

儿童室上性心动过速的射频消融治疗及护理 16 例

秦发伟, 金琳, 刘丽玉, 牛爱华

(山东省立医院 心内科, 山东 济南 250021)

关键词: 儿童; 阵发性室上性心动过速; 射频消融; 护理

Key Words: children; paroxysmal supraventricular tachycardia; radiofrequency ablation; nursing

中图分类号: R725.4 文献标识码: B 文章编号: 1002-0780(2002)07-0031-02

射频消融术是利用低能量射频电流使局部组织凝固性坏死, 损毁旁路或慢径路, 从而达到根治阵发性室上性心动过速的目的。该技术具有成功率高, 并发症少, 复发率低, 安全性高的特点^[1], 目前已广泛应用于成年室上性心动过速患者中, 但在儿童患者中应用较少, 因儿童生理解剖特点和和生活习性不同于成年人, 在治疗和护理上有一定特殊性^[2]。

我院于 1995 年至今对 16 例阵发性室上性心动过速儿童进行经导管射频消融治疗, 成功率达 93.3%, 现将我们的体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者年龄 8~12 岁, 平均年龄(10.2±0.8)岁, 男 9 例, 女 7 例, 均有反复发作的室上性心动过速。经 12 导联体表心电图及经食道电生理检查, 房室结内折返性心动过速 11 例, 房室折返性心动过速 5 例, 所有病例均排除其他器质性心脏病的存在。

1.2 治疗方法

1.2.1 麻醉方法。采用 0.5%~1.0% 的利多卡因, 腹股沟处局部麻醉。

1.2.2 手术方法。经皮股静脉穿刺送入 2~3 根电极导管, 分别置于高位右心房、希氏束部位、心尖部, 经锁骨下静脉或颈内静脉送入冠状窦电极, 应用电生理检查明确心动过速的机制, 确定消融靶点和类型。射频能量在 20~25 W, 放电 5 s, 如消融未成功则重新标测消融靶点, 再行放电, 成功后再持续放电 60~120 s 以巩固疗效^[3]。

1.3 结果

本组病例中, 平均手术时间 85 min, X 线曝光时间 40~52 min。其中 1 例右侧旁路患儿, 因标测困难, 手术操作时间 163 min, X 线下暴露 60 min, 终止手术。其余 15 例射频消融成功, 成功率 93.3%。术后有 6 例患儿在 24~72 h 有不同程度的一过性窦性心动过速, 后自行消失, 平均住院 5.5 d。

1.4 随访

我们对 15 例患儿随访 2 个月~6 a, 阵发性室上性心动过速均未复发, 且无 1 例出现心脏和血管并发症。

2 护理

2.1 术前准备

2.1.1 心理指导。患儿入院后, 护理人员 and 操作者应经常与患儿接触, 用稚趣的语言与患儿交谈, 建立一种良好的朋友关系, 缓解其紧张情绪, 以求得良好的配合。

2.1.2 训练患儿在床上大小便, 由于患儿术后需卧床 24 h, 患侧肢体制动不能下床, 有许多患儿因为床上不能解小便而靠插尿管解决, 所以, 提前训练患儿床上小便的能力, 可避免插尿管的痛苦。

2.1.3 术前常规备皮, 青霉素皮试, 术前 3 d 停用抗心律失常的药物, 术晨禁饮食。术前 30 min 对情绪烦躁, 哭闹不止的儿童肌肉注射安定 10 mg, 以稳定情绪。

2.2 术中护理

2.2.1 进入导管室操作间后患儿不免有种恐惧心理, 此时护理人员应主动与患儿交谈, 询问有何不适感, 语言和藹, 动作轻柔, 让患儿有安全感。

2.2.2 操作中严密观察心电监护的变化, 以及患儿的面色、神志、表情、血压的变化, 如有异常及时报告医生, 及时处理。

2.2.3 对性腺和甲状腺部位给予适当的遮挡, 尽量减少腺体的损伤。

2.3 术后护理

2.3.1 体位。经静脉插管患儿术后平卧 24 h, 患侧肢体尽量保持伸直位, 由于患儿年龄小, 自我约束能力差, 较顽皮不合作等特点, 要求患儿绝对卧床 24 h 非常困难, 更增加了护理难度。我们通常先采取与患儿交朋友的方式, 用和藹、稚趣的语言与之交流, 取得他们的信任, 再告诉他们出血的危险。另外, 我们还准备一些小手工玩具及小儿图书, 用讲故事的方式来护理患儿。对于极顽皮、不合作的患儿在排除其他并发症后, 用适量镇静剂如安定 5 mg 肌肉注射或佳乐定 0.4 mg 口服等催眠方法, 尽快让患儿入睡, 保持安静状态, 配合护理。

2.3.2 生命体征的观察。术后心电监护 72 h, 观察心电图的动态变化, 以观察手术效果^[4]。同时, 注意观察是否有束支传导阻滞的出现。24 h 内密切观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化, 术后 12 h 内每 2 h 测脉搏、呼吸、血压 1 次, 如无异常情况, 12 h 后可每 4 h 测 1 次体温、脉搏、呼吸、血压, 建立血压监测及心电监护记录单, 并准确记录。

2.3.3 穿刺部位出血的护理。我们通常在手术完毕拔管后局部按压 10~20 min 后加压包扎压迫止血。动脉穿刺部位砂袋压迫 12 h, 12 h 内随时观察足背动脉搏动情况, 双下肢皮肤颜色、温度、感觉的变化。对于比较顽皮、好动的患儿, 可采取一面压迫止血, 一面与患儿讲故事的方式, 分散其注意力, 减轻疼痛和烦躁情绪。16 例患儿中只有 1 例术后穿刺部位渗血, 14 d 后自行吸收。其余 15 例均未发生并发症。

3 讨论

对于儿童阵发性室上性心动过速的射频消融治疗的安全性, 许多人还有疑问, 致使许多患儿没有得到及时有效的治疗, 而延误了病情, 影响了日常生活和学习。通过本组 16 例患儿的研究。我们认为, 对儿童进行射频消融治疗成功的关键有以下几方面。(1) 术前积极宣传射频治疗知识, 做好心理指导, 能缓解患儿及家长的紧张情绪, 消除顾虑, 积极配合治疗。(2) 操作者熟悉小儿心血管生理解剖特点, 提高首次穿刺成功率, 减少反复穿刺对血管的损伤。(3) 护理人员参加术前病理讨论, 拟订合适的操作程序, 制订护理计划及护理措施, 能缩短手术时间提高手术成功率。(4) 术中操作精细, 动作轻巧、准确, 减少对血管的损伤和刺激, 以取得患者的配合。(5) 减少 X 线照射范围和时间, 尽量降低 X 线对性

腺、甲状腺的损害。我们认为, X 线曝光时间控制在 60 min 内比较安全^[5]。(6) 术中、术后严密观察心电监护及生命体征的变化, 能减少并发症的发生。(7) 针对患儿年龄小、自我约束能力差、较顽皮、好动的特点, 肢体制动 24 h 对于小儿来说较困难, 因此, 术前多与患儿交流, 用交朋友的方式取得患儿的信任后, 要求患儿配合治疗和护理, 利于患儿床上管理和恢复。

参考文献:

- [1] 粟印军, 周晓龙, 邓重信. 射频消融治疗快速心律失常 300 例回顾分析[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2001, 5(9): 6-7.
- [2] 马长生, 任自文. 儿童快速心律失常经导管射频消融治疗适应证评价[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2001, 5(9): 3-5.
- [3] 胡大一, 黄永麟. 射频电流导管消融术治疗心律失常[M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1997. 23-48.
- [4] 陈明哲, 胡旭东. 介入性心脏病学[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1992. 343-378.
- [5] KUGLER J D, DANFORD D A, DEAL B J, et al. Radiofrequency catheter ablation for tachycardias in children and adolescent[J]. N Engl J med, 1994, 330: 1481-1487.

作者简介: 秦发伟(1969-), 女, 山东胶县人, 护师, 大专毕业。

收稿日期: 2001-12-20, 修回日期: 2002-03-11

(责任编辑: 曲梅)

· 经验介绍 ·

空腹侧卧位放置胃管抽取胃液的效果

刘荣娟

(吉安市第一人民医院 外科, 江西 吉安 343000)

关键词: 空腹; 胃管; 护理

Key Words: on an empty stomach; gastric pipe; nursing

中图分类号: R47 文献标识码: B 文章编号: 1002-078X(2002)07-0032-01

放置胃管是外科手术前常用的一项护理措施, 且大多数患者术前处于空腹状态, 插入胃管后部分胃液不易抽出, 而难验证胃管位置, 我们采用侧卧位抽取胃液的方法, 取得成功。现将经验介绍如下。

1 临床资料

2001 年 9 月~2002 年 2 月 29 例胃肠道手术患者, 在手术前空腹插胃管, 验证其位置。

将 29 例患者随机分组, 采取侧卧位插胃管者 14 例, 取平卧位 15 例, 当胃管插入所量至深度时, 用针筒抽取胃液, 侧卧位组即刻能抽出胃液, 而平卧位组有 6 例不能抽出胃液, 此时将胃管插进 2~3 cm, 胃液仍不能抽出, 协助 6 位患者, 右侧卧位, 胃液很快抽出。

侧卧位插入胃管抽取胃液成功者明显高于平卧位者, 经统计学处理差异有非常显著意义, 见表 1。

表 1 2 组患者空腹插入胃管抽取胃液的情况

组别	例数	能抽出胃液	不能抽出胃液	成功率(%)
侧卧位组	14	14	0	100
平卧位组	15	9	6	60

$$\chi^2 = 7.06 \quad P < 0.01$$

2 讨论

空腹时因胃内容物少只有胃液, 平卧时胃底层面积大, 胃液面就浅, 胃管口端不易触及胃液, 使胃液不易抽出。侧卧时尤其是右侧位, 胃底层面积小, 胃液面高于胃管口端能触及胃液, 使胃液很快能抽出, 此法简便易行, 避免了盲目插进、插出或拔出重插, 减轻了病人的痛苦。

作者简介: 刘荣娟(1964-), 女, 江西吉安人, 主管护师, 大专毕业。

收稿日期: 2002-04-20

(责任编辑: 贾燕)