

信息化背景下急诊预检护理工作优化研究

姚珍妹

上海市浦东医院 上海 201399

【摘要】：目的：探讨信息化技术在急诊预检护理工作中的应用效果。方法：选取2024年1月至2025年12月本院急诊科收治的110例患者，随机数字表法分为观察组（采用信息化预检分诊系统，55例）和对照组（采用传统预检分诊模式，55例）。比较两组预检分诊用时、候诊时间、分诊准确率。结果：观察组预检分诊用时、候诊时间均短于对照组，分诊准确率高高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：信息化预检分诊系统的应用可显著缩短急诊预检分诊时间和候诊时长，提高分诊准确率。

【关键词】：信息化；急诊；预检护理；优化效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.081

急诊科承担着全院急危重症患者的接诊与初步救治工作，是医院应对突发急症的核心前沿窗口，而预检分诊环节在整体急诊护理工作中占据基础性地位。长期沿用的传统纸质分诊模式，整体运行高度依赖护理人员的个人临床经验与手动信息录入操作，固有弊端较为突出。人工接诊过程中极易出现病情信息收集不全、关键病史遗漏等问题，不同医护人员对分诊分级标准的执行力度存在偏差，分级判定结果统一性较差。同时纸质质台账的记录模式，难以实现诊疗数据的有效留存与全程追溯，对后续护理质控、病例复盘工作造成阻碍。伴随现代医疗信息化技术的持续迭代升级，各类电子分诊系统、智能决策辅助工具逐步落地应用于急诊护理场景。这类智能化设备与系统，能够从技术层面规范预检分诊全流程，最大程度弱化人为操作带来的误差。基于此，本文旨在探讨信息化技术在急诊预检护理工作中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月本院急诊科就诊的患者110例，采用随机数字表法分为观察组和对照组。观察组中男性30例、女性25例，年龄范围19~74岁，平均年龄（ 46.52 ± 14.36 ）岁。对照组中男性31例、女性24例，年龄范围20~76岁，平均年龄（ 45.97 ± 15.11 ）岁。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者就诊时生命体征平稳。排除合并严重精神疾病或认知障碍无法配合评估者。

1.2 护理方法

对照组采用传统急诊预检分诊方式：分诊护士通过查体询问、生命体征监测获取患者病情信息，手写填写纸质分诊单据，依靠临床经验判定病情分级、就诊科室及候诊次序，当日下班前统一手动录入病历系统完成归档。

观察组采用信息化预检分诊系统，具体如下：

1.2.1 信息采集电子化

患者抵达急诊预检分诊台后，护理人员可通过移动手持终端设备，扫描患者身份证、医保卡等有效证件，设备可自动抓

取并同步录入患者姓名、年龄、既往就诊记录等基础个人信息，无需人工手动逐项填写。针对患者就诊核心信息，系统内置标准化、结构化的专项录入模板，护理人员结合患者就诊主诉、现场询问获取的现病史、实测体温、血压、心率等生命体征数据，以及患者清醒、嗜睡、昏迷等意识状态情况，通过界面点选、简易补充的方式完成信息录入。这种半自动化采集模式大幅缩减了纯文字录入的耗时，有效降低了人工录入产生的信息错填、漏填问题，保障了患者基础诊疗信息的完整性与准确性。

1.2.2 智能分诊辅助决策

系统提前录入并内置符合急诊诊疗规范的预检分诊决策树模型，程序可自动抓取已录入的患者生命体征、核心症状、高危患病因素等多项数据，重点识别胸痛、呼吸困难、意识模糊、重度外伤等高危病症信号，通过数据综合分析完成患者病情等级的自动判定，同时匹配对应就诊科室，输出初步分诊建议。最终分诊结果并非完全依赖系统自动化判定，护理人员会结合自身临床分诊经验、患者现场实际状态，对系统给出的分级与科室分配建议进行逐一审核校验。针对系统判定存在偏差的案例，护理人员可手动调整患者病情分级与就诊科室，且系统会自动留存修改记录、标注修改原因，为后续护理质量管控、分诊案例复盘提供可追溯的数据依据。

1.2.3 分诊信息实时共享

完成患者分诊评估工作后，系统可依托院内局域网，将患者个人基础信息、病情分级结果、核心病症资料等内容，同步推送至对应就诊室的医生工作站、临床护士站及影像、检验等辅助检查科室终端设备。各岗位医护人员可提前调取患者诊疗资料，提前做好接诊、检查、救治的前期准备工作，避免患者就诊后重复登记、重复问询的情况。同时，系统可自动生成标准化电子分诊记录单，全程实现电子化信息流转，彻底替代传统纸质分诊单的填写、传递、存档模式，精简分诊工作流程。

1.2.4 候诊动态管理与预警

系统可实时统计各就诊室的候诊人数、接诊进度，结合常规接诊时长测算出精准的预计候诊时间，相关数据会同步展

示在预检分诊台大屏与医护工作后台，便于护理人员实时把控整体就诊节奏。针对病情危重的I级、II级急诊患者，系统会自动触发红色预警弹窗，同步提醒分诊台与抢救室护理人员，保障危重患者优先接诊、优先救治。针对普通候诊患者，系统可预设合理候诊时长阈值，患者候诊时长超出标准后，系统会主动向分诊护理人员推送提醒信息，由护理人员再次评估患者病情状态，判断是否需要重新进行病情分级，或为患者开通优先就诊通道，最大程度保障所有急诊患者的就诊安全。

1.3 观察指标

- (1) 预检分诊用时、候诊时间。
- (2) 分诊准确率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析。预检分诊用时及候诊时间以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用独立样本 t 检验；分诊准确率以例数 (百分比) 表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预检分诊用时及候诊时间比较

观察组用时均短于对照组 ($P < 0.001$)，见表 1。

表 1 预检分诊用时与候诊时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	55	55	—	—
预检分诊用时	4.35 ± 1.42	8.71 ± 2.53	11.158	<0.001
候诊时间	12.86 ± 5.52	24.91 ± 8.94	8.397	<0.001

2.2 两组分诊准确率比较

观察组分诊准确率显著高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 分诊准确率比较 [例 (%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	55	55	—	—
准确例数	52	44	—	—
分诊准确率(%)	94.55	80.00	5.238	0.022

3 讨论

急诊预检分诊工作，直接关系到患者能否在合理时间内匹配适配的医疗救治方案，分诊工作质量不仅影响急诊科整体运转效率，也是保障患者就诊安全的关键前提。传统分诊模式流程繁琐，分诊护士需在极短的接诊时限内，同步完成病情问询、生命体征测量等多项工作。多步骤的人工操作模式容错率较低，任一环节出现信息遗漏或流程滞后，都会直接干扰最终的

分诊判定结果^[1]。同时，依托纸质单据记录、人工口头传递的传统信息流转形式，无法实现急诊各工作单元的信息实时互通，形成明显的信息孤岛问题。除此之外，不同分诊护士的专业知识储备、临床接诊经验存在个体差异，即便患者临床表现一致，也可能出现病情分级判定标准不统一的情况，难以保障急诊分诊工作的整体规范性与结果一致性^[2]。

针对传统急诊预检分诊模式存在的效率偏低、操作繁琐等各类问题，信息化预检分诊系统可通过优化信息采集方式、赋能临床决策、规范流程管理三个核心维度，完成分诊工作的全方位改良。在信息采集工作环节，系统搭载的结构化录入模板与证件扫码自动读取功能，大幅减少了护理人员手写录入信息、反复核对数据的重复性工作，让护理人员摆脱繁杂文书工作的束缚，将更多时间与精力聚焦于患者病情评估、医患沟通等核心诊疗护理工作^[3]。本研究相关数据统计结果显示，观察组患者的单次预检分诊用时为 (4.35 ± 1.42) min，对照组患者分诊用时则达到 (8.71 ± 2.53) min，观察组分诊耗时呈现出极为明显的缩短趋势。该数据差异具备较高的临床应用价值，在患者流量大、工作压力高的急诊就诊高峰期优势尤为突出。时间的节省，能够显著提升急诊分诊台的整体接诊效率与患者流转速度，有效改善高峰时段患者扎堆排队、候诊拥堵的现状，让急诊分诊工作的运行节奏更加科学有序。

急诊患者对就诊服务的主观体验，很大程度取决于实际候诊时长，候诊时间也是评价急诊服务质量的关键直观指标。本研究数据统计表明，观察组患者整体候诊时长为 (12.86 ± 5.52) min，相较于对照组 (24.91 ± 8.94) min 缩短近半数，优化效果十分显著。候诊效率的大幅提升，不仅源于分诊流程本身的提速，更得益于信息化系统对急诊各诊疗环节信息壁垒的有效破除。系统可提前将患者分诊资料同步推送至接诊医生工作站，医生能够在接诊前提前查阅患者基础信息、主要症状及病情分级等核心资料，预先梳理诊疗思路、规划必要的检查项目。正式接诊阶段，医师无需重复询问基础信息，可直接聚焦于病史深挖、体格检查及对症诊疗工作，大幅压缩无效接诊耗时^[4]。与此同时，系统具备的诊室候诊人数实时统计、高危候诊预警功能，可为护理管理者提供精准的数据参考。护士长可依据各诊室实时接诊负荷动态调配人力资源，针对专科诊室患者积压、候诊拥堵的情况，及时调配护理增援力量，或合理引导患者分流就诊。这种灵活高效的动态资源调配模式，是传统人工分诊模式难以实现的突破，从整体流程层面优化了急诊就诊秩序，切实缩短患者候诊时长。

急诊分诊准确率是保障患者分级救治、规避诊疗风险的核心指标。本次研究数据显示，观察组患者的分诊准确率可达 94.55%，相较于对照组 80.00% 的准确率存在明显提升。传统人工分诊模式存在明显的主观性缺陷，分诊质量极易受到护理人员从业年限、临床实操经验以及工作疲劳状态等人为因素干

扰。面对症状表现不典型的疑难病例,低年资护理人员往往难以精准判别病情轻重,容易出现病情预估过高或预估不足的分诊误差。信息化预检分诊系统自带标准化决策辅助体系,能够为所有分诊护理人员提供统一、规范的评估依据。系统依托患者实测生命体征数据、结构化录入的症状信息进行综合研判,自动生成客观的病情分级参考方案,从根源上减少主观判断偏差引发的分诊失误^[5]。针对胸痛、突发性呼吸困难等高危就诊

症状,系统可精准识别这类高危主诉,主动预警潜在的危重病情,弥补人工分诊过程中容易出现的疏漏。该功能有效规避了分诊层级判定不准的问题,大幅降低危重患者因分诊偏差延误救治的概率,切实提升急诊分诊工作的规范性与精准性。

综上所述,在急诊预检护理工作中实施信息化预检分诊系统,可以有效缩短急诊预检分诊用时和患者候诊时间,促进分诊准确率显著提升,临床推广应用价值较高。

参考文献:

- [1] 王永红.论急诊预检分诊系统及信息化管理的研究体会与进展[J].中国卫生产业,2022,19(8):253-256.
- [2] 张娟,豆路行,夏培苡.互联互通信息化快速时效管理体系在急诊预检分诊中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(11):82-85.
- [3] 唐彩云,王莎,郭美英,等.基于流程再造理论的急诊科信息化分诊挂号流程设计与应用[J].中国护理管理,2024,24(8):1198-1204.
- [4] 陈晨,闫丹萍,王飒,等.急诊预检分诊患者主诉标准化术语库的构建及应用研究[J].中华急危重症护理杂志,2024,5(8):701-705.
- [5] 王钰炜,刘亚洁,陈晨,等.HIT技术与大数据分析在智慧化急诊预检分诊的应用[J].中华急诊医学杂志,2023,32(6):846-849.