

■ 专科护理

矫正型大动脉转位患者植入永久起搏器的护理要点

□ 张颖怡

护理措施

矫正型大动脉转位(ccTGA)是一种复杂的先天性心脏病,其特征是大动脉与心室连接不一致,同时伴有房室连接不一致。在这一类型心脏畸形中,心房可以是正位的,也可以是反位的,同时心脏可以出现在胸腔的任何位置,包括左位心、右位心和中位心。ccTGA是一种罕见的先天性心脏病,发病率不足1%。有1%的ccTGA患者没有合并症,可以一直没有症状,40岁以后才出现三尖瓣反流等症状,50岁以后出现房性心律失常。由于房室结位置的异常,这些患者容易发生房室传导阻滞。随着年龄的增长,这些患者发生完全性房室传导阻滞的概率每年增加2%。有关研究表明,34.6%的ccTGA患者会发展成需植入永久起搏器的房室传导阻滞。心脏起搏器是心血管内科常用的电子医疗仪器,它可以通过发送特定形式的电脉冲来刺激心肌兴奋和收缩,从而模拟正常人心肌的搏动,可有效地治疗某些心律失常所致的心脏功能障碍。

目前,植入永久起搏器是治疗缓慢性心律失常的主要途径,已在临床中得到广泛应用。心脏永久起搏器植入术属于介入治疗,对技术和专业要求较高,术中及术后不可避免会发生各种不良反应和合并症。

本病例患者入院后行二尖瓣置换术+三尖瓣成形术+房颤射频消融术+房间隔缺损修补术+左心耳闭合术,并放置临时起搏器,术后因三度房室传导阻滞,植入永久起搏器。因此,永久起搏器植入术后的护理重点是做好术后的病情监测,特别是对起搏器功能的监测。患者因心脏瓣膜置换术需进行抗凝治疗,应加强抗凝管理,警惕出血风险,同时关注术后并发症,特别是电极脱落的观察与预防,以及规范伤口护理以预防感染。针对心功能的恢复,需指导患者早期活动,并关注患者的心理状况。总之,该类患者围手术期的护理措施需更加精细化,以降低术后不适症状的发生率,减轻后期带来的痛苦,提高患者的舒适度,缩短生活自理能力恢复时间,提高手术恢复质量。

病例分析

患者为59岁男性,因“活动后胸闷2年,加重6小时”入院,入院前外院心脏彩超提示:1.矫正型大动脉转位;2.房间隔缺损;3.二尖瓣重度关闭不全;4.三尖瓣重度关闭不全。心电图提示心房颤动。入院后查N-末端脑钠肽前体3877.1皮克/毫升,诊断为急性右心衰,于全麻下行二尖瓣置换术+三尖瓣成形术+房颤射频消融术+房间隔缺损修补术+左心耳闭合术,并放置临时起搏器。术后,患者心功能Ⅲ级,生活自理能力评分30分(重度依赖);心电图提示窦性心动过缓+起搏心率,转入CSICU(心外科重症护理病房)。因凝血功能欠佳、皮肤黏膜苍

白,给予血浆输注改善凝血。术后第5天心电图提示二度房室传导阻滞,术后第14天停用临时起搏器后出现三度房室传导阻滞,遂转入本科室植入永久起搏器,同时保留临时起搏器辅助工作。经积极抗感染、改善心功能、改善循环及监测凝血功能等对症治疗后,患者心功能恢复良好,N-末端脑钠肽前体降至1246.56皮克/毫升,术后第2天停用临时起搏器。患者心功能改善至Ⅱ级,生活自理能力评分50分(中度依赖),轻度活动无不适,无心悸、胸闷、喘息、乏力等症状,术后第7天拆除心脏起搏器切口缝线。术后第9天,患者病情稳定出院。

加强抗凝管理
心脏瓣膜置换术后需要口服华法林进行抗凝治疗,尤其对于置换机械心脏瓣膜的患者,需要终身服用华法林。有关调查显示,我国每年约8%的华法林使用者会发生出血事件,其中1%为严重出血事件。规范的术后抗凝治疗是提高手术疗效、预防并发症、改善患者远期生存及生活质量的关键。患者行二尖瓣置换术,应

使用华法林终身抗凝,目标INR(国际标准化比值)为1.8~2.5。术后监测凝血功能,初期每2天~4天检测一次INR。患者瓣膜术后第二天,活化部分凝血活酶时间为26.8秒,偏低,提示凝血功能欠佳,且出现皮肤黏膜苍白,遂给予输注血浆改善凝血功能。输血后,红细胞计数为 $3.12 \times 10^{12}/\text{升}$,血红蛋白为100克/升。服用华法林时,应严格按照

医嘱每天大约在同一时间服用,并在早上进行INR检测。不要擅自增加或减少药物剂量。若漏服,8小时内应尽快服用;若超过8小时,应等待至正常给药时间服用,切勿增加次日服用剂量。密切观察出血指征,若出现内出血体征,如剧烈头痛、尿血;轻微出血,如牙龈出血、鼻出血等,请及时告知医生。患者经血浆输注后未出现出血症状。

预防感染
患者因先后植入临时起搏器和永久起搏器,存在感染性心内膜炎与囊袋感染风险。住院期间,实验室检查提示白介素-6偏高,为17.33纳克/升,不伴有发热等临床表现。护理中需时刻关注

伤口情况并做好伤口护理,至少每7天更换1次无菌透明敷料,至少每2天更换1次无菌纱布敷料。若出现囊袋感染,需实施外科清创处理,重新选择囊袋位置。同时严格实施体温动态监测,遵医嘱使用抗生素药物以预

防感染。患者经历两次手术,体质虚弱,易发生感染,需加强营养支持,指导其加强营养,合理摄入高蛋白、高维生素、低盐低钠食物,以增强体质、降低感染风险。患者在住院期间体温平稳,各项感染指标恢复正常。

电极移位的预防与护理
电极移位是永久起搏器植入术后的常见并发症,国外研究显示其发生率为2.5%,多发生在术后24小时~48小时内。其发生原因与术后患者活动不当、心内膜条件差、电极导线植入位置不理想等有关。临床上,患者可能出现心悸、头晕等不适。严重起搏器依赖者还可能出现眩晕等症状,更严重者可出现阿-斯综合征。双腔起搏器的心房电极通常

放置在右心耳,心室电极多放置在右心室心尖部,但该患者因先天性矫正型大动脉转位,传导束纤细且迂回,与正常患者传导束存在差异,因此其起搏器电极放置位置与常规位置不同。为预防患者发生永久起搏器电极移位,护理人员需重点关注患者的术后体位并加强运动指导,指导患者术后取平卧至少24小时,术侧肢体制动72小时,避免术侧肢体过多活动,同时避免术侧上肢上举

及外展,以避免电极脱位和心律失常。术侧肢体可适当活动,但需遵循循序渐进原则,逐渐增加活动幅度,并密切监测心电图变化。若出现感知失灵或起搏器异常等情况,应立即报告医生并协助处理。同时,告知患者避免进行导致电极移位的活动,如深呼吸、剧烈咳嗽等。若电极移位,需按初次插入心内膜导管电极的方法准备电极复位。患者在住院期间未发生电极移位情况。

康复护理
患者术后需平卧至少12小时,护理人员应密切观察穿刺点有无出血、动静脉瘘等情况。若术后24小时生命体征平稳,未见头晕等不适,伤口无渗血,心电图提示起搏器工作状态良好,可适量下床活动。早期下床时,先在病床上休息半小时,确认无不适及安全隐患后,检查肩肘关节固定情况,然后协助患者下床在床旁站立2分钟,同时密切关注有

无不适,若无不适,可根据患者体质恢复情况,扶助其在床旁/室内适当走动。早期应避免大量活动,下床时应避免向前弯腰用力、跑步等剧烈运动及自主肩肘移动,同时注意避免碰撞。若患者术后6小时内出现囊袋积血、电极移位等,需适当延长卧床时间。活动时,需密切关注患者有无头晕不适、伤口渗血等异常,如有上述异常应立即停止活动。该患者术后Padua(内科住院患者静脉血

栓栓塞症风险评估工具)评分为3分(低度风险),只需进行常规的预防措施。患者卧床期间,护理人员应叮嘱患者进行下肢膝关节屈伸运动及踝泵运动,并将床尾抬高20度~30度,以促进下肢静脉血液回流。该患者术后未出现腰背/术肢疼痛不适、血栓形成等问题。

经早期康复指导后,患者心功能有所改善,生活自理能力评分提高至65分(轻度依赖)。

心理护理
心理护理可显著提升患者的自我效能及生活质量。针对患者在住院期间产生的轻度不良情绪,护理人员通过心理疏导和安

抚,并采用多种方式转移注意力,消除患者的不良心理情绪。在日常护理中,护理人员应多关注患者的情绪变化、饮食、睡眠等情况,主动了解患者的思想动

态,帮助其树立战胜疾病的信心,保持乐观心态,积极参与到治疗中。该患者在住院期间与医护人员沟通良好,积极配合诊治。

健康指导

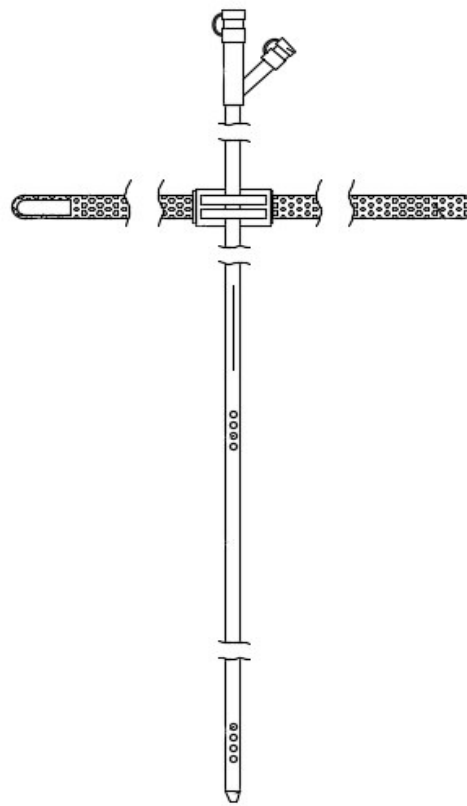
患者出院时需对其进行起搏器知识指导。告知患者起搏器设定的心率下限,并教会患者通过桡动脉监测脉搏。叮嘱患者出院1个月内,每日早中晚各监测一次,待病情稳定后改为每日一次。脉搏监测应尽量做到定时、定位,且监测前30分钟避免剧烈运动、进食、排便等。若出现心率低于起搏器设置的阈值,或出现

头晕等症状,需及时就医。心功能正常的患者可进行常规家务及日常工作,但应避免剧烈运动。日常使用的家用电器和办公用品均可正常使用。外出时,需携带起搏器卡,过安检时可出示作为证明。同时,要注意远离高压电区域,如雷达探测站、高压电站等。就医时,应主动告知医护人员安装有起搏器。医院常规检查

及治疗通常不会影响起搏器工作,必要时也可进行磁共振检查。明确告知患者出院后的复诊时间和地点。术后半个月,患者需到本院门诊复诊。若患者未再出现晕厥、乏力等心动过缓相关症状,未发现起搏器相关并发症,则意味着恢复状态良好。

(作者供职于河南省胸科医院心血管内科三病区)

■ 小发明



适用于消化道手术患者的双腔鼻胃肠管结构简易正面示意图

技术背景

鼻肠管在X光下可见,在盲插过程中,鼻肠管借助引导钢丝被伸直并置入胃中,随后取出导丝。在胃肠动力正常的情况下,鼻肠管可在8小时~12小时内自行通过幽门,也可在内窥镜辅助下通过幽门。肠内营养通过鼻肠管直接提供,以维持肠道完整性、减少细菌移位,并降低能量消耗及高代谢水平。目前,部分鼻肠管缺乏引流功能,无法快速对胃肠内进行减压。当患者胃肠胀气时,因导管已插入,气体排出较为困难,舒适性较差。此外,鼻肠管插入后需限位以防位置滑动。现有鼻肠管固定方式通常是用固定贴包裹导管末端并粘贴于患者口鼻处,但若患者脸部出汗或渗出油脂,会导致固定贴黏性显著下降,影响导管固定效果,实用性较低。为解决以上问题,有必要设计一种适用于消化道手术患者的双腔鼻胃肠管。

创新内容及亮点

这种适用于消化道手术患者的双腔鼻胃肠管包括管体。管体的表面分别设置有4个第一侧孔和4个第二侧孔,管体的底端固定套接有插入端,管体的背面设置有放置层。放置层的两侧分别系接有第一绑带和第二绑带。第一绑带的正面粘接有公魔术贴。第二绑带的背面粘接有与公魔术贴配合使用的母魔术贴。管体的正面与放置层之间粘贴有两个固定贴。管体中间设置有开口压痕。管体的总长度为1.7米。管体的顶端与第一侧孔之间的长度为1.2米。第一侧孔与第二侧孔之间的长度为0.3米。管体的顶端固定套接有Y形三通管。Y形三通管的另外两个端口均固定套接有防尘套。防尘套由PP材质制造而成。第一绑带和第二绑带的正面分别设置有若干个透气孔。插入端的形状为由细至粗的锥形。插入端和管体的表面均涂覆有亲水涂层。

有益效果

1.将插入端置入患者体内,插入过程中带动管体一同进入,直至管体的第一侧孔和第二侧孔分别到达患者的胃部和肠道。此方法可快速对患者胃肠内胀气进行减压,从而提升患者的舒适度。
2.将放置层放在患者的下巴处,然后用双手同时拉住第一绑带和第二绑带,向患者的颈后方向拉动。当第一绑带和第二绑带拉紧到一定程度后,将母魔术贴和公魔术贴粘在一起,即可实现防脱落的功能,有效提高导管的固定效果,实用性高。

(作者供职于河南科技大学第二附属医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对手记》《护理感悟》等栏及对手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!

投稿邮箱: 568689252@qq.com

■ 护理感悟

温暖是护理最美的底色

□ 赵美玲

怀揣着对白衣天使的憧憬与对未知的忐忑,我来到南阳市第二人民医院神经外科三病区开启了我的实习路。第一次身着护士服站在护士站,我仿佛闯入一片陌生领地。空气中弥漫着消毒水的气味,仪器发出规律的滴答声。我不知所措地站着,手脚不知如何安放。
幸运的是,护士长用温暖的笑容融化了我的不安。她带领我们这群“护理新人”探索病区每个角落,细致讲解环境布局,耐心示范如何得体敲门、如何有效沟通。这份细致的关怀,让我们忐忑的心安定下来。
总带教老师欣言就像我们坚实的“灯塔”,从不简单地灌输知识,而是手把手、点对点地将临床知识烙在我们心中。在带教过

程中,她一遍遍地强调“三查七对”,要求我们反复核对每个环节,直到我们形成肌肉记忆;讲解无菌操作时,她目光如炬,从开包手法到镊子传递角度,每个细节都不容出错;面对职业暴露风险,她条理清晰地给我们讲解预防与应急流程,教会在保护患者的同时要注意自身安全。
在专业知识的传授上,老师们更是倾囊相授。欣言老师和病区的各位老师,运用生动的临床实例,将书本上冰冷的文字转化为鲜活的判断依据——无论是评估患者意识的细微变化,还是精准测量与解读瞳孔数据。她们言传身教,用实际行动诠释:护理不仅是专业技术,更是心与心的联结。

在神经外科三病区这个大家庭里,动人的故事每天都在发生。我尤其记得那位因摔伤住院的9岁女孩——疼痛让她的脸庞皱成一团,眼里蓄满泪水。这时,护士长俯身取出彩笔和画册,轻声安慰:“我们来画一位勇敢的小公主,好不好?”女孩渐渐拿起画笔,笔尖在纸上缓缓移动,专注的神情逐渐替代了先前的恐惧。
几天后,小女孩将一幅题为“天使护士长”的涂鸦送到我们手中。那稚拙的线条与纯真的笑容,触动了每个人的心。出院时,小女孩踮脚在护士耳边轻声说道:“谢谢姐姐,你们打针不疼,就像动画片里的守护天使。”这句稚嫩却真诚的话语,如暖阳洒入人间,不仅消

散了连日奔波的疲惫,更让我初次感受到这份职业带来的温暖。
病区里的温暖还有很多:6床的阿姨虽然被病痛折磨,却总在我们忙碌时投来微笑,轻声说:“有你们在,我很安心。”13床的爷爷每次护理后,总会紧紧握住我们的手,浑浊的眼眸里充满了无声的信任。这些平凡的瞬间如同黑夜中的星辰,照亮了我们匆忙的脚步,更点燃了我們心中不灭的火焰——以专业与爱心,守护每一个生命。
回望实习历程,我恍然发觉,当初那个站在护士站旁手足无措的“小白”,已在老师们的悉心带领下悄然成长,从铺一张床单都手心里,到能相对清晰地评估瞳孔反应;从面对患者时紧张得辞不达意

到学会用老师所教的方式温和交流;从对“三查七对”感到陌生烦躁到在每次操作前下意识地默念流程、反复核对。虽然我与老师们的水平相差甚远,但那份扎根于心的严谨习惯与日渐坚定的专业自信,已然成为这个秋天最珍贵的收获。
即将转科,我的心中满怀不舍与感激。感谢老师们毫无保留的指导与温暖包容。在神经外科三病区,我读懂了护理:它既是严谨的科学,也是流淌于指尖的温度;是精准的技术,更是发自内心的关怀。这份专业与人文交融的力量,将指引我一路前行。
(作者系濮阳医学高等专科学校实习生,文章由南阳市第二人民医院王玲玲、曾宪焕指导)