

### 3 讨论

由于患者年龄偏大,各器官的功能和年轻人相比要弱,加替沙星具有严重的不良反应,虽用药不多,也容易发生中毒反应。本文1例经及时停药、抗感染、降血糖、营养心肌、保肝保肾补水和调整电解

质等有效治疗,再加上及时的心理疏导和精心护理,1个月后出院时,精神良好,双肺呼吸音清晰,无干湿性罗音,辅助检查各项值均在正常范围内,无咳嗽、咳痰及口渴乏力等。心腹(-),BP 130/80 mmHg,复查血糖示3.47 mmol/L。

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)01-0086-02

· 护理学 ·

## 急性冠状动脉综合征9例急救与护理体会

郭荣贞

[关键词] 冠状动脉疾病;急性冠状动脉综合征;急救;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 543.3 [文献标识码] B

急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)包括ST段抬高型心肌梗死[即Q波型急性心肌梗死(QMI)]、非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)、不稳定型心绞痛(UA)和心脏缺血性猝死<sup>[1]</sup>,是国际公认的急性心血管疾病,具有发病急、病情重、不稳定、变化快、易发生心源性休克、心律失常甚至猝死的特点。因此对护理、抢救工作提出了新的挑战。2009年6~12月,我科收治9例ACS患者,现就其急救与护理作一报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组9例,男7例,女2例;年龄49~87岁。9例符合ACS诊断标准,临床表现主要是胸闷、心绞痛(呈压榨感)、呼吸困难、大汗、乏力、纳差、恶心、呕吐。2例出现心源性休克、心律失常、心功能不全等表现。其中STEMI 5例(主动脉夹层1例),NSTEMI 1例,UA 2例,心源性猝死1例。

1.2 急救 (1)立即安置在冠心病监护病房(CCU),行心电图、血压、呼吸监护并做好记录。吸氧有利于提高血氧含量(氧流量2 L/min),改善缺血心肌的氧供,从而限制梗死范围的扩大。绝对卧床,谢绝探视,保持环境安静,防止不良刺激。急性心肌梗死(AMI)常伴有烦躁不安、恐惧感或濒死感而使梗死范围扩大,加重病情。应用吗啡肌内或静脉注射,以达到有效的止痛效果,能减少梗死范围扩大和并发症的产生。(2)9例均给予扩张冠状动脉、

抗凝、抗血小板及他汀类药物。口服硝酸酯类:舌下含服硝酸甘油0.3~0.6 mg或硝酸异山梨酯5~10 mg,血管紧张素转化酶抑制剂及静脉滴注硝酸甘油等治疗,并即刻给予口服肠溶阿斯匹林、低分子肝素皮下注射等。(3)在以上治疗的基础上,其中4例进行溶栓治疗,均在症状发作后12 h内进行,伴有主动脉夹层的AMI患者禁忌溶栓,NSTEMI也禁忌溶栓。溶栓前后记录心电图ST-T的改变。尿激酶150~200万u溶于生理盐水100 ml中,于30 min内静脉滴注。溶栓后给予肝素12 500 u加生理盐水500 ml输液泵滴注,监测凝血三项、心肌酶谱。

1.3 结果 除1例在48 h内死亡外,余8例通过心电图检查,止痛、溶栓、扩血管、抗凝、抗血小板聚集等处理后,患者转危为安。心电图示:抬高的ST段及QRS波群予以纠正,心肌酶、心肌肌钙蛋白也趋于正常。

### 2 护理

2.1 CCU重点观察及治疗 疑为ACS患者经急诊初步诊断后立即送入CCU,立刻吸氧、心电、血压、血氧饱和度监测,迅速建立静脉通道,床旁监测心肌损伤标志物,如心肌酶谱和肌钙蛋白。因为心电图的检查和心电监护是ACS诊断和治疗的基石,对于ACS患者的诊断、危险分层和预后估计均有指导意义<sup>[3]</sup>。备好急救器械和药品,必要时行心电除颤抢救。及时用药,随时做好抢救准备,制定特别护理计划。护理人员必须加强对有关ACS疾病知识的理解,掌握ACS的诊治规程及心电图的操作技术。以保证抢救诊断、治疗、护理过程的顺利进行。

[收稿日期] 2010-03-05

[作者单位] 贵州省六盘水市第二人民医院 内科,553400

[作者简介] 郭荣贞(1970-),女,彝族,主管护师。

2.2 用药后的观察 配合医生诊疗策略,严密监测内科药物治疗对生命体征的影响及支持,熟练掌握 ACS 所需药物剂量、作用和使用方法,使其副作用降低到最低限度,密切观察药物:如扩血管药物、硝酸酯类、降低心肌耗氧量药物、 $\beta$ 受体阻滞剂、控制冠状动脉痉挛药物、钙拮抗剂等对血液动力学的反应。严密监测心率、心律、血压、药物的滴数及副作用和有无出血倾向。一般再灌注性心律失常多发生在溶栓后 30 min 左右,发生死亡危险多为最初数小时内,最常见原因为严重心律失常或休克。因此,对梗死范围大、程度重的 AMI 患者早期护理要高度重视,及时捕捉心电图的瞬间变化,以便及时有效处理心律失常。尿激酶属促纤维蛋白溶解剂,能使血栓及血浆中纤溶酶原被激活,由此会引起出血倾向,故需严密观察。因此,溶栓治疗应密切观察凝血三项、血常规,要求静脉穿刺一次成功,静脉输液通道及采血通道要使用静脉留置针,以避免静脉用药及抽血检验时反复穿刺增加出血危险性。

2.3 饮食与通便 饮食宜清淡、易消化、产气少、富含维生素、优质蛋白质及纤维素的食物。每天保证必需的热量和营养,少食多餐,每次量不超过 200 ml,可预防血容量不足,同时也要避免因过饱而加重心脏负担,忌烟酒。因此要严格限制甜食,少吃含胆固醇高的食物,如动物内脏、肥肉和巧克力等。心功能不全和高血压者应限制钠盐摄入,同时准确记录出入量。故要保持排便通畅,用力排便将使腹压和血压升高,机体耗氧量增加,易诱发心绞痛、心肌梗死、脑出血而危及生命。急性期绝对卧床休息,护士应指导患者床上排便。如发生便秘应多吃香蕉及富含粗纤维的食物,必要时使用缓泻剂或开塞露塞肛。

2.4 心理护理 ACS 患者发病急,病情不稳定,疼痛难忍,患者常出现恐惧、紧张、烦躁的情绪,这种情绪可使交感神经兴奋,血液中儿茶酚胺分泌增加<sup>[4]</sup>。医护人员要以和蔼的态度与患者进行有效沟通交流,以增加患者安全感与信任感,争取获得患者及家人支持,做好心理护理。要保持治疗环境安静、舒适。让患者在一个宁静、舒适的环境里治疗康复。

2.5 记录准确的时间 在急性期每张检验单要记录抽血时间点,心电图描记的时间点、病情变化的时间点、准确做好记录,以便前后对照,判断演变的过程。

2.6 重视个体化护理 因患者的文化背景及疾病演变的过程及时期不同,其临床特点及疾病的发作规律也有异,所以,培养 CCU 专职护士对 ACS 患者能有较好的洞察力及分析能力,取舒适卧位以满足心理需求,做好全面、动态、连续性观察护理,达到最

大的满意度。

2.7 预防并发症 冠状动脉供血不足和缺乏运动均导致机体吸氧能力减退,肌肉萎缩和氧气代谢能力降低,从而限制全身运动耐力。对于卧床时间较长的患者应定期作肢体被动活动,加强肢体关节的被动活动及肢体的血液循环,避免肢体血栓形成及心律失常、心力衰竭的发生。

2.8 健康教育 冠心病与生活行为方式及营养因素有密切的关系。要大力宣传和普及冠心病知识,去除发病诱因,养成健康的生活方式,识别 AMI 的前驱症状,尽早就医;患者一旦确诊 AMI,应争分夺秒地争取有效的救治。对于 UA 经治疗病情稳定,出院后应继续强调抗凝、降脂治疗以促使斑块稳定,而达到病情的缓解。告知患者定期复查心电图、血脂、血常规等。

### 3 讨论

ACS 是冠状动脉不稳定斑块的临床症候群,其死亡率高,预后恶劣。如斑块出血、斑块纤维帽出现裂隙、表面有血小板聚集或刺激冠状动脉痉挛,导致缺血性心绞痛,虽然也可因劳力负荷诱发,但终止后胸痛并不能缓解。甚至可以使冠状动脉完全闭塞。有资料<sup>[2]</sup>表明,因肥胖、吸烟、高血压、高脂血症、高胰岛素血症引起的糖耐量异常,局部炎症细胞的浸润以及全身性炎症,是导致冠心病的主要原因。因此在急性期通过密切监测生命体征、心率、心律、心电图、血清心肌酶学等的改变,配合药物治疗并进行系统个性化护理,如条件允许应进行介入手术,以保证急性期临床治疗的效果,改善预后。而护理人员更应该保证临床急救护理工作的迅速和顺利的开展,保证医疗安全,减少医疗失误和差错,尽量化解医疗纠纷。

近几年来,AMI 的治疗取得了很大进展,但预防工作一直是薄弱环节,以至其发病率呈上升趋势,预防 AMI 的发生和发生 AMI 后能否得到及时有效的救治是护理健康教育的重要环节。

#### [参 考 文 献]

- [1] 邓世周,王兵,郭荣华,等.急性冠脉综合征的研究进展[J].中华实用医药杂志,2004,4(8):701-703.
- [2] 胡大一,赵明中.急性冠状动脉综合征的危险分层与治疗进展[J].河北医药,2002,24(5):351-353.
- [3] 黄元铸,王志荣.急性冠状动脉综合征的识别、早期处理及危险度分层[J].中国临床医生,2002,30(9):3-5.
- [4] 辛星,孙燕.急性冠脉综合征的心理护理体会[J].现代中西医结合杂志,2008,17(6):953-954.

(本文编辑 刘畅)