

以急诊危重度评分系统指导的分级护理对急性冠脉综合征患者的临床分析

司曼丽

徐州医科大学附属医院 江苏徐州

【摘要】目的 探讨急诊危重度评分系统指导的分级护理对急性冠脉综合征 (Acute Coronary Syndrome, ACS) 患者的临床分析。**方法** 随机数字表法将 60 例 (2025 年 1 月-2025 年 12 月) ACS 患者分为 2 组 (观察组/对照组, 急诊危重度评分系统指导的分级护理/常规护理, 30 例/30 例)。对比两组患者心功能、生存质量、并发症。**结果** 室间隔厚度 IVST (Interventricular Septal Thickness)、左心室舒张末期内径 (Left Ventricular Diastolic Diameter, LVDD) 及左心室收缩末期内径 LVSD (Left Ventricular Systolic diameter,) 对比, 护理前 $P>0.05$, 护理后均降低且观察组更低 ($P<0.05$)。世界卫生组织生存质量量表 WHO-QOL (World Health Organization Quality of Life assessment instrument) 对比, 护理前 $P>0.05$, 护理后均提高且观察组更高 ($P<0.05$)。观察组 4 项并发症占比更低 (3.33%VS20.00%) ($P<0.05$)。**结论** 观察组护理方法有助于进一步改善 ACS 患者的心脏功能, 其生存质量进一步提升, 并发症有所减少, 值得推广。

【关键词】 急诊危重度评分系统; 分级护理; ACS; 心功能; 生存质量; 并发症

【收稿日期】 2026 年 5 月 15 日

【出刊日期】 2026 年 6 月 16 日

【DOI】 10.12208/j.jnmn.20260318

Clinical analysis of acute coronary syndrome patients undergoing graded nursing guided by the emergency critical severity scoring system

Manli Si

Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University, Xuzhou, Jiangsu

【Abstract】 Objective To explore the clinical analysis of graded nursing guided by the emergency critical severity scoring system for patients with acute coronary syndrome (ACS). **Methods** 60 patients (from 2025.1 to 2025.12) with ACS were randomly divided into 2 groups (observation group/ control group, graded nursing guided by the emergency critical severity scoring system/ routine nursing, 30 cases/30 cases). The cardiac function, quality of life, and complications of the two groups were compared. **Results** For IVST, LVDD, and LVSD, $P>0.05$ before nursing, and all decreased after nursing, with the observation group having lower values ($P<0.05$). For WHO-QOL, $P>0.05$ before nursing, and all improved after nursing, with the observation group having higher scores ($P<0.05$). The proportion of complications in the observation group was lower (3.33% VS 20.00%) ($P<0.05$). **Conclusion** The nursing method in the observation group helps to further improve the cardiac function of ACS patients, further enhance their quality of life, and reduce complications. It is worthy of promotion.

【Keywords】 Emergency critical severity scoring system; Graded nursing; ACS; Cardiac function; Quality of life; Complications

ACS 是临床常见的高危心血管急症, 以急性心肌缺血为核心特征, 病情进展快、不良事件风险高, 规范护理对稳定病情、改善预后、降低病死率具有关键作用^[1]。常规护理多采用统一化流程, 侧重基础监护与对症处置, 对病情异质性考量不足, 难以实现资源精准配置与风险早期识别, 易出现干预滞后或过度护理等问题^[2]。急诊危重度评分系统指导的分级护理, 以客观评估为依据实

施分层管理, 可匹配对应强度的监测与干预, 提升护理针对性与时效性, 优化资源分配, 有助于早期预警高危风险、减少并发症, 为 ACS 急诊救治与院内管理提供更科学的护理路径^[3]。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机数字表法将 60 例 (2025 年 1 月至 2025 年 12

月)ACS 患者分为 2 组(观察组/对照组,30 例/30 例)。对照组男、女分别 16 例,14 例;年龄 42-70(57.25±2.21)岁;病程 2-8 (6.13±0.98)个月。观察组男、女分别 15 例,15 例;年龄 40-68 (57.29±2.18)岁;病程 1-7 (6.10±0.93)个月。资料可比($P>0.05$)。本研究方案已通过我院伦理委员会审批。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准:①经临床诊断为 ACS,且为初次患病者。②患者及家属同意研究开展。③住院≥3d。

排除标准:①合并先天性心脏病等其他重大疾病。②精神认知障碍。③处于昏迷状态。

1.3 方法

对照组进行常规护理。遵医嘱完成生命体征监测、吸氧、静脉通路建立等基础操作,按统一流程开展病情观察、用药指导、卧床休息管理及基础生活照护。

观察组进行急诊危重度评分系统指导实施分级护理。①评分评估与层级划分。患者入院即刻由责任护士采用急诊危重度评分系统完成全面评估,采集生命体征、症状表现、既往病史、实验室指标等核心信息完成评分,依据评分结果将患者划分为高危、中危、低危三个护理层级,评估结果实时记录于护理文书并同步至诊疗团队,确保分级结果快速落地执行。②分层级护理资源配置。根据危重度评分层级分配对应护理人力与设备资源,高危患者安排专人专护,配备齐全监护与急救设备,中危患者设置专属护理床位,固定责任护士定时巡查,低危患者纳入常规监护区域,由责任护士按频次完成巡护与

评估,实现护理资源与病情风险精准匹配。③分级病情监测。严格按照分级标准制定差异化监测方案,高危患者持续进行多参数监护,缩短监测间隔并实时记录病情变化,中危患者定时完成生命体征与症状评估,低危患者按常规频次开展监测,所有层级均重点关注胸痛、胸闷、心律失常等异常表现,发现变化立即上报处理。④分级护理操作落实。依据分级结果执行对应护理操作,高危患者优先完成急救准备、卧床管理、用药监护等高强度干预,中危患者规范开展基础护理、症状护理与活动指导,低危患者以基础照护、健康教育、康复指导为主,全程遵循评分结果调整护理内容与操作强度。

1.4 观察指标

(1)心功能。采用超声心动图检测舒张末期室间隔厚度(IVST)等指标。(2)生存质量。运用世界卫生组织生存质量量表^[4](WHO-QOL)评估,5 项内容各 100 分,分数与其成正比。(3)并发症。记录 4 项不良并发症患者占比。

1.5 统计分析

给予 SPSS 25.0 统计学软件分析,计量资料分别用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)、率表示,比较分别采用 t 、 χ^2 检验, $P<0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能比较

IVST、LVDD 及 LVSD 对比,护理前 $P>0.05$,护理后均降低且观察组更低($P<0.05$),见表 1。

表 1 心功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IVST (mm)		LVDD (mm)		LVSD (mm)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	12.14±0.13	8.31±0.28 ^a	61.25±1.65	45.79±1.18 ^a	40.29±1.27	33.82±1.42 ^a
对照组	30	12.13±0.11	10.46±0.41 ^a	61.22±1.62	50.41±1.26 ^a	40.32±1.25	38.14±1.37 ^a
t	/	0.322	23.719	0.071	14.659	0.092	11.992
P	/	0.749	<0.001	0.944	<0.001	0.927	<0.001

注:与组内护理前比较,^a $P<0.05$

2.2 生存质量比较

WHO-QOL 中心理功能、生理功能、独立性、环境、社会关系 5 个维度,护理前观察组 VS 对照组分别为 73.25±3.09 分 VS 70.03±3.11 分、71.54±2.14 分 VS 71.52±2.11 分、73.10±2.84 分 VS 73.08±2.86 分、78.11±3.42 分 VS 78.10±3.47 分、70.55±2.32 分 VS 70.52±2.30 分,护理后观察组 VS 对照组分别为 89.09±2.90 分 VS 84.80±2.81 分、88.19 分±1.03 VS 85.64

分±1.31 分、88.69±2.32 分 VS 84.07±2.11 分、87.15±2.16 分 VS 84.11±2.13 分、88.17±2.01 分 VS 83.51±2.13 分。可见数据对比,护理前均可比($P>0.05$),护理后均提高且观察组更高($P<0.05$)。

2.3 并发症比较

观察组心律失常、低血压休克、心源性休克、心力衰竭 4 项并发症患者例数分为 1 例(3.33%)、0 例(0.00%)、0 例(0.00%)、0 例(0.00%),对照组

分别为2例(6.67%)、1例(3.33%)、1例(3.33%)、2例(6.67%)。观察组总占比更低(3.33% VS 20.00%) ($P<0.05$)。

3 讨论

ACS起病急骤、病情进展迅速,是威胁心血管疾病患者生命安全的主要急症之一^[5]。在疾病发展过程中,心肌持续缺血缺氧会直接导致心室重构与心功能下降,同时易诱发恶性心律失常、急性心力衰竭等严重并发症,不仅影响近期救治成功率,也会对患者远期康复与生活质量造成不利影响^[6]。因此,在急诊救治过程中,护理干预的及时性、精准性与合理性,直接关系到病情控制效果与临床结局,采取科学高效的护理模式,对提升ACS患者救治质量具有重要意义^[7]。

常规护理多按照统一流程完成生命体征监测、吸氧、建立静脉通路等基础操作,同时开展用药指导、卧床管理与基础生活照护,干预方式较为同质化,难以兼顾不同风险等级患者的差异化需求。观察组在此基础上引入急诊危重度评分系统,实施个体化分级护理,通过客观量化评估区分病情危险等级,再匹配对应的护理资源与干预强度,使护理决策由经验主导转向数据驱动,更具针对性与科学性^[8]。

本研究结果显示,观察组护理后IVST、LVDD、LVSD等心功能指标均优于对照组,并发症总发生率更低,WHO-QOL各维度评分更高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。分析其原因主要在于以下几个方面:①急诊危重度评分系统指导下的分级护理能够实现对ACS患者病情的客观量化评估,通过入院早期的快速危险分层,将不同风险等级的患者进行精准分类,使高危患者获得优先处置,中低危患者避免过度干预,护理措施从经验判断转向数据依据,显著提升了干预的针对性与时效性^[9]。②对于高危患者,通过强化监护、优先急救准备与密集病情监测,能够快速稳定心肌缺血状态,减少心肌细胞不可逆损伤,从而有效保护心室收缩与舒张功能,避免心功能进一步恶化。③中危与低危患者接受适度且规范的护理干预,在确保安全的前提下减少不必要的医疗干扰,有助于提升患者舒适度与康复信心,为早期下床活动与心理调适创造良好条件。④分级化的动态监测机制能够更早捕捉病情恶化的潜在信号,如心律失常先兆、血压波动、心功能下降趋势等,及时采取预防性措施,显著降低恶性心律失常、心力衰竭等不良事件的发生风险^[10]。⑤配合分层开展的健康宣教、用药管理与早期康复指导,可帮助患者逐步恢复活动能力,改善心理状态与治疗依从性,最终实现心功能指标与生存质量的全面提升。

综上所述,基于急诊危重度评分系统指导的分级护理可有效改善ACS患者的心功能指标,降低并发症发生率,提升生存质量,具备良好的临床应用价值,值得在急诊及心血管护理工作中进一步推广。

参考文献

- [1] 杨静,仲春丽. 急性冠脉综合征患者行皮冠状动脉介入治疗应用依洛尤单抗注射液治疗实施个体化综合护理的效果[J]. 中国药物经济学, 2025, 20(12): 120-124.
- [2] 张路平,张泉,唐泽成. 小剂量替格瑞洛辅助替罗非班治疗老年急性冠脉综合征冠状动脉介入治疗术后患者的临床效果[J]. 临床合理用药, 2025, 18(24): 39-42.
- [3] 关晓茹,赵晶晶,周红梅. 基于FMEA的一体化创伤急救护理模式在急性冠状动脉综合征患者中的应用及其对GRACE评分、血液学参数的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36(04): 493-496.
- [4] 郑寒,郭芳. 医护药一体化护理方案在降低急性冠脉综合征介入治疗患者心血管事件发生率中的效果[J]. 透析与人工器官, 2025, 36(01): 70-73.
- [5] 钱鹏,李宗州. 急性冠脉综合征患者血清IL-6、TNF- α 、hs-CRP水平的变化及其预测并发类风湿性关节炎的效能[J]. 海南医学, 2025, 36(04): 517-521.
- [6] 黄圣东,刘露露. 吲哚布芬与阿司匹林联合氯吡格雷治疗非ST段抬高型急性冠脉综合征的临床效果比较[J]. 临床合理用药, 2024, 17(33): 39-42.
- [7] 官超凡. 利伐沙班联合替格瑞洛治疗急性冠脉综合征对患者血管内皮功能的影响及安全性[J]. 北方药学, 2024, 21(10): 129-131.
- [8] 万宇,左强. 涤痰清心方联合针刺对痰热血瘀型急性冠脉综合征PCI术后病人炎症因子、心肌损伤标志物的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(11): 2018-2021.
- [9] 魏小英,陈群连,涂璨,等. 中医手法按摩联合音乐疗法干预护理对老年急性冠脉综合征行PCI后患者负性情绪及疼痛的影响研究[J]. 中国医学创新, 2023, 20(28): 119-123.
- [10] 徐晓辉. 综合护理干预对急性冠脉综合征患者经皮冠状动脉介入术后康复、心血管不良事件的调节作用[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(02): 262-264.

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