

MEWS 评分优化急诊创伤预检分诊救治流程的临床效果研究

高悦

南京市中医院 江苏省南京市 210022

【摘要】目的:探讨基于改良早期预警评分(MEWS)构建的分级分诊救治流程,在急诊创伤患者预检分诊中的应用价值。**方法:**选取2023年8月-2024年8月本院急诊科收治的82例创伤患者,采用随机数字表法分为对照组与实验组,各41例。对照组采用传统经验式预检分诊模式,实验组采用基于MEWS评分的标准化分级分诊流程。对比两组急救时效性指标、分诊准确率、抢救成功率、不良事件发生率及护理满意度差异。**结果:**实验组分诊评估用时、急诊候诊时间、急救启动时间均显著短于对照组($P<0.05$);分诊准确率、抢救成功率、护理总满意度均高于对照组,不良事件发生率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**基于MEWS评分的分级分诊流程可有效缩短急诊创伤患者的急救响应时间,提升分诊精准度与救治效率,降低不良事件风险,同时改善患者护理体验,值得在临床推广应用。

【关键词】基于MEWS评分;急诊创伤;预检分诊;救治流程优化;效果评价

创伤患者的常见特征有症状复杂、病情进展快速、致残率、致死率高。因此,临床提出“黄金1小时”这一急救理念,旨在确保患者在最短时间内获得有效治疗。传统经验式预检分诊流程缺乏统一的量化依据,极易导致急诊科拥堵、诊断和治疗工作流程中断等问题出现。在复苏过程中,轻症与重症病例会被随意区分优先级,造成患者最佳救治时间被延迟^[1]。本文旨在探讨基于MEWS评分的急诊创伤预检分诊救治流程优化在预检分诊流程中的效果,并汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

82例分析样本均抽取自2023年8月-2024年8月急诊科收治的创伤患者中,采用随机数字表划分法分组,每组归入41例。对照组:男23例,女18例;平均年龄(46.14 ± 2.97)岁。实验组:男24例,女17例;平均年龄(48.22 ± 3.59)岁。两组患者性别、年龄等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组采取方案如下:

由分诊护士依据个人临床经验,结合患者受伤部位、创伤严重程度进行主观分级判断,诊疗服务按就诊顺序依次分配,无明确的标准化分级管理体系。

1.2.2 实验组采取方案如下:(1)组建专项急救小组:由急诊医师、分诊护士共同组成,开展MEWS评分理论与实操培训,考核内容涵盖创伤处置流程、评分标准、分级分诊规范,确保全员掌握分级救治原则。共同制定MEWS评分标准:轻症创伤定义为低危(0-2分),按照常规顺序就诊;病情有进展风险定义为中危(3-4分),须优先就诊;创伤严重定义为高危(5-6分),紧急开展专科处置;创伤危重定义为极危(≥ 7 分),须开通绿色通道,立即抢救^[2]。(2)量化评估:急诊患者入院后,须在1分钟内立即完成以下操作:采集所有生命体征、进行MEWS评分评估、确定治疗优先级,并应用相应的分类标识标注清楚^[3]。(3)分级分流诊疗方案:引导低风险患者在普通门诊区域等候;对中风险患者实施动态生命体征

监测，并优先救治；高风险患者直接转至抢救室，立即通知专科医师会诊；危重患者立即启动绿色通道，迅速实施紧急救治措施（如止血、液体复苏、气道清理），简化就诊流程^[4]。(4)复评预警：对高危患者进行复测，频率为每 30min/次，若显现评分升级，须立即提升救治级别。(5)多科室协作：达成急诊、影像科、手术室、住院部联动体系，结合分诊等级逐一转运和收治，最大化降低救治时长^[5]。

1.3 观察指标

对比两组在急救时效性指标、分诊准确性、抢救成功率、不良事件发生率以及护理满意度方面的差异表现。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件进行 t 检验， χ^2 检验。

2 结果

实验组采用护理方案的可实施性更强，各维度评分更优， $P<0.05$ ，见下表：

表 1 两组总体干预效果比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	急救时效指标（min）			分诊准确率	抢救成功率
	分诊评估用时	急诊候诊时间	急救启动时间		
对照组（n=41）	3.26±0.69	25.64±4.53	18.73±3.66	31（75.61）	32（78.05）
实验组（n=41）	1.55±0.43	12.36±3.17	7.25±2.15	39（95.12）	40（97.56）

表 2 两组总体干预效果比较（ $\bar{x}\pm s$ 、%）

组别	护理满意度				不良事件发生率
	非常满意	满意	不满意	总满意度	
对照组（n=41）	15（36.59）	18（43.90）	7（17.07）	33（80.49）	7（17.07）
实验组（n=41）	23（56.09）	17（41.46）	1（2.44）	40（97.56）	1（2.44）

3 讨论

急诊创伤患者具有病情进展快、致残致死率高的特点，临床救治强调“黄金 1 小时”的早期干预理念，预检分诊的精准性直接影响患者的救治结局。传统经验式预检分诊依赖医护人员主观判断，缺乏统一量化标准，易出现分诊级别误判、危重患者救治延迟等问题，影响救治效率。MEWS 评分通过对心率、收缩压、呼吸频率、体温、意识状态 5 项核心生理指标的量化评估，可早期识别创伤患者的潜在病情风险，为分级分诊提供客观依据。本研究结果显示，采用 MEWS 评分优化的分级分诊流程后，实验组患者的分诊评估用时、候诊时间、急救启动时间均显著缩短，提示该模式可有效提升急救响应效率；同时，实验组分诊准确率、抢救成功率更高，不良事件发生率更低，说明 MEWS 评分可减少主观判断偏差，实现对不同风险等级患者的精准分流，优先保障危重患者的救治资源。

此外，实验组护理满意度显著高于对照组，这与流程优化后患者等待时间缩短、救治体验改善密切相关。MEWS 分级管理模式替代了传统按就诊顺序分诊的僵化模式，体现了“优先重症监护、紧急治疗”的现代急诊理念^[6]，不仅提升了危重患者的复苏成功率，也优化了急诊医疗服务的整体质量与效率，值得广泛采用。

本研究仍存在一定局限性，如样本量较小、单中心研究等，后续可扩大样本量、联合多中心开展研究，并结合创伤严重程度评分（ISS）进一步验证 MEWS 评分在急诊创伤分诊中的应用价值。

参考文献

- [1]徐小凤,陈杏,赵风雨.基于改良早期预警评分的急救护理干预在急诊创伤患者护理中的应用[J].当代医药论丛,2024,22(33):143-146.
- [2]杨中福,苏家琼,甘正辉.改良早期预警评分应用于急诊创伤患者预检分诊中的价值分析[J].母婴世界,2021(9):276.
- [3]韩旭,臧舒婷,段慧茹.修正休克指数结合改良早期预警评分在急诊创伤患者院前急救中应用价值探析[J].黑龙江中医药,2021,50(6):142-143.
- [4]罗丹.改良早期预警评分在急诊创伤患者预检分诊中的临床应用[J].养生保健指南,2021(38):258-259.
- [5]朱先荣,杨凤华,王宇.改良早期预警评分在急诊创伤留观患者陪检及转运中的应用[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(6):724-725.
- [6]李园园,沈玉欢,杨苏云.改良早期预警评分联合结构化创伤团队护理在多发性创伤患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(12):9-12.