

21 世纪高等医学院校教材

王一镗  
徐鑫荣

主编

供成人专升本临床医学、护理学、预防医学、口腔医学专业使用

# 急诊医学



科学出版社

SCIENCE PRESS

21 世纪高等医学院校教材

(供成人专升本临床医学、护理学、预防医学、口腔医学专业使用)

# 急诊医学

王一镗 徐鑫荣 主编

科学出版社

2002

## 注 意

(依照国际惯例登载)

医学是一门不断发展的科学。由于新的研究成果层出不穷,临床经验不断积累,因此我们有必要了解治疗及用药的新变化。本书的作者和出版者根据他们可靠的科研成就提供了当今最新的医学资料。但由于存在人为错误的可能性及医学的不断发展,人们对既往科研成果有新的认识并使之不断完善,因而本书的编者、出版者及任何参与本书出版的团体在此郑重声明:本书所提供的所有资料都是准确、核对无误、完整、可靠的,但是他们对因使用本书资料而引起的任何医疗差错和事故一律不能负责。他们鼓励读者参照其他材料来证实本书资料的可靠性。例如,可核对他们将要使用的药物说明书,以确认本书提供的资料是否正确,及本书推荐的药物剂量或禁忌证有无改变,对于新药或不经常使用的药物更应如此。

### 图书在版编目(CIP)数据

急诊医学/王一镗,徐鑫荣主编. —北京:科学出版社,2002.8

21世纪高等医学院校教材(供成人专升本临床医学、护理学、预防医学、口腔医学专业使用)

ISBN 7-03-010515-X

I. 急... II. ①王... ②徐... III. 急诊-临床医学  
—医学院校-教材 IV. R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字(2002)第042533号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2002年8月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2002年8月第一次印刷 印张:29 3/4

印数:1—5 000 字数:612 000

定价:39.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈路通〉)

# 成人专升本系列教材编委会

主任委员 陈 琪

副主任委员 黄 峻 明 刚 顾 洛

委 员 季晓辉 冷 静 陈亦江 李明春

刘晓远 李 涛

# 《急诊医学》编写人员

主 编 王一镗 徐鑫荣

副主编 邱海波 戴国强 张劲松 夏仲芳

编 者 (按姓氏笔画排序)

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 王一镗 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 王钢锐 | 南京医科大学附属南京市第一人民医院 |
| 王黎明 | 南京医科大学附属南京市第一人民医院 |
| 尤肇俊 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 江 涛 | 南京医科大学附属南京儿童医院    |
| 吉孝祥 | 扬州大学医学院附属苏北人民医院   |
| 刘 霞 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 张 宙 | 南京医科大学附属南京脑科医院    |
| 张 铮 | 南京医科大学附属南京市第一人民医院 |
| 张依飞 | 南京医科大学附属南京市第一人民医院 |
| 张家留 | 东南大学附属中大医院        |
| 张劲松 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 邱海波 | 东南大学附属中大医院        |
| 杨 毅 | 东南大学附属中大医院        |
| 陈景奎 | 南京医科大学附属南京儿童医院    |
| 郑瑞强 | 东南大学附属中大医院        |
| 徐鑫荣 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 夏仲芳 | 扬州大学医学院附属苏北人民医院   |
| 黄英姿 | 东南大学附属中大医院        |
| 郭风梅 | 东南大学附属中大医院        |
| 曹 权 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 屠聿修 | 南京医科大学第一附属医院      |
| 戴国强 | 南京医科大学附属南京市第一人民医院 |

# 序

---

随着我国改革开放和经济建设的深入发展,我国的高等教育事业也取得了迅猛发展。与此同时,我国的高等教育体制、教育思想、教育管理模式也正在经历着深刻的变革。变精英教育为大众教育,变知识教育为素质教育,变青春教育为终身教育这些新的教育理念已经或正在逐步为人们所理解、所接受、所实践。

成人教育事业随着我国整个高等教育事业的发展,已经有了长足的进步。它已成为我国高等教育体系的重要组成部分,是实践大众教育和终身教育的重要途径之一。在今天,它已经不仅仅是普通全日制高等教育的重要补充,而且在实现大众教育、终身教育,提高全民族科技文化和思想品德素质方面具有独特的优势。今后它必将取得更大的进步。

专升本教育是成人高等教育向更高层次发展的重要内容,也是成人教育所独具的特色。必须承认,专升本教育对我国的高等教育工作者是一个挑战。它既不同于专科教育,又不同于“零起点”的普通本科教育,它有其自身的教育、教学规律。我们必须认真研究专升本的教育、教学规律,并在教学实践中充分尊重和反映这些规律,才能把专升本教育办好。

高等医学的专升本教育已开办多年。遗憾的是至今尚未有一套专门供其使用的配套教材。许多院校大多沿用了普通全日制医学本科生的教材。然而,专升本学生在自己的专业学科领域里已经具备一定的基本知识;而专升本教育的学制又限制了教学时数的膨胀。因此,在教学过程中一方面学生反映老师在教学中常常重复大专层次所学内容;另一方面教师和学生都反映学时太少,以致本科教材学不完。这种矛盾是专升本教学中特有的,反映了成人教育专升本层次的教材建设的滞后。这既与成人高等医学教育蓬勃发展的形势不相称,也影响了成人高等医学教育本身的教育质量。为此,我们在科学出版社的大力支持下,联合部分兄弟院校,编写了这套成人高等教育临床医学、护理学、预防医学、口腔医学专业专升本层次系列教材。

本套教材在编写过程中从在职人员继续教育、进一步深造的实际出发,突出体现专升本层次教育特点,形成了较为鲜明的自身特色:

1. 在保证反映知识结构的系统性、完整性的前提下,以突出的篇幅用于加深和扩展原有的专科层次的知识基础,而对原有的专科层次的知识采取略写的方法简要带过,以避免重复和篇幅膨胀。

2. 在立足于基本理论、基本知识、基本技能教育的同时,充分反映近年来生物医学领域的最新科技进展,一方面对学生进行知识更新,另一方面引导学生直接面向21

世纪科技新进展。

3. 在充分重视完整反映每门学科理论体系的同时,注意理论紧密结合实际,努力避免繁琐的理论推导与验证,突出理论知识的实际应用,加强对临床工作的指导和对实际工作能力的培养。

尽管编著者们付出了极大的辛勤劳动,努力把本套教材编写成新颖实用、特色鲜明、质量上乘的佳作,但限于自身水平仍免不了有不妥和错误之处。我们真诚地欢迎广大师生和其他读者批评指正,以便再版时改进。

陈 琪

2001年4月20日

# 前 言

---

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新兴的边缘学科,国际上正式承认它是一门独立的学科,迄今仅20余年。我国中华医学会急诊医学分会于1987年5月正式宣告成立,至此,我国的急诊医学开始正式作为一门新的独立学科向前迈进。

由于医学科学的发展和社会的需要,急诊医学发展较快。急诊是医疗单位每日每时都在进行着的工作,急诊工作是否及时、妥善,直接关系到病人的安危和预后。急诊工作的状况往往标志着一个国家、一个地区的医疗预防水平。

我国高等医学院校也相当关注急诊医学教育,迄今大部分院校已先后成立了急诊医学教研室,并将急诊医学作为选修课或必修课列入教学计划。

专升本的教育乃我国高等教育的重要组成部分。急诊医学自然成为我国专升本教育教学内容的一部分。在这样的形势下,全套成人高等教育专升本层次系列教材得以问世。这本急诊医学教材就是其中之一。

本书共21章,内容方面重视急诊医学的基本知识、基本技能和基础理论,文字方面贯彻“少而精”的原则,本书由从事急诊医学的二十余位教师共同编撰而成,因此,这是集体的创作。

急诊医学是一门新兴的学科,涉及面广、内容浩瀚,而本书作为医学院校专升本的教材,列入了急诊医学最基本、最重要的方面。在此恳请兄弟院校的师生,在应用本教材的过程中,发现问题,提出问题,并给予批评指正。

王一镗 徐鑫荣

二〇〇二年六月



# 目 录

|                      |     |
|----------------------|-----|
| 第一章 绪论               | 1   |
| 第一节 我国急诊医学发展史        | 1   |
| 第二节 急诊医学范畴           | 2   |
| 第三节 急诊医疗服务体系         | 2   |
| 第二章 急诊基础             | 6   |
| 第一节 急诊病史的采集          | 6   |
| 第二节 急诊常用诊疗技术         | 10  |
| 第三节 急救常用药物           | 46  |
| 第三章 急症症状的鉴别与急救处理     | 62  |
| 第一节 发热               | 62  |
| 第二节 呼吸困难             | 65  |
| 第三节 昏迷               | 68  |
| 第四节 咯血               | 72  |
| 第五节 急性腹痛             | 75  |
| 第六节 急性胸痛             | 78  |
| 第四章 心肺脑复苏            | 82  |
| 第一节 心搏停止的原因和诊断       | 82  |
| 第二节 心肺复苏:基础生命支持      | 83  |
| 第三节 心肺复苏:后续生命支持      | 86  |
| 第四节 脑复苏              | 87  |
| 第五节 心肺复苏有效指标和终止抢救的标准 | 89  |
| 第五章 淹溺、电损伤、环境因素所致疾病  | 92  |
| 第一节 淹溺               | 92  |
| 第二节 电损伤              | 94  |
| 第三节 中暑               | 96  |
| 第四节 冻僵和冻伤            | 99  |
| 第六章 休克               | 101 |
| 第一节 概论               | 101 |
| 第二节 低血容量性休克          | 115 |
| 第三节 感染性休克            | 118 |
| 第四节 心源性休克            | 125 |

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 第五节 过敏性休克·····              | 129 |
| <b>第七章 水、电解质和酸碱失衡</b> ····· | 134 |
| 第一节 水与电解质失衡·····            | 134 |
| 第二节 酸碱失衡·····               | 142 |
| <b>第八章 创伤</b> ·····         | 153 |
| 第一节 创伤分类·····               | 153 |
| 第二节 颅脑创伤·····               | 158 |
| 第三节 面颈部创伤·····              | 171 |
| 第四节 胸部、心脏大血管创伤·····         | 174 |
| 第五节 腹部创伤·····               | 183 |
| 第六节 四肢、骨盆和脊椎创伤·····         | 187 |
| 第七节 泌尿、生殖器创伤·····           | 195 |
| 第八节 多发伤·····                | 200 |
| <b>第九章 烧伤</b> ·····         | 207 |
| <b>第十章 ICU 的建设与管理</b> ····· | 215 |
| 第一节 ICU 的设置与管理·····         | 215 |
| 第二节 ICU 的监测·····            | 217 |
| 第三节 ICU 病人的护理·····          | 219 |
| <b>第十一章 中枢神经系统急症</b> ·····  | 221 |
| 第一节 脑出血·····                | 221 |
| 第二节 蛛网膜下腔出血·····            | 226 |
| 第三节 脑梗死·····                | 230 |
| <b>第十二章 心血管系统急症</b> ·····   | 239 |
| 第一节 急性心力衰竭·····             | 239 |
| 第二节 急性心肌梗死·····             | 246 |
| 第三节 严重心律失常·····             | 255 |
| 第四节 高血压急症·····              | 269 |
| <b>第十三章 呼吸系统急症</b> ·····    | 273 |
| 第一节 急性呼吸窘迫综合征·····          | 273 |
| 第二节 哮喘持续状态·····             | 280 |
| 第三节 误吸性肺炎·····              | 286 |
| 第四节 慢性肺心病急性发作期呼吸衰竭·····     | 288 |
| 第五节 肺栓塞·····                | 297 |
| <b>第十四章 消化系统急症</b> ·····    | 305 |
| 第一节 急性上消化道出血·····           | 305 |
| 第二节 急性胰腺炎·····              | 311 |
| 第三节 急性肝功能衰竭·····            | 318 |
| <b>第十五章 泌尿系统急症</b> ·····    | 329 |

|               |                   |            |
|---------------|-------------------|------------|
| 第一节           | 急性肾衰竭             | 329        |
| 第二节           | 尿路结石              | 342        |
| 第三节           | 急性尿潴留             | 348        |
| <b>第十六章</b>   | <b>急性中毒</b>       | <b>351</b> |
| 第一节           | 急性中毒的诊断和治疗原则      | 351        |
| 第二节           | 急性一氧化碳中毒          | 355        |
| 第三节           | 常见药品中毒            | 358        |
| 第四节           | 常见农药中毒            | 366        |
| <b>第十七章</b>   | <b>内分泌代谢系统急症</b>  | <b>376</b> |
| 第一节           | 糖尿病酮症酸中毒          | 376        |
| 第二节           | 高渗性非酮症糖尿病昏迷       | 382        |
| 第三节           | 低血糖昏迷             | 387        |
| 第四节           | 甲状腺功能亢进危象         | 390        |
| 第五节           | 甲状腺功能减退危象         | 393        |
| <b>第十八章</b>   | <b>弥散性血管内凝血</b>   | <b>398</b> |
| <b>第十九章</b>   | <b>多器官功能障碍综合征</b> | <b>408</b> |
| <b>第二十章</b>   | <b>儿科急症</b>       | <b>424</b> |
| 第一节           | 小儿肺炎              | 424        |
| 第二节           | 小儿惊厥              | 430        |
| 第三节           | 小儿腹泻              | 435        |
| 第四节           | 婴儿闷热综合征           | 439        |
| <b>第二十一章</b>  | <b>血液净化</b>       | <b>442</b> |
| 第一节           | 血液透析              | 442        |
| 第二节           | 腹膜透析              | 446        |
| 第三节           | 连续性肾脏替代治疗         | 448        |
| 第四节           | 血浆置换              | 456        |
| 第五节           | 血液灌流              | 458        |
| <b>主要参考文献</b> |                   | <b>460</b> |

# 第一章

---

## 绪 论

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新兴的边缘学科。国际上正式承认它是一门独立的学科迄今仅20余年。但由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快。急诊工作是任何医疗单位每日每时都在进行着的,急诊工作是否及时、妥善,直接关系到病人的安危和预后。急诊工作的状况,往往标志着一个国家、一个地区的医疗预防水平。

### 第一节 我国急诊医学发展史

我国现代急诊医学的发展,不过20余年。1980年10月30日,卫生部专门发布了(80)卫医字第34号文“关于加强城市急救工作的意见”,1984年6月11日又发了(84)卫医司字第36号文“关于发布《医院急诊科(室)建设方案(试行)》的通知”。

1980年8月在哈尔滨举行的全国危重病急救医学学术会议,标志着全国性的急诊医学学术活动的开始。1981年,《中国急救医学》双月刊创刊,1989年起批准为国家卫生部主管杂志,1999年起改为月刊。1986年10月,由急诊医学学会筹备组在上海召开了第一次全国急诊医学学术会议。1986年12月1日,中华医学会常委会正式批准成立中华医学会急诊医学学会,并于1987年5月在杭州举行了成立大会。至此,我国的急诊医学开始正式作为一门新的独立学科向前迈进,每两年举行一次全国急诊医学学术会议。1990年起学会《急诊医学》杂志创刊,1994年起批准国内外公开发行,2001年起正式批准更名为《中华急诊医学杂志》。

1997年3月,中华医学会决定下属各专科学会一律更名为某某分会,故急诊医学学会正式更名为中华医学会急诊医学分会,而在对外活动中,仍沿用中华医学会急诊医学学会(Chinese Association of Emergency Medicine, CAEM)的名称。随着急诊医学业务范围不断发展,迄今,中华医学会急诊医学分会已组建设置了复苏学、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8个专业学组。这些专业学组均在急诊医学分会委员会的领导下开展本专业的学术活动。

近年来,中华医学会急诊医学分会在国内外进行了广泛的学术交流活动,我国还参与并担任了亚洲急诊医学学会理事、世界急诊与灾难医学学会理事和国际急诊医学联合会理事。

## 第二节 急诊医学范畴

现在认为,急诊医学应包括以下几个方面:

1. 初步急救(first aid) 亦即院前现场急救,包括工厂、农村、家庭和交通事故现场等所有出事地点对伤、病员的初步急救。而现场的最初目击者(first responder)应首先给病人进行必要的初步急救,并向救护站或医院进行呼救。

2. 复苏学(reanimatology) 针对心搏呼吸骤停的救治。

3. 危重病医学(critical care medicine) 急诊医学和其他临床科室所不同的是,它始终处于处理危重病病人的最前线。急诊室平时接待的95%以上病人并非危重病例,经过及时确诊和有效处理,大部分即能带药回去继续治疗,仅少数需要留下观察或收入病房治疗。而危重病病人的主要病种则包括心搏呼吸骤停、休克、各系统的危重病和多器官功能不全等。

4. 创伤学(trumatology) 尤其是多发伤,应力争在现场和急诊室及早得到有效的处理。

5. 急性中毒(acute intoxication) 均需快速抢救,有时可因群体中毒而有大量病人。

6. 儿科急诊(pediatric emergency) 儿科的急诊和危重病有其自身的特点,且变化快,应予特别关注。

7. 灾难医学(disaster medicine) 灾难医学是综合性医学科学。其研究内容包括自然灾害(如地震、洪水、台风、雪崩、泥石流、虫害等)和人为灾难(如交通事故、化学中毒、放射性污染、环境剧变、流行病和武装冲突等)所造成的后果。应居安思危,有备无患。

8. 急诊医疗服务体系(emergency medical service system) 即及时将医疗措施送到急危、重伤病人的身边,进行现场初步急救(院前急救),然后安全护送到就近的医院急诊室做进一步诊治,少数危重病人需立即手术,送入监护病房或专科病室,这就需要有一个完善的急诊医疗服务体系。

## 第三节 急诊医疗服务体系

急诊医疗服务体系随着工农业生产迅速的发展、人口的增长、疾病谱的变化、各种灾难以及各种意外事故的发生而得到快速发展。急诊医疗服务体系已被实践证明是有效的先进的急诊医疗服务结构,在抢救人民的生命方面发挥着越来越大的作用,是一种把急救医疗措施迅速地送到危重病人身边或发病现场,经初步诊治处理,维护其基础生命(basic life support, BLS),然后安全转送到医院进一步救治

的有效手段。为抢救生命,改善预后争取了时间。急诊医疗服务体系使传统的仅仅在医院里等待病人上门的制度得到了根本性的改变。

1. 提高认识,加强对急诊医疗服务体系的管理 急诊医疗服务体系随着社会主义建设的发展,在保障人民健康,保护劳动力,促进国民经济的发展等方面,占有重要的地位。及时、高效地抢救急危重病人,不仅反映一个国家或地区的经济、文化、卫生状况和医疗水平,同时也反映这个国家或地区政府及社会保障各部门的协调能力和管理水平。要加强对这项符合人民根本利益的工作的领导,因而各级行政部门应根据本地区实际情况,因地制宜的将城乡急救医疗事业纳入社会发展规划,组织卫生、公安、交通、通讯等部门,共同协作,各尽其责,把人民告急呼救、现场急救、途中急救、医院急救的措施,一件件落到实处。为维护伤病员和医务人员的合法权益,应制定有关法规,以保证急救工作的顺利开展。

急救医疗服务体系的建立,使急救达到一定的水准,不单是技术问题,而更主要的是组织工作方面的问题。笔者强调,要按照“三分业务,七分组织;三分提高,七分普及”的方针,推动和促进体系的发展。而且可以说,这也是整个急诊医学发展的方针。

2. 急诊医疗服务体系的任务 从院前急救的初步救护到抢救危及生命的休克、心脏骤停、急性心律失常、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭、脑血管意外、肝昏迷、各种危象、复合创伤、急性中毒等等危重病,均是急诊医疗服务体系的任务;对破坏性大、群体受伤较重的自然或人为的灾难所致的意外事故,要承担其中的抢救受害者和减轻伤亡程度的任务。

从管理方面要求,急诊医疗服务体系的任务还应该包括:研究如何把急救医疗措施快速、及时、有效的送到伤病员身边或灾难现场的组织管理方法;研究如何普及急诊医学知识、提高医疗质量、培训急救专业人才的方法和途径;以及对急诊医学学术领域的研究。

3. 急诊医疗服务体系的组织 急诊医疗服务体系包括院前急救中心(站)、医院急诊科室和急诊加强监护病室或专科病房。它们既有各自独立的职责和任务,又相互紧密联系,是一个有严密组织和统一指挥的急救网。

为了提高各地区急救机构的总体水平,必须把综合医院与院前急救部门组成上下相通、纵横相连、布局合理的急救网络,在地区急救指挥系统领导下,落实好现场急救、转运途中急救和医院内各方面的各种急救措施,有效地提高急救医疗质量。

县级以上城市要建立健全急救医疗指挥系统,指挥系统为常设,负责地区的急救工作的领导、指挥和协调,指挥系统应由一名县级干部负责组织领导,由有关部门人员组成,其具体急救工作则由卫生行政部门负责执行。

建立城市三级急救医疗网,各级急救医疗机构要接受急救医疗指挥部指派的对突发性灾难事故发生后的现场抢救;要根据现场伤害人数、致伤原因及伤情,分别按一般、轻型、中型、大型、重大型、特大型进行分类,按型实施急救措施。

院前急救乃城市急诊医疗服务体系中极为重要的一环。目前,全国除少数地区外,各市、县大多均已建立了不同形式、不同水准的院前急救中心(站)。但是,制约急救效果的重要因素之一,即抢救半径(包括距离和时间)仍很不理想,亟待改进和

提高。而能解决这一问题的办法之一,就是根据各市、县(主要是市)的地理形态、人口密度、交通状况等等,在一个救护中心(站)的统一管理下,设立若干个分站,这样,可以缩短抢救半径是很显然的。

4. 院前急救的通讯 通讯是院前急救三大要素之一。建立健全灵敏的通讯网络是提高急救应急能力的基础。各级政府要按照1986年邮电部和卫生部先后“关于启用120全国统一电话号码通知”的精神,设置全国统一号码120的急救电话。对重要单位、重点部门和医疗机构争取设立专线电话,以确保在特急情况下随叫随通。

利用无线电台进行联络通讯,具有快速、机动灵活、便于随时联系调度指挥的特点,具有专用频道,与其他频道互不干扰。各地急救部门应创造条件尽快实现有线、无线通讯转换,使急救通讯半径能满足急救医疗服务半径的需要。

现在,有些城市的救护中心已装备了导航卫星全球定位系统(global positioning system, GPS),即利用导航卫星来进行测距以构成全球定位系统,目前,利用GPS作救护车定位系统的通讯平台以GSM(global system for the communication)网络最为有利。GPS系统利用GSM网络采用短消息业务进行定位数据和调度命令的传输,将车辆的位置信息、报警信息实时传送至监控中心。同时,监控中心可以向车辆发送调度命令,控制信息,可以将病人姓名、地址、病情、会面地点直接通过短消息方式发到车载终端,司机亦可将任务完成情况通过短消息方式发向中心。

5. 院前急救的运输工具 急救运输工具是急救单位执行紧急救护任务必不可少的设备,可以使急救做到行动迅速,抢救及时,提高应急能力。一旦呼救,立刻赶到现场,经过妥善救治,待病情稳定后,及时安全地转送到医院,减少死亡和伤残。

目前急救的运输工具以救护车为主,但在沿海地区、边远地区、林区、牧区以及有条件的城市,应因地制宜,根据急救需要发展急救直升机或快艇;在情况紧急时,有关部门应向具有以上快速运输工具的单位和部队提出呼救请求援助,单位和部队要积极予以支援。

各级政府和急救医疗指挥系统的指挥部在特殊危急情况下,有权调用本地区各部门和个体运输工具,执行临时性急救运送任务。各级卫生行政部门,要制定急救运输工具的使用管理制度,保证其正常良好的运转。

6. 现场急救人员的组成和物资供应 现场急救人员要以城市急救医疗单位人员,二、三级综合医院的各级医务人员和红十字初级卫生人员三部分组成。调集的医务人员,原则上要求有较丰富的临床经验和较强的应急能力,急救操作熟练,基本功过硬,要具有独立作战能力。急救人员应以急诊、内外科医师和护士为主,必要时配以药剂人员,以加强药品供应和管理。

如现场灾害范围大,伤员多,伤势重,急救医疗指挥部应组织调集第二梯队急救人员到现场参与抢救。

应急的急救人员要求固定和或相对固定,定期培训、演练,以提高其抢救水平和应急能力;平时可以在岗不脱产,一旦接到命令,即能招之即来,按要求到达现场。

急救医疗的器械、仪器设备、药品以及救护车、通讯设施和相应的物资,要由卫

生行政部门提出统一要求,实行规范化管理。而各医疗单位应根据统一要求,装备齐全、完善、实用,平时准备就绪,放置固定地点,指定专人定期检查更换,一旦有令可携带至现场抢救,做到有备无患,处于临战状态。

7. 现场救援行动 现场急救时,对于大批伤员,要根据伤情,按危重、较重、较轻、死亡进行分拣分类,并以不同颜色的标志卡别置于伤员胸前,给予不同处置。

对于急性心脏、呼吸功能障碍;严重出血,内出血,脾破裂,肝损伤;严重胸部、颈部损伤;严重烧伤;伴有昏迷的颅脑损伤以及休克状态等危重病人,必须紧急转送医院手术或抢救治疗。对于血管损伤已结扎,肠损伤,开放性关节和骨损伤,眼损伤,不严重的烧伤,不伴有昏迷的颅脑损伤等较重病人,可列为缓送医院手术或治疗。对于伤情不重的病人,只要稍加处置,经现场观察而无病情变化的,即可离去。

救援行动中应维护受伤者的呼吸并保持通畅,必要时进行人工呼吸;必须使受伤者的头、颈、躯干保持在同一水平线上,尽可能减少移动,避免颠簸。

8. 救护人员的培训 急诊医疗服务体系的医疗质量高低受多方面因素的影响,其中因素之一,即是医务人员的业务技术水平。尤其是目前,院前急救正是我国急救医疗的薄弱之处,严重影响危重病以及创伤救治的效果。因此,加强对救护人员进行急救技术的培训,乃当务之急。

培训应从两方面抓起,一是加强救护人员对创伤初期急救的训练(basic trauma life support),通过培训必须掌握以下急救技术:①成人经口气管内插管;②食管内插管;③异物钳的应用;④静脉内给药;⑤胸腔穿刺术;⑥心搏骤停的复苏;⑦非同步心脏复律;⑧病人的评估。使伤员在现场和后送途中得到不断救治和评估,在较好状态下到达医院。

另一是加强急诊科医师对进一步创伤急救的培训(advanced trauma life support),急诊科医师对创伤急救的应急能力及其水平高低,对创伤救治的效果至关重要;应该对在岗医护人员进行继续教育,逐步开展创伤急救的培训工作,可以使伤员得到及时救治,把延误减少到最低限度。

9. 社会急救 各级政府和各级医疗机构应广泛利用报刊、电视、电台等宣传手段,积极普及急救知识,使广大群众掌握现场急救基本知识和最基本的急救技术操作,比如徒手心肺复苏、骨折固定、止血、包扎、搬运和常见创伤的简单处理方法。一旦发现急危病人或在意外灾害事故时,专业队伍尚未到达现场之前,能正确、及时地进行自救、互救。

广大群众在各种场所发现重危病人,都有义务予以急救,送往就近医疗单位或向急救部门呼救。社会各部门、各单位,接到急救求援信息,必须从人力、物力和技术方面给予全力援助。

为适应对灾害事故急救的需要,交通、铁路、民航、工矿企业等部门的卫生主管单位,都要同当地政府卫生主管部门协商,建立急救医疗协作关系,为全地区形成急救医疗网,开展社会急救奠定基础。



## 第二章

## 急诊基础

### 第一节 急诊病史的采集

#### 一、急诊病史采集的重要性

没有正确的诊断,就没有正确的治疗,而正确的诊断是来源于准确的病史和正确的检查,这一经典概括,反映了病史采集的重要性。在急诊特别是危重症急诊的诊疗中这一点尤为重要。

在急诊病人很短的就诊过程中采集到准确的病史,不仅能反映医师的临床医学知识的广度、深度,而且能较为全面的反映急诊医师的临床思路、技术水平和工作态度。病史不仅是一份医疗档案,同时具有一定法律学意义的文件。

#### 二、急诊病史采集的方法

采集急诊病史,要求快而准确,但切勿因采集病史延误诊断和抢救生命的宝贵时间。故根据病情缓急,可分别采用不同方式采集病史。通常有以下三种方式。

1. 序贯式 按询问病人—体格检查—辅助检查的程序进行。即首先通过详细询问病史,以后再进行系统体格检查,最后根据需要进行必要的辅助检查。因此,问诊是采集病史的第一步。这种方法多用于一般病情不十分紧急的急诊病人。

2. 并进式 适用于病情较紧急,或病人痛苦难忍,希望尽快诊治的情况。迅速减轻痛苦是病人的主要要求,此时如医师仍按上述序贯式方式进行,往往因病人不耐烦回答医师的询问,而无法采集病史。

因此,应根据病人的主诉,立即给病人在进行体格检查的同时,询问病史。如急腹症病人,应在进行腹部检查的同时,询问病人:起病的时间、部位、疼痛的性质,如是锐痛抑或胀痛?是阵痛,还是持续痛?在询问过程中同时进行腹部的望诊,