

· 经验交流 ·

基层医院急诊科的管理模式和工作模式探讨

胡伟山, 许兆辉

(吉林省四平市中心人民医院急诊科, 吉林 四平 136000)

【关键词】 急诊科; 基层医院; 管理模式; 工作模式

中图分类号: R197.32 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn. 1008-9691.2011.06.019

急诊科要经常面对各种复杂的、疑难的、甚至是令人意想不到的患者或情况,并时时处在紧张的、甚至是恐惧的环境氛围下。本院急诊科除应对各种急危重患者抢救、短期监护、观察外,还要接诊、观察全院门诊的静脉输液患者,负责夜间采血工作,还有对院外突发事件的现场急救,对特殊患者的诊疗保健,对基层医院医师急诊急救知识的培训等工作。可以说急诊科是医院的缩影或门面,其急诊急救水平、服务态度和工作模式直接影响医院的声誉,是事故、纠纷频发,风险及劳动强度大,心理压力大的科室^[1],因此,对医护人员的应急能力、知识面、自我保护意识要求较高。

目前全国各级医院急诊科的工作模式和管理模式没有一个统一的规定,即使同一级别的医院急诊科的工作模式和管理模式也不尽相同^[2]。现将本院急诊科的工作模式和管理模式报告如下。

1 人员管理方面

急诊医学已发展成了一门独立的学科,急诊科的工作就有了它的特殊性:医护人员要有较强的自我保护意识和技巧,较强的与患者沟通能力,较熟练的急救操作能力(气管插管,操作呼吸机、除颤器、监护仪、心电图机等),要熟知常见急危重症的急救流程和规范,应对突发事件的能力等^[3-6]。这都需要长期的培训和锻炼^[5-6],轮转医生不可能在短时间内完成和适应,因此急诊科医护人员最好全部固定,才能较好地适应上述急诊工作的特殊性^[7]。

2 安全管理方面

2.1 制定急诊科工作总纲和工作原则

2.1.1 我们的工作总纲是“医疗护理安

全”。纲举目张^[8]实行首诊负责制提高责任心;注意服务态度,避免医患误解和纠纷的发生^[9];扩大知识面;提高急诊急救诊疗操作水平;增强自我保护意识和技巧,主要是沟通、告知、签字;对法律法规、制度、流程、要求的知晓程度和执行的程度。我们就是抓住以上 6 个方面,常抓不懈,严格监督,严格执行,违规者必罚,让每一位医护人员接诊每一位患者时都要有一种如履薄冰的感觉。千里之堤溃于蚁穴,绝不放过一个违规现象。

2.1.2 我们的工作原则是“见好就收”。一旦患者病情平稳或暂时脱离危险或紧急处置后,立即护送患者入院,尽快接受专科治疗。

2.2 建立点评制度:每天早晨交班后,医生、护士分别在主任、护士长的主持下,利用 20~30 min 时间,对夜班及前一天白班医疗护理的各种文件书写、诊断、治疗、用药是否合理、各种登记、告知签字、抢救开始、结束和转运时间等进行逐一检查,点评核对^[9],不合格的当面指出,立即改正不留后患。休息日、节假日也从未间断。

2.3 建立一系列的告知手续

2.3.1 门诊患者有病情告知签字书:告知患者病情、可能的预后及治疗方法,患者或家属如拒绝医师的建议、诊疗方案,要签字。每个诊室一本,班班交接。

2.3.2 急诊门诊病历上必须有告知章,章上注明:①患者用药后如无效请立即复诊。②离院后如病情加重或出现新的情况请立即来诊。

2.3.3 抢救室有危重患者告知签字书:告知病情程度,拒绝或同意抢救、辅检、住院,要签字按手印。对拒绝签字者,由当班的医护人员同时签字。

2.3.4 建立直入签字书:患者或家属拒绝在门诊辅检、治疗,要求直接住院时,要在直入签字书上签字按手印等。上述签字书的内容都是打印好的,只需在相应部位

打勾或简单填写文字即可。上述做法既维护了患者的知情权,又保护了医护人员,避免了事故、纠纷和麻烦。

2.4 建立危重患者服务流程:对危重患者用担架车接入,记录接入时间、抢救开始时间、给患者带腕带、离开抢救室时间及生命指征,电话通知患者将要到的科室和电梯管理员,并到病房进行交接签字。必要时医护人员携带药品、简易呼吸器或便携式呼吸机、除颤器陪送。

2.5 改进细化抢救记录的书写

2.5.1 送入抢救室的患者,无论是急危重患者、还是一般急症患者,一律书写抢救记录^[10]。每份抢救记录由 3 张统一打印好的文件组成:①签字单:有病情简介、医师的建议和治疗方案,同意或拒绝患者亲属要签字并按手印。②抢救记录:要详细记录患者的主诉、现病史、既往史、查体、诊断、抢救开始及结束时间、抢救用药、病情变化及结局。③黏贴单:抢救室有一台打印机,将患者的辅助检查单打印出来黏贴在此单中,专科会诊记录也要黏贴在此单中。还附有护理抢救记录。提高了抢救记录书写质量,加强了自我保护意识,保障了医疗护理安全。全年共书写抢救记录 3 583 份。

2.5.2 急诊门诊的较重急症患者(不需要抢救)、有潜在危险的患者、高龄患者一律书写观察记录,观察时间不超过 24 h。

2.5.3 抢救室更名为抢救、监护室。发挥本院抢救室面积大、抢救床多、可同时容纳 5~7 名急危重患者抢救的优势,将抢救室转换为抢救、监护室,既能抢救急危重症患者,又能对需要监护治疗而无法立即推送入院的患者或病情危重但拒绝住院的患者进行监护,患者集中,医护人员也集中,便于治疗监护,避免了医护人员分流两处奔跑忙碌。

2.5.4 改进了护理管理模式:①将护士分为 5 个组,设 5 个组长,参与科室管理,

作者简介:胡伟山(1955-),男(满族),北京市人,教授,主任医师,四平市名医,吉林省医学会急诊分会委员,老年危重病学会常委,四平市医学会急诊分会主任委员,应急急救专家组组长。

班班有人负责,各班互相监督、协调、支持。②反复学习培训及实战锻炼,使全体护士的整体护理水平(全身护理、气道护理、口腔护理、危重患者的特殊护理等)更加规范、精细,上了一个档次。③完善了护理记录的书写,抢救室、一般观察室、重症观察室均有相应的护理记录。④在急诊注射室建立了输液告知流程,并使每一位输液患者都可以享受热宝、温开水、一次性治疗巾、坐垫,注射室的护士和蔼亲切,认真负责,流动观察,形成了本院的注射室服务品牌。⑤提高了服务水平,改善了服务态度,全年无纠纷和投诉。⑥每周举行一次培训,学习各种急救与护理技能。

2.5.5 加强质量管理:建立质量管理记录、工作文件簿册齐全,按时完成,记录详细,内容广泛,包括各种医疗文书书写情况、用药情况、劳动纪律、集体活动、违规

现象和处理结果以及整改措施计划等,不留缺欠。对表扬、批评、奖励、处罚都有专门记载和当事人签字,对不良事件及时记录、及时上报医务科。

本院在 2009 年晋级为三级甲等医院,在晋级过程中,急诊科受到吉林省卫生厅通报表扬,被医院评为优秀学科。本院是地区级医院,属于基层医院,与医学院校附属医院等大型医院的急诊科相差甚远。所以,本院急诊科的管理模式和工作模式仅供基层医院参考。

参考文献

[1] 朱传明,王芳. 基层医院急诊医疗安全风险防范探讨. 中国中西医结合急救杂志, 2009, 16(6): 375.
 [2] 李金年. 对我国急救中心内涵建设转型与队伍建设的思考. 中国危重病急救医学, 2010, 22(10): 636-637.
 [3] 冯丽洁,沈洪. 急诊医学的专业特点及发

展. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(1): 64.

[4] 孙刚,吴丽娥,李倩影,等. 急性心血管事件院前急救的应急策略及流程探讨. 中国危重病急救医学, 2009, 21(6): 343-345.
 [5] 王春亭,蒋进蛟,张继承,等. 山东省重症监护病房现状调查. 中国危重病急救医学, 2009, 21(9): 555-557.
 [6] 李洁,詹庆元,梁宗安,等. 全国 30 个省市三级医院重症监护病房医护人员呼吸治疗工作现状的调查. 中国危重病急救医学, 2009, 21(4): 211-214.
 [7] 马洪坤,刘宏,魏长良,等. 现代急诊管理学. 济南:黄河出版社, 1997: 195.
 [8] 何庆. 危重急症抢救流程解析及规范. 北京:人民卫生出版社, 2007.
 [9] 王一镗,徐鑫荣. 急诊医学. 北京:科学出版社出版, 2004.
 [10] 北京市卫生局. 急诊诊疗常规. 北京:中国协和医科大学出版社, 2002.

(收稿日期:2011-03-17)

(本文编辑:李银平)

• 科研新闻速递 •

无创家庭机械通气对需要延迟撤机的慢性阻塞性肺疾病患者的作用

延迟撤机的慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者长期生存率低。在不考虑其他危险因素的情况下,家庭应用间歇的无创通气可改善持续高碳酸血症呼吸衰竭患者的预后,可能抑制 COPD 急性加重患者再次出现肺脏失代偿。有创机械通气后延迟撤机的 COPD 患者长期生存率低;而行无创家庭机械通气(HMV)的 COPD 患者延迟撤机有显著的效果,但尚未明确。德国的研究人员对 2002 年 1 月至 2008 年 2 月一个专门的机械通气撤机中心中需要延迟撤机的 COPD 患者进行了研究,评价其长期生存率及影响无创 HMV 的预后因素。共 117 例患者入选,男 87 例,女 30 例;平均年龄(69.5 ± 9.5)岁。其中有创通气撤机 82 例(70.1%)。撤机成功且出院后 1 年生活质量较高者的相对危险度(HR) 2.24, 95%可信区间(95% CI) 1.16 ~ 4.31, P = 0.016。在 82 例成功撤机的患者中,由于持续的慢性呼吸衰竭,接受无创 HMV 有 39 例(47.6%)。与没有接受通气治疗的患者相比, HMV 与 1 年后较高的生存率相关(84.2% 比 54.3%, HR 3.68, 95% CI 1.43 ~ 9.43, P = 0.007)。此外,出院时低龄化和高动脉血氧分压(PaO₂)、低血红蛋白浓度、低血细胞比容能有更好的影响生存率。经过调整的多因素分析,成功撤机后无创 HMV 仍然是 1 年生存率的独立预后因素(HR 3.63, 95% CI 1.23 ~ 10.75, P = 0.019)。由此研究人员认为,为了提高长期生存率,无创 HMV 应考虑在严重 COPD 和持续性慢性高碳酸血症呼吸衰竭患者中应用。

崔 倩,编译自《Respirology》,2011-08-24(电子版);赵志伶,审校

呼气末正压与吸入氧浓度标准值在定义急性呼吸窘迫综合征中的作用

定义急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征(ALI/ARDS)的标准包括氧合指数(PaO₂/FiO₂),但不包括呼气末正压(PEEP)和吸入氧浓度(FiO₂)。机械通气时采用 PEEP 5~10 cm H₂O(1 cm H₂O = 0.098 kPa),部分患者的 PaO₂/FiO₂ 明显升高,而这些患者的病死率可能会比那些 PaO₂/FiO₂ 仍然 < 200 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)者低。此外,随着 FiO₂ 升至较高水平, PaO₂/FiO₂ 可能也会升高。这表明患者虽然 PaO₂/FiO₂ 一样,但却有不同的 FiO₂,这些患者的死亡风险是不同的。北美的研究人员以所在区域 40 个医院重症监护病房(ICU)中 2 312 例 ALI/ARDS 患者为研究对象,在 ARDS 网络临床试验中评估添加 PEEP 和 FiO₂ 这两项基准值对 PaO₂/FiO₂ 预测 ALI/ARDS 患者病死率的价值。同时还评估了干预措施对轻度中度低氧血症这两组(以 PaO₂/FiO₂ 来分组)临床结果的影响。结果发现,在 ARDS 网络临床试验中只有 1.3% 的患者 PEEP < 5 cm H₂O, 50% 的患者 PEEP ≥ 10 cm H₂O。PaO₂/FiO₂ 基线能预测病死率,但在控制 PaO₂/FiO₂ 后, PEEP 基线并不能预测病死率。与此相反,在控制 PaO₂/FiO₂ 基线后, FiO₂ 基线能预测病死率。由 PaO₂/FiO₂ 定义的两个研究中采用的干预措施(低潮气量和保守的液体管理)对轻度中度低氧血症的影响是相似的。因此,研究人员认为,在 ARDS 网络医院添加 PEEP 基线对 PaO₂/FiO₂ 预测 ALI/ARDS 患者病死率没有作用。与此相反,添加 FiO₂ 基准到 PaO₂/FiO₂ 指标中可用于识别亚群患者的病死率。

崔 倩,编译自《Crit Care Med》,2011-04-28(电子版);赵志伶,审校