

同时,村诊所由于其收费低廉、距离近等特点,是常见病、多发病、慢性病等疾病预防及规范管理的重要守门人。乡镇卫生院是农村三级卫生服务网络的重要枢纽,在疾病预防与规范管理、高危人群的疾病风险评估和健康干预等方面对村诊所都担负着重要的业务培训与指导职责。因此,新农合对农村基层卫生服务机构(村诊所、乡镇医院)的偿付机制必须体现其对于新农合健康目标实现程度的重要性(如适当提高补偿比例),鼓励并引导农村基层卫生服务机构在提高农村居民的就医可及性、减少农村居民“因病致贫、因病返贫”等过程中积极作为。

参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部统计信息中心. 2010 年我国卫生事业发展统计公报 [EB/OL]. (2011-05-06) [2013-08-08]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s7967/201104/51512.htm>.
[2] Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme [J]. J Health Econ, 2009, 28(1): 1-19.
[3] You X, Kobayashi Y. The new cooperative medical scheme in China [J]. Health Policy, 2009(91): 1-9.
[4] Sun X, Jackson S, Carmichael G, et al. Catastrophic medi-

cal payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province [J]. Health Econ, 2009, 18(1): 103-119.
[5] Wang H, Yip W, Zhang L, et al. Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits [J]. Health Policy Plan, 2005, 20(6): 366-374.
[6] Liu X, Mills A. Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care? [J]. Health Policy Plan, 1999, 14(4): 409-413.
[7] Sun X, Jackson S, Carmichael G, Sleight AC. Effects of the New Cooperative Medical Scheme on village doctor's prescribing behavior in Shandong Province. Discussion Papers Series 354, School of Economics, University of Queensland, Australia [EB/OL]. <http://www.uq.edu.au/economics/abstract/354.pdf>; 2008.
[8] Yip W, Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads [J]. Health Aff (Millwood), 2008, 27(2): 460-468.
[9] Dai B, Zhou J, Mei YJ, et al. Can the new cooperative medical scheme promote rural elders' access to health-care services? [J]. Geriatr Gerontol Int, 2011, 11(3): 239-245.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-11-05)

急诊分诊在急诊科安全管理中影响因素分析*

黄丽英¹, 陆一鸣²

(1. 海南省农垦三亚医院护理部, 海南三亚 572000; 2 上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊科 200025)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.035 文献标识码: B 文章编号: 1671-8348(2014)02-0225-03

急诊科是医院中重症患者最集中、病种最多、抢救和管理任务最重的科室,是所有急诊患者入院治疗的必经之路,急诊分诊是急诊患者到医院就诊的第一关^[1]。现代急诊分诊已经不再是简单的“分科诊治”,而是要对来院急诊就诊患者在最短的时间内判断患者病情的紧急状态^[2],进行快速、重点地收集资料,并将资料进行分析、判断,分类、分科,按轻、重、缓、急安排就诊顺序,同时登记入册(档),同时通知相应科室专科医生做好准备,时间一般应在 2~5 min 内完成^[3],高质量的分诊能使患者得以及时救治,反之,则有可能因延误急救时机而危及生命。所以,做好这项工作对急危重症患者的救治成功与否至关重要。本人此次通过研究海南省农垦三亚医院 2010 年 9 月至 2012 年 9 月在急诊科收治的 715 例患者的急诊分诊资料,分析影响急诊分诊在急诊科安全管理中的危险因素,为预防此类情况的发生提供资料依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 9 月至 2012 年 9 月间在海南省农垦三亚医院急诊科收治的 715 例患者,并对其进行回顾性分析。内科 141 例,普外 126 例,骨科 46 例,泌尿外科 51 例,颅脑外科 23 例,儿科 255 例,妇产科 24 例,耳鼻喉科 22 例,其他科室 27 例。其中分诊误诊 66 例,误诊率为 9.23%。

1.2 方法 通过文献查阅及临床工作总结,收集可能导致急诊分诊影响急诊科安全管理的危险因素,主要包括不同疾病症状相同、多科症状交叉、患者和家属有意隐瞒病情、沟通障碍、非急诊患者增多,受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏、分诊护士态度不好,责任心不强、分诊护士学历和阅历不够、急诊就诊科室设置欠合理、急诊护士工作量大致使分诊时间不够、急诊护士人员不够,缺编或编制不够^[4-6]。对危险因素进行单因素检验,对有统计学意义的因素进行多因素 Logistic 回归分析找出由于急诊分诊影响急诊科安全管理的相关危险因素。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,对可疑的因素进行非条件 Logistic 回归分析,计数资料采用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 危险因素对比分析 对各方面条件下急诊分诊影响急诊室安全管理的危险因素进行比较,发现不同疾病症状相同、沟通障碍、受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏以及急诊护士工作量大导致分诊时间不够,这几项因素差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 非条件多因素 logistic 回归分析 结果显示,不同疾病症状相同、沟通障碍、受到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81171846)。 作者简介: 黄丽英(1973—),主管护师,主要从事护理管理工作。

表 1 急诊分诊影响急诊科安全管理的危险因素单因素分析结果

危险因素	判断	<i>n</i> (<i>n</i> =715)	分针正确数	分诊错误数	分诊错误率	χ^2	<i>P</i>
疾病本身方面							
症状表现不典型	是	354	349	5	0.007	2.769	0.096
	否	361	360	1	0.001		
不同疾病症状相同	是	96	93	3	0.004	19.425	0.000
	否	619	619	0	0.000		
多科症状交叉	是	379	375	4	0.006	3.566	0.059
	否	336	336	0	0.000		
患者和家属方面							
患者和家属有意隐瞒病情	是	95	94	1	0.001	2.346	0.126
	否	620	619	1	0.001		
沟通障碍	是	57	52	5	0.007	58.126	0.000
	否	658	658	0	0.000		
非急诊患者增多	是	423	416	7	0.010	1.308	0.253
	否	292	290	2	0.003		
受到某些慢性疾病误导	是	129	126	3	0.004	13.685	0.000
	否	586	586	0	0.000		
护士自身因素							
护士医学知识缺乏	是	312	308	4	0.006	5.196	0.023
	否	403	403	0	0.000		
分诊护士态度不好,责任心不强	是	421	413	8	0.011	3.39	0.066
	否	294	293	1	0.001		
分诊护士学历和阅历不够	是	472	465	7	0.010	3.639	0.056
	否	243	243	0	0.000		
管理上的因素							
急诊诊疗科室设置欠合理	是	210	208	2	0.003	2.020	0.155
	否	505	504	1	0.001		
急诊护士工作量大,分诊时间不够	是	221	218	3	0.004	6.734	0.009
	否	494	494	0	0.000		
急诊护士人员不够,缺编或编制不够	是	320	314	6	0.008	2.99	0.084
	否	395	393	2	0.003		

表 2 急诊分诊影响急诊科安全管理的危险因素多因素 Logistic 回归分析结果

变量	β	<i>S. E</i>	<i>Wald</i>	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	<i>P</i>
不同疾病症状相同	1.852	0.874	5.494	5.598	1.373~22.964	0.000
沟通障碍	1.141	0.415	32.903	7.121	3.666~13.862	0.000
受到某些慢性疾病误导	1.012	0.510	18.979	6.377	2.804~14.531	0.000
护士医学知识缺乏	1.914	0.410	26.245	5.881	3.035~11.468	0.023
急诊护士工作量大,分诊时间不够	0.826	0.289	9.154	2.335	1.400~3.881	0.009

以及急诊护士工作量大导致分诊时间不够与急诊科安全管理有着密切关系,是危险因素($\beta>0,OR>1$)。见表 2。

3 讨 论

3.1 急诊分诊出现的问题对影响急诊科安全管理的危险因素分析 急诊分诊作为医院急诊医疗工作中的第一关,也是至关

重要的环节,要求医院、分诊护士、病患及其家属三者的良好配合,争取以最快的速度完成准确的急诊分诊,尽量减少错误分诊事件的发生。由于各种危险因素的存在,错误分诊不可避免,本次对来该院急诊科就诊的 715 例住院患者进行的多因素 logistic 回归分析结果显示,“不同疾病症状相同、沟通障碍、受

到某些慢性疾病误导、护士医学知识缺乏以及急诊护士工作量大致使分诊时间不够”5 个因素是本次分析中得到的独立危险因素。

首先,疾病本身方面即可对急诊分诊的正确率产生影响:来医院急诊科救治的病患中,存在一些因不同疾病病状表现相同而导致分诊错误的事件发生,比如,急性腹痛这种症状是急诊患者较为常见的病状之一,内科、外科、妇科等多个科室均有可能涉及此类症状,很容易造成误分诊;其次,有一些患者是受到某些慢性疾病的误导,发生类似病症时,患者主观上认定为某种慢性病旧病复发,误导分诊护士错误分诊^[7]。另外,还存在一些类似护士医学知识掌握不牢而导致分诊错误的现象,某些分诊护士平时只是机械的忙于打针发药,遵照医生的医嘱办事,忽略了学习分诊相关知识,缺乏对相关疾病的认识,从而易发生分诊错误的事件。急诊科工作量大,急诊分诊时间不够也是产生错误分诊现象的常见危险因素,急诊科护士忙闲时间不固定,随时有突发事件发生,分诊护士有时既要忙于分诊,又要忙于体格检查,还要忙于急救,很多工作常常需要短时间内同时进行,因此很容易使急诊分诊错误率增加。除此之外,急诊科是公认的高风险科室,经常发生医疗护理纠纷,这些纠纷大部分不是技术与责任上的差错,而是沟通欠缺以及服务怠慢引起的^[8]。曾书琴等^[9]曾对某院患者进行调查,发现病患与急诊科分诊护士之间的主要问题就是沟通和急诊护士责任心,由此可以看出,分诊护士在急诊分诊过程中的重要性。

3.2 急诊分诊出现的影响急诊科安全管理的问题的解决办法 急诊分诊的临床应用较为广泛且取得了较为公认的好评^[10],但这其中存在的安全问题一直是备受关注的热点,严格执行先预检后挂号的程序:做到一问,二看,三检查,四分诊^[11]。医院本身应该加强对急诊患者的优先考虑,目前国内大多数医院对危重患者已经采用开通绿色通道优先救治的方式进行分诊。在预检中,国内的危急患者大致相当于 5 级国际预检标尺(5-LNTS)^[12]中的Ⅰ级和Ⅱ级患者,对于这部分患者的救治,国内积累了大量的经验,建立了符合我国国情的“绿色通道”,预检程序大大地提高了危急患者的救治成功率^[13],避免因分诊不及时而造成严重后果。另外,医院应制定相关应急预案,当有突发事件时,急诊护士人员不足,应该有应对方案,降低因急诊工作量大,人员不足而造成的分诊错误。急诊分诊护士应该要有临床工作经验的人来担当:经过各种轮科,能熟悉每一科疾病的发展过程,具有良好的业务素养^[14],避免一些不同疾病因相似病状而被错误分诊。预检分诊护士最好选急诊临床工作 3 年以上护士或护师担任,否则影响预检分诊质量^[15]。积极开展急诊分诊相关培训,提高护士自身素质和专业知识水平,对待病患应该耐心、细心、真心,保证接待护士与病患及其家属直接的良好沟通,以端庄的举止,真诚的工作态度

度,积极的沟通来保证急诊就医安全^[16]。

急诊科急诊量正在逐年增加,急诊科安全管理面临很大的考验,急诊分诊又是急诊的第一环节,因此甚是重要,必须高度重视,通过对急诊分诊影响急诊科安全管理的影响因素分析,找出适宜的对策,解决急诊分诊错误的发生,提高患者急诊分诊正确率,保障患者的就医安全。

参考文献:

[1] 林秋萍,林卓英. 11 例急诊分诊失误病例分析[J]. 内蒙古中医药,2011,30(14):136-137.

[2] 孙红,绳宇,周文华. 急诊分诊标准探讨[J]. 护理研究,2007,21(29):2709-2710.

[3] 董玉会. 急诊科分诊及预见性护理[J]. 中国卫生产业,2012(29):13-14.

[4] 郭湘云. 急诊分诊准确率的影响因素分析及对策[J]. 岭南急诊医学杂志,2004,9(1):74.

[5] 陈文红,赵树娟. 急诊分诊准确率相关因素及对策的研究进展[J]. 全科护理,2012,10(18):1712-1714.

[6] 许丰. 急诊科护理安全隐患及管理[J]. 当代护士:学术版,2011(3):174-175.

[7] 万红梅. 影响急诊分诊准确率的原因及对策研究[J]. 检验医学与临床,2010,7(6):504-505,507.

[8] 王秀萍,梁金清,李月明,等. 急诊分诊安全管理模式对急诊护理质量的影响[J]. 内科,2012,7(5):555-556.

[9] 曾书琴,周爱华. 急诊科护患沟通存在的问题及对策[J]. 赣南医学院学报,2010,30(5):707-708.

[10] 卢燕,周璟,赵平. 儿科急诊分级分诊标准的建立和实践[J]. 重庆医学,2012,41(3):266-268,302.

[11] 吴玲. 提高患者对预检分诊满意度的探讨[J]. 内蒙古中医药,2010,29(2):43.

[12] Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: A report from the ACEP/ENA five-level triage task force[J]. J Emerg Nurs, 2005, 31(1): 39-50.

[13] 陈兰. 急诊预检分诊的研究现状[J]. 护理研究, 2011, 25(25): 2259-2261.

[14] 王丽萍. 应用现代科学技术提高急诊救治水平[J]. 中国急救医学, 2000, 20(2): 123.

[15] 李明凤, 王晓红, 李红. 急诊护理工作中常见隐患及防范措施[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(7): 47-48.

[16] 王宏玲, 王永兰. 提高急诊分诊水平体会[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(29): 7241-7242.

(收稿日期:2013-08-05 修回日期:2013-10-17)

欢迎投稿

欢迎订閱