

系统化预检分诊模式在三级综合医院儿科急诊的应用

梁保荣 胡 轶

柳州市人民医院儿童输液室 广西柳州 545006

【摘要】目的 探讨建立系统化的预检分诊模式在三级综合医院儿科急诊分诊护理工作中运用的效果,以优化分诊流程,提高分诊质量,提高候诊患儿的护理安全质量。**方法** 参照国内外预检分诊系统,并根据实际情况,制订了符合我院儿科急诊专科特性的系统预检分诊标准与流程。对2018年3月至2018年12月到我院儿科急诊科就诊患儿进行研究,对患儿年龄、性别、疾病、各级患儿就诊等候时间等进行分析。对比传统的儿科急诊预检分诊与儿科系统化急诊预检分诊系统护理服务,比较患儿分诊准确率、抢救结果及患儿家长满意度。**结果** 儿科系统化急诊预检分诊系统患儿分诊准确率、抢救成功率、患儿家长对儿科急诊预检分诊的满意度均高于传统的儿科急诊预检分诊。**结论** 系统化的预检分诊模式能让护士实施快速、准确的预检分诊,提高分诊准确率,改善患儿家长及医护人员对分诊的满意度,优化患儿就医流程。

【关键词】 儿科; 急诊; 预检分诊; 系统**【中图分类号】** R197.32**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 07-177-02

儿科急诊预检分诊工作是根据患儿的病情严重程度,以合理及优先利用急诊资源为原则,对儿科急诊患儿及时给予分类及救治的过程^[1]。儿科急诊大多变化快、起病急,发展较为迅速,父母大多希望得到及时救治,对护理质量要求较高,使得医务人员工作压力较大^[2]。预检分诊的目的是在最短的时间里分辨出病情最重的患儿,使他们能得到最快的救治,有助于儿科急诊的医疗服务资源得到有效分配,通过专业的预检和分诊,安抚患儿家长的紧张、焦虑情绪。

目前三级综合医院的儿科急诊预检分诊存在几个难题:

1. 大部分三级综合医院儿科急诊平诊化、24h开放,大量非急诊患儿涌入,容易使某些潜在危重症患儿被忽略,传统的分诊模式不能满足分诊护士快速判断的需求,使分诊不准确,延长患儿等候时间,甚至延误抢救时机,危及患儿生命;2. 三级综合医院的儿科急诊多为儿内科,不包括儿外科、皮肤科、五官科等,护士分诊时不仅要对患儿的病情进行准确分级,还要将患儿准确分科;3. 儿科急诊预检分诊工作还常常因患儿缺乏有效表达、环境、季节性疾病等特点的影响,分诊工作难度大,准确率受到影响。

目前国内尚没有统一针对的儿科急诊预检分诊标准模式及成文的规定。为解决以上难题,实施快速、准确的预检分

诊,提高分诊准确率,优化患儿就医流程,保证患儿安全。自2018年7月我院儿科急诊建立了一套系统化的预检分诊模式,取得了较好的社会效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年3—12月在我院儿科急诊接受诊治的危重症患儿作为研究对象,患儿年龄均≤14岁;经临床检查确诊为危重症患儿;临床资料完整。排除以下情况:(1)年龄>14岁。(2)退号离开未就诊。(3)分诊资料不全面。(4)仅开检查单或开药。(5)进行专科咨询者。采用系统化分诊模式进行分诊。

1.2 方法

我们参考CTAS及我国卫生部2011年颁布的《急诊病人病情分级指导原则(征求意见稿)》,以症状为导向,以病情等级为评判标准,制定了我院儿科急诊系统化预检分诊标准。

1.2.1 儿科急诊五级预检分诊模式分诊

按照儿科急诊预检分诊标准流程将到我院儿科急诊就诊患儿分为I~V级:濒危患儿、危重患儿、急症患儿、亚急诊患儿和非急诊患儿,分诊级别为I、II级患儿立即送入抢救室,III级患儿优先就诊,IV、V级患儿常规候诊,见表1。

表1: 儿科急诊预检分诊标准流程图

	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
定义	濒危	危重	急症	亚急诊	非急诊
处置要求	立刻(急诊抢救)	<15分钟(急诊抢救)	(优先就诊)	(候诊)	(候诊)
年龄		≤7天新生儿			
体温		体温≥40℃	体温≥40℃	体温≥39℃	
循环	心脏骤停;严重心律失常;休克	心衰;心律失常伴循环稳定;高血压危象;重度脱水	心动过速或过缓(血压正常);高血压;中度脱水	血压正常;循环稳定;轻度脱水	循环稳定;无脱水征象
呼吸	呼吸停止或将停止;急性呼吸窘迫;上气道梗阻伴明显喘鸣;SP02≤90%	中度呼吸困难;气促明显;明显喘息;SP02≤92%	轻度呼吸困难;中度喘鸣;SP02:92%~94%	无呼吸困难;稍气促;轻微喘息;SP02>94%	呼吸平稳;SP02>94%
神经	昏迷;惊厥持续状态;急性肢体瘫痪(<3h);GCS3~9分	昏睡;谵妄;剧烈头痛;GCS10~13分	嗜睡,易激惹;头痛明显;GCS14~15分	意识清楚;GCS14~15分	意识清楚;GCS14~15分
其他		中毒;溺水;触电;消化道大出血或其他部位大出血;120转入患者			

1.2.2 预检分诊流程

先由分诊的护理人员对患儿问诊,根据系统化实施分诊,

对患儿病情进行判断,依据儿科预检金三角法则处理,即PAT法则(Pediatric Assessment Triangle, PAT)。在分诊初期,依据患儿的一般情况:反应、面色、呼吸系统、意识及循环系统等相关表现,快速评估病情;I级和II级患儿立即入抢救室抢救或诊室就诊。不能快速判断者,通过系统分诊工具掌握患儿更多的体征后,再根据五级分诊标准进行分级,对III、IV级患儿候诊过程中再次巡视,病情变化时或定期再次评估分级^[3]。见图1。

图1: 儿科急诊病人病情分级标准图

级别	一级(红色)	二级(红色)	三级(黄色)	四级(绿色)
病情	濒危	危重	急症	非急症
对应措施	入抢救室	入抢救室	优先就诊	引导病人急诊候诊或门诊就诊
等候时间	立即	10分钟内		在一定的时间段内安排病人就诊
年龄	≤24小时的新生儿			
病情说明	生命体征不稳定,病情可能随时危及患者生命,包括已气管插管、无呼吸、无脉搏、无反应,急性意识改变,需立即采取挽救生命的干预措施。	生命体征不稳定,病情有进展至生命危险和致残危险,应尽快安排接诊。	生命体征稳定,有状态变差的危险;有急性症状和急诊问题。但目前明确没有危及生命或致残危险,应在一定时间段内安排就诊。	轻症或非急症,目前没有急性发病情况,无或很少不适主诉。

1.2.3 分诊工具配备

电脑、体温计、儿童疼痛评估卡、血糖仪、血压计、指夹式脉搏/血氧饱和度仪、心电图仪等,以帮助分诊护士采集全面的病情信息,有助于快速正确的分诊。

1.2.4 分诊人员安排

预检分诊处设置2-3名分诊护士,分主预检和辅助预检护士。资质要求及岗位职责:分诊护士由对儿科急诊常见疾病和处理有足够经验、理论知识扎实的高年资护士担任,能熟练识别和快速评估危急重症患儿;能识别提示疾病恶化的症状和体征;有良好的沟通能力、组织能力和抗压能力;完成分诊培训、理论考试、实际操作考核并获得科室考核合格才能上岗。

1.2.5 人员培训和管理制度

科室设计分诊培训手册,包括案例分析、急救知识、分诊案例练习等相关理论知识;科室制订《儿科急诊预检分诊制度》、《危重患儿抢救制度》、《预检分诊护士岗位职责》等以及各类专科疾病抢救流程、科室专科应急预案,组织全科医护人员学习,人人掌握。

2 结果

新型的系统化儿科急诊预检分诊系统能更为清晰地进行分诊工作,可对患儿各项相关临床数据进行更为准确的采集,提高急诊分诊准确性;同时,系统化预检分诊系统增设一定分诊岗位,增加有资质的分诊护理人员,能提高分诊工作质量,将资源配置比例、诊疗效果大大提高,减少候诊意外发生,利于维护良好的医患、护患关系,进而减少医疗纠纷^[4];能有效提高危急重症患儿的分诊准确率,减少不良事件发生。

3 讨论

分诊标准较笼统,三分法缺乏具体指标,护士分诊时多凭个人经验,缺乏客观量化指标作依据,尤其是多科疾病表现相似、易混淆时,较难做出明确判断,影响分科和病情分级的准确性^[5]。系统化儿科急诊预检分诊模式明确了各级具体量化指标及各级别的处理措施,使护士快速对照标准,有据

可依,确定分诊级别;建立分诊护士准入制度,明确资质要求,分诊护士经过考核,掌握专科知识和具备分诊能力,保证了分诊的准确性,从而保证了分诊护士的数量和质量;分诊流程更加完善,运用PAT法则,保证分诊分级的动态准确性。

此外,国外及国内一线城市儿童专科医院已建设完善信息化分诊系统,我们下一步将借鉴国内外的经验,设想将分诊量化标准录入系统,实现系统根据设定的分诊标准自动判断分诊级别,但是,如何实施和应用,还需研究者结合临床实践继续探索,尽快实现分诊信息化建设。因此,急诊分诊工作信息化成为新的思考,建立分诊信息化系统是未来儿科急诊分诊的发展方向,为了提高急诊分诊水平和科学性奠定基础。

而如何有效提高护士对患者病情的预判和症状的评估能力,及时发现病情发展并告知医生,协助医生采取对应护理干预,保证患儿安全是研究的重点之一。我们通过组织护士对相关专科理论和技能培训,提高护士对患儿病情的预判和症状监测能力,熟悉病情发展趋势,采用适宜的工具正确评估患儿的病情,通过快速评估、早期识别和发现危重患儿,对影响患儿安全的各种因素及时采取有效并有针对性的护理干预,保证分诊分级的动态准确性,提高急诊分诊准确率。

参考文献

[1] 陶怡, 谭利平, 谢红燕, 李少军. 儿童急诊分诊信息系统的研发及应用[J]. 护理学杂志, 2018, 33(14): 1-4.

[2] 高美洁, 覃小慧, 邹爱玲等. 急诊患者分级分区管理在提高急诊预检分诊质量中的作用[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(3):341-342.

[3] 马丽氏, 李赛兰. 系统化预检分诊模式与传统预检分诊模式对儿科急诊分诊的影响[J]. 包头医学院学报, 2017, 33(4):30-31.

[4] 陈晓蓉, 王小霞. 急诊预检分诊系统对儿科危急重症患儿分诊效果的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(6):100-102.

[5] 余艮珍, 张晓乐, 叶天惠, 朱振云. 两种预检分诊模式对三级综合医院儿科急诊分诊质量的影响[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(14): 1283-1287.