专 科护理

# 一例重度主动脉瓣狭窄合并多器官功能不全患者的护理

□曹苗苗

主动脉瓣狭窄是指主动脉瓣叶增厚、钙化、粘连或融合，导致瓣口缩小、左心室射血受阻的心脏瓣膜病。当主动脉瓣瓣口面积<1.0平方厘米、峰值流速≥4.0米/秒或平均压差≥40毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），即可诊断为重度狭窄。其主要病理表现为左心室肥厚及心肌纤维化，典型症状包括劳力性呼吸困难、心绞痛和晕厥，可通过超声心动图及左心导管检查确诊。

药物治疗不能解除狭窄，仅能缓解症状，解除瓣膜梗阻才是根本治疗方法。外科开胸换瓣需体外循环，创伤大。本例患者合并心力衰竭、肺炎及肝肾功能不全，难以耐受。经导管主动脉瓣植入术（TAVI）经外周血管植入人工瓣膜，具有不开胸、创伤小、恢复快的优势，是外科高危或禁忌患者的首选。

## 病例分析

患者男，59岁，因“间断胸部闷痛伴眼前发黑1年余，再次发作并加重5日”入院。1年前，患者劳累后出现胸部闷痛，数分钟后缓解，未给予重视；此后上述症状反复加重；5日前症状再次发作，持续1.5小时后意识丧失。当地医院超声检查提示主动脉瓣中-重度狭窄合并关闭不全，EF（射血分数）39%，心率160次/分。因治疗效果不佳，患者急诊转入我院。入院诊断：心脏瓣膜病（主动脉瓣中-重度狭窄、心功能Ⅳ级）、心律失常（心房扑动）、肺炎、双侧胸腔积液。查体：血压93/62毫米汞柱，心率159次/分（心房扑动2∶1下传），端坐呼吸，双肺可闻及湿性啰音。辅助检查：肌钙蛋白I为1.639纳克/毫升，NT-proBNP（N末端B型利钠肽前体）为11312.06皮克/毫升，白细胞为$14.86\times10^9$/升，肝酶升高。超声检查提示主动脉瓣重度狭窄合并关闭不全，EF32%；CT（计算机层析成像）检查提示肺炎、肺水肿、双侧胸腔积液。诊疗经过：给予抗栓、调脂、利尿、抗感染、护肝及升压等治疗，效果不佳；行冠状动脉造影+心脏电复律后转入冠心病监护病房，先后给予主动脉内球囊反搏、连续性肾脏替代治疗支持。多学科团队会诊后行TAVI。术后EF由32%升至64%，体重由106公斤降至93.5公斤，患者康复出院。

## 护理措施及体会

**心输出量减少的护理**

绝对卧床休息，减少心肌耗氧；持续心电监护，密切观察心率、心律、血压、尿量等指标变化；使用输液泵严格控制输液速度；遵医嘱谨慎使用强心、扩张血管药物并观察用药反应；警惕意识改变、皮肤湿冷、少尿等低心输出量表现。

**气体交换受损的护理**

协助患者取半卧位或端坐位，双腿下垂，以减少回心血量；遵医嘱吸氧，并根据血气分析结果调整氧流量；指导患者有效咳嗽，给予翻身拍背、雾化排痰。经治疗，患者呼吸困难症状得到有效缓解，复查提示肺水肿明显减轻。

**体液过多的护理**

限制钠和水的摄入（1.5升/日～2升/日）；准确记录24小时液体出入量，每日晨起固定条件下称重；监测血钾、血钠及肾功能，预防低钾诱发心律失常；连续性肾脏替代治疗期间保持管路通畅，准确记录超滤量。经治疗，患者水肿明显减轻，体重有所下降，电解质无明显紊乱。

**潜在并发症的观察与护理**

术后持续进行心电监护，动态对比PR间期（是从心房开始除极到心室开始除极的时间间隔）、QRS波（心电图中反映心室除极的波形）与基线变化，警惕传导阻滞；监测生命体征，警惕瓣周漏所致低血压；观察穿刺点有无渗血、血肿，以及足背动脉搏动和皮温情况；监测尿量与肌酐水平；评估意识、瞳孔及肢体活动，警惕脑卒中发生。该患者术后未发生传导阻滞、瓣周漏、血管并发症及脑卒中等。

**体温过高的护理**

密切监测体温，遵医嘱予以降温并监测电解质；规范留取血培养，观察抗感染疗效及不良反应；限制探视，落实手卫生、每日2次口腔护理及规范导管管理。经护理，患者的体温由40.0摄氏度降至36.5摄氏度～36.9摄氏度，白细胞降至$10.25\times10^9$/升，超敏C反应蛋白由94.91毫克/升降至46.62毫克/升。

本例患者59岁，从年龄角度考虑属于TAVI的相对适应证。然而患者心功能为Ⅳ级、EF为32%，且合并肺炎、肝肾功能不全及低血压，外科手术风险极高甚至存在禁忌。根据《经导管主动脉瓣置换术中国专家共识（2025版）》，患者符合“外科高危或禁忌、不论年龄”的TAVI适应证，术后EF升至64%，亦印证了决策的合理性。

护理体会有三点：一是看趋势而非看单点，动态对比心电图基线、逐日核对出入量与体重、连续追踪炎症指标，这样才能在高热而感染源不明确时抓住早期线索；二是护士是多学科团队的信息枢纽，准确传递体温曲线、尿量及穿刺点情况，有助于团队在利尿与保容量等矛盾目标间作出平衡决策；三是TAVI的终点不是手术成功，术后1个月、3个月、6个月、12个月还需复查心脏超声与动态心电图，并规范抗栓与生活方式管理，把手术成功转化为患者的长期康复。

（作者供职于河南省胸科医院心血管内科六病区）

护 理感悟

# 做那束唤醒生命的光

□安源

我们大多是普通人，从事着平凡的工作。在普通的岗位上，只要我们始终保持积极向上、不断进取的心态，就一定能取得亮眼的工作成绩，生活也会愈发幸福。纵使前路未知，也不必焦虑和担忧。既然选择奔赴远方，便只管风雨兼程，相信终有一日，我们会迎来柳暗花明的时刻。

作为一名麻醉恢复室护士，我深感我们的护理工作与普通病房有所不同。我们照护的对象大多是处于术后苏醒期的患者，多数患者刚转入麻醉恢复室时尚未完全清醒。面对不同病种、不同年龄段的术后患者，我们每一位护士都需要具备更强的责任心和更扎实、丰富的专业知识。

还记得那天，麻醉恢复室来了一位呼吸与危重症医学科的术后患者。她在全麻下接受了内镜下支气管病损组织切除（破坏）术及硬质支气管镜检查。我妥善连接好监护设备，仔细完成交接工作。主管麻醉医师特意提醒我：“这位患者痰液量很大，一定要多费心照看。”不久，患者抬手轻敲病床，我立刻明白了她的需求，快速取来纸巾，小心翼翼地帮她清理口腔痰液。因为她有肺部基础疾病，痰液不断分泌，我需要反复帮她处理。看着我不停地来回跑动，患者满脸愧疚，低声说道：“实在不好意思，你这么忙，还总辛苦你来照顾我，给你添麻烦了。”我朝她温柔一笑：“阿姨，没关系，这些都是我们应该做的。”患者即将转出麻醉恢复室时，她笑着向我道谢：“护士，辛苦你了，谢谢你。”

这样平凡又温暖的故事，每天都在麻醉恢复室里上演。每一次相遇，都深深触动着我的心。在这些温暖瞬间的激励下，我愈发坚定：选择护理这条路，我无怨无悔。既然选择成为一名护士，就要尽职尽责做好每一件事。

护理工作没有惊天动地的誓言，却把奉献与责任落在每一次巡视、每一次交接、每一个微笑里。既然已经选择了这份职业，就应当用心做好。这绝非一句简单的口号，工作中我们不仅要秉持踏实肯干的态度、认真负责的初心，还要将其落实到行动中。站好每一班岗，以微笑待人。我坚信，在不断的努力下，我能把工作越做越好，收获更多的认可。

在麻醉恢复室这方小天地里，我愿继续做那束唤醒生命的光，用耐心、细心与责任心，陪伴患者平安苏醒，于平凡岗位坚守热爱，以白衣担当守护生命，在护理路上步履不停、温暖前行。

（作者供职于山西白求恩医院）

# 发挥“区中”优势 补齐介入短板 服务区域群众

## ——北京中医药大学东直门医院洛阳医院涧西院区导管室探访

本报记者 刘永胜 通讯员 赵惊涛

“涧西院区导管室的建成投用，是我院立足国家区域医疗中心建设定位，补齐介入诊疗短板、服务辖区群众的关键民生举措！”近日，在北京中医药大学东直门医院洛阳医院（洛阳市中医院），该院党委书记王修利谈及涧西院区导管室的建设与发展时如是说。

自2022年5月获批国家中医（脑病）区域医疗中心以来，北京中医药大学东直门医院洛阳医院紧抓国家级平台发展机遇，形成了“一院三区四址”的高质量发展格局。目前，全院设有54个临床科室、74个特色门诊、27个医技科室，综合实力持续跃升，连续三年跻身全国三级公立中医医院A级行列。

作为国家区域医疗中心（简称“区中”）建设布局之一的涧西院区，聚焦群众急危重症诊疗需求，全新建成标准化导管室，并于今年2月正式投入临床使用。导管室运行以来，已累计完成心血管、脑血管、肿瘤、外周血管等各类介入手术200余例。目前，医院伊滨、西工、涧西三院区导管室联动互补、全域辐射，构建起覆盖全域、高效便捷的介入诊疗服务网络，切实让辖区群众在家门口就能享受到高水平的诊疗服务。

### 全链条标准化建设 筑牢介入诊疗硬核根基

导管室是开展微创介入诊疗的核心阵地，医生依托高端影像设备引导，通过精细微创技术操作，完成心脑血管及多系统疾病的精准诊疗，是急危重症患者救治的关键。

涧西院区导管室建设伊始，便立足国家区域医疗中心建设定位，秉承“高标准、严要求、全链条、优服务”的发展理念，配备了血管疾病诊断“金标准”——数字减影血管造影机等高端设备，以及监护、抢救、麻醉等配套设备；建立了严格的质控管理和闭环管理工作流程，为患者健康筑牢安全屏障。这里以现代化微创介入技术为支撑，融合中医药特色康复理念，主要开展各种介入相关诊疗，承担院区急性胸痛、脑卒中救治及各类择期介入手术工作，打通了从急诊救治到围手术期中西医结合诊疗、术后中医康复的完整服务链条，打造出具有中医特色的介入诊疗新模式。硬件设施全面升级、介入团队实力雄厚、中医特色优势突出，成为涧西院区导管室高质量发展的三大核心支撑。

### 高精尖人才梯队赋能 介入诊疗提质增效

人才是学科发展的核心动力。涧西院区导管室依托国家区域医疗中心建设的优质医疗资源，组建了一支技术精湛、经验丰富的中西医结合介入诊疗团队，为复杂、高危介入手术的开展提供了坚实的人才保障。

心脏中心主任张守彦，医学博士、心血管博士后、主任医师，深耕心血管急危重症救治与心脏康复领域，擅长冠心病、先天性心脏病介入治疗及心血管急危重症救治，多次参与急性胸痛、心脏康复及慢性心力衰竭等相关指南或专家共识的编写，理论积淀深厚，临床经验丰富。

神经外科主任刘博，副主任医师，从事神经外科临床与科研工作近20年，擅长急性脑血管疾病、颅内动脉瘤等重症神经介入救治，曾率先在豫西地区开展脊髓电刺激促醒、脊髓损伤截瘫治疗等前沿技术，并凭借精湛医术被评为“宝藏科主任”。

涧西院区心病科四病区副主任韦要杰，副主任医师，医学硕士，擅长心血管疾病的中西医结合防治、冠状动脉介入诊疗及心脏康复等临床工作，为患者提供系统化、个性化的诊疗方案。

导管室负责人曹慧芳，洛阳市护理学会放射介入委员会委员，深耕介入护理工作15年，临床经验丰富，熟练掌握各种疾病介入手术护理操作、急危重症介入救治护理及介入围手术期精细化管理，同时深耕质量控制与流程优化，积极推动中医适宜技术融入介入患者全周期照护，有效提升患者的就医体验。

### 昼夜坚守争分夺秒 践行医者初心使命

生命至上，分秒必争。涧西院区导管室的投入使用，补齐了涧西辖区急危重症救治短板，有效缩短了患者救治距离与救治时间。

“每一次奔波，每一次手术，都是跨院区的生命接力，都是大家用实际行动彰显的医者担当！”张守彦说。涧西院区导管室成立后，他带领伊滨院区的骨干医师叶飞飞、王健飞、王鑫垚等，将工作重心向涧西院区倾斜。大家不分昼夜、风雨兼程，穿梭于伊滨、涧西两个院区之间，只为让涧西院区导管室这颗“心脏”迅速强健起来。截至目前，团队已成功完成近百例急诊介入手术，每一台手术都是与时间赛跑、与死神博弈的硬仗。

和张守彦有着同样体会的还有刘博、韦要杰、曹慧芳等人，他们坚守一线，随时待命。立足多院区协同机制，一旦涧西院区患者需要，他们会第一时间赶赴患者身边，顺利开展救治。他们相继开展了急性心肌梗死急诊介入治疗、急性脑梗死介入取栓治疗等多例手术，用实际行动诠释着“敬佑生命、救死扶伤”的医者担当。

对高危心肌梗死患者陈先生的救治就是其中一例。深夜，63岁的陈先生突发剧烈胸痛，胸口压榨样疼痛持续不缓解，并放射至肩背、左上肢，伴浑身大汗、胸闷憋气，自行含服速效救心丸后症状没有丝毫改善，情况危急，由120急救车紧急送入涧西院区。患者属于急性心肌梗死极高危人群，入院后经急诊心电图结合症状快速判断，确诊为急性心肌梗死，命悬一线！医院第一时间启动胸痛中心绿色通道，快速完善相关检查、评估病情，与家属紧急沟通，充分告知风险后，争分夺秒将患者推进手术室。术中，张守彦操作精准，团队紧密配合，顺利开通闭塞的冠状动脉，恢复心肌供血。术后，陈先生的胸痛、憋气症状迅速缓解，生命体征快速恢复平稳。经过系统治疗，患者康复出院。

“对81岁患者张某的救治也颇具代表性！”刘博回忆说。今年2月，既往有高血压、脑梗死病史的张某因突发不能言语、右侧肢体偏瘫30分钟入院。入院后完善头颅核磁检查，检查提示左侧额颞叶急性脑梗死。团队先给予静脉溶栓治疗，血管未能再通，随后急诊全麻下行全脑血管造影，证实左侧颈内动脉C7末段、A1起始段完全闭塞，随即行颅内介入取栓术。手术过程顺利。术后，患者的肢体、言语功能显著恢复，重获健康。

记者了解到，这些急危重症患者的成功救治，正是涧西院区导管室凭借三大核心优势织密的救治网络，同时也印证了国家区域医疗中心建设所带来的优质医疗红利。

### 深耕区域服务 续写 中西医介入发展新篇章

立足新起点，奋进新征程。下一步，北京中医药大学东直门医院洛阳医院涧西院区导管室将持续锚定国家区域医疗中心建设目标，坚持现代介入技术与中医药深度融合、协同发展，持续提升介入诊疗技术水平，积极拓展前沿介入新技术、新项目，提升心脑血管疾病、肿瘤、外周血管疾病的急危重症救治能力，同时，联动基层医疗卫生机构做好双向转诊、技术协作、资源共享，充分发挥区域辐射带动作用，持续完善中西医结合介入诊疗、康复全周期服务体系，以更优质、更高效、更便捷的医疗服务，全力书写国家区域医疗中心建设高质量发展新篇章。

（本文图片由北京中医药大学东直门医院洛阳医院宣传与公共关系科提供）



心脏介入手术进行中




把健康送到居民身边



导管室团队

本报地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角 邮政编码：450046 电话区号：0371 广告发布登记证号：郑东工商广发登字第009号 照排：本报编辑部 印刷：河南日报印务中心（地址：郑州经开区第三大街168号） 定价：全年220元