

# 心电监测在再发性心肌梗死中的运用及护理体会

贺晓仔 肖玉萍  
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

**摘要:**目的:探讨心电监测及行之有效的护理措施在再发性心梗中的作用。方法:对本院 1995 年元月~2005 年元月收治的 46 例再发性心肌梗死的病人进行系统的回顾性分析,并与同期住院初发心肌梗死病人 198 例作对照比较。结果:再发性心肌梗死组死亡率明显高于初发性心肌梗死组。结论:只有加强心电监测,严密观察再梗的心电变化,采取行之有效的治疗护理措施,才能预防再发性心肌梗死的发生及降低 RMI 的死亡率。

**关键词:**心电监测;RMI;护理体会

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0074-02

心肌梗死 2 次以上者称为再发性心肌梗死(RMI),据国内外文献报道 RMI 的发生率及死亡率很高,并有逐年增长的趋势。因此,预防 RMI 的发生及减少死亡率已是当前研究的一个主要课题。笔者对本院 1995 年元月~2005 年元月收治的 46 例再发性心梗病人进行了回顾性分析,并与同期住院初发性心肌梗死病人 198 例作了对照比较,探讨 RMI 的心电监测的重要性及护理体会。

### 1 临床资料

再发性心肌梗死 46 例中男性 40 例,女性 6 例;年龄 58~79 岁,平均 62 岁;再梗 1 次者 40 例,2 次者 3 例,3 次者 2 例,4 次者 1 例,12 例为原位梗死。诊断标准:既往有明确的心肌梗死诊断和明确的陈旧性心肌梗死心电图特征,入院时又具备心肌梗死标准者。

临床通过严密的观察及动态心电监测,发现再发性心肌梗死与初发性心肌梗死病人的临床特点及死亡原因有很大差异。见表 1。

| 临床特征、并发症及死亡率 | RMI      | 初发心梗      | P     |
|--------------|----------|-----------|-------|
| 胸痛           | 24(52.2) | 115(58.1) | >0.05 |
| 胸闷           | 18(39.1) | 85(42.9)  | >0.05 |
| 严重心律失常       | 19(42.3) | 70(35.4)  | >0.05 |
| 心衰           | 21(45.7) | 58(29.3)  | <0.01 |
| 心源性休克        | 5(10.9)  | 6(3.0)    | >0.05 |
| 心脏破裂         | 1(2.2)   | 4(2.0)    | >0.05 |
| 死亡人数         | 13(28.3) | 21(10.6)  | <0.01 |

生命恶性循环的重要环节。如用气垫床、温水擦浴、翻身拍背、局部按摩,以防褥疮的发生;不能进食者以鼻饲流质供给营养,流质需现配现用;每 2 小时翻身拍背一次,保持呼吸道通畅,预防肺部感染。导尿者行会阴擦洗及尿管护理。

**2.2.5 康复及出院指导** 加强肢体功能锻炼,指导病人及家属进行被动肢体屈伸、内收、外展等训练,然后过渡到扶助病人下床站立、跨步和行走,并对病人微小的进步给予表扬鼓励,增强病人战胜疾病的信心<sup>[4]</sup>。嘱患者科学饮食搭配,多吃粗纤维饮食,保持大便通畅,避免大使用力。让家属参与患者康复锻炼,减轻患者的焦虑和孤独感,增强康复信心,保持情绪稳定,避免情绪激动增加再出血的可能。出院前向病人及家属做好健康教育,指导出院后按时服药,定期监测血压,坚持锻炼身体,劳逸结合。

### 3 讨论

高血压脑出血破入脑室的微创手术治疗,手术前后护理

### 2 心电监测的应用

严密观察病情变化及心电监测,防止漏诊、误诊。RMI 发生率约占急性心肌梗死的 10%~20%,病理检查发现实际发生率远高于这个数字,说明易漏诊或误诊。其原因:(1)既往有心肌梗死病史而心电图的 Q 波完全恢复。(2)胸痛、胸闷较初发心梗轻而缓和,临床上多误诊为陈旧性心肌梗死伴心绞痛发作。(3)如果梗死发生在原位梗死的心肌上,心电图约 91%缺乏典型梗死的演变,不易诊断。但笔者发现,若对患者进行动态观察(包括心电监测)并与原心电图对比,仍有些特征性改变。如在原导联上的 ST 段再次抬高,伴有 T 波改变,原有 Q 波持续性增宽加深(QRS 变为 QS 或 QR 变为 Qr 型等),另外持续性胸痛、胸闷伴有明显的心律失常增多或出现室性期前收缩波型呈典型心梗图形。因此早期的心电监测就显得尤为重要,故而要求我们护理人员必须熟悉心电图的各种图型,及时捕捉患者的瞬间心电变化,熟悉病人的既往史,了解病人的发病性质、特点及规律。尤其对以往患陈旧性心梗病人更需严密观察,对 RMI 的早期诊断治疗有很大帮助,这样对预防 RMI 的发生及降低 RMI 死亡率起到至关重要的作用。

### 3 护理要点

**3.1 防止心衰** 心力衰竭是导致 RMI 死亡的主要原因,RMI 时心肌损伤累及范围大,尤其是两次梗死部位不同者,当心肌损伤面积超过左心室 25%时会出现心衰。因此对 RMI 是其中重要的一项工作,需要有一个综合治疗方案。采取预见性和有效的防治措施,可控制病情,减少患者的死亡率,提高生存质量。护理工作应得到家属的配合,密切观察病情的变化,尤其是意识、瞳孔、血压、呼吸的突然变化往往提示病情的变化<sup>[5]</sup>。临床实践证明,微创及侧脑室穿刺引流术治疗高血压脑出血破入脑室快速、疗效显著,对术后病人,在做好常规护理、监测各种脏器功能的同时,更应重视微创术本身的护理,这样才能使该疗法取得更好的疗效。

### 参考文献

[1]严英,张秋英.对脑疝后意识差的偏瘫患者早期康复训练的护理[J].实用护理杂志,2000,16(8):5~6  
[2]李昌娟,罗秀金.急性脑出血颅腔内血肿微创清除术的护理[J].护士进修杂志,2001,16(9):667~668

(收稿日期: 2006-04-19)

# 二甲基甲酰胺急性中毒患者的护理

王冬叶 张国权

(浙江省温州市龙湾区第一人民医院 温州 325024)

关键词:二甲基甲酰胺;急性中毒;内科护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0075-02

目前我国皮革工业广泛使用二甲基甲酰胺(DMF),导致 DMF 中毒时有发生。DMF 为一种无色、有鱼腥味的液体,在工业上用途广泛,可经呼吸道、皮肤和胃肠道吸收<sup>[1-2]</sup>,室温下不易挥发,DMF 中毒可造成机体肝肾损伤<sup>[3]</sup>,并对心血管、肺、胃黏膜及皮肤造成损害。本院近年来收治 68 例 DMF 中毒患者。现将护理体会报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者均系皮革厂职工,从事涂台、配料、贴合工种,进厂时间(24± 21.3)d(3d~2 月),操作时仅戴有手套而无其他防护措施,工作环境空气流通不良。本组患者均符合文献<sup>[4]</sup>DMF 中毒诊断标准,其中男 56 例,女 12 例;年龄 18~42(25± 6.5)岁;夏秋季发病 53 例,冬季 4 例,春季 11 例;夜间发病 37 例,上午发病 12 例,下午发病 9 例,其余 10 例不能确定。

1.2 临床表现 上腹持续或阵发疼痛、进食后疼痛加剧 66 例(97%),伴有恶心 65 例(96%),呕吐 42 例(62%),食欲减退 68 例(100%),乏力 50 例(74%),头晕 34 例(50%),头痛 18 例(26%),睡眠障碍 51 例(75%),便秘 15 例(22%),胸闷 17 例(25%),胸痛 10 例(15%),记忆力减退 5 例(7%),上腹压痛 58 例(85%),肝区叩痛 27 例(40%),全腹压痛 5 例(7%),心律不齐 8 例(12%),发热 6 例(9%)。

1.3 实验室检查 血白细胞升高 2 例、降低 3 例,血红蛋白降低 4 例,血小板降低 6 例,大便隐血弱阳性 10 例。血生化检查:ALT>40U/L 42 例、>200 U/L 26 例,AST 升高 30 例,总胆红素升高 22 例,直接胆红素升高 21 例,LDH 升高 22 例,CPK 升高 15 例,CK-MB 升高 4 例,血胆碱酯酶一过性减低 6 例。心电图示心动过缓 5 例、心动过速 3 例,右束支传导阻滞 4 例,左前分支传导阻滞 2 例,Ⅰ度房室传导阻滞 6 例。胃镜检查示急性糜烂性胃炎 15 例,伴点状出血 5 例。B 超检查示肝肿大 12 例,脾肿大 4 例。

1.4 治疗与转归 所有腹痛患者均予胃炎胶囊、麦滋林、奥的病人首先要杜绝诱发心衰的因素,控制液体的摄入量,严格控制输液滴数,<30 滴/min。夜间值班护士应持高度的警惕,加强巡视。本组有 60%的心衰出现在夜间。护士发现病人有憋气、阵发性呼吸困难、咳嗽、心率加快、肺底湿罗音等心衰症状,应立即通知医生,并采取抢救措施。

3.2 加强心理护理 RMI 病人普遍存有紧张、恐惧心理,由于病人的心理压力过大,可引起交感神经兴奋、儿茶酚胺分泌增加、血管收缩、心率加快,从而诱发冠脉进一步痉挛,导致心肌缺血加重,护理人员要根据病人的心理特点做好思想工作,减轻其心理负担。

3.3 重视生活护理 (1)RMI 病人病情重,病人卧床休息时

美拉唑、法莫替丁、山莨菪碱等治疗,腹痛严重者给予阿托品 0.5mg,每 6~8 小时肌注;有肝功能损害者予益肝灵口服及甘利欣、门冬氨酸钾镁静脉滴注。全部病例转氨酶在 1 周内明显下降,2~4 周均恢复正常。

### 2 护理体会

2.1 护理问题 (1)舒适的改变:与腹痛、头痛、头晕、恶心、呕吐等有关。(2)焦虑:与患者对疾病的相关知识不了解有关。(3)睡眠型态紊乱:与毒物中毒引起睡眠障碍有关。(4)便秘:与毒物中毒及进食减少有关。(5)活动无耐力:与乏力有关。(6)营养失调,低于机体需要量:与食欲减退有关。(7)潜在并发症:心输出量减少与心律失常有关。

#### 2.2 护理措施

2.2.1 给予氧气吸入,改善缺氧状态 对本组 17 例胸闷病人给予鼻塞式氧气吸入,氧流量为 2~3 L/min,以改善患者的缺氧状态。17 例病人均于 2~3d 后胸闷症状改善。

2.2.2 疼痛的护理 本组 68 例病人中 66 例有腹痛症状,18 例有头痛症状,给这些病人予关心,并指导病人一些非药物的止痛措施,如鼓励病人深呼吸放松身体,按摩腹部、头部及指导式想象以分散注意力;并遵医嘱给予胃炎合剂、山莨菪碱、阿托品等止痛药治疗,所有患者的腹痛症状在入院 2~3d 后均明显缓解。

2.2.3 卧床休息,合理体位,促进睡眠 由于本组病例中有 74%的病人有乏力症状,因此将病人安置在空气流通的病室卧床休息,同时将病人需要的日常用品放在病人易拿到的位置,以利于病人的日常生活。对有呕吐的病人给予半坐卧位脸偏向一侧或侧卧位,以保持呼吸道通畅。对于睡眠障碍的病人,鼓励病人白天尽量减少睡眠次数和时间,晚间睡觉前喝热牛奶、洗热水脚、听轻音乐等以帮助入睡。在病人睡觉期间减少不必要的护理活动,并保持周围环境的安静。本组 51 例睡眠障碍的病人在以上护理后均能够得到充足的休息和睡眠。

间应比初发心梗者长 3~5d。要注意改善肢体的血液循环,防止血栓形成。在不影响病情发展的情况下,进行肢体肌肉按摩等被动活动。(2)给予营养丰富、易消化、低盐或半流质饮食,避免饱餐、高热量及刺激性食物,以免增加心肌耗氧量,加重心脏负担。(3)RMI 病人经常出现便秘,当用力排便时,使右室压升高,舒张期血流速度下降,增加心脏负荷,导致心衰甚至猝死。因此护理人员应嘱病人多食水果、蔬菜等含纤维素较多的食物,严禁用力大便。便秘时可用缓泻剂或低压灌肠,避免刺激性肥皂水灌肠。

(收稿日期: 2006-04-20)