

· 护理学 ·

ACS 的急性期处理及护理

叶爱武

(南京医科大学第一附属医院老年医学科 南京 210029)

摘要:提高对急性冠脉综合征(ACS)临床特点的认识,根据病史、心电图改变、血样进行简单的临床危险分层,按照危险分层,进行急性期处理。加强急性期护理,溶栓护理,介入护理,抗凝、抗血小板药物护理及健康教育,将改善 ACS 患者的预后及降低死亡率。

关键词:ACS;急性期处理;护理

中图分类号:R542.2 **文献标识码:**B

The ACS acute stage handles and nursing

YE Ai - wu

(Department of Geriatric, First Affiliated Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing, 210029, China)

ABSTRACT: Increase the cognition of clinical characteristics in acute coronary syndrome(ACS). Layering the patients according to the disease history, the electrocardiogram and blood tests. Enhance the acute stage nursing, thrombolysis nursing, PCI nursing, anti - platelets medicine nursing and health education, Will improve the patients' prognosis and reduce the mortality.

Key words: ACS; The acute stage handles; Nursing

急性冠脉综合征(ACS)是一组冠状动脉粥样硬化斑块破裂、血栓形成或血管痉挛而致急性或亚急性心肌缺血的临床综合征。它包括不稳定性心绞痛(UAP)与非 ST 段抬高心肌梗死(NSTEMI)及 ST 段抬高心肌梗死(STEMI)^[1]。ACS 是导致冠心病患者死亡和致残的主要原因,因其变化快,临床表现差异大,易误诊、漏诊。及时准确的发现患者,判断高危和低危,进行急性期处理,将改善 ACS 患者的预后及降低死亡率。

1 临床资料

我科自 2004 年 1 月至 2006 年 5 月,共收治 ACS 患者 82 例,男性 60 例,女性 22 例,年龄 52 - 86 岁,平均 72.5 岁。其中 UAP60 例,STEMI12 例,NSTEMI10。急诊 PCI6 例,择期 PCI24 例,死亡 1 例。

2 急性期处理

2.1 提高对 ACS 临床特点的认识

胸痛往往是 ACS 的主要症状,可持续 5 ~ 20min,通常经舌下含服硝酸甘油有所缓解。ACS 患者心绞痛发作的频率、强度和持续时间均较稳定性心绞痛重,且无规律性,较易引起心肌梗死,甚至猝死。ACS 在某些特定人群中也有不典型表现,如女性、老年人和糖尿病患者。因此要加强对此类患者的重视,以免延误病情。本组有 20 例合并糖尿病,发病症状不典型,仅有头晕,心前区不适。

2.2 根据病史、心电图改变、采血进行简单的临床危险分层

低危病人:(1)以前无心绞痛发作,入院后心绞痛自动消失;(2)未用过或很少用抗缺血治疗;(3)心电图正常;(4)心肌酶正常;(5)小于 40 岁的年轻病人。中危病人:(1)新出现并进行性加重的心绞痛;(2)静息状态下出现的心绞痛或持续超过 20 分钟的心绞痛;(3)心电图无 ST 段改变;(4)无心肌酶的改变。高危病人:(1)静息性、持续超过 20 分钟的心绞痛;(2)心梗后出现的心绞痛;(3)以前应用过积极的抗缺血治疗;(4)高龄病人;(5)缺血性 ST 段改变;(6)心肌酶 CK - MB 和(或)肌钙蛋白 TnT 升高;(7)血液动力学不稳定。

2.3 按照危险分层进行急性期处理

对于高危病人,应联合应用阿司匹林和氯吡格雷(波立维)抗血小板治疗;皮下注射低分子肝素;及早进行 PCI(经皮冠状动脉介入治疗)。对于中危病人,也应联合应用阿司匹林和氯吡格雷抗血小板治疗至少 1 个月。皮下注射低分子肝素;同时使用 β 阻滞剂和静脉给硝酸酯类药物,必要时可加用非二氢吡啶类钙拮抗剂,密切监测病情变化。对于低危病人,应口服阿司匹林,并定期随访。

3 护理

3.1 急性期护理

嘱病人卧床休息,降低心肌耗氧量,减少心肌损害。氧气吸入,一般采用鼻导管吸氧,氧流量 2 - 3 L·min^[1]。

迅速开通静脉通道,保持给药途径畅通。遵医嘱舌下含服硝酸甘油及阿司匹林 3000mg。

心电监护,密切观察 ST 动态变化,及早发现严重的心律失常。详细记录病人的血压、呼吸、脉搏、体温等。

抽取血标本作试验室检查,包括心肌酶谱,肌钙蛋白及凝血指标。

作者简介:叶爱武,(1965 - 06),女,本科,主管护师
(收稿日期:2006 - 06 - 10 接受日期:2006 - 08 - 16)

3.2 溶栓护理

一般使用尿激酶 150 万单位, 30 - 60 分钟静推; 链激酶 75 - 150 万单位, 60 分钟滴完。同时配合肝素 7500 - 10000u, q12h, 或低分子肝素皮下注射, BID^[2]。

经常询问病人胸痛有无减轻以及减轻的程度, 仔细观察皮肤、粘膜、咳痰、呕吐物及尿中有无出血征象。

溶栓后应协助医师进行心电图监测, 溶栓半小时查心电图一次, 后每小时查一次心电图。

保留静脉通道, 每 2 小时测心肌酶谱及血凝, 纤溶指标: 包括 CPK、CPMB、纤维蛋白原、凝血酶原时间等。

观察病人有无过敏症状如发热、发冷、皮疹、支气管痉挛等, 一旦发现, 立即配合医生进行处理。

3.3 介入护理

对高危病人早期介入治疗优于早期保守治疗^[3]。应在 4 - 48 小时内, 尽早行 PCI, 降低病死率。

术前指导: (1) 术前禁食 6 小时, 禁食者不禁药; (2) 指导病人练习床上大小便; (3) 病情允许的情况下, 术前一日本可以洗澡或床上擦浴; (4) 术前当晚保证充分的睡眠, 必要时给予镇静催眠药物。按医嘱予抗血小板药物。 (5) 简介手术大致过程和时间, 减少焦虑。 (6) 给予术前手术野的皮肤准备和药物过敏实验。

术后指导: (1) 体位: 术后取平卧位, 绝对平卧 24 小时, 第二个 24 小时可床头摇高床上活动, 后可下床活动; 穿刺侧肢体伸直制动, 鞘管拔除后用绷带和沙袋加压包扎; 一般沙袋压迫 6 小时, 绷带加压 8 小时后除掉, 改普通胶布固定纱布。 (2) 饮食: 术后即可进食清淡易消化食物如稀饭、软面条、汤, 避免产气引起腹胀食物如牛奶、豆浆、过分甜腻食物。 (3) 卧床期间床上解大小便。 (4) 遵医嘱使用抗生素和抗凝药物并观察疗效和副作用。 (5) 解释活动限制的必要性, 可以按摩术侧肢体和腰背部。

并发症的观察: 低血压、造影剂肾病、出血、栓塞等。术后用生理盐水或糖盐水扩容, 嘱病人多饮水, 加快造影剂的排出; 有出血的发生及早换药并制动肢体, 必要时沙袋加压包扎; 术前术后足背动脉搏动情况对比, 观察术侧肢体皮肤色泽、温度、有无麻木、疼痛等。若有栓塞发生及早配合医生溶栓或外科切开取栓。

本组有 30 例行 PCI, 术后因为卧床术侧制动, 都有腰酸、腹胀等不适, 24 小时后下床活动, 不适消失。有 1 例发生腹膜后血肿, 经输血等保守治疗后好转。1 例发生假性动脉瘤, 经局部加压后治愈。

3.4 抗凝、抗血小板药物护理

有效的抗凝能显著地降低血管的闭塞发展, 能抑制血小板的粘附和聚集及其促凝作用, 对阻止血栓形成和扩大具有重要意义。

普通肝素: 是最常用的抗凝剂, 通过激活抗凝血酶而发挥抗栓作用。静脉给药迅速产生抗栓作用, 但个体差异较大, 应用时需监测活化部分凝血活酶时间 (APTT)。停用肝素后出现反跳现象是普通肝素的缺陷之一。

低分子肝素 (如速避凝、克赛): 其药效较易控制, 不需监测 APTT, 疗效可靠使用方便 (可皮下及静脉给药), 与阿司匹林合用较单用阿司匹林更为有效, 目前已成为 ACS 患者抗凝的首选药物。但要注意腹壁皮下注射低分子肝素时, 要每天更换注射部位, 注射后局部要按压 5 - 10min, 防止出血、淤斑。

环氧化酶抑制剂 (阿斯匹林): 通过抑制环氧化酶来发挥抗血小板聚集作用。阿斯匹林可使 ACS 患者的心梗发生率和死亡率明显减少, ACS 患者 160mg - 325mg/d 口服, 怀疑 ACS 但没有用过阿司匹林的患者即可嚼服 300mg, 以后每日 75 - 325mg 维持, 一级和二级预防以 75 - 150mg/d 长期应用。禁忌症包括: 高敏或不能耐受 (表现为哮喘), 血友病、严重的未控制的高血压、活动性或新近发生的、潜在的可能危及生命的出血 (如视网膜、胃肠道和泌尿生殖系统)。

ADP 受体拮抗剂 (抵克力得): 通过拮抗血小板表面的 ADP 受体而抑制其他激活剂通过血小板释放 ADP 途径引起的血小板聚集, 不影响环氧化酶的活性, 由于血小板功能被不可逆抑制, 其抗血小板作用强而持久通常停药后再持续 7 - 10 天。通常每日 250mg, 每日 2 次。主要副作用包括: 恶心、皮疹、腹泻其发生率可达 20%, 最严重的副作用是白细胞减少 (2%), 及血栓性血小板减少性紫癜 (0.03%), 后者虽发生率低但死亡率高达 25 - 50%。抵克力得目前主要用于冠脉内支架植入术后, 因其副作用, 目前基本已被氯吡格雷代替。

ADP 受体拮抗剂 (氯吡格雷): 商品名波立维。起效快, 在 6 小时达高峰。与抵克力得相比其副反应轻, 骨髓毒性作用发生率低, 患者耐受性好, 没有阿司匹林的胃肠道副作用, 可用于阿司匹林禁忌的或阿司匹林耐受的 ACS 的替代疗法。对于高危 ACS 或行 PCI 术以后的患者可与阿司匹林合用。首剂 300mg, 然后 75mg/d, 疗程 9 - 12 个月。

3.5 健康教育

介入治疗术后患者, 应每月定期门诊随访, 及时发现药物毒副反应和心肌缺血症状的复发。

加强 ACS 危险因素的控制, 给病人讲解 ACS 二级预防的两个“ABCDE”的重要性^[4,5]。A: 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 与阿司匹林 (Aspirin)。B: β 阻滞剂 (β - blocker) 与控制血压 (Blood pressure control)。C: 戒烟 (Cigarette quitting) 与降低胆固醇 (Cholesterol - lowering)。D: 合理饮食 (Diet) 与控制糖尿病 (Diabetes control)。E: 运动 (Exercise) 与教育 (Education)。

参考文献

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 273
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会, 中国循环杂志编辑委员会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中国心血管病杂志, 2001, 29(12): 710 - 715
- [3] 石燕, 卡绍华, 陆石锐. 不稳定性心绞痛药物保守治疗与早期介入治疗的比较 [J]. 中国介入心脏病学杂志, 2003, 11(2): 90 - 91
- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 经皮冠状动脉介入指南 [J]. 中国心血管病杂志, 2002, 30(12): 707 - 715
- [5] 王艳慧, 赵晓艳. 急性心肌梗塞救治的护理体会 [J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(5): 73