

# 基于医联体模式县域区域联动应急救治模式的构建和应用

刘丽平<sup>1</sup> 杨鸿海<sup>2</sup> 张 喜<sup>1</sup>

1.怀化市第二人民医院 湖南 怀化 418000

2.怀化市第二人民医院洪江医院 湖南 洪江 418200

**【摘 要】**：在我国医疗卫生体制改革进程中，医联体模式建设是实现医疗资源优化配置，提高基层医疗水平的重大举措。在县级层面上，建立以医联体模式为基础的区域性应急救治模式，对提升县域应急救治能力，保障人们生命健康，具有十分重要的意义。本文阐述了医联体模式下县域区域联动的意义，分析了基于医联体模式的县域区域联动应急救治模式构建，探讨了基于医联体模式的县域区域联动应急救治模式的应用。

**【关键词】**：医联体模式；县域区域联动；应急救治模式

DOI:10.12417/2811-051X.26.01.003

随着我国社会的发展，人们的健康需求不断提高，应急救治能力已成为区域医疗水平衡量的重要标志。县域地区是城乡联系的重要环节，其医疗服务水平直接关系着人们的生命安全和身体健康。但是，我国传统的县级卫生服务体系存在着资源分散、协同性差等问题，很难适应突发公共卫生事件的救治需要。医联体模式的兴起为上述问题的解决开辟了新途径。以医联体模式为基础，将本地区不同级别的医疗机构进行整合，建立跨省跨地区紧急救援的新模式，实现医疗资源的共享、优势互补。

## 1 目前临床急需解决的问题

### 1.1 院外急救需求增长，需完善县域急救体系建设

在人口结构发生深刻变化的背景下，老龄化问题日益突出，对公众健康产生了重大影响。根据第七次人口普查数据，60岁及以上老年人达到26402万，占总人口的18.70%，65岁以上老年人占13.50%。但是，城市和农村之间存在着明显的差距，农村人口所占的比重仍然是36.11%<sup>[1]</sup>。在这一背景下，心血管疾病的发病率不断上升，其中60岁以上老年人的死亡率高达64.73%，占总死亡率的88%。此外，近80%的急诊都是在医院之外进行，尤其是独居老人及在室外无人陪伴的情况下更易发生。但与欧美发达国家相比，我国的院外急诊救治技术仍有较大的差距。在欧美等发达国家，心跳停止后的抢救成功率在14%~40%之间，在某些城市可以达到70%以上，但在国内，这一数字还不到1%<sup>[2]</sup>。救治成功率低，造成患者的高死亡率和致残率，给社会和家庭造成较大的负担。

### 1.2 时间延误导致救治率低的，需提升急救反应时效

在临床治疗过程中，急诊抢救延迟是造成急诊抢救成功率不高的主要原因。以心脑血管疾病的并发症-心搏骤停为例，-6

分钟是挽救患者生命的重要“窗口”。如果在这段时间内进行心肺复苏或者应用自动体外除颤仪，抢救的成功率可以提高到49%~75%；相反，每多耽误一分钟，存活率就会降低7%到10%。可见，急诊抢救的及时与否，关系着患者的生死。美国心脏病学会的“第一时间识别，第一时间启动紧急救援”是第一个步骤。这也就意味着，一旦出现急症，要立即拨打120或者当地的紧急救援机构，可以迅速调集专门的救援力量，突破延误的困境。目前，由于民众急救意识薄弱，应急响应机制尚不健全，许多珍贵的急救时间白白流逝。缩短应急响应时间，加强公共应急知识普及和应急系统建设，是提高危重患者存活率的迫切需求。

### 1.3 人才队伍建设为院前急救的薄弱环节，需规范化的培训与考核

医院急救队伍是保障患者生命安全的“第一防线”，人才队伍的素质和专业化程度将直接影响危重患者的救治效果。但是，目前院前急救人才培养还存在着明显的缺陷。资料表明，在发达国家，平均每个急诊医生为10000人提供服务，而在国内，这个数字已经达到了1.11万人，而且这一人数还在继续增加，达到1:13万或更高，人员缺口较大。从学历和技能上看，我国院前急救人员的平均文化程度要比医院专家低，就算是硕士学位的人，在急救技术上也没有达到业内一流的水准。而目前参与院前急救的医务人员大多是一般的医务人员，没有经过正规的专业培训。更重要的是，我国目前还没有统一的应急救援资格证书和培训系统，造成应急救援队伍专业化水平不高，无法适应应急情境的复杂变化。这一状况已严重限制医院整体治疗水平，关系着患者的生命安全，也成为制约我国急诊医学高质量发展的瓶颈。

## 2 基于医联体模式的县域区域联动应急救治模式构建策略

### 2.1 建立规范化的院前急救培训系统和考核规范

以医联体模式为依托,建立县级标准化的院前急救培训系统和考核准则,是提高医院应急救治能力的重要依据。怀化市二院在前期调研的基础上,根据县乡实际情况,采用文献调研方法,按照国家政策和文献指引,建立三级院前急救联动培训平台。以县级医院为依托,整合各层次医疗机构的培训资源,制订统一规范的院前急救培训方案。培训的内容包括急救知识的掌握、止血包扎与骨折固定等。同时,要制定科学的考核指标,对参加培训的人员进行严格的考核,保证培训的有效性。通过定期的培训与考核,提升县级以上医疗单位急救人员的专业技术水平和应急处理水平,在遇到突发事件时能快速准确地进行院前急救,为患者争取到宝贵的抢救时间。

### 2.2 建立县级地区联系与交流的平台

在医联体模式下,组建县级应急救援骨干队伍,创建微信群等通讯手段,可以实现信息的迅速地传递、共享。在紧急情况下,基层医疗组织在面对紧急情况时,可以通过联动通讯平台,快速的向县级医院的专家咨询,得到远程引导。同时,县医院也能及时掌握患者的情况,为患者的应急救治做好充分的准备,包括医疗资源的调配,专家的会诊。同时,利用该网络开展病例研讨等活动,提高县域医务工作者的专业能力。通过多部门、多院区的协作,打通各医疗机构间的信息屏障,有效地整合与使用医疗资源,提升应急治疗的协同与效能。比如,怀化市第二人民医院通过医联体模式,选派业务骨干下沉到乡镇卫生院,使基层医疗服务水平得到极大的提高。

### 2.3 完善县域急救体系建设,提升基层医疗机构急救能力

目前,我国基层医疗卫生机构的紧急救援系统存在着明显的缺陷。扬州市某区应急管理系统不健全,海南省一些城市的专业急救人员严重缺乏,文登区的医务人员学历职称较低,浙南地区全科医师的急救技术水平较差,多数急救车只能担负运输任务,缺乏主动治疗的能力。为解决以上问题,需要从多方面入手,建立跨省跨地区的应急救援模式,要制定标准化的培训制度,定期对患者进行电除颤等急救技术的培训和考核,提高工作人员的职业素质。要增加设备投资,为基层医疗单位配置除颤仪等较为先进的急救设施,使其具备“流动抢救室”的功能,提高医院的救治水平。对急救程序进行优化,制订院前急救的规范化操作规程,对各阶段的职责进行详细划分,增强基层和上级医院之间的信息共享和联动合作,让患者从现场急救、转运到院内治疗之间的无缝连接,充分提高县级医疗机构的急救水平和效率,促进县域区域急救系统的建设<sup>[3]</sup>。

### 2.4 加强院前急救队伍的建设,提升救治效率

目前,我国院前急救团队的建设遇到了许多困难,这极大

地影响了医院的治疗效果。对人员的配置没有清晰的规定,造成了团队的扩充困难;工作风险大、薪酬偏低、工作环境复杂、工作强度大,导致了人才的流动和发展困难。另外,我国急救人员具有不同的职业背景,但缺少统一的培训和评价体系,导致我国应急救援队伍的素质参差不齐。因此,必须从多方面入手,更好地提高医院前急救人员的素质。一是要明确应急救援队伍的配置规范,从政策上保证应急救援队伍的稳步扩充;通过增加薪酬标准、健全职业安全制度等措施,提升工作岗位的吸引力。二是畅通职业提升通道,建立符合院前急救技能等级的评价标准,为医疗技术人员提供继续进修的机会,推动医疗卫生人才的专业深入发展。第三,建立统一的培训和考核机制,利用联盟的资源,共同开发包括心跳、创伤等常见急症的规范化培训,并对其进行定期的专业知识和技能培训,并对其进行严格的考核,保证医护人员的能力达到标准。

### 2.5 促进医疗体系发展

医联体是实现区域医疗资源整合的重要方式,是实现县域内突发事件的重要手段。以上级医院为龙头,向基层延伸服务,与上级医院密切配合,使区域内的居民得到更好的服务,促进医疗服务的“无缝衔接”。在《医疗联合体管理办法(试行)》中,国家卫健委明确提出,医联体牵头单位要加强应急救援队伍建设,加快信息化平台的建设,促进区域内突发事件的救治和医疗服务的同质化。为了更好地推动医联体的发展,可以从以下三个方面进行努力。首先,要加强龙头医院的职责,在人才培养和学科建设上起到带头作用,并定期派出专家到基层进行专业指导,促进基层医疗机构急诊能力的提高。其次,要加速信息平台的建设,建立统一的医学信息共享体系,使患者的紧急情况能够实时传送,进行远程会诊,保证紧急救治的顺利进行。最后,要构建完善联盟内的合作机制,通过联合演练和案例研讨等手段,加强合作<sup>[4]</sup>。

## 3 基于医联体模式县域区域联动应急救治模式的应用

### 3.1 应用研究设计

针对目前县级突发公共卫生事件的现实,对突发公共卫生事件应急救治模式进行系统性的应用与效果分析。为提高县级医疗机构的应急救治能力,优化医疗资源配置,提高患者的满意度,提出相应的研究目标。通过控制实验,将被调查县分为对照组和观察组,以检验所建立的突发事件治疗模型的可行性与有效性。观察组采用区域联动应急救治模式,对照组采用常规应急救治模式。比较两种模型在实践中的不同之处。在研究中,建立统一规范的考核系统。通过对突发事件的响应时间、救治成功率和患者满意度等方面考核,对突发事件处理模式的实施效果进行综合考核。通过对相关数据的定期采集与分析,可以对新型医疗服务平台的绩效进行精准考核,并及时发现并解决其实现中存在的问题。另外,在研究设计中,也需要注意资料搜集和分析的方式。资料的采集要做到全面、准确,包括

患者从就诊到治疗的整个过程。在分析方法上,要运用t检定和卡方检定等科学工具,才能保证研究结果的可信度。本项目的实施将为建立以医联体模式为核心的跨省跨区联合应急治疗模式提供理论支撑,并为该模式的推广应用打下坚实的理论基础<sup>[5]</sup>。研究结果显示,区域联动应急救治模式对提高医院突发事件的处理效率与质量有明显作用,可以为医联体中突发事件的防控提供强有力的支撑。

### 3.2 效果考核指标

建立以医联体模式为基础的县级区域联动应急治疗模式,需要建立严格的考核指标体系。在抢救成功率方面,有关部门要对突发事件进行综合整理,准确定义患者生命体征恢复平稳等治疗成功标准。对患者从治疗到康复或稳定的整个过程进行详细的记录,并对成功治疗的患者人数与治疗患者总数的比率进行统计,从而对治疗成功率进行量化。在对患者的满意度进行考核时,应制定科学的调查表,包括医疗服务态度、治疗效果等<sup>[6]</sup>。在患者治疗结束后,选择适当的时机,以网上或离

线方式进行调查。将收集到的调查表进行汇总与统计,获得患者的满意度分数,并用李克特量表法对其进行定量,从而更精确的反应患者对治疗的满意度。在资源利用考核方面,需要对医疗设备和人员等各种资源的投入和利用进行统计。通过计算资源的实际用量与总投入的比例,来判断资源的利用率。同时,对不同层次的医疗资源配置状况进行分析,判定有无资源浪费或不合理配置。如通过医联体模式,实现医疗资源的合理分配,提高了基层卫生保健的水平。这种模式可以有效地提高医院的急救工作效率,并能有效地实现医疗资源的合理分配与使用<sup>[7]</sup>。

## 4 结论

基于医联体模式县域区域联动应急救治模式的构建和应用,为提高县级医疗机构的应急救治能力提供了有效的途径。通过建立标准化的院前急救培训体系及紧急治疗资源共享机制,可以有效地整合县域区域医疗资源,提升急救效率和治疗成功率,推动医疗资源的合理使用,提升县域应急治疗的整体水平。

## 参考文献:

- [1] 李明玉,肖涛,王莎,刘英,段应龙,郭美英,曾佳,张小红.基于初级创伤救治培训模式的创伤护理课程在应急护士培训中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2025,32(02):156-160.
- [2] 胡紫宜,刘珊珊,张瑞雪,朱红,蒋艳.“1+2+4+X”护理人力应急管理模式在新型冠状病毒感染患者救治中的应用及效果[J].华西医学,2024,39(11):1778-1782.
- [3] 卢晓君,唐园园,刘媛,李恺慧.城市医疗集团分级应急救治体系的“柳州”模式[J].中国医院院长,2023,19(20):80-83.
- [4] 步玮,李梅,张学斌,贾龙,张新亮,卢旭东,董士民.国家卫生应急移动救治中心创伤单元模块化梯次递进式培训模式的探讨[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2023,18(08):1099-1102+1112.
- [5] 朱亚,王霞容,赵学燕,王明娥,章莹娇,胡艳.兵棋推演在教学领域的应用现状及对突发重大传染病疫情救治护理应急培训的启示[J].护理与康复,2023,22(04):91-94.
- [6] 李慧,徐金强.基于应急预案的无缝衔接一体化急救护理模式在急诊内科临床救治中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2022,7(02):166-168.
- [7] 张伟,袁莉萍,陶秀彬,张先翠,范婷婷.基于SBAR标准化沟通模式的突发群体氯气中毒患者的救治及护理体会[J].赣南医学院学报,2021,41(12):1228-1232.