

相关因素的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(13): 1655-1657.

- [4] 邱伟, 莫奕彩, 黄艳. 阻断乙型肝炎病毒母婴传播的临床研究[J]. 河北医药, 2009, 31(13): 1598-1599.
- [5] 沙莉, 夏春香. 慢性 HBV 感染产妇产后抑郁症发生率调查与原因分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(33): 5201-5203.
- [6] 刘玉玲, 耿正惠. 妊娠合并病毒性肝炎的处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(2): 80-81.
- [7] 张新宁, 武俊, 高珊. 乙肝病毒垂直传播及免疫预防现状[J]. 中华围产医学杂志, 2002, 5(5): 231-232.
- [8] 吴淑兰, 吴艳玲, 孙宝佳, 等. 乙型肝炎病毒宫内感染的概率及感染因素的调查研究[J]. 河北医科大学学报, 1999, 20(4): 223-225.

- [9] 王慧华, 王正平. 联合免疫婴儿的娩出方式对乙型肝炎病毒母婴传播影响的 Meta 分析[J]. 中华预防医学杂志, 2010, 44(3): 221-223.
- [10] Read JS, Cannon MJ, Staonberry LR, et al. Prevention of mother-to-child transmission of viral infections[J]. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2008, 38(6): 274-297.
- [11] 许细叶, 陈红, 刘海意. 乙型肝炎产妇产乳汁乙肝标志物检测与哺乳指导[J]. 护理学杂志, 2002, 17(5): 336-337.
- [12] 王宝恩, 张定凤. 现代肝脏病学[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 391.

(收稿日期: 2013-09-17 修回日期: 2013-12-20)

• 临床护理 •

心脏介入术后并发迷走神经反射的循证分析及护理探讨

曾军梅

(海南省农垦总医院介入诊疗科, 海南海口 570311)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 12. 046

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)12-1530-02

心脏介入诊疗具有创伤小、手术成功率高、安全、患者易于接受等特点, 是临床诊断、治疗心律失常、心绞痛、心肌梗死、先天性心脏病的常用方法。虽然介入治疗损伤较小, 但在围术期仍存在一些并发症, 以迷走神经反射较为严重, 临床表现主要为头晕、出冷汗、面色苍白、胸闷、四肢厥冷, 以及血压下降、脉搏变缓, 还可出现窦性停搏、房室传导阻滞、交界性逸搏甚至意识丧失等^[1], 严重影响了患者的术后恢复过程。循证护理(evidence-based nursing, EBN) 源于循证医学^[2], 是指慎重、准确的运用目前最佳研究数据, 根据个人经验和临床技能, 分析可能引起疾病的原因和机制, 制订完整、科学、合理的护理方案^[3-4]。本科在心脏介入围术期护理积累了一定的经验, 现通过循证分析心脏介入围术期并发迷走神经反射的可能机制及发生特点, 为心脏介入围术期的护理提供一定的参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月本科心脏介入治疗的患者 442 例, 其中男 213 例, 女 229 例; 年龄 5~72 岁, <12 岁 37 例, 12~18 岁 16 例, >18~60 岁 192 例, >60 岁 197 例。行经皮穿刺腔内冠状动脉成形术(PTCA) 247 例; 射频消融术 143 例, 先天性心脏病介入治疗 52 例, 包括室、房间隔缺损封堵 36 例以及动脉导管未闭封堵术 16 例。

1.2 方法 循证分析包括以下几个步骤^[5]: (1) 提出问题, 本文主要分析介入手术围术期患者发生迷走神经反射的原因, 利用评判思维发现需解决的问题, 并制订合理的护理方法予以预防。(2) 通过检索护理方面的相关文献, 收集临床研究证据。(3) 检索中国期刊全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中文科技期刊数据库(VIP)、PubMed、Cochrane 图书馆、MEDLINE、SCI 数据库, 搜索迷走神经反射影响因素、特点、手术种类的影响等。(4) 依据循证医学评价搜索文献的可靠性、真实性, 分析本研究对象发生迷走神经反射的可能原因, 并结合临床专业知识, 将之应用于临床护理决策, 制订合理的预防、护理方法。(5) 评价护理实践的效果, 通过循证实践总结经验, 提高临床护理水平和质量。

2 结果

442 例患者在围术期共发生迷走神经反射 34 例, 发生率为 7.69%。临床表现以面色苍白、血压下降、心率减慢、头晕心悸、视物模糊等为主, 2 例患者出现了意识模糊, 心脏停搏, 经积极抢救后 0.50~1.00 h 患者心率、血压逐渐恢复, 上述临床症状改善、消失, 无抢救、复苏失败死亡病例。34 例迷走神经反射患者在介入术中出现 11 例(2.49%), 在拔鞘管时出现 12 例(2.71%), 在病房静息状态下出现 11 例(2.49%)。在 143 例射频手术中出现 13 例(9.09%), 在 52 例先天性心脏病介入治疗中出现 2 例(3.85%), 在 247 例 PTCA 中出现 19 例(7.69%)。34 例患者中拔管综合征发生率最高, 为 35.29%(12/34), 其他依次为: 焦虑 26.47%(9/34), 12 h 以上未进食 20.59%(7/34), 体位不当压迫鞘管 11.76%(4/34), 术后饮食不当及单次放尿量过大导致迷走神经反射发生率最低, 均为 2.94%(1/34)。

3 讨论

3.1 心理护理及饮食指导 (1) 采用健康教育、心理护理等措施降低焦虑、抑郁等负性情绪。介入手术治疗患者多有较长病史, 病情反复发作, 部分患者术前并未掌握、理解疾病的相关知识, 对介入治疗也缺乏了解, 容易紧张、焦虑、恐惧, 导致胆碱能神经张力增高, 引起全身小动脉扩张, 血压、心率降低, 诱发迷走反射^[6]。另外, 也有学者认为紧张、焦虑可影响睡眠, 引起前列腺素、缓激肽等释放, 刺激心肺感受器, 心率上升, 加重心肌缺血、缺氧状态, 引起迷走反射^[7]。术前向患者讲述手术目的、优点、经过及成功病例, 使患者了解手术的意义、安全性及相关注意事项。本文 9 例患者出现焦虑、抑郁等负性心理, 经心理调适, 指导患者看电视, 听音乐等方式调节情绪, 必要时遵医嘱给予地西洋镇静, 未再出现相关症状。(2) 调节饮水、饮食。术前禁食、禁饮时间不宜过长, 特别是接台手术, 超过 12 h 禁食、禁饮, 容易引起术中低血糖, 或因血容量相对降低, 下丘脑视上核、室旁核血管加压素水平升高, 导致血管平滑肌收缩, 发生迷走反射^[8]。因此, 术前给予适量含糖高的流质或半流质饮食, 特别是接台手术, 若从手术前一日晚开始禁食, 则禁食时间过

长;可指导患者依据禁食时间,接台手术患者可合理进食。术后均给予饮食指导,少量多次,例如饮水每次不超过 200 mL,但 1 例老年患者由于听力、理解能力等原因,单次饮水、进食量过大,胃肠道突然扩张引起迷走神经反射。因此,对于理解力较差的老年或农村患者,应注意护理知识讲解的效果,让患者及家属真正理解。

3.2 术中及术后拔鞘管等操作的相关护理 本文结果发现,PTCA、射频消融引起迷走神经反射稍高于先天性心脏病介入治疗,其原因可能与以下几个因素有关:(1)PTCA、射频消融手术患者多为高龄,较先天性心脏病介入治疗年龄更大;(2)PTCA、射频消融患者冠状动脉病变较为严重,心功能较差,对于手术应激反应差;(3)PTCA 手术时间较长,引起局部水肿的可能性较大。对于手术时间较长、对疼痛比较敏感的患者,应注意适当给予利多卡因减轻疼痛,阻断因血肿、疼痛引起的神经反射,术中密切观察心率、血压的变化,如出现迷走神经反射,应立即给予对症治疗,包括阿托品、快速补液等。本文中术后拔鞘管时引起迷走神经反射的例数最多,提示预防拔管综合征在护理工作中具有重要意义^[9]。术后 4~6 h 拔除留置的动脉鞘管,由于拔鞘管方法不当或麻醉效果较差,加压包扎过紧,压迫时用力较大,缝合的牵拉刺激股动脉,引起患者疼痛、不适,刺激皮层中枢、下丘脑等神经中枢,使胆碱能神经张力增加,血管反射性扩张,引起迷走神经反射症状,甚至神经源性休克^[10]。因此,拔管前应准备好多巴胺、阿托品和利多卡因等药品,建立静脉通路,多功能心电监测,告诉患者可能出现的不良反应,调节好环境温度,注意遮盖肢体和保暖^[11-12]。拔管前停止使用硝酸酯类药物,及时补充血容量,可提前 30 min 静脉输注林格氏液,使拔鞘前入液量达到 1 000~1 500 mL。拔鞘时动作稳、准、轻。对疼痛敏感、焦虑患者,可采用利多卡因局部麻醉,试验性压鞘管^[13],转移注意力,未出现血压、心率降低后再拔管。

3.3 术后静息状态下的护理 (1)排尿护理。由于介入术后补液、饮水等原因,引起患者尿量增加。有些患者不习惯床上排尿,引起尿潴留,而导尿时单次放尿量过大,腹压突然降低,引起血液在盆腔脏器中滞留^[14],诱发迷走神经反射。本次研究中 1 例患者因不习惯床上排尿造成尿潴留,而家属由于相关护理知识欠缺,单次放尿量超过 500 mL,引起患者出现迷走神经反射症状。因此,术前应使患者适应、掌握床上大、小便的方法,排尿困难患者可用热敷、按摩腹部、听流水声等方法帮助排尿。对于留置导尿管的患者,应告之家属相关知识,避免一次放尿超过 500 mL。(2)术后体位护理。本文中有 4 例患者因屈腿、侧卧压迫鞘管,血管鞘远端摩擦、刺激动脉内膜,引起迷走神经反射^[15-17]。对于此类患者应要求平卧休息,术侧肢体伸直,保持翻身时下肢与躯干成直线,避免鞘管受压或弯曲。有报道使用血管缝合器,沙袋压迫等措施可使制动时间相应缩短。有的患者因制动时间长而腰背不适,本院采取背部垫软枕,局部按摩等措施帮助缓解,未再出现因体位压迫鞘管引起迷走神经反射症状。

综上所述,迷走神经反射发生在心脏介入的围术期并不少见,本院通过循证分析,充分认识、了解了各手术方式,各时间段引起迷走神经反射的可能机制及原因,并据此改善护理措

施,在一定程度上降低了迷走神经反射的发生率。因此,EBN 方法可有效降低心脏介入术后迷走神经反射的发生,提高护理质量。

参考文献:

- [1] 姚红梅. 心脏介入术后迟发血管迷走神经反射的相关因素及护理干预[J]. 江西医药, 2008, 43(6): 627-628.
- [2] 刘海波, 朱卉, 胡芳. 循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(10): 886-889.
- [3] 邵红艳, 林兴凤. 循证护理在机械通气患者控制呼吸机相关性肺炎中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 797-798.
- [4] 胡雁. 循证护理应用中常见问题及误区分析[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(8): 740-742.
- [5] 张平平. 循证护理在预防腹腔镜术后肩痛中的应用[J]. 中华全科医学, 2012, 10(3): 482-483.
- [6] 柴小艳. 心脑血管介入术致迷走神经反射 103 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志: 下旬刊, 2011, 17(8): 49-50.
- [7] 李彩英. 心理干预对心脏介入术并发症的影响[J]. 护理研究, 2008, 22(11C): 3074-3075.
- [8] 林惠, 蔡新. 经皮冠状动脉介入治疗前后焦虑行为分析及护理[J]. 重庆医学, 2008, 37(18): 2126-2127.
- [9] 刁晓兰, 刘乾惠, 石娟. 心脏介入术后并发血管迷走神经反射的原因分析[J]. 全科护理, 2010, 8(6): 508-509
- [10] 李昱婷, 郭清. 循证护理在减少心脏介入术后血管迷走神经反射中的应用[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2009, 1(5): 296-298.
- [11] 代志秀. 2 300 例冠状动脉介入术后血管迷走神经反射的预见性护理[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(14): 1451-1452.
- [12] 孟桂平, 任春霞. 冠脉介入诊疗术后拔鞘并发迷走神经反射全程护理干预的效果观察[J]. 安徽医药, 2010, 14(9): 1092-1093.
- [13] 赵志红, 孙惠萍, 张素巧. PCI 术后并发血管迷走神经反射的预防与护理[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(11): 37-38.
- [14] 谷天宝, 白艳霞. 心脏介入治疗术后并发迷走神经反射的临床研究方法及相关因素[J]. 医学研究杂志, 2009, 38(5): 129-130.
- [15] 张祖峰, 张玉芝, 尹红君. 经股动脉行心脏介入诊疗致血管迷走神经反射 19 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(24): 58-60.
- [16] Espirito Santo A, Choquette A. Experience of adapting and implementing an evidence-based nursing guideline for prevention of diaper dermatitis in a paediatric oncology setting[J]. Int J Evid Based Healthc, 2013, 11(2): 121-127.
- [17] Burman ME, Robinson B, Hart AM. Linking evidence-based nursing practice and patient-centered care through patient preferences[J]. Nurs Adm Q, 2013, 37(3): 231-241.

(收稿日期: 2013-08-08 修回日期: 2013-12-25)

(上接第 1526 页)

- 冲突与博弈策略分析[J]. 中国医学伦理学, 2007, 20(1): 52-56.
- [6] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海人民出版社, 2004: 240-250.
 - [7] 张鹏, 陈威, 李振江. 医疗纠纷的起因及防范措施[J]. 医

学与社会, 2005, 18(4): 41-43.

- [8] 曹冰, 陈力. 医疗纠纷对临床医生心理影响及其对策研究[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(7): 473-475.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-12-04)