

急诊胸痛患者的护理体会

田晶

(广东省佛山市第二人民医院 广东佛山 528000)

【摘要】胸痛是门诊患者就诊的常见原因。各种炎症或物理因素刺激肋间神经、脊髓后根传入纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配气管、支气管及食管的迷走神经感觉纤维和膈神经均可引起胸痛。最常见的胸痛是心脏疾病引起的胸痛。本文旨在探究对急诊胸痛患者的护理进行探究, 希望能够提升护理质量和护理效率。

【关键词】急诊; 胸痛; 护理

胸痛是指颈部和上腹之间的不适或疼痛。胸痛主要由胸部疾病所致, 少数为其他疾病引起。胸痛的程度与个体的痛阈有关, 与疾病轻重程度不完全一致。国外研究显示: 20% ~ 40% 的普通人群中一生中有过胸痛的症状, 胸痛的发生率约为 15.5/1 000 人年。胸痛发病率随年龄增加而增长, 且在老年人群中发生率较高, 以男性为主。

一、胸痛的病因

胸痛的常见病因包括肌肉骨骼、心血管、呼吸道、胃肠道疾病等。英国的一项研究结果显示, 年龄 <35 岁的胸痛患者中仅有 7% 被诊断为冠心病, 多数病因为肌肉骨骼疾病。而年龄 >50 岁的胸痛患者中, 肌肉骨骼疾病引起的胸痛仍然排在第一位占 36%, 其次是消化道疾病占 19%, 心脏疾病占 16%, 心理疾病占 8%, 肺部疾病占 5%, 还有一些不明原因的胸痛占 16%。

大多数胸痛不是心血管疾病, 或者说不是致命的, 但有一部分胸痛可以危及生命, 是急性致命性胸痛, 大家需要早期识别这些疾病, 避免发生猝死等严重后果。遇到下述情况, 一定到医疗单位及时就诊, 这些疾病包括: 急性冠状动脉综合征、主动脉夹层、肺栓塞、气胸等高危疾病。

急性冠状动脉综合征

急性冠状动脉综合征包括心绞痛和心肌梗死, 是临床中最常见的致命性胸痛。典型的心绞痛呈压榨性或憋闷等, 疼痛部位常见于胸骨后, 疼痛可放射至肩部、左前臂、颈部、下颌上腹部。胸痛持续时间为 2 ~ 10 min, 休息或含服硝酸甘油后 3 ~ 5 min 可缓解。劳累、运动、饱餐、寒冷、情绪激动等均可诱发。发生心肌梗死时患者胸痛持续时间常 >30min, 可伴有恶心、呕吐、大汗、呼吸困难等表现, 硝酸甘油无法有效缓解。但是, 老年人、糖尿病等患者症状可不典型。

心电图检查操作方便, 有助于早期快速识别急性冠状动脉综合征, 抽取静脉血检测肌钙蛋白和心肌酶是鉴别和诊断患者急性冠状动脉综合征的重要手段。

2. 肺栓塞

也是致命性胸痛的一种疾病, 典型症状为呼吸困难、胸痛及咯血, 晕厥或意识丧失可以是肺栓塞的首发或唯一症状。严重者可出现烦躁不安、惊恐甚至濒死感。患者呼吸急促是最常见的体征, 可伴有口唇发绀。血压下降、休克提示大面积肺栓塞, 可导致右心衰竭以及猝死

肺栓塞中肺血栓栓塞症最常见, 下肢或骨盆深静脉血栓形成是血栓的主要来源。危险因素包括骨折、大型外科手术、严重创伤、卒中后瘫痪、恶性肿瘤、下肢静脉曲张、妊娠、久坐、老年人等。

3. 主动脉夹层

由于主动脉内膜撕裂, 血液进入血管壁内, 导致主动脉壁剥离或破裂形成主动脉夹层。约半数主动脉夹层由高血压所致, 好发年龄为 50 ~ 70 岁, 危险因素包括高血压、马方综合征、主动脉缩窄、妊娠等。

典型胸痛表现为患者骤然发生剧烈胸痛, 刀割样、撕裂样持续性疼痛, 并向肩胛间放射。其疼痛程度患者一般难以忍受, 可伴有烦躁、大汗、面色苍白、四肢厥冷等休克表现。双上肢血压不对称。应用增强 CT 和经食管超声可以诊断。

4. 气胸

自发性气胸是指在无创伤或人为因素的情况下, 肺组织和脏层胸膜因原有某种病变或缺陷而突然发生破裂引起的气胸。诱发因素为剧烈运动、咳嗽、提举重物或上臂高举及用力排便等。好发于体型高瘦的年轻男性。

典型症状包括剧烈运动、咳嗽或用力排便后突发胸痛, 继而出现胸闷、呼吸困难。常呈针刺样或刀割样胸痛。胸部 X 线片是诊断气胸的可靠检查方法。

二、急性胸痛的护理

1、急性心肌梗死的急救护理 首先是立即送入抢救室, 开通绿色通道, 氧气吸入, 注意保暖, 接着建立静脉通路, 硝酸甘油, 抽血化验, 迅速准备除颤仪、抢救车、呼吸气囊等抢救用品, 然后用镇静止痛, 注意心电监护, 严密观察神志、心率、心律、血压和 PCI 前的准备, 最好是护送患者至介入科或心内科, 做好交接, 并同时最好护理记录。

2、主动脉夹层急救护理 首先也是立即送入抢救室, 开通绿色通道, 让病人绝对卧床休息, 注意氧气吸入, 可以使用强效镇静镇痛, 必要时静脉注射较大剂量吗啡或冬眠治疗, 接着建立静脉通路, 补充血容量, 用硝普钠和 β -受体阻滞剂来降压, 然后做好心电监护, 严密观察神志、心率、血压, 还要做些 PCI 前的准备, 最后是护送患者至介入科或心内科, 做好交接, 并且做好护理记录。

3、张力性气胸的急救护理

首先是迅速排气减压, 紧急时将消毒针头从患侧肋间隙插入胸膜腔, 使高度正压的胸内积气得以由此自行排出, 缓解症状; 接着安置胸腔闭式引流, 给予半卧位, 保持呼吸道通畅, 氧气吸入, 缓解疼痛; 然后动态观察病情变化, 观察血压、心率、意识等变化, 观察病人呼吸的频率、节律和幅度, 有无气促、呼吸困难、缺氧等症, 有无气管移位或皮下气肿的情况, 最后是做好开胸探查的术前准备。

三、急性胸痛患者的心理护理

急诊护士需要充分掌握各种胸痛的发病特点, 能够给予高速有效的抢救配合及护理, 在时间上可以争分夺秒进行接诊、分诊。急诊护理人员同样需要对急性胸痛患者进行心理护理, 很多胸痛患者特别容易焦躁不安, 也很容易难过, 陷入到抑郁当中, 他们对自己的身体健康情况和自己未来的生活情况充满了担忧, 背负着这么多的心理负担, 患者根本没有办法好好接受治疗。这时候, 护理人员需要多注意患者的心理状态, 了解他们的想法, 尽可能帮他们解决问题, 满足他们的需求, 让他们能够安心进行治疗。

【结束语】医院需要对住院患者进行健康教育和出院患者随访, 并且加强冠心病二级预防。也要加强对出诊护士的培训, 及时修改不合理工作流程。还要提高患者对胸痛认识, 让他们能够更好地配合护理人员的工作。可以深入社区对社区居民关于胸痛的教育、基层医院医护人员胸痛识别, 让患者及其家人在出现急性胸痛的时候不要过于紧张。

参考文献:

[1]彭云.急诊室急性胸痛患者的护理[J].中国实用护理杂志,2012,28(21):42-43.

[2]沈莹,张学萍.CCU 病房急性胸痛患者护理安全隐患与管理对策[J].中华现代护理杂志,2012,18(10):1202~1205.