

分级分区护理模式在急诊科应对突发群体性创伤事件中的应用效果及患者满意度分析

毛 静

天水市第四人民医院 741020

【摘要】目的 探讨分级分区护理模式在急诊科应对突发群体性创伤事件中的应用效果及患者满意度。**方法** 采集本院 2025 年 1 月至 2026 年 1 月期间接收的急诊科突发群体性创伤事件 116 例,随机分为常规组与分级组各 58 例,常规组运用常规护理,分级组运用分级分区护理模式,分析不同护理操作后患者满意度与实际恢复差异。**结果** 分级组在并发症发生率上为 1.72%,常规组为 17.24% ($p < 0.05$);分级组在患者满意度上为 96.55%,常规组为 81.03% ($p < 0.05$)。**结论** 分级分区护理模式在急诊科应对突发群体性创伤事件中的应用,可以有效减少患者并发症发生率,提升患者满意度,整体情况更好。

【关键词】 分级分区护理模式; 急诊科; 应对突发群体性创伤; 应用效果; 满意度

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2026) 02-118-02

分级分区模式的实际价值不在分区本身,而在把急诊科从“来一个看一个”的串行模式切换为红黄绿三区并行处置。空间和设备按伤情等级提前预置到位,人力随伤员流向动态调配而非固守分诊台,结果是抢救延迟被系统性压缩——同一时间段内的处置量增加而单例等待时间缩短,这才是该模式区别于日常排班的本质。本文采集急诊科突发群体性创伤事件 116 例,分析运用分级分区护理模式后的效果,具体如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

采集本院 2025 年 1 月至 2026 年 1 月期间接收的突发群体性创伤事件 116 例,随机分为常规组与分级组各 58 例,常规组中,男:女=31:27;年龄从 24 岁至 68 岁,平均(54.27±4.71)岁;分级组中,男:女=34:24;年龄从 26 岁至 69 岁,平均(55.18±3.42)岁;两组患者在基本年龄、性别与病情有关信息方面,没有明显差异,具有对比研究价值。

1.2 方法

常规组运用常规护理,分级组运用分级分区护理模式,具体如下:分级分区护理模式在突发群体性创伤事件中的核心逻辑是把急诊科物理空间和人力资源从日常配置切换为事件响应配置,避免同时涌入的批量伤员造成分诊瓶颈和抢救区拥挤。事件启动后,急诊入口外设初筛岗,由 1 名高年资急诊医师和 2 名护士组成,用简明法(START 法)在 30 秒内完成单个伤员的呼吸、循环、意识三项判定,贴红黄绿黑四色标识后分流。此岗直接决定后续各区的伤员配比,不参与任何救治操作^[1]。红区(抢救区)设在距入口最近的大厅,预置 4 张抢救床,配备气道管理车、深静脉穿刺包和加压输液装置各 4 套,由急诊副主任带队,每组 1 医 2 护管 1 床,实行“一床一组长制”。红区只做确定性气道建立、张力性气胸减压、活动性出血控制三类操作,不做全面清创和影像检查。每床停留时间控制在 20 分钟以内,稳定后立即转出至手术室或 ICU,空床即补。黄区(观察区)承接红区转出的稳定伤员和初筛判定为黄标的延迟处理伤者^[2]。该区配备移动超声和便携 X 光机各 1 台,实行 FAST 评估→创口临时封闭→骨折夹板固定→镇痛→交叉配血五步流水作业。黄区由 1 名急诊主治医师统筹,护士按伤情巡回而非固定床位。绿区设在急诊候诊椅区域改造的临时处置点,处理软组织挫裂伤、单纯闭合骨折等,每名护士同时照看 4—5 人,由急诊规培医师巡回清创缝合,完成即通知家属接回,不留观。各区之间用移动屏风物理分隔,避免轻伤员目睹重伤抢救场面诱发群体性应激。每个区域设 1

名信息联络员,手持对讲机,每 10 分钟向指挥台报告区内在治人数、待转人数和空床数,确保上游知道下游能不能接。护理人力调配上,红区护士固定不动,黄区和绿区护士可随伤员流向动态调配。物资补给由后勤组按红区 15 分钟、黄区 30 分钟间隔主动推送,各区护士不做请领操作。整个流程的核心是把空间、人力和物资提前按伤员严重程度预置到位,让抢救在最短路径上发生^[3]。

1.3 评估标准

分析不同护理操作后患者满意度与实际恢复差异。满意度=很满意率+基本满意率。恢复情况观察术后并发症发生率,包括休克、感染、水电解质紊乱等。

1.4 统计学分析

使用 SPSS26.0 进行统计分析。计数数据用 n(%) 表示并进行卡方检验;计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示并进行 t 检验, $p < 0.05$ 表示结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者并发症发生率情况

见表 1, 分级组在并发症发生率上为 1.72%, 常规组为 17.24% ($p < 0.05$)。

表 1: 各组患者并发症发生率结果 [n(%)]

分组	水电解质紊乱	休克	感染	并发症发生率
分级组 (n=58)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.72)	1.72%
常规组 (n=58)	3(5.17)	2(3.45)	5(8.62)	17.24%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.2 各组患者满意度情况

见表 2, 分级组在患者满意度上为 96.55%, 常规组为 81.03% ($p < 0.05$)。

表 2: 各组患者满意度结果 [n(%)]

分组	很满意	基本满意	不满意	总护理满意度
分级组 (n=58)	34(58.62)	22(37.93)	2(3.45)	96.55%
常规组 (n=58)	20(34.48)	27(46.55)	11(18.97)	81.03%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

分级分区模式减少并发症的核心在于压缩了伤员从到院到确定性处置之间的每一段闲置时间。休克减少的直接原因: 红区预置气道管理车和加压输液装置, 床旁即取即用, 省掉

(下转第 120 页)

0.05

2.2 两组患者护理前后生活质量评分情况

如表 2 所示,改良组在各项生活质量评分上,护理后评分提升程度明显多于常规组 ($p < 0.05$)。

表 2: 两组患者护理前后生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	生理职能	社会功能	情感职能	精力	躯体疼痛
改良组	护理前	62.78±4.37	61.98±4.62	61.29±3.56	61.87±4.35	62.78±4.61
	护理后	82.49±5.98	81.39±5.36	80.98±4.27	82.79±3.87	81.75±5.36
常规组	护理前	63.19±5.32	62.57±3.97	62.17±4.35	62.13±4.08	63.48±3.57
	护理后	72.14±4.06	72.34±4.51	74.62±5.98	72.48±3.56	67.92±4.52

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

3 讨论

护理干预在脑动脉瘤介入治疗中的应用,通过精细化的监护与个性化的康复指导,有助于提升患者的 FMA (Fugl-Meyer Assessment) 运动功能,并显著提高其生活质量。首先,护理干预能够提供针对性心理疏导,减轻患者的焦虑情绪,促进治疗过程中患者的积极配合,从而保障治疗的顺利进行,减少治疗中的并发症。其次,护理人员通过早期干预,帮助患者进行功能性康复训练,逐步恢复运动功能。术后,通过持续的神经功能监测与康复指导,护理人员能够及时发现患者的运动功能障碍,采取相应的措施,避免功能退化或不良影响。此外,个性化的健康教育和生活指导,增强了患者自我护理能力,有助于长期康复,提升其整体生活质量。因此,护理干预不仅促进了患者的运动功能恢复,还在促进全面康

复中发挥了重要作用。

总而言之,护理干预在脑动脉瘤介入治疗患者中的应用,可以有效提升患者运动功能水平,提高患者生活质量,整体恢复情况更好。

参考文献

[1] 宋晓婷. 基于时间理念的护理策略对脑动脉瘤介入治疗患者术后运动功能与健康状况的改善效果 [J]. 微创医学, 2024, 19(03):315-318.

[2] 赵晓燕. 循证支持下的预见性护理用于脑动脉瘤术后患者并发症预防的效果 [J]. 中华养生保健, 2024, 42(03):136-138.

[3] 张艳红. 脑动脉瘤介入术患者行时间管理护理策略干预对生存质量及运动功能的影响 [J]. 黑龙江医学, 2022, 46(20):2540-2542.

(上接第 117 页)

优化,调节病房内的环境温度湿度,能够处于较为舒适的病房环境能够改善患者的生理状态,针对患者开展的功能性训练是优化患者运动功能的关键。

认知和精神状态评分比较,护理前,没有显著差异,护理后,实验组各项评分均高于对照组, $P < 0.05$; 生活质量评分比较,护理前,没有显著差异,护理后,实验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,在帕金森病干预中应用综合护理,能够更加全面地提供护理保障,优化患者生理和心理状态。

参考文献

[1] 王河, 雷鸿雁, 崔润红, 等. 基于三维质量模式构建的帕金森病延续干预对患者自我管理及生活质量的影响 [J]. 中

国当代医药, 2022, 29(34):97-100+107.

[2] 吕文静, 石莹, 王璇. 帕友既定训练在重复经颅刺激治疗帕金森病患者认知功能与运动功能中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(22):23-27.

[3] 张隽敏悦, 郭丹, 王秋芳, 等. 希望理论护理干预+理性情绪行为疗法在老年帕金森病患者中的应用效果 [J]. 慢性病学杂志, 2023, 24(11):1636-1638.

[4] 陈赞. 基于微信平台的健康指导对帕金森 DBS 术后居家照顾者照护负担及疲劳感的影响 [J]. 护理实践与研究, 2025, 22(21):3246-3250.

[5] 祁小换, 石莹. 家属同步健康教育结合保护动机理论护理在帕金森病患者中的应用效果 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2024, 10(09):122-124.

(上接第 118 页)

了常规急诊开柜、找物、等待配送的累计延迟,失血性休克伤员从门到加压输液的时间窗口从常规的 8—12 分钟压缩到 3 分钟以内。感染率下降与两件事有关:一是绿区设在独立区域,轻伤缝合创口不与重伤开放创口在同一空间暴露;二是黄区五步流水线中“创口临时封闭”排在第二步,开放伤在受伤到临时闭合之间的暴露时间被系统性地缩短了。水电解质紊乱减少是因为红区加压输液和交叉配血在最初的 20 分钟内并行完成,血容量在代偿期就被纠正,而非等到失代偿后才被动补充。满意度提升不完全来自治疗结果——初筛岗 30 秒内给每个伤员贴标分类,没人被晾在门口无人过问,绿区轻伤员被快速处理后通知离院而非滞留旁观,动线物理分隔也让各类伤员看不到比自己更重的场面,共同消除了等待中的焦虑和被抛弃感。

总而言之,分级分区护理模式在急诊科应对突发群体性创伤事件中的应用,可以有效减少患者并发症发生率,提升患者满意度,整体情况更好。

参考文献

[1] 林艳萍, 管文婕, 李玲玲, 等. 基于改良早期预警评分的分级护理在急诊科发热患者中的应用效果 [J]. 医药前沿, 2026, 16(11):134-137.

[2] 刘彤, 宋传阳. 创伤评估指导下的分级护理对急诊创伤患者抢救成功率的影响 [J]. 保健医学研究与实践, 2024, 21(S1):283-285.

[3] 陈妙, 梁添玉, 叶颖颖, 等. 以简明损伤定级标准与创伤严重程度评分为基础的分级护理在急诊创伤骨折患者中的应用效果 [J]. 黑龙江医学, 2024, 48(4):499-501.