

床旁临时心脏起搏器置入术围手术期的护理体会

陈晓娜, 李慧慧

(第四军医大学西京医院心内科, 陕西 西安 710032)

[关键词] 心脏起搏器置入术; 手术期; 护理

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 01-0163-03

气囊漂浮电极导管法临时心脏起搏器置入术对于因各种原因需床旁紧急抢救者或不能搬动的患者, 它可以在较短的时间内恢复有效心率, 从而保证重要器官的血供, 提高抢救成功率, 降低死亡率^[1]。术前、术中、术后护理人员仔细及周密的护理对该术式的顺利进行及治疗效果起着重要作用。现将第四军医大学西京医院心内科对 68 例患者实施紧急床边气囊漂浮电极导管法临时心脏起搏器置入术前、术中及术后护理配合以及体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例来源于第四军医大学西京医院心内科 2012 年 6 月至 2013 年 5 月住院患 68 例, 其中男性 41 例, 女性 27 例, 平均年龄 58 岁 (48~75 岁)。临床诊断: 急性心肌梗死合并房室传导阻滞 49 例, 房室传导阻滞 35 例; 病态窦房结综合征 17 例, 其中合并心源性休克 16 例, 有晕厥或黑朦病例 6 例, 2 例多脏器功能障碍。

1.2 材料

德国贝朗公司生产漂浮电极导管, 美国 ST. JUDE MEDICAL 6F 普通双极起搏电极导管, 美国 ST. JUDE MEDICAL 5F 气囊双极起搏电极导管: 6F 或 7F 鞘管, 美国 Medtronic-5318 型临时起搏器, PHILIPS 床旁心电监护仪。

1.3 方法

患者采取相应有效的护理措施, 采用气囊漂浮电极导管法临时起搏器安装, 简要步骤如下^[2,3]: 平卧位消毒铺巾, 局麻经皮穿刺成功后, 于左锁骨下中外 1/3 处, 置入导丝及 6F 动脉鞘管, 然后送 5F 漂浮电极导管, 推送气囊起搏导管, 退出 6F 鞘管

压迫止血约 20 s。调整临时起搏器各起搏参数, 起搏频率调整至 60~70 次/min, 连接漂浮电极导管。气囊起搏导管向心腔方向推送, 预计到达右心房时, 向导管气囊注入 1 mL 空气使气囊充胀, 关闭气囊开关, 再缓慢送入 10~20 cm。此时如心电监护仪示心室起搏, 导联 QRS 主波向上, 为宽大 QS 波时, 说明右心室流出道起搏, 确认进入右心室。然后打开气囊开关放出气体, 调整导管位置, 再送入电极导管约 0.5~1.0 cm, 使其紧贴心内膜, 即可进行起搏。之后进行各种起搏功能测试满意后, 嘱病人深呼吸, 用力咳嗽, 左右两侧转动躯体, 如果显示起搏功能仍然良好, 将露出皮肤的电极导管与皮肤用细丝线缝合 1 针, 再用无菌弹力绷带紧贴皮肤牢靠固定电极导管, 消毒敷料包扎, 持续心电监护。

2 结果

床旁临时起搏器安装成功率 100%, 68 例患者均 1 次安置临时起搏器成功, 操作时间 5~12 min, 留管时间 1~10 d。发生出血 4 例、感染 2 例、便秘 10 例, 尿潴留 5 例, 其中 5 例电极移位患者经重新调整电极位置心电图异常消失。

3 护理体会

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 多数严重心率失常患者因头晕、心悸、黑朦、血压下降、大汗、四肢冰冷等症状, 有一种濒临死亡的感觉, 引起患者精神心理极度紧张和恐惧。此时, 首先应告知患者及家属为紧急有效的抢救手段, 并且告诉其术中可能有局部疼痛,

[基金项目] 陕西省科技发展计划基金资助项目 (2011K15-G5)

[作者简介] 陈晓娜 (1984~), 女, 陕西富平县人, 大学本科, 主管护师, 主要从事急性冠脉综合症患者的护理工作。

送入鞘管及导管时可能有憋胀等轻微不适, 可及时告诉医护人员以便及时给药, 以减轻疼痛及不适, 顺利完成床旁临时起搏。期间护理人员应关心体贴病人, 耐心疏导患者紧张的心理状况, 指导病人密切配合, 以取得患者及家属的理解及积极配合。

3.1.2 术前准备护理 护理人员迅速用屏风遮挡患者, 让患者家属远离患者, 也要尽量驱逐病室无关人员, 减少无关人员流动, 以免惊吓过度或患者家属及者其他人员围观、干扰等影响操作。患者快速给予建立静脉通路, 保持静脉通畅; 再给予低流量吸氧、持续心电监护; 准备好抢救药品如利多可因、阿托品、肾上腺素、除颤仪器等抢救药物及器械。术前仔细检查临时起搏器功能, 安装起搏器电池, 并备用 2~3 块电池。特别注意临时起搏器是一个低阻抗物品, 可以直接与心内膜接触形成通路, 因此微小电流通过电极即可引起患者发生室颤或电击^[4]。因此在操作过程中的护理人员必须注意: 随时检查电极插头是否固定在插孔内, 极性是否正确; 一定要避免起搏器连接电极工作状态下更换电池等, 严禁临时起搏电极的插头接触任何离子液体和金属物品等。

3.2 术中护理

积极配合实施手术的医师, 提供术中所用药品、物品以及器械等; 术中观察电极导管插入的深度及部位, 严密观察起搏信号, 随时询问病人的感觉, 严密监测面色、神志、血压、心律、脉搏、心率等生命体征的变化情况, 发现异常及时向手术医生报告并定时记录; 注意保持输液通路通畅; 起搏成功后协助医生固定电极, 无菌弹力绷带紧贴皮肤牢靠固定电极导管。

3.3 术后护理

3.3.1 临时起搏器的护理 起搏器挂放在输液架上, 便于观察起搏器工作状态; 全面了解安装起搏器的类型、起搏阈值、起搏频率; 一定要熟知起搏器导管正负极插入及更换电池的方法, 一般临时心脏起搏器持续使用时间最长不超过 14 d。

3.3.2 持续心电监护 定期描记心电图, 在描记和了解自主心律时, 可以暂时停用起搏器, 但操作时要非常慎重, 最好有医师在场, 以免发生紧急情况。此外, 从心电监护上还可以密切观察起搏心律、自主心律情况及有无其他心律失常发生。

3.3.3 穿刺部位的护理 每天更换穿刺部位透明贴膜, 严密观察穿刺部位, 有无皮下血肿、局部血肿、局部渗血、穿刺部位化脓感染等。

3.3.4 饮食护理 患者在监护卧床期间最好不要饮用牛奶和易产气的食物, 以免引起腹胀、腹痛不适等影响患者的心理等。术后指导患者进食高蛋白、高维生素及富含纤维素饮食, 以提高机体抵抗力, 促进伤口愈合、预防便秘的发生。

3.3.5 心理护理 由于患者术后体内置管, 容易烦躁不安, 特别是老年患者, 容易将临时起搏器拔掉, 要尤为警惕。期间要精心护理, 及时与患者沟通交流, 消除焦虑情绪, 必要时给予镇静药。

3.3.6 并发症观察与护理 (1) 电极移位: 68 例患者中有 5 例发生电极移位; 要严密观察心电图变化: 心电图均表现为大而倒立的 P 波, 小 QRS 波, 行 X 线检查证实电极在心房内, 此 5 例患者经 X 线下调整电极后, 均获得稳定起搏心率。这 5 例患者发生电极移位原因是因烦躁不安, 患者上半身翻身幅度过大。为防止电极术后移位, 手术操作中应妥善固定电极, 穿刺部位经缝合固定起搏导管后, 再用透明无菌薄膜固定以便于观察。同时在距离穿刺部位 2 cm 后再用宽胶布固定起搏导管约 20 cm, 之后再起搏器固定于同侧上臂上^[4]。还可以在皮肤上缝合的部位给电极做好标记, 以便于观察电极在皮外暴露的长度。预防此并发症的护理体会是事先应与患者充分交流, 嘱患者改变体位时应注意的事项, 不配合者及早应用镇静药物使患者安静。术后还应告知患者左肩的前屈或后伸一定不能超过双肩部轴线的 15°, 勿用力咳嗽或打喷嚏, 勿过度扩胸或肩部伸展运动, 以免肩部不自主地运动造成电极移位; (2) 穿刺部位出血: 68 例中有 3 例发生出血, 均表现为皮肤穿刺处渗血, 通过及时更换贴膜, 局部压迫等渗血停止。笔者认为, 预防穿刺部位渗血最好的办法是行锁骨下静脉穿刺时尽量不要应用扩皮器, 术后要特别注意穿刺部位透明贴膜有无渗血, 如发现渗血较多, 应及时消毒后更换贴膜; (3) 穿刺部位感染: 68 例患者中有 2 例发生感染, 表现为穿刺部位周围皮肤红肿、压痛。经局部用碘酒消毒换药 1 次/d, 连续 3 d 后红肿明显消退, 无全身感染表现。此并发症护理要点是注意每日穿刺部位消毒后更换无菌透明贴膜。若敷料潮湿、分泌物多、或皮肤发红要随时更换, 必要应用抗生素预防感染。另外注意观察患者有无发热等感染症状, 一旦感染, 立即拔管^[5]; (4) 便秘: 68 例患者中有 10 例发生, 预防方法有鼓励患者少量多餐, 进食以清淡、易消化高蛋白并且富含纤维素的食物, 多食用水果类食物, 防止便秘、大便不畅等发生。预防便秘或者大便不畅发生的护理要点是

患者术前有便秘, 尽可能术前训练在床上大便, 术后注意每日按摩腹部 3~4 次, 必要时遵医嘱给予导泻剂等帮助排便; (5) 尿潴留: 68 例患者中有 5 例发生, 均为男性患者, 其中有 2 例因术中应用阿托品导致逼尿肌松弛引起。此类患者进行诱导排尿无效后行留置导尿。对于留置导尿的患者注意无菌操作, 每日用新吉尔灭尿道口擦洗 2 次, 行尿道口护理, 每日更换引流袋, 常规进行膀胱冲洗。此并发症预防措施是尽可能术前训练在床上小便, 术中尽量避免使用阿托品提高心率, 可以使用异丙肾上腺素替代。

气囊漂浮电极导管法临时心脏起搏器置入术以其安装简单、迅速、不需特殊设备、创伤小、痛苦轻、术中出血及合并症少、疗效确切等特点, 已广泛应用于临床, 挽救了无数患者的生命^[6]。周密细致的围手术期护理是该手术顺利进行、保证治疗效果的关键因素。术前充分而细致的准备及术中密切配合是手术成功关键, 术后周到仔细护理是保证起搏器功能正常工作的必不可少的措施, 能够减少并发症促进患者早日康复。此外, 心血管内科的护理人员日常就应注意, 气囊漂浮电极导管法临时心脏起搏器置入术用品应是平时就应处于备用状态, 遇到紧急情况分秒必争, 做到第一时间药品及相关

用品、器械、护理人员全部到位, 有条不紊地实施各项抢救及护理措施。

[参考文献]

- [1] 张海成, 张晓琴, 肖世南, 等. 床旁紧急临时心脏起搏 262 例分析[J]. 心脏杂志, 2012, 24(5):622-624.
- [2] 周姚, 陈玉梅, 王红玉, 等. 紧急床旁临时心脏起搏器植入术在 ICU 的应用与护理 [J]. 当代护士(学术版), 2011, 8(58):100-101.
- [3] CHWYCZKO T, DBROWSKI R, MACIG A, et al. Potential prevention of pacing-induced heart failure using simple pacemaker programming algorithm [J]. Ann Noninvasive Electrocardiol, 2013, 18(4):369-378.
- [4] 周姚, 陈玉梅, 王红, 等. 紧急床旁临时心脏起搏器植入术在 ICU 的应用与护理[J]. 当代护士, 2011, 18(8):100-101.
- [5] 艾威, 李红梅. 漂浮电极临时心脏起搏术的护理[J]. 中国社区医师, 2007, 9(12):133.
- [6] MUENSTERER A, MAZZITELLI D, RUGE H, et al. Safety and efficacy of the subclavian access route for TAVI in cases of missing transfemoral access [J]. Clin Res Cardiol, 2013, 102(9):627-636.

(2013-10-14 收稿)