

# 急性胸痛患者在急诊科风险评估与诊疗中的临床分析

王家明

郧西县中医医院 湖北 十堰 442600

**摘要：**目的：分析急性胸痛患者采取急诊科风险评估与诊疗的应用价值。方法：选取2022年6月-2023年6月本院110例急性胸痛患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组55例，行常规诊治流程，观察组55例，行优化诊治流程，比较两组诊疗效果。结果：观察组的急救成功率、患者满意度和病情改善率均明显高于对照组，SAS、SDS评分、确诊时间、急诊科停留时间、误诊率、病死率和并发症发生率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予急性胸痛患者优化诊治流程能显著提升诊治效果，改善不良情绪，防范并发症，具有推广价值。

**关键词：**急性胸痛；急诊科风险评估；诊疗

急性胸痛临床发生率高，患者先被急诊科收治，疾病存在多种诱因，程度危险，常见的有张力性气胸、肺动脉栓塞和主动脉夹层等，疾病初期，如救治不妥当，疾病迅速恶化，最终死亡<sup>[1]</sup>。上述疾病之间症状可能重叠，误诊率高，会对临床诊疗产生负面影响。既往，临床多采取常规诊治流程，通过心电图、检验肌钙蛋白、心肌酶学等指标，评估疾病，难以节省时间，取得预期效果<sup>[2]</sup>。随着时代发展，医学理念革新，急诊科应调整诊治思路，借助综合风险评估量表，展开分诊处理，进而取得预期效果。现阶段，临床诊治急性胸痛时，多采取HEART法，虽然可及时评估危险性，但难以精准识别病因，本研究选取改良量表，致力于缩短诊治时间，改善预后。本次研究以急性胸痛患者为对象，分析优化诊治流程的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年6月-2023年6月本院110例急性胸痛患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组55例，男29例，女26例，年龄为22-78岁，平均年龄（ $56.18 \pm 6.71$ ）岁；观察组55例，男28例，女27例，年龄为23-79岁，平均年龄（ $56.32 \pm 6.41$ ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

**纳入标准：**因急性胸痛就诊；有完整资料；知情同意本次研究。**排除标准：**其他脏器障碍；慢性、创伤性胸痛；伴有精神疾病；认知障碍；接受镇静药物治疗者。

### 1.2 方法

对照组行常规诊治流程，针对入院准者，开展全面问诊，仔细查体，观察生命体征，了解其变化情况，评估胸痛程度，观察持续时间。掌握既往病史，为其提供心电图检查，以检查结果为依据，制定后续诊疗方案，

参照系统中心给出的相应处理原则，实施对症治疗。观察组行优化诊治流程，主要内容有：

#### 1.2.1 初入急诊科诊治措施

急诊科收入患者后，马上建立静脉通道，提供留置针，选取500ml氯化钠注射液，缓慢滴注，随时可提供抢救用药。观察生命体征，若其不稳定，应立即抢救，恢复平稳后，及时采集病史，引导患者接受相关检查，包括常规检查，例如血常规、胸部X线片和床边心电图等，体格检查，如有必要，还需要开展辅助检查，例如CT检查、床边彩超和心肌酶学等。

#### 1.2.2 改良综合风险评估表

参照Sanchis研究内容<sup>[3]</sup>，拟定出改良护理风险量表，项目包括：①病史：不存在或者疑似轻度缺血性胸痛，计为0分；疑似中度缺血性胸痛，计为1分；疑似高度缺血性胸痛，计为2分。②年龄：低于45岁，计为0分；处于45-65岁之间，计为1分；大于65岁，计为2分。③危险因素：无危险因素，计为0分；危险因素数量为1-2个，计为1分；危险因素超过2个，计为2分。④心电图：结果显示正常，计为0分；出现复极异常，具有非特异性，计为1分；观察ST段，明显抬高，或者压低，计为2分。⑤肌蛋白1：结果为正常，计为0分；为正常上限的1-3倍，计为1分；为正常上限的3倍以上，计为2分。⑥D-二聚体：低于 $0.3 \mu\text{g/ml}$ ，计为0分；处于 $0.3 \sim 0.5 \mu\text{g/ml}$ 之间，计为1分；超过 $0.5 \mu\text{g/ml}$ ，计为2分。计算出总分，低危风险为0-3分，中危风险为4-6分，高危风险为7-10分。严格根据此量表，对患者病情展开评估，初步分析疾病影响因素，探讨危险程度，节省时间。

#### 1.2.3 确定疾病类型

以危险程度为依据，确定疾病类型，包含两种，分别为急性胸膜炎、带状疱疹、肺炎、肋间神经炎等非致

命性疼痛,张力性气胸、主动脉夹层、急性冠脉综合征和肺栓塞等致命性胸痛。

#### 1.2.4 差异化急救措施

如患者高度怀疑出现急性冠脉综合征,应提醒其卧床休息,为其提供氧气,保证通气功能正常,善于采取心理学技术,给予患者安抚,减轻不安、焦虑等情绪,处于镇定状态。尽快予以镇痛,选取300mg阿司匹林、600mg氯吡格雷或者180mg替格瑞洛,令患者先嚼碎,然后吞咽,联系心内科医生,确定治疗计划。若患者出现主动脉夹层,其存在真假腔,医务人员应及时采取止痛措施,控制好心率和血压,观察生命体征,待其平稳后,采取适宜疗法。如患者出现肺栓塞,大脑处于缺氧状态,及时镇痛,同时处于低氧血症,和医生取得联系。当急性胸痛引发因素为肺炎、肋间神经炎和带状疱疹时,应马上减轻疼痛,确定疾病原因,观察病情变化,必要情况下,需要住院治疗。

#### 1.3 观察项目和指标

评价诊疗用时和满意度:观察确诊时间和急诊科停留时间;用调查问卷,评估满意度,0-100分。评价心理状态:焦虑程度用SAS量表,抑郁程度用SDS量表,临界值分别为57分和55分<sup>[4]</sup>。评价诊疗效果:观察两组急救成功、病情改善、误诊和病死情况。评价并发症<sup>[5]</sup>:包括心脏压塞、脑梗死、急性心力衰竭、恶性心律失常和心源性休克。

#### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x}\pm s$ )与(%)表示计量与计数资料,分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组诊疗用时和满意度比较

观察组的患者满意度明显高于对照组,确诊时间和急诊科停留时间均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 两组诊疗用时和满意度比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	患者满意度(分)	确诊时间(min)	急诊科停留时间(min)
观察组	55	94.69±1.36	77.53±11.36	84.01±11.05
对照组	55	84.86±1.26	106.62±12.33	116.73±12.44
$t$	/	39.322	12.868	14.584
$P$	/	0.000	0.000	0.000

### 2.2 两组心理状态比较

观察组的SAS、SDS评分均明显低于对照组( $P<$

0.05)。详见表2。

表2 两组心理状态比较[n( $\bar{x}\pm s$ )]

组别	例数	SAS(分)		SDS(分)	
		应用前	应用后	应用前	应用后
观察组	55	57.32±4.26	34.27±4.15 <sup>a</sup>	55.47±3.36	32.47±2.23 <sup>a</sup>
对照组	55	57.41±4.09	41.26±3.61 <sup>a</sup>	55.48±3.31	39.40±3.27 <sup>a</sup>
$t$	/	0.113	9.425	0.016	12.985
$P$	/	0.910	0.000	0.987	0.000

注:与本组应用前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.3 两组诊疗效果比较

观察组的急救成功率和病情改善率均明显高于对照

组,误诊率和病死率均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表3。

表3 两组诊疗效果比较[n(%)]

组别	例数	急救成功率	病情改善率	误诊率	病死率
观察组	55	52(94.55)	51(92.73)	2(3.64)	1(1.82)
对照组	55	35(63.64)	33(60.00)	10(18.18)	8(14.55)
$\chi^2$	/	15.887	16.319	5.986	5.930
$P$	/	0.000	0.000	0.014	0.015

### 2.4 两组并发症比较

对比并发症发生率,观察组更低( $P<0.05$ )。详见

表4。

表4 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	心脏压塞	脑梗死	急性心力衰竭	恶性心律失常	心源性休克	发生率
观察组	55	0	0	1	1	0	3.64
对照组	55	1	3	2	2	2	18.18
$\chi^2$	/	/	/	/	/	/	5.986
<i>P</i>	/	/	/	/	/	/	0.014

### 3 讨论

急性胸痛给患者带来巨大痛苦，是急诊科占比最高的疾病，可达到5%-20%<sup>[6]</sup>。急性胸痛存在多种类型，不同类型的危险程度也有明显差异，程度严重者，生命安全会受到威胁，及时检出疾病，防范误诊、漏诊，尽早予以救治，能改善预后。

基于Sanchis研究，结合本院现状，改良综合评估表。评价生命体征，一旦出现波动，应立即救治，待其处于稳定状态后，再采集病史。全面了解患者外伤史、既往史和现病史，后者主要包括疼痛部位、性质、程度和持续时间等。引导其接受体格检查，常见措施有听、触、视和叩等，同时对双侧上肢血压再次进行测量<sup>[7]</sup>。予以常规检查，在胸痛检查中，心电图属于常规项目，然后为X线胸片。仔细评估风险，经由上述检查，基本能够鉴别胸痛类型，确定其是否为致命性。常见致命性疾病有气胸、急性冠脉综合征等，非致命性较多，包括大叶肺炎、胸膜炎等呼吸系统疾病，胃食管反流病、食管原性功能性胸痛等食管病变，带状疱疹、肋软骨骨膜炎等胸壁自身疾病<sup>[8]</sup>。结合患者病情，选择辅助检查项目，主要服务对象为缺乏典型症状者，例如对急性心肌梗死进行判断时，可进行心肌标记物检查，当下主要有两种，分别为肌钙蛋白T及肌钙蛋白I；对肺栓塞进行诊断时，应检验D-二聚体，对肺部进行CT扫描；对主动脉夹层进行评估时，应针对主动脉展开超声心动图检验，如条件许可，可实施超声造影。整合患者资料，全面分析上述检查结果，将相似疾病排除，取得最终结果。拟定诊疗计划，若患者为致命性胸痛，应先开展对症处理，监测生命体征，恢复稳定后，将其运送到住院部，予以专科治疗。如患者为非致命性胸痛，可接受住院治疗，也可令其留院观察，防范疾病进展，降低猝死发生率。

借助改良疾病评估表，能准确区分胸痛危险程度，鉴别疾病诱因，便于提供差异化治疗，该方式能优化急诊科诊疗结构，节约大量时间。分析急性胸痛特征，联合本院现状，对HEART综合风险评估量表进行优化，获取到Sanchis模型，适当调整后应用于临床，具有较强可操作性，能提升疾病诊治效率，改善预后<sup>[11]</sup>。本次研究结果显示和对照组比，观察组的患者满意度更高，确诊

时间和急诊科停留时间均更低（ $P < 0.05$ ），提示优化诊疗流程能缩短诊疗时间，提升患者满意度。观察组的急救成功率和病情改善率均更高，误诊率和病死率均更低（ $P < 0.05$ ），代表优化诊疗流程能精准识别疾病类型，采取适当疗法，可尽快改善病情，降低死亡率。观察组的SAS、SDS评分均更低（ $P < 0.05$ ），表示优化诊疗流程能减轻患者心理压力，缓解疾病给其带来的折磨。观察组的并发症发生率更低（ $P < 0.05$ ），表明优化诊疗流程能防止胸痛恶化，引发并发症，例如心脏压塞、恶性心律失常等，更安全有效。说明应用优化诊疗流程可以提高急性胸痛诊治质量，节约时间，便于保护健康安全。为了进一步提高诊疗效率，医护人员应参与持续教育，不断提升技能水平，明确自身职责，加强风险防范意识，具有高度耐心、责任心。

综上所述，给予急性胸痛患者优化诊疗流程能显著提升诊治效果，改善不良情绪，防范并发症，具有推广价值。

### 参考文献

- [1]商艳秋.动态心电图诊断急性胸痛的价值及与危险分层的关系[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2023,18(6):710-714.
- [2]李丽.标准化分诊流程在急性胸痛患者抢救中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(10):169-172.
- [3]杨乐舒,巫丽萍,王君廷.院前急救模式在急性胸痛患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2023,39(8):133-135.
- [4]陈海城.心电图联合SPO<sub>2</sub>及MEWS系统用于急性胸痛患者危重程度评估的价值[J].心血管病防治知识,2022,12(29):12-15.
- [5]朱博.急诊护理风险管理在急性胸痛患者抢救中的应用效果[J].医学信息,2022,35(18):180-182.
- [6]赖小冬,官素虹,林龙根.急性胸痛患者在急诊科风险评估与诊疗中的临床分析[J].黑龙江中医药,2022,51(4):20-22.
- [7]贾英杰.急性胸痛实施256排血管成像胸部三联检查的诊断分析[J].中国医药指南,2022,20(4):49-52.
- [8]马春朋,刘晓丽,董雪飞,马利祥,朱爱红,蔡丽丽,聂绍平.HEART评分在合并动脉粥样硬化性心血管病的非ST段抬高型急性胸痛人群的应用价值[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2021,16(12):1362-1366.