

《规范化创伤中心运行指南》

编制说明

一、项目背景

世界卫生组织的报告显示，创伤占全球死亡 9%，2030 年单纯道路交通事故将成为全球第五位死亡原因。全球每年因创伤引起的死亡超过 580 万人，导致的永久伤残超过 5000 万人；创伤导致的死亡占全球所有死亡 9%，是 1-49 岁人群的第一位死因；创伤是全球几乎所有国家面临的一个严重公共卫生问题。我国每年因创伤需要到医院就诊的人次超过 6000 万，每年因严重创伤而导致的死亡大约 70-80 万人。我国自 20 世纪 90 年代中期开始，单纯交通伤导致的死亡预计每年 20 万至 40 万之间，当前，交通伤导致的死亡占有所有意外死亡 80%。

WHO 资料显示，一个国家或地区如果没有完善的创伤救治系统，对比有完善创伤救治系统的国家或地区，严重创伤患者死亡率可增加 6 倍。20 世纪 70 年代，美国创伤救治系统建设一项标志性研究显示创伤救治系统建设可以把创伤可预防性死亡从 73% 降至 8%。后续多项研究同样证明创伤系统的发展降低了严重创伤患者的死亡率和可预防性死亡。新英格兰医学杂志另外一项研究显示，如果严重创伤患者被送往创伤中心，其死亡率相比送往非创伤中心下降 25%。创伤救治系统指创伤服务各个环节无缝链接，包括创伤预防、院前急救、提前通知、急诊科阶段救治、确定性治疗、ICU 救治和康复治疗。就如 D. Hoyt 和 R. Coimbra 教授所述，创伤救治系统是一种面对严重损伤患者的有组织的方法，它应该在有界限的地理区域内执行，

并与当地的急救医疗服务系统相互整合以便提供最佳的救治。

1966年美国国家科学院联合美国国家研究委员会发布了《意外死亡与残疾：现代社会被遗忘的疾病》，该报告总结了美国急诊救治在各个层面的做法和不足，提供了改变的建議，它彻底改变了美国人民看待和管理创伤病人的方法；今天，在美国，由美国外科学院创伤委员会认证的创伤中心超过400家。1976年，一名美国骨科医生驾驶私家飞机，在一个郊外坠毁，爱人当场去世，随后这名医生和他4个孩子接受了当地医疗机构的救治，但是救治过程并不恰当；因此，这名骨科医生随后联合其他医生，创建了现在被誉为国际创伤复苏标准的创伤培训课程《高级创伤生命支持》，该课程目前在全球83个国家和地区传播。

2018年6月21日国家卫生健康委办公厅印发《关于进一步提升创伤救治能力的通知》（国卫办医函【2018】477号），号召全国各省各地大力推进创伤中心和创伤救治体系建设。2022年6月13日广东省卫生健康委印发《广东省创伤中心创建三年行动方案（2022-2024）》的通知（粤卫医函【2022】40号），目的在于进一步加强我省创伤救治体系建设，优化创伤医疗资源布局，规范创伤救治流程，提升创伤救治能力，并且有效降低严重创伤的致残率和致死率。创伤患者的救治，特别是严重创伤患者和多发伤患者，为医护人员带来诸多挑战，包括时间敏感性高，涉及多个学科，对医护人员个人技术和团队配合要求非常高，以及对救治设备和环境均提出不同层次的标准和要求。全球不同国家和地区医疗资源不同，创伤培训的可获得性也不一样，创伤救治的具体做法也相差很大。另外，不

同国家和地区院前急救模式不尽相同，创伤救治系统模式也各有差异，加上不同的文化背景和差异化的救治流程，导致不同创伤中心的实际运作难以统一标准。

我们国家创伤中心建设起步较晚，全国范围内对于创伤中心的建设与运作，普遍缺乏经验，我们国家因为创伤中心和创伤体系建设起点晚，创伤学科的建设与发展同样明显滞后，与国际上创伤学科的建设与发展存在显著的差距。过去 30 年国际创伤科学的发展，其中一个巨大的成就，就是形成了创伤与急症外科【Trauma and Acute Care Surgery】，作为创伤中心的牵头和领导学科；创伤与急症外科由普通外科医师主导，联合创伤救治相关专科，服务范畴包括创伤+外科急症+外科重症。同时，目前国际上主要的发达国家几乎都形成了创伤与急症外科全国学会，持续推动本国创伤科学的可持续发展。我们国家有中华医学会创伤学分会和中国医师协会创伤外科医师分会，但都是以骨科创伤为主，并不是能够与国际创伤科学接轨的、以多发伤和严重躯干创伤为主的创伤学科。因此，该标准的制定显得尤为重要。

二、工作简况

（一）立项阶段

根据《深圳市医师协会团体标准管理办法（试行）》的要求，编制组 2022 年 4 月向深圳市医师协会申请立项，2022 年 7 月 29 日，深圳市医师协会批准立项，立项文件号：深医协[2022] 34 号，团体标

准计划编号:T/SZSMDA 007-2022 QC。

（二）起草阶段

本团体标准《规范化创伤中心运行指南》由香港大学深圳医院和深圳市医师协会创伤外科专业委员会共同提出，由深圳市医师协会归口，香港大学深圳医院、深圳市医师协会创伤外科专业委员会、深圳大学总医院等机构负责组织立项、调研、起草。

2022年9月-12月成立本团体标准编制组，组织对该标准的制订进行调研、验证，收集相关技术资料，完成前期调研和资料收集工作。对前期调研收集的资料进行筛选，确定标准起草的主要内容，完成标准草案起草。

2023年8月-2023年10月整理资料，查阅标准、文献，编制标准草案，形成标准征求意见稿。

后续工作拟按以下计划开展：

（三）征求意见阶段

2023年12月，编制组将征求意见稿发深圳市医师协会以及企业事业组织、社会团体等机构公开进行意见征集。

2024年02月，根据反馈意见对标准进行整理修改，形成送审稿，报送评审。

标准评审阶段

2024年03月，由深圳市医师协会组织行业专家对标准进行评审。

标准报批与发布阶段

2024年04月，标准编制组按照专家意见采纳修改后，形成标

准报批稿，报请深圳市医师协会批准发布。

三、技术依据和主要内容

1、范围

本标准规定了规范化创伤中心的运行标准，包括建立院前创伤分流制度，建立提前通知制度和创伤呼叫系统，制定创伤团队启动标准，建立多学科创伤团队，建立创伤复苏单元等程序。

本标准适用于深圳市范围内的医疗单位或提供创伤救治服务的单位。

2、规范性引用文件：国家卫生健康委员会办公厅《关于进一步提升创伤救治能力的通知》国卫办医函【2018】477号、广东省卫生健康委关于印发《广东省创伤中心创建三年行动方案（2022-2024）》的通知（粤卫医函【2022】40号）、广东省公安厅《关于深化道路交通事故救援救治联动机制的通知》（粤公通字【2023】72号）、《Advanced Trauma Life Support》(American College of Surgeons, 2012), 《Resouces for Optimal Care of the Injured Patient》(American College of Surgeons, 2016)

3、术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

4、创伤中心 Trauma center

创伤中心指专门建设和设置，用来救治创伤患者，特别是严重创伤患者的医院和机构。

5、创伤分流 Trauma triage

创伤分流是指创伤患者在院前的环境中，根据损伤严重程度不同和医疗机构创伤救治能力分级，根据检伤分类的标准送往具备合适

救治能力的医院。

医院间转诊 Interhospital transfer

医院间转诊是指创伤患者从较低级别医院转诊到较高级别医院接受进一步救治的过程，也包括患者救治稳定后从较高级别医院转诊到较低级别医院继续康复的过程。

6、创伤团队启动标准 Trauma team activation criteria

创伤团队启动标准是用来衡量严重创伤患者或者潜在严重创伤患者的指标，只要创伤患者符合这些指标，就按照程序启动创伤团队，通常包括生理学标准、损伤部位标准和损伤机制标准。

7、多学科创伤团队 Multidisciplinary trauma team

多学科创伤团队指救治严重创伤患者时第一时间组成的团队，第一梯队通常包括急诊科医生、普通外科医生、创伤骨科医生、麻醉科医生、ICU 医生和放射科技术员，第二梯队根据患者的损伤情况呼叫相应的专科医生。

8、创伤复苏单元 Trauma resuscitation bay

创伤复苏单元是一个专门的隔间，进行特定的设置和配套，除了常规创伤生命支持能力之外，还包括床边 X 光检查设备、床边彩超检查设备、未配型 O 型卫星血库和复苏性手术救治能力，确保为严重创伤患者第一时间的创伤接诊和创伤复苏提供最恰当的救治条件，通常是以患者为中心，各种设备和配套设施围绕患者，以及创伤团队成员围绕患者进行救治。

9、创伤审计会议 Trauma audit meeting

创伤审计会议是一种针对创伤死亡或者严重创伤患者救治过程的回顾程序和机制，目的是找出救治过程中可能存在的不足和疏漏，并且提出改进的建议和具体措施，通常包括回顾救治流程是否合理、医疗决策是否正确和医疗技术是否达标。

四、是否涉及专利等知识产权问题

本标准不涉及专利等知识产权问题。

五、起草过程中主要分歧意见的处理情况

本标准制定过程中无重大分歧意见。

六、实施标准的措施建议

建议举办本标准宣讲培训班，推动标准全面实施。

七、其他需要说明的事项

无。