

经皮冠状动脉介入治疗围术期护理研究进展

樊玲芳 接道雯

上海市同济医院同康十四东普外科肝胆胰 中国上海 200065

摘要: 本文旨在探究急性心肌梗死患者围术期护理研究进展。通过总结目前急性心肌梗死 (AMI) 病人经皮冠状动脉介入治疗手术方法, 急诊经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 围术期的护理要点进行总结陈述, 进而为减少患者不良反应及并发症的发生, 提高患者预后疗效, 促进康复, 为后续临床护理工作提供参考。

关键词: 急性心梗; PCI 术; 围术期护理

1. 引言

急性心肌梗死 (Acute myocardial infarction, AMI) 是由于冠状动脉闭塞, 血流中断, 使部分心肌因严重的持久性缺血而发生局部坏死^[1]。近年来, 我国急性心梗发生率也在不断递增, 发病率高达 45 / 10 万 - 55 / 10 万^[2], 且趋于年轻化, 有专家预计至 2030 年我国 AMI 患病人数可高达 2300 万^[3], 随着介入治疗的迅速发展, 经皮冠状动脉介入治疗 (Percutaneous coronary intervention, PCI) 因其操作简便、风险小、术后恢复快, 能在紧急情况下能迅速起到血管重建、开通血管等许多优点, 如今已广泛应用于心梗治疗, 是目前重建冠脉血运的主要手段^[4], 因此, 本文通过对经皮冠状动脉介入治疗患者的治疗方式、术前、术中及术后护理措施进行综述, 借鉴并总结经验, 旨在为进一步规范并提高经皮冠状动脉介入治疗围术期护理安全提供参考。

2. 急性心肌梗死患者 PCI 治疗方式

2.1 经股动脉穿刺治疗 PCI 穿刺方式一般是经股动脉穿刺和经桡动脉穿刺, 两者各有优缺点, 经股动脉穿刺的解剖位置较深, 术后病人穿刺部位不易固定, 患肢制动不佳, 护理难度大, 加之经股动脉穿刺术后病人卧床时间较长^[5]。经股动脉穿刺的病人血管并发症发生率明显高于经桡动脉穿刺^[6]。

2.2 经桡动脉穿刺 经桡动脉穿刺需要根据患者具体的动脉搏动条件进行选择, 采用 Allen 试验阳性侧为穿刺部位, 阳性侧肢循环好, 有利于提高穿刺成功率^[7]。穿刺完成以后, 置入鞘管, 其作用是可以防止漏血, 在动脉中置入鞘管以后, 操作者可非常方便的通过鞘管置入导管到冠状动脉口, 然后在冠状动脉内进行相应的检查治疗, 包括支架植入^[8]。

3. 急性心肌梗死患者行 PCI 围术期术前护理措施

3.1 心理护理 研究学者在对 120 例行介入治疗的心梗患者的术前主观心理体验调查中发现, 显示紧张焦虑的 54 例 (45.00%), 恐惧者 50 例 (41.67%)^[9]。研究结果显示心梗患者及家属对于突发疾病的往往持恐惧害怕心理。研究学者对于 PCI 术前的急性心肌梗死患者采用个体化心理护理的措施, 通过不同种类的健康的教育, 使之了解 PCI 的重要性及预后及术后预期康复情况等, 可降低急性心肌梗死患者术后并发症发生率, 缓解患者情绪, 改善患者预后, 提升患者护理满意度^[10]。

3.2 健康宣教 术前一般进行口头宣教, 宣教内容可包括患者目前病情发展, 血管情况, 了解术中后可能出现的并发症, 除缓解患者心理压力外, 还应该尊重患者的具体想法, 对于比较抗拒的患者, 可通过与患者家属进行交流, 让患者家属代替护理人员给予安慰解释。

4. 急性心肌梗死患者行 PCI 围术期中护理措施

4.1 室颤护理 PCI 术中常出现室颤, 特别是重症患者室颤发生率^[11]。护士时刻注意观察病人的心电信号, 并对其预测可能发生室颤的高风险因素。当患者出现四肢抽搐、意识丧失、脸色发青等症状时, 应立即进行胸前区叩击, 同时进行心脏按压、电击除颤, 并加强心电监测^[12]。

4.2 低血压护理 在手术前, 应采用中等或较大号的留置针开放静脉通路, 确保药物供给通畅。由于受血管迷走反射、心排血量下降、低血容量等多因素的影响, 患者容易发生低血压, 一般多采用多巴胺, 根据患者血压情况对用药剂量进行调整并根据实际病情决定是否需要补充血容量^[13]。

5. 急性心肌梗死患者行 PCI 围术期术后护理措施

5.1 病情观察 患者术后安全转运至 CCU 继续治疗, 给予患者吸氧, 24h 心电监护仪, 密切观察患者生命体征, 如心率、血压、呼吸、指脉氧、心电图的改变, 注意患者主诉。确认术后患者伤口位置及伤口情况, 定时观察伤口情况变化。

5.2 并发症护理

5.2.1 出血和血肿 临床上常选用弹力绷带加压包扎和动脉止血器压迫止血。但是由于弹力绷带不透明, 无法直接观察穿刺点伤口, 且包扎范围较大, 阻碍血液流通, 增加患者术后肿胀疼痛感。桡动脉压迫器能够调节压力进行加压止血, 外观透明易于观察伤口情况, 两侧无压力, 有利于静脉回流, 减少疼痛和肿胀感。对于桡动脉压迫器得出选择上研究学者总结得出螺旋式与气囊式桡动脉压迫止血器都能有效止血, 但螺旋式桡动脉止血器对周围组织压迫更小, 对皮肤损伤更小。(2) 压迫时间方面研究学者发现选择 2h 内进行首次减压, 持续 6h 后解除压迫预防后续出血效果好, 可预防患者疼痛、肿胀、桡动脉闭塞等并发症。(3) 由于压迫时间长, 容易造成手部血液循环障碍、压迫局部神经, 导致术侧肿胀, 疼痛等情况, 影响术后恢复。研究学者研究发现通过六步手指操, 可以有效减少术后患侧肢体肿胀及疼痛感, 首先进行握拳训练, 接着按摩手指到数指练习到旋手指练习再到触指练习最后分指练习, 术后 20min 后开始, 锻炼 5min, 每次间隔一小时, 直到压迫器完全解除。

5.2.2 桡动脉闭塞 桡动脉闭塞主要是在手术置管过程导致的血管壁的损伤和术后压迫止血中导致血流速度减慢, 而造成血栓形成。国外报道 T R I 治疗后有大约 2% ~ 10% 的患者发生桡动脉闭塞, 与我国发生率相当。研究学者通过对 195 例经桡动脉冠脉介入术后并发症的防治及护理发现, 皮下注射硝酸甘油, 可降低术后桡动脉闭塞发生率。在术前也可选择加用硝酸甘油作为预防, 避免入路的困难。

5.2.3 低血压护理 急性心肌梗死后再次灌注对心肌功能的恢复具有非常重要意义。研究证明当血压 $< 90 / 60$ mmHg 可引起冠状动脉灌注减少, 进而加重心肌缺血。(1) 密切观察患者生命体征变化, 心功能不全者应限制补液速度。(2) 急性期卧床休息为主, 观察患者下肢有无水肿, 观察皮肤情况。(3) 观察患者有无胸闷、气促、心前区不适情况, 及时遵医嘱用药。(4) 密切观察患者血压情况, 遵医嘱使用

多巴胺, 按血压逐渐增减, 保持用药持续性, 大量使用利尿剂后, 应观察患者电解质、肝肾功能变化。

5.3 早期康复 一般在传统观点中认为 PCI 术后患者应长期卧床, 而后缓慢进行少量活动, 可以减轻心肌负担, 但在正因如此, 会降低患者的心肌耗氧量, 并且加重心肌缺氧, 造成不良事件的发生。随着时代发展, 国内学者发现早期下床有利于急性心肌梗死患者恢复心功能, 减少住院时长, 有效预防心脏不良事件的发生, 改善提高患者生活质量。研究学者发现通过心脏康复心脏康复可降低心肌梗死病人 8%~37% 的全因死亡率和 7%~38% 的心血管病死率。因此在日常护理过程中, 更应重视康复护理, 采用循序渐进的活动方式, 通过改变患者的体位, 锻炼骨骼肌肉, 防止躯体僵硬, 加速机体康复, 早日恢复正常生活。

5.4 心理护理 在心理问题对于行急诊 PCI 术患者及家属都十分紧张和焦虑, 16%~25% 的急性心梗患者具有抑郁心理, 严重的抑郁情绪会导致病情加重甚至死亡, 国外研究中使用焦虑 - 抑郁评分表观察 68 例行急诊 PCI 术后 1~3 个月患者的抑郁情况, 发现出院后长期康复治疗, 以及病情的高变化率对患者的身心产生不适, 是抑郁发生的高风险因素。而研究发现抑郁症状的严重程度与植入支架的数量直接相关。正因如此我们更应关注患者的身心健康, 加强与患者的沟通, 了解患者心理情况。

5.5 健康教育

5.5.1 戒烟: 吸烟严重危害中国居民健康, 在《中国吸烟危害健康报告 2020》指出, 中国吸烟人数超过 3 亿。2017 年, 中国吸烟导致的死亡人数为 260 万。而吸烟是急性心梗的重要危险因素之一, 通过戒烟一年可以使心梗再梗死或死亡风险比持续吸烟患者减少 50%。

5.5.2 饮食指导: 严格控制钠、脂肪及胆固醇的摄入, 控制蛋白质的摄入。日常进食以低盐低脂清淡为主, 食盐摄入量 < 5 g/d, 禁止摄入胆固醇含量较高的食物, 如动物内脏。适当增加不饱和脂肪酸摄入, 主要摄入植物蛋白, 控制糖类摄入, 多食用新鲜蔬菜、水果, 确保每日维生素及微量元素摄入。

5.5.3 生活护理: 心梗用力排便时心脏负荷增加, 极易诱发心衰, 严重可导致死亡, 多食用富含粗纤维食物, 增加肠胃蠕动, 每日饮水量保持 1500mL 以上, 每日还可适量饮用蜂蜜水, 有助于润肠通便, 忌辛辣饮食, 确有排便困难情

况时,可以使用开塞露、乳果糖等药物帮助通便。遵医嘱按时服药,不可漏服或多服,如有不适立即就医。

6. 小结

近年来,我国居民心血管疾病的患病率及病死率逐渐上涨,心血管疾病已经成为我国居民死亡的首要原因,同时急性心肌梗死患者的死亡率居高不下不断上涨作为救治心梗的首要方法 PCI 术以其安全性、微创性、简单化的特点成为 40 年来冠心病治疗发展的重中之重。通过良好的围术期护理,可以很大程度改善患者预后,提高生活质量,早日回归正常生活。

参考文献:

- [1]. 贺永超,任虹旭,乔家凯,刘姿君,王颂,沈树慧,孙新磊,刘静. 急性心肌梗死行经皮冠状动脉介入治疗手术围手术期护理探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(07):147+149.
- [2]. 苏懿,王磊,张敏州. 急性心肌梗死的流行病学研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志. 2012;10(4):467-469.
- [3]. 中国心血管健康与疾病报告编写组, 胡盛寿. 中国心血管健康与疾病报告 2020 概要 [J]. 中国循环杂志, 2021, 36(6): 25.
- [4]. Tang X, Yang J, Feng Z, et al. Study of scraping with copper stone based on theory of midnight-noon ebb-flow in angina pectoris with coronary heart disease of qi stagnation and blood stasis[J]. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 2021, 2021
- [5]. 顾晓燕. 冠心病病人 PCI 术后穿刺部位血管并发

症发生现状及相关因素分析[J]. 全科护理,2022,20(25):3582-3585.

- [6]. 张莉,罗卓卡. 风险防范护理干预对控制冠状动脉造影或介入术后患者血管并发症的效果观察[J]. 护理实践与研究,2019,16(21):51-53.
- [7]. 向邱,李小攀,徐素琴. 基于 ALLEN 试验的示指感知定位法在桡动脉采血中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2018.
- [8]. Cook J, Carter A, Goldstein J, et al. Outcomes of a provincial myocardial infarction reperfusion strategy: a population-based, retrospective cohort study[J]. Prehospital and Disaster Medicine, 2020, 35(5): 528-532.
- [9]. 冯婧,张光伟. 心肌梗死介入治疗患者心理状态及护理对策研究[J]. 中国医药导报,2017,14(17):150-152.
- [10]. 程芳,沈光银,李伟,徐珊珊. 个体化心理护理对 PCI 术前急性心肌梗死患者的效果[J]. 河北医药,2022,44(08):1264-1266+1270.
- [11]. 杨士德,梁燕敏,张颖,等. 影响急性下壁心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗术中发生心室纤颤的危险因素分析[J]. 中国中西医结合急救杂志,2019,26(1): 41-45.
- [12]. 邹莹. 急性心梗患者不同路径行 PCI 手术治疗的护理体会及患者康复情况比较[J]. 当代医学,2016,22(27): 93-94.14
- [13]. 谢萍萍,林美丽. 急性心肌梗死行急诊 PCI 术中并发症的观察和预见性护理措施探讨[J]. 心血管病防治知识,2021,10(15): 89-91.