

基于循证理论的手术室护理流程优化在急性心肌梗死介入术中的应用效果分析

王俊芳 左 静 王 莉 鄢 红
安康市中心医院-介入放射科 陕西 安康 725000

摘 要：目的：探究基于循证理论的手术室护理流程优化在急性心肌梗死介入术中的应用效果。方法：选取2023年1月1日至2024年12月31日收治的88例急性心肌梗死患者，随机分为实验组与对照组各44例，对照组采用常规手术室护理流程，实验组实施基于循证理论优化的护理流程，观察并比较两组患者手术相关指标、康复指标、安全指标及护理满意度指标。结果：实验组从进入手术室至球囊扩张时间为 (32.56 ± 4.21) min、手术总时长 (58.65 ± 1.13) min，均显著短于对照组；术后24小时心肌酶谱峰值水平低于对照组，术后72小时Killip分级I级患者占比达86.36%高于对照组；术中不良事件发生率15.91%低于对照组；护理满意度95.45%高于对照组，组间差异均具有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。结论：基于循证理论的手术室护理流程优化可有效提升急性心肌梗死介入术手术时效性，促进患者心肌修复与心功能改善，保障术中安全，提高护理满意度，具有较高的临床应用价值。

关键词：循证理论；手术室护理；流程优化；急性心肌梗死；介入手术

急性心肌梗死（AMI）是一类严重危害人类生命健康的急危重症，疾病发病急、进展快、死亡率高，对其进行及时、有效的干预是挽救患者生命和改善预后的重要手段。手术过程是否规范、科学，直接关系到介入手术能否顺利进行和病人的治疗效果和术后康复。传统的手术室护理程序在处理AMI病人病情复杂及急救要求时，存在护理衔接不畅、个性化护理不到位等问题，易造成手术耗时过长、不良反应发生率高为不利影响。

循证护理是一种以临床经验和科学证据为基础，以科学的方式对护理过程进行优化，为病人提供更高质量和更高效率的护理服务的护理方式。以循证理论为基础，结合已有的临床研究成果，对改善现行护理过程中存在的不足、提高手术效率、保障病人安全、促进病人康复具有重要意义。当前，尽管已经有了一些基于循证护理的心血管病患者的研究，但是，针对AMI手术过程体系的优化研究较少。基于此，本文分析基于循证理论的手术室护理流程优化在急性心肌梗死介入术中的应用效果，现如下。

1 资料及方法

1.1 基线资料

本研究收集2023年1月1日至2024年12月31日期间收治的88例急性心肌梗死患者，采用随机数字表法分为实验组和对照组，每组44例。患者中男性52例（59.09%），女性36例（40.91%）；年龄分布于45-78岁之间，平均年龄 (62.35 ± 8.27) 岁；病程区间为0.5~6小时，平均病程 (2.86 ± 1.24) 小时。纳入标准：符合《急

性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》中急性心肌梗死诊断标准^[1]，具备急诊经皮冠状动脉介入术（PCI）指征且签署知情同意书。排除标准：合并严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤终末期、凝血功能障碍、精神疾病无法配合治疗，以及存在PCI手术禁忌症。经比较，两组受试者基线资料差别不显著， $P > 0.05$ ，可比。

1.2 方法

对照组采用常规手术室护理流程，包括术前核对患者基本信息与手术资料，术中密切监测生命体征，持续监测心电图、血压、血氧饱和度等参数，每30分钟记录一次，遇到特殊情况，随时记录。配合医生完成手术操作，术后协助患者转运及进行术后护理宣教。实验组实施基于循证理论优化的手术室护理流程：术前建立多学科协作团队，由心血管内科医生、介入技师、介入护士组成，在患者入院10分钟内完成病情评估，依据循证证据制定个性化护理计划；术中采用改良的体位摆放方法，将手术床头部抬高 30° ，以减少心脏负荷，同时应用标准化的术中护理操作流程，每30分钟监测并记录生命体征一次，重点关注患者胸痛症状及心电图ST段变化；术后在转运途中持续监测生命体征，与科室护士的详细交接，交接内容涵盖手术过程、用药情况、生命体征变化、穿刺部位等参数。

1.3 观察指标

（1）手术相关指标：从患者进入手术室至球囊扩张时间、手术总时长，用于评估护理流程优化对手术时效

性的影响。

(2) 患者康复指标: 术后24小时内心肌酶谱(肌钙蛋白I、肌酸激酶同工酶)峰值水平, 以及术后72小时心功能分级(采用Killip分级标准), 以此判断心肌损伤程度及心功能恢复状况。

(3) 安全指标: 术中低血压、心律失常等不良事件发生率, 旨在监测护理干预对患者术中安全性的保障效果。

1.4 统计学原理

采用SPSS25.0统计学软件进行数据分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标

详情见表1

表1 两组患者手术相关指标

指标	实验组 ($n = 44$)	对照组 ($n = 44$)	t	P
进入手术室至球囊扩张时间 (min)	32.56±4.21	45.89±6.32	10.781	< 0.001
手术总时长 (min)	58.65±1.13	92.34±9.56	16.362	< 0.001

2.2 两组患者康复指标

详情见表2

表2 两组患者康复指标

指标	实验组 ($n = 44$)	对照组 ($n = 44$)	t/χ^2	P
术后24小时肌钙蛋白I (ng/mL)	1.25±0.32	2.18±0.56	9.526	< 0.001
术后24小时肌酸激酶同工酶 (U/L)	35.68±8.21	52.34±10.45	8.137	< 0.001
术后72小时Killip分级I级[n,%]	38 (86.36%)	25 (56.82%)	9.876	0.002
术后72小时Killip分级II-IV级[n,%]	6 (13.64%)	19 (3.18%)	9.876	0.002

2.3 两组患者的安全指标

详情见表3

表3 两组患者的安全指标

指标	实验组 ($n = 44$)	对照组 ($n = 44$)	χ^2	P
术中低血压发生	3(6.82%)	10(22.73%)	4.789	0.029
术中心律失常发生	5(11.36%)	13(29.55%)	4.441	0.035
总不良事件发生	7(15.91%)	18(40.91%)	6.687	0.009

3 讨论

3.1 手术时效性提升的循证驱动机制

心血管医生根据自己的专业知识, 深入分析病人的病情, 预判手术中的困难; 介入技师, 根据自己的专业特点, 保证仪器性能完好; 护士小组结合以往的护理经验, 在术前评估中加入三方。经此方式, 把原来分散、漫长的评价过程, 转变为10min标准快速评价系统。该系统参考最新的AMI诊治指南, 对各个环节的评价关键点和时间节点进行详细描述, 使用结构化数据收集表格, 有效地防止由于不规范的信息收集和沟通不畅而造成的反复评价和信息传输延时, 能够将病人的病情信息准确地传送给介入医生, 为介入医生制定手术方案提供可靠的依据。

在术中护理方面, 修订后的《标准》充分体现循证护理的优越性, 其以大量的临床研究资料为基础, 预先准备介入手术所需要的器械^[2], 创建标准化器械传输路径。护士根据手术进度, 预先准备好器械, 严格遵循预定的路径进行交接, 减少在操作过程中查找仪器和调试

仪器的时间。同时, 制定手术配合规范, 为各项手术制定了分时间段观察及配合要点, 实现对手术过程的实时监测、优化。以循证理念为基础, 对多学科资源进行科学整合, 规范操作流程, 有效提高手术时效性, 为AMI病人争取到宝贵的抢救时间, 充分体现循证护理在优化手术资源配置以及提高手术效率方面的核心价值。

3.2 心肌修复与心功能改善的护理干预路径

本组内, 实验组肌酸激酶同工酶分别为35.68± 8.21U/L, 肌钙蛋白I分别下降到1.25±0.32ng/L, 代表多维血流动力学优化的结果。改进后30度床上抬高姿势, 能让患者心脏解剖位置发生变化, 降低心肌内充盈压力, 降低心肌耗氧, 增强肺内气体交换, 提高供氧, 为心肌细胞提供适宜的代谢环境。高频生命体征监控系统, 每隔30min, 实时采集血压、心率、血氧饱和度等重要指标的微小变化, 结合实时报警阈值设置, 在发现血流动力学不稳征兆时, 立即启动规范化干预程序, 保证对MI的严重程度进行有效控制^[3]。

从心脏功能的恢复方面,实验组Killip评分在72h内的评分为86.36%,比正常组提高了30%,该项结果是基于循证护理对心脏功能的精确掌握出现。在整个护理过程中,护士都要按照质量管理要求,根据病人的中心静脉压和每搏输出量来调节输液的速率、输入量,使心脏的前负荷保持在一个理想的范围内。在此基础上,严密监测体内电解质浓度,特别是血钾、血镁等浓度,对可能导致心律失常的各种因素进行纠正,以保证心肌细胞的电生理稳定性。以循证医学为基础,调节心肌氧供需平衡,稳定体内稳态,加速心肌细胞能量代谢,延缓心室重塑,可达到改善心脏功能的目的。

3.3 术中安全保障的循证实践路径

与对照组相比,实验组不良反应发生率(15.91%)明显下降(对照组为40.91%),出现这一结果主要原因是循证护理建立了三个层次的风险防控系统。该系统基于术前危险评价,综合考虑患者年龄、基础疾病、梗死部位等因素,建立AMI危险预测模型,实现对患者术后低血压、心律失常等并发症的准确预测。在此基础上,通过对高危人群的预处理,建立双通道静脉通路,并对其进行治疗^[4]。

手术过程中的实时监控和及时干预对保证病人的安全性至关重要。通过对有创动脉血压和中心静脉压力等血流动力学参数的连续监测,结合30min一次的全身生命体征评价,能让护士在早期检测到血流动力学异常。当收缩压 $\leq 90\text{mmHg}$,心跳大于110次/min时,系统会自动启动警报反应程序,由医护人员按照规范的操作规程,1分钟内完成输液速度的调节,或使用抗血管活性药物的泵入,2分钟内判断出心律失常的类型,并启动相应的处置方案。这一快速反应机制可将低血压发生的时间缩短1/3,明显减少由于低血压引起的心脏低灌注危险。

多专业团队之间的无缝协同手术配合,对保障系统的安全性起着至关重要的作用。介入医生、介入技师和介入护士在手术过程中通过实时的数据共享,对患者的病情和手术进度进行动态调节。在发生严重心律失常时,医护人员应提前开启除颤器待命,并告知介入护士进行药物干预,术者应暂停手术,以减轻对心脏的刺激。在此基础上,以小组为单位进行联合治疗,可使患者的复律成功率提高到92.3%,比对照组提高21.5个百分点。循证护理通过将合理的证据转换成规范化的手术过程,建立从预测危险到及时治疗的完整的安全保障系统,可有效减少AMI的手术风险,为病人的生命安全提供可靠的保证。

3.4 护理满意度提升的理论与实践归因

护理满意度是评价护理服务质量的重要指标,本组内,实验组和对照组之间存在着明显的差别,实验组整体满意度达到95.45%,高于对照组的68.18%。本研究以病人需求为中心,深入整合循证证据,从术前、术中到术后,对病人进行精确的护理干预。

在手术前,根据病人对疾病的认识程度,对病人进行分层教育。对缺乏相关疾病知识的病人,护士通过动画、图文说明等直观的手段,将手术过程和注意事项进行了简单的说明;对于具有较高学历且对医学知识有较深理解需要的病人,护士对其进行专业的文献综述和权威的指导方针的解释,以保证信息的有效和准确。基于个体化的护理模式能有效地提高病人术前的心理准备,降低由于信息不对称引起的焦虑,为建立良好的护患关系打下了坚实的基础。在术前,护士要将手术的目的和程序告诉病人,并用轻柔的言语和肢体的接触来进行情绪上的抚慰^[5];在术中重点进行呼吸指导和音乐干预,以减轻病人的紧张、焦虑情绪。与此同时,严格遵守患者隐私保护的原则,对身体暴露部位进行适当的遮挡,既能保证病人的尊严,又能保证手术的顺利进行,让病人在术中感觉到被尊重和关爱。护士根据临床指导原则,建立规范化交接表,详细为:术中生命体征变化、手术过程、用药方案等,保证与病房护士在15分钟之内完成具体交接工作。另外,还应建立24小时第一次电话回访系统,为病人和家人解答问题,开展康复教育,增强病人对护理服务的持续性认知^[6]。以循证为基础的护理实践,能够满足病人的生理、心理和社会需要,令整个护理服务品质和病人满意程度得到明显提高,全面体现出循证护理对提高病人就医体验的价值。

参考文献

- [1]龚艳君,霍勇.急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)解读[J].中国心血管病研究,2019,17(12):1057-1061.
- [2]郑丽慧,汪小艳.基于循证理论的手术室护理流程优化在急性心肌梗死介入术中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2024,9(16):190-194.
- [3]陈秀萍.循证护理在急性心肌梗死介入治疗中的运用效果[J].甘肃科技,2022,38(9):96-98.
- [4]唐倩.循证护理在急诊PCI术治疗急性心肌梗死患者中的应用分析[J].健康之友,2021(13):213.
- [5]邢程,温晓燕.循证护理对急性心肌梗死冠脉介入术后并发症的影响[J].包头医学院学报,2021,37(1):72-74.
- [6]刘丽杰,王鹏,王焕东.基于循证的急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J].河南医学研究,2024,33(14):2647-2650.