

- [13] 申捷,申文玲,于小免. 尿毒症高通量血液透析患者疾病不确定感的影响因素及与 SSRS 评分的相关性研究[J]. 海南医学,2023,34(9):1322-1325.
- [14] 许丽,李萌,南士英. 肝硬化住院患者及家属疾病不确定感现状及影响因素的研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(8):1206-1211.
- 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.036 (收稿日期:2023-03-27 修回日期:2023-10-25)

急性心肌梗死患者急诊快速时效管理体系的构建及应用效果

祝丽华¹,王强^{2△},赖红梅¹,刘珍¹,李文琴¹,鲁丽峰¹

中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院:1. 医保科;2. 心内科,江西鹰潭 330001

摘要:目的 探讨急性心肌梗死(AMI)患者急诊快速时效管理体系的构建及其应用效果。方法 将中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院 2021 年 1—12 月收治的 62 例 AMI 患者作为对照组,将 2022 年 1—12 月收治的 60 例 AMI 患者作为观察组。对照组接受急诊常规急救护理,观察组通过构建急诊快速时效管理体系对患者实施救治。比较两组患者救治效率、救治效果及患者对救治的满意度。结果 观察组救护车出车时间、实验室及影像学检查时间、患者送达医院时间、心脏球囊扩张时间、导管室激活时间及急诊停留时间均较对照组明显缩短($P < 0.05$)。观察组绕行 CCU 率、不良心脏事件发生率、院内 AMI 复发率均低于对照组($P < 0.05$)。观察组对预约挂号过程、急诊初诊程序、预检结果准确度、就诊等待时间、就诊次序安排、候诊室环境维护、交费等待时间等方面满意度均高于对照组($P < 0.05$)。结论 建立急诊快速时效管理体系可成功提升 AMI 患者的救治效率及救治效果,提高患者对急诊救治工作的满意度。

关键词:急诊快速时效管理体系; 急性心肌梗死; 救治成功率; 满意度

中图分类号:R542.2+2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)24-3730-04

急性心肌梗死(AMI)是由于动脉闭塞、血流运行受阻,所引起的局部心肌缺血性坏死^[1]。AMI 具有发病突然、病情进展快的特点。有研究指出,快速开通闭塞血管,恢复心肌细胞有效血流供应将有助于减少心肌细胞凋亡数量,对挽救濒死的心肌细胞有积极的意义^[2]。急诊快速时效管理体系是指为了提高急诊服务的快速性和时效性,建立的一套管理体系^[3];通过对整个急诊流程进行优化,可有效缩短候诊时间,提高服务效率。此外,建立一套完善的应急处置方案,可提高医护人员应对突发事件的能力^[4]。有研究认为,建立快速时效管理体系将有助于优化急诊患者救治流程,提高患者救治效率^[5]。为了更好地提高急诊 AMI 患者救治效率,本院于 2022 年 1—12 月建立了急诊快速时效管理体系,且达到了预期成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2021 年 1—12 月收治的 62 例 AMI 患者作为对照组,2022 年 1—12 月收治的 60 例 AMI 患者作为观察组。纳入标准:(1)符合 AMI 相关临床诊断标准^[6];(2)心电图显示与相邻导联的 ST 段抬高超过 0.1 mV。排除标准:(1)由于恶性肿瘤、外伤或其他脏器功能异常所致的心脏疾病;(2)伴发精神或认知障碍,或者由于行动受限而难以配合检查。对照组中男 33 例,女 29 例;年龄 22~75 岁,平均(58.7±3.7)岁;梗死部位:前壁 19 例,下壁 10 例,前间壁 18 例,高侧壁 10 例,下后壁 5 例。观察组中

男 33 例,女 27 例;年龄 23~75 岁,平均(58.4±3.3)岁;梗死部位:前壁 16 例,下壁 14 例,前间壁 16 例,高侧壁 10 例,下后壁 4 例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。所有患者均知晓本研究,且自愿参与。本研究已获得本院医学伦理委员会批准(S2020-050-022)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取急诊常规管理措施。(1)确认诊断:患者入院后接受心电图检查,如果检查结果显示 ST 段抬高,出现 Q 波或者 T 波倒置等异常情况,通常可以初步诊断为 AMI。(2)氧气供应:AMI 患者多数情况下伴有缺氧,此时应给予足够的氧气供应,维持血氧饱和度在 94%以上。(3)疼痛缓解:AMI 患者常伴有严重胸痛,应及时给予镇痛处理,常用药物有吗啡、硝酸甘油等。(4)抗凝治疗:AMI 发生后,血管内往往会出现血栓,可以采用抗凝治疗,如肝素等,帮助溶解血栓。(5)血管再通:AMI 最重要的救治方法是血管再通,可以采用溶栓药物使血栓溶解,常用的溶栓药物有阿司匹林、尿激酶等。此外,也可以采用介入治疗的方法,如冠状动脉球囊扩张术、支架植入术等。(6)监测及处理并发症:在 AMI 治疗过程中,需要密切监测患者的心电图、血氧饱和度等,及时处理并发症。

1.2.2 观察组 建立急诊快速时效管理体系,严格控制各个时间点并对患者实施持续质量改进。(1)院

前管理。①提高公众意识:加强公众对 AMI 的认识和了解,提高其对症状和处理方式的认知度,同时推广心肺复苏(CPR)急救技能。②制订 AMI 诊疗方案:建立统一诊疗方案,规范院前急救程序,确保每例患者及早救治。③建立院前快速反应机制:建立院前急救呼叫中心,24 h 全天响应急救需求,对疑似 AMI 患者快速启动急救流程。④增加急救车数量和配置:增加急救车数量,提升急救车配置和装备水平,使院前急救能够更加快速和有效地救治患者。⑤加强专业人员培训:对急救人员进行专业培训和技能提升,提高其应急能力与专业技术水平。⑥推广远程医疗:利用现代远程通信技术,实现院前急救与远程医生的快速联系,提高急救质量。(2)院中管理。①快速诊断:通过心电图、心肌酶谱、动态心电图等方法对 AMI 进行准确、迅速的诊断。②疏通冠状动脉:采用经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或溶栓治疗等方式,尽早疏通梗死的冠状动脉。③给予合理药物治疗:如硝酸甘油、阿司匹林、肝素、 β -受体阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)等,以及进行抗凝、镇痛等对症治疗,有助于改善心血管状况,缩小心肌梗死面积。④心理支持:尽可能提供温暖、舒适的治疗环境,积极安抚患者情绪,加强家属教育,提高患者的合作程度。⑤合理转运:如上述措施均不能在现场解决,应尽快将患者转运到具备 PCI 治疗条件的医院进行治疗。转运途中需严密监护,保障患者的生命安全。⑥方便就医:加强对心脏病发病特点、危险因素等知识的宣传,提高患者和家属的健康素养,建立便捷的就医流程,缩短就医门诊排队时间,以提高 AMI 患者的生存率和治愈率。(3)加强科室团队成员培训。定期由急诊专家对团队成员进行院内转运培训,内容包括 AMI 临床特征、护理要点、最新医学救治知识、转运注意事项、转运过程中可能出现的并发症等。培训以 PPT

课件形式向团体成员讲解相关培训内容,确保培训知识准确、先进,以便更好地配合临床工作需求,急诊科室将培训内容纳入日常考核内,考核形式以笔试问答及实际应用为主,评分结果分为合格和不合格。

1.3 评价指标 (1)救治效率:记录两组救护车出车时间、实验室及影像学检查时间、患者送达医院时间、心脏球囊扩张时间、导管室激活时间及急诊停留时间。(2)救治效果:记录两组绕行心脏病重症监护病房(CCU)率、救治成功率、不良心脏事件发生率、院内 AMI 复发率。(3)满意度:通过自制的急诊《心内科患者满意度调查问卷》进行评估,问卷内容包括预约挂号过程、急诊初诊程序、预检结果准确度、就诊等待时间、就医次序安排、候诊室环境维护、交费等待时间等方面的满意情况,各项目分为满意、一般、不满意等 3 个选项。满意率=满意例数/总例数 \times 100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据处理。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数、百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组救治效率比较 观察组救护车出车时间、实验室及影像学检查时间、患者送达医院时间、心脏球囊扩张时间、导管室激活时间及急诊停留时间均短于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组救治效果比较 观察组绕行 CCU 率、心脏不良事件发生率、院内 AMI 复发率均低于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者护理满意率比较 观察组对预约挂号过程、急诊初诊程序、预检结果准确度、就诊等待时间、就医次序安排、候诊室环境维护、交费等待时间的满意率高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组救治效率比较($\bar{x} \pm s, \text{min}$)

组别	<i>n</i>	救护车 出车时间	患者送达 医院时间	实验室及影像学 检查时间	导管室 激活时间	心脏球囊 扩张时间	急诊 停留时间
观察组	60	14.85 \pm 3.77	21.85 \pm 3.78	12.98 \pm 3.25	8.52 \pm 1.63	65.23 \pm 5.98	85.12 \pm 8.75
对照组	62	18.25 \pm 3.96	35.32 \pm 4.02	32.56 \pm 4.89	15.96 \pm 4.02	85.63 \pm 6.89	105.98 \pm 9.63
<i>t</i>		-4.854	-19.053	-25.958	-13.314	-17.441	-12.510
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组救治效果比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	救治成功率	绕行 CCU 率	院内 AMI 复发率	心脏不良事件
观察组	60	59(98.33)	1(1.67)	1(1.67)	1(1.67)
对照组	62	60(96.77)	8(12.90)	8(12.90)	10(16.13)
χ^2 或校正 χ^2		0.309	6.131	6.131	7.774
<i>P</i>		0.578	0.013	0.013	0.005

表 3 两组护理满意率比较[n(%)]

组别	n	预约 挂号过程	急诊初诊 程序	预检结果 准确度	就诊 等待时间	就诊 次序安排	候诊室 环境维护	交费 等待时间
观察组	60	58(96.67)	57(95.00)	59(98.33)	60(100.00)	59(98.33)	59(98.33)	59(98.33)
对照组	62	50(80.65)	48(77.42)	48(77.42)	49(79.03)	47(75.81)	46(74.19)	48(77.42)
χ^2		6.211	8.446	6.500	7.310	7.578	8.697	8.446
P		0.013	0.004	0.011	0.007	0.006	0.003	0.004

3 讨 论

3.1 急诊快速时效管理体系可提高 AMI 患者的救治效率 AMI 往往突然发作,病情进展迅速,建立急诊快速时效管理系统,改进抢救流程,缩减患者救治时间,对提升救治效率大有裨益^[7]。急诊快速时效管理是在常规护理流程基础上根据患者实际情况优化救治过程中的各种流程,完善院前急救方法及内容,确保患者未送达医院前生命体征及情绪稳定,并最大限度上简化患者院内就诊流程,从而为患者疾病救治赢得宝贵时间^[8]。本研究结果表明,观察组救治相关流程时间(救护车出车时间、实验室及影像学检查时间、患者送达医院时间、心脏球囊扩张时间、导管室激活时间及急诊停留时间)明显短于对照组,提示建立急诊快速时效管理体系能最大程度上节省 AMI 患者救治时间,提高患者救治效率。这是由于急诊快速时效管理通过院前不间断电话指导、首诊责任制、完善急诊交接时间有效提高了患者接诊效率,缩短患者就诊时间,提高患者救治效率^[9-10]。此外,急诊快速时效管理体系促进多学科之间的紧密合作,例如急诊科、心内科、心外科、放射科和实验室等,各个科室之间的有效沟通和合作可以加快对 AMI 患者的处理和转运流程,避免不必要的延误。另外,急诊快速时效管理体系可以有效优化医疗资源的利用,包括人力、设备和时间等,通过合理分配资源,缩短等待时间和治疗时间,提高救治效率。

3.2 急诊快速时效管理体系对 AMI 患者救治效果的影响 急诊溶栓是 AMI 患者救治的主要手段,而溶栓治疗时间窗非常短,缩短救治时间有助于拯救患者生命,提高救治效果^[11-12]。本研究结果显示,观察组绕行 CCU 率、心脏不良事件发生率、院内 AMI 复发率均低于对照组,提示急诊快速时效管理体系的建立能有效提高 AMI 患者的救治效果。AMI 传统救治模式中责任不到位、分工混淆等问题,容易导致重复操作及管理流程混乱,影响患者救治效果^[13]。急诊快速时效管理体系通过优化各项操作流程,以及定期对急诊护士进行培训,提高了护士对急诊救治的熟练程度,进而成功减少患者救治时间,为患者争取到难得的时间窗^[14]。此外,急诊快速时效管理体系强调尽早启动治疗,例如通过快速介入治疗来恢复冠状动脉的通畅,这样可以迅速减轻心肌缺血和坏死的程

度,降低并发症的风险,提高救治成功率。

3.3 急诊快速时效管理体系对 AMI 患者护理满意率的影响 患者满意率是衡量护理服务质量的指标^[15]。本研究对 AMI 患者实施急诊快速时效管理体系,结果表明,观察组对相关就诊流程的满意率高于对照组,提示急诊快速时效管理体系能有效提高对急诊 AMI 患者的护理服务质量,提高患者救治满意率。这是由于整个急救流程非常顺畅,患者能获得全面、优质的护理,且救治效果理想,能有效降低患者救治过程中不良事件的发生,提高患者救治效果,从而获得了患者良好的评价^[16]。

综上所述,建立急诊快速时效管理体系可成功提升 AMI 患者救治效率和救治效果,提高患者对急诊救治工作的满意率。

参考文献

- [1] 刘盼盼. 急性心肌梗死患者行急诊冠状动脉介入术的护理体会[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(3): 358-359.
- [2] 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.
- [3] 李冰冰. 优化急诊护理流程对抢救急性心肌梗死患者的有效性分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(6): 760-761.
- [4] 金学敏. 院内救治流程优化下综合护理对急性缺血性脑卒中患者的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(14): 2668-2670.
- [5] 蔡文霞, 黄圆, 周亚民. 急诊护理流程优化模式对急性心肌梗死患者急救效果的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2022, 8(8): 166-168.
- [6] 季润青, 余苑, 李静. 急性心肌梗死指南推荐治疗在我国应用现状[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(2): 250-252.
- [7] 代敏, 李东泽, 陈晓莉, 等. 优化就诊流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊停留时间的影响[J]. 心血管康复医学杂志, 2020, 29(1): 29-33.
- [8] 关格雪, 冯俏娟, 梁进霞. 分级式急诊护理干预对急腹症患者急诊救治效率的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(9): 1184-1185.
- [9] 黄晓霞, 寇菲. 急诊危机管理模式对急诊救治效果及危机事件发生率的影响[J]. 中华灾害救援医学, 2020, 8(5): 241-243.
- [10] 程荣. 优化急救流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者血管再通时间影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(4): 601-602.

- [11] 关伟群,伍翠敏,杨小莲,等.对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者行基于胸痛中心的优化式院前急救护理的效果探讨[J].吉林医学,2020,41(3):740-741.
- [12] 刘俊.急诊护理路径与传统护理对急性心肌梗死的抢救效果对比研究[J].中医临床研究,2020,12(6):58-59.
- [13] 张萍,许正红,严兆娟,等.流程优化策略在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治中的价值研究[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(9):1034-1036.
- [14] 张蕾,赵真,胡艳梅.急诊护理流程干预对脑梗死患者溶栓救治效果及功能康复的影响[J].国际护理学杂志,

2020,39(9):1663-1666.

- [15] 胡佳.急诊介入护理流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治效果的影响[J].护理实践与研究,2020,17(20):40-41.
- [16] 黄睿花,罗银秋,伍煦涛.优化急诊护理流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊治疗时间节点的影响[J].岭南急诊医学杂志,2020,25(3):308-310.

(收稿日期:2023-05-25 修回日期:2023-10-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.037

加速康复外科护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响

赖 芳,左淑梅

南昌大学第二附属医院心脏大血管外科 ICU,江西南昌 330001

摘要:目的 探讨加速康复外科(ERAS)护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响。方法 按照随机数字表法将 2021 年 5 月至 2022 年 10 月该院收治的 79 例危重症心脏大血管手术患者分为对照组(39 例)和 ERAS 组(40 例)。对照组采取围术期常规护理,ERAS 组在对照组基础上开展基于 ERAS 理念的围术期护理。比较两组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间、住院时间差异;比较两组术后并发症发生情况,以及两组术前及术后简明生活质量评价表(SF-36)评分情况。结果 ERAS 组术后呼吸机脱机时间[(3.21±0.64)d]、首次下床活动时间[(3.09±1.33)d]、拔管时间[(9.68±2.34)d]均明显早于对照组[(3.87±0.72)d、(4.27±1.75)d、(12.25±2.76)d],住院时间[(14.25±2.14)d]明显少于对照组[(16.13±2.58)d],差异均有统计学意义($P<0.05$);ERAS 组术后并发症的总发生率为 10.00%,低于对照组的 28.21%($P<0.05$);与术前相比,两组术后 SF-36 各维度评分均明显升高($P<0.05$);ERAS 组患者术后 SF-36 各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。结论 ERAS 护理模式可促进危重症心脏大血管手术患者术后恢复,缩短住院时间,减少术后相关并发症,提高患者术后生活质量,值得推广应用。

关键词:加速康复外科; 心脏手术; 危重症; 围术期护理; 并发症; 生活质量

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)24-3733-04

心脏大血管手术具有手术操作复杂、技术难度高、手术风险高、术后并发症多等特点^[1-2],这对该手术患者的围术期护理提出了更高的要求。传统的护理观念较为保守,且同时受到多种因素的影响,导致传统的护理对心脏大血管手术患者的护理效果欠佳。加速康复外科(ERAS)是一种在围术期采取各种综合性的优化措施,以达到降低手术风险、减少患者术后并发症、缩短患者住院时间、促进患者术后康复、减少治疗成本目的的护理新模式^[3]。目前,基于 ERAS 理念的护理模式已在我国各大医院各科手术中广泛应用,已成为临床重要护理手段^[4-5]。本研究探讨了应用 ERAS 护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响,旨在为临床提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将 2021 年 5 月至 2022 年 10 月该院收治的 79 例危重症心脏大血管手术患者分为对照组(39 例)和 ERAS 组(40 例)。纳

入标准:符合主动脉夹层、心脏瓣膜病、冠心病等心血管疾病的诊断标准,并经临床 CT 血管造影、胸片等影像学检查确诊,具有明确的手术指征,年龄 >18 岁。排除标准:存在既往心脏手术史,存在沟通交流障碍与认知障碍,合并恶性肿瘤、精神类疾病。对照组中男 27 例,女 12 例;年龄 24~75 岁,平均(56.18±12.75)岁;病程 3~12 年,平均病程(6.65±2.27)年;体质量指数 20~26 kg/m²,平均体质量指数(24.86±1.01)kg/m²;手术病理类型:主动脉夹层 10 例,心脏瓣膜病 16 例,冠心病 13 例;合并高血压 15 例,合并糖尿病 12 例;有吸烟史 25 例;有饮酒史 22 例。ERAS 组中男 30 例,女 10 例;年龄 24~76 岁,平均(57.54±12.49)岁;病程 3~13 年,平均病程(6.71±2.33)年;体质量指数 20~26 kg/m²,平均体质量指数(25.06±0.75)kg/m²;手术病理类型:主动脉夹层 11 例,心脏瓣膜病 14 例,冠心病 15 例;合并高血压 15 例、糖尿病 14 例;有吸烟史 27 例;有饮酒史 24 例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>$