

JIJIU

“十一五”规划教材

HULI

JISHU

涂 映 主编

shiyiwu

新编中等卫生学校护理专业教材

guihua

急救护理技术

jiaocai



江西出版集团
江西科学技术出版社

新编中等卫生学校护理专业教材

急救护理技术

主 编: 涂 映

编 者 (按姓氏笔画排序)

甘瑞华 (宜春职业技术学院)

张 昱 (南昌市卫生学校)

涂 映 (江西护理职业技术学院)

谌 秘 (南昌大学医学院第四附属医院)

鲁梨英 (江西护理职业技术学院)



江西出版集团
江西科学技术出版社

『十』

—

五』

规

划

教

材

图书在版编目(CIP)数据

急救护理技术/涂映主编. —南昌:江西科学技术出版社,2008.1

新编中等卫生学校护理专业教材

ISBN 978 - 7 - 5390 - 3244 - 3

I. 急… II. 涂… III. 急救—护理—专业学校—教材 IV. R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 014566 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:KX2008020

图书代码:J08226 - 101

急救护理技术

涂映主编

出版	江西出版集团·江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街2号附1号
	邮编:330009 电话:(0791)6623491 6639342(传真)
印刷	南昌市印刷五厂
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	271千字
印张	11.75
印数	4000册
版次	2008年2月第1版 2008年2月第1次印刷
书号	ISBN 978 - 7 - 5390 - 3244 - 3
定价	19.00元

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

前 言

急救护理技术是研究各类急性病、急性创伤、慢性病急性发作等急、危重症患者抢救护理技术的一门专业课程。随着经济持续快速发展,人口老龄化、疾病谱的改变,以及生活节奏的加快、心理压力的增大,导致急救病人迅速增多,急救护理技术越来越受到重视;与此同时,急救医学的发展和各种仪器设备的不断更新,急救护理技术的范畴也随之日益扩大。本书内容主要包括院外急救与护理,院内急救与护理;重点是急救技术的基本知识,常见急、危重症病人的急救与护理技术。其主要任务是通过对急救护理的基本理论、基本技能的学习,使学生掌握各种急、危重症病人的初步处理和抢救配合,并能正确实施急救护理技术,为今后从事或参与急救护理工作奠定基础。

本教材依据2007年全国中等卫生职业教育教学计划和教学大纲,以及《执业护士资格考试大纲》要求编写,每一章节均有学习目标、链接和同步综合练习,力求体现贴近学生、贴近职业、贴近岗位,突出实用性和新颖性。

本教材供中职护理专业使用。由于编写时间仓促,书中可能有不足或疏漏之处,敬请广大读者提出宝贵意见,以便及时修订。

编 者

2007年11月

目 录

第一章 绪 论	第一节 急救护理学的形成与发展	· 1
	第二节 急救护理学的范畴	· 2
	第三节 急救医疗服务体系	· 4
第二章 院外急救	第一节 概述	· 8
	第二节 院外急救护理	· 14
第三章 医院急诊科管理	第一节 急诊科的任务与设置	· 24
	第二节 急诊科护理工作程序	· 28
	第三节 急诊科管理	· 31
第四章 重症监护	第一节 重症监护病房(ICU)的组织与管理	· 39
	第二节 ICU收治对象、程序	· 45
	第三节 危重症病人监护内容及分级	· 47
	第四节 常用监测技术	· 49
第五章 心脏骤停和心肺脑 复苏	第一节 心脏骤停	· 62
	第二节 心肺脑复苏	· 64
	第三节 复苏后的监测与护理	· 72

第六章 休克病人的护理

• 77

第七章 急性中毒

第一节 概述 • 88

第二节 有机磷农药中毒 • 95

第三节 镇静催眠药中毒 • 99

第四节 急性一氧化碳中毒 • 103

第五节 强酸强碱类药物中毒 • 107

第八章 中暑、淹溺与触电病人的救护

第一节 中暑 • 111

第二节 淹溺 • 116

第三节 触电 • 121

第九章 昏迷病人的护理

• 128

第十章 急救技术

第一节 机械通气病人的护理 • 136

第二节 气管内插管术 • 143

第三节 气管切开术 • 146

第四节 动静脉穿刺置管术 • 151

第五节 止血、包扎、固定、搬运 • 158

第六节 抗休克裤的应用 • 173

实习指导

• 177

第一章 绪 论

【学习目标】

●了解急救护理学的形成与发展

●了解急救护理学范畴

●掌握急救急诊医疗服务体系

急救护理技术是以现代医学科学、护理学专业理论为基础,研究各类急性病、急性创伤、慢性病急性发作和危重病人的病情特点、发展规律,以及在抢救监测过程中护理的理论、技能、行为和科学管理的一门综合性应用科学,具有专科性、综合性和实践性的特点,是护理学的重要分支。随着急诊医学的发展及现代科技的不断更新,急救护理技术在抢救患者生命、提高抢救成功率、促进患者康复、减少伤残率、提高生命质量等方面发挥了越来越重要的作用。

第一节 急救护理学的形成与发展

现代急诊护理学的起源,可追溯到19世纪南丁格尔的年代。1854~1856年英、俄、土耳其在克里米亚交战。战争开始时,英军的医疗救护条件非常低劣,伤员死亡率高达42%。南丁格尔率领38名护士奔赴前线开拓战地护理工作,伤员死亡率迅速下降至2%,这充分说明了急救护理工作在抢救危重病人中的重要作用。

20世纪60年代,由于心电示波装置、电除颤器、人工呼吸机、血液透析机等广泛应用于临床,医学理论与实践的逐渐深化,护理理论与护理技术也得到进一步提高。到了60年代后期,现代监护仪器设备的集中使用,促进了重症监护病房(intensive care unit, ICU)的建立。20世纪70年代,国外一些国家开始组建急诊医疗服务体系,训练各行各业的人员作为二线急救组织成员,重视现场抢救,重视急救护理教育。70年代中期,在联邦德国召开的国际红十字会参与的一次医疗会议,提出了急危重症急救事业国际化、国际互助和标准化的方针,要求急救车装备必要的仪器,国际统一紧急呼救电话及交流急救经验等。美国于1959年开始实施急救医疗,1973年美国国会通过了《急诊医疗服务体系EMSS法案》,1976年完成了立法程序,形成了全国急救医疗网。之后,美国又相继建立了院前急救、途中救护和重症监护体系。

我国的护理急救事业也经历了从简单到逐步完善形成新科学的发展过程。在早期只是将危重患者集中在靠近护士的病房或急救室,以便于护士观察与护理;对外科手术后的患者,也只是先送到术后复苏室,清醒后再转入病房。进入70年代,尤其是80年代以来,随着我国的对外开放和国民经济的快速发展,急救医学也开始步入了新的发展阶段。1980年,国务院在北京主持召开了新中国成立以来第一次由北京等10个城市参加的急救工作会议。会后,国家卫生部颁发了《关于加强城市急救工作意见》的文件,指出了急救医学在国家建设和保障人民健康中的重要作用,并明确了其性质、任务和建立健全急救站和医院急救科(室)的具体规定。1983年国家卫生部又颁发了《城市医院急救科(室)建立方案》,明确提出城市综合性医院必须成立急诊科(室)。1986年全国人民代表大会通过了《中华人民共和国急救医疗法》,并颁布实施。1986年在上海召开了第一次急救医学学术讨论会,当年中华医学会正式成立了“急救医学专科学会”。1989年世界危重病急救医学学会接纳我国为该会会员,从此,我国急救医学组织跨进了国际专业组织的行列。经过多年的发展,我国的急救医学从组织机构、设施建设、队伍建设、设备装置,以及业务学术等方面都得到了很大的发展。目前,全国各大、中城市都建立了急救医疗中心,小城市和县镇也基本建立了急救医疗站,全国县以上的综合性医院和部分专科医院都设置了急诊科(室),并建立了ICU、CCU等重症监护病房,形成了急救中心-急救站(所)-急诊科(室)相结合的急救医疗网络;全国各大、中、小城市和县级、镇都已经基本开通了“120”急救呼救电话专线,急救医疗的社会化、专业化、家庭化的格局已经初步形成。

第二节 急救护理学的范畴

急救护理学是护理学科的一个分支学科,在其任务、功能和职责方面具有独立性、综合性与协作性。其研究范畴主要包括:院外救护、院内急诊救护和重症监护治疗三个部分。

一、院外救护

院外急救(outhospital care)也称院前急救(prehospital care),是指病人自发病或受伤开始到医院就医这一阶段的救护。包括在所有出事地点,如工厂、矿山、农村、家庭和交通事故,以及其他意外事故等现场,对伤病员的初步救护。院外急救首先应建立有效的呼吸与循环。如呼吸、心搏骤停必须先现场心肺复苏,再视病、伤情况并结合当时当地现有条件采取输液、止血、止痛、包扎、固定、解毒等救治措施,然后通过各种通信联络工具向救护站或医院呼救;在转送途中需连续监护并做必要的治疗、护理,为后续抢救及治疗争取时机。因此,院外急救应包括以下三个方面的内容:①接到呼救后,争取在最短时间内到达现场。②给予现场伤病员以最有效的救护措施。③在不停止救护的情况下,迅速、安全地将伤病员转到相关医院继续救治。

二、院内急诊救护

院内急诊救护是指院内急诊科的医护人员接收各种急诊病人,对其进行抢救治疗和护理,并根据病情变化,对病人作出出院、留院观察、立即手术、收住专科病房或收住重症监护病房(ICU)的决定。

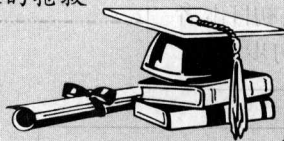
三、重症监护治疗

指受过专门训练的医护人员在备有先进监护设备和急救设备的重症监护病房(ICU),对呼吸心搏骤停、休克、昏迷,严重水、电解质、酸碱失衡,各系统的危重症和单、多器官功能衰竭等严重疾病进行全面监护及治疗。此外,还应包括对急性多发性创伤、毒蛇咬伤、烧伤等意外伤害的救护,并力争尽早有效处理,以防止休克、感染或严重的并发症发生。急性中毒救护包括对常见的煤气、酒精、镇静类药物中毒及农药中毒、食物中毒的救护,以及各类意外救护,如淹溺、触电、自缢、中暑等的救护等。

链 接

重症监护病房(ICU)的概念

ICU 是指专业医护人员将各类危重病人集中管理,并应用现代化的医疗设备和先进的临床检测技术对病人进行严密的监护、有力的治疗和护理,从而使病人能度过危险期,为康复奠定基础,提高危重病病人的抢救成功率和治愈率。



四、灾难救护

灾难救护是灾难医学的实践。灾难医学是研究灾难发生时,如何迅速有效的救治众多伤病员的学科,它涉及所有临床医学及预防医学。其研究内容包括自然灾害(如地震、洪水、旱灾、台风、龙卷风、海啸、火山爆发、泥石流、滑坡、虫害)和人为灾难(如交通事故、化学中毒、放射性污染、环境巨变、流行病和战争、武装冲突等)所造成的后果的救护,即减灾免难的具体措施。灾难救护可分为灾前准备、灾时救援、灾后预防三部分。

五、急救护理人才的培训和科学研究工作

人才培养和科学研究工作是急救事业发展的重要体现,因此,相关部门应有计划地组织现有护理人员学习急诊医学和急重症护理学,以提高急救护理人员的业务能力。此外,还应加强急重症护理学的研究和情报交流工作,使急救护理学的教学—科研—实践三位一体,并促进学科发展。

第三节 急诊医疗服务体系

在事故现场或发病之初即对伤病员进行初步急救,然后用配备急救器械的运输工具把他们安全、快速地护送到医院急诊室接受进一步抢救和诊断,待其主要生命体征稳定后再转送到重症监护病房(ICU)或专科病房,这种把院前救护、院内急诊科诊治和重症监护治疗三部分有机联系起来(图1-1),以更加有效地抢救危重伤病员为目的的系统,叫做急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)。一个完整的急救医疗服务体系应包括完善的通讯指挥系统、现场救护、有监测和急救装置的运输工具,以及高水平的医院急诊服务和强化治疗。该系统的组成部分既有各自的工作职责和任务,又相互密切联系,是一个有严密组织和统一指挥的急救网络。目前,急诊医疗服务体系已成为一个以急救医护组织为主体、全社会参与的结构严密的急救网。因此,为了提高急诊服务体系的效能,就必须建立和完善急救组织并形成急救网,同时加强急救医疗服务体系管理。

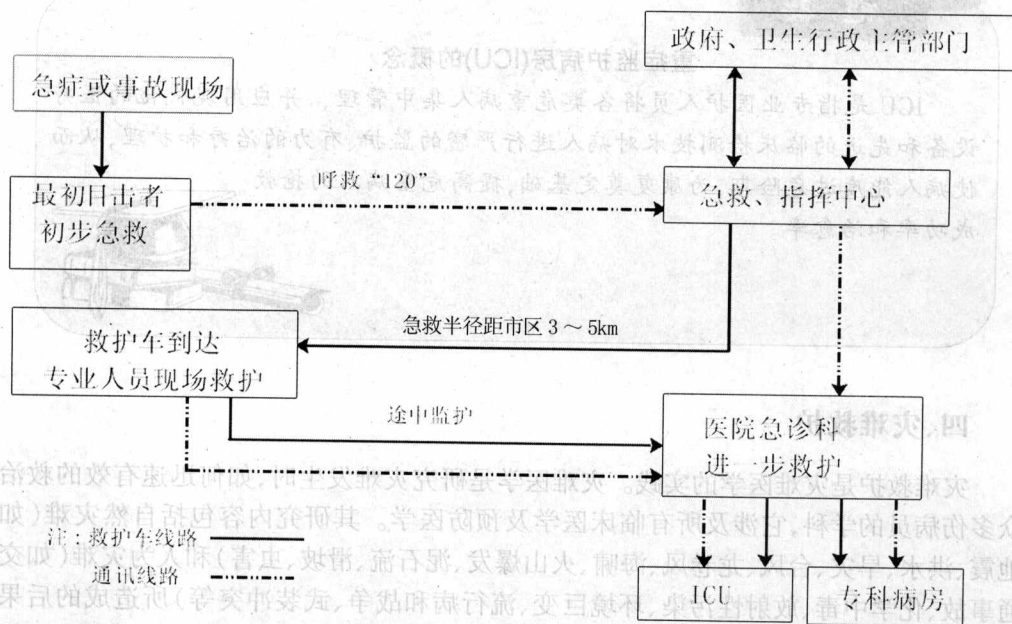


图1-1 我国急诊医疗服务体系运行示意图

一、建立和完善急救组织,形成急救网

城市医疗救护网是在城市各级卫生行政部门和所在单位直接统一领导下实施急救的专业组织。医疗救护网承担现场急救和途中护送、医院内抢救全过程的工作。城市应逐步建立健全急救站、医院急诊科(室),并与街道卫生院等基层卫生组织相结合,组成医疗急救网。

(一) 急救中心(站)的主要任务

(1) 急救中心(站)在市卫生行政部门直接领导下,统一指挥全市日常急救工作;急救分站在中心急救站的领导下,担负一定范围内的抢救任务。

(2) 负责对各科急、危重症病人及意外灾害事故受伤人员的现场抢救和途中救护。

(3) 向基层卫生组织和群众宣传、普及急救知识;条件允许时,承担一定的科研、教学任务。

(4) 执行上级领导指派的临时救护任务。

(二) 医院急诊科(室)的任务

(1) 承担急救站转送的和来诊的急、危重症病人的诊治、抢救和留院观察工作。

(2) 有些城市的医院急诊室同时承担急救站的任务。

(三) 社区医疗站、乡镇卫生院的主要任务

(1) 在急救专业机构的指导下,学习和掌握现场救护的基本知识及技术操作。

(2) 负责所在地段单位的现场救护、防火、防毒等知识的宣传教育工作。

(3) 一旦出现急、危重症患者,在专业人员到达之前,负责组织所在地段单位群众开展现场自救、互救工作。

二、急救医疗服务体系管理

(一) 建立急救医疗服务通讯网络

现代化急救医疗服务通讯联系,可以说是急救医疗服务体系的灵魂。救护站、救护车与医院急诊科应配备无线通讯,有条件的城市应逐步建立救护车派遣中心和急救呼叫专线电话。通讯网络的完善与建立,有利于急救工作的顺利开展。

(二) 改善城市救护站的条件,改变救护车只是运送工具的状况

每一城市都要建立救护站,大城市应设立一个救护中心站和若干分站。救护站要建立必要的通信设施,要配备一定数量的车况良好、具有必要的救护装备的救护车,要有足够数量的急救医护人员编制,要有1~2名急救医生随车出发,以便进行及时有效的现场救护和运送途中的救护。此外,还要改变救护车仅作为运送工具的状况,并充分利用救护车上的抢救设备与资源。急救医护人员在现场进行急救的同时,还可以利用无线通讯工具和就近的医院急诊科取得联系,以便及时得到急诊科医师的指导,并通报病人到达的时间,以作好迎接病人的准备。

(三) 现场人员的组成及物质供应

现场急救人员由城市急救医疗单位、二级、三级综合性医院的各级医务人员和红十字初级卫生人员组成。调集的医务人员,应具备较丰富的临床经验和较强的应急能力,且急救操作技术熟练,基本功过硬,并具有独立作战的能力。此外,应急的急救人员要相对固定。急诊医疗的器械、仪器设备和药品,以及救护车、通信设施和相应的物质,由卫生行政部门提出统一要求,实行规范化管理。各级医疗单位应根据统一要求,装备齐全、完善,平时准备就绪,放置在固定地点,并指定专人定期检查和更换,一旦接

到命令随时可携至现场抢救,做到有备无患。

(四) 培训救护人员

急诊医疗服务体系质量的高低受多方面的影响,如医护人员的业务技术水平。特别是院前急救是目前我国医疗急救的薄弱环节,严重影响危重病及创伤救治的效果。因此,加强对救护人员急救技术的培训是当务之急。一是要加强救护人员在创伤初期急救的训练,并通过培训掌握,如经口气管内插管、食管内插管、异物钳的应用、静脉内给药、胸腔穿刺术、心肺复苏、非同步心脏复律等急救技术;二是要加强对急诊科医师进行进一步创伤急救的培训。

(五) 社会急救

政府和各级医疗卫生机构应广泛宣传培训,普及急救技术,如徒手心肺复苏、骨折固定、止血、包扎、搬运等,使意外灾害发生时,在专业人员尚未到达现场时能自救和互救。同时,广大群众在各种场所遇到急诊时,有义务向就近医疗机构或急救部门呼救;社会各部门、各单位在接到呼救信息后,应从人力、物力、财力和技术方面给予全力援助。

(六) 加强医院急诊科的建设,提高急诊科的应急能力

城市医院急诊科要有独立的小区,要有专门的医护人员编制、一定规模的装备和对内对外的通讯联系设备。加强急诊科室的业务管理,应从以下几方面进行:

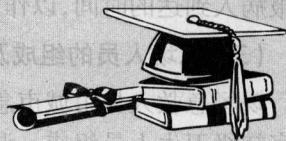
- (1) 提高急诊科医务人员的急救意识和群体素质。通过有目标、有计划、有组织的业务训练、组织考核,使训练计划落到实处。
- (2) 建立、健全急诊科、抢救室的各项规章制度。
- (3) 推行急诊工作标准化管理,提高急诊科的应急能力。为了随时准备救治严重创伤病人,医院还应组织创伤急救小组,并每日将该小组值班人员的名单公布于急诊科,当遇有严重创伤的病人来医院治疗时,该小组成员应能迅速到位进行救治。

链接

学习急救护理学的方法

学习《急救护理技术》,必须认真学习基本理论、基本知识和基本技能。

1. 主动温新,巩固有关知识。
2. 要做到理论知识与实践操作相结合。
3. 强化基本技能的训练。



1.急救护理技术 2. ICU 3.急诊医疗服务体系

1. 简述急救护理学的范畴。

2. 简述院外急救的含义。

3. 简述现场救护的原则。

4. 急诊科医疗体系管理的要点是什么?

5. 急诊医疗服务体系由哪些部分组成, 它们之间有何关系?

第二章 院外急救

【学习目标】

- 了解院外急救的性质与特点
- 熟悉院外急救的任务
- 掌握院外急救的原则
- 了解院外急救的组织体系
- 掌握院外急救的现场评估
- 掌握院外急救的现场救护
- 掌握院外急救的运转和途中监护

院外急救(outhospital care)也称院前急救(prehospital care),是指在医院之外的环境中对各种危及生命的急、危重症伤病者进行现场救护、转运和途中救护的统称,即病人进入医院前实施的医疗救护。院外急救是急救医疗服务体系的首要环节和重要基础。它改变了过去那种医生在医院里等病人上门的传统急救医疗模式,而是迅速地把医疗救护送到急、危重症病人的身边,最大限度地减少了病人的“无治疗期”,即从病人发病至获得治疗为止的时间。当今社会已将院外急救工作作为衡量一个地区急救工作水平和能力高低的标志之一。

第一节 概述

完整的院外急救环节包括伤病员或目击者的呼救→急救中心接受呼救后调度出车→急救人员到达现场接近伤病员→对伤病员进行现场救治→搬运→转送医院的途中监护→抵达接收医院对伤病员的交接→急救人员及救护车返回待命。

随着社会的发展和进步,人们渴望在急、危重症的发病初期就能得到及时的救治。因此,院外急救服务变得越来越重要。

一、院外急救的性质

院外急救的性质是把抢救工作从医院延伸到发病现场,对抢救危重症患者的生命,提高抢救成功率、治愈率,降低致残率和死亡率都起着积极的作用。它要求急诊医护人员在接到呼救后以最短的时间到达院外伤病者身边,进行有效救护,且当危重症

病人病情稳定后,能及时在不间断监护的情况下,迅速转运到医院内进行进一步救治。因此,院外急救也是一个阶段性治疗;同时,院外急救又是一种特殊的公益行为,政府应在各地区建立本地区唯一专属机构,负责对本地区的急救资源进行统一集中管理,并纳入政府职能管理之中。

二、院外急救的特点

根据上海市医疗急救中心近年来的统计,疾病谱前5位顺序为:外伤、脑血管急症、心血管急症、呼吸系统急症和肿瘤;急救死亡疾病谱前5位顺序为:心血管急症、呼吸系统急症、脑血管急症和中毒、肿瘤。这些疾病除肿瘤外,大多数具有突发性,而且常发生在医院以外,需要及时的现场急救和转送医院。由于院外急救与医院急救在地点、环境、时间,以及病人对医疗的要求等方面有许多不同,因此,院外急救具有其特殊性。其主要特点有:

1. 紧急性

不仅体现在病情急、时间急,而且存在心理上的急,需要快速果断的进行处理。首先,它需要有极高的时效性,如有“呼救”必须立即出车,一到现场必须迅速抢救。这就要求救护人员要常备不懈,随叫随出。紧迫性突发性灾害事故后伤员的情况复杂,不管是危重病人还是急诊病人,必须充分体现“时间就是生命”的紧急处理原则,即使对无生命危险的伤病员也不例外。其次,还要应对不少病人或家属心理上的焦急和恐惧。

2. 突发性、随机性

由于院外急救的对象往往出乎人们预料,包括各种危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等,事件发生随机性强,主要表现在救护者日常业务的不规律性,如成批伤员出现、急救地点分散、病人的流向一般不固定等,遇有特殊需要时可能会超越行政医疗区域分管范围。这就要求平时注重普及和提高广大公众救护知识和技能,相关部门要有预案,一旦出现突发事件,就能及时进行自救互救和专业救援。

3. 艰难性

现场急救多在非医疗条件或不理想的环境下进行,急救工作常受客观条件的限制,如狭窄的地方难以操作,暗淡的光线不易分辨。有时在马路街头,围观人群拥挤、嘈杂,环境大多不能选择或控制。运送途中,救护车震动和发动机声常使听诊难以进行,触诊和问诊也受到影响;有时事故现场的险情未排除,如现场的大火、化学毒气、倒塌物、爆炸物等险情对救护人员具有一定的危险性,也可能造成人员再受伤。因此,救护人员只有熟练掌握急救技术,才能适应在较差的环境条件下进行救护。

4. 复杂性

复制性是指灾害发生后伤病员多种多样,伤情重,一个人可能有多个系统、多个器官同时受累。病种复杂,涉及面广,病情紧急,无充足的时间和良好的条件作鉴别诊断,要求救护人员在较短时间内对复杂的病情进行评估、判断及分类,因而对救护人员的专业要求和综合应变能力要求更高,如抢救心跳呼吸骤停者,4分钟内开始心肺复苏,可能有50%被救活,而6分钟内开始复苏者,脑细胞则发生不可逆转的损害。所

以,院外急救一线人员必须具备良好的医学急救技能和独立分析、解决疑难问题的综合能力,才能熟练的应对现场救护中的各种病人。

5. 灵活性

院外急救条件差,一般都存在缺医少药、抢救器材不全等情况,这就需要灵活机动地在现场周围寻找相关抢救代用品,及时施救,以便为病人获得抢救时机。

6. 体力强度大

院外急救人员随车到现场途中要经过颠簸,到达现场时又要携带急救药品和器械到达伤病员所在处。病员居住在高层楼房若无电梯时需爬楼;现场若是处于车辆无法进入的地方时还要弃车步行;到达现场后要立即对病人进行抢救,这决定了医务人员既要当医生又要当护士,且在抢救后需要边指导边与其他救护人员一同搬运伤病员,运送途中还要不断观察病人的病情,每一环节均要消耗一定体力。因此,急救人员必须具备强壮而灵活的体能素质。

三、院外急救的任务

根据院外急救的重要社会职能和功能定位,可将院外急救的任务概括为以下5个方面:

1. 承担日常情况下居民的急救事件处理

院外急救主要和经常性的任务是承担日常情况下居民的急救事件处理。呼救患者一般分为两种类型:一类为短时间内有生命危险的急危重病人,称为危重患者或急救患者,如心肌梗死、休克、窒息等。这类患者约占呼救患者的10%~15%,其中需进行就地心肺复苏抢救的特别危重症患者<5%。对此类患者应先实施初步的紧急处理,在严密监护下直至生命体征稍为稳定后转送至医院;另一类为病情紧急但短时间内尚无生命危险的急诊病人,如骨折、急腹症、重症哮喘等患者。此类患者约占85%~90%,现场处理的目的是稳定病情、减轻患者在运送过程中的痛苦并避免并发症的发生。

2. 大型灾难或战争时医疗救援工作

当遇到特大灾害有大批伤员时应结合实际情况执行有关抢救预案,无预案时需要加强现场伤员分类和现场救护,并根据不同情况进行合理分流,转送到预定医院。

3. 特殊任务时的救护值班

特殊任务是指当地的各类大型集会、国际比赛、重要会议或重要外宾来访等救护值班。若在这种情况下意外遇有伤病员,应按上述两条提供急救医疗救护。

4. 通讯网络的枢纽作用

院外急救的通讯网络承担着急救信息的接收、传递任务,起着承上启下、沟通信息的枢纽作用。一般由3个方面构成:一是城乡居民与急救中心(站)的联络;二是急救中心(站)与所属分中心(站)、救护车、急救医院即EMSS内部联络;三是中心(站)与上级领导、卫生行政部门和其他救灾系统联络。

5. 向民众普及急救知识

经常通过广播、电视、报刊、宣传栏、网络等媒体普及急救知识,举办各种急救知识

与救护技术培训班,以提高民众自救和互救水平。

四、院外急救的原则

1. 先复苏后固定

先复苏后固定是指遇到心搏呼吸骤停又有骨折的伤病员时,应先行口对口人工呼吸和胸外按压等技术,直至心跳呼吸恢复后,再固定骨折。

2. 先止血后包扎

先止血后包扎是指对于有大出血又有创口的伤病员,应立即止血,然后再消毒包扎。

3. 先重伤后轻伤

先重伤后轻伤是指优先抢救危重者,后抢救较轻者。但当大批伤员出现时,在有限的时间、人力、物力的情况下,应在遵循先重后轻的原则同时,重点抢救有可能存活的伤病员。

4. 先救治后运送

先救治后运送是指遇有危重病人,应先行救治,待病情稳定后再安全运送。

5. 急救与呼救并重

急救与呼救并重是指有多人在现场的情况下,救护与呼救同时进行,以尽快得到外援。只有一人的情况下应先施救,然后在短时间内进行电话呼救。

6. 搬运与救护一致

搬运与救护一致是指在转运途中要密切观察监护伤病员的病情,必要时进行相应的急救处理,如除颤、气管插管、面罩-球囊加压通气、心肺复苏术等,以使伤病员安全到达目的地。

五、院外急救的组织体系

目前,我国城市院外急救由于经济实力、城市规模、急救意识、服务区域,以及传统观念等方面的影响,存在较大差异。院外急救的组织体系因隶属关系不同,其基本构架亦不同,主要可分为以下5种模式。

1. “北京市急救中心”型模式

以具有现代化水平和专业配套设施的独立型的北京市急救中心为代表,实行院外-急诊科-ICU急救一条龙的急诊医疗体系。急救反应时间是衡量急救医疗服务系统功效的重要指标。北京市急救中心在新建社区和近郊区扩建、兴建急救网点,努力达到急救半径3.5公里,急救反应时间5~10分钟,从而接近发达国家的急救反应时间4~7分钟的水平。

2. “上海医疗救护中心”型模式

以上海市的医疗救护中心为代表。医疗救护中心在市区和郊县都设有救护分站,院外急救系统拥有救护车队,组成急救运输网,市区急救半径为3~5公里,平均反应时间为10分钟。

3. “重庆急救中心”型模式

附属于一所综合性医院的院外急救,或由全市数所医院组成的急救医疗协助网。