

急诊分诊方法与技巧

一. 概 述

急诊分诊是指根据病人的主诉、主要症状和体征进行初步判断，分清疾病的轻重缓急及隶属专科、及时安排救治程序及指导专科就诊，使急诊病人尽快得到诊治。即评估病情、分出疾病的类别（级别）和明确疾病专科。

预检分诊包括院前预检分诊和院内预检分诊。

（一）、院前预检分诊

分为单个病人现场预检和灾害性事件发生时的大批伤员现场预检。

1. 单个病人现场预检

需考虑急诊途径、调遣急救员、转送所需的时间、转送地点、现场处理或立即转送这五个方面。

2. 大批伤员现场预检

应启动 EMSS 体系，即完善的通讯指挥系统、现场救护、有监测和急救装置的运输工具、高水平的医院急诊服务和强化治疗（加强监护病房）

（二）、院内预检分诊（急诊分诊）

急诊分诊的目的：

- 1、根据病情的轻、重、缓、急安排病人的就诊次序，优生处理危急症。
- 2、有效控制急诊室内的就诊人数，维护急诊室内秩序并安排适当的诊治地点。
- 3、尽快提供初步的急救程序及适当的护理措施。
- 4、与病人建立信关系，及时沟通。安抚及稳定病人的紧张情绪，并提供适当的健康指导。
- 5、运用分诊技术，给病人进行病情分级。

二. 分诊工作程序

一、接诊

病人到达急诊室后，护士应立即查看病情，安排病人坐在候诊椅上或躺在

床上，根据病情轻重缓急安排到不同的就诊区域，决定进一步的处理。对救护车送来的病人或其他严重疾病的病人，分诊护士应主动到急诊大门口接待。在就诊过程中护士要主动热情，做到心中有数，对病重紧急的病人及时通知有关医生和护士参加抢救，对尚未就诊的病人做好耐心解释工作，并在候诊过程中密切观察病情变化。

二、病情评估

评估原则：突出重点、紧急评估和快速分类。

分诊护士应询问病人或陪伴者，并运用诊断检查（望、触、叩、听、嗅）方法，尽可能多地收集有关病情资料，注意不可忽视潜在的危险因素。护理体检时注意“三清”，即：①听清：病人或陪人的主诉；②问清：与发病或创伤有关的细节；③看清：与主诉相符合的症状及体征。

（一）分诊评估运用的手段与技巧

1、分析病人主诉 分诊护士要对病人强调的症状和体征进行分析，但不宜做诊断。除耐心仔细地听取病人的主诉外，要用眼、鼻、手进行看、问、闻、触的初步评估，使之成为一种观察病人的习惯。

（1）用眼去看：主诉的症状表现程度如何，哪些病人未提到；观察病人的面色，有无苍白、发绀，颈静脉有无怒张等。

（2）用手去摸：测脉搏，了解心率、心律变化及周围血管的充盈度；可探知皮温、毛细血管充盈度；触疼痛部位，了解涉及范围及程度。

（3）用鼻去闻：病人是否有异样的呼吸气味，如酒精味、呼吸的酸味、化脓性伤口的气味等。

（4）用耳去听：听病人的呼吸、咳嗽，有无异常杂音或短促呼吸。此外，诱导问诊可能使你得到最有价值的主诉，诱问的基础在于护士的观察，用这种方法来证实可能的判断。

2、Lany Weed 的 SOAP 公式

（1）S（subjective, 主诉）：收集病人告诉的所有资料。

（2）O（objective, 观察）：实际上看到的是什么。

(3) A (assess, 评估): 综合上述情况对病情进行分析与判断。

(4) P (plan, 计划): 组织抢救程序和进行专科分诊。

SOAP 公式简单易记, 有很好的实用效果, 是分诊工作中常用的方法之一。

3、PQRST 公式 常用于疼痛病人的评估。

(1) P (provokes, 诱因): 疼痛的诱因是什么, 怎样可使之缓解, 怎样使之加重。

(2) Q (quality, 性质): 疼痛是怎样的, 病人是否可以描述。

(3) R (radiates, 放射): 疼痛位于什么地方, 是否向其他部位放射。

(4) S (severity, 程度): 疼痛的程度如何, 如果把无疼痛至不能忍受的疼痛比喻为 1-10 的数字, 病人的疼痛相当于哪个数字。

(5) T (time, 时间): 疼痛的时间有多长, 何时开始, 何时终止, 持续多长的时间。

(二) 评估内容

1、一般情况评估 年龄、性别、活动能力、姿势、语言能力、行为、面部表情、呼吸、气味、伤口评估等。

2、生命体征 气道、呼吸、循环、体温、有无出血。

3、清醒程度 AVPU 评分, 评估双侧瞳孔变化, 包括对光反应、大小、是否相等。

4、皮肤情况 评估皮肤色泽、温度、有无淤斑等。

5、不同病人的评估重点

(1) 头部外伤或脑血管外病人需评估有无颅内高压症状, 评估意识及双侧瞳孔。

(2) 外伤病人应评估头部、颈部、胸腹部、脊柱、骨盆、四肢外伤情况及有无出血。

(3) 急腹症病人应评估腹痛的性质、持续的时间和部位、有无伴随症状, 年龄大者应排除心肺问题。

(4) 疼痛病人要评估疼痛持续的间、部位及有无放射痛, 鉴别一般胸痛与

心绞痛和心肌梗死。

(5) 昏迷病人要详细询问现病史、既往史、评估是否为脑血管病、中毒、肝性脑病、低血糖昏迷等。

(三) 清醒程度评估法

分诊时清醒程度评估要求迅速建立系统评估，包括病人的意识水平、瞳孔大小和病人的反应性。AVPU 方法是一种描述意识的简单方法：

A、警觉 (alert)

V、对声音刺激的反应 (respondw vocal stimuli)

P、只对疼痛的反应 (responds only painful stimuli)

U、无反应 (unresponsive)

格拉斯哥昏迷评分 (Glasgow Coma Scale, GCS) 是更详细的神经系统评估，它能快速、准确地监测病人的结果。在分诊评估时相对AVPU 要繁琐。

(四) 创伤评估和评分法

1、创伤评估法 对病人的评估包括初步评估和进一步评估。

(1) 初步评估：即 ABCs 评估。

A、颈椎制动和气道维持 (airway)

B、检查呼吸和通气 (breathing)

C、检查循环、控制出血、建立循环 (circulation)

D、神经系统状况——意识水平 (disability) :意识、瞳孔

E、暴露和环境控制 (exposure/environment control)

(2) 进一步评估：从头到脚评估步骤

2、创伤评分法 评估创伤严重程度的方法有 CRAMS、TS 评分法和 LSS，其中最简单的一种是 CRAMS 法。

(1) CRAMS 评分法：CRAMS 分别代表评分时检测的 5 个部分的首写字母。

C: circulatilon——循环

R: respiration——呼吸

A:abdomen——腹部

M: motor——运动

S: speech——语言

将 5 个部分得分相加，以总分区别创伤轻重。

三、分诊

经过必要的护理评估，初步判断疾病的类别和病情的轻重缓急，并安排合适的救治程序或相应的专科就诊，发现传染病人应立即隔离或转到传染病专科医院。

主要目标是在大约 5 分钟内，以简单而迅速的评估来分辨及找出（明显的）需要接受急救的病人，明确：①现存问题；②详细的资料；③生命体征评估；④指定优先秩序及治疗范围。

鉴别“急危”症的类别后，应尽快到复苏室实施急救及提供资料做一个治疗分诊评估。

（一）病情的分类或分级

分诊时可根据病情的轻、重、缓、急决定就诊顺序，对不同分类用不同颜色做标记以示区分。

病情分类

1、I 级（一类）即急危症

（1）病人情况：有生命危险，生命体征不稳定需要立即急救，进入绿色通道或复苏急救室。此类病人如得不到紧急救治，很快会危及生命，如心搏呼吸骤停、剧烈胸痛、持续严重的心律失常、严重呼吸困难、重度创伤大出血、中毒以及老年复合伤等。

（2）目标反应时间：即时（刻），每个病人都在目标反应时间内得到治疗。

2、II 级（二类）即急重症

（1）病人情况：有潜在的生命危险，病情有可能急剧变化，需要紧急处理及马上紧密观察。如：心、脑血管意外，严重骨折，腹痛持续 36 小时以上，突发而剧烈的头痛，开放性创伤，儿童高热等。

（2）目标反应时间：少于 15 分钟（即在 15 分钟内给予处理），能在目标反

应时间内处理 95%的病人。

3、III 级（三类）即紧急

（1）病人情况：生命体征尚稳定但有可能病情转差，急性症状持续不缓解的病人。如高热、寒战、呕吐、闭合性骨折等。

（2）目标反应时间：少于 30 分钟，能在目标反应时间内处理 90%的病人。

4、IV 级（四类）即亚紧急

（1）病人情况：病情稳定，没有严重的并发症，故可等候一段时间。慢性疾病急性发作的病人，如哮喘、小面积烧伤感染、轻度变态反应等。

（2）目标反应时间：少于 90 分钟，能在目标反应时间内处理 90%的病人。

5、V 级（五类）即非急诊

（1）病人情况：情况不会转差，可等候也可到门诊诊治。

（2）目标反应时间：少于 180 分钟，能在目标反应时间内处理 90%的病人。

三 分诊原则

分诊是急诊护理工作中重要的专业技术，所有的急诊就诊病人均要先通过分诊台护士分诊后，才能得到专科医生的诊治。如果分诊错误，则有可能延误抢救治疗时机，甚至危及病人生命。

1、护士必须熟悉分诊程序，坚守工作岗位，责任心强。

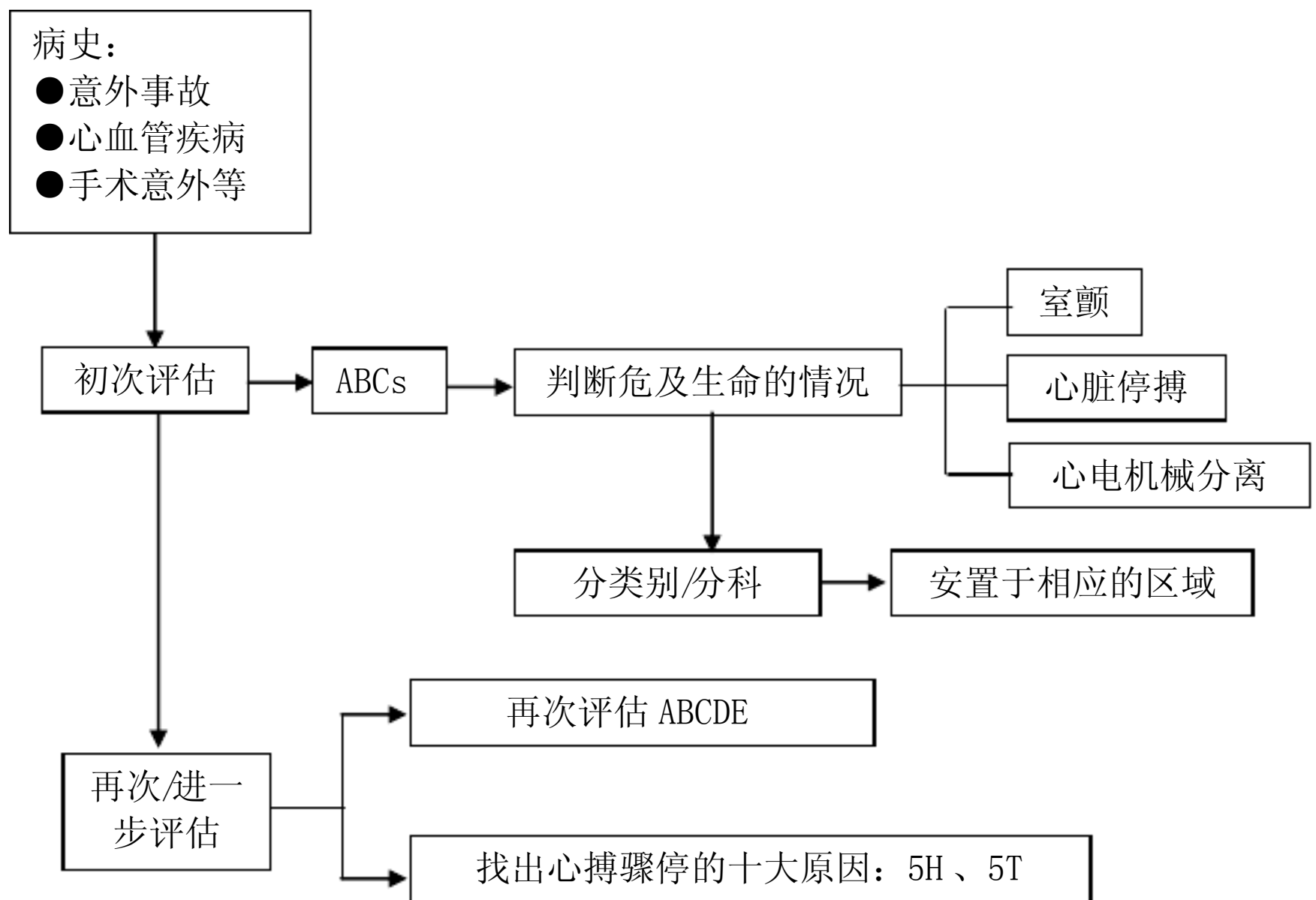
2、热情接待，简要了解病情，重点观察体征，测量并记录生命体征，进行必要的检查和初步判断。

3、根据病情轻、重、缓、急合理安排病人就诊，对需抢救的危重病人开放绿色通道，并立即通知有关医生进行急救处理，病情稳定后再行挂号付费。

4、对危急病人，在医生到来之前，护士应酌情予以急救处理，如吸氧、人工呼吸、胸外心脏按压、吸痰、止血包扎等。

四 分诊程序

心搏骤停



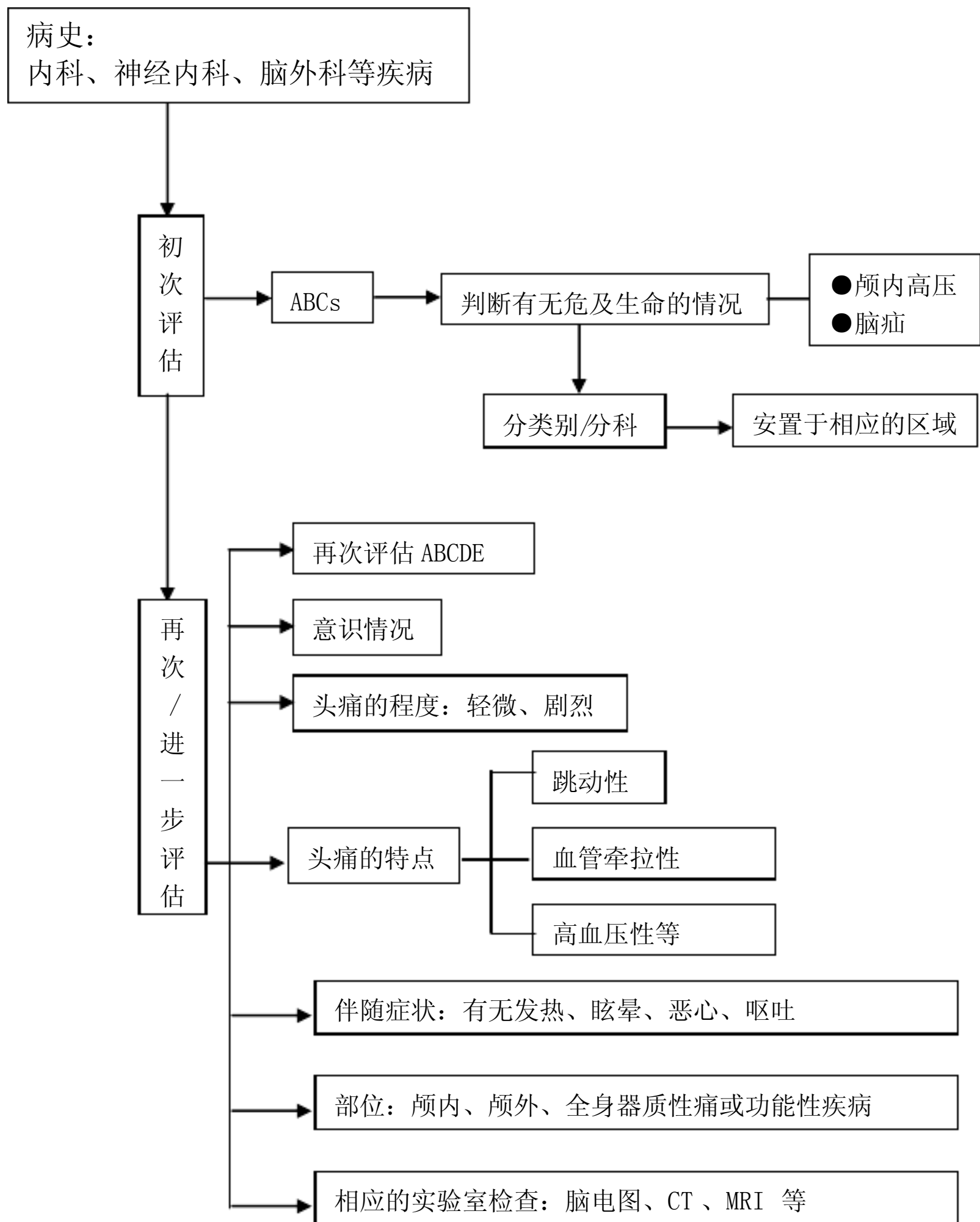
心搏骤停

图解：

1、A—气道；B—呼吸；C—循环；D—意识；E—暴露/环境控制。

2、5H—低血容量、缺氧、酸中毒、低/高血押、低体温；5T—毒物/药物中毒、心包填塞、气胸、血栓、冠状动脉、血栓-肺。

头痛

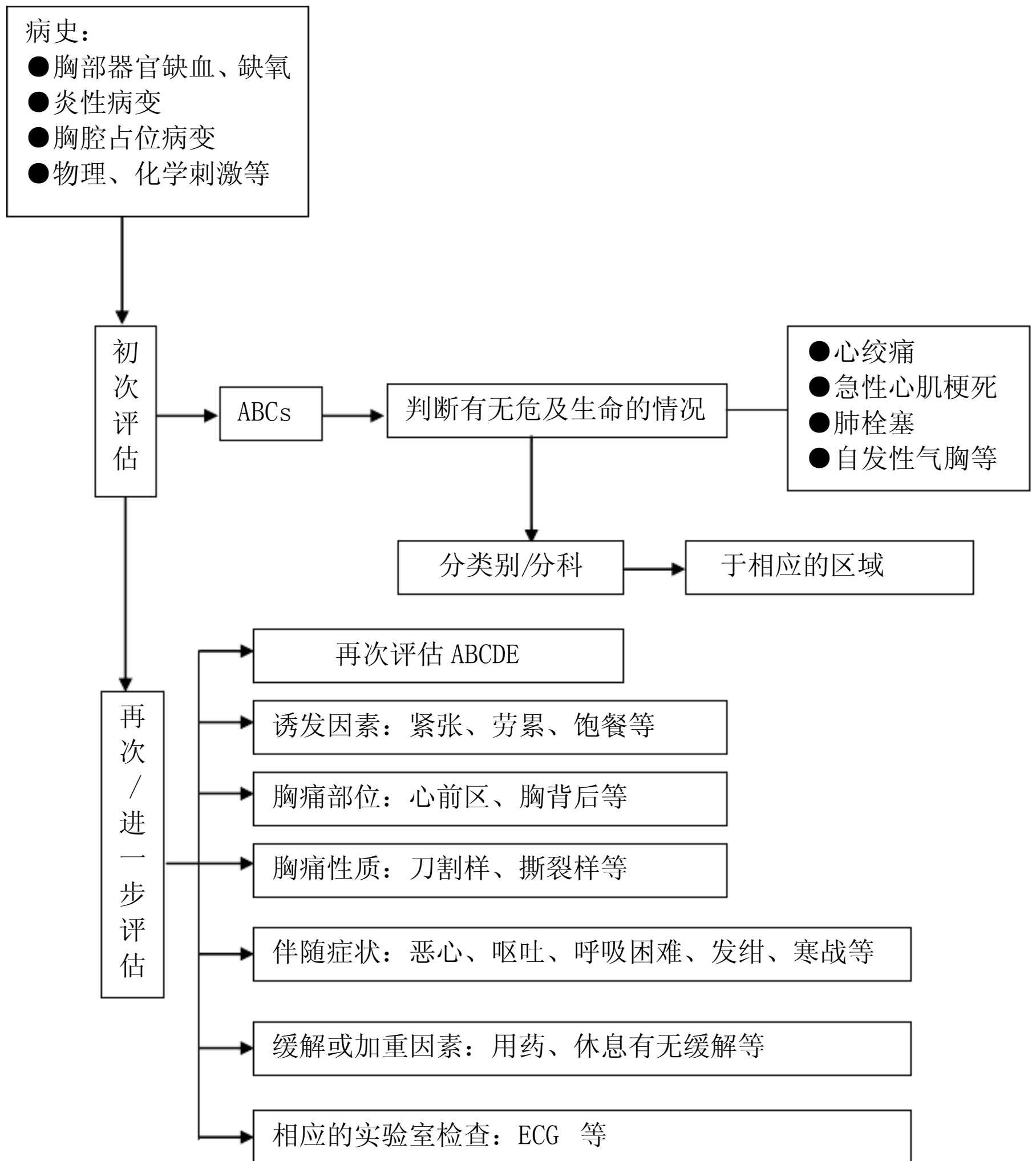


头痛

图解：

- 1、A、B、C、D、E 同一图解。
- 2、颅内、外动脉血管扩张引起跳动性痛，用缩血管剂后可减轻。
- 3、高血压性头痛为持续性、紧张性跳痛或胀痛，位于前额、后枕伴头晕。
- 4、颅内占位性病变为弥漫性钝痛，咳嗽或用力时加重伴恶心、呕吐。
- 5、偏头痛起病快，为局限于一侧眼眶、额、颞部的剧烈跳痛。

胸痛

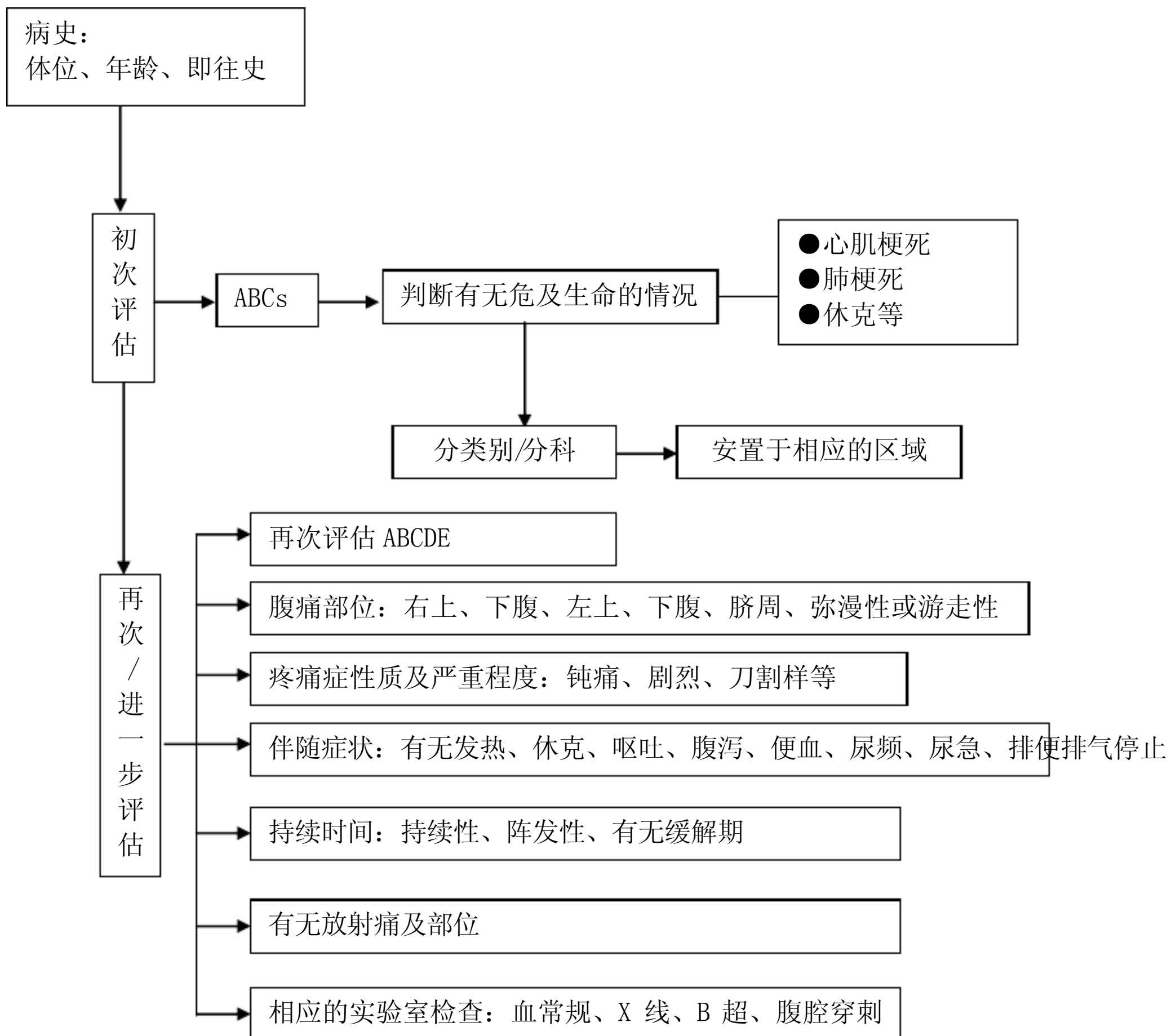


胸痛

图解:

- 1、A、B、C、D、E 同一图解。
- 2、心绞痛表现为胸骨后窒息样剧痛，紧张、劳累等诱发，舌下含服硝酸甘油可缓解。
- 3、心肌梗死时疼痛放射至左肩，不缓解，伴呼吸困难、发绀、恶心、呕吐、大汗、晕厥。
- 4、气胸、肺炎表现为刀割样疼痛，咳嗽或深呼吸时加重，伴发热、寒战。

腹 痛

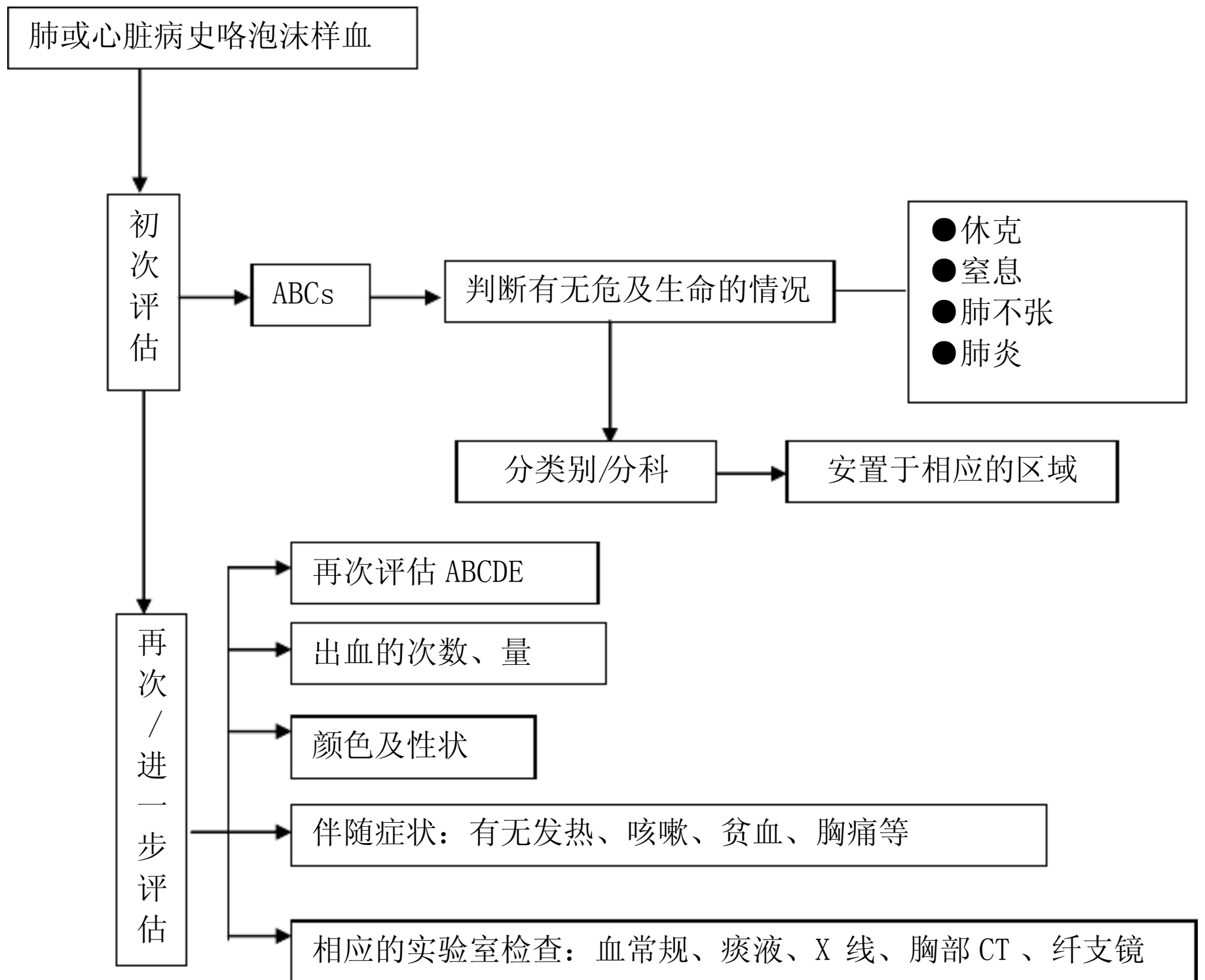


腹痛

图解:

- 1、A、B、C、D、E 同一图解。
- 2、胆石症、胆囊炎表现为右上腹痛，为阵发性绞痛，向右肩部放射。
- 3、肠梗阻表现为脐部疼痛，伴呕吐、排便排气停止。
- 4、急性腹膜炎、肠穿孔表现为右下腹痛，为弥散性或游走性疼痛，伴发热等。
- 5、泌尿系统疾病等表现为下腹疼痛，向会阴部放射，伴血尿、尿痛、尿急。

咯 血

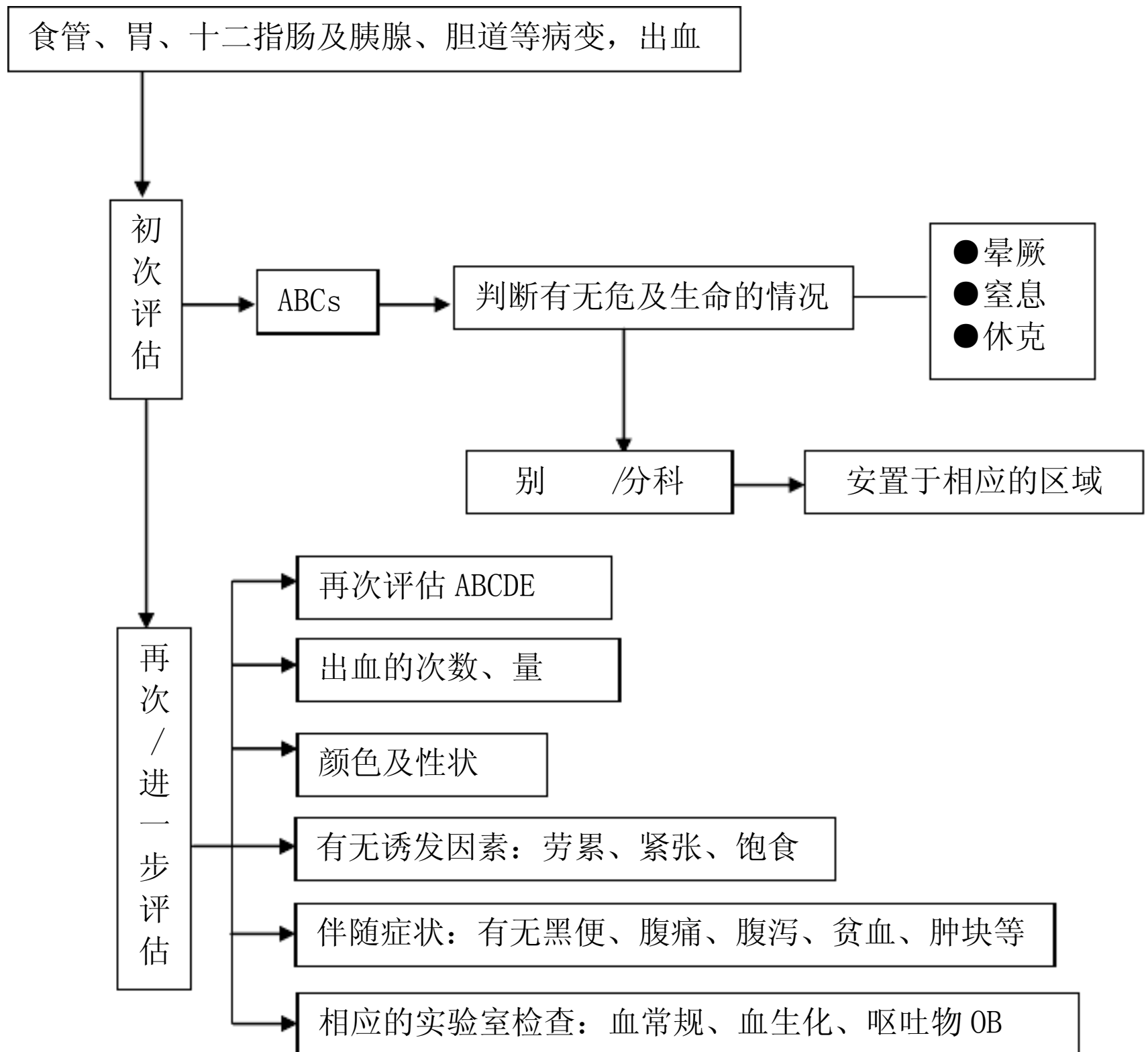


咯血

图解：

- 1、A、B、C、D、E 同一图解。
- 2、肺部感染、肺结核、肺炎、支气管扩张表现为咯血伴发热、咳嗽、咳痰。
- 3、肺栓塞表现为咯血伴胸痛、卧床，有深静脉炎史。
- 4、出血性疾病表现为咯血伴面色苍白、贫血、血小板等异常。
- 5、心血管病表现为咯血伴高血压病史。

消化道出血



消化道出血

图解：

- 1、A、B、C、D、E 同一图解。
- 2、肝硬化、门脉高压表现为大量呕血，色红、量多，呈喷射状，伴休克。
- 3、溃疡病表现为呕血或黑便，伴上腹节律性疼痛，服抗酸剂或进食后缓解。
- 4、结肠癌表现为进行性贫血、不规则发热、腹泻，大便隐血试验持续阳性，及肿块。
- 5、急性出血性坏死性小肠炎表现为突发性腹痛、腹泻、便血，暗红色或鲜红色，糊状血便，伴全身衰竭表现。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/995233044302011340>