

# 延续护理干预对老年心肌梗死患者用药安全、生活方式改善及再发事件的影响

金静宜 吴坤

中国人民解放军海军第九七一医院，山东青岛，266000；

**摘要：**目的：分析对老年心肌梗死患者实施延续护理的有效性。方法：对我们医院心内科就诊的70例老年心肌梗死患者实施最小随机化分组处理（2024年1月-2024年12月），参照组、研究组分别使用2种不同的护理手段，前者是基础护理措施，后者是延续护理干预，对比两组的差异。结果：两组对比的不良反应发生率、不良生活习惯改善率、再发事件发生率、护理满意度评分、SAS评分、自理能力评分、自我效能感评分、病耻感评分、积极应对评分、生存质量评分存在显著差异（ $P<0.05$ ）。结论：延续护理措施用在老年心肌梗死患者中的效果是很高的，不仅可以改善其日常生活中的行为习惯，预防和减少一系列再发事件的出现，提高药物治疗的安全性，改善患者生存质量水平。

**关键词：**老年心肌梗死；延续护理；不良反应；不良生活习惯改善率；再发事件发生率

**DOI：**10.69979/3029-2808.26.01.019

老年心肌梗死主要是指发生在60岁以上老年群体中的心血管意外，主要是年龄增长导致的，随着年龄的增长，老年人的冠状动脉逐渐发生粥样硬化，导致血管狭窄、血流不畅<sup>[1]</sup>。当冠状动脉狭窄到一定程度时，容易形成血栓，阻塞冠状动脉，使心肌缺血、缺氧，最终引发心肌梗死。长时间的三高疾病也会导致老年患者发生意外，高脂血症会使血液黏稠度增加，导致血流速度减慢，容易形成血栓；长期高血压使心脏负担加重，心肌耗氧量增加，容易导致心肌缺氧<sup>[2]</sup>。糖尿病患者的血糖水平持续升高，会导致血管内皮细胞损伤，血管壁通透性增加，容易形成血栓；三高控制不佳极易导致心肌梗死的发生。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

使用最小随机化分组法对我们医院心内科收治的70例老年心肌梗死患者分成2组，35例参照组中男20例，女15例，年龄60-85岁，均值（73.56±2.45）岁，体重45.69-85.25kg，平均（65.25±3.46）kg；研究组35例的年龄61-86岁，平均（73.59±2.47）岁，男女为21:14例，体重45.65-85.26kg，均值（65.23±3.47）kg。统计学处理两组的资料（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①经冠状动脉造影均确诊为心肌梗死；

②年龄≥60岁；③符合手术或药物治疗指征；④可以正常与人沟通；⑤没有先天性疾病或其他障碍。

排除标准：①合并凝血功能障碍；②既往心脏手术史或二次心肌梗死；③合并精神障碍性疾病；④经治疗稳定后转院；⑤沟通障碍或出院后拒绝随访。

### 1.2 方法

参照组实施基础护理，包括常规的监测患者病情的变化、第一时间处理患者出现的症状、为患者介绍疾病的相关知识、解答患者和家属提出的疑问和不解、指导患者生活中的注意事项等。

研究组开展延续护理干预：（1）构建延续护理小组：在科室内组建一支延续护理小组，定期组织她们学习一些“心肌梗死、延续护理”等护理知识和技能，在患者住院期间邀请患者和家属加入微信群内，群内护士在每天18:00-20:00期间在线解答患者和家属提出的疑问。邀请患者进入群内时鼓励和引导患者和家属在群内积极地发言，分享自己平时生活中的自我管理心得。还可以通过列举康复案例、交流康复经验更好的帮助患者建立康复自信心，增进患者出院后护士、患者之间的沟通互动。还应每两三天在群内分享一些关于心肌梗死相关疾病知识的文章、专家视频等，指导患者每天在群内打开按时吃药的事宜，更好的帮助患者建立规范用药的

行为习惯。（2）延续心理疏导：在患者出院以后通过电话、微信、上门随访的方式了解患者的生活状态，从和患者聊天的过程中了解患者的心理状态，结合患者心理评估结果和性格特点开展一对一的语言安慰鼓励、眼神肯定、家属陪伴支持、转移注意力疗法、深呼吸放松、文娱活动放松、认知行为疗法等方式舒缓患者的情绪和心理，促使患者能积极树立战胜疾病的自信心和自我效能感，让患者以平和、舒缓的态度面对疾病和未来的生活。（3）延续生活指导：在微信上通过分享和指导的方式宣教生活中的注意事项；指导患者在平时生活中要改善饮食结构，多吃蔬菜、水果、全谷类和低脂肪食品，减少饱和脂肪酸和糖类的摄入，多食用富含不饱和脂肪酸、高纤维和高蛋白的食物。同时要控制总热量摄入，避免过饱。适当的运动有助于增强心肺功能，但要注意运动的强度和方式。

### 1.3 观察指标

表 1：两组的再发事件发生率、不良生活习惯改善率、不良反应发生率（n/%）

| 组别               | 不良生活习惯改善率  | 再发事件发生率   | 不良反应发生率    |
|------------------|------------|-----------|------------|
| 参照组（35）          | 24 (68.57) | 6 (17.14) | 10 (28.57) |
| 研究组（35）          | 32 (91.43) | 1 (2.86)  | 3 (8.57)   |
| X <sup>2</sup> 值 | 5.714      | 3.968     | 4.629      |
| P 值              | 0.017      | 0.046     | 0.031      |

### 2.2 生存质量评分

研究组的生存质量评分相对于参照组更高（P<0.05）；见表 2：

表 2：参照组、研究组的生存质量评分（分）

| 组别            | 时段              | 社会机能        | 心理机能        | 生理机能        | 生活质量评分      |
|---------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 参照组（35）       | 护理前             | 47.25±3.26  | 46.96±3.52  | 45.57±3.55  | 46.33±3.60  |
|               | 护理后             | 53.64±5.20  | 56.34±5.25  | 52.25±5.72  | 52.10±5.50  |
| 研究组（35）       | 护理前             | 47.00±3.30  | 47.00±3.53  | 46.00±3.53  | 46.57±3.59  |
|               | 护理后             | 62.10±5.25  | 62.17±5.30  | 62.10±5.80  | 62.11±5.52  |
| t 值/P 值（护理前后） |                 | 5.120/0.000 | 5.512/0.001 | 4.123/0.000 | 4.751/0.000 |
|               | t 值/P 值（护理前后）   | 5.236/0.000 | 6.355/0.000 | 5.454/0.000 | 5.269/0.000 |
|               | t 值/P 值组间值（护理后） | 3.695/0.000 | 3.968/0.000 | 4.017/0.000 | 5.102/0.000 |

### 2.3 自理能力评分、护理满意度评分、SAS 评分

两组护理前的差异很小（P>0.05）；干预后，研

究组的护理满意度评分、自理能力评分更高（P<0.05），而 SAS 评分低于参照组（P<0.05）；见表 3：

表 3：两组的护理满意度评分、SAS 评分、自理能力评分（分）

| 组别      | 自理能力评分     |            | SAS 评分     |            | 护理满意度评分    |
|---------|------------|------------|------------|------------|------------|
|         | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |            |
| 参照组（35） | 55.56±3.69 | 60.21±4.56 | 56.65±4.47 | 51.20±3.23 | 86.79±5.26 |
| 研究组（35） | 55.55±3.72 | 66.69±5.20 | 56.66±4.50 | 45.38±2.16 | 92.38±5.45 |
| t 值     | 0.002      | 5.152      | 0.000      | 4.457      | 6.369      |
| P 值     | 0.889      | <0.001     | 1.000      | <0.001     | <0.001     |

### 2.4 自我效能感评分、积极应对评分、病耻感评分

干预前两组的差异不大（P>0.05）；护理后，研

究组的积极应对评分、自我效能感评分高于参照组（P<0.05），而病耻感评分更低（P<0.05）；见表 4：

表4：两组的积极应对评分、病耻感评分、自我效能感评分（分）

| 组别      | 病耻感评分      |            | 自我效能感评分    |            | 积极应对评分     |            |
|---------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|         | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 参照组（35） | 22.32±2.15 | 19.27±2.02 | 15.45±3.26 | 19.59±4.15 | 18.15±2.12 | 22.02±2.56 |
| 研究组（35） | 22.33±2.16 | 16.30±1.78 | 15.46±3.28 | 24.10±4.23 | 18.16±2.15 | 25.65±3.02 |
| t值      | 0.000      | 5.263      | 0.005      | 4.170      | 0.010      | 6.987      |
| P值      | 1.000      | <0.001     | 0.897      | <0.001     | 0.226      | <0.001     |

### 3 讨论

有文章指出，随着各类基础性疾病的出现、老龄化越来越严重，这一阶段中老年心肌梗死的发生率越来越高，对于患者有着生命安全方面的威胁和影响。心肌梗塞是由于冠状动脉阻塞导致心肌缺血坏死的病理过程。这会直接损害心脏肌肉，影响心脏的泵血功能。心肌梗塞发生时，由于血管内斑块破裂、血栓形成，导致冠状动脉阻塞<sup>[3]</sup>。这种血管损伤不仅局限于心脏，还可能引发全身其他部位的动脉硬化、狭窄，增加心血管事件的风险。

所以，对于老年心肌梗死患者来说及时有效的治疗和护理干预是十分重要的，是挽救患者生命安全、改善患者预后的基础和保证。延续性护理主要是指通过一系列精心设计和开展的一系列护理活动，保证患者从医院到家庭受到不同水平的连续性、协作性和全面性的照顾和护理，延续护理不仅局限在患者住院期间，更是延伸至患者出院以后，通过定期的随访和追踪等落实更全面的护理服务，达到预期的改善患者预后的目标<sup>[4]</sup>。通过延续护理措施可以更好的帮助患者在出院以后得到更全面的照护，使得患者病情得到稳定，规范和纠正其生活行为，帮助患者树立战胜疾病的自信心，减少出院以

后用药不规范导致的不良反应症状，预防再次事件的出现<sup>[5]</sup>。

由此，对老年心肌梗死患者实施延续护理措施能取得十分明显的护理效果。

### 参考文献

- [1]周晓静.基于医共体共享平台的延续性护理模式干预对心肌梗死患者自我管理能力及依从性的影响[J].慢性病学杂志,2025,26(01):131-134.
- [2]苏晓玲,保成英,邬美琴.探讨综合护理干预模式在青海地区高血压合并急性心肌梗死患者中的护理效果[J].青海科技,2024,31(05):174-185.
- [3]韩艳玲,韩文秀.延续性护理干预对180例老年心肌梗死患者医嘱遵从率和生活质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(47):63.
- [4]庞淑云.基于人性化护理理念的多形式延续护理模式在急性心肌梗死患者施行经皮冠状动脉介入术治疗后的应用价值[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(26):126-128.
- [5]范丹丹,邹丽芳,林莺.以专科护士为主导多学科团队协作的延续护理在急诊心肌梗死患者中的应用及效果评价[J].心血管病防治知识,2024,14(03):62-64.