

护理骨干组成的科室风险管理小组(一级质控小组),制定风险管理计划、护理安全不良事件报告制度及各类应急预案,每月实施对科室一级质控检查两次;门诊部二级质控小组每月检查一次,护理部三级质控随时下到临床科室检查、指导。各级质控小组对存在问题进行原因分析、改进及追踪,应用 PD-CA 循环模式进行整改,使风险管理形成制度化、标准化,促进护理安全的持续改进。本组结果表明,实施 QC 活动后,实验组静脉外渗、针头堵塞、查对不严、处方有误、药房发错药的发生率均低于对照组,输液风险事件发生率明显降低,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明 QC 活动在风险防范方面发挥了重要作用。

3.2 实施 QC 活动的具体做法 (1)加强培训:输液风险直接关系到患者的安全与健康^[7],由于输液风险贯穿在静脉输液过程的每个环节^[8],护士将简单的操作技术转化为一种专业特长需要接受一些标准化的课程教育,这对护士个人及医疗机构而言都有益处^[9]。通过有针对性地对护士进行培训,增强其风险意识,使护士能够有能力识别静脉输液中各个细微环节的风险、查找薄弱环节,从而不断提高静脉输液质量。本组结果表明,虽然小儿门诊静脉输液风险因素较多,但大多都是可以避免和减少的。在工作中我们只要树立“质量就是生命”的观念,加强三查七对,加强自身的业务素质教育,严格执行各

项操作规程,就可以有效避免静脉输液过程中的很多风险因素,保障患儿静脉输液质量,减少和避免不良反应的发生。(2)加强管理:通过开展 QC 活动,对输液风险实行全程动态管理,使患儿在输液流程各环节得到安全、高效、舒适的输液服务,从而有效地降低了门诊小儿输液患者的安全隐患,减少差错事故的发生率。

参考文献

- 1 陈 谷.北京市部队医院医疗风险管理现状调查与对策研究[D].重庆:第三军医大学,2010.
- 2 邢文英,主编. QC 小组基础教程[M]. 北京:中国出版社,2004:4.
- 3 盛祥文. 急诊输液的安全隐患分析及对策[J]. 临床合理用药,2010,3(20):113-114.
- 4 管淑红,赵 丽. 门诊静脉输液风险防范[J]. 中国临床医药研究杂志,2008,19(6):78-79.
- 5 何红英. 门诊静脉输液风险人员因素分析及对策研究进展[J]. 医学信息(上旬刊),2011,24(2):825-826.
- 6 叶文琴,朱建英. 现代医院护理管理学[M]. 上海:复旦大学出版社,2005:96-98.
- 7 杨广清,赖兰萍,闫俊辉. 规避实习护生静脉输液安全隐患的做法与效果[J]. 护理管理杂志,2007,7(6):58-59.
- 8 李雪芳,陈立群. 护理风险管理在小儿输液室的应用[J]. 全科护理,2009,7(10):2701-2702.
- 9 Gabriel J. Infusion therapy part one: minimising the risks[J]. Nurs Stand,2008,22(31):51-56,58.

[收稿日期 2014-06-06][本文编辑 黄晓红]

护理研讨

30 例小儿先天性室间隔缺损介入治疗的护理体会

张永红

作者单位:450000 河南,郑州市儿童医院心胸外科

作者简介:张永红(1975-),女,大学本科,学士学位,主管护师,研究方向:心胸外科护理。E-mail:zyhong2013@126.com

[摘要] 目的 总结小儿先天性室间隔缺损(VSD)介入治疗的护理体会。方法 回顾性分析 2012-06~2013-12 收治的 30 例先天性室间隔缺损患儿的临床资料,分析和总结上述患儿的手术效果及围术期所采用的护理方法。结果 本组 30 例患儿共有 29 例封堵成功,手术成功率为 96.67%(29/30)。封堵成功患儿术后出现心律失常(共 4 例,占 13.79%)、瓣膜返流(1 例,占 3.45%)、溶血(1 例,占 3.45%)、残余分流(1 例,占 3.45%)以及穿刺部位水肿(2 例,占 6.90%)等并发症,经护理干预后均痊愈出院。结论 先天性室间隔缺损介入治疗可取得良好的治疗效果,而围术期护理是确保手术顺利进行、获得良好手术效果和减少术后并发症的重要手段。

【关键词】 先天性室间隔缺损; 介入治疗; 护理

【中图分类号】 R 47 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2014)11-1069-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.29

室间隔缺损(ventricular septal defect, VSD)是一种临床上十分常见的先天性心脏病,在小儿先天性心脏病中,VSD 约占 20%,而膜周部 VSD 约占 VSD 患者的 75%~80%^[1,2]。近年来,经导管置入封堵器已成为临床上治疗先天性 VSD 的主要方法,该法具有创伤小、术后恢复快、住院时间短和治疗效果好等多种优点^[3,4]。但术后患儿易出现心律失常、瓣膜返流、溶血、残余分流以及穿刺部位出血等并发症。因此,为保证手术效果,预防和减少各种并发症应对患儿实施系统的护理干预。本文以我院收治的 30 例先天性 VSD 患儿为研究对象,对患儿围术期应采取的护理措施进行了探讨和总结,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2012-06~2013-12 收治的先天性 VSD 患儿 30 例。其中男 16 例,女 14 例,年龄 2~13(7.1 ± 1.2)岁,术前经心脏超声确诊为 VSD,大小为 1.6~8.4(4.1 ± 2.5)mm;缺损上缘与主动脉瓣相距 2.6~7.9(3.5 ± 2.7)mm。其中膜部缺损 25 例,嵴内型 3 例,膜周部及肌部 2 例,封堵器直径为 4~14 mm。

1.2 治疗方法 对患儿行静脉麻醉与局麻,消毒后于右侧股动、静脉穿刺,行左心室造影,建立输送轨道,将鞘管沿输送轨道经 VSD 进入左心室。将 VSD 封堵器[国食药监械(准)字 2005 第 3770007 号(上海外形记忆合金材料有限公司)]安装于输送器钢丝顶端,然后送入缺损处,接着置入封堵器。仔细观察三尖瓣和主动脉瓣的启闭情况,通过左心室造影明确封堵器的位置,查看是否有残余分流等现象,如无异常则释放封堵器。

1.3 护理方法 为取得良好的治疗效果,预防各种并发症的发生,本组 30 例患儿均给予系统的护理干预,方法如下:(1)术前护理。术前详细讲解封堵介入治疗 VSD 的方法及注意事项,消除患儿及其家长的疑虑和紧张心理,通知家长备好牛奶等必需物品,协助其对患儿的皮肤进行消毒。同时做好各项术前准备,术前 1 d 服用 0.1 g 阿司匹林,行青霉素、普鲁卡因皮试,为避免患儿发生低血糖和脱水还应静注葡萄糖。(2)术中护理。进入导管室后应严密监测患儿的有创血压、心电图和血氧饱和度的变化情况,如有异常及时通知医生进行处理。行全身麻醉的患

儿平卧后头偏向一侧,及时清理出痰液及口腔分泌物,防止患儿窒息。(3)术后护理。①一般护理:观察并监测患儿的生命体征,去枕平卧,给予吸氧直至患儿清醒,持续行心电监护。手术结束后每隔 30 min 观察并记录 1 次患儿的心律、呼吸、血压、心率、血氧饱和度及穿刺部位是否出血、皮肤的温度与颜色等,共记录 4 次,之后调整为每 2 h 观察并记录 1 次^[5]。②并发症的观察与护理:心律失常,介入治疗易导致室性心律失常,部分患儿甚至会出现室性心动过速^[6,7]。患儿术后应避免剧烈活动,可卧床休息 48~72 h,严密监测其心律、血压及心率;术后 24~48 h 内通过动态心电图观察患儿的心律,对是否发生心律失常进行观察和记录;为避免出现房室传导阻滞(AVB),应给予患儿激素、白蛋白和维生素 C 能量合剂等药物,努力改善心肌缺血,减轻心肌水肿现象;应通过电解质检查明确患儿是否出现低钾血症,给予胺碘酮、利多卡因等药物对室性心律失常进行控制,如效果不佳应行封堵器取出术,必要时可安装永久起搏器。溶血,术后 24 h 内或术后 3 d 易发生溶血等并发症,患儿可见红色或酱油色小便。护理人员应对患儿的生命体征、面色、皮肤和尿液的颜色及尿量进行严密观察,术后 2 h 除行血、尿常规检查外还应通过听诊了解其心脏杂音的变化情况。如出现溶血可使用皮质激素等药物碱化尿液,保护患儿的肾功能,嘱患儿多排尿和多休息。穿刺部位血肿,患儿清醒时吵闹、烦躁不安或术后压迫不当时可导致血肿形成^[8]。护理人员应及时了解患儿的出血量、手术时间等情况,观察其面色及穿刺点。术后应对穿刺处行加压包扎、术侧肢体制动及沙袋压迫。瓣膜返流,封堵器释放后 VSD 与主动脉瓣的距离较近,易因心脏搏动摩擦造成损伤。术后除常规观察外还应注意脉压差大小,听诊时发现脉压差过大和心脏杂音时应通知医生进行处理。封堵器脱落,未选中合适的封堵器、操作不当、解剖部位特殊等因素均会导致封堵器脱落,术后 24~72 h 内应观察患儿是否有咳嗽、胸痛及咳血等现象,通过心脏超声确诊为封堵器脱落后,应实施手术将其取出。③出院指导:嘱患儿服用阿司匹林 6 个月,保证充足的营养,避免从事剧烈活动,定期复查心超、X 线胸片及心电图,如出现异常及时送医就诊。

2 结果

30 例患儿中 29 例封堵手术成功,占 96.67%。患儿术后出现心律失常 4 例,瓣膜返流、溶血与残余分流各 1 例,穿刺部位血肿 2 例,经护理干预后均痊愈出院。

3 讨论

3.1 随着造影及心导管技术的进一步发展,封堵介入治疗术在临床上得到了广泛应用。介入治疗是一种微创治疗方法,该术式的手术成功率较高,治疗效果与外科手术相当,具有安全、无疤痕、术后恢复快、手术及住院时间短等优点^[9]。但如操作不规范、适应证选择不当、护理较差等术后会出现一些并发症。为预防和减少并发症,临床治疗时应规范介入操作,严格把握介入封堵适应证。同时于围术期给予系统的护理干预,努力提高护理质量,降低并发症的发生率,切实提高患儿的治疗效果。

3.2 针对术后可能出现的并发症,如心律失常、瓣膜返流、溶血、残余分流以及穿刺部位出血,应采取如下措施。(1)心律失常。本组出现 4 例。该并发症多因导管在心室内进行操作所致,一般无需进行特殊处理。一般情况下应中止心导管操作,患者可自行恢复正常。应注意再次进行操作时动作需柔和,以免导致永久性的束支阻滞。本研究中 2 例出现室性早搏,2 例出现短阵室速,终止操作后 4 例患者均恢复正常。(2)溶血及残余分流。本组出现 2 例。该并发症多由于封堵器型号使用不当或放置位置不正确引发,导致释放后仍然存有残余的分流,从而致使血细胞受到机械性破坏。对此类并发症患者,应重点关注患者的血象及肾功能、尿液颜色变化。发生后,应使用皮质激素,剂量遵医嘱,保护肾功能,嘱患者大量饮水及多排尿。通过封堵器内形成血栓,从而阻挡异常血液流过,消除溶血。(3)穿刺部位出血,本组出现 2 例。该并发症多因为手术中使用肝素、拔管后压迫位置不正确、时间不足,以及胎儿麻醉苏醒后乱动、吵闹而引起局部出血。应于拔管后继续压迫穿刺点 0.5 h,并将纱布折叠成 1 cm × 1 cm × 5 cm 见方后用胶带覆盖固定在穿刺

点之上^[10]。必要时应采用约束带进行约束肢体活动,部分年幼且躁动的患儿应遵医嘱适当使用镇静剂以防苏醒后动作过大而导致出血。

3.3 本次研究回顾性分析了我院先天性 VSD 患儿的临床资料,均于围术期对上述患儿进行了系统的护理干预。通过术前严格掌握手术适应证,做好各项准备工作,为介入治疗创造了良好条件,最大限度地降低了手术风险;术中严密监测患儿的生命体征及其病情变化情况,为及时处理各种异常情况,提高手术治疗效果提供了保障;术后采取了各种护理措施,对于减少并发症、促使患儿早日康复具有积极意义。结果显示本组患儿有 29 例封堵手术成功,占 96.67%,患儿术后出现的不良反应较少。这表明,先天性 VSD 介入治疗可取得良好的治疗效果,而围术期护理是确保手术顺利进行、获得良好手术效果和降低术后并发症的重要手段。

参考文献

- 1 徐鹏飞. 小儿室间隔缺损介入治疗进展[J]. 儿科药科学杂志, 2012, 18(5): 60-63.
- 2 刘浪, 陈凯明, 赖锋华, 等. 室间隔缺损介入封堵 326 例经验总结及随访分析[J]. 岭南心血管病杂志, 2013, 19(5): 576-579.
- 3 江志云, 林胡英. 176 例室间隔缺损介入治疗围术期护理体会[J]. 现代医院, 2013, 13(6): 96-98.
- 4 胡永涛, 高传玉, 李牧蔚, 等. 保留导引导丝操作介入封堵室间隔缺损 63 例临床分析[J]. 中国综合临床, 2014, 30(3): 228-230.
- 5 范文娟. 小儿先天性室间隔缺损介入治疗的护理[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(5): 835-837.
- 6 韩宏光, 张南宾, 汪曾炜, 等. 16 例房室间隔缺损介入治疗后严重并发症的原因及处理[J]. 临床心血管病杂志, 2010, 26(3): 227-229.
- 7 邓海青, 杜正隆, 凌毅. 全胸腔镜心脏手术的并发症及防治分析[J]. 中国临床新医学, 2010, 3(8): 709-711.
- 8 何炼英, 裘文娟. 封堵器介入治疗心脏室间隔缺损患者的围术期护理[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(6): 39-40.
- 9 赵新梅, 张莉梅, 闵存丽. 封堵器介入治疗心脏室间隔缺损患者的围术期护理[J]. 山东医药, 2010, 50(23): 9.
- 10 陈丽媛, 严华, 符春辉, 等. 先天性心脏病心导管检查术的临床应用[J]. 中国临床新医学, 2010, 3(1): 70-72.

[收稿日期 2014-04-28][本文编辑 刘京虹]