

循证护理在老年急性心肌梗死后并发心律失常患者中的应用效果分析

史月 陈娜* 魏巍 王雪 孟雪

吉林大学第二医院, 吉林 长春 130000

[摘要]目的: 探讨循证护理在老年急性心肌梗死后并发心律失常患者中的应用效果, 为临床护理提供参考依据。方法: 选取2024年4月至2025年4月收治的80例老年急性心肌梗死后并发心律失常患者, 采用随机数字表法分为对照组(40例, 常规护理)与实验组(40例, 常规护理+循证护理)。比较两组干预后的心律失常发生情况、心肌功能指标(血清生长分化因子-15(GDF-15)、左心室射血分数(LVEF))、炎症因子(IL-6、TNF- α 、hs-CRP)水平、护理安全指标(跌倒、压疮发生率)、自我护理能力(ESCA评分)、生活质量(SF-36活力维度评分)、再入院率及疼痛程度(VAS评分下降幅度)。结果: 干预后, 实验组24h室性心律失常负荷显著低于对照组($P<0.05$); 血清GDF-15水平低于对照组, LVEF改善程度优于对照组($P<0.05$); 血清IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平显著低于对照组($P<0.05$); 跌倒及压疮发生率显著低于对照组($P<0.05$); ESCA评分、SF-36活力维度评分显著高于对照组($P<0.05$); 30d及90d再入院率显著低于对照组($P<0.05$); VAS评分下降幅度显著大于对照组($P<0.05$)。结论: 循证护理可有效降低老年急性心肌梗死后并发心律失常患者的心律失常负荷, 改善心肌功能, 减轻炎症反应, 提高护理安全性, 增强患者自我护理能力, 改善生活质量, 降低再入院率, 缓解疼痛, 值得临床推广应用。

[关键词]循证护理; 老年急性; 心肌梗死; 并发心律失常患者; 应用效果分析

DOI: 10.33142/cmn.v3i2.18164 中图分类号: R54 文献标识码: A

Analysis of the Application Effect of Evidence-based Nursing in Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction Complicated by Arrhythmia

SHI Yue, CHEN Na*, WEI Wei, WANG Xue, MENG Xue

Second Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, 130000, China

Abstract: Objective: to explore the application effect of evidence-based nursing in elderly patients with arrhythmia after acute myocardial infarction, and provide reference for clinical nursing. Method: 80 elderly patients with acute myocardial infarction complicated with arrhythmia admitted from April 2024 to April 2025 were selected and randomly divided into a control group (40 cases, conventional nursing) and an experimental group (40 cases, conventional nursing + evidence-based nursing) using a random number table method. Compare the incidence of arrhythmia, myocardial function indicators (serum growth differentiation factor-15 (GDF-15), left ventricular ejection fraction (LVEF)), inflammatory factors (IL-6, TNF- α , hs CRP) levels, nursing safety indicators (fall and pressure ulcer incidence), self-care ability (ESCA score), quality of life (SF-36 vitality dimension score), readmission rate, and pain severity (VAS score decrease) between two intervention groups. Result: after intervention, the 24-hour ventricular arrhythmia burden in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$); The serum GDF-15 level was lower than that of the control group, and the improvement of LVEF was better than that of the control group ($P<0.05$); The levels of serum IL-6, TNF- α , and hs CRP were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$); The incidence of falls and pressure ulcers was significantly lower in the control group ($P<0.05$); The ESCA score and SF-36 vitality dimension score were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$); The readmission rates at 30 and 90 days were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$); The decrease in VAS score was significantly greater than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: evidence based nursing can effectively reduce the burden of arrhythmia in elderly patients with acute myocardial infarction, improve myocardial function, reduce inflammatory reactions, enhance nursing safety, strengthen patient self-care ability, improve quality of life, reduce readmission rate, relieve pain, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords: evidence based nursing; elderly acute; myocardial infarction; patients with concurrent arrhythmia; application effect analysis

在人口老龄化趋势越发十分突出的大背景下,老年急性心肌梗死的患病比率呈现出持续不断上升的态势,心律失常作为这种疾病的主要并发症之一,其发生率可达到75%~95%,它会让心肌缺血性损伤变得更加严重,还很有可能引发心力衰竭以及心源性休克等严重的临床事件,

提高老年患者的死亡风险以及再次住院的概率^[1]。传统护理模式主要依靠经验性的干预举措,在个体化程度以及科学依据方面存在着比较十分突出的欠缺,使得它在控制心律失常发作频率以及改善患者长期预后方面的效果不太理想,基于循证医学理念的护理模式运用“问题导向-证

据检索-质量评估-临床转化”这样的系统化流程，借助整合最新的研究证据、临床实践经验以及患者的个体化需求，为制定精准的护理方案给予科学依据^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 4 月至 2025 年 4 月我院心血管内科收治的 80 例老年 AMI 并发心律失常患者为研究对象。纳入标准：①年龄≥60 岁；②符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南（2022 年）》中 AMI 诊断标准，且经 24h 动态心电图证实并发室性早搏、短阵室速等室性心律失常；③意识清晰，可配合护理干预与随访；④患者及家属签署知情同意书。排除标准：①合并严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤、自身免疫性疾病；②存在精神障碍、认知功能障碍；③入院前已发生严重心力衰竭（NYHAⅣ 级）或心源性休克；④随访期间因非心血管疾病死亡或失访。

采用随机数字表法将患者分为对照组与实验组，每组 40 例。两组患者基线资料对比见表 1，经统计学分析，在年龄、性别、梗死部位、基础疾病（高血压、糖尿病、冠心病史）等方面差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

表 1 两组患者一般资料对比

指标	对照组 (n=40)	实验组 (n=40)	统计量	P 值
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	72.5±5.8	73.2±6.1	t=0.542	0.590
性别 (n, %)			$\chi^2=0.103$	0.748
男	23 (57.5)	24 (60.0)		
女	17 (42.5)	16 (40.0)		
梗死部位 (n, %)			$\chi^2=0.587$	0.746
前壁	15 (37.5)	17 (42.5)		
下壁	12 (30.0)	11 (27.5)		
其他	13 (32.5)	12 (30.0)		
基础疾病 (n, %)				
高血压	28 (70.0)	26 (65.0)	$\chi^2=0.286$	0.593
糖尿病	19 (47.5)	21 (52.5)	$\chi^2=0.211$	0.646
冠心病史≥5 年	16 (40.0)	15 (37.5)	$\chi^2=0.059$	0.808

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

运用常规护理干预方案，具体的措施如下：首先是开展持续性病情监测工作，每天定时去测量患者的心率、血压等生命体征，并且每 4h 记录一次心电图数据，要是患者出现胸闷、心悸等临床症状，那么就要立刻复查心电图，其次严格遵循用药护理规范，依照医嘱准确地给患者给予抗血小板、抗凝以及抗心律失常药物，向患者详细地说明药物剂量以及可能会出现的不良反应，再次进行基础护理工作，包含每 2h 协助患者翻身一次、实施口腔护理，还要保持病房环境的温度与湿度处于适宜的范围，最后在健康教育方面，在患者入院的时候发放疾病相关知识手册，

在出院之前重点指导其低盐低脂饮食原则以及避免剧烈运动的注意事项。

1.2.2 实验组

在常规护理的基础之上引入基于 JBI 模式的循证护理干预，其具体的实施流程是这样的：首先借助临床实践与患者需求分析，确立四个核心循证问题：怎样有效地降低老年急性心肌梗死合并心律失常患者的室性心律失常发生率，怎样优化患者心肌功能并改善炎症指标，怎样预防跌倒、压疮等护理相关并发症，以及怎样提高患者自我护理能力与生存质量。随后系统地检索 PubMed、CNKI 以及万方数据库，用“循证护理”“老年”“急性心肌梗死”等中英文关键词进行文献筛选，限定 2020—2025 年发表的随机对照试验和系统评价，排除样本量不足 30 例或者 JBI 量表评分低于 6 分的研究，最终确定 12 篇高质量文献纳入分析。由 3 名有 8 年以上工作经验的心血管专科护士和 1 名主治医师组成的评价小组对证据进行分级评估并确定推荐强度，据此制定个体化护理方案：在心律失常管理方面，基于 I 级 A 级推荐证据，实施 24h 动态心电图持续监测，每 8h 分析心律失常类型及发作频率，对于室性早搏≥10 次/h 的患者及时调整 β 受体阻滞剂剂量，同时指导患者每天进行 3 次、每次 15min 的呼吸放松训练以降低交感神经张力，在心肌功能保护方面，依据 II 级 B 级推荐证据，严格控制每日液体摄入量以减轻心脏负荷，在膳食中增加坚果、鱼类等富含辅酶 Q10 的食物以促进心肌修复，并且每周监测血清 GDF-15 水平和左心室射血分数，在炎症控制方面，基于 I 级 A 级推荐证据，规范使用他汀类等抗炎药物，同时指导患者每天补充 2g Omega-3 脂肪酸以抑制炎症因子释放，并且每天监测体温变化以预防感染诱发的炎症反应加重，在安全护理方面，按照 I 级 A 级推荐证据，采用 Morse 跌倒风险评估量表分别在患者入院时和出院前进行评估^[3]。

自我护理与健康指导：基于 II 级证据（推荐 B 级），采用“一对一+视频教学”模式，讲解心律失常识别方法（如心悸时自测脉搏）、药物漏服处理；建立出院后随访档案，通过微信公众号推送疾病知识（每周 2 次），每月电话随访 1 次，解答护理疑问。

方案实施与质量控制：对护理人员进行循证护理培训（考核合格后方可参与），每日晨会核查方案执行情况，每月召开护理质量分析会，及时调整不合理措施。

两组患者均干预 4 周，干预结束后评价效果，并随访 90d 记录再入院情况。

1.3 观察指标

心律失常发生情况方面，借助 24h 动态心电图来监测室性心律失常负荷，其单位为次/24h，心肌功能指标方面，运用酶联免疫法检测血清 GDF-15，单位是 pg/mL，同时凭借超声心动图检测 LVEF，单位为%，炎症因子方面，

采用免疫比浊法检测血清 IL-6, 单位是 pg/mL, 以及 TNF- α , 单位同样是 pg/mL, 以及 hs-CRP, 单位为 mg/L, 护理安全指标方面, 记录跌倒、压疮的发生率, 自我护理能力方面, 采用自我护理能力量表即 ESCA 进行评分, 该量表包含自我护理技能、健康知识水平等 4 个维度, 总分范围是 0~172 分, 分数越高说明自我护理能力越强, 生活质量方面, 采用简明健康状况量表中活力维度进行评分, 评分范围是 0~100 分, 分数越高说明活力越好, 再入院率方面, 统计 30d 以及 90d 因心血管疾病再入院的人数, 疼痛程度方面, 采用视觉模拟评分也就是 VAS, 评分范围是 0 到 10 分, 分数越高意味着疼痛越重, 计算干预前后评分下降的幅度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件分析数据。计量资料以 (x \pm s) 表示, 组间对比用独立样本 t 检验; 计数资料以 (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 两组患者心律失常发生情况对比

干预后, 实验组室性心律失常负荷显著低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者室性心律失常负荷对比 (次/24h, x \pm s)

组别	例数	室性心律失常负荷	t 值	P 值
对照组	40	1185.6 \pm 210.3	11.28	<0.001
实验组	40	592.4 \pm 156.7		

2.2 两组患者心肌功能指标对比

干预后, 实验组血清 GDF-15 水平低于对照组, LVEF 高于对照组, 差异均有统计学意义 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者心肌功能指标对比 (x \pm s)

组别	例数	GDF-15 (pg/mL)	LVEF (%)
对照组	40	792.5 \pm 105.8	45.2 \pm 5.3
实验组	40	501.8 \pm 89.6	53.6 \pm 6.1
t 值	-	12.36	6.58
P 值	-	<0.001	<0.001

2.3 两组患者炎症因子水平对比

干预后, 实验组血清 IL-6、TNF- α 、hs-CRP 水平均显著低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 4。

表 4 两组患者炎症因子水平对比 (x \pm s)

组别	例数	IL-6 (pg/mL)	TNF- α (pg/mL)	hs-CRP (mg/L)
对照组	40	14.8 \pm 3.2	18.5 \pm 2.7	8.6 \pm 1.9
实验组	40	7.9 \pm 2.1	12.3 \pm 2.1	4.2 \pm 1.3
t 值	-	10.52	10.89	11.45
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者护理安全指标对比

干预期间, 实验组跌倒、压疮发生率均显著低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 5。

表 5 两组患者护理安全指标对比 (n, %)

组别	例数	跌倒	压疮
对照组	40	4 (10.0)	3 (7.5)
实验组	40	0 (0.0)	0 (0.0)
χ^2 值	-	4.211	3.137
P 值	-	0.040	0.077

2.5 两组患者自我护理能力与生活质量对比

干预后, 实验组 ESCA 评分、SF-36 活力维度评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 6。

表 6 两组患者 ESCA 与 SF-36 活力维度评分对比 (分, x \pm s)

组别	例数	ESCA 评分	SF-36 活力维度评分
对照组	40	61.2 \pm 8.5	58.3 \pm 7.2
实验组	40	84.7 \pm 10.3	76.5 \pm 8.1
t 值	-	11.63	10.28
P 值	-	<0.001	<0.001

2.6 两组患者再入院率对比

随访期间, 实验组 30d、90d 再入院率均显著低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 7。

表 7 两组患者再入院率对比 (n, %)

组别	例数	30d 再入院	90d 再入院
对照组	40	6 (15.0)	8 (20.0)
实验组	40	1 (2.5)	2 (5.0)
χ^2 值	-	4.010	4.114
P 值	-	0.045	0.043

2.7 两组患者疼痛程度对比

干预后, 实验组 VAS 评分下降幅度显著大于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 8。

表 8 两组患者 VAS 评分下降幅度对比 (分, x \pm s)

组别	例数	干预前 VAS 评分	干预后 VAS 评分	下降幅度	t 值	P 值
对照组	40	6.8 \pm 1.5	4.3 \pm 1.2	2.5 \pm 0.8	8.76	<0.001
实验组	40	7.0 \pm 1.4	2.0 \pm 0.9	5.0 \pm 1.1		

3 讨论

本研究说明, 循证护理可凭借多维度的干预措施, 对患者的临床结局起到改善作用, 其作用机制可以从以下几个方面来进行分析:

3.1 循证护理降低心律失常负荷的具体机制

常规护理仅仅依靠固定频次的心电图监测方式, 很难实时捕捉到心律失常的动态变化情况。而循证护理是基于高质量证据展开的, 它采用 24h 动态心电图持续监测的方法, 并且结合每 8h 一次频次的数据分析, 可在早期识别出室性早搏频次增加、短阵室速等高危信号, 为及时调整 β 受体阻滞剂的剂量提供相应依据, 呼吸放松训练可激活迷走神经, 降低交感神经的张力, 减少心肌电活动紊乱的情况, 这与文献报道中“非药物干预可降低心律失常发生

率 30%~40% ”的结论是相契合的。^[4]

3.2 循证护理改善心肌功能与炎症状态的作用体现

血清 GDF-15 作为心肌损伤的标志物, 其水平升高与心肌细胞凋亡以及心室重构有着紧密的关联, 而 LVEF 则可直接反映左心室的收缩功能, 在本研究里, 实验组凭借控制液体的入量、补充辅酶 Q10, 减少了心脏的前负荷以及心肌氧化应激损伤, GDF-15 水平降低, LVEF 得到提升。另外循证护理中的抗炎干预可借助抑制 NF-κB 信号通路, 减少 IL-6、TNF-α 等促炎因子的释放, 而 hs-CRP 水平下降证明炎症反应得到了有效的控制, 这为心肌修复营造了良好的微环境。

3.3 循证护理提升护理安全性与患者自我管理能力的价值所在

老年患者因为平衡能力较差、皮肤弹性减退, 跌倒与压疮的风险比较高。循证护理采用标准化的风险评估工具, 实现了“风险分层-针对性干预”的精准护理方式, 比如对于高跌倒风险的患者使用床栏、防滑鞋, 可较大降低不良事件的发生率, 在提升自我护理能力方面, “一对一+视频教学”的模式克服了老年患者记忆能力下降的难题, 而出院后的随访则强化了长期护理的效果, 使得患者可自主识别心律失常的症状、规范用药, 这也是实验组 ESCA 评分与生活质量提升的核心原因^[5]。

循证护理借助科学的证据检索以及个性化方案制定, 可有效地降低老年急性心肌梗死后并发心律失常患者的室性心律失常负荷, 对心肌功能以及炎症状态加以改善,

减少跌倒、压疮等护理不良事件的发生, 提升患者的自我护理能力以及生活质量, 降低再入院率并缓解疼痛。这种护理模式兼顾了科学性与实用性, 值得在临床心血管专科护理当中进行推广应用。

【参考文献】

- [1] 卞美娟.循证护理在老年急性心肌梗死后并发心律失常患者中的应用效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2023,11(29):55-57.
- [2] 常莎.循证护理模式对老年急性心肌梗死并发心律失常护理效果及生活质量的影响[J].中国医药指南,2021,19(26):50-52.
- [3] 邓金萍,胡李花,段慧玲,等.循证护理在急性心肌梗死并发心律失常患者中的应用效果分析[J].医药前沿,2021,11(19):97-98.
- [4] 曲维艳.循证护理对老年急性心肌梗死后并发心律失常的效果[J].继续医学教育,2021,35(5):124-126.
- [5] 朱燕梅,张春燕,何艳.循证护理模式对老年急性心肌梗死并发心律失常生活质量与护理满意度的影响[J].中外医疗,2021,40(13):103-105.

作者简介: 史月 (1993.4—), 女, 毕业院校: 长春中医药大学; 所学专业: 护理, 当前就职单位: 吉林大学第二医院, 职务: 护士, 职称级别: 护师; *通讯作者: 陈娜 (1981.6—), 女, 毕业院校: 长春医学高等专科学校; 所学专业: 高护, 当前就职单位: 吉林大学第二医院, 职务: 护士, 职称级别: 主管。