

第2版

● 临床专科护理技术丛书 ●

实用急诊护理

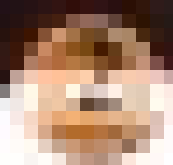
SHIYONG JIZHEN

HILI

上海市护理学会 组编



上海科学技术出版社



中华人民共和国卫生部
HUMAN HEALTH

实用急诊护理

HULL

人民卫生出版社



■■■■ 临床专科护理技术丛书 ■■■■

实用急诊护理

(第二版)

上海市护理学会组编

主 编 席淑华
副主编 潘乃林 赵建华
主 审 丁学易 姚梅芳

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用急诊护理 / 席淑华主编. — 2 版. — 上海: 上海科学技术出版社, 2012. 1

ISBN 978-7-5478-1050-7

I. ①实… II. ①席… III. ①急诊—护理 IV. ①R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 230297 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张: 21.75

字数: 500 千字

2005 年 4 月第 1 版

2012 年 1 月第 2 版 2012 年 1 月第 4 次印刷

ISBN 978-7-5478-1050-7/R·340

印数: 8 301 — 12 550

定价: 48.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内容提要

本书密切结合急诊护理的发展,详细阐述了急诊护理学科的发展方向、急诊人员组织管理、急诊分诊技巧、急诊手术配合、急诊监护技术、急诊脏器功能衰竭的护理和急救用药观察等,在第一版的基础上进行了全新改版,以适应急诊医学的不断发展,满足当今急诊急救护理的需求。本修订版具有以下特点:①内容全面。本书的内容涵盖了急诊护理的各个方面与环节,从急诊护理学的发展方向到各种急救技术、医护配合等均作了论述,内容更加详实,系统性更强。②实用性强。本书内容以实用性为指导原则,力求各个章节的内容对临床护理工作起到具体的指导作用。通过各种疾病的临床情景展现,制订了各种抢救配合流程,可以使读者学以致用。情景模拟中的资料丰富,具有代表性。③操作性强。各种抢救预案流程、情景模拟流程、专科护理操作流程等均具有较强的操作性。本书讲解透彻,内容全面,重点突出,对于各级医院从事急救工作的护理人员而言,本书是一本很有价值的参考书。

作者名单

主 编

席淑华

副主编

潘乃林 赵建华

主 审

丁学易 姚梅芳

编写者 (按汉语拼音顺序排列)

樊 落 范 颖 蒋 蓉 李 岚 李 蕊

李文放 刘哲军 潘乃林 乔安花 邵小平

度 焱 王佩珍 吴晓蓉 席淑华 赵建华

前 言

随着经济发展,工业化、城市化进程加快和人民群众生活水平的提高,急性疾病、灾害事故、突发事件的发生越来越多,尤其是近年来世界范围内突发性公共卫生事件、重大自然灾害频发,全社会对提高急救医疗水平的需求也越来越大,在逐步建立起来的急救医疗体系中,医院急诊科的急救工作在应对各类突发事件、挽救伤病员生命中起着越来越重要的作用。

急诊护理学是一门实践性、科学性、技术性、服务性很强的学科,急诊工作是一项任务繁重、责任心强、劳动强度大且风险性大的工作,加之急诊患者病情复杂、变化快,有时难以预测,这就要求急诊护理人员不仅要有扎实的急救知识,还要有熟练的急救技能和良好的心理素质,才能适应急救医学发展的需要和社会的需求,抢救一切可以挽救的生命。因此,为了满足社会对急诊护理工作的需求,进一步强化急诊护理人员的全方位的培训,我们于2005年编撰出版了《实用急诊护理》一书。

该书不仅系统地介绍了急诊护理学科的发展方向、急诊人员组织管理及急诊抢救要点等,还将常见的急救患者的抢救程序采用流程图的形式进行说明,简单易懂,一目了然。注重新知识、新理论、新技术、新方法的介绍,突出实用性,为广大护理人员提供实用性强、操作性强的信息,是一本实用性极强的培训教材。不仅作为上海市急诊护士适任培训指定教材,还广泛应用于各级医院急诊急救护理人员乃至社区医生的培训,受到一致好评。

为了更好地追踪目前快速发展的急诊急救医学事业,使急诊急救护理与之相适应,编者在第一版的基础上增加了急救患者情景模拟急救案例,同时增加了两名以上护士抢救流程图,通过对临床真实情景进行再现,使护理人员更好地将理论知识与操作技能相结合,使本书的实用性更强。同时在每章后附练习题,以巩固读者对重点知识点和重点环节的掌握。在急救监护技术中,配以各种监护技术流程图,增强了急救操作性。在急诊相关制度章程章节中,紧密结合国家卫生部制订的各类制度标准,对本书部分内容进行了修订。

由于作者水平有限,难免有不成熟和疏漏之处,恳请护理界同仁批评指正。

编 者

2011年11月

目 录

第一章	绪论	1
第一节	急救护理的沿革 / 1	
第二节	急诊医疗体系 / 2	
第三节	急诊护理的特点 / 8	
第二章	急诊科的组织与管理	10
第一节	急诊科的任务 / 10	
第二节	急诊科的设置 / 10	
第三节	急诊人员配置与管理 / 13	
第四节	急诊科的管理制度 / 15	
第五节	急诊护士的专业品德 / 24	
第六节	护理人员的工作职责及抢救程序 / 31	
第七节	急诊护理文书的管理与书写 / 35	
第八节	急诊风险管理 / 38	
第三章	急诊分诊技巧	47
第一节	分诊程序 / 47	
第二节	急诊分诊工作原则 / 50	
第三节	症状鉴别分诊 / 51	
第四章	急诊抢救预案	66
	突发重大成批伤员抢救预案 / 66	
	多发性创伤抢救预案 / 68	
	颅脑损伤抢救预案 / 70	
	严重胸外伤抢救预案 / 72	
	腹部创伤抢救预案 / 73	
	电击伤抢救预案 / 74	
	溺水抢救预案 / 75	



中暑抢救预案 / 76
有机磷农药中毒抢救预案 / 77
急性一氧化碳中毒抢救预案 / 78
有机氟类杀鼠剂中毒抢救预案 / 79
心跳骤停抢救预案 / 80
急性心肌梗死抢救预案 / 82
急性左心衰抢救预案 / 83
高血压危象抢救预案 / 84
急性重症哮喘抢救预案 / 85
大咯血抢救预案 / 86
成人呼吸窘迫综合征(ARDS)抢救预案 / 87
窒息抢救预案 / 88
上消化道出血抢救预案 / 89
肝性脑病抢救预案 / 90
急性重症胰腺炎抢救预案 / 91
急性脑出血抢救预案 / 92
脑梗死抢救预案 / 93
癫痫持续状态抢救预案 / 94
糖尿病酮症酸中毒抢救预案 / 95
低血糖危象抢救预案 / 96
休克抢救预案 / 97
急性 DIC 抢救预案 / 98
高热抢救预案 / 99
昏迷抢救预案 / 100
急腹症抢救预案 / 101
急性宫外孕抢救预案 / 102
子痫抢救预案 / 103
急性喉阻塞抢救预案 / 104
鼻出血抢救预案 / 105
酸碱平衡失调抢救预案 / 106
水、电解质平衡失调抢救预案 / 107

第五章

急救技术

111

第一节	心肺脑复苏 / 111
第二节	临时心脏起搏及电复律 / 115
第三节	气道通路的建立 / 118
第四节	静脉输液通路的建立 / 126
第五节	洗胃术及护理 / 132
第六节	各种穿刺技术的配合及护理 / 134



第七节 创伤急救护理 / 140

第六章 EICU 病区的组织与管理

155

第一节 概述 / 155

第二节 EICU 的要求及设置 / 155

第三节 EICU 的管理 / 158

第四节 EICU 的感染防治 / 163

第七章 急救监护技术

173

第一节 心电监护 / 173

第二节 血氧监护 / 176

第三节 血气分析 / 179

第四节 血流动力学监测 / 183

第五节 呼吸机参数设置与报警处理 / 187

第六节 肾功能监测 / 190

第七节 中枢神经系统功能监测 / 193

第八章 急性脏器功能衰竭的急救与护理

201

第一节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征 / 201

第二节 急性肾功能衰竭 / 205

第三节 应激性溃疡 / 208

第四节 急性肝衰竭 / 211

第五节 急性心力衰竭 / 217

第六节 多器官功能障碍综合征 / 223

第七节 急性中枢神经衰竭 / 228

第九章 急诊手术室

244

第一节 绪论 / 244

第二节 急诊手术室的布局、建筑要求及人员配备 / 244

第三节 急诊手术室工作制度 / 248

第四节 急诊手术室安全管理 / 250

第五节 急诊手术室工作人员职责 / 255

第六节 急诊手术配合特点 / 256

第七节 急诊手术室感染控制 / 261

第八节 急诊常用手术体位 / 264



第十章 急诊抢救常用药物及护理 272

- 第一节 生命支持抢救药 / 272
- 第二节 抗心律失常药 / 275
- 第三节 强心药 / 277
- 第四节 抗心绞痛药 / 278
- 第五节 血管扩张药 / 280
- 第六节 抗高血压药 / 281
- 第七节 改善脑循环、脑代谢药 / 282
- 第八节 呼吸兴奋药 / 283
- 第九节 平喘药 / 284
- 第十节 镇咳药 / 286
- 第十一节 镇静催眠药 / 286
- 第十二节 解热镇痛药 / 288
- 第十三节 抗癫痫及惊厥药 / 289
- 第十四节 止酸药 / 290
- 第十五节 解痉药 / 291
- 第十六节 止吐药 / 292
- 第十七节 肝胆胰疾病用药 / 293
- 第十八节 止血及溶栓药 / 294
- 第十九节 扩充血容量及调节水、电解质、酸碱平衡药 / 298
- 第二十节 脱水及利尿药 / 300
- 第二十一节 抗变态反应药 / 301
- 第二十二节 激素类药 / 302
- 第二十三节 降血糖药 / 303
- 第二十四节 解毒药 / 304

第十一章 常用急诊实验室检查的护理配合 311

- 第一节 常用急诊实验室检查的内容与目的 / 311
- 第二节 急诊实验室检查护理配合的基本原则 / 312
- 第三节 急诊血液检查 / 312
- 第四节 急诊尿液检查 / 314
- 第五节 急诊粪便检查 / 314
- 第六节 其他分泌物或排泄物检查 / 315
- 第七节 建立临床实验室“危急值”报告制 / 316

第十二章 危重症急救情景模拟 320

- 颈椎高位截瘫患者呼吸机断电的急救 / 320
- 心跳骤停患者的急救 / 320



阿-斯综合征患者的急救 / 321	
脑疝患者的急救 / 322	
气管插管半滑脱患者的急救 / 322	
肝硬化合并上消化道大出血的急救 / 323	
甲状腺危象的急救 / 324	
癫痫发作的急救 / 324	

参考答案	325
参考文献	333

近 20 多年以来,急救医学已经逐渐发展成为一门独立的新型综合性医学学科,而急救护理是急救医学重要组成部分,是研究各种急性病、急性创伤、慢性病急性发作患者抢救护理的一门新专业。随着全球工业化和城市化进程的快速发展,各类自然灾害和人为灾害不断增多,尤其是在近年来世界范围内突发性公共卫生事件、重大自然灾害的频发,促使急诊医学不断向前发展,同时也对急救护理工作提出了更高的要求。目前在全世界范围内已经形成了由院前急救、医院急诊科(室)救治、重症监护治疗病房(ICU)救治三部分组成的急救医疗体系,而在伤病员急救的 3 个环节中,急诊的急救与护理工作承前启后,对伤病员的存活和预后起着十分关键的作用。

第一节 急救护理的沿革

现代急救护理学起源于 19 世纪南丁格尔时代。到了 20 世纪 50 年代初,世界上出现了最早用于监护呼吸衰竭患者的监护病房。从 60 年代起,急救护理技术进入了有抢救设备配合的阶段。至 70 年代始形成了急救医疗体系,即将院前急救—急诊室救治—ICU 或心脏监护治疗病房(CCU)救治统一成一个完整体系,建立起网络系统,并重视现场急救和护理。这既适合平时急救医疗工作,也适合战时或突发事件的处理。

早在 20 世纪 50 年代,我国各医院就出现了将危重患者集中在危重病房进行观察、护理的模式。70 年代始成立了 CCU。我国卫生部于 1980 年 10 月颁发“加强城市急救工作”的文件;1983 年又颁发了“城市医院急诊室(科)建立方案”,明确提出城市综合性医院要成立急诊科;1986 年 11 月通过了“中华人民共和国急救医疗法”,充分体现了党和政府对急救医学工作的关心和重视,随着全国急诊(救)科和 ICU、CCU 崛起,一支急救专业队伍已经建立,并于 1987 年 5 月成立了全国急诊学会。自 1987 年以来我国多次召开急救医学学术会议,有力地促进了我国急救医学事业的发展。中华护理学会、各省市护理学会及护理教育中心也纷纷贯彻卫生部的精神,每年举办多期危急重症急救护理学习班,为急救护理队伍培养了一大批专业人才。同时,我国教育部也将急救护理学定为护理教育主干课程之一,研究生培养也设置了急救护理学的研究方向,为我国的急诊护理专业培养专业性人才。

我国地处自然灾害高发区,随着经济发展,工业化、城市化进程的加快和人民群众生活水平的提高及老龄人口不断地增多,急诊工作也面临着很多新的课题。过去那种守在医院中等待患者的方式和组织体系已不能适应患者和病情需要,急需在组织结构、急救措施和人才的培养及培训等方面进行变革。现在,全国各大、中城市的综合医院和某些专科医院都设置了急诊科(室),在北京、上海、天津及各省会城市等地相继成立了急救中心,建立了三级急救网络,并配备医师、护士等医务人员,器械设备得到了更新,向专业化、系列化和标准化的方向发展。



随着急诊医学的发展,急诊护理的发展也成为时代的要求。而要发展急诊护理专业,关键是要培训专业的急诊护理人员。为了更好地担当急诊工作,护理人员要不断地更新知识,要有更广的知识面、更深的理论基础和更熟练的操作能力,从而向专业化的方向发展。

我国的急诊护理起步较晚,与国外相比还存在较大的差距。急诊护理的发展本身并没有现成的模式,需要靠自己去探索和设计。急诊护理学作为一门新学科,还比较年轻,因此必须从理论上、技术上和经验上挖掘自身的潜能,提高护理人员专业素质,从整体上将急诊护理工作纳入科学化、规范化和标准化的范畴,逐渐形成自己独立的理论体系,这是发展我国未来急诊护理事业的关键。从实际出发,探索护士在急诊中的作用,以求在急诊护理理论上有所发展、技术上有所创新,不断借鉴国际上先进的急诊护理经验,结合我国实际情况创建适合我国急诊医学特色的急诊护理体系,将对促进广大人民群众的身心健康起到重要的保证作用。

第二节 急诊医疗体系

急诊医学(emergency medicine)是一门新学科,国际上正式承认它是一门独立学科至今才20余年。随着社会的进步,医学科学技术的发展,急诊医学越来越受到人们的重视。旧的急救系统已不再适应现代社会的发展和人民群众求医的需求,这就需要建立一个崭新的急救体系,即“急诊医疗体系”。它是由院前急救、医院急诊科(室)救治、重症监护治疗病房(ICU)救治三部分组成。具体地说,院前急救负责现场和途中救护,急诊科(室)和重症监护治疗病房(ICU)负责院内救治。

一、院前急救

(一) 概念和目的 院前急救是对各种遭受危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等患者在到达医院之前,由急诊专业人员所进行的现场或者途中的紧急救治和医疗处理。院前急救的目的是争取时间和挽救患者生命。

现场急救是急危重症患者能否获救并减少并发症的基本保证,而时间就是生命,这在现场急救中显得非常具体而突出。如心肌梗死患者有40%~50%因得不到现场救治会在最初数小时内死亡,严重交通事故伤有2/3以上在发生事故的25 min内可因得不到及时救治而死亡。严重创伤患者的预后80%决定于院前急救处理。因而,快速有效的院前急救工作,对保全患者生命,减少医院前期患者的伤残率和病死率至关重要。近年来,对院前急救战略性观念的重要转变就是向广大的社会人员推行院前基本急救技术(心肺复苏、止血、包扎、固定和搬运)的培训,目的就是使急救的基本技术从专业领域的医务人员扩大到社会人员。北京从20世纪90年代开始培训社会人员,2008年奥运会时,在册户口中每60人中有1人拥有急救证书;上海市红十字会在2010年世博会召开之前完成了百万市民的初级急救技能培训;广州市也借亚运会召开时机,加大对普通市民急救技能和知识的普及,提高了社会公民的整体急救意识和自救互救的能力。

我国著名急救医学专家李宗浩认为,本着对生命负责的态度,一定要打破急救服务的垄断行为,实现“四化”,即急救社会化、结构网络化、抢救现场化、知识普及化。这一目标将促使我国尽快建立一支庞大而完善的院前急救队伍和急救网络;普及全社会急救知识,提高全民急救意识,建立没有围墙的急救医院,从而达到提高院前抢救成功率的目的。

(二) 健全院前急救医疗网络 院前急救不是一般的出诊,而是采用先进的现代装备和技



术,迅速到达现场,实行综合救治措施。这就要求急救医学领域发生变革,使急救工作不再被动,结束了以往以运输为主的时代,进入了名副其实的院前急救时代。

1. 急救医疗管理

(1) 组织机构与任务:县以上地区要由当地卫生行政单位,在政府领导下负责统一指挥本地区的急救医疗工作。实行三级急救医疗体制,组成本地区的急救医疗网。省、自治区、直辖市必须建立急救中心,掌握急救信息,负责抢救、监护、外出急救、承担培训和科研等工作;根据当地急救医疗指挥部的决定,负责急救的组织调研工作。其他城市可根据需要建立急救中心或急救站。一般拥有40万以上人口的城市或区域应设置急救医疗机构。

(2) 通讯:各级地方政府要设置全国统一的“120”急救电话,急救中心(站)应发展急救所需的电台、无线电话、对讲机等通讯工具。卫生部门要制定急救运输和通讯工具的标准和使用、保养、维修管理制度。按卫生部每5万人口配备一台救护车的要求,配置普通型和监护型两类,车内配置现代化医疗仪器设备及药品、器械。边远山区、林区、牧区城市,根据条件发展直升飞机救护,沿海地区及海岛,应发展救护艇。

现在“120”急救中心可用高科技的信息可视化技术,建立全面而直观的桌面地图信息系统。当接到“120”呼救电话后,即可在连接的复杂而深层次的可视化地理分析系统,标出呼救地点,同时可在短约30s时间内,印出派车任务清单,派出救护车,并可帮助救护车选择到达呼救用户地点的最佳行车路线,以及送达最近最合适的医院路线,等等,即利用各种数据之间的关系,作出快速有效的决策,以大大提高运作效率。当前,某些发达地区的“120”急救中心采用地理信息系统和电话定位系统相结合的模式,能通过所拨打的固定电话快速有效地对用户进行自动、准确的地点定位,为呼救人员提供最高效的救助。

(3) 社会急救:社会各部门或单位,接到急救求援信号时,必须从人力、物力、财力上给予援助,广大群众对各种场所发现的危重、急伤患者,都有义务予以急救,送往医疗单位或向急救部门呼救。在易发生灾害的地区及工伤事故的厂矿,应组织专业性队伍或群众组织、铁路、民航及交通运输部门,要同当地卫生部门建立急救医疗协作关系。

急救机构必须配备经过急救医疗培训的技术骨干,从事急救工作的管理、通讯、调度、运送等工作的人员也必须经过业务培训。医学院校要开设急诊医学专业课,普通中学应开设卫生课,普及急救知识。各地政府和红十字会组织要对红十字会员、消防人员、警察、司机和乘务员以及饮食行业服务人员,进行现场初级救护技术的培训。

(4) 患者的转送:转送的目的是尽快把患者送到医院治疗。转送时可能缺少运输工具,也可能由于其他种种原因,要比正常情况下的转送时间长,贻误患者病情。为了顺利转送患者,做好各种准备工作至关重要。医生要对患者进行周详而完善的处理,使患者经受得住途中的颠簸和疲劳。对于医疗转送工作有以下要求:在及时施行医疗救护过程中,将患者转送到各相关医疗机构;为提高医疗救护质量,应尽可能减少医疗转送的过程;将患者决定性地送到预定专科医疗机构中去;将患者迅速转送到进行确定性治疗的医疗机构中去。

转送类别包括:用担架、应急器材转送患者;使用卫生运输工具,如救护车、救护用飞机、直升飞机、卫生列车、医疗船等;征用普通的运输工具转送患者,尤其是轻患者。在灾害事故中,不能单纯依赖患者转送车辆,直升飞机是转送患者最理想的运输工具之一。目前发达国家都把注意力集中在转送工具的现代化上,主要是使用直升飞机进行转送,包括对出事现场患者的搜寻工作。经验证明使用空运转送患者可显著缩短伤后入院的时间。

转送途中患者的安全至关重要,良好的转运装备是保证患者安全的关键因素之一。近年



来,我国政府加大了在急诊医疗经济方面的投入。各个县级以上医院都配备了新型的救护车,车内设备先进,抢救器材齐全,包括简便的除颤仪、抢救药品齐全的急救箱、活动性担架、吸引器、气管插管管道、气垫床、轻便的骨折固定器和夹板等。

2. 现场组织协调 意外事故发生时,卫生行政部门应快速反应,到达现场,建立临时指挥部,指挥医疗队伍急救;核实了解现场动态、伤情、受伤人数,提出具体抢救措施;通知各医院做好收治伤员的准备工作,对不同伤情的患者及时组织转送或疏散。视灾情需要调动第二梯队医疗队伍增援。抢救应与公安、交通运输、武警等有关部门做好协同工作(图 1-1)。

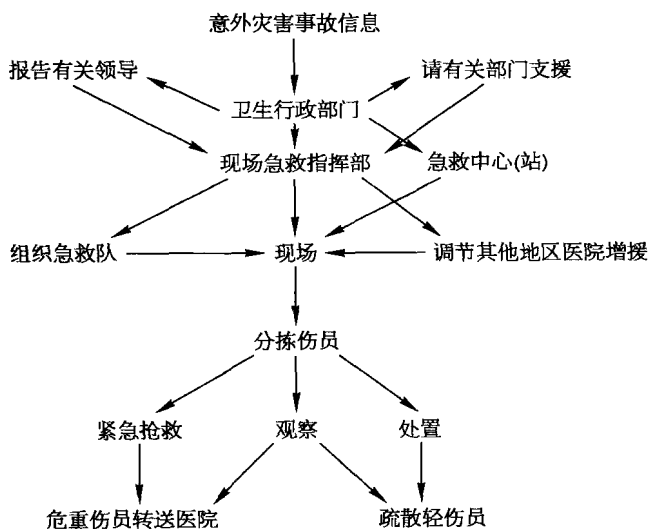


图 1-1 现场抢救组织图解

现场急救人员来自急救医疗单位和二、三级医院为主的医务人员,辅以红十字会的初级卫生人员。调集的医务人员要有丰富的临床经验和较强的应急能力。急救的药品、器械设备、救护车、通讯设施以及其他物资,平时应由卫生行政部门提出统一要求,由各单位装备齐全,一旦有事,即可携往,随时备用。

(三) 各国急救模式简介

1. 美国 从 20 世纪 70 年代起,急救医疗工作逐渐发展起来,建立起新的体系,将医院前阶段和医院内的急救工作、康复工作结合在一起,培养了一批新型的急救医务人员,其中有急救护士、医助、急诊科护士以及急救科医生。

1973 年开始采用“911”作为全国通用的急救电话号码,救护车上急救医助随车出诊。救护人员使用遥控装置,与中心保持联系,并佩戴证章标志。在利用直升飞机进行救援方面,美国的使用率远较德国、法国等欧洲国家低,原因是可以就近派车或使用民用的直升飞机。

美国急救人员的培训包括急救医师、急救技术人员和急诊科护士的培训。急救医师已被公认为医疗专业人员中的一个成员,急救技术人员则主要负责医院前阶段的抢救和运送工作。这类人员按其技术水平分为三类:随车急救护士(EMT—I)、中级急救护士(EMT—A)和急救医助(EMT—P)。采用培养随车急救护士和医助提供现场救护,这一措施不仅能迅速提高救治能力,而且节省了大量培训经费,急救医师只在必要时才随车出诊。在许多医院,医生不是整天在医院上班,急诊科护士往往成为第一个提供急救医疗服务的人,而且他们可经常通过对



讲机和遥控系统给现场上的急救人员提供服务。

20 世纪 90 年代,美国国民对急诊医疗需求日益增长,在 10 年间上升了 26%,但是急诊医疗服务系统却没有相应地增加,造成了急诊看病等候时间常常为数小时,延误了大量患者的治疗时机。在这种社会背景下,美国出现了独立急诊室的概念。独立急诊室并非医院,没有病房和手术室,但有常用的检查设备,如 CT、B 超、X 线等。它常坐落于人口日益增长的郊区和城郊结合部,远离于大医院,为社区居民提供快捷、方便的急诊服务,有助于减轻大医院急诊室的压力。目前,全美 16 个州都有这样的独立急诊室。尽管并未在全国完全普及,但独立急诊室的数量增加速度相当可观。

2. 英国 急救医疗发展较早,1948 年即开始实行“国家卫生服务制”,向所有居民免费提供医疗服务,包括急救医疗在内(外国居民和旅游者可以享受免费的急救和急诊服务),成为欧洲惟一的国家医疗制国家。1974 年“国家卫生服务制”改进,采用了分级规划和管理的方法,为居民提供医疗、预防以及急救服务。

英国急救工作的特点是服务项目种类繁多,急救站不仅为急症患者和意外事故伤员服务,而且负责转送非急症的患者。对于紧急情况下出车,国家有统一的标准要求,即在接到呼叫后 3 min 内出车,7 min 内到达出事地点。例如伦敦急救站内建立的中心调度室,通过急救专用电话“999”,可以接收整个伦敦地区的急救呼叫,并调动救护车。国家对救护车的装备有统一规定,必备的药品和器械有:氧气、镇痛剂和复苏装置,必需的设备有 100 多种。一些城市正成立专科急救小组提供医院院前阶段的急救服务。在英国东北部的布里斯托尔市还设有流动复苏小组。

3. 日本 急救医疗正成为一个普遍的社会要求,受到了各方面的重视,国家投给急救医疗的费用巨大,建立健全了一级、二级、三级急救医疗机构,急救医疗情报系统以及急救医疗制度,使急救医疗得到了显著改善。

日本急救医疗体系主要由 3 个部分组成,即急救患者运送系统、急救患者治疗系统以及急救医疗情报联络系统。

急救患者运转工作由消防机构负责。消防机构的急救服务是惟一的全日制服务单位。消防部门设有急救队,每个急救队通常配备一辆急救车,3 名急救人员,其任务是将患者从现场运送到医疗机构。急救医疗机构的职责是收治由消防机构等运来的患者。急救医疗情报系统通过电子计算机将本地区的医疗机构及消防总部联系起来,其职责是及时了解并掌握各医疗机构的情况,收到呼救通知时,立即根据所报病情,选择最恰当的医疗机构,并通知家属或急救队将患者送去。

4. 德国 急救工作中大部分患者的运送工作由红十字会完成,急救中心是一个设备先进的指挥系统,全国使用“110”急救电话呼叫。急救中心有 4 条线路与警察队相通,负责调度所在地的救护车和直升飞机,并协调医院接收伤病员的工作。救护车服务分固定的与临时在出事地点集合的两种。无论是从陆地上还是从空中运送伤病员,德国的救援工作都是高效率的,空中救援尤其是德国急救工作的一大特点,被认为是当代世界空中急救在组织管理上最有成效者。

5. 澳大利亚 急救医疗方面制订了心肺复苏的生命支持操作流程,绝大多数医院均按此或相似的流程进行。复苏的重点在预防及早期发现,一旦发生,有流程图可参考,强调早期急救处理。

6. 中国 我国急救医疗服务事业到 20 世纪 80 年代进入了新的发展阶段,首先扩大和整