。劝告患者戒烟,保持呼吸道通畅。
- (5) 指导患者术后康复训练。

2. 术后护理

- (1) 了解手术、麻醉等术中情况,测血压、脉搏、呼吸并记录。
- (2) 患者取去枕平卧位。麻醉清醒、血压平稳后改半坐卧位至胸腔引流管拔除。
- (3) 术后禁食 6 h 后改进流质饮食,而后根据患者情况逐步改为普食。
- (4) 持续吸氧 48 h,氧流量 2~4 L/min 或用呼吸机辅助呼吸。老年人及肺功能差者,48 h 后给予间断吸氧。

(5) 采用多功能监护仪监护心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度等观察病情变化,及早发现心律失常、出血、感染、支气管胸膜瘘等并发症。一般监护 24~48 h,病情需要时延长监护时间。

(6) 保持呼吸道通畅。鼓励腹式呼吸,增强健侧肺功能;协助患者取坐位,做有效咳嗽排痰;观察呼吸音及肺膨胀情况;排痰困难者,行气管内吸痰或纤维支气管镜下吸痰。

(7) 全肺切除手术后护理:①术后尽量避免搬动,更换体位时应轻、缓。②视病情取半坐卧位 2~4 周,每 2~4 h 更换 1 次体位。不宜完全平卧,以 1/4 侧卧为宜,平卧时尽量偏向患侧,以防压迫健侧肺致反常呼吸。③钳闭胸腔引流管,遵医嘱定时开放,每次放液 500~700 mL,以防纵隔摆动。④准确记录 24 h 出入水量。遵医嘱控制输液量及速度,输液总量每日不超过 2500 mL,滴速以 30~40 滴/min 为宜,防止心力衰竭。⑤如发现患者体温高、脉速、气急、咳痰多等,提示支气管胸膜瘘,应立即报告医师及时处理,并协助患者侧向手术侧,避免剧烈咳嗽。

(8) 胸腔闭式引流者按其护理常规。

(三) 健康指导

- (1) 指导患者做深呼吸、吹气球等,促进肺膨胀。
- (2) 指导患者进行抬肩、抬臂、手达对侧肩部、举手过头或拉床带活动,以预防术侧肩关节强直。
- (3) 定期复查。若有伤口疼痛、剧烈咳嗽及咯血等症状,或出现进行性倦怠情形,应立即就诊。

五、缩窄性心包炎手术护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一) 护理评估

- (1) 询问患者发病前有无呼吸道感染、既往病史、吸烟史等。
- (2) 评估患者全身营养状况、饮食状况、胃肠吸收功能、水肿及腹水程度,评估生命体征、中心静脉压、末梢循环情况等。
- (3) 了解患者的心搏出量、尿量、血气分析和血电解质检测结果。
- (4) 评估患者对疾病的认识和心理状态。

(二) 护理措施

1. 术前护理

- (1) 给予低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。
- (2) 限制活动量,嘱患者多卧床休息。病情重者取半坐卧位。
- (3) 吸氧,保持呼吸道通畅。

(4)严密观察心率、心律、血压、中心静脉压,测量尿量、腹围等,记录 24 h 出入水量,了解病情变化。使用强心剂及利尿剂者应警惕洋地黄中毒反应及低血钾表现。

(5)给予术前指导和协助患者做好术前准备。

2. 术后护理

(1)病情允许后提供低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化饮食。

(2)根据心功能情况逐渐增加活动量,注意劳逸结合。

(3)严密监测心功能指标,如血压、中心静脉压、心搏出量、心脏排血指数,了解心脏功能。监测末梢循环。

(4)遵医嘱积极改善心功能,使用微电脑输液泵泵入多巴胺、多巴酚酞胺等正性肌力药物,避免药物剂量不足或过量引起的血压波动,确保血压稳定。使用强心、利尿剂时,注意监测血清钾,预防洋地黄中毒及低血钾发生。

(5)严格控制液体入量,滴速不超过 20 滴/min,防止短时间输入过量液体增加心脏负荷。记录 24 h 出入水量,保持出入水量平衡。

(6)给予皮肤护理,预防压疮。

(7)鼓励患者积极治疗,保持乐观心态。

(三) 健康指导

(1)指导患者出院后进食低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化饮食。

(2)对于结核性或细菌性心包炎者,交代患者遵医嘱继续服用抗结核或抗炎药物治疗 3~6 个月。

(3)指导患者自我测量每日尿量并记录,发现异常,及时就医。定期复查。

六、食管癌手术护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一) 护理评估

(1)询问患者既往病史、饮食习惯和特殊嗜好、吸烟史等,起病时间及病情进展等。

(2)评估患者营养状况,有无体重下降、消瘦、贫血、脱水或衰竭等;了解食管梗阻情况,有无吞咽困难或呕吐,能否正常进食等。

(3)了解患者的心、肺等重要脏器功能及血气分析和电解质检测结果,有无糖尿病、高血压、冠心病等,评估患者对手术的耐受程度。

(4)评估患者对疾病的认识和心理状态,有无焦虑、抑郁及程度如何。

(二) 护理措施

1. 术前护理

(1)根据患者具体情况调整饮食,改善营养状况。对能进食者给予高蛋白流质饮食,对食管高度梗阻不能进食者按医嘱静脉补充营养。

(2)遵医嘱做好术前准备

(1)积极治疗口腔疾病,保持口腔卫生。

(2)呼吸道准备:劝患者戒烟,训练有效咳嗽、咳痰或腹式深呼吸,加强排痰。遵医嘱使用抗生素,控制呼吸道感染。

(3)胃肠道准备:①术前 3 d 进流质饮食,术前 1 晚禁食。②进食后滞留或进食后反流者,术前 3 d 留置胃管,并用生理盐水经鼻胃管冲洗食管和胃,以减轻局部充血水肿,减少术中污染,防止吻合口瘘。③结肠代食管手术患者,术前行肠道准备。④术晨常规留置胃管。如遇梗阻部位,切不可强行进入,以免食管穿孔,可将胃管置于梗阻部位上端,待手术中直视下再继续置于胃中。

(3)给予术前指导和心理护理,稳定患者情绪,争取亲属在心理和经济上的积极支持配合,解除患者的后顾之忧。

2. 术后护理

(1) 了解手术及麻醉情况, 加强呼吸道管理。及时清除呼吸道分泌物, 促进肺扩张。

(2) 饮食护理: ①术后 3~6 d 吻合口处于充血水肿期, 应严格禁食。②禁食期间持续胃肠减压, 给予静脉营养支持。停止胃肠减压 24 h 后, 若无吻合口瘘症状, 开始进食。自少量饮水开始, 依次为少量流质、第 8 日进全量流质饮食、第 10~12 d 进半流质饮食, 3~4 周进普食。③以高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化食物为宜, 避免刺激性食物。④宜少食多餐、由稀到干、细嚼慢咽, 防止进食过多及速度过快, 防止术后吻合口瘘。⑤注意观察进食后的反应, 如梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等。进食后 2 h 内避免平卧、低头弯腰等, 以免食物反流。睡眠时宜高枕卧位。

(3) 严密观察生命体征等病情变化, 及时发现和处理并发症。其术后可能的并发症如下。①术后吻合口瘘: 如出现发热、呼吸困难等, 应警惕。一旦确诊, 立即禁食, 行胸腔闭式引流术, 遵医嘱抗感染及营养支持。②乳糜胸: 若术后血清样胸液过多, 或粉红色中伴有脂肪滴, 应警惕乳糜胸。

(4) 维持有效的胃肠减压。①保持胃管通畅, 抽吸胃液每 2 h 1 次。若胃管不通畅, 可用少量生理盐水冲洗并及时回抽, 避免胃扩张增加吻合口张力, 并发吻合口瘘。②妥善固定胃管, 防止脱出。如胃管脱出, 应严密观察病情, 不应再盲目插入, 以免穿破吻合口, 造成吻合口瘘。③严密观察引流液量及性状并记录。术后 6~12 h 内从胃管内可吸出少量血性液或咖啡色液, 以后引流液颜色将逐步变淡。若引流出大量血性液体, 患者出现烦躁、血压下降、脉搏增快等血容量不足的表现应考虑有活动性出血, 立即报告医师处理。

(5) 禁食期间加强口腔护理, 每日早、中、晚三次, 保持口腔清洁。

(6) 安抚和关心患者, 使患者保持良好的心理状态, 树立战胜疾病的信心。

(三) 健康指导

(1) 指导患者进行适当活动, 注意休息, 避免劳累。

(2) 告知患者术后饮食要求, 指导患者自我观察进食后的反应。若进食后出现梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等不适, 应暂停进食, 及时报告医护人员。若术后 3~4 周再次出现吞咽困难, 考虑吻合口狭窄, 立即就诊或告诉医护人员。

七、纵隔肿瘤手术护理常规

按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

(一) 护理评估

(1) 了解有无周围脏器受压症状: ①肺脏和支气管受压出现的胸闷、胸痛、前胸部不适、咳嗽、呼吸困难、吞咽困难等。②心脏、大血管受压出现的心悸, 以及上腔静脉梗阻出现的上肢、颈部、面部水肿等表现。③压迫喉返神经导致声嘶。

(2) 了解有无肿瘤侵犯胸膜腔和心包、肺而出现的胸腔积液、心包积液及相应的症状。如胸内甲状腺肿时, 是否合并有甲状腺功能亢进症状。评估有无合并重症肌无力症状等。

(3) 了解 X 线胸片、CT、MRI 等检查结果。

(4) 了解患者及家属对疾病和手术的认识及心理反应。

(二) 护理措施

1. 术前护理

(1) 保持呼吸道通畅, 必要时负压吸痰。

(2) 胸腺瘤合并重症肌无力者, 需观察呼吸情况, 并督促患者按时服用溴吡斯的明, 注意观察有无药物过量的症状。

(3) 做好术前准备和术前指导。

2. 术后护理

(1) 了解手术中及麻醉情况, 按相应护理常规。

(2)保持呼吸道通畅,鼓励咳嗽、排痰。病情严重者术后呼吸机辅助呼吸,保持呼吸道通畅与良好的气体交换,维持动脉血气正常。对行气管切开者,协助医师完成气管切开术,护理按气管切开后护理常规。

(3)合并重症肌无力者,密切观察呼吸情况,警惕肌无力危象和胆碱能危象。

(4)术后继续遵医嘱服用溴吡斯的明者,注意药物反应。

(5)对于行纵隔肿瘤切除,同时行左(右)无名静脉结扎术者,避免患侧上肢输液;同时行血管置换术者,服用华法林等抗凝剂时,注意监测凝血酶原时间(PT)。

(6)给予心理支持,鼓励患者战胜疾病的信心。

(三)健康指导

(1)指导需长期服用华法林等抗凝剂者遵医嘱服药,定期复查 PT。

(2)交代患者如有任何不适,及时就医。

(刘新风)

第二节 心脏外科疾病护理常规

一、心脏外科疾病手术一般护理常规

(一)术前护理

1)重度心力衰竭、夹层动脉瘤、心脏黏液瘤患者术前绝对卧床休息。一般患者多卧床休息,限制活动。心悸、气短或呼吸困难者协助取半坐位并吸氧。

2)给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食;心力衰竭、水肿患者予以低盐饮食。

3)做好术前准备和指导。

(1)术前戒烟、戒酒 2 周以上。

(2)冠脉搭桥患者术前一周停用抗凝药;服洋地黄类药者心率低于 60 次/min 时停药。

(3)指导患者练习深呼吸、有效咳嗽、排痰、高半坐卧位等,体验拍背的感受。

(4)指导患者术前禁食、沐浴、更衣。

(5)测量身高及体重;备好胸片、胸腔引流瓶及术中用药。

(6)清洁口腔,取下活动义齿及首饰,遵医嘱给术前用药。

(二)术后护理

(1)行体外循环的患者术后按体外循环内心直视术护理常规。

(2)全麻术后患者未清醒前取平卧位,头偏向一侧。麻醉醒后,可采取高半坐卧位,有利呼吸和引流。

(3)根据患者的耐受程度,鼓励术后早期活动,逐渐增加活动量。麻醉清醒后,鼓励患者床上活动,如深呼吸、四肢主动活动及间歇翻身等。手术后第 2~3 天开始,尝试下床活动。先坐床沿片刻,做深呼吸和咳嗽;再床旁站立,试着站立排尿,并稍走动或椅子上略坐片刻,再逐渐增加活动量。

(4)患者术后全身麻醉清醒及恶心、呕吐消失后,可逐步进食。其他术后 6 h 可逐渐恢复饮食。

(5)保持呼吸道通畅,预防肺部感染。鼓励患者咳嗽、排痰,给予翻身、拍背,雾化吸入每 4 h 1 次。呼吸机辅助呼吸者,给予定时吸痰。

(6)密切观察患者生命体征及神志、尿量、中心静脉压、左房压、氧饱和度、引流量、皮肤温度及湿度的变化。

(7)遵医嘱予以补液、输血、抗感染等治疗,严格掌握输液、输血的速度。用微量泵输入正性肌力、血管扩张等特殊药物时,并观察药物疗效及不良反应。

(8)注意手术切口敷料清洁、干燥,观察有无渗血、渗液,预防切口感染。一般胸部切口 7~9 d 拆除

缝线。

(9)保持各引流管通畅,注意引流液的性质和量。安置胸腔闭式引流装置者按其护理常规。禁食及留置胃管患者做好口腔护理;留置导尿管的患者做好会阴部护理。

(10)保持急救物品、药品的完好。

二、体外循环心内直视术护理常规

(1)按全身麻醉后护理常规。

(2)了解患者手术、麻醉、术毕恢复心脏循环等情况,妥善固定各种管道,给予患者保暖。

(3)严密监测患者生命体征、神志、尿量、中心静脉压、左心房压、血气分析、凝血功能等,注意低心排血症、酸碱平衡失衡和电解质紊乱、低体温、代谢性酸中毒、代谢性碱中毒、低血钾、肾功能减退、呼吸功能障碍等。

(4)密切观察呼吸机辅助呼吸的情况,及时吸痰,保持呼吸道通畅和有效呼吸。

(5)观察胸腔引流液的量和性状,评估渗血量。

(6)根据患者中心静脉压、左心房压及渗血量,补充血容量。如血容量补足后,仍有低心排血症,需及时报告医师,遵医嘱滴注正性肌力药物,如多巴胺、肾上腺素、多巴酚丁胺等。必要时,应用降低后负荷扩容药物,如硝普钠、安妥拉明、硝酸甘油等。

(7)及时纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱。

三、动脉导管未闭手术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

(1)评估患者的生长发育及营养状况、健康史,了解既往病史及治疗经过。

(2)评估患者活动后心悸、气促、疲乏的程度,有无左心力衰竭。了解有无感冒或呼吸道感染等,有无呼吸困难、咳嗽、肺部干湿啰音等表现。

(3)了解患者心脏检查、心电图、X线、超声心动图等检查结果。

(4)了解患者及家属对疾病和手术的认识,有无恐惧、害怕等心理表现。

(二)护理措施

1.术前护理

(1)注意保暖,防止呼吸道感染。

(2)心悸、气短或呼吸困难者协助取半坐位并吸氧。

(3)给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。有心力衰竭者予以低盐饮食。

(4)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2.术后护理

(1)术后病情许可后帮助患者取半坐卧位。

(2)监测生命体征及病情变化,预防并发症。密切观察患者的呼吸频率、节律、幅度及听诊两肺呼吸音。术后出现声音嘶哑等喉返神经损伤症状时,早期禁水、禁食,以防误吸,同时遵医嘱使用激素及B族维生素等神经营养药。

(3)保持呼吸道通畅,定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。给予麻醉未醒或咳嗽无力的患者吸痰,防止呼吸道感染。

(4)保持手术切口清洁干燥,防止感染。

(5)遵医嘱使用镇静、镇痛药物,保持患者情绪稳定。严格控制液体入量,遵医嘱予药物控制血压。

(6)保持胸腔引流管的通畅,间断挤压引流管,注意观察引流液的量及性状。

(三)健康指导

- (1)交代患者出院后,术后半年内避免剧烈运动。
- (2)出院后3个月复查。如有倦怠、发热等不适,随时就诊。

四、房间隔缺损修补术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

- (1)评估患者生长发育、营养状况及健康史,了解既往病史,有无反复出现上呼吸道感染。
- (2)评估患者有无劳累后气促、心悸、心房颤动,有无右心力衰竭、呼吸道感染等。
- (3)了解患者心脏检查、X线、心功能检查、心电图等检查结果。
- (4)评估患者对疾病和手术的了解程度及心理状态。

(二)护理措施

1.术前护理

- (1)注意保暖,防止呼吸道感染。
- (2)气促、心悸者协助取半坐位并吸氧。
- (3)给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。
- (4)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2.术后护理

- (1)术后病情许可后帮助患者取半坐卧位。
- (2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。
- (3)严密观察病情,监测心率、心律,有无心律失常。听诊有无残余分流的心脏杂音。
- (4)保持呼吸道通畅,定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。对于麻醉未醒或咳嗽无力的患者给予吸痰,防止呼吸道感染。
- (5)保持手术切口清洁干燥,防止感染。
- (6)遵医嘱给予抗心律失常药物,观察药物的疗效。
- (7)保持胸腔引流管的通畅,间断挤压引流管,注意观察引流液的量及性状。

(三)健康指导

- (1)交代患者及家属半年内患者避免剧烈活动。
- (2)保持手术切口清洁干燥,以免感染。
- (3)出院后3个月复查。如有不适,随时就医。

五、室间隔缺损修补术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

- (1)了解患者既往病史,有无发育不良、反复呼吸道感染、右心力衰竭、肺动脉高压等。
- (2)评估有无劳累后气促、心悸,有无心前区隆起,有无心脏杂音。
- (3)了解患者心电图、X线、超声心动图等检查结果。
- (4)评估患者对疾病和手术的了解程度及心理状况。

(二)护理措施

1.术前护理

- (1)注意保暖,防止呼吸道感染。
- (2)气促、心悸者协助取半坐位并吸氧。
- (3)给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。

(4)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2.术后护理

(1)术后麻醉清醒后,根据病情许可帮助患者取半坐卧位。

(2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。

(3)严密监测心率、心律的变化,及时处理心律失常。

(4)保持呼吸道通畅,定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。对于麻醉未醒或咳嗽无力的患者给予吸痰,防止呼吸道感染。

(5)术后早期应控制静脉输入晶体溶液,以 $1\text{ mL}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 为宜,并保持左房压不高于中心静脉压。

(6)注意听诊有无残余分流的心脏杂音,观察是否有影响心脏功能或康复的危险因素。评估是否存在残余分流,如术后血流动力学不稳定、心功能差等。

(7)预防肺高压危象发生。术前有肺高压的患者,术后延长呼吸机辅助呼吸的时间,尽可能减少镇静、吸痰及体疗次数;延长吸氧时间。

(三)健康指导

(1)半年内避免剧烈活动。

(2)保护手术切口清洁、干燥,防止感染。

(3)出院后3个月复查。如出现气促、发绀等不适时,立即就医。

六、法洛四联征手术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

(1)评估患者的健康史,了解既往病史,有无发育不良等。

(2)评估缺氧程度,如是否有发绀、杵状指、活动受限等。

(3)了解患者心脏检查、心电图、X线、超声心动图等检查结果。

(4)评估患者的心理反应,如有无社会适应能力差、对父母过分依赖、焦虑、恐惧、易激惹哭闹等。

(二)护理措施

1.术前护理

(1)嘱患者多卧床休息;每天予以吸氧30 min。

(2)给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。鼓励患者多饮水,每3~4 h 1次,每次200 mL,必要时静脉补液。

(3)做好心理护理及术前指导,避免哭闹、用力排便、感染、贫血、寒冷及创伤等可加重缺氧的因素。

(4)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2.术后护理

(1)术后麻醉清醒后,根据病情许可帮助患者取半坐卧位。

(2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。

(3)严密监测心率及心律的变化。带有临时起搏器的患者应固定好起搏导线,按安装心脏起搏器护理常规。

(4)保持呼吸道通畅,定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。术后减少不必要的气管插管及辅助通气,特别注意呼吸道护理,防止呼吸道并发症,如肺部感染、灌注肺等的发生。

(5)术后每小时记录引流液的量及性质,保证引流管通畅;及时发现并处理急性出血,防止出现心包压塞。

(三)健康指导

(1)指导患者及家属出院后视病情逐渐增加活动量,避免剧烈活动。注意保暖,以免受凉感冒。

(2)交代家属出院3个月后复查B超、胸部X片及ECG。出现发绀、气促、水肿等异常时,立即就医。

(3)指导和鼓励家属加强小儿早期心理和智力教育,尽力减小疾病对小儿的影响。

七、心脏瓣膜置换手术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

(1)评估患者健康史,了解既往病史及治疗经过。

(2)评估患者血压、体温、心率、心律及呼吸。观察面色、神志、水肿、尿量的变化,有无劳累后气促、阵发性呼吸困难、端坐呼吸,有无心力衰竭等表现。

(3)了解患者心脏检查、心脏B超、凝血功能等检查结果。

(4)评估患者对手术的接受程度及心理状况。

(二)护理措施

1.术前护理

(1)进食高蛋白、清淡及易消化的食物。

(2)卧床休息,减少活动,必要时氧气吸入。

(3)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2.术后护理

(1)术后麻醉清醒后,根据病情许可帮助患者取半坐卧位。

(2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。饮食宜高蛋白、低盐、丰富维生素(不宜进食含丰富维生素K的食物,如菠菜、猪肝、番茄等)的饮食,保持大便通畅。

(3)遵医嘱给药和注意药物的不良反应。①机械瓣置换者定时口服抗凝药,仔细观察牙龈、眼结膜、皮下、鼻有无出血征象,询问女患者是否存在月经量过多等抗凝药过量的现象。出现异常及时处理。②每日清晨测心率,如心率少于60次/分钟,立即报告医师且停止给服地高辛。③服利尿药时,注意观察有无血钾、钠异常表现,维持电解质平衡。

(4)预防肺部感染、压疮等并发症。指导有效咳嗽、排痰,定时拍背,雾化吸入。保持皮肤清洁干燥,预防压疮。

(5)严密观察病情,注意监听瓣膜音质,发现心脏杂音及时通知医师。

(6)给予心理安抚,鼓励患者学会自我护理。

(三)健康指导

(1)指导患者出院后适当活动和劳动,以不感觉心悸、气促为宜。忌烟、忌酒,避免暴饮暴食。

(2)交代患者严格遵医嘱服药,学会自我监测出血倾向和测心率。服用抗凝药者定期复查PT,服用地高辛前自查心率,服利尿药时同时补钾等。

八、冠状动脉搭桥手术护理常规

在体外循环下行冠状动脉搭桥手术按体外循环心内直视术护理常规。非体外循环行冠状动脉搭桥手术按心脏外科疾病手术一般护理常规。

(一)护理评估

(1)评估健康史,了解既往病史及生活、饮食习惯。

(2)评估患者体温、脉搏、呼吸,面色及神志等情况;评估心绞痛的程度、发作时间的长短及频率。

(3)了解患者心脏检查、凝血功能、冠状动脉血管造影等检查结果。

(4)了解患者的心理状况,如有无焦虑、恐惧、悲观等不良情绪。

(二)护理措施

1.术前护理

(1)患者宜选择低脂肪、低胆固醇及足量蛋白质、维生素、粗纤维等饮食。

(2)遵医嘱控制心绞痛发作,必要时给予硝酸甘油持续静脉泵入。

(3)按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

(4)给予心理护理,消除患者焦虑、恐惧等不良情绪。

2.术后护理

(1)术后麻醉清醒后,根据病情许可帮助患者取半坐卧位。

(2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。饮食宜选择低脂肪、低胆固醇、足够蛋白质、维生素与粗纤维等食物,保持大便通畅。

(3)观察患者术后病情改善情况,有无胸痛、胸闷、心绞痛等。

(4)保持切口敷料清洁、干燥,观察取大隐静脉处及胸部切口有无出血、渗液等。

(5)抬高取大隐静脉的肢体,减轻水肿,评估肢端温度、血运、感觉及运动情况等。发现异常,及时报告医师。

(6)遵医嘱给予抗凝等药物,并观察药物的疗效及不良反应。

(三)健康指导

(1)交代患者出院后逐渐增加活动量,坚持低脂肪、低胆固醇及含丰富粗纤维的饮食,养成定时排便的习惯,防止便秘。禁烟酒。

(2)定期复查。如果出现胸痛、胸闷、心绞痛等不适,及时赴医院就诊。

九、心脏黏液瘤手术护理常规

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

(一)护理评估

(1)评估健康史及心理状况,了解既往病史及治疗经过。

(2)评估患者有无动脉栓塞的表现,如偏瘫、失语、肢体疼痛等;评估有无二尖瓣狭窄的表现,如心悸、气促、端坐呼吸、晕厥、咯血等;评估有无发热、消瘦、食欲不振、乏力、贫血等全身反应。

(3)了解患者心脏检查、X线胸片、凝血功能等检查结果。

(4)评估患者对心脏黏液瘤疾病及手术的认知程度,了解患者的心理状态。

(二)护理措施

1.术前护理

(1)患者给予绝对卧床休息,限制活动,以防瘤体嵌塞房室瓣瓣口导致猝死。

(2)对于贫血、心悸、呼吸困难者,给予氧气吸入。

(3)严密观察病情变化,一旦发现病情变化,立即报告医师,随时做好急救准备。

(4)及时做好术前准备,以便急症手术。

(5)给予患者心理安抚和疏导,缓解患者紧张情绪。

2.术后护理

(1)术后麻醉清醒后,根据病情许可帮助患者取半坐卧位。

(2)术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。

(3)遵医嘱给予药物治疗,严格控制液体的输入量和速度,防止容量负荷过重,发生心力衰竭。

(4)严密观察病情变化,观察切口有无出血、渗液,保持切口敷料清洁、干燥和引流通畅。

(三)健康指导

(1)指导病患者出院后视病情适当活动,逐渐增加活动量,避免过度劳累。

(2)交代患者及家属如出现神志改变、肢体活动受限等异常情况及时就医。

十、心脏移植手术护理常规

按移植术、心脏外科疾病手术一般护理及体外循环心内直视术护理常规。

(一) 护理评估

(1) 了解患者既往疾病、手术、创伤、过敏等史,有无烟、酒嗜好。

(2) 评估心脏疾病症状和体征、心力衰竭的程度。

(3) 了解生命体征,实验室心、肝、肺、肾功能检查及X线、CT、MRI等影像学检查情况,供、受体移植配型及其他脏器的功能等。

(4) 了解患者的家属和社会经济状况,患者对手术的认识和心理反应。

(二) 护理措施

1. 术前护理

(1) 给予高蛋白、高碳水化合物、丰富维生素、低脂易消化饮食。

(2) 遵医嘱使用强心、利尿、血管扩张、免疫抑制剂等;纠正酸碱及电解质紊乱,注意补镁;应用激化液等。

(3) 改善肺功能,每日吸氧3次,每次30 min;术前用地塞米松、抗生素及透明质酸酶溶液行雾化吸入;指导患者呼吸训练,如深呼吸、腹式呼吸、咳嗽训练等。

(4) 术前对于睡眠不佳者,遵医嘱给予适当镇静药物。

(5) 做好肠道准备。术前1 d备皮,全身用氯己定溶液擦浴。

(6) 术前除准备心脏外科常用药外,还应准备免疫抑制剂,如环孢素A(CSA)、甲泼尼龙、泼尼松、硫唑嘌呤等。

(7) 准备严格消毒的无菌室及隔离病房,并备有监护仪、呼吸机、输液泵以及抢救药品和设备等。

(8) 做好术前指导和心理护理,消除患者的焦虑和紧张心理。

2. 术后护理

(1) 评估手术、麻醉方式及术中情况。患者术后置于移植专用隔离病房,给予特级护理,严格执行消毒隔离制度,防止感染。

(2) 根据麻醉方式取卧位,鼓励咳嗽,协助翻身、拍背。给予吸氧。

(3) 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压等病情变化。

(4) 严密监测循环功能和血流动力学变化,及时掌握多功能监测仪、经皮脉搏氧饱和度测量、动脉持续测压、漂浮导管(6腔)动态测压、持续心排量及混合静脉血氧饱和度监测、血流动力学等指标变化,尽早发现移植术后有无早期心脏衰竭,特别注意是否发生右心力衰竭及肺动脉高压。

(5) 术后根据胃肠功能恢复情况逐渐恢复饮食,注意饮食卫生。宜选择高热量、高蛋白、丰富维生素和富含膳食纤维的食物。

(6) 维持2~3条有效静脉通路,保证各种药液顺利输注。定时、定量准确给药,尤其是免疫抑制剂。强调免疫抑制剂使用的个体化,即根据血药浓度水平、急性排斥反应的发生频率、肝肾功能状态等及时调整各时期的用药量,避免用量不足诱发排斥反应和用量过多易促发感染。

(7) 监护移植术后心脏排斥反应:①超急性排斥反应多发生于术中早期,立即出现供心复跳困难。②急性排斥反应多发生于术后1~20周。③慢性排斥反应多发生在心脏移植1年以后。患者康复期如出现乏力、周身不适、食欲不振、活动后心悸、气短等症状时,应高度怀疑排斥反应。

(8) 预防感染,最大限度降低感染的危险。做到:①操作前后严格洗手,出入移植病房更衣、换鞋、戴帽、口罩及严格限制入室人数。②病室内勿摆花卉及植物。③定时测量体温并记录。④观察身体所有穿刺置管部位的皮肤。⑤观察口腔有无真菌感染迹象。⑥及时听诊肺部呼吸音,观察呼吸道分泌物有无异常。⑦监测血常规,及时采集痰、尿及口腔、伤口表面分泌物标本进行细菌培养。必要时协助进行床旁X线胸片检查等。

(9) 评估切口及引流情况。妥善固定引流管,保持引流通畅;观察、记录引流液的色、质、量;准确记录24 h出入水量。

(10) 给予患者心理支持和鼓励,保持心情愉快和情绪稳定。

(三)健康指导

- (1)交代患者严格按医嘱服用免疫抑制剂,不可随意自行停药或减量。
- (2)加强营养,注意饮食卫生;养成良好的生活习惯,避免过度劳累。
- (3)定期复查肝功能及血药浓度。如有不适,及时就诊。

(刘新风)

第三节 气 胸

一、概述

胸膜腔内积气称为气胸(图 14-1)。气胸是由于利器或肋骨断端刺破胸膜、肺、支气管或食管后,空气进入胸腔所造成。气胸分三种。

(1)闭合性气胸:即伤口伤道已闭,胸膜腔与大气不相通。

(2)开放性气胸:胸膜腔与大气相通,可造成纵隔扑动。吸气时,健侧胸膜腔负压升高,与伤侧压力差增大,纵隔向健侧移位;呼气时,两侧胸膜腔压力差减少,纵隔移向正常位置,这样纵隔随呼吸来回摆动的现象,称为纵隔扑动。

(3)张力性气胸:即有受伤的组织起活瓣作用,空气只能入不能出,胸膜腔内压不断增高,如抢救不及时,可因急性呼吸衰竭而死亡。

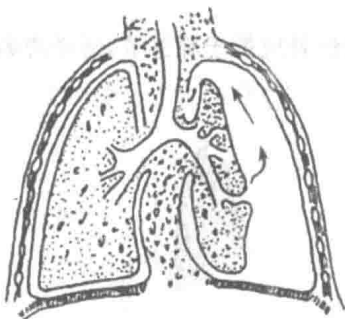


图 14-1 气胸示意图

二、护理评估

(一)临床症状评估与观察

(1)闭合性气胸:小的气胸多无症状。超过 30%的气胸,可有胸闷及呼吸困难,气管及心脏向健侧偏移,患侧叩诊呈鼓音,呼吸渐弱,严重者有皮下气肿及纵隔气肿。

(2)开放性气胸:患者有明显的呼吸困难及发绀,空气进入伤口发出“嘶嘶”的响声。

(3)张力性气胸:重度呼吸困难、发绀,常有休克,颈部及纵隔皮下气肿明显。

(二)辅助检查

根据上述指征,结合 X 线胸片即可确诊,必要时做患侧第 2 肋间穿刺,常能确诊。

三、护理诊断

(一)低效性呼吸形态

低效性呼吸形态与胸壁完全受损及可能合并有肺实质损伤有关。

(二)疼痛

疼痛与胸部伤口及胸腔引流管刺激有关。

(三)恐惧

恐惧与呼吸窘迫有关。

(四)有感染的危险

感染与污染伤口有关。

四、护理措施

(一)维持或恢复正常的呼吸功能

(1)半卧位,卧床休息:膈肌下降利于肺复张、疼痛减轻及增加非必要的氧气需要量。

(2)吸氧:根据缺氧状态给予鼻导管及面罩吸氧,并及时发现患者有无胸闷、气短、烦躁、发绀等缺氧症状以及皮肤、黏膜的情况。

(3)协助患者翻身,鼓励其深呼吸及咳痰,及时排出痰液,可给予雾化吸入及化痰药,必要时吸痰,排出呼吸道分泌物,预防肺不张及肺炎的发生。

(二)皮下气肿的护理

皮下气肿在胸腔闭式引流第3~7 d可自行吸收,也可用粗针头做局部皮下穿刺,挤压放气。纵隔气肿加重时,要在胸骨柄切迹上做一2 cm的横行小切口。

(三)胸腔引流管的护理

(1)体位:半卧位,利于呼吸和引流。鼓励患者进行有效的咳嗽和深呼吸运动,利于积液排出,恢复胸膜负压,使肺复张。

(2)妥善固定:下床活动时,引流瓶位置应低于膝关节,运送患者时双钳夹管。引流管末端应在水平线下2~3 cm,保持密封(图14-2)。

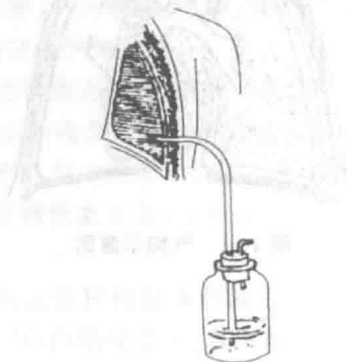


图 14-2 胸腔闭式引流

(3)保持引流通畅:闭式引流主要靠重力引流,水封瓶液面应低于引流管胸腔出口平面60 cm,任何情况下不得高于胸腔,以免引流液逆流造成感染;高于胸腔时,引流管要夹闭;定时挤压引流管以免阻塞;水柱波动反应残腔的大小与胸腔内负压的大小,其正常时上下可波动4~6 cm。如无波动,患者出现胸闷气促,气管向健侧移位等肺受压的症状,应疑为引流管被血块堵塞,应挤捏或用负压间断抽吸引流瓶短玻璃管,促使其通畅,并通知医生。

(4)观察记录:观察引流液的量、性状、颜色、水柱波动范围,并准确记录。若引流量多 ≥ 200 ml/h,并持续2~3 h,颜色为鲜红色或红色,性质较黏稠、易凝血则疑为胸腔内有活动性出血,应立即报告医生,必要时开胸止血。每天更换水封瓶并记录引流量。

(5)保持管道的密闭和无菌:使用前注意引流装置是否密封,胸壁伤口、管口周围用油纱布包裹严密,更换引流瓶时双钳夹管,严格执行无菌操作。

(6)脱管处理:如引流管从胸腔滑脱,立即用手捏闭伤口处皮肤,消毒后油纱封闭伤口协助医生做进一步处理。

(7)拔管护理:24 h引流液 <50 mL,脓液 <10 mL,X线胸片示肺膨胀良好、无漏气,患者无呼吸困难即可拔管。拔管后严密观察患者有无胸闷、憋气、呼吸困难、切口漏气、渗液、出血、皮下气肿等症状。

(四)急救处理

(1)积气较多的闭合性气胸:经锁骨中线第2肋间行胸膜腔穿刺,或行胸膜腔闭式引流术,迅速抽尽积气,同时应用抗生素预防感染。

(2)开放性气胸:用无菌凡士林纱布加厚敷料封闭伤口,再用宽胶布或胸带包扎固定,使其转变成闭合性气胸,然后穿刺胸膜腔抽气减压,解除呼吸困难。

(3)张力性气胸:立即减压排气。在危急情况下可用一粗针头在伤侧第2肋间锁骨中线处刺入胸膜腔,尾部扎一橡胶手指套,将指套顶端剪一约1 cm开口起活瓣作用(图14-3)。

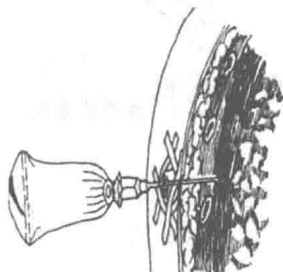


图 14-3 气胸急救处理

(五)预防感染

(1)密切观察体温变化,每4 h测体温一次。

(2)有开放性气胸者,应配合医生及时清创缝合。更换伤口及引流瓶应严格无菌操作。

(3)遵医嘱合理应用化痰药及抗生素。

(六)健康指导

(1)教会或指导患者腹式呼吸及有效排痰。

(2)加强体育锻炼,增加肺活量和机体抵抗力。

(房 欣)

第四节 血 胸

一、概述

胸部穿透性或非穿透性创伤,由于损伤了肋间或乳内血管、肺实质、心脏或大血管而形成血胸。成人胸腔内积血量在0.5 L以下,称为少量血胸;积血0.5~1 L为中量血胸;胸积血1 L以上,称为大量血胸。内出血的速度和量取决于出血伤口的部位及大小。肺实质的出血常常能自行停止,但心脏或其他动脉出血需要外科修补。根据出血的量分为少量血胸、中量血胸、大量血胸,见图14-4。

二、护理评估

(一)临床症状的评估与观察

患者多因失血过多处于休克状态;胸膜腔内积血压迫肺及纵隔,导致呼吸系统循环障碍;患者严重缺氧。血胸还可能继发感染引起中毒性休克,如合并气胸,则伤胸部叩诊鼓音、下胸部叩诊浊音、呼吸音下降