

现代实用

急诊医学

(上)

庞艳雷等◎主编



吉林科学技术出版社

现代实用急诊医学

(上)

庞艳雷等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

现代实用急诊医学/ 庞艳雷等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016. 9
ISBN 978-7-5578-1093-1

I. ①现… II. ①庞… III. ①急诊—临床医学IV. ①R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第168038号

现代实用急诊医学

Xiandai shiyong jizhen yixue

主 编	庞艳雷	杨 辉	王学思	林 勇	崔成姬	刘艳华
副 主 编	赵继芬	何金梅	曲志培	杨 波		
	岑 琼	张文武	陈 俊			
出 版 人	李 梁					
责任编辑	张 凌	张 卓				
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司					
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司					
开 本	787mm×1092mm 1/16					
字 数	1006千字					
印 张	41					
版 次	2016年9月第1版					
印 次	2017年6月第1版第2次印刷					

出 版	吉林科学技术出版社				
发 行	吉林科学技术出版社				
地 址	长春市人民大街4646号				
邮 编	130021				
发行部电话/传真	0431-85635177	85651759	85651628		
	85652585	85635176			
储运部电话	0431-86059116				
编辑部电话	0431-86037565				
网 址	www.jlstp.net				
印 刷	虎彩印艺股份有限公司				

书 号 ISBN 978-7-5578-1093-1

定 价 160.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

主编简介



庞艳雷

1973年出生，本科，学士学位。从事急诊工作15年，熟练掌握多种急危重症的院前急救、院内急诊、ICU的处理治疗。尤其是中毒心肺复苏、脓毒症和多发创伤救治方面有丰富的经验和良好的工作能力，参与专著2部，发表国内期刊论文10余篇。先后在国家级三甲医院学习多次。



杨辉

1965年出生，内蒙古民族大学附属医院急诊科，副主任医师。从事急诊内科工作近10年，擅长心血管及消化内科常见病。1999年、2013年进修肿瘤放疗和化疗2年，对肿瘤的诊断及部分肺癌的靶向治疗、脑转移瘤的放化同期治疗有一定的临床经验。在国家级及省级核心期刊发表文章7篇。



王学思

1972年出生，安徽省亳州市人民医院神经外科副主任医师，安徽省亳州市医学会神经外科分会秘书长。1998年毕业于蚌埠医学院，曾进修于上海长征医院、天坛医院神经外科。从事神经外科专业研究，擅长颅脑损伤规范化治疗、脑出血及脑肿瘤的显微手术和神经内镜手术，尤其擅长神经内镜技术治疗高血压脑出血、脑积水及垂体腺瘤等疾病。获市级科技进步奖2次，发表省级以上论文8篇。

编 委 会

主 编 庞艳雷 杨 辉 王学思
林 勇 崔成姬 刘艳华

副主编 赵继芬 何金梅 曲志培 杨 波
岑 琼 张文武 陈 俊

编 委 (按姓氏笔画排序)

王学思 安徽省亳州市人民医院
尹艳华 襄阳市中心医院
(湖北文理学院附属医院)
曲志培 河南省唐河县人民医院
刘艳华 长春中医药大学附属医院
杨 波 湖北中医药大学附属医院
襄阳市中医医院
杨 辉 内蒙古民族大学附属医院
岑 琼 汉川市人民医院
何金梅 靖远煤业集团公司总医院
张文武 汉川市人民医院
武汉大学人民医院汉川医院
陈 俊 襄阳市中心医院
(湖北文理学院附属医院)
林 勇 西南医科大学附属中医医院
庞艳雷 衡水市第四人民医院
赵继芬 云南省第三人民医院
崔成姬 长春中医药大学附属医院

PREFACE

前 言

急诊医学是随着现代医学的发展而逐步发展起来的学科,1979年在国际上正式承认它是一门独立的学科,随着科技的发展,特别是医学科学的发展,以及社会的需要,各种急救手段和设施不断完善,急诊医学成为发展最快的学科之一,它涉及了院前急救、院内急救、危重病医学、毒物学、灾害学等。

随着现代社会意外事故的伤害增加、人口的老龄化、家庭的小型化、疾病谱中心脑血管疾病发病率的上升、社会竞争力加强、生活节奏加快、生活方式的变化等等均对急诊和急救提出了更高的要求,为此我们邀请了一批长期从事临床工作的专家、教授及年轻的医务人员编写了这本《现代实用急诊医学》。

本书共十六章,简明扼要地介绍了急救医疗服务体系、急救与转运,详细叙述了急救常用操作技术及急诊常见疾病的诊断与治疗并加入了临床常见急症护理等内容。在编写的过程中,突出实用性、体现先进性、确保科学性,希望能成为急诊医务工作者的一本有用的参考书。

由于参编人员较多,文笔不尽一致,加上编者时间和篇幅有限,虽经反复多次校稿,但书中疏漏在所难免,望广大读者批评指正,谢谢!

编 者

2016年9月

CONTENTS

目 录

第一章 急救医疗服务体系	1
第一节 急救医疗服务体系的概念	1
第二节 院前急救的建立	2
第三节 对 EMSS 的展望	2
第二章 急救与转运	5
第一节 院前急救	5
第二节 病情轻重程度的判断	13
第三节 危重患者转运	16
第三章 急救常用操作技术	22
第一节 吸痰术	22
第二节 洗胃术	23
第三节 胸腔穿刺与引流术	25
第四节 心包穿刺术	30
第五节 腹腔穿刺术	33
第六节 腰椎穿刺术	35
第七节 导尿术	38
第八节 环甲膜穿刺和切开术	40
第九节 中心静脉导管插入术	43
第十节 动脉穿刺及置管术	49
第四章 院前急救	52
第一节 多发伤与复合伤	52
第二节 血气胸	59
第三节 挤压综合征	65
第四节 猝死	71
第五章 院内急救	75
第一节 脓毒症	75
第二节 血流感染	80

第三节 休克	85
第四节 急性弥散性血管内凝血	97
第五节 多脏器功能障碍综合征	106
第六章 呼吸系统急症	116
第一节 重症肺炎	116
第二节 重症支气管哮喘	126
第三节 急性肺栓塞	136
第四节 急性肺水肿	144
第五节 急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征	151
第六节 急性加重期阻塞性肺疾病	156
第七章 循环系统急症	166
第一节 急性心力衰竭	166
第二节 急性冠脉综合征	171
第三节 严重心律失常	189
第四节 高血压及急症	199
第五节 心包填塞	206
第八章 消化系统急症	211
第一节 上消化道大出血	211
第二节 胃、十二指肠溃疡急性穿孔	221
第三节 急性肠梗阻	223
第四节 重症急性胰腺炎	229
第五节 急性重症胆管炎	236
第六节 急性肝功能衰竭	241
第九章 泌尿系统急症	248
第一节 急性肾损伤	248
第二节 尿路结石	260
第三节 急性尿路感染	262
第四节 急性肾小球肾炎	267
第五节 急进性肾小球肾炎	276
第六节 急性间质性肾炎	285
第七节 急性肾盂肾炎	292
第八节 恶性高血压肾损害	295
第九节 急性肾衰竭	299
第十节 高血压性肾病的合理用药	308
第十一节 终末期肾病的合理用药	315
第十二节 肾性贫血的合理用药	324
第十三节 糖尿病肾脏疾病的合理用药	333
第十四节 肾性骨病的合理用药	339

第十章 血液系统急症	348
第一节 溶血危象	348
第二节 输血和输血反应	353
第十一章 内分泌系统急症	358
第一节 甲状腺功能亢进危象	358
第二节 肾上腺危象	362
第三节 糖尿病酮症酸中毒	365
第四节 高渗性非酮症高血糖昏迷综合征	371
第五节 低血糖症和低血糖性昏迷	378
第十二章 神经系统急症	382
第一节 头皮损伤	382
第二节 颅骨骨折	384
第三节 脑震荡	386
第四节 脑挫裂伤	387
第五节 弥漫性轴索损伤	390
第六节 外伤性颅内血肿	391
第七节 开放性颅脑损伤	400
第八节 脑干损伤	401
第九节 颅内压增高	403
第十节 急性脑疝	410
第十一节 颅脑损伤手术治疗及要点	415
第十二节 自发性蛛网膜下腔出血	432
第十三节 高血压性脑出血	437
第十四节 自发性脑室内出血	447
第十三章 骨科急症	456
第一节 骨折总论	456
第二节 肩部及上臂的骨折	470
第三节 肘部及前臂的骨折	475
第四节 膝部及小腿骨折	482
第五节 股骨转子下骨折	490
第六节 股骨干骨折	495
第七节 股骨髁上骨折	508
第八节 股骨髁间骨折	513
第十四章 急性中毒	517
第一节 急性有机磷杀虫剂中毒	517
第二节 急性百草枯中毒	526
第三节 急性杀鼠剂中毒	530
第四节 急性药物中毒	535
第五节 急性乙醇中毒	540

第六节 窒息性气体中毒·····	543
第七节 急性中毒所致急危重症·····	547
第十五章 环境和理化因素所致急症·····	562
第一节 热相关性疾病与中暑·····	562
第二节 淹溺·····	567
第三节 电击伤·····	569
第四节 毒蛇咬伤·····	573
第五节 电烧伤与化学烧伤·····	581
第十六章 临床常见急症护理·····	584
第一节 呼吸系统常见急诊症状的护理·····	584
第二节 急性呼吸衰竭的护理·····	591
第三节 急性重症哮喘的护理·····	595
第四节 慢性阻塞性肺疾病的护理·····	598
第五节 慢性肺源性心脏病的护理·····	603
第六节 甲状腺功能亢进症的护理·····	607
第七节 糖尿病酮症酸中毒的护理·····	616
第八节 脑疝患者的护理·····	619
第九节 急腹症的急救护理·····	622
第十节 休克的急救护理·····	627
第十一节 多器官功能障碍综合征的急救护理·····	636
第十二节 中暑的急救护理·····	641
参考文献·····	645

第一章

急救医疗服务体系

急救医学，是一门以多种医学专业知识为基础，具有自身专业特点的医疗体系，凡在急救范围内的各种疾患和治疗都属于急救医学范畴。包括院前急救、院内急救、院内急诊、危重病加强医疗、急救医疗管理体系等部分。急救医学是一门跨专业、跨学科的独立医学分科，但很多内容又彼此纵横交错。急救医学突出人的整体观，注重保护急重症患者的重要脏器功能及维持内环境稳定，研究疾病急性期及重症期的共同病理生理特点，从而保证患者生命延续，为进一步专科治疗赢得时机，避免危重状态下致死、致残，有效地提高急重症患者抢救的成功率。

第一节 急救医疗服务体系的概念

世界上经济发达国家都十分重视发展急救医学，美国于1959年开始实施急救医疗、原苏联于1960年开始实施急救医疗、日本于1967年开始实施急救医疗。1973年美国国会通过了“急救医疗服务体系（Emergency Medical Service System, EMSS）”法案，1976年完成了立法程序，形成了全国急救医疗网，可以按管辖区范围就近派车，并装备有直升机进行院前急救——现场和途中救护，使反应时间大为缩短。随后又建立了设备齐全的ICU（重症加强监护病房）和CCU（冠心病监护病房），形成了特殊医疗体系，有力保障了战时、灾时、平时伤病员的抢救工作，大大降低了突发事件的死亡率。

我国的急救医学起步较晚，但发展较快。卫生部于1980年10月颁发了《加强城市急救工作》文件，1983年又颁发了《城市医院急诊科（室）建立方案》，明确提出城市综合医院要成立急诊科，1986年11月通过了《中华人民共和国急救医疗法》。在北京、重庆率先建立了设备完善和队伍固定的急救中心：协和医院成立了最早的急诊科；天津建立了中西医结合急危重症医学研究所；第二军医大学、中国医科大学等建立了急救医学医、教、研基地。1987年5月，中华医学会成立了全国急诊学会，正式承认其为一门独立的医学科。随着卫生部创等级医院工作的开展，全国急诊科和ICU纷纷崛起，各城市先后成立了急救中心（120）。

为了保障急救工作的高速、高效，保证急重症伤员治疗的管理规范性，国际上先进的国家率先建立了EMSS，将院前急救—急诊科院内急诊—ICU救治形成一个完整的体系。该体

系既适合于平时急诊医疗工作,也适合于战争或突发事件的处理,目的是用最短的时间把最有效的医疗服务提供给伤病员。

院前急救是 EMSS 中重要的一环,院内急诊和重症监护治疗是患者生命支持治疗连续体中的核心环节,彼此密切相关。ICU 病房是专职重症监护病房,非同于各专科所谓的“重症监护室”。其组成是专职的重症医疗医护人员,融合有多学科的先进技术,专门研究和治疗所有各种重危患者,配备有医院最好的监护急救设备,擅长于疾病危重期的抢救和治疗,是医院救治危重患者的基地。多器官功能不全(MODS)的防治、脓毒症、严重休克、心肺脑复苏、严重创伤、脏器功能支持技术等内外科难点,正是急救危重病医学研究的主要方向和重点。医学科学既高度分化,又高度综合,而最终向高度综合的整体化趋势发展,危重病医学作为急救医疗服务体系的最高阶段即 ICU,其专科技术水平不断进步,已成为一所医院医疗能力与水平的综合体现。

(崔成姬)

第二节 院前急救的建立

对于 EMSS 来说,急危重症的前端服务即院前急救医疗的建立与完善,必将在急救医学整体学科体系建立上起到跨时代的作用。院前急救医疗服务不仅满足了需要急诊、急救医疗服务的患者及其家属的需求,同时也为院内急救医疗提供了更好的疗效保证。院前急救客观上带动与引导了院内急救与危重病 ICU 专业的发展,而院内急救与 ICU 发展又提高了院前急救医疗的水平,为急救医学三环理论(院前急救环、院内急诊环、重症监护治疗环)的建立与完善奠定了基础。

院前急救有两个重要原则不可改变。第一个原则是“对症治疗”(deal with symptoms)。院前急救是对“症”而不对“病”,也就是说院前急救的主要目的不是为了“治病”,而是为了“救命”。第二个原则是“拉起就跑”(scoop and run)。对一些无法判断、无法采取措施或即使采取措施也无济于事的危重伤病,应该尽快将患者送到有条件治疗的医院,不要在现场做无价值的抢救。时间就是生命,院前过长的耽误将使患者丧失仅有的一线生机。

(崔成姬)

第三节 对 EMSS 的展望

我国的 EMSS 近 20 年来取得了长足的进步,有自己的特色和优点,但与发达国家相比在某些地方还存在着一定的差距和不足。我们应借鉴国外发达国家的先进经验,探索出一条符合中国国情的 EMSS 发展道路,使我国的 EMSS 得到更迅速的发展。

一、提高急救应急能力

2001 年 4 月,国务院颁布了《关于特大安全事故责任追究的规定》。SARS 疫情暴发后,为进一步提高急救应急能力,国务院于 2003 年 5 月又颁布了《突发公共卫生事件应急条例》,SARS 疫情的成功控制使我国在应急反应能力方面有了较大幅度的提高,但与发达国家相比,我国的应急反应能力相对滞后,对应急系统的资金、人力、物力的投入还应加大。

1. 建立和完善城市救援系统 目前,欧美等发达国家的城市大多拥有“紧急医疗救援服务体系”,其紧急救护电话与警察、消防同为一个号码,实行联网互动、资源共享。而我国目前大多城市没有或无完善的城市救援体系。院前急救网络缺乏合理布局,抢救方式单一,在救援时间与质量上与国际相距甚远。因此,我国也可以借鉴国外的经验,将消防、警察和医疗急救人员进行整合,把“110”“119”“120”等紧急呼救电话综合为一个号码,并建立与国际接轨的EMSS机构。根据地域设立若干个EMSS点,形成网络,以缩短救援半径和救援时间,实现城市救援网络的一体化、标准化、规范化,尽快与国际接轨。

2. 实现急救装备的现代化 一是逐步改善现有急救中心站的条件环境,逐渐实现功能齐全、设施完善、职能配套的目标。二是更新和添置现代化的交通通信工具及救护设备,有条件的地区逐步发展直升机、轻型飞机等空中救护。

(1) 救护车转运:今后影响救护车运营最大可能的问题是救护车的数量骤增、转运经费不断攀升、使用救护车的人员倍增等,这些将会引起急救需求和成本之间的矛盾,其中需求的锐增将会成为全世界院前急救医疗面临的共同危机。我国救护车转运患者的问题也日益突显,其中运营能力低下是整个急救系统需要研究解决的问题。为提高救护车分派、转运及临床交接,EI-Samir等利用移动网络和定位技术,提出了一个急救新模式,即呼叫紧急电话时,系统能够根据患者在互联网上的健康记录(online health record, OHR),分派出离患者最近的救护车,在实施快速院前急救的同时,取得患者同意后将其送往最近医院的急诊科。

(2) 急救直升机的应用:鉴于目前医疗卫生预算费用的压力,直升机救护的时间、成本、效益性一直备受争议。因此,在院前急救中启动急救直升机前对患者的初步筛查有着重要意义。我国急救直升机的使用尚属起步,各地医疗机构虽纷纷修建了直升机停机坪,但由于目前我国对低空空域尚未开放、直升机救援的规章和标准还没有明确的规定、直升机医疗救援的安全监察责任还没有明确等问题的存在,直升机在紧急医疗服务方面没有真正发挥应有的作用,并且我国人民平均生活水平还比较落后,养老保障制度和医疗保障制度还不完善,这些都会影响急救直升机商业化运作。

3. 提高院前救援人员的救治能力 我国院前急救人员均属于医务人员,虽然多数成本远远低于国外的医务人员,但就急救能力(效益)来讲尚不如国外的急救医疗辅助员,目前院前急救职能定位和培训均参照中国香港地区的医疗辅助员的水准。因此提高我国院前急救人员的救治能力不仅是单纯技术层面的问题,而且是一个系统工程。

二、改善院前急救及急诊科供需失衡

随着专业化治疗和先进技术的临床应用,院前急救发展也遇到了前所未有的挑战。尽管院前急救运行模式多种多样,但共同点是:在最短的时间内让患者获得最有效的治疗,送往合适的医疗机构为终极目标。院前急救医疗日益受到医学界重视,2011年10月由欧洲专家组合作研究达成共识的报告中提出,院前急救的5大优先研究领域:即合理配置人员并对其进行专业化培训,对改善患者预后的影响;高级气道管理在院前紧急救治中的应用;确定院前急救对重症患者治疗干预的最佳时间窗;超声检查在院前急救中的作用;激活高级院前急救医务人员的最佳时机。

急诊科拥挤现象是一个全球性的问题,急诊的供需失衡导致有限急诊医疗资源出现的破

绽，将会引起巨大的社会风险。欧洲很多国家指责急诊科目前的现状，包括布局设计不合理、容纳患者人数过少、工作流程烦琐等，其中最引人注目的是在院前如何限制病情紧急度较低的患者使用救护车，包括加强宣传、提高家庭医疗诊治水平、就近诊疗等。在我国如果提高社区医生的诊疗水平、救护车将轻症患者全部送往社区诊疗，将会明显减少大中型医院急诊科的巨大压力。

(崔成姬)

第二章

急救与转运

第一节 院前急救

急救是一种评估和干预措施,这种评估和干预措施可被医务人员、目击者(或患者自己)用最少或不用医疗器械得以实施。急救者是指经过正规的急救、急诊医疗或医学培训,并可提供急救的人。医疗急救已由传统的急诊科(室)外延至院前或现场急救。院前急救简单地说是医院以外的场所实施医疗急救,它是急诊医学的重要组成部分。“120”是我国院前急救医疗服务的全国唯一通用号码(欧美国家呼救号码一般是“911”)。院前急救主要包含急救医疗服务体系、现场医疗评估和处理、患者转运后送等多个环节。由于医疗条件和水平的提升,院前急救在提高抢救成功率方面起着至关重要的作用,对心跳呼吸骤停者更需分秒必争。现场急救装置也不断完善,一些地方的医疗急救车已装备成为移动式的ICU,可在现场开展基础生命支持、简易手术、高级生命支持等,为挽救生命提供良好的保障。然而由于急救现场的环境极为复杂,急救人员可能面对各种疾病或创伤,单个或是成批患者,涉及内容十分广泛,技术性强,这对现场急救医生是很高的技术挑战。本节主要介绍现场急救的一般要求和原则性处理措施。

一、院前急救的人员和装备

(一) 运输工具

院前急救装备包括运输工具和随行设备。运输工具包括救护车、直升机以及任何第一反应者运送患者的工具,如消防车、警车和其他营救车辆。最常用的是地面救护车,救护车必须同时配备警灯和警报器。

(二) 随行设备

依据医疗水平不同而有所差异。国内外各大城市救护车内一般配有氧气(氧气袋或氧气瓶)、抢救设备和必要的急救药品。抢救设备主要包括担架和(或)轮椅、除颤仪如自动体外除颤仪(AED)、心电(血压)监护仪、心电图机、血氧饱和度仪、血压计、开放气道和通气装置、便携式呼吸机、医务人员保护装置等。

(1) 诊箱配备:插管箱、心脏复苏泵、呼吸气嘴、简易呼吸器、便携式吸引器、听诊器、叩诊锤、体温表、剪刀、镊子、血管钳、手电筒及必备药品。

(2) 气道和通气装置：主要包括通气面罩（鼻罩或口鼻面罩）、人工通气囊（带储气袋）、各种气管插管导管、喉镜、咽气管气道、口或鼻咽导气管、Magil 弯式卵圆钳、CO₂ 定性或定量监测仪、气管内导管管芯等。

(3) 供氧系统：氧气瓶不小于 3L，配有氧气压力计、流量表和湿化瓶等。

(4) 输液装置：输液导轨或吊瓶架，照明灯，以及各种型号的注射器、静脉导管、静脉输液管、输液袋、止血带等。

(5) 抢救药品：基础生命支持的各种药品如肾上腺素、胺碘酮、利多卡因；硫酸镁，碳酸氢钠，葡萄糖酸钙（拮抗高血钾）；容量扩张剂如生理盐水、葡萄糖生理盐水（GNS）、乳酸林格氏液（Ringer's 液）、低分子右旋糖酐、羟乙基淀粉，25% ~ 50% 的葡萄糖（用于低血糖）；止血药；利尿、降压药；血管扩张剂（如硝酸甘油）；抗血小板药（阿司匹林）；吗啡类镇痛剂（吗啡）；支气管解痉剂（如沙丁胺醇、特布他林）；呼吸兴奋剂（尼可刹米）；盐酸纳洛酮；腺苷和地尔硫草（控制心律失常），甚至镇静剂和（或）肌松剂等。根据抢救功能和医疗条件的差异，具体的药品配备可有所差异。如有条件，车内较大的玻璃瓶装药液应尽可能更换成胶袋式，即可节省车内空间，又能防玻璃瓶碰撞损坏。

(6) 固定装置：车式可固定担架及约束带、止血带、绷带、无菌纱布或相关敷料、抗休克裤、三角巾、四头带、颈托和（或）颈圈、不同型号的夹板（普通小夹板或充气式夹板）、脊柱板、牵引夹板等。

(7) 个人防护装备：滤过式面具（如高效空气过滤器、M95、N95 或化学特异性防毒面具），护目镜，手套，防护鞋（靴），防护服或隔离衣，以及反光夹克等。

(8) 通信工具：救护车一般配有专用的无线对讲机，供随车医务人员与现场或附近医院沟通现场情况或病情信息。由于通信技术的发展，不少城市的救护车配有全球卫星定位系统（GPS）和移动电话（手机或小灵通），更加方便医务人员与急救指挥中心、医院和现场的联络及信息沟通。

（三）人员配备

国内每个抢救单元（或每辆救护车）的院前急救队伍（小组）通常包括医生 1 名，护士 1 ~ 2 名，救护车驾驶员 1 名，担架工 2 名。但由于多种原因，不同地方的院前急救队伍配备有较大差异。

二、院前急救的派遣

急救医疗指挥中心接到现场呼救后，应了解以下情况：①在哪里？即呼救的详细地点，包括呼救地所在街道，门牌号。如具体门牌号不清楚可提供周围的明显标志，如某某大楼、大酒店、学校或机关单位等。②发生何事？现场发生了什么医疗事件，或事件产生的原因，如创伤或烫伤？爆炸？中毒？动物咬伤？呼吸困难？胸痛？急产？以及意识是否清楚等。③多少人？需要接受医疗救治的人数是多少，单人或群体性。④性别？男性还是女性。⑤年龄？老人还是小孩，或者具体年龄等。⑥如何联系？电话或手机号码。如有时间可同时询问用药情况或是否得到处理等。了解这些情况有助于急救指挥中心及时调派足够的车辆和医务人员，以及携带必要、足够的抢救器械和药品等。

三、现场病情评估和处置

现场急救的基本原则是“先救命后治伤（病），先治重伤后治轻伤”。单个伤病员，直接进行现场病情评估和处置，多个伤病员应首先进行检伤分类，而后按病情的轻重缓急展开现场急救工作。

（一）检伤分类

检伤分类是指对成批伤病员实施的初始评估措施，主要基于损伤或疾病的严重程度、预后和可提供的抢救资源，对伤病员进行抢救优先程度的区分。它有助于提高医疗现场救治的工作效率，提高抢救成功率。检伤是专业性很强的工作，一般应由经验丰富的高年资住院医师、主治医师或有丰富抢救经验的护士长承担；优秀的检伤分类者应有丰富的临床经验，良好的识别、判断和领导能力，应急状态下可保持冷静处事，决策果断，有幽默感，能灵活运用现场资源等。检伤分类按照国际上统一的检伤规则进行，通常将伤病员按危、重、轻、死亡分为四大类，并分别用红、黄、绿、黑四种颜色的标志牌（伤病卡）分别标记伤。伤病员经分检后，将相应颜色的标志牌统一置于其左胸前或其他明显部位，或让其穿上相应颜色的背心等。标志牌可用5cm×3cm的不干胶材料制作。

（1）红色：第一优先。即病情危重者，主要是致命性休克或低氧血症、气道阻塞、呼吸受限（如连枷胸和张力性气胸）、大出血患者，但如经及时有效的抢救，患者可能存活并维持稳定。

（2）黄色：第二优先。即病情急迫，伤者可能有并发症，但无致命性休克或低氧血症，尽管病情会恶化，但如经及时处理，一般在45~60min内无立即致命风险。如腹部穿透伤或开放性损伤但无休克征象者、严重烧伤、闭合性颅脑损伤伴意识改变或加重者、大量出血但出血已得到控制者。

（3）绿色：第三优先。指非紧急状态，损伤仅为局部性且无全身性并发症，稍作处理，患者在几小时内不会恶化。如中度烧伤、皮肤裂伤需要缝合者、轻度闭合性颅脑损伤未严重进展者，其他如擦伤、挫伤、扭伤等。

（4）黑色：死亡或等待。无自主呼吸和心跳，患者无任何反应，即便积极抢救存活机会渺茫。只有在其他伤病员救治后方可考虑此类患者，但在大规模伤病员的情况下可不作抢救，作为临床或生物学死亡。灾难情况下，某些患者存活机会十分渺茫，尽管花大量时间全力抢救仍无存活机会，如95%或以上的特大面积Ⅲ°烧伤，心脏完全停止跳动，炭疽感染性脓毒症休克等，均分类为黑色组。

战争时期的战伤分检可按“立即处理伤（immediate）、延迟处理伤（delayed）、轻伤（minimal）、等待处理（expectant）”四大类进行伤情的简单分类。立即处理伤者是指需要立即外科手术解决致命伤者，包括呼吸道阻塞、胸腹部不稳定性损伤或紧急截肢术者；延迟处理伤是指严重损伤，需进行耗时性手术（手术时间长），但短小时内不会致命者，可先行液体复苏、夹板固定、使用抗生素、胃肠减压、止痛等初步处理，包括大面积肌肉伤、严重骨折、腹内或胸内创伤以及烧伤面积在50%以下者；轻伤是创伤相对较轻者如轻微裂伤、擦伤、小骨折、小面积烧伤，可自我处理或非医务人员可协助处理者；等待者是指伴有头部穿透性创伤而无反应者、高位脊髓损伤、四肢截断性损伤影响多器官或部位者、Ⅱ°或Ⅲ°烧伤超过60%者、多发伤并严重休克者、濒死性呼吸者，此类患者须等待处理，但非完全放弃。