



全国高等医药院校医学类专科起点本科学历教育（专升本）教材
供临床、预防、口腔、药学、检验、影像、护理等专业用

QUANGUOGACDENGYIYAOYUJIANXIAOYIXUELEIZHUANKEQIDIANBENKEXUELIJIAOYUZHUANSHENGBENJIAOCAI

急诊医学

主 审 邵孝铨
主 编 王佩燕

 人民卫生出版社

全国高等医药院校医学类专科起点本科

学历教育(专升本)教材

供临床、预防、口腔、药学、检验、影像、护理等专业用

急 诊 医 学

主审 邵孝铎

主编 王佩燕

编者 (以姓氏笔画为序)

王佩燕 (首都医科大学附属北京朝阳医院)

江观玉 (浙江大学医学院附属第二医院)

沈 洪 (中国人民解放军总医院)

苏贵斌 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

林才经 (福建省立医院)

黄建群 (中国医科大学附属第一医院)

翟晓辉 (首都医科大学附属北京朝阳医院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊医学/王佩燕主编. —北京:
人民卫生出版社, 2002
ISBN 7-117-04672-4

I. 急... II. 王... III. 急诊-临床医学-高等教育-教材 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 097193 号

急 诊 医 学

主 编: 王佩燕
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)
地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)
E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)
印 刷: 文登市新华彩印有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/16 印张: 18
字 数: 408 千字
版 次: 2002年 2月第 1版 2002年 2月第 1版第 1次印刷
标准书号: ISBN 7-117-04672-4/R·4673
定 价: 21.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医药院校医学类专科起点本科学历教育 (专升本)规划教材编委会名单

主任委员: 祁国明 (卫生部科技教育司司长)

张焕春 (卫生部教材办公室常务主任)

副主任委员: 唐建武 (大连医科大学副校长)

夏泽民 (人民卫生出版社副总编)

沈继权 (华中科技大学同济医学院成人教育学院院长)

委 员: 张 鹏 (复旦大学继续教育学院副院长)

张爱珍 (浙江大学成人教育学院副院长)

陈金华 (中山医科大学成人教育学院院长)

吴仁友 (上海第二医科大学成人教育学院副院长)

梁万年 (首都医科大学教务长)

沈 彬 (天津职工医学院院长)

廖端芳 (南华大学副校长)

张进顺 (张家口医学院副院长)

杨文亮 (新乡医学院基础部主任)

吴 坤 (哈尔滨医科大学教授)

张 苇 (卫生部教材办公室副编审)

秘 书: 杨 晋 (卫生部教材办公室编辑)

刘 水 (卫生部教材办公室编辑)

出版说明

成人医学类专科起点本科学历教育(专升本)是我国医学教育重要组成部分,近年来发展非常迅速,为了提高“专升本”教育的质量、规范“专升本”课程设置与教材内容,使学生真正达到医学类本科水平并通过国家执业医师考试,卫生部教材办公室在充分听取有关学校教务处、教师意见的基础上,决定组织编写一套适应我国成人医学教育特点的“专升本”教材,并成立了全国高等医药院校医学类专科起点本科学历教育(专升本)规划教材编委会,从全国各高等医药院校上报的 1000 余名候选人中遴选、确定了有丰富“专升本”教学经验的专家教授作为教材的主编和编者。

本套教材共 20 种,供临床医学“专升本”学历教育使用,医学基础课程教材可与其他各相关专业共用。全套教材均由人民卫生出版社出版,于 2001 年秋供书。

“专升本”规划教材目录

1. 内科学	主 编 马爱群 副主编 李 岩	11. 人体解剖学	主 编 席焕久 副主编 曾志成
2. 外科学	主 编 戴显伟 副主编 彭承宏	12. 病理学	主 编 唐建武 副主编 吴伟康
3. 妇产科学	主 编 谢 幸 副主编 苟文丽	13. 生理学	主 编 吴博威 副主编 阎剑群
4. 儿科学	主 编 李文益	14. 药理学	主 编 姚明辉 副主编 张 力
5. 皮肤性病学	主 编 吴先林	15. 生物化学	主 编 查锡良
6. 医学心理学与精神病学	主 编 陈 力	16. 医学免疫学	主 编 龚非力
7. 医学影像学	主 编 冯敢生 副主编 白人驹	17. 病原生物学	主 编 曾庆仁 副主编 吴移谋
8. 神经病学	主 编 贾建平	18. 医学遗传学	主 编 傅松滨
9. 预防医学	主 编 黄子杰	19. 全科医学概论	主 编 梁万年
10. 诊断学	主 编 李定国 副主编 李 萍	20. 急诊医学	主 编 王佩燕

序

卫生事业的改革与发展,关键是人才,人才的培养,关键在教育。全国高等医药院校开展的医学类专科起点本科学历教育(简称专升本)是提高我国卫生队伍整体素质的重要措施,也是落实科教兴国战略和《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》的重要内容。到2010年,我国要在全中国建立起适应社会主义市场经济体制和人民群众健康需求的、比较完善的卫生服务体系,国民健康的主要指标在经济发达地区达到或接近世界中等发达国家的平均水平;在欠发达地区达到发展中国家的先进水平。要实现这一目标,发展医学教育和依靠科技进步就显得尤为重要。“专升本”教育,是我国医学教育的重要组成部分,是提高在职医务工作者业务素质和技术水平的重要途径。

2000年7月,卫生部科教司与卫生部教材办公室共同组织编写了一套全国成人高等医学学历(专科)教育教材(共38种),教材出版一年来,对全国各地的成人教育、教学起到了良好的示范作用,并受到教师与学生的欢迎。随着教育的不断深入和发展,编写一套高水平、适用面广、具有成人教育特点且规范的“专升本”教材就提上了议事日程。卫生部教材办公室经过一年多的调研和多次召开论证会,针对“专升本”的特点确定了本套教材的编写原则、框架、定位以及编写科目和内容,并在“三基”、“五性”的基础上进一步明确了“专升本”教材“宽、精、新”的特点。2001年4月初,这套教材(20本)的全体主编与编者又聚集北京,就如何编好“专升本”规划教材的问题进行了认真的研究和探讨,并一致认为有必要尽快编写出一套符合“专升本”教学特点、高质量的教材来供各校选用。

我相信,这套教材的出版,一定能够在全国医学学历(专升本)教育中发挥重要作用,我衷心祝愿这套教材出版成功!同时,我也希望广大的教师和学生在使用这套教材过程中,提出使之更加完善的意见和建议,以推进我国成人医学教育的发展及卫生事业的进步。

卫生部科教司司长

2001年6月

前 言

急诊医学是年轻的临床医学专业，但其发展，无论在发达国家还是发展中国家都十分迅速。我国在经济全球化进程中，不仅在经济诸领域中正在与国际接轨，医学也在与国际接轨。急诊医学专业在我国的出现和发展就体现了这种趋势。但我国的急诊医学教育，特别是本科教育仍处在起步阶段，教材建设首当其冲，急诊医学“专升本”教材就应运而生了。

为了体现教科书的实践性、科学性和先进性的统一，本教材注重满足我国急诊医学临床工作实际需要，注意引进其它各专业涉及急诊医学的成熟的新成果、新理论和新方法。在编写中参考了急诊医学发达国家的急诊医学专业教科书的内容和编排。

在本书编写过程中得到了我国著名急诊医学专家邵孝铨教授、樊寻梅教授的指导，还得到朝阳医院领导的支持，在工作中还特别得到朝阳医院电脑室陈巍、中华急诊医学杂志编辑部马岳峰及施小燕同志的有力帮助，北京协和医院急诊科的王仲副教授也参加了 AED 一段的编写，在此一并表示最诚挚的谢意。虽然全体编写人员不辞辛苦努力工作，但因为能力和水平所限，谬误之处敬祈同道指正。

编 者

2001 年 12 月

目 录

绪论	1
第一章 院前急救	3
第一节 院前急救的主要任务	3
第二节 院前急救的必备条件	4
第三节 院前急救的组织与实施	5
第四节 院前急救技术	6
第五节 灾害事故的现场急救	23
第二章 急诊室常见症状的鉴别和救治	28
第一节 晕厥	28
第二节 急性胸痛	30
第三节 呼吸困难	33
第四节 咯血	35
第五节 急性腹痛	37
第六节 呕血	39
第七节 呕吐	41
第八节 腹泻	43
第九节 便血	45
第十节 血尿	46
第十一节 少尿及无尿	48
第十二节 出血倾向	49
第十三节 急性头痛	51
第十四节 昏迷	53
第十五节 瘫痪	55
第十六节 发热	58
第十七节 肢体疼痛	61
第三章 创伤急症	64
第一节 创伤急诊处理通则	64
第二节 颅脑创伤	68
第三节 颌面颈部创伤	73
第四节 胸部创伤	76
第五节 腹部创伤	80

第六节	多发性创伤	85
第七节	骨折	89
第八节	脊髓损伤	93
第四章	急性中毒	99
第一节	总论	99
第二节	急性有机磷农药中毒	103
第三节	一氧化碳中毒	108
第四节	急性镇静、安眠类药物中毒	110
第五节	急性阿片类毒品中毒	111
第五章	环境因素急症	113
第一节	溺水	113
第二节	电击伤	114
第三节	中暑	115
第四节	烧烫伤	118
第五节	冻伤	121
第六节	强酸、强碱损伤	123
第七节	蛇咬伤	124
第八节	宠物咬伤	126
第九节	昆虫伤	127
第六章	循环系统急症	130
第一节	心脏骤停	130
第二节	休克	134
第三节	心律失常	139
第四节	急性左心衰竭	146
第五节	急性心肌梗死	148
第六节	急性心脏压塞	153
第七节	急性主动脉夹层	155
第八节	高血压急症	157
第七章	呼吸系统急症	161
第一节	急性呼吸衰竭	161
第二节	重症哮喘	163
第三节	肺栓塞	167
第四节	急性呼吸窘迫综合征	173
第八章	消化系统急症	177

第一节	急性重症胰腺炎	177
第二节	急性重症胆管炎	180
第三节	急性上消化道出血	181
第四节	急性肠梗阻	185
第九章	内分泌与代谢急症	189
第一节	低血糖症	189
第二节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	191
第三节	糖尿病酮症酸中毒	193
第四节	甲状腺危象	198
第十章	神经系统急症	201
第一节	短暂性脑缺血发作	201
第二节	脑血栓形成	203
第三节	脑栓塞	206
第四节	脑出血	207
第五节	蛛网膜下隙出血	210
第六节	癫痫持续状态	212
第十一章	其它急症	215
第一节	溶血性贫血	215
第二节	输血反应	217
第三节	弥散性血管内凝血	218
第四节	过敏反应	222
第五节	急性肾功能衰竭	223
第六节	异位妊娠	226
第七节	多器官功能障碍综合征	229
第八节	水、电解质与酸碱平衡失调	234
第十二章	急危重症病人的监护	240
第一节	急诊重症监护病房 (EICU)	240
第二节	循环系统功能监测	241
第三节	呼吸系统功能监测	245
第四节	其他器官系统的功能监测	247
第五节	危重病的营养支持	248
第六节	呼吸支持	251
第十三章	急诊检查及治疗技术	255
第一节	气管内插管术和气管切开术	255

第二节	深静脉穿刺术	260
第三节	动脉穿刺与动脉插管术	262
第四节	高压氧治疗技术	264
第五节	血液灌流技术	265
第六节	临时起搏技术	267
第七节	电除颤与电转复技术	268
第八节	胸腔闭式引流术	269
第九节	超声诊断技术在急诊的应用	271
第十节	消化道内镜检查与治疗技术	271
第十一节	介入技术在急诊的应用	273

绪 论

急诊医学是上世纪 70 年代以后逐渐形成的新的临床医学专业。急诊医学专业的形成和发展是社会需求和临床医学发展的必然结果,体现了医学的进步。

一、急诊医学的产生和发展

人类是在与自然界各种不利因素的斗争中得以繁衍的,人类与疾病斗争的经验总结形成了医学。随着社会进步和生产力水平的提高,临床医学不断发展,逐渐出现了不同分支,从最初内外科两大分支,派生出如今众多三类学科,如心血管内科、呼吸内科、消化内科及头颈外科、胸外科、骨科等等。上世纪是世界范围的经济大发展的 100 年,同时也是科学技术大飞跃的 100 年。其间,人类在各种慢性病的基础研究和临床医学领域都取得了长足进步。从基因诊断和治疗、干细胞移植到微创外科和器官移植,人类在心血管病、肿瘤和遗传性疾病等诸多疾病的诊断和治疗中取得了巨大成就。与此同时临床各学科的分支愈加精细,其从业者的知识范围和技术能力也高度专业化。但是心脏病死亡中 50% 是猝死;经济发展带来舒适生活的同时也带来不幸:交通伤特别是陆路交通伤,生产中意外创伤和中毒都明显增加;现代战争造成的触目惊心的人群伤害,自然灾害的巨大摧残力骤然产生大批伤员,这一切对急诊急救提出的要求远较以往更高,不但要求现场快速处理、快速转运,同时要求医院有一支抢救技术熟练、知识全面、反应敏捷的队伍,能在接到病人后立即给予有效的抢救,最大限度减少伤残率和病死率。因此发达国家如美国,不仅强化了急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS),而且医院内设置急诊科(emergency department),一些发达国家强化了院前处理,把抢救设备、措施送到发病现场,由一支训练有素的急救队伍在现场实施全面抢救,然后直接送到医院急诊科室作进一步抢救、诊治,病情稳定后转入相应专业病房。我国在上世纪后廿年内在各大城市较大医院建立了急诊科,同时改善了各大城市急救中心的组织机构和设备,强化了现场抢救技术训练。这些努力和方式都有效地提高了急诊抢救的质量和成功率,并形成了一个专业理论体系——急诊医学。

二、急诊医学的知识范围及与其它专业的关系

急诊医学是跨学科并独具特色的临床医学专业。它是以急性创伤、急性病和慢性病急性发作的诊治为核心内容的。急救必须迅速及时,因此必须有现场——院前急救和院内急救。有效快捷的现场救治和转运为进一步深入全面的院内抢救创造条件;院内的急诊急救则通过针对性救治,有效地抢救患者生命并稳定其全身状态,为转入相应专业病房接受专科治疗奠定基础。因此急诊医学包括院前和院内急诊急救两大部分。院前部分包括对个体伤病员的抢救和转运,以及对群体伤病员的处置,所以不但必须掌握对各种急性伤病诊断和治疗的理论、知识和操作技能,而且需要具有对群体伤员的分诊、急救处理和疏散转运的知识和能力。院内急诊主要是进一步对前述急性伤病的诊断、鉴别诊

断和救治。因此急诊医学包括了急诊医疗服务体系管理学、现场抢救、创伤急诊、灾害医学、急性中毒、各科急症、环境因素急症及危重症监护等有关理论、知识和技术技能。

急诊医学不同于其它二类学科，更不同于三类学科。它不分内外科，更不是以某一系统疾病的诊治为重点，它所要救治的是所有急症而不分科。因此它几乎涉及所有临床专业和多数基础医学专业。譬如甲状腺危象的成功救治需要关于甲状腺和甲状腺疾病的全面知识和理论；胸痛的鉴别诊断有赖于对胸部和腹部脏器的基础医学知识和疾病的全面了解；休克抢救决不仅需要血液动力学的知识，更需要作为休克病因的有关疾病的广泛知识。由于对急症患者病情危重度评价、鉴别诊断和抢救所需要的知识和技能技术的广泛性、熟练性和反应的敏捷性，因此要求急诊医学专业医师必须充分接受专业教育和训练。首先应学好基础医学和其它二类学科中的相关理论和知识，另一方面急诊医学是具有很强实践性的临床医学专业，急诊医师必须熟练掌握各种急诊抢救技术，包括气管插管与切开术、深静脉和动脉穿刺置管术、监测仪应用、呼吸机使用及心肺复苏术、紧急内镜检查和治疗技术、血液净化技术以及超声检查技术等。任何操作不准确或不能及时启用，都将贻误抢救时机而不利于伤病员。

三、急诊医学的现状和前景

急诊医学被承认为独立的临床医学专业是近 20 年的事，但它的各领域都有不同程度的进展。从 EMSS 管理学到临床救治，从新技术开发到信息传输都取得了很多成就。

院前急救中，自动体外除颤的推广提高了院前心脏骤停的自主循环恢复率。2000 年国际复苏指南的广泛认同推进了复苏学的发展。

发达国家和发展中国家化学品中毒数据库的建立和网络化，加快了急性中毒的诊断和抢救速度。

院前或急诊室内溶栓救治急性心肌梗死的推广，降低了急性心肌梗死的病死率。

全世界包括我国在内，正在开展心脏骤停的基础生命支持技术的全社会普及教育。国内 120 急救和 110 报警系统结合的探索已取得初步成果，证明其确可节约资源，利大于弊。

国内和国际的急诊医学学术交流定期举行，已经缩短了国家间和国内地区间的差距，推进了急诊医学的发展。

急诊医学专业是跨学科的临床医学专业，它的出现和发展正体现了医学发展的未来方向——学科的交叉与综合，必将迅速发达。

(王佩燕)

第一章 院前急救

第一节 院前急救的主要任务

急诊医学是一门新兴的独立学科。20 世纪 70 年代以来，随着社会进步，国民经济的迅速发展，人类寿命增长，疾病谱发生改变，心脑血管疾病日益增加，多以急症形式出现，危及生命；社会文明发展，人类交往频繁，活动范围扩大，各种意外伤害此起彼伏。急诊医学的重要性受到了社会上更为广泛和充分的理解和支持。在医学界同行和专家们共同努力下，急诊医学向专业化、系统化和标准化的方向发展。不少地区建立起较完善的急诊医疗服务体系（EMSS）。EMSS 包括院前急救系统、医院急诊科（室）和重症监护病房（室）（intensive care unit, ICU），或冠心病监护室（Coronary care unit, CCU），或专科病房三个部分。这三个部分既有各自独立的工作任务，又相互紧密联系，是一个有严密组织和统一指挥机构的急救网络。

院前急救是急诊医疗体系的重要组成部分，能够把先进的急救医疗服务快速、准确地送到病人身边，送到急救现场，经最大努力维持病人的基础生命，将病人安全转送到医院进一步救治。在实际抢救危重伤病人的全过程中，院前急救最为重要，它是由一系列的抢救步骤组成，其中任何步骤被延误或梗阻，抢救就不能成功，病情可能加重，生命可能因此终止。

确定院前急救的主要任务的目的在于明确院前急救在整个急救过程中的工作范围。它既反映急救的需要，也是检验一个部门急诊医疗工作好坏和管理水平的重要标志。主要任务有几个方面：

1. 承担平时呼救病人的急救 这是经常性的任务。呼救一般分两类，一类为短时间内有生命危险病人（如急性心肌梗死、溺水等），称为急救病人，大约占呼救病人的 10%。对这类危重病人必须现场急救，目的在于挽救病人生命或维持基础生命。另一类为短时间内无生命危险病人（如骨折、急腹症、发热等），称为急诊病人，约占呼救病人的 90%，这类病人现场急救目的在于稳定病情、减少病人在运送时的痛苦和并发症。

2. 承担对灾害或战争时遇难者的医疗救护 遇到自然灾害和人为灾害有大批伤员时，应结合实际情况根据有关急救预案进行抢救。要特别注意在现场同其他救灾系统，如公安、消防、交通、人防等部门密切配合；注重救护者的自身安全；要特别加强现场伤员分类和现场救护，根据伤病情做到合理分流和安全转运。

3. 承担特殊任务时的救护 特殊任务指当地大型集会或活动、国际比赛、外国元首来访等。执行特殊任务的救护值班时，要求加强责任心，值班人员不得擅自离职守。一旦发生意外情况随时行动、快速处理、及时上报。

第二节 院前急救的必备条件

院前急救不同于医院急诊科（室）或病区抢救，其特点是在紧急情况下，不管条件多么差，环境多么恶劣，病情多么复杂，设备多么简陋，都要牢记“救命”两字。抢救原则应以维持生命与对症治疗为主，最大限度地救护伤病人、降低死亡率、减轻伤残率、提高成功率。院前急救必须具备下列条件：

1. 健全完善的急救网络 我国现在通常由急救中心、急救站形成急救网络，作为专业院前急救机构，目前，消防、警察、公安系统还未加入到这个网络系统。随着市场经济体制的建立完善，现代化都市不断兴起，我国的急救网络必将得到发展和完善。据统计，我国目前大、中城市都建立了规模不一的急救中心或急救站，在急诊、急救工作中，它是全城最高指挥者和组织者，把全城有条件的医院组织成急救网，分区负责，大大缩短抢救半径。有的城市还根据本城面积和人口密集分布情况，划区分段设急救分中心或分站。我国各地急救中心模式不一，有的依托在一个有条件的综合性大医院，这样的模式具有强有力的综合实力，有利于全城急诊工作的指挥和协调，有利于病人分流，有利于抢救复杂疑难的垂危病人。这种模式比较适用于中等城市。

2. 先进的通讯指挥机构 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，利用无线电话联络系统，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的迅速分诊和调度，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，这个系统更能显示出它的优越性。

3. 功能齐全的运输工具 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，它可以提高应急能力，使急救做到行动迅速、抢救及时。目前急救运输工具品种繁多，应由国家统一规定标准。交通工具主要是救护车，在特殊情况下，也可以使用直升机和医用小飞机。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 and 部队提出呼救请求援助，有关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，执行临时性急救运输任务。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。输送病人的交通工具应装备有除颤器、临时起搏器、呼吸机、氧气供应、心电图、固定受伤部位的夹板、多功能担架、抗休克设备、小缝合包、产包、输液装置和必要的抢救药品及液体。

4. 训练有素的急救人员 院前急救人员，原则上要求有较丰富的临床经验和较强的应急能力，由急救操作熟练、基本功过硬、具有独立作战能力、身体素质好和热爱急救事业的人员组成，急救人员应以急诊、内科、外科医师和护士为主。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。院前急救人员要求固定或相对固定，定期轮训、培训和演练，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，做到招之即来，按要求到达现场。

5. 充足物质供应 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。各医疗单位应根据统一要求，装配齐全。平时准备就绪，放置固定地点，指定专人定期检查更换，一旦有抢救任务时可携带至现场抢救，做到有备无患，随时处于临战状态。

6. 社会急救意识 在现实生活中，在院外接触危重伤病人的第一目击者多是社会人，而不是医护人员。垂危濒死伤病人员在发病现场几分钟、十几分钟内是生命攸关的时刻，医学上称之为“救命的黄金时刻”。在此时间内，抢救及时、正确，生命有可能被挽救，反之，则造成伤残甚至死亡。所以，第一目击者，实际上也应该理解成第一救护人的基本急救知识与技能的普及至关重要。

各级急救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，使广大群众掌握院前急救基本知识和最基本的急救技术操作。比如徒手心肺复苏和常见伤害简单处理方法。一旦发现急危病人或在意外灾害事故时，专业急救队伍尚未到达现场之前，能正确、及时地进行自救和互救。广大群众在各种场所都有可能成为第一目击者，发现垂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。有条件城市应该先人一步、快人一拍，积极开展社区急救服务，积极培训警察、消防队员、宾馆、旅游、公共场所服务人员、出租车司机、热心社会公益事业的志愿者，形成广泛队伍，遍及城市社区各个角落，发挥院前及时救护的重要作用。可以肯定，在我们共同努力下，我国急救的社会化，民众急救知识的普及，将会有很大的发展。

第三节 院前急救的组织与实施

为了最大限度地做好灾害事故后的医疗救护、卫生防疫工作，保障国家建设和人民生命财产安全，必须建立一个强有力的、统一领导的院前急救组织机构，才能全面、有效、系统和协调地实施医疗救护工作。

（一）救灾医疗防疫工作领导小组

一般在省（市）救灾领导小组的领导下，可由省（市）卫生厅（局）、省（市）医药总公司、军区后勤部卫生部等有关领导组成救灾医疗防疫工作领导小组。设组长一名、副组长和组员若干名。其工作职责：

1. 负责全省（市）救灾医疗防疫的领导工作；
2. 平时督促检查重点监视区抗灾救灾方案的制订及落实情况；
3. 灾时根据灾情及时派出医疗救护队和卫生防疫队进行现场急救、卫生防疫和做好药品器材供应、后勤保障等有关部门的协调工作；
4. 对医疗救护和卫生防疫等工作中的重大问题作出决策；
5. 省（市）救灾医疗防疫工作领导小组办公室设在省（市）卫生厅（局）。

（二）救灾医疗防疫指挥部

在救灾医疗防疫领导小组的直接领导下，灾区设医疗防疫指挥部。可由省（市）卫生厅（局）医政处、防疫处、药政局、军区后勤部医疗处、省（市）医药总公司药品器材供应处、地（市）救护站等部门及当地卫生行政部门有关领导组成，设总指挥一名、副总指挥和成员若干名。其工作职责：

1. 根据领导小组的指示, 负责现场救护、卫生防疫等工作的指挥;
2. 指挥部下设办公室、医疗救护组、卫生防疫组和后勤保障组。

(三) 医疗防疫指挥部办公室

办公室一般由 3~5 人组成, 实行 24 小时值班, 其工作职责:

1. 负责收集、研究、整理有关救护、防疫等工作中的动态情况;
2. 必要时将动态情况整理成书面材料, 及时向指挥部领导报告和建议;
3. 拟订各种指挥文电, 传达指挥部命令和指示, 协调各组工作, 督促检查执行情况。

(四) 医疗救护组

一般由 3~5 人组成。其工作职责:

1. 根据灾情负责组织本地区以至外地若干医疗队 (包括灾区医院);
2. 负责并组织医疗救护任务的实施;
3. 做好伤员的分诊 (triage)、现场急救、治疗以及分流后送等工作。

(五) 卫生防疫组

一般由 3 人组成。其工作职责:

1. 根据疫情负责组织若干卫生防疫队;
2. 负责灾区的水源监测和消毒、保护环境卫生;
3. 负责现场消毒杀虫、灭蚊灭蝇、预防接种以及急性传染病防治等工作。

(六) 后勤保障组

一般由 3~5 人组成。其工作职责:

1. 负责急救药品、器材、转送伤病员的车辆、通讯器材;
2. 负责各种救灾物资及生活物资的保障供应工作。

在医疗防疫指挥部的统一领导下, 各组应明确工作职责。按各自的分工努力工作, 以保障现场医疗救护、卫生防疫等工作的实施。

第四节 院前急救技术

急性疾病和意外伤害, 是人们随时可能发生和遇到的, 但多发生在院前。院前急救是否及时、妥善, 直接关系到病人的安危和预后。有的急危重病, 可以说时间就是生命, 但是, 长期以来, 遇到急危重病人, 传统的概念和办法就是未经任何必须的现场急救措施, 就把病人送到医院治疗, 有的甚至弃近求远。很显然, 这将严重影响到许多急症病人的救治, 甚至使许多病人失去抢救的宝贵时间, 其关键是忽视院前急救的重要性。近 20 年来, 在广大急诊工作者的不懈努力下, 人们已经初步认识到院前急救的重要性, 对所有急性疾病和创伤: 必须先“救”后“送”, 而非先送后救, 这是基本原则。认识到无论是危重病或一般急症病人, 要求能在其发病时, 及时将医疗措施送到身边, 立即开始有效的处理, 然后安全护送到最近的医院进一步诊断和处理。

由于接触和发现急性疾病和意外伤害的第一目击者, 往往是病人的家属、同事和出事地点的过路群众, 如果这些人员懂得院前急救技术, 就能对病人进行必要的初步急救, 否则就会束手无策。所以, 对广大群众进行初步急救的普及训练, 就显得十分重