

# 急诊专科护士对急性冠脉综合征急诊 PCI 的护理干预<sup>▲</sup>

李建芳 卢艳飞 梁琼丹

(广西南宁市第一人民医院,南宁市 530021)

**【摘要】** 目的 探讨急诊专科护士对急性冠脉综合征(ACS)行急诊冠状动脉支架植入术(PCI)的护理干预对保证急救路径快速有效实施的作用。方法 选取 97 例急性冠脉综合征患者,随机分为观察组和对照组。观察组 50 例实施由急诊专科护士护理干预的急诊急救护理路径,对照组回顾性收集按常规护理患者的相关资料,比较两组患者在急诊科的滞留时间、就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)、住院时间。结果 两组患者在急诊科的滞留时间、就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)、住院时间及住院费用比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 实施由急诊专科护士护理干预的急诊急救护理路径,保证了抢救快速有效进行,缩短了患者在急诊科滞留时间、就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)及住院时间。

**【关键词】** 急诊专科护士;急救护理路径;急性冠脉综合征;急诊 PCI

**【中图分类号】** R 473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2014)03-0362-03

DOI:10.11864/j.issn.1673.2014.03.37

急性冠脉综合征(ACS)是一组进展性的临床综合征,是由于冠状动脉内不稳定性粥样斑块破裂导致血栓形成,引起冠状动脉急性或亚急性堵塞所致的严重心肌缺血,包括急性心肌梗死(AMI)和不稳定型心绞痛(UA)是冠心病的危重形式,患者病情变化快、预后凶险、病死率极高<sup>[1]</sup>。能否在最短时间内重建患者相关血管的血液循环,是有效治疗的关键<sup>[2]</sup>。目前国际上治疗急性冠脉综合征的最佳方法是抗凝抗血小板治疗联合经皮冠状动脉介入治疗(Percutaneous coronary intervention, PCI)。急诊 PCI 的应用挽救了大量的 ACS 患者生命,但 ACS 患者仍有相当一部分由于种种原因延误了紧急介入治疗的最佳时间,增加了急性冠脉综合征中患者并发症发生率和死亡率。近年来,我们由急诊专科护士进行护理干预对 ACS 行急诊 PCI 进行抢救,效果良好,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例为 2008 年 1 月至 2011 年 12 月到我院急诊科抢救并符合 ACS 诊断标准的急性冠脉综合征患者,其中男 65 例,女 32 例,年龄 65~73 岁,

需要紧急急诊 PCI。患者无严重并发症(心力衰竭、严重心律失常、心源性休克),其中 2010 年 1 月至 2011 年 12 月在抢救中由急诊专科护士进行护理干预的 50 例患者为观察组,对照组为回顾性收集 2008 年 1 月至 2009 年 12 月按常规护理进行抢救的 47 例患者的相关病例资料。两组患者在性别、年龄、发病时间、病情及临床表现等方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 方法 对照组根据医嘱,按常规护理进行急诊抢救。观察组从进入急诊科到导管室由急诊专科护士进行护理干预的急救抢救路径。

1.2.1 建立急救护理抢救路径小组 急救护理抢救路径小组成员由急诊科主任、急诊科护士长、急诊专科护士、心内科主任及护士长以及其他科室相关人员共同组成。小组成员在广泛借鉴国内外临床急救护理路径的基础上,结合收集的资料进行分析,制定急性冠脉综合征紧急介入治疗患者急救护理路径并组织实施。

1.2.2 实施内容 科室护士排班,采取 6 人一组由急诊专科护士担任组长的排班模式,保证每个时段均有 3~6 名护士在岗,保证急救护理路径在急诊专科护士干预下有效实施。具体实施内容见表 1。急诊科护士接诊 ACS 患者后,在急诊专科护士组织下严格按照急救护理路径进行急救护理,抢救结束后,填写表 1。

▲基金项目:南宁市科学研究与技术开发计划课题(合同编号:201003044c-2)

作者简介:李建芳(1965~),女,本科,副主任医师,研究方向:护理管理、主诊护理。

表 1 急性冠脉综合征紧急介入治疗规范急救护理路径

姓名	年龄	初步诊断	日期	
项目	参考时间(min)	实际运用时间(min)	治疗及护理措施	签名
1	2		急诊分诊护士快速鉴别 通知医生 进入绿色通道	
2	20~30		2名护士同时进行。1名护士通知心电图,5min内完成吸氧、心电、氧饱和度等监测,30min内协助完成心电图、医生诊查、术前谈话签字、医嘱开具、标本送检。1名护士完成左上肢留置针静脉通道建立,落实用药治疗措施,术前备皮,简洁宣教确定配合,5min内完成血标本的采集。	
3	5		联系电梯、准备急救仪器、外出急救箱 转运前评估	
4	8~10		安全转运至导管室,由医生、护士共同完成	

1.3 观察指标 观察并记录患者在急诊科的滞留时间、就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)、住院时间、住院费用。

1.4 统计学方法 所有数据采用 SPSS 17.0 统计软件处理。计量资料比较用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组病人在急诊科的滞留时间、就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)、住院时间、住院费用均明显少于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者 4 项指标的结果比较

组别	n	滞留时间(min)	Door-to-Balloon(min)	住院时间(d)	住院费用(万元)
观察组	50	35.0 ± 10.7	78.3 ± 11.3	9.5 ± 2.5	4.94 ± 1.53
对照组	47	60.5 ± 20.8	98.6 ± 13.6	13.2 ± 4.5	6.86 ± 1.95
t 值		4.615	4.503	4.963	5.413
P 值		0.000	<0.05	0.000	<0.05

## 3 讨论

经皮冠状动脉介入治疗被认为是最有效、最安全的快速恢复心肌血液灌注的治疗手段,手术的成功与否除了与医生的临床技术经验密切相关外,还与护士的护理干预措施紧密相连,手术不但可直接影响患者正常的心理状态,甚至还可以影响手术的治疗效果<sup>[3]</sup>。因此,对于 ACS 患者的救治尤其是急性心肌梗死患者,快速的血运重建尤其重要<sup>[4]</sup>。

近年来,在 ACS 的救治中,对于有 ST 段抬高型的心肌梗死,在尽可能短的时间内争取快速进行安全有效的 PCI 治疗对患者是有非常有利的,这已经获得了各种实验结果的证实<sup>[5]</sup>。有文献报道<sup>[6]</sup>,ACS 患者在症状发作不到 1 h 内接受紧急冠脉介入治疗的 6 周死亡率为 3.2%,在症状发作 4 h 内接受紧急冠脉介入治疗的 6 周死亡率上升至 6.2%。如何保证急救路径的有效实施,使 ACS 病人得到快速、及时、正确、安全、有效地抢救及护理,是提高抢救成功率、改善病人生活质量的关键环节。

方菊花等<sup>[7]</sup>总结出专科护士经过专业系统的培训,具有扎实的专业知识理论,娴熟的专科急救及监护技能,积累了丰富的临床护理经验,能快速正确地处理 ACS 患者,如用注射泵准确使用特殊药物,运用监护技

术及时发现病情变化,准确及时处理各种危及患者生命的心脏危象,控制“4Ds”(4Ds 是英语“门、数据、决定和用药”四个单词的首字母缩写)。目前,被美国心脏病发作警报程序推荐的时间间隔各为 10 min,而从 ACS 患者入院至治疗用药总时间是 30 min。即 ACS 患者心绞痛发作后抵达医院大门为“DOOR”时间,患者入门至检查为“DATE”时间,检查至决定治疗为“DECISION”时间,决定治疗至用药为“DRUG”时间,这一方法,在减少 ACS 从发病到处理的时间延误方面可发挥积极作用。专业护士<sup>[8]</sup>(clinical nurse specialist, CNS)是指在护理专业化进程中形成和发展起来的高级临床护理人员,具有护士执业资格,在某个专门的临床领域为卫生保健的服务对象提供专门化的护理服务。急诊专科护士具有分析、判断、预测和对急危重症患者应急处理能力<sup>[9]</sup>。急诊专科护士能够熟练掌握各科急症的处理方法,有合理安排抢救程序和人员调配的能力,急救护理路径在急诊专科护士护理干预下有效实施,保证急救时抢救人员配备合理,协作机动、灵活默契,急救措施有条不紊实施,缩短抢救时间,提高患者抢救成功率<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示,实施由急诊专科护士护理干预的急诊急救护理路径,保证了抢救快速有效进行,有效减少了患者在急诊科的滞留时间、就诊至首次球囊扩张时

间(Door-to-Balloon),符合对ACS患者应尽早实施PCI治疗的观点<sup>[4-6]</sup>。本研究观察组所有患者就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)时间均少于90 min,符合美国心脏病学会和美国心脏协会(ACC/AHA)指南推荐的就诊至首次球囊扩张时间(Door-to-Balloon)≤90分钟的标准<sup>[11]</sup>。

综上所述,急诊专科护士对急性冠脉综合征(ACS)行急诊冠状动脉支架植入术(PCI)的护理干预,保证了在有限的时间内抢救快速有效实施,缩短了ACS患者在急诊科的滞留时间,为急诊PCI提供了有力的保证。

### 参 考 文 献

[1] 林曙光.当代心脏病学新进展[M].北京:人民军医出版社,2011:640.  
 [2] O'Connor RE,Brady W,Brooks SC,et al. Part 10: acute coronary syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care [J]. Circulation, 2010, 122 (18 Suppl 3):S787-817.  
 [3] 刘 婷. 护理干预对急性冠脉综合征患者经皮冠脉介入治疗术前焦虑的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(13):

73.

[4] 王 羽,罗采东,吴 艾,等.急性冠脉综合征急诊PCI的初步总结[J]. 心血管康复医学杂志, 2003, 12(3): 240.  
 [5] 邹晓宇. 急诊PCI治疗急性冠脉综合征130例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(7):1341.  
 [6] 陈 健. 美国急性冠脉综合征的急救护理与进展[J]. 国外医学护理学分册, 2009, 20(9):404-405.  
 [7] 方菊花,李传慧. 专科护士对急性冠脉综合征的护理干预[J]. 亚太传统医药, 2007, 9(3):73.  
 [8] 龙黎明. 专科护士在护理专业中的地位和作用[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(2):85.  
 [9] 朱金兰. 急诊科专科护士的作用与管理[J]. 临床合理用药, 2012, 10(10):167.  
 [10] 王玉梅,熊文燕,张春艳. 急诊专科护士培养模式探讨与研究[J]. 吉林医学, 2011, 16(6):3363.  
 [11] Miedema MD,Newell MC,Duval S,et al. Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction[J]. Circulation, 2011, 124(15):1636-1644.

(收稿日期:2014-01-29 修回日期:2014-03-24)

(上接第385页)

过程中以无创血管夹夹闭胆囊管,以防胆囊内小结石落入胆总管内<sup>[6]</sup>,因为我们术前筛选病例十分慎重,结石均≥0.3 cm,虽未夹闭胆囊管,术中未发现结石落入胆总管内,术后复查超声亦未见胆总管继发结石,但笔者认为此方法有一定价值。

保胆取石治疗胆囊结石目前逐渐被一些医生接受并不断改进具体手术操作方式,随着循证医学、手术器械和缝合材料的不断发展改进,目前部分学者认为不适于行保胆取石的病例如急性胆囊炎、胆囊粘连较重、合并胆总管结石等,亦有可能行保胆取石术并获得满意效果。我们目前进行的研究,样本数量有限,且需进一步提高技术水平及积累经验,存在手术时间相比LC没有优势、手术难点相对多等不足。但笔者认为,腹腔镜联合胆道镜微创保胆取石治疗胆囊结石具有安全性高、创伤小、患者痛苦小、恢复快等优点,并可保留有功能的胆囊,降低胆囊切除术后近、远期并发症的发生率,虽理论上存在结石复发的机会,而且术后服用熊去氧胆酸是否能进一步降低复发率还有待进一步佐证,但此术式值得进一步改进、推广,尤其是此术式对技术及器械要求不

高,也是基层医院可行的手术方法之一。

### 参 考 文 献

[1] 陈孝平,陈汉.肝胆外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:338.  
 [2] 葛长青,李全福.现代内镜保胆取石术[M].北京:人民军医出版社,2011:14-68.  
 [3] 郑树国,王小军.胆囊切除术后综合征[J].中国实用外科杂志,2008,28(6):510.  
 [4] 郭文学,许洪斌,李甲辰,等.腹腔镜胆道镜联合微创保胆息肉摘除术的临床应用(附83例报告)[J].中国内镜杂志,2010,16(1):50.  
 [5] 韩高雄,帅晓明,曾长坚,等.经腹腔镜微创保胆取石术治疗胆囊结石的初探[J].中国内镜杂志,2010,16(1):42-44.  
 [6] 石玉宝,王新波,董万斌,等.双镜联合微创保胆取石术的探讨(附100例报告)[J].中国内镜杂志,2010,16(1):62-66.

(收稿日期:2014-02-03 修回日期:2014-04-11)