



河北医科大学  
Hebei Medical University

授予单位代码 10089  
学号或申请号 14201  
中国图书分类号 R473

# 硕士学位论文

## 学术学位

**PDCA 管理模式对护士分诊能力及患者满意度的影响研究**

研 究 生 张秋爽  
导 师 何文英教授  
专 业 护理学  
二 级 学 院 河北医科大学第二医院

2016 年 3 月

## **河北医科大学 学位论文使用授权及知识产权归属承诺**

本学位论文在导师（或指导小组）的指导下，由本人独立完成。本学位论文研究所获的研究成果，其知识产权归河北医科大学所有。河北医科大学有权对本学位论文进行交流、公开和使用。凡发表与学位论文相关的论文，第一署名单位为河北医科大学，试验材料、原始数据、申报的专利等知识产权均归河北医科大学所有。否则，承担相应的法律责任。

研究生签名：                    导师签章：                    二级学院领导签章：

年  月  日

## **河北医科大学 研究生学位论文独创性声明**

本论文是在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果，除了文中特别加以标注和致谢等内容外，文中不包含其他人已经发表或撰写的研究成果，指导老师对此进行了审定。本论文由本人独立撰写，文责自负。

研究生签名：  导师签章：

年  月  日

# 目 录

中文摘要 .....	1
英文摘要 .....	3
研究论文 PDCA 管理模式对护士分诊能力及患者满意度的影响研究	
前言 .....	5
材料与方法 .....	7
结果 .....	15
附表 .....	16
讨论 .....	18
结论 .....	20
参考文献 .....	21
综述 急诊分诊质量管理的研究探讨 .....	23
致谢 .....	33
个人简历 .....	34

## PDCA 管理模式对护士分诊能力及患者满意度的影响研究

### 摘 要

**目的：**研究 PDCA 管理模式在急诊分诊质量管理中的应用效果,包括对护士分诊能力及患者满意度的影响。

**方法：**由某三级甲等医院急诊科的 12 名主管护师组成 PDCA 管理小组,并对小组成员进行 PDCA 管理模式理论知识的培训学习,理解实施 PDCA 管理的意义,熟练掌握其使用方法。由 PDCA 管理小组对分诊人员进行集中培训,规范所有护理表格的书写,以保证后期数据的准确性。

以 2014 年 7 月至 2014 年 12 月急诊接诊患者的护理程序为调查对象,此时间段内的患者按照常规的就诊流程就诊,即由分诊护士分诊评估后挂号至相应科室,医生诊治病人后由抢救护士进行相应处置。PDCA 管理小组成员对此时间段内相关的急诊急救护理质量进行现状调查,找出目前急诊科存在的护理质量问题,包括分诊准确率偏低,患者满意度偏低和急危重症患者的抢救时间偏长。针对这些问题进一步分析原因、制定计划改进措施,实施方案、定时监控检查,持续质量改进。对经 PDCA 管理之后的 2015 年 4 月至 2015 年 9 月急诊接诊患者的护理程序再次进行统计调查,比较改善前和改善后对应的指标,包括急诊分诊准确率,急危重症患者的就诊时间和患者的护理满意度。

**结果：**将改善前和改善后的急诊分诊准确率进行比较分析,改善前和改善后分别为 89.1% 和 95.3%,采用卡方检验,结果  $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。将 PDCA 管理模式应用于急诊分诊准确率中,可以显著提高分诊准确率,提高急诊分诊管理质量。

对急危重症患者就诊时间进行 PDCA 管理,同时将急危重症患者分为脑出血、心肌梗死、呼吸衰竭和严重创伤 4 组,对各组的抢救时间( $\bar{x} \pm s$ )进行统计学分析,采用 t 检验,计算出 t 值分别为 8.114、6.189、4.328 和 3.637,所有 P 值均  $< 0.05$ ,差异有统计学意义。经 PDCA 管理后,急危重症患者的就诊时间明显缩短,为患者的进一步救治争取了宝贵的时间。

将改善前和改善后患者的护理满意度进行比较,分别为 84.4% 和 93.4%,两组进行卡方检验,计算  $\chi^2$  值为 651.728,  $P < 0.05$ ,差异有统计

学意义。PDCA 管理模式应用于急诊分诊质量管理，提高了患者对护理的满意度。

PDCA 管理小组对 2015 年 10 月至 12 月的急诊分诊质量进行调查分析，统计出 10 月至 12 月的分诊准确率、急危重症患者就诊时间及患者满意度与改善后数据进行统计学分析，结果  $P<0.05$ ，差异有统计学意义。说明巩固调查阶段的急诊分诊质量优于改善后的急诊分诊质量，并且在持续的质量改进。

**结论：**PDCA 管理模式的实施，可显著提高护士的分诊能力，提高急诊分诊准确率及患者的护理满意度，显著缩短急危重症患者的就诊时间，提高急诊分诊的管理质量。PDCA 管理模式可被用作护理管理层简单可靠的质控管理工具。

**关键词：**PDCA 管理模式，分诊能力，患者满意度

## The Research of PDCA to The Triage Nurse Ability and The Influence of Patients' Satisfaction

### ABSTRACT

**Objective:** This study aims to evaluate the application of PDCA in quality management of emergency triage results.

**Methods:** The PDCA management consist of 12 nurses from first-class hospital emergency departments. Train the members of the team learning the theoretical knowledge of PDCA management ,understanding the meaning of the PDCA management ,being familiar with the usage .The PDCA management team standard care form books aiming to guarantee the accuracy of the data.

The investigation objects are the patient's nursing process from July 2014-December 2014,the patients of this time period according to the sufferings of conventional program to see a doctor.That is registered to the corresponding department after triaging assessment.

Give the corresponding treatment by the nurse after the doctor's cure.The PDCA management team investigate the quality of emergency first-aid nursing,find out the problems of nursing quality,including the lower patient triage accuracy and nursing satisfaction,and the longer treatment time of acute and critically ill patients.To solve these problems ,further analysis reasons,make a plan,implement plan,monitor checking regularly,improve the quality continuously.In the emergency department accepts patients nursing process statistical investigation again,compared to improve before and after improvement of corresponding vegetation.

**Results:** Compared with the improvement,improve patient triage accuracy rate and nursing satisfaction significantly,and shorten the treatment time of acute and critically ill patients.There was a statistically significant difference( $P<0.05$ ) .

**Conclusion:** The application of PDCA in the triage nurse ability and the

influence of patient satisfaction, significantly improve the accuracy of emergency triage and the degree of patients' satisfaction with nursing care, shorten the treatment time of acute and critically ill patients, improve the quality of management of emergency triage. Nursing management of PDCA can be used as a simple and reliable quality control management tools.

**Key Word:** PDCA management mode, Triage ability, Patients' satisfaction

## PDCA 管理模式对护士分诊能力及患者满意度的影响研究

### 前言

医院急诊科是急救医疗服务体系中最重要中间环节,使院前急救得以继续,作为院内急救的第一线,院前各类伤病员的急诊急救工作必须 24 小时不间断的进行。急诊医学近年来的快速发展,使得社会群众对急诊急救医疗资源的需求也越来越大,急诊科的拥挤现象已然成为全球的共同问题<sup>[1]</sup>。急诊分诊是指对急诊患者的病情种类和严重程度进行简单、快速的评估与分检分类,安排患者就诊的优先顺序,此环节非常重要,可以使患者在合适的时间、准确的治疗区域获得必要的治疗与护理<sup>[2]</sup>,是患者救治的第一步。对于急诊分诊的管理,其难点在于患者病种多、疑难病例多、病情复杂、短时间内医务人员可提取的患者信息少。成功的分诊要求护理人员能够快速、准确地判断患者病情危险程度,争取宝贵的抢救时间,从而高效地救治患者<sup>[3-4]</sup>。分诊从理论上看似是一项简单的工作,但在实践中却是比较复杂的过程,分诊的正确与否将直接影响医院医疗及护理水平、急诊患者救治的速度及患者与家属对医院服务的满意度。因此加强急诊的检诊、分诊,快速救治急危重症患者是急诊科的重要工作。

PDCA 循环通常又叫质量管理环,是继 1930 年休哈特的构想后于 1950 年由戴明博士再次提出,戴明博士被称为美国质量管理专家,他将 PDCA 循环运用于产品质量的持续改善过程中,收到了很好的管理效果。PDCA 是 Plan-Do-Check-Act 的简称,它的目标是提高项目的管理质量,按照计划、执行、检查与改进四个步骤依次实施行动和管理,这种科学的管理程序是循序渐进的。同时 PDCA 循环中各个环节的顺序不能颠倒,一个循环结束后才可以进入下一个循环,每循环一次,质量和管理水平均上升一步。制定质量计划和实现组织计划是全面质量管理的过程,这个过程要遵循 PDCA 循环的科学程序,不停顿地运转的。大量研究资料表明,PDCA 循环不仅可以应用于质量管理体系,还适用于一切循序渐进的管理工作。

急诊预检分诊是护理程序的第一步,分诊不当势必打乱患者的就诊流程,延误患者的抢救时间,甚至引发患者及家属的不满,造成不必要的医



疗纠纷。本研究将 PDCA 管理模式应用于急诊分诊质量管理中，旨在提高护士的分诊能力，缩短急危重症患者的抢救时间，提高患者及家属对护理的满意度。

## 材料与方法

### 1 一般资料

#### 1.1 护士资料

选取我科急诊护士 12 名组成 PDCA 管理小组，并对小组成员进行 PDCA 管理模式理论知识的培训学习，理解实施 PDCA 管理的意义，熟练掌握其使用方法。PDCA 管理小组护士均具有 5 年以上急诊临床工作经验，其中男 3 人，女 9 人，均为本科学历，取得主管护师资格。

#### 1.2 研究对象

所有研究对象均来自某三级甲等医院急诊科接诊病人的护理程序，选取对象之前，由 PDCA 管理小组对所有分诊人员集中培训，规范急诊科所有护理表格的书写，以保证后期数据的准确性。按照既定纳入标准和排除标准，选取 2014 年 7 月至 12 月急诊接诊病人的护理程序作为改善前的调查对象和 2015 年 4 月至 9 月经 PDCA 循环管理之后患者的护理程序作为改善后调查对象。

#### 1.3 纳入标准

①急危重症患者：急性发病且需要急诊手术的脑出血患者、初次发病且需要急诊介入手术的急性心肌梗死患者、呼吸衰竭和严重创伤且病情分级为 I、II 级的病人。②一般就诊患者：年龄>14 岁，有语言沟通能力且病情分级为 III、IV 级的病人。

#### 1.4 排除标准

一般就诊患者存在精神异常者。

#### 1.5 急诊病人分级标准

参照中华人民共和国卫生部制定的急诊病人分级标准，同时结合我院急诊工作现状制定以下分级标准：

I 级（濒危病人）：病情可能随时危及病人生命，需立即采取挽救生命的干预措施。如无自主呼吸、无心跳的病人，紧急气管插管病人，急性意识障碍病人以及其他需要紧急采取挽救生命干预措施的病人，这类病人应立即送入急诊抢救室。

II 级（危重病人）：病人来诊是循环、呼吸状况虽然稳定，但症状严重，需要引起重视。有可能迅速进展为 I 级，或导致严重致残，应尽快接

诊病人并根据病情给予紧急的处置和护理。应在 10 分钟之内安排就诊。如急性意识模糊、定向力障碍、复合伤、心绞痛等。

III级（急症病人）：病人目前的生命体征在短时间内不会危及患者生命或严重致残，应在尽快安排病人就诊，时间一般控制在 30 分钟内。如急性胃肠炎、上感、发热等。

IV级（非急症病人）：病人目前没有急性发病相关症状，主诉没有不适者。

### 1.6 调查项目

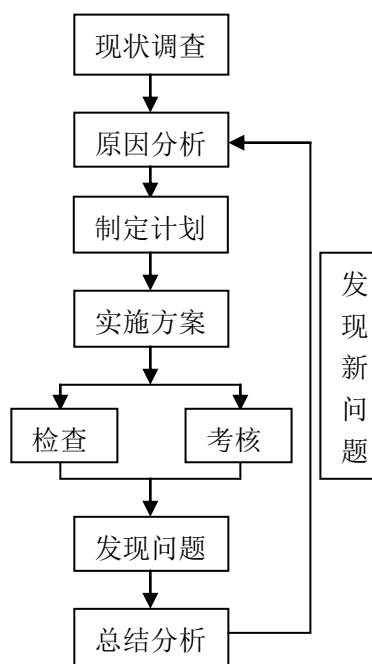
所有调查项目均来源于急诊工作质量标准。

急诊分诊登记本内容：序号、来诊时间、姓名、性别、年龄、住址、初步印象、生命体征、病情分级、接诊护士签字、通知科室时间、接电话人员、医师到达时间、医师签字、病人去向和离开急诊科时间。

患者转送登记本内容：日期、姓名、住院号、转出科室、转入科室、病历、意识、主要病情表现、管道皮肤情况、静脉输液情况、其他、接收人签字、转送人签字。

## 2 研究方法

2014 年 7 月至 12 月，来诊患者按照常规的就诊流程安排就诊。按照 PDCA 管理模式的管理方法，由 PDCA 管理小组成员依据现状调查的结果进一步分析问题原因、制定计划改进措施，实施方案、定时监控检查，持续质量改进。对经 PDCA 管理之后的 2015 年 4 月至 2015 年 9 月急诊接诊患者的护理程序再次进行统计调查，比较改善前与改善后护理质量管理指标。总的技术路线图见下表



## 2.1 现状调查

2014 年 7 月至 12 月就诊的患者按照常规的就诊流程，由分诊护士分诊评估后挂号至相应科室，医生诊治病人后由抢救护士进行相应处置。PDCA 管理小组成员对此时间段内相关急诊急救护理质量进行现状调查，找出目前急诊科存在的护理质量问题，主要是分诊准确率偏低，患者及家属的护理满意度偏低和急危重症患者的抢救时间偏长。详见 Table 1，其中护理质量管理评价指标参考值摘自《全国医疗卫生系统“三好一满意”活动 2011 年工作方案》。

PDCA 管理小组对存在的问题进行进一步分析如下。详见 Table 2-5  
由调查结果可以总结出以下护理问题：

①急诊分诊准确率以来诊症状分类，腹痛分诊失误例数最多，占比最高，其次是胸痛患者。②以分诊时间分类，夜间分诊失误率高。③以分诊人员工作年限分类，高年资护士（工作 $\geq 5$  年）和低年资护士（工作 $< 5$  年）分诊失误例数分别为 261、554，分别占比 32%、68%。其中低年资护士分诊失误率高。④急危重症患者的就诊时间偏长。⑤患者及家属的护理满意度偏低。

## 2.2 原因分析

根据现状调查的结果，深入分析引起问题的各种原因，其中优先解决腹痛、胸痛分诊准确率低以及急危重症患者就诊时间长的的问题。

### 2.2.1 分诊准确率低:

1) 腹痛的分诊失误率占比最多, 腹痛病因复杂, 病情多变, 涉及学科广泛。胸痛的分诊失误例数仅次于腹痛, 胸痛的原因复杂多样, 如果不引起重视, 其中严重者可危及患者生命。

2) 低年资分诊护士对腹痛病人的问诊过于简单, 不细致, 必要的触诊不规范。对高危胸痛患者的筛查能力弱。

3) 高年资护士临床经验较低年资护士丰富, 分诊正确率高, 低年资护士经验缺乏, 应急能力不足, 相比之下理论知识及专业技术匮乏。

4) 夜班时间急诊病人大多数是急性病、慢性病急性发作、外伤、急性中毒、急腹症、发热等, 病人多, 护士数量相对不足, 且睡眠周期被打乱, 极易疲劳, 产生护士应对无效或缺乏。

5) 护理人员连续工作时间长, 易产生时间疲劳。

6) 患者原因: 陈述病情不详细或拒绝陈述病情; 故意隐瞒病情; 对护士不认可。

### 2.2.2 急危重症患者抢救时间偏长

①护理人员: 抢救护士在应急能力, 心理素质及护理专业技术水平方面参差不齐, 造成急危重患者护理治疗的时间不统一。

②医生: 个别医生医患沟通不到位, 部分急会诊医师急救意识薄弱, 会诊时间观念不强。

③患者及家属: 医学知识匮乏、情绪激动易怒、对医院环境陌生、某些家属与医护交流困难等等导致患者的抢救工作不能顺利进行。

④医院相关制度: 我院自 2014 年 4 月实行急诊系统信息化, 所有患者来诊后, 先办理就诊卡, 挂号至相应科室, 医生方可进入系统开具相应的检查、处方等, 患者只凭就诊卡就可以完成急诊相关项目的缴费。系统信息化的建立提高了急诊科医务人员的工作效率。为了提高急诊急危重症患者的急救质量, 我院自 2012 年起便制定了急危重症患者绿色通道制度, 凡病情分级为 I、II 级的病人均纳入绿色通道的范围。享受“绿色通道”的急危重症患者必须由值班医生额外填写纸质处方、检查申请单, 之后还需要医务处或总值班相关领导签字审核方可执行。医生开具纸质处方及检查申请单至领导签字审核的过程一定程度上为患者的紧急就治增加了时间。

针对以上原因 PDCA 循环管理小组制定了一系列的培训、考核、评价标准，按计划、分阶段的持续质量改进。

### 2.3 P：计划阶段

根据现状调查及原因分析的结果，制定一系列的应对措施，包括相关制度的调整，以及理论、实践能力的考核与评价，并由 PDCA 管理小组实时监控督促。

### 2.4 D：实施阶段

按照 PDCA 管理小组制定的培训、考核计划，逐一实施。

1) 夜班病人相对多，病情复杂，护士长进行了排班模式的改变，增加了一名夜班护理人员。

2) 每班登记急危重症患者急会诊医师的姓名，记录急会诊到达时间。每月医务处对登记表进行统计，不合格的医师进入绩效考核。

3) PDCA 管理小组将“绿色通道”的问题反馈至护理部，经院领导研究决定，制定“绿色通道专用就诊卡”，急危重症患者只需持有专用卡，不需院领导签字便可畅通无阻，快速进入各项必要的检查、治疗。

4) 护理人员院外学习新技术、新业务，选派业务能力强的护理人员参加省内或全国组织的急诊专科护士培训，通过培训，提高自身素质，回院后带动急诊科护理的发展。

#### 2.4.1 第一阶段：理论授课

PDCA 管理小组分别组织了关于腹痛的两次理论课程和胸痛的两次理论课程，内容分别为“腹痛解析”和“腹痛的问诊及触诊”，“胸痛的识别”和“胸痛的分诊流程”。主讲人：急诊科主任，参加人员：全体护理人员，时间：2015 年 1 月 4 日、1 月 11 日、1 月 18 日和 1 月 25 日，地点：急诊科会议室，授课时长：2 小时，每次授课结束进行半小时的问题讨论。

2015 年 1 月 4 日：详细讲解了人体腹部的解剖结构，依次介绍腹痛的特点、引起腹痛的原因、导致腹痛的常见疾病、腹痛的诊断要点、鉴别诊断等，并引用实际病例为大家讲解了内科和外科腹痛的区别，以及妇科腹痛的注意要点。

2015 年 1 月 11 日：对腹痛的问诊内容，方法技巧以及触诊的步骤及注意事项做了详细的介绍。

问诊要点：腹痛的部位、性质和特征、程度、有无放射和转移、病程、

伴随症状等。

触诊：病人取仰卧位，两腿屈起并稍分开，放松腹肌。护士站于病人右侧，先全腹触诊后脏器触诊，脏器触诊时先浅触诊后深触诊，一般从左下腹开始沿逆时针方向依次检查腹部各区。浅触诊一般使腹壁下压 1 厘米，深触诊下压至少 2 厘米，甚至达 4-5 厘米。注意要边触诊边观察病人的反应。

授课结束，大家针对腹痛的问题认真讨论，积极发言。

2015 年 1 月 18 日：详细讲解了引起胸痛的各种疾病，包括急性冠脉综合症、主动脉夹层、肺栓塞、气胸、心包炎、心包填塞和食管破裂等的病史特点及鉴别诊断。

2015 年 1 月 25 日：进一步规范了急性胸痛患者的就诊流程，护士询问病史-初步筛查高危胸痛患者-高危胸痛绿色通道-后续救治。护士询问病史的要点包括患者年龄、性别，服用的药物，既往心血管病史、呼吸系统疾病、糖尿病病史、吸烟史，生活方式，胸痛的部位，性质，起病时间，持续时间，加重或缓解因素，放射痛和伴随症状。通过病史的询问初步评估高危胸痛的可能性。高危患者紧急进入“绿色通道”。

2015 年 1 月 31 日：PDCA 管理小组对全体护理人员进行理论知识考核，考核通过者进入第二阶段，未通过者继续学习理论知识。之后的每两周进行一次理论知识考核。

#### 2.4.2 第二阶段：分诊实践培训和急救能力的培训（2015 年 2 月 1 日至 2 月 28 日）

①每班由高年资护士和低年资护士搭配工作，高年资护士要求业务能力强、有带教能力。对于腹痛患者的问诊、触诊由高年资护士手把手带教，及时指正错误，不断改进。

低年资护士关于腹痛患者的实践考核，包括问诊、触诊，均由带教高年资护士评定，根据 PDCA 管理小组制定的腹痛分诊实践考核表逐项考核，分数达 90 分以上即为考核合格。合格者可脱离带教老师，单独分诊。

②规范培训提高急诊护士的急救能力：包括急救知识的培训和急救技能的培训。

由 PDCA 管理小组组织，由护士投票选出有高度责任心、业务能力强的主管护师 2 名担当培训组长，专门负责科内护理人员急救能力的培训。

理论授课：2015 年 2 月 4 日和 2015 年 2 月 19 日，地点：急诊会议室 主讲人：急诊科培训组长 授课时长：2 小时

技能授课：2015 年 2 月 11 日和 2015 年 2 月 26 日，地点：急诊抢救室 主讲人：急诊科培训组长 授课时长：3 小时

急救知识培训：包括抢救车内的急救药品的剂量、作用及用途；常见突发事件的应急预案以及与急救实践有关的培训。

急救技能培训：包括常用抢救仪器的培训、抢救技能操作的培训以及各种疾病抢救流程中与医生之间的配合等等。

月底进行急救能力的考核，包括理论和技能考核。分数达 90 分以上为考试合格。不合格人员继续培训。

#### 2.4.3 第三阶段:系统考核和病例分析（2015 年 3 月 1 日至 3 月 31 日）

此阶段主要对急诊科全体护理人员进行腹痛、胸痛理论知识、实践分诊和急救能力的考核，由护士长和 PDCA 管理小组组织，分次进行。最后考核合格率达 90% 以上。

在不间断加强分诊及急救能力的同时，PDCA 管理小组实行实时监控，督促学习指导。分诊护士每月收集典型的分诊错误病例数例，由分诊护士认真分析错误原因，详细介绍相关疾病的理论知识和鉴别诊断，分诊要点，总结改进措施，并将以上内容做成 PPT，召集全体护理人员集中学习，吸取教训，不断提高分诊能力。

#### 2.5 C：检查

PDCA 管理小组成员每周进行急诊分诊质量的检查，对影响分诊质量的患者因素、客观因素和护理因素进行有效的巡查，对实施的结果进行检查指导，仍存在的问题督促整改。

#### 2.6 A：处理

PDCA 管理小组定期召开座谈会，对收集的反馈信息反复进行分析和总结，对成功的经验予以肯定，并实行标准化。对遗留的问题进一步分析研究，找出解决措施。同时分析未解决和出现的新问题，进入下一个 PDCA 循环，如此反复，使得问题逐渐得到解决，进而提高急诊分诊管理质量。

#### 2.7 巩固阶段

PDCA 管理小组对急诊分诊质量进行 PDCA 管理后，于 2015 年 10 月-12 月进入巩固调查阶段，分别统计各项观察指标是否得到维持并持续



提升。

### 3 评价方法及指标

分诊正确与否均以专科医生的临床诊断为依据；急危重症患者的就诊时间以分诊登记本及病人转送交接本上的数据为依据；患者满意度以电子评价系统结果为依据。

### 4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS17.0 软件进行处理和分析，计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示，采用  $t$  检验；计数资料以率表示，采用卡方检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 结 果

1 PDCA 管理模式的实施对急诊护士的分诊能力有影响,将改善前和改善后的急诊分诊准确率进行比较分析,改善前和改善后分别为 89.1%和 95.3%,采用卡方检验,结果  $P<0.05$ ,差异有统计学意义(Table 8)。说明 PDCA 管理模式的实施可以显著提高分诊准确率,提高急诊分诊管理质量。

2 PDCA 管理模式的实施对急危重症患者就诊时间有影响,将急危重症患者分为脑出血、心肌梗死、呼吸衰竭和严重创伤 4 组,对各组的抢救时间( $\bar{x} \pm s$ )进行统计学分析,采用 t 检验,计算出 t 值分别为 8.114、6.189、4.328 和 3.637,所有  $P$  值均 $<0.05$ ,差异有统计学意义(Table 5-6)。说明 PDCA 管理模式的实施,使急危重症患者的就诊时间明显缩短,为患者的进一步救治争取了宝贵时间。

3 PDCA 管理模式的实施对患者的满意度有影响,分别将改善前和改善后患者的护理满意度进行比较,分别为 84.4%和 93.4%,两组进行卡方检验,计算  $\chi^2$  值为 651.728,  $P<0.05$ ,差异有统计学意义(Table 8)。说明 PDCA 管理模式的实施在提高分诊准确率及缩短急危重症患者就诊时间的同时,提高了患者对护理的满意度。

4 PDCA 管理小组对 2015 年 10 月至 12 月的急诊分诊质量进行调查分析,统计出 10 月至 12 月的分诊准确率、急危重症患者就诊时间及患者满意度与改善后数据进行统计学分析,结果  $P<0.05$ ,差异有统计学意义。说明巩固调查阶段的急诊分诊质量优于改善后的急诊分诊质量,并且在持续的质量改进。

PDCA 管理模式的实施,提高了护士的分诊能力,其中急诊分诊准确率较前提高,急危重症患者的就诊时间较前缩短,使急诊就诊患者更方便快捷的得到相应的救治,同时提高了患者对护理工作的满意度。

附表

Table 1 Quality of emergency nursing in the beforer improvement group

项目	调查结果	达标（是/否）
急诊分诊准确率>90%	89.1%	否
急救物品完好率 100%	100%	是
急诊危重症患者在就诊 5 分钟内得到处置	100%	是
急诊会诊医生 10 分钟到位	80%	否
急危重症抢救成功率≥80%	85%	是
危重症患者护理文书书写合格率 100%	100%	是
抢救记录于抢救结束后 6 小时内补记	100%	是
急诊患者护理满意度>90%	84.4%	否

Table 2 with clinical symptoms of classification, the respective triage failure accounted for

	腹痛	胸痛	发热	头晕	头痛	意识障碍	咽痛	其他
失误例数 (n)	471	151	95	30	27	21	12	8
占比 (%)	57.8	18.5	11.7	3.7	3.3	2.6	1.5	0.9

Table 3 Time classification, to its respective triage failure accounted for

分诊时间	失误例数 (n)	占比(%)
日间 (8:00-19:00)	269	33
夜间 (19:00-次日 8:00)	546	67

Table 4 By length of service of the nurses, the respective triage failure accounted for

年限	失误例数 (n)	占比(%)
高年资 (≥ 5 年)	261	32
低年资 (<5 年)	554	68

Table 5 The clinical time of the critical patients in beforer improvement group

	脑出血	心肌梗死	呼吸衰竭	严重创伤
急救时间	45.36±8.58	41.68±7.62	67.58±11.25	63.45±10.98

Table 6 Comparison of two groups of triage accuracy

组别	例数(n)	正确(n,%)	错误(n,%)	$\chi^2$	P
改善前	12350	11003 (89.1)	1347 (10.9)	395.724	<0.001
改善后	16258	15494 (95.3)	764 (4.7)		

Table 7 Comparison of two groups of patients with acute severe emergency time (unit: minutes)

组别	脑出血	心肌梗死	呼吸衰竭	严重创伤
改善前	45.36±8.58	41.68±7.62	67.58±11.25	63.45±10.98
改善后	33.15±6.25	31.18±6.01	55.69±10.35	52.24±10.11
t 值	8.114	6.189	4.328	3.637
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Table 8 Patient care and satisfaction between the two groups [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	基本满意	不满意	满意度(%)
改善前	12350	3730(30.2)	3260(26.4)	3433(27.8)	1927(15.6)	84.4
改善后	16258	7868(48.4)	5072(31.2)	2243(13.8)	1075(6.6)	93.4
$\chi^2$		963.618	78.344	865.114	651.728	651.728
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

## 讨 论

急诊医学作为一门新的独立学科,越来越受到医学界同行和专家们的肯定和认可,其重要性也受到社会上更为广泛和充分的理解。它的快速发展已成必然。急诊科是医院的前沿窗口,人流量大,患者发病急,病伤广,病情重且复杂,家属情绪焦躁易怒,急诊医务人员任务繁忙,责任重大。

社会生活水平的提高,使得人们对健康的要求也越来越高,急诊服务范围不断扩大,服务对象迅速增加,急诊科拥挤现象已然出现。急诊科有限的医疗资源与患者就医供需之间将处于失衡状态,出现急诊就诊顺序或“等候”问题。过高的就诊量使得患者等候或就诊时间过长,医疗服务质量下降,不良事件相应增加<sup>[5]</sup>。各大、中城市急诊科成为医院医疗纠纷的高发科室。

成功的分诊要求护理人员能迅速、准确地对患者的病情做出判断,缩短患者的就诊流程,争取抢救时间,最大程度地救治患者<sup>[6-7]</sup>。

Robert 等<sup>[8]</sup>对累斯萨拉姆医院的急诊分诊护士进行调查研究,对分诊护士进行专业知识和技能的评估,结果发现1/3的受测者并不具备分诊专业知识;84%的分诊护士未对呼吸道患者进行评估,且所有的受测者均未进行疼痛等级评分;只有1/4的受测者基本掌握了分诊指南。Ghassan A1-Halabi<sup>[9]</sup>的调查显示87.3%的急诊护士曾经参加过急诊相关培训,并且具有5年以上的急诊工作经验,但分诊相关知识均分偏低。胡英莉等<sup>[10]</sup>进行的调查显示,急诊分诊工作越来越得到急诊科管理人员的重视,但对于分诊护士的要求各家医院并没有统一标准。

本文通过对某三级甲等医院急诊科2014年7月至12月急诊就诊患者的护理程序进行现状调查发现,急诊分诊相关的护理质量均存在可提升的空间,急诊护理人员、医生、患者及家属甚至医院相关的规章制度一定程度上决定了分诊的准确性、患者就诊的质量。其中护理人员是分诊效果的最大决定因素<sup>[11]</sup>,分诊时要做到准确无误,迅速地把病人分诊到各个科室,以简化患者就诊流程,方便病人为着眼点。因此,提高分诊效果、简化就诊流程、提高危重症患者的就诊质量十分重要。

“PDCA 循环”是继 1930 年休哈特的构想后于 1950 年由戴明博士再次提出,戴明博士被称为美国质量管理专家,他将 PDCA 循环运用于产品

质量的持续改善过程中，收到了很好的管理效果。戴明认为，有过程的活动都是由计划 (Plan)，实施 (Do)，确认(Check)，处置 (Action) 四个环节组成的，它们分别是计划 (Plan)，实施 (Do)，确认(Check)，处置 (Action)。PDCA 循环已成为持续提高护理服务质量的有效方法<sup>[13-14]</sup>。它可以实现对护理过程循环的、有效的持续改善，由于改善的持续性，所以护理质量和护理效果也会越来越好<sup>[15]</sup>。

本研究将 PDCA 管理模式应用在护士分诊能力及患者满意度中，旨在提高急诊分诊管理质量，从而进一步提高急诊科护理服务质量。结果显示，PDCA 模式下的护理干预，提高了我科护理人员的理论知识和专业技能，增强了护理人员的工作积极性，最终有效提高了急诊分诊准确率。危重症患者的救治以缩短就诊流程，提高护理操作技术为切入点在 PDCA 模式干预下，就诊时间明显缩短，抢救质量明显提升，患者及家属对护理的满意度显著提高。PDCA 管理模式成为管理者的一种新型的简单的管理工具，使我科的护理工作上升到一个更高的水平，促进了我院急诊科的发展。

## 结 论

1 PDCA 管理模式应用于急诊分诊管理,可以有效提高分诊护理人员的理论知识和专业技术,提高护士的分诊能力,对分诊准确率有明显改善,缩短急危重症患者的就诊时间,简化患者的就诊流程,为患者赢得更为宝贵的时间。

2 PDCA 管理模式对患者满意度有影响,使患者及家属对护理的满意度提高,使医患纠纷较前明显减少。

3 PDCA 管理模式作为管理者的新型管理工具,应用于急诊分诊管理,可以有效的提高急诊护理质量,使急诊科护理工作上升到更高的水平,促进了急诊科护理的发展,值得领导者借鉴。

参考文献

- 1 于学忠. 急诊系统会崩溃吗[C].第二届中国心脏重症大会论文集, 2013:202~203.
- 2 Tang N, Stein J, Hsia RY, et al. Trends and characteristics of US emergency department visits:1997-2007[J].JAMA, 2010, 304(6):664~670.
- 3 刘月平.急诊分诊护士职业素质和能力的要求[J].全科护理, 2011, 9(33):3077.
- 4 Gerard Fitz Gerald, Geoage A Jelinek, Deborah Scott, et al. Emergency department triage revisited[J]. Emergency Department Journal, 2010(27): 86~92.
- 5 Tang N, Stein J, Hsia RY, et al. Trends and characteristics of US emergency department visits:1997-2007[ J]. JAMA, 2010, 304(6):664~670.
- 6 刘月平. 急诊分诊护士职业素质和能力的要求[J]. 全科护理, 2011, 9(33):3077.
- 7 Gerard Fitz Gerald, Geoage A Jelinek, Deborah Scott, et al.Emergency department triage revisited[J]. Emergency DepartmentJournal, 2010(27): 86~92.
- 8 Robert Aloyce, Sebalda Leshabari, Petra Brysiewicz. Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency in Dares Salaam, Tanzania[J]. African Journal of Emergency Medicine, 2014, 4(1):14~18.
- 9 Ghassan A1-Halabi..中南大学, 2014,5.
- 10 胡英丽.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, 2014,5(334~336).
- 11 郑星丽. 急诊预检分诊现状分析及持续质量改进效果[J].国际护理学杂志, 2014, 23(7):1802~1804.
- 12 郑军, 贾冬云, 向红 .PDCA 管理方法在提高呼吸科危重症患者抢救成功率中的作用 [J]. 护理实践与研究, 2014, 1(8):115~117.
- 13 陈杨霞. 手术过程中急性压疮发生的相关因素及预防措施[J]. 实用临



床医药杂志, 2014, 18(4):92~94.

- 14 谭玉聪, 王哲隼. 品管圈管理在高危患者术中压疮预防中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(E01).
- 15 李艳丽. 有关提高内科护理质量的方法与措施的讨论[J]. 医学信息: 下旬刊, 2011, 24(5):208.

## 综述

### 急诊分诊质量管理的研究探讨

摘要：急诊医学近年的飞速发展，使得社会群众对急诊服务资源的需求越来越大，急诊科的“拥挤”或“过度拥挤”已成为全球的共性问题<sup>[1]</sup>。急诊分诊是分诊护士根据患者的病情及严重程度对其进行快速评估与分检分类，确定就诊优先顺序的过程<sup>[2]</sup>，是急诊科患者救治的第一个环节。而对于急诊分诊的管理，其难点在于患者病种多、疑难病例多、病情复杂、短时间内为医务人员提供的信息少。成功的分诊要求护理人员能快速、准确地评估患者病情，加快急诊患者的就诊流程，争分夺秒高效率地抢救患者生命<sup>[3-4]</sup>。因此，急诊分诊的质量直接反映了医院的整体医疗水平。本文对影响急诊分诊质量的因素及改进措施进行综述，以期在医院管理者提供借鉴。

关键词：急诊 分诊 管理

#### 1 国内医院预检分诊系统不完善

急诊分诊是急诊患者救治过程中的第一个重要环节，更是急危重症病人抢救的关键环节。如今的急诊分诊更加注重的是时刻以病人为中心，根据患者本身病情的轻重缓急合理地安排就诊，可称之为“病情分诊”<sup>[5]</sup>。

目前各大医院主要包括两大模式<sup>[6]</sup>：

##### 1.1 一般患者的预检分诊

在分诊过程中，护理人员为患者的就诊提供指导，通过简单的问诊、查体，引导患者挂号至相应的科室，遵医嘱做好相应的处置和护理工作。

##### 1.2 急危重症患者的预检分诊

“绿色通道”是国内大多数医院为急危重症患者提供的快捷高效地服务系统。实行两先两后制度，即“先抢救、后挂号，先抢救、后付费”。分诊护士将进入“绿色通道”的急危重症患者迅速送入抢救室；与抢救大夫及抢救护士迅速交接后返回分诊台同时通知急诊科相关人员到位；对于无家属的患者通知保卫处或110，协助患者尽快联系家属。分诊护士的关键作用是迅速判断评估患者的病情，从而确保早期抢救工作的顺利进行。

目前国内急诊预检分诊标准还未统一。我国大部分医院的急诊都是根

据病人所患疾病种类的分科进一步分诊。

卫生部于2011年4月颁发的《三级综合医院评审标准实施细则》中“急诊绿色通道管理部分”明确规定：加强急诊检诊、分诊工作，及时抢救急危重症患者，合理分流普通症患者<sup>[7]</sup>。卫生部于2011年8月颁发的《急诊病人病情分级试点指导原则》指出：从功能结构上把急诊医学科分为“三区”，根据患者的病情分为“四级”，以后简称“三区四级”，它体现了病人病情的严重程度，符合患者需要急诊资源的状况，顺应了急诊医学的发展方向<sup>[8]</sup>。同时还提出，急诊病人病情越严重，就越应该最先救治。使病人在合适的时间到合适的区域获得恰当的诊疗，保障急诊病人医疗安全。

目前，国内多数医院根据卫生部的急诊病人病情分级试点指导原则（征求意见稿）为指导，制定出了适合本院的急诊分诊标准，但少部分二、三级医院仍然未规范出客观、统一的急诊分诊标准。

## 2 急诊护士分诊能力现状

近几年，急诊服务范围日益扩大，服务对象增长迅速，急诊拥挤状况已然显现。急诊科医疗资源紧张与患者日益增长就医需求之间将处于失衡状态，出现急诊就诊长期“等候”的问题。过高的就诊量使得患者等候时间及就诊时间过长，急诊医疗服务质量下降，不良事件不断增加等<sup>[2]</sup>。成功的分诊工作要求护理人员能快速、准确地判断患者病情，缩短急诊患者就诊等待时间，最大程度地救治患者<sup>[9-10]</sup>。

### 2.1 分诊能力有待提高

Robert 等<sup>[11]</sup>对累斯萨拉姆医院的急诊分诊护士进行专业知识和技能的评估，结果1/3的受测者不具备分诊知识；13% 的受测者表示虽然已经参加工作，但仍是缺乏分诊患者的知识；84% 的分诊护士并未对呼吸道患者进行评估，且所有的受测者均未进行疼痛等级评分；只有1/4 的受测者掌握分诊指南。Ghassan A1-Halabi<sup>[12]</sup>的调查显示虽然87.3%的急诊护士参加过急诊相关培训，而且具有5年以上急诊工作经验，但分诊知识得分偏低，分诊技能得分相对较高。胡英莉等<sup>[13]</sup>的调查显示，医院由护士进行分诊占83.21%；医院对分诊护士的学历、急诊工作时间和职称有明确要求的近85.00%；急诊科分诊护士需持有人职证或上岗证的占52.19%。可以看出分诊工作已经得到急诊科室的重视，但关于分诊护士的要求缺乏统一标准。

## 2.2 分诊效果的监测尚未完善

分诊效果最大决定因素是护士<sup>[14]</sup>。对于分诊护士的角色定位及能力要求的研究,目前有比较一致的研究结果,但是对于如何监测及改进分诊效果的研究少之又少。“降阶梯式”思维是一种以患者生命为保障的新的思维方式,要求急诊临床医生在做症状鉴别诊断时,应该先考虑严重疾病再考虑一般疾病,先考虑迅速致命疾病再考虑进展较慢疾病。同时也启发护士在实际工作中以此思维方式思考,按患者病情的轻重缓急,合理安排患者就诊的先后顺序,为病人赢得宝贵的抢救时间,挽救患者生命。王慧<sup>[15]</sup>将此方法应用于急诊分诊护士的培训,提高了分诊护士的临床综合能力及分诊的准确性,有效的提高了护理服务质量和患者及家属的护理满意度,降低了医患纠纷。但是,降阶梯思维作为一种特定专业所需要的思维品质,具有科学性、严谨性、灵活性、可操作性等特点,培养降阶梯思维能力是一项长期的系统工程,因此需要通过实践不断加强和完善降阶梯思维能力<sup>[16]</sup>。

董建兰<sup>[17]</sup>指出,护理程序在急诊科的应用,使急诊人力资源、空间资源得到更为合理的利用。急诊分诊流程较以往更加顺畅,进入“急诊绿色通道”的急危重症患者都能以最快的速度得到及时有效的救治;其他普通症患者的就诊需求能够得到合理的关注。分诊护士将系统方法运用到患者的病情评估、诊断、计划、实施和评价各个环节中,使急诊就诊患者在合适的时间到合适的区域获得合适的诊疗,确保了就诊秩序,同时急诊有限的人力资源、空间资源得到更为合理的使用。但随着时代不断向前发展,人们健康意识日益增强,患者对急诊标准认知意识的模糊,急诊患者人数的飞速增长,医护人员等人力资源匮乏,医疗环境设施短缺及硬件配套措施相对不足等因素制约着急诊分诊系统的进一步完善<sup>[18]</sup>。根据医院患者的需求,我们要不断的完善与改进以下几点:一、如何使危急重患者得到最快速、最有效的分诊与救治,急诊资源得到更为合理的使用;二、如何使更多虽非需要立即采取紧急抢救措施的急诊患者能够尽可能少的体验就医等待所带来的种种负面效应等<sup>[17]</sup>。

杜静,李学技<sup>[19]</sup>提出将“PQRST”分诊法应用于急性非创伤性疼痛患者的分诊中,结果分诊准确率为98.62%,比原来提高了4.39%,平均分诊时间较前缩短,分诊效率得到很大的提升。“PQRST”分诊法具有很强的可操

作性,提高了分诊准确率和效率,值得推广。但“PQRST”分诊法并没有涵盖疼痛表现的全部方面,如冯丽伟等<sup>[20]</sup>在诊治过程中发现1例以下肢疼痛为主要表现的急性主动脉夹层患者,较为罕见。所以我们在应用“PQRST”分诊法时,不能生搬硬套,要灵活应变,根据实际情况,对疼痛患者的主要症状、既往病史、伴随症状等仔细询问,以得出正确的判断。

邵红玉<sup>[21]</sup>探讨了标准化病人(SP)在培训急诊低年资护士预检分诊能力的效果。结果表明:培训后,低年资护士的预检分诊能力有较大提升,因此,标准化病人(SP)技术应用于低年资护士预检分诊培训,有利于提高低年资护士预检专业技术,是一种较合适的低年资护士在职培训方法。

目前我国多是通过分诊准确率(分诊时的病情判断与确诊一致)、误诊率、漏诊率、护理纠纷率、分诊平均时间及满意度作为分诊效果监控指标,尚未出台有针对急诊分诊护士的分诊能力评价体系及官方指南<sup>[14,22-23]</sup>。

### 3 问题与对策

#### 3.1 制定高效地急诊预检分诊系统标准

急诊预检分诊系统是一项可根据患者病情严重程度来判断患者就诊顺序的系统,也是一种框架,这种框架要求我们应用预检标准对患者进行分类挑选,这个过程是快速、有序的<sup>[24]</sup>。可帮助医院从急诊拥堵现象的源头进行干预。发达国家均采用先进的预检系统对急诊患者进行分诊,如美国的急诊严重度指(Emergency

Severity Index, ESI)、加拿大的急诊预检标尺(Canadian Triage and Acuity Scale, CTAS)等,这些预检分诊系统既保证了急诊患者得到及时、有效的救治又保证了医疗资源得到合理的运用。与急诊拥挤现象密不可分的就是大量非急诊患者的涌入使所有患者候诊就诊时间延长,造成危重患者的诊治时间延误,甚至造成患者的死亡。随着急诊医学的发展,预检分诊已成为缓解急诊拥挤现象的核心工作,逐渐成为急救医疗工作中的重要环节<sup>[25]</sup>。高效的急诊预检分诊系统是整个预检工作有效运行的重要保障。

医护人员使用急诊预检分诊系统后,在优化就诊环境的同时,还能有效帮助急诊预检护士快速准确地甄别急危重症患者,患者在最短的时间内得到诊治,极大缩短了危重患者的等待时间,并降低了意外发生率<sup>[26]</sup>。

#### 3.2 健全急诊分诊护士培训系统

急诊分诊护士,不仅掌握扎实的专业理论知识和熟练的急救技术,还

应具备沟通能力和情况判断能力、对策反应能力等应急能力的培养。目前急诊分诊护士对已有的培训项目已不能完全满足,要求对培训内容及知识的丰富多样性以及培训方式的多元化等。因此应注重加强对急诊分诊护士进行培训,以提高急诊分诊护士的基本素质与业务水平。因此如何提高急诊分诊护士的预检分诊能力,保证分诊准确性,成为急诊分诊护士培训中的重要课题。

### 3.2.1 规范准入原则

在国外,分诊护士的准入有严格的规定。法国要求分诊护士取得护士资格证,并具备两年以上急诊医学科的工作经验,参加法国卫生局的分诊培训并通过认证考核<sup>[27]</sup>。在新加坡,分诊护士不但拥有注册护士资格,还要有一年以上相关工作经验,参加医院内分诊培训,通过笔试、口试后方可上岗工作<sup>[28]</sup>。在我国,目前大部分医院只要求分诊护士具备护士资格证,拥有一年以上的工作经验,对于分诊护士是否参加培训,以及考核认证通过与否考虑较少<sup>[29]</sup>。直到2013年2月,卫生部开始施行医院急诊科规范化流程,至此分诊护士的准入资格走向标准化<sup>[30]</sup>,此流程中规定分诊护士应具有5年以上工作经验,24h在岗,接待来诊患者,根据病情评估进行分级,予以合理分流至各区,急诊患者病情的危急和急诊环境的复杂,要求分诊护士必须具备高水平分诊能力和心理素质,研究显示,固定的急诊专科护士作为分诊人员能显著提高分诊质量<sup>[31]</sup>。因此,提高分诊护士的准入原则,从岗前严格筛选条件十分必要。

### 3.2.2 提升人文素养

社会的进步,科学技术的发展,对医学提出了更高的要求。社会大众对自身健康也越来越关注,患者在选择医院时。考虑的更多的是医院的整体医疗水平,而医院高效的服务质量直接影响着医疗水平的提升。患者就诊时不仅要求解决自己生理上的病痛,还要从这里得到尊重、人文关怀,与医务工作者建立良好的护患关系,达到生理和心理的双重服务<sup>[32]</sup>。

我国护士队伍趋向于年轻化,心理素质和接人待物水平较为浅薄。研究表明,高年资护士其社会经验和职业经历丰富,处理医患关系方面具有明显优势,其分诊准确率(96.23%)大于低年资护士(81.5%)<sup>[33]</sup>。王红萍等<sup>[34]</sup>对护理分诊准确率分析指出缺乏耐心引起的护患沟通不良是导致分诊失误的原因之一。宋继兰等研究表明56%的急诊护士责任心不强,凭

直觉盲目分诊；59%的急诊护士对急诊分诊工作重视不够；52%的急诊护士缺乏与病人沟通交流的技巧。综上所述，人文素养的缺乏致使分诊准确率偏低，医患、护患矛盾增加。不定期的加强年轻护士的人文素养培训势在必行。

### 3.2.3 加强专业知识和技能的培训

采用多样化培训方式，如情景法，案例分析法；统一培训内容，相关部门出台类似分诊专科的指南，提供培训依据；加强院院交流学习，不局限于本院本科高年资向低年资的个人经验传授模式<sup>[35]</sup>。抢救程序需要急诊护理人员不断去完善和优化，新的抢救设备需要护理人员不断加强学习和训练。不定期的培训专业技术操作，学习急诊专科知识，接受继续教育，鼓励护理人员参加各类学术讲座，不断进修深造，不断拓展理论水平，与国内外新知识、新动态、新观念与时俱进<sup>[36]</sup>。

从20世纪开始，欧美等国纷纷开始了对护理人员进行专科护士核心业务能力的培养，我国也进行了规划，卫生部和各省市护理学会积极探讨，将专科护士核心业务能力的培养作为重点<sup>[37]</sup>。国内外学者相关研究界认为，专科护士核心能力架构可以直接提高护理人员工作时临床护理的能力，领导者的决策能力，临床带教的教育指导能力，继续教育的科研能力，其中临床护理能力是核心之核心。目前，我国的医学护理教育水平和医学护理实践领域中还未到达这样的水准，而培养专科护士是培训效果的重要标准。

### 3.2.4 持续性质量改进

持续质量改进是近年提出的一个新的管理理念，改变过往传统管理所采取的回顾性个案分析法。而采取一种持续性地针对具体过程问题的一种质量评估法。急诊科通过内外结合的方式持续质量改进，内部通过质量检查和评估分析原因，外部向患者、医护人员发放调查问卷以征询意见，及时发现预检问题，探索思考，并提出解决措施，最终解决问题。急诊科应用持续质量改进，可以大大提高分诊准确率，并有效降低了漏诊、误诊；CQI较大程度上改善了急诊预检分诊的工作环境，提高了急诊科护士对于护理工作质量的认知；一定程度上提高了分诊工作效率及分诊工作水平。对于分诊培训的效果以及培训之后护士能力的评价应多阶段、持续性进行，而不只注重考核是否通过，持续性改进有助于提升分诊质量<sup>[38]</sup>。持续质量改进不仅可以显著提高护理质量管理的效果，还能提高医院护理的整体水

平，最终提高了患者对护理工作的满意程度。

#### 4 小结

综上所述，急诊分诊质量管理有待提升。健全急诊预检分诊系统，完善分诊质量评价体系，规范统一分诊标准，加强急诊专科护士培训，持续质量改进，是顺应现代急诊发展的必然。



## 参考文献

- 1 于学忠. 急诊系统会崩溃吗[C]. 第二届中国心脏重症大会论文集, 2013:202~203.
- 2 Tang N, Stein J, Hsia RY, et al. Trends and characteristics of US emergency department visits:1997 - 2007[J].JAMA,2010,304(6):664~670.
- 3 刘月平. 急诊分诊护士职业素质和能力的要求[J]. 全科护理, 2011, 9(33): 3077.
- 4 Gerard Fitz Gerald, Geoage A Jelinek, Deborah Scott, et al.Emergency department triage revisited[ J]. Emergency Department Journal, 2010(27): 86~92.
- 5 周文华, 刘丹, 周晓梅.急诊分诊的研究现状[J].护理管理杂志, 2009,(5):27~28 .
- 6 吴韬, 李平, 李先锋, 等.基于移动技术的急诊预检分诊系统初步探讨 [J].中国医院管理,2012(10):59~61.
- 7 卫生部.三级综合医院评审标准实施细则(2011 年版),2011 ,4 .[13]
- 8 卫生部.急诊病人病情分级试点指导原则(征求意见稿),2011 ,9 .
- 9 刘月平. 急诊分诊护士职业素质和能力的要求[J]. 全科护理, 2011, 9(33):3077.
- 10 Gerard Fitz Gerald, Geoage A Jelinek, Deborah Scott, et al.Emergency department triage revisited[ J]. Emergency DepartmentJournal, 2010(27): 86~92.
- 11 Robert Aloyce, Sebalda Leshabari, Petra Brysiewicz. Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency in Dar es Salaam, Tanzania[J]. African Journal of Emergency Medicine, 2014,4(1):14~18.
- 12 Ghassan A1-Halabi.长沙市三级医院急诊科护士分诊知识、技巧和实践的研究.中南大学, 2014, 5.
- 13 胡英丽.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, 2014,5(334~336).
- 14 郑星丽. 急诊预检分诊现状分析及持续质量改进效果[J]. 国际护理学

- 杂志, 2014,23(7):1802~1804.
- 15 王慧.降阶梯思维法在急诊分诊护士培训中的应用[J].教育与培训, 2015,2(9)
  - 16 郭丽华冯海珊.降阶梯思维法在EICU新护士应急能力培训中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报, 2012,33(12):1675~1677
  - 17 董建兰.护理程序在急诊分诊管理中的应用[J].护理实践与研究, 2015,12(3)
  - 18 杨珂欣. 对改善急诊分诊模式的思考[J]. 中外医学研究,2010,8(1):103~104.
  - 19 杜静李学技.“PQRST”分诊法在急诊非创伤性疼痛分诊中的应用[J].中华危重病急救医学,2014 ,11(26): 第11期(843~844)
  - 20 冯丽伟, 王庆, 夏春霞, 等 . 以下肢疼痛为主要表现的急性主动脉夹层1例[J]. 中国危重病急救医学, 2010,22(2):122.
  - 21 邵红玉.标准化病人(SP)在急诊低年资护士预检分诊培训中的应用.第三届世界灾害护理大会2014, 06.
  - 22 侯玉娟, 唐绍辉.“三区四类”预检分诊表在急诊分诊中的应用与效果[J]. 护士进修杂志, 2014,21(14):1272~1275.
  - 23 郭艳枫, 邓秋迎, 李彦丽, 等. 急诊分诊质量评价方法的探讨与分诊记录单运用体会[J]. 中国中医急症, 2013,22(8):1457~1458.
  - 24 Ocana MJ,Rodriguez JB. Triage area. Use and effectiveness of a protocol. Rev Enferm,2000,23(6):464~468.
  - 25 苏玲敏,张茂.急诊预检分诊的现状与展望.中华急诊医学志,2012,21(12): 1406~1407.
  - 26 范颖袁秀群.急诊预检分诊系统的应用及效果评价.中国护理管理, 2015, 15 (1)
  - 27 张杰. 中法急诊预检分诊制度对比及借鉴[J]. 护理学报, 2009, 16(17): 20~22.
  - 28 曾艳, 黄海燕. 新加坡急诊预检分诊模式介绍[J]. 护理学杂志, 2010, 25(10):85~86.
  - 29 冯秀敏, 胡英莉, 李玉乐, 等. 急诊分诊护士准入及培训研究[J]. 护理研究, 2014,28(1):6~8.

- 30 中华人民共和国卫生部. 医院急诊科规范化流程[M].北京:中国标准出版社, 2012:125~203.
- 31 李春联, 王志巧, 程晓桃, 等. 固定专科护分诊对分诊质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2013,29(8):74~75.
- 32 曾庆青, 李郭乔, 赵邦, 陈飞.从人文医学角度对当前医患矛盾的反思. 卫生软科学,2015, 1, 29卷1期
- 33 李晓蕾, 王虹虹. 高年资护士在急诊分诊工作中的作用[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2011,6(9):781~783.
- 34 王红萍, 蒋黎黎. 成人急诊胸痛患者护理分诊准确率的相关研究[J]. 中国实用护理杂志, 2012,28(2):139.
- 35 葛宝兰, 常娜, 杨海娥, 等. 情景模拟与案例分析在急诊分诊护士培训中的应用[J]. 中国护理管理, 2009,9(9): 17~19.
- 36 陈君英.急诊科护理组管理模式调整的探索[J].中国实用护理杂志, 2004,8(20):70
- 37 席淑华, 樊落.上海市部分三级甲等医院急诊科护士核心业务能力的调查[j].解放军护理杂志, 2011,28(10A):1~4.
- 38 郑星丽. 急诊预检分诊现状分析及持续质量改进效果[J]. 国际护理学杂志, 2014,23(7):1802~1804.

## 致 谢

值此论文完成之际，我谨向所有关心支持和帮助我的老师，同事和朋友表达我最真挚的谢意！

首先感谢恩师何文英教授多年来对我的辛勤培养和悉心指导，本实验从课题构想，实验设计到论文撰写都是在导师的精心指导下完成的。在三年的求学生涯中，从恩师何文英教授那里我不仅学到了扎实的专业理论知识，还学会了怎样成为一个有理想有道德的医学工作者。何文英教授广博深厚的知识、严谨求学的学风、博大宽广的胸怀、一丝不苟的工作作风、兢兢业业的奉献精神使我受益匪浅，终身难忘。在此，谨向我的导师-何文英教授表示由衷的谢意和深深的敬意！

衷心感谢河北医科大学研究生学院各位领导和老师的辛勤培养，感谢各位为我们在职研究生所做的各种努力。

衷心感谢河北省人民医院急诊科的各位老师和同学、同事在实验和论文撰写过程中给予的指导和大力帮助！

同时衷心感谢我的家人多年来在我的工作、学习和生活中对我无微不至的关怀和支持。他们的理解、支持和无私的付出用于是我力量的源泉。

课题的完成和诸多老师和同学、同事的帮助是分不开的，在此谨向在临床和实验过程中给予我指导和无私帮助的老师 and 同学、同事们表示由衷的感谢！再次对所有曾经关心支持我的老师、朋友致以最真诚的谢意！

## 个人简历

### 一、 一般情况

姓名 张秋爽      性别 女      民族 汉  
出生日期 1984 年 8 月 10 日      籍贯 河北省衡水市

### 二、 个人经历

2003.09-2008.07      承德医学院学习  
2008.07-至今      河北省人民医院急诊科工作  
2014.09-至今      河北医科大学研究生学院读在职研究生

### 三、 发表论文

1 贾晓英,张泽坤,张秋爽,等.急诊胸部锐器伤的心理护理.河北医药,  
2013,22:3502-3503

### 四、 承担课题

2014 年-2015 年, PDCA 循环在急诊分诊质量管理中的应用研究,  
第一主研人。