

# 急性心肌梗死患者就医延迟原因质性研究的 Meta 整合

孙启,刘凯,徐琦瑶,徐佳雯

(丽水学院 医学院,浙江 丽水 323000)

**【摘要】目的** 系统整合急性心肌梗死患者就医延迟原因的质性研究,为临床制订精准化干预提供参考。**方法** 系统检索中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文摘数据库、PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、the Cochrane Library和 PsycINFO 数据库中有关急性心肌梗死患者就医延迟的质性研究,检索时间为各数据库建库至 2025 年 9 月 15 日。**结果** 共纳入文献 13 篇,提炼出 29 个研究结果,归纳出 10 个类别,形成 3 个整合结果,即 AMI 患者个体层面的认知与行为障碍、家庭与社会层面支持不足和医疗系统障碍及救治流程延迟。**结论** 急性心肌梗死患者就医延迟是患者个体、家庭社会及医疗系统多层因素交互作用的结果,医护人员应制订涵盖健康教育、心理疏导与医疗系统优化的综合性干预方案,提升患者疾病认知与应对能力,加强社会支持网络,从而缩短就医延迟时间。

**【关键词】** 急性心肌梗死;就医延迟;质性研究;Meta 整合

**DOI:** 10.3969/j.issn.2097-1826.2026.06.026

**【中图分类号】** R472.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)06-0109-04

## Qualitative Meta-synthesis of Reasons for Care-seeking Delay in Patients with Acute Myocardial Infarction

SUN Qi, LIU Kai, XU Qiyao, XU Jiawen (School of Medicine, Lishui University, Lishui 323000, Zhejiang Province, China)

Corresponding author: LIU Kai, Tel: 0578-2131183

**【Abstract】Objective** To systematically integrate qualitative studies on the reasons for medical care delay in patients with acute myocardial infarction (AMI), so as to provide references for formulating targeted clinical intervention strategies. **Methods** A systematic retrieval was conducted in CNKI, Wanfang Database, VIP Database, China Biomedical Literature Database, PubMed, Web of Science, CINAHL, Embase, the Cochrane Library and PsycINFO. The retrieval time span was from the inceptions to September 15, 2025. **Results** A total of 13 literatures were included. Twenty-nine findings were extracted, which were summarized into 10 categories and finally formed 3 integrated results, namely cognitive and behavioral barriers at the individual level of AMI patients, insufficient support at the family and social level, as well as healthcare system barriers and treatment process delay. **Conclusions** Care-seeking delay in AMI patients results from the interaction of multiple factors involving individual, family-social and healthcare system levels. Medical staff should develop comprehensive intervention programs covering health education, psychological counseling and healthcare system optimization, improve patients' disease cognition and coping capacity, and strengthen the social support network, so as to shorten the time of care-seeking delay.

**【Key words】** acute myocardial infarction; care-seeking delay; qualitative study; Meta-synthesis

[Mil Nurs, 2026, 43(06): 109-112]

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 具有高致死率和致残率,我国 2021 年城乡 AMI 死亡率分别高达 63.25/10 万和 83.26/10 万<sup>[1-2]</sup>。尽管治疗技术不断进步,但患者的就医延迟仍然是影响其救治效果的关键因素之一<sup>[3]</sup>。美国心脏病协会指南将就医延迟定义为患者出现症状到院内救治时间超过 1 h<sup>[4]</sup>,而我国 70.7% 的 AMI 患者在症状出现 2 h 后才到院就诊<sup>[5]</sup>,患者到院 90 min 内实施直接 PCI 的比例仅为 58.7%<sup>[6]</sup>。虽然,国内外针对 AMI 患者就医

延迟的质性研究较多,但这些研究成果尚缺乏系统整合与综合分析<sup>[7-8]</sup>。本研究采用质性 Meta 整合方法,深入探讨 AMI 患者就医延迟的原因,为制订更加精准有效的干预措施、缩短就医延迟时间、提高 AMI 患者的救治效果提供科学依据。该研究已在 PROSPERO 平台注册 (CRD420251156519)。

## 1 资料与方法

1.1 文献检索 以使用主题词加自由词方式进行检索。英文检索词为: acute myocardial infarct \*/ST-segment elevation myocardial infarct \*/non-ST-segment elevation myocardial infarct \*/heart attack/ cardiovascular stroke; door-to-balloon time delay/patient delay/health-

**【收稿日期】** 2025-10-28 **【修回日期】** 2026-05-10

**【作者简介】** 孙启, 硕士在读, 护士, 电话: 0578-22715523

**【通信作者】** 刘凯, 电话: 0578-2131183

care-seeking delay/delay in treatment/prehospital delay/pre-treatment delay; qualitative study/qualitative research/mixed-method research/phenomeno\*/ethnography/grounded theory/narrative research。中文检索词为:急性心肌梗死/急性心肌梗塞/AMI/ST段抬高型心肌梗死/非ST段抬高型心肌梗死/急性冠脉综合征/心梗/心血管意外;就医延迟/患者延迟/院前延迟/就医决策延迟/求医行为延迟/就诊延迟/诊治延迟/救治延迟;质性研究/定性研究/混合研究/现象学/扎根理论/叙事研究。中文数据库包括中国知网、万方、维普和中国生物医学文摘数据库;英文数据库包括 PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、the Cochrane Library 和 PsycINFO。检索时间为各数据库建库至 2025 年 9 月 15 日。

1.2 文献纳入/排除标准 纳入标准:(1)研究对象为 AMI 患者及其家属、医护人员等;(2)感兴趣的现象为 AMI 患者就医延迟的原因等;(3)情景为正在接受治疗或已回家的 AMI 患者;(4)研究设计为质性研究,包括现象学、扎根理论、或混合研究中的质性研究部分等。排除标准:(1)研究内容仅涉及患者的就医决策过程或就医体验;(2)不能获得全文;(4)非中英文文献。

1.3 文献筛选与资料提取 由 2 名研究者各自检索,使用 Zotero 7.0.24 软件去重,根据标准筛选文献,如有歧义,则共同商议或邀请第 3 方判读。资料提取包括作者及出版年份、发表国家、研究对象样本例数、研究方法、感兴趣的现象、情境因素、主题或亚主题。

1.4 文献方法学质量评价及证据评价 依据澳大利亚乔安娜布里格斯研究所(Joanna Briggs Institute, JBI)循证卫生保健中心质性研究评价标准<sup>[9]</sup>,对表中 10 项内容分别判定为“是”“否”“不清楚”或“不适用”。A 级为全部满足, B 级为部分满足, 全不满足为 C 级。剔除 C 级文献。使用 ConQual 评价工具<sup>[10]</sup>对证据进行可靠性和可信度分析,如有歧义,则 2 人共同商议或邀请第 3 研究者判读。

1.5 资料分析方法 本研究采用汇集性整合法<sup>[11]</sup>整合结果, 2 位研究人员反复研读、分析各项研究结果后归纳相似结果, 形成概括性类别, 最终综合为整体性概念解释。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索得到文献 265 篇,去重后得到文献 231 篇,阅读题目和摘要后获得 33 篇,阅读全文后最终纳入文献 13 篇<sup>[7-8,12-22]</sup>。

2.2 纳入文献基本特征及质量评价结果 纳入文献基本特征见表 1。2 项研究<sup>[18-19]</sup>质量评级为 A 级, 11 项研究<sup>[7-8,12-17,20-22]</sup>质量评价为 B 级。其中 10 项研究<sup>[7-8,12-14,16-17,20-22]</sup>未从文化背景和价值观的角度阐述研究者自身状况, 11 项研究<sup>[7-8,12-17,20-22]</sup>未说明研究者对研究的影响, 1 项研究<sup>[7]</sup>未阐明是否符合伦理规范。大多数文献未能从文化背景和价值观角度阐明研究者的立场及研究者对研究的影响, 整合结果可靠性降 1 级; 整合结果来源于多项明确结果, 证据可信度为“高”, 故 ConQual 评价等级为中等。

表 1 纳入文献的基本特征 (n=13)

纳入文献	出版年份	国家	样本量 (n)	研究方法	感兴趣的现象	情境因素	提取结果
杨艳艳等 <sup>[7]</sup>	2021	中国	12	现象学	AMI 患者就医延迟的原因	医院	4 个主题: 知识缺乏; 忽视症状; 社会因素; 心理因素
李娜等 <sup>[12]</sup>	2021	中国	23	现象学	就医决策障碍影响因素及内心体验	医院	5 个主题: 感知阶段; 犹豫阶段; 认知不足; 心理困扰; 社会支持不足
Yin 等 <sup>[13]</sup>	2020	中国	32	描述性	ST 段抬高型心肌梗死患者就医延迟的原因	医院、社区、EMS	5 个主题: 知识缺乏; 急救系统使用率低; 经济负担; 不同级别医院之间缺乏协调; 专业人员能力有限
Coventry 等 <sup>[14]</sup>	2017	澳大利亚	255	描述性	心肌梗死患者的就医延迟及症状体验的现状及其影响因素	医院、电话访谈	3 个主题: 症状的出现及反应; 寻求帮助的行为; 寻求帮助的结果
Chai 等 <sup>[8]</sup>	2016	马来西亚	18	描述性	AMI 患者就医障碍	医院	3 个主题: 犹豫寻求治疗; 否认症状; 相信命运
Nesoff 等 <sup>[15]</sup>	2016	美国	74	描述性	影响 AMI 患者治疗延迟的障碍和促进因素	社区、电话访谈	5 个主题: 健康素养低; 系统问题; 对医疗系统的不信任; 文化背景; 环境/地理
Ångerud 等 <sup>[16]</sup>	2015	瑞典	15	扎根理论	心肌梗死患者经历发作及决定寻求照顾的过程	医院	4 个主题: 感知症状; 意识到生病; 感到身处危险; 基于患病经历采取行动
Lichtman 等 <sup>[17]</sup>	2015	美国	30	扎根理论	年轻女性 AMI 患者的症状识别、就医决策障碍及医疗系统互动体验	电话访谈	5 个主题: 症状个体差异大; 症状归因错误; 就医决策受扰; 医疗系统反应慢; 不常规利用初级保健
Nielsen 等 <sup>[18]</sup>	2015	瑞典	21	扎根理论	首次患 AMI 男性患者在医疗求助过程中的经历	医院	3 个主题: 症状识别障碍; 维持日常生活; 寻找医疗
Alshahrani 等 <sup>[19]</sup>	2014	沙特阿拉伯	18	解释性混合研究	女性 ST 段抬高型心肌梗死患者院前延迟的因素	医院	5 个主题: 医疗自主权受限; 出行受限; 家庭角色优先; 知识缺乏; 认为女性不应引人注目
Higginson <sup>[20]</sup>	2008	英国	25	扎根理论	女性在心肌梗死发作时的求助寻求行为及其影响因素	医院	3 个主题: 自我用药; 未识别症状; 对心脏病的性别化认知
Brink 等 <sup>[21]</sup>	2002	瑞典	22	扎根理论	AMI 发作时的想法、感受和行动及症状感知与就医决策的关系	医院	2 个主题: 急性反应(准备行动/延迟就医); 健康信念(风险意识/易感性错觉)
Dempsey 等 <sup>[22]</sup>	1995	美国	16	扎根理论	女性 AMI 患者寻求护理的决策过程	医院	8 个主题: 症状归因; 知识缺乏; 既往误诊经验; 否认症状; 性别化认知; 关心他人; 忽视症状; 自我治疗

注: EMS 为急救医疗系统

2.3 Meta 整合结果 共提炼出 29 个结果,将其归纳为 10 个新类别,最终形成 3 个整合结果,见图 1。



图 1 Meta 整合结果图

### 2.3.1 整合结果 1: AMI 患者个体层面的认知与行为障碍

2.3.1.1 类别 1: AMI 相关知识缺乏 患者对疾病发作症状缺乏基本认知(“不太清楚疾病发作症状是什么……”<sup>[7]</sup>),常将症状归因于其他疾病(“那是持续胸痛,我以为是消化不良”<sup>[14]</sup>),并对症状严重性认知不足(“我以为它只是个小病”<sup>[19]</sup>)。此外,部分患者因长期反复发作的症状而产生习惯与麻木感,对反复出现的胸闷、胸痛等不适习以为常,进一步忽视了及时就医的必要性(“反反复复发作就跟家常便饭一样,扛一扛就过去了,无所谓去不去医院”<sup>[7]</sup>)。

2.3.1.2 类别 2: 应对与行动技能缺陷 患者在症状发作时普遍缺乏科学的应急应对与主动求助能力,多采取被动等待、居家静养的消极方式(“我躺在床上多呆一会儿……”<sup>[14]</sup>);部分患者倾向于采取非专业的自我治疗方式试图缓解症状而非寻求专业医疗帮助(“我服了两片止疼药就上床睡觉了”<sup>[20]</sup>)。

2.3.1.3 类别 3: 消极的心理与情绪反应 负性心理与情绪是阻碍患者及时就医的重要内在因素。年轻患者在发病初期否认症状导致就医延迟(“我从来没想过是心脏病”<sup>[8]</sup>);有的患者则会恐惧后续治疗(“我这是第 3 次做支架了”<sup>[12]</sup>);部分患者相信自己可忍受疼痛而延迟就医(“那次我还能忍受”<sup>[8]</sup>)。另有患者还存在不

愿打扰家人、担心引发关注感到羞耻等多重顾虑(“深更半夜我觉得也没必要打扰我老婆休息”<sup>[12]</sup>、“叫救护车会很尴尬,会引起邻居或同事的注意。”<sup>[18]</sup>)。

2.3.1.4 类别 4: 个人角色冲突 部分患者把家庭责任置于第一位(“我对疼痛有忍耐力,我需要照顾孩子,还要照顾我丈夫”<sup>[22]</sup>);有的患者将工作置于健康之上(“我得把活儿干完”<sup>[17]</sup>);部分患者因既定活动而错过最佳就医时间(“我生日在周六,所以我想提前准备”<sup>[21]</sup>)。

### 2.3.2 整合结果 2: 家庭与社会层面支持不足

2.3.2.1 类别 5: 专业健康信息支持不足与医患沟通低效 专业医护人员未能及时向患者科普相关知识(“喜欢吸烟喝酒、习惯熬夜、做剧烈运动……医生和护士也没强调过心肌梗死与这些有关”<sup>[7]</sup>);部分患者因医护人员未对诊疗信息进行清晰解释,从而无法理解诊疗流程,进而延误就医(“医护人员只是把一张纸塞到他们手里,而患者根本不知道做什么”<sup>[15]</sup>)。

2.3.2.2 类别 6: 家庭支持不足 部分家属忽视患者感受从而延长就医时间(“家人说我夸张”<sup>[19]</sup>)。有的家属对 AMI 症状认知不足,未能督促患者及时就医(“我老公也是没读过书的人啊,也不懂”<sup>[12]</sup>)。独居患者发病时无人提供帮助(“老伴儿走了好多年了,我只有个女儿还嫁到了外地,没人照顾我”<sup>[7]</sup>)。

2.3.2.3 类别 7: 经济条件制约 高额医疗费用使部分患者选择延迟就诊(“医疗花费太高了,负担不起”<sup>[7]</sup>),现有保障不足加重患者经济顾虑(“医保能报销部分费用,但对极度贫困的家庭远远不够”<sup>[13]</sup>)。

### 2.3.3 整合结果 3: 医疗系统障碍及救治流程延迟

2.3.3.1 类别 8: 院前急救资源及可及性不足 患者更倾向于自行前往医院,急救系统使用率低(“我很愚蠢地跳上车自己开去了医院”<sup>[14]</sup>);部分区域急救车辆配备不足,难以满足区域急救需求(“每天我们需要大约 8 辆救护车来覆盖整个区域,但我们只有 2 辆”<sup>[15]</sup>);居住地点偏远、交通不便等因素延长转运与救治时间(“当我们转运病人时,最近的医院在 90 英里外,最近的大型医院在 170 英里外”<sup>[15]</sup>)。

2.3.3.2 类别 9: 基层医疗机构能力不足 在院内,基层医生因心电图不典型导致漏诊误诊(“患者可能得了心肌梗死,但医生因为非典型心电图未能识别”<sup>[13]</sup>);另外,基层医疗设备不足,诊断能力有限(“当地诊所甚至连 X 光机器也没有”<sup>[15]</sup>)。

2.3.3.3 类别 10: 院内就诊流程繁琐与等待延迟 患者进入医疗机构后,常规就诊流程存在环节多、等待久等问题。预约就诊模式导致患者无法得到即时处置(“我在大约 12:45 见到了他,但那是我的预约时间”<sup>[14]</sup>);检查结果等待较长,影响有效治疗(“他告诉我第二天早上拿结果,然后就让我回家了”<sup>[14]</sup>)。

### 3 讨论

#### 3.1 强化疾病识别,补齐患者认知与应对能力缺陷

AMI患者就医延迟的首要症结在于AMI相关知识与认知缺乏、归因错误、忽视疾病严重性及应对与行动技能缺陷。因此,健康教育应从广泛宣传转向精准能力培训,通过大众媒体和社区健康讲座对患者及其家庭成员讲解胸痛相关知识、症状评价及正确急救程序。

#### 3.2 加强社会家庭支持,化解患者心理与角色障碍

AMI患者就医决策受个人角色冲突、家庭社会支持不足及经济障碍多重抑制。患者在症状出现初期常出现疾病否认、恐惧治疗等防御性心理,显著削弱其求助意愿,这与谷瑞媛等<sup>[23]</sup>研究结果相似。因此,需以家庭支持为纽带,引导家属加强症状监测与沟通,在患者发作时主动承担决策角色,缓解患者心理顾虑,减少患者角色冲突;医护人员则应优化沟通方式与健康宣教策略,构建良好的医患信任关系,以降低就医延迟风险。

#### 3.3 优化医疗系统响应,提升急救资源可及性与救治效率

急救资源利用不足、基层医疗机构误诊、院前急救响应迟缓等系统性问题更直接延长了患者有效救治时间。为此,应构建“医联体”,推进多层次支持网络的整合,在社区层面建立高危人群档案与动态随访管理机制,定期走访独居老年人、高血压患者等高危人群,加强专科团队建设,减少误诊、漏诊现象;推广院前院内无缝衔接急救模式<sup>[3]</sup>,从而提高救治成功率。

### 4 小结

本研究提炼出个体认知与行为障碍、家庭与社会支持不足和医疗系统障碍及救治流程延迟3个层面的核心主题,为临床精准干预提供了循证依据。然而,本研究纳入的文献以英文研究为主,且所纳入文献的质量评价多为B级,可能对结果的解释力度产生一定影响。未来可开展更多方法学严谨、基于中国文化情境的纵向混合研究,进而发展并验证具有文化适应性、针对不同人群特征的精准干预方案。

#### 【参考文献】

[1] SETH S, AARON W, ZAID I, et al. Heart disease and stroke statistics-2024 Update; a report from the American Heart Association[J]. *Circulation*, 2024, 149(8): e347-e913.

[2] 《中国心血管健康与疾病报告2023》编写组.《中国心血管健康与疾病报告2023》概要[J]. *中国循环杂志*, 2024, 39(7): 625-660.

[3] 李慧敏, 曹琴琴, 王西鸽, 等. 急性冠状动脉综合征院前延迟现状及其研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2017, 34(23): 47-50.

[4] National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee. Emergency department: rapid identification and treatment of patients with acute myocardial infarction[J]. *Ann Emerg Med*, 1994, 23(2): 311-329.

[5] HU D Q, HAO Y C, LIU J, et al. Pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction in China: findings from the Improving care for cardiovascular disease in China-Acute Coronary Syndrome (CCC-

ACS) project[J]. *J Geriatr Cardiol*, 2022, 19(4): 276-283.

[6] 窦克非, 王虹剑. 2019年中国成人急性ST段抬高型心肌梗死医疗质量控制报告[J]. *中国循环杂志*, 2020, 35(4): 313-325.

[7] 杨艳艳, 李博, 李俊晴, 等. 急性心肌梗死病人发生就医延迟原因的质性研究[J]. *全科护理*, 2021, 19(25): 3575-3578.

[8] CHAI L S, PUTIT Z, SIOP S. Barriers to timely treatment-seeking in patients with acute myocardial infarction in Malaysia; a qualitative study [J/OL]. [2025-09-26]. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-016-0155-5>. DOI:10.1186/s12912-016-0155-5.

[9] AROMATARIS E, LOCKWOOD C, PORRITT K, et al. JBI Manual for Evidence Synthesis[EB/OL]. [2025-09-26]. <https://synthesismanual.jbi.global>.

[10] MUNN Z, PORRITT K, LOCKWOOD C, et al. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach[J/OL]. [2025-09-26]. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2288-14-108>. DOI:10.1186/1471-2288-14-108.

[11] LOCKWOOD C, MUNN Z, PORRITT K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing Meta-aggregation[J]. *Int J Evid Based Healthc*, 2015, 13(3): 179-187.

[12] 李娜, 黄雅莲, 方艳春, 等. 急性心肌梗死病人就医决策障碍的质性研究[J]. *全科护理*, 2021, 19(3): 422-425.

[13] YIN X, HE Y, ZHANG J, et al. Patient-level and system-level barriers associated with treatment delays for ST elevation myocardial infarction in China[J]. *Heart*, 2020, 106(19): 1477-1482.

[14] COVENTRY L L, VAN SCHALKWYK J W, THOMPSON P L, et al. Myocardial infarction, patient decision delay and help-seeking behaviour: a thematic analysis[J]. *J Clin Nurs*, 2017, 26(13-14): 1993-2005.

[15] NESOFF E D, BROWNSTEIN J N, VEAZIE M, et al. Time-to-treatment for myocardial infarction; barriers and facilitators perceived by American Indians in three regions[J]. *J Community Health*, 2017, 42(1): 129-138.

[16] ÅNGERUD K H, BRULIN C, ELIASSON M, et al. The process of care-seeking for myocardial infarction among patients with diabetes[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2015, 30(5): E1-E8.

[17] LICHTMAN J H, LEIFHEIT-LIMSON E C, WATANABE E, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2015, 8(2 Suppl 1): S31-S38.

[18] NIELSEN S, FALK K, GYBERG A, et al. Experiences and actions during the decision making process among men with a first acute myocardial infarction[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2015, 30(4): 332-339.

[19] ALSHAHRANI H, MCCONKEY R, WILSON J, et al. Female gender doubles pre-hospital delay times for patients experiencing ST segment elevation myocardial infarction in Saudi Arabia[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2014, 13(5): 399-407.

[20] HIGGINSON R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction[J]. *Br J Nurs*, 2008, 17(1): 10-14.

[21] BRINK E, KARLSON B W, HALLBERG L R. To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded theory study of symptom perception and care-seeking behaviour[J]. *J Health Psychol*, 2002, 7(5): 533-543.

[22] DEMPSEY S J, DRACUP K, MOSER D K. Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction[J]. *Heart Lung*, 1995, 24(6): 444-456.

[23] 谷瑞媛, 胡乔书, 靳珂, 等. 急性缺血性脑卒中就医延迟的概念分析[J]. *军事护理*, 2024, 41(2): 74-78.

(本文编辑: 郁晓路)