

急诊抢救室 33 例急性心肌梗死患者的护理体会

胡 娟

三峡大学第一临床医学院 宜昌市中心人民医院急诊科 湖北 宜昌 443003

【摘要】目的：对 33 例急性心肌梗死患者的护理体会进行阐述。方法：选取我院急诊科抢救室 2022 年 7 月抢救的 33 例急性心肌梗死患者中选取 3 例急性心肌梗死患者的护理体会做回顾性分析，均采用我科实施的急诊心肌梗死服务流程，观察患者抢救情况。结果：急性心肌梗死患者绿色通道停留时间、门球时间明显缩短。结论：急诊心肌梗死服务流程在急性心肌梗死抢救中的应用效果非常显著，能够有效缩短患者的抢救时间，挽救患者心肌，降低死亡率，改善患者的心理状况，提高患者的满意度。

【关键词】：急性心肌梗死服务流程；急诊心肌梗死；抢救效果

DOI:10.12417/2811-051X.25.11.016

急性心肌梗死是一种临床上常见的病症，也是一种典型的危险性疾病，产生的原因是动脉粥样硬化，进而使得心肌组织缺血、缺氧，对患者的生命安全有着严重的危险，极易发生猝死^[1]。随着我国老龄化问题日益严重的影响，致使急性心肌梗死的发生率呈现出逐年上升的发展趋势^[2]。治疗的及时性对急性心肌梗死患者的生命安全至关重要，这一点得到了医学界的广泛认可^[3]。临床救治的关键在于迅速疏通梗死的血管，以恢复心肌的血液供应，最大限度地减少心肌损伤，从而成功挽救患者的生命、提高患者的生活质量^[4]。该疾病的抢救措施的质量非常的重要，提升抢救质量，能够有效的提升患者的安全性，如何提升抢救质量成为了重要的课题^[5]。我科针对急性心肌梗死群体制定了标准化抢救服务流程，2022 年 7 月急诊抢救室共抢救 33 例急性心肌梗死的患者，现从中选取本人参与抢救和护理的 3 例，对其抢救和护理体会做如下汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例 1：1 患者胡雪松、男性、53 岁、门诊号 7211019，于 2018 年 7 月 1 日 23 时 51 分因胸痛 7 小时在外院就诊心电图示急性心梗遂来我院就诊，患者仍诉胸痛，既往有高血压病史。

病例 2：患者刘新玉、男性、64 岁、门诊号 407305，于 2018 年 7 月 4 日 06 时 41 分因胸痛 1 天由家属送到来院就诊，分诊护士轮椅推入抢救室。患者诉胸痛，既往有高血压病史。

病例 3：患者陈贞安、男性、63 岁，门诊号 264710，于 2018 年 7 月 5 日 9 时 45 分因突发胸痛 1 小时由家属送入我科，患者仍诉胸痛，既往有高血压病史。

急性心肌梗死是因冠状动脉出现急性梗阻，心肌因缺血

液供应出现坏死，并且随着血管闭塞时间的推移，心肌坏死的程度也逐渐加深^[6]。因此，急性心肌梗死是急性胸痛的头号杀手^[7]。急性心肌梗死疼痛部位常位于胸骨后或心前区，向左肩和左臂内侧放射，也可向左颈或面颊部放射^[8]。疼痛性质多呈压榨样痛，并伴压迫窒息感，也有的表现为“消化不良”“腹胀”等非特异性表现。胸痛持续时间较长，多超过 30 分钟，安静休息或应用硝酸甘油无法有效缓解。患者常伴有大汗、呼吸困难、头晕、意识不清等表现，甚至可直接休克。

1.2 方法

(1) 设置 24 小时分诊班，制订急诊胸痛分诊流程。接诊期间，与救护车保持联系，对患者的各项指标、病情变化予以掌握，拟定科学急救方案，细致完成各项检查。安排绿色通道，缩短转移时间，和医生配合完成患者的初步评估，结合患者生命体征和口唇颜色评估患者临床状态，积极确定患者用药史和过敏史，为鉴别诊断提供依据。急诊分诊护士询问确定是否为胸痛患者，5 分钟内快速评估病情危重度，①气道通畅情况；②呼吸情况；③循环情况；若是危重者立即给予吸氧、心电监护，并迅速用轮椅或平车将患者转入抢救室急救。若非危重者，①进一步评估：了解胸痛性质、部位、范围、程度、持续时间、相关症状以及好转与恶化因素、既往史与过敏史；测量生命体征；全身体格检查或局部体检；②填写胸痛时间管理表；③启动胸痛诊治流程，建立胸痛患者档案；④10 分钟内完成 12 导联心电图；⑤上传心电图并即刻交予值班医师判读；⑥心电图为 STEMI、LBBB、ST 段压低则为病情危重，转入抢救室。若不是则为中低危胸痛患者，转入普通急诊进一步诊治。

(2) 建立胸痛中心院前心电图传输群。我院心电图室、导管室、心内科、胸外科、急性 PCI 值班医师等胸痛核心科室及基层医疗机构均在群内，可将可疑心电图及时上传胸痛中心

院前心电图传输群, 我院心电图室医师可远程判读, 急诊 PCI 医师远程评估手术指征, 对确定急性心肌梗死需要做急诊 PCI 的病人, 可远程启动导管室, 绕行急诊, 直达导管室。多科室共同合作, 接力赛跑, 抢救病人心肌, 挽救病人生命。

(3) 制作急性胸痛时间管理表。患者呼叫 120 时间、救护车到达现场时间、院前心电图时间、院前给药时间、患者到达医院大门时间、医生接诊时间、院内首份心电图时间、院内给药时间、肌钙蛋白采血时间、肌钙蛋白出结果时间、增强 CT/彩超时间、会诊时间、离开抢救室时间、到达 CCU/导管室时间。每个项目严格执行时间管理, 聘用胸痛秘书定时收集急性胸痛时间管理表, 及时上传患者数据。

(4) 建立急诊 PCI 文件夹。文件夹内包括就诊卡、急诊病历、《急诊经皮冠状动脉介入诊治知情同意书》、《病危通知书》、《授权委托书》、《溶栓知情同意书》。急诊 PCI 文件夹放在救护车、分诊台、抢救室、观察室各区域, 可在各个区域甚至院前救护车上即可对患者进行谈话和知情同意, 绕行急诊, 直达导管室。

(5) 签约中国红十字基金会, 参与急性心梗急救一包药捐赠活动。免费为急性胸痛患者服用一包药(包括阿司匹林 300mg、特格瑞洛 180mg、瑞舒伐他汀 10mg)。

(6) 床边快速心脏标志物检测。肌酸激酶同工酶/心肌肌钙蛋白/肌红蛋白三合一、心肌肌钙蛋白 I、D2 聚体、N-端脑利钠肽前体检测, 15 分钟内快速检测心脏标志物, 快速排查急性心肌梗死。

(7) 开放绿色通道。各区域标识胸痛优先牌, 凡急性胸痛患者优先抢救、优先检查、优先入院, 后缴费、后办理手续。

(8) 时间统一。指定专人胸痛秘书每周对所有时钟进行时间校验, 调度室(调度室电脑、急救通、一键呼救器、120 指挥中心电脑)救护车(钟表、监护仪、心电图机、除颤仪、掌上通、急性胸痛时间管理表文件夹); 急诊大厅(胸痛门诊、急诊内科诊室、急诊分诊台、急诊大厅、急诊挂号、急诊化验室、急诊 CT 室的心电图机、电脑、除颤仪、心电监护仪、挂钟、一键呼救器、急性胸痛时间管理表文件夹、扫描显示屏); 抢救室(挂钟、心电图、中心监护仪、心电监护仪、便携式心电监护仪、除颤仪、免疫分析仪、电脑、一键呼救器); 急诊观察室(挂钟、心电图、心电监护仪、电脑、一键呼救器); 导管室(挂钟、DSA 光机、除颤仪、电脑), 保证所有区域时间统一。

(9) 培训与教育。院内培训: 医院领导、全院核心科室、非核心科室、工勤人员、保安进行胸痛中心基本概念、时间统一管理、胸痛中心管理制度、ACS 诊断与治疗 PPT、胸痛相关流程图、心肺复苏等培训及考核。院外培训: 基层医疗机构、社区进行胸痛中心基本概念、时间统一管理、胸痛中心管理制

度、ACS 诊断与治疗 PPT、胸痛相关流程图、心肺复苏等培训及考核。持续改进。科室指定专人对急性心肌梗死救治进行质控分析; 医院每季度进行胸痛中心典型病例讨论、胸痛中心质量分析会, 每半年进行胸痛中心联合例会, 对胸痛中心建设发现问题进行分析、探讨、解决, 不断持续改进。并将会议记录上传中国胸痛中心网。

(10) 根据急性胸痛救治护理流程制作护理计划执行单, 指导各区域护理人员进行有序抢救及护理。

2 结果

2022 年 7 月急诊抢救室共抢救 33 例急性心肌梗死患者, 经过规范化抢救服务流程后, 33 例患者全部送入导管室行急诊 PCI 介入手术, 无一例超时, 绿色通道平均停留时间 25.75 分钟, 与国家胸痛中心要求的 <60 分钟缩短了 34.25 分钟, 平均门球时间(患者进医院大门至球囊扩张时间) 47.18 分钟, 与国家胸痛中心要求的 <90 分钟缩短了 42.82 分钟, 大大缩短了患者的抢救时间, 挽救患者心肌, 降低死亡率, 改善患者的心理状况, 提高患者的满意度。

3 讨论

临床中急性心肌梗死属于危急重症之一, 具体指冠状动脉急性缺血和缺氧, 归属于心血管疾病, 通常急性心肌梗死发病十分突然, 具有较高的死亡率, 且病情变化较快, 对患者的生命安全产生了十分严重的威胁^[9]。急性心肌梗死是一种由于冠状动脉血流突然中断, 导致心肌缺血、缺氧并最终坏死的疾病^[10]。这一情况通常是由于冠状动脉的血栓形成或粥样硬化斑块破裂引起, 它对心脏的损害可能是严重的, 并可能导致心力衰竭、心律失常甚至猝死^[11]。发病后, 治疗不及时或不合理, 会导致病情恶化, 严重者直接死亡, 应给予重点监护, 及时进行抢救, 在进行抢救的过程中, 护理质量非常的重要, 如何有效的提升抢救过程中的护理质量, 是救治患者的重要因素^[12]。

急诊心肌梗死服务流程是一种新型的护理模式, 具有计划性和预见性, 通过对抢救过程中的护理情况与医院的实际情况进行总结、分析, 制定完善的护理措施, 进而提升护理质量, 达到缩短抢救时间, 降低治疗费用, 加快康复速度的效果。本文中, 通过对 2022 年 33 例急性梗死患者绿色通道停留时间与门球时间的统计与比较, 33 例患者全部送入导管室行急诊 PCI 介入手术, 无一例超时, 绿色通道平均停留时间 25.75 分钟, 与国家胸痛中心要求的 <60 分钟缩短了 34.25 分钟, 平均门球时间(患者进医院大门至球囊扩张时间) 47.18 分钟, 与国家胸痛中心要求的 <90 分钟缩短了 42.82 分钟, 大大缩短了患者的抢救时间, 挽救患者心肌, 降低死亡率。由此可知, 急诊心肌梗死服务流程对急性心肌梗死抢救的重要性^[13]。

综上所述, 急诊心肌梗死服务流程在急性心肌梗死抢救中的应用效果非常显著, 能够有效缩短患者的抢救时间, 改善患

者的心理状况，提高患者的满意度，值得推广应用。

参考文献：

- [1] 任雁.急诊护理路径与传统护理对急性心肌梗死抢救效果及康复效果的影响[J].临床医药文献杂志,2016,3(44):8800-8801.
- [2] 陈岩.急诊护理路径及传统护理对急性心肌梗死抢救效果的影响比较[J].中国继续医学教育,2017,9(8):247-248.
- [3] 德吉央金.急诊护理路径与传统护理对急性心肌梗死抢救效果的影响[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(75):325-325.
- [4] 江顺云,江秋梅,龙想梅.医护一体化急诊急救护理流程应用于急性心肌梗死抢救的效果影响[J].婚育与健康,2024,30(24):133-135.
- [5] 樊格,王耀.急诊护理流程优化对急性心肌梗死抢救效果的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(26):142-145.
- [6] 程倩倩.全程优化急诊护理模式对急性心肌梗死患者的救治效果和预后质量的影响[J].名医,2023,(15):84-86.
- [7] 周颖.优质护理在急性心肌梗死患者急诊护理中的应用价值研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2023,11(22):69-71+62.
- [8] 梁敏玲,张焯敏,欧阳群英.无缝隙衔接绿色通道护理对急性心肌梗死患者急救时间和救治成功率的改善效果[J].中国社区医师,2021,37(29):135-136.
- [9] 张燕芳,周丽,倪月华.探究心理护理干预对急性心肌梗死患者的影响[J].心理月刊,2021,16(23):149-151.
- [10] 张佩玲.优化护理在急性心肌梗死急诊救治中的应用价值和护理质量分析[J].系统医学,2021,6(19):190-193.
- [11] 王敬.急诊护理路径在急性心肌梗死抢救中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2021,36(06):87-89.
- [12] 陈欣彤,陈小娇.医护一体化急诊急救护理流程对提高急性心肌梗死抢救成功率的效果研究[J].心血管病防治知识,2021,11(12):51-53.
- [13] 张培.急性心肌梗死患者采用急诊护理路径的临床价值[J].吉林医学,2021,42(03):756-758.