

- [4] 张金山. 现代腹部介入放射学[M]. 北京: 科学出版社, 1999: 23.
- [3] 吴恩惠, 刘玉清, 贺能树. 介入性治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 276-287.
- [5] 严秀乔. 原发性肝癌病人介入治疗术后并发症的预防护理[J]. 中国现代临床医学杂志, 2008, 7(3): 82-83.
- [6] 张海林, 张嘉明, 王燕. 血管介入术后病人不同卧床时间的对比研究[J]. 护理研究, 2007, 21(6): 1458-1460.
- [7] 单信芝, 李英兰, 张凌云. 经导管肝动脉化疗栓塞术后穿刺肢体制动及卧床时间的探讨[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6): 12-14.
- [8] 郝润娥. 经皮股动脉穿刺灌注化疗及栓塞治疗中晚期肝癌的不良反应护理[J]. 护理研究, 2006, 20(12): 3338-3339.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-01153-03

· 护理学 ·

## 急性心肌梗死并发恶性心律失常 11 例心电监护及护理

王茜, 阚新梅, 高影, 梁晓丽, 许梅

[摘要]目的:总结急性心肌梗死并发恶性心律失常的心电监测及护理经验。方法:对 11 例急性心肌梗死并发恶性心律失常患者行心电监护并观察,及时处理各种类型的心律失常。结果:密切观察急性心肌梗死患者的心电图变化,可早期发现恶性心律失常,除 1 例室颤患者家人拒绝除颤自动出院外,其余均抢救成功好转出院。结论:早期完善的心电监护能及时发现急性心肌梗死并发恶性心律失常,并及时处理,利于早期救治。

[关键词] 心律失常; 心肌梗死; 心电监护; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 541.7 [文献标识码] A

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)是冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应心肌严重而持久的缺血,从而导致心肌细胞坏死,是临床上常见的一种急危重症<sup>[1]</sup>。AMI可并发心律失常、心源性休克、心力衰竭等,其中心律失常尤为多见。现就我科收治的 11 例 AMI 并发恶性心律失常患者的心电监护及护理作一报道。

### 1 临床资料

2008 年 5 月至 2010 年 2 月,我科收治 11 例 AMI 并发恶性心律失常患者,男 9 例,女 2 例;年龄 60~84 岁。临床表现:心前区压榨样疼痛,胸闷,伴窒息,大汗淋漓,并有恐惧、焦虑、紧张情绪。11 例患者均经心电图、心肌酶等检查确诊。其中急性下壁梗死 7 例,前间壁梗死 1 例,前壁梗死 1 例,广泛前壁梗死 1 例,心内膜下心肌梗死 1 例;并发室性期前收缩 2 例,室性心动过速 2 例,窦性心动过缓 1 例,心室颤动 2 例,房室传导阻滞 3 例,房扑 1 例。除 1 例室颤患者家人拒绝除颤自动出院外,其余均抢救成功好转出院。

### 2 护理

2.1 急诊护理 立即静卧、吸氧,禁止一切活动,床上大小便。建立两路有效静脉通道:一路静脉输注抗心律失常药物,另一路输注营养心肌药物。选择上肢较粗大的静脉行留置针给药。及时行心电监护。密切观察生命体征、尿量及胸痛症状的改变;做好各项记录,以便及时发现心律失常、心源性休克、心力衰竭等。

2.2 一般护理 AMI 患者绝对卧床休息 1 周,如仍有心律失常,应延长卧床时间,避免由于活动而增加心脏负担和耗氧量。心肌梗死患者急性期给予氧气吸入 6 L/min,间断吸氧,维持 3~5 d。由于患者长期卧床,肠蠕动减弱,可导致便秘。指导患者低脂、低盐、低热量、低胆固醇和富含维生素的饮食,少食多餐,忌过饱和暴饮暴食,禁辛辣刺激食物。指导陪护人员在患者腹部依结肠走行方向做环形按摩,以助排便;便秘者用开塞露肛塞,必要时行低压盐水灌肠,嘱咐患者切不可用力排便。AMI 患者病情重且病情变化快,在急性期心电极不稳定,易发生心律失常,因此排便时尽可能对其心电监护。

2.3 心理护理 AMI 起病急,发展快,且因限制活动和探视,患者易出现紧张、恐惧、焦虑等不良情绪和心理状态,使心率加快,心脏负担加重,诱发和加重病情,对疾病的转归有很大的影响。我们针对不

[收稿日期] 2011-06-05

[作者单位] 安徽省萧县人民医院 内科 235200

[作者简介] 王茜(1972-),女,主管护师。

同年龄、性别、性格等特点进行沟通交流,说明治疗方法、护理计划、注意事项等,消除其思想顾虑,树立战胜疾病的信心,保持良好的心理状态,有利于疾病的治疗。

**2.4 心电监护** 及时建立心电监护记录,每2 h记录心律、心率及心电波形的动态变化。心电监护操作前应将患者胸前皮肤的污垢、油脂及汗液清洗干净,晾干,再将电极片与皮肤紧密接触,通过增减波幅即选择不同的导联使各波形清晰易辨认,避免产生干扰波。按照英文字母标志,将5根导联线按对应关系放好,电极片不能放置心尖部及心底部,以防患者需要电复律时影响除颤电极板的放置,耽搁电复律时间及影响心肺复苏成功。在监护中做到严密动态观测、持续监护、详细记录。正确设置报警参数,如ST段下移等,以便及时发现心律失常。对于复杂类型的心律失常,可以通过冻结键将心电波形冻结以便进一步辨认,或者应用中央监护系统的波形回放菜单,将有价值的心电波形通过打印机记录下来。

出现快速型恶性室性心律失常时,应及时通知医生处理,准备随时抢救,包括准备临时起搏器、除颤仪等。对于心脏停搏、室性心动过速或心室颤动导致阿-斯综合征等突发事件,在医生未到达之前应立即给予胸外心脏按压及人工呼吸等抢救措施。本组2例心室颤动,呼吸骤停,30 s内即给200~300 J非同步电除颤,同时胸外按压、气管插管等抢救治疗,1例除颤1次后转为窦性心律,1例家人拒绝除颤,自动出院。3例房室传导阻滞中2例Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞用阿托品1 mg静脉注射,维持心率60~80次/分。1例Ⅲ度房室传导阻滞,血压75/45 mmHg,立即安装临时起搏器,同时大量补液扩容,5 min后患者病情好转,恢复窦性心律。室性期前收缩、室性心动过速配合医生静脉推注利多卡因50~100 mg加入10%葡萄糖注射液20 ml,20 min如不见好转,重复给药或根据病情需要用利多卡因加入10%葡萄糖注射液500 ml中静脉滴注维持,直至室性期前收缩消失为止。执行医嘱治疗中要准确掌握药物的剂量、浓度及速度,密切观察患者心律和心率变化。利多卡因用量过大时会出现头晕、视觉障碍、运动失调等,输注速度过快会出现嗜睡、谵妄等意识改变,滴速过慢则达不到有效药物浓度,要保证剂量准确,使用过程中注意观察疗效和药物的副作用。

**2.5 及时识别、预测恶性室性心律失常的指标** 随

着临床心电学以及对恶性室性心律失常研究的进展,一些心电学指标已经用来预测恶性室性心律失常。目前常用的有QT间期以及QT离散度<sup>[2]</sup>,J(osborn)波<sup>[3-4]</sup>和ST或T波电交替等,这些指标常出现于恶性室性心律失常之前,特别是室性心动过速、心室扑动或心室颤动之前,因此有重要临床预测价值。所以,心电监护过程中,应该及时监测这些心电变化,尽早向医生汇报,及时采取治疗措施,防止意外发生。

### 3 讨论

恶性心律失常是AMI严重并发症之一。完善的心电监护利于医生初步诊断,判断心肌梗死部位、程度,及早确定治疗方案;心电监护及心电图检查对恶性心律失常的识别至关重要。心脏骤停绝大多数为致命性心律失常所致,其中80%为心室颤动,20%为心脏停搏<sup>[5-6]</sup>。发生心室颤动后抢救时间窗为10 min,最佳抢救时间是最初的3~5 min;每推迟1 min心肺复苏和除颤,患者的生存率以7%~10%的速度递减<sup>[7-8]</sup>。这就要求我们护士密切观察病情,及时发现心室颤动,给予直流电除颤可有效终止心室颤动<sup>[9]</sup>。2000年国际心肺复苏指南中把电击除颤作为心搏骤停复苏最有效的手段<sup>[10]</sup>。更要求护士应具有恶性心律失常的紧急判断能力,精湛的护理技术和熟练掌握各种异常心电图的识别,熟悉各种心律失常的抢救程序及用药特点,掌握各种抢救仪器的使用与保养,确保仪器处于完好状态。心律失常多发生在AMI发病后1~2周,尤其24 h以内。下壁及下后壁心肌梗死中最常出现缓慢型心律失常,常见有窦性心动过缓、窦性静止、结性及室性逸搏心律及房室传导阻滞;前间壁、前壁、广泛前壁心肌梗死时出现恶性心律失常的频率较高。掌握了心肌梗死的部位及其易出现的心律失常类型,心电监护观察中可以做到有的放矢。确诊为AMI患者即住CCU,我们应严密监测心电心律失常变化,准备充足的抢救药品与设备,以便及时发现,及时救治,降低患者病死率,提高其生存质量。

#### [参考文献]

- [1] 刘桂芳.急性心肌梗塞合并恶性心律失常急救护理体会[J].哈尔滨医药,2006,26(4):67-69.
- [2] Wang Q,Chen Q,Li H,et al. Molecular genetics of long QT syndrome from genes to patients[J]. Cur Opin Cardiol,1997,12(3):310-320.
- [3] 杨钧国.异常J波和多形性室速[J].心电学杂志,1995,14(4):250-251.

- [4] 钱跃秀,张贤萍. 巨大 J 波 1 例[J]. 中国循环杂志, 1998, 13(4): 250.
- [5] Rea TD, Eisenberg MS, Sinibaldi G, et al. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States [J]. Resuscitation 2004 63(1): 17-24.
- [6] Bento AM, Cardoso LF, Timerman S, et al. Preliminary in-hospital experience with a fully automatic external cardioverter-defibrillator [J]. Resuscitation 2004 63(1): 11-16.
- [7] 胡大一, 丁荣晶. 推动自动体外除颤器应用提高院外心脏骤停患者生存率[J]. 中华内科杂志 2008 47(7): 533-534.
- [8] 卢才义, 高磊. 老年人心脏性猝死的定义、流行病学及病因学[J]. 实用老年医学 2007 21(6): 363-365.
- [9] 李玉杰. 急性心肌梗死的诊断[J]. 新医学, 2008, 39(11): 745.
- [10] 蒋健. 2000 国际复苏指南内容的变更与思考[J]. 中华急诊医学杂志 2001 10(6): 366.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1155-02

· 护理学 ·

## 造血干细胞移植术后出血性膀胱炎的预防与护理

韩爱芝

[摘要]目的:探讨造血干细胞移植(HSCT)术后出血性膀胱炎(HC)的预防及护理。方法:对 HSCT 患者制定好预处理方案,落实预防及护理对策。结果:4 例 HSCT 术后发生 HC 患者均治愈。结论:通过充分的水化、碱化尿液、利尿、美司钠解毒、抗病毒、膀胱冲洗及膀胱内灌注粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子等方法预防和护理 HC 是有效的。

[关键词] 造血干细胞; 移植; 出血性膀胱炎; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 329.24

[文献标识码] A

出血性膀胱炎(hemorrhagic cystitis, HC)是造血干细胞移植(HSCT)后的常见并发症,可引起血尿及尿路刺激症状,增加患者的痛苦和治疗费用,延长住院时间,严重者甚至发生尿道梗阻和肾衰竭而致死<sup>[1]</sup>。因此,预防 HC 的发生及护理是 HSCT 中非常重要的环节。2007 年 1 月至 2010 年 11 月,我科行 HSCT 28 例,4 例发生 HC,经精心的护理,效果良好,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 行 HSCT 的 28 例患者中,4 例发生 HC,发生率 14.29%;年龄 20~41 岁,男 3 例,其中急性淋巴性白血病 2 例,均行双份脐血干细胞移植术,慢性粒细胞性白血病 1 例,行骨髓+外周血干细胞移植术;女 1 例,为急性淋巴性白血病,行骨髓+外周血干细胞移植术;出现 HC 在移植后 21~60 d。根据血尿严重程度分为 4 级<sup>[2]</sup>:即镜下血尿为 I 级,肉眼血尿为 II 级,肉眼血尿伴有小血块为 III 级,伴有大量血凝块或尿道梗阻为 IV 级。本组 II 级 3 例,III 级 1 例。移植 3 天内发生 HC 为早发性,3 天后发生

HC 为迟发性<sup>[3]</sup>,本组 4 例均为迟发性。

1.2 制定预处理方案 异基因 HSCT 采用以白消安/环磷酰胺为基础方案,淋巴系统疾病加用全身照射,并根据移植前患者情况选择加用阿糖胞苷、司莫司汀、依托泊苷及抗胸腺细胞球蛋白等。自体 HSCT 主要方案为美法仑+阿糖胞苷+环磷酰胺。

1.3 结果 4 例 HC 患者经过充分的水化、碱化、利尿、抗病毒、防治移植物抗宿主病(GVHD)等积极的治疗和精心的护理,2 周内尿频、尿急、尿痛等症状及肉眼血尿均消失,无一例病死。

### 2 护理

2.1 充分的水化碱化及利尿 在预处理前 1 天开始给患者大剂量的静脉补液,每天补液及饮水量 >7 000 ml,注意补充电解质,保持补液速度均匀进行,并予 5% 碳酸氢钠 250 ml 每 8 h 静脉滴注 1 次,以碱化尿液,使尿液 pH 保持在 7~8,减少药物降解产物对肾脏、膀胱的毒性损害。预处理期间根据医嘱予利尿剂应用,嘱患者每 1~2 h 排尿 1 次,避免药物在膀胱内滞留,维持尿量 >250 ml/h。

2.2 合理使用解毒剂 美司钠为特异性的解毒剂,根据医嘱按时按量予生理盐水 100 ml + 美司钠 0.8 g 静脉滴注,并在环磷酰胺使用的 0、4、8、12、16、20 h 重复使用美司钠,环磷酰胺停药后美司钠常规使用 1 天。美司钠可预防和减少使用大剂量环

[收稿日期] 2011-06-03

[作者单位] 安徽医科大学第一附属医院 血液内科,安徽 合肥 230022

[作者简介] 韩爱芝(1963-)女,主管护师。