

专科护理

肥厚型梗阻性心肌病患者的围手术期护理

□王真真

肥厚型梗阻性心肌病(HOCM)以室间隔非对称性肥厚及左心室流出道(LVOT)动力性梗阻为主要特征,静息状态下或经激发后LVOT压差≥30毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)即可确诊。其病理基础为肌节蛋白基因突变,该突变会导致心肌细胞排列紊乱、间质纤维化,进而引发舒张功能障碍、心肌缺血及恶性心律失常,是青少年与运动员心脏性猝死的首要原因。

对于药物治疗无效的患者,经皮室间隔酒精消融术(ASA)通过向间隔支注射无水酒精,造成可控性心肌梗死,使肥厚的室间隔变薄、LVOT增宽,从而缓解梗阻并改善症状;但酒精沿间隔支弥散的不确定性可能累及房室结动脉及束支,导致术后完全性房室传导阻滞发生率高达12%~20%,还可能出现心室颤动、低血压、心包积液或心肌损伤后综合征(PMIS)等并发症。

病例分析

患者为女性,68岁,因“活动后胸闷7年余,加重半年”入院。7年前曾因“急性前壁心肌梗死”于外院行冠状动脉造影,结果提示前降支近段狭窄约70%,给予阿司匹林、他汀类药物治疗后症状部分缓解。患者近半年日常活动即感胸闷、乏力,到院就诊,超声检查提示“室间隔增厚、LVOT梗阻”,为寻求进一步治疗转入我院。

入院查体:体温36.4摄氏度,血压140/80毫米汞柱;心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线外1厘米,可触及收缩期抬举性搏动,胸骨左缘可闻及收缩期喷射性杂音,并向腋下传导。实验室检查提示:N末端脑钠肽前体升高,心肌肌钙蛋白I正常,肾功能、电解质、凝血象无异常。心电图检查提示:窦性心律,左心室高电压。超声心动图提示:室间隔基底段显著增厚(18毫米),左心室后壁厚度11毫米;SAM征(是M型超声诊断中二尖瓣前叶在收缩期向室间隔方向异常前移的波形现象)阳性,LVOT最大瞬时压差60毫米汞柱,伴二尖瓣中度反流。冠状动脉造影提示:前降支近段60%局限性狭窄,对角支及间隔支粗大,第一间隔支粗大,供应肥厚区域。心脏MRI(磁共振成像)提示:室间隔基底段及前壁中层心肌延迟强化,提示局灶性纤维化。

综合临床表现及辅助检查结果,患者被明确诊断为肥厚型梗阻性心肌病,静息状态下LVOT压差>50毫米汞柱且心功能Ⅲ级,符合ASA适应证。

术前停用抗血小板药物5天,给予低分子肝素桥接。随后,患者在局部麻醉及肝素化下行ASA:经右股动脉路径,将Runthrough导丝(一种用于血管介入手术的亲水性导丝)及OTW球囊(介入治疗中常用的器械)送至间隔支近段,待球囊充盈后再次注入1.5毫升无水酒精。术中持续监测主动脉压及LVOT压差,LVOT压差由术前93毫米汞柱降至13毫米汞柱。术中出现一过性右束支传导阻滞,给予临时起搏器植入,手术结束。

术后,患者被转入冠心病监护病房,给予持续心电监护、精细化血流动力学管理。穿刺部位予以沙袋压迫6小时后改为弹性绷带加压包扎,术侧肢体严格制动24小时,并严密观察足背动脉搏动情况等。患者术后病情平稳,未发生胸痛、传导阻滞进展或穿刺相关并发症,术后3天下床活动,术后10天康复出院。

护理措施

心律与血流动力学监测
术后立即完成12导联心电图基线记录,随后持续心电监护72小时。每2小时记录PR间期(指从P波的

起点至QRS波群的起点这一段时间)、QRS波(心室除极的电位变化,反映左右心室除极电活动)形态及ST-T段变化,重点监测双

侧束支传导阻滞是否进展为三度房室传导阻滞。床旁备好除颤仪、临时起搏器、利多卡因、阿托品等,并建立双静脉通道。

穿刺部位及下肢循环观察
术后立即以左手三指法压迫股动脉穿刺点20分钟。在指压过程中保持足背动脉微弱搏动,确认无出血后覆盖无菌纱布,再使用弹力绷带加

压包扎,并放置0.5千克沙袋持续压迫6小时。每30分钟触诊检查足背动脉搏动强度、皮肤温度及颜色,记录双下肢周径并与术前数据进行比较。术后24小时内,术侧腕

关节需保持伸直位,避免翻身及屈髋角度超过30度。患者术后12小时足背动脉搏动良好,术侧下肢周径较术前增加0.5厘米,无疼痛及麻木感。

PMIS的预警与处理
PMIS经常发生在术后1天~7天,其发病机制与坏死心肌抗原释放引发的自身免疫反应相关。护理团队需每

日在7时、11时、15时、19时及23时监测患者的体温、心率、血压及血氧饱和度,并记录胸痛的程度、持续时间及诱发因素;术后抽血检查显

示心梗三项(肌钙蛋白、肌红蛋白和肌酸激酶同工酶)指标显著升高,但患者术后未出现体温升高及胸痛症状。

导管安全管理与非计划拔管预防
术后患者携带临时起搏导线、右颈内中心静脉导管及尿管。护理过程中需严格遵循“一管一标签”原则;临时起搏导线采用透明敷料交叉

固定于右下胸壁,外露长度为10厘米,并贴上红色标签注明“禁止牵拉”;中心静脉导管每3天更换一次无菌敷料,冲管时使用10毫升预充式生理盐水进行脉冲式冲洗;尿管固定于右大腿内侧,尿管需保持

低于耻骨联合的位置,每4小时进行一次放尿操作并记录尿量。各班护士需严格交接导管刻度、固定情况及穿刺点皮肤状况。患者住院期间未发生导管脱出情况。

心理护理与健康教育
责任护士每日开展10分钟床边沟通,采用共情-解释-示范三步法:共情——告知患者“您担心心跳突然变慢

的心情是可以理解的,很多像您这样的患者会有类似的顾虑,这是正常反应”;解释——借助解剖图详细讲解传导阻滞的发生机制及临时起搏

器的作用;示范——指导患者触摸股动脉搏动并记录。出院前1天,组织患者及其家属参与“HOCM自我管理”小课堂。

康复与出院计划参考
《成人心脏康复专家共识》指出,术后24小时内进行床上主动踝泵运动;术后第2天取30度~45度半卧位,若床边端坐30分钟无头晕症状,协助站

立2分钟;术后第3天在室内步行50米;术后第4天~5天每日增加50米步行距离;术后第6天完成6分钟步行试验。出院标准:无胸痛、心悸症状;穿刺点干燥,无血肿;心功能分级≤

Ⅱ级;患者已掌握脉搏自测方法及复诊时间。患者术后第10天符合上述所有标准,予以出院。出院后1个月进行电话随访,患者未出现胸闷、胸痛症状。

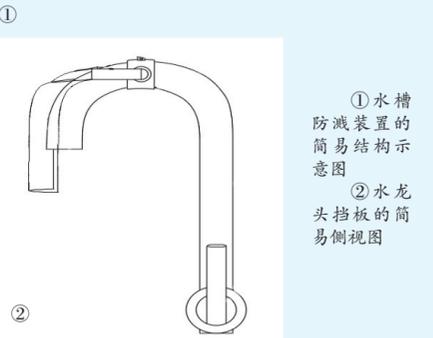
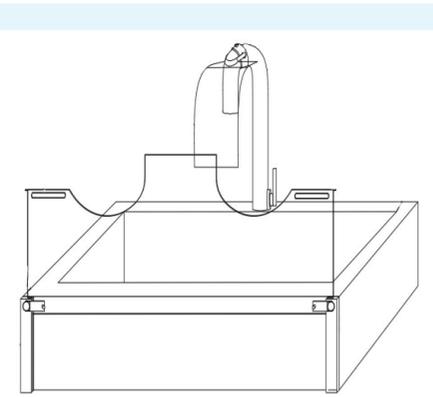
护理体会

通过持续监测心电与血流动力学指标,尽早识别并处理传导阻滞及低血压;规范股动脉穿刺点管理,预防出血及假性动脉瘤;动态观察PMIS相关症状,及时给予镇痛治

疗;加强多导管固定与交接管理,杜绝非计划拔管;实施系统化心理干预及个体化康复指导,提升患者自我管理能力和精细化护理措施,患者顺利度过术后危险期,心功能及活动

耐力均显著改善,为今后开展ASA及经皮心肌内室间隔射频消融术等新技术护理提供了可复制的循证依据。(作者供职于河南省胸科医院心血管内科)

小发明



①水槽防溅装置的简易结构示意图
②水龙头挡板的简易侧视图

技术背景

医院各科室均需对使用后的各类医疗器械、医疗用具进行清洁处理,方可再次投入使用。为此,医院相关科室通常会设置专用水槽,以供医护人员开展器具清洗工作。但在实际使用过程中,现有水槽仍存在诸多使用不便之处。由于不同医疗器械、医疗用具的功能及使用场景存在较大差异,多数器械使用后残留药液、药液及其他污染物。医护人员在清洗此类器具时,常面临水流飞溅的问题;因清洗水流冲击力较大,且缺乏有效的阻挡,水流撞击器械后会携带残留的血渍、液体四处飞溅。由于医护人员操作时与水槽距离较近,飞溅的液体极易沾染至医护人员衣物上,造成衣物潮湿、污染,既影响操作舒适性,也给医护人员的清洗工作带来诸多困扰。因此,设计一种水槽防溅装置具有重要意义。

创新内容

这种水槽防溅装置由水槽、滑槽固定座、水槽挡板、水龙头杆体、水龙头挡板等组成。水槽一端安装有滑槽固定座,其内部设有滑槽。滑槽与水槽挡板滑动连接。滑槽固定座上端安装有吸盘扣,水槽挡板上端设有拉手。水槽上端安装有水龙头杆体,杆体底端设有手柄,出水端安装有喷嘴。水龙头杆体顶部设有水龙头挡板固定座,该固定座上端安装有固定块。固定块与紧固螺母转动连接。水龙头挡板固定座侧端安装有旋转组件。旋转组件与水龙头挡板固定连接。滑槽固定座共有两个,分别安装于水槽正面两侧。

水槽挡板顶部为凹凸结构,其中部为半圆形凹陷。水槽挡板顶部两侧各设有一个拉手,共计两个,便于医护人员通过拉手控制水槽挡板上下移动。

水龙头挡板固定座通过紧固螺母与固定块转动连接,以实现固定;借助紧固螺母与固定块的旋转固定,可将其固定在水龙头杆体上;拆除紧固螺母,则能将水龙头挡板固定座从水龙头杆体上拆卸,或调整其固定位置。

旋转组件共有两个,对称安装在水龙头挡板固定座的两端。水龙头挡板上部的两端与旋转组件的延伸部固定连接。

水龙头挡板与水槽挡板均采用透明材质制成,确保医护人员在清洗过程中视野不受遮挡,可清晰观察医疗器械的清洁状况。

有益效果

1.通过在水槽一侧固定安装滑槽固定座,可使水槽挡板沿滑槽实现升降运动。

2.水槽挡板的凹陷部位呈半圆形,医护人员使用水槽挡板清洗器具时,手臂可贴合放置,避免因水槽挡板顶部为平面导致手臂无处安放,进而提升清洗操作的便捷性。

3.拉手的设置,便于医护人员通过拉动拉手实现水槽挡板的升降。

4.通过紧固螺母与固定块的旋紧固定,可将水龙头挡板固定座固定于水龙头杆体上,拆卸紧固螺母后,即可将水龙头挡板固定座从水龙头杆体上拆下或调整其固定位置。

5.两组旋转组件的设置,可同步带动水龙头挡板上下翻转,水龙头挡板与旋转组件延伸部固定连接,可根据实际使用需求调整其遮挡角度。

6.水龙头挡板与水槽挡板均采用透明材质,便于医护人员在清洗过程中清晰判断器具的清洁程度。水龙头挡板与水槽挡板配合使用,可实现双重防水防护,有效提升防水效果。

(作者供职于河南省中医院)

一种水槽防溅装置

□郑云文/图

护理管理

护理人员档案管理表在护理人力资源管理中的应用

□郭哲 谷文燕 石艳丽

护理人力资源管理是护理管理工作的基础内容之一,护理人员的数量、职称结构、层级分布、年龄构成等信息直接关系到护理队伍建设与护理质量管理的整体水平。然而,在未配备专业护理管理信息系统的情况下,护理部在日常工作中需频繁向临床科室收集护理人员的相关信息,以动态掌握信息。这不仅增加了一线护理人员的非护理工作负担,还使护理部的统计工作耗时费力、效率低下。

为提高护理人力资源管理效率,减轻科室重复上报的压力,我院护理部结合护理管理工作实际需求,充分利用现有办公条件,设计了一套基于Excel(电子表格)的护理人员档案管理表,并将其运用到实际工作中。该管理表以单一数据源为核心,通过模块化设置与公式联动,实现了人员信息的集中管理、动态更新、自动汇总及可视化呈现。实践证明,这一方法显著减轻了临床科室的工作负担,有效提升了护理部的管理效率与数据准确性,为护理人力资源的精细化管理

与科学决策提供了有力支持,同时也为资源有限的医疗机构提供了一种低成本、易实施的信息化管理路径。

现状与管理困境
在日常护理管理工作中,护理部需定期或不定期统计各科室护理人员总数、职称结构、年龄分布、合同到期情况等,以满足医院管理、上级部门报送及护理发展规划的需求。由于缺乏统一的信息管理系统,相关数据多依赖各科室人工填报,过程中常出现统计口径不一致、信息重复矛盾、更新不及时等问题。这不仅增加了临床科室不必要的报表填报压力,还使护理部陷入了繁琐的数据核对与整理工作中,导致管理效率与数据质量均受到制约,难以满足护理精细化管理的需求。

护理人员档案管理表的设计内容
针对上述问题,我院护理部以护理管理实际需求为导向,设计了基于Excel的护理人员档案管理表。该管理表以“人员信息表”为核心数据源,围绕护理部常

用管理内容进行模块化设置,可集中录入护理人员的基本信息及关键管理指标,如姓名、科室、岗位、职称、年龄、学历、合同类型、入职时间等内容。所有护理人员的相关数据均在此表中统一维护,确保数据来源唯一、口径一致。

围绕常用管理场景,我们设置了多个自动化功能模块,例如可视化图表板块,通过函数和图表形式,对护理人员总数、职称结构、层级分布、年龄构成等常用信息进行自动汇总和直观展示,便于护理管理人员快速掌握全院护理人力资源现状。同时,结合护理管理的实际需求,我们新增了合同续签管理表、生日提醒表及档案打印表等子表。其中,合同续签管理表可根据合同到期时间自动筛选并高亮显示即将到期人员,便于提前规划续签事宜;生日提醒表会自动列出当月生日人员,便于护理部开展人文关怀活动;档案打印表通过模板化设置,实现护理人员档案的规范化输出。所有子表数据均通过公式与总表关联,仅需在

总表中更新或维护数据,各关联板块即可实时自动同步,有效避免了重复录入。

应用效果
在实际应用过程中,基于Excel的护理人员档案管理表在多个方面发挥了积极作用。

1.有效减轻了临床科室的工作负担:护理部所需数据大多可直接从护理人员档案管理表中获取,大幅减少了向科室下发统计表的频次,使临床护理人员能够更加专注于临床护理工作。

2.显著提高了统计效率和数据准确性:通过自动汇总和统一管理,缩短了数据整理时间,减少了人为统计错误,提升了数据的及时性和可靠性。

3.为护理管理决策提供了直观支持:通过可视化图表,护理人员资源配置状况一目了然,为护理人员配置、梯队建设和护理发展规划提供了参考依据。

4.在无专业信息系统的条件下,实现了低成本的信息化管理:操作简便、易于维护,适合在基层医疗机构和资源有限的医疗机构推广应用。

体会与思考
护理管理信息化建设并非必须依赖大型信息管理系统,也可立足实际,因地制宜地探索适合自己的管理工具与方式。

基于Excel的护理人员档案管理表虽然功能有限,但是在现阶段有效弥补了护理管理系统缺失所带来的管理空白,实现了护理人事信息的规范化和动态管理。在实际应用过程中,应重视数据安全与权限管理,定期备份资料,确保信息的真实性和完整性。随着医院信息化水平的不断提升,该管理模式可为后续护理管理系统的建设提供实践经验和数据基础。

通过设计并应用护理人员档案管理表,我院在现有条件下实现了护理人力资源的高效、规范管理。此举不仅有效减轻了临床科室的工作负担,还显著提升了护理管理工作的规范性与效率,为同类医疗机构探索简便、实用的护理信息化管理路径提供了可借鉴的经验。

(作者供职于河南科技大学第二附属医院护理部)

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护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱: 568689252@qq.com