

## 循证护理在急性心肌梗死应用效果分析

吴晓清

湖北省宜都市人民医院心血管内科 443000

**【摘要】目的** 分析循证护理在急性心肌梗死应用效果分析。**方法** 选择 2021 年 7 月-2022 年 7 月本院收治 90 例急性心肌梗死患者,随机数表分两组,每组 45 例。将常规性护理措施用于对照组,将循证护理用于研究组,参考 CD-RISC 评价两组心理韧性;对比两组并发症。**结果** 护理后,研究组心理韧性评分明显比对照组高( $P < 0.05$ );研究组发生并发症(静脉栓塞、局部水肿和心律失常)少于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 临床将循证护理实施于急性心肌梗死患者中,可提高患者心理韧性,能减少其并发症。

**【关键词】** 循证护理;急性心肌梗死;应用效果

**【中图分类号】** R473

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1002-3763 (2023) 07-111-02

急性心肌梗死为心血管疾病,是由冠状动脉狭窄、硬化等导致,其具有发病急、病情进展快等特点,如果治疗不及时,会造成猝死<sup>[1]</sup>。常规护理工作简单,对于降低患者并发症、改善心态方面具有一定局限性。在临床上,循证护理主要根据存在问题、查阅文献等而制定的护理方案,其护理范围相对较广,在减少患者并发症及改善其心态方面均较好,护理效果显著<sup>[2]</sup>。本研究对 2021 年 7 月-2022 年 7 月本院收治 90 例急性心肌梗死患者实施不同护理分析,报告如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2021 年 7 月-2022 年 7 月本院收治 90 例急性心肌梗死患者临床资料,随机数表分两组,每组 45 例。对照组男 23 例,女 22 例,年龄 49-70 岁,平均( $50.19 \pm 4.81$ )岁;心功能分级:18 例 I 级,14 例 II 级,13 例 III 级;研究组男 24 例,女 21 例,年龄 50-70 岁,平均( $50.25 \pm 4.83$ )岁;心功能分级:20 例 I 级,13 例 II 级,12 例 III 级。两组基线,比较差异均无意义( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 方法

全部患者均接受 PCI 与冠脉内注射重组人尿激酶原溶栓联合治疗。常规性护理措施实施在对照组,与患者讲解治疗急性心肌梗死有关知识,协助医生进行手术,于术后加强监测其各项体征,同时加强口头教育,对存在抑郁、焦虑患者及时开展心理疏导。循证护理实施在研究组,具体如下:①成立循证护理小组:安排科室护士长为小组组长,护士为小组成员,结合急性心肌梗死与经皮冠状动脉介入术制定合理科学护理措施方案;②循证问题:在万方、知网等相关数据库查找急性心肌梗死护理资料,并提出实施护理期间可能发生的护理问题;③循证支持:依照文献和结合实际状况,对患者治疗期间可能出现的情绪、生活等各方面问题进行分析;④循证对策:术前:向患者及家属沟通,告知急性心肌梗死有关知识,主动解答患者和家属提出的疑虑,及时给予心理护理;根据医嘱予以患者有关检查,提前完善术前准备;术中:在手术过程中需检测患者各项生命体征,同时做好保暖措施,并配合医师实施手术操作;术后:待患者意识清醒后,立即向患者告知手术成功,并询问其需求,尽可能满足其基本要求,同时与患者告知术后所需注意事项;在穿刺部位借助沙袋进行压迫,并通过弹力绷带包扎,同时在患者的脚踝部位垫上软垫,四肢适当进行活动;遵照医嘱应用抗凝药,结合患者病情恢复状况指导其适当运动;予以患者心电监护,密切监测其各项体征;适当将巡视次数增加,定时消毒患者的手术

切口,以避免或减少感染风险。全部患者均接受护理 2 周。

#### 1.3 观察指标和评定标准

①对比两组心理状态,于护理前、后参考心理弹性量表(Connor-Davidson resilience scale, CD-RISC)进行评估,100 分满分,评分愈高则心理状态佳;②记录两组患者并发症(心律失常、静脉栓塞、局部水肿)等<sup>[3]</sup>。

#### 1.4 统计学处理

SPSS24.0 统计软件处理与分析,计量数据选( $\bar{x} \pm s$ )代表并符合正态分布,以  $t$  检验差异;计数数据以 [% (n)] 代表,以  $\chi^2$  检验差异, $P < 0.05$  时有意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组心理韧性

护理后,研究组心理韧性评分明显比对照组高( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1: 两组心理韧性比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 护理前               | 护理后              |
|-----|--------|-------------------|------------------|
| 研究组 | 45     | 70.01 $\pm$ 15.58 | 90.11 $\pm$ 9.08 |
| 对照组 | 45     | 70.10 $\pm$ 15.27 | 83.09 $\pm$ 8.55 |

#### 2.2 两组并发症

研究组发生并发症(静脉栓塞、局部水肿和心律失常)少于对照组( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2: 两组并发症比较 [n (%)]

| 组别  | 例数 (n) | 静脉栓塞      | 局部水肿     | 心律失常      | 发生率        |
|-----|--------|-----------|----------|-----------|------------|
| 研究组 | 45     | 1 (2.22)  | 2 (4.44) | 0 (0.00)  | 3 (6.66)   |
| 对照组 | 45     | 5 (11.11) | 4 (8.88) | 5 (11.11) | 14 (31.11) |

### 3 讨论

循证护理为科学性的一种护理模式,重视护理理论知识,通过查阅相关文献结合护理经验向患者进行护理,可提高护理质量,增强医患信任感,提升其心理韧性,进而促进患者术后康复<sup>[4]</sup>。本研究结果显示:护理后,研究组心理韧性评分明显比对照组高,差异有统计意义,说明临床对急性心肌梗死患者进行循证护理,可提高其心理韧性。究其原因:循证护理通过成立循证小组、循证问题、循证支持、循证对策等,可提高护理质量,能向患者提供优质、全面护理服务;此外,通过与患者讲解疾病有关知识,可使其疾病认知度进一步提高,消除疾病错误认知;同时,予以患者心理护理,可使其消极情绪改善,减轻手术恐惧感;在术后立即向患者告知术后成功,可提高其信心,减轻身心负担,并介绍以往康复案例,可增强患者治疗疾病信心,进而使其心理韧性提高。本研究

(下转第 113 页)

治疗难度大。目前常见治疗方式为机械通气，能够改善患者氧合状况，并能够提高患者生存质量，预后好转<sup>[7]</sup>。但目前关于机械通气的体位存在一定争议，常规通气方式大多选择仰卧位，但使用期间会对患者血流造成一定影响，使得通气血流比例失调，导致氧合指标难以好转。而俯卧位机械通气期间，血流能够沿着重力方向重新分布，使得肺部通气与血流均匀分布，从而使得患者症状好转<sup>[8]</sup>。

但在俯卧位机械通气下，气道与皮肤管理是护理期间的重点与难点，主要是由于俯卧位临床操作难度较大，容易出现相关并发症，因此开展俯卧位通气期间，需要制定良好的护理配合，并全面评估患者情况，将护理措施精细化<sup>[9]</sup>。在此次研究中，俯卧位通气期间结合良好的护理措施，结果中治疗 7 天后两组 B 组血气水平好转更加明显，HR、MAP、CVP 与治疗前以及 B 组均存在差异，患者血气情况明显好转，且血流动力学较为稳定，同时 B 组症状体征缓解时间上均短于 A 组，证实了在俯卧位通气下效果更加理想。究其原因就在于俯卧位通气能够促进肺复张的潜能，和呼气末正压结合使用可以减少开放压，进而有效避免单纯呼气末正压治疗引发肺损伤，还可以降低胸腔内压力梯度。同时通气期间能够降低开放压，减轻纵膈对肺组织的压迫，促进病灶分泌物引流，增加机体氧合能力，同呼气末正压通气联合可以提高治疗效果<sup>[10]</sup>。在通气护理结合良好的护理措施，做好呼吸道管理与皮肤管理，及时排痰，密切监测患者生命体征变化，根据患者情况随时调整呼吸机参数。通过保护性减压措施，保证患者通气期间的安全性，定时被动活动患者四肢，预防皮肤压力性损伤的发生，以确保俯卧位机械通气安全有效开展。

综上所述，重症肺炎合并 ARDS 患者采取俯卧位通气结合护理措施，能够在短时间内改善患者症状，并使得患者血气水平好转，稳定血流动力学，值得应用。

参考文献

[1] 陈红娇, 李君, 高辉, 等. 行体外膜肺氧合治疗联合俯卧位通气重症肺炎患者的个体化肠内营养支持护理 1 例 [J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(16):1250-1255.

[2] 殷文超, 刘荻欣. 俯卧位机械通气在重症肺炎伴急性呼吸窘迫综合征患者中的疗效分析 [J]. 中国临床医生杂志,

2022, 50(9):1054-1056.

[3] 杨雪, 陈莹, 卢淑亚, 等. 重症肺炎患儿俯卧位与仰卧位机械通气的临床效果比较及其脱机结局的影响因素分析 [J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(14):2663-2667.

[4] 贺兴华, 易晶, 余国宝, 等. 气道压力释放通气联合俯卧位通气对中重度急性呼吸窘迫综合征患者呼吸功能及预后改善作用 [J]. 内科急危重症杂志, 2022, 28(3):208-210, 244.

[5] 张慧慧, 胡月红, 周尧英, 等. 俯卧位机械通气对重症肺炎呼吸衰竭并发呼吸机相关肺炎的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30(24):3734-3738.

[6] 齐艳丽, 张黎. 不同俯卧位联合反特伦德伦伯格卧位方案对 ARDS 患者肺通气功能及呼吸力学的影响 [J]. 医学临床研究, 2023, 40(2):180-182, 186.

[7] 胡泊, 李晓东, 李甜, 等. 功能残气量与肺部超声评分的相关性及其对急性呼吸窘迫综合征俯卧位通气治疗的预测价值 [J]. 中国急救医学, 2021, 41(1):46-51.

[8] 燕喜娇, 张文凯, 侯林义, 等. 俯卧位通气联合肺复张治疗重度急性呼吸窘迫综合征的临床疗效观察 [J]. 中国基层医药, 2019, 26(9):1088-1091.

[9] 柯向群, 马金鹏, 保成英. 基于 FMEA 的精细化护理模式联合早期俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征患者中的应用及其对 LBP、sTM 和 EVLWI 的影响 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(4):512-516.

[10] 刘家振, 姜小敢. 静脉-静脉体外膜肺氧合联合俯卧位通气治疗重度急性呼吸窘迫综合征临床研究进展 [J]. 中国急救医学, 2021, 41(12):1097-1101.

表 3: 治疗前后两组血流动力学变化 [n=40, (pg/ml)]

|     | 时间      | HR         | MAP        | CVP                   |
|-----|---------|------------|------------|-----------------------|
|     |         | (次/min)    | (mmHg)     | (cm H <sub>2</sub> O) |
| A 组 | 治疗前     | 91.43±5.65 | 63.65±3.54 | 5.65±1.32             |
|     | 治疗 7 天后 | 81.25±5.53 | 67.77±3.22 | 5.98±1.22             |
| B 组 | 治疗前     | 92.23±5.43 | 62.45±3.33 | 5.55±1.24             |
|     | 治疗 7 天后 | 83.87±4.43 | 70.43±3.54 | 5.01±1.34             |
|     | t       | 0.344      | 0.443      | 0.433                 |
|     | P       | 0.000      | 0.000      | 0.000                 |

表 2: 两组治疗前后血气变化 [n=40, ( $\bar{x} \pm s$ )]

| 组别  | PaCO <sub>2</sub> (mmHg) |           | PH        |           | PaO <sub>2</sub> (mmHg) |           |
|-----|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|
|     | 治疗前                      | 治疗 7 天后   | 治疗前       | 治疗 7 天后   | 治疗前                     | 治疗 7 天后   |
| A 组 | 7.54±1.45                | 6.87±0.55 | 7.65±1.34 | 7.88±0.87 | 7.22±1.55               | 8.43±1.67 |
| B 组 | 7.32±1.34                | 6.03±0.54 | 7.24±1.32 | 6.08±0.75 | 7.05±1.55               | 9.84±1.89 |
| t   | 0.251                    | 0.255     | 0.141     | 0.525     | 0.158                   | 0.352     |
| P   | 0.454                    | 0.000     | 0.555     | 0.000     | 0.745                   | 0.000     |

(上接第 111 页)

结果显示: 研究组发生并发症(静脉栓塞、局部水肿和心律失常)少于对照组, 差异有统计学意义, 说明急性心肌梗死患者接受循证护理后, 可降低其并发症。究其原因: 术后通过沙袋、软垫和弹力绷带等, 可有效预防血流不畅或局部受压等发生, 减少水肿现象; 同时根据医嘱向患者给予抗凝药, 并指导其适当运动, 可减少静脉血栓发生; 加强患者生命体征监测并及时应用阿托品, 可防止心律失常发生; 此外, 术中做好保温工作, 可减轻手术风险, 使术中的应激反应降低; 手术切口加强护理, 可减少感染风险, 能降低并发症。

综上所述, 临床将循证护理实施于急性心肌梗死患者中,

可提高患者心理韧性, 能减少其并发症, 值得推广应用。

参考文献

[1] 张毅宇. 循证护理在急性心肌梗死护理中的实施价值分析 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(01):366-367.

[2] 徐丽娟. 循证护理在急性心肌梗死患者中的疗效观察 [J]. 安徽医专学报, 2022, 21(06):67-68+71.

[3] 吕会杰. 循证护理在急性心肌梗死患者护理中的效果观察 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(25):138-139.

[4] 陈丽花, 张雪好. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用效果分析 [J]. 中外医疗, 2022, 41(05):167-171.