

GAODENG YUANXIAO JIJIU SHOUCE

高等院校 急救手册



权正良 主编

陕西出版集团
陕西科学技术出版社

高等院校急救手册

权正良 主编

陕西出版集团
陕西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

高等院校急救手册 / 权正良主编. — 西安 : 陕西科学技术出版社, 2012. 10

ISBN 978-7-5369-5445-8

I. ①高… II. ①权… III. ①急救—基本知识 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 116229 号

-
- 出 版 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社
西安北大街 131 号 邮编 710003
电话(029)87211894 传真(029)87218236
<http://www.snstp.com>
- 发 行 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社
电话(029)87212206 87260001
- 印 刷 西安永琛快速印务有限责任公司
- 规 格 850mm×1168mm 1/32
- 印 张 8.375
- 字 数 200 千字
- 版 次 2012 年 10 月第 1 版
2012 年 10 月第 1 次印刷
- 定 价 28.80 元
-

版权所有 翻印必究

《高等院校急救手册》编委会

编委会主任 陕西省教育厅体育卫生与艺术教育处处长 祝亚肖

编委会副主任 陕西省高等院校保健医学会会长、西安交通大学医院院长 权正良 主任医师

编委会委员 (按姓氏拼音顺序排列)

白春香	白文生	陈 炜	陈冬梅	程向红
崔广志	龔昌劳	段培真	段楚雷	高登义
高培国	高秦宝	宫 芳	郭党社	贾 峰
贾会绒	贾应应	巨晓绒	何亦男	刘天路
刘蔓茹	刘卫东	刘 勇	梁明哲	刘晓卫
李积敏	李 敏	李 荣	马富春	马光辉
马世和	马芳莲	慕淑珍	米红文	瞿建国
佘良娃	史天山	王安启	王斌武	王德信
王晓华	王 丽	王随福	王天柱	王 艳
薛金霞	薛小刚	解中艳	吴曙光	魏 昕
杨桂贤	翟华丽	赵爱群	赵军虎	赵淑琴
赵旭升	周学标	张 亮	张武斌	

主 编 权正良(兼)

副主编 蔡乐农

编 者 (按姓氏笔画顺序排列)

巨安丽 冯 洁 屈宁宁 康 锐 蒲晓梅
蔡乐农(兼)

前 言

随着我国社会经济的全面进步与发展,我国高等教育事业获得了前所未有的迅猛发展,高等教育的规模取得了举世瞩目的长足进步,高等教育的模式也正在由精英化向大众化转变。国家通过多渠道拓展和利用社会资源促进高等教育事业发展,办学主体、办学形式趋于多样化,学校的数量也有了较大的增长,目前参加全国统招的高校数量就有 2100 多所,在校大学生的人数约三千万,相当于德国人口的 1/4 或英国人口的 1/3。在新的形势下,进一步做好我国高等院校的各项医疗卫生工作,不但涉及维护校园稳定、社会稳定和学校正常的教学科研秩序,以及保障广大师生员工的生命安全和身心健康的大局,也是我国各高校医疗机构及其每一位医务工作者的责任和义务。

高等院校是青年大学生集中学习和生活的场所,又是各种突发公共卫生事件或其他危机事件时有发生的敏感地带,容易受到社会公众和舆论媒体的关注。随着教学模式的转变,学校与社会之间的交流日益广泛和密切,各种校内外活动丰富多彩,学校及其学生受到复杂社会因素的影响在所难免,大学生精力旺盛、血气方刚但又缺少社会经验和容易冲动,导致近年来发生在大学校园里的意外伤害事件或隐患有逐年增加的趋势。这不但使高等院校学生管理工作原来行之有效的制度和面临着许多新问题和新的挑战,也对我们高校医疗卫生机构的急救医疗工作提出了新的挑战 and 更高的要求。

近年来,随着我国高等教育事业的发展,高校的医疗卫生事业也取得了长足的进步,面向师生员工的医疗服务质量和技术水

平也得到了明显的提高。但由于历史和体制方面的原因以及人财物方面的制约,各高校医疗机构的医疗管理、医疗质量和医疗技术水平存在着参差不齐的现实局面。去年以来,个别院校在大学生出现急危病症和受到意外伤害时,发生了现场急救处置不当的负面事件,对全国高校医疗机构产生了一定的不良影响和后果,引起了社会及媒体的关注和批评,国务院和教育部领导对此专门作了重要批示,教育部体卫艺司为此于今年五月在北京举办了首届全国高校系统急救骨干培训班。在急救培训期间,体卫艺司的有关领导还就如何加强高校现场急救医疗工作管理和尽快改变现场急救工作局面做了重要指示,并邀请全国知名急救医学专家进行了授课教学。

为落实国务院和教育部领导的重要指示以及体卫艺司有关现场急救专项培训的要求,我省选派了六所重点高等院校的急救骨干参加了此次急救培训。这六位同志不但认真参加培训,圆满完成了学习培训任务,还根据教育部体卫艺司领导在培训班上提出的要求,依照急救骨干培训班的培训大纲及要求,结合高校日常急救医疗工作的实际情况和经验体会,参阅了有关现场急救和急诊工作管理方面的大量文献资料,不辞辛苦,利用业余时间编写了这本力求简明易懂、实用方便的《高等院校急救手册》。希望此手册的出版发行,能对我省各高校医疗机构进一步加强现场急救和急诊医疗工作管理,更好地开展现场急救的技术培训,不断提高急救的医疗质量和技术水平,起到抛砖引玉的促进作用。

《高等院校急救手册》能够出版发行,得到了陕西省教育厅体卫艺处和陕西科学技术出版社领导的关怀和支持,也得到了省高等院校保健医学会和全省许多高等院校医疗机构领导的支持和帮助,并提出了很多好的意见和中肯的建议。为此,我表示衷心的感谢,也感谢责任编辑宋宇虎的大力支持和帮助,感谢参加编写的几位同志的鼎力合作和辛勤耕耘。

编写出版《高等院校急救手册》在我省乃至全国尚属首次。由于参考资料有限、编写工作量大、经验不足,加上参与编写者的专业技术水平、文字写作能力和编写时对急救医学相关理论的深浅掌握有差异,错误和疏漏在所难免。希望大家在使用本手册的过程中,不吝指教提出好的意见和建议,使之不断充实、完善和提高。谢谢!

陕西省高等院校保健医学会会长 权正良
西安交通大学医院院长

2011年11月13日

目 录

第一章 高等院校现场急救工作管理	(1)
第一节 现场急救的原则和基本要求	(1)
第二节 我国急救医疗服务体系及院前急救模式	(7)
第三节 高等院校现场急救工作的特点及管理	(10)
第四节 高等院校突发公共卫生事件的应急处置	(13)
第二章 常见急症的现场急救	(20)
第一节 急性冠脉综合征	(20)
第二节 急性心力衰竭	(25)
第三节 几种常见的心律失常	(28)
第四节 恶性心律失常	(31)
第五节 高血压急症	(43)
第六节 支气管哮喘	(47)
第七节 咯血	(51)
第八节 呼吸困难	(54)
第九节 低血糖危象	(59)
第十节 糖尿病酮症酸中毒	(61)
第十一节 高血糖高渗状态	(62)
第十二节 急性脑血管病	(64)
第十三节 晕厥	(68)
第十四节 休克	(71)
第十五节 中暑	(76)
第十六节 急性腹痛	(78)
第十七节 消化道出血	(86)

第十八节	抽搐急症	(90)
第三章	现场急救医学的基本技能	(95)
第一节	心肺复苏术	(95)
第二节	心脏电除颤术	(98)
第三节	气管插管术	(100)
第四节	气囊呼吸术	(102)
第五节	环甲膜穿刺术	(104)
第六节	胸腔穿刺术	(105)
第七节	腹腔穿刺术	(107)
第八节	导尿术	(109)
第九节	清创术	(110)
第十节	洗胃术	(113)
第十一节	止血术	(115)
第十二节	包扎术	(117)
第十三节	外伤固定术	(122)
第十四节	伤员搬运术	(125)
第四章	常见意外伤害的现场救护	(129)
第一节	烧烫伤	(129)
第二节	电击伤	(137)
第三节	溺水	(141)
第四节	冻伤	(144)
第五节	犬咬伤	(149)
第六节	蛇咬伤	(153)
第七节	气道异物阻塞	(159)
第八节	常见节肢动物咬(蜇)伤	(164)
第九节	交通事故伤	(170)
第十节	高空坠落伤	(175)

急救目的。在高等院校向广大师生员工普及现场急救知识与技能,不但有利于提高高等院校的现场急救水平、维护广大师生的生命安全和保障学校良好的教学科研秩序,而且随着大批学生毕业奔赴全国不同的地区、行业和工作岗位,作为现场急救知识与技能的传播载体,通过日常工作和生活可对周围人群起到潜移默化的教育作用,产生良好的“蝴蝶效应”,对我国急救知识的普及起到积极的促进作用。

二、现场急救的原则及其步骤

急危重病或意外伤害等突发事件发生时,一般现场都比较混乱,还可能存在着各种不安全的因素或隐患,而专业急救医务人员到场往往需要十多分钟甚至更长时间。因此,作为“第一目击者”首先要评估现场情况,注意安全,对伤病员所处的环境和状态进行判断,依照现场急救的原则,不失时机地立即进行现场救护。

1. 先抢后救 尽快使伤病员脱离不安全的事发现场。依照现场救护原则,先救命后治伤,先重伤后轻伤,先抢后救,抢中有救,先分类再运送。医护人员以救为主,其他人员以抢为主,各负其责,相互配合,并尽快脱离事发现场,以免伤害事件再次发生,确保救护者与伤病员的安全。

2. 统一指挥 当发生群体性伤害或灾害事故时,事故现场不但比较混乱,而且救护人员与急救物资也比较缺乏。因此,有效的组织指挥特别重要,应快速组成临时现场救护小组实行统一指挥,避免慌乱,尽可能缩短伤后至抢救的时间,要善于应用现代急救理念和先进的急救方法及设备,体现“立体救护、快速反应”的救护原则,提高现场急救的效率和成功率。

3. 评估危重伤情 在现场巡视时对伤员进行评估,尤其是处在复杂现场的伤员,救护人员需要首先确认并立即处理威胁生命的情况,检查伤员的意识、呼吸和循环体征等,再有重点地对伤员

的头部、颈部、胸部、腹部、盆腔、脊柱和四肢进行有序检查,及时发现有无开放性损伤、畸形、触痛、肿胀以及有无活动性出血等体征,有助于对伤员的病情判断。

4. 紧急呼救 应尽快拨打“120”急救电话,或拨打当地承担急救任务医疗部门的电话,启动急救医疗服务系统(EMSS),以寻求当地急救网络机构的紧急医疗救援。

5. 按伤员分类及时转送 救护中减少抢救的盲目性,节省时间,快速进入“绿色生命安全通道”,较准确地按伤情分别进行有组织的救护,有利于最大限度发挥有限医护人员的作用,把救护力量投入到最需要救护的伤员身上。对伤员及时做出伤情分类并妥善地集中到标志不同的救护区,重伤员为红色标志第一优先救治、中度伤员为黄色标志其次优先、轻伤员为绿色标志延期处理救治。做好运送前的现场急救处置后,应接受急救中心的统一调度指挥,及时安排指定运送,救护人员可协助运送,使伤员在最短时间内能获得必要治疗。在运送途中,要保证对危重伤员进行不间断的观察和抢救。对危重灾害事故伤员尽快送往医院救治,对某些特殊事故伤害的伤员应及时送专科医院。

6. 消除伤员的精神创伤 一切有生命威胁的刺激对人都能引起强烈的负性心理效应,进而影响行为活动。灾害事故不但会给伤员带来严重的身体伤害,同时也会给伤员造成明显的精神创伤,对伤员的救护除现场救护和早期治疗外,还应积极开展心理疏导,尽可能减轻其精神上的创伤。

三、交通事故现场急救处理措施及原则

随着现代人类生活节奏的加快,活动空间的加大和人口城市化的迅速发展,交通事故已成为对人类生命安全威胁最大的一种“公害”,平均每年有数万人在交通事故中丧生,车祸所致的重伤员中,大约有三分之二因得不到及时有效的救助而在伤后 30 分

钟死于现场或运送途中。当意外事故发生时,利用现场人力和物力,紧急开展救护措施,可有效地防止伤情恶化,减少伤残,挽救生命。

(一)交通事故现场急救处理措施

1. 现场统一组织 突发交通事故时,事发现场往往伤员多、伤势重,时间紧迫,现场秩序较混乱,首先要尽快组织临时救护小组,再迅速判断事故现场的基本情况,如车辆坠落或者翻倒,伤员多为颅脑损伤、内脏损伤、四肢损伤等;猛烈的撞车除有颅脑和胸腔损伤外,还易造成颈椎骨折;车辆起火燃烧多为烧伤,要立即扑灭烈火或排除发生火灾的一切因素,并向急救中心呼救,同时做好伤员的伤情分类,以便及时救护。

2. 正确搬运 不论在何种情况下,抢救人员要注意预防颈椎错位以及脊髓损伤。凡重伤员从车内搬动及移出前,首先应行颈部固定,以防颈椎错位而损伤脊髓,从而导致高位截瘫。如果一时无颈托,可用硬纸板、硬橡胶皮或厚的帆布等仿照颈托,剪成前后两片,用布条包扎固定;对昏倒在座椅上的伤员,上好颈托后,可以将其颈部及躯干一并固定在靠背上,然后拆卸座椅,与伤员一起搬出;对抛离座位的危重、昏迷伤员,应原地上好颈托和包扎伤口,再由数人按脊柱损伤的原则搬运伤员,动作要轻柔,托住腰臀部,搬运者用力要整齐一致,平放在木板或担架上;现场急救后,应根据伤情的轻重缓急由急救车运送伤员,千万不要现场拦车运送危重病人,由于其他车辆缺乏特殊抢救设备,伤员多半采用不正确的体位,会加重伤势,甚至死于途中。

(二)交通事故现场急救遵循的原则

1. 人道主义原则 当事故发生后,救护者应本着人道主义精神,保持镇定清醒的头脑,千方百计利用现场一切可以利用的条件和资源,使伤员尽快得到现场救护,并及时转往医院治疗。

2. 快速原则 在车祸救护中,时间就是生命。“快抢、快救、

快送”是决定伤员能否减少伤亡、致残和后遗症的关键。救护人员要珍惜每一秒钟,立即急救,迅速护送伤员到医院治疗。

3. 有序原则 交通事故的特点往往是伤员多、伤情复杂、严重、复合伤多、抢救条件差、环境状况混乱甚至危险,在抢救中应本着“先抢后救”、“先重后轻”、“先急后缓”、“先近后远”的顺序,并酌情“边抢边救”。

4. 自救原则 在车祸现场不能消极等待,特别是对发生在偏僻地区的车祸,要积极采取“自救、互救并举”的措施,充分利用就地器材实施现场救护,以赢得求援时间。

四、紧急呼救的基本要求

紧急呼救是指在任何时间与地点发生了急病或伤情,由当事者自己、现场目击者或伤病员亲属等在第一时间拨打急救电话,向急救医疗中心的求援。目前,我国各地急救医疗中心统一呼救电话号码为“120”,可以受理发生急危重病、意外伤害、急性中毒、治安伤害事件以及自然灾害等的紧急呼救。任何时候,凡在医院以外场所,各种原因所引起的急危重症患者及伤员都可现场直接拨打急救电话,请求急救机构立即派出专业救护人员、救护车到现场抢救。无论在办公室、街道、工地或公共场所等,遇到紧急情况时,“第一目击者”都应本着人道主义精神去救助他人,立即利用本人、他人或现场附近一切可利用的通讯工具,拨打急救电话求援。呼救系统的畅通,在国际上被列为抢救危重伤病员的“生命链”中的“第一环”,对保障危重伤员获得及时救治至关重要。急救医疗中心配备有经过专门训练的话务员,能够对呼救做出迅速适当应答,并能根据伤病员所处的位置和情况,通过急救网络指挥中心指定就近的急救站派急救人员携带急救仪器设备去救护伤病员,这样可以大大节省时间,提高效率,便于伤病员的救护和转运。

1. 对日常呼救电话的要求 使用呼救电话时必须保持镇静,用最精炼、准确、清楚的语言说明伤病员目前的情况及严重程度,伤病员的人数及存在的危险,需要何类急救。

救护者拨通 120 急救电话后,一般应简要清楚地说明以下几点:伤病员的身份(姓名、性别、年龄)和联系电话;告知伤病员最典型的发病表现以及目前最危重的情况或受伤状况(受伤部位、时间、过程及症状)等;事发现场地址所属区(县)、街道、小区、楼号及门牌号,最好将周边标志性建筑物,如加油站、地铁站、商场等信息一并告知接线员;留下报告人有效的联系方式,以便与调度指挥人员、急救医务人员保持联系;禁止使用无效号码呼救。

2. 对灾害呼救的要求 除上述呼救要求外,还应讲明灾害事故、突发事件性质、严重程度、伤(亡)的人数,及事件可能发生的趋势,估计随伤情发展将导致伤(亡)的人数。动态地向急救医疗中心调度员汇报现场条件、所需医务人员、物资、医疗器械及药品,以便及时补充和携带。

3. 与急救人员联系的要求 对于危重伤病员,在急救人员未到以前,不宜随意搬动。呼救者到达约定地点后,应及时与急救医疗中心取得联系,不要随意离开;待救护车抵达时,主动挥手示意接应,以免耽误时间。

4. 注意事项 急救电话是大众的生命热线,任何人不得以其他任何借口占用、谎报,更不能恶意骚扰,否则将追究相应的法律责任。有精神障碍的患者需要紧急救护时,其监护人(直系亲属)或委托监护人必须到场,等待专科医院救护车的到来,一定要按规定完善精神病患者的就诊相关手续后方可入院治疗。幼儿在突发急症时,由于其身材小,便于搬运转送,最好由家长自行安排直接打车,将其送往医院。作为呼救者,在呼叫时切记保持镇静,用普通话或当地方言简明、准确地说明伤病员的基本情况,不要先放下话筒,要等急救医疗中心的调度人员复述后先挂断电话。

第二节 我国急救医疗服务体系 及院前急救模式

一、我国急救医疗服务体系的形成与发展

我国急救医疗服务体系的起源是抗日战争和解放战争时对伤员的战地初级救护和快速转运。20 世纪 50 年代,我国部分大中城市成立了院前急救的专业机构,其功能只是简单的初级救护和单纯转运病人。20 世纪 80 年代后,我国的急救医疗服务进入了快速发展阶段,形成了现场医疗急救和转运为一体的服务模式。1986 年统一急救医疗呼叫电话为“120”。1994 年颁布的《医疗机构基本标准(试行)》中对急救中心(站)的基本标准做出了规定,并规定一级医院设立急诊室,二级以上医院设立急诊科。1995 年 4 月卫生部发布了《灾难事故医疗救援工作管理办法》,2002 年 9 月颁布了《医疗事故处理条例》。这些涉及急救工作方面的法规和制度的制定和实施,有力促进了我国急救医疗服务体系的发展。我国的医疗急救体系无论是在保障人民群众日常医疗急救需求方面,还是在重大灾害事故和突发公共卫生事件实施紧急医疗救援工作中,都发挥了巨大作用,特别是在 2008 年汶川大地震抗震救灾过程中,充分展现了急救医疗“救急、救命”的特色,为抢救伤病员生命、保障群众健康做出了突出贡献。随着我国应急管理水平不断提高,医疗急救体系在应急工作中的重要作用也日益凸显。

目前,我国现代急救医疗服务体系已形成院前急救、医院急诊、院内危急重病监护救治,共三大环节、三位一体的发展模式。

现场急救由各地 120 急救中心(站),以及各个 120 急救网络医院的急诊科等部门构成。现场急救的合理与及时实施,取决于

120 急救网络快速的反应、通畅的转运和良好的通讯等三大要素。

医院急诊是指经过现场急救的伤病员转到医院后,在急诊科进行的进一步救治处理,由医院急诊科和相关辅助科室完成。

院内危急重病监护救治,是在重症监护病房内实施高级生命支持、高级监护救治以及专科特殊处理等救治措施,给予生命抢救以最好的医疗技术、仪器设备及其质量保障。

现场急救、医院急诊和重症监护这三环相扣的急救医疗体系,若快捷、协调、高效地浓缩在医院内,就形成“绿色生命通道”,在医院外与 119(消防)、110(公安)、122(交通)等行业联网协同,就组成了广泛性的应急救援体系,为全面应对各类突发的自然灾害、意外事故、紧急事件等奠定坚实基础。

二、我国院前急救模式

院前急救是对发生在医院外的急危重症、意外事故、灾害等造成的伤病员进行及时现场抢救,使之迅速脱离险境,维持基础生命,安全护送至医院。

(一)我国院前急救现状

由于各地的经济实力、城市规模、急救理念、服务区域不同以及传统急救模式的影响,各地设立院前急救医疗机构所采取的模式亦不相同,可分为特大城市模式(如北京、上海、重庆和广州)和中小城市模式。我国院前急救机构统一使用急救电话“120”,用于急救的救护车一般可分为监护型、普通型和运输型三种,救护车通常配备一名医生、一名护士和一名驾驶员。

随着社会的进步和发展,人们对院前急救服务的要求逐步提高,急救对象更加广泛、复杂,工作难度加大。我国与发达国家相比,在急救方面仍有较大差距,对从事院前急救的机构、人员、业务、救护车与装备等方面准入制度的规定不够完善,存在着全国院前急救工作发展不平衡,网络建立不完善,资源配置不甚合理,