

■ 专科护理

起搏器囊袋破溃护理要点

□杨玉飞

笔者结合一位高龄重度消瘦、多次起搏器术后出现囊袋破溃感染患者的诊疗经过,阐述该并发症进展快、风险高,严重时可引发致命感染,需要整体拔除起搏装置。高龄、消瘦、心功能不佳及多次手术患者属于高危人群,临床围绕伤口感染防控、营养支持、个体化康复等开展精细化围手术期护理,既促进切口愈合、改善心功能实现顺利康复,也为同类病例护理提供参考,有效降低术后并发症发生风险。

主要危害

永久性心脏起搏器是治疗各种原因引起的不可逆性心脏起搏和传导功能障碍性疾病的主要方法,常用于“有症状的心动过缓”患者。

“有症状的心动过缓”是指心室率缓慢导致脑供血不足,可导致头晕、视物模糊和短暂意识丧失,以及体力活动耐力降低、充血性心力衰竭等表现。

心脏起搏器植入手术后,患者胸壁皮下会形成容纳设备的囊袋,若护理不当或发生感染,囊袋可能出现破溃,导致皮肤裂开,起搏器外露,甚至严重感染。起搏器囊袋破溃是心脏起搏器植入术后较为严重的并发症之一。这种并发症起病隐匿、进展迅速,若处理不当可能引发致命感染,造成全部起搏器拔除,增加临床治疗难度和患者的经济负担。

患者一旦怀疑囊袋破溃,需要立即就医。其治疗原则是彻底清创,控制感染;若感染严重,需要移除起搏器,改为临时体外起搏器;待感染控制后在对侧胸壁重新植入新设备,或植入无导线起搏器。因此,对起搏器囊袋破溃患者的护理非

常重要。

典型病例

一位80岁的女性患者以“突发晕厥20年,永久性起搏器植入术后半年,术区皮肤破溃1个月”为主诉入院。患者20年前于当地医院进行永久性单腔起搏器植入术(切口为左前胸锁骨下)。

半年前,因起搏器的电池耗尽,于外院进行永久性双腔起搏器更换术(切口为右前胸锁骨下),1个月前右前胸锁骨下术区皮肤破溃,大小约2厘米×3厘米,伴脉冲发生器外露。

为进一步治疗,患者以起搏器囊袋破溃为诊断入院。患者高龄、精神差,身高145厘米,体重30千克,BMI(体重指数)为14.27千克/平方米,属于重度消瘦,心律60次/分,血压125毫米汞柱/68毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。心脏彩超:双心房增大,二尖瓣、三尖瓣反流。实验室检查:N-末端脑钠肽前体测定结果为1260.29皮克/毫升。术前囊袋感染处组织细菌培养为葡萄球菌感染,给予抗感染、利尿、补钾等药物治疗。入院后第3

天,医生为患者进行全身麻醉下永久性起搏器电极导线拔除+脉冲发生器取出及囊袋术区清创缝合术,积极控制感染,定期换药,严格无菌操作。入院后第7天感染控制后,医生为患者进行在局部麻醉下“永久性起搏器植入术”。

针对患者围手术期营养摄入量不足、长期卧床、活动受限、心功能不全及多次进行手术的状况,医生给予强化营养支持,加强双侧手术切口管理,延迟拆线,进行个体化康复治疗,预防压疮及跌倒。植入永久性起搏器术后第12天拆线,患者的炎性指标和心力衰竭指标较前明显好转,双侧手术切口愈合良好,术后第13天康复出院。1个月后随访,患者切口皮肤情况完好,生活完全自理。

护理要点

患者多次手术,有瘢痕及感染性伤口,存在组织完整性受损、切口感染及切口愈合不良的风险。电极导线拔除术及再次进行永久性起搏器植入术后,要严密观察双侧切口有无渗血、红肿、囊袋积血等情况,对切口进行局部加压包扎,保持敷料清洁、干燥,定期换药。

护理人员应严格无菌操作,避免交叉感染;遵照医嘱给予患者足量抗生素静脉滴注,定期复查血常规,积极防治感染;给予手术切口红光治疗,每日2次(红光治疗是通过光生物调节作用促进组织修复,提升细胞新陈代谢效率,加速蛋白质合成,诱发细胞增殖,有利于患者伤口愈合);动态评估永久性起搏器植入术切口愈合情况,确保切口更好地愈合,降低伤口裂开或感染的可能性,从而提高伤口愈合的成功率。

营养支持 患者因长期卧床和心力衰竭导致营养不良。医务人员要动态评估患者的营养状况,制订高蛋白、高维生素的饮食计划,少食多餐。护士要根据医嘱,通过静脉为患者补充营养液;术后,鼓励患者逐步增加活动量,以改善食欲。

电极导线脱落及移位的预防与护理 患者刚进行两次手术,需要防止电极导线脱落和移位。术后,患者应卧床休息,限制术侧肢体活动,进行心电图监护。患者病情稳定后,护士要指导患者逐步下床活动,但要避免剧烈动作。

活动耐力提升 患者长期

卧床,可导致肌肉萎缩和心功能不全,生活自理能力差。医务人员制定个性化康复方案,鼓励患者在床上活动,逐渐增加活动量;患者要注意休息,密切监测心功能和电解质变化。患者出院时,心功能基本恢复正常。

起搏器囊袋破溃是生死攸关的并发症,但是其发展有迹可循。患者需要建立“定期自查+及时就医”的意识,术后2周内切口避免沾水,愈合后每日用清水轻柔清洁囊袋周围皮肤,勿抓挠或用力摩擦;穿宽松柔软的衣服,避免背包带、安全带等长期压迫囊袋区域;睡觉时勿侧卧,以免压迫患侧;术后1个月内避免用患侧手臂提重物、高举或剧烈运动(如打球),防止起搏器移位;触摸囊袋是否肿胀、发硬,观察皮肤有无发红、渗液或破溃,定期复查囊袋状态,发现异常立即就医。

患者应坚持自查,医务人员要定期随访,可以将起搏器囊袋破溃并发症的风险降低,让起搏器真正成为保障患者安全的“生命引擎”。

(作者供职于河南省胸科医院心血管内科七病区)

■ 护理感悟

在老年医学科从事护理工作以来,我深刻地体会到,老年患者的护理不仅需要专业技能,还要掌握沟通艺术。不同于其他年龄段患者,老年患者因生理机能衰退、心理状态特殊、认知能力下降等特点,对沟通的需求迫切又特殊。

有效沟通是化解矛盾、提升护理质量、守护老年患者身心健康的关键。

与老年患者沟通,要学会共情倾听,放慢节奏,读懂他们的言外之意。不少老年患者语速缓慢、表达不连贯,甚至因听力下降、记忆力减退,反复诉说同一件事,此时耐心便是良好沟通的前提。

我曾护理过一位高龄重症患者,医嘱要求24小时心电监护及氧气吸入,患者不是把监护仪导线断开就是把吸氧管扔到一边,吃药时也总是抵触。起初,我急于完成护理操作,简单叮嘱几句后便匆匆离开,沟通屡屡受阻;后来,我改变方式,每次护理前都先坐在患者身边,握着他的手,放慢语

速、提高音量,静静听他念叨过往的琐事,哪怕是重复多遍的话语,也认真回应、不打断。患者的抵触源于孤独与不安,他的沉默是渴望被关注、被理解。当我真正静下心来倾听,给予足够的尊重与陪伴,患者逐渐放下戒备心理,主动配合治疗与护理操作,还会主动和我分享日常。

这让我明白,与老年患者沟通,不能急于求成,要学会放慢脚步,用耐心倾听化解他们的孤独,用共情理解他们的不安,让沟通从“被动执行”变成“主动陪伴”。

通俗易懂,是与老年患者沟通的重要技巧。老年患者大多文化水平有限,且对医学术语难以理解,过于专业的讲解只会让他们产生困惑与恐惧,甚至误解护理意图。在进行病

情告知、护理指导时,我始终坚持“用患者能听懂的话沟通”,将复杂的医学知识转化为简单直白的语言,避免使用并发症、预后等专业词汇。同时,沟通时要突出重点,避免长篇大论;对于药物剂量、服药时间、饮食禁忌等关键信息,必要时配合手势、实物演示,甚至让家属一同牢记,确保信息传递准确无误。

面对认知功能轻度障碍的患者,沟通时要保持语气温和、态度亲切,多使用鼓励性的语言,避免指责、批评,哪怕是微小的进步,也及时给予肯定,帮助患者树立康复的信心。

注重非语言沟通,用细节传递温暖,是沟通的重要补充。老年患者对肢体语言、面部表情更为敏感,一句温柔的问候、一个亲切的微笑、一次轻

轻的搀扶,都能比语言更直接地传递善意与人文关怀。在护理工作中,我始终保持微笑,进门时主动问候,操作时轻轻安抚;遇到患者情绪低落时,递上一杯温水、拍一拍肩膀,用细微的动作给予他们温暖与力量;与患者沟通时,主动注视他们的眼睛,在眼神交流中传递出真诚与尊重,让患者感受到被重视、被关爱;对于听力下降的患者,除了提高音量、放慢语速,还可以配合手势、口型,辅助传递信息,确保沟通顺畅。

尊重患者意愿,换位思考,是沟通的根本原则。老年患者大多有自己的生活习惯和想法,虽然因患病需要护理,但也渴望被尊重、被认可,不希望被当作“被动接受护理的对象”。

在护理过程中,我始终坚

怎样与老年患者沟通

□陈方方

轻信偏方治病,悔之晚矣

□晋俊辉

65岁的张伯(化名)是一位菌阳肺结核患者。确诊之初,他在结核病规范治疗1个月有余,病情明显好转,咳嗽、咯痰、低热等症状逐渐消失,精神状态也大有好转,这让张伯和家人看到了希望。

然而,一次亲友聚会改变了这一切。席间,有人告诉张伯:“西药毒性大,长期吃西药会伤肝伤肾,我一个朋友就因为吃抗结核药患了肝衰竭。”又有人说:“现在偏方治疗效果更好,没有副作用,治标又治本。”这些话深深触动了张伯。张伯原本就对长期服药心存顾虑,听完这些“热心建议”后,他擅自停掉了所有抗结核药物,转而四处打听偏方。

接下来的3个月,张伯四处奔波寻找“名医”,尝试了各种秘方、食疗方等偏方,前后花费近8万元。起初,张伯觉得身体

似乎没什么变化。但是他渐渐感到咳嗽、咯痰、乏力、食欲不振等症状重新出现,后来稍微活动就胸闷、气喘,体重也明显下降,精神萎靡不振。家人劝他再做检查,结果让他和家人震惊:胸部检查结果显示,肺部病灶明显增多,空洞比原来增大,痰菌检查仍是阳性。

张伯不得不再次返回结核病科,医生对比前后影像学检查结果后,告诉他:“由于规范治疗中断,病情反复且加重,有出现耐药性结核病的风险,加重后续治疗的难度,疗程也会延长,治疗费用会高于第一次。”

张伯的故事并非个例。在结核病临床工作中,像这样因“担心药物毒性”“迷信偏方”而中断规范治疗、导致病情恶化的患者并不少见。一般初治肺结核患者,只要遵照医嘱完成6个月~8个月的规范治疗,治愈

率可达到90%以上。

抗结核药物的确存在一定的副作用,但是医生会在治疗前系统评估患者的身体状况,在治疗过程中定期监测患者的肝肾功能、血常规等指标,及时调整治疗方案,患者可以安全地完成治疗。

任何声称“纯天然无副作用”“根治肺结核”的偏方、秘方,都是不科学的,偏方既无杀菌作用,又延误病情,而且往往价格不菲,张伯3个月的花费近8万元,远超规范治疗全程的费用,结果却是病情加重。不规范治疗会导致细菌产生耐药性,一旦发展为耐药性结核病,治疗周期将延长至18个月~24个月,需要使用二线药物,费用是普通结核病的数十倍甚至上百倍,治愈率也大大下降,副作用也更大。

目前,张伯面临的最大风

险是确认结核分枝杆菌是否产生耐药性。肺结核患者如果不规范治疗或中途停药,不仅病情会恶化,还会持续向外界排菌,感染家人和周围人群。规范完成疗程,既是对自己负责,也是对他人负责。如果对治疗方案有疑问或出现不适,患者应主动与医生沟通,而不是轻信“路人经验”。医生的治疗方案基于大量临床证据和患者个体情况,调整方案应在医生指

导下进行。

张伯的故事是一个沉痛的教训。他本可在半年左右痊愈,却因轻信偏方、自行停药,不仅多花钱,还面临耐药性结核病的风险。希望每一位结核病患者及家属都能从该案例中汲取教训:结核病可防可治,抗结核唯一正确的方法就是全程规范治疗。

(作者供职于鄱陵县疾病预防控制中心)



全面行动 全力投入 全民参与 终结结核

结防那些事

开展终结结核行动 共建共享



■ 叙事护理

在一个暴雨如注的夏夜,整座城市陷入风雨交加的沉寂。急诊科大厅依旧灯火通明。23时许,救护车撕裂雨幕,呼啸而至。

车门打开,送来一名浑身湿透、沾满泥水的中年男子。他蜷缩在担架上,神情痛苦,却咬紧牙关,眼中透着一股倔强。急救人员低声交代:他是一名乡镇来县城务工的外卖员,雨夜送餐途中被车撞倒,肇事车辆逃逸,路人帮助他拨打急救电话求助。

我立刻配合医生投入急救救治工作中,快速为他查体。他的面色苍白如纸,冷汗涔涔,左侧肩颈和腿部疼痛剧烈,肢体活动明显受限,全身多处擦伤渗血。没有家属在旁,没有一句多余的话,他只是沉默地忍着痛。我一路小跑,陪同他完成影像学检查:左锁骨骨折,左侧肋骨骨折,全身多处软组织损伤。医生神情凝重,语速急促:“两处骨折移位很明显,必须立即住院,手术是最佳方案,否则很容易出现骨折畸形愈合、肢体功能障碍,严重的话可能丧失劳动能力。您需要尽快联系家属,我们马上制定治疗方案。”

出乎意料的是,听完这番话,他没有恐惧,没有追问,反而像被什么刺中一样,猛地摇头:“我不治病了,我要出院。你们也别联系我家里人。”那一瞬间,我心头一紧。他是不怕痛,而是有更深的恐惧和忧虑。

我连忙上前,轻轻扶住他的手臂,防止他乱动加重损伤。我放慢语速,尽可能让声音听起来平稳而温和:“大哥,我知道您疼得难受。可是您有两处骨头都断了,不规范治疗会留下终身病根,以后走路、干活儿都会受影响。”

他没有回应,眼神却更加固执。我没有再继续生硬地讲道理。急诊室里监护仪的滴答声清晰可闻,窗外暴雨拍打着玻璃。我蹲下身,与他平视,轻声问:“大哥,深夜下雨还在跑单,您一定很辛苦吧!您不愿意治疗,也不愿意告诉家人,是不是有什么难处?您可以和我说说。”

这不是怜悯,也不是催促,而是在等他说。他沉默了很久,喉结动了动,声音沙哑得像从喉咙深处挤出来:“护士,我就是个乡下人,来县城跑外卖养家糊口。我不能治病,家里全靠我一个人撑着。我一旦住院,不仅要花钱,还长时间不能干活儿。老人吃药、孩子读书……都需要的钱。我媳妇在家里已经够累了,我不想再让她担心,更不能让家里欠债。”

他眼眶泛红,声音发颤。那一刻我看见的不是一个“不配合的病人”,而是一个把整个家庭扛在肩上、在暴雨夜被撞倒却不敢倒下的男人。

我心里一阵发酸,但是此刻不能只是心软。我深吸一口气,认真地看着他,语气坚定而温柔地说:“大哥,我真的特别理解您。您冒雨挣钱养家,非常不容易。可是您想过没有?现在拒绝治疗,骨头长不好,以后干不了重活儿,甚至连生活都不能自理,那才是真正拖累家人。您积极治疗,争取早日康复,重新回到工作岗位上,才能撑起这个家。费用的事,您不要一个人扛。意外交通事故有救助政策。您好好想一想,对他们来说,您平安健康,比挣多少钱都重要。”

我全程没有一句指责,没有一句高高在上的说教。我只是站在他那个位置上,替他看见了他没敢去看的那条路。他紧绷的神情慢慢地松动了,像雨夜的冻土被一点点捂热。他抬起头,低声说:“护士,听您这么说,我才知道自己想错了。”

那一刻,我心里的一块儿石头落了地。我轻轻拍了拍他的手臂,笑着说:“没关系,现在想明白就好。您勇敢地接受治疗,好好养伤,就是对家人最好的交代。您愿意让家人过来陪您吗?有家人陪着,恢复得更快。”他没有再拒绝,轻轻地点了点头。

我小心翼翼地拨通了他妻子的电话号码,电话那头,声音疲惫而紧张。我轻声说明情况,先安抚她:“您别慌,人现在安全,我们都在他身边。他愿意治疗了,他需要您。”挂断电话后,患者眼里的抗拒彻底消散了。他从“坚决不治”,变成了主动配合我们做好入院准备。

患者家属赶到急诊科时,雨水打湿了她的肩头,眼眶通红。我再次详细地讲解了病情、治疗方案和后续康复事宜,一点一点缓解她的恐慌与焦虑。她紧紧握着我的手,声音发抖:“我爱人这些年为了家里,什么苦都自己扛。多亏了您开导他,他才愿意治病……”

我用力回握她的手,认真地说:“多给他理解与鼓励。家人的陪伴,是患者康复最大的动力。”

后来,患者在家属陪伴下积极配合治疗,顺利完成了手术。在医务人员和患者家属持续地沟通、陪伴中,他的心态越来越积极。术后,患者主动配合康复训练,恢复情况比预想中更乐观。

看着他抗拒、封闭、自卑,到敞开心扉、重新站起来,我内心久久不能平静。急诊护理不仅是技术操作,还是在患者最脆弱的时刻,用一句温暖的话、一个蹲下来的姿势,去做融化患者心底坚冰的倾听者。这是护理工作中最动人的力量。

(作者供职于西峡县人民医院)

遗失声明

编号为R410981631,姓名为赵婧珂,出生日期为2018年08月13日22时22分的《出生医学证明》,丢失作废。

编号为T411391814,姓名为赵泽行,出生日期为2019年12月18日18时10分的《出生医学证明》,丢失作废。