



临床常见病症 急救诊疗指南

主编 李 莉 李福琴 刘 毅

Emergency Treatment
Guide for Clinical
Common Diseases



河南大学出版社
HENAN UNIVERSITY PRESS

LINCHUANG CHANGJIANBINGZHENG JIJIU ZHENLIAO ZHINAN

临床常见病症急救诊疗指南

主编 李 莉 李福琴 刘 毅

河南大学出版社

• 开封 •

图书在版编目(CIP)数据

临床常见病症急救诊疗指南/李莉,李福琴,刘毅主编. —开封:河南大学出版社,
2010.2

ISBN 978-7-5649-0127-1

I. ①临… II. ①李…②李…③刘… III. ①常见病:急性病—急性—指南②常见病:急性病—诊疗—指南 IV. ①R459.7—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 023219 号

责任编辑 余建国

责任校对 谢 冰

封面设计 马 龙

出 版 河南大学出版社

地址:河南省开封市明伦街 85 号

电话:0378-2825001(营销部)

邮编:475001

网址:www.hupress.com

排 版 郑州市今日文教印制有限公司

印 刷 郑州市毛庄印刷厂

版 次 2010 年 3 月第 1 版

印 次 2010 年 3 月第 1 次印刷

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 11.50

字 数 260 千字

印 数 1—5000 册

定 价 28.00 元

(本书如有印装质量问题,请与河南大学出版社营销部联系调换)

前 言

四川汶川特大地震灾害发生之后,我们经历和目睹了太多的人间悲剧,痛苦和悲悯像电流一样传遍了中华民族的筋脉和肌体。这不仅是汶川之痛、中国之痛,也是人类之痛!在残酷的自然灾难面前,我们看到了生命的脆弱,倍感生命的珍贵。至此,我们才发现,灾难发生后自救互救知识的普及是多么的重要,专业医务人员尤其是急救人员救援水平的不断提高是多么的迫切。

为了能够快速、有效应对各类突发事件,努力建设一支高素质的专业医疗救援队伍,适应“覆盖城乡、功能完善、运转协调、救治有力”的医疗急救服务体系建设需求,我们围绕日常急救工作和突发应急工作中的常见病症,结合临床工作经验,编写了这本书,希望能为从事急诊急救工作的医务人员带来方便,推动急救工作的健康、快速发展。

本书由来自河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第五附属医院、解放军 153 中心医院、河南省漯河市中心医院、河南省新乡市中心医院、河南省三门峡市中心医院从事急诊急救工作的医疗和护理专家共同编写,参与本书编写的王明太、冯亚民、刘毅、朱光、李莉、李福琴、陈聚伍、吴景录、罗希芝、赵龙现、秦历杰等各位专家教授均来自于临床一线,并具有较强的带教工作能力。全书共分七个部分,涵盖了内、外科常见急症的诊治要点和急救护理常识,内容新颖,图文并茂,贴近临床,是临床医务人员快速掌握急救知识及操作技能的必备手册之一,也是医院急诊急救日常培训、考核的实用教材。

由于编写时间仓促,书中难免存在疏漏和不足之处,恳请读者批评指正。

编 者

2009 年 12 月

目 录

前 言	(1)
第一章 绪论	(1)
第一节 急救医学发展历程	(1)
第二节 医疗急救服务体系介绍	(3)
第三节 急救医师标准	(5)
第四节 急救质量控制探讨	(7)
第二章 急症症状的诊断与治疗	(21)
第一节 发热	(21)
第二节 昏迷	(22)
第三节 晕厥	(24)
第四节 呕血和咯血	(27)
第五节 呕吐	(31)
第六节 腹泻	(34)
第七节 少尿和无尿	(36)
第三章 急诊内科综合征和危重病症诊疗	(39)
第一节 急性冠状动脉综合征	(39)
第二节 高血压急症	(44)
第三节 急性心力衰竭	(46)
第四节 急性呼吸衰竭	(53)
第五节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征	(57)
第六节 重症哮喘	(61)
第七节 急性脑血管病	(65)
第八节 急性胰腺炎	(70)
第九节 糖尿病酮症酸中毒	(75)
第十节 弥散性血管内凝血	(78)
第十一节 休克	(81)
第十二节 多器官功能障碍综合征	(86)
第四章 外科急腹症	(90)
第一节 概述	(90)
第二节 急性阑尾炎	(92)
第三节 急性胆囊炎	(92)

第四节	急性肠梗阻·····	(93)
第五节	胃、十二指肠穿孔·····	(95)
第六节	肾、输尿管结石·····	(97)
第五章	创伤急救·····	(98)
第一节	颅脑损伤·····	(98)
第二节	胸部损伤·····	(101)
第三节	腹部外伤·····	(102)
第四节	骨折·····	(105)
第五节	多发性损伤·····	(115)
第六节	烧伤·····	(118)
第七节	电击伤·····	(122)
第六章	中毒·····	(124)
第一节	急性中毒的诊断和治疗·····	(124)
第二节	急性有机磷农药中毒·····	(125)
第三节	百草枯农药中毒·····	(130)
第四节	急性一氧化碳中毒·····	(133)
第五节	动物蜇咬伤中毒·····	(135)
第七章	急救护理技术·····	(141)
第一节	心肺脑复苏·····	(141)
第二节	电除颤和体外自动电除颤·····	(144)
第三节	气管插管·····	(146)
第四节	机械通气·····	(148)
第五节	静脉置管术与护理·····	(152)
第六节	有创血流动力学监测与护理·····	(158)
第七节	危重症患者的营养支持·····	(160)
第八节	洗胃术·····	(162)
第九节	胸腔闭式引流术与护理·····	(164)
第十节	溶栓与护理·····	(165)
第十一节	严重创伤护理·····	(167)
第十二节	环甲膜穿刺·····	(170)
第十三节	三腔两囊应用与护理·····	(171)
参考文献 ·····		(173)

第一章 绪 论

急救医学是一门新兴的医学学科,也是一门多专业的综合学科。它是处理和研究各种急性病变和急性创伤的一门新专业,也就是指在短时间内,对威胁人类生命安全的意外灾害和疾病,所采取的一种紧急救护措施的科学。它不处理伤病的全过程,而是把重点放在处理伤病急救阶段,其内容主要是:心、肺、脑的复苏,循环功能引起的休克,急性创伤,多器官功能衰竭,急性中毒等。并且急救医学还要研究和设计现场抢救、运输、通讯等方面的问题,所以急救医学从广义范围讲主要包括:院前急救、院内急诊和重症监护三部分。这三部分构成急救医学的全过程,它们彼此各有特点和重点,但彼此之间又相互紧密联系。

现代医学的进步给急救医学赋予了新的概念和内涵,急救医学侧重于对急危重症、创伤、灾害事件的急救反应能力,包括人员、车辆、通讯的调动准备,现场初级抢救、转运过程,到达医院的抢救等,更加突出了抢救生命和稳定生命指征的救治和组织管理,其核心是急救的合理过程;还涉及熟练并有效的运用常用的急救技术,也包括培训非专业人员或普通公众了解掌握必要的急救知识和技能,鼓励他们参与到突发事件伤病员的自救、互救中去。

第一节 急救医学发展历程

一、我国急救医学发展简史

从 20 世纪 50 年代起,我国参照前苏联模式在一些大中城市建立急救站,80 年代我国现代急救医疗体系开始起步,1980 年卫生部颁布了《关于加强城市急救工作的意见》,促进了急救相关领域的学术交流。1985 年,中华医学会急诊医学分会建立,1986 年,卫生部与邮电部门正式对外公布 120 急救电话号码。与此同时急救医学刊物相继创刊,如《中国急救医学》、《急诊医学》等。到 20 世纪 90 年代末期,全国县及县以上医院基本上都建立了急诊科,大中城市建立了独立或附属医院的急救中心,急诊医学学科体系初见雏形。2003 年国务院正式颁布了《突发公共卫生事件应急条例》,明确提出:“县级以上各级人民政府应当加强急救医疗服务网络的建设,配备相应的医疗救治药物、技术、设备和人员,提高医疗卫生机构应对各类突发事件的救治能力”。部分省份在各自辖区内也尝试加强了医疗急救体系建设与管理工作,急救体系建设呈现出快速、稳步、有序的发展态势。

二、我国目前急救工作存在的问题

(一) 应急资源底数不清

医疗卫生资源底数不清是目前制约医疗急救事业发展的首要问题,由于多年以来,医

疗卫生事业中医疗机构分散,紧急状态下可调配使用的救护车辆、病床、担架、急救必备药品、器械等底数不详,加上部分基层医疗急救资源的不合理设置,导致了急救资源的重复建设甚至闲置。

(二) 急救队伍素质仍需继续加强

急救队伍在人员组成上各地差别较大,有的是主治医师、医师或助理医师,有的配置护士,有的配置担架员,而医生的来源也各种各样,没有一个统一的门槛,没有一个统一的准入制度,也没有先前接受过专门的急救训练。近几年全国各地通过不同形式的急救技术比武、培训等活动的开展,急救人员的整体素质得到了明显提高,但急救新技术的普及和应用工作任务仍十分艰巨,急救培训工作力度仍需继续加强。

(三) 急救站建设不规范

由于历史、地理、环境等原因,多数急救站建设不规范,广泛表现在布局不合理,急救流程未能实现便捷、顺畅,存在着抢救单元面积过小等现象。急救站的设置和审批也存在一定差异,有的城市急救网络布设过密,有的城市急救站辐射半径过大,不能满足急救需求,农村地区存在大面积急救盲区。

(四) 院前急救质量不均,急救质控工作未能开展

在建设、完善急救网络过程中,对急救网络日常管理力度不够,没有实现对急救网络的真正分级管理,行业的准入制度也没有全面开展。在规范救护车装备,健全管理监督机制,定期对急救站进行质控管理等方面应加强工作力度。对医德医风、医疗质量、抢救常规、服务态度、收费情况以及规范化服务如:出车速度、转送病人、病历、处方、设备管理、车辆管理、护理质量、医院感染控制等方面还应进行重点监控。

(五) 应急准备能力不足,应急预案闲置率高

对于突发公共事件,目前的医疗急救体系缺乏一个有效的、可行的、规范的、科学的应急处理机制,缺乏明确责任、分工与义务、规范应对的行为。而以往在突发事件发生时,临时组建指挥系统,没有完善的应急预案对指挥机构定位,存在着现场协作关系和信息沟通等表述不明确。同时缺乏突发事件灾难的阶段性评估,以及执行机构的组织、准备、动员、运作、培训、演练、监测工作的支持和约束,致使指挥协调功能的乏力,以至于医疗救助指挥混乱。特别是面对突发疫情,多是需要卫生、公安、交通、工商等诸多部门的协调配合,但长期的部门条块分割,造成信息沟通有障碍,使得应急处理表现为“反应时间”的迟缓,政府的决策缺乏信息依据而难以迅速贯彻执行。非典疫情之后,各行各业都制定了各种详细的应急预案,但受体制和习惯行为的影响,当突发事件来临时,多靠传统的临时指挥协调来应对,应急预案难以真正落实,应急预案闲置率较高。

(六) 体系缺乏科学管理

急救网络内的急救机构体制多样,隶属关系复杂,资金投入渠道不同,造成医疗网络内急救站点建设的工作滞后。生存条件成为个别急救站的主要问题,严重影响指挥的实施,指令的执行和机构的建设,还有人员的培训和队伍的稳定工作。

第二节 医疗急救服务体系介绍

一、国外急救模式简介

美国的大都市医疗反应系统:美国政府认为公共卫生安全与国防安全、金融安全、信息安全都是国家安全重点,1979年4月就成立了联邦应急管理署,主要负责联邦政府对大型灾害的预防、监测、响应、救援和恢复工作,是国家级的紧急事务管理系统机构。大都市医疗反应系统(简称MMRS)隶属于美国卫生部的突发事件准备办公室,是一个地方层次的、对恐怖事件和大规模伤害等公共卫生突发事件进行反应的运作系统。这个系统使大都市能在城市范围内管理公共卫生突发事件,直到州或联邦政府反应的到来。1996年,在乔治亚州亚特兰大和华盛顿特区首次建立了大都市医疗袭击反应队。到1997年,25个城市约定成立地方系统,2000年,有25个城市建立了地方的MMRS,到2003年共有97个城市建立了MMRS。MMRS的主要特征是:具有完善的医疗反应系统,有详细的反应和操作计划,有受过专业化训练的各层次反应人员,有专门的突发事件反应设备,有专门的医疗设备和药物储备,有高效率的医疗运输和治疗能力。

英国公共卫生突发事件管理体系:近年来,英国在公共卫生领域灾难频频,疯牛病、口蹄疫、猪瘟等的流行,不仅严重打击了英国的畜牧业,对公众健康也造成了严重损害。在处理危机的同时,英国政府通过不断改进和调整,积累了丰富经验,并形成了应对各种突发公共卫生事件的机制和网络。英国的公共卫生管理以及卫生服务的提供由卫生部及其指导下的国民医疗服务体系共同承担,卫生部和国民医疗服务体系是公共卫生突发事件管理和服务的主体。

日本的紧急医疗系统:日本的紧急医疗系统以日本首都东京为例,东京特别区卫生主管部门实施对医疗机构的管理、监察和引导的职能。同时,统一管理医生、护士和专业医护人员,共同建立社区医疗护理系统。日常紧急医疗系统包括:全天候紧急医疗系统;边远地区的紧急医疗护理;市立医院的紧急医疗;社区医疗功能协调系统等四个方面。

法国院前急救系统:法国急救电话号码为15,日常院前急救工作主要由消防队员承担,消防队员承担着消防、现场治安、伤员转运等职能,受过初步的院前急救常识培训。

二、国内医疗急救模式简介

【院前急救型】

以院前急救为主要任务,不设床位,出诊时随车人员为急救医师。其优点是专职人员完成院前急救工作,将院前急救做的更加标准化,不需院内医生承担任务,一定程度上减轻了院内医生的负担。缺点为院前布点不足,要完善院前分站的建设需要大量的资金投入。

【依托服务型】

依托医疗机构急诊科建立医疗急救体系,由于不是独立建制,急救中心人员工资、运行成本等由医院承担,减少了政府的负担,但却增加了医院的负担。其优点是不需要重新

建设急救站,可以用一套资源完成两套工作。现场急救人员均为专职的医师,具有较高的业务水平。院前和院内通常情况下由同一人员完成,在衔接上较为方便。缺点是增加医务人员工作负担,不利于院内急诊的发展,转运不合理,运行成本高,管理不到位。

【独立设置型】

特点是急救中心独立的完成院前急救——院内急诊——重症监护的急救三环紧扣。优点是形成了院前急救与院内急诊的最佳有机结合,使患者在救治过程中享受到最完整的一体化服务。缺点为城市负担重,容易造成重复建设,资源浪费,并且运转半径大,不利于快速急救反应。

【指挥调度型】

受当地卫生行政部门委托,成立独立的120急救指挥中心,按照“统一指挥调度、划区就近出诊、尊重病人意愿、合理分流转运、保证急救质量”的原则,本着“就近、就急、就专业”的目标,开展急救指挥调度,派遣离事发地点最近的急救站派急救车辆赴现场开展医疗救援工作。较为成功的模式以河南省为例,全省各省辖市和县级全部建立了120急救指挥中心,行使指挥调度职能。优点是有统一的指挥和调度,在安排急救站出诊、救护车和人员时可以统筹安排,在重大突发事件发生后,能够在较短时间内协调辖区大量救护车和人员投入医疗救护工作中。缺点是只设指挥中心,没有下属直接的救治队伍,并且对医疗机构的管理缺乏行政约束力,在管理方面存在着较大工作难度,需要指挥中心认真进行协调解决。

三、医疗急救体系建设要求

(一) 加强领导,统一思想认识

医疗急救工作是卫生部门的形象和窗口,是医疗机构综合救治能力的客观反映,与人民群众的身体健康和生命安全密切相关。卫生行政主管部门和医疗机构要把建立健全医疗急救服务体系作为保障人民健康,维护社会稳定,树立政府形象的德政工程去认真实施,同时要加大对医疗急救工作的资金投入和政策扶持力度,努力为医疗急救事业的持续稳步发展创造良好的外围环境。

(二) 明确目标,落实责任制度

医疗急救服务体系的建设需要及时明确责任目标,分解工作任务,落实责任制度,要形成一种一把手负总责,各分管领导具体负责,分工明确,责任到人的管理体制,使各级管理部门人员心中有目标,肩上有担挑,确保各项任务的落实。

(三) 科学设置,严格统一管理

要积极制定急救站、急诊科建设基本标准,并按照标准要求,积极开展急救站、急诊科设置的科学考评工作。要本着属地管理的原则,对辖区的急救站进行统一编号设置,统一形象、统一车辆喷饰和人员着装,努力树立急救行业形象。

(四) 严格培训,加强日常监管

要建立急救人员长效培训规划,严格急救岗位人员准入条件,探索急救队伍稳定与发展的长效工作机制。编写急救人员岗位培训教材,分批分类对医疗急救人员、调度员、救护车司机等人员开展培训工作。要围绕加强日常管理,强化基本技能,由各级卫生行政部

门和医疗机构定期或不定期组织开展形式多样的急救基本技能比武与演练活动,并将医务人员的急救基本技能水平作为急救站、急诊科考核验收以及医院管理工作评价的重要依据之一。

(五) 健全队伍,完善救援机制

要加快县级突发公共事件应急医疗救治队伍建设,建立健全符合当地实际的省、市、县三级应急医疗救治队伍,并完成对应急医疗救治队伍的培训工作。认真研究紧急医疗救援机制,结合重大活动的医疗卫生保障工作,探索建立规范、科学、高效的大规模突发事件或群死群伤事件紧急医疗救援模式,完善科学、规范、有效应对各种突发事件的程序和措施。

第三节 急救医师标准

【希波克拉底誓言】

凡授我艺者,敬之如父母,作为终身同业伴侣,彼有急需,我接济之。视彼儿女,犹我兄弟,如欲受业,当免费并无条件传授之。凡我所知,无论口授书传,俱传之吾与吾师之子及发誓遵守此约之生徒,此外不传与他人。

我愿尽余之能力与判断力所及,遵守为病家谋利益之信条,并检束一切堕落和害人行为,我不得将危害药品给与他人,并不作该项之指导,虽有人请求亦必不与之。尤不为妇人施堕胎手术。我愿以此纯洁与神圣之精神,终身执行我职务。凡患结石者,我不施手术,此则有待于专家为之。无论至于何处,遇男或女,贵人及奴婢,我之唯一目的,为病家谋幸福,并检点吾身,不作各种害人及恶劣行为,尤不作诱奸之事。

凡我所见所闻,无论有无业务关系,我认为应守秘密者,我愿保守秘密。尚使我严守上述誓言时,请求神祇让我生命与医术能得无上光荣,我苟违誓,天地鬼神实共亟之。

【医学生誓言】

健康所系,性命相托。当我步入神圣医学学府的时刻,谨庄严宣誓:我志愿献身医学,热爱祖国,忠于人民,恪守医德,尊师守纪,刻苦钻研,孜孜不倦,精益求精,全面发展。我决心竭尽全力除人类之病痛,助健康之完美,维护医术的圣洁和荣誉。救死扶伤,不辞艰辛,执著追求,为祖国医药卫生事业的发展和人类身心健康奋斗终生。

【急救医师具备的三种素质】

(一) 道德素质

我国卫生事业是具有一定福利性的社会公益性事业。公立医疗机构的医务人员尤其是急救人员直接践行政府的这一福利政策,其医德如何关系到国家这一福利政策的落实,关系到社会公平和正义的实现。卫生工作还直接关系到社会稳定及对人權的尊重等一系列重要问题,所以必须对医务人员进行道德规范教育,使医德转化为医务人员的个人内在品质,从而在诊疗活动中真正体现出为人民服务的意识。急救医师的道德素质决定了在紧急状态下能否行使人道主义、治病救人,体现行业形象的关键所在。

(二) 心理素质

要具备细致周到、善解人意和仁爱坦诚,即对病人的同情和关爱。要机敏、沉着、体力

充沛、勇于攻坚、奋不顾身,即对病人的高度社会责任感。要有广博的知识、娴熟的组织协调能力、高度的注意力和领悟力。有高超的处理与同事、病人家属和社会关系的能力,具有一定的心理承受能力和自我调节能力。

(三) 技术素质

广博的医学知识——对疾病的敏锐洞察力。

深谙急救技术——熟练的技术操作能力。

掌握专业领域的进展和趋势——科学研究能力。

善于总结和积累临床经验和教训——自我更新能力。

【急救医师应具备的七种意识】

(一) 服务意识

要为患者提供优良的就医环境,不断加强卫生服务能力建设;落实便民措施,实行导诊咨询服务,开展卫生宣教,落实首诊负责制;维护患者的知情权,推行医疗费用“一日清单”制,建立医疗费用查询系统和农村医保对象医疗费用直报制度,签订医患关系合约书和手术费用知情同意书;实行“微笑”服务,讲文明用语、禁服务忌语,道一声问候,送一个微笑,营造一种温馨和谐的舒适氛围,使患者有在院如在家的感觉。

(二) 质量意识

要把医疗质量和医疗安全作为医院工作的生命线来抓。要通过教育促进医务人员增强法律与安全意识,时刻保持医疗质量“高压”态势,做到警钟长鸣。强化医疗文书书写质量,及时、准确、规范完成各种医疗文书,尤其是病历的书写质量,一定要常抓不懈,从而有效的防范医疗纠纷。要严格执行医疗护理操作常规,规范工作行为,不发生工作差错,不断提升医疗技术水平,杜绝等级医疗事故的发生。

(三) 协作意识

急救工作的开展,往往需要多个专业、兄弟科室和多名医务人员共同努力和密切协作才能完成。要在医生之间、医护之间建立一种新型的同志式的关系,在临床科室和医技科室及兄弟科室之间互相尊重劳动成果。

(四) 创新意识

要积极研究和追踪国内外医学前沿领域,注重学习、引进高新技术和医学边缘学科技术,不断挖掘自身潜力,敢于填补空白。开展科研探索,促进研究成果迅速向临床转化,形成科技创新氛围。

(五) 风险意识

要正确认识医疗事业发展的受益性和风险性,引导患者客观、理性的认识医学的发展。科学进行风险告知和手术知情同意,规范医疗文书书写,正确把握手术适应症,牢固树立风险意识,科学、客观地进行病情风险评估。

(六) 奉献意识

清代医生费伯雄曾说:“抢救人而学医则可,欲谋利而学医则不可”。在当前医疗领域中,医德医风问题关系到一个医院的声誉,因此,引导树立“患者至上,服务第一”的服务宗旨是广大医务工作者的首要责任。

(七) 自我心理调节意识

要有一个坦荡的胸怀,一颗热忱的心态,一对奉献的双手,一个可调的心态,最终取得一个美好的结果。

第四节 急救质量控制探讨

急诊急救工作是医院的重要窗口,是抢救患者生命的前沿阵地,是医院为患者提供医疗服务的重要部门。急诊急救质量控制工作是医院医疗质量控制工作的缩影和综合体现,是医院医疗技术水平的集中反映,是衡量医院管理水平的重要标志,急诊急救质控工作的好坏直接影响医院在社会中的地位和声誉,急诊质量管理在医院质量管理中占有越来越重要的地位。因此,加强急诊急救质量控制工作已成为现代医院建设和发展的客观要求。

一、急救质量控制

【急救质量控制内容】

(一) 医疗文件书写

医疗文件书写是急诊医师最重要的、经常性的基础医疗工作,其质量反映出诊疗的质量和医院管理的水平,体现医师的综合素质和工作作风,也是病人诊治过程一个有法律依据的记录,必须加以重视,定期检查。主要包括门诊病历书写质量;抢救记录书写质量;各种检查申请单、处方书写质量;检查结果报告单书写质量;急诊护理记录、表格书写质量等。

(二) 医疗质量指标评价考核

医疗质量指标是衡量和评价急诊医疗质量的主要客观依据,反映了科室急诊工作情况。定期(每月)对医疗质量指标进行统计分析、评估是急诊质量控制的主要内容,也是质量管理的经常性工作。不同的医院和不同的时期医疗质量标准的要求都不相同,要建立和完善符合实际的急诊质量指标体系,积极开展质量认证,严格按指标完成情况进行考核,推动质量不断提高。

(三) 服务质量

服务质量是保证医疗质量的重要方面,是急诊工作质量的综合体现,是质量控制的重点内容之一,主要包括服务态度是否热情;服务语言是否文明;服务行为是否规范;服务措施是否落实;服务标准是否到位;服务设施是否完善;服务结果是否满意。

(四) 环境质量

急诊环境质量主要体现在:建筑布局是否符合病人和医疗的需要;一次性医疗用品的处理及保洁措施是否符合院内感染控制的要求;路标、指示牌是否醒目清晰、准确,符合规范;诊区是否干净、整洁。

(五) 病人满意度评价

病人对急诊工作的满意程度是评价质量的重要指标。要定期对急诊病人进行满意度调查(一般每季度进行一次),对调查结果进行认真分析,查找工作中存在的问题和薄弱环节

节,将意见和问题整合,进行认真的分析,找出问题所在并提出改进措施。建立病人投诉制度,重视病人的意见和建议。通过对病人满意度评价,促进急诊工作的不断改进。

(六) 缺陷管理

缺陷管理是质量控制的重要内容,是改进和提高工作质量和服务水平必不可少的手段,必须给予足够重视。急诊急救工作的特点决定了医疗服务的缺陷容易发生,只是缺陷的性质和程度不同。控制和减少甚至杜绝医疗缺陷,确保医疗安全是提高急诊质量的前提。要制定防范医疗护理差错及事故的措施和医疗护理服务规范,严格执行规章制度,把零缺陷作为急诊质量管理的目标。

(七) 规章制度执行情况

建立和完善并严格执行各项规章制度是加强急诊质量控制工作的基本内容和方法。质量控制必须依靠规章制度。对交接班及值班制度、首诊负责制度,新技术、新业务准入审批制度、消毒隔离制度、疾病监控报告制度等各项规章制度落实情况要进行经常检查,提高急诊各级、各类人员执行规章制度的自觉性。

【急诊质量评价的主要标准】

质量评价是质量控制的重要环节,也是一项十分复杂的工作。急诊质量评价主要体现在:诊断是否正确、全面、及时;治疗是否及时、有效、彻底,副作用大小及程度;检查、治疗方法是否给病人造成不应有的痛苦或损伤,是否有并发症或院内感染;医疗费用是否合理;病人对诊疗过程是否满意等等。主要指标有以下两个方面。

(一) 基本统计指标

急诊病人抢救成功率,指危重、急症病人在急诊科经过紧急救治后抢救成功的人数,即:急诊病人抢救成功率=抢救成功人数/抢救总人数。一般要求在80%以上。急诊病人抢救成功率是评价治疗质量、技术水平以及医院应急救治能力的重要指标。急诊质量在很多方面体现在基础医疗护理质量上,要纠正医护人员只重视掌握高新技术而忽视基础工作的做法。按规定的质量标准检查急诊病历、处方、检查申请单,书写合格的份数分别占检查总份数的比例,用百分数表示。按规定的质量标准检查急诊抢救和观察病房的护理记录、表格,书写的合格数分别占检查总数的比例,用百分数表示。

(二) 病人满意度

病人满意度是一项重要的质量评价指标,越来越受到医院管理者的重视,也是衡量医疗和服务质量的最高标准。病人满意度的概念:病人满意度是指在一定的就诊病人人群中对医院提供的医疗服务有满意感的人所占的比例。病人满意度调查内容主要包括:病人对急诊就医过程、治疗效果是否满意;对检查、治疗措施是否放心;认为医疗费用是否合理;社会对医院整体服务功能的满意程度是否认可和有好的评价。满意度调查结果可作为评价医院管理水平、医疗和服务质量等方面的重要指标,从一个侧面反映医院在社会中的地位 and 形象,为医院改善医疗服务状况,提高整体医疗服务水平,增强医院的社会声誉和竞争力提供重要参考。病人满意度的影响因素:医护人员的服务态度、技术水平和治疗结果是影响病人满意度的主要因素;医院设备、就医环境、医疗费用对病人的满意度产生一定影响;病人的主观感受是影响病人满意度重要的、也是最终的因素。另外,调查统计方法对病人满意度的结果也有影响。

【加强急诊质量控制的主要措施】

（一）转变观念

从领导层来说要把急诊建设摆在重要位置,急诊的特点决定了在为病人提供医疗服务上的重要性。随着医疗卫生体制改革的不断深化,医院面临着前所未有的发展机遇和竞争挑战,急诊在巩固和扩大医院的医疗市场上发挥着越来越重要的作用,加强急诊建设是医院建设和发展的必然要求。一是纠正急诊工作平庸,难出成绩,浪费时间的错误观念,提高急诊工作对医学人才培养重要性的认识;二是纠正把急诊科作为医院安置调皮捣蛋,不好好工作医护人员的传统做法,提高新形势下对急诊高素质人才需求的迫切性认识;三是把急诊科作为重点科室,从医院发展的战略高度加强急诊建设,政策上给予重点扶持和倾斜,研究解决急诊建设中遇到的问题,促进急诊质量的不断提高。

（二）以人为本

建立健全急诊质量保证体系,加强急诊质量管理是医院建设永恒的主题。建立健全急诊质量保证体系,是质量建设的根本要求。建立一支相对稳定的高素质急诊急救队伍是保证急诊质量的前提。急诊医疗质量主要体现在急诊医师的技术水平上,急诊质量控制的关键环节在于对急诊医师的管理。一是建立急诊医师的准入制度;二是制定急诊会诊管理规定;三是实行岗位培训制度;四是严格规章制度的落实。医务人员的行为规范和医疗准则,必须认真自觉地遵守,切实把执行规章制度作为保证和提高医疗质量的重要手段,特别是与病人生命安危密切相关的制度,必须落到实处。要始终关注和把握影响医疗质量管理、制约质量提高的关键环节,努力寻求提高急诊质量和技术创新点。借鉴ISO9000标准,建立并不断完善急诊质量评价体系,科学、客观评价急诊质量。遵循先进性、科学性、实用性和可操作性的原则,建立健全各种急危重症病人的抢救流程,制定服务规程或技术操作规程,要从制度上把好病人救治过程的环节质量关。

（三）加强工作程序和抢救流程建设

对急诊病人的抢救和治疗,有许多成熟的抢救技术和基本指南,这些应成为程序化治疗步骤,使每个急救医护人员掌握,避免忙中出错,使急重症抢救有章可循。急诊科危重病人多,变化快,病情复杂,特别是群死群伤,大型突发事件应建立详细的应急预案。

（四）实施多学科抢救小组和恰当的组织管理

其宗旨是实现急救一体化、抢救现场化、技术现代化,救治小组对任务的分派必须是一目了然,医生确保领导所作出全部决定能够有效实施,在时间和空间上协调众多的医疗参与者。

（五）建立健全急救网络

急诊工作牵涉到全院各科,特别是多脏器疾病的抢救,需要多学科的广泛合作,院内建立急救网络确定符合网络资质的人员名单,确定网络启动的方式,确定不同级别网络对应的疾病类型,确定联络保障方式:手机、固定电话、对讲机、短信平台等。

【影响急诊质量的主要因素】

影响急诊质量的因素诸多,有主观因素,也有客观因素;有可控因素,也有不可控因素;有病人因素,也有医护人员因素。从医院自身的角度分析,就可控因素而言,影响急诊质量主要有四大因素。

(一) 人员因素

人员因素主要指急诊医护人员的因素,是影响急诊质量的首要因素。主要有以下三个方面:一是人员的素质。医护人员的素质包括思想作风、业务水平、表达能力、责任心和良好的人际关系及协作精神等。医护人员的医学知识和临床经验以及技术熟练程度对急诊质量有着重要的影响。医护人员的素质越高,急诊质量就越高。培养和选拔高素质的医学人才是提高急诊质量的根本保证。二是人员的配备。主要指医护人员数量和职称结构上的安排是否能满足实际工作的需要,医护人员技术水平直接影响到急诊质量。三是人员的协作状况。急诊疑难、危重病人多,往往需要多科会诊,共同完成诊疗工作,医务人员协作精神对提高质量特别重要。不同科室之间、医护人员之间的相互协作、密切配合的程度可以直接或间接影响急诊的质量,协作越好,诊疗工作组织越周密,质量就越有保证。

(二) 技术因素

医护人员的医疗护理技术水平是影响急诊质量的关键因素。技术决定质量,有什么样的技术就有什么样水平的质量,质量随着技术的提高而提高。急救人员技术实力和优势越强,急诊质量就会越高。

(三) 设备因素

医疗仪器设备是影响急诊质量的重要因素,医疗仪器设备现代化先进程度对医疗质量和水平有直接的影响。高、精、尖的医疗仪器设备使疾病的诊断和治疗更加简便、准确,更加有效,损伤更小,能够使医疗质量提高到新的层次和水平,是提高医疗质量非常必要的物质基础。急救设备齐全、功能完好的状况也是保证急救病人能够得到迅速救治的关键。

(四) 管理因素

科学管理是急诊质量影响因素中的核心因素,是提高医疗质量的重要保证。管理可以调动一切影响质量的因素发挥出最大的效应。管理促进质量,质量体现管理。质量教育、质量评价、质量改进、质量保证、质量创新的过程是管理的过程。

二、急诊科设置和布局

【设置要求】

急诊科是医院急症诊疗的首诊场所,也是社会医疗服务体系的重要组成部分。急诊科实行 24 小时开放,承担来院急诊患者的紧急诊疗服务,为患者及时获得后续的专科诊疗服务提供支持和保障。急诊科应当具备与医院级别、功能和任务相适应的场所、设施、设备、药品和技术力量,以保障急诊工作及时有效开展。

急诊科应当设在医院内便于患者迅速到达的区域,并临近大型影像检查等急诊医疗依赖较强的部门。急诊科入口应当通畅,设有无障碍通道,方便轮椅、平车出入,并设有救护车通道和专用停靠处;有条件的可分设普通急诊患者、危重伤病患者的救护车出入通道。急诊科应当设医疗区和支持区。医疗区包括分诊处、就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室,三级综合医院和有条件的二级综合医院应当设急诊手术室和急诊重症监护室;支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费等部门。

医疗区和支持区应当合理布局,有利于缩短急诊检查和抢救距离半径。

急诊科应当有醒目的路标和标识,以方便和引导患者就诊,与手术室、重症医学科等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应当清楚明显。在医院挂号、化验、药房、收费等窗口应当有抢救患者优先的措施。

急诊科医疗急救应当与院前急救有效衔接,并与紧急诊疗相关科室的服务保持连续与畅通,保障患者获得连贯医疗的可行性。

急诊科应当明亮,通风良好,候诊区宽敞,就诊流程便捷通畅,建筑格局和设施应当符合医院感控管理的要求。儿科急诊应当根据儿童的特点,提供适合患儿的就诊环境。

急诊科抢救室应当临近急诊分诊处,根据需要设置相应数量的抢救床,每床净使用面积不少于 12 平方米。抢救室内应当备有急救药品、器械及心肺复苏、监护等抢救设备,并应当具有必要时施行紧急外科处置的功能。

急诊科应当根据急诊患者流量和专业特点设置观察床,以收治需要在急诊临时观察的患者,观察床数量根据医院承担的医疗任务和急诊病人量确定。急诊患者留观时间原则上不超过 72 小时。

急诊科应当设有急诊通讯装置(电话、传呼、对讲机)。有条件的医院可建立急诊临床信息系统,为医疗、护理、感控、医技、保障和保卫等部门及时提供信息,并逐步实现与卫生行政部门和院前急救信息系统的对接。

三、急诊科管理

医院须建立相关急诊科管理制度,保证急诊科能够执行“急诊”和“急救”医疗的功能,并能与医院相关联科室协调运转。

(一) 建立院长领导下的急诊管理体制

急诊工作既要形成独立的系统,又要与医院各科室、各部门密切相联系。它是全院医疗水平的综合体现。急诊管理应建立业务主管院长直接领导下的管理体制,在业务主管院长领导下,成立急诊领导小组,成员有医务处(或门诊部)主任,护理部主任,内、外、妇产科主任,急诊科主任、护士长。急诊科日常业务接受医务处(或门诊部)指导,遇有重大抢救,为了调动全院各部门协同作战,则由急诊领导小组参加指挥。

(二) 急诊科人员配备要求

1. 急诊科应当根据每日就诊人次、病种和急诊科医疗和教学功能等配备医护人员。
2. 急诊科应当配备足够数量,受过专门训练,掌握急诊医学基本理论、基础知识和基本操作技能、具备独立工作能力的医护人员。
3. 急诊科应当有固定的急诊医师,且不少于在岗医师的 75%,医师梯队结构合理。
4. 除正在接受住院医师规范化培训的医师外,急诊医师应当具有 3 年以上临床经验,具备独立处理常见急诊病症的基本能力,熟练掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、心电复律、呼吸机、血液净化及创伤急救等基本技能,并定期接受急救技能的再培训,再培训间隔时间原则上不超过 2 年。
5. 三级综合医院急诊科主任应由具备急诊医学副高以上专业技术职务任职资格的医师担任。二级综合医院的急诊科主任应当由具备急诊医学中级以上专业技术职务任职