

重症病人的创伤后成长,并析出其主要可干预因素,为促进病人创伤后成长提供科学依据<sup>[9]</sup>。

#### 4 小结

目前对于创伤后成长研究内容主要集中在相关影响因素剖析方面,这为医护人员实施临床干预提供了依据,随着“以人为中心的优质护理服务观念”的发展,病人心理体验逐步受到人们的关注,且创伤者心理体验研究仍有较大发展空间。而对于创伤后成长的影响因素的因子预测尚无统一观点,需今后进一步研究。

#### 参考文献:

- [1] Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma [J]. *J Trauma Stress*, 1996, 9: 455 - 471.
- [2] Calhoun L, Cann A, Tedeschi R, et al. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing [J]. *J Trauma Stress*, 2000, 13: 521 - 527.
- [3] 邱均平. 文献计量学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1998: 23.
- [4] Ho SM, Chart CL, Ho RT. Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors [J]. *Psychooncology*, 2004, 13( 6) : 377 - 389.
- [5] 高隽, 王冕, 邓晶, 等. 创伤后成长量表在经历汶川地震初中生中的修订与初步应用 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2010, 24( 2) : 126 - 130.
- [6] 汪际, 陈瑶, 王艳波, 等. 创伤后成长评定量表的修订及信效度分析 [J]. *护理学杂志*, 2011, 26( 14) : 26 - 28.
- [7] 杨亚平, 张振香. 创伤后成长的临床研究进展 [J]. *护理研究*, 2012, 26( 31) : 2884 - 2887.
- [8] 巩树梅, 郑真, 董超群, 等. 意外创伤者临床心理干预的研究现状及启示 [J]. *护理研究*, 2014, 28( 4A) : 1160 - 1163.
- [9] 胡琛, 刘晓虹. 慢性重症疾病患者创伤后成长的研究进展 [J]. *第二军医大学学报*, 2013, 34( 6) : 676 - 681.

( 收稿日期: 2015 - 04 - 21; 修回日期: 2015 - 12 - 15)  
( 本文编辑 李亚琴)

## 急诊分级分区分诊模式 在急性胰腺炎病人分诊中的应用

朱丽燕, 黎春常, 李艳敏, 李 苹, 汪艳娣

Application of emergency classification and subregion  
triage model in triage of acute pancreatitis patients

Zhu Liyan, Li Chunchang, Li Yanmin, et al

( People's Hospital of Guangdong Province, Guangdong 510000 China)

**摘要:** [目的]探讨急诊分级分区分诊模式在急性胰腺炎病人分诊中的应用效果。[方法]在2013年1月—2014年12月来我院急诊就诊的急性胰腺炎病人中按照就诊流水号随机选取39例,采用分级分区分诊模式就诊作为观察组,在2011年1月—2012年12月入我院急诊诊断为急性胰腺炎病人中按照就诊流水号随机选取39例,采用常规方式分诊作为对照组。对两组病人候诊时间、抢救成功率及病人满意度进行比较。[结果]观察组病人候诊时间、治疗等候时间均显著短于对照组( $P < 0.001$ );而抢救成功率显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组病人的满意度评分和总满意率均显著高于对照组( $P < 0.001$ )。[结论]急诊分级分区分诊模式有利于缩短急性胰腺炎病人的候诊时间及治疗等候时间,提高抢救成功率和病人满意率。

**关键词:** 急诊护理; 分级分区分诊模式; 急性胰腺炎; 候诊时间

中图分类号: R473.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1009-6493.2016.01.024 文章编号: 1009-6493(2016)01A-0078-02

随着社会的快速发展和广大群众对医疗卫生需求的不断增大,综合性医院急诊室过于拥挤成为全球性问题。医疗资源有限、病人不合理滞留及急诊室过度拥挤给医患关系带来严重不良影响,合理、有效的分诊对急救病人显得尤为重要。分诊是急救医疗服务的重要内容,分诊工作根据病人主要症状、主诉等分清隶属专科和疾病的轻重缓急,进行初步判断后分配到专科就诊及救治程序<sup>[1]</sup>。急性胰腺炎是临床常见的急腹症,起病急,来势凶猛,严重者可危及生命,对急性胰腺炎病人实施分级分区分诊模式具有重要的临床意义,

可明显缩短病人候诊时间,极大地提高病人治疗成功率及满意度<sup>[2]</sup>。本研究对78例急性胰腺炎病人进行回顾性总结,分析急诊分级分区分诊模式在急性胰腺炎中的应用情况。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 对2013年1月—2014年12月来我院急诊就诊的诊断为急性胰腺炎病人中按照就诊流水号随机选取39例,采用分级分区分诊模式就诊作为观察组;在2011年1月—2012年12月入我院急诊诊断为急性胰腺炎病人中按照就诊流水号随机选取39例,采用常规方式分诊作为对照组。对照组:男27例,女12例;年龄41岁~72岁(54.6岁±4.2岁);发病时间30 min至5 h(1.7 h±0.4 h)。观察组:男25例,女性14例;年龄40岁~71岁(54.9岁±6.4岁);发病时间20 min至6.2 h(1.9 h±0.6 h)。两组病人一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**基金项目** 广东省医学科研基金立项课题,编号: A2014057。

**作者简介** 朱丽燕,护师,本科,单位: 510000,广东省人民医院;黎春常(通讯作者)、李艳敏、李苹、汪艳娣单位: 510000,广东省人民医院。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 根据常规程序进行挂号、分科。

1.2.2 观察组 病人实行分级分区分诊模式,具体操作如下<sup>[3]</sup>:根据卫生部颁布的《医院急诊科规范化流程》对就诊的急诊病人进行病情评估,将病情分为 4 级(I 级~IV 级);从空间分布上将急诊区域分为红、黄、绿三大区;I 级、II 级病人用红色章,III 级病人用黄色章,IV 级病人应用绿色章。I 级病人立即进入抢救室;II 级病人进入抢救室,就诊时间少于 10 min;III 级病人应用急诊叫号系统按顺序就诊,就诊时间少于 30 min;IV 级病人按时间排队就诊。病人的分级和分区并不是固定的,医护人员随时根据病人病情变化对病人的级别进行调整。为了提高抢救率,不定期进行业务培训,提高护士自身的应变能力和思维能力,以利于病人病情突变时快速做出决定,赢得抢救时间;急诊挂号台以多媒体形式对分级分区分诊模式进行宣传,使病人了解急诊的意义,以充分、优化使用医院有限的急诊医疗资源;在分诊台快速测量生命体征、血氧饱和度、血糖,准备车床、轮椅等分诊所需的医疗设备,每班对各种设备进行检查和校验,保证处于备用状态。

1.3 观察指标 自行设计调查问卷,内容包括服务效率、服务态度等,在病人等候期间或离院时匿名填写。并对两组病人候诊时间、治疗等候时间、抢救成功率、满意度进行比较。其中候诊时间为病人进入急诊室到诊治医生进行系统诊断为止;治疗等候时间为病人经医生开始进行检查、诊断到采取相应的医疗措施如输液等处置为止;抢救成功率为生命体征稳定的病人/总就诊者 $\times 100\%$ ;满意度评价采用我院自制的满意度调查表,包括医疗处置和护理操作等。

1.4 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件,计数资料用 $\chi^2$  检验,计量资料用成组  $t$  检验。

## 2 结果

### 2.1 两组病人候诊时间及抢救成功率比较(见表 1)

表 1 两组病人候诊时间及抢救成功率比较

组别	例数	候诊时间 min	治疗等候时间 min	抢救成功率 例(%)
观察组	39	11.4 $\pm$ 3.9	45.7 $\pm$ 10.3	33(84.62)
对照组	39	38.6 $\pm$ 8.3	124.5 $\pm$ 21.4	25(64.10)
统计值		$t=-5.934$	$t=-7.127$	$\chi^2=4.303$
$P$		<0.001	<0.001	<0.05

### 2.2 两组病人对就诊护理的满意度(见表 2)

表 2 两组病人对就诊护理的满意度比较

组别	例数	满意度评分	满意度程度分布			总满意率(%)
			满意	基本满意	不满意	
观察组	39	83.7 $\pm$ 10.5	23	14	2	94.87
对照组	39	68.2 $\pm$ 11.3	13	12	14	64.10
统计值		$t=4.258$				$\chi^2=11.323$
$P$		<0.001				<0.001

## 3 讨论

随着人们健康观念的转变,在大型综合医院就诊的病人数量越来越多,急诊科承受的压力日益加剧,目前国内对急诊室的分诊研究比较欠缺,尚未形成统一的预检系统<sup>[4]</sup>。各级医院分诊模式杂乱,无统一的标准,也没有形成具体的规定和操作流程,仅停留在制度表面,尚未落实到位。2012 年卫生部颁发了《医院急诊科规范化流程》,随后在全国范围内启动了分级分区分诊模式<sup>[4]</sup>。

3.1 分级分区分诊模式根据病人病情的轻重缓急对就诊病人进行合理安排,提高了护士分诊的准确率及抢救成功率 将 I 级及 II 级病人直接送入抢救区,使重症病人在第一时间得到及时有效的抢救,为病人争取了宝贵的时间,极大地提高了抢救成功率。急性胰腺炎病人病情危重、紧急,突发事件频繁,及时抢救显得尤为重要<sup>[5-6]</sup>。本研究观察组病人采用分级分区分诊模式后,病人的候诊时间和治疗等候时间均显著短于对照组,且抢救成功率显著高于对照组。由于分级分区分诊模式规定了各级病人排队等候的时间,大大缩短了危重病人的候诊时间。急性胰腺炎病人病情发展较急,分秒必争,候诊时间的缩短可在一定程度上提高病人的抢救成功率,赢得宝贵的抢救时间。

3.2 对急性胰腺炎病人应用分级分区分诊模式提高了病人就诊的满意度 目前我国分级分区分诊模式尚处于探索阶段,各流程及标准控制未遵循地方化的原则<sup>[7-8]</sup>。我院实行分级分区分诊模式后,病人急诊就诊、候诊及治疗井然有序,方便了医护人员对不同病情病人进行健康宣教及护理,明显改善了医护人员的服务态度,基本上满足了病人的需求,病人的满意度有了一定的提高。

综上所述,急诊分级分区分诊模式的应用有利于缩短急性胰腺炎病人的候诊时间,提高分诊准确率、抢救成功率和病人满意率,有利于医院社会效益及经济效益的全面提高,值得临床推广应用。

### 参考文献:

- [1] 余良珍,叶天惠,朱杉.两次预检分诊模式在儿科门急诊风险控制管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2014(33):4238-4240.
- [2] 闻智,蒋艳峰.门诊疑难病会诊流程再造[J].中华现代护理杂志,2011,17(5):583-584.
- [3] 毕德琼.门诊分诊护士工作内涵拓展及模式建立[J].中国实用护理杂志,2012,28(28):30-31.
- [4] 孙伟,陈玲,谭泽辉,等.快速分诊评估系统在急诊患者中的应用[J].中国实用护理杂志,2011,27(18):1-3.
- [5] 陈水红,许杰,潘多,等.急诊预检分诊智能化管理软件的研发与应用[J].中华急诊医学杂志,2013,22(11):1293-1295.
- [6] 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.
- [7] 姚荷英,沈喜,王春燕.分级分区分诊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.
- [8] 胡英莉,黄静雅,李玉乐,等.我国二级及以上医院急诊分诊依据现状调查[J].护理管理杂志,2014,14(5):334-336.

(收稿日期:2015-03-31;修回日期:2015-12-14)

(本文编辑 李亚琴)