

急诊分诊 指导手册

MANUAL OF
EMERGENCY TRIAGE

主编 / 王红萍 潘曙明



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

急诊 Emergency

急诊分诊指导手册

Manual of Emergency Triage

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊分诊指导手册 / 王红萍, 潘曙明主编. —北京: 人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-19158-6

I. ①急… II. ①王… ②潘… III. ①急诊—手册
IV. ①R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 129897 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

急诊分诊指导手册

主 编: 王红萍 潘曙明

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/64 印张: 1.5 字数: 46 千字

版 次: 2014 年 7 月第 1 版 2014 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19158-6/R · 19159

定 价: 19.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

分诊是分诊人员对每位患者快速分配诊治优先权的方法。这个体系会选择处理具有最高优先权的患者，而不作任何有关诊断的假设，这个过程是十分谨慎的。急诊分诊很大程度上取决于患者的症状和体征。急诊科作为医院的一个重要组成部分和窗口单位，其分诊的方法及流程如何，不仅在某种程度上体现和反映了医院的综合服务水平，而且也给急诊患者以最直观和深刻的印象。

急诊分诊是急诊流程管理的重要环节，它的合理性和准确性直接影响到急诊医疗服务的秩序和质量。因此，做好急诊护理分诊并对急诊患者进行分诊指导，合理分配有限的急诊医疗资源，既保证患者得到适时诊治，又保证分诊护士能够排除干扰、不受患者多寡的影响，能对每位患者进行准确地分诊分级，合理安排不同等级患者的



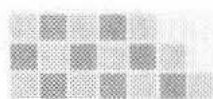
候诊时间,提高患者就诊的安全性。同时这也对提高急诊服务质量与患者满意度,提高医院的信誉和社会认知度具有十分重要的意义。

王红萍 潘曙明

2014年6月

第一章 概论	1
一、分诊的步骤	1
二、分诊的方法与技巧	1
第二章 急诊分诊标准	16
第三章 各类疾病分诊流程及案例	18
一、头痛	18
二、胸痛	21
三、哮喘	25
四、腹痛	28
五、消化道出血	32
六、过敏	35
七、背痛	39
八、行为异常	42
九、腹泻和呕吐	46
十、癫痫发作	50
十一、咳嗽	54
十二、发热	58
十三、意识障碍	61

十四、颈项痛	65
十五、中毒	68
十六、心悸	71
十七、皮疹	75
十八、高血压	78
十九、头晕或晕厥	81
二十、气促	84
结束语	87



一、分诊的步骤

分诊决断遵循 5 个步骤：

- 确定问题
- 收集分析解决问题相关的信息
- 评估所有选项，选择一项实施
- 实施选择的方案
- 监测实施情况，评价效果

二、分诊的方法与技巧

（一）确定问题

临床实践总是围绕主诉开始——就是患者或看护者发现的主要症状和体征。分诊方法的第一步骤是要求预检者从目录中选择一个合适的主诉。通过这个选择，预检者被引导进入一个主诉流程图，流程图通过鉴别要点确定患者的诊治优先权。由于很多患者的主诉可以适用于不止一个流程图，我们做了大量工作用来保证这些流程图分

诊步骤过程的一致性。这样的话如果一个患者觉得咳嗽，伴有胸痛，无论分诊者使用咳嗽还是胸痛的流程图，患者将得到相同的诊治优先权。这些流程图将在本书的后续章节列出。

（二）收集分析信息

很大程度上患者的主诉决定了流程图的选择。根据被选的流程图，必须收集和分析相关信息来决定明确的优先权。流程图通过在每个级别的优先权设置关键鉴别点构成整个流程——评估通过鉴别点关键问题阳性答案找到最高优先权。鉴别点故意设置成问题形式以方便分诊过程的实施。

鉴别点，顾名思义，就是那些决定患者分配到4个诊治优先权之一的鉴别因素。这些因素可以是普通的，也可以是特异的。前者应用于所有的患者而不考虑他们的不同表现，因此在各个流程图中反复出现；在任何情况下，普通鉴别点都会使预检人员分配给患者相同的诊治优先权。而特异性鉴别点被应用于个别患者或小范围人群，趋向于与特定情况下的关键特点相关。就好像严重疼痛是一个普通鉴别点，而心源性疼痛和胸膜炎性疼痛就是特异性鉴别点。普通鉴别点比特异性鉴别点在流程图中出现的频率要高得多。普通

鉴别点是流程图中反复出现的特征性表现,对它们恰当的理解对理解分诊方法是必需的。以下6个普通鉴别点将在这里被进一步讨论。

- 威胁生命
- 出血
- 疼痛
- 意识水平
- 体温
- 起病缓急

鉴别点一:威胁生命

对于急诊的医护人员来说威胁生命可能是所有普通鉴别点中最明显的。广泛地说任何生命功能的中断或受到威胁都确定要将患者置于第一优先级别。

那些不能维持自己气道的患者,无论时间多久都存在生命不安全。另外,有喘鸣的患者也存在严重的气道威胁。喘鸣可以出现在吸气相或呼气相,或者两者都存在。在张口呼吸时听得最清楚。无呼吸被定义为通过看、听和感觉在10秒内没有呼吸或者仅有叹息。呼吸功能不全是一个更难定义的概念——一般患者不能通过充分呼吸来维持正常的氧合称为呼吸功能不全。会有呼吸做功增加,呼吸功能不全或呼吸衰竭的征象。当触

诊大动脉 5 秒未及搏动,则可诊断无脉。休克可能很难诊断——典型症状包括多汗、脸色苍白、心跳过速、低血压和意识水平的降低。

鉴别点二:疼痛

从患者的角度来说疼痛是决定优先权的主要因素。通过疼痛作为普通鉴别点贯穿应用于所有主诉流程图中意味事实上每一个分诊评估都应该包含疼痛的评估。一般来说鉴别点中严重疼痛代表不能忍受的疼痛,常被描述为曾经历过的最严重的疼痛。而中等程度的疼痛定义为疼痛强烈但是可以忍受。任何一个伴随较低程度的近期疼痛患者如果没有其他因素表明需被划分入一个更高级别优先权的话,则会被分配Ⅳ级。

普通疼痛鉴别点仅仅描述疼痛的强烈或严重程度。其他的疼痛特点,如部位、放射痛、发作频率等,可在特定主诉流程图(图 1-1)中作为特异性鉴别点的特征。

鉴别点三:出血

出血是众多主诉中共有的特点——特别,但并不独特,经常涉及创伤。出血鉴别点被定义为致命性大出血、不能控制的大量或少量出血。一般情况下持续出血有较高的临床诊治优先权。然而在实践中很难决定一个特定的出血情况应被分

配到哪个级别优先权,该鉴别点的定义用来帮助预检者完成这项工作。致命性大出血指如果不能终止,将导致死亡的大出血。当出血不能通过持续性直接压迫控制,仍持续快速流出或浸透外部敷料时,可称作不能控制的大出血。当经过持续性直接压迫,仍有持续少量流血或渗出敷料被称为不能控制的少量出血(图 1-2)。

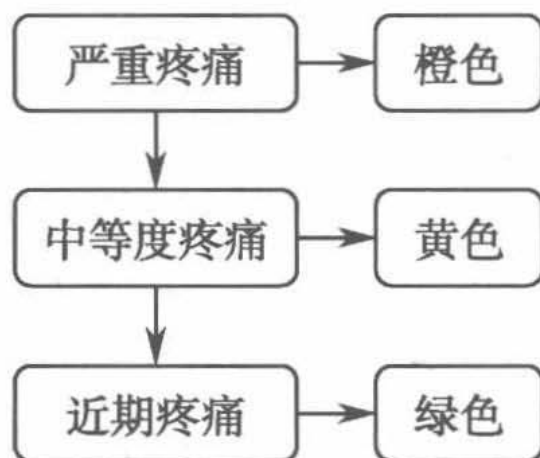


图 1-1 疼痛鉴别流程图

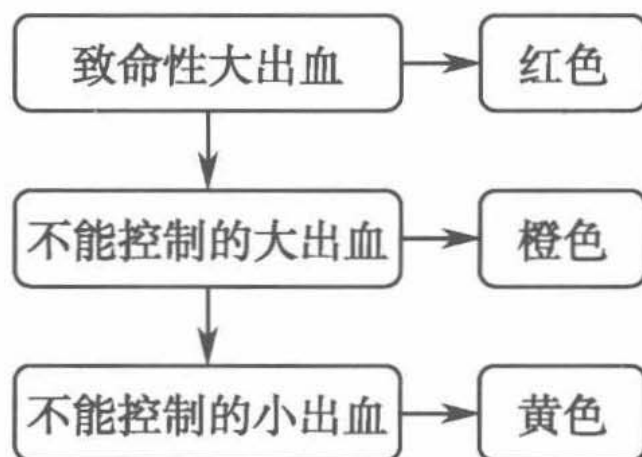


图 1-2 出血鉴别流程图

鉴别点四：意识水平

在成人或儿童意识水平需区别对待。在成人中只要当时意识丧失的患者就常被划分为Ⅰ级(红色),而所有无反应的儿童都被分配到这个级别的优先权。伴有意识水平改变的成人患者(对声音或疼痛的反应或无反应)和仅仅对声音和疼痛有反应的儿童被划分为Ⅱ级(橙色)。所有曾有意识丧失史的患者都应被划分为Ⅲ级(黄色)(图 1-3)。

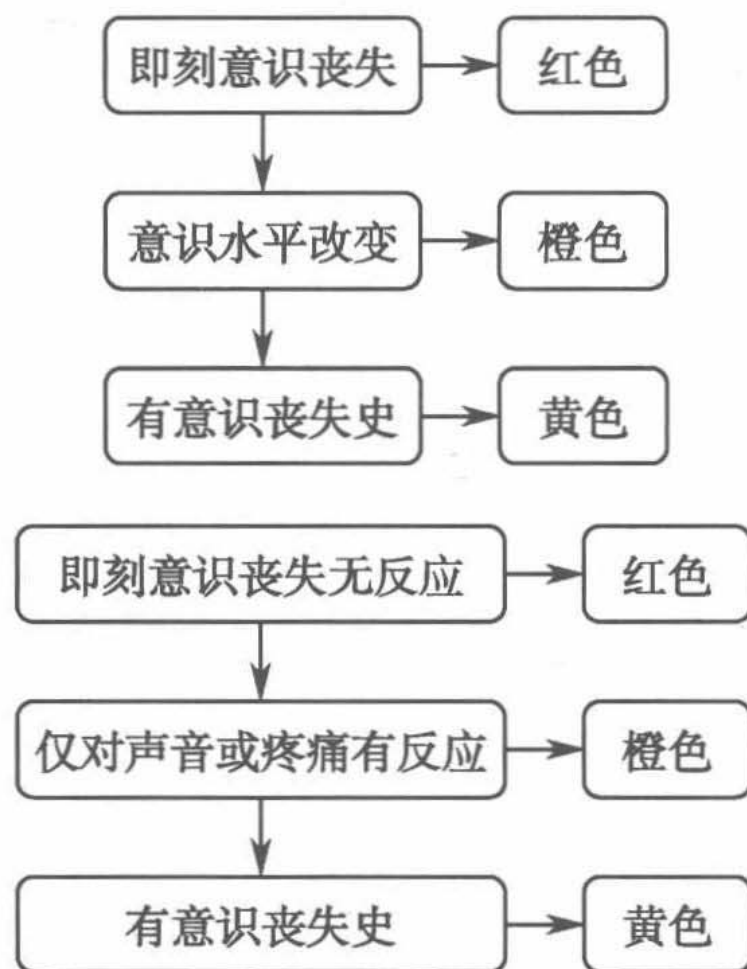


图 1-3 意识鉴别流程图

鉴别点五：体温

作为普通鉴别点应用。尽管快速读取鼓膜体温计使体温测量更方便，但在分诊过程中获得准确的体温测量仍很困难。继临床体表温度测量之后尽快开展准确的中心体温测量是一个可取的方法。

如果患者皮肤感觉非常热临床上称为超高热，对应的体温 $>41^{\circ}\text{C}$ ；类似的如果患者皮肤感觉发热临床上称为高热，对应的体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ ；皮肤温热的患者称为低热，相应体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ 。

皮肤温度低的患者临床称为低体温，其中心体温 $<35^{\circ}\text{C}$ 。

超高热的成人和高热儿童患者都被划分为Ⅱ级诊治优先权。高热的成年患者被划分为Ⅲ级。任何年龄的低体温患者都被划分为Ⅱ级（图 1-4）。

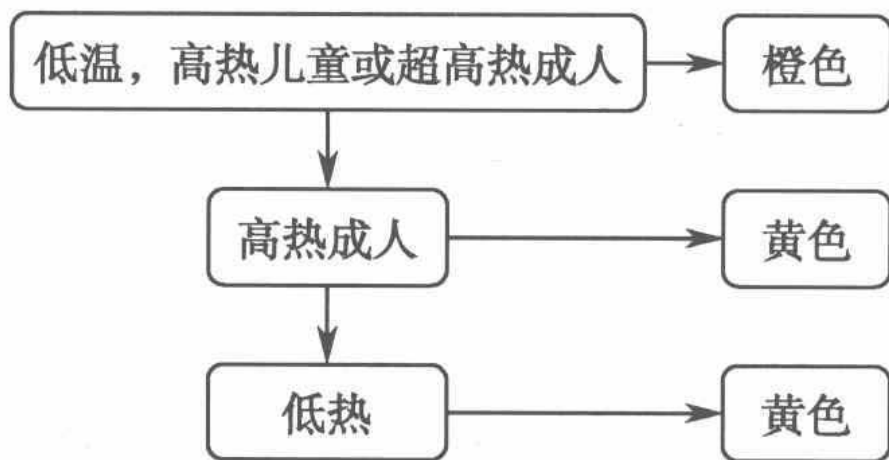


图 1-4 体温鉴别流程图



鉴别点六：起病缓急

在本文中，一些特定的常规也被用来保证分诊的一致性。突然是指起病在数秒或数分钟内；迅速是指少于12小时内的；急性是指起病在12~24小时范围内。近期症状和表现是指在过去7天内所出现的。

虽然大多临床医生毫无疑问地接受起病缓急能帮助判断临床诊治优先权，但关于将慢性（超过7天）定义为非紧急级别仍有一些争论。分诊的方法就是如果存在任何关于该主诉的普通或特异性鉴别点将导致患者被划分到更高级别优先权。

这个鉴别点的应用不是为了惩罚那些不应该出现在急诊的患者，也不是为了让那些已经长时间有疾患的患者延长等待治疗的时间。那些非近期起病的稳定患者实际等待时间依赖于部门当时的病患组成情况和工作负荷，以及可获得的医疗资源。

二次分诊

我们也许不能在首次预检台实施所有必需的评估——尤其在工作负荷大的部门。在这样的环境下必需的评估仍然需要实施，但是是由接收护士作为第二个步骤来完成。一些耗时的评估（如血糖测定）常常留给二次分诊。



(三) 评估所有选项, 选择一个实施

选择一个流程图就是选择了大量用于针对该患者的普通和特异性鉴别点。这里提出的实施分诊方法的技巧在于评估这些检查项目。预检人员必须决定存在的特定鉴别点的标准是否已经满足, 同时必须决定存在的鉴别点中哪个将导向最高的优先权。

(四) 实施所选择的选项

这一步骤是过程中实质性的一步。信息收集、分析和评价讨论所带来的不可避免的结果就是决定一个特定的最高阳性鉴别点(普通的或是特异性的)。这将最终导致给患者分配 4 个临床优先权中的一个。

1. 记录 分诊的实施也涉及记录被划分的诊治优先权。这里列出的分诊方法使记录十分简单而准确。所需要的是对所使用的主诉流程图、决定性的鉴别点和最终选择的优先权的记录。举例而言, 对于一个伴有胸痛的患者患者的分诊记录可以是以下表格展示的那样。

胸痛
胸膜痛
Ⅲ级

这个简单的记录方法不仅方便审查,而且意味着决策的理由十分明显。

2. 患者的评估 对分诊的简洁定义是一个收集和运用相关信息以确定诊治优先权的快速而集中的会谈。这个类型的评估本身就是一种技巧。表 1-1 可以用来给护士教授这个过程,并且确切的决策是基于患者的相关适当数据信息得出的。

表 1-1 分诊评估表

评估的组成部分	分诊的行动
接待患者	对患者的评估应从看见患者第一眼开始。当其进入分诊区域时要观察患者,并收集任何视觉信息,包括:肢体活动度、明显外伤、年龄
病史	询问患者急诊就诊原因 这是一个简短、精练、主观的病史,告诉你与患者损伤、疾患和健康状况的有关问题
当前主诉	患者的主诉从他们提供的主观病史中获得 引导护士选择最合适的流程图