

急诊综合病区危重症患者早期预警评分系统的应用效果研究

刘婷婷

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】目的：探讨急诊综合病区危重症患者早期预警评分系统的应用效果，分析其对危重症患者识别、抢救成功率及预后的影响。方法：选取2024年3月至2025年3月于急诊综合病区收治的70例危重症患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为实验组与对照组，每组各35例。对照组患者接受常规急诊护理干预，实验组患者在常规护理基础上应用早期预警评分系统。比较两组患者预检准确率、抢救成功率、平均急诊时间、早期预警评分。结果：实验组患者预检准确率、抢救成功率均优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；实验组患者平均急诊时间优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；实验组患者早期预警评分优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在急诊综合病区危重症患者中应用早期预警评分系统，可以提高危重症患者的早期准确率，提升抢救成功率，缩短急诊时间，对改善患者预后具有积极意义。

【关键词】：急诊综合病区；危重症；早期预警评分系统；应用；效果

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.039

急诊综合病区作为医院抢救危重症患者的重要场所，其救治效率与质量直接关系到患者的生命安全与预后^[1-2]。近年来，随着急诊医学的快速发展，危重症患者的数量逐年增加，如何在短时间内准确识别危重症患者并采取有效的干预措施，成为急诊医护人员面临的重要挑战^[2]。早期预警评分系统是一种基于患者生命体征、症状及实验室检查等指标的量化评估工具，通过对患者病情进行动态评分，可及时发现潜在的危重症患者，为临床干预提供依据^[3-4]。研究表明，早期预警评分系统在重症监护病房、急诊室等场景的应用，能够有效提高危重症患者的识别率，改善患者预后^[5]。然而，目前关于该系统在急诊综合病区危重症患者中的应用效果研究仍较为有限。基于此，本研究选取2024年3月至2025年3月于急诊综合病区收治的70例危重症患者作为研究对象，旨在探讨早期预警评分系统在急诊综合病区危重症患者中的应用效果，为临床实践提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2024年3月至2025年3月于急诊综合病区收治的70例危重症患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为实验组与对照组，每组各35例。

实验组中男性患者20例，女性患者15例，年龄25~78岁，平均年龄（52.34±10.25）岁，疾病类型包括急性心肌梗死10例，重症肺炎8例，急性心力衰竭7例，脑卒中6例，其他4例。

对照组中男性患者19例，女性患者16例，年龄26~79岁，平均年龄（53.12±9.87）岁，疾病类型包括急性心肌梗死9例，重症肺炎7例，急性心力衰竭8例，脑卒中7例，其他4例。

1.2 方法

对照组患者接受常规急诊护理干预，包括生命体征监测、吸氧、建立静脉通路、遵医嘱用药等。常规护理流程遵循急诊科室既定的标准化操作规范，护理人员定时记录患者心率、呼吸频率、血压、体温等生命体征数据，并依据医嘱完成相应的治疗措施。

实验组患者在常规护理基础上应用早期预警评分系统，具体实施过程如下：

（1）评分指标与标准：早期预警评分系统涵盖心率、呼吸频率、收缩压、体温、意识状态5项核心指标，每项指标依据不同数值范围赋予0~4分的分值。心率方面，当心率处于51~100次/分钟时计0分，<40次/分钟或≥130次/分钟则计4分；呼吸频率以8~20次/分钟为0分基准，<8次/分钟或≥30次/分钟对应4分；收缩压评分中，91~160mmHg计0分，<70mmHg计4分；体温在36.1~38℃区间为0分，<35℃或≥39℃计4分；意识状态依据清醒、对声音有反应、对疼痛有反应、无反应四个层级，分别对应0~4分。该评分标准参考国内外权威急诊医学指南制定，确保科学性与规范性。

（2）评分流程与频率：患者入院后，接诊护士需在10分钟内完成首次评分，采用统一的评分记录表详细记录各项指标得分情况。首次评分完成后，进入动态监测阶段，护理人员每小时对患者进行1次评分，对于病情不稳定或评分处于临界值的患者，适当增加评分频率至每30分钟1次。评分过程中，若发现患者某一指标出现显著变化，需立即重新评估整体评分，并及时向值班医生汇报。

（3）干预措施与协作机制：依据评分结果，制定阶梯式干预策略。当患者评分≤3分时，护理人员加强病情观察频次，每15~30分钟记录一次生命体征；评分在4~5分时，即刻通知值班医生，由医生对患者病情进行全面评估，同时护理人员

密切监测生命体征，准备好相关急救设备；若评分 ≥ 6 分，立即启动抢救预案，由急诊科室负责人组织急诊科医生、重症医学科医生、麻醉科医生等组成多学科抢救团队，迅速开展抢救工作。抢救过程中，护理人员严格按照抢救流程配合医生，准确执行医嘱，同时做好抢救记录。

(4) 人员培训与质量控制：在研究开展前，对参与实验的急诊医护人员进行系统培训，培训内容包括早期预警评分系统的理论知识、评分操作规范、不同评分结果对应的干预措施等。培训结束后，通过理论考核与模拟操作考核，确保医护人员熟练掌握评分系统的应用。在研究过程中，成立质量控制小组，定期抽查评分记录，核查评分准确性与干预措施执行情况，对存在的问题及时进行反馈与纠正，保证评分系统应用的质量与一致性。

1.3 观察指标

早期诊断准确率：以最终诊断符合分诊级别为标准。准确率=准确分诊的例数/组内总例数 $\times 100\%$ 。

抢救成功率：患者经过抢救后，生命体征恢复平稳，脱离危险的比例。抢救成功率=抢救成功的例数/组内总例数 $\times 100\%$ 。

平均急诊时间：患者从入急诊到转出急诊的平均住院天数。

早期预警评分：对患者心率、意识状态、呼吸频率等进行检测，总分15分，每项评分分别为0、1、2、3分，0分代表指标正常，1分表示轻度风险，2分表示中度风险，3分表示高度风险。总评分与风险程度正相关，分数越高，风险越大。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 早期诊断准确率及抢救成功率

实验组患者预检准确率、抢救成功率均优于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，详情见表1。

表1 对比两组患者早期诊断准确率及抢救成功率(n,%)

| 组别 | 实验组 | 对照组 | χ^2 | P |
|---------|-----|-----|----------|-------|
| 例数 | 35 | 35 | | |
| 早期诊断准确率 | 34 | 29 | 3.968 | 0.046 |
| 抢救成功率 | 33 | 27 | 4.200 | 0.040 |

2.2 平均急诊时间

实验组患者平均急诊时间优于对照组，差异具有统计学意义

($P < 0.05$)，详情见表2。

表2 对比两组患者平均急诊时间 $(\bar{x} \pm s)$, min

| 组别 | 实验组 | 对照组 | t | P |
|--------|------------------|------------------|--------|-------|
| 例数 | 35 | 35 | | |
| 平均急诊时间 | 30.46 \pm 3.14 | 46.33 \pm 4.54 | 17.009 | 0.000 |

2.3 早期预警评分

实验组患者早期预警评分优于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，详情见表3。

表3 对比两组患者早期预警评分 $(\bar{x} \pm s)$, 分

| 组别 | 实验组 | 对照组 | t | P |
|--------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| 例数 | 35 | 35 | | |
| 早期预警评分 | 2.96 \pm 0.49 | 4.69 \pm 1.47 | 6.605 | 0.000 |

3 讨论

3.1 早期诊断准确率及抢救成功率提升

传统急诊模式下，医护人员主要凭借个人经验和主观判断来识别危重症患者，这易受多种因素干扰，如病情复杂程度、医护人员疲劳状态等，导致部分潜在危重症患者被漏诊或误诊^[6-7]。而早期预警评分系统通过对心率、呼吸频率、收缩压、体温、意识状态等多项关键生命体征进行量化评分，为病情评估提供了客观、标准化的依据。以急性心肌梗死患者为例，护士可通过实时监测患者心率、血压的变化及意识状态评分，在疾病早期尚未出现典型胸痛症状时，便可能及时捕捉到病情的蛛丝马迹，提示医护人员进行进一步检查和干预，提高早期诊断的准确性。早期诊断准确率的提升直接为抢救争取了宝贵时间，使得抢救成功率显著提高。一旦评分系统发出预警，多学科抢救团队能迅速响应，制定并实施精准有效的抢救方案。多学科协作模式整合了心内科、重症医学科、急诊科等多科室的专业优势，为患者提供全方位、个性化的救治，从而极大地提高了抢救的成功率。本研究数据显示，实验组患者预检准确率、抢救成功率均优于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，充分证实早期预警评分系统能显著提升急诊综合病区危重症患者的早期诊断准确率及抢救成功率。

3.2 平均急诊时间缩短

在急诊综合病区，患者病情复杂多变，快速准确的病情评估和高效的救治流程可以缩短急诊时间^[8]。早期预警评分系统的动态监测功能，使医护人员能够及时掌握患者病情变化趋势，提前做好救治准备。当评分达到一定阈值，系统自动触发相应级别的预警，引导医护人员迅速启动抢救预案，避免了传统模式下等待病情恶化后才进行抢救的时间延误。对于重症肺炎患者，随着病情进展，呼吸频率、血氧饱和度等指标会逐渐

恶化,早期预警评分系统能根据这些指标变化及时调整治疗方案,如提前进行机械通气准备,从而缩短患者从确诊到接受有效治疗的时间。此外,该系统还可以根据评分结果,医护人员可合理安排人力、物力资源,优先为病情危急的患者提供救治,减少不必要的资源浪费,进一步提高了急诊救治效率,缩短了患者的平均急诊时间。本研究数据显示,实验组患者平均急诊时间优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3.3 早期预警评分系统的优势

早期预警评分系统具有客观性、动态性和可操作性等优势,该系统基于客观的生命体征数据进行评分,减少了人为主

观因素的影响,使得病情评估更加准确可靠^[9]。同时,评分系统并非一次性评估,而是持续动态监测患者病情变化,能够及时发现病情的细微波动,为早期干预提供有力支持。相较于其他复杂的病情评估方法,早期预警评分系统操作简便,医护人员经过简单培训即可熟练掌握,可在繁忙的急诊工作中快速应用。本研究数据显示,实验组患者早期预警评分优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,在急诊综合病区危重症患者中应用早期预警评分系统可以提高危重症患者的早期准确率,提升抢救成功率,缩短急诊时间,对改善患者预后具有积极意义,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 李春萍,曾艳,蔡少青,杨露,刘元税.两种早期预警评分系统对急性冠状动脉综合征患者发生心搏骤停的预测效果分析[J].护理管理杂志,2024,24(5):387-391.
- [2] 岳燕凤,常瑾瑾.心电图联合早期预警评分对心内科危重症患者预后的评估效果[J].中国医药指南,2024,22(15):8-11.
- [3] 张竹英,姚彦蓉,刘娜,马红雅,保金涛.国家早期预警评分在心脏外科潜在危重症患者病情早期识别中的应用[J].基层医学论坛,2022,26(9):7-10.
- [4] 仲蓉蓉,韩艳.改良早期预警评分联合快速反应系统在重度子痫前期患者中的应用效果[J].中国医药导报,2024,21(14):172-175.
- [5] 黄银英,李春容,林少虹,林月双.MEWS联合疼痛评分在肝胆外科急危重症患者病情预警中的应用[J].吉林医学,2023,44(10):2942-2945.
- [6] 吴旭娟,毛芳芳,邹洁.改良早期预警评分系统在急诊胸痛患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(20):71-73.
- [7] 梁桂兴,陈妍,刘文利.改良早期预警评分系统在急诊胸痛患者预检分诊中的应用[J].临床医学工程,2020,27(2):227-228.
- [8] 蒲香君.改良版早期预警评分配合转运流程在危重症患儿院内转运中的应用[J].当代护士(中旬刊),2022,29(8):39-41.
- [9] 苑晓茜.改良早期预警评分系统在急诊胸痛患者中的应用[J].中国科技期刊数据库医药,2021(2):14-14+16.