

急诊分诊指南

Guidelines for
Emergency Triage

主 编 赵 剡

副主编 朱小平 孙慧敏 张华君 田 钰

UNIVERSITY PRESS

大学出版社

急诊分诊指南

Guidelines for
Emergency Triage

主 编 赵 剡

副主编 朱小平 孙慧敏 张华君 田 钰

编 委 (按姓氏音序排列)

陈海华	陈 珺	陈志桥	干丽红	江 山	金晓晴
倪绍洲	潘正启	沈 俊	宋小兵	涂小朋	田 钰
王 岚	王 翔	夏 剑	熊 燕	杨 剑	杨 敏
杨奇盛	张华君	张利娟	张其红	张 璇	周贤龙



WUHAN UNIVERSITY PRESS

武汉大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊分诊指南/赵剡主编;朱小平,孙慧敏,张华君,田钰副主编. —武汉:武汉大学出版社,2013.5

ISBN 978-7-307-10692-5

I. 急… II. ①赵… ②朱… ③孙… ④张… ⑤田…
III. 急诊—指南 IV. R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 070092 号

责任编辑:任仕元 责任校对:王 建 版式设计:马 佳

出版发行:武汉大学出版社 (430072 武昌 珞珈山)

(电子邮件:cbs22@whu.edu.cn 网址:www.wdp.com.cn)

印刷:武汉珞珈山学苑印刷有限公司

开本:850×1168 1/32 印张:8.625 字数:230千字 插页:1

版次:2013年5月第1版 2013年5月第1次印刷

ISBN 978-7-307-10692-5 定价:22.00元

版权所有,不得翻印;凡购买我社的图书,如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请与当地图书销售部门联系调换。

目录



第1章 引言 / 1

- 1.1 我国分诊现状 / 2
- 1.2 分诊 / 5
- 1.3 病人情况的评估 / 10

第2章 心血管系统疾病症状 / 13

- 2.1 呼吸心跳骤停 / 13
- 2.2 休克 / 15
- 2.3 胸痛 / 18
- 2.4 心动过速 心悸 / 21
- 2.5 心动过缓 / 23
- 2.6 高血压 / 26
- 2.7 低血压 / 29

第3章 呼吸系统疾病症状 / 32

- 3.1 急性呼吸窘迫 / 32
- 3.2 呼吸困难 / 35
- 3.3 咯血 / 38
- 3.4 咳嗽 / 40

第4章 消化系统疾病症状 / 43

- 4.1 腹痛 / 43
- 4.2 腹泻 / 49

4.3	呕吐	/ 53
4.4	呕血	/ 56
4.5	便血	/ 59
4.6	便秘	/ 62

第5章 泌尿肾脏系统疾病症状 / 66

5.1	尿痛	/ 66
5.2	血尿	/ 68
5.3	急性尿潴留	/ 70
5.4	急性睾丸痛	/ 73
5.5	肾功能不全	/ 75
5.6	透析患者的急诊	/ 78

第6章 妇产科疾病症状 / 81

6.1	妊娠期高血压	/ 81
6.2	糖尿病与妊娠	/ 84
6.3	先兆早产	/ 86
6.4	孕妇高热	/ 88
6.5	子宫出血：女性生殖器出血	/ 91
6.6	盆腹痛与妊娠	/ 93

第7章 内分泌系统疾病症状 / 96

7.1	糖尿病失代偿	/ 96
7.2	低血糖	/ 99
7.3	实验室指标异常	/ 101

第8章 精神神经系统疾病症状 / 104

8.1	昏迷	/ 104
8.2	头痛	/ 108
8.3	意识障碍	/ 111
8.4	抽搐	/ 115

8.5	眩晕	/ 118
8.6	肢体感觉及运动障碍	/ 121
8.7	行为障碍	/ 125
8.8	药物中毒及自杀	/ 127
8.9	违禁药物中毒	/ 130
8.10	抑郁症	/ 132
8.11	谵妄	/ 134

第9章 传染或感染症状 / 137

9.1	热带国家回国后高热	/ 137
9.2	脓肿	/ 140
9.3	意外地接触到体液（血液途径/性途径）	/ 142

第10章 皮肤病症状 / 144

10.1	紫癜	/ 144
10.2	瘙痒	/ 147
10.3	水泡	/ 149
10.4	下肢红肿	/ 151

第11章 风湿病症状 / 154

11.1	颈痛	/ 154
11.2	背痛	/ 156
11.3	腰痛	/ 158
11.4	关节痛	/ 161

第12章 眼、耳鼻喉、口腔疾病症状 / 165

12.1	复视	/ 165
12.2	视力下降	/ 167
12.3	痛红眼	/ 169
12.4	眼痛	/ 172
12.5	鼻衄	/ 174

12.6	耳鸣	/ 176
12.7	感音性耳聋	/ 179
12.8	牙痛	/ 181

第13章 损伤及间接损伤症状 / 183

13.1	伤口	/ 183
13.2	脑外伤	/ 185
13.3	面部创伤	/ 188
13.4	颈部损伤	/ 191
13.5	腰背部脊柱外伤	/ 193
13.6	胸部外伤	/ 196
13.7	腹部会阴部损伤	/ 198
13.8	肢体创伤	/ 200
13.9	多发伤和复合伤	/ 202
13.10	蛰伤	/ 204
13.11	咬伤	/ 207
13.12	烧伤	/ 209

第14章 一般疾病症状 / 213

14.1	身体状态的改变	/ 213
14.2	不适	/ 216
14.3	嗜睡	/ 220
14.4	烦躁	/ 223
14.5	发热	/ 225
14.6	急性过敏反应、荨麻疹、急性血管 神经性水肿、过敏性休克	/ 229
14.7	疼痛	/ 232
14.8	乏力	/ 234

第15章 儿童疾病症状 / 238

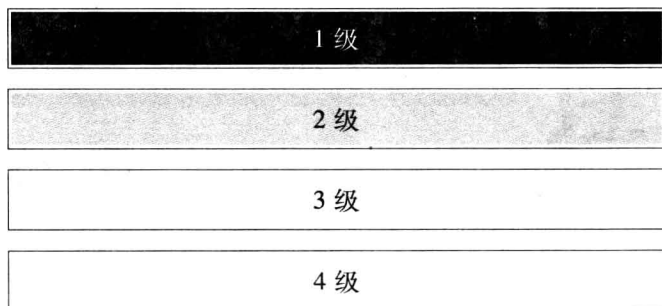
15.1	小儿耳痛	/ 238
------	------	-------

15.2	小儿腹痛	/ 241
15.3	小儿腹泻呕吐	/ 243
15.4	小儿呼吸困难	/ 245
15.5	小儿头部外伤	/ 247
15.6	小儿食物中毒	/ 250
15.7	小儿高热	/ 253
15.8	小儿惊厥	/ 255

第16章 附录 / 258

附录1	分级和分区流程	/ 258
附录2	生命体征异常参考指标（急诊病情 分级用）	/ 259
附录3	列入急诊病人病情分级的医疗资源	/ 260
附录4	Glasgow 昏迷分级	/ 260
附录5	VAS 疼痛评分标准	/ 261
附录6	国际分诊量表	/ 262
附录7	CRAMS 创伤评分	/ 262
附录8	加拿大分诊及严重程度分级	/ 263
附录9	分诊的健康评估	/ 267

◎ 分诊等级示意图



1.1 我国分诊现状

目前国内大多数医院的急诊室采用对危重病人开通绿色通道优先救治，对一般病人根据护士的初步判断，安排到相关科室就诊的分诊方式。这种分诊方法使重危病人得到了及时救治，但护士的分诊能力将直接影响病人的救治效果。国内尚缺乏统一的分诊系统和具体的操作程序，使分诊护士成为分诊准确与否的主要决定因素，因此，对分诊护士有很高的要求。但实际工作中，因护士对分诊工作的认识与重视程度不同以及业务知识的能力差异而使分诊的准确率参差不齐，所以建立一个高效、便捷的分诊体系是保证分诊质量的关键，也是保证护士分诊准确率的基本保障。因此，在国内建立统一、标准化的分诊系统并在各级医疗机构急诊科逐步实施是我国急诊建设的重要部分。

1. 急诊工作的范畴

急诊工作是医疗工作的重要组成部分，危重急症病人的病情重，变化快，需要及时做出正确诊断并给予恰当治疗。急诊医学的诊断过程与处理原则都严格地遵循赢得时机和挽救生命的核心任务而展开。

急诊工作范畴包括以下 4 个方面：

- (1) 各种急性病、慢性病的急性发作和急性创伤的救治
- (2) 危重病人的急救

- (3) 灾害医学救援
- (4) 毒理学和急性中毒

2. 分诊室（台）的配备

急诊分诊室（台）需设置在急诊区域明显的位置，一般在急诊科入口处并有醒目标志。病人进入急诊科时，应能立刻看到分诊室（台），分诊护士也能够清楚地看到每位前来就诊的急诊病人，即刻按需提供主动的服务。分诊室（台）应与挂号处相邻，面向候诊区，连接治疗区。病人经过分诊后，可以就近进入相应的治疗区域。分诊室（台）应有宽敞的空间，充足的光线并设有屏风，以便在护理体检时能使病人感到舒适、轻松和便于交谈。分诊室（台）配有电脑（或病人就诊登记本）、电话、对讲机、信号灯、呼叫器、诊查床、候诊椅、饮水机以及护送病人的轮椅、平车等；还需备有各种常用检查器材及记录单，如血压计、听诊器、手电筒、体温表、压舌板、挂号牌、常规化验用品等。

3. 分诊护士应具备的条件

预检分诊作为急诊患者的首站，其分诊准确率将直接影响到急诊工作的医疗、护理质量。且分诊的质量直接关系到病人救治效果和对医院的满意度。高质量的分诊工作可以提高急诊科的救治效果，对保证病人诊治效果起着重要的作用。

急诊分诊护士应具备社会认可的专业性，必须经过专业机构或部门统一标准的培训。

(1) 业务能力：分诊护士应由有3年以上工作经验、有丰富临床知识的护士担任，应具有能利用专业知识快速评估、将患者正确分类的能力。并应熟悉医院的各项规章制度、本地医疗机构及本院相关领导层的沟通途径，以具备应对和处理各种公共卫生事件的能力。

(2) 沟通能力：分诊护士应具有与院内各部门的熟练沟通能力与技巧，能有经验地收集及整理资料，圆满地完成沟通任务。

(3) 素质要求：分诊护士必须有高度的责任心和职业道德，具备机智、有主见及有礼貌的品质，应有敏锐的观察能力和急救意识。

4. 分诊护士的角色

凡到急诊室就诊的患者，绝大部分都是病情危急、需及时诊疗

或迅速抢救的。分诊护士的工作主要包括：询问病史，测量生命体征，分析病情，做出初步判断，同时根据病情采取及时、适当的措施，配合医疗，确保诊疗工作迅速、准确、有条不紊地进行。因此，分诊护士具有多功能角色。

(1) 接诊者：分诊护士应主动迎接每一位就诊者，强调以患者为中心，应用专业知识及敏锐的判断力，运用一定的沟通技巧询问病史，收集资料，测量生命体征及传递信息，合理安排就诊。

(2) 咨询者：分诊护士应是最好的倾听者，应不厌其烦地倾听患者的抱怨、担心、害怕，接受其情绪反应，回答患者的疑问，给予安慰、支持，减轻其情绪压力，向患者讲解卫生知识和促进健康的方法。

(3) 观察者：分诊护士问病史的过程中应密切观察每一位来诊者的病情变化，安排就诊的先后顺序，不要耽误病情。患者就诊后在分诊观察室中观察，分诊护士仍要密切观察患者对药物的反应及疗效，因为疾病本身就是一个动态变化的过程。

(4) 评估者：分诊护士在执行护理活动之后，应具体评估其护理活动是否正确、有效？患者的需要是否获得满足？患者的问题是否消失或减轻？若效果不佳，应及时向医师反映，重新计划及执行新的措施，直到患者的症状改善为止。

(5) 分析者：分诊护士应运用护理专业知识与技术，利用医院中现有医疗资源与设施，去分析考虑，找出患者除症状外的隐藏问题，协助医生诊断，以满足患者的真正需要。

(6) 辅导者：分诊护士运用护理专业知识及丰富的临床经验判断来诊患者的种类、教育程度及接受程度，给予适当的卫生或健康教育，协助预防疾病恶化或复发，以达到预防疾病、促进健康的目的。

5. 分诊护士的职责

(1) 建立优先次序：根据病情的严重程度选择治疗的优先性。

(2) 分配救治区域，控制流量。

①通过提高分流缓解拥挤与混乱。

②促进人力资源与设备更有效的利用。

(3) 开始合理的护理干预。

①通过准确的初始评估促进患者护理。

②在患者病情有生命危险的情形下提供迅速的干预。

③提供初步评估加速医生的评估。

(4) 保持医患沟通，密切医患关系。

①密切护患关系，一旦患者进入急诊科，一位训练有素的医务人员会立刻发现。

②为需要到其他科治疗的患者充当帮助者。

③为仅仅需要信息与指导的患者充当咨询者。

④注意观察等候就诊的患者，随时发现病情变化。

⑤与等候治疗区患者的朋友、亲人沟通。

⑥与警察及急救服务系统建立联系。

(5) 在评估与分诊技能方面接受训练。

(6) 明确反应时间：从患者挂号到提供医疗资源的时间。



1.2 分诊

◎ 分诊的定义

急诊预检分诊是根据疾病的严重程度、治疗优先的原则和合理利用急诊资源对急诊病人进行快速分类，以确定治疗或进一步处理的优先次序过程。

1. 分诊的目的

分诊的“Triage”一词来源于法语，意思是“进行分类”，最早用于第一次世界大战中确定病人治疗的优先次序。最初在战场上使用军用分诊的主要目的，是尽可能让更多的战士重新投入战斗，因此，那些不严重的伤口可能获得最为优先的诊治权；而医疗救护的分诊是以让最多数量的人员获得生存机会为首要原则，因此，那些最严重而有实际挽救希望的损伤常能得到优先治疗。面对来急诊室就诊的患者，我们不可能同时治疗所有的病人，识别、评估和确定优先顺序便不可或缺。分诊时，不仅要决定优先救治谁，还需考虑病人的救治过程需要哪些医疗资源。当对于需求而言医疗资源相对

丰富时，分诊目标是给每个病人以最佳的治疗；当资源严重短缺时，分诊的目标是给最多的人以最大限度的治疗，使更多的人能存活。

2. 分诊制度

(1) 分诊必须由临床经验丰富、熟悉业务知识、责任心强、服务态度好的护理人员承担，分诊人员必须坚守工作岗位、不得擅自脱岗。

(2) 分诊护士应主动热情地接待每一位前来就诊的病人，进行生命体征检查和病情评估，简明扼要地询问病情重点，进行必要的体检和检验，以便合理分诊，做到不漏诊。

(3) 根据病情的轻重缓急快速分流病人，指导就诊。遇有危重病人应直接送抢救室救治，并迅速通知有关医生和护士，然后补办手续。

(4) 做好传染病的分诊，对传染病人或可疑传染病人，应安排隔离就诊，避免交叉感染。对传染病人应填写相应的传染病疫情报告单。

(5) 遇有严重工伤事故、交通事故及其他突发公共卫生事件或批量伤时，应立即通知科领导及医务科，以便组织抢救。遇涉及刑事、民事纠纷的病人，除向医务科汇报外，还应向公安部门报告。

(6) 做好急诊就诊的登记工作，尤其是病人就诊的时间、首诊医生姓名、所属科室、接诊时间和病人转入、转出或死亡时间等，要求记录及时、准确、完整。

3. 国外分诊系统简介

法国急诊护士预检分诊的依据是《分诊指南》，由法国卫生局组织编写，具有法律效力。分诊护士严格按照指南来判断疾病的轻重，进行分级，因不遵守《分诊指南》而出现医疗纠纷时，会追究当事人的责任。分诊方法中对病人的各种客观指标有明确的量化标准，分诊护士依据收集到的主、客观资料判断病人病情等级。

加拿大预检标尺即5级国际预检系统(5-LNTS)是目前国际上广泛使用的最先进的预检系统，它视病情轻重将病人分为1~5个不同等级，表示病情由重到轻，不同等级的病人等待就诊的时间不同。

美国在20世纪90年代末创立了急诊严重指数(ESI)，在不同

的急诊室均具有可行性及内在可靠性, ESI 级别与病人的预后密切相关, 预检不足发生率低, 护士认同操作简便与实用。

澳大利亚的预检系统在 1977 年采用的是将病人分为立即、紧急、及时、非紧急和常规 5 个级别而不考虑具体时间, 1989 年进行改良成了 5 种不同颜色来区分病人类别的预检标尺。

英国大多数急诊室采用的是曼彻斯特预检标尺, 它是一种 5 级预检标尺, 有独特的方法和 52 个流程表来辅助不同主诉病人的分检。每个流程描述了“危及生命、疼痛、出血、急性起病、意识水平和体温”6 个关键性的鉴别指标。

目前国际上大多数国家均采用 5 级分诊系统, 体现了很大的实用性。

4. 分级依据

(1) 急诊病人病情的严重程度: 决定病人就诊及处置的优先次序。

(2) 急诊病人占用急诊医疗资源多少。

急诊病人病情分级不仅仅是给病人排序, 而是要分流病人, 要考虑到安置病人需要哪些急诊医疗资源, 使病人在合适的时间去合适的区域获得恰当的诊疗。

5. 分级原则

根据病人病情评估结果进行分级, 共分为四级:

级别	标准	
	病情严重程度	需要急诊医疗资源数量
1 级	A 濒危病人	—
2 级	B 危重病人	—
3 级	C 急症病人	≥ 2
4 级	D 非急症病人	0 ~ 1

6. 分诊的级别

参照《急诊病人病情分级试点指导原则(征求意见稿)》, 分诊

级别如下：

(1) 1级——濒危病人：濒危病人是指病情可能随时危及病人生命，需立即采取挽救生命的干预措施，急诊科应合理分配人力和医疗资源进行抢救。

如：气管插管病人、无呼吸或无脉搏病人、急性意识障碍病人以及其他需要采取挽救生命干预措施的病人。

这类病人应立即送入急诊抢救室。

(2) 2级——危重病人：危重病人是指病情有可能在短时间内进展至1级，或可能导致严重致残者，应尽快安排接诊，并给予病人相应处置及治疗。病人来诊时呼吸循环状况尚稳定，但其症状的严重性需要很早就引起重视，病人有可能发展为1级。

如：急性意识模糊或定向力障碍、复合伤、心绞痛、严重影响病人自身舒适感的主诉如严重疼痛等。

急诊科需要立即给这类病人提供平车和必要的监护设备。

(3) 3级——急症病人：急症病人是指病人目前明确没有在短时间内危及生命或严重致残的征象，病人病情发展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低，也无严重影响病人舒适性的不适，但需要急诊处理缓解病人症状。在留观和候诊过程中若出现生命体征异常，则病情分级应考虑上调一级。

应在一定的时间段内安排病人就诊。

(4) 4级——非急症病人：非急症病人是指病人目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉，且临床判断需要很少急诊医疗资源的病人。

此类病人可延后处理。

7. 急诊诊治区域划分

(1) 红区即抢救监护区，适用于1级和2级病人处置。

(2) 黄区即密切观察诊疗区，适用于3级病人，原则上按照时间顺序处置病人，当出现病情变化或分诊护士认为有必要时可考虑提前应诊，病情恶化的病人应被立即送入红区。

(3) 绿区即4级病人诊疗区。

8. 分诊程序

1) 接诊

分诊护士主动、热情地接待病人。急诊病人到达后,分诊护士对其快速评估、分析和判断;急危重病人先安排入抢救室进行急救,其他病人可根据所属科室安排进入相应诊室就诊。所有急诊病人的信息均应进行登记,内容包括就诊日期、时间、病人姓名、性别、年龄,通信地址,初诊或复诊,初步诊断及转归去向等。

2) 护理评估

(1) 初级分诊。通过简单快速的评估识别筛选出需要紧急干预的病人。分诊时应考虑以下信息:

①当前问题:导致病人来急诊室就诊的问题或情况。

②详细的信息。

③一般和客观生命体征的评估。

④分配优先权及治疗区域:筛选出危重症病人送往复苏室并尽可能快速实施复苏。

(2) 二级分诊。通过收集更多的细节信息、测量客观生命体征和相关检查来评估那些看起来比较稳定的病人。分诊时应考虑以下信息:

①当前问题。

②与当前问题有关的其他信息;既往史和过敏史。

③客观地定量评估:一般情况;生命体征:意识水平(如AVPU或GCS评分)、呼吸、循环(脉搏、血压、灌注情况)和体温。

④分配优先权和治疗区域:保证正确的评估,根据评估分派优先权及合适的治疗区域。

(3) 三级分诊。指病人在等候就诊时监测病人的情况,当有证据显示病人的病情改变时应重新分诊。

3) 病情评估

分诊护士根据收集的病人资料,估计病情的轻重缓急,安排就诊秩序,使病人得到及时、有效的救治。根据病情将病人分为4级:

①1级:病情可能随时危及病人生命,需立即采取挽救生命的干预措施,需要立即复苏。

②2级:病情有可能在短时间内进展至一级,或可能导致严重

致残者，应尽快安排接诊，并给予病人相应处置及治疗。

③3级：病人目前明确没有在短时间内危及生命或严重致残的征象，无严重影响病人舒适性的不适，但需要急诊处理缓解病人症状。需要尽早治疗。

④4级：病人目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉，且临床判断需要很少急诊医疗资源的病人。



1.3 病人情况的评估

1. 既往史及用药过敏史

既往史提示了病人的基本情况以及相关的危险因素，在分派优先权时占有一定的地位。如一位哮喘病人因呼吸困难而就诊，比一个同样条件下没有相应既往史的人更为危急。此外，我们还必须在医疗文件中明确记录病人的过敏情况。

2. 生命体征

心率、血压、呼吸频率、氧饱和度、体温、疼痛评分等，这些检查都有助于了解病人的一般情况。

3. 心率

有助于对病人的血流动力学进行评估。一般情况下，用仪器对其进行测定，但有时需进行触诊。其部位为手腕处的桡动脉，对于儿童而言，则为肱动脉或者股动脉。在某些情况下，需对脉搏进行触诊以判断其脉率是否规则，是否有危险征象。正常情况下，成人心率在60~100次/分，婴儿则为100~160次/分，2~4周岁则为80~130次/分，4~10周岁则为70~100次/分。分析心率时还需考虑病人本身情况，如既往史、治疗情况等。

4. 血压

用于判断病人血流动力学情况。为了获得准确的数据：应在测量前让病人休息十分钟，选择大小合适的袖带，将袖带戴在肘上2cm处，使手臂与心脏持平测量。注意避免在偏瘫的手臂上进行血压测定。成人正常情况下收缩压为90~140mmHg，舒张压60~100mmHg。评估时需根据病人自身情况、既往史以及治疗情况对血