

# 精神专科医院急诊科建设与管理专家共识 (2023 版)

精神专科医院急诊科建设与管理共识专家组

通信作者：邵阳, Email: sawyer2002@163.com; 徐一峰, Email: xuyifeng@smhc.org.cn

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2024.07.007

精神专科医院急诊主要负责精神科急症患者的救治任务,是精神卫生医疗服务体系重要组成部分。全国各地精神专科医院对急诊医疗服务的建设与管理工作的差异较大,存在发展不平衡、不充分、不规范的现状,包括未设立急诊科,缺乏相应的急诊设备和专业医护团队,针对精神科急诊医护工作人员的急诊相关工作培训不足,急诊医护人员在处理兴奋激越、冲动攻击、自杀自伤等精神科急危重症时处理措施和服务流程存在不足,急诊服务流程和质量有待改进<sup>[1-2]</sup>。本共识协作组参考《急诊科建设与管理指南(试行)》等文献,结合精神专科医院急诊的现状,制定《精神专科医院急诊科建设与管理专家共识》,旨在推进精神专科医院急诊科建设和管理工作<sup>[3-6]</sup>。

## 1 职责与范围

精神专科医院急诊是精神科急症患者诊疗的首诊场所,是社会精神卫生医疗服务体系的重要组成部分。精神专科医院急诊科实行急诊抢救室、急诊监护室、急诊病房/留观室、隔离处置室等连贯性一体化管理体系,并不断完善绿色通道建设。

精神专科医院急诊实行全天 24 小时开放,提供急诊患者诊治场所,负责精神科急危重症患者的连贯性一体化救治,为患者及时获得后续精神科诊疗服务提供支持和保障。

进入急诊绿色通道的主要精神科急危重症包括:严重冲动伤人、毁物、暴力攻击行为、严重自伤行为、自杀行为(包括跳楼、割腕、开煤气、服药、自缢等)、扩大性自杀行为、现场持械意图危害他人/伤害自身行为。其他可能需要转诊的急诊特殊情况,包括(1)急性精神药物、精神活性物质使用过量/中毒(自杀或者误服)、需要及时处理的严重药物不良反应;(2)锥体外系不良反应、恶性综合征、5-羟色胺综合征;(3)不明原因意识障碍、谵妄(包括震颤谵妄)和晕厥、癫痫持续状态、伴有严重躯体疾病、体位性低血压、生命体征不平稳等。

## 2 人员、设施设备

精神专科医院急诊科是能够承担医疗、教学和科研的综合性科室,应有相应的设施、设备与场地以及医、教、研团队。

### 2.1 急诊科人员

应根据科室功能设置岗位,并配备医师、护士以及辅助人员(包括保洁、安保人员等)。急诊科医师梯队结构合理,固定医师应具有 5 年及以上精神科临床工作经验或完成精神科专科医师规范化培训,具有精神科主治医师级别及以上职称。急诊轮值医师应具有 3 年及以上精神科临床工作经验或完成精神科住院医师规范化培训<sup>[4]</sup>。急诊科医师须具备处理常见精神科急症和急危重症病患的基本能力,包括自伤、自杀、激越、冲动攻击、伤人、毁物、急性/严重药物不良反应等的处置和心理危机干预技术,须定期接受心肺复苏、机械通气等生命支持技术操作培训,掌握相关急救技术操作规程,能够胜任急诊工作,实行考核合格上岗制度<sup>[7]</sup>。原则上急诊固定医师不少于在岗医师的 75%(包括在急诊科参加规范化培训的住院医师)。

急诊护士梯队结构合理,急诊科护士长应当由具备主管护师及以上任职资格和 3 年以上急诊临床护理工作经验,急诊护士应具备护师及以上任职资格和 1 年以上精神科临床护理工作经验,掌握治疗性沟通技术和降级技术、保护性约束操作技能、急危重症患者的急救护理技能、常见急救操作技术,能够胜任急诊护理工作,定期接受急救技术操作规程培训,能够胜任急诊工作,实行考核合格上岗制度<sup>[8]</sup>。急诊科应当有固定急诊护士,原则上急诊固定护士不少于在岗护士的 80%(包括在急诊科参加规范化培训的护士)。

三级精神专科医院急诊科主任应由具备精神病学副高以上专业技术职务任职资格的医师担任。二级精神专科医院的急诊科主任应由具备精神病学主治以上专业技术职务任职资格的医师担任。急诊科主任负责本科的医疗、教学、

科研、预防和行政管理工作,是急诊科诊疗质量、患者安全管理和学科建设的第一责任人。

## 2.2 设施设备

急诊就诊量比较大且具备条件的精神科专科医院,可酌情设立急诊科,应具备与医院级别、功能及任务相适应的场所、设施、设备并配备急救药品。精神专科医院急诊科应设置在一楼,有醒目的路标和标识,急诊区域为独立功能区,设立医疗区和支持区。医疗区包括预检分诊处、诊室、抢救室、监护室、急诊病房(留观室)、隔离处置室,具备条件的医院可增加清创室(处置简单外伤)。诊室和抢救室墙壁最好为软包装修,以防止患者自我伤害。急诊病房(留观室)床位 $\geq 5$ 张,床位数与医师比例可参照 1 : 0.2 编制配备。支持区包括挂号、候诊、各类辅助检查(实验室检查、心电图、影像学检查等)、药房、收费等部门。在支持区各个窗口应当有抢救患者优先的标识与措施。

急诊科入口应当宽敞通畅,设有无障碍通道,方便轮椅、平车出入,可在急诊入口处配备金属探测器,避免将具有危险性的物品带入诊疗区域。应避免在诊疗区域放置具有危险性的物品,包括利器、绳索、玻璃瓶、活动桌椅等,危险性医疗物品应单独放置在非诊疗区域,或在设置有安全锁的柜子中单独保管。急诊诊疗区应避免给患者强光或强声刺激。可在急诊诊疗区域设置闭路监控系统,实现视频监控全覆盖。诊室应设置医护独立出入口,并设置一键式警报装置直接连接至安保处<sup>[9]</sup>。

应在相对隔离的治疗环境中(单独的诊间,如隔离处置室或者特定的区域),接诊自杀自伤、兴奋激越、冲动攻击、有伤害自身或危害他人行为的精神科急症患者,以保护患者隐私和确保安全。应配备保护性约束带、保护性约束衣、保护性约束椅等相关保护用具与床单元等设施,必要时应在取得患者监护人知情同意后实施保护性约束措施<sup>[8]</sup>。

急诊抢救室每天 24 小时有护士值班。抢救室应具备基本条件,抢救室设备包括:监护仪/床 1 台、输液床/泵 1 台、呼吸机 1 台、除颤仪 1 台、临时起搏器 1 台、心电图机 1 台、洗胃机 1 台、心肺复苏仪 1 台、抢救车 1 辆、气管插管箱 1 套,以及呼吸面罩、球囊、气管插管、鼻胃管等急救设备。抢救器具与药品齐全,环境符合急诊抢救的基本要求。急诊科常备抢救药品应当定期检查和更换,确保药品在使用有效期内。急诊抢救室物品原则不外借,值班护士要班班交接并做记录。抢救室墙壁上有心肺复苏、休克、药物中毒等常见伤病的抢救流程。具备条件的科室能实施抗休克、复苏、除颤、临时起搏术、机械通气治疗、洗胃术、气管插管术等抢救技术。本院技术力量不能满足抢救需要时,及时联系会诊或者转院。

## 3 精神科急诊过程管理

### 3.1 急诊工作要求

急诊科负责急诊患者病情预检和分级工作,应在靠近急诊挂号处设置急诊预检处,并配备相应病情分诊设备,能够检查体温、血压、血氧饱和度等生命指征。急诊预检分诊工作由急诊工作年限 $\geq 3$ 年的护师职称以上急诊护士担任,急诊护士长对其进行预检分诊业务考核,合格后上岗。

### 3.2 预检分诊原则

预检分诊工作人员应依据急诊预检分诊分级标准,将急诊患者按照病情轻重缓急分级,依据病情严重程度决定患者就诊及处置的优先次序,引导患者能够在合适的时间至特定区域获得恰当的医疗救治。预检分诊的重点在于准确识别急危重症患者并引导其优先就诊,做到及时救治急危重症患者,有效分流非急危重症患者<sup>[10]</sup>。

### 3.3 预检分诊就诊流程

急诊预检分诊护士接诊患者后,应在严格执行分诊原则、分诊标准的前提下,进行有效沟通、充分评估、准确定级、正确分流急诊患者,确保就诊流程顺畅和患者安全,使得各级患者在最大响应时限内被妥善接诊,实现快速、准确、安全和高效的分诊。

对于有伤害自身或危害他人安全风险的患者,工作人员应为患者提供安全的治疗环境,消除其自杀自伤和暴力攻击的途径,避免患者接触到可利用的危险物品,必要时应将患者安置于 24 h 有陪护的房间内,定期巡视,重点观察精神症状变化。同时结合动态评估、到达响应时限和病情变化后的再评估,及时调整分诊级别,保证急诊医疗护理的服务质量和患者安全。

对于存在严重自杀自伤和暴力攻击风险的患者,评估和治疗应同时进行,在自杀自伤行为和暴力攻击行为危险性评估的基础上,预检分诊护士与精神科医生沟通协作,共同制定遵循个体化原则的干预措施,包括心理危机干预、保护性约束等措施<sup>[8,11]</sup>。

### 3.4 预检分诊标准

依据患者病情严重程度以及患者所需要的急诊资源,将患者病情根据症状和体征分为四级,每个指标项目定级建立在研究数据和专家共识的基础上<sup>[12-18]</sup>,每个级别分别设定相应响应时限和分级预警颜色标识(红区、橙区、黄区、绿区),有条件的医院不同级别患者就诊通道和救治区域互不干扰,分区管理。I 级和 II 级患者应通过急诊绿色通道实施救治,III 级患者优先就诊,见表 1。

### 3.5 急诊绿色通道

精神专科医院应加强精神科急诊绿色通道建设,优化

表 1 急诊预检分诊分级标准

级别	I 级	II 级	III 级	IV 级
病情危重程度	急危患者	急重患者	急症患者	非急症患者
响应时限	即刻	30 min	60 min	2 h
评估指标	MEWS>9 分 昏迷 (GCS<9 分) 休克 躯体疾病危及生命 呼吸心搏骤停 现场持械意图危害他人/ 伤害自身	MEWS 6~9 分 癫痫持续状态 急性精神药物中毒/过量 谵妄 (CAM-CR>22 分) 暴力攻击 5 级 自杀自伤 5 级	MEWS 4~5 分 癫痫发作 可疑谵妄 (CAM-CR 20~22 分) 药物不良反应 暴力攻击 3 级 暴力攻击 4 级 自杀自伤 3 级 自杀自伤 4 级 兴奋躁动 行为紊乱 木僵	MEWS 0~3 分 暴力攻击 1 级 暴力攻击 2 级 自杀自伤 1 级 自杀自伤 2 级 幻觉妄想 焦虑抑郁 睡眠障碍
就诊区域	抢救室、监护室	急诊病房、留观室	优先诊疗区	普通诊疗区
标识颜色	红色	橙色	黄色	绿色

注:MEWS 为改良早期预警评分, GCS 为格拉斯哥昏迷评分, CAM-CR 为中文版谵妄量表评分;自杀自伤行为危险性评估分级包括 0 级:无符合以下 1~5 级中的任何行为;1 级:有过自杀自伤想法(近一周少数时间有过);2 级:强烈的自杀自伤想法(近一周多数时间有过);3 级:强烈的自杀自伤想法,且既往有自杀自伤行为;4 级:有自杀自伤计划(跳楼、割腕、煤气、服药、自缢等及一般自伤行为),且既往有自杀自伤行为;5 级:有自杀自伤行为(跳楼、割腕、煤气、服药、自缢等及严重自伤行为)

急危重症患者服务流程,保障患者获得连贯医疗服务。

对需要抢救的 I 级和 II 级患者,进入绿色通道后先行抢救后付费,在不影响抢救的前提下,补办挂号、收费等手续,及时救治危重症患者。急诊绿色通道应设醒目标识和(或)制作专用标牌,张贴“抢救患者优先”标识,对进入急诊绿色通道的伤病员在取药,检查及收费应提供优先服务。

对于由救护车送治的 I 级和 II 级急诊患者,院前急救工作人员应提前做好病情预报,告知急诊科工作人员做好接治准备,尽早向患者家属告知下一步救治流程。救护车抵达医院后,院前院内急救人员应做好书面交接工作。有条件的医院可以通过医疗急救中心院前院内协同救治平台,通过电脑工作站等信息化手段,实现院前急救工作和院内急救工作的交接<sup>[19]</sup>。

经抢救后,首诊医生评估患者生命体征稳定,方可转入住院病房继续治疗。若经首诊医生评估,患者需转至综合医院治疗,由首诊医生协助联系救护车转诊。

### 3.6 急诊首诊负责制、会诊与转诊

#### 3.6.1 首诊负责制

严格落实首诊负责制,不得推诿患者。首个接待急诊患者的医师为首诊医师,首诊医师要承担主要诊治责任,并负责及时邀请有关科室会诊或者转诊,必要时报有关职能部门负责协调会诊、转诊或者收治。

#### 3.6.2 会诊

精神科急诊患者申请其他科会诊指征包括:(1)初步排除精神专科疾病,病因可能与其他专科疾病有关;(2)患者

合并其他专科情况;(3)急危重症的患者需多学科医师共同诊治的情形。对于疑难重症患者,经管医师负责诊治后邀请相关医师会诊,同时报告上级医师或科室负责人以及医院相关职能部门。

#### 3.6.3 转诊

若患者病情复杂,精神专科医院无法处置,在保证患者生命体征平稳,自杀自伤和暴力攻击风险较低后,可考虑转诊至外院相关科室,同时报告上级医师或科室负责人。

转诊时需遵循首诊负责制,由首诊医师向患者家属告知可能的风险,取得家属知情同意,告知需转院的理由以及在转院途中可能发生的风险情况,取得家属知情同意和签字后方可转院,做好病情交接和后续随访。

对于合并躯体疾病的患者,应充分评估患者病情分级、转运分级以及风险分级,确保危重症患者的院际转运安全后转运至外院相关科室<sup>[20]</sup>。

### 3.7 精神科急诊特殊情况的处理

无家属陪同、无明确身份证明的患者,经医生评估,病情严重需要紧急处理的情况,上报医院有关职能部门,通过 110 联系派出所警察协助查找患者监护人、主管单位或使领馆(外籍患者)等相关组织,并实施先救治后付费。

对于需要住院治疗的,根据《中华人民共和国精神卫生法》第三十六条的相关法律法规,由相关人员(监护人、被委托人)或者相关部门办理入院手续<sup>[21]</sup>。

对于合并传染性疾病的患者,精神科急诊应当遵循相关管理办法及相关法律法规要求,加强医院感染管理,在有关部门的指导和配合下,做到早发现、早报告、早隔离、

早治疗, 切断传播途径, 防止扩散<sup>[22]</sup>。

急诊科应结合医院具体情况, 制定突发公共卫生事件院内救治应急预案, 定期对急诊医护及相关人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训, 组织考核。急诊科在实施重大抢救时, 特别是应对突发公共卫生事件或群体伤亡事件时, 应当采取有效措施控制事态的发展。必要时启动应急预案, 根据预案规定的职责要求, 服从健康管理部门及其指定的医疗机构的统一调动和指挥, 及时采取相关控制措施。

## 4 急诊科信息化系统建设

精神专科医院急诊科应建立完善的急诊临床信息系统, 逐步优化并实现与行政主管部门和院前急救信息系统的对接。具体包括院前急救、预检分诊、急诊(留观)电子病历、急诊护理、急诊会诊、交接班、危重疑难病例讨论记录、重点病种流程管理、急诊质控管理、统计指标、突发公共卫生事件上报和急诊质控数据上报等功能。

### 4.1 急诊临床信息系统

基本实现医疗文书信息化处理, 能够查询本科室历史病历和处方, 并能够实现数据院内共享, 能够通过诊断条件检索病历号, 书写病历时可共享挂号和预检分诊采集的数据。

### 4.2 电子病历系统

有结构化电子病历系统, 病历记录可以结构化存储、有可定义的病历格式和选项, 能够全院共享和进行内容检索, 历史病历完成数字化存储并可查阅, 有法律认可的可靠电子签名和时间戳。

### 4.3 院前院内急救信息系统

构建“院前急救-院内急救-专科”序贯一体化的救治体系和急诊信息网络支持系统, 承担院前急救任务的救护车上的数据应实时传至院内急诊科, 具有与院内、院外各级诊疗中心对接的数据传输和上报、分析系统, 急诊科能够事先获取患者信息, 提高抢救效率<sup>[23]</sup>。

## 5 急诊科质量控制和管理

### 5.1 医疗质量管理与控制

卫生行政部门委托精神科急诊质量控制中心(质控小组)对精神专科医院急诊科进行检查指导与质量评估。医院应成立管理委员会, 由急诊、医务、护理、设备、后勤、信息、保卫及相关临床、医技科室组成, 协调解决涉及急诊急救工作相关问题。急诊科主任是科室质量与安全管理第一责任人, 精神科急诊须成立质量控制小组, 负责对急诊医疗质量和医疗安全进行检查、分析、反馈和督促整改。

急诊科护士长是急诊科护理质量管理工作的第一责任人。质控小组运用质量管理方法与工具对存在问题进行分析与评价, 有改进措施并落实、检查、总结分析、进一步整改, 定期召开质量与安全管理会议, 持续改进急诊医疗服务质量, 保障医疗安全<sup>[24-25]</sup>。

### 5.2 完善急诊管理制度

参照行业标准, 建立健全并执行和自身医院规模水平相适应的各项规章制度、管理制度、岗位职责和相关诊疗技术规范, 保证医疗服务质量及医疗安全, 包括急诊急救工作流程、门诊高峰应急预案、消防应急预案、断网断电突发事件预案、突发公共卫生事件应急医疗救助预案等。

### 5.3 人员资质、培训和考核

精神专科医院急诊科医护人员应当具备相应的执业资质, 符合准入标准。急诊应建立医护人员培训考核机制, 医务人员须定期参加专业技术操作规程再培训, 包括精神科急救技术操作规程培训、心肺复苏培训等, 实行考核合格上岗制度。

### 5.4 绩效考核

精神科急诊收入主要来源于医保支付, 部分来自于自费支付、政府财政补贴性收入。医院应当设立合理的薪酬分配制度, 急诊科通过医疗质量持续改进, 提高医疗护理服务质量、优化精神科急诊绩效考核工作, 强化数据分析, 提高绩效, 增加工作人员工资待遇。

### 5.5 不良事件管理

不良事件管理是医疗安全和风险管理的重要组成部分, 精神科急诊须建立并执行主动报告医院不良事件制度, 做好医疗不良事件的上报、监测、及时处置, 定期对存在的安全事件进行根本原因分析, 并做好持续改进工作, 提高医疗质量(安全)不良事件报告率, 减少和避免诊疗过程中患者和医务人员的意外伤害。精神科急诊常见的不良事件包括: 患者出走或者擅自离院、医患纠纷、冲动、暴力攻击、自杀自伤行为相关损伤等。

**利益冲突** 所有作者声明无利益冲突

**执笔者:** 杨福中、及晓、李含秋、王勇、倪晓东、罗伏钢、殷朝辉、汪善勇、倪晓梅

**共识专家组成员(以姓名拼音字母为序):** 陈春武(沈阳市精神卫生中心)、陈致宇(杭州市第七人民医院)、及晓(首都医科大学附属北京安定医院)、李含秋(广州医科大学附属脑科医院)、李晓虹(北京回龙观医院)、罗伏钢(杭州市第七人民医院)、倪晓东(上海市精神卫生中心, 上海交通大学医学院附属精神卫生中心)、倪晓梅(沈阳市精神卫生中心)、宁玉萍(广州医科大学附属脑科医院)、童朝

阳(复旦大学附属中山医院)、邵阳(上海市精神卫生中心,上海交通大学医学院附属精神卫生中心)、王勇(上海市精神卫生中心,上海交通大学医学院附属精神卫生中心)、徐一峰(上海市精神卫生中心,上海交通大学医学院附属精神卫生中心)、杨福中(上海市精神卫生中心,上海交通大学医学院附属精神卫生中心)、岳玉川(成都市第四人民医院)、汪善勇(成都市第四人民医院)、于东升(内蒙古自治区精神卫生中心)、殷朝辉(内蒙古自治区精神卫生中心)

## 参 考 文 献

- [1] 潘轶竹,王刚,马征,等.从急诊住院患者的调查看精神科专科医院的管理[J].医学教育管理,2017,3(S1):107-110,115.
- [2] 汪友平,张翠玲,赖荣德,等.精神药物中毒287例回顾性分析[J].岭南急诊医学杂志,2023,28(2):108-111. DOI: 10.3969/j.issn.1671-301X.2023.02.005.
- [3] 中华医学会急诊医学分会,中国医师协会急诊医师分会,中国县级医院急诊联盟,等.中国县级医院急诊科建设规范专家共识[J].中华急诊医学杂志,2019,28(5):553-559. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2019.05.003.
- [4] 上海市卫计委医政医管处,上海市急诊、ICU质量控制中心.上海市医疗机构急诊科建设与管理指南(试行)[J].中华急诊医学杂志,2018,27(2):133-136. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2018.02.005.
- [5] 卫生部.中华人民共和国卫生行业标准:医院急诊科规范化流程(WST 390-2012)[S].2012.
- [6] 卫生部.急诊科建设与管理指南(试行)[EB/OL].(2009-05-25)[2023-07-20].<http://www.nhc.gov.cn/bgt/s9509/200906/1239a65af0d04b64af703e9704cf856e.shtml>.
- [7] 中国心肺复苏指南学术委员会编写.中国心肺复苏指南(初稿)续二高级生命支持(ACLS)[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2009,4(8):545-549. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6966.2009.08.001.
- [8] 中华护理学会精神卫生专业委员会.精神科保护性约束实施及解除专家共识[J].中华护理杂志,2022,57(2):146-151. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.02.003.
- [9] 国家卫生健康委,中央政法委,中央网信办,等.关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2021(10):9-13.
- [10] 中华护理学会急诊专业委员会,浙江省急诊医学质量控制中心.急诊预检分级分诊标准[J].中华急诊医学杂志,2016,25(04):415-417. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.04.004.
- [11] 中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组.激越患者精神科处置专家共识[J].中华精神科杂志,2017,50(6):401-410. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.06.002.
- [12] 李娟,邹义壮,冯锋,等.谵妄评定方法修订及其信度、效度测试[J].临床精神医学杂志,2003,13(3):147-149. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2003.03.009.
- [13] Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions[J]. QJM, 2001, 94(10): 521-526. DOI: 10.1093/qjmed/94.10.521.
- [14] 国家卫生健康委员会.关于印发严重精神障碍管理治疗工作规范(2018年版)的通知[J].中华人民共和国国家卫生健康委员会公报,2018(5):43-57.
- [15] 急诊预检分诊专家共识组.急诊预检分诊专家共识[J].中华急诊医学杂志,2018,27(6):599-604. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2018.06.006.
- [16] 《自杀风险患者评估和管理临床实践指南》页码索引[J].中国心理卫生杂志,2015,29(S1):12-13.
- [17] 陈翠薇,翁穗芸,刘松康,等.精神科急诊分诊评估表在精神科急诊分诊中的实践应用[J].黑龙江中医药,2020,49(5):60-61.
- [18] 陈翠薇,翁穗芸,刘松康,等.精神科急诊分诊标准化问诊流程的应用效果观察[J].护理实践与研究,2021,18(5):653-656. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2021.05.006.
- [19] 国家卫生健康委,国家发展改革委,教育部,等.关于进一步完善院前医疗急救服务的指导意见[EB/OL].(2020-09-17)[2023-07-20].<http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/202009/4b20d1ac72914b3997f76110ccc0103d.shtml>.
- [20] 危重症患者院际转运专家共识组,国家急诊专业质控中心.危重症患者院际转运专家共识[J].中华急诊医学杂志,2022,31(1):17-23. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2022.01.005.
- [21] 中华人民共和国精神卫生法[EB/OL].(2012-10-26)[2023-07-20].[https://www.gov.cn/flfg/2012-10/26/content\\_2253975.htm](https://www.gov.cn/flfg/2012-10/26/content_2253975.htm).
- [22] 卫生部.医院感染管理办法[EB/OL].(2006-07-06)[2023-07-20].[https://www.gov.cn/zhengce/2006-07/06/content\\_5713776.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2006-07/06/content_5713776.htm).
- [23] 何小军,马岳峰,张国强.高质量发展时代的急诊医学学科建设[J].中华急诊医学杂志,2022,31(1):1-3. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2022.01.001.
- [24] 约瑟夫·A.德费欧(Joseph A. De Feo).朱兰质量手册:通向卓越绩效的全面指南[M].北京:中国人民大学出版社,2021.
- [25] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.医疗质量管理办 法 [EB/OL].(2016-09-25)[2023-07-20].[https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content\\_5713805.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm).

(收稿日期:2023-07-20)

(本文编辑:姜宇婷)