

病情分级管理模式对儿科急诊患儿抢救效率及护理安全的影响

诸白美, 赵丽

南京医科大学附属儿童医院, 江苏 南京 210008

摘要: **目的** 探讨病情分级管理对儿科急诊患儿抢救效率及护理安全的影响。**方法** 选取 2017 年 1 月至 12 月收治的 58 例急诊患儿为观察组, 该组均实施病情分级管理模式。选取 2016 年 1 月至 12 月收治的 52 例急诊患儿为对照组, 实施常规病情管理。比较两组患儿的抢救效果及护理不安全事件的发生情况。**结果** 观察组就诊等待时间、住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组抢救成功率与对照组均为 100%。观察组住院率低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组护理差错、投诉少于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组护理满意度优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 在儿科急诊实施病情分级管理模式具有较高的救治效率, 可减少患儿的候诊时间, 护理满意度高。

关键词: 病情分级管理; 儿科; 急诊; 抢救效率; 护理安全; 护理满意度

中图分类号: R 473.72 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)02-0269-03

小儿是社会中的一个特殊群体, 孩子的健康是每个家庭关注的重中之重^[1], 近年来, 随着我国二胎政策的开放, 儿科收治的患儿越来越多。儿科急诊是收治小儿各种疾病的一个科室, 护理工作具有特殊性、责任性和风险性。提高儿科急诊救治效率和护理质量, 降低患儿住院率, 减少患儿的住院时间, 加快急诊儿科床位的周转率是值得研究的课题。病情分级管理模式是按照患者病情的轻重缓急进行管理的一种方式^[2]。急诊患儿起病急、变化快、病死率高、受环境影响大, 高效、敏感的病情分级管理系统显得尤为重要^[3]。为适应公立医院改革与发展的需要, 我科自 2017 年 1 月以来对急诊患儿实施病情分级管理, 取得满意效果。现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 1 月至 12 月收治的患儿 52 例作为对照组, 其中男 28 例, 女 24 例, 年龄 3~10 (5.7 ± 2.3) 岁; 病程 0.5~2.0 (1.0 ± 0.5) d; 疾病类型: 呼吸道疾病 24 例, 消化道疾病 15 例, 皮肤疾病 10 例, 免疫系统疾病 3 例; 其中发热患儿 45 例。将 2017 年 1 月至 12 月收治的患儿 58 例入选观察组, 其中男 27 例, 女 31 例, 年龄 3~10 (5.7 ± 2.5) 岁。病程 0.5~19.0 (1.1 ± 0.3) d; 疾病类型: 呼吸道疾病 25 例, 消化道疾病 17 例, 皮肤疾病 13 例, 免疫系统

疾病 3 例; 其中发热患儿 47 例。两组患儿一般资料比较无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准 **纳入标准:** (1) 均有家属陪护; (2) 家属认知、阅读、沟通能力正常, 无心理疾病史; (3) 均同意参与本研究。**排除标准:** (1) 因各种原因退号离开; (2) 有语言障碍及阅读障碍的家属; 单亲或留守家庭; (3) 家属不合作; (4) 家属为医护人员; (5) 病例资料不完整。

1.3 方法

1.3.1 常规病情管理 对照组实施常规护理管理, 护理人员按照《急诊患者病情分级试点指导原则》(四分法) 实施急诊护理^[4], 按照患儿病情的轻重缓急情况进行处理, 协助医师进行抢救。住院后护理人员定时巡视, 观察病情变化, 测量生命体征, 完成治疗性操作, 一旦发现异常及时通知医师给予对症处理。

1.3.2 病情分级管理 观察组采用病情分级管理, (1) 住院前的病情分级管理: 首先预诊护士零距离分诊患儿, 应用《五级分诊法》将急诊患儿由重(红区)到轻(绿区)分成 5 个级别^[5], 红(濒危患儿需立即心肺复苏 I 级及高热惊厥正在抽搐的患儿 II 级)、黄(急诊患儿)、绿(晚夜间门诊 I 级和普通门诊 II 级), 并将相应的颜色标签贴在病历上, 导医引导患儿去就诊。绿色标签患儿候诊普诊, 预诊护士每小时评估生命体征 1 次。黄色标签患儿, 每 30 分钟评估生命体

征 1 次,加盖急诊章,优先开具治疗单和检查单。红色标签患儿加盖优先就诊章,立即就诊抢救。(2)住院时的病情分级管理:需要住院治疗的患儿转入急诊病房,结合已经制定的《急诊患儿护理评估表》进行病情评估,根据评分的情况相应的病情护理工作。该评估表共包括 7 项内容分别为体温、呼吸、血压、意识、心率、疼痛以及危急值。除了体温(35.0~38.4℃为 0 分, <35℃或 ≥38.5℃为 2 分)和危急值(无为 0 分,有为 3 分)以外,其他各项的评分为 0~4 分。对于评分在 9 分以上的患儿说明死亡风险增加,需要立即进行抢救。评分 ≥5 分者提示存在危重症风险,如要进入 PICU 治疗。而 5 分以下者,需要严密观察治疗,加强巡视。(3)加强患儿住院期间的健康教育:设置 1~2 名专职护士为患儿及其家属提供健康教育。对于发热的患儿,由宣教护理人员结合卡片、宣教单讲解常见的物理降温方法、退热药物的正确使用、常见发热疾病等知识,提高家属的认知水平^[6];40℃以上及高热惊厥的患儿给予物理降温+药物降温相结合的形式。对于哮喘、咳嗽的患儿,讲解常见的病因,指导家属正确的识别诱发因素。告知患儿家属雾化吸入的方法、注意事项,正确的叩背排痰的方法,对于具有一定学习能力的患儿,鼓励其配合治疗,指导其如何有效的咳嗽、配合吸痰。手足口病是儿科急诊常见病,除做好患儿及其家属的心理护理外,向患儿家属宣教手足口病患儿疾病、饮食、用药、食具及用物的消毒隔离、皮肤护理等相关知识^[7]。

1.4 观察指标 (1)抢救成功率(抢救成功的例数/总例数)。(2)就诊等待时间(入院开始至接受医生问诊的时间)。(3)急诊住院率、病房住院时间(入院至出院的时间)。(4)护理不安全事件:统计两组所在的时间段内护理部接受到的患儿家属的投诉情况、出现护理差错的情况。(5)护理满意度:向患儿家属发放我院住院患者护理满意度调查表,内容包括:服务态度、仪表言行、核对制度、人文关怀、操作技术、提供帮助、巡视职责、健康教育、就医流程、住院环境等 20 项指标,每项指标分为满意(5 分)、较满意(4)、一般(3 分)、不满意(2 分)、很不满意(1 分)五个等级,满分为 100 分。根据总分的情况分为总体满意(≥90 分)、基本满意(80~90 分)和不满意(≤80 分)。该问卷经相关专家审定,具有良好的信度和效度。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用独立样本 t 检验,计数资料采用百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿就诊等待时间、抢救成功率及住院情况比较 观察组就诊等待时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组抢救成功率与对照组均为 100%。观察组住院率低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患儿护理不安全事件及家属的护理满意度比较 观察组护理差错、投诉少于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组护理满意度优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患儿就诊等待时间、抢救成功率及住院情况比较

组别	例数	就诊等待时间	抢救成功率	住院率	住院时间
		(min, $\bar{x} \pm s$)	率[例(%)]	[例(%)]	(d, $\bar{x} \pm s$)
观察组	58	6.82 ± 2.12	58(100)	53(91.38)	11.25 ± 4.24
对照组	52	8.47 ± 3.27	52(100)	50(96.15)	13.28 ± 4.75
t/χ^2 值		3.171	-	0.401	2.368
P 值		0.001	1.000	0.527	0.010

表 2 两组患儿护理不安全事件及家属的护理满意度比较 例(%)

组别	例数	护理不安全事件		护理满意度		
		护理差错	投诉	满意	基本满意	不满意
观察组	58	0	0	56(96.55)	2(4.45)	0
对照组	52	1(1.92)	2(3.85)	42(80.78)	6(11.54)	4(7.69)
t/χ^2 值		0.009	0.144		5.497	
P 值		0.934	0.704		0.019	

3 讨论

儿科急诊是护理纠纷的高发科室^[8],患儿就诊时病情危重、复杂、变化快,常烦躁不安、哭闹不止,配合度差,同时陪伴的家属也多伴有焦虑情绪,极易发生护患纠纷^[9],对儿科护理质量产生较大的影响。提高急诊患儿的救治效率及安全性是临床护理的关键^[10]。病情分级管理是根据患儿的病情危重度和临床资源,做出分级,安排患儿的救治优先次数,以提高工作效率的一种管理模式。有研究报道,采用分级管理模式有助于急诊护理人员采取针对性的护理措施,减少不必要的护理差错发生,提高护理质量和护理的安全性^[11]。但就目前而言,临床医务人员对急诊患儿进行分级管理时主观性较强,且易受到患儿家属及医疗水平的影响而造成分级管理不合理^[12]。

本研究从患儿预诊开始至出院的过程中均对患儿实施病情分级管理,预诊时按照《五级分诊法》进行病情分级救治,住院采用《急诊患儿护理评估表》评估病情的严重程度给予相应处理。本研究结果显示,观察组就诊等待时间、住院时间短于对照组。两组患儿住院率、抢救成功率差异无统计学意义,可能

与本科室收治患儿的病情严重程度较轻且病例较少有关。《五级分诊法》的实施避免了重症患儿得不到准确分诊的情况,且能避免耗时较长的体查项目,达到快速分诊的目标,节约患儿的就诊等待时间,这为家属自然配合治疗,达到护患和谐的目的提供了有利的条件。就诊时间的缩短能够在一定程度上减少护理纠纷的发生^[13]。

在预诊时护士零距离分诊患儿,对容易发生纠纷的环境进行控制,更有利于第一时间发现危重患儿,挽救需要进行救治的患儿,同时有序安排非急症患儿就诊,降低了患儿的住院率。患儿入住病区后采用《急诊患儿护理评估表》评估病情给予分级管理,护理人员可准确把握患儿的病情变化,使护理工作针对特定患者开展,不仅能够减少护理差错的发生(观察组护理差错为 0 例,对照组有 1 例),且使不同级别的患儿得到不同的医疗诊治,最大化利用急诊资源。本研究结果显示,观察组的护理纠纷少于对照组,与既往研究报道结果基本一致^[14]。

护理满意度是护理质量的重要体现,提高患者的护理满意度是现代护理追求的目标^[15]。病情分级管理的整个护理过程体现了连续、全程、人性化的护理,使患儿和家属在就诊的过程中享受到优质、便捷、舒适的护理服务,有效提高护理满意度。本研究结果显示,观察组的护理满意度优于对照组。

综上所述,在儿科急诊采用病情分级管理模式具有较高的救治效率,减少患儿的候诊时间,护理满意度高。

参考文献

- [1] 唐红娟. 优质护理新举措优化儿科护患关系的临床效果观察[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(11): 2131 - 2132.
- [2] 李凡, 李玉乐, 刘爱辉, 等. MEWS 评分在急诊留观患者护理决策中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(2): 219 - 221.
- [3] 蒋颖, 刘海英, 许军, 等. 基于 MEWS 的监护方案在急诊留观室病情观察中的应用研究[J]. 价值工程, 2016, 35(25): 289.
- [4] 高养辉, 李鑫. 舒适护理在儿科急诊输液中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2017(5): 99 - 100.
- [5] 陈健明, 谭洪辉, 黄绮云. 用《简易四色分级法》优化儿科急诊流程的研究[J]. 中外医学研究, 2014, 12(13): 141 - 143.
- [6] 丁金花, 苗歌. 儿科急诊分级分诊模式的实践与效果[J]. 中国临床护理, 2014, 6(2): 133 - 135.
- [7] 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.
- [8] 胡菲, 张玉侠, 张佳燕, 等. 儿科急诊 5 级预检分诊指标的建立与应用[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(6): 704 - 708.
- [9] 朱秀玲. 优质护理服务在儿科病房的实践与体会[J]. 护理与康复, 2014, 13(1): 62 - 64.
- [10] 刘翠. 分析儿科急诊患儿抢救中对护理服务流程进行优化的临床意义[J]. 中国伤残医学, 2017, 25(19): 15 - 16.
- [11] 江云燕, 孙玲利. 分级分区管理干预对急重症患者抢救效率的影响[J]. 中医药管理杂志, 2016, 24(17): 74 - 75, 86.
- [12] 余良珍, 叶天惠. 三级综合医院儿科急诊预检分诊的规范化管理[J]. 护理学杂志, 2015, 30(15): 17 - 19.
- [13] 承菊芳, 王惠芬. 儿童早期预警评分在急诊患儿病情危重程度评估中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(23): 142 - 144.
- [14] 韩静, 史德利, 王洪侠. 护理安全路径在儿科门诊、急诊输液室的实施[J]. 护理研究, 2014, 28(17): 2139 - 2140.
- [15] 李汝霞, 汤昔康. 分层管理模式在提高急诊儿科护理质量的效果分析[J]. 临床医学工程, 2016, 23(9): 1257 - 1258.

收稿日期: 2018 - 08 - 04 修回日期: 2018 - 08 - 17 编辑: 王国品

(上接第 269 页)

完整、适合中国国情和富有中国特色的日间手术带教模式。每个医疗机构日间手术中心功能设置可能略有不同,希望在今后的工作中与同行进一步探讨学习日间规培轮转医生带教方面的经验并加强交流与分享,为中国蓬勃发展的日间手术临床教育事业服务。

参考文献

- [1] 任力, 郝学超, 闵苏. 日间手术的实施流程及标准[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(10): 1023 - 1026.
- [2] 刘婷. 日间手术的发展与管理[J]. 中国卫生产业, 2018(30): 193 - 194.
- [3] 周丹枫, 马楠, 蒋卓, 等. 日间手术模式的探索[J]. 浙江医学, 2018, 40(14): 1651 - 1652
- [4] 梁仟, 朱飞燕, 王大平, 等. 日间手术模式的实施及管理的最新

进展[J]. 江苏卫生事业管理, 2018, 29(1): 124 - 128.

- [5] 曾健, 邓宏军, 宁文锋, 等. 定期检查和点评临床实习生病历质量的体会[J]. 基础医学教育, 2012, 14(6): 453 - 455.
- [6] 郑联合, 王育才. 临床实习医生医患沟通技巧的培养[J]. 基础医学教育, 2014, 16(3): 217 - 219.
- [7] 廖琼, 舒敏, 万朝敏. 浅谈医学教育中医患沟通技巧的培养[J]. 教育教学论坛, 2017(18): 72 - 73
- [8] Dong W, Huang Z. A method to evaluate critical factors for successful implementation of clinical pathways[J]. Appl Clin Inform, 2015, 6(4): 650 - 668.
- [9] 刘星星, 王筱慧, 钟海忠, 等. 临床路径实施中的难点问题分析与对策[J]. 成都医学院学报, 2015, 10(4): 512 - 515.
- [10] 王梅, 李玉霞, 李静, 等. 290 名住院医师规范化培训质量影响因素分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(4): 504 - 507.

收稿日期: 2018 - 07 - 25 修回日期: 2018 - 08 - 18 编辑: 王国品