

# 急性非 ST 段抬高型心肌梗死患者介入术后四联抗栓治疗的护理

王玉君 赵金霞 付丽

(天津医科大学第二医院, 天津 300211)

**摘要** 总结 106 例诊断为急性非 ST 抬高型心肌梗死介入术后应用四联抗栓治疗的患者的护理, 严密监测患者的生命体征, 准确输入抗凝药物, 加强对伤口及应用抗凝药物不良反应的观察, 以减少并发症, 促进患者康复。

**关键词** 非 ST 抬高型心肌梗死; 抗栓治疗; 护理

中图分类号 R542.2<sup>2</sup> R473.5 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.016 文章编号 1006-9143(2019)04-0435-02

急性非 ST 段抬高型心肌梗死 (non-ST-elevation myocardial infarction, NSTEMI) 是一种临床常见的急危重症, 其病理基础是由于患者冠状动脉斑块发生破裂后在体内形成继发血栓, 使冠脉内发生狭窄与不完全闭塞或血流的暂时中断, 从而引起相应心肌急性不可逆性损害<sup>[1]</sup>。大量临床研究证实介入治疗相比药物保守治疗可显著降低心源性病死率、非致死心肌梗死率和再入院率。近年来, NSTEMI 药物治疗策略已发生了较大的改变, 抗栓治疗已成为所有无禁忌证的 NSTEMI 患者均需接受的治疗。阿司匹林、氢氯吡格雷、低分子肝素和替罗非班四者联用抗栓治疗已广泛应用于临床。我病区于 2017 年 7 月至 2018 年 7 月收治诊断为非 ST 抬高型心肌梗死介入术后应用四联抗栓治疗的患者共 106 例, 现将观察及护理总结如下。

## 1 临床资料

本组 NSTEMI 行介入术后应用四联抗栓治疗患者 106 例, 男 70 例, 女 36 例, 年龄 34~89 岁, 其中合并心力衰竭 9 例, 合并心律失常 20 例。入院后行冠状动脉介入治疗 95 例, 冠状动脉造影 11 例。阿司匹林、氢氯吡格雷、低分子肝素和替罗非班四者联用抗栓治疗发生消化道出血 3 例, 泌尿系出血 4 例, 穿刺点出血 6 例, 血肿 3 例, 皮肤瘀斑 3 例, 鼻出血 6 例, 牙龈出血 2 例, 死亡 2 例。

## 2 护理

**2.1 合并心力衰竭、心律失常的护理** 本组合并心力衰竭患者 9 例, 合并心律失常患者 20 例。合理安排床位至 CCU 监护室严密观察病情, 遵医嘱给予床旁心电监护, 详细记录患者的心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度、尿量等的变化, 严密观察各项指标, 并及时识别各种心律失常, 当患者出现心悸、呼吸困难、面色苍白、口唇紫绀等不适时, 要及时启动抢救

应急程序, 及时通知医生, 遵医嘱给予西地兰、呋塞米、硝酸甘油、可达龙等强心、利尿、扩血管、抗心律失常等药物, 并备好抢救车及除颤仪等抢救设备。心衰急性发作时, 将患者置于端坐位, 双腿下垂, 酒精湿化吸氧, 氧流量调至 8~10 L/min, 遵医嘱给予硝普钠及吗啡等药物抢救, 严密观察患者心率、血压及尿量, 每 5~10 分钟检测 1 次血压, 根据血压调整药液泵速, 加强对患者生命体征的观察并给予患者适当的鼓励与安慰, 缓解患者紧张恐惧的心理并重视患者主诉。本组患者中 2 例抢救无效死亡, 其余患者经积极救治病情稳定。

**2.2 静脉管路护理** NSTEMI 患者病情危重静脉管路多, 在介入治疗返回病房后立即替罗非班输液泵抗栓治疗, 为避免药物配伍禁忌单独静脉通路以 0.1 μg/(kg·min) 速度微量泵泵入, 用药期间每日更换延长管。注射时用 50 mL 注射器抽吸药液时注意针头斜面向下, 确保药液吸净, 排空针管内空气时避免将药液推出针管造成剂量不准或浪费药液。用药期间注意观察静脉通路是否通畅及微量泵是否正常工作, 出现异常报警时应及时处理<sup>[2]</sup>, 同时注意避免快进操作造成短时间内注射过多替罗非班药液引发出血事件发生。静脉输液采用留置针每小时观察患者的穿刺点有无渗血渗液等情况并及时记录。

**2.3 伤口护理** 本组 3 例患者为股动脉入路, 其余均为桡动脉入路。共发生穿刺点出血 6 例, 血肿 3 例, 皮肤瘀斑 3 例, 经弹力绷带加压包扎, 冰袋局部冷敷, 桡动脉压迫器重新充气加压等处理措施, 未发生其他严重并发症。发生穿刺点出血的时间多为放气后几分钟内, 因此责任护士在术前加强宣教术后加强指导, 重点关注压迫器放气后患者的配合, 告知患者在放气解压后要仔细观察伤口的情况, 勿扭动手腕防止着力点错位引发出血。术后每小时观察患者指端皮肤的颜色、温度、桡动脉搏动情况以及患者的舒适度。经桡动脉行介入治疗术后患者发生上肢血

管并发症的发生与患者的年龄、手术持续时间、压迫止血方式有关。年龄越大,手术时间越长,压迫器的松解太过频繁出现术后穿刺点出血、血肿、疼痛等并发症概率越大<sup>[9]</sup>。因此护士应针对每例患者的个体化特征,关注患者生命体征及主诉,制定有针对性的护理措施,预防并发症的发生,提高患者的舒适度。

**2.4 出血的观察及护理** 替罗非班作为第三代非肽类血小板膜 GP II b/III $\alpha$  受体拮抗剂,具有高效、高选择性及可逆性等优点,可与血小板表面受体特异性结合,阻断纤维蛋白原与 GP II b/III $\alpha$  受体结合,从而抑制血小板黏附与聚集,然而替罗非班与常规抗血小板及抗凝药物联合应用能够降低急性非 ST 段抬高型心肌梗死患者心血管事件发生率及病死率,改善预后,疗效肯定,但同时增加了出血风险<sup>[10]</sup>。

**2.4.1 消化、泌尿系统出血** 本组 3 例患者发生消化道出血,其中 1 例排黑便 100 mL,遵医嘱立即停用替罗非班、低分子肝素,继续予阿司匹林及氢氯吡格双联抗栓治疗,请肛肠科医生会诊,口服凝血酶 1 000 单位 q8h 给药,禁食禁水,给予胃黏膜保护剂等措施,密切观察生命体征,未再出现黑便,3 日后便潜血阴性。2 例便潜血+++ ,立即停用替罗非班及低分子肝素治疗,遵医嘱给予口服凝血酶及胃黏膜保护剂等措施,2 日后便潜血阴性。本组 4 例患者肉眼血尿,3 例为留置尿管患者,将替罗非班泵速由每小时 8 mL 调整至每小时 4 mL 及生理盐水膀胱冲洗处理,出血得到控制。同时在四联抗栓治疗期间,指导患者进食低盐低脂易消化食物,避免食用过凉过热或辛辣刺激性的饮食,避免不必要的侵袭性操作,细致观察早期发现问题及时报告给医生以早期处理,避免严重并发症的发生。

**2.4.2 鼻出血及牙龈出血** 由于患者对鼻出血缺乏正确认识,常自行处理,不能主动及时地反馈给医护人员,因而可能影响病情的判断和延误治疗方案的调整。因此加强对患者的健康教育,讲解观察及预防鼻出血、牙龈出血的意义,保持鼻黏膜湿润、清洁,避免外力刺激,用软毛牙刷刷牙,防止碰撞,避免剔牙、挖鼻等动作以减少鼻出血及牙龈出血的发生。本组患者出现鼻出血 6 例,牙龈出血 2 例。遵医嘱在阿司匹林、氢氯吡格、低分子肝素治疗不变的情况下将替罗非班给药速度减半,经严密观察未再发生出血。

**2.5 心理护理** NSTEMI 具有合并多支冠状动脉病变、心肌更易受损、再发心肌缺血和再发心肌梗死风险均较高等特点,其长期预后较差。患者存在不同程

度的紧张焦虑情绪,担心预后。对此护士耐心细致地向患者及家属讲解介入治疗前后的注意事项及配合要点,并将 NSTEMI 抗凝治疗的必要性和需要患者及家属配合观察的细节要点讲明,切实加强护患之间的有效沟通。本组患者能正确认识疾病从心理上正确对待疾病,并积极配合治疗及护理。

**2.6 排便护理** NSTEMI 患者用力排便会诱发心律失常、心力衰竭以及心绞痛等,因此,根据患者的排便情况进行预见性的护理,遵医嘱给予缓泻剂防止便秘。本组 1 例患者在入院后 2 天介入治疗术前排便时诱发喘憋、呼吸困难、面色苍白、大汗,立即遵医嘱给予患者端坐位,8 L/min 酒精湿化吸氧,西地兰、呋塞米、硝普钠等药物对症处理,1 小时后患者症状缓解。嘱患者卧床休息,减少活动,病情平稳后予洁达灌肠剂辅助排便。

**2.7 出院指导** NSTEMI 患者需要终身进行抗栓治疗,指导患者规范服用药物,不可随意增减药物剂量,提高患者依从性。教会患者自我观察的方法,如在服药期间严密观察有无出血征象,一旦发现瘀点、瘀斑,大小便出血,牙龈出血的情况要及时就医。出院后定期随诊复查,出现胸闷、憋气、胸部不适症状及时呼叫“120”就诊,并随身携带硝酸甘油片以备急用。

### 3 小结

急性非 ST 段抬高型心肌梗死与急性 ST 段抬高型心肌梗死相比具有更多的冠脉多支病变的特点,支架植入率高,发生出血事件的风险高。因此,在临床护理工作中,应加强对患者生命体征及并发症的观察,做好介入治疗术前术后护理,准确给予抗栓药物并重视用药并发症的观察,有针对性的护理干预以促进患者康复。

### 参考文献

- [1] Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/ non-ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on practice Guidelines[J]. Circulation, 2007, 116: 803-877.
- [2] 席爱雪, 李淑荣, 栾雪冰, 等. 冠状动脉介入治疗术中抗凝措施护理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(20): 22-24.
- [3] 张彩虹, 丁飏, 高美芳, 等. 经桡动脉行 PCI 术后患者发生上肢血管并发症的相关因素分析 [J]. 护士进修杂志, 2017, 32 (6): 522-524.
- [4] 孟亚锋, 范春雨, 刘锦. 盐酸替罗非班治疗非 ST 段抬高型 ACS 的系统评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(11): 1266-1269.

(2019-01-15 收稿, 2019-04-01 修回)