

· 论著 ·

心电监护仪联合临床护理路径干预急性心肌梗死价值分析

朱海丽*

天津市第三中心医院心脏一区 (天津 300170)

【摘要】目的 分析临床护理路径联合心电监护仪在急性心肌梗死中护理意义。**方法** 将本院2019年2月至2021年2月68例急性心肌梗死患者纳入研究, 将其中32例行常规护理的患者归为对照组, 其中36例行临床护理路径和心电监护仪干预的患者归为观察组。记录呼吸、收缩压、心率水平及心律失常发生率, 记录焦虑自评表(SAS)分值、抑郁自评表(SDS)分值。**结果** 干预后, 观察组呼吸、收缩压、心率和心律失常发生率、SAS分值、SDS分值均低于对照组。 $P<0.05$ 。**结论** 心电监护仪联合临床护理路径能改善急性心肌梗死患者体征, 降低心律失常率, 缓解负性情绪。

【关键词】 临床护理路径; 心电监护仪; 急性心肌梗死; 心律失常; 负性情绪

【中图分类号】 R473.5

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2022.10.022

Value of ECG Monitor Combined with Clinical Nursing in Treatment of Acute Myocardial Infarction

ZHU Hai-li*

Department of Hematolog 1. Tianjin Third Hospital, Tianjin 300170, China

Abstract: Objective To analyze Value of ECG monitor combined with clinical nursing in treatment of acute myocardial infarction. **Methods** 68 patients with acute myocardial infarction from February 2019 to February 2021 were divided into control group (32 patients receiving routine nursing) and observation group (36 patients receiving clinical nursing combine with ECG monitor). Respiratory, systolic blood pressure, heart rate and incidence of arrhythmia, scores of Self-rating Anxiety Scale (SAS) and Self-rating Depression Scale (SDS) were recorded. **Results** After intervention, respiratory, systolic blood pressure, heart rate, arrhythmia incidence, SAS score and SDS score of observation group were lower than control group. $P<0.05$. **Conclusion** ECG monitor combined with clinical nursing can improve signs of patients with acute myocardial infarction, reduce arrhythmia and relieve negative emotions.

Keywords: Clinical Nursing; ECG Monitor; Acute Myocardial Infarction; Arrhythmia; Negative Emotions

急性心肌梗死是我国及世界范围常见心血管内科病变, 冠状动脉持续或急性缺血缺氧引起心肌坏死; 患者伴胸骨后或心前区压榨性疼痛, 可出现心律失常、心搏骤停、心力衰竭等, 威胁生命^[1]。心电监护仪是具有采集、储存、预警等功能的智能仪器, 对患者心电实时监护, 反应心率状况^[2]。临床护理路径针对特定患者群, 以护理项目为纵轴, 以时间为横轴制定日程表, 详细描述病情在何种时间到达何种程度以及应该采取哪些护理措施。本研究将二者用于急性心肌梗死患者护理中, 分析对体征、心律失常、心理等的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院2019年2月至2021年2月68例急性心肌梗死患者纳入研究, 将其中32例行常规护理的患者归为对照组, 其中36例行临床护理路径和心电监护仪干预的患者归为观察组。

纳入标准: 患者或家属签署知情同意书; 病史、体征、心电图等综合诊断为急性心肌梗死。排除标准: 精神疾病史、无法语言沟通、合并心力衰竭、有凝血系统障碍。观察组: 男20例; 女16例; 年龄(46~72)岁, 平均(56.61±6.71)岁; 梗死部位, 前壁梗死、前间壁心肌梗死、下壁心肌梗死分别为21例, 5例, 10例。对照组: 男19例; 女13例; 年龄(48~76)岁, 平均(55.98±9.55)岁; 梗死部位, 前壁梗死、前间壁心肌梗死、下壁心肌梗死分别为19例, 2例, 11例。两组上述资料比较, $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组 常规护理: 每日测量患者血压、呼吸、体温、脉搏等体征, 若有脉搏不规律应及时测心率。指导卧床休息, 禁止用力; 给予健康教育, 指导戒酒、戒烟和合理饮食等护理。

1.2.2 观察组 使用监护仪(厂家: Philips Healthcare; 型号:

MP20)监测生命体征, 检查临时起搏器、除颤仪、储备导电膏等相应物品; 完成患者后胸、右胸电极安装, 在J点测量ST段抬高幅度, 接近0.05mV时用双脚规测量, 以ST段抬高幅度最大导联为主, 做好心电图ST段变化记录; 重点监测心律失常、胸痛、电解质紊乱。给予临护理路径。

入院1d: 指导患者卧床休息, 避免下床走动, 告知心电监护已经使用注意时间, 减少对仪器干扰, 提高监护准确性; 高流量吸氧(6~8L/min), 观察心电图、生命体征、用药不良反应, 6:00~12:00为心律失常高发时间段, 因此需加强该段时间看护, 若出现早搏应立即给予抗心律失常药物, 多源性室性早搏、RonT现状、频发室性早搏以及多源性室性早搏均可能转为室颤, 需提前准备心律平和利多卡因, 发现后第一时间按医嘱抢救除颤。注意口腔与皮肤护理, 2h翻身; 评估患者负性情绪, 举例成功案例建立抗病信心; 告知疾病和抢救基本知识和风险预防; 若病情恶化应立即告知医师抢救。

入院2~3d: 6:00~12:00重点观察心律失常; 向患者和家属开展健康教育, 增加疾病病因、表现和并发症相关知识讲解, 指导合理用药, 指导低脂、低盐饮食, 一半流质食物为主, 提供热量计算和营养评估表, 改善饮食方案。调整体位, 改善睡眠, 减少探视, 加强口腔和皮肤管理, 评估感染风险并采取预防措施; 继续做好生命体征和心电图监护。

入院4~13d: 病情稳定, 根据医嘱给氧、用药, 观测体征; 为患者制定个体化康复训练, 采用视频和现场教学使其掌握训练要点。

出院日: 嘱咐饮食宜增加粗纤维食物, 避免高脂肪食物、刺激性食物; 邀请加入微信群获取康复期锻炼、饮食和并发症预防知识; 嘱咐定期检查。

1.3 观察指标 记录呼吸、收缩压、心率, 记录心律失常发生情

【第一作者】朱海丽, 女, 护师, 主要研究方向: 心脏护理。E-mail: nss4742@126.com

【通讯作者】朱海丽

况。记录焦虑自评表(SAS)和抑郁自评表(SDS)分值^[3]。

1.4 统计学分析 SPSS 21.0 软件处理数据, ($\bar{x} \pm s$)表示正态分布计量资料,行t检验;“%”表示计数资料, χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生命体征对比 干预前两组呼吸、收缩压、心率比较, $P>0.05$;干预后观察组呼吸、收缩压、心率均降低且低于对照组, $P<0.05$,见表1。

表1 两组生命体征对比[n(%)]

组别	n	呼吸(次/min)		收缩压(mmHg)		心率(次/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	28.12±2.44	21.98±1.54	159.09±11.43	132.89±10.54	130.43±11.54	90.65±7.09
对照组	32	28.11±2.13	25.56±1.89	159.60±13.54	140.52±10.07	131.09±8.62	103.88±9.43
t	-	0.0179	8.600	0.168	3.043	0.265	6.583
P	-	0.9858	0.0000	0.8668	0.0034	0.7923	0.0000

2.2 两组心律失常对比 观察组心律失常发生率低于对照组, $P<0.05$,见表2。

表2 两组心律失常对比[n(%)]

组别	n	室性早搏	心室颤动	房室传导阻滞	窦性停搏	发生率
观察组	36	6	1	1	2	10(27.78)
对照组	32	1	0	0	0	1(31.25)
χ^2	-	-	-	-	-	7.593
P	-	-	-	-	-	0.0059

2.3 两组SDS、SAS分值对比 干预前两组SDS、SAS分值比较, $P>0.05$;干预后观察组上述分值均降低且低于对照组, $P<0.05$,见表3。

表3 两组SDS、SAS分值对比(分)

组别	n	SDS		SAS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	51.12±4.57	36.09±3.32	53.98±5.19	37.54±3.09
对照组	32	51.09±5.16	46.97±3.68	54.01±4.17	44.09±3.89
t	-	0.025	12.818	0.026	7.728
P	-	0.9798	0.0000	0.9793	0.0000

3 讨论

心电监护仪是监护心电动态变化的临床常用精密仪器,具有智能性、触屏操作方便和检测精准等优点,能同时检测呼吸频率、心电图形、血压、血氧饱和度等体征,动态描述患者体征波动。心电监护仪能帮助护理人员观察心律失常可能性,及时预防,降低心律失常风险^[4-5]。这是观察组心律失常发生率更低,呼吸、心率等体征优于对照组($P<0.05$)的重要原因。但需要考虑心电监护仪导联为模拟导联,提示心律失常时依然需及时做标准导联心电图,并确定类型及原因;此外在使用过程中,心电监护仪也受许多因素(体位改变、肢体活动等干扰导致误报警)干扰,可影响波形和准确性,不利于病情准确判断。而护理管理方法的改善则能有效控制这些影响因素,同时帮助患者康复^[6]。

临床护理路径能为护理人员提供标准规范的护理方案,将治

疗、护理工作流程化、标准化;有效控制工作质量,减少意外发生;能提高护理工作效率和质量,预防并发症^[7]。本研究中,与常规护理相比,临床护理路径表的建立为护理工作提供时间和内容指导,明确从患者入院至出院日不同时间的护理重点工作,兼顾体征监护、机体护理、并发症预防、健康教育、饮食指导和心理干预等多项护理内容,并根据不同阶段患者需求变化有侧重的进行干预;例如入院1d~3d期间,患者病情相对不稳定,针对6:00~12:00是心律失常高发时间段,增加该时间段心电监护,提前准备相关药物^[8-10]。而在患者入院后及整个心电监护仪使用期间告知心电监护仪使用注意事项,进行相关健康教育,能减少对心电监护仪的干扰,同时促进患者体征稳定,预防心律失常;前期给予患者心理干预,缓解焦虑和抑郁情绪,提高抗病信心,改善心理状态。本研究中观察组观察组护理后SAS和SDS分值低于对照组, $P<0.05$ 。

综上所述,心电监护仪联合临床护理路径能帮助稳定急性心肌梗死患者体征,降低心律失常风险,改善患者心理状态。

参考文献

- [1] 邱小婷,刘运萍,胡利群.临床护理路径护理在急性心肌梗死患者中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(4):736-738.
- [2] 赵艳.心电监护仪监测在急性心肌梗死患者心律失常中的应用价值探索[J].中国医疗器械信息,2020,26(23):79-80.
- [3] 王玲玲,张迎,刘飞.临床护理路径在急性心肌梗死患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(16):117-119.
- [4] 杨洪倩.心电监护仪在急性心肌梗死患者心律失常监测中的应用[J].中国医疗器械信息,2020,26(18):160-161.
- [5] 陈淑琴,卓梅娟,陈秋燕.除颤监护仪与常规心电监护仪在急性心肌梗死患者中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(5):167-168.
- [6] 牡丹.心电监护仪在急性心肌梗死患者中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(4):118-119.
- [7] 原凤羽.心电监护仪监测急性心肌梗死患者实施整体性护理干预的效果[J].中国医药指南,2020,18(11):273-274.
- [8] 邓倩.心电监护仪联合护理干预对全子宫切除术患者心理状态及满意度的影响[J].基层医学论坛,2021,25(24):3472-3473.
- [9] 关丽雨,杨彦萍,屈沛沛.早期心脏康复在急性心肌梗死PCI术后护理中的应用研究[J].罕少疾病杂志,2020,27(1):6-7+24.
- [10] 何雁洪.急性心肌梗死患者实施急诊护理临床路径的效果研究[J].吉林医学,2020,41(2):454-455.

(收稿日期:2021-11-27)

(校对编辑:何镇喜)