

效果更好。我们体会,下列情况下宜尽早应用 IABP:(1)LVEF 值低于 35%;(2)左主干狭窄超过 70%;(3)术前药物治疗效果不佳的不稳定型心绞痛;(4)急性心肌梗死出现心源性休克需急诊行 OPCAB 的患者^[3]。

IABP 使用的成功率除了与使用时机密切相关外,还与患者的病理解剖和病理生理不同有关,有研究显示 IABP 对冠心病疗效最佳,而瓣膜病次之,先天性心脏病使用的效果则不理想^[4]。冠心病的病理改变为冠脉粥样硬化狭窄使心肌血供减少,心肌氧供失衡致心功能不全,使用 IABP 可增加冠脉近端血流,使未完全阻塞的冠脉血流量增加 5%-10%,促进缺血区的侧支循环开放,可有效改善心肌血供和功能;风湿性心脏病心力衰竭则是由于心肌长期风湿损伤,且手术急性创伤又会进一步加重心力衰竭,IABP 效果稍差;而先天性心脏病术后发生低心排量综合征与心脏畸形复杂及畸形矫正欠佳有关,使用 IABP 纠正低心排量综合征效果差。

IABP 使用失败的原因大多数是由于使用过晚,拔除过早或患者本身病情过重等造成。IABP 拔除指征包括:(1)血管活性药物使用量小,且减少药物使用量对循环影响小;(2)平均动脉压不低于 80 mm Hg;(3)尿量 $> 1 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$;(4)意识清楚,手足温暖,末梢循环良好;(5)间断停用 IABP 对血流动力学影响小。过早拔除 IABP 有导致病情发生反复的危险。

参 考 文 献

- [1] 李强,王洋,李亚林,等. 70 岁以上的高龄冠心病患者外科治疗经验[J]. 中国心血管病研究, 2009, 7(4): 808-809.
- [2] 苏丕雄,高杰,刘岩,等. 高危冠状动脉搭桥患者应用主动脉内球囊反搏治疗的时机选择[J]. 中国心血管病研究, 2009, 7(5): 364-366.
- [3] 段大为,李彤,张文芳,等. 主动脉内球囊反搏临床应用时机的选择与效果分析[J]. 心肺血管病杂志, 2009, 28(4): 223-225.
- [4] 丁文祥,苏肇伉. 小儿心脏外科重症监护手册[M]. 上海: 世界图书出版公司, 2009: 408.

(收稿日期: 2015-01-26) (供稿编辑: 张国楼)

· 基础与临床 ·

自制水枕对预防经股动脉冠状动脉介入治疗术后腰背痛的效果

曹松梅 陈 烨 严金川

经股动脉穿刺是行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)常用的路径之一。由于在介入治疗过程中应用大量抗凝药物,为避免穿刺局部出血形成血肿,一般要求术后沙袋压迫穿刺处 6 h,绝对平卧 24 h,同时术侧肢体制动,但此法常致患者出现不同程度的腰背酸痛,由此也给患者带来焦虑、恐惧、睡眠障碍等并发症,增加了患者的痛苦^[1,2]。有研究显示,拔管后沙袋压迫 6 h,早期改变体位可缓解患者术后腰背酸痛^[3]。但在临床上很多患者仍然存在不同程度的腰背痛。2014 年 1-6 月我们采用水枕进行术后体位护理,进一步减轻了患者腰背痛的发生,提高了患者的舒适度,现报道如下。

资料与方法

1. 一般资料 我院心血管病房的 80 例经股动脉行 PCI 术的冠心病患者,其中 1-3 月入院的 40 例

为对照组,4-6 月入院的 40 例为干预组。干预组男 23 例,女 17 例;对照组男 26 例,女 14 例。纳入标准:经股动脉途径,术后病情平稳,意识清楚,无言语沟通障碍,无严重心、脑、肝、肾功能障碍。排除标准:凝血异常,穿刺部位活动性出血,术前即有腰背痛,术后出现恶性心律失常、迷走神经反射等严重并发症,病情危重的患者。两组患者在年龄、性别构成比、既往背痛病史、手术操作时间及合并症等方面具有可比性。

2. 方法

(1) 护理方法:两组患者在术前均给予健康教育,包括介入手术目的、术式与配合,给予术前准备及心理支持。对照组:术后按照传统护理方法,取平卧位,鞘管拔出后 1 kg 沙袋压迫穿刺处 6 h,6 h 后采用平卧与术侧 30-40 度侧卧位交替,侧卧位时腰背部予以软枕支撑,术侧肢体仍要求伸直制动 24 h。干预组:一般措施同干预组,加用水枕(选用

作者单位: 212001 江苏大学附属医院护理部

2000 ml 透析液软袋, 外套以柔软、透气的夹棉枕套) 进行体位护理, 平卧或侧卧位时下腰部垫以水枕, 并保持穿刺侧肢体处于伸直状态。

(2) 评价指标: 对参与收集数据的护理人员予以数字疼痛评估表使用的培训和考核, 确保评分的一致和准确。① 腰背疼痛评分: 两组患者分别于术前、术后回病房、术后 6、12、24 h 用数字疼痛评分法(0-10 分) 进行腰背部的疼痛评分。② 穿刺部位出血、血肿情况: 术后观察穿刺部位有无出血、渗血、血肿等血管并发症的发生情况。

3. 统计学处理 采用 SPSS 11.5 软件进行统计分析, 计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料进行 Fisher 确切概率法进行检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 两组患者 PCI 术后腰背部疼痛评分 两组患者 PCI 术前、术后回病房时的疼痛评分无统计学差异, 术后 6、12、24 h 腰背部疼痛评分比较见表 1, 干预组患者 PCI 术后 6、12、24 h 腰背部疼痛评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者 PCI 术后腰背部疼痛评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h
干预组	40	1.20±1.41	1.53±0.75	1.63±0.71
对照组	40	3.13±0.79	3.25±0.59	3.75±0.50
t 值		13.71	11.44	15.62
P 值		0.02	0.04	0.01

2. 两组患者 PCI 术后穿刺部位出血、血肿发生情况 对照组 3 例发生穿刺部位少量渗血、出血, 干预组 1 例发生局部皮下血肿, 1 例出现穿刺部位少量渗血、出血。经 Fisher 确切概率法进行检验, 两组间出血、血肿发生率比较无统计学差异($P > 0.05$)。

讨 论

腰背酸痛是经股动脉途径行经皮冠状动脉介入治疗(PCI) 术后患者最常见的负性效应, 主要是由于术后要求平卧、术侧肢体伸直制动体位所致^[4]。但手术后, 护士常致力于稳定患者的生命体征, 而忽略了患者舒适的维护。随着心血管介入诊疗技术的广泛开展, 如何减轻腰背酸痛, 提高患者术后卧床期间的舒适度, 从而减少由此带来的紧张情绪、睡眠障碍等不适, 提高患者的生活质量, 成为心血管护理人员所面临的问题。

由于脊柱的生理弯曲, 正常的腰椎有生理性的

前凸, 患者 PCI 术后平卧制动体位时, 下腰部会形成空隙, 局部肌肉处于紧张状态, 长时间腰部软组织就会出现功能失调而产生疲劳难受、腰背酸痛。基于此原因, 在患者平卧位时如能在其腰部空隙处垫以小枕, 则对腰椎前凸起到支撑作用, 减轻局部肌肉紧张, 使腰肌在平卧时得到充分放松, 该部位的血液循环得到改善, 减少腰背酸痛的发生。同理, 在侧卧位时, 一般会使用翻身枕头置于背部协助翻身摆位, 但 PCI 术后, 患者手术侧下肢仍要保持伸直制动, 此体位并不符合人体工程力学, 下背部空隙并没有完全被支托, 所以患者还是会出现腰背酸痛。

本研究采用水枕给予患者腰部支撑, 结果显示, 干预组患者的腰部疼痛评分低于对照组。因水枕较为柔软, 可塑性强, 顺应性好, 与一般枕头相比能够始终保持柔软和弹性, 使用时水枕所受压力向周边扩散和释放, 扩大了支持平面, 可均衡衬托腰部空隙的每一个部位。当患者身体轻微移动时, 水枕可产生震动传播, 对局部组织还能起到按摩的作用, 冬季使用时, 水枕还可适当加温, 促进血液循环, 更能达到缓解腰背痛的作用。本研究采用的水枕取材方便, 质地柔软, 制作简单, 可反复使用, 节约医疗成本, 且使用过程中无一例发生水枕渗漏。

早期改变体位, 能有效降低腰背痛的发生, 但是出血及血肿并发症的发生是大家担忧的问题^[5]。本研究在应用水枕的同时干预组及对照组均在 PCI 术后 6 h 采用平卧与术侧 30 度侧卧位交替, 但在侧卧位时术侧肢体仍要求伸直制动, 结果表明, 两组的术后出血和血肿的发生率分别为 7.5% 和 5.0%, 与报道的术后穿刺部位出血、血肿的发生率为 3%-15% 相比并没有增加^[5]。由此可见, 水枕的应用对于预防或减轻 PCI 术后患者腰背酸痛方面具有良好的效果, 维护患者舒适, 体现了优质护理服务, 值得在临床上推广使用。

参 考 文 献

- [1] 曲彦慧, 张革利, 张炜, 等. 心脏介入手术后患者腰背痛影响因素及相关护理措施[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(17): 1807-1808.
- [2] Pornratanarangsi S, Boonlert S, Duangprateep A, et al. The effectiveness of "Siriraj Leg Lock" brace on back pain after percutaneous coronary intervention: PCI[J]. J Med Assoc Thai, 2010, 93(Suppl 1): S35-S42.
- [3] 陈凌, 卢海涛, 王凯, 等. 提高经皮冠状动脉成型术后患者卧位舒适度的方法[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(3): 230-231.
- [4] 尤黎明. 内科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 260.
- [5] 王红霞. 老年患者在 PCI 术中并发症的护理观察[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(9): 1169-1170, 1173.

(收稿日期: 2015-01-12) (供稿编辑: 王丹薇)