

识及肢体活动情况,做好记录。

3.3 引流液的观察及护理

手术创面大、剥离广、渗血较多,24h内要密切观察引流液的颜色、性质、量,保持引流通畅,避免引流管脱出、折叠、扭曲等,24h引流量一般不超过500mL,如引流量过少应检查引流管是否堵塞、折叠,引流液过多应警惕有无潜在失血性休克或脑脊液漏发生,有异常及时报告医师处理。

3.4 脊髓神经功能的观察

术后严密观察患者双下肢的运动、感觉功能,1次/h,并牵拉尿管观察有无反应。如麻醉药过后患者仍感觉肢体发沉,麻木或肢端无法活动等,立即报告主管医师及时处理,及时准确应用脱水药,预防不可逆的神经损伤。

3.5 疼痛的护理

认真倾听患者的主诉,了解疼痛的性质,告知引起疼痛的原因,多与患者沟通,使患者保持积极乐观的情绪,提高对疼痛的耐受性,必要时使用镇痛药。

3.6 饮食护理

脊柱畸形矫正术后,腹腔容积相对增加,胃容量相应增大,应渐进增加食量,减少恶心、呕吐,腹胀、腹痛等并发症的发生。同时多食高蛋白、高能量、高维生素、高纤维食物,以增加营养,增强体质,促进康复。

3.7 保持呼吸道通畅、预防肺部感染

手术均采用气管插管全麻,术后易出现喉头水肿,气管内分泌物

增多;另外由于切口疼痛患者的自主咳嗽及深呼吸依从性较差,呼吸道分泌物排出不畅,容易发生肺部感染、肺不张。应严密观察呼吸频率、节律、有无胸闷、气紧、发绀等,予低流量氧气吸入,及时清除呼吸道分泌物,清醒后督促并指导患者进行有效咳嗽,协助排痰,必要时给予雾化吸入或吸痰。

3.8 功能锻炼

术后必须绝对卧床休息3周,卧床期间在保持脊柱稳定的同时进行四肢功能锻炼,以增加肌力,防止肌肉废用性萎缩。术后3周可佩戴支具下床活动。

3.9 出院指导

术后佩戴支具6个月,防止脊柱扭曲,保持正确姿势,特别是双肩的水平,以适应新的平衡。半年内避免重体力劳动或体育运动,防止脊柱侧弯畸形术后角度的丢失、内固定断裂或松动等并发症^[4]。注意增加营养,增强体质,定期复查。

参考文献

- [1] 叶启彬.脊柱侧弯外科学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2003:97.
- [2] 秦柳花,张缘,蔡娟等.脊柱侧凸畸形患者全程护理指标监测和分析[J].中华护理杂志,2009,44(4):334-336.
- [3] 朱建英,高德华,陈建芳.呼吸操锻炼对脊柱侧弯患儿术前肺功能的影响[J].中华护理杂志,2003,38(5):340-342.
- [4] 马海萍,姚剑英,刘素云等.特发性脊柱侧弯矫正术围手术期的护理体会[J].实用临床医学,2008,9(10):134-138.

1例双腔起搏器置入再行CARTO心房颤动射频消融术的护理

杨兰萍

【摘要】通过对1例抗心房颤动双腔起搏器置入8年后,又持续发作心房颤动的患者进行三位标测系统指引下心房颤动导管射频消融术的术前、术后护理,维持其窦性心律,纠正心功能,提高其生活质量。

【关键词】心房颤动;射频消融;护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1671-8194 (2010) 32-0157-02

心房颤动是临床最常见的心律失常之一,随着年龄的增长,发病率逐年上升,并且有器质性心脏病的患者发病率可高达40%^[1]。尽管心房颤动本身不直接危及患者生命,但其长期心房颤动发作的临床症状如心慌、气短等,严重影响到患者的生活质量。近年来,随着三维标测系统(CARTO)指引下心房颤动射频消融治疗技术的不断完善,导管消融已成为临床治疗心房颤动的一项重要选择^[2]。它具有创伤小、效果好、时间短、反应轻等优点,被大多数临床心房颤动患者所接受。2009年12月郑州市第七人民医院成功为1例双腔起搏器置入术后持续发作心房颤动,心功能II级的患者进行(CARTO)心房颤动射频消融术。经过密切观察,细心护理,无心律失常及其他并发症发生,康复出院。现报道如下。

1 临床资料

患者男性,56岁,2009年12月4日以病态窦房结综合征,双腔起搏器置入术后8年,持续心房颤动,收入院。查体:T 37℃,P 80次/min,HP 90次/min, BP 126/80mmHg,有脉搏短绌;心电图示:心房颤动心律,间断心室起搏;彩色多普勒超声心动图示:二、三尖瓣轻度

返流,左室射血分数41%;主述:心慌、气短、乏力,长期口服胺碘酮,从每日0.1g增加至每日0.3g,疗效日益减弱,近1个月发展为持续心房颤动并出现心功能不全。2009年12月9日获得患者及家属知情同意后,在三位标测系统(CARTO)指引下行心房颤动射频消融术,术中送冷盐水灌注射频导管成功行环肺静脉隔离术;心电监护示:心房颤动转为房扑,行左房侧壁峡部线形消融时,房扑转为窦性,且示左房峡部双向阻滞及电位130ms,调整RF消融导管至右房峡部,行线形消融至双向阻滞,双电位150ms,35周,45℃,累计放电4000s, C3.4.s.s200ms、180ms、160ms反复刺激不能诱发心房颤动,静脉滴注异丙肾上腺素不能诱发,手术成功。术后给予华法林3mg、胺碘酮0.1g口服,常规抗生素静脉滴注预防感染。术后1周,给予起搏器程控调整为AV间期,减少心室起搏。经过有效治疗和密切观察护理,患者住院22d,康复出院。

2 护 理

郑州市第七人民医院 (450006)

2.1 术前常规护理

①术前常规备皮,做药物过敏试验,协助患者训练床上排小便;
②术前做好患者及家属的宣教工作,讲解手术的方法和意义,术中的安全性,获得患者及家属的知情同意;③术前完善相关检查如:心脏彩色多普勒、常规X线胸片、12导联心电图及血常规、肝肾功能、血糖、电解质等实验室检查;④术前停用抗心律失常药物5个半衰期以上,术前12h停用抗凝药物。

2.2 术前心理护理

本例患者因8年前置入抗心房颤动双腔起搏器,术后解决了心脏搏动的长间歇,未再发生晕厥,但心房颤动仍需长期口服抗凝药物来控制,且剂量越来越大,效果越来越差,对于当前这种治疗方法患者了解不多。因此,当医护人员介绍此种治疗方法时,患者、家属思想负担较重,担心治疗效果,更担心手术的安全性。鉴于此种情况,护理人员应做好患者及家属的心理疏导工作,并详细介绍此种手术治疗的全过程,讲解此技术的高端性、创伤小等优点,介绍之前行心房颤动射频消融的成功病例,用充足的理由说明患者本身的疾病行心房颤动射频消融的必要性和重要性,解除患者及家属的思想负担,使其以良好的心态接受手术,有利于术后恢复。

2.3 术后护理

2.3.1 密切观察生命体征的变化

术后持续心电监护,观察心律、心率的变化,注意有无心律失常发生。此患者有内置起搏器,观察监护时应区分正常心律曲线和起搏信号,避免心率数值误差。在术后6h内,每0.5h测量血压、心率变化并记录于护理记录单上。由于患者在术中行多种穿刺、造影、检查及电消融,有出现心包填塞、血栓栓塞、左心房食管瘘等严重并发症的危险^[1]。术后应密切观察,如患者有心前区疼痛、呼吸困难、咳嗽、咳血及神经精神异常时及时报告医师进行紧急处理。

2.3.2 强化抗凝时预防术后出血

因(CARTO)心房颤动射频消融时,全程有效肝素化,且双侧股静脉穿刺后6h内,患肢制动,穿刺部位沙袋加压4h。因此,术后密切观察双侧股静脉穿刺部位情况,防止因沙袋压迫错位或下肢活动引起穿

刺部位出血。另外,注意观察肢体远端动脉波动情况,皮肤温度及颜色的变化,记录详细。

2.3.3 术后指导患者生活护理

告知患者术后宜进软食,温度适中,富营养易消化,避免坚硬刺激食物^[4],以免引起食管瘘等严重并发症;告知患者心房颤动射频消融术后一般无需长期卧床休息,48h后即可正常活动,但在1周内避免举起过重的物品。也可根据自己心功能情况,循序渐进活动,以帮助身体功能的恢复;告知患者术后5d内,禁止游泳,洗澡尽量用盆浴,保持穿刺点清洁和干燥,避免局部感染。

2.3.4 做好出院宣教护理

告知患者出院后继续服用抗凝药物和抗心律失常药物3个月,3个月内每半月复查PT、INR,根据结果调整服药剂量,以确保用药安全。

3 小结

抗心房颤动双腔起搏器置入后,并不能很好的控制心房颤动发生,且长期心房颤动造成患者心功能下降,使患者心慌气短,疲乏无力,严重影响患者的生活质量。本例患者置入抗心房颤动双腔起搏器后,仍需口服药物控制心房颤动发作。2009年12月9日征得患者及家属知情同意后,在三维标测系统(CARTO)指引下心房颤动射频消融,终止了心房颤动的发作。术后1周调整起搏器为AV间期起搏,观察心率无长间歇出现。经过完善的术前检查、及时的心理疏导、严密的病情观察、细致周到的术前术后护理,无并发症发生,患者很快康复出院。术后3个月、6个月随访,无心房颤动发作,疲乏、气短症状消失,生活质量明显提高。半年后复查心脏彩超,左室射血分数50%。

参考文献

- [1] 杨延宗,刘少稳.心房颤动与导管射频消融心脏大静脉电隔离术[M].北京:科学出版社,2004:172-173.
- [2] 郑西亚,杨辉等.三位标测系统技术指导房颤射频消融初步体会[J].贵州医药,2008,32(12):1085-1086.
- [3] 罗南,段丽娜.Carto三位标测系统指导下射频消融治疗心房颤动患者的护理[J].国际护理学杂志,2008,27(5):498-499.
- [4] 任红.心房颤动患者的护理进展[J].护理研究,2005,19(5):755.

管理·教育·教学

2010年版《中国药典》中毒性药材和饮片品种的收录情况概述

李 刚

【摘要】为了增强医药工作者对毒性药材和饮片品种的重视,切实提高药品的安全性,确保患者用药安全有效、科学合理,对最新出版发行的2010年版《中国药典》一部中所有的毒性品种进行统计整理和分类总结,并比较其与2005年版的异同,以供广大医药工作者参考,从而更好地执行2010年版《中国药典》。

【关键词】2010年版《中国药典》;毒性;药材和饮片;概述

中图分类号:R282

文献标识码:A

文章编号:1671-8194(2010)32-0158-04

2010年版《中国药典》已于2010年1月出版发行,并将于2010年7月1日正式执行。本版药典与历版药典相比,收载品种明显增加,共收载品种4567种,其中新增1386种,修订2237种。药典一部收载品种2165种,其中药材和饮片616种,较2005版增加65种(植物类59种;动物类0种;矿物、树脂类4种;其他类2种)。为了加强医药工作者对毒性药材和饮片品种的重视,以确保患者用药安全有效、科学合

理,同时更好地执行最新版《中国药典》,笔者对药典一部中所有的毒性品种进行统计整理和分类总结如下。

1 分类统计^[1]

1.1 有毒的药材和饮片品种

山东中医药大学(250355)