

ICS

CCS

CI

团体标准

T/CI XXX-2023

冠心病防治一体化精准护理 关键技术标准

Coronary heart disease prevention and treatment of
integrated precision nursing key skills wood standard

(征求意见稿)

2023-X-X 发布

2023-X-X 实施

中国国际科技促进会 发布

中国国际科技促进会(CIAPST)是1988年经中华人民共和国国务院科技领导小组批准而成立的全国性社会团体。制定团体标准、开展标准国际化和推动团体标准实施,是中国国际科技促进会的工作内容之一。任何团体和个人,均可提出制、修订中国国际科技促进会团体标准的建议并参与有关工作。

中国国际科技促进会标准按《中国国际科技促进会标准化管理办法》进行制定和管理。

中国国际科技促进会征求意见稿经向社会公开征求意见,并得到参加审定会议的80%以上的专家、成员的投票赞同,方可作为中国国际科技促进会标准予以发布。

在本标准实施过程中,如发现需要修改或补充之处,请将意见和有关资料寄给中国国际科技促进会标准化工作委员会,以便修订时参考。

任何团体和个人,均可对本标准征求意见稿提出意见和建议,牵头起草单位联系方式:

whls1s@126.com

中国国际科技促进会

地址:北京市海淀区中关村东路89号恒兴大厦13F

邮政编码:100190

电话:010-62652520 传真:010-62652520

网址:<http://www.ciapst.org>

目 次

前 言	III
冠心病防治一体化精准护理关键技术标准	4
1. 范围	4
2. 规范性引用文件	4
3. 术语和定义	4
4. 缩略语	6
5. 发病风险评估与干预	6
6. 急性期管理	8
7. 稳定期康复	11
8. 健康教育	11
9. 社区康复	13
10. 院外随访	13
重症冠心病患者康复分级护理方案	18

前 言

本文件按 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本文件由中国国际科技促进会标准化工作委员会提出。

本文件由中国国际科技促进会归口。

本文件起草单位：南昌大学第一附属医院、江西省人民医院、南方医科大南方医院、广西医科大学第二附属医院、北京大学第一医院、中国科学院阜外医院、中日友好医院、南京医科大学第一附属医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、山西大学护理学院、福建省立医院、山东省立医院、空军军医大第一附属医院、南昌大学食品科学与资源挖掘全国重点实验室、江西省护理学会、南昌大学护理学院、东莞市人民医院、同济大学信息工程学院。

本文件主要起草人：王静、周云英、颜琼、李梅、李宏、郑一梅、田立微、王丽婷、王健、孙国珍、薛晶、韩世范、蔡虹、丁敏、杨省利、曹英、许恒毅、洪金花、何朝珠、盘瑞兰、徐月美、张琴、查丽玲、漆红梅、余玲、黄有红、黄艳玲、青秋琼、何锦洋。

本文件为首次发布。

冠心病防治一体化精准护理关键技术标准

1. 范围

本文件规定了冠心病防治一体化精准护理技术的相关术语和定义、缩略语、发病风险评估与干预、急性期管理、稳定期康复、健康教育、社区康复和院外随访；

本文件适用于各级医疗机构护理人员开展冠心病患者的护理工作。

2. 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，凡是注明日期的引用文件，仅注明日期的版本适用于本文件；而不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《中国心血管病风险评估和管理指南》

《冠心病康复与二级预防中国专家共识》

《中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)》

《体检筛查评估冠心病风险与健康管理专家共识》

《冠心病患者心脏康复健康教育处方护理专家共识》

T/GDNAS 021-2022 急性冠脉综合征介入治疗术后心脏康复护理

T/SRMA 25-2023 冠心病患者社区心脏康复评估和转诊指南

T/GDNAS 017-2022 急性 ST 段抬高型心肌梗死护理

3. 术语和定义

T/GDNAS 021-2022、T/SRMA 25-2023 中界定的部分术语和定义适用于本文件。

3.1

冠状动脉心脏病 Coronary atherosclerotic heart disease, CAD

简称冠心病，亦称缺血性心脏病，指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞时，或冠状动脉功能性改变导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病。

3.2

精准护理 Precision nursing

以健康为目标，通过精准医学技术，为人群提供早期预防、诊断和治疗等个体化的护理服务。

3.3

经皮冠状动脉介入治疗 percutaneous coronary intervention, PCI

经心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔,从而改善心肌的血流灌注的治疗方法。

3.4

心血管病 10 年风险评估 10-year risk assessment of cardiovascular disease

通过基线调查获得的心血管病危险因素信息和随访(通常为 10 年以上)获得的发病和死亡数据资料,建立用于个体未来 10 年心血管病发病风险预测的数学模型,并在此基础上计算不同危险因素水平及其组合的平均发病风险。

3.5

心血管病的终生风险评估 Lifelong risk assessment of cardiovascular disease

是指个体在一生中(至 85 岁)发生心血管病的累积风险。

3.6

急性期管理 Acute phase management

指冠心病的 ACS 阶段,在医疗机构进行积极处理,通过药物治疗和血运重建等手段改善冠脉供血、降低心肌氧耗和控制危险因素,防治日后主要不良心血管事件的发生。

3.7

稳定期康复 Rehabilitation during the stable phase

指冠心病患者脱离急性危险期,病情稳定迁入普通病房后提供的预防和康复服务。

3.8

心脏康复 Cardiac rehabilitation

指应用药物、运动、营养、精神心理及行为干预戒烟限酒五大处方综合性医疗措施,使心血管病患者获得正常或者接近正常的生活状态,降低再发心血管事件和猝死风险,尽早恢复体力和回归社会。

3.9

I 期心脏康复 Stage I cardiac rehabilitation

院内康复,为发生心血管事件(如急性梗死或 ACS)后的住院患者提供预防和康复服务,包括冠心病监护室和普通病房患者的住院期康复,时间为 10~14 天甚至更短时间,以生命安全和回归正常日常生活为目标。

3.10

II 期心脏康复 Stage II cardiac rehabilitation

院外早期康复或门诊康复,发生心血管事件的患者出院后 1~6 个月内继续进行运动训练,持续至事件发生后 1 年, ACS 术后 2~5 周常规进行。以复职和回归社会为目标。

3.11

III 期心脏康复 Stage I cardiac rehabilitation

院外长期康复,也称社区康复或家庭康复期,为心血管时间发生 1 年后的院外患者提供预防和康复服务,持续终身,以健康生活习惯养成,危险因素控制和健康管理方式构建为目标。

3.12

体质指数 body mass index, BMI

一种常用的衡量人体胖瘦程度以及是否健康的标准,计算见式(1):

$$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / [\text{身高 (m)}]^2 \dots\dots\dots (1)$$

3.13

艾伦试验 The Allen test, Allen 试验

医学上用于测试桡动脉和尺动脉对掌部的供血是否顺畅的一个方法。

3.14

主要不良心血管事件 major adverse cardiovascular events, MACE

包括复发心绞痛、急性心肌梗死、严重心律失常、心力衰竭、冠心病死亡等。

4. 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

China-PAR: 中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测 (Prediction for ASCVD Risk in China)

ACS: 急性冠脉综合征 (Acute coronary syndrome)

SaO₂: 血氧饱和度 (Oxygen saturation)

MACE: 主要不良心血管事件 (Major adverse cardiovascular events)

LVEF: 左心室射血分数 (Left Ventricular Ejection Fraction)

IABP: 主动脉内球囊反搏术 (intra-aortic balloon pump)

VTE: 静脉血栓栓塞症 (Venous Thromboembolism)

GRACE: 全球急性冠状动脉综合征事件注册 (global registry of acute coronary events)

5. 发病风险评估与干预

5.1 风险评估工具

5.1.1 采用 China-PAR 模型进行评估；

5.1.2 通过网站 (<http://www.cvdrisk.com.cn>) 或“心脑血管风险”手机 APP 评估工具进行评定，具体使用方法参见《中国心血管病风险评估和管理指南》执行。

5.2 风险等级划分与干预

5.2.1 风险等级划分

(1) 心血管病 10 年风险评估：20 岁及以上没有心血管病的个体，进行心血管病 10 年风险评估，将评估对象分为 10 年风险低危、中危、高危个体；

(2) 终生风险评估：对于 10 年风险中、低危且年龄为 20~59 岁的个体，进行心血管疾病终生风险评估，将评估对象分为视为终生风险低危和终生风险高危个体；

(3) 合并心血管疾病的患者属于极高危个体，不需进行上述评估。

5.2.2 评估时机

(1) 对于 10 年风险高危或单个心血管病危险因素达到治疗起始值的个体，每年评估 1 次，并与医师沟通，采取相应的临床治疗；

(2) 对于 35 岁及以上存在心血管病危险因素的个体（如：高血压、糖尿病、血脂异常、超重或肥胖、吸烟等），每 1~2 年进行 1 次 10 年风险评估；

(3) 对于 35 岁及以上不存在心血管病危险因素的个体，每 2~3 年进行 1 次 10 年风险评估；

(4) 对于 20~34 岁个体，每 3~5 年进行 1 次 10 年风险评估；

(5) 对于 20~59 岁且 10 年风险处于中、低危的成年人，每 3~5 年进行 1 次终生风险评估。

5.2.3 干预（危险因素的干预措施详见附录 1）：

(1) 极高危个体：参照相应疾病的临床指南进行管理；

(2) 高危个体：强化不良生活方式干预，如戒烟、控制体重、增加身体活动等，同时对需要起始药物治疗的危险因素，在医生指导下进行药物治疗，必要时进行心脏超声、颈动脉超声等详细的影像学检查；

(3) 中危个体：积极改变不良生活方式，如有必要在临床医师指导下进行相关治疗；

(4) 低危个体：提供健康生活方式指导；

(5) 终生风险高危个体：指导患者加强警惕，积极改善生活方式。

6. 急性期管理

6.1 快速评估与处理

6.1.1 首次医疗接触后应尽快完成常规十二导联心电图，必要时需加做后壁、右室导联检查；

6.1.2 迅速评估患者症状及生命体征，快速协助医生完善相关实验室检查，生命体征持续监测至少 24 h，并备好除颤器；

6.1.3 SaO₂<90%的患者常规给氧；

6.2 血运重建的管理

6.2.1 术前准备及评估

(1) 计划性手术术前在计划穿刺处的对侧上肢建立静脉通路，非计划性手术术前建立静脉通路；

(2) 计划性手术术前由病房护士进行评估，非计划性手术术前由导管室护士进行评估；

(3) 评估内容包括性别、年龄、BMI、双侧桡动脉搏动情况、手术时间、穿刺次数、急诊介入治疗情况、外周血管疾病、抗血小板药物的负荷情况及采用 CRUSADE 评分进行术前出血风险评估（详见附录 3）等；

(4) 提醒医生进行 Allen 试验；

(5) 剪短影响手术操作部位的毛发；

6.2.2 术中配合及转运交接

(1) 指导术侧肢体正确摆放；

(2) 关注患者心理状态，强调术中配合重点及可能的不适反应；

(3) 操作结束后，继续监测患者的生命体征、意识状态、肢体活动度、心电图变化，及患者主诉；

(4) 手术结束后，导管室转运人员与病房护士就患者生命体征、穿刺部位及穿刺点情况、穿刺侧肢体情况（皮温、颜色、动脉搏动）、术中是否置入支架、置入支架的血管部位及支架数量、术中用药、对比剂用量、术中是否安置仪器（IABP 或临时起搏器等）、术中患者的心理与配合情况、术中是否出现并发症及术后观察要点等进行交接。

6.2.3 术后观察与并发症管理

(1) 根据 GRACE 评分对术后患者进行评估，针对不同危险分层的患者，关注的护理要点不同，积极预防术后并发症的发生（详见附录 2）；

(2) 监测患者的凝血功能指标，观察穿刺点出血情况，警惕有无假性动脉瘤发生；根据 CRUSADE 评分明细表动态评估（详见附录 3）；

(3) 及时进行血栓形成风险评估，对应干预（详见附录 4）；

(4) 重视心梗后心理问题。

6.3 溶栓的管理

6.3.1 选择时机：无条件施行介入治疗或延误再灌注时机的患者，无禁忌证前提下，接诊后 30min 内给予溶栓治疗。

6.3.2 溶栓前护理

(1) 协助取半卧位或平卧位，建立静脉通路；

(2) 了解患者既往疾病史、用药史及过敏史，遵医嘱予溶栓前药物及正确配置溶栓药；

(3) 做好疼痛评估及用药处理；

6.3.3 溶栓中护理

(1) 正确推注溶栓剂；

(2) 询问患者主诉，关注胸痛缓解程度；

(3) 重点关注心电图变化，及时识别和处理各类心律失常；

(4) 观察出血高发部位有无出血及出血倾向，减少穿刺次数、延长按压时长。

6.3.4 溶栓后护理

(1) 继续监测生命体征，观察有无恶性心律失常的发生；

(2) 关注患者神经功能变化，有无颅内出血情况；

(3) 定期采血及心电图检查。

6.4 急性期康复

为重症冠心病患者开展住院期间的康复护理工作，主要流程包括患者危险分层、康复时机评估、康复方案实施评价三阶段，实现住院患者七步早期运动。

6.4.1 人员要求及分工

(1) 应接受过系统的心脏康复护理理论知识与技术培训并考核合格，具备实践操作及应急处理能力；

(2) 建议由主管医生和护士负责康复介入时机评估和患者分层，筛选合适的患者接受心脏康复。康复护士负责执行心脏康复分级护理内容，包括协助患者理解康复目标、进行早期活动、体位管理、饮食指导和肺功能康复干预工作。

6.4.2 患者康复护理危险分层

根据康复分级护理患者危险分层评估表将患者划分为低危、中危及高危组。

(1) 低危患者应符合以下所有条件：

- ①手术治疗时间须在出现症状的 12 h 内完成；
- ②术后冠状动脉 TIMI 血流分级为 3 级；
- ③术后超声检查 LVEF > 40%；
- ④入院当天或第 2 天，开始使用血管紧张素转换酶抑制剂或者血管紧张素转换酶受体抑制剂类药物；
- ⑤经临床团队评估无并发症高风险；
- ⑥没有右室梗死或者存在不影响血流动力学的右室梗死；
- ⑦无或者心包积液 < 10 mm；
- ⑧无室壁瘤、室间隔穿孔、室壁破裂或乳头肌断裂等并发症；
- ⑨无 IABP 辅助治疗或辅助治疗时间 < 48 h。

(2) 高危患者符合以下条件中任意 1 条：

- ①手术治疗在出现症状的 24 h 后完成；
- ②术后冠状动脉 TIMI 血流分级为 0~2 级；
- ③术后超声检查 LVEF < 30%；
- ④患者仍存在残余狭窄的血管未处理；
- ⑤患者存在哮喘、类固醇药物使用治疗者；
- ⑥存在影响血流动力学的右室梗死；
- ⑦心包积液 ≥ 10 mm；
- ⑧存在需抗凝治疗的室壁瘤或室间隔穿孔、室壁破裂或乳头肌断裂等并发症；
- ⑨IABP 辅助治疗时间 ≥ 48 h。

(3) 不满足低危标准和高危标准的患者归属为中危患者。

6.4.3 介入时机评估

初次执行康复内容由主管医生、护士和康复护士共同进行；以后每次开展康复护理内容前由康复师或康复护士再次评估。

(1) 适应症

- ①过去 8 h 内无新发或再发胸痛；
- ②心肌损伤标志物水平（肌酸激酶同工酶和肌钙蛋白）没有进一步升高；
- ③无明显心力衰竭失代偿征兆（静息时呼吸困难伴肺部湿性啰音）；

④过去 8 h 内无新发严重心律失常或心电图改变。

(2) 禁忌症

①过去 8 h 内无新发或再发胸痛；

②心肌损伤标志物水平（肌酸激酶同工酶和肌钙蛋白）没有进一步升高；

③无明显心力衰竭失代偿征兆（静息时呼吸困难伴肺部湿性啰音）；

④过去 8 h 内无新发严重心律失常或心电图改变；

⑤存在重度焦虑或抑郁；

⑥血糖 < 3.5 mmol/L 或 > 20.0 mmol/L。

6.4.4 康复分级护理方案实施评价

(1) 早期活动能力康复评估

每次康复护理前均进行介入时机评估，无法通过者暂不开展康复护理。适合开展康复护理的患者应满足以下条件：

①高危患者可从手术后或 IABP 撤除后第 2 天进行站立位 2 min 测试，第 5 天进行 200 m 步行测试，第 9 天进行 500 m 步行测试或 6 min 步行试验；

②中危患者可从手术后或 IABP 撤除后第 1 天进行站立位 2 min 测试，第 3 天进行 200 m 步行测试，第 6 天进行 500 m 步行测试或 6 min 步行试验；

③低危患者可从手术后或 IABP 撤除后第 1 天进行站立位 2 min 测试，第 2 天进行 200 m 步行测试，第 4 天进行 500 m 步行测试或 6 min 步行试验。

(2) 执行康复护理内容（详见附录 5）

(3) 采用患者主观感受、运动过程中发生心血管事件的危险分层（参见 T/GDNAS 021-2022 附录 F）及患者下地活动情况综合评估康复方案的安全性及有效性。

7. 稳定期康复

此阶段仍围绕 I 期心脏康复内容开展，具体参见 T/GDNAS 021-2022 涉及的 I 期心脏康复内容实施。

8. 健康教育

此阶段贯穿住院治疗整个过程，遵循个性化原则，并鼓励患者家属共同参与。健康教育前应运用现有量表如冠心病教育问卷（详见附录 6）、心脏康复信息需求量表（详见附录 7）对患者进行综合评估。

健康教育要点应包括：

8.1 疾病相关知识教育

8.1.1 介绍心脏结构及生理功能、冠心病的发病机制、临床表现、诊断治疗、紧急处理，包括溶栓治疗、介入治疗、手术治疗等方式；

8.1.2 提供心脏康复五大处方的具体内容及实施方法；

8.1.3 出院前，提供疾病预防、用药及支架术后相关检查的注意事项信息。

8.2 诱发及危险因素

8.2.1 介绍冠心病的发病诱因，并为患者做出分析；

8.2.2 介绍冠心病的危险因素，解释控制风险因素的重要性。

8.3 MACE 管理

8.3.1 介绍 MACE 的症状及处理，主要包括不适症状的识别、发病后的自救等；

8.3.2 教会患者自己监测血压和脉搏；

8.3.3 出院前，提供有关如何应对胸痛（包括硝酸甘油舌下含服片或喷雾剂）的建议。

8.4 药物管理

8.4.1 介绍二级预防相关药物，解释处方药的用途；

8.4.2 提供多样化的药物宣教工具，鼓励遵守处方；

8.4.3 建议向患者提供工具，如药名、用法、时间、不良反应等；

8.4.4 告知患者随身携带必要的急救药品，如硝酸甘油等。

8.5 运动

8.5.1 介绍运动原理及注意事项；

8.5.2 指导正确的呼吸运动及如何在适当强度下进行安全有效的运动；

8.5.3 出院前由康复医师和护士进行评估指导，运动能力的评估可采取心肺运动试验、平板运动、6 分钟步行试验、30 米往返运动测试等；

8.5.4 制定个性化运动方案，院外护士定期随访指导；

8.5.5 涉及竞技体育的项目需要专家对患者心肺功能、运动功能及认知功能等和运动风险进行全面评估。

8.6 心理调适

8.6.1 介绍冠心病常见的心理反应及应对方法；

8.6.2 对患者进行心理教育，协助掌握应付精神压力的技巧。

8.7 日常生活

- 8.7.1 介绍日常活动的能量消耗及对心脏的负担；
- 8.7.2 建议向患者提供日常活动量的表单；
- 8.7.3 结合患者的身体、心理状态及所计划活动的类型，向患者提供恢复正常活动的时间建议；
- 8.7.4 指导患者保持良好的睡眠；
- 8.7.5 介绍饮食图谱及地中海饮食的益处，可采用工作坊、小组授课、实物演示等方式；
- 8.7.6 明确戒烟障碍，如体重增加、抑郁、戒断症状等；可推荐患者去戒烟门诊或其他可提供帮助的机构；
- 8.7.7 建议向患者及家属提供心肺复苏培训；
- 8.7.8 结合患者的身体及心理状况、工作性质及工作环境，为患者提供重返工作的建议，并告知如果工作中出现不适如何自救；
- 8.7.9 指导患者根据自身状况，选择合适的性生活方式。

9. 社区康复

此阶段为冠心病患者出院后的康复指导，评估内容包括疾病状态、心血管危险因素、营养状态、睡眠、精神心理及运动能力等方面，根据患者危险分层情况开展对应的社区心脏康复内容。具体参见 T/GDNAS 021-2022 及 T/SRMA 25-2023 执行。

10. 院外随访

- 10.1 建议以科室为单位建立电子化随访系统；
- 10.2 应充分发挥电子病历和现代信息技术的优势，建立随访数据库；
- 10.3 随访系统组成人员应包括临床医生、护士、营养咨询师、心理治疗师、运动教练等，其中临床医生和护士是最基本的人员配置；
- 10.4 随访内容包括对患者的生活方式调整、危险因素控制及心脏康复与二级预防措施的实施情况进行动态评估、随访和监督，每个实施方案要求包含制定方案、确定评估参数、评估时间、方案调整及用于评估实施方案的数据来源等；
- 10.5 随访时间参见 T/SRMA 25-2023 6.4.1 随访周期内容。

附录 1

冠心病危险因素干预

内容	干预要点
身体活动	减少久坐，包括静坐、倚靠或平躺等。将久坐行为改变为轻度身体活动，心血管病风险即可明显降低；改变为中高强度身体活动，心血管健康获益将进一步增加。推荐尽可能少坐多动，增加中高强度身体活动，每周进行至少 150 分钟中等强度身体活动。
体重管理	科学合理的膳食营养联合运动干预是管理超重和肥胖(包括腹型肥胖)的基础。其中膳食营养干预的总体原则为通过改变膳食结构、减少能量摄入来控制腰围和体重。
戒烟	加强宣教，戒烟门诊随访，推荐避免吸入任何形式的烟草，包括二手烟与电子烟。
心理干预	正念、冥想放松练习等，减少持久性心理压力、抑郁、焦虑等精神心理问题，保持乐观和积极的生活态度。
限制酒精摄入	对于饮酒者应限制每天酒精摄入量：成年男性<25g，成年女性<15g；或酒精摄入量每周≤100g。肝肾功能不良、高血压、心房颤动、怀孕者不应饮酒。对于糖尿病患者不推荐饮酒，若饮酒，应警惕酒精可能引发的低血糖，避免空腹饮酒。不建议不饮酒者通过少量饮酒预防心血管病。
血脂管理	饮食治疗和生活方式改善是治疗血脂异常的基础措施。必要时进行药物调脂治疗。
血压管理	限盐、增加新鲜果蔬摄入、低脂饮食，避免过度劳累等生活方式调整，依据风险评估分层适时启动药物治疗。
血糖管理	对于糖代谢异常者，需要在专业营养（医）师或团队指导下接受个体化医学营养治疗，在全面评估个体营养状况前提下调整总能量的摄入。日常应尽量多地选择低血糖生成指数和低血糖负荷的食物。

附录 2

GRACE 评分

注：可进入相关链接（<https://m.medsci.cn/scale/show.do?id=ca8910971>）进行在线评估并计算 GRACE 评分分值

年龄 (岁)	分值	心率 (次/分)	分值	收缩压 (mmHg)	分值	肌酐 (mg/dl)	分值	Killip 分级	分值	危险因素	分值
<40	0	<70	0	<80	63	0~0.39	2	I	0	院前心脏骤停	43
40~49	18	70~89	7	80~99	58	0.4~0.79	5	I	21	心肌酶升高	15
50~59	36	90~109	13	100~119	47	0.8~1.19	8	I	43	ST 段下移	30
60~69	55	110~149	23	120~139	37	1.2~1.59	11	IV	64		
70~79	73	150~199	36	140~159	26	1.6~1.99	14				
≥80	91	>200	46	160~199	11	2.0~3.99	23				
				>200	0	>4.0	31				
危险分层	评分		护理要点								
低危	≤108		心率、血压、血氧饱和度、穿刺处情况，绝对卧床休息 1 天								
中危	109~140		低危组+凝血功能监测+卧床休息 2 天								
高危	>140		中危组+心肌酶监测+卧床休息 ≥3 天								

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/096101231051010211>