

心血管内科护理管理要点

梁春芬

甘肃省东乡族自治县人民医院 甘肃 临夏 731100

摘要：心血管内科疾病具有起病急骤、病情演变迅速、猝死风险高等特点，其护理管理质量直接影响患者预后与医疗安全。本文基于现代护理管理理论和心血管专科实践，系统探讨心血管内科护理管理的核心要点。从人力资源管理、护理质量体系建设、高风险环节管控、早期康复与双心护理整合、延续性护理服务五个维度展开论述，提出弹性排班与能级对应、专科敏感指标监测、预见性风险防控、分期心脏康复及远程慢病管理等关键策略。旨在为构建科学、高效、安全的心血管内科护理管理体系提供理论指导与实践框架。

关键词：心血管内科；护理管理；风险管理；质量控制；延续性护理

引言

心血管疾病（Cardiovascular Disease, CVD）是全球致死致残的首要原因，我国患者已超3.3亿，心血管内科作为收治冠心病、心衰、心律失常等疾病及抢救急性心梗、主动脉夹层等急危重症的核心科室，其护理工作具有“瞬变性”（病情骤变）、“高精性”（如心电监护、抗凝监测等技术要求高）和“应激性”（护士长期处于高压状态）三大特征，传统经验式管理已难以满足需求。开展护理管理研究具有重要价值：实践上，通过高风险节点控制可有效预防猝死、跌倒等不良事件，并在介入手术量激增背景下提升围术期护理与宣教的同质化水平；理论上，有助于构建“结构-过程-结果”三位一体的心血管专科护理质量模型，丰富循证护理管理理论体系，推动系统化、精细化管理转型。

1 人力资源管理：高韧性团队的构建

1.1 弹性排班与能级对应

心血管内科患者病情波动大，且具有冬季和凌晨高发的季节性与时段性特征，固定排班易造成人力失衡。为此，应推行弹性排班与能级对应机制：一方面，建立基于病情严重度的动态人力调配制度，CCU护患比不低于1:2-1:3，并确保每班至少一名主管护师；普通病房采用APN连续排班结合弹性值班，护理管理者每日根据“危重患者占比”“介入手术台次”和“新入院人数”三项指标调整人力，当危重患者超床位40%时自动启动二级备班^[1]。另一方面，实施“责任护士—初级护士—助理护士”三阶梯能级对应模式，高年资护士负责使用IABP、CRRT等高风险患者，低年资护士照护病情稳定者，既保障高风险患者安全，又促进新人在可控环境中成长，实现人力资源的精准匹配与高效利用。

1.2 分层级培训与核心能力建设

心血管护理已发展为涵盖血流动力学监测、急救设备操作及复杂药物管理的高级专业领域，需构建分层级培训体系。新入职护士前三个月完成“安全脱盲”培训，掌握典型心电图识别（如窦性心律、房颤、室早、急性心梗）、除颤仪与微量泵操作及抗凝药物（华法林、新型口服抗凝药）宣教要点，并通过模拟急性左心衰或室颤场景的OSCE考核应急能力。骨干护士则向专科护士方向培养，深入学习血流动力学参数解读、临时起搏器阈值测定、心衰超滤管理及双心护理技能，承担质控与带教职责，形成技术辐射。同时建立持续教育机制，每周开展心电图读图会、疑难病例讨论，将接近差错事件转化为教学案例，并依托数字平台推送最新抗凝指南并考核，确保护理知识与实践同步更新。

2 护理质量控制体系的构建

2.1 专科护理敏感质量指标

依据Donabedian“结构-过程-结果”模型，心血管内科护理确立以下专科敏感质量指标：过程指标包括心电监护致命性报警响应时间（目标≤30秒）、抗凝药物给药偏差率及急性心肌梗死患者就诊至完成首份心电图时间（目标≤10分钟）；结果指标涵盖住院患者新发压疮率（尤其关注IABP或长期卧床者）、静脉炎发生率（因常输注多巴胺、氯化钾等高渗药物）及非计划性拔管率（如临时起搏电极脱位、深静脉导管意外拔除）。这些指标聚焦高风险环节，旨在提升护理安全与质量。

2.2 标准化作业流程的制定

2.2.1 急救流程卡片化

将高级生命支持流程分解为具体步骤，制成便携卡片挂于抢救车旁。例如室颤抢救流程：确认并呼叫→除颤仪调至非同步模式（双相波200J）→持续按压→肾上腺素推注……确保每位护士可快速查阅。

2.2.2 围术期护理路径

对于经皮冠状动脉介入治疗患者，建立标准化的术前核对清单（确认停用二甲双胍、肾功能、造影剂过敏史）和术后查检表（穿刺部位止血器减压时间、局部肿胀情况、尿量记录）^[2]。将“水化疗法”预防造影剂肾病的执行情况纳入考核。

2.3 信息化闭环管理

2.3.1 警报管理

通过中央监护系统无线传输至移动终端，当患者心率 < 40 次/分或 > 140 次/分、血氧饱和度 $< 90\%$ 持续10秒以上时，系统自动向责任护士推送警报。管理者可在后台查看“警报持续时间”和“护士确认时间”，用于评估响应效率。

2.3.2 给药闭环

条形码辅助给药系统要求护士在给药前扫描患者腕带和药物条码，系统自动核对“患者-药物-剂量-时间-途径”，不匹配时发出警报，从根本上消除给药错误。

3 高风险环节的风险管控

3.1 恶性心律失常的预警管理

3.1.1 参数设置优化

根据患者基础疾病设定个体化报警阈值。急性心肌梗死后患者需开启ST段监测报警功能，ST段抬高 ≥ 1 mm持续1分钟以上即提示。每班次核对电极片位置，保证皮肤清洁，减少肌电干扰。

3.1.2 高危心电图识别清单

建立“濒危预警”清单：RonT型室早、多形性室速、极度心动过缓（ < 30 次/分）伴逸搏心律、长QT间期（ > 500 ms）伴巨大U波。护士一旦识别上述模式，无论患者有无症状，必须立即启动预警，备好除颤仪或起搏器。

3.1.3 急救反应制度

实施“第一目击者”制度，所有护士须通过基础生命支持考核，冠心病监护病房护士须掌握人工气道建立与除颤的同步操作。定期进行“黄金4分钟”演练，从发现意识丧失到开始有效胸外按压的时间差不得超过1分钟。

3.2 抗凝与抗血小板治疗的风险管理

3.2.1 出血风险评估与监测

入院时协助完成HAS-BLED出血风险评分。高出血风险患者（评分 ≥ 3 分）悬挂“防跌倒”警示，指导使用软毛牙刷、电动剃须刀。每日监测皮肤瘀斑、牙龈出血、黑便、血尿等。肝素注射采用“垂直进针、缓推、按压3-5分钟”规范。

3.2.2 逆转剂备药意识

护士需知晓新型口服抗凝药特异性逆转剂（如依达赛珠单抗、安得塞奈）的存放位置和使用指征。当发生致命性出血时，遵医嘱给予逆转剂并准备好血液制品输注。

3.2.3 双联抗血小板治疗依从性管理

出院指导时采用“Teach-back”方法，确保患者理解擅自停药的后果（支架内血栓形成）。明确漏服处理规则：若漏服在6小时内补服，超过6小时则跳过，切勿双倍剂量。

3.3 介入术后并发症的预防

3.3.1 压迫器规范化管理

制定减压标准程序：术后每30分钟减压1-2ml，首次减压在术后1小时，完全撤除在术后4-6小时。观察手部颜色、皮温、指端血氧饱和度及有无前臂肿胀。一旦出现前臂快速进行性肿胀（高张力性水肿），立即通知医生评估是否为筋膜室综合征前兆^[3]。

3.3.2 血管迷走神经反射预防

多见于拔鞘管或止血按压时，高危因素包括疼痛、紧张、空腹。预防措施：拔管前建立静脉通路、适当补液、局部麻醉、安抚患者。一旦出现面色苍白、心率减慢、血压下降，立即遵医嘱给予阿托品、多巴胺并抬高双下肢。

4 早期康复与心理护理管理

4.1 分期心脏康复护理

4.1.1 超早期康复评估

护士使用“低危标准”筛选适合早期活动的患者：无胸痛、无严重心律失常、无血液动力学不稳定、无心衰失代偿。符合者可在入院后24小时内开始床上活动（踝泵运动、直腿抬高）。下床前需确认心电监护示生命体征平稳，急救设备备用。

4.1.2 康复进阶管理

遵循“卧位坐起→床旁站立→病室内行走→走廊行走”的阶梯方案。每次活动前后记录心率、血压及Borg劳累评分（6-20分）。活动目标：心率上升不超过静息心率20次/分，Borg评分 ≤ 13 （稍感费力）。一旦出现胸痛、头晕、异常气短，立即终止并查心电图。

4.1.3 延续性康复转介

出院前完成康复宣教“处方”，包括家庭运动方案（步行、慢跑）和危险因素控制（戒烟、体重管理）。复杂患者（如心衰合并糖尿病）转介至心脏康复门诊^[4]。

4.2 “双心护理”模式整合

4.2.1 心理筛查流程化

将心理评估纳入入院护理常规，使用广泛性焦虑障碍量表和患者健康问卷抑郁量表快速筛查。评分超过临

界值者，在病历上标记“心理预警”，并在护理计划中加入心理干预措施。

4.2.2 结构化心理干预

针对轻中度焦虑抑郁，护士实施“心理急救”：积极倾听（每天至少10分钟无干扰沟通）；认知重构（纠正“装了支架就不能动”等灾难化思维）；放松训练（渐进式肌肉放松或正念呼吸：吸气4秒、屏气2秒、呼气6秒）。

4.2.3 联络会诊机制

严重心理障碍患者（有自杀念头、严重躯体化）启动精神心理科联络会诊。管理指标可设定为“心理评估完成率”和“阳性患者转诊率”。

4.3 睡眠管理

失眠可诱发次日晨间血压升高和心率增快。针对冠心病监护病房环境噪音导致的睡眠剥夺，实施“安静时段”管理：夜班集中进行护理操作（22:00后减少非必要测量），调低报警音量至合适阈值，提供睡眠辅助包（眼罩、耳塞）。

5 延续性护理与院外管理

5.1 出院准备计划

5.1.1 启动时机

入院后48小时内评估出院后支持系统：是否独居、自理能力、有无家庭照护者、服药是否复杂。针对“高风险再入院”患者（多次心衰住院、使用多种抗心律失常药），提前启动出院计划，包括联系社区护士、预约心衰门诊随访。

5.1.2 结构化出院宣教

采用“图文手册+视频演示+药物列表”组合包。内容标准化包括：识别“红色警报”（胸痛超20分钟不缓解、3天内体重增加超2kg、黑便/牙龈出血）；每种药物的剂量、服用时间、不良反应打印成卡片放入药盒。

5.2 远程监测与联动管理

5.2.1 心衰远程管理

配备蓝牙体重秤和血压计，患者每日晨起排空后测量上传。专科护士每日查看数据，发现体重日增长 > 1kg或周增长 > 2.5kg，主动致电干预（增加利尿剂、限盐），预防急性失代偿。

5.2.2 可穿戴心电设备

对于偶发心悸但24小时动态心电图阴性患者，指导使用单导联可穿戴心电贴片连续监测14天，护士负责教

会症状触发记录并定期下载数据供医生分析。

5.3 多学科慢病管理小组

5.3.1 护士作为协调者

个案管理护士协调医生调整方案、药师核查药物相互作用（如华法林与深绿色蔬菜）、营养师制定低盐低脂食谱、康复师开具运动处方，整合成一份可执行的《出院行动计划》。

5.3.2 患者赋能教育

培养患者自我管理能力：模拟“胸痛时第一打120、第二含服硝酸甘油、第三停止活动”的场景；心衰患者掌握限水（每日 < 1.5L）、限盐（每日 < 2g）及症状日记记录。

6 结语

本研究指出，心血管内科护理管理的核心是“精细预见，系统制胜”。人力资源方面，实施能级对应弹性排班与分层仿真培训，保障高应激下团队效能；质量控制依托专科敏感指标（如心电监护报警响应时间、抗凝风险防控），结合信息化实现“实时预警”；风险管控通过标准化流程与“零容忍”清单，推动护士从执行者转向风险评估师；整合早期康复与双心护理，关注运动耐量与心理状态，落实生物-心理-社会医学模式；并通过远程监测与多学科协作，构建医院-家庭延续护理体系，降低再入院率。未来，伴随TAVR等新技术发展，护理将向智能化（AI辅助诊断）、精准化（基因指导抗凝）和人文文化（重症尊严照护）演进，需构建“刚柔并济”系统——以制度控风险，以人文提温度，实现全生命周期健康照护。

参考文献

- [1] 龚雪,王帮青,李斐.精细化管理在心血管内科护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2025,22(13):127-130.
- [2] 柯亚兰.心血管内科护理管理中风险因素及安全防范措施研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(10):126-129.
- [3] 袁向茹,鱼富丽,吴苗.心血管内科护理：维护患者心脏健康的秘诀[J].科学之友,2025,(09):36-37.
- [4] 董佳璐.优质护理模式在心血管内科护理工作中的应用[C]//中国老年保健协会.长者“护航计划”——第三届中西医融合助力现代医学发展会议论文集.隆化县中医医院,2025:70-72.