

■ 专科护理

多发性大动脉炎患者的护理要点

□ 秦 晶

病例分析

多发性大动脉炎是一种发生在主动脉和(或)其主要分支的慢性非特异性炎症性动脉疾病,可造成管腔狭窄或闭塞。该病可使头颅、上肢、下肢或内脏器官的血液供应受到影响。由于该病可造成上肢或下肢动脉搏动减弱或消失,故又称为无脉症。该病的发病原因尚不明确,好发于亚洲国家,尤其是40岁以下年轻女性。

根据临床好发部位,该病可分为以下几种:

头臂动脉型:颈动脉、锁骨下动脉、椎动脉出现狭窄和闭塞情况。这可能引发不同程度的脑缺血问题,同时伴有头晕、头痛、记忆力减退等症状。脑缺血情况严重的患者可能会反复出现晕厥、抽搐、失语、偏瘫等症状。颈动脉、挠动脉的搏动可能会减弱或消失,两侧肢体收缩压差值大于10毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。

胸-腹主动脉型:炎症累及胸主动脉、腹主动脉及其分支。症状表现为头颈、上肢高血压及下肢供血不足,如头痛、头晕、心悸、间歇性跛行等。

主-肾动脉型:炎症主要累及肾动脉开口或近端的腹主动脉段。高血压为该类型重要的临床表现。

肺动脉型:部分患者会同时累及单侧或双侧肺动脉。一般仅在体检时发现肺动脉区收缩期杂音。病情严重者有活动后气急、阵发性干咳等症状。

混合型:具备上述4种类型的特征。

该病的治疗原则如下:

内科治疗:在疾病早期或活动期,服用激素类药物及免疫抑制剂能控制炎症、缓解症状。然而,停药后症状容易复发。对于伴有动脉缺血症状的患者,服用扩血管药物或者抗血小板药物可预防继发血栓形成。

手术治疗包括腔内手术治疗和外科手术治疗。

腔内手术治疗:经皮腔内血管球囊扩张成形术及腔内支架植入术是目前治疗多发性大动脉炎的可行选择,具有创伤小、操作简便、并发症少、可重复应用等优势。

外科手术治疗:主要为旁路转流术,其原则是重建动脉,改善远端血液供应。

一位28岁的女性患者,无明显诱因出现头晕等症状,在体温改变时症状尤为明显,且上肢血压无法测出。不久前,患者自觉症状加重,遂来我院就诊。门诊以“大动脉炎”为诊断将其收治入院。入院时进行查体,结果显示:

双侧桡动脉搏动未能触及,双侧足背动脉搏动微弱,体温37.5摄氏度,红细胞沉降率70.00毫米/小时,C反应蛋白64.60毫克/升,血红蛋白103克/升。CT(计算机层析成像)血管造

影检查结果提示:主动脉弓、降主动脉及头臂干的管壁增厚,双侧颈总动脉及左侧锁骨下动脉管腔近乎闭塞,右侧锁骨下动脉出现重度狭窄,左侧颈内动脉纤细且局部管腔闭塞。

经讨论后,医护人员决定为该患者实施以下手术:主动脉弓+左颈总动脉造影并球囊扩张支架植入+左颈内动脉探查、内膜剥脱成形+超选择性左颈内动脉造影并球囊扩张成形术。

护理措施

术前观察及护理要点

1.心理护理

本病患者多为年轻女性,正处于求学、婚恋阶段,且使用激素类药物会对其外形产生较大影响,因此患者心理压力较大。针对患者及其家属的担忧与顾虑,护理人员应指导他们了解并掌握手术各阶段以及术后的配合要点,充分消除患者的顾虑和恐惧,减轻其心理压力,使其保持良好的情绪和心态。

2.病情观察

血压监测。患肢血压通常会降低,甚至无法测出。为准确掌握病情,护理人员应每天在固定时间、固定部位,使用同一血压计测量患

者四肢血压并做好记录。

观察患肢血液循环情况。护理人员需观察患者有无上肢、下肢供血不足的症状,例如上肢低血压、下肢发凉、行走乏力等,同时观察末梢循环的动脉搏动情况。

3.安全护理。
患者病后,患者可能会出现头晕、眩晕、视力减退甚至失明的现象,护理人员应强化安全意识,指导患者家属进行陪护,告知患者不要独自活动,以防意外发生。

4.饮食护理

护理人员应为患者提供富含优质蛋白、高热量、低钠、低脂且富含维生素的食物,叮嘱患者禁止饮用浓茶、咖啡等刺激性较强的饮料。

采取少食多餐的饮食原则,保持排便通畅。注意肉类、蔬菜和水果的均衡搭配,以实现合理的营养补充,提升机体抵抗力。

5.用药护理

对于高血压患者,需遵医嘱服用降压药,将血压控制在适宜水平。在疾病早期、活动期以及配合手术治疗时,给予激素、免疫抑制剂、生物制剂、抗血小板以及降压药物等进行对症支持治疗,可有效改善血管炎症、扩张血管、纠正内分泌紊乱,促进病变周围侧支循环的建立,进而改善远端血供,控制病情发展。对于长期使用激素治疗的患者,应指导其遵医嘱定时定量服

药,切勿随意减药或停药,以免导致疾病治疗出现“反跳”现象。同时,要注意为患者保暖,预防感冒。定期监测红细胞沉降率和C反应蛋白。由于免疫抑制剂毒性较大,需定期检查血常规和肝功能。药物治疗还涵盖抗凝药、扩张血管药和抗血小板药,要留意观察患者有无出血倾向。

6.术前准备

腔内手术前,护理人员要教会患者练习在床上大小便,做好双侧腹股沟及会阴部的备皮工作。术前6小时~8小时禁食、禁水。外科手术前8小时禁水、12小时禁食,需为患者留置导尿管,必要时进行灌肠、留置胃管。

术后观察及护理要点

1.病情观察

严密监测生命体征。术后进行心电监护,对心率、血压、呼吸等指标予以监测。实施头颈部动脉再通术后,脑缺血症状会迅速缓解,护理人员需对术前症状进行密切观察与记录,并重新评估中枢神经系统功能。同时,护理人员要密切关注患者有无颅内压升高的症状和体征,预防因再灌注损伤引发的脑水肿、脑出血等严重并发症。观察患者四肢肌力状况,判断是否发生脑梗死。

穿刺处及手术切口的护理。对于接受外科开放手术的患者,护理人员应指导其术后去枕平卧休息,头部偏向一侧,以防呕吐物误入气

道导致窒息。对于腔内手术患者,指导其取平卧位,穿刺肢体制动6小时~8小时。同时要密切观察穿刺部位的敷料情况、足背动脉搏动情况以及术侧肢体的皮温和肤色,避免腕关节过度屈曲。对于血压高、凝血功能差的患者,可适当延长包扎时间,以防穿刺部位形成血肿。手术侧肢体切勿进行剧烈活动,必要时可使用支具进行固定,保持手部外展外旋的功能位,防止手术切口出血。对于颈部手术患者,还需注意呼吸情况及有无声音嘶哑的症状,床旁应备好气管切开包。若怀疑有血肿压迫气管,应立即通知主管医生及时处理,必要时进行血肿清除或气管切开。

肾功能的监测。对于累及肾动脉狭窄或闭塞的患者,需严密监测肾功能指标,因为该指标可直接反映术后移植血管是否通畅。遵医嘱使用扩张血管药物,有助于维持肾动脉血流通畅。术后应观察尿量,并记录24小时出入水量,必要时记录每小时尿量。同时,严密监测患者的尿素、肌酐变化情况。若出现异常,需及时报告医生,以便及时处理,必要时进行血液透析治疗。

引流管的护理。对于全身麻醉术后留置引流管的患者,应观察引流液的性质、颜色和量,并准确记录。同时,要妥善固定引流管,确保其通畅,定时进行挤压,并定时更换引流袋。

2.药物护理

抗血小板聚集药物易引发穿刺点、皮下及脏器出血,因此需严格把控药物剂量。用药后密切观察患者牙龈、口腔等部位是否有出血情况。此外,此类患者采用激素治疗时,应告知其不可随意增减药量。对于使用人工血管的患者,需严格遵医嘱应用抗生素和抗血小板聚集药物,并观察用药后的反应及出血倾向。

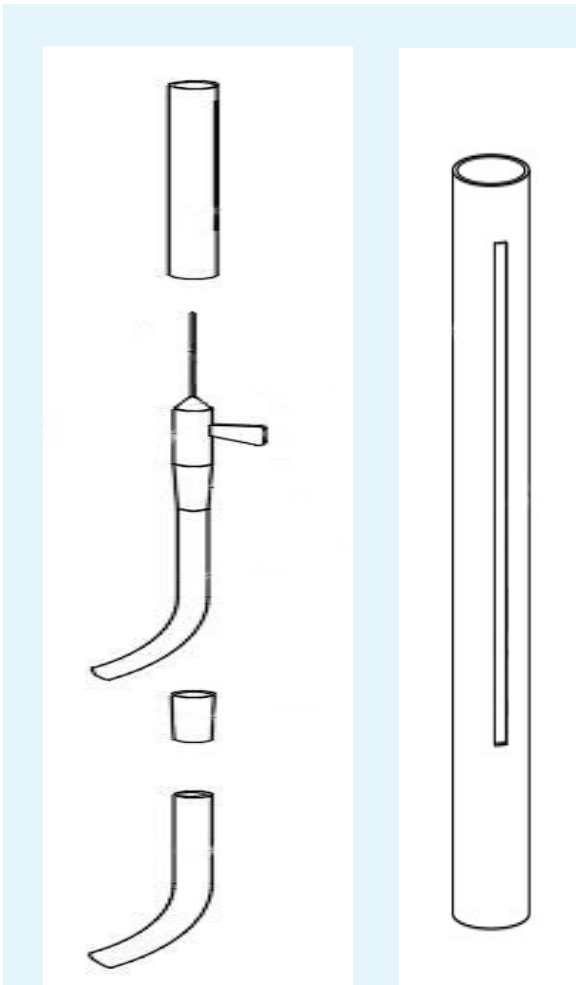
3.饮食护理

腔内手术患者术后即可进食清淡易消化的食物,可多饮水促进造影剂排泄。外科手术患者若留置胃管,术后应禁食、禁水,待肠鸣音恢复或排气后遵医嘱拔除胃管后进食,流食一半流食一软食过渡,逐渐增加营养物质的摄入。

由于血流量突然增加,可能引发脑过度灌注综合征。患者可能会出现兴奋、头痛等表现,严重时甚至可能引发脑水肿。护理人员应密切观察患者的意识和瞳孔变化。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

■ 小发明



1.防针刺针头的整体结构示意图
2.防针刺针头的保护管整体结构右视图

技术背景

根据医院消化内科一年来针刺伤不良事件的统计,排名前五位的锐器分别为一次性注射器、头皮钢针、手术缝针、静脉留置针和采血针。针刺伤导致的职业暴露情况明显多于其他原因造成的职业暴露。相关研究报告显示,在因职业暴露感染血源性传染病的医护人员中,有80%~90%是由针刺伤所致。从临床经验来看,目前针刺伤最常发生于针头拔出至处理的这段时间。

现有的头皮钢针及采血针处理过程存在这些弊端:一是护士拔出针头后,若无法及时处理,可能会将针头暂时插入药液瓶塞或墨菲氏壶胶塞处,而这一操作极易引发针刺伤;二是护士在给针头去帽时,不仅面临针刺伤的风险,而且小塑料帽若处理不当掉落在地上,可能导致患者滑倒,增加不良事件的发生风险。因此,有必要创新设计一种防针刺针头。

创新内容

这种防针刺针头包含第一外管,第一外管的下端与第二外管固定相连,第一外管内穿插连接着连接管。连接管的下端固定连接着软管,其上端则固定连接着连接头。连接头的上端中部固定连接着针头本体,针头本体下部的外表面固定穿插连接着加强座。加强座的下端与连接头固定连接。连接头右端上部的外表面固定连接着手柄。第一外管、第二外管和连接头的外表面共同活动穿插连接着保护管。

连接管和软管为一体结构,第一外管和第二外管同样为一体结构,软管穿插连接于第二外管内。保护管包括管体,管体右端上部的外表面设置有限位槽。管体套接在第一外管、第二外管和连接头的外表面。

限位槽与手柄活动穿插连接在一起。加强座设置为圆锥形结构。

有益效果

1.使用完防针刺针头后,通过手柄拉动连接头,使连接头带动针头本体从患者体内退出。随后推动管体,让管体向上移动,从而使针头本体能够及时收纳于管体内,避免针头本体伤及医护人员,提高了安全性。

2.防针刺针头通过设置保护管,并将手柄穿插于限位槽内,能够对管体起到限位作用,防止管体掉落,使用起来更加便捷。除了降低原设备状态下护士去帽时被针刺伤的风险,还能避免因管体掉落导致患者跌倒,进而减少不良事件的发生风险。

(作者供职于郑州人民医院)

一种防针刺针头

□ 祖明萌 文/图

■ 护士手记

伴着书香走过的护理时光

□ 陈文轩

清晨六点,中医院康复科的走廊里,艾草的熏香与康复器械的运转声交织成独特的晨曲。我俯身为王老先生调整下肢康复支具时,他因脑卒中后遗症而僵硬的脸庞竟牵动了一下——三个月了,这是我第一次捕捉到他近似微笑的表情。窗外的晨光透进来,仿佛也照亮了那些在书香浸润中走过的护理时光。

刚接触重症脑卒中患者时,面对吞咽障碍的复杂情况,我也曾手足无措。那本被我翻得卷了边的《神经康复护理学》,在无数个夜班时分成为我的依靠。书中详细的图解,让我一点点吃透了“洼田饮水试验”的评分标准,掌握了从体位管理

到喂食角度等关键技术。如今,这本带着折痕的书,也成了带教新护士时的“无声老师”。临床实践总会带来新的思考。面对术后肿痛,西医护理指南中的冰敷疗法有时会让学生寒战不适。直到我在《医宗金鉴·正骨心法要旨》里读到“血得温则行,遇寒则凝”的古训,才豁然开朗。中医“温通”的理念,启发了我们创新:将《理渝骈文》中记载的活血化瘀方剂,通过中药温渍配合红外线治疗效果令人欣喜,患者的肿胀消退明显加快。每每看到他们因此舒展的眉头,我对孙思邈在《大医精诚》中的那句“见彼苦恼,若己有之”,便有了更深的体悟。

中医典籍的智慧,常能为现代康复注入新的活力。李女士偏瘫后,西医康复效果进入了平台期。我翻阅《中医护理适宜技术》,尝试为她进行雷火灸配合特定穴位按摩。当艾条在足三里穴腾起袅袅青烟,看着原本僵直的膝关节一点点松懈,那份欣喜难以言表。如今,八段锦、中药温渍等传统疗法已融入科室的常规护理方案,形成了一套独具特色的中西医结合康复路径,努力践行着“人人享受优质康复服务”的宗旨。

特鲁多医生的箴言“有时去治愈,常常去帮助,总是去安慰”,是我在《最好的告别》扉页上标记的金句。面对失语的张老师,语言沟通的障碍让我倍

感无力。偶然间,《失语者》这本书给了我灵感。我开始尝试用画板交流,用熟悉的旋律唤醒他的记忆。当他颤抖的手指终于艰难地在画板上拼出“谢谢”两个字时,家属眼中闪烁的泪光让我确信:护理的温度,常常蕴藏在这些超越技术的人文关怀里。护理站里常备的《病隙笔记》,像是护士和患者共同的心灵驿站。曾经有一位年轻的脑梗死患者陷入抑郁,拒绝配合治疗。我将书中那句“命运不是用来打败的,而是用来相处的”,悄悄写在了这位患者的护理提示板上。几天后,他在康复训练时突然开口:“护士,能再给我看看那本书吗?”那一

刻,书页翻动的声音,比任何药剂都更抚慰人心。暮色渐沉,康复大厅里最后一位患者仍在护士的指导下练习站立。书架上那本《唤醒护理》,被夕阳镀上了一层柔和的金边。翻开扉页,我写下的“有时治愈,总是陪伴”依然清晰。当书中的智慧融入日常的步履,当仁爱之心照亮前行的方向,我们便不仅仅是生命的摆渡人,更是用专业与温情,在平凡的岗位上,守护着每一份对健康的期盼。每一次为患者翻开的书页,每一次轻声说出的“慢慢来”,都在书写着属于这个时代、属于这份职业的温暖篇章。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院康复科)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护

理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱:

568689252@qq.com