



全国医药卫生类农村医学专业教材

急救医学基础

第2版

主 编 魏 蕊



第四军医大学出版社

全国医药卫生类农村医学专业教材

急救医学基础

第2版

主 编 魏 蕊

副主编 姚志莹 胡树桥

编 委 (按姓氏笔画排序)

龙 冰 (新疆库尔勒市巴州卫生学校)

吐妮莎古丽·外力 (新疆库尔勒市巴州卫生学校)

刘 莉 (鄂尔多斯市卫生学校)

李 辛 (南宁市卫生学校)

杨 娜 (山西省太原市卫生学校)

张 莹 (甘南州卫生学校)

张芝娟 (山西省晋中市卫生学校)

姚志莹 (南昌市卫生学校)

胡树桥 (福建医科大学附属龙岩市第一医院)

康 萍 (福建省龙岩卫生学校)

魏 蕊 (福建省龙岩卫生学校)

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

急救医学基础/魏蕊主编. —2 版. —西安: 第四军医大学出版社, 2015. 1

全国医药卫生类农村医学专业教材

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0658 - 9

I. ①急… II. ①魏… III. ①急救 - 医学院校 - 教材 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 013148 号

jijiu yixue jichu

急救医学基础

出版人: 富 明 责任编辑: 张永利 郑 爱

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029 - 84776765 传真: 029 - 84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

制版: 绝色设计

印刷: 陕西奇彩印务有限责任公司

版次: 2012 年 5 月第 1 版 2015 年 1 月第 2 版第 6 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 13.75 字数: 310 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0658 - 9/R · 1504

定价: 26.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

再版说明

会员委宝审

2010年,教育部颁布《中等职业学校专业目录》,新增农村医学专业。第四军医大学出版社联合中国职教学会教学工作委员会、中华预防医学会职业教育分会,在全国40余所率先开设农村医学专业的职业院校的积极参与和配合下,经过近两年的研发与实践,于2012年6月正式出版了国内首套“全国医药卫生类农村医学专业教材”。全套教材包括公共基础课、专业基础课、专业课、选修课、毕业实习与技能实习5个模块,共31门课程。其中,《诊断学基础》被教育部确定为“中等职业教育改革创新示范教材”。

2014年,教育部公布《中等职业学校农村医学专业教学标准》(试行),对农村医学专业学制及核心课程设置进行了调整。针对此变化,我社适时提出对《诊断学基础》等13门专业核心课程教材进行改版,以适应卫生职业教育农村医学专业的改革和发展需求。

本次教材改版,在一版教材编写理念的基础上,进一步破除理论教学与实践二元分离的格局,以“工作过程为导向”,坚持“贴近实际、关注需求、注重实践、突出特色”的基本原则,更加注重校企(院)合作与行业专家的参与,同时密切结合国家执业助理医师资格考试的“考点”,以培养目标为依据,以农村医学专业教学标准和课程标准为纲领,充分体现“以用为本,够用为度,增强实效”的特点。本次改版的重点集中在以下三个方面:

1. 注重引导,激发兴趣:二版教材在每章开篇均设置有“导言”模块,以生动、简短的故事或案例引出章节内容,从而激发学生的阅读兴趣,提高学生学习的主动性。

2. 更新考点,对接临床:通过对近三年国家执业助理医师资格考试试题进行分析,全面修订和完善教材中的“考点链接”“案例分析”模块。通过选编临床典型案例和高频考点并进行解析,以加深学生对重点、考点内容的理解,并提高其实际应用能力。邀请临床专家参与教材编写并进行把关,使教学与临床规范相一致。

3. 全面梳理,整体优化:对照农村医学专业发展的要求,依据学生认知规律与学习特点,对教材进行梳理和优化,对所用甚少的“偏深、偏难、偏繁”等不适合学生学习的内容进行删减,准确把握教材难易程度,易于学生学习。

本次改版的教材共13种,主要供中等职业院校农村医学专业学生使用,亦可作为基层医务人员的培训教材。

全国医药卫生类农村医学专业教材 审定委员会

主任委员 刘 晨

副主任委员 符史干 刘 敏 曹文元 崔玉国 黎 梅

吴润田 吴国宝 张 静

委 员 (按姓氏笔画排序)

马永林 王之一 王喜金 韦东玲 方 莉

邓鼎森 石海兰 叶海珍 田应伟 孙守明

纪 霖 李平芳 李运华 杨 松 杨 鑫

杨金友 何海明 沈成万 宋立富 张 展

张石在 张金来 张学夫 张贵锋 陈 军

陈玉奇 陈玉梅 陈碧霞 陈德军 邵兴明

林宏军 郑长民 赵苏静 闽晓松 宫国仁

徐家正 郭永凯 管辉勇 崔效忠 符秀华

符致明 章 龙 章晓红 谭 菁 腾艺萍

潘永忠

前 言

急救医学是一门跨专业的以创伤、严重感染、复苏、灾害医学、中毒以及内科危重病诊治和研究为主要内容的二级学科。急救医疗水平的高低不仅反映一个国家、地区、城市卫生机构的组织管理水平,而且是医院、救护机构医护人员的救治水平和素质的具体体现。近年来随着我国工农业的迅速发展,交通及工伤等事故、各类严重感染、心脑血管疾病等危重病的发病率明显增加,因此需要我们医护人员不断做好急诊急救医疗工作,提高救治成功率,减少致残率和病死率。

急救医学基础是中等职业教育农村医学专业学生的必修课程之一,重点讲述急救的基本知识和常见急危重症患者的急救技术,强调基本技能的培养。基本理论和基本知识以“必需、够用”为度,以解决农村和基层岗位实际问题为引领,同时设计相关链接,拓展专业知识和能力,激发学生的学习兴趣。

本教材系统地阐述了急救医学基础的理论基础知识以及相关疾病的防治措施。内容共包括八章,即绪论、急救管理一体化、常见急症症状与急救、常见器官功能衰竭、常见急性中毒、常见理化因素引起的疾病、常用急救药物、常用急救技术。书后附有模拟测试卷及急诊科临床检验参考值。

本教材在编写、审定过程中得到了福建省龙岩卫生学校、南昌市卫生学校、福建医科大学附属龙岩市第一医院、新疆库尔勒市巴州卫生学校、山西省太原市卫生学校、鄂尔多斯市卫生学校、南宁市卫生学校、甘南州卫生学校、山西省晋中市卫生学校的大力支持,在此表示衷心的感谢。

由于编者水平有限,疏漏与错误之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

魏蕊

2014年11月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 急救医学的产生与发展	(1)
第二节 急救医学的范畴	(1)
第三节 我国急救医疗体系的现状	(3)
第四节 急救医学的学习目的与要求	(4)
第二章 急救管理一体化	(6)
第一节 概述	(6)
第二节 院前急救	(7)
第三节 医院急诊科管理	(12)
第四节 急救问题的评估与处理	(15)
第五节 急危重症患者的监护	(22)
第三章 常见急症症状与急救	(33)
第一节 高热	(33)
第二节 呼吸困难	(35)
第三节 咯血	(37)
第四节 呕血与黑便	(40)
第五节 晕厥	(42)
第六节 昏迷	(44)
第七节 惊厥	(49)
第八节 急性疼痛	(52)
第九节 心搏骤停	(57)
第四章 常见器官功能衰竭	(66)
第一节 多器官系统功能障碍	(66)
第二节 急性呼吸功能窘迫综合征	(69)
第三节 急性肾衰竭	(73)
第五章 常见急性中毒	(79)
第一节 概述	(79)



第二节 急性有机磷中毒	(82)
第三节 急性一氧化碳中毒	(87)
第四节 镇静催眠药中毒	(90)
第五节 常见毒品成瘾	(93)
第六节 常见食物中毒	(99)
第七节 酒精中毒	(102)
第六章 常见理化因素引起的疾病	(110)
第一节 中暑	(110)
第二节 淹溺	(113)
第三节 电击伤	(116)
第七章 常用急救药物	(121)
第一节 镇痛药物	(121)
第二节 镇静与止痉药物	(122)
第三节 呼吸中枢兴奋药物	(123)
第四节 强心与血管活性药物	(124)
第五节 利尿脱水药物	(128)
第六节 抗心律失常药物	(129)
第七节 肾上腺皮质激素	(131)
第八节 平喘解痉药物	(131)
第九节 止血与抗凝血药物	(133)
第八章 常用急救技术	(137)
第一节 现场急救技术	(137)
第二节 气道通畅术	(160)
第三节 简易呼吸囊的使用技术	(169)
第四节 股静脉穿刺置管术	(171)
第五节 静脉切开术	(173)
模拟测试卷	(179)
参考答案	(200)
参考文献	(202)
附录 急诊科临床检验参考值	(203)

第一章 绪 论

急救医学是一门新兴的独立医学学科，是研究和处理急危重症的基本原理、诊断和治疗技术以及组织管理体系的一门科学。

第一节 急救医学的产生与发展

自 20 世纪 60 年代开始，世界上很多国家就注重急救医学，加强急救、急诊医疗救护。1968 年，美国提出建立“急救医疗体系（EMSS）”，1971 年正式将急诊医学列为第 23 个独立的临床专业学科。英国于 1974 年实行急诊医学分级规划与管理，明确要求救护车在接到呼叫后 3 分钟出车，7 分钟到达现场。日本于 1963 年颁布《消防法修订案》，明确规定急救由消防队员负责，1973 年宣布了急救医学教育制度，1977 年建立了 3 级急救医疗设施及信息情报系统。世界上一些发达国家，多数已建立了急救网络，大大推进了急救医学的发展。

我国急救医学的兴起，是从 20 世纪 80 年代开始，卫生部于 1983 年颁布了《医院建设急诊科（室）的方案》，1987 年“中华医学会急诊医学专科学会”正式成立。到 20 世纪 90 年代中期，我国各大、中城市的多数综合性医院都单独设置了急诊科（室），配备了专门从事急诊工作的医护力量，专用的仪器设备也日臻完备与先进，急救工作的建设正向专业化、系列化、标准化的方向发展；医院急诊科建设已纳入医院达标升级评定的必备条件；伴随计算机技术的发展，我国远程医疗网络正在迅速发展，更将急诊医疗水平推上一个新的台阶。急救医学课程已成为我国医学院校临床医学专业的必修课程。建立一个组织结构严密，行动迅速、高效的急救医疗体系，已成为我国经济和社会发展的迫切需要，也将进一步加快我国急救医学发展的步伐。

第二节 急救医学的范畴

宏观上，该学科包括医院前急救与运送、院内急诊工作、危重症的强化治疗（ICU）、毒物学、灾难医学、急诊医学管理；微观上，包括各种急救措施与复苏、抗休克、清创止血、固定断肢、纠正水电解质紊乱和酸碱失衡、各器官急性功能衰竭以及各种急诊的诊断与初步处理等。



急救医学是一个完整的体系过程，是对急性疾病患者和伤员进行迅速诊断，进而积极地、有效地实施救治的全过程；阐述的是对常见危重患者和伤员的诊断和急救处理的基本知识与技术。

一、急救医疗体系的构成

急救医疗服务体系（emergency medical services system, EMSS）是把急救医疗措施迅速地送到事故现场的危重患者身边，经初步急救处理，再把患者安全地转运到医院内作进一步救治的服务体系。EMSS 由院前急救、院内急诊科、ICU 急救 3 个部分组成，三者既明确分工，又相互密切联系，形成一个有机整体。

急救医疗体系服务人员应由受过良好培训的急诊医学技术人员和其他人员组成，一般包括调度员、医生、护士、医技人员、司机和毒物控制中心的人员。

1. 院前急救 包括现场急救、途中救护，此过程能争取到关系患者生存的关键几分钟，对医院急诊科或 ICU 病房进一步急救创造有利条件。
2. 医院急诊科 急诊科是医院急救医疗的第一线，应配有熟悉临床各科疾病的诊治、有丰富临床经验和经过急诊专科训练的医生和护士。
3. ICU 重症监护室（intensive care unit, ICU）是对危重及全身功能衰竭患者集中地、严密地进行呼吸、循环、代谢及其他脏器功能监护与全身支持管理的病室。

二、急救的特点

特别是院前急救，具有社会性强、随机性强、时间紧迫、流动性大、急救环境条件差、病种复杂多样、只能以对症治疗为主和急救人员工作时体力强度大等特点。

三、急救人员必备的素质

著名急诊医学专家王今达教授对急救人员提出 4 项素质要求，即：①要有狮子样的体力；②要有骆驼样的精神；③要有猴子样的敏捷；④要像黄牛样只工作不索取。对完成工作的态度提出了 3 个“千”字，即千方百计、千难万险、千言万语以及完不成工作不罢休的工作作风。

1. 高度的责任心和同情心 只要伤病患者存有一线生存的希望，就应尽心尽责，全力以赴地快速、准确地进行抢救。
2. 良好的心理素质，全面的应急能力 急救人员应具备：①敏捷细致的观察力；②良好的记忆力；③敏捷的思维能力；④强烈的情绪感染力和情绪稳定性；⑤坚定的意志力；⑥良好的性格；⑦迅速准确的判断力和应急能力；⑧恰当的表达力等。
3. 树立时间就是生命的理念 对急危重症患者要做到分秒必争，为伤病患者争取生存的关键几分钟时间，不失时机地进行抢救，提高抢救的成功率。
4. 准确地判断病情和正确地进行抢救治疗 要求急救人员具有扎实的全科医学理论和知识、丰富的临床经验、熟练的操作技术、敏捷的观察力和动作，能迅速地对伤

病患者的病情作出判断，并正确地进行抢救治疗。

5. 保持良好的精神状态，重视人际交流技巧 主动地对伤病患者的病情变化、治疗过程及后果作出恰当的解释或告知，帮助其与家属建立必要的心理准备，争取其能主动配合，并指导家属保持稳定的心理状态和进行一些简单的生活护理技术，以配合医护人员的工作。

第三节 我国急救医疗体系的现状

20 世纪中叶，随着社会的发展，交通事故所致的伤害急剧增加，为使危及生命的急重伤患者得到及时救治，各国都十分重视现场救护与转运，积极培训急救人员和加强院外运输工具的装备。

在世界上已经有不少国家形成比较完善的急救医疗服务体系，但各个国家的发展极不平衡，其模式和投入的医疗技术力量均有其本国的特色。

我国从 20 世纪 50 年代中期开始，一些大中城市建立急救站，但大多规模小，设备简陋。20 世纪 60 年代初，我国的救护车大多只能起到对伤病员的转运作用。20 世纪 70 年代，一些城市出现了救护车分散且利用率不高的现象。1978 年，北京市公安局、卫生局联合制定《关于救护车的使用规定》，使我国的救护车使用向现代化迈进了一大步。1980 年国家卫生部颁发《关于加强城市急救工作的意见》的文件。1983 年颁布了《城市医院急诊室（科）建立方案》，规定了急诊室（科）的任务、急诊医疗工作方向、组织和管理及急诊工作的规章制度，有效地促进了急救医学在我国的兴起和发展。随后，全国各大、中城市医院纷纷成立急诊科，加强对急诊的领导和管理。1987 年 5 月，经中华医学会批准，正式成立了“中华医学会急诊医学分会”，从此急救医学在我国被正式承认为一门独立的医学学科。同时心脏监护病房、各专科或综合监护病房开始相继成立，危重病监护学开始形成并发展。随着急救运输工具的改进，先进仪器的装备及急救医护人员的培训，使院外急救与院内急救均得以大大的提高和加强，除了陆地运输以外，也开展了航运与海运。1998 年，我国民航机构急救中心发展到 70 多个。1999 年 11 月，由我国 54 个民航机构联合发起成立了“中心民航机构管理委员会医学航空救援专业组”。

目前，我国一些城市已陆续成立了急救医疗中心，普遍设立了“120”急救呼救电话与指挥系统网络。有的地区将公安、交警、消防及医疗的报警系统整合，建立联合出动救援模式，我国 EMSS 正逐步加强和进一步完善。不可否认的是，我国急救医疗服务发展依然不平衡，尤其是西部地区和农村地区非常落后，即使大部分已经建立起来的城市急救医疗体系也是不成熟的，存在着管理不规范、政府投入少、部门之间协调不畅通等诸多问题，这些亟需各级政府部门和急救医疗专业人士共同研究解决。



第四节 急救医学的学习目的与要求

一、学习目的

我国目前的急诊医疗条件、转送能力及抢救水平都十分有限。大量急危重症的抢救只能在基层单位实施，因此培养农村医学专业的学生，是农村、基层医疗力量的强大后备军，培训和努力提高基层医务人员的急救水平，健全一级急救网络是降低急危重症死亡率的重要环节。要以高度的责任心，牢记“性命相托，生死所系”的誓言，认真学习急救知识，熟练地掌握急救技能。

二、学习要求

必须认真学习其基本理论、基本知识和基本技能。在学习过程中，注意综合分析能力、判断能力的培养；注意职业素质和应急能力的培养；注意心理素质的培养；在灾害、重大事故前，能处惊不乱，遇急不慌；在抢救现场能迅速、果断地作出正确判断；学习时，特别要做到理论密切联系实际，强化基本技能的训练，做到操作规范、熟练；要求掌握常见急诊疾病的诊断和处理要点。

通过本书的学习，应该能做到：

1. 基本知识

- (1) 熟悉急救的概念、任务、特点和急救人员应具备的素质，了解急救的组织管理形式和制度。
- (2) 掌握院前急救的规范内容和技能，按急救规范程序在医疗急救实践中加以运用。
- (3) 熟悉常见危重症的病因、发病机制、诊断要点、急救与处理、转院指征与途中监护要点，在教师指导下对危重症患者正确进行初步诊断、应急处理和抢救。

2. 能力

- (1) 熟悉常见急救技术的操作步骤，掌握操作规程，正确进行抢救技术操作。
- (2) 运用预防保健知识和人际交流技巧，按患者的基本需求向农村、个体、家庭、社区提供健康服务，开展健康教育。

3. 思想教育

- (1) 具有辩证思维能力。
- (2) 熟悉农村医务人员的角色功能和专业独特的医疗保健作用，以刻苦勤奋、严谨求实的态度学习本课程，在医疗实践中，表现出良好的医疗职业道德和细心严谨的工作作风。

综合测试

A1 型题

1. 急救医学的目的是
 - A. 抢救患者生命
 - B. 提高抢救成功率
 - C. 促进患者的康复
 - D. 减少伤残率和提高生命质量
 - E. 以上都是
2. 急救医学研究的内容是
 - A. 院外急救
 - B. 急诊科抢救
 - C. 危重症监护
 - D. 急救医疗服务体系
 - E. 以上都是
3. 能使伤患者在最短时间获得救治的保证是
 - A. 急救服务体系的有效运行
 - B. 有无线电通讯
 - C. ICU
 - D. 高素质医护人员
 - E. 有装备良好的救护车
4. 下列哪项不是急诊医学的研究范围
 - A. 危重病医学
 - B. 灾害医学
 - C. 流行病学
 - D. 复苏学
 - E. 急诊医疗体系
5. 下列哪个不属于急诊医疗服务体系 (EMSS) 的组成
 - A. 院前急救
 - B. 重症加强病房
 - C. 急诊科
 - D. 手术室
 - E. 航空救援中心
6. 在我国, 急诊医学正式被确立为一门独立的专业学科是在
 - A. 1970 年
 - B. 1980 年
 - C. 1987 年
 - D. 1998 年
 - E. 1999 年

(魏 蕊)

第二章 急救管理一体化

随着医学科学的发展,急诊医学已成为一门独立的新型综合性医学学科,其重要性正在被人们进一步认识和关注。院前急救和院内急救担负着人民日常的医疗急救任务和突发意外伤害事件的紧急救援任务。

院前院内急救一体化也就是急诊医疗服务体系(EMSS)。院前院内急救系统共同组成了城市或地区的急诊医疗服务体系,提供24小时不间断的急诊服务,并力求快速、规范、优质、高效,各组成部分努力发挥各自相应的功能。从发挥总体的急救功能方面来看,院前急救、院内急救、急诊ICU三者互相配合,其中以院前、院内急救最为关键和薄弱。EMSS中的每一部分以及作为整个急救一体化的各个链接环节都发挥着不可替代的作用,有些环节是目前阻碍质量提高的瓶颈,也是大有潜力可挖的部分,应作为达到快速、规范、优质、高效的重点项目加以重视和完善。

现代急救管理的集中点是重视院前急救、规范医院急诊科管理和强化监护病房管理三方面的内容,落实在组织建设上为不断完善急救医疗体系(EMSS)的建设。这种急救管理模式的最大特点就是改变了过去只局限在狭隘的医院急诊科范围内被动地等候患者的局面,而是扩大到走出医院“围墙”,同时致力于院前急救。

第一节 概 述

急救医学把急救的过程分为三个阶段:“院前急救”阶段、“急诊科处置”阶段和“ICU观察”阶段。

近年来随着急诊医学观念的改变,急诊模式也在发生变化。在过去的几十年里,急诊模式主要是“通道式”,也就是说患者在急诊科进行简单的处置和初步分类后,即转入病房进行进一步的治疗。这种模式的弊端是早期救治水平较低,相当多的危重患者在急诊过程中相继死亡,错过了有效救治的大好时机。

在院前、院内的急救功能上密切配合,形成密切的链式连接与互助互补,出诊过程中遇到呼吸心搏骤停时当场复苏或边按压边拉回急诊科,并可直接送入急诊ICU;急性脑血管病患者可直接送入CT室,确诊后需手术时可直接送入神经外科;当胸痛患者确诊为急性心肌梗死时,可直接送入心血管病房开展PTCA等,亦可在急诊科当即行静脉溶栓治疗。

第二节 院前急救

院前急救,又称为院外急救或现场急救,是指从第一救援者到达患者发病、受伤现场并立刻采取一些必要措施,直至专业医学人员到达现场进行急救处置,然后将患者送达医院急诊室之间的这个阶段。院前急救对于突发疾病或者遭遇意外创伤的患者来说至关重要,甚至决定着患者的生命能否延续。

一、院前急救的重要性、任务和特点

(一) 院前急救的重要性

院前急救是急救医疗服务体系的首要环节,患者在遭遇突发性疾病和意外伤害时,如能在第一时间通过自救或者来自他人的施救,接受一些简单的现场处置,能极大地影响其预后,降低疾病的致残率和死亡率。这一点在心搏骤停、创伤后大失血等疾病发生时尤显重要。

院前急救也是每个城市地区应对突发事件和自然灾害应急防御力量的重要组成部分,是人民群众健康生活的保障。因此,完善急救医疗服务体系,特别是提高整体国民的急救知识水平,已经成为公共卫生事业建设的重点任务。

案例分析 *Anlifanxi*

某省高速公路上出现了化学品运输车辆与多车相撞燃烧爆炸的重大交通事故,出现大量各种伤情的急危重症伤员。

思考: 1. 如何在事故现场对伤员类型及严重程度进行分类?

2. 应该首先施救哪个类型的伤员,依据是什么?

(二) 院前急救的任务

1. 承担呼救患者的院外急救,这是主要和经常性的任务。
2. 承担突发事件、意外事故、灾难和战争时期的医疗救护任务。
3. 承担区域国际会议、集会和体育比赛等大型活动的急救医疗工作。
4. 承担民众救急知识普及的教育工作。

(三) 院前急救的特点

1. 随机性强 患者随时呼救,大多数呼救人员无法说清患者的情况,病种多样性,重大事故或灾害具有不可预测性,因此,要求救护人员的理论知识及操作技术掌握全面。

2. 紧急 一有呼救立即出动,一到现场立即抢救或运送,充分体现了“时间就是生命”的紧急性,要求救护人员必须具备良好的心理素质,做到沉着、冷静、果断。

3. 流动性强 院前急救服务区域广,包括就近的工厂、学校或居民点,也可以跨区域、跨县,对重大灾害事故进行增援。

4. 急救环境条件差 现场急救有时在路边,有时在事故现场及运送途中,光线、噪音、震动会给听诊、测量生命体征、注射等护理操作带来困难。

5. 病种多样且复杂 呼救患者的疾病涉及临床各科,在短时间内需进行初步诊断和紧急处理,所以,要求救护人员必须掌握各种常见急症的急救和护理。

6. 体力劳动强度大 现场抢救有时要弃车步行,有时要上楼梯搬运病员,途中颠簸等情况,均需付出较大的体力。

二、院前急救伤员的分类

(一) 现场伤员分类的判断

现场伤员分类是以决定优先急救对象为前提的,首先根据伤情来判断,包括判断伤员的呼吸与脉搏状况。

1. 呼吸 是否停止,用看、听、感来判定。

(1) 看 是通过观察胸廓的起伏,或用棉花毛贴在伤病员的鼻翼上,看有否摆动。如吸气胸廓上提,呼气下降或棉毛有摆动即是呼吸未停;反之,即呼吸已停止。

(2) 听 侧头用耳尽量接近伤病者的鼻部,去听有否气体交换。

(3) 感 是在听的同时,用脸感觉有无气流呼出。如听到有气体交换或气流感,说明尚有呼吸。

2. 脉搏 是否停止,用触、视、量来检查。

(1) 触 触颈动脉搏动及强弱。

(2) 看 观察头部、胸腹、脊柱、四肢,有否内脏损伤、大出血、骨折等。

(3) 量 测量收缩压不小于 12kPa (90mmHg)。

判定一个伤员只能在 1~2 分钟完成,通过以上对伤员简单分类,便于辨认和采取针对性急救方法。

(二) 现场伤员急救的标记

分类卡包括的颜色由急救系统统一印制。背面有扼要病情转归,随伤员携带。此卡常被挂在伤员左胸的衣服上;如没有现成的分类卡,可临时用硬纸片自制。

第Ⅰ急救区——红色:病情严重,已经危及生命者。

第Ⅱ急救区——黄色:严重,但尚未危及生命者。

第Ⅲ急救区——绿色:受伤较轻,可行走者。

第Ⅳ急救区——黑色:需要后运者。

考点链接

在地震的现场,通过自救离开倒塌建筑的伤员,应该标注为

A. 红色 B. 黄色 C. 绿色 D. 黑色 E. 白色

解析与答案:可以行走的伤员,属于轻伤。故选 C。

（三）现场急救区的划分

现场处置大批伤病员时，最简单、最有效的急救应有以下四个区，以便有条不紊地进行急救。

1. 收容区 伤病员集中区，在此挂上分类标签，并提供必要紧急复苏等抢救工作。
2. 急救区 用以接受第一优先和第二优先者，在此做进一步抢救工作，如对休克、呼吸与心搏骤停者等生命复苏。
3. 后送区 这个区内接受能自己行走或较轻的伤病员。
4. 太平区 停放已死亡者。

三、院前急救的原则

院前急救的总原则为先救命后治病，现场应该采取及时有效的急救措施，最大的去除正在危及患者生命的明显病因和症状。

急救时应遵循以下原则：

1. 先排险后施救 避免施救人员和患者再损伤。
2. 先复苏后固定 如遇到心搏、呼吸骤停又有骨折者，应首先进行心肺复苏，直至心搏呼吸恢复后，再进行骨折的固定。
3. 先止血后包扎 遇到大出血又有创口者，首先立即止血，再清理伤口进行包扎。
4. 先重伤后轻伤 遇有成批伤员时，应优先抢救危重伤者，后抢救较轻者。
5. 先急救后转运 以免耽误抢救的时机。
6. 急救与呼救并重 急救与呼救同时进行，才能动员更多人员参与及时的救治工作，尤其是有成批的伤员或心搏骤停者的救治。
7. 搬运与医护的一致性 在搬运伤员，尤其是危重者时，要及时、恰当。搬运者与医护人员要相互协调、密切配合，减少患者的痛苦和死亡。途中不应停止抢救。
8. 其他 医护人员实施院前急救时要听从急救指挥中心、交警、公安人员的调度安排，保护有法律纠纷的现场。

四、院前急救的组织与实施

（一）院前急救的组织形式

我国的院前急救机构有多种组织形式，既有独立的现代化急救中心或院前医疗救护站，也有由现有医院承担的急救中心。

（二）院前急救的实施

1. 现场急救 目的在于挽救和维持病伤人员基本生命，减轻途中痛苦和并发症，强调对症治疗。

（1）心理支持 在急救工作中，医务人员应保持镇静，紧张有序地进行救护活动。同时关怀、安慰患者，使其积极配合救护。应客观地对患者家属介绍病情，取得家属的合作与理解，使抢救工作得以顺利进行。

（2）常规的急救措施