

- [10] 吕艾芹,施俊琦,刘漪昊,等.团队冲突,团队信任与组织公民行为:组织公正感的中介作用[J].北京大学学报:自然科学版,2012,48(3):500-506.
- [11] 邓榕贞,叶绍兵.定位协作模拟抢救在急诊专科培训中的应用[J].护理学杂志,2013,28(11):78-79.
- [12] 丘宇茹,王吉文,卢玉贞.团队管理模式在急诊护理管理中的应用[J].现代临床护理,2011,10(5):53-55.
- [13] 宋春燕,王改利,吴红艳.武汉市三级甲等医院护理团队合作状况的调查研究[J].护理研究,2014,28(4):405-408.
- [14] 樊落,齐海燕,席淑华.甘肃省三级甲等综合医院急诊护士能力的现况调查[J].中华护理杂志,2012,47(12):1093-1095.
- [15] 李小勤,童本沁,唐兆芳,等.医护合作模式在急诊团队高级生命支持培训中的应用[J].中国实用护理杂志,2015,31(11):852-855.
- [16] 李玉乐,史冬雷,胡英莉,等.急诊分诊人员资质与培训现状调查[J].护理学杂志,2014,29(22):5-8.
- [17] 宋瑰琦,秦玉霞,袁秀娟,等.安徽省急诊急救专科护士培训绩效的评价[J].中华护理杂志,2010,45(11):997-1000.
- [18] 任宏飞,李继平.急诊专科护士核心能力研究现状[J].中国护理管理,2012,12(4):86-88.
- [19] Patterson M D, Geis G L, Falcone R A, et al. In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department [J]. BMJ, 2013, 22(6):468-477.
- [20] 赵可汗,贾良定,蔡亚华,等.抑制团队关系冲突的负效应:一项中国情境的研究[J].管理世界,2014,21(3):119-130.
- [21] 梅强,徐胜男.高层管理团队异质性、团队冲突和创业绩效的关系研究——以冲突管理为调节变量[J].经济与管理研究,2012,26(6):94-103.
- (本文编辑 赵梅珍)

分级分区管理模式下的急诊分诊现状调查及影响因素分析

吴玮玲,黎春常

Current status of emergency triage and factors influencing correct triage under hierarchical divisional management mode Wu Weilin, Li Chunchang

摘要:目的 了解分级分区管理模式下的急诊分诊情况及影响急诊分诊正确率的因素。方法 调查分级分区管理模式下的急诊分诊的156例患者结局与临床资料,进行影响因素分析。结果 分诊正确108例,不正确48例,两者在就诊时间、就诊日、患者文化程度和依从性、急诊检验和检查回示时间、查体和询问病史全面程度和病情严重程度比较,差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$);急诊检验和检查回示时间、病史全面程度和病情严重程度是分诊正确与否的影响因素(均 $P<0.05$)。结论 在急诊科分级分区管理模式实施中,采取措施保障夜间和节假日值班医护人员,简化检查检验程序,缩短检查检验回示时间,详细取得病情材料有助于提高分诊正确率。

关键词: 急诊分诊; 分级分区管理模式; 影响因素

中图分类号: R47; C931.2 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2016.20.069

有文献报道,在急诊患者管理中,实施分级分区管理模式可提高救治成功率,降低病死率^[1]。分级分区管理模式强调按照患者病情严重程度行分级处理,不同病情、不同处理方式的分区管理,在明确病情、正确诊治的前提下,最大化地利用有限的医疗资源,使人均医疗服务最大化。目前,该模式已经在基层医院和地市级、省级各大医院急诊科普遍开展。由于不同的医院医疗水平和急诊分诊能力不同,导致分诊结局差异较大,分诊成功率40%~85%^[2]。为探讨分级分区管理在急诊分诊工作中的应用效果及可能影响分诊成功率的因素,笔者对2014年10月至2015年10月我院急诊分诊工作中的分级分区管理工作成效进行总结、分析,报告如下。

作者单位:广东省人民医院急诊科(广东 广州, 510000)

吴玮玲:女,本科,护师

通信作者:黎春常,licc4204@163.com

科研项目:广东省医学科研基金项目(A2014057)

收稿:2016-04-10;修回:2016-06-28

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集我院2014年10月至2015年10月运用分级分区管理模式行急诊分诊的患者。纳入标准:符合急诊病情,急诊通道入院;接受完整的分级分区管理服务;临床资料完善。排除标准:就诊中断,包括转院、自动离院;诊断不明,诊疗流程因故未能按照标准医学路径进行。符合标准者156例。

1.2 方法

1.2.1 分级分区管理方法 急诊分级分区管理具体由12名医护人员(1名副主任医师、4名主治/住院医师,1名主管护师和6名护师/护士)实施,均经专业培训,熟练掌握分级分区管理流程。其中副主任医师负责急危重症诊疗过程,评估分级分区管理质量和不足,并提出改进措施;主治和住院医师负责一般急诊诊疗过程,严格按照管理流程操作。主管护师负责监督管理实施情况,对护师和护士进行业务考核和弹性排班管理;护师和护士负责患者接诊、

分诊、转科等工作。按卫计委要求,我科从功能结构上分为红黄绿三区,将患者病情分为四级。分级后用急诊分诊章的颜色区分患者,I、II级患者用红色章,III级用黄色章,IV级用绿色章。I级患者立即进入抢救室;II级患者进入抢救室,就诊等待时间<10 min;III级患者应用叫号系统,按就诊顺序就诊,就诊等待时间<30 min;IV级患者按就诊顺序就诊。对老年、孕妇儿童、有心肺基础病、残疾人安排提前就诊。

1.2.2 资料收集方法

1.2.2.1 各项时间统计 由接诊护士统计。①就诊时间。8:00~18:00 为白天时间段,18:00~8:00 为夜晚时间段。②就诊日。周一至周五为工作日,周六和周日为休息日。③急诊留观时间。从到急诊室挂号、排队、缴费、就诊到实施检查、诊断和相关治疗的全过程。④患者的文化程度。分小学及以下、初中及高中(包括中专)、大专及以上3个层次。⑤急诊检验和检查回示时间。检验包括各项血液、体液标本等,检查包括心电图、影像学、超声等,统计每例患者实际完成的检验或检查回示时间的平均值。

1.2.2.2 患者及家属依从性调查 由经治医生和接诊护士共同填表统计。采用我院自制依从性判定表进行评估,包括就诊挂号、排队叫号、病史提供、家属配合、体格检查、缴费、治疗共7个条目,每个条目分为依从性佳、一般、差和极差4级,每个条目均为佳或一般则评价为依从性好;该表 Cronbach's α 系数

0.904。

1.2.2.3 病史及病情评价 由首诊医生和最终治疗医生共同判断。①查体和询问病史的全面程度。以患者最终治疗后的病历资料为准,对比急诊分诊中获取的信息完整度和准确度,分基本全面、部分欠缺和较多错误3个等级。②病情严重程度。根据病情种类、病情进展情况来区分,参考“急诊病情严重程度分级”^[3]建议,分为十分严重、一般严重和轻微3个等级。

1.2.2.4 分诊结局 根据诊疗病历将分诊结局进行划分:首诊医生认为该患者属于本专科疾病而进行及时诊治属于分诊正确;首诊医生认为该患者非本专科疾病而转诊其他科室诊治归为分诊不正确。

1.3 统计学方法 应用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析,采用独立样本 *t* 检验、 χ^2 检验和秩和检验;多因素回归分析采用 Logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 分诊结局及分诊正确与否患者的临床资料比较 分诊正确108例,其中男59例、女49例,年龄12~88岁,中位年龄56.5岁;发病至就诊时间1h至3d,平均(10.6±3.2)h。分诊不正确48例,其中男23例、女25例,年龄10~89岁,中位年龄57.2岁;发病至就诊时间30min至3.5d,平均(11.2±3.5)h。分诊正确与否患者的临床资料比较,见表1。

表1 分诊正确与否患者的临床资料比较

分诊	例数	就诊时间(例)		文化程度(例)			依从性(例)		检验回示时间 (min, $\bar{x}\pm s$)	检查回示时间 (min, $\bar{x}\pm s$)
		白天	工作日	小学及以下	初中及高中	大专及以上	好	差		
正确	108	43	86	29	34	45	73	35	36.5±10.2	59.7±16.7
不正确	48	11	31	23	13	12	20	28	52.4±15.9	76.5±18.5
<i>t</i> / χ^2 / <i>Z</i>		4.193	4.012		-2.587		9.278		5.927	6.324
<i>P</i>		0.041	0.045		0.010		0.002		0.000	0.000

分诊	例数	病史全面程度(例)			病情严重程度(例)			留观时间 (h, $\bar{x}\pm s$)
		基本全面	部分欠缺	较多错误	十分严重	一般严重	轻微	
正确	108	50	41	17	44	41	23	1.9±0.3
不正确	48	10	10	28	12	12	24	1.8±0.4
<i>t</i> / <i>Z</i>			-4.692			-3.106		0.628
<i>P</i>			0.000			0.002		0.754

2.2 急诊分诊影响因素的多元回归分析 以就诊时间(白天赋值“1”,夜间赋值“2”)、就诊日(工作日赋值“1”,休息日赋值为“2”)、患者文化程度(小学及以下赋值“1”,初中及高中赋值“2”,大专及以上赋值“3”)、依从性(依从性好赋值“1”,差赋值“2”)、检验回示时间(<30 min 赋值“1”,≥30 min 赋值“2”)、检查回示时间(<60 min 赋值“1”,≥60 min 赋值“2”)、病史全面程度(基本全面赋值“1”,有部分欠缺赋值“2”,较多错误赋值“3”)和病情严重程度(十分严重赋值“3”,一般严重赋值“2”,轻微赋值“1”)作为自

变量,分诊正确与否作为应变量,进行 Logistic 回归分析,结果急诊检验和检查回示时间,病史全面程度和病情严重程度是分诊成功的危险因素,见表2。

表2 急诊分诊多因素 Logistic 回归分析

自变量	β	Wald χ^2	<i>P</i>	OR	95% CI
检验回示时间	-0.123	5.947	0.029	1.625	1.067~2.301
检查回示时间	-0.324	5.326	0.033	1.323	1.025~2.968
病史全面程度	0.254	4.512	0.038	1.182	1.009~2.758
病情严重程度	0.167	6.987	0.014	2.632	2.104~3.325

3 讨论

急诊分诊正确率是目前衡量一个医院综合应急处理能力的重要指标,分级分区管理模式的应用可明显提高临床急诊处理和救治成功率,在胸痛中心、脑血管绿色通道、交通创伤、集体中毒等方面取得较为显著的效果^[4]。急诊分诊涉及较多科室,包括急诊科、重症监护室、急诊检验和检查窗口、心脑血管科、骨科、妇产科、儿科等的密切配合,也涉及急诊会诊到位情况。因此,分级分区管理模式在急诊分诊中的应用不仅仅是单一疾病的救治情况,更重要的是整个操作过程中各环节的相互衔接和问题的处理能力^[5]。

本研究探讨分级分区管理过程中存在的可能影响分诊正确率的因素,结果显示,分诊正确患者和不正确患者在就诊时间、就诊日、患者文化程度和依从性、急诊检验和检查回示时间、查体和询问病史全面程度和病情严重程度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);急诊检验和检查回示时间,病史全面程度和病情严重程度是分诊正确与否的影响因素(均 $P < 0.05$)。分析原因可能是:①白天和工作日时段,在岗医护人员较多,有利于各项医疗工作有条不紊地进行;对突发状况能及时抽调人员紧急处置^[6],因而确保了患者快速分诊和有效救治。②患者文化程度和依从性越高,对自身疾病的了解程度和向医护人员反馈得越真实、可信,对医嘱和医疗秩序的服从度越高,医疗活动进展越顺利,越有利于分诊成功^[7]。③急诊检验和检查回示越快,越能帮助医护人员对疾病做出准确判断,虽然查体和询问病史越全面,对正确诊断和分诊意义重大,但对于急诊病情客观的检查资料对最终确定诊断尤为重要。如急性心肌梗死,升高的心肌损伤标志物和心电图改变是诊断急性心肌梗死的“金标准”,而胸痛、大汗,甚至晕厥体征,往往与主动脉夹层、急性脑血管疾病相混淆^[8]。④病史的全面程度及病情严重程度在决定急诊分诊正确与否方面十分重要。不易鉴别的疾病,如突发全身无力急诊患者,可能是中枢性或外周性瘫痪、低钾性麻痹、格林-巴利综合征等;容易漏诊的疾病,如急性胸痛就诊,肺栓

塞的可能性也较大;多种疾病并存,如严重的心、肾功能不全伴严重外伤性失血,并不能单一决定以何种疾病或脏器治疗为先。此时,需全面采集病史,请多学科会诊,以求尽快尽可能正确地判断,避免凭某一方面的主要症状或体征转入某一科室^[9]。

综上所述,严格分级分区管理,采取积极措施提高患者依从性,简化检查检验程序,提高工作效率,缩短检查及检验的回示时间,详细、全面地取得病情资料是提高分诊正确率的重要途径。同时,在护理管理中应重视夜间和节假日的人员排班,采取弹性排班或增加二线班的方式应对可能出现的人员不足的问题,以确保患者救治和安全。

参考文献:

- [1] 刘瑛.分级分区管理模式在急诊患者安全护理中的应用[J].护理学杂志,2013,28(11):46-47.
- [2] 李蕊,唐海英,须俊滢,等.急诊临时输液室的责任分区管理[J].护理学杂志,2012,27(3):9-10.
- [3] 田凌云,李映兰,张莹,等.危重病情评价系统在急诊分诊中的应用体会[J].中华护理杂志,2012,47(10):956-959.
- [4] 曾少媚,黎春常.分级分区管理模式在急性心肌梗死病人分流干预中的应用[J].护理研究,2015,29(5):1753-1754.
- [5] 李春盛,李宁.大型综合医院急诊科运用ABC模式的实践[J].中华医院管理杂志,2012,18(9):559-611.
- [6] 姚荷英,沈喜,王春燕.分级分区管理模式在急诊输液安全管理中的应用与评价[J].中国护理管理,2012,12(1):64-66.
- [7] 孙庆玲.分级分区输液管理模式应用研究[J].护理研究,2007,21(12):3278.
- [8] 刘晋.分级分区管理模式在急诊的应用体会[J].临床医药实践,2014,23(10):784-786.
- [9] 黄伟平,梁海云,甘淑贞.分级分区管理干预对急重症患者救治效率的影响研究[J].岭南急诊医学杂志,2015,20(5):430-431.

(本文编辑 钱媛)

• 敬告读者 •

关于警惕假冒网站的声明

近期,网上出现某些自称为《护理学杂志》编辑部的网站,通过使用本刊编辑部的名称和地点、伪造资质证书等非法手段,意图假借《护理学杂志》编辑部的名义,达到营利的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlxzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。本编辑部对网站拥有合法的运营资格(ICP 信息报备:鄂 ICP 备 09001709 号-10),并仅对本编辑部网站发布信息的真实性承担责任。凡要求将版面费和审稿费通过转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息和活动均与本编辑部无关。

在此特提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿,避免不必要的损失。

《护理学杂志》在线投稿: <http://www.hlxzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>; E-mail: jns@tjh.tjmu.edu.cn

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

咨询电话:027-83662666,027-83663697; 联系人:雷冰霞