

# 急诊老年患者非特异性主诉的范围综述

黄乐娇<sup>1</sup>, 王彩莲<sup>1</sup>, 朱守淋<sup>1</sup>, 陈腾霞<sup>2</sup>, 曾晗月<sup>1</sup>, 彭寅森<sup>1</sup>, 毛世芳<sup>3</sup>

**摘要:**目的 梳理总结目前急诊老年患者非特异性主诉的研究现状,为临床管理此类患者提供参考。方法 以范围综述为方法学指导,计算机检索国内外相关数据库中急诊老年患者非特异性主诉的相关文献,检索时限为建库至 2024 年 8 月,由 2 名研究者进行文献筛选、汇总和系统分析。结果 最终纳入 24 篇文献,发表时间为 2010—2024 年。分析总结了急诊老年患者非特异性主诉(全身无力或不适、虚弱、近期常跌倒等)、相关因素、评估指标和工具以及管控急性发病风险的策略(留院观察以及生物标志物的综合应用)。结论 目前国内对急诊老年患者非特异性主诉的相关研究仍处于初步探索阶段,其中分诊工具、病情分级指标以及管理方案都需要未来进一步探索。

**关键词:**急诊; 老年患者; 非特异性主诉; 症状管理; 病情评估; 急诊护理; 范围综述

**中图分类号:**R471 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.10.117

## Non-specific complaints in elderly emergency patients: a scoping review

Huang Lejiao, Wang Cailian, Zhu Shoulin, Chen Tengxia, Zeng Hanyue, Peng Yinsen, Mao Shifang, Nursing School of Southwest Medical University, Luzhou 646000, China

**Abstract:** **Objective** To summarize the existing research on non-specific complaints among elderly patients in emergency care settings, thereby offering a reference for their clinical management. **Methods** A scoping review methodology was utilized, involving comprehensive computer searches of pertinent domestic and international databases for literature concerning non-specific complaints in elderly emergency patients, covering a timeframe from database inception to August 2024. Two researchers independently conducted the selection, aggregation, and systematic analysis of the literature. **Results** A total of 24 articles published between 2010 and 2024 were included. Non-specific complaints in elderly emergency patients (including generalized weakness, discomfort, frailty, recent episodes of frequent falls, etc.), associated factors, assessment indicators or tools, and strategies for managing acute onset risks (such as inpatient observation and the integrated use of biomarkers) were summarized. **Conclusion** Current domestic research on non-specific complaints in elderly emergency patients is still in the early exploratory stage, necessitating further investigation into triage tools, clinical severity grading indicators, and management strategies.

**Keywords:** emergency; elderly patients; non-specific complaints; symptom management; clinical assessment; emergency care; scoping review

全球老龄化严重,WHO 预测 2030 年全球 60 岁以上的人口占 1/6,到 2050 年将达 21 亿<sup>[1]</sup>。美国一项调查显示,急诊科中老年患者占比 1/3<sup>[2]</sup>,并且急诊科死亡患者中,老年患者占 81%<sup>[3]</sup>。一直以来,急诊医护人员都提倡“以症状为导向”和“速度至上”来对急危重症患者实施快速、准确的诊断与治疗,往往忽略非特异性主诉患者。非特异性主诉(Nonspecific Complaint,NSC)是指患者仅报告模糊性的症状,如无力、疲劳、行动不便、近期常跌倒或感觉不适等<sup>[4]</sup>。NSC 常出现在老年患者身上,这是由于老年患者身体退化且通常有多种合并症,而这些合并症往往掩盖疾病的经典体征或症状<sup>[5]</sup>。调查显示,急诊科有 1/4 的老年患者出现 NSC,在 30 d 的随访中,NSC 患者功能下降和住院风险比特异性主诉患者高 1 倍,并且在

急诊室观察或转入住院期间,一半的 NSC 患者出现了典型疾病体征<sup>[4]</sup>。Erwander 等<sup>[6]</sup>的调查显示,急诊 NSC 患者病死率占据科室 30 d 内总病死率的 9%,并且在急诊科的平均观察时间为 4.7 h,入院率为 70%,均高于胸痛、腹痛患者。2021 年,温伟等<sup>[7]</sup>在国内急诊医学领域中首次引入此概念,但后续研究匮乏。而目前尚未对现有研究进行综述总结,本研究以范围综述方法学为指导,汇总急诊老年患者 NSC 的相关研究,以期国内急诊老年患者的诊疗护理提供参考。

### 1 资料与方法

本研究以澳大利亚 JBI 于 2020 年发布的范围综述指南<sup>[8]</sup>为方法学框架。

**1.1 确定研究问题** ①急诊老年患者 NSC 发生现状是怎样的?常见主诉有哪些?②急诊老年患者主诉为非特异性的相关因素有哪些?③急诊老年 NSC 患者的评估工具或分诊指标有哪些?④急诊老年 NSC 患者急性发病风险管控策略有哪些?

**1.2 文献纳入和排除标准** 根据 PCC 原则确定纳入标准。纳入标准:①研究对象(Participants),急诊老年患者,年龄 $\geq 60$ 岁;②概念(Concept),涉及急诊

作者单位:1.西南医科大学护理学院(四川 泸州,646000);西南医科大学附属医院 2.门诊部 3.护理部

通信作者:毛世芳,1172058534@qq.com

黄乐娇:女,硕士在读,护士,18784963561@163.com

科研项目:四川省科技厅科技创新基地(平台)和人才计划项目(2019JDKP0014)

收稿:2024-12-22;修回:2025-02-20

老年患者 NSC 发生现状、相关因素以及管控急诊老年 NSC 患者急性发病风险的策略等内容;③情境 (Context),在急诊医学科开展的原始研究。排除标准:①无法获取全文的文献;②重复发表文献;③综述、病例报告、试验方案、数据不全以及观点性等文献;④非中英文文献。

**1.3 检索策略** 检索中国知网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、维普网、PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane Library、ProQuest 等数据库。采用主题词与自由词相结合的方式进行检索。中文检索词为老年,老人,老年人,高龄;急诊,急救;非特异性主诉,非特异性诊断,非特异性表现。英文检索词为 the aged,the elderly,older adults,older people,older patient \*,geriatric;emergency, emergencies; non-specific complaints, NSC, non-specific

diagnoses,non-specific presentation。检索时限为建库至 2024 年 8 月。

**1.4 文献筛选与资料提取** 使用 Endnote21 去重后,由 2 名精通范围综述方法学的研究者按照纳入和排除标准对文献进行独立筛选。首先阅读标题和摘要进行初筛,后阅读全文进行复筛。如遇分歧,与第 3 名研究者讨论后决定是否纳入。由 2 名研究者独立提取纳入文献的基本信息,包括第一作者、国家、研究类型、样本量、分诊工具和研究主题。

**2 结果**

**2.1 文献筛选结果** 检索数据库共获得 1 115 篇文献,剔除重复文献 80 篇,阅读文章标题和摘要后剔除 992 篇,阅读全文后剔除 20 篇,对纳入文献的参考文献进行二次检索,纳入 1 篇,最终共纳入 24 篇<sup>[4,6,9-30]</sup>。纳入文献基本特征见表 1。

表 1 纳入文献基本特征

文献	国家/地区	研究类型	样本量	分诊工具	研究主题
van Dam 等 <sup>[4]</sup>	荷兰	前瞻性研究	228	BANC	急诊老年 NSC 患者与特异性主诉患者的特征和结果
Erwander 等 <sup>[6]</sup>	瑞典	回顾性研究	525	RETTS	急诊老年 NSC 患者占比、病死率
Nickel 等 <sup>[9]</sup>	瑞士	随机对照	398	BANC	NSC 患者的生物标志物辅助处置不会增加病死率。其次,肾上腺髓质素前体(MR-proADM)检测能提高分诊正确率
Quinn 等 <sup>[10]</sup>	加拿大	回顾性研究	419	BANC	出现 NSC 的老年患者的常见诊断和结局
Nickel 等 <sup>[11]</sup>	瑞士	前瞻性研究	438	BANC	和肽素(加压素的 C 末端部分)和/或过氧化物还原蛋白 4(Prx-4)单独或共同有助于预测短期内因 NSC 就诊的急诊科患者的死亡
Ruedinger 等 <sup>[12]</sup>	瑞士	前瞻性研究	633	BANC	利尿剂和肾素-血管紧张素-醛固酮阻断剂对 NSC 患者发病率的影响
Nickel 等 <sup>[13]</sup>	瑞士	前瞻性研究	633	BANC	急诊 NSC 患者中药物相关问题的频率,并审查相关药物类别
Wachelder 等 <sup>[14]</sup>	瑞典	回顾性研究	244	MTS	急诊老年 NSC 患者占比、病死率
Karakoumis 等 <sup>[15]</sup>	瑞士	前瞻性研究	1 210	BANC	出现 NSC 的老年患者的常见诊断和结局
Misch 等 <sup>[16]</sup>	瑞士	前瞻性研究	686	BANC	通过对急诊 NSC 老年患者 24 h 观察后,提升了分诊或处置的正确率
Malinovska 等 <sup>[17]</sup>	瑞士	前瞻性研究	948	ESI	验证 ESI 决策点 D 加入医生第一印象等 3 个参数对 30 d 病死率的预测能力
Lucke 等 <sup>[18]</sup>	荷兰	回顾性研究	815	MTS	急诊老年 NSC 患者占比、病死率
Sauter 等 <sup>[19]</sup>	瑞士	前瞻性研究	165	SETS	NSC 患者与特异性主诉患者在急诊科诊断正确率、住院时间和病死率方面具有差异
Nemec 等 <sup>[20]</sup>	瑞士	前瞻性研究	218	BANC	构建 BANC 框架和探究急诊 NSC 患者特征和发生率
Jousi 等 <sup>[21]</sup>	芬兰	前瞻性研究	109	①	血样中可溶性尿激酶纤溶酶原激活剂受体(suPAR)、C 反应蛋白和乳酸生物标志物对急诊 NSC 患者病情具有预测价值
Espejo 等 <sup>[22]</sup>	瑞士	前瞻性研究	1 278	BANC	时钟绘图测试对 NSC 患者病情具有预测价值
Kemp 等 <sup>[23]</sup>	芬兰	回顾性研究	224	ESI	急诊老年 NSC 患者的医疗资源耗费的比特异性主诉患者更多
Nickel 等 <sup>[24]</sup>	瑞士	前瞻性研究	524	BANC	D-二聚体检测对于 NSC 患者风险分层工具有效性
Ivic 等 <sup>[25]</sup>	瑞典	回顾性研究	190	RETTS 和 NEWS	急诊老年 NSC 患者占比、病死率
Ivic 等 <sup>[26]</sup>	瑞典和芬兰	前瞻性研究	414	②	可溶性尿激酶纤溶酶原激活剂受体和乳酸是否可用于识别 NSC 患者的严重疾病
Nickel 等 <sup>[27]</sup>	瑞士	前瞻性研究	504	BANC	过氧化物还原蛋白 4 和肾上腺髓质素前体的中区域部分对 NSC 患者结局具有预测作用
Wachelder 等 <sup>[28]</sup>	欧洲多中心	前瞻性研究	1 398	BANC	急诊 NSC 患者相较于特异性主诉患者在 30 d 内再入院的占比以及特征
Peng 等 <sup>[29]</sup>	瑞士	前瞻性研究	572	ESI	确定在 30 d 随访结束时,在急诊科就诊的 NSC 患者中,正确的诊断和出院诊断的比例;确定男、女性患者漏诊比例的差异
Birrenbach 等 <sup>[30]</sup>	瑞典	回顾性研究	190	SETS	急诊老年 NSC 患者的诊断资源(实验室和放射学检查等)使用较特异性主诉患者少

注:分诊工具:RETTS 为快速紧急分诊和治疗系统(Rapid Emergency Triage and Treatment System);BANC 为巴塞非特异性主诉(The Basel Non-specific Complaints);ESI 为紧急严重程度指数(Emergency Severity Index);MTS 为曼彻斯特分诊系统(Manchester Triage System);NEWS 为国家早期预警评分(National Early Warning Score);SETS 为瑞士紧急分诊量表(Swiss Emergency Triage Scale)。①生命体征为心率 50~119 次/min,收缩压>100 mmHg,血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)>0.90,无补充氧气,呼吸频率 10~25 次/min,体温 36.0~38.5℃和格拉斯哥昏迷(GSC)评分为 15 分的没有特定症状或主诉的患者;②生命体征为心率为 50~110 次/min,SpO<sub>2</sub>>0.90,收缩压>100 mmHg,呼吸频率 10~25 次/min,体温 36.0~38.5℃,GSC 评分为 15 分的主诉为“一般状况下降”“疲劳”“不适”或“感觉不适”的患者。

## 2.2 急诊老年 NSC 患者的分诊与现状

**2.2.1 分诊方法** ①MTS<sup>[14,18]</sup>,当医生难以识别患者主诉,无法确定主诉为特定的疾病时(如胸痛)为 NSC 患者,分诊到“患者不适表现”流程。②ESI<sup>[17,23,29]</sup>,其 A~D 的 4 个决策点基于生命体征将患者分为 1~5 个级别,主诉是非特异性的且 ESI 为 2~3 级的非创伤患者,分类为 NSC 患者。ESI 1 级患者,血流动力学不稳定,需要立即抢救,管理往往是标准化的<sup>[17]</sup>;ESI 4~5 级患者通常可以在门诊进行管理,且不良结局的风险较小<sup>[23]</sup>。但 2 级与 3 级之间常见分诊不足而致使诊治延误<sup>[17]</sup>,决策点 D 是分诊 ESI 2 级和 3 级的重要指标,在为患者分配 ESI 3 级之前,必须评估生命体征,若超过了 3 级定义范围(收缩压<90 mmHg、心率>120 次/min、体温>38.4℃或<35.6℃、呼吸频率>30 次/min、SpO<sub>2</sub><0.92),则评为 ESI 2 级。在 ESI 决策点 D 中加入医生第一印象能提高 NSC 患者 30 d 死亡预测能力<sup>[17]</sup>。改良版 ESI 分级决策点 D<sup>[17]</sup>增加了患者 2 周内日常生活活动能力评分下降程度、患者主诉病史是否连贯(与病例或者监护人主诉是否有差异)以及医生对患者第一印象评分(0 分指患者看起来很健康,10 分指看起来很危重),从而提高决策点 D 对 NSC 患者 30 d 内病死率的预测。③BANC 研究框架<sup>[4,9-13,15-16,20,22,24,27-28]</sup>,BANC 研究引入了一系列特定主诉,涉及常在急诊治疗的疾病,如果没有出现这些具体主诉,且 ESI 为 2~3 级的非创伤患者,则为 NSC 患者<sup>[20]</sup>。④RETTS<sup>[6,25]</sup>,将主诉为疲劳、精神状态改变、跌倒、全身无力的非创伤患者分诊为 NSC,RETTS 分诊主要基于 2 个参数<sup>[25]</sup>,紧急体征或症状(Emergency Symptoms and Signs, ESS)和生命体征,由于 NSC 患者没有具体 ESS,所以研究者未将 ESS 纳入计算;生命体征包括脉搏、心率、氧饱和度、血压等,根据病情严重程度分为 4 个等级(绿色、黄色、橙色和红色),红色表示最紧急<sup>[25]</sup>。⑤NEWS<sup>[25]</sup>,所有≥18 岁的患者,出现“一般状况下降”“疲劳”“不适”或“感觉不适”的主诉为非特异主诉,并基于患者生命体征,转换为临床风险的 3 级量表:低(0~4 分)、中(5~6 分)和高(≥7 分)。⑥SETS<sup>[19,30]</sup>,首先采用 BANC 框架对特定主诉进行排除,随后依据患者的生命体征,将其系统地划分为 4 个分诊级别,即危及生命、高度紧急、紧急以及非紧急。

**2.2.2 NSC 概况** 共 8 篇文献<sup>[4,6,12,14,19-20,29-30]</sup>报告急诊老年患者 NSC 的发生率为 7.2%~26%;5 篇文献<sup>[15,18-20,25]</sup>报告急诊老年 NSC 患者 30 d 内的病死率为 4.2%~10.8%。其中 NSC 患者最常见的主诉有全身无力或不适<sup>[10,12,20-21]</sup>、虚弱<sup>[10,12]</sup>、近期常跌倒<sup>[12,20]</sup>、头晕<sup>[27]</sup>、身体状况恶化<sup>[13,16,20]</sup>、无法行走<sup>[29]</sup>以及难以进行日常活动<sup>[16,29]</sup>等。研究发现,非正常步

态、食欲不振、近期常跌倒是严重疾病的重要预测因素<sup>[20]</sup>。

## 2.3 相关因素

共 13 项<sup>[4,10,12-15,20-23,25-26,29]</sup>研究报告了急诊老年患者出现 NSC 的相关因素。

**2.3.1 年龄、性别** 研究发现,出现 NSC 的患者年龄往往更高,其中位年龄为 77~83 岁<sup>[12,23,25,29]</sup>,且更常在女性患者中出现<sup>[22,26,29]</sup>。

**2.3.2 身体状况和疾病相关因素** 在急诊环境中,老年 NSC 患者往往展现出更高的 Charlson 合并症指数及体质更加虚弱<sup>[10,14,20]</sup>,其中有 4 项研究<sup>[14-15,20,22]</sup>指出了急诊 NSC 患者的常见合并症。3 项研究<sup>[14,20,22]</sup>指出心血管系统疾病为其常见合并症以及痴呆的高发性,具体涵盖高血压<sup>[20,22]</sup>、冠状动脉疾病<sup>[20,22]</sup>及瓣膜性或高血压性心脏病<sup>[22]</sup>等。糖尿病<sup>[14,22]</sup>和肿瘤<sup>[14-15]</sup>也是重要的合并症。值得注意的是,研究<sup>[15]</sup>强调了合并肿瘤的 NSC 患者 30 d 内病死率显著增高。有 10 项研究指出急诊 NSC 患者的常见诊断,7 项研究<sup>[10,15,20-22,25,29]</sup>报告了泌尿系统疾病,其中 4 项研究<sup>[10,15,22,29]</sup>指出尿路感染是最常见的临床诊断;6 项研究<sup>[10,12-13,20,25,29]</sup>报告了循环系统疾病,如心力衰竭<sup>[25]</sup>、电解质紊乱<sup>[12-13,29]</sup>、脱水<sup>[10]</sup>等;3 项研究<sup>[14-15,25]</sup>报告了呼吸系统疾病,如肺炎<sup>[15]</sup>;2 项研究<sup>[10,25]</sup>报告了神经系统疾病,如短暂性脑缺血发作<sup>[10]</sup>、脑出血<sup>[25]</sup>等;另外,3 项研究<sup>[15,22,29]</sup>报告了抑郁/焦虑、2 项研究<sup>[15,29]</sup>报告了功能障碍、2 项研究<sup>[21-22]</sup>报告了疲劳、1 项研究<sup>[21]</sup>报告了肠炎,且抑郁/焦虑、功能障碍是最常见的漏诊类型<sup>[29]</sup>,也是<65 岁的急诊患者出现 NSC 的常见原因<sup>[15]</sup>。

**2.3.3 药物相关因素** NSC 患者往往使用了更多的药物<sup>[14,16]</sup>,药物相关问题(Drug-Related Problems, DRP)是致使急诊老年患者出现 NSC 的重要原因之一<sup>[13]</sup>。低钠血症是患者因 DRP 就诊且主诉呈现非特异性的常见原因<sup>[13]</sup>。2 项研究<sup>[12-13]</sup>揭示了导致急诊患者出现 NSC 的相关药物,主要包括:①利尿药,如袢利尿剂<sup>[12-13]</sup>、肾素-血管紧张素-醛固酮系统阻滞剂<sup>[12-13]</sup>;②精神与神经系统药物,如抗抑郁药<sup>[13]</sup>、苯二氮卓类药物<sup>[13]</sup>、抗惊厥药<sup>[13]</sup>等。其中使用两种或多种利尿剂、袢利尿剂或肾素-血管紧张素-醛固酮系统阻滞剂与利尿剂的联合治疗与严重疾病(指任何可能危及生命的疾病如心肌梗死,或任何需要早期干预以防止状况恶化而导致残疾或死亡的疾病如严重低钠血症<sup>[20]</sup>)的风险增加有关,因此应被视为就诊于急诊科老年 NSC 患者的“危险信号”<sup>[12]</sup>。

## 2.4 评估工具或指标

**2.4.1 病情评估指标或测试** 时钟绘图测试(Clock Drawing Test, CDT),既能识别潜在的认知障碍患者,又能预测患者结局<sup>[22]</sup>。研究表明,急诊老年 NSC 患者 30 d 病死率和住院时间随患者 CDT 缺陷严重程

度的加重而增加<sup>[22]</sup>。且存在认知障碍的急诊老年患者在3个月和12个月后发生功能下降或死亡的风险比非认知障碍患者高2.81倍和3倍<sup>[31]</sup>。受试者被要求画1个时钟,从圆圈开始,然后放置数字,最后是指示任何时间的指针,画出闭合表盘计1分、12个数字书写完整无遗漏计1分、位置正确计1分、时间指向正确计1分,共4分;4分无认知障碍,1~3分则分别为重度、中度、轻度认知障碍<sup>[22]</sup>。

**2.4.2 生物标志物** 生物标志物是一种有效的风险分层工具,可以预测30 d病死率。①可溶性尿激酶纤溶酶原激活受体<sup>[21]</sup>,当血液中浓度高于3 ng/mL,可预测患者存在着严重疾病;当suPAR超过9 ng/mL时可以预测30 d的病死率为16.1%<sup>[26]</sup>。②D-二聚体,当D-二聚体水平低于临界值0.5 μg/mL,30 d内病死风险低<sup>[24]</sup>。③肾上腺髓质素原(MR-proADM)<sup>[9,27]</sup>,根据MR-proADM浓度将患者分为3组,临界值分别为0.75 nmol/L和1.5 nmol/L,当浓度越高,组内患者30 d内生存率越低。④和肽素和过氧化物还原蛋白4<sup>[11]</sup>是新型、强效和独立的预后标志物,均可预测30 d病死率,并且水平升高与病死率增加相关。

**2.5 急性发病风险的管控策略** 由于NSC患者的非典型疾病体征,经常被分类为低紧急度,导致护理延迟<sup>[14]</sup>,而31%的患者在转科或回家途中可能会出现疾病的典型体征,而在就诊时却未能得到及时有效的诊治<sup>[4]</sup>。2项研究进行了初步探索,提高识别急诊NSC患者急性发病情况的准确率<sup>[16,27]</sup>。①观察法。Misch等<sup>[16]</sup>通过对老年NSC患者在急诊留观室进行24 h的观察,发现初步处置与最终处置(留观24 h后处置)相比,正确识别为急性发病的比例从53%提高到了68%,表明延长观察时间可能有助于提高分流的准确性。在NSC患者群体中确立准确诊断的过程可能耗时数小时至数天。然而,随着患者对医护人员迅速决策及精准分流的期望日益增强,这一需求给门诊检查体系带来了沉重的负担。在此情境下,观察单元作为一种潜在的改进手段,对于优化此类患者的管理展现出了显著价值,其中护士的24 h连续观察可能是患者获得最佳处置的关键因素。②观察法与生物标志物的综合应用。Nickel等<sup>[27]</sup>则进一步通过24 h观察,并结合生物标志物进行风险分层,利用MR-proADM的浓度临界值对NSC患者进行处置决策。当MR-proADM浓度大于1.5 nmol/L时,患者被分流到急症监护室;而当浓度小于0.75 nmol/L时,则安排患者出院。当前急诊科常用的分诊工具或评分适用于全人群,然而这些未经修订的普适性工具似乎没有为出现NSC的患者提供关于最佳处置的有价值信息<sup>[16]</sup>。鉴此,生物标志物检测作为一种辅助手段能够进一步提高识别患者急性发病的准确性,对急诊NSC患者的分诊具有重要意义。

### 3 讨论

**3.1 急诊老年NSC患者病史复杂,分诊护士往往对病情识别不足** 急诊NSC患者病情复杂度高,相较于特异性主诉患者,他们常有更多合并症,并且使用了更多的药物<sup>[14]</sup>。NSC患者合并症数量常达4种及以上<sup>[20]</sup>,尤为突出的是,约1/3的患者伴有精神类疾病<sup>[15]</sup>。老年NSC患者因身心疾病交织,急诊就诊频繁,而老年患者系统退行性改变,机体对疾病应激降低,疾病进展与临床表现不一致容易被忽略<sup>[32]</sup>。尽管分诊护士常建议非急症老年患者转至门诊或社区医疗,以缓解急诊压力,但51%~59%的NSC患者实则患有急性潜在严重疾病,入院率高达55%~84%<sup>[33]</sup>,分流期间存在急性发作风险,可能导致不良后果<sup>[34]</sup>。所以分诊护士的准确评估与合理分流对患者预后至关重要,直接影响急危重症患者的生命安全。

**3.2 急诊老年NSC患者的评估、病情判断仍需进一步研究** 研究表明,急诊NSC患者的分诊存在显著不足<sup>[33]</sup>,错诊漏诊率高达56%<sup>[29]</sup>,部分原因归咎于缺乏统一的分诊和病情分级工具。被错误归类为低优先级的患者面临更长的等待时间,这可能增加其死亡风险。当前分诊系统如BANC框架<sup>[20]</sup>、MTS<sup>[4]</sup>及ESI<sup>[11]</sup>等,主要基于排除法处理特定主诉,对NSC患者的适用性有限。同时医护人员在处理NSC患者时,面临识别患者潜在危重病情的挑战。所以系统、全面的评估对于准确判断至关重要,评估范围需扩展至生命体征、生活环境、社会背景等多个维度。然而,鉴于急诊科资源紧张,对60岁以上患者进行全面老年评估不切实际,应优先识别“高危”老年患者。当前研究聚焦于生物标志物如suPAR<sup>[21]</sup>、D-二聚体<sup>[24]</sup>、MR-proADM<sup>[9,27]</sup>、和肽素和Prx-4<sup>[11]</sup>等,这些标志物作为判断NSC患者病情分级的新手段成为国外研究热点。对于分诊护士而言,需认识到患者的NSC可能仅是某种疾病的片面表现,并基于患者主诉进行针对性评估。这些评估往往依赖于护士的临床经验,如糖尿病患者主诉“头晕”时,应首先考虑高血糖或低血糖的可能性;主诉“全身乏力或双下肢无力”的患者,需考虑脑血管疾病或药物相关问题;而对于主诉“身体状况恶化”的患者,应高度警惕恶性疾病的可能性。分诊护士需通过结构化经验整合,吸取多元的临床分诊经验,通过系统分析实现经验到知识的转化,总结并拓展自身的临床知识与技能,以便更精准地识别患者的潜在健康问题,从而制订更加合理有效的分流与诊疗计划。此外,鉴于NSC患者主诉模糊,直系亲属或家庭护理人员的角色至关重要,他们能提供详尽的病史信息,辅助医护人员判断病情的紧急程度<sup>[35]</sup>,而对于转诊的患者,也应保持沟通,以便及时处理突发事件。可见,开发特异性分诊工具、强化生物标志物应用及充分利用家

属信息,是改善 NSC 患者分诊现状的关键。

**3.3 缺乏完善的急诊老年 NSC 患者管理方案** 当前,NSC 患者的有效管理方案在国内外仍处于探索阶段,主要依赖医护人员的个人经验。国外已构建一项针对急诊老年 NSC 患者的诊疗护理方案<sup>[36]</sup>,该方案强调系统评估,包括应用急性表现老年患者筛查器和全面老年病学评估,并要求主治医师在全面老年医学评估后进一步筛查认知功能、社会背景等领域。然而,急诊老年 NSC 患者的护理仍面临诸多挑战,因缺乏广泛认可的实践方案而显得复杂且充满未知。研究指出,通过患者反馈和系统回顾既往护理过程及结局,医护人员可以评估护理措施的有效性和准确性,从而积累知识和经验,为未来制订更科学、合理的患者管理策略提供参考<sup>[34]</sup>。为此,建立和收集病例数据库,分析 NSC 患者的症状特征,监测并评估治疗和干预措施的效果,成为改进和完善国内急诊 NSC 患者疗护方案的重要途径。

#### 4 小结

急诊环境中老年 NSC 患者占比较大,病死率高。性别、年龄、合并症、多种用药等均与 NSC 的发生有关,NSC 患者临床最常见的主诉为全身无力或不适、虚弱、近期常跌倒等。而目前国内外尚缺乏急诊 NSC 患者的特异性分诊工具以及系统的管理办法,需未来进一步研究。对于急诊老年 NSC 患者的病情判断,目前主要集中于生物标志物的研究,但大多为单中心,且样本量不够大,未来仍需要进行大样本多中心的研究,验证其有效性。

#### 参考文献:

[1] 世界卫生组织. 老龄化与健康[EB/OL]. [2024-05-10]. <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

[2] Duong H V, Herrera L N, Moore J X, et al. National characteristics of emergency medical services responses for older adults in the United States[J]. *Prehosp Emerg Care*,2018,22(1):7-14.

[3] 李晓丹,郑康,郑亚安,等.北京地区单个急诊中心危重患者死亡分布特征研究[J]. *中国实用内科杂志*,2019,39(12):1080-1083.

[4] van Dam C S, Peters M J L, Hoogendijk E O, et al. Older patients with nonspecific complaints at the emergency department are at risk of adverse health outcomes[J]. *Eur J Intern Med*,2023,112:86-92.

[5] Wester A L, Dunlop O, Melby K K, et al. Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia[J]. *BMC Infect Dis*,2013,13:346.

[6] Erwander K, Ivarsson K, Olsson M L, et al. Elderly patients with non-specific complaints at the emergency department have a high risk for admission and 30-days mortality[J]. *BMC Geriatr*,2024,24(1):5.

[7] 温伟,张新超,王旭涛.老年急危重症:急诊医学一个新的重要领域[J]. *中华急诊医学杂志*,2021,30(4):383-

386.

[8] Lockwood C, Dos Santos K B, Pap R. Practical guidance for knowledge synthesis:scoping review methods[J]. *Asian Nurs Res*,2019,13(5):287-294.

[9] Nickel C H, Messmer A S, Ghanim L, et al. Adrenomedullin for risk stratification of emergency patients with nonspecific complaints:an interventional multicenter pilot study[J]. *Medicine (Baltimore)*,2016,95(1):e2395.

[10] Quinn K, Herman M, Lin D, et al. Common diagnoses and outcomes in elderly patients who present to the emergency department with non-specific complaints [J]. *CJEM*,2015,17(5):516-522.

[11] Nickel C H, Ruedinger J, Misch F, et al. Copeptin and peroxiredoxin-4 independently predict mortality in patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department[J]. *Acad Emerg Med*,2011,18(8):851-859.

[12] Ruedinger J M, Nickel C H, Maile S, et al. Diuretic use, RAAS blockade and morbidity in elderly patients presenting to the emergency department with non-specific complaints[J]. *Swiss Med Wkly*,2012,142:w13568.

[13] Nickel C H, Ruedinger J M, Messmer A S, et al. Drug-related emergency department visits by elderly patients presenting with non-specific complaints [J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*,2013,21:15.

[14] Wachelder J J H, Stassen P M, Hubens L P A M, et al. Elderly emergency patients presenting with non-specific complaints: characteristics and outcomes[J]. *PLoS One*,2017,12(11):e0188954.

[15] Karakoumis J, Nickel C H, Kirsch M, et al. Emergency presentations with nonspecific complaints; the burden of morbidity and the spectrum of underlying disease: non-specific complaints and underlying disease[J]. *Medicine (Baltimore)*,2015,94(26):e840.

[16] Misch F, Messmer A S, Nickel C H, et al. Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints[J]. *PLoS One*,2014,9(5):e98097.

[17] Malinowska A, Pitasch L, Geigy N, et al. Modification of the emergency severity index improves mortality prediction in older patients[J]. *West J Emerg Med*,2019,20(4):633-640.

[18] Lucke J A, Mooijaart S P, Conroy S, et al. Mortality risk for different presenting complaints amongst older patients assessed with the Manchester Triage System[J]. *Eur Geriatr Med*,2022,13(2):323-328.

[19] Sauter T C, Capaldo G, Hoffmann M, et al. Non-specific complaints at emergency department presentation result in unclear diagnoses and lengthened hospitalization:a prospective observational study[J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*,2018,26(1):60.

[20] Nemeč M, Koller M T, Nickel C H, et al. Patients presenting to the emergency department with non-specific complaints;the Basel Non-specific Complaints (BANC) study[J]. *Acad Emerg Med*,2010,17(3):284-292.

- [21] Jousi M, Makinen M, Kaartinen J, et al. Pre-hospital suPAR, lactate and CRP measurements for decision-making: a prospective, observational study of patients presenting non-specific complaints[J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2021, 29(1): 150.
- [22] Espejo T, Wagner N, Riedel H B, et al. Prognostic value of cognitive impairment, assessed by the Clock Drawing Test, in emergency department patients presenting with non-specific complaints[J]. *Eur J Intern Med*, 2024, 126: 56-62.
- [23] Kemp K, Alakare J, Mertanen R, et al. Resource consumption increased for older ED patients presenting with nonspecific complaints[J]. *Signa Vitae*, 2023, 19(6): 207-211.
- [24] Nickel C H, Kuster T, Keil C, et al. Risk stratification using D-dimers in patients presenting to the emergency department with nonspecific complaints[J]. *Eur J Intern Med*, 2016, 31: 20-24.
- [25] Ivic R, Kurland L, Vicente V, et al. Serious conditions among patients with non-specific chief complaints in the pre-hospital setting: a retrospective cohort study [J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2020, 28(1): 74.
- [26] Ivic R, Nurmi J, Kurland L, et al. Soluble urokinase plasminogen activator receptor and lactate as prognostic biomarkers in patients presenting with non-specific chief complaints in the pre-hospital setting: the PRIUS-study [J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2021, 29(1): 116.
- [27] Nickel C H, Messmer A S, Geigy N, et al. Stress markers predict mortality in patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department and may be a useful risk stratification tool to support disposition planning[J]. *Acad Emerg Med*, 2013, 20(7): 670-679.
- [28] Wachelder J J H, van Galen L S, Kellett J, et al. Unplanned readmissions among patients presenting with nonspecific complaints[J]. *Eur J Intern Med*, 2018, 54: e36-e37.
- [29] Peng A, Rohacek M, Ackermann S, et al. The proportion of correct diagnoses is low in emergency patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department[J]. *Swiss Med Wkly*, 2015, 145: w14121.
- [30] Birrenbach T, Geissbühler A, Exadaktylos A K, et al. A dangerously underrated entity? Nonspecific complaints at emergency department presentation are associated with utilisation of less diagnostic resources [J]. *BMC Emerg Med*, 2021, 21(1): 133.
- [31] Lucke J A, de Gelder J, Heringhaus C, et al. Impaired cognition is associated with adverse outcome in older patients in the Emergency Department; the Acutely Presenting Older Patients (APOP) study [J]. *Age Ageing*, 2018, 47(5): 679-684.
- [32] 任抒文, 王明明, 吴正男, 等. 老年患者非预期性院内心脏骤停自主循环恢复的影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(24): 103-106.
- [33] Kemp K, Mertanen R, Laaperi M, et al. Nonspecific complaints in the emergency department; a systematic review[J]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2020, 28(1): 6.
- [34] 郭丽平, 李秀淑, 杜钰祯, 等. 急诊输液室患者流量和等待时间变化规律的调查分析[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(22): 58-60, 64.
- [35] Ivic R, Vicente V, Kurland L, et al. Pre-hospital emergency nurse specialist's experiences in caring for patients with non-specific chief complaints in the ambulance: a qualitative interview study[J]. *Int Emerg Nurs*, 2022, 63: 101178.
- [36] van der Velde M G A M, Jansen M A C, de Jongh M A C, et al. Implementation of a care-pathway at the emergency department for older people presenting with non-specific complaints: a protocol for a multicenter parallel cohort study[J]. *PLoS One*, 2023, 18(8): e0290733.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第 111 页)

- [31] 吴辉, 李革临, Lessac-Madsen 共鸣嗓音疗法对声带良性增生性病变更患者术后嗓音功能的影响[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2021, 29(2): 162-167.
- [32] 张娅, 孙广滨, 沈洁, 等. 非手术治疗声带小结患者发声训练护理干预[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(24): 45-46.
- [33] Denizolu L, Abin M, Orhon E S. Efficacy of the doctorvox voice therapy technique for the management of vocal fold nodules[J]. *Turk Arch Otorhinolaryngol*, 2023, 61(2): 66-74.
- [34] 方素英, 葛畅. 半封闭声道训练结合共鸣嗓音疗法在声带小结患者中的应用[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2022, 30(6): 655-657.
- [35] 王燕, 屈季宁, 周涛, 等. 嗓音训练治疗声带小结的临床疗效观察[J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2021, 29(4): 441-443.
- [36] de Vasconcelos D, Gomes A D O C, de Araújo C M T. Treatment for vocal polyps: lips and tongue trill [J]. *J Voice*, 2017, 31(2): 252. e27-252. e36.
- [37] 常森. 手术联合围手术期强化嗓音训练治疗单侧小声道息肉的疗效分析[D]. 太原: 山西医科大学, 2022.
- [38] Fan Z, Dong W, Wang Y, et al. The clinical efficacy of microsuture technique combined with voice therapy in patients with Reinke's edema [J]. *J Voice*, 2022, 14: S0892-1997(22)00381-2.
- [39] Oliveira P, Ribeiro V V, Florencio D, et al. Vocal training in healthy individuals: a scoping review [J]. *J Voice*, 2024, 38(5): 1211-1250.
- [40] 张卓雅, 王淼, 官春燕, 等. 发音障碍患者嗓音康复的最佳证据总结[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(2): 105-109.
- [41] Roy N. Optimal dose-response relationships in voice therapy [J]. *Int J Speech Lang Pathol*, 2012, 14(5): 419-423.
- [42] Tessler I, Primov-Fever A, Soffer S, et al. Deep learning in voice analysis for diagnosing vocal cord pathologies: a systematic review [J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2024, 281(2): 863-871.
- [43] 邱卓英, 李伦, 陈迪, 等. 基于世界卫生组织国际健康分类家族康复指南研究: 理论架构和方法体系 [J]. *中国康复理论与实践*, 2020, 26(2): 125-135.

(本文编辑 吴红艳)