

# 综合医院急诊科就诊患者精神行为异常现状调查

宋亚男<sup>1</sup>, 代会贞<sup>2</sup>, 杨丽梅<sup>2</sup>, 郝冉冉<sup>1</sup>, 丁翠翠<sup>2</sup>, 牟灵英<sup>1</sup>, 张倩倩<sup>2</sup>

**摘要:**目的 了解综合医院急诊科就诊患者精神行为异常情况,为制订干预对策提供参考。方法 基于急诊临床信息系统软件设置急诊科就诊患者精神行为异常评估模块,对10 522例急诊科就诊患者进行评估;使用修订版外显攻击行为量表、汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表对患者的行为表现、心理精神状态进行再评估确认筛查结果。结果 共筛查108例精神行为异常患者,占1.03%,男女比例为1:1.12;患者就诊时间段集中于10:01~16:00和20:01~2:00。42例(38.89%)仅表现为异常心理精神状态,66例(61.11%)合并多种精神行为异常表现;男性暴力攻击行为发生率显著高于女性,女性、近期与周围人群产生矛盾者自杀/自伤发生率显著增高(均 $P<0.05$ ),不同年龄及不同急诊分期患者自杀/自伤发生率差异有统计学意义(均 $P<0.05$ )。结论 急诊科就诊患者精神行为异常表现多样,护理人员在接诊过程中应及时鉴别与处置,确保医护患安全。

**关键词:**急诊科; 就诊患者; 精神行为异常; 评估; 攻击行为; 焦虑; 抑郁

**中图分类号:**R473.5;R395.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.12.034

**Mental and behavioral abnormalities in emergency department patients in general hospital** Song Yanan, Dai Huiizhen, Yang Limei, Hao Ranran, Ding Cuicui, Mu Lingying, Zhang Qianqian. School of Nursing, Weifang Medical University, Weifang 261053, China

**Abstract:** **Objective** To understand the mental and behavioral abnormalities of emergency department (ED) patients in general hospitals, and to provide reference for formulating intervention countermeasures. **Methods** We designed a module for assessment of mental and behavioral abnormalities and integrated it into the computerized emergency clinical information system, then we assessed 10,522 ED patients. The Modified Overt Aggression Scale, Hamilton Depression Rating Scale, and Hamilton Anxiety Rating Scale were used to confirm screening results. **Results** A total of 108 patients with mental and behavioral abnormalities were screened, accounting for 1.03%, and the ratio of male to female was 1:1.12. Those with mental and behavioral abnormalities were mainly detected at two periods of the day, from 10:01 to 16:00 and from 20:01 to 2:00. Forty-two cases (38.89%) showed only abnormal mental state, and 66 (61.11%) had multiple abnormal mental and behavioral manifestations. The incidence of violent aggression in men was significantly higher than that in women, and the incidence rates of suicide/self-injury in women and those who recently had conflicts with the surrounding population were significantly increased (all  $P<0.05$ ). There were significant differences in incidence rates of suicide/self-injury in patients in different age groups and different emergency stages (both  $P<0.05$ ). **Conclusion** ED patients have various abnormal mental and behavioral manifestations. Nursing staff should timely identify and manage, thus to ensure patient and healthcare worker safety.

**Key words:** emergency department; attending patient; mental and behavioral disorders; assessment; aggression behavior; anxiety; depression

《“健康中国2030”规划纲要》<sup>[1]</sup>指出,要加强心理健康服务体系建设和规范化管理,加大对重点人群心理问题早期发现和及时干预力度,不断满足人民群众日益增长的心理精神健康服务需求。急诊就诊患者病情紧急复杂,处于急诊科这一特殊医疗环境下,心理精神状态和行为表现更需特别关注。《急诊预检分诊分级标准(2018年版)》<sup>[2]</sup>已将“精神行为异常”纳入分诊评估内容,可见对急诊科就诊患者身心健康的重视程度。既往已有研究对综合医院

急诊科就诊患者精神障碍情况、暴力攻击事件、自杀事件进行调查分析<sup>[3-5]</sup>,但精神行为异常包含多种情况,鲜有研究将急诊科就诊患者精神行为异常表现作为整体内容进行讨论。本研究调查分析综合医院急诊科患者精神行为异常现状,旨在为针对性干预提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本研究为横断面调查。于2022年2~7月选取潍坊医学院附属医院急诊科就诊的患者为研究对象。纳入标准:①急诊就诊;②年龄 $\geq 15$ 岁。排除标准:①意识障碍;②生命体征不平稳;③患者或家属不配合评估。剔除标准:评估过程中病情发生紧急变化,需要立即进行抢救。本研究已通过医院伦理委员会审批(wyfy-2022-ky-203)。共纳入患者10 570例,其中48例评估过程中病情突发变化予以立即抢救而剔除,最终有效评估患者10 522例。

作者单位:1. 潍坊医学院护理学院(山东 潍坊, 261053);2. 潍坊医学院附属医院急诊科

宋亚男:女,硕士在读,学生

通信作者:牟灵英,mljzk65@163.com

科研项目:山东省潍坊市卫生健康委员会科研项目(WFWSJK-2022-162)

收稿:2023-01-24;修回:2023-02-28

## 1.2 方法

### 1.2.1 调查工具

**1.2.1.1 精神行为异常患者评估模块** 在“急诊预检分诊”系统中的“主诉分类”界面添加“精神行为异常”类别,将精神行为异常患者评估内容作为判断依据,评估后系统自动记录存档,精神行为异常患者姓名后显示“\*”标注。评估内容包括:①暴力攻击行为 8 项:在急诊科大声吵嚷喊叫,无视他人劝阻;袭击他人并导致外伤等。②自杀/自伤行为 4 项:因服毒(药)、自缢、溺水等自杀行为前来急诊就诊等。③心理精神状态 14 项:出现明显混乱或迷茫,分不清时间、地点、人物等;感知觉异常(幻视、幻听、幻嗅、幻触等)等。④既往史 9 项:有冲动和暴力攻击行为史;有酗酒或吸毒史等。⑤家庭与社会功能 3 项:家族中存在神经精神疾病史、自伤史、自杀史或自杀未遂史(二系三代内)等。评估方式为“是”和“否”,前期已进行信效度检验,总体 KR-20 值为 0.809<sup>[6]</sup>。

**1.2.1.2 精神行为异常评定指标** 采用《急诊预检分诊分级标准(2018 版)》<sup>[2]</sup>。①正在进行自伤或他伤行为,需要立即药物控制;暴力或攻击行为,直接威胁自身或他人,需要被约束;②有潜在攻击性和自残风险;急性精神错乱或思维混乱;处于焦虑或抑郁状态;③轻微精神行为异常;精神行为异常但对自身或他人无直接威胁。评定方式为他评,符合其中一项内容表述则分诊为精神行为异常就诊患者。

**1.2.1.3 攻击行为量表** 采用修订版外显攻击行为量表(Modified Overt Aggression Scales, MOAS)<sup>[7]</sup>,包括语言攻击、财物攻击、自身攻击、体力攻击 4 个评估项目,依次设置加权分 1~4 分,评估内容按照攻击行为的不同严重程度使用 0~4 分 5 级计分。总分越高表示攻击性越强,量表加权分 $\geq 4$  为高暴力攻击行为, $< 4$  为低暴力攻击行为。

**1.2.1.4 抑郁量表** 采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)<sup>[8]</sup>,包括抑郁情绪、自杀和自知力等 17 项内容,采用 Likert 5 级评分(0~4 分),总分 $\geq 17$  分为抑郁阳性,得分越高表示抑郁情绪越严重,信度系数为 0.88~0.99。

**1.2.1.5 焦虑量表** 采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)<sup>[9]</sup>,包括焦虑心境、紧张、害怕和失眠等 14 项内容,采用 0~4 分 5 级评分,总分 $\geq 14$  分表示肯定有焦虑情绪,得分越高则表明焦虑情绪越严重,信度系数为 0.83~1.00。

**1.2.2 资料收集方法** 选取急诊科工作时间 $\geq 10$  年、中级及以上职称且具有丰富急诊预检分诊工作经验的 5 名护士组建评估小组并进行为期 1 个月的培训,由研究小组成员(主任护师 1 名,副主任护师 1 名,主管护师 1 名,护理学专业研究生 2 名)在科室办公室对精神行为异常患者评估模块的操作、评估内容的意义和内涵进行集中宣讲。评估护士在分诊处

使用急诊临床信息系统精神行为异常患者评估模块对符合纳入标准的就诊患者进行评估,若患者以躯体疾病症状为第一主诉并伴有精神行为异常表现时,在系统“第二主诉”列输入相关异常表现进行记录。保存精神行为异常患者评估结果后,系统中该患者姓名后显示“\*”标注,以起到风险预警作用,提示后续参与治疗工作的医护人员加强对异常患者的关注和管理,防止发生意外事件。调查过程中由研究小组成员使用 MOAS、HAMD、HAMA 对精神行为异常患者的行为表现、心理精神状态进行评估再次确认筛查结果。患者基本信息(姓名、年龄、分诊级别等)通过急诊临床信息系统获取,结合患者病史、辅助检查结果等确定关联疾病。

**1.2.3 统计学方法** 数据由双人核对并录入 Excel 2016、SPSS26.0 软件进行统计分析。行描述性分析, $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 一般资料** 10 522 例中筛查出 108 例(1.03%)精神行为异常患者,男 51 例(47.22%),女 57 例(52.78%);年龄 15~83(37.21 $\pm$ 16.34)岁。依据急诊预检分诊分级标准(2018 版)分级:Ⅱ级 18 例,Ⅲ级 81 例,Ⅳ级 9 例。转归:70 例(64.81%)患者给予辅助检查、药物治疗、清创包扎止血等急诊处置,就诊过程中护理人员使用温和、积极的语言沟通,避免刺激患者,并联系本院心身医学整合诊疗中心或麻醉创新睡眠诊疗中心进行会诊,待精神状态稳定好转后离院。18 例(16.67%)转入急诊留观室,5 例(4.63%)转入急诊科综合病房,15 例(13.89%)转入其他科室。

### 2.2 急诊科就诊患者精神行为异常评估结果

**2.2.1 108 例患者精神行为异常表现** 经评估,108 例精神行为异常患者中,28 例(25.93%)存在精神类疾病史、精神类药物用药史等既往情况,21 例(19.44%)近期经历重大应激性生活事件,46 例(42.59%)近期与他人发生激烈矛盾且矛盾未得到有效解决。在精神行为异常表现方面,42 例(38.89%)仅表现为异常心理精神状态;66 例(61.11%)表现出多种异常精神行为,其中合并暴力攻击行为、异常心理精神状态的患者为 36 例,合并自杀/自伤行为、异常心理精神状态的患者为 22 例,合并表现为暴力攻击行为、自杀/自伤行为、异常心理精神状态的患者为 8 例。108 例 MOAS 得分为 2.00(1.00,12.00)分,51 例为高暴力攻击行为,57 例为低暴力攻击行为。HAMD 得分 7.00(6.00,8.00)分,抑郁阳性检出率(得分 $\geq 17$  分)为 17.59%(19/108)。HAMA 得分 6.00(7.00,9.00)分,焦虑阳性检出率(得分 $\geq 14$  分)为 19.44%(21/108)。108 例异常精神行为共出现 488 频次,其中异常心理精神状态出现 356 频次(72.95%),暴力攻击行为出现 96 频次(19.67%),自

杀/自伤行为出现 36 频次(7.38%)。出现频次居于前 10 位的精神行为异常表现见表 1,不同特征患者暴力攻击、自杀/自伤行为发生率比较见表 2。

表 1 精神行为异常患者出现频次居于前 10 位的表现

| 精神行为异常表现                           | 频次 |
|------------------------------------|----|
| 易激惹,在轻微刺激下即表现为易怒、激动、敏感             | 61 |
| 思维出现明显混乱或迷茫,分不出时间、地点、人物等           | 56 |
| 正常就诊过程中自言自语或沉默不语                   | 39 |
| 正常就诊过程中语调提高,语气明显不耐烦                | 34 |
| 拒绝医护人员提供的治疗或护理措施                   | 34 |
| 正常就诊过程中额面部或掌心部出汗                   | 33 |
| 在急诊科大声吵嚷喊叫,无视他人劝阻                  | 26 |
| 服毒(药)、溺水、自缢等自杀未遂行为                 | 26 |
| 静坐不能,不可控制地来回走动,无法坐定                | 24 |
| 过度通气(表现为呼吸加深加快、眩晕、四肢末端及颜面麻木、手足抽搐等) | 19 |

表 2 不同特征患者暴力攻击、自杀/自伤行为发生率比较

| 项目             | 例数 | 例(%)      |           |
|----------------|----|-----------|-----------|
|                |    | 暴力攻击行为    | 自杀/自伤行为   |
| 性别             |    |           |           |
| 男              | 51 | 27(52.94) | 6(11.76)  |
| 女              | 57 | 17(29.82) | 24(42.11) |
| $\chi^2$       |    | 5.958*    | 12.351**  |
| 年龄(岁)          |    |           |           |
| 15~            | 10 | 3(30.00)  | 5(50.00)  |
| 18~            | 63 | 26(41.27) | 18(28.57) |
| 45~            | 22 | 10(45.45) | 1(4.55)   |
| 60~83          | 13 | 5(38.46)  | 6(46.15)  |
| $\chi^2$       |    | 0.717     | 11.472*   |
| 急诊分级           |    |           |           |
| Ⅱ级             | 18 | 5(27.78)  | 13(72.22) |
| Ⅲ级             | 81 | 34(41.98) | 17(20.99) |
| Ⅳ级             | 9  | 5(55.56)  | 0(0)      |
| $\chi^2$       |    | 2.122     | 23.046**  |
| 经历重大应激事件       |    |           |           |
| 是              | 21 | 7(33.33)  | 9(42.86)  |
| 否              | 87 | 37(42.53) | 21(24.14) |
| $\chi^2$       |    | 0.592     | 2.955     |
| 近 1 个月与周围人产生矛盾 |    |           |           |
| 是              | 46 | 14(30.43) | 23(50.00) |
| 否              | 62 | 30(48.39) | 7(11.29)  |
| $\chi^2$       |    | 3.525     | 19.724**  |

注:\*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.001$ 。

2.2.2 精神行为异常患者关联疾病追踪 经采集病史,结合辅助检查结果,咨询心理精神科医生,确认 108 例精神行为异常关联疾病,见表 3。

2.2.3 108 例精神行为异常患者就诊时间 108 例精神行为异常患者急诊科就诊时间集中于 10:01~16:00 和 20:01~2:00,共计 85 例(78.70%),以 22:01~24:00 最多,为 19 例(17.59%)。按照本研

究进行调查的急诊科班次统计,白班(08:01~17:00)共接诊 47 例,小夜班(17:01~23:30)共接诊 39 例,大夜班(23:31~08:00)共接诊 22 例。患者就诊时间分布见表 4。

表 3 精神行为异常患者关联疾病追踪( $n=108$ )

| 关联疾病/症状   | 例数(%)     |
|-----------|-----------|
| 非器质性疾病/症状 | 92(85.19) |
| 急性创伤      | 20(18.52) |
| 急性酒精中毒    | 16(14.81) |
| 过度通气综合征   | 14(12.96) |
| 其他物质中毒    | 11(10.19) |
| 抑郁状态      | 11(10.19) |
| 焦虑状态      | 10(9.26)  |
| 癔症        | 5(4.63)   |
| 睡眠障碍      | 4(3.70)   |
| 躁狂状态      | 1(0.93)   |
| 器质性疾病/症状  | 16(14.81) |
| 急性脑血管病    | 7(6.48)   |
| 低血糖症      | 3(2.78)   |
| 病毒性脑炎     | 2(1.85)   |
| 消化系统疾病    | 2(1.85)   |
| 锥体外系反应    | 1(0.93)   |
| 前庭功能障碍    | 1(0.93)   |

表 4 精神行为异常患者急诊科就诊时间分布情况( $n=108$ )

| 就诊时间段       | 就诊患者[例(%)] |
|-------------|------------|
| 0:01~2:00   | 13(12.04)  |
| 2:01~4:00   | 5(4.63)    |
| 4:01~6:00   | 2(1.85)    |
| 6:01~8:00   | 0(0.00)    |
| 8:01~10:00  | 5(4.63)    |
| 10:01~12:00 | 11(10.19)  |
| 12:01~14:00 | 12(11.11)  |
| 14:01~16:00 | 13(12.04)  |
| 16:01~18:00 | 8(7.41)    |
| 18:01~20:00 | 3(2.78)    |
| 20:01~22:00 | 17(15.74)  |
| 22:01~24:00 | 19(17.59)  |

### 3 讨论

3.1 综合医院急诊科精神行为异常患者特征分析 本研究结果显示,综合医院急诊科就诊患者精神行为异常发生率为 1.03%,以女性居多(占 52.78%)。18~44 岁年龄段就诊患者居多(占 58.33%),考虑此部分人群与其他年龄段人群相比面临着更多的学业、工作、家庭压力和困扰,在各因素影响之下更易出现负性情绪、冲动行为等。不同年龄分组患者评估结果经多重检验,显示年龄 60~83 岁的患者比 45~59 岁年龄段的患者更易出现自杀/自伤行为( $\chi^2=11.472$ ,  $P < 0.05$ )。本次调查发现,在 44 例发生暴力攻击行为的患者中,急性酒精中毒和醉酒状态下就诊的患者

共计 20 例,这是导致患者发生攻击行为的原因,与国外一项急诊科暴力攻击事件的回顾性研究结果相一致<sup>[10]</sup>。经比较,男性患者更易出现暴力攻击性行为( $P < 0.05$ )。急诊科是暴力攻击事件高发科室,医护人员对于工作场所中发生的暴力攻击行为较为敏感,但急诊科就诊患者数量多、救治任务繁重,医护人员在忙于工作的过程中对于攻击事件的防范意识便会下降,因此应在第一时间接触到患者的预检分诊工作中展开筛查,后续护理工作过程中加以防范措施。本调查结果显示,共有 30 例(27.78%)患者出现自杀/自伤行为,其中 9 例患者受到应激事件影响,15 例患者具有精神疾病史,患者自杀方式多数为服毒、服用过量药物。经比较,女性、近 1 个月与周围人群产生矛盾的患者更易表现为自杀/自伤行为(均  $P < 0.05$ ),女性自杀未遂者也明显多于男性,究其原因可能为女性人群心理承受能力较弱,在应激事件和负性情绪影响之下更易产生冲动和绝望感,继而选择自杀行为。发生自杀/自伤行为的患者在紧急情况下会首选急诊科就诊,急诊预检分诊专家共识中指出:过量接触或摄入药物、毒物等物质,以及出现严重的精神行为异常,直接威胁生命安全的患者分诊级别应为 II 级<sup>[2]</sup>。本研究中 II 级急诊患者自杀/自伤行为发生率显著高于 III 级患者( $P < 0.05$ )。对此,综合医院急诊科医护人员对就诊的自杀未遂患者,除了向其提供必要的紧急救治措施外,还应当进行精神行为评估,及时提供精神卫生服务,预防患者再自杀行为的发生。在临床实践中仍需通过专业培训,定期开展精神/心理卫生领域专题讲座或业务学习,向急诊科护理人员提供必要的精神学或心理学知识和技能,加强对于就诊患者心理精神健康问题的重视,进一步提高护理人员关于精神行为异常的认知水平,以及对于伴有精神行为异常表现患者的评估识别、紧急处理能力。

**3.2 综合医院急诊科就诊患者精神行为异常表现形式多样** 精神行为异常并非特异性诊断,而是在生理、心理、社会等因素相互作用下产生的一组复杂多样的临床表现。本研究 108 例患者中共计 66 例(61.11%)合并表现多种异常精神行为,进一步表明患者异常精神行为并非单独表现为某一方面,而是多个方面复合交叉呈现。精神行为异常是部分神经系统疾病发病早期常见的临床表现之一<sup>[11-12]</sup>,本研究中 10 例神经系统疾病患者的精神行为异常表现多为暴力攻击行为和异常心理精神状态,调查中收集 1 例自体免疫性脑炎患者,为青年女性,因在家中突发精神异常,伴阵发性烦躁不安、大声喊叫等表现前来急诊就诊,就诊时再次出现以上精神行为异常表现,经专科会诊并结合辅助检查,最终诊断为自体免疫性脑炎。低血糖症是常见临床急症,当患者血糖水平下降至 2.8 mmol/L 以下,大脑皮层中枢、延髓受到抑制

后易出现脑功能障碍<sup>[13]</sup>。本研究共评估 3 例伴有精神行为异常的低血糖症患者,表现为“自言自语”“思维出现明显混乱或迷茫,分不清时间、地点、人物”等,与相关研究结果<sup>[14]</sup>相一致。急诊科精神疾病患者的异常行为表现则更为复杂,本研究中 22 例精神疾病患者在暴力攻击行为、自杀/自伤行为、异常心理精神状态方面均有相应表现。调查中发现消化系统疾病、急性创伤等患者也会表现出不同程度的暴力攻击行为和异常心理精神状态,考虑与急性应激反应、疾病所致的疼痛刺激等有关。

综上,不同疾病常见的精神行为异常表现有所区别,而各类疾病所导致的异常精神行为表现又不同于疾病的典型临床症状,部分患者的躯体疾病症状也常被精神行为异常问题所掩盖,在急诊就诊过程中易出现评估偏差或导致误诊,提示急诊科护理人员在遇到存有多种临床症状或与精神行为异常表现并存的患者时,需特别注意和鉴别。同时,对于合并其他疾病的精神行为异常患者,除了给予相应的紧急救治、基础护理措施外,还应实施针对不同程度精神行为异常表现的护理方案,重点关注严重威胁患者生命安全的暴力攻击行为和自杀/自伤行为,设置不同颜色的风险等级标识加以防范,并在护理过程中动态评估监测患者状况,灵活调整风险等级。

**3.3 综合医院急诊科就诊患者精神行为异常的发生原因分析** 本次调查结果显示,器质性疾病中神经系统类疾病(占 62.50%)导致患者发生精神行为异常的比例最高,非器质性疾病中急性中毒所占比例最高(占 29.35%)。本研究 30 例(27.78%)自杀/自伤行为患者中,由家庭矛盾导致的自杀/自伤行为较多,共计 14 例,主要包括配偶关系不睦、亲子关系不和等,这与国内其他研究结果<sup>[15]</sup>相一致。调查过程中发现,自杀/自伤行为患者的抢救工作会对其生理、心理等再次产生冲击,部分患者经过紧急处置后(洗胃、止血包扎等),仍会出现焦虑、烦躁等情绪,严重者出现激越行为,再度威胁到自身安全,建议急诊科医护人员在保障患者生命安全的基础上应常态监测其心理状态和行为表现,可请心理精神科会诊或积极转诊,给予心理危机干预或药物治疗。

急诊科的业务范畴包括心理精神救助<sup>[16]</sup>,调查中共有 22 例(20.37%)心理精神疾病患者因受到应激事件或负性情绪刺激前来急诊就诊,其中诱发或加剧心理精神疾病症状的患者有 7 例,以自杀未遂行为就诊的抑郁/焦虑患者共 15 例,这也已进一步表明急诊科已成为心理精神疾病患者获取紧急处置和治疗的重点科室<sup>[17]</sup>。应激性生活事件是导致个体产生负性情绪的重要因素,严重时还可导致危险行为的发生,本研究中共有 21 例(19.44%)经历重大应激性生活事件,包括亲人离世、父母离异、家庭暴力、校园暴力等,14 例受应激事件及负性情绪影响导致过度通

气综合征,5例患者癔症发作。建议对于经历急性应激事件的就诊患者,即使在就诊初期未有精神行为异常表现,后期诊疗过程中医护人员也应注意协助患者减轻应激事件带来的心理压力,以良好的心态应对各类事件。

**3.4 综合急诊科精神行为异常患者就诊时间以夜班为主** 精神行为异常患者的急诊就诊时间段集中于10:01~16:00和20:01~2:00,夜班接诊人数(61例,56.48%)多于白班(47例,43.52%)。分析因为个体在夜晚独处时间增加,情绪波动起伏较大,易产生消极悲观感受;同时夜晚光照环境的亮度、光照模式等发生改变,易导致个体产生焦虑和抑郁情绪<sup>[18]</sup>。而夜间急诊科值班医护人员较少,这增加了医护人员的接诊压力,以及尽早处置这类患者的困难,给急诊医护患均带来不安全隐患。对此,医护管理人员应增加夜班人力资源,同时安排临床经验丰富、沟通协调能力强的分诊护士与接诊医生值班,以高效接诊、正确处置,避免意外事件发生。

**4 小结**

本研究显示,综合医院急诊科就诊患者精神行为异常发生率为1.03%,以女性居多(为男性的1.12倍),发生率最高的年龄段是18~44岁。急诊科精神行为异常患者合并具有多种临床表现,部分患者的精神行为异常与躯体疾病症状共存,就诊时间以夜班为主,这对急诊科分诊工作提出了新的挑战。急诊科护理人员在接诊、护理过程中应全面考虑患者的躯体疾病表现和心理精神健康问题,重视对精神行为异常患者的早期筛查,尤其要重点识别威胁患者自身或他人生命安全的自杀/自伤行为和暴力攻击行为。本研究只在1所三级甲等综合医院急诊科开展为期6个月的单中心研究,研究结果有一定局限性,今后仍需扩大调查范围,以期制订科学合理的应对方案。

(本文承蒙王唯平副主任医师、赵瑞莲副主任护师的指导与帮助,特此致谢!)

**参考文献:**

[1] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2022-11-15]. [http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content\\_5124174.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm).

[2] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志,2018,27(6):599-604.

[3] 吴晓娜,麦麦提·如孜,赵国富,等. 某综合医院急诊科精神障碍收治情况的现状调查[J]. 国际精神病学杂志,2019,46(2):293-296.

[4] 牛玉婷,肖光青,路潜,等. 急诊科护士工作场所暴力状况及其相关认知与需求的调查[J]. 中华现代护理杂志,2017,23(8):1117-1121.

[5] 胡佳文,吴先正,张海霞,等. 上海市某三甲医院急诊就诊的自杀患者流行病学特征分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2019,14(11):1086-1088.

[6] 宋亚男,牟灵英,代会贞,等. 急诊分诊精神行为异常评估指标的构建[J]. 护理学杂志,2022,37(9):45-49.

[7] Huang H C, Wang Y T, Chen K C, et al. The reliability and validity of the Chinese version of the Modified Overt Aggression Scale[J]. Int J Psychiatry Clin Pract,2009,13(4):303-306.

[8] Zheng Y P, Zhao J P, Phillips M, et al. Validity and reliability of the Chinese Hamilton Depression Rating Scale [J]. Br J Psychiatr,1988,152(5):660-664.

[9] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:253-256.

[10] Kleissl-Muir S, Raymond A, Rahman M A. Analysis of patient related violence in a regional emergency department in Victoria, Australia[J]. Australas Emerg Care,2019,22(2):126-131.

[11] Viacoz A, Desestret V, Ducray F, et al. Clinical specificities of adult male patients with NMDA receptor antibodies encephalitis[J]. Neurology,2014,82(7):556-563.

[12] 秦丽,陈宇,孙智千,等. 以精神行为异常为首表现的急性脑梗死四例诊治分析[J]. 实用心脑血管病杂志,2022,30(5):99-101.

[13] 周琳. 老年人低血糖脑病的特殊表现与误诊分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2014,17(14):139-140.

[14] 石瑞芳. 以神经精神及行为异常症状为主要表现的老年糖尿病低血糖症16例诊治体会[J]. 临床医学,2021,41(8):85-86.

[15] 胡德英,柳丽茗,邓先锋,等. 568例急诊科自杀未遂患者特征分析与管理对策[J]. 护理学杂志,2018,33(18):15-17.

[16] 中华医学会急诊医学分会,中国医师协会急诊医师分会,中国县级医院急诊联盟,等. 中国县级医院急诊科建设规范专家共识[J]. 中华危重病急救医学,2019,31(5):528-535.

[17] Oliver M, Adonopulos A A, Haber P S, et al. Impact of acutely behavioural disturbed patients in the emergency department: a prospective observational study[J]. Emerg Med Australas,2019,31(3):387-392.

[18] 李芸,汝涛涛,李丝雨,等. 环境光照对情绪的影响及其作用机制[J]. 心理科学进展,2022,30(2):389-405.

(本文编辑 王菊香)