



普通高等教育“十一五”国家级规划教材
全国高职高专卫生部规划教材
供 临 床 医 学 专 业 用

急诊医学

第2版

主 编 黄显凯
副主编 张贵云 申文龙



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高职高专卫生部规划教材

供临床医学专业用

急诊医学

第2版

主 编 黄显凯

副主编 张贵云 申文龙

编 委 (按姓氏笔画排序)

申文龙 漯河医学高等专科学校

李力卓 中国医科大学

应斌宇 温州医学院

沈美华 第二军医大学

宋祖军 第四军医大学

张年萍 大同大学医学院

张贵云 贵州省安顺职业技术学院

周发春 重庆医科大学

黄显凯 第三军医大学

韩继媛 华中科技大学

薛宏伟 大庆医学高等专科学校

蹇华胜 第三军医大学



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊医学/黄显凯主编. —2版. —北京:人民卫生出版社, 2009. 7

ISBN 978-7-117-11980-1

I. 急… II. 黄… III. 急诊-医学院校-教材
IV. R459. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 090360 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

急诊医学

第 2 版

主 编: 黄显凯

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 保定市中国画美凯印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 13.25

字 数: 314 千字

版 次: 2003 年 12 月第 1 版 2009 年 7 月第 2 版第 10 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11980-1/R · 11981

定价(含光盘): 24.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

高职高专临床医学专业第六轮教材 修 订 说 明

为适应我国医学专科教育改革和基层卫生工作改革发展的需要,经全国医药高职高专临床医学类教材评审委员会的审议,卫生部教材办公室决定 2008 年开始进行高职高专临床医学专业第六轮教材的修订编写工作。本轮教材的编写继续强调“三基、五性、三特定”和“必需、够用”原则,经过认真调研、论证,结合高职高专院校教学的特点,使之更适合于对基层、社区和农村助理执业医师的培养。

此次修订是在第五轮高职高专临床医学专业 23 种教材的基础上进行,第六轮教材的修订做了以下调整:

1. 保留第五轮的 23 本教材;
2. 第五轮教材《病理学》更改书名为《病理学与病理生理学》;
3. 增加《全科医学导论》和《医学伦理学》。

高职高专临床医学专业第六轮教材共 25 种:

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| * 1. 《医学物理学》第 5 版 | 主 编 潘志达
副主编 阮 萍 岳小萍 |
| * 2. 《医学化学》第 6 版 | 主 编 陈常兴
副主编 秦子平 许 新 |
| * 3. 《人体解剖学与组织胚胎学》第 6 版 | 主 编 窦肇华 吴建清
副主编 郭 兴 艾克热木·库尔班 |
| * 4. 《生理学》第 6 版 | 主 编 白 波 高明灿
副主编 苏莉芬 周晓隆 |
| * 5. 《生物化学》第 6 版 | 主 编 潘文干
副主编 何旭辉 万恂恂 |
| * 6. 《病原生物学和免疫学》第 6 版 | 主 编 肖纯凌 赵富玺
副主编 夏 惠 陈晓宁 吴松泉 |
| * 7. 《病理学与病理生理学》第 6 版 | 主 编 王 斌 陈命家
副主编 丁运良 张晓杰 |

8. 《药理学》第6版	主 编	王开贞	于肯明
	副主编	秦红兵	李秀丽
9. 《细胞生物学和医学遗传学》第4版	主 编	张丽华	邹向阳
	副主编	王洪波	王小荣
* 10. 《预防医学》第4版	主 编	孙要武	
	副主编	晏志勇	孙仁莲 肖焕波
* 11. 《诊断学》第6版	主 编	魏 武	
	副主编	符晓华	叶燕青 苗来生
* 12. 《内科学》第6版	主 编	雷 寒	
	副主编	王庸晋	赵惟呈 梁 谷
* 13. 《外科学》第6版	主 编	梁力建	
	副主编	熊云新	高庆涛 娄 庆
* 14. 《妇产科学》第6版	主 编	王泽华	
	副主编	翟建军	张玉娟
* 15. 《儿科学》第6版	主 编	于 洁	
	副主编	张玉兰	李 蕾
* 16. 《传染病学》第4版	主 编	王明琼	
	副主编	钟 锋	
17. 《眼耳鼻喉口腔科学》第6版	主 编	王斌全	龚树生
	副主编	张铁民	李 波
18. 《皮肤性病学》第6版	主 编	张信江	
	副主编	胡晓军	
19. 《中医学》第4版	主 编	潘年松	
	副主编	陈 平	
* 20. 《医学心理学》第3版	主 编	马存根	
	副主编	张银玲	张纪梅
* 21. 《急诊医学》第2版	主 编	黄显凯	
	副主编	张贵云	申文龙
22. 《康复医学》第2版	主 编	王前新	宋为群
23. 《医学文献检索》第2版	主 编	黄 燕	
	副主编	谈永进	
24. 《全科医学导论》第1版	主 编	路孝琴	
25. 《医学伦理学》第1版	主 编	秦敬民	
	副主编	奚 红	

* 为普通高等教育“十一五”国家级规划教材

高职高专临床医学类第四届教材 评审委员会

主任委员 文历阳

副主任委员 陈增良

委 员 (以汉语拼音为序)

常唐喜 何文彬 李晓阳 梁琼芳

马存根 马家骥 屈年贺 苏汝好

王斌全 王家富 王义祁 夏修龙

肖纯凌 熊云新 许化溪 赵富玺

秘 书 长 岩

音 码
H J 6 2018

前 言

急诊医学是医学领域中一门新兴的边缘学科,由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快,特别是近 20 多年来取得飞速发展,已成为一门独立的学科,在保障人民健康、促进国民经济发展等方面发挥越来越重要的作用。因此,对医学生进行急诊医学教育显得日益迫切和重要。

急诊医学是一门跨专业的学科,专业技术方面与其他许多专业有紧密联系,本教材在内容选择上力求既体现急诊医学本身的特色,同时避免与其他专业交叉重复,突出各种意外灾害和危重急症的早期急救和诊治。编写中坚持思想性、科学性、先进性、启发性、实用性的原则,介绍本专业的基本理论、基本知识、基本技能以及某些理论和技术方面的国内外新进展。根据医学专科教育的培养目标,教材力求简明扼要,可理解性强,注重理论联系实际,强调实用性。

本教材的编写得到卫生部教材办公室和全国高等医药教材建设研究会领导的关心指导,并得到第三军医大学、大同大学医学院有关领导的关心和支持,在此我们表示衷心感谢。

编 者
2009 年 4 月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 我国急诊医学发展史	1
第二节 急诊医学范畴	2
第三节 急诊医学的特点	2
第四节 急诊医疗体系	3
第二章 现场急救与运送	6
第一节 现场急救	6
第二节 现场急救技术实施	7
第三节 现场救护运送	17
第三章 常用急救技术	21
第一节 电转复术和电除颤	21
第二节 气管内插管术	22
第三节 环甲膜穿刺和环甲膜切开	24
第四节 气管切开术	25
第五节 胸腔穿刺术及胸膜腔闭式引流术	26
第六节 腹腔穿刺术	28
第七节 深静脉穿刺术	29
第八节 洗胃术	31
第九节 心包穿刺术	33
第四章 心搏骤停与心肺脑复苏	34
第一节 心搏骤停的病因、诊断	34
第二节 心肺复苏	35
第三节 脑复苏	39
第五章 急性中毒	42
第一节 急性中毒的诊断治疗原则	42

2 ——— 目 录

第二节 常见工业性毒物中毒	50
第三节 常见药物中毒	54
第四节 常见农药中毒	58
第五节 杀鼠剂中毒	66
第六节 乙醇中毒、食物中毒	72
第六章 休克	77
第一节 概述	77
第二节 过敏性休克	82
第三节 低血容量性休克	83
第四节 感染性休克	85
第七章 创伤	88
第一节 概述	88
第二节 颅脑创伤	94
第三节 胸部创伤	99
第四节 腹部创伤	103
第五节 泌尿系统创伤	104
第六节 骨折	107
第七节 脊髓损伤	109
第八节 多发伤	111
第八章 环境及理化因素损伤	115
第一节 淹溺	115
第二节 电击伤	118
第三节 中暑	120
第九章 中枢神经系统急症	123
第一节 颅内高压	123
第二节 急性脑血管疾病	127
第三节 癫痫状态	133
第十章 心血管急症	135
第一节 急性冠脉综合征	135
第二节 急性心力衰竭	141
第三节 高血压急症	144
第四节 严重心律失常	148
第十一章 呼吸系统急症	154

第一节	自发性气胸	154
第二节	重症支气管哮喘	158
第三节	急性肺栓塞	163
第十二章	消化系统急症	166
第一节	急性上消化道出血	166
第二节	急腹症	172
第十三章	内分泌代谢系统急症	181
第一节	糖尿病酮症酸中毒	181
第二节	高渗性高血糖状态	186
第三节	低血糖症	190
参考文献		195
中英文对照		197

第一章

绪论

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新兴的学科。国际上正式承认它是一门独立的学科仅 20 余年。但由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快。急诊工作直接关系到患者的安危和预后。及时、高效地抢救急危重患者,反映一个国家或地区的经济、文化、卫生状况和医疗水平以及社会保障各部门的协调能力和管理水平。急诊医疗服务体系随着社会的发展,在保障人民健康、保护劳动力、促进国民经济发展等方面发挥着越来越重要的作用。

第一节 我国急诊医学发展史

我国现代急诊医学的发展不过 20 余年。1984 年国家卫生部颁布《医院急诊科(室)建设方案(试行)》以及 1987 年中华医学会急诊医学学会成立以来,急诊事业较前有了迅速的发展。各地医院相继建立了急诊科,并重视急诊科的建设,加大了投入,急诊科的规模、设施也较前明显改善。急诊医学的专业人员由过去专科人员兼任而逐渐改变为培养急诊医学的专职医护人员,形成了相对独立的专业技术队伍,并不断发展壮大,技术力量大大增强。

与其他专业不同的是,急诊医学不单纯体现在专业技术方面,它同时需要得到社会保障体系的支持和广大人民群众参与。如大型意外灾害、交通事故伤、工矿事故伤的救治过程中,除了急诊医学专业人员积极救治外,还需要社会各界的大力支持和人民群众的广泛参与。在医院范围内,急诊医学强调强有力的组织,常需要多个专业的人员参与协同抢救。在统一组织指挥下,密切合作,严格按照各项规章制度和救治程序有条不紊地实施各项救治措施。对伤病员的救治既要注意病损的局部处理,更要重视全身性的整体救治观念。因此,急诊医学非常强调急诊医疗服务体系。近年来,我国在城市普遍建立了符合我国国情的急诊医疗服务体系,即院前急救-医院急诊科-急诊 ICU。我国统一了全国急诊呼救电话号码为 120,建立并不断完善院前急救的通讯网络,增加了急救车辆及院前急救仪器设备投入,城市交通快速发展,使院前急救的反应性加快,急救医学知识教育的普及使人民群众对意外事件及灾害自救互救意识和知识增强。院前急救有了较大的改观,城市医院普遍建立了急诊科,部分市级医院急诊科建立了急诊 ICU,急诊科和急诊 ICU 在软件和硬件建设方面均得到了加强。因此,目前我国急诊医学从总体来说,正以坚实的步伐向前迈进。

1980年8月在哈尔滨举行的全国危重病急救医学学术会议,标志着全国性的急诊医学学术活动的开始。1981年,《中国急救医学》创刊,1986年10月,由急诊医学学会筹备组在上海召开了第一次全国急诊医学学术会议。1986年12月1日,中华医学会常委会正式批准成立中华医学会急诊医学学会,并于1987年5月在杭州举行了成立大会。至此,我国的急诊医学开始正式作为一门新的独立学科。

1997年3月,急诊医学学会正式更名为中华医学会急诊医学分会,随着急诊医学业务范围不断发展,迄今,中华医学会急诊医学分会已组建设置了复苏学、院前急救、危重病医学、创伤学、急性中毒、儿科急诊、灾难医学及继续教育8个专业学组。这些专业学组均在急诊医学分会委员会的领导下开展本专业的学术活动。

近年来,中华医学会急诊医学分会在国内外进行了广泛的学术交流活动,我国还参与并担任了亚洲急诊医学学会理事、世界急诊与灾难医学学会理事和国际急诊医学联合会理事。

第二节 急诊医学范畴

急诊医学是一门跨专业的边缘学科,专业技术方面与其他许多专业有紧密联系和交叉,但它突出各种危重急症的早期诊断治疗,其范围主要包括以下几个方面:

1. 初期急救(first aid) 即院前现场急救,包括工厂、农村、家庭和交通事故现场等所有出事地点对伤、病员的初步急救。
2. 复苏学(reanimatology) 针对心搏、呼吸骤停的救治。
3. 危重病医学(critical care medicine) 危重患者的主要病种包括各种疾病引起的心搏骤停、呼吸骤停、休克、各系统的危重急症和多器官功能不全等。
4. 创伤学(trumatology) 尤其是多发伤及严重创伤的院前及现场急救和急诊科的早期救治。
5. 急性中毒(acute intoxication) 均需快速抢救,有时可因群体中毒而有大量患者。
6. 灾害医学(disaster medicine) 灾害医学是综合性医学科学。其内容包括自然灾害(如地震、洪水、台风、雪崩、泥石流和虫害等)和人为灾害(如交通事故、化学中毒、放射性污染、环境剧变、流行病和武装冲突等)所造成的后果。
7. 急诊医疗体系(emergency medical service system) 即及时到达急、危、重伤患者的身边,进行现场初步急救(院前急救),然后安全护送到就近的医院急诊室做进一步诊治,少数危重患者需立即手术、送入监护病房或专科病室,这就需要有一个完善的急诊医疗服务体系。

第三节 急诊医学的特点

1. 病员救治反应迅速 急诊的特点之一是患者发病急骤,变化迅速、急危重症和创伤事故患者多见。如各种急病、中毒、意外伤害患者,到达医院时已出现了危及生命的情况,如心搏骤停、呼吸骤停、心肺功能衰竭、严重创伤、大量失血、严重休克及深度昏迷等。因此,时间就是生命,应争分夺秒,及时、迅速、准确地抢救这些危重患者。

2. 急诊工作强调制度化、标准化、程序化 急诊患者随机性大,难以控制。急诊患者的就诊时间、人数、病种及危重程度均很难预料。突遇交通事故、急性中毒或传染病流行等,患者常集中就诊,急救工作难度较大。因此,必须完善各种应急救治的预定方案,保持各种抢救器材和急救药品的完好,保证各级抢救组织的健全,坚持常备不懈,随时可投入急诊抢救。各项制度健全,操作规范,救治工作程序井井有条。

3. 急诊工作对医护人员的素质要求较高 医护人员要掌握主要急危重症处理和生命支持治疗的基本功,在较短的时间内,要能够对病情准确地作出判断,掌握并施行心肺复苏、心脏除颤起搏、气管插管、气管切开、洗胃、止血、升压、机械通气及生命监测等急救技术操作,有手术指征者,迅速取得生命支持后能立即手术。

4. 树立整体思维、加强团结协作 急诊的疾病种类多,涉及专科广。有时一个重危患者,尤其是复杂疑难病例及复合伤,常需要多个科室和各类人员共同协作抢救,医务人员之间互相协作越好,救治成功的希望就越大。因此,应该树立整体观念,团结协作,互相支持,密切合作,从而形成救治的最佳方案,并保证各项措施及时落实,取得好的救治效果。

5. 分清轻重缓急 急诊患者病情不同、表现各异,不确定因素多,处理矛盾多。有的必须争分夺秒地抢救,有的则可以迟缓一步。因此,急诊工作应将有利于抢救患者作为原则,任何时候都把危重患者的抢救放在首位,分清轻重缓急,做到急症急治。

6. 对生命指征不稳定的危重伤病员,在诊断未明的情况下,应坚持诊断与治疗同步,边检查边抢救,应及时采取抗休克、补液、吸氧等应急措施,不能消极地等待化验及检查。如怀疑腹腔、胸腔脏器出血,应立即行腹穿、胸穿,得到证实后立刻手术,诊断与治疗不应脱节,片面地强调等待 B 超或 X 片证实后才考虑手术,就可能丧失抢救时机。

第四节 急诊医疗体系

急诊医疗体系(emergency medical service system, EMSS)由院前急救、医院急诊科和重症监护病房三部分组成,这三部分各有特点和重点,相互紧密联系,在统一指挥下最有效地救治伤病员。专业急救医疗体系包括灵敏的通讯指挥系统,反应迅速的院前急救系统,能够实施监护抢救的运输工具,高水平的院内救治护理系统,急救网络系统和科研情报机构。急诊医疗体系的健全与否,急救效率和质量的高低,不仅反映一个国家、地区或医院的管理水平,也是反映其医疗技术水平的重要标志。目前急救医疗体系在一些国家已经比较完善,一些国家正在建立,并且已经显示它能使危、急、重症患者得到及时、有效的救治,使急救医学水平得到提高。

随着社会的进步及发展,人们对健康的需求迅速增长,各种突发性意外事故也在增多,我国的 EMSS 也得到了迅速发展。它已被实践证明是有效的先进的急救服务系统,在抢救人民的生命方面发挥着越来越大的作用。它把急救医疗措施迅速地送到危重患者身边和发病现场,经过初步诊断和急救处理,维护其生命,再把患者安全地转送到医院内作进一步救治,为抢救生命和改善预后争取了时间。

1. 急诊医疗服务体系的任务 从院前急救的初步救护到抢救危及生命的休克。心律失常、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭、脑血管意外、肝性脑病、各种危象、

严重创伤及急性中毒等危重病,均是急诊医疗服务体系的任务;对破坏性大、群体受伤较重的自然或人为的灾害所致的意外事故,要承担其中的抢救受害者和减轻伤亡程度的任务。根据统计数字表明,我国主要致死疾病前五位依次是脑血管意外、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、创伤和中毒、心血管疾病。这些疾病,除恶性肿瘤外,大多数带有突发性,而且绝大多数发生在医院以外。如果能对这些人采取及时、有效的现场抢救,并把患者输送到医院进行延续强化救治,将会使许多人的生命得到挽救。

2. 急诊医疗服务体系的组织 急诊医疗服务体系包括院前急救中心(站)、医院急诊科室和急诊加强监护病室或专科病房。它们既有各自独立的职责和任务,又相互紧密联系,是一个有严密组织和统一指挥的急救网。县级以上城市建立了急救医疗指挥系统,负责地区的急救工作的领导、指挥和协调。

建立城市三级急救医疗网,各级急救医疗机构接受急救医疗指挥部指派的对突发性灾难事故发生后的现场抢救;根据现场伤害人数、致伤原因及伤情,分别按一般、轻型、中型、大型、重大型及特大型进行分类,按型实施急救措施。一般一级急救网络由城市一级社区医院和乡镇卫生院组成,可收治一般伤患者;二级急救网络由区、县级医院组成,可收治较重的伤患者;三级急救网络由市级综合医院和教学医院组成,收治病情危重且较复杂的患者。

3. 院前急救 院前急救是城市急诊医疗服务体系中极为重要的一环。院前急救的作用在于在急危重伤患者的发病初期就给予及时、有效的现场抢救,维持患者的生命,防止患者再损伤,减轻患者的痛苦,并快速地护送到医院进行进一步救治,为院内急救赢得时间和条件,减少急危重伤患者的死亡率和致残率。院前急救不仅包括患者的现场急救,还包括患者到医院的运输。现场急救包括快速检查(检伤分类),采取简便有效的急救措施,必要时采用特殊急救措施,如急救手术。运输包括人工搬运和工具运输,在搬运的过程中,应根据不同的病情,给予相应的搬运方法和体位。在运输过程中还应根据病情需要进行现场抢救的延续治疗和途中监护。在病情危急的情况下途中亦应进行抢救。

我国的院前急救部分由独立的急救中心或急救站组织实施,绝大多数由综合医院的急诊科组织实施。按“就近”的原则实行分区负责,既可充分利用现有医疗资源,又可最大限度地缩短急救半径,使伤病员得到及时救治。

院前急救的专业化的急救人员主要从事基本的生命急救技术如维持气道通畅、人工呼吸、胸外心脏按压、伤口包扎止血、骨折固定及搬运护送等。国外比较重视急救人员的培训工作,从事急救工作的急救技术人员、急救医士、警察、消防队员和驾驶员等都要经过急救培训,重点培训基本生命急救技术和高级生命急救技术,培训后需经过一定时间的实习,并经国家考试合格后发给资格证书,才能从事急救医疗工作。结合我国情况,应以急救员为主体,由医生指导,并在特殊情况下医生出动至现场。北京急救中心于1985年经市卫生局批准,公开招考高中毕业生,于1986年1月正式开办了第1代急救员培训班,学制1年,半年讲课共836学时,半年临床实习,相当于美国医助的水平,毕业后充实了院前急救队伍,承担起院前急救任务。其他急救人员如经过专门训练的消防队员、工程抢险人员、警察、驾驶员等也参与必要的院前急救工作。指挥通讯系统可以说是院前急救的关键环节,院前急救必须有畅通的通讯联络系统,负责所有的急救信息的接收、传

送、指挥、协调等联络工作,使院内、院外急救工作紧密联系,使伤病员得到最快和最佳的救治。目前许多国家建立了全国性或地区性统一的急救呼叫电话号码,如美国为 911、英国为 999、日本为 199、中国为 120。急救医疗体系内各单位设有专用通讯线路和无线电通讯设备,保证急救讯息畅通无阻;还建立有强大的急救指挥控制中心,装备先进的全球卫星定位系统、电子计算机系统、闭路电视终端及通讯设备等,随时接受呼叫,并迅速地派出急救车和急救人员,使急救车与指挥中心之间、急救车与医院之间保持紧密的通讯联系,以作出迅速的反应。有的国家还设立有急救情报中心和中毒控制中心,专门负责收集急救情报和中毒的研究、咨询和会诊等。

急救运输工具是急救单位执行紧急救护任务必不可少的设备,可以使急救做到行动迅速,抢救及时,提高应急能力。一旦呼救,立刻赶到现场,经过妥善救治,待病情稳定后,及时安全地转送到医院。目前急救的运输工具以救护车为主。空中救护系统利用小型医用直升机和喷气式救护飞机运送伤病员。飞机用于救护急救半径大、交通复杂不便的山区、野外作业及旅游途中发生的急症、创伤以及灾害性成批伤员的急救,尤其在争取时间方面发挥了独特的优势。

急救医疗的器械、仪器设备、药品以及救护车、通讯设施和相应的物资,由卫生行政部门统一要求,实行规范化管理。各医疗单位根据要求,装备齐全、完善、实用,平时准备就绪,放置固定地点,指定专人定期检查更换,一旦有令可携带至现场抢救。

现场急救人员要求有较丰富的临床经验和较强的应急能力,急救操作熟练,基本功过硬,要具有独立工作能力。应急的急救人员应接受严格的院前急救专业培训,能熟练掌握止血、包扎、固定、搬运等技术,掌握基础生命维护以及常见急症如急性脑血管病、心力衰竭、应急处理、心电监护、呼吸管理、心脏除颤及抗心律失常等治疗措施,以提高其抢救水平和应急能力,一旦接到命令,能招之即来,按要求到达现场参加急救。

现场急救时,对于大批伤员,要根据伤情,按危重、较重、较轻、死亡进行检伤分类,并以不同颜色的标志卡分别置于伤员胸前,给予不同处置。对于急性心脏、呼吸功能障碍、严重出血、内出血、脾破裂、肝损伤、严重胸部伤、颈部损伤、严重烧伤、伴有昏迷的颅脑损伤以及休克状态等危重患者,必须紧急转送医院手术或抢救治疗。

4. 社会急救 各级政府和各级医疗机构应广泛利用报刊、电视及电台等宣传手段,积极普及急救知识,使广大群众掌握现场急救基本知识和最基本的急救技术操作,比如徒手心肺复苏、骨折固定、止血、包扎、搬运和常见创伤的简单处理方法。一旦发现急危患者或在意外灾害事故时,专业队伍尚未到达现场之前,能正确、及时地进行自救、互救。广大群众在各种场所发现危重患者,都有义务予以急救,送往就近医疗单位或向急救部门呼救。

(黄显凯)

第二章

现场急救与运送

第一节 现场急救

现场急救是急诊医学的重要组成部分,是指从伤害发生到伤员进入医院前这段时间现场或转运中的救治,反映了现代医学进步和经济发展的必然需求。世界各地都建立了急救医疗体系,包括院前急救、医院急救、后续专科治疗三部分,现场急救就是该体系中的院前急救。

一、现场急救预案实施

医疗救护系统根据现场事故的特点和本地区抢救能力制定出突发性医疗事故急救预案,事故一旦发生,在预案下实施急救有利于职责分工,达到忙而不乱,急而有序。预案内容包括:目的和要求;人员结构和分工;急救必备器材、药品、物品等;先进通信和交通工具;灾害时检伤和救治原则;患者疏散后转送原则;灾后预防原则;信息收集、反馈和传递等。

二、事故现场检伤和救治原则

对大批伤员救治原则是在最适当时间和地点对为数最多的伤员施行最好的救护。在事故的现场设置临时医疗指挥所,担负检伤、就地急救和分流任务。检伤(triage)应由具有专业知识和急救经验的主治医师以上人员担任。按伤情分为四类,可用绿、黄、红、黑不同颜色标识,绿色代表轻度损伤,生命体征正常;黄色代表中度损伤,介于轻伤和重伤之间;红色代表重度损伤,生命体征不稳定,休克、意识不清、呼吸困难等;黑色代表死亡。救治原则为先重后轻、先急后缓、先救命后酌情处理创伤。对心搏、呼吸骤停、大出血、脊椎骨折、重度休克等伤员应先进行现场急救,待病情许可时再转送,否则易引起转送途中病情加重或死亡。现场急救方式有自救、互救、群众性救护及专业性救护等。

三、现场急救疏散后送原则

经检伤和现场急救后伤员应尽快疏散后转送。原则是专科伤员如烧伤、颅脑外伤可直接送专科医院或特色医院;重伤员就近送往技术设备力量较强的市级医院或省级医院;中度伤员和轻伤员,可就近送往区级医院;死亡人员就地等待善后处理。疏散后送应根据伤员人数、伤情及当地各级医疗机构的救治能力,做到合理分流,把最急需进行急救

的伤员首先送往最近的医院。

四、事故后预防原则

突发性重大灾难不仅给受灾人群造成重大伤亡,而且常引起一部分人的精神创伤,使生命节律发生紊乱和退缩行为。如恐惧、颤抖、木僵或过度兴奋等现象,即所谓“灾难综合征”,据统计占受灾人75%左右。另外“大灾之后必有大疫”,这要靠流行病、传染病、神经精神病及心理学等专家来研究和防治。

第二节 现场急救技术实施

急性疾病和意外伤害,是人们随时可能发生和遇到的,但多发生在院前。现场急救是否及时、妥善,直接关系到患者的安危和预后。有的急危重患者,可以说时间就是生命,但是,长期以来,遇到急危重患者,传统的概念和办法就是未经任何必需的现场急救措施,就把患者送到医院治疗,有的甚至弃近求远。很显然,这将严重影响到许多急症患者的救治,甚至使许多患者失去抢救的宝贵时间,其关键是忽视院前急救的重要性。近几十年来,在广大急诊工作者的不懈努力下,人们已经初步认识到现场急救的重要性,重视对所有急性疾病和创伤必须先“救”后“送”,而非先送后救,这是基本原则。认识到无论是危重病或一般急症患者,要求能在其发病时,及时将医疗措施送到身边,立即开始有效的处理,然后安全护送到最近的医院进一步诊断和处理。

接触和发现急性疾病和意外伤害的第一目击者,往往是患者的家属、同事和出事地点的过路群众,如果这些人员懂得现场急救技术,就能对患者进行必要的初步急救,否则就会束手无策,所以,对广大群众进行初步急救的普及训练就显得十分重要。因此,现场急救不再是医院里医生的专利,对医务人员本身也存在着普及急救知识的问题。当然方式不尽相同,但要求则应该是更高。因为现在的医务人员,特别是大医院的医务人员的知识结构,存在着分工过细、过于专业化的问题。例如,一位心内科医师,往往不知道骨折后应该如何急救,某一专业的外科医师往往不知道急性心肌梗死该如何初步急救。因此,从事急救事业的医务人员应该掌握比较全面的知识,做全科或通科医师,才能满足急救事业的需要,才能判别急症患者关键问题所在,分清轻重缓急,给予正确的现场急救。

意外伤害往往造成身体各部位、各脏器的严重损害,有时危及生命。伤害后大出血、颅脑外伤、严重骨折及昏迷等,需要迅速进行现场急救。急救人员除熟练地不失时机进行有效的通气、止血、包扎、固定和搬运外,还应立足于现场,开展以心肺复苏为主的挽救生命以及对严重创伤造成伤残等危急情况的紧急医疗救护。

一、现场急救注意事项

1. 迅速判明需要紧急救护的地点、事件和人数。
2. 立即采取现场行之有效的救护措施,努力做到早期呼救、早期心肺复苏和早期实施急救技术:解救、止血、包扎、固定和搬运。
3. 在救护中要保护自己免受伤害。如在救护触电人员时,不能用手直接去拉尚未脱离电源的人;在毒气现场,应戴防毒面具才能进入现场救人。