

ICS 11.020
C 07

团体标准

T/CHAS 10-2-3—2018

中国医院质量安全管理

第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 2-3: Patient service——Lifesaving access to emergency care

2018 - 05 - 18 发布

2018 - 07 - 01 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 关键要素 1

5 要素规范 2

 5.1 救治范围 2

 5.2 救治通道 2

 5.3 紧急救治 3

 5.4 患者转送 3

附录 A（规范性附录） 急诊“三区四级”标准 4

参考文献 6



前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第1部分：总则
- 第2部分：患者服务
- 第3部分：医疗保障
- 第4部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第2部分：患者服务》包括以下部分：

- 第2-1部分：患者服务 患者安全目标
- 第2-2部分：患者服务 院前急救
- 第2-3部分：患者服务 急救绿色通道
- 第2-4部分：患者服务 急诊服务
- 第2-5部分：患者服务 预约服务
- 第2-6部分：患者服务 门诊服务
- 第2-7部分：患者服务 门诊处方
- 第2-8部分：患者服务 住院服务
- 第2-9部分：患者服务 手术服务
- 第2-10部分：患者服务 重症监护
- 第2-11部分：患者服务 临床用药
- 第2-12部分：患者服务 临床用血
- 第2-13部分：患者服务 临床检验
- 第2-14部分：患者服务 临床病理
- 第2-15部分：患者服务 医学影像
- 第2-16部分：患者服务 放射治疗
- 第2-17部分：患者服务 介入治疗
- 第2-18部分：患者服务 内镜治疗
- 第2-19部分：患者服务 血液净化
- 第2-20部分：患者服务 器官移植
- 第2-21部分：患者服务 疼痛治疗
- 第2-22部分：患者服务 高压氧治疗
- 第2-23部分：患者服务 临床营养
- 第2-24部分：患者服务 住院 VTE 防治
- 第2-25部分：患者服务 日间手术
- 第2-26部分：患者服务 中医诊疗
- 第2-27部分：患者服务 康复治疗
- 第2-28部分：患者服务 健康体检
- 第2-29部分：患者服务 孕产妇保健
- 第2-30部分：患者服务 儿童保健
- 第2-31部分：患者服务 随访服务

本标准是第2-3部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

T/CHAS 10-2-3—2018

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准起草单位：中国人民解放军总医院，中国医院协会，天津医科大学总医院，北京急救中心，深圳南山区医院，吉林省医疗急救指挥中心，北京市红十字会 999 急救中心。

本标准主要起草人：黎檀实，冯丹，柴艳芬，朱海燕，张文忠，陈志，莫蓓蓉，吴京兰，寿松涛，刘良军，陈辉，贾丽静，么颖，田振彪，王博，朱玉，赵宇卓，刘丽华，李路平，刘谦。



中国医院质量安全管理 第2-3部分：患者服务 急救绿色通道

1 范围

本标准规范了急救绿色通道救治范围、救治通道、紧急救治和患者转送要求。
本标准适用于医疗机构急救绿色通道质量安全管理。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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 591-2018 医疗机构门急诊医院感染管理规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

急救绿色通道 lifesaving access to emergency care
医疗机构为挽救急危重症患者生命而设置的，用于紧急救治的诊疗过程。

3.2

急诊预检分诊 emergency triage
急诊预检分诊人员依据急诊“三区四级”标准对患者进行快速分诊的服务过程。

3.3

D-to-B时间 door to balloon time
也称门球时间，是指急性心肌梗死患者进入医院大门到急诊介入治疗术中球囊扩张的时间。

3.4

D-to-N时间 door to needle time
也称门栓时间，是指患者进入医院大门到开始静脉推注溶栓药物的时间。

3.5

院内首次医疗接触时间 first medical contact in hospital time
医院医务人员首次评估患者，并进行初步干预的时间。

4 关键要素

急救绿色通道质量安全管理关键要素见图1。

T/CHAS 10-2-3—2018



图1 急救绿色通道质量安全管理关键要素

5 要素规范

5.1 救治范围

5.1.1 医疗机构应为在短时间内发病，所患疾病可能在短时间内（<6小时）危及患者生命的急危重症患者开通绿色通道。

5.1.2 急救绿色通道开通范围包括但不限于以下病症：

- a) **严重创伤：**严重多发伤/复合伤、开放性骨折、开放性胸部外伤、心脏穿孔伤、内脏破裂出血、急性颅脑损伤、张力性气胸、电击伤。
- b) **急性脑血管意外：**急性缺血性卒中或出血性卒中。
- c) **急性心血管疾病：**急性心肌梗死、急性肺栓塞。
- d) **孕产妇急症：**异位妊娠破裂出血，产科大出血，羊水栓塞，妊高症。
- e) **其他急危重症：**严重哮喘持续状态、急性呼吸衰竭、大咯血、消化道大出血、各种原因导致的休克、昏迷或心脏骤停、重症酮症酸中毒，重症胰腺炎，甲亢危象，气道异物，急性中毒。

5.2 救治通道

5.2.1 医疗机构应建立急救绿色通道管理制度，明确绿色通道救治范围、救治流程，以及医护人员资质、职责与培训要求。建立急救绿色通道应急预案，每季度组织一次模拟演练。

5.2.2 急救绿色通道以抢救患者生命为首要原则，先抢救后检查，先救治后收费，所有环节优先诊治，全程陪护。急救绿色通道涉及的所有工作人员，均应为进入急救绿色通道的患者提供快速、有序、安全、有效的诊疗服务。

5.2.3 医疗机构应设立急救绿色通道专线电话，24小时专人值守，保持院内外通讯畅通。

5.2.4 急诊入口保持通畅，设有救护车专用通道，预留救护车专用停车位。

5.2.5 院区内有醒目的“急救绿色通道”路标指引和标识，挂号处、检验和检查科室、药房、收费处应张贴“绿色通道优先”告示。

5.2.6 医疗机构应明确授权开通急救绿色通道的岗位,依据 WS/T 390—2012 和本标准界定的急救绿色通道救治范围,为进入急救绿色通道患者的各类申请单冠以“急救绿色通道”标记。各相关部门凭“急救绿色通道”标识,优先办理诊疗相关业务。

5.2.7 急救所需的基本设施、设备、药品、器材均应处于完好备用状态。

5.3 紧急救治

5.3.1 患者到达急诊后,预检分诊人员应迅速将患者送入抢救室,当班护士立即完成患者合适体位摆放,给予吸氧、生命体征监护、建立静脉通道,采集血液标本备用,包括血常规、血生化、凝血和交叉配血的标本,同时建立患者抢救病历。

5.3.2 首诊医师询问患者病史,查体,并迅速判断危及患者生命的主要因素,下达各项医嘱,组织抢救。患者抢救时可下达口头医嘱,由护士记录并复述,医师确认后执行,抢救结束后6小时内补记。

5.3.3 患者救治过程中,确保患者识别正确。严格执行知情同意制度,及时进行医患沟通,履行告知义务。根据患者病情及时下达病重或病危通知。

5.3.4 进入急救绿色通道的患者优先检查、检验,严格执行危急值报告制度。检查、检验结果报告时限要求为:

- a)胸部平片、CT检查、超声检查应在30分钟内出报告;
- b)血、尿、便常规,血气分析项目,应在接收标本后30分钟内出报告;
- c)生化、凝血四项、心肌酶谱项目,应在接收标本后2小时内出报告。

5.3.5 药学部门在接到急救绿色通道患者处方后,优先为配药、发药。

5.3.6 需要专科急诊会诊时,受邀科室会诊医师接到通知后,应在10分钟内到达现场。如因医疗工作暂时不能离开者,应指派本专业相应资质医师在规定时间内到急诊会诊。

5.3.7 遇突发群体事件、重大灾难事故、批量伤救治,首诊医师应立即报告,分管领导迅速到场组织救治。遇重大抢救或急诊抢救力量不足时,首诊医师应及时报告医务主管部门组织协调抢救工作。

5.3.8 对于需要进入急救绿色通道救治的疑似或已确诊的传染病患者,按WS/T 591—2018,组织抢救,并按规定程序上报。

5.4 患者转送

5.4.1 经抢救患者生命体征平稳,需要转往其他医疗机构治疗时,急诊值班医师应电话联系欲转往的医疗机构,告知其值班医师患者病情,交待需准备事项,并派医护人员携带转运途中必要物品将患者送达转往医疗机构,双方交接患者和病情后,签字确认。

5.4.2 经评估患者需要转入重症监护病房或专科病房继续治疗时,急诊值班医师应电话通知病房值班人员做好接收患者的准备。急诊医护人员共同护送患者转入重症监护病房或专科病房,双方医师完成交接,记录并保存。涉及多科疾病的患者,原则上由对患者生命威胁最大的疾病主管科室收治。

5.4.3 经过专科会诊需行急诊手术的患者,手术医师电话告知手术室患者基本病情。手术室值班人员立即通知手术相关人员到场,10分钟内做好手术室和相关物品准备,随时准备接患者。急诊医护人员共同护送患者转运至手术室,在手术医师到达手术室之前由急诊科医师、麻醉医师共同抢救患者或给以患者必要的医疗处置,手术医师到达手术室后,手术医师、麻醉医师、手术室护士与急诊医护人员共同交接患者及患者病情,记录并签字确认。手术医师、麻醉医师履行家属告知和书面知情同意手续,于1小时内开始手术。

5.4.4 经抢救患者生命体征平稳,经评估无需住院治疗者,可将患者转往急诊留观区继续治疗,患者满足出院条件时,为患者办理离院手续。

5.4.5 急诊医师与转送医疗机构、临床科室完成急救绿色通道患者交接手续后,即可关闭该患者急救绿色通道。

T/CHAS 10-2-3—2018

附录 A
(规范性附录)
急诊“三区四级”标准

A.1 总则

根据患者病情危重程度及需要急诊资源，将急诊医学科从功能结构上分为“三区”，将患者病情分为“四级”，简称“三区四级”分类，本标准引自WS/T 390—2012。

A.2 急诊患者分级**A.2.1 患者病情评估分级**

根据患者病情评估结果进行分级，共分为四级：

级别	病情严重程度
1级	A 濒危患者
2级	B 危重患者
3级	C 急诊患者
4级	D 非急诊患者

A.2.2 1级：A 濒危患者

病情可能随时危及患者生命，需立即采取挽救生命的干预措施，急诊科应合理分配人力和医疗资源进行急救复苏。

临床上出现下列情况要考虑为濒危患者：气管插管患者，无呼吸/无脉搏患者，急性意识障碍患者，以及其他生命体征不稳定需立即采取紧急干预措施患者，这类患者应立即送入急诊复苏室。

A.2.2 2级：B 危重病患者

病情有可能在短时间内进展至1级，或可能导致严重致残者，应尽快安排接诊，并给予患者相应处置及治疗。

患者来诊时呼吸循环状况尚稳定，但其症状的严重性需早期引起重视，患者随时有可能发展为1级，如急性意识模糊/定向力障碍、复合伤、心绞痛等。急诊科需要立即给这类患者提供平车和必要的监护设备。严重影响患者自身舒适感的主诉，如严重疼痛（疼痛评分 $\geq 7/10$ ），也属于该级别。

A.2.3 3级：C 急诊患者

患者目前明确没有在短时间内危及生命或严重致残的征象，应在一定的时间段内安排患者就诊。

患者病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低，也无严重影响患者舒适性的不适，但需要急诊处理缓解患者症状。在留观和候诊过程中出现生命体征异常（附录A）者，病情分级应考虑上调一级。

A.2.4 4级：D 非急诊患者

患者目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉，且临床判断需要很少急诊医疗资源（ ≤ 1 个）（附录B）的患者。如需要急诊医疗资源 ≥ 2 个，病情分级上调1级，定为3级。

A.3 急诊分区收治**A.3.1 急诊分区**

从空间布局上将急诊诊治区域分为三大区域：红区、黄区和绿区。

A.3.2 红区

急诊复苏监护区，适用于1级和2级患者处置，快速评估和初始化稳定。

A.3.3 黄区

T/CHAS 10-2-3—2018

密切观察诊疗区，适用于3级患者，原则上按照时间顺序处置患者，当出现病情变化或分诊护士认为有必要时可考虑提前应诊，病情恶化的患者应被立即送入红区。

A.3.4 绿区

4级非急诊患者诊疗区。



T/CHAS 10-2-3—2018

参 考 文 献

- [1] 医疗质量安全核心制度要点, 中华人民共和国国家卫生健康委员会, 国卫医发[2018]8号.
- [2] 胸痛中心建设与管理指导原则(试行), 国卫办医函[2017]1026号.
- [3] 医院卒中中心建设与管理指导原则(试行), 国卫办医函[2016]1235号.
- [4] 需要紧急救治的急危重伤病标准急诊诊疗规范, 国家卫生计生委, 2013
- [5] 三级综合医院等级评审标准, 2010.
- [6] 医院感染管理办法, 中华人民共和国卫生部令第48号[2009].
- [7] 医疗机构传染病预检分诊管理办法, 中华人民共和国卫生部令第41号[2004].
- [8] 医院感染暴发报告及处置管理规范, 卫医政发[2009]73号.
- [9] 急诊科建设与管理指南(试行), 卫医政发[2009]50号.
- [10] JCI美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准(第6版).

