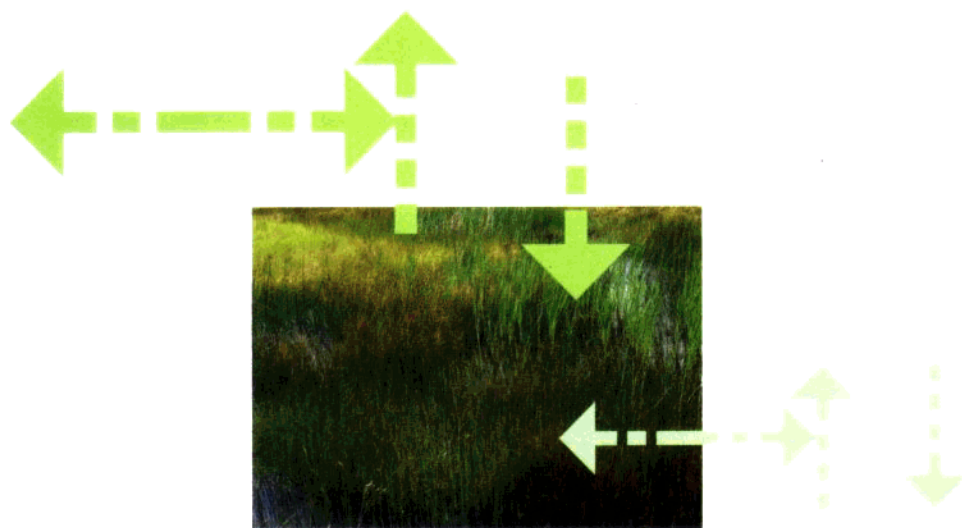


急诊急救知识

培训手册



好医生医学教育中心

目 录

第一部分 急诊医学总论

第二部分 常见急症的识别和处理

第一章 心搏呼吸骤停与心肺复苏	(9)
第二章 气管、食管异物	(24)
第三章 休克	(31)
第一节 概述	(31)
第二节 各种类型休克的识别与处理	(38)
第四章 创伤	(40)
第一节 概述	(40)
第二节 创伤的链式流程复苏	(45)
第三节 各脏器创伤的识别和处理	(49)
第五章 急性中毒	(51)
第一节 概述	(51)
第二节 不同类型中毒的识别	(61)
第三节 不同类型中毒的处理	(63)
第六章 物理损伤	(74)
第七章 咬伤和蜇伤	(75)
第一节 不同蜇咬伤的识别	(75)
第二节 不同蜇咬伤的处理	(76)
第八章 高热	(82)
第一节 概述	(82)
第二节 常见疾病的识别	(88)
第三节 常见疾病的处理	(90)
第九章 意识障碍	(97)
第一节 概述	(97)
第二节 常见疾病的识别	(103)

目 录

第三节 常见疾病的处理	(104)
第十章 惊厥与抽搐	(108)
第一节 概述	(108)
第二节 常见疾病的识别	(110)
第三节 常见疾病的处理	(111)
第十一章 急性头痛	(117)
第一节 概述	(117)
第二节 常见疾病的识别	(121)
第三节 常见疾病的处理	(123)
第十二章 急性呼吸困难	(126)
第一节 概述	(126)
第二节 常见疾病的识别	(129)
第三节 常见疾病的处理	(131)
第十三章 心悸	(135)
第一节 概述	(135)
第二节 常见疾病的识别	(137)
第三节 常见疾病的处理	(138)
第十四章 急性胸痛	(142)
第一节 概述	(142)
第二节 常见疾病的识别	(143)
第三节 常见疾病的处理	(145)
第十五章 急性腹痛	(148)
第一节 概述	(148)
第二节 常见疾病的识别	(155)
第三节 常见疾病的处理	(157)
第十六章 腹泻	(163)

目 录

第一节 概述	(163)
第二节 常见疾病的识别	(166)
第三节 常见疾病的处理	(168)
第十七章 大咯血	(171)
第十八章 上消化道出血	(176)
第十九章 妇产科大出血	(183)
第一节 概述	(183)
第二节 常见疾病的识别	(184)
第三节 常见疾病的处理	(185)
第二十章 血尿	(188)
第二十一章 少尿与无尿	(192)
第一节 概述	(192)
第二节 常见疾病的识别	(192)
第三节 常见疾病的处理	(194)
第二十二章 急诊精神心理疾病	(197)
第一节 患者及家属的心理特点与沟通技巧	(197)
第二节 急诊精神心理常见疾病的识别	(204)
第三节 急诊精神心理常见疾病的处理	(205)
第三部分 急诊相关知识与技能	
第一章 常用急救技术	(208)
第二章 急诊常用药物的使用	(219)
第三章 急诊护理工作的特点	(229)
第四章 心电图诊断	(234)
第五章 临床常用检验基础知识	(244)
第六章 水、电解质紊乱与酸碱失衡	(265)

第一部分 急诊医学总论

一、急诊医学概论

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新的独立学科,而且已被越来越多的医学界同行和专家们承认。目前我国,不少大、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,并配备了医师、护士等医务人员。据《中国卫生年鉴》(英文版)报道,全国已有 11 497 家县级以上的医院设置了配备合格医护人员的急诊科或急诊室。器械设备得到更新,向专业化、系列化和标准化的方向发展。不过目前不少医院成立急诊科只是重点解决行政管理问题。但发展急诊医学重要的是专业人员的培训,建立完善的急诊医疗体系和提高急诊医学水平,如何去实现,需要从事这个专业的人员去构思、实践和总结。目前并无现成的模式,要靠自己去探索、设计和建设。国际上的先进经验可以借鉴和参考,主要需结合我国的实际情况,创建适合我国社会的急诊专业。

急诊医学同内、外、妇、儿等临床学科一样,也属于临床医学的范畴,但又有其自身的特点。与其他临床学科的救助对象和任务不同,内、外、妇、儿等临床科室一般治疗的是相应的专科疾病,对于患者的救治也是从发病一直到痊愈的;而急诊医学救助患者是不分病种的,而且只处理疾病的急性阶段,而不是全过程,它的任务是抢救生命,缓解症状,稳定病情,直至安全转诊。

(一)急诊医学的特点

1. 急诊医学的救治对象是任何一个处于健康危机中的患者。包括创伤、急产、宫外孕、糖尿病酮症、中毒、昏迷、休克等各种急症患者。

2. 急诊医学救治的任务是立即给予有力的措施,挽救患者生命,减轻患者伤痛,使临床状态趋于平稳,从而能够接受进一步的治疗,然后转诊到其他相应科室。

3. 发病急骤、来势凶险、时间性强。急救突出一个“急”字,所谓“急”是指患者的病情急、治疗要求急,所以应强调时间观念,要分秒必争。

4. 病情变化快、病人的流量不可预测,随机性大、可控性小。

(二)急诊医学的分类

1. 院前急救

(1)概念:是指患者从发病现场到医院之前的就地处理、抢救、监护、运送到医院的过程。其目的是在患者运送到医院之前,获得相应的简易急救处理,并对病情进行评价,尽可能稳定患者的生命体征。

(2)主要任务:是用初步的急救措施维持患者生命,通过及时地早期基础治疗,改善患者的生存和预后,是各种灾难事故现场医疗救援的主体,能起到现场检伤、分类、疏散患者、安抚人心、稳定社会的作用。

(3)特点

①社会性强,体现政府职能,特别在重大突发灾害性事故现场,救援时体现明显。

②时效性高,需要灵活应对,反应及时。

③涉及专业广,涉及临床各科,需要急救人员具备基本急诊急救知识和技能。

④抢救环境差,在非医疗环境下进行医疗活动,急救服务往往受人员和设备及恶劣环境的限制。

(4)内容:包括现场急救和转送途中监护及抢救两部分主要内容。主要职责是从急症患者或伤病员发病、受伤现场就开始有组织的指挥、协调现场抢救,合理分诊,转运及途中监护与抢救。

①现场急救:当危重急症以及意外伤害发生时,短时间内对伤病者生命造成严重危害。抢救者利用现场提供的条件,包括人力、物力对伤病者采取及时有效的初步救助措施。其目的是抢救生命,降低死亡率,防止病情的继续恶化,减轻病痛,减少意外损害,降低伤残率。

②转送途中的监护及抢救:转送不只是简单的将患者运送到医院,而是强调在运送过程中密切观察病情,边监护、边抢救、边与急救中心或接收医院联系,报告患者情况及接受指导。有条件的地方,救护车应配备完善的通讯联络设备、综合分析系统、急救设备、药品和急救人员。

2. 院内急救 在院前急救的基础上进一步进行生命支持和更有效更精确的诊治。急诊科(室)是医院诊断和抢救急、危、重患者

的重要场所,其主要任务是对生命垂危的患者组织抢救,对无生命危险的患者进行诊治。接诊的医院应组建专门的医疗急救组负责接诊。急诊患者到达医院后,首先由急诊科(室)医护人员进行分诊、抢救及观察。其后按患者具体情况决定转入专科病房、重症监护病房或综合性危重病监护病房。急诊科(室)内急救设备应定期检查,随时保持备用状态,同时应设专线电话,24小时应诊。应制定有关急诊的各种工作制度及常规,有各种急、危、重症的抢救流程图。急诊室抢救效率的高低体现医院的医疗水平及各部门之间的协调能力和应变能力。

(三)急诊医学的工作模式

1. 美英模式 主要见于美国和英国,在急诊急救中的工作人员是医助,在现场只是给患者以简单的生命支持,然后迅速送到最近的相应医院。可以总结为“搬起来就走”。

2. 欧洲模式 主要见于德国和法国等欧洲国家,他们派出的是较高水平的救助小组,包括:医生、护士,甚至检验师和麻醉师等,在现场就给予病人高级的生命支持,待状态稳定后再送到相应的医院。可以总结为“稳定后再走”。

这两种模式,目前没有明显的优劣差别。但无论哪一种模式,其最终的目的都是一样的:在最短的时间内使患者接受到有效的治疗,努力降低患者的死亡率和致残率。

(四)急诊医学的范围

像医学领域中所有专业学科一样,临床的经验和教训需要专业人员来分析和总结。这是发展和提高每一学科的必要条件之一。急诊医学也是如此,所不同的是它成立伊始,专业医师非常缺乏。因为它属于医学科学的一个新的组成部分,随着医学科学的发展,急诊医学必然也会迅速发展的。此外,它是一门解决急性病和危重病的学科,要研究如何更迅速、更有效、更有组织地抢救急危病例和处理“灾难医学”所遇到的问题。

现在认为,急诊医学的范围有以下几个方面:

1. 院前急救 是整个急诊医疗体系的第一步,也是重要组成部分。

2. 复苏学 是急诊医学最重要的组成部分和研究方向之一。研究内容包括心脏骤停与心肺复苏。

3. 危重病医学 危重病医学是急诊医学的重要组成部分。危

重症的主要病种包括心脏骤停、休克、急性呼吸窘迫综合征、急性呼吸衰竭、有并发症的急性心肌梗死、多发创伤、各系统的危重病和多器官功能衰竭等。

4. 创伤学 创伤外科已纳入急诊医学范围,是近年来我国许多医院急诊科重点发展的部分。尤其是对多发伤和复合伤的救治,以及灾害事件中群体伤员在现场和急诊室的早期正确处理等课题备受关注。

5. 毒物学 中毒可分急性和慢性两类,急诊医学主要对急性中毒进行研究和诊治。毒物范围包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒动植物、污染细菌的食物以及军用化学毒剂等。有时可发生大量人员的群体中毒,如何快速准确诊断并组织实施有效的抢救,也是急诊医学研究的课题。

6. 儿科急诊 儿科的急症和危重病有其自身的特点,而且病情变化快。因此,设立专门的分支(学组)予以研究。

7. 灾害医学 灾害医学是急诊医学的一个组成部分,是综合性医学科学,研究内容包括自然灾害(如地震、洪水、台风、泥石流、雪崩等)和人为灾难(如交通事故、放射事故污染、化学中毒、流行病及战争等)对公众健康造成的后果和救治方法。灾害医学也是跨学科的专业,涉及急诊内科学、外科学、传染病学、小儿科学、流行病学、公共卫生学、社会医学、营养学等学科的内容。同时,灾难救援又是一个社会性的综合工作,涉及政府、军队、消防、市政等部门,医疗队只是其中的一个重要组成部门。

8. 急诊医疗服务体系(EMSS)管理学 急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)的建立是医学领域中的一次重大改革。是指从患者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,立即接受急诊室医师有效的初步诊断和治疗,然后根据病情,安排其转归。多数患者接受治疗后可以回家继续服药、休息治疗,少数危重病患者,就可以经适当处理或手术,然后转到重症监护室(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、伤病人员的组织系统,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。目前我国很多城市已经在向这个方向努力。

迄今,除了各级卫生行政部门的组织领导外,中华医学会急诊

医学分会也已成立了复苏学、院前急救、危重病医学、创伤学、急性中毒、儿科急诊、灾难医学、继续教育等专业学组,组织力量对以上各急诊医学领域的课题加以研究和指导临床工作,为推广我国的急诊医学事业起了重要作用。

二、我国农村急诊体系的建设

我国农村急救医疗网的建设应依托农村的三级卫生网,这不仅可满足农村急诊急救的需求,又可最大限度地利用农村的卫生资源,使有限资源效益最优化。而农村县、乡、村三级卫生网是农村卫生工作的组织基础。

(一)各级的功能及任务

1. 村卫生室的功能 包括初步的现场急救,及时、合理地转送患者,基础信息的收集、报告等。

在农村三级网急救功能定位中,村卫生室的主要职能是院前急救,即对患者实施简易的现场急救措施。如:简易的外伤处理、固定、包扎,徒手心肺复苏等,并遵循就近的原则,根据患者身体状况、当地交通状况,决定适时地将患者转送到最近的乡镇卫生院或县医院等医疗机构。

在发生突发公共卫生事件时,村医应首先奔赴事件现场,了解基本情况,同时向村委会和乡镇卫生院报告事件发生情况、伤病人数、事件涉及范围及严重程度。

如果属于原因相对明确的公共卫生突发事件,应该在村委会的领导下,对全体村民进行宣传和健康教育,并采取可能的措施防止事件进一步扩散;如果属于原因不明确的公共卫生突发事件,应该立即报告村委会和乡镇卫生院,并协助疏散人群,抢救人员,根据患者身体状况、当地交通便利状况、事件是否具有传染性等情况将患者转移到上级医疗机构;对高度怀疑为烈性传染病者,应先就地隔离救治,立即上报,待上级医生诊断后决定是否转院,并在村内建立有效的隔离防护网,做好村民的防护和自我防护工作,切断传染病的传播途径。

2. 乡镇卫生院的功能 包括院前急救、一般急症的处理和危重症的初步抢救、各类卫生信息的收集和报告。

乡镇卫生院是急救网络的枢纽,是急诊医疗的重要组成部分,加强乡镇卫生院急诊工作,可以缩小急救半径,缩短急救反应时间,及时挽救患者生命。因此,要充分发挥乡镇卫生院在急诊体系

中的枢纽作用,同时加强与县医院及急救中心(站)的纵向合作,建立协调机制和急救绿色通道。

乡镇卫生院的主要急救职能是院前急救和急诊室急救。乡镇卫生院除承担院前急救外,还要开展急诊室急救,以稳定生命体征为主要目的,降低死亡风险。包括对一般急症患者进行急救,如急腹症、急产、一般外伤等,并对急、危重症患者作出初步诊断,给予适当急救处理后,根据病情需要转送至县医院或上级医疗机构。

在发生突发公共卫生事件时,乡镇卫生院应向乡镇政府和县卫生局汇报。对于原因不明的突发事件,向事件发生的临近乡村通报事件情况,提醒其提高警惕,以便于防止事件扩散;展开初步调查,及时准确收集各类卫生信息,为应对突发事件创造基本条件。按照相关规定,在当地突发公共卫生事件应急中心统一领导下,对村民进行宣传和讲解,发布准确的信息,让群众心中有数,稳定社会秩序,同时采取可能的措施以防进一步扩散;对于已经明确属于传染性的疾病或不明原因的突发公共卫生事件,应依法报告所在地疾病预防控制机构,按照公共卫生防治的预案做好诊治和防护工作。

(3)县医院的功能:包括院前急救、急诊室急救、急危重症患者抢救以及传染性疾病预防等突发性公共卫生事件的报告。

农村县、乡、村三级急救网络的建立,必须发挥各级医疗机构的优势,协同作战,以最快捷的方式把急救服务送到现场伤病员身旁,并根据病情轻重,做出恰当的处理。这样,不仅可提高抢救效率,稳定患者病情,又可使农村急救网络结构中各部门的人力、技术水平、设备等能力均能得到充分发挥。

(二)农村常见急救技术基本要点

1. 现场救护的注意事项 在任何情况下,都应注意患者的 A (气道)B(呼吸)C(循环),保证给予患者生命支持。

A. 气道情况:判断气道是否通畅,有无呼吸道阻塞。

B. 呼吸情况:呼吸是否正常,特别应注意是否有张力性气胸及连枷胸。

C. 循环情况:包括心跳、血压和脉搏。

2. 心肺复苏 为便于记忆,可概括为 A、B、C 的顺序来叙述。

(1)A 畅通气道:患者意识丧失后舌根常后坠,呕吐物或异物可造成气道阻塞。因此,心肺复苏应首先设法畅通气道。

常用的方法是：①仰额抬颈法：术者右手置于患者前额，向后加压，使头后仰，左手的中指、示指置于患者的颏部托其上抬，程度以唇齿尚未完全闭合为限。②仰额托颌法：术者位于患者头的上方，双手置于与患者同一水平处，将双手的第2、3、4指放在患者下颌缘处，向前上方抬起下颌，同时，用双拇指推开患者口唇；用掌根部及腕部力量使头后仰。此手法可使舌根离开咽喉后壁，呼吸道便畅通。如有颈椎骨折，不宜应用仰头抬颈法。实施时注意不要将手指压向颈前颌下软组织深处，以防压迫呼吸道。若呼吸道有异物阻塞应立即清除。

(2)B 人工呼吸：迅速进行人工呼吸是复苏的重要措施之一，而口对口呼吸是最有效的方式。

确认被抢救者呼吸道通畅后，术者用一手托起被救者下颌，另一只手的拇、示指捏住患者鼻孔，深吸气后，用口唇严密盖患者口部，用适当的力量向患者口腔内吹气，每次吹气1~1.5秒，约800ml气体，以可见患者胸廓抬举动作为准。吹气结束后，术者迅速将口唇移开，同时放松患者被捏紧的鼻孔，以利被动吐气。在口周外伤或张口困难等情况下，术者深吸气后，以唇盖住患者鼻孔，向鼻孔内吹气，同时用手将患者颏部上推，使上、下唇闭拢，呼气时放开。

复苏开始时，先连续快速吹气4次，可使患者肺部充分换气，及维持患者呼吸道内的正压，同时触摸患者的桡动脉，如有搏动而仍无呼吸，则按12次/分的频率进行人工呼吸。如无搏动，则应在人工呼吸的同时立即进行胸外按压。

(3)C 人工循环：复苏时，人工建立循环的方法有胸外按压和胸内心脏按压两种，现场急救多采用胸外按压。

胸外按压时急救者双手手指交叉重叠，以一手掌根（多用左手）放于患者胸骨中下1/3交界处，两肘关节伸直，借助肩部及上半身力量垂直向下按压，当患者胸骨下陷3~5cm时，即突然放松压力，但手掌根部不离开胸壁。一般按压频率应为100次/分，为保证重要脏器尽快达到有效血供，按压之初可使频率加快至100~120次/分。胸外按压必须与人工呼吸相配合，胸外按压与人工呼吸的比例为15:1。

胸外按压不当可造成肋骨骨折等并发症，尤其是老年人，但是不能因此而用力过小，因为如果压下深度不够则按压即为无效。

三、常见灾害伤害的急诊救治原则

	洪涝灾害	地震灾害	交通事故	火 灾
伤害特点	1. 直接伤亡:因淹溺、触电、房屋倒塌而导致死亡 2. 环境污染、生态平衡破坏、人群流动导致传染病暴发流行 3. 环境恶劣造成老人、儿童、体弱和慢性病患者发病及死亡危险增大 4. 精神紧张压抑、免疫力降低引起一些非传染性疾病和慢性病发作增多	1. 地震初期建筑物破坏对人的撞击、挤压、窒息等直接伤害,火灾、毒物或放射物质泄漏、水灾等,地震续发灾害对人的伤害 2. 因环境污染造成疾病流行以及因生理和心理的巨大压力导致人群严重心理障碍、意外疾患甚至死亡	1. 道路交通事故所致伤害主要分为减速伤、撞击伤、碾压伤、挤压伤和坠落伤等。可有颅脑损伤、颈椎损伤、心脏及心包损伤、主动脉破裂等 2. 铁路交通事故多为列车脱轨、相撞、颠覆等,发生突然,车体变形破坏严重,伤员人多密集,伤情多复杂,多发伤、复合伤发生率高 3. 空难坠落事故很少有幸存者,机场区域及迫降地事故多见骨盆、腹部和胸部粉碎性损伤、头颈部损伤、烧伤、骨折及有害气体窒息等 4. 海难事故主要损伤原因为淹溺和低温(冷水)等	伤害主要是烧伤,严重者可致死。在火灾致伤中值得注意的是复合伤,在火灾死亡统计中,因烟雾中毒窒息死亡者占死因首位,超过直接烧伤致死者。此外,在高层建筑火灾中,因仓惶逃生而跳楼摔伤甚至死亡的也很多见
救援和防疫措施	1. 灾害前期:组建防汛救灾医疗队,配备器械、药品、消毒杀虫灭鼠等防疫药品和应急物资、交通工具、生活用品。动员民众储备必要的食品、药品和应急生活用品,宣传水灾中常见疾病预防、保健知识。对受灾地区的医疗机构和人员做好应急与转移地点的准备 2. 灾害期:及时准确掌握灾区信息,尤其是疫情动态,及时上报和采取对策。派出医疗救护队和防疫队,在灾区建立临时医疗救护和防疫点,开展巡回医疗防疫工作,做好饮水消毒、居住环境卫生消毒、灭鼠、食品卫生指导和加强人畜粪便管理,必要时向民众预防投药。保障医疗器材和药品供应。尽早恢复、重建受灾医疗机构,充分发挥当地医疗卫生系统人员的作用 3. 灾害后期:重点为加强防疫工作,防治灾后传染病流行。同时,做好因灾患病者的治疗和对妇女、老人、儿童的保健指导	1. 震前准备:成立医疗救援指挥部;配备应急医疗器械及药品、救护车和小发电机等装备;组建防疫队,并备齐消毒杀虫灭鼠防疫药品及工具 2. 灾害报告及灾情评估 3. 现场救护:组织和指导现场人群正确自救互救,施行正确的心肺复苏和止血、包扎、固定、搬运等操作,以减少伤情的延误和“二次损伤”;现场救护要和寻找、解救伤员工作紧密配合;有大量伤员时,原则为先救命后治伤,先治重伤后治轻伤;早期主要急救措施为心肺复苏、控制出血、抗休克、固定骨折及妥善有序的搬运后送 4. 灾区卫生防疫 5. 精神心理支持	1. 多人受伤时首先检伤分类,优先抢救危重伤员,对轻伤员指导其自检、自救和互救 2. 颅脑伤是交通事故最常见的损伤,要注意检查伤员神志、呼吸、脉搏及双侧瞳孔大小、是否对称,对有昏迷、瞳孔不等大、呼吸脉搏不规律者及时抢救,可给20%甘露醇溶液 250ml 快速静脉滴注,尽快转送有条件医院 3. 交通伤中脊柱伤多见,为防止椎体脱位损伤脊髓而造成截瘫,重伤员从车内搬动、移出前,应尽可能先用颈托或硬纸板、厚帆布等自制代用颈托固定颈部,有条件时最好用脊柱固定器或椅背、木板等代用品将脊柱同时固定后再小心平托搬动,平放于硬担架或木板上转运 4. 对危重伤员及时行气管插管或气管切开保持呼吸道通畅,积极抗休克治疗,尽快做好手术前准备,为紧急手术争取时间 5. 对出血多的伤员要迅速止血、加压包扎;有开放性气胸者封闭包扎,张力性气胸者穿刺引流;“连枷胸”出现呼吸反常运动时立即加压包扎限制浮动;腹腔脏器脱出者不要还纳,应在周围加垫包扎;有骨折者于临时固定 6. 在重大交通事故发生后,对产生的尸体与污物、事故交通工具上及附近可能存在的有毒有害物质必须由相关部门及早做无害化处理;对周围环境做消毒杀虫,水源做消毒净化处理	1. 平时普及应急自救常识,使公众遇灾时能保持冷静,迅速报警,关闭电源,不进电梯,用湿毛巾捂住口鼻防烟雾,弯腰或匍匐沿安全通道撤离。被困在房间时用湿布堵塞门缝,浴缸放水自救。忌轻易跳楼 2. 现场急救时尽快用大量清水灭火,或用毯子、棉被等压盖灭火,伤员可卧地滚动灭火,迅速脱去着火衣物,或跳入附近水源,但勿跳入污水以防感染。禁止站立喊叫防止吸入性损伤,禁止奔跑或用手拍打火焰防止加重烧伤 3. 检伤分类:注意伤员全身情况和有无合并损伤,如颅脑损伤、胸腹腔脏器损伤、呼吸道烧伤、化学烧伤、中毒及骨折等,及时进行相应处理 4. 对重伤员防止休克、感染和窒息。大面积烧伤时周围循环差,肌肉注射常难吸收,止痛药应稀释后静脉注射;伤员口渴时可给少量多次淡盐水饮用,忌用白开水或糖水,忌饮水过多,以免发生电解质紊乱及脑水肿;休克者尽最大努力开放静脉通道补液并用药;火焰或化学物质导致呼吸道吸入性损伤者注意保持气道通畅,必要时行气管造口术 5. 除化学烧伤外,在现场对烧伤创面一般不做处理,保护表皮,尽量不弄破水疱。对粘在皮肤上的衣物用剪刀剪去未粘连部分,不可强行撕剥。用三角巾、大纱布、干净衣服或被单简单包扎后迅速送上级医院救治 6. 化学烧伤者在现场立即脱去污染衣物,用大量流动清水冲洗创面半小时以上;电烧伤者尽快脱离电源,针对电击失常类型或呼吸、心跳骤停分别处理 7. 灾后对现场及时清理消毒,加强对食品的卫生监督检查,对水源和生活设施进行消毒,防止传染病流行

第二部分 常见急症的识别和处理

第一章 心搏呼吸骤停和心肺复苏

一、心搏呼吸骤停

(一)概念

心搏呼吸骤停是一个临床综合征,从第一症状出现到心脏停跳不足1小时,甚至是瞬息之间的变化。

(二)标志

意味着心脏有效的机械活动停止,全身的脏器无法得到充足的血液供应。

1. 无反应性 指患者的意识丧失,拍打或者呼唤患者,患者无反应。

2. 呼吸停止 指患者完全无呼吸,即使患者有点头呼吸、下颌呼吸等无效呼吸动作,也认为其为无呼吸状态。

3. 大动脉停止搏动 指颈总动脉停止搏动。

(三)原因

心搏呼吸骤停主要的原因是心脏疾病。

1. 心血管系统疾病 如冠心病、瓣膜性的心脏病。

2. 呼吸系统疾病 如窒息性哮喘、哮喘持续状态。

3. 神经系统疾病 如蛛网膜下隙出血、大面积脑梗死、脑出血。

4. 内分泌系统疾病 如黏液性水肿昏迷、甲亢危象。

5. 电解质紊乱 如低血钾、高血钾。

6. 中毒 如三环类抗抑郁药中毒。

二、心肺复苏(CPR)

必须在4分钟之内给予患者有效的标准心肺复苏!

(一)分期

国际标准化心肺复苏法的分期(三期九步)见表 1-1。

表 1-1 国际标准化心肺复苏法的分期

三 期	九 步
Ⅰ 期:基础生命支持(BLS)	A. 判断和打开气道
	B. 人工呼吸
	C. 人工循环
Ⅱ 期:高级生命支持(ACLS)	D. 除颤和用药
	E. 心电监测
	F. 气管插管和开放静脉通道
Ⅲ 期:长期生命支持(PLS)	G. 全面评估
	H. 低温复苏
	I. 加强治疗

(二)基础生命支持阶段(BLS)

尽早完成心肺的复苏,才有可能达到对脑的复苏。

1. A 判断和打开气道

用手指压迫下颏骨组织,打通气道(图1-1,图1-2)→判断是否有呼吸(图1-3)

确实判断呼吸停止进入下一步

- 判断方法:尽量靠近患者面部
- 观察胸廓是否有起伏
 - 倾听呼吸的声音
 - 感知呼出气体的味道等



图 1-1 仰头抬颏法开放气道(无颈椎损伤患者)



图 1-2 托颌法开放气道
(有颈椎损伤)



图 1-3 判断呼吸,打开气道

2. B 人工呼吸,即对患者口对口吹气

进入下一步
颈总动脉无搏动,

- 捏住患者鼻孔,并抵住下颏骨骨性部位
- 将抢救者的嘴包住患者的嘴
- 深吸气后口对口吹气,重复吹气
- 同时触摸患者的颈总动脉

3. C 人工循环,即心脏按压

除以上基本抢救措施外,应继续进行进一步生命支持

- 使患者面朝上平躺于一硬质平面上
- 救护者双手交锁按压患者胸骨中下 1/3 处:剑突与肋弓交汇处向上两横指处(图 1-4)
- 救护者肩关节、肘关节、腕关节在一条直线上(图 1-5)
- 垂直胸部平面上上下按压
- 按压频率每分钟 100 次
- 按压与人工呼吸的比例是 15:1



图 1-4 胸外双手按压示意图



图 1-5 胸外按压侧面示意图

心肺复苏 I 期常犯错误:

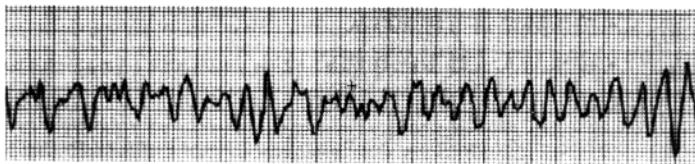
- 未打通气道即进行人工呼吸
- 打通气道时手指压迫下颏软组织
- 人工呼吸时未深吸气即对患者吹气
- 按压时肩、肘、腕关节不在一条直线上
- 按压时双手未交锁压迫肋骨
- 按压的部位不在胸骨中下 1/3 交界处
- 按压频率每分钟 120 次或每分钟 60 次

(三)高级生命支持阶段(ACLS)

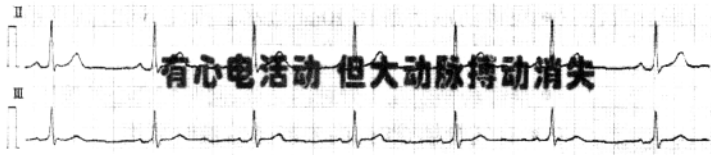
1. 心电监测 发现患者心搏呼吸骤停后,应立即监测心电图,判断患者心搏呼吸骤停的原因。

心搏呼吸骤停的临床-电生理状态有以下 3 种情况:

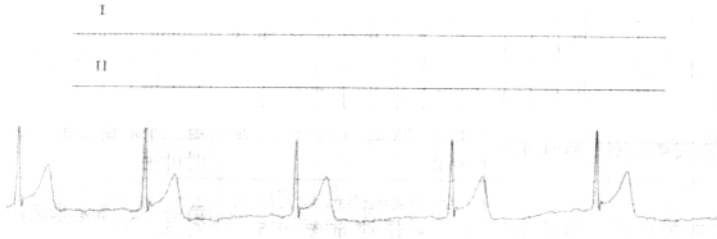
(1)心室纤维性颤动:心脏只有紊乱的电活动,不能引发任何有效的心脏机械活动。



(2)无脉电活动:心电图显示有组织的心电活动(心室复合波),但颈总动脉搏动消失。



(3)心脏停搏或缓慢性心律失常:心脏完全处于停止状态或心室率低于 20 次/分,不能有效泵血。



2. 除颤及用药

(1)心室纤维性颤动的治疗

①胸部捶击法:手边无除颤器可用拳击胸部正中除颤(但若患者有脉搏则不用此)。

②直流电击除颤

●电极板位置:一个按压在心尖部;另一个按压在胸骨右缘第 2 肋间

●电极板接触皮肤之前应涂抹电极糊,并应尽量靠近皮肤,避免灼伤

●电击规则:一串 3 次,即如果室颤持续存在则 3 次电击不中断,电击能量应逐渐递增,分别为 200J、200~300J、360J

●电击后措施:如患者恢复自主心率,继续进行心脏按压;如未恢复,则应采取药物除颤

③药物除颤(表 1-2)