

- 参考文献:**
- [1] 姜敏. 早期康复护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(11): 46-47.
  - [2] 石霞, 刘玉玲, 刘美玲, 等. 脑卒中吞咽障碍患者连续护理干预效果的研究[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(9): 633-635.
  - [3] 熊红. 老年脑卒中吞咽障碍患者护理干预的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(17): 15-17.
  - [4] 王璐, 关蕾. 脑卒中吞咽障碍患者的早期康复护理干预[J]. 世界最新医学信息文摘: 电子版, 2013(8): 467-468.
  - [5] 胡玮琳, 李保兰, 陈海, 等. 延伸护理对脑卒中吞咽障碍患者康复的影响[J]. 激光杂志, 2013, 34(2): 110-111.
  - [6] 马月利. 护理干预对改善老年脑卒中患者吞咽功能障碍的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(6): 13-14.
  - [7] 许小玲, 韦杏荣. 脑卒中吞咽障碍患者早期康复的循证护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(5): 763-764.
  - [8] 张秀果, 田悦平, 曹奎粉, 等. 脑卒中吞咽障碍患者吸入性肺炎的危险评估与护理干预[J]. 中国临床护理, 2010, 02(5): 372-374.
  - [9] 万晚珍. 早期护理干预对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J]. 中国当代医药, 2012, 19(29): 118-119.
  - [10] 周萍, 刘华华, 俞武燕, 等. 脑卒中后中度吞咽障碍患者饮食护理干预效果观察[J]. 护理学杂志, 2007, 22(21): 46-48.
  - [11] 韦梅珍, 许小玲, 徐巧玉, 等. 脑卒中吞咽障碍患者系统化护理干预的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(12): 1387-1389.
  - [12] 姚济荣, 贺茂林, 张京, 等. 急性脑卒中吞咽障碍康复护理干预不同介入时间与远期功能改善效果的关系[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(2): 158-160.

收稿日期: 2014-01-15

## PCI术中并发冠脉穿孔致心包压塞的护理配合

黄霄, 曾秋锦, 丘景鲜

(广西河池市人民医院, 右江民族医学院附属河池医院心内科, 广西 河池 547000)

E-mail: huangxiao5345@163.com

**摘要:** **目的** 探讨经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术中并发冠脉穿孔致心包压塞的护理配合方法。**方法** 回顾性分析近3年来PCI术中并发冠状动脉穿孔致急性心包压塞3例患者的急救护理过程, 总结相应的急救护理配合要点。**结果** 经及时有效的抢救及良好的护理配合, 3例患者病情由危急转为平稳。无一例死亡。确保了患者生命安全, 最大限度地保证PCI顺利完成。**结论** 冠脉穿孔致急性心包压塞是PCI术中严重的并发症, 认真做好PCI术前充分的准备, 术中严密监测病情, 早期识别心包压塞征兆, 迅速有效处理, 紧急配合医生行心包穿刺、引流, 确保手术顺利完成是急救成功的关键。

**关键词:** 经皮冠状动脉介入治疗术; 冠状动脉穿孔; 心脏压塞; 护理

**中图分类号:** R473.5 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0152-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.091

冠状动脉穿孔是指在介入手术操作过程中由于各种原因引起的冠状动脉壁破裂, 造成血液经破损的血管壁流至血管外的情况。冠脉穿孔是经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术中少见而严重的并发症, 国内侯玉清等<sup>[1]</sup>报道其发生率为0.1%~3.0%, 尽管其发生率较低, 但出现后患者的预后较差。冠脉穿孔后, 部分患者短时间内即可发生心包压塞和血液动力学崩溃, 若发现不及时或处理不当可危及患者生命。因而及时诊断并积极有效处理是抢救成功的关键。笔者总结近3年来所见的PCI术中并发冠状动脉穿孔致急性心包压塞共3例患者的急救护理配合要点。

### 1 临床资料

选取2010年5月~2013年5月PCI术中并发冠脉穿孔致急性心包压塞共3例患者的临床资料, 其中男1例, 女2例, 平均年龄66.5岁。主要发生原因为2例球囊后扩张压力过高, 1例因导丝损伤引起。患者表现为胸闷烦躁、呼吸困难、面色苍白、大汗、意识改变等症状, 均出现血压下降、脉压差减小。造影提示有造影剂外渗影, 其冠脉穿孔发生在分支血管及远端血管, 经X线透视显示心影搏动减弱或消失。根据患者症状体征及X线特征确诊心包压塞, 术中紧急处理, 立即实施心包穿刺及置管引流, 引流出凝血性液体60~330 ml后患者症状明显改善, 留置引流管24 h后无活动性出血后拔出, 患者病情转平稳。

### 2 护理配合

2.1 术前准备 配合护士要有超前的预见能力, 做好术前充

分准备。①术前访视: 术前日由次日手术护士进行术前访视, 帮助患者了解手术过程及配合方法, 满足患者情感与心理需求。另一方面手术护士了解患者病情, 评估其风险, 并对可能发生的并发症采取正确有效的应急措施<sup>[2]</sup>。②患者准备: 术日患者进入导管室后, 给予吸氧, 行心电图监护, 同时在手术对侧肢体大静脉置入留置针, 以备术中补液及为抢救及时用药。③准备介入材料: 除常规备CAG、PCI用物外, 还需备多种型号导管、球囊、支架及各种性能的导丝, 并熟悉其性能。④抢救药品齐全: 抽吸好阿托品、多巴胺、地塞米松、肾上腺素、利多卡因等药物放在无菌盘中, 标识清楚。吗啡、胺碘酮、万汶、鱼精蛋白、Vit k<sub>1</sub>等备用。⑤准备抢救仪器设备: 备好心包穿刺用物、气管插管及简易呼吸囊、中心吸引器、临时起搏器及电极、主动脉球囊反搏仪及导管、除颤仪、微量泵等抢救设备随时处于备用状态, 为挽救患者生命赢得时间。

### 2.2 术中配合

2.2.1 严密监测病情, 早期识别心包压塞, 及时有效处理 PCI手术过程中, 配合护士应高度警惕并发症的发生。密切观察心电图、压力监测结果, 重视患者主诉, 强调患者一旦有不适及时告知医护人员。胸闷和气促是心包压塞的首发症状, 血压突然下降是心包压塞的重要临床表现, 当患者表现为胸闷烦躁、呼吸困难、面色苍白、大汗、血压下降、意识改变等症状时需警惕出现心包压塞的可能<sup>[3]</sup>。本组3例患者术中出现胸闷、气紧等不适时均能及时主诉, 心电图监测显示血压明显下降, 心率增快或变慢, X线下可见造影剂渗入心包腔。立即采取有效措施

配合抢救:①给予高流量吸氧6~8 L,必要时协助气管插管,维持有效呼吸;②立即静脉给予阿托品、多巴胺维持正常心率、血压,同时建立两条以上静脉通路快速输入晶体液和胶体液维持血压,必要时置入IABP辅助治疗;③根据影像学图像冠脉穿孔诊断一经确定,立即备好相应规格和尺寸的球囊(多选用直径2.5 mm、2.0 mm球囊)递给术者,进行低压球囊扩张封堵破口(我院无带膜支架);④抽血做好交叉配血,以备急用;⑤准备鱼精蛋白,遵医嘱使用;⑥及时联系有资质的介入医生必要时栓塞治疗,并通知胸外科。一旦发现心包压塞,立即做心包穿刺准备。

2.2.2 积极配合行心包穿刺引流 根据患者症状与体征和X线特征迅速明确诊断心包压塞,在X线透视造影指导下行心包穿刺引流。配合护士快速为台上提供6F动脉鞘、中心静脉穿刺包或猪尾导管及50 ml注射器等,进行常规消毒皮肤,操作过程中注意保持无菌区域不被污染。患者采取平卧位,避免肢体移动,如患者躁动不安时协助固定其肢体以免影响穿刺。术中患者常常极度恐慌,不配合,配合护士要主动与患者沟通,安慰患者,稳定其情绪,减轻其紧张、恐惧心理,同时反馈有积极影响的信息给患者,使其树立信心而积极配合手术。穿刺过程中嘱患者勿咳嗽及深呼吸,以免刺伤心肌。术中严密观察患者病情及生命体征变化,准确记录引流出血液的量和时间。我科采用置入中心静脉引流管保留引流,置管处缝针固定,给予无菌透明敷贴覆盖,将引流管固定于皮肤上,尾端连接三通后用无菌方纱包裹固定。本组3例患者均能顺利完成心包穿刺,术中抽出60~330 ml血性液体后症状明显改善,保留引流管,术后送CCU继续监护治疗,每2~4 h用肝素稀释液(浓度为12.5~25 u/ml)2~4 ml冲管1次以保持引流通畅<sup>[4]</sup>,留置引流管24 h,经B检查无活动性出血后拔出。

### 3 小结

冠脉穿孔来势凶猛,为导管室的“不幸梦魇”。其发生主要与患者临床情况、器械因素和操作方法有关,其中因球囊与器械导致的穿孔占74%,导引导丝导致的穿孔占20%<sup>[1]</sup>。本组3例患者行PCI过程中主要是由于导丝或球囊扩张造成冠脉穿孔并致心包压塞的发生。实践证明,操作者的技术经验、对病变准确判断、器械选择等都会影响并发症的发生。因此要求医护人员必须熟练掌握各种介入手术操作程序,熟悉各种介入治疗器械的特征,熟知发生各种并发症的抢救处理方法。配合护士要做好术前充分的准备,为挽救患者生命赢得了时间,术中严密监测病情,早期识别心包压塞征象,一旦发生冠脉穿孔,医护人员必须做到沉着冷静,正确、迅速、有效处理,确认发生心包压塞必须争分夺秒地配合医生抢救治疗,心包穿刺引流是最为有效的抢救方法。本组3例患者术中均能及时发现问题异常变化,并能迅速采取正确有效的抢救措施,确保了患者生命安全,最大限度地保证PCI顺利完成。

### 参考文献:

- [1] 侯玉清,黄岚. 冠脉介入治疗并发症冠脉穿孔的处理及对策[EB/OL]. <http://www.365heart.com/n/shownews.asp?newsid=57063&id=5813>.
- [2] 侯桂华,辜小芳. 心血管介入治疗围术期安全护理[M]. 北京:人民军医出版社,2012.
- [3] Fejka M, Dixon SR, Safian RD, et al. Diagnosis, management, and clinical outcome of cardiac tamponade complicating percutaneous coronary intervention [J]. *Am J Cardiol*, 2002, 90(11):1183-1186.
- [4] 王春珍. 经皮穿刺留置导管治疗心包积液的护理体会[J]. *实用护理杂志*, 1997, 13(1):21.

收稿日期:2013-10-10

## 注射用奥硝唑致静脉炎原因分析及护理对策探讨

卓茜

(广西柳州市红十字会医院,广西 柳州 545001 E-mail:2696791954@qq.com)

**摘要:**目的 探讨注射用奥硝唑致静脉炎的原因及相应的护理对策。方法 从药物因素、护理人员因素、患者因素方面对2010年12月~2013年7月我院56例妇科患者使用注射用奥硝唑致静脉炎进行回顾性分析,探讨发生静脉炎的原因及相应的护理对策。结果 本组患者药物因素引起的有32例(57.14%);护理人员因素引起的有14例(25.00%);患者因素引起的有10例(17.86%)。结论 注射用奥硝唑致静脉炎药物因素为主要因素,护理人员因素、患者因素为次要因素,在输注该药过程中应积极采取有效的护理措施,对预防控制静脉炎的发生起到极为重要的作用。

**关键词:**奥硝唑;静脉炎;护理

**中图分类号:** R473 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0153-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.092

奥硝唑具有起效快、体内滞留时间长、抗厌氧菌谱广的特点,是临床上常用的治疗厌氧菌感染的首选药物,但在使用过程中观察发现本品发生局部不良反应比较大,多数患者反映在静脉滴注该药时刺痛感十分明显,部分患者伴有红肿,静脉条索状改变,给患者带来了痛苦,并干扰了治疗的正常进行。为了减少及减轻患者在使用该药过程中产生的局部不适,保证患者治疗的正常进行,对2010年12月~2013年7月我科56例静脉使用奥硝唑致刺痛等不良反应进行原因分析,提出相应的护理对策,取得了良好的效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组56例患者均为妇科疾病患者,平均年龄(28.5±7.7)岁,既往无药物过敏史,应用注射用奥硝唑前未静

脉使用过其他药物,且静脉滴注使用经灭菌和封闭完好的一次性输液器,护士为患者静脉穿刺时,均严格遵守无菌操作原则,排除污染可能。在静脉使用注射用奥硝唑后发生不同程度的静脉炎。评价标准:根据美国静脉输液护理学会制定的静脉炎标准<sup>[1]</sup>分级,Ⅰ级(局部疼痛、红肿或水肿,静脉无条索状改变,未触及硬结)39例;Ⅱ级(局部疼痛、红肿或水肿,局部条索状改变,未触及硬结)12例;Ⅲ级(局部疼痛、红肿或水肿,静脉条索状改变,可触及硬结)5例。

1.2 方法 从使用药物因素、护理人员因素、患者因素方面进行分析,探讨2010年12月~2013年7月我院56例妇科疾病患者静滴注射用奥硝唑后致静脉炎的原因,提出相应的护理对策。