

# 经远端桡动脉路径与经近端桡动脉路径在冠状动脉介入手术中的应用效果比较分析

华 逊 刘志想 胡冬捷

江苏省宿迁市沐阳中山医院 223600

**〔摘要〕** 目的 观察经远端桡动脉路径与经近端桡动脉路径在冠状动脉介入手术中的应用效果。方法 选取我院冠状动脉介入手术患者 64 例（2022 年 3 月至 2023 年 2 月），随机分为经近端桡动脉路径的对照组（32 例）与经远端桡动脉路径的观察组（32 例）。结果 与对照组相比，观察组穿刺时间长，穿刺时疼痛评分低，手术时间短，并发症发生率低， $P < 0.05$ 。结论 冠状动脉介入手术中应用经远端桡动脉路径效果较好，优于经近端桡动脉路径，值得借鉴。

**〔关键词〕** 经远端桡动脉路径；经近端桡动脉路径；冠状动脉介入手术；效果

**〔中图分类号〕** R543.3 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2024) 01-010-02

冠状动脉介入手术是一种用于治疗冠心病的常见心血管手术，主要通过血管内操作来恢复冠状动脉的正常血流<sup>[1]</sup>。临床研究表明，经桡动脉路径开展治疗效果更好，但是所存在较高的并发症发生风险，同时发现经远端桡动脉路径进行冠状动脉介入手术并发症发生风险相对较低<sup>[2]</sup>。本研究选取我院冠状动脉介入手术患者 64 例，观察经远端桡动脉路径与经近端桡动脉路径治疗效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2022 年 3 月至 2023 年 2 月，选取我院冠状动脉介入手术患者 64 例，随机分为 2 组。对照组 32 例，男 19 例，女 13 例，年龄 55 至 78 (66.32±3.82) 岁，观察组 32 例，男 18 例，女 14 例，年龄 54 至 79 (67.85±3.36) 岁。一般资料对比， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组：在手术前，给予抗血小板聚集药物，主要为阿司匹林肠溶片 0.3g、硫酸氢氯吡格雷 300mg。同时进行右手桡动脉和尺动脉的 Allen 试验，如果结果为阳性，则会继续进行手术。在此之前，使用碘伏对右手至肘部皮肤进行消毒，一般需要 3 次。进行局部麻醉，主要使用 1% 利多卡因。然后，在右手近端桡动脉处进行穿刺，采用改良 Seldinger 法，将 6F corditis 鞘管置入。同时，给予患者 3000U 肝素治疗。接下来进行冠状动脉介入手术，术后撤出导管后，需要施加压力，主要通过带气囊的压迫止血带进行，充气约 15ml。每 2 小时减压一次，每次减压 2 至 3ml。术后 6 小时去除包扎，同时做好换药工作。

观察组：在手术前的处理中，采用与对照组相同的方法。选择改良的 Seldinger 法，在右手鼻咽壶区远端桡动脉进行穿刺。为了防止出现穿刺针移位的情况，需要尽可能的固定穿刺针的位置。如果发现穿刺针在血管真腔内且导丝无法顺利通过，需要用左手轻轻按摩穿刺点向近心端桡动脉推进导丝。随后，置入了 6F 的 corditis 鞘管，而且给予 3000U 的肝素。手术结束后，我们会撤除导管系统，100mm×100mm 纱布折叠三次，然后置于穿刺点上，起到压迫作用。之后，拔除鞘管，并使用三条交叉包扎的优力弹力绷带进行固定。每 2 个小时解除一条弹力绷带，并在手术后的 6 个小时去掉包扎并更

换药物。

### 1.3 观察指标

治疗情况：穿刺时间、穿刺时疼痛、手术时间；并发症发生率。

### 1.4 统计学方法

SPSS20.0，计量资料表示： $(\bar{x} \pm s)$ ，t 检验，计数资料表示：n，%， $\chi^2$  检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 治疗情况对比

观察组与对照组相比， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 治疗情况对比

组别	穿刺时间 (min)	穿刺时疼痛 (分)	手术时间 (min)
对照组 (n=32)	4.02±0.84	3.24±1.03	48.73±14.23
观察组 (n=32)	4.79±1.47	4.63±1.76	46.11±12.83
t	2.572	3.855	0.773
P	0.012	0.000	0.442

### 2.2 并发症发生率对比

观察组低于对照组， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 并发症发生率对比 (n%)

组别	血肿	张力性 水泡	桡动脉 痉挛	并发症 发生
对照组 (n=32)	1 (3.13)	2 (6.25)	1 (3.13)	4 (12.50)
观察组 (n=32)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
$\chi^2$	-	-	-	4.266
P	-	-	-	0.038

## 3 讨论

冠状动脉介入手术是冠心病常用治疗方式，经桡动脉路径进行冠状动脉介入手术是一种非侵入性的操作，不需要进行切开胸骨和心脏外科操作。由于手术是通过血管内进行的，所以手术切口相对较小，减少了创伤和恢复时间，有助于减少患者的疼痛和并发症<sup>[3]</sup>。经桡动脉路径开展的冠状动脉介入手术通常可以在无需长时间住院的情况下完成，使患者能够更快地恢复正常生活和工作。可见，经桡动脉路径进行冠状动脉介入手术存在较多的优势。但在具体应用期间发现，

(下转第 14 页)

和输尿管镜组合，清水导丝引导下，进入输尿管上段或肾盂输尿管交界处至结石下方。然后输尿管通道鞘末端连接负压吸引装置，利用钬激光将结石击碎粉末化，同时调节负压吸引装置，保持灌注与负压的平衡，使结石碎片或粉末连同灌注液沿输尿管通道鞘与输尿管镜之间的间隙排除体外，碎石过程中同步清石<sup>[2-3]</sup>。侧卧截石体位，肾集合系统最低位位于肾盂内侧，完全在输尿管镜的视操范围，明显提高碎石成功率；可同时做经皮肾镜，且没有大腿的横空干扰，联动起来方便，不需要再次变动体位。同时该体位较俯卧位、骑马射箭位舒服，耐受好，麻醉易管理<sup>[4]</sup>。

通过本组资料研究显示，采用负压组合式输尿管镜碎石术的实验组平均手术时间和住院时间均明显短于对照组，一次性结石清除率明显高于对照组，而结石逃逸率明显低于对照组，实验组并发症发生率明显低于对照组，充分肯定了采用负压组合式输尿管镜碎石术的临床价值。

综上所述，在输尿管上段结石治疗中采用侧卧位输尿管镜碎石术，可有效提高一次碎石成功率，降低结石逃逸率和手术并发症发生率，缩短手术时间和住院时间，值得进行临床推广应用。

[参考文献]

[1] 张保, 雷振涛, 史玉强, 等. 斜仰卧半坐截石位输尿管镜下钬激光治疗输尿管上段结石的临床分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38 (12) : 937.

[2] 周益军, 朱喜山, 戴晓农, 等. 螺旋状套石篮辅助输尿管软镜钬激光碎石术治疗单侧直径大于 1 厘米输尿管上段结石临床研究 [J]. 中国内镜杂志, 2017, 23 (1) : 61-64.

[3] 张遂兵; 潘卫兵; 盘昌力. 负压组合输尿管镜碎石术治疗直径 > 10mm 输尿管上段结石的有效性与安全性分析 [J]. 2019, 10 (6) : 638-641.

[4] 高靖. 新型负压组合式输尿管镜与输尿管软镜治疗直径大于 1.5 公分输尿管上段结石的疗效对比 [J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23 (16) : 86-88, 120.

表 3 两组并发症发生情况对比分析 [n(%)]

组别	例数	黏膜 撕脱	创口 感染	输尿管 穿孔	尿道 出血	合计
观察组	50	1	1	0	0	2 (4.0)
实验组	50	1	2	2	1	6 (12.0)
$\chi^2$						5.637
P						<0.05

(上接第 10 页)

其存在较高的桡动脉闭塞发生率，而且如果进行反复的操作，还可能导致血管损伤等情况。本研究结果中，经远端桡动脉路径并发症发生率低于经近端桡动脉路径。原因为远端桡动脉在直径上相对较大，相比于近端桡动脉更容易插入导丝和导管，有利于创伤和出血风险的减少，进而保证手术安全性。远端桡动脉路径通常比近端桡动脉路径更直线和直接，手术引导器更容易进入心脏，这使得冠状动脉介入手术操作更为简单，减少了误差和并发症的风险<sup>[4]</sup>。近端桡动脉在其起点附近通常有分支和扭曲，这种情况下使得导丝进入冠状动脉的难度和风险进一步增加，而远端桡动脉则相对较平直，较少出现类似的障碍。近端桡动脉与尺动脉和掌侧腕静脉相邻，导管的操作可能会有更高的交叉风险，而远端桡动脉路径上与其他重要血管的交叉风险较低。

所以，冠状动脉介入手术中，相比于经近端桡动脉路径，

经远端桡动脉路径效果较好，具有推广价值。

[参考文献]

[1] 曾辉, 邱翠婷, 郑海军, 等. 远端桡动脉入径和经典桡动脉入径冠状动脉造影术后前臂桡动脉闭塞的临床观察 [J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(11):1314-1316.

[2] 方红义, 陈珂, 涂胜, 等. 经远端桡动脉路径与经近端桡动脉路径在冠状动脉介入手术中的应用效果比较 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2022, 30(12):53-56.

[3] 武赞堂, 王雷, 王燕涛. 不同入路经皮冠状动脉介入治疗冠心病对老年患者心功能的影响 [J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(2):255-259.

[4] 辛丽娜, 谢莲娜, 魏显敬, 等. 经远端桡动脉行冠状动脉介入诊疗术后桡动脉闭塞的发生率 [J]. 中国介入心脏病学杂志, 2022, 30(6):430-434.

(上接第 12 页)

率、临床症状改善、有效减轻炎症反应，延缓关节免疫炎症损伤，促进临床症状的改善等方面优于西药与雷公藤多苷治疗，切实提高临床疗效，值得临床治疗借鉴。

[参考文献]

[1] 马进, 陈岷, 李获, 等. 中药联合抗风湿药治疗类风湿性关节炎活动期的临床观察 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 6(5): 192-6.

[2] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2022, 14(4):265-71.

[3] Villeneuve E, Nam J, Emery P. 2010 ACR-EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis [J]. Rev Bras Reumatol, 2020, 50(5): 481-483.

[4] 刘健, 徐桂琴. 新风胶囊治疗类风湿关节炎临床疗效

的系统评价 [J]. 中医药临床杂志, 2021, 23(6):502-508.

[5] 陈宇航, 庄宇, 叶石保, 等. 类风湿性关节炎继发骨质疏松症患者的生命质量调查及慢性病管理 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2021, 23(9):1187-1190, 1203.

[6] 王敏, 韩善芬. 雷公藤制剂治疗强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 医疗装备, 2022, 29(4):201-202.

[7] SCHWEDLER C, HAUPL T, KALUS U, et al. Hypogalactosylation of immunoglobulin G in rheumatoid arthritis: relationship to HLA-DRB1 shared epitope, anticitrullinated protein antibodies, rheumatoid factor, and correlation with inflammatory activity [J]. Arthritis Research & Therapy, 2018, 20(1):44.

[8] 江云鸥, 陈倩岚, 张志勇. 雷公藤多苷片不良反应的回顾性分析 [J]. 华西医学, 2019, 24(9):2357.