

临床护理路径在危重心血管病急救护理中的应用体会

孙彤 卢闪闪

中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院 心血管内科 454000

摘要: 目的: 探讨临床护理路径在危重心血管病急救护理中的应用效果, 评估其对不良事件控制与护理满意度的作用。方法: 选取 2024 年 -2025 年期间收治的 80 例危重心血管病患者为研究对象, 采用随机数字表法分为实验组和对照组各 40 例。对照组实施常规急救护理, 实验组实施临床护理路径管理, 内容包括院前救治、病情监护、并发症预防的标准化流程。比较两组不良事件发生率及护理满意度差异。结果: 实验组不良事件发生率为 2.5%, 显著低于对照组的 17.5%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。实验组护理满意度为 95.0%, 高于对照组的 72.5%, 差异亦具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 临床护理路径应用于危重心血管病急救护理中, 可显著减少不良事件发生, 增强患者护理满意度, 具有良好的临床推广价值。**关键词:** 临床护理; 危重心血管病; 急救护理

引言:

危重心血管病是指因心脏结构造成血流动力学严重失衡, 机体重要脏器灌注受限, 进而引发多系统损害的高度紧急临床状态。该类疾病常以急性心肌梗死、恶性心律失常、急性左心衰竭为主要表现。临床症状多呈复杂交织状态, 胸前区剧烈疼痛、意识障碍的信号频繁交替出现, 常在短时间内推动病情恶化。因此, 抢占治疗时间窗口、优化护理流程、提高反应效率成为降低死亡率的关键环节。临床护理路径是以疾病为中心构建的标准化护理管理模式, 基于患者入院至出院全过程进行动态预设, 强调时间序列与护理质量的高度协同。在危重心血管病急救护理场域中, 临床护理路径能够规避护理行为的随意性, 使急救措施符合病理演变节奏, 强化了院前院内接轨效率, 明确各环节责任归属, 提高团队协作救治能力, 缓解心肌损伤, 延展治疗空间。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

本研究共纳入危重心血管病患者 80 例, 采用随机数字表法分为实验组 40 例、对照组 40 例。实验组患者年龄分布在 37 岁 -88 岁, 平均年龄为 (62.52 ± 1.34) 岁; 其中男性 28 例, 女性 12 例。对照组患者年龄分布在 38 岁 -88 岁, 平均年龄为 (63.21 ± 1.04) 岁; 其中男性 29 例, 女性 11 例。两组患者在年龄、性别方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在 80 例危重心血管病患者中, 心肌梗死 19 例、心源性猝死 20 例、心房颤动 20 例、窦性心动过速 20 例、心绞痛 21 例。

各类疾病在两组中分布均衡, 符合分组比较要求。纳入标准:

①符合危重心血管病诊断标准, 经临床明确诊断; ②病情达到“重症”或“危重”分级标准, 需实施急救干预; ③年龄在 18 岁 -90 岁之间。排除标准: ①合并其他系统严重功能障碍; ②存在恶性肿瘤或活动性出血性疾病; ③意识完全丧失或处于深昏迷状态, 无法配合治疗及评估。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者在整个急救护理过程中采取常规护理模式, 由接诊护士依据既往经验开展基础生命体征监测、吸氧、静脉通道建立的措施, 在治疗流程上未设置统一路径, 护理操作缺乏结构化安排, 评估与干预时间节点不固定, 仅依靠临床表现进行反应式处理, 护理文书记录以事件为单位进行补充, 整体干预流程松散。

1.2.2 实验组

实验组患者在入组初即建立临床护理路径表单, 由专责护士依据患者病种制定标准化急救护理时序图, 明确每小时护理内容、干预目标。院前阶段接警人员指导患者就地卧位、保持呼吸道通畅, 同时指导家属服用常备急救药物。转运过程中由护理人员持续心电监护并予以吸氧、监测血压, 保证生命体征稳定后进入重症监护单元。入室后立即实施全面评估, 依据护理路径实施分时干预。路径中明确杜冷丁、利多卡因的应用剂量及时间节点, 设立动态指标监测表格, 记录室性早搏、QT 间期的变化, 及时反馈医生处理。护理

过程中设置高危并发症观察节点, 并进行心源性休克、急性左心衰等高频并发症风险预警。之后, 护理人员对患者进行持续心理疏导, 依托语言沟通稳定患者紧张情绪, 指导其配合呼吸节律训练, 减轻自主神经系统负荷。治疗完成后按路径规定时限开展并发症筛查、复测血压心率与心电图, 依据恢复曲线修订后续干预策略, 保证病情稳定进展。

1.3. 观察指标

本研究的观察指标为不良事件发生率、护理满意度。其中, 不良事件包含再梗死、严重心律失常、猝死, 记录患者在急救及住院期间是否出现上述事件。护理满意度采用标准化问卷在干预结束后由患者或家属填写, 涵盖护理响应速度、沟通质量、操作规范性。

1.4. 统计学方法

数据的统计分析是通过 SPSS26.0 软件进行的。对计数资料采用卡方 (χ^2) 检验, 计量资料则通过 t 检验来分析。当 P 值小于 0.05 时, 认为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1. 不良事件发生情况

实验组不良事件发生率为 2.5% (1 例), 对照组为 17.5% (7 例), 包含再梗死、严重心律失常、猝死在内的综合事件。两组差异经卡方检验具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明临床护理路径在降低不良事件方面效果显著。

表 1: 不良事件发生情况

组别	例数 (n)	再梗死 (n)	严重心律失常 (n)	猝死 (n)	总发生率 (%)
实验组	40	1	0	0	2.5
对照组	40	5	1	1	17.5
P 值	-				<0.05

2.2. 护理满意度情况

实验组患者中有 38 例表示满意, 占比 95%; 不满意 2 例, 占比 5%。对照组满意 29 例, 占比 72.5%; 不满意 11 例, 占比 27.5%。满意度差异经统计学分析具有显著性 ($P < 0.05$), 说明护理路径实施显著改善了患者的主观体验。

表 2: 护理满意度情况

组别	例数 (n)	满意 (n)	不满意 (n)	满意度 (%)
实验组	40	38	2	95.0
对照组	40	29	11	72.5
P 值				<0.05

3. 讨论

危重心血管病的临床特点在于其突发性、快速恶化性

及多器官功能受损的高并发症风险。在疾病早期阶段, 血流动力学失衡所引发的系列反应极易出现重要脏器灌注不足, 若干预不及时, 将迅速进入不可逆状态。传统护理模式在应对这类高危病种时, 操作常依托医生经验, 路径设置零散, 缺乏连续性控制预警机制, 使得整体护理效果不稳定。在此背景下, 医护人员采用临床护理路径体现了护理管理的标准化进程, 为高风险病种的抢救提供了精细化、规范化的解决方案。从数据表现来看, 本研究的实验组在不良事件控制方面优于对照组, 提示临床护理路径干预有助于稳定病情, 降低急性并发症的触发率。在临床护理路径中, 各时间段护理任务明确划分, 从患者接诊到病情评估、药物干预、并发症识别, 再到心理状态引导, 构成了完整的闭环式管理结构, 提高了护理时效性。

另外, 该路径强调了急救护理的整体协同。过去, 院前、院中、院后常处于割裂状态, 造成信息传递滞后。而路径化护理有效整合各阶段护理资源, 保证了护理人员间的信息联动。在心血管系统高度敏感的病理状态下, 路径中设定的药物给药时间、剂量方案及生命体征参数目标, 为护理人员提供了可操作的干预标准, 减少了过度依赖经验所带来的风险。同时, 在路径执行过程中, 护理文书同步完成, 护理信息实时记录分析, 使整个过程具有可追溯性, 进一步增强了护理工作的规范性。而临床护理路径强调基于标准下的动态调整。在实际干预中, 病情演变常呈非线性特征, 因此路径需在执行过程中融合护理人员的专业判断进行适时修正。本研究中护理团队持续监测患者的心律波动、血压变化的关键指标, 在发现异常信号时可即时修改路径参数, 这种双重机制恰好契合了危重病管理的本质需求。

综上所述, 临床护理路径在危重心血管病急救护理中的应用, 改善了患者的不良事件发生情况, 提高了护理满意度。该模式依托结构化流程设计、实时监测机制与全程质量控制体系, 提高了护理干预的系统性, 为高风险急救护理的质量提升提供了可复制的范式。

参考文献:

- [1] 陈璐. 门诊冠心病患者的心血管专科护理干预效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2025,40(04):217-219.
- [2] 张娟, 陶美伊, 苏晚英, 江雁城, 王晴, 周婷. 国外心血管高级实践护士发展概况及启示 [J]. 护理研究, 2025,39(07):1211-1215.

[3] 邹秀芳. 护理干预对心血管疾病患者的预后影响研究 [A]. 临床医学健康与传播学术研讨会论文集 (第三册) [C]. 重庆市健康促进与健康教育学会 :2025:1058-1061.

[4] 高瑜, 邬颖菊, 邵美玲, 任旺, 韩瑜. 循证教学法结合翻转课堂教学模式在心血管内科临床护理教学中的探索

[J]. 中国高等医学教育, 2024,(12):118-119.

[5] 汤佳艳, 刘立骏, 张婷婷. 心血管重症监护室护士护理多病共存患者的真实体验的质性研究 [A]. 第六届上海国际护理大会论文汇编 (下) [C]. 上海市护理学会 :2024:717-718.