

# 急诊预检分诊智能化管理系统对急诊 预检分诊质量的影响研究

王玲

四川省人民医院东院 四川 成都 610101

**【摘要】目的：**研究急诊预检分诊智能化管理系统对急诊预检分诊质量的临床效果。**方法：**将我院在2018年12月至2019年12月期间接收的200例急诊内外科患者作为研究对象，按照随机数表法将患者随机分为研究组与对照组，每组患者各100例，对照组实施常规分诊管理，研究组实施急诊预检分诊智能化管理系统，对比两组患者的临床效果。**结果：**研究组分诊质量及意外事件发生率显著优于对照组，组间数据差异显著，对比结果存在统计学分析意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**对急诊预检分诊实施急诊预检分诊智能化管理系统效果显著，可以有效提高分诊质量。

**【关键词】：**急诊预检分诊智能化管理系统；分诊质量；临床效果

急诊预检分诊是急诊就诊的首要及关键环节，临床研究结果显示安全、有效的急诊预检分诊对患者疾病诊断具有积极意义，可以有效缩短患者的诊断时间，提升急诊工作效率，进而为患者安全提供有效保障<sup>[1]</sup>。临床按照患者病情危急程度将急诊预检分诊分为四级，每位患者的分诊级别不是固定不变的，分诊人员需要密切观察患者的病情变化，尽早发现影响临床结局的指标，并有权限及时调整患者的分诊级别和相应诊疗流程<sup>[2]</sup>。本文主要是对200例急诊内外科患者进行研究，表明急诊预检分诊智能化管理系统实施对患者康复具有积极的促进作用。现具体报道内容如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集我院200例急诊内外科患者的临床资料，采取随机数表法将患者随机分为试验组（100例）与对照组（100例），选取时间均在2018年12月至2019年12月期间。对照组中，男性患者50例，女性患者50例；年龄最大患者为80岁，年龄最小患者为16岁，平均年龄为（45.23±1.65）岁。试验组中，男性患者60例，女性患者40例；年龄最大患者为83岁，年龄最小患者为15岁，平均年龄为（47.34±1.46）岁。对比两组患者的一般资料，组间数据差异不明显，对比结果不存在统计学研究意义（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 方法

对照组对患者实施常规分诊管理，对患者病情进行评估，观察患者生命体征变化情况并做好记录。研究组对患者实施急诊预检分诊智能化管理系统，具体实施内容如下：（1）分诊流程：将患者实际状况进行整合并输入急诊预检分诊智能化软件，随后可自动生成病情等级，护理人员将患者分诊等级进行打印，相关工作人

员可以通过扫描分诊条上的二维码获取信息，实现立即挂号，有效提高挂号效率。（2）优化并整合急诊预检分诊智能化管理系统：主要以患者生命体征（体温、脉搏、血压、呼吸、疼痛以及血氧饱和度等）为基础，根据患者主诉（呼吸、消化、心血管、骨骼、神经、泌尿以及耳鼻喉等）情况，并观察患者病情变化情况，对患者的各项生理机能进行评估，随后结合临床实践对患者病情进行分级。（3）三区四级：三区主要包括红色区域（危重症抢救监护区）、黄色区域（急诊诊疗区）、绿色区域（普通诊疗区），红色及黄色区域就诊时间分别在10min、30min以下，而绿色区域可持续关注患者病情变化情况，最佳间隔评估时间为30min；四级主要包括I级、II级、III级、IV级。I级（危及症、患者需要立即接受抢救）；II级表示患者属于急重症（患者生命体征不稳定，且随时存在威胁生命安全因素）；III级表示患者处于急症状态（患者生命体征异常，接受急诊后可减轻症状）；IV级表示患者疾病类型为非急症（患者生命体征处于平稳状态）。将I级、II级患者纳入红色区域就诊；III级患者纳入黄色区域就诊；IV级患者进入绿色区域就诊。

### 1.3 观察指标

观察两组患者分诊质量，主要评估内容包括：分诊准确率、候诊时间以及意外事件（坠床、紧急抢救、其他）发生率。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS22.0统计学软件对200例患者的相关资料进行分析处理，计数资料采用 $\chi^2$ 检验，分诊准确率及意外事件发生率以（%）表示，计量资料采用T检验，并以均数±标准差（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，当 $P < 0.05$ 时，表示统计学研究结果有意义。

## 2 结果

对比两组患者的分诊质量,对照组明显低于研究组,统计学研究结果存在对比分析意义( $P < 0.05$ )。见表一:

表一 两组患者分诊质量对比

组别	例数	候诊时间	分诊准确率	意外事件			发生率
				坠床	紧急抢救	其他	
研究组	100	4.36 ± 2.32	98 (98.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	0 (0.00%)	2 (2.00%)
对照组	100	7.41 ± 2.56	90 (90.00%)	4 (4.00%)	3 (3.00%)	5 (5.00%)	12 (12.00%)
T/ X2	-	8.828 1	5.6738	-	-	-	7.6805
P	-	0.000 0	0.0172	-	-	-	0.0055

## 3 结论

预检分诊是根据患者的症状和体征,对患者病情的轻、重、

### 参考文献:

- [1] 张宁,林玉琴,叶剑琴.急诊预检分诊智能化管理系统对急诊预检分诊质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(24):152-154.
- [2] 刘群,何沛兰,邹永志,等.智能化急诊四级三区预检分诊标准信息系统的设计与应用研究[J].岭南急诊医学杂志,2019,24(2):189-191.
- [3] 赵婷婷,潘璐意,万光明,等.智能护理信息系统在胸痛中心急诊抢救中的应用[J].中国医药导报,2020,17(16):167-170.
- [4] 黄湘晖,庄德义,李婉婷.智能化辅助决策在儿科急诊五级分诊中的应用研究[J].中国小儿急救医学,2019,26(12):907-911.
- [5] 荣广成,邢玉华,刘伟,等.智慧型急诊医学科信息系统的规范化建设探索[J].中国数字医学,2018,13(8):101-103.
- [6] 刘婷.快速急诊预检分诊方法及分诊工具的研究进展[J].健康大视野,2019,(9):285-286.

缓、急进行判断,随后进行初步诊断、安排诊治的过程<sup>[3]</sup>。同时也是急诊患者在正确的时间、正确的地点、获得正确治疗与护理的过程。预检分诊处是接待患者的第一窗口,相关工作人员需要在第一时间对患者的病情状况进行初步评估,预检分诊准确率可以直接影响对患者的判断、治疗,对患者的生命健康产生直接影响<sup>[4]</sup>。急诊患者发病急、变化快、病情危重,还经常有传染患者或无法确定身份的患者,导致急诊科处于拥挤或过度拥挤的状态,进而出现就诊等候的问题,导致患者就诊及治疗效果降低。临床研究结果显示,预检分诊具有减轻患者及其家属焦虑情绪、保证急诊通道通畅、减少患者等待就诊时间、解决患者疑虑的及时性、提高患者安全等优点<sup>[5]</sup>。因此,临床在进行预检分诊时需坚持以下原则:(1)护理人员需要熟悉分诊程序,并具有较强的工作及责任意识;(2)热情接待患者,对患者病情状况作出初步判断,观察并记录患者生命体征变化情况,帮助患者有效接受检查;(3)根据患者的病情严重程度安排就诊,为危重患者开通绿色通道,与相关医生保持沟通,辅助其进行急救处理。急诊预检分诊智能化管理系统是通过网络及信息化技术,对患者资料进行有效分析的先进系统,根据患者的疾病严重程度进行动态分析。临床需要不断完善急诊分诊标准,并严格执行,有效降低患者候诊期间意外事件发生率,提高患者生存率<sup>[6]</sup>。

本文研究结果显示,研究组实施急诊预检分诊智能化管理系统后,患者候诊时间显著短于对照组,且分诊准确率及意外事件发生率低于对照组。由此可见,急诊预检分诊智能化管理系统对提高急诊预检分诊质量具有显著效果,临床价值较高,值得各院积极推广及应用。