

急性心肌梗死介入治疗的护理新进展

黄海英

(广西南宁市第一人民医院心内科 南宁市 530022)

【关键词】 急性心肌梗死; 介入治疗; 护理

【中图分类号】 R 473.5 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0481-02

急性心肌梗死(AMI)是指因冠状动脉供血急剧减少或中断而使相应心肌持久而严重的缺血所致的心肌坏死。其发病急,病情危重,病死率高,预后与抢救时间紧密相关^[1]。随着介入技术的发展,急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)可使相关血管再闭塞以及复发缺血、再梗死等重大临床事件均显著减少^[2],而急诊 PCI 介入治疗的护理关系到 AMI 患者手术的成功及疾病康复进程。现将有关 AMI 介入治疗的护理进展综述如下。

1 术前护理

1.1 心理护理 尽管 PCI 术已经广泛应用于 AMI,但对于患者来说仍然是一个未知的事件,加上突然发病,表情痛苦、精神紧张、焦虑,多数患者有濒死感。高晓华^[3]、陈金美等^[4]认为,由于紧张、恐惧,以及一些不利言语刺激,交感神经将被调动起来,可导致心跳加快,呼吸加速,血压升高,机体耗氧量增加而加重病情。有效的心理护理是 PCI 得以顺利开展并可有效预防并发症的良好保证^[3]。护士应有针对性的做好心理护理。术前向患者介绍手术的目的、方法、注意事项、科室目前从事心导管治疗专家及技术现状、导管室环境和主要仪器名称、性能,必要时术前应用镇静药,使其身心处于最佳状态接受手术。

1.2 高质量的术前准备是手术成功的前提 树立时间就是生命的观念。病人入院明确诊断后立即行术前准备:吸氧、心电监护、建立静脉通道、遵医嘱服用抗凝药物(如阿司匹林片 300 mg、氯吡格雷片 300 mg),抽血查生化、血常规、心肌酶谱、肌红蛋白、肌钙蛋白及凝血四项等内容,双腹股沟区及双腕关节区备皮、更衣等。由于介入治疗多在右股动脉或右桡动脉进行穿刺,因此建立静脉输液时应用套管针在左上肢进行,可方便静脉用药,同时在转运过程中保证输液通畅^[5]。医护人员在转送病人到导管室的途中应备有心电监护仪、除颤仪、抢救药品相随。

2 术中配合

术中关心患者,随时听取患者的主诉。郑洁等^[6]报道,在严密监测有创血压、无创血压、心率、心律及病情的同时,要耐心与患者交谈,指导病人采用深呼吸、渐进松弛等方法,可让患者放松心情,配合手术。准确连接各管道,保证各管道连接紧密、不漏气,正确校零^[7]。准备好各种抢救药

品和器材,如阿托品、多巴胺、胺碘酮、地塞米松等,除颤仪、临时起搏器应保证良好的备用状态。术中出现窦性心动过缓、低血压或突发性室颤是再灌注性心律失常的常见表现,也是急性心肌梗死病人血管再通的常见标志^[5]。张晓辉^[7]报道,在导管送入冠状动脉口、注入造影剂前后,球囊扩张病变血管时病人情况最容易发生变化,应严密监测,发现异常变化及时提醒术者并配合处理。另外,术中及时提醒医生追加肝素,防止术中动脉血栓形成。

3 术后观察及护理

3.1 常规护理 制定严密的监测计划,加强术后监测。术后密切观察患者脉搏、呼吸、血压等基本生命体征变化,1次/15min,连续4次后根据医嘱监测至平稳。除拔除动脉鞘管时可引起血管迷走神经反射外^[8],精神紧张、疼痛、尿潴留也可能是术后迷走神经兴奋的诱因^[2],主要表现为血压急剧下降、心率迅速减慢、患者现冷汗、恶心呕吐^[9],因此压迫止血过程应掌握在适中力度,做到既减轻对血管的刺激,又保证不出血,同时严密观察患者心率、血压、面色。持续心电监护可预测恶性心律失常,预防猝死的发生,因此需严密心电监护及病情观察,发现异常及时报告医生进行处理,观察用药效果,及时准确书写护理记录,严格交接班。

3.2 水化治疗 目前使用的造影剂为优微显或欧乃派克,对肾功能均有不同程度的影响,经口水化治疗(即饮水)因简便、有效和不良反应少,故而成为临床上最常用的有效降低造影剂肾病发生率的治疗方法^[10]。高瑞雪^[10]、陈健红等^[11]报道,冠状动脉介入治疗术后3h内强化饮水是简便、易行、有效的护理措施,饮水量以每小时400~500mL为宜,手术当天总饮水量不少于2000mL。对于不能耐受多饮水的患者可遵医嘱静脉滴注林格氏液500mL(150ml/h)。

3.3 穿刺肢体的护理 急诊 PCI 前强化服用阿司匹林片及氯吡格雷片,术中大剂量肝素的使用^[11]及反复穿刺股动脉^[8]或桡动脉,均加大了术后出血尤其是穿刺部位出血及血管损伤并发症的发生^[12]。因此做好以下护理尤为重要。

3.3.1 术后股动脉穿刺处用弹力绷带“8”字法^[7]加压,包扎12h后逐渐解除,术侧肢体制动24h;李雪梅等^[2]报道,术后长时间平卧、体位不当可导致患者腰酸背痛、下肢麻木等而影响介入治疗的效果,因此应教会患者变换体位的方

法:采取健侧下肢屈膝,以足掌及双肘部、背部为支撑点,抬起臀部,做术侧肢体水平运动,至患者感觉舒适为止,同时加强对患者术侧肢体按摩,促进血液循环,防止血栓形成。

3.3.2 桡动脉穿刺者用 TR Band 止血器加压包扎穿刺口,应注意保持止血器上止血指示点在穿刺点正上方 1~2 cm,以保证正确有效的止血。一般加压包扎 4~6 h 后逐渐放气减压,术侧桡关节制动 12 h,嘱患者避免剧烈活动,穿刺侧肢体,术侧腕部保持伸直;术后 72 h 内禁止在术侧肢体进行静脉抽血、输液、测血压等,以免加重手部肿胀或压力而导致穿刺点出血,适当抬高术侧手臂,减少因静脉回流不畅导致手部肿胀和患者的不适^[13]。韦永强^[14]报道,TR Band 止血气囊用于桡动脉径路 PCI,术后桡动脉穿刺部位的压迫止血时间宜定为 2 h。我科病例均在术后 4 h 开始放气减压,其间加强心理护理、穿刺肢体的护理及患者的病情观察,并根据患者的具体情况酌情间隔放气时间,取得了良好效果。

3.3.3 术后每 15 min 记录双侧足背动脉或桡动脉搏动情况。陆夏凯^[8]、史冬梅等^[9]报道,如术侧搏动减弱、穿刺侧肢体变冷、乏力疼痛,提示有可能下肢动脉血栓形成或压迫过紧,可适当松解加压包扎的力度并报告医生随时观察,必要时按医嘱予抗凝溶栓、改善微循环等治疗可缓解症状,同时注意穿刺部位有无渗血、血肿,局部皮肤张力是否有改变,是否有压痛感以及穿刺肢体末梢循环情况。

3.3.4 加强基础护理,协助患者的一切生活护理,保持病室安静,避免不良因素的刺激,各项治疗护理操作及检查应尽量集中,使患者得到足够的休息,避免患者过度活动和劳累而引起心律失常及心力衰竭,或因排便时体位变化过大、用力过猛及术侧肢体突然弯曲造成股动脉穿刺部位的出血^[15]。

3.4 氧疗的护理 AMI 患者常伴有轻、中度低氧血症^[16],吸氧是治疗 AMI 的基本措施之一。开始时氧流量一般为 4 l/min,以后根据 SpO₂ 调整氧流量。通过吸氧提高动脉血氧分压,纠正低氧血症,有助于梗死周围缺血心肌供氧,缩小梗死范围,减轻心肌缺氧性损伤。

3.5 饮食指导 指导患者进食低盐、低脂、易消化饮食,少量多餐,不宜过饱,戒烟,忌浓茶、咖啡。郑海生等^[17]认为,既不提倡不饮酒人群开始饮酒,也不鼓励适量饮酒人群戒酒。

3.6 排便、排尿的护理 由于卧床休息、活动量小、饮食减退、食量减少、肠蠕动减慢,患者极易发生排便困难和便秘^[4],应指导患者养成床上定时排便的习惯,告知患者排便时勿用力,帮助患者按摩下腹部,以减少便秘的发生,必要时给予缓泻剂或低压灌肠。教会患者床上排尿的方法,让患者听流水声或热敷下腹部以刺激排尿,必要时在严格无菌操作下插尿管排空尿液。

3.7 卫生宣教 急性期要注意做好解释安慰工作,使其尽快适应新环境,转化角色,稳定情绪,积极配合治疗。后期应帮助病人和家属正确认识本病,指导患者逐渐增加活动量,改善不良的饮食及生活习惯,避免过度肥胖,按医嘱正

确服药,定期复诊,随身携带急救药品等。

随着急诊 PCI 技术在 AMI 中的应用,为病人争取治疗时间的重要性越来越明确。时间就是心肌,时间就是生命,因此在急性心肌梗死病人的急救护理中,应充分认识救治时间与病人生命的密切关系,为病人提供高效护理,帮助病人赢得更多的治疗时间^[18]。随着临床护理路径(CNP)在护理领域得到广泛的应用,如何建立 AMI 病人规范化急救护理路径,形成护理绿色通道,进一步确保绿色通道的畅通无阻,能否更缩短救治时间,从而为病人提供高效优质的护理,帮助病人赢得更多的治疗时间,这是心内科护理人员的护理方向与目标。

参 考 文 献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1434.
- [2] 李雪梅, 郭鑫. 高龄急性心肌梗死患者介入治疗术后护理[J]. 实用医药杂志, 2007, 27(9): 1079-1080.
- [3] 高晓华. 对冠状动脉介入治疗患者实施护理告知的程序及体会[J]. 中国医药导报, 2010, 7(2): 89-91.
- [4] 陈金美. 急性心肌梗死的观察与护理[J]. 中国当代医药, 2011, 18(4): 115-116.
- [5] 王琳, 邓凤兰. 急性下壁心肌梗死病人行急诊介入治疗的护理[J]. 护理研究, 2006, 20(3): 689-690.
- [6] 郑洁, 郝玉珍. 心脏介入诊疗病人的术前访视护理[J]. 护理研究, 2005, 6(1): 03.
- [7] 张晓辉. 有创动脉压监测在冠状动脉介入诊疗术中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(11B): 18-19.
- [8] 陆夏凯. 冠心病介入诊疗术后血管并发症的观察护理[J]. 微创医学, 2006, 1(3): 240-241.
- [9] 史冬梅, 殷学梅, 陈牧. 冠心病介入诊疗术后患者血管并发症的原因分析及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(29): 20-21.
- [10] 高瑞雪, 李明子. 术后不同饮水方法对减轻冠状动脉介入术后造影剂相关性肾损伤的效果及护理[J]. 中华护理杂志, 2009, 44(4): 293-296.
- [11] 陈健红, 朱春梅, 邓瑞珍. 不同饮水法对心脏介入治疗患者造影剂相关性肾损伤的影响[J]. 护理学报, 2010, 17(08A): 35-37.
- [12] 姬会霞, 潘颖, 石珂珂, 等. 经肱动脉、桡动脉不同入路行 PCI 术后并发症的护理研究[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(23): 44-45.
- [13] 沈小清, 边旭娜. 经桡动脉介入诊疗后局部压迫方法的选择[J]. 护理学杂志, 2009, 24(5): 40-41.
- [14] 韦永强. 桡动脉径路 PCI 后应用 TR Band 止血气囊压迫止血的时间探讨[J]. 新医学, 2008, 39(10): 13.
- [15] 吴鹤瑾, 章隽. 盐酸替罗非班氯化钠注射液治疗急性冠脉综合症的护理[J]. 上海护理, 2007, 7(1): 14.
- [16] 李玉梅. 急性心肌梗死患者吸氧护理[J]. 中国当代医药, 2009, 5(1): 65.
- [17] 郑海生, 刘品明. 适量饮酒与心血管健康[J]. 中华心血管病杂志, 2009, 37(1): 84-87.
- [18] 陈璐, 陈湘玉. 急性心肌梗死病人绿色通道护理路径的研究进展[J]. 护理研究, 2009, 6(1): 9.

(收稿日期: 2011-04-15 修回日期: 2011-05-29)