

优化急诊绿色通道流程联合预见性护理在急性心肌梗死患者中的应用价值分析

刘亮亮 董俊伶 黄研 李冰 毕晓菊^(通讯作者)

西安交通大学第二附属医院 陕西 西安 710004

【摘要】目的：探讨优化急诊绿色通道流程联合预见性护理在急性心肌梗死患者中的应用价值。方法：选取2024年1月-2026年1月间，入我院接受急性心肌梗死诊治病患120例为研究对象，均行单盲设计干预，通过计算机随机数表的形式完成分组，即观察组（n=60；优化急诊绿色通道流程联合预见性护理）与对照组（n=60；常规护理），遂对比组间的相关指标用时、并发症概率、心功能/心肌酶改善情况和护理满意度。结果：经比对，观察组疼痛缓解（消失）、呼吸抑制、胸闷、入院一完成心电图检查、入院一首次使用抗血小板药物等指标用时均短于对照组；出现并发症概率低于对照组；观察组CK-MB、cTnT低于对照组，LVEF、CO高于对照组；护理满意度高于对照组，组间数据比较存在统计学意义， $P < 0.05$ 。结论：在急性心肌梗死患者护理过程中，为患者实施优化急诊绿色通道流程联合预见性护理干预，可改善患者心脏功能，降低异常心肌酶水平，缩短诊疗用时，改善病症体征，提高护理体验效果与预后安全性，可推广应用。

【关键词】：优化急诊绿色通道流程；预见性护理；急性心肌梗死

DOI:10.12417/2982-3676.25.05.009

急性心肌梗死起病急促、病情危急，病死率与致残率较高，对此高效快捷的诊疗干预与系统科学的护理举措，是提升患者预后效果的核心。急诊绿色通道作为强化急性心肌梗死诊疗及时性的主要方式，优化流程可促成诊疗各环节的高效衔接，确保诊疗环节高效提速、快速处置^[1]。预见性护理作为前瞻性护理模式，可通过提前研判风险、主动干预预防，以此减少并发症的发生^[2]。本研究选取入我院接受急性心肌梗死诊治的病患120例为研究对象，行优化急诊绿色通道流程联合预见性护理，以期明确管护成效，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2024年1月—2026年1月间，入我院接受急性心肌梗死诊治的病患120例为研究对象，均行单盲设计干预，通过计算机随机数表的形式完成分组，即观察组与对照组，各组均60。其中对照组男性、女性患者人数均30例，年龄45-61（均值 54.12 ± 0.45 ）岁，病程1-4（均值 3.45 ± 0.01 ）h，分型：自发型32例、继发性18例、猝死型10例。观察组男性32、女性28例，年龄45-61（均值 54.41 ± 0.12 ）岁，病程1-4（均值 3.51 ± 0.41 ）h，分型：自发型31例、继发性19例、猝死型10例。

纳入标准：（1）所涉病患均经心电图、cTnI/cTnT、冠脉造影等影像学检查确诊；（2）所涉病患认知清晰、依从性良好，无构音障碍；（3）病患明确研究细则，自愿签署知情同意书。

排除标准：（1）妊娠期、哺乳期患者；（2）伴精神疾病或认知功能异常，或存在护理干预禁忌证者；（3）资料不全、

随访失联风险高者。

1.2 方法

对照组实施常规护理干预。

观察组行优化急诊绿色通道流程联合预见性护理：首先，在优化急诊绿色通道接诊护理过程中，需院前急救与急诊高效协同联动模式，院前医护人员提前对患者的体征状态、基础身体指标进行评估，将评估所得信息及时传输至急诊室，快速启动绿色通道诊疗预案，提前备齐抢救药品、除颤仪及各类PCI手术器械。抵院后，专人负责引导分流机制，直接进入抢救室开展抢救，即1min内完成体征监测，3min内建立双静脉通路，5min内协助医生完成心电图复查及心肌酶谱采血操作，尽可能缩短患者接受再灌注治疗的等待时间。

其次，在术前预见性护理过程中，应依照病患年龄大小、梗死区域、慢性病，提前预判术前潜在风险，结合患者个体情况采取针对性干预措施。对于高龄且合并高血压的患者，需持续监测血压水平，血压波动情况，依据医嘱提前应用降压药物，确保用药及时性。同时，高效完成术前皮肤准备及碘过敏试验相关操作，及时告知患者及家属手术相关注意事项，疏导其焦虑心理，提升患者手术配合积极性。

同时，在治疗配合与预见性防护方面，术中护理人员全程陪护在旁，密切监测患者生命体征，提前预判术中潜在的低血压、出血等并发症，提前备齐升压药物、止血器材等应急物品。要求护理人员配合医生规范开展血管穿刺、支架植入等操作，严格遵循无菌操作规范，重点观察穿刺部位，确认有无异常表现，及时调整体位，确保手术有序推进。

术后预见性护理，手术结束后，将患者安全转运至CCU

病房,持续心电监护1—3d,重点监测心功能相关指标,预判并发症隐患。对于心衰高危患者,需严格控制补液速度与补液总量,密切观察患者呼吸状态及尿量变化情况,严格遵循医嘱使用利尿剂;防范感染风险,落实口腔(气道)护理,定时翻身拍背,引导患者有效咳嗽;为防控血栓风险,术后1d及时协助并指导患者进行肢体被动活动,严格遵循医嘱使用抗凝药物,定期观察肢体肤色、温度,及时排查异常。

最后,在健康指导、心理护理期间,应结合患者病情恢复情况,预见性开展健康指导,告知患者饮食、活动、用药注意事项,指导其低盐低脂饮食、循序渐进的进行康复锻炼,遵医嘱按时、规律服用抗血小板、调脂等药物,避免擅自停药。同时,关注患者心理,预判焦虑、抑郁等情绪,及时沟通交流、耐心疏导,提升护理服务质量与患者康复成效。

1.3 评价指标及判定标准

(1) 相关指标用时:统计患者疼痛缓解(消失)、呼吸抑制、胸闷、入院—完成心电图检查、入院—首次使用抗血小板药物等指标用时,并作组间数据比较。

(2) 并发症概率:统计患者疗护后出现心律失常、心力衰竭、血栓栓塞、心包炎、室壁瘤等并发症人数,作组间数据比较。

(3) 心功能/心肌酶改善情况:记录患者CK-MB、cTnT等心功能指标,计算LVEF、CO等心肌酶指标改善情况,做组间数据比较。

(4) 护理满意度:采用纽斯卡尔(NSNS)评分表记录患者服务体验,总计96分,其中≥85分为满意,64-84为一般,≤63为不满意,满意度=(满意+一般)/该组人数*100%^[3]。

1.4 统计学处理

本研究的实验数据采用SPSS24.0统计软件对其进行分析处理,组间横向分析与组内纵向分析,分别采用t检验法及一般线性模型重复测量的方差分析法,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,当P<0.05认为有统计学意义。

2 结果

2.1 相关指标用时

如表1,观察组症状改善用时均短于对照组,且诊疗用时较对照组短,组间数据比较差异存在统计学意义,P<0.05。

表1 相关指标用时($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t	P
疼痛缓解(消失)(d)	1.05±0.49	2.49±0.51	15.771	0.000
呼吸抑制缓解(消失)(d)	1.27±0.98	1.59±0.05	2.526	0.012

胸闷缓解(消失)(d)	1.27±0.12	1.62±0.14	14.702	0.000
入院-完成心电图检查 (min)	10.35±2.98	12.41±0.12	5.350	0.000
入院-首次使用抗血小板 药物(min)	15.41±0.97	16.97±0.98	8.763	0.000

2.2 并发症概率

经统计,观察组出现并发症概率(5%)较对照组低(20%),P<0.05。

表2 并发症概率[n(%)]

组别	观察组(n=60)	对照组(n=60)	χ^2	P
心律失常	1	1		
心力衰竭	0	2		
血栓栓塞	1	3		
心包炎	0	4		
室壁瘤	1	2		
并发症	3(5%)	12(20%)	6.171	0.012

2.3 心功能/心肌酶改善情况

如表3,观察组CK-MB、cTnT低于对照组,LVEF、CO高于对照组,二者差异显著,P<0.05。

表3 心功能/心肌酶改善情况($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t	P
CK-MB (U/L)	28.98±3.41	28.85±3.62	0.202	0.839
护理后	17.68±3.12	18.71±0.51	2.523	0.012
cTnT (ng/mL)	0.15±0.02	0.14±0.08	0.939	0.349
护理后	0.05±0.01	0.07±0.01	10.954	0.000
LVEF (%)	38.49±0.12	38.41±0.39	1.518	0.131
护理后	64.12±0.25	62.12±0.98	15.317	0.000
CO (L/min)	2.98±0.49	2.98±0.51	1.000	1.000
护理后	4.75±1.05	4.35±0.98	2.157	0.033

2.4 护理满意度

经统计,观察组患者服务体验满意19例,一般40例,总计59例(98.33%);对照组服务体验满意10例,一般30例,总计40例(66.66%),($\chi^2=20.836$;P=0.000),P<0.05。

3 讨论

优化急诊绿色通道流程,是结合急性心肌梗死的诊疗特点,优化接诊、分诊等环节的流程衔接并精简冗余,实现诊疗全程高效衔接,推动诊疗目标快速、精准落地的流程优化方法^[4]。预见性护理作为结合急性心肌梗死疾病特征和患者自身情况所开展的护理模式,其前瞻性预判疼痛加重、呼吸抑制等护理层面潜在的风险,靶向制定干预举措,提前落实护理筹备与健康宣教工作,从而实现减轻并发症及病情损伤状况,促进患者的康复^[5]。

在本次研究中,在症状缓解方面,观察组疼痛缓解(消失)、呼吸抑制、胸闷、入院一完成心电图检查、入院一首次使用抗血小板药物等指标用时均短于对照组,在核心诊疗指标层面呈现出明显的优势特征,最终成效与急诊绿色通道流程优化的核心宗旨相符。其间,精简急诊接诊、分诊、检查、给药各环节的衔接流程,精简流程冗余环节,精准达成急性心肌梗死患者临床诊疗诉求,缩短救治时长,进而加快疼痛、胸闷等症状的缓解节奏,大幅缩短呼吸抑制的持续时间^[6]。在并发症防控及

心功能改善方面,观察组并发症概率较对照组低,CK-MB、cTnT 低于对照组,LVEF、CO 高于对照组,二者差异显著, $P < 0.05$ 。充分体现了预见性护理的临床价值。护理人员结合急性心肌梗死患者的疾病特征,前瞻性识别潜在风险,为各类潜在风险制定针对性干预措施,提前做好对应工作,不仅有效减少并发症的发生,更能减轻心肌损伤,加速患者心功能的康复进程^[7]。并且,观察组护理满意度较对照组高,即联合护理不仅提高诊疗护理实践应用能力与实施效率,还保障了患者的就医体验^[8]。优化诊疗流程,有效降低了患者及家属的等待耗时,依托预见性护理强化医患沟通,及时疏导患者负面情绪,同步解答其及家属的诊疗疑问,使患者获得精准化、全维度的护理服务体验,进而有效提高患者与家属对护理工作的整体认可度^[9]。

综上所述,通过为急性心肌梗死患者实施优化急诊绿色通道流程干预,可提升整体诊疗效率,缩短治疗时长。同时,结合预见性护理干预,可有效防控急性心肌梗死患者各类并发症的发生,显著优化患者临床结局,改善临床护理服务质量,是一种科学性强、应用效果高效的临床护理模式,可在急性心肌梗死临床护理中推广应用,为临床护理实践提供参考。

参考文献:

- [1] 周巍,李寒雪,房媛媛,关月.基于 PERMA 模式的积极心理护理在急性心肌梗死 PCI 术后患者中的应用效果[J].心理月刊,2026,21(01):170-174.
- [2] 李玉利,郑丽丽,李慧敏,范星星.优化急诊绿色通道流程联合预见性护理在急性心肌梗死患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2026,31(01):114-117.
- [3] 张璐,伏洁,尹然.心脏超声在急性心肌梗死患者 PCI 术后护理中的指导价值及对心功能和 ADL 评分的影响[J].影像研究与医学应用,2026,10(01):187-189+193.
- [4] 王云霞.改良早期预警评分联合预见性护理在急性心肌梗死患者中的应用效果[J].医疗装备,2025,38(23):150-153.
- [5] 朱婷婷,闫芳,盛苗苗.改良早期预警评分结合预见性护理在急性心肌梗死患者中的应用效果分析[J].中国典型病例大全,2025,19(03):743-746.
- [6] 王敏,徐晶晶,牛利巧,刘梅,郑利娜,王朝辉,冯冰冰,郑金刚.基于改良早期预警评分的预见性护理干预对急性心肌梗死患者预后影响的 Meta 分析[J].医学新知,2025,35(11):1324-1332.
- [7] 王晒,吴爱惜.基于早期预警评分的预见性护理模式在急性心肌梗死后心律失常患者中的应用[J].医疗装备,2025,38(14):131-133.
- [8] 刘鸿媚,张娜彬,林传愉.预见性护理模式在改善老年急性心肌梗死患者睡眠质量中的应用价值[J].世界睡眠医学杂志,2025,12(07):1526-1529.
- [9] 刘晗.急诊护理联合预见性护理在急性心肌梗死心肺复苏患者中的应用价值研究[J].航空航天医学杂志,2024,35(11):1353-1355.