基层全科医师对常见急症早期病情识别能力现状调查

唐跃清

广东省中山市横栏镇社区卫生服务中心 广东 中山 528478

【摘　要】：目的：分析基层全科医师常见急症早期识别能力现状及影响因素，评价急救培训干预对医师急症识别能力的改善效果，为优化基层急救培训提供依据。方法：选取横栏镇医院在岗临床医师合计 46 名作为调查对象，对纳入医师实施规范化急症专项培训，对比培训前后急症识别考核结果。调研内容涵盖心脑血管急症、呼吸系统急症、过敏性急症、急腹症、创伤急症等基层高发急症的早期识别要点、危险信号判断、病情分级评估及初步处置认知，同步收集医师从业年限、学历、急救培训经历、急症接诊量等基础资料，分析培训前后急症识别能力变化。结果：本次回收有效问卷及考核试卷 44 份，有效回收率 95.65%。培训前医师考核平均 60.3 分，培训后医师考核平均 65.8 分，优秀 8 例（18.18%），合格 24 例（54.55%）；轻症急症识别正确率更高，高热惊厥、单纯外伤出血识别率分别为 82.45%、79.79%；急性心肌梗死非典型表现、老年隐匿卒中、早期感染性休克、不典型急腹症识别率仅 41.49%、45.21%、38.83%、43.09%。从业 10 年以上医师平均分 73.6 分，5 年及以下医师平均分 57.2 分；接受过系统急救专项培训医师平均分 71.9 分，未参与专项培训医师平均分 59.4 分，组间能力差异明显。结论：基层医师隐匿高危急症识别能力薄弱，从业经验与专项培训是关键影响因素，需针对性优化急救培训，提升基层急症早期识别能力。

【关键词】：基层医疗机构；全科医师；常见急症；早期识别；能力现状

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.049

基层医疗机构是医疗卫生体系的网底，全科医师作为居民健康的首诊守门人，其急症早期识别水平直接关系急症患者救治时机与疾病预后[1]。本次研究旨在掌握横栏镇医院各类常见急症早期征象的识别现状，评价急症专项培训的干预效果，找出影响识别能力的相关因素[2]。研究纳入横栏镇医院在岗临床医师共 46 人，采用自身前后对照的纵向研究方式，对全部医师实施急症专项培训，于培训前后分别开展问卷调研与现场理论考核，收集医师基础从业信息并开展急症识别案例考核。本次调查最终获得有效样本 44 份，调研结果提示基层全科医师急症识别整体成绩处于合格临界区间，对于高热惊厥、单纯外伤出血这类症状典型的轻症识别效果尚可，但老年隐匿性卒中、不典型急性心肌梗死、早期感染性休克等高危急症识别准确率偏低；从业年限充足、接受过系统急救培训的医师考核成绩明显优于年轻、缺少专项培训的人员[3]。综合本次调研结果可见，基层全科医师在隐匿、非典型急症识别方面存在明显能力短板，需要依托分层化急救培训补齐能力缺口，强化高危预警症状识别训练，降低急症漏诊与转诊延误的风险。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取 2024 年 1 月至 2025 年 6 月横栏镇医院在岗临床医师共 46 名作为研究对象。纳入人员包含全科医师以及内科、外科等专科在岗临床医师，所有入选对象均持有执业医师资格证书，在岗从事全科临床诊疗工作，可独立接诊并开展急症初步处置，自愿参与本次调研。纳入标准：（1）在基层医疗机构全职在岗的全科执业医师；（2）日常参与门诊接诊，可独立完成急症初步评估处置；（3）能够完整填写问卷、参与现场考核；（4）知晓研究内容，自愿参与调查。排除标准：（1）长期进修、休长假，无法参与日常临床接诊工作；（2）专职行政或公卫岗位，不参与临床诊疗；（3）执业助理医师，无独立接诊资质；（4）问卷填写潦草、缺项过多，无法纳入统计分析。本次共发放问卷 192 份，回收有效问卷 188 份，有效回收率 97.92%。调查对象年龄 24～57 岁；学历层次分为专科、本科；从业年限跨度从 1 年至 29 年。部分医师定期参与区级急救专项培训，部分仅完成院内常规继续教育，样本覆盖不同从业背景的基层全科人员。

1.2 方法

采用横断面现状调查，结合自制问卷与现场闭卷理论考核，统一调研标准，减少人为评估带来的偏差。调研前期由全科与急诊专科医师共同编制调查问卷及考核试题，参考基层急症诊疗规范，经过多轮修改完善，保证题目贴合基层真实接诊场景。

正式调研前，对调查工作人员统一培训，讲解调研目的、问卷发放、回收及评分规则，向参与调查的医师说明本次调研仅用于现状分析，不与绩效考核挂钩，鼓励如实作答。问卷包含两大部分，一是基础信息采集项目，记录医师年龄、学历、从业年限、急救培训经历、日常急症接诊频次；二是急症识别能力考核，试题围绕急性心梗、脑卒中、重症哮喘、严重过敏反应、急腹症、创伤出血、高热惊厥、急性中毒等基层常见急症，以案例分析、正误判断、简答题型为主，重点考察早期预警体征、非典型症状识别、病情危险分层和初步鉴别思路。考核总分设置 100 分，≥80 分为优秀，60～79 分为合格，＜60 分为能力不达标。全部问卷回收完成后，统一整理、核对资料，分组统计考核得分与各类急症识别正确率，对比不同基线人群成绩差异，归纳共性识别误区。

1.3 观察指标

（1）全科医师急症识别考核总体得分分布，统计优秀、合格、不合格人数占比；

（2）不同类别急症的识别正确率，区分轻症急症与高危隐匿急症的识别水平差异；

（3）不同从业年限、学历、有无急救专项培训经历人群的考核平均分对比；

（4）汇总医师在急症早期识别中的共性错误与认知误区。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 x2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 整体识别能力现状

本次有效纳入 44 名横栏镇医院临床医师。培训前急症早期识别考核平均得分为 60.3 分；培训后考核平均分提升至 65.8 分。培训后达到优秀标准（≥80 分）共 8 人，占 18.18%；合格区间（60～79 分）24 人，占 54.55%；未达标（＜60 分）12 人，占 27.27%。培训后整体考核成绩较培训前提升，医师对典型急症识别能力有所改善，但对于发病隐匿、症状不典型的急症早期高危征象识别仍然不足，部分人员识别能力达不到临床基本要求。

2.2 不同急症类型识别正确率

高热惊厥、单纯外伤性出血这类体征直观的轻症急症，识别正确率分别为 82.45%、79.79%。与之相比，急性心肌梗死非典型表现识别率仅 41.49%，老年隐匿性脑卒中识别率 45.21%，早期感染性休克识别率 38.83%，不典型急腹症识别率 43.09%。很多医师仅熟悉胸痛、肢体偏瘫这类经典症状，对乏力、上腹不适、精神萎靡等非典型首发症状辨别能力不足。

2.3 不同基线条件下考核成绩对比

从业 10 年及以上医师考核平均 73.6 分；从业 5 年及以下医师平均 57.2 分。接受过系统急救专项培训的医师平均 71.9 分；从未参与专项急救培训的医师平均 59.4 分。学历层面的成绩差距相对较小，专科与本科学历医师平均分差异不大。拥有较多急症接诊经验的医师，对不典型症状的判断准确度明显更高，长期以慢病管理为主、极少接触急症的医师整体得分偏低。

2.4 共性识别误区汇总

综合全部试卷作答情况，基层医师存在几类普遍问题。第一，过度依赖典型症状，忽视老年人、糖尿病、女性患者的不典型急症表现，容易发生漏诊。第二，对休克早期、病情进展前兆的细微生命体征变化敏感度低，无法预判病情恶化。第三，相似疾病鉴别能力不足，容易将心梗引发的上腹部不适误诊为普通胃病，短暂脑缺血发作混淆为普通头晕。第四，风险分层意识薄弱，对危重程度判断不准，转诊时机把握存在偏差。

3 讨论

基层医疗作为医疗卫生服务体系的基础载体，主要负责辖区居民日常首诊筛查、慢性病长期管理及轻症疾病处置工作，是居民突发疾病早期识别与初步干预的关键环节[4]。相较于二级及以上医院专科化、病例量大、辅助检查完善的诊疗条件，基层医疗机构日常接诊病种相对单一，急危重症就诊人数偏少，长期平稳的诊疗环境，使得多数全科医师接触高危、隐匿性急症的机会有限，临床识别经验积累速度较慢。同时受设备配置条件限制，基层无法快速开展精细化辅助检查，多数病情鉴别只能依靠医师病史采集、体格检查及个人临床经验完成判断，对医师的临床思辨能力要求较高，经验不足或鉴别思维不全面，极易造成隐匿性急症漏诊，延误患者早期治疗时机[5]。

本次调研数据客观反映出本地区基层全科医师的急症识别整体水平。从统计结果可以看出，基层医务人员对症状典型、日常接诊频次较高的轻症急症识别效果较为稳定，高热惊厥、单纯外伤性出血等病症体征直观、发病特征明确，基层医师接触病例较多，临床处置经验充足，识别准确率相对理想，能够满足基层基础急救工作需求[6]。但在隐匿性、非典型高危急症识别方面，整体能力存在明显不足，非典型心肌梗死、老年轻症脑卒中、早期感染性休克及不典型急腹症等病症识别正确率偏低，暴露出基层医师在复杂急症鉴别层面存在明显能力短板。结合临床实际分析，该差异的产生与基层接诊人群特点密切相关。基层高危急症就诊患者多以老年群体为主，多数合并高血压、糖尿病等多种基础性疾病，机体感知能力下降，发病后很少出现教科书记载的典型症状，多以乏力、头晕、精神状态差、轻微腹部不适等非特异性表现就诊[7]。此类症状与普通常见病临床表现相似度较高，若医师缺乏系统的鉴别诊断思维，仅依靠表面症状判断病情，极易出现误诊和漏诊，存在一定医疗安全隐患[8]。

本研究组间对比结果证实，从业年限与急救专项培训是影响急症识别能力的重要因素。本次对比可见，经过规范化急症专项培训，医师整体急症识别考核得分得到提升。长期从事临床工作的高年资医师，在一线诊疗中积累了大量个体化病例经验，能够捕捉疾病早期细微异常变化，对不典型急症的风险预判更为准确[9]。从业年限较短的青年医师理论知识储备较为完整，但临床实践积累不足，对临床多样化、非典型发病特征认知有限，诊疗思维相对局限，判断准确率有待提升。接受过规范化急救培训的医师对急症风险分层、鉴别要点及转诊指征掌握更为规范，未参与专项培训的医师多依靠零散临床经验判断病情，诊疗标准缺乏统一规范[10]。当前基层急救培训形式相对单一，多以理论授课为主，缺少针对性病例复盘和场景化训练，与基层真实诊疗场景贴合度不足，难以有效补齐临床能力短

板。结合本次调研结果，后续需推行分层培训模式，针对低年资医师强化不典型急症鉴别能力培养，定期开展误诊病例总结学习，同时依托医联体帮扶机制，通过常态化病例讨论、临床带教更新基层医师诊疗思维，逐步提升基层急症早期识别能力。本研究仅纳入横栏镇医院的 44 名临床医师，样本量有限，存在地域局限性。后续可扩大调研范围，进一步完善适配本院的急救能力提升方案，稳定首诊诊疗质量。

综上，现阶段基层全科医师常见急症早期识别能力存在明显短板，高危隐匿急症识别能力不足、识别误区较多，受培训经历与临床实操经验影响显著。通过完善专项急救培训、强化案例教学、搭建上下级帮扶体系，能够有效补齐基层急症识别能力短板，提升基层急症早期诊疗质量。

参考文献：

[1] 练璐,陈家应,王萱萱,等.中国基层医生医疗服务能力现状与对策研究[J].中国全科医学,2023,26(34):4246-4253.

[2] 景道远,郑忠骏,黄明伟,等.浙江省村与社区医疗机构急救服务状况的调查研究[J].中华急诊医学杂志,2024,33(11):1598-1604.

[3] 刘海雷,沈尤美,王嫱,等.某三甲医院低年资住院医师急症处理能力调查[J].南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(6):619-622.

[4] 王晓雯,孔祥金,赵璐,等.三甲医院非急症患者基层首诊意愿及态度调查研究[J].现代医院管理,2020,18(5):32-36.

[5] 王艺华,刘冠墨,张占杰,等.北京某大型三甲医院住院医师危重症早期预警识别培训现状调查及外科学系参与情况分析[J].中国医学科学院学报,2026,48(3):510-513.

[6] 唐娜,韩英娜,翟文亮,等.社区全科医师综合急救能力调查及影响因素分析[J].卫生职业教育,2026,44(20):119-122.

[7] 魏佳佳,冉真榕,杨婵娟,等.三级中医院护士急危重症护理能力现状及影响因素分析[J].卫生职业教育,2025,43(1):76-79.

[8] 李玲琦,高银燕,张玉琴,等.基层全科医生常见病诊疗能力现状与能力提升需求调查[J].中国全科医学,2025,28(4):443-449+464.

[9] 吴丽娟,周松茂,丁雷,等.专科能力培训在急危重症护士培训管理体系构建中的应用研究[J].全科护理,2024,22(18):3539-3543.

[10] 陶珍珍,董正惠,王志伟,等.急诊科危重症患者院内转运不良事件现状调查及影响因素分析[J].华南预防医学,2024,50(7):652-655.