

【临床护理】

胺碘酮转复肺癌术后室上性心律失常患者的护理

张娟, 翁向群, 闫成美, 李妮

(中国人民解放军南京军区福州总医院 心胸外科, 福建 福州 350025)

[摘要] 笔者报道了使用胺碘酮转复肺癌手术后并发室上性心律失常 43 例。认为对肺癌患者围手术期积极纠正易感因素, 经中心静脉导管匀速准确给药, 密切监测血流动力学的变化, 严密观察药物不良反应, 对患者并发室上性心律失常成功转复为窦性心律是必要的。

[关键词] 室上性心律失常; 胺碘酮; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-9969(2006)08-0048-02

肺癌术后并发室上性心律失常 (supraventricular arrhythmias, SA) 是临床上常见的并发症之一, 尤其是心房颤动 (atrial fibrillation, AF), 其严重的临床症状往往需要转复为窦性心律才能缓解, 尤其是心室率大于 150 次/min 的 AF, 可能导致低血压、心肌缺血、心力衰竭、肺部感染、心源性休克和栓塞形成等严重并发症。现将使用胺碘酮转复肺癌手术并发 SA 患者的护理报道如下。

1 临床资料

我院自 1999 年 3 月-2005 年 10 月手术治疗非小细胞肺癌患者 199 例, 男 166 例, 女 33 例, 年龄 39-81 (63.1 ± 7.2) 岁。术前心肺功能评价采取心脏病史、体格检查、12 导联心电图、超声心动图以及肺功能等检查。全部患者 2 周内未使用抗心律失常药物 (洋地黄、 β_2 受体阻滞剂、普罗帕酮、钙离子拮抗剂和其他抗心律失常药等), 且无一度房室传导阻滞。右侧开胸 114 例, 左侧开胸 85 例; 全肺切除 48 例, 105 例行肺叶切除术, 46 例行楔形切除术。全组患者术前均行锁骨下或颈内静脉置管术, 术中常规肺门及纵隔淋巴结清扫, 术后进入 ICU 病房行 24 h 心电监护, 镇痛方式为静脉自控式麻醉镇痛泵。SA 一旦发生, 立即动态记录病情变化并保存资料, 并于 30 min 内经中心静脉导管使用微量注射泵泵入胺碘酮 5 mg/kg 负荷量, 然后以总量 15 mg/(kg·d) 持续 24 h 内泵入至 SA 停止发作, 稳定后逐渐减量。电复律只在血流动力学不稳定的患者中使用。胺碘酮的使用时间依赖于 SA 的持续时间。SA 在转复为窦性心律的时间超过 24 h 后, 停用胺碘酮。复查 ECG, 动态心电图及肝肾功能, T_3 , T_6 。本组 43 例 (22%) 患者手术后发生 SA, 其中 38 例 (88%) 患者发生 AF。3 例患者发

展为心房扑动。发生 SA 持续时间 1-6 d, 平均 2.6 d。首发 SA 的高发时间是术后第 2 天、第 3 天 (分别为 66% 和 20%), 2 例在术后第 5 天发作。65 例 65 岁以上的老年患者发生 SA 22 例, 占 34%, 134 例年轻的老年患者中 15 例发生 SA, 占 11%, 行肺叶和全肺切除患者 SA 的发病率分别为 12% 和 33%。行楔形和肺段切除的患者均未发生 SA。43 例 SA 患者给予静脉推注 5 mg/kg 胺碘酮负荷量, 于 30 min 内完成, 观察 20 min, 未复律者, 以总量 15 mg/(kg·d) 持续 24 h 内泵入至 SA 停止发作, 稳定后逐渐减量, 转复为窦性心律 37 例。6 例由于血流动力学不稳定 (3 例全肺切除, 3 例肺叶切除) 未能转复为窦性心律, 采取直流电复律转复。所有患者随访 (21-57) 周, 4 例患者由于术后多次发生 SA, 出院后仍然预防性口服小剂量胺碘酮 30 d。全组患者出院后未再发生 SA 及与 SA 相关的症状; 5 例出现窦性心动过缓 (<50 次/min), 经过相应处理后好转; 全组未发生 ARDS、视力减退或心律失常恶化等不良反应及肝肾功能损坏。

2 护理

2.1 围手术期积极纠正易感因素 有报道, 肺叶切除后心律失常发生率为 3.1%~14.3%, 而全肺切除者为 19.4%~40.0%。房性心律失常最为常见, 96.0% 发生于手术后第 1 周, 高峰为术后 48 h^[1]。本组 134 例年轻的老年患者中 15 例发生 SA, 发病率为 11%, 行肺叶和全肺切除的患者 SA 发病率分别为 12% 和 33%。肺部手术后发生心律失常常见的诱因有: 高龄和水电解质失调, 术中的手术创伤和麻醉影响, 血容量不足、低氧血症和疼痛等。根据患者是否存在高危因素, 术后积极消除致病因素。

2.1.1 纠正存在的水、电解质紊乱, 特别是血钾的纠正至关重要 肺癌手术出现低钾血症是术后发生 SA 的易感因素^[2], 所以对行肺叶和全肺切除患者手术后定期检测电解质, 血钾维持在 4.5-5.5 mmol/L,

【收稿日期】2006-03-16

【作者简介】张娟 (1970-), 女, 山东兖州人, 本科学历, 硕士在读, 主管护师, 护士长。

如血钾 <4 mmol/L, 使用微量注射泵静脉泵入钾, 短时间内使血钾恢复正常。本组 11 例患者出现低血钾, 血钾浓度为 (3.2 ± 0.4) mmol/L, 经及时纠正血钾均恢复正常, 其中 9 例患者即时使用胺碘酮仍存在 SA, 说明能否转复成功与低血钾的纠正有密切关系。

2.1.2 保持呼吸道通畅 肺癌术后由于疼痛及手术创伤等容易导致痰多不易咳出, 而发生低氧血症, 所以监测脉搏血氧饱和度(SpO_2), 肺部分切除患者术后第 1 天在物理体疗基础上辅以振动排痰机进行振动排痰, 维持 SpO_2 95%, 如 $SpO_2 < 90\%$, 早期行纤维支气管镜吸痰。本组 6 例患者使用胺碘酮未能成功转复为窦性心律, SpO_2 为 $(90 \pm 4)\%$, 动脉血 PO_2 为 (56.8 ± 8.7) kPa 考虑为患者低氧血症未能及时纠正所致。

2.2 经中心静脉导管匀速准确给药 严格掌握用药速度和方法, 文献[3]报道外周静脉使用胺碘酮可导致静脉炎的发生, 本组患者常规于术前留置颈内中心静脉导管, 采用微量注射泵持续匀速量化给药。胺碘酮不良反应大, 治疗前仔细核对胺碘酮的剂量、浓度和注射速度, 使用过程中注意微量注射泵的准确性与报警, 及时发现故障并排除。静脉用胺碘酮起效快, 注射 15 min 后其作用达到最大, 以后的 4 h 内逐渐下降, 需静脉维持用药, 保证用药速度和时间的准确性^[4]。

2.3 密切监测血流动力学的变化 通过心电监护仪监测心脏频率、节律和房室结传导、动脉压、中心静脉压, 观察有无室速、室颤和窦性心动过缓的发生^[4]。对于血流动力学不稳定的患者停止使用胺碘酮, 改用直流电复律转复。本组 6 例患者采用 150~200 J 进行同步直流电复律成功转为窦性心律。

2.4 严密观察药物不良反应 药物反应是非竞争性抗交感神经作用抗 A 和 B 受体。其血管扩张反应能减低心脏工作负荷和相应的心肌氧消耗。胺碘酮与其他抗心律失常药相比能减低心肌收缩力效应, 也能治疗心脏一般情况较差的患者。Ciriaco 等报道胺碘酮可以转复 90.9% 的房颤患者且无明显不良反应^[5], 与本组患者的结果类似。但胺碘酮的静脉应用, 个体差异性较大。部分患者对胺碘酮十分敏感, 过大剂量或联合其他药物时应注意不良反应^[6]。

2.4.1 出血倾向 文献[7]报道胺碘酮可延长口服抗凝药患者的凝血酶原时间(PT), 是否对肺癌手术患者的 PT 造成影响, 尚无定论。为充分引流手术创面渗血, 肺癌手术后患者大多带有胸腔闭式引流装置, 故须注意观察胸水的量、颜色与性质, 如出现胸腔闭式引流液进行性增多, 血压下降、四肢厥冷等症状, 及时通知办公医生复查 PT、补充血容量采取止

血等措施, 本组术后未出现出血征象。

2.4.2 心动过缓 为胺碘酮过量的主要临床表现, 过量的原因与负荷量过大及联合应用具有负性传导作用的药物有关; 对胺碘酮过量所致的心动过缓, 阿托品治疗无效, 而异丙肾上腺素可使部分患者心率增快达 310 次/min, 伴有血液动力学严重紊乱者需放置心脏临时起搏器, 故胺碘酮的负荷量不宜过大, 临床应用中注意个体化原则及药物的相互作用, 但胺碘酮过量患者的预后良好。本组患者有 5 例出现窦性心动过缓, 及时停药后, 遵医嘱给予山莨菪碱 10 mg 静脉推注后, 症状缓解。

2.4.3 肺部的不良反应 肺癌手术后应用胺碘酮可能发生 ARDS, 尤其全肺切除术后。Van Mieghem 报道, 胺碘酮可能在肺癌手术尤其全肺切除术中导致 ARDS; 大剂量使用时可出现不常见的不良反应, 最严重的为肺炎, 并有导致肺间质纤维化的可能性, 剂量在 400 mg/d 以上时其发生率为 10%~17%^[8]。本组患者未发生 ARDS。

2.4.4 注意与地高辛的相互作用 胺碘酮和地高辛相互作用会抑制心脏的自律性, 导致各种程度的传导阻滞甚至完全性阻滞^[9-10]。在大剂量静脉使用胺碘酮时, 使用地高辛时监测血浆地高辛浓度, 如出现心率缓慢以及传导阻滞等, 地高辛剂量应减半或停药。

[参 考 文 献]

- [1] Von Knorring J, Lepantalo M, Lindgren L, et al. Cardiac Arrhythmias and Myocardial Ischemia after Thoracotomy for Lung Cancer[J]. Ann Thorac Surg, 1992, 53(4): 33-37.
- [2] 向 岚, 张卫泽, 王江红. 血钾异常致重症心律失常的抢救护理[J]. 南方护理学报, 1999, 6(2): 15-16.
- [3] 李 玮, 张 俊, 乔燕舞, 等. 高浓度胺碘酮静脉泵入与静脉炎关系的临床研究[J]. 心血管康复医学杂志, 2004, 6(5): 594-595.
- [4] 洪蝶玖. 应用抗心律失常药物转复阵发室上性心动过速的护理[J]. 南方护理学报, 1999, 6(5): 25-26.
- [5] Ciriaco P, Mazzone P, Canneto B, et al. Supraventricular Arrhythmia Following Lung Resection for Non-small Cell Lung Cancer and Its Treatment with Amiodarone[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2000, 18(13): 12-16.
- [6] 陈敏玲, 王敏珠, 冯银英. 胺碘酮所致不良反应的观察[J]. 南方护理学报, 2005, 12(7): 68-69.
- [7] 贾宝成, 庄聪文. 静滴胺碘酮对抗凝患者凝血酶原时间影响[J]. 临床军医杂志, 2003, 2(3): 15-16.
- [8] Lionel H Opie. 高 炜, 刘梅林译. 心脏药物[M]. 沈阳: 辽宁教育出版社, 1999: 302-306.
- [9] Rena O, Papalia E, Oliaro, et al. Supraventricular Arrhythmias after Resection Surgery of the Lung[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2001, 20(7): 688-693.
- [10] Haisaguerre M, Jais P, Shah D C, et al. Spontaneous Initiation of Atrial Fibrillation by Ectopic Beats Originating in the Pulmonary Veins[J]. N Engl J Med, 1998, 339(2): 659-666.

[本文编辑: 杨玩华]