

DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB4403/T XXXXX—XXXX

急诊患者分级分诊规范

Specification for grading and triage of emergency patients

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 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
3.1 急诊预检分诊.....	1
3.2 响应时限.....	1
3.3 候诊时间.....	1
4 缩略词.....	1
5 急诊患者分级.....	2
6 急诊患者的分诊评估.....	3
6.1 患者的评估.....	3
6.2 I级患者的分诊与处置.....	3
6.3 II级患者的分诊与处置.....	4
6.4 III级患者的分诊与处置.....	4
6.5 IV级患者的分诊与处置.....	5
7 服务保障.....	6
7.1 急诊分区设置保障.....	6
7.2 急诊分诊人员要求.....	8
参 考 文 献.....	10

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第一部分：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。

本文件主要起草单位：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。

引 言

急诊患者分级分诊为实现患者分级诊疗提供更加客观、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，更加合理地应用急诊有限的人力空间资源，为患者提供最快捷有效的服务。为保障病人及时有效救治、确保患者就诊安全，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

1 范围

本文件规定了深圳市急诊患者的分级分诊执行规范。
本文件适用于深圳市医院就诊的急诊患者分级分诊。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 390-2012 医院急诊科规范化流程

WS/T 527-2016 医疗机构内通用医疗服务场所的命名

3 术语和定义

3.1

急诊预检分诊 Pre-examination and triage in emergency

分诊人员对急诊患者进行快速的评估，并根据其病情危重程度进行优先顺序的分级、诊治区域的区分和患者的分流。

3.2

响应时限 Response time

急诊患者可等待医疗处置的最长时间。

3.3

候诊时间 Waiting time

急诊患者就诊实际等候的时间，原则上应当小于相对应级别的响应时限上限。

4 缩略词

——下列缩略词适用于本文件。

- a) SpO₂: 经皮血氧饱和度 (Percutaneous oxygen saturation, SpO₂);
- b) GCS: 格拉斯哥昏迷指数 (Glasgow Coma Scale, GCS);
- c) MEWS: 改良早期预警评分系统 (Modified early warning score, MEWS);
- d) POCT: 即时检验 (Point-of-care testing, POCT);
- e) ECG: 心电图 (Electrocardiogram, ECG);
- f) COPD: 慢性阻塞性肺疾病 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD);
- g) AVPU: 清醒 (Alert, A)、声音 (Verbal, V)、疼痛 (Pain, P)、无反应 (Unresponsive, U);

h) NRS: 疼痛数字评分法 (Numerical Rating Scal, NRS)。

5 急诊患者分级

5.1 急诊患者预检分诊流程应遵循图1所示:

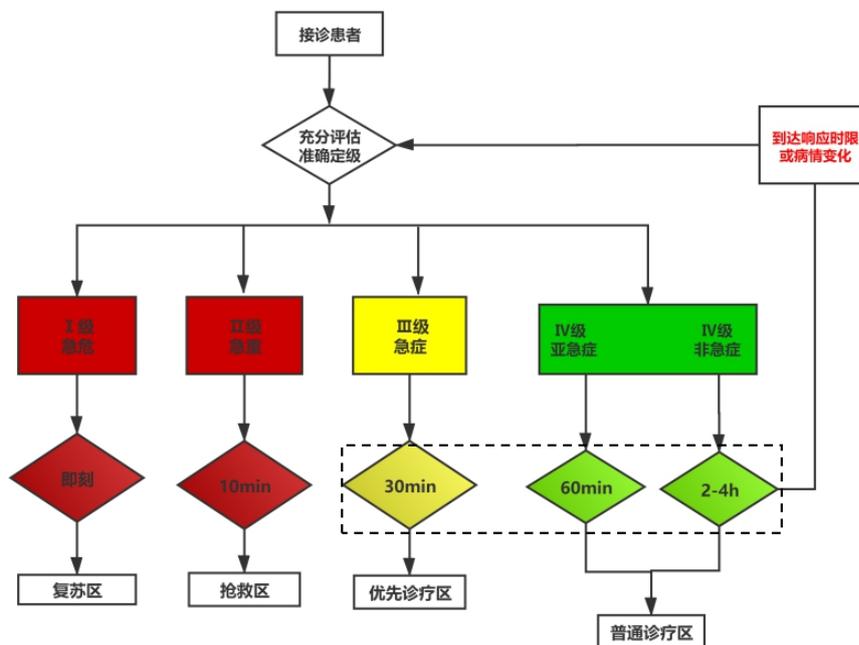


图 1 急诊患者预检分诊流程图

5.2 依据患者的病情危重程度将急诊患者分为四级，具体分级如下:

—— I 级急危患者: 生命体征极不稳定, 患者病情正在或即将发生恶化, 如得不到紧急救治有生命危险, 须立即将患者送到抢救室进行抢救与治疗。

—— II 级急重患者: 随时可能出现生命危险, 生命体征临界正常值, 病情容易迅速恶化。要立即将患者送到抢救区域。

—— III 级急症患者: 病情有潜在加重的危险, 但生命体征稳定, 必要时给予及时诊治。

—— IV 级亚急症和非急症患者: 应用颜色都标识为绿色, 亚急症患者急性发病但病情、生命体征稳定, 可等待就诊。

5.3 急诊科应当在不同级别患者救治地点做好与患者分级相匹配的颜色分类, 以利于患者病情的快速识别判断与归置。推荐使用一下颜色对患者及救治区域进行标记:

——红色: I、II 级患者及复苏区、抢救区

——黄色: 级患者的分诊与处置
级患者及其候诊区、优先诊疗区

——绿色: 级患者的分诊与处置
级和非急症患者以及其等候区

6 急诊患者的分诊评估

6.1 患者的评估

6.1.1 初级评估

气道及颈椎、呼吸功能、循环功能、神志状况和暴露患者全面体查，发现其中一项不稳定，立即送往抢救室进行抢救。初级评估后，患者的初步情况稳定，没有生命危险，应该进行次级评估。

6.1.2 次级评估

问诊、测量生命体征和重点评估(包括精神状态、脑、眼耳鼻喉、口、心脏、胸、肺、胃肠、泌尿系统、骨骼与肌肉等)。依据分诊评估获取的患者各项指标，综合评估患者的情况，对患者进行相应的分级，并安排患者在相对应的区域获得诊治。

6.2 I级患者的分诊与处置

初级评估患者的神志状况、气道、呼吸、循环功能及暴露患者，符合表1客观评估指标及人工评定指标之一的定为I级，立即送往抢救室进行紧急救治。

表1 I级急危预检分诊分级标准

级别描述	指标维度		响应程序	标识颜色
	客观评估指标	人工评定指标		
生命体征不稳定，随时有可能危机患者生命，需要立即进行干预	心率 > 180次/min或 < 40次/min 呼吸 ≥ 36次/分 呼吸 ≤ 8次/分 收缩压 < 70mmHg/急性 血压降低，较平素 血压降低30-60mmHg 收缩压 > 220mmHg 非COPD患者SpO ₂ ≤ 85%且呼吸急促（经 吸氧不能改善） COPD患者SpO ₂ ≤ 80% 腋温 > 41℃ 腋温 < 32℃ POCT指标： 血糖 < 3.33mmol/L 血钾 > 7.0mmol/L MEWS ≥ 6分	心博/呼吸骤停或节律不稳定 气道阻塞或窒息 休克 急性大出血(出血量>800ml) 明确心肌梗死 急性意识障碍/无反应或仅有疼 痛刺激反应（GCS<9） 癫痫持续状态 脑疝征象 特重度烧伤 急性中毒危及生命 复合伤/多发伤(需要团队快速应 对) 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 严重休克的儿童/婴儿 小儿惊厥、特重度烫伤 凡分诊护士根据专业判断患者存 在危及生命、需紧急抢救的情况	立即进行评估救治，将患者送入复苏室/抢救室完成紧急处置	红色

6.3 II级患者的分诊与处置

初级评估患者的气道、呼吸、循环功能、神志状态及周围环境（体温、外伤等），符合表2的客观评估指标及人工评定指标之一的定为II级急重患者，需要在十分钟内进入抢救区快速进行救治。

表2 II级急重预检分诊分级标准

级别描述	指标维度		响应程序	标识颜色
	客观评估指标	人工评定指标		
病情危重或迅速恶化，短时间内不进行处置会造成多器官衰竭或者危及生命，需要快速处置干预	心率150-180次/min 或40-50次/min 收缩压>200mmHg或 <70-80mmHg 非COPD患者 85%<SpO ₂ <90%且呼吸 急促，经吸氧不能改 善 （COPD患者 80%<SpO ₂ <85%） ECG提示急性心梗 MEWS评分4~5分 疼痛评分7~10分 （数字评分法）	气道风险：严重的呼吸困难/气道 不能保护 循环障碍：皮肤湿冷花斑，灌注 差 突发意识改变（嗜睡、定向障碍、 晕厥、昏迷） 急性脑卒中患者 心源性胸痛 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 不明原因的严重疼痛并伴随大汗 活动性或严重的大出血 糖尿病酮症酸中毒表现 骨筋膜室综合征表现 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，乘客甩出车外） 过量摄入或接触药物、毒物、化 学物质及放射性物质等 严重的精神行为异常需要被约束 者 凡分诊护士认为患者存在高风险， 但尚未达到紧急抢救的情况	立即进行生命体征的监 测，10min 内得到救 治，安排进 入抢救室进 行救治	红色

6.4 III级患者的分诊与处置

根据分诊护士对患者的分诊评估，将客观评估指标及人工评估指标符合以下表3中的患者，分为III级患者，并将其安置于黄色区域等待就诊。在候诊期间，护士仍需随时观察患者病情，动态观察患者情况，在患者发生病情变化时能够第一时间为患者提供处置。

表3 III级急症患者预检分诊分级标准

级别描述	指标维度		响应程序	标识颜色
	客观评估指标	人工评定指标		
存在潜在的生命威胁,如果短时间内不能进行干预,病情发展可能会危及生命或者造成严重不良后果	心率100-150次/min 或50-55次/min 收缩压180-200mmHg 或80-90mmHg 非COPD患者90%≤ SpO ₂ <95%,且呼吸急促(经吸氧不能改善) COPD患者85%≤SpO ₂ <90%; MEWS评分2~3分 疼痛评分4~6分	急性哮喘(血压、脉搏稳定) 嗜睡 间断癫痫发作 中等程度或高龄患者的急性腹痛 中度失血 头外伤 中度外伤,肢体感觉运动障碍 持续呕吐/脱水 精神行为异常,存在行为风险 体征稳定的新生儿	优先诊治,安排患者在优先诊疗区候诊,30min接诊,若等待时间大于30min需要再次评估	黄色

6.5 IV级患者的分诊与处置

IV级亚急症和非急症患者:标记为绿色,亚急症患者需要在一小时内进行处置,此类患者如长时间不得到相应处置,其病情可能发生恶化并对预后带来不良影响。非急症患者常伴有轻微或者慢性症状,等待较长时间也不会造成对病情不利的影晌。

对于此类患者的评估,应当在评估患者意识情况及生命体征后,了解患者主诉及现病史,全面评估患者病情后,在合理应用医疗资源基础上,根据来诊时间顺序安排患者就诊,此级别患者的候诊时间不应超过最长响应时限。亚急症患者候诊时间超过60min时需再次评估与定级,非急症患者候诊时间较长(2-4h或更长),应每2h进行再次评估与定级。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)可适当安排提前就诊,具体客观指标及人工评定指标见表4。

表4 亚急症与非急症急诊患者预检分诊分级标准

患者特征	级别描述	指标维度		响应程序	标识颜色
		客观评估指标	人工评定指标		
亚急症	存在潜在的严重性，长时间不能得到处置会造成病情的恶化，对于疾病的预后产生不利影响，或者现有症状会加重或持续时间延长	生命体征平稳 MEWS评分0~1分	吸入异物，无呼吸困难 吞咽障碍，无呼吸困难 呕吐或腹泻，无脱水 中等程度的疼痛 无肋骨骨折或呼吸困难的胸部损伤 非特异性轻度腹痛 轻微出血 轻微头部损伤，无意识丧失 小的肢体创伤，生命体征正常 精神行为异常，无自伤或者他伤可能	顺序就诊， 60min之内 获得诊治， 若候诊时 间大于 60min应当 再次评估	绿色
非急症	慢性或症状轻微患者，即便等待一段时间未接受治疗对于病情也无影响	生命体征平稳	病情稳定，症状轻微 低危病史且目前无症状或症状轻微 无危险特征的轻微疼痛 微小伤口，不需要缝合的小型擦伤、裂伤 慢性症状患者 轻微的精神行为异常 稳定恢复期或无症状的开药 开具医学证明	按照分诊 顺序就诊， 除非患者 发生急剧 的病情变 化，否则等 待时长较 长(2-4h)， 若候诊时 间超过4h， 可再次进 行评估	

7 服务保障

7.1 急诊分区设置保障

7.1.1 分诊台

7.1.1.1 空间设置

分诊台及分诊大厅的面积一般不小于 25m²。

7.1.1.2 分诊台配套设施设备

——应至少配置以下设备：

- a) 体温计（水银体温计、红外体温计）；
- b) 血压计；
- c) 血氧仪；
- d) 心电图机；
- e) 转运床；
- f) 轮椅；
- g) 血糖仪；
- h) 简单的止血包扎工具。

7.1.1.3 分区和分流

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

III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。

IV级患者在绿区就诊。

7.1.2 复苏与抢救区(红区)

7.1.2.1 复苏区

7.1.2.1.1 复苏区性质

对呼吸、心跳骤停等病情分级为I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。建议有条件的医院宜设置在临近分诊台或距离急诊入口较近位置。

患者生命体征稳定或相对稳定后，转入抢救区或急诊重症监护病房（EICU）等区域进一步稳定、评估和处理。

7.1.2.1.2 复苏区配套设施设备

——应至少配置以下设备：

- 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) 止血包扎工具；
- i) 微量泵；
- j) 抢救车；
- k) 抢救药品；
- l) 简易呼吸器；
- m) 床旁POCT；
- n) 洗胃机；
- o) 心肺复苏仪。

7.1.2.2 抢救区

7.1.2.2.1 抢救区性质

I级患者(医院无复苏区时)、II级患者需要进入该区进行抢救、支持和诊疗。II级患者应迅速急诊处理(急诊医师10min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12m²,一般以每床14-16m²为宜,抢救床不少于2张。抢救室面积宜30-40m²,应当备有急救药品、器械、心肺复苏、监护等抢救设备,并应当具备必要时施行紧急外科处置的功能。

7.1.2.2.2 抢救区配套设施设备

——应至少配置以下设备:

- 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) 止血包扎工具;
- i) 微量泵;
- j) 抢救车;
- k) 抢救药品;
- l) 简易呼吸器;
- m) 洗胃机。

7.1.3 候诊区与诊室(黄区)

7.1.3.1 候诊区

7.1.3.1.1 III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、心肺基础疾病者、残疾人等)宜安排提前就诊。

7.1.3.1.2 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。

7.1.3.1.3 候诊时间不宜超过30min,如候诊时间超过30min,需再次评估。有条件的医院可设置叫号系统。

7.1.3.2 急诊诊室

7.1.3.2.1 设立急诊综合诊室处理常规急诊患者(宜以序号标识诊室名称),急诊单人诊室以8-10m²为宜,双人诊室12-15m²为宜。

7.1.3.2.2 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。

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

7.1.3.2.4 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。

7.1.3.3 快速处置区(绿区)

急诊科存在拥挤现象时,推荐设立急诊快速处置诊室,迅速处理IV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。非急症患者候诊时间较长(2-4h或更长),宜每2h进行再次评估与定级。

7.2 急诊分诊人员要求

7.2.1 急诊分诊人员岗位设置

分诊护士应24h在岗、接待来诊患者,分诊护士岗位配置由医院急诊患者日就诊量定,应满足以下要求:

- a)急诊患者日就诊量大于300例,医院急诊科应配置2名及以上具有分诊资质的专职护士;
- b)急诊患者日就诊量300例以下者应至少设置1名具有分诊资质的专职护士。具体岗位设置人数宜依据所在地区及医院实际情况而定。

7.2.2 急诊分诊人员准入标准

急诊分诊护士准入应满足以下要求:

- a)工作年限:分诊护士应具有5年以上急诊工作经验、丰富临床知识;
- b)职称:应具备较高的专业技术职称,宜由五年以上急诊工作经验的护师、主管护师及以上高年资护师;
- c)能级:依据各大医院护士能级分类标准,宜安排高能级护士担任,如N2及以上护士,宜结合临床实际情况;
- d)专科技能:通过急诊专科技能培训;轮转过急诊抢救室或重症监护病房,熟练掌握各种临床技能及急救知识(如心电图、监护仪使用、监护图形识别等),推荐急诊专科护士优先担任;
- e)核心能力:应具备全面的专业知识与技能、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。

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(电子版), 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]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.
-