

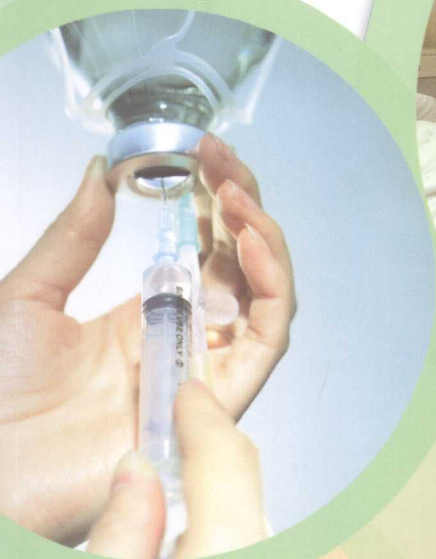
专科护理丛书

名誉总主编 林菊英

总主编 郑一宁 吴欣娟 丁炎明

实用心血管内科护理及技术

郝云霞 高瑞雪 主编



科学出版社

www.sciencep.com

专科护理丛书

名誉总主编 林菊英

总 主 编 郑一宁 吴欣娟 丁炎明

实用心血管内科护理及技术

郝云霞 高瑞雪 主编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书全面介绍了心血管内科护理的知识,围绕目前越来越受医护人员及普通百姓重视的心血管疾病,以国际、国内心血管疾病护理领域的规范为基准,结合在临床护理工作中的实际经验,做到理论与实践、基础护理与高水平护理并重,可作为各层次心血管内科护理人员的参考读物。

图书在版编目(CIP)数据

实用心血管内科护理及技术 / 郝云霞,高瑞雪主编. —北京:科学出版社,2008

(专科护理丛书 / 郑一宁,吴欣娟,丁炎明总主编)

ISBN 978-7-03-021317-4

I. 实… II. ①郝…②高… III. 心脏血管疾病—护理 IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 031684

策划编辑:黄 敏 / 责任编辑:向小峰 / 责任校对:张 琪

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 4 月 第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008 年 4 月 第一次印刷 印张:8 3/4

印数:1—3 000 字数:193 000

定价:28.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)



《专科护理丛书》编委会

名誉总主编
总主编
顾问
主审
编委

林菊英

郑一宁

沈 宁

蔺惠芳

(按姓氏汉语拼音排序)

陈 征

丁玉兰

郝云霞

金 颖

李秀娥

马燕兰

史 学

王彩云

吴欣娟

杨 莘

郑一宁

吴欣娟

李秀华

陈建军

董亚秀

高瑞雪

李春梅

李银雪

秦彦荣

宋金兰

王建荣

徐 波

张春燕

丁炎明

孙 红

丁 玥

段 杰

高小雁

李春燕

刘秋云

任 珍

孙 燕

王丽华

薛 岚

张洪君

丁炎明

韩 杰

姜 梅

李庆印

马双莲

石 丽

王 兰

王立新

颜 霞

赵玉芳



《实用心血管内科护理及技术》编写人员

主 编 郝云霞 高瑞雪

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

白冰冰 阜外心血管病医院

卞 瑾 阜外心血管病医院

高瑞雪 北京安贞医院

郝云霞 阜外心血管病医院

吕 蓉 阜外心血管病医院

马海霞 北京安贞医院

魏金玲 北京安贞医院

严婷婷 北京安贞医院

张 辰 阜外心血管病医院

张 炜 阜外心血管病医院

张晓梅 北京安贞医院

赵冬云 阜外心血管病医院

周美华 阜外心血管病医院

周建军 北京安贞医院

朱秀纯 北京安贞医院

专科护理丛书

序

护理学是医学科学理论体系中的一门独立学科,研究内容和范围与自然科学、社会科学相互交融、相互渗透。目前,护理学无论在其内涵和外延上都向更深、更广的方向发展。因此,当前对护理学新理论和新技术的研究已成为一个重要的课题,亦引起世界各国护理界的高度重视。编写《专科护理丛书》的思路是在社会进步与医学科学发展的需要和新时期护理学科进步的大背景下产生的。

《专科护理丛书》的编写是以护理基础理论、基本知识、基本技能为框架,重在体现以人为本的宗旨,结合新的护理理念,更深层次地探讨、论述临床各专科护理的理论知识、技能与前沿发展。丛书共24个分册,内容组织上以生理系统为主线,分专科编排,并体现系统性、创新性和实用性;结构上注重图文并茂,除文字叙述外,还运用了流程图、图解等形式,更增加了可读性。丛书作者均是来自北京市各具特色的三级甲等医院的临床护理专家,对于各专科护理理论、护理技能的进展的论述具有权威性和指导性。

《专科护理丛书》体现了系统性、科学性和严谨性,内容丰富,同时具有实用性和可操作性等特点。为此,在“5·12”护士节到来之际,谨向全国护理界的同仁推荐此套丛书。

由于是编写我国首套《专科护理丛书》,在借鉴国外资料时需进行本土化的整理,加之资源有限和经验不足等原因,编写存在一定的难度,作者付出了艰辛的劳动,在此,我向她们致以深深的谢意!亦因同样的原因,丛书的缺点乃至错误在所难免,欢迎护理界同仁批评指正,使其逐步完善。



2008年4月



《专科护理丛书》编委会

名誉总主编 林菊英
总主编 郑一宁 吴欣娟 丁炎明
顾问 沈宁 李秀华 孙红
主编 蔺惠芳
编委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈征	陈建军	丁玥	丁炎明
丁玉兰	董亚秀	段杰	韩杰
郝云霞	高瑞雪	高小雁	姜梅
金颖	李春梅	李春燕	李庆印
李秀娥	李银雪	刘秋云	马双莲
马燕兰	秦彦荣	任珍	石丽
史学	宋金兰	孙燕	王兰
王彩云	王建荣	王丽华	王立新
吴欣娟	徐波	薛岚	颜霞
杨莘	张春燕	张洪君	赵玉芳
郑一宁			

专科护理丛书

前言

护理学是将自然科学与社会科学紧密联系起来的为人类健康服务的综合性应用学科。它以自然科学、社会科学为基础,以基础医学、心理学、伦理学、行为学、社会学、管理学、教育学等理论为指导,并结合本专业的特点形成护理学独特的理论体系和实践体系。近年来,随着医学模式的转变、疾病谱的变化和社会的进步,医学科学不断向前发展,护理学也广泛开展了许多新技术与新业务,护理模式由单一疾病护理扩大到预防保健、康复等多元化服务,护理对象由住院病人个体扩展到社会的健康人群,护理服务的范围由医院扩展到社区。而且,近年来,随着人民生活水平的不断提高,人们对健康的认识不断深入,需求越来越细、越来越高,对生存和生命的价值更加重视,因此,也就对护理工作寄予了更高的期望和要求。

在临床护理实践中我们感到,广大临床护理工作非常渴求和盼望能有一本集当今各专科护理理论、护理技能发展最前沿的知识于一体,并对各专科临床护理实践及技能予以指导的专业参考书。因此,在科学出版社的精心策划下,我们组织北京市护理界的专业人员编写了《专科护理丛书》。本套丛书以护理基础理论、基本知识、基本技能为框架,重在体现以人为本的宗旨,并结合新的理念,更深层次地探讨、论述各专科相关的理论知识、护理技能与前沿发展。

本套丛书共24个分册,可供从事临床各专科护理的人员阅读,并从护理理论及技能上给予具体指导。本套丛书的特点:第一,内容组织上,以人的生理系统为主线,分专科加以编排,体现系统性、创新性和实用性。第二,结构上注重图文并茂,将文字叙述、流程图、图解等形式相结合,增加可读性、易理解性和易沟通性。第三,思维模式上横向贯穿了现代护理的管理理念及理论,纵向注重实用性、可行性和科学性。本套丛书得到了中华护理学会、北京护理学会理事长的支持和指导,并特邀护理界在学术方面具有威望的护理前辈为主审,保证了本套丛书的科学性、权威性和准确性。

本套丛书的作者均是来自于北京市各具特色的三级甲等医院的临床护理专家和护理管理专家,对于各专科护理理论、护理技能及进展的论述具有权威性、指导性和借鉴性。各位专家分工执笔、通力合作,以崭新的视角和提升的高度进行编排,旨在给读者以引导,并带来获取知识的快乐。在此,对她们的辛勤工作一并表示感谢!当然,由于作者水平有限,在编写中难免有错误和疏漏之处,敬请广大读者谅解。

护理的对象是人,所有的护理工作者都要不断丰富和提高自己的护理理论与技能,更好地为中国的护理事业做出贡献。预祝全国的护理工作者们在自己的工作岗位上取得卓越的成绩。

郑一宁

2008年4月

前言

近年来,随着心血管疾病发病率的迅速攀升以及发病年龄的不断年轻化,人们对该领域疾病的认识在不断地深入,对健康的理解发生了质的变化,健康理念也在不断地更新。但由于目前我国医疗物质资源的不平衡,以及医疗人力资源的相对不足,使得护理工作正在不断接受新的挑战。其中,心血管专科护理以危重症多、疑难杂症多、患者病情变化快等多方面的因素占据了护理工作很大的份额。如何尽快更新护理人员的理念,使其具备扎实的理论及实践能力,为人类的健康提供强有力的护理支持,为患者的安全构筑“基石”,是每一位护理人员的根本责任与义务。

为了更好地使从事心血管内科护理的人员能够在临床工作中拥有可以指导工作的参考书,轻松地应对在工作中遇到的各种问题,我们挑选了从事心血管内科专业护理多年的、拥有丰富临床护理经验的人员编写了这本《实用心血管内科护理及技术》。本书涵盖了心血管内科护理领域的护理理论及实践知识,将目前国际、国内心血管护理专业的规范与流程、治疗护理的新方法与临床实践很好地结合起来,适合从事心血管专科护理的人员阅读。

由于我们编写经验匮乏,组织能力也有限,本书中可能会出现不足之处,恳请护理界的前辈、同仁以及其他广大读者对我们提出建设性的意见,以便于我们将来利用再版的机会进行改正。

编者

2008年4月

目 录

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	(1)
第一节 急性心肌梗死病人的护理	(1)
第二节 经皮冠状动脉介入治疗病人的护理	(8)
第三节 急性心肌梗死、介入术后病人出院指导	(13)
第二章 心力衰竭病人的护理	(15)
第一节 心力衰竭概述	(15)
第二节 急性心力衰竭病人的护理	(17)
第三节 慢性心力衰竭病人的护理	(19)
第四节 心脏移植病人术前护理	(22)
第三章 心律失常病人的护理	(25)
第一节 心律失常概述	(25)
第二节 临床常见心律失常的护理及治疗进展	(29)
第三节 电复律病人的护理	(43)
第四节 人工心脏起搏病人的护理	(47)
第五节 电生理检查及射频消融术病人的护理	(54)
第四章 心肌病病人的护理	(56)
第一节 扩张型心肌病病人的护理	(56)
第二节 肥厚型心肌病病人的护理	(59)
第三节 限制型心肌病病人的护理	(63)
第四节 致心律失常性右室心肌病病人的护理	(65)
第五节 心肌致密化不全病人的护理	(67)
第五章 高血压病人的护理	(69)
第一节 原发性高血压病人的护理	(69)
第二节 继发性高血压病人的护理	(74)
第三节 主动脉夹层病人的护理	(84)
第六章 肺血管病病人的护理	(88)
第一节 肺血栓栓塞病人的护理	(88)
第二节 肺动脉高压病人的护理	(95)



第七章 瓣膜性心脏病病人的护理	(101)
第一节 二尖瓣病变	(101)
第二节 主动脉瓣病变	(103)
第三节 三尖瓣病变	(104)
第四节 瓣膜性心脏病病人的护理	(105)
第八章 先天性心脏病介入治疗病人的护理	(110)
第九章 感染性心内膜炎病人的护理	(113)
第十章 心包疾病病人的护理	(119)
第十一章 梅毒性心血管病病人的护理	(125)

第一章

冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理

第一节 急性心肌梗死病人的护理

一、概述

急性心肌梗死(AMI)指由于冠状动脉急性狭窄或闭塞,供血持续减少或终止,所产生的心肌严重缺血和坏死,见图 1-1。其主要病理生理机制是在冠状动脉粥样硬化的基础上,由于某些机械原因(如高血压或冠脉痉挛等)诱发了易损性斑块(vulnerable plaque)的破裂和血栓形成,产生了急性冠脉严重狭窄或完全闭塞的结果,见图 1-2。AMI 在中老年多发,男性多于女性,亦可见青年人;AMI 起病急,发病凶险,死亡率高,预后差,是冠心病极危重的表现类型。AMI 的主要死因为室性心律失常(主要是室颤)和泵衰竭,发病后 12 小时内因心室颤动而死亡者约占总死亡者的一半;发病后 6 小时内若不能有效地使梗死相关冠脉再通,则大面积($>40\%$)梗死者多会并发泵衰竭,包括心源性休克和左心功能衰竭,存活者多数演变成慢性心力衰竭。AMI 也是冠心病患者心力衰竭形成的主要原因。

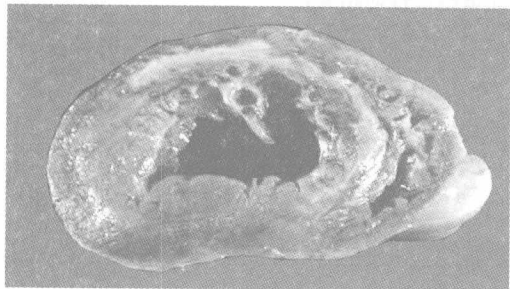


图 1-1 急性心肌梗死病理图片



图 1-2 冠状动脉粥样硬化出血

二、护理评估

1. 身体状况 询问病人心绞痛发作史、疼痛加重的临床表现特点,疼痛发作诱因、部位、程度、发作频率、疼痛是否放射以及伴随症状,对硝酸酯类药物的反应,评估心律失常的潜在可能性。

前驱症状:急性心肌梗死的病人约 15%~65% 有前驱症状,遇有下列情况应动态观察



心电图及血清酶学变化:①首次心绞痛发作,持续 15~30 分钟或更久,含硝酸甘油效果不佳;②心绞痛近日发作次数、程度及持续时间均明显加重;③疼痛伴有恶心、面色苍白、大汗、头晕、心悸;④疼痛伴有 ST 段明显抬高或压低, T 波高尖或倒置;⑤发作时伴有血压剧增或剧降、心律失常、左心功能不全。

2. 临床症状评估 判断患者是否发生 AMI,主要依靠三个方面:①典型的临床表现,即胸骨后持久而剧烈的疼痛,呈压榨样、窒息或濒死感;②心电图有其特征性改变和动态演变,在 AMI 早期数小时内,ECG 的典型改变是相应导联异常 Q 波、ST 段上抬和 T 波的直立或浅倒,偶见高尖或深倒;③血清心肌酶显著增高。

AMI 的典型症状是持续性心前区或胸骨后或剑突下出现难以忍受的压榨样剧烈疼痛,持续超过 30 分钟;口含硝酸甘油 1~3 片仍不能缓解,伴有出汗、面色苍白和恶心呕吐。通常胸痛可放射到左上肢尺侧,也可向两肩、两上肢、颈部、颌部或两肩胛间区放射。有心绞痛史的患者,AMI 的疼痛部位与心绞痛发作时一致,但程度更重,且持续时间更长,休息或硝酸甘油舌下含服无效。

AMI 不典型症状可表现为胃部、背部、左上肢酸胀和不适,特别是某些老年或糖尿病患者 AMI 时可无胸痛,仅有周身不适、疲乏等非特异性症状和恶心、呕吐、出汗、面色苍白等体征。某些老年 AMI 患者可以急性左心衰竭、高度房室传导阻滞、反复晕厥,甚至心源性休克为首发表现,这些表现往往都伴有恶心、呕吐、面色苍白和大汗淋漓等特征性症状和体征。

3. 辅助检查评估

(1) 心肌损伤标志物:常用的心肌标志物包括肌酸磷酸激酶(CPK)或肌酸激酶(CK)及其同工酶 MB(CK-MB)、肌红蛋白、肌钙蛋白 T 或 I(cTnT 或 cTnI)、乳酸脱氢酶(LDH)和同工酶 LDH₁ 等。

表 1-1 急性心肌梗死后血清酶活性时相变化

酶	开始升高 时间(h)	到达峰值 时间(h)	回到正常 时间(d)	正常高限 (U/L)
GOT	6~8	12~48	3~5	<40
LDH	8~18	24~72	4~16	<250
CK	4~12	12~36	2~4	<54.5
CK-MB	3~6	12~24	1~2	0

(2) 影像检查

1) 床旁 X 线胸片:AMI 时能准确评价有无肺淤血和肺水肿存在、水肿消退情况和心影大小,对诊断心衰时肺水肿有不可替代的重要价值。

2) 床旁超声多普勒心电图:能检出梗死区室壁节段运动减弱、消失、矛盾运动,甚至膨出,还能评价整体收缩功能和心内结构、心包情况,对 AMI 及其并发症的诊断和鉴别诊断有重要价值。

3) 核素心肌灌注显像:虽可检出梗死区充盈缺损,对诊断 AMI 有确诊价值,但不作为常规检查。

4. 心理社会因素评估

(1) 心理状况:冠心病是心身疾病,AMI 患者常有情绪稳定性差、暗示性高、对自身行为



控制能力降低等特点,因而容易出现消极的情绪反应。在发病的不同阶段,患者可出现不同的心理行为反应,其反应特点主要取决于病情轻重、病人的性格、文化教育素养及对疾病的认识,主要反应有以下几点:

1) 恐惧:急性期病人因持久而剧烈的胸痛,有压榨、窒息和濒死感和不敢翻身或不敢睁眼等,且身处陌生的环境如 CCU,亲人的探望又受到限制。这些都会使病人感到紧张、孤独、无助,而产生恐惧心理。此型多见于初发病的患者。

2) 焦虑:病情平稳后,病人开始担心疾病的预后,担心以后是否能恢复正常工作和生活,是否会成为家庭、社会累赘,表现出愁眉苦脸、寡言少语、唉声叹气、无精打采、对疾病失去信心等。尤其是 A 型性格者,事业心强,一旦病倒,即有严重的失落感。

3) 抑郁:若病情严重,症状反复发作或病情恢复较慢时,对家庭、前途和经济开始担心,表现出自卑、缺乏兴趣、情绪低沉、悲伤、过分谨慎等,甚至患上抑郁症。国外有关研究估计心梗死病人住院期间抑郁症的发生率大约在 34%~45%。

注意,心理应激反应很可能是再次诱发和加重 AMI 的重要因素,因此医护人员应善于发现病人情绪和行为反应,并寻找应激源,采取有效的应对措施,如及时给予患者安慰、解释、鼓励。

(2) 社会状况:护士应了解病人的职业、文化、经济条件、家庭的态度、工作单位及其同事的态度,评估并维护家庭和社会对病人的支持程度。良好的社会支持可缓冲 AMI 患者的应激状态,对维护良好的情绪状态具有重要作用。在这些社会支持中,家庭支持显得尤其重要。随着 AMI 患者住院日期的缩短,病人渡过急性期后都需要出院继续治疗、休养,家庭将成为其康复休养的主要场所,病人及其家庭成员需要共同面对疾病给他们带来的改变,家庭支持功能的强弱关系着出院后病人健康质量的高低。

三、护理问题

1. 心肌缺血、缺氧引起——疼痛。
2. 心肌梗死引起——心排血量减少。
3. 潜在并发症——心力衰竭。
4. 潜在并发症——心律失常(分快速型、缓慢型)。
5. 潜在并发症——心源性休克。
6. 潜在并发症——出血。

四、护理措施

1. 一般护理 观察患者生命体征变化、氧饱和度。定时复查心电图、血生化,保证出入量、酸碱、电解质平衡。

2. 加强监测 AMI 早期易发生心律失常、心率和血压的波动。应尽早开始心电图和血压监测,同时注意观察神志、呼吸、出入量、出汗和末梢循环情况。立即建立静脉通道,并保持通畅,及时给药。一般监测时间为三天,有严重心律失常、左心衰或心源性休克者,根据病情延长监测时间。必要时使用全自动除颤仪监测,插入 Swan-Ganz 漂浮导管进行血流动力



学监测和主动脉内球囊反搏(IABP)。

(1) 生命体征监测

1) 神志:定时观察神志变化并准确记录,如休克早期患者因缺氧表现烦躁、激动,后逐渐转为表情淡漠、意识模糊、昏迷,则表明脑缺氧以加重。

2) 血压:血压不稳定患者需数分钟监测一次,血压稳定后根据病情确定间断监测的时间。目前血压监测一般采用无创自动血压监测,对危重患者给予动脉穿刺留置鞘管进行长时间有创(直接)动脉压监测。

3) 体温:每日测四次体温,部分患者在发病后 24~48h,出现体温升高,一般在 38℃ 左右,持续 3~5 天消退。是坏死组织吸收热。

4) 脉搏与呼吸:可与血压监测同时进行,若出现脉搏细速、呼吸变快应及时与医生联系处理。

(2) 心电图监测:患者进入 CCU 后,即应给予持续心电监测,使心律失常能得以及时发现和治疗,AMI 心律失常在最初 24h 发生率最高,以后几日逐渐减少。严密心电监测须持续 1~3 天,常规完成 12 导心电图,并定好标记。心电监测的综合导联要求有清楚的 P 波,主波(QRS 波群)向上。电极粘贴牢固。监测中发现下列异常情况应及时报告医生:室性早搏 >5 次/分;室性早搏 R-on-T 现象;多源性室性早搏及成对或连续的室性早搏;一度或二度房室传导阻滞;快速心房颤动。

(3) 血流动力学监测:AMI 并有泵功能衰竭者应用漂浮导管(Swan-Ganz)进行血流动力学监测,以了解肺动脉收缩压(PASP)、肺动脉舒张压(PADP)、肺动脉平均压(PAP)及肺毛细血管楔压(PCWP)并通过漂浮导管热稀释法测量心排血量。护士应注意保持管道通畅,每 2h 肝素盐水冲管一次。

3. 吸氧 AMI 患者无论有无并发症都有不同程度的低氧血症。低氧血症是梗死面积扩大的主要因素。吸氧越早越好,方法有鼻导管吸氧法,面罩吸氧法。通常在发病早期用鼻导管给氧 24~48 小时,流量 3~5L/min,减轻气短、疼痛或焦虑症状,有利于心肌氧合。严重低氧血症者经气管插管应用机械通气治疗,根据动脉 PaO₂ 变化调节流量,对伴有 COPD 患者,由于低氧是刺激呼吸的驱动力,因而氧浓度应低些。

4. 缓解疼痛 AMI 时剧烈疼痛可使交感神经过度兴奋,引起心律加快、血压升高和心排血量增加从而增加心肌耗氧量。胸骨后或心前区剧烈疼痛可能伴梗死面积扩大及导致心律失常,应尽早按医嘱处理。由于发病早期可逆性心肌缺血的疼痛和心肌梗死所致的疼痛常混淆在一起,因此要密切观察。一般先给予硝酸甘油含服,随即静脉滴注硝酸甘油。如疼痛不能缓解给予镇痛剂,吗啡为首选止痛药物。伴有慢性阻塞性肺疾病的患者禁用吗啡。吗啡用量为 5~10mg,肌肉注射或静脉注射。哌替定止痛效果较吗啡弱,剂量 25~50mg,肌肉注射。在使用止痛药物过程,护士要注意密切观察患者胸痛的性质、程度、部位、发作频率、持续时间及对止痛药的反应情况,同时注意是否有呼吸抑制及血压下降等情况发生。如剧烈疼痛持续不缓解,可能是心脏破裂的前兆,也可成为促使休克的因素。因此,当患者发作疼痛时应立即报告医生及时处理。

5. 活动量安排 AMI 无并发症患者卧床休息三天,有严重并发症者则需延长,根据患者病情随时调整活动量,逐步提高活动耐力。住院期间的活动是以“不过量”,不会引起再次梗死甚至死亡为基本原则。因此,活动的强度不要很高,时间持续也不要太久。只要能防



治废用的发生和改善心理障碍就可以。

6. 饮食 AMI 患者的饮食以低脂、低胆固醇、高纤维素、高优质蛋白及少食多餐为原则,最初几日以流质饮食为主,随病情好转逐渐改为半流质饮食,选择清淡易消化的食物。

7. 排便 保持排便通畅。由于卧床、食量减少和应用吗啡易引起便秘,因此患者入院后遵医嘱常规适当使用缓泻药物,如通便灵、麻仁润肠丸等药物。对有便意但排便困难者给予开塞露,必要时给予甘油灌肠,以不费力气为原则,因为排便时用力过度会增加心脏负荷,诱发心律失常,甚至导致心脏破裂、死亡。排便过程中应加强心电监测,一旦出现心律失常应及时停止排便动作,并做相应处理。

8. 心理 AMI 是急性事件,会引起患者心理应激。其反应类型及程度取决于病情的轻重、患者的性格、文化素质及对疾病的认识,多表现为紧张情绪、焦虑、疑虑、抑郁等反应。其护理措施一般为:

(1) 创造良好的休息环境,使病房清洁舒适,减少不必要的监护设施及各种机器噪音等应激源。

(2) 建立良好的护患、医患关系,从患者进入 CCU 伊始即应予以安慰。在患者住院过程中应根据病情有计划地进行健康教育,使之了解相关疾病知识,认清自身当前状态,振作精神与疾病斗争。

(3) 护士应具备高度的责任心、娴熟的护理技术,能准确无误地执行各项治疗和对症护理,促进生理功能的改善和疾病的康复,增加患者的安全感。

(4) 做好患者家属工作,交代病情,争取得到充分的理解与合作。探视时间应以时间短、次数多为好,通过家属帮助患者消除孤独感,帮助病人树立战胜疾病的信心。

9. 治疗配合 溶栓治疗是急性心肌梗死治疗中近二十余年的重要进展。血栓形成使冠状动脉急性闭塞,造成心肌严重缺血坏死,及时采取溶栓治疗尽快使血栓溶解,恢复心肌再灌注,挽救濒临坏死的心肌,对维护心室功能、降低并发症的发生、改善预后起到重要作用。临床溶栓疗有两种途径给药,即静脉内溶栓和冠状动脉内溶栓。其中静脉内溶栓需要监护室护士予以配合完成。具体内容如下。

(1) 询问病史、了解病情、取得病人合作。溶栓前应检测酶类及各项有关化验检查,如纤维蛋白酶凝血时间、血常规等。同时协助医生询问病史,以便严格选择适应证。注意观察患者意识及生命体征,评估患者,注意有无禁忌证,如血液病、经常性黏膜出血、消化道溃疡。溶栓前遵医嘱,予以阿司匹林 0.3g 口服。

(2) 建立静脉通路:CCU 护士应尽快为患者留置套管针,建立两条静脉通道。一般选择双侧上肢,一条通道给药,另一条为静脉取血使用,应用正压接头封管。

(3) 用溶栓剂过程中应注意观察以下内容

1) 过敏反应:如发热、荨麻疹、皮肤潮红、关节痛及脉管炎等反应。

2) 低血压状态:溶栓治疗中 5.9%~14.3% 患者出现低血压情况,出现低血压状态时多需扩容或多巴胺治疗。

3) 胸痛缓解的情况及胸痛的性质。

4) 再灌注心律失常:为冠脉再通的间接征象之一,多表现为胸痛明显缓解后出现短暂的加速性自主心律。下壁 AMI 出现一过性窦性心动过缓、窦房阻滞等,也可发生致死性室



型心律失常。再灌注心律失常出现突然,严重时可致猝死,因此要加强监护并做好电转复的准备。

5) 出血倾向:出血是溶栓治疗最主要的并发症。在溶栓治疗期间,由于溶栓、抗凝、抗血小板药物的应用抑制凝血功能,促进纤维蛋白溶解,可引起其他部位出血,应注意观察有无皮肤破损、黏膜、消化道、泌尿道、呼吸道及颅内出血征象,如牙龈出血、鼻出血、痰中带血、呕吐咖啡样液、黑粪、肉眼血尿、皮下血肿或血肿渐大、脑出血时的意识变化,如有异常及时报告医生,由医生给予处理。定时测凝血功能。溶栓次日应复查血常规,纤维蛋白原凝固时间,尿、粪常规等。用肝素等应监测 APTT。

(4) 定时采血监测血清酶学的动态变化,定时做十二导联的心电图。

10. 用药护理

(1) 硝酸酯类治疗

1) 作用机制:对平滑肌有扩张作用,以扩张静脉为主。外周静脉扩张,回心血量减少,左室舒张末压(前负荷)降低。扩张动脉使外周阻力(后负荷)降低。动静脉扩张使心肌耗氧量减少,缓解心绞痛。

2) 不良反应:头痛、面色潮红、灼热、恶心、眩晕、出汗甚至虚脱。偶见皮疹,甚至剥脱性皮炎,极少数情况下,血压大幅度下降,心绞痛症状加剧。

3) 注意事项

A. 静脉使用避光。

B. 禁用于右室急性心肌梗死。

C. 禁用于严重贫血、青光眼、颅内压增高和已知对硝酸甘油过敏的患者。

(2) 抗血小板治疗

1) 作用机制:为抗血小板药,可抑制血小板的释放反应(如肾上腺素、胶原、凝血酶等引起的释放)以及抑制内源性 ADP、5-HT 等的释放。其作用机制是使血小板的环氧合酶(即前列腺素合成酶)乙酰化,抑制环内过氧化物的生成,减少血栓素 A_2 (TXA₂) 的生成,从而抑制血小板的聚集,减少血栓的形成。

2) 不良反应:较常见的为恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛等胃肠道反应;少见的为胃肠道出血或溃疡,支气管痉挛性过敏敏感反应,皮肤过敏反应,肝、肾功能损害,可逆性的耳鸣和听力下降。

3) 注意事项:对过敏,活动性溃疡病或其他原因引起的消化道出血和血友病或血小板减少症患者等具有潜在出血倾向的发热患者禁用。

(3) 抗凝治疗

1) 低分子肝素作用机制

A. 高活性抗 Xa(100 IU/mg)作用。

B. 低活性抗 IIa。

C. 抗凝血酶(28 IU/mg)作用。

D. 不同适应证所需的剂量下,并不延长出血时间。

E. 预防剂量时,对 APTT 没有明显改变,既不影响血小板聚集也不影响纤维蛋白原与血小板的结合。

2) 不良反应:出血、注射点青瘀、血小板减少症,偶见转氨酶增加,局部或全身过敏反应