

射频消融术治疗房颤患者的围术期护理研究新进展

何金玉¹, 罗 薇¹, 俞晓芳^{2*}

¹新疆维吾尔自治区第六人民医院(自治区传染病医院)心血管内科二病区 新疆乌鲁木齐

²新疆维吾尔自治区第六人民医院(自治区传染病医院)综合内外妇二科 新疆乌鲁木齐

【摘要】心房颤动属于心内科常见疾病,此病容易增加卒中、痴呆等疾病的发病率,同时也可能造成心脏增大,从而出现心力衰竭。所以,对于房颤诊疗,临床上是非常重视的。射频消融术是近年来理想的一种治疗房颤的手术方式,具有创伤小、适用人群广等优点,但也存在相关的并发症,因此围术期的护理干预具有重要的意义,射频消融术对房颤的治疗效果非常显著。本文系统检索知网、万方、PubMed 等数据库,纳入近 5 年 40 余篇相关文献,围绕术前心理护理、用药宣教,术中细节监护、体温管理,术后并发症防控、康复指导等全流程护理内容展开综述。研究发现,系统化围术期护理可有效改善患者术前情绪、提升手术配合度,将术后并发症发生率控制在 5% 以内,缩短住院周期、降低疾病复发率。本文总结现阶段护理研究成果与不足,旨在为临床优化房颤射频消融术护理方案及后续护理研究提供参考依据。

【关键词】房颤; 射频消融; 围术期; 护理

【收稿日期】2026 年 8 月 3 日

【出刊日期】2026 年 9 月 4 日

【DOI】10.12208/j.jmmn.20260486

New advances in perioperative nursing research for patients with atrial fibrillation undergoing radiofrequency ablation

Jinyu He¹, Wei Luo¹, Xiaofang Yu^{2*}

¹The Sixth People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region (Infectious Disease Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region) Cardiovascular Medicine Ward 2, Urumqi, Xinjiang

²The Sixth People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region (Infectious Disease Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region) Integrated Internal and External Gynecology Ward 2, Urumqi, Xinjiang

【Abstract】 Atrial fibrillation is a common cardiovascular disease that increases the risks of stroke and dementia, and may also cause cardiac enlargement and subsequent heart failure, thus attracting extensive clinical attention in diagnosis and treatment. Radiofrequency ablation, an optimal minimally invasive surgical technique for atrial fibrillation in recent years, features minimal trauma and wide applicability with remarkable therapeutic effects, yet it is still associated with postoperative complications, making perioperative nursing intervention of great clinical significance. This article systematically retrieves databases including CNKI, Wanfang and PubMed, and incorporates more than 40 high-quality literature published in the past five years. It reviews the full-process nursing measures covering preoperative psychological nursing and medication education, intraoperative detailed monitoring and temperature management, as well as postoperative complication prevention and rehabilitation guidance. The results indicate that standardized perioperative nursing can effectively relieve patients' preoperative negative emotions, improve surgical cooperation, reduce the postoperative complication rate to less than 5%, shorten hospital stay and lower the recurrence rate. This paper summarizes the current achievements and deficiencies of relevant nursing studies, so as to provide references for clinical optimization of nursing protocols and further related research.

【Keywords】 Atrial fibrillation (AF); Radiofrequency ablation (RFA); Perioperative period; Nursing

*通讯作者: 俞晓芳

1 引言

心房颤动 (Atrial Fibrillation, AF) 简称房颤, 是一种室上性快速性心律失常, 其特点是房室快速、不规则跳动, 发作通常无症状, 有时可能出现心悸、昏厥、呼吸急促或胸痛^[1]。目前还没有完全明确房颤的发病机制, 可能与多子波折返、局灶兴奋、炎症因子超敏 C 反应蛋白水平升高等有关^[2-3]。《2020ESC 心房颤动诊断和管理指南》中提到^[4], 目前全球成人房颤患病率约 1%~2%, 这意味着患病人数不断增加, 加之房颤发作时的临床症状会严重影响患者的工作和生活^[5], 其并发症会明显增加致残率和致死率^[6], 给家庭和社会带来巨大的压力和负担。

导管射频消融 (Radio Frequency ablation, RFCA) 作为一种有效的介入治疗方法, 可改善患者的临床症状, 恢复窦性心律。房颤诊断与管理指南建议对以下房颤患者进行 RFCA 治疗, 包括药物治疗无效、不能耐受、有禁忌证且需控制心律的患者^[7], 但仅靠 RFCA 手术和药物治疗并不能完全达到改善患者预后的目的。有研究表明, RFCA 术后房颤复发率高达 30%^[8], 二次 RFCA 术后复发的概率也达 7%~24%^[9], 肥胖个体术后房颤复发风险尤为突出。有研究也显示, 若术后未开展规范化、整体性康复宣教, 患者易反复出现心慌、胸闷气短、周身乏力等表现, 导致患者术后活动耐力和生活质量下降, 并发症发生率增加, 再次住院率增加^[10]。所以房颤患者的围术期护理格外重要。

近年来, 许多学者对房颤患者进行术前护理、术中体征监测、行射频消融术的穿刺的观察、出院前的健康指导等护理工作进行了研究, 本文将总结 RFCA 治疗房颤的术前护理、术中护理、术后护理及患者心理护理等方面的内容, 以求对开展相关护理工作提供有益指导。为临床相关护理人员的护理操作和循证护理提供依据, 不断提高临床护理工作的质量和水平, 促进病患康复, 防止并发症的发生。

2 术前护理

术前护理是射频消融术围术期的关键环节, 能改善患者身心状态, 以最佳状态迎接手术, 从而提高手术安全性, 预防并发症。

2.1 术前宣教

向患者宣传和讲解相关疾病的医学知识, 对不同知识层次的病人制定不同的宣教计划, 实行多样化的教育, 增长预防和治疗知识。对术中及术后如何配合康复护理进行耐心讲解, 也可让未进行手术的病人向已经做手术的病人家属咨询, 让病人进一步了解围术期

的情况^[11]。

2.2 术前用药指导

电话预约患者住院期间可进行用药指导。患者在术前 2 周需停用抗心律失常药物, 以免因药物作用导致患者术后出现房颤。经检查没有明显血栓的患者, 抗凝药物一般不用, 仅术中根据情况使用肝素。如果房颤持续超过 48h 或存在血栓的高危因素, 包括糖尿病、65 岁以上、有脑卒中病史等, 应及时告知医生进一步治疗^[12]。

2.3 术前准备护理

术前 1 周密切监测患者生命体征^[13], 完善心电图、24 小时动态心电图、凝血功能等检查, 病情不稳定者予床旁心电监护。同时观察有无心悸、胸闷、胸痛等心前区不适。术前对左颈胸及双侧腹股沟区备皮, 以降低感染风险并便于操作。术前应停用抗心律失常药物, 以免术中无法诱发心律失常, 影响异常通路定位。术前 4 小时禁食、清洁局部皮肤、更换病号服、排空二便, 备齐物品后送患者至导管室。女性患者需明确月经周期, 经期不宜手术。术前房颤频发者, 给予低分子肝素抗凝 3~7 天, 手术当日停药。另提前抽取利多卡因、肾上腺素、阿托品、地塞米松、异丙肾上腺素等急救药品, 置于易取处备用^[14]。

2.4 心理护理

由于房颤射频消融术费用较高, 又仅有约 85% 的成功率, 因此术前宜充分地向患者及家属交代手术过程、可能的并发症、复发风险及药物治疗新进展, 让患者充分的心理准备, 避免术后失望, 更要对女性患者予以特殊关注和恰当支持^[15], 医护人员宜耐心细致地予以解释。

3 术中护理

术中护理在保证患者安全的前提下, 加强对患者的细节管理, 防止术中不良事件的发生并持续优化护理管理措施, 以保障手术顺利进行与患者安全。

3.1 保温护理

由于房颤射频消融术操作较为复杂, 手术时长一般为 1~3 小时, 而全麻患者术前禁食时间较长, 故围术期低温在房颤射频消融术中十分常见, 也极易影响手术效果甚至危及患者生命, 因此术中必须有明确、规范的保温措施: 首先用气流加温系统对手术台进行加热, 再提前调节手术室温度, 使患者入室时室温即维持在 21℃~25℃范围内。患者进入手术室后, 在其非手术部位的肩膀、脚部合理放置保温毯, 尽量减少手术中肢体暴露, 主动预防体温丢失。同时严格、连续地监测体

温,做到及时纠正。值得特别重视的是,现有充分证据支持^[16],实时监测及主动管理患者术中体温,是房颤射频消融术中极其重要的核心护理内容。

3.2 术中相关细节护理

由于医疗技术的进步及护理理念的更新,临床医师对手术室护理更加重视,而手术室细节护理实质上是常规护理的强化,即主动、严谨地控制术中各环节细节,故能避免微小因素对疗效的影响,也有利于防范护理缺陷、差错及事故所致的非必要伤害。因此房颤射频消融术中的细节护理措施可以归纳为:先系统、规范地检查手术室环境,确保护理器械、药品摆放合理,所有手术相关器械均处于正常工作状态,继而预先为患者建立多条静脉通路,调整患者至最佳体位,保证各引流管通畅。巡回护士全程密切观察患者术中反应,一有异常立即配合手术医生、麻醉医生予以及时处置。文献明确指出^[17],对房颤射频消融术患者施行精细化护理能切实降低并发症发生率,促进患者康复,由此不难得出明确而有力的结论:细节护理在该手术中具有重大意义。

4 术后护理

术后护理是房颤射频消融术围术期的最后阶段,核心在于采取持续护理干预,以预防并发症、促进患者康复。

4.1 一般护理

术后连接心电监护,密切观察患者的生命体征、心率、血压、心律,观察有无心律不齐、血压下降、面色苍白、恶心呕吐等迷走神经功能障碍的发生^[18]。观察切口有无渗血、血肿等情况。同时,密切观察患者手术肢体的皮肤温度,皮肤颜色,腿围,足背动脉等情况。皮肤的观察,针对术后制动的患者,不管是单侧穿刺还是双侧穿刺,术后都要第一时间仔细检查受压的皮肤情况,尤其是骶尾部和足部。每2小时检查受压部位皮肤时,可在保持术侧髋关节伸直制动的前提下,轻微抬离受压处予以减压,同时指导患者进行踝泵运动(足踝背伸-跖屈,不涉及髋关节活动)以预防深静脉血栓^[19]。

4.2 体位护理

术后护理人员需叮嘱病人卧床静养,动静脉穿刺点视情况用沙袋压迫,指导患者坚持术侧肢体制动^[20]。此外,还需指导适当的床上肢体活动如踝泵运动、握拳等以防止血栓形成。在此过程中,患者常会出现身体酸痛、腹胀等不适症状,可局部按摩帮助身体放松,同时也可使用有助于增加患者舒适度的软枕。若术后24小时后患者无头晕等不适,生命体征相对平稳,可引导患

者下床活动,可起到促进血液循环的作用,对预防血栓有一定帮助。此外,嘱患者在体位变换时,动作要缓慢,以防发生低血压。

4.3 饮食护理

由于手术部位接近食道,为了防止并发症,嘱患者少吃多餐,食用一些易于消化、较清淡、蛋白质含量高、维生素含量高的食物。不建议食用豆汁、鲜奶等易产生气体的食物,注意均衡营养,可适量饮水,有助于造影剂的排出^[21]。

4.4 心理护理

术后患者需要卧床休息,患者活动受限,担心治疗效果,易产生烦躁不安的情绪。护理人员要给予患者安静、舒适的休息环境。同时对患者进行宽慰,消除其紧张恐惧的心理^[22]。此外,有些患者手术后仍会有胸痛或腰痛的现象,护理人员要给患者解释疼痛的原因,教会患者做深呼吸运动等方法来减轻疼痛。由于房颤发生的机理较为复杂,房颤的维持机制因左心房后的壁线性消融而受到损害,但房颤发生的机制完全改变并非手术后即刻就能好转的,需要一定的时间。所以,要告知患者和家属手术是否成功,并不是即刻就能反映出来的,而是需要一定的时间,一般是三个月左右的时间,而且在这段时间内,患者还是要坚持用药,并且要密切观察患者的情况^[23]。

4.5 用药指导

护理人员应密切关注患者术后服用华法林等抗凝药物,需严格遵循医嘱不得擅自调整服药剂量。

5 并发症护理

5.1 血管穿刺并发症

血管穿刺相关并发症主要包含穿刺部位渗血、皮下血肿、假性动脉瘤、动静脉瘘、血气胸与血管迷走反射。行房颤射频消融术的患者术前长期规律抗凝,术中反复实施深静脉穿刺且术中辅以肝素抗凝,若穿刺与术后护理操作不规范,穿刺局部出血风险显著升高。术中持续监测穿刺区域状态,鞘管撤除后予以充分局部压迫止血,并实施加压包扎处理;术后术侧肢体严格制动6h,规避腹腔压力骤升诱发穿刺创口出血。术后护理每30min动态评估穿刺处渗血、腹股沟异常隆起等体征,同步询问患者胸痛、胸闷、呼吸困难等不适主诉,发现异常即刻汇报医师并开展对症干预^[24]。

5.2 胃肠道反应

房颤射频消融手术操作耗时偏长,手术创伤刺激、镇痛药物不良反应以及患者既往胃肠道基础病变,均是诱发消化道不适的危险因素。食管毗邻左心房后壁,

术中左心房导管操作与射频消融热能极易刺激食管及周围神经, 诱发恶心、呕吐, 消融能量过高还会造成心房食管瘘。临床常用芬太尼等阿片类镇痛药物, 易扰乱胃肠功能, 引发恶心呕吐、便秘等不良反应, 药物过敏人群需杜绝使用^[25-26]。临床可通过术前规范禁食禁水, 术后根据胃肠道不适表现短期禁食 4~6h, 酌情选用抑酸、胃黏膜保护、止吐类药物, 减少消化道并发症。

5.3 低血压

低血压是房颤射频消融术中十分常见的并发症, 可分为神经性及非神经性两类: 神经性低血压以血管迷走神经反射、神经源性休克为代表, 主要表现为血管迷走神经反射性低血压, 而非神经性低血压多由手术操作失误引起, 如房隔穿刺、导管操作导致急性或亚急性心包填塞, 进而引起低血压^[24]。

5.4 心包填塞

心房壁结构薄弱、手术过程中肝素的大量应用、房间隔穿刺操作或导管使用过程中的技术失误、电生理手术中放电参数设置不合理以及患者体位的变动等因素, 都有可能造成心脏壁层的破损, 最终引发心包填塞这一严重并发症。在手术进行期间, 当患者表现出胸部憋闷、情绪焦躁不安、异常出汗以及血压突然大幅度下降等临床表现时, 护理人员必须高度怀疑心包填塞的发生。一旦通过相关检查明确诊断为心包填塞, 护理团队应立即按照医嘱采取措施提升患者血压以维持循环稳定, 同时紧急备血, 并迅速与心脏外科团队取得联系, 为可能的紧急开胸手术做好准备, 在此过程中还需快速实施心包穿刺并放置引流管进行积液引流。护理人员要对患者的病情变化、心包内积聚血液的量以及引流液的性质和引流量等信息进行全面且详细的记录。相关研究表明^[27], 将患者的血压控制在正常范围的较低水平, 有助于避免心腔内压力的升高, 从而能够有效防止心包填塞症状的进一步加重, 同时也可减少心脏破口再次出血或已形成的凝血块脱落的风险。在临床处理中, 大多数心包填塞患者在接受心包穿刺引流后, 出血情况能够自行停止; 对于出血量较大的患者, 可以采用自体血液回输或输注异体血液的方式补充血容量; 而少数出现持续性出血且无法通过保守治疗控制的患者, 则需要紧急开胸手术以修补心脏的穿孔部位^[28]。

5.5 心律失常

房颤射频消融术中, 麻醉药物、电生理检查及导管机械刺激可能诱发房室传导阻滞、窦性停搏、房性心动过速、阵发性房颤、室性心动过速等心律失常。术中巡诊护士需密切监测心率, 一旦出现严重心律失常, 可及

时给药或电复律。术后应继续观察心律和心率变化, 若出现异常, 嘱患者不必紧张, 待手术结果明确后再告知疗效标准; 如感不适, 应及时通知医生并予以对症处理。术后按时复诊并加强沟通, 若 3 个月后仍为房颤, 需再次消融。二次消融通常有效, 长期治疗成功率可达 80% 以上^[29]。

5.6 肺栓塞

肺栓塞极其凶险, 需要对患者的病情进行密切观察, 包括呼吸状况, 血气指标变化, 神志状况, 皮肤颜色, 温度, 足背动脉波动, 四肢是否疼痛等, 观察以上指标对及早发现肺栓塞有很重要的意义。鼓励患者术后 24 小时下床活动, 预防深静脉血栓形成, 促进血液循环^[19]。

5.7 迷走神经反射

患者因紧张、长期卧床、空腹及手术时间长等因素易出现迷走神经反射, 射频消融或导管牵拉心房壁也会诱发。迷走神经支配会厌以下感觉, 其喉上支支配会厌喉部感觉, 喉返神经支配声带以下气管。浅麻醉下气管插管可导致迷走反射, 表现为心动过缓甚至心跳骤停^[30-31]。

5.8 血栓栓塞

血栓栓塞与术后抗凝不足、术中焦痂、导管壁血栓脱落、冷盐水灌注排气不充分形成气栓及术后肢体活动有关^[32]。全麻术前禁食禁饮、手术时间长、血流缓慢, 也易形成血栓。

5.9 肺静脉狭窄

肺静脉狭窄是高功率、高温放电或消融、导管误入肺静脉放电所致, 为房颤射频消融特有并发症^[33-34]。患者可出现胸闷、呼吸困难、咳嗽、咯血、发绀、胸痛及反复肺部感染。一旦出现上述症状, 应及时行 CT、磁共振成像 (MRI) 或肺静脉造影明确诊断。目前缺乏理想治疗手段, 重在预防^[35], 术中应谨慎选择消融能量、温度和放电部位, 尽量减少放电次数与时间。

5.10 血、气胸

穿刺锁骨下静脉时误伤肺或胸膜可致血、气胸。术者需规范操作, 避免反复穿刺。患者出现胸闷、气促、胸痛、烦躁等不适时应行 X 线检查。确诊后建议头高脚低位、间断高流量吸氧; 肺压缩 < 30% 多可自行吸收, 必要时行胸腔闭式引流, 一般预后良好^[36]。一侧颈内静脉或锁骨下静脉穿刺失败且已伤及肺者, 不宜对侧同时穿刺以防双侧气胸^[37]。对大量血胸者需立即开放静脉通道、抗休克、备血、输血并积极手术。常规经股静脉植入冠状窦标测电极, 虽增加 X 线曝光时间, 但

可避免锁骨下路径相关血、气胸, 提高安全性^[38]。

5.11 膈神经损伤

膈神经损伤是房颤消融术中较为明确、可逆的不良事件, 其发生率在 0% 到 0.48% 范围内, 而超声气囊消融术更易造成右侧膈神经损伤。目前学界普遍接受热损伤是其主要的致病机制^[39], 因此手术中宜严格选择消融部位及能量参数, 尤其在两上肺静脉前壁消融时, 宜用 X 线透视实时监测膈肌运动, 一见膈肌活动停止即刻终止放电。国外已有文献系统指出: 在相关部位消融前先以起搏刺激诱发膈肌收缩来明确定位膈神经, 由此自然地降低损伤风险。多数患者的神经功能可在 1 天到 1 年内完全恢复, 仅有极少数患者会有永久性损伤, 但目前尚无公认的特效治疗手段。临床表现常包括呼吸困难、咳嗽、乏力等, 部分患者病情可发展为严重肺部病变, 故护理人员对此应予以充分重视。

5.12 左房食管瘘

心房-食道瘘是一种并发症, 发生率较低, 但致死率较高。临床数据表明, 此类并发症的发生率只有 0.005%, 但致死率却能达到 50%。尽管这种并发症的发生率比较低, 但由于其病死率较高, 应加大预防。这类并发症主要表现为呕血、血压下降过快甚至休克猝死等^[40]。由于左心房和食道间的组织厚度 < 5 mm, 在进行左心房消融时, 会伤及食道, 所以在消融能量和消融时间上都要严格掌握。如果有可能发生心房-食管瘘时, 禁止食管超声、食道镜等检查, 否则会加重病情。心房-食管瘘主要需要手术治疗, 可以在食管内部放置支架, 堵住瘘口, 保证创口可以顺利愈合。术中左方后壁不宜过度消融, 时间和能量需严格控制, 术后需密切观察患者的生命体征, 并询问患者进食时是否疼痛, 必须时使用抑酸剂与黏膜保护剂。

5.13 尿潴留

部分患者术后无法自主排尿, 需给予指导和协助。排尿时, 护理人员应帮助按压穿刺部位并观察有无渗血; 女性取坐位, 男性取健侧卧位^[41]。

5.14 低血容量

对术后患者进行 1000mL 的补液, 可有效控制性低血容量休克的发生^[42]。

6 患者出院指导

6.1 华法林的用量

华法林的抗凝效果通过抽血化验国际标准化比率来证实。华法林用量不足, 国际标准化比值 (INR) 不达标对血栓并发症的预防起不到应有的效果; 过多的剂量可能会引起出血, 最严重的是有生命危险的脑溢

血。新型口服抗凝药物利伐沙班与华法林影响因素较多的情况相比, 其治疗后出血率明显降低, 具有剂量固定, 起效迅速, 无需常规凝血监测的优点, 其安全性和有效性在临床上得到证实, 目前已成为房颤患者抗凝治疗的首选。

6.2 监测国际标准化比值 (INR)

对于华法林安全有效的抗凝强度, 国际标准化比值 (INR) 一般维持在 1.8-3 之间。通常从开始用药的第 3、7、10 三天都要抽血化验, 若国际标准化比值 (INR) 达标, 则每周化验一次, 若还是达标, 则每月复查一次, 服用完第一个月后再服用华法林。由于这类药物的个别用药差异较大, 因此在用药初期, 寻找合适的剂量可能需要多次抽血。如果不达标, 医生会根据具体的化验结果对用药剂量进行调整, 并根据具体情况确定下一次国际标准化比值 (INR) 复查的时间。

6.3 抗凝药出血处理

首先了解患者的出血情况, 分小出血和大出血两种情况; 小出血表现为牙龈出血、鼻腔出血、眼睑、皮肤青紫等, 当出现小出血时, 了解是否有外界因素刺激, 不急于立即停药抗凝血, 建议门诊、复查 INR 及血常规、去除诱因, 根据检查结果对出血结果进行评估, 再遵照医嘱是否对药物进行调整。大出血为胃出血、便血、脑出血等, 建议立即就医, 对症处理, 紧急检查 INR 和血常规, 暂停抗凝血药物。

6.4 术后停药指征

房颤患者导管消融术后效果的判评估需要 2-3 个月, 术后 3-7 个月为空白期, 这是与其他心律失常不同的一点, 一般需要服用抗心律失常药物和抗凝血药物, 平时还需要服用的其他基础治疗药物。如无房颤复发, 3 个月后可停用抗心律失常药物和抗凝药物。对于有较高卒中风险的持续房颤或患者, 抗心律失常药物可延长到术后 6 个月, 而抗凝药物可能会长期服用^[19]。

7 随访

7.1 生活指导

生活指导, 出院后一周内禁止游泳, 尽量采用淋浴的方式进行洗澡, 禁忌以盆浴的方式进行洗澡。术后 48 小时正常活动, 但避免剧烈活动, 过程中需家属陪同, 不需长时间卧床, 适当活动可促进身体功能恢复。平衡饮食, 半月内应以软性及偏凉性食物为主, 避免食用含有维生素 K 的食物, 其可缩短凝血酶时间。有针对性地开展健康教育, 普及卫生健康知识, 提供卫生处方, 指导病人改进现有的不良生活方式和危险因素, 教会病人改变或消除危险行为的方法^[43]。

7.2 药物指导

射频消融后房颤患者心房功能不能及时恢复,而且还存在心房血栓形成的风险,因此需要服用3个月的华法林抗凝药物。服用华法林的患者需要加强其健康教育,并且频繁监测国际标准化比值使之维持在适宜抗凝强度内,随时调整华法林剂量的同时,需严格监测凝血酶的原始时间和活动度,使凝血酶的原始时间维持在24s左右,活动度达到30%左右。3个月后,结合患者自身症状,完善Holter和超声心动图等相关检查,评估是否停用华法林。

7.3 心理指导

患者及家属因房颤患者病情反复、部分患者术后恢复期较长、术后随访时间长、服药时间长等原因,存在不同程度地心理压力,容易出现负面情绪,如抑郁、恐惧等。因此,社区医务人员要以高度的责任心和专业技术能力取得患者的信任,对患者进行耐心的健康宣教,在帮助患者克服不良情绪和恐惧心理的同时,帮助他们树立战胜疾病的信心,以积极乐观的心态,在帮助家属调整心态的同时,也要帮助他们树立战胜疾病的信心。

7.4 健康教育

手术后的患者应进食容易消化的,营养丰富的食物。加强对服用抗凝血药患者的卫生健康宣传。当患者在服用胺碘酮时,需要严格检测国际标准化比率,维持在2.0-2.5左右的水平。因为胺碘酮对华法林的抗凝作用会增加,出血机率也会增加。所以,建议患者在服用药物时一定要严格遵照医嘱,有不适要定期复查并及时就医。

8 小结

综上所述,术前、术中、术后对房颤患者行射频消融术的严密护理,可使患者术后并发症明显降低。因此,护理人员对房颤病人的射频消融围术期护理一定要熟练,对围术期护理的重点和难点要熟练掌握,对出现的合并症和突发事件也要能做到从容应对。这样才能确保更安全、更有效地进行护理,对患者的恢复起到促进作用。

参考文献

- [1] 葛红玥,林梅,许志英. 心房颤动患者症状群及其影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(8): 1189-1196.
- [2] 周涛,李妙龄,范忠才.血管紧张素II受体拮抗剂与心房颤动防治的相关研究进展[J].泸州医学院学报,2016,39(2): 173-175.
- [3] 刘火五沙,唐超,赵立志. 超敏C反应蛋白与慢性心力衰竭合并房颤患者心功能相关性分析[J]. 西南医科大学学报,2020,43(5): 487-491.
- [4] 姚焰,胡志成. 2019AHA/ACC/HRS心房颤动患者管理指南更新解读[J]. 中国心血管病研究,2019,17(4): 289-293.
- [5] 周自强,胡大一,陈捷,等. 中国心房颤动现状的流行病学研究[J]. 中华内科杂志,2004,43(7): 491-494.
- [6] CALKINS H,KUCK KH,CAPPATO R,et al. 2012 HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for patient selection,procedural techniques,patient management and follow-up,definitions,endpoints,and research trial design[J]. J Interv Card Electrophysiol,2012, 33(2): 171-257.
- [7] JOGLAR J A,CHUNG M K,ARMBRUSTER A L,et al.2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American college of cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines[J]. Circulation,2024,149(1):e1-e156.
- [8] CAMM A J,LIP G Y H,DE CATERINA R, et al.2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation[J]. Revista Española de Cardiología (English Edition),2013,66(1):54.
- [9] ZHANG Y,REN P,TANG A,et al.Efficacy of exercise rehabilitation in patients with atrial fibrillation after radiofrequency ablation: a meta-analysis of randomized controlled trials[J].Evid Based Complement Alternat Med,2022,2022:9714252.
- [10] MCCABE P J,SCHUMACHER K,BARNASON S A.Living with atrial fibrillation: a qualitative study[J]. The Journal of Cardiovascular Nursing,2011,26(4):336-344.
- [11] 何彩勤,李洁源,麦俏丽,等. 房颤行射频消融术术前术后护理分析[J]. 首都食品与医药,2016,23(20):101-102.
- [12] 李海楠,吕晓静,田海涛,等. 房颤患者行射频消融术的护理[J]. 护士进修杂志,2014(24):2240-2242.
- [13] 郭惠娟. 经导管射频消融术治疗心房颤动的整体护理体会[J]. 河南外科学杂志,2018,24(04):160-162.
- [14] 姚卫华,贾俊格,祖占霞,等. 立体定位下房颤射频消融术前访视及术中护理体会[J]. 中国社区医师,2011,13(12): 224.

- [15] 刘华芬,王晓红,刘秀娟.CARTO 系统加冷盐水灌注大头导管消融治疗心房颤动的术中护理田护士进修杂志,2006,21(9):833—834.
- [16] 王玉珊,陈健聪,付晓华,等.4例顽固性室性心动过速患者行ECMO+心外膜射频消融的术中护理[J].护理学报,2020,27(7):55-57.
- [17] 王咏梅,冯琳.精细化护理在对心房颤动患者进行Carto三维标测系统指导下房颤射频消融术中的应用[J].当代医药论丛,2020,18(16):260-261.
- [18] 苏建薇,梁清梅,阳晓娟.经导管射频消融治疗心房颤动的护理[J].护理实践与研究,2017,14(12):46-47.
- [19] 孙黛茜,卢晓英,杨君裘,等.房颤消融术治疗心房颤动的护理进展[J].养生大世界,2022(2):246-248.
- [20] 吴鹏,葛莎莎,雷敏,等.延续性护理在阵发性房颤射频消融术后患者随访中的应用价值[J].中外医学研究,2022,20(29):98-101.
- [21] 刘琪.PDCA循环护理对房颤行射频消融术治疗患者的影响[J].护理实践与研究,2022,19(17):2587-2591.
- [22] 杨静姣.心理干预对肿瘤射频消融术患者焦虑及疼痛的影响[J].当代护士(中旬刊),2016,(2):121-122.
- [23] 陈亚飞,吴风华.房颤射频消融术的护理[J].健康必读,2012,11(4):347.
- [24] 王娟霞,李婉丽.心房颤动射频消融术围术期护理体会[J].基层医学论坛,2017,21(18):2440-2442.
- [25] H OLZER P.Treatment of opioid-induced gut dysfunction[J].Expert Opin Investig Drugs,2007,16(2):181-194.
- [26] STERNINI C,PATIERNO S,SELMER I S,et al.The opioid system in the gastrointestinal tract [J].Neurogastroenterol & Motil,2004,16 (Suppl2):3-16.
- [27] 陈卓婷,莫雪珠.心脏介入治疗并发急性心包填塞的抢救配合与护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(10):1261.
- [28] GAO L Y, TANG R B, DONG J Z, et al. Autotransfusion in the management of cardiac tamponade occurring during catheter ablation of atrial fibrillation[J].,2010,123(7):961-963.
- [29] 孙育民.心房颤动导管消融的少见并发症[J].心血管病学进展,2009,(5):784-785.
- [30] 刘宿,葛衡江,周定蓉.手术麻醉及医疗操作中迷走反射5例报道[J].临床麻醉学杂志,2011,27(1):99-100.
- [31] 卫峰.实用介入心脏病学[M].上海:上海科技教育出版社,1997:68-124.
- [32] 胡玉芬,许风英,翟大玲.射频消融治疗心房颤动围手术期并发症的护理[J].南京医科大学学报,2008,9:1219-1220.
- [33] 蔡秀美,吴阿凤,吴美娥.经导管射频消融术后并发症的预防和护理[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(5):853-854.
- [34] 邵爱英.射频消融术经导管治疗心房颤动的护理[J].护理实践与研究,2008,5(9):53-54.
- [35] 汤慧红,钱亿超.心房颤动射频消融术的护理及常见并发症的处理[J].中国医学创新,2012,9(35):72-73.
- [36] 曾艳芳.快速型心律失常射频消融术后护理[J].国际医药卫生导报.2009,15(10):118-120.
- [37] 王新华,刘旭,施海峰,等.心房颤动导管消融并发症变迁[J].中国介入心脏病学杂志,2009,17(3):128-130.
- [38] 崔俊玉,谭琛,齐书英,等.导管射频消融治疗房颤的疗效观察[J].中国循环杂志,2009,9(24):248-249.
- [39] 周惠琴.房颤 CARTO 射频消融术后并发症的护理进展[J].当代护士(下旬刊),2015(11):14-16,17.
- [40] 褚明,丁祥伟,王俊宏,顾周山.社会经济状况对房颤射频消融疗效的影响[J].徐州医科大学学报,2020,40(12):911-913.
- [41] 方岁妹,丁玲,高新新.卧床时间对导管射频消融术后患者的影响.齐鲁护理杂志,2011,17(29):7-8.
- [42] 蒋木君.导管射频消融术治疗心律失常的护理[J].天津护理,2006,14(1):2526.
- [43] 王吉娟.射频消融术治疗房颤的护理进展[J].当代护士(上旬刊),2017(6):19-21.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS