

# 预见性护理干预对CCU急性心肌梗死患者PCI术后并发症以及生活质量的影响

金薇薇 郝宴<sup>(通讯作者)</sup> 张艳秋 赵艳

吉林大学第二医院, 吉林长春, 130000;

**摘要:** 目的: 探讨预见性护理干预对CCU急性心肌梗死患者PCI术后的应用效果, 分析其术后并发症以及生活质量的影响。方法: 选取2024年2月-2025年12月在本院CCU接受PCI治疗的急性心肌梗死患者70例, 按随机数字表法分为对照组与预见组各35例, 分别予以常规护理和预见性护理干预。期间以并发症发生率、生活质量、心理状况、心功能指标为指标, 评估护理方法可行性。结果: 预见组心血管事件、冠脉再狭窄、心力衰竭等并发症发生率占比2.86%, 明显比对照组的17.14%低( $\chi^2=3.968, P=0.046$ ); 生活质量护理前无差别( $P>0.05$ ), 护理后预见组SF-36量表总分比对照组高( $P<0.05$ ); 心理状况护理前无差别( $P>0.05$ ), 护理后预见组DASS-21评分改善幅度比对照组更大( $P<0.05$ ); 心功能指标护理前无差别( $P>0.05$ ), 护理后预见组LVEF、6MWT、BNT水平比对照组更好( $P<0.05$ )。结论: 对于CCU急性心肌梗死患者在接受PCI术治疗期间实施预见性护理干预, 可将患者护理服务由被动应对转向主动管理, 进而显著降低并发症风险, 提升心功能恢复效率与心理适应能力, 同时大幅改善其整体生活质量与整体治疗效果, 值得临床推广应用。

**关键词:** 预见性护理; 急性心肌梗死; PCI术后; 生活质量; 心功能

**DOI:** 10.69979/3029-2808.26.04.056

急性心肌梗死(Acute myocardial infarction; AMI)是心血管系统常见且危重的一类急症。患者发病后会因冠状动脉供血急剧减少或中断, 而出现心肌供血不足, 临床多表现为胸痛、呼吸困难等不同程度的症状。若未能及时进行有效干预, 易诱发心律失常、心力衰竭甚至猝死等严重后果, 对患者生命安全构成严重威胁<sup>[1]</sup>。经皮冠状动脉介入治疗(Percutaneous coronary intervention; PCI)是目前解除AMI所致血管阻塞的主要手段之一, 通过术中快速开通闭塞冠状动脉, 能够恢复心肌血流灌注, 以挽救濒死心肌, 为患者生存提供关键保障。然而临床实践表明, PCI作为侵入性操作, 虽可迅速恢复血流, 却无法完全规避围术期出现的应激反应或血管再狭窄及心理应激等潜在风险, 因此需配套实施具有前瞻性的护理策略, 以预防并发症发生, 稳定血流动力学参数等理念为核心, 实现患者身心的协同康复<sup>[2]</sup>。韦远利<sup>[3]</sup>提出, 预见性护理是通过分析与判断患者病情演变规律及潜在风险因素, 在护理干预中提前布局、主动介入, 从而实现由被动响应向主动防控的范式转变, 其核心在于以循证为基, 以风险预判为轴, 以个体化干

预为径, 实现动态且精准的护理响应。基于此本研究以部分CCU行PCI术的AMI患者为研究对象, 分析预见性护理干预在临床中的具体应用价值, 具体内容如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

经伦理委员会审批后将选取2024年2月-2025年12月在本院CCU接受PCI治疗的急性心肌梗死患者70例, 按随机数字表法分为对照组与预见组各35例。参与本研究的患者必须同时满足以下条件: ①符合关于AMI的临床诊断标准, 且确诊<sup>[4]</sup>; ②发病12h内行PCI治疗且术后TIMI $\geq 2$ 级; ③年龄35~80岁; ④意识清楚, 无沟通障碍; ⑤签署知情同意书, 自愿参与本研究。凡符合下列任一项者, 均不纳入本研究: ①合并功能不全者; ②既往有AMI病史或接受过心脏外科手术者; ③存在精神疾病史或认知功能障碍, 无法配合护理者; ④对造影剂过敏或存在严重出血倾向者; ⑤拒绝配合研究或中途退出者。两组患者基线资料均衡可比( $P>0.05$ ), 见表1。

表1 患者基线资料比较

分组	n	性别		年龄(岁)	病史(h)	梗死部位		
		男	女			前壁	下后壁	侧壁
对照组	35	28	7	62.30±5.14	5.23±1.12	15	12	8
预见组	35	25	10	62.35±5.18	5.26±1.15	15	10	10
t/χ <sup>2</sup>	-	0.699		0.041	0.111	0.265		
P	-	0.403		0.968	0.912	0.607		

## 1.2 干预方法

对照组进行常规护理, (1) 患者入CCU后即予持续心电监护, 监测各项生理指标, 密切观察心电图动态变化, 重点关注有无ST段再抬高、T波改变及恶性心律失常征象。15min记录一次生命体征, 病情稳定后可酌情延长至1-2h记录一次。护士定时观察穿刺部位有无渗血、血肿, 监测足背动脉搏动及肢体皮温变化, 发现异常及时报告医师处理。(2) 术后协助患者取平卧位, 穿刺侧肢体制动6h, 术侧下肢伸直并制动, 避免屈曲。2h协助患者进行轴向翻身, 保持舒适体位, 观察受压部位皮肤情况。常规给予低盐、低脂、易消化饮食, 指导患者少量多餐, 避免饱餐诱发心肌耗氧增加。保持大便通畅, 对于排便困难者遵医嘱给予通便药物, 指导患者避免用力排便, 预防不良事件发生。(3) 遵医嘱及时准确执行溶栓、抗凝、抗血小板及β受体阻滞剂等药物治疗, 严密观察用药反应与出血倾向。药物使用中需叮嘱患者按时按量服药, 督促患者培养遵医嘱服药的习惯, 避免患者漏服、错服或私自调整用药。静脉滴注药物需使用输液泵限制药物输入速度, 在用药后观察药物反应, 若出现不良反应随时记录并及时告诉医生。(4) 护理过程随时根据患者的主诉或情绪反映进行一般的安慰解释, 简单介绍一些有关本病的常识, 减轻患者对病区陌生的感觉及恐惧感。

预见组护理干预是在常规护理上叠加预见性护理:

(1) 患者入院后由护士向患者提供有关心肌梗死的内容, 包括临床表现、病因、治疗方法等, 与患者交谈时要注意其情绪的变化, 适时了解患者的心理需求, 并用专业心理测验工具进行测定, 发现有不良心理趋向的患者, 及时以正面引导、转换思维等心理方法给予心理干预, 使患者树立起积极应对的心理以减轻患者的术前焦虑等不良心理。(2) 手术前2h内嘱患者禁食禁饮, 查看手术用品及急救物品是否齐备, 在查看各穿刺点表皮无问题和血管状况好的基础上, 尽量选择桡动脉穿刺并做好标记。患者进入手术室后, 护理人员应考虑患者术中可能发生的情况, 做好相应的抢救预案, 严密监测血压、脉搏、血氧饱和度、体温、手术中出入量等。一旦发现

异常及时通知手术室医师、麻醉医师并协助处理, 以防患者病情恶化或术中发生并发症。(3) 术后患者进入CCU病房监护心电、血压、血氧饱和度, 注意穿刺部位有无出血、远端肢体的血运情况及疼痛评分的变化等。术后6h内应平卧, 以15min为节点记录生命体征, 观察有无术后并发症。术后24h内动态观察穿刺部位是否有淤血、肿胀及足背动脉搏动的情况, 预防假性动脉瘤及假性动静脉瘘的发生。对饮食、活动等情况有针对性的护理指导, 建议卧床休息, 饮食流质饮食为主, 减少对心脏压力的影响, 病情好转后根据患者康复情况再调整饮食护理方案。与患者及其家属建立良好沟通渠道, 实时把握患者心理动态, 及时开展心理疏导, 帮助其缓解负面情绪。在病情稳定阶段, 增加沟通频率, 以提升治疗配合度。结合AMI患者疾病特点, 提前实施并发症预见性护理, 针对清晨时段易发的心律失常则加强该时段病房巡视, 密切关注心电图变化, 提前做好预防措施

## 1.3 观察指标

### 1.3.1 并发症发生率

统计护理期间患者出现心血管事件、冠脉再狭窄、心力衰竭的例数, 按发生例数除以总例数\*100%计算发生率。

### 1.3.2 生活质量

于护理前后分别使用SF-36量表评估患者生活质量, 量表得分经处理后定为0-100分, 分数与生活质量呈正相关<sup>[5]</sup>。

### 1.3.3 心理状况

在1.3.2同一时间点采用DASS-21量表评估患者心理状况, 量表得分范围0-42分, 得分与焦虑、抑郁及压力水平呈正相关<sup>[6]</sup>。

### 1.3.4 心功能指标

与1.3.2同一时间点采集患者清晨空腹静脉血, 检测BNP水平, LVEF使用超声心动图测定、6MWT测试由专人于标准场地实施, 记录患者6分钟内步行最大距离。

## 1.4 统计学处理

用 SPSS28.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料用 t 检验, 计数资料行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 并发症发生率对比

预见组心血管事件、冠脉再狭窄、心力衰竭等并发症发生率占比 2.86%, 明显比对照组的 17.14% 低 ( $\chi^2 = 3.968, P = 0.046$ )。见表 2

表 2: 并发症发生率对比 (%)

组别	n	心血管事件	冠脉再狭窄	心力衰竭	发生率
对照组	35	4	1	1	6 (17.14%)
预见组	35	1	0	0	1 (2.86%)
$\chi^2$	-	-	-	-	3.968
P	-	-	-	-	0.046

### 2.2 生活质量对比

生活质量护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组 SF-36 量表总分比对照组高 ( $P < 0.05$ )。见表 3

表 3: 生活质量对比 ( $\bar{X} \pm s$ ; 分)

组别	n	护理前	护理后
对照组	35	60.44±3.10	71.58±4.22
预见组	35	60.45±3.12	88.66±4.13
t	-	0.013	17.113
P	-	0.989	<0.001

### 2.3 心理状况对比

心理状况护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组

DASS-21 评分改善幅度比对照组更大 ( $P < 0.05$ ) 见表 4

表 4: 心理状况对比 ( $\bar{X} \pm s$ ; 分)

组别	n	护理前	护理后
对照组	35	33.19±2.78	30.07±2.52
预见组	35	33.32±2.75	25.45±2.20
t	-	0.197	8.171
P	-	0.845	<0.001

### 2.4 心功能指标对比

心功能指标护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组 LVEF、6MWT、BNT 水平比对照组更好 ( $P < 0.05$ )。见表 5

表 5: 心功能指标对比 ( $\bar{X} \pm s$ )

指标		对照组 (n=35)	预见组 (n=35)	t	P
LVEF (%)	护理前	35.92±2.04	35.87±2.01	0.103	0.918
	护理后	42.86±2.16	46.96±2.22	7.831	<0.001
6MWT (m)	护理前	163.44±23.51	162.48±23.39	0.171	0.865
	护理后	433.46±33.56	471.16±45.04	3.971	<0.001
BNP (pg/mL)	护理前	412.47±13.82	410.35±13.76	0.643	0.522
	护理后	400.40±13.57	348.28±11.44	17.373	<0.001

## 3 讨论

PCI 是 AMI 患者恢复血液灌注, 保护心肌细胞, 减小心肌梗死范围的有效方法, 在开通闭塞的冠状动脉条件下, 达到心脏血运重建的目的, 有效缩小心肌梗面积, 改善 AMI 患者的预后和生存质量。但诸多 PCI 实践结果均显示, PCI 术后患者会受到生理应激和心理应激的共同影响发生继发性出血、感染、心律失常、置支架后再狭窄等情况, 加之术后 CCU 中患者常有焦虑、恐惧、无能为力的感觉, 此时患者心理负担会显著加重, 进而影响心功能恢复。所以要针对接受 PCI 治疗的 AMI 患者进行科学合理有效的护理干预, 稳定生理环境, 减轻心理应激反应, 改善心肌血液供应。预见性护理是从患者入院综合表现出发, 针对每位患者定出预期计划并贯穿于整个治疗过程之中, 是对患者现存病情及可能出现的问题的预见性, 以预防或缓解患者身体、心理的不适症状,

提高患者总体治疗效果和疾病康复效果<sup>[7]</sup>。研究结果显示, 预见组心血管事件、冠脉再狭窄、心力衰竭等并发症发生率占比 2.86%, 明显比对照组的 17.14% 低 ( $\chi^2 = 3.968, P = 0.046$ ); 生活质量护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组 SF-36 量表总分比对照组高 ( $P < 0.05$ ); 心理状况护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组 DASS-21 评分改善幅度比对照组更大 ( $P < 0.05$ ); 心功能指标护理前无差别 ( $P > 0.05$ ), 护理后预见组 LVEF、6MWT、BNT 水平比对照组更好 ( $P < 0.05$ )。究其原因, CCU 是 AMI 病人术后早期集中观察的主要场所, CCU 护理质量的好坏会影响患者的救治及后期结果。CCU 护理传统的常规护理工作内容主要是监测生命体征、遵嘱执行护理工作, 缺少预见可能发生的不良情况并及时进行科学干预, 致使患者的应激未被缓解、心肌氧供需失衡继续存在, 患者的心功能恢复缓慢。预见性护理是一种新

型护理模式,强调应用循证医学的思维方法,发现疾病进程中的潜在风险因素,结合患者具体情况实施预防性的干预措施,减少病人不良后果的发生,改善护理质量<sup>[8]</sup>。其以早期风险评估、观察病程演变、分期心理疏导、精准健康教育为思路,做好预期防范,防止事态恶性循环,促进恢复心肌正常能量代谢、达到自律神经系统再平衡,加快病情好转,并对减少患者术后并发症可能性存在一定有效性<sup>[9]</sup>。另外,预见性护理本身实施的效果依赖于护士的业务水平,因此需加强对护士对AMI的病理生理学知识和风险因素的认识,而当护士业务扎实、循证基础比较好、思维敏锐时,即可快速识别早期危险信号,及时调整预设干预措施,让护理措施更具时效性和针对性,使患者早期获取精准且动态的护理照顾,有利于在心肌重构窗口期内针对患者的干预效果最佳化,更好的促使患者在生活质量后面获得相应改善<sup>[10]</sup>。

综上所述,对于CCU急性心肌梗死患者在接受PCI术治疗期间实施预见性护理干预,可将患者护理服务由被动应对转向主动管理,进而显著降低并发症风险,提升心功能恢复效率与心理适应能力,同时大幅改善其整体生活质量与整体治疗效果,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 操想娇. 早期个体化心脏康复护理在急性心肌梗死急诊PCI术后患者中的应用[J]. 医疗装备, 2026, 39(01): 130-132+135.
- [2] 冯云霞, 苏维芳. 早期运动康复对急性心肌梗死PCI术后患者生活质量及自我护理能力的影响[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2026, 42(04): 27-31.
- [3] 韦远利, 黄巧连, 刘菊英. 个性化预见性护理对先天性心脏病介入术后并发症及临床效果的影响[J]. 当代

医药论丛, 2026, 24(01): 186-189.

- [4] 关月, 李寒雪, 房媛媛, 等. 团体认知行为疗法联合家庭参与式健康教育对急性心肌梗死PCI术后患者的影响[J]. 心理月刊, 2025, 20(23): 180-183+206.
- [5] 罗清清, 张艳梅, 林福金, 等. 多维健康指导联合阶梯式心脏康复护理对急性心肌梗死PCI术患者心功能、自我管理能力的影 响[J]. 心血管病防治知识, 2025, 15(22): 73-76.
- [6] 王芳, 董智华, 洪梓岭. 基于梧桐模式的护理在急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(22): 164-167.
- [7] 刘晓聪. 循证护理在急性ST段抬高型心肌梗死PCI术后患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(19): 171-173.
- [8] 潘京超, 王娟. 老年急性心肌梗死患者PCI术后应用康复护理研究[J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40(09): 17-19.
- [9] 张绮莲, 张雁清, 梁小娟. 无缝隙护理临床路径在急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后康复期的应用[J]. 心血管病防治知识, 2025, 15(14): 67-70.
- [10] 秦洁洁, 庞瑞雪, 王沙. 预见性护理联合早期心脏康复运动在急性心肌梗死PCI术后中的应用效果[J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36(04): 485-488.

作者简介: 金薇薇, 女, (1984.02-), 毕业院校: 延边大学, 所学专业: 护理学, 当前就职单位: 吉林大学第二医院, 职务: 护士, 职称级别: 主管护师。

通讯作者: 郝宴, 女, (1988.02-), 毕业院校: 长春中医药大学, 专业: 护理, 当前就职单位: 吉林大学第二医院, 职务: 护士, 职称级别: 副主任护师。