

优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响研究

周敏 沈燕君

上海市第一人民医院急诊 上海 200081

摘要: **目的:** 研究优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响。**方法:** 选择2023年9月-2024年12月于本院进行急诊抢救的100例急性心肌梗死患者作为此次研究的观察对象,并对其相关资料进行回顾性分析,随机分两组,优诊组($n=50$)采用优化急诊护理,常诊组($n=50$)采用常规急诊护理,比较优诊组与常诊组患者的负面情绪、分诊评估时间、抢救时间、心电图使用时间、入院至住院时间、不良事件发生率、死亡率、满意度、生活质量。**结果:** 相较于常诊组患者,优诊组负面情绪更轻,分诊评估时间、抢救时间、心电图使用时间、入院至住院时间更短,不良事件发生率与死亡率更低,满意度与生活质量更高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:** 优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响更大,应于临床广泛运用。

关键词: 优化急诊护理;急性心肌梗死;抢救效果;负面情绪;满意度

急性心肌梗死为临床典型的急性心血管疾病,因冠状动脉硬化导致血管堵塞,致使心肌细胞缺氧和缺血^[1],常见症状为胸痛、胸闷、气短等,若不及时治疗,恐诱发心衰,危及患者性命^[2]。如今,有报道明确指出^[3],优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响较大,既能提高患者的抢救效率,使冠状动脉血流得到迅速恢复,减少梗死面积,改善心功能;还能提高患者生存率,缩短抢救时间,保障患者的满意度^[4]。为了验证此内容,本文特选择2023年9月-2024年12月于本院进行急诊抢救的100例急性心肌梗死患者作为此次研究的观察对象,并对其相关资料进行回顾性分析,比较优诊组与常诊组患者的负面情绪、分诊评估时间、抢救时间、心电图使用时间、入院至住院时间、不良事件发生率、死亡率、满意度、生活质量。详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择2023年9月-2024年12月于本院进行急诊抢救的100例急性心肌梗死患者作为此次研究的观察对象,并对其相关资料进行回顾性分析,随机分两组,优诊组($n=50$)采用优化急诊护理,常诊组($n=50$)采用常规急诊护理。优诊组年龄从56至73岁之间,均龄(63.43 ± 4.58)岁,男性28例,女性22例;常诊组年龄从53至75岁之间,均龄(63.87 ± 4.22)岁,男性30例,女性20例。研究对象基本资料差别小,有可比性($P>0.05$)。

纳入标准: 本实验经伦理委员会批准,实验对象符合临床急性心肌梗死诊断指南^[5],基本资料完整,均清楚实验内容,并同意配合实验操作^[6]。

排除标准: 认知异常者;免疫系统疾病者;精神异常者;肝肾功能不全者;合并癌症者;中途退出者^[7]。

1.2 方法

常诊组($n=50$)采用常规急诊护理,接听急救电话后,详细记录患者的家庭住址,并立刻前往进行急救。到达现场后马上实施急救措施,并迅速转运到医院。抵达医院后利用绿色通道展开常规急诊救治。

优诊组($n=50$)采用优化急诊护理:首先,优化就诊服务。接听急救电话后,立刻开启系统化急救模式,通知相关部门的医护人员做好相应准备。同时向患者介绍成功案例,舒缓其在等待期间的焦虑、紧张、抑郁等情绪。其次,优化现场服务。抵达急救现场后,立刻对患者进行心电图检查,评估患者病情,并将评估结果利用网络传送回急诊中心。通过远程会诊确定患者病情风险程度,对于危险性较高的患者立刻启动导管室。第三,优化转运服务。转运期间,动态观察患者的生命体征,并实行吸氧操作,氧流量每分钟设为4-6L,保证患者生命指标平稳。同时,为患者建立静脉通道,按医嘱为患者使用治疗药物。最后,优化院内服务。运至医院后,对于病情评估危险性较高的患者,立刻联系导管室展开介入治疗;对于危险性一般的患者,利用绿色通道展开急诊治疗,进行心电监护和血液样本采集,对患者病情进行系统评估,根据结果确定治疗药物,遵医嘱用药。对常见的不良事件进行前瞻性评估,如心力衰竭、室颤、心脏骤停等,医护人员应做好心肺复苏和除颤等急救准备。

1.3 评定标准

① 利用SAS与SDS评分量表评定负面情绪，满分80分，包括20个题目，最高评4分，最低评1分，评分越低说明消极情绪越轻^[8]。

② 利用自制记录表记录心电图使用时间、分诊评估时间、入院至住院时间、抢救时间，时间越短代表抢救效率越高^[9]。

③ 利用自制记录表记录再发心肌梗死、心力衰竭、心律失常等不良事件发生情况与病死数量，不良事件发生率 = 不良事件发生例数/总例数×100%，病死率 = 病死例数/总例数×100%^[10]。

④ 利用自制调查表分析患者护理满意情况，由患者本人独立评分。总分100分，大于65分即满意；分数介于35-65分间即较满意；小于35分即不满意，总满意率 = 总

满意例数×100%^[11]。

⑤ 利用SF-36评分量表评定生存质量，包括4个项目，评分范围为1-100分，评分越高说明生存质量越高^[12]。

1.4 统计学方法

应用SPSS26.0系统，计数资料 ($n, %$) 表示， χ^2 检验；计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示， t 检验，检验水准 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比优诊组与常诊组消极情绪评分

护理前，常诊组与优诊组消极情绪评分差别小 ($P > 0.05$)；护理后，常诊组与优诊组消极情绪评分皆低于护理前，而优诊组消极情绪评分更低，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见下表：

表1：对比优诊组与常诊组消极情绪评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	SAS评分		SDS评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
优诊组 ($n = 50$)	52.41±1.38	36.44±1.58	55.18±1.73	40.82±1.22
常诊组 ($n = 50$)	52.62±1.36	45.05±1.65	55.38±1.58	48.57±1.51
t 值	0.314	6.722	0.255	7.413
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 对比优诊组与常诊组临床指标

优诊组心电图使用时间、分诊评估时间、入院至住

院时间、抢救时间明显少于常诊组，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2：

表2：对比优诊组与常诊组临床指标 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别/例数	心电图使用时间	分诊评估时间	入院至住院时间	抢救时间
优诊组 ($n = 50$)	4.85±1.59	1.24±0.23	11.48±2.41	42.65±2.17
常诊组 ($n = 50$)	7.12±1.46	2.84±0.51	15.31±2.36	60.84±2.84
t 值	7.284	13.642	5.542	25.112
P 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 对比优诊组与常诊组不良事件发生率与病死率

相比于常诊组，优诊组不良事件发生率与病死率更

低，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3：

表3：对比优诊组与常诊组不良事件发生率与病死率 [$n(\%)$]

组别/例数	不良事件			总发生率	病死率
	再发心肌梗死	心力衰竭	心律失常		
优诊组 ($n = 50$)	1	0	0	2.00	1 (2.00)
常诊组 ($n = 50$)	5	1	1	14.00	5 (10.00)
χ^2 值				5.047	4.733
P 值				< 0.05	< 0.05

2.4 比较常诊组与优诊组护理满意度

相比于常诊组，优诊组护理总满意率更高，有统计

学意义 ($P < 0.05$)。见表4：

表4: 比较常诊组与优诊组护理满意度[n(%)]

组别/例数	满意 (n)	较满意 (n)	不满意 (n)	总满意率[n(%)]
优诊组 (n = 50)	27	20	3	47 (94.00)
常诊组 (n = 50)	20	18	12	38 (76.00)
χ^2 值				8.015
P值				< 0.05

2.5 对比常诊组与优诊组生活质量评分 护理前, 而优诊组生活质量评分更高, 有统计学意义($P < 0.05$)。见表5:
 护理前, 常诊组与优诊组生活质量评分差别小 ($P > 0.05$) ; 护理后, 常诊组与优诊组生活质量评分皆高于

表5: 对比常诊组与优诊组生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	活力(VT)		社会功能(SF)		生理功能(PF)		心理健康(MH)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
优诊组 (n = 50)	70.47±5.18	89.64±4.06	68.06±6.59	90.45±2.47	70.47±1.36	93.85±2.16	70.16±2.45	92.75±2.55
常诊组 (n = 50)	69.06±6.67	80.57±3.18	70.63±5.28	81.67±3.87	69.48±2.22	82.44±3.55	71.33±3.32	83.22±1.14
t值	0.584	3.097	0.259	2.286	0.537	4.106	0.235	3.514
P值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

急性心肌梗死病情发展较为迅速, 具有极高的死亡率, 需把握最佳的治疗时间, 继而挽救患者性命^[13]。实验得出: 护理前, 常诊组与优诊组消极情绪评分差别小 ($P > 0.05$) ; 护理后, 常诊组与优诊组消极情绪评分皆低于护理前, 而优诊组消极情绪评分更低, 有统计学意义($P < 0.05$)。优诊组心电图使用时间、分诊评估时间、入院至住院时间、抢救时间明显少于常诊组, 有统计学意义($P < 0.05$)。优诊组不良事件发生率为2.00%, 病死率为2.00%; 常诊组不良事件发生率为14.00%, 病死率10.00%, 优诊组不良事件发生率与病死率显著低于常诊组, 有统计学意义($P < 0.05$)。优诊组护理总满意率94.00%显著高于常诊组护理总满意率76.00%, 有统计学意义($P < 0.05$)。护理前, 常诊组与优诊组生活质量评分差别小 ($P > 0.05$) ; 护理后, 常诊组与优诊组生活质量评分皆高于护理前, 而优诊组生活质量评分更高, 有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因为: 常规急救护理虽能提高急性心肌梗死患者生存率, 但此法过于繁杂, 在某种程度上影响抢救效率, 而优化急诊护理作为新型的急救方法, 具有较强的系统性与针对性, 可提高护理服务的条理性与高效性, 有助于缩短急诊抢救时间, 使病情得到有效控制, 为后期治疗提供助力^[14]。另外, 在急性心肌梗死患者抢救中实施优化急诊护理, 有助于及时为患者提供针对性治疗与护理, 强化护理人员对患者病情掌握程度, 缩短分诊时间, 提高急诊抢救成功率^[15]。充分验证

了优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响, 同时也证明了此实验开展的现实意义。

综上所述, 优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效果的影响更大, 进一步提高患者急诊抢救效率与护理满意度, 减少不良事件发生, 降低死亡率, 改善患者生活质量, 应于临床广泛运用。

参考文献

- [1]赵巧,崔淑霞,皮甜甜.急性心肌梗死患者实施优化急诊护理对抢救效果的影响评估[J].中外医疗,2024,43(04):167-170.
- [2]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.
- [3]王佳.全程优化急诊护理对急性心肌梗死患者临床效果、负面情绪和护理后质量的影响[J].吉林医学,2023,44(10):2957-2959.
- [4]樊格,王耀.急诊护理流程优化对急性心肌梗死抢救效果的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(26):142-145.
- [5]程倩倩.全程优化急诊护理模式对急性心肌梗死患者的救治效果和护理后质量的影响[J].名医,2023,(15):84-86.
- [6]黄艳.基于流程路径优化急救护理对急性心肌梗死患者抢救效果及护理质量的影响[J].基层医学论坛,2023,27(12):52-54.
- [7]姚丽丽.优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救效

果的影响分析[J].基层医学论坛,2023,27(06):46-48.

[8]史贤萍.全程优化急诊护理对急性心肌梗死患者临床效果的影响[J].安徽医学,2022,21(06):79-81.

[9]李海清.优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救成功率的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(36):123-125+116.

[10]余玉美,谭丽萍.优化急诊护理对急性心肌梗死患者急救效果及护理满意度的影响[J].基层医学论坛,2022,26(32):135-137.

[11]孙秀芹,张素敏,臧舒婷.优化急诊流程对急性心肌梗死患者抢救效果、门-球囊时间及心功能的影响[J].数理医药学杂志,2022,35(10):1574-1576.

[12]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.

[13]石静.全程优化的急诊护理模式对急性心肌梗死患者的救治效果和护理后质量的影响分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(20):106-109.

[14]唐绍辉,易婷,陈煌,等.全程优化急诊护理对急性心肌梗死患者临床效果、负性情绪和护理后质量的影响[J].广东医学,2021,42(10):1259-1263.

[15]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.