

## 急性心肌梗死老年患者氧疗依从性差原因分析及护理对策

梁立雯

空军军医大学第一附属医院西京医院心内一病区 陕西西安 710032

**[摘要] 目的** 探讨急性心梗老年患者吸氧依从性差的原因及护理对策。**方法** 实验组采用自行设计的吸氧评估表对心内科病区住院且意识清楚, 表达清晰的 300 例 AMI 老年患者实施调查, 分析氧疗依从性差的相关原因, 并给与针对性护理对策, 对照组给与一般性健康教育, 观察两组病人吸氧状况。**结果** 医学知识缺乏, 舒适度改变, 担心氧疗费用, 老年人性格改变, 是 AMI 老年患者拒绝吸氧的主要原因。**结论** 采取针对性的护理干预, 能使心内科老年患者愉快地接受氧疗, 提高患者长期氧疗的依从性, 达到治疗目的, 促进患者康复。

**[关键词]** 急性心肌梗死; 氧疗依从性; 原因分析; 护理对策

**[中图分类号]** R473.5

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1674-9561 (2018) 08-120-02

急性心肌梗死 (AMI) 是在冠状动脉病变的基础上, 发生冠状动脉血供急剧减少或中断, 使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致, 常并发低氧血症。有研究表明, AMI 急性期给氧是治疗和护理的基本措施之一, 通过吸氧可以提高动脉氧分压, 有助于梗死周围缺血心肌的供养, 缩小梗死范围, 减轻心肌缺血性损伤。因此及时通畅有效的吸氧是非常重要的。临床 AMI 老年患者常规给与低流量低浓度持续吸氧, 经常会遇到患者有拒绝吸氧的行为或要求, 如何提高患者氧疗的依从性是广大护理人员应该重视的问题。

### 1 对象与方法

#### 1.1 对象

将 2013 年 3 月-2014 年 2 月心内科不愿吸氧的 300 例老年急性心肌梗死患者随机分为实验组 156 例和对照组 144 例, 实验组男 94 例, 女 62 例, 对照组男 75 例, 女 69 例。患者均能正常沟通, 年龄均在 60-83 岁, 平均年龄为  $72.5 \pm 0.3$ 。吸氧流量均为 2-3L/分, 吸氧时间不少于 3 天。

#### 1.2 方法

研究方法为实验组采用自行设计的吸氧评估表对患者实施调查, 查找患者吸氧依从性差的原因, 根据相应原因给与针对性护理对策。对照组给与一般性健康教育, 观察两组病人吸氧状况。

### 2 分析原因

#### 2.1 医学知识缺乏

① AMI 为突发疾病, 多数患者初次患病, 部分患者平时身体状况良好, 因而对医学知识不关心, 缺乏了解<sup>[1]</sup>。②本组均为 60 岁以上老年人, 文化程度普遍偏低, 不了解吸氧重要性。③医护人员对氧疗知识宣教不到位。

#### 2.2 长期治疗, 医疗费用负担加重

AMI 患者病情重治疗复杂, 在进行溶栓、抗凝、抗血小板聚集, 扩张冠脉血管及介入手术等治疗时, 均要花费大量的费用, 同时, 有些 AMI 相关的特殊检查费用较高。又由于患者已基本丧失劳动力, 认为吸氧会造成更多的经济压力。

#### 2.3 舒适度改变

① AMI 患者急性期需绝对卧床休息, 长期卧床会造成身体疲乏及肢体酸痛, 再加上持续吸氧, 使患者活动更加受限。②吸氧时氧流对鼻腔黏膜有刺激性, 使鼻腔黏膜干燥、胀痛甚至出血及咽部不适。③吸氧有一定的噪声, 影响患者睡眠。④吸氧装置为一次性包装, 本身有异味, 若不细心消除, 就会与氧气一起带入, 致使患者主观感觉不适而拒绝吸氧。

#### 2.4 性格障碍

AMI 患者氧疗为持续吸氧, 患者因突然发病或长折磨, 加上冠心病 A 型性格特点, 大多数患者闲的急躁, 固执, 主观。一旦缺氧症状好转, 就会发生医患不合作现象, 拒绝氧疗。

### 3 护理对策

#### 3.1 加强医学知识宣教

正确认识氧疗 吸氧可提高氧含量及动脉血氧饱和度, 有利

于改善心肌缺血缺氧状态, 缩小梗死面积, 防止心律失常和纠正代谢性酸中毒, 但过低流量吸氧作用有限, 而过高浓度吸氧又有诱发冠状动脉痉挛的弊端。因此, 应加强床边护理及知识宣教, 选择合适的用氧方式。

#### 3.2 减轻患者经济负担

①对于有经济压力的患者, 除了要加强疾病健康教育及讲解氧疗的重要性, 更要多与患者家属沟通。经过沟通多数病重的患者会再次接受吸氧。对一些患者不愿长期吸氧, 可采取择时或间断吸氧以促进康复减轻患者经济负担。②在用药方面, 应选用价格便宜高效的抗凝扩管药物, 避免药物浪费, 有效控制病情发展, 做好各项基础护理及各项治疗, 使患者自理能力加强, 遵医嘱的自觉性提高, 配合治疗, 缩短住院天数也减轻患者经济负担。

#### 3.3 合理氧疗

加强巡视, 保证吸氧连接管通畅, 吸氧管有无进水、堵塞。发现问题及时处理。注意氧气湿化液及湿化瓶定期更换。

#### 3.4 改善吸氧舒适度

为了提高患者氧疗依从性, 使患者更好地配合治疗与护理, 必须提高吸氧的舒适度。①降低湿化瓶噪声: 可选用网眼通气管在一定程度上可以减少氧气逸出时的声响。如果科室无网眼通气管, 可以用比湿化瓶口稍小的消毒海绵, 把湿化瓶内的管道放于海绵中间, 放入湿化瓶蒸馏水水面下 2/3 处, 这样, 氧气不直接冲击蒸馏氧气管数分钟待干使用。②减轻患者鼻腔堵塞感: 可选用双腔鼻导管给氧。双腔鼻导管相对细而柔软, 且结构呈对称分布, 吸氧时不用胶布就能很好固定, 使患者呼吸、活动自如, 增加了患者的舒适感。③湿润鼻咽部: 长时间或者高流量的氧气吸入会导致患者鼻咽干燥甚至鼻腔出血。注意加强呼吸道的湿化, 冬天可增设加温装置, 使患者避免冷空气刺激, 并每天用石蜡油润滑鼻腔, 增加患者的舒适度。

#### 3.5 密切监测 SpO<sub>2</sub>

血气分析检查是吸氧的客观指标, 当病人 PaO<sub>2</sub><10.7kpa 或 SaO<sub>2</sub><0.92 时必须吸氧, 选择鼻塞给氧法吸氧, 开始氧流量为 4L/min, 以后根据 SpO<sub>2</sub> 调整氧流量, 如果 SpO<sub>2</sub><0.29 则调节氧流量为 4~6L/min, SpO<sub>2</sub> 指夹最好放置在非血压监测的手指, 每 2h 更换 1 次手指, 以防指夹长时间压迫手指缺血, 监测时注意观察手指是否有红、肿、皮肤受损等, 监测期间如发现读数突然下降, 应及时检查探头是否松脱, 吸氧过程中注意观察患者的脉搏、血压、精神状态、皮肤颜色、温度及呼吸方式等有无改善。

### 4 结果

通过调查分析老年 AMI 患者氧疗依从性差的原因, 有针对性的给与加强知识宣教提高氧疗舒适度, 心理护理等护理对策, 能明显提高患者氧疗依从性。两组患者吸氧依从性比较见表 1

### 5 讨论

本研究结果显示, 针对性护理干预对患者吸氧认知不到位, 经济负担重, 吸氧噪音影响休息, 长时间吸氧导致的鼻咽部不适均有良好的干预效果, P<0.05, 有统计学意义, 对因塑料异味

表 1: 对不愿吸氧的 AMI 老年患者干预后吸氧依从性情况 (例)

组别	例数	认知不到位		经济负担重		鼻咽部不适		吸氧噪音		塑料异味	
		吸氧数	不吸数	吸氧数	不吸数	吸氧数	不吸数	吸氧数	不吸数	吸氧数	不吸数
实验组	156	58 (52.55)	10 (15.45)	9 (6.95)	2 (4.05)	45 (38.87)	8 (14.13)	13 (9.69)	1 (4.31)	8 (6.11)	2 (3.89)
对照组	144	44 (49.45)	20 (14.55)	3 (38.13)	5 (2.95)	32 (38.13)	20 (13.87)	5 (8.31)	7 (3.69)	3 (4.89)	5 (3.11)
$\chi^2$		5.13		3.89		8.26		7.96		3.38	
P 值		<0.025		<0.05		<0.01		<0.005		>0.05	

导致的吸氧依从性差的干预效果不明显,  $P > 0.05$ , 无统计学意义。

有研究表明, 随着年龄的增加, AMI 病死率逐渐升高<sup>[4]</sup>, 导致 AMI 老年患者死亡的主要并发症是心律失常, 心力衰竭和心源性休克等<sup>[5]</sup>, AMI 患者常伴有轻中度低氧血症, 这是由于心肌缺血坏死心功能降低导致肺静脉压力升高, 肺间质和肺泡水肿, 肺顺应性下降, 肺通气/血流比值异常导致, 出现并发症如心功能不全时低氧血症则更严重。通过有计划, 有目的, 系统的对病人实施氧疗知识宣教, 使病人了解相关知识, 消除思想顾虑, 充分认识吸氧的重要性, 及时了解吸氧给患者带来的不适, 提高吸氧舒适度, 同时通过监测 SPO<sub>2</sub>, 检查吸氧指标, 调节氧流量, 耐心细致的指导与护理病人, 保证氧疗的顺利进行。

[参考文献]

[1] 石兰萍, 操静, 温敏等. 吸氧病人的舒适护理 [J]. 护理研究, 2004;18(7): 1163-1165.  
 [2] 凡孝琴. 心血管病人氧疗依从性调查与对策 [J]. 家庭护士, 2008, 6(5): 1231.  
 [3] 庄淑梅, 王春梅. 氧疗湿化液温度对呼吸系统疾病病人氧疗舒适度和效果影响 [J]. 中国护理研究, 2008, 22(9A): 2294-2296  
 [4] 刘志高, 张中平. 急性心肌梗死患者临床特点的增龄分析 [J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(3): 158-160  
 [5] 杨文芝. 急性心肌梗死并发症探讨 [J]. 临床荟萃, 2002, 15(1): 16

(上接第 118 页)

(三) 课程考核方法的改革

人体解剖生理学课程改革中, 考核评价体系的完善是其中一个重要方面。以往的课程考核是将知识点考察作为重点内容, 虽然有利于使学生良好的掌握知识点, 但是不利于培养学生的综合能力, 因此应当将学生的综合能力作为考核重点, 并作为设计课程考核的关键方法。实验课是对学生综合能力实施考核的重要依据, 并且实验课程中增加了学生自主学习与专题讨论的内容, 使实验成绩在课程考核中的比例相应增加, 将实验课程的成绩主要分为平时成绩与期末考试成绩两部分, 各占 50% 的分值。平时成绩中主要包括实验态度 (5%)、实验设计 (10%)、动手能力 (15%) 以及实验报告 (20%); 期末成绩主要包括笔试 (10%) 与操作 (40%) 部分。通过对课程成绩实施综合评定的考核方法, 可以使学生的实际能力得到客观、全面的评价, 有利于对教学质量进行检验。

四、结束语

人体解剖生理学实验课作为生物医学工程专业的必修

课, 为了进一步完善实验教学, 提高教学质量, 应当充分重视学生在教学过程中的主体地位, 将以教为主的教学方式转变为以学为主, 充分调动学生的学习兴趣, 让学生能够在兴趣中培养实验观察与实践能力, 提升学生的独立思考、科学思维、创新意识以及综合分析能力, 进而获取更好的教学效果, 全面提高学生的综合素质, 培养符合时代发展需求的创新型人才, 为学生在将来更好的适应临床工作奠定良好基础。

[参考文献]

[1] 朱道立, 王康乐, 夏树林, 等. 现代教育技术在人体解剖生理学课程教学改革实践 [J]. 黑龙江畜牧兽医, 2015(15):276-278.  
 [2] 裴毓华. 浅议心理咨询专业《人体解剖生理学》课程教学改革 [J]. 学校党建与思想教育, 2014(10):52-53.  
 [3] 周庆萍, 熊荣川, 李松, 等. 人体解剖生理学实验教学改革探索 [J]. 六盘水师范学院学报, 2017, 29(3):79-82.  
 [4] 杨雅敏, 章洁. 生物医学工程专业《人体解剖生理学》实验教学模式的改革与实践 [J]. 教育教学论坛, 2017(51):260-261.

(上接第 119 页)

观察组的护理优良率 93.33% 高于对照组的 76.67%, 结果有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2: 两组护理效果对比 (n, %)

项目	例数	优	良	差	护理优良率
观察组	30	20	8	2	28 (93.33)
对照组	30	16	7	7	23 (76.67)
$\chi^2$ 值		4.5164			
P 值		<0.05			

3 讨论

脑梗死致肢体功能障碍对患者的运动能力及日常生活能力造成严重的影响, 在临床基础护理的基础上, 实施科学专业的早期康复护理措施, 能够有效促进患者肢体功能的恢复<sup>[3]</sup>。早期康复护理根据患者的病情及恢复情况, 制定针对性的体位康复、按摩康复及运动训练康复等早期康复护理方案, 训练的全过程在护理人员看护、协助下进行, 给予患者悉心指导, 训练强度、频率

结合患者的身体情况和训练结果具体而定, 以循序渐进为原则。让患者在耐受能力可承受的条件下及时地进行运动康复训练, 使肢体功能得到训练, 帮助患者肢体功能恢复, 对恢复患者运动能力及日常生活能力起到积极的作用, 有效降低患者长期卧床发生并发症的几率。本研究中, 护理后观察组的运动功能及日常生活能力显著优于对照组, 观察组的护理优良率 93.33% 高于对照组的 76.67%, ( $P$  均  $< 0.05$ )。数据说明, 对脑梗死致肢体功能障碍患者制定并实施早期康复护理干预, 能够使患者的运动功能与和日常生活能力得到有效的改善, 促进患者身体功能的恢复, 有效保障治疗效果, 值得临床护理中推广应用。

[参考文献]

[1] 卢红丹, 黄秀萍. 分析康复护理对脑梗死患者肢体功能障碍的改善效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(26):5042-5042  
 [2] 亢小丽. 康复护理对脑梗死患者肢体功能障碍的改善效果观察 [J]. 医药卫生:文摘版, 2017(1):122.  
 [3] 张慧. 康复护理对改善急性脑梗死患者肢体功能障碍的临床效果 [J]. 心理医生, 2017, 23(11):146-148.