

分级管理模式在重症患者中的应用效果研究

魏亮¹, 梁华兵², 孙贤辉², 刘高³, 付德安¹, 田野³, 江与良⁴, 李伶²
(开县人民医院神经内科¹、重症医学科²、急诊科³、呼吸科⁴, 重庆 405400)

【摘要】 目的 探讨分级管理模式在重症患者中的应用效果。方法 选取2013年1月至2014年10月我院开展分级管理期间ICU住院患者256例为观察组,2011年12月至2012年12月未开展分级管理期间ICU住院患者260例为对照组。比较两组患者的救治成功率、住ICU时间、医疗费用、患者满意度和护理时间等。结果 观察组救治成功率为92.96%,明显高于对照组的85.00%,而抢救时间和并发症发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理满意率为97.65%,明显高于对照组的87.31%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者住ICU时间、医疗费用和护理时间均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);对照组发生ICU内不良事件4起,分别为患者自行拔除胆囊穿刺管1次,腹腔穿刺管脱出2次、用错药1次。观察组未发生不良事件。结论 实行ICU分级管理模式既有利于重症患者的临床救治,又有利于中心ICU与各专科ICU协调发展,可提高患者满意率,降低住院费用、护理时间和入住ICU时间。

【关键词】 重症;分级管理;ICU

【中图分类号】 R605 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)22-3408-03

近年来,重症患者增长迅猛,比例已达到住院患者的10%~15%,某些专科医院甚至达到30%,导致当前ICU编制床位及管理不能满足患者需求^[1]。目前全国各地各级医院重症患者的管理模式不统一,多种形式并存^[2]。针对ICU人员梯队建设不健全、各医院管理内涵及质量不统一、急诊分诊不到位的现状,采取何种管理模式如何使急诊、中心ICU与专科ICU有效衔接、共同提高、互相协作、优势互补、资源共享值得探讨^[3-4]。本文探讨分级管理在急诊和全院ICU中的应用效果,以期减少急救医疗资源浪费,达到满足重症患者治疗需求的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2013年1月至2014年10月我院开展分级管理期间ICU住院患者256例为观察组,其中男性154例,女性102例;年龄15~96岁,平均(56.8±13.2)岁;胸痛、呼吸困难26例,急性腹痛22例,急性颅脑外伤24例,急性创伤45例,急性中毒56例,其他急诊83例。选取2011年12月至2012年12月我院未开展分级管理期间ICU住院患者260例为对照组,其中男性150例,女性110例;年龄16~95岁,平均(55.2±14.4)岁;胸痛、呼吸困难28例,急性腹痛23例,急性颅脑外伤22例,急性创伤47例,急性中毒58例,其他急诊82例。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 分级管理方法 (1)医院成立重症患者管理委员会。采用品管圈提出问题、确定主题、制定计划、按PDCA循环原理执行ICU分级管理与急诊检诊分

级管理措施和解决问题。制定中心ICU、各专科ICU、急诊科、医技科室、信息科、护理等医疗质量目标管理任务,医院重症患者管理委员会监督实施ICU分级管理与急诊检诊分级管理措施。将各项检查结果与科室目标管理的经济指标挂钩,确保该管理模式持续改进。(2)病情分类分级。新来院一级濒危患者经急诊抢救室抢救稳定后立即转中心ICU。二级重症患者有可能在短时间内进展为一级的患者也应立即送中心ICU,二级重症患者中需要紧急手术的患者立即送手术室(中心ICU协助手术室监护)。二级重症患者有可能在短时间内经专科ICU处理后降为三级的患者和三级急症患者送各专科ICU及普通重病房。住院患者可能进展为二级重症患者或有可能进展为一级的患者需提前转中心ICU。(3)建立云式信息数据库。监测重症患者生命体征,建立非外伤系统、外伤系统主诉数据库及病情轻、中、重、危患者数据库;建立心电、放射、超声、检验“危急值”数据库;建立急诊患者分级数据库,并建立报警设置,与电脑、平板电脑、多媒体手机联网;建立重症患者关键时间节点数据库,如入院至接诊时间、首诊接诊至开始治疗时间、住院到实际住进病房时间、手术至开始手术时间、输血至开始输血时间、影像等辅助检查至出报告时间等。关键时间作为重症患者常规统计指标纳入病历管理。同时对一级濒危患者、二级重症患者、三级急症患者在中心ICU、各专科ICU、普通重病房得到救治的相关时间进行定期分析,定期通报,对存在的问题持续改进。

基金项目:重庆市卫生局医学计划科研项目(编号:2013-2-283)

通讯作者:梁华兵。E-mail:lianghuabing188@163.com

1.3 观察指标 比较两组患者的救治成功率、住ICU时间、医疗费用、护理满意度、护理时间等。采用自制护理满意度调查表进行护理满意度调查,分为非常满意、满意和不满意。

1.4 统计学方法 应用SPSS18.0统计软件进行数据分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 救治成功率、抢救时间和并发症比较 观察组救治成功率为92.96%,明显高于对照组的85.00% ($\chi^2=4.540, P=0.028$);观察组的抢救时间为(10.50 \pm 3.80) min,并发症发生率为2.34%,明显少于或低于对照组的(23.25 \pm 5.39) min和6.92%,差异均有统计学意义($t=2.389, 4.129, P<0.05$)。

2.2 护理满意度比较 观察组患者的护理满意率为97.65%,明显高于对照组的87.31%,差异有统计学意义($\chi^2=5.304, P=0.011$),见表1。

表1 两组患者的护理满意度比较(例)

组别	非常满意	比较满意	不满意	满意率(%)
观察组($n=256$)	215	35	6	97.65
对照组($n=260$)	198	29	33	87.31

2.3 住ICU时间、医疗费用和护理时间比较 观察组住ICU时间、医疗费用和护理时间均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),见表2。

表2 两组患者的住ICU时间、医疗费用和护理时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	住ICU时间(d)	医疗费用(元)	护理时间(min)
观察组($n=256$)	8.55 \pm 2.64	13530.45 \pm 3574.56	287.49 \pm 56.37
对照组($n=260$)	14.39 \pm 4.28	21049.29 \pm 4896.32	359.21 \pm 68.44
t 值	2.264	2.395	7.492
P 值	0.016	0.008	<0.01

2.4 ICU内不良事件 对照组发生ICU内不良事件4起,分别为患者自行拔除胆囊穿刺管1次,腹腔穿刺管脱出2次、用错药1次。观察组未发生不良事件。

3 讨论

3.1 重症患者管理存在的问题 据统计,急诊科非急症患者的比例达到32%,发生急诊拥挤主要存在分诊的问题,由此引起急诊患者的纷争和不满甚至纠纷产生^[5-6]。因此,借鉴台湾医院管理经验与危急重症管理趋势,结合卫生部急诊患者分级指导原则,发展标准化评估、建立四级分诊制度、开展信息化的检诊分级、建立分诊体系、实施完整分级量化的指标体系就十分必要。不严格执行中心ICU转入转出标准:有指征转入中心ICU的患者,专科包揽包治,不能得到系统化的有效监护治疗,甚至延误病情;有转

出监护室的患者不能转出,增加患者医疗费用及浪费中心ICU资源。重症患者信息不畅:中心ICU不能实时监控专科ICU重症患者的病情信息,专科ICU不能全面得到中心ICU的指导。人员培训不系统、不规范、不到位:部分专科ICU医护人员未进行重症医学科的规范化培训,不能严格按照操作规程处理重症患者及观察病情,不能有效保障重症患者安全。大多数综合医院很难达到国家规定的ICU医护比例,即使达到比例,也时闲时忙,要么医护资源不够,要么医护人员闲置;即使达到比例,不严格执行急诊患者检诊分级管理,也出现医护资源浪费。ICU与其他科室的合作程度不高,对疑难复杂的专科问题不能及时解决。

3.2 分级管理的优势 医院规定中心ICU的正式名称为“重症医学科”,对外简称ICU;其他专科ICU,根据有无配备专门的ICU医师命名^[7]。中心ICU和其他专科ICU没有行政上的隶属关系,但中心ICU负责全院的重症患者的救治。ICU实行分级管理有利于规范临床流程,有利于明确质量管理体系,有利于明确预后评价体系,有利于监督指南执行的力度,也为优秀的人才提供更多的平台和机会,节省了人才的培养成本和周期,同时也有利于人力资源的合理调配^[8]。将患者分配到不同级别ICU,加重或好转患者在各级ICU间实现双向转诊,科室之间形成一种相互支持和协作的关系,避免了权力、经济利益的冲突,又为各专科ICU发展提供保障。

本组数据显示,观察组救治成功率为92.96%,显著高于对照组的85.00% ($\chi^2=4.540, P=0.028$);抢救时间和并发症发生人数均显著低于对照组($P<0.05$)。观察组住ICU时间、医疗费用和护理时间均显著低于对照组($P<0.05$),提示分级管理模式在重症患者中应用可显著提高患者救治成功率和患者满意率,降低住院费用、护理时间和入住ICU时间。患者满意度是衡量医院质量管理工作的金标准。分级管理模式可使护士与患者之间建立较好的固定关系,并逐渐形成和谐的护患沟通模式。患者的治疗、护理、心理、生活护理都得到了极大满足。杨维光^[9]报道称,通过合理的分区分级管理,1 500例急诊患者得到及时的救治,提高了人们对医疗服务的希望值,患者不仅对医疗技术水平而且对医务人员的服务态度,有了更高的要求。李桂莲等^[10]认为急诊住院前患者的分级管理及护理,能有效提高重症患者的抢救成功率,保持急诊病区整洁,美观,为患者创造一个充满关爱的就医环境;树立急救中心良好的形象。

综上所述,实行ICU分级管理模式,不仅既有利于重症患者的临床救治,又有利于中心ICU与各专科ICU协调发展,可提高患者满意率,降低住院费用、护理时间和入住ICU时间。

2014 年海南省孕产妇死亡情况分析

黄翠敏

(海南省妇幼保健院基层指导与妇幼卫生管理部,海南 海口 570206)

【摘要】 目的 研究海南省 2014 年孕产妇死亡情况,了解孕产妇死亡原因,为降低孕产妇死亡率提供科学依据。**方法** 利用海南省孕产妇监测三级网络收集资料,根据《中国妇幼卫生监测手册(2013 版)》之《孕产妇死亡评审》要求,组织省级评审。**结果** 2014 年海南省孕产妇死亡率为 16.39/10 万;主要死因为妊娠合并心脏病、产科出血及羊水栓塞;评审 18 例孕产妇死亡中可避免死亡 12 例。**结论** 海南省孕产妇死亡率通过大力开展健康教育,加强高危孕产妇管理,建立贫困孕产妇医疗保障制度,提高孕产妇系统管理率等措施,仍有下降的空间。

【关键词】 海南;孕产妇;死亡

【中图分类号】 R714.66 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003—6350(2015)22—3410—02

孕产妇死亡率是评价妇女儿童健康的重要指标之一,不仅反映国家(地区)妇女儿童健康水平和卫生事业发展状况,更是评价当地社会、经济发展和文明进步的重要指标。海南省是一个多民族的、地区经济发展水平和卫生资源分布相差较大的省份,研究其 2014 年孕产妇死亡情况,对于评价本省妇女儿童健康水平,为进一步降低孕产妇死亡率制定针对性的措施具有指导意义。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本组资料均来源于海南省孕产妇死亡监测系统。根据《中国妇幼卫生监测手册(2013 版)》之《孕产妇死亡评审》要求,由孕产妇死亡市县上报孕产妇死亡报告卡及附卷、死亡调查报告及病历复印件等资料。

1.2 方法 采用 Excel 软件将海南省 2014 年孕产妇死亡资料录入并分析;孕产妇死亡评审由妇产科、内科、传染科、心内科等多学科主任医师组成的评审组根据世界卫生组织的“十二表格”评审法及“三个延误”理论,对死因、诊治、抢救以及存在问题作出结

论,并提出针对性意见和建议。

2 结果

2.1 孕产妇死亡情况 2014 年海南省户籍监测活产 109 838 人,孕产妇死亡 18 人,死亡率为 16.39/10 万,比 2013 年(死亡率为 21.35/10 万)下降了 23.23%。

2.2 孕产妇死亡省级评审结果 省级评审专家组采用“十二表格”法及“三个延误”理论评审 18 孕产妇死亡病例,其中 12 例为可避免死亡,占 66.67%。影响死亡的主要因素是个人家庭对于高危的认识不足及医疗保健的知识技能欠缺。

2.3 孕产妇死亡主要死因 2014 年度海南省孕产妇死亡死因以间接产科死因为主,占 66.67%,其中妊娠合并心脏病(先天性心脏病)为首要死因。直接产科原因中产科出血死亡 3 例占首位,其中宫缩乏力死亡 2 例,疤痕子宫破裂死亡 1 例。

2.4 死亡孕产妇接受孕产期保健服务情况

2.4.1 产前检查情况 产检次数大于 5 次者,比例不足 40%。按孕产期保健规范(孕早期开始,达到 5 次产检)接受产前检查者仅 3 人,占 16.67%,见表 2。

通讯作者:黄翠敏。E-mail:392984924@qq.com

参考文献

[1] 张 萌,杨国斌,李维勤,等.大型综合医院 ICU 管理模式创新探索[J].中国医院管理,2012,32(10):38-39.

[2] 吴锡娟,何 为.抗菌药物分级管理实施体会[J].安徽医药,2008,12(5):468-469.

[3] 吴 晶,毛静馥,韩 冰,等.六城市医院 ICU 患者安全现状及影响因素研究[J].中国医院管理,2012,32(4):36-37.

[4] 张宝莲,周彩峰,王 玲.护士分层次使用在 NICU 管理中的实践[J].中国护理管理,2009,9(7):44-45.

[5] 叶向红,彭南海,李维勤,等.ICU 护士分级管理的实践与效果[J].医学研究生学报,2010,23(7):754-757.

[6] 占继红,谭娇娣.分层管理模式对提高护理质量的效果观察[J].中国医学创新,2014,11(31):91-93.

[7] 张朝晖,瞿星光.实行 ICU 分级管理促进学科协调发展[J].海南医学,2011,22(4):134-135.

[8] 陈和月,符智蓉,蔡小聪,等.层级全责护理对提高护理质量的效果观察[J].海南医学,2010,21(8):151-155.

[9] 杨维光.急重症患者分区分级管理 1500 例体会[J].中国伤残医学,2014,22(2):286.

[10] 李桂莲,黄丹萍.急诊住院前患者分级管理的效果观察[J].国际医药卫生导报,2011,17(18):2315-2317.

(收稿日期:2015-04-10)