高龄患者开胸术后并发心律失常的护理

辛小云

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词: 高龄患者; 开胸术后; 心律失常; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0080-01

随着人口老龄化的趋势, 须进行手术治疗的高龄患者逐渐增多。有文献报道^[1]高龄患者术后发生心律失常为 58.1%, 主要是因老年人体质较弱, 且伴有不同程度的心肺功能减退, 心肺代偿能力差, 对手术创伤、麻醉、失血等耐受能力差所致。我院胸外科自 2003 年 3 月~2006 年 5 月为高龄患者进行开胸手术治疗 42 例, 现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病人 42 例, 男 30 例, 女 12 例, 年龄 60~80 岁。术前心电图异常 6 例, 有高血压史 5 例。手术方式: 全肺切除加淋巴结清扫术 8 例, 肺叶切除术 19 例, 肺大泡摘除术 5 例, 食管癌切除术 6 例, 剖胸探查术 4 例。

1.2 结果 发生窦性心动过速 12 例, 房性早搏 2 例, 室性早搏 3 例, 房颤 2 例。经及时诊治和护理, 均恢复窦性心律。住院时间较同类手术延长 5~10d, 护理天数增加 4~6d。

2 护理

2.1 心理护理 心律失常多发生突然, 因突然增快或胸闷、心悸而产生紧张、焦虑、恐惧等应激心理反应。而这种应激性心理反应可引起体内儿茶酚胺分泌增多, 导致心跳加快、心肌耗氧量增加, 这些因素不利于心率的复转^[2]。根据高龄患者特点, 尽快使患者适应环境, 并以耐心、关切的言语做好患者的心理疏导。向患者及家属讲解有关方面的知识, 告知不良情绪对心电图检查的影响, 减轻紧张、恐惧心理, 使其情绪稳定, 增加安全及信任感, 以最佳的心理状态配合医护治疗。

2.2 心律失常护理 心律失常多发生于开胸术后 72h 内, 尤其是术后第 1 天发生率最高^[3]。原因是: 老年患者常合并高血压、冠心病, 心肌需要氧增加, 低血容量、低氧血症及迷走神经损伤等因素都可导致心律失常。因此, 术后使用心电监护十分重要, 尤其是术后 72h 以内, 有助于早期发现和治理心律失常。对并发窦性心动过速、室性早搏、房颤者, 给予充分

氧疗, 保证有效的氧含量, 积极改善心肌的血氧供给。严重心律失常者给予药物治疗, 同时严密监测心率、心律的变化。

2.3 呼吸道护理 高龄患者由于术后麻醉、疼痛导致呼吸道分泌物滞留、排痰不畅, 或胸部绷带固定、长时间卧床限制了呼吸运动, 影响了肺的复张, 导致肺部感染, 加重心脏负担^[4]。因此, 术后咳嗽、排痰十分重要。在患者生命体征平稳情况下, 取半卧位。术后第 1 天开始协助进行有效咳嗽、排痰。嘱患者用膈肌进行深而慢呼吸、定期更换体位, 通过有节律地叩击患者背部, 使附着在肺泡周围及支气管壁的痰液松动脱落, 让患者有效地咳出。痰多不易咳出者采用雾化吸入, 3~4 次/d。对咳嗽无力者可以在患者吸气未指压胸骨切迹上窝气管处刺激咳嗽、咳痰, 或行纤支镜吸痰。

2.4 疼痛护理 术后切口剧烈疼痛可引起交感神经兴奋性增加而使心律加快。因此术后有效控制疼痛, 可以减少术后应激反应, 降低心律失常发生。术后我们均采用曲马多微泵静脉持续镇痛, 效果良好。对疼痛特别敏感的患者给予心理安抚、暗示疗法, 指导进行深呼吸、全身肌肉放松等。

高龄、术前合并有心血管并发症患者是开胸手术的高危人群, 术后因疼痛、缺氧等易引发心律失常。因此术后重点监护、有效镇痛、改善缺氧、保持呼吸道通畅是保证患者安全度过术后的重要措施。

参考文献

- [1] 张毅, 黎玉梅, 黄颖. 肺癌术后患者心律失常的临床分析及护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 36(8): 597-598
- [2] 陈韶倩. 开胸术后心律失常的监护[J]. 中华现代护理杂志, 2006, 3(3): 86
- [3] 张卫东, 赵惠如, 李廷富. 肺切除术后心律失常的临床分析[J]. 中华心血管外科杂志, 2000, 16(4): 208
- [4] 崔玉森, 周书之, 王学敏. 高龄肺癌围手术期呼吸指导及护理[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(6): 354-355

(收稿日期: 2008-05-15)

(上接第 77 页)

3.3 严密观察产程进展, 适时正确处理 巨大儿虽不是剖宫产的绝对指征, 但作为相对指征却越来越突出。对诊断巨大儿却又不愿首选剖宫产的孕妇, 可适当试产, 当产程进展顺利, 胎头自然娩出后, 肩娩出多不会出现困难。在阴道助产娩出胎头者, 应高度警惕肩难产的发生。如果在试产过程中出现产程延长、产程进展缓慢、头盆不称等, 应当机立断选择剖宫产术, 不应勉强经阴道分娩。特别是巨大儿伴产程阻滞者切忌冒险做困难的阴道助产。

3.4 提高助产人员助产技术 自 2004 年以来, 我院对所有产科人员进行了肩难产的培训, 通过模型进行强化训练, 使接生者能按要求进行规范操作。一旦遇到肩难产, 应避免慌乱, 忌用加压宫底及使劲牵拉胎颈, 以免造成胎儿严重损伤。按常规使用屈大腿法加耻骨上加压法, 可以解决绝大部分的

肩难产。屈大腿法使骨盆倾斜度变小, 增大了骨盆的有效空间。耻骨上加压法使胎肩内收, 缩小了胎儿双肩径, 从而使胎儿通过阴道分娩。本文 13 例肩难产均通过以上两种方法顺利经阴道分娩。虽然处理肩难产还有旋肩法、牵后臂娩后肩法等, 但这些方法均需助产者手进入阴道操作, 当胎头已娩出, 而胎肩嵌顿时, 阴道操作往往很困难。我们体会屈大腿法加耻骨上加压法是操作简便而行之有效的方法。

参考文献

- [1] 王长丽, 牛秀敏. 产科急症病例精编[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 304
- [2] 王若楷, 李法升, 刘长青. 现代分娩学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 67
- [3] 吉木苏荣, 陶格陶, 李秀丽. 巨大胎儿与骨盆出口关系的探讨[M]. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14(3): 103

(收稿日期: 2008-08-14)