

急性心肌梗死患者院前急诊护理中实施个性化护理的临床效果

倪云丹

上海市浦东医院 上海 201399

【摘要】目的：探讨个性化护理模式在急性心肌梗死患者院前急诊护理中的应用效果。方法：选取2024年1月至2025年6月由院前急救团队接诊并转入医院的急性心肌梗死患者110例，按随机数字表法分为观察组（实施个性化护理，55例）和对照组（实施常规院前急救护理，55例）。比较两组症状缓解时间、院前急救总耗时，以及并发症发生率。结果：观察组的症状缓解时间和院前急救总耗时均短于对照组，观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在急性心肌梗死患者的院前急诊护理中实施个性化护理，能够加速症状缓解进程，缩短院前急救总耗时，减少并发症，具有显著的临床推广价值。

【关键词】：急性心肌梗死；院前急诊护理；个性化护理；临床效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.089

急性心肌梗死属于心血管内科致死风险极高的急危重症，救治过程对时间有着极强的敏感度。处于缺血缺氧状态下的心肌细胞，会以分钟为单位逐步出现不可逆的坏死损伤，尽早开通闭塞血管完成再灌注治疗，是决定患者远期预后质量的核心因素，这一结论已得到临床领域的普遍公认。但从临床积累的大量观察数据来看，整条救治链条中变数最多、干预可控性最弱的环节，恰恰是患者发病后至抵达医院前的院前阶段。这一阶段的院前急救护理并非只承担患者的转运护送职责，还需完成早期病情识别、生命体征维稳、情绪安抚等多项工作，同时要为院内后续救治铺垫前置条件，护理干预质量会直接作用于整体救治效果。现阶段临床常用的常规院前护理模式，大多以标准化操作流程为核心执行依据。这类模式能够保障基础处置的规范性与统一性，却无法充分覆盖不同患者的个体差异，年龄层次、心理状态、基础疾病类型、梗死发生部位等方面的区别，都无法在标准化流程中得到精准回应，护理措施的实际针对性仍有明显提升空间。基于这一现状，在急性心梗院前急救护理中落实个性化护理方案，对提升院前救治整体质量有着十分重要的现实意义。本文旨在探讨个性化护理模式在急性心肌梗死患者院前急诊护理中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年6月由院前急救团队接诊并转入医院的急性心肌梗死患者110例，按照随机数字表法分成两组，观察组55例、对照组55例。观察组男性32例，女性23例；年龄范围43岁至82岁，平均年龄（ 62.78 ± 10.45 ）岁。对照组男性30例，女性25例；年龄范围45岁至80岁，平均年龄（ 63.12 ± 9.87 ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），说明两组基线资料具有可比性。纳入患者发病至院前急救人员到达现场的时间在12小时以内。排除院前已发生心跳呼吸骤停需持续心肺复苏者。

1.2 方法

对照组患者接受临床常规院前急救护理流程。急救小组接到急救指令抵达现场后，按标准操作规范完成病情初步评估、生命体征测量、鼻导管吸氧、开通静脉通路等基础处置。转运途中持续心电监护，严格遵医嘱给药，通过车载通讯向急诊科同步患者信息与初步判断，到院后与急诊护士完成交接。护理操作整体较为固定，护患沟通多围绕病情询问与医嘱确认开展，未针对患者心理反应、疼痛耐受度及家属情绪设置差异化安抚策略。

观察组在院前急救护理中实施个性化护理方案：

（1）急救人员抵达事发现场后，接诊护士在配合医师完成病情初步评估的间隙，会同步完成患者基础信息与即时状态的快速采集。护士采集的信息并不局限于年龄、既往病史这类常规医疗资料，患者的日常性格特质、家庭支持条件，以及事发当下呈现的主要情绪反应，都会被纳入整体评估范围，为后续个体化干预的开展提供充足的参考依据。

（2）面对疼痛程度较重、伴随明显恐惧与焦虑情绪的患者，护士会主动提升语言安抚的频次与单次沟通时长。每一项有创操作开展前，都用直白简洁的表述向患者说明操作目的与大致持续时间，全程避免使用专业度过高的医学术语，逐步搭建患者对急救团队的信任基础，缓解交感神经高度兴奋引发的心肌耗氧量上升问题。高龄患者或存在听力理解障碍的群体，护士会主动靠近患者耳侧，适当提高音量、放缓语速完成信息传递，部分情况下会请在场家属协助转述关键指令，全程确认患者对每一项操作要求都能准确领会，避免因沟通偏差影响整体救治配合度。

（3）担架与平车的体位摆放环节，护理人员不会套用统一的摆放标准，而是结合患者梗死部位与实际呼吸状态灵活调整倾斜角度。下壁梗死合并低血压症状的患者，护理人员会适当抬高其下肢部位，以此增加回心血量，改善患者的低血压状态；前壁梗死伴随呼吸困难的患者，则将上半身适度抬高，减

轻心脏前后负荷带来的胸闷与呼吸不畅感。调整过程中护理人员会随时询问患者感受，避免角度不当引发的二次不适。

(4) 车辆转运过程中，护士全程紧盯患者的面部表情变化与肢体动作反馈，不会等到患者症状明显加重后再做处理，而是以细微表现为预警信号提前开展干预。一旦捕捉到患者疼痛加剧的信号，或是患者主动表述新增不适症状，会第一时间调整给药方案与吸氧浓度，同时向随车医师同步患者的实时状态变化。距离抵达医院还有数分钟时，护士会通过急救专用通信通道，把患者核心病情信息、已实施的干预措施同步至院内急诊科，患者的特殊需求也会逐一标注清楚，比如需要方言沟通、存在药物过敏史、伴有听力障碍等细节，方便院内团队提前做好接诊准备，缩短院内救治的衔接时间。

(5) 全流程的护理记录采用个体化时间节点表格形式完成，每一次情绪安抚的开展时机、每一次体位调整的具体方式、患者对应干预措施产生的反应，都会被准确记录在对应时间节点下，既保证护理操作的可追溯性，也为院内后续治疗提供完整的参考依据。这种差异化的院前护理模式，打破了常规急救护理统一化操作的局限，从沟通方式、体位摆放、转运监护到院内衔接多个环节匹配患者个体差异，在提升患者救治配合度的同时，也能进一步降低院前救治阶段的潜在风险。

1.3 观察指标

(1) 症状缓解时间和院前急救总耗时。

(2) 并发症发生率：主要包括严重心律失常、心源性休克、急性左心衰。

1.4 统计学处理

运用 SPSS26.0 统计学软件，症状缓解时间和院前急救总耗时以“($\bar{x} \pm s$)”表示，用“t”检验，并发症发生率以[n(%)]表示，用“ χ^2 ”检验。 $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组症状缓解时间与院前急救总耗时对比

观察组均短于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 症状缓解时间与院前急救总耗时对比 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	55	55	-	-
症状缓解时间	18.63 $\pm$ 5.42	26.81 $\pm$ 7.35	5.145	0.000
院前急救总耗时	43.27 $\pm$ 8.56	52.14 $\pm$ 10.23	6.021	0.000

2.2 两组并发症发生率比较

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 并发症发生率比较[例 (%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	55	55	-	-
严重心律失常	1	3		
心源性休克	1	3		
急性左心衰	2	5		
发生例数	4	11		
发生率	7.27	20.00	3.184	0.035

3 讨论

急性心肌梗死的核心病理改变，源自冠状动脉粥样硬化斑块发生破裂后，继发形成的血栓造成血管腔急性闭塞，对应供血区域的心肌随之出现严重且持久的缺血性损伤，损伤程度会随血管闭塞时间的延长持续加重。整个病理进展过程中，交感神经系统的过度兴奋是推动病情恶化的重要恶性循环机制，这一影响因素在常规救治中往往容易被忽视^[1]。剧烈的疼痛刺激与濒死感引发的恐惧情绪，会促使机体大量释放儿茶酚胺类物质，进而造成心率加快、血压升高、心肌收缩力增强等一系列连锁生理改变。在冠脉供血已严重受限的基础上，心肌耗氧量的显著上升会进一步加剧氧供与氧耗之间的失衡状态，最终推动心肌梗死的范围不断扩大^[2]。基于这一病理逻辑，院前急救护理的核心任务并非仅局限于维持患者基础生命体征与完成快速转运，如何有效打断这一神经-内分泌介导的恶性循环，同样是护理干预过程中必须回应的核心问题。

本文研究显示，观察组症状缓解时间、院前急救总耗时均短于对照组 ($P < 0.05$)。这一结果的形成是个性化护理多维度干预共同作用的效果。针对患者不同情绪状态制定的差异化安抚措施，能够有效消解恐惧、紧张情绪引发的交感神经张力升高状态，避免交感神经过度兴奋对心肌供血造成的额外消耗，间接减轻心脏所承受的额外负荷，为缺血心肌的症状缓解提供更平稳的生理内环境，这是患者临床症状得以快速改善的重要心理生理学基础。现场救治的操作环节中，护理人员可根据患者的实际情况灵活调整体位摆放方案、给药节奏与沟通方式，无需照搬统一化的护理流程开展操作，也减少了流程适配过程中不必要的反复解释与动作迟疑，确保每一项操作都能适配患者的理解能力与身体耐受度，让整个现场处置的各个环节衔接更为紧凑流畅，直接提升了院前现场的救治效率^[3]。院前急救总耗时的缩短，除了现场处置效率提升带来的增益，院内接诊

衔接的优化也起到了关键作用。转运途中护士提前将患者的特殊需求与前期干预信息同步至急诊科,有效避免了接诊环节的信息差与重复问询,患者抵达院内后可快速衔接后续救治流程,大幅压缩了接诊阶段的无效等待时间,保障院内外救治通道的顺畅衔接^[4]。

并发症防控维度的对比数据同样体现出个性化护理的应用优势,观察组患者急性期并发症发生率为7.27%,显著低于对照组的20.00% ($P<0.05$)。心肌梗死急性期的高危并发症,大多与心肌电活动不稳定、血流动力学剧烈波动存在密切关联,情绪剧烈波动、体位骤然变化都可能成为并发症的直接诱发诱因。个性化护理方案通过持续且适配的情绪管理维持患者的心理状态平稳,配合精细化的体位调整减少对血流动力学的

冲击,能够在较大程度上削减恶性心律失常、心功能恶化等严重并发症的外部触发因素,从诱因层面降低并发症的发生风险,最终实现急性期并发症发生率的显著下降^[5]。整体而言,个性化护理对急性心梗院前急救的提升作用覆盖救治全流程,既通过心理与生理的双重干预加快患者症状缓解速度,也通过院内外流程衔接优化压缩救治总时长,同时还能通过减少不良外部刺激降低急性期并发症风险,在救治效率与救治安全性两个层面均具备明确的临床应用价值。

综上所述,在急性心肌梗死患者院前急诊护理中应用个性化护理模式,能够促进临床症状的缓解,使院前急救环节的整体耗时缩短,同时有利于降低急性期并发症发生风险。

参考文献:

- [1] 梁少芳,黄恋恋,汤祺婕.个性化护理在急性心肌梗死患者院前急诊中的应用效果[J].华夏医学,2021,34(5):55-57.
- [2] 刘玉晖,赵红艳.急性心肌梗死患者院前急诊护理中实施个性化护理的临床效果[J].基层医学论坛,2022,26(24):60-62.
- [3] 于风景,赵旭林,程梅,等.基于改良早期预警评分的院前急救护理对急性心肌梗死患者急诊效率及病情转归的影响[J].四川解剖学杂志,2026,34(1):151-153.
- [4] 刘梦圆,刘盛亚,赵丽.急救-导管室护理无缝交接清单在急性心肌梗死患者院前-院内过渡中的应用[J].齐鲁护理杂志,2026,31(8):112-115.
- [5] 孙苗苗.个性化护理措施在急性心肌梗死患者院前急诊护理中的效果分析[J].中华灾害救援医学,2024,11(1):91-94.