

五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用价值研究

宾 欣

中南大学湘雅二医院儿科急诊 湖南长沙 410000

[摘 要] **目的** 探讨五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用价值,为急诊患儿病情评估和分流提供一种规范、快速、科学的预检分诊系统,以提高患儿分诊效率。**方法** 选取 2016 年 1 月-2016 年 6 月来我院儿科急诊就诊纳入标准的患儿 100 例作为对照组,采用传统的病情评估和分诊的方式对患儿进行分流。选取 2016 年 7 月-2016 年 12 月我院儿科急诊就诊纳入标准的患儿 100 例作为实验组,成立儿科预检分诊小组,参照国内外最先进的预检分诊模式,结合本院病情,制定出符合儿科疾病特点的五级制分诊标准与流程,并对儿科急诊分诊护理人员培训,严格实施。比较两组患儿就诊时间、分诊准确率、纠纷发生率、候诊意外发生率、患儿或家属满意度。**结果** 实验组 I 级、II 级、IV 级、V 级就诊时间明显短于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P<0.05$) ; 实验组患儿分诊准确率、满意度明显高于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P<0.05$) ; 而纠纷发生率、候诊意外发生率明显低于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P<0.05$) 。**结论** 五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用,能够及时、有效的识别患儿疾病危重程度,快速、准确的将患儿分流,从而达到缩短患儿就诊时间,提高患儿分诊准确率和满意度,降低纠纷发生率和候诊意外发生率,以达到保障患儿就诊全过程安全目的。

[关键词] 五级制分诊标准; 儿科急诊; 分诊; 分诊准确率; 满意度

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 08-112-03

随着急诊医学的发展,预检分诊工作已逐渐成为急救医学的重要环节^[1]。但国内尚未形成一个统一的预检系统,也没有统一的成文规定和具体操作程序^[2],而且大部分三级医院儿科急诊 24 小时开放,平诊化,大量的平诊患儿和重症患儿的涌入,使得靠主观的护理经验评估患儿的病情的传统分诊模式不能快速识别、迅速分诊,导致患儿就诊时间延长,延误最佳救治时机。有研究证实,患儿因存在病情转变且无法预知性,可随时出现病情进展及该病,对于可能出现病情恶化或危重症患者进行早期识别、有效干预具有重要的临床价值^[3]。因此,为急诊患儿病情评估和分流建立一套规范的、敏感的、科学的预检分诊系统,以提高患儿分诊效率显得非常重要。五级国际预检系统是目前国际上广泛使用的预检系统,且经临床研究显示其是可靠的^[4]。本研究成立儿科预检分诊小组,参照国内外最先进的预检分诊模式,结合本院病情,制定出符合儿科疾病特点的五级制分诊标准与流程,对 2016 年 7 月-2016 年 12 月我院儿科急诊就诊纳入标准的 100 例患儿实施取得良好的成效,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月-2016 年 6 月来我院儿科急诊就诊纳入标准的 100 例患儿为对照组,采用传统的病情评估和分诊的方式对患儿进行分流。100 名患儿中:有男性 56 例,女性 44 例;年龄 30 天-12 岁,平均 (5.59 ± 4.14) 岁;病情:危重患儿 29 例,一般急诊 65 例,其他 6 例;疾病类型:心血管疾病 8 例,呼吸道疾病 56 例,血液疾病 6 例,消化道疾病 30 例。选取 2016 年 7 月-2016 年 12 月我院儿科急诊就诊纳入标准的患儿 100 例为实验组,采用五级制分诊标准与流程对患儿进行分流。100 名患儿中:有男性 55 例,女性 45 例;年龄 30 天-12 岁,平均 (5.60 ± 4.13) 岁;病情:危重患儿 30 例,一般急诊 66 例,其他 4 例;疾病类型:心血管疾病 9 例,呼吸道疾病 55 例,血液疾病 7 例,消化道疾病 31 例。病例纳入标准:①患儿年龄在 30 天-12 岁;②患儿及家庭成员同意参与本研究。排除标准:①患儿及家庭成员不同意参加本研究;②年龄超过 12 周岁或退号未就诊者。两组患儿在年龄、性别、病情、疾病类型等方面比较,无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 成立急诊儿科预检分诊小组:成立以儿科急诊科主任为组长,护士长为副组长,儿科急诊科主治医师 2 名,儿科急诊科工作时间超过 2 年 2 名主管护师、3 名护士为组员的急诊儿科预检分诊小组。小组成员主要职责是查阅国内

外相关参考文献,制定和熟练掌握五级制分诊标准与流程,并对本科室护理人员培训,严格考核,考核成绩与绩效挂钩,以提高分诊质量。

表 1: 急诊患儿五级制分诊标准

项目	测定值与临床表现	分值(分)
反应性	清醒、哭声响亮、认识家长	2
	对声音或疼痛有反应	1
	无反应	0
肌张力	运动正常、能够保持坐	2
	异常体位、强迫体位、不能保持坐姿	1
	松软	0
面色或肤色	红润	1
	苍白、青紫、黄疸、花斑纹	0
	体温	1
体温	正常	1
	超高热或体温不升	0
	气道开发	1
呼吸	能独立维持开放	0
	不能独立维持开放	0
	脉搏血氧饱和度 $\geq 90\%$	1
呼吸 / 心率频率	脉搏血氧饱和度 $< 90\%$	0
	正常	2
	< 1 岁	1
呼吸力度及空	呼吸速率 40-70 次 / 分或 20-25 次 / 分, 心率	1
	速率 80-100 次 / 分或 160-180 次 / 分	0
	呼吸速率 > 70 次 / 分或 < 20 次 / 分, 心率	0
气进入状况	速率 > 180 次 / 分或 < 80 次 / 分	1
	≥ 1 岁	1
	呼吸速率 35-60 次 / 分或 15-20 次 / 分, 心	1
血压	率速率 140-160 次 / 分或 60-80 次 / 分	0
	呼吸速率 > 60 次 / 分或 < 15 次 / 分, 心率	0
	速率 > 160 次 / 分或 < 60 次 / 分	0
毛细血管再充盈	胸廓动度正常	1
	三凹征、鼻翼煽动、哮吼、哼声	0
	正常	2
毛细管再充盈	< 1 岁	0
	55-65mmHg 或 100-130mmHg 1 分, < 55 mmHg	0
	或大于 130mmHg	0
再充盈	≥ 1 岁	0
	65-75mmHg 或 130-150mmHg 1 分, < 65 mmHg	0
	或大于 150mmHg	0
再充盈	$\leq 2s$	1
	$> 2s$	0

1.2.2 五级制分诊标准：小组成员参考美国、澳大利亚及国内 5 级预检流程系统报道^[5-6]，结合本院院情，制定出符合儿科疾病特点的五级制分诊标准与流程，如下表 1：

1.2.3 五级制分诊标准培训：小组成员对儿科急诊分诊护理人员进行五级制分诊标准及流程集中培训与考核，培训内容包括五级制分诊标准制定依据、每条标准意义、五级制分诊标准流程等等，采用案例分析结合情境模拟的形式进行，使儿科急诊分诊护理人员全面、熟练掌握急诊患儿分级与分流原则，培训结束后由小组成员与急诊科儿科急诊主治医师对所有儿科急诊分诊护理人员进行考核，要求人人在规定的时间内对患儿病情进行评估。

1.2.4 五级制分诊标准、流程的实施：患儿就诊后，分诊护理人员热情接待患儿，采用五级制分诊标准对患儿病情进行评估，根据评估结果对患儿实行分流，分流原则：I 级 0-5 分，立即安排患儿入抢救室；II 级 6-10 分，立即监护重要生命体征，安排患儿优先诊治（< 10min）；III 级 10-13 分，安排急诊流程中优先诊治（< 30min）；IV 级 14-16 分，按顺序就诊，分诊护士每 30 分钟，评估一次患儿病情；V 级 17 分，向患儿家属及患儿做好解释工作，建议门诊就诊。

1.3 评价

比较两组患儿分诊时间、分诊准确率、纠纷发生率、候诊意外发生率、患儿或家属满意度。分诊时间：由预检护士记录分诊护士从接待患儿开始计算，I 级入抢救室、II 级诊治、

III 级和 IV 级候诊、V 级分流时间；分诊准确率：将患儿病情正确分级分诊至准确的科室就诊视为分诊准确，否则为分诊不准确^[1]，分诊护士将患儿分诊的级别记录在患儿病历首页，患者就诊后儿科急诊医生根据患儿病情判断分级是否准确，登记分级分诊错误的患儿信息，包括日期、时间、姓名、就诊号、性别、年龄、主诉、分诊分级、分诊专科、分诊护士、分诊不准确原因等。由小组成员共同计算两组患儿分诊准确率；患儿或家属满意度：采用自制患儿或家属满意度表进行调查，内容包括对分诊护理人员的服务态度、分诊护理人员对工作流程熟练程度、对儿科急诊分诊流程实用性、护理人员专业知识、是否履行告知义务、整体就诊时间与氛围等，分为满意、一般、不满意，满意度为满意与一般总和。该调查表经院内 3 名护理专家证实，具有良好的信效度。共发放调查表 200 份，回收有效调查表 200 份，回收率为 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件包进行数据录入和统计分析，计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验法检验。计数资料采用例 (%) 表示，卡方 (χ^2) 检验。P<0.05 表示为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿就诊时间比较

实验组 I 级、II 级、IV 级、V 级就诊时间明显短于对照组患儿，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 1。

表 1：两组患儿就诊时间比较

组别	I 级 (分)	II 级 (分)	III 级 (分)	IV 级 (分)	V 级 (分)
实验组	1.46 ± 0.80 **	5.87 ± 1.31 **	11.90 ± 1.81 **	101.32 ± 0.89	15.30 ± 3.81 **
对照组	6.53 ± 0.84	8.92 ± 1.43	24.20 ± 2.14	100.48 ± 0.90	30.09 ± 5.78

备注：*表示 P<0.05，**表示 P<0.01

2.2 两组患儿分诊准确率、满意度、纠纷发生率、候诊意外发生率比较

实验组患儿分诊准确率、满意度明显高于对照组患儿，差异有统计学意义 (P<0.05)；而纠纷发生率、候诊意外发生率明显低于对照组患儿，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 2。

表 2：两组患儿分诊准确率、满意度、纠纷发生率、候诊意外发生率比较

组别	分诊准确率 (%)	满意度 (%)	纠纷发生率 (%)	候诊意外发生率 (%)
实验组	99 (99) *	98 (98) **	0 (0) *	0 (0) *
对照组	90 (90)	87 (87)	5 (5)	7 (7)

备注：*表示 P<0.05，**表示 P<0.01

3 讨论

3.1 五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用能有效缩短患儿就诊时间

因大部分患儿为独生子女，当患儿出现不适症状时，家长紧张、焦虑，加上对患儿疾病认知不足，大部分患儿来院后，家长想让患儿尽快就诊，直接挂急诊号，导致我国大部分三级综合医院儿科急诊出现患儿多，而且危重和非危重患儿混合在一起，传统分诊模式过于系统，概念模糊，没有明确的可依循的分诊标准^[7]，患儿来院后仅根据患儿来院后挂号的先后顺序进行诊治，这就使得一些重症患儿不能及时得到紧急救治而延误了最佳抢救时机，从而不能保障患儿的生命安全，导致医患纠纷。如何为三级综合医院儿科急诊众多就诊患儿的病情评估和分流提供一种规范、快速、科学的预检分诊系统，快速识别出危重患者，及时对患儿进行诊治和处理迫在眉睫。本研究中国五级制分诊标准是在参考国外加拿大、英国、澳大利亚等国的文献报道和国内报道，结合本院院情制定的符合

国情、院情的分诊标准和流程。它是严格按照患儿的病情危急程度来安排患儿的分流和诊治的顺序，保证了病情危重的患儿能在最短时间得到最佳的救治。据研究结果表 1 可见，实验组 I 级、II 级、IV 级、V 级就诊时间明显短于对照组患儿，差异有统计学意义 (P<0.05)，实验组患儿根据五分制分诊标准要求危重患儿救治就诊时间应该控制在 5 分诊之内，这就为危急患儿的生命得到了保障。

3.2 五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用能提高患儿分诊准确率和满意度，降低纠纷发生率和候诊意外发生率，保障患儿安全，和谐医患关系

目前，国内尚无一套规范的、系统的儿科急诊分诊标准，传统的分诊模式，主要是靠分诊护士依靠自己以往的临床经验以及主观判断来评估患儿的病情，对患儿进行分流。这种模式没有科学依据，不能全面评估患儿病情，以至于一些患儿因评估不足，病情迅速变化，错过最佳救治时机；而且大部分患儿因为年龄问题，不能很好的叙述自己的身体状况和症状，特别是婴幼儿，只能用哭闹的形式来表达自己的不适，再加上每个年龄段的患儿生命体征、疾病临床表现都不同，病情变化快，导致出现患儿在急诊室等待期间病情突然恶化或死亡的病例^[8]，从而出现医疗纠纷和候诊意外发生。五级制分诊标准分诊模式中，五级制分诊标准制定有据可查，研究者从国外先进的分诊模式中提取符合我国国情的标准，结合儿科疾病特点制定出来，并对儿科急诊分诊护士进行培训，完善好儿科急诊分诊过程中所需的设施，严格按照制定标准和流程执行，按照患儿疾病评估结果进行分流，I 级患儿立即安排如抢救室，通知医师进行救治；II 级患儿建立绿色通道，在 10 分钟内安排医师诊治；III 级患儿 30 分钟内安排诊治；IV 级患儿候诊过程中，每 30 分钟进行一次评估，发现有病情变化立即按照 II 级、III 级要求处理；V 级患儿，向患儿家属及患儿做好解释工作，建议改善普通门诊就诊。这样就形成了一个动态的分诊预检系统，既保障了患儿的安全，又真正体

现了儿科急诊工作的性质,提高了分诊的准确率,降低候诊过程中不良事件的发生。同时,在不断的评估患儿病情过程中,患儿及家属感受到了医护人员的关心,有利于降低患儿及家属紧张、焦虑负性情绪,提高满意度,降低医疗纠纷。通过表 2 可见,实验组患儿分诊准确率、满意度明显高于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);而纠纷发生率、候诊意外发生率明显低于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 结论

综上所述,五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用,能够及时、有效的识别患儿疾病危重程度,快速、准确的将患儿分流,从而达到缩短患儿就诊时间,提高患儿分诊准确率和满意度,降低纠纷发生率和候诊意外发生率,以达到保障患儿就诊全过程安全目的,值得推广运用。

【参考文献】

- [1] 禹晶晶,谢伦艳,龙宝贵,等. 五级制分诊标准对提高儿科急诊分诊准确率的影响[J]. 当代护士,2014, 11(下旬刊):181-182.
- [2] 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.

[3] 钱红波. 改良早期预警评分在院前急救中对患儿病情评估的应用研究[J]. 中国实用医刊,2015, 42(18):95-96.

[4] Christopher M, Paula T, Nicki G, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA five-level triage task force [J]. J Emerg Nurs, 2005 (31): 39-50.

[5] Canadian Association of Emergency Physicians. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for emergency departments[J]. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2001, 3 (4 suppl): 1-40.

[6] 卢燕,周璟,赵平. 儿科急诊分级分诊标准的建立和实践[J]. 重庆医学,2012, 41(3): 266-268.

[7] 曾丹,王英,余茂琼. 急诊预检分诊规范化建设的探讨[J]. 当代护士(中旬刊),2011,10:182-184.

[8] PiaFP, AndreasZ, KevinJ, et al. Treatment of alopecia areata in C3H/HeJ mice with the topical immunosuppressant fk506[J]. European journal of dermatology, 2010, 11(5): 450-452.

(上接第 110 页)

菌感染,要一同应用头孢类药物;肺外部的一些系统损害者,给予相应综合性的个性化治疗,较重的 MP 肺炎可加用地塞米松治疗。^[3]

2.4 疗效评定标准

检查症状、体征、胸部 X 线,恢复正常,定为痊愈;检查这三项,如有 1 项未能完全恢复为显效;出现好转,但不显著,为好转标准;治疗 5 天,病情没有好转,反而加重,则是无效。^[4]

3 讨论

此次研究中,有 73 例患者出现发热症状,但是发热的类型却不能确定,表现为弛张热,或者表现出不规则地发热。全部患者均表现出咳嗽症状,有连续性咳嗽、喘息性咳嗽,干咳主要发生在学龄期和学龄前期的儿童,婴幼儿表现出喘息性咳嗽,并且对其肺部进行听诊,听见干啰音。在很多的研究中,都表明哮喘和 MP 存在联系,为此,必须要重视婴幼儿出现喘息性咳嗽的 MPP 症状,典型症状的提示,有助于对早期 MP 肺炎的诊断。婴幼儿 MPP 临床特点不同于年长儿童特点,该病发生比较急,整个病程持续的时间较长,病症状态非常严重,

可能引起加重型支原体肺炎,表现出中毒的症状,主要原因为,婴幼儿的气管壁的弹力组织较少,软谷较柔,官腔狭窄还小,呼气时容易受压,气管堵塞,滞留气体,不容易喘息和呼吸。122 例患者中,有 59 例患者的肺部听诊,没有阳性体征,说明患者特异阳性体征,是该病的一个特点。

综上所述,MP 感染在临床体征表现并无特异,但是肺外部的并发症,会让身体的多个系统和器官,受到影响,如果确诊,尽快使用大环内酯类药品治疗,情况复杂需要实施综合性的个性化治疗,准确诊断是重点。

【参考文献】

- [1] 燕枫. 儿童肺炎支原体肺炎 200 例临床分析[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(20):46-47.
- [2] 王芳. 儿童肺炎支原体肺炎 86 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(17):2720-2721.
- [3] 虎红霞. 儿童肺炎支原体肺炎 60 例临床分析[J]. 医药论坛杂志, 2015, 36(04):127-128.
- [4] 王巧红. 儿童肺炎支原体肺炎 106 例临床分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(26):11-12.

(上接第 111 页)

临床中,最常见的一种异位妊娠就是输卵管妊娠,因输卵管内壁比较薄,所以当妊娠囊发育一定程度时就会致使输卵管破裂,导致内出血,对患者身体健康造成影响^[4]。临床的保守治疗大都是药物治疗,可防止并发症发生,被大多数患者所接受。对于甲氨蝶呤来说,是叶酸类似药物,可抑制机体二氢叶酸还原酶,进而间接抑制患者体内细胞的增殖,破坏患者体内人绒毛组织,使人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位下降,还可促进胚胎组织脱落、坏死,从而使异位妊娠得到治疗^[5]。而米非司酮是孕酮拮抗剂,同孕酮受体存在良好亲和力,在同孕激素受体结合后,可有效阻断靶器官对于孕酮的作用,与此同时米非司酮对于机体绒毛、蜕膜存在极强作用,从而抑制细胞的增殖,而致使患者的流产,阻止胚胎发育,但作用时间相对较长^[6]。经研究发现,两种药物的联合应用的效果要比药物单独使用的效果更优,且患者阴道流血时间短,人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位也可快速恢复。

综上所述,在异位妊娠患者的保守治疗中,甲氨蝶呤联合米非司酮的疗效确切,快速使人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位恢复正常、阴道停止流血。

【参考文献】

- [1] 李雪青. 不同方案对异位妊娠保守治疗的疗效对比[J]. 医疗装备, 2016, 29(6):89-90.
- [2] 黄志娟. 不同方案保守治疗未破裂型异位妊娠 126 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(22):122-123, 126.
- [3] 石少平. 异位妊娠保守治疗不同方案的临床效果对比分析[J]. 中国现代医生, 2012, 50(29):147-148, 150.
- [4] 黄良苗. 甲氨蝶呤两种不同方案治疗异位妊娠临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(17):2137-2138.
- [5] 郑华,张雁,郭宏霞等. 不同治疗方案对异位妊娠所保留输卵管形态及功能影响的研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2017, 9(1):51-54.
- [6] 马连梅. 两种不同保守治疗方案在异位妊娠中的疗效分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(28):128-129.