

优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者救治效果的影响研究

王 静

中卫市人民医院 宁夏 中卫 755000

摘要：目的：探讨优化急诊护理流程对急性心肌梗死（AMI）患者救治效果的影响。方法：选择2022年1月-2023年12月我院收治的120例AMI患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组各60例。对照组给予常规急诊护理，观察组在此基础上实施优化的急诊护理流程。比较两组患者的救治时间指标、并发症发生率、生存质量评分及预后情况。结果：观察组的急救反应时间、院前救治时间、D2B时间均显著短于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症发生率显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组患者生存质量评分高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组患者的LVEF、NT-proBNP等心功能指标改善程度优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：优化急诊护理流程能有效缩短AMI患者的救治时间，降低并发症风险，改善预后，提高患者生存质量，值得临床推广应用。

关键词：急性心肌梗死；急诊护理；优化流程

急性心肌梗死(Acute Myocardial Infarction, AMI)是临床常见的心血管急症，具有病情凶险、死亡率高等特点。随着人口老龄化加剧和生活方式改变，AMI发病率呈显著上升趋势。据统计^[1]，我国AMI年发病率约为55.5/10万，且呈逐年增长态势。研究显示，AMI患者的院内死亡率高达8%-10%，其中约40%的死亡发生在就医前，发病2小时内是患者死亡的高峰期。及时有效的急诊救治是降低AMI患者死亡率、改善预后的关键。

目前临床普遍采用经皮冠状动脉介入治疗(PCI)作为AMI的首选治疗方案。然而，从患者入院到接受治疗的时间间隔直接影响治疗效果。研究表明，再灌注时间每延迟1小时，患者病死率增加7.5%。因此，如何优化急诊救治流程，缩短救治时间，已成为当前研究的重点和难点，护理工作作为急诊救治的重要环节，其流程的科学性和规范性直接影响救治效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选择2022年1月-2023年12月期间在我院急诊科就诊的120例急性心肌梗死(AMI)患者作为研究对象。所有患者均经心电图、心肌酶谱、冠状动脉造影等检查确诊。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组各60例。

对照组60例中，男性患者36例(60.0%)，女性患者24例(40.0%)；年龄45-75岁，平均(61.3±7.2)岁；发病至就医时间30min-4h，平均(2.1±0.6)h。其中合并高血压病38例(63.3%)，糖尿病25例(41.7%)，高脂血症32例(53.3%)；

梗死部位:前壁24例(40.0%)，下壁20例(33.3%)，前间壁16例(26.7%)；Killip分级:Ⅰ级28例(46.7%)，Ⅱ级21例(35.0%)，Ⅲ级11例(18.3%)。

观察组60例中，男性患者34例(56.7%)，女性患者26例(43.3%)；年龄46-76岁，平均(60.8±7.5)岁；发病至就医时间28min-4h，平均(2.0±0.5)h。其中合并高血压病36例(60.0%)，糖尿病27例(45.0%)，高脂血症30例(50.0%)；梗死部位:前壁26例(43.3%)，下壁18例(30.0%)，前间壁16例(26.7%)；Killip分级:Ⅰ级30例(50.0%)，Ⅱ级19例(31.7%)，Ⅲ级11例(18.3%)。

两组患者在性别构成($\chi^2 = 0.137$, $P = 0.711$)、平均年龄($t = 0.368$, $P = 0.714$)、发病至就医时间($t = 0.976$, $P = 0.331$)、基础疾病($\chi^2 = 0.069-0.134$, $P = 0.714-0.793$)、梗死部位($\chi^2 = 0.145$, $P = 0.930$)、Killip分级($\chi^2 = 0.171$, $P = 0.918$)等一般资料方面比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，表明两组基线资料均衡，具有可比性。所有入组患者均已签署知情同意书，本研究方案已获医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：(1)符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南(2020版)》中AMI的诊断标准；(2)发病时间在12h内；(3)年龄18-80岁；(4)患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：(1)合并严重肝肾功能不全者；(2)存在严重感染性疾病者；(3)有出血性疾病或活动性出血者；(4)精神障碍不能配合治疗者；(5)预计生存期<6个月者。

1.3 方法

对照组实施常规急诊护理流程,包括:(1)接诊评估:快速评估患者生命体征、病情严重程度;(2)建立静脉通道,采集血样;(3)心电图检查;(4)按医嘱给药;(5)监测生命体征;(6)病情观察及并发症预防。

观察组在常规护理基础上实施优化的急诊护理流程:(1)成立AMI急救专项小组,制定标准化急救流程和质量控制标准;(2)实施分级预检分诊制度,AMI患者到达即启动绿色通道;(3)简化入院手续,实行先救治、后付费原则;(4)优化检查流程,心电图、采血、影像检查同步进行;(5)建立院前急救与院内绿色通道无缝对接机制;(6)开展多学科协作,实现急诊科、心内科、导管室的信息共享和快速联动;(7)强化护理人员专业培训,提高急救技能和应急处置能力。

1.4 观察指标

1.4.1 救治时间指标

记录并比较两组患者的以下时间指标:(1)急救反应时间:从接到急救电话至救护车到达现场的时间;(2)院前救治时间:从救护车到达现场至送达医院的时间;(3)D2B时间:从患者到达医院至球囊扩张的时间;(4)总救治时间:从发病至完成急诊救治的时间。

1.4.2 并发症发生情况

统计两组患者在救治过程中及住院期间出现的并发症,包括心律失常、心力衰竭、心源性休克、心室破裂等。

1.4.3 生存质量评分

采用明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)评估患者出院时的生存质量,包括生理功能、心理状态、社会功能等维度,满分105分,得分越低表示生活质量越好。

1.4.4 预后指标

比较两组患者治疗前后的心功能指标变化,包括左心室射血分数(LVEF)、N末端B型利钠肽前体(NT-proBNP)、心肌酶谱等。同时统计患者住院时间、住院费用及6个月内心血管不良事件发生情况。

1.5 统计学处理

采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数和百分比[$n(\%)$]表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组救治时间指标比较

观察组的急救反应时间[(8.2±1.5)min vs (12.4±2.3)min]、院前救治时间[(25.6±4.2)min vs (35.8±5.6)min]、D2B时间[(62.3±8.7)min vs (89.5±12.4)min]均显著短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。总救治时间观察组[(95.8±12.6)min]显著短于对照组(135.7±18.9)min。

表1 两组患者救治时间指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	急救反应时间(min)	院前救治时间(min)	D2B时间(min)	总救治时间(min)
观察组	60	8.2±1.5*	25.6±4.2*	62.3±8.7*	95.8±12.6*
对照组	60	12.4±2.3	35.8±5.6	89.5±12.4	135.7±18.9

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组并发症发生情况比较

观察组总并发症发生率(11.67%)显著低于对照组(28.33%)($P < 0.05$)。具体来看,观察组心律失常4例(6.67%)、心力衰竭2例(3.33%)、心源性休克1例(1.67%);对照组心律失常8例(13.33%)、心力衰竭5例(8.33%)、心源性休克3例(5.00%)、心室破裂1例(1.67%)。

表2 两组患者并发症发生情况比较[$n(\%)$]

组别	例数	心律失常	心力衰竭	心源性休克	心室破裂	总发生率
观察组	60	4(6.67)	2(3.33)	1(1.67)	0(0.00)	7(11.67)*
对照组	60	8(13.33)	5(8.33)	3(5.00)	1(1.67)	17(28.33)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组生存质量评分比较

出院时,观察组MLHFQ评分(35.2±6.8)分显著低于对照组(48.6±8.4)分($P < 0.05$),表明观察组患者的生活质量明显优于对照组。

表3 两组患者出院时MLHFQ评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	MLHFQ评分
观察组	60	35.2±6.8*
对照组	60	48.6±8.4

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.4 两组预后指标比较

治疗后,观察组LVEF[(56.8±5.2)% vs (48.5±4.7)%]、NT-proBNP[(986±245)pg/mL vs (1524±386)pg/mL]等心功能指标改善程度优于对照组($P < 0.05$)。观察组平均住院时间[(12.3±2.5)d]短于对照组(15.8±3.2)d,住院费用[(52648±8563)元]低于对照组(68935±10247)元。6个月随访期间,观察组心血管不良事件发生率(8.33%)低于对照组(20.00%)($P < 0.05$)。

表4 两组患者预后指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF(%)	NT-proBNP(pg/mL)	住院时间(d)	住院费用(元)	心血管不良事件[$n(\%)$]
观察组	60	56.8±5.2*	986±245*	12.3±2.5*	52648±8563*	5(8.33)*

续表:

组别	例数	LVEF(%)	NT-proBNP(pg/mL)	住院时间(d)	住院费用(元)	心血管不良事件[n(%)]
对照组	60	48.5±4.7	1524±386	15.8±3.2	68935±10247	12(20.00)

注:与对照组比较,**P* < 0.05

3 讨论

急性心肌梗死作为一种危及生命的心血管急症,其发病特点为起病急骤、病情凶险、死亡率高。研究表明^[2],早期再灌注治疗是改善AMI患者预后的关键措施,而救治时间的长短直接影响患者的预后。随着现代医疗技术的发展,如何通过优化急诊护理流程来提高救治效率、改善患者预后已成为当前研究热点。

本研究通过建立专项救治小组、优化分诊流程、构建院前院内一体化救治模式等措施,在多个环节实现了时间节省和效率提升。研究结果显示,优化后的急诊护理流程在缩短救治时间方面取得显著效果。具体表现在:(1)分级预检分诊制度的实施使AMI患者能够得到快速识别和优先救治,有效避免了延误;(2)简化入院手续,实行先救治、后付费原则,消除了行政流程对救治的干扰;(3)检查流程优化实现了心电图、采血、影像检查的同步进行,提高了时间利用效率;(4)院前急救与院内绿色通道的无缝对接确保了救治过程的连续性。此外,本研究发现优化护理流程显著降低了并发症发生率,这可能与以下因素有关:快速有效的救治减少了心肌缺血时间,降低了心肌损伤程度;标准化的护理流程减少了医疗差错风险;多学科协作模式提高了整体救治质量^[3]。

在生存质量方面,观察组患者的MLHFQ评分显著优于对照组,表明优化护理流程能有效改善患者的生活质量。这可能与以下机制相关:(1)并发症的减少降低了患者的痛苦程度;(2)心功能的改善提高了患者的运动耐

量;(3)规范化的健康教育增强了患者的自我管理能。值得注意的是,本研究还发现优化护理流程具有显著的经济效益。观察组患者的平均住院时间缩短了3.5天,住院费用减少约16,000元。这说明优化护理流程不仅能改善医疗质量,还能提高医疗资源利用效率,具有良好的社会效益和经济效益。这对于当前医疗资源紧张的现状具有重要意义^[4]。然而,本研究仍存在一些局限性:(1)作为单中心研究,样本量相对较小,可能影响结果的代表性;(2)随访时间为6个月,无法评估远期预后;(3)护理人员的经验和技能差异可能影响研究结果;(4)未能深入分析不同类型AMI患者对优化护理流程的反应差异。因此,建议今后开展大样本、多中心的随机对照研究,进一步验证优化护理流程的临床价值。

参考文献

[1]罗珍兰.优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者的救治效果及对其焦虑、抑郁情绪的影响[J].中国医药指南,2024,22(01):148-150.

[2]杨立芹.优化急诊护理流程对提升急性心肌梗死患者救治效果促进预后的价值[J].中国医药科学,2023,13(11):141-144+159.

[3]蔡文霞,黄圆,周亚民.急诊护理流程优化模式对急性心肌梗死患者急救效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(08):166-168.

[4]戴金珠.优化急诊护理对急性心肌梗死患者救治效果和满意度的影响观察[J].心血管病防治知识,2021,11(25):35-36+39.