



新编急危重症学

闫怀军 等 主 编

新编急危重症学

闫怀军 等 主 编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

新编急危重症学 / 闫怀军等主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2017.6
ISBN 978-7-5189-2879-8

I. ①新 II. ①闫 III. ①急性病—诊疗 ②险症—诊疗 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 141243 号

新编急危重症学

策划编辑: 宫宇婷 责任编辑: 杜新杰 宫宇婷 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京虎彩文化传播有限公司
版 次 2018 年 6 月第 1 版 2018 年 6 月第 1 次印刷
开 本 889×1194 1/16
字 数 944千
印 张 29.5
书 号 ISBN 978-7-5189-2879-8
定 价 128.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

主 编

闫怀军 郇志磊 贾建华 陈 莹

吴志伟 周立涛

副主编 (按姓氏笔画排序)

许 涛 孙济科 杜修生 杜晓敏

李 慧 余 珊 陈毅胜

编 委 (按姓氏笔画排序)

王艳苓 (威海市中医院)

闫怀军 (山东省青岛市城阳人民医院)

许 涛 (山东省淄博市临淄区人民医院)

孙济科 (河北省辛集市第二医院)

苏冠丽 (河北医科大学第一医院)

杜修生 (山东省菏泽市第二人民医院)

杜晓敏 (河北省邢台市第三医院)

李 慧 (山东省青岛市城阳人民医院)

吴志伟 (郑州大学附属郑州中心医院)

余 珊 (湖北医药学院附属随州医院 随州市中心医院)

张明明 (河北医科大学第一医院)

张晓云 (山东省青岛市城阳人民医院)

陈 莹 (河北医科大学第一医院)

陈毅胜 (甘肃省敦煌市医院)

周立涛 (湖北省宜昌市第二人民医院 三峡大学第二人民医院)

郇志磊 (淄博矿业集团有限责任公司中心医院)

贾建华 (肥城矿业中心医院)

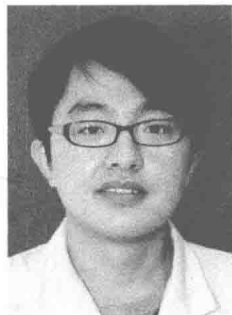


闫怀军

男，研究生学历，医学博士。青岛市城阳区人民医院麻醉科主任，主任医师。长期在国内知名三甲医院工作，担任学科带头人（科主任）、地市级以上专业学会副主委等职。有深厚的理论功底及丰富的临床及科室管理经验。擅长疑难危重患者的临床麻醉及救治。发表核心论文12篇，主编医学著作5部，主持科研课题多项。



邹志磊



男，1983年2月出生，2006年毕业于潍坊医学院，医学硕士，主治医师，现于淄博矿业集团有限责任公司中心医院重症医学科工作。任淄博市医学会重症医学分会委员。在急危重症救治方面具有丰富的临床经验，擅长诊治严重创伤、重症感染、重症胰腺炎、重度药物中毒、多脏器衰竭、各种复杂大手术术后等重症疾病，精通机械通气、血液净化、营养支持、血流动力学监测等技术。近年来，在专业期刊发表研究论著4篇。倡导“救人一命，生活万金”的人生价值观。



贾建华

男，1984年毕业于济宁医专，于泰山医学院后续本科，心内科专业副主任医师，现任肥城矿业中心医院重症医学科主任，泰安市心血管专业委员会委员，泰安市心脏康复委员会会员，山东省重症医学会会员，泰安重症医学会委员，先后发表著作《现代心血管病学》及论文等近十篇，从事临床心内科30年、重症医学科4年，对心血管系统、重症系统疾病有着丰富的诊治经验。



陈莹



女，1978年12月出生，河北医科大学第一医院急诊科主治医师，医学硕士。2003年毕业于河北医科大学，之后一直从事急诊危重患者的救治工作。2011年于北京协和医院进修学习，主攻急诊危重患者的救治，现任河北省急救医学会救援分会的委员、河北省中西医结合学会委员。主持省级课题一项，厅级课题一项，参与多项课题的研究，并获得省、市级科学技术奖多项，参著著作2部，发表SCI论文5篇。



吴志伟

女，于郑州大学附属郑州中心医院急诊科工作。2003—2008年在四川省川北医学院临床医学系攻读本科，取得临床医学学士学位。2008—2011年在郑州市荥阳市人民医院工作3年。2011年9月到2014年6月在郑州大学医学院攻读研究生学位。

P 前言

Preface

随着社会经济的发展,人们生活节奏的加快,临床急危重症发病率居高不下,已经引起医学界的高度关注。临床急危重症病情复杂多变,既可单一脏器受损,也可多个器官、多个系统同时出现功能障碍,或者出现序贯性多器官功能损害。面对这样的急危重症患者,能否迅速做出正确诊断和有效救治并监护生命体征变化,直接关系到患者的生命安危。近年来,急危重症的基础研究与临床应用都取得了长足的进步,大大增加了急危重症的治疗效果。为了满足临床急诊工作的需要,我们编撰了《新编急危重症学》一书。

本书是编者根据多年临床抢救经验并结合当前最新研究成果精心编撰而成的。重点讲述了医院急诊科救护、急诊科仪器的使用、急危重症患者的监测、急危重症患者的麻醉、常见急危重症诊断与急救等内容,其中包括了创伤急救、酸碱平衡失调、休克、猝死、急性中毒、呼吸系统、消化系统、循环系统、泌尿系统、血液系统、内分泌系统、神经系统等各系统常见的急危重症,全书内容丰富,重点突出,对临床各科医护人员、医学院校师生及进修实习人员均有很好的实用价值和参考价值。

由于我们的学识水平有限,编写时间仓促,错误、遗漏之处在所难免,敬请各位专家、同仁及读者给予指正。

《新编急危重症学》编委会

2017年4月

C 目录

Contents

第一章 绪 论	(1)
第二章 医院急诊科救护	(4)
第一节 急诊科概况	(4)
第二节 急诊科的设置与管理	(7)
第三节 急诊科护理	(11)
第三章 急诊科仪器的使用	(16)
第一节 多功能监护仪的使用	(16)
第二节 电除颤仪的使用	(19)
第三节 心电图机的使用	(23)
第四节 输液泵的使用	(26)
第五节 微量注射泵的使用	(29)
第六节 胃排空术及洗胃机的使用	(32)
第四章 急危重症患者的监测	(37)
第一节 呼吸功能监测	(37)
第二节 循环功能监测	(43)
第三节 凝血功能监测	(58)
第四节 体温监测	(61)
第五节 体液监测	(65)
第五章 急危重症患者的麻醉	(80)
第一节 急症手术的麻醉	(80)
第二节 休克患者的麻醉	(82)
第三节 创伤患者的麻醉	(89)
第四节 高热患者的麻醉	(96)
第五节 高血压患者的麻醉	(97)
第六节 充血性心力衰竭患者的麻醉	(101)
第七节 心脏病患者非心脏手术的麻醉	(106)
第八节 肝功能障碍患者的麻醉	(112)
第六章 急性中毒	(115)
第一节 中毒总论	(115)
第二节 气体中毒初步急救	(119)
第三节 食物中毒初步急救	(122)

第四节	药物中毒初步急救·····	(125)
第七章	创伤急救·····	(128)
第一节	概 述·····	(128)
第二节	头部创伤·····	(129)
第三节	脊柱创伤·····	(133)
第四节	腹部创伤·····	(137)
第五节	创伤急救技术·····	(143)
第八章	休 克·····	(150)
第一节	概 论·····	(150)
第二节	感染中毒性休克·····	(158)
第三节	低血容量性休克·····	(163)
第四节	过敏性休克·····	(168)
第五节	心源性休克·····	(169)
第九章	酸碱平衡失调·····	(176)
第一节	代谢性酸中毒·····	(176)
第二节	呼吸性酸中毒·····	(179)
第三节	代谢性碱中毒·····	(181)
第四节	呼吸性碱中毒·····	(183)
第五节	混合性酸碱平衡紊乱·····	(185)
第十章	猝 死·····	(187)
第十一章	心肺脑复苏·····	(193)
第一节	成人基础生命支持·····	(193)
第二节	小儿基础生命支持·····	(195)
第三节	心搏骤停与心肺复苏·····	(197)
第四节	气道异物阻塞与急救处理·····	(200)
第五节	特殊情况下的心肺复苏·····	(202)
第六节	高级心血管生命支持·····	(205)
第七节	脑缺血损害与脑复苏·····	(210)
第十二章	神经系统急危重症·····	(213)
第一节	自发性蛛网膜下隙出血·····	(213)
第二节	原发性脑出血·····	(220)
第三节	缺血性脑血管疾病·····	(227)
第四节	高血压脑病·····	(237)
第五节	帕金森病·····	(241)
第六节	癲 痫·····	(245)
第七节	重症肌无力·····	(261)

第八节 周期性瘫痪·····	(268)
第十三章 循环系统急危重症·····	(272)
第一节 急性冠脉综合征·····	(272)
第二节 高血压急症·····	(285)
第三节 重症心律失常·····	(291)
第四节 主动脉夹层·····	(304)
第五节 急性病毒性心肌炎·····	(308)
第六节 心包积液与心脏压塞·····	(311)
第七节 急性心力衰竭·····	(314)
第十四章 呼吸系统急危重症·····	(319)
第一节 重症肺炎·····	(319)
第二节 重症哮喘·····	(325)
第三节 急性肺栓塞·····	(330)
第四节 急性肺脓肿·····	(335)
第五节 肺性脑病·····	(338)
第六节 胸腔积液·····	(342)
第七节 呼吸衰竭·····	(347)
第八节 自发性气胸·····	(353)
第九节 急性呼吸窘迫综合征·····	(355)
第十五章 消化系统急危重症·····	(362)
第一节 急性上消化道出血·····	(362)
第二节 消化性溃疡急性穿孔·····	(369)
第三节 急性重症胆管炎·····	(372)
第四节 重症急性胰腺炎·····	(380)
第五节 肝性脑病·····	(385)
第六节 急性腹膜炎·····	(387)
第七节 急性胃肠炎·····	(393)
第八节 急性胃扩张·····	(394)
第九节 急性肝衰竭·····	(397)
第十六章 泌尿系统急危重症·····	(399)
第一节 急进性肾小球肾炎·····	(399)
第二节 急性肾小球肾炎·····	(400)
第三节 肾病综合征·····	(402)
第四节 急性尿潴留·····	(407)
第五节 急性肾衰竭·····	(409)
第六节 急性肾损伤·····	(414)

第十七章 血液系统急危重症..... (416)

 第一节 急性输血反应和输液反应..... (416)

 第二节 急性溶血性贫血..... (419)

 第三节 急性白血病..... (422)

 第四节 恶性淋巴瘤..... (426)

 第五节 急性粒细胞减少症..... (431)

 第六节 弥散性血管内凝血..... (434)

 第七节 急性原发性血小板减少性紫癜..... (439)

第十八章 内分泌系统急危重症..... (442)

 第一节 甲亢危象..... (442)

 第二节 甲减危象..... (446)

 第三节 肾上腺危象..... (447)

 第四节 垂体危象..... (449)

 第五节 低血糖危象..... (451)

 第六节 糖尿病酮症酸中毒..... (453)

 第七节 高渗性非酮症糖尿病昏迷..... (456)

参考文献..... (460)

第一章 绪 论

一、急救医学概述

(一)急救医学的概念和特点

随着社会的不断发展和进步,人类各种疾病和灾难的发生也越来越多,急救医学涵盖的内容越来越广,急救医学界也承载着越来越重的任务和责任。急救医学的特点是“急”,其实质是指患者发病急、需求急,医务人员抢救处置急。目前尤其重视发病后 1 小时内急救,即“生命黄金一小时”。急救医疗应包括院前急救、医院急诊科(室)和重症(强化)监护室(ICU)或冠心病监护室(CCU)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 ICU 及 CCU 负责院内救护。

(二)急救医学的现状

在了解急救医学现状时,首先有必要将急诊医学,急救医学与急症的定义及相互关系加以理解、认识与统一,以利于学科的发展。“急救”的含义表示抢救生命,改善病况和预防并发症时采取的紧急医疗救护措施。而“急诊”则是紧急地或急速地为急性患者或伤病员诊查、察看和诊断他的病与伤及应急的处理。从英语角度看急救为 first-aid,急诊为 emergency call,而两者均可称为 emergency treatment。从广义来看,急诊医学作为一个新的专用名词,它包含了更多的内容,特别是目前国际已广泛推行组织“急诊医疗体系”,它把院前急救、医院急诊科急救和各监护(强化)监护室(ICU)等 3 个部门有机联系起来,为了一个目的——让危重急症得到快捷而最有效的救治,提高抢救的成功率和危重患者生存的质量,降低病死率和致死率。因此急诊医学包括了急救医学等几种专业。

急救医学的对象是危重急症,为此目前受到世界各国的普遍关注,在许多经济发达国家更为重视发展急救医学。据美国统计,在第一、第二次世界大战中伤死率分别高达 8.8%和 4.5%,朝鲜战争 2.5%,由于重视急救医学研究,发展了急救器材和运输工具,训练了一支快速反应、技术优良的急救队伍,使得越南战争中(1965—1971 年)伤死率下降至 2%以下。1972 年正式承认急救医学是医学领域中一门新学科,1973 年出版了专门的急救医学杂志《急救医学月刊》(Annals of Emergency Medicine)。日本的急救中心还通过电子计算机、无线电通讯与警察署、消防署、二级和三级医疗机构、中心血库等密切联系,英国有 140 多个专门的急症机构,全国统一呼救电话号码(999)。

20 世纪 50 年代中期,我国大中城市开始建立急救站,重点是院外急救,国家卫生部于 1980 年颁布《加强城市急救工作》的文件;1983 年又颁布了《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》(草案第二稿),20 世纪 90 年代卫生部组织的等级医院评审中将急诊科列为重要评审指标。1987 年成立了中华急诊医学分会,设有若干专业组如院前急救组、危重病急救组、小儿急救组、创伤灾害组、急性中毒急救组等。全国还成立了中国中西医结合急救医学会,急诊急救医学期刊不断出现,如《中国急救医学》《中国危重病急救杂志》《中国中西医结合急救杂志》《急诊医学》。

各医科院校相继设立了急诊医学临床课教学,急救医学专业著作、手册不断问世。国内急救模式不断出现,如上海、北京、广州、重庆各具有特色的急救模式,为人民健康做出了积极的贡献。

各大医院的急诊科、急救科均在由原来支援型向自主型转化。“120”已成为市民的“生命之星”。相信我国的急救医学必然在不太长的时间内赶上国际先进水平。但是,目前我国的急救工作无论是管理水平、急救医疗服务体系,还是急救人员的专业化(一专多能)素质都还较薄弱,这些都有待我们去努力奋斗,加强急救医疗服务管理,积极探索抢救垂危生命的难点,如心、肺、脑复苏,多器官功能失常与衰竭的救治,急

性中毒救治和群体伤的救治组织指挥等。

二、急危重的主要病种、处理原则及抢救制度

(一)急救的主要病种

1. 心跳、呼吸骤停

及时、正确和有效的现场心肺复苏,是复苏成功的关键。快捷有效的进一步生命支持和后续救治可提高复苏成功率,减少死亡率和致残率。

2. 休克

休克患者的早期诊断,尤其是休克病因的早期确定是纠正休克的关键,及时有效地纠正休克可降低死亡率。

3. 多发创伤

及时发现多发创伤的致命伤并进行有效的急救处理,就可防止发生休克、感染和严重的并发症。

4. 心血管急症

如急性心肌梗死、急性心律失常、急性心功能不全、高血压危象等,若能及时诊断和有效地处理,对患者预后的改善十分重要。

5. 呼吸系统急症

如哮喘持续状态、大咯血、成人呼吸窘迫综合征,气胸是急救中必须充分认识和正确处理的。

6. 神经系统急症

脑血管意外是急救中死亡率最高的危象急症,在急救的早期及时认识脑水肿并给予及时有效的处理是降低死亡率的关键之一。

7. 消化系统急症

消化道大出血、急性腹痛,尤其是出血坏死性胰腺炎和以腹痛为主诉的青年女性宫外孕破裂出血等,诊断要及时。

8. 内分泌急症

如糖尿病、酮性酸中毒、各种危象等,要及时救治,尤其是糖尿病患者的低血糖须警惕。

昏迷是一个需多科参加鉴别诊断的危象急症,要重视急性中毒、脑血管急症所致的昏迷的快速诊断与救治。

(二)急救处理原则

急救医学是一门综合性学科,处处存在灵活性,需要急诊医师在病情危急、环境又差的条件下进行处理,应根据实际病情做出去伪存真的分析,施行最有效的急救处理,其原则如下。

1. 首先判断患者是否有危及生命的情况

急救学,它强调预测和识别危及生命的情况,不重于确定诊断,而重于注意其潜在的病理生理改变,以及疾病动态发展的后果,考虑如何预防“不良后果”的发生及对策。

2. 立即稳定危及生命的情况

对危及生命的情况,必须立即进行直接干预和处理,以使病情稳定,对预期可能会演变为危及生命的情况也必须干预。急救学十分重视严密监测危重病的病情变化,并随时采取有效的急救处理。

3. 优先处理患者

当前最为严重的急救问题急救强调时效观念,更强调首先处理危及生命最为严重的情况。

4. 去伪存真,全面分析

急救时急诊医师应从危重患者的主诉、阳性及阴性体征和辅助检查结果中,找出产生危重病征的主要矛盾,但切记不应为假的现象和检查的误差所迷惑,头脑应清醒,要进行全面分析。

5. 选择辅助检查

要有针对性和时限性。

6. 病情的估计

对病情的估计要实事求是,向患者或家属交代病情应留有余地。

7. 急救工作应与其他科室医师充分合作

急救中加强科与科、医师与医师之间的合作,有关问题进行必要的紧急会诊,有利于解决急救中疑难问题。

8. 重视急救中的医疗护理文书工作

急救的医疗、护理文书具有法律效力,因此记录时间要准确,内容要实事求是。

9. 急救工作中加强请示报告

急救工作涉及面广,政策性强,社会舆论对此比较敏感,加强急救工作请示报告可避免失误和有利于急救管理。

(三) 危重患者抢救制度

(1)对危重伤病员的急救,必须分工,紧密配合,积极救治,严密观察,详细记录。抢救结束还要认真总结经验。

(2)建立健全抢救组织,大批伤员的抢救,由院领导主持,医务部(处)组织实施。如超出本院的救治能力,应由院医疗值班人员立即与有关卫生部门或兄弟单位联系,共同开展抢救工作。

(3)各科内危重伤病员的抢救,由科主任、正(副)主任医师或主治医师组织实施。急诊当班医师接诊危重伤病员抢救时,应积极主动及时有效地采用急救措施。有困难时及时向院医疗值班和科主任报告,同时速请相关科室会诊。

(4)对危重患者应先行抢救,后办理手续。

(5)各科室的急救室或监护室的药品、器材应定位放置,专人保管,定期检查,经常保持完好状态。

(6)急救室或监护室内应有常见急危重病的抢救预案,医护人员应熟练掌握常用抢救技术和仪器的使用。

(7)遇到院外抢救,要确切弄清情况(时间、地点、单位、伤病情况和人数等),立即报告院领导或医务部(处),由医院迅速组织力量,尽快赶到现场抢救,对重大灾害事故的医疗救援,应立即报告上级卫生行政部门。

(闫怀军)

第二章 医院急诊科救护

急诊科(emergency department, ED)医院急、危、重症诊疗的首诊场所,是院前救护的延续,也是急诊医疗服务体系中最重要而又复杂的中心环节。急诊科是医院内跨学科的一级临床科室,其特征是在医院内布局合理、设备齐全、收治患者病情最复杂的一个相对独立的小区,具备对内对外通信设施,有固定人员编制,集中了医院内最多的重症患者、最多的病种、最重的抢救和管理任务,医疗、教学和科研全面发展的高度综合性科室。急诊科实行 24 小时开放,承担来院急诊患者的紧急诊疗服务,其首要任务是保证迅速、准确地抢救急危重症患者,为其及时获得后续的专科诊疗服务提供支持和保障。

第一节 急诊科概况

一、急诊科的主要任务

根据医院性质和规模不同,各医院的工作任务有所侧重,但其首要任务是及时、有效地抢救急危重症患者。

(一)急救医疗护理工作

(1)对来院的急诊患者迅速的预检分诊,及时的诊治和处理。

(2)制定各种急诊抢救的实施预案,负责接诊、抢救急、危、重患者,并承担意外灾害性事故的抢救工作。对生命体征不稳定者先稳定生命体征,对一般急诊就诊患者,识别潜在威胁生命的危险因素并给予救治处理等。

(二)急诊救护人员培训

急诊科需要处理各种急性病、慢性病急变、各种意外灾害事故等的治疗和抢救问题,还包括院内急诊、院外呼救患者的院前急救等,所以急诊救护相关工作人员的培训工作也是必不可少的,应建立健全各级各类急诊医护人员的岗位职责、规章制度、技术操作规范。

(三)急诊医疗护理科研工作

为了适应急救医学、急救护理学的发展水平和社会的需要,必须加强急救护理学科的研究水平及信息交流工作,使急救护理学的教学—科研—实践紧密结合,促进人才培养,提高急救工作的学术水平。

二、急诊科的特点

(一)急诊工作的特点

急诊科是特殊的医疗场所,由于接收的患者病情特殊,所以急诊科形成了自己的工作特点。

1. 病情紧急、心情急

急诊患者大都病情急、复杂多变;病情的多变性和不确定还会导致患者及家属心情急躁,依从性下降。这就要求急诊工作中,必须做到“五勤”,即勤巡视、勤观察、勤询问、勤思考、勤记录。只有这样,才能及时捕捉到病情变化信息,为正确诊断及处理提供依据,减少医疗差错的发生。

2. 工作繁忙

急诊患者多起病急、症状重,且不可预知,随时都会有生命危险,急诊工作因而紧张且繁忙。急诊工作人员不仅承担着繁重的院内紧急救治任务,还肩负院前急救、意外灾害事故的抢救工作。

3. 任务重、责任大

急诊工作人员承担着急危重症患者的抢救、治疗和护理等任务,需要在最短的时间内对病情危急的患者进行有效的判断和处理,抢救措施的正确与否、时间效率都是影响患者抢救成功率的决定因素。急诊科工作是医院工作的缩影,急诊救护过程可直接反映医院医护人员的综合素质和医疗护理质量。

4. 多学科性

急诊患者病种涉及广泛,病情复杂多变,无论是诊断还是处理,往往需要多学科的协作,比如多发伤或胸腹联合伤的患者手术,就同时需要胸外科和普外科的医生合作诊疗才能使患者的病情得到控制。

5. 易发生医院内交叉感染

急诊科收治的患者病情轻重不一,病种涉及各个系统,就诊人员及陪同家属人员复杂,是感染的高危人群,极易发生院内交叉感染,如呼吸道感染、消化道感染等。另一方面,急诊工作人员因未及时有效地清洁和消毒双手,导致以手为媒介的交叉感染也是一个值得注意的现象。

6. 医疗纠纷多

急诊患者病情复杂多变,如因病情加重而出现不良后果时,再加上急诊工作繁忙,往往由于各种原因,导致一系列医疗纠纷的发生。另外还经常涉及法律事件、暴力事件和自杀事件等,如接诊因打架、群殴或交通事故而受伤的患者。

(二) 急诊患者的特点

急诊患者发病突然、意外、病情危重,造成急诊患者复杂的心理状态。急诊护士在抢救患者的同时也要注意患者的心理变化特点,用爱心、耐心、细心去感化、温暖患者。

1. 急诊患者与家属的心理压力源

急诊患者及家属自发病那一刻起,其心理状态即发生变化,且与病情进展、诊治过程和相关医护人员等息息相关。

(1) 病情严重程度:影响患者心理的主要因素是病情严重程度。急性患者一般起病突然,病情变化快或病势凶险,大多毫无心理准备,内心冲突激烈或惶恐不安等。

(2) 治疗的影响:在对急、危、重症患者实施治疗的过程中,难免要运用吸氧、插管、呼吸机、持续静脉通道、强迫性治疗体位等,会使人感到不适甚至难以忍受,诱发不良心理反应。

(3) 医护人员的影响:在急诊实践中,医护人员的一言一行、一举一动都会直接或间接地影响患者和家属的心理。医护人员的素质、能力、技术水平都会给患者带来安全感和信任感,反之易导致强烈的不满情绪。

(4) 社会文化因素的影响:患者的职业、文化程度、经济条件等因素都可使个体形成不同的心理反应,尤其是经济因素占患者心理因素的重要方面。

(5) 医院环境所致的影响:急诊患者对医院和急诊环境比较陌生,而且急诊科这种嘈杂、繁忙的特殊环境可能会加重患者的心理压力,如焦虑、烦躁、孤独、失眠、绝望等消极情绪反应。

2. 心理护理要点

对急诊患者及其家属实施紧急心理救护和进一步的心理援助,可以帮助他们更好地应对疾病、配合治疗及护理。

(1) 有急有缓:根据患者病情的轻重缓急,首先处理紧急的、严重危害身心健康的心理反应。

(2) 沉着冷静:在患者面前医护人员必须沉着、稳重、严肃,有条不紊地进行抢救护理工作,以稳定患者的情绪。医护人员娴熟的医疗操作技术和严谨的工作作风,不仅是赢得时间使患者转危为安的保证,也是对患者最大的支持和鼓舞。

(3) 有的放矢:积极寻找导致患者不良心理反应的原因,有的放矢地进行心理护理。如对疾病错误的

认识而导致的焦虑,应首先对患者进行有关医学知识的解释和教育。

(4)与抢救同步:情况允许时,心理护理可与抢救同步进行,护士可边观察,边了解患者的心理反应,或边实施操作边说明意图,消除患者疑虑更好地配合治疗与护理。

(5)心理换位:处处从患者角度考虑,谅解患者及家属的过激行为,对患者不能训斥、嘲讽,及时医治或积极预防患者的心理创伤,想方设法使其在心理状态上尽快适应急诊情况。

(6)社会支持系统:急诊患者多由亲友或同事陪送。护士应从言谈举止上给其以适当安慰和必要的心理指导,支持和鼓励患者使其配合医疗护理工作。少数预后不良的危重患者,应先告知家属,使其有充分的心理准备,减少不必要的医患矛盾。对救治无效死亡的患者,应和家属共同做好善后工作。

三、急诊诊治范围

凡患者由于疾病发作,突然外伤受害或异物侵入人体,身体处于危险状态或非常痛苦的状态时,医护人员应进行急诊救护。主要涉及以下范围:

(一)呼吸、心搏骤停

各种原因引起的呼吸、心搏骤停者。

(二)各种危象

如高血压危象、高血压脑病、高血糖危象、低血糖危象、甲状腺功能亢进危象、急性肾上腺危象等。

(三)突发高热

体温超过 38.5°C (腋温)。

(四)急性外伤

如脑、胸、腹、脊柱、四肢等部位的创伤、烧伤、骨折等,在 24 小时内未经治疗者。

(五)急性大出血

如咯血、呕血、便血、鼻出血、妇科出血、外伤性出血及可疑内出血等。

(六)心血管系统急症

急性心力衰竭、心律失常、心动过速、心动过缓、心肌梗死、高血压超过 $24/14.7\text{kPa}$ ($180/110\text{ mmHg}$)。

(七)神经系统急症

昏迷、昏厥、抽搐、癫痫发作、休克、急性肢体运动障碍及瘫痪等。

(八)各种意外

呼吸困难、窒息、中暑、溺水、触电等。

(九)急性腹痛

包括内科急腹症和外科急腹症。

(十)急性感染

如急性蜂窝织炎、急性胆囊炎等。

(十一)呼吸道急症

耳道、鼻道、咽部、眼内、气管、支气管及食管异物等。

(十二)急性过敏性疾病

如严重哮喘、急性喉炎等。

(十三)各种急性中毒

如一氧化碳中毒、酒精中毒和药物中毒等。

(十四)泌尿系急症

尿潴留、肉眼或镜检血尿、肾绞痛、肾衰竭者。

(十五)眼部急症

急性眼部疼痛、红肿,突然视力障碍,急性青光眼,电光性眼炎及眼外伤等。

(十六) 传染性疾病

需特别注意可疑烈性传染病。

(十七) 妇产科急症

急产、难产、流产、产前后大出血、子痫等。

(十八) 其他

经预检医护人员认为符合急诊条件者。

以上规定,亦不可机械执行,以免延误病情,如情况模糊难定,应由医师根据患者的全面情况斟酌决定。在门诊停诊时,为方便患者诊治,可适当放宽急诊范围。对于短时间内反复急诊或辗转几个医院都未能收治的患者,尤应注意,即使其临床表现不符合急诊条件,也应放宽条件予以恰当处理,避免因机械强调急诊条件而贻误病情。

(陈毅胜)

第二节 急诊科的设置与管理

一、急诊科的设置要求

急诊科的设置应遵循以下原则:①以方便患者急诊救治为首要原则;②有利于预防和控制医院感染。急诊科的组织形式和规模多种多样,千差万别,大到独立存在的急救中心,小到一个急诊室。一般情况下,500张床位以下的医院设急诊室,500张床位以上的医院应设急诊科。急诊科接治的是急、危、重症患者,一切医疗护理过程均以“急”为中心,布局也要从应急出发。内部单元安排既要考虑医疗流程,也要考虑人员的有效利用。对急诊患者应实行分科式急诊;对急救患者实行集中式抢救、监护、留观,好转或病情稳定后酌情决定送院内相应的科室进一步治疗或者出院。

(一) 一般布局

(1) 急诊科应设在医院内便于患者迅速到达的区域,如医院的一侧或前部,独立或相对独立,并邻近各类辅助检查部门。

(2) 急诊科应有单独出入口,运送患者的车辆可直接到达急诊科或抢救室门口,入口应通畅,设有无障碍通道方便轮椅、平车出入,并设有绿色通道、救护车通道和专用停靠处,有条件的可分设急诊患者和救护车出入通道。急诊科的门应足够大,走廊及门内的大厅应足够宽敞,以利担架、车辆的进出及便于较多的患者、家属做短暂候诊时的停留,其中预检分诊台设在大厅醒目的位置。

(3) 急诊科应当有醒目的路标和标识,以方便和引导患者就诊,与手术室、ICU等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应当清楚明显。在医院挂号、化验、药房、收费等窗口应当有抢救患者优先的措施。白天应有指路标志,夜间应有指路灯标明急诊科位置。

(4) 急诊科的面积应与全院总的病床数及主要服务区域内急诊就诊总人次成合理的比例。急诊各科室及通道宽敞、采光明亮、空气流通,冷暖空调,电源分配合理,墙式氧气、吸引管道、物流系统配备齐全,有足够的车、床、轮椅供急诊患者使用。

(5) 急诊科应设有专门传呼(电话、传呼、对讲机)装置。有条件的医院可建立急诊临床信息系统,为医疗、护理、感染控制、医技、保障等部门及时提供信息。

(二) 主要科室设置和基本设施

急诊科应设诊疗区和支持区,诊疗区包括分诊处、就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室,有条件的可设急诊手术室和急诊监护室;支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费和安全保卫等部门。诊疗区和支持区应合理布局,有利于缩短急诊检查和抢救半径。