

主编 秦桂玺 阎 明

急危重症病 与急救



人民卫生出版社

急危重症病与急救

主 编 秦桂玺 阎 明

副 主 编 孙靖中 侯 明 秦雪梅 季晓平
周盛年 李 牧 解 建

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

急危重症病与急救/秦桂玺等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2005. 3

ISBN 7-117-06621-0

I. 急... II. 秦... III. ①急性病-急救②险症-急救 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 008409 号

急危重症病与急救

主 编: 秦桂玺 阎 明

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>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京铭成印刷有限公司(宏达)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 79 彩插: 1

字 数: 1860 千字

版 次: 2005 年 5 月第 1 版 2005 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06621-0/R·6622

定 价: 146.00 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)

编著者名单

主 编 秦桂玺 阎 明

副主编 孙靖中 侯 明 秦雪梅 季晓平
周盛年 李 牧 解 建

编 者 (按姓氏笔画排列)

卜培莉	于传秀	于 涛	于 媛	马光山	马爱霞	马祥兴
马 喆	王书会	王玉坤	王世华	王均美	王其新	王明燕
王 波	王爱华	王德江	卞翠荣	石 萍	田 军	史本康
闫乐京	吕英义	吕 晓	朱孔锡	朱爱芳	任长征	刘玉光
刘道祯	刘韶平	江 蓓	许 玲	毕耜宝	纪春岩	孙靖中
杜桂英	李全新	李延荣	李延青	李兴福	李 牧	李金花
李海燕	李惠斌	李 婷	李 鹏	吴明永	吴 岭	佟学一
余之刚	宋林杰	汤华战	张庆英	张军和	张 杨	张奎洪
张 健	张晓明	张 梅	张维录	陆 伟	陈晓梅	陈福琴
邵明举	范 俊	季晓平	岳少姮	周国钰	周盛年	周景兰
单培彦	屈焕新	赵 伟	赵 彤	胡 昭	钟 宁	侯为开
侯 明	姜全胜	姜鹏辉	洪凡真	秦 伟	秦桂玺	秦振兰
秦雪梅	秦咏梅	袁兆阁	贾晓青	夏光涛	阎 申	阎 明
殷 刚	高大川	郭 玲	陶仲为	陶国伟	黄晓春	崔才三
董来东	董建军	蒋 玲	舒 强	解 建	蔡景龙	翟 鸥
潘晓军	潘 新	潘新良				

学术秘书 贾晓青 董来东

前 言

急危重症病医学 (Critical Care Medicine) 是国外在上世纪 70~80 年代创建的, 而国内是在上世纪 80~90 年代新兴并得以迅速发展起来的一门临床学科, 该学科的兴起大大的提高了急危重症病人的抢救成功率。该学科突出的特点是: 跨专业、多学科。急危重症病人的特征是在发病过程中呈多系统序贯发生的功能异常, 所以需要一支掌握跨专业、多学科急救知识与技能的高素质医护人员, 同时, 因该学科病人的病情瞬间多变, 医护人员需要动态掌握病情变化, 及时调整抢救方案, 方能赢得抢救时机, 提高对急危重症病人抢救的成功率, 降低病死率。这对工作在急诊临床第一线的各级医务人员来说, 都面临着知识更新的实际问题。为此, 我们组织编写了《急危重症病与急救》一书。

本书较全面的介绍了各学科急危重症病的现代新理论、新知识、新技术、新方法。分为总论、各论以及特检、特疗、特护三大篇, 共 74 章。第一篇主要介绍现代国内外院前院内急诊急救管理体系。第二篇详尽的叙述了各个系统的急危重症病的救治理论与措施。第三篇讲述了特检、特疗、特护在急危重症病临床中的应用, 并结合病例进行分析。书中附有 200 余幅影像、超声图片, 图文并茂。本书是一部 21 世纪临床急危重症病医学继续教育的参考教材, 可作为从事急诊急救学科医护人员的良师益友, 同时对临床各学科急危重症病人的治疗也具有一定的参考价值。我们衷心的希望该书能对我国急危重症病医学的发展起到促进作用。由于我们水平有限, 书中缺点与不足之处在所难免, 敬请读者批评指正。

秦桂玺 阎 明

20004 年 11 月 16 日

目 录

第一篇 急危重症病总论

第一章 现代国内外院前、院内急诊急救管理体系	3
第一节 院前急救管理体系	3
第二节 院内急救管理体系	7
第二章 医院内感染及其抗生素的应用	9
第一节 医院内感染	9
第二节 抗生素的临床应用	35
第三章 昏迷	44
第四章 休克	63
第五章 多器官功能障碍综合征	78
第六章 发热	95
第七章 急腹症的诊断与鉴别诊断	102

第二篇 急危重症病各论

第八章 猝死和心肺脑复苏	109
第一节 猝死	109
第二节 心肺脑复苏的抢救规范	111
第九章 心律失常	125
第一节 心房颤动	125
第二节 室性早搏	129
第十章 心功能不全	134
第一节 概述	134
第二节 慢性心力衰竭	137
第三节 急性心力衰竭	149
第四节 老年人心力衰竭	151
第五节 舒张性心力衰竭	153
第十一章 高血压病和高血压脑病	157
第一节 高血压病	157
第二节 高血压脑病	170

第十二章	不稳定型心绞痛与急性心肌梗死	174
第一节	不稳定型心绞痛	174
第二节	急性心肌梗死	181
第十三章	心源性休克	194
第十四章	过敏性休克	206
第十五章	急性脑血管病	209
第一节	概述	209
第二节	出血性脑血管病	212
第三节	短暂性脑缺血发作	223
第四节	脑梗死	228
第五节	遗传性缺血性卒中	244
第十六章	脑水肿	248
第十七章	中枢神经系统急性感染性疾病	263
第一节	急性单纯疱疹病毒性脑炎	263
第二节	化脓性脑膜炎	265
第三节	病毒性脑膜炎	267
第四节	结核性脑膜炎	269
第五节	新型隐球菌性脑膜炎	272
第十八章	癫痫病	275
第十九章	急性呼吸窘迫综合征	314
第二十章	急性肺栓塞	323
第二十一章	急性呼吸衰竭	333
第二十二章	肺源性脑病	340
第二十三章	哮喘持续状态与猝死	346
第二十四章	酸碱平衡失调	354
第二十五章	肺结核	362
第二十六章	特发性肺间质纤维化	377
第二十七章	咯血	384
第二十八章	急性暴发性肝功能衰竭	389
第二十九章	肝硬化	400
第一节	肝硬化门静脉高压	400
第二节	肝硬化腹水	410
第三节	肝性脑病	418
第三十章	急性胰腺炎	428
第三十一章	消化道大量出血	437
第三十二章	小肠出血	452
第三十三章	急性肾功能衰竭	459
第三十四章	慢性肾功能衰竭	471
第三十五章	血尿	491

第三十六章 糖尿病急性并发症	504
第一节 糖尿病酮症酸中毒	504
第二节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	510
第三节 糖尿病性乳酸酸中毒	513
第三十七章 妊娠期糖尿病	516
第三十八章 甲亢与甲减危象	524
第一节 甲亢危象	524
第二节 甲减危象	529
第三十九章 肾上腺危象	534
第四十章 垂体前叶功能减退危象	538
第四十一章 高钙血症与低钙血症危象	544
第一节 高钙血症危象	544
第二节 低钙血症危象	548
第四十二章 急性白血病	552
第四十三章 再生障碍性贫血	565
第四十四章 弥散性血管内凝血	572
第四十五章 系统性红斑狼疮	584
第四十六章 多发性肌炎和皮肌炎	606
第四十七章 系统性硬化	616
第四十八章 结节性多动脉炎	624
第四十九章 急性中毒的救治原则	630
第一节 概述	630
第二节 有机磷杀虫药中毒	636
第三节 杀鼠剂中毒	641
第五十章 颅脑损伤	647
第一节 头皮损伤	647
第二节 颅骨骨折	648
第三节 脑损伤	649
第四节 颅脑火器伤	660
第五节 脑疝	663
第五十一章 骨创伤	666
第一节 上肢骨折	666
第二节 下肢骨折	673
第三节 关节脱位	682
第四节 脊柱骨折	687
第五节 骨盆骨折	694
第六节 开放性骨折	696
第七节 骨筋膜室综合征	699
第八节 脂肪栓塞综合征	703

第五十二章 胸部损伤	709
第一节 骨折和脱位	709
第二节 血胸	712
第三节 气胸	716
第四节 创伤性窒息	719
第五节 肺爆震伤	720
第六节 气管支气管损伤	722
第七节 外伤性食管破裂	724
第八节 胸导管损伤	725
第九节 创伤性膈肌破裂	727
第十节 胸腹联合伤	729
第五十三章 腹部创伤	730
第一节 腹部创伤的处理原则	730
第二节 闭合性腹部损伤	735
第三节 开放性腹部损伤	746
第五十四章 泌尿外科的应急抢救	749
第一节 泌尿男性生殖系统创伤	749
第二节 尿路结石	768
第三节 泌尿男性生殖系统炎症	772
第四节 其他泌尿男性生殖系统急症	782
第五十五章 妇产科急危重症病	787
第一节 异位妊娠	787
第二节 羊水栓塞	798
第三节 产后出血	803
第四节 子痫前期和子痫	808
第五十六章 眼科急危重症病	817
第一节 急性闭角型青光眼	817
第二节 视网膜中央动脉阻塞	820
第三节 化学性眼外伤	823
第四节 眶蜂窝织炎及海绵窦血栓	825
第五节 急性前葡萄膜炎	827
第六节 穿孔性眼外伤及球内异物	830
第五十七章 耳鼻喉科急危重症病	835
第一节 耳损伤	835
第二节 颞骨骨折	838
第三节 创伤性面神经瘫痪	841
第四节 创伤性鼻出血	844
第五节 鼻骨骨折	846
第六节 外伤性脑脊液鼻漏	849

第七节 口腔及咽部创伤	851
第八节 喉挫伤、软骨脱位和骨折	852
第九节 喉刺伤、切伤和贯通伤	854
第十节 气管、食管创伤	856
第十一节 颈部创伤	860
第十二节 呼吸道异物	866
第十三节 喉阻塞	871
第十四节 食管异物	872
第五十八章 口腔科急危重症病	876
第一节 牙科急症	876
第二节 口腔颌面部损伤	887
第三节 口腔颌面部感染	895
第四节 急性化脓性淋巴结炎	899
第五节 急性化脓性颌骨骨髓炎	900
第六节 颞颌关节急症	902
第七节 急性化脓性腮腺炎	905
第八节 流行性腮腺炎	906
第五十九章 烧、烫伤科急危重症病	908
第六十章 麻醉科急危重症病	935
第六十一章 皮肤科急危重症病	954
第一节 重型药疹	954
第二节 银屑病	959
第三节 天疱疮	961

第三篇 急危重症病特检、特疗、特护

第六十二章 CT 在危重病临床中的应用	969
第六十三章 ECT 在危重病临床中的应用	994
第一节 概述	994
第二节 神经系统显像	996
第三节 心血管系统显像	999
第四节 呼吸系统显像	1003
第五节 消化系统显像	1005
第六节 泌尿系统动态显像	1008
第七节 骨骼系统显像	1009
第八节 骨髓显像	1011
第九节 肿瘤显像	1012
第十节 炎症显像	1013
第六十四章 肺功能监测在危重病临床中的应用	1015

第六十五章 纤维支气管镜检在危重病临床中的应用	1020
第六十六章 超声检查	1037
第一节 超声在腹部危重病临床中的应用	1037
第二节 妇产科危重病的超声诊断	1062
第三节 超声心动图在危重病临床中的应用	1086
第六十七章 经颅多普勒在危重病临床中的应用	1098
第六十八章 高压氧在危重病临床中的应用	1107
第六十九章 机械通气在危重病临床中的应用	1119
第七十章 心脏起搏器在危重病临床中的应用	1143
第七十一章 血液净化在危重病临床中的应用	1157
第七十二章 水、电解质、酸碱、血气的临床分析	1174
第一节 水、电解质	1174
第二节 血液气体分析的临床应用和酸碱紊乱	1193
第七十三章 成分输血的临床应用	1206
第七十四章 急危重症病人的临床特护	1213
第一节 急性心肌梗死病人的特护	1213
第二节 重症脑出血病人的特护	1219
第三节 重症肺源性心脏病病人的特护	1223
第四节 肝性脑病病人的特护	1227
第五节 溶血尿毒综合征病儿的特护	1230
第六节 多脏器功能不全综合征的特护	1233
第七节 急性中毒病人的特护	1236
第八节 猝死病人的特护	1241
第九节 重症腹部损伤病人的特护	1245
第十节 弥散性血管内凝血病人的特护	1248

第一篇
急危重症病
总论

JJWEIZHONGZHENGJINGYUJIAN

第一章

现代国内外院前、院内 急诊急救管理体系

急诊医学是随着现代医学的发展而逐步发展起来的新兴独立学科，在我国仅有 10 多年的发展历史。急诊急救在日常医疗实践中占有极其重要的地位，它不仅涉及医院内急救，还涉及院前急救，包括灾害和事故的现场急救和运送途中的急救；不仅涉及陆地上的急救，还要能适应海空领域的急救。

将急救医学措施迅速送到事故现场的危重病人身边，经初步急救处理，再在密切监护下把病人安全转送到医院内进一步救治，整个急救流程包括院前急救、医院内急诊科急救、重症监护室（ICU）急救，三个部分，近年来随着院前急救指挥电话“120”的开通，我国已基本形成了完整的急诊医疗服务体系（emergency medical service system, EMSS）。

1987 年，中华医学会急诊医学分会成立，这既标志着急诊医学作为一门独立的医学学科在我国的正式确立，也预示了 EMSS 的建立与完善不仅是政府行为，而且成为我国医学界的共识和自觉行为。1995 年 4 月，国家卫生部发布了《灾害事故医疗救援工作管理方法》，即“部长令”。当年 10 月为了贯彻“部长令”来自全国各地的急诊急救系统同道在海南省海口市召开了“全国灾害医疗救援研讨大会”，大大推动了我国 EMSS 的现代化进程。

第一节 院前急救管理体系

院前急救是危重病人急救过程的一个重要首发环节。院前急救质量的好坏直接关系到病人的生存及预后。对一个心脏停搏的病人几分钟就关系到生死存亡，如果没有院前急救争取到关键的几分钟，院内设备再好，医生的医术再高明，也难以起死回生。随着社会经济的发展，人们对生命价值的重视程度越来越高。同时，近几年来，我国各种自然灾害及人为安全事故发生率居高不下，要提高伤病员的抢救成功率，减少事故造成的损失，最大限度地保护生产力，必须要加强院前急救建设。

院前急救工作是社会保障系统的重要组成部分，是维护社会稳定的重要力量，它代表着一个国家的文明程度，又代表着广大人民群众的最根本利益。为了加强院前急救工作，国家卫生部曾于 1980 年 10 月颁发《关于加强城市急救工作的意见》，强调健全急救组织，加强对急救工作的领导，逐步实现现代化的重要性。此后，尤其近几年来，我国各地的急救中心站如雨后春笋般建立和发展起来。1991 年中华医学会急诊医学分会院前急救专业组正式成立。之后，以华东地区为代表，全国各大行政区又自发成立了协

作会（华东、华北、东北、华南、华中、西北），进一步加强交流，经过近几年的发展，各急救中心（站）日趋规范，急救效率及急救成功率逐年提高。

一、急救中心（站）模式

院前急救的三要素是通讯、医疗、车辆。衡量一个急救中心（站）发展成功与否，主要看其急救半径的长短，急救反应时间的多少，急救病人能力的大小。目前，我国主要城市的院前急救组织管理形式各有自己的特点，按其与医院关系大致可分为以下几种模式。

（一）广州模式（调度指挥型） 由急救指挥中心负责全市急救工作的总调度，以若干医院急诊科为区域，按医院专科性质分片、分科负责急救的模式。广州市是我国最早采用此种模式的城市，故称“广州模式”。

急救指挥中心与各医院无行政上的隶属关系，但具有全市日常院前急救的调度指挥权。除此以外，指挥中心还具有三个主要功能：负责与其他急救系统、单位（如公安）、消防、人防、血液中心和防疫站等联系协作，以应付突发灾害事故；急救情报的收集和研究；与红十字会合作培训全市的各级医务人员，并对群众进行现场急救知识普及教育。其流程为：病家通过“120”电话向市急救指挥中心呼救，当接到呼救后，指挥中心立即通知该区域承担院前急救任务的医院急诊科，急诊护士接到电话指令后，由值班护士按病情通知有关专科医生、护士及驾驶员赴现场抢救，然后监护运送病人回医院继续治疗。

（二）重庆模式（院前、院内紧密结合型） 这是依托一个医院为主的急救模式。重庆等城市采用此种模式，习惯上称为“重庆模式”。其特点是附属一家综合医院，拥有现代化的急救仪器设备和救护车，经院外处理后可送到附近医院或收入自己的附属医院。因其有一所具有接受各专科病人能力的医疗单位，故扩大了院前急救和救治病人的范围。院外救护实质上是医院的一个部门，而市医疗急救中心实际上是同时担负急救任务的医院。此种模式一般多见于中小城市和县中心医院兼急救中心。其急救流程为：病家向市县救护中心呼救，救护中心的院前急救部派人派车赴现场，然后监护运送病人到附近综合性大医院或救护中心，由院内急救部继续救治。

（三）上海模式（单纯院前型） 这是由医疗救护中心站及其所属分站与该市若干医院紧密协作的急救模式，上海市采用此种模式，也是目前我国大多数城市采用的模式，习惯上称之为“上海模式”。

采用这种模式的城市，设有一个急救中心站，各县、区建有分站，一般分站设在协作医院内或附近，协作医院大多是区、县中心医院。救护中心站的功能与广州市急救指挥中心相同，没有院内部分，但编制有专业院前急救医务人员和车管部门，院外救护系统和协作医院关系主要是业务协作，但是也有人才培养等关系。其急救流程为：病家通过“120”电话向救护中心呼救，中心站调度室调度员派就近分站出车出人到现场急救，然后监护运送病人到附近综合性大医院或协作医院，也可到病人的劳保医院继续院内救护。

（四）北京模式 由院外急救科、急诊室、重症监护室构成，急救中心根据院前急救病人疾病谱的特点，还内设包括创伤、神经内、心内等六大专业病区，总体形成一所

有专业特点的急救医院。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系。院前急救工作由医生、医士、护士协作承担,部分病人经院外抢救处理后转送中心监护室继续治疗,多数病人则被转运到其他医院,急救中心是北京市院前急救和重大急救医疗任务的统一指挥、调度和抢救中心。近年来,北京急救中心认真加强网络建设,急救半径及反应时间明显缩短,提高了急救成功率。北京作为我国的首都及特大城市,经国家有关部门批准于2001年还建成了包括14个分站的北京“999”急救中心,进一步完善了城市的急救网络。

(五) 香港模式 香港特区的医疗急救采用与消防、司警统一的通讯网络,报警电话为“999”,消防署从就近的救护站派出救护车赶赴现场,把病人送入医管局所辖的医院救治。日常的医疗急救任务由消防署负责,遇有大型事故时,还有医疗辅助队、救护队(均为志愿者团体)等参与抢救。训练有素、设备精良、反应速度快,能为社会提供应急医疗服务。

(六) 深圳模式(院前、院内松散结合型) 深圳是一个新兴的城市,随着经济的发展,人口的增加,人民生活水平的提高,建立一个高效的急救医疗指挥系统和建立一个完善的急救医疗网络已是必然的要求。市政府、市卫生局和有关部门,反复研究和考察了国外的急救中心,结合深圳的实际情况,决定充分利用现有医疗资源建立一个既依托各大医院急诊科,又自成体系的急救医疗指挥中心(以下简称中心)。

该中心依托市红十字会医院(三级甲等综合性医院),实行“一套班子,两块牌子”的领导架构,既相对独立,确保急救医疗中心指挥的权威性,又互相融合,互为发展。中心实行“集中受理,分区处理,就近派车”的调度原则,以各大医院急诊科为急救单位,负责各医疗所辖片区的出车,而急救医疗中心本身有院前科专职负责出车,尤其是应付重大事故的抢救;院内急诊科负责接诊日常的急诊病人;急诊ICU负责收治危重病人;创伤病房收治严重的急诊创伤病人。另外,科教培训部负责全市急救知识的普及和提高。这样就确保了中心指挥的权威性,并有较强的急救医疗支持力量。既能完成日常的急救任务,又有较强的应付大型灾害性事故的能力。目前重建后的山东济南急救中心也属于此种模式。

特点:既充分利用现有的医疗资源,又能集中财务,完善指挥调度系统和急救网络,在短期内形成强大的社会效益。并具有合理的抢救半径和有力的医疗支持。但中心与各医院急诊科的协调管理须不断完善。

上述各城市院前急救组织形式各有不同特点,其工作效率也有一定差异。其共性如下:具有现代化灵敏的有线或无线通信设备;基本健全了急救网络,使抢救半径缩短在5 000m左右,市区急救反应时间约为10~15分钟左右;众多业务素质好的医技人员;性能良好的急救车辆、急救器材、设备和配备合理的药品等。鉴于存在上述要素,从而给病人以最快速度和高效的院前急救措施,极大地减少了伤残率、病死率。

目前,世界其他国家院前急救模式可划分为两大类,即英美模式和德法模式:

英美模式是以现场对症处理为主,主要由急诊医疗技术员(EMT)或辅助医务人员(paramedics)履行现场急救任务,然后将病人运到医院急诊科,由急诊医师提供肯定性的医疗救护。这种急救模式的国家和地区包括澳大利亚、加拿大、韩国、英国、美国。目前,我国院前急救医疗流程总体上与英美相似,但院前急救服务普遍配备训练有

素的专业医务人员,在对病人诊断、救治上与英美相比显然更为有利。

德法模式是送医生和技术到现场,希望在病人到达医院前提供高水平的医疗救护,救护措施主要放在现场。履行现场急救任务的医生通常为麻醉师,他们向伤病员提供大部分救护。由于急诊科通常发展不完善,因此病人在现场分类后直接送进病房。这种急救模式的国家包括奥地利、比利时、芬兰、法国、德国、拉脱维亚、挪威、葡萄牙、俄罗斯、斯洛文尼亚、瑞典和瑞士。

二、急救指挥系统

医疗急救是国家减灾大系统中的重要组成部分,所谓急救指挥系统科学化,是指上下有合理的、健全的、强有力的指挥机构,国家卫生部、省、市都设有急救医疗指挥部,总指挥由分管领导担任,副总指挥由当地最高卫生行政领导担任,它的平时任务是:建立完善急救指挥机构,制定医学急救总体方案;建立健全急救网络;组织当地急救力量(包括“120”中心网络急救部门及二级以上医院急救医疗小分队)进行救灾演习等。在发生紧急突发事件的情况下,灾害事故抢救预案启动,急救医疗指挥部全面行使指挥权,指挥部一般设在急救中心调度室内,根据灾害情况,指挥“120”急救中心网络力量,各急救医疗小分队立即进入战斗状态,根据指挥部的命令,争分夺秒地迅速到达现场进行医疗救援。必要时,也可请求部队卫生单位给予一定的支援,同时急救医疗指挥部还要负责协调好大批伤病员进入医院后的救治工作,使他们得到合理的分流及有效的救治。

三、管 理 运 作

发达国家的院前急救在组织管理和隶属上存在着某些差异如:日本的院前急救主要由消防机构承担;美国建有急救医疗、警方和消防共享的“911”通讯系统;法国建有105个医疗急救服务系统(SAMU)和320个流动急救与复苏服务系统(SMUR)主管全国的院前急救。为了与国际接轨,我国广西南宁市、江苏苏州市在这一方面也进行了有益的探索。南宁市“110”、“122”、“119”、“120”实行了调度指挥四统一,苏州“120”并入“110”调度通讯指挥系统。这样,即便于大型灾害突发事件的救援,又节约了通讯资源,实现了资源共享。我国各地尽管建立了不同形式的院前急救机构,但组织上均属于当地的卫生行政部门管辖,其任务和功能都是基本相同的。大中城市的急救中心(站)一般均设立通讯科、急救科、车辆管理科和财务科,有些中小城市的急救中心(站)即使不单设以上科室,但有履行以上功能的机构和专兼职人员。

我国院前急救的经济来源主要依靠各级政府的拨款,同时向病人收取最基本的救护车费和急救治疗费,以作为日常经费的补充;享受医疗保险的病人,医疗费有医疗保险部门按一定比例给付。其中,各级政府的拨款是各城市急救中心(站)的主要经济来源,它直接影响着急救医务人员队伍的稳定与发展;急救医疗、通讯和车辆设备等配置;以及急救中心(站)的基本建设。

2002年4月,中华医院管理学会急救中心(站)分会正式成立,它标志着我国急救中心(站)的发展进入了一个新的阶段,分会作为非盈利性学术组织及行业管理组织,对全国急救中心(站)行业规范化建设运作,必将起到极大的促进作用。