

基于 CRAMS 评分一体化分级诊疗救护模式在 多发性创伤患者中的应用效果

孙建华 蒋伟康 王国志 沈黎文

上海市第六人民医院急诊医学科, 上海 200233

通信作者: 沈黎文, Email: 170396025@qq.com

【摘要】 **目的** 探讨基于循环呼吸腹部运动语言(CRAMS)评分的一体化分级诊疗救护模式在多发性创伤患者中的应用效果。**方法** 选择 2023 年 3 月至 2024 年 3 月上海市第六人民医院急诊抢救室救治的 160 例多发性创伤患者为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 80 例。对照组行急诊常规救治,观察组由干预小组应用 CRAMS 评分量表对患者进行病情分级评估,并根据评估结果对患者实施一体化分级诊疗救护模式,具体措施如下:成立救治干预小组,小组成员包括急诊抢救室主治医师 1 名,抢救室创伤专科护士组长 1 名,抢救室创伤专科护士 3 名。主治医师负责对患者病情进行诊断及治疗,创伤专科护士组长负责应用 CRAMS 评分量表对患者病情进行评估;创伤专科护士负责对患者实施干预。比较两组干预前后 CRAMS 评分、创伤严重程度(ISS)评分、分诊时间、等待救治时间、救治时间、并发症发生率及患者满意度的差异。**结果** 干预前两组 CRAMS 评分、ISS 评分比较差异均无统计学意义;干预后观察组 CRAMS 评分明显高于对照组(分: 8.85 ± 0.89 比 7.52 ± 1.02 , $P < 0.05$),而 ISS 评分明显低于对照组(分: 15.98 ± 2.98 比 20.77 ± 3.02 , $P < 0.05$)。观察组分诊时间、等待救治时间、救治时间均较对照组明显缩短[分诊时间(min): 3.25 ± 0.62 比 5.89 ± 1.02 ,等待救治时间(min): 3.02 ± 0.45 比 5.78 ± 0.98 ,救治时间(min): 45.85 ± 5.23 比 65.22 ± 6.41 ,均 $P < 0.05$]。观察组并发症发生率明显低于对照组[3.75% (3/80)比 12.50% (10/80), $P < 0.05$],而满意度明显高于对照组[93.75% (75/80)比 77.50% (62/80), $P < 0.05$]。**结论** 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提高多发性创伤患者的救治效率,改善患者病情及预后,提高患者救治满意度。

【关键词】 循环呼吸腹部运动语言评分; 一体化分级诊疗救护模式; 多发性创伤; 救治效果; 满意率

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.05.011

Application effect of integrated graded diagnosis and treatment and rescue mode based on circulation respiration abdomen motor speech score in patients with multiple trauma

Sun Jianhua, Jiang Weikang, Wang Guozhi, Shen Liwen

Department of Emergency Medicine, Shanghai Sixth People's Hospital, Shanghai 200233, China

Corresponding author: Shen Liwen, Email: 170396025@qq.com

【Abstract】 **Objective** To explore the application of the integrated graded diagnosis, treatment and ambulance model based on circulation respiration abdomen motor speech (CRAMS) score in patients with multiple traumas. **Methods** From March 2023 to March 2024, 160 patients with multiple traumas admitted to the department of emergency of Shanghai Sixth People's Hospital were selected as the research subjects. Based on a random number table, the patients were divided into an observation group and a control group, with 80 patients in each group. And the control group received routine emergency treatment, while the observation group was assessed by the intervention team using the CRAMS scoring scale to evaluate the condition, and then implemented an integrated graded diagnosis and treatment model based on the assessment results. The specific measures were as follows: establish an intervention team composed of 1 attending doctor from the emergency resuscitation room, 1 head nurse specializing in trauma care, and 3 trauma specialty nurses. The attending doctor was responsible for diagnosing and treating the patient's condition; the head nurse specializes in assessing the patient using the CRAMS scoring scale; the trauma specialty nurses were tasked with implementing interventions for the patient. The CRAMS score, injury severity score (ISS), triage time, waiting time for treatment, treatment time, complication rate, and patient satisfaction rate were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** There were no significant differences in CRAMS scores and ISS scores between the two groups before intervention. After intervention, the CRAMS score of the observation group was significantly higher than that of the control group (8.85 ± 0.89 vs. 7.52 ± 1.02 , $P < 0.05$), while the ISS score was significantly lower than that of the control group (15.98 ± 2.98 vs. 20.77 ± 3.02 , $P < 0.05$). The triage time, waiting time for treatment, and treatment time of the observation group were significantly shorter than those of the control group [triage time (minutes): 3.25 ± 0.62 vs. 5.89 ± 1.02 , waiting time for treatment (minutes): 3.02 ± 0.45 vs. 5.78 ± 0.98 , treatment time (minutes): 45.85 ± 5.23 vs. 65.22 ± 6.41 , all $P < 0.05$]. Complication incidence of the observation group was significantly lower than that of the control group [3.75% (3/80) vs. 12.50% (10/80), $P < 0.05$], while the satisfaction rate of the observation group

was significantly higher than that of the control [93.75% (75/80) vs. 77.50% (62/80), $P < 0.05$]. **Conclusion** The integrated graded diagnosis and rescue model based on CRAMS scores can improve the treatment efficiency of multiple trauma patients, improve their condition and prognosis, and enhance their satisfaction with treatment.

【Key words】 CRAMS score; Integrated graded rescue nursing model; Multiple trauma; Treatment effect; Satisfaction rate

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.05.011

多发性创伤是院前常见的创伤类型之一,患者伤情复杂,救治难度大,且病死率高,预后差,合适的病情评估工具和模式可改善患者预后^[1]。目前,较为常用的创伤评分方法包括循环呼吸腹部运动语言(circulation respiration abdomen motor speech, CRAMS)评分、院前指数评分、改良早期预警评分、修正创伤评分、简明创伤评分(abbreviated injury scale, AIS)和损伤严重程度评分(injury severity score, ISS)5类^[2]。ISS评分几乎是国际“金标准”,但ISS评分系统所需要的数据及相关资料多,短时间内难以获得,常用于外科手术伤情鉴定中,缺乏应急性^[3],也缺乏对生命体征因素的直接评价,对病情潜在风险的评估也存在一定缺陷,特别是对合并重度颅脑外伤的患者评分不够准确^[4]。与ISS评分系统相比,CRAMS评分不仅操作简单,方便识记,而且兼顾了患者生理、解剖、意识状况等,对危重伤具有较强的识别能力,对创伤患者生存情况和死亡风险有较高的评估能力^[5]。CRAMS评分为生理性评分,包括循环、呼吸、腹部、创伤运动、言语等生理参数,能准确区分伤情和严重程度^[6]。一体化分级诊疗救护模式是指在急诊救护的基础上,急诊救护与其他医疗部门[如急诊科、重症监护病房(intensive care unit, ICU)、手术室、内科等]密切合作,形成一个统一的分级护理体系^[7]。对多发性创伤患者实施基于GRAMS评分的一体化分级诊疗救护模式可根据患者的意识状态、呼吸频率、收缩压、心率以及体温等参数进行评分,并按病情严重程度分为不同的救治级别,从而确定诊疗救护的优先级别,可有效提升患者救治成功率。因此,本研究探讨基于CRAMS评分的一体化分级诊疗救护模式在多发性创伤患者中的应用效果,旨在为多发性创伤患者的救治提供指导。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选取2023年3月至2024年3月本院急诊抢救室救治的160例多发性创伤患者作为研究对象。

1.1.1 纳入标准:①符合多发伤外科相关诊断标准^[8],均为外部损伤患者;②既往无严重功能缺陷;③患者及家属知情同意参与本研究。

1.1.2 排除标准:①中途转院或院前死亡;②妊娠或哺乳期妇女;③临床资料不完整。

1.1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经本院医学伦理委员会批准[审批号:2023-KY-032(K)],对患者采取的治疗和护理措施均取得患者或家属知情同意。

1.2 研究分组及一般资料:将患者按随机数字表法分为观察组和对照组,每组80例。两组性别、年龄、受伤至送院时间、损伤类型等基线资料比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$;表1),具有可比性。

表1 不同护理模式两组多发性创伤患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	受伤至送院 时间(h, $\bar{x} \pm s$)	损伤类型(例)			
		男性	女性			颅脑	胸腹	脊柱	四肢
观察组	80	40	40	42.85 ± 4.25	4.22 ± 1.02	22	26	12	20
对照组	80	42	38	42.98 ± 4.36	4.36 ± 1.12	20	24	14	22

1.3 护理方法

1.3.1 对照组:行急诊常规诊疗救护,具体措施如下:①保持呼吸道通畅:确保患者呼吸道通畅,清除口腔内的异物,保持头部处于中立位置,必要时给予吸氧;②稳定循环功能:监测患者心率、血压和呼吸频率,及时采取必要措施维持循环稳定,如液体复苏、输血等;③疼痛控制:评估患者的疼痛程度,并根据需要给予镇痛药物,以减轻患者的疼痛和不适感;④创口处理:对于开放性创伤,应及时进行清创、止血,给予适当的包扎或敷料,以减少感染风险;⑤骨折固定:对于骨折患者,应首先进行初步固定,以减少骨折部位的移动,防止进一步损伤;⑥生命体征监测:密切监测患者生命体征,包括体温、心率、呼吸频率、血压等,发现异常及时采取相应护理措施;⑦紧急处理伴随症状:对于伴随的威胁生命或重要器官功能损害的症状,如头部外伤导致意识丧失、颅内压增高等,应及时采取紧急护理措施。

1.3.2 观察组:通过成立救治干预小组,由干预小组应用CRAMS评分量表对患者进行病情分级评估,并根据评估结果实施一体化分级诊疗救护模式,具体措施如下。

1.3.2.1 成立救治干预小组:小组成员包括急诊抢救室主治医师1名,抢救室创伤专科护士组长1名,

抢救室创伤专科护士 3 名。主治医生负责对患者病情进行诊断及治疗,创伤专科护士组长负责应用 CRAMS 评分量表对患者病情进行评估,创伤专科护士负责对患者实施干预。小组成员入组后需接受基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护相关知识培训,培训结束后对小组成员进行考核,考核合格后方可入组对患者进行干预,对于考核不合格的组员需要再次进行培训,直至考核合格为止。

1.3.2.2 CRAMS 评分:量表评分内容包括循环、呼吸、胸腹、运动、语言 5 个项目,各项目评分 0~2 分。循环项目中 0 分为毛细血管充盈时间迟缓或收缩压 ≤ 85 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa), 1 分为毛细血管充盈时间迟缓或收缩压 $> 85 \sim 100$ mmHg, 2 分为毛细血管充盈时间正常或收缩压 ≥ 100 mmHg;呼吸项目中 0 分为无明显自主呼吸, 1 分为呼吸较为费力或浅呼吸 > 35 次/min, 2 分为呼吸正常;胸腹项目中 0 分为连枷胸和板状腹或血腹, 1 分为胸部或腹部有压痛, 2 分为胸腹部均无触痛;运动项目中 0 分为无明显反应, 1 分为对疼痛刺激有反应, 2 分为可遵嘱运动;语言项目中 0 分为听不懂别人发音或不能自主发音, 1 分为言语错乱和语无伦次, 2 分为对答切题。

1.3.2.3 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护:

① 轻伤患者:由 1 名急诊抢救室创伤专科护士实施全程创伤诊疗救护,主要协助急救医生快速完成相关检查,包括 X 线、B 超等;② 重伤患者:由 2 名急诊抢救室创伤专科护士实施全程创伤诊疗救护,主要通过多发伤绿色通道将患者及时送至抢救室,配合急救医生完成救治设备的准备,包括呼吸机、气管插管等,同时协助急救医生进行胸腔、腹腔穿刺操作,及时采集血液标本送检,有预见性地做好术前、术中各项工作;③ 危重伤患者:由 3 名急诊抢救室创伤专科护士实施全程创伤诊疗救护, 1 名负责协助气道管理, 1 名负责建立静脉通道、标本采集、静脉给药和术前准备, 1 名负责各种监护及开放性损伤的包扎固定。团队成员配合急救医生落实术前准备和紧急处理工作,同时严密动态监测患者生命体征、血气、生化指标,各项监测信息及时有效传递给急救医生,促进多学科会诊和急救进程。团队成员集中注意力,保证有效应答更新救治策略,使用保温毯等进行救治中的保温处置,使用亲切、温和的态度与患者及家属交流沟通,安慰其恐惧、担忧等不良情绪。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 CRAMS 评分^[9]:总分范围为 0~10 分,分值越低说明患者病情越严重,9~10 分为轻伤,7~8 分为重伤, ≤ 6 分为危重伤。

1.4.2 ISS 评分^[10]:总分范围为 0~75 分,分值越高提示患者病情越严重,其中 ISS ≤ 16 分为轻伤,16 分 $< ISS \leq 25$ 分为重伤,ISS 评分 > 25 为严重伤。

1.4.3 救治效率:记录患者分诊时间、等待救治时间、救治时间,并比较两组患者上述指标的差异。

1.4.4 并发症:记录患者并发症发生情况,比较两组并发症发生率的差异。

1.4.5 满意度:应用急诊科自制多发伤患者救护满意度调查问卷调查患者的满意度。问卷内容包括救护态度、分诊预检、护理操作、健康宣教 4 个项目,每个项目根据满意度情况依次记为 1~5 分,其中 1 分为非常不满意,2 分为不满意,3 分为一般,4 分为满意,5 分为非常满意。满意度=(满意例数+非常满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。方法:主管护士分别在患者入院时、入院 5 d 应用 CRAMS 评分量表及 ISS 评分量表评价患者干预效果,并在出院时向患者或其家属发放急诊科自制多发伤患者救护满意度调查问卷,让患者或其家属自行填写,问卷共发出 160 份,有效回收 160 份,有效回收率 100%。

1.5 统计学方法:使用 SPSS 24.0 统计软件分析数据,计量资料满足正态分布以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析或独立样本 *t* 检验;计数资料以例(构成比)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后 CRAMS 评分及 ISS 评分比较(表 2):干预前两组 CRAMS 评分、ISS 评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预后 CRAMS 评分较干预前明显升高,ISS 评分较干预前明显降低,干预后观察组 CRAMS 评分明显高于对照组,ISS 评分明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 不同护理方法两组多发伤患者干预前后 CRAMS 评分及 ISS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	CRAMS 评分(分)		ISS 评分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	80	6.52 \pm 0.85	8.85 \pm 0.89 ^a	23.52 \pm 2.36	15.98 \pm 2.98 ^a
对照组	80	6.69 \pm 0.96	7.52 \pm 1.02 ^a	23.45 \pm 2.52	20.77 \pm 3.02 ^a
<i>t</i> 值		1.186	8.788	0.181	10.098
<i>P</i> 值		0.237	< 0.001	0.856	< 0.001

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$

2.2 两组分诊时间、等待救治时间、救治时间比较 (表 3): 观察组分诊时间、等待救治时间、救治时间均较对照组明显缩短 (均 $P < 0.05$)。

组别	例数 (例)	分诊时间 (min)	等待救治时间 (min)	救治时间 (min)
观察组	80	3.25 ± 0.62	3.02 ± 0.45	45.85 ± 5.23
对照组	80	5.89 ± 1.02	5.78 ± 0.98	65.22 ± 6.41
<i>t</i> 值		19.782	22.892	20.942
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组并发症发生率及满意度比较 (表 4): 观察组并发症发生率均明显低于对照组, 而观察组满意度明显高于对照组 (均 $P < 0.05$)。

组别	例数 (例)	并发症发生率 [% (例)]	满意度 [% (例)]
观察组	80	3.75 (3)	93.75 (75)
对照组	80	12.50 (10)	77.50 (62)
χ^2 值		4.103	8.581
<i>P</i> 值		0.043	0.003

3 讨论

3.1 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可改善患者预后: CRAMS 评分、ISS 评分是目前常用的多发性损伤评估工具, 通过相关评分可明确了解患者病情, 有助于医护人员更好地制定干预措施^[11]。本研究术前分别应用 CRAMS 评分量表及 ISS 评分量表对多发性创伤患者进行评价, 经评估可知, 入组患者均为重症。两组患者入院 5 d 后再次应用 CRAMS 评分量表及 ISS 评分量表评估病情, 结果显示, 干预后观察组 CRAMS 评分明显高于对照组, 而 ISS 评分明显低于对照组, 说明与传统急诊救治模式相比, 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可有效改善多发性创伤患者预后。分析可能由于 CRAMS 评分系统综合考虑了患者的意识状态、呼吸、气道通畅程度、循环状况、肢体运动和语言能力等因素, 并将其分级, 根据分级情况对患者实施针对性干预, 从而有效改善了患者的预后^[12]。此外, 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可以迅速确定患者的救治优先级, 使医护人员能迅速响应并采取适当的救治措施, 这样可以避免出现误诊、误判等延误救治时间情况的出现, 提高了患者的救治效果, 有利于改善预后^[2, 13]。

3.2 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提升患者的救治效率: 多发性创伤发生后, 快速、高效地进行救治可提高患者的救治成功率, 从而挽救患者生命^[14]。本研究对多发性创伤患者实施基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式, 结果显示, 观察组干预后分诊时间、等待救治时间、救治时间均较对照组明显缩短, 表明基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提升患者的救治效率。分析可能是由于 CRAMS 评分模式通过对患者意识程度、呼吸、血压、心率和皮肤色泽等指标的评估, 提供了一个系统化的评估框架, 有助于医护人员快速准确了解患者病情, 确定救治优先级, 从而节约救治时间^[15]。此外, 基于 CRAMS 评分的一体化分级护理模式将患者根据评分结果划分为不同的紧急程度, 如轻伤、重伤及危重伤, 这样可使医院资源能更有针对性地分配给最需要的患者, 提高了护理效率^[16]。另外, 根据 CRAMS 评分, 医护人员可有针对性地制定个性化的治疗方案, 减少不必要的检查和处理过程, 提高了治疗效果, 并且节约了时间和资源^[17]。

3.3 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提升患者的救治效果: 本研究对多发性创伤患者实施基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式, 结果显示, 观察组并发症发生率明显低于对照组, 表明基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可减少并发症的发生。分析可能由于 CRAMS 评分系统是一种常用的救治评估工具, 它将患者的病情按照血液循环、呼吸、气道、意识状态和严重出血等 5 个方面进行评估和分级, 能帮助医护人员快速准确地了解患者的病情, 从而更好地采取救治措施, 有效提升了患者救治成功率^[18]。此外, CRAMS 评分系统综合考虑了患者的生命体征、神经系统、呼吸以及出血情况等多个方面, 可较全面地评估患者病情严重程度和救治优先级, 有助于医护人员做出正确的护理决策, 从而提升了患者的救治效果^[19]。

3.4 基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提升患者的救治满意度: 本研究对多发性创伤患者实施基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式, 结果显示, 观察组救治满意度明显高于对照组。这是因为, CRAMS 评分体系综合考虑了患者的病情和生命体征, 可以帮助医护人员全面地了解患者的救治需求, 及时采取相应措施以提高救治效率^[20-21]。此外, 基于 CRAMS 评分, 将患者分为不同

级别,医护人员可以根据评分快速判断患者病情紧急程度,优先处理病情严重的患者,减少了等待救治时间,提高了救治的响应速度^[22-23]。另外,基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式需要不同专科医护人员紧密协作,促进了团队合作,提高了救治质量和效果,进而提升了患者救治满意度^[24-25]。

4 小 结

基于 CRAMS 评分的一体化分级诊疗救护模式可提高多发性创伤患者的救治效率,改善患者病情及预后,提高患者救治满意度。然而在现有的救治系统中,数据收集和信息共享相对滞后,导致 CRAMS 评分难以准确反映患者的伤情。在后续的研究中可通过建立更高效的数据收集和信息共享系统,以促进伤情评估、救援决策的准确性和及时性。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 李园园,沈玉欢,杨苏云.改良早期预警评分联合结构化创伤团队护理在多发性创伤患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(12):9-12.
- [2] 李璐琪,严浩,刘扬,等.早期预警评分联合创伤严重程度评分在多发性创伤患者院前急救护理中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(9):116-118.
- [3] 康建毅,段朝霞,张洁元,等.不同创伤评分系统在爆炸伤伤情评估中的比较[J].第三军医大学学报,2019,41(15):1403-1406. DOI: 10.16016/j.1000-5404.20190114.
- [4] 孙乃祥,王岩.创伤的 AIS 评分与损伤程度评定的对比分析[J].中国法医学杂志,2002,17(3):139-140. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5728.2002.03.004.
- [5] 王秋云.CRAMS 评分法在急诊创伤患者预检分诊中的应用效果[J].中国社区医师,2023,39(17):136-138. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2023.17.046.
- [6] 张天乐,陆玉梅,李笑,等.创伤修正评分下的医护一体化护理在多发性创伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(5):105-108. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2023.05.032.
- [7] 袁振英,毕淑娟,唐玉洁.以 CRAMS 评分为基础的分组护理在急性颅脑损伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(6):54-57. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2022.06.017.
- [8] 杨文君.严重多发伤的临床特点及急救探讨[J].四川医学,2007,28(6):656-657. DOI: 10.3969/j.issn.1004-0501.2007.06.043.

- [9] 吴梦皎,陈梦娜,杨芸.CRAMS 评分在急诊严重复合伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(24):149-151. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2020.24.059.
- [10] 邓陶.创伤评分相关指数对创伤患者预后分析[D].南昌:南昌大学,2021.
- [11] 朱晓华,李玉,周敏,等.基于急救流程重建的系统护理对多发性创伤患者的救护效果[J].现代中西医结合杂志,2023,32(1):125-128. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2023.01.026.
- [12] 叶家朋.院前急救创伤评分方法对院前急救患者诊治效果的影响[J].中国医药指南,2022,20(32):72-74,78.
- [13] 刘畅,王晶,高兴,等.损伤控制护理策略在多发性创伤患者救治中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(16):8-10. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2022.16.003.
- [14] 窦爱华.创伤严重程度评分与早期预警评分应用于多发伤院前急救中的效果观察[J].全科护理,2022,20(16):2203-2206. DOI: 10.12104/j.issn.1674-4748.2022.16.011.
- [15] 赵文超.CRAMS 评分联合分级护理在急诊创伤患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2022,29(2):96-98. DOI: 10.19793/j.cnki.1006-6411.2022.06.029.
- [16] 刘小燕,钟彬,徐洁,等.结构化创伤护理团队在严重多发性创伤患者急救过程中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(10):111-113. DOI: 10.19791/j.cnki.1006-6411.2021.28.041.
- [17] 马晖,蒋明富,李欣华,等.CRAMS 评分在院前急救老年创伤患者中的应用研究[J].宁夏医学杂志,2021,43(6):568-570. DOI: 10.13621/j.1001-5949.2021.06.0568.
- [18] 何叶.CRAMS 联合改良早期预期评分在多发性创伤患者急救管理中的应用研究[J].实用医院临床杂志,2021,18(3):108-111. DOI: 10.3969/j.issn.1672-6170.2021.03.033.
- [19] 颜春悦,陈群林,洪丹慧.CRAMS 评分对急诊创伤患者病情及预后评估的应用价值[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(1):48-51. DOI: 10.3969/j.issn.1671-301X.2021.01.016.
- [20] 孙云飞,张猛,张凯旋,等.无缝隙护理对急诊重度多发性创伤患者抢救成功率的影响[J].医疗装备,2021,34(3):148-149. DOI: 10.3969/j.issn.1002-2376.2021.03.078.
- [21] 张华.基于 CRAMS 评分法的护理干预对急诊手外伤急救效果与恢复状况的影响[J].护理实践与研究,2020,17(9):150-152. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2020.09.060.
- [22] 夏玲芸,韩惠芳,刘焯.早期预警评分联合创伤严重程度评分在多发性创伤急救患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(23):157-159. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2019.23.062.
- [23] 左冬晶,段云娇,袁伟.5 例重症急性百草枯中毒患者治疗护理体会[J].中国中西医结合急救杂志,2023,30(1):93-95. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.01.021.
- [24] 刘永娟,王维杰.结构化创伤团队护理模式对多发性创伤患者抢救时有效性和有效性的影响[J].护理实践与研究,2019,16(15):148-150. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2019.15.061.
- [25] 杨仕容,汪江,王秀萍,等.基于改良急诊严重指数老年急性心力衰竭患者早期预警评分模型护理路径的构建及临床应用[J].中国中西医结合急救杂志,2023,30(6):730-734. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.06.018.

(收稿日期:2024-09-12)

(责任编辑:邸美仙)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》关于规范医学名词的写作要求

医学名词应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》《医学主题词注释字顺表》《中医药主题词表》中的主题词。对没有通用译名的名词术语,于文内第一次出现时应注明原词。中西药名以最新版本《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》(均由中国药典委员会编写)为准。英文药物名称则采用国际非专利药名。在题名及正文中,药名一般不得使用商品名,确需使用商品名时应先注明其通用名称。中医名词术语按 GB/T 16751.1/3-1997《中医临床诊疗术语疾病部分/治法部分》、GB/T 16751.2-2021《中医临床诊疗术语 第2部分:证候》和 GB/T 20348-2006《中医基础理论术语》执行;腧穴名称与部位名词术语按 GB/T 12346-2021《经穴名称与定位》和 GB/T 13734-2008《耳穴名称与定位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附注拉丁文名称。冠以外国人名的人名、病名、试验、综合征等,人名可以用中译名,但人名后不加“氏”(单字名除外,例如福氏杆菌);也可以用外文,但人名后不加“s”。例如: Babinski 征,可以写成巴宾斯基征,不得写成 Babinski's 征,也不写成巴宾斯基氏征。