



JIJU GUANLIXUE

急救管理学

郭豫学 滕贵明 王世文 主编



甘肃科学技术出版社

急救管理学

郭豫学 滕贵明 王世文 主编

图书在版编目 (C I P) 数据

急救管理学/郭豫学, 滕贵明, 王世文主编. —兰州:
甘肃科学技术出版社, 2009.8
ISBN 978-7-5424-1347-5

I. 急… II. ①郭…②滕…③王… III. 急救 IV.R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 149137 号

责任编辑 黄培武 韩 波 (0931-8773230)
封面设计 王 宾
出版发行 甘肃科学技术出版社 (兰州市南滨河东路 520 号 0931-8773237)
印 刷 甘肃光子印务有限责任公司
开 本 880mm × 1230mm 1 / 16
印 张 15.75
字 数 413 千
插 页 1
版 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷
印 数 1 ~ 1000
书 号 ISBN 978-7-5424-1347-5
定 价 48.00 元

《急救管理学》编委会名单

总策划	李存文	常继乐		
主 审	曹晓源	詹乐恒		
主 编	郭豫学	滕贵明	王世文	
副主编	牛天平	李自力	王映珍	白 飞

编 委 (按姓氏笔画排列)

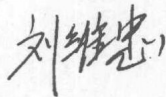
牛天平	王小东	王小华	王世文	王兴权
王映珍	邓 莘	白 飞	肖 文	李自力
李培杰	李丽丽	杨 兰	杨小秦	张晓峰
褚 沛	龚海军	黄 涛	詹乐恒	郭豫学
曹晓源	滕贵明			

序

2003年“SARS”在我国爆发后,国家高度重视卫生应急工作,先后出台了《国家突发公共事件总体应急预案》、《中华人民共和国突发事件应对法》等文件法规,特别是我国2008年发生的“5·12”汶川大地震,给人民的生命财产造成了巨大损失,而且全球性各类突发事件不断发生,给人类健康、生活造成越来越多的破坏和威胁,这就显得紧急医疗救援工作尤为重要。以研究和实施紧急救援,最大程度地减少灾害和挽救人的生命为目的的急救管理学越来越受到瞩目,如何提高突发事件应急反应能力,提高医学救援效率,是摆在卫生行政部门领导及从事急救医务人员面前新的课题。突发事件应急管理能力的强弱,体现了一个地区、城市乃至一个国家的综合管理能力和文明程度。

为适应全国、全省紧急医疗救援事业的发展需要,由甘肃省紧急医疗救援中心组织有关专家,结合我省近年来各类突发事件紧急医疗救援的实践经验,编写出版了《急救管理学》这本专著,本书内容新颖、体系完整、简约精悍,具有较强的指导性、实用性和可读性,它是目前国内比较全面系统的关于紧急医疗救援管理方面的专著,对从事急救专业工作、急救管理工作人员的业务学习和培训以及相关专业教学和培训等具有较高的参考价值。我深信,《急救管理学》的出版,对于更好地适应新形势下紧急医疗救援事业的发展,加快医疗救援人才的培养,推动紧急医疗救援事业产生积极而深远的影响。

甘肃省卫生厅厅长



2009年3月9日

前 言

突发事件,是指突然发生、造成或者可能造成严重社会危害,需要采取应急处置措施予以应对的自然灾害、事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件。近年来,“SARS”、“5·12”汶川大地震、各类矿难、交通事故等频发,突发事件不断发生,时时刻刻威胁着人类的健康和安全,实施应急救援,最大程度地减少突发事件对公众健康的威胁,挽救人的生命,是紧急医疗救援的核心任务。突发事件应急管理能力的强弱,体现了一个地区、城市乃至一个国家的综合管理能力和文明程度。

为了满足紧急医疗救援事业发展的需要,提高紧急医疗救援管理水平,在甘肃省卫生厅领导的关怀下,在甘肃省紧急医疗救援中心的大力协助和支持下,我们组织急救方面的有关专家,特别是既懂急救医学专业知识又从事多年急救管理的学者,结合近年来突发事件紧急医疗救援工作中的体会,编撰了这本《急救管理学》。该书全面、系统地介绍了急救管理的相关知识,全书共 17 章,主要包括:急救医疗服务体系、急救医疗行政管理、急救医疗应急队伍建设与管理、日常急救管理、突发事件的危机管理、突发事件紧急医疗救援管理、灾害救援后传染病的预防与管理、灾后心理危机干预、急救调度指挥及信息管理、急救医疗质量管理、急救医疗培训与科研管理、应急物资保障、相关法规和政策等内容。希望能够为从事急救医疗及急救管理工作的同仁们提供一些参考。

由于水平有限,书中难免存在不妥之处,敬请批评指正。

编者

2009 年 3 月 9 日

目 录

第一章 急救管理学概论	(1)
第一节 急救医疗管理	(1)
第二节 医疗安全管理	(5)
第三节 院前急救管理	(6)
第四节 急诊院内管理	(7)
第二章 急救医疗服务体系	(13)
第一节 急救医疗服务体系的形成和发展	(13)
第二节 我国急救医疗服务体系的现状和模式	(25)
第三节 我国急救医疗服务体系的未来发展思路	(27)
第三章 急救医疗行政管理	(30)
第一节 卫生行政管理机构	(30)
第二节 组织指挥体系	(33)
第三节 各级各类管理人员职责和任务	(36)
第四章 急救医疗应急队伍建设与管理	(37)
第一节 急救医疗应急队伍建设	(37)
第二节 急救医疗应急队伍管理	(41)
第五章 日常急救管理	(43)
第一节 院外急救工作流程	(43)
第二节 院外与院内衔接	(45)
第三节 院内急救	(47)
第四节 院内急救的绿色通道	(53)
第六章 突发事件的危机管理	(56)
第一节 危机的概念及其特征	(57)

第二节 危机的阶段与分类	(58)
第三节 突发事件与危机的关系	(60)
第四节 危机管理的概念与职能	(61)
第五节 危机管理的要求及影响因素	(67)
第七章 突发事件紧急医疗救援管理	(70)
第一节 突发事件卫生应急管理	(70)
第二节 突发事件紧急医疗救援	(72)
第八章 灾害救援后传染病的预防与管理	(78)
第一节 自然灾害后传染病的发病机制	(79)
第二节 自然灾害后传染病的流行特点	(82)
第三节 自然灾害条件下的传染病防治对策	(83)
第四节 自然灾害条件下常见的流行疾病	(86)
第九章 灾后心理危机干预	(99)
第一节 灾后心理危机干预的必要性	(99)
第二节 灾害造成的心理行为影响	(101)
第三节 灾害造成群体的心理行为反应	(102)
第四节 受灾人群的心理干预措施	(104)
第五节 重建受灾儿童心理安全感	(106)
第十章 急救调度指挥管理	(108)
第一节 日常急救调度	(108)
第二节 突发事件调度指挥	(124)
第十一章 急救网络及信息管理	(132)
第一节 急救分级网络建设	(132)
第二节 急救网络中心、分中心、网络站(点)的职能	(133)
第三节 急救信息库建设与信息管理	(134)
第十二章 紧急医疗救援信息管理	(136)
第一节 紧急医疗救援信息系统建设	(136)
第二节 紧急医疗救援信息报告	(138)

第三节	紧急医疗救援信息发布与通报	(141)
第四节	紧急医疗救援信息管理	(143)
第十三章	急救医疗质量管理	(146)
第一节	急救基本诊疗技术	(146)
第二节	急救技术质量控制	(146)
第三节	急救医疗文书	(149)
第四节	急救医疗各项管理制度	(150)
第五节	急救医疗事故防范	(151)
第十四章	急救医疗培训与科研管理	(156)
第一节	急救人员专业化培训	(156)
第二节	公众急救知识培训	(159)
第三节	急救科研管理	(161)
第十五章	急救设备及药品管理	(166)
第一节	急救设备管理	(166)
第二节	常用急救药物及管理	(173)
第三节	急救专用车辆及管理	(173)
第十六章	应急物资储备管理	(179)
第一节	公共卫生事件应急物资储备机制	(179)
第二节	应急物资储备管理	(184)
第十七章	急救的相关法规和政策	(189)
第一节	国外急救立法情况	(189)
第二节	我国出台的相关法规和政策	(190)
附 录		(191)

第一章 急救管理学概论

急救管理学是系统研究在急诊急救领域中管理活动的基本规律和一般方法的科学。急救管理学是适应现代大急救社会化的需要而产生的。它的目的:研究在现有的条件下,如何通过合理的组织和配置人、财、物等因素,提高医疗救治水平,使其救治功能最大化,确保在公共卫生突发事件和日常急症中患者的生命得到及时、有效的救治,保障人们的生命安全。

现代急救医学自身发展的规律和特征,决定了现代急救管理理论的形成和发展,离不开医院管理学、自然科学、社会科学的不断发展和相互渗透,涉及多方面知识和学科。按照现代医院管理的对象、管理核心、管理过程、管理的目的以及由此而引起的系统原理、人本原理、动态原理、效益原理等基本原理解设计内容,结合急诊医学服务体系的迅猛发展,特别是院前急救的逐步普及,具体地应用现代管理的基础理论,基本技术和基本方法。本章简要介绍现代急救医疗与安全管理、院外与院内管理的基础理论知识。

第一节 急救医疗管理

一、急救医学发展概况

随着社会的进步和医学科学的发展,急救医学已成为一门独立的综合性新兴边缘学科,并受到人们高度重视。能否及时、有效地抢救各类急危重症病人,反映了一个国家、一个地区、一所医院的管理水平和医疗技术力量。

世界上许多发达国家都十分重视发展急救医学。据美国统计,在第一、二次世界大战的死亡率高达 8.4% 和 4.5%,朝鲜战争为 2.5% 以下。美国于 1972 年正式承认急救医学是医学领域中一门学科,1979 年又批准急救医学正式列为独立医学学科,并配置了直升机用于院前急救,进行现场和途中救护,使伤病员能迅速安全地转送至医院急诊科进行高级生命支持,以后又建立了设备齐全的 ICU(加强监护病房)和 CCU(冠心病监护病房),形成完整的急救体系。

我国急救医学起步较晚,但近几年发展迅猛。我国卫生部于 1980 年 10 月 30 日颁发了《关于加强城市急救工作的意见》文件,1984 年又颁发了(84)卫医司字第 36 号文件,明确提出城市综合性医院要建立急诊科。1981 年创立了中国急诊医学,1986 年 12 月 1 日中华医学会正式批准成立“中华医学会急诊医学会”。2002 年中国医学管理学会全国急救中心(站)管理分会在青岛正式成立,标志着我国急救医学的管理迈上了新台阶,相继出台了《国家卫生部紧急医疗救援中心(站)管理办法》、《院前急救规范条例》,将在全国首次统一院前急救管理及工作流程、急救病历书写基本规范以及院前急救诊疗常规和急救技术操作规范等一系列文件,使急救管理向更科学、更标准化迈进。

急救医学作为一门新兴的临床学科,经过了二十多年的艰辛历程,正进入一个快速发展阶段。参照西方发达国家急救医学已经经历的发展过程可以预示我们将行走的轨迹。但我们在学习先进和成功经验的同时,也要结合我国的具体情况,来促使和推动我国急救事业的不断发展。

二、急救医学范畴

(一) 急诊与急救含义

急诊与急救医学是业内长期难以统一的称谓,但两者确有不完全相同的含义,也存在着其内容的交叉与重叠。

从理论上也很难给急诊医学下一个完善的定义,作为一门临床医学专业,其主要任务是评估、处理、治疗和预防不可预测的疾病与创伤,包括对任何人、任何时间、任何地点、任何症状、任何事件,以及病人自己认为患有疾患,进行初始评估、治疗和处置,或某人对他(她)的伤害,需要迅速给予内、外科及精神科的关注。急诊医学涵盖了伤、病现场、转运途中、医院急诊中的诊治医疗和进一步的生命和器官功能支持。其中对危及生命,有严重器官功能损害的患者必须争分夺秒地急救,而众多需要医疗的非重症患者却不需要采取急救。急救医学从另一个角度还包括求救后的急救反应,包括急救人员、车辆、通讯调动准备,现场抢救、转运,医院急诊中的急救,更加突出抢救生命和稳定生命指征的合理有序组织管理过程,以及其中涉及急救技术熟练和有效的使用,也可让掌握一些急救技术的非专业人员或公众参加。

可以认为,急诊医学是对急性发生疾病和创伤的评估、处理、治疗和预防的学科专业体系,核心是救治急症和创伤。急救医学更侧重伤、病的现场评估、紧急处理、安全转运的组织实施,核心在于救治过程。可见这所涉及的理论和技术内容方面是交叉重叠的,在医学实践中的不同层面上虽有所不同,但真正地融合于一个完整急诊医疗服务体系的建设发展之中。

所以急救在整个急诊过程中更核心、更紧迫、更重要、更具体、更能决定病人的预后。当一个病人不管什么原因致生命垂危时,从现场急救、途中转运到院内的急诊科,包括“ICU”病房和高级生命支持都体现了救治过程的紧迫性,我们倡导的“生命链”,即早期连接(拨打“120”)、早期心肺复苏、早期除颤、早期高级生命支持,就是这一过程的具体体现。

(二) 急救应是“救人治病”

“治病救人”已是全社会耳熟能详的概念,但对急诊来说既是对的,又不确切,不完全切实可行。逻辑往往是反映一种因果关系,如当今我国社会提倡“又好又快”。所以,急诊医学发展理念中需要提的是“救人治病”,要以抢救生命作为第一目标。这里的区别是:“治病”先要明确疾病诊断再采取相应的治疗措施。这一逻辑支配医生首先要去弄清临床诊断。但急诊实际工作中患者最突出的问题是急性症状。由于患者的情况差别大且复杂,往往一时很难弄清诊断,如果急症已危及生命,需要的是立即稳定生命体征,解决主要紧迫的救治问题。也因为急症抢救有很强的时间限制,包含要尽可能减少患者及家人院前急救转运、来院医生救治时间的延误。抢救的黄金时间要强调从致伤、发病起计算,抓住这个时间窗,先解决救命的首要问题。要树立先救人观念,只有生命体征稳定,才能赢得深入诊断和针对病因治疗的机会,避免在繁杂的诊断过程中发生死亡的沉痛教训。所以说急诊救治应该反映出的是一个医院整体综合医疗水平,折射出一个社会对生命尊重的文明程度。

目前,我国的急诊救治资源还非常有限,突出“救人治病”是体现以生命为本,将有限的资源用在最需要的患者身上,减少有限资源的浪费。应该从制度和流程上规定救命优先的原则,不仅从情理而且从法理上予以规定,要将有限的救治资源使用的前后顺序,明确为先救致命伤病,再是可能发生危险的危重症,再治需解除痛苦而不致命的急症,后是一般急病诊治,最后是要看病来急诊的病人。根据每种分类不同来限制等待时间,并明示来诊患者,使救治资源趋于分配合理、使用有效。

(三) “多能一专”是急诊医师的模式

什么是合格的急诊科医师,他既不是内科医师又不是外科医师,更不是全科医师,他应该是急诊急救的专科医师。而这个“专”应该是在心肺复苏、心衰、中毒、急性冠脉综合征、各种休克抢救治疗、MODS 救治、严重多发伤及复合伤抢救治疗方面上成为行家里手和有独到之处。另外在急救设备和技能上如心肺复苏除颤、插管、气管切开、各种穿刺、置管、起搏、呼吸机应用等方面应熟练掌握。

如何让急诊医生路越走越宽?“一专多能”是众所周知的专业理念,而急诊则更需要“多能一专”的专业人才。作为一名年轻的住院医师,经历急诊专科培训,掌握急诊医学的理论和技能,在临床实践中锻炼成为一名合格的急诊医生,意味他(她)能担负急诊的工作,具有一定的教学和科研能力,可称之为多能。但他(她)在成为高年资医生后,应根据个人兴趣和经历,去关注某个专科方面,特别涉及急危重症病情阶段的专科领域,如心脑血管急症、呼吸急症、消化系统急症,以及急诊多发伤、复合伤的救治,也可涉及各种辅助检查和特殊治疗,以至精神心理、灾害救援、法律保护等。“多能一专”将会摆脱原来“通才”或“万金油”的框架,使急诊医生成为急诊医学专业中卓有所长的技术复合型人才。

三、急救医疗体系的管理

急救医学是基础医学、临床医学与许多学科相结合的一门综合学科,它随着社会的进步以及医学科学技术的发展,越来越受到人们的重视。急救医学的特点是“急”,其实质是“救”,具体表现为病人发病急、需求急,医务人员抢救处置急。如急而不救,或无能力去救,都将丧失急救本身的意义,因此急救医学体系应由院前急救、医院急诊科和重症监护病房(ICU)三部分组成。急救医疗服务体系(EMSS)是一个在急救中各个环节连接紧密的整体,既有具体的分工又是一个整体,具体地说,院前急救负责现场和途中救护,急诊科和 ICU 负责院内急救。

(一) 院前急救

院前急救的主要任务是日常急救;承担对灾害或公共卫生突发事件医疗救援;担任对参加大型集会或活动健康保障,贵宾来访等救护值班。院前急救不同于院内急救,其特点是在紧急情况下,即使存在现场急救条件差、病史不详、缺乏客观资料、病情各异、环境较恶劣、抢救人员体力消耗大、医疗设备受限、缺乏上级医师指导、时间紧迫等不利因素,也要求院前医师在最短时间内实施紧急医疗救援,保障或维持生命器官的运转与对症治疗,要以救命为主。

院前急救是在现场和途中进行,因此很难用医院各种抢救常规来要求。尽管院前急救是暂时的、应急的,对于一些危重病人来说,如果没有院前急救过程中所争取到的生命体征平稳,院内医师技术再高,设备再好也难以起死回生。因此,院前急救是 EMSS 最前沿的阵地。我国急救水平与发达国家的差距主要是在院前急救上,主要表现在通讯、运输交通工具、车载设备、院前医师应急技术水平及与院内急救的连接上。大力发展和加强院前急救管理是我们进一步提高整体急救水平的关键所在,EMSS 管理中院前急救是前提,是关键。

(二) 院内急救

1. 急诊科(室)

急诊科(室)是一个综合医院的窗口,通过急诊科的设备和技术服务水平,往往可以反映该医院的综合素质和技术水平。北京急救中心报导一组 9411 例病例,按照 ICD-10 编码分类,前 10 位的疾病为:创伤、头颈损伤、脑梗死、头晕、呼吸道感染、脑出血、心绞痛、心律失常、心肌梗塞及高血压。

我国急诊科模式大致分为三种:①依赖型:急诊科只有专职主任、个别固定的医师和护士,其工作主要依赖各专科医师完成;②支援型:有固定的医师和护士,能完成大部分工作任务,但还需要各专科经常性支援;③自主性:急诊科有独立完成任务的能力,与各科只有会诊和协作关系。目前,多数

大型综合医院急诊科在结构上配置有:分诊室、诊断室(内科、外科、儿科)、抢救室、留观室、急诊病房、ICU、急诊手术室、外科无菌处置室、骨科整复室、洗胃室、治疗室及输液室。仪器配置有:除颤仪、床边监护仪、无线遥控监护仪、呼吸机、便携式彩色B超、胃镜、气管镜、血滤机、手术室中央塔(配有氧气、负压、电源插座)、多功能手术床、麻醉机、多功能中心监护仪(包括血压、血氧、体温、呼吸、心电、血流动力学检测)、洗胃机、吸引器等。

理想的急诊科模式应该是急诊病人由急诊科医师和护士独立完成,只有特殊的问题请专科医师来协助完成。有些医院的急诊科除了常规的抢救技术外,还开展了心血管疾病的溶栓治疗,各种介入治疗和外科手术治疗。

2. ICU

重症监护病房(ICU),是收治危及生命的病人,由经过正规培训的专业人员,利用先进的监护仪器和医疗设备,将危重病人集中起来,对其生命体征、心、肺、脑、肾功能及血流动力学指征进行客观地、系统地、连续不断地观察与监测,并不失时机地进行强化治疗和高级生命支持,最终提高危重病人生存率的一种特殊场所。重症监护是医学领域中非常年轻最具活力的学科之一,也是危重医学的临床基地。ICU建设是医院现代化的一个标志,也是急诊医学发展的需要。

(1) ICU设置 综合ICU应毗邻急诊科、手术室及临床各科室。专科ICU应靠近临床各科或专业病房,以便患者的抢救、会诊和转送。为便于人性化的院内转送最好设地下通道。

平面布局除病室外(各病房备洗手间),还需设护士站、治疗室、医师办公室、仪器存放室、配餐室、消毒室、医护休息室、示教室、接待室、储藏室及洗手间等,且保证排污通畅有效。工作人员、患者及其家属出入分设两个通道,且标记明确。有可视电子自动门与外界分隔,实行封闭式管理。

综合医院ICU的床位数是全院总床位数的1%~2%,多主张8~12张,其中1/4为单间,其余为大病房,用以接纳病情相对稳定,但还需要监护的病人,各床之间以布帘分隔,以保证质量及便于管理。

每位占地面积20m²左右,设吊塔,其内装备中心供氧、负压吸引及空气压缩系统的管道,且三种输出接吸口径标记分明,备好各种接头,配备两路以上电源及多头插座,各有专用保险系统,可托放与中心台联网,且同步显示监测参数的床旁监护仪。安放顶式环形输液轨。ICU配备的床及床头柜要随时迁移并可制动。监护床应具备多功能,可翻身、牵引、功能锻炼和传呼报警,且结实、耐用备护栏。

ICU应设空调或调温设备,设空气层流装置,以达到空气净化和消毒作用。

中心监护站应设在ICU的中心部位,以扇形设计为佳。内设办公设施、病案文档及病人各种相关资料夹。病室面对中心站方向用玻璃拉门隔开,使医务人员既能俯瞰所有病人,又可通过录像、中心监护仪及通讯报警系统及时了解病人的各种信息。

(2) ICU管理 ①ICU护士,应由经过ICU正规培训或全日制毕业,工作两年以上具有综合护理能力的各级护理骨干组成,可以辅以进修护士,以保持护理工作的基本水平。病区设护士长一名,负责人员、物资分配和督导协调病房工作。护士与床位数为3:1。

ICU护士需具有较高的职业道德水平和极端负责的工作精神。具备心电图辨析能力和各种监护、抢救技能,能沉着应对并处理各专科常见疾病,熟知各监测参数及临床意义。工作有序,反应敏捷,并承担进修生培训工作。应敬业爱岗,身体健康,仪表端庄,服务态度良好,团结合作。

②ICU医生,综合ICU应由专职ICU医生或具有一定工作经验,善于钻研的内、外、麻醉科各级医生组成,可辅以进修医生和实习生。设科主任一名,负责科内全面工作,指导修正每日治疗方案,定期查房组织会诊及主持抢救任务。综合ICU收治急危重症,经短期监护、治疗可望好转或治愈。如急性呼吸功能衰竭、急性心肌梗死、肺水肿、急性药物中毒、突发性昏迷、急性肝、肾功能衰竭,严重复合

伤、复苏和大手术后等患者。而慢性消耗性晚期病人、急性传染病、精神病、脑死亡者,以及无望或各种原因放弃抢救者,均不在 ICU 收治范围之列。收治 ICU 者一般监护 3~5 天,病情复杂者 2~4 周。患者在 ICU 治疗期间,应经常与原病房医生联系,协商采纳 ICU 专业之外的专科意见。

第二节 医疗安全管理

由于受诸多因素的影响,医疗纠纷复杂的程度难以预料,严重地干扰了医疗工作的正常运行,同时对医院的管理工作提出了更高的要求。因此,要加强医疗安全管理,预防医疗纠纷,创建宽松和谐的医疗环境,保障医患双方的合法权益。

随着医院改革的不断深入,医疗水平的提高,患者就医的需求在增长的同时,医疗纠纷也不断的增加,并且呈现出增长速度快,处理难度大的趋势。为维护医院正常工作秩序,及时妥善处理医疗纠纷显得十分重要和迫切。

医疗工作是一项高风险、高技术、不可预测因素多的工作,复杂疑难病例多,而急救病人又处在风口浪尖上,风险极大,死亡率高,医生在处理这些病人的时候,即使责任心再强,也难免出现缺陷,而且目前患者多数认为任何缺点都会给自己造成伤害,而且伤害是 100%。轻则形成纠纷,重则对簿公堂。医生的辛勤劳动得不到患者的理解和社会的认可,从而影响了医生勇于承担风险,勇于探索,积极开展新技术、新业务的积极性。因产生了畏惧情绪,通常敢做的手术不做,应该本院完成的治疗转上级医院治疗,使得医疗质量和技术水平无法提高,患者的利益和医院的发展最终都受到影响。为了提高医疗质量,维护患者的利益,医院应加强医疗安全管理,防范医疗纠纷,保障医疗安全。

一、增强法律、法规及服务意识

开展医疗卫生法制教育,认真学习有关医疗法律法规,明确作为一名医务工作者所应承担的法律责任和义务。在诊疗过程中严格按照操作规程执行诊疗护理常规,做好病情宣教,从而加深医患之间的理解,有效地防范医疗纠纷的发生。另外,医务人员除了职业上的特殊性,他们与其他公民的法律地位是相等的,自身的合法权益同样也要受到法律的保护。

二、强化医疗安全意识,严格执行规章制度和技术操作规程

医疗质量的要求,也是道德的要求,医疗服务的对象是“人”。面对这一特殊的服务对象,医疗、护理差错事故直接关系到病人的疾苦和生命安全,一旦出现差错事故,造成的损失是无法挽回的。“精益求精”、“细致入微”、“严格查对”,必须要贯彻到医疗活动的始终。医护人员要把查对意识和医疗责任结合,使其成为医护人员的基本素质。漏诊、误诊常常是由于诊疗经验不足、技术责任心不强等综合因素造成的。严格执行首诊责任制、三级查房制,使漏诊率下降。临床工作复杂多变,遵守诊疗规范规章制度就在于规范医疗行为,保证医疗工作的顺利进行。

三、加强医务人员的职业道德教育,提高医务人员的整体业务素质

不少医疗纠纷不是由医务人员的诊疗水平、护理质量引起的,而是由于医务人员的服务态度生、冷、硬、顶,不注意说话的语气和方式,对病人家属交代病情不详,对病人及家属提出的问题不耐烦解答或不理睬而引起的。另外,回扣、红包以及乱收费等行业不正之风都是社会比较关注的问题,也是医院常抓不懈的任务,医务工作是关系到人民健康的特殊行业,必须加强自身的业务学习,提高服务质量,加强行风教育,树立忠于职守、尽职尽责、病人至上的高尚观念。只有这样才能有效地防止医疗纠纷,也是减少医疗过失,防范医疗纠纷的关键所在。

四、建立科学而严谨的医疗体系

制定医疗事故争议奖惩办法,制定医疗纠纷防范方案,对全院医技科室实行医疗安全查房制度,指定医疗纠纷隐患报告制度及医疗事故争议奖惩办法。

五、妥善处理医疗纠纷

成立专门的机构负责病人的投诉。对发生的医疗纠纷逐一登记,明确答复患者和家属。做到及时、公平、合理地处理。对失误的医疗事件应诚恳承认,主动承担责任,切勿推诿病人,袒护医务人员。给患者及家属以信任感。按制度对所发生的医疗纠纷进行分析,将产生的原因和存在的问题及时反馈给职能部门和有关科室,内部找出不足,总结经验教训。

医院是一个独立存在于社会并具有特殊社会地位和社会作用的机构,它具有一般社会组织机构所面临的风险,如火灾、失窃、欠账、倒闭等风险,还具有其独有的因医疗纠纷、医疗对象而存在的风险,如医疗纠纷、医疗事故、医疗侵权等。然而,目前由于我国法制不健全和经济发展的水平原因,医疗机构只能独立面对这些风险。甚至必须承担一些本来不属于自己承担的风险。因此,学习医疗风险理论,降低医疗风险措施,对医疗机构管理者来说,就显得尤为重要而紧迫。

第三节 院前急救管理

院前急救规范化管理就是应用标准化、科学化、法制化的管理,针对院前急救的各个环节制订健全急诊医疗服务体系的基本标准、基本服务规范和管理办法,使院前急救科学化、标准化、法制化。

一、标准化管理

协调、优化、效益是标准化管理的基本目标。院前急救的标准化管理,就是要逐步规范院前急救的发展模式,建立统一的工作规范标准;制定急救中心与分中心及网络医院的隶属关系,实现管理、信息、指挥调度、抢救规范、车辆管理、装备供应的标准化,使急救医疗形成完整的管理体系。有了统一的标准,规范急救中心(站)的从业行为,可以避免院前急救过程中的医疗风险,才能为人民群众提供可靠、安全、高效的院前急救服务。

二、科学化管理

科学化管理可以通过网络信息化、数字化建设提高工作效率。实现对各项工作的全程覆盖和监控,有效提高管理水平。院前急救全程信息相当于 PDCA 循环。系统将调度接警派车、车辆运行维护、急救医疗业务以及财务信息等各方面的动态情况、数据和信息,通过计算机网络系统实现实时收集和系统分析,所有情况一目了然。系统实时监控和快速追查从报警到发车,从发车到现场,从救护到送达医院的每个员工、每项工作的全过程,做到发生问题立即纠正,为领导实施及时、准确、科学的管理提供了现代化的手段,使各项工作的质量管理与监督实现了即时化和科学化。

三、法制化管理

法制化管理是保证院前急救工作顺利开展的重要前提,是保障急救医疗安全的重要保证。只有通过完善急救医疗制度,制定相关法规,依法开展急救医疗服务,以地方立法规范社会急救医疗管理,明确各有关部门、市民的权利和义务,提高对急、危、重伤病员的救治能力,才能真正做到使社会急救医疗法制化、规范化。

四、人才最优化管理

加强人才培养,优化人才结构,造就一大批既懂专业知识又懂现代化管理的高素质人才。合理化配置院前急救专业人员,完善院前急救专业人员的培训机制。应通过多种渠道调整、完善专业人员的

结构;同时还应在医学院校中设置急诊医学专业,进行专业化的培养,为院前急救事业输送专业人才。

五、加强监督和评价,逐步完善监督机制

监督包括行政监督和民主监督,评价包括准入性评价、过程评价和结果(效果)评价等,健全的监督机制及与规范管理相匹配的评价指标体系,是监督和评价工作的基础。加强民主监督就是对院前急救这个窗口行业实行群众和社会舆论的双重监督,定期和不定期地进行病人回访和社会满意度调查。

第四节 急诊院内管理

相对于一些发达国家,我国的急诊医学起步较晚。就其他学科而言,急诊也是一个非常年轻的学科。但由于病人的需求、政府的推动及我国医学界同仁的共同努力,我国的急诊医学(尤其是在大城市)发展非常迅速。很多医院的急诊科无论在规模还是业务水平都已经到了相当的程度。

一、急诊工作量

我国在 20 世纪 80 年代末以前,对急诊患者有一个基本标准,如发热患者体温必须大于 38°C 才能到急诊就诊等。但随着改革开放,所有的要求都在不知不觉中自然消失。并且由于急诊实行和门诊一样的收费标准,急诊实际上成了一个 24 小时不关门的门诊。急诊的工作压力越来越大。

据统计,我国日前每年大约有 6800 万急诊患者,其中约 7%(476 万)为危重患者。北京市 13 家大型综合医院 2004 年的统计数据表明,年急诊量达 1 282 616 人次,平均每个医院接诊急诊患者 98662.77 人次。有人对到急诊就诊的患者进行了分析,发现来急诊就诊的患者中有相当一部分人属于非急诊患者。一组 16083 例急诊病人的分析表明,其中 8123 例(占总数的 50.5%)不属于急诊的范围。

无条件的急诊就诊一方面造成了有限的急诊资源的极大浪费,同时也增加了医患之间的矛盾,最终影响服务质量;另一方面,由于人力物力的有限,影响了对于那些有抢救价值的生命的挽救。如何对急诊病人进行分类救治以及如何减少非急诊患者是急诊医学中存在的一个需要解决的问题。

二、急诊就诊患者的疾病谱

1. 北京地区急诊疾病谱

解放军总医院调查分析了 82598 例急诊患者的病历。他们把所有的急诊患者分为 20 大类:损伤和中毒、呼吸系统疾病、消化系统疾病、症状体征和某些不明确情况、循环系统疾病、泌尿生殖系统疾病、传染病和寄生虫、精神疾患、神经系统疾病和感觉器官疾病、皮肤和皮下组织疾病、妊娠分娩和产褥并发症、肌肉骨髓系统和结缔组织疾病、内分泌营养和代谢疾病及免疫疾病、影响健康状态和保健机构接触的某些因素、肿瘤、血液及造血器官的疾病、起因于围产期若干问题、先天异常、肿瘤的形态学、其他。

在本组病例的 20 大类疾病中,最多的为损伤和中毒,共 25 612 例,占 31.10%;其次为呼吸系统疾病,有 23 809 例,占 28.18%;消化系统疾病占第三位,有 12 456 例,占 15.11%。

北京急救中心报道一组 9411 例病例,按照 ICD-10 编码分类,前十位的疾病是:创伤、头颈损伤、脑梗死、头晕、呼吸道感染、脑出血、心绞痛、心律失常、心肌梗塞及高血压。

2. 东北地区急诊疾病谱

李继光等报道了一组 28 486 例急诊病例,其中外伤 11 267 例,占 39.55%;非外伤 17 219 例,占

60.45%。占前几位的疾病分别是:消化系统疾病 24.14%、呼吸系统疾病 18.32%、神经系统疾病 18.08%、心血管疾病 13.85%。

3.南方地区的急诊疾病谱

李秀容等将一组急诊患者 16083 例按病情分为危急、紧急、一般急诊及非急诊四组。

危急组 177 例中脑血管病 65 例,占 36.72%;心血管病 45 例,占 25.99%;外伤 24 例,占 13.56%;妇产 11 例,占 6.21%;其他 31 例,占 17.25%。

紧急组 1511 例中脑血管病 338 例,占 22.37%;心血管病 204 例,占 13.5%;外科急腹症 326 例,占 21.58%;外伤 249 例,占 16.48%;妇产 79 例,占 5.23%;其他 315 例,20.85%。

樊寻梅等对全国 53 家大型综合医院调查的结果为:各医院急诊日均 162 人次,年均 6.14 万人次。抢救年均 1556 人次。占急诊前三位的疾病是:心脑血管疾病、创伤、呼吸系统疾病。

中国地域广阔,由于各地区自然条件不同、各医院的侧重点不同,急诊的疾病谱也有着很大的差异。掌握本地区急诊患者的疾病谱对于确定学科建设的方向、急诊医生的知识结构以及应对患者的策略有着重要的意义。

三、急诊患者就诊的时间分布

陈永惠等对 28826 例急诊患者的就诊时间进行分析,发现每年的 6~9 月份为急诊患者的高峰时间。如果将每天的 24 小时分为四个时段,刚从中午到午夜为患者集中就诊的时间。

北京协和医院 73865 例急诊患者分析,每天有两个就诊高峰,第一个高峰在上午 10:00,第二个高峰在 20:00。周六日及节假日就诊的患者是平日的 1.44 倍。

四、综合医院急诊科建设的情况

(一) 急诊科配置

樊寻梅教授等对平均床位 895 张的 53 家大型综合医院急诊科的情况进行了调查。调查的结果为:

1.急诊科模式

大致分为三种:①依赖型:急诊科只有专职主任、个别固定的医师和护士,其工作主要依赖各专科医师完成;②支援型:有固定的医师和护士,能完成大部分工作任务,但还需各专科经常性的支援;③自主型:急诊科有独立完成任务的能力,与各专科只有会诊和协作关系。

2.急诊工作人员

60%的急诊科有固定医护人员。

3.院前急救

23%有院前急救,64%有救护车。

4.仪器设备及结构

100%有观察床及抢救室,96.12%有 EICU,51.8%有手术室,31%有实验室,42%有 B 超,23%有血气分析,19%有生化分析仪,9.16%有胃镜。所有的急诊科均配备有呼吸机、除颤仪、监护仪、洗胃机及吸痰器。

1999 年陕西省卫生厅提出了《我省综合医院急诊科(室)分级管理标准》,2002 年,北京急诊医学会应北京市卫生局的要求设计了三级甲等医院急诊科的基本配置。2005 年甘肃省卫生厅出台了《甘肃省医院等级评审标准》,这些文件对于推动急诊科的建设起到了积极作用。目前,多数大型综合医院急诊科在结构上配置有:分诊台、诊查室、抢救室、留观室、急诊病房、重症疗区及辅助监护室(E-ICU)、急诊手术室、外科无菌处置室、外科普通处置室、骨科整复室、洗胃室、治疗室及输液室。整个急诊区域从功能上有划分为 A、B、C 三大块,分别为抢救区、就诊检查区、监护观察区。仪器配置有:除