

多元化护理在老年急性心肌梗死患者中的效果和对心功能的改善观察

徐娅杰 毛海燕

(河南省职工医院, 河南 郑州 450000)

[摘要] 目的: 分析经皮冠状动脉介入 (PCI) 术前及术后进行多元化护理对老年急性心肌梗死患者的治疗效果及对心功能改善的效果。方法: 选取 2019 年 6 月至 2019 年 12 月于河南省职工医院接受治疗的 84 例老年急性心肌梗死患者, 均行 PCI 治疗, 采用随机分组方式将患者分为对照组和观察组, 各 42 例。对照组患者 PCI 术前及术后进行常规护理干预, 观察组患者则予以多元化护理干预。比较两组患者护理效果、术后心血管不良事件发生情况、心功能情况、护理满意度。结果: 护理后, 观察组患者焦虑自评量表 (SAS)、老年抑郁量表 (GDS) 评分均低于对照组, 生存质量测定量表 (QOL) 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后心血管不良事件发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。出院时, 观察组患者左心室射血分数 (LVEF) 以及健康责任、营养饮食、压力管理、运动锻炼评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理后, 观察组患者护理满意度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对老年急性心肌梗死患者采取多元化护理可有效提高护理效果, 并保障 PCI 的手术效果, 改善患者心功能, 并提高患者对护理的满意度。

[关键词] 急性心肌梗死; 多元化护理; 老年人

[中图分类号] R 542.2⁺2; R 473.5 **[文献标识码]** B

在人均寿命增长、出生人口相对不足的大背景下, 我国已经进入老龄化社会, 老年性疾病发病率逐渐上升, 高血压、高血脂等成为慢性病疾病谱中常见疾病, 而上述慢性病又是心脑血管疾病的独立风险因素^[1], 目前我国冠心病发病率逐渐升高, 其中老年人因身体机能退化、血管条件生理性变差, 冠心病发生风险及预后更不容乐观。急性心肌梗死是冠心病的危重类型, 是导致冠心病患者死亡等不良预后的主要类型; 尽早恢复缺血心肌再灌注是降低死亡率、改善预后的关键措施, 经皮冠状动脉介入 (percutaneous coronary intervention, PCI) 治疗通过微创切口以血栓抽吸、球囊扩张、支架植入等方式促进血管再通、挽救濒死心肌。护理是任何手术顺利完成的必要条件, 且有研究称加强患者护理干预对促进预后具有重要的意义^[2]。多元化护理是指护士根据患者性格爱好而采取多种途径健康宣教的护理模式, 从而满足不同文化背景人群的护理需求^[3]。既往对急性心肌梗死患者的健康教育并未关注个性化心理需求, 缺乏针对性, 影响其护理效果, 本研究选取 84 例老年急性心肌梗死患者作为研究对象, 分析对急性心肌梗死患者 PCI 术前及术后进行多元化护理的护理效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 6 月至 2019 年 12 月于河南省职工医院接受治疗的 84 例老年急性心肌梗死患者, 均行 PCI 治疗, 采用随机分组方式将患者分为对照组和观察组, 各 42 例。对照组患者男性 19 例, 女性 23 例; 年龄 67 ~ 92 岁, 平均 (71.50 ± 2.50) 岁; 冠心病病程 1 d ~ 24 年, 平均 (10.35 ± 2.54) 年。观察组患者男性 22 例, 女性 20 例; 年龄 68 ~ 89 岁, 平均 (70.50 ± 1.50) 岁, 冠心病病程 3 d ~ 21 年, 平均 (11.08 ± 2.37) 年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准 (2022021)。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 (1) 出现典型胸痛, 疼痛时间较长, 含服硝酸甘油等药物后改善不明显; (2) 典型心电图改变, 包括病理性 Q 波、ST 段变化、T 波平坦或倒置等; (3) 心肌梗死血清标记物 (如肌钙蛋白 I、肌酸激酶同工酶等) 升高。符合两项者即可诊断。

1.2.2 纳入标准 (1) 均符合急性心肌梗死诊断; (2) 年龄均 ≥ 60 岁; (3) 均为首次发生急性心肌梗死,

[收稿日期] 2023 - 06 - 20

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目 (LHGJ20200238)

[作者简介] 徐娅杰, 女, 主管护师, 主要研究方向是心内科护理。

发病距离入院时间 < 10 h; (4) 患者神志清楚、病情尚稳定, 认知能力、阅读能力、言语能力、听力等均正常;

(5) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.3 排除标准 (1) 入院时已经濒临死亡;

(2) 合并脑血管疾病引发的认知功能、肢体功能、言语功能等障碍; (3) 合并严重休克、心力衰竭。

1.3 方法

84 例急性心肌梗死患者入院后 90 min 内均行急诊 PCI。(1) 对照组患者 PCI 术前采取常规护理操作, 术前常规宣教、心理干预、病情观察、持续吸氧及心电监护。术后密切观察病情变化、嘱患者绝对卧床 1~3 d, 持续吸氧及心电监护, 观察心率、心律、血压、呼吸等变化, 嘱患者低盐、低脂饮食, 少量多餐, 保持大便通畅。

(2) 观察组患者 PCI 术前、术后予以多元化护理, 由责任护士定期采用一对一健康教育模式, 针对患者不同住院时期、不同文化背景、不同心理状态、不同健康专题对患者进行个体化健康教育, 并负责对患者建立健康教育档案, 由主管护士每周一至周五组织患者进行健康教育, 干预时间为 2 周。具体干预措施如下, ①初步评估: 对患者基本情况进行评估, 了解患者对疾病的认知水平和对疾病的掌握技巧及知识, 确定针对性的护理内容。②营造良好的健康教育环境: 保持病房干净、清洁, 美化病房环境, 在床头或窗台上放置绿色植物。在病房中张贴护理工作流程图, 让患者熟悉医院管理程序及管理规范。③营造良好的教育氛围: 向患者发放健康教育小手册, 或以微信公众号、短视频等形式进行饮食、功能锻炼、自我护理等方面指导。组织患者参与座谈交流会, 让患者在良好的氛围下获取疾病信息。④心理指导: 根据患者个性特点, 了解患者心理动态, 根据患者病情不同阶段进行心理疏导, 并向患者介绍同类疾病的康复实例, 提高其治疗信心。向患者介绍病情发展及需要注意的问题, 提高患者对疾病的认知和对疾病治疗的信心。⑤术后运动锻炼: 患者病情稳定后, 可指导其合理运动, 如打太极拳、散步、上下楼梯、慢走等, 提高患者心肺功能。⑥术后小组授课: 由护士长组织患者每周二、周五进行多媒体授课, 向患者介绍心肌梗死发生的原因、注意事项及相关预防措施等。两组护理结束时间均为出院医嘱下达后。

1.4 观察指标

(1) 护理效果。护理效果指标包括不良情绪、生存质量。以焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)、老年抑郁量表 (geriatric depression scale, GDS) 进行护理前后情绪评估^[4]。SAS 共 20 个条目, 每个条目均为 1~4 分, 统计总分后换算成标准分, 评分范围 0~100 分, 50 分为有无焦虑的界限, 分数越高则焦虑情绪越严重。

GDS 共 30 个条目, 单个条目均为 0、1 分, 20 个为正向评分、10 个为负向评分, 评分范围 0~30 分, 总分 ≤ 10 分属于正常、11~20 分为轻度抑郁、21~30 分为中重度抑郁; 护理前后以生存质量测定量表 (quality of life, QOL) 评估患者生存质量, 该量表总分 60 分, 分数越高则生存质量越好^[5]。(2) 术后心血管不良事件发生情况。包括心绞痛、心力衰竭、猝死等。(3) 心功能情况。于出院时进行评估, 评估方法为自制的心肌梗死患者健康程度考察表, 具体包括健康责任、营养饮食、压力管理、运动锻炼等, 满分 100 分, 得分越高证明心功能改善效果越好; 于入院时及出院时完成心脏超声扫描, 测量左心室射血分数 (left ventricular ejection fractions, LVEF)。(4) 护理满意度。护理结束后采取问卷调查方式评估患者对护理的满意度, 评估结局包括满意、一般及不满意。护理满意度 = (满意 + 一般) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理效果比较

护理后, 观察组患者 SAS、GDS 评分均低于对照组, QOL 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者护理效果比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s, 分$)

组别	时间	SAS	GDS	QOL
对照组	护理前	70.85 ± 4.03	19.00 ± 2.43	19.00 ± 3.08
	护理后	64.52 ± 5.12	15.36 ± 2.11	30.17 ± 6.24
观察组	护理前	72.03 ± 3.51	18.35 ± 2.54	18.64 ± 3.14
	护理后	52.13 ± 4.10 ^a	12.25 ± 2.08 ^a	38.94 ± 5.05 ^a

注: SAS 一焦虑自评量表; GDS 一老年抑郁量表; QOL 一生存质量测定量表。

与对照组护理后比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者术后心血管不良事件发生率比较

观察组患者术后心血管不良事件发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后心血管不良事件发生率比较 ($n = 42, 例$)

组别	心绞痛	心力衰竭	猝死	总发生 / <i>n</i> (%)
对照组	3	5	0	8(19.05)
观察组	1	1	0	2(4.76) ^b

注: 与对照组比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者健康程度考察表评分比较

出院时, 观察组患者健康责任、营养饮食、压力管理、运动锻炼评分均高于对照组, 差异具有统计学意义

($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者健康程度考察表评分比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	健康责任	营养饮食	压力管理	运动锻炼
对照组	74.59 ± 1.05	81.05 ± 1.79	79.05 ± 1.59	70.02 ± 1.39
观察组	89.57 ± 1.25 ^e	92.55 ± 1.27 ^e	90.05 ± 1.36 ^e	85.69 ± 1.05 ^e

注：与对照组比较，^e $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者入院时及出院时 LVEF 比较

出院时，观察组患者 LVEF 高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表4。

表4 两组患者入院时及出院时 LVEF 比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s$, %)

组别	入院时	出院时
对照组	41.43 ± 2.28	46.86 ± 3.87
观察组	42.37 ± 2.43	49.37 ± 3.73 ^d

注：LVEF—左心室射血分数。
与对照组出院时比较，^d $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者护理满意度比较

护理后，观察组患者护理满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表5。

表5 两组患者护理满意度比较 [$n = 42, n(\%)$]

组别	满意	一般	不满意	护理满意
对照组	25(59.52)	6(14.28)	11(26.20)	31(73.80)
观察组	40(95.23)	1(2.38)	1(2.38)	41(97.61) ^e

注：与对照组比较，^e $P < 0.05$ 。

3 讨论

PCI 是急性心肌梗死患者抢救的重要措施，但介入手术实施前，患者因持续、剧烈胸痛等症状已经出现明显的焦虑、恐惧等不良情绪，加之介入应激、对预后的担忧等进一步加重心理及生理想激程度，对手术安全极为不利。急性心肌梗死常规护理多为遵医嘱抢救配合，护理内容多集中于病情控制、疾病救助等方面，对患者心理调整、健康教育等方面落实较少，患者对冠心病相关健康行为及生活方式普遍认知程度较低，降低了患者护理配合性，显现出极大的应用短板。

多元化护理则是根据不同患者、不同阶段的心理、生理、社会活动等特点，采取动态、灵活多样的护理策略，并在解决护理问题时采用多方位的护理介入，不仅满足患者个体化的护理需求，还集思广益、综合多种措施解决护理问题，对次优、潜在健康问题进行提前防控，使患者获得更加合理、科学、承上启下的护理介入，体现了现代护理的个体化与人性化特点。

本研究结果显示，护理后，观察组患者 SAS、GDS 评分均低于对照组，QOL 评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；表明护理干预在老年急性心机

梗死患者救助中起重要作用，依据手术前后患者主要健康问题的变化，给予重点突出的全方位护理介入，如术前患者因胸前区疼痛、呼吸困难、PCI 手术应激等原因较容易出现焦虑、恐惧情绪，而多元化护理中术前针对性实施心理干预，能更好的缓解心肌梗死患者不良情绪，进而提高生存质量。本研究结果显示，观察组患者心血管不良事件发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；分析原因：多元化护理中的小组授课、健康教育、心脏功能锻炼等相关内容为心肌梗死患者构建了科学、健康的生活方式^[6]，着重突出患者在疾病防控中的主体地位，进而降低 PCI 术后心绞痛等不良事件。

本研究结果显示，出院时，观察组患者 LVEF 以及健康责任、营养饮食、压力管理、运动锻炼评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；表明急性心肌梗死老年患者临床治疗中应用多元化护理能协同改善心功能。究其原因：多元化护理中的健康教育是指通过多种途径对患者实施健康宣教^[7]，从而提高患者对疾病的认知水平及遵医嘱行为，提高患者疾病管理能力，促进患者心脏康复。护理满意度评估是评价护理模式适用与否的关键指标，体现了患者对护理方案的认可程度及受益程度，多元化护理以患者为服务主体，积极推动患者参与疾病治疗与康复，充分了解、尊重患者需求，并予以针对性的解决方案，因此本研究结果显示，护理后，观察组患者护理满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述，对老年急性心肌梗死患者采取多元化护理可有效提高护理效果，并保障 PCI 的手术效果，改善患者心功能，并提高患者对护理的满意度。

[参考文献]

- [1] 张慧红, 叶玲燕, 赵素玉. 健康教育联合心理疏导对冠心病伴焦虑抑郁患者心理状态的影响 [J]. 中国基层医药, 2017, 24 (3): 466-469.
- [2] 郭蕾, 李亚楠. 急性心肌梗死患者健康教育方式及内容研究进展 [J]. 当代护士 (上旬刊), 2019, 26 (8): 19-21.
- [3] 季菲, 冯凤. 高血压多元化健康教育模式的研究进展 [J]. 护理研究, 2019, 33 (9): 1536-1540.
- [4] 范羽娇, 国莉莉, 祖晓军. 个性化护理对老年急性心肌梗死患者转运成功率、急救成功率和护理满意度的影响 [J]. 老年医学与保健, 2019, 25 (1): 83-85, 96.
- [5] 赵红霞, 袁媛. 老年高血压并发急性心肌梗死的临床特点与护理对策 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 35 (13): 54-56.
- [6] 王玉美. 护理干预在老年心肌梗死患者恢复期中的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2016, 35 (5): 635-636, 637.
- [7] 孙延凯. 多元化健康教育对急性心肌梗死 PCI 患者的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16 (13): 48-49.