



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等医学院校教材

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

急诊护理学

主 编 刘均娥 楼滨城



北京大学医学出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材
全国高等医学院校教材
中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

急诊护理学

主 编 刘均娥 楼滨城
副主编 王祎坪 李文涛
主 审 楼滨城

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据
急诊护理学/刘均娥, 楼滨城主编. —北京: 北京大学
医学出版社, 2008. 1
ISBN 978-7-81116-367-4
I. 急… II. ①刘… ②楼… III. 急诊—护理—医学院校—
教材 IV. R472. 2
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 167123 号 主

急诊护理学

主 编: 刘均娥 楼滨城
出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)
地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内
网 址: <http://www.pumpress.com.cn>
E - mail: booksale@bjmu.edu.cn
印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司
经 销: 新华书店
责任编辑: 安 林 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生
开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 27.5 字数: 696 千字
版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷 印数: 1-10000 册
书 号: ISBN 978-7-81116-367-4
定 价: 37.80 元
版权所有 不得翻印 违者必究
本书如有质量问题请与教材供应部门联系

编委 (按姓氏笔画排列):

- 于 萍 广东药学院附属第一医院副主任护师
王 红 北京国际 SOS 救援中心主治医师
王 文 兰 北京国际 SOS 救援中心护士长、主管护师
王庆玲 首都医科大学宣武医院急诊科护士长
王 祎 坪 北京市红十字会卫生救护培训中心主任、副主任医师
韦春莉 首都医科大学宣武医院急诊科护士长
冯 庚 北京急救中心院前急救部副主任医师
刘 宏 首都医科大学附属北京妇产医院护理部主管护师
刘玉敏 华北煤炭医学院附属开滦医院 ICU 副主任护师
刘均娥 首都医科大学护理学院副教授
曲荣坤 首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻喉科副主任护师
杜艳英 华北煤炭医学院附属开滦医院护理部副主任护师
杜晓霞 首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科中心科护士长
李 萍 新疆石河子大学医学院护理系副教授
李 琦 北京急救中心副主任医师
李 越 首都医科大学附属北京同仁医院眼科中心科护士长
李文涛 吉林大学护理学院副教授
李明子 北京大学护理学院内科教研室副教授
李映兰 中南大学湘雅医院护理部主任、主任护师
吴 彦 北京大学人民医院心内科主任医师
应菊素 北京大学人民医院护理部副主任护师
张立杰 吉林大学护理学院外科护理学教研室副教授
张焱焱 华北煤炭医学院附属医院急诊科副主任医师
赵亚辉 首都医科大学附属北京同仁医院眼科主管护师
郑爱萍 原北京急救中心主管护师
徐国英 北京大学人民医院急诊科护士长、副主任护师
袁 华 吉林大学护理学院外科护理学教研室主任
贾大成 北京急救中心主治医师
梁 洁 北京急救中心护理部主管护师
傅大庆 北京急救中心调度科主任医师
韩 杰 首都医科大学附属北京同仁医院护理部主任
楼滨城 北京大学人民医院急诊科主任医师
霍 霖 华北煤炭医学院附属医院急诊科主治医师

序

护理学是医学的重要组成部分。随着社会的发展、医学科学的进步，人们对健康认识和需求日趋提高，为了满足日益增长的高层次护理人才的需求，高等医学院校内普遍设置了学士学位护理专业，部分院校还开设了护理专业硕士学位培养项目。在近二十多年的高等护理教育实践中，各院校积极开展教学改革，积累了经验，形成了特色。为了适应高等护理教育层次的提升、加强护理学专业教材建设的需要，也为体现各院校教改的成果，北京大学、山东大学、首都医科大学、华北煤炭医学院、内蒙古医学院、青海大学、河北大学、河北工程学院、石河子大学、新疆医科大学、汕头大学、大理学院、长沙医学院等院校共同协作编写了五年制本科护理学专业教材。

新编写的教材紧紧围绕教育部规定的护理学本科医学学士学位学生的培养目标、规格及护理专业教学大纲。力求贯彻“以整体人的健康为中心”的护理理念和作为护理实践框架结构的护理程序。涵盖相关的社会科学、人文科学、心理学和管理学的内容。随着医学科学的迅猛发展，护理专业知识领域也在随之拓宽，出现了不少新的理论和模式。在护理实践中，除了重视临床护理的进展，还要关注社区护理工作人员的需要，并广泛开展以循证医学为主导的探索。

本套教材中，每一本书的主编和编者均经过精心挑选，他们既有学术知名度，又有丰富的教学经验。新编写的教材不仅具有启发性、实用性，体现与时俱进的特点，还注重启发、培养学生的评判性思维及创新能力和国际交流能力。

本套教材可供高等护理专业本科学生、专升本学生使用，也可供各层次护理教学及临床护理工作参与使用。

在教材编写和教材建设工作中，得到了各院校和北京大学医学出版社的鼎力支持，我们希望在读者们的关爱下这套教材能在市场竞争中脱颖而出，得到广大师生的认可和护理工作者的好评。

王法炳

全国高等医学院校护理本科教材 编委会名单

主任委员：郑修霞

副主任委员：姜凤兰 刘均娥 廖剑英

委员：(按姓氏笔画排序)

王彦 王克芳 王志英 代亚丽

左慧敏 田喜凤 任海燕 孙宏玉

朱念琼 张澜 李明子 李建民

李淑迦 杨芳宇 尚少梅 姚景鹏

洪黛玲 景钦华 路潜

张朝臣

前言

本书的内容涵盖急诊医疗服务体系中的院前急救、院内急诊和危重症监护三个组成部分。在总论中,将急诊医疗服务体系中具有共性的一些基本概念、发展历史、组织结构、管理规范、急救操作技术、危重症监护等内容,从理论到实践都进行了详细的阐述,可以使学生对急诊医疗服务体系有一个全面而深入的了解。随着灾难和事故的频发,在总论部分将“灾难及群体意外伤害的医疗救援”内容作为一章进行了详细的介绍。在各论中,以内、外、妇产、眼、耳鼻喉各专科急诊及其各系统疾病为顺序,以贴近急诊临床医疗和护理工作的实际情况。在内容的编排上,以临床急诊工作程序为主线,突出了疾病的概念、临床表现、病情危重的指征、院前急救措施、院内治疗和护理措施等主要内容,符合临床护士的思维模式和工作程序,便于学生掌握和应用。

本书的编者队伍庞大,其核心编写单位包括全国范围内5所高等医学院校护理学院、5所三级甲等综合性医院、北京急救中心、北京国际SOS救援中心、北京妇产医院和北京同仁医院等。几乎所有的编者均是多年来一直工作在院前急救或院内急诊的临床一线的副高级职称以上的医务人员,或者是在高等医学院校护理学院从事急诊护理教学的副教授。他们在多年来的工作实践中积累了丰富的急诊医学和急诊护理的教学和实践经验,所撰写的书稿内容既体现了当前临床一线工作的实际需要,具有实用性和可操作性;又体现了高等医学院校护理专业本科生所应掌握的理论知识的系统性和全面性,具有一定的理论深度和广度。在编写任务的分配上,充分考虑到了每一位编者最专长和娴熟的工作领域。他们所承担的编写任务均是自己最熟悉的急诊医疗或护理领域,这样可以使每位编者集中精力将自己本来已经很熟悉的工作领域内的知识内容进行整理、提炼和更新,体现内容的科学性、实用性和新颖性,以保障教材编写的高质量。

本书的院前急救、院内急诊和危重症监护三部分内容分别由原北京急救中心的王伟坪主任医师、首都医科大学护理学院的刘均娥副教授、吉林大学护理学院的李文涛副教授负责统稿。全书由北京大学人民医院急诊科楼滨城主任审定,刘均娥主编对全书进行了统稿,并对部分章节的内容进行了必要的补充和修改。由于编写时间有限,本书不足之处,敬请广大师生指正。

主编 刘均娥

2007年5月

目 录

第一篇 总论

第一章 绪论	(1)
第一节 急诊医学的概况	(1)
第二节 急诊医学的发展历史	(3)
第三节 急诊护理学	(5)
第二章 院前紧急医疗救援	(9)
第一节 院前急救概况	(9)
第二节 急救医疗服务	(12)
第三节 院前医疗救援设备及物品	(16)
第四节 院前急救的护理程序	(17)
第三章 院前消毒与隔离技术	(23)
第一节 工作人员的消毒与隔离技术	(23)
第二节 急救车上医疗仪器设备、医疗用品及车辆的消毒	(26)
第三节 医疗垃圾的分类与处理	(26)
第四章 急救操作技术	(28)
第一节 气道开放术/环甲膜穿刺术/气管插管术	(28)
第二节 三腔双囊管插管术	(29)
第三节 电击复律术	(30)
第四节 洗胃术	(34)
第五节 止血、包扎、固定、搬运	(37)
第五章 灾难及群体意外伤害的医疗救援	(47)
第一节 灾难	(47)
第二节 群体意外伤害的医疗救援	(49)
第三节 调度与指挥系统	(52)
第四节 现场的检伤、分类及处理	(54)
第五节 院前医疗转运	(58)
第六章 常见意外伤害的院前救治	(63)
第一节 常见严重外伤的院前救治	(63)
第二节 常见烧(烫)伤的院前救治	(69)
第三节 急性中毒的院前救治	(72)
第七章 医院急诊科的组织与管理	(74)
第一节 急诊科的组织结构	(74)
第二节 急诊科的任务与设置	(75)
第三节 急诊科的工作制度	(77)

第四节 急诊科的质量控制	(81)
第八章 分诊	(88)
第一节 分诊的目的和功能	(88)
第二节 分诊的种类和分诊系统	(89)
第三节 分诊的环境和空间	(91)
第四节 分诊护士	(92)
第五节 分诊的过程	(94)
第六节 急性传染病的筛查与分诊	(100)
第九章 常见症状的诊断、鉴别诊断与处理原则	(104)
第一节 发热	(104)
第二节 呼吸困难	(106)
第三节 头痛	(110)
第四节 胸痛	(113)
第五节 腹痛	(115)
第六节 恶心与呕吐	(119)
第七节 呕血与咯血	(121)
第八节 腹泻	(124)
第九节 晕厥	(126)
第十节 昏迷	(129)
第十一节 抽搐	(131)
第十章 危重症监护	(134)
第一节 危重症监护的设置与管理	(134)
第二节 血流动力学监测	(136)
第三节 心电图监测	(140)
第四节 呼吸监测	(142)
第五节 体温监测	(144)
第六节 脑功能监测	(147)
第七节 血液气体监测与酸碱平衡监测	(148)
第八节 人工呼吸机的应用	(151)
第九节 多器官功能障碍综合征	(155)
第十一章 成人心肺复苏	(158)
第一节 基础生命支持	(158)
第二节 高级生命支持	(160)
第三节 心脏骤停的处理	(162)
第十二章 休克	(166)
第一节 休克的诊断	(166)
第二节 休克治疗的一般原则	(174)
第三节 各种常见休克的治疗	(178)

第二篇 各论

第十三章 呼吸系统急症	(182)
第一节 肺炎	(182)
第二节 慢性阻塞性肺病	(185)
第三节 支气管哮喘	(187)
第四节 呼吸衰竭	(190)
第五节 肺血栓栓塞症	(194)
第十四章 心血管系统急症	(199)
第一节 心脏性猝死和心搏骤停	(199)
第二节 常见急性心律失常	(202)
第三节 慢性心力衰竭	(216)
第四节 急性心力衰竭	(222)
第五节 急性冠状动脉综合征	(227)
第六节 急性心肌梗死	(229)
第七节 高血压危象	(238)
第十五章 消化系统急症	(244)
第一节 急性上消化道出血	(244)
第二节 急性胆系感染	(249)
第三节 急性胰腺炎	(251)
第四节 肝性脑病	(255)
第十六章 泌尿系统急症	(260)
第一节 急性肾衰竭	(260)
第二节 尿路感染	(263)
第三节 泌尿系统结石	(265)
第十七章 内分泌系统急症	(268)
第一节 糖尿病酮症酸中毒	(268)
第二节 非酮症高血糖高渗性糖尿病昏迷	(270)
第三节 低血糖危象	(271)
第十八章 神经内科急症	(273)
第一节 脑出血	(273)
第二节 脑栓塞	(276)
第三节 癫痫	(278)
第四节 急性感染性颅内疾病	(284)
第十九章 急性中毒	(288)
第一节 急性中毒概论	(288)
第二节 急性食物中毒	(292)
第三节 急性镇静催眠药中毒	(296)
第四节 三环抗抑郁药中毒	(298)

第五节	阿片类药物中毒	(300)
第六节	急性有机磷农药中毒	(301)
第七节	一氧化碳中毒	(306)
第八节	急性酒精中毒(酗酒)	(308)
第二十章	环境因素导致的疾病	(310)
第一节	烫伤	(310)
第二节	电击伤	(312)
第三节	溺水	(314)
第四节	中暑	(316)
第二十一章	外科急症	(320)
第一节	外科创伤概论	(320)
第二节	颅脑损伤	(326)
第三节	胸部创伤	(330)
第四节	腹部损伤	(333)
第五节	泌尿系统损伤	(335)
第六节	骨关节损伤	(338)
第七节	战伤	(341)
第八节	烧伤	(345)
第九节	自缢与受扼	(351)
第十节	咬蜇伤	(354)
第十一节	多发伤与复合伤	(359)
第十二节	瓦斯爆炸伤	(365)
第十三节	急腹症	(368)
第二十二章	妇产科急症	(372)
第一节	异位妊娠	(372)
第二节	流产	(374)
第三节	前置胎盘	(376)
第四节	胎盘早期剥离	(378)
第五节	妊娠期高血压疾病	(380)
第六节	急产	(383)
第七节	功能失调性子宫出血	(385)
第二十三章	眼科急症	(388)
第一节	睑腺炎	(388)
第二节	急性细菌性结膜炎	(389)
第三节	结膜下出血	(391)
第四节	急性闭角型青光眼	(391)
第五节	葡萄膜炎	(393)
第六节	视网膜中央动脉阻塞	(395)
第七节	眼外伤	(396)

第二十四章 耳鼻喉科急症.....	(406)
第一节 食道异物.....	(406)
第二节 小儿喉乳头状瘤.....	(407)
第三节 扁桃体周脓肿.....	(409)
第四节 急性会厌炎.....	(410)
第五节 喉阻塞.....	(412)
第六节 喉水肿.....	(414)
第七节 喉外伤.....	(415)
第八节 气管、支气管异物.....	(418)
第九节 鼻出血.....	(420)
主要参考书目.....	(424)

第一篇 总论

第一章 绪论

第一节 急诊医学的概况

急诊医学主要是研究疾病初发阶段的病因、病理生理、临床表现及紧急救治的一门学科。它包括院前急救、院内急诊及危重症监护三个诊疗阶段。从学科角度来看,包括复苏学、中毒学、灾害医学、儿科急诊医学及急救服务系统管理学。

回顾医学的发展史,根据治疗方法的不同,把医学分成了内科学与外科学。内科学以药物治疗为主,外科学以手术治疗为主。而后又以各种脏器疾病分为各亚科,内科有心内科、呼吸科、消化科等;外科有普外科、骨科、泌尿外科、脑外科等。急诊医学是以疾病发生时间以及紧急救治的需求而发展起来的学科,亦可以说,急诊医学是以紧急救治思想指导下发展起来的学科,就是在疾病初发阶段及时给予救治或诊治能极大地降低死亡率和致残率。这种理念,在20世纪的几次大规模战争中得到了证实。第一次世界大战伤员的死亡率是18%,第二次世界大战是4.5%,朝鲜和越南战争是2.5%。所以,急诊医学关系到伤病员的生与死,致残与不致残,短住院与长住院。

一、急诊医学的范围

急诊医学包括如下内容:

1. 院前急救 常称为“急救医学”,它是医院急诊的延伸和发展。医院急诊是医师坐“堂”等病人。院前急救是医师亲自到事发现场进行救治,或到病人家中进行急救。这是医学的进步,这种进步依赖于现代化交通工具的问世才得以实现。欧美发达国家已有航空救护,这更能缩短救治与转运的时间。
2. 院内急诊 医院为了能及时接待急发或危重伤病员而设置特定的诊疗场所—急诊室(科),使危急病人可以随到随救,并为一般急诊病人提供了专门的诊治场所,以尽快解除病人的病痛。目前大医院的急诊科均设有分诊、抢救室、诊室、留观室或急诊病房、监护室;同时配备收费处、药房、化验室、放射检查室(或CT)、超声检查室;并有血库、手术室24小时支持急诊,有可靠的后勤保障,也有24小时各学科会诊。不少医院可开展急诊介入治疗及内镜诊断与治疗。可以说急诊是用最少的资料、最快的速度对伤病员进行诊治。
3. 灾害医学 灾害医学主要是研究灾害发生前的预防准备工作和灾害发生后受灾群体的抢救。例如:如何有效地迅速组织抢救以减少人员伤亡以及如何防止急性传染病的发生和流行。灾害可分为自然灾害和人为灾害两大类。亦可分为暴发性灾害与日常性灾害。交通事故就属于日常性灾害。尽管交通事故零散发生,但总数相当惊人。据WHO统计,1989年全世界交通事故死亡人数约50万人,受伤者达150万人。我国1998年交通事故死亡人数约5万人,累计经济损失约3.26亿人民币。

4. 毒理学 中毒是急诊常见病之一。现在大医院分科愈来愈细，各内科亚科几乎均不包括中毒，只能归属于急诊科的范畴。中毒可以是意外中毒或有意服毒，但他（她）们多为年轻病人，无其他基础疾病，所以，积极抢救对挽救中毒者的生命是很有意义的。

5. 急救医疗体系管理学 紧急救治是急诊医学的指导思想。如何用最快的速度到达危重伤病员现场，用最高的质量进行抢救，维持生命，并安全转运到距离最近、有救治能力的医院，这就必须建立完善的急救医疗服务体系（Emergency Medicine Service System, EMSS）。可以说这是社会性大急诊。首先在统一的指挥下，以一定急救半径（我国大约5km）建立急救站，再把急救站和医院联成有机组织，形成急救网络。研究这一系统的组织管理就是急救医疗体系的管理学。

二、医院急诊的特点

在整个急诊医学中，医院急诊服务的数量最大。为此，下面重点阐明医院急诊医疗工作的特点。

医院的急诊医疗工作不是仅仅局限于急诊科的工作，而是以急诊病人为中心，各有关科室积极参与的一项系统工程。所以，除急诊科每天24小时开放外，应有检验科、影像科、药剂科、手术室、血库等每天24小时支持。但是，急诊科承担着完成此项任务的主要角色。

急诊病人的疾病谱很宽，有小伤、小病（如感冒）的轻病人，也有呼吸、心脏骤停的危重症病人。通常情况下，来医院就诊的急诊病人绝大部分可带药回家，其中少部分病人需要留观，而且只有少数病人需要抢救。但这些少数危重症病人却是急诊科工作的重点。急诊病人具有如下特点：

1. 致命性 急诊病人可以是以致命的临床表现来诊，或在诊治过程中出现致命性病症，如呼吸心跳骤停、室颤、各种窒息。这就需要急诊医护人员具有先救命后治病的观念。如一位20岁的年轻患者，主诉是背痛20分钟，刚把病人放在平车上，病人突然感到四肢发麻、气憋，立即转抢救室，病人呼吸停止，四肢瘫痪，给气管插管，机械通气，维持生命治疗。后经MRI检查为胸段脊髓病变。

2. 进展性 许多急诊病人是在疾病的初发阶段立即来诊的，但他们的病情可能还会继续进展，如脑血管病、急性冠脉综合征、急腹症、急性发热病人等。如一例脑卒中病人，在发觉说话不流利后立即来急诊，2小时后出现昏迷，15小时后发生了脑疝。

3. 复杂性 首先是疾病的复杂性。急诊病人常以初发症状来诊，诊断不明。任何一个症状均包含多种疾病，涉及多种学科。任何一种疾病均有多种不典型的临床表现。不同年龄阶段，对同一种疾病可能具有不同的表现，如老年人发生严重感染可以表现为不发热，仅表现为意识障碍或食欲不振。其次是病人的复杂性。急诊24小时开放，来者难拒。急诊病人来自不同的社会阶层，有不同的文化背景、职业和经济状况，因此，他们可能有不同的需求。所以要求急诊医护人员要有敏锐的洞察力和高超的为人处世能力。

4. 随机性 急诊不同于门诊。门诊可以限号，而急诊要求每天24小时开放。一年四季气候的变化，每天24小时生活节奏的不同，决定了急诊病人数量的不均衡性。特别是需要抢救的危重病人，更是难以预测。就每位医护人员而言，某个时间段可能同时来4~5个病人，在另一时间段可能1个病人都没有。这种情况亦可称为急诊工作的被动性，容易造成急诊人员安排和就诊场所容量的困难。这可通过加强统计登记工作，尽量找出急诊量的变化规律。从统计数字中可得知每年节假日、每个周六、日的急诊量，从而变被动等待为主动

应对。

5. 涉法性 在医院急诊经常出现涉及法律的医疗问题，如打架斗殴、交通事故、自杀、他杀、意外中毒等，均应及时报告当地公安部门，特别是对于非正常死亡者。

三、对各类症状的认识

急诊病人常以症状来诊，把常见症状分为危急、重症及轻症三类。危急是指如不及时抢救死亡的可能性很大；重症是指如不及时救治致残的可能性很大；轻症一般不可能致残。根据上述三级可以把症状分为如下几类。

1. 危急类 窒息、休克、昏迷、发绀、瘀斑。
2. 危急或重症类 端坐呼吸、低血压、多发创伤、肢体瘫痪、呕鲜血、腹膜炎、大咯血、喉鸣、严重脱水、呼吸急促（ >30 次/分）。
3. 危急或重症或轻症 如下病症可能是自危急至轻症的三种病情，此类病症的疾病谱很广，如发热可能是流行性脑脊髓膜炎（危急），亦可能是普通感冒（轻症）。常见的症状有发热、意识障碍、头痛、胸痛、背痛、腹痛、晕厥、便血、阴道出血、皮疹、无尿、大小便失禁、中毒。
4. 重症 有意识混乱、黄疸、尿潴留、复视、视力丧失。
5. 重症或轻症 有共济失调、头晕、水肿、疲劳、腹水、尿血、恶心、呕吐、烦躁、关节肿痛、跛行、眼痛、咽痛、眩晕、感觉异常、瘙痒、震颤、无力咳嗽、吞咽困难、消瘦、焦虑、打嗝、腹泻、全身不适、针刺伤、听力丧失。
6. 轻症 有淋巴结大、哭叫、急躁、排尿困难、便秘、流涕、耳鸣等。

四、急诊的工作程序

1. 初始评估 主要通过分诊把急诊病人分成危急、重症、一般急症。把危急病人安置在抢救室，重症病人提前给予就诊，一般急症到各诊室就诊。
2. 稳定生命指征 亦就是抢救。如各类休克、呼吸衰竭、心力衰竭、昏迷等，及时给予抢救。
3. 诊断与处理 对重症和一般急症，通过询问病史、体格检查、简单化验检查及特殊检查，做出初步诊断，并给予适当处理。
4. 处置 对病人的安置作出决定，如回家治疗、留观、住院或转院等。（室）

第二节 急诊医学的发展历史

急诊医学是随着社会精神与物质文明的进步而产生的。社会科学技术的发展为急诊医学提供了物质保证，如心电监护仪、除颤器、呼吸机等的问世，为生命急救提供了手段。自20世纪50年代发展起来的心肺复苏学成为急诊医学的重要内容。随着物质生活的提高，人们对急发病症要求快诊、快治。这些都促进了急诊医学的发展。

我国古代虽没有急诊这一词汇，但在祖国医学中有许多有关急症的论述。我国最早的中医经典著作《黄帝内经》已有“卒心痛，暴厥，卒死”的记载。东汉时代张仲景的《伤寒论》是对发热的辨证论治。隋代巢元方的传世巨著《诸病源候论》，对多种急症有详尽叙述，

如对“胸痹”的描述，相当于现代急性冠脉综合征的各种临床表现。在魏晋时代已用针刺人中穴位的方法对昏迷患者进行急救。东汉时期（公元 200 年）已经用“麻沸散”进行麻醉。所以，中国古代已有相当发达的急症治疗手段。针刺对昏迷、昏厥的急救，中医骨折固定术，一直沿用至今。目前在急诊常用的许多中药制剂，如柴胡注射液、清开灵注射液、醒脑静等均来源于古代方剂。可以推断传染病是抗生素问世以前，数千年中危害人类最严重的疾病，传染病就是急症，中医对传染病的论述是相当丰富的，这是我国医学先辈对人类的贡献。

国际上，早在 1924 年意大利的佛罗伦萨就建立了世界上第一个急救医疗服务组织来进行伤员的救护和转运。20 世纪的两次世界大战以及朝鲜战争和越南战争，伤员的死亡率节节递降，充分显示出现场急救的重要作用。近半个世纪以来，由于城市汽车的不断增多，交通事故急剧增加。1965 年美国因交通事故造成伤害者达 5200 万人，其中死亡 10.7 万人，造成永久性伤残者 40 万人，加上其他意外事故及心脑血管病的不断增多，各国政府逐渐认识到发展急诊医疗服务的重要性和迫切性。1968 年美国麻省理工学院倡导建立“急诊医疗服务体系”；1970 年美国部分城市成立了地区性的急诊医疗体系，通过通讯指挥中心统一的急救呼叫，协调院前的现场急救；1972 年美国医学会正式承认急诊医学是医学领域中的一门新学科。当时的尼克松总统决定由联邦政府拨款建立急诊医疗系统试点；1973 年美国国会通过了“加强急诊医疗法案”；1976 年美国国会又对急诊医疗法案进行了修改，并完成了立法程序，建立了全国规模的急诊医疗服务网络；现在急诊医学已正式被定为美国的第 23 个临床医学专业。

在我国，医院急诊经历了从小到大的一个发展过程。在 20 世纪的 50~70 年代间，急诊护士实行的是专职制，而急诊医师实行轮转制，由内、外、妇、儿等分科接诊。急诊室主要由护士长管理，急诊室护士已形成一支技术相当熟练的专业队伍。急诊室已成为每个医师必须轮转的科室，一直沿用至今。与此同时，院前急救仅仅是急救站，规模小，设备简陋，只起到转运伤病员的作用。

自 20 世纪 70 年代后期，我国实行“改革开放”的国策后，目睹欧美发达国家院前急救星罗棋布，医院急诊实行专职制，在这种形势的推动下，为了提高急救医疗部门对灾害、事故的应急能力和日常急救工作水平，1980 年 10 月卫生部颁发了《关于加强城市急救工作的意见》；1982 年 3 月卫生部召开了“建立城市急诊工作的咨询会”，1983 年颁布了《城市医院急救科（室）建设方案》，规定了急诊科的任务、急诊医疗工作的方向、组织管理以及急诊工作的规章制度。此后，各城市的大医院纷纷把急诊室改建为急诊科。1984 年在杭州召开了“城市急诊工作座谈会”商议筹建急诊医学分会及召开学术讨论会。1985 年确定“120”为急救电话。1986 年和 1987 年，卫生部又先后发布了《关于进一步加强急救工作的补充规定》和《关于加强急诊抢救和提高应急能力的通知》，对建立健全急救医疗机构网，提高急诊抢救和应急能力提出了具体要求。1986 年 10 月召开了全国第一次急诊医学学术会议；1987 年 5 月经中华医学会批准正式成立了“中华医学会急诊医学分会”，标志着急诊医学在我国被正式承认为一门独立的医学学科。在医院等级评审中，卫生部再次明确规定，二、三级医院必须组建急诊科。1985 年国家学位评定委员会正式批准在有条件的医学院校可设置急诊医学研究生培养点。目前，南京医科大学成立了急诊医学系并已正式招生。这一切均促进了急诊医学的发展。

2003 年我国发生传染性非典型肺炎暴发流行以后，国家要投入巨资建立健全的突发公

共卫生事件紧急医疗救治体系,包括紧急医疗救治体系、紧急医疗专业救治队伍、紧急医疗信息系统、紧急医疗防治系统。其中,院前急救是最主要的组成之一。

回顾急诊医学发展的历程，它始终是依据社会需求而发展起来的一门学科，因此具有强大的生命力。急诊医学应该是研究急发疾病的评估、急救、诊治与处置的一门学科，在这个领域内未知的问题尚很多，需要同仁们的不懈努力，以推进急诊医学的不断发展。

第三节 急诊护理学

急诊护理学是研究各类急性病、急性创伤、慢性疾病急性发作及危重病人的抢救护理的一门学科。急诊护理可以说始于南丁格尔时代。1854~1856年在克里米亚战争时期,前线战伤的英国士兵死亡率达42%以上,南丁格尔率领38名护士前往前线医院救护,使死亡率明显下降。说明有效的抢救及急诊护理技术对伤病员的救护成功率是非常重要的。但是,急诊护理学作为一门专业只有近30年的历史,尤其是急诊医学的建立与发展对急诊护理学的发展起到了很大的促进作用。急诊护理学确定了急诊护理实践的角色、行为和过程,它已经成为护理学科中的一个重要专业。

急诊护理学是一门多层面的科学,包括与急诊医学与护理知识体系有关的职责、功能、角色和技术。急诊护理学的核心内容是论述急诊实践的必要性,它所发生的环境和急诊护理的患者。急诊护理实践是一种系统的实践活动,包括护理程序、决策制定、分析和科学地思考与探索以及分诊。其专业行为是获取和应用急诊护理学的知识和技能,明确职责和责任,掌握沟通技巧,明确专业自主性和与其他人员之间的合作关系。

急诊护理可以发生在医院急诊室、院前或战地环境、门诊部、健康保健机构。急诊护理实践的范围涉及评估、诊断、治疗和评价预感到的、实际的或潜在的、突然的或紧急的、身体的或心理社会方面的健康问题，这些问题主要是急性发作的，可以发生在任何环境中。这些问题可能只需要很少的护理措施，也可能需要紧急的生命支持措施，或者需要病人教育或转诊。

一、急诊护理的特点

急诊护理既具有护理的共性,又具有服务于急诊伤病员的特性。

1. 由于急诊伤病员具有即刻致命性，所以必须能敏捷地识别这种危急病状，并应迅速、果断地实施各种急救措施。为达到此目的，必须熟练掌握这些技能，严格做好各种抢救器材的维护，切实准备好各种抢救药品和有关物品。
2. 由于急诊伤病员病情的复杂性，例如有内、外、妇、儿多科疾病，有不同年龄的特点，有疾病的不典型性，所以急诊护士必须掌握多学科知识，也必须熟悉老年病人的特点。
3. 由于急诊伤病员疾病谱很广、来诊伤病员数量的不均衡性，所以急诊护士必须具有分清轻重缓急的能力，应安置可能有致命性的伤病员优先就诊。
4. 由于急诊伤病员人员的复杂性，应具有与各类人员的沟通能力。
5. 由于某些急发疾病可能具有潜在的生命危险性，所以对于就诊时生命体征大致正常的病人，不能排除致命性疾患，要认真听取病人的要求与意愿，不要先入为主，不要凭印象给以处置。

2. 由于急诊伤病员病情的复杂性, 例如有内、外、妇、儿多科疾病, 有不同年龄的特点, 有疾病的不典型性, 所以急诊护士必须掌握多学科知识, 也必须熟悉老年病人的特点。

3. 由于急诊伤病员疾病谱很广、来诊伤病员数量的不均衡性,所以急诊护士必须具有分清轻重缓急的能力,应安置可能有致命性的伤病员优先就诊。

4. 由于急诊伤病员人员的复杂性, 应具有与各类人员的沟通能力。

5. 由于某些急发疾病可能具有潜在的生命危险性, 所以对于就诊时生命体征大致正常的病人, 不能排除致命性疾患, 要认真听取病人的要求与意愿, 不要先入为主, 不要凭印象给以处置。