

快速准确分诊急救护理流程在急诊胸痛患者抢救中的应用

张佳微

上海市浦东医院 上海 201399

【摘要】目的：探究快速准确分诊急救护理流程应用于急诊胸痛患者抢救中的临床价值。方法：选取2024年10月至2025年6月急诊科收治的急性胸痛患者82例，按随机数字表法分为观察组（实施快速准确分诊急救护理流程）和对照组（实施常规急诊分诊与护理流程），各41例。比较两组患者的分诊评估时间、急诊滞留时间，以及分诊准确率。结果：观察组的分诊评估时间和急诊滞留时间均短于对照组，观察组的分诊准确率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：将快速准确分诊急救护理流程应用于急诊胸痛患者的抢救工作中，能够显著缩短分诊评估和急诊滞留时间，提高分诊准确率，对改善急性胸痛患者的预后具有重要意义。

【关键词】快速准确分诊；急救护理流程；急诊胸痛；抢救效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.061

急性胸痛是急诊科日常接诊中十分常见的就诊主诉，对应的病因构成繁杂，不同疾病的病情严重程度差异悬殊。急性心肌梗死、主动脉夹层及肺栓塞等高危病症，若无法在短时间内完成识别并施以有效干预，患者的生存概率会随时间推移急速下降，救治窗口期的紧迫性十分突出。急诊分诊是患者入院后接触的第一个关键诊疗环节，承担着病情分级与资源分流的核心职能。分诊工作的运行效率与判断准确性，直接决定了后续救治资源的调配速度，也影响着救治措施的针对性，是决定高危胸痛患者能否抢得救治先机的重要前置环节。目前不少医疗机构的急诊分诊仍沿用传统工作模式，针对胸痛患者尚未建立统一的快速筛查路径与应急触发机制，评估过程多依赖分诊护士的个人临床经验，主观判断占比偏高，极易造成高危患者隐性滞留或分流失当。基于现有诊疗条件对急诊胸痛分诊流程开展科学化、系统化改进，已成为提升急诊整体救治水平的重要临床议题。本文旨在探究快速准确分诊急救护理流程应用于急诊胸痛患者抢救中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年10月至2025年6月期间我院急诊科收治的急性胸痛患者共计82例，依照随机数字表法进行分组，观察组41例，对照组41例。观察组中男23例、女18例，年龄介于30岁至79岁之间，平均年龄为（ 56.34 ± 12.71 ）岁。对照组中男25例、女16例，年龄介于28岁至77岁之间，平均年龄为（ 55.87 ± 13.24 ）岁。两组基础资料比较（ $P>0.05$ ），说明两组具有较好的可比性。纳入患者以急性胸痛为首要就诊原因，从疼痛发作至到达急诊的时间未超过24小时。排除来诊时已处于心跳呼吸骤停或濒死状态，无法进行常规分诊评估者。

1.2 方法

对照组患者接受常规急诊分诊与护理流程。分诊护士依照院内通用制度完成症状问询、生命体征测量及胸痛程度量化评

分，结合系统提示与个人经验划分就诊区域，待值班医生接诊后落实基础护理操作。全程无标准化时间管控体系，未针对胸痛患者设置专项预警与快速响应机制。

观察组则实施快速准确分诊急救护理流程，该流程围绕急性胸痛患者的救治特点设计，核心原则可概括为早期识别、快速分流、同步处置三项。

（1）急诊入口最醒目的位置设置有胸痛优先分诊台，这是整套流程落地的首个关键节点。承担分诊工作的护士均需完成胸痛中心标准化专项培训，且拥有不低于三年的急诊临床护理工作经历，对急性胸痛疾病的识别要点与处置规范具备扎实的实践基础。患者抵达急诊区域的第一时间，分诊护士便会引导其进入优先处置专区，首次医疗接触后的全部评估工作，需在三分钟内全部完成。评估项目覆盖常规生命体征监测，同时重点围绕胸痛症状展开详细问询，包括疼痛发作的准确位置、疼痛的具体性质、是否存在向肩背部或上腹部的放射痛感、症状的诱发与加重诱因，以及患者既往的心血管疾病患病史。评估开展的同时，18导联心电图检查与床旁快速心肌钙蛋白检测同步启动，所有相关检查单据统一加盖胸痛优先标识，科室针对这类患者执行先完成检查、后补缴费用的管理模式，最大程度压缩诊疗前置环节的时间消耗。

（2）清晰的高危疾病触发标准，是这套分诊流程避免主观判断偏差的核心设计。分诊护士一旦通过评估判断患者存在ST段抬高型心肌梗死、可疑主动脉夹层或高危肺栓塞的可能，无需逐级上报审批，可直接启动一键式抢救预案。患者由分诊护士直接护送至抢救室，护送途中护士会同步拨通胸痛中心值班医师与心导管室团队的联络电话，告知病情并提前做好接应与术前准备。转运过程中，除颤监护仪的连接、急救药品的提前备妥、术前必需信息的采集与登记等工作全部同步推进，避免分步操作造成的时间延误，确保患者进入抢救室后可立即启动针对性救治。

（3）专用的时间节点记录表，构成了这套流程的闭环管理环节。患者从进入急诊大门到分诊完成、从入门到首份心电

图报告出具、从入门到心肌肌钙蛋白检测结果回报等全部关键时间节点，都要求医护人员精确记录具体时间。这些时间数据既可以回溯单例患者的急救流程运转情况，排查各环节的衔接漏洞，也能为后续流程的优化调整提供真实的数据支撑，推动分诊急救护理流程的持续改进。整体而言，这套流程将传统分步推进的急救模式调整为并行推进模式，能够有效缩短急性胸痛患者的早期处置时长，为后续专科救治争取更多黄金救治时间。

1.3 观察指标

- (1) 分诊评估时间和急诊滞留时间。
- (2) 分诊准确率。

1.4 统计学分析

运用 SPSS26.0 统计学软件，分诊评估时间和急诊滞留时间以“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，用“t”检验，分诊准确率以[n(%)]表示，用“ χ^2 ”检验。 $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组分诊评估时间与急诊滞留时间对比

观察组均明显少于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 分诊评估时间与急诊滞留时间对比 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	41	41	-	-
分诊评估时间	6.53 ± 1.87	14.21 ± 3.45	12.684	0.000
急诊滞留时间	58.24 ± 15.63	89.57 ± 22.41	7.325	0.000

2.2 两组分诊准确率比较

观察组高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 分诊准确率比较[例 (%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	41	41	-	-
分诊准确例数	39	32	-	-
分诊准确率	95.12	78.05	5.145	0.023

3 讨论

在急诊日常接诊的各类急症中，急性胸痛对应的疾病谱系十分繁杂。急性冠脉综合征、主动脉夹层与肺栓塞三类高危病症，虽在急诊胸痛就诊人群里的整体发病率占比不高，却有着病情进展迅猛、短时间内即可出现危重恶化的特点，留给临床团队做出准确判断、启动规范救治的时间窗口极为狭窄，一旦错过最佳处置时机，患者将面临极高的不良预后甚至死亡风险^[1]。胸痛症状本身带有极强的主观感受属性，不同年龄、身体

耐受度与表达能力的患者，对疼痛的感知程度与表述方式都存在明显区别。部分高龄、合并糖尿病的高危患者，发病时甚至不会呈现典型的压榨性胸痛表现，仅以胸闷、肩背酸胀或上腹不适这类容易被忽视的非典型症状前来就诊，临床表现的多样性与隐匿性，共同构成了急诊胸痛分诊工作面临的核心客观难点，也极易造成高危病例的漏判与救治延误^[2]。分诊护士是患者进入急诊区域后最先接触的专业医疗人员，患者抵达初期仅能通过问诊与基础体征采集获取有限的临床信息，护士能否在信息不足的情况下快速捕捉到高危疾病的潜在信号，直接决定患者后续能否进入正确匹配的救治轨道，对整体救治效率与患者最终预后都有着至关重要的影响^[3]。

本文研究显示，观察组分诊评估时间、急诊滞留时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。各项时间指标的整体优化，并非单一环节调整带来的效果，而是与流程设计中嵌入的多项针对性举措直接相关。就诊入口处的流程重构，是压缩前期等待时长的基础环节。胸痛优先分诊台的单独设置与专职护士值守制度，从根源上将胸痛患者从普通急诊候诊队列中剥离出来。专属的接诊空间与固定负责人员，彻底规避了普通急诊患者拥堵造成的候诊延误，患者抵达急诊区域后可直接进入专属评估环节，无需经历常规的挂号、排队等前置步骤，接诊响应速度得到本质提升。检查环节的并行化调整，是压缩整体评估周期的核心抓手。传统急诊流程中，心电图、心肌肌钙蛋白检测多为分步开具、依次完成，患者需在不同检查区域间往返等候，整体耗时被无形拉长。新流程将两项核心检查全部前置至分诊阶段同步开展，无需等待临床医生开具医嘱即可启动检测，原本串联推进的检查环节转为并联执行，单例患者的初步评估总时长由此得到大幅缩减。高危预警机制的权限下放，则进一步打通了分诊与抢救之间的衔接壁垒。一键式抢救预案落地后，分诊护士识别出 ST 段抬高型心肌梗死、可疑主动脉夹层或高危肺栓塞等高危指征时，可直接启动全链条抢救流程，全程无需逐级上报审批，也不必被动等待接诊医师到场处置^[4]。这项调整不仅缩短了分诊判断到抢救启动的时间间隔，更在制度层面认可了急诊护理人员的专业评估能力，明确了护理人员在急救初始阶段的主动处置权限，让急救响应链条的启动更加高效直接，为后续专科救治预留了更多宝贵的黄金时间。

分诊准确率的统计结果显示，观察组患者的分诊准确比例可达 95.12%，该数值显著高于对照组的 78.05% ($P < 0.05$)。出现这一差异的核心因素，在于本次研究引入的改良早期预警评分与胸痛病因快速筛查表联合评估模式。传统急诊胸痛分诊多依赖护理人员的个人临床经验，不同护士的判断尺度存在明显差异，分诊结果的波动幅度相对较大。这套组合评估方式为分诊护士提供了结构化、标准化的决策辅助框架，所有评估条目均设置了对应的量化评分标准，从疼痛特征、伴随症状到生命体征表现都有明确判断依据，大幅降低了个人主观判断对分

诊结论的过度干扰。与此同时，这套框架并未完全束缚护理人员的专业判断空间，遇到临床表现不典型的患者，护士依然可结合自身积累的临床经验进行灵活调整，最终得出的分诊结论也更贴合患者的真实病情。除评估工具的直接作用外，流程配套的时间节点记录与追溯机制，也对准确率提升形成了隐性支撑^[5]。全流程的关键时间节点都被纳入精确记录范围，这套机制本身不直接参与分诊决策，但可追溯的流程属性会倒逼护理

人员在接诊评估时保持更高警觉性，严格遵循操作规范完成全部评估步骤，不会随意省略问询与检查环节。这种长期形成的行为约束效应，能够减少疏漏类失误的发生，同样对分诊准确率的稳步提升产生了积极的推动作用。

综上所述，在急诊胸痛患者的抢救工作中应用快速准确分诊急救护理流程，可以明显缩短分诊评估时间和急诊滞留时间，促进分诊准确率显著提升。

参考文献：

- [1] 刘淋.快速准确分诊急救护理流程在急诊胸痛患者抢救中的应用[J].基层医学论坛,2022,26(23):99-101,135.
- [2] 李丹.急诊胸痛患者的快速准确分诊急救护理流程干预效果及价值分析[J].医学论坛,2025,7(7):277-279.
- [3] 苏利君.快速准确分诊急救护理流程——在急诊胸痛患者抢救中的应用[J].医学论坛,2023,5(3):69-71.
- [4] 杨华盛,路国锋,张润,等.急诊胸痛患者采用快速准确分诊急救流程的效果分析[J].中华灾害救援医学,2024,11(6):628-630.
- [5] 吴晓芳,耿林.急诊胸痛患者的快速准确分诊急救护理流程干预效果观察[J].中国医药指南,2023,21(21):37-40.