

基于心电监测的标准化护理干预在心律失常患者院内不良事件防控中的作用

刘晓雪 孟桂平 宋芷轩 张雪洁

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】目的：分析心律失常患者应用基于心电监测的标准化护理的效果。方法：选取 2024.11~2025.11 至我院就诊的 120 例心律失常患者。根据抛硬币法均分为研究组（基于心电监测的标准化护理干预）、基础组（常规护理）， $n=60$ 。组间对比院内不良事件发生率、心电监测异常识别时间、住院时间、护理满意程度。结果：研究组院内不良事件发生率低于基础组（ $P<0.05$ ）；研究组心电监测异常识别时间和住院时间少于基础组（ $P<0.05$ ）；研究组护理满意程度高于基础组（ $P<0.05$ ）。结论：基于心电监测的标准化护理干预可以降低心律失常患者的院内不良事件发生率，快速识别心电异常，缩短住院时间，提高护理满意程度。

【关键词】：心电监测；标准化护理干预；心律失常；院内不良事件；护理满意程度

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.040

心律失常为临床心内科多见疾病，病情变化迅速，如未能及时干预，可能诱发心源性休克及心力衰竭等院内不良事件，具有一定的死亡率^[1]。心电监测是心律失常患者的主要病情监测方法，能够直接反映出患者的心律变化。但是常规心电监测护理存在一定的不足，包括参数设置存在差异、异常识别时间较长、干预手段缺乏个性化等，导致实际护理效果无法达到预期^[2]。为进一步改善心律失常患者的预后，本文特研究心律失常患者应用基于心电监测的标准化护理的效果。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 2024.11~2025.11 至我院就诊的 120 例心律失常患者。根据抛硬币法均分为研究组（基于心电监测的标准化护理干预）、基础组（常规护理）， $n=60$ 。基础组男 32 例，女 28 例；年龄 45~78 岁，平均（ 61.52 ± 8.34 ）岁；合并高血压 35 例，糖尿病 20 例，冠心病 28 例。研究组男 33 例，女 27 例；年龄 46~79 岁，平均（ 62.15 ± 8.56 ）岁；合并高血压 36 例，糖尿病 19 例，冠心病 29 例。组间基础资料对比（ $P>0.05$ ）。研究征得院伦理委员会批准。患者及家属对研究知情同意。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：符合心律失常诊断^[3]；意识清楚；临床资料完整。

排除标准：严重肝肾功能障碍；恶性肿瘤；认知、精神障碍；研究前已经发生心力衰竭、心源性休克等不良事件。

1.3 方法

基础组常规护理：给予患者心电监护，每 4h 记录一次心率和心律变化。发生异常及时向医生说明并处理。并向患者进行健康宣教，向患者介绍心律失常的疾病知识。让患者避免情绪激动，保持科学饮食和作息。

研究组加用给予心电监测的标准化护理干预：

（1）标准化心电监测：护理人员同意应用多功能心电监护仪对患者进行心电监护，设置标准化监测参数，心率监测范围为 50~120 次/min。根据患者的病情调整心律失常报警条件。室性早搏为 ≥ 5 次/min，房性早搏为 ≥ 10 次/min。当心律失常时自动报警。责任合适每 30min 进行巡视，对患者的实际状态和检测情况进行核对。护士长每 4h 抽查监测记录。定期排查监测设备的故障可能，并及时纠正不正确的参数设置。

（2）分层风险护理：护理人员根据患者的 Charison 共病指数对患者进行风险分级。分为低风险（0~2 分）、中风险（3~4 分）和高风险（ ≥ 5 分）。低风险患者每日评估 1 次 Charison 共病指数，无异常护理方法与基础组一致。中风险患者每日评估 2 次 Charison 共病指数，每 1h 记录 1 次心电数据，及时向医生说明病情变化，遵医嘱给予个性化用药指导。高风险患者每 6h 评估 1 次 Charison 共病指数。由责任护士 24h 监护，根据患者的病情提前准备好可能需要的设备和药物。

（3）异常处理：将发生室颤、无脉性室速、心率持续 <50 次/min 或 >130 次/min 开展应急处理流程。由护理人员在 3min 内确认异常并告知医生处理。并第一时间给予吸氧、开放静脉通路等准备操作。医生进行急救处理时积极配合。

1.4 观察指标

（1）统计并计算两组心源性休克、心力衰竭、恶性心律失常、心脏压塞等不良事件发生率。

（2）统计两组心电监测异常识别时间（心电监测异常至护理人员确认、记录的时间）和住院时间。

（3）应用自拟问卷对护理满意程度进行测定。问卷为百分制。分为满意（90~100 分）、较满意（80~89 分）和一般（0~79 分）。护理满意率=1-一般率。

1.5 统计学分析

将数据导入 SPSS27.0 软件进行统计学处理。计量资料以

均值±方差 ($\bar{x} \pm s$) 表述, 行 t 检验, 计数资料以例数, 率[n (%)]表述, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 院内不良事件发生率比较

研究组院内不良事件发生率低于基础组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 组间院内不良事件发生率比较[n (%)]

组别	研究组	基础组	χ^2	P
例数	60	60	-	-
心源性休克	1(1.67)	2(3.33)	-	-
心力衰竭	1(1.67)	4(6.67)	-	-
恶性心律失常	1(1.67)	4(6.67)	-	-
心脏压塞	0(0.00)	1(1.67)	-	-
不良事件率	3(5.00)	11(18.33)	5.175	0.023

2.2 心电监测异常识别时间和住院时间比较

研究组心电监测异常识别时间和住院时间少于基础组 ($P < 0.05$), 见表 2 所示。

表 2 组间心电监测异常识别时间和住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	研究组	基础组	t	P
例数	60	60	-	-
心电监测异常识别时间 (min)	3.21 ± 1.05	8.56 ± 2.34	16.158	0.000
住院时间(d)	7.23 ± 1.45	10.68 ± 2.17	11.239	0.000

2.3 护理满意率比较

研究组护理满意程度高于基础组 ($P < 0.05$), 见表 3 所示。

表 3 组间护理满意率比较[n (%)]

组别	研究组	基础组	χ^2	P
例数	60	60	-	-
满意	37(61.67)	19(31.67)	-	-
较满意	21(35.00)	31(51.67)	-	-
一般	2(3.33)	9(15.00)	-	-
护理满意率	58(96.67)	51(85.00)	4.904	0.027

3 讨论

心律失常患者的护理需求具有鲜明的专科特征, 这与疾病本身的病理生理特点密切相关。心律失常并非一种静态的病理

状态, 其发作频率、持续时间及严重程度均存在显著的个体差异和时段波动, 这种不可预测性决定了护理工作必须具备持续的动态监测能力。标准化心电监测通过统一参数设置和报警阈值, 消除了不同护理人员之间因经验差异导致的监测标准不一致问题, 使心电数据的采集和判读有了可依据的统一尺度, 降低了漏报和误报的发生概率^[4]。分层风险护理机制的引入则使护理资源得以按需分配, 低风险患者接受常规监测即可满足安全需求, 而高风险患者获得更为密集的监护和更充分的应急准备, 这种梯度化的资源配置既避免了资源浪费, 又确保了高危人群得到充分的关注^[5]。异常处理流程的标准化将应急响应分解为明确的步骤和时间节点, 使护理人员在紧急状态下能够迅速进入有序的操作节奏, 缩短了从异常识别到初步处置的时间链。

本研究结果显示: 研究组院内不良事件发生率低于基础组 ($P < 0.05$)。在常规护理模式中, 心电监测的有效性主要依靠护理人员的个人经验和警觉程度。年资、班次不同的护理人员在对同一心电波形进行判读时会出现差别。经验不足的人员会把不典型的前驱表现看作暂时性干扰而忽略, 使他们错失早期干预的机会。标准化心电监测利用统一参数设置和报警阈值, 从基础上消除个体差异造成的不确定性, 让捕捉异常心电信号的基础建立在客观统一的监测标准上^[6]。分层风险护理方式让护理资源的分配同患者实际的风险程度保持一致, 高风险患者能够得到更加频繁的监护次数、更加充足的应急准备, 这表示最容易出现不良事件的患者获得了最为集中的关注。标准化异常处理流程的形成让从异常识别到临床干预的时间链变短, 护理人员在遇到紧急情况时能够按照既定流程快速进行操作, 不用临时判断处置步骤^[7]。三项措施构成了一个递进式的防控链条。标准化监测解决了看得见的问题, 分层管理解决了看得准的问题, 流程化处置解决了反应快的问题。这三者环环相扣, 使不良事件在萌芽阶段就被识别和阻断。

本研究结果显示: 研究组心电监测异常识别时间和住院时间少于基础组 ($P < 0.05$)。在日常护理工作中, 护理人员判断心电异常时通常依靠自身经验并且经过上级确认, 该过程会消耗一定时间。夜班或者交接班时, 异常信号的识别和确认由于注意力分散或者信息传递不畅而延缓。标准化心电监测利用预设报警阈值来实现异常信号的自动识别并进行即时提醒, 报警系统已经完成初步筛查工作, 护理人员不用在大量正常心电数据中逐一筛选异常波形, 把精力集中在确认异常性质和启动处置流程上^[8]。对分层监测频次进行设定会缩短识别时间, 责任护士对高风险患者实施 24 小时持续监护, 异常信号在出现后可以很快被捕捉到。住院时间变短是上述环节发生连锁反应产生的结果。异常识别时间变短说明患者可以更早得到针对性治疗和护理干预, 病情有效控制提前, 病程进展得到遏制。标准化护理干预可以减少因监测疏漏或处置延迟而引起的病情反

复和并发症,当并发症发生风险得到控制后,患者的康复进程会变得更平稳,出院时间也会相应提前。住院时间缩短不是由单一措施产生的直接结果,而是标准化监测、分层管理、流程化处置之间互相影响,使患者整体康复效率得到提高的体现。

本研究结果显示:研究组护理满意程度高于基础组($P<0.05$)。住院患者对护理工作的评价不只取决于最终的临床结局,还和住院期间所感受到的关注程度、响应速度有密切关系。在常规护理模式下,护理人员的工作安排主要围绕任务进行,患者感到被动等待和不确定,尤其当出现不适症状时,若护理人员没有及时发现心电变化并做出回应,患者的焦虑情绪会变得更加严重。标准化护理干预通过增加监测频次和减少响应时间,改变了患者被动等待的情况,护理人员更频繁地进行巡视和评估,让患者感觉到持续的关注,在异常情况下能够快速响应,让患者建立对护理团队的信任。分层风险护理的实

施使患者可以体会到护理方案在个体上的不同,高风险患者获得24小时持续监护和更充分的应急准备,这种有差别的护理安排使患者认识到自身病情受到充分重视。标准化流程的建立减少了护理行为的随意和不确定性,患者在不同班次和护理人员之间的护理质量比较一致,这种稳定性和可预期性是患者安全感的主要来源。

综上所述,基于心电监测的标准化护理干预通过统一监测标准、分层配置资源和规范处置流程,有效降低了心律失常患者的院内不良事件发生率,缩短了异常识别时间和住院时间,提升了护理满意程度。该模式将心律失常护理从经验主导的被动响应型转变为流程驱动的主动管理型,为临床护理工作的规范化开展提供了可借鉴的实践路径。后续研究可进一步扩大样本量并延长随访周期,以验证该干预模式的远期效果及其在不同类型心律失常患者中的适用性。

参考文献:

- [1] 赵文文,王琳.HELP 干预模式对老年心律失常患者自我护理能力、生活质量及预后的影响[J].心血管康复医学杂志,2025,34(5):723-727.
- [2] 沈东芳,何秀雯.急性心肌梗死并发心律失常护理中标准化循证护理模式的应用效果分析[J].中国标准化,2025(22):285-288.
- [3] 中华医学会心电生理和起搏分会,中国医师协会心律学专业委员会.2020 室性心律失常中国专家共识(2016 共识升级版)[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2020,34(3):189-253.
- [4] 王俊,汤媛.标准化循证护理模式在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用[J].中国标准化,2024(14):317-320.
- [5] 邵慧慧.循证护理结合标准化护理用于冠脉搭桥术后 ICU 患者心律失常预防的效果[J].中国标准化,2024(22):313-316.
- [6] 江淑秋,王春霞,宋咪.基于循证实践的风险指标干预在心律失常患者射频消融术后护理中的应用价值[J].国际护理学杂志,2024,43(19):3481-3485.
- [7] 周爱娟,詹晓琴.对老年冠心病伴心律失常患者生活质量的影响评价[J].宁夏医学杂志,2024,46(10):911-913.
- [8] 谢喜英,张然,常青.连续性细节护理对心律失常患者依从性及生活质量的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(4):88-90.