

世界标准日

WORD STANDARDS DAY
2025-10-14

执行基层医疗卫生机构
急重患者判断及转诊技术标准
(WS/T 810—2022)

守护人民群众健康



基层医疗卫生机构急重患者判断及转诊技术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。

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。



患者病情严重程度分层标准

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。



1.2 极端生命体征数值判断

极高危

病情可能随时危及患者生命，需立即进行现场抢救

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；
- $SBP < 90\text{mmHg}$ 且合并组织灌注不足表现；
- 腋温 $< 35^{\circ}\text{C}$ 或 $> 40^{\circ}\text{C}$ ；
- 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 $SBP \geq 210\text{mmHg}$ 或 $DBP \geq 20\text{mmHg}$ ；
- 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 $> 5\text{min}$ 。



1.2 极端生命体征数值判断

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

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 < 90 mmHg，或较平时 SBP 下降 > 30 mmHg，但目前尿量不少，无组织灌注不足征象；
- 高热，腋温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ；
- 心电图提示心律失常或有动态变化提示严重心肌缺血；
- $180 \leq \text{SBP} < 210$ mmHg，或 $110 \leq \text{DBP} < 120$ mmHg；
- 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 $> 3\text{s}$ ，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。



1.2 极端生命体征数值判断

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

排除本标准极高危、高危的其他患者。

1.3 基于生命体征的综合 评分

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 ≥ 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）		≤ 40	41~50	51~100	101~110	111~129	≥ 130
收缩压（mmHg）	≤ 70	71~80	81~100	101~199		≥ 200	
呼吸频率（次/min）		< 9		9~14	15~20	21~29	≥ 30
体温（℃）		< 35.0		35.0~38.4		≥ 38.5	
意识				清楚	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应





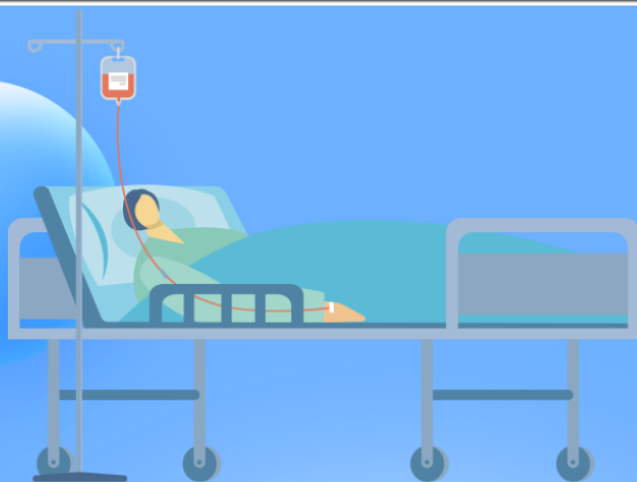
患者转诊需求分级

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2。

表 2 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





患者转诊需求分级

2 需上调转诊需求分级的情况

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，遇有本标准以下所列情况，宜上调转诊需求分级。

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。



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 ≥ 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。



现场处理与转诊

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。

2 转诊

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。

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。

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。

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，则按照本标准进行转诊。

