

基层质。铁质异物对角膜的危害,不但来自异物本身的机械损伤,还来自形成铁锈的化学腐蚀作用,铁质异物在角膜停留数小时内即可形成铁锈斑^[1],因角膜前弹力层组织较韧,多形成环状锈染,时间越长锈环的面积越大,也会导致锈环向深层发展,剔除越困难,对角膜组织的损伤就越明显,对视力的影响也越大,且异物存留可引起继发感染,造成严重并发症。

3.2 在伴有角膜锈染的铁屑异物手术摘出时,应将锈染角膜组织一同剔除^[2],否则影响伤口愈合且患者有持续异物感。铁锈本身脆易碎且成环状,难以剔除,若作点状剔除,往往导致铁锈颗粒碎裂,在将其主体取出后,其周边环形的锈斑仍与角膜创缘粘连,此时创缘松散,甚至可呈絮状,剔除时不易着力,难以一次彻底剔除干净,因而我们采用类似于晶状体前囊邮票式截囊的方法去除锈环,称之为邮票式剔除法,能更好的解决上述困难,可较快、完整地将铁锈异物取出,也不易将铁锈遗留在角膜中,创缘相对整齐,利于愈合;而且裂隙灯具有多种照明方法^[3],能清晰地显示角膜各个层面以及异物的大小、形状、深浅及周围角膜组织锈染情况,在裂隙灯下剔除,定位准确,与角膜接触面积小,剔除时深度与范围易控制,不至于过大过深范围地损伤角膜,能最大限度地减少正常角膜组织的损伤,降低了角膜感染的概率,降低了手术的危险性,减少了并发症的发生,避免或减少角膜瘢痕的形成。

3.3 手术过程中应注意以下几个问题:(1)术前做好解释工作,消除恐惧心理,争取取得患者理解和配合。(2)严格执行无菌技术操作,使用一次性1 ml注射器剔除可避免交叉感染,另外手术的消毒冲洗工作也不能忽视,因为角膜异物摘出术前结膜囊带菌率与术后感染自然密切相关^[4]。(3)要熟练掌握裂隙灯使用的技巧,操作时力求轻、准、稳,嘱患者不得随意转动眼球,对于不配合的患者,可用有齿镊夹住球结膜固定眼球,不可盲目强行剔除,以防造成角膜穿孔。

3.4 裂隙灯下邮票式剔除角膜铁屑异物,能准确地观察异物及锈环的位置,保证了异物及锈环完整彻底地剔除,减少了周围组织不必要的损伤,加速角膜创面的愈合,这对恢复角膜的透明性,提高其疗效起着极为重要的作用。

参考文献

- 1 马明,陈秀.铁质角膜异物感染67例临床分析[J].职业与健康,2008,24(4):400.
- 2 凌天鸿.角膜异物583例治疗体会[J].右江民族医学院学报,2009,31(2):243.
- 3 李凤鸣,主编.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:712-717.
- 4 周恩林,彭穗英.金属性角膜异物的剔出物细菌培养分析[J].眼外伤职业眼病杂志,2006,28(12):947-948.

[收稿日期 2010-03-01][本文编辑 宋卓孙 吕文娟]

护理研讨

急性心肌梗死患者急诊冠状动脉介入治疗的护理

林丽萍

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院心内科

作者简介:林丽萍(1965-),女,大专学历,主管护师,从事心血管内科介入治疗护理工作。E-mail:Lin li-ping@163.com

【摘要】 目的 探讨急性心肌梗死(AMI)患者急诊介入治疗的术前准备、术中配合、术后护理的方法与要点。**方法** 对123例AMI患者进行心理疏导和常规术前准备,术中、术后严密观察病情,及时发现并处理并发症。**结果** 123例AMI患者冠状动脉介入治疗(PCI)术均成功,其中24例出现严重并发症,由于发现及时,处理得当,除1例患者术后合并重症肺炎死亡外,其余均康复。**结论** PCI是治疗急性心肌梗死最有效的方法。术前充分准备、术中、术后严密观察、良好的医护配合,积极防治并发症是提高PCI成功率,减少死亡率的关键。

【关键词】 急性心肌梗死; 介入治疗; 护理

【中图分类号】 R 542.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2010)09-0899-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.09.40

Nursing measure of the patients with acute myocardial infarction undergoing acute interventional therapy

LIN Li-ping. The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 Objective To explore the preoperative preparation, cooperation in operation and postoperative nursing for the patients with acute myocardial infarction undergoing acute interventional therapy. **Methods** One hun-

dred and twenty-three patients with acute myocardial infarction were treated by the acute interventional therapy. These patients were managed with the measures such as mental nursing and fully preparation before operation, closely observation of the patients' condition and active prevention and treatment of complications during and after the acute intervention therapy. **Results** All the patients got successful acute intervention. There were 24 patients with complications in acute intervention. Of them 1 patient with pneumonia acute intervention was dead. The other patients were recovered. **Conclusion** The method of percutaneous coronary intervention (PCI) is the best effective methods for treating acute myocardial infarction. Adequate preoperative preparation, cooperation between doctor and nurse in acute intervention, and active prevention and treatment of complications are the key to increase the success rate of PCI and decrease the mortality rate.

[Key words] Acute myocardial infarction; Interventional therapy; Nursing

急性心肌梗死(AMI)早期病死率高,尽早充分持久疏通梗死相关血管是挽救濒死心肌,改善患者预后的关键^[1]。目前冠状动脉介入治疗(PCI)是治疗冠心病尤其是急性心肌梗死的主要方法。2005~2009年在我院行急诊PCI的AMI患者共123例,现将护理要点和体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组123例中男92例,女31例,年龄31~81(56 ± 25)岁。患者均经临床症状、心电图、心肌酶谱、冠脉造影等检查确诊为AMI。梗死部位中前壁和(或)侧壁心梗77例,下壁和(或)后壁心梗42例,右室心梗3例,心内膜梗塞1例。

1.2 介入治疗方法 在做好术前准备和局麻醉后,经皮穿刺股或肱动脉,送入特制的导管达冠状动脉开口处,注入高浓度非离子型造影剂(如优维显或碘必乐等)行冠状动脉造影,在明确梗死相关血管和部位后,行经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)和支架置入术。

2 结果

123例AMI患者急诊介入治疗,其中122例获成功。术中合并有室性心律失常者(频发室早、二联律、三联律、室颤)5例,心跳骤停者3例、心率减慢者6例,血压下降者10例,心源性休克者3例;术后合并肺炎者5例,术后死亡者1例。

3 护理要点及体会

3.1 术前准备 (1)做好心理护理。AMI患者起病急、症状重、病情变化快,常伴胸前区剧烈疼痛并强烈的濒死感。由于患者及家属缺乏介入诊疗知识,加上手术的费用较高,往往表现为异常紧张、焦虑、恐惧的心理反应^[2]。因此,医护人员一方面应向患者及家属耐心讲解手术治疗和护理观察的必要性;另一方面也要说明介入治疗是目前治疗该病最有效的方法^[3],以减轻其焦虑和紧张情绪。(2)认真提前做好必要的术前检查及各项准备工作。患者术前给阿司匹林300 mg,氯吡格雷300 mg口服。(3)切实做好急救抢救的有关准备工作。备好氧气装置、吸痰器、除颤仪、临时起搏器、IABP泵等抢救设施并保证其处于完好状态;抽吸好利多卡因、阿托品、肾上腺素、多巴胺等抢救药品并置于方便取放处,以便及时救治病人。(4)术前三侧肢体常规注射留置针保持静脉输液通畅。

3.2 术中观察和配合 (1)病人到达导管室后,立即给予氧

气吸入,准确连接心电监护、压力监测系统,协助术者消毒、铺巾,备好术中所需物品。(2)穿刺成功后给肝素3 000 U行冠状动脉造影,根据病变部位及其狭窄程度决定PTCA或置入支架,手术每延长1 h追加肝素2 000 U。(3)术中严密观察病人意识、神志、血压、心率、呼吸等,如发现异常,应及时处理。(4)手术结束后,保留鞘管,协助医生包扎固定伤口,病情平稳后送CCU病房继续观察。

3.3 术后护理 (1)继续严密观察心电及病情变化,持续心电监护,观察心律、血压、神志等,股股、肱动脉穿刺者注意观察患肢足背、前臂动脉搏动情况和伤口敷料有无渗血及血肿形成。(2)预防出血和血栓形成,使用微量输液泵严格控制肝素的输入速度,定时监测活化的凝血酶原时间(ACT),保持ACT在150~180 s之间,尽量避免反复穿刺和注射。(3)预防感染,常规使用抗菌素,保持穿刺点敷料的清洁干燥,伤口未完全愈合前禁止用手触摸;每天换药一次。(4)术后保留鞘管4~6 h,拔管前嘱患者患侧肢体伸直,防止鞘管扭曲或打折,病情稳定即可拔除,拔管时可局部皮下注射少量利多卡因表面麻醉,以避免疼痛刺激外周大动脉诱发迷走神经反射引起患者头晕、心悸、面色苍白、恶心、呕吐、心动过缓、血压下降等^[4]。(5)术后便秘者可用缓泻剂或开塞露协助排出;尿潴留时可行膀胱区按摩和热敷,必要时可行导尿。(6)进一步加强心理护理,期间医务人员应关心、体贴、安慰病人,认真倾听病人的诉说,尽量满足其合理要求。(7)进行系统的健康宣教和饮食指导,患者应少量多餐,宜清淡、易消化、低盐、低脂、低胆固醇饮食,忌烟、酒、辛辣刺激物,做好出院后的指导和随诊工作。

参考文献

- 1 杨丽霞,齐峰,王先梅,等.心肌梗死并心功能不全患者冠状动脉介入治疗的作用[J].临床心血管病杂志,2004,20(8):463-465.
- 2 陈珠,译.心脏病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:1073-1141.
- 3 周玉珍.冠心病介入诊疗患者的心理问题与护理对策[J].广西医学,2007,29(10):1648-1649.
- 4 董志青.冠脉介入术后的护理[J].实用临床医学,2007,8(10):131-132.

[收稿日期 2010-03-10][本文编辑 刘京虹 韦颖]