

中国县级医院急诊科建设规范专家共识

中华医学会急诊医学分会
中国医师协会急诊医师分会
中国县级医院急诊联盟
《中华急诊医学杂志》编辑委员会
国家卫健委医院管理研究所

《中国县级医院急诊科建设规范专家共识》编写组

通信作者:陈玉国 于学忠 吕传柱 马岳峰 陈校云

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2019.05.001



扫一扫下载指南原文

1 前言

中国县级行政区划(包括市辖区、县级市、县、旗等)中的县级医院主要是综合性医院和中医院,大多数为二级医院,部分为三级医院。县级医院作为县域内的医疗卫生中心,主要负责以常见病、多发病为主的医疗卫生服务及急危重症患者的救治任务。《“健康中国2030”规划纲要》强调“省域内人人享有均质化的危急重症、疑难病症诊疗和专科医疗服务”。国家卫健委《2018—2020年改善医疗服务行动计划》中要求以急危重症为重点,创新急诊急救服务,为患者提供医疗救治绿色通道和一体化综合救治服务,构建快速、高效、全覆盖的急危重症医疗救治体系。然而,2018年10月《中华急诊医学杂志》编辑部对来源于30个省(直辖市)的828家县级医院急诊科现状的调查发现,县级医院急诊科存在发展不平衡、不充分、不规范、不稳定的现状,大部分县级医院急诊科普遍存在急诊发展模式不清晰、受重视程度不足、医务人员结构不合理、医疗设备不足或闲置、医疗技术落后等一系列问题。因此,以基于急诊急救大平台建设为核心的急诊科建设规范是落实国家卫健委要求的根本保障,也是国家医改成功的重要标志之一。

制定我国县级医院急诊科建设规范专家共识,旨在为我国不同地域、不同基础的县级医院急诊科

提供发展依据与建设目标,逐步做实、做优、做强急诊科,构建完备的县域急诊急救大平台,达到县域内人人享有均质化的急危重症医疗服务。专家共识适用于县级综合性医院,中医院及专科医院可参照。共识内容包括:急诊科职责与范围、布局流程、设备配置与技术、岗位设置与人员配备、急诊科管理、信息化建设、中心化建设等。建设规范分为基本标准和推荐标准,文中各项内容中的条款均为基本标准,推荐标准是在基本标准上的提升。基本标准以二级综合性医院为主体,推荐标准以三级综合性医院为主体。目前尚未达到基本标准急诊科要求的医院,要加强对急诊科的建设,增加人员,配置设备,改善条件,尽快达标。目前已达到基本标准急诊科要求的二级或(和)三级综合性医院,要按照推荐标准急诊科的要求,进一步加强对急诊科的建设和管理,不断提高急诊急救水平。

2 急诊科职责与范围

2.1 急诊科简介

急诊科是医疗机构中独立设置的与内科、外科、妇产科等一样的临床二级学科,是医疗机构提供急诊医疗服务的场所,是急诊医疗服务体系(EMSS)的重要组成部分,也是突发公共事件医疗救援的核心。

2.2 急诊科的业务范畴

急诊是针对急危重症、创伤,进行评估判断、急

执笔人:张文武,深圳市宝安人民医院,E-mail:zww5@sina.com

李子龙,浙江省余姚市人民医院,E-mail:lizilong55@vip.sina.com

邢玉华,河北省廊坊市第四医院,E-mail:bxxyuhua@126.com

陈波,江苏省常熟市第一医院,E-mail:13901571123@139.com

马岳峰,浙江大学附二院滨江院区,E-mail:2193017@zju.edu.cn

吕传柱,海南医学院,E-mail:1320323161@qq.com

通信作者:陈玉国,山东大学齐鲁医院,E-mail:chen919085@126.com

于学忠,北京协和医院,E-mail:yxz@medmail.com.cn

吕传柱,海南医学院,E-mail:1320323161@qq.com

马岳峰,浙江大学附二院滨江院区,E-mail:2193017@zju.edu.cn

陈校云,国家卫健委医院管理研究所,E-mail:friendshipchen@163.com

诊处理、治疗和预防,或对人及环境伤害给予迅速的内、外科治疗及精神心理救助。因此,急诊科主要业务范畴是对急危重伤病患者连贯性一体化的救治;慢性病急性发作时的急诊处理;突发公共卫生事件紧急医疗救护服务和重大事件的医疗卫生保障等,也可根据所在区域特点承担院前急救。

重点病种包括:心脏骤停、呼吸骤停、急性冠脉综合征、严重心律失常、高血压急症与危象、急性心力衰竭、脑卒中、癫痫持续状态、急性呼吸衰竭、重症哮喘、咯血、急性肾衰竭、内分泌危象、急性中毒、上消化道出血、急性多脏器功能障碍综合征、各种类型休克、水电质酸碱平衡紊乱、慢性病急性发作需要急诊处理者、重症感染、严重创伤(原发性创伤需要止血、清创、包扎、固定、手术者)、创伤致命性并发症(气道梗阻、血气胸、创伤失血性休克等)、急腹症、蛇犬等咬伤、中暑、电击伤、淹溺等。

2.3 急诊科的理念

树立急诊科是本区域急诊急救大平台的理念,急诊科要以急诊急救大平台建设为核心,以“胸痛中心、卒中中心、创伤中心”建设为已任,并依医院实际需求积极参与“危重孕产妇救治中心和危重儿童和新生儿救治中心”等多中心建设。创造条件实行院前急救-院内急诊-急诊重症监护室(EICU)-急诊综合病房等连贯性一体化的急危重症救治管理体制。

2.4 急诊临床工作主体

医院急诊临床工作以急诊科医护人员为主体,各医院可以根据本地区急诊疾病谱特点,安排妇产科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科等专科医师承担本专业的急诊医疗工作。急诊儿科应按照国家相关规定,独立设置诊疗区域,不在专家共识讨论之列。

2.5 急诊科的义务

急诊科有义务承担医院全体员工(包括行政后勤、物业服务人员等)急救技能培训,及本行政区域内公众急救培训任务,是公众急救知识与技能培训的主导者(引领者)。

3 急诊科布局流程

急诊科应具备与医院级别、功能和任务相适应的场所、设施、设备、药品和技术力量,急诊区域面积应达到医院总面积的 3% 及以上,以保障急诊急救工作及时有效开展。国家和地方政府指定的承担突发公共事件救援任务的三级医院和作为区域医疗中心的二级综合性医院急诊科还应有足够的应急扩展空间。

3.1 急诊科位置

急诊科应设置在一楼,有醒目的路标和标识,

急诊区域为独立功能区,设立医疗区及支持区。新建或改建急诊科应在同一区域内实现急诊患者的就诊需求,避免患者在就诊、检查过程中跨越露天空间或在不同建筑物间穿行。

3.2 急诊科入口

急诊科入口应当宽敞通畅,设有无障碍通道,方便轮椅、平车出入,与检验、影像检查及各重症抢救区域(如创伤中心、胸痛中心、卒中中心)等相连接的绿色通道标识应当清楚明显。有条件的可分设普通急诊患者、危重伤病患者和救护车出入通道。承担灾害救援的医疗机构急诊科应当设立化学或其它毒物污染患者处置设施。

推荐标准:急诊科应当设有独立的出、入通道。

3.3 支持区

支持区包括挂号、候诊、急诊检验、影像检查、急诊药房、收费等部门。在支持区各个窗口应当有抢救患者优先的标识与措施。候诊区面积 $\geq 40 \text{ m}^2$,设立公共卫生间。

3.4 医疗区

医疗区包括设立急诊分诊区、急诊诊断区、急诊抢救室、急诊创伤处置室、急诊留观室、急诊综合病房、急诊重症监护病房(室)(EICU)等区域;承担院前急救任务的急诊科尚须设置院前急救室(科),并按相应标准要求建设。

3.5 急诊分诊区(台)

急诊分诊区(台)应有病情分诊的设备,能够检查体温、血压、氧饱和度等生命指标,由有急诊工作经验的护士承担分诊工作。应按照《医院急诊科规范化流程》(WS/T390—2012)要求严格执行病情分诊程序,按患者的疾病危险程度进行分诊;并将不同病情的急诊患者分配到相应的诊疗区域(A 红、B 黄、C 绿),保证危重患者抢救的及时性与医疗资源分配的合理性。

3.6 急诊抢救室

急诊抢救室应临近急诊分诊区(台),并根据本院急救患者数量设置相应数量的抢救床,但最少不低于 2 张,每张床位使用面积 $\geq 15 \text{ m}^2$ 。抢救室墙壁上有心肺复苏、休克、创伤、中毒等常见伤病的抢救流程。

推荐标准:要有完善的急诊抢救室(含创伤复苏单元、综合复苏单元)、急诊手术室、急诊重症监护病房(室)(EICU)、急诊综合病房,满足急诊危重患者抢救需要。急诊手术室与抢救室之间有快速转运通道。

3.7 急诊诊室面积

各急诊诊室使用面积应 $\geq 10 \text{ m}^2$ /医师工作台,

可采用单间式或开放式,须有保护患者隐私和避免就诊干扰的措施。

3.8 急诊留观室

急诊科应当根据急诊患者流量和专业特点设置留观室,并配备一定数量留观床位,收住需要在急诊临时留院观察的患者。留观区域应每床安装隔帘,以保护患者隐私。

3.9 急诊综合病房

急诊综合病房的建设标准参考普通病房相关标准,并纳入医院编制床位数,按住院部病房管理,以便各科(专业)之间依病情需要转科。

推荐标准:有急诊创伤外科的急诊科可设立独立的急诊外科病房,床位数可根据本院急诊外科患者数量,参考急诊综合病房标准设立。

3.10 急诊重症监护病房(室)(EICU)

三级综合性医院床位数应不少于12张,作为区域医疗中心的二级综合性医院应当根据本地区特点及医院急诊患者量设立,床位数应不少于6张。

3.11 特殊诊断和监测手段

急诊科设有对诊治有时间窗要求的急危重症疾病的快速床边检测(POCT)以及针对外伤、心肺功能障碍等的床边超声等诊断和监测手段,以保证上述疾病患者的及时救治。

3.12 辅助检查

急诊超声、X线及急诊CT检查室应当设置在急诊比邻区域内(50 m半径范围内),急诊检验原则上设置在急诊区域内,若医院实施集中检验,应当有物流系统解决标本传送。

推荐标准:①在急诊区域内,设置有急诊超声、急诊X线、急诊CT检查室及急诊核磁共振检查(MRI)等;②在急诊区域内,有条件可设置有急诊内镜诊疗室、杂交手术室等。

4 急诊科设备配置与技术

4.1 设备配置与技术要求

配备多功能抢救床、简易呼吸器(呼吸球囊面罩)、气管插管装置、可视喉镜、血气生化分析仪、无创/有创呼吸机、转运呼吸机、心电图机、床旁超声机、DR机、纤维支气管镜、心电监护仪、心脏起搏/除颤仪、临时心脏起搏仪、心肺复苏机、血液净化仪(CRRT机)、负压吸引器、全自动洗胃机、给氧设备(中心供氧的急诊科配备便携式氧气瓶)、POCT设备、铲式担架等至少能开展下列12项以上诊疗技术的相关设备:

心肺脑复苏术、临时心脏起搏术、电复律除颤术、主动脉内球囊反搏术(IABP)、体外膜肺氧合术

(ECMO)、面罩氧疗术、气管插管术、气管切开术、机械通气术、支气管肺泡灌洗术、深静脉置管术、动脉穿刺置管术、胸腔闭式引流术、腹腔冲洗引流术、胃肠减压术、胃肠内营养术、胃肠外营养术、急诊胃(肠)镜检查治疗术、床旁血液净化术、静脉溶栓术、微创血管栓塞术、镇痛镇静术、调温术、无创/有创血流动力学监测(PICCO)、高压氧舱等。

推荐标准:至少能开展上述18项以上诊疗技术的相关设备。

4.2 急诊抢救室设备配置

①每张抢救床配1台监护仪,输液泵、注射泵 ≥ 1 台。②每个抢救室配有创呼吸机 ≥ 2 台,无创和便携式转运呼吸机各 ≥ 1 台,便携式转运监护仪 ≥ 1 台,除颤仪 ≥ 1 台,临时起搏器 ≥ 1 台,心电图机 ≥ 1 台,洗胃机 ≥ 1 台,心肺复苏仪 ≥ 1 台,床旁超声机 ≥ 1 台,血气生化分析仪、POCT设备等。③气管插管箱1套(装有喉镜、2种型号以上的气管套管、导引钢丝、送管钳、牙垫、注射器、胶带、备用电池等,应配置高清晰度可视喉镜)。④成人及儿童(婴儿)用的呼吸面罩、球囊、气管插管、鼻胃管等急救设备。⑤抢救车1辆。抢救车内药品、用品按标准配备。⑥能开展心肺脑复苏、除颤、临时心脏起搏、休克复苏、气管插管、机械通气、洗胃、深静脉置管、静脉溶栓、胸腹腔穿刺闭式引流等技术,能提供床旁X线摄片、B超检查。

推荐标准:配备血液净化仪等设备。

4.3 急诊重症监护病房(EICU)设备配置

①每张监护床至少配监护仪1台(至少具有监测体温、心电、呼吸、血压、经皮氧饱和度的功能),输液泵和微量注射泵各 ≥ 1 台。②每1~2张监护床配1台呼吸机。③每个EICU基本配备无创呼吸机 ≥ 2 台、便携式呼吸器 ≥ 1 台、除颤仪1台、临时心脏起搏仪1台、心肺复苏机1台、心电图机1台、降温仪 ≥ 1 台/3床、肠内营养泵 ≥ 1 台/3床、连续动态血糖监测仪 ≥ 1 套、血气生化分析仪1台(如EICU未配备,院内应提供24 h血气分析检查)、气管插管箱1套(装有喉镜、2种型号以上的气管套管、导引钢丝、送管钳、牙垫、注射器、胶带、备用电池等,应配置高清晰度可视喉镜)。④监护病床 ≥ 8 张的EICU配置纤维支气管镜 ≥ 1 套,血液净化仪 ≥ 1 台,有条件的医院可配备主动脉内球囊反搏术(IABP) ≥ 1 台、体外膜肺氧合(ECMO)1台。⑤抢救车1辆。抢救车内药品、用品按标准配备。

5 岗位设置与人员配备

5.1 急诊科岗位设置

急诊科应当根据科室功能设置岗位,并依岗位

设置配备医、护、技、管等人员以及辅助人员。以岗定人,避免一人多岗。

推荐标准:急诊科是能承担医疗、教学和科研的综合性科室,应有相应的设施与场地,并有相应的教学、科研团队。

5.2 院前急救人员配备

承担院前急救任务的急诊科,应当根据配备的急救车数量以及出诊任务量,配备与之相适应的相对独立的人员队伍,并根据实际需要配置急救辅助人员、行政管理和其他辅助人员。院前医疗急救车辆应当每辆配备 3 名以上医疗急救人员,其中至少包括 1 名医师、护士和(或)医疗救护员。

5.3 急诊科医护人员配备

急诊科应当以急诊专业医师为主体,急诊医师应当经过规范化培训并考核合格后方可独立执业。其他专业医师调入急诊科应当进行转岗培训。原则上急诊固定医师不少于在岗医师的 75%(包括在急诊住院医师培训基地的急诊住院医师),医师梯队结构合理。急诊科应当有固定的急诊护士,且不少于在岗护士的 80%,护士结构梯队合理。

推荐标准:急诊科医师团队具有硕士及以上学历的比例应达到 30%及以上;急诊科护理团队具有本科及以上学历的比例应达到 30%及以上。

5.4 急诊医护人员资质

①急诊科主任应由具备副高及以上专业技术职务任职资格的医师担任。②急诊科护士长应当由具备主管护师及以上任职资格和 3 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。③参与一线轮值的急诊医师,至少应当具有 3 年以上临床工作经验,具备独立处理常见急诊病症的基本能力。

5.5 不同日均急诊量的医护人员配备

急诊科应当根据每日就诊人次、病种以及各医疗区承担的医疗、护理量等配备充足的医护人员。

日均急诊量 ≥ 500 例次的医院:①每班在岗负责急诊接诊工作的急诊医师 ≥ 8 名;②急诊综合病房(留观室)床位 ≥ 50 张,床位:医师比按 1.0:0.3 编制配备;③急诊 ICU 床位 ≥ 16 张,床位:医师比按 1.0:0.7 编制配备。

日均急诊量 300~500 例次的医院:①每班在岗负责急诊接诊工作的急诊医师 ≥ 6 名;②急诊综合病房(留观室)床位 ≥ 40 张,床位:医师比按 1.0:0.3 编制配备;③急诊 ICU 床位 ≥ 12 张,床位:医师比按 1.0:0.8 编制配备。

日均急诊量 200~300 例次的医院:①每班在岗负责急诊接诊工作的急诊医师 ≥ 4 名;②急诊综合病房(留观室)床位 ≥ 30 张,床位:医师比按

1.0:0.3 编制配备;③急诊 ICU 床位 ≥ 8 张,床位:医师比按 1.0:0.8 编制配备。

日均急诊量 100~200 例次的医院:①每班在岗负责急诊接诊工作的急诊医师 ≥ 3 名;②急诊综合病房(留观室) ≥ 20 张,床位:医师比按 1.0:0.3 编制配备;③急诊 ICU 床位 ≥ 6 张,床位:医师比按 1.0:0.8 编制配备。

日均急诊量 <100 例次的医院:①每班在岗负责急诊接诊工作的急诊医师 1~2 名;②急诊综合病房/留观床位 ≥ 10 张,床位:医师比按 1.0:0.3 编制配备;③可酌情设急诊 ICU 床位 ≥ 4 张,与急诊抢救室人员统一配置,床位:医师比按 1:1 编制配备。

5.6 急诊科的支持科室

急诊患者量较大的医院,应在急诊科安排妇产科、眼科、耳鼻喉科诊室,由专科医师承担本专业的急诊工作。

5.7 急诊科医务人员的学习和培训

急诊科医务人员要不断更新常见急危重病知识,定期进行专业知识及技能的培训,及时学习急诊临床相关操作指南和专家共识,不断更新急诊医学知识。医院和急诊科要有明确的人才培养计划,鼓励进修学习、培训。医院为急诊科人员搭建科研平台,科室建立科研激励机制。

6 急诊科信息化系统建设

搭建急诊急救大平台,需要完备的信息化基础作为支撑。医院要建立完善的急诊临床信息系统,优先实现与行政主管部门和院前急救信息系统的对接。应包括院前急救、预检分诊、急诊电子病历、急诊护理、急诊会诊、交接班、危重疑难病例讨论记录、重点病种流程管理、急诊质控管理、统计指标、突发公共卫生事件上报、急诊质控数据上报等功能。

①急诊科能基本实现医疗文书信息化处理,能够查询本科室历史病案和处方,并能实现数据医院内部共享。②承担院前急救任务的医院救护车上的数据应实时传至院内急诊科,并实现可视化。③病历记录的内容可以在医院内共享,能够通过诊断条件检索病历号,书写病历时可共享挂号和预诊分诊采集的数据。

推荐标准:①具有完备的可视化信息实时传输系统,医院救护车上现场视频及图文数据应实时传至院内急诊科。具有与院内、院外各级诊疗中心对接的数据传输与上报、分析系统。②有结构化病历系统,病历记录能结构化存储、有可定义的病历格式和选项,能够全院共享和进行内容检索。③历史病历完成数字化存储并可查阅,有法律认可的可靠

电子签名和时间戳。

7 急诊科管理

7.1 急诊急救管理委员会

医院应成立“急诊急救管理委员会”，由院长或分管院长任委员会主任，副主任之一为急诊科主任，急诊科、医务科、护理部、设备、后勤、信息、保卫及相关临床、医技科室组成。主要解决涉及急诊急救工作的相关问题，建立、健全急诊急救工作的行政管理制度，规范急诊急救工作流程、强化急诊急救医疗科研教学工作管理，组织突发事件演练等。至少每半年召开一次会议，对急诊急救工作持续改进。

7.2 质量控制小组

急诊科应成立质量控制小组，建立健全并严格遵守执行医疗行政管理部门以及医院制定的各项规章制度、岗位职责和相关诊疗技术规范、操作规程，保证医疗服务质量及医疗安全。

7.3 第一责任人

急诊科主任负责急诊科医疗、教学、科研、预防和行政管理工作，同时负责管理协调急诊区域内的急诊辅助部门，是医院急诊科发展以及急诊医疗质量、患者安全管理和学科建设的第一责任人。急诊科护士长负责本科的护理管理工作，是急诊科护理质量管理的第一责任人。

7.4 常备抢救药品和设备

①急诊科内常备抢救药品应当定期检查和更换，确保药品在使用有效期内。麻醉药品和精神药品等特殊药品，应按照国家有关规定管理。②急诊科应对抢救设备进行定期检查和维修，保证设备完好率达到100%，并合理摆放，有序管理。急诊科所有区域及设备的时间应当统一，并定时调试。

7.5 工作原则

①急诊科实行首诊负责制，不得以任何理由拒绝或推诿急诊患者，对危重急诊患者按照“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。②在急诊科抢救或留观的患者原则上在抢救室或留观室时间不超过72h，需要继续抢救、诊疗的患者应根据病情收入EICU或急诊综合病房及专科病房进一步诊疗。③急诊科医护人员应当按病历书写有关规定书写医疗文书，确保每一位急诊患者都有急诊病历，要记录诊疗的全过程和患者去向，所有记录必须记录时间，并精确到分钟。④急诊科应当遵循《医院感染管理办法》及相关法律法规的要求，加强医院感染管理，严格执行标准预防及手卫生规范，并对特殊感染患者进行隔离。⑤急诊科在实施重大抢救时，特别是在应对突发公共卫生事件或群体伤亡事件时，应当服从卫生健康

管理部门及其指定的医疗机构的统一调动和指挥，按规定及时报告，并根据情况启动相应的应急预案。

7.6 医院管理

①医院应当加强对急诊科建设与管理的支持，并按照卫生健康管理部门颁布的有关条例、标准以及本专家共识对急诊科进行建设、配置，同时加强对急诊科基础质量、运行质量及终末质量的控制和管理，急诊科指定专人负责本科医疗质量和安全管理。②医院应指定专人负责急诊科的业务协调，帮助解决紧急情况下各科室、部门的协作，以及重大抢救和急诊患者分流问题。应建立保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的制度。③医院应制定突发事件抢救流程和处置预案，保证事件发生时扩展空间、储备资源、配合科室等能够有章可循。④医院应当建立急诊患者优先住院的制度与机制以及重点病种的绿色通道，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。⑤医院应重视对急诊科的安全保卫工作，在急诊区域设置警务室和(或)保安人员，有急诊突发事件应急处置预案并定期演练，加强对急诊科的安全巡视，保证急诊科医疗工作的正常秩序。⑥医院应当设立合理并有激励性质的急诊医学医护技人员晋升与聘用体系，并制定与急诊医学特点相匹配的考核指标。⑦医院应当设立合理的薪酬分配制度，充分考虑急诊科工作强度大、应急事务多、心理压力等特点，并在薪酬体系中加以体现。急诊岗位绩效应达到医院临床科室平均绩效的120%及以上。

8 急诊科“中心化”建设暨急诊急救大平台建设

急诊科要以急诊急救大平台建设为核心，以“胸痛中心、卒中中心、创伤中心”建设为契机，积极主动参与，并依医院实际需求积极参与“危重孕产妇救治中心和危重儿童和新生儿救治中心”等多中心建设。按照胸痛中心、卒中中心、创伤中心等的相关建设标准，逐步做实、做强、做大急诊科“中心化”建设，尽快完成从主动参与者到主导者的角色转变。按照国家卫健委要求完成五大中心建设，同时根据自身医院特点，增加中毒中心、急诊介入中心等其他诊疗中心，逐步实现“5+N”中心化建设。以下以胸痛中心、卒中中心、创伤中心建设为例，制定对应于各级医院急诊科的建设标准。

8.1 急诊科胸痛中心建设(参照中国胸痛中心建设标准)

①成立胸痛中心的组织机构，包括医院层面的胸痛中心委员会，制订胸痛中心管理制度，优化院前急救与院内急诊、院内急诊与心血管专科之间建立救治流程，提供医疗救治绿色通道，实现相关专

业统筹协调。②急诊科承担胸痛中心建设任务,是静脉溶栓的首选场所。设置胸痛中心的功能分区:包括分诊台、急性胸痛诊室、抢救室、急性胸痛观察室等区域。开展床旁快速检测肌钙蛋白,具备 24 h 开展 CTA 检查。③建立指导急性胸痛快速识别与分诊、快速诊疗以及急性冠状动脉综合征规范诊疗的流程图并可执行;对于所有急性胸痛患者,能够在首次医疗接触后 10 min 内完成首份心电图;抢救室具备急救处置能力。④与具备 PCI 技术条件的区域核心医院胸痛中心建立紧密的快速转诊转运机制,形成高效衔接。⑤医院具备有部分 PCI 技术条件:具备急诊 PCI 能力,导管室基本设备能满足急诊 PCI 的需要,具有接受基层医疗机构胸痛患者的紧急会诊和收治能力。⑥按照《中国胸痛中心认证标准》开展工作,并持续改进;完成在中国胸痛中心网站注册过程,填报急性胸痛数据。通过省级以上胸痛中心认证。

推荐标准:①能为本地区其它医疗机构提供心血管急危重症抢救、复杂疑难病例诊治以及培训教育等服务和支撑。②具有完备的急诊 PCI 能力,导管室具有 24 h 全天候开放能力。③有心胸外科支持。有条件应设立心脏中心,设置介入杂交手术室。

8.2 急诊科卒中中心建设(参照《医院卒中中心建设与管理指导原则(试行)》)

①成立卒中中心组织机构,包括医院层面的卒中中心委员会,制订卒中中心管理制度。以急诊科与神经内科、神经外科、介入科、影像科为主体,成立卒中诊疗相关专业医务人员为依托的卒中急救小组,做到 24 h 在岗。②可实施卒中急性期规范化救治。对于确诊的急性卒中患者,及时接诊评估、完善相关检查并开展救治。建立急诊绿色通道。③保证全天候开展心电图、胸片、颅脑 CT 检查。能够开展脑卒中基本病因学及常见相关危险因素检查。对缺血性卒中患者使用卒中量表进行评估。④按照适应证选择溶栓等治疗,急诊科是静脉溶栓的首选场所。具备满足重症卒中患者救治标准的重症监护病床,有条件的应设立卒中单元。⑤建立与基层医疗机构对口帮扶和协作关系,建立与院外急救体系对接和接受上级医院会诊、远程卒中救治及患者转诊的机制和制度。

推荐标准:①按照卒中相关诊疗指南、技术规范,制定各类卒中病种救治预案和 workflows。成立卒中中心组织机构,有固定人员负责日常管理,急诊科设有固定人员负责。②设立脑血管病急诊窗口,保证卒中中心绿色通道畅通。③建立脑卒中急症患者诊疗“绿色通道”,与本地区急救中心及

有关医疗机构保持密切联系,对于转诊至本中心的脑血管病急诊患者及时接收、有效处置。④能够提供急诊 CT 或 MRI 影像检查,可开展 CT 和 MRI 的灌注成像、血管成像等检查。能够随时进行全脑血管造影和血管功能评估。⑤具备部分条件的医院:a. 急诊科可设置介入手术室,能够采用神经外科、血管外科和介入治疗科等专科技术手段治疗或预防各种类型卒中:急性缺血性和出血性卒中、自发性蛛网膜下腔出血、颅内血管畸形、动脉瘤等;b. 急诊信息系统能够向各级医院双向转诊患者及提供远程会诊,实现卒中信息数据网络直报。

8.3 急诊科创伤中心建设

急诊科主导创伤中心建设。根据医院实际情况建立以急诊外科为核心的实体化创伤救治团队或虚拟创伤救治团队。虚拟创伤救治团队指在严重创伤救治中能快速抽调外科各专科、相关辅助检查科室等,形成抢救小组(即院内 MDT 团队),以急诊科为平台,为严重创伤患者建立多学科综合救治模式,提供及时、全面、系统的诊疗、监护服务。

①具备收治本区域内严重创伤患者的条件和水平;承担收治下级创伤急救中心或其他医疗机构转诊的严重创伤患者;参与本区域创伤急救知识宣传和突发事件应急救援工作。创伤中心医生应获得中国创伤救治培训(China Trauma Care Training, CTCT)标准版或基层版(CTCT-b)的培训证书。②建立区域 120 院前急救中心与医院创伤急救中心联动协作机制,无缝衔接,做到快速转运、救护协同、分级分流、处置及时。③医院建立创伤急救保障制度,设立创伤急救中心委员会,构建创伤中心可持续发展机制,明确创伤中心与医院其他学科间的边界和协作关系。④设有急诊创伤病房和留观室,配备 ≥ 3 张的抢救床位,其中设 1 张为创伤复苏单元,要求具有深静脉置管、保温、加湿快速输液设施;急诊超声、急诊 X 线、急诊 CT、急诊检验等应当设置在急诊区域内或急诊比邻区域内(50 m 半径范围内)。⑤急诊区域内配置有独立急诊手术室的,能开展损害控制性手术或确定性手术,可开展手术包括腹部、颌面部、四肢创伤及创伤骨科等。⑥急救信息共享平台完备,与当地 120 进行制度化对接,建立实时信息传输系统,可视化远程会诊系统。能及时为下级医院提供技术支持。救护车人员、设备配置齐全,具备运送严重创伤患者至上级医院救治的能力。

推荐标准:①急诊科主导创伤中心建设与管理。具备收治县域及周边严重创伤患者的条件和水平;承担收治下级创伤急救中心或其他医疗机构

转诊的严重创伤患者;参与下级创伤急救中心的业务指导和技术培训工作;参与帮助具备条件的各级医疗机构建设各级创伤急救中心;建立区域创伤急救中心联动工作机制,建立转诊、远程会诊和区域性救治体系。②具有实体化的多学科创伤救治团队,基本人员固定,具有临床各学科和医技辅助相关科室快速联动机制,创伤急救患者能集中在创伤中心进行急救、手术治疗。③有急诊综合病房及急诊留观室,急诊综合病房床位 ≥ 30 张,急诊留观室床位 ≥ 15 张;具备 ≥ 10 张的抢救床位,其中包括 ≥ 2 张的创伤复苏单元;EICU床位数 ≥ 12 张。急诊超声、急诊 X 线、急诊 CT、急诊检验、药房等应当设置在急诊区域内。④在急诊区域内建立独立的急诊手术室 ≥ 2 间,能够为创伤急救患者提供紧急手术;可开展手术还包括:急腹症、胸部创伤、颅脑创伤、血管损伤等。医院有介入导管室并 24 h 开放。⑤与各级医院创伤救治中心组建创伤急救中心医联体,能够通过信息化技术手段完成急救信息联动,提供咨询、会诊、人员培训和技术指导。⑥院内或附近设有直升机停机坪,可开展或参与航空救援服务。

指导专家(排名不分先后):

于学忠(北京协和医院)
 陈玉国(山东大学齐鲁医院)
 李春盛(首都医科大学)
 赵晓东(解放军总医院第四医学中心)
 张连阳(陆军特色医学中心创伤专科医院)
 张国强(中日友好医院)
 朱华栋(北京协和医院)
 张 茂(浙江大学附二院)
 田英平(河北医科大学附二院)
 王 仲(清华大学北京长庚医院)
 杨兴易(海军军医大学上海长征医院)
 童朝阳(复旦大学附属中山医院)
 黄子通(中山大学附二院)
 卢中秋(温州医科大学附属第一医院)
 林兆奋(海军军医大学上海长征医院)
 周荣斌(解放军总医院第七医学中心)
 朱长举(郑州大学附一院)
 聂时南(解放军东部战区总医院)
 李小刚(中南大学湘雅医院)
 封启明(上海市第六人民医院)
 蔡文伟(浙江省人民医院)
 张 泓(安徽医科大学附一院)
 邱泽武(解放军总医院第五医学中心)

曾红科(广东省人民医院)
 陈晓辉(广州医科大学)
 李奇林(南方医科大学珠江医院)
 王振杰(安徽蚌埠医学院附一院)
 单爱军(深圳市人民医院)
 秦历杰(河南省人民医院)
 许硕贵(海军军医大学上海长海医院)
 张新超(卫健委北京医院)
 刘 志(中国医科大学附属一院)
 赵 敏(中国医科大学盛京医院)
 李银平(中华危重病急救医学)
 裴 俏(中国急救医学)
 陈 飙(临床急诊杂志)
 朱继红(北京大学人民医院)
 刘明华(陆军军医大学西南医院)
 张劲松(南京医科大学)
 孟庆义(解放军总医院第一医学中心)
 赵 斌(北京积水潭医院)
 柴艳芬(天津医科大学总医院)
 郭树彬(首都医科大学朝阳医院)
 曹 钰(四川大学华西医院)
 尹 文(空军军医大学西京医院)
 方邦江(上海中医药大学附属龙华医院)
 潘曙明(上海交通大学医学院附属新华医院)
 魏 捷(武汉大学人民医院)
 许 铁(徐州医科大学附属医院)
 黄 亮(南昌大学附一院)
 钱传云(昆明医科大学附一院)
 李超乾(广西医科大学附一院)
 陈 锋(福建省人民医院)
 梁显泉(贵州省贵阳金阳医院)
 李培武(兰州大学附二院)
 陈凤英(内蒙古医科大学附属医院)
 彭 鹏(新疆医科大学附一院)
 马 渝(重庆市急救中心)
 周 强(深圳市急救中心)
 商德亚(山东省立医院)
 杨立山(宁夏医科大学总医院)
 邓 颖(哈尔滨医科大学附二院)
 陈旭岩(清华大学北京长庚医院)
 蒋龙元(中山大学附二院)
 谢苗荣(北京友谊医院)
 何新华(北京朝阳医院)
 徐 军(北京协和医院)
 徐 峰(山东大学齐鲁医院)
 郑亚安(北京大学第三医院)

李志军(天津市第一中心医院)
 宗建平(浙江宁波市人民医院)
 冀 兵(山西医科大学第一医院)
 刘晓亮(吉林大学白求恩第一医院)
 朱长清(上海交通大学医学院附属仁济医院)
 李小民(连云港市第一人民医院)
 孙树印(山东济宁市第一人民医院)
 卿国忠(南华大学附属第一医院)
 陈立波(华中科技大学同济医学院附属协和医院)
 张剑锋(广西医科大学第二附属医院)
 周人杰(陆军军医大学第二附属医院)
 曾 俊(四川省人民医院)
 魏 蔚(昆明医科大学第一附属医院)
 杨正平(青海省人民医院)
 欧阳军(新疆石河子大学医学院第一附属医院)
 詹 红(中山大学附一院)
 李 欣(广东省人民医院)
 冯建安(山西省人民医院)
 兰 超(郑州大学附一院郑东院区)

编写组成员(排名不分先后):

张文武(深圳市宝安人民医院)
 李子龙(浙江省余姚市人民医院)
 马岳峰(浙江大学附二院滨江院区)
 吕传柱(海南医学院)
 梁锦峰(深圳大学第二附属医院)
 邢玉华(河北省廊坊市第四人民医院)
 何小军(中华急诊医学杂志编辑部)
 窦清理(深圳市宝安人民医院)
 陈校云(国家卫健委医院管理研究所)
 陈 波(江苏省常熟市第一人民医院)
 洪玉才(浙江省杭州邵逸夫医院)
 刘广明(四川省绵阳市三台县人民医院)
 高 峰(陕西省渭南市蒲城县人民医院)
 黎檀实(解放军总医院)
 王福军(吉林省榆树市人民医院)
 陈 波(海南省万宁市中医院)
 冯玉峰(江苏省常熟市第一人民医院)

郭宗林(山东省汶上县人民医院)
 孙廷强(安徽省太和县医院)
 詹运开(湖南省桃江县人民医院)
 赵小纲(浙江大学医学院附属第二医院)
 张 燕(浙江省余姚市人民医院)
 李孟飞(河南省汝阳县人民医院)
 徐之良(湖北省汉川市人民医院)
 高 然(深圳市宝安人民医院)
 黄共培(福建省晋江市医院)
 丛柏春(辽宁省彰武县人民医院)
 武海波(深圳市宝安人民医院)
 张红金(东阳市人民医院)
 金 平(余姚市人民医院)
 梁华杰(河南省新安县中医院)
 郑旭东(浙江瑞安人民医院)
 王黎卫(浙江新昌人民医院)
 王 慧(浙江长兴人民医院)

参考文献

- 1 国务院《“健康中国 2030”规划纲要》
- 2 国家卫计委《全面提升县级医院综合能力工作方案(2018—2020 年)》
- 3 《关于印发进一步改善医疗服务行动计划(2018—2020 年)的通知》
- 4 2009 卫生部《急诊科建设与管理指南(试行)》
- 5 2017 国家卫计委《胸痛中心建设与管理指导原则(试行)》
- 6 国家卫健委《关于进一步加强脑卒中诊疗管理相关工作的通知》
- 7 2018 国家卫健委《创伤中心建设与管理指导原则(试行)》
- 8 2018 上海市医疗机构急诊科建设与管理指南(试行)
- 9 2018 河南省急诊科建设与管理指南(试行)
- 10 中华人民共和国卫生行业标准《医院急诊科规范化流程》(WS/T390—2012)

(收稿日期:2019-04-15)