

高等医药院校教材

供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

急诊医学

试 用 版

主 编 王一镗

学苑出版社

高等医药院校教材(试行)

供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

急 诊 医 学

主 编

王一镗 (南京医科大学第一附属医院)

副主编

蒋 健 (上海第二医科大学附属瑞金医院)

江观玉 (浙江医科大学第二附属医院)

杨菊平 (西安医科大学第一附属医院)

学 苑 出 版 社

急诊医学

高等医药院校教材(试用本)

王一镗 主编

学苑出版社出版发行

北京市万寿路西街 11 号 100036

永清印刷厂印刷 各地新华书店经销

787×1092 16 开本 23.375 印张 530 千字

1998 年 3 月北京第 1 版 1998 年 3 月北京第 1 次印刷

ISBN7-5077-0348-7/R·46

印数:10100 册

定价:19.80 元

编者名单(按姓氏笔划为序)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 王一镗(南京医科大学第一附属医院) | 林才经(福建省立医院) |
| 邓普珍(同济医科大学附属同济医院) | 徐鑫荣(南京医科大学第一附属医院) |
| 尤肇俊(南京医科大学第一附属医院) | 耿晓增(南京医科大学第一附属医院) |
| 江观玉(浙江医科大学第二附属医院) | 崔乃杰(天津急救医学研究所) |
| 刘 震(上海第二医科大学附属瑞金医院) | 黄 峻(南京医科大学第一附属医院) |
| 刘仁树(江西医学院第一附属医院) | 黄建群(中国医科大学第一附属医院) |
| 吕卓人(西安医科大学第一附属医院) | 黄绍光(上海第二医科大学附属瑞金医院) |
| 陈毅军(浙江医科大学第二附属医院) | 程义先(北京医科大学第一附属医院) |
| 张万光(浙江医科大学第二附属医院) | 景炳文(第二军医大学附属长征医院) |
| 张国楼(南京医科大学第一附属医院) | 谢康氏(南京大学医学院附属鼓楼医院) |
| 张国瑾(海军高等医学专科学校) | 屠聿修(南京医科大学第一附属医院) |
| 吴重庆(福建省立医院) | 蒋 健(上海第二医科大学附属瑞金医院) |
| 孟 力(第二军医大学附属长海医院) | 赵祥文(湖南省儿童医院) |
| 周玉淑(北京协和医院) | 潘 晨(福建省立医院) |
| 杨菊平(西安医科大学第一附属医院) | 潘承恩(西安医科大学第一附属医院) |
| 杨庆余(西安医科大学第二附属医院) | 戴行锸(首都医科大学附属宣武医院) |
| 杨瑞和(第二军医大学附属长海医院) | 魏长良(山东省立医院) |
| 杨涵铭(上海医科大学华山医院) | |

学术秘书:戴行锸 屠聿修

责任编辑:郭 强 阎 波 封立雪

序

随着医学科学的进步和社会的需要,有可能将急性严重伤病人员从濒临死亡的边缘迅速抢救回来。不但如此,还可以明显地降低他们的并发症率和致残率。急诊医学很快地发展成一门被学术界承认的医学新学科。这本急诊医学高等医药院校教材主要是奉献给高等医学院校的学生,并可作为已从事急诊医学专业的医师的参考书。

本书由富有抢救和诊断急、危、重症实践经验和厚实理论基础的王一镗教授主编,因此内容兼有急救技术实践方法和各种急、危、重症的发病机制、病理生理的理论知识。各位撰写的著者也都是从事急诊医学多年的急诊医学专业医师。

急诊医学是一门年轻的科缘学科,需要大量立志献身于救援急危伤病人员于危急之中这一事业的医师。培训是必不可少的过程,而一部既有实际操作技术内容,又兼备基础理论的教材是不可或缺的。特为序。

中华医学会急诊医学分会名誉主任委员 邵孝铨

1997年2月15日

前 言

急诊医学的发展,是现代社会发展和医学科学发展的必然趋势;它的状况,往往标志着一个国家、一个地区的医疗预防水平。

1986年12月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”,该学会于1987年5月正式成立,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。

各高等医学院校也开始关注急诊医学教学。迄今,已有一部分院校先后成立了急诊医学教研室,并自编教材将急诊医学作为选修课或必修课列入教学计划。

在这样的形势下,编写出版一本适用于高等医学院校的《急诊医学》教材,乃当务之急,而在作为全国正式的统一教材以前,中华医学会急诊医学分会先负责组织编写出版这本《急诊医学》,作为全国的试用教材。

本书共分18章,内容方面重视基本知识、基本技能和基础理论,文字方面贯彻“少而精”的原则。本书由18所高等医学院校从事急诊医学和关心支持急诊医学的35位教师共同参与编撰而成,因此,这是一集体的创作。

急诊医学是一门新兴的科缘学科,涉及面广,内容浩瀚;而本书作为医学院校本科生的教材,列入了急诊医学最基本、最重要的方面。在此谨恳请兄弟院校的师生,在应用中发现问题,给予批评指正。

中华医学会急诊医学分会主任委员 王一镗

1997年10月1日

目 录

第一章 绪论

- 第一节 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

- 第一节 急诊病史的采集..... (6)
- 第二节 急救技术 (10)
 - 1 咽插管和气管内插管..... (10)
 - 2 环甲膜穿刺和造口术..... (14)
 - 3 机械通气..... (16)
 - 4 抢救异物卡喉窒息的 Heimlich 手法 (19)
 - 5 静脉通路的建立..... (22)
 - 6 深静脉插管..... (22)
 - 7 动脉插管..... (24)
 - 8 洗胃术..... (26)
 - 9 膀胱留置导尿管、膀胱穿刺 (27)
 - 10 胸腔穿刺、胸腔闭式引流..... (32)
 - 11 腹腔穿刺和腹腔灌洗 (36)
 - 12 心包穿刺 (37)
 - 13 清创术 (38)
 - 14 血液净化 (39)
 - 15 人工心脏起搏和导管消融术 (44)
- 第三节 急救常用药物 (48)
 - 1 哌替啶(度冷丁)..... (48)
 - 2 吗啡..... (48)
 - 3 纳洛酮..... (49)
 - 4 地西洋(安定)..... (50)
 - 5 肾上腺素..... (50)
 - 6 多巴胺..... (51)
 - 7 多巴酚丁胺..... (52)
 - 8 间羟胺(阿拉明)..... (52)

9 硝普纳.....	(53)
10 阿托品	(53)
11 西地兰	(54)
12 利多卡因	(55)
13 呋塞米(速尿)	(55)
14 甘露醇	(56)
15 地塞米松	(57)
 第三章 急症症状的鉴别与急救处理	
第一节 发热	(58)
第二节 呼吸困难	(60)
第三节 昏迷	(63)
第四节 咯血	(64)
第五节 急性腹痛	(65)
第六节 急性胸痛	(69)
 第四章 心肺脑复苏	
第一节 心搏呼吸骤停的原因	(73)
第二节 缺氧性脑损害的病理生理	(73)
第三节 心搏呼吸骤停诊断	(75)
第四节 现场心肺复苏术	(75)
第五节 脑复苏	(87)
 第五章 淹溺、电击伤、环境因素所致疾病	
第一节 淹溺	(89)
第二节 电击伤	(90)
第三节 中暑	(91)
第四节 冻伤	(96)
 第六章 休克	
第一节 概论	(99)
第二节 低血容量性休克.....	(103)
第三节 创伤性休克.....	(104)
第四节 感染性休克.....	(107)
第五节 过敏性休克.....	(110)
 第七章 水、电解质和酸碱失衡	
第一节 水与电解质失衡.....	(112)

1 水的正常代谢与调节	(112)
2 低钠血症(Hyponatremia)	(115)
3 高钠血症(Hypernatremia)	(117)
4 低钾血症(Hypokalemia)	(118)
5 高钾血症(Hyperkalemia)	(121)
第二节 酸碱失衡	(124)
1 酸碱平衡的生理学概念	(124)
2 代谢性酸中毒	(125)
3 代谢性碱中毒	(128)
4 呼吸性酸中毒	(130)
5 呼吸性碱中毒	(133)
6 混合性酸碱失衡	(134)
7 对抗性酸碱失衡	(136)
8 三重性酸碱失衡	(137)
第八章 创伤	
第一节 创伤分类	(138)
第二节 颅脑创伤	(142)
第三节 面颈部创伤	(153)
第四节 胸部、心脏大血管创伤	(156)
第五节 腹部创伤	(163)
第六节 四肢、骨盆和脊椎创伤	(168)
1 四肢创伤	(168)
2 骨盆和脊椎创伤	(172)
第七节 泌尿、生殖器创伤	(174)
1 肾损伤	(174)
2 膀胱损伤	(175)
3 尿道损伤	(176)
4 男性外生殖器损伤	(177)
第八节 多发伤	(178)
第九章 加强监护病房和监测	
第一节 加强监护病房	(185)
第二节 监测	(187)
第十章 中枢神经系统急症	
第一节 脑内出血	(192)
第二节 蛛网膜下腔出血	(200)

第三节 脑梗塞·····	(208)
第十一章 心血管系统急症	
第一节 急性心力衰竭·····	(215)
1 急性左心衰竭·····	(215)
2 急性右心衰竭·····	(218)
第二节 急性心肌梗死·····	(220)
第三节 严重心律失常·····	(228)
1 快速型心律失常·····	(228)
2 缓慢性心律失常和传导阻滞·····	(235)
第四节 高血压危象·····	(239)
第十二章 呼吸系统急症	
第一节 急性呼吸窘迫综合征·····	(244)
第二节 哮喘持续状态·····	(246)
第三节 误吸性肺炎·····	(252)
第四节 慢性肺心病急性发作期呼吸衰竭·····	(254)
第十三章 消化系统急症	
第一节 急性上消化道出血·····	(264)
第二节 急性胰腺炎·····	(274)
第三节 急性肝功能衰竭·····	(282)
第十四章 泌尿系统急症	
第一节 急性肾功能衰竭·····	(288)
第二节 尿路结石·····	(294)
第三节 急性尿潴留·····	(297)
第十五章 急性中毒	
第一节 急性中毒诊断和治疗原则·····	(299)
第二节 急性一氧化碳中毒·····	(302)
第三节 常见药品中毒·····	(305)
1 急性乙醇中毒·····	(305)
2 急性镇静、安眠类药物中毒·····	(306)
3 急性麻醉镇痛药中毒·····	(308)
4 急性硝酸盐与亚硝酸盐中毒·····	(309)
5 强酸强碱类药物中毒·····	(310)
第四节 常见农药中毒·····	(312)

1 有机磷农药中毒	(312)
2 有机氮类杀虫剂中毒	(314)
3 拟除虫菊酯中毒	(315)
4 杀鼠剂中毒	(316)
第十六章 内分泌代谢系统急症	
第一节 糖尿病酮症酸中毒和高渗性非酮症昏迷	(318)
1 糖尿病酮症酸中毒	(318)
2 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(322)
第二节 低血糖昏迷	(325)
第三节 甲状腺危象	(330)
1 甲状腺功能亢进危象	(330)
2 甲状腺功能减退危象	(333)
第十七章 播散性血管内凝血和多器官功能衰竭	
第一节 播散性血管内凝血	(335)
第二节 多器官功能衰竭	(339)
第十八章 儿科急症	
第一节 小儿肺炎	(343)
第二节 小儿惊厥	(347)
第三节 中毒型菌痢	(350)
第四节 暴发型流行性脑脊髓膜炎	(355)
第五节 病毒性脑膜(脑)炎	(358)

第一章 绪 论

急诊医学(Emergency Medicine)是医学领域中一门新兴的科缘学科。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 10 余年。1980 年 10 月 30 日卫生部专门发了(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”。

全国性的急诊医学学术活动始于 1980 年 8 月在哈尔滨举行的全国危重病急救医学学术会议,1981 年创刊了《中国急救医学》双月刊,1989 年起批准为国家卫生部主管杂志。1986 年 10 月在上海由急诊医学学会筹备组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,并每两年举行一次全国急诊医学学术会议。1990 年起学会创刊《急诊医学》杂志,1994 年起批准国内外公开发行。

1997 年 3 月中华医学会决定下属各专科学会一律更名为××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,仍延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的不断发展,迄今,中华医学会急诊医学分会已组建设置了 10 个专业学组,即复苏学、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,另外还有全国铁路系统和建工系统急诊医学专业学组。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,中、日两国急诊医学学会结成了“姊妹学会”,我国还参与并担任了世界急诊与灾难医学学会的理事会成员。

(王一镗)

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(Resuscitatology)

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急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衰竭等。

4 创伤学(Traumatology)

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)

儿科的急症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,简称EMSS)

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作进一步诊治,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。

(王一镗)

第三节 急诊医疗服务体系

急诊医疗服务体系(EMSS)随着工农业生产迅速发展、人口的增长、疾病谱的变化、各种灾害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, 因地制宜地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。

急诊医疗服务体系的建立健全, 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; 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。

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、心搏骤停、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害所致的意外事故, 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、有效地送到伤病员身边或灾害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害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。

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。

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,即能召之即来,按要求到达现场。

急救医疗的器械、仪器设备和药品,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,装配齐全,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、呼吸机能障碍;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,BTLS),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,ATLS),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 ATLS 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,搬运和常见急伤的简单处理方法。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。

(戴行钙)

第二章 急诊基础

第一节 急诊病史的采集

1 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,反映了病史的重要性。它不但对平诊病人是如此,对急诊病人的诊治与生命的抢救,尤显得更为重要。

要在急诊病人很短的就诊过程中采集到准确的病史,它不仅反映出急诊医师临床医学知识面的广度,亦反映出其深度。更能反映出急诊医师的临床经验、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。

2 急诊病史采集的方法

采集急诊病史,要求快而准确,但不要为了采集病史而延误诊断和抢救生命的宝贵时间。因此必须根据病情缓急,用不同方式进行病史采集。通常惯用以下三种方式。

2.1 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。这种方法适合于一般急诊病人病情不十分紧急者。

2.2 并进式 适合于病情较紧急,或病人表现明显痛苦难忍,希望尽快给予诊治,迅速减轻痛苦。这时如果医师按上述序贯式方式进行,病人往往不耐烦回答医师的询问。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:何时起感到何部位疼痛?是绞痛,还是锐痛或胀痛?是一阵阵痛,还是持续痛?在询问过程中同时进行腹部的望诊,是否腹部隆起,有无肠形?接着触诊,询问有无压痛,是喜按压,还是拒按压。有无包块?有无固定压痛点?有无反跳痛?肠音是否正常。这样既完成了腹部的理学检查,有关腹痛的病史特点也大部获得。病人也易合作。

对呼吸困难,气喘,端坐呼吸,紫绀,大汗不安的病人,亦应采取这种方式,边对胸部进行望、触、叩、听检查,边问是首次发病,还是反复发作多年,或是从小就有哮喘病?是夜间睡眠时易发作,还是受凉后发作?问注射氨茶碱能否缓解,或是需注射西地兰才能缓解等。这样对是支气管哮喘还是心性哮喘的病史鉴别,有个大体了解。同时还根据病人提供的特点给注射氨茶碱一支,其症状是否能较明显缓解,就更具鉴别意义,所获得的病史也就更准确。

2.3 追记式(后补式) 当病情十分危急,需要紧急抢救生命时,如突然倒地不省人