

基层医院特殊分组定位抢救模式在急救管理中的应用

韩凌 翁蓉蓉

定位抢救模式强调团队协作,指经过专业培训、具备相应急救能力的护理人员在实施抢救过程中固定在相应的位置,根据明确分工做确定、统一、有序的抢救工作^[1]。已有研究证实对多种急危重患者实施定位抢救能够提高抢救成功率^[2]。基层医院由于急诊科发展滞后,护理人员水平参差不齐,很多护理人员无法胜任定位抢救工作,导致定位抢救工作并没有显示明显优势。本次研究旨在总结基层医院特殊分组定位抢救模式在急救管理中的应用体会。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至12月新昌县中医院急诊进行救治的危重抢救病例117例作为观察组,其中男性72例、女性45例;年龄7~96岁,平均年龄(46.41±7.40)岁;包括多发伤45例、心跳骤停39例、中毒14例、其他19例。选择2014年1月至12月救治的危重抢救病例103例作为对照组,其中男性61例、女性42例;年龄5~91岁,平均年龄(49.79±7.82)岁;包括多发伤42例、心跳骤停34例、中毒15例、其他12例。两组患者性别、年龄及病情比较分析,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 观察组采取分组排班,运用定位抢救法进行抢救。具体操作:①将全科15名护理人员根据工作年限、业务水平等条件抽选9名成立急救组。另有3名为机动人员,当急救组成员生病、怀孕或有特殊情况时,可及时填补。②急救组分3组,每组根据护理资质设1名组长、2名组员,排班以小组8 h循环式轮班,组长固定为日班(84班)和帮班(16~22,22点后睡值班室备班到次日8点),2名成员为白班-小或大夜班-休息,各2 d,刚好6 d一轮。③抢救时由组长统

筹管理,定位抢救具体分工:组长(A)在患者头位,承担气道管理、观察病情和抢救协调指挥;甲护士(B)在侧位,负责循环管理和治疗;乙护士(C)在脚位,负责物品准备、联络、记录等工作,必要时协助其他两位护士的工作。对照组按常规进行排班,采取自由组合的方式用定位法进行抢救。具体操作:将急诊科符合值夜班的12名护士进行常规排班,实行三班倒轮班制,参与抢救时护理人员随机组合。

1.3 观察指标 观察两种救护模式呼吸循环支持时间、有效抢救时间、抢救成功率及护理不良事件发生率。呼吸循环支持时间:患者进入抢救室后建立静脉通道及有效呼吸通路的时间。有效抢救时间:从进抢救室到转科/或术前准备完毕的时间。抢救成功率:急诊抢救成功标准:采取抢救措施后,患者心跳呼吸恢复、上肢收缩压>80 mmHg以上,生命体征稳定,转送病房或手术室无生命危险。护理不良事件指在护理活动中出现的技术、服务、管理等方面的失误,包括护理事故和差错。

1.4 统计学方法 采用SPSS 15.0统计软件包进行统计学分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料组间比较用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两种救护模式在呼吸循环支持时间、有效抢救时间比较见表1

表1 两种救护模式在患者抢救用时比较/min

组别	n	呼吸循环支持时间	有效抢救时间
观察组	117	4.55±1.69*	26.03±9.23*
对照组	103	11.85±3.06	58.78±19.77

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,观察组完成呼吸循环支持时间、有

效抢救时间明显少于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=7.03、6.39, P 均 <0.05)。

2.2 两种救护模式在抢救成功率比较见表2

表2 两种救护模式抢救成功率比较

组别	n	死亡 人数	成功 人数	抢救成功 率/%	护理不良 事件/例
观察组	117	7	110	94.01*	4*
对照组	103	19	84	81.55	17

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组抢救成功率明显高于对照组,护理不良事件发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=8.16、10.86, P 均 <0.05)。

3 讨论

以往随机自由搭配的定位抢救模式,由于岗位多、工作内容分散、转班轮岗频率快、新护士轮转等导致人员流动性增强,使新老护士搭配不均衡,以至于进行抢救时会根据自己的工作习惯和经验来选择定位分工,使抢救水平参差不齐,有时甚至出现只有低年资护士在应对抢救、且职责不明而使抢救措施未及时付诸实施的混乱场面,严重影响了救治效果。工作效率和抢救成功率的提高有赖于最佳抢救时机的把握和高效合理抢救措施的实施^[3]。有文献报道,分组定位救护模式能有效缩短急诊抢救时间,提高患者的抢救成功率^[4]。分组定位抢救模式首先使急救护理人员的配置得到了最合理的优化;其次病人从进入到离开抢救室都由一个护理小组负责,对病人进行一体化护理,以更好的评估和观察病情,在抢救过程中由组长统一指挥协调,各司其职、互相配合、分工协作,多种抢救措施同时进行并在最短的时间内得到序贯实施,减少了忙乱而无序的现象,使整个抢救过程有条不紊、各项操作密切衔接,缩短了抢救的有效时间,从而提高了抢救的成功率。这与蔡爱敏^[4]的研究结果一致。

急诊科属于高风险科室,加上基层医院的护理人员业务水平参差不齐,使护理人员在实施抢救过程中稍有不慎就会导致护理不良事件的发生,如:护士不能及时判断危重患者的病情变化,而自由搭配容易导致定位分工的混乱与不合理,由于每次抢救时搭配的人员不同,导致医护与护护之间的配合不默契,协调性差,经常会出现如抢救记录不完整、抢救后未及时补充药品、抢救设备未及时处置等问题,而常规的轮班制使中午和夜间成为急救管理的

薄弱时间,更易出现上述问题,而导致医疗纠纷的发生。实施分组管理后,针对常见危重疾病的抢救流程,以小组的形式进行抢救配合和协调能力的模拟训练,对急救技术操作进行组合性培训,以提高急救小组的应急能力和抢救配合能力。由于专业化的急救小组在急救配合上近乎程序化,同组护士和急诊医生又经常共同参与抢救,互相配合、提醒,及时发现错误,使医护、护护之间的协调性和默契性得到了强化,更有利于抢救效果的保证,提高医患双方对急救护理质量的满意度。有资料显示,分组定位救护模式在医生对急救护理质量的满意度达到90%以上^[4]。分组定位抢救都以小组的形式进行,由组长统筹管理,合理分配定位分工,抢救结束后有专人添补药物、抢救仪器的消毒整理及完成抢救记录,组长负责监督和检查药品仪器的完好率及抢救记录的准确完成率;采取小组8h循环式轮班制的排班模式,加上实行组长负责制,白天84班和晚上帮班均有组长负责急救的协调、组织及质控管理,加强了中午和夜间急诊管理的规范化,有效避免了薄弱时间的盲区,急救护理质量得到了保证;护理不良事件明显减少,有效规避和降低了护理风险。在实施分组定位抢救过程中由于护理人员有限,当危重患者较多时,存在来回跑动,延长患者在急诊室滞留的时间;而数据的采集是在急救实施过程中完成的,难免存在着一些误差。但本次研究结果显示,观察组完成呼吸循环支持时间、有效抢救时间明显少于对照组(P 均 <0.05),抢救成功率明显高于对照组,护理不良事件发生率明显低于对照组(P 均 <0.05),表明了在基层医院实施分组定位抢救对提高危重患者的抢救成功率至关重要,而且更有利于保证急诊护理质量的管理和护士整体素质的提高。

参考文献

- 1 钟丽霞.分工定位抢救配合在急诊急救中的应用[J].吉林医学,2015,36(3):525-526.
- 2 童静.多人定位心肺复苏模式在急诊的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2013,8(1):88-89.
- 3 张宏宇,黄亚娟.分层小组护理模式在急诊抢救中的应用[J].全科护理,2012,10(5):1374-1375.
- 4 蔡爱敏.分组定位救护模式在严重多发伤急救中的应用[J].中华现代护理杂志,2012,18(33):4039-4041.

(收稿日期 2016-03-10)

(本文编辑 蔡华波)