

· 临床护理 ·

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.11.037

无缝隙护理在阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死的应用研究

赵晓换, 杨和银

(中国医科大学附属盛京医院第三心血管内科 110004)

[摘要] **目的** 探讨无缝隙护理在阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死的应用。**方法** 以该院 2017 年 6 月至 2019 年 1 月收治的 198 例心肌梗死患者为研究对象,分为对照组和试验组,每组 99 例,均予以阿司匹林联合瑞替普酶治疗。对照组行常规护理,试验组予以无缝隙护理,对比两组临床效果及不良反应发生情况。**结果** 治疗后,试验组自我效能、依从性高于对照组,不良反应发生率低于对照组,高迁移率族蛋白 B1、淀粉样蛋白 A 低于对照组,脂联素高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 无缝隙护理应用于阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死中可改善患者自我效能、依从性,减少不良反应,进而提升疗效。

[关键词] 无缝隙护理;阿司匹林;瑞替普酶;心肌梗死;不良反应

[中图分类号] R543.3+1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2020)11-1884-04

心肌梗死是常见心血管疾病的一种,主要由冠状动脉狭窄或闭塞所致,此病发生后,患者心肌血液供应减少或中断,需及时对闭塞血管进行再通,使心肌血液供应恢复^[1]。近年来,临床上多通过阿司匹林联合瑞替普酶的方案对心肌梗死进行治疗,可使闭塞血管迅速再通,并对血小板聚集产生抑制作用,进而达到改善患者病情的作用,但对护理配合的要求较高^[2]。心肌梗死患者在接受阿司匹林联合瑞替普酶治疗的同时,护理效果直接影响患者疗效,然而心肌梗死患者病情严重,常规护理措施已无法满足患者病情需求^[3]。无缝隙护理是指患者治疗前、治疗中、治疗后的全程护理,强调为患者提供一体化、全面化的护理服务^[4]。本文探讨无缝隙护理在阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死的应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2017 年 6 月至 2019 年 1 月阿司匹林联合瑞替普酶治疗的心肌梗死患者 198 例,分为对照组和试验组,每组 99 例。对照组男 51 例,女 48 例;年龄 45~76 岁,平均(60.52±4.57)岁;病程 0.7~4.5 h,平均(2.39±0.10)h;下壁梗死 41 例,前间壁与广泛前壁梗死 34 例,高侧壁梗死 24 例。试验组男 52 例,女 47 例;年龄 44~76 岁,平均(60.13±4.68)岁;病程 0.6~4.7 h,平均(2.41±0.11)h;下壁梗死 40 例,前间壁与广泛前壁梗死 36 例,高侧壁梗死 23 例。纳入标准:(1)参照《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[5]确诊;(2)耐受阿司匹林联合瑞替普酶治疗;(3)自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:(1)合并其他严重器官、系统疾病;(2)认知、精神、交流障碍;(3)无法配合完成研究。本研究经医院伦理委员

会审批。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有对比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

两组均予以阿司匹林联合瑞替普酶治疗。阿司匹林(拜耳医药保健有限公司,J20130078)首次剂量为 300 mg,口服,1 次/天,随后降低剂量为 150 mg,持续 7 d。瑞替普酶(爱德药业有限公司,S20030095)18 mg 静脉推注,30 min 后再次予以 18 mg 静脉推注。

1.2.2 护理方法

对照组予以常规护理,主要包括用药护理、情绪安抚、观察病情等。试验组开展无缝隙护理:以科室护理人员结构为基础,组建专业无缝隙护理团队,明确成员工作职责,组织团队成员专业培训,培训内容包括心肌梗死专业知识、转归途径,以及无缝隙护理方法等,再依据以往阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死的经验,结合心肌梗死护理进展,制订无缝隙护理工作流程,并制作和发放工作手册,使成员充分认识并熟练掌握各个护理工作流程,并将无缝隙护理措施应用于患者。(1)治疗前护理:患者入院后,尽快予以连接 19 导联心电图,并对生命体征密切监测。于患者同一侧肢体对两条以上静脉通道进行建立,予以预留针,常规采集血液标本,协助患者接受专业检查与治疗。指导患者绝对卧床休息,使心肌耗氧量得以有效控制,遵医嘱予以镇静药品,使其疼痛程度缓解。向患者介绍阿司匹林联合瑞替普酶方案的意义、注意事项及用药方法等内容,嘱咐其积极配合用药治疗的必要性,并予以情绪安抚。(2)治疗中护理:予以严密心电监护,开始注射药物时详细询问及了解患者感

受,密切观察是否有再灌注心律失常现象出现,将患者情况及时报予医生,对于存在不适症状者,配合医生予以专业处理。予以全程病情观察,观察是否存在心源性休克、低血压、心脏骤停等不良反应,若有异常情况出现,及时与医生联系。同时,对患者牙龈、皮肤与口腔黏膜等容易出血的部位密切观察,选择套管针进行输液以控制穿刺次数,必要时还可对穿刺部位进行 10 min 按压。(3) 治疗后护理:与患者亲切交流,以温柔语气予以安慰、鼓励,介绍恢复良好的相似病例,使其配合度、信心提升。指导家属为患者准备盐、脂肪含量低的清淡易消化类食品,以半流质或流质为主。指导患者急性期通过进食蜂蜜水、石蜡油等方式促进排便,恢复期通过食用粗纤维食物以保持大便通畅度,严重情况下可遵医嘱予以缓泻剂、开塞露等干预。患者病情恢复且已达到出院标准时,予以出院指导,介绍病情恢复过程中需要注意的各个事项,并发放心肌梗死疾病健康教育册,定期予以随访。

1.2.3 观察指标

(1)自我效能与配合度:治疗前、治疗后,分别通过一般自我效能评价量表(GSES)^[6]、治疗依从性(Frankl 量表)^[7]评价两组自我效能与依从性。GSES 包括 10 项内容,采用 4 级评分,得分越高则说明患者自我效能感越强。Frankl 总分 4 分,1 分为拒绝、痛苦,2 分为不合作、不情愿,3 分为使用、冷淡,4 分为主动合作享受。评分越高,代表治疗依从性越好。(2)

不良反应:统计两组消化道出血、低血压、牙龈出血、室颤、心脏骤停等不良反应发生情况。(3)疗效:治疗前、治疗后,分别采集静脉血液标本 4 mL,常规离心后采用酶联免疫吸附法对高迁移率族蛋白 B1(HMGB1)、脂联素(APn)、淀粉样蛋白 A(SAA)进行测定。

1.3 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自我效能与依从性

治疗前,两组 GSES、Frankl 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,以上评分均升高,且试验组较高,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 不良反应

试验组不良反应发生率 3.06%,低于对照组的 11.22%,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.923, P < 0.05$),见表 2。

2.3 临床疗效

治疗前,两组患者 HMGB1、APn、SAA 差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者 HMGB1、SAA 均降低,APn 均升高,且试验组变化更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组患者治疗前后自我效能与依从性比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	GSES 评分				Frankl 评分			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
对照组	99	4.32±0.41	6.22±0.12	20.042	0.000	1.51±0.02	2.12±0.02	19.632	0.000
试验组	99	4.31±0.39	8.23±0.21	25.034	0.000	1.52±0.03	3.78±0.10	21.162	0.000
t		-0.013	18.952			-0.011	17.694		
P		0.127	0.000			0.201	0.000		

表 2 两组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	消化道出血	低血压	牙龈出血	室颤	心脏骤停	合计
对照组	99	3(3.03)	2(2.02)	3(3.03)	2(2.02)	1(1.01)	11(11.11)
试验组	99	1(1.01)	1(1.01)	1(1.01)	0	0	3(3.03)

表 3 两组患者临床疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	HMGB1(ng/mL)				APn(μg/L)				SAA(μg/L)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
对照组	99	121.95±2.78	89.86±1.53	29.547	0.000	704.12±3.21	987.42±1.59	37.994	0.000	3 125.87±3.35	1 676.45±2.28	42.669	0.000
试验组	99	121.96±2.77	67.83±1.57	33.632	0.000	704.25±3.22	1241.69±1.42	45.013	0.000	3 125.86±3.34	1 146.69±2.31	51.746	0.000
t		-0.341	25.989			-0.035	32.447			0.028	39.205		
P		0.782	0.000			0.747	0.000			0.493	0.000		

3 讨 论

心肌梗死起病急、病情凶险,需及时予以救治,救治的关键主要为对闭塞的冠状动脉进行再通,使心肌灌注恢复^[8]。阿司匹林具有良好的抗血小板、抗炎等作用,不但可促进闭塞冠状动脉再通,而且可使血小板聚集减少^[9]。瑞替普酶是纤溶酶原激活物的一种,是当前溶栓常用治疗药物之一,可快速开通闭塞的冠状动脉^[10]。当前,阿司匹林联合瑞替普酶的方案逐渐被应用于心肌梗死治疗中,但此治疗方案相关不良反应较多,加之心肌梗死病情紧急,需要医护之间做到高质量的协作。

无缝隙护理通过治疗前、治疗中、治疗后的护理,可有效提升治疗安全性及效果^[11-12]。有研究对老年冠心病患者展开无缝隙护理,发现护理后患者心绞痛发作次数明显减少,病情明显缓解。本研究发现,试验组 GSES、Frankl 评分较对照组明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示相较于常规护理,无缝隙护理能提升阿司匹林联合瑞替普酶治疗的心肌梗死患者自我效能、依从性。心肌梗死发病后,患者会有胸闷、胸痛、濒死感等症状出现,致使其产生恐惧、焦虑等情绪,自我效能及配合度均下降^[13-14]。通过治疗前、治疗中、治疗后的无缝隙护理,在注重各环节心理干预的基础上,对患者不良情绪进行充分缓解,使其自我效能提升,从而积极配合诊疗工作及护理活动^[15]。近年多项研究^[16-17]表明,以阿司匹林联合瑞替普酶治疗心肌梗死患者时,可能会有出血、低血压、室颤等不良反应出现,致使临床疗效受影响。为了降低不良反应,本研究通过无缝隙护理,治疗前强调重视病情监测、合理配置药物,治疗中强调规范给药,治疗后加强用药观察,在规范患者治疗工作的基础上,完善护理流程,从而实现了对不良反应的有效预防目标。

HMGB1 在人体体内细胞中大量存在,细胞受损时 HMGB1 会大量释放并进入血液,因此临床将该指标用于反映心肌细胞损伤与炎症情况。SAA 是急性识相反应蛋白的一种,可反映心肌梗死情况。APn 是肽类激素的一种,来源于脂肪细胞组织,是稳定斑块的重要指标,具有抗炎作用^[18-19]。心肌梗死患者受病情影响,其 HMGB1、APn、SAA 水平均会出现异常,以 HMGB1、SAA 异常升高及 APn 降低为主要表现。在阿司匹林联合瑞替普酶治疗的基础上,给予无缝隙护理,通过改善患者自我效能及提升其配合度,可增强其治疗信心,加之可有效控制不良反应,因此还能进一步缓解患者病情,提升其治疗效果。除此以外,无缝隙护理工作中,通过对患者开展治疗后的饮食、排便、出院等护理,可促进病情转归,从而有效降低 HMGB1、SAA,提升 APn,促进患者康复。

综上所述,对接受阿司匹林联合瑞替普酶治疗的心肌梗死患者开展无缝隙护理可有效提升自我效能、配合度,减少不良反应,进而提升疗效。但此次研究

存在样本量小、观察时间短等不足,需进一步研究。

参考文献

- [1] 崔慧静. 急诊全程优化护理在抢救急性心肌梗死患者中的应用现状[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(2): 166-168.
- [2] XIE S, ZHOU J. Effect of statins and the clinical nursing characteristics in patients with acute myocardial infarction [J]. Pak J Pharm Sci, 2017, 30(5): 1843-1843.
- [3] 张同, 李倩, 汤和庆, 等. 瑞替普酶静脉溶栓治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死的护理[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(5): 438-440.
- [4] 车晓宁, 冯小智. 无缝隙护理模式在老年冠心病患者心绞痛的控制和分析[J]. 北京医学, 2017, 39(1): 109-110.
- [5] 中华医学会心血管病学分会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29(12): 710-725.
- [6] KARAÇAM A, PULUR A. Examining the relationship between referee self-efficacy and general self-efficacy levels of football, basketball and handball referees [J]. Universal J Educat Res, 2017, 5(8): 37.
- [7] 欧阳剑波, 肖广发, 阳建怡, 等. 多学科合作的一体化护理干预在经口胰胆管镜围诊疗期中的应用[J]. 中国普通外科杂志, 2018, 27(9): 1160-1166.
- [8] 王姗姗, 薛小玲. 基于时机理论的家庭护理对急性心肌梗死患者康复效果的研究[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(12): 1449-1449.
- [9] 郭仕俊, 苏令, 章福彬, 等. 氯吡格雷联合肠溶性阿司匹林在急性心肌梗死治疗中的应用[J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(4): 458-461.
- [10] GHOBADI H, AMIRAJAM Z, HABIBZADEH A. Successful treatment of massive pulmonary thromboembolism with reteplase: case series [J]. Tanaffos, 2018, 17(1): 53-56.
- [11] 林晓燕, 李建英, 张晓春, 等. 无缝隙护理在急性脑血管病院前急救及转运中的应用[J]. 中国中医急症, 2017, 26(3): 558-561.
- [12] 刘雅楠, 赵伟娣, 马惠欣, 等. 无缝隙护理管理模式在 ICU 转出患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(4): 516-518.
- [13] 王静静, 徐翠荣, 曹小彤. 急性心肌梗死患者合并负性情绪的护理研究进展[J]. 护士进修杂志, 2018, 18(1): 34-37.
- [14] 王在远. 心内科护理单元对急性心肌梗死患者应对方式及自护能力的影响[J]. 检验医学与临

床,2017,14(18):2772-2774.

[15] 倪加凤,赵振娟.无缝隙护理在急性心肌梗死患者救护中的应用效果分析[J].中国心血管病研究,2018,16(1):84-87.

[16] 王爱萍.瑞替普酶在急性 ST 段抬高型心肌梗死溶栓治疗中的有效性及安全性研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(9):1081-1083.

[17] 李惠彬,黄建振,钱正明,等.心肌梗死 PCI 治疗 1 年后继续阿司匹林单用或与氯吡格雷联合治疗的对照研究[J].浙江医学,2018,40(11):1239-1241.

[18] NGUYEN A H,DETTY S Q,AGRAWAL D K. Clinical implications of high-mobility group box-1 (HMGB1) and the receptor for advanced glycation end-products (RAGE) in cutaneous malignancy:a systematic review[J]. Anticancer Res,2017,37(1):1-8.

[19] 王景志,于丽,姬国敏,等.还原型谷胱甘肽在保护梗死心肌细胞中的作用分析[J].河北医药,2018,40(1):54-57.

(收稿日期:2019-12-15 修回日期:2020-02-26)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.11.038

不同护理模式对非糖尿病专科胰岛素治疗发生“苏木杰反应”的影响

周先利¹,宋彩萍^{2△},赵欢¹,唐甜¹,王祯¹

(陆军军医大学第二附属医院:1.内分泌科;2.护理处,重庆 400037)

[摘要] 目的 分析不同护理模式对非糖尿病专科胰岛素治疗发生“苏木杰反应”的影响。方法 对 2016 年 1 月至 2019 年 2 月因其他疾病首诊收住非糖尿病专科并进行胰岛素治疗的患者分别给予糖尿病常规护理或糖尿病集束化护理,比较两组患者入院前和出院时的体质量指数(BMI)、睡前血糖、夜间血糖、空腹血糖(FPG)及“苏木杰反应”发生情况。结果 入院前,两组病例 BMI、睡前血糖、夜间血糖、FPG 及“苏木杰反应”发生率差异无统计学意义($P>0.05$);出院时,两组病例 BMI 差异无统计学意义($P>0.05$),睡前血糖、夜间血糖、FPG 及住院期间“苏木杰反应”发生率差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 集束化护理对有效控制非糖尿病专科胰岛素治疗患者住院期间的血糖和及时发现、阻止、减少患者“苏木杰反应”的发生具有积极意义。

[关键词] 糖尿病;非糖尿病专科;胰岛素治疗;集束化护理;苏木杰反应

[中图分类号] R587.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)11-1887-03

许多报道认为,低血糖事件是胰岛素治疗潜在的严重并发症^[1],患者在血糖控制过程中低血糖事件的发生率高达 5%~28%,夜间明显多于白天,且严重的低血糖反应 50%以上均在夜间或黎明出现^[2]。因此,研究认为低血糖事件是影响糖尿病患者预后的独立危险因素,尤其是“苏木杰反应”,因患者熟睡而不能被及时发现,且无力自救或求救,极易延误抢救时机,轻者可致残或影响患者生活质量,严重者可危及生命^[3-5]。因此,“苏木杰反应”常给患者及其家人带来巨大的身心痛苦和经济负担。在临床工作中,因其他疾病首诊收住非糖尿病专科的糖尿病患者也常常进行胰岛素治疗,由于非专科护理人员对糖尿病及胰岛素治疗的专科护理理论和技能的掌握程度不同,不同的科室可能采取的护理模式也存在一定的差异,有的科室可能会采用糖尿病常规护理,有的科室可能会采用糖尿病集束化护理。为了解以上两种护理模式对

非专科胰岛素治疗患者血糖控制效果及发生“苏木杰反应”的影响,本文对两种护理模式在非糖尿病专科胰岛素治疗中“苏木杰反应”发生情况进行了比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2016 年 1 月至 2019 年 2 月因其他疾病首诊收住非糖尿病专科并进行胰岛素治疗的糖尿病患者 109 例。其中常规护理组 57 例,1 型糖尿病 16 例,2 型糖尿病 41 例;男 26 例,女 31 例,年龄 23~78 岁,平均(48.7±10.3)岁;病程 3.5~19.0 年,平均(6.3±3.2)年。集束化护理组 52 例,1 型糖尿病 13 例,2 型糖尿病 39 例;男 22 例,女 30 例,年龄 27~74 岁,平均(51.2±9.8)岁;病程 3.0~21.0 年,平均(6.7±2.8)年。两组病例均无肝、肾、胃肠等疾病,符合 1997 年 WHO 糖尿病诊断标准。