

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

张 静

上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200030

【摘要】目的: 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。方法: 选择我院 2018 年 3 月-2019 年 11 月期间收治的急诊患者 (n=88) 为研究对象, 根据急诊预检分诊的方式对患者进行分组, 每组人数为 44 例, 组别分为参照组与研究组, 参照组的分诊方式为传统预检分诊方式, 研究组的分诊方式为智能化管理系统, 比较两组分诊的准确率、抢救成功率、死亡率以及医患纠纷发生率; 同时对患者对分诊质量的满意度程度进行比对。**结果:** 研究组医患纠纷发生率与分诊质量满意度的数据, 均明显低于参照组, 差异具有明显的区别, 存在统计学意义 ($P<0.05$)。**结论:** 应用急诊预检分诊智能化管理系统能够提高急诊分诊的效率, 对于改善急诊预检分诊质量具有积极意义, 可在医院中大力推广。

【关键词】 急诊预检分诊; 智能化系统; 分诊质量

急诊科是医院极为重要的核心科室, 承担着各种疾病的抢救工作, 所以急诊的预检分诊质量好坏直接影响抢救成功率^[1]。急诊预检分诊是指通过患者病情程度进行分类, 及时对病情进行诊断并确定治疗方案和优先顺序的过程, 是对急诊资源的有效利用, 能大幅降低死亡率和残疾率, 同时也对医护人员的能力有着极高的要求。目前我国还有许多急诊科采用手工记录的方式进行预检分诊, 不利于提高急诊效率, 而急诊预检分诊智能化管理系统的应用刚好规避了传统模式存在的问题。鉴于此, 针对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进行探究。现整理如下:

1 资料与方法

1.1 基线资料

选择我院 2018 年 3 月-2019 年 11 月期间收治的急诊患者 (n=88) 为研究对象, 根据急诊预检分诊的方式对患者进行分组, 每组人数为 44 例, 组别分为参照组与研究组, 参照组男、女患者人数分别为 28 例和 16 例, 年龄区间值在 22~71 岁, 年龄中位数为 (47.12±2.73) 岁; 研究组男、女患者人数分别为 30 例和 14 例, 年龄区间值在 21~73 岁, 年龄中位数为 (47.31±2.87) 岁。参照组与研究组患者的基线资料进行比, $P>0.05$ 有可比性。

1.2 方法

参照组的分诊方式为传统预检分诊方式, 内容为: 由值班的医护人员对急诊患者的临床症状进行检查, 监测患者生命体征, 根据急诊预检分诊流程对患者的病情进行标准化分类, 按照急诊的优先等级为患者进行治疗顺序的安排, 如患者为危重症患者, 则需利用绿色通道直接将其送至抢救室进行救治, 如非危重患者, 则根据患者的具体情况将患者分流到相应的急诊科室为患者进

行专科治疗。

研究组的分诊方式为利用智能化管理系统施以操作, 内容为: 建立急诊分诊智能化管理系统干预小组, 对智能化管理系统进行测试, 其系统通过接收用户发送的病情信息, 其信息内容包括文字、图片或者语音^[2]; 利用智能化的系统和数据库对患者的信息进行处理和分析, 并向用户发送对应的分诊反馈信息; 当用户应用智能化管理系统时, 该系统会对用户每个时间点的行动予以记录, 包括其挂号、患者分诊与等级、分诊级别与就诊情况、实验室与影像学检查以及患者最终的治疗方案等, 便于科室医生对患者病历的查阅, 进而为患者提供更为科学且合理的治疗方案^[3]。此外智能化管理系统对患者分诊级别的判定标准分为濒危、危重、急症以及非急症四种类型, 濒危者需要医护人员立即进行干预; 危重者需要医护人员在 15 分钟内施以医疗关注; 急症者需要医护人员在 30 分钟给予其诊治, 而非急症者, 需要医护人员在 60 分钟内对患者进行诊治^[4]。

1.3 观察指标

比较两组分诊的准确率、抢救成功率、死亡率以及医患纠纷发生率; 同时对患者对分诊质量的满意度程度进行比对, 其满意度的评估利用医院自制的患者及其家属满意度调查问卷进行随访调查。

1.4 数据分析

以 SPSS22.0 版本软件建模计算患者研究数据。计数型指标以 n、% 描述以及 (χ^2) 检验, 计量型指标以 ($\bar{x} \pm s$) 描述以及 (t) 检验。 $P<0.05$ ——证明患者试验指标差异显著。

2 结果

2.1 两组患者分诊准确率、抢救成功率、死亡率以及医患纠纷发生率比较

研究组患者的分诊准确率、抢救成功率以及死亡率，与参照组患者的数据进行比对，均高于参照组，差异没有显著的区别，不存在统计学意义 ($P>0.05$)；同时，研究组医患纠纷发生率的数据，明显低于参照组，差异具有明显的区别，存在统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者分诊效果情况的比较[% (n)]

组别	例数	分诊准确率	抢救成功率	死亡率	医患纠纷发生率
参照组	44	100.0 (44)	44 (25.0)	0 (37.5)	0 (35.0)
研究组	44	43 (43)	42 (47.5)	2 (35.0)	4 (7.5)
X^2		1.0115	2.0465	2.0465	4.0930
P		0.3145	0.0000	0.0000	0.0431

2.2 两组患者分诊质量满意度的比较

研究组患者问卷调查结果中非常满意 15 例，满意 28 例，不满意 1 例，满意度为 97.8% (43/44)；参照组中的非常满意为 12

参考文献:

- [1] 李红,秦俊春,周越. 急诊科护士分诊时初筛胸痛患者心电图在诊断急性冠状动脉综合征的作用[J]. 华西医学,2016,31(04):750-752.
- [2] 王艳秋,吴丽丽,王慧平,严佳成. 《急诊患者病情分级指导原则》在急诊分诊管理中的应用与效果评价[J]. 中医药管理杂志,2016,24(11):1-2.
- [3] 马丽民,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(04):30-31.
- [4] 李克翠. 急诊科护士分诊时初筛胸痛患者心电图在诊断急性冠状动脉综合征的作用[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(09):117-118.
- [5] 付丹,董梅花. 情景模拟演练对急诊儿科低年资急诊分诊护士岗位胜任能力及分诊质量的影响[J]. 护理实践与研究,2018,15(21):127-129.
- [6] 张月华. 改良早期预警评分系统(MEWS)对急诊科危重症患者分诊准确率的影响[J]. 疾病监测与控制,2019,13(03):241-243.

例，满意 25 例，不满意 7 例，满意度为 84.1% (37/44)；研究组患者的数据明显优于参照组，差异具有明显的区别，存在统计学意义 ($X^2=4.9500$, $P=0.0261$)。

3 讨论

急诊患者具有病情急、危重多和流动性大的特点，以往的急诊预检分诊模式无法迅速有效的对患者进行分类与分流，所以常常造成就诊秩序混乱的现象，延误患者治疗时机，甚至出现医疗纠纷。随着医学信息化的广泛应用，为提高急诊就诊效率、便捷管理患者，急诊科引入急诊预检分诊智能化管理系统用以实现分诊的智能化，急诊智能分诊系统是由护理人员将患者的病情特征和相关检查指征进行电脑输入，电脑通过记录来自动整理出分诊流程与时间，从而指导患者接下来的治疗方向^[5]。智能化管理系统可提高患者就诊效率与急诊整体的诊治水平，与传统分诊系统相比准确率更高，当然，管理者也需密切关注管理过程，保证各环节有条不紊，从而确保分诊质量^[6]。本次研究中，研究组与参照组的分诊准确率、抢救成功率、死亡率经过比对没有显著差异，但是相对而言，研究组的数据更具优势；同时，研究组患者医患纠纷发生率明显低于参照组，表明科学、快速的急诊预检分诊方式能够提高工作质量，减少医患之间的矛盾；且研究组分诊质量满意度显著高于参照组，差异显著，具有统计学意义 ($P<0.05$)，说明优质的急诊预检方式更能满足患者对医疗的需求。

综上所述，应用急诊预检分诊智能化管理系统能够提高急诊分诊的效率，对于改善急诊预检分诊质量具有积极意义，可在医院中大力推广。