

多学科协作诊疗模式对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响

程水红

安庆市立医院安徽, 中国·安庆 246001

【摘要】目的: 分析多学科诊疗对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。方法: 本次研究调研时段为2019年, 选取了120名在此时段来到我院接受治疗的非创伤性胸痛老年患者, 并平均将其分为每组人数均有60名非创伤性胸痛老年患者的对照组与观察组。其中, 实行多学科协作诊疗后的患者60例作为观察组。根据两组的治疗过程不同, 我们将根据最后的治疗结果进行对比, 明确两组在急救治疗、效率以及满意度等方面的情况。结果: 两组患者在历经不同治疗过程后, 对照组患者在多方面的情况都远不如观察组, 数据结果显示在统计学上具有一定参考价值($P < 0.05$)。结论: 院内的正规治疗以及多学科配合治疗对于患者的康复有着显著效果, 且能够有效提升急救质量, 提升抢救效果, 提高护理满意度。

【关键词】多学科协作诊疗; 老年非创伤性胸痛; 急救质量

患者突发性的胸痛情况在学术上被称之为急性胸痛病状, 情况严重甚至会造成患者的休克死亡。通常来说, 胸痛的源头有很多, 譬如急性心肌梗死、主动脉夹层与张力性气胸等一系列胸痛病状在人们的生活中十分常见。

截止至2019年2月底, 根据相关数据统计显示, 国内人口老龄化问题十分严谨, 相较于往年而言, 国内老龄化现象有着逐年上升的趋势。其中, 国内年龄在60周岁以上, 包括60周岁在内的人数占据了全国总人数的近18%, 达到了近25000万人, 而年龄在65周岁以上, 包括65周岁在内的人数占据了全国总人数的近12%, 达到了近16660万人。由此可见, 国内老龄化人数以及占据了全国总人数的四分之一左右, 情况严峻, 而这部分人群正是患有罹患心血管疾病的主要群体, 患病率极高。此外, 在医院所接诊的急诊内科患者中, 有将近20%到30%左右的人都有着急性胸痛病状, 并有着逐年上升的趋势。对此, 我们查阅了国外相关数据统计, 根据数据统计表明, 美国每年都有将近600万人口有着胸痛情况, 且65周岁, 包括65周岁的人数占据了15%左右。从中我们不难看出, 老年群体普遍有着胸痛情况, 而这一情况在国内愈加常见, 但是老年群体受到年龄因素影响, 身体机能衰退较快, 继而影响到神经系统, 痛阈有所提升, 且合并症较多, 从而胸痛病状具有一定隐蔽性, 特异性模糊, 对于临床诊断有着较大影响, 较容易出现漏诊、误诊等情况。此时, 胸痛患者若能够接受院内的正规治疗以及多学科配合治疗, 将对于其康复有着显著效果, 且能够有效提升急救质量, 提升抢救效果, 提高护理满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究的展开已征得伦理委员人认同, 研究所涉及的相关患者已悉数告知, 且已征得患者本人同意。调研时段为2019年, 选取了120名在此时段来到我院接受治疗的非创伤性胸痛老年患者。其中, 非创伤性胸痛老年患者的年龄普遍处于60到85周岁之间, 男性总计89名, 而女性总计31名, 整体人数的平均年龄处在 69 ± 4.6 范围内。对此, 我们将其分为每组人数均有60名非创伤性胸痛老年患者的对照组与观察组, 实行多学科协作诊疗后的患者60例作为观察组。反之, 则为对照组。根据上述内容可知, 观察组与对照组内的患者在年龄与性别方面并未产生较大差异, 在统计学层面上没有意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规急诊模式

对照组内的非创伤性胸痛老年患者在我院接受治疗时, 需要

进入急诊挂号, 急诊医生根据患者情况进行诊断, 并进行相关检查。随后, 患者在缴费后进行心电图、胸部CT与抽血检查, 并建立静脉通道、吸氧、监护等。最后, 患者拿到检测结果来到心内科进行会诊, 心内科初步排除或考虑相关疾病后再请其他科医生会诊、逐一会诊逐一排除然后再根据情况收住院或做急诊手术或留观或随诊。

1.2.2 观察组采用多学科协作诊疗模式

观察组采用多学科协作诊疗模式主要包括以下方面: ①由急诊科, 麻醉科, 重症医学科, 心内科、血管外科、介入科、呼吸科、消化科、心胸外科等科室专家及业务骨干组成专业的多学科协作诊疗模式团队, 并创建微信工作号和微信群进行相关知识和信息的共享, 当分诊护士进行接诊, 评估是胸痛患者后, 马上将患者送至抢救室, 启动多学科协作诊疗模式。②急救护士不需要等待医嘱, 可以立刻启动多学科协作进行诊疗, 立即进行心内科、血管外科、介入科、呼吸科、消化科、心胸外科等视频同时问诊, 在问诊的同时家属挂号。③各科医生根据主诉做出判断给予相关检查, 并展开讨论, 根据患者的情况制定最佳的治疗方案, 进行手术跟进, 以确保抢救的顺利进行。急救护士完成建立静脉通道、心电监护、吸氧、抽血化验等急诊护理工作。④相关科室医生同时在各自的科室电脑上查看相关的检查结果并给出最后诊断结果。⑤根据诊断给予相关的后续治疗, 做好各种术前准备。并利用空档时间加强健康知识宣教, 积极与患者家属交流, 使患者有良好的心态, 积极配合治疗。⑥分诊护士跟踪每个环节, 确保在60分钟内完成诊断及各种术前准备或住院或随诊或留观。

1.3 观察指标

对比两组患者的急救质量、急救效率和护理满意度, 从而来评估多学科协作诊疗对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。

(1) 急救质量: 从死亡率、诊断准确率、并发症发生率、再住院率、不良

事件发生率等指标对患者的急救质量进行观察。

(2) 急救效率: 从急诊总耗时、患者的住院、住院费用等指标作为急救

效率进行观察。

(3) 护理满意度: 通过对研究对象进行问卷调查, 统计研究对象的护理满

意度。护理满意度 = (十分满意 + 满意) / (十分满意 + 满意 + 不满意)

1.4 统计学方法

本次研究中所有数据均采用SPSS25.0统计软件进行处理, 计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 以t检验, 计数资料采用率(%)表示, 以 χ^2 检验, 等级资料以Z检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者急救质量比较

经过本次调查, 比较两组患者的急救质量, 观察组在死亡率、诊断准确率、并发症发生率、再住院率、不良事件发生率的概率上均低于对照组, 两组患者对比差异显著, 具有统计学意义($P < 0.05$)。详细数据见表1:

表1 两组患者急救质量比较[n(%)]

组别	例数	死亡率	诊断准确率	并发症发生率	再住院率	不良事件发生率
观察组	60	2 (3.33)	59 (98.33)	8 (13.33)	7 (11.67)	3 (5.00)
对照组	60	5 (8.33)	52 (86.67)	17 (28.33)	22 (36.67)	12 (20.00)
χ^2		23.45	20.31	5.636	5.432	5.153
P		0.007	0.011	0.018	0.021	0.023

2.2 两组患者急救效率比较

经过对比两组患者住院情况, 采用多学科协作诊疗后的胸痛患者在急诊总耗时、患者的住院时长均明显缩短; 且住院费用显著低于未采用多学科协作诊疗的对照组, 两组患者对比差异显著, 具有统计学意义($P < 0.05$)。具体的数据统计结果见表2。

表2 两组患者急救效率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	急诊总耗时 (min)	住院时长 (d)	住院费用 (元)
观察组	60	36.17±6.13	7.42±2.31	8423.54±475.36
对照组	60	58.59±10.37	10.59±4.63	13694.24±746.95
t		13.160	4.332	8.460
P		0.012	0.015	0.027

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组采用多学科协作诊疗后的胸痛患者的护理总满意度显著高于对照组, 对比具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表3所示。

表3 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	十分满意	满意	不满意	总满意
对照组	60	17 (51.11%)	29 (28.89%)	14 (20.00%)	36 (80.00%)
观察组	60	44 (77.78%)	13 (17.78%)	3 (4.44%)	57 (95.56%)
t	-	1.1108	1.3778	1.0719	1.8271
P	-	0.0396	0.0332	0.0468	0.0315

3 讨论

3.1 多学科协作诊疗模式有助于提高急救质量

经过调查研究显示, 观察组患者在接受多学科协作诊疗模式后, 急救质量显著高于对照组。胸痛诊断需要先进行筛查, 排查患者主动脉夹层、张力性气胸与肺栓塞等高危情况, 而这类患者则需要我们医护人员采取及时而快速有效的抢救措施, 避免出现漏诊引起的病状恶化, 继而引发患者休克死亡, 或产生病发症状、加重病情。其中, 患者在接受急诊诊断时, 首先接触的是急诊的医生, 医生仅凭自己的经验来判断患者的病情, 对一些不典型的, 凶险的, 高致死率的胸痛病例缺乏专科疾病的知识, 不能及早的发现从而错过最佳的抢救时机。而建立多学科协作诊疗制度, 有利于集中优势资源, 促进学科间的交流与合作, 提高急诊

诊疗质量。

3.2 多学科协作诊疗模式能够提升急救效率

此次研究结果表明, 多学科协作诊疗模式对改善急诊老年非创伤性胸痛患者的急救效率更高。患者在接受急诊诊断时, 诊科医生对于患者进行常规检查可能会出现漏诊或误诊情况, 而误诊的出现, 一方面延误患者的最佳治疗时间, 另一方面又会出现“小题大做”的情况, 致使寻常胸痛患者被误认为是严重情况, 从而为患者及其家庭带来不必要的经济与精神压力, 而多学科协作诊疗模式不仅有助于结合优势资源, 还能够准确判断患者真是病情, 通过协作诊疗帮助患者尽快康复。此外, 多学科协作诊疗模式能够使各科室医生通过建微信工作号和微信群进行相关知识和信息的共享, 进行学科之间的交流合作, 提升治疗效率, 帮助患者减轻经济与精神负担, 尽快帮助患者摆脱病情阴霾, 并节省了医疗资源。

3.3 多学科协作诊疗模式有助于提高护理满意度

经过调查研究表明, 多学科协作诊疗模式能够提高患者的护理满意度。究其原因在于, 多学科协作诊疗模式团队, 需要提前做好各种准备, 及时给予患者救治, 提高急诊的效率, 获得更高的护理满意度。并且多学科协作诊疗模式团队要求诊疗医护人员24h全天候均可以应诊, 能够给与患者更便捷、高效的诊疗模式, 让患者能够及时的就诊, 并结合多学科协作, 及时的制定针对性的治疗方案, 从而提高急救的质量, 构建良好的医护关系, 有助于提高患者的护理满意度。

4 结论

综上所述, 急诊多学科协作诊疗建立有助于提高急救质量, 提升抢救效果, 有效的提升诊疗的效率, 有助于提高患者的护理满意度。当然本研究中样本数量偏少, 尚需通过较大样本病例数来进一步探究多学科协作诊疗模式建立对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。

参考文献:

- [1]侯文可,朱秀彪,郭江林,李晋萍.规范胸痛急救流程对高危患者确诊时间、辅助检查应用的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(08):1014-1016.
- [2]中华人民共和国国家统计局.2018年国民经济和社会发展统计公报[N].统计公报,2018-04-28(006).
- [3]许华.非创伤性胸痛患者急诊分诊流程的实施效果分析[J].护理学杂志,2014,29(22):16-17+23.
- [4]许华.非创伤性胸痛患者急诊分诊流程的实施效果分析[J].护理学杂志,2014,29(22):16-17+23.
- [5]张魄.老年人胸痛76例临床分析[J].内科,2011,6(02):144-146.
- [6]R A Haward.Using service guidance to shape the delivery of cancer services: experience in the UK[J].Nature Publishing Group UK,2003,89(Suppl 1).
- [7]Gupta Rohit,Munoz Robert.Evaluation and Management of Chest Pain in the Elderly.[J].Pubmed,2016,34(3).
- [8]张文一,刘月辉,王志忠.加强会诊质量监测提升医疗评估效果[J].中国卫生信息管理杂志,2014,11(02):134-137.
- [9]王家祥,苟建军,赵菁.综合医院多学科协作在疾病诊治中的实践与作用[J].医学与哲学(B),2015,36(09):1-4.
- [10]章满红,梁俊,杨琼.急诊医疗信息系统的设计策略分析[J].中华危重症医学杂志(电子版),2015,8(03):189-190.

作者简介:

程水红 (1980.9—) 女, 汉族, 安徽 安庆, 主管护师, 本科, 研究方向: 急诊急救。