

急性心肌梗塞患者介入治疗中的护理干预及效果评估

刘丹

西安交通大学第一附属医院东院区 陕西西安 710089

摘要：目的 探讨护理干预在急性心肌梗塞患者介入治疗中的应用效果，为临床护理干预提供科学依据。方法 研究选择我院2023年3月至2024年4月期间诊治的50例急性心肌梗塞患者，随机分为观察组和对照组，每组各25例。对照组接受常规护理，观察组在常规护理基础上增加针对性干预，干预措施涵盖心理疏导、疼痛管理、术后并发症预防以及健康教育等多个方面。对比两组患者疼痛评分、焦虑评分。结果 观察组患者在VAS评分、SAS评分、并发症发生率方面均优于对照组。结论 护理干预在急性心肌梗塞患者介入治疗中发挥重要作用，能够有效缓解术后疼痛和心理压力，降低并发症发生率，优化患者预后。

关键词：急性心肌梗塞；介入治疗；护理干预；效果评估

引言：

急性心肌梗塞（AMI）主要由冠状动脉急性、持续性缺血缺氧引起，具有高发病率以及高死亡率特征。随着人口老龄化进程的加速，AMI的发病率呈现逐年上升的趋势，已成为全球范围内严重威胁人类健康的主要疾病之一。经皮冠状动脉介入治疗（PCI）作为AMI最重要的治疗手段，能够迅速开通闭塞的冠状动脉，恢复心肌供血，降低心肌坏死范围，从而改善患者的预后。然而，PCI作为一种侵入性操作，会引发心律失常、再灌注损伤等一系列并发症。此外，AMI患者在发病后伴有负面情绪，心理压力巨大。护理干预在AMI患者的治疗过程中起着关键作用。优质的护理不仅有助于减少并发症的发生，还能缓解患者的心理压力，增强其治疗的依从性。随着护理学科的发展，针对AMI患者的护理模式逐渐从传统的生理护理向全方位、个体化的综合护理转变。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2023年3月至2024年4月在我院确诊并接受经皮冠状动脉介入治疗的50例急性心肌梗塞患者。研究对象按随机数字表法分为观察组和对照组，各25例。观察组中，男性患者13例，女性患者12例，年龄范围42-78岁，平均 60.32 ± 9.15 岁；病程1-24小时，平均 12.45 ± 5.87 小时，其中，高血压患者8例，糖尿病患者12例，高脂血症患者5例。对照组男性14例，女性11例，年龄40-79岁，平均年龄 (61.04 ± 8.97) 岁；病程1-22小时，平均病程 (11.93 ± 6.21)

小时，患者组成：高血压7例，糖尿病13例，高脂血症5例。基本资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 纳入标准

（1）符合《急性心肌梗塞诊断与治疗指南》中的AMI诊断标准，并经冠状动脉造影确诊为冠状动脉完全或部分闭塞；（2）接受经皮冠状动脉介入治疗且治疗过程顺利完成；（3）发病至入院时间在24小时以内，符合急性心肌梗塞介入治疗的时限要求；（4）具备完整的临床资料且病程记录准确；（5）知情同意并自愿参加研究，具有较高依从性。

1.2.2 排除标准

（1）合并严重心肝肾肾功能不全，无法耐受介入治疗者；（2）存在严重感染性疾病或恶性肿瘤病史者；（3）同时合并其他心血管疾病，如心肌病或严重心律失常者；（4）存在严重精神疾病或认知功能障碍，无法配合护理干预者；（5）妊娠期或哺乳期患者；（6）在研究过程中因治疗或其他原因中途退出者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组实施常规护理干预，包括：（1）基础护理：护理人员持续监测患者的心率、血压、血氧饱和度等，及时记录并观察异常变化。密切关注患者的病情变化，做好基础护理工作以保障患者的安全。（2）用药管理：护理人员遵医嘱正确使用抗凝药物、抗血小板药物和血管扩张剂，注意用

药时间、剂量，观察出现的不良反应。(3) 饮食指导：护理人员指导患者术后采取清淡、低盐、低脂饮食，避免摄入高热量、刺激性食物。根据患者病情，适当调整饮食结构，确保营养均衡。(4) 术后休息：护理人员术后指导患者卧床休息，避免过度活动，以防止术后出血或导管相关并发症。根据患者术后恢复情况，逐步指导其恢复日常活动。(4) 一般健康教育：护理人员向患者及家属提供急性心肌梗塞的病因、发病机制及日常注意事项，增强其对疾病的认知。指导患者避免吸烟、饮酒，保持良好的生活习惯。

1.3.2 观察组

观察组在对照组常规护理的基础上实施强化护理干预，内容涵盖以下方面：(1) 心理干预：护理人员首次接触患者时主动与其沟通，详细解释疾病及治疗相关知识，缓解患者的焦虑、恐惧情绪。术后定期开展心理疏导，利用放松训练、积极语言引导等方式增强患者治疗信心，减少负面情绪影响。对存在明显心理障碍的患者，安排专业心理咨询师介入支持。(2) 疼痛管理：护理人员术后根据患者的主诉进行个体化疼痛评估，采用视觉模拟评分法(VAS)记录疼痛程度。根据评估结果采取调整体位、心理安抚或遵医嘱使用镇痛药物，以缓解患者疼痛。(3) 并发症预防：术后密切观察患者的生命体征，监测是否存在出血、血肿形成、心律失常等并发症。指导患者保持术后体位，避免弯曲或剧烈活动，以降低血管并发症发生率。同时，监控抗凝药物的使用情况，防止血栓相关并发症。(4) 个性化健康教育：护理人员根据患者的年龄、性别、文化背景及认知水平设计健康教育内容。利用面对面讲解、健康手册发放、视频演示等方式向患者普及心肌梗塞相关知识。重点指导患者戒烟限酒、合理膳食、控制体重及规律作息，逐步形成健康的生活方式。(5) 康复指导：术后结合患者的恢复情况提供康复锻炼指导。初期安排被动活动，逐步过渡到轻度的有氧运动，指导患者监测自身运动时的心率，避免运动过度导致心脏负担过重。最后，护理人员制定详细的出院计划并进行定期电话或门诊随访，持续跟踪患者的术后恢复情况。

1.4 实验指标

1.4.1 疼痛评分

研究采用视觉模拟评分法(VAS)，评估患者在术后1小时、6小时、24小时的疼痛强度，评分范围为0分(无痛)至10分(剧烈疼痛)。护理人员记录患者在不同时间点的

疼痛评分，分析两组患者疼痛缓解的效果差异。

1.4.2 心理状态评分

本研究利用焦虑自评量表(SAS)评估两组患者术后心理状态，在术后第1天、第3天及出院前分别进行评分。量表以100分为总分，分值越高表示焦虑程度越重。

1.5 统计学方法

研究利用SPSS28.0进行数据分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，计数资料以率表示，采用 χ^2 检验，若 $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者 VAS 评分

结果显示，护理人员利用强化护理干预，有效降低患者的疼痛感。对照组因仅接受常规护理，疼痛缓解速度较慢，且VAS评分在各时间点均高于观察组，以此说明，强化护理干预在急性心肌梗塞患者术后疼痛管理中具有明显优势，能够提升患者的舒适度。

表 1: 对比两组患者 VAS 评分 (n=25, 平均数 ± 标准差)

组别	术后 1 小时	术后 6 小时	术后 24 小时
对照组	6.18 ± 1.25	4.62 ± 1.18	3.42 ± 1.01
观察组	4.52 ± 1.13	2.85 ± 0.96	1.32 ± 0.67
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者 SAS 评分

依据数据，观察组在不同时间点的SAS评分均低于对照组，表明针对性的心理干预对于急性心肌梗塞患者的术后心理状态改善效果更加优异。

表 2: 对比两组患者 SAS 评分 (n=25, 平均数 ± 标准差)

组别	术后第 1 天	术后第 3 天	出院前
对照组	66.32 ± 6.14	58.46 ± 5.89	47.92 ± 5.34
观察组	58.45 ± 5.87	49.78 ± 5.12	38.65 ± 4.98
P	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

3.1 强化护理干预在疼痛管理中的作用机制

研究结果显示，观察组患者术后不同时间点的VAS评分均低于对照组，表明强化护理干预在缓解急性心肌梗塞患者术后疼痛方面更具优势，这一效果可归因于多方面的个性化疼痛管理机制。首先，体位调整能够改善患者局部血液循环，并减少导管相关不适感，以此缓解疼痛。其次，镇痛药物的规范使用进一步提升镇痛效果，观察组严格管理药物剂

量,根据疼痛评估灵活调整用药方案,同时减少药物副作用对疼痛缓解的干扰。再者,心理干预通过缓解患者的焦虑、恐惧等负面情绪,间接降低疼痛感受。此外,不同年龄段、病情严重程度及心理状态的患者对疼痛管理的响应差异也表明护理干预需根据个体特点进行动态调整,从而提高管理精准性。

3.2 心理干预对患者术后焦虑缓解的深层影响

观察组患者术后不同时间点的 SAS 评分低于对照组,产生这一效果的原因主要为心理干预可利用多层面机制改善患者心理状态,从而促进整体康复。焦虑情绪在急性心肌梗塞患者中普遍存在,主要源于对疾病威胁的恐惧、不确定性和术后并发症的担忧。心理干预直接作用于患者的认知层面,帮助患者更积极地应对术后心理困扰。其中,认知行为疗法可调整患者的负性思维模式,降低对恢复过程的消极认知,有效缓解焦虑情绪。音乐疗法利用舒缓的旋律,可调节患者的神经系统兴奋度,诱导放松状态,减轻焦虑。冥想训练则能够帮助患者集中注意力,改善其应对不确定因素的能力。此外,心理状态的改善会提高患者对护理计划的接受度,提升药物依从性,从而优化治疗效果。焦虑的缓解或许还能改善患者的社会功能恢复,全面提升生活质量。

3.3 个性化体位管理对并发症的影响

术后患者需要保持适当体位以减少导管相关血管并发症的发生风险,观察组可制定个性化体位管理方案,指导患者在术后早期避免弯曲、过度活动,并定期调整体位以促进血液循环。这种干预不仅减少血肿形成和切口感染的发生率,还降低心律失常等因体位不当可能诱发的并发症风险。与此同时,观察组护理人员对术后切口严格进行无菌操作,及时清洁并更换敷料,同时加强术后切口观察,及时处理潜在感染迹象。除此之外,护理人员借助健康教育可提高患者的切口保护意识,减少不必要的摩擦或污染,降低切口感染发生率。观察组护理人员还密切监测患者凝血指标,严格执行医嘱调控药物剂量,避免药物过量导致的出血。护理人员

还向患者详细讲解抗凝药物使用的注意事项,帮助患者在术后阶段安全使用药物,提高治疗依从性。此外,不同时间节点的护理干预实施效果也是影响并发症发生率的关键因素。术后早期是并发症高发阶段,此时强化监护尤为重要。随着患者病情逐渐稳定,护理干预需动态调整以满足不同恢复阶段的需求。

综上所述,强化护理干预在急性心肌梗塞患者术后管理中具有明显优势。观察组在术后不同时间点的 VAS 评分低于对照组,表明个性化疼痛管理措施对缓解患者术后疼痛的作用突出。观察组 SAS 评分的降低提示系统化心理干预能有效缓解患者的术后焦虑,改善心理状态。观察组总并发症发生率低于对照组,说明强化护理干预利用优化体位管理、切口护理及抗凝药物指导可提高术后安全性。这些结果表明,科学、系统的护理干预能够优化患者的术后体验和预后,为急性心肌梗塞的临床护理实践提供宝贵的经验。未来可进一步探索护理干预的个性化实施策略及长效机制,以提高护理干预的精准性,为患者带来更好的康复效果。

参考文献:

- [1] 陈梦玥,安静娜,郑惠芳,等.优化急诊护理干预方案在行介入手术治疗的急性心肌梗死患者中的应用效果[J].现代实用医学,2022,34(10):1357-1359.
- [2] 孙丽娟.综合护理干预在急性心肌梗塞急诊介入治疗患者中的应用效果[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(06):118-120.
- [3] 钟汝娟.冠心病相关急性心肌梗塞急诊介入治疗者的早期康复护理措施分析[J].人人健康,2020,(14):404.
- [4] 朱国瑞.早期康复护理对急性心肌梗死介入治疗患者心功能及生活质量的影响[J].中国校医,2020,34(05):387-388.
- [5] 王聪.心脏康复护理用于心梗介入治疗后患者护理中的临床效果[J].人人健康,2020,(03):230+235.