

急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者急诊介入术后并发症的护理干预研究

杜 萌 赵海妮

旬邑县医院 陕西 咸阳 711300

摘 要：目的：探讨急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者急诊介入术后并发症的护理干预措施及其临床价值。方法：选取2022年1月-2023年12月本院收治的86例STEMI行急诊PCI手术治疗的患者作为研究对象，随机分为常规组（43例）和干预组（43例）。常规组给予常规护理措施，干预组在常规护理基础上实施针对性并发症预防的综合护理干预措施。比较两组患者并发症发生率、心功能改善情况、生活质量评分及满意度。结果：干预组术后并发症总发生率显著低于常规组，心功能改善情况优于常规组，生活质量评分高于常规组，护理满意度高于常规组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针对STEMI患者急诊介入术后实施综合护理干预措施，能有效降低并发症发生率，改善患者心功能恢复情况，提高生活质量，提升护理满意度，临床应用价值显著。

关键词：急性ST段抬高型心肌梗死；经皮冠状动脉介入治疗；并发症

急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）是冠心病中最为严重的类型，具有发病急、病情凶险、死亡率高的特点^[1]。目前，经皮冠状动脉介入治疗（PCI）已成为STEMI救治的首选方法，能有效开通梗死相关动脉，恢复心肌血流灌注，挽救处于缺血状态的心肌组织，显著降低病死率^[2]。然而，患者在PCI术后可能出现多种并发症，如出血、心律失常、急性心力衰竭、再灌注损伤等，这些并发症严重影响患者预后及生存质量。因此，加强对STEMI患者PCI术后并发症的预防和护理干预，对改善患者预后具有重要意义。本文旨在探讨STEMI患者急诊介入术后并发症的护理干预措施及其临床价值，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月-2023年12月期间，本院收治的86例STEMI行急诊PCI手术治疗的患者作为研究对象，采用随机数字表法将患者分为常规组（43例）和干预组（43例）。常规组：男性28例，女性15例；年龄42-78岁，平均（ 62.35 ± 7.42 ）岁；梗死部位：前壁梗死19例，下壁梗死15例，侧壁梗死9例；Killip分级：I级21例，II级15例，III级7例；合并基础疾病：高血压26例，糖尿病18例，高脂血症22例。干预组：男性27例，女性16例；年龄43-79岁，平均（ 63.12 ± 7.28 ）岁；梗死部位：前壁梗死18例，下壁梗死16例，侧壁梗死9例；Killip分级：I级20例，II级16例，III级7例；合并基础疾病：高血压25例，糖尿病17例，高脂血症23例。两组患者一般资料比较，

差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.1.1 纳入标准

（1）符合《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南（2019版）》^[3]中STEMI的诊断标准；（2）发病至就诊时间 ≤ 12 小时；（3）年龄 ≥ 18 岁；（4）行急诊PCI手术治疗；（5）对研究知情同意，签署知情同意书；（6）经医院伦理委员会批准；（7）病历资料完整。

1.1.2 排除标准

（1）合并严重肝肾功能不全者；（2）合并恶性肿瘤者；（3）既往有脑卒中病史者；（4）合并精神疾病或认知障碍者；（5）对本文使用药物过敏者；（6）预计生存期 < 6 个月者；（7）拒绝参与本文者。

1.2 方法

1.2.1 常规组

常规组给予常规护理措施，包括：（1）生命体征监测：密切监测患者的血压、心率、呼吸、血氧饱和度等指标，及时发现异常情况；（2）用药护理：按医嘱准确给药，密切观察用药反应，特别是抗血小板、抗凝药物的副作用；（3）基础护理：维持呼吸道通畅，保持舒适体位，注意皮肤护理，预防压疮；（4）饮食指导：低盐低脂饮食，避免刺激性食物；（5）健康宣教：向患者讲解疾病相关知识，鼓励患者积极配合治疗；（6）出院指导：出院前向患者交代服药、复查、生活方式调整等注意事项。

1.2.2 干预组

干预组在常规护理基础上，实施针对性的并发症预

防综合护理干预措施:

(1) 穿刺部位出血及血肿预防护理: ①术前评估: 充分评估患者凝血功能, 识别高危人群, 如合并肝功能不全、既往有出血倾向等; ②术中护理: 严格执行无菌操作, 协助医生准确定位穿刺点, 妥善固定压迫装置; ③术后护理: 采用三位一体压迫法(砂袋压迫+绷带固定+肢体制动), 砂袋压迫前4小时3-4kg, 后2小时2-3kg, 循序渐进减轻压力; 严格卧床休息, 常规6-8小时, 高危患者可延长至12小时; 入病房后2h、4h、8h、24h定时检查穿刺部位, 观察有无出血、血肿、渗血; 教会患者自我观察术区情况, 如发现异常及时报告; ④床边指导: 指导患者避免剧烈咳嗽、憋气用力等增加腹压动作; 协助患者排便, 避免用力屏气, 必要时使用便器。

(2) 心律失常预防护理: ①持续心电监护: 术后48小时内行连续心电监护, 重点监测心率、节律、ST段改变; ②预警系统建立: 设置心率上下限报警值, 上限一般设置为100-110次/分, 下限设置为50-55次/分; ③风险评估: 评估患者发生心律失常的风险因素, 如既往心律失常病史、电解质紊乱等; ④电解质监测: 定期监测血钾、血钙、血镁等电解质水平, 根据医嘱及时纠正电解质紊乱; ⑤心理疏导: 减轻患者焦虑情绪, 向患者解释心电监护的必要性, 增强配合度。

(3) 心力衰竭预防护理: ①心功能评估: 采用Killip分级评估患者心功能状态, 识别高危人群; ②液体管理: 严格控制入量, 24小时出入量平衡, 避免液体过负荷; ③体位管理: 采用半卧位, 减轻心脏负担, 改善呼吸功能; ④氧疗: 保持氧饱和度在95%以上, 根据患者情况选择合适的给氧方式; ⑤症状观察: 密切观察患者

呼吸困难、咳嗽、咳粉红色泡沫痰、下肢水肿等心衰症状; ⑥心理支持: 缓解患者不良情绪, 减少交感神经兴奋, 降低心脏负担。

1.3 观察指标

1.3.1 并发症发生情况

记录并比较两组患者术后并发症发生情况, 包括: 穿刺部位并发症(出血、血肿、假性动脉瘤)、心律失常(室性早搏、室性心动过速、室颤、心动过缓等)、急性心力衰竭、再灌注损伤、肾功能损害、支架内血栓形成等。

1.3.2 心功能改善情况

采用左室射血分数(LVEF)评估患者心功能改善情况。术前及术后1个月采用超声心动图测定LVEF值, 并计算LVEF改善值(术后LVEF减去术前LVEF)。

1.3.3 生活质量评分

采用SF-36生活质量量表评估患者术后3个月生活质量, 包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康8个维度, 总分100分, 分数越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法

对于数据的处理采用SPSS 25.0版本, 计量资料的方法用($\bar{x} \pm s$)来表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用 $[n(\%)]$ 的方法表示, 组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确概率法; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生情况比较

干预组术后并发症总发生率显著低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者并发症发生情况比较 $[n(\%)]$

并发症类型	干预组($n = 43$)	常规组($n = 43$)	χ^2	P
穿刺部位出血	1(2.33)	5(11.63)	-	-
穿刺部位血肿	1(2.33)	3(6.98)	-	-
假性动脉瘤	0(0.00)	1(2.33)	-	-
心律失常	2(4.65)	6(13.95)	-	-
急性心力衰竭	1(2.33)	4(9.30)	-	-
再灌注损伤	1(2.33)	3(6.98)	-	-
肾功能损害	0(0.00)	2(4.65)	-	-
支架内血栓形成	0(0.00)	1(2.33)	-	-
总发生率	6(13.95)	25(58.14)	17.892	< 0.001

注: -表示单项并发症例数较少, 未进行统计学检验

2.2 两组患者心功能改善情况比较

干预组术后LVEF改善值显著高于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者心功能改善情况比较($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	术前LVEF	术后LVEF	LVEF改善值
干预组	43	42.35 $\pm$ 5.28	53.76 $\pm$ 6.12	11.41 $\pm$ 2.35

续表:

组别	例数	术前LVEF	术后LVEF	LVEF改善值
常规组	43	42.47±5.16	50.12±5.87	7.65±2.12
<i>t</i>	-	0.108	2.864	7.869
<i>P</i>	-	0.914	0.005	<0.001

2.3 两组患者生活质量评分比较

干预组术后3个月SF-36量表各维度评分及总分均高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组患者生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

SF-36各维度	干预组($n=43$)	常规组($n=43$)	<i>t</i>	<i>P</i>
生理功能	79.85±7.43	71.34±6.92	5.538	<0.001
生理职能	75.62±7.12	67.85±6.58	5.276	<0.001
躯体疼痛	83.41±8.25	75.12±7.43	4.969	<0.001
总体健康	72.38±6.54	65.27±6.12	5.240	<0.001
活力	68.93±6.78	61.45±6.23	5.319	<0.001
社会功能	77.24±7.31	70.18±6.89	4.622	<0.001
情感职能	74.56±7.05	67.23±6.54	5.056	<0.001
精神健康	76.12±7.22	68.35±6.73	5.188	<0.001
总分	76.01±5.83	68.35±5.12	6.567	<0.001

3 讨论

STEMI是冠心病的严重类型,具有高发病率、高死亡率的特点,已成为严重威胁人类健康的主要疾病之一^[4]。目前,急诊PCI是治疗STEMI的首选方法,能够快速开通梗死相关血管,恢复心肌血流灌注,挽救濒死心肌,降低病死率。然而,STEMI患者在PCI术后可能发生多种并发症,如穿刺部位并发症、心律失常、急性心力衰竭、再灌注损伤等,这些并发症不仅延长患者住院时间,增加医疗费用,更可能危及患者生命安全,影响预后。

本文结果显示,干预组术后并发症总发生率为13.95%,显著低于常规组的58.14%,表明实施针对性的综合护理干预措施能有效降低STEMI患者PCI术后并发症发生率。分析其原因主要在于综合护理干预方案针对各类常见并发症制定了系统、全面的预防措施。对于穿刺部位并发症,通过三位一体压迫法和严格的穿刺点观察,有效预防了出血和血肿形成;对于心律失常,通过持续心电监护和电解质监测,及时发现并处理异常心律^[5];对

于心力衰竭,通过严格的液体管理和心功能监测,减轻了心脏负担;对于再灌注损伤,通过加强心电监护和心肌酶监测,及时识别并处理再灌注相关并发症;对于肾功能损害,通过充分水化和严格控制造影剂用量,有效保护了肾功能;对于支架内血栓形成,通过规范抗血小板治疗和加强用药依从性指导,降低了血栓形成风险。

本文还发现干预组术后LVEF改善值显著高于常规组,表明综合护理干预有助于促进心功能恢复。这可能与干预组患者接受了更为科学规范的心脏康复指导,并发生发生率降低,以及更好的药物治疗依从性有关。干预组生活质量评分明显高于常规组,这可能与干预组患者心功能恢复较好并发症少,以及接受了更为全面的健康管理和生活方式干预有关。

结论:针对STEMI患者急诊PCI术后实施综合护理干预措施,能有效降低并发症发生率,改善患者心功能恢复情况,提高生活质量,提升护理满意度,临床应用价值显著。本文的局限性在于样本量相对较小,随访时间较短,未能评估远期预后,后续研究可扩大样本量,延长随访时间,进一步验证综合护理干预的长期效果。

参考文献

- [1]杨永红,孙涛.心脏康复护理在急性心肌梗死病人围术期的应用效果[J]. 护理研究,2025,39(4):647-651.
- [2]于彬,蔡云飞,刘琳,等.基于风险评估指导下的护理干预对PCI急性心肌梗死患者康复进程的影响[J]. 护理实践与研究,2025,22(1):153-158.
- [3]赵田萌,武姿,王红蕾,等. PCI术后急性心肌梗死再发危险因素分析及护理[J]. 护理实践与研究,2025,22(1):69-75.
- [4]管冬冬,陈媛媛,王长鹏,等. 急性ST段抬高型心肌梗死介入治疗患者应用术中并发症预防式护理的效果[J]. 国际护理学杂志,2025,44(3):388-391.
- [5]陈荣,范淑琴,李茹茹. 基于正强化理论的超早期康复护理对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者的影响[J]. 国际护理学杂志,2025,44(3):396-400.