

院前急救在急性心肌梗死患者中的应用观察

余忠行 陈祖彩 钟雪峰 林良颖 林显雄

广东省阳江市人民医院 529500

〔摘要〕目的：探讨院前急救在急性心肌梗死患者中应用的临床效果。方法：选取我院收治的急性心肌梗死患者 100 例作为研究对象，分为观察组与对照组各 50 例，对照组患者由家属送往医院接受常规流程救治，观察组患者由救护车送往医院并接受院前急救，比较两组患者的抢救成功率、血管再通率、治疗 14d 后心功能指标。结果：观察组的抢救成功率、血管再通率高于对照组 ($P < 0.05$)；观察组治疗 14d 后心功能指标优于对照组 ($P < 0.05$)。结论：院前急救在急性心肌梗死患者中的应用效果良好，有利于患者抢救成功率、血管再通率的提升，也调节了患者的心功能。

〔关键词〕院前急救；急性心肌梗死；应用

〔中图分类号〕R542.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2025) 01-003-02

现如今，急性心肌梗死患者数量呈现持续性增长的趋势，在所有患者群体中，中老年人较多。该疾病的临床表现是呼吸不畅、心前区出现明显的疼痛感，血压呈现下降趋势，心慌心悸等^[1]。与诸多疾病相比，急性心肌梗死在致死率方面明显更高，倘若未在患者送达医院前就进行合理干预，忽略了对患者各项指标的监测及并发症处理，那么容易威胁到患者的生命。对急性心肌梗死进行治疗时，在较短时间内疏通冠状动脉阻塞处是重中之重，可以避免心肌供血异常，使心肌组织的坏死情况得到改善。本文针对急性心肌梗死院前急救的临床价值与效果展开研究，现行报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取于 2023 年 9 月至 2024 年 6 月我院收治的急性心肌梗死患者 100 例作为研究对象，分为观察组与对照组各 50 例，对照组男/女为 32/18，年龄 35~65 岁，平均(49.18±10.24)岁；观察组男/女为 31/19，年龄 32~67 岁，平均(50.85±11.92)岁。两组患者临床资料对比无差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者由家属送往医院接受常规流程救治，观察组患者由救护车送往医院并接受院前急救，具体如下：(1) 当接听家属拨打的呼救电话后，立即派 120 到现场接患者，急救人员在救护车还未到达现场时告知家属将患者保持合适体位，询问家属患者目前的情况，了解患者之前有无出现突发性疾病。(2) 救护车到现场后，第一时间对患者进行心电图检查。(3) 当诊断明确的情况下，以静脉通道为操作点，使其呈现开通状态，充分考虑到患者目前血氧饱和度的高低，在此前提下进行相应的氧疗^[2]；如果患者出现了过激情绪或难以控制的行为，可肌注安定(10mg)；通过监测判断患者有无出现高血压的情况，并将梗死部位作为主要参考，判断有无使用硝酸酯类药物的必要；准确分析患者目前存在的并发症，在符合要求的基础上进行处理。(4) 急救医生将微信平台利用起来，将患者目前病情的严重程度反馈到网络医院，使其做好后续的治疗工作。(5) 救护车运送患者到医院的路上，依据实际情况为其提供吸氧，为了实时了解患者情况采用心电图监护的方式，如若发现患者在何种方面出现异常或并发症，相关人员立即进行处理。

1.3 观察指标

针对两组患者的抢救成功率、血管再通率、治疗 14d 后心功能指标进行观察比较。

1.4 统计学处理

将所得数据进行汇总运用 SPSS23.0 软件对数据予以分析，方差值以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，概率值 [例 (%)] 代表，以 t 值及卡方值 (χ^2) 分别检验， P 值在 0.05 以内，代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 针对两组患者抢救成功率与血管再通率进行对比见表 1。

表 1 两组患者抢救成功率与血管再通率比较 (n, %)

组别	例数	抢救成功率	血管再通率
观察组	50	47 (94.00%)	45 (90.00%)
对照组	50	36 (72.00%)	32 (64.00%)
χ^2 值		8.576	9.543
P 值		0.003	0.002

2.2 针对两组患者治疗 14d 后心功能指标进行对比见表 2。

表 2 两组患者治疗 14d 后心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)	LVED (mm)
观察组	50	56.92±6.24	53.16±4.61
对照组	50	50.18±8.02	40.12±3.61
t 值		4.690	15.748
P 值		0.000	0.000

3 讨论

急性心肌梗死是临床中较为普遍的疾病之一，指的是冠状动脉由于自身因素出现异常状态，病变情况比较明显，或冠状动脉的相关医疗操作破坏了该位置原有的稳定性，心肌缺氧、缺血的现象随之出现^[3]。在急性心肌梗死患者群体中，中老年人占据比例较大，该疾病发展速度较快，当患者发病之后，容易伴随心律失常状况，急、骤是该疾病的显著特征，如若延误了患者的抢救时间，或者在救护车去接患者的途中未进行任何干预，那么不利于患者的生命安全^[4]。曾有研究表明，急性心肌梗死患者群体不断扩大，发病之后，如果就医时间较早，那么死亡率偏低；如果就医时间较晚，那么死亡率偏高。因此，如何通过有效措施使患者在还未达到医院就诊时就获得良好

(下转第 6 页)

上运用针刀治疗狭窄性腱鞘炎的操作方法颇多，尚无统一细化的治疗规范。传统的治疗方法是根据硬结进行松解，甚至有部分文献报道“刀口线与屈指肌腱平行刺入，达骨面。先作切开剥离，再作纵行或横行剥离。有硬结则切开剥离……。”^[15]然而，在硬结上操作容易误伤因卡压呈葫芦状肿大的肌腱。经解剖发现，操作时深达骨面，这样会损伤指屈肌腱，划伤骨膜，损伤腱系膜及其内走行的供应肌腱的血管，引起出血，发生术后肌腱的粘连，严重者导致肌腱断裂。因此，操作没有必要一定要将针刀刺入肌腱，更不能横行剥离，以免伤及侧方的指神经和指动脉。

根据扳机指的发病原理及其部位，将传统的针刀定位及松解操作方法加以改进，结合患者患指自主的动态屈伸活动，找到具体狭窄的鞘管段。严格按照解剖层次，精确需要松解的肌腱鞘管段，严格遵循鞘管的松解层次而不伤及肌腱本身，并采用分段松解方法进行治疗，避免了单一松解过程中范围较大而加重创伤和导致松解不彻底，最大程度减少了创伤，充分体现了针刀疗法治疗本病“创伤小、恢复快、不易复发”的优势，有利于临床推广。

[参考文献]

[1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驹外科学 [M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994:1909

[2] 孙康, 汤欣, 杨奎, 等. 狭窄性腱鞘炎临床治疗的前瞻性研究 [J]. 中国矫形外科杂志, 1999, (6):490

[3] 中国中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 213.

[4] 朱国文, 姚新苗, 吕一, 等. 弯形针刀经皮松解术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究 [J]. 中医正骨, 2014, 26(1):31-33.

[5] 朱国文, 金杰, 吕一, 等. 屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊治研究进展 [J]. 中医正骨, 2008, 20(11):70-72.

[6] 顾玉东, 王澍寰, 侍德. 手术科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002:366.

[7] 陈海宏, 高大伟, 杨健松. 功能位固定结合中药熏洗治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效分析 [J]. 中国医学创新, 2013, 10(7):98-99.

[8] 陈孝平, 汪建平. 外科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010:1021.

[9] 马世伟. 手部封闭治疗后并发血管危象一例报告 [J]. 中华手外科杂志, 2007, 23(4): 199.

[10] 谢辉, 潘建科, 洪坤豪, 等. 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的系统评价 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(3):604-608.

[11] 谢利双, 周学龙, 王占有, 等. 小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的 Meta 分析 [J]. 山东中医杂志, 2016, 35(6):522-525.

[12] Zhao JG, Kan SL, Zhao L, et al. Percutaneous first annular pulley release for trigger digits: a systematic review and meta-analysis of current evidence [J]. J Hand Surg Am, 2014, 39(11):2192-2202.

[13] 胡向林, 张越, 郭文欲. 狭窄性腱鞘炎针刀治疗失败原因及对策分析 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(15):147-149.

[14] 柳百智. 针刀医学临床问题解析 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015:133-135.

[15] 郭学军. 针刀治疗慢性疼痛 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:191.

(上接第 2 页)

[1] 唐承薇, 张澍田. 内科学: 消化内科分册. 北京: 人民卫生出版社. 2015

[2] Zhang F, Xiang W, Li CY, et al. Economic burden of irritable bowel syndrome in China [J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(47):10450-10460.

[3] 卞立群, 陆芳, 李振华, 等. IBS-SSS、AR 及 IBS-QOL 在 IBS 临床疗效评价中的反应度分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(10):1191-1196.

[4] 心理咨询师: 三级 / 中国就业培训技术指导中心, 中国心理卫生协会编写. - 修订本. - 北京: 民族出版社, 2015.7

[5] 孙保林. 肠易激综合征患者精神心理因素与 IL-1 β 、TNF- α 水平的相关性研究 [D]. 唐山: 华北理工大学, 2019.

[6] 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组, 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见 [J]. 中华消化杂志, 2020, 40(12):803-818.

[7] UMRANI S, JAMSHED W, RIZWAN A. Association between psychological disorders and irritable bowel syndrome [J]. Cureus, 2021, 13(4):e14513.

[8] 王明秀, 张钧凯, 徐炜, 等. 高中生肠易激综合征现状调查及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25(12):1506-1511.

(上接第 3 页)

的抢救十分关键。而院前急救彰显着较大价值，尤其是对于急性心肌梗死患者。

本研究结果显示，在抢救成功率与血管再通率的比较中，观察组比对照组更高 ($P < 0.05$)，表明在院前急救的作用下，可以有效解决患者抢救成功率偏低的问题，使患者有更大概率实现血管再通；在心功能指标的比较中，观察组优于对照组 ($P < 0.05$)，表明院前急救是强化患者心功能的有效途径。

综上所述，对于急性心肌梗死患者，院前急救的积极影响不可忽视，可以使患者有更大概率获得成功抢救，避免因血管不通威胁患者生命，也是改善患者心功能的重要方式，对患者生命安全体现出一定的保障性。因此，在日后的临床中，

医护人员需提升对院前急救的关注度，加大对此种模式的推广力度，使其真正发挥自身作用。

[参考文献]

[1] 付英杰. 急性心肌梗死院前急救的临床价值与效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2023, 38 (01): 130-132.

[2] 李红杰. 急性 ST 段抬高型心肌梗死院前急救的临床价值观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33 (05): 729-731.

[3] 李香. 急性心肌梗死患者院前急救治疗的临床价值 [J]. 现代诊断与治疗, 2023, 32 (15): 2430-2431.

[4] 赫然. 院前急救临床路径对急性心肌梗死患者抢救效果及预后的影响 [J]. 医学信息, 2024, 34 (15): 134-136.