

指标体系^[15-16]。本研究与以往其他门诊研究相比,在环境接触维度,划分为“医院环境”“候诊环境”“就诊环境”的 3 个阶段,注重每个阶段照护者的感受,医院可通过建立品管圈,提升环境质量;把人员接触维度分为情感接触和专业接触两大维度,更加细致、准确地使照护者感知医务人员服务质量,医院可通过定期对医务人员进行培训,提升自身能力,医院相关部门也进行监督,提高医院服务质量;服务接触维度中,从新的角度提出细分为“院内服务”“院外服务”两个方向,符合我国给予患者长期不间断的连续医疗服务政策,医院可运用六西格玛管理法、流程再造技术改造院内服务,加大投资与关心改善院外服务。本研究从整体角度出发,充分考虑照护者来到儿科门诊就诊全过程服务的需求,实现从单一到多元,从片面到全局,从短暂到长期转变,增加照护者的满意度,促进医患之间紧密和谐的关系,减少医疗冲突,从而调动医务人员工作的积极性。本研究可广泛适用于各医院各科门诊及住院服务效果的评价,实用性较强,可推广。

优秀医疗服务是提高门诊患者满意度的关键因素,也是时代发展的必然趋势。患者对医疗服务的感知满意程度与医疗服务行为本身能否匹配患者需求紧密相连。本研究基于范秀成的服务接触交互模型,构建儿科门诊服务满意度评价指标体系,对医院进行门诊及住院服务管理均具有理论依据和行为指导的作用。医院应用该评价工具监督儿科门诊服务质量,识别薄弱环节,进而改进,达到提升照护者满意度。本研究仍存在一定的局限,由于时间原因,这一评价体系是否适用于儿科门诊,笔者将在实证验证中进一步调整完善指标体系。

参考文献

- [1] 官春燕,刘义兰. 门诊患者体验量性测评工具的研究现状[J]. 中国医院管理,2016,36(3):60-63.
- [2] 段桂敏,余伟萍,李卓颖,等. 门诊服务接触质量评价体系构建与测量研究[J]. 中国卫生事业管理,2014,31(12):892-896.
- [3] Ye G, Rosen P, Collins B, et al. One size does not fit all: pediatric patient satisfaction within an integrated health network[J]. Am J Med Qual,2016,31(6):559-567.
- [4] Ryu B, Kim S, Lee KH, et al. Inpatient satisfaction and usage patterns of personalized smart bedside station system for patient-centered service at a tertiary university hospital[J]. Int J Med Inform,2016,95(9):35-42.
- [5] Torok H, Kotwal S, Landis R, et al. Providing feedback on clinical performance to hospitalists: experience using a new metric tool to assess inpatient satisfaction with care

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.31.051

- from hospitalists[J]. J Contin Educ Health Prof,2016,36(1):61-68.
- [6] 刘少鹏,邓璐璐,范福玲,等. 应用德尔非法构建标准化患者质量评价指标体系的研究[J]. 重庆医学,2016,45(33):4733-4735.
- [7] 李雪华,卢天舒,李健,等. 护理救援能力培训中标准化伤员核心能力体系的构建[J]. 中华护理杂志,2016,51(9):1101-1104.
- [8] 陈访贤,刘向阳. 基于 AHP 的新疆医科类院校辅导员绩效评价研究[J]. 新疆医科大学学报,2015,38(5):638-642.
- [9] 洪丽雯,董志,钟朝晖,等. 医学类研究生课程教学质量定量评价指标的构建[J]. 重庆医学,2015,44(14):2002-2004.
- [10] Wilson S, Ramelet AS, Zuiderduyn S. Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: a west australian delphi study[J]. J Clin Nurs,2010,19(13/14):1919-1928.
- [11] Chang AM, Gardner GE, Duffield C, et al. A delphi study to validate an advanced practice nursing tool[J]. J Adv Nurs,2010,66(10):2320-2330.
- [12] Yu W, Li M, Xue C, et al. Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction: a survey on tertiary hospitals in the People's Republic of China[J]. Patient Prefer Adherence,2016,21(10):601-612.
- [13] Abtahi AM, Presson AP, Saltzman CL, et al. Association between orthopaedic outpatient satisfaction and non-modifiable patient factors[J]. J Bone Joint Surg Am,2015,97(13):1041-1048.
- [14] Peng FB, Burrows JF, Shirley ED, et al. Unlocking the doors to patient satisfaction in pediatric orthopaedics[J]. J Pediatr Orthop,2016,20(7):1-5.
- [15] Jayasinha Y. Decreasing turnaround time and increasing patient satisfaction in a safety net hospital-based pediatrics clinic using lean six sigma methodologies[J]. Qual Manag Health Care,2016,25(1):38-43.
- [16] Fustino NJ, Kochanski JJ. Improving patient satisfaction in a midsize pediatric hematology-oncology outpatient clinic[J]. J Oncol Pract,2015,11(5):416-420.

(收稿日期:2017-03-18 修回日期:2017-06-21)

第二产程采取侧卧位分娩对母婴围生期结局的影响

魏琳娜,时元菊,王雪燕[△]
(重庆市妇幼保健院 401147)

[中图分类号] R719

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)31-4460-04

第二产程是分娩的重要环节,母婴结局跟分娩体位的选择

密切相关,合理科学的分娩体位是保障第二产程顺利进展和获

得良好母婴结局的关键^[1]。目前国内第二产程仍以仰卧膀胱截石位分娩为主,缺乏对其他分娩体位的认识。近年国外对非传统体位的分娩研究较多,鼓励自由体位分娩^[2]。但各种分娩体位均有利弊,缺乏对单一体位的大样本研究,本研究通过对本院 712 例低危、足月、初产妇在第二产程采取侧卧位和仰卧膀胱截石位的母婴分娩结局进行分析与比较,旨在探讨侧卧位分娩对母婴围产结局的作用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月在本院自愿选择阴道分娩的足月、单胎、头位、低危初产妇共 712 例为研究对象。根据产妇产房的先后时间依次分别设为研究组($n=362$)和对照组($n=350$)。本研究纳入标准:(1)足月、单胎、头位初产妇;(2)年龄小于 35 岁;(3)无妊娠合并症和并发症,骨盆外测量均正常;(4)无药物引产医学干预;(5)胎儿体质量估计为 2 500~3 800 g;(6)知情同意并自愿参与这项研究者。排除标准:(1)中途要求自愿退出者;(2)头盆不称、产道狭窄者;(3)第一产程使用分娩镇痛的孕产妇;(4)中转手术者;(5)因特殊原因第二产程不能采取仰卧膀胱截石位者。两组产妇年龄、孕龄、胎儿体质量估计等一般情况比较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本研究经本院伦理委员会批准同意。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	孕周(周)	胎儿体重(g)
研究组	362	27.50±2.12	39.05±1.49	3 340.0±127.27
对照组	350	26.50±7.78	38.75±1.41	3 355.0±35.36

1.2 方法

1.2.1 分组方法 按照孕妇临产后宫口开 2 cm 进入产房先后顺序,采用单双数法分为研究组和对照组。

1.2.2 干预标准 (1)侧卧位分娩:产妇宫口开全后,侧躺于产床上,将产床倾斜 30°,产妇背与产床面垂直,上身可前倾,宫缩时一只腿蹬于产床脚部支撑架上,另一只腿由助产士辅助支撑,产妇双手拉住一侧产床栏指导产妇宫缩时正确屏气用力,宫缩间隙,双腿并拢全身放松,根据产妇喜好可以选择左侧或者右侧。(2)仰卧膀胱截石位分娩:产妇在第二产程一直采取仰卧膀胱截石位屏气用力至分娩,期间不变换体位。

1.2.3 相关定义 (1)产后出血量采用称重法和容积法两种方法同时测量。(2)脐动脉血 pH 值:pH<7.2 为异常。取脐动脉血的方法:新生儿出生后在母体端用专门带抗凝剂的动脉血气针取脐动脉血 1 mL,胶皮塞密封,立即使用美国威世德 ABL80-FLEX 自动血气分析仪进行血气分析测定。

1.2.4 接产方法 两组均当胎头披露 3 cm×3 cm 的时候,助产士洗手铺巾上台,助产士一只手协助胎头俯屈和控制胎头娩出速度,另一只手适当保护会阴,当胎头娩出后,协助胎体娩出。第三产程时均采用膀胱截石位进行处理,常规给予缩宫素 20 U 静脉滴注。

1.2.5 质量控制 (1)孕妇均宫口开大 2 cm 进入产房,第一产程均按照孕妇意愿采取自由体位待产。产程观察和接产均由助产年限 10 年以上的 4 名固定助产士管理,都经过侧卧位分娩专业培训,助产士不知晓孕妇分组情况,且不参与本次研究成果。(2)数据资料收集:研究资料均由经过培训的 2 名助产人员收集并记录,数据收集后分别录入电脑,核对无误后统计分析。

1.2.6 观察指标 比较两组产妇的分娩方式、第二产程时限、

会阴切开率、会阴裂伤程度、新生儿窒息发生率、脐动脉血 pH 值、产后 2 h 出血量等。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件进行分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验进行比较;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇分娩方式 两组产妇分娩方式比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组产妇分娩方式比较(n)

组别	n	阴道助产	剖宫产
研究组	362	1	2
对照组	350	3	3
P		0.366	0.681

2.2 两组产妇的第二产程时限 两组产妇在第二产程时间上差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组产妇的产程时间($\bar{x}\pm s$,min)

组别	n	第一产程	第二产程	第三产程
研究组	362	531.13±245.94	68.51±29.43	5.02±2.26
对照组	350	514.72±225.00	64.38±26.37	5.15±3.25
t		0.93	2.37	0.62
P		0.353 7	0.15	0.534 5

2.3 两组产妇的会阴侧切率、会阴裂伤情况 研究组产妇的 I 度裂伤及会阴完整性明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$);II 度裂伤率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组的会阴侧切率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 4。

表 4 两组产妇会阴裂伤、会阴侧切情况比较(n)

组别	n	会阴裂伤数			会阴侧切数
		I 度裂伤	II 度裂伤	会阴完整	
研究组	362	190	50	104	15
对照组	350	103	70	52	119
χ^2		39.07	4.86	20.01	101.88
P		<0.01	0.027	<0.01	0.00

2.4 两组新生儿窒息例数、脐动脉血 pH 值异常情况比较 两组产妇新生儿窒息例数差异无统计学意义($P>0.05$);研究组婴儿脐动脉血的 pH<7.2 的婴儿例数明显低于对照组,两组差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 5。

表 5 两组产妇新生儿窒息例数、脐动脉血 pH 值异常产妇例数比较(n)

组别	n	窒息(n)	脐血 pH 值异常
研究组	362	0	11
对照组	350	1	29
χ^2			9.24
P		0.492	0.002

2.5 两组产妇产后 2 h 出血量 研究组产妇产后 2 h 及 24 h

阴道出血量均低于对照组,两组差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 6。

表 6 两组产妇产后出血情况比较($\bar{x} \pm s, \text{mL}$)

组别	n	产后 2 h 出血量	产后 24 h 出血量
研究组	362	209.85 ± 117.83	264.58 ± 122.26
对照组	350	255.90 ± 139.70	296.26 ± 152.26
t		4.76	3.07
P		<0.01	0.002

3 讨 论

分娩时体位的选择应考虑产妇舒适和易操作性,仰卧膀胱截石位并不具备上述优势。产妇取侧卧位分娩背面垂直于床面,减少了胎儿对产妇腰骶部的压迫,使产妇比较省力,利于助产士帮助按摩腰背部缓解疼痛,同时也便于助产士接产^[3]。本研究发现侧卧位分娩具有以下特点。

3.1 侧卧位分娩未延长产程时限,未增加剖宫产及阴道助产率 既往由于国内学者就各种分娩体位对相关母婴结局研究较少,且仰卧膀胱截石位便于助产士管理产程和接生操作,因此目前国内大多数医院仍采用仰卧膀胱截石位的分娩体位^[4]。但近年来随着国内外学者对分娩体位研究及认识的不断深入,均明确提出膀胱截石位并不是最佳分娩体位,根据母婴情况自由体位待产及分娩,能获得更好的母婴结局^[5]。徐冬等^[6]临床研究发现,第二产程开始产妇就取膀胱截石位,骶尾关节难以扩张,骨盆出口相对狭窄,且不能利用胎儿重力及地心吸引力,致使胎头下降受阻,同时第二产程产妇长时间截石位容易产生暴躁情绪,延长第二产程时间,导致难产和阴道助产^[7]。但也有研究发现第二产程进展缓慢者不推荐采取侧卧位分娩,容易导致第二产程延长^[8]。本研究中,第一、二、三产程时限差异无统计学意义($P > 0.05$),研究组无第二产程延长情况存在,这与既往诸多研究中提到的侧卧位分娩会延长第二产程时限结论不同。分析原因:产妇在宫口开后选择侧卧位有利于产妇休息及背部放松,能很好地用力屏气,还可以纠正持续性枕横位和枕后位,刺激肛提肌反射性收缩促进胎头内旋转和下降,不会导致第二产程延长^[9]。

3.2 侧卧位分娩能减少会阴切开率和 II 度会阴裂伤发生率 世界卫生组织倡导低危孕妇分娩应将会阴切开率控制在 20% 以下,最好是 5% 以下,并尽量减少医疗干预和母亲的损伤,会阴切开对产妇产后近、远期盆底损伤均大于 I、II 度裂伤。而 I 度裂伤对产妇损伤小,易恢复,不影响盆底肌肉功能。本研究中研究组会阴切开率及 II 度裂伤率均显著低于对照组,提示第二产程侧卧位分娩取得了更好的会阴结局,保护了产妇的会阴及盆底组织。原因在于第二产程产妇侧卧位能使产妇会阴放松,并能直接降低胎头对会阴体的压力,降低会阴撕裂及切开的概率^[10];产妇侧卧位分娩胎儿所受重力恰好在母体中央,此体位有适当抗重力作用,避免胎头娩出下降过快过猛,有利于会阴的缓慢扩张^[11],也便于助产士适当保护会阴,所以,侧卧位分娩有较高的会阴完整率和 I 度裂伤率,对保护产妇产后会阴完整及盆底功能有较好的作用。

3.3 侧卧位分娩不增加新生儿窒息发生率,并能改善新生儿脐血 pH 值 仰卧膀胱截石位分娩时子宫压迫下腔静脉,使回心血量减少,心排出量减少,使血压下降,易致仰卧位低血压综合征^[12]。本研究结果显示,研究组无新生儿窒息,对照组也仅 1 例新生儿窒息。这可能与本研究对象均为低危妊娠,新生儿

窒息的发生率原本较低有关。但是研究组新生儿脐动脉血气分析 $\text{pH} \leq 7.2$ 例数较对照组少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这可能提示侧卧位分娩可以改善脐动脉血 pH 值。可能与侧卧体位可以减轻子宫对腹主动脉及下腔静脉的压迫、减少仰卧位低血压、脐带受压的概率,从而改善胎盘血供,提高胎儿血氧饱和度,改善酸碱状态有关^[13]。同时侧卧位避免了膈肌受压,有利于膈肌收缩,使胸腔增大有利于产妇呼吸,能减少胎儿宫内缺氧,降低了胎心减慢的发生率^[14]。

3.4 侧卧位分娩能降低产后 2 h 失血量 本研究结果显示侧卧位分娩较仰卧膀胱截石位产后 2 h 出血量少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。可能原因有:(1)本研究中侧卧位分娩的会阴切开率和 II 度会阴裂伤率均较对照组低,从而减少了软产道损伤的出血量;(2)仰卧位比侧卧位更容易造成产妇腰背疼痛,下肢肌肉痉挛发生率高,产妇体力消耗大,疲劳感及躁动、焦虑的情绪容易继发宫缩乏力、产道损伤^[15]。因此,侧卧位分娩保护了产力,同时又减少了产道损伤的可能,从而导致产后 2 h 的出血量减少,利于产妇产后结局。

综上所述,侧卧位分娩是一项安全、有效的分娩体位,既不增加剖宫产率及新生儿窒息率,又能降低产妇的会阴侧切率,减少产后出血量,改善产妇产后及盆底的近远期损害,取得了更好的母婴结局。同时侧卧位较其他分娩体位更便于助产士观察产程和接产,且对产房硬件设施及产床没有过高的要求,适合开展和推广。

参考文献

- [1] 韩翠存,姜梅.侧卧位接产在第二产程中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2015,8(30):3608-3610.
- [2] Westbury B. Mobility and upright positioning in Labour [J]. Pract Midwife, 2014, 17(4): 24-26.
- [3] 郭仁妃,吴燕,王爱宝,等.侧卧位接产在阴道分娩中的可行性与安全性分析[J].中国妇幼保健,2015,30(33):5901-5903.
- [4] 梁媛,刘洁玲,詹晓兰.自由体位与传统卧位对正常初产妇产程中产科质量和母婴并发症的影响[J].浙江临床医学,2016,18(5):843-844.
- [5] Johansson M, Thies-Lagergren L. Swedish fathers' experiences of childbirth in relation to maternal birth position: a mixed method study [J]. Women Birth, 2015, 28(4): e140-e147.
- [6] 徐冬,蔡淑萍,郎丰,等.自由体位在第二产程中的应用效果[J].中华围产医学杂志,2016,19(6):462-464.
- [7] 李新景.第二产程分阶段体位管理对产妇产后分娩的影响[J/CD].齐鲁护理杂志,2010,16(23):91-92.
- [8] 贺晶,陈璐.分娩时体位选择[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(2):112-116.
- [9] 李红雨,常青,王丹.自由体位分娩对母婴围生期结局的影响[J/CD].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2015,11(5):640-643.
- [10] 黄丽华,郑月媚,朱建英,等.136例第二产程自由式接产分娩效果观察[J].中国生育健康杂志,2014,25(2):154-156.
- [11] 池琳琳,曹涵淋,郭洪花.正常分娩非仰卧临产体位应用的研究进展[J].中国妇幼保健,2014,29(36):6181-6184.
- [12] Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the sec-

ond stage of labour for women without epidural anaesthesia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 25(5):74-80.

[13] Inge Meyvis MSc BaM, Bart VB, Karine Goormans MScN BaM, et al. Maternal position and other variables; effects on perineal outcomes in 557 births[J]. Birth, 2012, 39(2):115-120.

[14] 张惠欣, 郝荣, 张宏玉, 等. 第二产程分娩体位对分娩结局的影响[J]. 中华围产医学杂志, 2014, 17(11):743-747.

[15] 范如珍. 分阶段体位调整对初产孕妇妊娠结局及新生儿的影响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(15):3044-3046.

(收稿日期:2017-04-21 修回日期:2017-06-26)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.31.052

急诊流程再造对改善脑卒中预后的重要性分析

张秀容, 石敏, 何世娟

(四川省宜宾市第二人民医院急诊科 644000)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)31-4463-02

美国爱荷华州大学卒中中心 Adams 教授提出“自患者第一症状开始, 时间就是大脑”。脑卒中患者的治疗存在“治疗时间窗”^[2-5]。最新的急性脑卒中早期管理指南建议: 缺血性脑卒中溶栓治疗以发病 3~4.5 h 内疗效最佳, 出血卒中以发病 6~7 h 内进行手术为佳^[6-7]。因此, 早期急救时间直接影响患者的预后。为提高本院脑卒中患者院内外急救效率, 从而改善患者预后, 本科将急诊流程再造的理论和应用到急诊工作中, 并与常规急诊急救流程进行对比分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院于 2015 年 1 月实施脑卒中急诊急救流程重组, 并实施于脑卒中急救患者, 收集院内外急救和住院患者的资料 40 例, 设为观察组; 回顾性分析 2014 年实施常规急救流程的脑卒中患者临床资料 40 例, 设为对照组。

1.2 纳入标准 (1) 本院 120 出诊接回, 经头颅 CT 或 MRI 确诊的脑卒中患者; (2) 年龄小于 80 岁; (3) 除脑卒中外无其他致命性或致残率高的疾病。排除标准: (1) 由下级医疗机构经 120 转入本院的患者; (2) 患有严重肝、肾、心、肺功能不全患者; (3) 癌症患者。观察组与对照组患者在年龄、性别、既往史等方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	n	性别(n)		既往史(n)			年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
		男	女	高血压	糖尿病	冠心病	
观察组	40	25	15	33	14	13	52.7 ± 12.5
对照组	40	23	17	30	11	15	53.9 ± 14.2
χ^2/t		0.21		0.67	0.52	0.22	0.40
P		0.82		0.59	0.63	0.82	0.69

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者均给予本院常规急救流程进行管理, 具体如下: 120 接到电话后按顺序派诊, 院前急救小组随车出诊; 院前急救常规处理(监测血压、吸氧、建立静脉通路、监护), 治疗后转运; 回院后急诊科不做专科检查处理, 直接送至病房后再由专科医生检查确诊并治疗。

1.3.2 观察组 观察组实施急救流程再造, 具体方法如下。

1.3.2.1 院前急救 (1) 120 调度: 对于高度疑似脑卒中的患

者, 120 立即开放院外急救绿色通道, 优先出诊(3 min 内出车), 优先转运, 并第一时间电话指导家属进行急救。(2) 院前急救小组成员到达现场后严格按照 2013 年美国心脏协会/美国脑卒中学会(AHA/ASA)联合在线发布的最新脑卒中早期管理指南进行相关的评估和管理^[5]。疑似卒中患者要求完成如下内容: 通畅和管理气道、呼吸和循环, 启动心脏监测, 吸氧维持氧饱和度大于 94%, 建立静脉通路, 监测血糖并治疗, 确定发病时间、获得家庭信息, 快速转运, 院内衔接准备接收患者; 不推荐内容有: 不降血压, 除非病情需要, 避免过量输液, 避免给予非低血糖患者含糖液体, 不经口给药保持禁食, 不要因为院外处理延误转运。在治疗的同时或边治疗边快速转运患者。

1.3.2.2 院内急救 院内急救小组在第一时间内准备好抢救、检查、转送病房等各种准备; 患者到院后, 急救与专科检查同时进行, 确诊后直接转入神经内科或外科病房, 转送患者途中不间断评估患者病情, 并作相应治疗。

1.4 观察指标 (1) 两组患者院前治疗前及入院治疗 1 个月后神经功能缺损评分, 均按美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分。(2) 院前急救反应时间: 从接到 120 急救电话到给予专业护理的时间; 院内急救时间: 从患者到院、完善检查至转送到专科病房开始治疗的时间。(3) 入院 1 个月后患者的致残率、存活率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料用频数或率描述, 比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者神经功能缺损评分比较 治疗前两组 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 1 个月两组 NIHSS 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 院前急救反应时间及急诊科救治时间比较 与对照组相比, 观察组的院前急救反应时间和急诊科救治时间均明显缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 存活率和致残率比较 观察组和对照组存活率分别为 92.5% 和 70.0%, 观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。存活的病例中, 观察组致残率 37.8%, 对照组为 71.4%, 观察组致残