

中西医结合 内科急救与护理

郭树明 丁文君 张保东 主编



甘肃文化出版社

中西医结合 内科急救与护理

郭树明 丁文君 张保东 主编



甘肃文化出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合内科急救与护理 / 郭树明, 丁文君, 张保东编著. —兰州: 甘肃文化出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5490-1572-6

I. ①中… II. ①郭… ②丁… ③张… III. ①内科—疾病—中西医结合—急救 ②内科—疾病—中西医结合—护理 IV. ①R5②R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第121717号

中西医结合内科急救与护理

郭树明 丁文君 张保东主编

责任编辑 | 周桂珍

封面设计 | 

出版发行 |  甘肃文化出版社

网 址 | <http://www.gswenhua.cn>

投稿邮箱 | press@gswenhua.cn

地 址 | 兰州市城关区曹家巷1号 730030(邮编)

营销中心 | 王 俊 贾 莉

电 话 | 0931-8454870 8430531(传真)

印 刷 | 兰州星河印务有限责任公司

开 本 | 880毫米×1230毫米 1/16

字 数 | 1067千

印 张 | 38.75

版 次 | 2018年5月第1版

印 次 | 2018年5月第1次

书 号 | ISBN 978-7-5490-1572-6

定 价 | 98.00元

版权所有 违者必究 (举报电话: 0931-8454870)

(图书如出现印装质量问题, 请与印厂联系)

《中西医结合内科急救与护理》

编 委 会

- 主 编 郭树明 甘肃省中医院
丁文君 甘肃省中医院
张保东 甘肃省临泽县人民医院
- 副主编 杨丽霞 中医药研究院
王海明 甘肃省中医院
郑艳妮 兰州市第一人民医院
马向贵 甘肃省天水市清水县中医医院
黄 粤 首都医科大学附属北京朝阳医院
刘 爱 北京中医药大学第三附属医院
吴 疆 北京中医药大学第三附属医院
王志程 北京中医药大学第三附属医院
脱承德 甘肃省中医院
- 编 委 王振华 程 涛 田广芳 孟祥云 王永胜
任亚平 白 宇 薛燕芳 贺 云 张之弘

前 言

近年来,随着人民生活水平的不断提高,物质生活日益丰富,中毒、外伤等急诊事件频发,再加上社会老龄化,各种慢性病发展到终末期都会出现不同程度的急危重症,这种现象促进了临床对急诊技术的要求。

本书立足于临床内科常见急危重症,结合中西医理论基础及国内外最新研究进展,系统地介绍了常见内科急症的诊疗技术与护理方法。全书共十五章,内容丰富,主要涵盖了急诊科的设置与管理、急症病人的接诊方法、院前急救诊疗措施、急诊监护与气道管理、急诊机械通气思路与方法、急诊重症营养方案等临床实用技术,同时介绍了中医急诊的研究现状与学科特点,以及常见中医急诊症状的处理。此外,本书对常见内科的急救与护理做了详细阐述。全书注重临床实用性,可供医护人员及进修生、实习生参考借鉴。

本书的编写,参阅了大量国内外最新文献,考证了大量书籍资料,其中第一主编郭树明编写了第一章至第四章第三节、第六章至第七章第二节,共计149千字;第二主编丁文君编写了第十章第十一节至第二十八节,共计149千字;第三主编张保东编写了第十章第一节至第十节,共计139千字。第一副主编杨丽霞编写了第十章第二十九节至第十一章第七节,共计147千字;副主编王海明编写了第四章第四节至第五章第三节、第八章第三节至第九章第四节,共计99千字;副主编郑艳妮编写了第十一章第十四节至第十三章第二节,共计87千字;副主编马向贵编写了第七章第三节至第八章第二节,共计97千字;副主编黄粤编写了第十一章第八节至第十节,共计35千字;副主编刘爱编写了第十四章、第十五章,共计43千字;副主编吴疆编写了第十三章第三节至第六节,共计35千字;副主编王志程编写了第十一章第十一节至第十三节,共计40千字。此外,副主编脱承德及其他编委参与了前言、目录的编写工作,以及校对、排版、封面设计等工作,共计47千字。全书总计1067千字。

本书编写历经两年之久,编写过程中充分结合临床实际工作,并经过几番专家论证,按照专家的宝贵意见和建议进行修改校正,但由于时间仓促,难免有所遗漏,望读者批评指正。

郭树明

2017年12月

目 录

第一章 概论	1
第一节 急诊医学与急诊护理学	1
第二节 急诊科的设置与管理	8
第三节 急诊重症监护室管理	17
第二章 急症病人的接诊和院前急救措施	21
第一节 危重急症病人的接诊	21
第二节 急诊医学临床模式	26
第三节 院前急救诊疗措施	27
第三章 急诊监护与气道管理	35
第一节 急诊监护与评估	35
第二节 气道管理	48
第四章 急诊机械通气思路与方法	64
第一节 机械通气基本原理	64
第二节 无创通气	65
第三节 机械通气指征与禁忌	67
第四节 通气模式	69
第五节 呼吸机参数调节	71
第六节 常见通气故障与处理	75
第七节 机械通气常见并发症	76
第八节 撤机与拔管	78
第五章 急诊重症营养方案	86
第一节 营养基础	86
第二节 肠内营养	89
第三节 胃肠外营养	93
第六章 中医急诊的研究现状和学科特点	100
第一节 中医急诊的研究现状	100
第二节 中医急诊的学科特点	103
第七章 中医急诊常见症状	107
第一节 发热	107
第二节 神昏	116
第三节 呕吐	121
第四节 眩晕	126

第五节 抽搐	131
第六节 厥脱	136
第七节 急黄	140
第八节 喘促	144
第九节 急性头痛	146
第十节 脘腹痛	152
第十一节 腰痛	155
第十二节 出血	158
第八章 危重症的处理	163
第一节 猝死	163
第二节 脓毒症	171
第三节 多脏器功能障碍综合征	179
第四节 急性呼吸窘迫综合征	185
第九章 急性中毒的处理	190
第一节 急性酒精中毒	190
第二节 急性镇静催眠药中毒	194
第三节 一氧化碳中毒	197
第四节 有机磷农药中毒	201
第十章 常见内科急症的处理	207
第一节 感冒	207
第二节 风温肺热病	219
第三节 喘病	235
第四节 哮病	241
第五节 肺癰	247
第六节 急肺衰	252
第七节 咳血	260
第八节 卒心痛	264
第九节 心悸	272
第十节 薄厥	284
第十一节 暴喘	290
第十二节 急心衰	294
第十三节 暴吐	300
第十四节 暴泻	304
第十五节 急性胃痛	309
第十六节 急性腹痛	314
第十七节 呕血	318
第十八节 便血	326
第十九节 急黄	331
第二十节 急性胆胀	336

第二十一节 急性脾心痛	340
第二十二节 疫毒痢	345
第二十三节 时疫霍乱	350
第二十四节 急淋	355
第二十五节 急性肾风	360
第二十六节 急肾衰	367
第二十七节 头痛	373
第二十八节 眩晕	376
第二十九节 卒中风	379
第三十节 卒口僻	382
第三十一节 痉病	385
第三十二节 痫病	388
第三十三节 癲病	391
第三十四节 狂病	393
第三十五节 痴呆	396
第三十六节 紫癜	400
第十一章 常见危重症的急救护理	408
第一节 急性心肌梗死	408
第二节 急性冠状动脉综合征	420
第三节 心律失常	429
第四节 高血压危象	434
第五节 心脏骤停与心肺脑复苏	439
第六节 急性呼吸窘迫综合征	454
第七节 慢性阻塞性肺疾病	459
第八节 消化道出血	467
第九节 急性脑血管病	474
第十节 癫痫	483
第十一节 糖尿病酮症酸中毒	488
第十二节 非酮症性高血糖高渗性糖尿病昏迷	494
第十三节 急性中毒	500
第十四节 有机磷酸酯类中毒	512
第十五节 休克	519
第十六节 过敏症与过敏性休克	525
第十二章 器官衰竭病人的急救护理	533
第一节 急性心力衰竭	533
第二节 急性呼吸衰竭	535
第三节 急性肾衰竭	538
第四节 急性肝衰竭	541
第五节 多器官功能不全综合征	547

第十三章 急救护理技术	554
第一节 洗胃术	554
第二节 心脏电复律术	559
第三节 急诊临时性人工心脏起搏术	564
第四节 气道开放技术	566
第五节 血管穿刺技术	571
第六节 危重病监测技术	576
第十四章 急诊心理护理	585
第一节 急诊病人心理护理	585
第二节 危重病病人的心理护理	591
第十五章 发热与隔离区护理	597
第一节 发热的诊断与护理	597
第二节 急诊隔离区域的护理	602
第三节 急诊护患纠纷	605

第一章 概 论

第一节 急诊医学与急诊护理学

近年来随着医学科学的进展,急诊医学已被越来越多的医学界同行和专家们认可是一门新的独立学科,其重要性越来越受到人们的重视。它之所以成为一个医学专科是医学发展和社会需要这两个重要因素促成的。且由于急诊和急救质量体现了医院的综合水平及文明程度,且往往是医院形象的“窗口”,所以急诊科的发展模式和建设备受医院管理者的关注。然而,急诊医学毕竟是一门年轻的医学学科,虽历经三十余年发展,其运作机制、专业内涵和发展模式尚未统一。

首先,急诊医学具有多学科的特点,它不是某一专科所能概括的,而是涉及内、外、妇、儿等各专科疾病中的急性病、危重病,并且需要这些专业参与救助。其含义主要是对涉及的各专业急性疾病的诊治需要专科救助;对急诊专业医师而言,也需要这些专业范畴的专业知识;对患有多种疾病的病人的诊治抢救,同样需要多个专业参与共同完成。其次,急诊医学是一个边缘学科和交叉学科。急诊所面对的病人可有多种疾病共同存在,并以某种疾病作为矛盾的重点而突出表现。这里常涉及内分泌、神内、心内、呼吸和肾内等多个专业,但仅凭某一专业知识或某一专科均不能解决该病人的问题。这样不管从疾病本身,还是医师、科室均面临多专业相互交织的问题,即边缘学科和交叉学科的问题。另外,随着人们生活水平的提高,对医疗保健提出了更高的要求;大城市社区医疗服务网的不断完善,常见病、多发病均在社区内处理,而急、危重病则需要急救中心和医院急诊科进行救治;交通事故等灾害医学也需要一支训练有素的急救医疗队伍以应付突发事件。这些因素均使急诊医学的发展处于上升态势,故被认为是发展前景广阔的一门新兴学科。

一、急诊医学概述

(一)急诊医学是一个时间维度的概念

由于急诊医学是一个新兴的综合学科,正确理解其基本概念,对于急诊医学发展十分重要。急诊医学所涵盖的范围在它的名字中已有充分的体现。在英文中急诊医学为 Emergency Medicine,直译的概念是与紧急情况有关的医学,也就是说需要紧急看医生的情况都是急诊医学的范畴。日文中与“急诊”相对应的词为“救急救命”,似乎突出了“急”“危”“重”的特点。中文中的“急诊医学”和过去曾用过的“急救医学”,很可能是“紧急诊断治疗”和“紧急救治”的简化形式,用于英文名词的翻译,并不能完全体现其内涵。实际上,急诊医学相对于其他分类方法(年龄划分:老年医学,小儿医学;系统划分:呼吸病学,心血管病学等;功能划分:康复医学,整形医学等),是以“时间维度”为标准(“急”与“缓”)的一种医学体系,它只是强调“急”的特性。只要是具备“急”特征的医学现象都是急诊医学的范畴。因此理解急诊医学应多从时间维度去探讨。还要认识到“急”不一定与病情相平行,“急”可以是很轻的病,

甚至是“无病”。只要病人有紧急看医生的需要,就应是急诊的范畴。所以急诊医学不但是危重病,还应包括慢性病和疑难病等其他方面的所有急诊问题。

因此,加强相关专业领域急诊问题的研究,必将丰富急诊医学的内涵。

(二)急诊医学是社会发展的产物

急诊医学是随着社会的发展和科学的进步而诞生的一个年轻学科,在其发展过程中必然带有浓重的社会进步色彩。从急诊相关名词中就可见到社会发展的烙印。

在急诊医学诞生之前,在医院里的急诊部门常常通称为急诊室(emergency room, ER),表面含义是与急诊有关的“工作室”或“诊室”,强调的是“一个房间”(room)。它的功能只是为病房的专科医师提供一个紧急诊断和处置的场所。故急诊室一般无专业医师,只有一些专科医师临时派来应诊,并有较多的护理人员协助专科医师的工作。目前在一些经济欠发达地区和规模较小的医疗机构,急诊室的模式和功能仍较常见。

随着经济发展和急诊医学的壮大,医院里急诊部门的功能也发生了改变,它由提供诊治场所的单一功能,转变为急诊病人早期诊断和治疗的基地。它一般由院前急救、急诊抢救和急诊重症监护病房三部分组成。这样无论从功能、概念和规模上都有了很大的改变,所以改称为急诊科(emergency department)。

近十年来,随着社会的发展和经济的进步,急诊医学与其他医学专业一样,也有向专业化和大型化的发展趋势。故近来在国内外一些经济发达的地区相继出现一些以急诊医学为主要专业领域的大型急诊中心(emergency center),为社会提供专业化和快速的急救服务。

因此,急诊医学的发展必须与社会经济发展相平行。

(三)相对专业化是急诊医学的发展方向

现代医学进展使专业分化越来越细,许多专科医生理论知识和临床技能日益专一化,有的仅是某病的专家,而病人是一个整体,且随着寿命延长,老年人常有多种慢性病同时存在,某种慢性病急性发作或在许多慢性病的基础上又得了新的急性病,这时各个系统的疾病相互交叉发生在一个病体上,绝非单一专科医生所能解决,这就需要有专门的医生对病人的病理生理状态进行综合评价和分析,以期对病人进行有针对性的治疗。而这正是急诊科医生应该并有能力完成的。

但是,急诊医学虽然是一个综合学科,是对医学以时间维度为标准划分的产物,其涵盖面非常广,非专业化很难提高医疗水平。所以急诊医学本身的专业化,即进一步分科化是其发展方向。故在目前阶段,一些较大规模医院的急诊科应设立急诊内科和急诊外科专业组,并且每个医师都应该有自己相对较强的专业方向。这样使急诊医师的知识结构合理化,做到博中有专,争取在某些方面较专科医师有一定的优势。其次,还应拓宽急诊专业领域,如近来出现的胸痛中心、中毒中心、创伤救治中心等。这些领域的拓展,使急诊医学这一综合学科向纵深方向发展,专业化水平会进一步提高,同时也必将促进急诊医学的整体进步。

总之,急诊医学专业化有两层含义,一层是急诊医学相对于其他学科的专业化,此方面已成共识。另一层是急诊医学本身的专业化,即进一步分科化。综合学科的相对专业化必将会给急诊医学的发展注入新的活力。

(四)快速诊断是急诊医学的关键

由于急诊科具有接受任务的随机性、突发性及执行任务时的应急性、机动性、协作性和社会性等

特点,要求医生在有限时间内迅速确诊,采取措施,所以说快速诊断是急诊医学的精髓。急诊医学中“急诊”二字的表面含义“快速诊断”似明确了急诊医学的宗旨。在急诊工作中,正确诊断是正确治疗的前提,是抢救成功的基础。

(五)低流行率和高病死率是急诊人群的特点

急诊病人多病情危重,常伴有生命危险或有并发脏器功能衰竭和肢体伤残的可能性,存活与死亡之间的时间宽限度狭小,极易失去抢救时机。来诊病人还具有突发性、艰巨性和不可预见性特点,故急诊病人有较高的病死率。而仅靠复苏措施,难以挽救这些伤病病人的生命,需从根本上阻断威胁生命保障系统的病理生理过程。这就要求急诊工作人员不仅要全面掌握高超的医术,同时需具备健壮的体魄及较好的应变能力,以适应急诊工作的需要。急诊抢救也不能只停留在实施心肺复苏等一般性抢救措施水平上,应承担并完成各种创伤、休克、出血,各种急、危、重症的救治以及多个脏器功能衰竭的早期诊断和救治。近来的研究表明,在中国占急诊死亡前三位的疾病是:心脑血管疾病、创伤和呼吸系统疾病。因此急诊医学的工作重点应放在危重病的急救、多发伤的救治、心肺脑复苏、急性中毒救治、多脏器功能不全和休克的救治。

其次,随着人们生活水平的提高,对健康保健的需求不但要求质量高、服务好,更要求快捷有效的服务。且社区医疗制度日趋完善,很多慢性病、常见病、多发病在社区医疗机构能得到有效诊治,而危重病、复杂疑难病必须送到大中医院就诊,急诊科是当然的一线服务者。近来交通事故伤和急性心脑血管病发病率也明显升高,中毒自杀等事件亦呈渐增趋势,以及地震、水火灾、建筑物倒塌、飞机失事等意外灾害事故,都是不可避免的需紧急救助的医疗重任。所以急诊人群的疾病谱非常广泛,低流行率是其特点。这就要求急诊人员在诊治病人过程中要有扎实的基本功和广阔的思路。在急诊医学教育中,也应拓宽知识面,尤其对一些少见病和疑难病的诊治应有所涉猎。

总之,随着社会的进步,急诊医学的概念和模式也在不断地完善。了解这些新的理念对提高急诊管理水平和改善急诊服务质量有一定的指导意义。

二、急诊医疗体系

现代医学要求在病人发病之初或受伤之际就能给予恰如其分的诊治,并将其安全转送到医院,立即接受急诊医师有效的初步诊断和治疗,然后根据病情,安排他们的转归。多数接受治疗后可以回家继续服药、休息和治疗。少数危重病病人可以经适当处理或手术,然后转到重症监护病房(intensive care unit, ICU),或冠心病监护室(coronary care unit, CCU),或专科病房。这是目前比较合理的救治急性病、伤人员的组织系统,也就是当今国际上很多国家在努力组建的新颖的急诊医疗系统,称为“急诊医疗体系”(emergency medical service system, EMSS)。因此,急诊医疗体系是院前急救中心(站)、医院急诊室和ICU或CCU或专科病房有机联系起来的一个完整的现代化医疗机构。

(一)院前急救中心(站)

可以是独立的一个机构,也可以依托在一个综合医院内,但它的任务是院前急救,安全输送病人和组建急救医疗网。组建这样一个机构应具备下列诸要素。

1. 人员 急救专业人员和管理人员都需经过特殊训练,包括通讯、管理、急救、运输和指挥。从实际出发,院前急救的主要人员应该是“急救医士”。他们的培训可以在各地卫生学校或护士学校,增设专门训练班,培训时间可以为1.5~2年。从事院前急救工作的人员,即使是通讯人员,也应接受短

期基本生命救护训练。

2. 体制 急救中心(站)的组织体制是使它的工作正常运行的基本保证。大、中城市的组织形式可以根据当地具体情况决定,但基本任务不应改变,那就是负责全城急诊的通讯、协调、指挥、现场抢救和安全运输。它可以独立成一系统,在急诊、急救工作中,它是全城最高指挥者和组织者,把全城有条件的医院组织成网,分区负责,这样可以缩短抢救半径。可以根据本城面积和人口密集分布情况,划区分段设分中心或分站。它也可以依托在一个有条件的综合医院,特别适用于中等城市。其优点为:①利于病人分流(patient flow)。②利于抢救复杂的病人。但是这个依托于综合医院的急救中心(站)应有相对的独立性,那就是它主要还是全城急诊工作的通讯、协调和指挥场所,还要负担现场抢救和安全运输的任务,且所依托的医院不得干预。

3. 装备 急救中心(站)的主要装备为先进的通信设备,可进行继续治疗和监护的救护车和其他运输工具,以及必要的抢救器械。

(1)通信设备:急救中心(站)应装备专用的通信设备,如有线电话、网络系统、GPS系统等。无线电—电话联络系统(radio-telephone switch system, RTSS)可以快速联系病人所在地的急救中心(站)和医院急诊室。经过该系统迅速地分诊和调度,一个恰当的现场急救、安全运输和接收医院急诊室之间的联系可迅速建立,各部分能在最短时间内分别行动和准备妥当。遇有特大灾难时,这个系统更能显示出它的优越性。全城及至全国应有统一呼救电话号码,现在我国已规定为“120”。美国纽约市自1984年实行这一通信系统以来,已能做到接到“911”(美国全国统一呼救电话号码)后,派车到现场进行必要抢救,然后安全输送病人到指定的接收医院,总共花费时间平均为9 min。

(2)交通工具:用于输送病人的交通工具应有国家统一标准。交通工具主要是陆路的救护车,在特殊情况下,也可使用直升机和医用小飞机。输送病人的交通工具应具备以下基本设施和条件:①行驶平稳;②车内有除颤器、临时起搏器、呼吸机、氧气供应装备、心电及呼吸监护机、固定受伤部位的夹板或抽气担架、抗休克设备(抗休克裤)、小缝合包、输液装置和必要的抢救药品及液体(包括冻干血浆);③车内应保持恒温;④无线电通信设备;⑤司机也必须接受过基本生命抢救训练。

(3)器械装备:急救中心(站)应配备可在现场进行抢救工作的各种器械,并应有抢救使用记录。

(4)资料储存:有关本市各接收医院的床位、手术室、监护室、专业人员实力、各类设备等的资料均应储入资料库,并每日检查变动情况。病人的资料,特别是高危病人的资料均应预先存入资料库,以便随时查询。同时,资料库还应储存国内外有关急诊医学的进展和各处发生的重大灾害事件资料。

4. 管理 急救网络是保证急诊医疗体系能顺利运转和提高抢救效率的重要步骤。按我国的传统情况,可在原有三级医疗网的基础上组织、加强、改进。

急救中心(站)需要与本城的公安、消防、公共活动场所等处的服务人员建立联系,并对相关人员进行必要的抢救知识培训,使之达到基本标准。与此同时,还应对全体市民进行宣传教育,使老百姓了解“自救”的基本知识。

应变能力也是对急救中心(站)能力的考验。平时应注重培训,并加强急救网的组织和联系。这样才能在遇到突发事件时快速做出有效的反应,并有条不紊地组织救险人员迅速投入抢救。

(二)医院急诊室

这是与院前急救联系最密切的部分,是医院急诊工作的前哨。随着急诊医学成为独立的专科,它的组织和任务也有了新的含义和形式。

1. 组织结构 急诊医学是一个跨学科专业,急诊室是进行急诊医学实践的场所。急诊室内均需

要各专科轮流派来的医师值班,同时,急诊专业的医师也需要轮流到其他科室工作,特别是内科的心血管组、呼吸组,外科的普外组,以及麻醉科。急诊专业医师尤其要重视到ICU或CCU的轮转学习。从行政管理来看,急诊科应与其他临床科室有同样的编制。在急诊科的功能分区内,还应注意护理人员的培养和相对的专业分工,以提高急诊护理的整体水平。

2. 任务特点 急诊室每天接待的急症病人,虽然多数(95%以上)是一般急症,需急救或需组织专业人员急救的属少数。但如忽视或轻视对多数急症病人的处理,其中有一部分就有可能演变成重症甚至危重症病人。因此对每一例来急诊室就诊的病人都应认真对待,这是急诊护理工作的要点之一。

3. 科研和教学 急诊医学是一门很年轻的专科,但社会对急诊医疗服务的需求量是非常大的,因此培训大量专业医护人员是当务之急。在急诊护理的科研和教学方面,虽然它与医疗系列有许多相似之处,且联系紧密,但还需强调其护理特点,避免研究与急诊医疗相关的课题。

由于急诊护理学是跨学科专业,所以其科研工作与其他临床科室可能重叠。但是随着医学的进展,与急诊医学有关的科研工作也越来越专业化。例如复苏学的研究、休克的研究、复合伤的研究、循环衰竭或(和)呼吸衰竭的研究等都进展得很快,而且越来越多地由急诊医学专业医护人员去研究。

(三)收治危重病的重症监护病房

急诊重症监护病房(emergency intensive care unit, EICU)实际上是急诊医疗体系的组成部分。其中专科监护病房在各医院已有很多设置,如呼吸重症监护病房(respiratory intensive care unit, RICU)、神经科重症监护病房(neurological intensive care unit, NICU)、胃肠道外加强营养与代谢监护病房(total parenteral nutritional and metabolism intensive care unit, TPN)、儿科重症监护病房(pediatric intensive care unit, PICU)等。这些专科ICU与急诊ICU是一种相互补充、相互依存的关系,可根据医院的具体情况设置。

EICU病房应设立于急诊抢救区附近,收治范围主要是患有严重生理功能衰竭的病人。他们除了需要依赖药物及支持生命的仪器外,更需要有高素质的人员向病人及家属提供高质量的医疗护理服务。

总之,完整的急诊医疗体系(EMSS)包括:①完善的通讯指挥系统;②现场急救;③有监测和急救装置的运输工具;④高水平急诊服务;⑤强化治疗(加强监护病房ICU)。这一体系的建立和健全,对急救工作的提高起了很大作用,特别在灾害性事件中,急诊医疗体系更能体现出它的价值。院前急救、医院急诊室与强化监护医疗病房密切联系,组成一个完善的急诊医疗体系,为急症和危重症病人提供良好的医疗服务,并可以在发生意外灾难时提供紧急救援。

三、急诊科

急诊科的工作主要负责接诊,抢救急、危重病病人;对即刻危及生命的病人进行抢救;对危重病生命体征不稳定者稳定生命体征;对一般急诊就诊病人,识别潜在威胁生命的危险因素;还应培养训练一支急救专业队伍,以适应突发事件的紧急医疗救援。

(一)服务范畴

1. 诊治各个专科急性疾病或慢性病急性发作。
2. 对急诊症状进行诊断和鉴别诊断,如胸痛、腹痛、昏迷等。
3. 对院前急救(急救中心、急救站等)护送来的急危重病人进一步诊治。

4. 对即刻威胁生命的疾病,如心搏骤停、窒息、急性中毒、休克、多发伤、多器官功能障碍综合征及各种大出血病人进行抢救。

(二)急诊就诊分区

1. 抢救区 对即刻有生命危险的急危重病人,不经挂号、分诊,即刻送到抢救室展开抢救。抢救室配有吸氧装置、呼吸机、监护仪、吸痰器、除颤仪、洗胃机和床旁X光机等抢救仪器设备。外科抢救室应配有无影灯和手术床,便于即刻急救手术。

2. 危重病就诊区 主要适用于不易搬动的危重病病人就诊。病人躺在可移动的检查床上,边做各种检查边做治疗,一直到明确诊断并住院,整个过程均在该床上。X线检查、急诊化验、急诊CT与急诊导管室均与该区在同一水平面上,方便病人检查诊断。

3. 一般病人就诊区 主要适用于各种常见病、多发病病人就诊。

三区相互联系,相对独立,既分工又合作。即对有生命威胁病人在抢救室通过积极救治,解除威胁生命的因素,但生命体征不稳定或相对稳定,需要进一步明确诊断,这类病人即可转入急诊ICU。在急诊ICU进一步明确诊断、救治,病人生命体征稳定,脱离生命危险且诊断明确,即可转入专科病房。而留观的一般病人,如果病情恶化,生命体征不稳定,可转入ICU,如威胁到生命即转入抢救室。

(三)急诊工作方法

急诊病人一般分为3种类型:A类——濒死,即病人随时有生命危险。B类——危重病,生命体征不稳定或相对稳定,但如不仔细检查可能会威胁到生命。C类——一般的急诊病人。

根据以上分类方法确定的急诊工作方法为:对于A类病人要实行先抢救后诊断的原则,即在A区立即利用一切急救手段抢救病人的生命,如室颤者进行电除颤,窒息者吸痰、气管插管,过敏性休克者抗休克。首要是把病人从死亡线上抢回来,待其生命体征稳定后,再向其家属亲友询问病人患病的原因、经过,并做必要的检查、诊断。对B类病人或A类病人经抢救暂时转为B类阶段的病人,坚持维持生命体征与明确诊断检查并重的原则。一方面,通过各种手段、措施维持生命体征的稳定。在此过程中根据治疗反应积极做各项检查,包括详细询问病史、查体、化验及X线等特殊检查以了解不稳定因素。一旦明确诊断,即可转入专科病房救治。C类病人一时难以明确诊断,采取留观处理。首先是区分该类病人是否有威胁生命的潜在因素存在。有时,疾病的发展由隐匿到表面化需要时间,这就需要细致观察,对症处理。

四、急诊护理学

(一)概念

护理学是自然科学和社会科学相互渗透的一门综合性的应用学科。护理学以基础医学、临床医学、预防医学、康复医学以及与护理相关的社会、人文科学理论为基础,形成其独特的理论体系、应用技术和护理艺术,为人们生老病死这一生命现象的全过程提供全面的、系统的、整体的服务。

急诊护理学是与急诊医学同步成长的一门新学科,也是护理学专业化的产物,主要研究各种急性疾病、急性创伤、慢性病急性发作,及急、危重病病人的抢救护理等。随着急诊医学的发展和仪器设备的不断更新,急诊护理学的研究范畴也在日益扩大,内容也更加丰富。

(二)发展历史

现代急诊护理学起源于19世纪南丁格尔(Florence Nightingale, 1820—1910年)年代。南丁格尔出身于贵族之家,受过良好的高等教育,懂德、法、意大利等国语言,富有同情心,性格坚毅,具有开拓精神。1851年,她不顾家人阻挠,有目的地学习护理、卫生及伦理学课程,并毅然决定献身于护理事业。1854—1856年,英、俄、土耳其等国在克里米亚交战,英军伤亡惨重。英政府选定南丁格尔,由她率领38名训练不足的“护士”奔赴战地医院,负责救护工作。她克服重重困难,以忘我的工作精神、精湛的护理技术和科学的工作方法,经过半年的艰苦努力,使伤员的死亡率由原来的50%降至2.2%。

20世纪50年代初,世界上最早出现了用于监护呼吸衰竭病人的监护病房。60年代起,急诊护理技术进入了有抢救设备配合的阶段。70年代起形成了急救医疗体系,重视现场急救、急诊护理教育,并建立了网络系统。

在80年代以后,国内外一些城市相继成立急诊中心,同时还开展了急诊护理培训班。许多大、中城市的综合医院和某些专科医院都设置了急诊科或急诊室,并配备医师、护士等专业医务人员,器械设备得到更新,并向专业化、系列化和标准化的方向发展。尤其是进入21世纪以来,由于SARS流行的经验,突发公共卫生事件的应急护理也成为急诊护理的重要内容。

急诊专科护士是最近十几年才出现的。WHO在1997年的《世界护理实践报告》中指出,当今护理的发展,较为迅速的两个方面,一方面是护理教育水平的迅速提高,另一方面是专科护理逐渐发展。为了提高护理质量,护士应对不同专科进行深入学习。在某一专科领域具备较高水平和专长,能独立解决该专科护理工作中的疑难问题,并可指导其他护士的工作,就成为专科护士。美国在20世纪90年代,首先从麻醉科中开始培养专科护士,以后又有ICU护士、糖尿病护士、造口护士等。专科护士在发达国家发展越来越快,层次也越来越高。在美国,许多专科护士都放在硕士层面上来培养,这对护理学科的发展和护士队伍的建设是非常重要的。有的护士专门从事社区护理及预防保健服务,成为社区护士和公共卫生护士。在美国,很多有专长的护士自己开业,成为独立进行护理的开业者。美国也是急诊护理专科发展极快的国家之一,1980年7月举行的首次注册急诊护士(Certified Emergency Nurse, CEN)考试,正式确定了急诊专科护士的地位。1983年第一版《急诊护理实践标准》一书的问世标志着急诊护理开始进入专业发展阶段。

2005年,在《中国护理事业发展规划纲要(2005—2010年)》中提到“护理在急危重症、疑难症病人的救治方面发挥着重要作用”。在“2005年至2010年内,分步骤在重点临床专科护理领域,包括重症监护、急诊急救、器官移植、手术室护理、肿瘤病人护理等专科护理领域开展专业护士培训,培养一批临床专业化护理骨干,建立和完善以岗位需求为导向的护理人才培养模式,提高护士队伍专业技术水平”。这将成为我国急诊专科护理建设与发展阶段的重要标志,说明了急诊护理在急诊医疗服务体系中所显示出的重要地位和作用。

(三)主要任务

1. 协助完善急诊网络 成立急救点、抢救小组,各成员配合专门的呼叫系统,设立对内对外的通讯联系设施及一定规模的救护装备,统筹安排现场急救与伤员运送,及时联系院内急救成员及设备到位待命。

2. 协助开放绿色通道,建立复苏抢救室 凡有生命危险的病人应进入绿色通道,各种抢救项目均应贴上显著的相应标志,一切手续由专职人员办理,实行一条龙服务。设立专门复苏室,所有抢救

用品时刻处于应急状态,全部抢救仪器必须通上电源,只要打开总电源,便能正常运转,按省时、方便原则妥善定位放置。

3. 抢救时的定位与抢救程序 分工明确,定位管理,其标准为:A.气道管理与辅助通气;B.心脏按压除颤,系统性全身检查;C.建立静脉通道,心电监护,血压、血氧饱和度监测;D.留置导尿,静脉给药,抢救记录;E.作为急救工作的协调者,应注意各种抢救措施的规范操作与执行。

4. 组织人员培训 组织安排业务学习,定期进行现场模拟急救培训,不定期抽查考核。

5. 药品器械的配备与管理 抢救药品专人管理、定位放置、定量贮存,随时检查补充。各种仪器定期检查维修,专人管理,处于完好待用状态。

6. 急诊考核与评审 制定专门的急诊护理质量考核标准,每年进行气管插管、除颤、呼吸机应用和故障处理、心肺复苏、多发伤和心律失常处置的现场模拟考核。

总之,急诊护理的服务理念应为“一切以病人为中心,以质量为核心”,以真诚的爱心提供高素质、高效率的服务,发扬团队协作精神,树立良好的窗口形象,改变以往服务理念,进行开放式服务,随着医学科学的进步,急诊护理必然也会迅速发展。

(郭树明)

第二节 急诊科的设置与管理

急诊科是急诊医疗服务体系的一个重要组成部分。急诊服务质量直接关系到病人的生命安危,也是反映医院管理、医疗技术和服务水平的窗口。因此,加强急诊科的建设和管理是促进急诊医学发展的重要举措。

一、急诊科的设置

根据卫生部要求,500张床位以上的医院应设急诊科,500张床位以下的医院应设急诊室。急诊科的专业设置主要有两种形式:一种是以内、外科为主的综合急诊科;另一种则是以各分科为主的专科急诊科,通常设内、外、妇、儿、五官科等专科急诊。急诊科(室)必须实行24 h应诊,建立“绿色通道”,使病人能在到达5 min内得到处置。

(一)急诊科的布局与要求

1. 急诊科的位置 急诊科应设置在医院的最明显位置,有独立入口,大门宽敞,运送病人的车辆可直接到达。急诊科应有救护车专用停车点,并保持救护车道路通畅。

2. 急诊科的总体布局 急诊科空间应宽敞、通风,候诊区宽敞、明亮,轮椅和推车出入无阻碍。抢救室、各专科诊室、重症监护室、手术室、治疗室、输液室、检验科、影像科、药房、挂号收费室等宜设置在同一平面内,各功能部门的布局应以减少交叉穿行、减少院内感染和节省时间为原则,使总体布局合理,就诊路线清晰通畅、方便。

3. 急诊科的标志 急诊科标志必须醒目、突出,方便病人寻找。各功能部门的标志也应醒目,最好采用灯箱,从远处就能看见。为减少询问,在通往抢救室的方向上,可采用一定的方式,如沿墙或地面涂上色标,悬挂醒目指示牌,建立快捷通道等。急诊大厅应有急诊科各个层面的平面图。