



候诊管理中流程分散策略联合二次分诊模式对急诊病人分诊服务质量的影响

刘赛, 陈旭, 颜静, 牛雪, 牛荣环, 陈亚坤, 许宁, 王晓翠

引用本文:

刘赛,陈旭,颜静,牛雪,牛荣环,陈亚坤,许宁,王晓翠. 候诊管理中流程分散策略联合二次分诊模式对急诊病人分诊服务质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2022, 47(4): 555-557,561.

在线阅读 View online: <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2022.04.032>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

[分时段预约就诊模式在门诊诊疗服务中的应用效果研究](#)

蚌埠医学院学报. 2018, 43(5): 692-694 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.05.040>

[三种测量体温方式在急诊病人预检分诊中准确性的比较](#)

Comparison of the accuracy of three temperature measurement methods in emergency patients' pre-examination and triage

蚌埠医学院学报. 2021, 46(9): 1309-1311 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2021.09.041>

[结构化团队护理模式对提高急诊抢救时效性及抢救质量的影响](#)

蚌埠医学院学报. 2020, 45(5): 680-682 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2020.05.032>

[降阶梯思维方式在颅脑损伤病人救治中的应用](#)

Effect of de-escalation thinking mode in treating craniocerebral injury

蚌埠医学院学报. 2017, 42(11): 1557-1559 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.11.038>

[闭环管理模式在妇科护理安全质量持续改进管理中的应用](#)

Application value of the closed-loop management model in safety and quality continuous improvement management of gynecological nursing

蚌埠医学院学报. 2021, 46(9): 1285-1287 <https://doi.org/10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2021.09.035>

候诊管理中流程分散策略联合二次分诊模式 对急诊病人分诊服务质量的影响

刘 赛,陈 旭,颜 静,牛 雪,牛荣环,陈亚坤,许 宁,王晓翠

[摘要] **目的:**分析在急诊病人候诊管理中应用流程分散策略联合二次分诊模式对分诊服务质量的影响。**方法:**从 2018 年 5 月至 2019 年 6 月在首都医科大学附属北京潞河医院急诊科就诊的病人中随机抽取 860 例纳入研究,并随机分为 2 组,各 430 例。对照组给予常规分诊模式,观察组给予流程分散策略联合二次分诊模式。观察 2 组病人候诊时间及分诊准确情况;通过 HAMA 评分调查病人候诊焦虑情况;采用自建满意度量表统计病人满意度;记录不良事件发生情况。**结果:**观察组候诊时间短于对照组,分诊准确率高于对照组,HAMA 评分及不良事件发生率低于对照组,病人总满意率高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论:**流程分散策略联合二次分诊模式应用于急诊病人候诊管理中,能够明显改善病人焦虑情绪,缩短候诊时间,减少不良事件的发生,提升分诊服务质量,应用价值较高。

[关键词] 分诊服务;流程分散策略;二次分诊模式;候诊;不良事件

[中图分类号] R 473 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2022.04.032

Effect of the process decentralization strategy combined with secondary triage mode on the service quality of emergency patient triage in waiting management

LIU Sai, CHEN Xu, YAN Jing, NIU Xue, NIU Rong-huan, CHEN Ya-kun, XU Ning, WANG Xiao-cui
(Department of Emergency, Beijing Luhe Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China)

[Abstract] **Objective:** To analyze the effects of process decentralization strategy combined with secondary triage mode on the service quality of emergency patient triage in waiting management. **Methods:** From May 2018 to June 2019, 860 patients were randomly selected from the emergency department of Beijing Luhe Hospital Affiliated, and divided into the control group and observation group (430 cases in each group). The control group was given the routine triage mode, and the observation group was given the process decentralization strategy combined with secondary triage mode. The waiting time and accuracy of triage in two groups were observed. The patients' waiting anxiety was evaluated using the HAMA score. The self-designed satisfaction questionnaire was used to calculate the patient satisfaction, and the adverse events were recorded in the two groups. **Results:** The waiting time in observation group was shorter than that in control group, the triage accuracy in observation group was higher than that in control group, the HAMA score and incidence rates of adverse events in observation group were lower than those in control group, and the total satisfaction rate in observation group was higher than that in control group ($P < 0.01$). **Conclusions:** The process decentralization strategy combined with secondary triage mode in the application of emergency patient triage in waiting management can significantly improve the patients' anxiety, shorten the waiting time, reduce the incidence rate of adverse events and improve the quality of triage services, and it has higher application value.

[Key words] triage service; process decentralization strategy; secondary triage mode; waiting; adverse event

在医院医疗体系中,急诊分流流程是不可或缺的重要环节,其中预检分诊是常规分诊手段^[1]。主要指由具有丰富经验和专业知识的护士根据病人生命体征、主诉等信息作出初步评估,通过疾病类型和病情严重程度划分至相应科室,并协助病人完成挂号就诊^[2]。其目的为迅速分辨出危重症病人,使病人尽快接受正确的救治,减少不必要的时间浪

费^[3]。普通急诊病人通常情况下不需要进行区分,经初步分诊后在相应科室就诊即可^[4]。但在实际工作中,由于急诊病人情绪波动、时间紧急、家属因素等原因,易导致延误救治时间、候诊中病情变化、漏诊等情况的出现,最终造成一系列不良事件^[5]。不仅影响病人及时治疗,同时降低医院服务质量,引发医患矛盾,损害医院形象,因此有必要在急诊病人候诊中实施科学合理的管理措施提升分诊质量^[6]。现阶段临床在急诊病人候诊中通过实施二次分诊或巡诊等方式,对病人进行二次评估,极大程度减少了隐藏的危险因素,为病人生命安全提供了保障^[7]。而流程分散策略属于流程再造之一,其通过分散以

[收稿日期] 2020-04-25 [修回日期] 2020-12-07

[基金项目] 北京市通州区科技计划项目(KJ2020CX004-08)

[作者单位] 首都医科大学附属北京潞河医院 急诊科,北京 101149

[作者简介] 刘 赛(1982-),女,主管护师。

往权力集中的职能部门,使病人接受到更直接的服务,进而提升服务质量^[8]。本文将对在急诊病人候诊管理中应用流程分散策略联合二次分诊模式对分诊服务质量、HAMA 评分、候诊时间及候诊不良事件发生情况的影响作一报道。

1 对象与方法

1.1 研究对象 从 2018 年 5 月至 2019 年 6 月在我院急诊科就诊的病人中随机抽取 860 例作为本次研究对象,均符合年龄 >18 岁、病史资料齐全、自愿参与研究并签署协议书等标准,同时排除病情危重不经分诊台者、不配合分诊者、分诊后未至指定科室就诊者、候诊中死亡等。根据数字随机表法分为 2 组。对照组 430 例,男 245 例,女 185 例;年龄 24 ~ 77 岁,平均(58.39 ± 6.28)岁;文化程度:小学及以下 95 例,初中及高中 190 例,高中以上 145 例。观察组 430 例,男 250 例,女 180 例;年龄 22 ~ 79 岁,平均(58.72 ± 6.15)岁;文化程度:小学及以下 90 例,初中及高中 195 例,高中以上 145 例。本研究经我院伦理委员会审查批准。2 组性别、年龄、文化程度等一般资料均具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规分诊模式,分诊护士根据自身工作经验结合病人病情评估病情严重程度,作出分析后划分至相应科室进行候诊。观察组给予流程分散策略联合二次分诊模式,具体为:(1)在流程再造的基础上分析现阶段分诊中存在的问题,总结出不良事件的原因,换位思考病人分诊中的需求。(2)设立二次分诊岗位,挑选具有丰富经验和专业资质的护士组成二次分诊小组实施二次分诊工作。在护士长的带领下回顾候诊中出现的不良事件,确定相应的学习主题,组织护士根据主题进行集中培训。(3)明确风险评估工具,组织护士讨论目前常用的风险评估工具,包括改良早期预警评分(MEWS)、急性生理和慢性健康状况评分 II(APACHE-II)、简单临床评分(SCS)等,结合自身工作经验和医院实际情况分析各种评估工具对病情严重程度的判断效果,最终确定 SCS 作为二次分诊评估工具。(4)修改预检分诊标准,分析现有预检分诊流程的不足及其对于普通急诊病人分级不够详细之处,合理调整各等级病人就诊处置时间。预诊分诊标准共分为 4 级,普通病人为 4 级,可在 2 h 内进行处置;非紧急病人为 3 级,可在 1 h 内就诊治疗;紧急病人为 2 级,需在半小时内就诊治疗;危重

病人为 1 级,需立即进行处置。(5)明确各等级病人二次分诊时间,护士在完成预检分诊后,根据病情程度确定二次分诊时间,并明确告知病人二次分诊时间。4 级病人初检分诊后 20 min 和 40 min 各进行一次二次分诊,3 级病人初检分诊后 15 min 进行二次分诊。(6)确定二次分诊程序,明确二次分诊护士工作范围,在巡诊过程中遵循五步原则,分别为观察、询问、检查、SCS 评估、再次分诊。首先观察病人表情、肢体语言变化情况,及时发现异常状态;其次询问病人候诊中是否存在不适症状,有无临床症状增加;然后检查病人生命体征、评估意识状态等指标;随后通过 SCS 对病人病情再次进行评分;最后根据评分结果及时调整病人病情分级和候诊状态。

1.3 观察指标 (1)候诊时间及分诊准确率:记录 2 组病人候诊时间及分诊准确率。分诊准确率 = 分诊正确病例数 ÷ 总病例数。(2)焦虑、不良事件:通过汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估病人焦虑情绪,共包括 14 个条目,分值 <7 分为没有焦虑情绪,分值 >7 分为可能存在焦虑情绪,分值 ≥14 分为确定存在焦虑情绪,分值 ≥21 分为有明显焦虑情绪,分值 ≥29 分为有严重焦虑情绪。观察 2 组病人候诊中不良事件发生情况,主要指经分诊划分为普通急诊的病人候诊中,未被巡诊护士及时发现异常情况而导致病情恶化,或者急诊医生在就诊时发现普通急诊病人为危重症病人,需立即进入抢救室。常见情况包括呕血、哮喘加重、心律失常、意识障碍等。(3)满意度:采用我院自建满意度问卷表统计病人分诊满意度,主要包括护士态度、候诊环境、候诊服务、分诊质量 4 个方面,分为不满意、一般、满意、非常满意 4 个等级;总分 100 取整数,0 至 70 分为不满意,71 至 80 分为一般,81 至 90 分为满意,91 至 100 分为非常满意;总满意率 = (一般 + 满意 + 非常满意) ÷ 总病例数。

1.4 统计学方法 采用 t (或 t') 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 候诊时间及分诊准确情况比较 结果显示,观察组候诊时间低于对照组,分诊准确率高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)(见表 1)。

2.2 焦虑情绪、不良事件情况比较 结果显示,HAMA 评分及不良事件发生率,观察组均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)(见表 2)。

2.3 满意度比较 观察组总满意率为 94.19%,高

于对照组的 83.72%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$) (见表 3)。

表 1 2 组病人候诊时间及分诊准确情况比较

分组	<i>n</i>	候诊时间 ($\bar{x} \pm s$)/min	分诊准确 [<i>n</i> ; 百分率(%)]
对照组	430	9.15 ± 2.64	375 (87.21)
观察组	430	5.61 ± 1.81	417 (96.98)
χ^2	—	22.93 *	28.17
<i>P</i>	—	<0.01	<0.01

* 示 *t*' 值

表 2 2 组病人 HAMA 评分、不良事件发生率对比

分组	<i>n</i>	HAMA 评分 ($\bar{x} \pm s$)/分	不良事件发生 [<i>n</i> ; 百分率(%)]
对照组	430	13.47 ± 1.28	47 (10.93)
观察组	430	7.01 ± 1.16	12 (2.79)
χ^2	—	77.55 *	22.29
<i>P</i>	—	<0.01	<0.01

* 示 *t* 值

表 3 2 组病人护理满意度比较 [*n*; 百分率 (%)]

分组	<i>n</i>	非常满意	满意	一般	不满意	总满意	χ^2	<i>P</i>
对照组	430	145	120	95	70	360 (83.72)		
观察组	430	235	105	65	25	405 (94.19)	527.76	<0.01
合计	860	380	225	160	92	765 (88.95)		

3 讨论

现阶段较多医院急诊科内存在人力资源紧张等情况,分诊护士由于精力集中于初检分诊工作,缺乏空余时间进行巡诊^[9]。因此无法有效对病人实施病情动态监测和评估,导致高危病人在候诊期间出现病情恶化,继而引发不良事件^[10]。所以在急诊分诊中不仅需要基础的准确分诊,而且在病人候诊期间应采取密切监测措施,对于病情恶化的病人立即实施抢救^[11]。在本次研究中,实施流程分散策略后对以往分诊护士职能进行了分散,并且建立二次分诊岗位,明确其工作地点和职务,有效解决了分诊护士无法进行巡诊工作的问题^[12]。同时经二次分诊后能够及时发现存在异常情况的病人,合理调整就诊顺序,使病人及时接受诊断和治疗,减少不良事件的发生^[13]。朱爱群等^[14]研究结果显示,实施流程分散策略联合二次分诊后,不良事件发生率从 11.43% 下降至 2.29%。从本次研究结果看出,观察组不良事件发生率为 2.79%, 对照组为 10.93%, 研究结果与之相似。

二次分诊模式实质就是在统一预检分诊标准基础上,首先将危重病人分离后进行救治,然后根据不同等级合理调整病情较轻病人的二次分诊时间^[15]。通过 SCS 评分对病人病情进行量化评估,为二次评估体系提供标准化的依据,从而帮助护士尽早发现病情恶化病人^[16]。并且在人力资源紧张的情况下,通过二次分诊动态监测病人病情变化,及时补救预检中的漏洞,将有限的医疗资源集中在危重病人中,使危重病人尽早接受治疗,从而减少不良事件发生,保证病人生命安全^[17]。从本次研究结果看出观察组总满意率明显高于对照组,同时 HAMA 评分低于对照组,原因可能是二次分诊模式给予病人二次分诊体验,病人和家属感受到来自护士的重视和关心,可帮助病人消除担忧、焦虑情绪^[18]。在二次分诊中,护士根据 SCS 评分对病人就诊顺序合理调整,优先救治危重病人,而病情较轻的病人得知无需进行紧急抢救,一定程度上缓解了病人焦虑情绪,从而大幅提升满意度。本次研究看出,观察组候诊时间及分诊准确率均优于对照组,结果也证实了在急诊病人候诊管理中应用流程分散策略联合二次分诊模式,能够有效提高分诊服务质量,对比常规分诊模式优势明显。

综上所述,流程分散策略联合二次分诊模式应用于急诊病人候诊管理中,不仅可有效缓解焦虑情绪,减少候诊时间,而且降低了不良事件发生率,分诊服务质量明显提升,病人普遍认可满意,值得推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 潘雪萍,黎檀实. 助诊护士在急诊候诊区域中的有效职能作用[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2017,12(6):566.
- [2] 宋晓玲,刘贤英,龙晓秋. 改良早期预警评分系统对急诊胸痛患者预检分诊效果的影响[J]. 实用临床医药杂志,2017,21(22):19.
- [3] 王艳梅,李萍,等. 改良早期预警评分与急性生理和慢性健康评分系统对急诊内科患者病情评估效果比较[J]. 解放军护理杂志,2017,34(22):53.
- [4] 张秋爽,张克颖,齐壮丽,等. PDCA 管理模式对护士的分诊能力及患者满意度的影响[J]. 国际护理学杂志,2017,36(20):2838.
- [5] 蹇英,朱雪凤,王惠芬,等. 改良早期预警评分在儿童急诊分诊中的应用[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2018,13(1):97.
- [6] 高岭燕,王务萍,杨玉玲. 基于早期预警评分的急诊分诊改革效果观察[J]. 医院管理论坛,2018,35(1):10.
- [7] 封秀琴,陈水红,王飒,等. 急诊患者就医满意度水平及其影响因素研究[J]. 中国实用护理杂志,2017,33(13):980.

(下转封三)

杨丽萍等^[15-16]研究结果一致。本研究中,常规组共9例病人发生术后并发症,综合组仅有1例压力性损伤,考虑与病人自身存在的高压疮风险因素密不可分,手术时间5.5 h、特殊体位(全身麻醉下俯卧位)、内固定时施加的外作用力等,致使病人压力性损伤的发生。2组病人术后并发症发生率差异有统计学意义,表明综合保温管理可降低病人风险指数,提高手术安全性,加快病人康复,节省医疗卫生资源,与加速康复外科理念相契合^[17]。

综上,对脊柱后路手术病人围手术期采用综合保温管理,可有效稳定病人术中核心体温,减少术中出血量、输液量,缩短病人苏醒及出手术室时间,减轻手术应激反应,降低术后并发症发生率。本研究鉴于条件局限,观察指标不够全面,研究设计还存在不足,有待下一步大样本深入研究。

[参 考 文 献]

[1] 郭莉. 手术室护理实践指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2020:105.

[2] 雷璐敏,许欣琳,杨丽苑. 复合保温管理对肝癌患者术中低体温的预防效果分析[J]. 癌症进展, 2021, 19(1):72.

[3] 徐旭,常乐,王倩. 脊柱手术患者手术室期间综合保温处理对低体温、应激反应及并发症的影响[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(1):71.

[4] 朱旭琳,郑明秀,龚荣花,等. 综合保温护理在复杂脊柱手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(22):69.

[5] 姜晓敏. 术中综合保温护理对老年腹部手术病人凝血功能及术后并发症的影响[J]. 全科护理, 2020, 18(34):4759.

[6] 戴芳,徐晓蕾,刘舒. 手术室患者术中压力性损伤危险因素分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(2):93.

[7] 丁洪瑞,钱晨,张治,等. 控温联合减压对肿瘤手术患者压力性损伤的预防效果[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2019, 11(2):150.

[8] 周梅. 骨科术后切口感染危险因素分析及手术室干预策略研究[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45(7):991.

[9] 饶裕泉,张冰,袁开明,等. 不同保温方法对脊柱手术患者围术期核心体温和恢复情况的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(3):266.

[10] 熊晶. 复合保暖措施对脑膜瘤切除手术期皮肤压疮的预防效果[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(1):106.

[11] 杨阳. 预防低体温专项护理干预在外伤性肝破裂患者手术室护理中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(12):1486.

[12] 向翠萍,刘雁,刘兰芳,等. 手术室室温动态调控联合充气加温毯预热在全麻患者术后低体温保护中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(22):76.

[13] 于美华,郑晓丽,何丽云,等. 不同温度碘伏皮表消毒效果的研究[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(32):113.

[14] 马吉宁,梁宵,王志萍,等. 不同保温措施对全麻下经尿道前列腺电切术患者低体温的治疗效果观察[J]. 徐州医科大学学报, 2020, 40(4):281.

[15] 杨丽萍,熊光琼,李婷,等. 综合保温护理在胸外科全身麻醉手术中的应用[J]. 重庆医学, 2020, 49(22):3861.

[16] ABBASZADEH A, DARABI S, HASANVAND A, *et al.* Minocycline through attenuation of oxidative stress and inflammatory response reduces the neuropathic pain in a rat model of chronic constriction injury[J]. Iran J Basic Med Sci, 2018, 21(2):138.

[17] 戴秀娟,吴茜,汤爱洁,等. 快速康复外科临床实施阻碍因素质性研究的 Meta 整合[J]. 护理学杂志, 2021, 36(7):34.

(本文编辑 卢玉清)

(上接第 557 页)

[8] 王艳霞,尹航,李毅丹,等. 急诊分诊在急诊科安全管理中影响因素研究[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(32):6325.

[9] 谭玉玲,周华荣. 探讨优化急诊护理流程对急性冠状动脉综合征(ACS)患者急救效率与生存质量的意义[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(12):102.

[10] 谢小华,王蕾,罗艳华,等. 联合评估式急诊预检分级分诊指标对病情级别判定的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(12):1063.

[11] 罗治国,程华斌,徐丽红. PDCA 对缩短急性心肌梗死急诊绿色通道停留时间的影响[J]. 中外医学研究, 2018, 16(23):175.

[12] 李德英,李庆书,周丹,等. 改良急诊病情评分系统在急诊患者分层管理中的临床应用效果[J]. 中国医药, 2017, 12(11):1750.

[13] 夏怀华,陈清蓉,郎宇璜,等. 问题管理模式在急诊预检分诊

中的应用[J]. 天津护理, 2017, 25(2):95.

[14] 朱爱群,张静平,张慧琳,等. 三区四级分诊标准在急诊中的信效度评价:一项1106例急诊成人患者的随机抽样横断面研究[J]. 中华危重病急救医学, 2017, 29(5):453.

[15] SIMPSON GG, HAHN HR, POWEL AA, *et al.* A patient-centered emergency department management strategy for sickle-cell disease super-utilizers[J]. West J Emerg Med, 2017, 18(3):335.

[16] 李玉玲,沈小凡,梁小玲. "三区四级"模式在急诊护理管理中的应用价值[J]. 白求恩医学杂志, 2018, 16(1):118.

[17] MPRIMBANYI C, NYIRIMODOKA A, LIN Y, *et al.* Emergency general surgery in Rwandan district hospitals: a cross-sectional study of spectrum, management, and patient outcomes[J]. BMC Surg, 2017, 17(1):121.

[18] 陈卓莲,梁艺敏,王桂玲,等. 急性脑卒中在急诊救治中急诊分级分区分诊的应用效果[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(11):1727.

(本文编辑 周洋)