

急诊创伤外科一体化模式在创伤救治中的应用效果研究

胡 勇

郧西县中医医院 湖北 十堰 442600

摘要: **目的:** 探究急诊创伤外科一体化模式在创伤救治里的应用价值, 为提升救治质量提供依据。**方法:** 选2023年1月—2024年1月用传统模式救治的120例创伤患者为对照组, 2024年2月—2025年2月用一体化模式的120例为观察组, 对比两组救治时效、效果及满意度。**结果:** 观察组首诊至明确诊断、术前准备、住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$); 救治成功率、满意度高于对照组, 并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 该模式能提升救治时效、成功率, 降低并发症, 提高满意度, 值得推广。

关键词: 急诊创伤外科; 一体化模式; 创伤救治; 应用效果

引言: 创伤是全球性公共卫生问题, 发病急、病情重、变化快, 救治时效关乎患者生命与预后。传统模式是多科室转诊协作, 存在科室衔接不畅、信息传递延迟、流程碎片化等问题, 易错过最佳救治时机, 导致成功率低、并发症多。急诊创伤外科一体化模式整合多学科资源, 构建“一站式”体系, 实现全流程规范管理。目前该模式系统性应用效果研究待完善, 本文对照分析其优势, 为优化模式提供支撑与指引, 助力提升救治水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院创伤患者为研究对象, 按严格标准筛选病例。纳入标准: 符合创伤诊断, 受伤到入院 $\leq 24\text{h}$, 年龄18—65岁, 患者及家属知情同意。排除标准: 合并严重基础疾病、有认知障碍或无法配合、濒死或无救治希望。对照组为2023年1月—2024年1月用传统模式救治的120例, 观察组为2024年2月—2025年2月用一体化模式的120例。两组在性别、年龄、致伤原因、损伤严重程度评分等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具可比性^[1]。

1.2 救治模式

对照组采用传统模式: 患者入院后, 急诊科首诊医生初步评估处理, 依损伤部位联系相关外科科室(如骨科、普外科等)会诊。会诊医生明确病情后制定方案, 需手术者由会诊科室负责术前准备、手术及术后康复, 整个过程涉及多科室转诊与衔接。

观察组采用急诊创伤外科一体化模式: 其一, 构建一体化救治团队。整合急诊科、创伤外科等多学科骨干, 组建固定创伤救治团队, 明确职责, 实行24h值班, 确保快速响应患者。其二, 优化救治流程。建立“创伤绿色通道”, 入院后由团队首诊医生用ABCDE原则快速评估, 同步协调影像、检验科紧急检查, 结果实时共享, 避免重

复检查; 明确诊断后即制定个性化方案, 需手术者由团队内外科医生主导, 麻醉科同步准备, 实现全流程无缝衔接^[2]。其三, 搭建一体化信息平台。整合电子病历等系统, 实现患者信息全流程共享, 便于团队掌握病情变化, 调整方案。其四, 完善术后康复管理。术后团队制定个性化康复计划, 联合康复科开展早期干预, 保证康复治疗连续规范。

1.3 观察指标

选取三类核心指标进行对比分析: 一是救治时效指标, 包括首诊至明确诊断时间(从患者入院首诊到明确损伤部位与程度的时间)、术前准备时间(从明确手术指征到进入手术室的时间)、住院时间(从入院到出院的时间)。二是治疗效果指标, 包括救治成功率(经治疗后患者生命体征稳定、病情好转出院的比例)、并发症发生率(包括感染、出血、器官功能障碍等术后常见并发症的发生比例)、ISS评分改善情况(入院时与出院时ISS评分差值)。三是患者满意度, 采用医院自制的患者满意度量表进行评价, 量表涵盖救治流程、医疗服务态度、治疗效果等6个维度, 共20个条目, 总分100分, ≥ 80 分为满意, 计算满意度。所有指标均由专人负责记录与核对, 确保数据真实准确^[3]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用t检验; 计数资料以率(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者救治时效指标对比

观察组各项救治时效指标均显著短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见表1。

组别	例数(例)	首诊至明确诊断时间(min, x±s)	术前准备时间(min, x±s)	住院时间(d, x±s)
对照组	120	65.32±15.46	180.56±35.21	14.25±3.56
观察组	120	32.15±10.23	95.32±25.14	9.68±2.87
t值	-	18.652	20.345	12.568
P值	-	<0.001	<0.001	<0.001

注：表中数据经t检验，P<0.05表示差异具有统计学意义。

观察组救治成功率高于对照组，并发症发生率低于对照组，ISS评分改善值大于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)，具体数据见表2。

2.2 两组患者治疗效果指标对比

组别	例数(例)	救治成功(例, %)	并发症发生(例, %)	ISS评分改善值(分, x±s)
对照组	120	103 (85.83)	18 (15.00)	9.60±2.11
观察组	120	116 (96.67)	5 (4.17)	13.24±2.35
χ ² /t值	-	8.654	7.892	14.236
P值	-	0.003	0.005	<0.001

注：救治成功率、并发症发生率经χ²检验，ISS评分改善值经t检验，P<0.05表示差异具有统计学意义。

观察组患者满意度显著高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，具体数据见表3。

2.3 两组患者满意度对比

组别	例数(例)	满意(例, %)	不满意(例, %)	χ ² 值	P值
对照组	120	99 (82.50)	21 (17.50)	9.345	0.002
观察组	120	114 (95.00)	6 (5.00)	-	-

注：表中数据经χ²检验，P<0.05表示差异具有统计学意义。

涵盖多学科骨干力量，能对复杂创伤患者进行全面评估，避免单一科室诊疗的局限性，减少漏诊、误诊风险，为精准治疗奠定基础。二是快速救治为严重创伤患者争取了最佳治疗时机，尤其是对于致命性创伤(如大出血、严重脏器损伤)，缩短术前准备时间能有效降低死亡率，提升救治成功率^[5]。三是全流程规范化管理降低了并发症风险，从术前评估、手术操作到术后康复，均遵循统一的规范与标准，避免了传统模式下因多科室衔接不当导致的护理疏漏、治疗中断等问题，有效减少了感染、出血等并发症的发生。本研究中观察组救治成功率、并发症发生率均显著优于对照组，印证了一体化模式在改善治疗效果方面的显著作用。

3 讨论

3.1 急诊创伤外科一体化模式提升救治时效的核心逻辑

创伤救治的核心关键在于“快”，传统救治模式的核心短板的在于多科室衔接不畅导致的时间浪费，而急诊创伤外科一体化模式通过流程优化与资源整合，从根本上提升了救治时效。一方面，一体化救治团队的组建避免了传统模式下“首诊一会诊一转诊”的繁琐流程，患者入院后由固定团队全程负责，无需多次联系与等待会诊，显著缩短了首诊至明确诊断的时间。另一方面，“创伤绿色通道”与一体化信息平台的搭建，实现了检查检验的快速开展与结果实时共享，避免了重复检查与信息传递延迟，为术前准备节省大量时间。另外，术后康复的一体化管理确保患者从手术到康复的连续性，避免术后因转诊导致的康复延迟，进而缩短了整体住院时间^[4]。本研究中观察组各项时效指标均显著优于对照组，充分验证了该模式在提升救治效率方面的优势。

3.2 一体化模式改善治疗效果的内在机制

治疗效果的提升是一体化模式的核心价值体现，其内在机制源于多学科协同与全流程规范化管理。一是多学科协同诊疗确保了诊断与治疗的精准性，一体化团队

3.3 一体化模式提升患者满意度的关键因素

患者满意度的提升是一体化模式人文关怀与服务质量优化的直接体现，核心源于三大关键因素。其一，救治流程的简化与高效减少了患者及家属的等待焦虑，传统模式下多科室转诊与重复检查易导致患者及家属产生不满情绪，而一体化模式的“一站式”服务让患者感受到便捷性与专业性。其二，信息沟通的及时性增强了患者及家属的信任感，一体化信息平台实现患者信息的实时共享，团队成员能及时向家属反馈患者病情变化与治疗进展，避免信息不对称导致的误解与纠纷。其三，全

流程的个性化服务提升了就医体验,从术前评估到术后康复,一体化团队根据患者具体情况制定个性化方案,充分考虑患者的生理与心理需求,让患者感受到全方位的关怀。本研究中观察组患者满意度显著高于对照组,表明一体化模式不仅关注治疗效果,更注重患者的就医体验,符合现代医疗服务的发展理念。

3.4 一体化模式应用的注意事项与优化方向

虽然急诊创伤外科一体化模式展现出显著的应用优势,但在临床推广应用仍需关注部分问题并持续优化。一是团队协作能力的提升,一体化模式对团队成员的协同配合要求较高,需定期开展多学科联合培训与模拟演练,提升团队成员的应急处置能力与协作效率。二是资源配置的优化,一体化救治需要充足的人力、设备与技术资源支撑,基层医院需结合自身实际情况,逐步完善资源配置,避免因资源不足导致模式流于形式。三是信息平台的升级,需进一步强化信息平台的功能,实现与更多临床系统的对接,提升信息共享的全面性与及时性,为精准救治提供更有力的支撑。四是成本控制的平衡,一体化模式可能增加前期资源投入,需通过优化流程、提高资源利用效率等方式,实现救治质量与成本控制的平衡,确保模式的可持续性^[6]。

结束语

创伤救治的时效性与精准性直接关乎患者生命安全,急诊创伤外科一体化模式通过整合多学科资源、优化救

治流程、搭建信息平台,实现了创伤救治全流程的规范化与高效化。在临床推广中,需注重团队协作能力提升、资源配置优化与信息平台升级,平衡救治质量与成本控制,确保模式的可持续性。未来,随着医疗技术的不断发展,可进一步融入人工智能、远程医疗等技术,持续优化一体化救治模式,为创伤患者提供更优质、高效的医疗服务,推动创伤救治水平的整体提升。

参考文献

- [1]王峰,李鑫. 急诊创伤外科一体化模式在创伤救治中的应用效果研究[J]. 中华灾害救援医学,2025,12(5):576-579.
- [2]张磊,蒋延明,李韬,等. 基于急诊创伤外科一体化模式在创伤救治中的临床分析[J]. 右江医学,2022,50(6):439-442.
- [3]周礼鹏,江甜甜,王婧斐. 急诊一体化模式在创伤救治中的临床分析[J]. 中国急救医学,2023,43(2):109-112.
- [4]张晓春. 一体化链式护理对急诊创伤性骨折患者的影响[J]. 中国城乡企业卫生,2024,39(02):163-165.
- [5]何沙沙,王志敏,蒋丹丹,等. 多学科一体化急救流程在急诊严重创伤患者中的效果评价[J]. 护理实践与研究,2023,20(21):3207-3212.
- [6]张京雨. 探讨急诊创伤外科一体化模式在创伤救治中的应用效果[J]. 健康女性,2023(20):88-89.