

48 例急性心肌梗死患者院前急救护理与效果观察

翟晓容(重庆市肿瘤研究所药剂科 400030)

【摘要】 目的 观察院前急救护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响。**方法** 对 48 例急性心肌梗死患者在病情评估基础上予以院前吸氧、镇静止痛、建立静脉通路、院前溶栓、心理护理等急救护理措施,观察院前急救患者(观察组)与入院急救患者对照组的治疗转归效果与溶栓时间。**结果** 观察组治愈率(87.5%)高于对照组(68.9%);观察组患者溶栓时间 $[(38.4\pm6.8)\text{h}]$ 短于对照组 $[(67.1\pm13.3)\text{h}]$ 。**结论** 对急性心肌梗死患者予以有效的院前急救护理能明显改善患者预后,降低病死率,提高抢救效果。

【关键词】 心肌梗死; 院前急救; 溶栓时间; 效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1508-02

急性心肌梗死(AMI)是心血管病的主要死因,40%~60%心肌梗死患者发病后 1 h 内死亡^[1],AMI 严重威胁患者生命,及早对患者给予有效的急救护理可为后续治疗赢得宝贵时间。作者对本院急诊科近几年 AMI 患者的院前急救护理措施进行了回顾性分析,并与常规入院抢救的 AMI 患者预后进行了对比分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院急诊科 2009 年 7 月至 2011 年 7 月行院前急救的 48 例 AMI 患者(观察组)与入院抢救的 45 例接诊患者(对照组)。其中,男 55 例,女 38 例,年龄 54~75 岁,平均 (63.2 ± 4.8) 岁。93 例患者均主诉胸前区剧烈压榨性疼痛,伴心悸、气促、恶心等症状;观察组 2 例患者院前急救时已发生休克,对照组 5 例入院时已休克;93 例患者心电图检查 ST 段均不同程度抬高;入院后据心肌梗死诊断标准^[2]确诊急性广泛前壁心肌梗死 46 例,前间壁心肌梗死 26 例,下壁心肌梗死 21 例。两组患者在病程、病情方面未见明显差异。观察组患者入院前在病情评估基础上予以吸氧、镇静止痛、建立静脉给药通路、心电监护、心理护理、院前溶栓等急救护理措施,对室颤或心脏骤停患者予以除颤等急救处理;对照组患者入院后行以上处理。

1.2 观察指标 观察不同组别患者的预后转归效果及溶栓时间。(1)具备胸痛消失持续 2 h 以上,(2)升高的 ST 段心电图回降 50%持续 2 h 以上,(3)血清肌酸磷酸激酶达峰值时间提前至发病后 14 h,其中符合 2 条以上即判定为溶栓成功^[3]。

1.3 院前急救与护理

1.3.1 常规护理 (1)吸氧:到达现场后,立即给予高流量鼻导管吸氧或无创正压机械辅助通气,改善心肌供血,减缓心绞痛,防止心肌梗死的范围扩大或发生心脏骤停。(2)止痛:遵医嘱立即予以硝酸甘油 5 mg 或硝酸异山梨酯舌下含服,如不缓解可给予皮下注射杜冷丁 100 mg 或吗啡 10 mg 缓解疼痛,常配合使用阿托品 10 mg,避免或解除因疼痛导致的交感神经兴奋引发的心律失常或休克。(3)建立静脉通路、选择靠近心脏的大静脉,留置静脉针,连接 3 通,便于及时反复用药,遵医嘱予以去乙酰毛花苷、酚妥拉明、呋塞米等强心利尿药物,并控制输液速度,避免引发心力衰竭。(4)持续心电监测:连接心电监护仪与除颤仪,持续监测患者呼吸率、心率(HR)、血氧饱和度(SPO₂)、血压(BP)等生命体征变化,观察有无病理性 Q 波、ST 段以及 T 波出现,根据监测结果调节氧流量及输液速度。期间如出现室颤或心脏停跳时,要果断及时的给予除颤处理^[4]。

1.3.2 溶栓护理 对出现剧烈胸痛等典型心肌梗死症状,心电图检测显示 ST 段明显抬高且无近期手术、外伤等溶栓禁忌

者,遵医嘱立即给予溶栓处理,方案为口服阿司匹林 0.3 g,尿激酶 150 万 U 联合 5% 人參皂苷 100 mL 静脉滴注,30 min 滴完。

1.3.3 心理护理 AMI 患者起病急,病情危重,极易产生焦虑、恐惧、悲观心理及濒死感。过分的紧张恐惧可引发交感神经兴奋而增加心肌耗氧量,加重心肌缺血、缺氧。急救护士除要严格执行以上护理流程外,还要注意稳定患者及家属情绪,帮助患者消除恐惧情绪,增强治疗的信心。

1.4 统计学方法 患者转归对比采用 χ^2 检验,溶栓时间对比采用 *t* 检验,所有数据经 SPSS 17.0 统计软件进行统计分析。

2 结果

观察组与对照组 AMI 患者经抢救后治疗转归与溶栓时间对比情况 见表 1。

表 1 两组心肌梗死患者治疗转归与溶栓时间对比情况

组别	转归 $[n(\%)]$			溶栓时间	
	<i>n</i>	治愈	死亡	<i>n</i>	时间(h)
观察组	48	42(87.5)	6(12.5)	42	38.4±6.8
对照组	45	31(68.9) ^a	13(29.5) ^a	31	67.1±13.2 ^a

注:与观察组比较,^a*P*<0.05。

3 讨论

AMI 起病急、病情凶险、并发症多,其高致残率与高病死率严重危害患者的生命健康。及早识别、明确诊断、积极救治是做好院前急救护理工作的重要内容。在院前急救过程中,有条不紊的急救护理和积极地救治措施对预防 AMI 引起的猝死意义重大。院前急救护理主要包括出诊前准备、现场急救护理、溶栓护理、心理护理等方面内容。急救护理过程中遵医嘱吸氧、止痛、快速建立静脉通路并有效用药,可解除冠状动脉痉挛,减轻心脏前后负荷,降低心肌耗氧量,挽救濒死心肌和缩小梗死范围;持续心电监护可及时发现心颤先兆及各种心律失常等,为施加各种抢救措施赢得了先机,确保了患者安全;患者的预后与溶栓效果与时间存在高度的依存性,AMI 发病后 6 h 内静脉溶栓治疗,可使病死率降低 30%,2 h 内给予溶栓治疗,病死率可降低 50%^[4],AMI 一旦确诊,及时行溶栓治疗对心肌再灌注是有效的血管再通方法^[5]。

急救过程中,护理人员要协助医生做好患者病史采集与病情评估工作,要熟悉 AMI 特有的临床症状与心电图表现,做好与其他心脏疾病与并发症的识别工作,符合条件者果断行溶栓处理。同时,转运过程要做好相关基础护理工作。本组 48 例 AMI 经院前急救护理患者治愈率 87.5%,平均溶栓时间

(38.4±6.8)h,明显优于入院抢救患者,证明院前急救是直接关系 AMI 患者存活的关键因素,有效的院前急救措施可为下一步的序贯治疗赢得宝贵时间,提高 AMI 患者抢救成功率。

参考文献

- [1] 龙永锦,刘丹,许新梅. 33 例急性心肌梗死的院前急救与护理探讨[J]. 黔南民族医学学报,2011,24(2):129-130.
- [2] 叶任高. 内科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2000: 230-235.

- [3] 周玉英. 急性心肌梗死患者院前急救的护理干预[J]. 航空航天医药,2010,21(12):2136-2138.
- [4] White HD. Future of reperfusion therapy for acute myocardial infarction[J]. Lancet,1999,354(9180):695-697.
- [5] 张世俊,高德禄,黄志刚,等. 心肌梗死标志物的检测与影像学关系的临床研究[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,18(5):5452-5454.

(收稿日期:2012-02-22)

循证护理在鼻咽癌放疗皮肤反应中的应用

欧国萍,王婵华,黄雪珍,陈雪琳(华南肿瘤学国家重点实验室/中山大学肿瘤防治中心
鼻咽科,广州 510060)

【摘要】 目的 应用循证护理探索鼻咽癌放疗患者皮肤反应的有效干预方法。**方法** 根据 65 例患者产生皮肤反应的具体情况,提出护理问题,收集相关证据,结合实际制定切实可行的护理计划,采取相应的护理措施。**结果** 65 例患者干预后皮肤反应均得到缓解,患者痛苦减轻,治疗顺利进行。**结论** 应用循证护理找出鼻咽癌放疗患者皮肤损伤因素,采用科学完整的护理方案,提高了护理工作质量。

【关键词】 循证护理; 放射治疗; 皮肤反应

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1509-02

循证护理是循证医学的重要分支,意为“遵循证据的护理学”,可定义为慎重、准确和明智地应用当前所获得最好的研究证据,同时结合护理专业技能和多年临床经验,考虑患者的价值和原理,将二者完美地结合,而制定的护理措施^[1],其核心是以最佳证据为基础开展护理工作。鼻咽癌是常见的恶性肿瘤,放疗是其最有效的治疗方法^[2]。鼻咽癌患者放疗时间长、剂量大,常可引起不同程度的损伤。放射性损伤包括全身反应和局部反应,其局部反应中最常见的是放射性皮肤损伤,尤其是颈部皮肤反应,主要表现为红斑、干性脱皮、湿性脱皮、皮肤溃疡等,给患者带来了不同程度的痛苦,影响了患者的生活质量。本科室对 65 例鼻咽癌放疗患者皮肤反应实施循证护理,采用有效干预措施,取得了较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2010 年 7 月在本科室治疗的 65 例放疗鼻咽癌患者,其中男 54 例,女 11 例,年龄 21~79 岁,平均 49 岁。照射野面积 88~169 cm²,平均 125 cm²。放疗治疗采用 6 MV 直线加速器,常规照射 2 GY/次,1 次/天,5 次/周,总剂量 68~72 GY。

1.2 皮肤反应 7 例无明显皮肤反应,39 例出现 1 级皮肤反应,11 例出现 2 级皮肤反应,8 例出现 3 级皮肤反应,无发生 4 级皮肤反应。湿性反应主要发生在颈与肩膀交接处,即头向左右两边张望时颈部起皱褶的地方,其次还有耳根等,湿性面积有些表现为带脓点的粉刺状,面积为(1~30)cm² 不等。

1.3 评价指标 皮肤反应观察指标按美国放射肿瘤小组(RTOG)的评价标准^[3]进行,具体:0 级为无变化;1 级为滤泡样暗红色斑,脱发,干性脱皮,出汗减少;2 级为触痛性或鲜色红斑,片状湿性脱皮;中度水肿;3 级为皮肤皱褶以外部位融合的湿性脱皮;凹陷性水肿;4 级为溃疡、出血、坏死。

1.4 方法

1.4.1 提出护理问题 (1)评估病情;(2)评估患者皮肤损伤相关因素;(3)采取何种护理干预及预防措施。

1.4.2 循证评估存在的问题 (1)电离辐射可引起毛发脱落、

皮炎、色素沉着,皮肤和汗腺萎缩,甚至会出现溃疡和坏死,影响患者的社会形象。(2)放射野皮肤出汗潮湿和穿着的衣服对放射野皮肤的摩擦导致皮肤损害。(3)研究表明皮肤受照 5 GY 就可形成红斑,20~40 GY 可形成上皮剥脱^[4],此时患者大多数有放射野皮肤瘙痒难忍。由于缺乏专业知识和指导,大多患者会采取一些他们认为能够解决的错误的方法,如用较热的水冲洗、随使用药等。

1.5 循证过程发现放射性皮肤损伤的相关因素 放射性皮炎是放射治疗最常见的并发症,它与局部毛孔、皮脂腺、汗腺萎缩以及血管通透性改变有关^[5]。放疗后皮肤萎缩变薄、软组织纤维化,毛细血管扩大出现放射性皮肤,表现为放射野皮肤瘙痒、红肿、色素沉着、干性脱皮、湿性炎性反应、水泡、溃疡等。在放疗过程中,皮肤损伤程度与照射剂量、照射野面积和照射源有关。同期放化疗的协同、叠加作用。患者所穿着的衣服与放射野皮肤的摩擦导致皮肤损伤。放射野皮肤出汗潮湿,特别是皮肤皱褶的地方,容易因放疗而损伤。缺乏相关专业知识出现放射性皮肤损伤时,由于寻求帮助和自身知识的缺乏,患者大多数会采取一些错误的方法来解决,如用热水浇、直接用手抓痒、乱用药等。皮肤反应与全身营养状况及其他疾病的存在有直接相关性,如合并糖尿病的患者更容易发生皮肤的放射性损伤^[6],曾经接受过放疗的患者因局部皮肤纤维化血供差,白细胞减少,机体免疫力下降,造成照射野皮肤的抵抗力降低。

1.6 护理干预

1.6.1 健康教育 是指通过教学的途径帮助人们学到保持或恢复健康的知识,自觉培养关心健康的态度,形成健康的行为,从而达到最佳的健康状态^[7]。心理教育对减轻患者放疗后皮肤反应,提高生活质量起着至关重要的作用^[8]。肿瘤患者在不同的阶段诊断、治疗和恢复过程中,均可能出现心理危机。因此,对患者实施全程心理康复教育是非常重要的。有研究表明,心理护理能有效减轻鼻咽癌患者的心理压力及放疗不良反应。对于放疗引起的局部损害,事先必须向患者交待清楚,使患者在心理上有所准备,并配合医护人员的护理工作。当患者