

• 临床护理信息 •

中西医结合优化急诊护理对急性心肌梗死患者的临床疗效和不良情绪的影响

凌志芳

(广州市中西医结合医院, 广东 广州 510800)

摘要: 目的 探究中西医结合优化急诊护理对急性心肌梗死患者的临床疗效和不良情绪的影响。方法 选取2021年1月至2021年12月我院急诊收治的并行PCI手术治疗的AMI患者随机化分成实验组和对照组各42例, 对照给予常规急诊护理, 实验组给予中西医结合优化急诊护理。**结果** 两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。实验组从急诊接诊到介入室的时间为(10.78 ± 3.39)分钟, 低于对照组的(16.75 ± 5.75)分钟($P<0.05$); 实验组从急诊接诊到介入时间为(40.23 ± 11.35)分钟, 低于对照组的(60.47 ± 13.2)分钟($P<0.05$); 实验组的总体住院时间为(8.62 ± 3.51)天, 低于对照组的(13.24 ± 3.68)天($P<0.05$)。实验组护理后的SAS评分为(30.25 ± 9.56)分, 低于对照组的(47.32 ± 10.25)分($P<0.05$); 实验组护理后的SDS评分为(30.28 ± 10.10)分, 低于对照组的(45.32 ± 11.34)($P<0.05$)。实验组再发心肌梗死、心绞痛、心力衰竭和便秘等不良事件的发生率为19.0%, 低于对照组的40.5%($P<0.05$)。**结论** 中西医结合优化急诊护理可以缩短急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间, 降低AMI患者的SAS评分和SDS评分, 减少不良事件的发生。

关键词: 中西医结合优化急诊护理; 急性心肌梗死; 临床疗效; 不良情绪

中图分类号: R47

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.009.027

本文引用格式: 凌志芳. 中西医结合优化急诊护理对急性心肌梗死患者的临床疗效和不良情绪的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(009): 114-117.

The Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Emergency Nursing on Clinical Efficacy and Negative Emotion with Acute Myocardial Infarction Patients

LING Zhi-fang

(Guangzhou integrated traditional Chinese and Western medicine hospital, Guangzhou Guangdong 510800)

ABSTRACT: Objective To assess the effect of integrated traditional Chinese and western medicine emergency nursing on clinical efficacy and negative with acute myocardial infarction patients. **Methods** The acute myocardial infarction patients received percutaneous coronary intervention were randomly divided into experimental group ($n=42$) and control group ($n=42$). The patients in control group were received emergency nursing, while the patients in experimental group were received integrated traditional Chinese and western medicine emergency nursing. **Results** The clinical data were no significant differences between two group ($P>0.05$). The length of time from emergency department to intervention department was (10.78 ± 3.39) min in experimental group, less than (16.75 ± 5.75) min in the control group ($P<0.05$). The length of time from emergency department to interventional operation was (40.23 ± 11.35) min in experimental group, less than (60.47 ± 13.2) min in the control group ($P<0.05$). The length of hospital stay in interventional operation was (8.62 ± 3.51) days, less than (13.24 ± 3.68) in the control group ($P<0.05$). The SAS scores and SDS scores in experimental group were less than the control group ($P<0.05$). The side effects in experimental group were also less than the control group (19.0% vs 40.5%, $P<0.05$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese and western medicine emergency nursing not only can decrease the length from emergency department to Intervention department, length from emergency department to interventional operation and length of hospital stay, but also can reduce the scores of SAS, scores of SDS and side effects.

KEY WORDS: integrated traditional Chinese and western medicine emergency nursing; acute myocardial infarction patients; clinical efficacy; negative emotion

0 引言

急性心肌梗死 (AMI) 是急诊科常见的危重疾病之一,该病的主要机制是由于冠状动脉急性或持续性的缺血、缺氧导致心肌细胞坏死,进而出现胸闷、胸痛等一系列的临床症。急性心肌梗死具有起病急、发展迅速、致残率和致死率高等临床特点,加上我国人群基数大、患病率高等特点,AMI 已经成为严重威胁人们身体健康的疾病之一^[1]。目前,经皮冠状动脉介入 (PCI) 治疗是 AMI 治疗的重要手段之一,临床研究表明,PCI 可以有效的提高临床治疗率,降低致残率和致死率,提高患者的生活质量,改善患者的预后。目前,大多数研究都在注重 PCI 手术治疗的技巧、手术材料、手术时机等方面的研究,而对于中西医结合优化急诊护理的研究尚少,对于患者的负面情绪方面的护理关注不够。因此,本研究主要探究中西医结合优化急诊护理对急性心肌梗死患者的临床疗效和负面情绪的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月我院急诊收治的并行 PCI 手术治疗的 AMI 患者。纳入标准:(1)符合指南 AMI 的诊断标准者;(2)符合 PCI 手术治疗的指征;(3)能够理解知情同意书并同意该研究方案者;(4)18 岁 ≤ 年龄 ≤ 70 岁。排除标准:(1)合并肝功能不全、肾功能不全者;(2)合并肿瘤疾病、免疫性疾病和造血系统疾病者;(3)既往有心肌梗死行 PCI 手术者;(4)合并急性感染者;(5)存在 PCI 治疗禁忌证者。

1.2 方法

对照给予常规急诊护理模式:院前接到电话,询问患者病情、地址,3min 内出车,把患者接回急诊后,常规进行心电监测,给予患者吸氧,指导患者卧床休息,立即通知医师,完善心电图、肌钙蛋白等检查,心内科医师会诊,启动绿色通道,做好术前准备等。

实验组给予中西医结合优化急诊护理:(1)成立院前急救小组,由护士长当组长,小组成员经规范院前培训后才能进入小组。(2)在接到病人后,在 120 救护车上完善首份 18 导联心电图,对于心电图有异常者,立即线上请心内科专科医师会诊,根据专科意见给予阿司匹林、氯吡格雷等抗血小板聚集药物,启动绿色通道。(3)到达急诊后,10min

内完善快速评估,如病情询问、体格检查、凝血、电解质、心肌标志物等,本着先抢救,后挂号缴费等原则,通过绿色通道进入导管室行 PCI 手术治疗。(4)中医情志护理:由于患者对疾病、治疗、经济、术后照看等因素的影响,部分患者会表现出焦虑、紧张、抑郁、悲观等不良的情绪,导致气机不畅,加重病情,影响治疗。可以通过简洁的向患者及家属介绍介入治疗的重要性和必要性,使患者对于 PCI 治疗有一定的了解,消除不良的情绪;通过与患者加强沟通,转移患者的注意力,增强患者治疗的信心。(5)中医膳食:中医认为:胸痹主要病机是心脉痹阻,温阳通痹是其治疗的重要原则。而便秘是术后诱发心力衰竭、再次心肌梗死的重要原因之一。因此,中医膳食可予陈皮、山楂、桃仁、当归等食物,以温阳行气通痹,兼以润肠通便。

1.3 观察指标

(1)比较两组急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间;(2)比较两组的焦虑评分(采用 SAS 量表)和抑郁评分(采用 SDS 量表);(3)比较两组术后出现不良事件:再发心肌梗死、心绞痛、心力衰竭和便秘。

1.4 统计学方法

研究数据采用 SPSS 19 录入、统计和分析。研究数据中符合正态分布的计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验比较。计数资料则以率 (%) 表示,采用卡方检验比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较

本研究按照随机对照法,共纳入实验组和对照组各 42 例,其中实验组男性 26 例,女性 16 例,平均 (46.32 ± 13.65) 年,合并高血压病的 24 例,合并 2 型糖尿病的 19 例;对照组男性 24 例,女性 18 例,平均 (45.92 ± 14.52) 年,合并高血压病的 22 例,合并 2 型糖尿病的 20 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 (表 1, $P > 0.05$)。

2.2 比较急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间

实验组从急诊接诊到介入室的时间为 10.78 ± 3.39 分钟,低于对照组的 (16.75 ± 5.75)min (表 2, $P < 0.05$);实验组从急诊接诊到介入时间为 (40.23 ± 11.35)min,低于对照组的 (60.47 ± 13.2)min

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (年)	高血压 (例)	2 型糖尿病 (例)
实验组	42	26/16	46.32 ± 13.65	24	19
对照组	42	24/18	45.92 ± 14.52	22	20

表 2 急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	急诊接诊到介入室 (min)	接诊到介入时间 (min)	住院时间 (d)
实验组	42	10.78 ± 3.39	40.23 ± 11.35	8.62 ± 3.51
对照组	42	16.75 ± 5.75	60.47 ± 13.2	13.24 ± 3.68
<i>t</i> 值		5.372	7.352	4.102
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

表 4 两组术后不良事件的比较 [*n*(%)]

组别	再发心肌梗死	心绞痛	心力衰竭	便秘	总数
实验组	1	3	2	1	8(19.0%)
对照组	4	5	2	6	17(40.5%)
χ^2 值					4.613
<i>P</i> 值					0.032

(表 2, $P < 0.05$); 实验组的总体住院时间为 (8.62 ± 3.51)d, 低于对照组的 (13.24 ± 3.68)d (表 2, $P < 0.05$)。

2.3 比较 SAS 评分和 SDS 评分

实验组护理后的 SAS 评分为 (30.25 ± 9.56) 分, 低于对照组的 (47.32 ± 10.25) 分 (表 3, $P < 0.05$); 实验组护理后的 SDS 评分为 (30.28 ± 10.10) 分, 低于对照组的 (45.32 ± 11.34) (表 3, $P < 0.05$)。

表 3 比较两组护理后的 SAS 评分和 SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS 评分	SDS 评分
实验组	30.25 ± 9.56	30.28 ± 10.10
对照组	47.32 ± 10.25	45.32 ± 11.34
<i>t</i> 值	6.32	5.693
<i>P</i> 值	<0.05	<0.05

2.4 比较两组术后不良事件

实验组再发心肌梗死、心绞痛、心力衰竭和便秘等不良事件的发生率为 19.0%, 低于对照组的 40.5% (表 4, $P < 0.05$)。

3 讨论

急性心肌梗死在我国有较高的发病率、致残率和病死率, 加上我国人口基数较大, 已经成为影响人们身心健康的重大疾病之一, 加重我国社会经济负担。急性心肌梗死的危险因素有吸烟、高血压、糖尿病、高脂血症、高同型半胱氨酸血症和炎症反应等^[4-8]。随着社会经济的发展和人们生活方式的改变, 急性心肌梗死的患病率有逐渐升高的趋势^[9], 而且患者容易再次出现心肌梗死、心力衰竭、心律失常等^[10,11], 形势仍不容乐观。PCI 治疗是 AMI

治疗的重要手段之一, 在未开展 PCI 手术治疗前, AMI 的病死率为 30% 左右。随着 PCI 技术发展和胸痛中心的建立, 目前 AMI 的病死率已经较前明显下降^[12,13]。目前, 大多数研究都在注重 PCI 手术治疗的技巧、手术材料、手术时机、药物治疗等方面的研究^[14-16], 而对于中西医结合优化急诊护理的研究尚少, 对于患者的负面情绪方面的护理关注不够。

本研究研究结果表明, 中西医结合优化急诊护理可以缩短急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间 ($P < 0.05$), 降低 AMI 患者的 SAS 评分和 SDS 评分 ($P < 0.05$), 减少不良事件的发生 ($P < 0.05$)。可能是由于通过中西医优化急诊护理, 改善病人接诊、抢救、交接流程, 缩短了急诊抢救的反应时间和救治时间, 联动了多学科的工作, 因此赢得了抢救的时间。既往研究表明, AMI 患者伴有不同程度的不良情绪, 如抑郁、焦虑等, 这些不良情绪会导致再发心肌梗死、心律失常、心力衰竭等不良事件, 影响患者预后。通过中西医结合优化急诊护理, 对患者的心理进行辅导和梳理, 减轻患者的心理负担, 同时体现医护人员的人文关怀, 最终达到降低术后不良事件的发生。

综上所述, 中西医结合优化急诊护理可以缩短急诊接诊到介入室的时间、接诊到介入时间和住院时间, 降低 AMI 患者的 SAS 评分和 SDS 评分, 减少不良事件的发生。

参考文献

[1] 张敏州, 丁邦晗, 林谦. 急性心肌梗死中医临床诊

- 疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2021,36(7):4119-4127.
- [2] 马礼坤, 张步春. 《2020 年欧洲心脏病学会非 ST 段抬高型急性心肌梗死管理指南》解析及临床意义[J]. 淮海医药, 2021,39(2):111-112.
- [3] 季润青, 余苑, 李静. 急性心肌梗死指南推荐治疗在我国应用现状[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020,12(2):250-252.
- [4] 王波, 朱文芳, 马春萍, 等. 甘肃省临夏州某医院急性心肌梗死流行病学调查研究[J]. 西南国防医药, 2020,30(8):785-787.
- [5] 廖聃. 急性心肌梗死患者发病的临床流行病学特点分析[J]. 中外医疗, 2019,38(4):84-86.
- [6] 岳博成, 于洁, 韩全乐, 等. 某地区中青年人群 10 年内急性心肌梗死的风险及危险因素分析[J]. 重庆医学, 2020,49(11):1850-1854.
- [7] 商广芸, 高燕飞, 曹洪波, 等. 急性心肌梗死的危险因素分析[J]. 实用临床医药杂志, 2020,24(12):48-50.
- [8] 王潇, 李岚, 段俊超, 等. 乌鲁木齐急性 ST 段抬高型心肌梗死危险因素分析[J]. 临床心血管病杂志, 2020,36(7):599-603.
- [9] 吴家刚, 郑睦锐. 2013-2017 年广州市急性心肌梗死流行特征及趋势分析[J]. 华南预防医学, 2020,46(1):38-42.
- [10] 邢冬梅, 李彬, 朱明军, 等. 中医药预防急性心肌梗死后心力衰竭的新思路[J]. 中华中医药杂志, 2017,32(1):196-198.
- [11] 邓映莲, 黎柳章, 马少健, 等. 预见性护理对急性心肌梗死患者主要心血管不良事件发生率和满意度的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021,7(1):131-133.
- [12] 王德征, 张辉, 徐忠良, 等. 天津市 1999 至 2015 年急性心肌梗死死亡率变化趋势分析[J]. 中华心血管病杂志, 2017,45(11):985-991.
- [13] 张音, 杨丽霞, 陈燕, 等. 胸痛中心成立对急性心肌梗死救治效率的影响[J]. 昆明医科大学学报, 2021,42(6):88-93.
- [14] 李兵. 急性 ST 段抬高型心肌梗死的急诊介入治疗与择期介入治疗预后对比[J]. 中国医疗设备, 2017,32(0):247.
- [15] 赵珂, 冯雨舟. 直接经冠脉介入治疗与溶栓联合直接经冠脉介入治疗急性心肌梗死的疗效观察[J]. 黑龙江医学, 2017,41(8):761-762.
- [16] 王青雷. 老年急性心肌梗死介入围术期小剂量替罗非班抗血小板治疗的临床疗效和安全性分析[J]. 国际心血管病杂志, 2017,44(0):111-112.

(上接第 113 页)

- [20] Arbour K C, Mezquita L, Long N, et al. Impact of Baseline Steroids on Efficacy of Programmed Cell Death-1 and Programmed Death-Ligand 1 Blockade in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer[J]. J Clin Oncol, 2018,36(28):2872-2878.
- [21] Hendriks L, Henon C, Auclin E, et al. Outcome of Patients with Non-Small Cell Lung Cancer and Brain Metastases Treated with Checkpoint Inhibitors[J]. J Thorac Oncol, 2019,14(7):1244-1254.
- [22] Scott S C, Pennell N A. Early Use of Systemic Corticosteroids in Patients with Advanced NSCLC Treated with Nivolumab[J]. J Thorac Oncol, 2018,13(11):1771-1775.
- [23] 曹彩, 张欣涛. 实施药物临床试验管理规范过程中常见问题与解决方法[J]. 中国临床药理学杂志, 2004,20(4):312-316.
- [24] 陈平雁, 胥煜, 代因. 临床试验数据管理中的常见问题探讨[J]. 药学报, 2015,50(11):1485-1487.