

• 护理园地 •

25 例儿童心脏起搏器植入术后 并发症的观察与防护体会

徐竹梅, 辛向华, 周 嘉

(山东省立医院, 山东济南 250021)

2004 年 4 月~2005 年 12 月, 我院共为 4 例患儿植入永久性心脏起搏器, 均获成功。现将术后并发症观察与防护体会报告如下。

临床资料: 本组 4 例患儿, 男 2 例, 女 2 例; 年龄 3 岁 5 个月~12 岁。其中先天性 III 度房室传导阻滞 (AVB) 2 例, 后天性 III 度 AVB 1 例, 病态窦房结综合征 1 例。均行药物治疗效果不佳, 符合植入永久性心脏起搏器的绝对适应证。方法与步骤: 常规消毒颈胸部皮肤, 铺无菌洞巾, 以氯胺酮行静脉基础麻醉, 再以 1% 利多卡因行局部麻醉, 采用 Seldinger 法穿刺左侧锁骨下静脉, 经该点做平行于锁骨的 3~4 cm 切口, 钝性分离皮下组织至筋膜, 再钝性分离制做约 3 cm×5 cm 的囊袋, 彻底止血, 循导丝置入动脉鞘, 循动脉鞘将电极导线经上腔静脉、右心房置入右心室, 并在右心房绕一圈, 以适应患儿未来的身体增长, 测试起搏阈值、心肌阻抗与 R 波等参数, 连接电极与起搏器置入囊袋, 逐层缝合, 局部压迫包扎。结果本组手术均顺利, 手术时间 70~103 min。

并发症的观察及防护: ①囊袋血肿: 多发生于术后 2~3 d, 与术中止血不彻底或术后压迫不当有关。术后应注意观察切口有无渗血, 局部有无肿胀和切口处皮肤温度, 可局部予 0.5 kg 沙袋压迫 6 h。②感染: a. 囊袋感染: 多见于术后 1~2 周。术中应严格无菌操作, 术后密切观察体温变化, 术后 5 d 常规应用抗生素; b. 切口感染: 术后注意观察切口处皮肤有无红肿, 并隔日换药。本组 1 例发生线头反应, 给予抗生素预防感染, 切口处每日换药, 3 d 后伤口愈合; c. 肺部感染: 是术后严重并发症, 临床表现为发热、咳嗽、咳痰、气促、肺部罗音等, 应及时给予抗生素治疗。③电极脱位: 术后左上肢应制动 5 d, 严禁过度外展动作, 取平卧位至少 1 周, 严禁左侧卧位, 以免导线受到牵拉而移位或脱出。因长时间固定体位患儿感觉不适时可按摩局部肢体, 动作轻柔, 避免推、拉、拖, 必要时应用镇静剂。鉴于电极脱位可致严重心律失常, 患儿床旁应备除颤器, 充电并涂好导电耦合剂, 检查除颤器同步功能; 备好各种抗心律失常药物如利多卡因、乙胺碘呋酮、心律平等及抢救仪器、鼻咽管、人工呼吸机等。患儿出现头晕、心悸、心律不齐等情况时及时通知医生处理。④导线损坏或断裂: 导线一旦损坏可导致起搏失败。术后应保持导线平整, 勿受损、扭曲以防折断。⑤心脏穿孔: 多因术中操作不当所致。术后应注意观察患儿有无心前区疼痛、心脏起搏失败、原心律失常复发及膈神经、肋间神经或腹部肌肉受电脉冲刺激引起的呃逆、肌肉抽动、起搏阈值突然升高及不明原因的低血压, 出现以上情况时

应高度怀疑心脏穿孔。⑥起搏故障: 术后行心电监护, 注意观察起搏节律, 心电图出现起搏停滞、起搏介导性心动过速、间断起搏、起搏频率改变、起搏脉冲信号后间断或不跟随 QRS-T 波时, 应及时向医师汇报, 及时处理。

80 例全肺切除术患者围术期 护理体会

聂春明, 杨秀珍

(山东省胸科医院, 山东济南 250013)

1996 年 1 月~2005 年 6 月, 我们共为 80 例患者行全肺切除术, 效果满意。现将围术期护理体会报告如下。

临床资料: 本组 80 例患者, 男 59 例, 女 21 例; 年龄 30~78 岁, 平均 58.47 岁 (>60 岁 40 例)。其中原发性肺癌 40 例, 肺结核病支气管扩张症 20 例, 转移瘤 6 例, 肺部其他良性肿瘤 14 例。行左全肺切除术 62 例, 右全肺切除术 18 例。围术期均未行化疗。结果本组出现急性肺水肿 2 例, 心律失常 12 例 (房颤 2 例, 房早 4 例, 室早 2 例, 窦性心动过速 4 例), 其他并发症 8 例 (低氧血症 3 例, 呼吸功能不全 1 例, 胸腔内出血 2 例, 肺部感染 2 例), 除 1 例术后因心跳骤停抢救无效死亡外, 余患者均治愈出院。

术前护理: 帮助患者戒烟、酒, 训练其床上大小便, 指导其进高热量、高蛋白、高纤维素饮食, 必要时静脉应用营养药物, 保持大、小便通畅, 必要时应用开塞露或缓泻药物或灌肠; 采用登楼梯 (以不引起呼吸困难为宜)、训练腹式呼吸 (2 次/d, 10~15 min)、咳嗽排痰等多种方式进行心肺功锻炼, 对于痰液较多者可予雾化吸入, 间断吸氧 1~3 d; 应用抗生素预防感染, 静脉应用极化液及 1,6 二磷酸果糖 (FDP), 口服消心痛及心痛定, 必要时予支气管解痉药物。

术后护理: ①一般护理: 搬动患者时轻抬轻放, 以防大出血及发生其他心肺脑意外; 患者清醒且生命体征平稳后改半卧位, 平卧位或 1/4 侧卧位, 以防纵隔过度移位, 卧床期间嘱患者不时主动收缩、放松下肢肌肉并帮其按摩; 持续心电监护, 充分吸氧至少 1 周, 注意观察 24 h 尿量、皮肤色泽及肢端温度; 术后第 2 天加用 706 代血浆等能驱聚液体, 以防治下肢血栓的形成; 保持呼吸道畅通, 常规行带氧超声雾化吸入, 鼓励患者做深呼吸, 定时协助咳嗽, 可采用拍背法、指压刺激气管法、环甲膜穿刺法等, 对咳痰无力者可采用鼻导管吸痰, 上述方法效果不好或并有肺不张者可予纤维支气管镜吸痰。②引流管护理: 全肺切除术后患者一般放置 1 根胸腔闭式引流管, 成钳闭状态, 以保证术后患侧胸腔内有一定量渗液, 减轻或纠正明显纵隔移位。应严密观察有无皮下气肿、气管或心脏搏动移位, 结合气管位置观察胸腔内压力并随时调整, 引流管放开时速度宜慢, 每次放量不宜 >100 ml, 以避免纵隔摆动或发生休克导致的心跳骤停; 每日更换引流瓶, 防止污染及气体进入胸腔; 引流管一般于术后 48~72 h 拔出, 使用凡士林纱