

扩张性心肌病患者行心脏再同步化治疗围术期的护理

范晓英, 杨省利, 马 茹, 李果林, 王 露, 张莉亚(第四军医大学第一附属医院心内科, 西安 710032)

【摘要】 目的 探讨扩张性心肌病患者行心脏再同步化治疗围术期的护理方法。**方法** 选取 2011 年 1~6 月第四军医大学第一附属医院心内科二病区 13 例扩张性心肌病患者行心脏再同步化治疗, 对其护理过程进行探讨和总结。**结果** 13 例患者经过精心的全程治疗与护理, 全部康复出院。**结论** 术前加强心电监护, 及时发现心律失常, 改善心功能, 加强心理护理。术后加强心电监护, 监测起搏功能, 预防伤口感染, 重视卧位、饮食护理及其他并发症的观察和出院指导是扩张性心肌病患者行心脏再同步化治疗围术期护理的关键。

【关键词】 扩张性心肌病; 心脏再同步化治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.08.066 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2012)08-0999-02

扩张性心肌病(dilated cardiomyopathy, DCM)是临床最常见心肌病的类型, 它的特点是以左心室(多数)或右心室有明显扩大, 且均伴有不同程度的心肌肥厚, 心室收缩功能减退, 以心脏扩大、心力衰竭、严重心律失常、栓塞为基本特征; 病情进行性加重, 预后差, 病死率极高, 除心脏移植术外, 尚无彻底的治疗方法。目前的治疗目标是有效控制心力衰竭和心律失常, 缓解免疫介导的心肌损害, 提高患者的生活质量和生存率。国内外一些医院开始进行心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy, CRT)的临床研究及应用, 利用电刺激改善左室收缩与舒张运动更加协调, 从而改善心功能。本科室二病区于 2011 年 1~6 月为 13 例 DCM 患者行心脏再同步化治疗取得良好效果, 现将患者资料和围术期护理情况介绍如下。

1 临床资料

2011 年 1~6 月本科室二病区 DCM 患者 13 例, 男 7 例, 女 6 例, 年龄 23~72 岁, 平均 50.5 岁, 均有心脏扩大及心力衰竭体征, 彩色多普勒超声检查以左房、左室大, 左心室呈球形居多, 室间隔及左室壁搏幅普遍降低; 心脏射血分数(EF)21%~36%, 心功能分级均在Ⅲ~Ⅳ级; 其中伴完全性左束支传导阻滞 11 例, 阵发性房颤 3 例, 阵发性室性心动过速 2 例, 室性期前收缩 4 例, 心包积液(少量)1 例。入院后, 均给予低盐低脂饮食、卧床休息、洋地黄、利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)等抗心律失常、改善心功能常规处理, 对有房颤的患者根据心室率快慢程度使用地高辛, 纠正水电解质紊乱, 对于心衰控制不理想的患者给予硝普钠联合多巴胺治疗, 根据患者心功能情况择期行心脏再同步化治疗, 手术过程顺利, 术后患者症状明显好转。心功能 NYHA 分级由Ⅲ~Ⅳ级改善至Ⅱ级, 各项血流动力学指标好转, 左束支传导阻滞被纠正。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 (1)休息与活动:持续低流量氧气吸入, 一旦发生左心衰时应加大氧流量。根据患者心功能情况, 合理安排休息和活动量。活动以不出现疲劳、呼吸困难或胸闷等为限度。对合并严重心衰、心律失常和阵发晕厥患者应绝对卧床休息。经治疗心衰症状缓解后可轻微活动, 先床上活动, 再床边站立, 最后室内行走。长期卧床患者应定时翻身拍背, 保持床单干燥整洁, 预防褥疮及坠积性肺炎的发生。(2)完善术前准备:完善心电图、超声心动图、血常规、出凝血时间等检查; 术前备皮、普鲁卡因、抗生素皮试, 术前 2 d 练习床上大小便, 术前 30 min 排空膀胱。

2.1.2 并发症的观察与护理 (1)心律失常的护理:DCM 易出现各种类型心律失常, 而且具有多样性和易变性, 以室性心律失常的发生率最高, 其次为室内传导阻滞、左束支传导阻滞、双支阻滞, 且电轴左偏, QRS 波增宽。这是由于广泛心肌纤维肥大变性坏死和纤维化为主要心肌病变累及心脏传导系统所致^[1]。根据有关文献报道, DCM 患者大约有 40% 发生猝死, 大部分死于快速性心律失常(室速与室颤), 70%~95% 有频发室性早搏, 40%~80% 有短阵发性室性心动过速^[2]。本组患者中曾有阵发性房颤 3 例, 阵发性室性心动过速 2 例, 室性期前收缩 4 例。因此, 在手术前应重点加强 DCM 患者的心电监护, 密切观察心律、心率及患者的神志、血压、呼吸等变化。准备好各种抢救仪器设备, 保证其处于功能位。遵医嘱及时准确给予抗心律失常药物, 同时观察用药效果。本组患者中 1 例术前发生阵发性快速房颤, 经给予胺碘酮静脉滴注, 房颤症状有效控制, 其他患者无严重心律失常发生。(2)心力衰竭的护理:扩张型心肌病患者均有不同程度的心力衰竭症状, 在使用强心药、利尿剂、血管扩张剂时, 严密观察用药过程中药物的不良反应, 如:低血钾、低血压, 应定时监测水电解质平衡情况及血压变化, 如出现恶心、呕吐、心律失常等洋地黄中毒症状时, 及时告知医生。在护理中应避免心力衰竭的各种诱发因素, 如感染、输液过多过快、过饱饮食、大使用力、情绪激动等。准确记录 24 h 的出入量, 坚持“量出为入”的原则。若患者出现咳嗽、咳粉红色泡沫痰、呼吸困难等症状时, 立即协助患者取半卧位, 配合医生抢救。

2.1.3 心理护理 DCM 患者病情复杂, 症状重, 预后差, 患者往往对治疗丧失信心, 常感到悲观失望, 再加上 CRT 是一项介入新技术, 患者了解较少, 对其治疗效果持怀疑态度, 有的患者因治疗费用高而顾虑重重^[3]。因此应向患者讲解扩张性心肌病的治疗新进展及手术相关知识, 介绍治疗成功的患者, 耐心解释患者的各种疑问, 以消除患者的思想顾虑和紧张心理, 避免恶性刺激加重病情, 并以积极的心态接受手术。

2.2 术后护理

2.2.1 心电监护 术后持续心电监护 24~72 h, 详细记录心律、心率、脉搏等, 注意有无心律失常的发生。术后 7 d 内每天做心电图 1 次, 观察起搏后 QRS 波的宽度, 注意起搏器的感知功能及起搏功能, 注意有无漏搏现象。电极移位多发生于术后 1 周内, 24 h 内尤易发生。可因右心室过大, 电极在心腔内张力过大或突然活动牵拉及体位改变所致。电极移位表现起搏失灵, 患者可有不适感, 严重者可有黑蒙、晕厥等症状。如出现

起搏不良,及时报告医生,尽快做出准确处理。

2.2.2 一般护理 (1)卧位护理:患者术后取平卧或左侧卧位,第 1 天可适当抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$,72 h 后下床活动。并教会患者正确的床上活动方法:可活动术侧上肢的肘关节、腕关节,幅度宜小,注意术侧肩关节勿过度伸展及上抬;其他肢体可做主动或被动的伸展、屈曲活动^[4]。按摩腹部、腰部,小垫子间断垫以腰部,听音乐、看书分散注意力,解除疲劳。(2)切口护理:术后用 0.5 kg 氯化钠袋局部压迫 6~8 h,观察切口有无渗血、红、肿、痛。每天换药 1 次,换药前紫外线消毒病房。胶布过敏者换药时注意更换胶布粘贴位置,动作轻柔,防撕胶布手法不当引起皮肤破损。抗生素静脉输注 3~5 d,预防感染;严密观察体温变化。术后 3~7 d 可有低热,如发热明显或持续时间长且切口疼痛,考虑局部感染,应及时给予清创引流。本组 1 例术后 10 h 发生切口敷料渗血,打开敷料观察局部无肿胀、青紫,及时给予加压包扎,延长盐袋压迫时间 2 h,之后改为 0.25 kg 氯化钠袋间断性压迫,患者切口未再渗血,愈合良好。(3)饮食与排便的护理:术后少量多次饮水 1 000 mL 以上,使造影剂迅速排出体外。给予高蛋白、高维生素饮食促进切口愈合。禁食产气、产酸、刺激性食物,以免出现腹胀腹痛等消化道症状。保持大便通畅,必要时可用开塞露,以免用力大便腹压增加,导致电极脱位。

2.2.3 主要并发症的观察和护理 CRT 术后主要有电极脱位、出血或囊袋血肿、局部感染、膈肌刺激等并发症^[5]。本组 1 例术后 10 h 发生切口敷料渗血,经及时发现、及时给予加压包扎,延长压迫时间后未再渗血。另外 DCM 患者因心肌明显扩张,心肌收缩无力,心室腔残余血量增多,易诱发心室附壁血栓,血栓脱落可导致心、脑、肺等重要器官动脉栓塞甚至猝死。因此,在护理中应注意患者的整体状态,判断有无血栓形成,如发现有栓塞现象,及时给予相应处理。进行抗凝治疗的患者定时监测凝血酶原时间及肝功能,观察有无鼻出血、血尿等症状,防止外伤^[6]。

2.2.4 出院指导 告知患者出院后要遵医嘱坚持服药,定期复查,术后 1、3、6 个月各复查 1 次,测定左室电极起搏阈值、阻

抗、P/R 电压幅度,以后每半年随访 1 次,定期复查超声心动图。保持开朗乐观的情绪,戒烟限酒,适当参加体育锻炼,防止受凉感冒诱发心力衰竭。禁止在起搏器部位用力搓擦、按摩,术后 1 个月内避免剧烈咳嗽,术侧肢体大幅度运动及提重物。每天早晚各数脉搏,出现原有症状或脉搏减少 10% 及时就诊。使用电话宜置于起搏器的对侧,使用微波炉、电磁炉保持一定距离;禁止进入强磁场、高压线等区域。外出时携带起搏器卡注明姓名、地址、电话,便于紧急情况救助。

3 讨 论

CRT 已成为提高 DCM 患者生存质量的主要手段,但是,由于手术前后的疏忽或处理不当所致的并发症不但会增加其经济和精神上的负担,更会给患者带来极大的痛苦,甚至于生命危险。因此,护理人员在整个围术期起着至关重要的作用。术前应密切心电监护,观察病情,积极配合医生治疗并发症,避免各种诱发因素和患者的心理护理,术后加强心电监护,监测起搏功能,重视切口的护理,防止感染,重视卧位、饮食护理和出院指导,以最大限度地减轻患者痛苦,促进其早日康复。

参考文献

- [1] 余振伟. 扩张型心肌病 52 例临床诊断治疗分析[J]. 中国医药指南, 2008, 6(24): 92-93.
- [2] 黄桂园. 浅谈 42 例扩张性心肌病的护理体会[J]. 当代医学, 2009, 15(31): 128.
- [3] 王晓玲, 杨小芳. 慢性心力衰竭患者行心脏再同步化治疗的围术期的护理[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(8): 705.
- [4] 仲婷婷. 循证护理在心脏介入术后减少血管并发症中的应用[J]. 护士进修杂志, 2005, 8(20): 704.
- [5] 郭涛. 心脏再同步化治疗后并发症的处理[J]. 心电图学杂志, 2007, 26(1): 23-24.
- [6] 陈务贤, 韦正莉, 李宏, 等. 起搏治疗扩张性心肌病心功能不全患者的护理[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(7): 624.

(收稿日期: 2011-10-11)

肺癌患者围术期的护理

王正春, 高 红(重庆市南川区人民医院 408400)

【摘要】 目的 探讨肺癌患者围术期的护理措施。**方法** 总结 2008 年 10 月至 2009 年 10 月对 45 例肺癌围术期患者的护理心得。**结果** 经过全面、精心、细致的护理, 41 例患者恢复良好, 1 例急性肺水肿, 2 例心律失常, 1 例上消化道应激性溃疡。**结论** 在手术成功的基础上做好相应的围术期护理工作, 能大大减少术后并发症的发生, 明显提高患者的生存质量。

【关键词】 肺癌; 围术期; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.08.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)08-1000-02

肺癌大多数源于支气管黏膜上皮, 又称支气管癌。目前是我国增长率最快的恶性肿瘤之一, 发病年龄多在 40 岁以上, 男女之比为 (3:1)~(5:1), 死于癌症的男性患者中肺癌已居首位。目前最基本的治疗措施是手术, 肺癌手术后常见的并发症是呼吸道感染伴肺不张、肺炎等^[1], 其主要原因有术前反复发生肺内感染, 术后由于麻醉、手术创伤再加上切口感染。因此在手术成功的基础上做好相应的围术期护理工作能大大减少术后并发症的发生, 明显提高患者的生存质量, 对患者的恢复起到事半功倍的效果。

1 临床资料

本院胸心外科于 2008 年 10 月至 2009 年 10 月共手术治疗肺癌患者 45 例, 男 35 例, 女 10 例。其中小细胞型肺癌 15 例, 鳞状细胞癌 20 例, 腺癌 10 例; 肺切除 10 例, 肺叶切除术 23 例, 肺段切除术 12 例。术后出现并发症 4 例, 其中 1 例急性肺水肿, 2 例心律失常, 1 例上消化道应激性溃疡。本组围术期未死亡 1 例。现将肺癌患者围术期护理体会总结如下。

2 护 理

2.1 术前护理 (1)入院评估。入院时应评估患者对手术承