

坐位手术体位对患者循环功能影响的分析及护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/268/2021_2022__E5_9D_90_E4_BD_8D_E6_89_8B_E6_c67_268198.htm

全麻下坐位手术常用于颈椎、后颅窝及小脑等部位的病变。它具有病灶部位显露好，术野出血少等优点，但对循环功能有一定的干扰并随时有并发气栓的危险性。因此术前应根据患者全身循环情况的变化逐步摆好体位。（1）手术床背板每升起 15° 时，注意监护患者各项指标的变化，随时调整手术床角度，慢慢升起手术床背板。当患者血压及心输出量有所下降时，应停止变动体位，适当加快输液速度或输入胶体液，增加有效循环量。一般摆放体位致患者完全坐起需要20min，使患者有逐渐适应的过程。（2）患者全麻后为减少摆体位时血压波动大的问题，我们制作了一个宽20cm，长200cm的腹带，腹带正中内置一条宽18cm、长45cm、厚3cm的海绵，于麻醉后摆体位前将患者缚于手术床背板上，目的是阻碍并减少内脏血液流量，以保证患者坐起后回心血量的供应。本组患者缚腹带坐起后RAP不但没有降低的表现，反而有上升的趋势（表1）。因此缚扎腹带对维持患者有效循环血量有着重要的意义。操作方法：腹带上缘位于肋缘下方，缚好腹带后勉强可伸进4个手指这是最适中的高度及松紧度。（3）弹性绷带的应用也有助于患者血压的维持。本组病例中有10例患者身体状况极差，为了减轻坐位时的低血压情况及下肢静脉血郁滞，术前应用弹性绷带缠绕患者双下肢，增加回心血量，维持患者的血压。使用弹性绷带松紧度要适宜，以手术中足尖部皮肤氧饱和度（SPO₂）在95%~97%为宜。坐位时颅内静脉形成负

压，有发生气栓的危险，空气常自枕下静脉丛、乳突静脉血管及侧静脉窦等处破裂小孔进入。单位时间内进入循环系统的空气达到一定量时，空气经心脏进入肺动脉系统，最后停留在肺循环中，造成与肺换气量有关的肺灌注量减少和生理死腔增加，氧饱和度下降，呼吸频率增加最终导致呼气末PaCO₂下降。同时肺动脉缺血、缺氧引起肺小动脉痉挛，使肺动脉压升高。本组病例经持续PaCO₂监测，有6例共8次并发气栓，患者均出现异常的表现，呼气末PaCO₂剧降，PAP升高。为此，器械护士应准备好1号缝线和脑棉片，及时传递给术者处理破裂处血管；巡回护士应密切注意患者生命体征变化，发生气栓及时协助麻醉医生将气体抽出，避免发生严重后果。本组病例从Swan-Ganz漂浮导管的右心导管和肺动脉导管内抽出气体1~32ml，呼气末PaCO₂及PAP很快恢复正常。文献报道因气栓发生死亡的病例时有发生。本组病例术前摆放Swan-Ganz漂浮导管，术中经导管监测及抽气，术后无一例因气栓死亡。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com