

• 调查研究 •

急诊护士分诊急诊非创伤性胸痛病人体验的质性研究



苏慧慧,王艳,王淑敏,何平平,刘雅婷,刘静,王文爽

摘要: [目的]探讨急诊科护士对急性非创伤性胸痛病人分诊的工作体验。[方法]采用现象学研究方法,对衡阳市三级甲等医院7名急诊科分诊护士进行半结构式访谈。[结果]关于急诊科护士对非创伤性胸痛病人的分诊体验提炼出病人主诉很重要、缺乏分诊工具、急诊科护士储备不足、建设胸痛中心至关重要4大主题。[结论]构建统一的急性胸痛护理分诊工具是当前亟须解决的问题。

关键词: 非创伤性胸痛;急诊科;分诊护士;分诊工具;分诊标准

中图分类号:R473.5 文献标识码:A doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2019.34.027

胸痛是急诊病人最常见的主诉之一,占急诊内科病人的20%~30%,且呈逐渐增加的趋势^[1]。非创伤性胸痛多是一些致命性疾病的表现,如急性冠状动脉综合征、自发性气胸、肺栓塞、主动脉夹层、食管疾病等。一旦误诊会造成严重后果。急诊科分诊护士作为接触病人的第一人,能否及时有效进行分诊,直接关系到病人生命及预后情况^[2]。有研究表明,实用、简便的评估工具对准确判断非创伤胸痛病人病情严重程度、确定治疗方案有重要意义^[3]。目前,国外现存成熟的胸痛危险评分有很多,例如胸痛五因子评分量表(HEART)、全球急性冠状动脉事件注册(Global Registry of Acute Coronary Events,GRACE)、TIMI 风险评分(Thrombosis In Myocardial Infarction risk score, TIMI)。国内尚未形成统一的规范,也没有利于急诊护士进行分诊的明确标准。本研究旨在通过对急诊科

分诊护士进行深度访谈,描述分诊护士在分诊非创伤性胸痛病人时的真实感受,探讨有效具有针对性的解决方法,为急诊护士进行非创伤性胸痛病人分诊工作的展开提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 选取2019年1月—2019年6月在湖南省衡阳市三级甲等医院急诊科工作的分诊护士且符合下列标准的作为研究对象进行深度访谈。纳入标准为:衡阳市三级甲等医院急诊科分诊护士;能充分表达自己的内心感受;自愿参加本研究。排除标准:拒绝参与本研究。比较样本异质性,以资料饱和、不再出现新的主题为原则最终确定研究对象样本量,最终共有7名护士参与了本次研究。受访急诊护士的一般资料见表1。

表1 受访急诊护士的一般资料

编号	年龄(岁)	性别	学历	职称	护龄(年)	从事急诊科工作时间(年)
A	31	女	专科	主管护师	11	7
B	30	女	专科	主管护师	7	5
C	24	女	专科	护士	7	3
D	30	女	本科	主管护师	8	6
E	28	女	本科	护师	6	6
F	26	女	专科	护师	5	4
G	29	女	专科	主管护师	9	7

1.2 方法

1.2.1 资料收集 研究者在对受访者进行访谈之前,

根据本研究界定的非创伤性胸痛病人的概念,结合急诊科相关分诊指南,广泛查阅国内外胸痛病人预检分诊相关文献,设计访谈大纲。访谈提纲如下:①可以谈一谈您对非创伤性胸痛病人分诊的情况吗?②医院目前是否有关于非创伤性胸痛病人明确的分诊流程呢?如果有,您的使用感受如何呢?③您是否有了解过国内外其他的分诊流程或评分呢?④您认为对于非创伤性胸痛病人的分诊,较为敏感的指标有哪些呢?是否存在一些容易导致误诊的干扰因素呢?⑤您对医院非创伤性胸痛病人的分诊有什么建议吗?访谈者详

基金项目 大学生研究性学习和创新性试验计划,编号:2018XJXZ211;湖南省自然科学基金,编号:2018JJ3455;湖南省教育厅优秀青年项目,编号:18B274。

作者简介 苏慧慧、王艳、王淑敏、何平平(通讯作者)、刘雅婷、刘静、王文爽单位:421001,南华大学护理学院。

引用信息 苏慧慧,王艳,王淑敏,等.急诊护士分诊急诊非创伤性胸痛病人体验的质性研究[J].全科护理,2019,17(34):4320-4323.

细解释本研究的目的和意义,经受访者同意进行现场录音和笔录。访谈时间控制在 30 min 左右,访谈时全神贯注认真聆听,适时推进问题。

1.2.2 资料的整理与分析 在对每个研究对象的访谈结束后,采用 Colaizzi 的现象学分析方法进行处理分析:①转录语音资料,仔细阅读访谈记录;②汲取有重要意义的陈述;③对反复出现的有意义的观点进行编码;④经编码后的观点汇集;⑤写出详细、无遗漏的论述;⑥辨别相似的观点,升华主题概念;⑦返回研究对象处核实求证。全部访谈结束后综合分析所有资料,以真实反映访谈对象对于胸痛分诊的感受。

1.3 研究的质量控制 访谈者在正式访谈前进行自身准备,包括熟悉访谈技巧、试访谈等。在访谈前对访谈对象解释访谈的目的,按照本人意愿决定是否进行访谈;访谈过程循序渐进,在开放、自由的环境下逐步引导受访者敞开心扉,谈论自己的真实体验与感受。本研究采用合众法,2 名研究者共同对访谈对象进行访谈。访谈记录由其中一名研究者记录并转录后,由小组成员进行审核,再次检查资料的可信度与完整性。

2 结果

通过对 7 名急诊科护士访谈资料的整理、归纳,对总结出的主题进行进一步比较、分析,提炼出病人主诉最重要、缺乏分诊工具、分诊护士储备不足、建设胸痛中心至关重要 4 个主题。

2.1 主题 1:病人主诉最重要 急诊分诊护士通常把病人的主诉放在首位,其次注重生命体征的测量。分诊护士通过病人主诉疼痛的性质、持续时间以及是否合并呼吸困难等可以对病人进行初步分诊。例如病人主诉胸前区或胸骨后绞痛,呈压榨性,舌下含服硝酸甘油后缓解,多见于冠心病心绞痛。持续剧烈胸痛且大汗淋漓,病人主诉有濒死感时考虑心肌梗死的可能性。病人胸痛伴咯血,严重呼吸困难,疑为肺栓塞。病人胸痛伴有主诉上腹部灼热感、反酸、嗝气,多为胃食管反流的常见迹象^[4]。受访者 A:“病人前来就诊,第一个就是询问症状,其次就是生命体征的测量,血压是否升高,呼吸有没有加快,心率、脉率是否正常”。受访者 C:“我们分诊台护士对就诊的胸痛病人进行初步评估,主要包括病人主诉疼痛状况,是否有呼吸困难,疼痛性质有一定的参考价值。同时进行生命体征的测量,生命体征很重要,例如血压,如果病人两侧手臂血压差距很大时,可以考虑是主动脉夹层”。受访者 D:“我们主要通过主诉看疼痛性质,主诉大概有 70% 的可信度”。

2.2 主题 2:缺乏分诊工具 受访者所在医院均没有明确的分诊工具,少数医院有胸痛相关的分诊流程。受访者 B:“我们是医院急诊室与心内科制定,一直都在使用的流程。从病人入院到分诊到抢救室或者门诊,我们有明确的步骤。如果病人是急性胸痛入院,10 min 内完成 12/18 导联心电图,如果心电图缺血表现

比较典型,就立即考虑为急性冠状动脉综合征,立即进入处理冠状动脉综合征的流程”。受访者 D:“主诉不好的病人 5 min 内做心电图,30 min 内肌钙蛋白要出结果。根据心电图可以判断有无心肌梗死及病情的危重情况”。受访者普遍没有关注过国内外相关的分诊工具。当询问道如果使用具体量化的评分会不会对胸痛分诊有帮助时,所有受访者均表示会有很大意义。受访者 E:“对非创伤性胸痛病人的严重程度进行量化评分对我们的工作会有很大的便利,会节省时间,也让我们的分诊更有依据”。

2.3 主题 3:分诊护士储备不足 对于非创伤性胸痛病人的分诊,受访者均表示有经验的护士是必需条件。但是受访者所在医院没有关于分诊护士工作年资的明确规定,本研究中受访者从事急诊工作时间从 3~7 年。受访者 A:“我们一般的话就是 5 年以上的工作经验。年龄的话一般都在 28~35 岁。但是我们科室的护士人手一直不够”。受访者 C:“至少是上班 5~6 年的高年资护士才可以胜任正确分诊的工作”。受访者 D:“对于分诊护士我们不仅要求资历,对应变能力也是有考量的。确实存在人手不足的问题,我想在大部分医院都存在这种情况,尤其是在急诊科”。

2.4 主题 4:建设胸痛中心至关重要 有研究表明,建立胸痛中心在我国的临床实践中已取得巨大成功,很好地促进院前急救、院内急诊与心血管介入团队之间的合作,使病人再灌注时间明显缩短,明显改善病人预后^[5]。大多受访者表示,胸痛中心的评定使得胸痛病人在分诊时受到了更多的重视。受访者所在医院均有胸痛中心的绿色通道、地标、指示灯等各类醒目标识,且部分医院急诊科单独设立了胸痛专科诊室。受访者 B:“成为挂牌胸痛中心的医院后每个月我们医院都会联合心内科进行操作训练,同时也有理论考试。对于胸痛病人有很大的警惕性,医生与护士之间配合的默契度也得到很大提升”。受访者 G:“我们医院正在进行胸痛中心的挂牌评定,硬件设施如绿色通道、心电图机的配备有了很大改进,同时医生护士也要定期学习”。

3 讨论

3.1 将主诉和生命体征纳入分诊标准 急性胸痛病人的主诉是分诊护士首先关注的方面,也是接触到病人时获得的第一手资料。江隆福^[6]指出:一切的医疗行为都必须围绕主诉进行与展开,正确的诊断是基于病人(躯体与心理的)真实感受和需要而建立起来的。因此要给予主诉足够的重视。但因为每个病人的疼痛阈值不同,也会因为心理恐惧、焦虑的影响而夸大病情,降低主诉的可信度,干扰分诊。研究表明:护士和蔼可亲的态度有利于得到病人的信赖进而获取更多疾病信息^[7]。分诊护士可以应用分诊的技巧,耐心、细致地对病人及其家属、朋友及其他知情人对病人症状、诱发原因、症状持续时间及既往史等进行收集,并向病人

说明事实对于疾病的诊断和救治的重要性,否则将会延误诊治,造成不良后果。获得真实全面的病史,有助于提高急诊分诊的准确率。生命体征的测量也应该贯彻诊断及治疗的全过程,生命体征评估法(CRBP)是对病人呼吸、血压、脉搏、体温进行持续监测,综合评估病人病情的方法。研究表明,在急诊分诊时运用CRBP评估法可以迅速简单的对病人进行早期诊断,有利于急诊资源的合理分配^[8]。例如对生命体征进行赋值量化,危险度越高评分越高,应该立即处理。分诊护士可以在进行病情询问的同时,将客观生命体征的数值进行收集,迅速根据评分表判断危险程度及决定下一阶段的处理措施。

3.2 国内亟须编制适用于分诊护士的胸痛分诊工具

本研究了解到部分医院制订了相关的流程,但这些流程化的程序并不是一个灵敏度很高且简单易行的快速分诊工具。在病人病情紧急、缺乏完整疾病信息的情况下,建立一个适用于高危胸痛护理分诊的技术工具是一个急需解决的问题^[9]。可以参考借鉴国外工具,如HEART评分,由病史、心电图、年龄、危险因素和肌钙蛋白5个元素组成。国内已有研究证明,HEART评分对急性非创伤性胸痛病人疾病的诊断的不良事件的预测方面具有显著作用^[10];GRACE评分主要变量包括年龄、血压、心率等8个因素,有利于非创伤性胸痛病人进行危险分层^[11];TIMI危险评分通过对年龄和冠心病危险因素赋值等,对于非ST段抬高心肌梗死病人的诊断及预后起到很大的作用^[12]。诸如此类的评分,最大的优点在于可以根据量表迅速对病人进行评分,并均已被大量研究证明其准确性及便捷性。在我国部分医院也对国外各项评分进行研究,并在心血管疾病的诊断、预后等各方面都得到了广泛认可^[13]。可以通过对国外评分量表进行改良,将各项相关条目进行总结,并结合我国医院具体情况,用科学的研究方法,挑选出更适合我国医院实用的条目,进行反复试验,研究制定规范化、量化的、统一的分诊工具,使护士能够有章可依,准确地掌握具体的量化指标,可以提高分诊的整体水平,缩短分诊时间,确保分诊准确率,保障病人就医安全。

3.3 急诊科分诊护士储备及预检分诊能力亟待提高

本研究结果显示:急诊科护士人员不足的问题普遍存在,这与急诊科护士能力要求较高和传统培养方式成长速度慢有关。选择分诊护士,具备丰富的临床经验是基础,但各医院对于分诊护士的学历、能力及在急诊科工作的具体年限等均没有统一的标准。有研究表明,国内大多数医院胸痛病人的分诊依然由经验依赖型主导^[14]。分诊护士在进行分诊时统一受到主观因素和经验的指导,缺乏共性或经验化,易出现分诊失误的情况。此外,仅根据分诊护士工作经验的积累和工作年限的长短来判断其是否可以胜任急诊分诊岗位并不科学。因此在安排人员分工时,除了考虑急诊护士

的资历以外,还应全面考虑急诊护士的决断能力和主观能动性等因素,从而合理分工。同时可以通过制订个性化的培养方案,增加急诊科分诊护士的进修机会,鼓励其参加急诊分诊相关培训课程等方式,例如通过急救技能培训方式可以迅速提高低年资护士的急救能力及工作信心^[15]。同时还可以通过高年资护士带动低年资护士,建立OEC管理体系^[16],即确定培养目标及师资,具体规定高年资护士导师的责任和低年资护士的培训目标,一对一指导,较快增加分诊护士的储备,提高分诊护士的预检分诊能力。

3.4 加强胸痛中心的建设至关重要 本研究结果显示:在提升急诊护士对胸痛病人的警惕意识及相关科室协调合作方面,胸痛中心的建立发挥很大作用。研究表明,胸痛中心的建设通过快速、标准化的诊断方案,为胸痛病人提供更快和更准确的评估^[17]。自2013年开始进行胸痛中心的认证至今,全国胸痛中心的建设如火如荼地开展,并有效地提高了资源的利用率,提高了我国急性心血管疾病的救治水平^[18]。进一步推进胸痛中心的建设的重点就是需要医院统筹管理,全力支持,协调各个科室,借助配套的设备,规范高效的医护团队,集接诊、分诊、检查、监护、转运及介入治疗于一体^[19],迅速实现诊断及救治,最大程度挽救病人生命及改善预后。胸痛中心的认证是阶段性的,具有有效期,并不是一劳永逸的,需要医院及医护人员不断改进。另外,还可以借鉴张向阳等^[20]的意见,院前完成12导联心电图检查后应及时通过无线设备传至医院,通过院前与院内的合作缩短病人进入医院的大门(Door)到急诊介入治疗术中球囊(Balloon)扩张时间(D-to-B)^[21]。充分利用多媒体、微信群等网络传输系统,加强基层胸痛中心的建设单位和上级医院的业务交流,实现互学互鉴、共同发展^[22]。

参考文献:

- [1] BERTRAND M E, SIMOONS M L, FOX K A A, *et al.* Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation. recommendations of the task force of the European Society of Cardiology: recommendations of the task force of the European Society of Cardiology[J]. *European Heart Journal*, 2000, 21(17): 1406-1432.
- [2] 郭剑虹, 吴妙桓, 陈雪华, 等. 提高急诊护士分诊准确性的探讨[J]. *现代医院*, 2007(1): 116-117.
- [3] 侯文可, 朱秀彪, 郭江林, 等. 规范胸痛急救流程对高危患者确诊时间、辅助检查应用的影响[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2013, 11(8): 1014-1016.
- [4] 黄绍亮, 黄明. 门急诊胸痛为主诉患者214例诊治体会[J]. *中国医学创新*, 2012, 9(3): 110-111.
- [5] 赵亚锋, 李宁, 刘小敏, 等. 急性冠脉综合征危险因素评分量表对胸痛患者分诊预测能力的比较分析[J]. *护理管理杂志*, 2015, 15(8): 605-608.
- [6] 江隆福. 医疗行为当围绕主诉展开——建立以主诉为中心的医疗行为[J]. *中华高血压杂志*, 2016, 24(12): 1103-1105.
- [7] 万红梅. 影响急诊分诊准确率的原因及对策研究[J]. *检验医学与临床*, 2010, 7(6): 504-505; 507.
- [8] 翟璟文, 李文婕. CRBP病情综合评估法在急诊抢救中的应用[J].

- 海南医学,2014,25(24):3683-3684.
- [9] 魏凯静,刘燕. 急诊胸痛患者分诊的现状与研究进展[J]. 中国城乡企业卫生,2019,34(3):66-68.
- [10] 刘文德,胡华元. HEART 评分与 GRACE 评分系统对高危急性胸痛患者 30 天心血管不良事件的预测价值比较[J]. 广东医学,2018,39(17):2632-2634;2638.
- [11] KORNOWSKI R, TEPLITSKY I, BATTLE A, *et al.* Comparison of the predictive value of four different risk scores for outcomes of patients with ST-elevation acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention[J]. *The American Journal of Cardiology*,2008,102(1):6-11.
- [12] DUO H, YANG C Y, TUNG W Y, *et al.* TIMI risk score for secondary prevention of recurrent cardiovascular events in a real-world cohort of post-non-ST-elevation myocardial infarction patients[J]. *Postgraduate Medical Journal*,2019,95:372-377.
- [13] 吴婷婷,刘培昌,李红,等. 三种早期预警评分系统预测急性冠脉综合征患者心脏骤停的比较[J]. 护理学杂志,2018,33(5):18-21.
- [14] 赵源源,王玉清,王俊艳,等. 三级甲等医院急诊分诊护士预检分诊决策能力现状及影响因素研究[J]. 护理管理杂志,2017,17(11):793-796.
- [15] 陈晓燕. 项目管理在急诊科低年资护士急救能力培训中的应用[J]. 中医药管理杂志,2019,27(10):116-117.
- [16] 沈剑英,谢华,章瑞云. OEC 管理模式在低年资护士培训中的应用[J]. 护理与康复,2014,13(8):798-799.
- [17] “胸痛中心”建设中国专家共识组. “胸痛中心”建设中国专家共识[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2011,4(6):21-29.
- [18] 张岩,霍勇. 中国胸痛中心认证的现状和未来展望[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2017,9(1):1-5.
- [19] 杨雪峰,于海超. 急诊胸痛中心的现状与未来[J]. 心血管病学进展,2014,35(2):190-193.
- [20] 张向阳,朱继红. 急性胸痛的诊治当如行云流水[J]. 临床误诊误治,2014,27(7):19-22.
- [21] JOSEPH P G, WELLS G A, RYAN S C, *et al.* A citywide protocol for primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction[J]. *N Engl J Med*,2008,358(3):231-240.
- [22] 汪雁博,傅向华. 河北省基层胸痛中心建设发展现状分析[J]. 中国医院管理,2019,39(4):70-71.

(收稿日期:2019-05-28;修回日期:2019-12-04)

(本文编辑 王钊林)

病房护士参与 ICU 病人过渡期护理体验的质性研究

俞萍,李琴,程晓红



摘要: [目的]对普通病房护士进行访谈,了解其在重症监护室(ICU)病人过渡期护理过程中的体验和感受,以期为提高过渡期护理质量提供借鉴。[方法]采用目的抽样的方法,选取 16 名普通病房护士进行半结构化访谈,应用主题分析法进行资料分析。[结果]提炼出病区护士参与 ICU 病人过渡期护理体验的 5 个主题:ICU 和病房护士之间的沟通和合作至关重要;ICU 过渡期病人存在生理、心理方面的特殊性,病人及家属渴望获得更多的支持与帮助;ICU 过渡期护理是一种挑战,更是一种责任;ICU 和病房护理存在明显差距,病房护士在努力缩小这种差距;创新理念,多管齐下,持续改进过渡期护理质量。[结论]普通病房护士积极参与过渡期护理,希望通过有效方法持续改进过渡期护理质量。

关键词: 重症监护室;过渡期;护理体验;护士;质性研究

中图分类号:R197.323 文献标识码:A doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2019.34.028

随着现代危重症医学的迅猛发展,重症病人的死亡率明显降低,重症监护室(ICU)转出病人这一群体的数量不断增加。一直以来,ICU 医护团队把如何抢救生命、降低死亡率、缩短 ICU 住院时间等作为关注的重点,而往往忽视了病人病情平稳后从 ICU 转到普通病房后的病情转归和各项需求的了解。澳大利亚学者 Chaboyer 等^[1]于 2005 年提出了“ICU 过渡期护理模式”(ICU transitional care model, ICUTCM),ICUTCM 是指由 ICU 护士和其他医护人员所提供的

ICU 转出前、转出中和转出后的护理。临床工作中,重症病人在转出 ICU 后的一段时间内仍需要一些密切的监护和复杂的护理,然而,普通病房护士由于人力配备有限、对重症护理知识及技能掌握不全,以及设施设备差异等原因,导致很难为这部分病人提供高质量的护理,重症护理的连续性遭到破坏,容易引发安全风险,并在一定程度上导致了一些并发症、ICU 转出病人重返、ICU 后综合征(post-intensive care syndrome, PICS)^[2]等不良事件的发生,严重影响重症病人的结局。研究显示,30%的病人从 ICU 转出后经历了不良事件^[3-4]。因此,重症病人转出后过渡期护理中存在的

安全问题越来越受到国内外学者的关注。英国学者 Cullinane 等^[5]通过对 ICU 转出病人及家属在 ICU 转运过程中的体验进行系统综述,总结出 ICU 过渡期生理反应、心理反应、信息与沟通、安全与保证、家属需求 5 个主题。澳大利亚学者 Haggstrom 等^[6]于 2014 年

基金项目 南京医科大学科技发展基金重点项目,编号:2016NJMUZD079。

作者简介 俞萍、李琴(通讯作者)、程晓红单位:214002,南京医科大学附属无锡第二医院(无锡市第二人民医院)。

引用信息 俞萍,李琴,程晓红. 病房护士参与 ICU 病人过渡期护理体验的质性研究[J]. 全科护理,2019,17(34):4323-4328.