

表 2 两组患者出院后生活质量改善情况比较[n(%)]

组别	n	自行或借助工具外出	完全或部分自理生活	具有一定劳动能力	卧床需照护	肢体挛缩, 关节僵硬	返院治疗
干预组	45	24(53.3)	22(48.9)	18(40.0)	4(8.9)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	45	20(44.4)	20(44.4)	16(35.6)	3(6.7)	4(8.9)	4(8.9)
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

多数慢性伤口患者出院后不能得到专业护理和治疗, 致使其出现肢体挛缩、关节僵硬、肺部感染、败血症等严重后果, 不仅会降低患者生活质量, 增加其经济负担, 还会在很大程度上导致医疗资源的消耗^[7]。

延续护理是将住院护理服务进一步延伸到家庭或社区的新型护理模式, 是当前临床上普遍探索的护理方式, 有着较高的现实指导价值。现阶段, 延续护理已被美国、中国等大多数地区应用到冠心病、糖尿病、肾衰等疾病患者的康复护理中, 证实其能对患者健康预后进行改善, 且能减少卫生服务利用, 提升患者满意度。延续护理主要是指患者出院后, 医护人员应定期通过电话、QQ、微信等方式, 与患者及其家属进行交流沟通, 及时了解患者康复情况, 必要时为其调整治疗方案^[8]; 针对居住地址较远、卧床行动不便等不能按时到医院复诊的患者, 可由护理人员上门指导, 以便及时评估患者康复情况, 并做出积极指导^[9]。可以说, 相较于常规护理, 延续护理干预的实施, 能提升医院病床周转率, 实现医疗资源的合理利用, 降低患者经济负担。

本研究对干预组患者实施延续性护理干预, 并以同期实施家属照护的患者作为对照组, 对比分析两种护理方式的应用效果。结果显示, 干预 8 周后, 干预组患者伤口转归明显优于对照组, 二者差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示慢性伤口患者出院后实施延续性护理干预能更好促使患者伤口愈合, 伤口愈合效果明显优于实施家属照护的对照组。此外, 本研究结果还显示, 干预 8 周后, 两组患者在自行或借助工具外出、完全或部分自理生活、具有一定劳动能力、卧床需照护上差异无统计学意义($P > 0.05$); 两者患者在肢体挛缩、关节僵硬、返院治疗上差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示慢性伤口患者出院后实施延续性护理, 能提升其生活质量, 降低返院治疗发生率。

但是, 值得注意的是, 慢性伤口患者的出院延续性护理也存在一定的问题, 需引起高度关注: (1) 照片拍摄失真, 患者家属并非专业医务人员, 缺乏对照片要求的了解, 导致其入院复查时携带的照片因拍摄角度、光线等原因出现失真问题, 影响医务人员的判断。(2) 技术问题, 责任护士对患者家属进行换药知识培训后, 将换药任务交由家属处理, 但部分家属未能掌握换药技术, 致使敷料使用过程中出现问题, 且无法做出积极判断和处理; 部分患者在换药过程中还存在物品消毒不合格的问题^[10]。(3) 患者入院复查不便, 多数慢性伤口患者存在行动

不便的问题, 部分患者居住地较远, 交通不便, 致使不能充分满足患者的健康需求。针对这些问题, 笔者认为, 可以通过建立网络远程会诊进行解决, 通过方便经济的网络平台, 使医务人员及时与患者家属及当地医护人员进行交流与沟通, 对患者的伤口情况及治疗效果进行反馈, 以便医务人员调整换药方式, 为患者选择恰当的敷料, 同时还能避免患者及其家属路途奔波, 节省时间和人力资源。

综上所述, 延续护理能促使慢性伤口患者伤口愈合, 提升其生活质量, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 苏天兰, 张静萍, 时利群, 等. 慢性伤口病人出院后的延续护理[J]. 全科护理, 2011, 9(4): 289-290.
- [2] 王霞. 慢性伤口病人出院后的延续护理[J]. 大家健康: (下旬版), 2015, 9(2): 234-234.
- [3] 吴胜梅, 施又丹, 张桂萍, 等. 出院患者确定延续性护理时间需求研究进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(11): 61-63.
- [4] 傅晓瑾, 李会娟. 慢性伤口患者延续性护理方案初探[C]//中华护理学会第 9 届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会议, 全国外科护理学术交流会议, 全国神经内、外科护理学术交流会议论文集, 长沙, 2012: 331-333.
- [5] 董兰菊, 成守珍, 宋杰丽, 等. 基层医院难愈性伤口病人的护理管理实践[J]. 中华全科医学, 2013, 11(6): 968-970.
- [6] 董兰菊, 成守珍, 宋杰丽, 等. 两种不同护理治疗方法在家庭慢性伤口患者中应用的效果观察[J]. 中华全科医学, 2013, 11(5): 805-806.
- [7] 付向阳, 郭春兰. 慢性伤口处理中的风险管理[J]. 护理学报, 2010, 17(23): 37-39.
- [8] 王惠珍, 李娟, 谢红珍, 等. 延续性护理对腹膜透析病人出院后卫生服务利用的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(18): 1847-1848.
- [9] 戴薇薇. 延续性护理在下肢静脉溃疡患者应用效果评价[D]. 长沙: 中南大学, 2014.
- [10] 李萍, 付伟. 社区实施出院老年人延续性护理的 SWOT 分析[J]. 护理学杂志, 2010, 25(5): 81-83.

(收稿日期: 2015-11-08 修回日期: 2016-02-26)

欢迎投稿

欢迎订阅

基于奥马哈系统对老年痴呆症患者延续护理干预的效果分析*

车小雯¹,傅志蓉²,肖东霞³,沈军⁴

(1. 重庆医药高等专科学校护理学院 401331; 2. 重庆市健康教育所 401120; 3. Flinders University, Adelaide 5001, Australia; 4. 重庆医科大学护理学院 400016)

[中图分类号] R47

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)16-2297-04

人口老龄化和高龄化是当今世界人口结构变化不可逆转的趋势,随着人口老龄化和高龄化进程的加剧,老年痴呆症的发病率逐年增高。预计到 2020 年我国老年痴呆症患者将达到 1 020 万,到 2040 年达到 2 250 万,将成为老年性痴呆第一大国^[1]。老年痴呆症是一种慢性渐进性退化疾病,其功能缺陷会随着病情的进展变得越来越明显。其治疗也是终身性的,老年痴呆症患者长期住院治疗不现实。患者出院后,由于自理能力的下降及记忆力、判断力、语言功能的减退,会出现很多新的健康问题。延续护理能够及时了解患者出院后的健康问题和治疗效果,有针对性地采取护理措施减缓病情发展,控制老年痴呆症的进程。本研究以奥马哈系统为理论框架,对出院老年痴呆症患者的实施延续护理干预,旨在满足出院后老年痴呆症患者的延续护理需求,提高患者的生活质量,同时为构建老年痴呆症患者从医院到家庭的延续护理模式提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用方便抽样,选取 2013 年 11 月至 2014 年 4 月从重庆市某医院转到社区卫生服务中心的老年痴呆症患者。利用出院日期,随机选择出院日期为奇数、符合纳入标准的患者为研究对象,共 24 例。其中男 10 例,女 14 例,平均年龄(76.8±6.13)岁。纳入标准:(1)确诊为老年痴呆症患者;(2)同意持续 6 个月的干预和跟进,并签署知情同意书;(3)病程大于或等于 6 个月。排除标准:重度痴呆、精神疾病的患者。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 奥马哈系统是美国护士协会(American Nurses Association, ANA)认可的 12 种标准化护理语言之一^[2]。该系统包括问题系统、干预系统和效果评价标准 3 个部分。问题系统包括环境、社会心理、生理和健康相关行为 4 个领域,共 42 个问题。

1.2.2 研究方法 (1)评估护理问题:成立延续护理小组,延续护理小组共 5 名成员,有 5 年工作经验的老年科护士 3 名,专科医生 1 名,营养师 1 名。进行干预前评估:依据奥马哈问题系统,通过交谈、观察评估患者。出院当天评估患者、家庭及所在社区现存的护理问题,并应用认知-行为-状况(KBS)评分,对发生率大于 50%的护理问题进行干预。问题确定后,根据马斯洛需求层次理论及患者的实际情况,确定解决问题的优先顺序,选择相应的干预类别和导向。(2)干预类别和导向:干预分为 3 个阶段,每个阶段分别第 1 个阶段为出院当天至出院 1 个月,第 2 阶段为出院后 2~3 个月,第 3 个阶段为出院 3~6 个月。每个阶段都是采用奥马哈干预系统的 4 个类别进行干预,包括:教育、指导和咨询;治疗和程序;个案管理;监测。具体的干预类别和导向如下:第 1 个阶段延续护理小组的专科护士针对刚出院的首要问题如安全用药,饮食,居家环境等通过

每周 1 次家庭访视进行面对面的健康指导,预防患者窒息,跌倒等意外的发生,针对患者大小便不能自理的问题,实施膀胱护理、排便护理、皮肤护理。同时,监测患者出院后生命体征及记忆力,注意力等判断疾病进展情况,针对患者所患慢性疾病进行血糖,血脂控制等个案管理,并对家庭应对不良进行治疗和干预。第 2 个阶段电话询问和家庭访视每周 1 次,交替进行,健康教育的内容主要是指导患者日常生活训练,对照顾者进行心理干预,帮助联系社区和志愿者,寻求支持和帮助,和延续服务团体拟定患者的个案康复计划,全面监测患者生理,心理及社会适应能力的康复状况,进行语言,肢体的康复训练。第 3 个阶段电话访谈和家庭每月 1 次,交替进行,健康教育的内容包括指导患者参与适当的社区活动和家庭事务,治疗和程序主要是调动患者的支持系统,如鼓励患者的亲戚、朋友对患者讲述生活中印象较深、较难忘的事情,同时鼓励患者多与他人沟通交流。使患者家属对患者的有更多的理解、支持、关心,老年痴呆症患者感受到自己被尊重、支持、理解。个案管理主要是安排联系患者定期复诊。监测患者康复训练的执行情况,如帮助建立健康卡片记录老年痴呆症患者康复训练的运动量、时间等及症状的改善情况。(3)效果评价:应用奥马哈系统结局评价表,采用 Likert 5 分等级评分法,从患者所存在问题的认知、行为和状况 3 个方面进行系统干预前后的评价。分数越低表明问题严重程度越高,①认知:指的是患者记忆和理解信息的能力,1 分=缺乏认知,2 分=少许认知,3 分=基本认知,4 分=足够认知,5 分=充分认知;②行为:服务对象为配合特定的情景或目的而作出可观察的反应、行动或行为,1 分=不恰当,2 分=甚少恰当,3 分=间有恰当,4 分=通常恰当,5 分=一贯恰当;③状况,1 分=极严重的症状/体征,2 分=严重的症状/体征,3 分=中度的症状/体征,4 分=轻微的症状/体征,5 分=没有症状/体征。KBS 评分中任何一项评分小于或等于 4 分即认为患者存在此类问题^[3]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行处理与分析,对干预前后 KBS 评分采用 *t* 检验评价干预效果,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理问题及发生率 24 例老年痴呆症患者共存在 23 个护理问题,其中生理领域 13 个(认知、听力、说话和语言、视力、泌尿功能、皮肤、神经肌肉骨骼功能、循环、意识、呼吸、口腔卫生、排便功能、疼痛),健康相关行为领域 5 个(个人照顾、药物治疗方案、睡眠和休息形态、身体活动、营养),心理社会领域各 4 个(精神健康、社交、人际关系、虐待),环境领域 2 个(邻里/工作场所的安全住宅)。

2.2 干预前后 KBS 评分比较 老年痴呆症患者干预后,患者

* 基金项目:重庆市沙坪坝区课题。 作者简介:车小雯(1988—),讲师,硕士,主要从事老年护理研究。

在生理领域的护理问题认知、说话和语言、泌尿功能、认知、行为、状况都有显著改变,差异有统计学意义($P < 0.05$),听力、视力的认知有明显改变,但是行为、状况的改变差异无统计学意义($P > 0.05$)。健康相关行为领域的护理问题个人照顾、药物治疗方案、睡眠和休息形态、身体活动、营养的认知、行为、状况都有显著改变,差异有统计学意义($P < 0.05$)。心理社会领

域的护理问题精神健康的认知、行为、状况和社交的认知有明显改变,差异有统计学意义($P < 0.05$),社交的行为、状态差异无统计学意义($P > 0.05$);环境领域中,住宅认知、行为、状况和邻里/工作场所的安全的认知有明显改变,差异有统计学意义($P < 0.05$),邻里/工作场所的行为、状况差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 老年痴呆症患者主要护理问题干预前后 KBS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	问题	n	评价指标	干预前	干预后	t	P
生理	认知	24	认知	1.75±0.73	2.33±0.48	3.245	0.004
			行为	1.88±0.79	2.45±0.50	3.077	0.005
			状况	1.96±0.35	2.37±0.50	2.846	0.009
	说话和语言	20	认知	2.70±0.80	3.30±0.57	2.698	0.014
			行为	2.50±0.88	3.50±0.68	3.684	0.002
			状况	2.25±0.71	3.05±0.82	3.238	0.004
	听力	18	认知	2.95±0.91	3.42±0.51	2.282	0.035
			行为	3.26±0.63	3.47±0.61	1.000	0.331
			状况	3.11±0.80	3.53±0.69	1.637	0.119
	视力	15	认知	2.93±0.88	3.60±0.50	2.467	0.027
			行为	3.40±0.63	3.53±0.50	0.619	0.546
			状况	3.13±0.64	3.47±0.51	1.323	0.207
	泌尿功能	12	认知	2.58±0.51	3.33±0.77	2.462	0.032
			行为	2.75±0.62	3.75±0.45	4.062	0.002
			状况	2.42±0.51	3.50±0.67	4.733	0.001
健康相关行为	个人照顾	22(92)	认知	2.72±0.82	3.68±0.64	4.482	0.000
			行为	2.86±0.77	3.95±0.48	5.555	0.000
			状况	2.63±0.78	3.36±0.58	4.446	0.000
	药物治疗方案	20	认知	2.42±0.96	3.47±0.77	2.904	0.009
			行为	2.68±0.74	3.53±1.02	3.618	0.002
			状况	3.05±0.91	3.63±0.49	2.480	0.023
	睡眠和休息形态	19	认知	2.63±0.96	3.42±0.69	2.904	0.009
			行为	2.74±0.80	3.32±1.05	3.618	0.002
			状况	3.00±1.106	3.74±0.99	2.480	0.023
	身体活动	18	认知	2.83±0.92	3.78±0.64	3.750	0.001
			行为	3.00±0.68	3.50±0.61	2.625	0.017
			状况	3.56±0.51	4.06±0.87	2.348	0.031
	营养	15	认知	3.20±0.67	4.13±0.74	3.500	0.004
			行为	3.07±0.79	3.73±0.88	2.197	0.045
			状况	3.07±0.70	3.67±0.62	2.806	0.014
心理社会	精神健康	19	认知	3.00±0.68	3.56±0.61	3.007	0.008
			行为	2.67±0.48	3.28±0.46	5.169	0.000
			状况	2.72±0.82	3.61±0.60	3.915	0.001
	社交	16	认知	3.06±0.44	3.63±0.61	4.392	0.001
			行为	3.25±0.68	3.63±0.86	1.695	0.111
			状况	3.69±0.47	3.75±0.68	0.324	0.751
环境领域	邻里/工作场所的安全	15	认知	3.14±0.66	3.71±0.46	2.828	0.014
			行为	2.79±0.69	3.07±0.61	1.295	0.218
			状况	3.07±0.83	3.57±0.51	1.713	0.110
	住宅	12	认知	2.75±0.62	3.33±0.77	2.244	0.046
			行为	3.00±0.60	3.58±0.51	2.548	0.027
			状况	3.42±0.67	4.17±0.57	3.447	0.005

3 讨 论

3.1 延续护理的干预效果 本研究利用奥马哈系统评估了出院老年痴呆症患者的护理问题,其中生理领域问题最多,其次是健康相关行为领域,最少的是环境领域,这一点与谭晓青等^[4]对老年慢性病患者的研究结果是相似的。依据问题选择对应的干预类别和干预方向。生理领域:患者生理领域最多的问题是认知的问题,主要表现为判断力减弱等。其次是说话和语言,主要表现为理解能力缺失/异常等,针对认知问题笔者选择干预类别是个案管理、监测,干预导向是职业治疗护理,对老年痴呆症患者进行认知康复训练,语言训练,并督促、监测训练的效果。干预后,患者在生理领域的护理问题认知、说话和语言、认知、行为、状况都有显著改变,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对于老年痴呆症患者听力和视力的问题,选择干预类别治疗和程序,帮助联系眼科、五官科医师进行治疗,同时督促患者定期进行检查,干预后,听力、视力的认知有明显改变,但是行为、状况的改变无统计学意义($P > 0.05$)。可能的原因是老年人进入老年后都有不同程度视力、听力的减退,他们已经适应这种状态,未引起重视。

健康行为领域:本研究老年痴呆症患者健康行为领域的护理问题依次是个人照顾、药物治疗方案、睡眠和休息形态,身体活动、营养。个人照顾问题占 92%,主要是由于老年痴呆症患者认知障碍,导致生活自理能力下降。笔者选择了干预类别教育、指导咨询导向中的在职业治疗护理,运动指导,个人卫生,由康复师指导、协助和指患者进行力所能及的洗漱、穿脱衣服、进餐、大小便、生活工具的使用等日常的简单的自理能力活动,对老年痴呆症患者家属实施同步健康教育,鼓励患者进行力所能及的日常生活自理活动,提高患者的日常生活能力。干预后,患者个人照顾的认知、行为状况都有明显改善。其次应该关注药物治疗方案的问题,占 83%,药物治疗方案指按照治疗效、安全和服药时间的指引,服用非处方/处方药物或输液^[3],老年痴呆症患者需要长期服药,服药依存性直接影响治疗效果及并发症的发生。本研究通过奥马哈系统干预类别教育、指导咨询干预导向中的药物疗效及不良反应、服用药物注意事项。给患者和家属讲解老年痴呆症常用药物的作用与不良反应,指导患者及家属如何正确的用药,用药的剂量、时间、方法、不良反应等,干预后患者药物治疗方案的认知、行为、状况有明显改善。老年痴呆症患者的睡眠问题主要表现为夜间频繁醒来等,研究表明,睡眠障碍将损害认知功能,加速老年痴呆症的发展^[5],针对次问题选择干预类别,教育、指导和咨询,指导患者养成良好的睡眠习惯和方式,建立规律的活动和休息时间表,指导家属为患者创造良好的睡眠环境和条件,对于严重的睡眠障碍,选择干预类别个案管理,干预导向职业治疗与护理,联系医师进行诊断治疗,不良反应等,干预后患者睡眠和休息形态的认知、行为、状况有明显改善。

心理社会领域:最多的问题是精神健康,其次是社交问题,主要表现为有限的社交接触。老年性痴呆是由于脑器质性病损而引起的继发性智能减退,行为和神经症状作为痴呆的非认知症状发生率可达 90% 以上^[6]。针对这些精神症状,本研究除了联系心理医师治疗,同时选择干预导向中的调动患者的支持系统。社会支持与身心健康的关系是互相影响、互相作用的,是一种复杂的交互作用^[7],良好的社会支持可以使患者在心理上获得安慰,减轻心理负担,改善心理健康状况^[8]。干预前后,患者的精神健康认知、行为、状况有明显改变。患者社交行为、状态没有明显改变,主要由于老年痴呆症患者由于年龄

较大,多合并有躯体疾病,活动受限,社会活动少。

环境领域:奥马哈系统在评估护理问题时除了关注生理、心理、社会方面,还关注了环境领域,老年痴呆症患者存在最多的问题是住宅的问题,调查表明,98.3% 的老年性痴呆症患者家属希望医务人员能在患者的环境安全护理等方面给予指导^[9]。主要是由于老年痴呆症患者记忆力及定向力的减弱或丧失,容易发生跌倒、烫伤、走失等安全事故。针对这些问题,笔者选择干预类别教育、指导咨询类别中的环境、住宅,对老年痴呆症患者及家属针对住宅环境存在的具体问题进行指导,首先患者尽量居住在熟悉的环境以防走失,其次增加无障碍设施如在楼梯、走廊、卫生间安装扶手、地砖要防滑,地表通道无障碍物等。再次,对于室外的环境安全,在公共设施建设时建议社区管委会考虑适合老年人群的生理特点,道路防滑性能要强,注意经常修缮,保持道路平坦^[10],干预后,住宅环境改善明显。这与夏振兰等^[11]的研究相一致。

3.2 奥马哈系统在延续护理中的应用前景 奥马哈系统有完整的问题分类系统、干预系统及结局的评价尺度,将患者的健康问题、护理干预及干预效果评价联系在一起,可以全面评估患者存在的共同问题并予以量化,为延续护理提供循证依据,同时可以对患者进行不同时间点的评估,记录患者连续、完整的有关环境、生理、社会心理、健康相关行为的改变,动态地了解干预成效并及时调整干预计划^[6]。本研究以奥马哈系统为延续护理的理论依据,运用统一规范的护理流程和标准化的评价方法,提高了干预效果,干预后,患者大部分护理问题解决,在认知、行为、状况方面均有显著改善,奥马哈系统适用于老年痴呆症患者从医院和家庭的延续护理。

参考文献

- [1] 张振馨, Zanier GE, Roman GC, 等. 中国北京, 西安, 上海和成都地区痴呆亚型患病率的研究[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2005, 5(3): 156-157.
- [2] 谭晓青. 应用奥马哈系统构建居家访视流程和记录模式以及访视成效评价的研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2011.
- [3] 谭晓青, 朱金萍, 曾丽, 等. 慢性病患者健康相关行为领域问题的居家访视效果[J]. 护理学杂志, 2013, 28(11): 73-76.
- [4] 谭晓青, 刘雪琴, 成阳, 等. 应用奥马哈系统对社区 128 例慢性病患者健康问题及干预方式的分析[J]. 护理学报, 2011, 18(2): 64-67.
- [5] Ahmed S, Mitchell J, Arnold R, et al. Memory complaints in mild cognitive impairment, worried well, and semantic dementia patients[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2008, 22(3): 227-235.
- [6] 盛树力. 老年性痴呆及相关疾病[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2006: 67-70.
- [7] 王雁飞. 社会支持与身心健康关系研究述评[J]. 心理科学, 2004, 27(5): 1175-1177.
- [8] 李红桂. 重症颅脑外伤患者 135 例家属应激支持水平调查及干预[J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(11): 38-39.
- [9] Anna O, Daniel K, Ioura MS. Connecting with a patient who has Alzheimer's disease[J]. Nursing, 2000, 30(8): 1-3.
- [10] Young MS, Barrett B, Engelhardt MA, et al. Six-month

outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs[J]. Community Ment Health J, 2014, 50(4):474-479.

理模式的构建及应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(8): 687-691.

(收稿日期:2015-11-22 修回日期:2016-02-28)

[11] 夏振兰, 何冰, 范梅霞, 等. 全髋关节置换术患者连续性护

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.16.050

预检分诊心电图筛查对胸痛患者急诊效率的影响研究

张 伟, 张 芹, 何亚荣, 叶 磊[△]

(四川大学华西医院急诊科, 成都 610041)

[中图分类号] R459.7

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)16-2300-02

胸痛是主观感觉胸部刺痛、锐痛、钝痛、闷痛或物品压迫而综合表现为压迫感和呼吸困难, 常伴有紧张、焦虑、恐惧感, 是临床常见的急诊症状之一^[1]。也是多种致命性疾病的主要表现, 如急性冠脉综合征(ACS)、肺栓塞、主动脉夹层等, 这些疾病一定要在患者发病时及时确诊, 及时治疗, 时间延误便可引起并发症, 严重可危及患者生命^[2]。有资料显示: 胸痛类型、病史和心电图(ECG)3 个方面临床特征可以将胸痛患者分为高危者和低危者^[3-5]。为了防止错分、漏分, 造成患者病情延误, 本科于 2013 年 9 月开展了早期非创伤性胸痛患者的筛查工作, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本科 2013 年 7~8 月与 2013 年 9~10 月非创伤性胸痛患者的就诊信息, 其中 2013 年 7~8 月非创伤性胸痛患者入院共 49 例, 其中男 34 例, 女 15 例, 作为对照组; 2013 年 9~10 月非创伤性胸痛患者入院共 60 例, 其中男 43 例, 女 17 例, 作为试验组; 两组患者在性别、年龄、胸痛发生至就诊时间和不同疾病类型上比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 方法 对照组非创伤性胸痛患者就诊, 护士根据患者的主诉, 主要症状体征和工作经验进行分诊; 试验组非创伤性胸痛患者就诊, 护士首先完成 12 导联心电图检查, 再根据患者的主诉, 主要症状体征和 12 导联的心电图检查结果进行分诊。

1.3 统计学处理 应用 Excel2007 进行数据整理, 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 对于就诊至接受处置时间、急诊科滞留时间、住院时间采用 Mann-Whitney U 方法检验; 病死

率及满意度调查采用 χ^2 检验的 Fisher 确切概率法进行统计学分析, 以 $P < 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结 果

2.1 两组非创伤性胸痛患者入院就诊至接受处置的时间、急诊滞留时间、住院时间、28 d 病死率比较 非创伤性胸痛患者入院的就诊至接受处置时间中位数对照组为 0.22 h, 试验组为 0.18 h, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。急诊滞留时间中位数对照组为 3.05 h, 试验组为 5.35 h, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 住院时间中位数对照组为 118 例, 试验组为 143 例, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 28 d 病死率对照组为 5.88%, 试验组为 1.63%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 2。

表 1 一般资料

项目	对照组($n=49$)	实验组($n=60$)	P
性别[$n(\%)$]			
男	34(69.38)	43(71.66)	0.830
女	15(30.62)	17(28.34)	
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	61.49 ± 13.56	63.73 ± 12.95	0.400
胸痛发生至就诊时间(h)			
中位数(极值)	72(1,720)	60(1,720)	0.680
不同疾病类型患者数[$n(\%)$]			
ACS	24(48.97)	27(45.00)	0.704
非 ACS	25(51.03)	33(55.00)	

表 2 心电图筛查对非创伤性胸痛患者接受入院治疗相关情况的影响比较

组别	就诊至接受处置时间(h)中位数(极值)	急诊科滞留时间(h)中位数(极值)	住院时间(h)中位数(极值)	28 d 病死率(%)
对照组	0.22(0.02, 3.42)	3.05(0.15, 26.00)	118(35.00, 601.00)	5.88
试验组	0.18(0.02, 1.15)	5.35(0.07, 84.00)	143(23.00, 486.00)	1.63
t/χ^2	1 092.0	1 151.5	1 355	
P	0.021	0.052	0.486	0.324

2.2 满意度 对两组非创伤性胸痛入院患者或家属满意度比较分析, 患者或家属满意度试验组为 98.30%(59/1), 对照组为

73.45%(36/13), 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 3。