

急诊科急性心力衰竭的快速分层评估与个体化救治策略优化

梅敬威

蚌埠医科大学第二附属医院 安徽 蚌埠 233000

【摘要】：急性心力衰竭是急诊科常见急危重症，病情进展快且预后差异显著，快速精准的分层评估与科学的个体化救治是改善患者预后的核心环节。当前临床中，急诊科对该病症的评估与救治仍存在诸多不足，传统评估方式精准度有限，同质化救治策略难以适配不同患者的病理生理特点。本文围绕急诊科急性心力衰竭诊疗痛点，系统梳理快速分层评估的核心维度与创新方法，探讨基于评估结果的个体化救治策略构建逻辑，分析策略优化的核心路径与实施保障，为提升诊疗质量、降低不良事件发生率提供理论参考与实践指引。

【关键词】：急诊科；急性心力衰竭；快速分层评估；个体化救治；策略优化

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.043

引言

急性心力衰竭是心脏功能急性失代偿引发的临床综合征，具有起病急、病情重的特点，严重威胁患者生命健康。在急诊科急危重症就诊病例中，急性心力衰竭占比居高不下，其诊疗质量直接影响患者预后。当前，急诊科对该病症的评估多依赖传统指标，存在分层不精准、滞后性等问题，导致救治策略同质化严重，无法充分匹配不同患者的个体差异。

1 急诊科急性心力衰竭快速分层评估体系的构建基础

1.1 急性心力衰竭分层评估的核心临床需求

急性心力衰竭患者的病情严重程度与预后差异较大，开展分层评估的核心临床需求在于精准识别患者风险等级，为后续救治策略的制定提供依据。在急诊科诊疗场景中，快速区分高、中、低风险患者，能够合理分配医疗资源，避免医疗资源过度集中或分配不足的情况。对于高风险患者，需优先采取紧急干预措施，降低死亡风险；对于中低风险患者，则可制定针对性的治疗方案，减少不必要的医疗干预。

1.2 传统分层评估指标的局限性与改进方向

传统的急性心力衰竭分层评估多依赖临床症状、体征及单一生物标志物，存在明显局限性。临床症状与体征易受主观判断影响，不同医护人员的评估结果可能存在差异，且部分患者的症状表现不典型，容易导致误判。单一生物标志物如脑钠肽，虽然在临床中应用广泛，但受年龄、肾功能等多种因素影响，无法全面反映患者的病情严重程度与病理生理状态。此外，传统评估方式的流程相对繁琐，耗时较长，难以满足急诊科快速诊疗的需求。

2 急诊科急性心力衰竭快速分层评估的创新方法与应用

2.1 多维度生物标志物联合检测

多维度生物标志物联合检测是提升急性心力衰竭分层评估精准度的重要创新方法。单一生物标志物难以全面覆盖患者

的病理生理状态，而联合检测多种与心肌损伤、心功能不全、炎症反应相关的生物标志物，能够实现对病情的多方位评估。常用的联合检测指标包括脑钠肽、肌钙蛋白、C反应蛋白等，这些指标从不同角度反映心脏功能受损情况与炎症水平。例如，脑钠肽主要反映心功能不全程度，肌钙蛋白提示心肌损伤，C反应蛋白则体现炎症反应强度。通过对这些指标的联合分析，能够更准确地判断患者的病情严重程度与风险等级。

2.2 床旁快速影像学评估

床旁快速影像学评估工具的创新与应用，显著提升了急诊科急性心力衰竭分层评估的效率与精准度。传统影像学检查如胸部计算机断层扫描，需将患者转运至专门检查区域，耗时较长，且不适用于病情不稳定的患者。床旁超声心动图、床旁胸部X线等快速影像学检查技术，能够在急诊科现场完成，无需转运患者，有效缩短了评估时间。床旁超声心动图可实时观察心脏结构与功能，准确评估心室射血分数、心室壁运动情况等关键指标，为判断心功能状态提供直接依据；床旁胸部X线能够快速观察肺部淤血情况，辅助判断心力衰竭的严重程度。

2.3 智能化评估模型

智能化评估模型在急性心力衰竭分层决策中的辅助作用日益凸显，成为分层评估的重要创新方向。该模型基于大数据技术，整合患者的临床症状、体征、生物标志物、影像学检查等多维度数据，通过机器学习、人工智能算法进行分析与建模，能够自动识别患者的风险等级。与传统人工评估相比，智能化评估模型具有更高的客观性与精准度，能够避免人为因素导致的误判。在急诊科临床应用中，医护人员只需输入患者的相关临床数据，模型即可在短时间内输出风险评估结果，为救治决策提供快速参考。

3 基于快速分层评估的急性心力衰竭个体化救治策略制定

3.1 高风险患者紧急干预

针对快速分层评估确定的高风险急性心力衰竭患者，核心

救治目标是快速稳定生命体征，阻断病情进展。紧急干预策略需采取综合性措施，首先应给予呼吸支持，根据患者缺氧情况选择鼻导管吸氧、面罩吸氧或无创通气，严重时需进行有创通气，确保氧合功能稳定。同时，快速建立静脉通路，开展利尿治疗，减轻心脏容量负荷，常用药物包括袢利尿剂等。对于存在低血压、心源性休克风险的患者，需合理使用血管活性药物，维持血压稳定与组织灌注。

3.2 中风险患者精准对症

中风险急性心力衰竭患者的救治重点在于精准对症治疗与病因溯源干预，平衡疗效与安全性。在对症治疗方面，需根据患者的具体症状与体征，制定个性化的治疗方案。对于存在呼吸困难、肺部淤血的患者，给予适度利尿治疗，缓解容量负荷过重症状；对于心率过快的患者，合理使用 β 受体阻滞剂类药物，控制心率，改善心脏功能。同时，加强病因溯源，通过心电图、心肌酶谱、超声心动图等检查，明确心力衰竭的诱发因素，如感染、心律失常、电解质紊乱等，并针对病因开展治疗。例如，若由感染诱发，需及时给予抗感染治疗；若存在心律失常，需采取相应的复律或控制心率措施。在治疗过程中，需密切监测患者的病情变化，动态调整治疗方案，避免过度治疗或治疗不足，提升救治效果。

3.3 低风险患者阶梯治疗

低风险急性心力衰竭患者的救治采用阶梯式治疗与早期康复介入相结合的策略，兼顾病情控制与功能恢复。阶梯式治疗强调根据患者病情逐渐调整治疗强度，初始阶段以口服药物治疗为主，如利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等，控制症状，改善心功能。同时，加强病情监测，定期复查相关指标，根据病情恢复情况逐步调整药物剂量或种类。早期康复介入是低风险患者救治的重要环节，在病情稳定后尽早开展康复训练，包括床边活动、肢体功能锻炼、呼吸训练等，有助于改善患者的运动能力与生活质量，减少并发症的发生。

4 急诊科急性心力衰竭个体化救治策略的优化路径

4.1 多学科协作支撑

多学科协作模式是优化急性心力衰竭个体化救治策略的重要支撑，能够整合不同学科的专业优势，提升诊疗的全面性与精准性。急性心力衰竭的发病机制复杂，常合并多种基础疾病，涉及急诊科、心血管内科、呼吸内科、肾内科等多个学科。多学科协作模式通过建立专门的协作团队，实现各学科医护人员的快速联动。急诊科医护人员负责患者的初步评估与紧急救治，稳定患者生命体征；心血管内科医生提供专业的心脏功能评估与针对性治疗方案；呼吸内科医生协助处理呼吸功能障碍相关问题；肾内科医生参与调整与肾功能相关的治疗措施。通过多学科的共同会诊与讨论，能够全面分析患者的病情，制定更具针对性的个体化救治策略，同时有效解决诊疗过程中出现

的复杂问题，提升救治质量。

4.2 标准化与个体化融合

基于临床路径的救治流程标准化与个体化融合，是优化急性心力衰竭救治策略的关键路径。临床路径为急性心力衰竭的诊疗提供了标准化的流程与规范，明确了不同诊疗环节的操作要点、检查项目与治疗方案，有助于减少诊疗行为的随意性，提升诊疗的规范性与一致性。但标准化的临床路径无法完全适配所有患者的个体差异，因此需要在标准化基础上进行个体化调整。在临床实践中，医护人员以临床路径为基础，结合患者的年龄、性别、基础疾病、病情严重程度等个体因素，对诊疗流程与治疗方案进行针对性优化。例如，对于老年患者，需考虑其肝肾功能减退的特点，调整药物剂量；对于合并糖尿病的患者，需同步加强血糖控制。这种标准化与个体化融合的模式，既保证了诊疗的规范性，又兼顾了患者的个体差异，能够有效提升救治效果。

4.3 动态评估与调整

建立救治效果动态评估与策略实时调整机制，是优化急性心力衰竭个体化救治策略的重要保障。急性心力衰竭患者的病情变化迅速，固定的救治策略难以适应动态变化的病情，因此需要持续开展动态评估。动态评估应贯穿整个救治过程，通过定期监测患者的临床症状、体征、生物标志物及影像学指标，判断治疗效果与病情进展情况。若评估结果显示治疗有效，可维持当前治疗方案；若病情无改善或加重，需及时分析原因，调整治疗策略。例如，若利尿治疗后患者肺部淤血症状未缓解，需考虑调整利尿剂剂量或种类，或联合使用其他减轻容量负荷的药物。动态评估与调整机制的建立，能够确保救治策略始终与患者的病情相匹配，及时纠正治疗偏差，提升救治的有效性与安全性。

5 急诊科急性心力衰竭救治策略优化的实施保障

5.1 医护能力提升

医护人员专业能力提升与培训体系构建，是保障急性心力衰竭救治策略优化实施的核心要素。急诊科医护人员需具备扎实的急性心力衰竭诊疗知识与快速处置能力，才能准确开展分层评估与个体化救治。因此，需建立完善的培训体系，定期组织开展专业培训，内容涵盖急性心力衰竭的最新诊疗指南、快速分层评估方法、个体化救治策略、急救技能等方面。培训方式可采用理论授课、案例分析、模拟演练等多种形式，提升培训效果。同时，加强医护人员之间的交流与学习，分享临床经验与诊疗心得，促进专业能力的共同提升。此外，还需建立考核机制，定期对医护人员的专业能力进行考核，确保培训内容的有效落实。通过持续的培训与能力提升，能够让医护人员更好地掌握优化后的救治策略，保障诊疗质量。

5.2 设备技术升级

急救设备与检测技术的临床适配与更新升级,是实施优化救治策略的物质基础。快速分层评估与个体化救治策略的实施,需要依赖先进的急救设备与精准的检测技术。因此,需根据急诊科的临床需求,配备适配的床旁超声心动图、快速生物标志物检测设备、无创通气设备等急救设备,并确保设备的正常运行与维护。同时,关注医疗技术的最新发展,及时引进与更新先进的检测技术与治疗设备,提升诊疗的精准度与效率。例如,引进快速床旁生物标志物联合检测技术,缩短检测时间;更新超声心动图设备,提升心脏功能评估的精准度。此外,还需加强医护人员对设备与技术的操作培训,确保其能够熟练掌握设备的使用方法,充分发挥设备与技术的支撑作用。

5.3 质量控制与随访

诊疗质量控制与预后随访管理体系的完善,能够为救治策略的优化实施提供闭环保障。在诊疗质量控制方面,需建立明确的质量控制指标,涵盖分层评估准确率、救治方案合理性、治疗效果等方面,定期对诊疗质量进行监测与评估。针对质量控制中发现问题,及时分析原因,采取针对性的改进措施,

持续提升诊疗质量。在预后随访管理方面,建立完善的随访体系,对出院患者开展定期随访,通过电话、门诊复查等方式,了解患者的病情恢复情况、药物使用情况及并发症发生情况。随访过程中,及时给予患者康复指导与用药调整建议,帮助患者更好地恢复。同时,收集随访数据,为救治策略的进一步优化提供临床依据,形成“诊疗-评估-改进-随访”的闭环管理模式。

6 结论

急诊科急性心力衰竭的快速分层评估与个体化救治策略优化,是提升诊疗质量、改善患者预后的关键举措。快速分层评估体系的构建,需依托多维度生物标志物联合检测、床旁快速影像学评估及智能化评估模型等创新方法,突破传统评估方式的局限性,实现对患者风险等级的精准识别。基于分层评估结果,针对不同风险等级患者制定差异化的救治策略,能够提升救治的针对性与有效性。多学科协作、标准化与个体化融合及动态评估调整机制,为救治策略的优化提供了重要路径。而医护人员专业能力提升、设备技术升级及质量控制与随访体系完善,则为策略的有效实施提供了坚实保障。

参考文献:

- [1] 杨珏,许敬华.医护患共享决策模式对急性心力衰竭患者心功能、决策冲突及满意度的影响[J].当代护士(下旬刊),2025,32(07):126-129.
- [2] 滕永欣.NICaS 在急诊急性心力衰竭患者应用的临床价值分析[D].中国医科大学,2024.
- [3] 赵云本,伍美玲.移情护理干预联合 SBAR 沟通模式应用于急诊留观急性心力衰竭患者的效果[J].心血管病防治知识,2024,14(07):91-93+100.
- [4] 梁淑霞.分层护理在急性心力衰竭患者急救中的效果分析[J].智慧健康,2023,9(23):241-244.
- [5] 蔡海燕,柳雅玲.急性心力衰竭患者中专职分层急救护理的应用价值[J].心血管病防治知识,2023,13(12):63-66.