

BESTWISH 护理模式在一例儿茶酚胺敏感性室速患儿 ICD 置入术中的护理实践

任小霞 郑 鸿^{通讯作者}

1 四川大学华西第二医院心血管护理单元 / 四川大学华西护理学院

2 出生缺陷与相关妇儿疾病教育部重点实验室 成都 610011

【摘要】探讨一例儿茶酚胺敏感性室速患儿 ICD 置入术，采用 BESTWISH 护理模式分别从基础护理（Basic nursing）、专科护理（Special nursing）、心理护理（Wellness of psychoogy）、健康教育（Education）、治疗用药（Therapy）、病情观察（Inspection）、人文关怀（Humanity）、以及患者安全（Safety）方面对患者统一路径与个性化相结合的整体护理，从而改善护理服务，为患者提供更安全、优质的护理，提升患者满意度。

【关键词】BESTWISH 护理模式；儿茶酚胺；ICD 置入术

【中图分类号】R473

【文献标识码】B

【文章编号】2095-7718 (2022) 12-044-02

随着医学模式的转变，以患者为中心，以护理程序为基础框架，并将护理程序系统应用于临床及管理的整体护理在现代护理模式中占重要地位。BESTWISH 护理模式是以患者的生活自理能力评估为基础，责任护士在基础护理（Basic nursing）、专科护理（Special nursing）、心理护理（Wellness of psychoogy）、健康教育（Education）、治疗用药（Therapy）、病情观察（Inspection）、人文关怀（Humanity）、以及患者安全（Safety）方面为患者提供健康指导、治疗用药、病情观察及照护全方位护理，同时兼顾群体患者统一路径与个体患者个性化护理，以改善护理服务，为患者提供更安全、优质的责任制整体护理，提升患者满意度。现将我科运用 BESTWISH 护理模式为一例儿茶酚胺敏感性室速患儿 ICD 置入术中的护理实践报道如下。

1 病例介绍

患儿，男，10 岁 9 月，因“晕厥 8 次”晕厥均在剧烈运动后，晕厥前有视物旋转，黑蒙先兆，偶有大小便失禁，持续数十秒至 1 分钟后自行缓解，醒后伴有头晕、呕吐。经 β 受体阻滞剂治疗后有效，停药一个月，本次剧烈运动后再次晕厥，本次入院查体：T36.5℃，HR 65-105 次/分，R 18-22 次/分，BP 109/67mmHG，SPO₂ 99%。神志清楚，口唇红润，心音有力，各瓣膜区未闻及杂音。患儿院外运动负荷试验提示“运动耐量欠佳，运动极期出现频发室性早搏，可见二联律，恢复期 1 分钟后室性早搏消失”。直立试验阴性。头颅 MRI 未见明显异常。血常规、血气分析、大小便常规、肝肾功、电解质、心肌损伤标志物、DIC 筛查、自身抗体、动态血压、心脏增强 MRI 均未见明显异常。外送迈基诺遗传性心肌病/心律失常 panel-V2 检测到 RYR2 基因变异。动态心电图提示 1. 窦性心律不齐；2. 房性早搏：6 次/24 小时；3. 室性早搏：139 次/24 小时，占总搏数的 0.2%，配对间期不等；4. 加速性房性逸搏：19559 次/24 小时，占总搏数的 22.1%，加速性房性逸搏心律 1820 阵/24 小时。经讨论，患儿术前诊断：1. 心律失常：多形性室性早搏，短阵多形性室性心动过速，加速性房性逸搏；2. 儿茶酚胺敏感性室性心动过速；3. 晕厥待诊：心源性？因“儿茶酚胺敏感性室性心动过速”进行双腔置入型心律转复律起搏器植入术，锁骨下静脉造影术，术中心电监

护显示窦性心律，常规消毒铺巾，穿刺左腋静脉成功，置入 7F 及 9F 血管鞘。于左上肢胸壁切开皮肤 6 cm，分离皮下形成起搏器囊袋。经腋静脉分别置入心室起搏除颤电极，经右心室至右心室心尖部、置入心房电极至右心耳。测试心室起搏除颤电极阈值 0.5V、感知 6.7mV、阻抗 446 欧姆；心房电极阈值 1.1V、感知 1.6V、阻抗 956 欧姆。双腔置入型心律转复除颤器（美敦力 DDBC3D1）连接电极并置入囊袋中。缝合起搏器囊袋，包扎伤口，转入 CICU 密切监测心率、心律、血压、血糖等变化；给予抗感染、补液、镇痛、镇静、口服普萘洛尔。患儿在 CICU 监护治疗观察 4 天，病情平稳转入心血管内科普通病房治疗观察 3 后顺利出院。

2 BESTWISH 护理模式

入院后根据患儿生活自理能力级别，制定以下护理模式内容。

（1）“B”基础护理：术前指导患儿完善相关检查。评估患儿体型及肥胖程度，ICD 脉冲发生器的囊袋计划放置在左侧胸前壁皮下，胸前壁太厚或太薄对囊袋顺利放入都有影响。本例患儿 10 岁 9 月，27Kg，体型匀称，皮肤情况好。术前 6 小时禁食禁饮、指导患儿卧床排便、排尿，避免术后不习惯而诱发心衰。术中备好急救器材：如除颤仪、体外起搏器，并调好各种参数为 ICD 置入做好准备。术后常规吸氧、进食富含粗纤维、清淡、易消化的食物，防止便秘诱发心衰。

（2）“E”健康教育：ICD 的随访与 ICD 的置入同等重要，ICD 植入术后随访的目的更具针对性，达到准确、高效，节能的目的，也能排除 ICD 的相关并发症和及时处理 ICD 故障。ICD 随访一般为术后 3-6 月 1 次。指导家属带患儿定期随访。儿茶酚胺敏感性室速以运动或情绪激动诱发，猝死风险极高^[1]。告知患儿出院后规律生活、适当活动，避免感染受凉，避免剧烈运动，保持情绪乐观非常重要^[2]。指导家属进行自我监测脉搏，注意有无出现心律失常而产生的不适，如胸闷、心慌、黑蒙、眩晕等，根据情及时就诊。

（3）“S”专科护理：ICD 体积较大，埋置胸大肌深处，创面皮囊均较大且深，比较容易出血，患儿术后切口用无菌纱布覆盖宽胶布固定，再用盐袋压迫 4-6 小时，密切观察伤口有无囊袋血肿、囊袋周围有无淤血、渗液渗液，如有及时进行换

药^[3]。术后第二天用体外除颤分析仪进行电生理检查,诱发室速/室颤,来观察 ICD 的终止效果。但在实际工作中这种方法很难实行。根据临床一般做法,该患儿于术后第二天进行起搏阈值测试,项参数没有太大变化,阈值低、说明电极导线固定良好,推断 ICD 能很好地抗心动过速、起搏的除颤。经术后连续 72 小时的心电监护观察后,ICD 工作正常,按计划出院。

(4) “T”治疗用药:β受体阻滞剂是治疗儿茶酚胺敏感性室速的基石,国外多用长效的纳多洛儿,国内市场缺乏,故多选择普萘洛尔^[4]。β受体阻滞剂治疗对 60% 的病人明显有效,晕厥次数明显减少,部分病人甚至不再发生晕厥^[5]。本例患儿术前口服普萘洛尔 6mg,每日 3 次,术后心电图可见较多室性早搏,予调整普萘洛尔为 7mg,每日 3 次,出院时专家组讨论考虑患儿院外运动负荷实验阳性,晕厥原因和心源性脑缺血相关,故将普萘洛尔调整为 15mg,每日 3 次。Miyake^[6] 等认为儿茶酚胺敏感性室性心动过速患者多于下午或晚上发生心动过速,可根据此调整药物用量和用时。本例患儿口服普萘洛尔严格按照 q8h 一次,根据病情时间调整为 9 点、17 点、凌晨 1 点,有效保证了血管中药物浓度。安置 ICD 前,常规使用抗生素,本例患儿使用美洛西林舒巴坦钠 2.7g,每日 2 次静滴。术前 3 日、术后 3 日预防感染。术前禁食及术后进食少,均予补充液体,严格控制输液速度。

(5) “W”心理护理:ICD 能迅速有效转复室性快速性心律失常、预防心脏猝死的发生,ICD 的放电会给患者带来不适且会产生恐惧感,影响患者生活质量^[7]。不恰当放电不仅会导致患儿焦虑,降低患者生活质量,而且会增加死亡及心律失常的风险^[8]。反复放电,患者会出现明显不适,胸部发热、触电甚至濒死感觉,而且很多患者是在清醒状态下被电极,很容易产生焦虑、恐惧等异常心理。特别是本例患儿只有 10 岁左右,对疾病认识理解不够,术后及出院后 3 个月发生过异常放电 3 次,患儿曾一度产生恐惧。通过术后心理干预,耐心反复告知 ICD 产生的电量非常小,不会对人体产生不利影响,给予患儿积极暗示,介绍成功病例,指导不用过分紧张,可听音乐放松心情。向家属讲解疾病及 ICD 相关知识,调动家属对患儿产生积极影响。

(6) “I”病情观察:术前重点观察患儿各项指标是否符合手术指针,关注患儿情绪状态及自觉症状。监测生命体征,按时口服抗心律失常药物。术后持续心电、血压监测,评估 ICD 是否正常工作,有无异常放电。密切观察伤口情况。监测血常规、电解质、心电图、血流动力学、出入量做好记录。保持各管理通常如输液管路、尿管、有创血压管道等。患儿术后几乎平卧,预防压疮发生,本例患儿在 CICU 睡气垫床有效避免了压疮的发生。但由于疼痛等不适,患儿不愿活动,每 2-4 小时检查皮肤状态,予按摩局部皮肤保持血供状态。根据疼痛评分予患儿制定干预措施。

(7) “S”患者安全:ICD 置入术后,本例患儿转入 CICU 监护观察,术后持续泵入力月西、舒芬太尼镇痛镇静,安置尿管,多通道补充液体。患儿可能存在意识不清楚的时间段,在此期间严密监测各项数据指标的同时,加强巡视,防止患儿自行拔掉各种管路、防坠床等不良安全事件发生。术侧肩关节制动,防止电极脱位。必要时予约束带进行约束。ICD 使用环境的安全,出院后患儿恢复正常生活,一般家用电器可正常使用,手机使用须放在对侧接听,远离 ICD 10 cm 以上为安全距离,远离磁场。在使用一些医疗技术如体外碎石、离子放疗、体外除颤时应关闭 ICD,结束后应检查 ICD 的功能,

禁止核磁共振检查。出院时主管医生及护士及相关专业人员通过对患儿的生活习惯制作特制款 ICD 生活使用手册,让患儿及家属快速识别和避开危险场所和物品。从而保证患者安全。外出安全指导:患儿外出应随身携带卡,进出机场检测器需向工作人员解释,以避免 ICD 故障。

(8) “H”人文关怀:儿茶酚胺敏感性室性心动过速是一种由心肌离子(Ca²⁺)失调引起的罕见遗传性离子通道病^[9]。本例患儿外送迈基诺遗传性心肌病/心律失常 panel-V2 检测到 RYR2 基因变异。家属自责感强,感觉是自己基因遗传害了孩子,一度陷入自责悲痛中,情绪低落。发现此现象后及时进行了干预,向患儿家属讲解疾病相关知识及救治成功案例,鼓励家属树立正确榜样力量,作为孩子坚强的后盾。科室以患儿为家庭建立一对一随访档案及微信群,定期对患儿病情进行回访了解,督促定期按时进行 ICD 程控,及时解答家属问题,为患儿疾病稳定及缓解家属焦虑提供精神上的保障。

3 结论

BESTWISH 是一种护理模式,也是一种工具(APP)。本例患儿通过基础护理(Basic nursing)、专科护理(Special nursing)、心理护理(Wellness of psychology)、健康教育(Education)、治疗用药(Therapy)、病情观察(Inspection)、人文关怀(Humanity)、以及患者安全(Safety)方面的整体护理,顺利出院,此期间没有发生跌、倒坠,伤口无感染,ICD 正常运行,家属焦虑缓解,患儿恐惧消除,家庭对疾病知识及居家护理知识掌握良好,跟医护及工程师保持良好沟通。并在随访微信群中积极帮助其他患者,树立了良好的榜样力量。医护人员通过 BESTWISH 模式也提高了自己全方位的知识结构,提高了患者满意度。取得了良好的社会效应。

参考文献:

- [1] 钱月,王文.1 例儿茶酚胺敏感性室速病人行颈交感神经节切除手术的护理[J].中国全科护理,2020,18(32):4542-4544.
- [2] 豆娟,滕智敏,冉慧霞,等.抗心律失常药物在 CID 置入术后的效果观察与护理[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(7):673-674.
- [3] 李燕林,丁莉,陈琴.心脏转复除颤器植入术患者护理[J].护理学杂志,2011,26(11):17-19.
- [4] 戴辰程,韩玲.儿童 CPVT[J].临床心电学杂志,2016,25(5):363-367.
- [5] LEREN I S,SABERNIDK J,MAJID E.Nadolol decreases the incidence and severity of ventricular arrhythmias during exercise stress testing compared with β1-selective β-blockers in patients with catecholaminergic polymorphic tachycardia[J].Hert Rhythm,2016,13(2):433-440.
- [6] Miyake CY,Asaki SY,Webster G,et al.Circadian variation of ventricular arrhythmias in catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia[J].JACC Clin Electrophysiol,2017,3(11):1308-1317.
- [7] 杨燕秋,王新康.皮下植入式心律转复律除颤器的应用现状及展望[J].实用心电学杂志,2020,29(1):66-69.
- [8] 张玉玫,刘汉雄,蔡琳.埋藏式心脏转复除颤器的选择:单还是双腔?[J].中国心脏起搏与电生理杂志,2021,35(1):4-6.
- [9] Velcea AE,Siliste C,Vinoreanu D.Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia-looking to the future[J].Maedica (Buchur),2017,12(4):306-310.