

• 临床研究 •

急性主动脉夹层病人急诊诊断延迟的影响因素研究

胡少杰

东山县医院 福建东山 363400

【摘要】目的 分析急性主动脉夹层病人急诊诊断延迟的相关影响因素。**方法** 以医院收治的 73 例急性主动脉夹层病人为研究对象,根据患者入院期间是否出现诊断延迟情况将其分为正常组与诊断延迟组,通过采集两组患者的一般资料展开单因素分析与 Logistic 多因素回归分析,分析不同因素与患者诊断延迟之间的相关性。**结果** 两组患者在年龄、性别以及就诊医院等方面存在明显的差异($P < 0.05$);且经 Logistic 多因素回归分析结果显示,上述因素与诊断延迟之间存在相关性($OR > 1$)。**结论** 造成急性主动脉夹层病人急诊诊断延迟的原因较多,因此需要医护人员能主动了解不同因素所带来的影响,尽早鉴别与评估,争取能有效杜绝急诊诊断延迟发生。

【关键词】 急性主动脉夹层病人; 诊断延迟; 影响因素**【中图分类号】** R543.1**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 06-025-02

急性主动脉夹层是急诊科常见的凶险急症,近些年受人口老龄化等诸多因素影响,我国主动脉夹层发生率显著提升,再加之该病症本身具有发病突然、病情进展速度快等特征,极大威胁了居民的生命安全。在本病患者干预中,及早治疗对于改善患者预后具有重要意义,但相关统计结果显示,临床上主动脉夹层的误诊率可能超过 35%,其中有近 30% 的患者往往在死亡后才能明确诊断,若不能及时诊断并实施治疗,患者死亡率会以 2%/小时的速度快速提升,其中在 48h 内未得到有效治疗,会导致患者死亡率超过 50%^[1]。基于上述实际情况,在急性主动脉夹层病人临床干预中需要深入了解本病症患者诊断延迟的不良因素,并将其作为改善患者预后的关键,这也是本文研究的主要目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择医院于 2023 年 1 月-2024 年 10 月间收治的 73 例急性主动脉夹层病人急诊诊断患者,本组患者中包括男性 37 例,女性 36 例;年龄范围 39-67 岁,平均年龄(54.03 ± 7.12)岁。

纳入标准: 本组患者均满足《外科学》中关于急性主动脉夹层的临床诊断标准,且患者经血管造影等生化检查确诊为本病症;具有完整的临床资料,且患者本人或者监护人知情并自愿参与本次研究。

排除标准: 创伤性主动脉夹层;慢性病患者;因为其他原因造成主动脉夹层,如马凡综合征等。

1.2 研究方法

充分收集本组 73 例患者的一般资料,包括性别、年龄就诊以及实验室检查等关键参数,本次研究中患者诊断延迟的

判断标准为:主动脉夹层发生,且未能在 24 小时内确诊的患者。本次研究中,根据上述判断标准将所有患者划分为正常组($n=50$)与诊断延迟组($n=23$)。

1.3 统计学方法

使用 SPSS 26.0 软件处理两组患者的一般资料,其中患者的相关数据均为计数资料,用 χ^2 值检验;采用 Logistic 多因素回归分析方法,当 $OR > 1$ 时认为相关因素与诊断延迟的发生之间存在相关性, $P < 0.05$ 时认为数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析结果

单因素分析结果显示,两组患者在年龄、性别、首诊医院等方面存在明显差异($P < 0.05$),相关资料见表 1。

表 1: 单因素分析结果 (n)

项目	正常组 (n=50)	诊断延迟组 (n=23)	χ^2 值	P
年龄			10.023	0.002
≥ 60	7	12		
< 60	43	11		
性别			4.390	0.036
男	30	7		
女	20	16		
首诊医院为二甲及以上医院			4.314	0.038
是	32	8		
否	18	15		
有无既往心脏手术史			8.625	0.003
有	8	12		
无	42	11		
非典型临床表现			11.778	0.001
有	14	17		
无	36	6		

2.2 多因素分析结果

表 2: 多因素分析结果

因素	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
年龄	1.526	0.351	1.230	0.002	1.403	1.026 ~ 1.482
性别	1.493	0.169	1.542	0.036	1.432	1.153 ~ 1.862
首诊医院为二甲及以上医院	1.231	0.529	1.148	0.038	1.292	1.424 ~ 1.673
有无既往心脏手术史	1.147	0.724	1.299	0.003	1.545	1.052 ~ 1.626
非典型临床表现	1.326	0.551	1.243	0.001	1.729	1.316 ~ 1.849

作者简介: 胡少杰 (1975.11-), 男, 汉族, 福建漳州, 急诊科副主任医师, 本科学历, 骨干全科医生, 急诊科室副主任, 从事急门诊常见病, 等临床诊治工作。

根据所统计数据的 Logistic 多因素回归分析结果,本文相关结果证实性别、年龄等因素与诊断延迟之间存在相关性($OR > 1$),相关资料见表 2。

3 讨论

主动脉夹层是指各种原因造成的主动脉内膜撕裂,进而导致主动脉腔的血流从裂口处进入中膜,并沿着主动脉长轴方向扩展,若不能有效干预不仅会造成严重失血,也会导致主动脉真假两腔分离^[2]。由于本病症的致死率较高,因此及早诊断已经成为医学界干预的关键。但不容忽视的是,各地区在主动脉夹层患者干预中普遍存在延迟诊断情况,这也成为本病症死亡率居高不下的主要原因。根据本文表 1 与表 2 的相关数据显示,造成患者延迟诊断的原因较多,主要包括年龄、性别、首诊医院为三甲医院、有无既往心脏手术史等几方面,这也成为当前患者临床干预中不容忽视的内容。

(1) 年龄问题。高龄是造成急性主动脉夹层诊断延迟的主要原因,这可能与老年人往往伴有语言与认知功能障碍有关,导致患者发病后不能全面阐述个体症状;或者老年人本身存在疼痛敏感性下降的问题,导致患者感觉明显疼痛的时间晚于青壮年,由此造成诊断延迟情况。国外相关报道认为,高龄患者伴有动脉粥样硬化、高血压等概率更大,在常规检查中可能出现胸腔积液等非典型表现,进而造成疾病误诊问题^[3]。

(2) 性别。本文表 1 数据研究显示,诊断延迟组患者中女性占比显著高于正常组($P < 0.05$),考虑性别也可能是造成诊断延迟的主要原因。造成上述结果的原因可能为:女性出现非典型临床症状的概率更高,如充血性心力衰竭、胸腔积液等,进而造成诊断延迟问题。

(3) 首诊医院为二甲及以上医院。在主动脉夹层诊断中,医疗资源对疾病检出率有重要影响,本文统计结果显示诊断延迟组患者中首诊医院为二甲及以上医院的患者占比显著低于正常组,而对于本病症而言,二甲及以上医院具有更完善的医疗设备,医生收治的相关患者数量多、对疾病的评估更全面^[4]。而相较之下,基层医院的主动脉夹层检出率偏低,不仅类似病例较少,部分医生也受限于现有的医疗设备,无法对患者身体展开更全面地评估,造成诊断延迟情况。

(4) 心脏手术病史。本文研究显示,有心脏手术病史患者出现诊断延迟的概率更高,其原因可能为:此类患者可能会因为手术治疗而造成心脏交感神经系统受损,因此出现胸痛与背痛的问题,且患者发生充血性心力衰竭等心血管疾病概率显著高于无心脏手术患者,进而造成误诊问题。

(5) 非典型临床表现。①无痛是造成本病症诊断延迟的

主要原因,即无痛组病人无症状或症状轻微而常出现就医延迟,最终造成诊断延迟。同时无痛情况有更高概率出现在糖尿病、既往心血管手术患者中,在上述因素的综合作用下都会极大影响了疾病检出率^[5]。②腹痛也是急性主动脉夹层患者中不容忽视的症状,而造成患者出现腹痛的原因可能与腹主动脉的内脏分支灌注不良等因素,而此类患者在临床诊断中容易被误诊为急腹症,包括肠梗阻与胆结石等,从而导致后续的诊断方向错误。③发热。若急性主动脉夹层患者的首发症状为发热,则患者有更高风险出现误诊问题。本病症患者的高热情况可见于发病后的 48 小时内,若未能及时干预,患者最长发热时间可能超过 96 小时,且日体温变化幅度可能超过 1.5°C ,此时患者情况,但常规的抗菌治疗无法有效降低问题,此类现象会严重影响医师对患者疾病的评估。④呼吸困难。主动脉夹层患者出现呼吸困难症状的主要原因,可能是夹层血肿造成器官压迫,进而影响呼吸功能。而对于医生而言,针对患者呼吸系统症状更容易被诊断为肺栓塞等疾病,最终造成误诊。

综上所述,造成急性主动脉夹层病人急诊诊断延迟的原因较多,因此为能有效提升本病症检出率,需要医师坚持从多方面综合评价患者的临床症状,并做好高风险患者群体的观察与评估,争取将诊断延迟风险降到最低,以满足患者对康复的要求。

参考文献:

- [1] 李建坤,郭林静,梁法禹.急性主动脉夹层诊断延迟影响因素的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(1):68-73.
- [2] 方瑜,胡涛,严丽,等.我国急性主动脉夹层院前救治延迟现状及原因[J].医学与社会,2022,35(9):138-144.
- [3] 李建坤,郭林静,梁法禹.急性主动脉夹层发病至确诊时间的影响因素分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(9):1655-1661.
- [4] 王葵,蒋芳,王显悦,等.急性主动脉夹层确诊时间延长的危险因素分析[J].血管与腔内血管外科杂志,2024,10(1):56-59,75.
- [5] 李艺.急性 StanfordA 型主动脉夹层累及弓上三分支血管以及术后早期死亡危险因素的分析[D].山东:山东大学,2023.

(上接第 24 页)

两组弱视及斜视患者的症状缓解时间、P-VEPP100 峰潜期时长、P-VEPP100 振幅存在较为显著的差异($P < 0.05$),统计学有意义;具体数据见表 2 所示:

3 讨论

弱视及斜视属于一种较为常见的视觉功能异常疾病,临床中一般针对患者给予视觉功能训练进行治疗及控制。斜视患者由于眼位不正,在注视某一物体时,该物体的影像在凹以外的位置,而正常眼在视网膜中心凹上^[5],斜视患眼则可能存在复视现象;弱视的临床症状主要表现为视力及屈光异常、分读困难及固视困难等^[5]。

视觉功能训练主要是针对患者的视觉功能异常的具体情况从融合功能、调节功能、眼球运动、视觉灵敏度等全方面进行训练,在一定程度上具有改善视觉功能、开发视觉潜能、增进视觉技巧、提高视力等效果及作用^[6]。通过进行视觉功能训练利于患者视力的改善及治疗效果的提高。本次观察的结果数据显示,实施视觉功能训练的实验组弱视及斜视患者训练后各

项指标明显优于单纯实施常规治疗的对照组弱视及斜视患者。

综上所述,针对弱视及斜视患者实施视觉功能训练的临床效果较为显著,能改善患者的视觉功能,提高患者的视力。

参考文献:

- [1] 刘斐.视觉功能训练对弱视及斜视的治疗效果分析[J].中国社区医师,2024,32(26):75-76.
- [2] 王中正,蔡晓菲.弱视融合训练时融合范围减小及斜视角增大 1 例[J].赣南医学院学报,2024,35(4):625,627.
- [3] 闫玲.对弱视及斜视患者进行视觉功能训练的效果分析[J].当代医药论丛,2022,15(10):145-146.
- [4] 肖凡.视觉敏感期后弱视治疗效果分析[D].南昌大学,2023.
- [5] 袁海琴.视觉训练在治疗弱视及斜视方面的应用价值探讨[J].中国保健营养,2022,27(10):365-366.
- [6] 巴哈尔古丽·赛依提,刘淑媛,克拉拉·乌甫尔等.视觉训练在治疗弱视及斜视方面的应用价值探讨[J].医药前沿,2024,14(19):140-141.