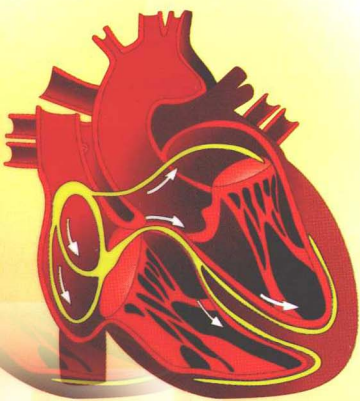


XINZANGWAIKE
HULI SHOUCE

心脏外科 护理手册

■ 主编 周金泉 张维青 孙浩峰

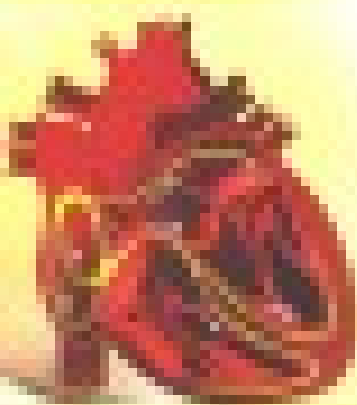


军事医学科学出版社

人民卫生出版社
WILEY-BLWISSE

心脏外科 护理手册

主编 周国栋 副主编 李国栋



人民卫生出版社

心脏外科护理手册

主 编	周金泉	张维青	孙浩峰	
副主编	张 波	张鲁英	郑晓舟	王 惠
	张 勇	苗 强		
编 者	王春笋	侯麦霞	张 静	盖艳丽
	张 潇	于全波	李春兰	林 娟
	胥丽华	朱丽娜	李春玲	张 静

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

心脏外科护理手册/周金泉,张维青,孙浩峰主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2011.4

ISBN 978-7-80245-728-7

I. ①心… II. ①周… ②张… ③孙… III. ①心脏外科学:
护理学-手册 IV. ①R473.6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 055166 号

策划编辑:周 刊 责任编辑:蔡美娇 责任印制:丁爱军

出 版 人:孙 宇

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京市顺义兴华印刷厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/32

印 张:6.5

字 数:152 千字

版 次:2011 年 5 月第 1 版

印 次:2011 年 5 月第 1 次

定 价:18.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书是在原有心血管疾病护理常规的基础上修改补充而成的,其内容既总结了临床护理经验,又介绍了前沿的护理技术。本书共6个章节,10余万字,从心血管疾病外科护理常规、危重症监护及抢救技术、心脏外科常见疾病围术期病情观察及护理措施等方面进行阐述。重点介绍各种心血管疾病手术期的护理措施及危重症的监护和抢救技术。内容通俗易懂,重点突出,是心血管外科护理人员实用的一本专科手册。

前

言 PREFACE

近二十年来,伴随科技的进步,心血管外科取得了长足的发展,心脏手术已在越来越多的医院开展且成功率明显提高。随着心脏外科手术的普及和重症监护技术与设备不断更新,对加强心脏手术围术期护理的要求也越来越高,为此我们编写了此书。本书共分六个章节,针对目前临床心脏外科护理工作中遇到的一些问题,从心血管疾病外科护理常规、危重症监护及抢救技术、心脏外科常见疾病围术期病情观察及护理措施等方面进行介绍。将基本理论、基本护理知识与临床实际操作和技能融为一体,内容通俗易懂,突出实用性,是心外科护理人员、实习学员实用的专科书籍。

本书的特点在于理论系统,同时又密切结合护理实践。在以患者为中心的整体护理工作中,作为一名心外科护士,只有掌握充分的理论知识,辅以护理常规和技术,才能对不同患者根据其生理、心理、社会背景提供适当的优质的心脏外科护理。我们希望此书

对指导心外科护士的工作,提高危重患者的护理质量及解决危重患者护理中的疑难问题有一定的帮助。

限于我们编写经验及组织能力水平,书中缺点错误在所难免,恳请各位同行及读者提出宝贵意见,使本书日臻完善。

编 者

第一章 心外科护理常规	(1)
第一节 基本护理常规	(1)
第二节 手术后的护理常规	(5)
第三节 连接患者身体的各种管道护理	(15)
第四节 术后呼吸系统的功能监测、 问题与护理	(26)
第五节 术后循环系统的功能监测、 问题与护理	(46)
第六节 术后其他系统的功能监测、 问题与护理	(65)
第七节 术后水、电解质及酸碱平衡监测、 问题与护理	(76)
第二章 先天性心脏病外科的护理	(83)
第一节 主动脉缩窄(COA)、主动脉弓离断 术后护理	(83)
第二节 动脉导管未闭术后护理	(85)
第三节 房间隔缺损术后护理	(87)
第四节 室间隔缺损(VSD)术后护理	(88)
第五节 法洛三联症(F3)术后护理	(90)
第六节 法洛四联症(F4)术后护理	(91)

第七节	完全型肺静脉畸形引流(TAPVC)	
	术后护理	(93)
第八节	部分型肺静脉畸形引流(PAPVC)	
	术后护理	(94)
第九节	完全型心内膜垫缺损(ECD)	
	术后护理	(95)
第十节	Ebstein 畸形矫治术后护理	(97)
第十一节	右室双出口(DORV)术后护理	(98)
第十二节	完全型大动脉转位(TGA)	
	术后护理	(102)
第十三节	肺动脉高压术后护理	(105)
第三章	风湿性瓣膜病的护理	(108)
第一节	风湿性瓣膜病的病理生理和 临床表现	(108)
第二节	瓣膜置换围术期护理	(116)
第三节	风湿性瓣膜病的一般治疗	(120)
第四节	巨大心脏患者的护理	(124)
第四章	冠心病护理	(126)
第一节	冠心病的术前治疗与护理	(126)
第二节	冠状动脉旁路移植术后的特殊问题	(136)
第三节	冠心病外科术后护理	(146)
第四节	冠心病外科术后康复指导及随诊	(149)
第五章	主动脉外科的护理	(156)
第一节	主动脉瘤	(156)
第二节	术前准备	(158)
第三节	术后监测	(159)
第四节	术后早期处理及护理工作	(161)

第六章 常见先天性心脏病的介入治疗	(168)
第一节 动脉导管未闭的介入治疗	(168)
第二节 房间隔缺损的介入治疗	(171)
第三节 室间隔缺损的介入治疗	(176)
第四节 经皮球囊肺动脉瓣成形术	(181)
第五节 经皮球囊主动脉瓣成形术	(183)
第六节 先天性心脏病复合畸形的介入治疗	(190)
第七节 介入治疗术前、术后护理	(193)

第一章 心外科护理常规

第一节 基本护理常规

一、保温和降温常规

(一) 体温的监测

体外循环术后患者,留置气管插管期间,常规监测肛温。小儿术后3天内要求测肛温。术后4天酌情改测腋温。

(二) 高热降温

1. 乙醇擦浴:用75%乙醇加温水稀释到45%浓度,用乙醇纱布擦拭大血管部位及头部、背部(除手心和心前区)。乙醇擦浴30分钟后测体温,体温未降者重复降温。应注意降温时四肢末梢要用布巾遮盖,避免体温骤降。并注意观察循环监测指标的变化。

2. 冰袋降温:用冰袋装冰屑,不要过硬,表面要覆盖治疗巾,置于头部或腹股沟处。应注意置冰袋处周围皮肤情况,防止冻伤。小儿头部严禁置冰袋。

3. 药物加冰盐水(4℃)保留灌肠:常用阿司匹林加冰生理盐水灌肠。适用于高热不退或中心温度过高,外周温度过低者。灌肠保留30分钟后测试体温,若效果不佳,应按医嘱重复进行。

4. 半岁内小婴儿,新生儿禁用阿司匹林、吲哚美辛(消炎

痛)栓降温。

5. 若患者中心温度高,外周温度低,考虑可能是低心排出量综合征时,应遵医嘱配合医生进行药物治疗。

(三)保温

1. 保持适宜的恒定室温。

2. 患者返回 ICU 后,盖好被子(包括四肢末端)。注意预防寒冷引发婴儿硬肿症。

3. 输入的库血和冷冻血浆等溶液,如血温太低应适当加温(不超过 37℃)。

二、给药常规

1. 杜绝给药差错。任何情况下给药都要先经过第 2 人核对后方可给药。剂量要精确,小剂量药液要用 1ml 注射器吸取并稀释后给入。

2. 按公斤体重配多巴胺、多巴酚丁胺、硝普钠、肾上腺素、异丙肾上腺素等药后,要用标签注明药名、药液浓度。

3. 注意药物的配伍禁忌。

三、输血常规

(一)取血

1. 由医护人员到输血科取血。

2. 取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊号、病室及床号、血型、血液有效期及配血试验结果,以及保存的血液外观等,核实无误,经双方共同签字后方可取走。

3. 血液取出后不得退回。

(二) 输血

1. 输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签等各项内容,检查血袋有无破损渗漏,血液颜色是否正常。

2. 做到三查七对一确认。

三查:一查患者及血标本;二查献血员标本及血袋;三查配血报告单。

七对:一对血型,二对姓名,三对性别、年龄,四对床号,五对病案号,六对输血单,七对诊断。

一确认:最后确认患者与配血报告单是否相符。输血前再次核对血液后,用符合标准的输血器进行输血。

3. 取回的血液尽快输用,不得自行贮存。输用前轻轻混匀血袋内的血液,但应避免剧烈振荡。血液内不得加入其他药物(包括地塞米松和异丙嗪),如需稀释只能用注射用生理盐水。

4. 输血开始速度应慢,然后根据病情调整输血速度。并严密观察有无不良反应。如出现异常情况应及时进行如下处理:

(1) 减慢或停止输血,或用静脉生理盐水维持静脉通路。

(2) 立即通知医生和输血科工作人员,及时检查、治疗和抢救,并查找原因,随时记录。

(3) 对发生输血反应,要逐项填写输血反应回报单,并交输血科备案。

(三) 成分输血

将血液分离成各种成分,如红细胞、白细胞、血小板、血浆于冷沉淀后根据患者所需血液成分进行输注。

1. 输注红细胞应注意 输注红细胞制品(浓缩红细胞、红细胞悬液、洗涤红细胞、冰冻红细胞)一段时间后,红细胞就沉淀于血袋的下部,导致血液黏稠度过大,故出现越输越慢

的现象。因此,在输注之前及输注中,需多次反复轻轻摇动血袋,以保证液体能均匀地输入。

2. 输注血小板应注意

(1)输注前要轻轻摇动血袋,使血小板悬浮在液体中。切忌粗鲁摇动,以防血小板损伤,均匀的液体应呈云雾状才能输入。如溶液中有细小凝块,可用手指隔袋轻轻捏散。

(2)血小板的功能随保存时间的延长而降低,从血库取来的血小板尽快输用。若因故未能及时输用,则应在常温下放置,每隔 10 分钟左右轻轻摇动血袋,不能放入 4℃ 冰箱暂存(有条件需放在 $22 \pm 2^{\circ}\text{C}$ 血小板保存箱保存,轻摇动,存放时间不能 >5 天)。

(3)应使用标准输血器,以患者可以耐受的最快速度输入,以便迅速达到一个止血水平。

3. 输注新鲜冰冻血浆应注意

(1)冰冻血浆必须放入 37°C 恒温箱内快速融化或放入专用融血浆箱中融化。冰冻血浆不能在室温下或 4°C 冰箱内放置使之自然融化,以免有大量纤维蛋白析出。

(2)输注前肉眼观察血浆应为淡黄色的半透明液体,如发现颜色异常或有凝块均不能输用。

(3)融化后的血浆应尽快输用,以免血浆蛋白变性和不稳定的凝血因子丧失活性。一次未用完的血浆不能再输注或反复冻、融。

(4)使用装有标准滤网的输液器,并根据患者术后的血容量调整输注速度。观察有无输血反应。

四、膳食常规

1. 术后当天拔除气管插管的患者,拔管后 6 小时进流食。

肠鸣音恢复正常后可改半流饮食。新生儿、小婴儿拔除气管插管后4小时开始给予少量的糖水,无不良反应者2小时后开始喂奶。已开始进食的患者静脉输液量要减少一半以下,并注意保持输液管道通畅。

2. 术后第2天仍不能停用呼吸机的患者,常规开始鼻饲;长期气管插管的患者,应在拔管前4小时停止鼻饲。

3. 对喂奶的新生儿、小婴儿,应遵医嘱按时、按量喂奶。注意牛奶的温度掌握在30~40℃。喂奶时奶瓶略抬高,防止呛奶窒息。喂奶后要常规拍背。每次用的奶瓶、奶嘴都要清洗、消毒。

4. 吸痰或胸部体疗都应在进食前半小时进行。一般情况下,饭后1小时内不宜进行体疗和鼻导管吸痰,以防引起呕吐而导致误吸。

(张维青 张波 苗强)

第二节 手术后的护理常规

一、ICU 的准备工作

1. 准备好患者的床位。
2. 备齐储尿袋一套挂在床边,并准备与导尿管连接。
3. 备齐无菌吸痰包、盘。
4. 心电监护仪:检查电源线,接通电源并检试有无故障,调节好图像,设定好各种参数及报警的上、下限。
5. 呼吸机:

(1)根据病情、年龄备好合适类型的呼吸机。检试及接通电源、气源(氧和压缩空气)。并设置各种参数及报警上、

下限。

(2)用模拟肺检查呼吸机并确保运转正常而无故障:管道是否漏气,报警是否灵敏,工作压、氧压是否达标。

6.除颤器:接通电源,试行充电和放电,检试仪器内直流电是否充足,心电监测部分是否正常。备用的蓄电池是否已充电。

7.检查及准备好急救抢救备用的设备及各种溶液、药物。

8.根据病情备好镇静药和肌松药。

二、ICU 接收术后患者的程序

患者从平车上移至病床后应立即进行以下工作:

1.将气管插管连接呼吸机。观察患者双侧胸廓起伏运动是否对称,双侧呼吸音有无异常,确定呼吸机呼气潮气量与预设的是否一致,气管插管深度是否适当。

2.调整换能器零点后,接通动脉压及中心静脉压监测仪迅速调出波形,观察血压波形有无异常。必要时可用无创血压计与有创血压计核对,判定有创血压是否准确。

3.接通脉搏血氧饱和度监测仪,观察显示的波形及数据。

4.连接心电监测仪,观察及记录心律、心率或图像,并调出最清晰的心电图图像。

5.检查患者与各种监测仪连接的线路、输液管道、导尿管、胸腔引流管等,确保通畅,无扭曲、打折或脱落。

6.确认微量泵输液中的药物浓度、剂量、输入速度,有无中断现象,并认真交接班。

7.观察双侧瞳孔大小、对称性及光反射有无异常。

8.检查肢体及躯干皮肤有无烫伤或压伤痕。

9.接收患者的 ICU 护士与护送患者的麻醉科、外科医生

以及手术室护士要在病床旁进行以下交接工作:

(1) 向麻醉医生了解:手术中麻醉是否平稳,血压、呼吸有无异常波动,胸膜腔或肺脏是否完整。手术终了时,出手术室前的血容量的情况。患者清醒否。

(2) 向外科医生了解:术前及术后诊断是否符合,实施的手术方法和名称,手术矫正是否满意,术中有无意外以及特殊处理及对术后护理的特殊要求。

(3) 向手术室护士了解:手术全过程各阶段的排尿量、失血量,核实手术室护理记录单上的输液、输血实入量,静注药物及药量以及患者相连接的监护线路、输液管道等。

10. 患者安置妥当,交接手续清楚后,要进行以下工作:

(1) 测记肛温。

(2) 抽取各种血化验标本。

(3) 拍床旁 X 线胸片及做全套心电图。

11. 患者清醒及循环功能稳定后,将床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$, 保持半卧位。

12. 将患者情况及时、准确、全面地记录在特殊护理记录单上。

三、ICU 术后患者的护理

1. ICU 术后患者应安排专人护理,病情稳定后按医嘱转回病区。

2. 未清醒的患者取平卧位,头偏向一侧。有气管插管及辅助通气者,头颈应保持平直位,注意防止气管插管折曲而影响通气。

3. 保持各输液管、测压管、尿管及引流管通畅,严密观察胸腔引流液的性质和液量以及切口有无渗血现象。