冠心病介入术后病人的护理体会

马慧

摘要

本文探讨冠心病患者行冠脉支架植入术后的护理经验,并以 Gordon 十一项功能性健康评估发现此患者存在的主要护理问题有:疼痛、活动无耐力、有猝死的风险、心肌梗死的风险等护理问题。经由笔者通过相关文献探讨,提供专业的护理计划,期许日后照顾此类病患,能提供更完整的护理评估与措施。

关键词:冠心病;冠脉支架植入术

前言

冠心病是指冠状动脉粥样硬化使血管管腔狭窄或阻塞或(和)因冠状动脉痉挛导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病,统称冠状动脉性心脏病,简称冠心病,亦称缺血性心脏病

冠心病的主要病因是冠状动脉粥样硬化,但动脉粥样硬化的原因尚不完全清楚,可能是多种因素综合作用的结果。认为本病发生的危险因素有:年龄和性别(45岁以上的男性,55岁以上或者绝经后的女性),家族史(父兄在55岁以前,母亲/姐妹在65岁前死于心脏病),血脂异常(低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C 过高,高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C 过低),高血压,尿糖病,吸烟,超重,肥胖,痛风,不运动等。

文献查证

1.冠脉支架植入术定义

经皮冠状动脉介入治疗 (percutaneous coronary intervention, PCI), 是指经心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔,从而改善心肌的血流灌注的治疗方法。

2.介入治疗指征

2.1 对于慢性稳定型冠心病有较大范围心肌缺血证据的患者,介入治疗是缓解症状的有效方法之一^[1]。

2.2 不稳定心绞痛和非 ST 段抬高性心肌梗死的高危患者,提倡尽早介入治疗。高危患者主要包括:反复发作心绞痛或心肌缺血或充分药物治疗时活动耐量低下;血心肌酶指标升高;心电图新出现的 ST 段压低;出现心力衰竭或出现二尖瓣反流或原有反流恶化;血流动力学不稳定;持续室速;6 个月内接受过介入治疗;曾行冠脉旁路移植术等。

2.3 对于急性 ST 段抬高性心肌梗死患者早期治疗的关键在于开通梗死相关血管(IRA)^[2], 尽可能挽救濒死心肌,降低患者急性期的死亡风险并改善长期预后。根据患者就诊的时机以及初始治疗的不同分为不同的策略:

在急性心肌梗死发病 12 小时内行 PCI 直接开通 IRA。直接 PCI 可以及时、有效和持续的开通 IRA。建议“进门-球囊开通”时间控制在 90 分钟内。对于 12 小时内(特别是 3-12 小时内), 特别是对于有溶栓禁忌的患者, 如有条件应行直接 PCI。对于发病超过 12 小时, 但仍有缺血症状、心功能障碍、血流动力学不稳定或

严重心律失常的患者也建议行直接 PCI。对于发生心源性休克的患者，可将时间放宽至 36 小时。而对于发病已超过 12 小时，且无缺血症状的患者，则不建议行 PCI^[3]。首诊医院无行直接 PCI 的条件，而患者不能立即溶栓，则转至具备 PCI 条件的医院行直接 PCI。：溶栓失败后 IRA 仍处于闭塞状态，对于 IRA 所行的 PCI。

3. 相关药物

3.1 阿司匹林：术前 3-5 天开始服用，每天 100-300mg。术后每天 100mg，长期服。

3.2 氯吡格雷：术前 4-6 天每天服用 75mg 或术前 6 小时负荷 300mg。术后每天服用 75mg，维持 1 个月到 1 年不等，根据支架的种类和患者的个体情况而定。目前还有一些同类新型的抗血小板药物，包括普拉格雷、替格瑞洛等。

3.3 血小板 IIb/IIIa 受体拮抗剂：阿昔单抗、依替巴肽和替罗非班等。均为静脉药物^[4]。

3.4 肝素：静脉应用。主要在 PCI 术中使用。

3.5 低分子肝素：皮下注射。伊诺肝素、那曲肝素、达肝素等。

3.6 直接凝血酶抑制剂：静脉应用。比伐卢定、阿加曲班^[4]

4. 并发症

4.1 冠状动脉痉挛：在冠脉造影或介入过程中，冠状动脉局部或弥漫的持续性收缩造成管腔狭窄，甚至闭塞。发生率在 1%-5%

之间。冠脉痉挛可以为自发，也可以为对比剂或器械操作诱发。冠脉痉挛时可无明显症状，也可出现明显的缺血症状，如胸痛、心肌梗死、心律失常，严重时可导致死亡。冠脉痉挛发生时可在冠脉内注射硝酸甘油或钙拮抗剂。

4.2. 冠状动脉穿孔:比较罕见，但危害较大。表现为造影剂外渗至心包内，严重时可导致心包积血、心包压塞。大多数冠脉穿孔与介入操作有关，比如:导丝穿透血管壁;旋磨导致血管壁组织损伤;球囊膨胀过大导致血管壁过度拉伸等。另外，冠脉血管迂曲、钙化、成角或闭塞病变，在操作过程中也易导致冠脉穿孔。女性、高龄、糖尿病以及肾功能不全也是发生冠脉穿孔的高危因素。

4.3 冠脉夹层:多见于球囊预扩张病变时，是导致冠脉急性闭塞的主要原因。表现为造影可见的管腔内充盈缺损、管腔外造影剂滞留或可见内膜片。

4.4 冠状动脉急性闭塞:PCI时或PCI后冠脉血流发生阻滞或减慢。是PTCA时代的主要并发症之一，可以导致心绞痛、心肌梗死甚至死亡。支架应用后，冠脉急性闭塞的发生率明显减少。

4.5 支架内血栓形成:为一种少见但严重的并发症。分为急性血栓形成(术后24小时内)、亚急性血栓形成(术后24小时-30天)、晚期血栓形成(术后30天-1年)和极晚期血栓形成(术后1年以上)。

4.6 慢复流或无复流:是指 PCI 时心外膜大冠状动脉血管已解除狭窄,但远端前向血流明显减慢或丧失,心肌细胞灌注不能维持的现象。其原因复杂,确切机制尚不清楚,可能是由于血栓或斑块碎片栓塞远端微血管引起。

4.7 支架脱落:较少发生。与病变特征、器械以及术者操作等因素有关。

4.8 周围血管并发症:股动脉途径穿刺可见的并发症有血栓、栓塞、出血、血肿、腹膜后血肿、假性动脉瘤和动静脉瘘等。桡动脉途径可见的并发症有桡动脉痉挛、闭塞、前臂血肿、局部出血和骨筋膜室综合征等。

4.9 出血并发症:由于 PCI 术前后应用抗血小板药物,术中需要给予静脉肝素抗凝,所以围手术期的出血是 PCI 较为常见的并发症。主要包括:穿刺部位出血、消化道出血,甚至可发生脑出血。因此,对于出血高危患者应当合理应用抗栓药物,纠正可逆转的危险因素,尽量防患于未然。

4.10 对比剂肾病:应用含碘的对比剂后,部分患者会发生肾损伤,发生率小于 5%^[5]。多见于术后 2-3 天内,表现为血清肌酐水平比使用对比剂前升高 25%或 0.5mg/dl。多可自行恢复,极少数发生不可逆的肾损伤。

个案简介

一. 基本数据

韩香玉，女，64岁，ID号：3001648284，诊断：不稳定型心绞痛、冠心病、胃炎。小学毕业，务农，育有一子三女，家庭经济条件一般。无吸烟及饮酒史。

二. 入院经过

患者自1个月前出现发作性胸闷，多于活动时出现，不伴心悸、胸背部疼痛、咳嗽、咳痰，每次发作持续数分钟，休息后可缓解，未在意。近2天患者夜间出现剑突下疼痛，为隐痛，每次发作持续数分钟，可自行缓解，反复发作。为进一步诊疗今来我院，门诊以“冠心病”收入我科。此次发病以来患者一般情况可，饮食、睡眠正常，大小便正常，体重无明显增减。有“胃炎”病史2年，进食辛辣或生冷食物后有时反酸、烧心。

三 治疗过程

1. 一般治疗，嘱其注意休息，避免剧烈活动，减少心肌耗氧量。
2. 给予患者饮食指导，嘱低盐低脂清淡易消化饮食，少量多餐，勿饱餐，勿情绪激动。
3. 药物治疗，给予单硝酸异山梨酯氯化钠注射液、阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片、氟伐他汀钠缓释片、单硝酸异山梨酯片、琥珀酸美托洛尔缓释片、注射用泮托拉唑钠等改善

循环、抗血小板聚集、调脂稳定斑块、扩冠抗心肌缺血、减慢心率降低心肌耗氧、抑酸护胃对症治疗。

4. 患者在入院第四天行冠脉造影，于 LAD 植入一枚支架。

护理评估

一. 健康感受与健康处理型态

从前认为自己身体硬朗，很少生病，自 1 个月前出现发作性胸闷，多于活动时出现，不伴心悸、胸背部疼痛、咳嗽、咳痰，每次发作持续数分钟，休息后可缓解，未在意。近 2 天患者夜间出现剑突下疼痛，为隐痛，每次发作持续数分钟，可自行缓解，反复发作。故患者有疼痛的护理问题。患者无吸烟、饮酒史，胃炎病史 2 年。患者治疗意愿积极，住院过程中能够积极配合治疗。

二. 营养与代谢型态

患者平素饮食正常，都少量多餐，一日 3-4 餐，每次馒头约半个。个案身高 155cm，体重 47kg，患者营养筛查 1 评分，患者无营养风险。

三. 排泄形态

患者过去排便正常，听诊肠蠕动 5-6 次/分，叩诊无鼓音或腹胀情形；大便每次约 200-400g，患者小便正常，尿色淡黄色。

三. 活动及运动型态

患者近 1 月来活动耐力下降，活动后经常出现胸闷不适，故患者有活动无耐力的问题，患者诊断为不稳定心绞痛，常活动后诱发，故患者有猝死的风险。

四. 睡眠及休息型态

患者每日睡眠约 6-7 小时，双眼没有出现黑眼圈，无睡眠障碍。

五. 认知及感受型态

听力正常、有花眼，意识清楚，瞳孔大小及对光反射-双眼皆 2.0mm(+), 可正确辨别人、时、地。给予健康指导时，可专注聆听，并给与回应。

六. 自我感受及自我认知型态

每次与家属沟通，家属态度积极，个案觉得孩子们都很孝顺，对自己很满意，很配合治疗。

七. 角色及关系型态

目前有病人、母亲、妻子等角色，无角色混淆情况。患者对医护人员尊敬，治疗过程中配合度高。

八. 性与生殖型态

育有一男三女，生殖器外观无异常。

十. 应对与压力耐受型态

有良好的支持系统，个案平日生性乐观。

十一. 价值与信念模式

患者无宗教信仰。

问题确立

经由上述护理评估，可发现个案出现的护理问题如下列：

1. 疼痛：与心肌缺血缺氧有关
2. 活动无耐力：与心肌供需氧失调有关
3. 有猝死的风险：与心肌电生理不稳定有关
4. 潜在并发症：心肌梗死

护理措施与评值

一. 健康问题之一：疼痛，与心肌缺血缺氧有关

资料收集	护理目标	护理措施及活动	评值
患者活动后出现心前区不适，常伴胸痛，休息后可缓解	患者疼痛缓解或消失，疼痛评分<3分	评估疼痛的部位、性质、程度及伴随症状和体征，倾听患者对疼痛的诉说，；教会患者疼痛评估的方法，让其学会，并能评估、诉说自身疼痛的程度；指导患者，教会放松的方法，给予关心、安慰	患者疼痛程度较前减轻，评分<2分，发作次数较前减少

二. 健康问题之二：活动无耐力，与心肌供需氧失调有关

资料收集	护理目标	护理措施及活动	评估
患者经常活动后感不适，持续 10-20 分钟缓解	主诉活动耐力增强，活动后无不适反应	评估患者由于心绞痛发作带来的活动受限程度，制定活动计划，告知患者适当活动有利于侧支循环的建立，心绞痛发作时立即停止活动，告知患者避免剧烈运动和突然改变体位，以防劳累和体位性低血压诱发心绞痛。	患者活动后诉无明显不适

5. 三. 健康问题之三：有猝死的风险，与心肌电生理不稳定有关

资料收集	护理目标	护理措施及活动	评估
------	------	---------	----

患者心电图示： ST 段改变	无猝死发生	正确评估患者病情，嘱其适当注意休息，密切观察患者生命体征，如患者突发呼吸困难、憋喘、大汗、意识丧失等情况，立即告知医生	患者住院期间生命体征平稳
-----------------------	-------	---	--------------

结论与心得

不稳定型心绞痛和急性心肌梗死在发病机制和临床上密切相关。大约一半的急性心肌梗死患者报告在梗死前有不稳定型心绞痛先兆；但只有小部分不稳定型心绞痛患者发生早期心肌梗死。尽管不稳定型心绞痛患者可以出现困难的治疗问题，实际上约 **95%** 的患者在短期内不会发展成为心肌梗死。但不稳定的心肌缺血性事件复发很常见。在此次照护中，发现冠脉介入治疗已经成为治疗冠心病的一种最常用、最成熟和最有前途的技术，大大改善了患者的生活质量，除此之外，患者及家属的配合亦是重要一环，毕竟家属的支持与鼓励比医护人员更加有用，希望借此篇照护经验与大家分享，让护理同仁皆可能为患者提供高质量的照护。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会,不稳定心绞痛诊断和治疗建议[J].中国循环杂志,2001,,16(3):227
- [2] 周景霞.128例不稳定心绞痛患者的临床护理体会分析[J].中国医药指南,2011,9(6):318-319.
- [3] 葛均波,徐永健.内科学[M].第八版.北京:人民卫生出版社,2013:204.
- [4] 高润霖,吴宁,胡大一,等,心血管病治疗指南和建议[M].北京:人民军医出版社,2005.1-9.