

روزگار  
بهر روز  
بهر روز  
بهر روز

255.ir

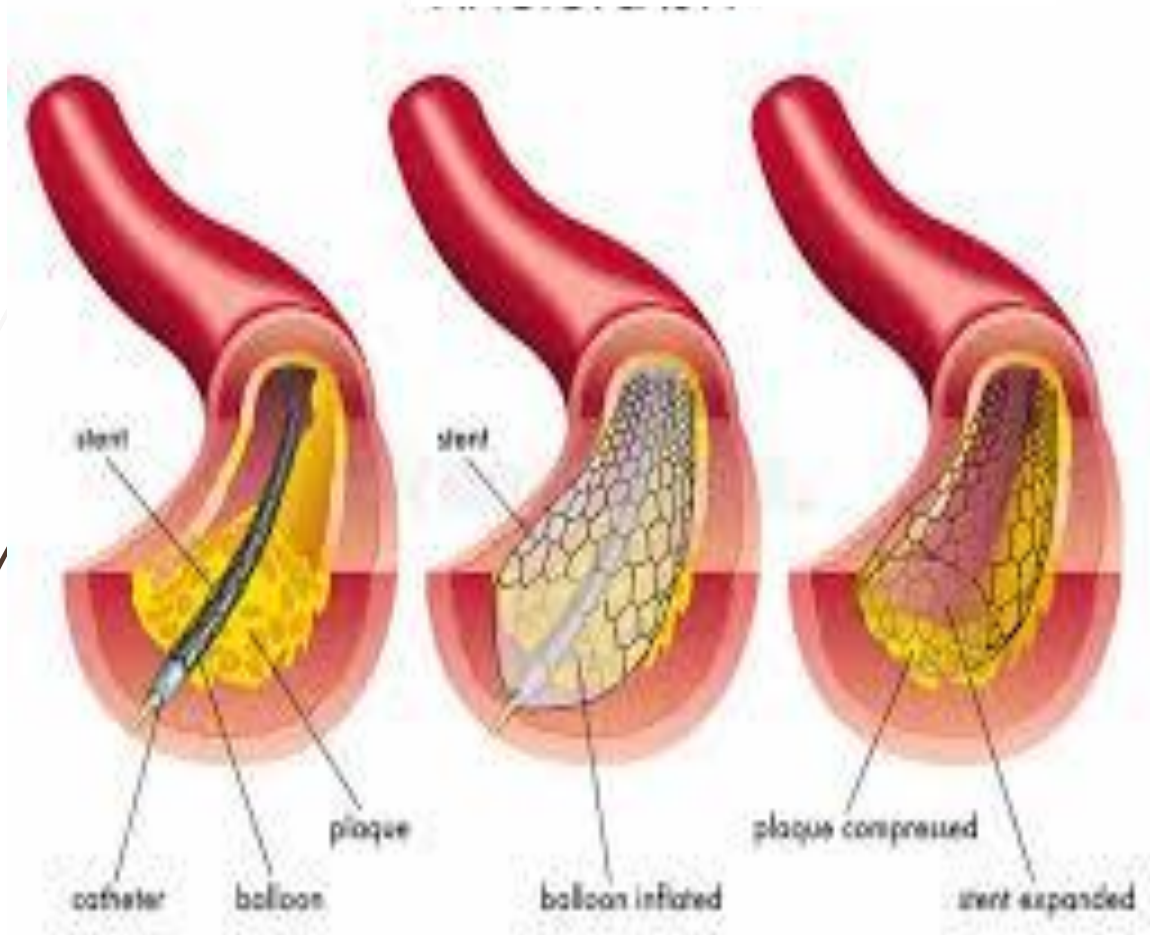


مراقبت های پرستاری بعد از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

Nursing care post PTCA

Mousavi:master of Nursing

## PTCA: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty

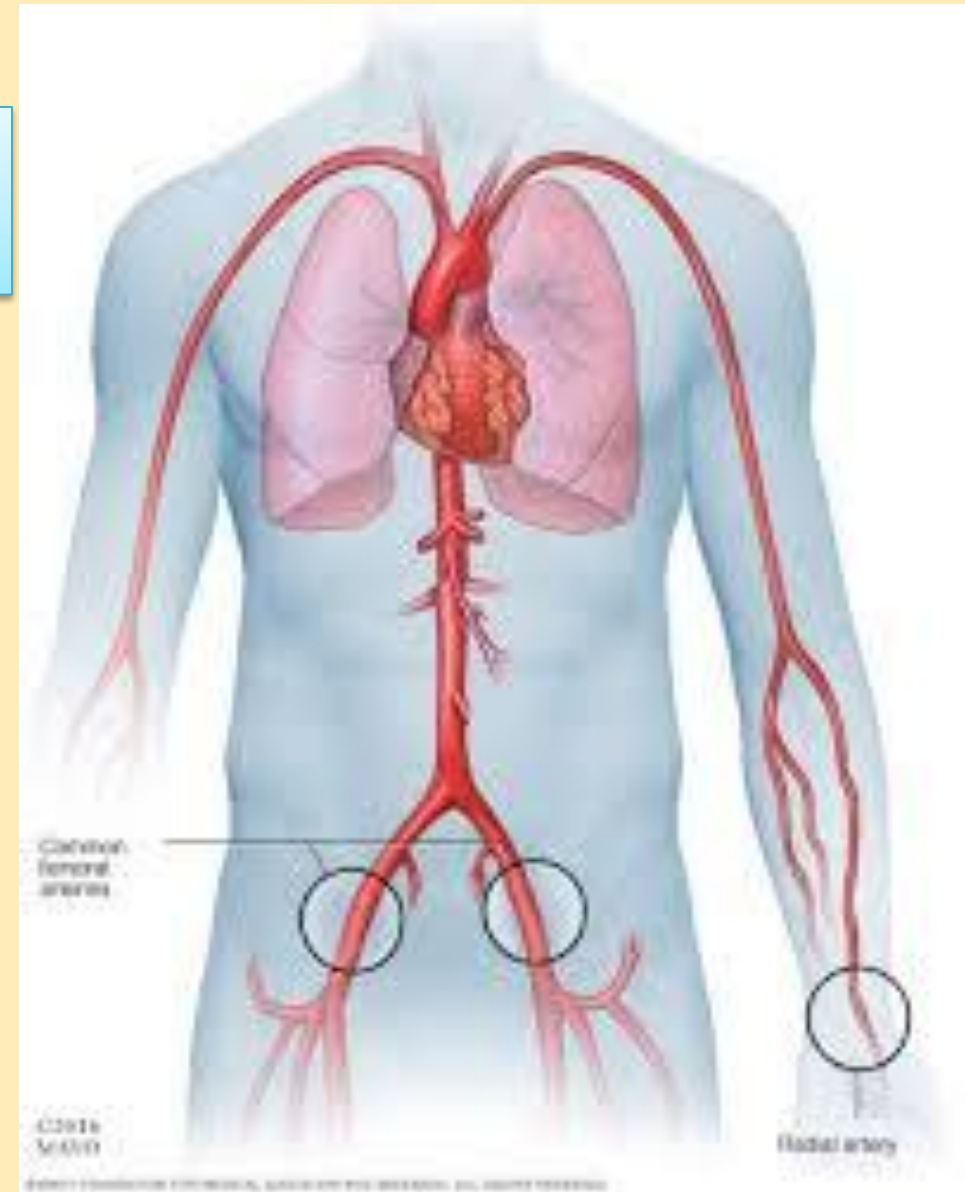


از آنجایی که **PTCA** یک تکنیک تهاجمی است و عوارض و خطرات احتمالی را در بردارد، بررسی و ارزیابی دقیق وضعیت بیمار توسط پرستار از اهمیت بسزایی برخوردار است. این بررسی معمولاً در سه مرحله قبل، حین و پس از درمان صورت میگیرد. ارائه مراقبت پرستاری مطلوب بخش جدائی ناپذیر در کل مراحل آنژیوپلاستی است.

ارائه ماهرانه خدمات پرستاری مدرن منجر به برآوردهای مثبت در درمان با PTCA می گردد.

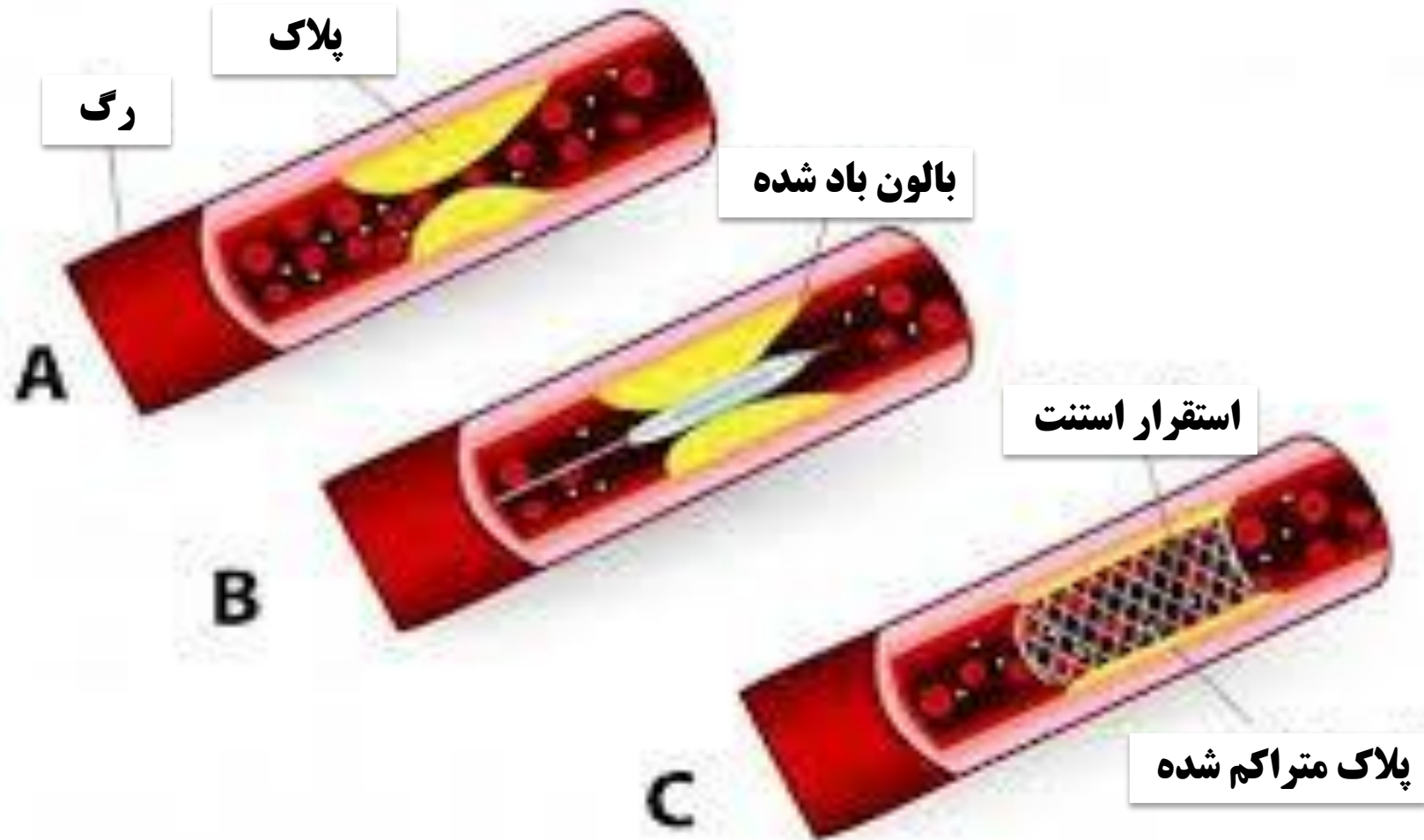
### مراقبت های پرستاری بعد از PTCA:

شیوع عوارض بعد از PTCA کم است. اگرچه در هنگامی که نیاز باشد پرستار باید آماده ارزیابی و توانا برای انجام مداخلات فوری جهت بیمار باشد. به همین دلیل بیمار پس از انجام پروسیجر PTCA بایستی در بخش مراقبتهای ویژه بستری می شود.



علی رغم اینکه PTCA یک **Minimally Invasive Procedure** است اما بر اساس اعلام مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها (CDC) همچنان میزان **Mortality** ناشی از آن بالاست و این نشان از اهمیت بالای لزوم توجه به مراقبت های پرستاری بعد از این روش دارد.

# آنژیوپلاستی



بعد از پروسیجر، ارزیابی فوری در فراهم آوردن پایه ای برای تصمیم گیری های حیاتی

بعدی باید روی تعیین موارد زیر تمرکز داشته باشد:

الف) انسداد حاد شریان های گشاد شده

ب) خونریزی در محل ورود کاتتر

ج) به خطر افتادن خونرسانی اندام های  
پایین تر از محل ورود کاتتر

د) مراقبت های پرستاری شامل حفظ راحتی بیمار،  
خارج کردن غلاف و آموزش بیمار در هنگام ترخیص

## اقدامات پرستاری شامل:

۱. کنترل علائم حیاتی بیمار:

✓ هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت

✓ هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت

✓ هر یک ساعت تا ۴ ساعت



۲. مانیتورینگ قلبی بیمار تا ۲۴ ساعت و پایش از نظر تغییرات قطعه ST و موج T و نیز

هرگونه آریتمی

۳. توجه به وجود هرگونه درد قفسه سینه، تعریق

و ناراحتی بیمار

۴. توجه به واکنش وازو واگال

## ۵. ارزیابی اندامی که از سطح بالاتر از آن کاتر شریانی وارد شده است از نظر کفایت خونسازی:

بایستی ناحیه پایین تر از اندامی که جهت کانال شریانی استفاده شده است از نظر نشانه های عدم کفایت خونسازی مثل سیانوز، لکه لکه شدن، رنگ پریدگی، سردی، نبض ضعیف و تغییر در حس و حرکت ارزیابی گردد.

هرگونه شکایت از درد، کمر ختی یا مور مور شدن اندام درگیر باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

۶. اگر شریان فمورال جهت PTCA استفاده شده باید بیمار به مدت ۲۴-۶ ساعت، CBR باشد.

۷. باید اندامی را که برای ورود کاتتر استفاده شده برای مدت زمان ۴-۶ ساعت بعد از

پروسیجر به صورت مستقیم نگه داشت. اگر از شریان بازویی استفاده شده این کار به کمک

یک آتل بازویی صورت میگیرد.

اگر از شریان فمورال استفاده شده برای اجتناب از خم نمودن ناحیه باید از بالا آوردن سر

تخت بیش از ۳۰ درجه خودداری نمود.

۸. باید یک پانسمان فشاری یا یک کیسه شن ۴/۵-۲ کیلوگرمی روی محل کانولاسیون شریانی

بکار برده شود.



اگر خونریزی رخ دهد، باید با فشار مستقیم به مدت حداقل ۱۰ دقیقه بر روی محل آن را کنترل کرد. علاوه بر آن می توان به منظور وارد آوردن فشار مداوم از یک کیسه شن به وزن ۱-۲ کیلوگرم استفاده کرد.

۹. برای پیشگیری از خونریزی از محل ورود کاتتر به بیمار آموزش دهید هنگام سرفه

کردن ناحیه را با دست حفاظت کند.

۱۰. محل ورود کاتتر و پانسمان باید از نظر علائمی چون هماتوم، التهاب، خونریزی، حساسیت و

اکیموز ارزیابی گردد.

✓ همچنین از آنجایی که بیمار هیپارینه می شود باید سایر علائم خونریزی مانند

هماچوری، ملنا، درد پهلو، پتشی و اکیموز جدید، سکتة مغزی و تامپوناد قلبی و...

کنترل شود.

۱۱. بیمار به مدت ۲-۴ ساعت پس از PTCA باید NPO باشد و پس از آن در صورت عدم وجود تهوع و استفراغ بیمار به مصرف مایعات فراوان تشویق شود تا ماده حاجب استفاده شده هرچه سریعتر از طریق ادرار دفع گردد.

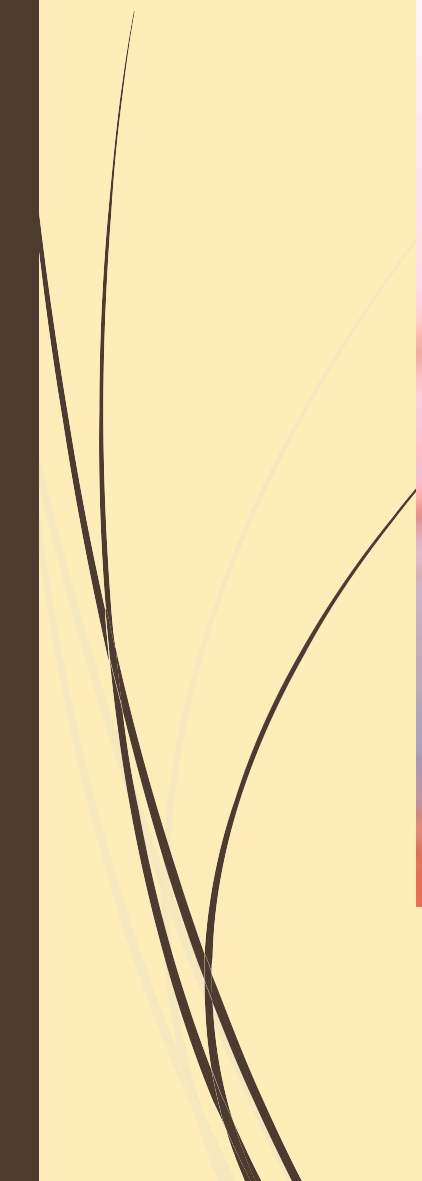
۱۲. پس از ۲۴ ساعت بیمار میتواند با کمک همراه از تخت خارج شود و باید به هیپوتانسیون ارتوستاتیک توجه شود.

۱۳. زمان خروج دسیله شریانی توسط پزشک تعیین می شود ولی معمولاً ۴ ساعت پس از تزریق آخرین دوز هیپارین صورت میگیرد.

۱۴. بیمار می تواند در صورت عدم وجود خونریزی از محل دسیله بصورت ۴۵ درجه بنشیند و حداقل برای ۶ ساعت از خم کردن هیپ جلوگیری نماید.

۱۵. معمولاً روز بعد از آنژیوگرافی و بعد از خروج از تخت، بیمار مرخص می شود برای همین به بیمار آموزش داده می شود که تا ۲۴ ساعت از خم شدن، زور زدن، بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند. از حمام کردن در وان خودداری کرده و از دوش استفاده کند. همچنین در صورت بروز خونریزی، تورم، کوفتگی و درد در محل ورود کاتتر یا افزایش درجه حرارت به بیش از ۳۸/۵ درجه سانتی گراد مراجعه نماید.





# مدیریت عوارض:

ایسکمی میوکارد

تظاهرات بالینی: درد قفسه سینه، تغییرات ایسکمیک در ECG، دیس ریتمی

علل احتمالی: ترومبوز، تنگی مجدد شریان کرونر

اقدامات درمانی: اکسیژن تراپی

تجویز TNG

گرفتن ECG و اطلاع به پزشک معالج

## خونریزی و تشکیل هماتوم

تظاهرات بالینی: ادامه ی خونریزی از محل دسترسی به رگ، تورم محل، تشکیل یک توده سفت در محل،

درد به هنگام حرکت پا

علل احتمالی: درمان ضد انعقاد، صدمه ی عروقی، هموستاز ناکافی، حرکت پا

اقدامات درمانی: عدم خروج بیمار از تخت

وارد کردن فشار مستقیم با دست در محل ورود کاتتر

مشخص کردن حدود هماتوم با خودکار و در صورت تداوم خونریزی اطلاع به پزشک معالج

## انسداد شریانی

تظاهرات بالینی: ضعف یا فقدان نبض دیستال در محل ورود کاتتر، سردی انتهاها، سیانوتیک،

دردناک بودن اندام

علل احتمالی: ترومبوز یا آمبولی شریانی

اقدامات درمانی: اطلاع به پزشک معالج جهت انجام اقدامات لازم مانند سونوگرافی و...

## هماتوم در حفره ی پشت صفاق (رتروپریتون)

تظاهرات بالینی: درد پشت، پهلو یا شکم، سقوط فشار خون، تاکی کاردی، بی قراری

علل احتمالی: نشت شریانی به علت خونریزی در فضای پشت صفاق

اقدامات درمانی: قطع هر نوع داروی ضد انعقاد

تجویز مایعات وریدی

اطلاع به پزشک معالج

## نارسایی حاد کلیوی

تظاهرات بالینی: کاهش برون ده ادراری، افزایش Cr و Bun

علل احتمالی: مصرف ترکیبات مغایر با اثرات نفروتوکسیک

اقدامات درمانی: پایش برون ده ادراری و Bun و Cr

تامین مایعات کافی

تجویز استیل سیستئین قبل و بعد از پروسیجر

## واکنش وازو واگال (Vasovagal Response):

فشار بر روی یک شریان بزرگ و درد می توانند با تحریک علائم وازو واگال سبب کاهش ضربان قلب و افت فشار خون شوند.

اضطراب، درد و ناراحتی در موضع ورود دسیله نیز می توانند سبب تحریک واکنش وازو واگال شوند.

علائم اولیه شامل رنگ پریدگی، تهوع، خمیازه کشیدن که اغلب با افت فشار خون و برادی کاردی همراه است.

عدم درمان واکنش های وازو واگال ممکن است سبب شوک های غیر قابل جبران شود.



## درمان شوک وازوواگال:

۱. اگر بیمار TNG وریدی دریافت میکند باید فوراً آن را قطع کرد و به محض اینکه فشارخون سیستمیک به بیشتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه رسید، انفوزیون آن را دوباره آغاز کرد.
۲. در صورتی که فشار خون با قطع کردن TNG بهبودی نیافت، بیمار در پوزیشن ترندلنبرگ قرار گیرد.
۳. تزریق ۰.۵-۱ میلی گرم آتروپین وریدی و در صورت لزوم تکرار دوز آن هر ۵ دقیقه و تا ۲ میلی گرم
۴. تزریق ۲۵۰ میلی لیتر سرم N.S

سپاس از همراهی شما