重症医学科收治范围、转入和转出标准及流程

转入收入ICU的患者，原则上需根据ICU的收治标准，经主管医师会诊同意后收入，节假日及夜班收治患者需及时向主管医师汇报。

从院内其他科室经会诊后转入的患者，应由原科室医护人员陪送入ICU，且做好交接班，ICU需预先做好抢救准备。

外院病人必须由ICU科主任会诊同意后收治入。

一、收治范围

各种危重的急性可逆性疾病，需进行生命支持者，如各种休克，循环衰竭和心搏，呼吸骤停，各种原因引起的急性呼吸功能不全和呼吸衰竭急性发作。

心肺复苏后需脑复苏的患者，溺水，电击伤复苏后患者，意外事故和严重创伤，各种类型中毒，多系统器官衰竭，昏迷及各种代谢性疾病危象，严重酸碱内环境失衡等。

重大手术后需要密切监护和复苏，如心血管手术后，需行呼吸循环支持者，高龄半有并发症患者术后监护等。

明确为脑死亡者，癌症晚期患者不应收ICU。

二、转入、转出标准（详见附录）

1.转入标准

病人需要加强治疗（第一优先权）应该优先于病人需要监护（第二优先权）和终末病人或预后恢复差的危重病人（第三优先权）。  
 无论如何，当确定转入优先权时，必须事先客观的测定其疾病的严重程度及预后。  
 第一优先权病人（Priority I Patients）  
 此组为危重的不稳定的患者并需要如：呼吸机支持，持续血管活性药物的输注等加强治疗(心胸外科术后病人或者感染中毒性休克)  
 它也许适用于某些单位发展特殊转入标准(不同程度的低氧血症，低于某特殊血压标准低血压等)  
 第一优先权病人一般不限制其超过接受治疗范围。  
 第二优先权病人（Priority 2 Patients）  
 这类患者需要进一步加强监护的服务，这些患者具有需要随时加强治疗的危险性，并且如使用肺动脉导管方法等加强监测对其有益(患者伴有心脏，肺部肾脏疾病基础状态，并已有急性严重性疾病或进行大的手术)  
 第二优先权病人一般不限制其所能接受治疗范围  
 第三优先权病人（priority 3 Patients）  
 这些危重的不稳定患者以前为健康状态，或伴基础性疾病或急性疾病状态，即可能单独状态也可能联合状态。经过ICU治疗后有可能恢复或获得好处，达到其严重程度减轻。(患者具有恶性转移瘤并合并感染、心包填塞或肺部疾疾；处于终末状态的心脏或肺部疾病的患者合并急性严重疾病)  
 病人为缓解急性疾病可接受加强监护治疗。  
 例外（Exclusion）  
 1）病人已确定脑死亡,做器官移植供体  
 2）具有生存能力的病人，他拒绝进一步生命支持治疗且只是为“舒适的护理”这也不能除外DNR的患者。  
   3）长久植物人状态的患者。  
  4）需要ICU监测的生理状态稳定的患者。(来自血管外科术后病人；无合并酮症酸中毒糖尿病患者；脑震荡者或者轻度充血性心力衰)  
 2.转出标准  
 第一优先权转出条件：当患者不需要加强监护治疗，或者当治疗失败具短期预后差，经过持续加强监护治疗恢复或好转可能性小。后者如患者包括三个或者更多器官衰竭，经进一步处理无反应的患者。  
 第二优先权转出条件：当突然需要加强治疗的可能性减少者。  
 第三优先权转出病人：当加强治疗的需要已不存在时，必须转出，但经过持续加强治疗其恢复或好转可能性小者，也许提前转出。例如：后者或许包括患者伴有晚期疾病（如慢性肺部疾病，末期心脏或肝脏疾病，广泛转移的肿瘤等）。

三、患者转出流程

患者转出ICU原则上由主管医师决定，转出时必须向病房医师仔细介绍当前诊断，电解质，血常规及血气分析情况，目前治疗原则和 用药情况，现有液体的成分和浓度，有无特殊用药及剂量，浓度，有无并发症，需特别注意观察和处理的问题，进一步治疗和护理的问题的等，并将上述内容写入转科记录中。

患者的转出应由ICU主管医生及科主任决定，少数患者可直接出院。

附录：

1.心脏

• 收治标准

• 1．SBP＜90mmHg

• 2.尿量＜30ml/h

• 3．需要应用升血压药

• 4.需要血液动力学监测

• 转出标准

• 1.无休克症状

• 2.不需要有创监测

• 3.心律稳定并无致死性心律失常

• 4. SBP＞90mmHg HR＞45次/分

• RR＞12次/分 x12小时 无发热

2.血液系统

• 收治标准

• 1．活动性出血

• 2. BP＜90/60mmHg

• 3.尿量＜30ml/h

• 4.需要应用升血压药物

• 5.需要血液动力学监测

• 转出标准

• 1.明确出血部位并且控制出血 达24小时

• 2. BP＞90/60mmHg x 24小时

• 3.静脉升压药不持续应用x24 小时

• 4.不需血液动力学监测

• 5.Hb≥10g/dl

3.急性呼吸窘迫

收治标准

• 1．急性呼吸困难伴呼吸暂停 或Pco2＞60mmHg PH ＜7.35

• 2.急性CHF Pco2＞60mmHg

• 3.需要辅助通气

• 4.急性肺栓塞

• 5.手术后肺部合并症

• 6.不能有效排出气道分泌物

• 7.气胸

. 转出标准

• 1.自主通气、氧饱和度＞92%x24 小时

• 2.呼吸功能稳定x24小时不伴有机械辅助通气

• (ABG’s正常范围或代偿正常范围)

• 3.肺部分泌物通过普通护理单位和呼吸治疗可以控制

• 4.稳定抗凝治疗,并且PT及PTT处于可接受的范围

• 5.终末及即将发生终末状态

• 6.无主要心律失常、无致死性心律失常可终止监护

• 7.转出IMC进行辅助机械通气 (家庭呼吸机)

4.内分泌系统

• 收治标准

• 1．体温过高/体温过低

• 2.酮症酸中毒

• 3.严重的电解质紊乱

• K＜2.5mmol/L或＞5.5 mmol/L

• Ca＜7.5mg/dl或＞11mg/dl

• PO4＜1.5 或＞5.5

• Na＜120 mmol/L或＞150 mmol/L

• 4.损伤的LOC(Impaired LOC)

• 转出标准

• 1.体温处于可按受范围

• 2.正常电解质

• 3.神经系统功能完整x24小时 (无神经系统功能损伤) x24

5、严重高血压（恶性高血压）

• 收治标准

• 1.SBP＞210 mmHg/L,

• DSP＞110 mmHg/L

• 2.需要持续静脉点抗高血压药

• 3.尿量＜30ml/h(在24小时内)

• 4.持续性有创性监护

• 转出标准

• 1.持续静脉点滴抗高血压已不持续应用x24小时

• 2.血压控制x24小时

• 3.在24小时尿量＞30ml/h

• 4.不持续应用有创监护

6、急性心肌梗塞

• 收治标准

• 1．胸痛

• 2.心律失常

• 3.EKG/心肌酶改变

• 4.需要溶栓治疗

• 5.需要血液动力学监测

• 6.需要主动脉内泵反博

• 7.生命体征不稳定

转出标准

• 1.胸痛消失x24小时,并且被 诊断非心源性胸痛

• 2.尿量在25-30ml/h

• 3.可行性远距离遥测

• 4.生命体征稳定并无致死性改变达24小时

• 5.无危胁生命(致死性)心律 失常或传导障碍达24小时

• 6.心肌酶有所改善

• 7.无进展性EKG改变

• 8.溶栓治疗已不持续x24小 时

• 9.血液动力学监测已不持续

• 10.IABP已不连续x24小时

7.不稳定心绞痛R/O 心肌梗塞

收治标准

• 1．胸痛

• 2.心律失常

• 转出标准

• 1.无胸痛除外,胸痛由硝酸甘油缓解

• 2.血压趋于可接受的参数内

• 3.一系列EKG’s及血清酶学不反应急性心肌x24小时

• 4.胸部无特殊改变或X-证实

8、心脏的介入治疗

• 收治标准

1.PTCA经皮经腔冠状动脉形术，DCA，或冠状动脉支架术后

2.出血

3.BP不稳定

4.IMC无床

转出标准

1.血压被控制

2.BP处于接受的参数

3.腹股沟处稳定,鞘不需连续监护

9、多系统损伤

• 收治标准

• 1.气道梗阻

• 2.需要辅助通气通

• 3.需要血液动力学监测

• 4.在术前及术后期间,需要密切护士观察

• 5.活动性出血或休克

• 6.生命体征或者神经系统功 能处于变动

• 或超出可接受参数之处

转出标准

• 1.呼吸不需要机械通气辅助达24小时

• (ABG’s处于正常或代偿正常范围之内)

• 2.血液动力学不需持续监测

• 3.生命体征,神经系统功能 及肾功能

• 处于可接受的范围内

• 4.BUN及肌酐有所改善或无明白改变x24小时

• 5.无发热

• 6.DNR

10.心律失常（致死性心律失常）

• 收治标准

• 1．明确或恶性心律失常

• 转出标准

• 1.遥测技术可以应用

• 2.生命体征稳定x24小时

• 3.酶无明显变化(阴性)x36小时

• 4.无发热

11.、癫痫持续状态

• 收治标准

• 1．持续惊厥需要持续性监护护理

• 2.气道梗阻需要辅助通气

• 3.需要心脏监护

• 4.生命体征不稳定

• 5.明显神经系统功能障碍

• 转出标准

• 1.无惊厥活动x24小时

• 2.自主呼吸氧饱和度＞ 92%x24小时

• 3.稳定心脏,神经及呼吸功能达x24小时12.肾衰衰竭  
•   收治标准   
•   1．不稳定生命体征需要经常评估   
•   2..慢性肾功能不全(CHF)的症状及体征  
•   3.需要紧急透析   
•   4.电解质不平衡K＞5.5 PH＜7.3   
•   5.因电解质不平衡导致心律失常需要进  
•   行心脏监护观察  
•  转出标准  
•   1.生命体征稳定x24小时  
•   2.电解质稳定  
•   3.BUN及肌酸有所改善  
４.ABGpH为7.25   
•   5.无严重心律失常  
13.循环系统的损伤  
（血管外科术后）  
•  收治标准   
•  1.观察移植开放x24小时   
•  2.观察术后出血及神经系统状态   
•  3.需要有创性监测  
•  4.已扩大的主动脉病患者   
•  转出标准  
•  1.移植开放的  
•  2.无出血x24小时  
•  3.无明显急性神经系统损害x24小时  
•  4.无发热并且生命体征稳定  
14.主要外科病例  
•   收治标准   
•  1.术后麻醉需要辅助通气   
•  2.心脏监测x24小时   
•  3.术后期间需要医护人员密切观察进行药物处理  
•   转出标准  
•   1.自主通气x24小时  
•   2.生命体征稳定x24小时  
15.药物中毒  
•   收治标准   
•  1.需观察呼吸状态并需要辅助通气者   
•  2.心脏心律监护x24小时   
•   转出标准  
•  1.自主呼吸功能不需要辅助通气  
•  2.无心脏心律失常x24小时  
•  3.神经系统功能完整x24小时  
•  4.BUN/肌酸/肝酶学有所改善或来改变x24小时  
16.移植  
•   收治标准  
•  1.需要观察x24小时～48小时急性排斥反应  
•  2.观察抗急性排斥药物的付作用  
•  转出标准  
•  1.无出血x24小时  
•  2.无明显排斥x24小时(无发热SBP＜90)  
•  3．自主呼吸功能不需要呼吸机辅助呼吸  
17.自杀企图（包括一氧化碳中毒）  
•   收治标准   
•   1.自杀预防   
•   2.需要医务人员密切观守   
•   3.需要心脏监护   
•   转出标准  
•   1.稳定生命体征  
•   2.床边心理的医疗,可易达到  
•   3.内科医师医病转出