

“PQRST”分诊法在急诊非创伤性疼痛分诊中的应用

杜静 李学技

作为综合专业的急诊科,特别是在三级甲等的大医院,承担了救治最复杂、最危重患者的艰巨任务^[1]。患者到急诊就诊首先接触的是分诊护士,其分诊技术水平直接影响患者的救治效果。非创伤性疼痛是急诊科最常见的急性症状之一,目前对非创伤性疼痛的评估尚无统一的模式。在第42届美国重症医学年会上,镇痛、镇静新版指南首次将两项主观疼痛评估[行为疼痛量表(BPS)、重症监护疼痛观察工具(CPOT)]与数字痛度评估(NRS)结合作为临床常规的评估标准^[2],但并不适用于非创伤性疼痛患者的评估。为了客观有效地进行疼痛评估并快速准确分诊,本院急诊科将“PQRST”分诊法应用于非创伤性疼痛患者的分诊取得了较好的效果,总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床病例选择:采用病例对照研究方法,选择在本院急诊就诊、年龄>18岁的非创伤性疼痛患者。2012年1月1日至2月29日应用“PQRST”分诊法分诊的1816例患者为观察对象;2011年11月1日至12月31日应用传统分诊法分诊的1802例患者为对照。排除患者和家属均不能主诉者。

本研究符合医学伦理学标准,经医院伦理委员会批准。

1.2 分诊方法

1.2.1 传统分诊法:根据护士的知识储备和分诊经验,通过问诊对患者进行分诊,主要询问患者既往史、疼痛部位、原因,观察症状和体征,结合具体病种的症状和体征进行分诊。

1.2.2 “PQRST”分诊法^[3]:首先确定疼痛的解剖位置,然后再根据“PQRST”分诊法[P(provokes,疼痛的诱发因素),Q(quality,疼痛的性质),R(radiate,疼痛的位置),S(severity,疼痛的程度),T(time,疼痛的时间)]进行分诊,疼痛的程度可采用词语等级量表评分法(VRS)^[4]评估。

1.2.3 正确分诊的判断:护士根据症状将患者分诊到相应科室,并与接诊医生初步诊断的一致性进行对比。

1.3 观察指标:记录两组患者的疼痛部位、分诊错误或分诊

不清人数以及分诊时间。

1.4 统计学分析:应用SPSS 16.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基本情况和疼痛部位比较(表1):两组患者就诊人数、年龄、性别、疼痛部位比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

2.2 两组患者分诊率和分诊时间比较(表1):与传统分诊组比较,“PQRST”分诊组分诊准确率明显提高($P < 0.01$),分诊时间明显缩短($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 “PQRST”分诊法的优点:“PQRST”分诊法中5个字母相连,恰好是心电图中的主要的5个波形字母顺序,便于记忆和应用。而传统分诊法只凭经验,无固定模式,不能快速、全面评估患者疼痛特点。将“PQRST”分诊法应用于急诊非创伤性疼痛患者,分诊准确率由原来的94.23%提高到98.62%,平均分诊时间明显缩短,大大提高了分诊效率。

“PQRST”分诊法的实施要求预检分诊护士有一定的知识储备,熟练掌握各种非创伤性疾病疼痛的特点。急诊科接收的大部分为全科患者,病种复杂。非创伤性疼痛发病急、变化快、病情复杂,不仅受病变情况和刺激程度的影响,而且受生理、心理等多种因素的支配,即使相同的疾病在不同的个体上也有很大的差异,常常容易漏诊或误诊^[5]。因此,必须加强理论知识学习,掌握每一种疾病疼痛的共性和个性,结合既往病史以及临床其他表现进行综合分析,才能最终作出判断。

与传统分诊法比较,“PQRST”分诊法能为低年资护士分诊急诊非创伤性疼痛患者提供可循的分诊模式。本院急诊科低年资护士占近一半,缺乏临床经验。“PQRST”分

表1 采用不同分诊方法分诊的两组急诊非创伤性疼痛患者基本情况、疼痛部位及分诊准确率和分诊时间的比较

组别	例数 (例)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	性别(例)		疼痛部位(例)						分诊准确率 [% (例)]	分诊时间 (min, $\bar{x} \pm s$)
			男性	女性	头	牙	胸	腹	肩背	下肢		
“PQRST”分诊组	1 816	37.60±11.11	1 013	803	156	62	226	1 214	89	69	98.62 (1 791)	2.64±0.83
传统分诊组	1 802	39.16±10.66	1 001	801	161	59	239	1 200	79	64	94.23 (1 698)	3.46±0.65
检验值		$t = 0.678$	$\chi^2 = 0.020$		$\chi^2 = 1.327$						$\chi^2 = 50.805$	$t = 5.224$
P值		0.957	0.888		0.932						0.000	0.025

注:“PQRST”分诊为根据患者疼痛的诱发因素(P)、性质(Q)、位置(R)、程度(S)、时间(T)进行分诊

DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2014.11.017

作者单位:300192 天津市第一中心医院急诊科

通信作者:杜静, Email: yzxdj@126.com

诊法的实施解决了这一难题,而且低年资护士能够在运用“PQRST”分诊法中迅速积累和总结经验,快速成长。

3.2 要重视对分诊护士的培训才能应用好“PQRST”分诊法:曾艳和黄海燕^[6]认为,急诊疼痛分诊护士必须参加院内分诊基础课程培训,完成心电图课程,学会阅读 X 线片、CT 影像检查结果,并接受疼痛管理的强化训练,最终通过笔试、口试才能胜任预检分诊工作。本院加强了对低年资护士的培训,使低年资护士能较快掌握非创伤性疼痛患者的分诊方法,从而胜任分诊工作。

3.3 建立和改进科室内部控制机制,加强护士长对分诊的管理,确保“PQRST”分诊法正确应用:一般医院多采用护士长监管模式^[7]。由于急诊非创伤性疼痛原因复杂多样,由一人管理势必会出现漏洞。因此,要改变以前的管理模式,由原来的护士长监控变为由护士之间相互监督后配合护士长定期抽查监控,从而提高分诊准确率和工作效率。

3.4 有效倾听患者主诉,方可正确实施“PQRST”分诊法:“PQRST”分诊法最重要的一点就是有效倾听患者主诉,患者的主诉是疼痛评估的“金标准”^[8]。本组患者中有少数老年及初诊患者对疼痛症状表达不明确,有个别未婚少女故意隐瞒性生活史,一定程度上影响了分诊的准确性。另外,来急诊就诊的疼痛患者通常表现很急躁,不愿意详细主诉,拒绝接受护士过多的询问,无形中增加了分诊的难度,延长了分诊时间。

4 小 结

“PQRST”分诊法在急诊非创伤性疼痛患者的分诊中具

有很强的可操作性,提高了分诊准确率和效率,值得推广。但“PQRST”分诊法并没有涵盖疼痛表现的全部方面,如冯丽伟等^[9]在诊治过程中发现 1 例以下肢疼痛为主要表现的急性主动脉夹层患者,较为罕见。所以我们在应用“PQRST”分诊法时,不能机械照搬,应根据实际情况,对疼痛患者的既往病史、伴随症状进行询问,以得出正确的判断。

参考文献

- [1] 冯丽洁,沈洪. “临床、科研、学术与市场”主题讨论会议纪要(一) 急诊医学的专业特点及发展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8 (1): 64.
- [2] 安友仲. 适应医改 整合学科 促进交流 提高质量——第 42 届美国重症医学年会印象[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25 (4): 201-203.
- [3] 王丽华. 现代急诊护理学[M]. 北京:人民军医出版社, 1994: 124.
- [4] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社, 2005, 485.
- [5] 范晓玲. 急性腹痛患者分诊与急救的护理研究[J]. 中国医疗前沿, 2012, 7 (6): 75, 83.
- [6] 曾艳, 黄海燕. 新加坡医院急诊疼痛的分诊管理[J]. 护理学杂志, 2011, 26 (10): 92-93.
- [7] 李红峰. 急诊护理记录的缺陷与改进措施[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21 (4): 313.
- [8] Azzam PN, Alam A. Pain in the ICU: a psychiatric perspective [J]. J Intensive Care Med, 2013, 28 (3): 140-150.
- [9] 冯丽伟, 王庆, 夏春霞, 等. 以下肢疼痛为主要表现的急性主动脉夹层 1 例[J]. 中华危重病急救医学, 2010, 22 (2): 122.

(收稿日期: 2014-09-24)

(本文编辑:李银平)

• 科研新闻速递 •

晶体液的选择与脓毒症重症成年患者住院病死率之间的相关性: 平衡液治疗与低住院病死率风险相关

等渗盐水是重症监护病房(ICU)中最常用的晶体液,但最近有证据表明,平衡液——乳酸林格液可能是效果最好的。有学者进行了一项回顾性队列研究,旨在寻找复苏晶体液的选择与脓毒症成年危重患者住院病死率之间的相关性。该研究纳入标准为:诊断为脓毒症,没有进行任何外科处置,并在住院 2 d 内进入 ICU 治疗者。研究者比较了平衡液与非平衡液复苏后的住院病死率,透析或不需透析的急性肾衰竭发生率,总住院时间和 ICU 住院时间;此外,评估了平衡液比例的增加与住院病死率的剂量-反应关系。该研究共纳入 2005 年 11 月至 2010 年 12 月期间在美国 360 家拥有总理医疗联盟资格的医院内共计 53 448 例脓毒症患者,所有患者于住院 2 d 内转入 ICU 进行血管活性药物和晶体液治疗,其中 3 396 例患者(6.4%)接受了平衡液治疗。结果显示:与非平衡液治疗比较,接受平衡液治疗的患者更年轻,不太可能发生心功能衰竭或慢性肾衰竭,但他们更可能接受机械通气、侵入性操作、胶体液、类固醇,以及较大的晶体液总量(L:中位数为 7 比 5)。在 6 730 例患者倾向匹配的队列研究中显示,平衡液治疗与低住院病死率相关(19.6% 比 22.8%, 相对风险度 0.86, 95% 可信区间 0.78 ~ 0.94)。接收更大比例平衡液治疗的患者病死率呈逐步降低趋势。平衡液与非平衡液治疗者比较,急性肾衰竭(无论有无透析)的发生率、总住院时间和 ICU 住院时间均无统计学差异。该研究揭示了在脓毒症成年危重患者的液体复苏中,平衡液治疗与低住院病死率风险相关,由于晶体液复苏在脓毒症中十分普遍,如果该结果在随机对照试验得到证实,将产生重要的公共卫生意义。

喻文, 罗红敏, 编译自《Crit Care Med》, 2014, 42 (7): 1585-1591

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24674927>