

效的继续医学教育活动:提高医生实践水平 改善患者临床疗效[J]. 中国继续医学教育,2012,4(2):51.

[2] CARRACCIO C, WOLFSTHAL S D, ENGLANDER R, et al. Shifting paradigms: from flexner to competencies[J]. Acad Med, 2002, 77(5):361-367.

[3] 谢向辉,申昆玲,王爱华. 关于医学生岗位胜任力培养的几点思考[J]. 继续医学教育,2015,29(6):58-59.

[4] 孙宝志,李建国,王启明. 中国临床医生岗位胜任力模型构建与应用[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.

[5] 胡丽华. 临床输血学检验技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2017.

[6] 杨翠珍,杨洪亮,于琦,等. 基于探索性因子分析的输血科人员胜任力模型构建[J]. 中国医院管理,2013,33(7):60-61.

[7] 许凤娟,施梅,蒋宏. 黑龙江省综合医院病案室人

员胜任力影响因素研究与分析[J]. 中国医院管理,2011,31(12):67-68.

[8] EPSTEIN R M, HUNDERT E M. Defining and assessing professional competence[J]. JAMA, 2002, 287(2):226-235.

[9] 金丽娇,贾英雷,孙涛,等. 基于探索性因子分析的全科医生胜任力模型构建研究[J]. 中国全科医学,2013,16(11):3659-3661.

[10] 夏云,孙佳,罗力,等. 临床医师胜任力评价体系的实证研究[J]. 中国卫生资源,2018,21(2):161-166.

[11] 丁鑫,胡铭,矫克尚,等. 医学生岗位胜任力模型研究现状[J]. 医学教育研究与实践,2017,25(5):701-703.

[12] 庄远,刘景汉,汪德清,等. 以临床胜任力为导向输血医师培训模式[J]. 中国输血杂志,2015,28(6):609-612.

(收稿日期:2019-06-02 修回日期:2019-11-19)

• 卫生管理 • doi:10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2020. 05. 037
网络首发 http://kns.cnki.net/kcms/detail/50. 1097. R. 20200210. 1238. 008. html(2020-02-10)

基于德尔菲法构建基层医院急诊分诊标准体系^{*}

吴群华¹,章媛^{2△},俞峰¹,姚丹¹,刘洁³,俞彬彬¹,
鲁琳桢¹,俞佳艾¹,张煜琳¹

(浙江省杭州市萧山区第三人民医院:1. 急诊科;2. 药剂科;3. 心血管内科 311251)

[摘要] 目的 构建基层医院急诊分诊标准体系,提高基层医院急诊分诊效率。方法 以澳洲分诊量表(ATIS)为骨架,结合基层医院特点和国内较成熟的分诊系统相关指标,在文献分析和专家讨论的基础上,初步构建基层医院急诊分诊标准条目池,根据纳入、排除标准遴选浙江省内的急诊临床护理专家、基层医院急诊护理专家、护理管理专家、急诊医学专家共 15 人,通过两轮德尔菲专家咨询的反馈和修正,确立基层医院急诊分诊构建标准。结果 两轮咨询专家的积极性均为 100%,专家权威系数为 0. 93,两轮咨询后专家意见趋于一致,最终构建了基层医院 4 级急诊分诊标准体系,包括 1 级指标 23 条,2 级指标 13 条,所有分诊指标的重要性变异系数在 0~13. 44%之间,专家对指标评价意见的协调系数为 0. 258,差异具有统计学意义($P<0. 01$)。结论 该研究构建的基层医院急诊分诊标准体系科学、可靠,可在目前基层医院临床实践中应用。

[关键词] 德尔菲法;基层医院;急诊分诊

[中图法分类号] R473 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)05-0853-06

随着国家分级诊疗模式的不断推进,基层医院的急诊诊疗现状受到广泛关注^[1-2]。分诊是急诊患者就诊的第一道关口,分诊质量直接关系到患者的救治效果和基层医院的诊疗水平。国内于 2016 年发布了急诊预检分诊标准^[3],2018 年发布了《急诊分诊专家共

识》^[4]。目前三甲医院急诊分诊标准的构建及应用已趋于完善^[5-9],但由于基层医院在医疗资源配置、人力资源及患者来源等方面与三甲医院存在较大的差距,无法直接照搬或套用三甲医院的急诊分诊标准。澳洲分诊量表(Australasian Triage Scale,ATS)为澳大

^{*} 基金项目:杭州市萧山区社会发展重大科技攻关政策引导项目(2016306)。 作者简介:吴群华(1973—),主任护师,本科,主要从事急诊护理管理工作。 △ 通信作者,E-mail:zhangyuan203@126. com。

利亚急诊医师协会于 2000 年发布,具有操作简便、参数获取直观、涵盖面广等特点,受到了广泛认可^[10-11]。本研究以 ATS 为骨架,同时结合基层医院的特点以及国内较成熟的分诊系统中操作性较强的分诊指标,通过德尔菲法构建适合基层医院的急诊分诊标准。

1 资料与方法

1.1 成立协调小组

协调小组共 10 人,包含了急诊护理、急诊医学及医技等专业技术人员,其中正高职称 1 人,副高职称 5 人,中级职称 2 人,初级职称 2 人。主要负责文献资料的查阅与整理,ATS 的翻译,专家咨询问卷的设计和专家回函资料的整理与分析。

1.2 设计专家咨询问卷

协调小组根据 ATS 各项分诊指标^[12],同时结合基层医院的特点以及国内较成熟分诊系统中操作性较强的分诊指标^[5-9],初步确立基层医院急诊分诊体系,包括分诊级别、各级分诊标准指标、各级别响应时间。并最终设计形成第 1 轮德尔菲专家咨询问卷。内容包括:(1)致专家信:介绍项目背景和问卷填写要求;(2)专家基本情况调查:包括职称、学历、急诊工作年限、管理年限,对指标的判断依据和对咨询内容的熟悉程度等;(3)问卷主体:分为两部分,第 1 部分为各级别响应时间专家咨询表;第 2 部分为分诊指标专家咨询表,专家对于指标条目的认可度依据 Likert 5 级评分法。每个条目需专家填写 3 项内容:是否同意、指标重要性赋值、指标修改意见及理由。

1.3 专家遴选

选取浙江省内的急诊临床护理专家、基层医院急诊护理专家、护理管理专家、急诊医学专家共 15 人。专家入选标准:(1)本科及以上学历;(2)中级及以上职称;(3)12 年以上临床工作经验;(4)8 年以上急诊工作经验;(5)知情同意并自愿参与本研究。

1.4 咨询

本研究共完成 2 轮专家咨询,均采用电子邮件的方式进行。第 1 轮问卷全部回收后,协调小组成员对咨询结果进行汇总和统计分析,根据德尔菲法的统计学要求,以指标的同意率在 80%以上表示专家对指标内涵的认可,以重要性赋值均数大于 3.5,变异系数小于 25%为筛选标准^[13],删除不符合筛选标准的指标。针对专家提出修改意见的指标,在充分查证文献的基础上,经协调小组讨论决定是否采纳或修改。第 2 轮专家咨询表中附第 1 轮专家意见汇总,请专家参考反馈信息再次填写咨询问卷。第 2 轮咨询问卷全部回收后,协调小组再次对问卷进行汇总和统计分析,专家意见趋于一致,结束函询。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件进行资料分析,专家重要性赋值按照计量资料处理,采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述;专家协调系数采用 Kendall's W 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 专家基本情况

15 名专家均来自浙江省,年龄(42.53 ± 3.98)岁;临床工作年限(22.20 ± 5.20)年;急诊工作年限(13.27 ± 5.32)年;职称:主任医师 1 名(6.67%),副主任医师 3 名(20.00%),主任护师 2 名(13.33%),副主任护师 5 名(33.33%),主管护师 4 名(26.67%);学历:硕士 3 名(20.00%),本科 12 名(80.00%)。

2.2 专家参与情况

(1)专家积极性:用专家咨询问卷的回收率来反映专家的积极性,2 轮的回收率均为 100%,问卷有效率 100%,两轮咨询提出意见的专家比例分别为 60%和 20%,说明专家的积极性非常高。

(2)专家权威程度(Cr):Cr 是判断依据系数(Ca)和专家熟悉程度系数(Cs)的算术平均值。判断依据包括实践经验、理论分析、参考文献和直观选择,每项分为大、中、小 3 个层次,给予不同赋值,计算得出 Ca;Cs 为对咨询内容熟悉度和对预检分诊工作熟悉度的算术平均值。本研究中 Cr、Ca、Cs 分别为 0.93、0.94、0.91,说明参与本次德尔菲咨询的专家具有较高的权威性。

(3)协调程度:用指标重要性变异系数(CV)表示,一般认为 $CV < 25\%$ 是可接受的范围,且 CV 越小协调程度越高。经 2 轮咨询后,所有指标的 CV 在 0~13.44%之间,说明专家意见趋于一致,具体见表 1。Kendall's W 反映专家对指标评价意见的协调程度,第 2 轮咨询指标的协调系数(W)为 0.258,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 基层医院急诊分诊标准体系的构建

本研究经两轮德尔菲专家咨询,确定了基层医院急诊分诊标准体系,包括分诊级别、各分诊级别响应时间、各级分诊标准指标。分诊级别为 4 级,分别为 1 级(濒危患者)、2 级(危重患者)、3 级(急症患者)、4 级(非急症患者)。各分诊级别响应时间分别为 1 级 0 min,2 级 10 min,3 级 30 min,4 级 60 min。专家对于分诊级别及各分诊级别响应时间的同意率均为 100%。各级分诊标准指标具体见表 1,其中 1 级指标为 23 项,2 级指标 14 项,3 级指标 10 项,4 级指标 9 项。

表 1 基层医院急诊分诊标准各级指标重要性得分和 CV

分诊级别	指标	第 1 轮		第 2 轮	
		重要性得分($\bar{x}\pm s$)	CV(%)	重要性得分($\bar{x}\pm s$)	CV(%)
1 级	心跳、呼吸停止或即将停止	5.00±0.00	0	5.00±0.00	0
	极度呼吸窘迫,呼吸频率每分钟小于或等于 8 次	5.00±0.00	0	5.00±0.00	0
	极度呼吸窘迫,呼吸频率每分钟大于或等于 36 次	4.93±0.26	5.23	4.93±0.25	5.06
	舒张压(DBP)<70 mm Hg	5.00±0.00	0	5.00±0.00	0
	收缩压(SBP)≥220 mm Hg	4.87±0.35	7.23	4.87±0.34	6.98
	格拉斯哥评分(GCS)<9 分	4.60±0.91	19.80	4.80±0.40	8.33
	非创伤患者 SpO ₂ <85%	4.87±0.35	7.23	4.93±0.25	5.06
	创伤患者 SpO ₂ <90%	4.93±0.26	5.23	4.93±0.25	5.06
	体温高于 41 ℃	4.60±0.83	18.00	4.93±0.25	5.06
	体温低于 32 ℃	4.73±0.60	12.54	5.00±0.00	0
	持续的癫痫发作	4.87±0.35	7.23	5.00±0.00	0
	急性中毒危及生命	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	脐带脱垂,可见胎先露部位	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	特重度烧伤:烧伤总面积大于 50%	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	特重度烧伤:Ⅲ度烧伤大于 20%	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	特重度烧伤:已有严重并发症	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	胸痛/胸闷(疑似急性心肌梗死)	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	胸痛/胸闷(疑似主动脉夹层、心包积液、主动脉瘤、病毒性心肌炎)	/	/	5.00±0.00	0
	胸痛/胸闷(疑似肺栓塞)	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	胸痛/胸闷(疑似张力性气胸)	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	脉搏(P)≤40 次/min 或 ≥180 次/min	/	/	4.87±0.34	6.98
	急性的偏身瘫痪/言语障碍发病小于或等于 6 h	/	/	5.00±0.00	0
	其他:凡分诊护士认为患者存在危及生命,需要紧急抢救的情况	/	/	5.00±0.00	0
2 级	不良应激引起的严重喘鸣或重度呼吸窘迫	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	舒张压 70~80 mm Hg	4.73±0.46	9.67	5.00±0.00	0
	收缩压 200~219 mm Hg	4.80±0.41	8.63	5.00±0.00	0
	任何原因引起的严重重度痛(NRS:8~10 分)	4.80±0.41	8.63	5.00±0.00	0
	非 COPD 患者 85%≤SpO ₂ <90%	4.80±0.41	8.63	5.00±0.00	0
	9≤GCS<13	4.47±0.83	18.7	5.00±0.00	0
	多发伤(需快速组织多学科团队响应)	4.87±0.35	7.23	5.00±0.00	0
	严重局部创伤:骨折或截肢(疑似骨筋膜室综合征)	4.67±0.81	17.50	5.00±0.00	0
	高危病史:镇静剂或其他毒性药物的摄入或电击伤,但不需要紧急抢救或潜在危险情况	4.80±0.41	8.63	5.00±0.00	0
	高危病史:危险的毒液(蛇或蜂等咬伤)	4.80±0.41	8.63	4.93±0.25	5.06
	高危病史:疑由宫外孕引起的严重疼痛,但血流动力学稳定	4.93±0.26	5.23	5.00±0.00	0
	40 次/min<P<50 次/min 或 >150 次/min,病态或花斑状的皮肤	/	/	5.00±0.00	0
	急性的偏身瘫痪/言语障碍发病超过 6 h	/	/	5.00±0.00	0
	其他:凡分诊护士认为患者存在高风险,但不需要紧急抢救或潜在危险情况	/	/	5.00±0.00	0
3 级	严重高血压:收缩压 180~200 mm Hg	4.73±0.59	12.5	4.93±0.25	5.06
	任何原因引起的中等程度的失血,但生命体征平稳	4.93±0.26	5.23	4.93±0.25	5.06
	中等程度的呼吸急促(包括异物吸入,但无呼吸窘迫)	4.80±0.41	8.63	4.87±0.34	6.98

续表 1 基层医院急诊分诊标准各级指标重要性得分和 CV

分诊级别	指标	第 1 轮		第 2 轮	
		重要性得分($\bar{x}\pm s$)	CV(%)	重要性得分($\bar{x}\pm s$)	CV(%)
4 级	非 COPD; $90\%\leq SpO_2\leq 95\%$ (经吸氧不能改善)	4.73±0.60	12.54	4.73±0.44	9.34
	COPD; $85\%\leq SpO_2\leq 90\%$ (经吸氧不能改善)	4.87±0.35	7.23	5.00±0.00	0
	癫痫发作(癫痫持续发作除外)	4.80±0.41	8.63	4.80±0.40	8.33
	持续性的呕吐、有脱水症状,但生命体征平稳	4.47±0.83	18.70	4.93±0.26	5.23
	伴有短暂意识丧失的颅脑损伤(GCS ≥ 13 分)	4.93±0.26	5.23	4.87±0.34	6.98
	任何原因引起的中等程度疼痛,但无高危因素,需止痛治疗 NRS 评分 4~7 分	4.67±0.62	13.23	4.80±0.40	8.33
	中度的肢体损伤:畸形、裂伤、压伤;肢体的感觉改变	4.73±0.60	12.54	4.53±0.50	11.00
	轻度出血(但未达到 3 级指标)	4.73±0.60	12.54	4.67±0.47	10.10
	胸部损伤但无肋骨疼痛或呼吸困难	4.27±0.88	20.71	4.67±0.47	10.10
	吞咽困难,但无呼吸窘迫	4.20±0.86	20.52	4.73±0.44	9.34
	轻微颅脑损伤,但无意识障碍	4.27±0.88	20.71	4.67±0.47	10.10
	轻度疼痛,NRS <4 分	4.20±0.94	22.41	4.27±0.57	13.44
	呕吐或腹泻,但无脱水症状	4.20±0.94	22.41	4.80±0.40	8.33
	异物入眼或炎症,但视力正常	4.27±0.88	20.71	4.53±0.50	11.00
	轻微肢体损伤:需要检查或干预治疗的各种关节扭伤、疑似骨折、不复杂的撕裂伤,但肢体活动正常。低/中等程度的疼痛、无神经血管的损伤、关节肿胀或发热	4.27±0.88	20.71	4.67±0.47	10.10
	没有急性发病情况或特殊门诊患者	4.20±0.86	20.52	4.53±0.50	11.00

3 讨 论

3.1 研究的价值和意义

本研究采用德尔菲法以 ATS 为骨架,同时结合基层医院的特点及国内较成熟的分诊系统中操作性较强的分诊指标,构建了基层医院的急诊分诊标准体系,为基层医院的分诊护士提供了可依据的标准;同时,由于基层医院地理位置和接诊范围的特殊性,相比三甲医院而言,更多的是初诊患者,基层医院分诊标准的构建,能够确保危重患者的优先处理和及时转诊治疗,对提高危重患者的抢救质量具有积极意义^[13-15];此外,基层医院分诊标准的构建与应用,也为分级诊疗的转诊决策提供了可靠依据。随着区、县级医疗机构医共体的推广,基层医院急诊分诊标准体系的构建将更有应用和发展前景,构建完善的分诊指标会更加规范、有效、科学地运用到医共体医疗机构的具体工作流程中,提高基层医院危重患者的分诊检测率,从而提升基层医疗机构的技术内涵,提高危急重症的救治水平。

3.2 专家的代表性和权威性分析

专家的选择、咨询表的设计和对回函的分析是德尔菲专家咨询的关键点,为了确保专家对分诊及基层医院特点有充分的了解,故遴选涵盖了急诊医学、急诊临床护理、护理管理和基层医院的 15 名专家,均对

咨询内容给出了有价值的建议。考虑到区域经济发展会影响基层医院的配置水平,省外专家对于本省的基层医院现状了解不够深入的问题,本研究仅选择了浙江省内的专家进行咨询,确保制订的分诊标准真正适合本省的基层医院。本研究中专家对咨询内容熟悉度和对预检分诊工作的熟悉度达 0.91,说明专家对研究内容有较好的理解力,保证了研究的可靠性。本研究中专家权威系数为 0.93,表明专家权威程度高。第 2 轮各指标 CV 在 0~13.44%之间,说明专家对构建的基层医院急诊分诊标准具有较高的认可度。

3.3 基层医院急诊分诊标准指标分析

基于我国基层医院患者群体结构、患者服务需求、人力资源配置等实际情况,为了使改良后的分诊标准更加具有操作性,协调小组确立了以 ATS 各项指标为基础,结合我国急诊科行业规范 4 级标准、国内知名三甲医院运用成熟的分诊标准对各项指标进行细化。经过 2 轮德尔菲专家咨询,最终确定的基层医院急诊分诊指标系统分为 4 级。1 级为濒危患者,包括生命体征指标严重异常和癫痫持续状态、急性中毒危及生命等濒危情况指标,这类患者需在 0 min 响应并即刻开展救治;2 级为危重患者,从生命体征和高危情况方面进行识别,这类患者存在病情恶化进展至威胁生命的可能性,需在 10 min 内给予相应的处理;

3 级患者在基层医院急诊就诊人群中占比最高,这类患者有急性症状需要急诊处理,暂时不会对生命造成威胁,但等待不宜超过 30 min;4 级为非急症患者,其响应时间为 60 min 内。如何在急诊患者中快速分诊出濒危患者(1 级)和危重患者(2 级)进行抢救,是分诊系统中的重中之重,且对提高急诊抢救效率与救治质量具有重要意义;因此本研究构建的基层医院急诊分诊标准体系与 ATS 相比,1 级和 2 级指标更加细化和客观化,也更有利于基层医院快速、正确地开展急诊分诊工作。

在本研究确定指标时的两轮德尔菲专家咨询法中,专家们都提出了非常有价值的意见。如有专家提出脉搏作为一项重要的生命体征,且在评估患者时可迅速获取,非常适合作为 1 级和 2 级指标以便在分诊时迅速筛选出脉搏过高或过低的病情危急的患者。因此本研究通过查阅文献,在 1 级和 2 级指标中加入了脉搏指标。还有专家针对 2 级指标中的“急性的偏身瘫痪/言语障碍”,提出考虑到急性缺血性脑卒中静脉溶栓时间窗,应对其进行时间限定,并建议将处于静脉溶栓时间窗内的急性的偏身瘫痪/言语障碍提高至 1 级指标,采纳该意见,并查阅《中国急性缺血性脑卒中静脉溶栓指南》,根据规范急性缺血性脑卒中中的静脉溶栓时间窗为 6 h,因此将“急性的偏身瘫痪/言语障碍发病小于或等于 6 h”作为 1 级指标,而“急性的偏身瘫痪/言语障碍发病大于 6 h”作为 2 级指标,以确保有机会溶栓的急性缺血性脑卒中患者不会因为等待就诊时间而错失机会。此外有多个专家提出在 1 级指标中增加“凡分诊护士认为患者存在危及生命,需要紧急抢救的情况”,2 级指标中增加“凡分诊护士认为患者存在高风险,但不需要紧急抢救或潜在危险情况”,考虑到 1 级和 2 级指标中并不能囊括所有的危急症状,因此予以采纳,最终形成包含 4 级医技,一级指标 23 条,二级指标 13 条的基层医院分诊标准体系。

3.4 研究的局限性

本研究在仅根据浙江省基层医院的现状构建了基层医院急诊分诊标准,外推性还有待验证;本研究构建的基层医院分诊标准已在 5 家基层医院试运行,还需要多中心基层医院应用以验证其信效度,进而不断完善该标准。

参考文献

[1] 中华人民共和国. 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-09-08) [2018-12-26]. <http://www.gov.cn/zhengce/>

content/2015-09/11/content_10158.htm.

- [2] 中华人民共和国. 国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见[EB/OL]. (2017-04-23) [2018-12-26]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm.
- [3] 中华护理学会急诊专业委员会,浙江省急诊医学质量控制中心. 急诊预检分级分诊标准[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2016,11(4):338-340.
- [4] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志,2018,27(6):599-604.
- [5] 孙红,绳宇,周文华. 急诊分诊标准的制定与实施[J]. 护理学杂志,2007,22(13):58-60.
- [6] 黄雪丽,周文华,孙红,等. 医院急诊 4 级分诊标准的信效度研究[J]. 中华护理杂志,2016,51(3):365-369.
- [7] 中华护理学会急诊专业委员会,浙江省急诊医学质量控制中心. 急诊预检分级分诊标准[J]. 中华急诊医学杂志,2016,25(4):415-417.
- [8] 金静芬,陈水红,张茂,等. 急诊预检分级分诊标准的构建研究[J]. 中华急诊医学杂志,2016,25(4):527-531.
- [9] 陈秋菊,方方,黄萍,等. 急诊分诊信息系统的设计及应用[J]. 中华护理杂志,2015,50(8):963-966.
- [10] CONSIDINE J, LEVASSEUR S A, VILLANUEVA E. The Australian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios[J]. Ann Emerg Med,2004,44(5):516-523.
- [11] GERDTZ M F, CHU M, COLLINS M, et al. Factors influencing consistency of triage using the Australian Triage Scale: implications for guideline development[J]. Emerg Med Australas, 2009,21(4):277-285.
- [12] Australasian College for Emergency Medicine. The Australasian Triage Scale[J]. Emerg Med (Fremantle),2002,14(3):335-336.
- [13] 蔡灵芝. 心血管内科责任护士岗位胜任力评价指标体系的构建[D]. 杭州:浙江大学,2013.
- [14] 刘晓,何桂娟,俞梦盈,等. 基于循证方法和德尔菲专家咨询法构建老年护理院护理安全质量敏感性指标[J]. 护理研究,2017,31(29):3667-3671.

[15] 牛亚冬,张研,叶婷,等.我国基层医疗卫生机构
医疗服务能力发展与现状[J].中国医院管理,
2018,38(6):35-37.

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.05.038

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200210.1446.018.html>(2020-02-10)

门急诊药品处方及药品调配常见差错原因与防范策略

李海涛¹,张东梅²,高莉萍³,刘虎军^{1△}

(延安大学附属医院:1.药剂科;2.产科;3.新区门诊,陕西延安 716000)

[摘要] **目的** 分析门急诊药品处方及药品调配常见差错原因与防范策略。**方法** 收集 2017 年 1 月至 2018 年 1 月该院电子不良事件报告系统的药品处方错误报告进行回顾性分析及错误分类。**结果** 共发生药品相关差错 2 012 例,其中用药差错占 10.09%、药品剂量差错占 54.62%、用药频率差错占 9.54%、混淆药品占 6.46%、重复用药占 3.63%、处方不完整占 3.23%、用药疗程差错占 2.44%、未授权药品占 1.94%、其他占 8.05%。药房药品调配差错 112 例(急诊药房 86 例,门诊药房 26 例),其中划错药价占 31.25%、拿错相邻药品占 15.18%、拿错药名相近药品占 11.61%、拿错不同厂家同一成分药品占 16.07%、拿错药品规格占 10.71%、拿错药品剂型占 9.82%、票据收错及漏发占 5.36%。**结论** 医务人员应严格执行规章制度,准确检查医师的处方以减少药品的调配差错。

[关键词] 门急诊药房;药品处方;药品调配

[中图法分类号] R952 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)05-0858-03

门急诊药房是医院的窗口单位,也是医患矛盾的高发区域^[1]。药事服务质量会影响医院的社会形象,而药事服务中的相关差错,可能会延误患者的诊治,产生医疗纠纷,甚至危及患者的健康和生命安全,而药事服务中的各种相关差错时有发生^[2-7]。因此,药事服务相关差错应引起特别关注^[8-11]。本研究的目的是发现和分析门急诊药房常见的调配差错原因,有助于药师对潜在差错进行预防,从而防止在门急诊中由于药品处方和调配差错对患者造成损害。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月至 2018 年 1 月的药品差错报告进行回顾性分析。本院药房的药品调配差错报告由药剂师发起并由质量控制部门和药品审核员审查。根据药品使用流程将该系统中的药品变量分为以下类别:购买和存储、处方、转录、订单传输、准备、分配、管理和监测。这些类别被细分为不同的用药差错类型。药品相关差错包括药品差错、用药剂量差错、用药频率差错、未授权的药品、未遵循规章等。研究人员仔细核对和统计所发现的药品相关差错以确保数据的准确性和真实性。

1.2 方法

由经过培训的检查人员手工计入记录清单、表格,并进行数据统计。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 药品处方最常见差错类型

2017 年 1 月至 2018 年 1 月医院安全报告系统共报告了 2 012 例药品相关差错,见表 1。

表 1 药品处方最常见差错类型

处方差错类型	频次(n)	占比(%)
药品剂量差错	1 099	54.62
用药差错	203	10.09
用药频率差错	192	9.54
混淆药品	130	6.46
重复用药	73	3.63
处方不完整	65	3.23
用药疗程差错	49	2.44
未授权药品	39	1.94
其他	162	8.05