

急诊危重患者转运的护理要点

顾艳敏 杨 婧

灵武市人民医院 宁夏 灵武 750400

摘 要：本文聚焦急诊危重患者转运护理，阐述转运风险评估，包括评估工具与风险分类。详细介绍转运前人员、设备药品及患者准备要点，转运中体位固定、持续监测、并发症预防处理及沟通协作要点。转运后强调与接收科室详细交接、转运效果评价及持续质量改进。旨在为提升急诊危重患者转运护理质量，保障患者安全提供全面指导。

关键词：急诊危重患者；转运护理；风险评估

引言：急诊危重患者病情复杂多变，转运过程风险重重，稍有不慎就可能危及患者生命。科学规范的转运护理是降低风险、保障患者安全的关键。从转运前的风险评估、充分准备，到转运中的精心护理，再到转运后的妥善交接与持续改进，每个环节都紧密相连。深入探讨急诊危重患者转运护理要点，对提高转运成功率、改善患者预后具有重要意义。

1 急诊危重患者转运的风险评估

1.1 转运前风险评估工具

转运前风险评估工具是识别急诊危重患者转运潜在风险的关键手段，临床常用工具包括改良早期预警评分、急性生理学与慢性健康状况评估Ⅱ以及转运风险评估量表等。改良早期预警评分通过对患者体温、心率、呼吸、血压和意识状态五项指标评分，快速判断病情严重程度，评分越高转运风险越高。急性生理学与慢性健康状况评估Ⅱ涵盖生理指标、年龄和慢性疾病等维度，能全面评估患者器官功能状态，为转运决策提供科学依据^[1]。转运风险评估量表则聚焦转运过程特异性风险，包括气道稳定性、循环状态、呼吸支持需求等核心指标。使用时需结合患者个体病情选择适配工具，由具备丰富急诊护理经验的人员操作，确保评估数据准确可靠，为后续风险管控提供基础支撑，避免因评估疏漏导致转运风险升级。

1.2 转运风险分类

急诊危重患者转运风险可按风险来源和严重程度分为四类。气道风险最为紧急，表现为呼吸困难、气道梗阻、呼吸衰竭等，若未及时干预可能导致窒息死亡，常见于颅脑损伤、颈部外伤或慢性阻塞性肺疾病急性发作患者。循环风险包括低血压、心律失常、休克等，多由失血、心功能不全或电解质紊乱引发，转运中体位变动或容量不足易加重病情。器官功能风险涉及脑、心、肾等重要器官功能障碍，如脑出血患者颅内压波动、急性

肾损伤患者尿量减少等，转运中的颠簸和监测中断可能诱发功能衰竭。环境与操作风险包括转运路线拥堵、设备故障、操作不当等，如呼吸机参数异常、输液管路脱落等，虽不直接由病情引发，但可能加剧病情恶化。各类风险并非孤立存在，常相互关联，需综合研判并制定针对性防控措施。

2 急诊危重患者转运前的护理准备

2.1 人员准备

转运前人员准备需组建结构合理的专业团队，核心成员包括急诊医生、责任护士，特殊病情需配备专科人员，如气管插管患者需麻醉医生协同。急诊医生负责评估病情、制定转运方案及应急救治措施，明确转运过程中病情监测重点和干预阈值。责任护士需具备3年以上急诊护理经验，熟练掌握各类急救设备操作和危重患者护理技能，负责转运前患者护理、设备检查及应急物品准备，同时与接收科室沟通对接^[2]。团队组建后需进行简短岗前沟通，明确各成员职责分工、转运路线及应急联络方式，开展模拟应急演练，如模拟呼吸心跳骤停抢救流程，确保团队成员配合默契，提升突发情况处置能力，为转运安全提供人力保障。

2.2 设备与药品准备

设备与药品准备需遵循“全备、完好、适配”原则，确保转运过程中急救需求得到满足。基础设备包括转运平车、心电监护仪、呼吸机、除颤仪、吸痰器及氧气瓶，平车需配备安全带、护栏及软枕，心电监护仪需提前调试，确保心率、血压、血氧饱和度等参数监测准确，呼吸机需根据患者病情设置合适模式和参数，氧气瓶需检查压力充足并连接牢固。急救药品需按标准化清单配备，包括肾上腺素、多巴胺、阿托品等血管活性药物，胺碘酮、利多卡因等抗心律失常药物，以及镇静、镇痛、止血药物，所有药品需核对有效期、外观性状，分类放置于便携急救箱内。此外需准备备用设备和耗

材,如备用电池、输液器、注射器、气管导管等,设备和药品准备完毕后由责任护士与医生共同核对,确保数量充足、性能完好,避免因设备故障或药品缺失延误救治。

2.3 患者准备

患者准备是降低转运风险的关键环节,需从病情稳定、气道管理、管路护理等多方面开展。首先需优化病情状态,针对高颅压患者静脉输注甘露醇降低颅内压,休克患者快速补液纠正容量不足,心律失常患者使用药物控制心率节律,确保转运前生命体征处于相对稳定范围。气道管理方面,清醒患者需清理口腔分泌物,指导有效咳嗽咳痰,气管插管患者需检查导管固定是否牢固,测量气囊压力并记录,吸净气道分泌物,防止转运中导管移位或堵塞^[3]。管路护理需逐一检查静脉输液管、胃管、尿管、引流管等,确保管路通畅无扭曲,固定妥善并做好标识,输液患者需使用输液泵精确控制滴速,避免转运中管路脱落或液体外渗。同时做好患者心理护理,向意识清醒患者解释转运目的和过程,缓解紧张焦虑情绪,对躁动患者合理使用约束带,避免自行拔管或坠床,确保患者以稳定状态接受转运。

3 急诊危重患者转运中的护理要点

3.1 体位与固定

转运中体位摆放需结合患者病情特点,兼顾治疗需求与安全保障,同时加强固定防止意外。颅脑损伤患者取头高15°-30°卧位,头偏向一侧,避免呕吐物误吸,减轻颅内压;脊柱损伤患者需保持脊柱中立位,使用脊柱板固定,搬运时采用多人协同平移法,避免脊柱扭曲加重损伤;休克患者取中凹卧位,头和躯干抬高20°-30°,下肢抬高15°-20°,改善回心血量和组织灌注;呼吸困难患者取半坐卧位或端坐位,减轻肺部淤血,改善通气功能。所有患者均需使用平车安全带固定躯干,躁动患者可采用约束带适当约束四肢,约束处垫软布避免皮肤损伤,同时确保约束松紧适宜,不影响血液循环。转运过程中需时刻观察体位变化,遇转弯、上下坡时提前减速,避免体位突然变动导致病情波动,确保患者在转运全程保持安全稳定体位。

3.2 持续监测与记录

转运中需对患者生命体征及病情变化进行持续监测,确保监测数据准确并及时记录。监测内容包括心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率及意识状态,每5-10分钟记录一次,若患者病情不稳定需缩短监测间隔至2-3分钟。使用心电监护仪时需密切观察波形变化,识别心律失常、血压骤降等异常情况,同时关注呼吸机运行参数,包括潮气量、呼吸频率、气道压力等,确保通气功

能正常。对于携带引流管的患者,需监测引流液颜色、量及性状,观察管路是否通畅^[4]。记录内容需真实准确,包括监测数据、病情变化、采取的护理措施及效果,如输注药物名称、剂量、时间,吸痰次数及分泌物性状等。监测记录需妥善保存,作为后续治疗护理及质量评价的重要依据,确保转运过程中病情变化可追溯。

3.3 并发症预防与处理

转运中并发症预防需提前预判风险,针对性采取干预措施,发生并发症时需快速有效处置。气道梗阻是常见危急并发症,预防需确保气道通畅,定时吸痰,转运前检查气管导管位置,发生梗阻时立即清除分泌物,调整导管位置,必要时使用球囊面罩辅助通气。低血压预防需维持有效循环血量,确保输液管路通畅,根据血压变化调整输液速度,发生低血压时立即加快补液速度,遵医嘱使用血管活性药物,抬高下肢改善回心血量。心律失常预防需避免体位剧烈变动,保持转运平稳,监测电解质水平,发生心律失常时立即连接除颤仪,遵医嘱使用抗心律失常药物,必要时进行电除颤。此外需预防压疮,平车铺垫软枕,转运中定时轻微调整患者体位,避免局部皮肤长时间受压。

3.4 沟通与协作

转运中的沟通与协作贯穿全程,需建立高效沟通机制,确保团队内部及与接收科室信息传递顺畅。团队内部沟通采用简洁明确的专业术语,护士实时向医生反馈患者生命体征变化,如“心率130次/分,血氧饱和度88%”,医生根据反馈及时调整治疗方案,与接收科室沟通需在转运前10-15分钟完成,告知患者诊断、病情严重程度、生命体征、携带设备及药品情况,确认接收科室做好准备,如预留床位、调试监护设备等。转运途中若发生病情变化,护士需立即告知医生并协同处置,如共同进行心肺复苏、连接急救设备等,确保操作配合默契。到达接收科室后,护士与接收护士交接患者信息,医生与接收医生沟通病情及治疗方案,形成转运全程的闭环沟通,保障患者诊疗连续性。

4 急诊危重患者转运后的交接与随访

4.1 与接收科室的详细交接

与接收科室的详细交接是保障患者诊疗连续性的关键,需采用标准化交接流程,确保信息传递全面准确。交接人员由转运团队护士与接收科室责任护士共同完成,医生负责病情核心信息沟通^[5]。交接内容包括患者基本信息、诊断、转运前病情状态及风险评估结果,详细说明转运前采取的治疗护理措施,如静脉输液药物种类、剂量、输注速度,气道管理方式及参数设置,引

流管数量、位置及引流情况。同时交接转运过程中的病情变化,如生命体征波动范围、发生的并发症及处置措施,携带药品的剩余剂量、设备使用状态及耗材消耗情况。交接时需出示完整的监测记录和护理记录,逐一核对患者管路、约束情况及皮肤状况,确保无遗漏。交接完毕后双方签署交接记录单,明确责任划分,若存在信息疑问需当场核实澄清,避免因交接不清导致治疗护理中断或失误。

4.2 转运效果评价

转运效果评价需从多个维度开展,全面评估转运过程的安全性和有效性,为后续质量改进提供依据。核心评价指标包括转运成功率,即成功将患者转运至目标科室且未发生严重不良事件的比例;生命体征稳定性,对比转运前后及转运过程中心率、血压、血氧饱和度等指标的波动幅度,波动越小说明转运效果越好。同时评价并发症发生率,统计转运过程中发生气道梗阻、低血压、心律失常等并发症的例数及严重程度。此外需收集接收科室满意度反馈,了解接收科室对转运准备充分性、信息交接完整性、应急处置专业性等方面的评价。评价方法采用数据统计分析结合定性访谈,对转运记录、护理记录中的数据进行整理分析,与接收科室医护人员进行沟通,了解实际诊疗过程中发现的问题。评价结果需形成书面报告,明确转运工作中的优势与不足。

4.3 持续质量改进

持续质量改进以转运效果评价结果为依据,通过问题分析、措施制定、执行反馈的闭环管理,不断提升转运质量。首先成立质量改进小组,由急诊医护人员、质量管理专员及接收科室代表组成,定期召开质量分析会,针对转运效果评价中发现的问题,如风险评估准确率偏低、设备故障发生率较高、信息交接不完整等,采用鱼骨图等工具分析根本原因,明确责任主体。针对问题制定针对性改进措施,如针对风险评估问题,开展评

估工具使用专项培训并进行考核;针对设备故障,建立设备定期维护保养制度,每次转运前增加设备检查环节;针对信息交接问题,设计标准化交接清单,规范交接流程^[6]。改进措施执行后需持续监测效果,定期复查相关评价指标,如风险评估准确率、设备完好率、交接满意度等,根据监测结果及时调整措施,形成“评价-改进-再评价”的持续质量改进机制,不断降低转运风险,提升护理质量。

结束语

急诊危重患者转运护理是一项系统且严谨的工作,涉及多环节、多方面的精细操作与密切协作。通过科学的风险评估、充分的转运准备、细致的转运护理、规范的交接以及持续的质量改进,能有效降低转运风险,保障患者安全。未来,需不断优化转运护理流程,提升护理人员专业素养,为急诊危重患者提供更优质、安全的转运护理服务。

参考文献

- [1]李林芳,李小勤,邱兰峰,等.急诊危重患者预后预测模型的构建与验证[J].现代临床护理,2023,22(1):1-8.
- [2]文冬香.急诊危重患者转运护理新进展[J].科学养生,2021,24(1):220-221.
- [3]刘焱,孟倩倩,张洪磊,等.急诊危重患者院内转运质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2021,56(3):336-341.
- [4]贺明轶,朱丹丹,王萌,等.MSCT及床旁胸部X线摄影对急诊危重患者肺炎的诊断价值[J].医学影像学杂志,2025,35(4):35-38.
- [5]马春蓉,高红香,王国艳,等.急诊危重患者院内转运过程中生命体征的聚类分析[J].中华现代护理杂志,2023,29(36):4972-4975.
- [6]赵晓松,付沫,朱旷.急诊危重患者电子转运交接系统的构建及应用[J].中国临床护理,2023,15(3):133-137.