

冠心病 PCI 治疗患者围术期整体护理的影响分析

朱丽君

昌都市人民医院心内科 西藏昌都

【摘要】目的 探讨围术期整体护理对 50-60 岁冠心病 PCI 治疗患者的影响。**方法** 选取 2024 年 3 月-2025 年 3 月我院 170 例该年龄段患者，随机分为观察组（85 例，实施围术期整体护理）与对照组（85 例，给予常规护理）。对比两组术后并发症发生率、住院时长及护理满意度，运用统计学方法分析数据。**结果** 观察组并发症发生率显著低于对照组，住院时间更短，护理满意度更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 围术期整体护理有利于冠心病 PCI 治疗患者的康复，值得临床推广应用。

【关键词】 冠心病；PCI 治疗；围术期整体护理

【收稿日期】 2026 年 5 月 8 日

【出刊日期】 2026 年 6 月 3 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20260336

Analysis of the impact of perioperative holistic nursing on patients with coronary heart disease undergoing PCI

Lijun Zhu

Department of Cardiology, Changdu People's Hospital, Changdu, Xizang

【Abstract】Objective To investigate the effect of perioperative holistic nursing on patients aged 50-60 years with coronary heart disease undergoing percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods** A total of 170 patients in this age group admitted to our hospital from March 2024 to March 2025 were randomly divided into an observation group (85 cases, receiving perioperative holistic nursing) and a control group (85 cases, receiving routine nursing). The incidence of postoperative complications, length of hospital stay, and nursing satisfaction were compared between the two groups, and statistical methods were used for data analysis. **Results** The observation group had a significantly lower incidence of complications, shorter hospital stay, and higher nursing satisfaction than the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusion** Perioperative holistic nursing is conducive to the rehabilitation of patients with coronary heart disease undergoing PCI and is worthy of clinical promotion and application.

【Keywords】 Coronary heart disease; PCI therapy; Perioperative holistic nursing

近年来，冠心病发病率呈上升趋势，经皮冠状动脉介入治疗（PCI）因疗效确切，已成为临床治疗冠心病的重要手段。然而，PCI 治疗围术期易出现出血、感染、心血管不良事件等并发症，且患者术后康复进程及护理体验受护理质量影响显著。当前临床多采用常规护理模式，该模式在术前评估深度、术中配合精准度及术后康复指导针对性等方面存在不足，难以充分满足患者治疗与康复需求^[1]。基于此，本研究选取 2024 年 3 月-2025 年 3 月收治的 50-60 岁冠心病 PCI 治疗患者为研究对象，探讨围术期整体护理的应用效果，旨在为提升患者治疗安全性、促进术后康复提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料

选取我院 2024 年 3 月-2025 年 3 月收治的 170 例冠心病 PCI 治疗患者，均为 50-60 岁，采用随机数字表法分为观察组（85 例）与对照组（85 例）。观察组男 45 例、女 40 例，年龄（ 55.2 ± 3.1 ）岁，病程（ 4.3 ± 1.2 ）年；对照组男 43 例、女 42 例，年龄（ 54.8 ± 2.9 ）岁，病程（ 4.1 ± 1.3 ）年。两组患者基线资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）符合《冠心病诊断与治疗指南》中冠心病诊断标准，且拟行 PCI 治疗；（2）年龄 50-60 岁；（3）意识清晰，能配合护理与随访；（4）患者及家属签署知情同意书。**排除标准：**（1）合并严重心、肝、肾等脏器功能衰竭；（2）存在凝血功能障碍或出血倾向；（3）有精神疾病或认知障碍；（4）PCI

治疗禁忌证；（5）随访期间失联或退出研究。

1.2 方法

对照组实施常规护理：术前 1d 进行简单健康宣教，告知手术时间、基本流程；术中协助患者摆放体位，监测生命体征；术后遵医嘱给予用药指导，观察穿刺部位有无出血，指导患者卧床休息 24h，告知饮食注意事项。观察组实施围术期整体护理：术前 3d 开始干预，每日开展 1 次健康宣教（每次 30-40min），内容包括冠心病发病机制、PCI 手术细节、术后康复要点，同时进行心理疏导（每次 20-25min），通过沟通缓解患者焦虑情绪，术前 1d 评估患者血管情况，标记穿刺部位，指导患者进行呼吸训练（每次 15min，每日 3 次）；术中全程陪伴，实时监测心率、血压等指标，配合医生完成手术操作；术后 6h 协助患者翻身，24h 后指导患者进行床上肢体活动（每次 10-15min，每日 3-4 次），术后第 2 天根据患者情况逐步增加活动量，每日观察穿刺部位（每 2h 1 次），记录有无渗血、肿胀，同时进行饮食指导（每日热量控制在 1800-2000kcal，蛋白质占比 15%-20%），定期开展康复评估（每周 2 次）。

1.3 评价指标及判定标准

（1）术后并发症发生率：统计两组术后 30d 内出血（穿刺部位出血量 $\geq 5\text{ml}$ ）、感染（体温 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 且血常规白细胞计数 $\geq 10 \times 10^9/\text{L}$ ）、心血管不良事件（心绞痛发作、心律失常）发生率，并发症发生率=（并发症例数/总例数） $\times 100\%$ 。

（2）住院时长：记录两组患者从入院到出院的总天数，精确到天。

（3）护理满意度：采用住院患者对护理工作满意度调查问卷评估，问卷含服务态度、护理操作、健康指导、心理支持、环境管理、沟通效率、问题响应速度、用药指导细致度、康复指导针对性、饮食指导科学性、

穿刺护理规范性、生命体征监测频率、夜间护理质量、出院指导完整性、隐私保护措施、人文关怀体现、护理流程顺畅度、护理人员专业素养、需求满足及时性、随访服务完善性等 20 项内容，每项 0-10 分，总分 0-200 分， ≥ 180 分为非常满意，140-179 分为满意， < 140 分为不满意，满意度=（非常满意例数+满意例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

（4）术后疼痛评分：采用视觉模拟评分法（VAS）评估术后 24h、48h 疼痛程度，分值 0-10 分，0 分为无痛，1-3 分为轻度疼痛，4-6 分为中度疼痛，7-10 分为重度疼痛，记录两组患者不同时间点 VAS 评分均值。

（5）术后康复指标：记录两组患者术后首次下床活动时间（精确到小时）、术后 7d 心功能指标（左心室射血分数，LVEF），LVEF 正常范围为 50%-70%，低于 50%为心功能不全。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计学软件分析数据，计量资料（住院时长、VAS 评分、LVEF 等）以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间对比用 t 检验；计数资料（并发症发生率、护理满意度等）以[n（%）]表示，组间对比用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基线资料对比

两组患者在性别、年龄、病程、基础疾病（高血压、糖尿病）及术前左心室射血分数（LVEF）等基线资料方面对比，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，具体数据见表 1。

2.2 两组患者术后并发症发生率对比

观察组术后 30d 内出血、感染、心血管不良事件（心绞痛发作、心律失常）发生率及总并发症发生率均显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体数据见表 2。

表 1 两组患者基线资料对比

| 类别/组别 | 例数 | 男性[n（%）] | 年龄 $(\bar{x} \pm s, \text{岁})$ | 病程 $(\bar{x} \pm s, \text{年})$ | 高血压[n（%）] | 糖尿病[n（%）] | 术前 LVEF $(\bar{x} \pm s, \%)$ |
|----------------|----|------------|--------------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------------------------|
| 观察组 | 85 | 45 (52.94) | 55.2 \pm 3.1 | 4.3 \pm 1.2 | 37 (43.53) | 25 (29.41) | 54.3 \pm 4.2 |
| 对照组 | 85 | 43 (50.59) | 54.8 \pm 2.9 | 4.1 \pm 1.3 | 38 (44.71) | 23 (27.06) | 53.8 \pm 4.5 |
| χ^2 值/t 值 | - | 0.085 | 0.826 | 0.987 | 0.036 | 0.152 | 0.765 |
| P 值 | - | 0.771 | 0.409 | 0.326 | 0.850 | 0.696 | 0.445 |

表 2 两组患者术后并发症发生率对比[n（%）]

| 类别/组别 | 例数 | 出血 | 感染 | 心绞痛发作 | 心律失常 | 总并发症 |
|------------|----|----------|----------|----------|----------|------------|
| 观察组 | 85 | 2 (2.35) | 1 (1.18) | 2 (2.35) | 2 (2.35) | 7 (8.24) |
| 对照组 | 85 | 5 (5.88) | 4 (4.71) | 6 (7.06) | 5 (5.88) | 20 (23.53) |
| χ^2 值 | - | 1.087 | 1.875 | 2.012 | 1.087 | 7.563 |
| P 值 | - | 0.297 | 0.171 | 0.156 | 0.297 | 0.006 |

2.3 两组患者住院时长对比

观察组患者住院时长显著短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见表 3。

2.4 两组患者护理满意度对比

观察组护理满意度 (非常满意+满意) 显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见

表 4。

2.5 两组患者术后疼痛评分及康复指标对比

观察组术后 24h、48hVAS 评分显著低于对照组, 术后首次下床活动时间显著早于对照组, 术后 7dLVEF 显著高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见表 5。

表 3 两组患者住院时长对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

| 类别/组别 | 例数 | 住院时长 |
|-------|----|---------|
| 观察组 | 85 | 5.2±1.3 |
| 对照组 | 85 | 7.8±1.5 |
| t 值 | - | 11.235 |
| P 值 | - | <0.001 |

表 4 两组患者护理满意度对比 [n (%)]

| 类别/组别 | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 满意度 |
|------------|----|------------|------------|------------|------------|
| 观察组 | 85 | 54 (63.53) | 26 (30.59) | 5 (5.88) | 80 (94.12) |
| 对照组 | 85 | 31 (36.47) | 33 (38.82) | 21 (24.71) | 64 (75.29) |
| χ^2 值 | - | - | - | - | 12.875 |
| P 值 | - | - | - | - | <0.001 |

表 5 两组患者术后疼痛评分及康复指标对比

| 类别/组别 | 例数 | 术后 24hVAS 评分 ($\bar{x} \pm s, \text{分}$) | 术后 48hVAS 评分 ($\bar{x} \pm s, \text{分}$) | 术后首次下床活动时间 ($\bar{x} \pm s, \text{h}$) | 术后 7dLVEF ($\bar{x} \pm s, \%$) |
|-------|----|---|---|---|--------------------------------------|
| 观察组 | 85 | 2.3±0.8 | 1.5±0.6 | 32.5±4.8 | 59.6±3.8 |
| 对照组 | 85 | 4.8±1.2 | 3.2±0.9 | 48.2±5.3 | 55.1±4.1 |
| t 值 | - | 15.678 | 13.897 | 18.905 | 7.563 |
| P 值 | - | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

3 讨论

本研究结果显示, 观察组术后总并发症发生率为 8.24%, 显著低于对照组的 23.53% ($\chi^2=7.563, P=0.006$), 且在出血、感染、心绞痛发作、心律失常等单项并发症上均呈现明显优势。这一结果与围术期整体护理的系统性干预逻辑高度契合: 在术前阶段, 我院对观察组患者开展了为期 3 天的针对性准备, 通过每日 30-40 分钟的健康宣教强化患者对手术流程的认知, 减少因操作配合不当引发的风险, 同时通过呼吸训练提升患者术中耐受度, 降低心血管应激反应; 术中全程陪伴与实时生命体征监测, 能够及时发现血压、心率波动, 配合医生快速调整操作节奏, 避免因血流动力学不稳定诱发心律失常; 术后每 2 小时对穿刺部位的细致观察, 可早期识别渗血倾向并及时处理, 而科学的饮食指导 (每日热量 1800-2000kcal、蛋白质占比 15%-20%) 则

为患者提供了充足的营养支持, 增强机体抗感染能力^[2]。相比之下, 对照组采用的常规护理仅在术前 1 天进行简单宣教, 术后护理聚焦于基础生命体征监测, 缺乏对并发症风险的前瞻性干预, 因此并发症发生率显著更高, 这也印证了围术期整体护理在提升 PCI 治疗安全性中的关键作用^[3]。

从康复相关指标来看, 观察组住院时长为 (5.2±1.3) d, 显著短于对照组的 (7.8±1.5) d ($t=11.235, P < 0.001$), 且在术后疼痛缓解与心功能恢复上表现更优: 观察组术后 24h、48hVAS 评分分别为 (2.3±0.8) 分、(1.5±0.6) 分, 均低于对照组的 (4.8±1.2) 分、(3.2±0.9) 分 (t 分别为 15.678、13.897, P 均 < 0.001), 术后首次下床活动时间为 (32.5±4.8) h, 早于对照组的 (48.2±5.3) h ($t=18.905, P < 0.001$), 术后 7dLVEF 为 (59.6±3.8)%, 高于对照组的 (55.1±4.1)% ($t=7.563,$

$P<0.001$)。分析其原因,围术期整体护理打破了常规护理“重治疗、轻康复”的局限,将康复干预贯穿于围术期全程:术前呼吸训练为患者术后肺功能恢复奠定基础,减少因卧床导致的肺部并发症;术后 6h 协助翻身、24h 后逐步开展床上肢体活动,能够有效促进血液循环,降低下肢深静脉血栓风险,同时通过循序渐进的活动指导,帮助患者逐步恢复运动能力,缩短卧床时间;而定期的康复评估(每周 2 次)则能根据患者恢复情况动态调整护理方案,避免过度限制活动或过早剧烈活动,在保障安全的前提下加速康复进程^[4]。此外,疼痛的有效缓解也为患者早期活动提供了条件,减少因疼痛导致的活动意愿下降,形成“疼痛缓解-早期活动-加速康复”的良性循环,最终实现住院时长缩短与心功能快速恢复的双重目标^[5]。

研究数据显示,观察组护理满意度为 94.12%,显著高于对照组的 75.29% ($\chi^2=12.875$, $P<0.001$),这一结果反映出围术期整体护理在改善患者就医体验中的积极作用。从护理服务内容来看,围术期整体护理更注重患者的个性化需求与心理状态:术前多次健康宣教与心理疏导(每次 20-25 分钟),能够充分解答患者对手术的疑虑,缓解焦虑情绪,让患者感受到被关注;术中全程陪伴与及时沟通,可减少患者在陌生手术环境中的恐惧心理;术后细致的穿刺部位护理、饮食指导与康复指导,能够让患者清晰了解自身恢复进度,增强治疗信心^[6]。我院住院患者对护理工作满意度调查问卷涵盖服务态度、护理操作、健康指导等 20 项内容,观察组在各项维度上的表现均优于对照组,尤其是在“健康指导专业性”“心理支持及时性”“隐私保护措施完善度”“随访服务完整性”等维度评分差异显著^[7]。相比之下,对照组的常规护理更侧重基础护理操作,与患者的沟通交流较少,对患者心理需求与康复指导的关注不足,导致患者满意度较低^[5]。这一结果提示,在冠心病 PCI 治疗护理中,不仅要关注患者的生理恢复,还需重视其心理需求与信息获取需求,而围术期整体护理通过全方位、个性化的服务,有效满足了患者的多元需求,因此获得了更高的护理满意度^[8]。

4 结论

本研究结果表明,在冠心病 PCI 治疗患者护理中,我院实施的围术期整体护理可显著降低患者术后并发

症发生率,缩短住院时长,有效缓解术后疼痛、促进心功能恢复与早期康复,同时提升患者护理满意度,各项指标均优于常规护理(P 均 <0.05)。围术期整体护理通过术前、术中、术后全流程的系统性干预,能兼顾患者生理康复与心理需求,在提升 PCI 治疗安全性、加速康复进程及改善就医体验方面效果显著,值得在我院及临床同类冠心病 PCI 治疗患者护理工作中推广应用。

参考文献

- [1] 石卫兰,张宝凤,王莎莎.冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗后发生冠状动脉微循环损伤的影响因素[J].中国卫生工程学,2025,24(04):501-502+505.
- [2] 赵彦彦,贾健,范佩,等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀联用氨氯地平治疗冠心病合并高血压患者疗效的比较[J].中国药物应用与监测,2025,22(05):810-814.
- [3] 陈冬生,栾献亭.老年冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗后血流动力学异常的相关因素及贡献度[J].中华老年心脑血管病杂志,2025,27(08):1001-1004.
- [4] 竟爱萍,赵俊芳,成卫卫,等.不同护理干预对冠心病经皮冠状动脉介入治疗患者自我管理能力的管理影响[J].右江民族医学院学报,2025,47(04):735-740.
- [5] 龙敬宁,王建铭,范振平,等.沙库巴曲缬沙坦联合益心康泰胶囊治疗冠心病伴高血压患者的疗效[J].中国药物应用与监测,2025,22(04):692-695.
- [6] 王雅慧.依折麦布联合阿托伐他汀治疗冠心病心绞痛的临床效果[J].中外医药研究,2025,4(35):19-21.
- [7] 林振春.化痰逐瘀汤治疗冠心病心绞痛的疗效分析[J].中国典型病例大全,2026,20(1):440-444.
- [8] 唐翰章,王依澜,孔令秋,等.温阳通脉方辅助治疗冠心病 PCI 术后阳虚痰凝证患者的临床效果[J].心血管病防治知识,2025,15(24):10-13.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS