应对门诊中儿科急症所要做的准备：政策声明

Patricia Cantrell, MD, FAAP,[1] Jennifer Hoffmann,[2] Matthew Yuknis, MD, FAAP,[3] David Mathison, MD, MBA, FAAP,[4] Lisa Kafer, MD, FAAP,[5] Alisa Skatrud, MPA,[6] and the Committee on Practice and Ambulatory Medicine; Committee on Pediatric Emergency Medicine; and Section on Urgent Care Medicine

[1]Department of Pediatrics, Southern California Permanente Medical Group; [2]Division of Emergency Medicine, Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago; Department of Pediatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois; [3]Department of Pediatrics. Division of Pediatric Critical Care, Indiana University School of Medicine and Riley Hospital for Children at Indiana University Health, Indianapolis, Indiana; [4]PM Pediatric Care, New Hyde Park, New York; [5]Coastal Children's Clinic, New Bern, North Carolina; and [6]Family liaison

Address correspondence to Patricia Cantrell, MD, FAAP. Email: drpatcantrell@gmail.com

儿科急症在门诊接诊中的发生率虽然相对较低，但是接诊对象涵盖儿童及青少年的门诊机构仍需拥有充分的应急准备能力。各诊疗机构在地理位置、诊疗环境、接诊人群、与急诊科以及周围医院距离等方面均存在差异。因此，制定预案时需综合考量上述因素。本声明对美国儿科学会 (AAP) 2007 年发布的临床指南《儿科医师及儿科基础护理人员门诊急症准备》中的建议进行了更新。配套的技术报告对相关建议提供了说明与证据支持 (https://doi.org/10.1542/peds.2026-076622)。接诊范围包含儿童的全科及亚专科诊疗机构可参考本文及配套的技术报告，制定适用于本院门诊的儿科急症个体化处置方案。另外，配套清单还汇总了诊疗机构开展门诊儿科急症应急能力自评的相关步骤。

引　言

儿科全科门诊与亚专科门诊均会接诊急症患儿，此类急症发生率低，病情凶险，临床处治难度较大 [1]。所以，快速稳定患儿病情，并且及时向上级医疗机构转诊，是儿科医师必备的核心能力。然而，在实际的门诊接诊过程中，许多医师常常对处理此类急症感到准备不足且缺乏信心 [2-4]，原因主要在于各家医院缺少统一规范的处置流程、急救设备和药品 [5-7]。为补齐上述短板，本政策声明建立了门诊儿科急症应急能力的自评体系框架。需结合各诊疗机构自身条件与接诊人群特点开展评估工作。文件同时列明必备类及增补类的急救设备与药品清单，并规定了相关制度与处置流程，助力各诊疗机构全面优化儿科急症救治工作。

门诊机构的应急准备

全面开展门诊应急能力的自评，是各诊疗机构做好儿科急症应急筹备工作的首要环节 [8]。呼吸窘迫、惊厥发作及精神类急症是门诊最常见的儿科急症 [1,9]，过敏反应也较为常见 [1]。各诊疗机构可结合自身门诊人群的特点来预判本院高发的急症类型。能否为特殊医疗需求的患儿提供治疗也是评估应急能力的重要方面，包括但不限于气管切开术、胃造瘘术以及使用轮椅。接诊此类患儿的诊疗机构还需在门诊中额外增设专项急救药品和设备，并且开展针对性的急症处置培训。可借助紧急信息登记表制定并落实个体化应急处置方案，相关详细内容可参阅 AAP 政策声明《紧急情况下儿童重要健康信息获取：紧急信息表及延伸内容》[10]。除就诊患儿以外，患儿家属及院内工作人员也有可能突发急症，各诊疗机构门诊可单独制定对应的应急处置预案。

各诊疗机构应评估其所在地区及紧急医疗服务

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™
苏州大学附属儿童医院 苏州大学

The article(s) originally appeared in English in the 2026, Volume 157 of Pediatrics, published by the American Academy of Pediatrics (AAP), and are hereby authorized for translation into Chinese by Children's Hospital of Soochow University.

(EMS) 人员的平均响应时间，提前确定适配本院场景的反应最快且最为合适的急救转运队伍。急救医护人员依据受训资质可提供不同级别的医疗救护，并且响应时间不同。例如：紧急医疗技术员可以提供基础氧疗与基础生命支持 (BLS)，而医务人员能够建立静脉通路、使用药物并开展高级生命支持救治 [11]。诊疗机构的门诊需提前明确遇到突发急症时应呼叫外部急救团队还是院内应急救治团队，并将相关信息公示到位，以避免事态发生时出现决策混乱。同时，需明确院内不同时段可调配的应急救援值守人员。

制定和遵守应急处置标准化流程能够有效提升对儿科急症的应急处置能力。标准化流程包含常见急症救治流程、患儿向上级医疗机构转诊流程、电话分诊及现场分诊规范等 [12]。通过电话分诊等方式引导患者前往最能满足病情需求的医疗机构，而不是留在本机构，该行为是应急管理的核心举措。启用自主预约系统时，需同时配备管控机制，尽可能避免患儿自主预约前往救治条件不足的医疗机构而引起诊疗延误。患儿转诊至急诊科时，医务人员需熟悉社区及地区急诊科的儿科接诊能力 [13]，因为儿科救治能力与提高危重症及受伤患儿的存活率密切相关 [14,15]。

急救设备与药品配置

各诊疗机构门诊可通过开展现状评估，合理确定需储备的药品与急救设备，以此优化应急处置工作，同时兼顾物资采购及日常维保产生的成本开销。将急救设备与药品统一存放于固定区域，如急救包、抢救推车或专门的诊室中，可以缩短急症发生时取用物资的时间。推荐配备的设备和药品可划分为“必备类”“增补类”2 大类别 (详见附录一)。本项建议遵循灵活性和个体化原则，贴合各诊疗机构实际需求，为诊室应对各类基础突发急症提供相关资源参考。

必备类急救设备和药品清单旨在满足门诊场景下各类常见儿科急症的救治需求。清单中的器械和药品都是大多数儿科医师易于操作的类别，成本较低，潜在救治效益显著。

增补类急救设备和药品清单可依据门诊自身实际需求酌情配备。例如：农村地区或急救医疗服务响应时间较长的诊疗机构，可在门诊储备能够支撑更长时间院内急诊处置的设备和药品。增补物资清单并不包含所有品类。具备特定诊疗特色、服务特定病患的诊疗机构可酌情增配相关急救设备或药品。

门诊人员的儿童急症应急培训

开展儿童急症应急处置培训项目可以帮助各诊疗机构医护人员掌握急症应急处置能力。现有多种培训项目，涵盖 BLS 和高级生命支持技能，包括儿科高级生命支持 (PALS)、高级儿科生命支持 (APLS)、儿科急症评估、识别与稳定 (PEARS) (https://cpr.heart.org；https://aap.org)。所有的临床工作人员至少应接受 BLS 培训，并且按需开展复训以维持基础临床技能；可根据诊室类型、地理位置及接诊人群特点酌情开展更高等级的培训。在诊室内部进行技能操作训练有助于将理论知识应用于临床实践。通过进行常见儿科急症情景模拟，可提升医护人员在急症发生时的信心、应急准备度及处置能力 [5-7,16-19]。医疗机构可考虑定期 (如每年) 开展此类模拟演练。有关儿科急症情景案例 (含诊室模拟指南、教学讲义及复盘资料) 可访问 https://www.mededportal.org/doi/10.15766/mep_2374-8265.10762。在模拟演练中，医护人员可练习角色分工、任务执行以及急救药品器械取用，医务人员能够通过实际操作积累宝贵的设备使用经验；同时，还可练习团队沟通技巧 (如闭环沟通)，确保信息准确传递、指令有效执行。

门诊急症的预防和分诊

在常规儿童健康体检中，儿科医师可向家长宣教紧急情况的预防及早期处理知识。AAP 伤害预防项目 (TIPP) 提供了相关宣教资料，详细介绍了烧烫伤、

中毒、溺水、跌倒等伤害的预防及处理措施 (https://publications.aap.org/patiented/pages/c_tipp)。此外，儿科医师可鼓励家长参加婴儿和儿童心肺复苏 (CPR) 与急救课程，并且提醒他们如何及何时联系紧急服务，如拨打 911、中毒控制中心 (1-800-222-1222 或 www.poison.org) 以及自杀与危机热线 [全美国热线 988 (https://988lifeline.org)]。在进行儿童健康体检时，医师可提供前瞻性指导，告知家长何时应带患儿来普通门诊、急诊诊疗中心还是急诊科。医护人员可向家长说明当地具备高儿科急救能力的急诊机构的信息 [13]。沟通时应避免使用专业术语，语言需符合家长的健康认知水平。

急症分诊可通过线上（电话、邮件或视频）或线下方式进行。分诊预案可协助医护人员判断并将患儿分流至合适机构（就近就诊或儿童专科医院）。尽管如此，部分儿科急症仍会直接就诊于医疗门诊。因此，各诊疗机构需做好准备，具备识别并处置此类急症的能力。

门诊急症的现场处置

发现突发急症后，诊所工作人员需遵循特定流程，启动急症处置核心工作。各诊疗机构需建立应急通知机制，可通过群发消息、室内广播或专人奔走通知等方式，快速告知全体在岗人员。前台工作人员需及时告知候诊家属诊疗可能延后，必要时调整后续的预约就诊安排。安排专人对接急症患儿家属，清晰告知后续处置流程。可指定一名专职工作人员与遭遇紧急情况的儿童家属进行沟通，包括就后续诊疗步骤，向家属予以说明。在场地条件允许的情况下，尽量留一位家长陪护患儿，既可安抚患儿情绪，还能提供既往病史和现病史等关键信息。尤其对于有特殊医疗需求的患儿，家属熟知其病情以及气管造瘘和轮椅等专用护理器具的相关情况，可协助医护人员共同参与急症救治。同时，医护人员需兼顾现场的其他患者及其家属，做好沟通安抚，尽可能减少对他们的影响。

一旦发现紧急情况，应立即启动 EMS。尽早启动 EMS 能够显著缩短儿童休克、呼吸衰竭及其他各类儿童接收急症确定救治的时间，具备重要的临床意义 [20]。所有门诊工作人员均需接受培训，掌握拨打急救中心电话的方法，并且能够准确说出患儿的姓名、年龄、急症类型、门诊地址以及联系方式等关键信息；可张贴一份包含这些信息的标准化表格，以简化与 EMS 的沟通流程。

各诊疗机构门诊布局虽有差异，但均应划定专属紧急救治区域。开展急救工作时，必须明确现场总负责人，由其统一分配工作任务，协调团队配合与信息沟通。开展应急处置期间，做好事件全程记录，确保信息的准确性和安全性，有利于将救治工作交接给 EMS。

EMS 抵达后，采用结构化交接流程快速传递关键信息，并向其提供书面记录副本 [21,22]。同时，提前致电接收医院的急诊科，可帮助医护人员准确传达诊室内发生的病情变化，便于急诊医生为患儿的抵达做好准备工作。急症处置结束后的复盘，可用于开展人员培训、医疗改进，并为医护人员提供心理疏导支持 [23]。定期复盘诊所内发生的急症事件，有助于梳理常见发病规律、找准急症预防切入点，并优化应急处置策略，从而改善患儿的救治结局。

提升门诊儿科急症应急能力的建议

1. 各诊疗机构应针对自身儿童急症应急能力开展系统化评估，并按既定周期定期复核。评估内容需涵盖高发急症类型、诊所场地布局、EMS 响应时长、与最近急诊科的距离、接诊病患的特点，以及急症发生时医护人员的岗位职责划分。
2. 各诊疗机构可制定电话分诊与现场分诊工作规程、常见急症救治流程，并明确患儿向上级转

诊时最适宜的转运方式。人员值守不足期间，部分处置规程可酌情调整。采用自主预约系统时，应采用合适的保障措施，尽可能避免诊疗延误，或选择非最优的诊疗场所。

3. 儿科诊室应备有推荐的基本物资与药品（附录1），以应对常见且可能危及生命的儿童急症。门诊应及时补充应急物资，并核查急救设备与药品的有效期。
4. 各诊疗机构可结合自身接诊人群、所处地域环境以及医护人员使用特定医疗用品的熟练程度和培训水平，酌情增配增补类急救设备与药品（附录1）。
5. 全体医护人员需接受培训，具备识别并处置诊所常见急症的能力。此类培训至少应包括BLS，也可涵盖更高级的培训内容，如PALS、APLS或儿科急症评估以及PEARS。
6. 定期开展应急模拟演练，有助于医护人员巩固应急处置必备技能。
   - 提前明确并演练应急分工，能够提升急症处置效率。岗位职责可分为团队负责人、气道管理、建立静脉通路、胸外按压、药物给药、记录员以及沟通协调员（可以辅助与家属、急救人员和安保人员进行多方沟通）。在规模较小的诊疗机构中，工作人员可一人兼多职。
   - 临床医生应熟悉位置、选项以及使用合适尺寸的急救设备，可以提升应急响应效率。通过对急救设备进行分类摆放，并且清晰标注，可以进一步简化流程。
   - 推行闭环沟通模式，保障指令准确传达且落实到位。
   - 全员熟练掌握激活EMS的步骤和相关信息。负责儿童诊疗的临床医生应向患儿及其家属普及紧急情况预防知识，并且告知周边医疗机构的儿科急救水平。
7. 诊室内配备的通知系统可提醒医护人员需启动应急响应，并触发EMS呼叫流程。电话联系EMS时，统一使用标准化的沟通话术，确保关键信息的传达完整无误。
8. 急症处置期间，需与急症患儿家属及院内其他候诊人员进行妥善沟通，明确说明预期的急救流程。
9. 尽量划定一个最佳的区域用于急救，场地需空间充足，可容纳患儿及随身医疗器具和施救人员，同时确保采光良好，便于就近获取急救物资、供氧设备及计时器。
10. 建立急症专项记录体系（如专用记录表、配套培训），完整记录患者的核心信息、事件经过及救治结果，便于后续复盘评估与流程优化。
11. 与EMS人员交接病情时，可使用结构化交接单，简洁全面地传递核心诊疗信息。
12. 应在急症事件结束后立即或尽快对门诊进行结构化复盘，以识别系统与流程中可改进的环节。

（梅雪剑 译　朱秋皎 校）

联系人：丁欣 etyxcbzx@suda.edu.cn

参考文献

1. Yuknis ML, Weinstein E, Maxey H, et al. Frequency of pediatric emergencies in ambulatory practices. Pediatrics. 2018;142(2):e20173082. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-3082
2. Bordley WC, Travers D, Scanlon P, Frush K, Hohenhaus S. Office preparedness for pediatric emergencies: a randomized, controlled trial of an office-based training program. Pediatrics. 2003;112(2):291–295. PubMed doi: 10.1542/peds.112.2.291
3. Mansfield CJ, Price J, Frush KS, Dallara J. Pediatric emergencies in the office: are family physicians as prepared as pediatricians? J Fam Pract. 2001;50(9):757–761. PubMed
4. Toback SL. Medical emergency preparedness in office practice. Am Fam Physician. 2007;75(11):1679–1684. PubMed
5. Garrow AL, Zaveri P, Yuknis M, Abulebda K, Auerbach M, Thomas EM. Using simulation to measure and improve pediatric primary care offices emergency readiness. Simul Healthc. 2020;15(3):172–192. PubMed doi: 10.1097/SIH.0000000000000472
6. Toback SL, Fiedor M, Kilpela B, Reis EC. Impact of a pediatric primary care office-based mock code program on physician and staff confidence to perform life-saving skills. Pediatr Emerg Care. 2006;22(6):415–422. PubMed doi: 10.1097/01.pec.0000221342.11626.12

7. Abulebda K, Yuknis ML, Whitfill T, et al; Improving Pediatric Acute Care Through Simulation (ImPACTS). Preparedness for pediatric office emergencies: a multicenter, simulation-based study. Pediatrics. 2021;148(3):e2020038463. PubMed doi: 10.1542/peds.2020-038463
8. Frush K; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Preparation for emergencies in the offices of pediatricians and pediatric primary care providers. Pediatrics. 2007;120(1):200–212. PubMed doi: 10.1542/peds.2007-1109
9. Saper JK, Macy ML, Martin-Gill C, Ramgopal S. Pediatric utilization of emergency medical services fromoutpatient offices and urgent care centers. Acad Pediatr. 2024;24(8):1194–1202. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2024.03.008
10. Callahan JM, Baldwin S, Bodnar C, et al; COMMITTEE ON PEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE; COUNCIL ON CLINICAL INFORMATION TECHNOLOGY; COUNCIL ON CHILDREN AND DISASTERS; AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, PEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE COMMITTEE. American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee. Access to critical health information for children during emergencies: emergency information forms and beyond. Pediatrics. 2023;151(3):e2022060970. PubMed doi: 10.1542/peds.2022-060970
11. National EMS Scope of Practice Model. Accessed August 23, 2023. https://www.ems.gov/national-ems-scope-of-practice-model/
12. Schmitt BD. Pediatric Telephone Protocols. 17th ed. American Academy of Pediatrics; 2021.
13. Remick KE, Hewes HA, Ely M, et al. M. National assessment of pediatric readiness of US emergency departments during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open. 2023;3;6(7):e2321707. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.21707
14. Ames SG, Davis BS, Marin JR, et al. Emergency department pediatric readiness and mortality in critically ill children. Pediatrics. 2019;144(3):e20190568. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-0568
15. Newgard CD, Lin A, Malveau S, et al; Pediatric Readiness Study Group. Emergency department pediatric readiness and short-term and long-term mortality among children receiving emergency care. JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2250941. PubMed doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.50941
16. Kim S, Clauss C, Bresler M, et al. The First Ten Minutes: Emergency Preparedness in the Outpatient Pediatric Office. Department of Pediatrics, St. Christopher's Hospital for Children. Accessed December 3, 2024. https://scholarcommons.towerhealth.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=schc_researchday
17. Thim S, Henriksen TB, Laursen H, Schram AL, Paltved C, Lindhard MS. Simulation-based emergency team training in pediatrics: a systematic review. Pediatrics. 2022;149(4):e2021054305. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-054305
18. Sahu S, Lata I. Simulation in resuscitation teaching and training, an evidence based practice review. J Emerg Trauma Shock. 2010;3(4):378–384. PubMed doi: 10.4103/0974-2700.70758
19. Kalidindi S, Kirk M, Griffith E. In-situ simulation enhances emergency preparedness in pediatric care practices. Cureus. 2018;10(10):e3389. PubMed doi: 10.7759/cureus.3389
20. National Highway Traffic Safety Administration. 2011 National EMS Assessment. Accessed December 3, 2024. https://www.ems.gov/assets/National_EMS_Assessment_2011-1663474246.pdf
21. Ehlers P, Seidel M, Schacher S, et al. Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: theory versus practice. West J Emerg Med. 2021;22(2):401–409. PubMed doi: 10.5811/westjem.2020.9.47836
22. Maddry JK, Simon EM, Reeves LK, et al. Impact of a standardized patient hand-off tool on communication between emergency medical services personnel and emergency department staff. Prehosp Emerg Care. 2021;25(4):530–538. PubMed doi: 10.1080/10903127.2020.1808745
23. Twigg S. Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. Curr Opin Pediatr. 2020;32(3):337–342. PubMed doi: 10.1097/MOP.0000000000000890

【英文原件请参阅 *PEDIATRICS 2026;157(5):e2026076621*】

附录 1　急救准备度评估清单

儿科门诊急救准备度评估清单

使用此工具，根据 AAP 政策声明 (https://doi.org/10.1542/peds.2026-076621) 和技术报告 (https://doi.org/10.1542/peds.2026-076622)《诊室儿科急救准备》中所列的各项内容，检查您的诊室是否为处理儿科急症做好了准备。

人员

- ☐ **识别急症：**工作人员接受过识别潜在或实际急症的培训
- ☐ **联络 EMS：**工作人员知晓如何启动 EMS 系统及需提供的信息
- ☐ **取用设备：**临床人员知晓如何取用、选择并使用尺寸合适的急救设备
- ☐ **模拟培训：**开展常见门诊急症处置模拟培训 (*至少每年 1 次*)
- ☐ **资质维持：**工作人员接受并维持适配的急救培训 (*如急救*、*BLS*、*PALS*、*ACLS*)
- ☐ **启动增援：**工作人员知晓急症时如何启动院内其他医护、医院急救团队等增援
- ☐ **低人力调整：**工作人员知晓人力不足时如何调整急救流程 (如适用)

场地

- ☐ **确定急救最优位置，该位置应：**
  - ☐ 空间充足，可容纳急救人员
  - ☐ 照明充足
  - ☐ 可快速获取急救物资、氧气、个人防护装备，配有可见计时钟
- ☐ **专人观察候诊区**或由临床人员频繁巡查
- ☐ 既定流程引导 **EMS** 抵达正确位置 (*如安保或指定人员*)
- ☐ **明确急救响应**情况：
  - ☐ 中心响应人员级别 (*EMR*、*BLS*、*ALS*)
  - ☐ EMS 平均响应时间
  - ☐ 距最近上级医院急诊科距离

系统

- ☐ **制定并维持以下流程：**
  - ☐ 针对非临床和临床员工的电话及诊室分诊方案
  - ☐ 常见急症及特定人群急症处置流程
  - ☐ 患者转运流程
- ☐ **建立急症记录流程**
- ☐ **追踪急症类型与频次**，至少每年复盘 1 次
- ☐ 急症后立即或尽快**开展结构化复盘**，收集数据用于质量改进

物资

- ☐ 每年至少 1 次补充并**核查急救设备与物资效期**
- ☐ **建立千克 (kg) 体重药物剂量方案** (*急救卡*、*计量带*、*剂量手册*)

必备设备

- ☐ 自动体外除颤器 (AED)
- ☐ 球囊面罩 (BVM)
  - ☐ 婴儿型 (250 mL)
  - ☐ 儿童型 (450 mL)
  - ☐ 成人型 (1 000 mL)
- ☐ 血压袖带
- ☐ 球囊吸引器
- ☐ CPR 板
- ☐ 色标计量带或千克体重药物剂量手册
- ☐ 血糖仪
- ☐ 机械吸痰器
- ☐ 吸痰管 (*5–16 Fr 规格*)
- ☐ 扬克吸引头
- ☐ 雾化器
- ☐ 无重吸式氧气面罩
  - ☐ 婴儿型
  - ☐ 儿童型

可选补充设备

- ☐ 加热设备 (*顶置暖箱或红外灯*)
- ☐ 骨内穿刺针 (IO)
- ☐ 静脉通路器械
- ☐固定板、☐头皮针、☐留置针、
- ☐止血带、☐输液皮条和微泵、☐胶布、☐三通阀
- ☐ 肢体止血带 (*用于控制出血*)
- ☐ 气道异物钳
- ☐鼻导管
  - ☐ 儿科型
  - ☐ 成人型
- ☐ 鼻咽气道 (*12–30 Fr 规格*)
- ☐ 口咽气道 (*00–5 号*)

☐ 成人型

☐ 氧源

☐ 氧气流量计

☐ 脉搏血氧饱和度仪

☐ 沙丁胺醇（*雾化或使用面罩和储雾罐吸入*）

☐ 地塞米松（口服、静脉 / 肌内注射）

☐ 肾上腺素（*以下任选其一*）：

- ☐ *自动注射笔：体重 15 ～ 30 kg 儿童用 0.15 mg，体重≥ 30 kg 儿童用 0.3 mg*
- ☐ *鼻内给药：体重 15 ～ 30 kg 儿童用 1 mg，体重≥ 30 kg 儿童用 2 mg*
- ☐ *安瓿抽取，过敏反应浓度 1 mg / mL（以往标注为 1 : 1 000），肌内注射*

☐ 含葡萄糖的口服溶液、凝胶或产品（*例如：果汁*）

☐ 纳洛酮（*0.4 mg / mL*）

☐ 声门上气道装置［例如：喉罩气道（iGel）］

☐ 手动电除颤仪

☐ 抗组胺药 *（*苯海拉明或西替利嗪*）

** 抗组胺药可预防和缓解瘙痒及荨麻疹，但不能改善危及生命的呼吸道症状、低血压或休克。*

☐ 头孢曲松

☐ 葡萄糖（*10%*）

☐ 肾上腺素（心脏骤停浓度 0.1 mg / mL，以往标注为 1 : 10 000）

☐ 异丙托溴铵（雾化）

☐ 咪达唑仑 *（*静脉、鼻内或肌内注射*）或地西泮（*直肠给药*）

** 对于经常照护癫痫病患儿或预计 EMS 响应时间较长的医疗诊室，推荐使用咪达唑仑*

☐ 生理盐水或乳酸林格液

☐ 昂丹司琼（口腔崩解片或肌内注射）

☐ 奥氮平（口腔崩解片或肌内注射）

☐ 泼尼松或泼尼松龙

☐ 消旋肾上腺素

注：口服药可经肠内营养管给药。