



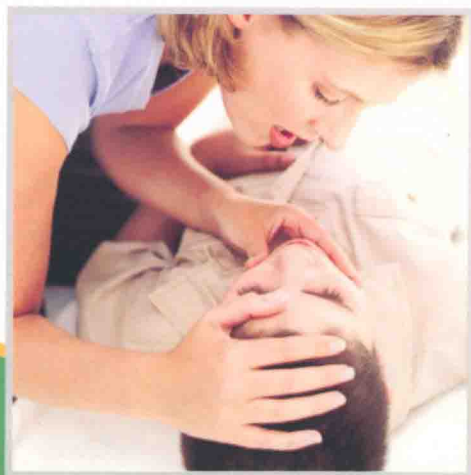
丛书顾问 文历阳 沈彬

全国中等卫生职业教育工学结合“十二五”规划教材

急救护理

供护理、助产等专业使用

主 编 董红艳 赵小义 邓荆云



Jijiu Huli



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

丛书顾问 文历阳 沈彬

全国中等卫生职业教育工学结合“十二五”规划教材

急救护理

供护理、助产等专业使用

主 编 董红艳 赵小义 邓荆云
副主编 周彩峰 马可玲 满 娜 张爱琴
编 者 (以姓氏笔画为序)

马可玲 (江汉大学卫生职业技术学院)

王 星 (陕西中医学院)

毛 静 (枣庄科技职业学院)

邓荆云 (江汉大学卫生职业技术学院)

艾斯拉古丽·阿不扎依提 (新疆吐鲁番地区卫生学校)

全 胜 (湖南环境生物职业技术学院)

杨志云 (商丘医学高等专科学校)

张爱琴 (枣庄科技职业学院)

陈 磊 (湖南环境生物职业技术学院)

周 全 (湖南环境生物职业技术学院)

周彩峰 (郑州大学第三附属医院)

赵小义 (陕西省咸阳市卫生学校)

秦爱华 (商丘医学高等专科学校)

高 茹 (雅安职业技术学院)

高 峰 (郑州大学第三附属医院)

董红艳 (商丘医学高等专科学校)

程 宁 (陕西宝鸡亚太专修学院)

满 娜 (商丘医学高等专科学校)



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 简 介

本书是全国中等卫生职业教育工学结合“十二五”规划教材。

本书以急救医疗服务体系为主线,主要内容包括院前救护、急诊科救护和重症监护病房救护三大部分。各章设有学习目标、案例引导,可增加学生的学习兴趣,适当插入知识链接和救护流程图,以扩展学生知识面,并设有与执业考试紧密结合的能力检测,供学生练习和巩固所学知识。另附有急救、应急方面的国家有关法律、法规文件,以及常用急救护理技术操作评价参考标准,方便学生了解国家急救、应急方面的政策与要求,适应急救护理这门学科迅猛发展的需要。

本书内容系统、新颖、详略得当,文字简洁,图表丰富,理论联系实际,注重实用性,突出技能,可供三年制中等卫生职业教育护理、助产等专业的学生使用,也可作为护士资格考试的辅导用书及临床护理人员学习急救护理技术的自学参考书。

图书在版编目(CIP)数据

急救护理/董红艳 赵小义 邓荆云 主编. —武汉:华中科技大学出版社,2011.6
ISBN 978-7-5609-6723-3

I. 急… II. ①董… ②赵… ③邓… III. 急救-护理-专业学校-教材 IV. R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 212346 号

急救护理

董红艳 赵小义 邓荆云 主编

策划编辑:柯其成

责任编辑:罗 伟

封面设计:范翠璇

责任校对:祝 菲

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)87557437

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:华中科技大学印刷厂

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:19

字 数:420 千字

版 次:2011 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

定 价:36.00 元



本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

全国中等卫生职业教育工学结合 “十二五”规划教材编委会



丛书顾问

文历阳 沈 彬

委员（按姓氏笔画排序）

丁亚军 河南省邓州市卫生学校

牛培国 河南省新乡市卫生学校

伍利民 陕西省咸阳市卫生学校

闫天杰 河南省周口卫生学校

陈礼翠 广西桂林市卫生学校

周殿生 武汉市第二卫生学校

赵学忠 陕西省延安市卫生学校

禹海波 大连大学职业技术学院

傅克菊 湖北省潜江市卫生学校

雷巍娥 湖南环境生物职业技术学院

马恒东 雅安职业技术学院

邓晓燕 西双版纳职业技术学院

刘 红 雅安职业技术学院

许煜和 新疆伊宁卫生学校

周 凤 陕西宝鸡亚太专修学院

赵小义 陕西省咸阳市卫生学校

贾亚利 江汉大学卫生职业技术学院

彭厚诚 黑龙江省齐齐哈尔市卫生学校

蒙 仁 广西壮族自治区人民医院卫生学校

潘丽红 安庆医药高等专科学校

秘 书

厉 岩 王 瑾

总序

近年来,随着社会、经济的发展,我国的中等职业教育也快速发展。教育部《关于进一步深化中等职业教育教学改革的若干意见(2008)》明确提出要大力发展中等职业教育,提出中等职业教育要满足社会对高素质劳动者和技能型人才的需要,要坚持“以服务为宗旨、以就业为导向”的办学理念,大力推进工学结合、校企合作的人才培养模式。教材是教学的依据,在教学过程中、人才培养上具有举足轻重的作用。但是现有的各种中等卫生职业教育的教材存在着各种问题:是本专科教材的压缩版,不符合中等卫生职业教育的教学实际,也不利于学生考取执业证书;内容过于陈旧,缺乏创新,未能体现最新的教学理念;版式设计也较呆板,难以引起学生的兴趣等。因此,新一轮教材建设迫在眉睫。

为了更好地适应中等卫生职业教育的教学发展和需求,体现国家对中等卫生职业教育的最新教学要求,突出中等卫生职业教育的特色,华中科技大学出版社在认真、广泛调研的基础上,在教育部卫生职业教育教学指导委员会专家的指导下,组织了全国30多所设置有中等卫生职业教育护理等相关专业的学校,遴选教学经验丰富的一线教师,共同编写了全国中等卫生职业教育工学结合“十二五”规划教材。

本套教材充分体现新教学计划的特色,强调以就业为导向、以能力为本位、以岗位需求为标准的原则,按照技能型、服务型高素质劳动者的培养目标,坚持“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性),强调“三基”(基本理论、基本知识、基本技能),力求符合中职学生的认知水平和心理特点,符合社会对护理等相关卫生人才的需求特点,适应岗位对护理专业人才知识、能力和素质的需要。本套教材的编写原则和主要特点如下。

(1) 严格按照新专业目录、新教学计划和新教学大纲的要求编写,教材内容的深度和广度严格控制在中等卫生职业教育教学要求的范围内,具有鲜明的中等卫生职业教育特色。

(2) 体现“工学结合”的人才培养模式和“基于工作过程”的课程模式。

(3) 符合中等卫生职业教育的教学实际,注重针对性、适用性以及实用性。

(4) 以“必需、够用”为原则,简化基础理论,侧重临床实践与应用。多数理论课程都设有实验或者实训内容,以帮助学生理论联系实际,培养其实践能力,增强其就业能力。

(5) 基础课程注重联系后续课程的相关内容,临床课程注重满足执业资格标准和相关工作岗位要求,以利于学生就业,突出卫生职业教育的要求。

前言

急救护理是护理学的重要组成部分,为护理专业的必修课之一,是以挽救患者生命、提高抢救成功率、促进患者康复、减少伤残率、提高生命质量为目的,以现代医学科学、护理学专业理论为基础,研究危重症患者抢救、护理和科学管理的一门综合性应用学科。

为了更好地促进中等卫生职业教育护理专业的教学发展,突出职业卫生教育的特色,适应我国城市社区卫生事业和农村新型合作医疗事业的需要,加快城乡社区卫生人才队伍建设和人才培养的发展,提高城乡社区卫生人才队伍的整体素质和急救护理水平,在华中科技大学出版社的精心策划和组织下,根据国家对中等职业教育“以服务为宗旨、以就业为导向”的最新办学理念,充分利用护理专业方面的优质资源,由 10 所院校 18 位老师共同编写了这本教材,力求内容系统、新颖、详略得当,文字简洁,图文并茂,通俗易懂。本书可供中等卫生职业教育护理、助产等专业的学生使用,也可作为护士资格考试的辅导用书及临床护理人员学习急救护理技术的自学参考书。

本书以急救医疗服务体系为主线,分为院前救护、急诊科救护和重症监护病房救护三大部分。本书紧密围绕岗位需求,以培养城乡社区实用型人才为目标,以突发的、常见的危重症疾病为主要内容,突出急救护理技术和综合能力的培养。各章设有学习目标、案例引导,适当插入知识链接和救护流程图,以扩展学生知识面,并设有与执业考试紧密结合的能力检测,供学生练习和巩固所学知识。另附有急救、应急方面的国家有关法律、法规文件,以及常用急救护理技术操作评价参考标准,方便学生了解国家急救、应急方面的政策和要求,适应急救护理这门学科迅猛发展的需要。

本书是全体编者辛勤工作共同完成的,本书的出版得到了华中科技大学出版社的大力支持,在此一并表示衷心的感谢!

在本书的编写过程中,虽然我们尽了最大的努力,反复斟酌、修改,但仍有欠缺之处,恳请广大读者惠予指正,以便再版时修订和完善。

董红艳 赵小义 邓荆云

2011 年 3 月

目 录

绪论 / 1

第一章 院前救护 / 12

第一节 院前救护基本内容 / 12

第二节 心肺复苏术 / 21

第三节 外伤急救基本技术 / 39

第四节 常见意外事件的救护 / 53

第五节 常见突发疾病的家庭救护 / 69

第六节 突发公共事件的现场救护 / 83

第二章 急诊科救护 / 108

第一节 急诊科 / 108

第二节 急性中毒患者的救护 / 118

第三节 常见急症患者的救护 / 131

第四节 严重创伤患者的救护 / 146

第三章 重症监护病房救护 / 167

第一节 重症监护病房 / 167

第二节 重症监护病房监测内容及临床意义 / 182

第三节 重症监护病房患者护理 / 195

第四节 常用监护技术 / 200

第五节 常见急性脏器衰竭患者的救护 / 222

附表 常用急救护理技术操作评价参考标准 / 243

附表一 简易呼吸器应用技术操作评价参考标准 / 243

附表二 单人心肺复苏技术操作评价参考标准 / 244

附表三 经口气管插管技术操作评价参考标准 / 245

附表四 心脏电除颤技术操作评价参考标准 / 247

附表五 呼吸机应用技术操作评价参考标准 / 248

附表六 心电监护技术操作评价参考标准 / 249

附表七 动脉穿刺术操作评价参考标准 / 251

附表八 锁骨下静脉置管术操作评价参考标准 / 252

附表九 院前创伤急救综合技能操作评价参考标准 / 253

附表十 心肺复苏基本生命支持综合技能操作评价参考标准 / 254

附录 国家有关法律、法规文件 / 258

附录一 中华人民共和国突发事件应对法 / 258

附录二 国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案 / 268

附录三 国家突发公共事件总体应急预案 / 276

附录四 突发公共卫生事件应急条例 / 282

参考文献 / 290

绪 论

学 习 目 标

掌握:

1. 急救护理的概念。
2. 急救护理的范畴与任务。
3. 急救医疗服务体系的组成。

熟悉:

1. 急救护士的素质要求。
2. 学习急救护理技术的指导思想。
3. 急救护理的工作特点。

了解:

1. 急救护理的发展史。
2. 促使急救护理发展的因素。

急救护理是伴随急诊医学的出现而逐步建立与发展起来的一门新的学科,是临床护理学的一个重要分支,在抢救危重症患者中起到非常重要的作用,其发展与急诊医学的发展密不可分。急救护理主要是研究和处理各类急性病、慢性病急性发作,突发创伤及危重症患者的抢救、护理与管理的一门跨学科的综合应用学科,具有专科性、综合性和实践性的特点。急救护理始终贯穿于救护的全过程,急救护理人员不仅在院内具有对常见急危重症的识别、观察和监护能力,还要具备对发生在院外的各种危及生命的急症、意外伤害进行现场救护的能力,发挥专业急救人员应有的作用,达到挽救患者生命、提高抢救成功率、促进患者康复、减少伤残率和提高生命质量的目的。

一、概述

(一) 发达国家的急救护理工作状况

急救护理的起源,可追溯到19世纪南丁格尔时代。克里米亚战争(1854—1856)期间,南丁格尔率领护士赶赴前线参加战地救护,为伤病员止血、包扎,抢救危重症患者等,为现代急救护理的诞生拉开了序幕。

近几十年来,由于交通事故频繁发生,各种意外事件、灾难事故及心脑血管疾病不断增加,急救护理工作在医疗实践中已占有极其重要的地位。急救护理不仅涉及院内救护,还涉及院前救护;不仅涉及陆地上的救护,还涉及海上和空中救护。世界各国政府已逐步认识到发展急救护理的重要性和迫切性,多数国家已经把急救护理作为一门综合性的学科建立起来。

1. 美国 美国是急诊医学的发源地。20 世纪 60 年代末期,由于小汽车占有量大,交通事故多,1966 年美国颁发了《公路安全条例》,提出了院前救护的概念,要求各州发展本地区的急救医疗系统;1968 年成立了美国创伤协会;1970 年美国成立了急诊护士协会,建立急诊护理专业和考试制度;1973 年开始实施《急救医疗系统条例》,要求在全国范围内发展全面的急救医疗服务系统,各城市完善和形成了急救网络组织,急救人员均要培训上岗,规定“911”为全国统一的急救呼叫号码。此后,急救护理的理论与技术不断发展,抢救设备日益完善。在许多医院里,特别是农村,急诊科护士往往成为第一个提供急救医疗的人,而且她们经常通过对讲机和遥控系统给现场的急救人员提供服务。

2. 英国 英国的急诊医学发展较早,1948 年,英国政府即开始实行“国家卫生服务制”,是欧美发达国家中唯一向所有国民提供免费医疗卫生服务的国家。1974 年,国家卫生服务制改组,全国相应成立了 53 个急救站,每郡只设立一个急救中心调度站,实行分级规划管理,统一指挥。英国急诊工作的特点是服务项目种类繁多,急救站不仅为急诊患者和意外事故的伤员服务,而且负责转送非急诊的患者。全国统一实行“999”急救电话号码,城市在接到急救呼叫后 3 min 内出车,7 min 内到达出事地点。英国政府比较注重对公民、警察进行急救知识教育,全民都能掌握一定的急救技能。

3. 德国 德国急救护理的组织者主要是红十字会和汽车俱乐部,救护车 90% 属于红十字会,医院不承担运送患者任务,只负责收治。全国统一急救电话号码为“112”,急救调度中心不但可以调度管辖下的急救站,还可以调度空中部队、海上救护艇及其他地区的急救力量,实行地面、空中、水中、高山等立体救护。1970 年,德国在慕尼黑开始了第一架直升机救援。1980 年底,德国已发展到 30 个直升机救护站,覆盖全国 95% 的国土面积,服务半径平均为 50 km,10 min 可赶赴现场,许多医院都有直升机停机坪。近 10 年来又出现了“轻型救护飞机”,即喷气式救护飞机,其速度更快,机内宽大,设有病室。德国是世界上空中急救最发达的国家。

4. 法国 法国最早的急救护理来自消防队。20 世纪 70 年代,一些麻醉医师开始对有危及生命的急症创伤患者进行医疗。1986 年法国法律规定院前急救医学系统(SAMU)在政府的控制下统一运作、统一培训、统一配置,每个 SAMU 所用的设备及运送工具内部的布局都一样,其设备配备相当于医院的一个小型重症监护病房。法国统一的急救电话号码为“15”。目前消防队急救医疗服务仍然在继续,主要单独存在于农村地区,而在大的市镇则与 SAMU 并肩工作,对所有急诊求救电话进行接收和分派,并通过调控各大医院的急救车单位完成急救反应,对急诊患者尽可能提供好的医疗服务。

5. 日本 1963 年 8 月,日本修订了《消防法》,明确了急救患者的运送由消防机构负责。消防部门设有急救队,既负责救火,又负责救人,因此日本的火警和急救电话均为“119”。1964 年,全国开始实施急救医疗计划,颁发了救护车标准。1979 年日本学术协会提出建立急救医学教育制度的建议,政府大幅度增加了对急救医疗的拨款,使日本的急救医疗系统得到明显改善。目前,在亚洲国家中,日本灾害医疗中心和急救中心装

备最精良、设备最先进,配备了具有国际先进水平的化学毒剂侦检和防护装备。信息、通信、微电子、计算机等现代高新技术已广泛应用于日本灾害救援的组织指挥、情报信息和决策咨询。

(二) 我国急救护理工作的发展

我国急救护理的历史悠久,源远流长。早在公元 200 年左右,神医华佗就曾用人工呼吸和心脏按压法抢救呼吸、心跳骤停者。在抗日战争和解放战争中,表现最为突出的急救技术就是现场对伤员实施的初级救护和快速转运。

1. 初级阶段 新中国成立后,我国开始参照苏联的救护模式在大中城市建立急救站,医院各病房也普遍将危重症患者集中在靠近护士站的病房或急救室,以便于护士密切观察与护理。我国早期急救站比较简陋,救护车数量较少,车内除担架外,几乎没有其他急救设备,只是起到转运患者的作用。其功能只是“抬了患者就走”,暂时解决了一些危重症患者的“燃眉之急”。20 世纪 70 年代,大医院成立了心脏监护病房,将心脏手术后患者,先送到监护室进行监护,然后再转回病房。

2. 成长阶段 随着改革开放和国民经济的发展,我国的急救事业发生了质的变化,表现为医疗急救与快速转运为一体的院前医疗急救服务模式。卫生部制定了一系列的法规和政策,1980 年 10 月颁发了《关于加强城市急救工作的意见》,这是建国后颁布的第一个有关急救的正式文件。1984 年颁发了《医院急诊科(室)建设方案(试行)》,明确规定了急诊科(室)的工作任务,急诊医疗的发展方向、组织与管理,并要求建立、健全急诊医疗护理的规章制度。1986 年 12 月,中华医学会正式批准成立了“中华医学会急诊医学分会”,标志着急诊医学作为一门独立学科在我国正式确立,开创了我国急诊医学事业发展的新阶段。同年,卫生部与邮电部联合将中国的急救特服电话号码设为“120”。1987 年 7 月发出《关于加强急诊抢救和提高应急能力》的通知,医院急诊科(室)增添了新的抢救器材、监护设备和救护车的数量,并开始筹建、改建城市急救医疗服务体系与急救网络,有效地促进了急诊医学、急救护理在全国各地的兴起和发展。1989 年 11 月,卫生部发布《关于实施医院分级管理的通知》和《综合医院分级管理标准(试行草案)》,提出了医院急诊科、重症监护病房和冠心病监护病房的各项工作标准。

3. 快速发展阶段 2003 年非典型肺炎在全球流行和在我国部分城市的爆发,国家更加重视急救与应急工作。2003 年 5 月,国务院公布了《突发公共卫生事件应急条例》。2005 年 6 月,卫生部通过互联网在全国征求《急救中心建设标准》和《急救中心建筑技术规范》修改意见稿,推动了我国急救医疗服务体系(EMSS)的现代化进程。2006 年 1 月,国务院发布《国家突发公共事件总体应急预案》。2006 年 2 月,卫生部下发了《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》。2007 年 8 月,国务院颁布了《中华人民共和国突发事件应对法》,对突发事件的预防与应急准备、监测与预警、应急处置与救援等提出明确要求。2006 年 4 月,中华医学会重症医学分会经过反复酝酿,讨论制定了《中国重症加强治疗病房建设与管理指南》。2009 年 2 月,卫生部在此基础上印发了《重症医学科建设与管理指南(试行)》,规范了我国医疗机构重症医学科的组织与管理。

2009年5月,卫生部印发了《急诊科建设与管理指南(试行)》,对加强重症医学科和急诊科的建设与管理提出明确要求。目前,我国城市基本上都已建立了急救医疗中心,二级医院建立了重症医学科,现代化的急救医疗体系已初步形成。我国的急诊医学、急救护理逐步走向科学化和规范化管理。

二、急救事业的发展前景

随着社会的进步、交通事业的发展、疾病谱的改变、人口结构及自然环境的变化等,急危重症患者迅速增多,意外伤害事故及自然灾害的发生也有明显增加的趋势。

(一) 促使急救事业发展的因素

1. 交通事故增多 交通事业飞速发展,人均占有小汽车量急剧增加,公路交通已成为“第一杀手”。交通事故所致患者的快速安全转运及抢救给急诊护士提出了更高要求。

2. 人口结构的改变 联合国的一项新标准是65岁以上老人占总人口的7%,该地区视为进入老龄化社会。我国老龄化程度以上海最高,其次是浙江、北京、天津、江苏、重庆、湖北等省市,预计到2020年,我国65岁以上老龄人口将达1.67亿人,全世界4个老年人中就有1个是中国老年人。而中国独生子女的增多,则提出了一个急救护理家庭化、社区化的问题。

3. 疾病谱的改变 由于生物医学和公共卫生领域的一些重大发明和研究成果,非感染性疾病已成为导致人们死亡的首要病因。现代急诊死亡率较高的是心脑血管疾病。

4. 社会转型的影响 由于社会竞争加强,生活节奏加快,生活压力增大,出现了许多神经、精神疾病患者,这类患者可能会攻击他人及社会,而导致各种意外伤害的发生。此外,我国建筑业发展较快,建筑工伤事故不断发生。

5. 自然灾害增多 我国是自然灾害的高发地带,地震、泥石流、洪水、台风等,对人类构成较大的危害。

(二) 急救事业的发展趋势

自从1979年国际上正式承认急诊医学作为医学领域中的一门独立学科以来,其发展呈现出健康、快速的良好态势,无论是在临床研究、专业队伍建设、专业装备及教育培训等方面都取得了很大的进展。我国的急救工作起步较晚,但发展很快。

1. 队伍专业化 中华医学会1986年成立了急诊医学分会,标志着急诊医学作为一门独立学科在我国确立。杂志、书籍、网络等促进了急救的快速发展。急救专业杂志有《中国急救医学》杂志、《中华急诊医学》杂志(原名《急诊医学》杂志)和《中国急救复苏与灾害医学》杂志等。2009年卫生部下发了急诊科和重症医学科建设与管理指南,明确要求急诊科、重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练的医护人员,其目的是使急救队伍达到指挥高效、反应灵敏、救治有力,使我国的急救队伍更加专业化。

2. 工作社会化 急救护理是一项涉及全社会的工作,不仅需要政府部门的关心支

持和医疗卫生机构的重视,还需要全社会的共同参与。1987年,我国八部委联合下发了《关于开展群众性卫生救护训练的通知》,要求各地广泛开展群众性卫生救护训练。1992年,卫生部与中国红十字会又联合下发了《关于进一步开展卫生救护工作的意见》,重申了国家对于卫生救护工作的重视。2001年8月,中国红十字会与教育部、公安部、民政部等14个部委局联合发出了《中国红十字会关于广泛深入开展救护工作的意见》。全国各地红十字会已经相继开展了群众性卫生救护训练工作,坚持初级卫生救护工作与安全生产、职业培训相结合的方式,累计培训红十字救护员上千万人,促进了现场应急救护知识与技能在公众中的普及。此外,互联网上开通了中华急诊网、中国急救网、急救快车等急救的网站,方便了学术交流和急救知识的普及。

3. 设备现代化 在救护设施上,各种现代化治疗、监护设备的应用,重症医学科的建立等,为急危重症患者的救护提供了有利的条件。通信网络的健全、统一的急救号码,为急救的呼救受理、指挥调度、信息汇集、社会联动等带来了便利。我国部分城市开始试行医疗急救电话“120”、公安报警电话“110”、火警电话“119”、交通事故报警电话“122”等系统的联动机制,不少急救中心还安装了全球卫星定位系统。一些发达城市的急救中心建立了急救设备精良、功能齐全的水陆空立体化的急救网络,以最快的速度将伤病员送往合适的医院或急救中心,以便得到及时救治,如我国四川汶川大地震后,空中救援发挥了重要作用。

4. 教育规范化 我国自20世纪90年代以来,各大院校相继开设了急救专业课程,国家教委也将急救护理学列入护理专业的主干课程,卫生部在全国设立了多个急救培训中心,《急诊医学》、《急救护理学》等专业教材也相继出版,这些都使得急诊、急救的专业教育进一步规范。

5. 组织网络化 现代急救工作的一个重要特征就是急救组织的网络化,也就是急救医疗服务体系的建立。我国城市的急救网络由急救中心、急救分中心和急救站三级机构组成。一级急救网络由社区医院和乡镇卫生院组成,收治一般伤病员;二级急救网络由区、县级医院组成,收治较重的伤病员;三级急救网络由市级以上综合医院组成,收治病情危重、复杂的患者。农村三级急救网是指由县级医院的急诊科、乡镇卫生院的急诊室和村卫生所组成的三级急救网络。

6. 发展国际化 1975年5月,在联邦德国召开了急救医疗会议,有国际红十字会参加,提出了急救事业的国际化、国际互助和标准化的方针及急救情报方面的交流等急救基本建设问题。1992年成立了国际急诊、急救与复苏联合会(ILCOR),为国际上主要的一些急诊、急救医学与复苏组织搭建起一个交流的论坛。2007年12月1日,“首届世界急诊、急救医师大会(中国)”在中国深圳市成功举办,这是急诊、急救医学领域第一次在中国举行的学术年会。大会定位为:构建国际急诊、急救医学交流平台,传播与分享最新学术成果,进一步普及民众急救、急诊医学知识。2010年1月12日,海地发生里氏7.3级地震,死亡人数达二十多万。中国、法国、美国等多国救援队赴海地开展了人道主义救援行动。



知识链接

国际红十字会与世界急救日

国际红十字会创立于1863年,创始人是瑞士人亨利·杜南。

1863年10月26日,欧洲16个国家的代表在日内瓦召开了首次外交会议,并一致通过了《红十字决议》,红十字标志为“白底红十字”。

1864年8月8日至22日,签订了《红十字公约》,公约中规定:战场上进行救护的医院及人员处于中立地位,应受保护;应对伤病员不分敌友均给予救护。

国际红十字会的任务由单一战伤救护发展到对自然灾害的援助、意外伤害的急救、自愿输血、社会福利,以及壮大和平力量、促进人类进步事业的发展等。

为了纪念亨利·杜南对世界红十字事业所作出的伟大贡献,国际红十字会与红新月国际联合会执行理事会于1948年决定将亨利·杜南的生日——5月8日定为“国际红十字日”。

我国的红十字会于1904年在上海诞生,红十字国际委员会于1912年1月15日通报各国,正式承认中国红十字会为国际红十字会的成员。

国际红十字会与红新月国际联合会将每年9月份的第二个星期六定为“世界急救日”,呼吁世界各国重视急救知识的普及,让更多的人掌握急救技能、技巧。

三、急救护理的范畴与任务

急救护理的范畴很广,凡在急救工作范围内的各种患者的救护均属于急救护理的范畴,概括为院前救护、急诊科救护、重症医学科救护(或重症监护病房救护)、完善急救医疗服务体系、急救护理人才的培养和科学研究工作。

(一) 院前救护

院前救护是指急危重症患者进入医院以前的医疗救护,又称为院外急救,包括院前救护工作程序、院前救护技术、外伤急救基本技术及意外事件、灾难事故、突发事件的院前救护与转运。做到一有呼救立即出动,把医院的急救优势延伸到家庭、社区、公共场所中,必要时消防、公安、军队等救援人员共同配合,完成救援任务。现场救护时注意:①首先应使伤病员脱离危险区;②坚持救命第一的原则,先救命后治病;③因地制宜,就地取材展开急救;④注意保留离断的肢体或器官;⑤必要的急救处理后就近转送;⑥加强转送途中的监护与救治。

(二) 急诊科救护

急诊科救护是指医院急诊科的医护人员在接到急诊患者后,对其采取的抢救治疗和护理。急诊科备有先进的急救仪器与设备,急诊科医护人员专业知识扎实、技术熟练、责任心强、服务态度好,并有一定临床经验。急诊科护士的主要任务是负责接诊、预

检分诊,参与救治和护理患者。其研究范围包括急诊科的设置与管理,急性中毒、严重损伤、休克、昏迷等急症患者的救护等。

(三) 重症医学科救护

重症医学科又称重症监护病房(ICU),是急救医疗服务体系的重要部分,是收治危重症患者的主要场所之一。由受过专门培训的医护人员,在备有各种先进的监护设备和救治设备的重症医学科内,对来自院内外的各种危重病患者进行全面监护与治疗。其研究范围包括重症医学科的设置与管理、急性脏器衰竭患者的救护及重症监测技术的应用等。

(四) 完善急救医疗服务体系

为保障急救工作的高速、高效性,保证急危重症患者救护的规范性,将院前救护、急诊科救护、重症医学科救护(或重症监护病房救护)组成一个具有严密组织和统一指挥的完整的急救医疗服务体系,实行统一调配、统一配置、统一运作,用最短的时间把最有效的医疗护理服务提供给最需要救护的患者,畅通“绿色通道”。急救医疗服务体系适合于大型灾害或意外事故的救援,在平时以急诊医疗护理工作为主。

(五) 急救护理人才培训和科学研究工作

急救护理人才的培养和业务技术培训工作急救护理发展的重要环节,包括急救护理人员的业务技术培训、急诊急救护理工作的管理、科学研究和情报交流。组织在职护理人员进行急救护理技术的知识培训,有计划地开展急救护理技术知识讲座、培训等学术活动。同时大力发展健康教育,普及公众急救知识与急救技术,培养现场最初目击者的急救意识。开展急救护理的科学研究与学术交流,学习急救新业务、新技术、新理论,探索各种急危重症患者及严重创伤患者的评估、分诊及救护方法,总结急救护理经验,使教学-科研-实践紧密结合,提高学术水平。



知识链接

我国首个急救主题科技馆

北京急救科技馆建在北京120急救中心,是目前全国第一家以急救科普为主题的公益科技馆。急救科技馆里应用声、光、电、红外感应、压力感应等技术,模拟重症监护病房、120急救车和意外发生时的家庭环境,让市民体验如何进行急救,提高市民紧急避险的自救互救知识与技能。

四、急救护理工作的特点和要求

(一) 急救护理工作的特点

1. 紧急性 急救护理工作主要体现的是“急”和“救”两大特征。在遇到意外伤害时,自救或救人过程中最宝贵的就是事发最初的4 min,俗称“黄金4 min”。时间就是

生命,分秒必争,刻不容缓。

2. 连续性 急救地点可能发生在各个不同的区域、场所,在经过现场简单急救处理后,伤病员往往需要送往医院急诊科或重症医学科进一步救护。急救护理工作无论是院前救护还是院内救护,都应该是一个连续的统一体。

3. 突发性 急救工作所涉及的伤病经常是突然发生的,特别是在一些自然灾害和重大事故发生时,会突然出现大批伤病员需要救护。

4. 复杂性 急诊患者疾病谱广,涉及专业多,病情复杂多变,常需要多学科相互协作,救护人员应具有广泛的理论知识和实践经验。

5. 社会性 急救工作常与多个部门及不同患者、家属接触,涉及社会的各个方面,甚至会涉及一些法律纠纷,有着明显的社会性特征。

(二) 急救护士的素质要求

由于急救工作的特殊性与重要性,对急救工作者的要求较高。急救护士应具有以下六点素质要求。

- (1) 良好的职业道德和高度的责任心、同情心。
- (2) 丰富的理论知识和较强的判断能力。
- (3) 思维敏捷、评估正确,监测技术、抢救技术熟练。
- (4) 沟通、协调能力强,身体素质、心理素质好。
- (5) 有一定的管理能力。
- (6) 团队合作意识强,能熟练地配合医师进行抢救。

(三) 学习急救护理技术的指导思想

(1) 树立正确的职业思想,以人为本,以现代护理理念为指导,掌握“时效观念,生命第一”的两大基本原则。

(2) 运用急救护理的思维方法,分清轻、重、缓、急,即首先判断患者是否存在危及生命的情况,并立即解除;其次优先处理患者目前最紧急、最严重的问题,解除患者痛苦;注意处理好整体与局部的矛盾,尽量满足患者要求,使之得到最好的急救处理。

(3) 注重理论与实践相结合的学习方法,了解院前救护、急诊科救护、重症医学科救护的基本要求;熟悉急救设备的使用方法及监测技术,掌握急救护理技术的操作方法,学会应用各种救护程序为急危重症患者进行抢救。

五、急救医疗服务体系

(一) 急救医疗服务体系的组成

完整的急救医疗服务体系(EMSS)包括完善的通信指挥系统、现场急救组织、先进的急救设备、现代化的运输工具、高水平的医院急诊服务、功能齐全的重症医学科。

特大型城市的急救医疗服务体系分为急救中心、急救分中心、急救站三级急救网络,大中型城市分为急救中心、急救站二级急救网络,中小城镇可以仅设急救中心(站)及急救网点,从而组成上下相通、纵横相连、布局合理、院前院内紧密联系的急救网络体系。



知识链接

城市等级划分

大城市是指市区和近郊区非农业人口在 50 万以上的城市。

中等城市是指市区和近郊区非农业人口在 20 万以上、不满 50 万的城市。

小城市是指市区和近郊区非农业人口不满 20 万的城市。

(二) 急救医疗服务体系的管理

在城市各级卫生行政部门和所在单位直接统一领导下,负责本地区急救工作的领导、指挥和协调。各级急救医疗机构在接到急救医疗指挥系统的指令后要迅速赶往现场实施抢救,并根据情况对伤病员分类处理。在灾害或突发性事故中,充分利用“110”、“119”、“112”急救系统及民防等现有的通信、装备、人员、信息、权威等资源,紧急情况下,可向具有快速运输工具的单位和部队提出呼救请求援助,任何单位都应积极予以支援。各级政府和急救医疗指挥部在特急情况下,有权调用本地区各部门和个体运输工具,执行临时性急救运送任务。保持急救通信指挥系统的灵敏有效,达到快速、便捷、高效、专业的目的。

(三) 急救中心

1. 急救中心的任务 急救中心是国家公共卫生医疗救治体系的重要组成部分,既要满足日常为人民群众提供急救医疗服务的要求,也承担各类突发公共事件、重要会议及重大活动的急救指挥和应急保障任务。

2. 急救中心的建设 城市的急救网络一般由急救中心、急救分中心和急救站三级机构组成。每个地、市均设一个急救中心,可独立设置,也可依托医院设置。一般 18~50 km² 设一个急救分中心或急救站,服务半径为 3~5 km²。受各地的经济实力、城市规模、急救意识、服务区域及传统观念的影响,急救中心大体分类如下。

(1) 独立型:管理和运行完全单独且具有法人资质的机构,人员、车辆设备、财务管理等方面独立核算,从接电话到送医院,全过程均由急救中心管理。

(2) 依托型:属于一个独立的机构,设置在医院内,工作所需的用房完全由医院提供,部分人员、车辆、设备和支出靠医院帮助解决,由政府 and 医院共同投入解决急救中心的运行成本。

(3) 依附型:不属于独立的机构,设在医院内,人员、设备、车辆等全由医院解决,支出由医院承担,整个运行管理也由医院派人兼管。

(4) 指挥型:不是一个完整的独立机构,主要起到协调急救、公安、消防、交通的作用,负责调度指挥这一环节所涉及的设备、人员、场地。其他的如车辆、医护人员、医疗救治质量、反应时间等都由各所在医院自行来承担和指挥、调控管理。