

人们将急诊视作普通门诊的“加快版”或“延伸版”，每天来看急诊的病人中急症只占30%至50%

急诊分诊，让生命通道畅行

独家调查

本报记者 蒋炜宁
通讯员 俞水白

从今天起，电子急诊分诊平台在市第一医院正式运行。今后，病人到该院看急诊，要通过这一电子平台综合打分，分轻重缓急而非单纯地按挂号先后顺序就诊。

昨天，记者在市第一医院急诊科看到，一块大大的急诊预检分诊流程告示牌挂在墙上，边上专门设了一个预检分诊台，摆着一台用来分诊打分的电脑。今后，每位急诊病人先由分诊护士测体温和血压，数据同步传输到电脑里，由一套专门的急诊分诊软件自动生成各项评分。同时，由负责分诊的高年资护士根据临床经验，结合观察病人的生命体征，作出综合评估。随即打印机就会吐出一张就诊小票，上面写明这位病人属于哪个类别，应到哪个区域就诊。在候诊区域里，电子屏幕也会同步显示相关信息，提示病人按号就诊。

急诊分诊，作为一项合理分配宝贵诊疗资源的手段，在甬城各大医院执行情况如何？医患双方各有哪些顾虑？真正落实难在哪里？记者为此展开了调查。

拥挤的急诊，谁是“主力”？

“我就是感冒发烧，做个化验开个药，想挂个急诊能快点看完，没想到还要让我等半天，这算什么急诊？”急诊科里，这位病人正在找医生开单子配药，突然送来一个全身抽搐、呼吸困难的重病号，医生立即扔下正在诊疗的病人，去救治刚来的重病人。在甬城的各大论坛上，记者看到了种种吐槽——挂了急诊也快不起来，医生咋不替我们着想！

是什么原因造成急诊科拥挤不堪？哪些病人才是急诊的“主力”？记者近日走访了宁大附属医院、鄞州人民医院、市二院、鄞州第二医院、市妇儿医院和市第一医院，这些三级大医院每年的急诊量均在10万人次以上。各大医院急诊科的潮汐现象很明显，24小时内有两个高峰。一是在中午时分，普通门诊医生下班了，一些想配药或上厕所做了检查需要解读报告单的病人就一窝蜂地挤向急诊科。二是晚上6时到10时，上班族抽空赶来看病或是带孩子来复诊，也有来打针配药、包扎小伤口或来换药的。

一位病人告诉记者，急诊挂号费只比普通门诊贵1元，但这1元钱的性价比很高，在普通门诊做CT，有时得等上半天，而急诊是随到随做的。急诊24小时都开着，可以根据自己的时间来就医。采访中，绝大多数患者将急诊视作普通门诊的“加快版”或“延伸版”。

鄞州二院急诊科主任阮琳告诉记者，该院急诊内外科一年有11万人次的急诊量，约占门急诊量的10%。让他颇感无奈的是，每天来看急诊的病人中急症只占30%-50%，大多数是生命体征平稳、并不需要真正看急诊的患者，他们占据了急诊科主要的医疗资源。鄞州人民医院一年15万人次的急诊量，至少有三成以上是原本不需要看急诊的牙痛、失眠、支气管炎患者。



人们在余姚市人民医院急诊科有序候诊。

(蒋炜宁 俞玲玲 摄)

妇儿医院的儿科急诊更是拥挤。该院儿科急诊有18位医生在轮转，夜间配备6名，最高峰时一个晚上儿科急诊就有上百号小患者。

采访中记者了解到，急诊分诊制度三四年前就在各大医院推行，划分出三类就诊区域，设置了专门的预检分诊台，配备了专门的分诊护士，然而都很难真正执行到位。

数位急诊科医生坦言，濒危病人和危重病人绝大多数通过绿色通道直达抢救室，最令他们纠结的是普通急诊病人和非急诊病人，根本无法按轻重缓急来分诊。就拿儿科急诊来说，发烧在38.5摄氏度以上，方可看急诊。可现在感冒、咳嗽与配药的都挤到急诊科。若是预检分诊护士想让发烧患儿先看病，通常会遭到排在前面的患儿家长反对。

当然，这些情况的出现与我国分诊医疗制度不完善有关，社区及乡镇医院不提供24小时连续服务，患者夜间一有病痛就奔大医院看急诊，一定程度上加剧了急诊资源的短缺。采访中记者了解到，五年内我市各大医院的急诊科用房及配备的力量均增加了一倍多，但仍是赶不上急诊量的上涨！

急诊分诊不得力，谁受损？

急诊量大，加之缺乏有效的分诊手段，造成了眼下急救诊疗的杂乱状态——医生在急诊室来回穿梭，大量的急诊资源被普通病症牵制。在一家大型综合性医院的急诊科，一位急诊医生前半夜要看上百号病人，要是急救车再多来几趟，那就更是忙得团团转。二三分钟看一个急诊病人，不仅医生压力大，还存在着很大的医疗安全隐患。在这样的工作环境下，一眼挑出真正有需要的急诊病人，不是件容易的事。

“一晚上来看腹痛的急诊患者少说也有二三十个，但是要从中找出早期心梗病人，需要冷静的综合判断，还要有4小时的观察时间。”一位接受采访的医生说，科室里用作留观的床位只有12张，晚上病

人又多，醉酒的、意外受伤的病人不断送来。在这样的情况下，医生并没有足够的精力细细观察这二三十名腹痛患者。上个月就发生了这样的事，一位腹痛就医的患者发生了大面积的心梗，家属事后大闹医院，认为是急诊科漏诊。

这样的悲剧谁也不愿看到。急诊医疗资源被占用的同时，急症病人的诊疗时间也被人为地拉长，愈后效果相差很大。宁大附属医院急诊科主任刘德军说，该院脑血管、心血管、呼吸科和神经内科急症病人占该院急诊科的大头，其中，心衰、脑梗病人若在3小时内溶栓，后遗症很轻，能大大减少残疾程度。

市第一医院急诊科主任宗建平有着30多年的急诊经验。他说，30年前，急诊科一年内心梗病人不会超过7个。现在几乎每天有心梗病人，一晚上接诊二三例心梗很平常。与此同时，与心梗密切相关的夹层动脉瘤病人也多了起来，过去几年遇不到一例，现在每周有数例；过去是高龄老人、高血压患者易发，现在孕妇也好发此病。另外，脑血管意外的病人也多了起来。

市第一医院急诊科主任宗建平有着30多年的急诊经验。他说，30年前，急诊科一年内心梗病人不会超过7个。现在几乎每天有心梗病人，一晚上接诊二三例心梗很平常。与此同时，与心梗密切相关的夹层动脉瘤病人也多了起来，过去几年遇不到一例，现在每周有数例；过去是高龄老人、高血压患者易发，现在孕妇也好发此病。另外，脑血管意外的病人也多了起来。

这几类病人迫切需要通过急诊分诊及时筛查，给予优先救治。然而，现实中急诊分诊难以起到这一作用。就拿那家综合性医院来说，为了加强急诊预检分诊，还配备了1名保安协助分诊护士收取病历本，2名保安维护就诊秩序。但是护士和保安只有管理权，没有执法权，不少患者仍是拿着病历本与挂号单直奔诊室。

患者为啥不乐意遵循急诊分诊制度？记者在各大医院急诊科采访了50多位候诊者。他们最担心急诊分诊不公平，被“开后门”者插队，延误自己看病。在论坛上，也有网友表达了类似的担忧。他们认为，虽说医院有一个急诊分诊的客观衡量标准，但在具体操作上，由分诊护士凭自身医疗素养作出判断，没有量化标准，有些担心它的公平合理性。另有患者表示，一样挂了号凭什么要让自己等着？

采访中，多名医务人员表示，真正推行急诊分诊很难，需要市民就医理念的转变。一家大医院的医务科长说，上世纪八九十年代，只有体温在38.5摄氏度以上，方可挂急诊号。现在没了这一条限制，谁都可看急诊。一位院长助理说，最该给市民普及的是：急诊按病症轻重缓急来安排就诊次序。

先行先试，引导树立分类就诊观念

“急诊分诊遵从率从一年半前的20%上升到了现在的85%。”昨天，余姚市人民医院急诊科大科护士长方雅在接受采访时说，现实情况下，建立一套科学合理的急诊分诊系统和与之配套的医疗制度，才能逐步引导市民树立分类就诊观念。

一年半前，该院在全市率先实施科学合理的电子急诊分诊。作为



昨天下午，宁波市第一医院急诊科的护士正在试用电子急诊分诊平台。(蒋炜宁 摄)

相关链接

急诊分诊制度的起源

最早的急诊分诊概念起源于第一次世界大战。1812年，法国战地医生Baron Dominique Jean Larrey首先认识到对战场上的伤病进行鉴别、分类的重要性，以确定哪些伤员需要立即进行治疗并撤退至后方医院。1846年英国战地医生John Wilson进一步提出

欧洲急诊室忙而不乱

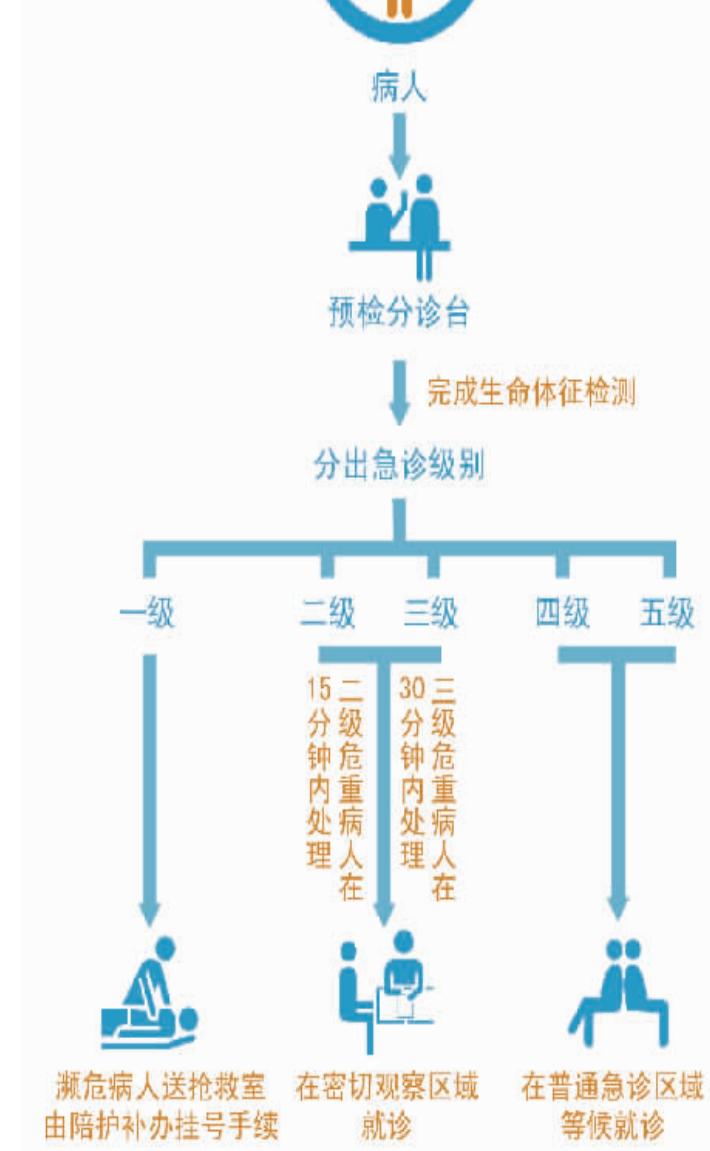
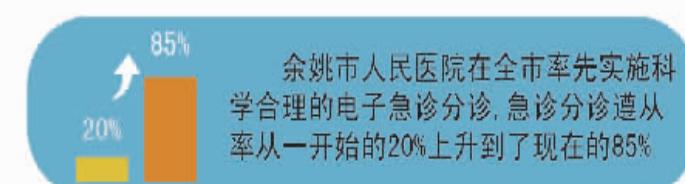
意大利利用四色袖标区分病情缓急。红色代表“紧急病情”，即有生命危险的患者，这类患者有优先治疗权，医生会在5分钟内为其进行治疗。黄色表明“病情危险”，患者症状比“红色”患者稍轻，但其病情也有急剧恶化的风险，通常医生会在1~15分钟内医治“黄色”患者。而绿色意味着患者病情可“暂缓处理”，一般他们的病不存在恶化危险，需要候诊2~3小时。而那些病情不符合急诊条件却来急诊室看病的患者，则会被分发白色袖标，即病情“不紧急”，候诊时间为4小时，且须缴纳25欧元（约合人民币175元）的诊费。

德国患者有专用休克屋，重伤或严重疾病导致休克的患者，都能在报警后30分钟内接受治疗。

西班牙医院的急诊室通常有“轻症区”和“重症区”两个区域，救护车送来的重伤、心脏病等患者都被直接送进重症区。抢救后，一名护士会全程对患者贴身陪护，减少中间环节。重症区的患者能在20分钟内接受治疗。感冒、肠胃炎等患者会在轻症区由1~3名医生问诊，通常候诊时间为1~3小时。

数说

余姚市人民医院的电子急诊分诊实践



该院配备了三班共9名高年资护士负责分诊，并在三个候诊区域巡诊，发现异常就为病人进行再次评估。

制图 洪茜茜