

“健康中国 2030”背景下急诊大平台建设，全面提升急危重症服务

刘克琴 邵龙刚 费立博 汤红 张潇月

南京中医药大学第二附属医院（江苏省第二中医院）急危重症医学科 江苏南京 210017

摘要：目的 以“健康中国 2030 规划纲要”为指导，加强急诊科大平台建设，全面提升急危重症服务质量和水平。方法 引入现代急诊医学建设理念“三环理论”，全面推行精细化与个体化相结合管理模式，从多个方面优化服务模式、就诊流程、运行制度，监测急诊大平台质量控制指标。结果 1. 院前急救质控指标：3 分钟出车率、院前急救处置率明显提升。2. 院前、院内急诊衔接质控指标：呼检时间、呼球时间明显缩短。3. 住院质控指标：住院患者死亡率明显下降、平均住院天数缩短、住院药占比下降、住院耗占比下、抗生素日均使用强（DDD）降低。4. 病历质量明显提高，甲级率 99%，无丙级病历。5. 患者满意度明显提升。结论 急危重症服务是健康服务体系的重要组成部分，基于健康服务的视角，建立了符合医院特点的急诊大平台医疗服务体系，加强急诊大平台质量控制，明显提升急危重症服务质量和水平。

关键词：健康中国；急诊大平台；三环理论；质量控制；急重症服务

《“健康中国 2030”规划纲要》^[1, 2]（以下简称《纲要》）于 2016 年 10 月 25 日由中共中央、国务院印发。《纲要》的战略目标提出到 2030 年具体实现“人民健康水平持续提升、主要健康危险因素得到有效控制、健康服务能力大幅提升”。《纲要》指出只有建立完善的医疗服务卫生体系、创新医疗卫生服务供给模式，全面实施临床路径管理，规范诊疗行为，优化诊疗流程，才能不断提升医疗服务质量和水平、增强患者就医获得感。为贯彻党中央关于实施健康中国战略的决策部署，2019 年国务院正式公布了《国务院关于实施健康中国行动的意见》和《健康中国行动（2019–2030 年）》^[3, 4]，要求加强重大慢性病防治工作。习近平总书记在党的二十大报告中指出要推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置。中华医学会急诊医学分会主任委员吕传柱教授提出“大急诊、大急救、大平台”是“人民至上，生命至上”理念最直接的医学实践^[5]。

1 急诊医疗服务体系现状

1.1 急诊医学的发展历程

急诊医学是起源于二战后 20 世纪 60 年代的一门新兴学科，70 年代才开始发展。1979 年，美国才正式成立第 23 个医学专业门类学科—急诊医学。我国第一个院内独立建

制急诊科 1983 年在北京协和医院建立，北京协和医院 1985 年被获准设立中国第一个急诊医学临床硕士研究生培训点，1987 年，中华医学会急诊医学分会正式成立，标志着急诊医学正式成为我国独立的一门学科^[6]。2004 年，中华医学会急诊医学分会第五届主任委员的江观玉教授提出了我国急诊医疗服务体系建设的“三环理论”^[6, 7, 8]。即院前急救体系、院内急诊体系、重症监护治疗体系，三者有机衔接、环环相扣是急诊、重症患者救治的保障。从此，“三环理论”体系成为长期指导我国急诊医学发展的核心和关键^[7, 8]。

1.2 我院急诊医疗服务体系发展历程与存在问题

1.2.1 我院急诊医疗服务体系发展历程

江苏省第二中医院于建院之初开始设立急诊室，以大部分专科医师支援的“依赖型”和“半依赖型”模式运行，作为急诊的分诊通道和简单救治。随着患者对健康需求的日益增长，急诊科就诊的患者越来越多，急诊科救治面积不足、功能布局不合理等问题比较明显，传统的管理方式及服务模式不符合患者救治的实际需求。2017 年医院对急诊区域进行改造，拓展了重症抢救室、建立急诊病房和急诊重症监护（EICU），并以急诊为核心建立卒中、胸痛、创伤三大中心。初步完成分诊通道向院内急诊早期救治、重症监护的转变。

但也面临诸多现实问题,亟待解决。当时仅有医护人员38名,固定医师8名,依然存在医务人员配备不足、人员学历层次不高、救治能力不足等问题。2017年以后通过引培结合的方式引进学科带头人、急诊专科业务骨干、中西医结合业务骨干等人才,2020年院前急救分站交由急诊科一体化管理、院前急救与院内急诊同质化运行,2022年重症医学科交由急诊科统一管理,成立了急危重症医学科。形成院前急救、院内急诊、重症监护(ICU)真正一体化运行模式。

1.2.2 我院急诊医疗服务体系存在问题

历经30余年的发展,我院急诊医学取得了巨大发展。目前科室设备齐全,备有体外生命支持设备(ECMO)、除颤仪、纤支镜,视频喉镜、气管插管器械、气管切开包、呼吸机、全自动洗胃机、心电图机、血气分析仪、床旁检验设备(POCT),同时配有一体式床旁超声机2台、便携式超声1台及血液净化等设备。常规开展人工气道建立与管理、血流动力学支持、血液净化、器官功能维护等生命支持治疗。医院先后以急危重症医学科为核心科室成立了胸痛中心、卒中中心、创伤中心、消化道出血诊疗中心、危重性消化道出血急救通道。“卒中中心”为国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会建设单位,与“胸痛中心”同为江苏省区域性中心。科室人才梯对初步建立,拥有固定的医师21名,其中高级职称4名、中级职称7名、初级职称10名,硕士以上学历17名,在读硕士研究生3名。护理人员59名,其中轮转护士7名,固定人员52名,占总数88.1%,院前急救救护团队11人。

但是目前我院急诊医疗服务体系仍然存在人员不足,队伍年轻化,人员多为其他专业转急诊,缺乏专业的急重症人才,医疗质量及服务能力有待提高。急诊科作为急、危、重症病人救治的第一线,要求急诊医护人员具备扎实的医学知识、敏锐的洞察力和快速的反应能力,以确保患者的生命安全。因此,急危重症服务质量和能力提升是急诊医学大平台体系建设的关键和核心。

为了在目前基础上加强急诊大平台建设,充分发挥党建引领作用,我院在急危重症医学科设立基层党组织内科第七党支部,其中有正式党员17名,后备培养对象1名。科主任、副主任、护士长、医护骨干均为党员,科主任、副主任、护士长组成支委会,在科室建设、质量控制方面充分发挥党员的先锋模范和支部的战斗堡垒作用。

2 主要做法

引入现代急诊医学体系建设的理念“三环理论”,结合我院实际,落实精细化与个性化相结合的管理模式,完善管理制度、优化就诊流程、规范诊疗行为、改善服务态度,科室管理水平明显提高,患者满意度明显提升。

2.1 急诊大平台体系建设

2.1.1 参照综合性医院急诊科的精细化管理,优化服务模式

参照大型综合性医院急诊科精细化管理,优化服务模式,引培结合的方式建立合理的急诊医护人才梯队,加强医护人员的专业化培训和考核,院前、院内急诊、重症医疗一体化管理^[9]。

2.1.2 提升院前医疗急救服务能力

加强院前急救质量控制,优化服务流程,提高院前急救呼叫定位精度,缩短呼叫反应时间,加强院前与院内急诊协作,院前急救与院内急诊同质化管理,提升院前急救处置率和抢救成功率。

2.1.3 加强院前与院内急诊的衔接

院前急救接到患者,在信息共享平台发布患者基本信息、生命体征、初步诊断,院内急诊抢救室提前获得患者信息,挂绿色通道号,准备相应抢救器材,120到达抢救室,院前医师与院内急诊医师交接患者,登记信息、签名。

2.1.4 建立健全院内急诊患者分级救治模式

院内急诊医师接诊患者应进行病情分级,按不同级别进行分区处置,坚持“就急、就重”原则,危重病先检查、抢救后收费,10分钟内床边专科医师急会诊,医护陪同检查,收住院、手术等患者填写转运交接单。

2.1.5 构建院前、院内急危重症救治“三通三联”一体化救治模式

胸痛、卒中、创伤等重症患者绕行急诊、住院部直接送导管室、手术室、重症监护室,形成救护车直通导管室、手术室及重症监护室的“三通救治模式”。联通院前急救、基层医疗卫生机构与院内急诊形成“三联”抢救绿色通道。

2.1.6 构建院前、治疗、康复一体化救治模式

与南苑街道、莫愁湖街道两个社区签约党建共建,加强老年病、心脑血管病、糖尿病等慢病筛查、长期用药管理;与南苑社区卫生服务中心建立成熟完善的分级诊疗体系,形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩

序，健全治疗—康复—长期护理服务链。

2.2 急诊大平台医疗质量与安全管理

2.2.1 完善医疗质量与安全管理组织架构

为深入贯彻党中央关于实施健康中国战略的决策部署，提高医疗服务质量和水平，近五年我院开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动，完善各项规章制度，细化完善 18 项医疗质量安全核心制度，建立健全医疗质量安全评价和监管体系，充分运用信息化手段，加强日常管理和监督检查，确保各项制度措施落实到位，奖罚分明。

2.2.2 梳理急诊危重病抢救流程、医疗护理技术规范，规范诊疗行为

认真组织学习，加强培训考核，逐步提高全体医务人员急危重症医疗护理水平。

2.2.3 全面梳理和定期评估本科室医疗技术目录、授权和临床应用情况

完善技术授权、标准操作程序(SOP)和动态管理等相应的管理制度及工作流程，在保障医疗质量安全的基础上，加强新技术临床应用和开发。

2.2.4 强化药品器械管理

拟定药品、器械、耗材使用管理办法，定期组织三合理检查，监测药占比、耗占比、抗生素 DDD。

2.2.5 定期组织业务学习

每周组织科室业务学习，学习包括但不限于临床诊疗指南、诊疗规范、技术操作流程等，每月参加呼吸及危重病学科群病例讨论、学术会议等，定期派医疗、护理骨干参与省市级学术交流，不断提高医疗技术水平及社会影响力。

2.2.6 加强过程监督、制定考核细则

2.3 监测院前急救、院内急诊、住院（重症监护）质量控制指标。

(1) 院前急救质控指标：3 分钟出车率、院前急救处置率。

(2) 院前、院内急诊衔接质控指标：呼栓时间、呼球时间。

(3) 住院质控指标：住院患者死亡率、平均住院天数、住院药占比、住院耗占比、抗生素日均使用强(DDD)、CMI 值、病历质量、患者满意度等指标。

3. 主要创新点

(1) 院前急救人员由急诊科统一调配、培训，院前急救、院内急诊同质化管理。

(2) 构建院前、院内急危重症救治“三通三联”一体化救治模式。

(3) 构建院前、治疗、康复一体化救治模式。

(4) 党建引领，急诊大平台质量控制。

4 结果

4.1 院前急救质控指标及与院内衔接数据比较

对比我院院前急救 2021–2023 年数据，3 分钟出车率、院前急救处置率均稳步增长；呼栓时间、呼球时间较前年均稳步下降（表 1、图 1、图 2）。

表 1 院前与院内衔接数据（%，分）

	2021	2022	2023
3 分钟出车率（%）	99.36	99.38	99.42
院前急救处置率（%）	84.80	97.67	98.44
呼栓时间（分）	68.10	55.60	54.50
呼球时间（分）	121.43	114.32	109.57



图 1 院前数据



图 2 院前与院内衔接数据

4.2 院内相关指标

对比我院 2021–2023 年院内数据, 住院患者死亡率、平均住院天数、住院药占比、住院耗占比、抗生素日均使用强度整体去趋势较前下降; 病历质量、患者满意度较前提升, CMI 值 2023 年较 2021 年明显升高, 但 2022 年有下降(表 2)。

表 2 院内相关指标比较

	2021	2022	2023
住院患者死亡率 (%)	23.38	17.55	7.80
平均住院天数 (天)	16.95	15.84	13.53
住院药占比 (%)	31.21	27.63	22.97
住院耗占比 (%)	6.39	7.05	5.34
CMI 值	4.28	3.72	4.82
抗生素日均使用强度 (DDD)	96.16	94.56	87.47
病历质量 (%)	98.00	98.88	99.00
患者满意度 (%)	90.00	93.00	97.00

5 结论

急危重症服务是健康服务体系的重要组成部分, 基于健康服务的视角, 建立了符合医院特点的急诊大平台医疗服务体系, 加强急诊大平台质量控制, 明显提升急危重症服务质量和水平。

6 讨论

我国急诊医学起步较晚, 在一代代急诊人的努力下。近年来急诊理论体系逐渐完善, 诊疗技术逐步更新。2004 年, 中华医学会急诊医学分会第五届主任委员江观玉教授提出的“三环理论”体系是指导我国急诊医学发展的核心和关键^[7, 8]。2009 年《急诊科建设与管理指南(试行)》^[10], 开启了具有中国特色的急诊 2.0 时代, 使急危重症序贯救治成为可能, 也标志着急诊从功能科室向专业学科蜕变。为推动急诊医学进一步发展, 由吕传柱、于学忠、陈玉国教授牵头发起的“急诊急救大平台”建设, 整合全国急诊医疗资源, 落实国家“分级诊疗”与“五大中心建设”规划, 急诊医学迎来了新一轮快速发展的好时机^[11]。全面推进急诊急救大平台建设, 标志着急诊医学的发展进入 3.0 时代^[12], 急诊 3.0 时代的总体目标是真正做到以急诊“时间线”、“时间窗”为导向, 以急危重症程度为核心, 以急诊患者需求为宗旨, 达到“呼叫即急救, 上车即入院”, 为患者提供优质高效的急诊医护服务, 提高救治成功率, 降低病死率与致残率。

急诊急救大平台建设以互联网为基础, 通过大数据与信息化手段, 实现院前与院内救治一体化, 物理上整合急诊

与专科救治的设施和空间, 以“时间窗”、“时间轴”为主要质控标准, 提高患者救治效率、节约救治成本、改善患者预后, 以期实现《“健康中国 2030”规划纲要》提出的“人人享有规范、高效的基本急诊急救资源”这一宏大目标。

我院建院之初开始设立急诊室, 以大部分专科医师支援的“依赖型”和“半依赖型”模式运行, 作为急诊的分诊通道和简单救治。2017 年医院对急诊区域进行改造, 拓展了重症抢救室、建立急诊病房和急诊重症监护(EICU)。初步完成分诊通道向院内急诊早期救治、重症监护的转变。2017 年以后通过引培结合的方式引进学科带头人、急诊专科业务骨干、中西医结合业务骨干等人才, 2020 年院前急救分站交由急诊科一体化管理、院前急救与院内急诊同质化运行。2022 年重症医学科与急诊科整合成立急危重症医学科, 形成院前急救、院内急诊、重症监护(ICU)真正一体化运行模式。

2018 年始我院贯彻落实“以病人为中心, 以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动, 完善各项规章制度, 强化重点环节和重点领域的日常管理。急诊作为医院的重点科室, 不断加强人才队伍、基础设施建设, 优化诊疗流程、细化技术规范, 优化优势病种诊疗方案和临床路径, 持续改进医疗质量、保障医疗安全。提升急诊质量行动工作方案以内科第七支部党员为核心成立急危重症医学科医疗质量与安全领导小组, 支部书记为第一责任人。下设医疗质量与安全、病历质量管理、医疗技术管理、院内感染管理、医学设备与耗材管理、不良事件管理、合理用药管理等小组。梳理完善各项管理制度, 梳理急诊危重病抢救流程、医疗护理技术规范, 规范诊疗行为。认真组织学习, 加强培训考核, 逐步提高全体医务人员急危重症医疗护理水平。强化药品器械管理。拟定药品、器械、耗材使用管理办法, 定期组织三合理检查, 监测药占比、耗占比、抗生素 DDD。每周组织科室业务学习, 学习包括但不限于临床诊疗指南、诊疗规范、技术操作流程等, 每月参加呼吸及危重病学科群病例讨论、学术会议等, 定期派医疗、护理骨干参与省市级学术交流, 不断提高医疗技术水平及社会影响力。

在医院的政策指引下, 科室负责人的领导下, 科室医护人员的积极努力下, 我科的各项指标都得到提升。如院前的指标: 3 分钟出车率、院前急救处置率明显提升。院前、院内急诊衔接质控指标: 呼栓时间、呼球时间明显缩短。住

院患者死亡率明显下降、平均住院天数缩短、住院药占比下降、抗生素日均使用强(DDD)降低。2021年我科主任带领院内团队建制接管汤山新冠疫情隔离病房,急诊病区及EICU关闭,后整合ICU成立急危重症医学科,因此收治病人CMI值有一个降低再升高的过程。2022年底疫情全面放开,我科作为ICU收治新冠危重症病人,各种支持设备使用较多,耗占比有所增加。通过加强质控,病历质量明显提高,甲级率99%,无丙级病历,患者满意度明显提升。

参考文献:

[1] 中共中央,国务院.“健康中国2030”规划纲要[Z].2016.
[http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.Htm](http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm).

[2] 印发《“健康中国2030”规划纲要》人民日报;2016-10-26(版次:11版).

[3] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司.实施健康中国行动开启健康中国建设新篇章[J].中国健康教育,2020,36(11).

[4] 国家卫生健康委员会、国家中医药管理局关于开展改善就医感受提升患者体验主题活动的通知国卫医政发[2023]第11号;2023-05-23.

[5] 罗之谦,姚津剑,陈松,吕传柱.“大急诊、大急救、大平台”是“人民至上,生命至上”理念最直接的医学实践[J].中国急救医学,2021,41(07).

[6] 吕传柱,罗善军,袁素平,李铀氢等.急诊医学学科

发展与急诊急救大平台建设——也谈对急危重症护理的启发.中华急危重症护理杂志[J],2023,4(1).

[7] 沈伟锋,建新,江观玉.以“三环理论”为指导建设我国急诊医疗服务体系[J].中华医院管理杂志.2004,20(10):595-597.

[8] 刘强晖,曾俊,吕传柱.院前急救标准化体系建设的实践——急诊急救大平台建设探索[J].中华医学信息导报,2021-09-27.

[9] 宋聪颖,张琴,章夏萍.大型综合性医院急诊科的精细化管理之路[J].创新世界论坛,2024,(4):92-97.

[10] 李春盛.我国急诊医学的展望:对“急诊科建设与管理指南”的解读[J].中华急诊医学杂志,2010,19(1):5.

[11] 何小军,马岳峰,张国强.高质量发展时代的急诊医学学科建设[J].中华急诊医学杂志,2022,31(1):1-3.

[12] 于学忠.四十年三个时代:中国急诊3.0时代到来[J].中国急救医学,2019,39(7):617-619.

作者简介:

刘克琴(1972—),女,江苏盱眙,汉族,徐州医科大学临床专业、南京中医药大学中西医结合临床专业硕士,江苏省第二中医院,主任医师,中西医结合危重症研究,

基金项目:

区域创伤中心警医联动平台在交通事故应急救援中的应用,项目编号:jswsyj-20230104。