

1 例气管插管呼吸机支持同时镇静状态下行急诊 PCI 患者的个体化心理护理案例

康丹

成都市第七人民医院介入中心 四川成都 610213

摘要：目的：探讨气管插管呼吸机支持镇静状态下行急诊 PCI 术中个体化心理护理措施。方法：回顾性分析 1 例气管插管呼吸机支持镇静状态下行急诊 PCI 患者的介入术中个体化心理护理经过，结合国内文献报道的相关病例进行分析。结果：气管插管呼吸机支持镇静状态下行急诊 PCI 患者在介入术中实施个体化心理护理，使呼之能睁眼的患者理解并配合手术，安全顺利完成血管开通。讨论：气管插管呼吸机支持镇静状态下行介入诊疗的患者，应采取个体化心理护理措施，能提高患者配合治疗，提高护理质量，提高手术进程，保证手术安全。

关键词：气管插管呼吸机；镇静；个体化护理

心肌梗死是临床较为常见的心血管疾病，主要是由于某些诱因导致冠状动脉粥样斑块破裂，血液中的血小板于破裂的斑块表面聚集，形成血栓，将冠状动脉官腔阻塞，导致心肌梗死^[1]。当心肌梗死发生，给予直接或择期经皮冠状动脉腔内成形术（PTCA）及（或）经皮冠状动脉介入治疗（PCI）能够有效控制病情^[2]，越早进行，患者获益越大。特别危重的急性心肌梗死患者常常伴随呼吸衰竭、电解质紊乱、酸碱平衡失调等，不能马上进行急诊 PCI，需要在 ICU 进行生命支持。呼吸衰竭患者需要进行机械通气，而机械通气患者通常又需要镇静药物提升患者呼吸机、气管导管耐受，才能有效抑制咳嗽，降低机体代谢、氧消耗，降低缺血再灌注损伤，减轻机械通气所引发的痛苦。但由于患者对于镇静药物、剂量、药物动力学之间存在差异，在治疗过程中，患者的焦虑、紧张、恐惧等负面情绪会对手术效果产生一定影响，而研究表明，给予患者心理干预可以有效控制该影响。

1 案例分析

1.1 病例资料

患者，男，65 岁。本次因“反复心累 5 年，胸闷、胸痛 4 天，加重伴气紧 2 小时”于 2021 年 3 月 28 日 04:09 入院。5 年前，患者不明原因出现心累，平地行走 200 米即感心累明显，未予重视，休息后症状缓解。4 天前，患者无诱因感胸闷、胸痛（为胸骨中下段闷痛，无阵发性加重及放射，自行含服硝酸甘油 1 片后症状缓解）。2 小时前，患者自觉心累、胸闷、胸痛症状较前加重伴气紧，不能平卧，家属遂拨打 120 由我院急诊接回。患者既往体健，两天来有受凉史，有吸烟史 20 余年，每天约 20 支。

1.2 入院检查

体温：37℃；脉搏：132 次/分；呼吸：25 次/分；血压：140/78mmHg。患者发育正常，营养状态可，神志清楚，查体合作，急性面容，端坐位，呼吸急促，双肺闻及细湿啰音及散在哮鸣音，完善相关检查血常规、凝血功能、肝肾功电解质等检查。

1.3 辅助检查

测得 NT-proBNP 2876.9pg/ml，CK-MB 7.5ng/ml。心电图提示：房颤心律异常 Q 波，ST-T 段改变；高侧壁心肌梗死。HbAb850.27mIU/ml，HbAb0.40PEIU/ml，HbAb6.18IU/ml；

心肌酶：CK2902U/L，CKMB137.42U/L，HBDH857U/L；肾功全套：BUN10.9mmol/L，RBP18.42mg/L；肝功（住院）：TP 62.9g/L，ALB37.4g/L，PA 135mg/L，ALT 133IU/L，AST 412IU/L，AST/ALT 3.1，LDH 1009IU/L，TRF 1.97g/L，BNP1063.00pg/ml，PCT 1.023ng/ml；凝血八项：PT 15.4 秒，TT 21.1 秒，FDP 7.26ug/ml，D-D 2.77ug/ml，ATIII 79.1%，hs-CRP 22.33mg/L；血液常规分析（住院）：WBC 18.28*10⁹/L，NEU# 16.20*10⁹/L，NEU%88.6%，LYM% 5.4%，RBC 4.24*10¹²/L，HGB 127g/L，HCT 38.3%；肌钙蛋白 I:TnI >102.00ng/ml，PH7.261，PO₂53.7mmHg，PCO₂39.9 mmHg，Ca₁0.044mmol/L，Lac6.0mmol/L，BE-9 mmol/L，HCO₃17mmol/L。超声心动图：左心长大室间隔搏幅减弱，左室射血分数减低，心动过速；床旁胸片：双肺纹理增多、模糊，双肺散在少许炎症可能，右肺门影增浓，心影增大，双侧肋膈角欠锐利，少量胸腔积液待排。

1.4 治疗

与患者家属沟通患者病情危重后，表理解收治 ICU 进一步救治：呼吸机辅助呼吸，抗炎，利尿，护胃，祛痰，安置胃管尿管，控制血糖，纠酸纠电解质。2021 年 4 月 1 日患者病情仍危重，急性非 ST 段抬高性心肌梗死伴急性左心衰竭，现血流动力学趋于稳定，故行冠状动脉造影术+主动脉气囊反搏术+冠脉支架置入术+中心静脉置管术。治疗部位是左主干开口狭窄 60%，近中段重度狭窄 85%，并见明显钙化，前降支开口至近端长病变，最重狭窄 90%，并可见明显钙化。2 根支架成功释放后造影显示左主干、前降支通常，对角支完好，术后生命体征平稳，送 ICU 继续监护对症治疗。

2 介入术中个体化护理

机械通气患者通常需要镇静药物提升气管导管耐受、降低缺血再灌注损伤等，但由于患者对于镇静药物、剂量、药效动力学之间存在差异^[3]。此患者虽处于镇静镇痛状态，但呼之能睁眼，能做出能力范围内正确的指令性动作。因此对机械通气镇静状态下行急诊 PCI 患者实施个体化心理护理是保证手术安全和手术成功必不可少的助力。

2.1 语言性沟通

2.1.1 内疚、自责心理

人到老年就有一种日落黄昏的感觉，这种脆弱的心理在患病后更明显，认为自己没用，增加家庭的负担，依赖他人

为其提供医疗费用。目前要进行介入治疗,又需要花费,患者会更为住院费用感到内疚、自责。这种心理在介入治疗开始前患者的不配合表现的特别明显,针对这种心理状态,护士应主动向患者说明必须进行介入诊疗的意义,告知一次性的治疗费用虽高,但是介入治疗后恢复快,可以缩短住院天数,减少费用,帮助患者分析眼前利益和长远利益的关系,而且恢复健康后不再为疾病所困扰,生活可以自理,减轻了家庭的负担。

2.1.2 焦虑、紧张心理

介入诊疗术属于有创操作,是一种半开放性手术。患者进入导管室陌生的环境后,各种的仪器设备、机械声音等无形中都会对患者产生心理压力,造成恐惧不安的心理。虽患者处于镇静状态下,但患者呼之能应,手术人员的交谈、导管进入体内所致的不良刺激、担心手术能否成功等心理会加重患者的紧张、恐惧心理。护士应轻轻呼唤患者姓名,使患者感觉医护很重视他的反应,帮助消除环境改变带来的恐惧。在协助患者上手术台、输液或进行心电、血压监测等工作中,边工作、边简要解释手术过程、进度、术后恢复、配合情况等,帮助患者建立信心,鼓励手术配合。

2.1.3 期待、悲观心理

很多患者对介入诊疗技术缺乏正确的认识,对有不切实际、过于理想化的治疗要求,一旦术中有不适,认为病情不适合做介入手术时,患者的情绪会很消极,会失去信心。在介入诊疗进行中,护士边工作边帮助患者建立合理的认知态度,防止情绪波动给手术带来负性效应。换位思考,切实分析患者的想法,从实际情况分析配合介入诊疗手术的意义,观察患者的面部反应或肢体反应。

2.2 非语言性沟通

对于机械通气的患者,由于气管插管的不适、介入诊疗

的不适等,常常有焦虑、紧张、期待、悲观等心理反应,护士需要时刻守护在患者身旁,仔细观察患者的表情、眼神、体态手势等非语言性行为,如鼓励患者通过睁眼闭眼、点头、摇头等行为表达情感,探求了解其心理状态及其变化,并及时给予反应[4]。同事护士要耐心、细心,准确把握患者通过非语言行为传递的信息,要对病人的各种动作心领神会,并时时主动询问,做好安慰鼓励工作,增强患者的信心 and 安全感。

总而言之,坚持“以病人为中心”,通过优化护理措施,提高护理质量,保障患者医疗安全的同时,最大限度促使患者的临床疗效得到改善[5]。个体化心理护理重视患者的心理层面,在工作过程中,特别是类似的急诊介入诊疗工作中,注重以患者为中心,注重细节护理,从而更好地保证患者的身心健康和安全。

参考文献

- [1]赵瑞芬,崔国峰.心肌梗死合并上消化道出血患者中个体化护理的应用分析.结直肠肛门外科,2020,26(S2):161-162.
 - [2]劳玉妹,黄志萍,石怀英.个体化护理对心肌梗死支架术后并发心力衰竭患者遵医行为的影响.河北医药,2021,43(3):460-463.
 - [3]李蓓,何莲.深镇静与浅镇静对ICU机械通气患者预后的影响比较.临床合理用药,2021,14(3):64-66.
 - [4]邱金阁,刘宝存.11例清醒患者使用呼吸机期间的心理护理.临床医药文献电子杂志,2019,6(53):131.
 - [5]郑尚娟.重症监护室机械通气患者镇静镇痛药物应用效果观察与护理.世界最新医学信息文摘,2019,19(17):278-279.
- 作者简介:成都市第七人民医院介入室工作,热爱本职工作,遵纪守法,熟悉介入室工作,掌握急危重症的抢救。