

埋藏式心脏起搏器植入术后并发症的观察与护理体会

黄 睿, 蒙凯凤

作者单位: 537100 广西, 贵港市人民医院心内科

作者简介: 黄 睿(1973 -), 女, 大学专科, 护理专业, 主管护师, 研究方向: 心血管内科护理。E-mail: hr7183@126.com

[摘要] 目的 探讨埋藏式起搏器植入术后并发症的护理问题。方法 对2007-07~2009-12共68例行埋藏式起搏器植入术后患者的护理情况进行回顾性总结。结果 7例术后发生出血、血肿、起搏器囊袋感染、电极移位等并发症,经妥善的护理,取得较好效果。结论 进行埋藏式起搏器植入术不可避免发生相关的并发症,加强护理可预防和减轻血肿、起搏器囊袋感染等并发症的发生。

[关键词] 心脏起搏器; 并发症; 护理

[中图分类号] R 472.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)08-0790-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.36

心脏起搏器的临床应用日益广泛^[1,2],但这种有创性治疗不可避免发生相关的并发症。我们对68例行埋藏式起搏器植入术的患者进行严密观察,对其中7例术后发生出血、血肿、起搏器囊袋感染、电极移位等并发症的患者进行全面护理,取得较好效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007-07~2009-12在我院行埋藏式心脏起搏器患者共68例,其中男性43例,女性25例,年龄46~101岁。根据临床表现、心电图、动态心电图、超声心动图机食管调拨心脏电生理检查,诊断病态窦房结综合征31例,Ⅲ度房室传导阻滞27例,Ⅱ度-Ⅱ型房室传导阻滞10例。均给予植入心室同步型VVI起搏器。

1.2 方法 在介入导管室进行手术。经右锁骨下静脉穿刺,在X线透视下将单电极导管送至右心室尖部,将起搏器埋藏在胸壁胸大肌前皮下组织。

2 结果

本组68例患者中,出现并发症7例,发生率为10.3%,男2例,女5例。包括:出血、血肿5例,起搏器褥疮-囊袋感染1例,电极移位1例。其中2例术后3天发生囊袋积血,局部肿胀,触诊囊袋内压力增加,有波动感,经穿刺抽吸积血,加压包扎后积血消失;3例患者出现皮下瘀斑,未作特殊处理,瘀斑自行消退;1例术后25个月出现局部感染,自行取

中草药外敷,处理不当,导致起搏器囊袋移位,起搏器外露,心电图显示起搏心律,起搏器功能良好,经取出起搏器消毒后重新做囊袋重植于胸大肌下,无再次感染;1例术后2个月出现电极移位,经再次手术,调整电极位置后,起搏功能正常。其余患者经心电图检查及起搏器程控,起搏、感知功能良好,伤口愈合好。

3 护理措施

3.1 出血及血肿的护理 这是永久性心脏起搏器植入术后早期最常见的并发症之一。多发生于术后1~2周。

3.1.1 术前配合医生完善相关检查,如血常规、出凝血时间等,提醒医生停用阿司匹林等抗血小板药物。

3.1.2 术后皮囊部位予常规0.5 kg砂袋置于切口下方囊袋部压迫4~6 h,而不是置于皮肤切口缝合处,以便于止血及囊袋内有积血时可从切口处渗出。使用腹带固定砂袋,效果较好。老年患者由于高龄、长期服用阿司匹林等抗凝药物以及合并不同器质性心脏病等情况,其凝血功能往往存在不同程度的降低,局部皮肤血运及愈合修复能力均较差,形成起搏器囊袋血肿的几率增加^[2,3],因此,年龄>65岁的老年人,以及消瘦、营养状况较差的患者,砂袋压迫时间延长至10~12 h。

3.1.3 密切观察伤口敷料有无渗血、血肿,观察囊

袋处有无肿胀、隆起、波动状。对于局部较小的皮下血肿、瘀斑,用油性笔画出范围,动态观察其变化。发现异常及时报告医生,并做好护理记录。

3.2 起搏器褥疮-囊袋感染的护理 继发感染,感染后未能得到正确处理都会导致较严重的后果。护理上要加强对患者出院指导,对营养条件差、皮下脂肪缺乏、皮肤血运不良的患者,应加强饮食营养的指导,以提高机体抵抗力,避免皮肤缺血、坏死、破溃的发生。提醒患者术后可能出现的并发症。出院随访工作延续到术后2~3年,指导患者按时复诊或当出现不适症状必须及时到二甲以上医院就诊。

3.3 电极移位的护理 电极移位是心脏起搏治疗中最常见的并发症之一,90%发生于安置术后1周内。

3.3.1 术后心电监护 72 h,了解起搏效果,了解起搏器感知、起搏功能,监测心率是否低于额定的起搏心率,同时观察患者有无黑朦、眩晕等症状再现。

3.3.2 术后卧床休息 2~3 d,避免右侧(术侧)卧位,术后48 h可取半卧位,根据患者病情指导患者坐起,术后72 h允许下床活动。坐起时把患者床头逐步抬高2~3次后,方可坐起,以防止体位性低血压,下床时应有家人或护士搀扶走动。

3.3.3 适度限制术侧手臂活动度。术后当天,指导病人术侧上肢做握拳动作,术后48 h可活动肘关节,72 h可适当活动肩关节,指导患者进行肩关节伸屈、内旋及轻度提肩动作,每日递增。1周后可触摸到对侧耳垂。术后1~3个月,术侧上肢避免剧烈活动,避免高举手臂和提取重物,以防起搏器脉冲发生器、电极导线发生移位。

3.4 其他并发症的护理 患者还可发生心律失常、肺栓塞、心包填塞等严重并发症。护理上应密切监测患者心律、心率、脉搏、呼吸、血压等情况24~48 h。心率或脉搏超过或少于起搏器预置心率5次/min以上者,即为异常;若患者突然出现呼吸急促和不能缓解的胸痛,伴有低血压,出现休克症状、奇脉等,应及时报告医生处理。

3.5 出院指导 本组2例并发症发生于出院后,提示我们对病人的出院指导工作不容忽视。

3.5.1 教会患者每天起床数脉搏,可以间接地检查起搏器的功能,尤其是在安置初期及电池寿命将至时。

3.5.2 保持起搏器部位皮肤的清洁、干燥,衣服宽松,防止摩擦,洗澡时勿用力揉搓,防止感染发生。

3.5.3 告之患者安置了起搏器不等于终止了治疗,应遵医嘱坚持服药,按要求定期随诊。在起搏器植入术后1、3、6个月各返院复查1次,以后每6个月随访1次,定期做心电图检查,了解起搏器的起搏、感知功能。

3.5.4 嘱咐患者绝对禁止进强磁场、高电压、电视台发射站、雷达地区等场所,不做各种电疗,不做核磁共振检查等。

4 体会

埋藏式心脏起搏器植入术是治疗缓慢型心律失常安全有效的方法,但因其为创伤性治疗手段,临床上可见并发症不少,并发症的发生往往会导致患者不适或起搏失败,增加患者痛苦,倘若处理不当甚至会危及患者生命。因此,掌握并发症的类型、发生原因及预防护理措施,术后细致的护理与病情观察,及时发现各种故障及处理并发症,对提高手术成功率,促进康复极为重要。另外,术后康复指导、定期随访工作也不容忽视,护士应不断探索适宜的指导方法,做好健康教育,提高患者的自我管理能力和。

参考文献

- 1 陈新,华伟. ACC/AHA/NASPE 2002年植入型心脏起搏器和抗心律失常器械临床应用指南公布[J]. 中华心律失常学杂志, 2002,6(6):361-362.
 - 2 王方正,华伟,张澍,等. 全国心脏起搏器2000-2001年临床应用调查[J]. 中华心律失常学杂志,2003,7(3):189-191.
 - 3 王玲,王伟智. 术前访视在围手术期护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(4):53-54.
- [收稿日期 2011-05-10][本文编辑 谭毅 韦颖]

欢迎 订 阅

欢迎 投 稿

欢迎 刊 登 广 告

本刊地址:广西南宁市桃源路6号,邮编:530021,电话:(0771)2186013

E-mail:zglcxyzz@163.com

《中国临床新医学》杂志编辑部