急性心肌梗死行急诊PCI的全程护理体会

【摘要】：目的 总结急性心肌梗死行急诊PCI治疗的全程护理体会。方法 对56例因急性心肌梗死在我院行急诊PCI治疗的患者实施全程护理，包括术前护理、术中护理和术后护理等。结果 56例患者均顺利完成手术，效果显著，术后恢复较好，均康复出院。结论 高质量的全程护理对于保证急性心肌梗死行急诊PCI手术安全，促进术后康复具有重要价值。

　　【关键词】：心肌梗死 急诊PC 全程护理

　　急性心肌梗死是临床常见危急症，起病急促、病情恶化快，如不及时治疗，可导致心源性休克、心律失常、心脏骤停等并发症，是冠心病患者死亡的重要原因.恢复缺血区心肌供血是心肌梗死最有效的治疗手段，目前治疗方法主要有药物扩张血管治疗与手术治疗，其中手术治疗包括经皮冠状动脉介入术（percutaneous coronary intervention,PCI）与冠状动脉搭桥术。缺血区冠状动脉再通越早，获益越大，相较冠状动脉搭桥术，急诊PCI快速、成功率高，已成为急性心肌梗死首选治疗方式.但在心肌梗死急性期病情较重、病情变化快、手术风险高，高质量的全程护理成为提高手术成功率、降低死亡率、改善预后的重要保证.为此，我院对2017年1月-2019年6月接受急诊PCI治疗的56例心肌梗死患者实施全程护理，保证了手术成功率，改善了疾病预后，现报道如下。

**1 临床资料**

**1.1 一般资料**

　　56例患者中，其中男性37例，女性19例，年龄35岁-83岁，平均（54.7±10.8）岁，发病时间2 h-12h,平均（4.3±1.7）h.心肌梗死部位位于前壁27例、前间壁6例、广泛前壁9例、下壁9例、下壁合并右室3例；排除凝血功能异常、精神异常、拒绝PCI治疗的患者。

**1.2 结果**

　　56例患者中术前室颤5例，术中室颤8例，经相应治疗后全部复律成功；窦性心动过缓与III度房室传导阻滞11例，予以药物与起搏器治疗后好转。56例中，经桡动脉路径53例，股动脉路径3例。56例患者均顺利完成手术，狭窄血管得以扩张，缺血区心肌血运恢复良好，胸痛、胸闷得到改善，平均住院（9.6±2.3）d,未发生死亡病例。

**2 护理**

**2.1 术前护理**

**2.1.1 心理护理**

　　急性心肌梗死发病突然，胸痛、胸闷症状明显，病情进展迅速，严重者出现濒死感，加之发病前接触相关心肌梗死的负面报道，导致患者产生心理负担与不良情绪，加重病情，不利于手术。患者家属对手术安全性、预期效果、高昂手术费用的担心，产生的不良情绪进一步感染患者，导致患者负面情绪加重。因此，护士因配合医生根据患者病情、心理状态、家庭经济状况、疾病的认知等予以解释、交流，加强沟通，详细介绍PCI手术的原理、效果、手术医生的资质、取得的成绩以及手术相关费用、医保报销政策等，缓解患者负面情绪，减轻其心理应激反应.

**2.1.2 术前准备**

　　协助患者完善术前检查，如血常规、心肌酶谱、肌钙蛋白I、凝血功能等检查，在检查前详细告知检查目的、注意事项，使患者配合执行。口服阿司匹林300mg,氯吡格雷300 mg-600 mg或替格瑞洛180 mg,阿托伐他汀20 mg或瑞舒伐他汀10 mg.依据手术部位进行备皮，选择左侧肢体静脉建立静脉通路；联系导管室，依据急诊PCI流程开通绿色通道，在心电监护、吸氧状态下全程、安全护送患者至导管室；备足抢救药物与设备，如利多卡因、多巴胺、异丙肾上腺素、去甲肾上腺素、阿托品与除颤仪、心脏起搏器、呼吸机等，出现突发事件时随时就地抢救患者.

**2.2 术中护理**

**2.2.1 重症监护**

　　病人进入导管室后，讲解导管室的环境、设备，手术流程、注意事项及如何配合等，缓解患者紧张情绪，使患者积极、主动配合，快速、安全完成手术；常规吸氧、心电监护，监测呼吸、血压、有无心律失常等，随时做好抢救准备工作。

**2.2.2 病情观察**

　　术中由医生进行介入手术操作、血管穿刺、冠状动脉造影、冠脉内给药、球囊扩展、血栓抽吸、支架植入等。护士严密监测患者心率、心律、血压、ST-T改变等，如出现血压降低、室性心律失常等异常情况及时汇报医生，并准确执行医嘱，采取相应干预措施。如本组中有8例（其中7例为右冠状动脉）病人PCI术后出现室颤，立即遵医嘱给予胺碘酮150 mg溶于生理盐水15 min内静脉滴注、非同步电除颤治疗后恢复窦性心律；11例患者出现窦性心动过缓、III度房室传导阻滞，其中6例给予临时起搏器植入，5例经阿托品、缺血预适应处理后好转，均顺利完成手术。13例患者出现血压降低，经多巴胺、去甲肾上腺素等处理后12例血压上升，顺利完成手术，1例在IABP支持下完成手术，术后第4天血压稳定，停用并拔出IABP.

**2.2.3 心理支持**

　　术中病人因环境的陌生、术中医护人员讨论病情、操作时间较长等原因易产生恐惧、无助心理，尤其是电除颤后极易产生强烈的恐惧感。护士因及时告知手术进展情况，所采取治疗措施的原因，手术成功后及时让患者知晓，减轻患者恐惧感，降低患者因应急导致的身心变化。

**2.2.4 护理记录**

　　准确记录手术过程、使用的药物与器械、抢救过程，患者术中的病情变化，如意识、心率、心律、血压、胸痛与胸闷症状、门-球时间等。

**2.3 术后护理**

**2.3.1 术后监护**

　　在监护下护送患者回冠心病监护病房，持续心电、血压、指脉氧监护，监测病人24 h出入量，指导病人适量饮水，促进造影剂排泄。

**2.3.2 穿刺部位护理术后拔除桡动脉鞘后立即利用止血器**

　　充气12 mL-15 mL进行加压止血，2 h放气2 mL,如无渗血情况，1 h-2 h放气2 mL,直至放完，12 h-24 h解除压迫。对于出血患者给予重新包扎止血，局部沙袋压迫6 h,限制活动24 h;前臂疼痛、肿胀、青紫患者给予硫酸镁湿敷。

**2.3.3 心功能不全护理**

　　急诊PCI治疗术后易发生心功能不全，尤以前壁心肌梗死为著。因此PCI术后应观察病人有无咳嗽、呼吸困难、肺部湿性啰音、颈静脉怒张等心功能不全情况，如出现及时遵医嘱用药处理。本组5例出现心功能不全，经积极处理后好转。

**2.3.4 心律失常护理**

　　急性心肌梗死行急诊PCI患者，因不良情绪、病痛、术中使用大量造影剂、缺血心肌细胞再灌注等原因，术后易发生心率失常，加重病情，影响手术效果，甚至导致患者死亡。因此，术后要密切观察心率、心律变化情况，如果心电监护出现频发室性早搏、多源性室性早搏、室性心动过速、各种缓慢性心律失常等，要及时汇报主治医师，并遵医嘱及时处理。

**2.3.5 生活护理**

　　指导病人合理膳食，如低盐低脂饮食、少食多餐、营养均衡；适度多饮水、多摄入粗纤维、维生素，预防便秘；便秘患者可给予聚乙二醇4000口服、开塞露灌肠等，避免排便时过分增加腹压；病房环境保持安静让患者充分休息，合理安排亲属探视时间，禁止上呼吸道感染亲属探视患者；对存在术后焦虑的患者给予针对性心理疏导。

**2.3.6 康复指导**

　　患者病情稳定后，依据患者体质、心功能状况、兴趣爱好等指导患者进行康复锻炼，改善心功能，如步行、骑车、游泳等，逐步提升运动量；进行冠心病二级预防教育及用药、生活指导。

**3 小结**

　　急性心肌梗死患者行急诊PCI治疗，可以及时、有效地恢复缺血心肌血液供应，挽救濒临坏死的心肌，阻断疾病进展，改善疾病预后，提高患者的生活质量。但由于急性期病情重、病情变化快、技术风险较高，对医护人员的技术及配合程度要求很高，对急诊PCI患者实施快速的术前准备、准确的术中配合、严密的术后观察、不断的心理支持等高质量的全程护理，可以保证手术成功，促进病人术后康复。

**参考文献**

朱雪理。临床护理路径在急性心肌梗死患者急诊PCI绿色通道中的应用[J].中国现代医药杂志， 2019, 21（6）：92-94.

赵青青，赵素玉，毛素芳，等。全程护理干预在急性心肌梗死患者行急诊PCI术治疗的效果分析[J].中国现代医生， 2017, 55（22）：137-140.

陈爱娣。全程优化护理对急性心肌梗死急诊PCI患者急诊时间、治疗效果的影响分析[J].心电图杂志（电子版）， 2018, 7（2）：306-307.

罗锡慧，杨正波，韦丽，等。急诊PCI在治疗急性心肌梗死的全程护理分析[J].系统医学， 2018, 3（17）：181-183.

黄志庚，李冬欣。优化AMI患者急诊PCI术前护理管理[J].中国实用医药， 2018, 13（30）：158-159.