

综合护理干预对急性心肌梗死患者急性期心理状态的影响

潘艳

(河南省正阳县妇幼保健院 正阳 463600)

摘要:目的:探讨综合护理干预对急性心肌梗死患者急性期心理状态的影响。方法:选择 2016 年 6 月~2019 年 6 月收治的急性心肌梗死患者 100 例作为研究对象,按照护理干预模式的不同进行分组,接受常规护理模式的 50 例患者纳入对照组,接受综合护理干预模式的 50 例患者纳入观察组。比较两组患者急性期心理状态及心功能,随访 6 个月,观察两组主要不良心血管事件发生率。结果:护理后,观察组焦虑自评量表和抑郁自评量表评分低于对照组,每搏输出量、心输出量、心脏指数水平高于对照组,主要不良心血管事件发生率低于对照组, $P<0.05$ 。结论:综合护理干预的应用,可明显改善急性心肌梗死患者急性期心理状态,促进患者心功能改善,减少不良心血管事件的发生,利于患者预后。

关键词:急性心肌梗死;综合护理;急性期;心理状态

中图分类号:R473.54

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.070

由于各种因素诱发,冠状动脉因粥样硬化出现血液供应的急剧减少或者突然中断,致使该支动脉供血区心肌出现严重急性缺血,发生心肌急性坏死的病理改变,这是急性心肌梗死的发病机制^[1-2]。急性心肌梗死可分为 ST 段抬高型心肌梗死和非 ST 段抬高型心肌梗死,ST 段抬高型心肌梗死临床表现为持续 20 min 以上的剧烈窒息样胸痛,心电图出现典型 ST 段抬高。ST 段抬高型心肌梗死发病急、进展快,若得不到及时救治,可同时伴发心律失常、心力衰竭等,甚至并发心源性休克,严重威胁患者生命^[3]。本研究以我院收治的急性心肌梗死患者 100 例作为研究对象,旨在观察综合护理模式干预对患者治疗效果及预后的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 6 月~2019 年 6 月我院收治的急性心肌梗死患者 100 例作为研究对象,按照护理干预模式的不同分为对照组和观察组各 50 例。对照组男 22 例,女 28 例;年龄 52~71 岁,平均年龄(63.76±2.61)岁;发病至急诊入院时间 1~5 h,平均发病至急诊入院时间为(3.02±1.22)h。观察组男 24 例,女 26 例;年龄 54~72 岁,平均年龄为(62.96±2.55)岁;发病至急诊入院时间 1~6 h,平均发病至急诊入院时间为(2.92±1.21)h。两组一般资料对比无显著差异, $P>0.05$ 。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 纳入标准:符合急性心肌梗死的相关诊断^[4],经心电图检查、血清心肌损伤标志物确诊,均为 ST 段抬高型;患者或其家属知情,并签署知情同意书。排除标准:伴有先天性心脏病患者;合并凝血功能障碍、肝肾功能异常患者;拒绝接受急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)患者;存在精神异常

患者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 接受常规护理模式干预。值班护理人员接诊后立即评估患者病情并告知医生;快速建立静脉通路,进行心电图检查;给予吸氧、血压及血氧饱和度监测,待患者病情平稳后采血送至检验科;向患者家属交代病情,征得其同意后联系介入室行急诊 PCI 术,与介入室护理人员做好工作交接,手术结束后由介入室护理人员送至病房。

1.3.2 观察组 给予综合护理干预模式干预。(1)加强护理人员对急性心肌梗死护理要点的培训,提高护理人员的业务水平,强化护理质量,提高护理人员的评判性思维能力,能及时评估患者病情,预判患者可能出现的病情变化,及时、有效地调整护理方案,解决主要的护理问题,如疼痛、活动无耐力、气体交换受损、恐惧、部分自理缺陷等;为患者制定最佳的个性化护理措施,如嘱患者绝对卧床休息,进行病情监测,遵医嘱给予疼痛干预,给予吸氧,仔细询问患者有无活动性出血史,配合医生完成溶栓治疗前评估,给予患者心理上的安慰,预防心律失常、心力衰竭等潜在并发症。(2)优化护理流程,最大限度地缩短每个环节所花费的时间,为患者争取急救时间,对需要进行急诊 PCI 的患者开启急救绿色通道,安排至少 2 名护理人员进行全程跟踪,做到多科室联动。(3)待患者病情控制后根据文化程度和理解能力进行个性化的健康指导,使患者及家属明确急性心肌梗死常见的诱发因素,纠正生活中不良的饮食与作息习惯,与患者、家属共同制定护理计划,包括有氧康复运动、饮食、用药等;及时评估患者心理状态,给予动态心理干预和疏导,满足患者心理需求,缓解患者紧张、焦虑、恐惧等不良情绪,提高治疗配合积

极性。

1.4 观察指标 比较两组患者护理前后心理状态、心功能变化。随访 6 个月,观察两组主要不良心血管事件发生情况。心理状态采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评估,得分越高提示心理状态越差。心功能指标包括每搏输出量(SV)、心输出量(CO)、心脏指数(CI)。

1.5 统计学方法 使用 SPSS24.0 软件对本研究数据进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以%表示,分别采用 t 检验以及 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态评分比较 护理前,两组 SAS、SDS 评分比较无明显差异($P > 0.05$);护理后,两组 SAS、SDS 评分均低于护理前,且观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组心理状态评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	59.14±6.58	47.15±4.37	60.79±7.36	49.28±5.34
观察组	50	59.62±7.13	35.11±5.80	61.10±7.65	38.77±5.86
t		0.324	10.872	0.192	8.693
P		0.764	0.000	0.849	0.000

2.2 两组心功能指标比较 护理前,两组 SV、CO、CI 水平比较无明显差异($P > 0.05$);护理后,两组 SV、CO、CI 水平均高于护理前,且观察组 SV、CO、CI 水平均高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组心功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	SV(ml)	CO(L/min)	CI[L/(min·m ²)]
对照组	50	护理前	40.53±3.54	3.45±0.16	1.26±0.24
		护理后	56.43±4.25*	4.62±0.43*	1.94±0.62*
观察组	50	护理前	41.64±3.16	3.54±0.26	1.43±0.22
		护理后	71.23±6.45**	5.13±0.54**	3.85±0.33**

注:与同组护理前比较,* $P < 0.05$;与对照组护理后比较,** $P < 0.05$ 。

2.3 两组随访期间主要不良心血管事件发生情况比较 随访 6 个月后,对照组主要不良心血管事件发生率为 26.00%(13/50),其中恶性心律失常 7 例、心绞痛 4 例、心力衰竭 2 例;观察组主要不良心血管事件发生率为 6.00%(3/50),其中恶性心律失常 1

例、心绞痛 1 例、心力衰竭 1 例。观察组主要不良心血管事件发生率低于对照组, $\chi^2=5.691$, $P < 0.05$ 。

3 讨论

急性 ST 段抬高型心肌梗死是急诊科常见的急危重症之一,起病急、进展快,为尽早开通血管,挽救濒死心肌,急性期的救治效果对患者预后非常重要,若救治效果不佳,有可能引起器官、脏器的损伤甚至衰竭,严重威胁患者生命安全^[5-6]。高效护理工作的配合在救治过程中发挥着重要作用。综合护理干预模式从护理人员、患者、家属三个方面进行干预,首先提高护理人员的评判性思维能力,增强护理人员患者病情变化的预判能力,急性期以解决患者存在的主要护理问题为主,满足患者生理需求、心理需求,同时注意潜在并发症的预防,降低不良事件的发生风险,增加患者治疗的安全性;其次,优化护理流程,多科室联动,为需进行急诊 PCI 术的患者争取最佳的救治时间,以增强疗效;最后,待病情得到控制后对患者进行诱发因素等常规知识的介绍,与患者、家属共同制定后续护理计划,促进患者养成健康的生活习惯,降低再入院率。

本研究结果显示,护理后,观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组,SV、CO、CI 水平均高于对照组,主要不良心血管事件发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。这说明综合护理干预的应用,可明显改善急性心肌梗死患者急性期心理状态,促进患者心功能的改善,减少不良心血管事件的发生,利于患者预后改善。

参考文献

- [1]李雪仪,罗利霞,邝云娟.门诊随访配合健康教育对急性心肌梗死患者 PCI 术后心理状态及服药依从性的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(23):131-133.
- [2]张承英,杨蕾,朱华,等.综合护理干预在中青年心肌梗死急性期伴情绪障碍患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,22(1):71-72.
- [3]吴洁.综合护理干预措施对急性 ST 段抬高性心肌梗死患者预后及心理状态的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(22):2492-2494.
- [4]龚艳君,霍勇.急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)解读[J].中国心血管病研究,2019,17(12):1057-1061.
- [5]董晓楠,张敬敬.基于奥马哈系统的延续性护理干预对急性 ST 段抬高型心肌梗死行 PCI 患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(11):12-15.
- [6]卢亚萱.急性心肌梗死合并心力衰竭患者的护理干预措施及效果分析[J].中国医药指南,2020,18(11):223-224.

(收稿日期:2020-11-11)

(上接第 139 页) 丝弓矫治器治疗牙周炎伴错合畸形的疗效比较[J].河北医学,2020,26(2):294-298.

[4]王珺,欧龙,张丽洁,等.自锁托槽矫治器在正畸治疗中对患者口腔状况及牙周组织炎症因子表达的影响[J].生物技术通讯,2019,30(6):801-804.

[5]孟焕新.牙周病学[J].第四版.北京:人民卫生出版社,2016:23-318.

[6]张宇英.上颌牙列拥挤患者治疗中传统托槽与自锁托槽矫治对牙弓形态的影响分析[J].河北医学,2018,24(12):2058-2062.

[7]李创,李菱蔚,刘赞朝,等.Damon Q 自锁托槽联合 Invisalign 矫治器治疗替牙中晚期牙性错颌畸形患者的临床效果[J].河北医药,2018,40

(18):2748-2751,2756.

[8]彭斌,罗耀鹏,梁培慧.自锁托槽矫正技术在正畸患者中的应用及对龈沟液内 IL-1 β 、TNF- α 水平的影响研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2018,26(5):366-369.

[9]李闻博,张琼,吕志军.牙周联合正畸治疗侵袭性牙周炎患者的疗效及对牙周临床指数和牙周功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2019,18(10):1113-1116.

[10]左志刚,李洪发,徐津,等.三种正畸矫治器对牙周炎症及龈沟液炎症因子影响的长期研究[J].口腔医学研究,2018,34(11):1223-1227.

(收稿日期:2021-03-13)