

急性心肌梗死患者预检分诊中实施分级分诊护理对救治时间、应对能力及满意度的影响

吴亚芳

大冶市人民医院, 湖北大冶, 435100;

摘要: 目的: 探析急性心肌梗死 (Acute Myocardial Infarction, AMI) 患者预检分诊中实施分级分诊护理对救治时间、护理人员应对能力及服务满意度的影响。方法: 本次在医院急诊科中调取 72 例 AMI 患者病历, 时间为 2024 年 1 月至 2025 年 1 月, 利用电脑随机数字表法分组, 每组病例数 36, 对照组: 采用常规的急诊预检分诊护理法, 试验组: 在上组基础上融入分级分诊护理。结果: 试验组急性心梗抢救成功率、血管再通率、不同级别 (I、II 级) 预检分诊准确率更高, 患者和家属对预检分诊的满意度 (100%) 也高于对照组, $P < 0.05$; 试验组急诊护理人员的应对能力总分更高, 与对照组相比 $P < 0.05$; 试验组急救小组在对患者的急诊分诊评估、心电图检查、建立静脉通路、导管室激活等环节以及患者胸痛缓解用时上更短, 参数纳入统计学软件计算, $P < 0.05$; 评价预检分诊护理干预前后 2 组患者的心理弹性水平, 干预前量表评分比较 $P > 0.05$, 干预后试验组患者 CD-RISC 总分高于对照组 ($P < 0.01$, 差异有统计学意义)。结论: 将分级分诊护理应用于急性心肌梗死 (AMI) 患者急诊预检分诊中, 明确各项诊疗操作时间窗, 可有效提升急救效率和抢救成功率, 还能够提高护理人员的应急处理能力, 促进患者服务满意度的提升。

关键词: 急性心肌梗死; 预检分诊; 分级分诊护理; 救治时间; 应对能力; 满意度

DOI: 10.69979/3029-2808.25.08.028

急性心肌梗死 (缩写 AMI) 是由于血管阻塞导致的局部心肌缺血而发生坏死。该病是临床急诊常见的一种严重心血管疾病, 起病急、病情进展迅速, 心肌缺血时间是决定 AMI 患者预后的关键因素^[1]。但当前临床急诊分诊工作仍存在一定局限, 传统分诊模式依赖护理人员的主观经验, 但由于不同层级护士的应急处理能力差异较大, 导致 AMI 风险评估、紧急处置的操作规范性也参差不齐, 易造成高危 (I、II 级) 患者延误识别, 低危 (III、IV 级) 患者占用急诊资源的情况。高质量的预检分诊护理能够精准识别不同级别的 AMI 患者, 并迅速启动急诊急救流程^[2-3]。分级分诊护理作为一种新型干预模式, 基于对病情的严重程度、潜在风险、对急诊医疗资源的合理分配等原则, 在固定的时间窗内完成病情评级, 再指引患者和家属到相应部门就医, 从而实现对急诊资源的优化配置, 辅助提升急诊分诊准确性和临床的急诊急救效率^[4]。本次研讨创新预检分诊护理方式, 积极引入智能评估系统, 创建标准化 AMI 急救路径, 结合多维度指标深入分析分级分诊护理对急性心肌梗死 (AMI) 的救治效果, 以及对抢救成功率、护理人员应对能力及患者服务满意度的影响, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本次研究在医院急诊科调取了 72 例急性心肌梗死 (AMI) 患者的病历资料, 时间范围为 2024 年 1 月至 2025 年 1 月。利用电脑随机数字表法分组, 每组病例数 36, 对照组: 男性 24 例、女性 12 例, 年龄介于 42-75 岁, 均龄 (53.72 ± 2.19); 试验组: 男性 23 例、女性 13 例, 年龄介于 40-73 岁, 均龄 (53.48 ± 2.36), 比对上述对象资料 $P > 0.05$ 。研究秉持平等、自愿、保密原则, 对流程、要求和目的进行概述, 患者自愿签署同意书; 医院伦理委员会审核通过。

纳入标准: ①入院心电图检查、心肌酶检测确诊以及后续介入手术可确认为 AMI; ②患者发病到入院的时间在 12h 以内。

排除标准: ①合并无其他严重心脏疾病、免疫缺陷的患者; ②存在精神和认知障碍的患者。

1.2 方法

对照组: 采用常规的急诊预检分诊护理法, 患者经急诊入院后首先进行初步的生命体征监测, 评估其呼吸困难程度并予以氧气支持; 结合患者病情、临床检查结果将其分配到相应诊疗单位, 整个过程中动态观察记录

患者体征和心脏相关指标,保持高度警惕,同时做好急救准备。

试验组:在上组基础上融入分级分诊护理,具体如下:(1)设计智能急诊分级分诊系统:该系统主要由四大核心功能模块组成,包含对患者核心信息的采集、AI 智能风险评估、实时数据统计、多学科协作诊疗支持等,各模块协作以实现急诊流程的高效优化。具体如下:①核心信息采集:AMI 病情分级依靠各项信息的采集处理,首先对各项急诊电子护理表单进行整合,录入患者各时段生命体征,记录患者的既往病史和用药史,同时收录人口学资料。②智能风险评估:该模块依靠 XGBoost 机器学习算法对急性心肌梗死病情进行分级:I 级(极危重):存在即刻生命威胁,需立即进入复苏单元;II 级(高危):患者存在潜在的生命风险,需要控制急救处理时间窗在 10 分钟,该时段内需优先处置;III 级(中危):病情稳定但需 30 分钟内干预;IV 级(低危):非急症或轻症患者,特殊情况下可择期处理,动态化监控患者病情,实时调整风险等级,可视化界面用不同颜色区分预警。智能化的分级技术可以减少经验性依赖,提高分级准确性,提升后续处置的针对性。③数据统计分析模块:护理人员将各项信息录入系统,可自动生成分诊报告,护士根据循证数据和系统分析结果,为患者推荐最佳的急救路径,并引导患者至对应诊疗位置,数据持续同步至患者的电子病历(EMR)系统。④多学科协作诊疗支持:根据医院诊疗水平、智能化程度建立 H L7/FHIR 等信息集成平台,参与急性心肌梗死救治的主要科室,如急诊科、临床检验科、影像科、导管介入室等部门可以依靠物联网系统实现数据间的互通,动态化调整急救方案,合理配置急救资源,为 AMI 患者提供快

速救治,病情较轻患者安排合适区域等候或择期就医,极危重患者即刻启动绿色通道,以保证患者在最佳时间窗内获救。

1.3 观察指标

比较组间急救效果(血管再通率、抢救成功率)、预检分诊准确率和服务满意度。(2)评价两组急诊护理人员的应对能力,考核量表由护理部干事+急诊科护士长联合制定,重点考评护理人员对突发事件应对能力、团队协作能力、应急处理效率、风险预判能力、与患者/医师等沟通能力,能力评分越高,说明护士专业技术越扎实、应急 2 处理更加高效。(3)收集急诊急救相关指标,包含急诊分诊评估、心电图检查、建立静脉通路、导管室激活等环节用时、患者胸痛缓解时间。(4)患者心理弹性水平使用韧性量表(Connor-Davidson, C D-RISC)统一调查,得分范围 0 至 100,分数升高,代表患者面对复杂病情时心理恢复能力越强。

1.4 统计学分析

SPSS 26.0 统计学软件为本研究数据分析工具,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,t 检验;计数数据[(n)%]表示,X² 检查;P<0.05,存统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组急救效果、预检分诊准确率和服务满意度

试验组急性心梗抢救成功率、血管再通率、不同级别(I、II 级)预检分诊准确率更高,患者和家属对预检分诊的满意度(100%)也高于对照组,P<0.05,见表。

表 1 急救效果、预检分诊准确率和服务满意度对比(n, %)

组别	血管再通率(%)	抢救成功率(%)	I、II 级患者急诊预检分诊准确率	患者/家属对预检分诊服务的满意度
试验组(n=36)	34(94.44)	35(97.22)	36(100.00)	36(100.00)
对照组(n=36)	28(77.78)	30(83.33)	32(88.89)	31(86.11)
X ²	4.181	3.956	4.235	5.373
p	0.041	0.047	0.040	0.020

2.2 对比两组急诊护理人员的应对能力

试验组急诊护理人员的应对能力总分更高,与对照组相比 P<0.05,见表。

表 2 急诊护理人员的应对能力对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	突发事件应对能力	团队协作能力	应急处理效率	风险预判能力	与患者/医师等沟通能力	总分
试验组(n=36)	18.27±1.31	17.31±1.19	18.12±1.39	20.34±1.83	18.50±0.31	92.54±4.58
对照组(n=36)	17.19±1.46	16.72±1.14	17.09±1.30	19.29±1.60	18.12±1.28	88.41±5.20
t	3.304	2.148	3.247	2.592	1.731	3.576
p	0.002	0.035	0.002	0.012	0.088	0.001

3 讨论

近年来,伴随着我国人口老龄化趋势的发展,临床中每年新增的急性心肌梗死病例持续增多,在我国每年新增人数可达 50 万^[5]。AMI 已经成为一项重大的卫生问题,虽然现代医疗水平的进步,促使 AMI 抢救成功率不断提高,但其发病突然、病情发展极为迅速,临床缺少专业的预检分诊护理服务,导致救治时间延迟,在实际急诊实践工作中,就诊到再灌注治疗时间超出指南规定的 90min。因此,当前如何缩短预检分诊时间,明确急性心肌梗死病情分级成为学界研讨热点话题。在杨李霞^[6]研究中,以急诊入院的 50 胸痛患者为研究对象,比较分析常规预检分诊护理和智能化标准分级护理在 AMI 抢救中的效果。智能化分级可以节省心电图检查时间、静脉通路和口服溶栓给药时间,对于心梗(87.50%)、主动脉夹层(80.00)的诊断准确率也更高。

在本次研讨中实施分级分诊护理,引入智能化分级分诊系统,随访调查急性心梗抢救成功率、血管再通率、不同级别(I、II级)预检分诊准确率高于常规预检护理组,患者和家属对预检分诊的满意度达到 100%,急诊预检分诊作为医疗流程中的关键一环,量化的分级标准可以在有效时间内指引不同级别的 AMI 患者获得针对性救治,结合动态化数据对医疗方案进行个体化调整,极大提高急救效果^[7]。在本次调研中,试验组急诊护理人员的应对能力也更高,在应对 AMI 急危重症时能够迅速启动应急预案,根据心功能分级组织急诊护理人员,预判可能出现的风险,并采取应对措施,总体救治质量更高。在刘爱华^[8]研究中,接受分级责任制整体服务的 62 名患者,血管再通率、抢救成功率均高于常规急诊护理组,家属的满意度评分也更高。在本次护理实践中,比较两组患者在胸痛症状缓解时间、预后心理弹性指标上的差异,试验组优势更为明确,可见分级分诊护理能够缩短救治时间,减少等待延误,提高急诊科整体的运行效率,促进患者心理弹性、满意度的提高^[9]。

综上所述,将分级分诊护理应用于急性心肌梗死(AMI)患者的急诊预检分诊过程中,明确各项诊疗操作的

时间窗,不仅能有效提升急救效率和抢救成功率,还能增强护理人员的应急处理能力,进而促进患者满意度的提升。

参考文献

- [1] 贾大海,赵飞. 基于改良早期预警评分系统的标准化急诊预检分诊模式在急性胸痛患者中的应用效果[J]. 中国社区医师,2025,41(08):54-56.
- [2] 何凯仪,叶城燕,苏洁雯. 分级分诊护理在急性心肌梗死患者预检分诊中的应用效果[J]. 吉林医学,2024,45(11):2839-2842.
- [3] 吴观弟,张燕华,白丽云. GRACE、HEART、TIMI 和改良早期预警系统评分在急诊胸痛患者预检分诊及预后评估中的应用价值比较[J]. 岭南急诊医学杂志,2024,29(05):542-544.
- [4] 丘小姣. 分级责任制整体服务对急性心肌梗死患者分诊评估耗时及住院时间的干预研究[J]. 心血管病防治知识,2023,13(19):51-53.
- [5] 徐湘华,潘笑,包盈,等. 急诊预检分诊在急性胸痛非 ST 段抬高型心肌梗死患者救治中的应用[J]. 现代实用医学,2023,35(01):66-69.
- [6] 杨李霞,翁鑫聪,王珺珺. 智能护理信息系统的标准化急诊预检分诊模式在急诊胸痛患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(23):126-129.
- [7] 罗晓玲,刘春燕,陈艺丹,等. 风险 SBAR 标准化沟通模式在急性心肌梗死患者预检分诊中的应用[J]. 中国临床研究,2022,35(08):1181-1185.
- [8] 刘爱华. 急诊护理联合分级责任制整体服务对急性心肌梗死患者抢救期间、分诊评估耗时的影响观察[J]. 中国医药指南,2022,20(22):69-72+80.
- [9] 李晓莉,范玉梅,杨志芹,等. 智能化急诊分级分诊系统结合极致化护理在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(03):28-31.

作者简介: 吴亚芳,女(1977-04-08),汉族,湖北黄石,中专,职称:主管护师