

全国高等医药教育规划教材

社区急救

COMMUNITY FIRST AID

主 审 戴玉英 蔡文伟

主 编 朱 宁 费 敏

副主编 陈利丽 袁永生 谢民民



全国高等医药教育规划教材

社区急救

主 审 戴玉英 蔡文伟
主 编 朱 宁 费 敏
副主编 陈利丽 袁永生 谢民民



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区急救 / 朱宁, 费敏主编. —杭州: 浙江大学出版社, 2018. 9

ISBN 978-7-308-18161-7

I. ①社… II. ①朱… ②费… III. ①社区卫生服务—急救—教材 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 085892 号

社区急救

朱 宁 费 敏 主 编

丛书策划 阮海潮(ruanhc@zju.edu.cn)

责任编辑 阮海潮

责任校对 陈静毅 殷晓彤

封面设计 杭州林智广告有限公司

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 杭州中大图文设计有限公司

印 刷 杭州钱江彩色印务有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 13.5

字 数 337 千

版 印 次 2018 年 9 月第 1 版 2018 年 9 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-18161-7

定 价 45.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社市场运营中心联系方式: 0571-88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

《社区急救》

编委会名单

主 审 戴玉英 蔡文伟

主 编 朱 宁 费 敏

副主编 陈利丽 袁永生 谢民民

编 者 朱 宁(杭州医学院)

周 雅(杭州医学院)

闫广照(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

汤晓燕(杭州医学院)

张 可(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

石爱丽(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

李 刚(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

谢民民(杭州市临安区人民医院)

刘霄燕(杭州市临安区人民医院)

陈利丽(杭州医学院)

金森军(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

冯春燕(杭州医学院)

陈 略(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

蒋建平(杭州医学院)

许利明(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

陈 杰(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

蒋成行(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

胡朝洲(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

汪亨通(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

韩楠楠(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

邓 晶(杭州医学院)

程志刚(杭州市临安区人民医院)

费 敏(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

王 郦(杭州医学院)

甘宜超(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

庞凌霄(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

张美齐(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

袁永生(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

南 勇(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

王 力(杭州医学院)

郑若姮(杭州医学院)

潘杭丽(萧山医院)

陈 环(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

盛 斌(杭州医学院附属人民医院 浙江省人民医院)

前 言

三年制临床医学专业学生毕业后主要就业单位是城乡社区基层医疗卫生机构。作为一名社区一线医务工作者,在所辖社区人群突发各种意外和急症时,常常最先到达急救现场,最先对急症患者实施救治,这往往对患者后续救治起到重要作用,有时甚至是挽救生命的作用。

因此,社区急救基本技能,包括常见急症的诊断、鉴别诊断、紧急救护和及时转送,是以三年制临床医学专业学生为代表的毕业后进入基层医疗机构工作的医学生和基层医疗机构所有医务工作者必须熟练掌握的知识和技能。

为了更有效地开展社区急救的人才培养工作,杭州医学院联合浙江省人民医院、杭州市临安区人民医院组织了一批在社区急救方面既有丰富临床经验又有坚实理论基础的教授、专家、业务骨干编写了本教材。

在编写过程中遵守以下原则:

①紧密结合三年制临床医学专业培养高素质应用型基层医学人才的目标,遵从专业技能教学基本要求,强调基本技能、初步诊断、现场急救、早期处理和及时转诊,切合社区实际,满足岗位需求。

②顺应高等医学教育改革趋势,创新编写体例,采用病例与教学内容相结合的形式编写。注重学生如何运用所学的知识和技能去分析、判断临床上一个真实的急症患者,同时引导学生从临床一个个病例中去学习相关知识和技能。这样通过正反两方面的思维训练,让学生逐渐实现从课堂走向临床实践。

本教材的编写,得到各参编院校领导的大力支持,全体参编人员付出了辛勤的劳动,杭州医学院临床医学院执行院长戴玉英教授、浙江省人民医院急诊科蔡文伟主任对教材进行了认真的审定,使得本教材方向明确、内容丰富、文字精炼、突出实用,注重理论联系实际。

由于社区急救发展迅速,加之编写时间较紧、编者经验有限,本教材在内容和文字上可能存在不少缺点甚至错误,恳请读者多提宝贵意见,反馈使用信息,以便我们后续能更好地修改和完善教材内容,提高教材质量。

主 编

目 录

CONTENTS



第一章 绪 论	1
第一节 急诊与急救概述	1
一、急诊医学的发展简史	1
二、急诊医学的内容	2
第二节 社区急救	3
一、社区急救的重要性	3
二、社区急救的主要任务	4
三、社区急救的常见急症	4
四、社区急救的目的	5
五、社区急救的原则	5
六、社区急救的体格检查	6
七、社区急救的处理	8
八、社区急救的特点	8
九、社区急救的人员素质要求	8
十、社区急救注意事项	9
十一、社区急救的意义	9
十二、国内外社区急救进展	9
第二章 常用社区急救技术	11
第一节 外伤急救基本技术	11
一、通气	11
二、止血	13
三、包扎	14
四、固定	19
五、搬运	21
第二节 成人心肺复苏术	24
第三节 心脏电除颤(非同步电复律)及同步电复律	28
一、心脏电除颤(非同步电复律)	29



二、心脏电复律	31
第四节 简易呼吸器的使用	32
第五节 胃肠减压与洗胃技术	36
一、胃肠减压术	36
二、洗胃术	39
第六节 三腔二囊管放置术	46
第七节 吸痰技术	48
第八节 氧 疗	50
第九节 膀胱穿刺造瘘术	53
第十节 给药法	56
一、口服给药法	56
二、注射给药法	57
第十一节 常用急救监测	68
第三章 常见损伤的社区急救	72
第一节 损伤概论	72
第二节 交通事故伤	76
第三节 刀刺伤	79
第四节 烧伤和冻伤	82
一、烧伤	82
二、冻伤	87
第五节 猫、狗咬伤	89
第六节 蛇咬伤	91
第七节 节肢动物蜇伤	94
第八节 电击伤	97
第九节 中 暑	100
第十节 溺 水	104
第十一节 眼酸碱化学伤	106
第四章 常见中毒的社区急救	109
第一节 急性中毒概论	109
第二节 农药中毒	112
一、有机磷杀虫药中毒	112
二、氨基甲酸酯类、拟除虫菊酯类、有机氮类杀虫药中毒	116
三、除草剂百草枯中毒	117
第三节 酒精中毒	121
第四节 一氧化碳中毒	124
第五节 镇静催眠药物中毒	126

第六节 毒蕈中毒	128
第七节 毒鼠强中毒	131
第五章 常见急症的社区急救	135
第一节 发 热	135
第二节 呕吐与腹泻	141
第三节 疼 痛	143
第四节 呼吸困难	152
第五节 意识障碍	157
第六节 呕血与便血	161
第七节 高血压危象	164
第八节 糖尿病危象	168
第九节 妊娠期出血	172
第十节 小儿惊厥	181
第十一节 鼻出血	184
第六章 社区急救常用药物	187
一、抗休克升压药	187
二、呼吸兴奋药	188
三、强心药	189
四、抗心绞痛药	190
五、抗心律失常药	191
六、脱水利尿药	192
七、降压药	192
八、平喘药	193
九、胃肠解痉药	193
十、激素类药	194
十一、抗凝血药	195
十二、镇静催眠药	196
十三、解热镇痛药	196
十四、镇吐药	197
十五、促凝血药	198
十六、解毒药	199
十七、抗过敏药	200
参考文献	203

第一章 绪 论

第一节 急诊与急救概述

急诊医学(emergency medicine)是临床医学领域中一门新兴的、实践性很强的、跨学科的综合性学科,既有自身的理论体系,又与临床医学各科和基础医学联系密切。急诊医学是研究急性危重病症和急性创伤的基本理论、诊断、治疗技术以及组织管理体系的一门科学,它包括急救医学、灾难医学、危重医学、急诊医疗体系的组织和管理等。一般认为,急诊不同于急救,急救从属于急诊。急救是急诊的一种重要临床救治手段,是急诊医学的一个重要组成部分,主要是指为抢救生命、改善病情和预防并发症所采取的紧急救治措施,它不处理伤病的全过程,而是把重点放在处理伤病急救阶段,其内容主要包括:心肺脑复苏等急救技术,创伤、急性中毒和各种急症的初步处理、安全转运和急救组织管理等。

简单而言,急诊是指急速地为急症患者进行检查、诊断、处理所采取的一系列行动。急救是为防止处于危急状态下的患者死亡和其后致残,而对患者提供的紧急医疗服务。

一、急诊医学的发展简史

急诊医学是一门年轻的学科,世界上发展最早的是美国。在 20 世纪 60 年代初,美国就有一些医生、护士从事急诊工作;20 世纪 70 年代,美国率先将急诊医学独立于其他专科,开始出现急诊医学的雏形;1979 年,急诊医学获得美国医学会的承认,从而正式成为一门独立的学科。当今欧美一些发达国家,多数已建立起相对完善的急救网络,大大地推动了急诊医学的发展。

我国现代急诊医学起步较晚,1980 年 10 月,卫生部颁布《关于加强城市急救工作的意见》;1984 年 6 月,卫生部颁布《医院急诊科(室)建设方案(试行)》,随即全国各地城市中很多医院组建独立的急诊科(室);1986 年 11 月,卫生部颁布《中华人民共和国急救医疗法(草案)》;1987 年 5 月,中华医学会急诊医学专科学会在杭州成立;1997 年 3 月,急诊医学专科学会根据中华医学会的要求正式更名为中华医学会急诊医学分会;2009 年 5 月,卫生部颁布《急诊科建设与管理指南(试行)》。上述法规的实施和机构的运行,有力地促进了我国急诊医学的发展,目前我国二级以上医院普遍单独设置了急诊科(室),配备了专门从事急诊工作的医护力量,专用的器械设备也日臻完备先进,正向专业化、系列化、标准化方向前进。全国的急救电话号码统一为“120”,基本建立了以城市为中心的“120”急救中心,逐渐形成并完善了集院前急救、院内急诊科诊治、重症监护病房(intensive care unit,ICU)救治等有机联系的急诊医疗服务体系(emergency medical service system,EMSS)。



二、急诊医学的内容

(一)院前急救

院前急救也称初步急救,包括现场急救和途中急救,是指在到达医院前急救人员对急症患者开展现场和转运途中的紧急医疗救治。院前急救是急诊医疗服务体系的重要组成部分,也是国家整体医疗水平的体现。

现场急救包括在社区、农村、家庭、机关、学校、建筑工地和交通事故发生地等处的急救处理。现场的最初目击者首先给患者进行必要的初步急救,如徒手心肺复苏、清除呼吸道异物等,并通过急救电话向急救中心(站)呼救,然后在进行不间断现场急救的同时等待急救医护人员到达。在医务人员到达现场前,对伤病员的初步急救,往往需要依靠具有初级现场急救知识与技能的现场目击者来完成。

院前医疗急救也包括急救医师所进行的途中救护。在伤病员出现后立即进行现场救治的同时,呼叫急救中心、急救站或就近医院派出急救人员赶赴现场,将经过现场急救的伤病员转送至合适的医疗急救单位。在转送途中,急救人员应继续对伤病员进行必要的抢救,以防止途中发生意外或延误抢救时机。如短小时内呼叫不到急救人员,则途中救护仍可由具有初级现场急救知识和技能的人员担负,其目的是维持患者的主要生命体征并尽可能快速、平稳地将其送往医院急诊室。

尽管院前急救是暂时的、应急的,但对于一些危重患者,如果没有在院前急救过程中所争取到的分分秒秒,医院内的设备再先进、医生的医术再高也难以发挥最佳作用,如果院前急救做得好,就能大大降低伤病员的死亡率和致残率。因此,院前急救是急诊医疗服务体系的重要基础部分,但在我国院前急救还是薄弱环节,还需要进行广泛的现场急救知识的宣传普及和教育培训。

(二)复苏学

复苏学是针对心搏呼吸骤停患者的抢救,按心搏呼吸骤停的救治程序进行。其研究目的,不仅要使患者呼吸心跳恢复,还要使患者脑功能得到保护,最后还要使整个机体的功能活动尽可能恢复正常。现代复苏学经过几十年的实践,有了较快的发展,尤其是心肺脑复苏技术的改进与规范化,使复苏成功率不断提高。

心肺复苏大致分为三个阶段:①基础生命支持,包括尽早识别心搏骤停和启动应急反应系统,尽早开始心肺复苏术(cardiopulmonary resuscitation, CPR),尽早电除颤;②高级生命支持,包括呼吸支持、恢复和维持自主循环、CPR 期间的监测、药物治疗;③复苏后治疗,包括呼吸管理、维持血流动力学稳定、多器官功能障碍或衰竭的防治、脑复苏。

2015 年,美国心脏协会(American Heart Association, AHA)心肺复苏指南将原来的一条生存链分成两条,将在院内和院外出现心搏呼吸骤停的患者区分开以确认不同的情况下患者获得不同的救治途径。院内心搏骤停生存链包括:①监测和预防;②识别和启动应急反应系统;③即时高质量心肺复苏;④快速除颤;⑤高级生命支持和心搏骤停后护理。院外心搏骤停生存链包括:①识别和启动应急反应系统;②即时高质量心肺复苏;③快速除颤;④基础及高级急救医疗服务;⑤高级生命支持和心搏骤停后护理。

(三)危重病医学

针对急诊医学主要处理各种急危重症患者的特点,危重病医学是急诊医学的重要组成

部分,是指受过危重病医学专业培训的医护人员,在配备先进监护设备和急救设备的重症监护病房中,对继发于多种严重疾病或创伤的急危重患者进行全面监护及治疗,包括各种类型的休克、严重感染、急性中毒、心肺脑等重要脏器的危急重症及多器官功能障碍综合征等。这要求急诊医师掌握跨学科、跨专业的知识和技能,才能满足治疗这类患者的需要。

(四)灾害医学

灾害医学是研究人群受灾后的医疗急救以及灾害预防等有关内容的一门综合性医学学科。灾害常突然发生,可造成大批人员受到伤害,例如地震可造成大量伤亡、感染、休克,洪水可造成溺水、胃肠道传染病、皮肤病,火灾可造成烧伤、感染、休克,而交通事故可造成多发伤等。灾害医学的研究内容包括灾害发生前如何做好预防和准备,灾害一旦发生,即应立即组织医务人员奔赴现场进行抢救、安全转送及途中救护,以使伤病员的受伤致残率和死亡率降至最低,同时要采取有效措施做好灾后各种疫情控制和人群心理干预。

(五)创伤学

意外创伤作为造成人身损害的常见重要原因,已越来越受到各国的重视。创伤学主要研究各种机械因素、物理因素、化学因素、生物因素等造成人体皮肤、黏膜和组织器官的损伤,引起局部或全身的功能障碍和病理生理变化。近年来创伤学已成为我国许多医院急诊科室重点发展的部分。严重创伤尤其是多发伤和复合伤的救治原则是早期处理,先“救”后“查”。

(六)毒理学和急性中毒

研究和诊治各类急性中毒的危害、临床表现和解救方法是急诊医学的重要内容。毒物的范围包括化工毒物、农药、医用药物、有毒动植物等。以最快的速度诊断、治疗和预防急性中毒是急救人员的重要任务,如发生群体性中毒,应及时上报上级主管部门。

(七)急诊医疗管理学

急诊医疗管理学的目的是构建高效的急诊医疗服务体系,实现及时将有效的医疗措施送到伤病员身边实施现场初步急救,然后安全转送到医院进一步诊治。急诊医疗管理学的研究内容包括如何组织急救网络,建立有效的现代化急救呼救和通信系统,配备各种救护伤病员的抢救设备和交通工具,规范化培训急诊急救专业人员等。

第二节 社区急救

社区急救又称社区紧急救护,是以社区卫生服务机构为主体,全科医师为骨干,社区为范围,对社区内发生的各种急症(包含急性病或慢性病急性发作)、创伤、中毒、灾难事故等进行正确诊断、紧急救治和及时转送,最大限度挽救患者生命、稳定病情、减少并发症或后遗症。社区急救是院前急救的重要组成部分和必要延伸,是整个急诊医疗体系最前沿的部分,直接影响伤病患者的安危和抢救的成败,是社区卫生服务的重要内容之一。

一、社区急救的重要性

随着社会的发展与生活节奏的加快,各种常见危急病症、意外事故不断发生,并且大多



数发生在医院外的社区或在各种事故和灾难现场。如何及时、有效地抢救这些急危重患者的生命,迅速控制各种常见急症,是摆在我们各级医务人员面前亟待解决的问题。社区急救可有效地实现将初步急救医疗措施迅速地送到现场急危重患者身旁,从而及时抢救患者生命,控制病情,减少伤残和死亡,为后续医院进一步救治赢得时间。因此,在人民生活水平不断提高和急救事业蓬勃发展的当下,社区急救必将越来越受到重视,作为基层医务工作者,必须学习、掌握和运用好社区急救的相关知识和技能。

二、社区急救的主要任务

(一)对呼救患者的社区急救

这是主要和经常性的任务。呼救患者一般有两类:一类为短时间内有生命危险的患者,称为危重患者或急救患者,如窒息、休克、心肌梗死等,此类患者约占呼救患者的10%~15%,其中要进行现场心肺复苏抢救的特危重患者的比例小于5%。另一类为病情紧急但短时间内尚无生命危险的患者,如急腹症、哮喘、骨折等,此类患者约占呼救患者的85%~90%,对这类患者社区急救的目的在于稳定病情,减轻患者在运送过程中的痛苦和避免并发症的发生。

(二)灾害或事故时对伤员的社区急救

遇特大灾害或重大事故时,社区急救人员需与其他专业救灾队伍密切配合,结合实际情况执行有关抢救预案,负责伤员现场救护和分类,区别不同情况,做到合理分流转送。

(三)急救知识的普及

社区急救工作不仅仅与社区急救人员有关,还与全体公民的自我保护意识、自救与互救能力密切相关。因此,社区急救工作者日常需注意通过手机、广播、板报等媒体对公众开展有关现场救护及心肺复苏的培训,以增强公民的自我保护意识,提高自救互救能力,这样一方面可以有效预防一切可能发生的伤害,另外,公众在突然发生各种急症和意外事故时能够立刻运用所学急救知识和技能就地取材,采取紧急而正确的急救措施,为进一步救护争取时间,有利于降低急症伤病患者的死亡率和致残率,提高最终的急救成功率。同时要加强普及紧急呼救知识和“120”急救电话的用途及拨打要点。

1. 拨通电话后,应说清楚患者所在方位、年龄、性别和病情,如不知道确切的地址,应说明大致方位,如在哪个大街、哪个方向等。
2. 尽可能说明患者典型的发病表现,如胸痛、意识不清、呕血、呕吐不止、呼吸困难等。
3. 尽可能说明患者患病或受伤的时间,如意外伤害,要说明伤害的性质,如触电、爆炸、塌方、溺水、火灾、中毒、交通事故等,并报告受害人受伤的部位和情况。
4. 如果了解患者的病史,在呼叫急救服务时应将病史提供给急救人员参考。
5. 尽可能说明其他特殊需要,了解清楚救护车到达的大致时间,准备接车。同时需知道“120”急救电话免收电话费,投币、磁卡等公用电话均可直接拨打。

三、社区急救的常见急症

(一)危急病症

1. 心搏呼吸骤停 可由心脏病、溺水、电击、过敏等引起。主要依据:①意识突然丧失;

②大动脉搏动消失。

2. 休克 可由大量失血失液、过敏、感染、心脏病等严重致病因素引起。主要依据：①有诱发休克的原因；②意识障碍；③脉搏细速(>100 次/min)或测不到；④四肢湿冷，皮肤出现花纹，尿量 $<0.5\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 或 $<30\text{ml}/\text{h}$ ；⑤收缩压 $<90\text{mmHg}$ ；⑥脉压 $<30\text{mmHg}$ ；⑦原有高血压者收缩压较基础水平下降 30%以上等。

3. 严重创伤 包括严重烧伤、复合伤、多发伤、多处骨折等。

4. 高热 各类流行病、传染病(如伤寒、结核病、流行性脑膜炎、流行性出血热、鼠疫、艾滋病等)。

5. 昏迷 可由脑血管意外、脑炎、脑膜炎、颅内占位、脑外伤、癫痫、糖尿病、甲状腺功能亢进、严重感染、中毒等引起。临床可分为浅昏迷、中度昏迷、深昏迷。

6. 心血管系统 心律失常、心绞痛、急性心肌梗死、急性心力衰竭等。

7. 呼吸系统 大咯血、哮喘持续状态、急性呼吸窘迫综合征、急性自发性气胸、肺性脑病等。

8. 消化系统 消化道大出血、急性腹痛、肝性脑病等。

9. 神经系统 脑血管意外、急性脑膜炎、颅内压增高及脑疝等。

10. 泌尿系统 急性肾衰、尿闭、血尿等。

11. 血液系统 急性全身性出血疾病、急性溶血性贫血等。

12. 内分泌系统 甲亢危象、糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症性糖尿病昏迷等。

13. 多器官系统功能衰竭 多继发于某一原发性疾病。

14. 各种中毒 如 CO 中毒、有机磷农药中毒、安眠药中毒和其他化学药物中毒等。

15. 意外伤害 毒蛇咬伤、狗咬伤、电击、淹溺、自缢等。

16. 其他各专科的各种危重急症 如难产、宫外孕、阴道大出血、急性喉梗阻等。

对以上危急病症，社区医生应立即采取有效措施进行急救处理，并联系转送至上级医疗机构治疗。

(二)一般急症

平时大多数急症患者并非危重，但如诊断、处理不当，也可能转变为危重病症，如感染性发热、高血压、高血糖、呕吐、腹泻、哮喘、鼻出血等，故对一般急症也应认真诊治，必要时送上级医院治疗。

四、社区急救的目的

社区急救的主要目的是挽救患者生命、防止并发症、减少伤残、减轻转运途中患者的痛苦，为患者接受进一步治疗争分夺秒。当人们遇到意外创伤或急性疾病时，时间就是健康、时间就是生命，因此快速有效的社区急救工作，对维护患者生命，降低患者的伤残率和死亡率是非常重要的。

五、社区急救的原则

社区急救的总体原则是先救命、后治病。首先应迅速而果断地处理直接威胁患者生命的伤情或症状，同时迅速对患者进行生命救治性的体格检查，这对因创伤所致的昏迷患者从外观上不能确定损伤部位和伤情程度时尤为重要。除了上述总体原则外，社区急救还必须



遵守下列原则:

1. 先复后固 遇有心搏呼吸骤停又有骨折者,应首先实施心肺复苏,直到心跳呼吸恢复后再进行骨折固定。
2. 先重后轻 遇到垂危和较轻的伤病员时,优先抢救危重者,后抢救较轻的伤病员,但必须注意有效地区分重症患者和较轻患者。
3. 先止后包 遇到大出血又有创口者,首先立即用指压、止血带或药物等方法止血,接着再消毒创口进行包扎。
4. 先救后送 现代社区急救颠覆了传统先送后救的做法,实施先救后送,同时在运送途中要求连续救治、注意观察病情变化,做到搬运与救护在思想和行动上达到一致。
5. 急救与呼救并重 社区急救往往受人员、设施等方面条件所限,特别是面对复杂或成批伤病员时,在紧急救治的同时要立即向上级医疗机构呼救,必要时需向疾控中心、政府有关部门报告。
6. 顾全大局、团结协作 社区急救一切行动必须服从上级领导部门的命令和统一指挥。

六、社区急救的体格检查

社区急救的体格检查应突出重点,目的是迅速查出对生命威胁最大的问题,并给予及时有效的救治。体格检查项目主要以生命体征、头部体征为主,并包括颈部体征、脊柱体征、胸部体征、腹部体征、骨盆体征、四肢体征等。

(一)生命体征

1. 体温及末梢循环状况 必要时测体温,否则主要观察和触摸患者肢体末梢血液循环情况,有无皮肤湿冷、发凉、发绀或发花。体温升高多见于感染、甲状腺功能亢进、中暑、流感等;体温低于正常可见于休克、大出血、年老体弱、甲状腺功能低下、重度营养不良、在低温环境中暴露过久等。

2. 血压 常规测量肱动脉压,若患者双上肢受伤,应测量腘动脉压。高血压可以是原发性高血压病,也可能为继发性高血压病。血压过高需立即给予降压措施;血压过低提示可能有大量出血或休克存在。

3. 脉搏 测量脉率和脉律,常规触摸桡动脉。若桡动脉触摸不清,则提示收缩压 $<80\text{mmHg}$ 。脉搏增快可见于发热、贫血、心力衰竭、心律失常、休克、甲状腺功能亢进等;脉搏减慢可见于颅内压增高、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退;脉搏消失多见于重度休克、重度昏迷等急症患者。

4. 呼吸 测量呼吸频率,观察其深浅度和节律有无异常。注意有无呼吸困难、被动呼吸体位、发绀及三凹征等。

在测量生命体征时,可通过与患者对话判断其意识状态、反应程度、能否正确表达病情和有何医疗需求,如患者是否感到疼痛难忍、体位不适、口渴等。回答问题准确,说明大脑血液供应良好,颅脑无严重损伤;烦躁不安提示脑缺氧;精神异常或神志不清是伤情严重的表现。

(二)头部体征

1. 眼 检查瞳孔是否等大等圆,对光反射是否灵敏,瞳孔是否固定,压眶或角膜反射是

否存在。瞳孔不等大常提示有颅脑损伤;瞳孔一侧散大常提示有颅脑血肿及脑疝;双瞳孔缩小如针尖大小常提示有有机磷、吗啡、毒蕈中毒及脑干病变;双侧瞳孔散大到边,对光反射消失,眼球固定常是濒死或已死亡的征象。同时观察眼球表面及晶状体有无出血、充血,询问患者视物是否清楚等。

2. 鼻 检查鼻腔是否通畅,有无呼吸气流,有无血液或脑脊液自鼻孔流出,鼻骨是否完整或变形等。

3. 口 检查口唇有无发绀,口腔内有无呕吐物、血液、食物或脱落的牙齿。如发现牙齿脱落或安装有假牙要及时清除。观察口唇色泽及有无破损,有无因误服腐蚀性液体致口唇烧伤或色泽改变。经口呼吸者,观察呼吸的频率、幅度、有无呼吸阻力或异味。

4. 耳 检查耳内有无液体流出,是血性的还是清亮的,耳道中是否有异物,听力如何,耳廓是否完整。

5. 面部 检查面色是否苍白或潮红,有无大汗。

6. 头颅骨 检查是否完整,有无血肿或凹陷。

(三)颈部体征

检查颈前部有无损伤、出血、血肿;颈后部有无压痛点。触摸颈动脉,检查脉率的快慢和脉律,注意有无颈椎损伤。

(四)脊柱体征

主要是针对创伤患者,在未确定是否存在脊髓损伤的情况下,切不可盲目搬动患者。检查时,用手平伸向患者后背,自上向下触摸,检查有无肿胀或形状异常。对神志不清者,如确知患者无脊髓损伤或非创伤性急症,应把患者放置侧卧位,这种体位能使患者被动放松并保持呼吸道通畅。

(五)胸部体征

观察患者在呼吸时两侧胸廓起伏是否对称,胸部有无创伤、出血或畸形。双手平开轻轻在胸部两侧施加压力,检查有无肋骨骨折。检查锁骨,有无异常隆起或变形,在其上稍施压力,观察有无压痛,以确定有无骨折并定位。

(六)腹部体征

观察腹壁有无创伤、出血或畸形。检查腹部有无压痛、反跳痛和肌紧张,确定可能受到损伤的脏器及范围。

(七)骨盆体征

两手分别放在患者髋部两侧,轻轻施加压力,检查有无疼痛或骨折。观察外生殖器有无明显损伤。

(八)四肢体征

上肢:检查上臂、前臂及手部有无异常形态、肿胀或压痛。如患者神志清醒,能配合体检,可以让患者自己活动手指及前臂。检查推力和皮肤感觉,并注意肢端、甲床血液循环状况。

下肢:用双手对患者双下肢同时进行检查,两侧对照,观察有无变形或肿胀,但不要抬起患者的下肢。检查足背动脉搏动情况,检查患者的足能否有力地抵住检查者的手。



七、社区急救的处理

社区急救的处理是采取及时有效的急救措施抢救生命,最大程度减轻患者痛苦,减少和预防病情加重及并发症,正确而迅速地把伤病员转送到医院,为后续进一步抢救打好基础。

1. 迅速排除致命和致伤因素,如搬开压在患者身上的重物,撤离中毒现场,触电时应立即切断电源,窒息者应清除伤病员口鼻内的泥沙、呕吐物、血块或其他异物,保持呼吸道通畅等。

2. 对昏迷患者,未明了病因前,注意心跳、呼吸、两侧瞳孔大小变化。有舌后坠者,应将舌头拉出,防止窒息。

3. 检查伤员的生命体征,包括伤病员的呼吸、心跳、脉搏情况。如有呼吸心跳停止,应就地立刻进行胸外心脏按压和人工呼吸。

4. 有创伤出血者,应迅速包扎止血,材料就地取材,可采用加压包扎、上止血带或指压止血等。

5. 如有腹腔脏器脱出或颅脑组织膨出,可用干净毛巾、软布料、碗、盆等加以保护。

6. 有骨折者,用木板等临时固定。

7. 迅速而安全地转运。根据不同的伤情和病情,按轻重缓急原则选择适当的工具进行转运,运送途中随时注意观察处理伤病员病情变化。能尽快地把伤病员搬上救护车或病床。最常使用的安全搬运方法是用担架搬运。急救运输既要快速,又要平稳安全。为避免紧急刹车可能造成的损伤,伤病员的体位和担架均应很好固定,医务人员和陪护人员要使用安全带或抓牢扶手。伤病员在车内的体位要根据病情放置,如平卧位、坐位或头高(低)位。脊柱伤患者应下垫硬板,骨折患者要防止因车辆剧烈颠簸造成疼痛加重,昏迷、呕吐患者应把头转向一侧,以防呼吸道阻塞。

社区急救应在保证维持伤病员生命的前提下,分清主次,有条不紊地进行,切忌慌乱,以免延误、丧失有利时机。

八、社区急救的特点

1. 灾害性事件具有突发性。各种急危重症、灾害事故往往突然发生,此时必须一有呼救立即出发,一到现场迅速抢救。

2. 患者伤情具有复杂性。伤病患者常涉及临床各科病种,而且是未经分科筛选的急、危、重症患者。

3. 抢救过程具有艰难性。社区急救因受客观条件限制,往往会缺乏病因诊断的客观依据,给抢救过程带来一定难度。

4. 现场急救具有灵活性。社区急救多在现场实施,有时会出现缺少抢救器材和转运设备,各项诊疗措施难以按常规运行,因此要注意随机应变、就地取材,善于借助伤病员周围各种医疗的和非医疗的人力、物力资源,灵活地为伤病患者提供救治。

九、社区急救的人员素质要求

1. 极端负责的医疗作风和热情真挚的服务态度。做到无论在什么情况下均应主动接诊,积极抢救,只要有百分之一的抢救希望,就应做百分之百的努力,急患者所急,想患者所