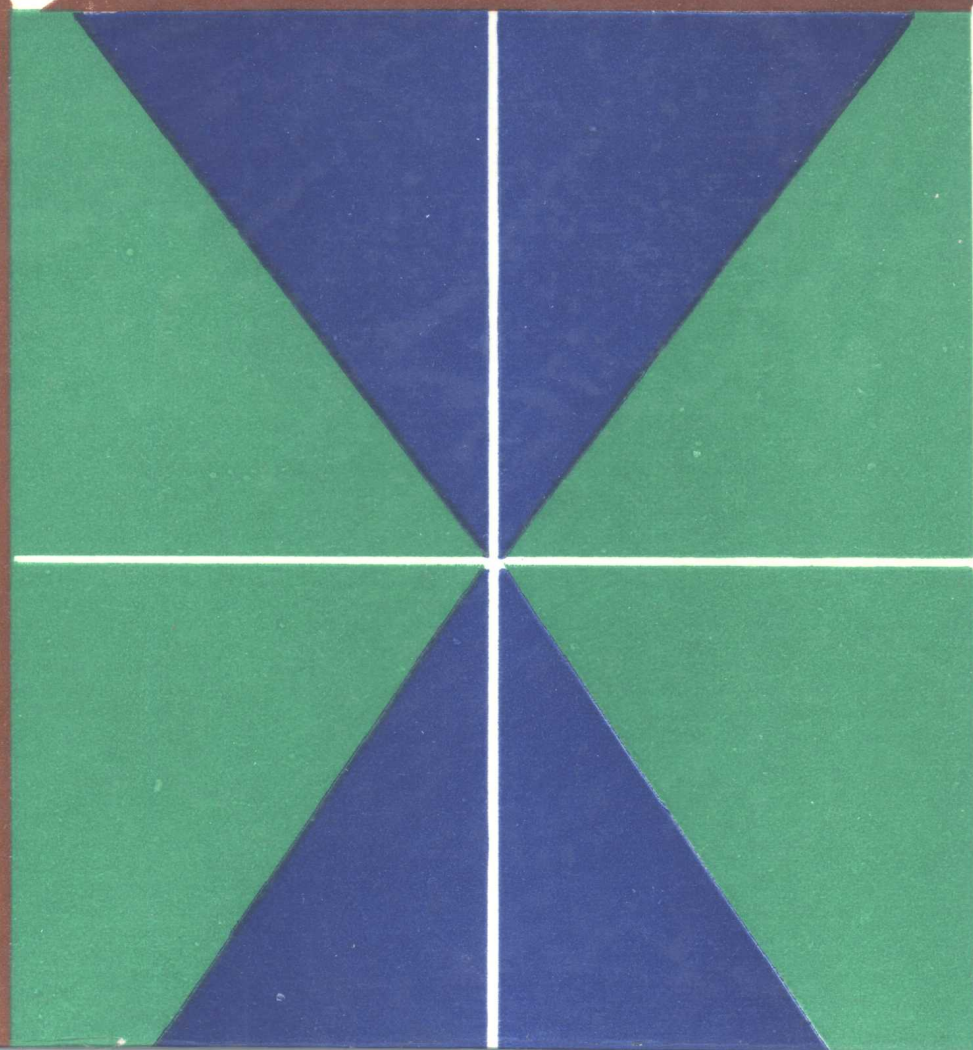


儿科急诊医学

● 主编 赵祥文

● 副主编 樊寻梅 魏克伦
董宗祈 胡皓夫



97744

儿科急诊医学

主 编 赵 祥 文

副主编 樊寻梅 魏克伦 董宗祈 胡皓夫

编 委 (以姓氏笔画为序)

方鹤松 冯泽康 孙眉月 何庆忠
吴 熙 陈大勋 胡皓夫 赵祥文
董宗祈 董永绥 樊寻梅 魏克伦

秘 书 吴冀川 祝益民

编者 (以姓氏笔画为序)

方鹤松 白兰芝 孙吉庆 卢仲毅
朱之尧 李长刚 刘发祝 李着算
陈大勋 杨立志 宋亚军 何庆忠
陈克正 张灵恩 何颜霞 张家骥
吴 熙 林 庆 赵祥文 易著文
赵维玲 胡皓夫 祝益民 徐 仑
梁安定 徐钦仔 袁雄伟 黄敬孚
董文洁 董永绥 董宗祈 顾 纯
樊寻梅 魏克伦



人 民 卫 生 出 版 社



(京)新登字081号

图书在版编目(CIP)数据

儿科急诊医学/赵祥文主编. —北京: 人民卫生出版社, 1994
ISBN 7-117-02042-3

I. 儿…

II. 赵…

III. ①小儿疾病: 急性病-临床医学②急性病: 小儿疾病-临床医学③临床医学-小儿疾病: 急性病
IV. R720.597

2480/11

儿科急诊医学

赵祥文 主编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 36+1印张 4插页 839千字
1994年5月第1版 1994年5月第1版第1次印刷

印数: 00 001—3 500

ISBN 7-117-02042-3/R·2043 定价: 32.20 元

〔科技新书目316—200〕

序

急诊医学是一门新兴的边缘学科，于1979年才被国际上多数国家承认为一门专门学科。这是由于医学科学的进展和社会的需要两个主要因素促成的。我国正式承认急诊医学是临床上的专门学科至今还不到10年，所以是一门很年轻的学科。但它的发展很快，对各种急、危、重症的基本发病机理、病理生理、临床诊断和急诊救治都有新的认识和提高。中华医学会急诊医学学会被总会批准成立至今才6~7年。我们目前的宗旨是一方面推广对急诊医学的认识，一方面提高急诊医学的水平。为此设立若干专业组，儿科急救专业组是其中很重要的一个。小儿急症和危重病有它的特点，因此儿科急救专业组承担了极为重要的任务。此组成立以来，已召开过若干次全国小儿急救学术研讨会和讲习班。对于全国儿科急救水平的提高和急救技术的推广起了非常重要的作用。现在由儿科急救专业组主要负责人赵祥文、樊寻梅二位教授以及国内著名的儿科专家共同编写《儿科急诊医学》一书，此书包括儿科急诊医学的各个方面，内容精湛、新颖和实用。不但对儿科学的发展起到良好作用，对于急诊医学，乃至医学科学的进展也做出贡献。特为序。

邵孝铨

中华医学会急诊医学学会主任委员

北京协和医院急诊科教授

1992年8月19日

前 言

小儿疾病的特点是起病急、变化快、病死率高。尤其急症对小儿健康的影响更大。为了及时有效的抢救危重患儿，必须建立健全儿科急诊医学。这门新兴的学科，在我国尽管历史尚短，但发展很快。1982~1984年国家卫生部与联合国儿童基金会“小儿急救与培训项目”建立的首批儿童急救中心，为发展我国儿科急诊事业提供了设备条件和培养了技术人员。几年来，各种规模的PICU和NICU已遍及许多省市。中华急诊医学会儿科急救学组建立后，也多次举办了全国性的小儿急救学术研讨会和学习班，在普及小儿急救知识，提高抢救技术水平、交流学术信息等方面，起了积极有益的作用，产生了良好影响。但是发展还不平衡，有的地区急救水平仍很薄弱。目前急需有比较全面的指导儿科急诊的书籍供参考。为此，在全国各地从事儿科急诊工作的同道的共同努力下，终于编写了这本《儿科急诊医学》，供儿科临床急诊工作者使用。全书共分总论、新生儿疾病、系统疾病、中毒、意外事故、治疗措施与技术操作等6篇，共30章。本书较全面地阐明了国内外近年来小儿急救的理论和技術，以突出实用为特点，并附有急救常用药物，器械使用方法及实验室正常值等，便于临床查阅。为儿科急诊医师必备参考书，亦适用于基层医务人员学习和参考。

本书在编写过程中得到中华急诊医学会主任委员邵孝铨教授鼓励并作序，谨致谢意。

编 者

1992年9月于北京

目 录

第一篇 总 论

第一章 儿科急诊医学	1
第一节 急诊医学的概述	1
第二节 儿科急诊的特点	2
第三节 儿科急诊的范围	3
第四节 儿科门诊急诊的分诊	4
第五节 儿科急诊室	6
第六节 儿科重症监护病房	8
第七节 院前急救	12
第二章 危重病发病机制研究的进展	14
第一节 微循环障碍学说	14
第二节 体液介质与免疫学说	19
第三节 细胞损害学说	20
第四节 自由基与感染	21
第五节 纤维连接蛋白与危重症	26
第六节 再灌注损伤	30
第七节 代谢障碍学说	35
第三章 小儿常见危重症	36
第一节 心跳、呼吸骤停与心肺复苏	36
第二节 急性呼吸衰竭	44
第三节 心力衰竭	50
第四节 急性肾功能衰竭	58
第五节 颅内高压综合征	69
第六节 急性肝功能衰竭	75
第七节 休克	79
第八节 弥漫性血管内凝血	96
第九节 多系统器官功能衰竭	104
第十节 婴儿猝死综合征	110
第十一节 急性呼吸窘迫综合征	113

第二篇 新生儿急救

第一章 新生儿常见危重症	122
第一节 高危新生儿	122
第二节 新生儿窒息与复苏	125

第三节	新生儿呼吸窘迫综合征	130
第四节	胎粪吸入综合征	134
第五节	新生儿持续胎儿循环	136
第六节	早产儿呼吸暂停	139
第七节	新生儿肺出血	142
第八节	新生儿惊厥	145
第九节	新生儿缺氧缺血性脑病	149
第十节	新生儿颅内出血	152
第十一节	新生儿出血症	156
第十二节	新生儿红细胞增多症	157
第十三节	新生儿溶血病	160
第十四节	新生儿心律失常	166
第十五节	新生儿心力衰竭	170
第十六节	新生儿休克	174
第十七节	新生儿坏死性小肠结肠炎	178
第十八节	新生儿硬肿症	181
第十九节	新生儿糖代谢紊乱	187
第二十节	新生儿常见电解质紊乱	192
第二十一节	新生儿急性肾功衰竭	203
第二章	新生儿常用的急救诊疗措施与操作技术	208
第一节	新生儿酸碱平衡紊乱的诊断	208
第二节	新生儿液体疗法	213
第三节	新生儿换血疗法	217
第四节	新生儿动脉穿刺	221
第五节	脐动、静脉插管	223
第六节	新生儿机械通气的应用	226
第七节	新生儿机械呼吸时肌松剂的应用	230

第三篇 系统疾病

第一章	呼吸系统疾病	236
第一节	急性上呼吸道梗阻	236
第二节	重症肺炎	240
第三节	哮喘持续状态	246
第四节	气胸	250
第五节	胸腔积液	251
第二章	心血管疾病	255
第一节	严重心律失常	255
第二节	急性心肌炎	262
第三节	感染性心内膜炎	266

第四节	急性心包填塞	269
第五节	青紫型先天性心脏病缺氧发作的紧急处理	272
第六节	高血压急诊	273
第三章	神经系统疾病	279
第一节	昏迷	279
第二节	癫痫持续状态	284
第三节	瑞氏综合征	288
第四节	急性感染性多发性神经根炎	291
第五节	暴发型流行性脑脊髓膜炎	294
第四章	消化系统疾病	298
第一节	小儿急性腹痛	298
第二节	急性坏死性小肠炎	302
第三节	中毒型痢疾	305
第五章	泌尿系统疾病	310
第一节	急性肾小球肾炎	310
第二节	肾病综合征	312
第三节	溶血尿毒综合征	314
第四节	血尿	317
第五节	尿闭	320
第六章	血液系统疾病	322
第一节	溶血危象	322
第二节	再生障碍危象	324
第七章	内分泌代谢疾病	326
第一节	肾上腺危象	326
第二节	甲状腺疾病危象	328
第三节	糖尿病昏迷	331
第四节	低血糖	334
第五节	水电解质及酸碱平衡紊乱	337
一、	脱水	337
二、	水过多	339
三、	高钾血症	340
四、	低钾血症	341
五、	低钠血症	342
六、	高钠血症	344
七、	低钙血症	346
八、	代谢性酸中毒	347
九、	呼吸性酸中毒	350
十、	代谢性碱中毒	351
十一、	呼吸性碱中毒	353
十二、	二重酸碱失衡	354

十三、三重酸碱失衡·····	356
第八章 过敏性反应 ·····	358
第一节 血清病·····	358
第二节 青霉素不良反应·····	359

第四篇 急性中毒

第一章 中毒的诊断及处理原则 ·····	362
第一节 中毒的原因与途径·····	362
第二节 中毒的诊断·····	362
第三节 中毒的处理原则·····	364
第二章 食物中毒 ·····	370
第一节 细菌性食物中毒·····	370
第二节 真菌性食物中毒·····	371
第三节 棉子、粗制棉子油中毒·····	373
第四节 桐子或桐油中毒·····	373
第五节 地瓜米中毒·····	373
第六节 扁豆中毒·····	373
第三章 有毒植物中毒 ·····	374
第一节 毒蕈中毒·····	374
第二节 曼陀罗中毒·····	375
第三节 含氰苷果仁中毒·····	376
第四节 木薯中毒·····	377
第五节 蓖麻子中毒·····	377
第六节 白果中毒·····	378
第七节 发芽马铃薯中毒·····	378
第八节 含亚硝酸盐类植物中毒·····	379
第九节 烂白薯中毒·····	380
第十节 荔枝病·····	380
第十一节 菠萝过敏症·····	380
第四章 有毒动物中毒 ·····	381
第一节 蜂刺中毒·····	381
第二节 蝎蜇伤中毒·····	381
第三节 毒蜘蛛螫伤·····	382
第四节 毒蛇咬伤·····	382
第五节 鱼胆中毒·····	384
第五章 农药中毒 ·····	386
第一节 有机磷农药中毒·····	386
第二节 有机氯杀虫剂中毒·····	391
第三节 有机氮农药中毒·····	392

第四节	氨基甲酸酯类农药中毒	393
第五节	氟乙酰胺中毒	393
第六节	除虫菊中毒	394
第七节	溴氰菊酯中毒	394
第八节	速灭杀丁中毒	394
第九节	杀鼠药中毒	394
第六章	常用药物中毒	398
第一节	氯丙嗪类中毒	398
第二节	巴比妥类中毒	399
第三节	氨茶碱中毒	400
第四节	退热药物中毒	400
第五节	酒精中毒	401
第六节	避孕药中毒	402

第五篇 意外事故

第一章	一氧化碳中毒	403
第二章	婴儿捂热综合征	406
第三章	小儿中暑	409
第四章	溺水	412
第五章	溺粪	416
第六章	电击伤	419
第七章	烧伤	422

第六篇 诊疗技术

第一章	血气分析与经皮血气分析	428
第一节	血气分析	428
第二节	经皮血气分析	436
第二章	临床常用治疗措施	440
第一节	危重病儿的全胃肠道外营养	440
第二节	人工冬眠疗法	447
第三节	腹膜透析疗法	449
第四节	血液透析	454
第五节	连续血液滤过	456
第六节	危重患儿的感染及抗生素应用	460
第七节	氧气疗法	470
第三章	常用仪器的使用	473
第一节	监护仪的应用	473
第二节	人工呼吸机的临床应用	478
第三节	高频通气	487

第四节	除颤仪的应用	489
第五节	小儿人工心脏起搏术	492
第六节	输液泵的应用	495
第四章	常用操作技术	497
第一节	气管插管术	497
第二节	紧急环甲膜切开术·····	502
第三节	紧急胸腔闭式引流·····	504
第四节	中心静脉压的测定及中心静脉插管术	505
第五节	动脉穿刺术和动脉血压测定法	513
第六节	大隐静脉切开术·····	516
第七节	心包穿刺术	517
第八节	气球漂浮导管及肺动脉压、肺动脉楔压测定	518
第九节	颅内压监测	525
附录		531
一、	重要生命体征的简易监测·····	531
二、	微循环检查方法·····	539
三、	临床常用实验室检查及正常值·····	541
四、	危重症急诊常用检查项目及其意义·····	554
五、	小儿常用急救药物剂量表·····	557
六、	国际单位制词头·····	567

第一篇 总 论

第一章 儿科急诊医学

第一节 急诊医学的概述

急诊医学是一门新兴的跨学科的专业,其发展适应了整个医学发展规律和社会的需要,因此从一建立就受到全社会的关注,得以迅速发展,使危重患儿抢救的成功率日益提高。

急诊医学的发展,时间还很短暂,在国外仅有 20 多年的历史。美国于 1970 年才正式建立危重病急诊医学会,至 1979 年急诊医学才被正式承认为第 23 个独立的医学学科。在我国 1974 年天津第一中心医院率先建立了急性三衰抢救研究室,并先后多次举办全国危重病急救学术会议,在国内外产生了积极影响。1987 年我国正式批准成立“中华急诊医学会”,儿科急诊学组也相继建立,为普及儿科急诊专业知识,开展学术活动,沟通信息,也多次举办全国性的小儿急诊学术会议。在国内起了积极有益的推动作用。在联合国儿童基金会 (UNICEF) 资助下,我国首次建立起一批儿童急救中心,为发展我国儿科急诊事业,起了积极的作用,提供了物质条件和培训了技术人材。1984 年中央卫生部下达有关医院成立急诊科的文件后,全国各省市医院相继建立急诊科,使急诊医学的发展,得到行政组织上的支持。此后卫生部在制定医院等级评审条例中,突出地把急诊科达标,做为全面评审医院等级的先决条件,更为急诊科的建立健全给予行政上的保证。

急诊医学在我国兴建的时间虽然不长,但在急诊抢救方面,却表现出了巨大的威力,1991 年淮河流域遭受罕见的特大洪水灾害,受灾范围之广,程度之深,损失之重为历史上所罕见。但由于急诊医学的兴起,使人们从回避灾害到积极地予防灾害的发展,竟奇迹般的创造出“大灾之后无大疫”的局面,更加鼓舞和坚定了发展急诊医学的信心。又如北京第十一届亚运会期间,有 39 个国家和地区的运动员到北京来参加比赛,由于急诊急救工作组织严密,上下协调、互相配合,在完成 10773 人次的急诊医疗任务中,无一例发生死亡。北京这支刚组建的急诊队伍,经受了实践的考验,做出了成绩,扩大了影响,为今后发展和壮大急诊医学,铺平了前进的道路。

急诊医学由现场急救、路途转运、和医院病房三大部分组成。实践证明这三大部分必须互相紧密配合、构成统一的整体,才能发挥巨大的抢救效能:在一所医院里急诊科是处在抢救的第一线,但要提高它的抢救成功率,还必须有完善的急诊医疗体系 (Emergency Medical Services System, EMSS) 相互配合。事实上垂危患者到达医院急诊科或急救中心进行救治之前,多数已在现场经过了初步的抢救和在转运过程中的救护(称为院前急救),这一环节处理是否及时、恰当,将明显地影响抢救的成功率。急诊科是对一些垂危患儿进行重要生命体征抢救的,如急诊科同时设有加强监护室(Intensive Care Unit, ICU),则应在 ICU 室进行监护的情况下接受急救处理,但最后还必须有病房作为

坚强后盾,进一步处理一些有关的问题。只有在这样完备体系的配合下,才能使抢救的成功率得到提高。因此组成这一体系的各个部分,都是构成整个急救系统的重要环节,都必须配套齐全,紧密协作,才能应付,突发的、艰巨的、抢救任务,在执行任务时,才能发挥其应急性、机动性、和协调的协作关系,使抢救工作能够一环扣一环地顺利进行。据上海市医疗救护中心站报告,在现场急救和转运途中,使用设有监护装置的救护车(MICU)转运病人,比使用普通型救护车(CAT)转运病人,复苏的成功率大7.3倍,充分说明急救转运环节中,转运条件对抢救垂危病人起很大的作用。又据北京急救中心报告,若急救中心独立建制,没有医院病房作后盾,将迁到极大困难,存在科室不全,床位过少、周转不灵、技术力量薄弱,难以处理复杂局面等缺陷、不利急诊工作的全面开展。因此当前已明文规定,急诊科属临床科室,直接在院长领导下工作,医师应从轮班制改为骨干固定,或大部分医师固定的工作方式,以提高医疗质量和抢救水平。急诊护士应该固定,使成为具有临床各科知识,并有应急本领的急救专业护士。急诊室的急救备用药品要齐全,抢救设施要具备,能用,抢救程序须标准化、规范化、服务态度良好,能急病人之所急。为做到救死扶伤、提高抢救成功率,要求检查认真、细致、无误,诊断及时、正确、全面,治疗迅速、准确、彻底。同心协力,全力以赴共同把垂危的患儿,从死亡边缘上抢救回来。

第二节 儿科急诊的特点

小儿急诊的特点是:起病急、变化快、病死率高。抢救及时处理得当,可使垂危患儿从死亡边缘上得以挽救,反之错失抢救时机可造成严重后果或难以纠正的后遗症。

(一) 小儿急诊工作量

小儿急诊是整个急诊医学中的一个重要组成部分。其工作量大,在综合医院中,儿科急诊的数量常占全院急诊总量的 $\frac{1}{3} \sim \frac{1}{2}$ 。在儿童医院中急诊量常为全院门诊量的 $\frac{1}{2}$ 左右,如北京儿童医院全院急诊量即达9万人次,面对如此繁重的急诊任务,既要及时有效的完成诊治工作,又要提高抢救成功率,就必须全院紧密配合,互相协作,以及具备必要的设备条件,技术力量、和管理水平才能完成这一艰巨的任务。

小儿能否在急诊就诊,常依临床表现特点,或家属文化程度而定,不少符合急诊条件的患儿,混杂在门诊就诊的人群中,当前在我国儿童医疗机构中,普遍存在着“超负荷运转”现象,门诊量经常处于过饱和状态,因此候诊时间长,候诊厅里拥挤不堪,秩序混乱、声音嘈杂、空气污浊等,就诊难的问题仍然存在,致使有的急诊患儿未能得到及时诊治,这些问题应引起高度重视。如何建立健全的分诊制度,把需要急诊急救的危重患儿从拥挤的候诊人群中分诊出来,及时予以诊治,使急诊及时得到急治,这是提高抢救质量,避免不幸事例发生的重要措施。

儿科急诊、病情危急,变化快、数量大、时间也比较集中,处理操作又多,对医护人员压力大,家属也心情紧张、要求过急,因此急诊科不仅是全院最繁忙的科室,也是矛盾集中的地方,是医疗纠纷的多发区,全院及全社会都在关注的焦点。针对这些特点,搞好小儿急诊工作,已是大家共同的愿望,也是急待解决的问题。

(二) 小儿急诊的高峰期

急诊的高峰期，常与疾病的流行病学发病季节相一致，而全国各地因地理环境和温度差异而有不同，据北京儿童医院报道，一年中以1、6、7、8月为急诊的高峰期，即最热和最冷的季节，也是急诊最多的季节。在一日之中一般规律与门诊的高峰时间相一致，即上午的8~12时较多，但实际上，下午的18~22时更为繁忙。在此期间，正常的门诊已经停诊，而急诊值班人员又较少，来就诊者都到了急诊室，单位时间内形成人少事多的拥挤局面，医生感到紧张劳累，而患儿家属也感到焦急、烦躁、这时应特别强调彼此多理解、体谅、互相协作配合。工作越紧张，要求医护人员越冷静、家属越烦恼、要求医护人员态度越和蔼。避免医患间出现紧张气氛。在高峰期安排人力也应适当增加，使大家都能心平气和地配合。共同完成急诊抢救任务。

（三）小儿急诊年龄和病种

小儿急诊就诊年龄以一岁以下的婴儿占首位，约为就诊总数的半数以上，按病种分析，依次为：新生儿疾病，呼吸系统疾病、消化系统疾病，神经系统疾病，中毒等。

（四）小儿急诊死亡和分析

急诊死亡率统计，据北京儿童医院报道、急诊死亡率占0.3%，对死亡病例327例分析结果显示，来自远郊县的占23%，来自河北省的占48%，而北京市城区患儿仅为15%。该统计显示出离就诊地距离越远死亡率越高，显然与转诊过程中延误了抢救的时机有关。有力的说明，凡急诊需要急救的患儿应该就地、就近、给予及时抢救，以争取抢救时机。

死亡病种分析：以新生儿疾病占首位，其次为肺炎合并心衰。

综上所述，掌握了小儿急诊的特点，就能采取相应的主动抢救措施，以提高抢救成功率，保护小儿健康成长。

第三节 儿科急诊的范围

（一）急诊科的设置模式

目前城市儿童医院急诊科的设置模式，以“二合一”的组合方式，优点比较多、也符合急诊医学发展的要求、即由急诊科的抢救室观察室，为一组，以ICU为依托，组成二合一的统一体，在功能上可以更全面的发挥抢救的效能，提高抢救的成功率，也有利于患儿的分流，有利于人力和技术上的互相支援，从而避免了单一急症科模式的缺陷，有统计在ICU进行抢救的病例，有72.3%是由急诊室转入的，充分体现出ICU是急诊室的可靠依托，有了二合一的急诊体制，可使二者结合的更紧密，工作配合更协调，技术互相掌握，资料共同所有，信息彼此交换，有利于技术的提高和深入开展研究工作，但由于急诊业务涉及面广，单有ICU还不能应付所有的复杂局面，还必须要有各专业病房做为后盾，及时配合，才能发挥更大的抢救效力。

（二）小儿急诊范围

目前尚无统一的规定，各医院根据各自的情况，订出自己的就诊范围，虽不完全相同，但大致类似，参考北京儿童医院所订的急诊范围，包括下列13项。

1. 高热 39.5℃以上，有中毒症状者。
2. 各种原因引起的惊厥 包括癫痫持续状态，不明原因的昏迷等。
3. 各种创伤意外 包括溺水、车祸、电击、烧伤、烫伤等。

4. 各种中毒 包括药物中毒、食物中毒、一氧化碳中毒等。
5. 各种类型的休克。
6. 心肺复苏病人。
7. 三衰病人 (心衰、肾衰、呼衰)。
8. 大出血病人 包括颅内出血、严重贫血, 血红蛋白低于 30~50g/L 者。
9. 中枢神经系统感染, 合并脑疝及各种原因引起的呼吸肌麻痹 (包括感染性多发性神经根炎)。
10. 哮喘及哮喘持续状态。
11. 糖尿病酮症酸中毒。
12. 新生儿疾病及早产婴。
13. 外院转来的急诊病人。

根据 1990 年统计分析, 该院通过急诊科入院的病种, 新生儿疾病占首位(38%) 其余依次为呼吸系统疾病 (27%), 神经系统疾病 (12%), 消化系统疾病 (5.7%), 各种中毒 (2.4%) 等。

第四节 儿科门诊急诊的分诊

儿科门急诊是病人高度集中的地方, 病人多, 流量大, 就诊时间相对集中, 活动范围比较狭窄, 因此显得十分拥挤, 秩序混乱、传染病与非传染病, 急诊与非急诊, 常交织在一起。交叉感染难以避免。急诊当成非急诊也常有发生。在一些老的医院里这种现象更为突出。房屋设备条件增加的不多, 而门急诊工作量却逐年上升, 远远超出了原设计的承受能力, 以致出现“超负荷运转”现象, 工作人员长期紧张疲惫不堪, 病人候诊时间过长, 难以等待, 这些矛盾的存在, 就出现了脏、乱、差的混乱局面, 必须加强管理改善门急诊就诊条件, 分诊系统的建立, 为门急诊病人合理导向, 正确分流, 减少交叉感染, 创造了条件, 使危重患儿能及时得到抢救处理, 进一步提高了门急诊工作质量, 维护了门急诊的工作秩序, 起到了积极有益的作用。

(一) 分诊

分诊 (triage) 即分类挑选的意思。开始出现于第二次世界大战期间, 首先使用在部队的医院里, 将抢运回的伤病员经初步分类挑选后, 再转送到不同的有关医院给予处理。至 1963 年美国的 Yale-New Haven 医院开始建立地方医院的急诊分诊系统, 主要由熟练的护士来承担这一任务, 分诊系统在门急诊主要起着及时了解急诊病情; 确定紧急程度, 正确分流病人的作用。

根据各医院任务的繁重状况, 建立一个完善的分诊系统, 一般采用二级分诊制, 一级分诊设在大门口, 二级分诊设在急诊科与普通门诊处。

1. 一级分诊 分诊处设在大门口, 所有病人一进入医院, 即根据简单的询问与重点的观察引导病人分流, 对疑有传染病的, 分流至传染病隔离区, 非急诊的导向一般的专科门诊, 符合急诊条件的送往急诊室抢救。

2. 二级分诊 患儿进入急诊室后, 最好再经过一次分诊, 以便将危重病例分诊出来, 争取达到“病情越危急, 治疗越迅速”的目的。确定病情等级, 各医疗机构尚无统一标准, 有的分为五个档次, 一般分为三个档次, 即①重症急诊: 是指病人处于垂危状

态,需要立即抢救的,如心跳、呼吸骤停,严重呼吸窘迫、大动脉出血、休克等。② 中度急诊:要求迅速给予治疗者,如急腹症、哮喘、新生儿感染等,③ 轻症急诊:是指患儿可以在急诊室处理,也可以在门诊处理的,经急诊室分诊后,可将病人按轻重缓急、垂危程度、排列抢救顺序,以真正达到急诊急治的目的。在急诊室就诊的病例虽然很多,但真正属于垂危抢救的病例并不太多,据北京、重庆统计只占急诊病例数的5%左右,因此如何把这5%的病例,分诊出来,优先给予抢救,乃是分诊系统的重要任务之一,有医院在抽样调查中发现,在未分诊前,进入急诊室抢救的病例中有27%是通过了一般挂号、候诊、接诊几个程序后,才发现病情危急而转送入急诊室抢救的,对这些高危患儿来说,已经耽误了不少珍贵的抢救时间。

因此分诊系统是组成急救医疗体系中的一个必不可少的重要环节,要完成这样重要的任务,执行的护士必须具备一定的条件。

(二) 分诊护士应具备的条件

1. 要具有高尚的职业道德和品质,有救死扶伤的献身精神,热爱本专业。
2. 有较丰富的临床实践经验,在急诊科工作一年以上,有初步分诊危重急诊的能力。
3. 关心体贴病人,思维灵活,态度和蔼、头脑镇静,能妥善处理一些复杂的突发情况。
4. 组织能力,工作能力较强,在繁忙的高峰阶段能妥善分流病人,抢救危重者,维持好就诊秩序。

(三) 分诊护士的任务

1. 主动与患儿家长联系,指明分流去向,减少患儿家属来院后的陌生感。
2. 简要询问病史,及观察病情,以确定其危重程度,及是否为传染病,以合理分流患儿。
3. 对生命垂危者,立即给予必要的初步抢救措施,护送至抢救室抢救。
4. 维持好就诊秩序、向家属做必要的解释和宣传。
5. 填写必要的记录卡。

(四) 分诊护士的工作方法

基本靠掌握的基础理论知识,结合望、问、触、嗅、听的基本技能。来收集有关的重要资料,以此做出对病情的判断。

1. 问诊 通过简单的询问,掌握病史要点,以确定疾病的性质与严重程度。
2. 望诊 对患儿概括的全面观察,特别注意面色、神志状态,体位、生命体征,如呼吸状况、颈动脉搏动等。
3. 触诊 触四肢及躯干温度、触腹部及四肢肌肉的紧张度、确定脉搏及大血管搏动能否扪到。
4. 闻诊 观察能否发音,哭声强度,有无呻吟或呼吸困难等。如有可将所获得的结果,简要记录在分诊登记卡上,供抢救时参考。

通过这些粗略的检查,可初步判定病情的轻重,将真正需要急救的病人,从候诊队伍中分出来,以达到急病急治的目的。

(五) 分诊的作用

1. 迅速查明病情,及时疏散病人,是分诊的基本功能和目的。
2. 迅速而准确的判断病情的危重程度,及时送往抢救室抢救。
3. 经过分诊,达到病情越紧急,治疗措施越迅速,急诊急治的目的。
4. 合理使用现有的医疗设施,使需要者能及时使用,不需要者亦不致浪费。
5. 根据病情和需要,可先开出简单的化验以争取时间。
6. 对垂危患儿可立即给以应急措施,如人工呼吸、供氧等。
7. 分流并隔离传染病患者,防止院内交叉感染。

(六) 分诊护士的培训及业务提高

为了使分诊护士不断提高业务水平,以适应复杂变化的分诊任务,必须不断地进行强化培训,提高业务技能,通过多方面进行。

1. 信息反馈,自我提高 可以根据分诊卡追踪结果,检查自己的分诊是否正确,从而提高认识。
2. 定期举办有关业务讲座或组织培训班,以更新知识,充实理论。
3. 加强思想建设,充分认识到这一事业的重要意义,培养主动思考、独立工作的能力、加强医护之间的协调互相依赖、取长补短协作共事。

【附】 广州市儿童医院急诊疾病或病征分类标准:

第一类:主要包括、心跳呼吸骤停、严重呼吸窘迫、严重创伤、大出血、过敏性休克、癫痫持续状态、抽搐、昏迷、超高热 $>40.5^{\circ}\text{C}$ 以上,或体温不升 $<36^{\circ}\text{C}$ 。

第二类:急性腹痛、意识改变、高热($39.5^{\circ}\text{C}\sim 40.5^{\circ}\text{C}$)、中等面积烧烫伤;多发性骨折和裂伤、哮喘、中毒、水电解质失衡(超过体重10%)早产儿、新生儿疾病(非生命危急状态者)。

第三类:发热($38.5\sim 39.5^{\circ}\text{C}$)、皮疹、中等腹泻、小面积烧、烫伤,轻度外伤、呕吐、膀胱刺激症状。

(赵祥文)

第五节 儿科急诊室

急诊工作的三个环节:现场急救、转运、住院进一步诊治,实际上在医院的急救工作中也有体现。急诊室承担一线现场抢救,待患儿病情允许后再转入病房或重症监护室继续进行监护、抢救及病因治疗。

为便于危重患儿就诊,医院工作的第一线急诊室应设在医院大门附近,并有鲜明醒目的标记。急诊室内要求面积充足,设有候诊区,并借助宽大通道与检验科室、药房、收费处等辅助科室连接。

(一) 急诊室的组成与工作细则

急诊分诊的目的在于筛选危重患儿,限制非急诊者就诊,确保危重患儿及时得到救治,同时防止传染病患儿误入急诊室就诊。分诊处可设在医院入口的初检处,也可在急诊室门外。此项工作多由经验丰富的护士担任。急诊就诊条件则可根据各医院具体情况制定,详见第三节。

各医院急诊室所承担医疗工作并不完全相同,一般应设有以下部门:

1. 急诊抢救室或诊察室 患儿由分诊处送来后,急诊医师应于最短时间内进行诊