短篇论著

文章编号:1000-5404(2012)05-0456-02

食管癌术后发生心律失常的相关因素分析及临床护理

夏 梅,何 萍,陈 巧,王 华,熊雪梅 (400038 重庆,第三军医大学西南医院胸心外科)

[摘要] **目的** 探讨食管癌术后发生心律失常的相关因素及临床护理对策。**方法** 回顾我科2010年6月至2011年6月行食管癌手术331例患者[男性239例,女性92例;年龄38~79(57.9±3.6)岁]临床资料,对术后发生心律失常的临床相关因素进行分类统计。**结果** 术后并发心律失常69例,发生率20.8%。年龄>60岁($P<0.01$)、术前心电图异常($P<0.01$)、肺功能异常($P<0.05$)、颈部及弓上吻合($P<0.05$)等术后易发生心律失常。而术前合并高血压的患者行食管癌手术后,心律失常的发生率没有显著增加($P>0.05$)。**结论** 食管癌术后发生心律失常是多因素综合所致。护理上应制定相应的护理对策,指导临床护理工作,以提高手术成功率、促进患者康复。

[关键词] 食管癌;心律失常;相关因素;护理

[中图法分类号] R473.6; R541.7; R735.1 [文献标志码] A

心律失常是食管癌术后常见的并发症之一,严重者危及生命。本研究对我科2010年6月至2011年6月行食管癌切除术331例,术后并发心律失常69例患者临床资料进行回顾性分析。探讨其发生心律失常的临床相关因素,并制定相应的护理对策,为临床护理工作提供帮助,现将其报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组331例患者,其中男性239例,女性92例;年龄38~79(57.9±3.6)岁。术前心电图异常52例(术后出现术前同类型心律失常不列入统计),肺功能减退73例,其中高血压病57例,糖尿病31例,冠心病6例;除15例行开胸探查术,其余患者均行食管癌根治术,其中颈部吻合术19例,主动脉弓上吻合术56例,主动脉弓下吻合术241例。全组无术中死亡。

1.2 方法

对年龄、术前心电图、肺功能、合并高血压、手术吻合部位等因素进行分析。数据处理均应用SPSS 10.0统计软件包进行分析,计数资料应用χ^2检验。

2 结果

本组患者术后并发心律失常69例,发生率20.8%。其中窦性心动过速37例(53.6%),心房扑动3例,心房纤颤11例,室上性心动过速7例,房室交界性早搏3例,阵发性室性心动过速4例,室性早搏4例,经积极治疗,均好转。对本组331例患者术后心律失常发生率与临床相关因素的关系见表1。

表1 食管癌术后心律失常发生率与临床相关因素的关系

临床因素	n	发生率[例(%)]	P
年龄(岁)			
≤60	209	30(14.4)	<0.01
>60	122	49(40.2)	
术前心电图			
正常	279	34(12.2)	<0.01
异常	52	23(44.2)	
术前肺功能			
正常	258	47(18.2)	<0.05
减退	73	22(30.1)	
术前合并高血压			
无	274	39(14.2)	>0.05
有	57	9(15.8)	
手术吻合部位			
颈部+弓上	75	26(34.7)	<0.05
弓下	241	51(21.2)	

3 讨论

3.1 食管癌术后发生心律失常相关因素分析

①高龄患者心血管功能发生退行性改变。食管癌开胸术后心律失常的发生率约在10%~30%[1],本组发生率20.8%,且>60岁患者术后心律失常的发生率(40.2%)明显高于≤60岁患者(14.4%)($P<0.01$)。近年来,由于食管癌手术适应证范围的扩大,高龄患者增多。随着年龄增加,患者心血管功能发生退行性改变,心脏传导系统的细胞密度逐渐减少,代偿能力差,手术后心功能的急速降低导致术后心律失常的发生[1]。②术前肺功能减退患者,行开胸手术易发生心律失常。特别是1 s用力呼气容积/用力肺活量(FEV1/FVC)<70%的患者,合并慢性阻塞性肺病(COPD)、支气管哮喘、肺部感染等导致术后肺功能进一步下降,进而引起低氧血症,心肌对缺氧敏感,故术后容易诱发心律失常[2]。③手术创伤,吻合部位高是术后发生心律失常的重要原因。由于全麻、手术创伤等刺激,术后疼痛等致咳痰不畅、分泌物潴留,切口疼

[通信作者] 何 萍,电话:(023)68765832,E-mail:yhp0130@sina.com

痛使患者浅快呼吸等,均影响肺的通/换气功能。因弓上(含颈部)吻合游离范围较广,对胸腔结构和功能影响较大。加上弓上吻合术中对心肺的挤压、揉搓等,不仅增加心肌的自律性、应激性、传导性,而且手术操作对肺的挫伤较弓下吻合严重,使肺泡表面活性物质减少或破坏,氧的弥散能力下降。导致低氧血症及 CO_2 潴留,刺激对缺氧敏感的心肌及传导系统,极易诱发心律失常。④术后胃管引流不畅,易发生心律失常。这可能与胃潴留所致的胸胃扩张直接挤压、刺激心脏,以及胸胃扩张引起患者的胸闷不适有关[3]。在本组研究发现,高龄、弓上吻合、术前 ECG 或肺功能检查异常是术后心律失常的相关因素。而术前高血压患者行食管癌手术后,心律失常的发生率没有显著增加。

3.2 护理措施

3.2.1 术前护理 对年龄 60 岁以上,合并心电图异常、肺功能减退、高血压、冠心病、糖尿病的患者术前应积极治疗改善心肺功能、有效控制血压、调整血糖。对冠状动脉支架置入术后服用抗血小板药物的冠心病患者应指导其至少停药 1 周。指导患者使用深呼吸训练器进行呼吸功能锻炼、有效咳嗽排痰训练,加强膈肌运动,增加肺通气量,改善肺功能,提高对手术的耐受性。锻炼时护士应根据患者的具体情况给予指导,严格掌握循序渐进的原则。期间要注意营养支持。

3.2.2 术后护理

3.2.2.1 呼吸道管理 术后常规加强心电监护,陈惠珠等[4]报道保证氧气充分供给是减少食管癌术后心律失常的重要环节。因此食管癌术后早期应给予呼吸机辅助呼吸或持续氧气吸入,维持 SpO_2 在 95% 以上,避免缺氧,CO_2 蓄积导致心律失常。呼吸机辅助期间,应做好温湿化,保持呼吸道通畅。拔管后予鼻吸氧或面罩吸氧 3 ~ 5 d,对于 60 岁以上、合并肺功能减退的患者我们一般采用氧雾化面罩给氧,雾化杯内加入生理盐水以加强气道湿化。协助咳嗽排痰或经鼻腔吸痰时均应严密观察心率(律)、血压,以及波形有无异常。每次时间要短,间断进行,保证充分供氧,让患者充分休息。术后继续使用深呼吸训练器进行呼吸训练,所有活动以不累为宜,以防劳累诱发心律失常。

3.2.2.2 术后营养支持 术前营养不良,术后禁食、应激等使钾、镁等电解质紊乱,易导致心律失常[5]。术后注重钾、镁等电解质的补充,注意静脉输液量和速度,维持水电解质平衡。对心功能差的患者术中留置十二指肠营养管,使术后营养物质尽可能多的经过肠道吸收,减少静脉补液量,减轻心脏负担。术后前 3 天每日复查血生化,根据生化报告及时补充电解质,保持水电解质平衡,避免因水电解质紊乱导致心律失常。

3.2.2.3 胃管的护理 本组 3 例术后胃管引流不畅发生心律失常。术后应妥善固定胃管,接胃肠减压器持续减压。予生理盐水 50 ml 冲洗胃管 3 次/d,保持胃管引流通畅。每班仔细观察胃管置入长度、胃液量、颜色、性状,并详细记录在护理记录单上。同时我们还应加强对患者及家属的健康宣教,告之术后留置胃管、持续胃肠减压的目的、意义及重要性,以取得他们配合。对术后意识不清、烦躁的患者可予以保护性约束,避免非计划性拔管的发生。

3.2.2.4 有效镇痛 充分镇痛能使患者良好地休息,有效咳嗽排痰,减少肺部并发症的发生。术后我们常规给予患者硬膜外持续镇痛。镇痛药液配制:盐酸罗哌卡因注射液 500 mg + 枸橼酸舒芬太尼注射液 50 μg,加生理盐水注射液至 250 ml,背景输注量 3 ml/h,单次量 3 ml,锁时 25 min,持续输注 48 ~ 72 h。镇痛过程中护理上要保持管道通畅在位,注意观察患者呼吸有无浅快,倾听患者主诉,评估疼痛程度,并及时调整镇痛药用量,保证镇痛效果。每次翻身拍背、咳嗽排痰前可追加 1 次镇痛药物以利于更好的咳嗽排痰。

本组资料显示 60 岁以上、吻合部位越高,术后心律失常发生率越高。这与文献[6]报道相符。但年龄大小和吻合部位的高低是不可改变因素,我们护理上应对 60 岁以上、吻合部位越高的患者引起足够的重视。术后延长心电监护时间、严密观察病情,做到早发现、早处理,避免诱发新的并发症。

参考文献:

[1] 何萍, 邱阳, 杨康, 等. 食管癌 310 例术后发生心律失常的相关因素探讨[J]. 重庆医学, 2008, 37(4): 361 - 362, 364.
[2] 王宁燕, 姚运红. 食管癌、贲门癌围手术期心律失常 52 例的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(17): 4196 - 4197.
[3] 魏俊飞. 食管癌术后心律失常的临床研究[J]. 中国民康医学, 2007, 19(5): 368 - 369.
[4] 陈惠珠, 郑金钗, 唐晓榕. 对食管癌病人术后心律失常的相关因素分析及护理对策[J]. 护理研究, 2008, 22(5C): 1347 - 1348.
[5] 毛宠珍, 蔡觉萍. 老年食管贲门癌手术后的护理[J]. 护理与康复, 2006, 5(4): 274 - 275.
[6] 谈进, 邱明玲, 黄苏, 等. 食管癌术后心律失常危险因素分析[J]. 中国临床医学, 2007, 14(5): 636 - 637.

(**收稿**:2011-12-25;**修回**:2012-01-09)
(编辑 栾 嘉)