

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.032

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.032>

## 急性心肌梗死并心源性休克的急诊积极护理干预与效果

李爱霞

(海安市人民医院急诊科, 江苏 南通 226600)

**[摘要]** 目的: 研究急性心肌梗死并心源性休克的急诊积极护理干预措施与效果。方法: 选取海安市人民医院2016年10月至2019年10月收治的84例急性心肌梗死并心源性休克患者, 分为对照组(常规护理)与研究组(急诊护理干预), 对两组患者护理效果进行比较。结果: 护理干预后, 研究组患者在舒张压、收缩压改善水平上明显优于对照组( $P < 0.05$ ), 研究组患者并发症发生率(9.52%)、护理满意度(97.62%)明显高于对照组(23.81%, 85.71%), 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 给予急性心肌梗死并心源性休克患者急诊护理干预具有显著效果, 能够提升患者治疗成功率和急诊护理满意度, 值得推广应用。

**[关键词]** 急性心肌梗死; 合并心源性休克; 急诊护理; 干预效果

## Emergency nursing intervention and effect of acute myocardial infarction with cardiogenic shock

LI Aixia

(Department of Emergency, Hai'an People's Hospital, Nantong Jiangsu 226600, China)

**Abstract** **Objective:** To study the emergency nursing interventions and effects of acute myocardial infarction and cardiogenic shock. **Methods:** A total of 84 patients with acute myocardial infarction and cardiogenic shock who were treated in Hai'an People's Hospital from October 2016 to October 2019 were selected. The patients in this group were divided into a control group (routine care) and a research group (emergency nursing intervention). The nursing effect of patients in the two groups was compared. **Results:** After the nursing intervention, the improvement of diastolic and systolic blood pressure in the study group was significantly better than that in the control group ( $P < 0.05$ ). The incidence of complications (9.52%) and nursing satisfaction (97.62%) were significantly higher in the study group. In the control group (23.81%) and (85.71%), the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Emergency nursing intervention for patients with acute myocardial infarction and cardiogenic shock has significant effects, can improve the success rate of patients and satisfaction with emergency care, and is worth promoting and applying.

**Keywords** acute myocardial infarction; combined cardiogenic shock; emergency care; intervention effect

收稿日期 (Date of reception): 2020-02-13

通信作者 (Corresponding author): 李爱霞, Email: 859208291@qq.com

急性心肌梗死是临床常见疾病, 极易引发心源性休克等严重并发症, 危害患者生命安全。急性心肌梗死由于冠状动脉病变所致, 冠状动脉供血减少, 使心肌缺血病情加重<sup>[1]</sup>。急性心肌梗死发病急促, 且病情发展速度快, 致残率和病死率比较高, 若没有及时给予患者治疗干预, 将会导致患者死亡。及时给予急性心肌梗死患者治疗联合全方位护理干预, 有助于提升患者治疗效果, 降低并发症发生率, 提升抢救成功率<sup>[2-3]</sup>。本研究主要探讨分析急诊护理干预措施在急性心肌梗死并心源性休克患者中的应用价值。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

本研究经海安市人民医院医学伦理委员会批准, 选取海安市人民医院收治的急性心肌梗死并心源性休克患者84例, 随机分为对照组(42例)与研究组(42例)。对照组男26例, 女16例, 年龄7~52(37.5±6.7)岁; 研究组男19例, 女23例, 年龄8~50(36.2±6.2)岁。两组患者一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

患者进入急诊室之后, 护理人员应当详细询问疾病时, 如果患者出现上腹部疼痛、胸闷和心前区不适等症状, 需要及时开展心电图检查。若确诊为心肌梗死, 护理人员应当给予患者硝酸甘油舌下含化, 0.5 mg/次, 同时给予吸氧治疗, 氧流量控制为每分钟5~8 L, 并上报医生。严格按照医嘱及隐患者生理盐水(500 mL)与硝酸甘油(5 mg)混合溶液静脉滴注。同时给予阿司匹林300 mg, 氯比格雷300 mg嚼服, 嘱咐患者卧床休息, 注重营造舒适安静的病房环境。给予对照组患者常规护理干预, 给予研究组患者急诊护理干预, 主要措施包括: 1)入院急救护理。护理人员提前安排床位, 便于心肌梗死患者入院得到抢救治疗。急性心肌梗死患者应当入住重症监护室病房, 减少患者搬运频率, 避免加重病情。护理人员嘱咐患者绝对卧床休息, 介绍心肌梗死疾病知识, 缓解患者心理压力。同时向患者家属介绍医院病房环境, 为患者营造温馨的住院环境, 降低外界刺激, 开展紧急救治。2)心理护理。急性心肌梗死患者病情危重, 且好发于老年群体, 患者合并老年慢性疾病, 失去治疗信心, 因此存在恐惧, 焦虑和紧张等负面情绪。部分心肌梗死患者

还会受到死亡威胁影响, 增加心肌耗氧量, 加速心率, 同时扩大心肌梗死范围<sup>[4]</sup>。急性心肌梗死患者治疗急救期间, 医护人员应保持镇静, 并且和患者进行沟通交流, 以此提升患者自信心, 改善不良心理状态<sup>[5]</sup>。3)吸氧止痛护理。护理人员应当向患者介绍吸氧治疗的重要性, 并进行血气分析, 以此决定患者是否需要接受吸氧治疗<sup>[6]</sup>。若患者血氧饱和度小于10.7 kPa, 表明病情危重。急性心肌梗死若出现胸闷胸痛症状, 会加大交感神经兴奋度, 进一步加快心率和心肌缺氧症状, 扩大心肌梗死范围, 引发严重情况, 可能会导致患者出现严重心律失常和休克症状, 护理人员应当做好止痛护理。4)病情监测。护理人员应当密切监测患者心电变化, 并详细记录心电变化频率, 如果患者采用溶栓药物疗, 必须注重病情监测, 护理人员应当识别不同心律失常的心电图表现, 及时发现患者异常情况, 给予相应的抢救治疗<sup>[7]</sup>。5)补充血容量。在抢救成功后, 应当及时补充血容量, 给予患者硝酸甘油等扩血管药物静脉滴注, 同时给予夫塞米和西地兰等利尿类药物<sup>[8-9]</sup>。6)饮食护理。急性心肌梗死患者应当以清淡饮食为主, 进食辛辣油腻食物, 戒烟戒酒, 保证大便通畅。

### 1.3 指标观察

观察和记录两种患者抢救成功率、并发症发生率。同时调查两组患者的护理满意度评价, 包括满意、一般、不满意。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件分析和处理两组患者数据, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用 $t$ 检验; 计数资料以例数(%)表示, 采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者抢救成功率

研究组: 35例抢救成功, 8例死亡, 抢救成功率为81.40%; 对照组: 29例抢救成功, 14例死亡, 抢救成功率为67.44%; 两组患者抢救成功率的差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组患者护理前后血压水平

护理前, 不同组患者在血压水平的差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 护理后, 研究组患者在舒张

压、收缩压改善水平上明显优于对照组( $P < 0.05$ , 表1)。

### 2.3 两组患者并发症发生率

研究组患者并发症发生率为(9.52%), 明显低于对照组(23.81%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ,

表2)。

### 2.4 两组患者护理满意度

研究组患者护理满意度为(97.62%), 明显高于对照组(85.71%), 两组差异有统计学意义( $P < 0.05$ , 表3)。

表1 两组患者护理前后血压水平比较( $n=42$ )

Table 1 Comparison of blood pressure before and after nursing between in the two groups ( $n=42$ )

组别	舒张压/mmHg	<i>P</i>	收缩压/mmHg	<i>P</i>
研究组		<0.05		<0.05
护理前	46.14 ± 5.57		75.47 ± 5.12	
护理后	60.78 ± 9.53		101.73 ± 17.41	
对照组		>0.05		>0.05
护理前	46.45 ± 5.63		74.86 ± 5.15	
护理后	53.57 ± 8.76		17.61 ± 14.27	

1 mmHg=0.133 kPa.

表2 两组患者并发症发生率比较( $n=42$ )

Table 2 Comparison of complication rate between the two groups ( $n=42$ )

组别	恶性心律失常/[例(%)]	心衰/[例(%)]	低血压休克/[例(%)]	并发症发生率/%
研究组	1 (2.38)	2 (4.72)	1 (2.38)	9.52
对照组	3 (7.14)	4 (9.52)	3 (7.14)	23.81
$\chi^2$				12.982
<i>P</i>				<0.05

表3 两组患者护理满意度的比较( $n=42$ )

Table 3 Comparison of nursing satisfaction between the two groups ( $n=42$ )

组别	满意/[例(%)]	一般/[例(%)]	不满意/[例(%)]	护理满意率/%
研究组	30 (71.43)	11 (26.19)	1 (2.38)	97.62
对照组	23 (54.76)	13 (30.95)	6 (14.29)	85.71
$\chi^2$				9.873
<i>P</i>				<0.05

## 3 讨论

急性心肌梗死患者极易出现心力衰竭和心律失常等并发症, 导致患者心脏猝死<sup>[10]</sup>。当前, 临床上还未明确心肌梗死的发病机制, 患者发病突

然, 疼痛感会蔓延至肩部、腹部和背部, 患者会出现脉搏微弱、脸色苍白以及呼吸急促等症状, 持续时间比较长。护理人员应当密切掌握患者病情并配合临床治疗, 以此提升治疗效果。急性心肌梗死会对患者生命安全造成严重威胁, 因此必

须注重急诊护理干预,为临床抢救争取时间,提升治疗有效率<sup>[11]</sup>。在急诊护理过程中,应当注重患者基础护理,心理护理以及吸氧护理等,特别是对于心理护理和基础护理来说,属于整个护理过程的重要内容。基础护理要求护理人员在抢救期间能够密切配合医生进行静脉输液,因此基础护理主要表现在抢救前、抢救中和抢救后,密切观察患者生命体征,定期测量血压和尿量,确保整个护理工作落实在患者急诊治疗中<sup>[12-13]</sup>。若条件允许,给予患者溶栓治疗。溶栓治疗后,应当及时记录患者胸痛变化情况,准备好抢救医疗器械。护理人员应当了解溶栓治疗所致不良反应,并且熟悉急性心肌梗死合并心源性休克患者的抢救流程和步骤,强化自身责任心,为患者提供优质的急诊护理服务<sup>[14-15]</sup>。抢救成功后应当按摩患者四肢,鼓励患者尽早开展功能锻炼,促进病情恢复。本研究对84例急性心肌梗死合并心源性休克患者给予不同组患者不同的护理干预,护理结果显示:研究组患者抢救成功率为81.4%,对照组患者抢救成功率为67.44%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。同时研究组患者在血压改善水平、并发症发生率以及护理满意度等方面均显著优于对照组( $P<0.05$ )。提示急诊护理干预在急性心肌梗死合并心源性休克患者中具有重要的应用价值。

综上,给予急性心肌梗死并心源性休克患者急诊护理干预能够提升患者治疗成功率和急诊护理满意度,疗效显著,值得推广应用。

## 参考文献

1. Kim H, Lim SH, Hong J, et al. Efficacy of veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in acute myocardial infarction with cardiogenic shock[J]. *Resuscitation*, 2012, 83(8): 971-975.
2. Shah RU, de Lemos JA, Wang TY, et al. Post-hospital outcomes of patients with acute myocardial infarction with cardiogenic shock: findings from the NCDR[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2016, 67(7): 739-747.
3. Wu MY, Tsai FC. Extracorporeal life support in resuscitation for acute myocardial infarction with cardiogenic shock[J]. *Chang Gung Med J*, 2006, 29(2): 207-211.
4. Ar SA, Altunkas F, Karaman K, et al. Association of the monocyte to HDL cholesterol ratio with thrombus burden in patients with ST-segment elevation myocardial infarction[J]. *Clin Appl Thromb Hemost*, 2017, 23(8): 992-997.
5. Cohen J, Grossman W, Michaels AD. Portable enhanced external counterpulsation for acute coronary syndrome and cardiogenic shock: a pilot study[J]. *Clin Cardiol*, 2007, 30(5): 223-228.
6. Trojanowski J, MacDonald RD. Safe Transport of patients with acute coronary syndrome or cardiogenic shock by skilled air medical crews[J]. *Prehosp Emerg Care*, 2011, 15(2): 240-245.
7. Lønborg J, Kelbæk H, Vejstrup N, et al. Exenatide reduces final infarct size in patients with ST-segment-elevation myocardial infarction and short-duration of ischemia[J]. *Circ Cardiovasc Interv*, 2012, 5(2): 288-295.
8. Peterson ED, Shaw LJ, Califf RM. Risk stratification after myocardial infarction[J]. *Ann Intern Med*, 1997, 126(7): 561-582.
9. Hou YM, Han PX, Wu X, et al. Myocarditis presenting as typical acute myocardial infarction: A case report and review of the literature[J]. *World J Clin Cases*, 2020, 8(2): 415-424.
10. Ahmad T, Patil S, Pasarad AK, et al. Paraganglioma masquerading as acute myocardial infarction and cardiogenic shock[J]. *Indian Heart J*, 2016, 68(Suppl 2): S258-S263.
11. Dong Y, Hong M, Dai R, et al. Engineered bioactive nanoparticles incorporated biofunctionalized ECM/silk proteins based cardiac patches combined with MSCs for the repair of myocardial infarction: In vitro and in vivo evaluations[J]. *Sci Total Environ*, 2020, 707: 135976.
12. Liu HW, Pan W, Wang LF, et al. Impact of emergency percutaneous coronary intervention on outcomes of ST-segment elevation myocardial infarction patients complicated by out-of-hospital cardiac arrest[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2012, 125(8): 1405-1409.
13. Fukuoka S, Kurita T, Takasaki A, et al. Clinical usefulness of instantaneous wave-free ratio for the evaluation of coronary artery lesion with prior myocardial infarction: a multi-center study[J]. *Int J Cardiol Heart Vasc*, 2019, 26: 100431.
14. Duvernoy CS, Bates ER. Management of cardiogenic shock attributable to acute myocardial infarction in the reperfusion era[J]. *J Intensive Care Med*, 2005, 20(4): 188-198.
15. Schaun MI, Kristochek M, Dias LD, et al. Physical training prior to myocardial infarction potentializes stem cell therapy, SDF-1/CXCR4 axis activation and inhibits the vasoconstrictor response in hypertensive rats[J]. *Cytokine*, 2020, 126: 154912.

本文引用: 李爱霞. 急性心肌梗死并心源性休克的急诊积极护理干预与效果[J]. *临床与病理杂志*, 2020, 40(5): 1274-1277. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.032

Cite this article as: LI Aixia. Emergency nursing intervention and effect of acute myocardial infarction with cardiogenic shock[J]. *Journal of Clinical and Pathological Research*, 2020, 40(5): 1274-1277. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.032