

分级式急诊护理对急腹症患者急诊救治的效果及满意度分析

娄小敏 杨启峰^(通讯作者) 何欢欢

郑州大学第三附属医院 河南 郑州 450052

摘要:目的 探讨分级式急诊护理对急腹症患者的急诊救治效果,并评估患者对护理的满意度。方法 在2023年2月至2024年2月,将在我院进行治疗的58例急腹症患者作为研究对象,随机分为实验组和对照组,每组各29例患者。为对照组患者实行常规急诊护理,而对实验组患者采用分级式急诊护理。对比两组患者的救治指标、分诊准确率和护理满意度。结果 与对照组相比,实验组的候诊时间、确诊时间较短($P<0.05$),分诊准确率较高(89.66%vs72.41%, $P<0.05$)。在护理满意度方面,实验组的总满意度(93.10%)明显高于对照组(72.41%, $P<0.05$)。结论 分级式急诊护理能有效提高急腹症患者的救治效率和分诊准确率,同时提高其护理满意度,是值得推广的急诊护理模式。

关键词:分级式急诊护理;急腹症;急诊救治

急腹症是急诊科常见且具有潜在生命威胁的病症,包括急性阑尾炎、肠梗阻、黄体破裂等腹部病理状态,通常伴随着剧烈疼痛,需要快速有效的医疗响应以防止病情恶化。传统的急诊护理模式在处理急腹症患者时面临诸多挑战。因此,探索提高急诊服务效率和患者满意度的方法显得尤为重要。近年来,分级式急诊护理模式作为一种创新型医疗服务管理方法,已广泛应用于急诊科室。该模式能够快速评估患者的症状,并对其进行分级,以优化资源配置,加快急诊的响应速度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2023年2月至2024年2月,将我院58例急腹症患者随机分为实验组(29例)和对照组(29例),以其为研究对象。两组患者包括小儿患者和成年患者,其中成年患者均为女性。两组患者的年龄在5至25岁之间,实验组患者的平均年龄为 18.71 ± 3.6 岁,对照组患者的平均年龄为 18.43 ± 3.3 岁。实验组中有13例小儿患者,16例成年患者;对照组中有14例小儿患者,15例成年患者。在病症分布方面,实验组中有8例小儿阑尾炎、6例肠梗阻、8例卵巢囊肿、3例黄体破裂、4例宫外孕;对照组中有6例小儿阑尾炎、7例肠梗阻、7例卵巢囊肿、4例黄体破裂、5例宫外孕。纳入标准:(1)年龄在5岁至25岁之间;(2)符合急腹症诊断标准;(3)患者或法定监护人签署知情同意书。排除标准:(1)同时患有严重心、肝、肾等器官功能不全;(2)怀孕或哺乳期女性;(3)过敏史,对研究中可能使用的药物或治疗方法有已知过敏反应;(4)近期内参与其他临床试验;(5)临床医师认为不适合参加本研究的其他情况。

1.2 方法

对照组患者接受传统的急诊护理,按到达顺序接受分诊。护理人员要评估患者的症状表现,让其依照急诊科常规流程等待医生诊断。患者仅接受标准的医疗服务,在治疗过程中未强调治疗的速度。实验组患者接受分级式急诊护理。在患者到达急诊室后,护理人员根据患者的具体病情进行分级,直接将其送至相关专科的快速诊疗通道。在治疗过程中,护理人员持续监测患者的

健康状况,并进行必要的调整,保证治疗的效率。

1.3 观察指标

将两组患者的救治指标、分诊准确率、满意度作为主要观察指标。救治指标包括患者的候诊时间和确诊时间,其中患者在急诊科等待医生首次接诊的时间为候诊时间,以分钟为单位,评估护理效率;患者首次见医生到最终确定诊断的时间为确诊时间,同样以分钟为单位,反映诊断的速度。评估外科、内科和妇科三个类别的分诊准确率,从而确定总分诊准确率,以百分比表示,衡量分级护理系统在正确识别患者需求方面的有效性。将患者满意度分为非常满意、满意及不满意三个等级,了解患者对急诊服务的整体满意度。

1.4 统计学方法

采用SPSS23.0统计学软件对数据进行分析, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2 结果

实验组的平均候诊时间为 15.28 ± 3.81 分钟,比对照组的 21.43 ± 3.47 分钟较短($P<0.05$),表明分级式护理能加快患者的初诊速度。实验组的平均确诊时间为 43.49 ± 6.52 分钟,同样明显短于对照组的 50.26 ± 5.08 分钟($P<0.05$),说明分级式急诊护理模式能有效缩短诊断过程(如表1)。在分诊准确率方面,实验组的总分诊准确率为89.66%,高于对照组的72.41%($P<0.05$),反映出分级护理模式能够正确引导患者进行治疗(如表2)。在满意度方面,实验组的总满意度为93.10%,对照组的总满意度为72.41%,两组相比,对照组较低($P<0.05$,如表3)。

表1. 对比两组患者的救治指标 [$(\bar{x} \pm s)$ min]

组别	例数	候诊时间	确诊时间
实验组	29	15.28 ± 3.81	43.49 ± 6.52
对照组	29	21.43 ± 3.47	50.26 ± 5.08
t 值		7.768	5.389
P 值		< 0.05	< 0.05

表 2. 对比两组患者分诊准确率 [n(%)]

组别	例数	外科		内科		妇科		总分诊准确率
		例数	确诊率	例数	确诊率	例数	确诊率	
实验组	29	14	13 (92.86)	10	9 (90.00)	5	4 (80.00)	28 (89.66)
对照组	29	15	12 (80.00)	8	5 (62.50)	6	4 (66.67)	21 (72.41)
X ²								4.636
P 值								< 0.05

表 3. 对比两组患者护理满意度 [n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	29	18 (62.07)	9 (31.03)	2 (6.90)	27 (93.10)
对照组	29	10 (34.48)	11 (37.93)	8 (27.59)	21 (72.41)
X ²					4.181
P 值					< 0.05

3 讨论

3.1 急腹症

急腹症是临床常见病症，可能由消化系统、泌尿系统及妇科等多个系统内的疾病引起，通常表现为腹部突然出现剧烈的疼痛，需要紧急医疗干预。由于急腹症病因多样、病情变化迅速，很有可能威胁生命，其诊断与处理一直是急诊医学中的焦点。急腹症的病因大致可以分为炎症、梗阻、穿孔、出血等类别。急性阑尾炎一般由感染引起，会导致相应器官发炎、肿胀，从而引起剧烈疼痛。肠梗阻、胆道梗阻等梗阻性疾病，其物理性堵塞使得器官内压力升高，血液供应受阻，引发疼痛或其他并发症。黄体破裂通常会在短时间内引发剧烈疼痛，如果出血量较大且未能进行及时处理，患者可能会因失血过多而出现休克症状。急腹症的主要症状是突发性腹痛，这种痛感非常剧烈，可能在腹部的任何位置，根据病因的不同，疼痛的性质和位置也有所差异。例如，阑尾炎一般表现为右下腹的剧烈疼痛，患者还可能伴有恶心、呕吐、发热、腹胀等症状；肠梗阻表现为间歇性绞痛，可能在腹部某一固定区域拥有更明显的痛感，有时还会导致排便困难或完全停止排便和排气，随着梗阻的持续，胃肠内容物被迫逆流，产生恶心和反复呕吐，严重的呕吐和排便问题可能导致脱水；黄体破裂表现为突然的、剧烈的下腹痛，内部出血一般会引发休克或心跳加速，重度出血会产生晕厥现象，血压下降。急腹症的诊断主要依赖于详细的病史采集、体格检查和辅助检查。在体格检查中，医生会评估腹部压痛点、肌紧张度及反跳痛等。血液检查、尿液分析、腹部 X 光、超声波检查

及 CT 扫描等辅助检查，用于确定病因和病变位置。医生需依据患者的具体病因制定急腹症的治疗策略，包括手术治疗和非手术治疗。对于因梗阻而引起的急腹症，手术是必须的治疗方案，可以有效修复受损组织，解除梗阻，清除感染源等。定期的体检可以早期发现潜在的消化系统疾病，适当的饮食习惯、规律的生活节奏也可以减少疾病的发生风险。在急诊科室，复杂且急迫的急腹症对医疗团队提出了高度的专业要求，需要其具备准确快速的诊断能力和应急处理能力，从而提高医疗服务质量。

3.2 分级式急诊护理

分级式急诊护理优化了急诊服务流程，其目标是提高急诊医疗服务的效率，同时保证患者获得高质量的医疗照护。分级式急诊护理基于患者的症状、体征和基本医学信息，事先制定评估标准，从而对其进行分级，确保根据病情的严重程度，合理分配医疗资源，优先处理重症患者。常见的分级式急诊护理采用五级分诊系统将患者分为五个等级：等级 1（紧急程度最高，需要立即抢救）、等级 2（高风险患者，如心脏病发作）、等级 3（需要多种资源但病情稳定的患者）、等级 4（需要单一资源的患者）、等级 5（需要少量或无需立即资源的非紧急患者）。分级式急诊护理的实施一般分为四个关键步骤。第一步快速评估：在患者到达急诊部时，专业的护理人员对其进行初步评估，快速检查生命体征、主诉和可见症状。第二步病情分级：基于初步评估的结果，护理人员按照事先定义的分级标准将患者分类。第三步适宜分流：护理人员根据患者的分级结果，将其导向适当的诊疗区域——重症患者迅速送至抢救室，其他患者则根据病情的轻重分配到相应的诊治区。第四步持续监测与调整：在患者接受治疗期间，护理人员持续监测其病情变化，必要时重新评估分级，确保每位患者都能得到适当的医疗关注。护理人员实施分级式急诊护理，能够快速识别高风险患者，保证迅速处理紧急情况，减少资源的浪费，提高护理效率。在分级式急诊护理模式

下,护理人员根据患者的病情将其迅速分配到合适的治疗区域,能够减少其等待时间,改善整体就医体验,提高满意度。同时,护理人员合理分配人员、设备和时间等医疗资源,还能明显提高急诊科的整体运作效率。对于危重症患者而言,分级式急诊护理能够使其得到及时的医疗干预,提升治疗效果。虽然分级式急诊护理为患者提供了便利,但在实施过程中,医疗机构需确保所有医务人员理解并应用一致的分级标准、保证评估工具的适应性。此外,如何在保持高效率的同时,确保每位患者都能得到尊重,也是当前实践需要重点考虑的问题。未来,随着医疗技术的发展,分级式急诊护理有望通过人工智能的辅助,进一步提升急诊服务质量,为更多急需救治的患者提供良好的医疗保障。

3.3 研究结论

分级式急诊护理模式优化了急诊流程,其中实验组的候诊时间与确诊时间与对照组相比明显较短(平均候诊时间 15.28 ± 3.81 vs 21.43 ± 3.47 分钟;确诊时间 43.49 ± 6.52 vs 50.26 ± 5.08 分钟)。这一结果说明,急诊科利用有效的分级并进行优先处理,能更快响应高风险患者,从而加快整体诊治速度。在分诊方面,实验组外科领域的确诊率为92.86%(13/14),高于对照组的80.00%(12/15),表明分级式急诊护理能够更准确地判断病情的紧急性,快速将患者分流到正确的治疗路径。对于需要紧急手术介入的外科病患而言,可能直接

关系到治疗效果。内科领域的确诊率在实验组中也表现优异,达到90.00%(9/10),高于对照组的62.50%(5/8)。内科疾病种类繁多,病情判断也更为复杂。高准确率的分级式急诊护理在此领域进一步证明了其在提升诊断效率的重要作用。妇科实验组的确诊率为80.00%(4/5),而对照组仅为66.67%(4/6)。妇科病症的分诊准确率直接影响到患者的隐私保护。分级式急诊护理能够在保证医疗质量的同时,考虑患者的隐私需求,有效地将其引导至适当的医疗流程。实验组的总分诊准确率为89.66%,明显高于对照组的72.41%,说明分级式急诊护理不仅优化了处理流程,还通过精准病情评估与正确的分流,提高了分诊的准确性,保证患者能够接受正确且及时的医疗干预。在满意度方面,实验组的表现同样优于对照组,其中实验组的总满意度为93.10%,而对照组为72.41%。满意度的提高反映出患者在急诊服务中拥有了良好的整体体验,这可能与减少等待时间、加速治疗进程和个性化的医疗服务有关。分级式急诊护理通过优化每一个环节,增强了患者的信任。

综上所述,分级式急诊护理模式在急腹症患者的救治中表现出明显优势,能够有效提高分诊准确率和患者满意度,并优化资源配置。这一模式为急诊科提供了有效的操作策略,有助于提升急诊医疗服务的整体水平。未来,通过进一步的技术整合,分级式急诊护理有望在全球范围内得到广泛应用。

参考文献:

[1] 黄栩. 分级式急诊护理在急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J]. 继续医学教育, 2021, 35(07): 103-104.
[2] 关格雪, 冯俏娟, 梁进霞. 分级式急诊护理干预对急腹症患者急诊救治效率的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(09): 1184-1185.

[3] 黄艳晖, 马红玲. 分级式急诊护理在急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(68): 326-327.

[4] 陈少娥. 分级式急诊护理模式在急性胰腺炎患者护理中的应用价值分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(14): 258-259.