

探究为急性冠状动脉综合征（ACS）患者提供急诊护理服务的临床意义

徐冬梅 解 伟 王艳玲

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753000

摘要：目的：探究针对急性冠状动脉综合征（ACS）患者实施急诊护理服务的临床意义。方法：选取2023年1月-2024年12月于本院急诊科就诊处置的180例ACS患者，运用随机数字表法分为观察组（ $n = 90$ ）与对照组（ $n = 90$ ）。对照组采用常规急诊护理模式，观察组实施系统化急诊护理服务。对比两组患者的抢救时效性指标、30天内心血管不良事件发生率。**结果：**观察组Door-to-Balloon时间（ 48.6 ± 7.2 ）min显著短于对照组（ 75.3 ± 9.8 ）min（ $P < 0.05$ ）；症状缓解时间（ 25.3 ± 5.8 ）min明显短于对照组（ 42.1 ± 7.5 ）min（ $P < 0.05$ ）；观察组30天内心血管不良事件发生率显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。**结论：**为ACS患者提供系统化急诊护理服务，能够显著提升抢救效率，降低心血管不良事件发生率，具有重要的临床推广价值。

关键词：急性冠状动脉综合征；急诊护理服务；抢救效率；临床意义

急性冠状动脉综合征（ACS）作为心血管系统的急危重症，主要由冠状动脉粥样硬化斑块破裂/侵蚀，继而诱发血栓形成所致。其发病具有急骤性、进展迅猛性特点，每延迟1分钟的再灌注治疗，心肌细胞的不可逆损伤面积便会增加，严重威胁患者生命健康^[1]。在ACS的救治过程中，急诊护理作为黄金救治时间窗内的关键环节，其服务质量与流程效率直接影响患者的预后。然而，传统常规急诊护理模式存在流程分散、评估缺乏系统性、多学科协作不足等问题，难以满足ACS患者高效救治的需求^[2]。因此，本研究旨在通过对比常规急诊护理与系统化急诊护理服务在ACS患者救治中的效果，明确急诊护理服务优化对ACS患者的临床意义。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2023年1月-2024年12月在本院急诊科就诊处置的180例ACS患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组（ $n = 90$ ）与对照组（ $n = 90$ ）。观察组中，男性56例，女性34例；年龄（ 61.3 ± 8.5 ）岁；STEMI52例，NSTEMI28例，UA10例。对照组中，男性54例，女性36例；年龄（ 62.1 ± 7.9 ）岁；STEMI50例，NSTEMI30例，UA10例。两组患者在性别、年龄、疾病类型等基线资料方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有良好的可比性。纳入标准：①符合《2023年ESC急性冠状动脉综合征诊断和管理指南》中ACS的诊断标准；②发病至入院时间在12小时以内；③意识清醒，能够配合完成相关检查与护理操作；④患者及家属自愿参与本研究，

并签署知情同意书。排除标准：①合并严重肝、肾功能衰竭、恶性肿瘤等严重基础性疾病；②既往有心脏外科手术史；③存在精神障碍或认知功能障碍，无法正常沟通交流者；④对研究中涉及的药物（如吗啡等）存在过敏史者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规急诊护理：（1）患者入院后，即刻进行基础生命体征（心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度）测量，并建立静脉通路；（2）严格遵医嘱完成心电图、心肌酶谱、肌钙蛋白等相关检查项目；（3）待检查结果初步明确后，将患者转运至心内科重症监护病房（CCU），并与CCU医护人员进行病历资料及病情交接；（4）在转运过程中，密切观察患者生命体征变化，确保转运安全。

1.2.2 观察组

实施精准评估-高效协同-全程干预三位一体的系统化急诊护理服务模式，具体措施如下：（1）快速评估与分级分诊：采用ACS快速评分量表（含胸痛性质、心电图ST段变化、心率、血压4项，总分10分）， ≥ 7 分者启动红色抢救通道，配备专属护理小组（1名主管护师、2名护士）。（2）高效流程优化与时间管理：建立时间轴管控机制，明确各关键环节的时间节点与操作规范。患者入院后3分钟内完成首次12导联心电图检查，并通过院内信息化系统实时传输至心内科、介入科专家团队；5分钟内建立双静脉通路，一路静脉输注硝酸甘油，根据患者

血压情况调整输注速度，另一路用于快速静脉给药及采集血液标本；10分钟内完成血常规、凝血功能、心肌损伤标志物等急诊检验项目。对于判定为需要进行经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的患者，提前15分钟通知介入室做好手术准备，并在30分钟内完成术前准备工作（包括签署手术知情同意书、备皮、碘过敏试验等）。此外，对胸痛视觉模拟评分（VAS）≥7分的患者，在评估无禁忌证后，5分钟内遵医嘱静脉推注吗啡2-4mg，并持续监测患者呼吸频率、血压及血氧饱和度变化，每5分钟记录一次，直至疼痛缓解。（3）多学科高效协同救治：构建“急诊-心内科-介入科-麻醉科-重症医学科”多学科协作（MDT）平台，通过实时通讯系统（如院内急救专用微信群、视频会议系统）实现信息共享与即时沟通。急诊医师在完成初步评估后，将患者的基本信息、心电图结果、实验室检查数据等同步上传至MDT平台，心内科与介入科专家团队即时进行远程会诊，确定治疗方案。在转运患者至介入室过程中，由急诊护士、心内科护士及麻醉科医师组成转运团队，携带便携式心电监护仪、除颤仪、急救药品等设备，持续监测患者生命体征，确保转运安全。介入治疗结束后，介入室护士与CCU护士通过“SBAR+CHECKLIST”标准化交接模式，详细交接患者术中情况、用药情况、生命体征变化及后续护理重点。（4）全程动态监测与个性化干预：在患者急诊救治及住院期间，实施全程动态监测。运用连续心排量监测仪、有创血压监测等设备，实时监测患者血流动力学

指标；每30分钟记录一次患者的生命体征、胸痛症状变化及心电图表现；对使用血管活性药物的患者，根据血压、心率等指标调整药物输注速度，并每15分钟评估一次用药效果。同时，根据患者个体情况制定个性化护理方案：对于存在焦虑、恐惧情绪的患者，由经过专业培训的心理护理师进行心理疏导，采用放松训练、认知行为疗法等干预措施；对于合并糖尿病、高血压等基础疾病的患者，提供针对性的饮食指导、用药指导及血糖、血压监测方案。

1.3 观察指标

（1）抢救时效性指标：①Door-to-Balloon时间：即患者从进入医院大门至冠状动脉球囊扩张开通血管的时间；②症状缓解时间：以患者胸痛VAS评分降至≤3分为标准，记录从入院至症状缓解的时间。（2）30天内心血管不良事件发生率：包括再次心肌梗死、心力衰竭加重、恶性心律失常、心源性休克等事件的发生情况。

1.4 统计学方法

运用SPSS 27.0统计软件进行数据分析。计量资料以“均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以“例数及百分比[n（%）]”表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抢救时效性指标比较

观察组患者的Door-to-Balloon时间、症状缓解时间均显著短于对照组（ $P < 0.001$ ）。详见表1。

表1 Door-to-Balloon时间、症状缓解时间对比（ $\bar{x} \pm s$, min）

分组	n	Door-to-Balloon时间	症状缓解时间
观察组	90	48.6±7.2	25.3±5.8
对照组	90	75.3±9.8	42.1±7.5
t		9.022	6.298
P		< 0.05	< 0.05

2.2 两组心血管不良事件发生率比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 心血管不良事件发生率[n(%)]

组别	n	发生例数	发生率（%）
观察组	90	5	5.6
对照组	90	17	18.9
χ^2			5.179
P			< 0.05

3 讨论

在ACS的救治体系中，急诊护理处于前沿阵地，是患者接受专业医疗救治的首要环节。然而，传统常规急诊护理模式存在诸多不足。一方面，护理流程缺乏系统

性和标准化，各环节之间衔接不紧密，容易导致救治时间的浪费。例如，在检查检验环节，可能存在标本送检不及时、结果回报延迟等问题；在转运环节，缺乏对转运过程的精细化管理，增加了患者在转运途中的风险。另一方面，护理评估不够全面和深入，多依赖医生的诊断，缺乏主动性和预见性，难以在早期及时识别高危患者并采取有效的干预措施^[3]。

本研究结果显示，观察组患者的Door-to-Balloon时间和症状缓解时间均显著短于对照组，这表明系统化急诊护理服务能够显著提升ACS患者的抢救时效性。具体分析其原因，主要包括以下几个方面：首先，快速评估与分级分诊发挥了关键作用。改良版ACS快速评估量表整

合了多项关键指标,能够在短时间内对患者病情进行准确分级,使高危患者能够迅速进入相应的急救通道,优先获得资源支持。这种精准识别-快速分流的模式,避免了资源的错配和浪费,确保高危患者能够在最短时间内接受有效的治疗。例如,对于I级极高危患者,专属急救团队能够在患者入院后立即开展救治工作,同时启动介入治疗的相关准备,大大缩短了治疗前的等待时间^[4]。其次,高效流程优化与时间管理是提升抢救效率的重要保障。通过建立严格的时间轴管控机制,明确了各环节的时间节点和操作规范,使整个急诊护理流程更加紧凑、高效。例如,在检查检验方面,采用床旁快速检测设备和信息化传输系统,实现了检验结果的快速获取和共享;在术前准备方面,提前通知介入室并制定标准化的术前准备流程,减少了不必要的等待和延误。此外,对胸痛患者及时有效的镇痛干预,不仅能够缓解患者的痛苦,还能降低交感神经兴奋,减少心肌耗氧量,为后续的再灌注治疗创造有利条件^[5]。

观察组30天内心血管不良事件发生率显著低于对照组,这充分说明系统化急诊护理服务能够有效改善ACS患者的远期预后。其机制可能涉及以下几个方面:全程动态监测与个性化干预措施有助于早期发现并处理潜在风险。通过运用先进的监测设备,实时获取患者的血流动力学、心电图等重要指标,能够及时发现患者病情的细微变化,如心律失常、心力衰竭加重等。一旦发现异常,护理

团队能够迅速采取相应的干预措施,并及时通知医生进行处理,从而降低了心血管不良事件的发生风险^[6]。

综上所述,为ACS患者提供系统化急诊护理服务,通过快速评估、流程优化、多学科协作,可显著缩短抢救时间、改善预后,是提升ACS救治质量的关键举措,值得临床推广。

参考文献

- [1]张伟娜.基于HFMEA理论的急救护理流程风险管理在急性冠状动脉综合征患者救治中的应用效果[J].中国健康医学,2022,34(5):175-177.
- [2]王露.人性化急诊护理干预在急性冠脉综合征患者救治中的应用[J].延边大学医学学报,2025,48(4):148-151.
- [3]马云鹏.急诊护理对急性冠状动脉综合征急救效率的影响分析[J].婚育与健康,2024,30(7):169-171.
- [4]林莎,莫思君,王贞贞,等.优化急诊护理流程对急性冠状动脉综合征患者急救效率与生存质量的影响评价[J].自我保健,2022,26(10):215-217.
- [5]陈少芝,许颖慧,肖秀琼,等.全程无缝链接式护理在急性冠状动脉综合征患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13):65-68.
- [6]王玲玲,黑帅.失效模式与效应分析急救护理流程风险管控在急性冠状动脉综合征患者中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(17):3177-3182.