

· 经验交流 ·

从“生物医学转运”到“整合性枢纽”：基于 5 例病例的青少年心理危机急诊干预模式反思与体系重构

杨玲 崔微 吴波英

宁波大学附属人民医院, 宁波 315040

通信作者: 杨玲, Email: tangkatang@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.cn114656-20260324-00253

抑郁症是青少年最常见的心境障碍之一, 自杀是其最严重的后果, 给个人、家庭和社会带来巨大负担^[1]。近年来, 因自杀意念或行为至综合医院急诊科就诊的青少年数量在全世界范围内呈明显上升趋势, 已成为一个严峻的公共卫生问题^[2-3]。与大多数躯体急症不同, 青少年心理危机本质是慢性心理问题的急性加重, 其有效管理依赖于从急性干预、稳定到长期康复的连续性照护体系^[4]。

然而现实中精神卫生服务链条存在明显的断裂。大量研究表明, 急诊科与精神专科或社区心理健康服务机构之间的转诊间隙, 是目前照护体系中最薄弱的环节, 引起治疗延误、复发风险增加, 医疗资源被重复使用^[5-6]。已有研究多集中于青少年抑郁症的流行病学、专科治疗模式或护理沟通技巧^[7-8], 而对于作为“危机第一站”的急诊科, 在连续性照护链条中所处的结构性角色、固有工作方式及制度上的不足, 缺乏系统的实证分析。急诊干预常被认为是中立的转运或分诊过程, 但其固有的快速评估与处置模式同心理危机所需要的深入评估与持续关怀之间是否存在冲突? 这种冲突如何具体塑造并恶化了患者的全链条就医体验与结局? 这些问题仍需深入探讨。

在本研究中, 自杀未遂是指在自杀意念的基础上出现故意的、自我造成的身体组织破坏, 由于主客观原因未导致个体死亡。非自杀性自伤指在没有自杀意图的情况下, 个体以不被社会认可的方式故意、反复地伤害自身身体组织的行为(如割伤、烫伤皮肤、用头撞墙等)。

因此, 本文旨在通过具体的深度案例分析, 突破对单一处置技术的讨论, 揭示综合医院急诊科应对青少年心理危机的固有模式——生物医学转运模式, 并寻找其内在的结构性缺陷, 为打破全链条延误、将急诊科重塑为连续照护的整合性枢纽提供实证依据和改革思路。

1 资料与方法

1.1 研究对象

采用目的性抽样法, 抽样标准:(1)覆盖自杀未遂、

非自杀性自伤主要危机行为类型;(2)包含反复就诊与单次就诊病例;(3)涵盖家庭冲突、学业压力、人际关系等不同诱因。选取 2024 年 1 月至 2025 年 12 月于宁波大学附属人民医院急诊科就诊的青少年患者。纳入标准:(1)年龄 12~18 周岁;(2)符合《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(DSM-5)抑郁发作诊断标准, 且存在明确的自杀意念或自杀/自伤行为;(3)急诊病历记录完整。

1.2 研究方法

本研究采用定性导向的回顾性病例系列分析。研究方案已通过宁波大学附属人民医院医学伦理委员会审查批准(批号: 宁大附人伦审 2026 研第 027 号), 所有患者信息均经过去标识化处理。

1.3 资料收集与分析

通过医院电子病历系统收集患者的完整急诊记录, 包括人口学与就诊特征、急诊评估与处理、处置决策与沟通、转归信息等。此外, 对接诊患者的急诊科医师进行半结构化访谈, 内容包括接诊青少年自杀危机时的常规流程、心理评估工具的使用情况、与家属沟通的内容与方式、以及影响上述环节的制度性因素。访谈资料经知情同意后录音、转录, 与病历主题分析进行三角验证。病历与访谈资料由两名研究者独立阅读, 编码、归类。分析过程通过软件 NVivo 12 辅助管理分析。

2 结果

2.1 病例一般情况

共收集 5 例患者, 男 2 例, 女 3 例, 年龄 13~14 岁, 年龄(13.2 ± 0.4)岁。样本量虽小, 但对病历的深度主题分析达到信息饱和, 足以揭示急诊干预模式的系统性矛盾, 符合质性研究方法学要求。所有患者均因自杀企图或非自杀性自伤行为至急诊就诊, 经急诊评估并处置(生命支持、毒物清除等)后被收住入院。病例 2 在观察期内因反复自杀未遂三次急诊就诊住院(2025 年 3 月、9 月、11 月), 为分析提供了纵向视角(表 1)。

表 1 5 例青少年抑郁症伴自杀风险患者的一般情况与急诊特征

病例编号	性别	年龄(岁)	主诉与核心症状	主要危机行为	最终去向科室
1	男	13	服用过量安眠药后头晕、腹痛；情绪崩溃	自杀未遂	儿科
2	女	13	服用过量劳拉西泮，腕部多处新旧割伤痕，反复自伤史	自杀未遂	儿科
3	男	14	情绪崩溃后过量服药，曾流露跳楼想法	自杀未遂	儿科
4	女	13	服用过量劳拉西泮后头晕、非自杀性呕吐；近期人际关系紧张	自伤	儿科
5	女	13	服用过量碳酸锂，伴反复割腕史；情绪低落、崩溃	自杀未遂	儿科

注：自杀未遂与非自杀性自伤的区别以病历记录中患者或家属对行为意图的描述为依据

5 例病例中，危机行为类型分布：自杀未遂 4 例、非自杀性自伤 1 例；其中反复急诊就诊者 1 例，单次就诊者 4 例；诱因方面，家庭冲突相关者 2 例，学业压力相关者 1 例，人际关系紧张者 2 例。上述分布已初步覆盖本研究关注的主要维度。既往诊疗史方面，除病例 1 是首次就诊之外，其余 4 例既往均在综合医院心理科或精神专科医院就诊，但均未规律复诊。需要说明的是，上述描述受限于急诊病历记录的内容，部分心理社会信息（如家庭互动模式、学业功能细节等）在原始病历中记载不完整。

2.2 主题分析：急诊生物医学转运模式的四大局限

对 5 份急诊病历的深入分析显示，其干预过程高度相似，呈现出以快速生物医学处置和向住院科室安全移交为核心的生物医学转运模式。该模式的系统性局限归纳如下。

2.2.1 目标局限：聚焦安全移交，处置流程以转入病房为终点。急诊处置的最终目标是安全转运而非治疗序贯起点。分析显示，在处理意见栏中，5 例患者均以收治入院或建议住院治疗为终点。医务人员的主要任务是排除即刻生命危险和完成住院科室交接。如病例 1 在完成毒物清除和生命体征稳定后，医护处理重心迅速转移至联系儿科床位；病例 2 的三次就诊记录中，急诊环节均成功将其转入病房，但未记载对其复发根源的探究或连续性照护计划的启动。心理危机被当作一个需移出急诊室的问题，而非应立即开始干预的疾病。

2.2.2 评估局限：以生物医学为主的筛查性检测。为实现安全转运，急诊评估呈现重生理、轻心理的倾向。病例 1、3、4 在急诊室进行血常规、肝肾功能等血液检测；病例 5 因恶心不适进行了心电图检查。与之相比，5 例患者的心理社会评估呈现非结构化、碎片化特点，无一例病历记录使用了标准化心理评估工具。患者哥伦比亚自杀严重程度评定量表（Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS）是目前国内外公认适用于青少年群体的标准化评估工具，

在急诊科具有良好的操作性与临床决策辅助价值。然而，5 例病例均无任何心理评估工具的使用记录。访谈中急诊医生反馈“不知道有合适的量表”、“没时间做”。病例 2（反复自伤，休学 2 年）、病例 3（在学校情绪失控后服药过量）、病例 4（人际关系紧张、多次自伤）均缺乏对心理社会背景的详细分析。

2.2.3 衔接断裂：“处置-移交”逻辑下的信息单向传递。“处置-移交”逻辑造成了衔接断裂与信息单向传递。病例 1 的住院病历提及“与父争吵后服药”，但急诊记录在交接时未包含此信息及任何家庭关系评估。病例 2 的三次急诊、住院病历显示，每次记录几乎从零开始。第二次就诊时急诊医生未参考既往危机经历和住院情况调整评估，第三次住院时病房医生也未系统回顾前两次治疗反应及家庭干预困难。急诊医生表示“没有专门的交接模板，心理方面的信息不知道以什么形式传递”。患者的既往史被系统性遗忘，干预彼此孤立，照护无法累积、深入。

2.2.4 沟通局限：专注于风险告知，缺乏危机应对指导与家庭支持教育。医患沟通记录主要集中在医疗风险告知和流程确认（如告知洗胃风险，家属知情同意并签字）。5 份急诊病历均未记录关于青少年抑郁、自杀风险的家庭观察或后续治疗重要性的内容。急诊医生表示“心理教育应归属精神科，不属于急诊科的工作范畴”。这在一定程度上解释了病历中为何缺乏相关记录，同时也提示了该环节的缺失并非个别医生的个人疏忽，而是科室分工与医院流程设计层面的问题。病例 2 在观察期内反复自杀未遂就诊住院（危机→急诊→住院→出院→再危机）。历次出院记录均明确写明“定期心理门诊随访”与“坚持服药”，但患者仍多次复发。这提示了在危机接触最早的急诊环节缺乏与家属建立初步信任、进行危机应对指导与家庭支持教育，可能与后续治疗建议的落实不佳存在关联，具体影响程度有待进一步研究。

3 讨论

3.1 急诊生物医学转运模式的制度性局限

现行急诊干预模式可能加剧青少年心理危机的全链条延误。需要明确的是，本文所讨论的模式局限，并不指向稳定生命体征、毒物清除、处理躯体创伤等急性期处置本身，而在于急性问题处置完成后，急诊科心理评估、信息衔接与家属沟通三个环节均缺乏明确的流程规范。在评估环节，5 例患者均未使用标准化心理评估工具，访谈中医生亦反映缺乏适用于急诊的相关培训和工具。这种制度性缺失可能使本可在急诊科被识别的心理社会风险因素未能得到及时关注，进而延续了社区及初级保健层面的识别不

足^[9]。在衔接环节,急诊记录中未见心理社会信息向后续治疗传递的有效证据,缺少专门的交接通道和记录模板。既往研究也表明急诊与精神卫生服务之间的信息传递本就缺乏制度性保障^[10]。在沟通环节,5 例记录中均无针对家属的心理健康指导记录。类似沟通缺失与随访脱落之间的关联,已有文献报告^[11]。上述三个环节的断裂,集中反映了急诊生物医学转运模式“快速处置”的特点与青少年心理危机所需的“持续关怀”之间的冲突^[4]。这种以“处置-移交”的线性逻辑,将复杂的心理危机简化为一个可快速处理的生物医学事件,忽视了其作为慢性疾病急性发作的本质,导致急诊干预与后续康复需求在制度层面脱节。上述分析揭示的是相关性模式,而本研究的回顾性设计尚无无法确证因果关系。此外,家庭支持水平、社区精神卫生资源可及性及随访执行情况等因素,亦可能影响患者的后续治疗依从性与复发风险,本研究未予控制。

3.2 体系重构:从生物医学转运模式到整合性枢纽

将急诊科重塑为整合性评估与危机干预启动枢纽,核心是建立制度化的连续责任框架,超越单纯的流程修补^[12]。具体可借鉴成熟的危急重症管理模式,构建青少年心理危机绿色通道。核心要素包括:(1)多学科团队响应(急诊科医生、精神科医生与医务社工在接诊后规定时间内协同处置);(2)结构化整合评估与计划(在时限内完成包含标准化心理工具的生物-心理-社会综合评估,并形成指导性的个体化危机干预启动方案)。在评估工具层面,可引入经过急诊环境验证的 C-SSRS,快速完成风险分级、预测青少年后续自杀行为风险,适用于急诊快节奏场景^[13]。在干预层面,安全计划是目前证据最充分的急诊简短干预技术,在多个研究和临床场景中被证实能够有效降低自杀行为风险^[14-15]。急诊科完成风险分级后,可与家属共同制定包含预警信号、内部应对策略及紧急联系方式的安全计划,使危机干预在急诊阶段就有限度地启动;(3)闭环式移交与主动追踪(由专职协调员负责向后续服务的主动对接与限期回访)^[16]。通过固化团队、时限与责任,将管理连续性硬性嵌入急诊流程^[4]。其成功运行的关键挑战,并非当前常规意义上的信息系统互通(多数医院电子病历系统技术上已可实现信息共享),而在于如何将分散在各专科记录中的非结构化心理社会信息,转化为在急诊科可快速调阅、理解并直接指导危机干预的整合性评估概要。这涉及急诊科与精神科、社工科之间评估框架与记录标准的统一,以及基于临床需求的信息呈现流程再造。此外,多学科团队的常态化工时协调与绩效激励、社区精神卫生资源的可及性与有效承接,均是落地中需医院管理层统筹解决的实际问题。因此,这一转型本质上是推动急诊科从信息持有

者转变为跨部门信息整合者与临床启动者的服务模式与角色再造。国外实践已证实,以标准化流程和多学科协作为核心的危机服务能显著改善衔接、降低再就诊率^[17],其中对医护人员进行专项沟通培训是关键^[18]。

3.3 局限与展望

本研究为单中心回顾性分析,样本量有限,结论需大样本前瞻性研究验证。部分心理社会信息及家庭、社区等混杂因素未能纳入分析,可能影响结果的解释。未来研究应关注整合性枢纽模式的具体实施效果,并纳入上述变量加以控制。实现这一转型需政策支持、资源配置、跨部门协作及医护人员专项培训的共同推进。

4 结论

本研究发现,目前对青少年抑郁症自杀危机的急诊干预,在制度上呈现为生物医学转运模式。该模式虽可快速完成躯体安全移交,但在目标设定、评估、衔接与沟通上存在的结构性局限,使其成为连续性照护链条中的关键断裂点,并在客观上固化了从识别、转诊到长期治疗的全链条就医延误。“快速处置”与“持续关怀”之间的冲突,是此困境所在。

因此,优化不能仅是对现有流程的技术性修补,而应推动以急诊科为中心的服务体系重构,将急诊从被动的生物医学转运模式转变为主动的整合性评估与危机干预启动枢纽。这需通过建立制度化的连续责任体系,将多学科团队、结构化评估、闭环式管理固定为标准流程,确保每一次危机干预的终点,都是通向长期康复之路的可靠起点。这不仅是一次急诊服务模式的变革,更是对构建覆盖全生命周期的心理健康服务体系的切实回应。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement[J]. JAMA, 2022, 328(15): 1534-1542. DOI:10.1001/jama.2022.16946.
- [2] Bommersbach TJ, McKean AJ, Olfson M, et al. National trends in mental health-related emergency department visits among youth, 2011-2020[J]. JAMA, 2023, 329(17): 1469-1477. DOI:10.1001/jama.2023.4809.
- [3] 邱允,张杰,马亚荣,等.精神科急诊青少年患者自伤自杀行为的危险因素分析[J].临床精神医学杂志,2022,32(5): 353-356. DOI:10.3969/j.issn.1005-3220.2022.05.005.
- [4] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a

- multidisciplinary review[J]. BMJ, 2003, 327(7425): 1219-1221. DOI:10.1136/bmj.327.7425.1219.
- [5] Cullen SW, Marcus SC, Xie M, et al. Hospital and community correlates of recommended emergency department mental health care for patients presenting with self-harm[J]. Psychiatr Serv, 2021, 72(11): 1332-1336. DOI:10.1176/appi.ps.202000779.
- [6] Gibbons P, Lee A, Parkes J, et al. Value for money: a comparison of cost and quality in two models of adult mental health service provision[R]. Dublin: Health Service Executive (HSE), 2012.
- [7] Cronholm PF, Barg FK, Pailler ME, et al. Adolescent depression: views of health care providers in a pediatric emergency department[J]. Pediatr Emerg Care, 2010, 26(2): 111-117. DOI:10.1097/PEC.0b013e3181ce2f85.
- [8] 耿雪, 邓先锋, 向莉, 等. 渐进式暴露结合引导式干预对急诊科自杀未遂青少年的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(21): 92-95. DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2023.21.092.
- [9] 赵杰, 凌秋, 张璇. 儿童青少年抑郁障碍诊疗研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2024, 24(10): 685-690. DOI:10.3969/j.issn.1009-6574.2024.10.001.
- [10] McIntyre H, Reeves V, Loughhead M, et al. Communication pathways from the emergency department to community mental health services: a systematic review[J]. Int J Ment Health Nurs, 2022, 31(6): 1282-1299. DOI:10.1111/inm.13024.
- [11] 张晓琴, 孟玉倩. ICU 自杀青少年流行病学分析及出院随访研究[J]. 健康研究, 2023, 43(6): 692-695, 704. DOI:10.19890/j.cnki.issn1674-6449.2023.06.018.
- [12] Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention[J]. Paediatr Drugs, 2003, 5(4): 243-265. DOI:10.2165/00128072-200305040-00004.
- [13] Syndergaard S, Borger J, Klenzak S, et al. Implementation of Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS) as a universal suicide risk screening tool in a high volume emergency department[J]. Arch Suicide Res, 2023, 27(2): 769-779. DOI:10.1080/13811118.2022.2066495.
- [14] Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department[J]. JAMA Psychiatry, 2018, 75(9): 894-900. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.
- [15] Stanley B, Brown GK, Currier GW, et al. Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement[J]. Am J Public Health, 2015, 105(8): 1570-1572. DOI:10.2105/AJPH.2015.302656.
- [16] Stocker B, Jain S, Patel L, et al. Impact of a mental health screening process in a pediatric emergency department[J]. Pediatr Emerg Care, 2024, 40(7): 562-565. DOI:10.1097/PEC.0000000000003200.
- [17] Otis M, Barber S, Amet M, et al. Models of integrated care for young people experiencing medical emergencies related to mental illness: a realist systematic review[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2023, 32(12): 2439-2452. DOI:10.1007/s00787-022-02085-5.
- [18] 刘秋平, 胡德英, 刘义兰, 等. 急诊护士与自杀未遂患者沟通能力的培训和效果[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(1): 113-118. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2020.01.019.

(收稿日期: 2026-03-24)

(本文编辑: 姜宇婷)

Rh 阳性血浆阶梯式置换在 O 型 Rh 阴性 TTP 急救中的应用: 1 例病例报告

金克锋 杨秀芹 王少泽 梁婷 王国 李默 高喜银 马雪 马芳

宁夏回族自治区石嘴山市第一人民医院肾脏血液科, 石嘴山 753600

通信作者: 金克锋, Email: k99szjckf@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.cn114656-20251215-00901

血栓性血小板减少性紫癜 (thrombotic thrombocytopenic purpura, TTP) 是一种危及生命的热性微血管病, 治疗性血浆置换 (plasma exchange, PE) 是其基石性救治手段, 治疗延迟与病死率显著升高密切相关^[1]。当患者为稀有血型时, 血浆供给可能成为制约救治的关键瓶颈。O 型 Rh 阴性血型在汉族人群中频率极低 (约占 0.2%~0.5%)^[2-3], 其新鲜冰冻血浆 (fresh frozen plasma, FFP) 在基层血站常无法常规储备。当此类患者突发 TTP 时, 面临血浆需求量大与血源绝对短缺的尖锐矛盾^[4]。尽管国内外共识允许在紧

急情况下为 Rh 阴性患者输注 Rh 阳性血液成分^[5-6], 但对于需要多次、大容量血浆置换的 TTP 患者, 如何系统、安全地应用 Rh 阳性 FFP, 目前缺乏详尽的临床实践指南与高质量的安全性数据。本文报道 1 例 O 型 Rh 阴性 TTP 患者的成功救治过程, 重点阐述所采用的 Rh 阳性血浆阶梯式置换策略, 并通过治疗全程 9 次不规则抗体筛查 (irregular antibody screening, IAT) 构成的高强度监测体系, 评估该策略的安全性, 以期同类极端困境下的临床决策提供参考依据。