

冠心病介入治疗术后并发症原因分析与护理进展

杨大群

祥云县人民医院 云南 祥云 672100

摘要: 冠心病是当前生活中较为普遍的一种慢性疾病,其主要致病原因在于动脉粥样硬化,于血管管腔内形成斑块,进而致使其管腔趋于窄化,甚至完全阻塞,造成供氧供血不足的严重后果,对心肌组织造成损伤,最终致病。随着病情的进展,可诱发心肌梗死等严重心血管不良事件,甚至导致患者丧失生命。当前,介入技术在冠心病临床治疗中的应用逐渐广泛,且取得显著的治疗效果,但患者术后并发症存在多样性及高风险的特征,可对治疗及预后造成不同程度的影响。因此,临床应当对术后高风险并发症的原因进行详细分析,采取更具针对性的防治措施,为患者的术后恢复提供有力保障。鉴于此,本文针对冠心病介入术后并发症原因及护理干预措施进行综述。

关键词: 冠心病;介入手术;并发症;临床护理

当前,在医疗技术水平逐渐提升的进程中,针对冠心病此类心血管疾病,介入治疗得到广泛的应用。借助冠脉介入诊疗术(PCI),能够便于临床医师尽快对患者的病变血管情况予以明确,包括具体位置、程度、性质等,在心肌尚未严重供血不足前,实现动脉血管的再通,从而促使心肌供血恢复,改善心肌功能或促进梗死面积缩小。从临床实践情况来看,该治疗方案能够对冠心病症状起到较好的改善效果,显著提升患者的活动耐量,且对左心功能的改善效果显著,进而促使左心射血分数得以提升,治疗效果确切。且由于该术式对患者造成的创伤较小,术后恢复速度较快等优势,受到临床与患者的广泛认可。但患者术后并发症风险较高,对疗效造成不利影响,因此,临床应当对常见并发症进行明确、分析,采取对应的护理干预措施,将并发症概率降至最低,进而对患者治疗及预后效果提供有力保障。本文就此进行综述。

1 术后并发症原因分析

1.1 血肿与出血

冠脉介入诊疗术后,患者穿刺处易出现血肿、出血并发症,分析其原因主要有四:

其一为穿刺操作因素。在进行穿刺操作时,医护人员刺破患者动脉血管后壁,而在压迫止血时,压迫部位偏移穿刺点,进而导致血管后壁持续处于渗血状态,继而造成皮下血肿并发症。在凌霞^[1]等人的研究中,对腹膜后血肿形成的原因进行分析,发现在医护人员进行穿刺的过程中,若所选穿刺部位较高,则可导致血管外膜受到损伤,此外,其认为还与压迫操作存在一定关联,若压迫时间过短,位置

过低,亦可能造成血肿。其次,若穿刺时所用鞘管型号不当,致使置入鞘管时对血管壁造成较大损伤,也可能导致术后出现渗血、出血并发症。

其二为抗凝剂使用剂量不当。由于患者此时皮肤尚处于修复阶段,同时动脉壁血痂稳定性较差,而在大量使用抗凝剂的情况下,可导致血痂溶解,致使血管壁无法进行有效修复。部分患者在接受PCI前,同时接受溶栓治疗,且手术过程中及完成后大量使用肝素,因此,血肿并发症风险极高。相关研究表明,在PCI术后,若为患者使用超过6小时的肝素,则其血管发生并发症的概率可增长三倍^[2]。

其三为压迫操作不当。在为患者进行拔管时,若医护人员仅对患者皮肤穿刺点进行压迫,而未对其血管压迫点进行有效压迫,则可导致血肿并发症,而在进行穿刺操作时,若所选位置过高或过低,均可导致压迫困难度增加,进而引发血管并发症。此外,相关研究显示,术后血肿患者中,中老年患者占比较高,其主要原因在于相较于青年患者,此类患者往往缺乏运动,且皮肤弹性不足,因此在进行压迫时,难以准确掌握止血点位置,同时,中老年患者皮肤相对松弛,因此,在进行固定时效果相对较差,同时绷带起到一定的掩盖效果,医护人员对于较轻微的血肿容易出现忽视情况,未及时发现并进行处理^[3]。

其四为高血压或过早开展活动。相较于健康血管,高血压患者的血管张力相对更大,因此,穿刺针眼的愈合速度相对较慢,即使予以加压包扎,仍可能出现出血情况,致使皮下形成血肿。除此之外,术侧动脉本身极易出血,患者常规需严格按照医嘱内容严格制动8小时,但部分患者因生理

情况,例如自行坐起排尿等,则可导致血肿形成。

1.2 急性血管闭塞

PCI术后,患者还可能出现急性血管闭塞并发症,该病症较为严重,对患者的危害较大。患者于心前区出现剧烈疼痛反应,且血压异常下降,经心电图监测,此类患者主要呈现为ST段抬高表现^[4]。针对下肢动脉栓塞者,则具体表现为术侧肢体乏力、发冷,且出现明显疼痛,同时其足背动脉搏动出现减弱表现。造成该并发症的主要原因在于操作过程中,导丝、导管进入血管,致使患者血管管腔内原本的斑块脱落,进而造成阻塞;此外,由于动脉管径较小,加之外界因素对其造成刺激,可导致其出现痉挛表现,进而致病。

1.3 拔管综合征

该并发症的主要原因在于在为患者进行拔管操作时,导致患者出现相对剧烈的疼痛反应,或是围术期患者进行过长时间的禁食,进而致使其迷走神经张力大幅提升,导致小血管、内脏等出现剧烈反射,具体表现为心率骤减、血压骤降,患者可出现呕吐、冷汗等症状,严重者还可出现休克反应。

1.4 动静脉瘘

该并发症指的是在为患者进行穿刺操作时,将动静脉壁同时穿透,致使二者间形成通道,血液经动脉流出,进入静脉血管内。通常发病于股动静脉及其分支下血管,患者主要于腹股沟处形成包块,且存在压痛感受,而在动脉血液异常流入静脉血管的影响下,患者可表现为DBP下降、心动过速症状,通常借助B超检查确诊。若患者未出现局部肿胀、高心排性心衰,通常其瘘可自行闭合,若合并上述症状,则需常规观察6周时间,再评估是否需进行手术闭合。

1.5 假性动脉瘤

该并发症即为包裹的血肿,常规呈现为局部搏动性肿块,伴随存在震颤及杂音表现,因其与动脉相通,因此对近端动脉进行压迫时,肿块形态明显缩小。该并发症的原因较多,包括拔管后压迫操作不当,术中所用导管、鞘管型号不当,重复进行多次穿刺,拔管时机不当等,均可能扩大动脉创口;此外,术后抗凝药物用量不合理亦可致病。而对于该并发症,临床主要以彩色多普勒超声进行诊断,且准确度极高。针对该并发症的治疗,以瘤体大小为标准,若不足3厘米,大部分无需特殊外科处理即可自行血栓化;若超过3厘米,则需采取超声下压迫修复处理^[5]。

1.6 静脉血栓

该并发症的形成原因具有多样性,包括患者血脂水平、血液黏稠度过高,进而导致其血液维持于高凝状态;此外,若压迫操作不当,力度过大、时间过长,亦可致病;其次,

患者年龄因素及制动时间也与血栓的形成密切相关。在进行治疗干预时,可采取溶栓、抗凝措施,并配合改善微循环等综合干预手段。

1.7 尿潴留

患者接受PCI后,受诸多因素影响,可能出现尿潴留并发症,分析其原因主要有四:

其一为精神状态因素,由于介入治疗术具有入侵性,大部分患者围术期均存在一定的负面情绪问题,且术后仍难以平复,精神维持高度紧张的状态,进而可对膀胱肌肉活动造成影响,致使其收缩无力,引发尿潴留;此外,由于患者术后卧床时间相对较长,活动受限,需进行床上排尿,但部分患者对此报以抗拒心理,因此尿潴留症状加重。

其二为麻醉药物因素,在介入治疗前,患者需接受麻醉操作,而此类药物可对其膀胱造成一定的刺激,亦可造成尿潴留并发症。

其三为术后感染因素,冠心病患者本身机体免疫功能相对较弱,加之手术操作,若术后未加强预防,可导致病菌入侵膀胱,致使其出现感染情况,引发尿潴留。

其四为其他疾病因素,其中以前列腺增生为典型,部分男性患者年龄较大,且长期保持不健康生活习惯,致使其前列腺出现增生病变,致使尿道窄化,进而引发尿潴留。

2 并发症护理措施

2.1 血肿护理

护理人员针对该并发症应当对出血情况进行有效抑制,并且对原发病灶进行积极处理。术后,对患者穿刺部位予以密切观察,若发现进行性出现表现及血肿情况,应提前进行拔管操作,对血肿进行挤压,促使其消散,后做好加压包扎处理。针对已经拔管的患者,应将弹性绷带拆除,以徒手压迫法控制出血情况,待无继续出血迹象后,再以绷带进行加压包扎。在以沙袋进行加压时,注意控制时长,常规在6到8小时之间,并且告知患者术侧肢体保持严格制动状态12小时。术后3小时为关键时期,护理人员应当加强对敷料的关注,查看是否存在渗血、血肿情况,若观察患者腹股沟处存在肿块,需对其具体情况进行进一步观察,包括硬度、杂音等。若血肿较小,则应对其形态进行标记,进而便于护理人员对其动态变化进行直观观察;若血肿较大,则护理人员需对患者的腿径进行动态化监测,注意分段测量,且控制误差在0.5厘米内,并且综合考虑患者皮肤张力对测量结果的影响。同时,对其体温、肤色、肢体远端动脉搏动予以密切观察。

2.2 急性血管闭塞护理

针对此类患者,护理人员首先应协助临床医师为患者

采取溶栓、抗凝等治疗措施,待其症状改善后,再为患者进行严密的病情监测。护理人员应当对患者心绞痛症状及心电图表现予以关注,在患者出现胸痛反应时,对此心电图表现进行记录,便于对其异常变化予以及时发现,并在医嘱的指导下为患者使用镇静、止痛等治疗措施。此外,还需对患者的血压予以密切监测,针对血压异常下降情况,要对其具体原因予以明确。同时,护理人员还需关注其无明显诱因的疼痛反应,对其手术前后的下肢周径进行测量、比较,评估是否出现栓子脱落、肢体乏力水肿表现,若有,则需及时向临床医师进行反馈。

2.3 拔管综合征护理

若患者手术时间在上午 10 点后,则手术当天晨起时,护理人员需告知其可适当进食,避免出现低血糖症状。若手术过程中患者出血量较多,则需及时对血容量进行补充,从而对迷走神经反射起到减少作用。在为患者进行拔管操作前,需准备多巴胺、阿托品等急救药物,同时护理人员需做好告知流程,从而对患者过度紧张的情绪起到一定缓解作用。并且对患者疼痛敏感度予以评估,据此决定是否需为患者使用麻醉药物,避免疼痛过度引发迷走神经反射。拔管操作时,确保动作快速、力度适宜,并于穿刺点上侧 1 到 2 厘米位置进行按压,过程中对患者体征予以密切关注。压迫时对力度进行准确把控,既要保证有效止血,又不可对血管造成过度刺激。

2.4 动静脉瘘护理

由于此类患者主要表现为 DBP 下降、心动过速症状,因此,护理人员需对其血压、心电图予以持续监护,对血压、心率变化进行严密观察与记录。

2.5 假性动脉瘤护理

针对瘤体超过 3 厘米的患者,需为其进行超声下压迫,临床常用彩色多普勒超声诊断仪,以超声探头进行适当加压,促使通道内无血流通,同时对股动脉通畅性予以维持,压迫时长通常在 10 到 30 分钟之间,随后逐渐减压,若此时超声下显示仍有血流通,则继续重复上述动作。待成功完成压迫操作后,以绷带为其进行加压包扎,并且要求患者术侧肢体严格制动 24 小时,并在干预后 48 到 72 小时,以超声技术进行复查,若处理效果不够理想,则需采取血管外科修补处理^[6]。

2.6 静脉血栓护理

针对,此类患者临床在予以药物治疗的同时,应对抗凝、溶栓类药物的用药方式进行严格掌握,护理人员还需对患者皮肤、口腔黏膜等部位的出血情况予以严密关注,定期为患

者进行尿常规、大便潜血实验,并及时向临床医师进行反馈,对用药进行合理调整。针对急性期患者,应指导其严格卧床休息,并且保持下肢高于心脏水平的体位,在避免血栓脱落的同时,对静脉回流予以促进。

2.7 尿潴留护理

护理人员应针对引发尿潴留的具体原因,采取针对性护理手段。针对精神因素,护理人员应对其情绪问题予以重视,引导患者正确看待术后床上排尿活动,告知其床上排尿的目的在于减少术后活动,避免切口牵拉出血,并指导患者及家属掌握正确方式,同时对其负面心理予以疏导,并且通过播放乐曲、流水声等方式,促进患者心情舒畅,同时对排尿行为起到诱导作用。针对麻醉药物因素,护理人员可对患者膀胱部位进行热敷,有利于局部血流循环的加速,进而对症状起到改善效果。针对感染因素,护理人员首先应当在日常护理中严格遵照无菌原则执行,将感染发生风险降至最低,针对已经感染的患者,应当严格按照医嘱内容,指导患者接受抗感染治疗。针对其他疾病因素,应当积极协助临床医师采取药物、外科手术等治疗手段,消除病变因素。

3 结语

当前,PCI 术是针对冠心病的主要治疗方案,但术后并发症可对其治疗效果造成负面影响。因此,针对介入术后常见并发症,临床医护人员应当对其具体原因予以明确,从穿刺、拔管、用药等方面予以改进,提升操作水平及治疗安全性,进而为患者的术后恢复提供有力保障。

参考文献:

- [1] 凌霞,钱蓉. 协同护理模式对冠心病介入治疗术后并发症的影响分析 [J]. 名医, 2022, (06):126-128.
- [2] 刘瑾,张洁. 循证护理用于冠心病介入治疗术后对患者并发症及生活质量的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2022, 51 (01):268-270.
- [3] 韦天凤. 循证护理在预防冠心病介入治疗患者并发症中的应用 [J]. 卫生职业教育, 2021, 39(24):132-134.
- [4] 郑淑金. 冠心病介入治疗患者应用临床护理路径对降低并发症的影响分析 [J]. 心血管病防治知识, 2021, 11 (18):48-50.
- [5] 王雪娟,黄小丽,王庆高等. 优质护理干预对冠心病介入治疗患者不良情绪及并发症的影响 [J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24(01):84-86.
- [6] 杨舜欣. 冠心病介入治疗术后常见并发症及奥马哈系统护理研究进展 [J]. 中国老年保健医学, 2020, 18(04):118-120.