

地市级三级综合医院急危重症救治体系的探索与实践

文锋华

荆门市第二人民医院 湖北荆门

【摘要】 提升急危重症患者抢救能力既是地市级医院功能定位的要求,也是医院提升核心竞争力的必经之路。结合实际,本院打造以多学科为中心、多部门共建的急危重症救治体系,即“1711”救治体系,实现急危重症患者门诊-住院一体化管理,提高医疗效率及质量,提升医院自身诊疗水平,实现了医患共赢。本文旨在总结本院急危重症救治经验,以期地为地市级综合医院提供参考。

【关键词】 地市级医院; 三级综合医院; 急危重症; 救治体系

Exploration and practice of the emergency and critical care treatment system in a municipal general hospital

Fenghua Wen

Jing Men No.2 People's Hospital, Jing Men, Hubei, China

【Abstract】 Improving the ability of critical care treatment is not the requirement of tertiary hospitals, but also the only way for hospitals to enhance their core competitiveness. Combining with our hospital situation, we established the emergency and critical care treatment system centered on multiple disciplines and jointly built by multiple departments, namely "1711" rescue system. The system has integrated the emergency and critical care from outpatient to inpatient, improved efficiency and quality of care, and finally achieved win-win situation between physicians and patients. The purpose of this article is to summarize our experience in treating emergency and critical care, so as to provide references for other municipal medical institutions.

【Keywords】 General Hospital; Emergency and Critical Ill; Medical Treatment System

在新医改背景下,地市级三级医院处境尴尬,既没有省部级医院的底蕴丰厚,也没有一二级医院的政策支持,处于“夹心层”的位置。随着医疗卫生体制改革的纵深推进,国务院办公厅下发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》^[1]、国家卫生计生委颁布的《三级综合医院医疗服务能力指南(2016版)》^[2]等文件明确了三级医院的功能定位,主要承担急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。面对这样的形势,地市级三级医院该如何发展,以破解“夹心层”困局,是需要认真思考的问题。为贯彻《“健康中国”2030规划纲要》,积极顺应国家分级诊疗的形势,提高医院急危重症救治水平,本医院积极探索,构建急危重症救治体系,以提高医院核心竞争力。

1 急危重症救治体系构建路径

1.1 体系目标

以指挥部为核心,构建科学、合理、高效的急危重症救治体系,提高急诊急救能力,实现急诊急救资源统筹管理,院内上下联动、多部门合作的无缝对接和多学科高效协作救治。

1.2 构建“1711”急危重症救治体系

(1) “1”个指挥部

组建由院领导、医务科、临床专家和影像专家组成的急危重症指挥部,负责组织领导、统筹协调,实行集中值班制。指挥部下设专家组和调度组。

专家组由临床内科、外科和影像专家组成,09:00-12:00、14:30-22:00实行集中坐班制,签到管理,其余时间为应急值班,接到会诊通知,10分钟

内到达指定地点（图 1）。负责对临床预警的急危重症进行医学评估，第一时间提出抢救治疗指导性意见，并指挥协调调度临床救治，同时对临床未预警，但相关医学资料提示可能存在较高风险的患者，及时甄别预警，提醒医生积极采取相应诊疗措施；调度组由医务科成员组成，实行 24 小时值班制，负责协调联络，组织完成多学科诊疗（Multi disciplinary team, MDT），指挥调度医疗资源，督促落实专家组会诊意见。

（2）“7”个专科中心按照“成熟一个，发展一个”的标准，组建胸痛、卒中、创伤、出血、急腹症、危重孕产妇及危重新生儿等优势专科中心，以急诊科为基础、另一个“主体”学科为轴心，组合其他相关科室，遵循“优势互补、协同攻关”的原则，以疾病需求为导向，打通院前、院内和各专科间的快速救治通道，优化诊疗流程，为患者提供高效便捷的救治途径，缩短救治时间。各中心实行 A、B 角 24 小时值班制，负责急危重症患者的会诊讨论，接到会诊通知 10 分钟内到达指定地点，让患者在尽可能短的时间内得到最有效的关键性治疗，最大限度地提高抢救成功率。

（3）“1”个快速反应小组（Rapid Response Team, RRT）RRT 的核心是将医疗诊治的位点前移，从而更早期、更快捷地识别患者病情的变化并及时进行预警和干预^[3]。本院组建由重症医学科医生、麻醉医生和护士组成的快速反应小组。所有成员接受过全面高级复苏培训，具有处理急危重症患者的经验、技能和快速的应变能力。配备气管插管包、抢救药

品包、深静脉穿刺置管包、便携式呼吸机、便携式除颤仪和脉搏氧及呼末二氧化碳监测仪等专业物品。RRT 覆盖全院除 ICU 外的所有区域，涵盖病房、门诊、辅助科室患者、发生意外的医院工作人员及患者家属等，24 小时待命，值班人员携带对讲机。

制定 RRT 小组启动机制及标准，通过全员培训及模拟演练，提高快速反应成效。团队成员接到启动指令后，携带设备药品于 10 分钟内到达床旁，接续指挥抢救工作，实施有效的抢救措施，解决抢救流程中决定性的关键环节，抢救结束后安排患者后续治疗（图 2）。RRT 能更早、更快识别患者病情变化并进行有效干预，提高救治成功率^[4]。

（4）“1”个救治质控组

由质量控制办公室承担，负责医疗核心制度的落实及急危重症追踪管理，对救治流程实行全过程质控；定期召开反馈会议，持续改善急危重症患者的救治质量。制订急危重症救治质控检查标准，注重对服务过程的监控，严格遵循质控检查标准，以常规检查与不定时抽查两种方式，进行质量检查、考核，结果与科室绩效挂钩，从而做到工作有标准，标准有控制，控制有程序，程序有信息，信息有反馈，反馈有落实，落实有成果，形成闭环管理。

1.3 整合资源，强化体系构建

（1）多学科协作团队（MDT）

以疾病诊治链为纽带，将 MDT 覆盖全院各学科，由主管医生向指挥部提出申请，调度员通知相关专家集中对该患者进行病例讨论、访视、检查，提出诊疗意见（图 3）。

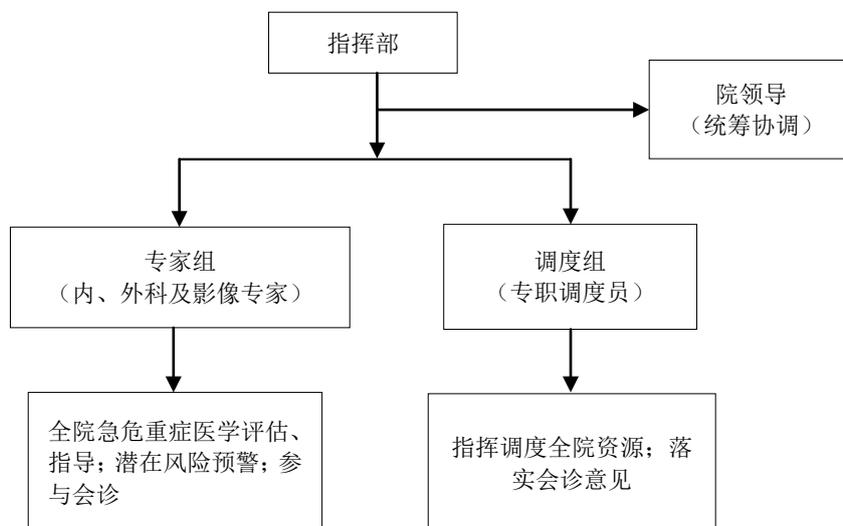


图 1 指挥部架构图

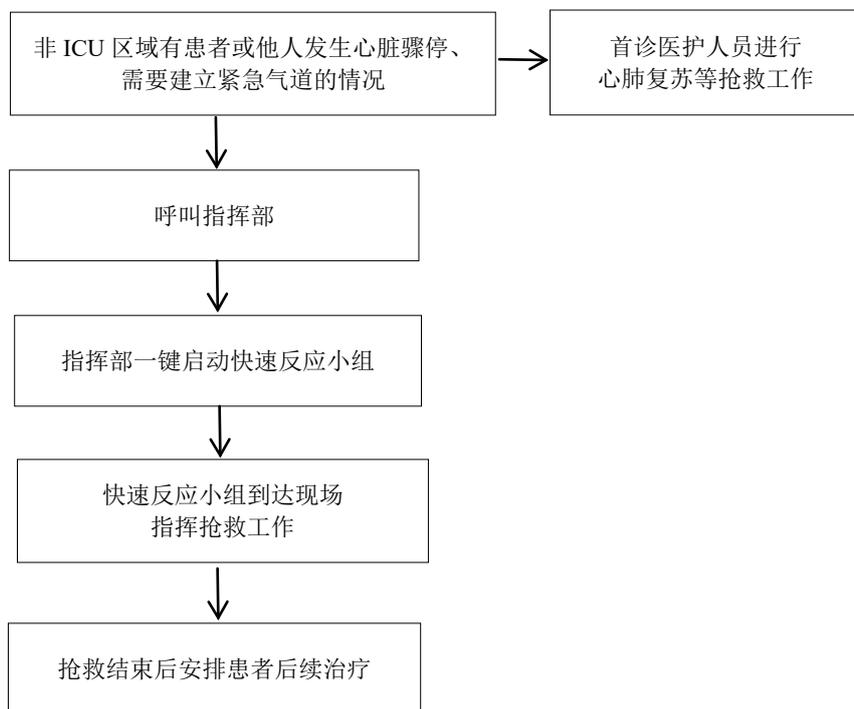


图 2 RRT 工作流程图

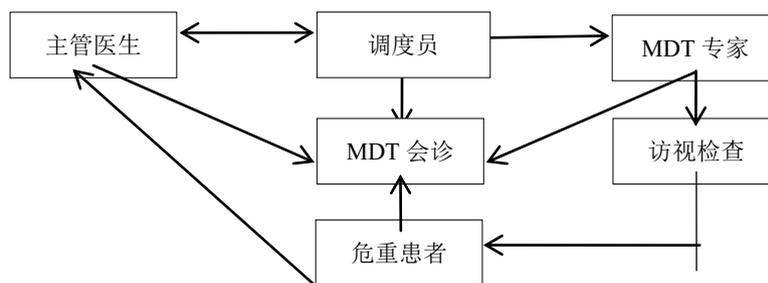


图 3 院内 MDT 会诊流程

(2) 医联体专科联盟

按照“资源共享，合作共赢，协同发展”的原则，以本院为核心，吸收区域内的 6 个乡镇卫生院和 3 家社区卫生服务中心为联盟单位，以医联体之通，破解群众看病之“痛”。发挥三级医院龙头引领和区域协同的作用，通过技术支援、专业培训、病人转诊、流程再造等举措，提高基层医务人员的业务能力。由医联体联盟单位通知指挥部，申请远程会诊，指挥部召集专家远程指导联盟单位的诊疗，准确识别，及早救治，不断提高区域内急危重症患者的救治成功率。

2 体系构建的成果

2.1 预警-救治-追踪的救治体系建设完成

以疾病诊治链为纽带，以专科中心为主，将 MDT 覆盖全院各学科，及时预警，精准救治，持续

追踪管理。自体系建成以来，依托指挥部完成各类急危重症患者快速救治 420 例次，确保急危重症患者救治的准确性、及时性和有效性。

2.2 建立了全院性的急危重症规范化管理理念

将松散的、传统的单科作战模式向多学科交叉、协同攻关的诊疗模式转变，从关注疾病某一阶段的治疗干预向关注疾病的全程化转变，增强了临床医务人员对急危重症的识别及处理能力，使院内急危重症患者得到了规范的干预和治疗。

2.3 医疗服务能力及服务质量同步提升

体系建成运行后，危重症患者占比达到 4.92%，疑难患者占比达到 12.48%，高风险组患者死亡率同比下降，既调整了病源结构，也保证了整体医疗质量，同时七大中心的服务能力均得到提升（表 1）。

表1 医疗质量、服务能力指标同比变化

维度	指标	2018年	2019年	2020年
病源结构	高风险组患者占比%	3.3	3.55	4.92
	疑难患者占比%	8.47	9.15	12.48
医疗质量	高风险组患者死亡率%	12.41	12.80	11.77
	急危重患者抢救成功率%	94.83	95.66	96.45
服务能力(CMI值)	全院	1.03	1.08	1.23
	胸痛中心	1.18	1.28	1.5
	卒中中心	1.18	1.3	1.71
	创伤中心	1.43	1.51	1.67
	出血中心	1.09	1.15	1.33
	急腹症中心	1	1.04	1.17
	孕产妇中心	0.8	0.87	0.88
	新生儿中心	1.88	1.93	2.28

2.4 依托信息平台，带动医联体内部整体实力提升

为保障更大范围的患者得到及时救治，扩大救治体系的影响，对医联体内成员单位进行基础培训的同时，依托医联体内部的远程诊疗平台，对成员单位的急危重症患者进行阅片、讨论、转诊等一系列举措，成员单位急危重症患者死亡率下降了3个百分点，患者上转时间缩短至1小时，从而提高了医联体内急危重症患者的抢救效率，提升了患者和社会满意度。

3 讨论

3.1 以患者为中心，保障急危重症患者救治

急危重症患者的救治既是对医院诊疗水平的考验，也是对医院整体救治能力的考验。早期快速识别危重症患者，抓住“黄金时间窗”，进行有效的干预，可以最大程度地降低患者的病死率^[5]。国内各医院对可预见性的危重症患者统一收入重症医学科，导致了普通病房的危重症救治水平有限，可能延误抢救的最佳时机。因此，从需方角度出发，建立RRT快速反应小组，构建多学科中心，采用MDT诊疗等形式，对普通病房急危重症患者进行统一的干预抢救，明显降低医院内病死率，提高心跳呼吸骤停患者的抢救成功率，保证了治疗效果^[6-7]。同时保证了普通病房正常的工作秩序，不会因抢救而影响其他患者的治疗护理，为普通病房的患者和院内

非住院患者非预见性死亡的干预和急救提供更安全的医疗环境。

3.2 整合医疗资源，提升服务效率

地市级三级医院在专业人才、设施设备、信息化建设等方面都远不及省部级医院，由某一专科来主导急危重症患者的救治，往往费时费力，延误抢救时机。构建以指挥部为中心的急危重症救治体系，统一指挥，整合资源，全院覆盖，全时可用，全程可控，全域共享。指挥部第一时间了解危重症患者情况，院领导靠前指挥协调，专人调度，快速调集人财物，为急危重症患者的救治提供有力保障；固定的调度员、固定的学科团队和专家梯队的协同合作模式，集中调度、集中专家、集中资源，对危重症患者进行快速、系统、有效的诊疗，使患者的救治结局得以改善。在各个环节上对患者进行早识别、早诊断、早干预，最大限度地保障患者安全，减少医疗资源的耗费，避免医疗纠纷。而行政管理人员参与值班，从管理的角度发现患者救治各环节中存在的问题，提出改进意见，优化流程。同时，可以更多地了解学习医学知识，有助于提高自身管理水平和能力。

3.3 打破学科壁垒，相互交融保证诊疗质量

在急危重症医学快速发展的今天，急危重症的救治不再是“单枪匹马”的工作，它需要强烈的团队意识，需要多专业、多学科的紧密合作，才能最

大限度减少医疗差错的发生。现代医学的飞速发展,各专科发展越来越精细,专科医师只擅长本专业的疾病和技术,而在临床实际工作中,多数患者诊疗过程中需要解决的问题,都不会是一种疾病和一项技术,而是涉及本专科范围外的多种疾病和多项技术,特别是急危重症,病情紧急复杂、变化快,往往累及多系统、多部位,需要多个专科参与评估、诊疗。目前,MDT已经成为国内外专家普遍认同的领先诊疗模式,能较好地解决医院“专”与“全”的矛盾,打破专科界限,使传统的个体式经验性医疗模式转变为团队协作规范化决策模式,实现优势互补、联合协作,利用各专科的专业技术特长解决危重症患者的疑难问题,制定快捷、全面的个性化综合诊疗方案,为患者提供安全、经济的绿色医疗服务,改善患者的临床预后,促进病情较快康复,从而提高急危重症的诊疗效能、治疗效果,提升医院整体实力及影响力。这一模式打破内部专科的局限,实现资源外取和技术互补,符合“生物-心理-社会”基本医学模式,同时有助于加强医生之间的交流合作,分享相关领域的专业知识,提高业务水平,促进学科共同发展。

3.4 以点带面,发挥医院救治体系整体作用

医院作为医联体中的龙头单位,既要确保医院内部急危重症患者救治,也要发挥其在医联体内的带动作用,有效激发了成员单位的活力,推动医联体整体救治能力提升,从而实现真正的协同发展,发挥体系的影响,打造整体效应。

4 小结

构建一套符合地市级三级综合医院实际情况、快速便捷有序且可持续发展的急危重症救治体系,发挥相关专业协同功能,合理利用医疗资源,为患者制定全方位、专业化的诊治策略,既提高了医务人员的沟通能力和高水平救治能力,提升了医院的影响力和竞争力,又对推进分级诊疗制度建设具有重要意义,亦符合国家公立医院改革的总体要求,对患者、医务人员、学科、医院来说,达到四方共赢的效果。但由于医院信息化建设投入不足、信息基础设施薄弱,信息资源统筹和整合利用不足,部分系统相对独立、互不关联,下一步还需加强医院信息集成平台的建设和系统整合,实现信息共享,互联互通,进一步提高工作效率。

参考文献

- [1] 国务院办公厅.关于推进分级诊疗制度建设的指导意见(国办发〔2015〕70号)[EB/OL]. 2015-09-14
- [2] 国家卫生计生委办公厅.关于印发三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)的通知.(国卫办医函〔2016〕936号)[EB/OL]. 2016-10-18
- [3] Rocha HAL, Alcántara ACC, Rocha SGMO, et al. Effectiveness of rapid response teams in reducing intrahospital cardiac arrests and deaths: a systematic review and meta-analysis [J]. Rev Bras Ter Intensiva, 2018, 30 (3): 366-375. DOI: 10.5935/0103-507X.20180049.
- [4] Jones D, Rubulotta F, Welch J. Rapid response teams improve outcomes: yes [J]. Intensive Care Med, 2016, 42 (4): 593-595. DOI: 10.1007/s00134-016-4219-5
- [5] 刘军,吴允孚,李维勤.浅析辩证思维在重症医学临床决策中的指导意义[J].中华危重病急救医学, 2013, 25 (9): 566-569. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2013.09.021.
- [6] TIRKKONEN J, YLA-MATTILA J, OLKKOLA K T, et al. Factors associated with delayed activation of medical emergency team and excess mortality:An Utstein-style analysis[J].Resuscitation, 2013, 84(2): 173-178.
- [7] KONRAD D, JÄDERLING G, BELL M, et al. Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team[J].Intensive Care Med, 2010, 36(1): 100-106.

收稿日期: 2022年1月7日

出刊日期: 2022年2月24日

引用本文: 文锋华, 地市级三级综合医院急危重症救治体系的探索与实践[J]. 国际临床研究杂志, 2022, 6(1): 122-126.

DOI: 10.12208/j.ijcr.20220005

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS