

ICU（重症监护病房）收治范围及转入转出标准

第一部分 ICU 收治病种范围

ICU 的病人来源一般可分为四个方面：

(1) 急性可逆性疾病。对于这类病人，ICU 可以明确有效地降低死亡率，疗效肯定。

(2) 高危病人。这类病人以患有潜在危险的基础疾病但又因其他原因需要进行创伤性治疗的病人为代表。ICU 可以有效地预防和治理并发症，减少医疗费用。

(3) 慢性疾病的急性加重期病人。ICU 可以帮助这类病人度过急性期，以期望病人回到原来慢性疾病状态。对于这类病人，ICU 有较好的效果。

(4) 急慢性疾病出现不可逆性恶化，如大出血但无法有效止血、恶性肿瘤病人的临终状态等等，ICU 无法给予这类病人有效的帮助，故他们不是 ICU 的收治对象。

以下病种门急诊在通知 ICU 科医生后可以直接收入 ICU 科。

ICU 收治病种的范围主要有：

- 一、心跳呼吸骤停复苏成功后
- 二、各种类型休克
- 三、急性呼吸衰竭
- 四、慢性呼吸功能不全急性发作
- 五、急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征（ALI/ARDS）
- 六、重症哮喘
- 七、肺性脑病
- 八、肺栓塞
- 九、重症肺炎
- 十、其它需呼吸支持治疗情况
- 十一、急性冠脉综合征（包括不稳定型心绞痛和急性心肌梗塞）
- 十二、急性心功能不全或衰竭

- 十三、严重心律失常
 - 十四、高血压危象
 - 十五、高血压脑病
 - 十六、急性主动脉夹层
 - 十七、感染性心内膜炎
 - 十八、其它心血管系统情况
 - 十九、急性肾功能不全或肾衰
 - 二十、重症胰腺炎
 - 二十一、大出血
 - 二十二、严重创伤、多发伤无急诊手术指征
 - 二十三、急性神经系统损伤
 - 二十四、急性重症肌无力
 - 二十五、其它神经内科情况
 - 二十六、重症感染、脓毒症
 - 二十七、弥散性血管内凝血
 - 二十八、严重水电解质紊乱，酸碱平衡失调
 - 二十九、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖昏迷
 - 三十、垂体危象
 - 三十一、甲状腺功能亢进危象
 - 三十二、甲状腺功能减退危象
 - 三十三、肾上腺危象
 - 三十四、急性重症肝炎
 - 三十五、急性中毒
 - 三十六、溺水
 - 三十七、中暑
 - 三十八、电击（含雷击伤）
 - 三十九、其他急性物理、化学、生物因素等致伤性因素所致的损伤
 - 四十、全身炎症反应综合征，多脏器功能不全或衰竭
 - 四十一、原因不明的急性昏迷、晕厥、抽搐等
 - 四十二、普通外科疾病转入 ICU 标准
- （一）腹部外伤

- (二) 急性化脓性腹膜炎
 - (三) 胃十二指肠术后
 - (四) 急性肠梗阻或肠扭转术后
 - (五) 化脓性胆管炎术后
 - (六) 普外科其他需转入 ICU 的病种
- 1、门脉高压分流或转流等大手术后
 - 2、消化系统肿瘤根治术后；
 - 3、腹主动脉瘤介入和手术后；
 - 4、腹腔间隔综合征影响心功能或其它脏器功能；
 - 5、短肠综合征需较长时间肠内/肠外营养支持。
- 四十三、骨科疾病转入 ICU 标准
- 四十四、颅脑外科疾病转入 ICU 标准
- 四十五、胸外科疾病转入 ICU 标准
- 四十六、妇产科疾病转入 ICU 标准
- 四十七、各外科系统术前高危患者转入 ICU 标准
- 四十八、术后高危患者转入 ICU 标准
- 四十九、大面积烧伤的患者

第二部分 ICU 转入转出标准

一、心跳呼吸骤停复苏成功后

收入指征：

不明原因或急性因素导致心跳呼吸骤停经心肺复苏抢救成功后，均应收入 ICU 继续进行监护与治疗（不包括病程晚期的心脏停搏及暂不能搬动者）。

转出指征：

生命体征基本平稳，不再需要对呼吸、循环等各项参数进行严密监测，也不需要机械通气治疗。

二、各种类型休克

收入指征：

具备下列情况之一者：

(一) 有下列休克的基本临床表现

收缩压 $< 10.7\text{Kpa}$ (80mmHg) ，或原收缩压降低 4 Kpa (30mmHg)

以上，并伴有下列二项：

- 1、意识障碍；
- 2、皮肤湿冷；
- 3、尿量减少，24 小时尿量 $< 400\text{ml}$ 或 $< 17\text{ml/h}$ ；
- 4、代谢性酸中毒。

(二) 各类型休克（低容量休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克等），经扩容及初步病因治疗后，生命体征仍不平稳者。

转出指征：

休克纠正，无继发性损伤存在，病情基本控制。

三、急性呼吸衰竭

收入指征：

有引起急性缺氧和/ CO_2 潴留的病因存在并以下之一：

- 1、一般鼻导管吸氧不能纠正低氧。
- 2、引起呼吸衰竭的病因不能立即纠正而需要一段时间或进一步治疗。
- 3、引起其它系统功能障碍或代谢紊乱
- 4、有进一步加重的可能
- 5、需要基本呼吸监测和支持治疗及更高级的呼吸支持治疗

转出指征：

呼吸困难、紫绀完全缓解，病因得到明显纠正或治愈，血气分析大致正常，不吸氧情况下可能满足机体基本需要，不再需要机械通气治疗。

四、慢性呼吸功能不全急性发作

收入指征：

多次住院，经呼吸支持治疗呼吸功能明显改善伴

- 1、此次呼吸功能不全较前有加重的趋势
- 2、一般鼻导管吸氧不能纠正低氧

- 3、引起急性发作的病因不能立即纠正而需要一段时间或进一步治疗
- 4、引起其它系统功能障碍或代谢紊乱
- 5、有进一步加重的需要高级呼吸支持可能
- 6、需要基本呼吸监测和支持治疗及更高级的呼吸支持治疗

转出指征：

呼吸衰竭得到明显改善，呼吸困难、紫绀完全缓解，病因得到明显纠正或治愈，血气分析大致正常，不再需要机械通气治疗。

五、急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征（ALI/ARDS）

收入指征：

具有下列情况之一者：

- （一）存在引起 ALI/ARDS 急性因素；
- （二）临床有明显呼吸困难或紫绀的急性发作；
- （三）血气分析有下列任何一项异常者：

- 1、PH 值 < 7.30；
- 2、PaO₂ < 8Kpa（60mmHg）；
- 3、PaCO₂ > 6.66 Kpa（50mmHg）；
- 4、SpO₂ < 90%；

- （四）慢性呼吸功能失代偿，需要开放气道机械通气者。

转出指征：

呼吸困难、紫绀完全缓解，血气分析大致正常，不再需要机械通气治疗。

六、重症哮喘

转入指征：

具有以下情况之一者：

- 1、呈端坐呼吸,伴有焦虑,烦躁,大汗淋漓或意识改变；
- 2、呼吸频率 > 30 次/分,心率 > 120 次/分,哮鸣音响亮,弥漫或减弱至无；
- 3、如果患者能配合检查,则最大呼气峰流速 (PEFR) < 60 升/分,最大

- 呼气流量(PEF%) < 50%, 4、5、常伴有高碳酸血症或需要机械通气;
- 6、即使接受了“充分的”治疗后,仍可再次出现严重发作及需要接受多个疗程的全身性激素治疗,其严重程度可能从轻度到危及生命;
- 7、临床上有任何致命性发作的表现;
- 8、开始治疗后重症发作的表现持续存在;
- 9、雾化吸入 β 受体激动剂治疗15—30min 后 PEF<50 %预计值或个人最佳值。
- 10、吸入 60 %氧浓度时 PaO₂<8.0kPa ; PaCO₂>6.7kPa ;
- 11、全身衰竭、呼吸微弱、意识模糊或嗜睡;昏迷或呼吸停止。

转出指征:

二氧化碳潴留和低氧血症纠正,稳定 24 小时。

七、肺性脑病

转入指征:

具有原发病基础及诱因且具有以下情况之一:

- 1、呼吸衰竭(标准见教科书);
- 2、有中枢神经系统改变和精神障碍(兴奋或抑郁);
- 3、出现其它系统功能改变(心率增快、血压下降、尿量减少等);
- 4、出现酸碱平衡紊乱或电解质失调。

转出指征:

病因得到明显纠正或治愈,意识状态明显改善,血气分析大致正常,不吸氧情况下可能满足机体基本需要,不再需要机械通气治疗。

八、肺栓塞

转入指征:

具有发生肺栓塞的危险因素同时伴有以下之一:

- 1、短时间内出现呼吸功能明显改变;
- 2、出现血流动力学明显改变;
- 3、出现胸痛、发绀、呼吸困难、晕厥、休克等表现之一
- 4、血气分析、心电图、胸部 X 线、D-二聚体、CT、MRI、DSA 核素肺通气/灌注显像、超声心动图、肺动脉造影等辅助检查中有

两项支持肺栓塞的诊断，或有三项不能排除肺栓塞的诊断。

转出指征：

病因得到明显纠正或治愈，症状明显缓解，血气分析大致正常，不吸氧情况下可能满足机体基本需要，不再需要机械通气治疗。

九、重症肺炎

转入指征：

胸部 X 线斑片状阴影，或间质改变，有或无胸液。且伴有以下之一者：

- 1、新近出现咳嗽、咳痰，或原呼吸道疾病加重，并有脓痰，有或无胸痛；
- 2、发热；
- 3、肺实变体征或湿罗音；
- 4、白细胞 $>10 \times 10^9 / L$ 或 $<4 \times 10^9 / L$ ，有或无核左移；
- 5、血或胸液培养到病原菌；
- 6、经纤支镜或人工气道吸引标本培养到病原菌浓度 $\geq 1 \times 10^5 \text{cfu} / \text{ml}$ (半定量培养++)、支气管肺泡灌洗液 (BALF) 标本 $\geq 1 \times 10^4 \text{cfu} / \text{ml}$ (+ - ++)，防污染标本毛刷 (PSB) 或防污染 BAL 标本 $\geq 1 \times 10^3 \text{cfu} / \text{ml}$ (+)；
- 7、呼吸道标本培养到肺炎支原体或血清抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上增高；
- 8、血清肺炎衣原体抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上升高；
- 9、血清嗜肺军团菌直接荧光抗体阳性并抗体滴度增高。

转出指征：

呼吸困难、紫绀完全缓解，肺部干湿性罗音大部或完全消失，生命体征平稳，病因得到明显纠正或治愈，血气分析正常，白细胞恢复至正常，细菌学检查两次以上为阴性，不再需要机械通气治疗。

十、其它需呼吸支持治疗情况

转入指征：

具备以下情况之一者：

- 1、呼吸频率>40 次/分或>30 次/分持续 6 小时以上或≤8 次/min；
- 2、SP02 在吸入 50% 氧气时<90%；
- 3、动脉血 PCO2 增高并有呼吸性酸中毒；
- 4、胸部物理治疗或吸痰频率小于 2 小时一次；
- 5、有、无创机械通气；
- 6、长期带气管切开管或无人工气道但需人工排痰
- 7、气道严重病变。

转出指征：

呼吸困难、紫绀完全缓解，肺部症状完全消失，生命体征平稳，病因得到明显纠正或治愈，血气分析正常，白细胞恢复至正常，细菌学检查两次以上为阴性，不再需要机械通气治疗。

十一、急性冠脉综合征（包括不稳定型心绞痛和急性心肌梗塞）

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、临床诊断为不稳定型心绞痛中高危组患者（见表 1）；
- 2、可疑急性心肌梗塞（心绞痛持续并伴有急性心梗早期心电图变化）；

确诊为急性心肌梗塞。

表 1 不稳定性心绞痛临床危险度分层

心绞痛类型		发作时 ST ↓ 幅度	持续 时间	TnT/TnI
低危险组	初发，恶化劳力型，无静息时 发作	≤1mm	<20min	正常
中危险组	A:1 个月内出现的静息绞痛，但 48 小时内无发作者（多数由劳 力型心绞痛）进展而来 B：梗死后心绞痛	>1mm	<20min	正常或 轻度升 高
高危险组	A:48 小时内反复发作静息心绞 痛 B：梗死后心绞痛	>1mm	>20min	升高

注：①陈旧性心肌梗死患者其危险度分层上调一级，若心绞痛是由非梗死区缺血所致时，应视为高危险组；②左心室射血分数（LVEF） $<40\%$ ，应视为高危险组；③若心绞痛发作时并发左心功能不全、二尖瓣返流、严重心律失常或低血压（SBP $\leq 90\text{mmHg}$ ），应视为高危险组；④当横向指标不一致时，按危险度高的指标归类，例如：心绞痛类型为低危险组，但心绞痛发作时ST段压低 $>1\text{mm}$ ，应归入中危险组。

转出指征：

- （一）不稳定型心绞痛症状缓解，心电图稳定，心肌酶正常；
- （二）急性心肌梗塞症状明显改善，无心功能不全及心律失常并发症，不再需要心脏及血流动力学监测。

十二、急性心功能不全或衰竭

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1.急性左心功能不全；
- 2.急性左心功能衰竭肺水肿；
- 3.心源性休克；
- 4.急性心包填塞（心脏压塞）。

转出指征：

左心功能不全、心源性休克、心包填塞等症状得到控制，不再需要进行心脏血流动力学监测。

十三、严重心律失常

收入指征：

- 1、高度房室传导阻滞。
- 2、临床上有症状或并伴有严重血流动力学改变的快速心律失常或慢性心律失常。
- 3、对频发室性或房性早搏是否收入ICU，应请示主治医师以上医师（含主治医师）决定。

转出指征：

心律失常基本控制。

十四、高血压危象

收入指征：

具有以下情况之一者：

- 1、血压显著增高收缩压 $>200\text{mmHg}$ ，舒张压 $>110\text{mmHg}$ 以上；
- 2、靶器官急性损害的表现(之一)：
 - (1)视力模糊,视力丧失,眼底检查可见视网膜出血,渗出,视乳头水肿；
 - (2)胸闷,心绞痛,心悸,气急,咳嗽,甚至咯泡沫痰；
 - (3)尿频,尿少,血浆肌酐和尿素氮增高；
 - (4)一过性感觉障碍,偏瘫,失语.严重者烦躁不安或嗜睡.
 - (5)植物神经功能失调征象 :发热感,多汗,口干,寒战,手足震颤,心悸等；

转出指征：

血压控制正常或收缩压 $< 18.7\text{Kpa}$ (140mmHg) , 舒张压 $< 12\text{Kpa}$ (90mmHg) , 症状消失。

十五、高血压脑病

收入指征：

具有以下情况之一者：

- 1、动脉压升高：原来血压已高者，在起病前，再度增高，舒张压达 16Kpa (120mmHg) 以上，平均动脉压常在 $20.0\text{—}26.7\text{kpa}$ (150—200mmHg) 之间；
- 2、颅内压增高：由脑水肿引起。患者剧烈头痛，喷射性呕吐，视乳头水肿，视网膜动脉痉挛并有火焰样出血和动脉痉挛以及绒毛状渗出物；
- 3、意识障碍：表现为嗜睡及至昏迷，精神错乱亦有发生；
- 4、癫痫发作：可为全身性局限性发作，有的出现癫痫连续状态；
- 5、阵发性呼吸困难：由于呼吸中枢血管痉挛，局部缺血及酸中毒所引起；
- 6、其它脑机能障碍的症状：如失语、偏瘫等；
- 7、实验室检查可见：脑脊液压力增高（诊断已明确时禁作），细胞

和蛋白含量也可增高。脑电图可见弥散慢波或 / 和癫痫性放电。颅脑 CT 扫描可见因脑水肿所致的弥漫性的白质密度降低。

转出指征：

血压基本控制，意识状态明显好转，颅内高压症状消失，癫痫得到控制，呼吸困难消失。

十六、急性主动脉夹层

转入指征：

具有动脉夹层动脉瘤的临床表现及辅助检查之一（1 + 1）：

临床表现：

1、胸痛：突然发生的、持续性、进行性加重的剧烈胸痛，呈刺痛、撕裂样或刀割样疼痛，病人往往不能忍受，此时大汗淋漓，含服硝酸甘油无效。心电图检查排除急性心肌梗塞；

2、休克：病人出现面色苍白，大汗，精神紧张或晕厥，四肢末端湿冷；

3、胃肠道症状：若夹层波及主动脉远端，病人可有腹痛，呕吐，呕血及便血。系夹层血肿压迫肠系膜动脉引起缺血性结肠炎所致。

4、精神神经系统症状：若血肿累及颈动脉或无名动脉开口处，可表现一时性脑缺血，甚至脑卒中。

5、肢体无脉或脉搏减弱：此系血肿累及无名动脉或左锁骨下动脉，或髂总动脉并压迫其开口处所致。

6、其他：血肿压迫临近脏器而出现相应器官受压的症状，如声音嘶哑、呼吸困难、咯血、哮喘等。如果血肿发生在主动脉的近端，可引起主动脉瓣的相对关闭不全，胸骨左缘第二肋间可闻及舒张期杂音。有时主动脉夹层血肿向脏器溃破可出现心包积液、胸腔积液等。

辅助检查：

1. X 线表现：

（1）正、侧位胸部平片可见上纵隔影增宽，主动脉局部或广泛性膨隆，如能观察到主动脉内膜的钙化影与主动脉外缘的距离增宽（正常为 3mm ），则提示有夹层动脉瘤的可能。

(2) 主动脉邻近的器官，如气管、食管或腹部脏器受膨隆的主动脉推压移位。

(3) 心影增大，搏动减弱提示心包积血或心衰。

(4) 夹层动脉瘤破入左侧胸腔，表现为迅速增加的胸腔积液

2. 心血管造影：

在主动脉影膨隆部分，注射造影剂后显示主动脉腔变窄，主动脉壁增厚。造影剂可通过主动脉壁上的裂口进入动脉夹层，使真假腔显示为两条平行的致密管道影，其中有一细的透亮线影分隔。若夹层动脉瘤假腔内有血栓，则不能或不完全为造影剂所充盈。

3. 超声检查：

显示主动脉内的双腔改变。

4. CT 表现：

(1) 钙化的内膜从主动脉壁向腔内移位 5mm 以上。增强后可见撕脱的内膜片呈线样的低密度影。

(2) 增强后显示真假两腔，其各自的密度与血流速度、有无血栓形成有关。通常假腔的强化与排空均较真腔延迟。

5. MRI 表现：

(1) 直接征象是显示主动脉内的内膜瓣和真假双主动脉腔。真腔和假腔的鉴别主要取决于两者的血流速度不一。真腔血流速度快表现为流空的无信号改变，假腔因流速慢常出现信号。内膜瓣则为真、假两腔之间的窄条状较低信号影。由于夹层动脉瘤的真假腔与其间的内膜瓣对比明显，易于观察内膜的撕裂口。

(2) 间接征象是主动脉腔受压失去正常形态。如假腔内为血栓所充填，可表现为动脉壁局部增厚。

(3) 心包积血或胸腔积血，表现为 T1 加权和 T2 加权均为高信号强度改变。

(4) 夹层动脉瘤可直接破入肺或胸腔，MRI 扫描时可见到夹层动脉瘤旁的肺组织内出现成片的高信号影，应高度警惕夹层动脉瘤已破入肺内。

转出指征：

生命体征平稳，心痛等临床症状基本消失，各种严重心律失常纠正，内环境紊乱得到纠正，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

十七、感染性心内膜炎

转入指征：

具有以下情况之一者：

- 1、常引起严重和迅速的瓣膜损害，造成主动脉瓣和二尖瓣返流；
- 2、多个器官和组织的转移性感染和脓肿的出现；
- 3、形成瓣膜口狭窄，可出现严重的血流动力障碍；
- 4、演变成难治性心力衰竭；
- 5、感染性心内膜炎复发或再发者。

转出指征：

生命体征平稳，临床症状基本消失，各种严重心律失常纠正，内环境紊乱得到纠正，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

十八、其它心血管系统情况

收入指征：

具备下列情况之一者：

- 1、成人 BP < 40 次/min 或 > 120 次/min ；
- 2、生命体征不稳定需要持续监测；
- 3、周围循环灌注不良或持续代谢性或呼吸性酸中毒；
- 4、心律失常难以纠正，影响血流动力学；
- 5、应用血管活性药物（升压/降压）>48 小时；
- 6、抗凝和溶栓后出现心律失常、血压下降、脑出血等危及生命的情况；
- 7、失血、低血容量、全身性感染但未达严重休克阶段；
- 8、动脉急性闭塞性疾病未彻底解除；

转出指征：

生命体征平稳，血管活性药物应用停止或用量非常小，临床症

状基本消失，各种严重心律失常纠正，内环境紊乱得到纠正，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

十九、急性肾功能不全或肾衰

收入指征：

有明确急性肾功能不全之病因，并有下列临床表现之一者：

- (一) 尿量：24h 尿量 $< 400 \text{ ml}$ ($< 17 \text{ ml/h}$) 或无尿；
- (二) 血清钾 $> 6.0 \text{ mmol/L}$ 及心电图出现 T 波高尖等高血钾表现；
- (三) 血肌酐、尿素氮急剧增高。

转出指征：

- (一) 尿量增多，血钾、尿素氮、肌酐等有关实验室指标逐日下降或趋于正常，高血钾所致严重心律失常基本控制。
- (二) 经监护治疗而病情发展需长期透析治疗。

二十、重症胰腺炎

收入指征：

同时具备下列两条者：

- (一) 有暴饮暴食、腹部外伤或胆道系统疾病史；
- (二) 临床诊断符合急性胰腺炎；
- (三) 伴有以下一条表现者：
 - 1、有剧烈和弥漫的腹痛或休克表现；
 - 2、高热、腹胀，全身中毒症状明显；
 - 3、腹腔穿刺液为血性液体或酱油色液体，穿刺液淀粉酶升高；
 - 4、升高的血淀粉酶突然下降，血糖升高，血清钙磷浓度下降；
 - 5、B 超提示胰周渗出、胸腔积液，腹腔积液、肠腔积液积气；
 - 6、CT 提示胰腺肿大、边界模糊，胰腺实质密度不均匀；
 - 7、急性器官功能不全或衰竭。

转出指征：

胰腺炎症控制，坏死感染组织吸收、局限，器官功能恢复，生命体征稳定。

二十一、大出血

收入指征：

具有下列情况之一者：

- (一) 出血性疾病引起的严重急性出血并发症：如消化道、呼吸道、泌尿道或颅内出血等；
- (二) 上消化道出血：突发大量呕血，或出现低血压，收缩压 < 10.7 Kpa (90mmHg)，面色苍白、皮肤湿冷等休克表现者；
- (三) 咯血引起突发窒息或呼吸困难、紫绀等危重症状；
- (四) 产科出血合并失血性休克，经抢救生命体征未平稳，或出血原因未完全控制者；
- (五) 各部位创伤后引起的失血性休克，如肝、脾破裂，肾挫裂伤，血胸等。

转出指征：

出血基本控制，经观察 24—72 小时，生命体征稳定，无严重早期并发症。

二十二、严重创伤、多发伤无急诊手术指征

收入指征：

- 严重创伤、多发伤，伤后 24 小时内出现下列情况之一者：
- (一) 严重创伤合并创伤性休克，收缩压 < 10.7 Kpa (80mmHg)；
 - (二) 有窒息史，呼吸异常，需开放气道或行机械通气治疗；
 - (三) 有心脏骤停者；
 - (四) 格拉斯哥昏迷评分 (GCS) < 8 分，有瞳孔散大，或仍表现为意识障碍者；
 - (五) 多发伤，伤情危重者。

转出指征：

生命体征平稳，观察 24—72 小时，无严重早期并发症。

附：多发伤诊断标准：

受伤部位	伤 情
颅脑损伤	颅内血肿，脑挫裂伤及颅底骨折
颌面损伤	开放性骨折伴有大量出血
胸部外伤	气胸、血胸、连枷胸、膈疝、心或纵膈气肿
腹部损伤	(无论有否肋骨骨折)
骨盆骨折	腹腔内脏器损伤
上肢	伴有后腹膜血肿而致休克
下肢	肩胛骨或长骨骨折
软组织损伤	长骨骨折伴有广泛的挫伤或撕裂伤

注：表中 2 项或者 2 项以上合并存在，即为多发性损伤；但仅有上肢损伤合并下肢损伤而无休克表现者，不能作为多发性损伤。

二十三、急性神经系统损伤

收入指征：

具有下列情况之一者：

(一) 有引起急性脑功能障碍的病因且伴有

- 1、不同程度的意识障碍
- 2、意识状态逐渐加重
- 3、颅内感染，颅内压增高

(二) 暂不够手术指征的脑血管病变有可能进一步发展者

(三) 有可能突然加重的脑血管病变或畸形

(四) 需要监测生命体征及影响呼吸循环中枢的急性损伤

转出指征：

生命体征基本平稳，引起急性脑功能损伤的病因得到控制或消失，无需呼吸支持。

二十四、急性重症肌无力

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、病情加重，累及呼吸肌，引起呼吸肌无力或麻痹而致呼吸困难时；

2、出现肌无力危象、胆碱能危象等需基本或高级呼吸支持（气管插管、气管切开，无创或有创机械通气）等；

转出指征：

呼吸肌无力得到缓解，呼吸困难明显改善，无需呼吸肌辅助通气后 24 - 72 小时仍平稳者。

二十五、其它神经内科情况

转入指征：

具有以下情况之一者

- (一) 中枢抑制达到威胁气道通畅和痰液引流；
- (二) 突然意识丧失（格拉斯哥昏迷评分标准下降 > 2 分）；
- (三) 癫痫反复发作或者发作时间延长；癫痫持续状态；
- (四) Gasgow 昏迷评分 < 10 或有继续恶化可能；
- (五) 侵入性监测（如颅内压）；
- (六) 低体温 < 35 度持续 > 1 小时或持续高热 > 39 度；
- (七) 新发进展性卒中；
- (八) 脑出血、脑栓塞累及呼吸、循环中枢需支持治疗；
- (九) 脑血管急症同时伴有其它脏器的栓塞或出血。

二十六、重症感染、脓毒症、败血症

收入指征：

具有下列情况之一者：

- (一) 具有明显的感染中毒症状，如发热、心率增快、血常规改变等；
- (二) 伴有以下征象之一者：
 - 1、感染灶累及某一器官；
 - 2、血容量不足或休克；
 - 3、血培养致病微生物阳性；
 - 4、出现器官功能障碍或 MODS/MOF 。

转出指征：

感染控制，全身中毒征象消失，微生物培养阴性；器官功能恢

复，生命体征稳定。

二十七、弥散性血管内凝血

收入指征：

具有引起 DIC 的病因且具备下列情况之一者：

(一) 出现程度不同的出血，如紫癜、血泡、皮下血肿、采血部位出血、手术创面出血、外伤性出血和内脏出血等。

(二) 临床上出现两种或两种以上脏器功能障碍的不同症状，如呼吸困难、少尿、无尿、恶心、呕吐、腹部或背部疼痛、发热、黄疸、低血压、意识障碍(严重者发生昏迷)及各种精神神经症状。

(三) 血小板低于 $10 \text{ 万} / \text{mm}^3$ 。

(四) 凝血酶原时间测定延长 3 秒以上。

(五) 纤维蛋白原低于 $150 \text{mg} / \text{dl}$ 。

(六) 3P 试验 (+)，血清 FDP 值 $>20 \mu\text{g} / \text{dl}$ 。

(七) 其它提示有可能为 DIC 的实验室检查。

转出指征：

原发病得到有效控制或消除，出血倾向得到明显缓解，凝血功能恢复正常，血小板、3P 实验、FDP 等相关实验室检查恢复得正常。

二十八、严重水电解质紊乱，酸碱平衡失调

各科室危重病出现严重电解质紊乱，如高血钾、低钾、高钠、低钠等，并伴有相应临床表现者。

(一) 高钾血症

收入指征：

血清钾 $>6.0 \text{mmol} / \text{L}$ ，有 ECG 变化，如窦房或窦室阻滞、T 波高尖、QRS 波增宽、室性纤颤，心搏骤停。

转出指征：

血清钾 $<5.5 \text{mmol} / \text{L}$ ，ECG 上述变化消失。

(二) 低钾血症

收入指征：

血清钾 $<2.5 \text{mmol} / \text{L}$ (周期性麻痹除外)，同时伴有 ECG 变化，

如 T 波增宽、低平倒置、出现 U 波及 Q—T 间期延长，伴室性心律失常。

转出指征：

血清钾恢复正常，ECG 变化好转，室性心律失常控制。

(三) 高钠血症

收入指征：

血清钠 $> 145\text{mmol/L}$ ，伴烦躁、谵妄或昏迷。

转出指征：

血清钠接近正常，上述症状改善或消失。

(四) 低钠血症

收入指征：

血清钠 $< 130\text{mmol/L}$ ，伴意识障碍，如淡漠、嗜睡、昏迷。

转出指征：

血清钠接近正常，意识障碍改善。

(五) 其他

低镁血症、高镁血症、低钙血症、高钙血症，均系肝、肾、内分泌、肿瘤、胰腺疾病等部分征象，出入 ICU 指征应根据原发病决定。

(六) 酸碱失衡

收入指征：

$\text{PH} < 7.3$ 或 > 7.5 或正常但有双重或多重酸碱平衡紊乱或需用机械通气者。

转出指征：

双重性或三重性酸碱失衡经治疗后转为单一性酸碱失衡（观察 24—36 小时）或不再需要机械通气。

二十九、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖昏迷

收入指征：

(一) 糖尿病酮症酸中毒(具备以下两项及以下者)

- 1、尿糖、尿酮强阳性；或伴肾损害者尿糖、尿酮减少；
- 2、尿中检出蛋白及管型；

- 3、血糖 $>16.7\text{mmol/L}$;
- 4、血酮 $>4.8\text{mmol/L}$;
- 5、 $\text{HCO}_3^- <18\text{mmol/L}$;
- 6、 $\text{PH} <7.35$;
- 7、 $\text{CO}_2\text{-CP} <20\text{mmol/L}$;
- 8、电解质失衡
- 9、神经精神改变

(二) 高渗性非酮症糖尿病昏迷 (具备以下情况之一者)

- 1、极度烦渴、尿量减少、体重下降、皮肤干燥、脉快而弱甚至休克;
- 2、神经精神症状
- 3、血糖 $>33.3\text{mmol/L}$;
- 4、血浆渗透压 $>350\text{mOsm/L}$
- 5、电解质失衡
- 6、尿糖、尿酮强阳性

(三) 低血糖昏迷 (具备以下情况之一者)

- 1、血糖 $<3.3\text{mmol/L}$;
- 2、交感神经过度兴奋症状 (软弱无力、四肢震颤、麻木、心悸、焦虑不安、心率加快等)
- 3、中枢神经系统功能障碍 (精神不集中、反应迟钝、视物不清、定向力障碍、抽搐、意识障碍等)

三十、垂体危象

收入指征: 具有一项辅助检查及一项临床表现

- 1、意识障碍、休克;
- 2、 $T >40\text{ }^\circ\text{C}$ 或 $<35\text{ }^\circ\text{C}$;
- 3、低血糖及相应的临床表现;
- 4、低血压, 循环虚脱;
- 5、水中毒, 脑水肿等相应表现;
- 6、神经精神症状;
- 7、血中甲状腺素、肾上腺皮质激素、性激素、血浆皮质醇等降低;

- 8、生长激素、泌乳素、促肾上腺皮质激素、黄体生成素、促甲状腺激素等水平降低；
- 9、基础代谢率下降；
- 10、垂体 X 线、CT、MRI、血管造影等发现垂体肿瘤。

转出指征：

生命体征平稳，意识状态明显改善，内环境紊乱得到纠正，各脏器功能明显好转，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

三十一、甲状腺功能亢进危象

收入指征：

有甲亢的原发病存在且具以下之一：

- 1、 $T > 39\text{ }^{\circ}\text{C}$ ；
- 2、心率 > 140 次/分；
- 3、神经精神症状；
- 4、快速心律失常，血压下降，心力衰竭；
- 5、电解质酸碱平衡紊乱；

转出指征：

生命体征平稳，意识状态明显改善，内环境紊乱得到纠正，各脏器功能明显好转，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

三十二、甲状腺功能减退危象

收入指征：

有甲减的原发病存在且具以下之一：

- 1、出现心率减慢、嗜睡；
- 2、意识状态改变；
- 3、呼吸功能改变，呼吸变浅变慢；
- 4、循环衰竭；
- 5、血清 T_3 、 T_4 、 FT_3 、 FT_4 下降；
- 6、血清 TSH 升高或降低；

7、血气分析异常。

转出指征：

生命体征平稳，意识状态明显改善，内环境紊乱得到纠正，各脏器功能明显好转，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

三十三、肾上腺危象

收入指征：

原已诊断慢性肾上腺皮质功能减退的基础上出现以下情况之一：

- 1、用原发病难以解释的脱水、低血压、循环衰竭，补液、应用血管活性药物抗休克效果不好；
- 2、恶心、呕吐、腹痛、腹泻；
- 3、软弱无力、烦躁不安、淡漠、嗜睡、昏迷等神经系统症状；
- 4、高热、呼吸困难、明显脱水、少尿、无尿，甚至急性肾衰；
- 5、低血糖、低血钠、血及尿中游离皮质醇降低；ACTH 兴奋试验（+）；

转出指征：

生命体征平稳，意识状态明显改善，内环境紊乱得到纠正，各脏器功能明显好转，各种病因或危险因素得到明显控制或处于稳定期。

三十四、急性重症肝炎

转入指征：

具有以下情况之一：

- 1、高度黄疸、高度乏力、高度食欲不振；
- 2、血清白蛋白的浓度低于 30g/L；
- 3、血压下降、心律不齐、心跳骤停；
- 4、明显出血倾向；
- 5、肝、肾功能明显改变；
- 6、大脑功能受抑制，昏迷；

转出指征：

生命体征平稳，酸碱平衡紊乱及电解质失调完全纠正，原发疾病得到有效治疗，无近期严重并发症可能。

三十五、急性中毒

收入指征：

有毒物接触史，出现下列各系统症状体征之一：

- 1、神经系统：昏迷；谵妄；惊厥；瘫痪；
- 2、呼吸系统：呼吸机麻痹或瘫痪需用机械通气者，急性肺水肿；急性呼吸衰竭；
- 3、循环系统：各种严重心律失常；心跳骤停；休克，心肌损伤；
- 4、泌尿系统：急性肾功能衰竭；少尿甚至无尿；
- 5、血液系统：严重溶血性贫血；急性粒细胞缺乏；严重出血。

转出指征：

症状体征明显好转，生命体征基本稳定，重要脏器的各种严重并发症基本得到控制。

三十六、溺水

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、凡出现意识障碍、心跳呼吸骤停；
- 2、需要开放气道机械通气；
- 3、循环衰竭、严重心律失常；
- 4、因脑缺氧、脑水肿、出现抽搐。

转出指征：

意识恢复，机械通气撤除，血压稳定，严重心律失常消失，观察 24—48 小时。

三十七、中暑

收入指征：

重度中暑，伴意识障碍、抽搐、休克、少尿、DIC、心衰任何一

项者。

转出指征：

体温降至 38℃ 以下，临床症状基本控制。

三十八、电击（含雷击伤）

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、电击伤后出现心跳、呼吸骤停；
- 2、电击伤后出现严重心律失常；
- 3、需在 ICU 内观察防治各种并发症。

转出指征：

意识恢复，严重心律失常消失，观察 24—48 小时。

三十九、其他急性物理、化学、生物因素等致伤性因素所致的损伤

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、出现心跳、呼吸骤停；
- 2、出现严重心律失常；
- 3、需在 ICU 内观察防治各种并发症。

转出指征：

生命体征平稳，意识恢复，严重心律失常消失，无近期可预见的危及生命的并发症发生可能，观察 24—48 小时。

四十、全身炎症反应综合征，多脏器功能不全或衰竭

收入指征：

具有下列情况之一者：

- （一）存在引起 MODS/MOF 的急性病理因素，生命体征不稳定；
- （二）病理因素打击 24 小时后出现 2 个以上脏器急性功能不全或衰竭；
- （三）疾病终末期患者或慢性、不可逆性脏器功能衰竭患者不收入 ICU。

转出指征：

病理因素得到控制，脏器功能恢复，生命体征稳定 48 小时。

四十一、 原因不明的急性昏迷、晕厥、抽搐等

收入指征：

具有下列情况之一者：

- 1、原因不明并经相关科室会诊，仍不能明确病因者,也不能预测病情下一步发展
- 2、影响生理功能及内环境紊乱
- 3、急诊处理后患者病情无明显好转
- 4、多次出现上次情况，且发作时间缩短，病情逐渐加重者

转出指征：

病因检查清楚，且得到控制，生命体征平稳，意识清楚或抽搐得到控制，预计短时间内无再发者。

四十二、普通外科 疾病转入 ICU 标准

(一) 腹部外伤

转入指征：

当具有以下情况之一：

- 1、有空腔脏器损伤且开腹部分切除或吻合术后
- 2、有腹膜炎存在；
- 3、有实质脏器损伤，整个摘除或部分切除或修补术后；
- 4、术前 + 术中出血量 > 1500ml ；
- 5、术后有活动性出血，不宜立即再次探查者；
- 6、腹膜后血肿随时可能出现破裂，有生命危险者；生命体征不稳，出现休克表现；

转出指征：

生命体征平稳，内环境紊乱纠正，意识状态明显改善，腹膜炎得到有效治疗，无需肠内 / 肠外营养支持治疗。无近期严重并发症发生可能。

(二) 急性化脓性腹膜炎

转入指征：

具有以下情况之一：

- 1、化脓性腹膜炎短期无明显局限趋势；
- 2、局限性腹膜炎体温持续不退，全身症状明显者；
- 3、弥漫性腹膜炎术后生命体征不稳；
- 4、腹腔脓肿引流术后 24h 生命体征未见明显好转或有恶化趋势者；
- 5、血液中白细胞、中性粒细胞明显异常；
- 6、腹腔穿刺液涂片或细胞培养阳性；

转出指征：

生命体征平稳，内环境紊乱纠正，意识状态明显改善，腹膜炎得到有效治疗，无需肠内/肠外营养支持治疗。无近期严重并发症发生可能。

(三) 胃十二指肠术后

转入指征：

当具有以下情况之一：

- 1、进食穿孔后，术中见腹腔污染较重者；
- 2、溃疡出血量 $>1500\text{ml}$ ，或 $>1000\text{ml}$ ，有休克表现者；
- 3、术后出现并发症，需密切观察生命体征者；

转出指征：

生命体征平稳，内环境紊乱纠正，意识状态明显改善，腹膜炎得到有效治疗，无需肠内/肠外营养支持治疗。无近期严重并发症发生可能。

(四) 急性肠梗阻或肠扭转术后

转入指征：

当具有以下情况之一：

- 1、腹腔感染较重；
- 2、肠切除范围广泛 $>100\text{cm}$ ；
- 3、出现酸碱平衡失调或电解质紊乱；

- 4、出现严重并发症，需监测生命体征者；
- 5、需较长时间肠外营养支持治疗者；

转出指征：

生命体征平稳，内环境紊乱纠正，意识状态明显改善，腹膜炎得到有效治疗，无需肠内/肠外营养支持治疗。无近期严重并发症发生可能。

(五) 化脓性胆管炎术后

转入指征：

当具有以下情况之一：

- 1、体温升高 >38.5 度，脉率增快 >120 次/分等休克表现；
- 2、麻醉清醒后，出现烦躁不安、意识障碍、昏睡乃至昏迷等中枢神经系统抑制表现；
- 3、手术前的保守治疗期生命体征监测；
- 4、出现并发症，需监测生命体征；

转出指征：

生命体征平稳，内环境紊乱纠正，意识状态明显改善，腹膜炎得到有效治疗，无需肠内/肠外营养支持治疗。无近期严重并发症发生可能。

(六) 普外科其他需转入 ICU 的病种

- 2、门脉高压分流或转流等大手术后
- 2、消化系统肿瘤根治术后；
- 3、腹主动脉瘤介入和手术后；
- 4、腹腔间隔综合征影响心功能或其它脏器功能；
- 5、短肠综合征需较长时间肠内/肠外营养支持。

四十三、骨科疾病转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一者

- 1、多发伤导致多部位骨折，失血量 $>1500\text{ml}$ ，或有休克表现者；

- 2、脊柱损伤导致循环呼吸不稳定，需呼吸循环支持治疗者；
- 3、脊髓休克早期需监测生命体征；
- 4、脂肪栓塞；

转出指征：

生命体征平稳，无需呼吸循环支持。

四十四、颅脑外科疾病转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一者

- 1、需测监颅内压；
- 2、术后需呼吸支持治疗；
- 3、术后需循环支持治疗；
- 4、需监测生命体征患者；

转出指征：

生命体征平稳，无需呼吸循环支持。无需监测颅内压。

四十五、胸外科疾病转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一者

（一）胸部外伤

- 1、肺挫伤，气管、支气管损伤需呼吸机治疗；
- 2、创伤性窒息；
- 3、连枷胸，影响循环功能；
- 4、大血管损伤，出现休克症状；
- 5、胸部畸形影响生命体征；
- 6、影响呼吸、循环功能的其它情况；

（二）纵隔肿瘤切除术后

（三）食道肿瘤切除术后

（四）肺叶切除术后

转出指征：

手术后 24 小时，且生命体征平稳，无需呼吸循环支持。无严

重并发症。

四十六、妇产科疾病转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一者

- 1、妇科、产科大出血 $>1500\text{ml}$ 或影响循环稳定；
- 2、羊水栓塞；
- 3、凝血功能异常，有继发 DIC 可能或 DIC 患者；
- 4、妊娠性高血压 $\text{MAP}>110\text{mmHg}$ ，或子痫；
- 5、胎死宫内导致的全身脏器功能损伤；
- 6、多胎、畸形等特殊情况的高危产妇分娩之前生命体征监测；
- 7、剖宫产术后生命体征不稳定患者；
- 8、其它需要高级生命支持的重症病人。

转出指征：

手术后 24 小时，且生命体征平稳，无需呼吸循环支持。无严重并发症。脏器功能明显改善，原发疾病或致病因子得到有效控制。

四十七、各外科系统术前高危患者转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一：

- 1、术前有严重的心肺疾病，如急性心肌梗死、COPD；
- 2、肿瘤广泛根治术，如食管或长时间手术(>6 小时)；
- 3、严重的多发性创伤，如涉及多于三个器官或多于两个体腔的开放（左侧胸腔或腹腔开发）；
- 4、多发性长骨和骨盆骨折；
- 5、大量失血超过 1600ml ，或在 48 小时内 $>1.5\text{ml/m}$ ；
- 6、年龄 >70 岁,有一个以上重要脏器生理储备功能受限；
- 7、休克： $\text{MAP}<60\text{mmHg}$ ； $\text{CVP}<5\text{mmHg}$ ；尿量 $<20\text{ml/h}$ ；皮肤湿冷；
- 8、败血症：血培养阳性， $\text{WBC}>12 \times 10^9/\text{L}$ 高热 $>38.3^\circ\text{C}$,寒战；
- 9、感染性休克： $\text{WBC}>12 \times 10^9/\text{L}$ ，体温 $>38.3^\circ\text{C}$ ，合并有低血压

<70mmHg;

10、严重营养不良：体重减轻 >9kg，清蛋白 <3g/d，渗透浓度 <280mOsm/L；

11、呼吸衰竭：PaO₂<60mmHg，Q_s/Q_t>30%，需机械通气者；

12、腹部急症：急性胰腺炎，肠坏死，腹膜炎，内脏穿孔，胃肠道出血；

13、液体复苏后 CVP>15mmHg；

14、急性肾衰：血尿素氮>50mg/d，肌肝>3mg/d，无溶质水清除率 (Ch₂₀)>10ml/h；

15、急性肝衰竭：胆红素>3mg/d，清蛋白<3g/d，DH>200U/ml，血氨>120g/ml；

16、焦虑，神经系统抑制，浅昏迷，昏迷。

转出指征：

生命体征基本平稳，无高热、严重术后早期并发症，不再需要机械通气。心血管介入治疗观察 24--48 小时无特殊情况。

四十八、术后高危患者转入 ICU 标准

转入指征：

具有以下情况之一：

1、急性大的病情变化：急性心肌梗死，肺栓塞，术后大出血；

2、低血压，生命体征不稳定；

3、术后呼吸功能未完全恢复，带气管插管；

4、术中出血在 3000ml 左右，输 1600ml 以上全血或红细胞；

5、严重感染，内脏穿孔，胰腺炎，肠坏死，血培养阳性，吸入性肺炎，体温上升>38.3℃超过 2 天；

6、任何一个重要脏器衰竭（标准同术前）；

7、术后水、电解质紊乱，每天输液在 5000ml 以上。

8、全麻未醒，麻醉意外抢救成功后。

转出指征：

生命体征基本平稳，内环境紊乱得到完全纠正，无活动性出血，无高热、严重感染等术后早期并发症，不再需要机械通气，无需血

管活性药物治疗，脏器功能明显改善。

四十九、大面积烧伤的患者

转入指征：

烧伤面积 $\geq 10\%$ 。

转出指征：

生命体征基本平稳，内环境紊乱得到完全纠正，无高热、严重感染，无需血管活性药物治疗，脏器功能明显改善。

秭归县中医医院
二〇一四年八月十九日