

新编

院前急救护理手册

王珊苹◎编著

南方出版社

新编院前急救护理手册

王珊苹 编著

南方出版社

图书在版编目(CIP)数据

新编院前急救护理手册 / 王珊苹编著. —海口: 南方出版社, 2009.8

ISBN 978-7-80760-374-0

I. 新… II. 王… III. ①急救—基本知识②护理学—基本知识 IV.R459.7 R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 137345 号

书 名: 新编院前急救护理手册

编 著: 王珊苹

出版发行: 南方出版社

地 址: 海南省海口市和平大道 70 号

邮 编: 570208

电 话: (0898)66160822

传 真: (0898)66160830

印 刷: 湖南版艺印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/32

印 张: 4.75

字 数: 88 千字

版 次: 2009 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-80760-374-0

定 价: 14.00 元

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概述	1
第二节 院前急救与护理	17
第三节 院前急救中的常见护理风险及防范	27
第二章 心脏骤停的院前急救与护理	34
第一节 概述	34
第二节 现场救护与转运	37
第三章 创伤的院前急救与护理	50
第一节 概述	50
第二节 院前评分	51
第三节 院前急救与护理	53
第四节 颅脑创伤的院前急救与护理	59
第五节 颈、腰椎骨折的院前急救与护理	66
第六节 开放性骨折的院前急救与护理	72

第四章 急性脑血管病的院前急救与护理	86
第一节 概述	86
第二节 院前急救与护理	88
第五章 急性冠脉综合症的院前急救与护理	93
第一节 概述	93
第二节 院前急救与护理	95
第六章 小儿高热惊厥的院前急救与护理	102
第一节 概述	102
第二节 院前急救与护理	104
第七章 急性中毒的院前急救与护理	109
第一节 概述	109
第二节 院前急救与护理	112
第八章 院外意外分娩的院前急救与护理	120
第一节 概述	120
第二节 院前急救与护理	124
第九章 淹溺的院前急救与护理	130
第一节 概述	130
第二节 院前急救与护理	133
第十章 支气管哮喘的院前急救与护理	137
第一节 概述	137
第二节 院前急救与护理	141
参考文献	146

第一章 绪 论

第一节 概 述

院前急救是急诊医疗服务体系(EMSS)的一个子系统,是急救过程的前沿阵地。各种急危重症、意外伤害事故以及突发的灾难发生,均需要在现场进行紧急的初步救治,以维持伤病员生命体征的稳定,而后快速转送至就近的或有相应急救能力的医院,做进一步的诊断和救治。现代医学告诉我们,猝死病人抢救的最佳时间是最初4分钟,严重创伤伤员抢救的黄金时间是最初30分钟。如果没有院前急救争取到这关键的几分钟,院内设施再好、医生的医术再高明,病人也难以转危为安。所以,院前现场急救是否及时、诊断是否正确、措施是否得当都将直接影响到病人的安危和治疗效果。

一、院前急救的研究范畴

院前急救的研究范畴包括:①建立完善的急救指挥

系统与网络化管理;②急救伤病机制和抢救方法;③院前急救装备;④抢险救灾;⑤战地救护;⑥院前急救人才与群众自救的培训等内容。

1. 建立完善的急救指挥系统与网络化管理

急救指挥系统是指上下有合理的、健全的、强有力的指挥机构。从中央到地方,应是统一规划、统一建设、统一机构、统一指挥。急救网络化是指建立区、县急救网,施行区域急救,其目的是保证病人就近获得迅速有效的救治。

2. 急救伤病机制和抢救方法

组织研究急救伤病的机制和抢救的方法,才能够提高院前急救的成功率。

3. 院前急救装备

是指筹措急救药品、物资,规划救护车和医院的急救装备,保证急救装备的合理化、完善化。

4. 抢险救灾

必须在平时做好应付灾难发生的应急预案,一旦灾难发生,应立即组织相关部门及人员赶赴现场,做好下列工作:①排除险情;②检伤分类,并根据不同的伤情给予不同的处理;③现场施救;④转运和分流伤(病)员。

5. 战地救护

战地救护是指在战争情况下,对大批伤员实施紧急救护的组织措施和工作方法。对伤员进行包扎、固定、止血、转运等战地救护,以挽救伤员生命、预防并发症、提高

抢救成功率和降低伤残率。

6. 院前急救人才与群众自救的培训

院前急救人才与群众自救的培训,是发展我国院前急救事业的一个重要方面。首先要组织急救人员学习急救理论知识、掌握急救技能、熟悉急救仪器设备的使用,提高专业技术水平。其次要培养急救人员高尚的医德医风,树立全心全意为病人服务的思想。另外要普及群众常用的急救知识和技能,让群众懂得自救的重要性,即使在院前急救人力、物力缺乏,专业救护人员未达到的情况下,使病人也能得到妥善处理,从而降低死亡率、提高治愈率。

二、院前急救的特点

1. 社会性强、随机性强

院前急救活动往往涉及社会的各个方面,病人的随时呼救、病种的多样性、意外伤害事故以及突发的灾难等,都具有不可预测性,要求医护人员掌握全面的急救理论和技能,这就使院外急救逾越了传统的分科范围。

2. 时间紧迫

充分体现“时间就是生命”的急救意识。一有呼救立即出车,一到现场立即施救。即使对无生命危险的急诊病人也要紧急处理,刻不容缓。这种紧迫不仅表现在对病人的救治上,也表现在要及时缓解病人及其家属心理上的焦虑和恐惧。

3. 流动性强

院前急救流动性大,服务区域广。可以是就近的工厂、学校或居民点,也可以跨区域,对重大灾害事故进行增援。

4. 环境局限

现场急救条件大多较差,如地方狭窄、光线暗淡、人群围观、险情未排除及转运途中有噪音、震动等,均给听诊、测量病人生命体征、注射等救治工作带来困难。

5. 病种复杂多样

呼救病人的疾病涉及临床各科,院外急救无时间和条件做鉴别诊断,要在短时间内进行初步诊断和处理,只能以对症治疗为主。所以要求急救人员必须掌握常见急危重症的救治程序和护理方法。

6. 体力劳动强度大

现场急救,时常要随身携带急救药箱和急救用品弃车步行或爬上高楼搬运伤病员,这些活动均需付出较大的体力劳动,所以还要求急救人员有良好的身体素质。

三、院前急救的任务

1. 呼救病人的院前急救

这是院前急救主要和经常性的任务。日常呼救病人一般有两类,一类为短时间内有生命危险的危重病人,例如猝死、淹溺、窒息、休克、严重创伤等。对于此类病人,要做好现场的紧急处理,如心肺复苏、畅通气道和止血

等,待病人生命体征初步稳定后在严密监护下转运至急诊科。第二类为病情紧急但短时间内尚无生命危险的病人,例如四肢骨折、急腹症和哮喘急性发作等。对此类病人院前急救的目的在于稳定病情、减轻病人在转送过程中的痛苦和防止再次损伤等,要视病情和条件采取输液、止痛、包扎、固定和解毒等措施。

2. 大型灾害、事故或战争中的院前急救

在自然灾害、重大事故或战争现场,伤员数量大、伤员伤情复杂、重危伤员多,所以除了应做好医疗急救外,还要注意在现场与其他救灾队伍如消防、公安、部队等部门密切配合。加强现场伤员分类和救护,并根据具体情况进行及时分流,转送到预定医院。

3. 特殊任务时的急救值班

是指当地的大型集会、重要会议、国际比赛、外国元首来访等特殊任务发生时的救护值班。要求急救系统处于一级战备状态,随时应对可能发生的突发事件。

4. 通讯网络中心的枢纽任务

院前急救的通讯网络在整个急救过程中起着承上启下、沟通信息的枢纽作用。它包括三个方面的任务:一是负责接收急救信息,二是负责传递信息,三是负责指挥调度。

5. 社会教育

第一目击者如果争分夺秒、不失时机地在现场抢救急危重症或因意外伤害导致生命垂危的伤病员,将大大减少伤病员的死亡率。因此全社会应大力普及救护知

识,提高全民的急救意识,掌握自救及互救的技能,为进一步救治赢得时间。平时可通过广播、电视、报刊、网络或各种急救知识与急救技能培训班进行教育宣传,从而提高与普及全民自救与互救水平,达到尽量挽救生命、减少伤残的目的。

四、院前急救的原则

院前急救有以下九个原则:

1. 先救治后运送

以前的院前急救往往是“抬起就跑”,致使不少患者丧失了救治的最佳时机。现如今则是实行“先救治后运送”,对垂危重伤病员先做开放气道、心肺脑复苏、控制出血、骨折制动、止痛等重要而有价值的工作后再转运。

2. 先重伤后轻伤

优先抢救危重者,随后抢救病情较轻者,遵循“先重后轻”的原则。

3. 急救与呼救并重

在有成批伤病员和多个救护人员在现场的情况下,急救与呼救应同时进行,以尽快得到援助。只有一个救护人员在现场则应先施救,然后再呼救,以取得援助和法律见证人。

4. 先排险后施救

是指在实施现场救治前,先要排除环境危险,再实施救治工作。如救治电击伤患者,应切断电源后再进行救

护;各种气体中毒现场,应先将病人搬离险区再进行救护,以保证救护者与病人的安全。

5. 救治、监护与转运的一致性

在转运途中要密切观察、监护伤病员的病情,不要终止抢救措施,如除颤、气管插管、面罩加压通气、心肺复苏等,并要减少颠簸、注意保暖,以使伤病员平安到达目的地。

6. 先复苏后固定

如应对心跳呼吸骤停又有骨折者,应首先实施心肺复苏术,心跳呼吸恢复后,再进行骨折固定。

7. 先止血后包扎

当患者有大出血又有创口时,首先应采取各种方法止血,然后再消毒伤口进行包扎。

8. 争分夺秒,就地取材

9. 保留离断的肢体或器官

五、院前急救伤员的分类

1. 现场伤员分类的意义

灾害发生后,一般会出现伤员数量大、伤情复杂、重危伤员多的情况,要解决这些问题,就要做好伤员分类。伤员分类就是按伤情的轻重缓急,迅速安排伤员救治的先后次序,是灾区院前急救工作的重要组成部分。做好伤员分类工作,才能保证充分发挥人力、物力的作用,使需要急救的轻重伤员妥善安排,急救和转运工作有条不紊

紊地进行。

2. 现场伤员分类的要求

- (1) 边抢救边分类,坚持救人第一。
- (2) 先重后轻,突出救治重点。
- (3) 有组织、有指挥地进行。
- (4) 快速、准确和无误。

3. 现场伤员分类、转送的判断方法

根据患者伤情的轻重缓急,突出重伤是转送的重点。

其先后顺序是:

(1) 伤情严重,危及生命,需要立即实施手术的伤员。如活动性大出血、开放性气胸、重度颅脑外伤、急性心脏压塞等。

(2) 伤情较严重,暂无生命危险,但需要尽早动手术的伤员。如四肢开放性骨折、腹部穿透伤、面部烧伤等。

(3) 伤情较轻,可稍后进行手术处理的伤员。如一般软组织损伤、四肢闭合性骨折等。

(4) 不需要手术处理的伤员。如扭伤、挫伤等。

4. 现场伤员分类的标记

- (1) 第一急救区——红色:伤情严重,危及生命者。
- (2) 第二急救区——黄色:严重,但不危及生命者。
- (3) 第三急救区——绿色:受轻伤、可以自己行走者。
- (4) 第四急救区——黑色:死亡伤病员。

分类卡由急救系统统一印刷,挂在伤员身上的醒目处,如衣服左胸上,卡的背面有病情简介,由伤员随身

携带。

六、急救指挥系统与网络化管理

(一)我国城市院前急救模式

目前,我国院前急救组织管理模式按照急救中心与医院关系主要可分为以下几种模式。

1. 广州模式——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,按医院专科性质分科负责急救的模式。其流程为:求救者通过拨打120向市急救指挥中心呼救,指挥中心接到电话后,立即通知该区域有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、运送病人回本院继续治疗。其特点是急救中心为单纯性的指挥中心,与各医院无行政的隶属关系,具有投资少、充分利用现有的医疗资源合理安排急救半径的优点。

2. 重庆模式——依托型:急救中心依托于一家综合医院,拥有现代化的急救仪器、设备和救护车,经院前急救处理后可将病人送到附近医院或急救中心所属医院继续进行救治的模式。其流程为:求助者向市县救护中心呼救,救护中心的院前急救部派人、派车到现场,然后监护、运送病人回急救中心,由院内急诊科继续治疗。其特点是投资少、对院前病人处理能力较强。

3. 上海模式——指挥协作型:院前急救由急救中心

及其所属分站与该市若干医院紧密协作完成。急救中心的功能与广州市急救指挥中心相同。没有院内部分,但有专业院前急救医务人员和车管部门,院前救护系统和协作医院的关系主要是业务协作。其流程为:求救者通过120向急救中心呼救,急救中心调度室调度派就近分站出车出人到现场急救,然后监护运送病人到协作医院。其特点是管理集中、院前反应速度快。

4. 北京模式——独立型:急救中心由指挥调度科、院前急救科、院内急诊科、重症监护室、住院病房组成。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、北京市各大医院直接进行通信联系。部分急救病人经院前抢救处理后转送急救中心继续治疗,多数病人则转运到其他医院。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。其特点是急救中心具有院前、院内、重症监护和住院部,可独立完成急救任务,工作质量和流程易于保证,部门间协作性好。但由于未能充分利用其他医院的急救资源,造成资源浪费、同时自身成本增加。

5. 香港模式——联动型:香港急诊医疗服务有两部分,即院前救护服务和急诊医疗服务。日常的院前急救任务由消防部门提供,所有的政府救护车都归消防署管理及控制。呼救电话采用与消防、司警统一的通讯网络,为“999”。接到求救电话后,消防署从就近的救护站派出救护车赶赴现场,把病人送到医管局所辖的医院或病人

指定医院。除救护车外,救护站还配有救护摩托,它主要在标准救护车因交通堵塞而延误到达现场时发挥作用。另外,还有一种名为“流动伤者治疗中心”的救护车辆。这种流动救护中心备有充气帐篷、各种急救器材以及外科手术仪器供医生进行初步手术之用。

(二)院前急救指挥系统

1. 院前急救中心的设置

(1)数量:一个拥有 30 万以上人口的区域就应该设置院前急救中心。其可设在某一个医院内,也可独立存在,但都要有独立的“120”急救专用电话和各种必需的基础设施。一个区域只设一个院前急救中心,既有利于专业院前急救队伍的发展,也有利于急救力量的集中和协调。

(2)地点:急救中心地点的选择应符合以下条件:①在区域中心地带;②交通便利,方便车辆进出;③设在院外时最好靠近大医院,以保证急救质量。

(3)基本设施:急救车辆、修车设备、医疗药品器材、通信设备、电脑设备、教学科技设备、生活设备及其他必需设备。

(4)区域人口与急救车辆比例:急救车辆数量的配置,原则上每 5 至 10 万人口配 1 辆急救车。急救车性能完好,能满足急救需要。

(5)随车医护人员、驾驶员配置:原则上每辆救护车与医护人员比例为 1:5;每辆救护车配 1 名驾驶员。

(6)急救半径与反应时间要求:急救半径是指急救单元所执行院前急救服务区域的半径,它代表院前急救服务范围的最长直线辐射距离。缩小急救半径是急救单元能快速达到现场的重要条件之一,城区急救半径应不大于5公里。反应时间是急救中心调度室接到呼救电话至急救车到达现场所需的时间。反应时间长短是判断院前急救服务功能重要的综合指标之一,市区的反应时间要求是15分钟以内,经济发达的区域要在10分钟以内,郊区则要求30分钟以内。

2. 院前急救指挥系统的任务

(1)保证方便快捷、呼叫灵敏的通讯网络。要成功地处理好急救现场的各项工作,良好的通讯是必不可少的。它需要尽可能大的通讯覆盖面积,以便及时接到呼救、协调进行院前急救,尤其能在大型灾难中更好地发挥组织和指挥作用。

(2)建立布局合理、急救半径小的急救网点。以便接到呼救后急救人员在尽可能短的时间内赶到现场,展开急救工作。

(3)具有应对大型抢险、救灾现场的指挥和调度能力。有统一的领导和调度才能保证迅速而有条不紊地开展救治工作。卫生行政部门和各急救中心以及横向有关单位接到急救指挥部的呼叫信息后,应作为指令性任务执行,调动各急救单元服从统一的指挥和安排,互相协作、共同完成急救任务。