

由河南省科技著作项目资助出版

JIZHEN

XITONGHUA FENZHEN

PINGGU SHOUCE

急诊系统化分诊 评估手册

主编 王秀玲 刘延锦 李 博



出版单位

地址

电话

急诊系统化分诊评估手册

主 编 王秀玲 刘延锦 李 博

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

内容简介

急诊预检分诊是急诊工作的第一步,影响患者的疾病转归和治疗,关系到急诊后续工作的顺利进行。《急诊系统化分诊评估手册》旨在提供急诊分诊相关知识,为临床分诊人员提供借鉴。

本书通过介绍急诊分诊概述、创伤类疾病系统化分诊评估、非创伤类疾病系统化分诊评估、急诊绿色通道病种系统化分诊评估、特殊科室系统化分诊评估、特殊人群系统化分诊评估等共六部分,全方位阐述急诊分诊涉及的领域。

本书适合广大急诊科临床医务工作者及急诊医学相关人员阅读使用。

图书在版编目(CIP)数据

急诊系统化分诊评估手册/王秀玲,刘延锦,李博主
编. — 郑州:河南科学技术出版社,2017.1

ISBN 978 - 7 - 5349 - 8425 - 9

I. ①急… II. ①王…②刘…③李 III. ①急诊 -
手册 IV. ①R459.7 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 008125 号

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市经五路 66 号 邮编:450002

电话:(0371) 65737028 · 65788870

网址:www.hnstp.cn

策划编辑:李喜婷 范广红

责任编辑:范广红

责任校对:崔春娟

封面设计:张 伟

责任印制:张 巍

印 刷:郑州环发印务有限公司

经 销:全国新华书店

幅面尺寸:170 mm × 240 mm 印张:10 字数:164 千字

版 次:2017 年 1 月第 1 版 2017 年 1 月第 1 次印刷

定 价:30.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换。

编写人员名单

主 审 李 莉 兰 超

主 编 王秀玲 刘延锦 李 博

副 主 编 王月芹 裴理辉 陈 倩

编 者 (按姓氏笔画排序)

尹慧珍 叶 磊 刘 南 苏玉敏

杜亚泽 李 晓 李西娟 张 利

张倩倩 贾英岚 高培钦 桑红梅

龚玉琳 韩国杰 潘旗开

前言

急诊医学已经成为临床医学中的一门独立学科。它涉及范围广泛，作为跨学科、跨专业的综合性医学，其任务是运用最新的研究成果和医学观念，以最先进的医疗设备和技术，为急危重症患者提供优质、快捷的医疗和护理。

随着急诊医学的发展，急诊护理也日新月异地快速发展，护理队伍在不断壮大。急诊危重患者在发病过程中经常会出现多个器官和系统，甚至全身的危及生命的病理生理变化，这就涉及多个学科的知识和技能；面对各种各样的急诊患者，有时情况十分紧急，需要在极短的时间内做出科学、快速、有效、正确的判断和处理，这就需要护理人员有熟练的预检分诊能力、观察病情的能力、与患者及其家属沟通的能力等。因此急诊护理人员需要规范化、专业化的指导。

本书的特色是形式新颖，内容广泛，紧密结合临床预检分诊工作。全书共六章，内容包括急诊分诊概述、创伤类疾病系统化分诊评估、非创伤类疾病系统化分诊评估、急诊绿色通道病种系统化分诊评估、特殊科室系统化分诊评估、特殊人群系统化分诊评估等。例如，一名院前接诊的腹痛患者，急救人员在救护车上就可以将患者的实时情况通过急诊系统传送至抢救室，使得院前的检查、治疗、前期的生命体征一目了然。院内的医护人员可根据传递的信息做到有的放矢，准备好相应的抢救措施。在患者到达急诊门诊测量完生命体征后，利用急诊预检分诊软件中的相关主诉、疼痛评分，结合患者的实际病情，分流至急诊的三个功能区进行诊治，全程实现信息化。希望通过此书让大家具体了解急诊预检分诊的知识，切实为患者解决实际问题，为从事急诊急救工作的医务人员带来方便，推动急救工作的健康、快速发展。

由于专科护理内容广、发展迅速，本书编者将多年来临床经验细心总结，但水平有限，可能还存在错误或疏漏，恳请广大临床护理工作者、读者给予批评指正，以期改进与完善。

王秀玲

2016 年 10 月

目 录

第一章 急诊分诊概述.....	1
第一节 急诊分诊发展历史.....	1
一、急诊分诊起源.....	1
二、急诊分诊概念.....	2
三、急诊分诊重要性.....	2
第二节 急诊分诊现状.....	2
一、国内预检分诊现状.....	2
二、国外预检分诊现状.....	4
三、分诊的主要方法.....	6
第三节 准入制度及信息化.....	7
一、分诊护士准入制度.....	7
二、分诊护士资质.....	8
三、急诊分诊信息化进展.....	8
第四节 急诊分诊领域前沿知识.....	9
一、急诊分诊领域新进展.....	9
二、急诊分诊领域面临挑战及展望.....	19
第二章 创伤类疾病系统化分诊评估.....	23
第一节 各种急性创伤的分诊评估.....	23
一、颅脑外伤.....	23
二、颌面部外伤.....	24
三、颈部损伤.....	25
四、脊柱和脊髓损伤.....	25
五、胸部损伤.....	26
六、腹部、会阴部损伤.....	27

七、肢体损伤	27
八、多发伤和复合伤	28
九、蜇伤	28
十、咬伤	29
十一、烧伤	30
十二、伤口	30
第三章 非创伤类疾病系统化分诊评估	32
第一节 心血管系统疾病分诊评估	32
一、心搏骤停	32
二、胸痛	33
三、心悸	34
第二节 呼吸系统疾病分诊评估	35
一、咳嗽与咳痰	35
二、咯血	36
三、呼吸困难	37
第三节 消化系统疾病分诊评估	38
一、腹痛	38
二、腹泻	40
三、呕吐	41
四、呕血	42
五、便血	44
第四节 神经系统疾病分诊评估	46
一、昏迷	46
二、意识障碍	48
三、抽搐	49
第五节 其他非创伤疾病分诊评估	50
第四章 急诊绿色通道病种系统化分诊评估	52
第一节 急性单病种绿色通道	52
一、急性创伤	52
二、急性心肌梗死	54

三、急性心力衰竭	55
四、急性呼吸衰竭	55
五、急性中毒	57
六、急性颅脑外伤	58
七、急性脑卒中	60
八、高危妊娠孕产妇	61
第二节 突发公共卫生事件的急诊分诊	62
一、检伤分诊	63
二、病情的分类或分级	63
三、大规模突发公共卫生安全事件处理流程	64
第五章 特殊科室系统化分诊评估	65
第一节 耳鼻喉疾病分诊评估	65
一、外耳道异物	65
二、听力障碍	67
三、耳鸣	68
四、耳漏	69
五、耳痛	71
六、鼻出血	73
七、鼻内异物	79
八、咽喉痛	81
九、吞咽困难	83
第二节 口腔疾病分诊评估	87
一、牙龈出血	87
二、急性牙髓炎	89
第三节 眼科疾病分诊评估	90
一、眼内异物	90
二、视觉障碍	93
三、眼疼痛	95
四、眼红	96
五、复视	99

六、眼睑水肿·····	100
七、眼分泌物·····	101
第四节 皮肤科疾病分诊评估·····	102
一、定义·····	102
二、急诊检查·····	103
三、急诊诊断·····	103
四、分诊评估·····	103
第五节 传染性疾病分诊评估·····	103
一、定义·····	103
二、急诊检查·····	104
三、急诊分诊·····	104
四、预检分诊流程·····	104
第六章 特殊人群系统化分诊评估·····	105
第一节 儿童患者分诊评估·····	106
一、儿童患者接诊、分诊须知·····	106
二、儿童患者分诊方法·····	106
三、儿童患者就诊特点·····	108
四、儿童患者急诊分诊流程·····	108
五、儿童患者重点病种急诊分诊流程·····	110
第二节 孕产妇患者分诊评估·····	112
一、孕产妇患者接诊、分诊须知·····	113
二、孕产妇患者分诊方法·····	113
三、孕产妇患者就诊特点·····	113
四、孕产妇患者急诊分诊评估·····	115
五、孕产妇患者常见疾病或症状急诊分诊流程·····	116
第三节 老年患者分诊评估·····	120
一、老年患者接诊、分诊须知·····	121
二、老年患者就诊特点·····	121
三、老年患者常见症状急诊分诊流程·····	122
第四节 精神类疾病分诊评估·····	125

一、精神疾病患者接诊、分诊须知·····	126
二、精神疾病患者分诊方法·····	126
三、精神疾病患者就诊特点·····	128
四、重症精神疾病患者急诊分诊流程·····	129
第五节 “三无”及特殊情况患者分诊评估·····	136
一、“三无”及特殊情况患者接诊、分诊须知·····	136
二、“三无”及特殊情况患者分诊方法·····	138
三、“三无”及特殊情况患者就诊特点·····	139
四、“三无”及特殊情况患者急诊分诊流程·····	140
第六节 酒精中毒分诊评估·····	141
一、酒精中毒患者接诊、分诊须知·····	142
二、酒精中毒患者分诊方法·····	142
三、酒精中毒患者就诊特点·····	143
四、酒精中毒患者急诊分诊流程·····	143
参考文献·····	145

第一章 急诊分诊概述

卫生部（现国家卫生和计划生育委员会，简称卫计委）于 2009 年 5 月印发的《急诊科建设与管理指南（试行）》，第二十四条内容明确表明：“急诊应当制定并严格执行分诊程序及分诊原则，按病人的疾病危险程度进行分诊，对可能危及生命安全的患者应当立即实施抢救。”近年来，随着人们生活水平的不断提高，患者对急诊医疗服务的需求已经远远超出有限的急诊医疗资源，急诊分诊直接影响患者的救治效果和患者对医院的满意程度。

第一节 急诊分诊发展历史

一、急诊分诊起源

分诊的英文为“triage”，来自法语，意为“挑选”或“分类”。医疗分诊首先是从军事医学领域中发展起来的，在第一次世界大战期间，法国医生选择治疗那些可以重返前线的伤兵以及决定伤兵转运到后方的必要性与顺序。1963 年第一个分诊制度在耶鲁—新哈芬港医院被审议实施，1964 年纽约医院开始实行由护士执行急诊分诊制度。同时期美国医院急诊科引入了急诊分诊，20 世纪 80 年代末期急诊分诊被列为医疗保险项目和医院质量认证必备项目。20 世纪 90 年代欧美国如加拿大、美国等，结合各国国情制定出急诊分诊分级标尺。2011 年卫生部出台《急诊病人病情分级指导原则（征求意见稿）》。2013 年卫生行业标准《医院急诊科规范化流程》（WS/T 390—2012）实施，正式规范我国急诊的四级分诊系统。2015 年，中华护理学会急诊专业委员会主任委员金静芬委托浙江大学医学院附属第二医院护理部，在全国三级甲等综合医院征集意见，起草并完成了急诊预检分诊标准，

目前在杭州市处于试用阶段。

二、急诊分诊概念

急诊分诊也称为检诊分诊,是指患者到达急诊门诊后,由急诊分诊护士依据患者病情以及诊疗的优先秩序,合理利用急诊医疗资源,对患者予以快速分类的过程,优先救治病情危重者。国际上对急诊分诊的定义如下:优先救治病情危重患者;减少患者的等待时间;使急诊工作有计划、有序地进行,做到“忙而不乱,既快又准”;科学合理地分配有限的急诊医疗资源;改善患者的救治效果;为临床科研提供理论依据。

三、急诊分诊重要性

急诊分诊是患者进入急诊门诊得到及时救治的重要环节,它的合理性和准确性直接影响急诊医疗服务的秩序和质量。做好急诊分诊对患者的分诊指导,合理分配有限的急诊医疗资源,既使患者得到适时诊疗,又保证分诊人员在舒适的环境下对每位患者进行准确的预检分诊。根据患者病情的轻重缓急合理安排不同等级患者的候诊等待时间,能够提高急诊患者的安全性;同时能够提高急诊的服务质量以及患者的满意度,提高医院的信誉和社会认知度。

第二节 急诊分诊现状

目前国内急诊分诊系统尚未完全统一,各级医院分诊尺度不尽相同,急诊分诊工具有待进一步完善,国内也未见权威的医疗文书规定和具体的分诊流程,但在我国香港地区和台湾地区有统一的分诊系统。欧美国家如美国、加拿大、英国、法国等都有统一的分诊系统。

一、国内预检分诊现状

(一) 内地预检分诊系统

1. 国家卫计委的四级标准 该标准把急诊分为三区 and 四级。三区:红区、黄区、绿区。四级:1级为濒危患者,病情可能随时危及患者生命,需

立即抢救；2级为危重患者，病情有可能在短时间内发展至生命危险和致残危险者，应尽快安排就诊；3级为急症患者，患者有急性症状表现，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；4级为非急症患者，患者目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉。

2. 早期预警评分法（modified early warning score, MEWS） 通过将患者的生命体征、体温及意识等指标换算成相应分值来判断患者的危重程度：>9分表明死亡危险性大，需入住ICU进行专科治疗；5~9分说明病情变化风险大，需进行ICU治疗或专科治疗；<5分表示患者大多数不需住院治疗。

3. 创伤评估 依据创伤患者的病情评估标准，为创伤患者进行急诊分诊。浙江大学医学院附属第二医院结合创伤评估的水平，将创伤评估法即CRAMS评分用于创伤患者的预检分诊中，通过患者的呼吸、运动、腹部、语言以及循环5个方面进行评估量化；江苏大学附属人民医院急诊科采取修正创伤评估法对创伤患者的收缩压、呼吸以及GCS3个方面进行评估量化。

4. 其他 国内二、三级医院采用的是对危重患者开通“绿色通道”得到优先诊疗，主要实施“先就诊，后挂号；先抢救，后付费；先住院，后办手续”的制度和原则，预检护士通过“一看、二问、三查、四分诊”初步判断患者病情程度。

四川大学华西医院制定了新型导向型急诊分诊流程，北京协和医院、上海交通大学医学院附属新华医院等制定出Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类、Ⅳ类、Ⅴ类患者病情的分级标准，分诊人员通过细致观察及测定客观指标对患者进行区域分诊及确定先后次序。

（二）香港预检分诊系统

我国香港地区医院管理局结合临床实践研究，在澳大利亚分诊标尺的基础上制定出《香港医院管理局急诊分诊指南》，通过五级分诊标准，指导急诊分诊人员对患者进行动态观察，依据患者的症状正确判断病情级别，确定其候诊时间。

（三）台湾预检分诊系统

我国台湾于1998年研制并推行了统一的急诊分诊系统，最初使用的是四级分诊，不能有效预测患者的住院率以及医疗资源使用情况，存在过度分

检的问题。2006 年台湾急诊医学会和急重症护理协会结合患者的主诉，在加拿大急诊预检标尺（Canadian triage and acuity scale, CTAS）基础上制定出五级预检分诊系统（Taiwan triage and acuity scale, TTAS），根据患者病情严重程度及候诊时间分为 5 个级别（表 1-1）；该系统供分诊护士使用，能够较好地预测患者的住院天数、费用及医疗资源情况等，具有较高的信效度。

表 1-1 台湾预检分诊系统（TTAS）

级别	危重程度	等待时间
I 级	危害生命	立即抢救
II 级	危及生命需紧急救治	10 min
III 级	可能危及生命	30 min
IV 级	生命体征平稳	60 min
V 级	无生命危险	2 h

二、国外预检分诊现状

（一）美国预检系统

20 世纪 90 年代末美国急诊医护人员设立了五级预检分诊系统，即急诊严重度指数（emergency severity index, ESI），将预检分诊与急诊有限医疗资源的使用结合起来，根据患者生命体征以及所需医疗资源等情况进行综合判断。2004 年已修订了第 3 版的 ESI，该版本能较好地预测不同分级患者对急诊资源的使用情况。另外，有些医院采用现场快速检查或者综合分检的预检系统，这些急诊预检手段在美国范围内得到良好应用。

（二）加拿大急诊预检标尺

1998 年，加拿大急诊医师学会与急诊护士协会在澳大利亚预检标尺（Australian triage scale, ATS）的基础上制定了 CTAS。该标尺依据患者的症状及危重程度分为 5 级（表 1-2）；加拿大急诊医师协会于 2004 年及 2008 年两次对 CTAS 进行了修订。目前在 CTAS 的基础上研制出计算机预检分诊系统，不仅适用于年资较低的护士使用，同时也不会增加护士的评估时间。

表 1-2 加拿大急诊预检标尺 (CTAS)

类别	危重程度
I 级	需要复苏
II 级	危急
III 级	紧急
IV 级	亚急性
V 级	不紧急

(三) 澳大利亚分诊系统

1977 年, Pink 等制定出首个澳大利亚预检系统, 即 Box Hill 预检标尺 (立即、紧急、及时、非紧急和常规)。1994 年在此基础上制定出国家预检标尺 (national triage scale, NTS), 后更名为澳大利亚预检标尺 (Australian triage scale, ATS)。该标尺根据患者情况以及可候诊时间分为五级 (表 1-3); ATS 分诊性能较好, 护士使用起来比较方便, 能够有效预测患者的住院时间、病死率以及 ICU 入住率等。

表 1-3 澳大利亚预检标尺 (ATS)

级别	危重程度	等待时间
I 级	需要复苏	立即复苏
II 级	危急	10 min
III 级	紧急	30 min
IV 级	亚紧急	1 h
V 级	不紧急	2 h

(四) 英国分诊系统

1989 年英国急诊医务人员制定了曼彻斯特预检系统 (Manchester triage scale, MTS), 主要用于英国、葡萄牙和荷兰、爱尔兰、瑞典、德国等国家的急诊室, 该标尺包含有 52 个不同的流程图, 每个流程图都有相对应的主诉 (如头部外伤、咳嗽), 并有 6 个主要指标, 包括生命危险、疼痛、出血、接诊时的严重程度、意识水平和体温, 要求护士熟悉这 52 个流程图, 并根据主诉采用合适的流程图对患者进行评估分诊。该标尺具有较高的信度和效度, 分为五级 (表 1-4), 其分诊准确性不受分诊护士的工作经验

影响。

表 1-4 英国曼彻斯特预检系统 (MTS)

级别	色标	等待时间
I 级	红色	立即
II 级	橙色	10 min
III 级	黄色	1 h
IV 级	绿色	2 h
V 级	蓝色	4 h

(五) 法国分诊系统

20 世纪 90 年代末, 法国的医护人员制定了第一版的法国医院急诊护士分诊指南 (French emergency nurse classification hospital scale, FENCH), 该指南根据患者的病情分为 5 个等级: 从 I 级 (危重) 到 V 级 (没有功能损伤), 护士需结合指南及患者主客观资料对其进行准确分诊, 但该版本的分级标准未考虑患者的主诉及严重程度。21 世纪初医护人员对其进行修订, 成为第二版指南 (表 1-5), 该版本对于预测患者的病情及危重程度具有较高的信效度。

表 1-5 法国医院急诊护士分诊指南 (FENCH)

级别	危重程度	等待时间
I 级	病情危重	立即救治
II 级	可能有脏器功能障碍	<20 min
III 级	病情稳定, 有潜在脏器功能衰竭的风险	<1 h
IV 级	稳定不复杂的机体功能障碍或机体损伤	<2 h
V 级	普通就诊患者	暂无限制

三、分诊的主要方法

对一般急诊的患者, 分诊护士经常采用的分诊方法是 SOAP: 主诉 (subjective, S), 收集从患者亲属朋友和救护人员处得知的所有资料; 观察 (objective, O), 实际上看到的是什么或者真正观察到的数据; 评估 (assess, A), 综合以上情况初步判断患者的病情或者是根据直观和客观的数据判断患者病情; 计划 (plan, P), 组织程序和进行专科分诊, 即调查、