

# 冠心病急诊介入手术护理安全管理探究

王茜梅

甘肃省省中医院 甘肃 兰州 730050

**【摘要】**目的：本文探析心内科冠心病急诊介入手术护理安全管理的应用效果。方法：对在我院心内科接受急诊介入手术治疗的冠心病患者分别给予常规急诊护理（对照组）和全程护理安全管理（观察组），对比两组应用效果。结果：观察组护理效率指标、心功能指标、心理状态以及生活质量和护理满意度改善情况显著优于对照组，护理不良事件发生率明显降低， $P < 0.05$  说明存在对比意义。结论：对心内科冠心病急诊介入手术的患者采用护理安全管理，可显著缩短急诊 PCI 救治时间，降低并发症与护理风险，改善心功能，提升满意度，值得临床推广。

**【关键词】**：急诊；介入手术；心内科；冠心病；安全管理；手术护理；效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.074

《中国心血管健康与疾病报告(2023)》<sup>[1]</sup>指出，由于我国居民不健康生活方式流行,有心脑血管疾病（CVD）危险因素的人群巨大,加之人口老龄化加速,CVD 仍是我国居民健康的最大威胁之一。冠心病即心脑血管疾病之一，该病发病原因是冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变，导致出现血管腔狭窄或者阻塞的现象，致使心肌缺氧、缺血或坏死引起的心脏病，全称为冠状动脉粥样硬化性心脏病<sup>[2]</sup>，由于其发病急、病情重，严重威胁患者生命健康。急诊介入治疗（PCI）作为有效治疗措施，可控制病情发展，然而受术后并发症较多等因素影响，易增加护理风险事件及投诉事件发生，不利于术后恢复<sup>[3-4]</sup>，因此，加强护理安全管理对于提高手术成功率、改善患者预后具有重要意义。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

随机选取 2024 年 1 月-2025 年 12 月期间在我院心内科接受急诊介入手术的 150 例冠心病患者，采用计算机随机数字 1：1 分配将其平均分为对照组（常规急诊护理）和观察组（全程护理安全管理），所有患者的总体情况进行汇总分析显示( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**纳入标准**：患者符合《非 ST 段抬高型急性冠脉综合征诊断和治疗指南(2024)》<sup>[5]</sup>的诊断标准，冠脉造影提示狭窄 $\geq 70\%$ ，符合介入治疗指征，无禁忌证，发病 $\leq 12$  h 且接受急诊 PCI，临床资料完整，可完成全程随访，且均已签署知情同意书。

**排除标准**：合并严重肝肾功能衰竭，合并肿瘤或血液系统指标异常或长期服用抗凝药物者，既往有冠状动脉旁路移植史，有认知、沟通障碍和精神疾病史，无法配合护理及评估者，合并其他严重心血管疾病（如严重心力衰竭、心肌病等），以上各项资料指标间  $P > 0.05$ ，具备可比性。

表 1 患者一般资料( $\bar{x} \pm s$ )

项目	对照组(n=75)	观察组(n=75)	P 值
----	-----------	-----------	-----

性别	男	43(57.33%)	41(54.67%)	>0.05
	女	32(42.67%)	34(45.33%)	>0.05
平均年龄	岁	65.87 $\pm$ 5.21	65.75 $\pm$ 5.69	>0.05
平均病程	年	6.93 $\pm$ 2.69	6.74 $\pm$ 2.37	>0.05
BMI 平均值	kg/m <sup>2</sup>	25.36 $\pm$ 2.72	25.80 $\pm$ 2.12	>0.05
	II 级	41(54.67%)	39(52.00%)	
	III 级	24(32.00%)	25(33.33%)	>0.05
心功能 NYHA 分级	IV 级	10(13.33%)	11(14.67%)	
	高血压	43(57.33%)	41(54.67%)	>0.05
合并疾病	糖尿病	31(41.33%)	30(40.00)	>0.05
	发病至入院时间	h	4.23 $\pm$ 1.78	4.31 $\pm$ 1.69

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组（遵循心内科急诊常规路径）

分诊护士完成心电图后电话通知值班医生，导管室护士接到电话后 30 min 内到岗；术前做好各项检查和手术准备工作，常规核对、备物及对患者的宣教和心理疏导工作；术中做好医护配合，术后监测患者意识状态和生命体征指标变化，穿刺部位压迫以及常规心理护理和健康知识宣教等。

#### 1.2.2 观察组

(1) 接诊阶段安全管理：①建立快速响应机制：成立急诊介入护理安全小组，由护理部主任牵头组建专业化团队，成员包括高级职称护理人员 2 名、中级职称 3 名及初级职称 5 名；接到急诊电话后，小组成员需在 10min 内完成集结与职责分配，确保各岗位权责明晰<sup>[6]</sup>。②强化信息核对：与家属紧急沟通，了解患者药物过敏史、发病史等，并采用“十查”制度，详细核对患者床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、过敏史、术前用药、穿刺部位及生命体征，确保信息准确无误，避免身

份识别错误。③优化转运流程：准备专用转运床及急救设备（包括除颤仪、监护仪、呼吸器等），一旦患者确诊，立即绕过病房直达导管室，节省转运时间。实施双人协同转运模式，全程动态监测生命体征，维持静脉通路有效性，备好急救药品（如肾上腺素、抗心律失常药物等），同步建立与介入治疗团队的实时信息交互系统，提前告知患者病情，确保介入室做好准备。

(2) 术前阶段安全管理：①风险评估与预案制定：对患者进行全面风险评估，识别潜在风险因素（如高龄、合并基础疾病、凝血功能异常等）<sup>[7]</sup>，并为高风险病例量身定制护理方案；术前组织护理安全小组进行病例讨论，明确护理要点与风险防控策略。②术前准备规范化：严格按照手术要求准备器械、药品及耗材，检查急救设备的功能性，药品在有效期内，并对手术器械进行严格消毒灭菌，做好标识，由专人负责核对；同步进行患者基本信息核对、手术签字、常规检查及碘过敏试验等，缩短等待时间，同时对患者及家属进行针对性健康宣教，讲解手术流程、配合要点及术后注意事项，旨在提升效率并减轻患者心理负担。③感染防控准备：对介入室进行彻底清洁消毒，确保空气细菌培养菌落总数 $\leq 200$ 个/m<sup>3</sup>，对于特定病毒携带者（如乙肝、丙肝等），采取额外的隔离防护措施，制定专用消毒流程，避免院内感染。

(3) 术中阶段安全管理：①无菌操作管控：医护人员须严格遵循无菌操作规范，正确穿戴个人防护装备，实施手术区域标准化消毒流程，及时纠正违规操作，以便维持手术室环境洁净度与秩序。②生命体征与病情监测：采用多参数监护仪实时监测患者心电图、血流动力学及氧合状态、冠脉压力曲线等关键指标，每5 min记录1次；强化对意识水平、体表特征的临床观察，若出现胸闷、胸痛、血压下降、恶性心律失常等异常情况，即刻启动应急响应程序并配合医师处置；预先配置血液制品及急救药物，建立低血压休克快速干预通道。③器械与药品管理：手术过程中，执行双重核查制度，由两名专业人员共同确认术中器械规格、药品剂量及使用记录，并做好记录；完善器械回收清点流程，避免丢失或损坏，药品使用后及时补充，做好标识管理。

(4) 术后阶段安全管理：①穿刺部位精细化护理：对于经桡动脉穿刺的患者，加压包扎4h后视出血情况调整压力，腕关节制动24h，其间密切观察穿刺部位及上肢皮肤颜色、温度、感觉及手指活动情况，若出现异常，及时调整包扎压力并处理。对于经股动脉穿刺患者，拔管前做好预防迷走反应准备，拔管后弹力绷带加压包扎，术侧肢体制动24h，密切关注足背动脉搏动、皮肤温度与渗血等，鼓励患者术后24~48h适当活动肢体，预防静脉血栓。②并发症预防与护理：针对心力衰竭、心律失常、感染等常见并发症制定专项方案，术后24h内密切观察患者有无胸闷、气短、呼吸困难等症状，定期复查心电图

及心肌酶谱<sup>[8]</sup>，协助患者早期活动，从被动到主动，同时严格执行抗感染措施，保持穿刺部位清洁干燥，合理使用抗生素。

③心理护理干预：术后及时告知手术结果以舒缓焦虑，关注心理状态，通过沟通疏导负面情绪，借助家属情感支持助力患者树立康复信心。

(5) 出院阶段安全管理：①康复指导：着重强调遵医嘱用药的必要性，指导患者养成低盐、低脂、低糖的饮食习惯，避免暴饮暴食；依据患者的心功能状况，科学推荐如散步、太极拳等适宜的运动方式，同时指导患者及家属掌握家庭监测方法（如测量血压、心率等），出现异常及时就医。②延续性护理：建立完善的患者随访档案，通过电话、微信或门诊随访等方式及时了解患者康复情况，并据此灵活调整护理方案；同时，还应积极解答患者及家属在康复过程中遇到的各类疑问，为他们提供持续、专业的护理支持。

### 1.3 观察指标

对比两组患者护理效率指标、心功能指标，护理不良事件发生率、护理满意度以及心理状态（通过HAMA、HAMD表进行评估）以及生活质量（采用SF-36评估）。

### 1.4 统计学分析

应用SPSS26.0软件进行数据处理，用t检验( $\bar{x} \pm s$ )，用 $\chi^2$ 检验[n(100%)], 若 $P < 0.05$ 说明存在对比意义。

## 2 结果

表2 两组患者急救时效对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	75	75	-	-
心肌再灌注时间(min)	70.97 ± 7.64	59.23 ± 6.85	11.531	<0.05
急救抢救时间(min)	43.35 ± 5.27	36.51 ± 5.30	6.928	<0.05
住院时间(d)	15.83 ± 1.90	11.49 ± 1.53	4.694	<0.05

表3 两组患者心功能指标对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	75	75	-	-
LVEF(%)	50.14 ± 3.13	59.37 ± 3.08	8.947	<0.05
LVEDD(mm)	52.09 ± 3.18	47.86 ± 3.57	4.725	<0.05
LVESD(mm)	40.32 ± 3.81	35.29 ± 3.59	5.571	<0.05
NT-proBNP(pg/ml)	330.47 ± 43.05	256.82 ± 30.86	48.603	<0.05

表4 两组患者不良事件发生率对比[n(100%)]

组别	对照组	观察组	$\chi^2$	P 值
----	-----	-----	----------	-----

例数	75	75	-	-
心力衰竭	6(8.00%)	2(1.54%)	-	-
心律失常	8(10.67%)	3(3.08%)	-	-
穿刺出血/血肿	7(9.33%)	2(1.54%)	-	-
感染	4(5.33%)	1(0.00%)	-	-
不良事件发生率	25(33.33%)	4(6.15%)	16.952	<0.05

表5 两组患者护理满意度、不良情绪及生活质量评分对比  
( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	75	75	-	-
护理满意度评分	88.67±3.51	96.80±2.34	12.057	<0.05
HAMA 评分	9.76±1.65	6.94±1.49	2.638	<0.05
HAMD 评分	9.36±1.41	6.74±1.28	2.284	<0.05
生活质量评分	80.41±6.23	90.18±6.69	9.729	<0.05

### 3 讨论

急性冠脉综合征起病急、病情凶险，经皮冠状动脉介入治疗是降低病死率的首选方案，但介入手术治疗技术在具体运用过程中涉及的操作步骤较为复杂，因此需要直观面对复杂多样的危险因素。

本研究结果表明，观察组心肌再灌注时间、急救抢救时间及住院时间均显著短于对照组，观察组 LVEF 及 NT-proBNP 水平改善程度显著优于对照组，观察组护理不良事件总发生率为 6.15%，显著低于对照组的 33.33%，同时护理满意度、不良情绪及生活质量评分也显著优于对照组，以上数据差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明通过快速启动应急预案，确保患者在最短时间内接受手术治疗，减少了病情延误的风险；通过严格的信息核对、手术护理管理和环境管理，有效降低了护理差错和院内感染的发生概率；通过关注患者心理状态，缓解其焦虑情绪，有助于患者积极配合治疗，提高手术成功率；通过良好的生活习惯和饮食指导，促进了患者术后康复，提高了生活质量。

经对比发现，通过对心内科冠心病急诊介入手术患者实施全面的护理安全管理，可有效降低并发症发生率，提高护理质量与患者满意度，优化急救效率及心功能恢复，可于临床将此方案推广。

### 参考文献:

- [1] 国家心血管病中心,中国心血管健康与疾病报告编写组,胡盛寿.中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J].中国循环杂志,2024,39(7):625-660.
- [2] 梁瑞雪.冠心病患者急诊介入手术护理安全管理探讨[J].特别健康,2021(34):245.
- [3] 杨宝玉.护理风险管理在老年冠心病患者介入手术护理中的应用[J].黑龙江医药科学,2022,45(01):128-129.
- [4] 樊慧霞.冠心病急诊介入手术配合护理安全管理对治疗效果及不良事件发生率的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(02):199-200.
- [5] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,李毅,等.非 ST 段抬高型急性冠脉综合征诊断和治疗指南(2024)[J].中华心血管病杂志,2024,52(06):615-646.
- [6] 马月霞.探讨心内科冠心病急诊介入手术护理安全管理[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2020(11):00131-00131.
- [7] 夏菁.护理安全管理措施应用在冠心病患者实施急诊介入手术中的效果观察[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(6):99-101.
- [8] 陈天伦.心内科冠心病急诊介入手术护理安全管理探讨[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022(7):171-174.