



1 例全皮下植入性心律除颤器护理体会

张 萍 刘春红

新疆心脑血管医院介入中心

【摘要】全皮下植入型心律转复除颤器(S-ICD)是预防心脏性猝死的新方法,但在新疆是首例。要求我们具备一定的理论及装置技能,术前、术后做好心理护理,术中密切观察病情变化,术后严密监护,同时做好随诊和相关康复指导,为全皮下植入型心律转复除颤器患者提供全面的身心护理,提高患者生活质量和生命保障。

【关键词】全皮下植入型心律转复除颤器;心源性猝死;护理

【中图分类号】R473.6 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-9561(2018)03-105-02

全皮下植入型心律转复除颤器(S-ICD)系统不需要经静脉途径放置除颤导线,而是另辟蹊径地在皮下的固定部位植入一根皮下除颤电极,通过该皮下电极来采集信号,反映患者的真实心律,从而提供安全有效的除颤治疗。既往临床研究已经证实了S-ICD的安全性和有效性,同时也避免了与经静脉导线相关的潜在并发症,适用于大多数心脏性猝死、一级和二级预防的患者

1 临床资料

患者,男性,54岁,已婚,汉族。门诊诊断:冠心病—陈旧性心肌梗死、室性心律失常、心功能IV级、高血压、肺部感染主因间断胸闷、气短9年,加重4天。曾多次在外院住院治疗,病情时有反复。2月前因受凉后出现咳嗽、咳痰,活动后伴有胸闷、气憋,病情渐进性加重,夜间不能平卧,伴有阵发性呼吸困难、腹胀、恶心欲吐,轻微活动即感气憋不适。11月2日就诊于新疆医学院,随后转至皮革厂医院住院治疗,出院后坚持服药,此次因4天前受凉后胸闷、气憋症状明显再次来院诊治。入院后查体:P165次/分,BP144/89mmHg,口唇轻度发绀,双肺呼吸音粗,两肺底可闻及湿罗音及少量喘鸣音,心界叩诊向左下扩大,心率171次/分,心律不齐,心音强弱不等,A₂>P₂,心尖部可闻及舒张期杂音。急查心脏B超:左心、右心扩大;室间隔、左室壁整体运动幅度减低;左室收缩功能减低;二、三尖瓣中度反流;心律不齐。EF20%。心电图:异位心律;心房扑动—颤动伴心室率过速;左前分支传导阻滞;T波异常。B型钠尿肽1501.9。心肌损伤标志物:高敏肌钙蛋白-I:3.5pg/ml。随机血糖7.22mmol/L。患者诊断明确,既往室速发作时有心源性休克出现,向患者及家属交待病情,建议安装植入型心律转复除颤器(ICD),患者表示同意。

2 手术经过

2016-12-27 17:30在介入中心导管室,行经皮埋藏式心脏复律除颤器(S-ICD)安置术。患者取平卧位,左侧背部略垫高,左上肢外展60°左右,术前右桡动脉测压,取前后位贴体表除颤电极片,透视下定位除颤器及除颤电极的位置,型号笔标记,全麻生效后,心电监测示房颤心律,常规胸部消毒,铺巾,予1%利多卡因局麻,选左侧腋中线第五肋间沿肋骨方向切开皮肤6-8cm,分离皮下组织至肌肉筋膜做囊袋,取剑突下偏右做一2cm横切口,分离皮下组织至肌肉筋膜沿第一切口至第二切口应用电极导入器置入心脏除颤电极,取胸骨右侧第三肋间为第三切口,做一1.5cm纵型切口,分离至肌肉筋膜

3 术前护理

3.1 心理护理

患者及家属都有不同程度的焦虑、恐惧心理,而且S-ICD

非常昂贵,有的患者怀疑手术预期效果,这些因素都会加重患者焦虑、恐惧心理。术前的心理护理尤为重要,向患者及其家属讲解有关S-ICD的功能、手术方法及术中可能出现的并发症,增加手术康复的信心,取得患者的配合,并签订术前协议书,防止发生医疗纠纷

3.2 术前准备、皮肤护理

术前停用抗凝药3天,减少创口出血。做好碘过敏试验、青霉素试验等。协助患者做相关检查,留置静脉留置针,建立下肢通路。训练患者床上排尿、排便。术前禁食、禁水4-6h,排空大小便。术晨抗生素预防用药,术前30min给予镇静剂。皮肤准备,颈部及乳头区、腋下皮肤准备,清洁。

4 术后护理

4.1 心电监测

患者手术完毕后,入住CCU病房。给予心电监测5-7d,每日详细描记全导联心电图1次,以了解起搏功能、起搏工作方式、起搏器感知是否良好,是否正常或异常除颤放电,0的机会较少,因此注意回放监护记录和观察患者有无头晕、晕厥、突然抽搐等情况。床边备好抢救器械及抢救药品,心电监测的电极片避开胸前除颤的部位。术后第2天常规用体外除颤分析仪进行电生理检查。

4.2 防止起搏电极脱位

患者入住CCU病房后,保持室内安静,绝对卧床3天,术侧肢体制动3天,1周内限制左侧手臂大幅度活动,向患者讲其意义,告知患者必须坚持,防止S-ICD电极脱位。3天可下地活动,术侧上肢只能在45°范围内活动,不能过度上举或外展,术后6周内避免抬举2.5kg的重物,以利于电极与周围组织紧密粘附

4.3 切口护理

术后无菌敷料包扎、固定,密切观察切开创面有无渗血、红肿、痛以及囊袋皮肤的颜色、张力,囊袋内有无积血。每天换药1次,以碘伏消毒手术切口部位后,无菌纱布覆盖,保持局部清洁,防止S-ICD置入相关并发症的发生,如皮囊红肿,排斥反应等,同时告知患者注意保护切口,避免碰撞。

5 出院指导

5.1 植入S-ICD对许多患者来说,是一种新生活的开始,但是告知患者安置ICD后并不等于疾病治疗的结束,仍要坚持原发病的治疗。安置S-ICD后前3个月每月检查1次,以后每3个月复查1次,第2年可半年随诊1次。

5.2 S-ICD能及时终止恶性心律失常,降低心律失常性死亡,并不能减少心律失常的发生,S-ICD术后继续服用抗心律失常药物十分重要,可以减少心律失常的发作次数、减少S-ICD放电次数、减少或消除误放电的诱因,由此可以减少

(下转第109页)



表 4: 两组死亡率对比 [例数 (%)]

组别	例数	死亡率
对照组	30	8 (26.67)
实验组	29	1 (3.45)
χ^2		4.401
P		0.036

的急性羊水栓塞诊断方法。但若产妇如果出现呼吸困难, 子宫出血或分娩时休克等症状, 原因无法确定, 很可能是急性羊水栓塞^[3]。羊水栓塞的发生率低, 但死亡率高。早期发现和早期治疗是抢救的关键, 而有效护理配合是抢救的关键。结合高质量的护理, 护理人员需要密切观察产妇的生命体征, 熟悉羊水栓塞的临床症状, 并且与外科医生的合作应该快速而良好^[4-5]。良好的护理配合对术前, 术中和术后护理有严格的要求, 护理合作具有很强的针对性。要求为产妇营造舒适的操作环境, 积极为产妇提供心理咨询, 严格执行各种手术程序, 构建完整的外科护理体系。在护理过程需要集中精力开展工作, 确保救援工作的高质量和高效率, 并密切加强对产妇心理状态的关注, 给予其心理疏导, 减少术前焦虑, 改善产妇的手术合作性, 提高救治效果, 提高抢救成功率, 避免并发症和不良预后的发生^[6-8]。

本研究中, 对照组予护理常规, 实验组予急救护理配合。结果显示, 实验组满意比率、主观焦虑心理、主观舒适度、

护患沟通的评分、护理服务的态度、心理护理质量、死亡率方面相较于对照组更好, $P < 0.05$ 。

综上所述, 急救护理配合在急性羊水栓塞护理中的效果确切, 可改善主观焦虑心理、主观舒适度, 减少死亡率。

参考文献:

- [1] 钟丽艳. 探讨急性羊水栓塞并发羊水栓塞产妇的临床急救护理措施及效果 [J]. 黑龙江医药, 2018(04):945-947.
- [2] 刘伟平. 羊水栓塞的急救护理分析 [J]. 河南医学研究, 2017, 26(22):4211-4212.
- [3] 陆婷, 仇静波, 朱玮. 羊水栓塞并发成人呼吸窘迫综合征 1 例护理 [J]. 上海护理, 2016, 16(02):90-92.
- [4] 龙玲, 黄富灵, 蒋红梅. 分娩时并发羊水栓塞致多器官功能衰竭 1 例抢救护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(10):102-10.
- [5] 方鹏, 李雅岑, 叶彩眉. 羊水栓塞 9 例的早期识别与急救护理 [J]. 护理与康复, 2017, 16(02):138-140.
- [6] 董宝梅. 急性羊水栓塞的护理分析 [J]. 基层医学论坛, 2017, 21(03):371-372.
- [7] 苏丽萍. 急性羊水栓塞急救护理配合体会 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(18):113+115.
- [8] 邹小芳. 1 例分娩时并发急性羊水栓塞致心脏骤停的护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(70):358.

(上接第 105 页)

S-ICD 的电消耗, 并延长 S-ICD 的有效使用寿命。耐心向患者解释坚持服用抗心律失常药物的目的、方法、注意事项, 不得自行停药或减药, 取得患者配合, 达到预期的疗效。

5.3 指导患者建立健康生活方式, 可正常工作、劳动和锻炼, 但避免过度疲劳和大幅度剧烈运动。戒烟、酒, 不饮咖啡, 保持开朗、乐观的心境, 养成良好的生活规律。一般家用电器可正常使用, 如微波炉、电视、电脑, 手机可以使用, 但须放在对侧接听, 远离 ICD15cm 以上。避免使用热疗仪, 远离强磁场区域, 如工业转换器、雷达、带有射线装置的玩具等, 禁止核磁共振检查。随身携带 S-ICD 植入卡, 卡上有患者信息, 如遇危急情况便于其他医务人员了解 S-ICD 植入的情况, 以便及时处理。

(上接第 106 页)

总而言之, 对普外科腹腔镜手术患者实施舒适护理模式之后, 患者平均住院时间指标改善效果佳, 且患者术后下床活动时间、并发症率指标效果理想, 值得医院推广及应用。

参考文献:

- [1] 梁桂华. 舒适护理在普外科腹腔镜手术中的干预效果 [J]. 心理医生, 2016, 22(32):193-194.
- [2] 陈婉琼, 黎群娣, 黄永坚等. 舒适护理在普外科腹腔镜手术中的护理效果分析 [J]. 吉林医学, 2015, 36(4):764-766.

(上接第 107 页)

- [1] 秦芳, 霍玉青. PICC 在肿瘤护理中的临床应用研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 1654:241-242.[2017-10-03].
- [2] 张波. PICC 在肿瘤护理中的临床应用分析 [J]. 中外

6 小结

自 S-ICD 开发以来, 近几年已经逐渐被应用于临床, 因此要求医务人员具备一定的理论及装植技能, 术前、术后做好心理护理, 术中密切观察病情变化, 术后严密监护, 同时做好随诊和相关康复指导, 为安置 S-ICD 患者提供全面的身心护理, 提高患者生活质量和生命保障。

参考文献:

- [1] 华伟. 中华心律失常学杂志 2017 年 4 月第 21 卷第二期
- [2] 郑芳, 郑敏. 永久性起搏器安置患者术后并发症的分析及护理 1303 例 [J]. 中国实用护理杂志, 2005, 22(3):33-34.
- [3] 诸彩娣, 蔡素玲, 吕卫华. 安装 ICD 病人的护理体会 [J]. 国际医药卫生导报, 2004, 10(22):123-124.

[3] 史丽兰, 肖静, 廖晓莎等. 普外科腹腔镜手术患者舒适护理研究 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2016, 12(9):38-39, 40.

[4] 文冬梅. 舒适护理在普外科腹腔镜手术中的护理效果分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(20):95, 98.

[5] 孔玲. 舒适护理在普外科腹腔镜手术中的干预效果 [J]. 医药前沿, 2016, 6(32):304-305.

[6] 李芳, 田娟, 李婵等. 普外科腹腔镜手术中舒适护理的应用效果分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(12):2292.

医学研究, 2013, 1126:99-100.[2017-10-03].DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2013.26.030

[3] 汪奕. 肿瘤护理中 PICC 应用效果的临床分析 [J]. 中国医药指南, 2014, 1233:283-284.[2017-10-03].