

实施急诊分诊标准,提高急诊分诊质量*

韦敏俭,黄翠青,黄霜霞,卢莉颖,周冬娜,李世萍

(广西医科大学第一附属医院急诊科,广西南宁 530021)

[摘要] 目的 探讨急诊分诊标准在急诊分诊工作中的应用,提高急诊分诊准确率。方法 制定急诊分诊标准并进行培训与实施。结果 实施急诊分诊标准后,提高了急诊患者的分诊准确性。结论 实施急诊分诊标准可提高急诊分诊质量,保障急危重症患者能得到及时救治,保障患者安全。

[关键词] 急诊分诊;分诊标准;分诊准确率

[中图分类号] R47;R197.323 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-5639(2016)02-0233-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5639.2016.02.055

Implement emergency triage standard and improve the quality of emergency triage*

WEI Min-jian, HUANG Cui-qing, HUANG Shuang-xia, LU Li-ying,
ZHOU Dong-na, LI Shi-ping

(Emergency Department of the First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning, Guangxi, 530021, China)

Abstract: *Objective* To investigate the application of emergency triage standard in emergency triage work, study the method of improving the accuracy of emergency triage. *Methods* Establish standards of emergency triage, then train and implement. *Results* After implementing the emergency triage standard, the accuracy of emergency triage to patients improved. *Conclusion* Implement the emergency triage standard, improve the quality of emergency triage, to guarantee that the critical patients can get timely treatment, to ensure the safety of patients.

Key words: Emergency triage; Triage standard; Triage accuracy

长期以来,医院急诊量居高不下,大量急症、非急症患者混杂,导致患者等候时间延长,危重患者往往得不到及时救治,严重影响了患者的看病就医感受^[1]。急诊分诊是指急诊护士对每一位来诊病人进行简单迅速的评估,了解其医疗需求,判断就诊的紧急程度,使其在恰当的时机、恰当的治疗区域获得恰当的治疗与护理的过程^[2]。以往急诊护士大多凭经验进行分诊。近年来,我科根据实际工作情况,参照 2011 年 9 月卫生部医管司出台的《急诊病人病情分级试点指导原则(征求意见稿)》制定了病情四级分类法急诊分诊标准,在科内进行全员培训后于 2013 年 1 月实施至今,取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院是一家三级甲等综合性医院,急诊科分为急诊室、留观病区、EICU 和输液室四个护理单元,根据急诊医疗护理需要将急诊室布局为分诊处、抢救区(红区)、急症处置区(黄区)、非急症患者诊疗区(绿区)。近年来急诊就诊人次逐年上升,2013 年急诊人次 187504 例次,2014 年急诊人次 193512 例次,2015 年急诊人次达 195813 例次,以儿科、内科、外科病人为主。

1.2 方法

1.2.1 制定急诊分诊标准 由科主任、护士长和科室主治医师、主管护师共同参与分诊标准的制定,细化测量指标与分级标准,制定出急诊科急诊分诊标准,见表 1。

1.2.2 人员培训 分诊标准制定后,组织全科医护人员进行学习,对急诊轮转的医生,急诊分诊标准培训作为入科需要熟悉的内容之一;每月以讲座、案例分析、分诊错误病例原因分析与总结等方式对急诊护士进行分诊标准的专题培训并考核。

1.2.3 实施急诊分诊标准 在分诊标准实施过程中,接诊分诊区每班安排 2~3 名护士进行接诊分诊,其中分诊 1 岗需要至少 4 年以上急诊护理工作经历,负责对来诊患者的整体综合评估,完成病情分级分诊和科别分诊工作,并安排分区分科诊治;分诊 2 岗护士主要负责对来诊病人生命体征的测量并记录,与分诊 1 岗护士共同完成次级评估工作,协助分诊 1 岗护士分流和指导病人就诊;分巡岗护士起到分诊“前哨”作用,分巡护士站在分诊台前,接诊服务前移,及时发现与接诊危重及潜在危重的病人,对遇到急性胸痛病人来诊,分巡护士需要在 10 min 内完成胸痛病人到达急诊科后

* 基金项目:广西卫生厅自筹经费科研课题(编号:Z2013065)

作者简介:韦敏俭(1976-),女,本科,主管护师,研究方向:临床急救护理、急救护理教学。

首份心电图检查记录等工作。急诊病人来诊时,在岗的分诊护士及时主动给予接诊,根据患者的病情特点,迅速收集患者主观与客观资料,按照分诊标准,结合病人的整体综合情况,安排病人到相应的区域就诊。对病情为Ⅰ级的病人护士立即送入抢救区(红区)进行处置,按急诊绿色通道流程,先抢救后由家属补办相关手续;对病情为Ⅱ级范围的病人,也需要安排到抢救区处置,但个别病人有可能因为症状不典型而容易被忽略。因此分诊护士需要加强责任心,加强对各种急症相关知识的学习,以尽早识别到病人潜在的危险因素,

给予及时安排处理,确保病人安全。对病情分级为Ⅲ级的病人,安排到黄区就诊,候诊期间注意观察病情,定期评估患者情况;对病情Ⅳ级的病人安排到绿区候诊,因此类患者候诊时间相对比较长,需要做好解释及等候过程中定期给予评估病情,如有病情变化及时给予相应处理。分诊班下班前对本班分诊工作进行回顾、数据整理统计,记录本班急诊病人总数,病情分级错误或科别分诊错误人数,记录有无分诊投诉与纠纷,并进行具体原因分析。

表 1 急诊科病情分级标准

分级	处理	特征描述	生命体征
Ⅰ级 (濒危)	立即入抢救室救治(红区)	危及生命,未得到紧急的救治,病人可能死亡的情况:心跳呼吸骤停、严重呼吸困难、休克、昏迷(GCS<9分)、急性意识障碍病人、气管插管病人等。	心率停止或≥180次/分,呼吸停止或暂停(<10次/分),SpO ₂ <85%,收缩压<75 mmHg,舒张压:无
Ⅱ级 (危重)	10 min 内处理,入抢救室监护(红区)	生命体征不稳定,有潜在生命危险状态。到达后 10 min 内未得到救治,病人病情严重或短时间内恶化或危及生命或导致器官功能衰竭。如心绞痛,急性心肌梗死,急性肾衰,急性心衰,急性呼吸,急性脑卒中,急性创伤,急性意识模糊,室上性心动过速,Ⅲ°房室传导阻滞,呼吸窘迫综合征,宫外孕,重症哮喘,癫痫发作,活动性出血,非 C-OPD 患者 SpO ₂ <90%等。	心率≥150次/分或≤50次/分,呼吸≥30次/分,SpO ₂ 85%~92%,收缩压<90 mmHg或≥210 mmHg,舒张压>120 mmHg或≤30 mmHg
Ⅲ级 (急症)	30 min 内安排诊疗区就诊(黄区)	病人目前明确无短时间内危及生命或严重致残的征象,病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性较低,也无严重影响病人舒适性,但需要急诊处理缓解病人症状,如腹痛、各种创伤无生命体征异常者、儿童高热等。	心率 120~150次/分,呼吸≥25次/分或<30次/分,SpO ₂ >92%,收缩压 90~180 mmHg
Ⅳ级 (非急症)	120 min 以上安排诊疗区顺序就诊,护士每 30 min 评估候诊患者病情(绿区)	生命体征正常,无或较少不适主诉或症状,病人目前无急性发病症状,患者无需急诊处理,但要求在急诊就诊,可等待就诊。	生命体征平稳

2 结果

2013 年 1 月起实施分诊标准以来,在急诊就诊患者逐年增多的情况下,每月急诊分诊准确率均达 97%以上。

3 讨论

3.1 急诊分诊标准的实施可提高分诊准确率 急诊分诊工作的主要目的是及时识别重病人并及时处理,同时也需要照顾到病情不急的急诊病人。我科制定实施急诊分诊标准后,使分诊护士突破以往根据经验分诊的局限,让分诊工作有据可依,根据分诊标准将急诊病人按病情分为四级。对Ⅰ级濒危病人,分诊护士立即采取必要的初步急救措施并快速送入红区进行抢救处理;对病情为Ⅱ级的病人,护士需尽快识别,根据分诊标准中细化的生命体征评估要求,分诊护士需要对每一位急诊就诊患者测量记录生命体征,部分潜在危重的病人,往往在测量生命体征时被识别,得到及时处理。根据分诊标准,急诊分诊护士有权利对病情为Ⅰ级和Ⅱ级的病人直接送入红区处置,确保危重病人得到及时的救治。对病情为Ⅲ级的急症病人,护士安排到黄区诊治并与医生沟通,根据病情适当安排优先诊治;对病情为Ⅳ级的非急症病人,安排到绿区候诊,同时护士要做好解释工作,并定期进行病情评估,发现异常及时处理,保障病人安全。经临床观察,我科实施急诊分诊标准后,虽然急诊人次逐年增加,但每月急诊分诊准确率均达 97%以上。

3.2 加强急诊分诊培训,加强建设及管理 急诊分诊是急救医疗护理工作的第一线,急诊护士要做好急诊病人的病情分级分诊,离不开规范的病情分级标准^[3]。但在制定实施急诊分诊标准过程中还需要注意以下问题:(1)加强培训。急诊分诊标准制定后,需要反复培训,人人掌握方能更好地实施,做到准确、快速、有效的分诊。在实施过程中随时记录遇到的问题,对于分诊错误的病例,应进行原因分析并记录,定期总结,及时反馈交流与改进,提高分诊准确率。(2)加强急诊分诊台硬件设施的配置。分诊台应配备有体温计、多功能监护仪(同时测量血压、脉搏、血氧饱和度)、心电图机、外伤病人简易伤口处理箱、电话对讲机等,为保证危重病人能得到及时的接诊,分诊处还应备有一定量的平车和轮椅。在分诊处安装电子显示屏,显示候诊病人数,方便病人了解就诊候诊情况。(3)加强对分诊标准与急诊思维的结合运用。结合急诊思维,灵活运用分诊标准,对婴幼儿与老年人等特殊病人给予适当照顾,并对急性胸痛、急性腹痛的患者,分诊护士应结合急诊分诊降阶梯思维的方法,先考虑到危及生命的致命性疾病,在胸痛病人来诊 10 min 内行首份 ECG 检查,以尽早发现急性冠脉综合征、主动脉夹层等危重急症。(4)加强医护医疗力量。如在夜间、节假日门诊不开诊时,许多病人选择到急诊就医。随着急诊就诊病人的日益增多,医护人员不足会影响分诊标准的实施,因此在医护(下转第 238 页)

风湿性心脏病、心律失常等,临床教学内容较多,教学任务重,而医学生在心血管内科实习的时间较短。因此,在心血管内科教学过程中,带教老师要抓住教学重点,从常见病和多发病入手,层层递进、有序进行。首先,采集患者的病史极为重要,必须让学生亲自到床边与患者详细交谈,认真做好笔记,真正形成一套熟能生巧的病史采集方法。另外,体格检查如心音的听诊、心界的叩诊等是心内科临床教学的重点和难点,在临床上一旦发现心内科疾病经典的体征,带教老师要随时安排学生反复练习和体会,同时组织医学生反复观看循环系统的体格检查视频,并进行分解动作示教,学生分组互相反复练习^[2]。

4 PBL教学法在学生临床见习中的运用

问题式学习(problem-based learning, PBL)教学法是由美国神经病学教授霍华德·白瑞斯在加拿大多伦多的麦克马斯特大学首创^[3]。强调以提出问题为基础,采用学生自主学习和小组讨论为主要方式,结合所学的理论知识去解决实际问题。PBL教学法强调以解决问题为目的,医学生在进行临床实习前带着问题自学,通过互联网、图书馆文献检索等途径和学生相互之间的讨论寻找答案,以增强学生学习的主动性,使学生主动学习、主动获取知识的能力得到增强,有利于培养他们的自学能力和进一步提升独立分析、解决问题的能力。因此,在心内科的临床带教过程中引入PBL教学法能使将理论知识较好地应用于临床实习中,激发了学生的学习兴趣,同时也提高了带教效果。

5 多种教学辅助方法的运用

心内科教学过程中,在医学生对心内科疾病有一定认识的基础上,带教老师可以通过解剖图谱、经典教学视频、互联

网资源等提高医学生对心内科相关病种的深入了解。由于多媒体计算机辅助教学具有多重感观刺激、传输信息量大、使用方便、交互性强等优点^[4],如参观介入手术室,现场观看介入治疗、起搏器的置入、食道调搏等,亦可通过自制多媒体教学课件,建立具有本学科特色的图文教学方法,在带教时可以做到有的放矢,将床边教学与观看相关疾病的录像有机结合在一起,让医学生在较短时间内更全面、直观地掌握心内科常见病的诊疗常规。

临床见习是医学教育教学计划的重要环节,是学生将课堂所学知识与临床工作相结合的重要过程。因此,良好的临床教学有助于学生树立良好的医德和职业修养,培养学生正确的临床思维,为临床医学生以后顺利进入临床工作打下坚实的基础。总之,作为临床带教老师,应不断总结临床实习带教经验和教学方法,让医学生切实获益,为国家和社会培养出优秀的医学人才做贡献。

[参考文献]

- [1] Julie A M, Kyle J G, David T H. Current Practice, Demographics, and Trends of Critical Care Trained Emergency Physicians in the United States[J]. Academic Emergency Medicine, 2010, 17(3):325-329.
- [2] 王威, 李其斌. 循证医学在急诊医学临床教学中的应用[J]. 蛇志, 2012, 24(4):431-433.
- [3] Birden H, Page S. 21st century medical education[J]. Aust Health REV, 2007, 31(3):341-345.
- [4] 陈泉芳, 邹小英, 姚冬芳. PBL医学教育法在呼吸内科教学中的应用价值[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(23):3676-3677.

(上接第234页)排班上应充分考虑当班人员的资历、能力等因素,尽量做到新老搭配,弹性排班,在急诊病人就诊高峰期安排机动班、加强班等,以及时接诊、处理和分流病人。

总之,急诊分诊标准的应用,使分诊护士工作有据可依,分诊护士能更好地处理急与缓、重与轻、先与后的关系,提高急诊分诊质量,保障患者的安全。

[参考文献]

- [1] 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.

- [2] 孟庆义. 急诊护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009. 8-18.
- [3] 孙红, 绳宇, 周文华. 急诊分诊标准探讨[J]. 护理研究, 2007, 21(29):2709-2710.