

一例膝关节镜术后突发急性肺栓塞的抢救与护理

季立新

江苏医药职业学院 201611096

〔中图分类号〕R473.6

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2019) 03-118-02

关节镜手术是一种具有创新性的微创手术技术,有助于修复关节损伤,改善关节功能,减轻患者疼痛,已被临床广泛接受与运用。同时术后严重并发症之一的深静脉血栓形成或栓塞虽然罕见但不容忽视。急性肺动脉栓塞是各种内源性或外源性栓子阻塞肺动脉引起急性肺循环障碍的临床和病理生理综合征。肺血栓栓塞症为来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或其分支所致的疾病,以肺循环和呼吸功能障碍为主要临床和病理生理特征。轻者可无明显症状,重者表现为低血压休克甚至猝死。2018 年 11 月江苏省中医院骨科成功抢救一例关节镜术后突发急性肺栓塞病的患者,现将急救护理体会报告如下。

1 临床资料与分析

1.1 一般资料

患者女,63 岁,右膝关节疼痛伴活动不利半年余加重 2 月于 2016 年 11 月 14 日入院,入院诊断为“右膝骨性关节炎;双下肢静脉曲张”。入院后完善相关术前检查,排除绝对手术禁忌症,于 2016 年 11 月 17 日在腰麻下行“右膝关节镜探查+内侧半月板体部、后角修整+外侧半月板前角部分切除+内侧滑膜皱襞切除术”,术程顺利,术后安返病房,6 小时后予低盐低脂饮食,抬高患肢。2016 年 11 月 20 日患者大便多日未解,予贴敷治疗(神阙),患者诉腹胀,予枸橼酸莫沙比利分散片促进肠胃蠕动。

1.2 抢救资料

1.2.1 突发病情变化的紧急护理

2016 年 11 月 21 日 11:56 患者诉如厕后虚弱无力,立即汇报医生后嘱其卧床休息,监测一次血糖值为 8.8mmol/L,随后患者诉胸闷气喘,观其面色苍白,汗出,手足冰凉,遵医嘱予氧气 3 升/分吸入。

1.2.2 并发心跳呼吸骤停的处理

12:15 患者呼之不应,面色口唇苍白,气喘、冷汗肢冷、瞳孔对光反射迟钝,颈动脉搏动微弱,心电监护示血压 162/15, SpO_2 71%,遵医嘱予其氧气面罩 8 升/分持续吸入,行心肺复苏术。12:18 麻醉师予患者行气管插管接简易呼吸器辅助呼吸,氧流量 10 升/分。

1.2.3 紧急溶栓的治疗

12:19 遵医嘱予 0.9% 氯化钠注射液 10ml 内加注射用尿激酶 20 万单位静推,0.9% 氯化钠注射液 500ml 内加注射用尿激酶 80 万单位以 250ml/h 持续静脉泵入,患者心律、血压下降,予阿托品 0.5mg、肾上腺素 2mg 静推升心率,稳定血压抗休克。同时急查血常规、血气分析、肌钙蛋白 I 0.13ng/ml, D-二聚体 (D-D) 3.98mg/L, 尿素 (干片法) 3.5mmol/L, 肌酐 (干片法) 51.0umol/L, 钾 (干片法) 2.31mmol/L, 二氧化碳 (干片法) 11.0mmol/L。予碳酸氢钠注射液 250ml 静滴以碱化尿液、纠正酸中毒,0.9% 氯化钠注射液 500ml 内加 10% 氯化钾注射液 15ml 静滴补钾。予物理降温保护脑细胞,予深静脉置管,0.9% 氯化钠注射液 250ml 内加盐酸多巴胺多巴胺持续静脉滴注升血压,后患者上压波动在 73-100mmHg,下压波动在 40-63mmHg。

1.2.4 心肺复苏成功后的护理

13:53 遵医嘱暂停胸外心脏按压,行床旁超声心动图,心脏彩超结果示:右房、右室增大,主肺动脉增宽,三尖瓣重度关闭不全,左室壁轻度增厚,轻度肺动脉高压,右心功能减退。14:07 患者瞳孔等大等圆,对光反射迟钝,胸廓起伏,自主呼吸恢复,颈动脉搏动微弱, SpO_2 在 92%~98% 间波动。14:16 患者躁动不安,双手、双下肢挥动,瞳孔直径为 6mm,患者病情危重,医患沟通后遵医嘱将患者转入 ICU 继续治疗。

2 护理

2.1 术前下肢深静脉血栓形成及肺栓塞风险的评估及预防性处理

深静脉血栓形成 (deep vein thrombosis, DVT) 是指血凝块出现在体内 (通常位于小腿或大腿) 深静脉中;而肺栓塞是指血凝块脱落并进入肺动脉。根据美国胸科医师协会 (American College of Chest Physicians, ACCP) 深静脉血栓预防指南中对深静脉血栓形成危险度的评估标准,对术后患者进行评估。①低危:年龄 < 40 岁,无手术并发症,无其他危险因素。②中危:行小手术,存在其他危险因素;或年龄 40—60 岁的任何手术,无其他危险因素。③高危:年龄 > 60 岁;或 40—60 岁,合并 1 个或多个危险因素。④极高危:手术患者,同时有年龄 > 40 岁、静脉血栓栓塞症病史、肿瘤或已知的高凝状态等危险因素,或大型骨科手术、择期神经外科手术、急性脊髓损伤。本例患者年龄 > 50 岁,有双下肢静脉曲张史,行膝关节镜手术,手术后卧床史,对照术前心超,以右心负荷增高为主,且术后便秘,属于 DVT 极高危因素。因此做好术前评估,检查患者的下肢,量取双腿围,术后早期下床锻炼,告知其排便勿用力,避免腹内压增高,必要时以开塞露通便。

2.2 术后急性肺栓塞的观察与诊断

本例患者于排便后突发胸闷不适,后迅速发生脸色苍白,冷汗淋漓,气喘肢冷,意识迅速丧失,床边心超示肺动脉压力 PASP45mmHg, EF68%,会诊后考虑为“肺栓塞”。心电图有下壁 ST 段抬高, III 导联新发 Q 波,肌钙蛋白升高明显,因此尚不能排除急性心肌梗死可能,当时抢救是十分及时且得当的,即使存在急性心脏事件,治疗也以溶栓抗凝为主。护士观察到症状后立即通知医生,迅速给予心肺复苏术、尿激酶溶栓、阿托品、盐酸肾上腺素、盐酸多巴胺升压,至心电监护示生命体征渐好转平稳后转入 ICU 求进一步治疗,及时发现病情变化、迅速诊断为患者的抢救争取了时间。

2.3 早期及时溶栓的护理

尿激酶是从新鲜尿液中提取的一种活性蛋白质,它不仅可以直接激活血液中的纤溶酶原,使之变为具有活性、能水解纤维蛋白 (原) 的纤溶酶,作用于血栓表面,而且它对血栓内部的纤维蛋白有很强的亲和力,能迅速的渗入到血栓内部,促使纤维蛋白 (原) 水解,从而进一步加速血栓的溶解。在血栓发生的三天内,其中含有丰富的水分,酶的活性强,易溶解。早期研究发现,尿激酶开始用药时间越早,疗效越好。

根据中华医学会呼吸病学分会制订的《肺血栓栓塞症诊断与治疗指南（草案）》，尿激酶溶栓治疗方案如下：负荷量 4400U/kg，静脉注射 10min，随后以 2200U/(kg·h) 持续静脉滴注 12h；另可考虑 2h 溶栓方案：以 20000U/kg 量持续静脉滴注 2h。

尿激酶不得用酸性液体稀释，以免药效下降，且溶解后易失活，因此，应现配现用。

2.4 溶栓后并发症的护理

出血倾向的观察：出血是溶栓后主要并发症。出血最常发生于血管穿刺部位，另外也可能发生自发性出血，如消化道出血、腹膜后出血和颅内出血。溶栓治疗大出血的平均发生率为 6.3% 左右。而最致命性的大出血为颅内出血，发生率为 1.2%。在溶栓治疗时，应该尽量降低出血的风险，避免静脉切开、动脉穿刺以及其他侵入性操作。本例患者胸外按压时间长，高达 1.5 小时，为预防肋骨骨折刺破胸膜血管，转入 ICU 后注意观察胃引流管，尿管，气道内有无血性液体引出，每 4 小时查一次血常规、血小板、出凝血时间、凝血酶原时间和纤维蛋白原等，维持 INR2.5 左右，调整抗凝剂量。注意动态复查监测血红蛋白水平，警惕活动性出血。

再灌注心律失常的观察护理：再灌注心律失常表现多样，但以室性心律失常多见，常发生突然，严重者可发生致死性室性心律失常，故护士应注意患者在胸痛明显缓解、无泵衰竭却突然出现快速室性心律失常时，疑为再灌注心律失常，及时同医生做好电复律等准备工作。

低血压状态的观察护理：溶栓引起的低血压状态发生率为 7.7%~16%，出现低血压状态时，无论其原因如何，都应暂时停溶栓治疗。对一般状态好的患者可单纯采用休克体位，加快输液速度使病情好转，严重者应及时使用升压药，首选多巴。

2.5 给予家属心理支持，减少纠纷发生

急性肺栓塞患者一般发病急、病情变化快，患者易出现惊慌、恐惧等心理变化。急性肺栓塞是难以预料的悲剧性事件，因此发生肺栓塞时对患者的家属是一个沉痛的打击，心理创伤巨大。护士给患者家属以心理支持和关怀，充分告知在积极抢救下依然可能无法挽回患者生命，以及长时间胸外按压后出现胸骨骨折等并发症，安慰患者家属，尽力解决一些实际困难，并充分理解家属的某些过激言行，尽量缓解家属的痛苦，避免和减少纠纷的发生。

3 小结

急性肺栓塞发病急骤，病情重，预后差，是目前医院中最常见的死亡原因之一。溶栓治疗是非常有效的治疗措施。由于溶栓治疗的时间窗有限，对有确诊溶栓指征的病例尽早开始溶栓治疗是取得良好治疗效果的关键。经验表明，护理人员需要全面掌握 DVT 及 APE 的相关知识，并提高自身对 APE 的相关抢救护理能力，在抢救治疗的多学科团队合作中，严密观察病情，充分做好脑保护，为患者成功救治提供具有专业价值的优质护理。护理工作中，应通过分析每个患者具备哪些危险因子，评估可能发生的风险程度，加强巡视及病情观察，及时给予预防性护理措施干预。

（上接第 115 页）

确合理饮食，在保证营养摄入的同时注重健康，主动给予患者心理护理，疏导负面情绪，帮助患者了解自身疾病知识，并掌握一定的保健知识，能够正确看待治疗并积极配合治疗，由被动就医转变为主动就医，与医护人员形成良好的沟通^[4]。

从研究结果来看，就两组患者的健康知识掌握度进行对比分析，发现干预组患者的健康知识掌握度评分显著高于参照组（ $P < 0.05$ ）；就两组患者的护理满意度进行对比分析，发现干预组患者的护理满意率为 97.33%，远高于参照组患者的护理满意率 85.33%（ $P < 0.05$ ）。

综上所述，治未病理论在护理健康教育中的应用具有显著的

效果，能够提升患者的健康知识掌握度，并且提升护理满意度，和谐护患关系，值得临床推广与应用。

【参考文献】

- [1] 郑萍, 陈雪莲. 中医治未病理论在脑卒中健康教育中的应用[J]. 全科护理, 2011, 9(5):459-460.
- [2] 王晓琛. 中医“治未病”理论在预防中风护理健康教育中的运用浅析[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(19):2696-2696.
- [3] 唐娟. 中医“治未病”理论在防治糖尿病护理健康教育中的应用[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(27):356-357.
- [4] 梁彩云, 谢日升, 王亚军. “治未病”理论在类风湿性关节炎中医护理中的应用[J]. 现代医院, 2014, 14(11):82-84.

（上接第 116 页）

密切观察生命体征，并给予降颅压、镇痛、镇静等处理；对于需行手术治疗者做好围术期护理，如术前向患者、家属讲述治疗必要性，在术后确保入住环境舒适，及时清理呼吸道分泌物，必要时吸痰等；最后做好心理疏导，以缓解不良情绪。由本次研究结果可知，给予高血压脑出血患者急诊护理干预，可提升运动、日常生活能力，改善预后，值得推广。

【参考文献】

- [1] 巴东才赛克, 孟克才次克. 急诊护理干预对高血压脑出血患者的预后影响评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(75):109+111.
- [2] 朱锦芳, 张猛, 沈建华, 余辉, 李华. 综合护理干预对高血压脑出血微创术患者预后的影响[J]. 中外医学研究, 2018, 16(15):78-80.
- [3] 张杏婷. 高血压脑出血患者的急诊护理要点探究[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(13):243-244.

（上接第 117 页）

分组	n	非常满意	基本满意	不满意	总患者满意率
观察组	93	38 (40.86)	53 (56.99)	2 (2.15)	97.85%
对照组	93	20 (21.51)	62 (66.67)	11 (11.83)	88.17%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

护理管理中展开护士分级管理模式是当下护理管理的趋势，发挥不同能力护理人员的资源优势，做好工作分工，提升人力资源价值。同时这种管理可以让护理人员有更明确的上升空间感受，树立个人提升的目标感。要依据实际分层情况做好资源分配，保证资源价值最大化。管理要将人性化人为管理与制度化融合，人性化调节制度管理所不能注意到的细节问题与特殊情况，保证

护理人员对工作的归属感与获得感。

综上所述，护理管理中护士分级管理模式的运用可以有效的减少不良反应率，提升患者护理满意度等情况。

【参考文献】

- [1] 高淑瑞, 宋钝, 张金华等. 级点值晋级法在护士分级管理中的应用[J]. 护理研究, 2017, 31(12):1474-1477.
- [2] 史惠珍. 护士分级管理在高血压脑出血病人中的应用价值分析[J]. 养生保健指南, 2018, (5):281.
- [3] 江华. 优质护理与护士分级管理结合在神经外科护理管理中的应用[J]. 山西职工医学院学报, 2017, 27(4):63-65.
- [4] 赵梅. 基层医院护理人员分级管理及分层培训实践[J]. 世界临床医学, 2017, 11(18):235-236.