

专科护理

一例主动脉瓣狭窄合并房室传导阻滞患者的护理要点

□杨洁

经导管主动脉瓣置换术(TAVR)是近年来研发的一种全新的微创瓣膜置换技术,又称经导管主动脉瓣植入术,是指将组装完备的人工主动脉瓣经导管植入发生病变的主动脉瓣处,置换原有的主动脉瓣,在功能上完成主动脉瓣的替代。该手术不需要开胸,具有创伤小、患者恢复快等优点,被称为“不需要开胸的换瓣手术”,适用于预期寿命大于1年、症状性及钙化性重度主动脉瓣狭窄患者。心脏起搏器植入术是将人工心脏起搏系统(脉冲发生器和电极导线)植入人体内,经电极导线将脉冲发生器的电流引入心脏,刺激心脏兴奋,继而收缩产生跳动,恢复泵血功能的一种手术。该手术适用于严重窦性心动过缓(白天休息时心率<40次/分)患者及二度Ⅱ型房室传导阻滞、高度或者间歇性三度房室传导阻滞患者。

临床资料

患者为男性,77岁,2024年2月28日以胸闷1个月为主诉入院。患者2024年1月活动后出现胸闷,伴有气促,持续3分钟~5分钟可自行缓解,无胸痛、发热、咳嗽、咯痰、烧心等伴随症状,后到当地医院就诊,心脏彩超检查结果提示:主动脉瓣重度狭窄并重度关闭不全。为寻求进一步治疗,患者到我院就诊。自发病以来,患者神志清,精神可,大小便正常,体重未见明显变化。患者有高血压病6年,冠心病2年。入院时,患者进行心电图检查,结果提示:窦性心律、左心房异常、完全性右束支传导阻滞。患者进行超声检查,结果提示:主动脉瓣重度狭窄并中度~重度关闭不全、左心房增大、左心室壁增厚、二尖瓣中度关闭不全、左心室收缩功能正常。主动脉瓣反流束面积约为9.1平方厘米。2024年3月6日,患者进行经导管主动脉瓣置换术+临时心脏起搏器植入术。2024年3月12日,患者出现眼前发黑症状,心电图检查结果提示:窦性心律、左心房异常、一度房室传导阻滞、高度房室传导阻滞、完全性右束支传导阻滞。同日,患者进行动态心电图监测,结果提示:心室停搏。2024年3月15日,患者进行双腔永久性心脏起搏器植入术。术后,患者复查心脏超声和动态心电图,无特殊情况。

在患者住院期间,护理人员应使用 Barthel(巴塞尔)

患者自理能力评估单、Braden(伯顿)压力性损伤危险因素

评估表、Morse(音译为莫尔

斯)跌倒风险评估量表、非计划拔管风险评估量表等,对患者各阶段进行动态评估。

护理评估

护理诊断与护理措施

疼痛

疼痛可能与手术部位穿刺有关。护理人员应该了解患者疼痛的性质、持续时间,以及患者所能忍受的疼痛程度,同时指导患者减轻疼痛的方法,采取舒适的体位、练习深呼吸、与家人交谈等方法分散患者对疼痛的注意力。必要时,护理人员可以遵医嘱给予镇痛药物。

活动无耐力

活动无耐力与心排血量下降、术后卧床、管道多导致活动受限等有关。永久性心脏起搏器植入术后,保持患者左肩部制动24小时,盐袋压迫8小时,左肩关节不宜过度活动,肘关节以下部位可活动;指导患者术侧手掌进行握拳运动,以预防血栓形成;叮嘱患者不可以用力咳嗽,若出现咳嗽症状,尽早应用镇咳药。解除制动后,护理人员要叮嘱患者尽早活动,从床上活动开始循序渐进地增加活动量;让患者进食高蛋白、高维生素和膳食纤维食物,同时注意休息,保持充足的睡眠,并在患者病情允许的情况下尽早撤除各种管路及监护设备。

有非计划拔管的风险

这与患者留置管路较多有关。患者术后携带右侧颈内静脉置管、留置尿管和临时心脏起搏器电极导线。护理人员应充分评估非计划拔管的风险,规范操作,科学固定导管;加强巡视,观察尿管有没有扭曲、打折,固定装置是否完好,敷料有没有潮湿、卷边、脱落,若发现异常,及时处理。患者于2024

年3月11日拔除尿管和临时心脏起搏器电极导线。有跌倒坠床的风险。与患者年龄大和术后活动不便有关。护理人员应动态评估患者的跌倒坠床风险,保持病房内干净整洁,常用物品放在容易拿取的地方;告知患者起床的相关注意事项,服药后避免立刻下床,卧床时拉起床档,起床和清晨是跌倒坠床的高危时段,护理人员应加强该时段的巡视,及时为患者提供帮助。

潜在并发症:瓣周漏

瓣周漏是经导管主动脉瓣置换术后常见的并发症。

轻度瓣周漏、中度瓣周漏对血流动力学影响较小,一般无须治疗;中度瓣周漏、重度瓣周漏与患者的不良预后相关,应及时采取补救措施。术前,脑钠肽增高可间接提示患者为术后瓣周漏的高发群体。该患者术前NT-proBNP(氨基末端脑钠肽前体)为1275.25皮克/毫升。护理人员应重点观察患者的心率、血压,以及有没有胸闷、呼吸困难等心脏衰竭的临床表现;叮嘱患者定期复查心脏超声,确定瓣膜位置与瓣膜功能。

潜在并发症:房室传导阻滞

90%以上需要植入永久性心脏起搏器的房室传导阻滞,发生在术后即刻至术后第1周内。如果患者年龄大于75岁,经导管主动脉瓣置换术前有右束支传导阻滞,那么护理人员更应高度警惕房室传导阻滞的发生。

手术后,护理人员应持续对患者进行心电图监测,并观察患者有没有胸闷的情况,发现异常情况,立即报告医师,进行处理;定期检查临时心脏起搏器的参数和电极导线,保证临时心脏起搏器正常工作。2024年3月11日,为患者拔除临时心脏起搏器电极导线。3月15日,患者进行永久性心脏起搏器植入术。

潜在并发症:脑卒中

护理人员应密切观察患者的意识状态、言语情况,及早发现患者有没有神经系统损害;观察患者是否出现四肢活动异常、肌力较术前减退或消失、口齿不清、嘴角歪斜、嗜睡等症状。

潜在并发症:瓣周漏

瓣周漏是经导管主动脉瓣置换术后常见的并发症。

轻度瓣周漏、中度瓣周漏对血流动力学影响较小,一般无须治疗;中度瓣周漏、重度瓣周漏与患者的不良预后相关,应及时采取补救措施。术前,脑钠肽增高可间接提示患者为术后瓣周漏的高发群体。该患者术前NT-proBNP(氨基末端脑钠肽前体)为1275.25皮克/毫升。护理人员应重点观察患者的心率、血压,以及有没有胸闷、呼吸困难等心脏衰竭的临床表现;叮嘱患者定期复查心脏超声,确定瓣膜位置与瓣膜功能。

潜在并发症:血管并发症

局部血管并发症主要有穿刺部位出血、血肿、血管夹层、假性动脉瘤、栓塞。

让患者术后平卧,用弹力绷带加压包扎穿刺点,并严格遵医嘱给予盐袋压迫;严密观察穿刺点是否有渗血,是否有血肿及皮下出血,以及双下肢皮色、足背动脉搏动情况等。若出现上述情况,护理人员应立即向医生汇报并进行压迫止血、加压包扎;如果发现血肿,要查看血肿的大小,并标记好血肿范围,有助于观察出血情况;重视患者的主诉,若患者出现腰痛、腹痛症状,应警惕腹膜后出血。

潜在并发症:低心排综合征

早期快速补液是经导管主动脉瓣置换术有效纠正低心排综合征的关键。护理人员要严密观察患者的心

率、血压、中心静脉压、尿量变化,及时调整液体入量和速度。

潜在并发症:感染

观察患者的体温变化、呼吸频率及血氧饱和度情况。术后,护理人员应连续每日4次监测患者的体温,若患者出现发热,应及时进行降温处理;每天对临时心脏起搏器切口处换药,保持临时心脏起搏器切口处皮肤清洁干燥。永久性心脏起搏器植入术后24小时换药1次,伤口无异常2天~3天换药1次。同时,护理人员还要观察患者切口处有无渗血、红肿,患者有无局部疼痛、皮肤变暗发紫等,及时发现出血、感染等并发症,术后第7天拆线。护理人员应及时给予翻身、拍背,预防肺不张;遵医嘱应用抗生素预防感染;注意患者的血常规检查结果,若出现白细胞计数异常,要及时向医生报告。

潜在并发症:抗凝不足与抗凝过度

抗凝不足是由于抗凝药物用量不够所造成的,应及时适当增加用量。抗凝不足容易导致血栓形成。抗凝过度是由于抗凝药物用量过多导致的,可引起鼻出血、牙龈出血、解黑便或血便、皮下瘀斑、血尿、女性月经量多且时间延长等。腹内出血可表现为腹痛;颅内出血可表现为昏迷。护理人员要严密观察患者有无血栓和出血征象;在患者服药期间监测国际标准化比值,使之维持在2.0~3.0。

健康教育

电压的场所(如变电站等)。家庭生活用电一般不影响心脏起搏器工作。护理人员应叮嘱患者接触某种环境或电器后,出现胸闷、头晕等不适,应立即离开该环境或者不再使用该电器。

随着技术的不断更新,目前,移动电话对心脏起搏器的干扰很小,建议平时将移动电话放置在远离心脏起搏器至少15厘米的口袋内。另外,护理人员应叮嘱患者定期自行检查心脏起搏器植入部位有无红肿、热痛等炎症反应或出血现象,若出现不适,要立即就医;装心脏起搏器一侧避免

做用力过度或幅度过大的动作(如打网球、举重物等),以免影响心脏起搏器的功能;在接近心脏起搏器使用年限时,要缩短随访时间,在电池耗尽之前及时更换心脏起搏器。

(作者供职于河南省胸科医院心血管内科)

小发明

技术背景

医用雾化器通过底部的供气管道向上吹送气体,利用伯努利原理带动雾化器内部的液体向上流动,并通过高速流体将液体雾化或水雾,使向上飘散的水雾能够向外排出,体积较大的水雾会被挡板拦截再回流到药液中。通常在使用雾化器时,抽液管从雾化器底部抽取药液。但是,在临床使用过程中,雾化器经常需要倾斜使用。倾斜后,雾化器中的药液会在重力的作用下向一侧汇聚,导致抽液管难以与药液接触,汇聚在雾化器底端的药液难以被利用,会造成药液浪费。

作品的创新亮点

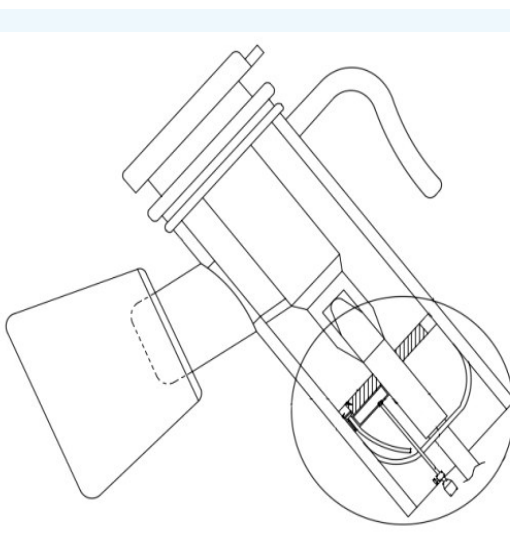
这种能充分雾化药液的雾化装置,包括医用雾化器本体和输气抽液管。医用雾化器本体内设有空间分隔组件。空间分隔组件包括对医用雾化器本体内部分隔的分隔板、用于大颗粒水雾回流至雾化器本体的回流孔和对回流药液进行输送的雾化药液输送管。医用雾化器本体上设有调节分隔板和雾化器空间占用组件。雾化器空间占用组件包括用于充气后占据分隔板和医用雾化器本体之间空间的空间占用气囊和用于向空间占用气囊输送气体的输气管。

分隔板固定连接在医用雾化器本体内壁,输气抽液管穿过分隔板。雾化药液回流孔设在分隔板顶端,雾化药液输送管固定连接在分隔板底端,与雾化药液回流孔连通。空间占用气囊固定连接在分隔板底端,输气管固定连接在空间占用气囊底端。空间占用气囊穿过雾化器本体,与输气管连通。分隔板顶端设有用于液体流动和气压平衡的压力平衡孔。压力平衡孔贯穿分隔板。空间占用气囊上固定连接让位管。雾化药液输送管穿过让位管。输气管底端有连接头,输气管上安装封闭阀门。

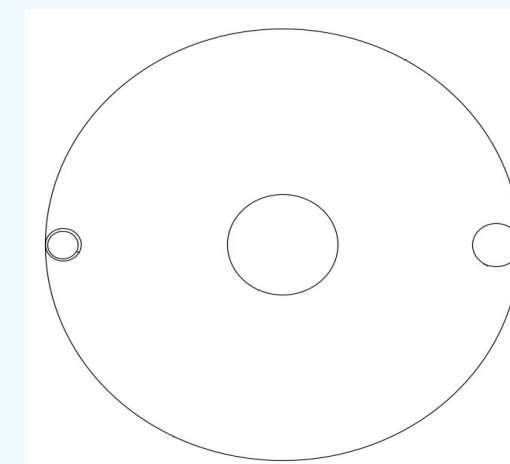
作品的有益效果

这种能充分雾化药液的雾化装置通过设置分隔板,能够对医用雾化器本体内部分隔,从而与空间占用气囊配合,对输气抽液管周围的空间进行填充,在药液量较少时,药液仍能够汇聚在输气抽液管底部,便于输气抽液管对药液的抽取,让雾化器内部的药液能够被充分利用;通过设置雾化药液回流孔和雾化药液输送管,雾化后回流的药液能够汇聚在输气抽液管底部,避免药液回流被分隔板和空间占用气囊阻碍;通过设置输气管,能够向空间占用气囊输送气体和抽取空间占用气囊内的气体,当药液充足时,通过抽取空间占用气囊内的气体,能够减少空间占用气囊的体积,避免空间占用气囊占用雾化器内部空间过多,从而导致医用雾化器本体药液容纳空间不足。

(作者供职于焦作市人民医院)



能充分雾化药液的雾化装置结构示意图



能充分雾化药液的雾化装置中空间分隔组件俯视图

一种能充分雾化药液的雾化装置

□牛莎 买志华 李娜娜 文/图

护理感悟

当我成为一名麻醉护士

□安源

麻醉护理工作是近年来为了适应现代麻醉学科发展而出现的一项护理工作。麻醉护理工作的开展,缓解了麻醉医生的工作负担,使其有更多的精力关注麻醉质量的提高和手术患者的生命安全,能使患者得到连续、整体、高效的诊疗和护理。

我刚来麻醉科的时候,科室里仅有两名麻醉护士,现在护理人员越来越多。她们每天穿梭于手术间、麻醉恢复室、麻醉准备间,忙碌不已,从不松懈。经过一段时间的专业知识培训,我对麻醉科的护理工作有了更系统的了解和认识。

麻醉科作为医院里一个非

常重要的科室,它的正常运转和发展前景,离不开每一位麻醉医生和每一位麻醉护士的辛苦付出。

那么,麻醉护士主要在做哪些工作呢?麻醉护士主要负责麻醉相关物品的准备与清点、仪器设备的管理与维护、所有费用的计入等。麻醉科需要加强特殊物品的管理,比如麻醉药品和精神药品,因为具有特殊性,所以管理至关重要。麻醉护士每天都要清清楚楚地核对麻醉药品和精神药品的数量、有效期、批号,任何一个细节都不能出错。这需要麻醉护士具备很强的责任心和脚踏实地的工作作风。

麻醉恢复室是麻醉后监测的地方,是手术室与病房的一个缓冲区域,也是术后患者转归病房之前的中转站,它作为术后患者苏醒的场所,有着重要的作用。一台台手术的衔接,一台台手术的成功,离不开麻醉护士的术后观察。在麻醉恢复室里,麻醉护士依然忙个不停,有的在精心地为患者进行吸痰护理,有的在认真书写麻醉恢复室记录单,有的在不停地巡视,观察患者的各种反应情况。

在麻醉恢复室,麻醉护士会遇到紧急情况的发生,比如患者意识模糊、血氧饱和度持续下降等。这对麻醉护士而言,是

一次次非常重要的考验。我清楚地记得刚上班那会儿,有一个刚做完鼻中隔偏曲术的患者从手术间进入麻醉恢复室后,血氧饱和度和氧指数一直偏低,我立即对其进行吸氧、监护。经过评估,患者可能是气道里有痰液。我又及时对患者进行吸痰处理,但是患者的血氧饱和度和氧指数仍然较低。当时,我就乱了阵脚。一旁的带教老师看到情况紧急,立即通知麻醉医生,随后在麻醉机的辅助下进行加压给氧。等患者的情况好转后,我才发现我的衣服都被汗水浸湿了。通过不断积累,我的应急能力得到了不断提升,我对麻醉恢复室的重要性也有了更深

刻的认识。

作为一名麻醉护士,不仅要具备丰富的专业知识,还需要具备高度的责任心,且能做到“眼观六路,耳听八方”,及时应对各种突发状况,迅速采取有效的措施,使患者安全度过麻醉恢复期,为术后患者苏醒提供更全面的保障。

把自己的每一个班当好,不让自己负责的患者出现意外,是我作为一名麻醉护士的职责所在,也是我救死扶伤的信念。我将继续做好一名麻醉护士该做的工作,在工作岗位上发光发热。

(作者供职于山西白求恩医院麻醉科)

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