

江阴市医学会

澄医会〔2026〕30号

关于开展2026年上半年度全市急救网络分站 规范化建设专项质控的通知

各急救网络分站：

为进一步推进全市急救网络分站规范化建设工作，切实提高全市院前急救水平，经研究，决定委托市院前急救质控小组开展2026年上半年度全市急救网络分站规范化建设专项质控。现将有关事项通知如下：

- 一、质控时间：2026年7月（质控时间随机，不预先通知）。
- 二、质控对象：各急救网络分站。
- 三、质控内容：急救站（点）建设与管理、台账管理、医疗质量管理、急救处置能力等（详见附件1）。
- 四、质控方式：采取现场查看、查阅相关数据、台账资料、评估团队心肺复苏操作流程（附件2）等方式。

请各分站按评价标准做好准备。联系人：刘晓清，联系电话：
13921258961。

- 附件：1.江苏省院前急救质量控制工作指导评价表
2.成人心肺复苏+除颤项目操作流程（医护驾）



附件1

江苏省院前急救质量控制工作指导评价表

质控日期： 年 月 日

分站：

指导要点	指导内容	指导方法	指导结果
1.1 急救站（点）建设	1.1.1 功能用房至少要包括：待命办公室1间；值班室2~3间；淋浴卫生间1~2间；物资库1间。	查看现场	
	1.1.2 救护车专用车库，车位2个以上；车库和车道的室内净高大于3.2米。		
	1.1.3 每间功能用房面积20平方米以上，功能标识清晰。		
	1.1.4 待命办公区域紧邻救护车停放点，救护车有相对独立、通畅的进出通道。		
	1.1.5 急救站（点）24小时运转。		
1.2 装备配备	1.2.1 配备办公电脑1~2台；根据急救工作需要，具备内网或外网信息互联。	查看现场	
	1.2.2 急救分站配备救护车至少2辆（急救点配备救护车至少1辆）；救护车应配备有车载电台、GPS定位系统、无线数据传输等设备。		
1.3 流程、职责、规范、制度	工作流程、人员职责、服务规范、交接班制度、收费标准等悬挂、张贴公示。	查资料	
1.4 服装、各种标识统一	1.4.1 院前急救工作人员服装统一。	现场查看	
	1.4.2 急救中心（站）标识统一。		
1.5 台账管理	业务学习记录本、出车登记本、查车登记本、特殊（突发）事件上报登记本、送本站点外医院登记本、院感知识培训考核记	现场查看	

	录本、消毒记录本、院前急救医护人员轮训记录。		
指导要点	指导内容	指导方法	指导结果
2.1 出车质量	2.1.1 平均出车用时 ≤ 2.5 分钟，2分钟出车率 $\geq 95\%$ 。	系统数据	
	2.1.2 平均120呼叫反应时间，指标 ≤ 13 分钟。		
2.2 病案质量	2.2.1 电子病历系统使用率100%。	现场查看	
	2.2.2 病历规范处置，规范书写保存。病历应在24小时内打印保存，并附有知情同意书、院前-院内交接单和心电图记录纸等。	现场查看	
2.3 急救人员能力考核	2.3.1 团队操作：由医生、护士、驾驶员共同完成心肺复苏综合案例。	现场查看	
	2.3.2 急救人员熟练使用车载设备。		
2.4 从业人员配备与资质	每班配备一医一驾一护（或担架员），医护人员为注册在该医疗机构的执业医师和执业护士，驾驶员驾驶证必须是B照及以上。所有参加院前医疗急救工作的急救人员必须参加院前医疗急救技能培训并考核合格。	查资料	
2.5 救护车管理	2.5.1 救护车驾驶室及医疗仓环境整洁。	现场查看	
	2.5.2 救护车车况良好，无带病、带伤车上路，警报器、警灯完好，按规定配备灭火器。		
	2.5.3 救护车符合国家和行业有关标准，在规定使用年限内，年检合格。		
2.6 药品与设备管理	药品与设备按相关管理规定执行，配备齐全，有定期检查记录，器械性能良好，药品、卫生材料数量与质量符合要求，无过期情况。	现场查看	
2.7 投诉	投诉（含12345热线）。	查资料	
2.8 车辆运行	车辆因各种原因停止运行，导致区域内无车可派。	查资料	

指导要点	指导内容	指导方法	指导结果
3.1 各类表扬	12345, 锦旗, 来信来电等。	查资料	
3.2 心肺复苏成功率	心肺复苏成功。	查资料	

备注：涉及数据统计的，时间范围为2026.1.1—2026.5.31。

质控专家：

被查单位随同人员：

附件 2

成人心肺复苏+除颤项目操作流程（医护驾）

由三名院前急救医护人员配合实施成人心肺复苏术，医师担任第一施救者，护士担任第二施救者，驾驶员担任第三施救者。

一、情景病例

男性乘客，49岁，在行驶的公交车上突发意识不清，其他乘客呼救，旁人已将患者抬至路边，院前急救车组携带出诊箱（球囊面罩、除颤仪）到达现场，操作开始。

二、操作流程

（一）快速识别与呼救

1.评估现场环境是否安全：医师携带出诊箱（球囊面罩）首先上场，看天看地（巡视上下左右4个点），判断周围环境是否安全，确认并口述：“周围环境安全”，然后做看表动作，记录开始抢救的时间（同时掐秒表，开始对操作考核分段计时）。

2.检查意识：医师先到达病人身边，表明身份（口述：我是急救医生）后判断病人意识。方法：轻拍重唤，轻轻拍打病人双肩，要求凑近病人耳旁5公分大声呼唤，分别对着左、右两侧耳朵各呼喊一遍：“喂、喂，你怎么啦？”，观察病人有无反应。

3.启动EMS：医生发现病人无反应，立即向护士下达指令：“病人无反应，准备除颤监护仪（无除颤监护仪使用AED）。”

4.判断呼吸和循环征象：医生左手置于病人后枕部，右手伸

开，轻轻捏住病人两侧颧骨，注意手掌不要覆盖病人口鼻，同时发力，使病人头部后仰，背靠座椅，打开气道。医生面颊贴近病人口鼻，用眼睛扫视病人的面部和胸部，观察呼吸是否正常（例如：有无呼吸急促、呼吸缓慢甚至临终前异常呼吸），用右手食指和中指触摸病人右侧颈动脉搏动，同时眼睛沿顺时针方向巡视病人四肢，检查肢体有无抽动，最后将目光停留在面部看有无咳嗽反射（顺便观察病人面色）。数数计时（从“一千零一”数到“一千二零”）。时间刚好控制在10秒钟完成。确认病人没有呼吸和颈动脉搏动。

5.摆放体位：医生口述：“摆放心肺复苏体位！”护士携带除颤监护仪、导电胶和毛巾到达现场并跪在病人左侧，驾驶员跪在病人头侧，协助医生摆放心肺复苏体位。（无除颤监护仪使用AED），护士开始打开除颤设备，并进行自检。

（二）右侧胸外心脏按压

6.右侧胸外心脏按压：医生跪于病人右侧，解开病人衣领，充分暴露胸部，实施胸外心脏按压。规范徒手胸外心脏按压六要素：

（1）按压部位——胸骨正中线的中、下三分之一段交界处（手掌根部放在两乳头连线的中点）。按压过程中，掌根部应始终在正确的按压部位上，做到“骨肉相离皮相连”，不得进行跳跃式按压。

（2）正确手势——A角将双手重叠、十指交叉、相互紧扣，用掌根部与病人皮肤接触（压力局限在胸骨、面积越小越好），

定位手的五个指头尽量全部伸直，不允许接触到病人胸部皮肤。

(3) 按压姿势——医生双膝跪地，以髌关节为支点、腰部挺直，双肩位于双手正上方，用上半身的重量向下施压。医生双臂绷直，肩、肘、腕三关节呈一条直线（肘关节不得弯曲），无晃动或摇摆；医生双手臂平面与地面垂直，以自身重量垂直向下按压。按压过程中要求平稳、有规律，用力均匀，不得进行冲击式按压；医生全程观察病人面部表情和面色改变，以便及时评估胸外心脏按压是否有效。

(4) 快速按压——按压频率100—120次/分钟，即15—18秒内完成30次按压，向下按压与向上放松的时间要保持相等；通过数数控制节奏，数数始终发两个音，如“01、02、03……28、29、30”。

(5) 用力按压与充分放松——要求使用较大的力量，使胸骨下陷幅度至少在5cm以上，但不超过6cm。同时，每次按压后手臂充分放松，让病人胸廓完全回弹，使得心脏充分舒张受血。

(6) 持续不断——心肺复苏过程中不管做任何操作，都要求尽量不中断胸外心脏按压，尽可能持续不断地进行；如果不得不中断胸外心脏按压（如做人工呼吸、电击除颤放电、气管插管暴露声门裂或者将病人过床时），中断按压的时间最多不能超过10秒钟，以免影响人工循环效果，降低心肺复苏的抢救质量。

(三) 双人球囊一面罩人工通气

7. 开放气道：医生检查病人口腔有无异物或者分泌物，然后

采取“托举双颌法”使病人头部往后仰，徒手开放气道，并保持呼吸道通畅。要求徒手开放气道的动作规范、轻柔，一步到位，（病人下颌、耳廓之间的连线与地面垂直）。设定口腔无异物。

（四）人工通气

8.双人球囊一面罩通气：驾驶员双手“E-C”手法固定、扣紧氧气面罩，医生捏复苏球囊缓慢（每次通气持续1秒钟）通气，以看到胸部起伏为人工通气的有效指标。

（五）电击除颤

9.准备除颤（除颤监护仪）：护士交换医生按压，医生迅速开始除颤操作，调至“监护”位，安放电极板显示“室颤”，准备进行电除颤。迅速用毛巾擦干病人胸部皮肤，左手持两个电极板，右手拿导电胶，并均匀涂在两块电极板上。

10.安放电击板：前电极板放在胸骨外缘上胸部、右侧锁骨下方；外侧电极板上缘放在左下胸、乳头左侧，电极板中心在腋中线上，滑动电极板使导电胶均匀涂抹在胸壁上，同时观察心电波形，确定仍为室颤心律。

11.选择除颤能量：医生迅速将除颤监护仪调至“除颤”位，除颤能量选择仪器推荐剂量，本次考核选择200J。

12.充、放电：确定周围无人员直接或间接与病人接触后，按压除颤仪充电按钮，使除颤仪充电。除颤电极板紧贴胸壁，适当加以压力，除颤仪显示可以除颤信号时，再次确认安全无接触后，双手拇指同时按压放电按钮进行电击。放电结束，移开电极板，立即开始胸外心脏按压。

或

9.准备除颤（AED）：AED到场后医生立即打开AED电源开关。

10.贴电极片：粘贴电极片，要求位置正确：主电极片位于右锁骨下胸骨右缘，次电极片位于左下胸乳头连线下、中心点平腋前线。电极片插头插入AED面板上。

11.分析心律：在分析心律的时候大声提醒“所有人离开”，并展开双臂，用目光巡视四周，确保没有人和模拟人接触。

12.充、放电：电AED自动充电时再次大声提醒“所有人离开”，并展开双臂，用目光巡视四周，确保所有人离开。AED充电完成，灯光闪烁时迅速按下放电键并报告：“除颤完毕”，按压放电键不允许提前或延迟。AED除颤完毕，立刻从按压开始新的一组心肺复苏，并口述“继续心肺复苏”。

（六）左侧胸外心脏按压

13.左侧胸外心脏按压：护士跪于病人左侧，实施左侧胸外心脏按压。规范徒手胸外心脏按压六要素：

（1）按压部位——胸骨正中线的中、下三分之一段交界处（手掌根部放在两乳头连线的中点）。按压过程中，掌根部应始终在正确的按压部位上，做到“骨肉相离皮相连”，不得进行跳跃式按压。

（2）正确手势——A角将双手重叠、十指交叉、相互紧扣，用掌根部与病人皮肤接触（压力局限在胸骨、面积越小越好），

定位手的五个指头尽量全部伸直，不允许接触到病人胸部皮肤。

(3) 按压姿势——医生双膝跪地，以髌关节为支点、腰部挺直，双肩位于双手正上方，用上半身的重量向下施压。医生双臂绷直，肩、肘、腕三关节呈一条直线（肘关节不得弯曲），无晃动或摇摆；医生双手臂平面与地面垂直，以自身重量垂直向下按压。按压过程中要求平稳、有规律，用力均匀，不得进行冲击式按压；医生全程观察病人面部表情和面色改变，以便及时评估胸外心脏按压是否有效。

(4) 快速按压——按压频率100—120次/分钟，即15—18秒内完成30次按压，向下按压与向上放松的时间要保持相等；通过数数控制节奏，数数始终发两个音，如“1下、2下、3下……28、29、30”。

(5) 用力按压与充分放松——要求使用较大的力量，使胸骨下陷幅度至少在5cm以上，但不超过6cm。同时，每次按压后手臂充分放松，让病人胸廓完全回弹，使得心脏充分舒张受血。

(6) 持续不断——心肺复苏过程中不管做任何操作，都要求尽量不中断胸外心脏按压，尽可能持续不断地进行；如果不得不中断胸外心脏按压（如做人工呼吸、电击除颤放电、气管插管暴露声门裂或者将病人过床时），中断按压的时间最多不能超过10秒钟，以免影响人工循环效果，降低心肺复苏的抢救质量。

(七) 人工通气

14. 双人球囊一面罩人工通气：驾驶员在病人头侧用“托举双颌法使病人头部后仰，打开气道，“E-C”手法固定氧气面罩。医

生使用复苏球囊通气两次，每次通气持续1秒钟，两次通气用时应控制在5秒钟内。

(八) 评价心肺复苏效果

15.检查评估复苏效果：心肺复苏每做够5个周期的30:2轮回，大约历时2分钟，应实施一次检查评估。重点检查病人的循环征象和自主呼吸，评估基础生命支持的复苏效果。考核情景病例假设给予病人电除颤、5个周期的CPR后，医生使用除颤监护仪进行快速检查，病人出现规则的自主心律；使用AED作为除颤设备的，根据AED的提示“不建议除颤”，评价复苏效果。在此期间，护士配合医生。期间，中断胸外心脏按压时间不超过10秒钟。

(九) 快速转运患者

16.快速转运患者：本案例假设给予病人，除颤监护仪显示病人的心跳恢复，自主呼吸恢复，应快速转运病人至院内继续进行ROSC后的恢复治疗。心肺复苏+除颤项目操作结束。

报送：市卫生健康委、市科协、市民政局。

江阴市医学会

2026年6月18日印发
