

卫生部规划教材

全国医学高等专科学校教材

供临床医学专业用

急诊医学

主 编 黄显凯

副主编 张兴毅

全
国
医
学
高
等
专



人民卫生出版社

教
材

全国医学高等专科学校教材

供临床医学专业用

急诊医学

主 编 黄显凯

副主编 张兴毅

编 者 (按姓氏笔画排序)

王仁康 (九江医学专科学校)	吴天福 (泸州医学院)
王向东 (大同医学专科学校)	周 钢 (北京军医学院)
任成山 (第三军医大学)	应斌宇 (温州医学院)
张兴毅 (遵义医学院)	黄显凯 (第三军医大学)
何焕友 (山东临沂医学专科学校)	翟晓辉 (首都医科大学)

秘 书 费 军

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊医学/黄显凯主编. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 7-117-03990-6

I. 急… II. 黄… III. 急诊-临床医学-医学院
校-教材 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 105185 号

急 诊 医 学

主 编: 黄显凯

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: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 15

字 数: 363 千字

版 次: 2003 年 12 月第 1 版 2005 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-03990-6/R·3991

定 价: 19.00 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)

临床医学专科第五轮教材修订说明

为适应我国医学专科教育改革和基层卫生工作改革发展的需要，经卫生部临床医学专科教材评审委员会审议，卫生部教材办公室决定 2003 年开始进行临床医学专科第五轮教材的修订编写工作。此次修订以《中国医学教育改革和发展纲要》为指导思想，强调“三基”、“五性”、“三特定”原则，注重体现《面向 21 世纪教育振兴行动计划》培养高素质人才的要求。

此次修订将《人体解剖学》、《组织学和胚胎学》合并为《人体解剖学和组织胚胎学》；将《医学微生物学和免疫学》、《人体寄生虫学》合并为《病原生物学和免疫学》；将《医学遗传学基础》更名为《细胞生物学和医学遗传学》。新增加《急诊医学》、《康复医学》、《医学文献检索》3 种。

全套教材共 23 种：

- | | | |
|-----------------------|---------|-----|
| 1. 《医学物理学》第 4 版 | 主 编 潘志达 | |
| | 副主编 邱松耀 | |
| 2. 《医学化学》第 5 版 | 主 编 谢吉民 | |
| | 副主编 张华杰 | |
| 3. 《人体解剖学和组织胚胎学》第 5 版 | 主 编 窦肇华 | |
| | 副主编 吴建清 | 闫家阁 |
| 4. 《生理学》第 5 版 | 主 编 刘玲爱 | |
| | 副主编 白 波 | 张 敏 |
| 5. 《生物化学》第 5 版 | 主 编 潘文干 | |
| | 副主编 程牛亮 | 李 洪 |
| 6. 《病原生物学和免疫学》第 5 版 | 主 编 陈兴保 | |
| | 副主编 张进顺 | 台凡银 |
| 7. 《病理学》第 5 版 | 主 编 和瑞芝 | |
| | 副主编 王家富 | 陈命家 |
| 8. 《药理学》第 5 版 | 主 编 张丹参 | |
| | 副主编 于肯明 | 王建刚 |
| 9. 《细胞生物学和医学遗传学》第 3 版 | 主 编 张忠寿 | |
| | 副主编 刘金杰 | |
| 10. 《预防医学》第 3 版 | 主 编 黄吉武 | |
| | 副主编 桑瑞兰 | |
| 11. 《诊断学》第 5 版 | 主 编 邓长生 | |
| | 副主编 符晓华 | 李伟扬 |

12. 《内科学》第5版	主 编 马家骥 副主编 刘远厚 王庸晋
13. 《外科学》第5版	主 编 梁力建 副主编 林建华 廖 斌
14. 《妇产科学》第5版	主 编 王泽华 副主编 程丽坤 孙丽君
15. 《儿科学》第5版	主 编 汪 翼 副主编 郭学鹏
16. 《传染病学》第3版	主 编 刘应麟 副主编 彭凤英
17. 《眼耳鼻喉口腔科学》第5版	主 编 王斌全 副主编 龚树生
18. 《皮肤性病学》第5版	主 编 张信江 副主编 魏志平
19. 《中医学》第3版	主 编 陈友香 副主编 王道瑞
20. 《医学心理学》第2版	主 编 马存根 副主编 周郁秋
21. 《急诊医学》	主 编 黄显凯 副主编 张兴毅
22. 《康复医学》	主 编 王前新 姜贵云
23. 《医学文献检索》	主 编 姚果源 副主编 吴效普

临床医学专科第三届教材评审委员会

主任委员 涂明华

副主任委员 唐建武

委员 (以姓氏笔画为序)

王斌全 王家富 马家骥 马存根 刘远厚 许化溪
涂心明 龚芳泽 梁晓俐 詹乐恒 潘文干

秘 书 高君励

前 言

急诊医学是医学领域中一门新兴的边缘学科,由于医学科学的发展和社会的需要,其发展较快,特别是近 20 多年来取得飞速发展,已成为一门独立的学科,在保障人民健康,促进国民经济的发展等方面,发挥越来越重要的作用。因此,对医学生进行急诊医学教育显得日益迫切和重要。

急诊医学是一门跨专业的学科,专业技术方面与其他许多专业有紧密联系,本教材在内容选择上力求既体现急诊医学本身的特色,同时避免与其他专业交叉重复,突出各种意外灾害和危重急症的早期急救和诊治。编写中坚持思想性、科学性、先进性、启发性、适用性的原则,介绍本专业的的基本理论、基本知识、基本技能,以及某些理论和技术方面的国内外新进展。根据医学专科教育的培养目标,教材力求简明扼要,可理解性强,注重理论联系实际,强调实用性。

本教材的编写得到卫生部教材办公室和全国高等医药教材建设研究会领导的关心指导,并得到第三军医大学、温州医学院有关领导的关心和支持,在此我们表示衷心感谢。

由于时间仓促,能力和水平有限,难免发生错漏,欢迎批评指正。

编 者

2003 年 9 月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 我国急诊医学发展史	(1)
第二节 急诊医学范畴	(2)
第三节 急诊医学的特点	(2)
第四节 急诊医疗体系	(3)
第二章 现场急救与运送	(6)
第一节 现场急救	(6)
第二节 现场急救技术实施	(7)
第三节 现场救护运送	(16)
第三章 急救技术	(19)
第一节 胸腔闭式引流术	(19)
第二节 深静脉穿刺置管术	(20)
第三节 气管插管术	(25)
第四节 环甲膜穿刺及切开术	(27)
第五节 气管切开术	(29)
第六节 心包穿刺术	(30)
第四章 心肺脑复苏	(32)
第一节 概述	(32)
第二节 心脏骤停的原因和诊断	(33)
第三节 心肺复苏的方法步骤	(34)
第四节 脑复苏	(41)
第五节 复苏效果的判断	(43)
第五章 加强监护病房和监测	(44)
第一节 急诊加强监护病房	(44)
第二节 急诊加强监护病房的监测	(46)
第六章 常见急重症状的诊断与急救处理	(54)
第一节 发热	(54)

第二节	咯血	(57)
第三节	呼吸困难	(60)
第四节	急性胸痛	(63)
第五节	急性腹痛	(64)
第六节	昏迷	(67)
第七章	急性中毒	(71)
第一节	概论	(71)
第二节	常见工业性毒物中毒	(77)
第三节	常见药物中毒	(81)
第四节	常见农药中毒	(86)
第五节	杀鼠剂中毒	(92)
第八章	休克	(99)
第一节	概述	(99)
第二节	过敏性休克	(105)
第三节	低血容量性休克	(108)
第四节	感染性休克	(109)
第九章	创伤	(112)
第一节	颅脑创伤	(112)
第二节	胸部创伤	(117)
第三节	腹部创伤	(120)
第四节	泌尿系统创伤	(123)
第五节	骨折	(126)
第六节	脊髓损伤	(128)
第七节	多发伤	(130)
第十章	淹溺、电击伤、中暑	(135)
第一节	淹溺	(135)
第二节	电击伤	(136)
第三节	中暑	(137)
第十一章	中枢神经系统急症	(144)
第一节	颅内高压	(144)
第二节	急性脑血管疾病	(151)
第三节	癫痫状态	(158)

第十二章	心血管系统急症	(161)
第一节	急性左心衰竭	(161)
第二节	急性右心衰竭	(163)
第三节	严重心律失常	(165)
第四节	急性冠状动脉综合征	(168)
第五节	高血压急症	(174)
第十三章	呼吸系统急症	(177)
第一节	重症支气管哮喘	(177)
第二节	急性呼吸窘迫综合征	(183)
第十四章	消化系统急症	(191)
第一节	急性上消化道出血	(191)
第二节	急性胰腺炎	(196)
第十五章	内分泌代谢系统急症	(202)
第一节	糖尿病酮症酸中毒	(202)
第二节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(208)
第三节	糖尿病酮症酸中毒——高渗性昏迷综合征	(209)
第四节	甲状腺功能亢进危象	(212)
第十六章	多器官功能障碍综合征	(215)
参考文献		(224)
索引		(227)

第一章 绪 论

急诊医学(emergency medicine)是医学领域中一门新兴的边缘学科。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。急诊工作直接关系到病人的安危和预后。及时、高效地抢救急危重病人,反映一个国家或地区的经济、文化、卫生状况和医疗水平,以及社会保障各部门的协调能力和管理水平。急诊医疗服务体系随着社会的发展,在保障人民健康,保护劳动力,促进国民经济的发展等方面,发挥越来越重要的作用。

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 20 余年。1984 年国家卫生部颁布《医院急诊科(室)建设方案(试行)》以及 1987 年中华医学会急诊医学学会成立以来,急诊事业较前有了迅猛的发展。各地医院相继建立了急诊科,并重视了急诊科的建设,加大了投入,急诊科的规模、设施也较前明显改善。急诊医学的专业人员由过去专科人员兼任而逐渐改变为培养急诊医学的专职医护人员,形成了相对独立的专业技术队伍,并不断发展壮大,技术力量大大增强。

与其他专业不同的是,急诊医学不单纯体现在专业技术方面,它同时需要得到社会保障体系的支持和广大人民群众参与。如大型意外灾害、交通事故伤、工矿事故的救治过程中,除了急诊医学专业人员积极救治外,还需要社会各界的大力支持和人民群众的广泛参与。在医院范围内,急诊医学强调强有力的组织,常需要多个专业人员参与协同抢救,在统一组织指挥下,密切合作,严格按照各项规章制度和救治程序有条不紊地实施各项救治措施。对伤病员的救治既注意病损的局部处理,更重视全身性的整体救治观念。因此,急诊医学非常强调急诊医疗服务体系。近年来,我国在城市普遍建立了符合我国国情的急诊医疗服务体系,即院前急救→医院急诊科→急诊 ICU。我国统一了全国急诊呼救电话号为 120,建立并不断完善院前急救的通讯网络,增加了急救车辆及院前急救仪器设备投入,城市交通快速发展,使院前急救的反应性加快。急救医学知识教育的普及使人民群众对意外事件及灾害自救互救意识和知识增强。院前急救有了较大的改观,城市医院普遍建立了急诊科,大部分市级医院急诊科建立了急诊 ICU,急诊科和急诊 ICU 在软件和硬件建设方面均得到了加强。因此,从总体来说,目前我国急诊医学正以坚实的步伐向

前迈进。

1980年8月在哈尔滨举行的全国危重病急救医学学术会议,标志着全国性的急诊医学学术活动的开始。1981年,《中国急救医学》创刊。1986年10月,由急诊医学学会筹备组在上海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。1990年起学会《急诊医学》杂志创刊,2001年起正式批准更名为《中华急诊医学杂志》。

1997年3月,急诊医学学会正式更名为中华医学会急诊医学分会,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。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,我国还参与并担任了亚洲急诊医学学会理事、世界急诊与灾难医学学会理事和国际急诊医学联合会理事。

第二节 急诊医学范畴

急诊医学是一门跨专业的边缘学科,专业技术方面与其他许多专业有紧密联系和交叉,但它突出各种危重急症的早期诊断治疗,其范围主要包括以下几个方面:

1. 初期急救(first aid) 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。
2. 复苏学(resuscitology) 针对心搏呼吸骤停的救治。
3. 危重病医学(critical care medicine) 危重病患者的主要病种包括各种疾病引起的心搏呼吸骤停、休克、各系统的危重急症和多器官功能不全等。
4. 创伤学(traumatology) 尤其是多发伤及严重创伤的院前现场急救和急诊科的早期救治。
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. 灾难医学(disaster medicine) 灾难医学是综合性医学科学。其内容包括自然灾害(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。
7. 急诊医疗体系(emergency medical service system) 即及时到达急危、重伤患者的身边,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做进一步诊治,少数危重患者需立即手术,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体系。

第三节 急诊医学的特点

1. 急危伤患者救治应反应迅速 急诊的特点之一是患者发病急骤,变化迅速、急危重症和创伤事故患者多。如各种急病、中毒、意外伤害患者,到达医院时已出现了危及生命情况如心搏呼吸骤停、心肺功能衰竭、严重创伤、大量失血、严重休克、深度昏迷等。因此,时间就是生命,应

争分夺秒,及时、迅速、准确地抢救这些危重患者。

2. 急诊工作强调制度化、标准化、程序化 急诊病人随机性大、难以控制。急诊患者的就诊时间、人数、病种及危重程度均很难预料。突遇交通事故、急性中毒、传染病流行等,患者常集中就诊,急救工作难度较大。因此,必须完善各种应急救治的预定方案,保持各种抢救器材和急救药品的完好,保证各层抢救组织的健全,坚持常备不懈,随时可投入急诊抢救。各项制度健全,操作规范,救治工作程序井井有条。

3. 急诊工作对医护人员的素质要求较高 医护人员要掌握主要急危重症处理和生命支持治疗的基本功,在较短的时间内,要能够对病情准确地作出判断,掌握并施行心肺复苏、心脏除颤起搏、气管插管、气管切开、洗胃、止血、升压、机械通气、生命监测等急救技术操作,有手术指征者,迅速取得生命支持后立即手术。

4. 树立整体思维、加强团结协作 急诊的疾病种类多,涉及专业广。有时一个重危患者,尤其是复杂疑难病例及复合伤,常需要多个科室和各类人员共同协作抢救,医务人员之间互相协作越好,救治成功的希望就越大。因此,应该树立整体观念,团结协作,互相支持,密切合作,从而形成救治的最佳方案,并保证各项措施及时落实,取得好的救治效果。

5. 分清轻重缓急 急诊病人病情不同、表现各异,不确定因素多,处理矛盾多。有的必须争分夺秒地抢救,有的则可以迟缓一步。因此,急诊工作应将有利于抢救患者作为原则,任何时候都把危重患者的抢救放在首位,分清轻重缓急,做到急症急治。

6. 对生命征不稳定的危重伤病员,在诊断未明的情况下,应坚持诊断与治疗同步,边检查边抢救,应及时采取抗休克、补液、吸氧等应急措施,不能消极地等待化验及检查。如怀疑腹腔、胸腔脏器出血,应立即行腹穿、胸穿,得到证实后立刻手术,不应该诊断与治疗脱节,片面地强调等待B超或X摄片证实后才考虑手术。否则,就可能丧失抢救时机。

第四节 急诊医疗体系

急诊医疗体系(emergency medical service system, EMSS)概括来说有院前急救、医院急诊科(室)急救、加强医疗单位(intensive care unit, ICU)急救3个部分组成,三者既有明确分工又相互密切联系,以形成一个有机的整体,为各种急危重患者提供快速而有效的急救医疗服务。急诊医疗体系的健全与否,急救效率和质量的高低,不仅反映一个国家、地区或医院的管理水平,也是反映其医疗技术水平的重要标志。

随着社会的进步及发展,人们对健康的需求迅速增长,各种突发性意外事故也在增多。已被实践证明有效、先进的急救服务系统,在抢救人民的生命方面发挥着越来越大的作用。它把急救医疗措施迅速地送到危重患者身边,经过初步诊断和急救处理,维护其基础生命,再把患者安全地转送到医院内作进一步救治,为抢救生命和改善预后争取了时间。EMSS在我国已得到了迅速发展。

1. 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、心脏骤停、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、严重创伤、急性中毒等危重病,均是急诊医疗体系的任务;对破坏性大、群体受伤较重的自然或人为的灾难所致的意外事故,要承担其中的抢救受害者和减轻伤亡程度的任务。根据统计数字表明,我国主要致死

疾病前五位依次是脑血管意外、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、创伤和中毒、心血管疾病。这些疾病,除恶性肿瘤外,大多数带有突发性,而且绝大多数发生在医院以外。如果能对这些人采取及时、有效的现场抢救,并把患者输送到医院进行延续强化救治,将会使许多人的生命得到挽救。

2. 急诊医疗体系的组织 急诊医疗体系包括院前急救中心(站)、医院急诊科室和急诊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。县级以上城市建立了急救医疗指挥系统,负责地区的急救工作的领导、指挥和协调。

建立城市三级急救医疗网,各级急救医疗机构接受急救医疗指挥部指派的对突发性灾难事故发生后的现场抢救;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。一般一级急救网络由城市一级社区医院和乡镇卫生院组成,可收治一般伤患者;二级急救网络由区、县级医院组成,可收治较重的伤患者;三级急救网络由市级综合医院和教学医院组成,收治病情危重且较复杂的伤患者。

3. 院前急救 院前急救是城市急诊医疗体系中极为重要的一环。院前急救的作用就在于在急危重伤患者的发病初期就给予及时、有效的现场抢救,维持患者的生命,防止患者的再损伤,减轻患者的痛苦,并快速地护送到医院进行进一步救治,为院内急救赢得时间和条件,减少急危重伤患者的死亡率和致残率。院前急救不仅包括患者的现场急救,还包括患者到医院的运输。现场急救包括快速检伤(检伤分类),采取简便有效的急救措施,必要时采用特殊急救措施,如急救手术。运输包括人工搬运和工具运输,在搬运的过程中,应根据不同的病情,采用相应的搬运方法和体位。在运输过程中还应根据病情需要进行现场抢救的延续治疗和途中监护。在病情危急的情况下途中亦应进行抢救。

指挥通讯系统可以说是院前急救的关键环节。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。

现在,有些城市的救护中心已装备了导航卫星全球定位系统(global positioning system, GPS),即利用导航卫星来进行测距以构成全球定位系统,目前,利用 GPS 作救护车辆定位系统的通讯平台以 GSM(global system for the communication)网络最为有利。GPS 系统利用 GSM 网络短消息业务进行定位数据和调度命令的传输,将车辆的位置信息、报警信息实时传送至监控中心。同时,监控中心可以向车辆发送调度命令、控制信息,可以将病人姓名、地址、病情、会面地点直接通过短消息方式发到车载终端,司机亦可将任务完成情况通过短消息方式发向中心。

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,立刻赶到现场,经过妥善救治,待病情稳定后,及时安全地转送到医院。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,可根据急救需要发展急救直升机或快艇。

急救医疗的器械、仪器设备、药品以及救护车、通讯设施和相应的物资,由卫生行政部门统一要求,实行规范化管理。各医疗单位根据要求,装备齐全、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。

现场急救人员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。应急的急救人员应接受严格的院前急救专业培训,能熟练掌握止血、包扎、固定、搬运等技术,掌握基础生命维护以及常见急症如急性脑血管病的心力衰竭、应急处理、心电监测、呼吸管理、心脏除颤、抗心律失常等治疗措施。以提高其抢救水平和应急能力,一旦接到命令,即能招之即来,按要求到达现场参加急救。

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、呼吸功能障碍;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。

4. 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、搬运和常见创伤的简单处理方法。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。

(黄显凯)

第二章 现场急救与运送

第一节 现场急救

我国人口众多、地域辽阔,地质条件复杂,是世界上自然灾害最多,灾害损失最严重的国家之一。灾害造成的巨大损失已严重制约我国国民经济发展的速度。我国政府历来十分重视防灾、救援工作,一旦灾害和意外事故发生,政府都竭尽全力采取保证交通、饮用水、粮食、急救等生命线工程的畅通无阻。灾害的现场医疗急救是整个生命线工程重要的组成部分,不仅可减少死亡、伤残人数,而且还有力的控制疾病流行,减轻灾害造成的心理和社会压力,具有重大的社会意义。

一、灾害事故分类

(一) 自然灾害分类

按照灾害的不同性质分为七类:①气象灾害,包括热带风暴、龙卷风、暴风雪、暴雨、寒潮、大雾、冰雹等;②海洋灾害,包括风暴潮、海啸、海浪等;③洪水灾害,包括洪涝灾害、江河泛滥等;④地质灾害,包括崩塌、滑坡、泥石流、火山爆发等;⑤地震灾害;⑥农作物灾害,包括农作物病虫害、鼠害、农业气象灾害等;⑦森林灾害,包括森林病虫害、森林火灾等。

(二) 人为事故灾害分类

一般分为火灾事故、交通事故、工伤事故、化学事故、其他事故等五类。

二、灾害事故急救预案实施

医疗救护系统根据灾害事故的特点和本地区救灾能力制定出突发性灾害事故医疗急救预案,灾害一旦发生,在预案下实施急救有利于职责分工,达到忙而不乱,急而有序。预案内容包括:目的和要求;人员结构和分工;急救必备器材、药品、物品等;先进通信和交通工具;灾时检伤和救治原则;病人疏散后送原则;灾后预防原则;信息收集、反馈和传递等。

三、灾时检伤和救治原则

对大批受灾伤员救治原则应当是在最适当时间和地点对为数最多的伤员施行最好的救护。

在灾害事故的现场设置临时医疗指挥所,担负检伤、就地急救和分流任务。检伤应由具有专业知识和急救经验的主治医师以上人员担任。按伤情分为四类,可用绿、黄、红、黑不同颜色标志,绿色代表轻度损伤,生命体征正常;黄色代表中度损伤,介于轻伤和重伤之间;红色代表重度损伤,生命征不稳定,休克、意识不清、呼吸困难等;黑色代表死亡。救治原则为先重后轻、先急后缓、先救命后酌情处理创伤。对心跳呼吸骤停、大出血、脊椎骨折、重度休克等伤员应先进行现场急救,待病情许可时再转送,否则易引起转送途中病情加重或死亡。现场急救方式有自救、互救、群众性救护、专业性救护等。

四、病人疏散后送原则

经检伤和现场急救后伤员应尽快疏散后送。原则是专科伤员如烧伤、颅脑外伤可直接送专科医院或特色医院;重伤员就近送往技术设备力量较强的市级医院或省级医院;中度伤员和轻伤员,可就近送往区级医院;死亡人员就地等待善后处理。疏散后送应根据伤员人数、伤情、当地各级医疗机构的救治能力,做到合理分流,把最急需进行急救的伤员首先送往最近的医院。

五、灾后预防原则

突发性重大灾难不仅给受灾人群造成重大伤亡,而且常引起一部分人的精神创伤,使生命节律发生紊乱和退缩行为,如恐惧、颤抖、木僵、过度兴奋等现象,即所谓“灾难综合征”。据统计约占受灾人75%左右。另外“大灾之后必有大疫”,这要靠流行病、传染病、神经精神病、心理学等专家来研究和防治。

第二节 现场急救技术实施

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,坚持对所有急性疾病和创伤必须先“救”后“送”,而非先送后救的基本原则。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。

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,就显得十分重要。因此,院前急救不再是关在医院围墙里的医生的专利。对医务人员本身也存在着普及急救知识的问题,其方式不尽相同,但要求则应该更高。因为现在医务人员,特别大医院的医务人员的知识结构,存在着分工过细,过于专业化的问题。例如,一位心内科医师,往往不知道骨折后应该如何急救,某一专业的外科医师往往不知道急性心肌梗死该如何初步急救。因此,从事急救事业的医务人员应该掌握比较全面的知识,做全科或通科医师,才能满足急救事业的需要,才能判别急症病人关键问题所在,分清轻重缓

急,给予正确的院前急救。

意外伤害往往造成身体各部位、各脏器的严重损害,有时危及生命。伤害后大出血、颅脑外伤、严重骨折、昏迷等,需要迅速进行现场急救。急救人员除熟练掌握不失时机进行有效的通气、止血、包扎、固定和搬运外,还应立足于现场,开展以心肺复苏为主的挽救生命,以及对严重创伤造成伤残等危急情况的紧急医疗救护。

一、院前急救原则

1. 速判明需要紧急救护的地点、事件和人数。
2. 立即采取现场行之有效的救护措施,努力做到早期呼救、早期心肺复苏和早期实施四项急救技术:止血、包扎、固定和搬运。
3. 在救护中要保护自己免受伤害。如在救护触电人时,不能用手直接去拉尚未脱离电源的人;在毒气现场,应戴防毒面具才能进入现场救人。
4. 在救护中不应该继续加重病人所受到的伤害。
5. 院前急救应尽量徒手操作或尽量少借助于器械。
6. 急救措施力求简单易行,以便容易掌握,但效果必须确实可靠。
7. 救护人员应该快速掌握伤员的生命征:神志、瞳孔、呼吸、循环情况以及头、颈、胸、腹、骨盆和四肢伤情。
8. 注意保护现场。
9. 发现新情况及时通知有关部门。
10. 院前急救需紧张有序地进行工作,要推荐一位有经验的医师负责指挥、裁决和领导抢救工作。

二、早期呼救

急性疾病、意外伤害、交通事故、突发事件发生后,第一目击者在现场发现危重病人,应立即向急救中心或就近医院呼救。通常呼救的依据是现场环境异常。如出现撞车、起火等异常现象,远处冒着浓烟,有爆炸声、闻到特殊气味,听到救命声等。又如家中有病人陷于昏迷,或病人自诉剧烈心前区疼痛等。呼救内容包括:呼救人(第一目击者)的姓名及身份,伤病员的情况,目前最危急的表现,如神志不清昏倒在地,既往有高血压病史;病人诉胸部剧烈疼痛,既往有冠心病史;被汽车撞倒,多处损伤,血流不止。伤病员发病现场的地址、电话号码、等候救护车地点,最好有醒目的标志。意外伤害事故应该说明受伤大约人数、伤害性质。如一辆满载乘客的公共汽车在交叉路口与大货车相撞,大约有30人受伤等。

迅速、准确的呼救,为伤病员获得急救中心或医院及时、有效的院前急救提供了保障。受理呼救的部门,应根据报告的内容,立即派出就近的急救网点救护车赶赴现场。或者根据卫星定位系统,派出离呼救现场最近的流动救护车。在救护车派出后,受理呼救人员应立即给呼救人反馈。呼救者要因因地制宜立即采取急救措施,在救护人员到达前,使伤病员得到必要的抢救。比如呼吸心跳停止者,可进行徒手心肺复苏;开水烫伤了腿部,用剪刀剪去裤腿,然后用自来水充分冲洗烫伤处,以达到降温目的。