

急诊护理流程优化对 ST 段抬高型心肌梗死患者救治时间的影响

李 萌

泗洪县第一人民医院急诊科 江苏宿迁 223900

〔摘要〕目的：分析对于 ST 段抬高型心肌梗死患者救治时间，急诊护理流程优化的影响。方法：回顾性选取本院收治的 64 例 ST 段抬高型心肌梗死患者，择期 2022 年 1 月-2023 年 12 月期间，按护理方法不同分组区分参照组 (n=32) 和观察组 (n=32)。参照组应用常规护理，观察组实施急诊护理流程优化，对比两组患者家属对护理的满意度及呼救至获得救治各阶段的所用时间。结果：观察组患者家属对护理的满意度及呼救至获得救治各阶段的所用时间均优于参照组 ($P < 0.05$)。结论：对于 ST 段抬高型心肌梗死患者，急诊护理流程优化能够提高患者家属的满意度，有效缩短其救治时间，该护理模式值得在临床中推广与应用。

〔关键词〕 急诊；护理流程优化；ST 段抬高型心肌梗死；救治时间

〔中图分类号〕 R473 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2024) 08-132-02

在临床上，根据患者发病时的心电图表现，将急性心肌梗死分为两类，分别是 ST 段抬高心肌梗死与非 ST 段抬高心肌梗死^[1]。ST 段抬高型心肌梗死指的是患者心电图表现出明显的 ST 段抬高，该疾病目前已经被列入了紧急救治的“绿色通道”。主要表现为持续性剧烈胸痛、心电图表现为 ST 段弓背增高、血生化指标增高等。对于 ST 段抬高型心肌梗死患者来说，时间就是生命。针对急诊护理流程优化对 ST 段抬高型心肌梗死患者救治时间的影响，本研究分析如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾性选取本院收治的 64 例 ST 段抬高型心肌梗死患者为研究对象，择期 2022 年 1 月-2023 年 12 月期间，按护理方法不同区分参照组 (n=32) 和观察组 (n=32)。参照组男 17 例，女 15 例，年龄 40-75 岁，均值 (62.54±1.33) 岁；观察组男 18 例，女 14 例，年龄 41-76 岁，均值 (62.25±1.42) 岁，两组间基线资料对比无差异 ($P > 0.05$)，有可比性。

纳入标准：(1) 经心电图检查后确诊为 ST 段抬高型心肌梗死患者；(2) 非恶性肿瘤患者；(3) 知晓并同意参与研究者；排除标准：(1) 精神障碍者；(2) 护理依从性较差者；(3) 基本资料不全者^[2]。

1.2 方法

参照组应用常规护理，确保患者气道通畅，监测生命体征，及时评估病情。

观察组实施急诊护理流程优化，包括：医务人员必须快速辨认出 ST 段抬高型心肌梗死的症状，并做出有效分诊。开通“绿色通道”，迅速进行心电图检查，保证患者及时得到救治。在 1min 之内完成患者基本情况的初步评估，如血压、心率及血氧饱和度等生命体征。进入抢救室后 5min 内给予氧气和心电监护。至少建立两个静脉通路。采集血液样本，并进行紧急化验，并快速进行血液生化检查，如心肌标志物检测等。急诊和心内科等科室联合评估治疗方案，开展多学科协作，尽早行经皮冠状动脉介入治疗或溶栓术。加强患者及其家属的心理支持，提供必要的健康教育。

1.3 指标观察

1.3.1 患者家属对护理的满意度

使用本院自制调查表，收集并整理两组患者家属对护理的满意度，调查内容包括非常满意、一般满意及不满意。满意率 = (非常满意 + 一般满意) / 例数 × 100%。

1.3.2 呼救至获得救治各阶段的所用时间

使用本院自制调查表，收集并整理两组患者从呼救至获得救治各阶段的所用时间，指标由出诊到达时间、第一救治时间、门球时间 (患者从进入医院大门到首次球囊扩张的时间) 及住院时间组成。

1.4 统计学分析

将全部数据用 SPSS22.0 软件分析，均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料，行 t 检验，百分比 (%) 表示计数资料， χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 2 组患者家属对护理的满意度

观察组患者家属对护理的满意度优于参照组 ($P < 0.05$)，见表 1：

表 1 对比 2 组患者家属对护理的满意度 (n, %)

分组	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意率
观察组	32	25	6	1	31 (96.88)
参照组	32	14	11	7	25 (78.13)
χ^2					5.143
P					0.023

2.2 对比 2 组呼救至获得救治各阶段的所用时间

观察组呼救至获得救治各阶段的所用时间优于参照组 ($P < 0.05$)，如表 2：

表 2 对比 2 组呼救至获得救治各阶段的所用时间 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	出诊到达时间 (min)	第一救治时间 (min)	门球时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	32	11.3±1.4	9.6±1.1	48.5±1.2	15.3±1.3
参照组	32	17.6±1.7	15.2±1.5	95.4±1.7	23.2±1.8
t		16.182	17.030	127.498	20.127
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急性心肌梗死是由于各种原因引起的冠脉局部血液供应

痕等特点, 取得患者的广泛接受。外科手术护理应注意从患者的心理护理、健康教育、生活护理等几方面进行。心理护理应在患者入院后即主动与患者接触, 全面了解患者的情况, 耐心倾听患者的陈述, 并给予鼓励与支持; 与患者的家属也积极沟通, 给予患者家庭的温暖。健康教育的开展避免患者因知识受限而影响治疗、护理等工作的开展, 利用宣传手册、走廊大屏, 并开展一对一或者多人授课的形式讲解疾病的发生、发展以及治疗的重点等。手术前、手术后对患者的生活给予全面的关心, 病房应干净整洁, 为患者提供方便的生活服务。术后应全面监测患者的术后情况, 防止并发症的发生, 影响患者的治疗情况以及预后。传统手术护理具有一定的难度, 需要注意患者伤口愈合的情况, 避免发生感染等其他并发症; 一旦术后护理没有到位, 容易影响患者的预后, 造成住院时间长, 增加患者的痛苦; 同时术后对于外观具有一定的影响, 需要加强患者的心理护理, 避免患者术后心理压力, 对临床的护理、治疗造成抵触情绪, 影响预后。

本次研究结果显示: 两组患者接受手术治疗, 对比两组患者的手术情况, 结果显示观察组患者的手术出血量、手术时间、切口长度、住院时间均明显短于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义。接受治疗后, 观察组患者的疼痛明显低于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义。说明甲状腺手术治疗中,

腔镜甲状腺切除术较传统甲状腺切除术的效果显著, 手术时间短, 出血量少, 大大降低患者的痛苦, 提高患者的预后, 值得临床推广。

[参考文献]

[1] 王欣, 张雪鹏. 腔镜辅助颈部小切口手术治疗甲状腺疾病的效果[J]. 中国医药导报, 2019, 12(12): 86-88
 [2] 屈军, 段宇. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的对照分析[J]. 中国医药导报, 2023, 10(26):58-60.
 [3] 高少利. 低位小切口手术在治疗甲状腺瘤中的疗效对照研究[J]. 中国现代医生, 2022, 53(15): 24-26.
 [4] 王震宇. 小切口甲状腺切除术治疗甲状腺瘤的效果观察[J]. 中国当代医药, 2023, 21(5): 158-160.
 [5] 赵东红. 甲状腺手术中有选择性显露喉返神经的意义[J]. 吉林医学, 2021, 32(33): 7097-7098.

表 2 两组患者术后疼痛情况评分比较

组别	例数	VAS 评分
观察组	56	1.09±0.67
对照组	59	2.56±0.82
P 值		$P < 0.05$

(上接第 132 页)

不足或突然阻断, 从而引起心肌梗死的一种病理变化, 主要表现为不稳定的斑块破裂、出血引起的继发血栓, 或者是由于冠脉的持续性痉挛, 使冠脉彻底封闭, 情绪失控、用力咳嗽、血压突然升高及用力排便等都有可能引起这种情况^[3]。一旦出现突然发作的心前区压榨性疼痛或憋闷感、心跳加快及血压升高等, 应立即寻求医疗帮助。

本次研究证明, 观察组患者家属对护理的满意度及呼救至获得救治各阶段的所用时间均优于参照组($P < 0.05$)。因此, 在护理 ST 段抬高型心肌梗死患者, 急诊护理流程优化能够有效缩短其救治时间, 为后续急救工作打下基础, 并提高患者家属的满意度, 具有一定的临床推广价值^[4]。

综上所述, 对于 ST 段抬高型心肌梗死患者, 急诊护理流程优化能够提高患者家属的满意度, 有效缩短其救治时间,

该护理模式值得在临床中推广与应用。

[参考文献]

[1] 王四兰. 急诊护理流程优化对 ST 段抬高型心肌梗死患者救治时间的影响[J]. 智慧健康, 2024, 10(13):170-172+176.
 [2] 焦海燕. 胸痛中心优化护理流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治效果的影响分析[J]. 中外医疗, 2022, 41(33):150-153+162.
 [3] 钟翟. 优化急救护理流程对提高急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治效果的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(12):51-53.
 [4] 卢婷婷, 卢英华. 优化急诊流程对急诊 ST 段抬高型心肌梗死溶栓治疗患者急救时间及救治成功率的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(36):5311-5313.

(上接第 133 页)

有效的治疗和护理, 对于促进患者病情康复, 改善预后, 具有重要的意义。

目前, 临床上多采用手术切除治疗。由于高血压是引起其他严重心脑血管疾病的重要影响因素, 手术期间高血压, 会让患者的心肌耗氧增加, 引起患者心衰以及心律失常等症状。临床中如果患者血压骤然上升, 则会有较高的死亡率。因此, 高血压合并混合痔患者在临床中接受手术切除治疗时, 更要注意相关的护理问题, 防止并发症的产生。

传统的护理工作往往是在疾病治疗方面, 遵医嘱为患者提供简单的护理, 临床效果欠佳, 难以满足高血压合并混合痔患者的护理需求。术中护理配合, 一方面, 做好护患沟通, 消除患者不良心理情绪的影响, 防止血压变化, 提高手术治疗的依从性, 保障了手术的顺利进行, 另一方面, 医生与护士之间密切配合, 提高了手术过程中的准确性, 保证了效率, 确保了麻醉以及临床用药安全。再者, 术中为患者保持舒适

体位, 严密观察患者的各项生命体征, 对于患者的高血压症状给予高度关注, 严密控制血压水平, 术后给予镇痛护理以及止血处理, 极大减轻了患者术后的不适, 控制高血压相关并发症的产生。本研究显示采用术中护理配合的患者, 临床效果显著, 并发症发生率低, 值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 王筑, 梁健涛, 徐博媛等. 选择性痔上黏膜切除钉合术联合快速康复外科路径治疗混合痔的临床研究[J]. 中国肛肠病杂志, 2023, 36(11):33-35.
 [2] 张全辉, 邓永文, 姚玉乔等. 消痔灵注射液联合选择性痔上黏膜吻合术对混合痔患者肛肠动力及治疗效果的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 34(1):43-46.
 [3] 邵军, 董耀旺, 高巨民等. 单吻合器痔上黏膜环切术配合柏硝毒毒洗剂治疗中重度直肠前突合并混合痔的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 21(17):133-134, 137.