

ICS 11.020

CCS C 05

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 810—2022

# 基层医疗卫生机构急重患者判断及转诊 技术标准

Evaluation and referral technical standard of urgent patients for primary health care  
facilities

2022-11-25 发布

2023-03-01 实施

中华人民共和国国家卫生健康委员会 发布

# 目 次

前言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 缩略语.....	2
5 患者病情严重程度分层.....	2
6 患者转诊需求分级.....	4
7 现场处理与转诊.....	5
附录 A（资料性） 意识障碍的现场处理.....	7
附录 B（资料性） 呼吸困难的现场处理.....	8
附录 C（资料性） 心律失常的现场处理.....	10
附录 D（资料性） 血压异常的现场处理.....	12
附录 E（资料性） 体温异常的现场处理.....	13
附录 F（资料性） 儿童严重过敏反应的现场处理.....	14
附录 G（资料性） 儿童持续抽搐的现场处理.....	16
附录 H（资料性） 婴儿窒息的现场处理.....	17

## 前 言

本标准由国家卫生健康标准委员会基层卫生健康标准专业委员会负责技术审查和技术咨询,由国家卫生健康委员会医疗管理服务指导中心负责协调性和格式审查,由国家卫生健康委员会基层卫生健康司负责业务管理、法规司负责统筹管理。

本标准起草单位:中国医学科学院北京协和医院、北京清华长庚医院、首都医科大学附属北京儿童医院、广州市妇女儿童医疗中心、首都医科大学附属北京天坛医院、北京市东城区社区卫生服务管理中心。

本标准主要起草人:曾学军、王仲、钱素云、朱华栋、沙悦、刘继海、徐保平、李佩青、马力、王芳。

# 基层医疗卫生机构急重患者判断及转诊技术标准

## 1 范围

本标准规定了基层医疗卫生机构医务人员主要基于急重患者生命体征进行患者病情严重程度分层、患者转诊需求分级、现场处理与转诊的要求。

本标准适用于乡镇卫生院、社区卫生服务中心对急重患者病情严重程度判断和转诊的医疗行为，其他基层医疗卫生机构可参照使用。

## 2 规范性引用文件

本标准没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

### 3.1

**基层医疗卫生机构** primary health care facilities

取得《医疗机构执业许可证》的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

### 3.2

**急重患者** urgent patient

有紧急医疗需求或病情危及生命的患者。

### 3.3

**病情判断** evaluation of the patient's condition

依据患者的症状、体征以及其他医疗信息对患者疾病的危险程度做出评价。

### 3.4

**转诊** referral

将患者转移到上级医疗机构进行诊断治疗。

### 3.5

**意识** consciousness

人对周围环境和自身状态的认知与觉察能力，是大脑高级神经中枢功能活动的综合表现。

### 3.6

**心率** heart rate

每分钟心跳次数。

## 3.7

**脉率 pulse rate**

每分钟体表动脉搏动次数。

## 3.8

**呼吸频率 respiratory rate**

每分钟自主呼吸次数。

## 3.9

**血压 blood pressure**

血液流动时对血管壁的侧压力。

注：通常使用的测血压工具包括水银血压计和电子血压计。

## 3.10

**体温 temperature**

人体内部的温度或以体表温度反映的人体温度。

注：通常的测量方法包括腋测法及耳测法。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本标准。

HR：心率（Heart Rate）

P：脉率（Pulse Rate）

RR：呼吸频率（Respiratory Rate）

BP：血压（Blood Pressure）

SBP：收缩压（Systolic Blood Pressure）

DBP：舒张压（Diastolic Blood Pressure）

T：体温（Temperature）

MEWS：改良早期预警评分（Modified Early Warning Score）

## 5 患者病情严重程度分层

## 5.1 患者病情严重程度分层标准

## 5.1.1 患者病情严重程度分层原则

根据患者极端生命体征数值和基于生命体征的综合评分（MEWS评分，适用于成人）进行病情严重程度分层，分为极高危、高危和平诊患者。

在极端生命体征数值和MEWS评分中，遇两者分层结果不一致时，以分层更高者确定该患者病情严重程度分层。生命体征数值中同时有两项以上分层为高危的患者，病情分层应为极高危患者。

## 5.1.2 极端生命体征数值判断

## 5.1.2.1 极高危

出现下列任何一项，包括：

- 急性起病或急性加重的昏迷；
- 存在气道梗阻表现或呼吸节律异常，RR $\geq$ 30 次/min 或 RR $\leq$ 10 次/min；
- SBP $<$ 90mmHg 且合并组织灌注不足表现；
- 腋温 $<$ 35 $^{\circ}$ C 或 $>$ 40 $^{\circ}$ C；
- 心电图提示急性 ST 段抬高型心肌梗死、急性肺栓塞、恶性心律失常；
- 血压提示 SBP $\geq$ 210mmHg 或 DBP $\geq$ 120mmHg；
- 任何不能控制的外出血或内出血，伴有 P $\geq$ 110 次/min 或 BP 下降；
- 儿童出现面色苍灰、精神萎靡、嗜睡或烦躁、无尿；肢端凉、皮肤花斑、低血压、外周动脉搏动减弱或消失；心率减慢 $<$ 60 次/min 并伴有上述低灌注表现；
- 儿童出现无反应；只对疼痛刺激有反应；抽搐持续 $>$ 5min。

#### 5.1.2.2 高危

出现下列任何一项，包括：

- 急性起病或急性加重的意识改变（谵妄、嗜睡）；
- 呼吸频率异常，22 $\leq$ RR $<$ 30 次/min，或 10 $<$ RR $\leq$ 12 次/min；
- SBP $<$ 90mmHg，或较平时 SBP 下降 $>$ 30mmHg，但目前尿量不少，无组织灌注不足征象；
- 高热，腋温 $\geq$ 39 $^{\circ}$ C；
- 心电图提示心律失常或有动态变化提示严重心肌缺血；
- 180 $\leq$ SBP $<$ 210 mmHg，或 110 $\leq$ DBP $<$ 120mmHg；
- 任何不能控制的外出血或内出血，不伴有 P、BP 变化；
- 儿童哭声弱；易激惹、烦躁不安、哭闹不能安抚或目光呆滞；喂养困难或吸吮力弱或严重呕吐、不能进食；外周毛细血管再充盈时间 $>$ 3s，皮肤冷；口唇紫绀；
- 儿童对外界反应差，对声音刺激有反应；近期有抽搐发作。

#### 5.1.2.3 平诊

排除本标准第 5.1.2.1 条和第 5.1.2.2 条的其他患者。

#### 5.1.3 基于生命体征的综合评分

基层医疗卫生机构医务人员可基于患者生命体征的综合判断（MEWS评分，适用于成人）进行病情严重程度分层，见表1。

极高危：MEWS评分 $\geq$ 9分

高危：5 $\leq$ MEWS评分 $<$ 9分

平诊：MEWS评分 $<$ 5分

表 1 改良早期预警评分（MEWS）

项目	评分						
	3	2	1	0	1	2	3
心率（次/min）		$\leq$ 40	41~50	51~100	101~110	111~129	$\geq$ 130
收缩压（mmHg）	$\leq$ 70	71~80	81~100	101~199		$\geq$ 200	
呼吸频率（次/min）		$<$ 9		9~14	15~20	21~29	$\geq$ 30
体温（ $^{\circ}$ C）		$<$ 35.0		35.0~38.4		$\geq$ 38.5	
意识				清楚	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应

## 5.2 患者病情严重程度分层定义

病情严重程度分层定义见表2。

表2 病情严重程度分层定义

病情严重程度分层	定义
极高危	病情可能随时危及患者生命，需立即进行现场抢救。
高危	患者目前无危及生命的危险，但如果不及时处理，将随时有可能发展为危及生命或造成永久残疾的临床情况。
平诊	患者目前生命体征平稳，以各项指标判断无明显危及生命或致残的风险存在。

## 6 患者转诊需求分级

### 6.1 转诊需求分级

依据患者病情严重程度分层及所需医疗资源进行转诊需求分级，见表3。

表3 患者转诊需求分级

患者病情严重程度	患者所需医疗资源	患者转诊需求	患者转诊需求级别
极高危、高危	需途中生命支持、可能需要紧急溶栓、介入等资源	立即急救车转诊	1级
高危	预计数小时内无生命支持资源需求	立即转诊	2级
高危或平诊	因基层医疗卫生机构医疗资源有限，需上转完善诊断或治疗	尽快转诊	3级
平诊	基层医疗卫生机构医疗资源可满足患者诊疗需求	择期转诊或不转诊	4级

### 6.2 需上调转诊需求分级的情况

#### 6.2.1 基本原则

依据患者病情严重程度确定转诊需求分级时，应同时兼顾患者的疾病特点（症状、体征及初步诊断）和人群特点，遇有本标准第6.2.2条或第6.2.3条所列情况，宜上调转诊需求分级。

#### 6.2.2 需上调转诊需求分级至1级的症状、体征及初步诊断

需上调转诊需求分级至1级的症状、体征及初步诊断，包括但不限于：

- 头痛合并脑膜刺激征；
- 合并神经系统定位体征；
- 不能除外合并颅高压；
- 不能除外急性冠脉综合征；
- 不能除外肺栓塞；
- 不能除外主动脉夹层；

- 不能除外血胸或气胸；
- 不能除外外科急腹症；
- 腹痛合并明显消化道出血；
- 近2周有外伤史合并腹痛；
- 育龄期妇女出现下腹痛伴有停经；
- 疼痛剧烈，难以配合；
- 严重外伤引起的可能性骨折。

### 6.2.3 宜上调转诊需求分级1级的人群

宜上调转诊需求分级1级的人群，包括但不限于：

- 孕妇；
- 儿童；
- 高龄患者（年龄 $\geq 75$ 岁）；
- 免疫功能低下患者（糖尿病血糖控制不佳、肿瘤患者、接受实体器官移植患者、长期服用激素或免疫抑制剂、艾滋病患者等）；
- 合并有严重慢性心、肺、肝、肾等疾病患者。

## 7 现场处理与转诊

### 7.1 现场处理

对转诊需求分级为1~4级的患者，转诊前均应做好现场处理，并联系转诊医疗机构。如出现下列一种或数种情况，需参照相应的一个或数个附录进行处理。

- a) 意识障碍的现场处理见附录A。
- b) 呼吸困难的现场处理见附录B。
- c) 心律失常的现场处理见附录C。
- d) 血压异常的现场处理见附录D。
- e) 体温异常的现场处理见附录E。
- f) 儿童严重过敏反应的现场处理见附录F。
- g) 儿童持续抽搐的现场处理见附录G。
- h) 婴儿窒息的现场处理见附录H。

### 7.2 转诊

#### 7.2.1 转诊方式

对转诊需求分级为1级的患者，应尽快联系急救中心或上级医疗单位急救车转诊。如受地理位置等条件所限，不能联系或等待急救车，需采用力所能及的安全转运措施尽快转诊。对转诊需求分级为2、3级的患者，可根据患者和家属诉求确定转诊方式。

#### 7.2.2 转诊医疗机构选择

基层医疗卫生机构医务人员应基于区域医疗机构分布，根据患者病情和救治需求，并结合患者与家属意见，与急救中心协调确定转诊医疗机构，包括二级及以上综合医院，或胸痛中心、卒中中心等。

#### 7.2.3 转诊科室选择与联系



在患者转运的同时，基层医疗卫生机构医务人员应直接或通过急救中心医务人员，同时与拟转诊医疗机构的急诊分诊部门及时取得联系，确定接诊科室，必要时向接诊科室医务人员进行初步病情介绍，便于该医疗机构提前做出急救准备。转诊前需要联系患者家属/监护人/直系亲人。

### 7.3 平诊患者

应按照相应疾病或症状诊疗规范进行处置，合理安排转诊或不转诊。

患者诊治过程中出现病情变化，应及时进行病情评估、再次进行病情严重程度分层。分层转变为高危或极高危患者，则按照本标准第7.2条进行转诊。

附 录 A  
(资料性)  
意识障碍的现场处理

### A.1 心跳骤停意识障碍患者的处理

对于意识丧失伴有呼吸停止及大动脉搏动消失的患者，应直接进入心肺复苏流程进行抢救，同时呼叫急救车。

### A.2 昏迷患者的现场处理

A.2.1 严密监测生命体征，如有异常，立即进行相应的处理。

A.2.2 严重意识障碍患者，应将其摆放为昏迷体位，头偏向一侧并保证患者口鼻朝侧下，防止误吸。如出现鼾音，常提示舌后坠，应予放置口咽通气道（管）。

A.2.3 应尽快建立静脉通道，并予吸氧（鼻导管 3L/min，若患者呼吸困难伴有明显紫绀，则应采用面罩吸入高流量氧气）支持。

A.2.4 立即采用指血血糖仪进行快速血糖检测，如血糖 $<2.8\text{mmol/L}$ （新生儿 $<2.6\text{mmol/L}$ ）或临床判断无法除外低血糖昏迷者，可予静推50%葡萄糖40ml（儿童给予10%葡萄糖5ml/kg~10ml/kg或25%葡萄糖2ml/kg~4ml/kg），若患者意识转清，之后以10%葡萄糖静点并建议转诊。

A.2.5 有严重头痛、喷射性呕吐、颈强直等颅内高压表现者，可抬高床头，予20%甘露醇250ml（儿童剂量2.5ml/kg~5ml/kg），15min~20min快速静点以降低颅压。如没有甘露醇的情况下，成人患者可应用呋塞米20mg静推。

A.2.6 外伤患者要注意保护颈椎，如佩戴颈托。若无颈托也可就地取材固定患者头颈部。

### A.3 躁狂患者的处理

谵妄的患者如无暴力倾向，尚能配合治疗，应以安慰、减轻身体痛苦刺激为主。如患者有暴力倾向，不能配合治疗，则要严格束缚，应用宽束缚带固定躯干和四肢，必要时拨打110，请求援助。地西洋等镇静药物有抑制呼吸的风险，必要时谨慎使用，并提前做好抢救呼吸抑制等副作用的准备。

## 附录 B

### (资料性)

#### 呼吸困难的现场处理

##### B.1 突发窒息患者的处理

患者若有明确异物吸入史伴有明显呼吸困难和口唇紫绀、不能言语，应立即尝试海姆立克腹部冲击法：急救者首先以前腿弓、后腿蹬的姿势站稳，然后将双臂分别从患者两腋下前伸并环抱患者。左手握拳，右手从前方握住左手手腕，使左拳虎口贴在患者胸部下方、肚脐上方的上腹部中央，然后突然用力收紧双臂，用左拳虎口向患者上腹部内上方猛烈施压，迫使其上腹部下陷，以排出气道异物。若患者体型肥胖或为中晚期妊娠的孕妇，应按压胸骨下段，避免直接按压上腹部。有效的操作可能成为抢救患者最有效的措施，若尝试失败，有条件的单位可予以气管插管，否则应尽快转诊上级医院抢救。

##### B.2 呼吸过缓或节律不稳定患者的处理

呼吸频率过缓或呼吸节律不稳定的患者随时可能发展为呼吸停止，应予通畅呼吸道（尽可能清理呼吸道异物、呕吐物、血液等），球囊面罩辅助通气。建立静脉通路应用呼吸兴奋剂，洛贝林3mg或尼可刹米0.25g~0.5g静脉注射治疗，根据呼吸频率评估可每3min~5min重复给药，尽快联系转诊上级医院。

##### B.3 呼吸过速的患者处理

B.3.1 呼吸过速伴有明显缺氧表现者，应保持气道通畅并吸氧，氧疗应注意选择合适的设备和氧流量；同时积极寻找导致缺氧的病因：

- 如为过敏引起的上气道水肿（如出现声嘶、喘鸣），可予肾上腺素（1:1000）0.3mg~0.5mg，大腿中外侧肌肉注射（儿童剂量0.01mg/kg，最大不超过成人剂量），同时予 $\beta$ 受体激动剂雾化吸入、糖皮质激素静脉输注，抗组胺药物也可酌情使用。
- 如有明确的病因，如肺炎、心衰、哮喘等，需要积极药物治疗，同时尽快联系急救车转诊至上级医院。
- 若患者有明确慢性阻塞性肺疾病病史，应给予持续低流量吸氧（鼻导管1L/min~2L/min）。高流量吸氧有进一步抑制呼吸中枢导致呼吸困难加重、甚至呼吸停止的风险。

B.3.2 呼吸过速不伴有缺氧表现者，应注意有无其它原因导致的呼吸过速，有明确原因的给予对因治疗。例如，深大呼吸常见于严重的代谢性酸中毒，如糖尿病酮症酸中毒，应注意及时纠正；其他情况也可以给予对症处理，如退热、止咳、平喘、止痛（常规非甾体抗炎药）或补液治疗。给予处理后可以观察2h，若完全缓解按照平诊处理，若缓解不满意或观察过程中出现病情加重，应及时转诊上级医院。

B.3.3 对于呼吸过速的患者还应注意有无精神心理因素所致，如癔症，又称歇斯底里。若考虑患者存在癔症或癔症性精神病所致的呼吸过速，应安置在安静的环境，可不予吸氧，为避免呼吸过速引起的呼吸性碱中毒，尝试以适当方法增加二氧化碳的重复吸入。同时给予言语安慰、解释病情，缓解不满意者可予地西洋5mg肌肉注射，注意避免呼吸抑制的副作用。若明显缓解可按照平诊处理，缓解不满意者应转诊上级医院。

B.3.4 对于原因不明的呼吸过速患者应注意通畅呼吸道，予鼻导管吸氧，及时转诊上级医院。

## 附 录 C

### (资料性)

### 心律失常的现场处理

#### C.1 极高危组

##### C.1.1 快速型心律失常

快速型心律失常（往往大于150次/min）患者的处理：

- a) 吸氧、心电监测；
- b) 建立静脉通路，生理盐水500ml静脉点滴，维持通路；
- c) 严重快速心律失常出现血流动力学不稳定的患者需进行同步直流电复律，如为室速可应用100J~200J，复律前应给予静脉镇静药物，如地西洋5mg~10mg静脉推注（儿童若出现烦躁，给予地西洋0.1mg/kg~0.3mg/kg 静脉推注或咪达唑仑0.2mg/kg 静脉推注），注意呼吸抑制的副作用，并做好随时抢救的准备；
- d) 如出现心跳骤停、意识丧失，立即进入心肺复苏流程。

##### C.1.2 缓慢型心律失常

缓慢型心律失常（往往低于40次/min）患者的处理：

- a) 吸氧、心电监测；
- b) 建立静脉通路，生理盐水500ml静脉点滴，维持通路；
- c) 严重缓慢型心律失常出现血流动力学不稳定的患者可应用阿托品0.5mg皮下注射（青光眼及前列腺肥大者禁用）。儿童剂量0.02mg/kg，最大不超过成人剂量，静脉/皮下注射；
- d) 如有禁忌可应用异丙肾上腺素0.5mg~1mg，溶于5%葡萄糖注射液200ml~300ml内缓慢静滴；
- e) 如出现心跳骤停、意识丧失，立即进入心肺复苏流程。

#### C.2 高危组

##### C.2.1 心动过速

C.2.1.1 心电图提示：宽QRS波群、心律不齐，或心电图难于判读时，应及时建立静脉通路、吸氧，并呼叫急救车转送上级医院诊治。

C.2.1.2 对心律齐的窄QRS波心动过速，怀疑折返性室上性心动过速者可尝试刺激迷走神经的方法终止其发作，具体方法可采用深吸气后屏气、然后用力做呼气动作（即Valsalva动作），用压舌板刺激咽部诱发恶心反射等。

C.2.1.3 如有条件（配有心电监护及抢救设备），对明确为折返性室上性心动过速的患者可尝试药物转复（如腺苷6mg静脉快速推注；或普罗帕酮70mg，于10min内缓慢注射，必要时10min~20min重复一次，总量不超过210mg）。

C.2.1.4 对明确为非窦性心动过速或非折返性室上速的窄QRS快速型心律失常，可尝试应用口服酒石酸美托洛尔12.5mg（或其它β受体阻滞剂），观察心率变化。症状不缓解需要及时转诊至上级医院。

## C.2.2 心动过缓

C.2.2.1 凡心电图提示高度房室传导阻滞者（包括Ⅱ度Ⅱ型房室传导阻滞和Ⅲ度房室传导阻滞），处理同病情不稳定的缓慢心律失常。

C.2.2.2 凡心率 $\leq 40$ 次/min者（6岁以下儿童 $< 60$ 次/min者），无论有无症状，均应及时转诊上级医院。

## C.3 平诊组

C.3.1 注意评估其它生命体征

C.3.2 离院的指征：

无心律失常情况，或有明确诱因如紧张、激烈运动等，且心电图提示为窦性心动过速者；观察30min后，其他生命体征平稳，心率可逐渐恢复至正常，可离院。

来诊者 $40$ 次/min $<$ 心率 $< 60$ 次/min，无脑及其它器官灌注不足表现，心电图表现为窦性心动过缓，观察2h后，生命体征平稳的，可离院。注意对于一些老年人或运动员，其心率可低于60次/min，但绝大多数高于40次/min。

**附 录 D**  
**(资料性)**  
**血压异常的现场处理**

**D.1 低血压极高危患者处理**

低血压极高危患者处理:

- a) 保持安静, 患者摆休克体位;
- b) 心电、血压监测;
- c) 建立大口径静脉通路, 非心力衰竭患者快速静脉补液(生理盐水或林格氏液1L);
- d) 保持气道通畅, 高浓度吸氧;
- e) 外在活动性出血者予压迫止血;
- f) 过敏性休克患者应脱离或停用过敏原, 并立即给予肾上腺素(1:1000) 0.3mg~0.5mg, 大腿中  
外侧肌肉注射, 儿童剂量为0.01mg/kg。并考虑使用抗组胺药物及糖皮质激素(甲泼尼龙1mg/kg~  
2mg/kg或等量氢化可的松);
- g) 所有休克患者均应尽快联系转诊。

**D.2 高血压极高危患者处理**

**D.2.1** 血压 $\geq 180/110$ mmHg, 伴心、脑、肾急性并发症的临床表现, 包括: 高血压脑病、脑出血、蛛网  
膜下腔出血、脑梗死、主动脉夹层动脉瘤、急性心力衰竭、不稳定性心绞痛、心肌梗死等:

- a) 立即口服短效降压药物, 如卡托普利12.5mg~25mg, 或酒石酸美托洛尔25mg;
- b) 同时立即转诊。

**D.2.2** 血压 $\geq 180/110$ mmHg, 不伴心、脑、肾急性并发症的临床表现:

- a) 口服短效降压药物, 如卡托普利 12.5mg~25mg, 或酒石酸美托洛尔 25mg 口服, 1h 后可重复给  
药, 密切观察, 直至降到 180/110mmHg 以下。不建议舌下含服硝苯地平快速降压;
- b) 经上述治疗, 血压仍 $\geq 180/110$ mmHg, 或症状明显, 尽快联系转诊。

**D.3 无血压异常者处理**

无血压异常者进一步评估其它生命体征或主诉。

附 录 E  
(资料性)  
体温异常的现场处理

### E.1 低体温的处理

环境因素导致的低体温，可采取体外复温治疗。轻症患者可予以毛毯等干燥柔软衣物进行包裹保温，避免对冻伤部位进行按摩，可将冻伤部位放入温水中浸泡，并让患者饮用热饮。对于严重低体温患者，或因体温过低导致意识不清甚至意识丧失的患者，应在保暖的情况下尽快转诊上级医院。

### E.2 发热的处理

E.2.1 对所有发热患者需要询问流行病学史和相关症状以除外传染性疾病，对可疑传染病患者，医务人员要做好自身防护，同时立即联系转诊到传染病专科医院或有发热门诊的医疗机构。设有发热门诊或发热诊室的基层医疗卫生机构可对发热患者进行医疗处置。

E.2.2 中低度发热可先观察，不急于降温，以寻找并解决发热原因为主。

E.2.3 患者持续高热，或高热引起并发症（如惊厥、痉挛等），应及时予以降温治疗，并尽快转入上级医院进一步处理。具体降温措施包括物理降温和药物降温两种方法。

E.2.4 物理降温：可用冰袋置于双侧颈部、腋窝、肘窝、腹股沟及腘窝，也可在相应部位用酒精进行擦浴，但应避免对前胸及后背进行擦浴。儿童不推荐酒精擦浴降温。

E.2.5 药物降温：可使用对乙酰氨基酚 $10\text{mg}/\text{kg}\sim 15\text{mg}/\text{kg}$ 〔最大 $<600\text{mg}$ 〕口服或栓剂直肠给药，间隔时间 $\geq 4\text{h}$ ，每天最多4次（最大剂量为 $2\text{g}/\text{d}$ 〕，如有注射液，可酌情选用；布洛芬 $5\text{mg}/\text{kg}\sim 10\text{mg}/\text{kg}$ （最大 $<400\text{mg}$ ），口服，每6h 1次，每天最多4次。对乙酰氨基酚和布洛芬等退热剂不能有效预防高热惊厥发生。



附 录 F  
(资料性)  
儿童严重过敏反应的现场处理

### F.1 评估

急性发作、进展快速，出现皮疹（如荨麻疹）、黏膜水肿，询问药物、食物、特殊物质接触史。判断患儿意识是否清楚，评估循环、气道、呼吸、皮肤及消化道。

### F.2 诊断

严重过敏反应通常在暴露于可疑过敏原后，突然发作或快速进展（几分钟～数小时），表现为危及生命的气道和/或呼吸和/或循环问题，可同时伴有皮肤/黏膜、消化道改变。以下3项中符合任何1项，高度怀疑严重过敏反应。

- a) 无明确过敏原，突然出现皮肤和/或黏膜改变（如皮疹、水肿、瘙痒），同时至少有下列1种表现：
  - 1) 呼吸受累（如呼吸困难、喉喘鸣、喘息、紫绀）；
  - 2) 血压下降或器官功能不全（如晕厥、尿失禁）。
- b) 暴露可能过敏原后，迅速出现下述2种以上表现：
  - 1) 皮肤和/或黏膜改变；
  - 2) 呼吸受累；
  - 3) 血压下降或器官功能不全；
  - 4) 胃肠道症状（如腹痛、呕吐、腹泻）。
- c) 暴露已知过敏原，迅速出现血压下降。

### F.3 分类

**F.3.1 极高危：**包括过敏性休克（低血压、面色苍白、皮肤湿冷、头晕、嗜睡甚至昏迷）、上气道梗阻（声音嘶哑、喉喘鸣）和哮喘样发作（呼吸困难、喘息、肺部哮鸣音、紫绀）。

低血压的定义：

1个月≤年龄<1岁，收缩压<70mmHg；

1岁≤年龄<11岁，收缩压<（70+年龄×2）mmHg；

年龄≥11岁，收缩压<90mmHg。

**F.3.2 平诊：**只有荨麻疹、血管神经性水肿等皮肤黏膜改变，无气道、呼吸、循环及消化道改变。

### F.4 处理

**F.4.1** 立即终止与过敏物质的接触，呼叫他人帮助，平躺，抬高双腿，高流量给氧（6L/min～8L/min），监测生命体征；如果出现呼吸心跳骤停，就地实施心肺复苏。

**F.4.2** 极高危的处理：

- a) 立即给予肾上腺素（1:1000）0.01mg/kg，大腿前外侧中部肌肉注射，儿童最大剂量 0.3mg；如有必要 5min~10min 内可重复；
- b) 呼叫救护车准备转运；
- c) 同时在有条件的情况下酌情尽量完成下列治疗：
  - 1) 建立静脉通路，吸氧；
  - 2) 若有休克，快速输注生理盐水 20ml/kg；
  - 3) 出现上气道梗阻表现者，有条件时立刻气管插管；
  - 4) 有呼吸困难和喘息者，雾化吸入糖皮质激素（布地奈德 2mg 或丙酸倍氯米松 0.4mg）及沙丁胺醇或特布他林 2.5mg~5mg；
  - 5) 可予甲泼尼龙 1mg/kg~2mg/kg 或等量氢化可的松静脉注射。

#### F.4.3 平诊的处理：

口服抗组胺药：如西替利嗪、氯雷他定或氯苯那敏。

如已知有哮喘：雾化吸入沙丁胺醇或特布他林及糖皮质激素，效果不佳者可口服泼尼松 1mg/kg~2mg/kg。

留院观察至少4h，病情平稳可离院；离院前安排复诊或提供就诊指导。

## 附录 G

(资料性)

### 儿童持续抽搐的现场处理

对抽搐持续超过5min的患儿现场处理：

- a) 完成生命体征评估；
- b) 地西洋 0.3mg/kg，静脉注射，或咪达唑仑 0.2mg/kg，静脉注射/肌肉注射，注意呼吸抑制的副作用，并做好抢救准备。可在 5min~15min 内重复应用 1 次；
- c) 监测生命体征；
- d) 维持气道开放，吸氧；
- e) 尽早祛除可逆病因，如低血糖；
- f) 抽搐超过 15min 未缓解，予苯巴比妥 15mg/kg~20mg/kg，静脉注射；
- g) 联系救护车转诊上级医院。

附 录 H  
(资料性)  
婴儿窒息的现场处理

H.1 对 1 岁以下的婴儿窒息使用拍背和胸部快速冲击法，不使用腹部快速冲击法以免损伤肝脏。

H.2 呼叫帮助并呼叫急救车准备转诊至上级医院。

H.3 拍背和胸部快速冲击法：

- a) 坐稳，托住患儿的头部和下颌，使婴儿面向下，头低臀高位俯卧在施救者的前臂，前臂放在膝盖上，用大腿支撑患儿；
  - b) 施救者用另一只手的掌根部用力拍打患儿的肩胛之间 5 次；
  - c) 5 次背部拍打后，用空着的手托住患儿枕部，将患儿夹在施救者的两前臂之间，翻转至仰卧位，始终保持患儿头低臀高位；
  - d) 用两手指在患儿胸骨的下半部分快速冲击 5 次；
  - e) 每组 5 次的拍背和胸部快速冲击，直到异物清除或婴儿失去反应开始心肺复苏。
-