文章类型：论文 | 刊号（ISSN）：2972-4457(P) / 2972-452X(O)

急诊预检分诊护理模式应用现状

汤杰
阜阳市肿瘤医院
DOI:10.32629/ffcr.v3i11.22395

[摘　要] 急诊预检分诊作为急诊科第一道关口，对快速识别急危重症、合理调配急诊资源、保障患者生命安全发挥关键作用。本文梳理国内急诊预检分诊各类护理模式的应用现状，总结传统经验分诊、四级分级分诊、二次分诊、信息化智能分诊等模式的实施特点，分析当前临床实践中存在的分诊标准落实不均衡、护士分诊能力参差不齐、信息化建设水平不一、质量管控体系不完善等现实问题。结合现有研究文献，从完善制度规范、强化专科培训、推进智慧分诊、健全质控管理等方面提出改进对策，旨在为优化急诊预检分诊护理工作、提升急诊护理整体质量提供参考依据。
[关键词] 急诊；预检分诊；护理模式；分级分诊；应用现状
中图分类号：R472.2 文献标识码：A

Application Status of Emergency Pre-triage Nursing Mode

Jie Tang
Fuyang Cancer Hospital

Abstract: Objective This paper summarizes the current application status of various emergency pre-triage nursing modes in China. As the first gateway of emergency department, emergency pre-triage is critical for rapid identification of critically ill patients, rational allocation of emergency resources and guarantee of patients' life safety. It summarizes the characteristics of traditional experience-based triage, four-level triage, secondary triage and information-based intelligent triage. Practical problems including uneven implementation of triage standards, inconsistent triage competency among nurses, varying informatization levels and inadequate quality control systems are analyzed. Combined with existing literature, improvement strategies are put forward in terms of optimizing regulations, strengthening professional training, promoting intelligent triage and perfecting quality control, so as to provide references for optimizing emergency pre-triage nursing and improving the overall quality of emergency nursing.
Keywords: emergency department; pre-triage; nursing mode; graded triage; application status

引言

急诊科作为医院救治急危重症患者的核心场所，接诊患者病情复杂、病种繁杂，就诊流量波动较大，高峰时段患者集中就诊，容易造成医疗资源供需紧张。预检分诊是急诊诊疗工作的首要环节，分诊护士通过快速问诊、生命体征评估，依据病情危重程度划分就诊优先级并完成患者分流，直接影响急危重症患者的救治时效性，同时对维护急诊就诊秩序、保障护理安全、改善医患沟通具有重要意义[1]。伴随我国急诊医学的发展，国家陆续发布急诊科建设及预检分诊相关指导文件，急诊分诊由传统分科分诊逐步转向病情分级分诊，各类护理模式已在各级医院推广实施。但受医院规模、护理人力、信息化水平等条件制约，不同医疗机构分诊模式选择不一，实际落实效果差异显著。基层医院仍以护士经验式分诊为主，标准化分级分诊执行不足；部分三甲医院虽开展二次分诊、智能分诊，却存在系统适配欠佳、护士操作不熟练等问题[2]。目前国内关于急诊预检分诊的研究不断增加，但对各类护理模式的适用条件、利弊及实施难点缺乏系统梳理。因此，本文总结急诊预检分诊主要护理模式的应用现状，分析现存问题并提出改进对策，以期为急诊预检分诊护理工作的规范化推进提供参考。

1 国内主流急诊预检分诊护理模式

1.1 传统经验式预检分诊模式

传统经验分诊是急诊科早期较为常用的工作模式，分诊主要依托护士个人临床经验，结合患者主诉与外在症状进行初步判断，直接分科转诊，并未严格落实病情分级评估。该模式操作简便，对硬件条件要求低，现阶段仍较多应用于基层及乡镇医疗机构。但该模式局限性明显，分诊效果受护士工作阅历影响大，缺乏统一量化评估标准，主观性较强。低

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

年资护士易对隐匿性重症、症状不典型病例判断偏差，造成危重症漏判。就诊高峰阶段易简化评估，忽视生命体征监测，且缺少候诊再评估流程，患者病情变化难以被及时发现，存在较高护理安全隐患[3]。

1.2 四级分级预检分诊护理模式

依据《急诊预检分诊专家共识》，我国实行四级病情分级与“三区四级”管理，把患者划分为Ⅰ级濒危、Ⅱ级危重、Ⅲ级急症、Ⅳ级非急症，依据病情划定候诊时间，优先保障急危重症患者救治通道，属于国家主推的标准化分诊模式。该模式要求护士完善生命体征及症状评估，按红、黄、绿分区开展接诊。多数三级医院已推行该制度，打破“先来先就诊”的模式，有效提升急救效率。 但临床落地仍存在不足：部分护士对分级标准掌握不扎实，老年、症状不典型患者易出现分级失误；受急诊场地制约，三区划分难以落实；就诊高峰时标准执行有所松懈，致使分诊实际效果受限[4]。

1.3 二次预检分诊护理模式

二次分诊模式是在初次预检分诊基础之上，增设候诊区域巡诊护士岗位，开展动态再评估。初次分诊完成分级分流以后，患者进入候诊区等候，二次分诊护士定时对候诊患者开展循环巡视，复测生命体征，动态监测病情改变，一旦患者病情加重，立刻重新上调分诊等级，优先送入抢救区域处置，以此弥补单次分诊静态评估的缺陷。该模式优势在于能够动态捕捉候诊期间病情恶化，降低候诊阶段不良事件，特别适合急诊人流量大、候诊时间较长的医院[5]。但是该模式对急诊护理人力配置提出较高要求，需要设置专职二次分诊护士。很多医院急诊护理人员编制紧张，难以单独增设岗位，大多由分诊护士兼职完成巡诊工作，分诊台事务繁忙时，二次巡诊常常被搁置，模式很难完全落地。

1.4 信息化、智能化预检分诊护理模式

伴随医院信息化建设推进，越来越多医院上线急诊智能预检分诊系统。护士将患者主诉、生命体征、主要症状录入系统，系统内置分诊评分规则，自动给出分级建议，辅助护士完成分诊判定，实现分诊信息电子化登记、数据自动留存、候诊预警提醒，部分系统还能够和院前急救系统对接，实现院前院内信息互通，提前做好急诊救治准备工作。智能分诊系统可以实现分诊过程留痕，便于后续质量复盘与质控，减轻纸质登记工作量。但智能系统仅作为辅助工具，不能完全替代护士的临床综合判断[6]。现阶段部分医院分诊系统算法与国内四级分诊标准匹配度不足，系统给出的分级结果和临床实际情况存在偏差；部分护理人员过度依赖系统结论，弱化自身主观临床评估；同时基层医疗机构经费有限，信息化设备更新滞后，智能分诊模式普及率偏低。

2 当前急诊预检分诊护理模式应用存在的主要问题

2.1 不同级别医院模式落实不均衡

各级医院之间发展差距明显。三甲医院资源充足，制度、人员、信息化条件较好，分级分诊、二次分诊、智能分诊推广程度更高。大量基层医院仍然沿用传统经验分诊，标准化分级分诊制度执行不到位。地区之间、医院之间没有统一的落地细则，同样的分诊模式，各家医院操作流程各不相同，分诊标准执行尺度不一致。

2.2 分诊护士综合能力参差不齐

预检分诊岗位要求护士同时具备急诊急救知识、病情评估能力、沟通能力。现实当中，不少医院没有设置固定专职分诊护士，多采用轮岗排班，低年资护士频繁参与分诊工作，缺乏系统、规范化的分诊专项培训，对分级标准、各类危重症早期识别要点掌握不足，容易发生分诊偏差。分诊岗位绩效考核、激励机制不完善，护士对于分诊岗位重视程度不足，工作主动性有待提升。

2.3 质量控制管理体系尚不健全

很多医院缺少常态化的预检分诊质控方案，质控重点大多集中于抢救、病房护理，针对预检分诊环节的专项质控较少。缺少定期分诊案例复盘、分诊差错分析机制，分诊错误发生之后，大多仅做简单处理，缺少系统性总结整改；分诊相关数据缺少定期汇总分析，很难持续发现流程漏洞，无法实现护理质量持续改进。

2.4 人力场地因素制约模式落实进

急诊高峰期人流量大、护理人力紧张属于普遍现象。二次分诊、标准化分级分诊均离不开充足人力支撑，人力匮乏会直接造成制度落实不到位。部分急诊科建筑老旧、空间有限，难以实现三区物理分隔，分区管理流于形式。此外，部分患者及家属尚不认可分级就诊理念，秉持“先来先就医”的固有想法，对分诊工作存在抵触，进一步加大了分诊推进阻力。

3 急诊预检分诊护理模式优化对策

3.1 健全制度细则，因地制宜选择适配模式

医疗机构需以《急诊预检分诊专家共识》为指导，立足本院急诊接诊量、场地条件以及人员配置实际，进一步细化院内分诊实施细则，厘清分诊岗位的岗位职责、操作流程与分级判定标准。对于三级医疗机构，应严格执行四级病情分级分诊制度，具备条件的医院可增设二次巡诊分诊工作；基层医疗机构应当重点落实基础分级分诊工作，严格执行生命体征必查要求，摒弃仅凭临床经验开展主观分诊的模式，切勿一味照搬复杂的智能化分诊系统，应当把基础分诊质量作为首要工作目标[7]。

3.2 完善专项培训体系，建设专职分诊护理队伍

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

设置急诊专职分诊岗，降低岗位人员轮岗频次。建立分层培训体系，新护士侧重分诊流程、四级分级及生命体征评估；高年资护士强化隐匿危重症识别，掌握老年人、孕产妇、儿童等特殊人群分诊要点。定期组织案例研讨、情景模拟，依托分诊差错案例开展教学，持续提升护士分诊能力。健全分诊岗位绩效考核机制，强化护士对该岗位的重视程度。

3.3 强化预检分诊专项质量管控

建立急诊预检分诊专项质控小组，把分诊准确率、分级符合率、候诊患者不良事件发生率、分诊文书完整性纳入质控指标。开展定期抽查，对分诊偏差案例进行根因分析，梳理流程漏洞，落实持续质量改进。完善分诊不良事件上报机制，鼓励非惩罚性上报，及时发现分诊环节潜在风险，不断优化分诊流程[8]。

3.4 合理配置资源，加强医患健康宣教

医院需参照急诊就诊高峰的变化规律，合理统筹急诊护理人力资源，于就诊高峰期适度增补分诊辅助人员；在客观条件许可时优化急诊科空间布局，保障三区划分有效落实。面向广大群众及就诊患者做好健康宣教，普及急诊分级就诊的相关理念，使民众明白“依据病情轻重优先就诊”的原则，取得患者及家属的理解与配合，构建和谐的分诊工作氛围。此外应当理性看待信息化分诊工具，坚守护士为主、系统为辅的工作模式，不能够完全采信智能系统给出的分诊结论。

4 结语

急诊预检分诊护理模式已经由传统经验分诊逐步向着标准化分级、动态二次评估、信息化辅助分诊方向不断发展。目前国内各级医院应用的护理模式种类较多，但是整体落实并不均衡，在制度执行、护理人员能力、质控管理、资源配置等层面依旧存在诸多亟待解决的问题。急诊预检分诊质量直接关乎急危重症患者生命安全，是急诊护理安全第一道防线。医疗机构不能够直接照搬套用其他医院的模式，应当立足本院急诊科的实际条件，因地制宜选择适配的预检分诊护理模式，不断细化操作流程，强化分诊护士专项培训，健全专项质量控制机制，持续改进预检分诊工作，真正实现快速识别危重患者，科学分配急诊医疗资源，全面提升急诊护理服务质量与患者安全水平。

[参考文献]

[1]马晓园.急诊预检分诊护理流程在危重症患者中的应用价值[J].护理实践与研究,2022,19(16):2516-2519.

[2]杨李霞,翁鑫聪,王珺珺.智能护理信息系统的标准化急诊预检分诊模式在急诊胸痛患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(23):126-129.

[3]温丽华.急诊预检分诊护理流程在危重症患者中的应用价值[J].婚育与健康,2024,30(1):187-189.

[4]方珏,王钰炜,王飒,等.浙江省综合性医院急诊预检分诊现况的调查研究[J].中华急危重症护理杂志,2023,4(9):842-847.

[5]吕传柱,曾俊,李鑫,等.新冠疫情常态化防控形势下急危重症患者急诊预检分诊与救治专家共识[J].中国急救医学,2022,42(2):93-94.

[6]吴昊鸣,黄萍,梅天舒,等.急诊预检分诊质量评价指标体系的构建与应用[J].中国医院管理,2024,44(9):89-92.

[7]宋雨翰,徐雯.创伤超声重点评估方法在闭合性胸腹部创伤患者急诊预检分诊中的应用研究与展望[J].中国医学装备,2025,22(11):179-184.

[8]唐彩云,李湘民.数字医疗赋能急诊预检分诊全流程优化的效果研究[J].中华急诊医学杂志,2025,34(9):1182-1187.

作者简介：

汤杰（1993.08-），女，汉族，安徽阜阳人，本科，主管护师，研究方向为急诊护理。

Copyright © This work is licensed under a Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.