

观察优化分诊流程在非创伤性胸痛患者预检分诊中的应用效果

邓 沙 赵小君 王 会

射洪市中医院 629200

〔摘要〕目的 探寻非创伤性胸痛患者最佳的预检分诊方法。方法 从 2018 年 7 月到 2021 年 6 月前来我院急诊科救治的 64 例非创伤性胸痛患者，按照 1:1 随机方法将患者分成两组，命名为对照组和观察组，每组的病例数均为 32 例。对照组接受传统预检分诊法，观察组接受优化分诊流程，对比两组致死性胸痛检出率和确诊时间。结果 观察组致死性胸痛检出率明显高于对照组，且确诊时间更短 ($P < 0.05$)。结论 对于非创伤性胸痛患者，优化分诊流程尤为必要，值得临床广泛推广运用。

〔关键词〕非创伤性胸痛；预检分诊；优化分诊流程；致死性胸痛

〔中图分类号〕R472 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 05-172-02

临床上，迅速、准确的急诊预检分诊可保障患者获得及时、有效的治疗^[1]。胸痛是急诊科典型疾病，致死性胸痛，如主动脉夹层、肺栓塞、急性心肌梗死等，导致患者生命岌岌可危。对于这一类患者而言，发病到确诊治疗间隔时间是预后效果的主要影响因素^[2]。所以，缩短确诊时间是急诊科重点探究的问题。对此，本研究提出优化分诊流程，取得了满意效果，现将干预执行过程总结且展开如下汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入我院 2018 年 7 月到 2021 年 6 月救治的非创伤性胸痛患者 64 例，按照 1:1 随机方法将患者分成两组，命名为对照组和观察组，每组的病例数均为 32 例。观察组男患、女患例数分别为 20 例、12 例，患者最小年龄为 30 岁，最大年龄为 80 岁，平均年龄为 (55.04±3.11) 岁；对照组男患、女患例数分别为 21 例、11 例，患者最小年龄为 29 岁，最大年龄为 81 岁，平均年龄为 (52.6±5.02) 岁。以数据统计软件对两组患者的一般资料进行检验分析，结果得出 P 值 > 0.05 ，提示一般资料无显著差异，符合临床对照研究条件。

1.2 方法

对照组采取传统预检分诊法：科室全部护士定期轮流担任分诊岗位护士，基于自身临床经验对患者进行分类，然后分级安排就诊，等到医生接诊后再适时护理干预。若患者病情迅速恶化，迅速送到抢救区进行抢救。

观察组接受优化分诊流程：①调整分诊区护士结构：安排临床工作三年以上、经验丰富的护士及以上职称担任预检分诊岗位护士，并接受岗前培训，对各种抢救仪器设备及抢救技术了如指掌，并对胸痛临床症状、救治流程、胸痛危险程度评估技能等相关知识进行系统、全面学习，定期考核。②胸痛患者优先分诊：接诊时发现胸痛患者，应优先分诊，嘱咐患者制动，静坐在轮椅上，迅速询问病情，如实记录。同时，迅速完成心电图检查，必要时安排患者接受心肌梗死标志物的检测。针对高危患者，应要求患者绝对卧床，开展吸氧、心电监护、建立静脉液路、抽血等操作，并迅速告知医生，开通绿色通道，接受下一步医疗干预。针对确诊 ACS 患者，应迅速启动 ACS 抢救程序^[3]。针对排除高危患者，可将其分诊到普通急诊，按照顺序就诊。

1.3 观察指标

如实统计两组患者致死性胸痛检出率和确诊时间，并进

行对比。

1.4 统计学分析

所总结的调查数据处理选择 SPSS22.0 统计学软件，计量资料表示的单位为 ($\bar{x} \pm s$)，采取 t 检验；计数资料表示的单位为 %，采取 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表存在统计学差异。

2 结果

据统计，观察组致死性胸痛检出率明显高于对照组，且确诊时间更短 ($P < 0.05$)，详见表 1。

表 1 两组患者致死性胸痛检出率及确诊时间对比

组别	n	致死性胸痛检出率	确诊时间 (min)
观察组	32	32 (100.0)	12.1±10.8
对照组	32	27 (84.38)	23.8±19.88
χ^2/t		5.254	6.365
P		< 0.05	< 0.05

3 讨论

主动脉夹层、肺栓塞等高危胸痛病情十分凶险，如何高效率筛查出高危患者是预检分诊工作的重点^[4]。传统预检分诊过程中，未迅速、准确地分类患者，无疑是延误了患者最佳抢救时间，医疗纠纷及事故发生风险较高。同时，医生再一次询问患者病情，工作时效被大大降低，导致出现“急诊不急”的情况，无法为患者提供高效率的医疗服务^[5]。对此，医院应结合胸痛患者病情特征及症状，对分诊流程进行优化，为 ACS 患者开设“胸痛绿色通道”，将患者生命摆在首位，接诊时准确捕捉到患者高危症状，实施针对性有效的医疗干预。优化后的分诊流程，可有效缩短患者候诊及救治时间，提高抢救率，为患者提供优质服务。同时，在这一过程中，分诊护士专业素质也得以有效提升，强化了预见性护理思维，可提高护理质量。本研究结果表明，观察组致死性胸痛检出率明显高于对照组，且确诊时间更短 ($P < 0.05$)，这充分表明了优化分诊流程有利于提高非创伤性胸痛患者预检分诊效率及质量，促使患者迅速得以救治，值得临床广泛推广运用。

〔参考文献〕

[1] 李霞. 优化护理流程在急诊胸痛患者抢救中的效果分析及对患者焦虑心理情绪的改善[J]. 心理月刊, 2020, 15(24): 120—121.

[2] 曲蕾. 急诊胸痛患者抢救中优化急诊护理流程应用的效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(42): 118.

(下转第 176 页)

随着医务社工与临床结合不断深入, 社工规模、专业水平与人才梯队建设面临挑战。在发达国家和地区, 医务社会工作已发展到专科化阶段, 急诊、儿科、精神、内科、外科……医学科学的特殊性决定了从事医务社会工作的人员还需具备一定的医学专业知识, 精细化的分工有利于社工在专业方向纵深发展, 成熟的人才梯队与完善的培训进修体系才能进一步补足短板。另外, 职称评定、晋升机制等配套措施也将为医务社工专业化人才的规划与培养创造条件。

(二) 实践服务与学术研究结合

医务社会工作作为医学相关专业参与临床一线工作, 从业者的培养不是速成的, 需要系统化学习、长时间的临床工作实践, 进而实现教学相长与自我增能。对于医院来说, 高校力量参与可以提升专业服务标准与服务质量, 将理论与实际相结合。参考新加坡经验, 综合性学术医学中心置顶了医务社会工作者的能力标准与职责要求, 帮助医务社会工作者发挥专业潜能、提升服务能力^[8]。而临床实践服务又为学术研究提供素材和样本, 输送专业的社工人才, 达到实践服务与学术研究相结合的效果。

(三) 行业影响力与关注度提升

目前, 医务社会工作从业人员专业性不高、行业基础较为薄弱, 社会认同度低。在积极推进医务社工专业水平建设的同时, 医院应当鼓励医务社工积极发挥倡导者的角色, 寻求政府政策和资金支持, 加强业务宣传, 以提高医务社会工

作的影响力。医院应支持和参与社会工作试点、政策调研课题、医务社工人才培养等活动, 在新医改政策的推进中为医务社会工作体系建设争取利好条件, 力争开创医务社会工作发展的新局面。

[参考文献]

- [1] 季庆英. 医务社会工作手册 [M].1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2020:96
- [2] 莫蓁蓁. 医务社会工作理论与技术 [M].1 版, 上海: 华东理工大学出版社, 2018: 22-24
- [3] 编辑部. 医务社会工作的本土化发展 [J]. 中国社会工作, 2017, 000(036):1-1.
- [4] 周月红, 王克霞, 石慧敏, 朱留宝. 北京清华长庚医院现代医院治理体系建设实践与探索 [J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(08):617-619.
- [5] 张蕾, 张立东, 张璠, 等. 医务志愿服务探索与实践——以北京清华长庚医院志愿服务工作队为例 [J]. 现代医院, 2016(5 期):723-724.
- [6] 张蕾, 张立东, 张璠, 等. 我国医务志愿服务的发展与展望 [J]. 中国医院, 2017(3):62-64.
- [7] 李松珊, 于慧玲. 我国医务社会工作困境及发展路径研究 [J]. 中国医药导报, 2019, 016(033):154-157.
- [8] 王丽, 王志中. 部分国家医务社会工作发展经验及对我国的启示 [J]. 医学与社会, 2020, 033(001):50-52, 64.

(上接第 171 页)

曾面临“一床难求”局面。近年来, 为改善和应对此类问题, 出现智慧医疗、出入院分散式管理等新型管理模式, 旨在提升医疗服务工作效率, 为患者提供更加优质、高效的医疗服务^[3]。自我院建立分散式管理下出入院服务中心以来, 通过一站式完成患者入院、检查以及手术等, 患者等待时间明显减少, 就医体验得到良好改善, 效果得到患者、医生以及社会各界的认可。

本次研究: 研究组入院办理、检查等待以及术前等待时间均少于对照组 ($P < 0.05$); 研究组患者诊疗服务满意度 98.00% 高于对照组 84.00% ($P < 0.05$); 结果说明分散式管理下出入院服务中心在加速康复外科中的实践效果确切, 分析原因在于分散式管理下出入院服务中心在实际应用过程中, 可形成大规模加速康复外科管理中心, 但不会占用独立医疗区域, 通过小面积出入院服务中心, 进行改进信息系统、重组服务流程等, 即可取得良好管理效果^[4]。

综上, 在加速康复外科中应用分散式管理下出入院服务中心, 能够明显缩短患者入院办理、检查等待以及术前等待时间, 提升其对诊疗服务满意度。但是, 分散式管理下出入院服务中心需根据医院自身人力、物力等条件成立。

[参考文献]

- [1] 杨琰, 朱珠, 蒋燕勤, 等. 某三级公立医院出入院服务时效和患者满意度现况分析 [J]. 中国医院管理, 2021, 41(01):63-66.
- [2] 徐亚运. 优化的出入院管理流程在肾内科患者中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(20):154-155.
- [3] 沈双妮. 基于分散式管理出入院服务中心在加速康复外科中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(17):220-221.
- [4] 赵慧丽, 姚莉君, 胡龙军, 等. 分散式管理下出入院服务中心在加速康复外科中的实践与效果评价 [J]. 中国医院, 2019, 23(01):12-14.

(上接第 172 页)

[3] 杜国珍. 优化分诊流程在非创伤性胸痛患者预检分诊中的应用效果观察 [J]. 临床检验杂志 (电子版), 2020, 9 (01): 170.

[4] 翟玉萍. 优化急诊护理流程对急诊胸痛患者抢救效果

的影响分析 [J]. 兵团医学, 2019 (03): 71—73.

[5] 温贤信, 奚静静, 陈鸿平. 优化分诊流程在非创伤性胸痛患者预检分诊中的应用 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2019, 5 (01): 151—152.

(上接第 173 页)

的用药时间上进行控制, 能够有效优化抗菌药的使用情况, 提升用药效果^[2]。

本文研究显示, 观察组患者抗菌药不良事件、抗菌药用药不合理的概率相比对照组, 优势更加显著 ($P < 0.05$), 观察组抗菌药用药情况分类相比对照组, 差异明显 ($P < 0.05$), 本次对医院一类切口手术实施抗菌药用药干预, 能够提升抗菌药使用的合理性, 优化药物的应用方案, 降低用药不良事件的发生率。

综述, 对医院一类切口围手术期应用抗菌药物进行抗菌药用药干预, 能够提升用药的合理性, 值得在用药管理中借鉴推广。

[参考文献]

- [1] 谭慧, 段金菊, 王欣春. I 类切口围术期预防应用抗菌药物管理实践及评价 [J]. 临床医药实践, 2020, 29(05):367-370.
- [2] 叶志芬, 詹秋璇, 黎玉芬. PDCA 循环在降低普外科 I 类切口清洁手术围手术期预防用抗菌药物中的应用 [J]. 中国处方药, 2020, 18(03):62-63.