

# Nursing Experience of Stenting for Acute Myocardial Infarction

Ping Chen, Tiaotiao Hui\*, Jia Chen, Ting Zhang

Department of Cardiology, The Second Affiliated Hospital of Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Xianyang Shaanxi  
Email: \*oulichenjia@163.com

Received: Sep. 23<sup>rd</sup>, 2019; accepted: Oct. 17<sup>th</sup>, 2019; published: Oct. 24<sup>th</sup>, 2019

---

## Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) refers to myocardial necrosis caused by persistent and severe ischemia of the corresponding myocardium due to a sharp decrease or interruption of coronary blood supply. Coronary stenting (PCI) is a relatively mature technique and is very effective in the treatment of acute myocardial infarction. Coronary stent implantation can open the occluded blood vessels in a short time, effectively restore the blood supply of myocardial cells in the ischemic area, minimize the damage of myocardial cells, and open up an effective way for the treatment of acute myocardial infarction patients. However, acute myocardial infarction stenting is difficult and high in the course of surgery, so it puts higher requirements on treatment and nursing. This article summarizes the nursing care of 56 patients with acute myocardial infarction stent implantation, and discusses some nursing experiences.

## Keywords

Acute Myocardial Infarction, Stent Implantation, Nursing Experience

---

# 急性心梗支架植入术的护理体会

陈 萍, 惠调调\*, 陈 佳, 张 婷

陕西中医药大学第二附属医院心内科, 陕西 咸阳  
Email: \*oulichenjia@163.com

收稿日期: 2019年9月23日; 录用日期: 2019年10月17日; 发布日期: 2019年10月24日

---

## 摘 要

急性心肌梗死(AMI, 急性心梗)是指因冠状动脉供血急剧减少或中断而使相应心肌持久而严重的缺血所

\*通讯作者。

致心肌坏死。冠状动脉支架植入术(PCI)作为一种比较成熟的技术,在急性心梗的治疗方面,有着举足轻重的作用。冠状动脉支架植入术可在短时间内开通闭塞血管,有效恢复缺血区心肌细胞的血液供应,最大限度减轻心肌细胞损害,为急性心梗患者的治疗开辟了有效的途径。但急性心梗支架植入术在手术过程中难度大,风险高,因此对治疗与护理均提出更高的要求。本文通过对56例急性心梗支架植入手术患者的护理进行总结,浅谈几点护理体会。

## 关键词

急性心梗, 支架植入, 护理体会

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 临床资料

我院从2016年11月至今,完成急性心梗冠状动脉造影术58例,其中2例冠脉造影(CAG)提示冠脉多支弥漫性病变,选择冠脉搭桥手术;行冠脉支架手术56例,其中男性45例,女性11例,年龄最大为83岁,最小为26岁,平均年龄61岁。以上患者均符合WHO关于AMI诊断标准[1],术后恢复良好,无明显并发症发生。

## 2. 术前护理

- 1) 术前准备:熟练掌握急性心梗术前准备程序,争分夺秒,缩短术前准备时间,尽快使患者接受介入治疗,减少心肌细胞的损伤,有利于术后心功能的恢复。
- 2) 向患者及家属介绍的手术的目的、方法及手术过程和注意事项,减轻患者顾虑,减轻其紧张情绪,从而使患者顺利接受手术。
- 3) 立即备皮,吸氧,心电监护,使用留置针建立良好的静脉通道,急查心电图、心肌酶、凝血四项、肾功、电解质、传染病筛查。
- 4) 加强抗凝、抗血小板、改善循环及支持治疗。给予替罗非班负荷量10 ml静推,余量以每小时6 ml泵入,或者给肝素钠注射液5000 U静脉注射。同时给予波立维600 mg或替格瑞洛180 mg + 阿托伐(立普妥)80 mg + 阿司匹林300 mg嚼服[2]。必要时给予泮托拉唑保护胃粘膜。
- 5) 对糖尿病患者术前监测血糖,根据血糖情况给短效或速效胰岛素皮下注射,每半小时监测血糖一次。
- 6) 术前嘱患者排空膀胱,给予患者穿纸尿裤。

## 3. 术中护理

- 1) 连接监护仪、有创血压监测系统;吸氧、连接液体;除颤仪、吸引器等处于良好备用状态;同时备好临时起搏器、起搏器电极、电池及急救药品。
- 2) 各种导管导丝分类放置,各种球囊、支架按型号顺序摆放,方便取用。
- 3) 认真做好查对工作,各种用药及口头医嘱、一次性耗材打开时均需重复一遍,确定无误后方可拆封及执行。

4) 手术过程中随时观察患者主诉、意识状态、生命体征、心电图情况以及液体是否通畅等,及时更换造影剂并记录造影剂的用量。具体如下:

4.1) 观察患者的意识状态,重视患者主诉,并通过与患者的交流缓解其紧张情绪。

4.2) 严密观察心电图变化如出现持续性心前区疼痛,血压下降,心电图 ST 段压低或抬高时,遵医嘱给硝酸甘油鞘管内注射(或硝酸甘油片舌下含服)、或吗啡 5 mg 皮下注射。

4.3) 观察心率及心律的变化如发现患者心率减慢时嘱其咳嗽,以促进造影剂迅速从冠脉排出;使用球囊扩张时注意观察心律变化,保持除颤仪处于完好备用状态,一旦出现室颤或者室速时紧急给予处理。

4.4) 观察有创血压变化情况如压力明显下降或曲线不正常时应及时提醒医生,必要时按医嘱给予多巴胺 90 mg、多巴酚丁胺 180 mg 入生理盐水 50 ml 中持续泵入,根据血压情况随时调整药量。

4.5) 使用肝素时患者必须处于全身肝素化状态,经桡动脉穿刺时首剂量为 5000 IU,经股动脉穿刺时首次剂量为 3000 IU,以后每间隔 1 h 追加普通肝素 1000 IU,准确记录每次注入剂量及时间,及时通知医生追加肝素,严密观察患者是否有出血倾向。

4.6) 手术时间较长时,主动询问患者有无小便,避免由于患者憋尿引起的血压升高,烦躁等。

#### 4. 术后护理

1) 术后给吸氧,心电监护,严密监测心电图和血压变化,如出现血压降低、胸闷、心前区不适时立即告知值班医生。

2) 穿刺部位的观察:术后穿刺部位加压包扎,密切观察穿刺点有无出血、渗血、血肿,穿刺侧肢体血液循环情况,包括远端皮肤颜色、温度、湿度等[3]。如出现肢体麻木、紫绀、肿胀、疼痛时立即处理。

3) 体位:行股动脉穿刺者,术后应绝对卧床休息 12 小时,限制术侧肢体活动,禁止在术侧肢体行静脉穿刺,术侧肢体抬高,避免屈曲;经桡动脉穿刺者无须长时间卧床。

4) 嘱病人多饮水,促进造影剂排泄。

5) 拔管综合征的护理:拔管综合征是冠状动脉支架术后常见的并发症,发生率约 3%。拔管综合征一般发生于拔除鞘管时即刻出现或发生于按压时,病人表现为不同程度的胸闷、气短、头晕、恶心、呕吐、面色苍白、全身大汗、血压降低、心率减慢、严重时出现意识模糊,四肢抽搐。常见于患者精神过度紧张、拔管刺激、拔管时对腹股沟区进行压迫止血引起的疼痛、各种原因引起的血容量不足等。所以在拔鞘时嘱患者精神放松,通过与患者的沟通交流分散其注意力,对高度紧张的病人可给利多卡因局部麻醉;嘱病人适量饮水及进食,增加其血容量;备好阿托品、多巴胺等急救药品。

6) 抗凝治疗期间的护理:支架植入术后常规使用及氯吡格雷口服有效抗凝治疗可防止血栓形成,因此要严格监测凝血酶原时间,观察有无穿刺部位活动性出血,皮肤或输液穿刺部位淤血、牙龈出血等低凝状态表现[4][5]。观察尿液及大便颜色、血压、意识、瞳孔的改变,争取做到早发现,早治疗。使用抗凝剂的患者要特别注意有无高血压、胃溃疡等病史,向患者及家属介绍有关抗凝治疗的目的及存在的危险性,让患者了解出血的部位及体征,发现异常及时处理。

#### 5. 健康教育

1) 养成健康的生活方式,戒烟、限酒、控制体重。

2) 控制饮食,宜进食清淡易消化,并增加蔬菜、水果摄入。

3) 注意休息,避免情绪激动、剧烈活动、饱餐、大用力等易诱发心肌缺血的因素。

4) 有效控制高血压、高血脂和糖尿病。

5) 提高服药的依从性,向患者讲解药物的作用及支架术后坚持服药的必要性,严格按照医嘱服药,

切勿自行减量或停药。

6) 术后随着心功能的恢复, 为患者提供个体化的心脏康复运动处方, 但要根据患者的心肺功能的评估适度进行。心梗患者早期的休息可降低心肌细胞的耗氧量, 随后运动可促进冠状动脉侧枝循环的建立。所以根据个体状态决定活动量。

7) 定期复查, 于术后的 1 个月、3 个月、半年、1 年复诊, 如有胸闷胸痛, 经休息不能缓解, 及时就诊。

## 6. 小结

急性心梗的急诊介入手术治疗为心梗患者提供了急救的绿色通道。近年来, 胸痛中心的建设, 对急性心梗的处置有了更加规范的要求, 并规范了形态的治疗流程, 改变了目前护士被动下医嘱的程序, 明确护士分工, 加强医护合作, 争取最大抢救时机, 提高患者生存率[6]。对于我们护理人员来说, 规范的术前准备, 能够缩短门球时间, 尽早恢复心肌的有效血液供应, 减轻心肌细胞的损害, 利于心功能恢复。其次密切的术中配合, 为抢救严重心律失常、心衰、心源性休克等并发症提供了保障。细致的术后护理, 对患者术后的心功能恢复及生活质量有着重大的影响。所以作为护理人员, 我们必须熟练掌握各项急救技术, 密切观察病情变化, 熟悉各种手术物品, 娴熟配合术前、术中抢救及术后病情观察, 为抢救患者赢得时机。

## 参考文献

- [1] 吴杰. 急性心肌梗死心电图诊断标准的变化及面临的问题[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2012, 26(3): 270-271.
- [2] 周金和. 替格瑞洛联合波立维治疗急性冠状动脉综合症的临床疗效研究[J]. 川北医学院学报, 2018, 33(6): 923-925.
- [3] 王萍, 王青. 经皮冠脉介入治疗术后并发症的预防和护理[J]. 心血管康复医学杂志, 2002, 11(15): 465-466.
- [4] 马红玲, 黄倩. 冠状动脉介入治疗术后血管迷走神经反射的原因与护理[J]. 全科护理, 2009, 7(35): 3229-3230.
- [5] 李少波. 实用心脏病并发症学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2006: 826-827.
- [6] 邢金平, 来春林, 赵建强, 刘晓红, 胡长青. 胸痛中心建设对急性 ST 段抬高型心肌梗死诊治的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(10): 1635-1636.