

预见性护理在急性左心衰患者急诊护理效果分析

侯荣

石嘴山市第二人民医院 宁夏 石嘴山 753000

摘要：目的：在急性左心衰患者的护理上，分析预见性护理在急诊方面的价值。**方法：**筛选 30 例本院 2021~2022 年急诊科内接受救治的急性左心衰患者，以随机法划分为每组 15 例的两组，护理方式包括常规护理（对照组）与预见性护理（观察组），评测护理后的抢救效果、抢救时间、心功能指标、心理状况、生存质量、并发症情况以及护理满意度。**结果：**观察组的抢救成功率（100.00%）较对照组（73.33%）更高（ $P<0.05$ ）。观察组的抢救时长较对照组更短（ $P<0.05$ ）。观察组干预后的 LVDD 较对照组更低，而 LVEF 与 FS 水平较对照组更高（ $P<0.05$ ）。观察组干预后的 SAS 与 SDS 评分较对照组更低（ $P<0.05$ ）。观察组干预后的躯体状况、情绪状态、社会职能、睡眠质量与生理功能评分较对照组更高（ $P<0.05$ ）。观察组的并发症发生率（6.67%）较对照组（40.00%）更低（ $P<0.05$ ）。观察组的护理满意度（100.00%）较对照组（73.33%）更高（ $P<0.05$ ）。**结论：**通过对急诊科急性左心衰患者开展预见性护理，能够提高整体的抢救效果，改善心功能、心理与生活质量，预防和控制并发症，提升抢救体验，值得推广。

关键词：预见性护理；急性左心衰；急诊护理；临床效果

0 引言

急性左心衰作为急诊科十分常见的危急重症，该病的病情进展迅速，发病后需要接受及时的抢救来挽救患者的生命，同时还需要加强急诊期间的护理支持，来提高抢救效果，防止不良事件的发生^[1]。本次通过急诊科内的 30 例急性左心衰患者作为案例，评估预见性护理在急诊急性左心衰方面的优势，统计如下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

筛选 30 例本院 2021~2022 年急诊科内的急性左心衰患者为案例，年龄 60~75 岁，以随机法划分为每组 15 例的两组，观察组的年龄为 61~75 岁，平均（ 66.58 ± 5.06 ）岁，发病时间为 0.3~5.1 h，平均（ 2.74 ± 0.85 ）h，体重为 51.23~87.08 kg，平均（ 67.37 ± 7.15 ）kg，其中男性 8 例（53.33%），女性 7 例（46.67%）。对照组的年龄为 60~73 岁，平均（ 66.70 ± 5.12 ）岁，发病时间为 0.2~5.2 h，平均（ 2.68 ± 0.79 ）h，体重为 51.12~87.20 kg，平均（ 67.45 ± 7.26 ）kg，其中男性 9 例（60.00%），女性 6 例（40.00%），两组资料差距不大（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：均符合急性左心衰的相关指征；均知情并签署同意书；均于急诊科接受治疗。

排除标准：排除遭受严重躯体外伤的；排除合并其他心血管疾病的；排除配合度不高的；排除未全程接受护理的；排除半途转院的。

1.3 方法

对照组予以常规护理：护理人员接到急性左心衰患者后，密切关注其病情的变化，做好常规的宣教工作，执行常规的急诊流程，在生活方面予以必要的指导，最大程度保证急性左心衰的抢救效果。

观察组予以预见性护理：①护理计划。护理人员提前准备好急性左心衰的抢救仪器和药品，患者入院后协助医师进行抢救，并在期间询问各项信息，结合疾病史、手术史、家族史等，来做好预见性护理计划的制定，并优先开通绿色通道，为各项检查工作缩短不必要的流程。②病情评估。护理人员结合各项检查结果与患者症状表现，配合医师做好患者病情的评估，根据病情程度和危险因素等，做好治疗期间各并发症的预防和工作，并预见各类护理风险，来减少不良事件的发生。③心电监护。在抢救期间，护理人员做好患者生命体征的实时监护，连接好心电监护仪、呼吸机等仪器，关注好患者的心率、血压以及脉搏等的变化，一旦发生异常情况需及时反馈医师并做好相应的处理。④用药指导。结合病情评估的情况，护理人员做好用药方面的预见性分析，并密切关注患者使用急性左心衰治疗药物后的反应，控制好用药剂量和频率，严格按照药物禁忌来治疗，从而提高药物治疗的安全性和有效性。⑤体位护理。护理人员引导患者维持坐位或半卧位，帮助减少回心血量，从而有效对心脏负荷进行控制，同时保证其呼吸的通畅，并为患者进行人工吸氧，必要时帮助患者排痰，防止发生呼吸困难与肺部感染的风险。⑥心理

疏导。由于急性左心衰的发病急骤，会对患者的身心健康造成极大的负担，再加上急性左心衰的症状和不适症状以及出于对抢救的害怕，容易出现不安、焦虑等情绪，影响了抢救的正常进行。因此护理人员预见性判断患者的心理状况，做好必要的辅导，在抢救期间予以人文关怀，帮助转移其注意力，从而减少心理问题的发生。⑦健康教育。在急性左心衰患者的病情平稳后，护理人员结合患者的文化背景与性格特点，做好急性左心衰治疗相关知识的教育，让其了解自身的情况以及抢救期间需要注意的各项问题，并耐心回答患者的疑虑，从而增加急性左心衰抢救工作的配合度，也防止纠纷问题和不良事件的出现。⑧生活干预。在急性左心衰患者的抢救期间，护理人员还需为其营造良好的治疗环境，做好室内环境的维持，并定期为患者更换体位，通过翻身和按摩来防止局部受压，防止压疮和下肢水肿的出现。同时根据患者的营养状况来安排健康的饮食，保证其营养的正常摄入，并杜绝刺激性饮食而加重病情。最后让患者保证积极的心态，保证衣物的宽松和舒适以及每天充足睡眠，来加快病情的恢复。

1.4 观察指标

以抢救失败与抢救失败的占比进行抢救效果的评估。

以急救时长进行急救时间的评估。

以 LVDD、LVEF 与 FS 进行心功能指标的评估。

以 SAS 与 SDS 评分进行心理状况的评估。

以躯体状况、情绪状态、社会职能、睡眠质量与生理功能评分进行生存质量的评估。

以低氧血症、下肢水肿、急性肺水肿与心源性休克的占比进行并发症情况的评估。

以非常满意、一般满意与不满意三个等级的占比进行护理满意度的评估。

1.5 统计学计算

借助 SPSS 26.0 工具计算统计，计量、计数数据形式分别为（ $\bar{x}\pm s$ ）与（%），检验方式分别为 t 与 χ^2 检验，以 EXCEL 2010 整合结果， $P<0.05$ 证明差异较大，有统计学意义。

2 结果

2.1 抢救效果

观察组的抢救成功率（100.00%）较对照组（73.33%）更高（ $P<0.05$ ），具体见表 1。

表 1 抢救效果 [n(%)]

组别	例数	抢救失败	抢救成功
观察组	15	0 (0)	15 (100.00)
对照组	15	4 (26.67)	11 (73.33)
χ^2		4.165	4.165
P		0.032	0.032

2.2 抢救时间

观察组的抢救时长较对照组更短（ $P<0.05$ ），具体见表 2。

2.3 心功能指标

观察组干预后的 LVDD 较对照组更低，而 LVEF 与 FS 水平较对照组更高（ $P<0.05$ ），具体见表 3。

表 2 抢救时间 ($\bar{x}\pm s$, min)

组别	例数	抢救时长
观察组	15	37.13±6.57
对照组	15	45.58±7.29
t		3.335
P		0.002

表 3 心功能指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LVDD (mm)		LVEF (%)		FS (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	15	62.14±6.25	49.10±5.47	34.26±3.45	63.97±5.18	33.83±3.16	54.08±3.74
对照组	15	62.05±6.31	54.86±5.63	34.32±3.51	54.14±5.30	33.92±3.24	44.76±3.85
t		0.039	2.842	0.047	5.137	0.077	6.725
P		0.969	0.008	0.963	0.000	0.939	0.000

2.4 心理状况

观察组干预后的 SAS 与 SDS 评分较对照组更低 (P<0.05), 具体见表 4。

2.5 生活质量

观察组干预后的躯体状况、情绪状态、社会职能、睡眠质量与生理功能评分较对照组更高 (P<0.05), 具体见表 5。

表 4 心理状况 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	15	53.46±4.25	38.19±3.12	52.64±4.38	37.37±3.09
对照组	15	53.39±4.36	46.54±3.26	52.57±4.47	45.76±3.14
t		0.045	7.167	0.043	7.376
P		0.965	0.000	0.966	0.000

表 5 生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	躯体状况		情绪状态		社会职能		睡眠质量		生理功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	15	55.59±4.35	72.07±3.48	55.37±4.48	71.36±3.13	54.58±4.54	70.29±3.35	54.36±4.63	70.15±3.27	54.20±4.59	70.02±3.16
对照组	15	55.65±4.46	66.30±3.56	55.42±4.56	65.58±3.20	54.63±4.61	65.53±3.42	54.43±4.72	65.37±3.35	54.27±4.65	65.23±3.28
t		0.037	4.489	0.030	5.001	0.030	3.851	0.041	3.955	0.042	4.073
P		0.971	0.000	0.976	0.000	0.976	0.001	0.968	0.001	0.968	0.000

2.6 并发症情况

观察组的并发症发生率 (6.67%) 较对照组 (40.00%) 更低 (P<0.05), 具体见表 6。

表 6 并发症情况 (n, %)

组别	例数	低氧血症	下肢水肿	急性肺水肿	心源性休克	总发生率
观察组	15	1	0	0	0	6.67
对照组	15	3	1	1	1	40.00
χ^2						4.658
P						0.031

2.7 护理满意度

观察组的护理满意度 (100.00%) 较对照组 (73.33%) 更高 (P<0.05), 具体见表 7。

表 7 护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	15	10	5	0	100.00
对照组	15	6	5	4	73.33
χ^2					4.165
P					0.032

3 讨论

急性左心衰也被称为急性左心衰竭, 属于临床十分常见的心血管疾病之一, 是左心室前负荷、后负荷突然增加, 导致心脏排血量急剧下降, 组织器官灌注不足和急性心肌损伤等所致的一种急性临床综合征^[2]。急性左心衰的病因有很多, 其主要原因包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、急性心肌梗死、败血症、呼吸道感染、心律失常等, 并且感染因素、过度劳动以及过量酗酒, 也是造成急性左心衰的主要诱因^[3]。发生急性左心衰后, 患者在临床上会出现呼吸困难、咳嗽咳痰、心慌胸闷、头晕乏力、面色苍白等症状, 严重损害了患者的身体健康^[4]。急性左心衰若未得到及时有效的治疗, 随着病情的发展, 严重者可出现心源性休克、呼吸衰竭、肾功能不全等并发症, 甚至会引起死亡^[5]。

目前临床上对于急性左心衰的治疗, 主要是以一般治疗、药物治疗、呼吸支持治疗、手术治疗等为主, 并且因急性左心衰会危及生命, 因此一旦明确诊断之后, 要积极迅速的抢救治疗^[6]。急性左心衰患者的死亡率较高, 在发现急性左心衰的相关症状, 一定要进行及时迅速去医院接受急诊, 采

取有效的治疗, 并配合科学的护理方式来提高抢救的效果^[7]。预见性护理通过提早识别和解决问题的方法, 预防疾病、促进健康, 降低疾病的风险和成本, 根据急性左心衰的特点, 在抢救期间加强对患者病情、用药、心理以及教育方面的干预, 来帮助急诊工作的顺利进行, 从而达到辅助治疗的目的^[8]。

在对数据参数分析后发现, 观察组的抢救成功率明显更理想, 并且进一步缩短了抢救时长, 同时干预后的 LVDD、LVEF 与 FS 水平得到很好的改善, 让干预后的 SAS 与 SDS 评分显著降低, 以及干预后的躯体状况、情绪状态、社会职能、睡眠质量与生理功能恢复良好, 最后控制并发症的发生且增加了对护理的满意程度, 与对照组相比差异显著 (P<0.05)。分析证实, 研究的 30 例急性左心衰患者中, 经过预见性护理让急诊效果更符合预期。

综上所述, 通过对急诊科急性左心衰患者开展预见性护理, 能够提高整体的抢救效果, 改善心功能、心理与生活质量, 预防和控制并发症, 提升抢救体验, 具有临床推广的价值。

参考文献

[1] 葛玉淋. 预见性护理在急性左心衰患者急诊护理中的效果分析[J]. 妇幼护理, 2022, 2(19): 4577-4580.

[2] 吴海娟. 急诊综合护理在急性左心衰患者护理中的应用效果及满意度分析[J]. 心血管病防治知识, 2022, 12(11): 92-94.

[3] 赵华, 常玉霞, 杜丽霞, 等. 基于风险因素管理的院前急救护理干预在急性左侧心力衰竭患者中的应用观察[J]. 四川生理科学杂志, 2022, 44(3): 470-472.

[4] 林巧琴. 急性左心衰患者在重症监护室护理期间行心理护理干预的价值分析[J]. 心血管病防治知识, 2022, 12(14): 20-22.

[5] 任梦珂, 姬晓鸣. 基于 HEART 评分的急诊护理路径在急性心力衰竭患者抢救中的应用[J]. 四川解剖学杂志, 2022, 30(4): 176-178.

[6] 陈冬丽, 石岩, 李盛楠, 等. 循证护理在急性心力衰竭患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(23): 172-175.

[7] 牛月晴. 评价急性左心衰竭使用临床护理路径在护理工作中的应用[J]. 中国医药指南, 2022, 20(34): 176-179.

[8] 蒋小燕, 赵莺柳, 林玉环, 等. 全程优化急诊护理在老年急性心肌梗死患者中的应用效果[J]. 中西医结合护理(中英文), 2022, 8(3): 160-162.