

# 循证视角下护医一体化在急性下壁心肌梗塞患者介入术中的实践

郭锦

(甘肃省武威市人民医院 733000)

**摘要:** 随着社会的不断发展,以及人们生活条件水平不断提高。饮食结构也发生了很大调整。这就极大的造成了急性心肌梗塞发病的概率。并且由于当前社会结构发生调整,很多疾病更趋向于年轻化。在急性心肌梗塞方面,男性要多于女性,并且高发于40岁左右。急性心肌梗塞是在冠状动脉病变的基础上发生冠状动脉血供急剧减少。从而让心肌造成严重的缺血所导致的。严重的话,可以危及人的性命。因此对循证视角下护医一体化在急性下壁心肌梗塞患者介入术中的实践进行探讨很有必要,从而给病人带来更好的治疗效果和护理体验。通过对循证视角下护医一体化在急性下壁心肌梗塞患者介入术中的实践进行研究,为未来治疗心肌梗塞疾病带来新的思路和新的路径。

**关键词:** 循证视角下、护医一体化、急性下壁心肌梗塞、患者、介入术、实践

**引言:** 随着社会的不断发展以及全社会公民饮食结构的调整。国民的生活方式也发生了很大的变化。在当前中国已经逐步进入到老龄化社会,随之而来的就是老年人越来越多。也正因如此,在我国心脑血管疾病的患者正在逐日增加。在大多数比较严重的疾病中,居于首位。由于急性下壁心肌梗死会对患者造成很大的危害。我们应当引起高度的重视,通过更好的治疗方法来有效挽救心肌缺血所导致的严重后果。随着医疗技术的不断发展,我国冠状动脉硬化疾病的患者通过介入治疗的总数正在不断提高。手术的死亡率也十分的低。研究发现,急性下壁心肌梗死患者在手术中出现不稳定现象明显高于急性前壁心肌梗死患者。也正因如此,早期识别高危患者可以帮助降低患者的死亡率。本研究通过738例急性下壁心肌梗死患者的具体情况和实践来获取他们的情况。为医生的临床决策和病人的疾病治疗提供可靠的依据。

## 1. 循证护理

### 1.1 循证护理的定义

可以说,循证护理与普通的护理有极大的不同。循证护理中,护理人员在计划护理活动中,更加科学的,理智地将科研结论与临床经验相结合,同时与患者进行有效的沟通。进一步了解患者内心的想法,通过交流来更好地适应患者的需求。以此作为临床护理决策的依据,在当前护理领域,有较多传统的护理技术,都需要重新定义。需要与时代相匹配。比如输液间隔时间要多少更换?尿袋的最佳时间需要有多久?保留尿管更换的时间需要多久?等等一系列问题。都需要进一步的进行科学化的判断和定义。因此,循证护理与普通的护理相比,具有更好的科学性和合理性。是当前护理更趋向的选择。也是未来发展的方向。因此,在护理中应当更加考虑患者的价值观,要明确干预措施和健康结局之间的关系,出现新证据时,应当及时更新信息。通过指南制定,更多学科共同协作,都可以作为临床实践的基本原则。要明确干预措施,并对证据进行强度分级。制定过程要透明,避免各方面的冲突。可以说,循证护理与传统护理有着很明显的区别。

### 1.2 循证护理与传统护理的区别

可以说,循证护理和传统护理还存在的很多本质上的区别。在实践模式中,循证护理更趋向于基于证据的实践模式,而传统护理在实践模式中,更多的是基于感官经验和直觉判断。因此在模式中,两者存在差异,另一方面,在证据来源上,两者也存在不同。循证护理在证据来源方面是采用当前最佳证据来作为证据来源。而传统护理往往更多依靠护理人员的经验和感觉。以及他们过去护理的相关习惯来。作为证据的来源。因此两者相比,循证护理更具有科学性和客观性,在生产证据方面护理和传统护理也有很大不同。循证护理是倡导护理人员开展具体的研究,以期解决当前正副资源不能解决的问题,并且因此提供更多可以参考性,有建设性的方法和条件。而传统护理在生产证据方面,往往缺乏开展具体的研究,缺乏

主动生产证据的意识和办法。在评价证据方面,循证护理往往更加重视证据的质量评价,并且能够提供更加科学的方法来给予解决办法,而传统护理在评价证据方面,往往缺乏重视。并不存在合理的评价证据。在结局指标方面,循证护理更加关注服务对象的最终结局。可以概括为终点指标,而传统护理与循证护理不同的是,在结局指标方面,往往更加关注当前护理问题的解决。缺乏长远的目光和全局的意识,因此在结局指标方面,循证护理往往能够顾全大局。能够考虑的更加长远。而传统护理往往比较短视,只能涉及到当前护理问题的解决。综上所述,循证护理与传统护理相比,具有很多优势,也是未来护理更好的发展方向,因此在今后护理领域,应当对循证护理做更多的研究。让循证护理逐渐取代传统护理是当前正确的发展方向。

## 2 具体案例

### 2.1 病情简介

基本情况:患者刘某香,女,85岁,于2021年01月25日因“间断胸痛1天,加重持续性胸痛3小时”收住入院。

既往史:高血压5年,支气管哮喘3年。

诊断:完善各种检查后,初步诊断为:

1.急性下壁心肌梗死心功能IV级

2.冠心病

3.心源性休克

4.高血压3级(极高危)

5.支气管哮喘

诊断依据:1.间断胸痛一天,持续加重3h。

2.心电图(18:15)提示:窦性心率,ST段(II、III、aVF)抬高,考虑急性下壁心肌梗死。

3.心梗三项结果(18:34)提示:

CTnI < 0.05ng/ml,

MYO 228.60ng/ml,

CK-MB 12.6ng/ml。

### 2.2 病史简介

于2021.1.25 18:10

入院,ST段(II、III、aVF)抬高;

CTnI < 0.05ng/ml, MYO 228.60ng/ml, CK-MB 12.6ng/ml

于2021.1.25 20:00转ICU,21:02,SpO<sub>2</sub> 55%,给予气管插管、CVC置管

于2021.1.25 18:21行PTCA术,冠脉造影示:三支病变,回旋支近中端闭塞,导丝通过时患者发生室颤,PTCA术后支气管哮喘发作

于2021.1.28,患者病情好转,各项指标平稳,转心内二科

于2021.2.7 患者病情好转,出院

于2021.2.10,患者哮喘发作,死亡

该名患者 6:30 开始启动导管室。6:40 导管室激活。6:47 患者到达导管室, 6:50 开始穿刺。6:53 开始造影, 7:10 导丝通过。7:40 手术结束。

启动导管室 (18: 21) 参与介入手术人员分工: 术者 助手  
手术护士 胸痛手机值机人员 急救中心护士

信息: 接到微信通知, 患者刘某香, 女 85 岁, 目前胸前区疼痛, 血压低, 确诊 AMI, 预行 PTCA, 手术医生: 张海涛、李万凯  
录信息: 将患者信息录入 DSA 显示屏。打开患者通到门,  
准备: 护士立即根据以上信息准备手术耗材、检查除颤仪 (节省抢救时间 1 分钟)、氧气供应设施及药品 (1000: 1 肝素钠、1: 10 硝酸甘油、替罗非班造影剂, 节省抢救时抽吸药物 3-5 分钟), 并将造影剂及 1000: 1 肝素钠盐水悬挂在手术床旁输液架上。

接患者: 急诊科医生护送患者至门口时, 呼叫“请接病人”, 导管室护士迎接病人同时做三件事“1.看时间。2.呼应式核对患者身份。3.叮嘱家属门外等候”。

医务人员准备: 医生、护士穿好防辐射服, 做好接患者准备, 护士与医生再次核对物品及药品。

### 3.手术过程

#### 3.1 患者到达导管室

评估: 检查静脉通路, 发现静脉通路在右上肢, 不符合手术要求, 立即由急诊科护士建立左上肢静脉通路 (节省 2 分钟), 同时, 导管室护士连接心电图监护、吸氧及介绍术中配合要求, 给予心理护理

处理: 患者生命体征 P:72 次/分 BP:90/53mmHg, spo2:85%。随后给与 1: 1 多巴胺静脉滴注, 观察血压

消毒: 术者洗手、打包, 助手协助术者倾侧碘伏, 卷起患者右上肢衣袖, 暴露桡动脉穿刺处, 触摸桡脉搏, 进行消毒, 并暴露股动脉穿刺处 (以上平时由导管室护士完成)

#### 3.2 开始穿刺

此患者静脉血管条件差, 第一次穿刺失败, 由导管室护士和急诊护士成功建立静脉通路, 急诊科护士固定留置针, 导管室护士协助医生核对手术耗材 (穿刺鞘、环柄注射器、连通板、导丝、5、10ml 注射器各一只, 压力延长管 2 根、输液器 2 副), 与医生核对抽吸利多卡因手术医生行桡动脉穿刺, 查看穿刺时间, 协助助手穿手术衣, 行有创血压校准, 在此过程中护士严密观察生命体征变化, 并汇报于医生与急诊科护士填写交接单, 再次查看知情同意书, 补写之前时间节点 (启动时间、激活时间、动脉穿刺时间)

#### 3.3 造影开始

造影显示三支病变, 回旋支近端闭塞, 立即准备行 PCI 术者评估患者年龄大, 手术风险高, 再次于家属告知病情助手告知病人病情及手术目的, 获得患者配合导管室护士立即连接肾上腺素及阿托品于静脉通路上, 打开 PCI 四件套 (导引导管、导引导丝、Y 阀、压力泵), 更换造影剂。并呼叫 ICU 医生会诊、做好插管准备, 告知 ICU 备床。

#### 3.4 导丝通过

血压 100/56mmHg, 遵医嘱加快多巴胺输注速度, 球囊逐段扩张回旋支时 (19: 16), 患者心率由 100 次/分下降至 79 次/分 (下

降幅度超出原来的 10%), 血压从 100/56mmHg 下将至 70/52mmHg (下降幅度超出原来的 20%)。汇报病情, 给与肾上腺素 1mg 静推, 血压及心率上升不明显于 19: 20 分患者意识丧失, 突发室颤, 医生立即行胸外心脏按压, 同时, 护士给与 200J 电除颤, 并给与阿托品 0.5mg、肾上腺素 1mg 静脉推注。患者心律未恢复, 再次给与 200J 电除颤一次 (节省 2 分钟)

19: 22 分, 患者意识恢复, 心电图示: 窦性心律

19: 32 分, 患者哮喘发作, 给与甲泼尼龙琥珀酸钠输注, 3 分钟后哮喘较前好转。

#### 3.5 手术结束

再次造影显示回旋支血流 III 级, 哮喘未加重, 转入 ICU 继续治疗。

#### 4.手术重要配合节点

接到手术通知后, 得知患者为高龄患者, 病死率高[1]。立即备好预防性抢救用物。根据手术医生准备手术用品, 要求护士熟知每位医生手术习惯。在手术开始之前, 配好抢救药品 (多巴胺、阿托品、肾上腺素)[2], 并使用三通连接在左上肢静脉通路上, 抢救时, 推药只需 2s 钟。造影显示三支病变, 护士备好抢救用物, 呼叫 ICU 医生, 做好会诊准备, 备好床。--“VF 的发生常常是突然的、凶险的, 所以, 术前的早期判断, 术中的准确监护, 发生 VF 时, 积极有效的处理, 是至关重要的[3]”在导丝通过、球囊扩张、支架植入三个节点, 极易发生心率失常, 护士严密观察心电图示波, 及时发现按病情变化。抢救过程中, 分工明确, “医生胸外按压, 护士除颤”, 紧密配合, 达到按压与除颤不中断的效果。患者心理护理贯穿整个手术过程。

#### 5.护理措施

当病人心跳骤停时, 医生立即给与胸外心脏按压, 护士准备除颤, 遵医嘱给与肾上腺素、阿托品静脉推注, 加快多巴胺输注速度, 2 分钟后患者恢复窦性心律。

意识丧失的话, 头偏向一侧, 防止误吸, 保持呼吸道通常, 持续吸氧, 观察意识、呼吸变化, 2 分钟后患者意识恢复, 未发生相关并发症。潜在并发症 窒息、猝死、皮肤完整性受损、造影剂肾损害患者呕吐时, 头偏向一侧, 密切观察生命体征变化, 及时有效处理心跳骤停, 水化。患者要保持适当规律的运动, 切忌整天卧床、静坐。根据身体情况, 进行有氧运动, 以及合理科学的饮食结构调整。在针对病人护理的同时, 应当考虑到病人的实际情况。帮助其开始康复性训练。保持心情舒畅, 同时饮食上应当更加清淡, 切不可饮食过于油腻。在保持情绪基本正常的情况下, 不吸烟, 不喝酒。良好的作息习惯有助于病人的恢复。

#### 参考文献:

- [1]循证护理在急诊治疗急性心肌梗死患者中的应用价值[J].梁中琴.重庆医学 2019
- [2]急性心肌梗死后并发症分析及护理体会[J].黄秋明.吉林医学.2019
- [3]护理安全管理在降低急性心肌梗死介入术后并发症中的应用[J].李俊.当代护士.2019