

现代急诊 护理学

主 编 张维霞 等



内蒙古科学技术出版社

现代急诊护理学

主编 张维霞 翟文静 吕美容 王在英
王增艳 杨桂莲 徐以燕

内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代急诊护理学/张维霞等主编. —赤峰:内蒙古
科学技术出版社, 2006. 12
ISBN 7-5380-1518-3

I. 现… II. 张… III. 急诊-护理学 IV. R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 162534 号

出版发行/内蒙古科学技术出版社
地 址/赤峰市红山区哈达街南一段 4 号
电 话/(0476)8224848 8231924
邮 编/024000
出 版 人/额敦桑布
组织策划/香 梅
责任编辑/许占武
封面设计/吕胜明
印 刷/山东省泰安市第三印刷厂
开 本/787 × 1092 1/16
印 张/22.5
字 数/665 千
版 次/2006 年 12 月第 1 版
印 次/2006 年 12 月第 1 次印刷
定 价/35.00 元

主 编 张维霞 翟文静 吕美容 王在英 王增艳 杨桂莲
徐以燕

副主编 (以姓氏笔画为序)

于淑梅 马青云 孔凡平 王 云 尹桂英 刘爱霞
刘桂青 刘秀娟 刘风环 张亚红 张宗青 陈 燕
陈维珍 陈雪英 吴丽华 苏万芬 周 霞 姜祥梅
徐丽英 韩雪银

编 委 (以姓氏笔画为序)

于淑梅 马青云 王 云 王在英 王增艳 王 香
王怀敏 王立芳 王桂菊 邓红娟 孔凡平 尹桂英
刘爱霞 刘桂青 刘风环 刘秀娟 朱 红 吕美容
张维霞 张亚红 张宗青 陈 燕 陈维珍 陈雪英
吴丽华 苏万芬 杨桂莲 周 霞 房秀民 姜祥梅
姜麻每 徐以燕 徐丽英 隋素利 彭丽丽 韩雪银
程江鸿 蒿慧峰 翟文静

前 言

急诊医学是一门新兴学科,它又是处于基础医学、临床医学、生物医学工程和药理学互相渗透的边缘学科,其任务是运用最新的研究成果和医学观念,以及最先进的医用设备和技术,为急症病人提供最得力的医疗和护理。近年来,急诊医学领域进展迅速,工作在临床第一线的广大护理人员急需了解和掌握有关急诊护理的新理论、新观点,以便出色地完成急诊常见疾病的护理工作。为此,我们组织了全国各地数十名护理专家、学者,在繁忙的工作之余,广泛参考国内外文献,结合自身工作经验,精心编撰了《现代急诊护理学》一书奉献给读者。

本书共分 27 章,第一章至第七章,包括绪论、急诊科的设置、管理及任务,急诊分诊重症监护病房的护理工作,重症监测技术与护理,急性重要脏器功能衰竭的护理,急危症状的护理。第八章至第二十六章是本书的重点部分,系统介绍了临床各科常见急症的护理,每章节按照病因和发病机制、病情评估、预期护理目标、急救措施、护理要点等步骤叙述,力求使读者对急危重病有明确、深刻的认识。第二十七章着重介绍常用急救技术。内容丰富,重点突出,资料新颖,以实用为主,能反映急救医学的最新进展和成就。

由于时间仓促,且各人的写作风格不完全相同,书中难免有不妥之处,敬祈广大读者指正。

张维霞

于山东省临沂市人民医院

目 录

第一章 绪论	1	第二节 昏迷	74
第一节 急救护理学概念与范畴	1	第三节 咯血	77
第二节 急救护理学的发展	2	第四节 晕厥	80
第三节 急救医疗服务体系	2	第五节 头痛	81
第二章 急诊科的设置、管理及任务	7	第六节 呼吸困难	83
第一节 急诊科的设置及要求	7	第七节 恶心呕吐	85
第二节 急诊科人员配置与管理	8	第八章 呼吸系统急症	87
第三节 急诊科的管理制度	10	第一节 重症肺炎	87
第四节 急诊科的工作任务、特点和范围	14	第二节 急性肺栓塞	92
第三章 急诊分诊	16	第三节 急性肺水肿	97
第一节 概述	16	第四节 气胸	99
第二节 常见急诊分诊技术	18	第五节 急性呼吸窘迫综合征	104
第四章 重症监护病房的护理工作	22	第九章 循环系统急症	110
第一节 ICU 的基本概念	22	第一节 心脏骤停	110
第二节 ICU 的设置与管理	23	第二节 高血压急症	118
第三节 ICU 的评估系统	26	第三节 不稳定型心绞痛	120
第四节 ICU 的监护内容	27	第四节 急性心肌梗死	123
第五节 ICU 的监护技术	28	第十章 消化系统急症	134
第六节 ICU 的感染管理与控制	30	第一节 急性上消化道大出血	134
第七节 ICU 患者的护理要点	31	第二节 肝性脑病	139
第五章 重症监测技术与护理	32	第三节 急性胰腺炎	144
第一节 体温的监测与护理	32	第十一章 泌尿系统急症	150
第二节 循环功能的监测与护理	33	第一节 急进性肾小球肾炎	150
第三节 呼吸功能的监测与护理	40	第二节 急性肾盂肾炎	152
第四节 肾功能的监测与护理	41	第十二章 血液系统急症	156
第五节 中枢神经系统功能的监测与护理	43	第一节 粒细胞缺乏症	156
第六章 急性重要脏器功能衰竭的护理	49	第二节 弥散性血管内凝血	158
第一节 急性心力衰竭	49	第十三章 内分泌、代谢系统急症	162
第二节 呼吸衰竭	52	第一节 糖尿病酮症酸中毒	162
第三节 急性肾功能衰竭	57	第二节 高渗性非酮症昏迷	165
第四节 急性肝功能衰竭	65	第三节 甲状腺危象	166
第七章 急危症状的护理	71	第十四章 急性中毒	170
第一节 高热	71	第一节 急性有机磷农药中毒	170
		第二节 急性一氧化碳中毒	174
		第十五章 环境因素急症	177

第一节 中暑·····	177	第二十二章 泌尿外科急症·····	274
第二节 电击伤·····	179	第一节 肾损伤·····	274
第十六章 神经系统急症·····	182	第二节 膀胱损伤·····	277
第一节 脑血栓形成·····	182	第二十三章 神经外科急症·····	280
第二节 脑栓塞·····	185	第一节 颅内压增高·····	280
第三节 脑出血·····	187	第二节 颅脑损伤·····	283
第四节 蛛网膜下腔出血·····	190	第二十四章 骨科急症·····	293
第十七章 儿科急症·····	194	第一节 创伤·····	293
第一节 新生儿败血症·····	194	第二节 脊柱骨折·····	298
第二节 新生儿破伤风·····	196	第二十五章 妇产科急症·····	302
第三节 新生儿硬肿症·····	198	第一节 异位妊娠·····	302
第四节 新生儿缺氧缺血性脑病·····	201	第二节 妊娠期并发弥漫性血管内凝血·····	306
第五节 腹泻病·····	204	第三节 前置胎盘·····	310
第六节 小儿惊厥·····	208	第四节 胎盘早剥·····	313
第十八章 麻醉护理·····	212	第五节 胎膜早破·····	317
第一节 麻醉前护理·····	212	第六节 胎儿宫内窘迫·····	319
第二节 部位麻醉及护理·····	216	第七节 子宫破裂·····	323
第三节 全身麻醉及护理·····	222	第八节 产后出血·····	325
第十九章 围手术期护理·····	233	第二十六章 计划生育妇女的护理·····	330
第一节 手术前护理·····	233	第一节 避孕方法及护理·····	330
第二节 手术中护理·····	239	第二节 终止妊娠方法及护理·····	337
第三节 手术后护理·····	248	第二十七章 常用急救技术·····	341
第二十章 普通外科急症·····	252	第一节 环甲膜穿刺术·····	341
第一节 全身性感染·····	252	第二节 气管插管术·····	342
第二节 破伤风·····	254	第三节 气管切开术·····	343
第三节 急性深静脉血栓形成·····	256	第四节 胸腔闭式引流术·····	344
第四节 胃、十二指肠溃疡急性穿孔·····	259	第五节 中心静脉压测定·····	346
第五节 急性肠梗阻·····	261	第六节 吸痰术·····	347
第六节 急性重症胆管炎·····	265	第七节 导尿术·····	348
第二十一章 心胸外科急症·····	269	第八节 洗胃术·····	349
第一节 胸部损伤·····	269	第九节 三腔二囊管压迫止血法·····	351
第二节 心胸外科手术前、后护理·····	272		

第一章 绪 论

第一节 急救护理学概念与范畴

一、急救护理学的概念

急救医学是一门新兴的跨专业的边缘学科,而急救护理学是急救医学重要的组成部分,它以院前急救护理、院内急诊护理及重症监护患者的护理为主要内容。临床实践证明,急诊急救与护理工作承前启后,将正确的诊断和治疗与优良的护理工作结合起来,是取得良好急救医疗效果的基本保证。

二、急救护理学的范畴

危急的病情就是抢救的命令,正确的护理是能否抢救成功的关键一环。急救护理的范畴:①各种疾病的发作、突受外伤损害或异物侵入体内、身体处于危险状态或病变痛苦时,如心跳骤停、大量出血、休克、急性创伤、多器官功能衰竭、意外事故(溺水、电击伤、急性中毒)、脑血管意外、哮喘急性发作或持续状态、急腹症、急性心律失常、急性心力衰竭、肝昏迷、急性肾功能衰竭、糖尿病酮症酸中毒、严重水电解质紊乱与酸碱失衡等。②急救又分为院前急救和院内急救。

1. 院前急救 主要任务是有效的初步急救措施,以最快的速度送到病、伤人员身边,维持生命,即进行基础生命支持(BLS)和基础创伤生命支持(BTLS)。BLS和BTLS包括主要的现场初步急救和维持病、伤人员生命方法。一般可由急救中心和急救站的医护人员完成。院前急救需要有现代化的管理制度,如通讯、派遣、现场急救,然后将需要进一步诊治的病人转送到最近的接收医

院。

2. 院内急救 医院急救中心或急诊科是接收院前急救站送来的或用其他方法到院就治的急症病人的第一线,是所有急症病人入院治疗的必经之路。综合医院急诊科设有内、外、妇、儿、五官等专科诊室。90年代的急诊科多数设立重症监护室。多数急重症病人可在急诊科得到及时、正确地治疗和护理,部分病人需留观或转入相应的专科病房进一步治疗,仅有个别的危重病人需送到重症监护病房进行加强治疗和监护。

3. 灾害医学 许多灾害具有突发性,可造成多数人受伤害的不良后果。灾害医学是急诊医学的一个组成部分,也是跨科的专业,包括急诊内科、外科、传染病学、小儿科、流行病学、公共卫生、社会医学、营养学等内容。

4. 毒物学 中毒分为急性中毒和慢性中毒两类。急诊医学主要是研究和诊治急性中毒。毒物的范围很广,包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒植物和有毒动物、污染细菌的食物以及军用化学毒剂等。

5. 急救护理管理学 如何把病人所需的急救医疗服务及时送到病人身边,在抢救过程中医护人员如何有机配合,如何改进急诊中医护人员的服务态度等等,都需要严格地科学组织与管理。急救护理人员的技术业务培训工作,也是发展我国急救事业的一个重要方面。为了适应急症医学发展的水平和社会的需要,必须加强急救护理科学研究及情报交流工作。

(张维霞 王在英 翟文静)

第二节 急救护理学的发展

现代急救护理学起源于19世纪南丁格尔时代,到20世纪50年代初,世界上出现了最早用于监护呼吸衰竭病人的监护病房。从60年代起,急救护理技术进入了有抢救设备配合的阶段,至70年代始形成了急救医疗体系,即将院前急救—急诊室救治—ICU或心脏监护治疗病房(CCU)救治统一成一个完整体系,建立起网络系统,并重视现场急救与护理。这样既适合平时急救医疗工作,也适合战时或突发事件的处理。

早在20世纪50年代,我国各医院就将危重病人集中在危重病房进行观察、护理。70年代始成立了CCU。1980年,卫生部颁发了《加强城市急救工作》的文件,1983年颁布《有关全国急诊工作的建议》,其中提到有条件的医院应成立急诊科。1986年“中华医学会急诊医学分会”成立,为推广我国的急诊医学起了重要作用。到1992年,急诊医学会下设6个专业组:院前急救、复苏、小儿急救、危重症、灾害医学和成人继续教育。在急诊医学会常委会领导下,每个专业组可自行决定举办全国性学习班或专题讨论会,有力地促进了我国急救医学事业的发展。中华护理学会、各

省市护理学会及护理教育中心每年举办多期危重症急救护理学班,为急救护理队伍培养了一大批专业人才。近几年来,随着医学科学的发展,不少大、中城市的综合医院和某些专科医院都相继设置了急诊科或急诊室及院内ICU,并配备了医师、护士等医务人员,使急救医学得到了进一步发展。但是,要建立健全急救医学医疗体系,较人力和财力的投入、各级党政领导的重视和扶持、加强对从事抢救工作医护人员跨学科跨专业有关急救知识和技能的培训,乃是当务之急。我们希望各地应立即着手建立和逐步完善急救医学医疗体系,使我国的急救医学达到一个新的水准。同时也希望我国急救医学要走自己的道路,既要吸取和掌握现代医学有关急救的先进知识和技能,也要探寻现代医学在这个领域内某些环节的不足。急救护理学作为一门新学科,还必须从理论上、技术上和经验上挖掘自身的潜能,提高护理人员专业素质,从整体上将急救护理工作纳入科学化、规范化的范畴,逐渐形成自己独立的理论体系,这是发展我国未来急救护理事业的关键。

(张维霞 王在英 翟文静)

第三节 急救医疗服务体系

急救医学(emergency medicine)是一门新学科。随着医学科学技术的发展,急救医学越来越受到人们的重视。旧的急救系统已不再适应现代社会的发展和人民群众求医的需求,这就需要建立一个崭新的急救体系,即“急救医疗体系”。它是由院前急救、医院急诊科(室)救治、加强或专科监护病室救治三部分组成。院前急救负责现场和途中救护,急诊科(室)和加强或专科监护病室负责院内救治。

一、院前急救

(一)院前急救的概念和意义 院前急救是指对各种遭受危及生命的急症、创伤、中毒、灾难

事故等病人的进入医院前的紧急救治。

院前急重症的范围广泛而复杂,涉及内、外、妇、儿、五官等科,病种囊括人体多个系统,如中枢神经系统、循环系统、呼吸系统、消化系统、内分泌和代谢系统、生殖系统、泌尿系统及骨与关节系统急症等。

根据北京市急救中心1987年对10000份病历统计结果分析,内科急重症占总数的53.5%,其中以心脏血管病急症为最多见,占42.7%。外科急重症占总数的32.3%,其中创伤病人占69.4%,妇产科急重症占4.6%,急性中毒占2.7%。

另据广州市第二人民医院1993年对1814份

病历统计结果分析,内科疾病占急重症总数的81.64%,其中呼吸系统疾病、心血管系统疾病、神经系统疾病是内科的主要疾病。外科疾病占13.89%,其中外伤占10%,车祸占1.65%。

以上分析表明,尽管院前急救病种十分复杂,但主要以心脑血管疾病和外伤病人为多见。

另外,院前急重症病种及数量随季节变化而呈现出一定规律。如春季以心血管和脑血管病居多,夏秋季节以洪水灾害及各种传染病为主,冬季呼吸道疾病增多。四季中,如遇阴、雨、雾、雪天气则创伤和骨折病人明显增多。掌握这一规律,可使急救人员提前进行相应的准备,以最佳精神状态和精湛抢救技术迎接病人。

近年来,我国的交通事业发展迅速,随之而来的交通事故伤亡数量也十分令人瞩目,仅1990年10月,全国发生交通事故21636起,死亡4414人。因此,院前急救是否及时、正确,是提高存活率的关键。

(二)健全院前急救医疗网络 院前急救不是一般出诊,而是采用先进的现代装备和技术,迅速到达现场,实行综合救治措施。这要求急救医学领域发生变革,使急救工作不再被动,结束了以往以运输为主的时代,而进入名副其实的院前急救时代。

1. 急救医疗管理

(1)组织机构与任务:县以上地区由当地卫生行政单位,负责统一指挥本地区的急救医疗工作。实行三级急救医疗体制,组成本地区的急救医疗网。省、自治区、直辖市必须建立急救中心,掌握急救信息,负责抢救、监护、外出急救、承担培训和科研等工作;根据当地急救医疗指挥部的决定,负责急救的组织调研工作。其他城市可根据需要建立急救中心或急救站。40万以上人口的城市或区域应设置急救医疗机构。

(2)优良的通讯设备:通讯是院前急救三大要素之一。建立健全灵敏的通讯指挥机构是提高急救应急能力的基础。我国已启用“120”全国统一急救电话,利用无线电联络系统,具有快速、机动灵活、免干扰功能。它可以快速联结病人所在地、急救中心(站)和各网络医院急诊科(室)。经过训练有素的调度员迅速分诊和调度,一条现场急救、安全运输和接收医院急诊科(室)之间的

绿色通道即已接通。遇到特大灾难时,这个系统更能显示其优越性。

(3)社会急救意识:在日常生活中,接触危重伤病病人的第一目击者多是社会人员,而不是医务工作者。垂危、濒死伤病人员在发病起初几分钟内是生命攸关的时刻,此时抢救及时、正确,就可能挽救伤病病人生命,反之,则造成伤残,甚至死亡。所以,应向广大人民群众普及基本急救知识与技能。

在易发生灾害的地区及工伤事故的厂矿,应组织专业性队伍或群众组织,铁路、民航及交通运输部门,要同当地卫生部门建立急救医疗协作关系。

急救机构必须配备经过急救医疗培养的技术骨干,从事急救工作的管理、通讯、调度、运送等工作的人员也必须经过业务培训。医学院校要开设急诊医学专业课,普通中学应开设卫生课,普及急救知识。各地政府和红十字会组织要对红十字会员、消防人员、警察、司机和乘务员以及饮食行业服务人员,进行现场初级救护技术培训。

(4)病人的转送:转送的目的是尽快把病人送到医院治疗。转送时可能缺少运输工具,也可能由于种种原因,要比正常情况下的转送时间长而贻误病人病情。为了顺利转送病人,做好各种准备工作至关重要。医生要对病人进行周详而完善的处理,使病人经受住途中的颠簸和疲劳。对于医疗转送有以下要求:在及时施行医疗救护过程中,将病人转送到各相关医疗机构;为提高医疗救护质量,应尽可能减少医疗转送的过程;将病人决定性地送到预定专科医疗机构中去;将病人迅速送到进行确定性治疗的医疗机构。

(三)各国急救模式简介

1. 美国 院前急救体制始建于上世纪60年代末。1968年首先在阿肯色州和南加州设立了多个急救医疗组织,成立了美国创伤协会。在政府大力支持下为急救医士实行统一注册。1973年通过法律草案在各城市完善和形成急救组织网络。急救工作由地方政府或消防队负责,急救医士均有统一上岗证书,全国统一急救呼号为“911”。

美国急救人员的培训包括急救医师、急救技术人员和急诊科护士的培训。急救医师已被公认

为医疗专业人员中的一个成员,急救技术人员则主要负责医院前阶段的抢救和运送工作。这类人员按其技术水平分为3类:随车急救护士(EMT-I)、中级急救护士(EMT-A)和急救医助(EMT-P)。采用培养随车急救护士和医助提供现场救护,这一措施不仅能迅速提高救治能力,而且节省了大量培训经费,急救医师只在必要时才随车出诊。在许多医院,医生不是整天在医院上班,急诊科护士往往便成为第一个提供急救医疗服务的人,而且她们通过对讲机和遥控系统给现场上的急救人员提供服务。

2. 日本 院前急救组织为消防署,救人救火统一使用急救呼号“911”。急救员兼学消防救灾知识,开展地面与空中急救工作。消防署每天3次接到本市各医院床位情况报告,以便掌握空床数,做到准确、及时调度;快速安全地转运病人。消防署与警署、医院急诊科、中心血库等有直接联系,遇有重大灾害性事故时,急救必须服从统一指挥,多方协调配合,以便急救工作进行。

3. 澳大利亚 70年代初,较大城市设立了较现代化的急救站。急救站包括:运输、救护、活动ICU和管理部分(行政管理、无线电通讯、财务和培训)。1977年设立了国家教育委员会,负责培训全国院前急救医士。高级救护时使用活动ICU,由接受过专门训练的人员负责操作。大城市的呼吸急救站讯号为“000”(与公安、消防是同一呼号)。在大城市外尚未设立呼救讯号。

4. 法国 1956年,在一次暴发性脊髓灰质炎的大流行中,巴黎的公立医院联合会要求Crara教授组织一个急救系统负责运输病人到Claude Bernard医院,在那些成立了由Mollaret教授设计的国际上第一个ICU救治呼吸肌瘫痪的病人。这一成功经验迅速被推广到其他地区,并认为可以改进成功救治其他急性病、伤人员。1965年发展成为急诊医疗体系。并在“15”作为急救呼号。现代通讯设备和现代医学和医疗技术的发展,使急诊医疗体系有了迅速发展。

5. 英国 急救医疗发展较早,1948年即开始实行“国家卫生服务制”,向所有居民免费提供医疗服务,包括急救医疗在内(外国居民和旅游者可以享受免费急救和急诊服务),成为欧洲惟一的国家医疗制国家。1974年“国家卫生服务制”改进,

采用了分级规划和管理的方法,为居民提供医疗、预防及急救服务。

其特点是,服务项目种类繁多,急救站不仅为急症病人和意外事故伤员服务,而且负责转送非急症病人。对于紧急情况下出车,国家有统一的标准要求,即在接到呼叫后3分钟内出车,7分钟内到达出事地点。例如,伦敦急救站内建立的中心调度室,通过急救专用电话“999”,可以接收整个伦敦地区的急救呼叫,并调动救护车。国家对救护车的装备有统一规定,必备的药品和器械有:氧气、镇痛剂和复苏装置;必需的设备有100多种。一些城市正成立专科急救小组,提供医院院前阶段的急救服务。

6. 德国 急救中心是一个设备先进的指挥系统,全国使用“110”急救电话呼叫。急救中心有4条线路与警察队相通,负责调度所在地的救护车和直升飞机,并协调医院接收伤病员。救护车服务分固定的与临时在出事地点集合的两种。无论是从陆地上还是从空中运送伤病员,德国的救援工作都是高效率的,空中救援是德国急救工作的一大特点,被认为是当代世界空中急救在组织管理上最有成效者。

7. 中国 目前,我国急救医疗服务中心的模式大致可分为以下5种形式:

(1)独立的急救中心模式:它具有现代化水平的、专业配套的独立型的急救中心,实行院前急救→急诊科→ICU→急救一条龙的急诊医疗体系。为缩短我国与发达国家急救服务的差距,北京急救中心还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。

(2)以院前急救为主要任务的模式:行政管理上直接隶属于当地卫生局。上海市医疗救护中心市内设10个救护分站,郊县有11个救护分站,院前急救系统拥有近200辆救护车,组成急救运输网,市区急救半径为4.5公里,平均反应时间为10分钟,使用“120”急救电话,随车人员多为急救医士。采用此模式的城市有上海、天津、南京等。

(3)依托于一所综合性医院的院前急救模式,称为重症模式:该模式具有强大的急救医疗支持力量,形成了院前急救,医疗监护运送、院内急救、ICU等完整的急救医疗功能。随车人员均为

医院内的医护人员。其特点是院前、院内急救有机地结合起来,有效地提高伤病员的抢救成功率。该模式明显地增加了现行医务人员的负担,急诊病人的集中导致急救中心超负荷运行。难以发挥技术优势。但该模式投资见效快,有利于迅速发展院前急救事业。

(4)建立全市统一的急救通记指挥中心,院前急救由各医院分片出诊的形式:其优点是有效合理地利用现有的医疗资源,提高了急救的反应时间和抢救效率,避免了不论轻重急症集中到某一大医院造成其医疗负担过重而影响救治效果。

(5)市县三级急救网络模式:Ⅰ级急救设在市县综合性医院的急救中心,Ⅱ级急救站设在区卫生院,Ⅲ级急救点设在乡、镇卫生所。彼此三级急救组织之间有机地联系起来。此模式也类同于某些大企业和三级抢救网。如企业的中心急救站、分厂保健站、车间受过培训的卫生员。

二、院内急救

要提供高水平的医院急诊服务,急诊部门要做到:①位于医院显要位置,标志清楚,人口走廊宽广;②室内采光明亮,空气流通;③邻近手术室与加强监护病房;④良好的通讯设施(包括与指挥部门及医护人员间的电话及呼叫装备);⑤落实应急措施,抢救设备与药品随时处于应急状态;⑥急救医护人员有良好的素质。

(一)急诊室救治

1. 急诊室救治的组织管理 医院医护管理人员得到通知后,根据病情当即组织相关人员做好迎接病人及开展救治工作准备。通知急救科及相关科室医生在急诊待命,加强护理人员的配备;准备必需的救治设备和场所;通知药房、检验科和手术室以备随时需要。由院领导指挥,指定医疗、护理和后勤保障部门的负责人,协同作战,保证抢救工作有条不紊地开展,并要求做到:①危重伤员首先诊治;②相同情况集中处理;③分析病情妥善处理;④多方协作统一指挥。

2. 急诊室抢救措施 根据所获症状及体征迅速作出诊断及处理,原则是“先救命,再救伤”。

(1)体位安置:对轻症或中重度患者,在不影响急救处理的情况下,协助患者处于舒适卧位,对

于危重患者应平卧位,头偏向一侧(怀疑颈椎损伤者除外)。

(2)畅通呼吸道:观察口腔或咽喉部有无异物、舌后坠,及时解除气道梗阻。开放气道的方法有:仰头举颌法、仰头抬颈法和仰头举颏法。

(3)维护呼吸功能:观察呼吸的频率、幅度、节律,有无呼吸困难、三凹征,检查局部有无创伤。通气正常者给予鼻导管或面罩吸氧。若通气不佳或无呼吸者,可酌情选用口咽通气管、面罩、气管插管或气管切开予以呼吸支持。有条件者可行脉搏血氧饱和度(SpO_2)监测。

(4)建立有效循环:观察脉搏、血压、皮肤色泽。无脉搏者,立即行胸外按压,必要时剖胸直接心脏按压。循环功能衰竭者,应立即建立快速有效的静脉通路,根据医嘱采取扩容、纠正酸碱失衡、升压等对症治疗;同时做好交叉配血,在积极止血的同时做好输血的各项准备,还要特别注意有无内出血,积极查找出血来源,必要时做好紧急手术止血的准备。

(5)简单的神经系统检查:观察意识水平、瞳孔形状、大小、光反射的变化及有无肢体活动。

(6)彻底暴露患者:在不影响体温的情况下,脱去或剪去患者衣服,以利全面检查与伤情评估。

(7)注意事项:标本采集和送检要及时,密切观察血压、脉搏、呼吸、氧饱和度等生命体征的变化,及时评估救治效果,及时准确地完成护理记录。

3. 急诊危重患者接诊的要求 ①快速接诊;②立即开放气道;③迅速建立静脉通路;④做好心理护理;⑤维持抢救秩序;⑥及时向家属交待病情;⑦做好手术准备。

(二)重症监护治疗病房的救治 ICU是对重症患者实行集中的、全身加强治疗的护理,以挽救其生命,是当代危重病加强治疗监护体系建立的实质和目的。ICU有利于:①配备足量的人员设备,集中使用,既能保证危急重病员的抢救,又避免了分散抢救所造成的人力、物力浪费;②有利于用整体观念诊治病人;③有利于总结经验,提高抢救水平;④有利于医院病房管理。ICU的必备条件:①训练有素的专业医师和护士,能够对生命器官(多系统脏器)功能进行紧急或延续支持治疗;②先进的监测仪器设备,能够进行持续、动态、定

量的监测,实时记录、贮存、分析数据资料,以指导
临床治疗;③高效的监测、治疗技术手段,能对重
要脏器功能进行有效地保护和救治,做到监测观

察上灵敏、仔细,判断上迅速、准确,治疗上及时、
有效,处理方法上兼顾整体和各器官间的相关性。

(张维霞 王在英 翟文静)

第二章 急诊科的设置、管理及任务

第一节 急诊科的设置及要求

一、急诊科布局原则

急诊科位置的选择首先要以方便病人就诊治疗为原则,标志必须醒目、突出,便于病家寻找。白天应有指路标志,夜间应有指路灯标明急诊科位置。急诊科的门应足够大,门内大厅宽广,以利担架、车辆的进出,急诊各科室及通道要光线明亮、空气流通、通道宽敞,以便于治疗、观察病人和人群流动。另外,电源设置合理,中央空调及电话要保证,如有条件要设壁式氧气和吸引管道系统。

二、主要科室设置

(一)急诊分诊台 急诊分诊台应设在大厅明显地位,便于分诊迎接病人或到门口救护车上初检病人,如无大厅可在急诊科(室)入口处设急诊分诊室。当急症病人就诊时,分诊护士应立即呼叫有关医生应诊;通知抢救室、治疗室、观察室等主要科室进入工作状态;合理调配医护人员,使病人得到迅速的诊断和治疗。

(二)急诊诊查室 位置应靠近入口,面积要比一般内、外科诊室略大,约需 20m^2 ,以便担架平车直接进入。小儿科急诊要与成人急诊分开,防止交叉感染。同时应设隔离诊室(为急性传染病人在转送传染病院前接受检查所设),应远离其他各科诊室。

(三)急诊抢救室 急诊抢救室是急诊抢救危重病病人的场所,位置要靠近急诊科(室)入口。抢救室中须备有抢救病人所必须的仪器设备、物品和药品,且不能与其他用房合用,平常设一张抢救床,必要时可增设,要考虑同时抢救2个病人的位置和抢救人员所占面积,故不应少于 24m^2 。

如条件允许,应分别设有内科抢救室和外科抢救室,这样不仅使内科系统的疾病得到抢救,而且可以使各种外伤和复合伤的病人随时在外科抢救室得到及时处置或施行急诊手术。大中医院还应设立各专科小型抢救室,如洗胃抢救室、脑血管病抢救室、心血管病抢救室等。这种较理想的设置便于抢救工作有条不紊地顺利进行。抢救室的主要设置:①足够的空间,充足的照明,室内有各种疾病的抢救程序示意图。②抢救床、床旁监护和抢救设备,如氧气筒、负压吸引器、血压计、听诊器、心电监护除颤仪、呼吸机等。③各种抢救物品,如全套气管插管和气管切开用的器械、吸痰管、加压输水器、气胸抽吸机等。④各种无菌手术包、敷料,如开胸包等。⑤常用液体和药品,如5%碳酸氢钠、20%甘露醇、贮存鲜血、血浆代用品、林格液和各种浓度的葡萄糖注射液、强心药、呼吸兴奋剂、镇痛脱水、利尿药等。以上所有药品必须定位放置,定期检查,定时补充,以方便抢救应用。

(四)治疗室 每个房间应在 12m^2 左右。

1. 准备室 无菌物品柜、治疗盘、70%酒精、2.5%碘酒、棉签等。治疗室内有紫外线、消毒用的灯管,每日消毒1次,1次消毒1小时。

2. 注射处置室 治疗柜、治疗桌、诊查床等。

3. 急诊输液室 每日急诊就诊在120~150人次左右,应放输液床15~20张左右。床单应1人次一换。

(五)急诊观察床 观察时间一般不超过3天,所有的观察床位有明确的床号标致,可方便巡回护士观察,避免发生差错。

(六)急诊观察室 对急诊病人,如短时间不能明确诊断,需1周左右治疗,病情较重,需继续观察以明确诊断者,应收入急诊观察室接受观察

治疗。急诊观察室一般有单独的医护办公室、护士站、治疗室、换药室等。

(七)急诊手术室 急诊手术室的位置应紧挨急诊抢救室,急诊外科危重病人,须在急诊手术室进行急救手术。如严重胸腹外伤、腹内主要脏器(肝脾)破裂、重度颅脑损伤、粉碎性骨盆骨折伴腹膜后血肿、重度休克需紧急手术止血者。此外,在某些特殊情况下,急诊手术室也做四肢外伤、脱套伤、开放性骨折、血管外伤、胃穿孔、急性阑尾炎、急性胆囊炎等一般急诊手术。

1. 手术间设置 应设无菌手术间和清洁手术间各一个,并有相应的附属房间,器械准备间,洗手间,更衣间。

2. 手术抢救设备 应设麻醉机、吸引器、心电监护仪等,各种无菌手术包和各种无菌物品。

3. 其他 主要麻醉、急救药品以及卫生消毒物品。

(八)发热急诊 将诊区安置在医院大门附近通风良好处,远离其他急诊和病房区域,病人进医院大门先测体温,对发热者进行分检,在医院大门和诊区门前设明显标志,诊区周围设隔离带,由导诊护士引导发热病人进入诊区就诊。

诊区内设立挂号处、候诊室、诊室、收费处、药房、化验室、X线摄片室、鉴别室、治疗室,并配备心电图机、腕式血压表、心电监护除颤仪、氧气筒、呼吸机等急救设备。发热病人集中处置,并提供优质服务 16 层纱布口罩。

三、急诊科工作要求

1. 医护人员应有全心全意为病人服务的思

想,有良好的医德和献身精神,工作主动、热情、周到,急病人所急。

2. 所有抢救工作都要有相应的时间要求。急救护理工作的特殊性要急救护理人员必须牢固树立时间就是生命的急救意识,急诊科要有严格的时间观念,如医护人员的接诊时间、医生到达时间、抢救开始时间、治疗处理时间等。时间长短是评价工作效率、医护工作质量和管理水平的重要标志之一。

3. 强调危重病病人的抢救成功率,可根据医院的技术水平拟定常见急诊病种的抢救成功指标。

4. 急诊用医疗仪器、药品要时刻保持性能良好、齐全,有固定的存放位置,处于应急状态,严格执行交接班制度,有专人负责。

5. 各种抢救记录、表格、病历等应清楚完整、及时真实。

6. 建立常见急症的抢救程序。医护人员有过硬的基本功,能熟练操作抢救仪器和排除一般故障。

7. 抢救工作组织要严密,进行要井然有序,真正做到人在其位、各尽其责。

8. 积极采取措施,防止各种医护差错的发生。

(王在英 王云 陈燕)

第二节 急诊科人员配置与管理

一、急诊科人员配置

根据各医院急诊任务的轻重及医院人员总编制情况确定急诊科的编制。实行院长领导下的科主任负责制,设有专职主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师、副主任护师、主管护师、护师(技术职称)、科护士长、护士长、护士、护理员(行

政职称)、卫生员、保安人员等。

二、急诊科管理

(一)护理管理目标

1. 确定护理管理目标的意义 确定护理管理目标有助于建立和健全护理管理制度,确定管理内容,改进和选择有效的管理方法。护理管理

目标可鼓励广大护理人员的参与意识,充分发挥个人力量和潜能,激发护理人员的创造性,促进管理者和被管理者都能为实现自己的目标而共同努力。护理管理目标可以客观地评价管理者的管理能力,可作为评价护理质量高低的依据。护理管理目标是现代护理管理的需要,对实施科学管理,提高护理管理质量起着积极的促进作用。

2. 确定护理管理目标的原则 确定护理管理目标的原则是整体性、先进性、量力性、应变性、可测性和因地制宜。

3. 护理管理质量标准

(1)有健全的规章制度,并能贯彻落实。各岗位职责明确,以按时完成各项工作。

(2)布局合理,物品放置规范,环境清洁。

(3)分诊准确率应在90%以上,及时安排危重患者就诊。

(4)对传染病或怀疑为传染病的患者能及时采取隔离措施。

(5)物资设备及药物管理做到分类建账,专人负责,定期清点、维修,账物相符,无积压无丢失,节约使用,并设有仪器档案。剧毒药品有明显标记,并与一般药品分别放置,各类药物按其性质分别保存,保证无变质、无过期,毒麻药品有专人负责,加锁保管,班班交接,数目相符,做好记录。

(6)抢救物品、药品、器材准备齐全,性能良好,做到专人管理,定量储存,定点放置,定时清点,交接清楚,急救物品及仪器完好率达100%。

(7)抢救小组成员分工明确,技术熟练,熟悉各种抢救仪器的性能及使用方法,能密切协作,相互配合。

(8)有护理教学、科研及业务培训计划,有落实措施、考核制度及有关记录。

根据各医院急诊任务的轻重及医院人员总编制情况确定急诊科的编制。实行院长领导下的科主任负责制,设有专职主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师、副主任护理、主管护师、护师(技术职称)、科护士长、护士长、护士、护理员(行政职称)、卫生员、保安人员等。

(二)急救护理人员基本要求

1. 急诊护士素质的要求

(1)护士必须热爱急诊护理工作,有高度的责任心和对病人的同情心,急病人之所急,想病人

之所想,发扬救死扶伤,实行革命的人道主义精神,工作尽职尽责。

(2)有全心全意为人民服务的工作态度,加强自身修养,排除或减轻自己的心理压力,维持良好的心态,精神专注地为病人实施护理。

(3)急诊科护理人员要有乐观主义精神,克服各种困难,抑制自己的感情冲动与行为,对偶发情况有应变能力,冷静、灵活地做出妥善处理。

(4)护士在工作中要树立自信心,要有扎实的业务基础和过硬的护理技能,对重症患者要心中有数,要懂得语言技巧与艺术,言语要有逻辑性,思维要敏捷,给病人以安全和信赖感。

(5)要善于观察病人的反应,与病人接触时要注意语言态度,掌握病人的心理动态,还要有高度的预见性。

(6)急诊护士应身体健康,工作主动,操作敏捷,熟练掌握基本的生命急救技能,必须接受过正规护理专业教育。

2. 工作质量要求

(1)急诊科护理工作对急诊病人采取分科就诊、集中抢救、集中观察的护理方式。

(2)对于急诊观察的病人,应给予相应的专科护理观察,以便及时发现病情变化,采取急救措施,提高抢救效率。

(3)协调各专科问题,维持良好的病人就诊环境,使工作秩序化、规范化,严防交叉感染和差错事故。

(4)对重大灾害事故,造成很多人受伤的要及时迅速组织护士,承担院前现场救护或院内集中抢救工作。

(5)建立完整的护理规章制度和抢救工作程序,使工作有章可循,利于急救正常进行。

(6)严格无菌操作技术,无菌操作合格率>90%。

(7)从急诊病人就诊、检查、治疗、抢救环节,必须紧密衔接,争分夺秒。

(8)定期进行抢救定位工作训练,每年进行一次急诊护士工作达标考核。

(9)各项记录完整,为病例分析和护理科研提供可靠的基本资料。

(10)护士应与医生密切配合,服从统一指挥,以尽快挽救病人的生命。

(三)急救护理工作的技术管理

1. 急救护理工作技术管理的内容 急救护理技术管理的范围比较广泛,内容丰富,包括从院前急救、院内急诊及重症监护等过程中所涉及的全部护理技术内容。

(1)急救护理技术的开发:一方面指扩大新的护理领域和新的护理项目;另一方面指改革、改良原已开展的技术项目,使之更加完善和提高,如急救护理诊断的探讨和开展,常用护理器械的使用管理、急救护理技术的提高和发展等。

(2)制定急救护理技术常规:要结合我国目前急救护理工作的实际水平和院前、院内的具体情况制定,力求达到数量化及文字化,也就是说做到有章可循,便于衡量和管理。

(3)建立健全急救护理常规制度:如医嘱制度、交接班制度、查对制度、抢救制度、三级护理制度、护理文书记录制度、各种护理技术操作常规、基础护理和重症护理常规等。

2. 急救护理技术管理范围 主要包括以下

几个方面工作:组织管理、基础护理及基本技术操作、专科护理技术管理、常用的护理基础理论和基本技术知识。

3. 急救护理技术管理措施

(1)组织各级护理人员加强业务学习,学习现代护理及现代医学的新进展、新观念,提高护理专业理论和实际技术水平。

(2)根据不断提高护理质量的要求,认真加强基本功的训练,经常组织技术操作训练和理论知识的培训。

(3)定期对护理人员进行业务技术考核,制定可比的技术考核指标,认真评定考核成绩。

(4)建立护理技术档案,对护士的业务能力、技术水平、技术革新成果和论文等进行详细记载,鼓励护士钻研业务,不断提高专业技术水平。

(5)为确保护理技术操作的质量,建立逐级检查制度。

(王在英 王云 陈燕)

第三节 急诊科的管理制度

一、急诊工作制度

1. 急诊科必须常年 24 小时应诊 医护人员必须明确急救工作的性质、任务,严格执行首诊负责制和抢救规则、程序、职责、缺席和技术操作规程。

2. 值班护士不得离开急诊接待室 急诊病员就诊时,值班护士应立即通知有关科室值班医师。同时,进行一定处置(如测 T、P、Bp 等),并登记姓名、性别、年龄、住址、来院准确时间、工作单位等项目。值班医师接到急诊通知后,应立即接诊、处理病员。

3. 临床科室应选派技术水平较高的医师担任急诊工作 轮换时间不得少于 6 个月。实习医师和实习护士不得单独值急诊班。进修医师须科主任同意,方可参加值班。

4. 急诊科各类抢救药品、器材准备要完善,有专人管理,应放置固定,并经常检查,及时补充

更新、修理和消毒,保证抢救需要。

5. 对急诊病员要有高度的责任心、同情心。及时、正确、敏捷地进行救治,严密观察病情变化,做好各项记录 危重病员应在急诊科就地组织抢救,待病情稳定后再护送至病房。对需要立即进行手术的病员,应及时送手术室进行手术。急诊医师应向病房或手术医师直接交班。任何科室或个人,不得以任何理由或借口拒收急、重、危病员。

6. 遇成批病员的重大抢救,需立即报分管院领导、医务处(科)、护理部、门诊部;有关领导应亲临现场组织抢救。凡涉及法律、刑事、纠纷的病员,在积极救治的同时,及时上报有关部门。

二、预检分诊制度

1. 急诊预检分诊工作必须由熟悉业务、责任心强、心强的护士担任。

2. 预检护士必须坚守工作岗位,临时因故离开时必须由护士长安排能胜任的护士替代。