

习惯。通过健康教育,可有效提高患者服药的依从性,改善医患关系,也增进护患感情^[6]。在功能锻炼方面,我们定期组织患者共同学习关节操,鼓励患者以不疲劳为度,循序渐进。在短时间内,患者疾病得以控制,缩短住院时间,提高住院患者对护理工作的满意率。

[参 考 文 献]

[1] 程 丽,陶治荣,孙 娟,等. 类风湿性关节炎药物治疗的护理[J]. 蚌埠医学院学报,2007,32(1):105-106.

- [2] 姚凤祥,麻世迹,陈 阳. 现代风湿病学[M]. 北京:人民军医出版社,1995:210-211.
- [3] 黄和煦. 类风湿性关节炎患者的心理分析及护理对策[J]. 实用医学杂志,2007,23(17):2774-2775.
- [4] 曹少丽,刘宇佳. 类风湿性关节炎的饮食护理[J]. 河北中医,2005,27(2):140.
- [5] 张彦妹,陈玉芝,张裕静. 甲氨喋呤治疗类风湿性关节炎的观察及护理[J]. 青岛医药卫生,2005,37(2):130-131.
- [6] 李喜枝,罗珊珊,许东云,等. 帮助类风湿性关节炎患者提高服药依从性[J]. 云南中医中药杂志,2004,25(3):54-55.

[文章编号] 1000-2200(2009)08-0741-02

· 护 理 学 ·

冠心病介入治疗中并发症的观察与护理

于 勤

[摘要] 目的:探讨冠心病介入治疗中并发症的观察与护理措施。方法:回顾性分析 112 例冠心病介入治疗中出现迷走神经反射,心律失常,低血压,血管并发症等情况的原因及护理措施。结果:12 例并发症患者均抢救护理成功,顺利完成介入治疗。结论:在冠心病介入治疗中,观察及时,措施得当,护理到位,可减少并发症发生及危险性,提高治疗成功率。

[关键词] 冠状动脉硬化;介入治疗术;并发症;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 541.4;R 654.2

[文献标识码] A

随着心血管介入技术的广泛开展,冠状动脉介入治疗术血管并发症的防治越来越受到医护人员的重视。血管并发症的发生不仅增加患者的痛苦,还增加住院的时间和费用,如不及时处理,将影响患者的生活质量,甚至危及生命。如何避免或减少这些并发症的发生,是值得关注和探讨的问题。现对我科 2003 年 2 月至 2008 年 7 月,在冠心病介入治疗中发生并发症 12 例的原因进行分析,旨在探讨心脏介入治疗中并发症的预防、诊断、治疗与护理。

1 临床资料

本组 112 例,男 67 例,女 45 例;年龄 41~76 岁。诊断性检查者 67 例,介入性治疗者 48 例。发生心脏并发症:迷走神经反射 1 例,心律失常 2 例(短阵心室颤动 1 例,Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞 1 例)。发生血管并发症 4 例(穿刺部位血肿 2 例,轻度出血 2 例),术后低血压 2 例。相关性并发症 3 例(低血糖,肌肉酸痛,胶布过敏各 1 例)。未出现心脏压塞和急性肺栓塞情况。

2 护 理

2.1 心脏并发症 (1)迷走神经反射:本组 1 例迷走神经反射发生于拔出动脉鞘管后,于患者自行排

尿 5 min 内出现。立即给予 5% GS 250 ml 加入多巴胺 80 mg 静脉滴注,应用阿托品等药物,吸氧及实施综合抢救措施后,症状逐渐好转。在进食时,患者再次出现恶心,引起迷走神经反射,再次抢救后,病情趋于稳定。严密观察,无类似情况发生。护士应做好患者的心理护理与急救准备,备足急救药品,如多巴胺、阿托品、利多卡因、盐酸肾上腺素、50% GS 等。此外,应配合医生做好拔管前后的准备,拔鞘管之前,要保留良好的静脉通路,急救药品和器材到位;有明显疼痛者给予局部麻醉;拔鞘管时严密观察 10 min,若患者出现心率减慢和血压下降的表现,立即采取对症处理,压迫止血时应以食指和中指压迫动脉穿刺点,其按压力度以能摸到足背动脉搏动为宜,切忌用纱布块大面积猛力压迫,以防迷走神经张力过高引起反射性低血压。特别在拔管 30 min 内,护士应密切观察患者的血压、心率、心电图变化以及面色与表情,询问有无头晕、恶心,多巡视、多观察。(2)心律失常:本组术中发生心律失常 2 例,其发生与导管插入冠状动脉开口所致的机械刺激、导管嵌顿或造影剂刺激冠状动脉有关。其中 1 例心室颤动在插管和注入造影剂 1 min 后突然发生,立即静脉给予利多卡因,同时电击除颤,患者即恢复窦性心律。因此,在造影的全过程中,要连续心电监护,开放静脉通道,护士随时与患者沟通,给予心理安慰,询问患者情况,常规准备除颤器、临时起搏器及各种急救用品,术中要严密观察心率、心律的变化,准确

[收稿日期] 2009-01-21

[作者单位] 安徽省太和县人民医院 心内科,236600

[作者简介] 于 勤(1959-),女,主管护师。

及时地向术者提供心电图示波及监护情况。

2.2 血管并发症 本组1例出血是顺着动脉鞘管渗出,在血压、心电图等生命体征监护下,拔出鞘管压迫止血30 min后患者出血停止。2例穿刺点周围淤血、淤斑,给予重新压迫穿刺点半小时,严密观察淤血、淤斑有无加大,无其他并发症后患者好转出院。皮下血肿2例,未做特殊护理。穿刺部位出血是因术中应用肝素,更换体位不当或局部加压的沙袋移位等所致。因此,术后须绝对卧床休息24 h,出现血肿者给予弹力绷带加压包扎24 h,以沙袋压迫穿刺侧腹股沟6~8 h并制动,保持平直状态,避免弯曲。指导患者咳嗽,大、小便时用物压迫穿刺点,以防穿刺点大出血。一旦出现大出血,立即用拇指在针眼上方1~2 cm处用力压迫止血,并注意肢体远端供血,双侧足背动脉搏动情况,双下肢皮肤的颜色、温度,以防加压过大出现动脉血栓形成。本组2例穿刺部位血肿,经用50%硫酸镁湿热敷,2~3天血肿吸收。2例轻度出血者经重新加压包扎,出血得到控制。

2.3 低血压 术后当天发生低血压2例,血压<90/60 mmHg,因造影剂扩张外周血管所致。为此,护士要严密观察生命体征的变化,测血压、脉搏,每30 min 1次,监测4 h。如发现患者血压降低,立即给予地塞米松静脉注射,同时给予升压药如多巴胺静脉快速滴注。经处理,患者血压很快恢复正常。

2.4 低血糖 经给予静脉补充50% GS,食用富含碳水化合物的食品后好转。

2.5 肌肉酸痛 由护理人员帮助,在不影响术侧肢体制动的情况下,翻身给予按摩腰、背部。术后6 h适当变换体位以减轻腰背部肌肉酸痛不适等并发症。

2.6 胶布过敏 有胶布过敏史者可选用弹力绷带加压包扎,避免造成皮肤起水泡、破溃等不适症状。1例患者经给予2%聚维酮碘涂于水泡及破损处,2天后皮肤恢复正常。

3 讨论

迷走神经反射是一种发生迅速,如不及时抢救后果极为严重的并发症。患者表现为面色苍白,血压下降,出冷汗,恶心、呕吐,视力模糊等^[1]。诊断一旦确立,立即暂停介入操作,去枕平卧,高流量4~6 L/min鼻导管或面罩吸氧,建立2条以上静脉通道,遵医嘱短时间内快速大量补液,维持循环血

量,静脉内推注阿托品1 mg,多巴胺20 mg,观察病情变化。无变化时,可再给阿托品2~3 mg静注,多巴胺100~200 mg加入5% GS 250 ml内静脉滴注,40滴/分,至血压稳定。对于出现过迷走神经反射的患者,在心脏介入治疗中要少量多餐,以减少胃扩张引起的恶心、呕吐。

本组中出现穿刺点出血、皮下血肿、皮下淤血、淤斑等血管并发症的原因,主要是由患者术后紧张,下肢制动,体位不适,不配合,动脉压迫止血的部位定位不准、方法不当引起。压迫止血应选择穿刺点上方,紧靠腹股沟韧带之下,将股动脉压迫至股骨上,而不要压迫在皮肤穿刺点周围,或穿刺点太偏下或偏上均不宜止血,容易导致皮下血肿和出血并发症。影响穿刺点出血的因素包括紧急操作,长时间操作,更换血管鞘,抗凝剂使用等^[2]。在心脏介入治疗后,为防止发生出血,应确保患者卧床时间和局部沙袋压迫的时间,应以检查腹股沟穿刺部位有无渗血,肢体皮肤温度和颜色,皮肤感觉及肌肉活动,毛细血管充盈时间,足背动脉搏动作为重点,观察切口除仔细查看辅料外,应充分暴露切口周围,以便观察大腿两侧有无血液或血迹,了解切口有无血液外渗。

冠心病经导管介入治疗后发生低血压状态并不少见,最常见的原因是血管迷走神经反应,血容量不足,患者情绪紧张和造影剂排泄。拔鞘管时,要安慰患者以消除其紧张情绪,局部疼痛者使用利多卡因,注意防止“拔管综合征”^[3]。患者有血容量不足的表现时,应加快补液量,纠正低血压。

本组低血糖发生的原因与应用药物及摄入不足有关。患者恐惧手术、忧虑,术时牵拉刺激,通过神经体液因素致胰岛素分泌过多或血糖调节作用失调,容易引起低血糖反应^[4]。为避免低血糖反应的发生,在心脏介入治疗前,尽可能缩短术前禁食、禁水时间。

【参 考 文 献】

- [1] 蔡秀丽,陈贤娣. 心脏介入手术并发症迷走神经反射的抢救与护理[J]. 护士进修杂志,2005,20(4):350-351.
- [2] 史冬梅,殷学梅,陈 牧. 冠心病介入诊疗术后患者血管并发症的原因分析及护理[J]. 中国实用护理杂志,2008,24(10):20-21.
- [3] 赵丽丽. 冠心病介入治疗后常见并发症的观察与护理[J]. 护理研究,2006,20(7):1799-1801.
- [4] 李正恭,王 骄,吴文莉,等. 心脏介入手术急性损伤与处理对策[J]. 第三军医大学学报,2004,26(14):1323-1324.