

上海市急诊、ICU 质控手册

(2011 年版)

上海市急诊 ICU 质量控制中心

二〇一一年十二月

前 言

自 2004 年第一版《上海市急诊、ICU 质控手册》在全市各医院下发以来，我市急诊科和 ICU 的发展逐步走上了规范化建设的轨道。按照 2004 年第一版《上海市急诊、ICU 质控手册》对急诊科和 ICU 质量建设标准的要求，根据近几年急诊和 ICU 质控专家对全市二、三级医院急诊科和 ICU 的督查结果，全市大部分二级甲等以上医院的急诊科和 ICU 都已达标。各区县政府、卫生局和医院领导对急诊科和 ICU 的建设越来越重视，普遍加大了对急诊和 ICU 的投入，建立了急诊抢救—留观—ICU 连贯性一体化的绿色通道救治体制，使危重病急救患者得到了快速高效安全的救治，大大减少了急诊、ICU 医疗事故和差错的发生。感谢各级相关部门对急诊科和 ICU 质量建设的高度重视与大力支持，感谢全市急诊科和 ICU 从业人员多年来为加强急诊科和 ICU 质量建设付出的辛勤劳动。

危重病急救患者既是急诊科首先承担的服务对象，也是 ICU 需要收治的病人，急诊科和 ICU 在救治危重病急救患者的专业方面具有高度一致性。急诊抢救—留观—ICU 连贯性一体化的体制是加强急诊科和 ICU 业务建设的有效运行体制。目前本市部分医院的急诊科和 ICU 在人员编制、工作场地、仪器设备配备和诊疗技术开展等方面还存在不足，部分医院急诊科还未建立 ICU，这些是全市医院急诊科、ICU 需要重点加快建设的工作，也是质控中心的重要任务。

为了进一步加强上海市急诊科和 ICU 的质量建设，按照上海国际性大都市建设和人民群众医疗卫生水平对急诊、ICU 越来越高的需求，上海市急诊、ICU 质量控制中心组织全市 30 多位质控专家对 2004 年版《上海市急诊、ICU 质控手册》进行了修订。新标准的修订是结合我市急诊科、ICU 质量建设和国内外急诊、ICU 发展的现状，本着高于原来标准、符合国际性大都市综合发展水平要求、经过几年努力多数单位能够达到新标准的原则完成的，同时广泛征求了本市急诊、ICU 从业人员的意见，并在全市多所医院进行了试行。新修订的《上海市急诊、ICU 质控手册》从 2012 年开始在上海市各级医疗机构正式使用。

《上海市急诊、ICU 质控手册》是全市各级医院急诊和 ICU 从业人员的行为准则，是急诊科和 ICU 的质量建设与行业质控标准。

上海市卫生局医政处

二〇一一年十二月

目 录

一、上海市医院急诊科建设标准

- 1、急诊工作特点
- 2、急诊科的任务
- 3、急诊科建设原则
- 4、急诊科运行体制
- 5、急诊科的业务范畴
- 6、急诊科医师与床位编制标准
- 7、急诊医师基本技能
 - (1) 常规辅助诊断技能
 - (2) 床旁快速诊断检测技能
 - (3) 急救操作技能
- 8、急诊绿色通道建设标准
 - (1) 急诊绿色通道的概念
 - (2) 患者进入急诊绿色通道的指征
 - (3) 急诊绿色通道的醒目标志
 - (4) 急诊抢救室的建设标准
 - (5) 急诊手术室的建设标准
 - (6) 急诊监护病房（EICU）的建设标准
 - (7) 急诊绿色通道的运行机制
 - (8) 对急诊绿色通道工作人员的要求
- 9、危重病急救患者抢救的相关规定
- 10、特殊伤病员的处理规定
- 11、专科医院急诊规定
- 12、急诊科建设中应注意的问题
- 13、《突发公共卫生事件院内救治应急预案》

二、上海市医院 ICU 建设标准

- 1、ICU 工作特点
- 2、ICU 的任务
- 3、ICU 建设原则
- 4、ICU 运行体制
- 5、ICU 的业务范畴
- 6、ICU 的诊疗技术
- 7、ICU 建设基本标准
- 8、综合 ICU（GICU）/急诊 ICU（EICU）分级建设标准
- 9、专科 ICU（RICU、CCU、SICU、PICU）分类建设标准
- 10、ICU 的收治与转出标准
- 11、ICU 工作常规
- 12、ICU 建设中注意避免的问题

三、上海市医院床旁监护（监测）标准

- 1、床旁监护的概念
- 2、床旁监护的适应症
- 3、床旁监护的禁忌症
- 4、床旁监护的内容
- 5、床旁监护的基本要求

四、上海市医院急诊抢救室与 ICU 的监测

- 1、监测的概念
- 2、监测的方法
- 3、基础监测
- 4、分级监测
- 5、系统监测

五、上海市医院急诊科与 ICU 单病种的质量控制

六、上海市医院急诊、ICU 医师职责

- 1、主管急诊工作的科主任职责
- 2、急诊高级职称医师职责
- 3、急诊主治医师（组长）职责
- 4、急诊住院总医师职责
- 5、急诊住院医师职责
- 6、ICU 主任职责
- 7、ICU 主任医师、教授职责
- 8、ICU 副主任医师、副教授职责
- 9、ICU 主治医师、讲师职责
- 10、ICU 住院总医师职责
- 11、ICU 住院医师职责

七、上海市医院急诊、ICU 规章制度

- 1、急诊预检制度
- 2、急诊预检要求
- 3、急诊首诊负责制度
- 4、急诊、ICU 值班与交接班制度
- 5、多发伤抢救制度、
- 6、三级查房制度
- 7、疑难病例会诊讨论制度
- 8、死亡病例讨论制度
- 9、ICU 消毒隔离与感染监控制度
- 10、ICU 患者出入管理制度
- 11、ICU 家属探视制度
- 12、医疗文书书写制度
- 13、仪器设备使用维护制度
- 14、急诊和 ICU 医护人员学习培训制度
- 15、急诊科和 ICU 基本情况统计报告制度

八、上海市医院急诊、ICU 工作人员医德规范

九、上海市医院急诊科、ICU 质控督查表

- 1、上海市急诊科质控督查内容与要求评分表
- 2、上海市 ICU 质控督查内容与要求评分表
- 3、上海市医院 ICU 单病种质量控制登记表
- 4、上海市医院急诊科、ICU 基本情况质量控制登记表

附件一： 卫生部关于印发《急诊科建设与管理指南（试行）》的通知（卫医政发〔2009〕50 号）

附件二： 卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南（试行）》的通知（卫办医政发〔2009〕23 号）

一、上海市医院急诊科建设标准

（一）急诊工作特点

- 1.急诊科是医院普通急诊和危重病急救患者就医的首诊场所，是社会医疗服务体系的重要组成部分。
- 2.急诊患者多因遭受意外伤害或突然病情变化而到急诊就医，患者及家属缺少思想准备，容易惊慌失措，对诊治要求紧急迫切。
- 3.急诊工作随机性强，患者就诊时间、数量、病种及危重程度均难预料。
- 4.急诊患者发病急、病情变化快，需要及时快速诊断和紧急医疗处理，急诊工作人员需要具备高度责任心和精湛的医疗急救技术。
- 5.急诊病人的抢救往往需要多专科各类专业人员同时参加，要求各科之间、医护人员之间紧密协作配合。

（二）急诊科的任务

- 1.急诊科的首要任务是负责危重病急救患者的连贯性救治。
- 2.急诊科负责普通急诊和慢性病急性发作时的急诊处理。
- 3.急诊科为全院内、外、妇、儿等各科提供相关专科急诊病人诊治的场所并负责协调与管理。

（三）急诊科建设原则

- 1.一切方便病人的原则。
- 2.每天 24 小时、全年每天对社会开放的原则。
- 3.急诊科独立建制、急诊科编制有固定医生队伍的原则。
- 4.突出快速高效安全的原则。
- 5.急诊抢救-留观-ICU-康复连贯性一体化的原则。

（四）急诊科运行体制

- 1.急诊科实行急诊抢救室-留观病房或急诊病房-急诊监护病房（EICU）或综合监护病房（GICU）连贯性一体化的救治管理体制，以保证急诊绿色通道的快速高效运行。
- 2.二级医院的急诊科实行和住院危重病急救患者一体化的运行管理体制。有利于加强急诊科建设，稳定急诊和危重病急救专业医师队伍，避免小而分散的 ICU 重复建设。
- 3.三级医院的急诊科首先考虑实行和住院危重病急救患者一体化的运行管理体制；专科规模大、危重病急救患者多的专科，可根据专科入住 ICU 患者的实际需要设隶属于专科管理的专科 ICU，如心脏科的 CCU、儿科的 PICU 和外科的 SICU 等。

（五）急诊科的业务范畴

- 1、心跳呼吸骤停
- 2、急性冠脉综合征（包括不稳定型心绞痛和急性心肌梗塞）

- 3、严重心律失常
- 4、高血压急症与危象
- 5、急性心力衰竭
- 6、急性呼吸衰竭
- 7、急性肾功能衰竭
- 8、重症哮喘
- 9、内分泌危象（糖尿病酮症酸中毒、甲状腺危象、肾上腺危象等）
- 10、急性中毒（包括药物中毒、农药中毒、有害气体和毒物中毒、毒蘑菇和食物中毒等）
- 11、呼吸道出血
- 12、上消化道出血
- 13、急性胃肠炎
- 14、高热、惊厥、昏迷等急症
- 15、脑中风
- 16、癫痫持续状态
- 17、中暑、电击伤、淹溺
- 18、急性多脏器功能障碍综合征
- 19、各种类型休克
- 20、水电质酸碱紊乱
- 21、慢性病急性发作需要急诊处理者
- 22、脓毒症
- 23、创伤（原发性创伤需要止血、清创、包扎、固定、手术者）
- 24、创伤致命性并发症（气道梗阻、血气胸、创伤失血性休克等）
- 25、急腹症（急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、肠梗阻、胃穿孔、急性腹膜炎等）
- 26、蛇、犬等咬伤

急诊内科医生要求 1~22 项，急诊外科医生要求 22~26 项，急诊科医生要求 1~26 项。

（六）急诊科医师与床位编制标准

1、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 ≥ 10 名，如日均急诊量每增加 50 人次，每班增加在岗急诊医师 ≥ 1 名。
- (2)留观床位或急诊病房 ≥ 80 张。床位：医师比按 1：0.2 编制配备。
- (3)急诊 ICU 床 ≥ 12 张。床位：医师比按 1：0.8 编制配备。
- (4)抢救室床位 ≥ 8 张。按 5 名急诊科医师编制，每班有 1 名急诊科医师在岗负责抢救室工作。

2、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 ≥ 8 名，如日均急诊量每增加 50 人次，每班增加在岗急诊医师 ≥ 1 名。
- (2)留观床位或急诊病房 ≥ 60 张。床位：医师比按 1：0.2 编制配备。
- (3)急诊 ICU 床 ≥ 8 张。床位：医师比按 1：0.8 编制配备。
- (4)抢救室床位 ≥ 6 张。按 4 名急诊科医师编制，每班有 1 名急诊科医师在岗负责抢救室工作。

3、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 ≥ 6 名。
- (2)留观床位或急诊病房 40 张。床位：医师比按 1：0.2 编制配备。

(3)急诊 ICU 床 \geq 6 张。床位：医师比按 1：0.8 编制配备。

(4)抢救床 \geq 4 张。按 3 名急诊科医师编制，急诊科医师负责急诊抢救工作。

4、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 \geq 4 名。

(2)留观床位或急诊病房 30 张。床位：医师比按 1：0.2 编制配备。

(3)急诊 ICU 床 4~6 张。床位：医师比按 1：0.8 编制配备。

(4)抢救床 \geq 3 张。按 3 名急诊科医师编制，急诊科医师负责急诊抢救工作，。

5、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)留观床位或急诊病房 10~20 张。床位：医师比按 1：0.2 编制配备。

(3)可酌情设 ICU 床 \geq 4 张，建议与急诊科一体化管理。床位：医师比按 1：0.8 编制配备

(4)抢救室床 \geq 1 张。相关科室急诊医师 5 分钟内到达抢救室迅速抢救病人。

6、对全院开放的急诊 ICU，酌情增加 ICU 床位数。

(七) 急诊医师基本技能

1、常规辅助诊断技能：急诊医师对以下辅助检查项目能熟练掌握其正常值和病理意义，并迅速作出基本判断。

(1)血、尿、粪三大常规，尿酮体、尿三胆、大便隐血试验

(2)电解质、血糖、肝肾功能、血气分析、肥达氏反应

(3)血、尿淀粉酶活力

(4)三 P 试验、凝血酶原时间、出凝血时间

(5)脑脊液糖、氯、蛋白测定

(6)胸部平片（气管炎、支气管肺炎、大叶性肺炎、肺不张、血气胸、心包积液）

(7)腹部平片（肠梗阻、空腔脏器穿孔）

(8)胸、腹部超声、CT（血气胸、主动脉夹层、肝脾胰肾外伤、腹膜后血肿）

(9)心肌酶谱、肌钙蛋白

(10)ECG（常见心律失常和心肌梗塞）

(11)外伤性骨平片（骨折和脱位）

(12)头颅 CT（颅脑外伤和脑血管意外）

急诊内科医生要求 1~10 项，外科医生要求 1~8、11、12 项，急诊科医生要求 1~12 项。

2、床旁快速诊断检测（point of care testing, POCT）技能

POCT 具有快速、准确、便捷、易操作等特点。能在 10 分钟左右完成检测出报告。有利于急诊特别是危重病急救患者的快速诊断。可用于急诊和危重病急救患者的早期诊断以及病情演变过程中的动态评价，也可用于危重病急救患者治疗效果的评价。急诊科和 ICU 医师能熟练掌握以下床旁快速检测项目、熟悉正常值和病理意义并迅速作出判断。

(1)血气：含 Ph 值、氧分压、二氧化碳分压、剩余碱、血糖、乳酸、电解质等，3 分钟出结果，抢救病人必测项目。

(2)血糖：动态实时血糖监测或 30 秒出结果，抢救病人必测项目。

(3)心型利钠肽：15 分钟出结果，用于心力衰竭的诊断与鉴别诊断。

(4)心脂肪酸结合蛋白：1.5h 即可显示阳性，10 多分钟出结果，用于急性心肌梗塞、心肌损伤的早期诊断。

(5)CK-MB：发病 2h 血标本检测可显示升高，10 分钟出结果。用于急性心肌梗塞、急性心肌损伤的诊断和动态评价。

(6)肌钙蛋白 I、T：发病 2h 血标本检测可显示升高，10 分钟出结果。用于急性心肌梗塞、急性心肌损伤

的诊断和动态评价。

(7)D-二聚体：10 分钟出结果，可用于栓塞性疾病的辅助诊断与动态评价。

(8)降钙素原（PCT）：感染开始后 3 小时即可测得，6~12 小时达到峰值，18 分钟出结果。是脓毒症、感染性休克早期诊断和动态评价的最佳指标。

3、急救操作技能

- (1)气管插管、机械通气
- (2)体外或体内临时起搏
- (3)深静脉插管
- (4)初级和高级心肺复苏术（含除颤）
- (5)胸腔穿刺闭式引流术、腹腔穿刺引流术
- (6)留置胃管、胃肠减压；洗胃术；三腔管压迫止血术
- (7)导尿术
- (8)止血、包扎、固定技术

急诊内科医生要求 4~7 项，急诊外科医生要求 4~8 项，急诊科医生要求 1~8 项（二级医院体内临时起搏不作基本要求）。

（八）急诊绿色通道建设标准

1、急诊绿色通道的概念

急诊是各医院的窗口，危重病急救患者是急诊患者中发病最急、病情最重、变化最快、危险性最大、发生医疗纠纷最多的患者群体。急诊绿色通道连贯性一体化的运行体制是救治危重病急救患者最有效的机制。

急诊绿色通道是医院为急诊危重病急救患者建立的快速高效安全的服务系统。包括急诊预检、抢救室、手术室、ICU、药房、血库、体液检验和影像检查等。

急诊抢救室、手术室和监护病房是急诊绿色通道中救治危重病急救患者的主要场所。急诊抢救室、手术室和监护病房的标准建设，是确保危重病急救患者快速高效安全救治的基础。

2、患者进入急诊绿色通道的指征：①心跳呼吸骤停②各种类型休克③急性心肌梗塞④致命性心律失常⑤急性心力衰竭⑥急性呼吸衰竭⑦严重创伤、多发伤⑧急性中毒⑨电击伤、溺水⑩其它急性致病因素引起的生命体征不稳定需要抢救的患者。

3、急诊绿色通道的醒目标志：急诊预检、化验、X 线、CT、超声、药房、收费等处张贴醒目的“抢救患者优先”急诊绿色通道醒目标志，并立即提供优先服务。

4、急诊抢救室的建设标准

(1)医护人员与床位：按照“急诊科医师与床位编制标准”配置。

(2)抢救床单位面积：每张床位 $\geq 15\text{m}^2$ ，现不达标的在改建时达标。

(3)抢救室设备：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、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**，③气管插管箱 1 套（装有喉镜、两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，有条件者可配置高清晰度可视喉镜），④抢救车 1 辆等。此外应能提供床旁 X 线摄片、B 超检查。没有设儿科编制的综合性医院的急诊科，应配备儿童急救需要的儿科面罩、球囊、气管插管、鼻胃管等急救设备。

(4)抢救技术：能开展心肺脑复苏、除颤、临时起搏、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。

(5)抢救流程：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。

(6)抢救室其它抢救器具、药品、环境等需满足抢救要求。

(7)抢救室工作注意事项：①各种急救药物的安瓿、输液空瓶、输血空袋等用完后应暂行保留，以便抢救结束后统计与查对，避免医疗差错。②一切急救用品实行“四固定”制度（定数量、定地点、定人管理、定期检查维修），各类仪器要保证性能良好，有专人负责。③急诊室抢救物品原则不外借，值班护士要班班交接，并作记录。用后归放原处，及时清理补充。

5、急诊手术室的建设标准

(1)二级甲等以上综合性医院设急诊手术清创室。

(2)二级甲等以上综合性医院急诊手术室面积 $\geq 30\text{m}^2$ ，设2张手术床，同时配置手术准备室。

(3)与抢救室相邻，现做不到的医院，在改建时完善。

(4)能开展急诊开颅、开胸、开腹手术和清创止血等手术。

6、急诊监护病房（EICU）的建设标准

(1)EICU床位编制标准：根据每个医院日急诊量，按照“急诊科医师与床位编制标准”设置EICU床位数。日均急诊量 >500 例次的医院设EICU床 ≥ 12 张，日均急诊量300~500例次的医院设EICU床 ≥ 8 张，日均急诊量200~300例次的医院设EICU床 ≥ 6 张，日均急诊量100~200例次的医院设EICU床4~6张，日均急诊量 <100 例次的医院可酌情设ICU床 ≥ 4 张，建议与急诊科一体化管理。对全院开放的EICU，酌情增加ICU床位数。

(2)EICU医护人员编制标准按床位：医师=1：0.8编制配备EICU医师，至少 ≥ 3 名医生相对固定在EICU6个月以上，设主任1名，由副高级职称以上的医师担任。按护士数：床位数 ≥ 2 比例配备护士（无护理员或卫生员则 ≥ 2.5 ），设护士长1名，由主管护师以上的护士担任。酌情配备适量的护理员或卫生员。

(3)EICU仪器设备：①每张监护床配监护仪1台（至少具有监测体温、心电、呼吸、血压和氧饱和度监测功能），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（至少具有CMV、SIMV、PSV、PEEP等模式功能）。③每个ICU配无创呼吸机 ≥ 1 台、便携式呼吸器 ≥ 1 台、除颤仪1台、临时起搏仪1台、**心肺复苏机1台**、心电图机1台、降温仪 ≥ 1 台、肠内营养泵 ≥ 3 台、连续动态血糖监测仪 ≥ 1 台、血气生化分析仪1台（如ICU未配备，院内应提供血气分析检查）、气管插管箱1套（装有喉镜、两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，有条件者可配置高清晰度可视喉镜），④抢救车1辆等。

监护病床 ≥ 8 张的ICU配置纤维支气管镜1套，血液净化仪 ≥ 1 台。监护病床 ≤ 7 张的ICU，医院其他相关专科能提供纤维支气管镜和床旁血液净化的诊疗服务。

(4)EICU监测技术：(1)体温、呼吸、血压、心电(2)氧饱和度(3)血气d.呼气末 PaCO_2 (4)血流动力学(5)氧代谢动力学(6)无创血压(7)有创动脉压(8)出凝血指标(9)血糖(10)乳酸(11)电介质(12)肝肾功能(13)免疫营养指标(14)感染监测项目如PCT、内毒素、致病微生物(15)出入量(16)胃粘膜pH值(17)超声(18)X线影像学(19)颅内压、脑电(20)分级与系统器官功能等监测技术。

三级综合性医院EICU开展以上20项监测技术的18项以上，二级甲等综合性医院EICU开展以上20项监测技术中的16项以上，二级乙等综合性医院EICU开展以上20项监测技术中的12项以上。

(5)EICU诊疗技术：(1)心肺脑复苏术(2)面罩氧疗术(3)气管插管术/气管切开术(4)机械通气术(5)支气管肺泡灌洗术(6)深静脉置管术(7)胸腔闭式引流术(8)腹腔冲洗引流术(9)胃肠减压术(10)胃肠内营养术(11)胃肠外营养术(12)床旁血液净化术(13)静脉溶栓术(14)微创血管栓塞术(15)镇痛镇静术(16)调温术(17)临时心脏起搏术(18)电复律除颤术(19)胸外心脏按压术(20)开胸心脏挤压术等。

三级综合性医院EICU开展以上20项诊疗技术的18项以上，二级甲等综合性医院EICU开展以上20项诊疗技术中的16项以上，二级乙等综合性医院EICU开展以上20项诊疗技术中的12项以上。

7、急诊绿色通道的运行机制：①救护车送患者到急诊时，急诊科有专人立即迎接。如果是抢救患者，接车人员应尽快护送患者直接到抢救室，抢救室医护人员应立即展开救治并与救护车工作人员作好交班工作。各医院急诊科应根据急诊量及时作好分流工作，保证救护车送患者来急诊时无搁车情况。②各专科抢救由首诊科室急诊医师和当班护士负责。③遇有批量伤病员、严重创伤、多发伤等情况时由急诊科专职医师和急诊科专职

护士牵头负责抢救，并同时报告急诊科主任和有关职能部门。多发伤或诊断未明的伤病员，在未明确收治科室前，首诊科室和首诊医师应承担主要诊治责任，并负责及时邀请有关科室会诊，首诊科室和首诊医师应负责到底。④对日均急诊量>200人次的医院，急诊抢救室应安排急诊科医生固定值班，日均急诊量<200人次的医院，急诊抢救室应安排护士固定值班，遇有抢救患者，急诊科医护人员应立即对伤病员接诊，抢救工作中遇有诊断、治疗、技术操作等方面的困难时，及时请示上级医师，上级医师应迅速赶到，积极参加抢救工作。⑤如患者确需转科，且病情允许搬动时，由首诊科室或首诊医师负责联系安排。⑥如需转院，且病情允许搬动时，由首诊科室或首诊医师向有关职能部门汇报，落实好接收医院后方可转院。⑦伤病员经抢救病情稳定或需转入ICU病房或手术室救治者，应有医护人员护送并作好交班工作。

8、对急诊绿色通道工作人员的要求：①急诊绿色通道医护人员应具备高度责任心和时间就是生命的观念。对进入急诊绿色通道的患者，各类医护人员应立即提供温馨、优质、高效的医疗服务。②急诊绿色通道的各级医护人员职责明确，各班各类人员要坚守工作岗位，随时作好急救准备。③急诊绿色通道医生、护士要训练有素，技术熟练，胜任抢救各种危重病急救患者的需要，按照诊疗常规、职责、临床路径和抢救流程进行工作。④医生口头医嘱要准确、清楚，尤其是药名、剂量、给药途径与时间等，护士执行医嘱前要复述一遍，避免有误，抢救结束后及时记录于病历上，并补开处方。⑤急诊室护士应保持警惕，对进入“急诊绿色通道”的伤病员应尽快做好抢救准备工作，立即通知护士长或主班护士，同时立即通知值班医师，并及时给予必要的处理，如体外胸外心脏按压、吸氧、吸痰、测体温、血压、脉搏、呼吸及开放静脉通道等。

（九）危重病急救患者抢救的相关规定

1.凡遇心肺脑复苏、严重中毒、严重创伤（多发伤）、休克、心力衰竭、呼吸衰竭、电击伤、溺水等生命体征不稳定的抢救患者，应直接进入“急诊绿色通道”先行抢救，在不影响抢救的前提下再补办挂号、收费等手续。

2.急诊绿色通道应设醒目标示和/或制作专用标牌，对进入急诊绿色通道的伤病员在取药、检查及收费时应给予最优先的照顾。

3.对进入急诊绿色通道的患者在送检查过程中，应有医护人员全程陪同。

4.一般抢救由有关科室急诊医师和当班护士负责。

5.涉及多科和重大的抢救由急诊科主治医师以上医师和急诊护士长组织、协调相关科室参加抢救。

6.遇有批量伤病员、严重多发伤、复合伤等情况时，应按“急诊绿色通道”相关工作要求开展抢救，并立即报告有关职能部门。

7.如当班医生正在抢救患者而诊察室无接诊医生时，对后续急诊患者的接诊工作，预检护士应酌情报告科主任或有关部门，尽快另行安排医生接诊。

8.医疗文书应及时、准确、清楚、扼要、完整记录，每次必需记录生命体征，并注明执行时间和签名。

9.口头医嘱要准确、清楚，尤其是药名、剂量、给药途径与时间等，护士要复述一遍避免有误，及时补记于病历上并补开处方。

10.各种急救药物的安瓿、输液空瓶、输液空袋和输血空袋等用完后应暂行保留，以便抢救结束后统计与查对，避免医疗差错。

11.抢救室一切急救用品实行“四固定”制度（定数量、定地点、定人管理、定期检查维修），各类仪器要保证性能良好。抢救室抢救物品不得外借，用后归放原处，清理补充。值班护士要班班交接，作记录并签字。

12.经抢救病情稳定需转入病房或手术室治疗的患者，急诊科应派医护人员护送，病情不允许搬动者，需专人看护或经常巡视。

（十）特殊伤病员的处理规定

1.对于自杀、他杀、重大交通事故、斗殴致伤及其他涉及法律问题的患者，医护人员应积极救治，同时

应增强法纪观念，提高警惕。预检护士应立即通知有关职能部门，并报告当地警署。

2.病历书写应准确、规范，字迹清楚，检查应全面仔细，病历要妥善保管，切勿遗失或被涂毁。

3.开具验伤单及诊断证明要实事求是。对诊疗工作以外的其它问题不能随便发表自己的看法，严格执行保护性医疗制度。

4.对于服毒患者，应保留患者呕吐物、排泄物以备送毒物鉴定。

5.对于昏迷患者，需与陪送者共同检查患者财物，有家属陪伴者均应交给家属，并做好记录；若无家属陪伴，则由值班护士代为保管，但应同时有两人共同签署财物清单。

6.患者留观期间，应有家属或公安人员陪守。

(十一) 专科医院急诊规定

1.各专科医院开设与本专业相关急症的急诊服务。

2.各专科医院急诊设抢救室，具备抢救室的基本条件。

3.急诊抢救室每天 24 小时有护士值班。

4.急诊抢救患者到达后相关医生 10 分钟内到达现场。

5.抢救室设备：监护仪/床=1:1；呼吸机 \geq 1 台、便携式呼吸机 1 台、除颤起搏仪 1 台、输液泵/床=1:1、洗胃机 \geq 1 台、**心肺复苏仪 1 台**、抢救车 1 辆、气管插管箱 1 套。抢救器具与药品齐全。环境等符合急诊抢救的基本要求。

6.抢救技术：能开展抗休克、复苏、除颤、临时起搏术、机械通气治疗、洗胃术、气管插管术、深静脉置管术、胸腹腔穿刺闭式引流术等。

7.本院技术力量不能满足抢救需要时，及时联系会诊或转院。

8.急诊量多且具备条件的专科医院，可酌情设立急诊科。

(十二) 急诊科建设中应注意的问题

1、所有医院均建立急诊抢救室-留观病房或急诊病房-急诊 ICU 或综合 ICU-康复病房连贯性的工作机制，重点完善急诊绿色通道建设。

2、日均急诊量 \leq 100 例次的医院酌情建立 4 张床位以上的 ICU。

3、日均急诊量 100~200 例次的医院急诊科建立 4~6 张床位的 EICU。

4、日均急诊量 200~300 例次的医院急诊科建立 \geq 6 张床位的 EICU。

5、日均急诊量 300~500 例次的医院急诊科建立 \geq 8 张床位的 EICU。

6、日均急诊量 $>$ 500 例次的医院建立 \geq 12 张床位的 EICU。

7、提倡综合 ICU 和急诊科一体化。

8、每个医院安排身体好、责任心强、业务素质高的医生护士到急诊科工作。

9、医院领导和科主任都要十分重视急诊科医生护士的在岗专业培训和继续教育，不断提高从业人员的整体素质。重视急诊科的质量建设，加强质控力度，提高急诊质量，确保急诊工作每个环节的正常运行与安全。

(十三) 突发公共卫生事件院内救治应急预案

2003 年 5 月 9 日国务院颁布了《突发公共卫生事件应急条例》。各医院急诊科可参照以下规定结合各医院具体情况建立《突发公共卫生事件院内救治应急预案》。

1、突发公共卫生事件应急处理采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式，采取有效措施控制事态的发展。在突发事件发生后，卫生行政主管部门组织专家对突发事件进行综合评估，初步判断突发事件的类型，决定是否启动应急预案。

2、应急预案启动后，根据预案规定的职责要求，各相关部门必须服从突发事件应急处理领导小组的统一指挥，立即到达规定岗位，采取有关的控制措施。

3、医疗卫生机构、监测机构和科学研究机构，应服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，相互配合、协

作，集中力量开展相关的科学研究工作。

4、根据突发事件应急处理的需要，突发事件应急处理指挥部有权紧急调集人员、储备的物资、交通工具以及相关设施、设备，并且必要时对人员进行疏散或者隔离，依法对传染病疫区实行封锁。

5、参加突发事件应急处理的工作人员，应当按照预案的规定，采取卫生防护措施，并在专业人员的指导下进行工作。

6、卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构，有权进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验，对突发事件的应急处理工作进行技术指导，有关单位和个人应当予以配合，任何单位和个人不得以任何理由予以拒绝。

7、对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒事件，卫生行政主管部门应当尽快组织力量制定相关的技术标准、规范和控制措施。

8、医疗卫生机构应当对因突发公共卫生事件致病的人员提供医疗救护和现场救援。

9、一旦发生突发公共卫生事件，医院应该成立领导小组、专家组及医疗队，按照预案迅速反应、快速到位、各尽其责。其中，医院的急救中心/急诊科医生承担着主要责任。

10、医院必须按照事先已经建立的紧急动员预案，保证在短期内抽调足够的医务人员，足够的病房和医疗抢救设备以收治和抢救患者，杜绝出现“诊疗能力不足”、“拒收、拒诊”等现象。对所有相关患者应书写详细而完整的病历记录，对需要转送的患者应按规定将患者及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。

11、各相关医疗卫生机构内，应采取卫生防护措施，防止交叉感染和污染。对于传染病，医疗卫生机构在有关部门的指导和配合下应做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。对密切接触者，应采取医学观察措施。

二、上海市医院 ICU 建设标准

（一）ICU 工作特点

1、ICU 是诊治危重病急救患者的病房，是医院“急诊绿色通道”的重要组成部分，是体现医院综合救治水平的病房。

2、ICU 收治的危重病急救患者是指急性致病因素引起的生命体征不稳定或脏器功能不全或内环境紊乱的患者以及慢性病急性发作并威胁生命的患者。

3、ICU 患者病情严重危急复杂，常涉及多系统多脏器。ICU 工作人员需要具备扎实的医学基础理论和危重病急救患者的临床诊疗知识，并能熟练开展危重病急救诊疗操作技术。

4、ICU 的最大特点是需要对危重病急救患者进行监测（监护）。

5、ICU 需要配备能满足危重病急救患者诊疗需要的医护人员和仪器设备。

6、ICU 实行封闭式或半封闭式管理。

（二）ICU 的任务

1、ICU 承担全院危重病急救患者的综合救治。

2、ICU 负责培养急诊、急救和危重病医学专业人员。

3、ICU 接收突发公共卫生事件中的危重伤病患者。

4、综合 ICU 对全院开放，接收各科要求转入的危重病急救患者。

5、专科 ICU 接收本专科的危重病急救患者。

（三）ICU 建设原则

1、ICU 设置应与各医院功能要求相一致。根据各医院实际情况，ICU 床位按全院总床位数的 2~8% 设置。

2、一级医院不设 ICU。

3、二级医院设与急诊科一体化的综合性 ICU，不设专科 ICU。

4、三级综合性医院在设与急诊科一体化的急诊 ICU 或综合性 ICU 的同时，可根据医院特色专科规模与需求设相应的专科 ICU 如心内科管理的 CCU、呼吸科管理的 RICU、儿科管理的 PICU、麻醉科或外科管理的 SICU 等。应注意不要突破全院 ICU 床位总数，避免 ICU 重复建设，造成资源浪费。

5、独立建制的综合性 ICU (GICU) 应有足够的危重病患者来源，应有固定编制的医护人员。

6、专科 ICU 医护人员在 ICU 工作时间应相对固定，每次不少于 6 个月。

7、ICU 医护人员按标准配备，从事 ICU 的医护人员应经过相关的专业培训，以保证 ICU 危重急救患者的救治水平。

8、不论是综合性 ICU，还是专科 ICU，均应符合 ICU 建设的基本标准。

(四) ICU 运行体制

1、急诊监护病房 (EICU) 或综合性监护病房 (GICU) 和急诊抢救室、急诊留观病房或急诊病房等实行连贯性一体化的运行管理体制。这种体制是保证危重病急救患者快速高效安全的运行管理体制，也是最节约医疗资源的运行管理体制。

2、专科规模大、危重病急救患者多的专科，可根据专科入住 ICU 患者的实际需要设隶属于专科管理的专科 ICU，如心脏科的 CCU、呼吸科的 RICU、儿科的 PICU 和麻醉科或外科的 SICU 等。

3、独立建制的 ICU 应注意与其他专科的关系协调。

(五) ICU 的业务范畴 (1)心跳呼吸骤停 (2)各种类型休克 (3)脓毒症 (4)严重创伤、多发伤 (5)急性呼吸衰竭 (含 ALI/ARDS) (6)急性冠脉综合征 (7)急性心力衰竭 (8)严重心律失常 (9)高血压危象 (10)急性肾功能衰竭 (11)消化道大出血 (12)出血坏死性胰腺炎 (13)高危大手术 (14)水电解质酸碱紊乱 (15)内分泌危象 (16)重症哮喘 (17)急性中毒 (18)溺水、电击伤 (19)器官移植 (20)MODS / MOF 等。

(六) ICU 的诊疗技术

(1)面罩氧疗术；(2)气管插管术；(3)气管切开术 (含穿刺扩张气管造口术)；(4)机械通气术；(5)支气管肺泡灌洗术；(6)深静脉置管术；(7)胸腔闭式引流术；(8)腹腔冲洗引流术；(9)胃肠减压术；(10)胃肠内 (含鼻空肠) 营养术；(11)胃肠外营养术；(12)床旁血液净化术；(13)静脉溶栓术；(14)微创血管栓塞术；(15)镇痛镇静术；(16)调温术；(17)临时心脏起搏术；(18)电复律除颤术；(19)心肺脑复苏术；(20)开胸心脏挤压术等。

(七) ICU 建设基本标准

1、**ICU 病房** 位置与布局合理，病房采光通风良好，分隔单元设置，或设置一定数量的单间。

2、**床单位面积** 每张 ICU 床位面积至少 $\geq 15\text{m}^2$ (单间 ICU 面积 $\geq 20\text{m}^2$)

3、**吊塔、功能柱与设备带** 不论配置任何一种，其电源、负压吸引和氧气等设施必需能满足 ICU 抢救病人需要。

4、**中央工作站** 6 张以上 ICU 床位原则上设置中央工作站。

5、**仪器设备** (每个 ICU 应配置以下基本仪器设备)：

监护仪：每张 ICU 床配置 1 台监护仪，至少具有监测心电图、呼吸、无创血压、有创压力和经皮氧饱和度的功能。

呼吸机：①综合 ICU 每床 1 台呼吸机，呼吸机应具有 CMV、SIMV、PSV、PEEP 等基本模式；②其它 ICU 每床配备呼吸机 ≥ 0.5 台，每个 CCU 配备呼吸机 ≥ 1 台；③每个 ICU 配备便携式呼吸机 ≥ 2 台，无创呼吸机 ≥ 2 台。

体外除颤起搏仪 ≥ 1 台。

输液泵或微量注射泵 每张监护床位 ≥ 1 台。

心电图机 1 台。

肠内营养输注泵 ≥ 2 台。

心肺复苏机≥1台，心肺复苏抢救车1辆。

气管插管箱1套（装有喉镜、两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，有条件者可配置高清晰度可视喉镜）

抢救车1辆

调温仪≥1台/4床。

血气生化分析仪 设有ICU的医院至少配备血气生化分析仪1台，有条件者ICU配备1台血气生化分析仪。

血液净化仪 ICU床位超过8张者根据需要配置床旁血液净化仪≥1台。

6、ICU医护人员：每张监护床配备≥0.8名专职医师。每4~6张监护床配备1名主治医师，1名主管护士。每个ICU至少各配备1名高级职称医师和护士长。

综合ICU护士按每张ICU床≥3名护士配备，专科ICU护士按每张ICU床≥2名护士配备。根据需要配备技术员、护理员或卫生员若干名。

7、开展以下监护诊疗技术：①体温、呼吸、血压、心电、氧饱和度监测术。②氧疗术。③气管插管术。④机械通气术。⑤深静脉置管术。⑥心肺脑复苏术。⑦电复律术。⑧肠内营养术。

（八）综合ICU（GICU）/急诊ICU（EICU）分级建设标准

A级ICU建设标准：

1.具备ICU基本标准。

2.仪器设备：至少4台监护仪可开展血流动力学监测，1台可开展氧代动力学监测，具备中央监护工作站；呼吸机/床≥1:1；降温仪≥4台。

3.医护人员：每张监护床专职医师≥1名，专职护士≥3名。

4.具有承担所有急危重病患者综合救治能力。（上海市医院重症监护病房（ICU）收治范围及标准20种病种的救治能力）

5.具有开展下述诊疗技术的能力：(1)面罩氧疗术；(2)气管插管术；(3)气管切开术；(4)机械通气术；(5)支气管肺泡灌洗术；(6)深静脉置管术；(7)胸腔闭式引流术；(8)腹腔冲洗引流术；(9)胃肠减压术；(10)胃肠内（含鼻空肠）营养术；(11)胃肠外营养术；(12)床旁血液净化术；(13)静脉溶栓术；(14)微创血管栓塞术；(15)镇痛镇静术；(16)调温术；(17)临时心脏起搏术；(18)电复律除颤术；(19)心肺脑复苏术；(20)开胸心脏挤压术等。

6.具有开展下述监测技术的能力：(1)体温、呼吸、血压、心电；(2)氧饱和度；(3)血气、呼吸末PaCO₂；(4)呼吸力学指标；(5)血流动力学；(6)氧代谢动力学；(7)中心静脉压；(8)有创动脉压；(9)连续动态血糖与乳酸监测；(10)出凝血指标；(11)水电介质、酸碱指标；(12)免疫营养指标；(13)生化指标；(14)感染监测项目如PCT、内毒素、致病微生物；(15)胃肠粘膜pH值；(16)出入量；(17)颅内压、脑电；(18)影像学；(19)系统器官功能监测；(20)分级监测等。

7.收治病种与ICU收治指征符合率≥80%

8.能招收本专业硕士以上研究生或培养危重病专业中、高级人才。

9.具有承担省部级以上科研课题的能力和承担省部级以上继续医学教育项目的能力。

B级ICU标准：

1.具备ICU基本标准。

2.具备承担上海市医院ICU收治范围二十种病种中十二种以上病种的救治能力。

3.能开展A级ICU二十项监测技术中十二项以上和二十项诊疗技术中的十二项以上的能力。

4.收治病种与ICU收治指征符合率≥70%

5.具有一定教学能力，开展学术活动。

6.具有开展科研课题的能力。

(九) 专科 ICU (RICU、CCU、SICU、PICU) 分类建设标准

各专科 ICU 的建设首先具备 ICU 基本标准。

1.呼吸科监护病房 (RICU)

(1)收治对象: 呼吸功能不全等生命体征不稳定患者如①肺源性心脏病。②重症肺炎。③支气管哮喘。④大咯血。⑤其它需要收入 RICU 的患者。

(2)建设规模: 一般 RICU 设 6~10 张监护床为宜。

(3)医护人员: RICU 由呼吸内科医生担任, ≥ 3 名医生相对固定 6 个月以上; 按护士数: 床位数 ≥ 2 配备护士; 护理员、卫生员由呼吸科护士长统一安排。

(4)仪器设备: ①多功能监护仪。②呼吸机(含无创呼吸机)台数: 床位数 ≥ 0.5 。③面罩氧疗装置。④输液泵。⑤纤维支气管镜。

(5)开展技术: ①生命体征监测术。②氧饱和度监测术。③氧疗术。④气管插管术。⑤机械通气术。⑥呼吸力学监测术。⑦呼气末 CO_2 监测术。⑧支气管肺泡灌洗术。

2.心血管内科监护病房 (CCU)

(1)收治对象: ①急性心肌梗塞。②心绞痛。③心律失常。④心功能不全。⑤感染性心内膜炎。⑥急性心肌炎。⑦介入性心血管诊疗操作术后。

(2)建设规模: CCU 一般设 8~12 张监护床为宜。

(3)医护人员: CCU 内医生由心血管内科医生担任, ≥ 3 名医生相对固定 6 个月以上; 按护士数: 床位数 ≥ 2 配备护士; 酌情配备护理员或卫生员。

(4)仪器设备: ①多功能监护仪。②微量注射泵。③输液泵。④心电图机。⑤临时起搏器。⑥除颤器。⑦呼吸机至少一台。

(5)开展技术: ①生命体征监测术。②氧疗术。③人工心脏起搏术。④电复律术。⑤深静脉置管术。⑥血流动力学监测术。⑦溶栓治疗术。⑧冠脉造影、球囊扩张、支架置入术等(限于有资质者)。

3.外科监护病房 (SICU) 建设标准

(1)颅脑外科监护病房收治对象: 围手术期生命体征支持患者如①重型颅脑外伤。②颅脑外科手术后。③脑血管病介入术后。④其它需收入该监护病房的患者。

(2)胸心外科监护病房收治对象: 围手术期生命体征支持患者如①先心病矫型术后。②心瓣膜病换瓣术后。③冠脉搭桥术后。④大血管置换或修补术后。⑤心脏移植术后。⑥纵膈肿瘤切除术后。⑦肺叶切除术后。⑧食道肿瘤切除术后。⑨严重胸部外伤。⑩其它需要收入该 ICU 的患者。

(3)普外科监护病房收治对象: 围手术期生命体征支持患者如①重症胰腺炎。②化脓性胆管炎。③门脉高压大手术后。④消化系统肿瘤根治术后。⑤肠梗阻、肠坏死大手术后。⑥空腔脏器穿孔术后。⑦器官移植术后。⑧腹部外伤术后。⑨其它需要收入该 ICU 的患者。

(4)其它外科设 ICU 应根据本科规模和危重病人数量酌情而定。

(5)规模: SICU 的规模应与本专业危重病患者数量相匹配。注意不要为扩大 ICU 规模而将不该收入 ICU 的患者收入 ICU。

(6)医务人员: 外科监护病房各专科 ICU 的医护人员在 ICU 内的工作时间应相对固定, 其医生人数应与 SICU 内的工作量相匹配, ≥ 3 名医生相对固定 6 个月以上; 按护士数: 床位数 ≥ 2 比例配备护士, 还应配备护理员或卫生员。

(7)设备: 每张 SICU 床位配置多功能监护仪、输液泵、微量注射泵 ≥ 1 台、呼吸机 ≥ 0.5 台、营养输注泵 ≥ 0.5 台; 胸心外科 ICU 应配置临时心脏起搏器; 颅脑外科 ICU 应配置颅内压监护装置和降温仪。

(8)诊疗技术: 除按 ICU 一般诊疗技术要求外, 颅脑外科 ICU 应能开展床边脑电、颅内压监测术; 胸心外科 ICU 应强调开展临时心脏起搏术; 普外科 ICU 应强调开展肠内营养术。

4.儿科监护病房（PICU）建设标准

(1)收治对象：①心血管疾病手术后。②儿童重症感染。③急性心肌炎。④脏器功能不全（急性心功能不全、急性呼吸功能不全、急性肾功能不全等）。⑤其它需要收入 PICU 的重症患儿。

(2)规模：各医院危重患儿例数差别较大，应根据实际需要确定各院 PICU 建设规模。

(3)医护人员：每张 PICU 床位应按 ≥ 0.6 名专职医师、3名专职护士配备，同时根据需要配备护理员或卫生员。

(4)仪器设备：①每张床配置1台床旁多功能监护仪。②1~2张床位配备1台适应儿童使用的呼吸机。③适应儿童使用的简易呼吸器2~3个。④除颤仪1台。⑤心电图机1台。⑥输液泵、微量注射泵每张床 ≥ 1 台。⑦保暖箱 ≥ 5 台。

(5)开展技术：①生命体征监测术。②氧疗术。③气管插管术。④气管切开术。⑤人工机械通气术。⑥心肺复苏术。⑦电复律术。

（十）ICU 的收治与转出标准

除了不可逆病变的终末期患者以外，各种危重病急救患者应收入 ICU 进行综合性救治。凡需收入及转出 ICU 的病人，均需经 ICU 主治医师以上医师（含主治医师）决定。

1、心跳呼吸骤停

收入指征：

不明原因或急性因素导致心跳呼吸骤停经心肺复苏抢救成功后，均应收入 ICU 继续进行监护与治疗（不包括病程晚期的心脏停搏及暂不能搬动者）。

转出指征：

生命体征基本平稳，不再需要对呼吸、循环等各项参数进行严密监测，也不需要机械通气治疗。

2、各种类型休克

收入指征：

(一)有下列休克的基本临床表现

收缩压低于 90/60mmHg 或较原收缩压降低 30mmHg 以上，并伴有下列二项：

(1)意识障碍；

(2)皮肤湿冷；

(3)尿量减少，24h 尿量 $< 400\text{ml}$ 或 $< 17\text{ml} / \text{h}$ ；

(4)代谢性酸中毒。

(二)各类休克（低血容量性休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克等），经扩容及初步病因治疗后，生命体征仍不平稳者。

转出指征：

休克纠正，继发性损伤基本控制。

3、急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征（ALI/ARDS）

收入指征：

(一)存在 ALI/ARDS 急性诱发因素

(二)呼吸困难或紫绀。

(三)血气分析有下列任何一项异常者：

pH 值 < 7.30

$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ；

$\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ ；

$\text{SpO}_2 < 90\%$ 。

转出指征：

呼吸困难、紫绀及血气分析均有明显改善，不再需要机械通气治疗。

4、重症哮喘

转入指征：

哮喘持续发作导致二氧化碳潴留和低氧血症， $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ； $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$ 。

转出指征：

二氧化碳潴留和低氧血症纠正，稳定 24 小时。

5、急性冠脉综合征（包括不稳定型心绞痛和急性心肌梗塞）

收入指征：

具有下列情况之一者：

(一)临床诊断为不稳定型心绞痛；

(二)可疑急性心肌梗塞（心绞痛持续并伴有急性心梗早期心电图变化）；

(三)确诊为急性心肌梗塞。

转出指征：

(一)不稳定型心绞痛症状缓解，心电图稳定，心肌酶正常。

(二)急性心肌梗塞症状缓解，心功能不全及心律失常等并发症得到控制，不再需要心脏及血流动力学监测。

6、急性心功能不全或衰竭

收入指征：

具有下列情况之一者：

(一)急性左心功能不全；

(二)急性左心功能衰竭肺水肿；

(三)心源性休克（泵衰竭）；

(四)急性心包填塞（心脏压塞）。

转出指征：

左心功不全、心源性休克、心包填塞等症状得到控制，不再需要进行心电及血流动力学监测。

7、严重心律失常

收入指征：

临床上有症状或伴有血流动力学改变的快速心律失常或慢性心律失常。

转出指征：

心律失常基本控制。

8、高血压危象

转入指征：

收缩压 $> 180\text{mmHg}$ ，舒张压 $> 110\text{mmHg}$ ，伴有头痛等症状或心脑肾等靶器官功能障碍。

转出指征：

血压恢复到理想水平或收缩压 $< 140\text{mmHg}$ ，舒张压 $< 90\text{mmHg}$ ，症状缓解，受累靶器官功能改善。

9、急性肾功能不全或衰竭

收入指征：

有明确急性肾功能不全之病因，并有下列临床表现者：

(一)24 小时尿量 24h 尿量 $< 400\text{ml}$ 或 $< 17\text{ml} / \text{h}$ 或无尿；

(二)血清钾 $> 6.0\text{mmol/L}$ 及心电图出现 T 波高尖等高血钾表现；

(三)血肌酐、尿素氮急剧增高。

转出指征:

(一)尿量恢复正常,血钾、肌酐、尿素氮等下降趋于正常并稳定3天以上,高血钾所致严重心律失常基本控制。

(二)经监护治疗4周以上而病情无好转需长期透析治疗者。

10、重症胰腺炎

收入指征:

(一)有暴饮暴食、腹部外伤或胆道系统疾病史。

(二)临床诊断符合急性胰腺炎。

(三)伴有以下一条表现者。

(1)有剧烈和弥漫性腹痛或休克表现。

(2)高热、腹胀,全身中毒症状明显。

(2)腹腔穿刺液为血性液体或酱油色液体,穿刺液淀粉酶升高。

(3)升高的血淀粉酶突然下降,血糖升高,血清钙磷浓度下降。

(4)B超提示胰周渗出、胸腔积液,腹腔积液、肠腔积液积气。

(5)CT提示胰腺肿大、边界模糊,胰腺实质密度不均匀。

(6)急性多器官功能不全或衰竭。

转出指征:

胰腺炎临床表现得到控制,坏死感染组织清除或吸收、局限,器官功能恢复,生命体征稳定。

11、大出血

收入指征:

(一)出血性疾病引起的急性出血并发消化道、呼吸道、泌尿道或颅内出血等。

(二)上消化道出血:突发大量呕血,或出现收缩压 $<90\text{mmHg}$ 或较原来降低30%,面色苍白、皮肤湿冷等休克表现者。

(三)咯血引起突发窒息或呼吸困难、紫绀等危重症状。

(四)产科出血合并失血性休克,经抢救生命体征未稳定,或出血原因未完全控制者。

(五)各部位创伤后引起的失血性休克,如肝、脾破裂,肾挫裂伤,血胸等。

转出指征:

出血控制,经观察24~72小时,生命体征稳定,无严重早期并发症。

12、严重创伤、多发伤

收入指征:

严重创伤、多发伤,伤后24小时内出现下列情况之一者:

(一)严重创伤合并创伤失血性休克,收缩压 $<90\text{mmHg}$ 或较原来降低30%;

(二)有窒息史,呼吸异常,需开放气道或行机械通气治疗;

(三)有心脏骤停者;

(四)格拉斯哥昏迷记分(GCS) <8 ,有瞳孔散大,或仍表现为意识障碍者;

(五)多发伤,伤情危重者。

多发伤诊断标准

受伤部位	伤 情
颅脑损伤	颅内血肿,脑挫裂伤及颅底骨折
颌面损伤	开放性骨折伴有大量出血
胸部外伤	气胸,血胸,连枷胸,膈疝,心脏大血管损伤

腹部损伤	或纵膈气肿（不论有否肋骨骨折）
骨盆骨折	腹内脏器损伤
上肢	伴有后腹膜血肿而致休克
下肢	肩胛骨或长骨骨折
软组织损伤	长骨骨折
	伴有广泛的挫伤或撕裂伤

注：表中 2 项或者 2 项以上合并存在，即为多发性损伤；但仅有上肢与下肢损伤而无休克表现者，不能作为多发性损伤。

转出指征：

严重并发症得到控制，观察 24~72 小时生命体征稳定。

13、重大高危手术（包括器官移植）

收入指征：

手术科室重大手术围手术期，需进行系统监护和治疗（如心脏大血管手术或介入治疗；肝、肾、胰移植手术；颅内手术等）。

转出指征：

生命体征基本稳定，无高热、无严重术后早期并发症，不再需要机械通气。

心血管介入治疗观察 24~48 小时无特殊情况。

14、重症感染

收入指征：

(一)具有发热、心率增快等炎症反应症状。

(二)伴有以下征象之一者。

(1)感染灶累及某一器官。

(2)组织低灌注或休克。

(3)血培养致病微生物阳性。

(4)出现器官功能障碍或 MODS/MOF。

转出指征：

感染控制，全身中毒征象缓解；微生物培养阴性两次以上、PCT 降至正常；器官功能恢复，生命体征稳定。

15、严重水、电解质紊乱，酸碱平衡失调

临床各科危重病出现严重电解质紊乱，如高血钾、低钾、高钠、低钠等，并伴有相应临床表现者。

(一)高钾血症

收入指征：

血清钾 $>6.0\text{mmol/L}$ ，有 EKG 变化，如窦房或窦室阻滞、T 波高尖、QRS 波增宽、室性纤颤，心搏骤停。

转出指征：

血清钾 $<5.5\text{mmol/L}$ ，EKG 上述变化消失。

(二)低钾血症

收入指征：

血清钾 $<2.5\text{mmol/L}$ （周期性麻痹除外），同时伴有 EKG 变化，如 T 波增宽、低平倒置、出现 U 波及 Q-T 间期延长，伴室性心律失常。

转出指征：

血清钾恢复正常，ECG 变化好转，室性心律失常控制。

(三)高钠血症

收入指征：

血清钠 $>145\text{mmol/L}$ ，伴烦躁、谵妄或昏迷。

转出指征：

血清钠接近正常，上述症状改善或消失。

(四)低钠血症

收入指征：

血清钠 $<130\text{mmol/L}$ ，伴意识障碍，如淡漠、嗜睡、昏迷。

转出指征：

血清钠接近正常，意识障碍改善。

(五)其他

低镁血症、高镁血症、低钙血症、高钙血症，均系肝、肾、内分泌、肿瘤、胰腺疾病等部分征象，出入 ICU 指征应根据原发病决定。

(六)酸碱失衡

收入指征：

双重性或三重性酸碱失衡同时并存，或需用机械通气者。

转出指征：

双重性或三重性酸碱失衡经治疗后转为单一性酸碱失衡（观察 24~36 小时），或不再需要机械通气。

16、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷

收入指征：

存在糖尿病依据，高血糖($>15\text{mmol/L}$)，存在容量不足征象或伴有休克。代谢性酸中毒，尿酮体阳性；意识改变，高钠高氯血症。

转出指征

血糖控制正常，意识恢复，水电、酸碱失衡恢复正常，生命体征稳定。

17、急性中毒

收入指征：

有毒物品接触史，出现下列各系统症状体征之一：

(一)神经系统：昏迷；谵妄；惊厥；瘫痪。

(二)呼吸系统：呼吸肌麻痹或瘫痪需用机械通气者，急性肺水肿；急性呼吸衰竭。

(三)循环系统：各种严重心律失常；心跳骤停；休克，心肌损伤。

(四)泌尿系统：急性肾功能衰竭；少尿甚至无尿。

(五)血液系统：严重溶血性贫血；急性粒细胞缺乏；严重出血。

转出指征：

症状体征明显好转，生命体征基本稳定，重要脏器的各种严重并发症基本得到控制。

18、溺水、中暑、电击（含雷击伤）

(一)溺水

收入指征：

溺水具有下列情况之一者：

(1)凡出现意识障碍、心跳呼吸骤停。

(2)需开放气道机械通气。

(3)循环衰竭、严重心律失常。

(4)因脑缺氧、脑水肿、出现抽搐、脑功能障碍。

转出指征：

意识恢复、机械通气撤除，血压稳定，严重心律失常消失，观察 24~48 小时病情稳定。

(二)中暑

收入指征：

重度中暑，伴意识障碍、抽搐、休克、少尿、DIC、心衰任何一项者。

转出指征：

体温降至 38℃ 以下，临床症状基本缓解。

(三)电击（含雷击伤）

收入指征：

具有下列情况之一者：

(1)电击伤后出现心跳、呼吸骤停。

(2)电击伤后出现严重心律失常。

(3)需在 ICU 内观察防治各种并发症。

转出指征：

意识恢复，严重心律失常消失，观察 24~48 小时病情稳定。

19、MODS/MOF

收入指征：

(一)存在引起 MODS/MOF 的急性病理因素，生命体征不稳定。

(二)病理因素打击 24 小时后出现 2 个以上脏器急性功能不全或衰竭。

(三)疾病终末期患者或慢性、不可逆性脏器功能衰竭患者不收入 ICU。

转出指征：

病理因素得到控制，脏器功能恢复，生命体征稳定 48 小时以上。

20、其他急性因素引起的生命体征不稳定患者在 ICU 需要将患者致病因素控制，生命体征稳定 48 小时以上方可转出。

(十一) ICU 工作常规

1、实行院长领导下的科主任负责制，护士长分管负责处理日常护理工作。

2、实行 24 小时医护值班制。值班医师护士不得离开岗位，具体负责 ICU 病人医护工作。

3、实行三级查房制。

4、实行床边交接班制度，对重点病人同时做好交接班记录。

5、到急诊就医符合收入 ICU 的患者尽快直接收入 ICU。

6、其他专科要求转入 ICU 的患者，转入前 ICU 医师先行会诊。接到会诊通知，及时前往，不得拖延。会诊时要明确转入目的，了解病人的经济情况，经家属及原科室医师同意后方可转入 ICU，如不同意转入须在会诊单上注明原因。

7、急诊入院病人，24 小时内完成入院病历和首次病程记录的书写。他科转入 ICU 的病人应及时完成转入记录的书写，并进行 APACHE、GCS 评分。抢救病人随时记录病程记录，病情稳定后，每天至少记录一次，及时完成患者的转科及出院记录。

8、对新入 ICU 的病人常规进行血、尿、粪便常规、血气、血糖、电解质、肝肾功能、心电图、X 线胸片等检查。呼吸机支持在上呼吸机半小时后查血气。

9、定期对 ICU 进行薰蒸消毒或紫外线消毒。

10、严格执行无菌操作和隔离制度，以减少污染和降低交叉感染率。

11、病人家属一律不准陪护，特殊情况经护士长同意后可留一人陪护，协助护士进行翻身拍背、擦身、大小便等。

12、及时告知和进行医患沟通。为便于家属了解病情变化，稳定病人每日上午由主任或值班医师向家属交代病情变化及抢救措施，沟通医患之间关系，危重病人及时告病危，随时向家属交代病情并按规定完成签字。

(十二) ICU 建设中注意避免的问题

- 1、应该建立 ICU 的医院未建立 ICU, 不能满足急危重病患者急救需要。同一所医院的 ICU 床位数太少, 该收入 ICU 的危重病急救患者不能及时收入 ICU, 影响危重病急救患者的预后。
- 2、同一所医院 ICU 的数量设置过多, 同一个科室的 ICU 床位设置过多, 收治病种和转出指征不符合 ICU 收治标准。ICU 的床位和仪器设备不能得到充分使用, 造成资源浪费或将普通病人收入 ICU。
- 3、将 ICU 改为床旁监测, 降低了危重病急救患者的服务质量。
- 4、不按标准配备 ICU 的工作人员, ICU 缺少固定编制的医护人员, ICU 的医护人员长期超负荷运转或服务质量下降。
- 5、不按标准配置 ICU 仪器设备或 ICU 仪器设备老化、参数不全, 不能满足危重病急救患者救治需要。
- 6、ICU 布局不合理、ICU 床单位面积过小, 采光不良, 通风不畅。
- 7、ICU 不能开展应该开展的诊疗技术, 不能提供优质服务。
- 8、ICU 规章制度不完善, 管理不到位。
- 9、ICU 的救治水平与收费标准不匹配。
- 10、ICU 工作人员业务素质低, 不定期培训, 知识老化。

三、上海市医院床旁监护（监测）标准

(一) 床旁监护的概念

与重症病人的加强监护相比，床旁监护相对而言是一种简单监护，是指病人床边必须配备一台普通监护仪，但不需要护士持续守护的监护方式。

(二) 床旁监护的适应症

- 1.非高危手术的全麻病人围手术期；
- 2.实施特殊检查以后需要短期观察的病人如：实质性脏器穿刺术后，无痛胃镜检查术后，腹腔镜检查术后等
- 3.中等或中等以下级别心律失常如：偶发房早、室早的病人，心室率在 60~100 次的房颤，单纯的窦性心动过速；
- 4.有以下情况之一的重症病人酌情采用床旁监护：有精神症状但药物控制不理想的重症病人；有自杀倾向需要家属床边连续看护的重症病人；病情需要监护但没有生活自理能力的病人或小儿在特色专科治疗期间；医疗费用支付可能发生困难的重症病人；
- 5.批量重症病人来诊但超出 ICU 收治能力，可选择部分病人床旁监护。

(三) 床旁监护的禁忌症

- 1.适合收住 ICU 的危重病人。
- 2.生命体征稳定的普通病人。

(四) 床旁监护的内容

床旁基本监护参数应该包括：①心电（心律和心率）、②无创血压、③呼吸频率、④体温、⑤脉冲氧饱和度、⑥神志。

(五) 床旁监护基本要求（设备、人员、监护记录等）

1.每张床旁监护床配备一台具有心电、无创血压、呼吸频率、体温、脉冲氧饱和度等参数并具备报警和记录功能的监护仪。

- 2.监护过程中打开监护仪基本参数及报警设置。
- 3.护士/床旁监护床 ≥ 1 ，允许一名护士管理床旁监护病人3~5人。
- 4.每2~4小时在护理记录文书中记录一次上述参数；监护过程中发现异常，应及时处理并记录。

四、上海市医院急诊抢救室和ICU的监测（监护）

所有医院急诊抢救室和ICU的从业人员都要熟知监测的概念，掌握监测的方法，根据患者病情严重程度有针对性的对危重病急救患者选用一级监测或二级监测或三级监测。

1、监测的概念 监测是指医护人员对危重病急救患者的病情严重程度和累及范围进行及时客观动态评价的方法与过程，是患者病情需要时的反复检查和归纳，即医护人员对危重病急救患者进行动态诊断的过程。通过监测，医护人员能够了解患者全身各系统、各器官是否存在病变及其严重程度。

2、监测的方法 对急诊、ICU危重病急救患者的监测，是通过①反复、及时观察患者症状体征的变化、②多功能监护仪显示参数、③有针对性的化验检查和④特殊检查（X线、超声、DSA、内窥镜、核磁共振、核素显像造影）等四种方法来完成的。

3、基础监测：急诊抢救室、ICU、床旁监护和转运过程中的所有危重病急救患者都应进行基础监测。基础监测内容包括：①体温、②呼吸、③血压、④心电、⑤氧饱和度、⑥神志等六项指标。监测这六项指标可反应患者病情严重危急程度，提示是否需要抢救。

4、分级监测：①一级监测：是对生命体征不稳定、随时有死亡可能患者的监测。要求护士不能离开患者、连续观察并及时记录病情变化、在进行基础监测的同时酌情进行相关检查，医生现场抢救。②二级监测：是对生命体征相对稳定、暂时死亡可能性不大患者的监测。要求除进行基础监测以外酌情进行相关监测，ICU护士1-2小时观察记录一次病情，发现病情变化及时报告医师，医师应立即到场处理，不得延误。③三级监测：是对基础监测指标基本正常患者的监测。要求对这样的患者继续进行监测24小时并有不少于6次的病情记录，如患者病情无恶化则可转出ICU。

5、系统监测：包括脑功能、呼吸功能、循环功能、肝功能、肾功能、血液功能、胃肠功能、内分泌功能、免疫功能、代谢功能、内环境和感染指标、伤病情评估等监测。

(1)脑功能监测：包括神志、瞳孔、GCS评分、脑电、颅内压、头颅CT及MRI等。

(2)呼吸功能监测：①观察呼吸频率、节律和幅度 ②机械通气患者监测潮气量(V_t)、每分钟通气量(MV)、气道压力、气道阻力、肺顺应性、血管外肺水、呼吸功、肺泡通气血流比(V/Q)等呼吸机械力学参数 ③血气分析包括PH、 PaO_2 、 $PaCO_2$ 、 HCO_3^- 、BE等。

(3)循环功能监测：心电功能监测主要观察心率、节律、心律失常、心肌损伤、心肌缺血以及电解质紊乱和药物对心电的影响。心泵功能监测主要观察心脏大小、心脏射血分数、心力衰竭的相应临床表现和参数的变化。血流动力学监测包括血压(BP)、中心静脉压(CVP)、右房压(RAP)、右室压(RVP)、肺动脉压(PAP)、肺毛细血管嵌顿压(PAWP)、心脏指数(CI)、每搏量(SV)、每分排出量(CO)、肺血管阻力(PVR)、全身血管阻力(SVR)、左室做功指数(LVSWI)、右室做功指数(RVSWI)等参数的变化。

(4)肝功能监测：物质代谢监测监测包括蛋白质代谢监测、脂类代谢监测、胆红素代谢监测等；凝血功能监测主要为维生素K依赖的凝血因子(II、VII、IX、X)监测；血清酶学监测等。

(5)肾功能监测：尿液监测包括尿量、尿色、尿比重、尿钠、尿渗透压、尿蛋白等以及化验尿常规、血尿素氮、肌酐等参数的动态变化以及肌酐清除率等。

(6)血液功能监测：动态观察血常规（血常规监测中尤其需要注意血小板的动态变化）、出凝血时间、纤维蛋白原、凝血酶原、凝血因子及骨髓像等参数和项目的变化。

(7)胃肠功能监测：临床观察腹痛、腹胀、肠鸣音、胃引流物和粪便（包括隐血试验）等参数和项目的动态变化以及腹腔压力监测，胃肠粘膜pH监测。

(8)内分泌功能监测：血糖、尿酮体、血气、电解质、渗透压等。应酌情测定危重病急救患者的血垂体后叶素、甲状腺素、糖皮质激素等。

(9)、免疫功能监测：非特异性免疫功能包括皮肤、粘膜、血脑屏障、血胎屏障及血细胞、淋巴细胞、单核-吞噬细胞、补体系统等，白细胞功能正常时可测定调理素。**特异性免疫功能**可分体内法检测（皮内试验）与体外法检测（取血标本），体外法检测包括 T 淋巴细胞计数检查及形态观察。总 T 淋巴细胞（正常百分比 59.4-84.6%）；总 B 淋巴细胞（正常百分比 6.4-22.6%）。T 细胞亚群包括辅助性(诱导性)T 细胞即 CD₄（正常百分比 28.5-60.5%），抑制性(细胞毒性)T 细胞即 CD₈（正常百分比 11.8-38.3%）。细胞免疫功能低下（或缺陷）时，CD₄细胞(Th)减少或 CD₈细胞(Ts)增多，致使 CD₄/CD₈比值（正常 0.9-3.6）下降或倒置。还有淋巴组织活检、胸腺 X 线检查等。特异性免疫功能还有对 B-细胞各种免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 的测定，可以直接反映体液免疫状态，其指标与年龄关系密切，而 IgE 测定与过敏有关。特异性免疫功能还包括各种特异性抗体测定。NK 细胞(自然杀伤细胞)是与 T、B 细胞并列的第三类群淋巴细胞（正常百分比约 5.6-30.9%）。免疫功能检查一定要与临床表现密切结合综合分析。

(10)、营养代谢功能监测：测定基础代谢率、白蛋白、前白蛋白、氮平衡，观察有无肌肉萎缩、皮肤弹性减退及体重变化等。

(11)、内环境监测：临床主要监测血液酸碱度（包括 PH 值、乳酸、HCO₃⁻、BE 等）、电解质、血糖、渗透压等。

(12)、感染指标监测：对于感染或可疑感染的患者应常规监测：①临床症状体征、②致病微生物包括细菌、真菌镜检和培养、③降钙素原（PCT）、内毒素定量检测，④白细胞、C-反应蛋白、G 试验、GM 试验等项目和指标。

(13)伤病情评估：创伤评分、APECHE II 评分、器官功能评分等。

五、上海市医院急诊科、ICU 基本情况和单病种质量控制

1、全市各医院急诊科和 ICU 基本情况和单病种的质量控制是保证危重病急救患者得到快速高效安全救治的基本要求，是急诊科和 ICU 建设的基本内容，是政府职能部门进行决策需要了解的基本情况。各医院急诊科和 ICU 必需认真做好这项工作。

2、全市各医院急诊科和 ICU 自 2012 年起实行急诊和 ICU 基本情况逐年上报制。基本情况主要包括：科室工作人员、床位数、仪器设备数、患者例数等，详细见表 4。

3、全市综合性医院急诊和 ICU 自 2012 年起实行创伤、心肺复苏、高血压急症和危象、严重脓毒症、休克、急性脏器衰竭、急性中毒等单病种质控，详细见表 3。

4、急诊科和 ICU 主任领导并指定专人具体负责登记工作，具体负责人姓名、联系电话、电子邮箱报质控中心秘书处。

5、各医院急诊和 ICU 首先建立基本情况登记本和创伤、心肺复苏、严重脓毒症、休克、急性脏器衰竭、急性中毒等单病种临床基本情况登记本。按照急诊科、ICU 相关病种的医护常规及时诊断治疗，具体负责人逐月负责登记填写电子表格，统一保管。

6、单病种质控按照从简单开始、不断深入细化的原则进行。

7、每年 1 月底之前上报急诊和 ICU 基本情况，以电子文本形式发送到上海市急诊、ICU 质控中心秘书处（电子邮箱：shyanghuo@sina.cn）。

8、每年 1 月底和 7 月底将上述病种半年基本数据汇总，每年二次分别以电子文本形式发送到上海市急诊、ICU 质控中心秘书处（电子邮箱：shyanghuo@sina.cn）。

六、上海市医院急诊、ICU 医师职责

（一）主管急诊工作的科主任职责

1. 在院长和相关职能部门领导下，组成科室核心领导小组，全面负责本科的医疗、教学、科研及行政管理工作。

2. 牵头制订本科室阶段工作计划，监督、协调急诊接诊、急诊抢救、急诊留观、急诊检查、急诊药房等各部门的运作。

3. 定期查房解决急诊疑难、危重病员的会诊和抢救，检查急诊工作人员“职责”、“制度”和“常规”执行情况，严防各级各类差错事故。

4. 加强国内、国际学术交流，运用国内外先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，不断提高医、教、研水平。

5. 确定医师轮岗、值班、会诊、出诊等，组织本科室对口协作医疗机构的技术指导工作，帮助基层医务人员提高医疗技术水平。

6. 领导本科人员的业务训练和技术考核，提出升、降、奖、惩意见，妥善安排进修、实习人员的培训工作，组织并担任临床教学工作。

7. 指导下级医师确定专业发展方向，有计划地进行学科骨干力量培养和梯队建设，培养指导中青年医师的医、教、研能力。

8. 参加院内外的会诊，组织科室临床病例讨论，示范教学查房。

9. 负责为医、教、研所需要的仪器设备的申报，指定专人负责保养并定期检查。

10. 副主任协助主任分管负责相应的工作。

(二) 急诊高级职称医师职责

1. 在科主任领导下，负责指导并参与急诊急救的医疗、教学、科研工作。

2. 组织并参与急症、危重症伤病员的诊断、治疗、抢救、监护；重点解决急诊急救、急诊留观和急诊 ICU 病人的复杂、疑难问题。

3. 负责急诊医疗质量管理工作，定期检查下级医师急诊病历质量，指导下级医师，有计划地开展基础理论、基础知识和基本技能的学习和训练。

4. 定期参加急诊查房，解决疑难、危重病例急诊急救过程中的问题；经常检查下级医师的急诊抢救工作，严把急诊抢救关，严防误诊、漏诊，防止医疗意外发生；如有医疗意外发生，立即组织好抢救并做好善后工作，同时报告科主任。防止误诊、漏诊，参加院内、外会诊。

5. 负责本科室急诊医疗质量管理，指导并帮助主治医师、总住院医师、住院医师的医疗工作，定期检查病历质量以及诊断、治疗质量；主持危重病员的抢救和疑难、死亡病例的讨论。

6. 指导并参加各级各类人员的教学培训工作，做好下级医师的传、帮、带工作，下级医师的医疗、教学和科研水平；结合临床实践开展科研工作，教学医院需要结合教学实践开展教学科研，撰写高水平的学术论文。

7. 运用国内、外先进经验，开展新技术、新疗法，提高医疗质量和水平。

8. 急诊科副主任医师在急诊主任领导和主任医师指导下，按分工履行主任医师职责的相应部分。

(三) 急诊组长（主治医师）职责

1. 在科主任领导和上级医师的指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研工作。

2. 参加值班，按时查房，巡诊留观病员，指导下级医师进行急诊、急救病人的诊疗抢救工作。

3. 修改下级医师书写的医疗文件，决定病员的特殊诊疗、转科、出院，审签出（转）院病历，检查传染病、中毒等疾病疫情报告情况。

4. 掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗意外或其他重要问题时，须及时处理，并向科主任汇报参加值班、急诊、院内会诊工作。在医院统一组织下指导下级医疗机构的业务工作。

5. 认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。

6.组织本组医师学习与运用国内外先进医疗技术,开展新技术、新疗法,进行科研工作,做好资料积累,及时总结经验,撰写科研论文。

7.参加教学工作,做好进修、实习人员的带教和培养工作。

(四) 急诊科住院总医师职责

1.在科主任领导和主治医师领导下,协助科主任做好各项业务和日常医疗行政管理工作。

2.带头执行并检查督促各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行,严防差错事故发生。

3.负责组织和参加科内疑难危重病人的会诊、抢救和治疗工作。带领下级医师做好晚间查房和巡视工作。主治医师不在时代理主治医师工作。

4.协助科主任和主治医师加强对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作。

5.组织病房出院及死亡病例总结讨论,做好病死率、治愈率、病床周转率、病床利用率、院内感染发生率及医疗事故、差错登记、统计、报告工作。

6.管理好本专科之急诊工作,协助护士长管理病房工作。

7.负责院内初级会诊和主任查房及科内大会诊的准备工作,参加出院病历讨论并作好记录。

8.协助病室负责医师作好其它医疗行政管理工作,如医疗统计、排班、检查病历、安排手术及其它工作。

9.协助主治医师承担住院医师及进修、实习医师的临床教学工作。

10.完成科主任和医务科委托的其他工作负责与医务科联系日常医疗工作,保管和填写好医务科发放的有关记录本。

11.各科总住院医师均需实行24小时负责制。

(五) 急诊住院医师职责

1.在科主任领导和上级医师的指导下进行医疗、教学和科研工作。

2.参加急诊接诊、急诊抢救、留观病房和急诊ICU的日常工作。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次,每天早晨提前半小时开始巡视病员,了解病员病情,以便科主任、主治医师查房时能详细汇报当天病情变化并及时进行处置。

3.认真书写急诊病历、病程记录,填写各种检查单、化验单、治疗单,及时做好各种登记和统计工作。新入院病员的病历,须在病员入院后24小时以内完成,遇有转科或重症病人,随时完成。

4.严格执行首诊医师负责制,不推诿病人;严密观察病情变化,及时进行诊治及抢救工作有问题须及时请示上级医师。遇有疑难、重症病例,应及时报告上级医师或召请科间会诊,共同完成诊疗和抢救工作。

5.科主任、主治医师查房时,须详细汇报病员病情和诊疗意见,记录上级医师意见并遵照执行。请他科会诊时,须通过上级医师并陪同参加。

6.在重大抢救或抢救中遇到困难时,应及时向上级医师和医务部报告,发现传染病时,应按规定立即向有关部门报告,并采取相应措施,进行消毒、隔离。

7.需急诊手术的伤病员,负责术前准备,对生命体征不稳定的病人要求护送到手术室。

8.参加临床教学,指导进修,实习医师的工作,修改和审签其书写的医疗文书。

9.学习、运用国内外先进诊疗、抢救技术,开展新业务、新技术及科研工作,不断总结经验,撰写学术论文。

(六) ICU 主任职责

1、在院长及机关职能部门的领导下,组成科室核心领导小组,负责本科的医疗、教学、科研及行政管理工作。

2、牵头制订本科室阶段工作计划,监督重症监护病房、康复、检查室、实验室、治疗室等部门的运作,协调与其他相关科室特别是麻醉科、肾内科、放射科、超声科等科室的关系。

3、领导组织本科医护人员完成危重病人的医疗护理任务,不断提高医疗质量,改进服务态度;应对并完成各种突发的应急救援任务。

4、定期查房，研究并解决疑难问题；参加会诊、出诊，决定科内特殊病人的入科、出科和转院，组织疑难病例讨论及死亡病例讨论；特殊危重病人的收治、医疗、病情变化直接向机关职能部门请示汇报。

5、检查全科人员执行各项规章制度执行和落实情况，严防发生差错事故；遇有差错事故后，须弄清问题，明确责任，吸取经验教训，提出防范与改进措施。

6、组织全科人员学习和运用国内外先进经验，重视新技术、新疗法的开展，逐步提高 ICU 的诊断、监护与综合救治水平。

7、确立学科发展方向，突出重点诊疗疾病的科研；组织力量，分配任务，多途径申请各种科研经费；妥善使用科研经费，及时总结科研成果。

8、指导并制定下级医师培养计划，定期考核；重视人才梯队的综合素质培养，创造条件，安排各级医师外出进修，提出具体进修任务和目标。

9、组织并主持全科的学术活动，扩大院内外的学术影响力

10、组织全科人员的考核，督促检查各级人员岗位责任制的落实情况，提出各级人员的晋升，奖励等意见，决定各级人员的聘用，解聘及待聘。

11、ICU 副主任协助主任分管负责相应的工作。

(七) ICU 主任医师、教授职责

1.在科主任领导下，负责指导并参与重症监护病房的医疗、教学、科研工作。

2.组织并参与急症、危重症伤病员的诊断、治疗、抢救、监护；重点解决危重病伤病员急诊急救、重症监护过程中的复杂、疑难问题。

3.负责重症监护病房的医疗质量管理工作，定期检查下级医师急诊病历质量，指导下级医师，有计划地开展基础理论、基础知识和基本技能的学习和训练。

4.定期参加查房（每周至少一次，教授还需完成一次教学查房），重点解决疑难、危重病例急诊急救过程中的问题；经常督促检查下级医师的诊治、监护与抢救工作，医疗质量严格把关；参加院内、外会诊，防止漏诊、误诊，如有医疗意外发生，立即组织好抢救并做好善后工作，同时报告科主任。

5.负责本科室医疗质量管理，指导下级医师的医疗工作，定期检查病历质量以及诊断、治疗质量；主持危重病员的抢救和疑难、死亡病例的讨论。

6.指导并参加各级各类人员的教学培训工作，做好下级医师的传、帮、带工作，下级医师的医疗、教学和科研水平；结合临床实践开展科研工作，教学医院需要结合教学实践开展教学科研，撰写高水平的学术论文。

7.运用国内、外先进经验，开展新技术、新疗法，提高医疗质量和水平。

(八) ICU 副主任医师、副教授职责

1.在 ICU 科主任领导和主任医师的指导下，负责分管医疗、教学、科研等业务工作。

2.组织并参与急症、危重症伤病员的诊断、治疗、抢救、监护；重点解决危重病伤病员急诊急救、重症监护过程中的复杂、疑难问题。

3.负责重症监护病房的医疗质量管理工作，注重病史缮写的及时性、真实性、完整性和规范性；检查、审签每份出院病案，并给下级医师提出具体指导和改进意见；指导下级医师，有计划地开展基础理论、基础知识和基本技能的学习和训练。

4.定期参加查房（每周至少二次，副教授还需完成一次教学查房），重点解决疑难、危重病例急诊急救过程中的问题；经常督促检查下级医师的诊治、监护与抢救工作，医疗质量严格把关；参加院内、外会诊，防止漏诊、误诊，如有医疗意外发生，立即组织好抢救并做好善后工作，同时报告科主任。

5.负责本科室医疗质量管理，指导下级医师的医疗工作，定期检查病历质量以及诊断、治疗质量；主持危重病员的抢救和疑难、死亡病例的讨论。

6.指导并参加各级各类人员的教学培训工 作，做好下级医师的传、帮、带工作，下级医师的医疗、教学和科研水平；结合临床实践开展科研工作，教学医院需要结合教学实践开展教学科研，撰写较高水平的学术论文。

7.运用国内、外先进经验，开展新技术、新疗法，提高医疗质量和水平。

(九) ICU 主治医师、讲师职责

1、在 ICU 科主任和主任（副主任）医师的指导下，负责完成本专业规定范围内的医疗、教学、科研、预防工作，有良好的服务意识和服务态度，能正确对待病人的合理要求。

2、定期查房（每天按时带领下级医师查房至少上、下午各查一次），主持病房的日常临床工作，全面负责病区病人的诊断和治疗，参加交接班晨会，及时检查新病人，在 24 小时内作出诊断及处理意见；随时掌握病人的病情变化，病人发生病危、死亡或其他重要问题时，应能及时处理，并主动向上级汇报。

3、具体参加和指导住院医师进行特殊诊疗操作，组织好科主任查房和病例讨论的准备工作；及时检查、修改下级医师书写的医疗文书以达到病案的质量标准；决定病人转科或出院，审签转科或出（转）院病历；决定院内会诊和陪同院外医师的会诊。

4、在主任（副主任）医师的指导下开展新技术、新项目，不断提高本科室的医疗技术水平。

5、认真执行医院的各项规章制度和技术操作常规，带领住院医师、进修医师、实习医师完成各项医疗任务并定期考核（含轮转考核），做好记录。协助护士长抓好病区、门（急）诊室的管理及病人的思想工作，保证医疗工作的正常运转，不断提高服务质量和医疗质量，严防差错事故。

6、参加值班、会诊、出诊工作，严格执行医院各项规章制度及 ICU 诊疗操作规范。

7、结合临床从事科研工作，撰写具有一定水平的学术论文。

(十) ICU 住院总医师职责

1. 在科主任领导和主治医师领导下，协助科主任做好各项业务和日常医疗行政管理工作。

2. 带头执行并检查督促各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故发生。

3. 负责组织和参加科内疑难危重病人的会诊、抢救和治疗工作。带领下级医师做好晚间查房和巡视工作。

4. 协助科主任和上级医师加强对住院医师及进修、实习医师的临床教学工作；协助护士长做好 ICU 的管理工作。

5. 组织病房出院及死亡病例总结讨论，做好病死率、治愈率、病床周转率、病床利用率、院内感染发生率及医疗事故、差错登记、统计、报告工作。

6. 负责院内初级会诊和主任查房及科内大会诊的准备工作，参加出院病历讨论并作好记录。7. 协助病室负责医师作好其它医疗行政管理工作，如医疗统计、排班、检查病历、安排手术及其它工作。

8. 完成科主任和医务科委托的其他工作负责与医务科联系日常医疗工作，保管和填写好医务科发放的有关记录本。

9. 各科总住院医师均需实行 24 小时负责制。

(十一) ICU 住院医师职责

1、在 ICU 科主任及上级医师指导下，认真做好各项医疗工作，具有良好的服务意识和服务态度。

2、对所管病员全面负责，参加交接班晨会；做好主治医师查房前的准备，查房时详细汇报病员的病情，提出诊治意见；严格执行上级医师的诊治决定；密切观察病情变化；每日至少上、下午各查房一次并作好病程记录；请其他科室会诊时，应陪同诊视；下班时应遵守交班制度，应床边交班并作好书面交班；严格执行值班制度。

3、认真写好书面文书，在 24 小时内完成新病人的入院录；写好病程录，ICU 内病人每天记录；认真记录主任查房内容及家属谈话记录；每月撰写阶段小结，对手术病人要作好术前谈话记录、术前小结和手术记录，手术记录必须在术后及时完成；及时完成转科病人的转出记录及出院病人的出院小结，填好病史首页；检查和修改实习医师的病史记录及有关记录。

4、向上级医师及时报告所分管的病人诊断、治疗情况及病情变化，提出需要转科或出院的意见，遇有疑难病例及时请示上级医师，不得推诿病人甚至贻误病情。

5、认真执行医院的各项规章制度和技术操作常规，操作或指导护士进行各种重要的检查和治疗，不断提高服务质量和医疗质量，严防医疗差错事故的发生。

6、在上级医师指导下，认真学习，刻苦钻研业务技术，学会教学和科研工作的基本方法和技能，积极参加院内、科内举办的各种学术活动及读书会，做好读书笔记，负责实习医师的带教工作。

七、急诊、ICU 规章制度

（一）急诊预检制度

1、急诊科在承担急危重病救治工作的同时负责全院急诊预检分诊工作。

2、急诊挂号处应设有急诊预检台，由急诊工作年限>3年的护师职称以上急诊护士担任预检护士，急诊护士长对其进行分诊业务考核，考核不合格不得上岗。

3、预检处应配备体温表、血压计、压舌板、手电筒、氧饱和度检测仪、便携式心电监护仪等辅助检查器具设备。

4、预检处旁根据急诊量配备一定数量的转运病人推车。

5、急诊挂号处设有与“120”联系的直线电话。

6、日急诊量 ≥ 200 人次的医院，急诊科应安排3~4名医生保证抢救室24小时值班，负责急诊抢救室抢救工作以及指导一些较难分诊的急诊病人的诊治工作。

7、依据《上海市急诊分诊标准》，急诊患者按病情轻重缓急分为四类，预检护士应鉴别“急危”症的类别，合理安排就诊秩序。要求对急危重伤病员先抢救，后挂号。

8、预检护士判断类别为一类和二类的患者应直接送往抢救室救治，三类患者优先就诊。

9、凡年龄 ≥ 70 岁或疑生命体征不稳定的患者，应免费进行氧饱和度检测和心电监护仪检查。

10、预检护士听到救护车声，应主动迎接病人并迅速通知抢救室护士和护工做好接收工作，以简便而迅速的评估方法对患者进行初步评价，判断该患者是否直接送往抢救室，或优先就诊，并及时通知急诊科和相关科室医生。

11、由家人陪同或自行来就诊的急诊病人，预检护士经过耐心询问和仔细观察，初步完成以下工作：①就诊原因；②相关资料；③生命体征评估；④确定首诊科室后，安排其患者合适的诊治程序或相应专科就诊。

12、发现传染病病人应立即隔离或转到传染病专科医院。

13、预检护士应根据急诊数量和重病人数量的变化及时上报院总值班，日均急诊量每增加50人次，每班增加在岗急诊医生1名或急诊床位每增加10张增加1名医生。

14、遇批量伤员或特殊情况，预检护士要及时上报院总值班，向护士长和科主任汇报，立即启动院应急预案。

（二）急诊预检要求

1.用语文明，礼貌待人，态度和蔼，热情接待。

2.在任何情况下，都不与病员及其家属争吵，要耐心解释，满足伤病员的合理要求，一时做不到的要说明情况。

3.遇有下列情况应及时报告护士长、有关职能部门，夜间报总值班。

(1)批量伤员、中毒病员时；

(2)高干、英雄模范、知名人士、特殊伤病员（军人、公安人员因公负伤，市民见义勇为等）来诊时；

(3)涉及刑事法律问题时；

(4)遇有外籍，港澳台伤病员等涉外事项时。

- 4.遇有困难时，应向护士长汇报或与有关医师共同分诊解决以提高预检质量。
- 5.努力钻研业务技术，不断提高预检分诊质量，防止误检、漏检，严防差错事故。

(三) 急诊首诊负责制度

- 1.凡第一个接待急诊伤病员的科室和医师称为首诊科室和首诊医师。
- 2.首诊医师经询问病史、体检，发现涉及他科的或确系他科的伤病员时，应给予必要的紧急处置，同时写好病历请有关科室会诊或转科，不得私自涂改科别或让伤病员去预检处改科别。
- 3.凡遇有多发伤或诊断未明的伤病员，首诊科室和首诊医师应承担主要诊治责任，并负责及时邀请有关科室会诊，在未明确收治科室时，首诊科室和首诊医师应负责到底。必要时报有关职能部门负责协调收治科室。
- 4.如患者确需转科，且病情允许搬动时，由首诊科室和首诊医师负责联系安排，并告知伤病员家属在搬运途中可能发生的风险情况；如需转院，且病情允许搬动时，由首诊医师向有关职能部门汇报，并向伤病员家属告知需转院的理由及在转院途中可能发生的风险情况，取得家属知情同意和签字，并落实好接收医院后方可转院。

(四) 急诊、ICU 值班与交接班制度

- 1.急诊值班医师由各科派出，受本科科主任和急诊科主任双重领导。ICU 值班医师由 ICU 主任统一安排。
- 2.急诊和 ICU 值班医师应坚守工作岗位，不得擅离职守。
- 3.急诊和 ICU 值班医师应认真处理完本班应做的工作，不得将本班应完成的工作遗留给下一班。急诊值班医师在交接班时应仔细核对全部留观伤病员和临时输液伤病员，不得遗漏伤病员，对正在做检查、尚未处理完的伤病员应向接班医师交待清楚。
- 4.值班期间不得自行换班或请人代班。有特殊情况需换班或请人代班时，必须经有关上级医师批准，在落实好代班人员后才可离开。
- 5.8 小时值班制医师夜间不得睡觉，12 小时值班制医师在处理完伤病员后可到指定地点休息。有抢救病人时，必须随叫随到。
- 6.放射科、检验科、药剂科等医技科室应指派急诊值班人员。认真工作、坚守岗位，如需其他科室配合者，应召科室在接到急诊通知后及时赶至现场；医技科室接到急诊送检单，应优先予以检查，迅速报告检查结果。
- 7.急诊伤病员和 ICU 抢救患者必须坚持床旁交接班，医师要交接病情、治疗情况、重点观察内容和注意事项，必要时要交接褥疮护理、口腔清洁、各种导管通畅情况及详细查看有关护理记录。
- 8.交接班必须严肃认真。接班医师应提前 10 分钟到位交接班。
- 9.交班前要写好交班记录、整理好诊察桌上物品、整齐放置有关准备工作。
- 10.接班人员对交接班中不清楚问题，应立即询问，必要时记录在病历中。

(五) 多发伤抢救制度

1、多发伤的抢救程序

- (1)伤员直接送抢救室，先抢救后挂号，预检护士立即通知急诊科或相关科室主治医师（含主治医师）以上人员，必要时通知有关职能部门，负责抢救指挥和协调。
- (2)护士在伤员到达后应立即进行测量血压、吸氧、建立静脉通路等工作。首诊医师迅速检查伤情后，需要会诊者，在会诊医师未到前，首诊医师应抓紧进行抗休克、止血、包扎、固定等处理。
- (3)有关科室接到抢救伤员通知后，立即指派高年资住院医师以上人员（含高年资住院医师）赶至急诊参加抢救。低年资住院医师或进修医师一般不负责多发伤会诊。

2、会诊的组织：

- (1)一般由提出会诊科室的医生组织协调。

(2)涉及多学科或批量伤病员的会诊，由首诊科的主治医师以上（含主治医师）人员主持，必要时报相关职能部门协调主持。

(3)会诊医师应积极参与伤病员的抢救工作，并留有书面会诊意见，涉及多学科会诊的，由急诊科医师负责做好会诊记录。

(4)会诊医师提出的会诊意见，除专科性较强的特殊检查或操作外，应坚持谁提出会诊谁执行的原则。

3、在病情允许搬动时，应由医务人员护送至手术室或病房。

4、医技科室必须优先为抢救伤员实施相关检查。

5、多发伤伤员收治原则：专科伤情明确或较为突出则收入相关科室；如伤情复杂难以明确，或循环、呼吸不稳定而暂不能手术者，原则上收住 ICU；收入病房后，有关科室参加急诊会诊的医师应继续参加抢救，每日定时查看伤病员，会诊由伤员所在专科的住院总医师以上人员负责。

（六）三级查房制度

1.实行住院医师管理病人 24 小时负责制。具体负责对病人诊疗方案的制定与实施。对生命体征稳定的患者每天上午、下午各查看一次病人；对生命体征不稳定的患者及时查看和处理，严密观察病情变化并如实记录。

2.主治医师带领住院医师每天至少查看一次病人，负责对病人诊疗方案的把关和对住院医师的带教；负责主持与指导危重病患者的抢救以及新病人的及时查看。

3.高级职称医师带领主治医师和住院医师每周查看病人 1~2 次。负责检查下级医师和护士的工作是否符合医护常规，负责检查诊疗方案是否客观，负责教学查房。

（七）疑难病例会诊讨论制度

1、对急诊抢救室、ICU 内的疑难危重病人，经管医师负责抢救并酌情邀请相关医师会诊，同时报告上级医师或科主任。

2、院内应邀会诊医师应在 10 分钟内到抢救现场。

3、科主任酌情组织科内医师进行病例讨论；必要时请相关专科医师会诊参加会诊讨论，经管医师作好讨论记录。

4、对重大、特殊的急危重病患者，经管班医师及时向科主任特殊情况由科主任向医院职能部门科或院总值班汇报，提请医务科组织院内抢救小组或全院相关科室进行讨论抢救，及时作好讨论记录。

5、对疑难病人，经治医师及时向上级医师和科主任汇报，再组织科内医师及相关专业医师进行会诊讨论，必要时转相关专科病房进一步诊断治疗。

（八）死亡病例讨论制度

1、凡是在急诊科抢救室、ICU 和观察室留观的病人死亡均应按医院规定进行死亡病例讨论。

2、死亡病例主要讨论患者疾病及死亡原因、抢救及治疗措施等，总结抢救经验，进一步提高急诊急救水平，防范医疗差错以及医疗纠纷。

3、死亡病例讨论会由科主任主持进行，经治医师、护士以及相关急诊会诊的专科医师、轮转医师、进修和实习医师参加。

4、死亡讨论由专人负责记录在死亡讨论记录本上，并且将讨论结果记录在死亡病历上，必要时将讨论结果上报医院职能部门。

5、死亡病人急诊病例以及其他一切辅助检查资料，均由急诊科主任指定专人保管，以便纠纷举证。

（九）ICU 消毒隔离与感染监控制度

1、患者的安置原则为：感染患者同非感染患者分开，同类感染患者相对集中，特殊感染患者单独安置（如多重耐药菌患者、艾滋病等），按照相关规定采取严格的消毒隔离措施。配备和正确使用隔离用品。

2、医护人员工作时间必须穿工作服、戴工作帽，着装整洁，

3、严格控制非医务人员的探访，确需探访的，应穿隔离衣、鞋套，戴帽子和口罩，严格手卫生。

4、应每床配备一套听诊器、手电筒、皮尺，终末消毒。

5、接触不同患者间应洗手或手消毒。手部没有明显污染时，可使用酒精类快速手消毒剂进行常规手消毒。手有明显污染时，需用皂液和水对手部进行清洗。诊疗区域使用非接触式水龙头、液体皂液，擦手纸干手。治疗车和监护室床边必须配备快速手消毒剂。

6、操作前后均应洗手。注射、换药、导尿、穿刺等无菌操作时，应戴口罩并严格遵守无菌操作规程。

7、空气消毒。自然通风半小时，2次/日；紫外线照射半小时，2次/日；有条件可设空气净化装置。定期终末消毒。每月做空气细菌培养一次。

8、无菌容器、敷料缸、持物钳等应定期消毒和灭菌，定期更换消毒液，体温表按常规消毒。使用后的一次性物品必须按相关制度集中收集、包扎、存放，并按卫生行政部门规定进行无害化处理，禁止重复使用和回流市场。感染患者用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。

9、病人用过的敷料、排泄物、废弃物、拔除的引流管等立即清除出ICU，按照医疗废物管理办法处置。

10、病室铺床做到湿性扫床，一床一巾，床头柜应一桌一抹布，设备带一床一巾用后均需消毒。患者出院、转科或死亡后，床单位必须进行终末消毒。每月监测臭氧床单位器。

11、连续使用的氧气湿化瓶，必须每日消毒，用毕终末消毒，干燥保存。连续使用的呼吸机管道每周更换消毒1次，如有明显污染时及时更换。

12、地面应湿式清扫，保持清洁，当有血迹、粪便、体液等污染时，应及时用消毒剂拖洗。拖把专用，标记明显，分别清洗，每周消毒一次。

（十）ICU 患者出入管理制度

ICU 收入患者：

- 1、各专科、急诊医生认为病人需要收住ICU进行监护治疗时，通知ICU医生并开出会诊单。
- 2、ICU医生会诊后，根据收治标准决定病人是否收入ICU治疗。
- 3、ICU医生通知ICU护士，安排床位。
- 4、专科、急诊或手术室等转出部门护士与ICU护士，在病人转运前做好联系，准备好床位。
- 5、护士或麻醉医生护送病人至ICU，病情需要时有专科医生护送，做好交接班并记录。
- 6、ICU床位医师立即接待病人，和护士共同进行处理。
- 7、建立ICU患者出入登记本，指派专人负责登记。

ICU 转出患者：

- 1、ICU医生同专科医生确认可以转出。
- 2、和接收患者的专科医生联系床位。
- 3、ICU医生开转出医嘱。
- 4、通知病区护士。
- 5、通知家属。
- 6、ICU护士护送病人至病区，病情需要时有ICU医生护士护送，和接收患者的医护人员进行交接班并记录。
- 7、做好转出登记。

ICU 死亡患者：

- 1、ICU两名以上医生确认并及时做好记录。
- 2、通知护士并做好相应工作。
- 3、通知家属。
- 4、通知太平间。
- 5、做好床位清理消毒工作。

6、及时登记。

(十一) ICU 家属探视制度

重症监护病房(ICU)是收治,护理各种危重病患者的场所。为了保证医疗护理工作正常运行,减少感染,提高救治成功率。特对 ICU 住院患者家属做如下规定:

1、ICU 的医生、护士和护工实行 24 小时负责制,患者不需家属陪伴。

2、患者入住 ICU 后,家属应留下电话号码和地址,以便患者病情突变时取得联系。.

3、每周二、五、日下午 14:00—15:30 为探视时间,每位患者每次只能有二位家属探视,进入 ICU 前必须在工作人员指导下更换鞋套,洗手、戴口罩、帽子、穿隔离衣,如遇到抢救或操作时,则停止探视,家属在外等候,待情况允许时,家属方可探视。。

4、每天下午 15:00—17:00 为经管医生向患者家属交待病情时间,家属可与经管医生或值班医生联系。。

5、探视人员应服从医院规定,请勿翻阅病历和医护记录;请勿调节或触摸各种仪器设备,不要打手机,以免干扰监护仪信号,不要谈论有碍患者健康的事宜;请勿在病床上坐卧;请勿在病房吸烟,来回走动或大声喧哗,保持病房内整洁安静,不得为患者做治疗,不吃患者食物,所带食物经经管医生允许方可交给护士,如家属其他时间送食物,经医生允许后,将食物送至治疗室门口,转交给经管护士,家属不得入室。。

6、患者死亡后,经主管医生或值班医生同意,家属方可进入 ICU,入室前需更换鞋套,每次不得超过 4 人。

7、为保护儿童健康,避免交叉感染,身高 120cm 以下的儿童,谢绝探视。

为了使患者得到良好的医疗和护理,必须加强 ICU 的管理,以上制度希望各位家属严格遵守,谢谢配合!

(十二) 医疗文书书写制度

1.急诊病历书写要简明扼要,重点突出,及时、准确,字迹清楚。

2.住院病历在患者入院 24 小时内完成。

3.体格检查部位要全面仔细、重点突出,并及时记录。

(1)强调一般状况及生命体征的记录。

(2)心律不齐病员应至少听诊一分钟心率后再记录。

(3)疑脑部病变时,应有神志、呼吸、瞳孔、颈项反射等记录。

(4)心、肺、腹部、生命体征等,应写具体数据或内容,不能以“正常”代替。

(5)中毒病员应尽可能询问清楚和记录中毒时间、毒物名称、剂量、来院时间,以及血压、脉搏、神志、瞳孔、心、肺体征等。

(6)急腹症病员要记录腹痛时间,部位、疼痛性质、有无包块及腹膜刺激症等情况。

(7)女性腹痛病员要有月经史记录,必要时请妇产科会诊。

4. ICU 和急诊病历一律按 24 小时制记录,每项医嘱,治疗以及病程记录等均要注明具体时间(精确到几点几分)。

5. 无固定床位医生负责的留观病人病程记录每日一次,病情变化随时记录。

6. 留观伤病员出院时须在急诊病历上写明离院时病情,包括生命体征,写明医嘱及注意事项。

7. 因抢救当时来不及记录者,必须按规定予以补记。

8. 死亡病历(包括病人就诊病历)原则上不交给家属及单位,由急诊科统一保管,保留时间 2 年。

9. 住院和留观病历按三级查房要求。检查、用药等诊疗措施符合病情需要和医护常规。

10. 并请告知和家属签字的记录要及时客观反应在医疗文书中。

11. 实习医师书写的医疗文书经带教医师复核签字方属有效。签名要清楚,并签全名。

(十三) 仪器设备使用维护制度

1、建立仪器设备档案,内容包括:仪器设备主机、附件数量;操作方法、注意事项;启用时间;定期维修记录;仪器由专人负责,定期检查。

2、操作者必须了解仪器性能及操作规程，注意事项，否则不可随便动用。

3、使用前需检查仪器，使用后全部关闭仪器，键钮复原，套好机罩。

4、设备一律不外借，以免影响本科室抢救。

5、使用人员不得随便拆机检修。

6、专人负责仪器保养:每天将机器表面尘土擦净；各班接班后均要检查机器工作是否正常，发现问题及时修理；充电器要在 24h 内充电，各班要检查机器是否有电；使用各种仪器要严格遵守操作规程；各种仪器附件用后取下清洁后放回原处；各种仪器零件用后分类置于仪器柜内码放整齐；各种仪器内用物用后及时补充备用。

(十四) 急诊和 ICU 医护人员学习培训制度

1、急诊科和 ICU 医护人员应认真学习《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《传染病防治法》、《输血法》等有关法规。

2、轮转医师、实习、进修人员应学习遵守科室各项规章制度。

3、轮转医师、实习、进修医师无独立处理病人及急诊处方权，处方与检查申请单均应由带教医师审阅签名，

4、各级急诊和 ICU 医师护士有指导下级医师、护士和实习、进修人员的职责。严防由轮转医师、实习、进修人员独自进行急诊处理和操作。

5、科室定期或随机对急诊和 ICU 医师或护士进行岗位技术考察。并定期组织专题讲座等学习活动。

6、科室每年度制定急诊医师和护士进修计划，新分配医师由急诊科上级医师负责“一对一”传带。

7、医师、护士应努力学习本学科相关知识和进展，不断提高自己的学术水准和应急能力。实行科室业务学习制度，每月举行一次全科业务学习讲座。

8、急诊科和 ICU 专人负责教学工作安排，定期进行科内讲课等教学活动。

9、高级职称医护人员每年参加上海市和国家级组织的学术会议、学习班一次以上；中级职称以下医护人员至少每二年参加一次以上上述会议和学习。

(十五)、急诊科和 ICU 基本情况统计报告制度

1、开设急诊科和 ICU 的医院建立完善基本情况统计报告制度。

2、报告制度的实行由急诊科、ICU 主任和护士长共同负责。

3、建立急诊科和 ICU 突发公共卫生事件、3 人以上群体性创伤、3 人以上群体性中毒和特殊伤病报告制度。每个单位遇到上述情况即时上报。

4、建立急诊科和 ICU 在编工作人员登记本，有研究生、进修生、轮转医生者另行登记。每年上报一次。

5、建立急诊科和 ICU 编制床位、仪器设备登记本。每年上报一次。

6、急诊科和 ICU 建立医疗事故、医疗差错登记本。每年上报一次。

7、及时登记急诊预检挂号患者，定期上报。

8、及时登记收入和转出 ICU 的患者，定期上报。

八、急诊与 ICU 工作人员医德规范

1、急诊和 ICU 工作人员必须对本职工作和患者高度负责，从患者的利益出发，急病人所急，理解和体贴伤病患者疾苦。

2、对患者高度负责，突出“急”字，坚守工作岗位，随时做好急救准备。

3、各级医护人员必需明确和履行自己的职责。

4、各级医护人员必需严格遵守各项规章制度。

5、各级医护人员必需按照医疗护理技术操作常规对患者进行诊断治疗护理工作，保证医疗护理安全，防止发生差错事故。

- 6、各级医护人员应刻苦钻研业务技术，按规定审批积极开展新技术、新疗法。
- 7、团结协作、互相支持，主动参加抢救工作。
- 8、尊重同行，不在病人面前议论医院、科室或其他医务人员。

九、上海市医院急诊科、ICU 质控督查表

表 1、上海市急诊科质控督查内容与要求评分表

医院_____，负责人_____手机_____

年 月 日

内容和要求	大项 分值	小项 分值	督 查 内 容 及 评 分 标 准	扣分依据	实得分
1.急诊科设置合理，运行顺畅有效。	35	4	①急诊科建筑格局和设施符合医院感染管理要求，②就诊流程便捷通畅，③急诊提供适合内、外、儿科等就诊环境。一项不符合要求扣 1 分。		
		2	急诊科独立建制，无独立建制扣 2 分，只有主任无固定医生扣 1 分。		
		4	①急诊科建立科内抢救室-留观-ICU 连贯性的工作机制，无此机制扣 2 分；②各部门分工明确并有效落实，分工不明确不能有效落实扣 2 分。		
		4	①急诊挂号②化验③药房④收费等窗口有“抢救患者优先”绿色通道醒目标志，一处无标志或不清扣 1 分。		
		4	① 急诊科入口保持通畅②设有无障碍通道③设有救护车通道④设有救护专用停靠处，一项不符合要求扣 1 分。		
		2	①院前急救与急诊衔接顺畅②急诊挂号处有与院前急救直线电话或专线。1 项不符合扣 1 分。		
		5	①救护车到达时专人迎接②无搁车情况。1 项不符扣 2.5 分		
		3	急危重症患者先抢救后挂号并有制度保障，不符合要求扣 3 分。		
		3	①抢救室布局合理②每张抢救床使用面积 $\geq 15m^2$ 。1 项不符合要求扣 1.5 分。		
		4	①有急诊病人分流流程，无分流流程扣 1 分②查临时留观记录，发现 1 例急诊留观时间超过 72 小时扣 1 分。		
2.急诊科人员配备齐全，医师梯队结构合理。	20	4	① 急诊科有固定急诊医师并且不少于在岗医师的 75%，如无固定或少于在岗医师 75%者扣 2 分②医师梯队结构合理，不合理者扣 2 分。		
		6	①急诊医师是否有 3 年以上临床工作经验，不符合要求扣 3 分②查培训记录能否定期参加培训，再培训间隔时间不超过 2 年，不符合要求扣 3 分。		
		2	查三级综合医院急诊科主任是否具备急诊医学副高以上专业技术职务任职资格，不符合要求扣 2 分。查二级综合医院急诊科主任是否具备急诊医学		
			中级以上专业技术职务任职资格，不符合要求扣 2 分。		
内容和要求	大项 分值	小项 分值	督 查 内 容 及 评 分 标 准	扣分依据	实得分

		5	查急诊护士是否有3年以上临床护理工作经验，不符合要求扣3分。查培训记录能否定期参加培训，再培训间隔时间不超过2年，不符合要求扣2分。		
		3	急诊预检护士工作年限<3年扣1分，查10例病人预检准确性，准确率<90%扣2分。		
3.急诊科科室管理规范有效。	45	4	值班、交接班、查房、抢救、会诊等制度健全，每缺一项制度扣0.5分。		
		3	查抢救急危重患者首诊负责制落实情况，1例未落实者扣3分。		
		2	有急诊病情评估分诊标准，没有者扣2分。		
		4	查抢救室抢救医生到位时间（现场模拟），到位时间>5分钟扣4分。		
		4	有心肺复苏、休克、创伤、中毒等抢救流程，每缺一种疾病流程扣1分。		
		3	查有无应对突发公共卫生事件或群体灾害事件的抢救预案，无预案扣3分。		
		7	急诊抢救是否由主治医师以上（含主治医师）医师主持或指导，查病员抢救记录，1例不符合要求扣1分。查二甲以上医院急诊科固定医生是否掌握气管插管、心肺复苏术，一项未掌握扣3分。		
		2	模拟演练2个急会诊：胸外、麻醉插管，会诊时间超过10分钟扣2分。		
		3	查3份留观病历，医疗文书书写是否规范、及时、完整，1例不符合要求扣1分。		
		3	急诊是否符合医院感染控制要求，不符合扣3分。		
		2	①抢救室备有能满足抢救需要的急救药品，②定期检查和更换急救药品。发现急救药品不全或不在使用有效期内分别扣1分。		
8	抢救室的①监护仪②呼吸机③除颤仪④输液注射泵⑤气管插管配套器械⑥心电图机⑦心肺复苏机⑧洗胃机等设备齐全并处于备用状态，缺1台扣1分，1台设备未处于备用状态扣0.5分。				

督查专家 _____,

表2、上海市ICU质控督查内容与要求评分表

_____ 医院 _____ ICU, 负责人 _____ 手机 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

内容和要求	大项分值	小项分值	督查内容及评分标准	扣分依据	实得分
ICU 符合 2009 年国家卫生部颁发《重症医学科建设与管理指南(试行)》等有关要求。	100	6	①ICU 布局合理②床位和设备有序③每张床面积 $\geq 15\text{M}^2$ ④床间距 > 1 米 ⑤最少配备一个单间病房⑥其使用面积 $\geq 18\text{M}^2$ 。1 项不符合要求扣 1 分。		
		4	①三级综合医院 ICU 床位总数为医院病床总数的 2~8%(其它医院 2~5%) ②床位使用率 80%。1 项不符合要求扣 2 分。		
		10	① 医师人数与床位数之比 $\geq 0.8 : 1$, ②GICU 护士人数与床位数之比 \geq 专科 ICU $\geq 2 : 1$, 缺编 1 人扣 0.5 分。		
		10	仪器设备齐全性能完好: ①每床配备 1 台监护仪②综合 ICU 每床 1 台呼吸机(其它 ICU 每床配备呼吸机 ≥ 0.5 台, 每个 CCU 配备呼吸机 ≥ 1 台) ③每个 ICU 配备便携式呼吸机 ≥ 2 台④除颤仪 ≥ 1 台。差 1 台扣 2 分, 1 台性能不完好扣 1 分。		
		10	①每床各配备输液泵和微量注射泵 ≥ 1 台②肠内营养输注泵 ≥ 2 台③心电图机 1 台④ 心肺复苏机 1 台 ⑤心肺复苏抢救车 1 台⑥血气分析仪 1 台 ⑦纤支镜 1 台⑧调温仪 1 台⑨ICU 床位超过 8 张者配血液净化仪 ≥ 1 台。 缺 1 台扣 1 分, 性能不完好 1 台扣 0.5 分。		
		5	①ICU 病人收治与转出②值班③交接班④三级查房⑤疑难病例讨论⑥会诊⑦抢救⑧业务培训⑨探视⑩消毒隔离制度齐全, 缺 1 项制度扣 0.5 分		
		10	查 ICU 收治病种: (1)心肺脑复苏 (2)各种类型休克 (3)脓毒症(4)严重创伤、多发伤(5)急性呼吸衰竭(6)急性冠脉综合征(7)急性心力衰竭(8)严重心律失常(9)高血压危象(10)急性肾功能衰竭(11)消化道大出血(12)出血坏死性胰腺炎(13)高危大手术(14)水电解质酸碱紊乱(15)内分泌危象(16)重症哮喘(17)急性中毒		

内容和要求	大项分值	小项分值	督查内容及评分标准	扣分依据	实得分
			(18)溺水、电击伤(19)器官移植(20)MODS / MOF 是否符合要求, 查登记和病历,		

		1 例不符合要求扣 0.5 分。		
	5	查 ICU 医护人员是否有岗前培训记录，无记录扣 5 分。		
	10	ICU 院内感染率 >20%扣 4 分；有无对呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染实行监控记录，无记录本扣 3 分；ICU 是否具备非接触性洗手设施和手部消毒装置，不符合要求扣 3 分。		
	10	查是否开展(1)面罩氧疗术(2)气管插管术(3)气管切开术(4)机械通气术(5)支气管肺泡灌洗术(6)深静脉置管术(7)胸腔闭式引流术(8)腹腔冲洗引流术(9)胃肠减压术(10)胃肠内营养术(11)胃肠外营养术(12)床旁血液净化术(13)静脉溶栓术(14)微创血管栓塞术(15)镇痛镇静术(16)调温术(17)心脏起搏术(18)电复律除颤术(19)胸外心脏按压术(20)开胸心脏挤压术等技术，一项不开展扣 0.5 分。		
	10	抽查 5 份 ICU 病历，查书写是否规范、及时、完整，1 份病历不符合要求扣 2 分。		
	10	查是否开展(1)体温、呼吸、血压、心电、氧饱和度(2)血气、呼吸末 PaCO ₂ (3)呼吸力学指标(4)血流动力学(5)氧代谢动力学(6)连续无创血压(7)有创动脉压(8)血糖监测(9)乳酸监测(10)水电介质酸碱指标(11)出凝血指标(12)免疫营养指标(13)肠内营养指标(14)致病微生物(15)胃肠粘膜 pH 值(16)出入量(17)颅内压、脑电(18)影像学(19)系统器官功能(20)分级监测等监测技术，一项不开展扣 0.5 分。		

督查专家 _____, _____

表3 上海市医院 ICU 单病种质量控制登记表

医院 _____ 科 (ICU), 负责人 _____ 手机号 _____ 时间: 年 月 日

	年总例数	死亡例数
创伤		
心肺复苏		
休克		
严重脓毒症		
急性心力衰竭		
急性呼吸衰竭		
急性肾功能衰竭		
急性中毒		
MODS		

年 ICU 总例数: _____ 例; 平均住院日: _____ 天; 人均次费用: _____ 元
 填表人: _____, 联系电话: _____

表4 上海市医院急诊、ICU基本情况质量控制登记表

医院 _____ 科 (ICU), 负责人 _____ 手机号 _____ 时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生队伍	年 龄				学 历			职 称					
	平均	≤30	31~49	≥50	大学	硕士	博士	住院医师	主治医师	副主任 医师	主任 医师		
床位数	全院总 床位数	全院 ICU 总床位数	急诊总 床位数	临时输液 床位数	抢救床 位数	留观床位 数	急诊病房 床位数	EICU 床 位数	ICU 床位 数	普通床 位数			
工作量	年急诊 量	年急诊临 输例数	年抢救 例数	年留观例 数	年 EICU 例数	年急诊病 房例数							
急诊抢救室 仪器设备	监护仪 台数	呼吸机台 数	输液泵 台数	注射泵台 数	心电图 机台数	除颤仪台 数	临时起搏 仪台数	心肺复苏 机台数					
ICU 仪器 设备	监护仪 台数	呼吸机台 数	输液泵 台数	注射泵台 数	心电图 机台数	除颤仪台 数	临时起搏 仪台数	心肺复苏 机台数	血液净化 仪台数	纤支镜	降温 仪	动态血糖 监测仪	血气分 析仪

填表人: _____, 联系电话: _____

附件一：

卫生部关于印发《急诊科建设与管理指南（试行）》的通知
卫医政发〔2009〕50号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为指导和加强医疗机构急诊科的规范化建设和管理，促进急诊医学的发展，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律、法规，我部组织有关单位和专家制定了《急诊科建设与管理指南（试行）》（以下简称《指南》），现印发给你们。具备条件的医院要按照《指南》要求，加强对急诊科的建设和管理，不断提高急诊医疗水平。目前条件尚不能达到《指南》要求的医疗机构，要加强对急诊科的建设，增加人员，配置设备，改善条件，健全制度，严格管理，逐步建立规范化的急诊科。

二〇〇九年五月二十五日

急诊科建设与管理指南（试行）

第一章 总则

第一条 为指导和加强医疗机构急诊科的规范化建设和管理，促进急诊医学的发展，提高急诊医疗水平，保证医疗质量和医疗安全，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条 二级以上综合医院急诊科按照本指南建设和管理。

第三条 急诊科是医院急症诊疗的首诊场所，也是社会医疗服务体系的重要组成部分。急诊科实行24小时开放，承担来院急诊患者的紧急诊疗服务，为患者及时获得后续的专科诊疗服务提供支持和保障。

第四条 各级卫生行政部门应当加强对急诊科的指导和监督，医院应当加强急诊科的建设和管理，不断提高急救能力和诊疗水平，保障医疗质量和安全。

第二章 设置与运行

第五条 急诊科应当具备与医院级别、功能和任务相适应的场所、设施、设备、药品和技术力量，以保障急诊工作及时有效开展。

第六条 急诊科应当设在医院内便于患者迅速到达的区域，并临近大型影像检查等急诊医疗依赖较强的部门。

急诊科入口应当通畅，设有无障碍通道，方便轮椅、平车出入，并设有救护车通道和专用停靠处；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。

第七条 急诊科应当设医疗区和支持区。医疗区包括分诊处、就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室，三级综合医院和有条件的二级综合医院应当设急诊手术室和急诊重症监护室；支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费等部门。

医疗区和支持区应当合理布局，有利于缩短急诊检查和抢救距离半径。

第八条 急诊科应当有醒目的路标和标识，以方便和引导患者就诊，与手术室、重症医学科等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应当清楚明显。在医院挂号、化验、药房、收费等窗口应当有抢救患者优先的措施。

第九条 急诊科医疗急救应当与院前急救有效衔接，并与紧急诊疗相关科室的服务保持连续与畅通，保障患者获得连贯医疗的可及性。

第十条 急诊科应当明亮，通风良好，候诊区宽敞，就诊流程便捷通畅，建筑格局和设施应当符合医院感染管理的要求。儿科急诊应当根据儿童的特点，提供适合患儿的就诊环境。

第十一条 急诊科抢救室应当临近急诊分诊处，根据需要设置相应数量的抢救床，每床净使用面积不少于 12 平方米。抢救室内应当备有急救药品、器械及心肺复苏、监护等抢救设备，并应当具有必要时施行紧急外科处置的功能。

第十二条 急诊科应当根据急诊患者流量和专业特点设置观察床，收住需要在急诊临时观察的患者，观察床数量根据医院承担的医疗任务和急诊病人量确定。急诊患者留观时间原则上不超过 72 小时。

第十三条 急诊科应当设有急诊通讯装置（电话、传呼、对讲机）。有条件的医院可建立急诊临床信息系统，为医疗、护理、感染控制、医技、保障和保卫等部门及时提供信息，并逐步实现与卫生行政部门和院前急救信息系统的对接。

第三章 人员配备

第十四条 急诊科应当根据每日就诊人次、病种和急诊科医疗和教学功能等配备医护人员。

第十五条 急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。

第十六条 急诊科应当有固定的急诊医师，且不少于在岗医师的 75%，医师梯队结构合理。

除正在接受住院医师规范化培训的医师外，急诊医师应当具有 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，熟练掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、心电复律、呼吸机、血液净化及创伤急救等基本技能，并定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间原则上不超过 2 年。

第十七条 三级综合医院急诊科主任应由具备急诊医学副高以上专业技术职务任职资格的医师担任。二级综合医院的急诊科主任应当由具备急诊医学中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。

急诊科主任负责本科的医疗、教学、科研、预防和行政管理工作，是急诊科诊疗质量、病人安全管理和学科建设的第一责任人。

第十八条 急诊科应当有固定的急诊护士，且不少于在岗护士的 75%，护士结构梯队合理。

急诊护士应当具有 3 年以上临床护理工作经验，经规范化培训合格，掌握急诊、危重症患者的急救护理技能，常见急救操作技术的配合及急诊护理工作内涵与流程，并定期接受急救技能的再培训，再培训间隔时间原则上不超过 2 年。

第十九条 三级综合医院急诊科护士长应当由具备主管护师以上任职资格和 2 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。二级综合医院的急诊科护士长应当由具备护师以上任职资格和 1 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。

护士长负责本科的护理管理工作，是本科护理质量的第一责任人。

第二十条 急诊科以急诊医师及急诊护士为主，承担各种病人的抢救、鉴别诊断和应急处理。急诊患者较多的医院，还应安排妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科等医师承担本专业的急诊工作。

第二十一条 急诊科可根据实际需要配置行政管理和其他辅助人员。

第四章 科室管理

第二十二条 急诊科应当建立健全并严格遵守执行各项规章制度、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。

第二十三条 急诊科应当根据急诊医疗工作制度与诊疗规范的要求，在规定时间内完成急救诊疗工作。急诊实行首诊负责制，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。

第二十四条 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。

第二十五条 急诊科要设立针对不同病情急诊病人的停留区域，保证抢救室危重病人生命体征稳定后能及时转出，使其保持足够空间便于应对突来的其他危重病人急救。

第二十六条 急诊科内常备的抢救药品应当定期检查和更换，保证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。

第二十七条 急诊科应当对抢救设备进行定期检查和维护，保证设备完好率达到 100%，并合理摆放，有序管理。

第二十八条 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。

第二十九条 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，并对特殊感染病人进行隔离。

第三十条 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灾害事件时，应当按规定及时报告医院相关部门，医院根据情况启动相应的处置程序。

第三十一条 医院应当加强对急诊科的质量控制和管理，急诊科指定专(兼)职人员负责本科医疗质量和安全管理。

第三十二条 医院及医务管理部门应当指定专(兼)职人员负责急诊科管理，帮助协调紧急情况下各科室、部门的协作，指挥与协调重大抢救和急诊患者分流问题。

第三十三条 医院应当制定主要常见急危重症的抢救流程和处置预案，做到急诊科抢救关键措施及相关医技等科室支持配合有章可循。各类辅助检查部门应当按规定时间出具急诊检查报告，药学等部门应当按有关规定优先向急诊患者提供服务。

第三十四条 医院应当建立保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后，应当在规定时间内进行急诊会诊。

第三十五条 医院应当建立急诊病人优先住院的制度与机制，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。

第三十六条 医院应重视对急诊科的安全保卫工作，加强对急诊科的安全巡视，保证急诊科正常工作秩序。

第三十七条 医院应当根据急诊工作的性质和特点，对急诊科医务人员在职称晋升和分配政策方面给予倾斜。

第五章 检查评估

第三十八条 省级卫生行政部门应当设置急诊医疗质量控制中心对辖区内医疗机构的急诊科进行检查指导与质量评估。

第三十九条 医疗机构应当对卫生行政部门及其委托的急诊医疗质量控制中心开展的对急诊科的检查指导和质量评估予以配合，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第六章 附则

第四十条 开展住院医师规范化培训的地区，急诊医师应当经过规范化培训并考核合格。

第四十一条 承担核辐射及化学中毒等患者救治任务的急诊科，应按照有关规定配备相应防护设备和物品。

第四十二条 纳入院前急救网络并承担院前急救任务的急诊科，还应按规定配备相应的人员、车辆、设备和装置，按院前急救有关规定管理。

第四十三条 设置急诊科的专科医院和其他类别医疗机构参照本指南进行建设和管理。

第四十四条 本指南由卫生部负责解释。

第四十五条 本指南自发布之日起施行。

附件：1. 急诊科仪器设备及药品配置基本标准

2. 急诊医师、护士技术和技能要求

附件 1

急诊科仪器设备及药品配置基本标准

一、仪器设备

心电图机、心脏起搏/除颤仪、心脏复苏机、简易呼吸器、呼吸机、心电监护仪、负压吸引器（有中心负压吸引可不配备）、给氧设备（中心供氧的急诊科可配备便携式氧气瓶）、洗胃机。三级综合医院还应配备便携式超声仪和床旁 X 线机。有需求的医院还可以配备血液净化设备和快速床旁检验设备。

二、急救器械

一般急救搬动、转运器械，各种基本手术器械。

三、抢救室急救药品

心脏复苏药物；呼吸兴奋药；血管活性药、利尿及脱水药；抗心律失常药；镇静药；止痛、解热药；止血药；常见中毒的解毒药、平喘药、纠正水电解质酸碱失衡类药、各种静脉补液液体、局部麻醉药、激素类药物等。

附件 2

急诊医师、护士技术和技能要求

一、急诊医师应掌握的技术和技能

(一) 独立处理各种急症(如高热、胸痛、呼吸困难、咯血、休克、急腹症、消化道大出血、黄疸、血尿、抽搐、晕厥、头痛等)的初步诊断和处理原则;

(二) 掌握下列心脏病和心率失常心电图诊断:室颤、宽 QRS 心动过速、房室传导阻滞、严重的心动过缓等;

(三) 掌握创伤的初步诊断、处理原则和基本技能;

(四) 掌握急性中毒的诊断和救治原则;

(五) 掌握暂时未明确诊断急危重症的抢救治疗技能;

(六) 能掌握心肺脑复苏术,气道开放技术,电除颤,溶栓术,动、静脉穿刺置管术,心、胸、腹腔穿刺术,腰椎穿刺术,胸腔闭式引流术,三腔管放置术等;

(七) 熟练使用呼吸机,多种生理监护仪,快速床旁检验(POCT)技术、血糖、血气快速检测和分析等。

二、急诊护士应掌握的技术和技能

(一) 掌握急诊护理工作内涵及流程,急诊分诊;

(二) 掌握急诊科内的医院感染预防与控制原则;

(三) 掌握常见危重症的急救护理;

(四) 掌握创伤患者的急救护理;

(五) 掌握急诊危重症患者的监护技术及急救护理操作技术;

(六) 掌握急诊各种抢救设备、物品及药品的应用和管理;

(七) 掌握急诊患者心理护理要点及沟通技巧;

(八) 掌握突发事件和群伤的急诊急救配合、协调和管理。

附件二：

卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南（试行）》的通知
卫办医政发〔2009〕23号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

根据我国临床医学的发展和患者对医疗服务需求的增加，我部印发了《关于在〈医疗机构诊疗科目名录〉中增加“重症医学科”诊疗科目的通知》（卫医政发〔2009〕9号），具备条件的二级以上综合医院可以设置重症医学科。为指导重症医学科的设置和管理，推动重症医学科的发展，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律、法规，我部组织制定了《重症医学科建设与管理指南（试行）》（以下简称《指南》），现印发给你们。具备条件的医院要按照《指南》要求，加强对重症医学科的建设和管理，不断提高专科医疗服务水平。目前条件尚不能达到《指南》要求的医院，要加强对重症医学科的建设，增加人员，配置设备，改善条件，健全制度，逐步建立规范的重症医学科。

二〇〇九年二月十三日

重症医学科建设与管理指南（试行）

第一章 总则

第一条 为加强对医疗机构重症医学科的建设和管理，保证医疗服务质量，提高医疗技术水平，合理使用医疗资源，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》和《护士条例》等有关法律法规，制定本指南。

第二条 医院的重症医学科参照本指南建设和管理。

第三条 重症医学科负责对危重患者及时提供全面、系统、持续、严密的监护和救治。

第四条 重症医学科以综合性重症患者救治为重点，独立设置，床位向全院开放。

第五条 各级卫生行政部门应加强对医院重症医学科的指导和检查；医院应

加强对重症医学科的规范化建设和管理，落实其功能任务，保持患者转入转出重症医学科的通道畅通，保证医疗质量和安全，维护医患双方合法权益。

第二章 基本条件

第六条 重症医学科应具备与其功能和任务相适应的场所、设备、设施和人员条件。

第七条 重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。其中医师人数与床位数之比应为 0.8:1 以上，护士人数与床位数之比应为 3:1 以上；可以根据需要配备适当数量的医疗辅助人员，有条件的医院还可配备相关的设备技术与维修人员。

第八条 重症医学科至少应配备一名具有副高以上专业技术职务任职资格的医师担任主任，全面负责医疗护理工作和质量建设。

重症医学科的护士长应当具有中级以上专业技术职务任职资格，在重症监护领域工作 3 年以上，具备一定管理能力。

第九条 重症医学科必须配置必要的监测和治疗设备，以保证危重症患者的救治需要。

第十条 医院相关科室应具备足够的技术支持能力，能随时为重症医学科提供床旁 B 超、血液净化仪、X 线摄片等影像学，以及生化和细菌学等实验室检查。

第十一条 重症医学科病床数量应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，三级综合医院重症医学科床位数为医院病床总数的 2%-8%，床位使用率以 75%为宜，全年床位使用率平均超过 85%时，应该适度扩大规模。重症医学科每天至少应保留 1 张空床以备应急使用。

第十二条 重症医学科每床使用面积不少于 15 平方米，床间距大于 1 米；每个病房最少配备一个单间病房，使用面积不少于 18 平方米，用于收治隔离病人。

第十三条 重症医学科位于方便患者转运、检查和治疗的区域，并宜接近手术室、医学影像学科、检验科和输血科（血库）等。

第三章 质量管理

第十四条 重症医学科应当建立健全各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，并严格遵守执行，保证医疗服务质量。

第十五条 重症医学科应当加强质量控制和管理，指定专(兼)职人员负责医

疗质量和安全管理。

医院应加强对重症医学科的医疗质量管理与评价，医疗、护理、医院感染等管理部门应履行日常监管职能。

第十六条 重症医学科收治以下患者：

（一）急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗短期内可能得到恢复的患者。

（二）存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者。

（三）在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过严密监护和治疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者。

（四）其他适合在重症医学科进行监护和治疗的患者。

慢性消耗性疾病及肿瘤的终末状态、不可逆性疾病和不能从加强监测治疗中获得益处的患者，一般不是重症医学科的收治范围。

第十七条 下列病理状态的患者应当转出重症医学科：

（一）急性器官或系统功能衰竭已基本纠正，需要其他专科进一步诊断治疗；

（二）病情转入慢性状态；

（三）病人不能从继续加强监护治疗中获益。

第十八条 重症医学科的患者由重症医学科医师负责管理，患者病情治疗需要时，其他专科医师应及时提供会诊。

第十九条 医院应采取措施保证重症医学科医师和护士具备适宜的技术操作能力，并定期进行评估。

第二十条 对入住重症医学科的患者应进行疾病严重度评估，为评价重症医学科资源使用的适宜性与诊疗质量提供依据。

第二十一条 医院应建立和完善重症医学科信息管理系统，保证重症医学科及时获得医技科室检查结果，以及质量管理与医院感染监控的信息。

第二十二条 重症医学科的药品、一次性医用耗材的管理和使用应当有规范、有记录。

第二十三条 重症医学科的仪器和设备必须保持随时启用状态，定期进行质量控制，由专人负责维护和消毒，抢救物品有固定的存放地点。

第四章 医院感染管理

第二十四条 重症医学科要加强医院感染管理，严格执行手卫生规范及对特殊感染患者的隔离。严格执行预防、控制呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染的各项措施，加强耐药菌感染管理，对感染及其高危因素实行监控。

第二十五条 重症医学科的整体布局应该使放置病床的医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域等有相对的独立性，以减少彼此之间的干扰和控制医院感染。

第二十六条 重症医学科应具备良好的通风、采光条件。医疗区域内的温度应维持在 (24 ± 1.5) ℃左右。具备足够的非接触性洗手设施和手部消毒装置，单间每床1套，开放式病床至少每2床1套。

第二十七条 对感染患者应当依据其传染途径实施相应的隔离措施，对经空气感染的患者应当安置负压病房进行隔离治疗。

第二十八条 重症医学科要有合理的包括人员流动和物流在内的医疗流向，有条件的医院可以设置不同的进出通道。

第二十九条 重症医学科应当严格限制非医务人员的探访；确需探访的，应穿隔离衣，并遵循有关医院感染预防控制的规定。

第三十条 重症医学科的建筑应该满足提供医护人员便利的观察条件和在必要时尽快接触病人的通道。装饰必须遵循不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉、防静电、容易清洁和符合防火要求的原则。

第五章 监督管理

第三十一条 省级卫生行政部门可以设置省级重症医学科质量控制中心或者其他有关组织对辖区内医疗机构的重症医学科进行质量评估与检查指导。

第三十二条 医疗机构应当配合卫生行政部门及其委托的重症医学质量控制中心或者其他组织开展对重症医学科的检查和指导，不得拒绝和阻挠，不得提供虚假材料。

第六章 附则

第三十三条 设在医疗机构相关科室内开展本科重症患者治疗的科室和病房参照本指南管理。

第三十四条 本指南由卫生部负责解释。

- 附件：1. 重症医学科医护人员基本技能要求
2. 重症医学科基本设备

附件 1

重症医学科医护人员基本技能要求

一、医师

(一) 经过严格的专业理论和技术培训并考核合格。

(二) 掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论与技能，要对脏器功能及生命的异常信息具有足够的快速反应能力：休克、呼吸功能衰竭、心功能不全、严重心律失常、急性肾功能不全、中枢神经系统功能障碍、严重肝功能障碍、胃肠功能障碍与消化道大出血、急性凝血功能障碍、严重内分泌与代谢紊乱、水电解质与酸碱平衡紊乱、肠内与肠外营养支持、镇静与镇痛、严重感染、多器官功能障碍综合症、免疫功能紊乱。要掌握复苏和疾病危重程度的评估方法。

(三) 除掌握临床科室常用诊疗技术外，应具备独立完成以下监测与支持技术的能力：心肺复苏术、颅内压监测技术、人工气道建立与管理、机械通气技术、深静脉及动脉置管技术、血流动力学监测技术、持续血液净化、纤维支气管镜等技术。

二、护士

(一) 经过严格的专业理论和技术培训并考核合格。

(二) 掌握重症监护的专业技术：输液泵的临床应用和护理，外科各类导管的护理，给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术，循环系统血液动力学监测，心电监测及除颤技术，血液净化技术，水、电解质及酸碱平衡监测技术，胸部物理治疗技术，重症患者营养支持技术，危重症患者抢救配合技术等。

(三) 除掌握重症监护的专业技术外，应具备以下能力：各系统疾病重症患者的护理、重症医学科的医院感染预防与控制、重症患者的疼痛管理、重症监护的心理护理等。

附件 2

重症医学科基本设备

一、每床配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持。每张监护病床装配电源插座 12 个以上，氧气接口 2 个以上，压缩空气接口 2 个和负压吸引接口 2 个以上。医疗用电和生活照明用电线路分开。每个床位的电源应该是独立的反馈电路供应。重症医学科应有备用的不间断电力系统（UPS）和漏电保护装置；每个电路插座都应在主面板上有独立的电路短路器。

二、应配备适合的病床，配备防褥疮床垫。

三、每床配备床旁监护系统，进行心电、血压、脉搏血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。为便于安全转运患者，每个重症加强治疗单元至少配备 1 台便携式监护仪。

四、三级综合医院的重症医学科原则上应该每床配备 1 台呼吸机，二级综合医院的重症医学科可根据实际需要配备适当数量的呼吸机。每床配备简易呼吸器（复苏呼吸气囊）。为便于安全转运患者，每个重症加强治疗单元至少应有 1 台便携式呼吸机。

五、每床均应配备输液泵和微量注射泵，其中微量注射泵原则上每床 4 台以上。另配备一定数量的肠内营养输注泵。

六、其他必配设备：心电图机、血气分析仪、除颤仪、心肺复苏抢救装备车（车上备有喉镜、气管导管、各种管道接头、急救药品以及其他抢救用具等）、纤维支气管镜、升降温设备等。三级医院必须配置血液净化装置、血流动力学与氧代谢监测设备。