

经皮冠状动脉支架置入术的护理体会

何光兰 张丽

经皮冠状动脉内支架置入术是目前治疗冠心病的有效方法之一。自 1998 年 1 月~1998 年 11 月我院共进行冠状动脉内支架置入 132 例,取得了较好效果。由于选择性冠状动脉内支架置入术是一种介入性治疗,容易引起各种并发症,故必须进行周密的术前、术中和术后护理,现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

132 例中男 83 例,女 49 例,年龄 37~74 岁,平均(55±17)岁;合并高血压者 54 例;合并糖尿病患者 32 例;冠状动脉病变 A 级 78 例、B 级 43 例、C 级 11 例。共置入各种支架 186 个。

二、术前准备与护理

(一) 加强心理护理 因经皮冠状动脉内支架置入术在心脏介入治疗中难度较大,有一定的危险性,患者及家属对治疗都不甚了解,大多数存有疑虑和恐惧心理,心情紧张焦虑,而应激反应往往引起交感神经兴奋致血压升高、心率加快、心肌耗氧量增加,从而出现心绞痛、高血压、窦性心动过速等不良反应。为减轻患者的精神负担,护士必须向患者耐心细致地介绍这种治疗方法的优点、目的、操作中的感受和程序及术中、术后可能发生的问题,消除其顾虑,以取得密切配合。

(二) 患者准备 术前协助医师对患者进行各项检查;观察体温、脉搏、呼吸、血压、心率、心律变化;在双侧腹股沟区备皮,检查股动脉及足背动脉搏动情况,注意第 1 次股动脉穿刺部位有无明显血肿;做碘及青霉素过敏试验;为保证睡眠,晚上可酌情应用镇静剂。当日晨禁食,术前 0.5h 肌注安定 10mg,对精神过度紧张者可肌注杜冷丁 50mg。

(三) 准备并再次检查术中需用的诊疗器材 特别要注意准备抢救器材和药品。

三、术中监测及护理

(一) 建立有效静脉通路

(二) 注意观察并熟悉对造影剂过敏反应的处理 冠状动脉支架置入术中造影剂的应用是必不可

少的,部分患者即使术前碘过敏试验阴性,仍可发生过敏反应。主要表现为皮肤瘙痒、荨麻疹、休克等。因此,在治疗过程中应经常询问患者有无不适,密切观察病情变化和股动脉压力情况。工作中我们体会到当股动脉压力曲线较陡时,说明动脉张力减低,往往是休克的先兆,遇此情况应及时通知医生并静注地塞米松 10mg,肌注非那根 25mg,必要时皮下注射肾上腺素 0.5~1mg。

(三) 术中严密监测心电图、心率、心律及血压变化,发现异常立即通知医生及时处理。

1. 心律紊乱监测与处理。由于冠状动脉扩张时间较长,致远端心肌缺血可出现各种心律失常,常见为室性心律失常,多表现为室早或室速,当出现频发室速,室早时,可静注利多卡因 50~100mg,本组患者中有 1 例出现室颤经电除颤而转复。室颤的发生多见于前降支及回旋支动脉内支架置入术中,尤其是支架放入左前降支近中段时;而右冠状动脉支架置入则易发生窦缓、窦房或房室传导阻滞,故对此患者最好常规静脉注射阿托品 0.5~1mg。

2. 对心绞痛的观察和护理。心绞痛发作见于多支病变,需要置入两个或两个以上支架,且病变多在冠状动脉分支的开口和交叉部位,在球囊扩张处血管内膜撕裂或夹层形成而造成急性冠状动脉闭塞。另外,导管的刺激也可诱发冠状动脉痉挛,患者表现为大汗、烦躁,此时应立即吸氧,按医嘱肌注杜冷丁 50mg,严密观察心电图变化,如果静滴硝酸甘油不能缓解,应用冠状动脉灌注导管进行紧急处理^[1]。

四、术后并发症预防和护理

严密观察病情变化及早发现有无感染、出血、栓塞等并发症,协助医生早期治疗。

(一) 预防感染 严格执行消毒隔离制度及无菌技术操作规程;术后保持敷料清洁干燥;谢绝探视,减少交叉感染机会;常规静滴青霉素或其他抗菌药物治疗 5d,注意体温及穿刺部位情况。每 4h 测体温 1 次,若有发热,伤口感染,可延长抗感染治疗时间。

(二) 栓塞 为预防血栓形成,术后动脉鞘管保

留期间注意用肝素盐水每 2h 冲管 1 次^[2], 注意观察穿刺侧肢体足背动脉搏动及皮肤颜色和温度的变化, 发现异常及时报告医师, 术后嘱患者穿刺侧肢体不能过度弯曲, 并限制活动 48h。

(三) 出血 严密观察伤口局部有无渗血和出血, 注意皮肤粘膜及其它脏器有无出血倾向。术后 48h 后可在床上活动, 72h 后逐步下地活动也是减少出血的重要措施; 对女性及老年男性排尿困难者, 术后常规导尿, 以免因放置便盆肢体用力等因素导致穿刺部位出血和血肿。患者出院前做好服抗凝药知识的指导, 防止服药剂量不当引起大出血。

总之, 冠状动脉支架置入术是一项危险性较高的心脏介入技术, 因此, 要求导管室护士应具备丰富的临床经验, 扎实的心脏介入治疗与熟练的护理操作技术, 以便及时发现术中出现的并发症, 并作出正确处理。

参 考 文 献

1. 申海泉, 刘继英. 经皮冠状动脉腔内球囊扩张成形术的监测与护理. 医学影像学杂志, 1999, 9: 66.

2. 王惠珍, 刘宏华, 杨茜. 心血管内科介入性诊断、治疗及护理新进展. 实用护理杂志, 1998, 14: 456.

(收稿: 1999 10 20)

• 病例报道 •

内镜下取出输尿管内医源性异物| 例

乔德林 郭大炜 洪家祥 赵玉隆 章宏靖

输尿管内医源性异物很罕见, 今采用非手术方法成功取出 1 例, 报道如下。

患者女性, 33 岁。因右肾结石伴积水, 右输尿管中上段结石伴扩张, 行右输尿管切开取石术, 术中放置双“J”形引流管 1 根, 一端置于肾盂内, 另一端暴露于膀胱内, 待创口痊愈后膀胱镜取出, 术后情况良好。在取留置导管时膀胱内未见

暴露的一端, 经 X 线造影及拍片证实, 双“J”型导管之远端已滑入输尿管内, 距膀胱入口约 2~ 3cm, 膀胱镜无法钳出。在膀胱镜引导下, 于右输尿管内缓缓插入心内膜活栓钳, 在 X 线电透监视下, 细心钳住导管远端, 稳妥地从膀胱内拉出体外, 使患者免除再次手术的痛苦及经济负担, 观察 3d 无不良反应及并发症, 予以出院。

(收稿日期: 1999-09-08)

作者单位: 200135 上海市浦东新区公利医院

• 病例报道 •

介入放射学手术意外并发症| 例

赵洪全 刘建成 冯开梅

患者, 男, 28 岁。腰痛 1 年, 加重伴左下肢疼痛 1 个月。CT 检查: L5-S1 椎间盘后正中偏左脱出, 硬膜囊及脊神经受压, 诊断 L5-S1 椎间盘脱出, 拟行前路经腹椎间盘吸切术。

手术过程: 患者仰卧透视, 压迫下腹分离肠管, 局麻下经耻骨联合上 8cm 穿刺 L5-S1 椎间隙成功后, 逐步完成椎间盘吸切术。手术顺利, 患者安全回病房, 常规输液。

术后 2h, 患者双眼出现异物感, 逐渐加重, 疼痛难忍, 流泪, 畏光。查体: 体温、血压、脉搏正常, 双瞳孔直径 1.5mm,

眼球结膜充血、水肿。下腹部无压痛、反跳痛, 双下肢活动、肌力正常。未见其他药物过敏和出血体征。

回忆手术过程, 患者术前由另一名医师行胃肠准备, 在有 X 光机房静坐 30min, 此间机房内紫外线消毒灯一直开着。患者症状与手术本身无关, 系由于紫外线损伤引起的“电光性眼炎”, 该病多于接触紫外线后 6~ 8h 出现上述症状和体征。经用 1% 利多卡因滴眼, 闭目休息, 第 2 天症状消失, 术后随访 4 个月, 患者一切正常。

(收稿日期: 1999-10-06)

作者单位: 265200 山东省莱阳市卫生学校