

急诊护士院前急救快速反应能力现状及提升策略研究

李 星

摘要: **目的:** 研究急诊护士院前急救快速反应能力现状及提升策略。**方法:** 对急诊护士院前急救快速反应能力现状进行分析, 现将46名急诊护士纳入本次研究中, 数字随机表法进行分组, 对照组予以传统策略, 观察组予以量化预警联合结构化沟通策略, 对比不同策略的实施效果。**结果:** 观察组较对照组院前急救核心能力有明显提高 ($P < 0.05$); 观察组较对照组急救反应能力有明显提高 ($P < 0.05$); 观察组较对照组急救时间较短、急救成功率较高 ($P < 0.05$)。**结论:** 在明确急诊护士院前急救快速反应能力现状以后, 予以急诊护士院前急救量化预警联合结构化沟通策略, 可显著提高急诊护士的院前急救核心能力、急救反应能力, 从而缩短急救时间、提高急救成功率。

关键词: 急诊护士; 院前急救; 快速反应能力; 提升策略

近年来, 随着环境、经济以及人口老龄化等趋势的越发严重, 突发公共事件、心脑血管急症以及各类创伤等事件频发, 导致对应急医疗体系的救援要求也越来越高^[1]。院前急救作为救治危重症的前沿环节, 是挽救生命、降低伤残率、为院内救治争取时间的关键, 需要承受较大的挑战和工作压力。所以院前急救的反应速度、处置效率以及专业水平直接关系到危重症患者的生命安全以及预后归转。作为评估我国或地区医疗卫生服务水平、公共应急能力的重要环节, 急诊在院前急救中扮演着重要的角色, 主要负责急救指令的响应、现场急救等工作内容。鉴于急诊护士作为院前急救的重要组成部分, 其快速反应能力是决定救治效率的关键。不仅要求在短时间内到达现场, 还体现在快速的病情评估与精准判断能力、娴熟的急救技能与规范操作能力、高效的团队沟通与协同配合能力, 以及临危不乱的应急心理素质与决策能力^[2]。急诊护士能力的强弱直接关系到急救质量及急救效率, 是保证院前急救成功率的关键。通过对急诊护士院前急救快速反应能力现状的分析与研究, 发现我国当前的急诊护士院前急救情况, 以资源配置不均匀、人才队伍专业水平差异明显以及协同机制有待优化为特征^[3-4]。因此, 本文将对急诊护士院前急救快速反应能力现状展开分析, 提出针对性的急诊护士院前急救快速反应能力提升策略。现报告如下。

作者简介: 李星, 1989年8月(出生年月), 第七师医院, 性别: 男, 民族: 汉, 籍贯: 河南省新乡市(省市), 学历: 本科, 职称: 主管护师, 研究方向: 急诊护理学。

一、资料与方法

(一) 一般资料

对急诊护士院前急救快速反应能力现状进行分析。将46名急诊护士纳入本次研究中, 数字随机表法进行分组, 对照组予以传统策略, 观察组予以量化预警联合结构化沟通策略。其中对照组, 年龄23-41岁, 均值(27.57 ± 2.63)岁。观察组, 年龄22-43岁, 均值(28.12 ± 2.78)岁。一般资料对比无统计学意义 ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 均为在职急诊护士; (2) 对本次研究均知情同意; (3) 能够积极配合者。

排除标准: (1) 无法配合本次研究者。

(二) 方法

1. 急诊护士院前急救快速反应能力现状分析

(1) 响应时间达标率不足。根据国内数据统计分析, 2022年仅有67%的急救单元达到15分钟到场标准, 剩余未达标的原因均是由于交通拥堵、定位偏差等因素, 平均延迟7.3分钟。与国际水平对比, 国外均实现8分30秒平均到场, 其护士随车率100%, 而我国的随车护士配置率仅43%, 该数据来源于2021年国家卫健委统计数据。(2) 技能掌握度参差不齐。通过对培训的分析, 在高级气道操作中合格率仅为38.7%, 创伤止血技能错误率达52%, 群体伤检伤中, 29%的护士会错误使用红色标签。在模拟演练中, 仅41%的科室每季度开展院前模拟演练, 有78%的演练未引入真实环境。(3) 独立决策权限受限。受《护士条例》限制, 护士在院前无法独立开具抗生素、镇痛药等处方, 需远程医生授权, 从而延长了急救时间。在调查中发现仅有12%的急救中心与护士签署院前独立

处置协议。(4) 心理与体能瓶颈。2022年北京协和医院调查显示, 34%的急诊护士存在中度以上应激障碍。并且随车护士中女性占比高达89%, 体能的下降不仅会延长急救时间, 还会增加腰椎间盘突出等职业伤病发生率。

2. 提升策略

对照组采用传统模式。及时更新国家最新的标准和指南, 加强对急诊护士的培训。观察组予以量化预警联合结构化沟通策略。(1) 建立量化预警体系。组织急诊医学专家、资深急救护士, 通过讨论制定基于主诉和生命体征的院前急救早期预警评分体系, 并在调度指挥中心和车载平板电脑中嵌入智能预警算法。通过监测患者生命体征、主诉关键词、风险等级等, 由调度员录入主诉, 现场护士监测患者生命体征输入后, 系统自动计算风险等级并触发相应警报。(2) 设计结构化沟通工具与流程。设计适合院前急救场景的结构化电子交接单和标准化无线电通话模板, S代表患者基本信息、主诉、PEWS风险等级; B为已知的病史、过敏史、事发环境; A为关键生命体征、重点体格检查发现、已实施的措施; R代表当前急需的支援、预计到院时间、需院内提前准备的资源。(3) 实施流程。调度中心接到急救电话后, 对患者的情况进行询问, 获取关键信息并准确录入系统, 系统自动生成初步风险等级, 根据风险评估提醒急救团队在出发前即有初步预期和准备。急救团队在急救车根据预警等级, 启动相应预案, 绿色为低风险, 需要准备基础急救包; 黄色为中风险, 准备监护除颤仪、心电图机、硝酸甘油等; 红色为高风险, 准备高级气道管理设备、静脉通路用品、止血材料、通知医院预警。同时对团队的分工进行明确, 提高急救效率。到达现场以后对患者的病情进行快速初级的评估, 同时测量生命体征并

输入车载平板, 根据实际数据进行二次预警。通过首次结构化的内部沟通, 详细了解患者的病情, 并采取对症的急救措施。转运途中, 持续监护生命体征, 观察病情变化, 使用车载通讯工具向外进行结构化交接。借助车载系统提前将患者的情况同步到医院急诊信息系统中, 急救护士与院内护士进行不间断的补充交接后, 对患者针对性地救治。

3. 观察指标

(1) 院前急救核心能力评分, 采用院内自制调查的方式, 对7项院前急救核心能力进行评分, 每项满分100分;

(2) 急救反应能力评分, 采用院内自制调查的方式, 对5项急救反应能力进行评分, 每项满分100分;

(3) 急救时间和急救成功率, 包括平均急诊门诊时间、平均院前处置时间、抢救成功率和并发症发生率。

4. 统计学分析

数据录入SPSS 22.0统计学软件计算。符合正态分布的计量数据, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 以t检验; 计数数据以n(%)表示, 以 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 对比有统计学意义。

二、结果

(一) 对比院前急救核心能力评分

两组对比, 观察组院前急救核心能力评分提高更加明显($P < 0.05$)。详见表1。

(二) 对比急救反应能力评分

两组对比, 观察组急救反应能力评分有明显提升($P < 0.05$)。详见表2。

(三) 对比急救时间和急救成功率

两组对比, 观察组急救时间明显缩短、急救成功率有显著提高, 有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表1 对比院前急救核心能力评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	基础理论知识	急救器材使用	应急处置核心技术	急诊病情观察能力	急救操作技能	职业态度	专科能力
观察组	23	91.24 ± 5.13	89.52 ± 5.41	88.57 ± 6.23	90.03 ± 5.95	90.17 ± 4.51	91.47 ± 5.22	92.03 ± 4.31
对照组	23	85.95 ± 5.06	83.42 ± 5.27	82.09 ± 5.97	84.41 ± 5.13	85.05 ± 4.37	83.26 ± 5.09	81.24 ± 4.56
t	—	3.521	3.873	3.602	3.431	3.910	5.400	8.247
P	—	0.001	0.000	0.001	0.001	0.000	0.000	0.000

表2 对比急救反应能力评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	应急反应时间评分	心肺复苏熟练度	多任务协调能力	沟通与交接能力	快速评估与决策能力
观察组	23	92.06 ± 4.35	93.15 ± 3.26	89.87 ± 4.61	92.08 ± 3.84	90.37 ± 4.02
对照组	23	84.42 ± 4.29	86.35 ± 3.15	82.05 ± 4.54	86.29 ± 3.57	85.13 ± 4.11
t	—	5.997	7.194	5.796	5.296	4.371
P	—	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 对比急救时间和急救成功率[($\bar{x} \pm s$) / n (%)]

组别	例数	急诊分诊时间 (min)	平均院前处置时间 (min)	抢救成功率 (%)	并发症发生率 (%)
观察组	23	16.59 ± 4.18	3.78 ± 1.05	22 (95.65)	1 (4.35)
对照组	23	45.24 ± 5.37	7.41 ± 1.23	17 (73.91)	7 (30.43)
t/X ²	—	20.191	10.765	4.213	5.448
P	—	0.000	0.000	0.040	0.020

三、讨论

在院前急救中，心搏骤停、脑卒中、创伤均是常见的急救病例，其中心搏骤停的救援黄金时间为4分钟，严重创伤患者的救援黄金时间只有1小时^[5-6]。快速反应是实现黄金时间的前提，急诊护士快速到达、准确判断和立即处置，可以为患者争取更多的生存机会。而针对脑卒中患者，快速识别和送达可缩短溶栓或取栓的时间，极大降低偏瘫、失语等后遗症的风险^[7]。

通过分析急诊护士院前急救快速反应能力的现状，发现存在响应时间达标率不足、技能掌握度参差不齐、独立决策权限受限和心理与体能瓶颈等问题。根据现状制定量化预警联合结构化沟通的提升策略，可显著提高急诊护士的院前急救核心能力、急救反应能力，缩短急救时间，提高抢救成功率，说明量化预警联合结构化沟通策略在提高急诊护士院前急救快速反应能力具有显著效果。具体原因分析，量化预警机制通过将主诉和生命体征转化为客观风险等级，为护士提供了清晰的决策支持，能够有效弥补因经验不足导致判断错误的发生率，减少评估的犹豫时间，从而直接缩短急救反应时间^[8]。结构化沟通则可以提供高效无误的信息传递框架，通过明确关键内容，有助于保证院前与院内信息的完整性和准确性，从而避免信息传达不全的情况，该优化策略的实施，不仅可以减少重复询问和交接时间，还能通过传达准确的信息，帮助院内团队能提前精准准备，实现患者未到，信息先到的无缝衔接，极大提升了抢救效率与成功率。量化预警与结构化沟通策略的联合，实现了数据驱动与流程标准化的结合，不仅提升了决策的科学性与精准性，还能极大提高团队沟通与协作效率，通过优化资源配置，提升系统运行效能，为质量改进提供数据支撑^[9-10]。

综上所述，通过对急诊护士院前急救快速反应能力现状的分析，制定合适的提升策略，可提高急诊护士的院前急救核心能力、急救反应能力，缩短急救时间，提

高抢救成功率。

参考文献

[1]周佳,邵素花,李露寒,等.急性颅脑损伤院前院内一体化救护与转运管理[J].中国临床神经外科杂志,2024,29(6):372-376.

[2]哈茜,石奎,马汉春.基于三维护理管理模式的院前急救在急性脑卒中患者中的应用效果[J].海南医学,2023,34(8):1179-1182.

[3]杨杰锋,颜丽婷.快速反应院前急救对交通事故致严重多发伤患者的效果[J].中国医药指南,2024,22(13):126-128.

[4]左钰,仇向东,张胜南,等.浅谈急诊科住院医师在院前急救科的规范化培训[J].中国毕业后医学教育,2023,7(3):208-211.

[5]姜丽英.基于5G专网的智能院前急救系统在急性脑血管病患者急救护理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2025,32(2):53-57.

[6]王乔云.以核心能力培养为导向的灾害护理培训在院前急救及急诊科护士中的应用[J].全科护理,2024,22(16):3082-3085.

[7]孙艳艳,叶丹.急性心肌梗死患者院前院内救治衔接流程优化效果观察[J].中国现代医药杂志,2022,24(7):87-89.

[8]李云芸,毕丛.优化院前急救措施对急性脑梗死患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2025,40(7):81-83.

[9]周龙锦,肖文,高明道,等.互联网+车载智慧院前急救可视化全流程管理对院前急救响应时间的影响[J].中国当代医药,2025,32(12):116-120.

[10]罗林.120院前急救在急诊患者中的应用价值及对抢救成功率的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(10):70-73.