

DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB4403/T 244—2022

急诊患者分级分诊规范

Specification for grading and triage of emergency patients

2022-07-20 发布

2022-08-01 实施

深圳市市场监督管理局 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 缩略语	1
5 一般要求	1
6 急诊患者评估及分级	2
7 急诊患者分诊处置	3
8 服务保障	4
附录 A（规范性） 急诊患者分级分诊标准	7
参考文献	9

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由深圳市卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：深圳市第二人民医院、南方医科大学深圳医院、深圳市宝安区人民医院、深圳市龙华区人民医院、深圳市标准技术研究院。

本文件主要起草人：聂国辉、熊建义、谢小华、谭薇、曾碧静、蔡文智、张文武、熊海燕、陈晖、刘薇、汤东三、李林、彭刚刚、吴恋、李睿。

引 言

为保障急诊患者及时有效救治、确保急诊患者就诊安全，进一步提高急诊分级分诊的正确率，促进我市医疗卫生事业的健康发展，根据《市卫生计生委关于印发深圳市公共卫生服务强化行动方案的通知》（深卫计发〔2018〕55号）的要求，制定《急诊患者分级分诊规范》。《急诊患者分级分诊规范》的制定为急诊患者分级诊疗提供客观、有效、准确的评定标准，实现急诊患者危重程度的准确识别与合理分流救治，提高急诊人力和空间利用率，为急诊患者提供快捷高效的服务。

急诊患者分级分诊规范

1 范围

本文件规定了深圳市急诊患者分级分诊一般要求、急诊患者评估及分级、急诊患者分诊处置和服务保障的要求。

本文件适用于指导深圳市辖区内市、区级综合医院的急诊患者分级分诊工作的开展，专科医院可参考实施。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

APGAR: 活动 (A, Activity)、脉搏 (P, Pulse)、表情 (G, Grimace)、外观 (A, Appearance)、呼吸 (R, Respiration)

COPD: 慢性阻塞性肺疾病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

ECG: 心电图 (Electrocardiogram)

GCS: 格拉斯哥昏迷指数 (Glasgow Coma Scale)

MEWS: 改良早期预警评分 (Modified Early Warning Score)

POCT: 即时检验 (Point-of-care Testing)

SpO₂: 经皮血氧饱和度 (Percutaneous Oxygen Saturation)

5 一般要求

5.1 分级类型

依据急诊患者的病情危重程度，将其分为以下四个级别：

—— I 级为急危患者：生命体征极不稳定，病情正在或即将发生恶化，随时危及生命，需要立即进行积极干预；

—— II 级为急重患者：随时可能出现生命危险，病情容易迅速恶化，应快速急诊处理；

—— III 级为急症患者：病情有潜在加重的危险，需在短时间内得到救治；

—— IV 级分为：

- 亚急症患者：急性发病，但病情及生命体征平稳；
- 非急症患者：具有慢性或非常轻微的症状，生命体征稳定。

5.2 分级分诊流程

急诊患者分级分诊流程图如图1所示。

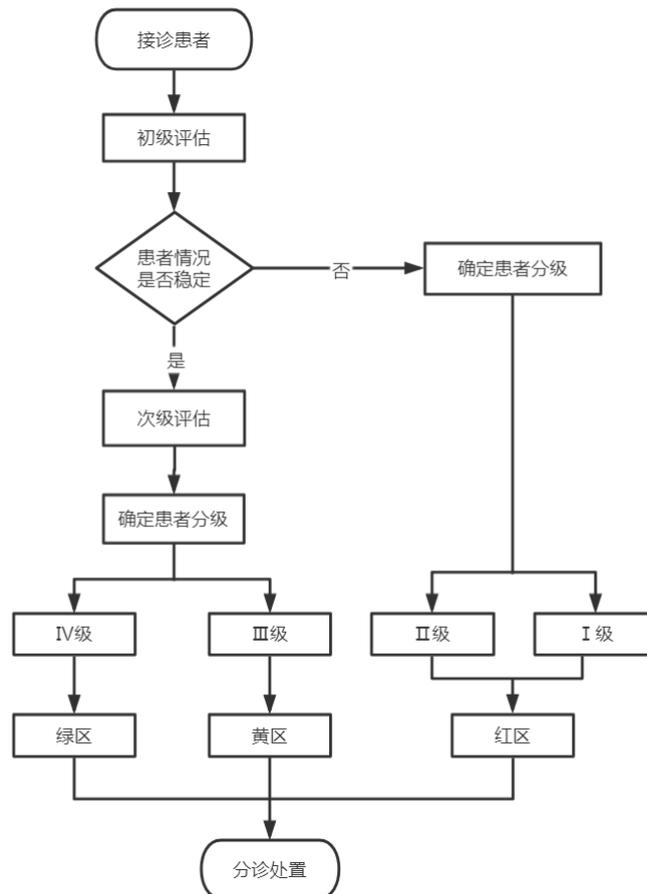


图1 急诊患者分级分诊流程

6 急诊患者评估及分级

6.1 初级评估

6.1.1 对急诊患者应先进行初级评估，评估应包括以下内容或项目：

- 气道；
- 颈椎；
- 呼吸功能；
- 循环功能；
- 神志状况；
- 暴露患者快速全面评估：包括针对性评估和重点评估。

6.1.2 对于存在 6.1.1 列项中任意一项不稳定的急诊患者，应立即将其送抢救室实施救治。

6.2 次级评估

6.2.1 对急诊患者完成初级评估后，还应进一步对急诊患者进行次级评估。

6.2.2 次级评估应包括以下内容或项目：

- 问诊急诊患者；
- 再次评估急诊患者生命体征指标；
- 动态观察急诊患者病情变化，并观察其精神状态、面部表情、皮肤及末梢循环等。

6.2.3 次级评估应符合以下要求：

- 对于存在 6.1.1 列项中任意一项不稳定的急诊患者，经抢救生命体征趋于平稳后由抢救室负责完成次级评估；
- 初级评估情况稳定无生命危险的急诊患者，在候诊区完成次级评估。

6.3 急诊患者分级

6.3.1 根据初级评估和次级评估获取急诊患者的各项指标，急诊患者存在以下任意一种情况的，判定其分级类型：

- 生命体征指标（含体温，脉搏或心率，呼吸，血压）达到表 A.1 客观评估指标的值；
- 达到表 A.1 中任意一项人工评定指标。

6.3.2 不同级别的急诊患者，应用以下不同颜色进行标记：

- I、II 级急诊患者：红色；
- III 级急诊患者：黄色；
- IV 级急诊患者：绿色。

6.3.3 根据急诊患者的级别，应将急诊患者划分不同区域进行候诊（救治）：

- I 级和 II 级急诊患者在同一救治区域；
- III 级、IV 级急诊患者不同区域候诊（救治）。

6.3.4 不同候诊（救治）区域的标记颜色应与急诊患者的分级标记颜色一致。

7 急诊患者分诊处置

7.1 I 级急诊患者

应立即将 I 级急诊患者送入红区进行紧急救治。

7.2 II 级急诊患者

应立即对 II 级急诊患者进行生命体征的监测，并在 10 min 内送入红区进行救治。

7.3 III 级急诊患者

7.3.1 III 级急诊患者应在黄区候诊，候诊时间不宜超过 30 min。候诊时间超过 30 min 后，应再次进行评估及分级。

7.3.2 候诊期间，应随时观察急诊患者病情，在病情发生变化时及时为急诊患者提供救治。

7.4 IV 级急诊患者

- 7.4.1 IV级急诊患者应在绿区候诊，按来诊顺序就诊。
- 7.4.2 亚急症患者候诊时间宜在1 h内。候诊时间超过1 h后，应再次进行评估及分级。
- 7.4.3 非急症患者候诊时间一般为2 h~4 h。候诊时间超过4 h后，宜再次进行评估及分级。
- 7.4.4 急诊患者病情发生急剧变化时，应及时为急诊患者提供救治。
- 7.4.5 特殊人群（在短时间内无法得到救治将存在危及生命安全危险的人群，如B超提示宫外孕的孕妇、有高热惊厥病史且体温超过38℃的儿童等）可根据实际情况安排提前就诊。

8 服务保障

8.1 急诊科功能区配置要求

8.1.1 分诊台

分诊台应至少配置以下设施设备或物品：

- a) 医用测温设备；
- b) 血压计（配套听诊器）；
- c) 血氧仪；
- d) 心电图机；
- e) 转运床；
- f) 轮椅；
- g) 血糖仪；
- h) 简单的止血包扎用物；
- i) 诊床及屏风；
- j) 防护服；
- k) 面屏；
- l) 鞋套；
- m) 手电筒；
- n) 快速手消毒液。

8.1.2 红区（抢救室）

抢救室应至少配置以下设施设备或物品：

- a) 监护仪；
- b) 心电图机；
- c) 除颤仪；
- d) 呼吸机；
- e) 气管插管设备；
- f) 吸氧装置；
- g) 吸引装置；
- h) 止血包扎用具；
- i) 微量泵；
- j) 抢救车；
- k) 抢救药品；

- l) 简易呼吸器;
- m) 洗胃机;
- n) 颈托;
- o) 防护服;
- p) 面屏;
- q) 鞋套;
- r) 手电筒;
- s) 快速手消毒液。

8.1.3 黄区

8.1.3.1 候诊区

8.1.3.1.1 候诊区应配有常见疾病急救宣传手册,有条件的医院宜配置多媒体播放设备宣传急救常识。

8.1.3.1.2 有条件的医院可在候诊区设置叫号系统。

8.1.3.2 急诊诊室

急诊诊室应为单人诊室,并应至少配置负压吸引器、吸氧装置、喉镜。

8.1.4 绿区

8.1.4.1 候诊区

候诊区应按8.1.3.1的要求配置。

8.1.4.2 急诊诊室

8.1.4.2.1 急诊诊室应为单人诊室,宜设置伤口处置室、儿科急诊、妇产科急诊、眼科急诊等专科急诊诊室,并配置相应的专科器械。

8.1.4.2.2 儿科急诊应根据儿童的特点,提供独立适合患儿就诊的诊室。

8.1.4.2.3 有条件的医院宜设置独立的犬伤处置室。

8.1.4.2.4 宜安排3年以上工作经验的急诊专科医师在急诊诊室接诊,迅速处理IV级急诊患者。

8.2 急诊分诊人员要求

8.2.1 岗位设置

8.2.1.1 急诊科应设置分诊护士岗位,24 h在岗接诊急诊患者,并根据急诊患者病情评估结果进行分级,将急诊患者分配至正确的救治区域。

8.2.1.2 分诊护士配置数量依据医院急诊患者的日就诊量确定:

——日就诊量 ≥ 300 人次,宜配置2名分诊护士;

——日就诊量 < 300 人次,宜配置1名分诊护士。

8.2.2 人员资质

分诊护士应具备以下资质要求:

- a) 工作年限:具备5年及以上急诊科工作经验;
- b) 职称:具备护理师及以上职称;

- c) 专业技能，包括：
 - 完成急诊科岗位理论和技能培训；
 - 完成分诊实践培训；
 - 通过分诊实践考核。
- d) 核心能力，包括：
 - 较强的沟通与协调能力；
 - 良好的心理素质与应变能力；
 - 敏锐的观察能力与临床判断能力等。

附 录 A
(规范性)
急诊患者分级分诊标准

急诊患者分级分诊标准见表A.1。

表A.1 急诊患者分级分诊标准

级别	指标维度	
	客观评估指标	人工评定指标
I 级	1. 心率>180次/min或<40次/min 2. 呼吸≥36次/min或≤8次/min 3. 收缩压<70 mmHg/急性血压降低, 较平素血压降低(30~60) mmHg 4. 收缩压>220 mmHg 5. 非COPD患者SpO ₂ ≤85%, 且呼吸次数>24次/min(经吸氧不能改善) 6. COPD患者SpO ₂ ≤80% 7. 腋温>41℃或<32℃ 8. POCT指标: 血糖<3.33 mmol/L 血钾>7.0 mmol/L 9. MEWS≥6分	1. 心搏/呼吸骤停或节律不稳定 2. 气道阻塞或窒息 3. 休克 4. 急性大出血(出血量>800 ml) 5. 明确急性心肌梗死 6. 急性意识障碍/无反应或仅有疼痛刺激反应(GCS<9) 7. 癫痫持续状态 8. 脑疝征象 9. 特重度烧伤 10. 急性中毒危及生命 11. 复合伤/多发伤(需要团队快速应对) 12. 严重的精神行为异常, 正在进行自伤或者他伤行为, 需立即药物控制者 13. 严重休克的儿童/婴儿 14. 小儿惊厥、特重度烫伤 15. 分诊护士根据专业判断患者存在危及生命、需紧急抢救的其它情况(如急产患儿、未离断脐带或APGAR评分<3分等)
II 级	1. 心率(150~180)次/min或(40~50)次/min 2. 收缩压>200 mmHg或<(70~80) mmHg 3. 非COPD患者85%<SpO ₂ <90%, 且呼吸次数>24次/min(经吸氧不能改善) 4. COPD患者80%<SpO ₂ <85% 5. ECG提示急性心肌梗死 6. MEWS评分(4~5)分 7. 疼痛评分(7~10)分,(数字评分法)	1. 气道风险: 严重的呼吸困难/气道不能保护 2. 循环障碍: 皮肤湿冷花斑, 灌注差 3. 突发意识改变(嗜睡、定向障碍、晕厥、昏迷) 4. 急性脑卒中患者 5. 心源性胸痛 6. 胸腹部疼痛, 不排除急性心梗、急性肺栓塞、主动脉夹层、主动脉瘤、急性心肌炎/心包炎、心包积液、异位妊娠、消化道穿孔、睾丸扭转等 6. 不明原因的严重疼痛并伴随大汗 7. 活动性或严重的大出血 8. 糖尿病酮症酸中毒表现 9. 骨筋膜室综合征表现 10. 过量摄入或接触药物、毒物、化学物质及放射性物质等

表 A.1 急诊患者分级分诊标准（续）

级别	指标维度		
	客观评估指标	人工评定指标	
II级		11. 严重的局部创伤，严重骨折或肢体离断伤（高危险性受伤机制：三米以上高空坠落，乘客被甩出车外） 12. 严重的精神行为异常需要被约束者 13. 分诊护士认为患者存在高风险，但尚未达到紧急抢救的其它情况	
III级	1. 心率（100~150）次/min或（50~55）次/min 2. 收缩压（180~200）mmHg或（80~90）mmHg 3. 非COPD患者 $90\% \leq SpO_2 < 95\%$ ，且呼吸次数 > 24 次/min（经吸氧不能改善） 4. COPD患者 $85\% \leq SpO_2 < 90\%$ ； 5. MEWS评分（2~3）分 6. 疼痛评分（4~6）分	1. 急性哮喘 2. 嗜睡 3. 间断癫痫发作 4. 中等程度或高龄患者的急性腹痛 5. 中度失血 6. 头外伤 7. 中度外伤，肢体感觉运动障碍 8. 持续呕吐/脱水 9. 精神行为异常，存在行为风险 10. 体征稳定的新生儿	
IV级	亚急症	1. 生命体征指标： 体温（腋温）：36℃~37℃ 脉搏：（60~100）次/min 呼吸：（16~20）次/min 血压：（90~139）/（60~89）mmHg 2. MEWS评分（0~1）分	1. 吸入异物，无呼吸困难 2. 吞咽障碍，无呼吸困难 3. 呕吐或腹泻，无脱水 4. 中等程度的疼痛 5. 无肋骨骨折或呼吸困难的胸部损伤 6. 非特异性轻度腹痛 7. 轻微出血 8. 轻微头部损伤，无意识丧失 9. 小的肢体创伤，生命体征正常 10. 精神行为异常，无自伤或者他伤可能
	非急症	生命体征指标： 体温（腋温）：36℃~37℃ 脉搏：（60~100）次/min 呼吸：（16~20）次/min 血压：（90~139）/（60~89）mmHg	1. 病情稳定，症状轻微 2. 低危病史且目前无症状或症状轻微 3. 无危险特征的轻微疼痛 4. 微小伤口，不需要缝合的小型擦伤、裂伤 5. 慢性症状患者 6. 轻微的精神行为异常 7. 稳定恢复期或无症状的开药 8. 开具医学证明

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 急诊患者病情分级指导原则(征求意见稿)[J]. 中华危重症医学杂志, 2011, 2(4): 241-243
- [2] 徐腾达, 王仲, 于学忠. 专题: 医疗服务4项标准解读—明确工作流程科学分流诊断—《医院急诊科规范化流程》解读[J]. 中国卫生标准管理, 2012, 11(7): 32-36
- [3] 金静芬, 郭芝廷. 国内三甲医院急诊预检分诊现状与对策研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2015, 24(4): 458-461
- [4] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 2(6): 599-604
- [5] 金静芬, 陈玉国, 朱华栋, 等. 急诊预检分诊标准(成人部分)[J]. 中华急危重症护理杂志, 2020, 1(1): 45-48
- [6] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017年6月: 393-398
- [7] 深圳市公立医院管理中心. 直属医院急诊预检分诊指引(试行): 深医管发[2013]30号. 2013年
-