

心内直视术后心律失常的原因分析及护理对策

冯冉

吉林大学白求恩第一医院心血管内科, 吉林 长春 130021

摘要:目的: 探析心内直视术后心律失常的原因及护理对策。方法: 对于各类可引发心律失常的因素, 如引流管刺激、疼痛、低氧血症、酸碱失衡、电解质紊乱等, 给予积极的措施加以预防, 对病情改变实施密切的观察, 心电图监测加强, 将低氧血症纠正, 维持酸碱、电解质、水平衡, 引流管确保通畅, 缓解疼痛等措施。结果: 经有效治疗和干预, 18 例心律失常的患者痊愈后出院。结论: 心脏术后并发症中较为常见的一种即为心律失常, 对该症状实施正确及时的判断, 将诱发原因明确, 给予有效治疗和干预, 可减少该症的发生, 使手术成功得以保证。

关键词: 心律失常; 护理对策; 原因分析; 心内直视术

心内直视术中因多种因素作用致使术后心律出现失常, 其发生几率约为 48%~74%。该症的发生是心脏术后引发患者死亡主要的原因, 所以强化监测和护理心律失常的意义十分关键^[1]。本文选择我院接受心内直视术的患者 162 例, 对其术后心律失常的发生展开分析, 探讨有效治疗和护理的措施, 详细如下。

1 临床资料

本文选择 162 患者, 其中男 54 例, 女 108 例, 年龄 5~59 岁, 平均 32 岁。18 例患者在术后出现心律失常, 其中 12 例为室上性的心动过速, 3 例为室性早搏, 3 例为窦性心动过速。死亡 2 例, 死亡原因为低心排综合征, 剩余 160 例全部痊愈出院。

2 分析心律失常发生的原因

先心病外科的矫治术后常见的远近期并发症的一种即心律失常, 是开胸术后并发症中较为常见的一种。先心病类型不同, 以其解剖特点和血流动力学特点的差异选择适合的术式, 呼吸循环功能在术后表现存在差异, 引发的心律失常同样存在差异, 且存在较为复杂的原因, 众多因素互相作用。各类心律失常发生的原因主要可分以下几类。

2.1 电解质紊乱

心律失常发生在心脏术后常见的原因即为电解质紊乱, 特别是体外循环的选择, 术中术后的失血情况, 大量库血的输入或术后禁食, 引发电解质紊乱致使心律出现失常, 较为常见的一种即血钾异常引发心律失常, 因此, 应及时发现严重高血钾、低血钾致使心脏骤停, 并及时予以处理, 尽量将电解质紊乱引发的意外减少。电解质紊乱中常见的包括低血镁、高血钾、低血钾, 本文中有 3 例室性的心动过速, 存在心悸症状, 血钾经查偏低, 给予药物治疗后病情好转。

2.2 缺氧、二氧化碳潴留

患者心脏术后早期呼吸道的分泌较多, 又因切口疼痛, 无法有效的咳痰、咳嗽, 对换气、通气功能产生影响, 造成低氧血症, 而该症的出现极易引发心律失常。本文中术后 5 例患者由低氧血症发生, SpO_2 低于 85 小, 存在室上性的心动过速, 通过吸痰、呼吸机参数的调整等处理后恢复正常心律值。

2.3 引流管、疼痛刺激及其他因素影响

术后因长时间留置引流管或切口疼痛, 或其他因素作用, 如患者活动过早, 对胸腔引流管实施定时的夹闭和开放时, 致使胸腔两侧的压力失衡, 导致纵膈摆动过度等均可引发心律失常。

3 护理对策

一般来讲术后心律失常常在 24h 内发生, 多种因素可致使心律失常发生, 且该症来势较为凶险, 所以术后护理时应对患者病情改变予以严密观察, 及时察觉可能引发该症的诱因和原因, 并告知医师予以处理, 可使患者生命安全得以保证。

3.1 心电图监测的观察应严密

在术后 24~72h 进行心电图持续动态监督, 可随时对患者血氧饱和度、心率等情况加以了解, 并记录完善, 若察觉异常, 马上告知医师予以处理。因本文给予患者严密的观察, 发现心律失常患者 18 例, 应发现及时并予以处理, 获得了较好的效果, 护理中无其他不良反应出现^[2]。

3.2 酸碱、电解质、水平衡的维持

心脏外科患者术前存在较差的心功能, 又因手术创伤, 失血和体外循环血液的稀释, 控制术后入量和利尿等作用, 术后患者存在诸多改变, 如过低的血容量、降低心功能、心排量下降、降低血压等, 补充若延误, 引发的损害则不可逆。所以, 术后需持续对循环功能各项指标实施监测, 保证血流动力学处于稳定状态, 掌握正确的原则进行输液、输血, 对每小时的出入量和 24h 出血量予以详细的记录, CVP 监测和生化检验应定期完成, 并以结果为依据, 对补液的速度、量、性质实施调整, 将体液维持在平衡状态。本文中 3 例患者因低血钾应该室性早搏, 对其生命产生危及, 经医师诊治给予补钾后, 纠正了低血钾, 室性早搏症状消失。

3.3 呼吸道保持畅通, 将低氧血症纠正

氧疗的前提是呼吸道保证畅通, 氧疗可使低氧血症显著改善。术后患者需送至 ICU 予以监护, 呼吸时需借助呼吸机, 使心脏的负担减轻, 且使全身供氧得以保证。呼吸机使用中应注重观察患者末梢循环、呼吸节律、频率等情况, 动脉的血气分析应定期实施, 对其血糖饱和度实施监测, 以检查结果为依据, 对参数、氧气浓度实施调整, 让呼吸保证畅通, 呼吸道分泌物的清除应及时, 定时早期扣背, 辅助其排痰, 痰液粘稠较难咳出时, 雾化吸入应加强, 如有需要给予吸痰处理, 掌握吸痰的技巧, 尽量使吸痰时间缩短, 若有需要可在镇静条件下对患者实施呼吸机对其呼吸加以辅助, 将氧耗减少, 避免因躁动缺氧^[3]。

3.4 护理引流管

心脏术后患者体内存在较多的导管, 如留置尿管、输液管、胃管等, 需将各管道牢靠固定, 定时查看, 避免脱落。为避免发生差错事故, 应将输液各类管道标明药名和速度。管道更换使操作应保证无菌, 避免感染。术后 8h 内需每 15~30min 对心包、纵膈引流管实施一次挤压, 确保通畅, 避免脱落、扭曲。术后首个 5h 内, 引流量需每小时完成一次记录, 术后首个 5h 引流量一般低于 100ml, 而 24h 引流量应在 400~500ml 间。引流量若过多需马上告知医师予以处理。

参考文献

[1] 陈丽娜, 周焕芳, 任国琴等. 优质护理在急性心肌梗死并发心律失常患者中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20):11-13.

[2] 边雅清. 预见性护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用效果 [J]. 中国急救医学, 2017, 37(z2):225-226.

[3] 徐燕, 张业荣. 延伸护理在心力衰竭合并心律失常患者中的应用效果 [J]. 中国急救医学, 2016, 36(z1):322-323.