

医学高等院校护理学专科教材  
中央广播电视大学医科大专推荐教材



# 急诊护理学

主编 刘均娥  
主审 楼滨城

北京医科大学出版社

医学高等院校护理学专科教材  
中央广播电视大学医科大专推荐教材

# 急 诊 护 理 学

主编 刘均娥  
主审 楼滨城

编写人员（以姓氏笔画为序）

刘均娥 北京医科大学人民医院  
李明子 北京医科大学人民医院  
李映兰 湖南医科大学附属湘雅医院  
应菊素 北京医科大学人民医院  
徐国英 北京医科大学人民医院  
楼滨城 北京医科大学人民医院

北京医科大学出版社

JIZHEN HULIXUE

**图书在版编目 (CIP) 数据**

急诊护理学/刘均娥主编. - 北京: 北京医科大学出版社, 2000.2

医学高等院校护理学专科教材 中央广播电视大学医  
科大专推荐教材

ISBN 7-81071-019-2

I. 急… II. 刘… III. 急诊-护理学-医学院校-教材  
IV. R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 76871 号

北京医科大学出版社出版发行  
(100083 北京学院路 38 号 北京医科大学院内)

责任编辑: 安 林

责任校对: 齐 欣

责任印制: 郭桂兰

山东省莱芜市印刷厂印刷 新华书店经销

\* \* \*

开本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 18 字数: 456 千字  
2000 年 2 月第 1 版 2000 年 2 月山东第 1 次印刷 印数: 1—10000 册  
定价: 23.60 元

## 序

自 70 年代开始有专职医师从事急诊工作，并形成了急诊医学专业。从这个意义上讲，急诊护理远早于此，它可追溯至南丁格尔时代以及第一次世界大战时的分诊。我国自 50 年代中末期，在大城市的大医院里开始有专职护士从事急诊护理，承担急诊病人的分诊、安置、抢救、转运及日常管理。当时医师是轮转值班制或随时呼叫制，而护士一直是急诊室的基础力量。近 20 年来急诊专业医师的出现，促进了急诊医学和急诊护理学的共同提高和发展，但护士仍然是急诊一线的基础力量和主力军，急诊护理也是急诊医疗管理的重要组成部分。因此，要提高急诊医疗质量，必须提高急诊护理质量。

随着社会物质生活和精神文明的提高，社会人口的老龄化，人们对急诊的需求日益提高，各医院的急诊量逐年上升，急诊科已成为医院的第二门诊部；又由于医学科学的发展和学科越分越细，以及急救手段的不断现代化，使呼吸机、监护仪、除颤器已成为急诊日常抢救工具，大大提高了抢救成功率，同时也使急诊科成为抢救、疑难和晚期病人的集中地。急诊医疗和护理工作越来越显示出它的作用和地位。在我国，为适应日益增加的急诊护理工作的需求，一支庞大的急诊护理队伍正在形成和扩大。这本《急诊护理学》的问世必将促进急诊护理工作的规范化和系统化。

本书主要由我校护理学院毕业的几位曾经或正在从事急诊护理工作的年轻的护理硕士和护理本科生撰写而成，既有广博而新颖的理论，又有丰富的护理实践，显示出年轻人的才华，同时也说明高等医学院校开设护理学院（系）的必要性和重要性，她们必将为发展我国的护理事业做出更大贡献。

王德炳 楼滨城

1999 年 10 月

# 前 言

急诊医疗服务体系由院前急救、医院急诊、重症监护病房三部分组成。这本《急诊护理学》是按照这三个组成部分编写的，以使护理专业学生和已经从事急诊护理的广大护士对整个急诊医疗服务体系的发展历史、工作范畴与工作方法和特点有一全面了解。在此基础上，本书详细介绍了医院急诊科（室）的急诊护理工作，内容涉及急诊内、外、妇产、眼、耳鼻喉各科。

本书的编写特点是不拘于一般教科书的格式化的陈述方式，而以临床急诊护理工作程序编写，突出各种疾病或症状、体征的护理评估、病情判断、分诊、急救措施和治疗与护理，符合临床护士的思维模式和工作方法，便于护士掌握。

在编写过程中，力求做到：（1）科学性：所描述的内容基于医学和护理学的专业理论知识，概念清楚、准确、重点突出，简明扼要；（2）实用性：结合临床实际情况，重点介绍急诊的常见疾病以及与急诊护理密切相关的基本概念、病因、临床表现、病情判断、急救、治疗与护理；（3）新颖性：反映现代临床医学与护理的最新进展和新观点，吸收了国内外临床医学最新科研成果、诊疗技术和护理措施。但限于编者水平以及编写时间紧迫，本书不足之处，敬请指正，以便再版时改进。

本书的编写和出版得到了北京医科大学人民医院急诊科楼滨城主任的悉心指导和审校，得到了护理部曲维香主任和灵爱真主任护师的大力支持，以及北京医科大学护理学院各位老师的协助，在此一并表示衷心的感谢。

编者

1999年10月

# 目 录

## 总论篇

|                         |      |
|-------------------------|------|
| 第一章 急诊医学与急诊医疗服务体系·····  | (3)  |
| 第二章 急诊护理学·····          | (5)  |
| 第三章 院前急救·····           | (7)  |
| 第一节 院前急救体制·····         | (7)  |
| 第二节 院前急救的任务与工作范围 ·····  | (10) |
| 第三节 伤检分类与体检 ·····       | (12) |
| 第四节 现场医疗救护 ·····        | (14) |
| 第五节 转运与途中监护 ·····       | (16) |
| 第四章 医院急诊科 ·····         | (18) |
| 第一节 急诊科的设置 ·····        | (18) |
| 第二节 急诊科护理的概况 ·····      | (21) |
| 第三节 急诊护理管理 ·····        | (23) |
| 第四节 急诊护理工作流程 ·····      | (28) |
| 第五节 急诊护士与病人及家属的沟通 ····· | (30) |
| 第五章 重症监护病房 ·····        | (33) |
| 第一节 重症监护病房的建设 ·····     | (33) |
| 第二节 重症监护病房的护理 ·····     | (34) |
| 第三节 重症监护病房护士的素质 ·····   | (39) |
| 第六章 心肺脑复苏 ·····         | (41) |
| 第一节 I 期心肺复苏 ·····       | (41) |
| 第二节 II 期心肺复苏 ·····      | (51) |
| 第三节 复苏后生命支持和脑复苏 ·····   | (53) |
| 第七章 分诊 ·····            | (58) |
| 第一节 分诊的历史、目的与功能 ·····   | (58) |
| 第二节 分诊的种类和分诊系统 ·····    | (59) |
| 第三节 分诊的环境和空间 ·····      | (61) |
| 第四节 分诊护士 ·····          | (62) |
| 第五节 分诊的护理程序 ·····       | (63) |
| 第八章 休克 ·····            | (74) |
| 第一节 休克的病因和病理生理改变 ·····  | (74) |
| 第二节 休克的病情判断 ·····       | (76) |
| 第三节 休克的急救与护理 ·····      | (78) |

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| <b>第九章 常见症状和体征的分诊要点</b>      | (82)  |
| 第一节 发热                       | (82)  |
| 第二节 意识障碍                     | (84)  |
| 第三节 头痛                       | (85)  |
| 第四节 呼吸困难                     | (87)  |
| 第五节 胸痛                       | (89)  |
| 第六节 腹痛                       | (90)  |
| 第七节 呕血                       | (94)  |
| 第八节 恶心和呕吐                    | (95)  |
| 第九节 腹泻                       | (97)  |
| <b>第十章 急诊护理的基本操作技能和仪器的使用</b> | (99)  |
| 第一节 伤口的止血与包扎                 | (99)  |
| 第二节 基本护理操作技能及护理              | (107) |
| 第三节 仪器的使用                    | (114) |

## 各论篇

|                     |       |
|---------------------|-------|
| <b>第十一章 呼吸系统急症</b>  | (123) |
| 第一节 护理评估            | (123) |
| 第二节 急性上呼吸道感染        | (125) |
| 第三节 肺炎              | (126) |
| 第四节 慢性阻塞性肺病 (COPD)  | (129) |
| 第五节 支气管哮喘与哮喘持续状态    | (130) |
| 第六节 呼吸衰竭            | (131) |
| 第七节 成人呼吸窘迫综合征       | (134) |
| 第八节 急性肺水肿           | (136) |
| 第九节 肺栓塞             | (137) |
| 第十节 其它常见的呼吸系统急症     | (138) |
| <b>第十二章 心血管系统急症</b> | (140) |
| 第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病    | (140) |
| 第二节 心律失常            | (148) |
| 第三节 充血性心力衰竭         | (156) |
| 第四节 急性左心衰           | (159) |
| 第五节 原发性高血压病及高血压急症   | (161) |
| <b>第十三章 消化系统急症</b>  | (164) |
| 第一节 护理评估            | (164) |
| 第二节 急性上消化道出血        | (168) |
| 第三节 急性腹膜炎           | (171) |
| 第四节 急性胰腺炎           | (173) |
| <b>第十四章 泌尿系统急症</b>  | (179) |

|             |                |       |
|-------------|----------------|-------|
| 第一节         | 护理评估           | (179) |
| 第二节         | 急性肾盂肾炎         | (181) |
| 第三节         | 急性肾功能衰竭        | (183) |
| 第四节         | 泌尿系统结石         | (185) |
| <b>第十五章</b> | <b>内分泌系统急症</b> | (187) |
| 第一节         | 糖尿病酮症酸中毒       | (187) |
| 第二节         | 高渗性非酮症糖尿病昏迷    | (189) |
| 第三节         | 低血糖危象          | (190) |
| <b>第十六章</b> | <b>神经系统急症</b>  | (192) |
| 第一节         | 昏迷             | (192) |
| 第二节         | 脑出血            | (194) |
| 第三节         | 脑梗塞            | (197) |
| 第四节         | 癫痫             | (200) |
| 第五节         | 急性感染中毒性脑病      | (203) |
| <b>第十七章</b> | <b>急性中毒</b>    | (205) |
| 第一节         | 护理评估           | (205) |
| 第二节         | 常见的中毒          | (210) |
| <b>第十八章</b> | <b>外科急症</b>    | (219) |
| 第一节         | 多发伤            | (219) |
| 第二节         | 颅脑外伤           | (221) |
| 第三节         | 胸部创伤           | (223) |
| 第四节         | 腹部创伤           | (225) |
| 第五节         | 泌尿系创伤          | (227) |
| 第六节         | 骨关节损伤          | (231) |
| 第七节         | 烧伤             | (235) |
| 第八节         | 急腹症            | (242) |
| 第九节         | 毒蛇咬伤           | (248) |
| <b>第十九章</b> | <b>妇产科急症</b>   | (250) |
| 第一节         | 异位妊娠           | (250) |
| 第二节         | 流产             | (251) |
| 第三节         | 前置胎盘           | (252) |
| 第四节         | 胎盘早剥           | (254) |
| 第五节         | 妊娠高血压综合征       | (255) |
| 第六节         | 急产             | (259) |
| <b>第二十章</b> | <b>眼科急症</b>    | (260) |
| 第一节         | 眼外伤            | (260) |
| 第二节         | 眼部急性感染         | (262) |
| 第三节         | 急性闭角型青光眼       | (263) |
| 第四节         | 视网膜中央动脉阻塞      | (264) |
| 第五节         | 视网膜脱离          | (265) |



|                           |       |
|---------------------------|-------|
| <b>第二十一章 耳鼻喉科急症</b> ..... | (266) |
| <b>第一节 鼻部急症</b> .....     | (266) |
| <b>第二节 咽部急症</b> .....     | (269) |
| <b>第三节 喉部急症</b> .....     | (270) |
| <b>第四节 耳部急症</b> .....     | (273) |
| <b>主要参考书目</b> .....       | (277) |

# 总 论 篇



# 第一章 急诊医学与急诊医疗服务体系

急诊医学是医学的一个分支学科，也是现代医学科学的重要组成部分。它是医学领域中近 20 年来发展较快的临床专业学科。急诊医学随着人们对健康需求的增长、疾病谱的变化、各种意外事故及灾害的频繁发生而得到了迅速的发展。急诊医疗服务体系能够把先进的急诊医疗服务快速、准确地送到病人身边，送到急救现场，经过现场急救维护病人的基础生命，并将病人安全转送到医院进一步救治。

急诊医学 (Emergency Medicine) 是一门综合性医学边缘学科，是研究和处理各类疾病急性发病阶段的病因、病理和抢救治疗的专业。急诊是医疗卫生事业的重要组成部分。能否高效率、高质量地抢救各种危急重症病人是一个国家或地区医学科学发展水平的重要标志和管理水平的具体体现。

## 一、急诊医学发展概况

急诊医学作为医学领域的一个分支创建于 20 世纪 50 年代，它是随着人们对创伤救护和急救转运重要性的认识，人口流动性的增加，医学专业的细化，以及心肺复苏能力的提高而逐渐建立起来的。近年来，世界上许多发达国家都十分重视发展急诊医学。美国于 1972 年正式承认急诊医学是医学领域中的一门学科；1979 年又批准急诊医学正式列为独立的医学科学，并配备了直升机用于院前急救，进行现场和途中救护，使伤病员能迅速、安全地被转运到医院急诊室进行准确高效诊治。以后又建立了设备齐全的重症监护病房 (ICU) 和冠心病监护病房 (CCU)，形成了特殊的急诊医疗体系。

现代急诊医学，主要由院前急救、院内急诊、危重急症监护医学等学科融合形成了现代急诊医学学科。院内急诊、危重病监护已有其自己独立的和已形成较规范的学科体系。由于院前急救有着与急诊医学的院内部分不同的工作环境条件，它的形成和发展，对本学科的建设具有举足轻重的作用。因此，急诊医学的院前急救和院内急诊与重症监护均是现代急诊医学的重要组成部分。

我国的急诊医学事业起步于本世纪 50 年代中期，当时参照前苏联急救站的体制，在一些大中城市建立了急救站，由医务人员担任现场急救，担负城市居民危重急症和意外事故急救的功能。1980 年，国家卫生部在北京召开了建国以来第一次十城市（北京、天津、上海、南京、杭州、哈尔滨、长春、重庆、西安、广州）急救工作会议，产生并随后颁发了中华人民共和国卫生部《关于加强城市急救工作的意见》的文件。指出了急诊医学工作对于国家建设和人民健康的重要作用，明确了其性质和任务；对建立健全急救站组织，从以院外抢救为主的急救站到医院建立急诊科等做出了一系列的规定。同时成立了中国急诊医学研究会，加强了急救机构、急诊医学工作者的联系和学术交流。1983 年卫生部制定了《城市医院急诊科（室）建立方案》，1986 年 12 月 1 日中华医学会常务委员会正式批准成立了“中华医学会急诊医学分会”，促进了我国急诊医学事业的发展，开创了我国急诊医学事业发展的新阶段。

80 年代至今，我国在发展急救机构，建立急救网络，形成急救医疗服务体系等方面开始与发达国家相接轨，并形成自身特色。北京市自 1982 年后以北京市急救站为基础，筹建

与现代化城市相适应的北京急救中心，并与欧美等发达国家的急救机构的专家进行交流、研讨，1988 年建成全面运转。重庆急救中心相继建成。其它一些城市随后也筹建急救中心或扩建与完善急救站的机构和功能。县级以上的综合性和专科医院相继建立了急诊科。这些专业急救机构逐步和医院的急诊科、重症监护病房等建立了密切联系。

## 二、急诊医疗服务体系

急诊医疗服务体系 (Emergency Medical Service System, EMSS) 是将院前急救—院内急诊科诊治—ICU 或 CCU 救治形成一个完整体系。即：院前急救负责现场急救和途中救护，急诊科和 ICU 及 CCU 负责院内救护。它既适合于平时的急诊医疗工作，也适合于战争或突发事件的急救。急诊医疗服务系统的三个部分既有各自独立的工作职责和任务，又相互密切联系，是一个有严密组织和统一指挥机构的急救网络。院前急救负责暂时的、应急性的急救；院内急诊负责完整的诊断与治疗过程。院内急诊需要快速、有效的院前急救作为前提和保障；但没有院内诊治，院前急救的成效难以巩固，从而影响伤病员的康复。因此，二者是相互促进和相互制约的。

急诊医学是一个正在迅速发展的专业。急诊医学实践需要综合性地紧急和快速评估和处置具有生命危险和残障的疾病，需要具有立即提供急救措施的能力。急诊医务人员的医学知识和技能范围的深度和广度几乎涉及所有年龄阶段的所有疾病。急诊医学服务人员由受过良好培训的急诊医学技术人员和其他健康保健人员组成，一般包括调度员、医院工作人员、毒物控制中心、医生和急救医士以及管理人员，他们为伤病员在最短的时间内提供最佳救护。参与急救的人员一般包括医生、护士、医技人员、急救医士还有第一目击者等。急救的成功取决于急救人员之间的密切合作和相互尊重，以降低伤病员的死亡率和伤残率。

## 三、现代急诊医学的特点

自 20 世纪 70 年代以来，不少国家十分重视发展急诊医学事业，纷纷建立急诊医疗服务体系和开展急诊医学的研究工作，促进了急诊医学事业的发展。使现代急诊医学水平有了明显提高，并具有以下几个特点：

(1) 专业急救机构已由医疗卫生部门扩展到多功能的救护机构，相互渗透，具备了现场开展及时有效的脱险救治，并具有在医疗监护下运送病人的能力。

(2) 专业急救机构由城市、地区单一的若干个组织逐步联合协作，形成了专业急救网络和医疗服务体系，以适应现代社会紧急医疗需求。

(3) 为保险业、旅游业对急救的需求提供了保证，为国际紧急救援机构创造了条件，因而出现了跨洲越洋远距离的急救运输，包括空中救援的商业性组织。

(4) 社会已经全面充分地评估了现代急诊医学与人类生活和生产的关系，从而给予有力的支持。社会的急救工作开始出现，其结果不仅扩充了急救资源，而且增强了社区民众的急救意识和参与急救活动的 ability。

(5) 天灾人祸等灾难事故的增多，使灾难救援医学充实了急诊医学的内容，形成其院外救援医学的特色。

(刘均娥)

## 第二章 急诊护理学

急诊医学的建立与发展促进了与之相适应的急诊护理专业的形成与发展。急诊护理学是研究各类急性病、急性创伤、慢性疾病急性发作及危重病人的抢救与护理的一门学科。急诊护理学确定了急诊护理实践的角色、行为和过程。它已经成为护理学科中的一个重要专业。

急诊护理的核心内容是论述急诊实践的必要性,它所发生的环境和急诊护理的患者。急诊护理实践是一种系统的实践活动,包括护理程序、决策制定、分析、科学的思考与探索以及分诊。其专业行为是获取和应用急诊护理学的知识和技能,明确责任和职责,掌握沟通技巧,明确专业自主性和与其他人员之间的合作关系。急诊护理实践的范围涉及评估、诊断、计划、实施和评价预感到的、实际的或潜在的,突然的或紧急的,身体的或心理社会方面的健康问题,这些问题主要是急性发作的,可以发生在任何环境中。这些问题可能只需要很少的护理措施,也可能需要紧急的生命支持措施,或者需要病人教育或转诊。

急诊护理是一门多层面的科学,包括与急诊医学与护理知识体系有关的职责、功能、角色和技术。急诊护理可以发生在医院急诊室、院前或战地环境、门诊部、健康保健机构。急诊科工作范围跨度大,内容涉及多学科,实践性很强。急诊病人可以是所有年龄段的病人,也可以是有明确医疗诊断的或尚未做出明确诊断的病人。

### 一、急诊护理学的历史

急诊护理可以说始于南丁格尔时代。但是,急诊护理作为一门专业只有近 20 年的历史。

1854~1856 年英、俄、土耳其在克里米亚交战时期,前线战伤的英国士兵死亡率高达 42% 以上,南丁格尔率领 38 名护士前往前线医院救护,使死亡率明显下降。说明有效的抢救及急诊护理技术对伤病员的救护成功率是非常重要的。

20 世纪 50 年代初期,北欧发生了脊髓灰质炎大流行,许多病人伴有呼吸肌麻痹,不能自主呼吸,而辅以“铁肺”治疗,配合相应的特殊护理技术,效果良好。此举堪称是世界上最早的用于监护呼吸衰竭病人的“监护病房”。60 年代,电子仪器设备的发展,急诊护理技术进入了有抢救设备的新阶段。心电示波、电除颤器、人工呼吸机、血液透析机的应用,使急诊护理学的理论与实践也得到相应发展。到了 60 年代后期,现代监护仪器设备的集中使用,促进了 ICU 的建立。70 年代中期,在国际红十字会参与下,在西德召开了医疗会议,提出了急救事业国际化、国际互助和标准化的方针,要求急救车装备必要的仪器,国际间统一紧急呼救电话号码及交流急救经验等。

我国急诊护理事业也经历了从简单到逐步完善形成新学科的发展过程。在早期只是将危重病人集中在靠近护士站的病房或急救室,便于护士密切观察与护理;将外科手术病人,先送到术后复苏室,清醒后再转入病房。70 年代末期,心脏手术的发展推动了心脏术后监护病房的建立,以后相继成立了各专科或综合监护病房。80 年代,北京、上海等地正式成立了急救中心,促进了急诊医学与急诊护理学的发展,开始了急诊护理学发展的新阶段。

## 二、如何学习急诊护理学

1. 培养应急、急救技能 急诊护理的特点是应急性较强,不能计划和预测什么时间有多少病人和多少种疾病的病人来诊,病人需要哪些紧急救护或一般性护理措施,如何分配有限的急诊资源等。因此,要求护士有高水平的专业技能,思维敏捷,有迅速应变的能力,对病情观察有预见性,能迅速做出判断和积极处理。

2. 熟练掌握急救技能 熟练掌握急救程序、心肺复苏技术、心电监护、呼吸机、除颤器、输液泵的使用与气管内插管、心电图描记等操作。

3. 具有内、外、妇、儿等多学科知识与技能 急诊科工作范围跨度大,涉及多学科,要求急诊护士具有综合性医学基础知识,具备良好的专业素质。急诊护士的专业素质是其知识、技能和道德水平的综合体现。

4. 良好的职业道德 急诊护士要自觉运用护理伦理学来规范自己的言行和实践,设身处地为病人着想,牢固树立“时间就是生命”的观念,急病人之所急,争分夺秒,全力以赴,抢救病人的生命,保证抢救工作的质量;有对所从事工作的责任感和对病人的同情心;遵循慎独精神,主动做好消毒、隔离、预防医源性交叉感染。

5. 具有一定的管理能力 急诊护理中管理非常重要,能否排除抢救护理的各种障碍,协调好各方面的关系直接关系到抢救工作能否顺利。护士是将各种救护措施实施到病人身上的执行者,在急救情况下分清主次,保证用药准确及时,标记清楚有序,便于治疗。保证抢救仪器始终处于良好备用状态,辅助抢救人员正确使用各种仪器,积极配合各种急救操作;物品定位,随时取用;迅速、准确地对外联系。

6. 掌握急诊护理新信息 急诊医学进展迅速,急诊护士的知识结构也需要不断更新,扩大自己的知识范围,了解、学习和掌握急诊医学领域的新进展,可正确指导护士的急诊护理,更好地理解 and 配合医疗急救。

7. 不断总结经验 急诊护士要能够在急诊工作中体验成功与失败,感受因各种原因使伤病员没有得到及时抢救而死亡或致残的严重后果对人的震撼,能在长期的护理实践中自觉地学习,不断总结经验和教训,研究与创新,养成对急诊工作的特殊敏感性,培养良好的急诊护理意识。

(刘均娥)

## 第三章 院前急救

院前急救是急诊医疗服务体系的重要组成部分。随着我国急救事业的发展,急诊医学中的院前急救部分必将越来越受到重视。而且,院前急救的成功率不仅取决于院前的医疗救护水平,还与公民的自我保护意识、自救与互救能力密切相关。为了提高全民的急救意识,需要在全社会中大力推广普及应急救护知识,使公民增强自我保护意识,减少一切可能发生的伤害,掌握自救及互救技能,在突然发生意外事故时能够运用医学常识就地取材,采取紧急而正确的急救措施,为院前医疗救护赢得时间,才能真正降低院前急症病人的死亡率。因此,作为未来的医务工作者,在学习急诊护理学时,更需要学习院前急救知识。

### 第一节 院前急救体制

院前急救是伤病员从现场到医院之前的就地抢救,途中监护运送至医院的过程,即:院前急救是在现场和途中进行。尽管院前急救是暂时的、应急的,但对于一些危重病人,如果没有在院前急救过程中所争取到的分分秒秒,医院内的设备再好,医生的医术再高也难以起死回生。因此,院前急救是急诊医疗服务体系的最前沿阵地。

#### 一、院前急救的基本概念和意义

院前急救指对遭受各种危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等病人在到达医院之前进行的紧急救护,包括现场紧急处理和监护转运至医院的过程。院前急救的主要目的是挽救病人的生命和减少伤残。

快速有效的院前急救工作,对维护病人生命,减少医院前期病人的伤残率和死亡率非常重要。据世界卫生组织(WHO)统计资料表明,全世界每年的创伤病人,20%因创伤后没能得到及时的现场救治而死亡。急性心肌梗塞病人,有的在发病最初几小时内死亡,而有的因来不及到医院就诊而死于家中或现场。死亡或猝死的原因并非病情不可挽救,而是未能得到迅速的抢救。可见,院前急救队伍的建设是非常必要的。

#### 二、院前急救的历史与现状

自20世纪60年代,世界各国特别是欧美等先进国家对急诊医学十分重视,纷纷建立急救系统和开展急诊医学的研究工作。尤其是对伤病员到达医院前这一阶段的抢救工作给予特别重视。大多数国家建立了相对独立的院前急救机构,有独立的救护车队,救护车上的随车人员主要是急救医士。急救站一般不设床位,急诊病人随时直接送往相应医院的急诊科进行抢救。

院前急救作为急诊医学的重要组成部分,能明显降低突发伤病员的病死率。据美国的统计,约80%严重创伤患者的预后决定于院前急救的处理。院前急救水平能反映一个国家的组织管理、医疗水平及公共福利的综合能力。由于社会的进步,院前急救医疗体系借助急救的社会化,其内涵日益丰富,外延更加扩展。一些发达国家的院前急救水平明显提高,专业



急救机构已由城市、地区单一的医疗卫生部门，扩展到多功能多部门的互相协作、互相渗透的急救医疗体系。如美国、日本、芬兰等先进国家，利用公共安全机构的消防、警察以及专业救援人员参加的急救医疗服务体系。自 20 世纪 70 年代开始，美国普遍培训专业急救员，培训目标为能准确地熟练地独立完成复苏及其它急救处理，并负责途中监护，包括人工机械呼吸、体外心脏按压、开放静脉、给氧及病情观察等。同时，高度灵敏的通讯联络和足够数量装备精良的运输工具也是院前急救成功与否的重要条件。运输工具包括救护车和专用救护飞机等，均配备完整的急救复苏装置。计算机网络的应用使急救中心很快了解病人所在区域及应送往的医院，从而大大缩短了救治半径。

目前，在院前急救方面最重要的战略性观念的转变是推行社会性心肺复苏（cardiopulmonary resuscitation, CPR）计划，普及 CPR 现场急救技术，使 CPR 初期处理技术从医务人员的专业领域扩大为社会集团的共同责任。因此，应在社会基层宣传普及 CPR 基础知识，提高院前急救的成功率。

### 三、我国院前急救的组织形式

我国的院前急救机构有多种组织形式，既有独立的现代化的急救中心或院前医疗救护站，也有由现有医院承担的急救中心。主要可分为以下五种模式：

1. “北京市急救中心”型模式 有独立的急救中心。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，实行院前一急诊科—ICU 急救一条龙的急诊医疗体系。急救中心拥有现代化的调度通讯设备，可以和市政府、卫生局、北京各大医院直接进行通信联络。院前急救工作由医生、医士、护士协作承担。部分病人经院前抢救处理后送回中心监护室继续进行治疗，多数病人则被运送至其它医院。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。急救中心是首都人民院前急救及重大急救医疗任务的统一指挥、调度和抢救中心。

2. “上海医疗救护中心”型模式 不设床位，以院前急救为主要任务。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，院前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。全市普遍使用 120 急救电话，随车人员多为急救医士。

3. “重庆急救中心”型模式 附属于一所综合性医院的院前急救，或由全市数所医院组成的急救医疗协助网。以重庆市为代表。该模式具有强大的急救中心，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，经院前处理后病人可送到附近医院，也可以收入自己的附属医院，其特点是院前、院内急救有机结合，有效地提高了伤病员的抢救成功率。但该模式明显增加了现有医务人员的工作负担，急诊病人的增多导致急救中心的超负荷运转，恶化了急诊条件，难以发挥技术优势。而且，一般急诊病人大多不需要现场急救处理，危重病人中大多采用给氧、肌注或口服给药或止血、包扎等处理后可暂时稳定病情，只有 5% 特别危重病人才需要现场做基础生命支持或加强生命支持。因此，医院的医护人员随车出诊是专业技术人员的浪费。我国院前急救以建立单独的医疗救护中心为主，培养专业的急救医士，承担独立体系的院前急救任务。

4. “广州急救指挥中心”型模式 建立全市统一的急救通讯指挥中心，负责全市急救工作的总调度，其下以若干医院的急诊科为相对独立的急救单位，按医院专科性质和区片划分