

研究总结急性心肌梗死PCI术后运用优质护理服务的临床价值

高 仙 杨 莎

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750004

摘 要：目的：分析优质护理在急性心肌梗死（AMI）PCI术后的应用效果。方法：选取2023年10月-2024年10月本院76例AMI患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，行常规护理，观察组38例，行优质护理，比较两组护理效果。结果：观察组的LVEF和SF-36评分均明显高于对照组，LVDd、LVDs、急诊救治时间、住院时间和并发症发生率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：AMI患者行PCI治疗后，实施优质护理，能提高患者就医体验，改善生活质量和预后，减少并发症。

关键词：急性心肌梗；介入手术；优质护理；生活质量

AMI是临床常见的一种危及生命的疾病，是指在冠状动脉粥样硬化的基础上，出现斑块破裂、血栓形成，或冠状动脉痉挛等原因，引起冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌发生持续而严重的急性缺血，最终导致心肌急性坏死。AMI发作凶险，威胁生命安全，应及时诊治，减少并发症及死亡率。分析AMI治疗原则，尽早检出AMI，促使心肌快速恢复血液灌注，即于入院1.5h内，实施PCI术^[1]，通常于AMI起病3-6h，保证 $\leq 12h$ ，实施PCI，选择适宜支架，将其植入闭塞血管，令其尽快再通，增加心肌灌注量，拯救濒死坏死心肌，尽量缩小坏死范围，推动心肌重塑，调节预后。急诊PCI目前已被公认为首选的最安全有效的恢复心肌再灌注的治疗手段，梗死相关血管的开通率高于药物溶栓治疗，因此是目前AMI治疗的“金标准”。其前提是该治疗必须在有相关设备和专业人员配备下进行，且就诊至球囊扩张时间小于90分钟，PCI术越发广泛，AMI救治疗效提升，PCI术后护理尤为重要，术后优质护理服务，促进患者对疾病的认知，改善急性期的恢复舒适度，减少并发症，提升就医体验，促进身心健康^[2]。优质护理为先进模式，遵循现代化理念，分析患者需求，提供多维度、个体化干预，主要从术后肢体活动，口服药物管理及宣教，饮食，出院宣教及随访做出护理研究。本研究以AMI患者PCI术后为对象，分析优质护理效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年10月-2024年10月本院76例AMI患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组38例，男20例，女18例，年龄为40-76岁，平均年龄（ 56.46 ± 5.32 ）岁；

观察组38例，男19例，女19例，年龄为41-77岁，平均年龄（ 56.64 ± 5.27 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合AMI诊断标准；行PCI术；有完整资料；认知正常；知情同意本研究。排除标准：凝血功能障碍；恶性肿瘤；精神疾病；脏器功能障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理，采取基础措施，介绍AMI常识，予以用药指导，做好常规配合等。观察组基于对照组，行优质护理：

1.2.1 创建护理小组

确定组长为本病区N4级责任组长一名，确定成员，包括心内科护士及医生，均有丰富临床经验。由组长负责，对护理成员进行培训，保障其在丰富的临床护理经验上还需具有良好的医护沟通技巧。分析患者病情，评估护理需求，检索有关文献，取得信息支持，头脑风暴法等，制定护理计划，保证有针对性、个性化的优质护理，重点突出患者口服药服药到口率。

1.2.2 强化基础护理

急性PCI术后24h内，患者需绝对卧床休息，护理人员根据患者日常活动能力及病情。提供舒适卧位，保持床单位及病员服清洁干燥，饮食指导，患者需优质蛋白丰富维生素饮食，保持大便通畅，预防便秘，体位及活动受限，影响患者舒适度及情绪，主管护士需积极协助排除不良情绪，协助舒适卧位，向患者讲解急性心肌梗死急性期的疾病基础知识，取得患者配合。

1.2.3 穿刺部位干预

实施PCI后，要注意观察穿刺部位，对于经股动脉

者,为其拔出鞘管后,要认真包扎穿刺部位,应用砂袋压迫,持续约6h;对于经桡动脉者,要借助止血器,压迫止血部位,起到止血效果,术后右上肢指导手指操,促进血运,减少术肢肿胀感,术侧肢体需要制动,持续约8h。对于穿刺部位,加强护理,以减少并发症,例如血肿、渗血等,对于穿刺处肿胀及早冷敷及抬高术肢,必要时协助手术医师重新加压包扎,并给予脱水止痛药物,密切关注末梢血运,协助患者舒适卧位,监测尿量并记录,利于造影剂尽快排泄。

1.2.4 用药干预

进行PCI术后,观察穿刺部位,其出现血栓的概率较高,特别是24h内及植入多个支架者,放入支架后,要定期检查KPTT,持续时间为2周,结合检验结果,选择适宜抗凝药物,注意评估凝血功能,适当调节药量。检查皮肤变化,若有青块、紫块等表现,要马上通知医师。临床治疗AMI时,要用到多种药物,故要合理分配服药时间,向患者反复强调用法用量,增加患者遵医性,术后第一时间向患者及家属行口服药物宣教,特殊口服用药需监督患者服药到口,术后第二第三日,向患者讲解药物展板的常用口服药外观及剂量,观看药物宣教视频。

1.2.5 饮食干预

对于胃肠道反应严重患者先提供流食,帮助患者减轻胃扩张,逐渐过渡到半流食,随病情改善,提供正常普食。饮食时要保证高维生素,确保低胆固醇、低脂和低热量,保证少食多餐,禁食刺激性食物。可适量摄入新鲜蔬果,预防便秘,养成定时排便习惯,对于便秘者,可采用开塞露或者缓泻剂,对排便进行辅助,告知患者排便时不能用力。

1.2.6 心理护理

深入介绍AMI知识,包括诱因、危害、治疗方法等,讲解PCI知识,强调治疗原则和优势,告诉患者PCI程序,讲解常见并发症,协助其建立思想准备,纠正患

者认知。了解患者心声,知晓其主诉,提供针对性干预,疏导负面心理,降低心理负担。

1.2.7 康复活动

提供心电监护,持续测量血压,提醒患者注意休息,评估患者病情,了解其机体素质,制定早期活动方案,早期做被动活动,涵盖关节、肢体等,保证循序渐进,进行活动时,注意监测心率,若有不适表现,立即终止。

1.2.8 出院指导

出院前为患者展开疾病健康教育,务必遵医嘱服药,服用抗血小板聚集药物时,观察有无出血倾向,定期复查时间,调节生活习惯,健康饮食,完善电话随访体系,做好院外管理。进行持续随访,以电话随访为主,提供针对性干预,也可通过微信平台,展开宣教,讲解规范用药意义,介绍用药知识,予以正向引导。定期和患者家属联系,使家属发挥监督作用,实现规范用药,维护疗效。

1.3 观察指标

评价心功能:检验干预前后的LVEF、LVDd和LVDs^[3]。评价生活质量:采取SF-36量表,选取6个项目,各位0-100分。评价干预效果:观察急诊救治时间和住院时间;观察并发症,包括穿刺处血肿、心律失常和低血压。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能比较

干预后两组LVEF均明显高于干预前,LVDd和LVDs均明显低于干预前,观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心功能比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	LVEF (%)		LVDd (mm)		LVDs (mm)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	50.14±4.26	58.72±5.48 ^a	62.63±4.32	41.10±3.22 ^a	44.32±5.85	32.23±3.36 ^a
对照组	38	50.32±4.21	53.01±4.26 ^a	61.78±4.28	51.37±3.34 ^a	45.25±5.49	42.78±4.66 ^a
t	/	0.185	5.071	0.862	13.646	0.715	11.320
P	/	0.854	0.000	0.392	0.000	0.477	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

对比各项SF-36评分,观察组均更高($P < 0.05$)。详

见表2。

表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	主观健康状况(分)		活力(分)		角色心理状况(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	77.33±4.66	93.24±3.68 ^a	70.25±3.58	95.68±4.32 ^a	71.67±3.67	94.78±3.60 ^a
对照组	38	78.25±4.54	84.30±4.60 ^a	70.64±3.47	83.66±5.31 ^a	72.26±3.72	86.92±4.72 ^a
<i>t</i>	/	0.872	9.355	0.482	10.824	0.696	8.162
<i>P</i>	/	0.386	0.000	0.631	0.000	0.489	0.000

续表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	社会机能(分)		心理健康状况(分)		生理机能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	70.67±3.23	93.26±3.81 ^a	75.74±3.65	95.56±3.48 ^a	74.46±3.45	92.23±3.89 ^a
对照组	38	71.25±3.19	83.61±4.61 ^a	76.54±3.47	84.62±4.66 ^a	74.23±3.62	81.10±3.70 ^a
<i>t</i>	/	0.788	9.947	0.979	11.595	0.284	12.780
<i>P</i>	/	0.433	0.000	0.331	0.000	0.778	0.000

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05。

2.3 两组干预效果比较 均明显低于对照组(*P*<0.05)。详见表3。
观察组的急诊救治时间、住院时间和并发症发生率

表3 两组干预效果比较[n($\bar{x} \pm s$)]/(%)

组别	例数	治疗时间		并发症			
		急诊救治时间(min)	住院时间(d)	穿刺处血肿	心律失常	低血压	发生率
观察组	38	34.13±4.30	11.45±1.32	1	0	1	5.26
对照组	38	56.41±5.26	16.52±1.46	4	2	4	26.32
<i>t</i> / <i>χ</i> ²	/	20.216	15.879	/	/	/	6.333
<i>P</i>	/	0.000	0.000	/	/	/	0.012

3 讨论

AMI为多发病,由于冠脉缺氧、缺血,导致心肌组织坏死,冠脉斑块破裂,产生血栓,致使冠脉堵塞,直至闭塞。观察AMI心电图,多呈进行性改变,同时血清心肌酶明显增加,AMI危害大。AMI易引发并发症,例如心源性休克、心力衰竭等,威胁生命健康。AMI多行PCI治疗,该疗法预后良好,使用安全,存在快捷、高效等特征,能拯救濒死心肌,将心肌缺血缩小,改善心脏功能。长期观察发现,进行PCI术后,配合精细、综合化护理,能改善预后。

常规护理采用基础措施,按照医嘱执行操作,角度有限,容易忽略患者需求,效果不理想。实施优质护理,创建干预小组,充分了解患者需求,分析其病情,制定护理方案。强化基础护理,调节负面情绪,加深患者认知,帮助其解除思想负担。病情稳定后,尽早开展活动训练,改善生理功能。观察穿刺部位,做好止血工作,根据不同入路途径,选择相应止血方法,防范并发症,例如血肿等。加强用药、饮食等指导,养成健康习惯。后续加强随访,提供持续、针对性指导。研究结果

显示和对照组比,观察组的LVEF更高,LVDd和LVDs均更低(*P*<0.05),代表优质护理可改善心脏功能,促进AMI好转。观察组的各项SF-36评分均更高(*P*<0.05),表示应用优质护理,能多角度展开干预,能提升生活质量。观察组的急诊救治时间、住院时间和并发症发生率均更低(*P*<0.05),表明该模式能提升预后。说明应用AMI可推动AMI好转。

综上所述,AMI患者行PCI治疗时,实施优质护理,能改善心功能,提高生活质量和预后,提高在院患者服药到口率,减少并发症,提高患者就医体验。

参考文献

[1]杨凤珍,张小丽.老年心肌梗死患者行ESPCS护理模式对心功能及生活质量的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(13):81-84.
[2]陈丽娟,陈丛兰.优质化护理干预对冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的护理效果[J].中国社区医师,2021,37(20):113-114.
[3]李雪.急性心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗的护理体会[J].中国卫生标准管理,2022,13(7):169-171.