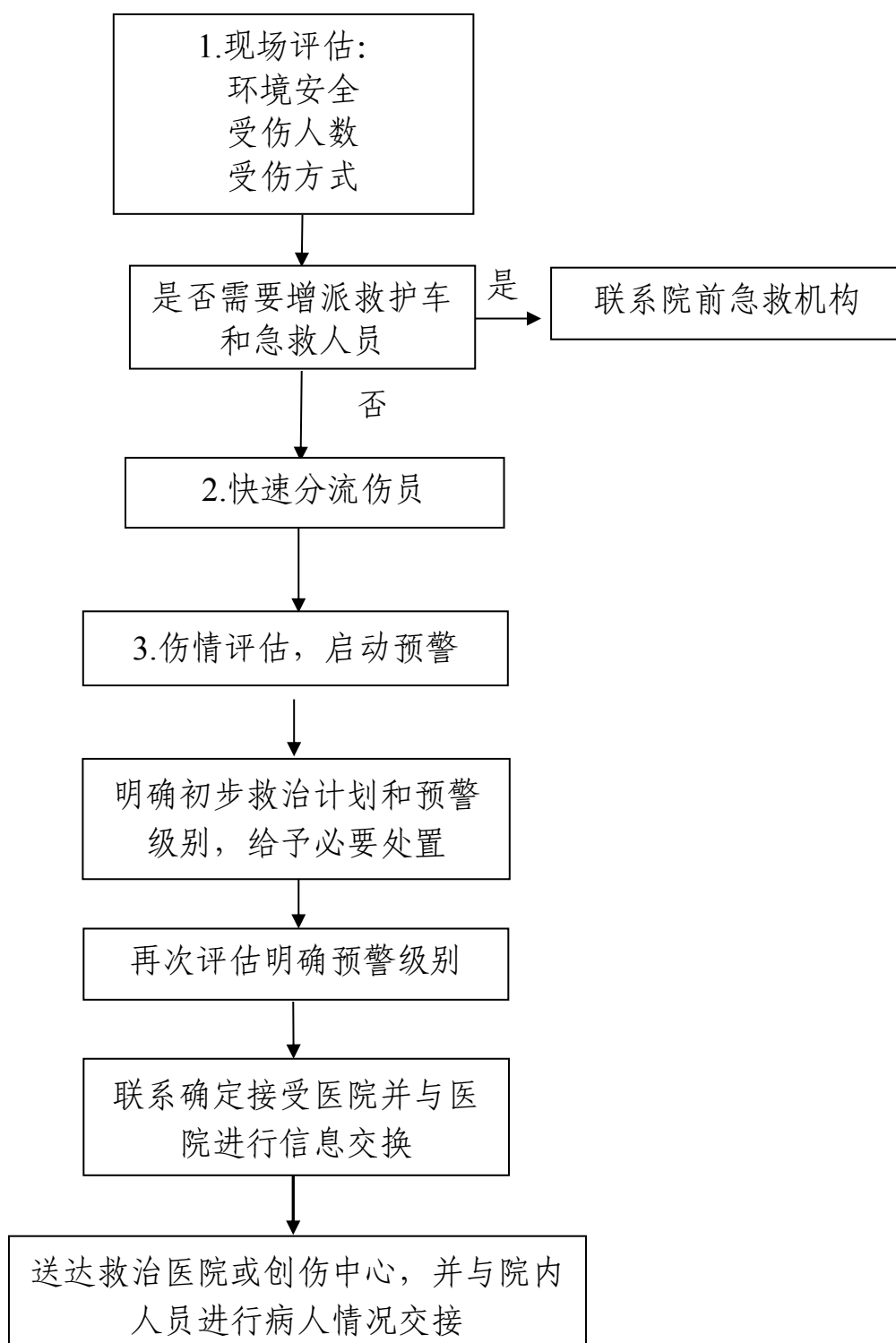


附件 1

创伤救治体系服务流程

为进一步规范和提高创伤患者救治水平，保证医疗质量和医疗安全，特制定本流程，供参照执行。

一、创伤患者院前急救流程图示与说明



（一）现场评估。

1. 确定环境安全：急救人员必须确定现场安全后，方可开展工作。

2. 确定伤者人数和受伤方式：进入现场后，首先了解患者的人数、致伤原因，初步判断患者的伤情和部位，确定是否需要增派救护车和急救人员。

（二）快速分流伤员。

若现场伤员人数较多，检伤分类后应当依据伤情对现场伤员进行分流：

1. 能行走伤员：请其去指定的安全地点集合。

2. 不能行走的伤员：判断呼吸，无自主呼吸、自主呼吸大于 30 次/分或者小于 6 次/分的患者，应立即处理。呼吸频率小于 30 次/分或者大于 6 次/分的患者，进一步检查颈动脉搏动，未触及搏动的应立即处理。可触及搏动的患者，进一步判断患者神志情况，神志异常者，应立即处理。

（三）伤情评估，启动预警。

评估神志（GCS 评分）、生命体征及损伤部位（TI 评分），评估应从伤情较重的患者开始，评估的优先次序是：可能导致患者死亡的伤势；可能导致丧失肢体的伤势；其他非威胁生命或丧失肢体的伤势。

1. 根据伤情明确初步救治计划和预警级别，并立即给予必

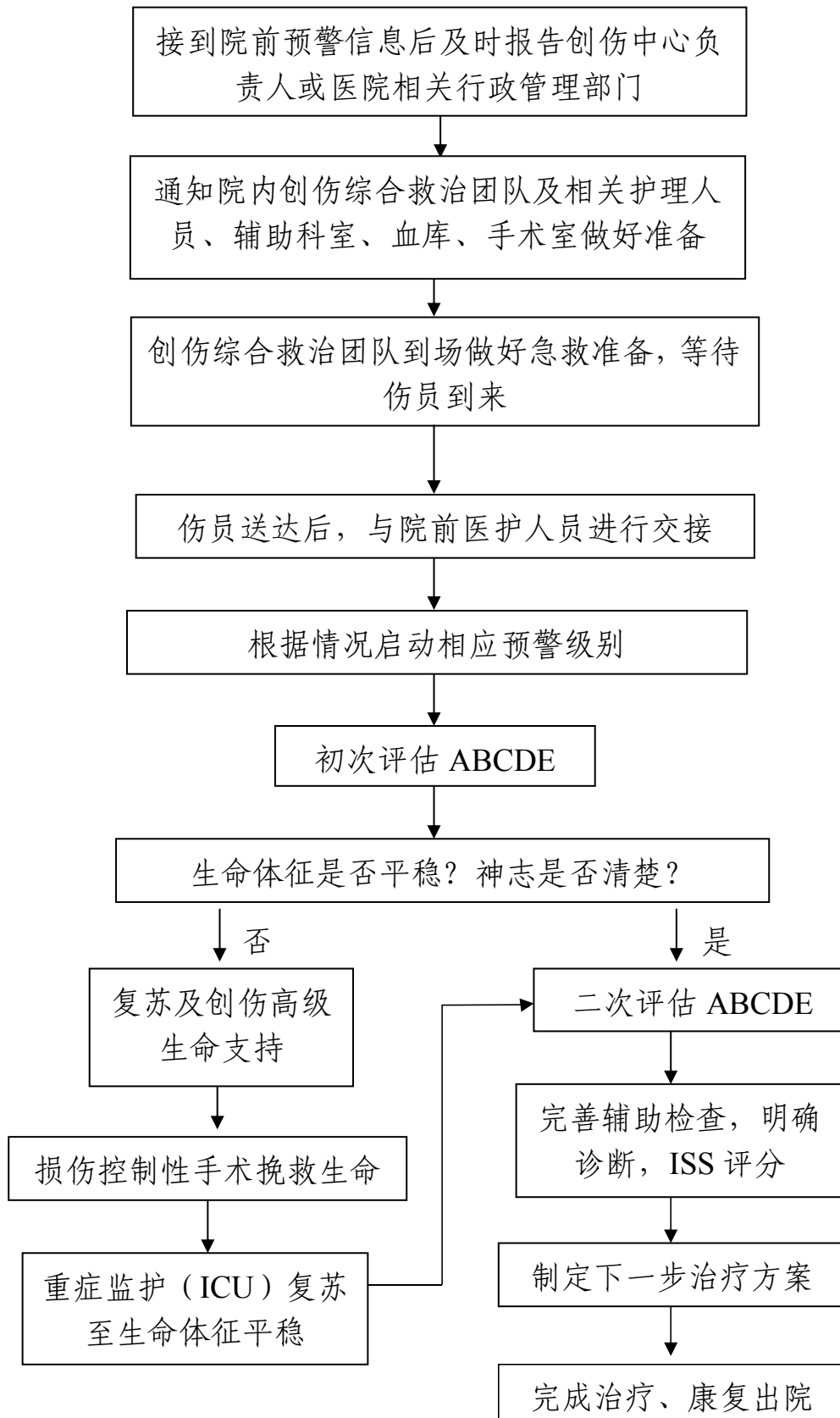
要的处理，特别是对红色和黄色预警的伤员给予辅助呼吸、电击除颤、胸外按压、止血、抗休克治疗等抢救措施。

2. 转运途中再次进行评估，明确预警级别。

3. 确定接收医院、创伤救治点/中心，在病人未到创伤救治点/中心之前，启动相应级别的预警。告知拟送达的创伤救治点/中心预警级别、评分评估、预计到达时间、主要的伤情、必要的急救措施以及其它特殊情况。根据不同的预警级别组织院内创伤综合救治团队提前到达急诊室，做好抢救前的准备工作，以提高抢救效率。

4. 与院内创伤急救医师进行交接，明确患者的预警级别、GCS、TI 评分及评估情况、主要的伤情、已经采取的急救措施、下一步可能需要的措施以及其他特殊情况。

二、创伤患者院内急救流程图示与说明



（一）创伤中心/救治点接到院前预警信息后，预计到诊人数、伤情、到达时间、急救措施以及其他特殊情况。向院前急救人员告知本机构能够容纳的不同预警级别的患者数量。超出容纳能力时须及时告知院前急救人员，及早分流至其他创伤中心/救治点。接收信息者须通知创伤中心负责人，启动相应预案，并根据情况决定是否报告医院相关行政管理人员。

（二）接诊严重创伤患者时，通知本医疗机构创伤综合救治团队尽快到急诊室，并请相关辅助科室做好准备，检查并确认监护设备、呼吸机、除颤仪、气管插管等抢救设备正常，抢救药品完备；确认各辅助检查设施（检验、放射、B超等）正常；确认手术室等相关部门处于备用工作状态，通知血库做好配血准备，通知有关行政部门负责人到现场，协调并支持抢救工作。

创伤综合救治团队成员包括：急诊科、骨科、普通外科、神经外科、泌尿外科、胸外科、颌面外科、烧伤科、整形外科、输血科、重症医学科、麻醉科、介入放射学专业等，具有中级及以上职称，熟悉专科急救处理，并接受过专业培训。

（三）伤员伤情交接。院内急救团队与院前急救人员交接，包括预警级别、评分评估、交接院前伤情评估表、主要的伤情、已经采取的急救措施、下一步需要采取的措施以及其他特殊情况。

（四）启动相应级别的预警。

1. 绿色预警：通知相关专科的医务人员在患者到达医院前到达急诊室，确保多种基本检查处于备用状态，准备急诊手术。

2. 黄色预警：通知创伤综合救治团队相关医师尽快赶到急诊室，确保监护设备开启、血管活性药品、晶体液、胶体液、各辅助检查设施等处于备用状态，准备实施急诊手术。

3. 红色预警：通知创伤综合救治团队医师尽快赶到急诊室，确保监护设备开启、呼吸机开启及连接管路、插管设备到位、除颤仪、血管活性药品、晶体液、各辅助检查设施等处于备用状态，并通知血库做好配血准备，患者到达后可立即实施抢救和手术。

（五）初次评估。

按照气道及颈椎保护（A）、呼吸及保持通气（B）、循环及控制出血（C）、神经系统检查（D）以及暴露及环境控制（E）的步骤进行初次评估。

（六）复苏、损伤控制挽救生命。如发现患者生命体征不稳定，立即给予复苏、创伤高级生命支持，做损伤控制性手术挽救生命，之后重症监护室继续复苏直至生命体征稳定。

（七）二次评估。生命体征稳定后，按照 A、B、C、D、E 的顺序二次评估伤情，处理伤口，完善辅助检查，明确诊断，做 ISS 评分以确定伤情的严重程度。

（八）制定下一步治疗方案，完成所有治疗后康复出院。

附件 2

创伤中心建设与管理指导原则（试行）

为进一步规范和提高创伤患者救治水平，保证医疗质量和医疗安全，特制定本指导原则，供各地参照执行。

一、基本条件

（一）二级及以上综合医院。

（二）设置急诊医学科、骨科、神经外科、普外科、心胸外科、泌尿外科、五官科、介入科、麻醉科、医学影像科、输血科等与创伤救治相关的诊疗科目。

（三）有创伤综合救治团队，配备具有相关资质的专业技术人员。

（四）急诊抢救室具备一定数量、满足需求的抢救床位和复苏床位。

（五）设置创伤复苏单元，一定数量的创伤重症监护室（ICU）病床，及创伤普通病床。

（六）具备创伤基础和高级生命支持设备、床旁检测和诊断设备。

（七）能够快速完成创伤重点超声评估（Focused Assessment Sonography in Trauma, FAST）、胸片、骨盆 X 线检查、全身快速 CT 检查、血管造影检查、力争做到介入时间及手术时间提前，特殊患者能够在 1 小时内实施急诊手术。

（八）具备开展紧急气管插管、环甲膜切开、胸腔闭式引

流、心包穿刺术、开腹探查、开胸探查、颅脑外伤急诊手术、肠切除术、胃肠穿孔修补术、胃肠造口术、吻合术、胃部及十二指肠手术、胃肠吻合术、肝脾损伤的处理、直肠切除术、回盲部切除术、多发性肋骨骨折、连枷胸内固定、胸廓成形术、膈肌修补术、胸壁外伤扩创术、开胸探查术、心包开窗引流术、肺大泡切除修补术、肺楔形切除术、四肢及骨盆外架外固定术、四肢骨盆及脊柱脊髓损伤急诊手术、肢体残端修整术、大腿截肢术、小腿截肢术、足踝部截肢术、截指术等相关能力和条件。

（九）建立院前登记系统与院内登记系统，建立统一的患者确认码，做到创伤患者的全病程追踪。

（十）具备严重创伤患者的综合抢救能力。

二、组织管理

（一）成立由院长或分管医疗业务的副院长负责，相关科室和管理部門参与的创伤中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责创伤中心的日常管理。

（二）成立严重创伤和多发伤的综合救治团队，并按照创伤相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类创伤相关救治预案和工作协调机制。

（三）与所在地医联体机构、院前急救中心（站）和基层医疗卫生机构签订创伤患者协同救治协议，建立分工协作机制。

（四）建立专人负责创伤患者信息登记制度、诊疗数据记录、随访、健康宣教制度，并定期对创伤患者诊疗过程进行随访、统计、分析，总结提高医疗服务质量和加强患者安全的

措施。

三、建设要求

（一）建立以创伤救治为核心的多学科联合诊疗模式。

（二）建立创伤中心绿色通道，及时接诊创伤患者。对于需要紧急救治的创伤患者，实施“先救治、后付费”。

（三）按照创伤相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类创伤相关疾病的救治和转诊标准流程。

（四）建立院前救治与院内救治之间的无缝衔接流程，经院前急救中心（站）救护车转运和基层转诊的严重创伤患者，到达医院后直接送达创伤复苏单元、重症监护室，必要时可直接送达手术室。

（五）建立针对医院、创伤救治点/中心、院前急救中心（站）、区域内相关医疗卫生机构的培训教育体系，提高相关创伤救治人员的协同救治能力。

四、服务要求

（一）建立创伤患者的快速评估、检伤分类和分级诊疗机制，对创伤患者尤其是严重创伤患者进行“早识别、早诊断、早治疗”。

（二）不断改善医疗服务流程，提升创伤规范化诊治能力。建立多学科联合诊疗模式，重点提高严重创伤和多发伤的综合救治能力，提高群发伤和突发公共卫生事件的应对能力。

（三）创伤中心能够常规开展急诊创伤的生命支持（心肺复苏，抗休克和紧急气道管理等），并能高效联动院前急救和院

内创伤综合救治团队。

（四）能够对全部的创伤患者进行确定性治疗。

（五）向签订协同救治协议的医疗机构提供远程会诊和远程教育，建立患者信息共享平台。

（六）开展面向社会大众的急救和健康宣传教育，提高公众健康意识、自救和互救能力。

附件 3

创伤中心医疗质量控制指标

- 一、严重创伤患者到达医院后至开始进行抢救的时间。
- 二、从就诊到完成全身快速 CT、胸片和骨盆片的检查时间。
- 三、患者需紧急输血时，从提出输血申请到护士执行输血的时间。
- 四、存在有上呼吸道损伤、狭窄、阻塞、气管食管瘘等影响正常通气时建立人工气道时间。
- 五、张力性气胸或中等量气血胸时，完成胸腔闭式引流时间。
- 六、抢救室滞留时间中位数：急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室的时间（以小时为单位）由长到短排列后取其中位数。
- 七、严重创伤患者从入院到出院之间的手术次数。
- 八、严重创伤患者重症监护病房住院天数。
- 九、严重创伤患者呼吸机使用时长（以小时为单位）和呼吸机相关肺炎发生率。
- 十、严重创伤患者（ISS ≥ 16 者）抢救成功率。
- 十一、创伤患者入院诊断与出院时确定性诊断的符合率。
- 十二、年收治创伤患者人数。
- 十三、接受外院转诊患者比例。
- 十四、需要转诊治疗的创伤患者转诊比例。

十五、创伤患者年平均住院日。

十六、创伤患者均次住院费用。