

浅谈急性心肌梗死并发恶性室性心律失常 CCU 急救与护理

罗清清* 赖永甲

福建医科大学附属龙岩市第一医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 分析急性心肌梗死合并恶性心律失常患者心内科重症监护室 (CCU) 急救与护理方法和效果。**方法** 收集 35 例自 2019 年 2 月~2020 年 7 月我院 CCU 收治的急性心肌梗死合并恶性室性心律失常患者, 为所有患者提供急救及护理干预措施。**结果** 2 例患者死亡, 死亡率 5.71%, 其他 33 例患者救治成功, 救治成功率为 94.29%。**结论** 为急性心肌梗死合并恶性心律失常患者提供 CCU 急救与护理干预措施保证救治效果, 提高患者抢救成功率, 降低患者死亡风险。

【关键词】 急性心肌梗死; 恶性室性心律失常; 救治效果**【中图分类号】** R473.5**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2020) 12-112-02

心律失常为急性心肌梗死常见并发症, 而恶性心律失常为急性心肌梗死最为严重的并发症, 具有病情危重、进展迅速以及临床致死率高等特点, 为了降低患者死亡风险, 心内科重症监护室 (CCU) 护理人员必须密切监测患者病情并及时反馈, 以便迅速为患者提供有效的急救及护理干预措施, 最大限度地使患者的救治成功率得到提高, 降低患者死亡风险^[1]。现纳入自 2019 年 2 月~2020 年 7 月在我院 CCU 接受进行治疗的急性心肌梗死合并恶性室性心律失常患者 35 例, 分析急救与护理干预措施及效果, 如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

收集 35 例我院 CCU 收治的急性心肌梗死合并恶性室性心律失常患者资料, 纳入标准: ①经实验室检查、心电图检查并结合患者临床表现确诊病情; ②患者家属对此次研究知情并自愿参与; ③研究方案经医院伦理委员会审批通过。排除标准: ①合并心力衰竭者; ②合并脑肺肾等其他脏器功能障碍者; ③合并恶性器质性病变者; ④有人格障碍病史或者精神病患者。男性及女性分别为 20 例、15 例, 年龄区间: 31~85 岁, 年龄平均值: (53.24±5.03) 岁。

1.2 方法

为所有患者提供急救及护理干预措施, 如下:

1.2.1 迅速开放静脉通路

立即取患者平卧位, 进行心电监护并为患者提供氧疗, 监测患者生命体征波动情况并协助临床医生进行各项检查。迅速建立静脉通路以便进行抗心律失常药物及营养心肌药物输注。患者病情变化迅速且临床用药种类较多, 因此, 必须保证用药及时且准确。CCU 护士必须严格掌握抢救药物用法、浓度、剂量及用药后不良反应, 严格遵医嘱为患者提供药物治疗, 进行抗心律失常药物静脉滴注时必须于心电监护下通过微量泵匀速输入药物。遵医嘱为室颤患者提供利多卡因, 严格控制应用剂量和输注速度, 以免患者出现视觉障碍、头晕、谵妄、嗜睡、呼吸抑制等不良反应。注射胺碘酮时需要控制注射速度并观察患者心电图及血压变化, 不可长期大剂量应用以防诱发肺间质纤维化, 尽量避免于下肢远端静脉进行注射以防诱发静脉炎。大剂量应用多巴胺容易诱发心悸、胸痛、呼吸困难、心律失常等异常, 因此, 应控制好用药剂量。

用药前医护人员必须充分了解患者药物过敏史, 谨慎用药, 以防用药不当而诱发药物过敏反应, 使得患者病情加重。

1.2.2 室颤急救护理

由护士于右侧位为患者实施电除颤并予以 150J 非同步电击除颤, 另一名护士于右侧位为患者提供抗心律失常药物, 若电复律不成功则间隔 3~5min 后继续进行除颤操作直至患者窦性心率恢复。除颤间歇为患者实施胸外心脏按压, 有助于使心脏复苏率得到提高。另一名护士准备好各类抢救仪器设备和药品, 在床旁合适位置妥善放置氧气装置、吸引装置、气管切开包、气管插管、简易呼吸器及呼吸机等, 确保各类仪器设备均能够正常运转。进行除颤时必须避开皮肤红肿及瘢痕等部位。若患者体内安装心脏起搏器, 除颤时需确保与起搏器距离超过 10cm, 一旦室颤发生需要立即进行抢救, 为患者实施胸外心脏按压时必须确保患者呼吸通畅。

1.2.3 加强心电监护

CCU 护士必须具备丰富的心电图知识, 为患者实施心电监护并进行电极片放置时应避开右侧锁骨下方, 将患者假牙及金属物品取下, 持续动态监测患者心电波形、血氧饱和度、血压及呼吸等指标, 认真倾听患者主诉, 若出现胸闷、气促、血压下降、胸痛加剧等异常表现时必须立即反馈。电复律后仍需加强心电监护, 实时观察患者心功能恢复情况。

1.2.4 针对性心理护理及健康宣教

急性心肌梗死合并恶性心律失常存在发病突然、进展迅速、预后差等特点, 而且发病时患者存在胸痛、胸闷及呼吸困难及濒死感等症状, 病情变化迅速, 极易造成患者情绪不定。护士必须对患者进行安抚, 鼓励患者提出疑问并以通俗易懂的语言为其提供解答。

1.2.5 安全转运

患者复律成功后需尽早送导管室进行急诊造影术以确定病变血管部位, 转运过程中仍然存在突发室颤风险, 因此, 必须提前做好除颤仪、抢救用药及简易呼吸器等, 转运过程中必须全程监测患者心电图、面色及意识变化情况。到达急诊造影室后需要与护士做好病情、导管以及用药等交接工作。

2 结果

全部 35 例患者中 2 例患者救治无效死亡, 死亡率 5.71%, 其他患者救治成功, 救治成功率为 94.29%。

3 讨论

急性心肌梗死患者并发心律失常的风险较高, 尤其是恶性心律失常可导致救治难度明显增加并影响救治效果, 使得患者死亡几率明显升高。为了保证患者生命安全, 保证救治效果,

(下转第 115 页)

作者简介: 赖永甲 (1989.02.13-), 女, 汉族, 龙岩, 心内科, 护师, 本科, 研究方向: 心内科护理。

*通讯作者: 罗清清 (1990.09-), 女, 福建龙岩, 汉族, 护师, 心内科, 大专, 研究方向: 心内科护理。

的副作用,包括术后两到三天的禁食,还有体重下降、过度消瘦等症状,都有可能影响到患者的生活质量和心理健康。

全程护理是在术前、术中、术后全时段进行护理的一套成熟的护理干预措施,主要方法是及时疏导患者的负面情绪、减轻手术压力、预防并发症的发生,并对患者进行一系列的健康指导,最终目的是巩固手术治疗的成果。此次研究的数据表明,观察组患者经过治疗后,于生存质量评分、康复速度上都显著超过了对照组,且焦虑、抑郁的程度更轻,从生存质量和心理情绪两方面都得到了明显的改善。

综上所述,全程护理对胃癌根治术患者的生活质量和心理健康有明显的改善作用,能够更好地保障手术治疗效果,值得在临床上进一步推广实施。

参考文献

[1] 丁凌燕,陈雪琴,徐锦华,林琴.全程护理干预对胃癌患者疼痛的影响[J].当代护士:学术版(中旬刊),2018,25(9):112-114.

[2] 孔祥红.研究全程护理干预对胃癌术后早期肠内营养并发症的影响研究[J].临床医药文献杂志(电子版),2019,6(67):88-88.

[3] 张欢.全程护理模式的应用对胃癌患者疼痛的影响评

价[J].当代临床医刊,2020,33(1):20-21.

[4] 黄利娜.系统性护理对胃癌根治术患者的康复效果影响[J].中国城乡企业卫生,2020,35(11):192-193.

[5] 赵梦婷.全程护理干预对胃癌根治术患者生存质量的价值体会[J].首都食品与医药,2019,26(22):165-165.

[6] 高建英,黄朝霞.全程分期护理在老年胃癌化疗患者中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(16):139-142.

表2:两组术后康复时间比较($\bar{x} \pm s$)

组名	例数 (n)	初次排气时间 (h)	初次排便时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	38	63.68±17.20	145.18±29.07	18.86±7.94
观察组	38	44.27±12.16	90.26±22.48	13.05±3.30
T值	-	5.6803	9.2127	4.1653
P值	-	0.0001	0.0001	0.0001

表3:两组心理情绪评分比较($\bar{x} \pm s$)

组名	例数(n)	SAS	SDS
对照组	38	43.28±4.42	48.51±5.03
观察组	38	34.17±3.84	36.85±4.26
T值	-	9.5913	10.9044
P值	-	0.0001	0.0001

(上接第112页)

CCU必须安排具有丰富护理经验的护理人员为患者提供专业、规范且有效的护理,动态观察患者病情变化及生命体征波动,做到早识别、早救治。

CCU护理人员必须熟练掌握心律失常抢救程序,了解各类抢救药物的效果及不良反应,能够对各种异常心电图做出准确判断,明确各种干扰波形及诱因。此外,还需要具备丰富的抢救护理知识、敏锐的观察能力以及高度的责任意识和观念,能够为患者提供全方面、多层次的护理干预,确保患者的合理身心需求均能够得到满足,提高其生理及心理满意度,

激发和坚定其生存信念^[2]。

此次研究中,患者救治成功率为94.29%。通过数据分析可知,急性心肌梗死合并恶性心律失常患者应用CCU急救与护理干预措施有利于保证救治效果并可保障其生命安全。

参考文献

[1] 凌莉萍,余丽娅.急性心肌梗死合并恶性室性心律失常心电图监护的监测及护理[J].首都食品与医药,2019,26(3):119.

[2] 郑园园.急性心肌梗死合并恶性室性心律失常护理中的心电监测护理应用分析[J].饮食保健,2020,7(31):224-225.

(上接第113页)

手术室护理干预是一种新型护理模式,其能够转变既往临床生理护理为主的护理模式,将临床护理需求与患者实际相结合,更为注重人性化服务和关注患者的心理层面的护理,可从身心两方面双层减轻对患者的不良应激,促使患者保持积极健康的心态接受治疗。本研究中,观察组患者的肾上腺素、去甲肾上腺素、血清皮质醇等应激反应指标均显著低于对照组(P 均 <0.05);观察组患者的生活质量评分均显著高于对照组(P 均 <0.05)。给予乳腺癌手术患者手术室护理可对患者在认知、机体、情感方面做出准确护理干预,改善其心理状态和生活质量,整体护理干预效果较令人满意。

综上所述,将手术室护理干预理念引进乳腺癌手术患者的护理干预中,能够减轻乳腺癌手术患者的应激反应,并获得乳腺癌手术患者对护理干预工作的进一步支持与认可,值得推荐。

表2:两组患者生活质量各指标评估结果对比

组别	例数	精神状态(分)	疼痛程度(分)	生活能力(分)	社会支持(分)
观察组	25	75.37±6.03	69.73±5.36	70.36±5.04	74.14±6.02
对照组	25	67.73±5.63	61.14±6.73	63.36±5.78	64.67±6.44
t		3.930	3.393	3.845	3.878
p		0.039	0.043	0.040	0.040

参考文献

[1] 胡莹.手术室护理干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响及生活质量评价[J].饮食保健,2020(31):214-215.

[2] 胡卓弟.手术室护理干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响评价[J].智慧健康,2019,5(22):134-135.

[3] 程鑫.探究手术室护理干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响[J].中国农村卫生,2019,11(12):2.

[4] 陈杏秀,易晓芳,梁秋娴.优质护理模式对乳腺癌手术患者的影响[J].泰山医学院学报,2019,40(4):291-293.

[5] 高洁茹.手术室护理干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响及生活质量评价[J].健康之友,2020(4):143.

[6] 代兵,郝文伟,高海楠.手术室整体小组干预对乳腺癌手术患者不良情绪和术后感染的影响[J].癌症进展,2019,17(6):740-743.