

1例心脏刀刺伤的手术护理配合

黄娇娇 顾益红 顾 凤 张晶晶 黄静芬（通讯作者）

上海市浦东新区人民医院 上海 201299

【摘要】目的：探讨心脏刀刺伤患者的手术护理配合，保障患者手术的安全和顺利进行。方法：回顾本院于2023年12月8日抢救的一例刀刺伤病人，所实施的开胸探查+心脏修补术+肺修补术+冠状动脉修补术，包括术前准备（备好手术物品，检查各抢救仪器设备，建立静脉通道、手术体位的安置）、术中手术配合（低体温预防、病情监测、冠状动脉修补术的配合）和术后配合（妥善固定各类导管，协助转运病人，做好病情交接）。结果：手术室护士在心脏刀刺伤患者抢救配合过程中，严密观察患者病情变化，掌握抢救流程、抢救仪器设备的使用以及心外科手术步骤，手术配合敏捷、快速、准确无误，未发生术中低体温和皮肤压力性损伤，有效缩短手术时间，挽救患者的生命。经治疗患者于2023年12月21日康复出院。

【关键词】心脏刀刺伤；冠状动脉修补；手术配合

DOI:10.12417/2811-051X.25.12.034

心脏刀刺伤是严重的胸部开放性损伤，最主要的症状是心脏出血。由于心脏内压力大出血凶猛，血液进入心包引起急性心包填塞，导致泵血功能消失，同时使循环血量减少；其次血液还可能进入胸腔内，使呼吸运动受到影响，再加上肺部刀刺伤后，胸膜破裂漏气和出血引起血气胸，导致呼吸、循环功能衰竭，甚至死亡。患者起病急，病情危重，且病情变化快，若不及时诊断和积极抢救，可危急患者生命。准确及时的急救措施是早期救治心脏刀刺伤的重要手段。及早诊断及急诊开胸手术，抢救休克及解除心包填塞，修补心肌损伤是抢救成功的关键^[1]。本院于2023年12月8日抢救了一例刀刺伤病人所实施的开胸探查+心脏修补术+肺修补术+冠状动脉修补术，现将手术护理配合报告如下：

1 临床资料

患者，男，27岁，四小时前用刀刺伤胸部，于2023年12月8日120急救送至抢救室。入室时生命体征：心率100次/分，血压86/56mmHg，

氧饱和度100%，紧急放置胸管引流，引流出约1000毫升血性液体。胸部CT提示左侧血气胸引流中，左肺片状密度增高影，考虑挫伤可能，左侧胸壁刀刺伤后改变，软组织肿胀及积气，拟“创伤性血气胸”收治入院。患者神志嗜睡，唤之可醒，病情危重，直送手术室手术。术后转ICU进一步治疗，于12月14日转入病房继续治疗，12月21日康复出院。

2 术前准备

2.1 接到急诊电话，询问是否接诊，询问基本病情，确定刀刺伤的部位、深度、是否伤及重要器官，是否需要准备特殊用物。迅速开通绿色通道，组织好人力物力配合抢救。分工明确准备好手术所需相关器械及物品，器械护士准备好开胸包、敷料包、缝线、纱垫、止血材料、电刀等物品。巡回护士准备好电刀、吸引器、超声刀，并测试设备性能，保证正常运行。麻醉医生准备好各种抢救药品及物品，调试麻醉机，心电监护仪

等设备。调节室内温度21°-25°，湿度50%-60%。

2.2 患者入室时处于嗜睡状态，手术床小，注意保护患者安全，予以床上约束带应用，松紧适宜，防止坠床。减少不必要的皮肤裸露，注意保暖。

2.3 病情监测：连接心电监护仪，持续监测患者的心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度等生命体征。

2.4 输液的管理：立即建立两路外周静脉通路，气管插管后协助麻醉进行颈内静脉穿刺及桡动脉穿刺，以便术中及时输血、输液，维持患者血容量和电解质平衡。严格掌握液体的输注速度，不宜过快，持续监测患者的生命体征及电解质水平，及时调整输液速度和输液量，以免增加心脏负担。

2.5 体位的管理：术中获得性压力性损伤是指手术过程中，患者局部组织长时间受压，导致血液循环受阻，引发缺血缺氧、组织坏死的皮肤或皮下组织损伤，常见于骨隆突处。在保证手术顺利进行前提下，避免或减少固体位所引起的皮肤组织牵拉、变形，以便降低患者术中获得性压力性损伤的风险^[2]。由手术医生、麻醉医生和巡回护士协同调整患者为90°侧卧位。沿着患者身体轴线翻转至侧卧位，健侧上肢平展，固定于托手板上，患侧上肢使用布单包裹后放置在托手架上，固定时松紧适宜。腋下垫软枕，避免损伤臂丛神经。两腿之间垫软枕，防止双下肢重叠受压。同时注意保护患者的隐私。体位摆放完毕后，检查各固定装置及支撑物的稳定性，防止术中移位或坠落。对于长时间保持同一体位时，应定期检查受压部位，避免术中压力性损伤的发生。确保患者头部和颈部处于自然、舒适的位置，便于呼吸和通气。

3 术中配合

3.1 巡回护士的配合

3.1.1 低体温的预防：低体温是指人体核心温度下降到异常低的水平，（体温小于35°）。低体温的影响因素有：麻醉因素（包括麻醉方式、麻醉平面、麻醉时间及麻醉药物抑制血管

收缩，导致患者体温调节障碍）、手术因素（手术时间长，患者体腔与冷环境接触时间延长，机体辐射散热增加；术中输注未加温的液体和血制品；术中使用未加温的冲洗液；手术室温度低于21°增加低体温的风险）。低体温是术中常见表现之一，病人出现低体温表现后，其凝血酶活性明显降低，机体无法有效释放血小板，即凝血功能得到抑制^[3]，且低体温还可能降低机体的基础代谢和药物代谢^[4]。故采取有效的手术室保暖措施不仅可以防止低体温的发生，还确保了手术的安全性，减少术后相关并发症的发生，促进患者机体康复^[5]。将室内温度控制在21°-25°，湿度50%-60%。进行皮肤消毒前至铺好无菌单期间，适度提高室温，并减少不必要的暴露。体位摆放后，尽可能减少肢体暴露，裸露的皮肤用棉被包裹，可以覆盖的皮肤尽量加盖敷料。输注的液体和血制品使用输液加温仪维持液体温度，且温度不高于37°。冲洗体腔时使用恒温箱内37°液体，减少热量流失。有研究表明，术中输注液体、冲洗液加温，可有效减少因液体低温引起的术中低体温^[6]。

3.1.2 严密观察：密切观察体温、心率、血压、氧饱和度、尿量。及时提供手术所需物品，巡视各设备仪器的运转状态，处于工作状态。保持各管道通畅，无渗漏，无滑脱。

3.2 器械护士的配合

3.2.1 提前30分钟洗手整理器械台，与巡回护士共同清点纱布、缝线、缝针，协助医生消毒铺巾。在给患者皮肤消毒时，动作迅速，尽量缩短其皮肤暴露时间^[7]，减少热量的流失，避免术中低体温的发生。

3.2.2 术中的器械配合：递20号刀片取左侧第四肋间切开约20厘米切口，电刀止血，逐层进胸。递肋骨撑开器固定切口，吸尽胸腔积血。探查见左肺上叶及下叶各一处破口，心包破裂，但心包破口未见活动性出血。肺裂口分别用丝线缝扎闭合。然后扩大心包破口，打开心包，见左心室前壁有较大凝血块填塞，去除凝血块，见一长约4cm裂口伴活动性出血，仔细探查见回旋房室沟转折处破裂，出血凶猛，压迫止血后于6-0 prolene线缝合上下脂肪及心肌，靠周围组织压迫止血。患者随即出现心率下降，心跳停止，立即拆除缝线，予以心脏按摩，后心跳恢复，用手指压迫出血处。通过医务科联系上级医院心外科主任上台会诊，实施非体外循环冠状动脉修补术，将Y型连接管一端连接二氧化碳，另一端连接生理盐水，通过吹雾器吹出气雾驱赶渗血，达到充分暴露缝合口，用7-0 prolene线缝合心脏冠状支裂口。缝合后观察心跳平稳，然后用4-0 prolene线间断缝合心肌裂口。注意prolene线打结时，及时向

术者手上打水。冲洗胸腔缝合，放置止血材料，未见活动性出血，放置胸管及微管引流。与巡回护士共同清点敷料、缝针、缝线，逐层关胸，手术顺利，转入ICU进一步治疗。

4 术后配合

4.1.1 协助医生妥善固定各类引流管，避免滑脱或移位。确保引流管不会压迫患者血管、神经或其它重要结构，以免造成损伤。保持引流管处于通畅状态，避免引流管扭曲、折叠、受压，同时观察引流液的颜色、量和性状。

4.1.2 协助转运患者：备好急救物品，保持患者体位平稳，避免剧烈震动和颠簸，减少对伤口和引流管的不良影响。持续监测患者心率、血压、呼吸频率以及血氧饱和度，确保生命体征平稳。

4.1.3 做好交接班：与监护室护士详细交接患者的姓名、年龄、病情、手术方式、术中情况、引流管的名称、数量、位置及颜色、量和性状。共同查看患者的皮肤情况，确保患者得到连续、准确的护理。

5 护理效果评价

刀刺伤的手术护理配合贯穿于整个手术过程，包括术前准备（备好手术物品，检查各抢救仪器设备，建立静脉通道、手术体位的安置）和术中手术配合（低体温预防、病情监测、冠状动脉修补术的配合），和术后配合（妥善固定各类导管，协助转运病人，做好病情交接）。环环相扣，紧密衔接，经过大家的相互配合，患者手术顺利，生命体征平稳，各类引流管固定妥善，引流通畅，未出现低体温及术中获得性压力损伤的发生。

综上所述，心脏刀刺伤是严重的胸部开放性损伤，最主要的症状是心脏出血，若不及时处理，将导致呼吸、循环功能衰竭，甚至死亡。手术治疗具有迅速止血、修复损伤、预防感染等优势，而护理配合则是确保手术成功和促进患者康复的关键。心脏刀刺伤的手术配合需要高度的专业素养、团队协作能力和应急能力。从术前准备到术中配合再到术后护理，每一个环节都至关重要，直接关系到患者的生命安全和康复质量。因此，手术室护士在心脏刀刺伤患者抢救配合过程中，要做到沉着、冷静、果断、严肃、认真。巡回护士严密观察患者病情变化，掌握抢救流程，掌握抢救仪器设备的使用，器械护士要熟练掌握心外科手术步骤，手术配合敏捷、快速、准确无误，是手术室顺利进行的关键，缩短手术时间，挽救生命^[8]。医疗团队应不断提高自身的专业技能和应急处理能力，以确保在心脏刀刺伤等危机情况下能够迅速、有效地进行救治。

参考文献：

- [1] 陆秀娟,沈咏芳.5例心脏刀刺伤患者的急救与护理体会[J].当代护士,2022,3(29):114-116.
- [2] 刘彦芳,侯志艳.术中获得性压力性损伤风险预测模型的构建及应用效果研究[J].现代临床护理,2022,21(4):1-7.

- [3] 王静云,宋妙,张彬,等.无缝衔接整体护理对宫颈癌腹腔镜手术患者低体温的影响[J].中国医药指导,2023,20(13):180-183.
- [4] 许芳,姚志清,韩伟,等.口腔癌根治术患者术中低体温风险预测模型的构建及验证[J].护理学报,2022,29(7):1-6.
- [5] 王莉.手术室护理在腹腔镜直肠癌术中低体温护理的应用对手术安全性的影响[J].中国医药指南,2024,20(21):26-29.
- [6] 林雄坡,刘云肖,马京华.等,基于专家共识围手术期预防术中低体温护理措施实施现状[J].中国医药科学,2023,2(13):158-161.
- [7] 钱伟兰,韩振华.综合术中体温管理对术后机体恢复、心理状态及舒适度的影响[J].当代护士(下旬刊),2019,26(6):115-118.
- [8] 王英英.心脏刀刺伤手术的护理配合体会[J].当代护士(下旬刊),2020,27(6):96.