

临床急诊医学

总主编 任爱农



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

临床急诊医学

总主编 任爱农



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

临床急诊医学 / 任爱农等编著. —西安: 西安交通大学出版社, 2014. 5 (2015. 5重印)

ISBN 978-7-5605-6187-5

I. ①临… II. ①任… III. ①急诊—临床医学 IV. ①R459. 7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2014) 第094110号

书 名 临床急诊医学

总 主 编 任爱农

责任编辑 李 晶 王 磊

文字编辑 李亚川 叶冰玉

出版发行 西安交通大学出版社

(西安市兴庆南路10号 邮政编码710049)

网 址 <http://www.xjtupress.com>

电 话 (029) 82668805 82668502 (医学分社)

(029) 82668315 (总编办)

传 真 (029) 82668280

印 刷 北京京华虎彩印刷有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16 **印张** 31 **字数** 774千字

版次印次 2014年5月第1版 2015年5月第2次印刷

书 号 ISBN 978-7-5605-6187-5/R • 476

定 价 198.00元

读者购书、书店填货、如发现印装质量问题, 请通过以下方式联系、调换。

订购热线: (029) 82668805

读者信箱: medpress@126.com

版权所有 侵权必究

编 委 会

总主编 任爱农

主 编

任爱农 山东省东营市人民医院

山东省立医院集团东营医院

滨州医学院附属东营市人民医院

古天津 山东省东营市第二人民医院

郭学武 山东省广饶县人民医院

张风雷 山东省东营市人民医院

山东省立医院集团东营医院

滨州医学院附属东营市人民医院

王象腾 山东省广饶县中医院

副主编

任文华 胜利石油管理局测井医院

陈杰锋 胜利石油管理局海洋医院

葛文坤 胜利石油管理局测井医院

韩 勇 胜利石油管理局测井医院

王晓芳 胜利石油管理局胜东社区卫生服务中心

韦少锋 胜利石油管理局临盘医院

吴光龙 胜利石油管理局临盘医院

前 言

现代社会,人们在享受文明生活的同时,也受到各种突发事件和急危重症的威胁。实践证明,只有将院外的现场急救、转运及途中监护救治,到院内的急诊急救、重症监护形成一个整体,才能达到高效、高质的救护。急诊医学就是一门研究急危重症疾病发生、发展规律及其治疗的重要的临床医学独立学科,汇集多个临床医学学科的专业知识。在医疗实践中,急诊医务工作者能否对常见急危重症迅速作出准确的诊断和处理,直接关系到患者的生命安危。所以,全面系统地学习、掌握急诊医学最新的理论与技能是急诊医师必须要做的功课。我们结合自身临床工作经验,在参考大量最新最权威的文献资料基础上,编写了《临床急诊医学》一书。

全书共分为二十章,前三章为基础知识,包括绪论、急诊常用诊疗技术、重症监测;后十七章则详细介绍了呼吸内科常见急症、心血管内科常见急症、消化内科常见急症、神经内科常见急症、血液内科常见急症、内分泌科常见急症、普外科常见急症、心胸外科常见急症、肝胆外科常见急症、骨外科常见急症、泌尿外科常见急症、神经外科常见急症、急性中毒、妇产科常见急症、五官科急诊、皮肤科急症和理化因素急诊。

本书内容丰富翔实,具有实用性、全面性、新颖性的特点,可供急诊医务工作者和高年级医学专业学生参考学习使用。由于编写时间仓促,加之学识水平有限,书中难免存在疏漏甚至谬误,敬请广大专家学者批评指正。

任爱农

山东省东营市人民医院

山东省立医院集团东营医院

2014年3月

目 录

第一章 绪 论	(1)
第二章 急诊常用诊疗技术	(6)
第一节 洗胃术	(6)
第二节 灌肠术	(8)
第三节 心包穿刺术	(9)
第四节 腹腔穿刺术	(10)
第五节 腰椎穿刺术	(11)
第六节 骨髓穿刺术	(12)
第七节 关节腔穿刺术	(13)
第八节 气管切开术及环甲膜切开术	(14)
第九节 膀胱冲洗术	(16)
第十节 导尿术	(17)
第十一节 急诊人工心脏起搏术	(17)
第十二节 气管内插管术	(22)
第十三节 机械通气	(24)
第十四节 电除颤与电复律	(31)
第十五节 心包穿刺置管引流术	(35)
第十六节 主动脉内球囊反搏术	(36)
第十七节 中心静脉置管术	(38)
第十八节 急诊介入技术	(42)
第十九节 胸腔闭式引流术	(44)
第二十节 血液净化技术	(48)
第二十一节 双气囊三腔管的应用	(66)
第二十二节 高压氧疗法	(67)
第二十三节 亚低温技术	(73)
第二十四节 清创术	(76)
第二十五节 自体输血	(77)

第二十六节 动脉穿刺与动脉插管术	(77)
第二十七节 超声诊断技术在急诊应用	(79)
第三章 重症监测	(81)
第一节 监护病房的设置与管理	(81)
第二节 循环功能监测	(83)
第三节 血流动力学监测与循环支持	(89)
第四节 脑功能监测	(93)
第五节 呼吸功能监测	(99)
第六节 肾功能监测	(102)
第七节 肝功能监测	(103)
第八节 凝血功能监测	(107)
第四章 呼吸内科常见急症	(113)
第一节 重症肺炎	(113)
第二节 急性呼吸窘迫综合征	(120)
第三节 急性肺血栓栓塞症	(124)
第四节 重症哮喘	(129)
第五节 呼吸衰竭	(134)
第六节 肺脓肿	(139)
第五章 心血管内科常见急症	(143)
第一节 急性心肌梗死	(143)
第二节 高血压急症	(153)
第三节 重症心律失常	(160)
第六章 消化内科常见急症	(177)
第一节 急性胃(肠)炎	(177)
第二节 重症急性胰腺炎	(178)
第三节 肝性脑病	(182)
第四节 消化道出血	(193)
第七章 神经内科常见急症	(196)
第一节 脑梗死	(196)
第二节 急性颅内高压症	(199)
第三节 癫痫持续状态	(202)
第四节 蛛网膜下隙出血	(204)
第五节 颅内感染	(207)

第八章 血液内科常见急症	(215)
第一节 急性粒细胞缺乏症.....	(215)
第二节 急性溶血.....	(218)
第三节 弥散性血管内凝血.....	(226)
第九章 内分泌科常见急症	(232)
第一节 糖尿病酮症酸中毒.....	(232)
第二节 甲状腺功能亢进危象.....	(236)
第三节 低血糖危象.....	(239)
第十章 普外科常见急症	(241)
第一节 急性阑尾炎.....	(241)
第二节 胃、十二指肠溃疡大出血	(246)
第三节 胃、十二指肠溃疡急性穿孔	(249)
第四节 急性胃扩张.....	(253)
第五节 急性胃扭转.....	(255)
第六节 急性坏死性肠炎.....	(256)
第十一章 心胸外科常见急症	(258)
第一节 心脏损伤.....	(258)
第二节 气胸.....	(265)
第三节 血胸.....	(267)
第十二章 肝胆外科常见急症	(270)
第一节 肝脏破裂大出血.....	(270)
第二节 急性胆囊炎.....	(272)
第三节 急性肝衰竭.....	(277)
第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎.....	(282)
第五节 门静脉高压症.....	(284)
第十三章 骨外科常见急症	(289)
第一节 四肢骨折.....	(289)
第二节 关节脱位.....	(297)
第三节 骨盆骨折.....	(304)
第四节 脊柱骨折与脊髓损伤.....	(307)
第十四章 泌尿外科常见急症	(313)
第一节 急性尿潴留.....	(313)
第二节 急性肾衰竭.....	(315)

第十五章 神经外科常见急症	(322)
第一节 脑血管疾病.....	(322)
第二节 颅内肿瘤.....	(327)
第三节 颅脑损伤.....	(333)
第十六章 急性中毒	(347)
第一节 中毒总论.....	(347)
第二节 急性有机磷农药中毒.....	(351)
第三节 急性细菌性食物中毒.....	(359)
第四节 急性有毒气体中毒.....	(363)
第五节 急性强酸强碱类中毒.....	(372)
第六节 急性乙醇中毒.....	(374)
第七节 灭鼠剂中毒.....	(376)
第八节 氨基甲酸酯类、拟除虫菊酯类、有机氮类杀虫剂中毒.....	(382)
第九节 急性百草枯中毒.....	(385)
第十节 镇静催眠类药物中毒.....	(386)
第十一节 急性毒品中毒.....	(393)
第十二节 急性有毒动物、植物中毒	(395)
第十三节 急性亚硝酸盐中毒.....	(401)
第十四节 急性重金属中毒.....	(403)
第十七章 妇产科常见急症	(407)
第一节 功能失调性子宫出血.....	(407)
第二节 卵巢肿瘤破裂和卵巢肿瘤蒂扭转.....	(411)
第三节 孕产期子宫破裂.....	(416)
第四节 异位妊娠.....	(423)
第五节 胎盘早剥.....	(428)
第六节 羊水栓塞.....	(431)
第七节 妊娠期高血压疾病.....	(436)
第十八章 五官科急诊	(445)
第一节 眼外伤.....	(445)
第二节 鼻部急诊.....	(450)
第三节 喉阻塞.....	(451)
第十九章 皮肤科急症	(454)
第一节 药疹.....	(454)

第二节 急性荨麻疹.....	(455)
第三节 血管性水肿.....	(462)
第二十章 理化因素急诊.....	(464)
第一节 电击伤.....	(464)
第二节 淹溺.....	(468)
第三节 中暑.....	(471)
第四节 冷冻伤.....	(473)
第五节 放射损伤.....	(475)
第六节 晕动病.....	(480)
第七节 急性高山病.....	(481)
第八节 减压病.....	(482)
参考文献.....	(483)

第一章 绪 论

一、急诊医学、危重病医学的发展史

随着现代医学的快速发展,传统的急诊、急救领域受到了极大的冲击,急救模式及急救方法、水平得到空前提高,相关技术及理论也得到飞速发展。经济发达国家非常重视发展医疗紧急救援,除广泛普及急救知识和在大型、重要的公共场所设立急救医疗设施外,还先后建立了“急救医疗服务体系”(emergency medical service system, EMSS),即院前急救体系、院内急诊体系和重症监护治疗体系及各专科的“生命绿色通道”组成的一体化急救网络。

回顾历史,自20世纪50年代简易呼吸器在美国加州和斯堪的纳维亚半岛的病房抢救室中最先应用及随后心电、循环压力技术逐渐完善并应用于临床以来,监护观念随之形成并引起人们极大的关注。20世纪60年代开始,重症监护病房(intensive care unit, ICU)在呼吸内科、外科、神经内科和儿科等4个专科(RICU、SICU、NICU、PICU)首先建立并形成了专科ICU,但是各专科ICU的床位利用率较低,监护设备不被充分利用,造成资源浪费。70年代出现的综合ICU(general ICU)较好地解决了这些问题。1970年美国危重病医学会成立,标志着本专业初步走向成熟。我国也正是在此期间成立了“三衰病房”。1979年,急诊医学被国际上设立为医学科学领域中的第23个独立临床学科。70年代以前,国内外综合性医院的急诊室均没有专科急诊医师,急诊室是由护士长负责管理,急诊医疗工作由轮转急诊室的各专科高年级住院医师承担。1983年我国开始建立独立的急诊科。1985年中国中西医结合学会急救专业委员会成立,这是我国第一个急诊、急救和危重病专业的学术组织。1987年,中华医学会急诊医学专科分会成立。自80年代开始,一些国家规定大于200张床位的医院应设立急诊科和ICU。1989年我国卫生部颁布的医院等级评审标准,也将一所医院是否建立急诊科和ICU作为医院等级评审的标准,随后一些大中城市的综合医院相继建立了急诊科和ICU。在此期间,急危重症医学无论在组织形式还是在诊疗技术方面都得到了长足的发展,同时随着高性能呼吸机在ICU救治中的应用以及血流动力学监测在ICU广泛开展,危重病患者救治成功率也显著提高。90年代以来危重病急救医学发展不但受到普遍重视,而且朝着规范化和重视质量建设方面不断发展。1991年美国危重病学会制订了危重病研究范围,将22种疾病作为本专业的优先研究范畴。在我国,随着三级医院和大部分二级医院相继建立急诊科和ICU,危重病急救医学的医疗、教学和科研工作全面展开,同时急诊医疗服务体系也得到不断完善,部分省市率先建立了急诊ICU质量控制中心。2002年中华医学会急诊分会成立了急诊ICU质控专家组,说明全国学术组织也开始重视急诊和ICU的质量建设。2003年中国医师协会急救复苏专业委员会成立。2005年中华医学会重症医学分会成立。近年来全国各省市急诊、危重病急救医学学术活动活跃,学术组织相继建立,出版发行了多种急诊、急救和危重病医学杂志和专著,这些都为我国急诊急救学术水平的提高创建了良好的交流平台。至此,我国的急诊急救医学事业进入了一个快速发展阶段。

二、我国急诊、急救与危重病医学的运行体制

(一)院前急救的运行体制

目前国内院前急救的运行体制不统一,总体来说主要有两种。

1. 独立运行体制

在部分城市,全市有统一的院前急救中心即“120”,有专业的急救医务人员、专用的车辆和先进的通讯联络系统,全市院前急救由120急救中心统一管理、统一指挥调配,遵循就近出诊、尊重患者意愿、合理分流并转运患者、保证急救质量的原则,但院前急救中心本身不建医院,不设床位。

2. 院前急救和急诊科一体化体制

在少数城市,全市院前急救中心分别附属于各个综合医院,由120报警中心、院前救护系统服务部、急诊科和病区专科组成“绿色通道”,在救护车出发时急诊科和服务部立即做好抢救准备,在急救患者返院后由服务部全程陪同检查、治疗,确保绿色通道畅通,有效整合医疗资源,实现院前急救与院内治疗一体化服务,缩短抢救时间,提高救治成功率,并且院前急救和急诊人员定期到院内各临床科室轮转培训,有助于提高急救专业队伍的业务水平,促进急救医学的医、教、研同步发展。但是在我国农村地区,由于幅员辽阔、人口庞大、院前急救相对滞后,急救医疗设备参差不齐,很多地方急救通信设施落后、急救人员配备不足、技术水平严重滞后,还仍然是一辆车、一副担架、一个急救箱,以转运患者为主,这些现状已经引起各级政府的高度重视,农村急诊医疗问题近年来备受关注,国家将增加投入,逐步改善条件。

(二)院内急诊的运行体制

目前国内二级以上医院都建立了急诊科,主要承担着急诊预检、抢救、留观或急诊病房、急诊监护病房(EICU)、综合性监护病房(GICU)的工作。对于急诊室患者的处理,不少医院的急诊科医生仅接诊内科或外科的患者,而各专科如妇产科和儿科等科室的急诊患者则由相应专科医师负责,但也有些医院的急诊科主要以内科急诊为主。目前我国急诊科的运行体制大致可归纳为以下几种:

1. 管理型

急诊科主任主要负责考勤和各科协调,由到急诊科轮转的各专科医生负责救治患者。

2. 内科型

急诊科医师承担内科急诊患者的诊疗工作,同时负责急诊抢救和往各专科病房收治患者。

3. 外科型

急诊科医师承担外科急诊患者的诊疗工作。

4. 内外科型

急诊科医师承担内外科急诊患者的诊疗工作。

5. 全面型

急诊科医师承担所有急诊患者的诊疗工作。

6. 急诊与ICU单独运行体制

急诊科医师只负责急诊患者的诊查、抢救、留观以及向各科包括ICU输送患者而不参与ICU工作;ICU医师只负责ICU内患者的诊治而不参与急诊工作。但国内外的实践证明,急诊和ICU分别单独运行不利于急危重症医学的发展,更不利于急危重病患者的连贯性救治。

急诊和ICU一体化运行体制:目前国内不少二级以上医院都建立一个与急诊科一体化的ICU,一般为综合性监护病房或急诊监护病房,负责从急诊预检、急诊抢救、全院各科危重病患者的抢救、ICU综合救治以及康复治疗等工作,这是急危重病患者院内连贯性一体化救治的最佳运行体制。上海市长征医院是国内第一个实行这种运行体制的医院。

三、急诊医学范畴和急诊医疗服务体系

(一)急诊医学、急救危重病医学及急诊医疗服务体系

1. 急诊医学的概念与急诊医疗服务体系

急诊医学(emergency medicine)是一门新兴的、跨专业的而又独立的综合性临床学科,主要研究急诊患者的诊断与治疗,包括院前急救、医院急诊和危重病监护(ICU)。这三部分为三位一体的有机结合,形成完整的急诊医疗服务体系,为急危重症患者提供救治生命的绿色通道。EMSS是指从院前急救、院内急诊到ICU等,包括场地、通讯手段、交通工具、医疗设备、医护人员、诊疗技术等设置完备、运行快捷、救治高效的急救服务系统。EMSS的建立使传统的医疗就诊模式发生了根本性改变,为急危重病患者得到争分夺秒的救治提供了可行的安全体系。急诊医学的服务对象是急诊患者,包括内、外、妇、儿、神经、皮肤等各专科的普通急症患者、生命体征不稳定的急救患者和危重病患者。急诊科主要职责是负责急诊医疗的组织管理和协调,主要业务是承担威胁生命的危重病急救患者的救治与研究。

2. 急救医学的概念

急救医学是急诊医学和危重病医学的重要内容,是研究抢救患者的理论与技能,是医护人员利用各种手段对生命体征不稳定的患者实行紧急救治,使患者不稳定的生命体征在较短时间内得以恢复正常,并对生命给予有效地支持、延续,为后续治疗提供可能的一门新兴学科。它与临床各学科知识相互交叉、相互渗透。需要急救的患者散布在院前、急诊和病房,由于各种病因表现为体温、心搏、呼吸、血压、神志等生命体征异常并且生命受到直接威胁,这些患者需要急救,所以对从事急诊急救专业的医护人员要求很高,具有很大的挑战性。这门学科就是要进一步探讨如何采用更迅速、更有效、更有组织性的抢救措施和救治手段以降低急危重患者的死亡率和伤残率,并进一步探讨与急救密切相关的基础理论和基础实验研究。

3. 危重病医学的概念

危重病医学(critical care medicine)是急诊医学的核心内容,是指对危重病患者的病情进行及时地、客观地、动态地评价(监测)并给予综合救治所需要的理论与技术,是研究危及生命的疾病状态的发生、发展规律及诊治方法的临床医学学科。危重病患者的救治场所主要是危重症监护病房(intensive care unit, ICU),救治措施包括监测和综合救治。在ICU,危重病患者往往需要及时而准确地做出诊断,并以高度的应变能力采取积极的治疗措施,以提高抢救成功率、降低死亡率及改善患者的生存质量,这需要高质量的医疗服务和高水平技术支持。所以,ICU的建立是医院现代化的标志,也是一个医院综合救治水平的体现。

4. 急诊医学、急救医学与危重病医学的区别和关系

见表1-1。

就临床内容而言,急诊医学、急救医学和危重病医学三者的主要服务对象在病程的不同阶段各有侧重。从整体上讲,急诊医学、急救医学和危重病医学关系密切,不可分割,故也称为危重病急救医学(critical care and emergency medicine)。急诊医学、急救医学和危重病医学的主要业务和技术客观上具有高度一致性,均为临床医学的重要组成部分,但与其他学科比较又有其临床的

特殊性。所以从事急诊急救工作的医师必须适应临床医学发展的特点,不断提高急诊、救援、危重症的整体救治水平和能力,促进我国急诊急救事业的更快发展。

表 1-1 急诊医学、急救医学与危重病医学的区别和关系

医学名称	服务对象	工作场所	范围	主要服务措施
急诊医学	所有急诊患者	急诊室	广泛	急诊常规
急救医学	生命体征不稳定患者	院前、急诊、院内	局限	生命体征支持
危重病医学	危重病患者	ICU	局限	监测、综合救治

(二)急诊医学与危重病急救医学范畴和监测诊疗技术

1. 急诊医学与危重病急救医学的主要业务范畴

急诊医学与危重病急救医学的任务是承担急诊、急救和危重病患者的救治。在参考 1991 年美国危重病学会制订的危重病医学优先研究 22 种疾病的基础上,2001 年上海市急诊、ICU 质量控制中心制订了急危重症医学范围,包括 20 种疾病,并作为 ICU 的收治范畴,同时得到中华医学会急诊分会质控专家组会议认可。

急诊医学、危重病急救医学的主要业务范畴,包括心搏呼吸骤停;各种类型休克;严重脓毒症;严重创伤与多发伤;急性呼吸衰竭;急性冠脉综合征;急性心力衰竭;严重心律失常;高血压危象;急性肾衰竭;消化道大出血;重症急性胰腺炎;高危大手术;严重水、电解质及酸碱失衡;内分泌危象;急性呼吸道梗阻;急性中毒;溺水与电击伤;器官移植;MODS/MOF 等疾病的救治。

2. 急诊与危重病医学需要开展的监测技术

急诊医学与危重病急救医学正在开展和需要开展的监测技术包括体温、呼吸、血压、心电监测;血氧饱和度监测;血气、呼气末 PaCO_2 监测;呼吸力学指标监测;血流动力学监测;氧代谢动力学监测;连续无创血压监测;有创动脉压监测;微循环指标监测;出凝血指标监测;水、电解质及酸碱指标监测;免疫、营养指标监测;血糖、生化指标监测;致病微生物监测;胃黏膜 pH 或 PgCO_2 监测;液体出入量监测;颅内压与脑功能监测;影像学监测;系统器官功能监测;病情评估与分级监测等。

3. 急诊与危重病医学需要开展的诊疗技术

急诊与危重病医学需要开展的诊疗技术包括面罩氧疗术;气管插管术;气管切开术;机械通气术;支气管肺泡灌洗术;深静脉和动脉穿刺置管术;胸腔闭式引流术;腹腔冲洗引流术;胃肠减压术;胃肠内营养术;胃肠外营养术;床旁血液净化术;静脉溶栓术;微创血管栓塞术;镇痛镇静术;低温治疗术;颅内压监测技术;心脏起搏术;电复律除颤术;胸外心脏按压术;开胸心脏按压术等。

四、突发公共卫生事件及应急处理程序

突发公共卫生事件是指突然发生、造成或可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。突发事件应急工作,应当遵循预防为主、常备不懈的方针,贯彻统一领导、分级负责、反应及时、措施果断、依靠科学、加强合作的原则。县级以上各级人民政府应当组织开展防治突发事件相关科学研究,建立突发事件应急流行病学调查、传染源隔离、医疗救护、现场处置、监督检查、监测检验、卫生防护等有关物资、设备、设施、技术与人才资源储备。

(一)突发公共卫生事件的预防与应急准备

国务院卫生行政主管部门按照分类指导、快速反应的要求,制订全国突发事件应急预案,报请国务院批准。省、自治区、直辖市人民政府根据全国突发事件应急预案,结合本地实际情况,制

订本行政区域的突发事件应急预案。突发事件应急预案应当根据突发事件的变化和实施中发现的问题及时进行修订、补充。全国突发事件应急预案应当包括以下主要内容：

- (1)突发事件应急处理指挥部的组成和相关部门的职责。
- (2)突发事件的监测与预警。
- (3)突发事件信息的收集、分析、报告、通报制度。
- (4)突发事件应急处理技术和监测机构及其任务。
- (5)突发事件的分级和应急处理工作方案。
- (6)突发事件预防、现场控制,应急设施、设备、救治药品和医疗器械以及其他物资和技术的储备与调度。
- (7)突发事件应急处理专业队伍的建设和培训。

国家建立统一的突发事件预防控制体系。县级以上地方人民政府应当建立和完善突发事件监测与预警系统,应当根据突发事件的类别,制订监测计划,科学分析及综合评价监测数据。对早期发现的潜在隐患以及可能发生的突发事件,应当依照本条例规定的报告程序和时限及时报告。国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门,应当根据突发事件应急预案的要求,保证应急设施、设备、救治药品和医疗器械等物资储备。

(二)突发公共卫生事件的应急处理程序

突发公共卫生事件应急处理采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式,采取有效措施控制事态的发展。在突发事件发生后,卫生行政主管部门组织专家对突发事件进行综合评估,初步判断突发事件的类型,决定是否启动应急预案。应急预案启动后,根据预案规定的职责要求,当地各相关部门必须服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥,立即到达规定岗位,采取有关控制措施。医疗卫生机构、监测机构和科学研究机构,应服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥,相互配合、协作,集中力量开展相关的科学研究工作。根据突发事件应急处理的需要,突发事件应急处理指挥部有权紧急调集人员、储备的物资、交通工具以及相关设施、设备,并且必要时对人员进行疏散或者隔离,依法对传染病疫区实行封锁。参加突发事件应急处理的工作人员,应当按照预案的规定,采取卫生防护措施,并在专业人员的指导下进行工作。国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构,有权进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验,对地方突发事件的应急处理工作进行技术指导,有关单位和个人应当予以配合;任何单位和个人不得以任何理由予以拒绝。对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒事件,国务院卫生行政主管部门应当尽快组织力量制订相关的技术标准、规范和控制措施。

2003年5月9日国务院颁布《突发公共卫生事件应急条例》规定:医疗卫生机构应当对因突发公共卫生事件致病的人员提供医疗救护和现场救援。一旦发生突发公共卫生事件,医院应该成立领导小组、专家组及医疗队,按照预案迅速反应、快速到位、各尽其责。其中,医院的急救中心/急诊科医生承担着主要责任。另外,医院必须按照的紧急动员预案,保证在短期内抽调足够的医务人员,足够的病房和医疗抢救设备以收治和抢救患者,杜绝出现“诊疗能力不足”、“拒收”、“拒诊”等现象。对所有相关患者应书写详细而完整的病历记录,对需要转送的患者应按规定将患者及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。各相关医疗卫生机构内,应采取卫生防护措施,防止交叉感染和污染。对于传染病,医疗卫生机构在有关部门的指导和配合下应做到早发现、早报告、早隔离、早治疗,切断传播途径,防止扩散。对密切接触者,应采取医学观察措施。

(任爱农)

第二章 急诊常用诊疗技术

第一节 洗胃术

洗胃术是指将一定成分的液体灌入胃腔内,混合胃内容物后再抽出,如此反复多次,达到清除胃内未被吸收的毒物或清洁胃腔,减少或避免毒物的吸收的目的。对于急性中毒,如吞服有机磷、无机磷、生物碱、巴比妥类药物等,洗胃是一项极其重要的抢救措施。常用洗胃术有催吐洗胃术、胃管洗胃术和电动洗胃术3种。

一、适应证

- (1)误服毒物、过量药物或其他有毒物质。
- (2)治疗幽门梗阻或胃扩张者。

二、禁忌证

- (1)有肝硬化伴食管胃静脉曲张、上消化道出血、主动脉瘤、严重心肺疾患者。
- (2)食管或贲门狭窄或梗阻。
- (3)吞食强酸、强碱等腐蚀性毒物或煤油、汽油等。

三、操作方法

(一)物品准备

洗胃管、漏斗、镊子、液体石蜡、无菌纱布、胶布、压舌板、开口器、舌钳、牙垫、灌洗液 10 000~20 000 mL、污物桶。电动洗胃机检查运转是否正常。

(二)履行告知义务

取得患者及家属的配合,取出患者义齿。

(三)操作步骤

1. 催吐法洗胃术

一般适用于神志清楚,尚能合作的中毒患者。

方法:取坐位,胸前围防水布,饮入洗胃液(洗胃液的成分根据毒物的特点配制),每次口服洗胃液 500~1 000 mL 左右,或以感到饱胀为度。随即用手指、压舌板刺激患者咽后壁或舌根,反射性引起呕吐而排出胃内容物。如此反复多次,直到排出的洗胃液清淡无味为止。

2. 胃管洗胃术

是经鼻或口腔插入胃管,先吸除毒物,注入洗胃液,再将胃内容物排出,以达到清除毒物的目的。适用于不合作、神志不清的患者。

(1)患者采取左侧卧位,病情轻者亦可坐位,胸前铺塑料布。操作者带无菌手套,胃管前端 10 cm 涂液体石蜡,经口腔(对昏迷不合作患者,可借助开口器使其口张开,放入牙垫,应防止咬

伤术者手指)缓慢插入食管内,当胃管已插入管壁标记 50 cm 处,表示胃管前端已入胃内。同时可由胃管注入适量空气,同时在胃区闻及气过水声,表明胃管已入胃内,将胃管固定。

(2)进管时如果患者有呼吸困难、咳嗽等,表示胃管误入气管,此时应拔管至口腔,重新再插。

(3)先将注射器将胃内容物尽量抽尽。将胃管漏斗端提高,高度约为患者头部上方 50 cm 左右,将灌洗液倒入,倒入量约 300~500 mL 时将漏斗放低,利用虹吸原理,将胃中液体吸出。

(4)当胃管中液体不再外流时,再将漏斗抬高并继续注入灌洗液,直至流出清净无气味的液体为止。

(5)灌洗完毕,反折胃管迅速拔出,防止管内液体误入气管,测量灌洗的进出量。

3. 电动洗胃机洗胃术

(1)同胃管洗胃步骤一样,将胃管插入胃内。胃管连接电动洗胃机。

(2)将配好的洗胃液放进塑料桶(玻璃瓶)内,连接洗胃机的药管、胃管、排污管。

(3)电动洗胃机有自控和手控两种。自控洗胃机自动控制。待进入 300~500 mL 洗胃液后,自动吸出,如此反复至吸出液澄清无味为止。手控洗胃机的使用则先用手拔旋钮至“入胃”,待进入 300~500 mL 洗胃液后,将旋钮旋至“出胃”以负压吸出胃内容物,如此反复至出胃液澄清无味与灌洗液相同为止。

四、注意事项

(1)急性误服毒物而中毒者,患者神志清楚,合作者鼓励患者口服催吐洗胃,不合作者应立即插入胃管迅速洗胃,以减少毒物的吸收。

(2)中毒性质不明时,先抽取胃内容物化验。洗胃液可先选用温开水或等渗盐水,待毒物性质明确后,采用对抗剂洗胃。

(3)凡有心搏、呼吸骤停者,应先行复苏再行洗胃。

(4)洗胃过程中随时观察患者呼吸、血压、脉搏。如有阻碍、流出液有较多鲜血或出现休克现象,应立即停止洗胃。

(5)根据中毒物种类,可选用适当溶液或相应解毒剂。例如,①保护剂:口服腐蚀性毒物后,可用牛奶、蛋清、米汤、植物油等保护胃肠黏膜。②解毒剂:通过与胃内毒物中和、沉淀等化学反应,改变毒物理化性质,失去毒性。③溶剂:如口服汽油、煤油等有机溶剂后,可先用液体石蜡,使其溶解不吸收,再洗胃。

五、并发症

(1)插管不当造成消化道黏膜损伤、出血甚至穿孔,特别是有食管及胃部疾病或食管下端静脉曲张者。

(2)胃管插入气管,特别是昏迷患者造成误吸而发生吸入性肺炎。

(3)电解质紊乱及酸碱失衡。

(4)严重心肺疾病者可能发生呼吸、心搏骤停。

(郭学武)