

湖南省乡村卫技人员培训教材

(急诊医生部分)

湖南省卫生厅

二〇〇五年四月

湖南省乡村卫技人员培训教材

(急诊医生部分)

湖南省卫生厅

二〇〇五年四月

前 言

提高农村卫生机构服务能力，保障农村居民健康，是促进农村经济发展，创造和谐社会的一件大事，而提高农村卫生机构服务能力，关键是提高农村卫技人员的业务水平。党和政府非常重视农村卫生服务能力建设，加大了对乡村卫技人员培训的投入。2004 年，国家安排专项资金实施了“提高农村卫生服务能力及新型合作医疗管理能力建设项目”，要求 2005 年要完成全国建制乡镇卫生院院长管理培训和乡村两级卫生人员传染病防治知识培训。2005 年 1 月，湖南省卫生厅专门下发《关于乡村卫技人员培训的通知》，结合卫生部的安排，确定以 3 年为周期，对全省乡镇卫生院内（儿）、外、急诊、妇产科等重点科室以及检验、放射、心电图、B 超等医技科室的卫技人员进行系统强化培训，使之业务知识和技能达到岗位要求。2005 年培训对象重点从 2003、2004 年已完成和 2005 年正在进行房屋改造、设备配套的乡镇卫生院以及合作医疗试点县乡镇卫生院的上述对象中选派。

根据全省乡村卫技人员培训工作的总体安排，我们组织有关专家编写了培训教材。其中，乡镇卫生院院长、传染病主检医生、急诊医生、防疫专干、妇幼专干、乡村医生为短期集中培训，这 6 个专业分别编写了教学计划、教学大纲和培训讲义；内（儿）科、外科、检验、放射、B 超、心电图为进修培训，这 6 个专业编写了教学计划、教学大纲，分别指定了建议教材；妇产科医生培训选用已经下发的由卫生部妇社司编写的《孕产期保健服务手册》一书为教材。统一编写培训教材，目的是统一培训内容和要求，帮助乡村卫技人员掌握各专业岗位最需要的基本知识和基本技能，使之明了在各自岗位上做什么，怎么做，要达到什么标准和要求。希望各地按照教材要求，精心组织培训教学，以求取得满意的培训效果。

首次系统编写乡村卫技人员培训教材，是一次新的尝试，缺乏经验和借鉴，并且，由于时间非常仓促，难免有缺陷甚至错误之处，请在培训实践中予以更正并及时反馈意见。

湖南省乡村卫技人员培训教材编委会

二〇〇五年四月

目 录

第一篇 急诊医学概论	(1)
第一章 现代急诊医疗服务体系	(1)
第一节 急诊医学的范畴	(1)
第二节 急诊医疗服务体系 (EMSS)	(3)
第二篇 初步急救	(11)
第一章 现代急救基本技术	(11)
第一节 止血	(11)
第二节 包扎	(13)
第三节 固定	(16)
第四节 搬运	(18)
第二章 初步急救	(20)
第一节 口对口人工呼吸	(20)
第二节 窒息急救法	(20)
第三节 休克的现场处理	(21)
第四节 意识障碍和保护体位	(22)
第五节 溺水的现场急救	(23)
第六节 出血的现场急救	(24)
第七节 电击伤的现场急救	(24)
第八节 烧伤的现场急救	(25)
第九节 中毒的急救和现场处理	(25)
第十节 冻伤的现场急救	(26)
第十一节 小切割伤的现场处理	(26)
第十二节 叮咬伤的现场处理	(27)
第三篇 心搏骤停与心肺复苏	(29)
第一章 心搏骤停	(29)
第二章 死亡的识别	(31)
第三章 心肺复苏	(32)
第四篇 常见急症的识别与处理	(36)
第一章 急性呼吸困难	(36)
第一节 气管支气管异物	(36)
第二节 喉阻塞	(36)
第三节 急性呼吸衰竭	(37)
第二章 休克	(40)
第三章 心脑血管急症	(55)
第一节 急性冠脉综合征	(55)
第二节 严重心律失常	(57)
第三节 急性脑血管病	(60)
第四章 上消化道大出血	(63)

第五章 高热	(68)
第六章 大咯血	(70)
第七章 昏迷	(71)
第八章 癫痫持续状态	(74)
第五篇 急性中毒	(76)
第一章 急性中毒总论	(76)
第二章 急性中毒各论	(78)
第一节 急性一氧化碳中毒	(78)
第二节 有机磷杀虫剂中毒	(79)
第三节 毒蕈和食物中毒	(82)
第四节 砒霜、亚硝酸盐、灭鼠药和除草剂中毒	(89)
第六篇 急性损伤	(95)
第一章 动物咬伤	(95)
第一节 毒蛇咬伤	(95)
第二节 毒虫咬伤	(96)
第三节 狂犬咬伤	(99)
第二章 意外伤害	(102)
第一节 电击伤	(102)
第二节 高温综合征	(103)
第三节 淹溺	(105)
第四节 低温损伤	(106)
第七篇 创伤及初步处理	(109)
第一章 创伤总论	(109)
第二章 多发(联合)性创伤	(111)
第一节 软组织挫伤	(111)
第二节 联合性创伤	(111)
第三节 颅脑创伤	(111)
第四节 胸部创伤	(112)
第五节 腹部创伤	(113)
第三章 骨折	(114)
第一节 骨折概论	(114)
第二节 骨折的治疗	(114)
第三节 常见的关节脱位	(115)
附件: 湖南省乡(镇)卫生院急诊医生培训教学计划	(117)
湖南省乡(镇)卫生院急诊医生培训大纲	(118)

第一篇 急诊医学概论

第一章 现代急诊医疗服务体系

急诊医学是现代医学的重要组成部分，被医学界同行和专家们承认为独立专科的时间仅 20 多年左右，但发展极度为迅速，随着社会进步，医学科学技术的发展和人民生活水平提高，人们必将对急诊医学提出更高的要求。因此，探讨急诊医疗管理是摆在医务工作者面前的一个重要课题。

第一节 急诊医学的范畴

一、急诊医学的概念

急诊医学是一个广义的学科名称，它包括急救医学、灾害医学、危重病医学、复苏和急诊医疗服务体系等几个方面。

1、急救医学：包括现场急救、运送病人（包括途中监护、急救）及医院内急诊三个部分。一般急症的常见病症有：发热、眩晕、呕吐、腹泻、鼻出血、哮喘等，占整个急诊工作量的 90% 左右。

2、灾害医学：是专门研究组织抢险救灾，包括现场的初步急救、分诊、安全、转运等。

3、危重病医学：是指在创伤、休克、严重感染、大面积重度烧伤、心、肺、脑、腹等大手术后，以及病理产科等危险情况下，出现单一或多发的重要脏器功能衰竭，并伴有能量代谢、氧代谢以及有出血、凝血、免疫、内分泌等系统相关联的变化。

4、复苏学：重点是对心搏呼吸骤停的抢救，对组织器官缺氧、缺血时的病理生理变化，和再灌注后器官损伤进行研究。

二、急诊工作的特点

1、变化急骤、时间性强：急诊病人往往为急性中毒、意外伤害、突然发病或病情急剧变化。因此，“时间就是生命”，及时有效地救治是抢救成功的关键。因此，急诊医疗必须突出一个“急”字，医务人员一方面要重视病情，争分夺秒地抢救病人；另一方面要适时与病人家属沟通交流，主动介绍抢救情况，倾听他们的心声和要求。

2、随机性大、可控性小：急诊就诊时间、人数、病种及危重程度等均难以预测，因此，必须制定完善的各种急救预案，随时做好救治准备。

3、病谱广泛，多科交叉：疾病谱广，涉及专科多，原发病与继发病或兼症一时难以区别，因此要求医生知识渊博，最好是“全科医生”。参与抢救者必须团结协作，相互支持，积极主动地做好抢救工作。

4、抢救工作难度高：急诊危重病人病情变化大，在短时间作到准确诊断难度高，病人的身体因素，精神因素等使抢救用药不可能局限在常备药范围内，给治疗带来了较大难度；急诊危重病人病种复杂，也给抢救工作带来了一定的难度，应当选派责任心强，技术水平高，反应敏捷，身体健

康的医务人员充实急诊第一线。

5、多学科协同抢救机会多

尤其是复合伤病人的救治，往往需要多个专业的医技人员参与。此时需要有强有力的组织指挥，需要落实首诊负责制，需要在床旁进行检查或由医护人员护送去检查，要确保检查和运转途中的安全。

6、“三不管”病人处理困难

就诊病人中那些缺乏经济来源的、无人照顾的、无工作单位的，以及各科都不愿收住院的病人，称之为“三不管”病人，对这些病人的医疗管理相对困难，需要耐心协调，既要落实基本的医疗抢救，又不能造成欠费过多。

三、急诊医务人员应具备的医德

对于急诊医务人员，由于急诊具有紧急抢救性、同步协作性、多学科综合性以及社会关注、敏感等特点，其高尚的医德有特殊重要的意义。急诊医务人员必须具备的医德素质表现在“五心”。

1、爱心：视病人如亲人、想病人所想、急病人所急。急诊工作中，经常是人命关天，十万火急，病情就是命令，时间就是生命，不论何时何地、何种情况，要有召之即来、来之能救、不怕疲劳、连续救治的精神，以最短时间投入抢救工作，只要病人还有一线希望，就要作出百分之百的努力。快，就是“爱”的集中表现。

2、精心：严肃认真，对病人生命高度负责。无论白天黑夜或者有无他人地场，都严格遵守规章制度和操作规程，绝不马虎草率、敷衍应付。要充分考虑病伤的多方面因素，作出准确的判断和制定最佳抢救方案，并以精湛的操作技术和广博的新知识，保证抢救工作的顺利进行，杜绝误诊或其他医疗事故。急诊工作中是否“精心”，是衡量医务人员医德优劣的重要标志。

3、齐心：团结协作，主动配合。抢救急、危、重病人往往涉及多种学科、多个岗位，抢救宛如一场“多兵种联合作战”，要一切为了救病人，不分一线二线、份内份外，哪里需要哪里出现，能帮就帮，不计个人得失，维护集体荣誉。是否“齐心”，也是考察每个医务人员医德水平的重要内容。

4、细心：细致耐心，一丝不苟。由于急诊工作的特殊性，涉及法律问题较多，要谨慎周全，切忌粗枝大叶。如法定传染病，不仅要注意病情、病人来源。还要弄清路途与何人接触，及时报告。因某个事故而致病者，从接诊、治疗、抢救到出院全过程都要作认真完整记录，并有执行者签名，因为医师的病案、证词和医院的证明均系法律依据。对病人家属或单位领导解释病情要客观耐心，合乎逻辑，勿因出语不慎造成误解，也勿因顾虑说错而缄口不语，有特殊问题需主治医师或科主任统一答复的，其他人员不议论、不随意解说。对病人的“隐私”不得传播。不论何因致病，不得对患者和家属另眼相看。这种“细心”，有利于减少各种干扰，使患者和医务人员之间建立起亲密感和信赖感，增强战胜疾病的勇气。

5、公心：愈是危急病人，病家愈有求于医院，急诊医务人员更应以公心，绝不以医谋私，更不允许乘人之危，对病家敲诈勒索，收受贿赂或其他变相贿赂，增加病家负担。工作中一旦发生差错也应出以公心，及时报告，不得隐瞒或文过饰非，并努力减轻或避免因差错造成的危害，力争不误抢救时机。

总之，急诊医务人员的医德修养不仅仅是个医疗作风和服务态度问题，而且直接关系到抢救工作的成败，关系到提高成功率、降低死亡率、确保病人生命安全的大问题。因此，它是急诊科建设中的一件大事，是贯彻执行急诊工作各项管理制度、工作条例和各项规定的思想基础，这一条抓好了，落实了，整个急诊工作就有了可靠的保证。

第二节 急诊医疗服务体系 (EMSS)

急诊医疗体系 (EMSS) 是我国现阶段逐渐发展起来的城乡急救组织。它是院前急救中心 (站)、医院急诊科 (室)、强化或专科监护病室三部分有机地联系起来的一个完整的现代化医疗机构。

一、院前急救的概念

院前急救有广大与狭义之分。广义的院前急救是指伤病员在发病或受伤时, 由医务人员或目击者对其进行必要的急救, 以维持基本生命体征和减轻痛苦的医疗活动和行为的总称。它既可是医疗单位闻讯后赶赴现场的救治活动和行为, 也可是经过心脏复苏 (CPR) 等普及培训教育的红十字卫生员、司机、交通警察、营业员以及其他人的救治活动。

狭义的院前急救则专指有通讯, 运输和医疗基础要素所构成的专业急救机构, 在病人到达医院前实施的现场救治和途中监护的医疗活动。

二、院前急救的特点

从社会学角度分析, 院前急救具有社会性强、随机性强、时间紧急和流动性大等特点; 从医疗角度分析, 院前急救具有急救环境条件差、病种多样复杂、只能以对症治疗为主、救护人员工作时体力强度大等特点。

1、社会性强、随机性强: 急诊医学是医院领域中一门新兴的边缘学科, 这就使院前急救逾越了传统的分科范围。院前急救活动涉及社会各个方面, 使院前急救跨出了纯粹的医学领域, 这就是其社会性强的表现。其随机性强则主要表现病人何时呼救, 重大事故或灾害何时发生往往是个未知数。

2、时间紧急: 一有“呼救”必须立即出车, 一到现场必须迅速抢救。不管危重病人还是急诊病人, 几乎都是急病或慢性病急性发作, 必须充分体现“时间就是生命”, 紧急处理, 不容迟缓。紧急还表现在不少病人及其亲属心理上的焦急和恐惧, 要求迅速送往医院的心情十分迫切, 即使对无生命危险的急诊病人也不例外。

3、流动性大: 院前急救流动性很大, 平时救护车一般在本区域活动, 而急救地点可以分散在区域内每个角落。病人的流向一般也不固定, 它可以是区域内每一个综合性医院 (有固定接收医院的地区除外), 如可能到邻近省、市、县帮助救援, 前往的出事地点其往返距离常可达数百公里。

4、急救环境条件差: 现场急救的环境大多较差, 如狭窄的地方难以操作, 暗淡的光线不易分辨, 有时在马路街头、围观人群拥挤、嘈杂; 有时事故现场的险情未排除, 可能造成人员再损伤; 运送途中, 救护车震动和马达声常使听诊难以进行, 触诊和问诊也受影响。

5、病种多样复杂: 呼救的病人涉及各科, 而且是未经筛选的急症和危重症患者。

6、以对症治疗为主: 院前急救因无充足的时间和良好条件作鉴别论断, 故要明确诊断非常困难, 只能以对症治疗为主。

7、体力强度大: 如随车人员到现场要经过途中颠簸, 到现场时要随身携带急救箱。若现场在高楼无电梯时就得辛苦爬梯; 若现场是在救护车无法开进的小巷或农村田埂就得弃车步行。到现场后随车人员不得休息, 须立即对病人进行抢救, 医务人员既当医生又当护士; 抢救后又要边指导边搬运伤病员, 运送途中还要不断观察病人的病情。上述每一环节都要消耗一定体力。

三、院前急救的任务

确定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。主要任务有 5 个方面。

1、平时对呼救病人的院前急救: 这是主要和经常性的任务。呼救病人一般分两种类型。一类为短时间内有生命危险的病人, 称为危重病人或急救病人, 如心肌梗死、窒息、休克等。此类病人

约占呼救病人的 10%~5%，其中要进行就地心肺复苏抢救的特殊危重病人的比例<5%。对此类病必须进行现场抢救，目的在于挽救病人生命或维持其生命体征。另一类为病情紧急但短时间内尚无生命危险病人，如骨折、急腹症、重症哮喘等患者，称为急诊病人。此类病人约占呼救病人 85%~90%，现场处理的目的在于稳定病情、减轻病人在运送过程中的痛苦和避免并发症的发生。

2、灾害或战争时对遇难者的院前急救：对遇难者除应做到平时急救要求外，还要注意在现场与其他救灾专业队伍的密切配合以及自身的安全。若遇特大灾害或因战争有大批伤员时，应结合实际情况执行有关抢救预案。无预案时须加强现场指挥、现场伤员分类和现场救护，应区别不同情况，做到合理分流运送。

3、特殊任务时救护值班：指当地的大型集会、重要会议、国际比赛、外国元首来访等救护值班。执行此项任务要求加强责任心，严防擅离职守。若意外遇有伤病员，可按上述两条处理。

4、通讯网络中的枢纽任务：通讯网络一般由三个方面构成。一是市民与急救中心（站）的联络；二是中心（站）与所属分中心（站）、救护车、急救医院即 EMSS 内部的联络；三是中心（站）与上级领导、卫生行政部门和其他救灾系统的联络。在通讯网络结构中，急救中心（站）承担着承上启下、沟通信息的枢纽任务。

5、急救知识的普及：急救知识的普及教育可提高急救服务的成功，平时可通过广播、电视、报刊等对公众普及急救知识，开展有关现场救护及心肺复苏的教育。院前急救机构由于与病人的家属、事故现场的目击者有直接的联系，同时掌握的现场抢救技术与院前急救疾病谱及公众需要掌握的知识又比较吻合，因此应该与红十字会一样成为开展普及教育的主力军。

四、院前急救的内容

院前急救的内容与院内急救内容是不同的，它强调现场急救和途中救护。

(1) 现场急救：目的在于挽救和维持基本生命，减轻途中痛苦和并发症，不是给予确定性、病因性治疗，强调对症治疗。

1) 维持呼吸系统功能：包括吸氧、吸除痰及分泌物，呼吸兴奋剂，口对口人工呼吸，气管插管人工呼吸等。

2) 维持循环系统功能：包括胸外心脏按压、心电监护、除颤、体外起搏器的使用，有生命危险的心律失常的药物治疗等。

3) 维持中枢神经系统功能：急性脑血管病的处理，预防治疗脑水肿、降低颅内压、控制癫痫等。

4) 急性中毒、意外事故处理。

5) 脑、胸、腹、脊柱、四肢以及其他部位外伤的止血、包扎、固定、搬运。

6) 止痛、止吐、止喘、止血等对症处理。

(2) 途中救护：合理转运分流病人是院前急救不可少的步骤，但对转运伤病员要求快速安全。为避免突然刹车时造成车内伤病员和医护人员受伤，病人的担架应该很好固定，医护人员和陪护人员应该使用安全带或抓牢扶手，病人在车内应根据病情采取坐位，平卧位或头低足高位。四肢骨折的病人应给予外固定防止颠簸，脊柱骨折的病人主张垫硬板，以防止脊髓损伤，昏迷呕吐病人应将头侧向一边避免呕吐时窒息，疑有颈椎骨折的病人，应以颈领固定之，避免加重或造成高位截瘫。

五、院前急救的管理

平常时的院前急救和受灾时的院前急救在组织形式上是不同的，其组织机构、涉及部门、急救人员、急救方式和内容都有差异。平时院前急救由辖区内急救中心站施行。院前急救管理的重点在受灾时的组织领导。受灾时均由辖区最高领导负责，无灾时则由辖区内的最高卫生行政部门负责组织训练，检查“预案”执行情况，做好防灾救灾准备。为了做好灾时的院前急救工作，平时就要抓好以下几个重要环节，即指挥系统、通讯系统、救护系统、运输系统。根据灾情的需要，还要急救医疗以外的其他系统如消防、公安、人防、交通等部门参加。受灾时院前急救的指挥系统要由辖区

最高领导人即主管省长或市长亲自指挥，方可调动各系统、各部门的千军万马。指挥系统是由主管省长或市长组织卫生厅（局）和其他系统主管负责人组成的指挥系统，分别实施救灾活动。由此系统指挥院前急救和院内急救的一切行动。

六、医院急诊科（室）的建设与管理

院内急诊医疗是院前急救医疗的继续，除发生灾害或灾害性事故外，医院院长着重管理院内急诊医疗，重点放在本院急诊科的建设上。急诊科是医院医疗工作的第一线，是医院面向社会开放的重要窗口，它的功能发挥得好坏直接关系到病人生命的安危和家庭的悲欢，同时也反映出医院管理水平和技术的优劣。急诊科的管理须从体制改革、人员安排、制度建设、设备投入等方面着手，调动急诊医护人员的积极性，提高急诊工作效率和抢救成功率。

（一）我国急诊科的现状

我国各医院的急诊科（室）与国外不同，急诊病人可以到任何医院急诊科自由就诊。而大多数国家首先由院前急救机构将急诊病人分为轻、中、重和专科病人，一般先将病人送基层医院，然后再将基层医院无能力收治的病人逐级上转到中等或大型医院（包括专科医院），所以大型医院每日仅接受数名急性危重病人。在我国急诊病人中，绝大部分为急平诊，重危病人仅占5%以下，所以我国的急诊科（室）模式与国外截然不同。目前，我国急诊科大致有以下几种管理形式。

1、全部医生为急诊科内的急诊专科医生，诊治全部急诊病人，包括平诊病人的诊治以及急诊重危病人的抢救，也管理急诊ICU和病房。该类模式在急诊病人量不大的医院，医疗质量高，管理也方便。

2、也有在以上基础上，再分急诊内科和急诊外科。外科医生专对急诊外科病人进行手术和术后管理，内科医生对心血管病等内科急诊病人进行救治。此类模式在国内极少，但已有成功的例子。

3、到急诊科就诊的各种急平诊、普通急诊和单科病人在急诊室由各科派出的轮转医生诊治。急诊科专业医生主要负责重危病人的抢救，如多发伤及其他疑难急症的救治，并管理急诊ICU和病房，同时成立急诊医学教研室和接收研究生，开展临床教学和科研工作。目前这一模式的急诊专科医生相对急诊业务量（医、教、研）来说人数较少，在此限制了业务的拓展。

（二）急诊科的建设

目前国内外暂无统一的模式，但急诊科是急诊医疗体系中的重要组成部分，它是急诊医学医、教、研的基地，是医院医疗工作的第一线，是医院面向社会开放的重要窗口。据国家卫生部[84]卫医司字第36号文件“关于发布《医院急诊科（室）建设方案（试行）》的通知”精神，参照湘卫医发[1998]24号湖南省卫生厅关于下发“湖南省综合医院急诊科评审标准（试行）”的通知精神，急诊科应是院长领导下的独立的一级临床科室。

1、环境布局及秩序

1) 自成一区，建设布局及人物流向合理，室内采光及色彩设计符合卫生学要求，占地宽敞，空气流通，阳光充足，室温适宜，环境幽静。

2) 建立绿色通道，设有醒目的急诊和分区标志。

3) 秩序井然，病人就诊程序方便、合理、设施完善。

4) 儿科单设，急诊传染病隔离病房独立成区。

5) 急诊医疗区内禁止吸烟。

2、机构设置与人员配备

1) 科室设置：设分诊台、内、外、妇产、五官科、神经科、皮肤科、抢救室、监护室、治疗室、手术室、观察室、急诊病房、挂号收费室、药房、心电图室、化验室等。

与急诊分区相应的建立护士和医生工作区和值班休息区，及为病人服务的后勤服务区。急诊室应考虑常规收治急诊病人和接收大规模突发伤病员的两种可能，在场所、设备、设施上进退自如。

急诊科不能孤立无援，必须与其他相关科室相互依托，共同完成急救医疗工作。急诊科区内要有急诊挂号，收款处，急诊药房，急诊化验室，急诊心电图室，B超室等，还要有通道连接的X光透视，摄片，CT和MRI室等。要求上述科室或部门标牌清楚，布局合理，减少交叉穿行，方便病人就诊检查。

2) 人员配备：急诊科的人员配备应根据急诊科的规模、急诊工作量、所设专科等条件按国家卫生部医院急诊科（室）建设方案所定标准执行。

为了保持急诊科医师队伍的相对稳定，急诊科要有自己固定的医师，设科主任一名，三级医院的科主任应具有主任医师职称，二级医院科主任应具有副主任医师技术职称。副主任一名及主治医师、住院医师若干名。护士长一名，护士若干名。设立独立编制的急诊护理单元（长期固定），在护理部统一管理下和科主任及护士长领导下工作。轮转医师必须从事临床工作3年以上，急诊专科固定医师与换医师比例为1:3，每个轮换医师至少稳定6~12个月。轮转医师中主治医师要占50%，进修医师不得单独值急诊班。

3、急诊科的设备：急诊科是院内急救的前哨，急危重症多、病情复杂，除急诊医护人员要做到随时抢救病人外，急诊科的设备也必须时刻处于待用状态，要求急救设备齐作、好用、耐用。

急诊抢救室应备以下设备：心电图机、除颤示波器、心脏起搏器、心脏按压器、心电监护仪、血压监护仪、血氧饱和度监测仪、吸引装置、供氧装置、喉镜、气管插管、简易呼吸器、呼吸机、洗胃机和各种无菌备用的基本手术器械等。有条件的医院还可备有移动式手术床、麻醉机和手术无影灯等，移动式的X线机，血透析仪及血浆置换仪。

4、急诊科的制度建设

1) 急诊就诊制度：急诊科管理的重点之一是制度建设，以完善的制度调动急诊医护人员的积极性和规范他们行为，保证病人就医方便，救治及时，提高急诊医疗质量。

2) 急诊分诊制度：分诊是急诊护理工作中一个重要环节，所有急诊就诊的病人都要通过分诊，由分诊护士根据病人的主诉和主要症状、体征，分清疾病的轻、重、缓、急及隶属专科。急诊，是指那些不影响生命而病情紧急的病人，需要及时诊治、处理解除其病痛；急救，则是对危及生命的急、危、重病人，应立即组织人力、物力积极进行抢救而言。因此，当遇有急、危、重病人时，应当立即送往专科室先进行救治，后补挂号手续。

3) 急诊岗位责任制：急诊科必须必须保24小时开诊，急诊医护人员必须坚守岗位，不得以任何理由脱岗。因有事暂时离开诊室必须向值班护士说明去向和时间。值班的医师、护士不得私自换班或请人代班。遇有特殊情况时也必须经科主任或护士长批准，并待替班者接班后方可离开。8小时值班制的医师、护士夜间不得睡觉。12小时值班制的医师在处理完病人后方可到指定地点休息。如果两个人以上值班的可轮换休息，并做到随叫随到。

4) 急诊首诊负责制：凡第一个接待急诊病人的医院、科室和医师即为首诊医院、首诊科室和首诊医师。首诊医师应对就诊病人认真负责，仔细询问病史、仔细查体，做必要的辅助检查，明确诊断，积极救治，并以完整的病历表达。如果首诊医师发现就诊病人的病情涉及到其他专科或确系他科诊治范围时，在完成各项检查并做了必要的处置，写好病历后再请有关专科会诊。如果病人确需转科或转院时，首诊医师须掌握指征，病情允许，由行政值班与对方联系好以后，带着病历和转院单方可转出。虽然已经办了转院手续，只要病人没有离开本院，首诊医师要继续负责，必要时还要往下交班。

5) 急诊病历书写制度：急诊病历的书写要求简明扼要、重点突出、及时、准确、完整、字迹清晰。为了检查病历书写情况，便于急诊医疗资料的统计，利于病人投诉问题的解决，有的地区已经实行了急诊复写病历。急诊病历要包括一般项目、病史、体检、辅助检查、诊断、治疗（包括处理）、预后、去向、医师签字等项目。急诊急病历要强调时间、强调数据、剂量，例如病人的发病时间、来院离院时间、会诊时间、治疗时间等；体温、血压、脉搏以及检查的结果要写具体数据；

用药要写剂量。死亡病历不交给家属或单位，由急诊科（室）统一保管。实习医师的病历、处方、检查申请单等均须经带教老师复核签字，否则无效。

6) 急诊报告制度：急诊工作涉及面广、政策性强、社会舆论敏感，要求急诊医护人员增强法制观念。当遇有特殊情况时，要及时、如实向上级领导报告。例如有大批外伤（车祸、塌方、爆炸等）、中毒（食物中毒、毒气泄漏），要边抢救边报告，白天报告医务部，夜间、单位记者、涉外人员时，或者发生医疗纠纷时，均需要及时向上级报告，请求处理意见，避免造成不良影响的后果。急诊医师遇到危重、疑难病症或处理上有困难时，应向本科上级医师或科主任汇报。发生医疗差错、医疗事故或医疗纠纷时，在班医护人员应立即向急诊科主任和医务科汇报。

7) 危重病人抢救制度：重症抢救是争取时间抢救病人的生命，对危重病人的抢救，必须明确分工，紧密配合，积极救治，严密观察，详细记录，抢救结束后应当认真总结经验。抢救室和监护室内应有急、危重病例的抢救预案，医、护人员应熟练掌握常用抢救技术和仪器的使用。一般抢救由急诊科主任或在场本科年资最高的医师组织领导，并请有关科室协助抢救。急、危重病人抢救时，在值班医师到达前，护士应酌情预先处理，如吸氧、人工呼吸、胸外心脏按压、建立静脉通道、吸痰、止血等。遇有重大事故或成批伤员的抢救时，应立即报告医务科或医院总值班，由院领导组织有关科室共同进行抢救。在抢救过程中，医护人员必须紧密配合，严格执行查对制度，以免发生差错事故。抢救设备和药品必须完备，每次抢救后应及时补充和配齐。病人经过抢救脱离危险后，需收专科治疗者，应在病情允许的情况下，由医师或护士护送到病房并在床旁交待病情。重大抢救工作结束后，应由急诊科组织进行小结，并将结果向医务科汇报。

8) 急诊死亡病例讨论制度：死亡病例讨论的目的是检查工作，总结经验、教训，提高医疗、护理质量。着重对患者的诊断、抢救经过、死亡时的情况进行认真讨论。凡在急诊科经抢救无效死亡的病人，均应进行死亡病例讨论。死亡病例讨论由急诊科主任主持，急诊科全体医师、护士长及护士参加，必要时请医务科派员参加。建立死亡讨论登记本，并认真记录讨论内容。对讨论内容严格保密。

9) 急诊留观制度：急诊留观室是为病人提供短期的病室，患者须经急诊值班医师开具留观医嘱并办理留观手续后方可进入留观室观察、治疗。留观时间一般为1-3天左右。危重病人，值班医师应及时向其家属交待病情，取得家属的理解与协助，必要时需请家属签字以示理解。如上述处理有困难或家属有意见时，应及时向上级医师或科主任汇报。对可以离院的病人，主管医师应及时动员其出院。回家后仍需要继续治疗、休息者，应给予出院带药并开好诊断和休息证明，需要复查者应详细交待注意事项及复查时间。

10) 科缘性病症收治制度：为适就综合性医院分科细，在急诊处理中避免推诿和矛盾，应遵循以下规定：(1) 首诊负责制：凡急诊病人同时需要两个和两个科室以上的处理，首先诊察科室的医生要负责急诊诊治的全过程。其他有关科室可以会诊协助处理。首诊者应是危及病人生命的致命伤或病所属的科室。若首诊鉴别有误，在诊治过程中一旦发现，急诊科或医务科负责人应予以及时纠正。并裁决相应科室处理，被指令科室不得拒绝。(2) 病征综合征或征候群。应由原发病所属科室首诊。例如：①感染性休克，肺炎所致应收呼吸内科；痢疾所致应收传染科；产褥感染所致应收产科。②急性肾衰，由药物中毒所致收消化内科；毒蛇咬伤所致收普外。③挤压综合征所致，有肌腱骨骼损伤者收骨科，否则收普外。④失血休克，骨盆骨折所致收骨折；骨盆骨折伴尿道损害，急需手术者先收泌尿外科。(3) 根据教学大纲授课内容所在科室。由相应科室接诊。例如：破伤风收普外。新生儿破伤风收小儿科。消化道出血收消化内科，若出现急需手术的并发症（大出血或穿孔）收普外。(4) 晚期癌肿出现必须急症收内科；有手术指征（包括姑息性手术）收普外。(5) 脑膜炎（包括脑膜炎）。流脑、化脑、病脑（病程在一周内）由传染科收治；结脑由呼吸内科接诊；病脑（病程颅内高压和脑脓肿（除外耳源脓肿）由神经科接诊。耳源性脑脓肿和海绵窦血栓性静脉炎收耳鼻喉科。(6) 四肢瘫痪，呼吸麻痹排除颈椎外伤性骨折、脱位者收神经内科。(7) 败血症不

急需外科手术治疗者。由急诊科接诊。(8) 长期高烧, 短期内难以明确诊断者。应先收传染科。(9) 需要多科协助处理, 但病情暂不允许搬动之患者, 可暂留急诊抢救室或监护室。由急诊科为主组织抢救, 有关科室积极协助。待病情基本稳定后再收入相应科室。

11) 急诊护理工作制度。

12) 急诊科各级人员职责: 包括科主任、护士长、多级医师及护士职责等。

七、ICU 的建设与管理

有条件的医院在急诊科内还要设立重症监护病房(intensive care unit, ICU)是加强危重病人救治的一项重要措施和提高治愈率, 降低死亡率的有力手段, 也是急救医疗体系重要组成部分。

重症监护学是二十世纪五十年代以后发展起来的一门多学科互相交叉, 互相渗透的新学科。重危病人经现场急救→急诊室或手术室→重症监护病房(ICU)→普通病房。重症监护病房是危重病治疗的重要环节, 重症监护工作人员担负着重危病人的长期监护和系统治疗的任务, 因此, 广义而言, 它包括了重症监护和急救医学两个部分, 其特点是收治对象病情危重, 应具备必要的监测和治疗措施, 拥有一支训练有素的医疗队伍。

(一) 重症监护病房的收治对象: 凡需要严密监护, 并在严密治疗下有可能使病情好转者, 是 ICU 的主要收治对象, 尤其是脏器功能衰竭的患者(呼、心、肾衰等)。

(二) 重症监护病房的设计与人员配备

1、急诊 ICU 的设置: 急诊 ICU 一般以设 6-10 张床位为宜, 床位少易造成人员、设备的浪费, 床位过多易造成空床或因危重病人多而顾此失彼, 不能保证医疗质量。每张病床占地 15-20 平方米, 每 1-2 张床位为一房间, 便于隔离、消毒和预防交叉感染。每张床前设中心吸引和供氧装置及现代化的监护设备。中心监测站应设在中心地带以便于监护。ICU 内还应有医护办公室、配药室、治疗室、配膳食、污物处理室、卫生间等。

2、ICU 人员设置: 根据发达国家医院的实际情况和我国发达城市医院的经验, 医师与病人的比例为 1:1, 应由主任医师、主治医师、住院医师构成; 护士与病人的比例为 3:1, 应由主任护师、主管护师、护士构成。要求所有从事 ICU 工作的医师、护士都要经过专业技术培训, 经考试合格方可上岗工作, 并要定期培训、考试、不断提高上岗人员的素质。

3、ICU 的设备需求: ICU 的设备配置同样要根据医院的条件和综合实力而定, 一般应设有心电图机、心电监护仪、呼吸频率、气道阻力、潮气量、肺顺应性的监测、呼吸机、血液透析机、血糖测定仪、电子输液泵、床边 X 光摄片机、电子冰帽或降温毯、超声雾化器等。有些设备要根据医院实力而定, 肝功能、肾功能、水电解质的测定、X 线机等, 不强求都安装在 ICU, 只要医院内有设备能满足对中枢、循环、呼吸、胃肠道功能、肝功、肾功、出凝血机制及内分泌代谢内环境等的监测即可。

4、重症治疗的原则: 强调重症治疗并不是什么特殊疗法, 而只是集中使用现有处理危及生命的疾病的诊疗技术。因此, 监护室主要是处理危及生命, 但有可能挽救的疾病。重症治疗的多学科性反映了危重病的多系统性病理生理学改变, 近 10 年来, 重症治疗取得了长足进展。

5、防范急诊医疗纠纷值得注意的几个问题

急诊是医院对外服务的重要窗口, 具有危重病人多、工作随机性大、病人流动性强等特点, 是医疗纠纷的好发部位。据我院统计, 在急诊环节发生的医疗纠纷, 占全部医疗纠纷的 40% 以上, 把握重点环节, 采取有力措施, 有效遏制急诊医疗纠纷的发生, 是提高医院医疗质量的重要内容, 也是医院管理者普遍关心的问题。

1) 各项规章制度要落实

一是首诊负责制要落实, 这是防止相互扯皮的保证, 要严格贯彻执行, 来不得半点松懈。二是岗位责任制要落实, 各级各类人员的职责要清楚, 责任要到人, 病人一到急诊室, 马上要有医护人员迎上去, 需要抢救的病人医护人员应立即投入抢救, 需要检查、治疗的要有医生负责接诊处理。

凡是在急诊室工作的医护人员一定不能擅离岗位，宁可呆在诊室里无事可干，也不能离开岗位一刻，尤其是用餐之时、交接班衔接之际要格外注意，接班者未到，交班者决不能先下岗，身兼病区、急诊二职的排班方式也不可取。实践证明，这些都是容易出问题的环节。三是抢救制度要落实，绿色通道要保持通畅，抢救室不能当作留观室用。抢救人员的技术要熟练，必须掌握插管、复苏、除颤、使用呼吸机等技术；对疾病判断要准确，采取措施要得当，抢救记录要及时、完整。对抢救的病人，一定要坚持先抢救后挂号、先用药后付费的原则，不能因无钱而拒绝抢救。四是查房制度要落实，对各科留观的病人要做到三级查房，每天由专人仔细检查并做记录，需要会诊者应及时组织会诊，切忌留而不观，观而不查，查而不记的做法。五是岗前培训制度要落实，这是统一要求、统一规范的一项管理工作，急诊医生上岗前需有专人做专题讲座，要用事实和案例教育医务人员，务必提高医疗安全的警惕性。未经培训、考核不合格者及临床工作时间不足两年者严禁上岗。六是急诊医护人员考核制度要落实，对急诊医疗服务质量要有评估，并建立档案，以促使大家努力做好急诊工作。

2) 人员素质要达标

接诊医生的素质要高，这是防范急诊医疗纠纷最重要的一条经验。无数事例证明，急诊接诊医生素质高，诊疗质量就高，服务态度好，医疗纠纷也少。反之，不会与病人沟通，诊疗不及时，质量无保证，服务不到位，引发的医疗纠纷就多。接诊医生素质高，具体表现在“五有”上，即有临床应急处理经验，对突如其来的种种伤病员能应对自如，临阵不乱，有条不紊地施以相应的救治措施；有耐心，能经得起病人及家属焦虑、惊慌、激动、易怒的询问、质疑或发泄，能将心比心地善待病人及家属的言行，能把病人看成是自己的亲人一样认真地给予救治；有责任心，把参加急诊工作当成是锻炼和培养自己的机会，当成一种神圣的职责，有敬业精神、有使命感和对患者保持高度负责的精神；有接诊艺术，会主动与病人沟通，取得病人及家属的信任，争取病人合作，能分清轻重缓急，有重点地选择检查项目；有整体观念，救治伤病员有整体意识，不拘泥于某一专科思考问题，同时有系统意识，如让病人做某一项检查，能否想到检查途中安全否？是否要先与检查科室联系？是否要安排医护人员途中护送等。总之，急诊室工作人素质不高，医疗纠纷就会不断发生，要想确保安全，减少医疗纠纷发生，急诊接诊医生素质一定要高。

3) 病史询问记录要仔细

病史既是反映伤病发生、发展过程和诊断治疗的记录，也是反映医生分析、判断的思维轨迹。一份完整的病史记录，有利于保护自己，能起到有力的司法举证。急诊病史中常见的问题是询问记录过于简单，使诊治依据显得不足，甚至带来误导和漏诊，而复诊时又很容易陷入初诊记录的套路，形成人云亦云。以接诊外伤伤病员为例，容易重视新伤忽略旧疾，容易重视明显的骨折，而忽略了表现不够明显的骨折，容易重视目前的血压而忽略了既往血压。在记录接诊、抢救、用药方面，欠及时、精确、生命体征异常及病情潜在危险时告知签字不到位，这是引发医疗纠纷的常见原因之一，务必常抓不懈。

4) 抢救设施要完好

气管插管箱、人工呼吸机、除颤仪、电插板、氧气等设施是急诊科的常规装备，是其它设备难以取代的，是急诊医生用于抢救的武器。因此，数量要备足，质量要好，天天要试机，班班要清点，经常检修维护，做到任何时候都要处在良好的待机状态，以备抢救时急用。抢救中一旦遇到设备不灵或缺失，会直接影响抢救的成功与否，病人家属也关注这些举措。医院再穷也不能穷了人命关天的急救设备，医院再缺钱，也不能少了急诊常规设备的更新和添置。

5) 分流渠道要通畅

急诊留观病人经过治疗后，往往有4种流向：即带药回家、转院、收住院治疗或死亡。留观病人过多，四处加床，看似解决了病人的诊治问题，其实潜伏着危机。因为留观病人数量超过负荷会造成管理困难，秩序混乱，服务不到位，质量也难以保证，病人得不到良好的治疗，容易产生医患

摩擦，酿成纠纷。分流留观病人主要有两条：一是动员病人回家，二是尽早收入病房治疗。而收住目标要靠科学的管理，要树立全院办急诊的意识，要确定各科收治急诊病人的考核指标，坚持收治先急诊后平诊的原则。扩大留观床位只能临时缓解矛盾，解决急诊留观病人的根本出路，关键要靠管理办法的对路和全院各科积极收治，要有分流慢性病，终末期病人的途径，如与基层医院建立联合病房，或建立转院关系等。

6) 人员安排要适宜

在急诊病人多、医护人员少时，工作人员整天疲于应付，服务质量难以提高，容易造成工作疏漏，加上缺少与病人交流的时间，很容易发生纠纷。因此，保证急诊各个时间合理的人员安排，是防范医疗纠纷的要点之一。节假日、高温季节、天气骤冷之时，急诊量往往剧增，此时应调配足够的医护人员，要安排加强班，遇有突发事件时，应启动应急小分队予以支援。

7) 放走病人要谨慎

急诊病人处置后的去留，体现了急诊医生的水平，对放走的病人要做到心中有数，即诊断明确，治疗有效，回家后不会发生大的问题。留观病人在放走前，医生要与病人充分交流，给予一定的指导，要把出院时的病情、生命体征情况详细记录，提醒病人定期随访，避免漏、误诊。

8) 保障措施要跟上

急诊最好设立专门的心电图和B超检查室，能开展床旁X线拍片，以尽量方便病人，减少对危重伤病员的搬动，确保医疗安全。同时应解决好病人和工作人员的用餐问题，冷暖供气、清洁卫生、被服供应、通风换气、消毒隔离、病人护送（检查和住院）等配套服务工作，后勤和消毒供应、卫生材料供应实行下收下送。总之，必须做到措施到位，保障有力，以真正解决工作人员和病人的后顾之忧。

9) 合作精神要提倡

急诊是一个整体，是一个特殊的团体，既有分工，又有合作，每位急诊工作人员都应有主人翁意识。如遇到急诊抢救、接诊医生尚未到达前，其他医护人员有义务主动迎上去，帮助复苏抢救、包扎止血、建立静脉通道。对非急救病人可先询问记录病史，做些必要的常规检查，让病人先得到初步诊治，然后让随之而来的专科医生再完善诊治，这样既不延误对病人的救治，又能弥补内部运作中的缺陷，切忌让病人在焦虑和无助中等待。

10) 组织协调要经常

急诊工作中有医患关系、医护合作关系、与临床各科前后期诊治关系、与辅诊科室的协作关系、与机关的上下级关系等。关系多，也容易产生各种各样的问题，需要业务职能部门定期协调处理。关系顺，有利于开展工作，关系不顺，障碍多，容易给急诊诊疗工作带来困难。

思考题：

1. 试述急诊医学的主要内容及特点？
2. 请谈谈如何杜绝急诊医疗纠纷的看法？

（由医政处供稿）

第二篇 初步急救

第一章 现代急救基本技术

第一节 止 血

外伤出血直接威胁伤员生命，必须争分夺秒，准确妥善地进行止血急救。急救时，要弄清出血的部位、性质和数量，选用不同的止血方法。

根据出血性质分为毛细血管出血、静脉出血和动脉出血。毛细血管出血的特点是：血色多为鲜红，自伤口处渐渐流出。伤口大的毛细血管出血量也很大。动脉出血的特点是：血色鲜红，流速快，呈间歇喷射状。静脉出血的特点是：缓慢流出暗红色血液，呈持续涌出状。常用的止血方法有：

一、临时指压止血法

指压法系用手指压迫动脉经过骨骼表面的部分，从而达到止血的方法，一般用于出事现场及时止血。

1. 头颅、颞部出血：头顶和一侧颞部出血时，救护者用右手扶着头部未出血一侧，左手拇指在另一侧耳屏前一指，正对下颌关节处，用力将颞浅动脉压在颞骨上（图2-1）。



(图2-1)



(图2-2)



(图2-3)

2. 面部出血：一侧面部出血时，用手指在出血侧的下颌角前面一横指处，将颌外动脉压于下颌骨（图2-2）。

3. 颈部出血：用四指先在气管外侧与胸锁乳突肌前缘交界处扪及颈总动脉搏动，然后将颈总动脉推向颈后，压于颈椎横突处，注意不得同时压迫两侧的颈总动脉，以防因脑供血中断，发生缺氧而昏迷（图2-3）。



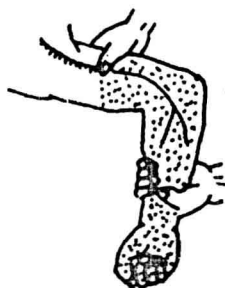
(图2-4)

4. 肩部出血：用拇指在同侧锁骨上窝和胸锁乳突肌的锁骨头外侧搏动处，向后将锁骨下动脉压于第一肋骨上（图2-4）。

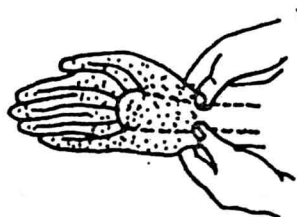
5. 上臂出血：根据损伤部位选用腋动脉或肱动脉压迫点。

(1) 腋动脉压迫点：外展上臂90°，在腋窝中点用拇指将腋动脉压向肱骨。(2) 肱动脉压迫点：救护者面对患者或在患者的另一侧站立。若上

臂大出血，则用左手握住患者的右上臂，在肱二头肌内侧，用四指指腹向肱骨干处压迫肱动脉（图2-5）。



（图2-5）



（图2-6）



（图2-7）

6. 掌、指出血：分别按压患肢桡、尺动脉（图2-6）

7. 下肢出血：大腿或小腿大出血时，用两手指重叠起来，在腹股沟中点稍下方，将股动脉用力压在耻骨上支上（图2-7）

8. 足部出血：在足背及内踝后方压迫胫动脉和胫后动脉。

二、加压包扎止血法

用已经消毒的纱布垫、急救包，在紧急情况下用干净的毛巾或清洁布类，折成比伤口稍大的敷料，覆盖住伤口，再用纱布、三角巾、四头带或绷带等均可，作适当包扎。其松紧程度能达到止血的目的为宜。其方法有：

1. 直接加压止血法：用拇指或手指在创口上直接施加压力；让伤员躺在一个合适而舒服的位置。尽可能将受伤部位抬高并支撑住；假如创口很大，可把创口两边轻轻挤拢，并保持一定的压力；在创口上盖一消毒纱布，纱布要伸出创口四周围多一些。将纱布向下紧压，外用绷带扎紧。如果继续出血，可在原来的敷料上再加敷料或棉垫，再用绷带扎紧。不要把原来的敷料拿掉，以免去掉凝血块后引起再度出血（图2-8）。



（图2-8）



（图2-9）

2. 间接加压止血法：使用直接加压法如果止不住血，或者不能有效地施加直接压力（如严重撕裂伤），则可在相应的施压点上，施加间接压力来止血。施压点可参考指压法止血点（图2-9）。

三、填塞止血法

填塞止血法是用急救包、棉垫或消毒的纱布、或止血药物（如凝血酶结晶），

填塞在伤口内，外以加压包扎法包扎之。



四、强屈关节止血法

于腋窝或肘前放一棉纱绷带卷，然后强屈关节，并用绷带或三角巾扎紧。

（图2-10）

（图2-10）