

经皮冠状动脉腔内介入术后持续 静滴肝素患者卧位的研究

王丽姿 李秋玲 韦伟

【摘要】 目的 探讨经皮冠状动脉腔内介入术(PCI)术后 24 h 内静滴肝素期间的最佳卧位。方法 将 159 例行 PCI 住院患者随机分半坐卧位组(实验组)和常规平卧组(对照组),分别按 2 种方式进行术后指导。用 Christerson 法评估血肿、McGill 现有疼痛强度指数(PPI)评估腰背痛、Spielberger 焦虑自评量表(STAI)来评定焦虑状态和特性、记录术后尿潴留例数。结果 2 组在伤口出血方面差异无显著性,但术后 6 h 腰背痛、焦虑和尿潴留差异有显著性。结论 术后使用肝素期间采用半坐位是安全的,且能有效提高患者的舒适度。高危患者不在本研究中。

【关键词】 冠状动脉介入术; 肝素; 卧位; 护理

Study the position in bed for the patients who have used heparin sodium after percutaneous coronary intervention therapy WANG Lizhi, LI Qiu Ling, WEI Wei. Cardiovascular Department, Zhujiang Hospital Affiliated, the Nanfang Medical University, Guangzhou 510282, China

【Abstract】 Objective To explore the best position in bed for the patients who have under the operation of percutaneous coronary intervention (PCI) and then used heparin sodium within 24 hours. **Methods** The 159 patients were divided into two groups randomly: the experimental group and the control group. After the PCI, the subjects in these two groups will rest in bed by two ways. Using McGill's present Pain Index to evaluate hematoma, using the PPI to evaluate the pain of back, using the STAI to evaluate the condition of anxiety, write the number of patient who have anuresises. **Results** There are no significant difference between two groups in wound bleeding, while the difference of back pain, anxiety and the anuresises are significant between two groups. **Conclusion** The position of half- lie is safe and comfortable for the patients who have under the operation of PCI.

【Key words】 Coronary artery intervention therapy; Heparin; Position in bed; Nursing

为预防经皮冠状动脉腔内介入术(PCI)的血栓形成和栓塞,以及进而导致的血管闭塞和急性心肌梗死等并发症,术后通常以 600~1 000 U/h 肝素持续静脉滴注^[1],同时要求患者平卧 24 h、穿刺侧肢体伸直位,以防止穿刺部位出血^[2]。但这项护理措施常使患者感到腰酸背痛、烦躁、排尿困难、难以入睡等不适^[3]。为提高术后使用肝素时前 24 h 患者的舒适度,本研究对 159 例 PCI 术后使用肝素的患者,采用不同的卧位进行护理,取得较好的效果,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择 2004 年 1 月~2005 年 5 月 159 例全身状况良好的 PCI 术后患者作为护理研究对象,术后 24 h 内使用肝素持续静脉滴注。

二、方法

1. 分组方法。患者术毕回到病房,随机分成 A、B 2 组。A 组为实验组:根据患者需要予以抬高床头 30°~45°行进食、大小便,但一直保持术侧肢体伸直位。B 组为常规组:平卧并保持术侧肢体伸直。2 组均于 24 h 后下床活动。2 组患者在年龄、性别、病情轻重(心功能、冠状动脉狭窄程度)、造影剂用量、术者、手术方法、肝素、出血量、导管的粗细、过去造影史和腰痛病史的资料经统计学分析差异无显著性。

2. 肝素用法。PCI 采用常规的手术方法^[1],手术开始时静脉注入肝素 50 mg,以后加 5~10 mg/h,手术时间在 2 h 内。术后即刻不给肝素,4~6 h 拔除动脉鞘管,如无外周血管并发症,在拔管后 1~2 h 开始用肝素,以肝素 100 mg 加入 500 ml 液体中静滴 24 h,根据凝血时间调整肝素用量,并以输液泵匀速滴入,以维持凝血酶原时间(kptt)在正常值的 1.5~2.5 倍。

3. 伤口出血的观察和判定标准。密切观察患者伤口出血,在第 1 小时内每 15 min 观察 1 次,第 2、3 小时内每 30 min 观察 1 次,以后每小时观察 1 次敷料、足背动脉搏动至术后

24 h。24 h 后去除敷料判断有无血肿及大小。按 Christenson 标准改良法判断出血,凡操作时估计出血量不足 100 ml,包扎敷料上无可见血性渗出物为正常,局部未触及血肿或血肿直径< 5 cm 判为出血无明显意义;估计血液丢失超过 100 ml,包扎敷料上的血量较多,必要时需手法加压,砂袋压迫或再次加压包扎以及血肿压迫影响足背动脉搏动则有重要意义。

4. 焦虑和腰背痛的调查。于术后 6 h 进行腰背痛和焦虑问卷调查,由同一调查员为每位患者口述问卷内容,完成后封存备用。利用 McGill 的现有疼痛强度指数(PPI)分无痛、轻度不适、不适、难受、可怕的疼痛、极为痛苦 6 级,分别以 0, 1, 2, 3, 4, 5 分表示,对腰背痛进行量化评定,使用 Spielberger's 焦虑表(焦虑状态/特性问卷 state-trait anxiety invention, STAI)评定焦虑程度。

5. 尿潴留的记录方法。于术后 6 h 记录尿潴留的例数,以及诱导排尿、导尿的例数。

6. 资料分析方法。全部数据用 SPSS 10.0 统计软件进行统计学分析,检验方法为 t 和 χ^2 检验。

结 果

1. 穿刺点出血。2 组均无明显或严重出血病例,共有 7 例穿刺部位血肿< 5 mm, A 组 3 例,其中 2 例为拔管时压迫不理想,1 例为血压高所致;B 组 4 例,其中 2 例为鞘管内径较大(9F),1 例为患者过胖,腹股沟过深,无法充分加压包扎,1 例为穿刺部位不当所致。差异无显著性。

2. 腰背痛(表 1)。

表 1 2 组术后 6 h 腰背痛的 PPI 比较

组 别	例数	PPI($\bar{x} \pm SD$)
A 组	80	1.91 $\pm$ 0.81
B 组	79	4.32 $\pm$ 0.63

注: t 值= 11.53, P < 0.01

3. 焦虑。2 组患者的平均 Spielberger 焦虑得分比较差异显著(表 2)。

表 2 2 组术后 6 h 焦虑状态和特性比较

组 别	例数	PPI($\bar{x} \pm SD$)
A 组	80	54.09 $\pm$ 2.30
B 组	79	73.40 $\pm$ 3.40

注: t 值= 9.48, P < 0.01

4. 尿潴留。A 组术后经抬高床头至 45°,并给予遮挡屏风、安慰及解释后多数患者能自行排尿,仅有 1 例患者行导尿。B 组除未予抬高床头外,其余处理方法同 A 组,但需要行导尿 9 例,两者比较 χ^2 值= 6.94, P 值= 0.008 4,差异有显著性。

讨 论

1. 舒适与卧位。研究结果表明,卧床时间过长可导致腰背痛、焦虑、尿潴留的明显增加。因术后 24 h 内平卧,加上肢体的限制活动及予以一定压力的压迫作用,术侧肢体容易出现肿胀、麻木,进而出现腰酸背痛;另外,平卧期间一切生活必需由他人协助如进食、排泄和床上浴,使患者精神高度紧张,心理压力,导致排泄困难、不能入睡或失眠,从而出现躯体和心理的不适。已有的研究结果表明,冠心病介入术为局部麻醉,不会影响排尿中枢,术后患者出现的尿潴留主要是由于不习惯床上平卧位排尿或精神高度紧张造成的^[4]。再者,为预防造影剂对肾功能的损害,术后要求患者多饮水,以利于造影剂的排泄,但平卧期间进食进水均需由他人实施,多数患者怕麻烦而拒绝饮水或进食,半坐位不但方便患者进食进水,而且还增加食欲和饮水量,更好地保护肾脏功能,以及能及时补充营养素、能量。可见,实验组通过抬高床头,不仅提高患者的自我护理能力,使患者处于较好的身心康复状态,同时也减少了患者家属和护理人员的负担。

2. 减少并发症。实验结果表明,患者术后取卧位抬高床头,或予半坐位,除术侧肢体活动受限制外,其余肢体均处于可活动状态。由于体位的变化,肢体特别是双上肢的活动、肌肉的收缩与放松都能促使静脉向心回流和淋巴回流,有利于心肌供血,避免体液在体内积滞和血栓形成,达到加强组织、脏器的供血和供氧,改善全身代谢情况,促进心脏功能的恢复。且半坐位使膈肌下降,膈肌每下降 1 cm,增加肺容量 300 ml,使肺膨胀,避免肺部感染、肺不张等呼吸系统并发症^[5],这对于容易出现肺部并发症的老年人、体弱者、心功能不全以及危重患者更加有利。本实验组未有一例老年人发生肺部感染、肺不张等呼吸系统并发症,而常规组有 3 例老年人出现咳嗽、咯黄色黏痰、低热等肺部感染症状,虽经治疗后痊愈出院,但延长了患者的住院日。

3. 注意事项。在抬高床头的过程中,应注意观察砂袋是否移位,必要时及时予以调整,以防出血。本组有 1 例患者,男,56 岁,对医护人员交待的注意事项未加注意,半坐位期间自行撤去砂袋,导致穿刺点血痂脱落,渗血约 20 ml,幸好发现及时,立即重新压迫止血 20 min 后,出血停止。

参 考 文 献

1 钱学贤,胡大一,李天德.现代冠心病监护治疗学.北京:人民军医出版社,2003.501_503.

2 钱学贤,戴玉华,孔华宇.现代心血管病学.北京:人民军医出版社,1999.329.

3 王丽姿,金华,李亚洁.冠脉造影术后早期活动对舒适和出血的影响.实用护理杂志,2002,18(4):54.

4 宋润珞,丁雅芳,颀丽丽.冠心病介入诊疗术后卧位与并发症的关系.护士进修杂志,2002,17(7):547.

5 陈玉红.冠状动脉搭桥术后减少卧床时间的效果观察.护理学杂志,2000,15(6):342.

(收稿日期:2005 08 18)

(本文编辑:李惠敏)

http://www.cnki.net