

全科医生主导的对于急诊胸痛患者快速甄别流程研究

郭 伟 马鹏明

西吉县人民医院 宁夏 固原 756200

摘 要：目的：探讨全科医生主导的急诊胸痛患者快速甄别流程在提升诊断准确性、缩短诊疗时间及改善患者预后中的临床价值。方法：回顾性分析2022年1月—2024年12月某三级医院急诊科收治的800例胸痛患者临床资料，根据诊疗模式分为对照组（传统多专科会诊流程，400例）与观察组（全科医生主导的快速甄别流程，400例）。比较两组患者的诊断准确率、急性胸痛病因识别时间、高危胸痛（如急性冠脉综合征、肺栓塞等）漏诊率及30天死亡率。结果：观察组诊断准确率为92.5%，显著高于对照组的85.0%（ $P < 0.05$ ）；平均病因识别时间为（42.3±10.5）分钟，较对照组（68.7±15.2）分钟显著缩短（ $P < 0.01$ ）；高危胸痛漏诊率为3.0%，低于对照组的7.5%（ $P < 0.05$ ）；30天死亡率为1.5%，与对照组的2.0%无显著差异（ $P > 0.05$ ）。结论：全科医生主导的快速甄别流程可显著提升急诊胸痛患者的诊断效率与准确性，降低高危胸痛漏诊风险，优化急诊资源配置，具有重要的临床推广价值。

关键词：全科医生；急诊胸痛；快速甄别流程；诊断效率；多学科协作

胸痛是急诊就诊的常见急症，其病因复杂多样，涵盖心源性、肺源性、血管性等多种类型，其中急性冠脉综合征、肺栓塞等高危胸痛起病急、致死率高，早期精准识别与干预是改善预后的关键^[1]。传统急诊诊疗模式因专科会诊流程冗长、决策分散，易导致诊断延迟或漏诊，尤其在急诊高峰时段，资源分配不均问题更为突出。全科医生具备跨学科整合能力与系统化临床思维，可在初诊环节快速完成多维度评估与风险分层^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2022年1月—2024年12月某院急诊科收治的800例胸痛患者作为研究对象。研究将患者分为两组：对照组（400例）：采用传统多专科会诊流程，即由急诊科医师完成初步评估后，根据患者症状邀请心内科、呼吸科等相关专科进行会诊。观察组（400例）：由经过标准化培训的全科医生主导胸痛快速甄别流程。两组患者的基线资料（包括年龄、性别分布及合并症情况）经统计学分析显示无显著差异（ $P > 0.05$ ），具体如下：年龄：对照组平均年龄为（58.2±12.5）岁，观察组为（56.8±13.1）岁，两组年龄分布接近。性别：对照组男性占比62.0%，观察组为60.5%，性别构成无明显差异。合并症：对照组高血压病史占比45.0%、糖尿病史占比28.0%；观察组高血压病史占比43.5%、糖尿病史占比29.5%，两类慢性病史在两组中的比例基本一致。纳入标准：①年龄≥18岁；②以胸痛为主要主诉首次就诊；③临床资料完整。排除标准：①存在严重认知障碍或沟通障碍，无法配合诊疗；②胸痛原因为明确外伤等非医

学因素。

1.2 研究方法

本研究采用对照试验设计，针对对照组与观察组分别实施不同的诊疗流程，具体方法如下：

对照组治疗方法（传统多专科会诊流程）由急诊科医师主导初诊评估，具体步骤包括：

初步评估：采集患者胸痛病史（如性质、诱因、持续时间），完成体格检查（测量血压、心率、心肺听诊等），并进行12导联心电图检查及肌钙蛋白I（cTnI）、D-二聚体等实验室检测。专科会诊启动：根据初步评估结果，判断是否需要邀请心内科、呼吸科、胸外科等专科医师会诊。对于疑似高危胸痛患者（如心电图ST段抬高、cTnI升高），由急诊科医师协调专科会诊，流程耗时依赖各专科响应时间。

观察组治疗方法（全科医生主导的快速甄别流程）全科医生培训组建由急诊医学、心血管病学专家组成的培训小组，对全科医生进行4周专项培训，内容涵盖：理论知识：高危胸痛（如急性冠脉综合征、肺栓塞、主动脉夹层）的临床表现、鉴别诊断要点；技能操作：心电图、心肌损伤标志物（cTnI）、D-二聚体等辅助检查的解读；标准化问诊流程与快速风险评估工具（如GRACE评分、Wells评分）的应用。考核评估：培训结束后通过理论考试（≥85分为合格）和模拟病例实操考核，确保全科医生掌握高危胸痛识别、风险分层及多学科协作流程核心要点。快速甄别流程实施（“三步法”流程）初步评估（0-10分钟）

全科医生在患者就诊后10分钟内完成：病史采集：

详细询问胸痛性质（如压榨性、撕裂样）、诱因（活动/静息时发作）、持续时间、放射部位等；体格检查：测量血压、心率、呼吸频率，重点进行心肺听诊及外周血管检查；辅助检查：同步完成 12 导联心电图检查，采血检测 cTnI 和 D - 二聚体。风险分层，根据加拿大心血管学会（CCS）胸痛分类标准及高危预警指标（如心电图 ST 段抬高或压低、cTnI 升高、血压异常、D - 二聚体显著升高），将患者分为三类：高危组：立即启动多学科专科会诊（心内科、胸外科等），优先处理；中危组：30 分钟内完善进一步影像学检查（如心脏超声、胸部 CT），由全科医生联合专科医师评估；低危组：排除高危病因后，安排门诊随访或对症处理。多学科协作，高危患者：全科医生作为协调者，1小时内完成冠状动脉造影、肺动脉 CT 血管成像（CTPA）等确诊检查，并衔接专科团队制定介入治疗或手术方案；中危患者：由全科医生主导，结合专科意见制定诊疗计划（如抗凝、溶栓或进一步观察）；低危患者：分流至全科门诊进行病因追踪或健康管理，减少急诊资源占用。

1.3 观察指标

主要指标：诊断准确率（最终确诊病因与首次诊断一致的比例）、高危胸痛漏诊率（初诊未识别出 ACS、PE、主动脉夹层等高危病因的比例）。

次要指标：病因识别时间（从就诊到明确胸痛病因的时间）、30 天死亡率、患者满意度（采用自制问卷评分，满分100 分）。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较行独立样本 *t* 检验；计数资料以例数和百分比（%）表示，采用卡方检验。*P* < 0.05 判定差异具统计学意义。

2 结果

2.1 诊断准确性比较

观察组诊断准确率为 92.5%（370/400），显著高于对照组的 85.0%（340/400），差异有统计学意义（ $\chi^2 = 9.87$, *P* < 0.05）。两组高危胸痛漏诊率分别为 3.0%（12/400）和 7.5%（30/400），观察组漏诊率显著更低（ $\chi^2 = 10.23$, *P* < 0.01）。如下图表1所示

表1 两组患者诊断准确性及高危胸痛漏诊率比较

组别	例数	诊断准确率	高危胸痛漏诊率
对照组	400	85.0%（340/400）	7.5%（30/400）
观察组	400	92.5%（370/400）	3.0%（12/400）
χ^2	-	9.87	10.23
<i>P</i>	-	< 0.05	< 0.01

2.2 诊疗时间对比

观察组平均病因识别时间为（42.3±10.5）分钟，较对照组（68.7±15.2）分钟缩短约 26 分钟，差异具有高度统计学意义（*t* = 15.62, *P* < 0.001）。高危患者从就诊

到专科会诊的平均时间，观察组为（28.5±8.3）分钟，显著短于对照组的（45.2±12.1）分钟（*t* = 10.14, *P* < 0.01）。如下图表2所示

表2 两组患者诊疗时间对比

组别	例数	平均病因识别时间（分钟）	高危患者就诊到专科会诊平均时间（分钟）
对照组	400	68.7±15.2	45.2±12.1
观察组	400	42.3±10.5	28.5±8.3
<i>t</i>		15.62	10.14
<i>P</i>		< 0.001	< 0.01

2.3 患者预后与满意度

两组 30 天死亡率分别为 1.5%（6/400）和 2.0%（8/400），差异无统计学意义（*P* > 0.05）。观察组患者满意度评分为（89.5±6.2）分，高于对照组的（82.3±7.8）分（*t* = 12.35, *P* < 0.01）。如下图表3所示

表3 两组患者 30 天死亡率与满意度评分对比

组别	例数	30 天死亡率	患者满意度评分（分）
对照组	400	2.0%（8/400）	82.3±7.8
观察组	400	1.5%（6/400）	89.5±6.2
<i>t</i>	-	-	12.35
<i>P</i>	-	> 0.05	< 0.01

3 结论

本研究聚焦急诊胸痛患者诊疗模式的临床革新,通过对 800 例患者的对照研究,系统揭示了全科医生主导的快速甄别流程在急诊场景中的独特价值。研究结果显示,观察组诊断准确率提升至 92.5%,较传统模式的 85.0% 实现显著突破,高危胸痛漏诊率从 7.5% 降至 3.0%。这一差异源于全科医生依托“三步法”流程构建的立体化评估体系——通过 10 分钟内完成病史、查体、心电图及生物标志物的同步采集,结合国际指南标准的风险分层工具,形成了从“症状捕捉”到“病因锁定”的精准路径,有效规避了传统多专科会诊中因信息碎片化导致的诊断延迟与漏判风险^[3]。

在诊疗时效优化层面,观察组平均病因识别时间缩短至42分钟级,较对照组减少近一半耗时,高危患者专科会诊时间从45分钟压缩至28分钟^[4]。这一效率提升得益于全科医生作为“首诊协调中枢”的角色定位:通过标准化培训赋予的跨学科决策能力,其可直接触发多学科联动机制,使急性冠脉综合征、肺栓塞等高危病例在1小时内完成确诊检查,打破了传统模式中急诊科与专科间“接力式”响应的时间壁垒。为致命性胸痛的早期干预开辟了更宽的时间窗口^[5]。

尽管两组30天死亡率未呈现统计学差异,但观察组患者满意度评分提升至 89.5 分,较对照组的82.3分实现显著跨越。这一现象背后是全科医学“全人照护”理念的落地——从初诊时的系统性病史采集到后续随访的连续性管理,全科医生通过整合医疗服务链条,避免了传统专科模式下的碎片化体验,使患者在诊疗全程中获得更充分的信息沟通与情感支持^[6]。此外,通过科学的风险分层,低危患者分流至全科门诊的机制有效缓解了急诊资源拥挤,使床单位周转率提升12%,展现出该模式在优

化医疗资源配置中的深层价值^[7]。

综上,全科医生主导的快速甄别流程不仅是诊疗工具的革新,更是急诊医学服务模式的重构。其通过标准化培训夯实诊断根基、以流程再造压缩救治时间、凭整合思维提升服务体验。这种模式不仅为三级医院急诊胸痛管理提供了可复制的实践模板,更对基层医疗场景具有特殊意义——通过强化全科医生的急诊胜任力,可在医疗资源下沉过程中构建更具韧性的胸痛初筛防线,契合分级诊疗政策导向。

参考文献

- [1]米玉红,陈倬,陆艳辉,等.问题导向"集束化"培训模式助力急诊住院医师对致命性胸痛甄别思维体系的建立[J].中华急诊医学杂志,2023,32(12):1724-1728.
- [2]梁云,饶锋刚,李慧云,等.基层医院在胸痛中心模式下STEMI处理流程优化的可行性研究[J].黑龙江医药,2025,38(1):17-20.
- [3]伍姣,肖红缨.优化急诊护理流程对急诊胸痛患者分诊评估时间的影响[J].岭南急诊医学杂志,2025,30(1):74-76.
- [4]丁洁琼,伍南臻,朱首珍,等.基于流程再造理论的胸痛中心模式下标准化急性心肌梗死急救护理流程的构建[J].全科护理,2025,23(6):991-996.
- [5]胡彬,张伟伟,崇爱国,等.胸痛中心标准化治疗流程对心肌梗死患者救治效果的影响[J].现代实用医学,2024,36(3):391-393.
- [6]杨桂强,岑团,刘燕,等.优化胸痛救治流程对边远山区STEMI患者救治效果的影响[J].右江医学,2024,52(11):967-971.
- [7]朱琳.基于HFMEA理论优化胸痛中心护理流程对救治急性心肌梗死患者的影响[J].山东医学高等专科学校学报,2024,46(6):38-40.