绿色通道护理在心梗急诊救治中的应用价值分析

邓文君

黄梅县中医医院 湖北 黄冈 435500

【摘　要】：急性心肌梗死（Acute Myocardial Infarction，AMI）是凶险的心血管急危重症，发病急、进展快，易发生大面积心肌坏死，致残致死风险高。“时间就是心肌，时间就是生命”是其救治核心原则，尽早实现冠状动脉血运再灌注，对挽救濒死心肌、降低死亡率、改善远期预后至关重要[1]。传统急诊护理流程繁琐，院前院内衔接不畅，多科室协作效率低，救治等待时间较长，难以满足心梗急救的时效需求[2]。急诊绿色通道护理以快速救治、无缝衔接、全程质控为理念，组建专项急救团队，对院前急救、院内接诊、辅助检查、介入手术及术后监护全流程优化，打破科室壁垒，实行并行处置，减少非治疗性等待时间[3]。本文结合 120 例 AMI 患者对照研究，分析绿色通道护理的实施要点、临床价值，梳理推广中的现实问题并提出改进策略。结果显示：观察组分诊、心电图检查、检验回报、术前准备、D-to-B、急诊总停留时间均短于对照组（P＜0.05）；观察组抢救成功率更高，心功能恢复更好，并发症发生率更低，护理满意度更高，组间差异有统计学意义（P＜0.05）。可见绿色通道护理可有效弥补传统急诊护理的不足，适配心梗极速救治要求，临床推广价值高，但仍需解决基层落实不足、院前延误等问题[4]。

【关键词】：绿色通道护理；急性心肌梗死；急诊救治；护理质量；应用价值

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.007

1 引言

受饮食结构变化、人口老龄化影响，叠加熬夜、高脂饮食、精神压力过大等危险因素，我国急性心肌梗死发病率持续升高，发病呈年轻化趋势，严重威胁国民生命健康[1]。急性心肌梗死由冠状动脉急性持续闭塞所致，心肌持续缺血发生坏死。患者发病短时间内即可出现心肌细胞不可逆坏死，救治延迟会扩大梗死面积，诱发恶性心律失常、心力衰竭、心源性休克、心脏骤停等严重并发症，是心血管疾病死亡主要原因。

国内指南明确，急性 ST 段抬高型心肌梗死黄金救治窗口为发病 120 分钟内，首选 PCI 介入治疗，要求 D-to-B 时间控制在 90 min 以内[1]。血管再通每延迟一分钟，均会加重心肌损伤，增加远期心衰、再发心梗及死亡风险[2]。因此压缩救治各环节耗时、规范急救流程，是提升心梗救治水平的关键。

传统急诊采用串行就诊流程，患者依次完成挂号、分诊、检查、会诊及术前准备，缺少专人统筹协调，院前院内衔接断裂，各辅助科室被动响应，易出现长时间等待[5]。常规护理缺乏心梗专项处置方案，病情评估与风险预判滞后，易错失最佳救治时机，加重心肌损伤[4]。

心梗急诊绿色通道护理坚持“时间第一、生命至上”，打破科室壁垒，构建院前-院内-介入-监护一体化救治链条[3]。依靠专人专岗、流程标准化、多学科联动及预见性护理，压缩无效等待时间。该模式在三级医院已逐步普及，但基层落地质量参差不齐，院前延误、护理人员专业能力不足等问题仍较为突出。本文结合 120 例 AMI 患者临床资料，探讨绿色通道护理的应用价值与改进对策，为临床护理规范化提供参考。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月本院急诊科收治的 120 例急性心肌梗死患者，按照随机数字表法分为对照组、观察组各 60 例。

纳入标准：①符合急性 ST 段抬高型心肌梗死相关诊断标准；②发病至入院≤12h，具备急诊 PCI 手术指征；③生命体征存在；④患者及家属知情同意。

排除标准：合并严重肝肾功能衰竭、凝血障碍、恶性肿瘤；既往心梗或心脏手术史；合并多器官严重损伤，无法完成本次研究。

本研究经过医院伦理委员会审批。对照组男 38 例，女 22 例，年龄 42-78 岁，平均（60.35±5.28）岁；观察组男 36 例，女 24 例，年龄 40-79 岁，平均（59.86±5.42）岁。两组性别、年龄、发病至入院时长、梗死部位基线资料对比，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组

实施常规急诊护理。入院后常规分诊，监测生命体征，完善心电图、心肌酶、凝血功能等检查；遵医嘱予以吸氧、卧床、扩冠、抗血小板等处置；待检查结果回报后请心内科会诊，完成术前准备转运导管室行介入手术；术后给予监护、用药及基础护理。

2.2.2 观察组

实施心梗急诊绿色通道护理，实现院前到术后全流程无缝管理。

（1）组建专项护理团队。选拔急诊、心内科、导管室经验丰富护士成立小组，护士长任组长，明确各岗位工作职责，定期开展心梗急救、多学科协作培训考核。

（2）院前预警预处理。接到120急救预警，院内团队即刻待命；院前采集心电图、评估生命体征并远程回传，提前通知检验科、影像科、导管室，备齐急救物资，做到患者未到，准备先行。

（3）院内快速分诊。疑似心梗患者免挂号直接送入抢救室，3 min完成二次评估，区分心梗分型；迅速给予吸氧、心电监护，建立双静脉通路，开展镇痛、抗血小板等急救措施，采集病史及过敏史。

（4）多学科并行处置。抢救同步完成采血、心电图、心脏彩超等项目，辅助科室优先处理标本，结果实时推送；检查、会诊、备皮、碘过敏试验等术前工作同步开展，减少等待。

（5）导管室快速转运，术中精准配合。确定手术方案后专人护送转运至导管室，转运途中持续心电监护，备好除颤仪及急救药物。导管室提前完成器械调试消毒；手术过程护理人员密切监测生命体征，及时处置恶性心律失常、血压波动等术中突发状况。

（6）术后预见性精细化护理。手术结束无缝交接转入监护病房或心内科病房。持续监测心率、血压、血氧及心电图；密切观察穿刺部位有无渗血血肿，观察尿量、意识状态。针对心律失常、心衰、肺部感染、下肢静脉血栓落实预见性护理；做好用药管理，同时开展心理疏导，缓解患者及家属恐惧焦虑情绪。

2.3 观察指标

①核心救治时间：分诊时间、心电图检查时间、检验回报时间、术前准备时间、D-to-B时间、急诊总停留时间；

②救治效果：抢救成功率、住院时间、左心室射血分数LVEF、左室舒张末期内径LVEDD；

③并发症：心律失常、心力衰竭、心源性休克、穿刺部位血肿总发生率；

④护理满意度：院内自制量表，90-100分非常满意，70-89分满意，＜70分不满意；满意度=(非常满意+满意)/总例数×100%。

2.4 统计学方法

SPSS26.0软件统计分析。计量资料用（$\bar{x}\pm s$）表示，行t检验；计数资料采用[n(%)]表示，行χ^2检验，P＜0.05代表差异具备统计学意义。

3 结果

3.1 两组核心救治时间对比

观察组分诊、心电图、检验回报、术前准备、D-to-B、急诊总停留时间均短于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。

表1 两组患者核心救治时间对比（x±s，min）

组别	n	分诊时间	心电图检查时间	检验结果回报时间	术前准备时间	D-to-B时间	急诊总停留时间
对照组	60	8.65±2.12	15.32±3.26	42.36±5.89	38.52±4.65	72.36±8.52	156.85±20.36
观察组	60	3.21±1.05	8.15±2.03	25.18±4.26	22.63±3.18	45.28±6.35	98.62±15.28
t值	—	17.526	14.358	18.265	21.369	19.852	17.236
P值	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3.2 两组临床救治效果对比

观察组抢救成功率更高，住院时间更短；治疗后观察组LVEF高于对照组，LVEDD低于对照组（P＜0.05）。

表2 两组患者临床救治效果对比

组别	n	抢救成功率[n（%）]	住院时间（d，x±s）	LVEF（%，x±s）	LVEDD（mm，x±s）
对照组	60	54（90.00）	12.36±2.58	52.36±4.25	58.62±5.13
观察组	60	59（98.33）	8.52±1.86	58.95±3.68	52.18±4.85
t/χ^2值	—	3.927	9.158	8.965	7.126
P值	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3.3 两组并发症发生率对比

观察组并发症总发生率5.00%，低于对照组20.00%，P＜0.05。

表3 两组患者并发症发生率对比[n（%）]

组别	n	心律失常	心力衰竭	心源性休克	穿刺部位血肿	总发生率
对照组	60	4（6.67）	3（5.00）	2（3.33）	3（5.00）	12（20.00）
观察组	60	1（1.67）	1（1.67）	0（0.00）	1（1.67）	3（5.00）
χ^2值	—	—	—	—	—	6.171
P值	—	—	—	—	—	<0.05

3.4 两组护理满意度对比

观察组护理满意度96.67%高于对照组83.33%，P＜0.05。

表4 两组患者护理满意度对比[n（%）]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	60	28（46.67）	22（36.67）	10（16.67）	50（83.33）
观察组	60	42（70.00）	16（26.67）	2（3.33）	58（96.67）

χ^2 值	—	—	—	—	5.926
P 值	—	—	—	—	<0.05

（注：续表 4）

4 讨论

4.1 绿色通道护理的临床应用价值

第一，优化救治流程，缩短核心救治时间。本研究可见，观察组全部时间指标均明显优于对照组。绿色通道护理实现院前预警前置，院内免除冗余流程，多学科并行工作，打破串行处置模式，有效压缩 D-to-B 时间，为心肌再灌注争取宝贵窗口，减少心肌不可逆损伤。

第二，提升抢救成功率，改善患者心功能与预后。尽早开通血管，恢复心肌供血，能够减轻心室重构，保护心脏功能[1]。观察组 LVEF、LVEDD 及住院时间均优于对照组，证明绿色通道护理可以减轻心肌损害，加快患者康复。

第三，落实预见性护理，降低并发症风险[2]。常规护理多为被动处置，绿色通道全程动态监测，提前识别心律失常、休克等早期征象，术前-术中-术后全链条落实风险防控，穿刺部位出血、心衰等不良事件显著下降，提升急救安全性。

第四，规范护理操作，提升护理满意度。绿色通道护理统一操作标准，专人跟进病情，及时向家属同步救治进展，开展心理干预，缓解恐慌情绪。本研究观察组满意度高达 96.67%，改善护患沟通，减少护患矛盾。

第五，完善医院急危重症急救体系。该模式打通 120-急诊-检验-导管室-ICU 协作链条，锻炼多学科团队应急能力，也可为胸痛、脑卒中其他急危重症救治提供参考。

4.2 当前临床应用现存问题

①基层医院流程落地流于形式：部分基层医疗机构人员、设备有限，预警、联动机制不完善，绿色通道执行打折扣。

②护理团队专项能力参差不齐：部分医院缺少常态化培训演练，护士对心电图识别、危重并发症预判能力不足。

③院前延误难以完全消除：群众心梗疾病认知不足，发病后拖延就诊、自行服药，即使院内流程高效，也无法弥补院前时间损失。

4.3 优化策略

①落实标准化流程与全程质控：各级医院结合自身条件细化各环节时间节点，建立质控台账，重点监控 D-to-B、并发症、护理差错指标，推动基层医院标准化建设。

②强化护理团队培训演练：常态化开展技能培训，围绕心电图识别、急救药物、介入配合、危重抢救开展模拟演练，提升团队应急处置能力。

③开展社会健康宣教：社区、新媒体普及心梗典型症状，普及胸痛及时拨打 120 的急救理念，减少院前延误。

④推进数字化急救平台建设：搭建信息共享平台，打通 120、急诊、检验科、导管室数据，信息实时流转，救治节点自动留痕，实现流程溯源，进一步提升协作效率。

5 结论

绿色通道护理针对急性心肌梗死急救特点，重构院前-院内-手术-术后全流程护理模式，依靠专项团队、多学科联动、预见性精细化护理，能够显著缩短 D-to-B 等关键救治时间，提高抢救成功率，降低并发症，改善心功能，提升护理满意度[3]。但目前还存在基层执行不足、院前延误等现实问题，需要依靠流程质控、人员培训、健康科普、数字化建设持续完善。该护理模式临床效果突出，适合各级医院推广使用。本研究样本量有限，后续可开展多中心大样本研究进一步验证结论。

参考文献：

[1] 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.急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J].中华心血管病杂志,2019,47(10):766-783.

[2] 王黎明,吕苗苗,王珊,等.数字绿道急救模式对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者临床治疗的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2026,2(2):164-167,172.

[3] 于兴才.导管室绿色通道路径护理在心肌梗死行介入手术治疗患者中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(19):3485-3488.

[4] 武真真.基于绿色医嘱模式的急救系统在急性心肌梗死患者救治中的应用[J].国际护理学杂志,2023,42(21):3966-3969.

[5] 王宝劝.急诊护理快速通道对急性心肌梗死患者冠脉介入治疗时间及复发情况的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(2):130-133.