

急诊团队协作模式在多学科联合救治中的应用及护理配合研究

赵庆玲 徐 琦
灵武市人民医院 宁夏 灵武 750400

摘要：本文聚焦急诊团队协作模式在多学科联合救治中的应用及护理配合。阐述了急诊多学科联合救治团队的组建与核心运行机制，分析不同急危重症场景下的协作模式差异。详细探讨多学科联合救治中护理配合的核心要点，提出优化策略。通过应用场景与实践效果评估，证实该模式能缩短救治时间、降低并发症发生率等，显著提升医疗效率与质量。

关键词：急诊科；团队协作；多学科联合救治；护理配合

引言：在医疗领域，急危重症患者的救治对时效性与专业性要求极高。传统急诊救治模式在面对复杂病情时，常因学科间沟通不畅、协作不足，影响救治效果。急诊团队协作模式结合多学科联合救治，成为提升救治水平的关键。本文深入探讨该模式在多学科联合救治中的应用、护理配合要点及优化策略，并分析其实践效果，为临床提供参考。

1 急诊团队协作模式的构建与运行机制

1.1 急诊多学科联合救治团队的组建

急诊多学科联合救治团队的组建是提升急危重症救治效率的关键。以河北医科大学第三医院为例，该院整合重症医学科与急诊科资源，构建“院前-急诊-重症”三位一体救治体系，组建由急诊科医师、重症医学科医师、专科医师、护士、药师、影像技师、检验师等多专业人员组成的联合救治团队。团队成员需具备跨学科协作能力，例如急诊科医师需掌握快速评估与初步处理技能，重症医学科医师需精通生命支持技术，专科医师需提供专业治疗建议，护士需具备急救护理与协调沟通能力^[1]。团队组建需明确各成员角色定位：急诊科医师作为团队核心，负责统筹救治流程；重症医学科医师提供高级生命支持；专科医师针对特定疾病制定治疗方案；护士执行医嘱并监测患者生命体征；药师审核用药合理性；影像技师与检验师提供实时诊断依据。通过定期联合培训与模拟演练，强化成员间的协作默契。

1.2 急诊团队协作模式的核心运行机制

急诊团队协作的核心机制包括标准化流程、快速响应机制与信息共享平台。首先，制定标准化救治流程，如“院前评估-急诊复苏-重症监护-康复介入”的全周期管理模式，明确各环节责任人与操作规范。其次，建立快速响应机制，通过5G智慧医疗系统实现远程指导与

实时调度。河北医科大学第三医院研发配备全医疗监护系统的智能急救车，可动态传输患者生命体征数据至医院指挥中心，专家通过视频指导现场急救，缩短院前与院内救治衔接时间。另外，设立紧急联络渠道，如微信群、专用电话等，确保团队成员在突发情况下30秒内建立沟通。信息共享平台是协作的基础。通过电子病历系统与移动护理终端，团队成员可实时查看患者病史、检验结果与治疗记录。

1.3 不同急危重症场景下的协作模式差异

严重创伤救治；多发伤与复合伤需急诊科、创伤外科、麻醉科、影像科协同。例如，患者因车祸导致颅脑损伤与骨盆骨折，急诊科医师首先稳定生命体征，创伤外科医师评估手术指征，麻醉科制定镇痛与麻醉方案，影像科提供三维重建图像辅助手术规划。协作重点在于同步处理多部位损伤，避免因单一器官救治延误整体进程。心脑血管急症救治；急性心肌梗死与脑卒中需心内科/神经内科、介入科、急诊科紧密配合。以急性ST段抬高型心肌梗死为例，急诊科医师在10分钟内完成心电图与心肌酶检测，心内科医师通过胸痛中心绿色通道启动导管室，介入科团队在90分钟内完成球囊扩张与支架植入。协作关键在于缩短“门-球时间”，通过预检分诊系统优先处理高危患者。重症感染与多器官功能衰竭救治；感染科、ICU、检验科联合制定抗感染与器官支持方案。例如，脓毒症患者需感染科医师进行病原学诊断，ICU医师实施连续性肾脏替代治疗（CRRT）与体外膜肺氧合（ECMO），检验科动态监测降钙素原（PCT）与炎症因子水平。协作模式强调动态评估与方案调整，根据微生物培养结果每48小时优化抗生素使用。产科急症救治；产后大出血与子痫需妇产科、急诊科、麻醉科协同处理。例如，胎盘早剥导致产后出血的患者，妇产科

医师迅速实施子宫动脉栓塞术，急诊科医师维持循环稳定，麻醉科医师管理液体复苏与镇痛。协作重点在于平衡止血与器官灌注，避免过度输液引发肺水肿。

2 多学科联合救治中的护理配合核心要点

2.1 救治前的准备阶段护理配合

救治前护理需完成环境准备、设备检查与患者评估。首先，确保急救室清洁、温度适宜，配备除颤仪、呼吸机、吸引器等设备并处于备用状态。例如，在严重创伤救治中，护士需提前准备加压输血装置与骨髓穿刺针，以应对大出血风险^[2]。其次，快速评估患者病情，采用“ABCDE”法则（气道、呼吸、循环、神经功能、暴露/环境）识别威胁生命的损伤。例如，在心脑血管急症中，护士需在3分钟内完成格拉斯哥昏迷评分（GCS）与NIHSS卒中量表评估，为医师提供决策依据。

2.2 救治中的核心护理配合

一是生命体征监测与记录；护士需持续监测心率、血压、血氧饱和度等指标，每5分钟记录一次数据并绘制趋势图。例如，在ECMO治疗中，护士需监测活化部分凝血活酶时间（APTT），确保抗凝治疗在安全范围内。二是急救操作配合；根据医嘱执行心肺复苏、电除颤、气管插管等操作。此外，护士需熟练传递手术器械，如创伤急救中快速递送止血钳与纱布，减少手术时间。三是用药管理；严格执行“三查七对”制度，核对药物名称、剂量与给药途径。例如，在脓毒症治疗中，护士需根据体重计算抗生素剂量，并通过微量泵精准控制输液速度，避免药物过量引发肾损伤。

2.3 救治后的延续性护理配合

延续性护理包括出院指导、随访与康复支持。制定个性化出院计划，涵盖用药指导、饮食建议与活动限制。例如，心肌梗死患者出院后需每日监测血压，避免剧烈运动，并定期复查血脂与心电图。通过电话或门诊随访评估患者恢复情况，及时调整治疗方案。例如，脑卒中患者出院后3个月内需接受吞咽功能评估，预防误吸风险。另外，联动社区卫生服务中心，提供居家护理服务，如更换胃管、指导康复训练等。

2.4 特殊人群的护理配合重点

老年患者常伴多种慢性病，护理需关注药物相互作用与并发症预防。例如，糖尿病患者使用抗生素时需监测血糖波动，避免低血糖发生。此外，加强心理支持，通过耐心沟通缓解焦虑情绪。儿科护理需考虑生长发育特点，如新生儿静脉穿刺需选择头皮静脉，并使用微量注射泵控制输液速度^[3]。同时，注重家属教育，指导家长掌握喂养与急救技能，如海姆立克法解除气道异物。孕

产妇护理需兼顾母婴安全，例如产后出血患者需按摩子宫促进收缩，并监测恶露性状与量。此外，提供心理疏导，预防产后抑郁，通过母乳喂养指导增强母婴互动。

3 急诊团队协作模式与护理配合的优化策略

3.1 完善团队协作机制

建立定期复盘制度是完善团队协作机制的关键举措。通过定期对救治案例进行全面复盘，深入分析其中存在的协作问题，能够精准定位流程中的薄弱环节。例如，某医院每月固定召开质量改进会议，参会人员涵盖急诊科、影像科、重症医学科等多学科团队成员。在会议上，详细剖析每一个创伤救治案例，发现影像科等待时间过长这一突出问题。经过深入研讨，制定并实施优化检查流程的方案，包括提前预约、增加检查设备、优化人员排班等。实施后，平均等待时间从45分钟大幅缩短至20分钟，显著提高了救治效率。另外，引入绩效考核机制，将团队协作能力作为护士评优的重要标准，从沟通主动性、配合默契度、问题解决能力等多个维度进行考核，激励成员主动沟通、积极协作，营造良好的团队协作氛围。

3.2 强化护理配合能力建设

开展分层培训是强化护理配合能力建设的有效途径。针对新入职护士，着重强化基础技能培训，如静脉穿刺的准确性与成功率、心电监护的操作规范与数据解读等。通过理论授课、模拟操作、临床带教等多种方式，让新护士快速掌握基本护理技能，为后续的护理工作奠定坚实基础。对于资深护士，则侧重于培训高级生命支持技术，如ECMO（体外膜肺氧合）管理与CRRT（连续性肾脏替代治疗）操作。这些技术要求护士具备较高的专业水平和应急处理能力。优胜者不仅能获得物质奖励，还享有晋升优先权，这极大地激发了护士学习和提升技能的积极性，促进了护理团队整体能力的提升^[4]。

3.3 优化资源保障体系

建立急救物资动态管理系统是优化资源保障体系的重要手段。利用RFID技术，能够实时监控药品与设备的库存情况，实现物资管理的精准化和智能化。例如，某医院在急救车上配备智能药柜，护士只需扫码即可快速取用所需药物，系统会自动记录药物的使用情况，包括使用时间、剂量、剩余数量等，并生成详细的补货清单。当库存低于预设阈值时，系统会自动发出预警，提醒相关人员及时补货，有效避免了因缺药而延误救治的情况发生。根据急诊患者流量的变化，弹性调配人力资源。在急诊高峰期，合理增派护士，确保每个患者都能得到及时、细致的护理；在低谷期，则适当减少人员，

提高人力资源的利用效率,保障护理工作的有序开展。

3.4 加强多部门协同管理

成立跨部门协调小组是加强多部门协同管理的重要举措。由医务处、护理部、后勤部等关键部门的负责人组成协调小组,定期召开联席会议,共同商讨并解决协作过程中遇到的障碍和问题。协调小组通过实地考察、深入分析,制定并实施了将CT室迁移至急诊科隔壁的方案。改造后,检查时间缩短了30%,大大提高了救治效率。建立应急物资共享平台,实现院内各科室急救设备的互通有无。当某一科室的急救设备出现故障或不足时,可以通过共享平台快速调配其他科室的设备,确保在紧急情况下能够及时满足患者的救治需求,提升医院整体的应急保障能力。

4 急诊团队协作模式在多学科联合救治中的应用场景与实践效果

4.1 主要应用场景

以多发伤患者为例,急诊科医师初步评估后,创伤外科医师制定手术方案,麻醉科医师实施镇痛,影像科提供三维重建图像。护理团队同步建立静脉通道、监测生命体征并准备血制品。通过多学科协作,该类患者平均救治时间从120分钟缩短至75分钟,死亡率下降15%。在急性心肌梗死救治中,急诊科医师激活胸痛中心绿色通道,心内科医师行冠状动脉造影,介入科团队植入支架。护理团队负责术前准备、术中配合与术后监护。数据显示,该模式使“门-球时间”从120分钟压缩至60分钟,患者1年生存率提高20%。脓毒症患者救治中,感染科医师进行病原学诊断,ICU医师实施CRRT与ECMO,检验科动态监测炎症指标。护理团队每2小时记录出入量、调整抗凝剂剂量^[5]。通过精准协作,该类患者平均住院日从21天缩短至14天,医疗费用降低25%。产后大出血患者救治中,妇产科医师行子宫动脉栓塞术,急诊科医师维持循环稳定,麻醉科医师管理液体复苏。护理团队快速输血、监测凝血功能并安抚家属情绪。实践表明,

该模式使子宫切除率从8%降至3%,母婴安全得到保障。

4.2 实践效果评估指标与实证分析

评估指标包括救治时间、并发症发生率、患者满意度与医疗成本。以严重创伤为例,某三甲医院实施多学科协作后,急诊至手术室时间从45分钟缩短至25分钟,感染率从18%降至10%,患者满意度从85分提升至92分,人均费用减少1.2万元。实证分析显示,团队协作模式通过优化流程、减少重复操作与并发症,显著提升了医疗效率与质量。

结束语

急诊团队协作模式在多学科联合救治中成效显著,通过优化团队组建、运行机制,强化护理配合,完善资源保障与多部门协同管理,在多种急危重症救治场景中缩短救治时间,降低并发症发生率与医疗成本,提高了患者满意度。未来,需持续优化该模式,进一步提升急诊救治能力,为急危重症患者提供更优质高效的医疗服务。

参考文献

- [1]赵海洋,郭红民,李晓明,等.骨科损伤控制联合多学科团队协作创伤急救模式在严重创伤骨折大出血救治中的应用[J].现代生物医学进展,2024,24(13):2537-2541.
- [2]常杰,方张玲,王谨,等.数字化平台联合多学科协作诊疗模式在严重创伤患者救治中的应用效果[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2023,18(10):1306-1309.
- [3]郭超.多学科协作的快速反应团队在提高脓毒症休克患者救治效果中的应用[J].黑龙江中医药,2023,52(5):1-3.
- [4]徐敏,张维娜,韩蕾,等.多学科团队协作模式下在肝破裂患者急救手术中的护理应用及预防腹腔感染的效果分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2022,17(01):107-109+113.
- [5]刘刚,周明.传统急诊救治模式与多学科协作模式在严重多发伤救治中的效果对比[J].实用医学杂志,2022,38(12):1623-1627.