

多维度综合护理对急性心肌梗死患者心功能和自我效能感的影响

武月^{1,2} 刘瑞芳² 通讯作者 王砚丽² 通讯作者

(1.内蒙古医科大学 010107 2.内蒙古自治区人民医院 010010)

摘要:目的 探究多维度综合护理对急性心肌梗死患者心功能和自我效能感的影响。方法 从2022年8月到2023年8月期间我院收治的急性心肌梗死患者中抽取108人作为研究的数据来源,利用随机数字法将108名患者分为两组,对照组患者采用常规护理模式,观察组患者采用多维度综合护理模式。对比两组患者在不同的护理模式的干预下自我效能、生活质量的改善情况,心血管不良事件的发生概率以及心功能指标的变化。结果 观察组患者在护理后自我效能明显提高,生活质量改善,发生心血管不良事件的患者仅1人,概率远低于对照组,评判心功能的各项指标也有明显的好转,两组比较的差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 急性心肌梗死患者在多维度综合护理的干预下,自我效能感和心功能水平有明显的改善,生活质量提高,发生心血管不良事件的风险降低,在临床上具有积极作用,值得推广。

关键词:多维度综合护理;急性心肌梗死;心功能;自我效能感

急性心肌梗死是严重威胁人类生命的一大疾病,它主要是因冠状动脉突发性的狭窄或者阻塞导致血液的流动被迫减少或中断,致使局部心肌严重缺血甚至坏死^[1]。急性心肌梗死起病迅速,病情危重,致死率极高,患者的预后情况大多不理想。老年人是该病的高发群体,但近年来该病的人群呈现出年轻化趋势;男性的发病率高于女性,我国心肌梗死患者的比例逐年上涨,每年的新增患者超过5万人^[2]。急性心肌梗死属于心血管疾病中最危急的事件之一,它的临床症状呈现出多样化,病情进展迅速,治疗手段复杂多变,这不仅需要临床医生准确及时的诊断,还需要全方位护理的看护^[3]。针对急性心肌梗死,一般采用介入手术进行治疗,但是患者在手术后容易出现心血管方面的不良事件,术后护理也是帮助患者身体恢复的重要方式,但多数患者及其家属都忽视了护理的重要性。传统的护理模式也难以满足当前急性心梗患者的需要,本文针对这一问题探讨了多维度综合护理在急性心肌梗死患者中的应用对患者心功能和自我效能的作用,取得了较为满意的结果。现将结果汇报如下。

一、资料与方法

1.1 一般资料

本研究的数据来自于2022年8月到2023年8月期间内蒙古某三甲医院收治的急性心肌梗死患者,从中抽取了108人并利用随机数字法将其分为两组,每组54人。对照组患者中男性和女性分别为38人、16人,年龄30-75岁,平均年龄 54.39 ± 5.67 岁;观察组患者中男性和女性分别为36人、18人,年龄29-76岁,平均年龄 55.27 ± 5.27 岁。对

照组中ST段抬高的患者有29人、非ST段抬高的有25人,观察组中ST段抬高和非ST段抬高的患者各27人。本研究经本院医学伦理委员会批准后进行,参与人员及其家属知悉研究内容的详情,自愿参与并签署了知情同意书。所有参与研究的患者均确诊急性心肌梗死,心功能为I级和II级,患者发病到接受介入手术治疗的时间没有超过6个小时;存在免疫系统疾病、肝肾功能障碍、抗血小板治疗禁忌症,曾经出现过心源性休克或合并其他心脏疾病的患者都不在此次研究的范围内。两组患者的基线资料不存在统计学差异, $P > 0.05$,可以进行相关比较。

1.2 方法

常规护理:护理人员帮助对照组患者熟悉病房的环境,日常工作中保持病房的安静和整洁。利用通俗易懂的语言给患者讲解急性心肌梗死的相关知识,提高他们对疾病的认知。关注患者的情绪,重视他们情绪的变化,帮助他们疏解负面情绪。

多维度综合护理:对观察组的每一位患者进行营养风险筛查,对营养不良的患者要指导他们摄入高蛋白高纤维的食物,对营养均衡的患者要让他们保持合理的饮食;患者进行6分钟的步行测试其心功能和心脏存在的风险,根据测试结果进行相应的护理工作。风险为III级的患者在床上接受被动的关节屈伸训练,患者的心率在运动期间需维持在每分钟100-150次;风险为II级的患者进行主动训练,内容可以是床上单车运动、床边踏步或缓慢行走以及上下楼梯,运动期间的心率需要保持在每分钟80-100次左右;风险为I级的

患者可以接受较难的运动，例如复杂地形漫步、八段锦、太极等，运动期间的心率需要保持在每分钟 70-90 次。患者出院前对其心功能和心脏的康复效果做评估，根据结果制定相应的在家运动方案。

对两组患者出院后的情况进行定期追踪，记录患者的身体恢复和生活情况。

1.3 观察指标

(1) 用自我效能感量表 (GSES 量表) 对患者的自护责任感、自我概念、健康知识和自护技能进行评估，满分为 40，分数越高表明患者的自我效能越高。

(2) 利用中文版心肌梗死多维度评估量表 (MIDAS 量表) 评估患者的躯体活动度、饮食、用药和安全性四个方面的程度，从而判断患者的生活质量。

(3) 记录两组患者出现心血管不良事件的情况。

(4) 记录患者护理前后心功能水平的变化。

1.4 统计学分析

运用 SPSS25.0 软件对本次研究的数据进行统计分析，以率 (%) 表示两组患者出现心血管不良事件的情况，采用 χ^2 检验；以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示两组患者的自我效能、生活质量和心功能水平的变化，采用 t 检验。P < 0.05，表示差异显著，具有统计学意义。

2、结果

2.1 两组患者护理前后自我效能感评分对比

结果显示，观察组患者的自我效能评分从 21.67 ± 3.57 提高到 36.58 ± 3.46，变化的幅度优于对照组，两组之间的差异有统计学意义 (P < 0.05) 具体见表 1。

表 1 两组患者护理前后自我效能感评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	GSES 评分	
		护理前	护理后
观察组	54	21.67 ± 3.57	36.58 ± 3.46*
对照组	54	21.86 ± 3.68	29.46 ± 3.64*

表 4 两组患者护理前后心功能指标的变化情况对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	左室射血分数 (%)		左心室舒张末容积(mL)		左心室收缩末容积(mL)		氨基末端脑利钠肽前体(pg/mL)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
	观察组 (n=54)	43.2 ± 4.39	56.3 ± 3.28*	42.5 ± 4.86	54.5 ± 3.28*	26.4 ± 2.67	38.4 ± 2.56*	1976.47 ± 231.67
对照组 (n=54)	44.6 ± 4.76	49.5 ± 3.24*	42.6 ± 4.37	51.3 ± 3.57*	26.8 ± 2.74	31.7 ± 2.46*	1967.36 ± 214.77	785.47 ± 135.37*

t	0.282	10.797
P	0.778	< 0.05

注：护理前与护理后比较，*P < 0.05

2.2 两组患者护理前后心肌梗死多维度评分对比

结果显示，观察组患者的心肌梗死多维度评分下降，且下降幅度大于对照组，表明观察组患者的生活质量高于对照组，两组之间的差异有统计学意义 (P < 0.05) 具体见表 2。

表 2 两组患者护理前后心肌梗死多维度评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	MIDAS 评分	
		护理前	护理后
观察组	54	108.47 ± 3.79	53.28 ± 2.76*
对照组	54	108.39 ± 3.28	56.38 ± 2.67*
t		0.122	6.148
P		0.904	< 0.05

注：护理前与护理后比较，*P < 0.05

2.3 两组患者出现心血管不良事件的情况对比

结果显示，观察组患者中仅有 1 人发生心血管不良事件，比对照组少 11 人，两组之间的差异有统计学意义 (P < 0.05) 具体见表 3。

表 3 两组患者出现心血管不良事件的情况对比[n(%)]

组别	n	心源性休克	恶性心律失常	再发心绞痛	死亡	总发生率
观察组	54	0(0)	0(0)	1(1.85)	0(0)	1(1.85)
对照组	54	3(5.56)	3(5.56)	5(9.25)	1(1.85)	12(22.22)
χ^2						8.775
P						< 0.05

2.4 两组患者护理前后心功能指标的变化情况对比

结果显示，两组患者护理后心功能都有明显好转，观察组的改善程度更高，两组之间的差异有统计学意义 (P < 0.05) 具体见表 4。

t	1.647	11.249	0.105	5.027	0.649	14.172	0.219	9.526
P	0.102	< 0.05	0.917	< 0.05	0.518	< 0.05	0.823	< 0.05

注：护理前与护理后比较，*P < 0.05

3、讨论

急性心肌梗死属于冠心病的一种比较危急的类型，患者本身的冠状动脉发生了粥样硬化病变使得动脉血管变得狭窄，患者受到刺激后冠状动脉的粥样斑块突然破裂，血小板在斑块处聚集形成血栓，阻塞了动脉血管，血液的流动受到影响，心肌长时间缺血导致坏死^[4]。心肌梗死的临床症状比较复杂，超过一半的患者在发病的前几日都会感觉浑身无力、活动后出现心慌、心悸和心绞痛等情况^[5]。心绞痛的发作情况会越来越频繁，患者在休息后或含服硝酸甘油没有明显的好转就可能是急性心梗的征兆^[6]。急性心肌梗死发病时患者会感到剧烈的疼痛，其感觉和心绞痛相似但痛感更重、时间更长，患者在疼痛时会有濒死感，更严重的患者会出现心源性休克^[7]。患者在出现疼痛后 1 到 2 天会有发热的情况，体温通常在 38℃左右，还会伴随恶心呕吐以及腹部胀痛等症状。心率失常和心力衰竭也是急性心肌梗死常见的临床表现^[8]。

日常生活中有很多情况都会诱发心肌梗死，过度的体力劳动、体育运动，长时间的劳累都会增加心脏的负担，提高了心肌对氧气的需求量，冠心病患者本身的动脉血管就难以负荷，激烈的运动后更加重了血管的负担，斑块极容易破裂^[9]。冠心病患者在摄入了大量的脂肪和热量后使得血脂浓度突增，增加了血小板在斑块处聚集的可能性，加重了风险。吸烟和饮酒会刺激动脉痉挛，导致心肌需要的氧气量增加；老年人便秘也是诱因之一；冠心病病人要注意保暖，避免寒冷的刺激，尽量做到情绪稳定，减少因情绪的剧烈变化引发的急性心肌梗死^[10]。

根据研究结果可知，观察组患者 GSES 评分和 MIDAS 评分都优于对照组，出现心血管不良事件的概率较低，心功能的恢复情况更理想，表明多维度综合护理对急性心梗患者的效用更优。

综上所述，多维度综合护理可以改善患者的心功能，提高患者的自我效能感和安全性，值得推广。

参考文献：

[1]刘华,陈清远,张叶. 多维度综合护理对急性心肌梗死患者心功能和自我效能感的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2023,9(5):109-111.

[2]周伟丽,臧舒婷. 中青年急性心肌梗死患者心脏骤停发病特征及急救措施[J]. 军事护理,2023,40(6):1-4.

[3]李申,牛玉青,张蕊. 追踪方法学为指导责任制护理对急性心肌梗死合并心衰患者应用效果[J]. 社区医学杂志,2023,21(24):1310-1314.

[4]徐瑛. 心肺康复运动干预对老年急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后心肺功能的影响[J]. 心血管病防治知识,2023,13(10):80-82,86.

[5]武双方,袁如玉. 血清纤维蛋白原水平与老年急性心肌梗死患者肾功能不全的相关性[J]. 天津医科大学学报,2022,28(4):398-402.

[6]XU MINGXING,WANG SHU,ZHANG YING,等. Residual coronary artery tree description and lesion Evaluation (CatLet) score, clinical variables, and their associations with outcome predictions in patients with acute myocardial infarction[J]. 中华医学杂志英文版,2023,136(20):2459-2467.

[7]郭燕,刘颖,安丽娟. 心理护理对老年急性心肌梗死患者情绪干预效果的 meta 分析[J]. 中国医药导报,2022,19(18):149-153.

[8]夏陈海,谢炜巍,王汝涛,等. 围术期延时足量应用比伐芦定对接受经皮冠状动脉介入术治疗急性心肌梗死患者预后的改善[J]. 山西医药杂志,2021,50(18):2686-2689.

[9]ZHAO XINGSHAN,ZHU YIDAN,ZHANG ZHENG,等. Tenecteplase versus alteplase in treatment of acute ST-segment elevation myocardial infarction: A randomized non-inferiority trial[J]. 中华医学杂志英文版,2024,137(3):312-319.

[10]范利斌,范乾晖,范松,等. 24 h 动态心电图参数对急性心肌梗死患者恶性室性心律失常的诊断价值[J]. 山东医药,2023,63(1):65-68.