

心内科 DSA 术中并发症预防的护理干预策略探析

朱佳豪

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

【摘要】目的：探讨心内科数字减影血管造影（DSA）术中并发症预防的护理干预策略应用效果。方法：选取 2023 年 5 月至 2025 年 5 月于我院心内科接受 DSA 检查及介入治疗的患者 74 例，采用随机数字表法分为观察组（实施并发症预防性护理干预策略，37 例）与对照组（实施常规术中护理配合，37 例）。比较两组术中并发症发生率。结果：观察组术中并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：并发症预防性护理干预策略可有效降低心内科 DSA 术中并发症发生率，保障患者术中安全。

【关键词】：心内科；DSA；并发症预防；护理干预

DOI:10.12417/3041-0630.26.12.029

数字减影血管造影（DSA）技术属于有创操作，导管血管内游走、造影剂注入等操作会对机体产生一定刺激，极易引发冠脉痉挛、血管迷走反射、穿刺部位血肿、心律失常及造影剂过敏等多种术中不良事件，危重情况下可危及患者生命。临床接受 DSA 手术的心内科患者，大多合并高血压、糖尿病、心功能减退等基础病症，自身耐受度较差，进一步提升了术中并发症的发生概率。临床护理工作的落实质量，直接关联手术整体安全，术前筹备、术中病情监测、突发情况处置等各个环节，均对规避手术风险有着重要作用。传统常规术中护理仅侧重基础操作配合与医嘱执行，缺乏对风险事件的预判与针对性防控，因此，实施针对性的并发症预防性护理干预，是提升 DSA 手术安全性的必要举措。本文旨在探讨心内科 DSA 术中并发症预防的护理干预策略应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 5 月至 2025 年 5 月于我院心内科接受 DSA 检查及介入治疗的患者 74 例，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组中男 21 例，女 16 例；年龄范围 38~78 岁，平均年龄（ 61.42 ± 9.35 ）岁。对照组中男 19 例，女 18 例；年龄范围 35~79 岁，平均年龄（ 60.87 ± 9.81 ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者具备 DSA 检查或介入治疗适应证。排除合并严重肝肾功能障碍、对造影剂过敏者。

1.2 方法

对照组采用 DSA 手术常规术中护理配合方案：护理人员核对患者身份信息，开放静脉通路，连接心电监护设备，配合医师开展穿刺与导管操作，按医嘱输注造影剂，术后对穿刺部位实施压迫止血。

除常规护理以外，观察组还实施并发症预防性护理干预策略：术前重点完成患者综合状态评估工作，细致核查患者各类

基础疾病的病情控制效果，同时主动观察、判断患者术前心理情绪状态。对于存在明显焦虑、紧张情绪的患者，针对性开展个体化心理疏导，耐心讲解 DSA 手术具体操作流程、术中配合方式及相关注意事项，帮助患者缓解负面情绪、提升手术配合度。术中全程开展动态生命体征监测，实时追踪患者心率、血压、血氧饱和度指标及心电图波形变化，一旦监测到心率突然下降，或血压波动幅度超出基础数值 20%，第一时间告知手术医师，并快速备好各类抢救物资，做好急救准备。在推注造影剂前，主动询问患者躯体感受，确认无异常后再开展操作；推注全程密切观察患者状态，一旦发现面色潮红、皮肤皮疹、恶心呕吐等造影剂过敏前兆症状，及时干预处理。导管置入进行的整个过程中，持续关注患者主观感受，若患者胸痛、胸闷症状持续加重，需高度警惕冠状动脉痉挛并发症的发生。术中每 15 分钟对穿刺部位进行一次细致巡查，及时发现局部渗血、血肿等异常问题并即刻处理。同时将阿托品、多巴胺、地塞米松等常用急救药品规范摆放至操作随手可及的位置，保障术中突发险情时能够快速取用，最大限度规避手术相关并发症风险，保障手术安全开展。

1.3 观察指标

术中并发症发生率：包括术中发生血管迷走反射、穿刺部位血肿、冠状动脉痉挛、心律失常、造影剂过敏反应的例数。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）资料行 χ^2 检验； $P<0.05$ ，则差异显著。

2 结果

观察组术中并发症发生率为 5.41%，低于对照组为 21.62%（ $P=0.041$ ）。详见表 1。

表 1 术中并发症发生率比较[n(%)]

组别	血管迷走反射	穿刺部位血肿	冠状动脉痉挛	心律失常	造影剂过敏	并发症发生率
观察组（n=37）	1（2.70）	1（2.70）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	2（5.41）
对照组（n=37）	3（8.11）	2（5.41）	1（2.70）	1（2.70）	1（2.70）	8（21.62）
x ² 值	—	—	—	—	—	4.163
P 值	—	—	—	—	—	0.041

3 讨论

心内科 DSA 手术术中并发症的出现，主要受患者自身身体基础条件、术中手术操作刺激程度以及全程护理配合质量三类核心因素共同影响。手术操作过程中，穿刺操作、导管触碰血管壁产生的机械刺激，是诱发血管迷走反射的主要原因，该并发症典型临床表现为心率骤降、血压水平大幅降低。术后穿刺部位形成的血肿，大多源于术中止血压迫力度不足、压迫位置偏移，或是患者术中肢体不自觉活动，造成穿刺点渗血淤积。患者术前过度紧张的心理状态，叠加导管对冠脉的机械性刺激，会大幅提升冠状动脉痉挛的发病概率。造影剂引发的过敏反应发作速度快、突发性强，只有精准捕捉早期前驱异常表现，才能及时开展有效干预^[1]。除此之外，导管侵入心腔后刺激心脏传导系统，或是造影剂直接作用于心肌组织，均会诱发不同类型的心律失常。各类术中并发症若未能在第一时间发现并对症处理，不仅会拖延整体手术进度、加重患者术中躯体不适感与心理负担，严重时还会引发严重心血管不良事件，直接威胁患者术中生命安全，这也是临床开展预防性护理干预的核心意义所在^[2]。

本文研究显示，观察组术中并发症发生率为 5.41%，低于对照组的 21.62%（P=0.041）。由此可见，针对心内科 DSA 手术患者制定并实施的并发症预防性护理方案，可显著降低术中

各类不良事件的发生概率，切实提升手术安全性。深入分析该护理模式的起效机制，其优势贯穿手术全程，具备极强的临床实用性。术前阶段，护理人员全面评估患者基础病症控制情况与心理状态，针对焦虑情绪显著的患者开展个性化心理疏导，通过系统讲解手术流程、术中配合要点，有效缓解患者术前紧张、恐惧等负面情绪，从根源上减少情绪应激引发的血管迷走反射、冠状动脉痉挛等常见术中并发症。术中持续动态的生命体征监测体系，可实时捕捉心率、血压、血氧饱和度及心电图的异常变化，在生命体征波动超出基础值 20%、身体异常症状尚未加重的初期，及时联动手术医师并启动应急准备，有效阻断病情进展。在造影剂使用环节，术前问询与术中全程状态观察，能够快速识别面色潮红、皮疹、恶心等轻微过敏前驱症状，实现过敏反应的早发现、早干预。导管操作期间密切关注患者主观躯体感受，可及时预判冠脉痉挛风险，同时每 15 分钟定时巡查穿刺部位，能够及时处理渗血、局部淤血等问题，避免血肿形成^[3]。此外，术中急救药品的就近摆放，大幅缩短了突发险情的应急处置时间，为术中患者的生命安全提供了坚实保障，全方位降低了手术并发症的发生风险。

综上所述，在心内科 DSA 术中应用并发症预防性护理干预策略，可以有效降低术中并发症发生率，使患者的手术安全得到保障。

参考文献：

[1] 陈冬萍,李燕玲,肖书萍,等.DSA 导引下动脉药盒植入术并发症的观察与护理[J].临床消化病杂志,2023,35(2):145-147.

[2] 李兴林,谢园园.路径式流程管理联合四轨交叉精细化护理对全脑血管造影术后患者创伤应激和并发症的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(18):3376-3380.

[3] 尹冬琼,邓华.集束化护理对全脑血管造影术患者并发症及满意度的影响[J].智慧健康,2024,10(8):212-216.