

心脏射频导管消融术相关并发症的护理进展

贾若雅¹, 程敏², 常芸¹

1. 南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)心内科, 江苏 南京 210006;

2. 南京市卫生局医政处, 江苏 南京 210008

关键词: 射频导管消融术; 心脏; 心律失常; 并发症; 护理

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1689-04

射频导管消融术(RFCA)是近年来治疗心律失常最主要的手术方法,因其手术创伤小、治愈率高而广泛应用于临床。但 RFCA 术中和术后仍有各种并发症发生,而大多数并发症可通过采取相应的措施使之减少或避免^[1]。因此,早期采取有效的防御措施和护理干预是预防和减少并发症的关键,也是提高 RFCA 疗效及改善患者生活质量、促进早期康复的重要保证。现对心脏 RFCA 后可能出现的并发症的护理进展综述如下。

1 早期并发症的观察与护理

1.1 穿刺点出血及皮下血肿的观察及护理 穿刺点出血是 RFCA 中或术后常见并发症,发现不及时可形成皮下血肿。其原因有抗凝药物的大量使用、穿刺操作和压迫方法不当、动脉鞘管管径大、患者年龄大、存有合并症(如高血压)、机体凝血功能差、下床活动时间不当等。护士应密切观察穿刺处渗血、渗液、肿胀、皮肤色泽及温度情况,压迫止血器或沙袋压迫位置准确;告知患者术后正确的体位及制动方式,床上制动 4~6 h、术后 6~8 h 下床活动^[2-3],指导家属协助患者利用健侧肢体活动,定时做腰部及术侧下肢按摩,增加患者舒适度,促进血液循环^[4];指导患者避免从术侧放置便器,咳嗽时紧压穿刺点;若有出血发生,必要时拆除绷带,重新加压包扎止血。

腹膜后血肿多数是因手术穿刺位置过高、损伤后壁时,出血或血肿可上延至腹膜后引起。患者常有腰背痛、失血性贫血甚至休克等表现,早期不易发现,患者出血过多时,出现血压或血红蛋白下降等表现,有潜在危险性。护理人员应协助医生进行腹部超声或 CT 检查,迅速于穿刺点压迫止血,遵医嘱停抗凝药,扩容或输血,监测双腿周径,若情况严重,配合外科医

生行动脉缝合止血。

1.2 心脏压塞 是心脏介入治疗最为严重的并发症之一,发生率为 0.17%^[5],分为在术中发生(早发心脏压塞)和返回病房后发生(迟发心脏压塞)两种。临床症状与体征:(1)突发性呼吸困难、烦躁、意识模糊或丧失;(2)血压突然降低;(3)心率变化;(4)特征性 X 线表现(心影搏动消失和透亮带)。主要与冠状静脉窦穿孔、心房穿孔、主动脉根部损伤、阻抗升高、焦痂形成后渗出有关,特别是对血管迂曲完全闭塞及钙化的病变,发生率更高^[6]。急性心包填塞重在预防,如术前应常规行胸部 X 片检查,术中一旦发生急性心脏压塞可作为对照,术者应动作轻柔,遇有阻力切忌粗暴,注意导丝的位置,导管的张力等^[7]。另外,要密切观察患者血压、面色、心电图变化,当发现患者烦躁、呼吸困难、出冷汗、意识模糊、收缩压较术前降低 30 mm Hg 时及时通知医生,给予患者高流量面罩吸氧(6~8 L/min),建立静脉通道,快速补液,心率减慢时,用阿托品提高心率或使用临时心脏起搏器,使用多巴胺等血管活性药时应维持正常的低压水平^[8],遵医嘱停用肝素抗凝治疗,准备鱼精蛋白拮抗(1 mg 鱼精蛋白拮抗 100 U 肝素)^[9];协助医生心包穿刺引流,密切病情观察,从而了解心脏压塞症状有无改善;必要时行外科开胸破口手术。

1.3 气胸 是锁骨下静脉穿刺的并发症,可能是手术操作时穿刺过深所致。临床表现为胸痛、咳嗽、气促、呼吸困难及出汗等,胸部 X 片即可确诊。如诊断为气胸,护理人员应立刻给予患者半卧位、持续中流量吸氧,协助医生行胸腔穿刺抽气或闭式引流^[10]。

1.4 心房-食管瘘 常发生于房颤患者左房后壁消融的过程中或术后,因食管与左心房后壁邻近,常与消融部位相重合,消融时左心房后壁的透壁性损伤可伤及食管,因而发生心房-食管瘘,发生率极低(约 0.003%),但预后差,病死率高。临床表现为不明原因低血压、心悸、面色苍白、呕血、血压进行性下降甚

至休克、猝死等。Kumagai 等^[11]提出了“盒子消融”术式,可使左心房后部包括肺静脉的完全隔离,并可有效避免心房食管瘘的发生。护士应密切观察患者生命体征,重视患者进食时胸骨后疼痛的主诉,必要时遵医嘱给予抑酸剂或胃黏膜保护剂。

1.5 血管迷走神经反射 多于术后 1~2 h,偶于 10 min 内发生,又称“拔管综合征”^[12]。多与精神因素(如紧张)、疼痛的刺激、血容量不足、术前禁食时间长,胃肠及膀胱等脏器的充盈程度迅速改变有关。机制为:(1)害怕、抑郁等负面情绪可使患者心率加快、交感神经过度兴奋刺激迷走神经活性;(2)各种疼痛的刺激能引发胆碱能神经张力突增,小血管反射性强烈扩张,导致血压、心率迅速下降;(3)血容量不足,易导致血管加压素分泌,增加血管对各种刺激的敏感度;(4)胃肠、膀胱等脏器充盈程度的迅速改变易致压力感受器兴奋,可引发血管迷走神经反射;(5)消融的位置不当或能量较大。患者多表现为血压低、心率进行性减慢、头晕、面色苍白、出汗、打呵欠、恶心和呕吐等症状。应给予以下护理干预:(1)术前详细告知患者手术的目的、方法、注意事项及预期结果,以排除思想顾虑;(2)拔管前嘱患者排空膀胱,必要时可局麻,缓解疼痛;(3)维持有效的循环血容量,调节室温 18~22℃为宜,避免出汗导致的血容量减少,鼓励患者增加水钠摄入;(4)拔管时,可通过询问患者不适感,分散其注意力;(5)拔管后,提醒医生压迫止血要做到细致、准确。(6)一旦发生迷走神经反射,遵医嘱静脉注射阿托品 0.5~1 mg,使用升压药,快速补液。

血管迷走性晕厥(VVS)即过度迷走神经反射,常发生于术中至术后 24 h,主要是各种刺激因素通过迷走神经反射,引起短暂的血管扩张,回心血量减少,心输出量减少,导致血压急剧下降,心率迅速减慢^[13]。其预防以健康宣教为主,做好患者心理护理,以减轻患者因紧张心理,避免诱发因素。总之,有效的治疗与护理可提升患者的预后,但对于老年患者,危险性高,护理人员要提高警惕。

1.6 心律失常 心律失常种类频多,常发的如房室传导阻滞,护士要观察患者心电图变化,遵医嘱给予异丙肾上腺素或临时起搏器等治疗。在心房纤颤消融过程中或消融后,心房扑动或房性心动过速是较常见的并发症^[14],与射频消融形成的瘢痕有关,多由于该消融瘢痕未形成完整的线或瘢痕局部形成折返导致^[15]。医护人员要及时发现,及早处理,才能防止心律失常的发生。研究发现,心房纤颤或心房扑动患者的生活质量较其他心律失常患者的生活质量低^[16],

在对相似临床研究进行的 Meta 分析中证实射频导管消融术能够改善患者临床症状,提高生活质量,但复发率高^[17-18]。护士应协助患者做好生活护理与专科护理,协助其提高生活质量。

1.7 假性动脉瘤 其发生与穿刺或压迫止血不当、合并症(如高血压)、大量抗凝药物的使用、动脉硬化、患者年龄等因素有关,其发生率为 0.53%^[19],常发生于术后 2~5 d。患者表现为局部疼痛、搏动性肿块、血流杂音或震颤、贫血、患肢无力、神经功能障碍等。护理要点:(1)术中提醒医技人员选择合适的鞘管进行穿刺;(2)密切观察术肢感觉、皮温、足背动脉搏动及听诊血管有无杂音;(3)若患者诉有疼痛、肿胀感,立即通知医生,必要时行血管 B 超检查,在超声引导下按压修复、注射凝血酶或手术修复。

1.8 动-静脉瘘(AVF) 多与穿刺点过低或操作不当、导引的钢丝送入过短、鞘芯穿透动-静脉壁等相关,常于鞘管拔出后数小时至数天内出现,也有破裂的危险。临床表现同假性动脉瘤,如疼痛、硬节、血管杂音及震颤等,大的动-静脉瘘可增加心脏负荷,导致左心衰竭。护士应密切观察穿刺部位伤口情况,解除加压包扎后听诊穿刺处有无杂音,一旦发现有杂音应及时协助医生做血管多普勒彩超检查,明确有无瘘口及大小,如瘘口不大,杂音轻微,常可待其自行闭合;若瘘口较大,协助医生在彩超确定的部位适当动-静脉分离加压包扎^[20],着重关注血压、心率的变化,若发现血压急剧下降,心率迅速减慢,及时告知医生处理,必要时协助医生进行外科修补术。

2 中、晚期并发症的观察与护理

2.1 血栓栓塞 其发生机制是压迫时间过长、血液粘滞度过高、血液流速缓慢。临床最常见的是脑栓塞及肺栓塞,发生率在 2.5% 以内^[21],按照发生部位的不同,还有股动脉栓塞、外周栓塞、穿刺性血栓性静脉炎等类型。有研究表明,大剂量的肝素应用能减少心房血栓的形成^[22]。对房颤的患者,欧洲心脏病学会(ECS)指南建议射频导管消融术后至少接受 3 个月口服抗凝剂治疗^[23]。护理人员术中除了配合医生正确的使用肝素外,还应观察患者术肢温度、颜色及足背动脉搏动的情况;抗凝、血栓治疗的同时,监测血常规、凝血功能情况,若发现患者口腔、牙龈、皮肤黏膜出血的情况,及时告知医生处理。另外,胃肠道动脉栓塞或支配胃肠道的神经损伤,可引起麻痹性肠梗阻,护理人员可遵医嘱给予患者禁食、护胃、补液、药物等处理。

2.2 肺静脉狭窄 是房颤消融术后特有的晚发并发

症,严重肺静脉狭窄(>70%直径,有症状)占0.3%,中度肺静脉狭窄(40%~70%直径,无症状)占1.3%^[24]。其发生与消融术式、消融能量大小、温度、肺静脉狭窄的评价方法、术者经验不足、过度消融等有关^[25]。早期症状在消融过程中即可出现,多数于术后1周内发生,患者一般无症状,少数可表现为反复发作的呼吸困难、咳嗽、胸痛、咳血且肺部感染经抗生素治疗无效^[26]。鉴于目前尚无一种理想的治疗措施,故现阶段只能在于预防^[27],护士可采取的预防措施:术中严密监测各项参数,如放电时间、温度、能量等,及时向医生准确汇报;术后重点观察患者有无反复咳嗽、胸痛、呼吸困难、咯血、心率减慢、血压下降等症状;定期行X线胸片和超声心动图检查,观察有无肺淤血或肺动脉高压等提示肺静脉狭窄的征象,并遵医嘱提供合理的治疗与护理方案。

2.3 心脏损伤后综合征(PCIS) 为消融术后远期并发症,其发生机制为 RFCA 过程中由于心内导管操作引起的心脏小穿孔所致,易发生在老年和伴有高血压的患者。临床特征为早期出现的胸腔积液,包括发热、胸膜炎性胸痛、摩擦音以及心包和/或胸膜其他炎性改变。实验室检查中会有白细胞升高、血沉增快和胸腔积液伴或不伴肺部浸润。由于 PCIS 可发生于各种原因导致的心包或心肌损伤之后,有时也被称为心包切开术后综合征(PPS)和心肌梗死后综合征(PMIS)。研究表明,RFCA 术后心脏穿孔相关的 PCIS 发生率约为 28.6%,术后中远期回访中要高度重视,并提供合理的治疗与护理方案^[28]。

心脏 RFCA 术后应对患者进行密切的病情观察、积极治疗和护理,从而建立医护合作的医疗队伍。护理人员应充分了解患者的病情和护理要点,制定个性化护理方案,严密监测各临床指标的变化,预防和治疗并发症,在治疗心脏疾患的基础上提高其生活质量。

参考文献

[1] Wright M, Haïssaguerre M, Knecht S, et al. State of the art: catheter ablation of atrial fibrillation[J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2008, 19(6): 583-592.

[2] 贾若雅,程敏,常芸. 经股动脉射频消融患者术后早期体位干预及下床活动的效果[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(7): 28-30.

[3] 祁红. 76例心脏介入手术并发症的原因分析及护理[J]. 西南国防医药, 2013, 23(9): 1022-1023.

[4] 赵彩云. 射频消融术治疗心房颤动病人的健康教育[J]. 全科护理, 2013, 11(24): 2296-2297.

[5] 沈蕴之. 射频消融治疗房颤并发心包填塞1例抢救与护理[J]. 上海护理杂志, 2009, 9(1): 83-84.

[6] 马可忠,刘文卫,朱锐,等. 心脏介入性手术并发心脏压塞的临床

床分析[J]. 临床心血管病杂志, 2008, 24(5): 396-397.

[7] 牛少辉,张丽华,简立国. 心脏介入术中并发急性心脏压塞的临床诊疗体会[J]. 医学临床研究, 2013, 30(8): 1572-1573.

[8] 孙莲莲,丁恒,王瑾瑜. 射频消融治疗房颤术中并发心脏压塞后的护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(3): 252-253.

[9] 李晓彤. 心脏介入治疗并发急性心包填塞的抢救与护理[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(16): 31-33.

[10] 王丽娜,靳育葵. 室上性心动过速射频消融术后并发症的护理[J]. 实用医药杂志, 2013, 30(8): 739-740.

[11] Kumagai K, Muraoka S, Mitsutake C, et al. A new approach for complete isolation of the posterior left atrium including pulmonary veins for atrial fibrillation[J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2007, 18(10): 1047-1052.

[12] 陈敏章. 中华内科学:上册[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999: 404-405.

[13] 周惠芬,贺静洁,袁亚娟,等. 心脏介入诊疗并发迷走神经反射的观察与护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(2): 278.

[14] 许富康,郭航远. 心房纤颤射频消融术式及其并发症研究进展[J]. 中国全科医学, 2014, 17(18): 2142-2146.

[15] Ju W, Yang B, Chen H, et al. Localized reentry as a novel type of the proarrhythmic effects of linear ablation in the left atrium[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2011, 34(8): 919-926.

[16] Bubien RS, Knotts-Dolson SM, Plumb VJ, et al. Effect of radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias[J]. Circulation, 1996, 94(7): 1585-1591.

[17] Bonanno C, Paccanaro M, La Vecchia L, et al. Efficacy and safety of catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: a meta-analysis of randomized trials[J]. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2010, 11(6): 408-418.

[18] Van Brabandt H, Neyt M, Devos C. Effectiveness of catheter ablation of atrial fibrillation in Belgian practice: a cohort analysis on administrative data[J]. Europace, 2013, 15(5): 663-668.

[19] Cappato R, Calkins H, Chen SA, et al. Worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation[J]. Circulation, 2005, 111(9): 1100-1105.

[20] 王丽娜. 1例射频消融术后并发动静脉瘘的护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2015(5): 124-125.

[21] 赵春,马数艳,郑文菊. 射频消融术治疗房颤常见并发症的循证护理[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(1): 27.

[22] Ren JF, Marchlinski FE, Callans DJ, et al. Increased intensity of anticoagulation may reduce risk of thrombus during atrial fibrillation ablation procedures in patients with spontaneous echo contrast[J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2005, 16(5): 474-477.

[23] Karasoy D, Gislason GH, Hansen J, et al. Oral anticoagulation therapy after radiofrequency ablation of atrial fibrillation and the risk of thromboembolism and serious bleeding: long-term follow-up in nationwide cohort of Denmark[J]. Eur Heart J, 2015, 36(5): 307-314.

[24] Verma A, Natale A. Should atrial fibrillation ablation be considered first-line therapy for some patients? Why atrial fibrillation ablation should be considered first-line therapy for some patients[J]. Circulation, 2005, 112(8): 1214-1222.

[25] 顾志茹. 48例房颤病人射频消融术中及术后并发症的护理[J].

全科护理, 2014, 12(33): 3098-3099.

[26] 郭英, 郭航远, 邢杨波, 等. 老年房颤患者射频消融术后并发症观察与护理[J]. 心脑血管病防治, 2014, 14(1): 86-87.

[27] 胡继强, 马坚. 心房颤动射频导管消融的并发症及其预防[J].

心电学杂志, 2008, 27(1): 40-44.

[28] 刘洋. 心律失常的临床和遗传学基础及治疗相关的并发症[D]. 武汉: 华中科技大学, 2013.

收稿日期: 2015-08-09 修回日期: 2015-09-14 编辑: 王国品

· 护 理 ·

综合护理干预在鼻内镜治疗鼻窦炎及鼻息肉患者中的应用效果评价

顾一平, 杨明, 雍梅

南京中医药大学附属南京市中西医结合医院耳鼻喉科, 江苏 南京 210014

摘要: **目的** 探讨综合护理干预措施在鼻内镜(MT)治疗鼻窦炎、鼻息肉中的应用效果。**方法** 选择 2012 年 3 月至 2015 年 2 月耳鼻咽喉科收治的行 MT 治疗的鼻窦炎、鼻息肉患者 128 例, 采用随机数字表法随机分为对照组和观察组, 各 64 例。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上采取综合性护理干预措施, 比较两组临床疗效、SAS 评分、术后疼痛程度、患者对护理满意情况。**结果** 观察组总有效率为 98.44%, 显著高于对照组的 78.12% ($P < 0.01$)。观察组 MT 术前的 SAS 评分较入院时和对照组降低 (P 均 < 0.05), 术后疼痛程度明显低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组护理满意度为 98.44%, 显著高于对照组的 79.69% ($P < 0.01$)。**结论** 有效的综合护理干预措施可明显改善鼻内镜下治疗鼻窦炎、鼻息肉的疗效, 消除患者紧张焦虑等不良心理反应, 降低术后疼痛程度, 显著提高护理质量。

关键词: 综合护理干预; 鼻窦炎; 鼻息肉; 鼻内镜; 效果评价; 护理质量

中图分类号: R 473.76 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1692-03

鼻窦炎、鼻息肉是耳鼻喉科的常见病, 随着鼻内镜技术(MT)的日臻成熟, 目前 MT 不仅是治疗鼻窦炎、鼻息肉的常用手段, 而且可恢复鼻腔和鼻窦的生理功能^[1]。尽管如此, 手术作为一种重要的应激源以及手术的机械损伤、术后疼痛、鼻腔填塞物压迫等多种因素, 导致机体产生一定的应激反应, 出现紧张、焦虑等不良心理情绪, 从而影响睡眠, 最终对伤口愈合及疗效产生不良影响。有研究显示对鼻内镜术后患者采取有效护理干预措施可明显改善预后^[2]。本研究探讨对行鼻内镜治疗的鼻窦炎、鼻息肉患者采取综合护理干预措施, 旨在探讨其护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2015 年 2 月我院耳鼻咽喉科收治的行鼻内镜治疗的鼻窦炎、鼻息肉患者 128 例, 均有不同程度的鼻塞、流涕、嗅觉障碍, 部分患者伴有头痛和记忆力减退等症状, 病程为 1.5~13.0(4.42 ± 3.16) 年。采用随机数字表法随

机分为对照组和观察组。对照组 64 例, 男 36 例, 女 28 例, 年龄 11~67(38.49 ± 12.61) 岁, 慢性鼻窦炎 41 例, 鼻息肉 23 例, 两者兼有 14 例; 观察组 64 例, 男 35 例, 女 29 例; 年龄 11~68(38.72 ± 12.49) 岁, 慢性鼻窦炎 43 例, 鼻息肉 21 例, 两者兼有 12 例。两组一般临床资料比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 护理方法 (1) 对照组给予术前鼻腔清洁、禁食水, 术后体位处理与饮食护理、密切观察生命体征、鼻腔冲洗、观察鼻腔分泌物性状及颜色等常规护理, (2) 观察组在上述护理的基础上给予: ①心理护理。将业务水平高及语言沟通能力强的护士组成护理小组, 专职负责患者的心理护理, 患者入院时热情接待, 向患者介绍病房的环境, 以消除其陌生感, 对患者不可直呼床号或姓名, 应根据其职业或年龄给予亲切称呼, 拉近护患间的心理距离; 与患者沟通时要耐心倾听患者的倾述和提出的问题, 并详细解答, 对其表示理解、同情, 并给予鼓励和支持; 向患者介绍鼻内镜手术的优点, 可通过介绍手术成功病例消除其对手术及预后存在的思想顾虑; 向患者讲解术后鼻腔填塞的目的, 不要自行取出, 术后 1~2 d 医生会根据病情取出