

中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 390—2012

医院急诊科规范化流程

The design of normative flow of emergency department

2012-09 - 03发布

2013-02-01 实施

中华人民共和国卫生部 发 布

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由卫生部医疗服务标准专业委员会提出。

本标准主要起草单位：中国医学科学院北京协和医院。

本标准参与起草单位：四川大学华西医院、第四军医大学西京医院。

本标准主要起草人：王仲、曹钰、尹文、徐腾达、王肖。

本标准参与起草人：韩继媛、朱继红、田英平、于学忠、张新超、宋维、卢中秋、孙红、褚沛、杨立山、公保才旦、韩希望、李超乾、丁邦晗、陆峰、梁璐、郑亚安、李莉、张泓。

医院急诊科规范化流程

1 范围

本标准规定了急诊科诊治规范化流程:急诊管理、急诊诊治流程、急诊患者安置、急诊医疗质量控制与反馈等。

本标准适用于全国三级综合医院及其医务人员按急诊科规范化流程进行医疗行为。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

复苏 resuscitation

应用各种干预措施恢复已无生命征象的患者或濒临死亡的患者的意识和生命功能。

2.2

重症监护 intensive care

最大限度地确保患者的生存及随后生命的质量而采取及时的、高质量的、大量临床监护的一种医学救治模式,通常患者需要收入重症监护室或急诊重症监护室。

3 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

EICU:急诊重症监护室(Emergency Intensive Care Unit)

4 急诊管理

4.1 组织结构

急诊科为独立科室,实行科主任负责制。设行政主任一名,由具有急诊医学专科执业资格,并具有较好管理水平的德才兼备的医师担任。必要时增设副主任1名~3名,分管急诊科医疗、教学、研究。

急诊诊室、抢救室、留观室、综合病房、急诊重症监护室等区域实行主治医师负责制。主治医师岗位由急诊医学专科医师承担,选派责任心强、技术熟练、身体健康的主治医师或主治医师以上人员作为急诊科各区域主治医师和技术骨干,主要负责相关区域的临床和管理的工作,组织指挥急危重症患者救治,参与急诊科科研和教学工作。

4.2 工作制度

医院急诊科应当一周7 d、一天24 h全天候开放,实行24 h急诊主治医师负责制。急诊科主任或主管医疗的副主任负责落实或修订首诊负责制度、岗位职责制度、教育与培训管理制度、抢救管理制度、病历书写和管理制度、会诊制度、突发事件应急处理流程等急诊科管理核心制度。

4.3 区域设置

4.3.1 医院急诊科应设有挂号处、分诊台、候诊区、诊室、抢救室(有条件医院应同时设置复苏室)、留观

室、急诊综合病房、急诊重症监护室、输液室、治疗室、隔离室、心电图室、石膏间、创伤处置室、检验室、B超室、X线和CT检查室、急诊药房等。

4.3.2 三级综合医院急诊科应在急诊科较中心位置或相对独立单元设置EICU。

4.3.3 承担区域急救中心的三级综合医院,尤其是创伤中心,应设急诊创伤复苏室和急诊手术室。

4.3.4 其他辅助区域包括:办公室、会议室、值班室、医患沟通室、更衣室、储存室、家属等候区、饮用水间、杂用间、污物清洗室、污物处理室、公用电话间及厕所等。

4.3.5 急诊科医疗区内应常驻有挂号、收费、住院、病案等处室的工作人员,各窗口应当有危重患者优先的措施。

4.3.6 医院急诊科区域设置应以“急”为中心,标志应突出、醒目,白天有指路标志,夜间有指路灯光标明急诊科以及急诊科各区域位置,患者就诊流程要有标识牌。要逐步推行急诊患者病情分级与分区相结合,患者诊治区域可分为红、黄、绿三个区域,分流急诊患者。

5 急诊诊治流程

5.1 分诊

5.1.1 分诊护士应具有5年以上工作经验,24 h在岗,接待来诊患者,根据病情评估进行分级,予以合理分流至各区。

5.1.2 分诊护士应登记患者姓名、性别、年龄、症状、生命体征、住址、来院准确时间、来院方式、工作单位、联系方式等。

5.1.3 急诊应制定并严格执行分诊程序及分诊原则,对可能危及生命的患者应立即实施抢救。分诊的信息(包括生命体征)要记录入急诊医疗文书中。

5.2 病情评估与分级

5.2.1 病情评估依据

5.2.1.1 急诊患者病情严重程度

病情严重程度分级见表1。

表1 病情严重程度分级

病情严重程度	分级标准
A 濒危患者	病情可能随时危及患者生命,包括气管插管患者,无呼吸、无脉搏患者,急性意识改变患者,无反应患者,需立即采取挽救生命的干预措施(见附录A)
B 危重患者	病情有进展至生命危险和致残危险者,应尽快安排接诊
C 急症患者	患者有急性症状和急诊问题,但目前明确没有危及生命或致残危险,应在一定的时间段内安排患者就诊
D 非急症患者	轻症患者或非急症患者,患者目前没有急性发病情况,无或很少不适主诉
注:生命体征异常者,病情严重程度分级上调一级。	

5.2.1.2 需占用急诊医疗资源数

急诊医疗资源指在获取急诊患者的主诉后,根据主诉及所属医疗机构急诊科的资源配置,评估患者

在进入急诊科到完成安置过程中可能需要的急诊医疗资源个数。详见附录 B。

5.2.2 病情分级

根据病情评估结果进行急诊病情分级,共分为四级,见表 2。

表 2 急诊患者病情分级

级别	标准	
	病情严重程度	占用急诊医疗资源数量
1 级	A 濒危患者	—
2 级	B 危重患者	—
3 级	C 急症患者	≥ 2
4 级	D 非急症患者	0~1

注:“占用急诊资源数量”是急诊患者病情分级补充依据,临床判断患者为“非急症患者”(D 级),但因其病情复杂,需要占用 2 个或 2 个以上急诊医疗资源,则患者病情分级定为 3 级。

5.2.3 分区和分流

1 级、2 级患者需要进入红区进行支持、抢救和诊疗。其中,1 级患者应立即应诊;2 级患者需要迅速急诊处理。

3 级患者需在黄区进行诊治。在诊治过程中,要密切观察病情变化,及时上调患者病情分级。

4 级患者在绿区就诊。

5.3 复苏与抢救(红区)

5.3.1 复苏室

对呼吸、心跳骤停等病情分级为 1 级的患者进入该区域抢救,这类患者亟需采取挽救生命干预措施,该区域中应配备急诊最大的优势资源。患者到后须即刻应诊。

患者生命体征稳定或相对稳定,转入 EICU 等区域进一步稳定、评估和处理。

5.3.2 抢救室

1 级患者(医院无复苏室时)、2 级患者需要进入该区进行抢救、支持和诊疗。2 级患者应迅速急诊处理(急诊医师 10 min 内应诊)。

抢救室宜临近急诊分诊台,并根据需要设置相应数量的抢救床,每床净使用面积应大于 12 m²。

5.3.3 急诊创伤复苏和手术室

急诊外科危重症患者,经过抢救和初步处理后,生命体征仍不稳定且可能危及生命者,须在急诊创伤复苏室或急诊抢救室、急诊手术室就地、就近进行急诊手术。

5.3.4 急诊重症监护室(EICU)

5.3.4.1 EICU 主要收治心肺复苏后恢复自主循环者、严重创伤和中毒患者、随时有生命危险或病情危重不宜长距离转运的各种急危重症患者。

5.3.4.2 EICU 工作医师应完成三年急诊专科住院医师培训和二年重症医学培训,并掌握了重要脏器功能支持技术,如血液净化、有创机械通气、有创血流动力学监测技术等。

5.3.4.3 EICU 床位数不少于 6 张,布局合理,设中央监护台,实行 24 h 连续不间断监护。

5.3.4.4 EICU 设备配置包括:

- a) 每床至少配置 1 台监护仪和 1 台呼吸机;
- b) 每床配备简易呼吸器;
- c) 其他设备:心电图机、临时心脏起搏仪、除颤器、血流动力学监测设备、血气分析仪、纤维支气管镜、血液净化仪、心肺复苏抢救车及降温设备等。

5.4 候诊与观察(黄区)

5.4.1 候诊

5.4.1.1 3 级患者需在黄区进行候诊,护士应根据来诊时间的顺序安排患者就诊,特殊人群(如老年、孕妇、儿童、免疫缺陷者、有心肺基础疾病者、残疾人等)宜安排提前就诊。

5.4.1.2 护士在候诊期间协助患者完成病历资料的填写、心电图、血糖等数据的收集。

5.4.1.3 候诊时间不宜超过 30 min。有条件的医院可设置叫号系统。

5.4.2 急诊诊室

5.4.2.1 设立急诊综合诊室处理常规急诊患者(最好以序号标识诊室名称)。

5.4.2.2 当急诊诊室中排队等待处理的患者超过 8 人时,应通知区域主治医师,安排其他工作人员协助处理。

5.4.2.3 日急诊流量超过 200 人次的医疗机构需设创伤处置室、儿科急诊、妇产科急诊、眼科急诊、耳鼻喉科急诊等分科急诊诊室,并配置相应的专科器械。

5.4.2.4 儿科急诊应根据儿童的特点,提供独立的适合患儿就诊的诊室。

5.4.3 留观区域

5.4.3.1 下列情况者需要留观:

- a) 暂时不能确诊,等待诊断性检查结果者;
- b) 病情有潜在进展危险;
- c) 患者需要候床住院。

5.4.3.2 留观期间要求有医护人员定期巡视,观察治疗反应,随时发现病情变化。病情加重或出现生命体征异常者应考虑送入红区诊治。

5.4.3.3 根据急诊患者流量和专业特点设置留观床,一般观察床位占全院总床位的 5%。

5.4.3.4 急诊患者留观时间不宜超过 72 h,之后应根据病情离院、住院或转院。

5.5 快速处置(绿区)

在存在拥挤现象的急诊科,推荐设立急诊快速处置诊室,迅速处理 4 级患者(急诊医疗资源需求少的非急症患者)。宜安排 3 年以上工作经验的急诊专科医师和护士接诊患者。

6 患者安置

6.1 安置原则

6.1.1 复苏室和抢救室的患者经初始评估和救治,病情相对稳定后,转入 EICU 等区域,脱离危险后转入专科病房或急诊综合病房。

6.1.2 无须住院患者,但尚需进一步观察诊疗,转入急诊留观区域。

- 6.1.3 患者在留观过程中出现急危重症或生命体征不稳定,直接送入抢救室或复苏室进行救治。
- 6.1.4 诊断明确需要住院患者,宜 72 h 内收入相关专科病房。
- 6.1.5 病情缓解应离院患者,安排门诊随诊或离院指导。
- 6.1.6 各区之间紧密联系、密切配合、转移畅通。

6.2 住院

- 6.2.1 急诊诊断明确需要住院患者,应收入相关专科病房。部分患者收住急诊综合病房(有条件医院可设立急诊综合病房,总床位一般占全院床位总数的 5%)。
- 6.2.2 医院应建立急诊患者优先住院的制度与机制,保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。
- 6.2.3 1 级和 2 级急诊患者住院转运时应由急诊医护人员护送至住院病房,并完成床旁交接。转运途中配备便携式抢救设备,包括便携式多参数监护仪、氧气供应装置、简易呼吸器等,必要时配备转运呼吸机、负压吸引装置等。3 级急诊患者住院时应有医院安排专门工作人员护送至病房。

6.3 离院

对于 4 级患者及部分 3 级患者经诊查处置后,病情稳定者可安排门诊诊治、急诊随诊或直接回家。对离院患者,急诊科应提供离院指导,包括诊断、医嘱(用药目的和用法)、随诊计划,注明何种情况复诊。急诊科应为患者提供诊断证明、休假证明和医疗保险报销相关证明。

6.4 转院

- 6.4.1 部分急诊患者经急诊医师评估后需要转院(如转传染病、精神病专科医院等)时,应提请相关区域的主治医师(或主治医师职称以上人员),主治医师在完整复习患者病历后才能做出转院决定。原则上医疗机构间患者转运应与相关医院联系后由救护车实施。
- 6.4.2 急诊科应为患者提供诊断证明、诊治建议、病情摘要、重要病历资料复印件等。

7 质量控制与反馈

急诊科应成立专门的急诊医疗质控小组,负责人为急诊科主任或主管急诊医疗副主任。质控小组工作内容为:

- a) 负责检查病历、处方的合理性;
- b) 组织疑难病例讨论和死亡病例讨论;
- c) 及时发现高风险病例,并在医院医务处(科)备案;
- d) 每月底在科例会中讨论当月发生的医疗事故、医疗差错和医疗隐患,协调处理急诊高风险病例和制定相应的质量改进措施。

附录 A

(规范性附录)

列入 1 级的挽救生命的干预措施

列入 1 级的挽救生命干预措施,见表 A.1。

表 A.1 列入 1 级的挽救生命干预措施

分类	干预措施
气道(呼吸)	球囊-面罩通气支持 气管插管 外科气道 持续气道内正压通气 双相气道正压通气
电生理措施	除颤 心脏电转复 体外起搏
临床操作	张力性气胸胸腔穿刺 开胸手术 心包填塞心包穿刺 骨髓腔内输液通路建立
稳定血流动力学措施	容量复苏 输血稳定血流动力学 控制大出血
药物	纳络酮 50%葡萄糖 肾上腺素 多巴胺 阿托品 腺苷

附 录 B
(规范性附录)
急诊病情分级相关医疗资源

急诊病情分级相关医疗资源,见表 B.1。

表 B.1 急诊病情分级相关医疗资源

列入急诊分级的医疗资源	不列入急诊分级的医疗资源
实验室检查(血和尿)	病史查体(不包括专科查体)
心电图、X线 CT、MRI、超声 血管造影	床旁快速检测
建立静脉通路	输生理盐水或肝素封管
静脉注射、肌注、雾化治疗	口服药物 处方再配
相关专科会诊	电话咨询细菌室、检验室
简单操作 如导尿、撕裂伤修补 复杂操作 ^a 如镇静镇痛	简单伤口处理 如绷带、吊带、夹板等
^a 急诊医疗资源数记录为 2 个。	

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 急诊科建设和管理指南(试行). 2009年6月
 - [2] GB 9671—1996 候诊区卫生标准
 - [3] The American College of Emergency Physicians (ACEP). Emergency Department Planning and Resource Guidelines. Ann Emerg Med. 2008;51:687-695
 - [4] Agency for Healthcare Research and Quality. U. S. Department of Health and Human Services. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation handbook. 2005
-



WS/T 390-2012

版权专有 侵权必究

*

书号:155066·2-23783

定价: 16.00 元