

抑制治疗的持续时间均在1年以内(平均7.9个月),而且没有继续维持治疗的患者均获得临床缓解且无一例复发,提示毋需继续进行维持缓解治疗^[13]。本文1例无肾功能改变的患者进行维持11个月的治疗,随访无复发;另2例有肾功能不可逆转改变的患者有维持2年以上的治疗。由于环磷酰胺等免疫抑制剂副作用发生率高,一些新免疫抑制剂已用于原发性小血管炎的治疗^[14],但对于PTU诱发的小血管炎患者,尚未有足够的证据证实这些新药疗效优于传统免疫抑制剂。因此,甲亢病人使用PTU治疗时,特别是长时间、大剂量使用时,应定期进行ANCA检查,如果病人出现发热、贫血、关节肌肉疼痛、皮疹和肺、肾受累时要立即停药PTU,必要时进行组织活检确诊并明确脏器受累程度,根据病情需要使用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂,早期治疗是改善预后的关键。

参考文献

- 1 Stankus SJ, Johnson NT. Propylthiouracil-induced hypersensitivity vasculitis presenting as respiratory failure[J]. Chest, 1992, 102(5): 1595 - 1596.
- 2 徐旭东, 赵明辉, 章友康, 等. 丙基硫氧嘧啶导致的抗中性粒细胞胞质抗体阳性小血管炎及其靶抗原研究[J]. 中华内科杂志, 2002, 41(6): 404 - 407.
- 3 Noh JY, Asari T, Hamada N, et al. Frequency of appearance of myeloperoxidase-antineutrophil cytoplasmic antibody (MPO-ANCA) in Graves' disease patients treated with propylthiouracil and the relationship between MPO-ANCA and clinical manifestations [J]. Clin Endocrinol, 2001, 54(5): 651 - 654.
- 4 郭晓蕙, 赵明辉, 高莹, 等. 抗甲状腺药物引起抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎的临床分析[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(11): 932 - 935.
- 5 Savage J, Davies D, Falk RJ, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies and associated diseases; a review of the clinical and laboratory features[J]. Kidney Int, 2000, 57(3): 846 - 862.
- 6 Gunton JE, Stiel J, Clifton-Bligh P, et al. Prevalence of positive antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) in patients receiving anti-thyroid medication[J]. Eur J Endocrinol, 2000, 142(6): 587.
- 7 Friedman JA, Miller EB. Comment on: Parotid gland biopsy compared with labial biopsy in the diagnosis of patients with primary Sjogren's syndrome[J]. Rheumatology (Oxford), 2007, 46(2): 370 - 371.
- 8 Frankel SK, Cosgrove GP, Fischer A, et al. Update in the diagnosis and management of pulmonary vasculitis[J]. Chest, 2006, 129(3): 452 - 465.
- 9 周波, 池莲祥. 丙基硫氧嘧啶致抗中性粒细胞胞浆抗体相关小血管炎的诊治进展[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(4): 985 - 986.
- 10 程勇军, 高夏芬, 林曦, 等. 原发性小血管炎肾损害的临床病理及治疗探讨[J]. 浙江临床医学, 2007, 8(9): 1109 - 1111.
- 11 Merkel P. Drug-induced vasculitis[J]. Rheum Dis Clin North Am, 2001, 27(4): 849 - 862.
- 12 申世华, 徐建华, 帅宗文, 等. 1例服用他巴唑患者出现抗中性粒细胞胞浆抗体阳性病例报告[J]. 安徽医学, 2009, 30(3): 350.
- 13 陈曼, 赵明辉. 药物诱发的ANCA相关性小血管炎的诊断和治疗[J]. 临床肾病杂志, 2008, 8(5): 212 - 214.
- 14 黄云剑, 王梓华. 抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎的药物治进展[J]. 临床内科杂志, 2009, 26(6): 429 - 431.

[收稿日期 2010-04-08][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

护理研讨

急诊PCI治疗急性心肌梗死病人的临床观察及护理

黄春燕, 严华, 温桂华

作者单位: 535000 广西, 钦州市第二人民医院心内科

作者简介: 黄春燕(1975-), 女, 大学本科, 主管护师, 护士长, 研究方向: 心内科临床护理。E-mail: hchy0809@126.com

[摘要] 目的 总结五年来临床急诊经皮冠状动脉血运重建(PCI)抢救急性心肌梗死的临床效果及护理体会。方法 对115例急性心肌梗死患者, 进行急诊PCI, 操作方法严格按照经皮冠状动脉介入治疗指南^[1]进行, 术前术中术后实施细致护理。结果 115例患者中成功113例, 成功率为98.3%; 梗死后平均开通时间(238±361)min; 术后即刻心电图表现ST段回落、T波深倒置, 16例术后1周心电图完全正常; 均有心肌酶峰前移。结论 急诊PCI是治疗急性心肌梗死重要和有效的手段, 认真、细致、有效的护理是提高手术成功率的保证。

[关键词] 急性心肌梗死; 经皮冠状动脉血运重建; 临床观察; 护理

[中图分类号] R 542.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0682-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.34

1 资料与方法

1.1 临床资料 2005-01 ~ 2009-12 我院急性心肌梗死行 PCI 治疗患者 115 例,男性 79 例,女性 36 例,年龄(59.5 ± 16.3)岁,其中 ST 段抬高性心肌梗死 91 例,非抬高性 24 例;合并缓慢性心律失常 33 例,急性左心衰竭 35 例,心源性休克 17 例,心肺复苏后 6 例。

1.2 治疗方法 病人入院后接诊医师第一时间通知专科医师,并由专科医师完成以下程序:(1)初步明确诊断及发病时间(要求 < 12 h),评估心脏及其他情况,确定先静脉溶栓或直接介入手术治疗;(2)做相应检查(心电图、心肌酶谱、肾功能、电解质等),同时与病人或家属谈话、签字和做好静脉溶栓及术前准备工作;(3)电话通知导管室及相关医护人员,并将病人送入导管室;(4)急诊冠状动脉造影一般在病人进入导管室 20 min 内完成,并明确罪犯血管;(5)在与病人或家属简要沟通后,实施急诊 PCI,操作方法严格按照经皮冠状动脉介入治疗指南^[1]进行;(6)手术前、中、后注意基础药物如抗凝剂等的治疗;密切观察血压、心律等的变化,及时处理;(7)手术完成后,在 CCU 室观察 24 ~ 72 h,每 6 小时进行一次心肌酶学和心电图检查,如无特殊情况即转普通病房;(8)出院后长期随访,记录有无心绞痛、再次心肌梗死、猝死等心血管突发事件发生情况。

2 结果

2.1 手术情况 115 例患者中成功 113 例,成功率为 98.3%;开通梗死相关血管时间(发病到球囊扩张时)为 $45 \sim 676(238 \pm 361)$ min;113 例病人中 111 例植入支架 126 枚,支架规格为(2.98 ± 0.53) mm;2 例造影发现以血管痉挛为主,给予冠状动脉内推注硝酸甘油或异搏定药物后,闭塞消失,血管无明显狭窄,前向血流恢复,未做进一步处理;有 6 例血管开通后出现 no-following 现象,经冠状动脉内推注药物和植入支架后血流改善,回病房后加强抗凝等治疗。术后即刻心电图表现均有 ST 段回落、T 波深倒置等,其中 16 例术后 1 周心电图完全正常。均有心肌酶酶峰前移。不成功的 2 例为慢性闭塞且成角的血管病变,指引导丝或球囊不能通过,1 例转外科行择期搭桥手术治疗;另 1 例保守治疗,病情稳定。

2.2 术后情况 1 例术后 10 天死于频发的室颤、心力衰竭和肾衰竭,余 112 例病人顺利出院,部分病例随访,随访时间(6.6 ± 12.5)个月,有心血管事件发生 21 例(18.8%),其中 1 例为术后 56 天猝死,不排除支架内血栓可能;出现梗死后心绞痛的 20 例中,11 例为多支病变,两周内再次 PCI 缓解;5 例 8 ~ 12 月后再次心绞痛(4.5%),复查造影为支架内再狭窄,再次 PCI 植入药物支架症状消失;其余经保守治疗减轻或缓解。另 37 例出院后 6 ~ 10 个月复查冠状动脉造影,无明显支架内再狭窄。在心血管意外事件中,1 例死于上消化道出血,1 例死于脑出血,4 例死于相关肿瘤。

3 护理

3.1 术前护理 (1)基础护理:患者入院后立即入住冠心病监护病房(CCU),予心电、血氧、血压监测,氧气吸入,使用套管针在左上肢建立输液通路,并保持两组通路和充分固定针

头,以防止患者躁动时移位^[2]。急查血常规、血凝全套、心肌酶谱和甲、乙、丙肝抗体、抗 HIV 等,更换手术衣,腹股沟区备皮,观察股动脉及双侧足背动脉搏动情况并做好记录,做碘过敏皮试。(2)术前用药:嚼服肠溶阿司匹林 300 mg,口服氯吡格雷片 600 mg,阿托伐他汀钙片 40 mg;根据医嘱应用硝酸甘油,以扩张动静脉,减轻心脏前后负荷,减少心脏耗氧。(3)术前指导:向患者及家属讲解 PCI 的必要性、方法、安全性及疗效,介绍成功病例以增强自信心,尽力解除患者的心理压力和紧张情绪,争取更好地配合手术。认真做好术前教育和心理疏导工作,以减轻患者的焦虑情绪,做好血压、心率、呼吸和尿量的监测^[3]。

3.2 术中观察及护理 急性心肌梗死后数小时内,血流动力学随之发生变化,因此,急诊 PCI 术中应行严密的心电监护和动脉内压力监测,要确保除颤仪、监护仪、临时起搏器、造影机等处于良好的工作状态^[2]。将多巴胺 10 mg,利多卡因 50 mg,阿托品 0.5 mg 等药物吸入注射器备用。严密观察病情,及时发现心率、心律、血压和病人的意识状态等异常变化情况。

3.3 术后护理 (1)病情观察及护理:术后患者回 CCU,立即行心电图检查,并行心电、血压、血氧监测 24 ~ 72 h,根据病情 1 h 内每 15 min 测血压 1 次,病情稳定后改为 2 ~ 4 h 测血压 1 次。注意询问患者有无胸痛、胸闷、心悸等不适。常规吸氧以确保血氧饱和度 > 92%,以利于减轻心肌损伤。合理补充液体,同时控制输液速度,防止发生急性心衰。鼓励病人多喝水,以增加血容量,使尿量增加,促进造影剂从尿中排出。(2)心理护理与指导:向患者及家属解释 PCI 后住监护室继续治疗与观察的重要性。并说明 PCI 动脉鞘管的留置位置、目的及存在的危险,嘱其注意平卧休息,术肢制动,协助做好生活护理。(3)切口、肢体及皮肤的护理:病人绝对卧床休息 24 h,鞘管拔出后,穿刺点用弹力绷带加压包扎外加 1 kg 重的沙袋压迫 6 h,术肢伸直平卧 12 h,尽量避免咳嗽、打喷嚏、用力排便、憋尿等增加腹压的动作。早期 24 h 内指导患者及家属进行肢体活动和皮肤按摩,6 h 后可根据病情帮助患者适当更换体位,以减轻长期卧床引起的腰背疼痛。伤口护理时严格遵守无菌操作,保持伤口清洁、干燥。(4)应用抗凝药物的护理:因术前、术中、术后均使用了抗凝剂,易引起胃肠道、泌尿道及穿刺点出血,严重可引起脑出血,故应严密观察病人有无头痛及有无呕吐、呕血、黑便、腹痛现象。注意观察伤口有无出血、渗血、血肿及双足背动脉搏动情况。如发现腹膜后出血、血肿、假性动脉瘤、股动脉血栓形成、下肢深静脉血栓形成等严重并发症,应及时通知医师及时处理。(5)饮食及排便的护理:患者应保持低脂低盐饮食,进食易消化、少刺激的半流食或软食,避免饱餐,以免增加心脏负担。适当的多进食蔬菜水果,必要时给予小剂量的缓泻剂,以保证患者大便通畅。(6)术后康复及用药指导:术后在病情允许的情况下,鼓励病人循序渐进地适度活动,术后可进行床上运动,在他人帮助下被动活动关节、大肌群;术后第 2 天起,可以逐步进行主动运动。术后坚持口服

抗血小板药,服药期间注意密切观察有无皮下或牙龈出血及白细胞减少等。患者应1~2周复查血常规和出凝血时间,如有异常应根据医嘱改药或停药。

参考文献

- 1 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会. 经皮冠状动脉介入治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2002,30(12):

707-718.

- 2 李保华,吴金凤. 急性冠状动脉综合征急诊介入治疗的术中配合[J]. 护理学杂志,2005,20(13):30.
- 3 刘彩炼. 急性心肌梗死的护理进展[J]. 国外医学护理学分册,2005,24(10):571-574.

[收稿日期 2010-03-16][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

护理研讨

临床护理路径在白内障复明工程中的护理体会

韦 萍, 马 英

作者单位: 532700 广西,隆安县人民医院五官科

作者简介: 韦 萍(1973-),女,大学专科,主管护师,护士长,研究方向:临床护理及护理管理。E-mail:gxlawp@163.com

[摘要] 在白内障复明工程中,通过制定临床护理路径,为患者制定周密的护理计划,能够缩短患者平均住院日,降低医疗费用,保证医疗质量。是顺应我国医疗改革新形势下合理配置医疗资源,使有限的医疗资源能够发挥更大的社会效益的需要。

[关键词] 临床路径; 白内障手术; 护理

[中图分类号] R 776.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0684-01

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.35

临床护理路径(CNP)是病人在住院期间的护理模式,是针对特定的病人群体,以时间为横轴,以入院指导、接诊时诊断、检查、用药、治疗、护理、饮食指导、活动、教育、出院计划等理想护理手段为纵轴,制成一个日程计划表,实施有计划、有目的检查、治疗及护理程序。我院为白内障复明工程的实施单位,2007-01~2009-12为经济贫困的白内障患者施行白内障手术590例,通过应用临床护理路径管理,取得了较满意的效果,提高了工作效率,有效地充分利用了有限的医疗资源,现将体会总结如下。

1 临床资料

本组患者共590例,男性230例,女性360例,最小40岁,最大98岁,均为经济贫困的白内障患者。

2 临床护理路径实施

2.1 术前准备 本组共590例患者,均经检查符合老年性白内障(ICD10:H25.9)的诊断标准。首先在门诊进行术前有关检查,包括血压(控制在150/90 mmHg以下)、空腹血糖(控制在 ≤ 6.7 mmol/L内)、血常规、眼部B超、视力、眼压、晶状体、泪道、眼睑和心肺功能检查等,并排除其他可能引起术中及术后并发症的危险因素。符合条件者进入临床路径。

2.2 实施护理临床路径 (1)术前日准备:检查门诊各项目是否齐全,是否符合进入临床路径条件,并进行入院宣教;介绍病区环境,让患者尽快熟悉环境,进行心理疏导,减轻患者

的紧张恐惧感。告知患者合理食欲,保证充足的睡眠和休息,以利于术后恢复^[1]。指导患者训练眼球转动以及术中眼睛的配合事项。指导患者及家属正确使用眼药水,以清洁结膜囊,预防感染。指导患者进食高蛋白、高维生素等营养丰富,含粗纤维多的食物,不喝浓茶,禁烟、酒,保持大便通畅,便秘者采取通便措施。注意保暖,预防感冒和上呼吸道感染。(2)手术日护理:①护士应做好手术病人的三查七对,术前1h做好眼部清洁工作,冲洗泪道,洗眼,术前30min滴复方托品酰胺眼药水散瞳,1次/5min,连滴3次,使术眼充分散大,以利于晶体核娩出和人工晶体植入。②患者回房后,按医嘱给予应用抗生素、糖皮质类固醇及止血药,患者采取仰卧位,因手术是采用表面麻醉,且切口小,无缝合,一般不强调绝对卧床休息,但应避免低头、弯腰、用力挤眼、揉眼等^[2]。(3)手术后护理:手术后应加强做好个人卫生和眼部保养,发放白内障病人术后注意事项及健康教育指导处方,做好出院指导及复诊注意事项等。

参考文献

- 1 蒋冬梅. 患者健康教育指导[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1999:256.
- 2 梁远波. 1mm切口白内障手术[J]. 中国实用眼科杂志,2001,19(6):403-407.

[收稿日期 2010-03-12][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]