

急性心肌梗死行急诊冠脉介入治疗的护理

信千千

胜利油田中心医院心血管内科 山东东营 257000

摘要：随着医学技术的飞速发展，冠状动脉介入治疗（PCI）心肌梗死成功率明显提高且并发症下降，心肌梗死发生后最短的时间内使闭塞的冠状动脉再通，心肌得到再灌注，使濒临死亡的心肌得以存活或使坏死范围缩小，保护和维持心脏功能，使患者不但能躲过危险期而且康复后还能保持尽可能多的有功能心肌，对梗死后心肌重塑及预后极为有利。介入治疗是目前最积极的治疗措施，具有危险小、手术简单、效果肯定的优点。

关键词：急性心肌梗死；冠脉介入；护理

1 临床资料

本组病例 106 例，男 82 例，女 24 例，年龄 30~82 岁，平均 56 岁，均胸痛发作 6 h 入院，心电图表现符合 AMI。其中下壁梗死 40 例，下壁及右室梗死 16 例，广泛前壁 26 例，前间壁 15 例，合并心源性休克 5 例，室性心动过速 2 例，二度房室传导阻滞 2 例。

2 护理

2.1 术前准备

2.1.1 心理准备急性心肌梗死患者有强烈的濒死感，患者恐惧、焦虑，这种紧张情绪会引起血压升高，心率加快，从而增加心肌耗氧量，加重心脏负担，因此术前的心理护理尤为重要。首先，要耐心倾听患者的感受，允许患者释放自己的恐惧和焦虑，根据患者不同的文化层次，用恰当的语言安慰患者，向患者介绍手术过程、应注意的事项，增加患者的安全感，稳定情绪，愉快地接受治疗。

2.1.2 患者的准备术前口服抗凝药物，嚼服阿司匹林 0.3 g，抵克力得 0.75 g，术前 30 min 口服安定 2.5 mg，双侧腹股沟区备皮，了解股动脉、足背动脉搏动情况，了解药物过敏史，做碘过敏试验、青霉素皮试，术前排空膀胱，以免术中排尿影响操作。术前常规检查血、尿常规、出凝血时间，肝、肾功能，常规做十二导联心电图，心脏超声检查。

2.2 术中护理

建立左下肢静脉通路，连接心电监护，吸氧，准备各种抢救药物，尤其是抗过敏、抗心律失常药、抗心绞痛药物。在发生心血管急症时，能反应敏捷，迅速有效地参与抢救。常备气管插管设备、临时起搏器、除颤器，

接好电源，打开开关，准备好盐水纱布，使其处于备用状态。术中严密观察心电监护情况，及时发现病情变化，急性心肌梗死时心电不稳定，冠脉再通时易发生再灌注心律失常，术中患者出现胸闷、胸痛可舌下含化或静滴硝酸甘油等药物，血压增高时给予心痛定，室颤、室速时立即配合医师实施电复律、胸外心脏按压、气管插管等抢救措施。

2.3 术后护理

2.3.1 病情观察与护理术后将患者安置于 CCU 24 h，严密心电监护，观察生命体征变化，注意有无心律失常，监测凝血酶原时间（PT），严密观察有无心绞痛复发、股动脉伤口出血、足背动脉搏动是否良好，如有异常及时报告。术后绝对卧床 24 h，护士应协助患者进行下肢按摩以防止静脉血栓形成。患者术中使用造影剂会加重心脏的负担，需大量输液以尽快排出体外，嘱患者多饮水，以利造影剂尽快自尿中排出，并注意观察患者的尿量、颜色及性质。

2.3.2 伤口出血的预防及护理术后 4~6 h 患者病情稳定即可拔管，拔管后绷带加压包扎，沙袋压迫 6 h。护士在巡视病房时注意观察足背动脉搏动情况、肢端皮肤颜色及温度。6 h 后若伤口无渗血可松解绷带，协助患者在床上做下肢被动运动。24 h 后可在床边活动，48~72 h 可下床活动。

2.3.3 预防拔除股动脉鞘管时可能发生的低血压休克及冠脉痉挛严格抗凝治疗后，股动脉伤口止血难度大，拔管后须立即压迫止血，但若用力过度或右冠脉病变，可致迷走神经反射性心动过缓，使回心血量减少发生休克。伤口剧痛，可使心率增快或发生冠脉痉挛，故须根据病情，备好抗心律失常、升压、解痉、扩血管的

药物。出现迷走神经反射时可加快输液速度，立即静注阿托品，静滴多巴胺、多巴酚丁胺，同时减轻按压伤口的力度，患者血压、心率可恢复正常。

2.3.4 支架内血栓的预防支架植入术后最严重的并发症是急性和亚急性血栓形成，术后注意抗凝治疗，有效抗凝的指标是PT要达到并维持24 s。一般用低分子肝素：术后6 h开始，下腹壁皮下注射低分子肝素钙5 000 U，每12小时1次，连续7~10 d。低分子肝素不仅能达到有效抗凝的目的而且大大减少了支架术后穿刺部位出血性并发症。术后指导患者坚持按医嘱服用阿司匹林、抵克力得或华法令等抗凝剂1~3个月，每周查

PT，调整剂量。注意牙龈及皮肤黏膜有无出血倾向。

3 健康教育

心肌梗死患者远期存活与年龄、性别、急性期病情、部位等因素有关，还与患者的生活方式有关。健康教育应循序渐进的讲解，在饮食、活动等方面给予科学的指导，患者维持正常体重，食用低胆固醇膳食，严禁暴饮暴食，少量多餐，清淡饮食，多食蔬菜、水果，保持大便通畅，不要用力排便，因用力排便时腹压增高，使回心血量增加，加之屏气、用力使心肌耗氧量增加，心脏负担加重。因此积极预防便秘，参加一定的体育活动，保持乐观的生活态度，不吸烟、不饮烈性酒。

结束语

AMI的重要治疗手段是急诊PCI，可使梗死相关血管的迅速重建，缩小梗死面积，降低心肌梗死的死亡率。AMI急诊PCI具有在通率高平均91%，冠脉开通时间早、残余狭窄晓、死亡率低等特点。AMI急诊PCI的时间窗不超过6~12 h，以6 h内最佳。而且急诊PCI技术要求高，风险大，由于大面积的心肌缺血和坏死容易发生心律失常等严重并发症。因此技术的迅速准备、术中的密切配合以及术后精心护理是保证手术成功的关键。

对106例急诊PCI患者，分别采取充分的术前准备，建立可靠的输液通路，备齐抢救药品和物品，对患者进行心理指导，缓解患者焦虑，确保患者情绪稳定，保障手术顺利实施。患者在全程监护的情况下送达导管室。术中与医生密切配合，严密观察病情变化，造影过程中，由于造影剂和导管的刺激，以及导管嵌顿等情况，极易

引发心律失常，7例室颤，由于观察和抢救及时，6例抢救成功，1例由于患者是3只血管病变，且伴有心原性休克抢救无效死亡。术后护理工作重点积极预防和处理术后并发症。本组106例术后均无严重并发症发生，护理效果满意。

参考文献

- [1] 胡大一，马长生. 心脏病学实践 2002- 规范化治疗. 人民卫生出版社，2002:271.
- [2] 周微. 急诊经皮冠状动脉腔内成形加支架置入术介入治疗老年AMI的护理. 现代护理，2001，8(59):9-10.
- [3] 马亚新实用介入心脏病学湖北科学技术出版社 2002，1(5):36.