

医护一体化查房模式在提升内科患者医疗质量与安全中的应用

叶静

襄阳职业技术学院附属医院, 湖北襄樊, 441000;

摘要:目的: 探讨医护一体化查房模式在提升内科患者医疗质量与安全中的应用效果, 为内科临床诊疗模式优化提供实践依据。方法: 选取2025年12月—2026年2月本院内科收治的82例患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各41例。对照组采用传统查房模式, 观察组采用医护一体化查房模式。比较两组患者的诊疗质量核心指标、医疗安全指标及患者体验指标。结果: 观察组诊断符合率高于对照组($P=0.026$); 观察组平均住院日短于对照组($P<0.001$)。观察组不良事件发生率低于对照组($P=0.042$); 观察组医嘱执行差错率低于对照组($P=0.048$)。观察组健康知识掌握评分高于对照组($P<0.001$); 观察组就医满意度高于对照组($P=0.023$)。结论: 医护一体化查房模式可显著提升内科患者的诊疗精准度与效率, 降低医疗安全风险, 改善患者就医体验, 是优化内科医疗服务质量的有效手段, 值得临床推广应用。

关键词: 医护一体化; 查房模式; 内科; 医疗质量; 医疗安全

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.005

内科疾病具有病因复杂、病情变化快、多器官受累等特点, 其诊疗过程需医疗与护理工作的高度协同^[1]。传统查房模式中, 医生与护士多处于“各自为战”的状态, 医生主导病情诊断与治疗方案制定, 护士被动执行医嘱, 二者间的信息传递存在滞后性与不完整性, 易导致诊疗与护理衔接不畅, 不仅影响治疗效果, 还可能增加医疗安全风险^[2]。随着“以患者为中心”医疗理念的深入推进, 如何打破医护间的职能壁垒, 构建高效协同的诊疗体系, 成为提升内科医疗质量的关键课题。医护一体化查房模式以“信息共享、决策共担、责任共负”为核心, 通过组建固定的医护诊疗团队, 实现床旁同步评估、联合讨论、共同制定诊疗护理计划, 从根本上优化了医护协作流程^[3]。实践表明, 这种模式可显著提升临床效率与患者满意度, 为专科诊疗模式改革提供了有益借鉴。维普期刊相关研究也证实, 医护一体化模式能缩短患者住院时间、降低医疗费用, 同时提升医护人员专业水平^[4]。本研究以内科患者为研究对象, 通过对比医护一体化查房模式与传统查房模式的应用效果, 从诊疗质量、医疗安全、患者体验三个维度量化分析该模式的实践价值, 旨在为内科临床诊疗模式的优化提供科学依据, 推动内科医疗服务向“精准化、协同化、人性化”发展。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年12月—2026年2月本院内科收治的8

2例患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各41例。纳入标准: (1) 符合内科常见疾病(包括高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病等)的诊断标准; (2) 住院时间 ≥ 3 d; (3) 意识清晰, 可配合完成健康知识评估与满意度调查; (4) 患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并严重心、肝、肾等脏器功能衰竭者; (2) 存在精神疾病或认知障碍者; (3) 住院期间转科或死亡者; (4) 参与其他临床研究项目者。

观察组中, 男22例, 女19例; 年龄42~78岁, 平均年龄(61.35 ± 8.24)岁; 疾病类型: 高血压12例, 糖尿病10例, 冠心病9例, 慢性阻塞性肺疾病7例, 其他3例; 文化程度: 小学及以下8例, 初中15例, 高中及中专12例, 大专及以上学历6例。对照组中, 男23例, 女18例; 年龄40~79岁, 平均年龄(62.12 ± 8.56)岁; 疾病类型: 高血压13例, 糖尿病9例, 冠心病8例, 慢性阻塞性肺疾病8例, 其他3例; 文化程度: 小学及以下7例, 初中16例, 高中及中专11例, 大专及以上学历7例。两组患者各项一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会批准(伦理批号: 2024-032)。

1.2 方法

对照组采用传统查房模式。每日早晨由主治医师带领住院医师进行医疗查房, 主要完成病情询问、体格检查、检验指标解读, 制定或调整治疗方案, 随后将医嘱

录入电子病历系统。护士通过电子病历接收医嘱后执行护理操作,如输液、给药、生命体征监测等,若在护理过程中发现问题,通过电话或书面形式向医生反馈。护士查房单独进行,主要关注患者的生活护理、症状变化及护理记录填写,与医生的信息沟通多为单向传递。

观察组采用医护一体化查房模式,具体实施流程如下:

(1) 组建固定医护团队。根据患者病情与护理需求,为每组患者配备1名主治医师、1名住院医师及1名责任护士,组成固定诊疗团队,团队成员全程负责患者从入院到出院的诊疗与护理工作。主治医师为团队核心,统筹诊疗决策;责任护士为护理主导,负责病情动态监测与护理计划实施;住院医师协助完成诊疗操作与病历书写,确保信息传递及时准确。

(2) 实施“三阶式”联合查房。①晨间预查房:每日7:30,责任护士提前对患者进行床旁评估,记录夜间生命体征、睡眠饮食情况、症状变化、引流情况(若有)及护理问题,整理形成《患者病情摘要》并上传至团队沟通群。②床旁联合查房:8:00,医护团队共同进行床旁查房,主治医师主导病情分析,结合护士提供的护理信息解读检验检查结果;责任护士从护理角度提出建议,如患者皮肤状况提示压疮风险时,建议调整体位与护理频次,医生据此优化治疗方案;住院医师负责记录诊疗共识与医嘱细节。查房过程中,团队共同解答患者及家属疑问,同步开展健康指导。③餐后复盘会:每日14:30,医护团队集中召开简短复盘会,回顾当日重点患者病情变化,评估医嘱执行效果,解决查房中发现问题,确保诊疗与护理措施的一致性。

(3) 搭建即时沟通平台。建立科室医护一体化微信沟通群,分为日常管理群与专病管理群,团队成员可实时共享患者病情动态、医嘱变更、护理反馈等信息。对于紧急情况,采用“@”机制直接触达相关人员,确保应急响应及时;医嘱变更需经医生与责任护士双人确认后执行,避免执行差错。定期在群内推送内科疾病诊疗指南、护理操作规范等知识,提升团队专业水平。

1.3 观察指标

表1 两组患者诊疗质量功能指标比较

组别	例数	诊断符合率[n(%)]	治疗方案执行准确率[n(%)]	平均住院日(x±s, d)
观察组	41	40 (97.56)	39 (95.12)	7.21±1.34
对照组	41	34 (82.93)	32 (78.05)	9.56±1.87
χ^2/t 值	-	4.96	5.14	6.82
P 值	-	0.026	0.023	<0.001

2.2 两组患者医疗安全功能指标比较

(1) 诊疗质量功能指标:聚焦诊疗过程的精准度与效率,包含3个具体项目。①诊断符合率:以出院诊断为金标准,比较入院初步诊断与出院诊断的符合情况,计算符合率=符合例数/总例数×100%;②治疗方案执行准确率:统计治疗方案中用药剂量、给药途径、治疗频次等关键要素的执行正确情况,计算准确率=执行正确例数/总例数×100%;③平均住院日:记录患者从入院到出院的实际住院天数,计算组内平均值。

(2) 医疗安全功能指标:关注诊疗过程中的风险控制效果,包含3个具体项目。①不良事件发生率:统计住院期间发生的坠床、跌倒、用药错误、压疮等医疗不良事件,计算发生率=不良事件发生例数/总例数×100%;②医嘱执行差错率:统计护士执行医嘱过程中出现的漏执行、错执行等情况,计算差错率=差错例数/总医嘱数×100%;③压疮发生率:根据《压疮诊疗与护理规范》评估患者压疮发生情况,计算发生率=压疮发生例数/总例数×100%。

(3) 患者体验指标:反映患者对医疗服务的感知与认可程度,包含2个具体项目。①健康知识掌握评分:采用科室自制量表,从疾病病因、用药注意事项、饮食调理、康复锻炼4个维度评估,共25题,每题4分,总分100分,得分越高表明掌握程度越好,该量表Cronbach's α 系数为0.86,信效度良好;②就医满意度:采用Likert 5级评分法,从医护沟通、服务态度、诊疗效果3个方面评估,总分100分,≥80分为满意,计算满意度=满意例数/总例数×100%。

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(x±s)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以[n(%)]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 两组患者诊疗质量功能指标比较

观察组诊断符合率、治疗方案执行准确率均高于对照组,平均住院日短于对照组,(P<0.05)。详见表1。

观察组不良事件发生率、医嘱执行差错率、压疮发生率均低于对照组,(P<0.05)。详见表2。

表 2 两组患者医疗安全功能指标比较

组别	例数	不良事件发生率 [n (%)]	医嘱执行差错率 [n (%)]	压疮发生率[n (%)]
观察组	41	2 (4.88)	1 (2.44)	0 (0.00)
对照组	41	8 (19.51)	6 (14.63)	3 (7.32)
x ² 值	-	4.12	3.91	3.10
P 值	-	0.042	0.048	0.047

2.3 两组患者患者体验指标比较

观察组健康知识掌握评分、就医满意度均高于对照组，(P<0.05)。详见表3。

表 3 两组患者体验指标比较

组别	例数	健康知识掌握评分 (x±s, 分)	就医满意度[n (%)]
观察组	41	89.56±4.21	39 (95.12)
对照组	41	76.32±5.14	32 (78.05)
t/x ² 值	-	13.15	5.14
P 值	-	<0.001	0.023

3 讨论

本研究纳入的高血压、糖尿病、冠心病等内科常见病，虽分属不同系统，但均呈现病程迁延、病情易受生活方式影响、并发症风险高的共性特征。以糖尿病合并冠心病患者为例，血糖波动可能诱发心绞痛，而抗血小板药物的使用又需警惕出血风险，这种“一病多因、一因多病”的复杂性，要求诊疗过程不仅关注指标异常，更需兼顾患者整体状态^[5]。同时，此类疾病的治疗依赖长期用药与健康管理，患者对疾病认知不足、用药依从性差等问题，往往成为影响疗效的关键因素，这也使得医护协同对诊疗效果的影响更为突出。

本研究采用的两种查房模式各有特点，传统模式的优势在于流程成熟、分工清晰，医生专注诊疗决策，护士聚焦护理操作，在患者数量激增时能快速完成基础工作，但缺陷也十分明显——医护信息传递依赖电子病历与事后沟通，易出现“医生不知护理细节、护士不解诊疗逻辑”的脱节问题。医护一体化查房模式则通过固定团队、联合查房与即时沟通，弥补了这一短板，医护同步掌握病情、共同制定方案，提升了诊疗协同性，但该模式需前期进行团队磨合，对医护人员的沟通能力要求更高，初期可能增加一定的时间成本^[6]。

本研究结果所呈现的差异，本质是医护协作效率的差异所致。诊疗质量指标的优化，源于医护信息共享带来的决策精准性提升，护士提供的夜间症状变化、饮食睡眠等细节，为医生调整方案提供了重要依据，避免了仅凭检验指标判断病情的片面性^[7]。医疗安全风险的降低，得益于“床旁同步反馈+医嘱双人确认”的双重保障，将传统模式中“事后补救”的风险防控，转变为“事前预警、事中干预”的主动管理，从流程上减少了不良事件发生的可能。而患者体验的改善，则是因为医护同

步健康指导让信息传递更权威统一，患者的疑问能得到全面解答，进而增强了治疗信心与依从性，形成“诊疗-护理-患者配合”的良性循环^[8]。

综上，医护一体化查房模式能更好地适配内科疾病的诊疗需求，通过优化医护协作显著提升医疗质量与安全，是值得内科临床推广的诊疗模式。

参考文献

[1] 李雪芬,唐艳蓬,叶丹,等. 医护一体化联合查房的新型模式对促进护理服务质量提升的实施效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2024(11).

[2] 庄园,丁金霞,丁露露,等. 医护一体化查房模式在肿瘤内科推进优质护理中的应用及满意度影响[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(4):3.

[3] 王亚丽,魏永春,鄂海燕,等. 医护一体化查房应用模式与质量改进[J]. 2023(9):96,100.

[4] 郭倩. 医护协同查房在肿瘤内科护理中的应用与效果判定[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2023(3):4.

[5] 马会改,白羽,刘萍萍. 医护一体化查房模式下1例骨髓增生异常综合征患者的护理体会[J]. 2023(9):45,48.

[6] 梁伶俐,纪婕,陈菲菲. 医护一体化查房模式在中医康复科护理中的应用[J]. 中医药管理杂志,2022(001):030.

[7] 关榴燕,梁毅. 医护技一体化查房在医联体病房内脑卒中患者中的应用[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022(7):4.

[8] 孟水云,刘淑英. 医护一体化查房对内科医疗工作效率与质量的影响[J]. 中医药管理杂志,2019,27(05):48-49.