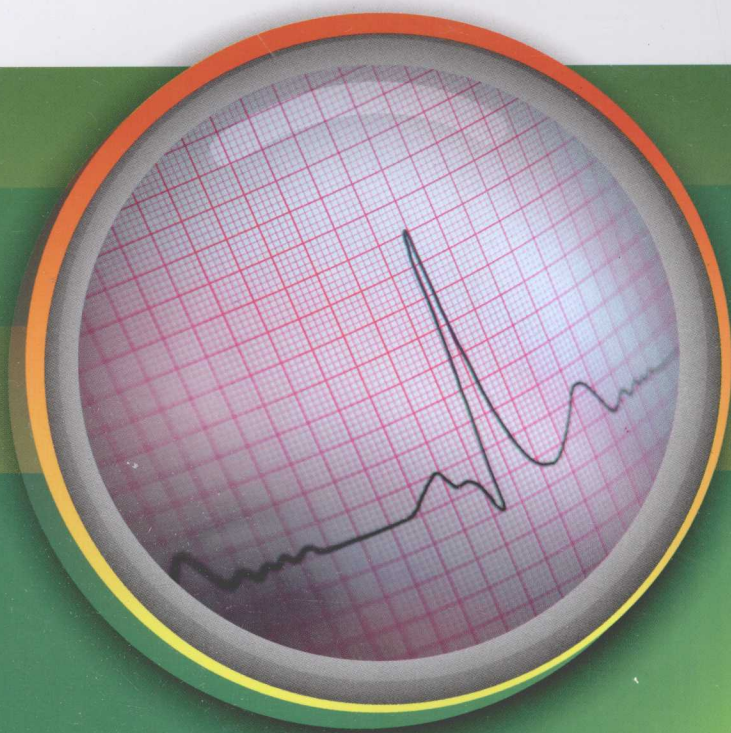


现代急诊医学

主编 王锡国 张志友 丛培军 梁金花 孙长宇 李志勤



天津科学技术出版社

现代急诊医学

主编 王锡国 张志友 丛培军
梁金花 孙长宇 李志勤

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代急诊医学/王锡国等主编. —天津:天津科学技术出版社,2010.7

ISBN 978-7-5308-5647-5

I. ①现… II. ①王… III. ①急诊 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 149842 号

责任编辑:郑东红

责任印制:王莹

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 23.5 字数 550 000

2010 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编	王锡国	张志友	丛培军	梁金花	孙长宇	李志勤
副主编	周立发	靳福娉	霍培正			
编 委	王锡国	山东省文登市第一人民医院				
	张志友	山东省淄博市第一医院				
	丛培军	山东省文登整骨医院				
	梁金花	河南省濮阳市人民医院				
	孙长宇	河南省郑州大学第一附属医院				
	李志勤	河南省郑州大学第一附属医院				
	周立发	山东省青州市荣军医院				
	靳福娉	山东省枣庄矿业集团中心医院				
	霍培正	山东省曲阜市中医医院				
	赵 莉	山东省枣庄矿业集团中心医院				

前 言

急诊医学是医学领域中一门新兴的边缘学科,由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快,特别是近 20 多年来取得飞速发展,已成为一门独立的学科,在保障人民健康、促进国民经济发展等方面发挥越来越重要的作用。为此,我们在繁忙的工作之余,广泛参考国内外文献,结合自身工作经验,精心编著了这本《现代急诊医学》,奉献给读者。

全书共分 15 章,内容包括临床各学科常见急危重症的诊断和治疗进展。编写原则是“突出临床,注重实用”,努力反映现代急诊医学的新理论,新概念,新技术,新疗法。既适用于大的综合性医院的住院医师与主治医师,又能够对基层医疗单位的医务工作者有所帮助。

由于时间仓促,且各人的写作风格不完全相同,每章节的内容难易程度和格式不尽相同,书中难免有不妥之处,敬祈广大读者指正。

王锡国

2010 年 5 月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 现场急救与运送	4
第一节 现场急救	4
第二节 现场急救技术实施	5
第三章 常用急救技术	17
第一节 环甲膜穿刺术	17
第二节 气管内插管术	18
第三节 气管切开术	20
第四节 心脏起搏术	22
第五节 心脏电复律术	24
第六节 胸腔穿刺术	26
第七节 胸腔闭式引流术	27
第八节 套管胸腔闭式引流术	28
第九节 心包穿刺术	28
第十节 三腔两囊管的应用	30
第十一节 吸痰术	31
第十二节 导尿术	32
第十三节 机械通气	34
第四章 心搏骤停与心肺脑复苏	44
第一节 心搏骤停的病因、诊断	44
第二节 心肺复苏	45
第三节 脑复苏	51
第五章 急性中毒	55
第一节 急性中毒的诊断治疗原则	55
第二节 有机磷农药中毒	60
第三节 细菌性食物中毒	65
第六章 休克	74
第一节 概述	74
第二节 感染性休克	83
第三节 低血容量性休克	86
第七章 创伤	89
第一节 概述	89

第二节 骨关节损伤	96
第八章 中枢神经系统急症	121
第一节 颅内压增高	121
第二节 急性脑血管疾病	126
第三节 癫痫	140
第九章 心血管急症	150
第一节 急性心力衰竭	150
第二节 高血压急症	153
第三节 严重心律失常	157
第十章 呼吸系统急症	168
第一节 气胸	168
第二节 急性呼吸衰竭	172
第三节 急性呼吸窘迫综合征	175
第十一章 消化系统急症	183
第一节 急性上消化道出血	183
第二节 肝性脑病	191
第三节 急性胰腺炎	196
第十二章 内分泌代谢系统急症	203
第一节 低血糖症	203
第二节 糖尿病酮症酸中毒	204
第三节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	207
第四节 甲状腺危象	209
第十三章 精神科急症	212
第一节 精神分裂症	212
第二节 癔症	224
第十四章 感染科急症	228
第一节 病毒性肝炎	228
第二节 流行性乙型脑炎	255
第三节 狂犬病	260
第四节 流行性感胃	263
第五节 人禽流感	265
第六节 麻疹	270
第七节 流行性腮腺炎	273
第八节 水痘和带状疱疹	277
第九节 肾综合征出血热	282
第十节 登革热和登革出血热	290
第十一节 艾滋病	295
第十二节 严重急性呼吸综合征	303

第十三节	手 - 足 - 口病.....	308
第十四节	霍乱.....	310
第十五节	中毒性菌痢.....	315
第十六节	流行性脑脊髓膜炎.....	318
第十七节	猩红热.....	322
第十八节	伤寒.....	326
第十九节	钩端螺旋体病.....	331
第二十节	疟疾.....	338
第十五章	中医科急症.....	345
第一节	昏迷.....	345
第二节	厥脱.....	348
第三节	咯血.....	351
第四节	吐血.....	355
第五节	痢证.....	359

第一章 绪 论

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新兴的学科。国际上正式承认它是一门独立的学科仅 20 余年。但由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快。急诊工作直接关系到患者的安危和预后。及时、高效地抢救急危重患者,反映一个国家或地区的经济、文化、卫生状况和医疗水平以及社会保障各部门的协调能力和管理水平。急诊医疗服务体系随着社会的发展,在保障人民健康、保护劳动力、促进国民经济发展等方面发挥着越来越重要的作用。

一、急诊医学发展史

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。早在 19 世纪中叶,急诊医学已经初见端倪。1863 年著名的现代护理事业的先驱者南丁格尔曾撰文:“在小的乡村医院里,把病人安置在一间由手术室通出的小房间,直至病人恢复或至少从手术的即时影响中解脱的情况已不鲜见。”这种专门为术后病人,以后又进一步扩大到为失血、休克等危重外科病人开辟的“小房间”存在相当长的时间,在 20 世纪 20 年代被正式称作“术后恢复室”,并作为麻醉科或外科一部分存在。50 年代以后,若干重大事件促进了“术后恢复室”向更高层次发展,如斯堪的纳维亚半岛和美国南加利福尼亚在 50 年代初发生多发性神经炎流行,为抢救呼吸衰竭病人,麻醉医师携带机械呼吸器介入了病房的抢救工作,并获得巨大成功。50 年代以后,随着科学技术的进步,各种新型轻便的呼吸机相继推出,心电和循环压力监测技术不断完善,大大拓展了临床监测和治疗能力,为急症病人的监测和治疗的专业化提供了坚实的物质基础。尤其 50 年代后期,首先在内科系统建立了具有现代急诊病医学意识和拥有现代治疗和监测手段的加强监护治疗病房(ICU),如冠心病加强监护治疗病房(CCU)、呼吸加强监护治疗病房(RCU)等。继而外科“术后恢复室”也在充分吸收内科 ICU 长处的基础上建立起了专科和综合的外科 ICU(SICU),从而促进了急诊医学的实践和发展。1970 年美国危重病医学会作为一个独立的学术团体宣布成立。此后,急诊医学作为一个新的学科,以及 ICU 作为急诊医学主要的实践场所已经成熟并取得了稳固的学术地位,并得到了空前速度的发展。1976 年由国际著名的麻醉科和内科医生在德国 Minze 发起成立了急救、灾害医学俱乐部,不久更名为世界急救和灾害医学学会(World Association on Emergency and Disaster Medicine, WAEDM)。1979 年急诊医学正式列为独立的医学科学。1983 年美国国立卫生研究院把复苏治疗与复苏后的延续性重要器官功能的支持治疗联结起来,称之为“危重病医学体系”,对现代化医院建设和医学发展提出了更新的概念。1990 年在挪威 Ustein Abbey 召开了首届急诊医学会

议,讨论并制定了心肺急症院外急救指南。1992年,国际急救界正式提出“生命链”的概念,为更有效地在现场挽救急症病人提出新的观念。生命链由早期城市急救网络系统、早期心肺复苏、早期除颤和早期高级生命支持四个环节构成。随着基础学科,尤其是分子生物学的迅猛发展,20世纪90年代初以来欧美国家的危重病医学会及其他学会相继就急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、全身炎症反应综合征(SIRS)、多器官功能障碍综合征(MODS)、细菌耐药性及医院感染等问题先后召开一系列国际会议,对某些概念、定义、诊断标准以及治疗准则等提出新的修正意见,并正在全球范围内取得共识。

中国急诊医学发展的历史源远流长,早在《内经》就对一些急症的病机,作了深入的总结,如《素问·至真要大论》的病机19条,其中“诸热瞀瘈”、“诸躁在狂越”、“诸厥固泄”、“诸痿项强”等急症的病机的阐述和归纳,对后世急症的辨证论治,都具有指导意义。公元3世纪张仲景的《金匱要略》中,就详细记载了治疗自缢病人,运用“以手按胸上,数动之”的人工呼吸急救技术。到了晋代则改进为“塞两鼻孔,以芦管内其口中致咽,令人噓之。有顷,其中砅砅转,或是通气也”。北周姚增垣《集验方》又加以改进,将患者“仰卧,以物塞两耳,以两个竹筒内死人鼻中,使两人痛吹之,塞口旁无令气得出,半日所死人即噓噓,勿复吹也。”这种急救术,在汉唐以后已被广泛应用,被扩大到其他非自缢死的急救范围,可以说是现代人工呼吸的前身。在休克的急救方面,由春秋战国时代扁鹊的用砭石、针灸、按摩、吹耳等方法,到晋代葛洪的用瓦器、铜器盛热汤隔衣贴腹部,再至元代危亦林的口服盐水或盐汤,以及后世并用益气固脱、回阳救逆方药的综合治疗,使休克的急救治疗逐渐完善,另外,还有晋唐开始运用导尿术,宋代创用鼻饲术;唐·孙思邈创用了以烧烙治疗外伤出血;隋·巢元方用血管结扎术治疗外伤出血;晋·葛洪放腹水的腹腔穿刺术,以生土瓜根捣汁的灌肠术;金元时期张子和的钩取咽部异物术等。使急症的临床急救技术,得到了不断充实和发展,临床疗效也有明显的提高。

自1949年新中国成立以来,急诊医学逐步得到了中央政府的关注和支持,相继开展了急救知识、战伤护理的普及教育,急救事业经历了从简单到逐步完善形成新学科的发展过程。20世纪50年代,我国医院各病房就普遍将急症病人集中在重危病房,便于密切观察病情及护理。1957年和1962年先后拍摄了科教片《急救》和教学片《火线抢救》。1974年在天津市中心医院首先建立了急性三衰(心、肺、肾)抢救研究室,是我国最早从事急危重症急救医学研究的专门机构。1980年卫生部颁发了《加强城市急救工作》的文件。1982年3月召开急诊医学咨询会。同年10月,卫生部委托上海医学会召开“全国门、急工作学术讨论会,1983卫生部颁布《有关全国急诊工作的建议》,其中提到有条件的医院应成立急诊科。自1983年起全国有少数几家较大的医院设立了第一批急诊科。1985年在杭州举办“急诊医学研讨会”。会上提出如何结合我国实际发展急诊医学问题。1986年“中华医学会急诊医学分会”成立。该会的成立为推广我国的急诊医学起了重要作用。20世纪80年代开始相继出刊了《中国危重病急救医学》等多种刊物。1992年急诊医学会下设6个专业组:院前急救、复苏、小儿急救、危重症、灾害医学和成人继续教育。在急诊医学会常委会领导下,每个专业组可自行决定举办全国性学习班或专题讨论会。近几年来,随着医学科学的发展,大、中城市的综合医院和某些专科医院都相继设置了急诊科或急诊室及院内ICU,并配备了医师、护士等医务人员,使危重病急救医学得到了进一

步的发展。但是我们应该看到,要建立健全急诊医疗体系,如较大人力和财力的投入、各级党政领导的重视和扶持、加强对从事抢救工作医护队伍跨学科跨专业有关急救知识和技能的培训,乃是当务之急。我们希望我国各地应立即着手建立和逐步完善急救医学医疗体系,使我国的急诊医学达到一个新的水准,以造福于所有急危重症病人。

二、急诊医学的范畴

急诊医学是研究急危重病病人的救治与护理的一门新专业,随着急救医学的发展和仪器设备的不断更新,急诊医学的范畴也日趋扩大,内容也更加丰富。从总体而论,它可以分为院前急救、院内急救、院后康复三部分。

(一)院前急救 院前急救是城市急诊医疗服务体系中极为重要的一环。院前急救的作用在于在急危重伤患者的发病初期就给予及时、有效的现场抢救,维持患者的生命,防止患者再损伤,减轻患者的痛苦,并快速地护送到医院进行进一步救治,为院内急救赢得时间和条件,减少急危重伤患者的死亡率和致残率。院前急救不仅包括患者的现场急救,还包括患者到医院的运输。现场急救包括快速检查(检伤分类),采取简便有效的急救措施,必要时采用特殊急救措施,如急救手术。运输包括人工搬运和工具运输,在搬运的过程中,应根据不同的病情,给予相应的搬运方法和体位。在运输过程中还应根据病情需要进行现场抢救的延续治疗和途中监护。在病情危急的情况下途中亦应进行抢救。

我国的院前急救部分由独立的急救中心或急救站组织实施,绝大多数由综合医院的急诊科组织实施。按“就近”的原则实行分区负责,既可充分利用现有医疗资源,又可最大限度地缩短急救半径,使伤病员得到及时救治。

(二)院内急救 院内急救可粗分为急诊科和院内重症监护病房(ICU),其特点是要专业化,应由受过专门培训的医护人员在备有先进监护及急救设备的急诊科和ICU,接受院前急救后的急危重症病人,对多种严重疾病或创伤以及继发于多种严重疾病或创伤的复杂并发症进行全面监护及治疗。急诊科是抢救病人的前哨,院内ICU是抢救病人的基地,总的说来,院前急救、医院急诊科与ICU都应密切联系,组成一个完善的急诊医疗体系,为急症和危重病人提供最好的医疗服务,并可以在发生意外灾难时立即提供应急服务。

(三)院后康复 危重病人经过及时有效的院前急救及院内的强化救治,虽有部分病人能够痊愈,但仍有部分病人留有终身残疾或后遗症,给病人造成一定的痛苦,这就需要院后康复,其特点要家庭社会化。近年来,国内已成立了少数康复中心,但尚未与院前急救和院内急救形成一条龙的联系关系,有待进一步发展。

(王锡国)

第二章 现场急救与运送

第一节 现场急救

现场急救是急诊医学的重要组成部分,是指从伤害发生到伤员进入医院前这段时间现场或转运中的救治,反映了现代医学进步和经济发展的必然需求。世界各地都建立了急救医疗体系,包括院前急救、医院急救、后续专科治疗三部分,现场急救就是该体系中的院前急救。

一、现场急救的重要性

虽然现场急救是短暂的、应急的,但及时有效的现场救护,快速、安全地转送病人,会为挽回病人生命赢得宝贵的抢救时机。为后续救治打下基础。如在现场有伤病员出现心脏骤停了,但第一目击者没能及时采取心肺复苏术;或出现动脉断裂大出血没能及时采取有效的止血措施,而只是等待专业救援人员到来或盲目地转送,结果是失去了宝贵的抢救时机“黄金时刻”,之后,即使院内设备再好、医术再高明也难以挽回病人的生命,或者即使生命留存有可能出现后遗症、终身致残等后果。由此可见,做好现场急救这关键的第一步,对提高伤病员的抢救成功率,减少伤残、死亡率,使损失降低到最低程度是至关重要的。

二、现场急救的特点

现场急救的特点为突发性、紧迫性、艰难性、复杂性。现场急救常在缺医少药的情况下进行的,常无齐备的抢救器材、药品等。因此要机动灵活地在现场寻找代用品,就地取材,才能为病人获得抢救时机。

(一)突发性 现场急救的对象往往是在人们预料之外的突然发生的各种危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等,随机性强,尤其是成批伤病员的出现,有时会使人措手不及。所以,平时要普及和提高广大公众救护知识和技能,相关部门要有预案,一旦出现突发事件,第一目击者要机动灵活地在伤病员周围寻找代用品,就地取材,进行自救互救,专业救援按预案进行,有效地应对突发事件。

(二)紧迫性 现场急救的紧迫性不仅体现在病情急、时间急,同时体现在心理上的急,在事发现场必须进行紧急处理,刻不容缓。因此要求救护人员常备不懈、保持车辆完好状态,做到随叫随出。同时,要充分注意病人及其家属的心理上焦急和恐惧的特点,尽量满足病人及其家属的要求。初步抢救后根据不同病情立即运送或就地监护治疗,要充分体现“时间就是生命”的紧迫性。

(三)艰难性 现场急救的现场气象、气候的复杂,交通通道的艰险,救援人员进入险区救援的种种不利,以及可能在光线暗淡、空间较小、人群拥挤杂乱中,或在车辆震动和马

达噪声中进行救护,这些使现场急救工作显得比一般日常医疗救护要艰难得多。因此,要求医护人员在技术操作上要熟练掌握救护基本功,才能适应在较差的条件下进行救护。

(四)复杂性 现场急救的病人是多种多样的,往往一个病人存在多科的损伤、病变,要求救护人员在较短时间对复杂的病人进行评估、判断,检伤分类,并对不同的病种、病情进行合理的处理。因此要求救护人员要具备全面的救护知识和技能,才能在现场救护中自如地应对各种各样的伤病人。

三、现场急救检伤和救治原则

对大批伤员救治原则是在最适当时间和地点对为数最多的伤员施行最好的救护。在事故的现场设置临时医疗指挥所,担负检伤、就地急救和分流任务。检伤应由具有专业知识和急救经验的主治医师以上人员担任。按伤情分为四类,可用绿、黄、红、黑不同颜色标识,绿色代表轻度损伤,生命体征正常;黄色代表中度损伤,介于轻伤和重伤之间;红色代表重度损伤,生命体征不稳定,休克、意识不清、呼吸困难等;黑色代表死亡。救治原则为先重后轻、先急后缓、先救命后酌情处理创伤。对心搏、呼吸骤停、大出血、脊椎骨折、重度休克等伤员应先进行现场急救,待病情许可时再转送,否则易引起转送途中病情加重或死亡。现场急救方式有自救、互救、群众性救护及专业性救护等。

四、现场急救疏散后送原则

经检伤和现场急救后伤员应尽快疏散后转送。原则是专科伤员如烧伤、颅脑外伤可直接送专科医院或特色医院;重伤员就近送往技术设备力量较强的市级医院或省级医院;中度伤员和轻伤员,可就近送往区级医院;死亡人员就地等待善后处理。疏散后送应根据伤员人数、伤情及当地各级医疗机构的救治能力,做到合理分流,把最急需进行急救的伤员首先送往最近的医院。

(新福炜)

第二节 现场急救技术实施

急性疾病和意外伤害,是人们随时可能发生和遇到的,但多发生在院前。现场急救是否及时、妥善,直接关系到患者的安危和预后。有的急危重患者,可以说时间就是生命,但是,长期以来,遇到急危重患者,传统的概念和办法就是未经任何必需的现场急救措施,就把患者送到医院治疗,有的甚至弃近求远。很显然,这将严重影响到许多急诊患者的救治,甚至使许多患者失去抢救的宝贵时间,其关键是忽视院前急救的重要性。近几十年来,在广大急诊工作者的不懈努力下,人们已经初步认识到现场急救的重要性,重视对所有急性疾病和创伤必须先“救”后“送”,而非先送后救,这是基本原则。认识到无论是危重病或一般急诊患者,要求能在其发病时,及时将医疗措施送到身边,立即开始有效的处理,然后安全护送到最近的医院进一步诊断和处理。

一、现场评估

(一)快速评估造成事故、伤害及发病的原因 现场是否存在对救护者、病人或旁观者造成伤害的危险环境,如对触电者现场救护,必须先切断电源;如伤员围困在险区,先消除险境;如有毒环境,应做好防毒防护措施,以保安全。

(二)快速评估危重病情 包括对意识、呼吸道、呼吸、循环等几方面进行评估。

1. 意识 先判断伤病人神志是否清醒。如对病人呼唤、轻拍面颊、推动肩部时,病人会睁眼或有肢体运动等反应;婴儿拍击足跟或掐捏上臂会出现哭泣。如对上述刺激无反应,则表明意识丧失,已处危重状态。必要时观察瞳孔是否不对称、散大或缩小等变化。

2. 呼吸道 保持呼吸道畅通对呼吸是必要条件。如病人有反应但不能说话、咳嗽,出现呼吸困难,可能存在呼吸道梗阻,必须立即检查原因并予清除。

3. 呼吸 检查者将自己面颊部靠近病人的口鼻处,通过一看(看胸廓有无起伏)、二听(有无呼吸音)、三感觉(有无气流感)方法来判断病人自主呼吸是否存在。对呼吸存在的病人评估呼吸活动情况,即频率、深浅度、节律有无改变,有无呼吸困难、被动呼吸体位、发绀及三凹征。如出现呼吸变快、变慢、变浅乃至不规则,呈叹息样表明病情危重,如呼吸已停止,应立即进行人工呼吸。

4. 循环 测量病人脉率及脉律。常规触摸桡动脉,如未触及,则应触摸颈动脉或股动脉,婴儿触摸肱动脉。缺氧、失血、疼痛、心衰、休克时脉率加快、变弱;心律失常出现脉搏不规则;桡动脉触摸不清,说明收缩压 $<80\text{mmHg}$;也可通过触摸病人肢体皮肤,了解皮肤温度,有无发热、湿冷,以及观察有无发绀、花纹出现,了解末梢循环来判断血液循环情况。

二、紧急呼救

经过现场快速评估和病情判断后,立即对危重病人进行现场救护,同时及时向专业急救机构、医疗部门或社区卫生单位报告求救。

(一)救护启动 这是被国际上列为抢救危重病病人的“生命链”中的第一步,即早期呼救,启动救援系统。有效的呼救系统,对危重病人获得及时的救治至关重要。呼救网络系统的“通讯指挥中心”对急救电话应立即作出反应。根据病人所处的位置和病情,指令就近的急救站、急救中心或医疗部门去救护病人,以加快救援,利于转运,提高效率。

(二)电话呼救 记住急救电话号码,以求急救外援。使用呼救电话必须要用最精炼、准确、清楚的语言说明病人目前的情况及严重程度、伤病员的人数及存在的危险。电话呼救一般应注意以下几点:

1. 报告人的电话号码与姓名,病人姓名、性别、年龄和联系电话。如伤病员是儿童,还应将他的家长名字告诉对方。

2. 病人所在的确切地点,尽可能指出周围明显标记和最佳路径等。

3. 病人目前最危急的情况,如昏迷、大出血、呼吸困难等。

4. 灾害事故、突发事件,要说明伤害性质、严重程度、发生的原因、受伤人数等,以及现场已采取的救护措施。

5. 如伤病者只有独自一人,神志清醒时,拨通急救电话,同样把自己姓名、病情详细告诉对方,请求速来救护,或呼救邻居速来协助。

三、现场急救要点

1. 维持呼吸系统功能,保持呼吸道通畅 包括清除痰液及分泌物,有条件给氧;呼吸心跳停止者要进行口对口人工呼吸或面罩-气囊通气、气管插管通气等;对重度气胸的病人进行穿刺排气。

2. 维持循环系统功能 包括对高血压急诊、急性心肌梗死、急性肺水肿、心律失常的救护,对心脏骤停者要立即进行心肺复苏术等。

3. 维持中枢神经系统功能 包括对急性脑血管疾病、癫痫发作以及急性脑水肿急救护理。

4. 对症救护措施 止血、止痉、止痛、止吐、止喘等。

5. 对于猝死、创伤、烧伤及骨折等病人的现场救护时,要掌握松解或去除病人衣、裤、鞋和头盔的护理技巧。如脱上衣应先健侧后患侧,情况紧急时,可直接使用剪刀剪开衣袖,以赢得时间和减少意外创伤;脱长裤应将病人呈平卧位,解开腰带及纽扣,从腰部将长裤推至髌下,保持双下肢平直,不可随意抬高或屈曲,将长裤平拉下脱出。如确知病人无下肢骨折,可以屈曲,小腿抬高,拉下长裤;脱鞋袜应托起并固定住踝部,解开鞋带,向下再向前顺脚型方向脱下鞋袜;脱除头盔应用力将头盔的边向外侧扳开,再将头盔向后上方托起,即可去除。

6. 对疑有脊椎损伤者,应立即予以制动,以免造成瘫痪:对颈椎损伤者,有条件用颈托加以制动保护,应根据病人颈围的大小,及颌底部至胸骨顶间的高度选择合适尺寸的颈托,经固定后病人请勿自行拆卸,以免锥体移位及加重病情;病人在使用中尽可能将颈托保持干净,如需清洁应征得医生同意后可用肥皂水清洗(水温应控制在 50℃ 以下以免变形),晾干后再使用。

四、分流

在现场检伤分类与救护的基础上,同时要按不同病情进行伤病员的快速分流,以及时得到后续救治与处理。

(一)轻度损伤者 经一般处理后可分流到住处或暂住点,或到社区卫生站点。

(二)中度损伤者 经对症应急处理后可分流到附近有条件的医院。

(三)重度损伤者 经现场急救、维持生命措施后,生命体征稍趋稳定可分流到附近有条件的医院。

(四)死亡者 做好善后与遗体处理。

五、外伤止血

当病人受伤后失血量达到总血量的 20% (800ml) 以上时,可出现明显的临床症状;如果为大出血且失血量达到总血量 40% (1 600ml) 以上时,就会出现生命危险。因此,争取时间采取有效的止血措施,对抢救伤员的生命具有非常重要的意义。

(一)出血的表现 根据各种出血的不同表现进行分类。

1. 根据出血性质分类

(1)动脉出血:血液呈喷射状,速度快,受心搏速度的影响大,色鲜红,在短时间内可大量出血。

(2)静脉出血:血液呈暗红色,流出速度慢,危险性相对比动脉出血小。

(3)毛细血管出血:全部伤口均有渗血,呈整个创面外渗,不易找到出血点,危险性较小。

(4)实质脏器破裂出血:如肝、脾、肾等破裂,其出血情况与大血管出血相似,症状出现较迟,出血量大。

2. 根据出血部位分类

(1) 外出血: 从外伤的伤口流出, 易察觉。

(2) 内出血: 只能根据临床表现及体征来诊断。

临床表现: 出血可出现全身乏力、头昏、耳鸣、烦躁, 甚至嗜睡、口渴、出汗、皮肤苍白、四肢厥冷、脉搏细速、血压下降、体温低于正常、尿量减少等一系列全身症状, 如不及时止血, 会导致休克。

(二) 常用止血法

1. 加压包扎止血法 表浅伤口的出血用生理盐水冲洗局部; 毛发部位出血, 应剃去毛发再清洗, 以 1/1000 新洁尔灭溶液消毒后撒上云南白药或其他局部止血药, 伤口周围用 75% 酒精擦拭消毒。涂擦时, 先从近伤口处向外周擦, 然后盖上无菌纱布, 用绷带或三角巾适当加压包扎。

2. 填塞止血法 用无菌敷料填入伤口内, 外加大块敷料加压包扎。一般只用于大腿根部、腋窝、肩部等难以用一般加压包扎的较大出血部位。

3. 指压止血法 适应证: 适用于动脉位置表浅, 且靠近骨骼, 常在这些部位用手指压迫出血血管的近心端, 将血管压闭、阻止血流, 达到止血的目的。

(1) 颈总动脉: 阻止头、面部的出血可压迫颈总动脉。颈总动脉经过第六颈椎横突前方上行, 将颈总动脉在环状软骨外侧(胸锁乳突肌中点处)用力向后压可将其压在第六颈椎横突上使血流阻断(图 2-1)。注意不能同时压迫双侧颈总动脉, 以防阻断全部脑部供血。

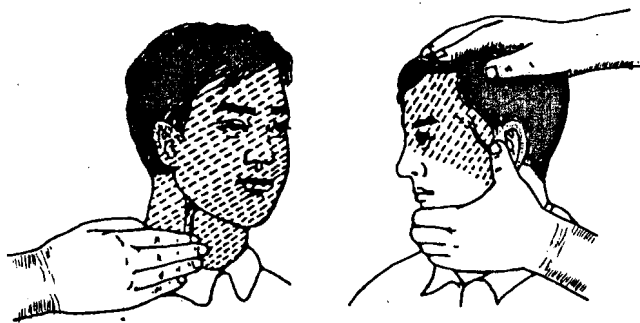


图 2-1 颈总动脉指压止血法 图 2-2 颞浅动脉指压止血法

(2) 颞动脉: 上部位俗称“太阳穴”, 用拇指在耳前方对着下颌关节用力压可将颞动脉压住以阻止头部或额部出血(图 2-2)。

(3) 颌下动脉: 在下颌角前下凹处压迫颌下动脉可阻止面部出血(图 2-3)。

(4) 锁骨下动脉: 在锁骨上血管搏动处向后下方按压锁骨下动脉, 可阻止上臂出血(图 2-4)。

(5) 腋动脉: 压迫腋动脉可阻止上臂上部以下的出血。

(6) 肱动脉: 在上臂的中部或下部压迫肱动脉可阻止前臂和手部出血(图 2-5)。

(7) 桡动脉和尺动脉: 在手腕两侧压迫桡动脉和尺动脉可阻止手部出血。



图 2-3 颌下动脉指压止血法

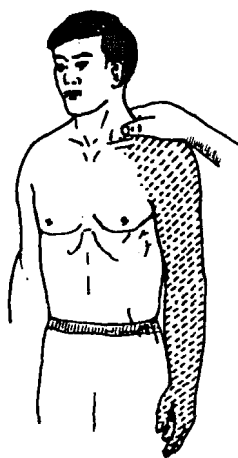


图 2-4 锁骨下动脉指压止血法

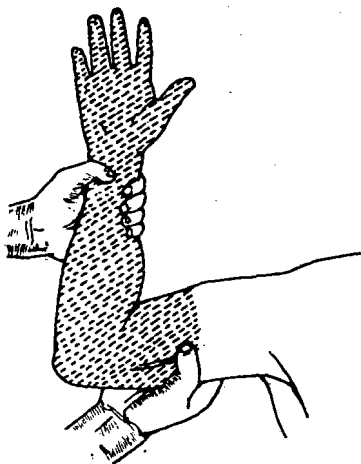


图 2-5 肱动脉指压止血法

(8)腹主动脉:在下腹正中用力垂直向脊柱压迫腹主动脉可阻止整个下肢大出血。