

全国高等职业技术教育卫生部规划教材
供五年一贯制临床医学专业用

社区急救

- 主 编 杨玉南
- 副主编 张贵云



人民卫生出版社

中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心

社区急救

中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心

中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心

全国高等职业技术教育卫生部规划教材

供五年一贯制临床医学专业用

社 区 急 救

主 编 杨玉南

副主编 张贵云

编 者 (以姓氏笔画为序)

邢志俐 (承德医学院附属医院)

杨玉南 (广州卫生学校)

张贵云 (安顺市职业技术学院)

高志英 (大同医学高等专科学校)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

社区急救/杨玉南主编. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 7-117-05843-9

I. 社… II. 杨… III. 急救-基本知识
IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 109745 号

社 区 急 救

主 编: 杨玉南

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: 787×1092 1/16 印张: 8.75

字 数: 204 千字

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

标准书号: ISBN 7-117-05843-9/R·5844

定 价: 13.00 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)

全国高等职业技术教育卫生部 规划教材出版说明

医学高等职业技术教育作为我国高等教育的重要组成部分,近年来发展迅速,为保证教育质量,规范课程设置和教学活动,促进我国高等职业技术教育的良性发展,卫生部教材办公室决定组织编写全国医学高等职业技术教育教材。2001年11月,卫生部教材办公室对我国医学职业技术教育现状(专业种类、课程设置、教学要求)进行了调查,并在此基础上提出了全国医学高等职业技术教育卫生部规划教材的编写原则,即以专业培养目标为导向,以职业技能的培养为根本,满足3个需要(学科需要、教学需要、社会需要),力求体现高等职业技术教育的特色。同时,教材编写继续坚持“三基、五性、三特定”的原则,但基本理论和基本知识以“必须、够用”为度,强调基本技能的培养,特别强调教材的实用性与先进性;教材编写注意了与专业教育、中等职业教育的区别。考虑到我国高等职业技术教育模式发展中的多样性,在教材的编写过程中,提出了保障出口(毕业时的知识和技能水平),适当兼顾不同起点的要求,以体现教材的适用性。从2002年4月起,卫生部教材办公室陆续启动了检验、影像技术、药学、口腔工艺技术、护理、临床医学专业等专业课和专业基础课卫生部规划教材的编写工作。

2003年4月,卫生部教材办公室在山东淄博召开了“全国医学高等职业技术教育文化基础课、医学基础课和五年一贯制临床医学专业卫生部规划教材主编人会议”,正式启动了高等职业技术教育五年一贯制临床医学专业卫生部规划教材的编写工作。本套五年一贯制临床医学专业教材共17种。

医学心理学	主 编	刘志超	
	副主编	徐传庚	
医学伦理学	主 编	田荣云	
	副主编	曾繁荣	
中医学	主 编	李佃贵	
	副主编	郭靠山	耿 杰
诊断学	主 编	孙九伶	
	副主编	于三新	须 建
内科学	主 编	侯 恒	
	副主编	林继超	苏保松
外科学	主 编	王庆宝	
	副主编	熊云新	于万杰 张 峰

妇产科学	主 编	王志瑶	
	副主编	刘 君	
儿科学	主 编	闵秀全	
	副主编	华 涛	
神经精神病学	主 编	郑丽霞	
	副主编	覃远生	
传染病学	主 编	王秋海	
五官科学	主 编	孟祥珍	
	副主编	许复贞	李 敏
皮肤性病学	主 编	温树田	
社区急救	主 编	杨玉南	
	副主编	张贵云	
常用社区护理技术	主 编	阎国钢	
	副主编	王瑞敏	
预防医学	主 编	袁聚祥	
	副主编	于君美	张苏亚
卫生保健学	主 编	马 骥	
	副主编	卢玉清	
全科医学概论	主 编	任光圆	
	副主编	肖敬民	

前 言

根据卫生部、教育部关于《加强高职高专教育人才培养工作的意见》，为了适应我国高等职业技术教育改革与发展的需要，在卫生部教材办公室的领导下，卫生职业教育教学指导委员会于2003年4月制定了有关《全国高等职业技术教育卫生部规划教材编写原则和基本要求》，《社区急救》一书即是以此为依据，紧密围绕高等职业技术应用型人才的培养目标，进行组织编写。

《社区急救》是急诊医学的重要组成部分。社区医生在面对急危重症患者时，能否及时无误地作出判断和急救，直接关系到患者的安危和抢救的成败。本书是结合国内外最新资料和编者丰富的临床及教学经验，从我国社区急救工作实际出发，突出高等职业技术教育中临床医学专业和临床医学专业培养目标，充分体现现代急救理念，突破学科界限，遵循疾病演变和急救规律进行编写。全书共分四章，第一章重点介绍了社区急救的特点、原则和管理；第二章针对社区常见急症，侧重描述了现场急救方法，强调了转送及途中注意事项；第三章社区危重疾病的急救，则突出了社区医生急症诊断和鉴别诊断能力的培养，现场急救和社区卫生服务中心或基层医院急诊室急救技能的培养；第四章社区急救常用技术，从适应证、物品准备、操作方法、注意事项四大方面，简单明了地教会学生在各种紧急情况下，使用急救技术抢救生命的正确方法；附录常用急救药物，是根据急救药物作用特点进行分类编写，也写出了本书的特点。本教材采用了国家要求的规范化医学名词、药物名称、检验项目和计量单位。

本教材主要供全国高等职业技术教育中临床医学专业学生使用，也可供基层卫生保健工作者参考。

本教材在编写、审定过程中，得到了广州卫生学校、大同医学高等专科学校及各位编者所在单位的大力支持；全书四位作者，互勉互助，共同努力，在此一并深表感谢！

由于编者水平所限，本教材难免在内容上有所疏漏，在文字上有欠妥之处，恳请广大读者不吝赐教和指正，促进本教材日臻完善。

杨玉南

2003年11月

目 录

第一章 绪论.....	(1)
第一节 社区急救概论.....	(1)
第二节 社区急救管理.....	(3)
第三节 灾情预测和处理程序.....	(5)
第二章 社区常见急症的现场急救.....	(7)
第一节 心跳骤停.....	(7)
第二节 窒息	(11)
第三节 休克	(14)
第四节 急性中毒	(18)
第五节 创伤	(26)
第六节 急腹症	(29)
第七节 急性上消化道出血	(33)
第八节 鼻出血	(38)
第九节 烧伤	(40)
第三章 社区危重疾病的急救	(44)
第一节 急性左心功能不全	(44)
第二节 急性心肌梗死	(46)
第三节 严重心律失常	(50)
第四节 高血压危象	(58)
第五节 急性重症哮喘	(61)
第六节 急性呼吸窘迫综合征	(65)
第七节 糖尿病急症	(67)
一、糖尿病酮症酸中毒	(67)
二、高渗性非酮症糖尿病昏迷	(69)
第八节 急性脑血管疾病	(70)
一、急性缺血性脑血管疾病	(71)
二、急性出血性脑血管疾病	(73)
第九节 低血糖危象	(75)
第十节 小儿惊厥	(77)
第十一节 癫痫	(79)
第十二节 中暑	(82)

第十三节 电击伤	(85)
第十四节 淹溺	(86)
第四章 社区急救常用技术	(89)
第一节 气管插管术	(89)
第二节 人工呼吸机的应用	(91)
第三节 心脏电复律	(94)
第四节 紧急人工心脏起搏术	(96)
第五节 外伤止血、包扎、固定、搬运	(97)
第六节 清创术	(105)
第七节 导尿术	(106)
第八节 洗胃术	(107)
第九节 常用穿刺技术	(109)
一、深静脉穿刺术	(109)
二、环甲膜穿刺术	(112)
三、胸腔穿刺术	(113)
四、腹腔穿刺术	(114)
五、心包穿刺术	(115)
六、膀胱穿刺术	(116)
附录 常用急救药物的用法及剂量表	(118)

第一章

绪 论

随着现代医学的发展,急诊医疗服务在国内外已得到了迅速的发展。急诊医学是研究和处理急性危重病症和急性创伤的基本病理、临床表现、诊断和治疗及组织管理体系的一门科学。急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)是由院外急救、院内急诊科、ICU 急救三个部分组成。社区紧急救护是院外急救的前沿阵地,本书主要阐述的是对社区常见急危重病患者和急性创伤伤员的初步诊断和现场急救处理的基本知识与技术。

第一节 社区急救概论

医学科学的进步和社会发展的需要,社区医疗服务中心或服务站在得到迅速普及与发展。社区急救是一种把急救医疗措施迅速地送到事故现场危重患者身边,经初步现场急救处理后,再把患者安全地转送到医院内作进一步救治的有效手段。良好的社区紧急救护为抢救生命、稳定病情、改善预后争取了时间。社区急救的成功与否,直接影响到危重病患者的安危和预后。

一、社区急救的重要性

(一) 从医疗角度看

社区急救是急诊医疗服务体系的重要环节,就危重病人急救全过程而言,应该包括由伤病员本人及其亲属、朋友、受灾群众以及目击者进行的自救互救,社区急救人员进行的现场急救,社区医疗服务中心或服务站的救治和转送途中的救护,接收医院内的进一步救治。当遇到有伤病员外伤大出血、窒息、休克等危急情况,必须在现场进行抢救,尤其是对心跳骤停的患者,相差几分钟就关系到患者的生死存亡。现代医学告诉我们,猝死病人抢救的最佳时间是最初的 4 分钟之内,严重创伤伤员抢救的黄金时间是初始 30 分钟。如果没有社区急救争取到这最关键的时间,医院设备再先进,医生的医术再高明,病人也难以起死回生。

(二) 从社会救灾角度看

社区急救也是整个社区应急防御功能的重要组成部分。随着交通事故、火灾和工伤等人为事故的不断增加,地震、洪水、暴雨以及台风等自然灾害的不断发生,往往会造成人类生存环境的破坏与人员的伤亡。这就需要包括医疗救护、消防、交通、公安等组成的城市应急防御体系共同救援。一个协调的救援体系能使灾害造成的损失及不利影响降低到最低限度。同样,一个具有快速、有效功能的院外急救体系,特别是良好的社区紧急救护队伍,可使人员的伤亡减少到最低限度。

二、社区急救的特点

社区急救具有社会性强、随机性大、时间紧迫、流动性大、急救环境条件差、病种复杂多样、以对症治疗为主和急救人员抢救时体力强度大等特点。

1. 社会性和随机性强 急救医学跨越了传统医学分科的范围,而社区急救活动涉及到医疗、消防、交通、公安等社会各个方面,使社区急救跨出了纯粹的医学领域,此为社会性强的表现。而随机性强表现在患者何时呼救,重大事故和灾害何时发生往往都是未知数。

2. 时间紧迫 对危重患者、急诊患者或在灾害、重大事故发生时,“时间就是生命”,紧急处理,刻不容缓。一有呼救必须立即出车,一到现场必须迅速抢救。紧急还表现在患者和家属心理上的焦虑和恐惧,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患者也不例外。

3. 流动性大 急救的流动性大表现在急救地点可分散在区域内每个角落,病人的流向一般也不固定,如遇有突发灾害事故时,则流动性更大,前往出事地点的往返距离常可达数十公里以上。

4. 急救环境条件差 现场急救的环境大多较差,如抢救现场狭窄、光线暗淡、围观人群拥挤、嘈杂;有时事故现场的险情未排除,可能造成人员的再伤亡;在运送途中,由于救护车颠簸和马达震响,严重影响生命体征的动态观察。

5. 病种复杂多样 急救的伤病患者常涉及临床各科病种,而且是未经分科筛选的急、危、重患者。

6. 以对症治疗为主 现场急救由于时间紧迫和诊治条件差的关系,大多无法在现场作出明确的诊断和鉴别诊断,只能以对症治疗为主。

7. 体力强度大 急救人员常因现场在无电梯的高层住宅、或在救护车无法开进的居民区、乡村小道、山区公路旁的峡谷等需弃车奔赴;进行现场心肺复苏和急救治疗;搬运伤病患者等而需消耗大量体力,因此要求急救人员应具有健康的体魄,方能适应急救工作的需要。

三、社区急救的原则

社区急救主要任务是在灾害或事故发生时,给予急、危、重伤病员及时、简便、有效的现场救治和途中救护,以争取时间把患者安全地送到医院进行进一步救治,现场急救必须遵守以下六条原则。

1. 先复苏后固定 是指伤员既有心跳呼吸骤停又有骨折时,应首先进行口对口人工呼吸和胸外心脏按压,再进行骨折固定。

2. 先止血后包扎 指遇有大出血又有伤口的患者,立即采用指压或止血带等方法止血,再进行伤口包扎。

3. 先重伤后轻伤 指先抢救心跳呼吸骤停、窒息、大出血、开放性及张力性气胸、休克等有生命危险的重伤员,再处理较轻的伤病员。

4. 先救治后运送 过去遇到危重病人,采取的措施是先送后救,这样常延误了抢救时机,现代急救理念为先救后送。大量急救实践证明,急救者接诊伤病员越早,所需急救时间就越短,伤病员的存活率就越高。据统计资料表明受伤后 12 小时内是最佳急救期。

5. 急救与呼救并重 在突发事故的现场,如果只有急救者一人,应在开始抢救的同时,想

法呼唤他人前来救助,即急救和呼救应同时进行,以尽快争取到急救外援。

6. 社区医疗服务中心及服务站 应在醒目处设立社区紧急救护标志,并通过媒体使全区人群都知道社区紧急救护站的地址及电话号码,以便发生紧急情况时能迅速联系。

第二节 社区急救管理

随着社会的进步和经济的快速发展,人们的活动空间不断扩大、生活节奏加快、人口老龄化问题突出、交通运输的高速化和现代化及生态环境的破坏等,使自然灾害、各种急症和意外事故的发生率明显增高。为此,必须有规范的急救管理,才能为危重症患者在最短时间内得到有效的现场急救、途中医疗监护处理和医院或社区医疗服务站的救治;才能赢得伤病者得以生存的宝贵而关键的几分钟时间;才能有效地提高伤病员的存活率。

一、社区急救的日常管理制度

社区急救的日常管理制度是保证社区急救医疗工作质量的关键,是管理规范化和履行岗位职责的有力保证,因此社区急救机构应根据社区工作的特点,制定合理的管理制度,并严格执行。其内容包括:

1. 会议制度 会议是进行管理、教育的有效手段,如各种专题例会、办公会、职工大会等。
2. 值班制度 社区急救的值班形式是 24 小时值班制。它主要包括接收呼救信息及调度人员值班制度、医务人员值班制度、司机值班制度等,这些制度可根据本单位实际情况而定。
3. 交接班制度 是 24 小时不间断值班的根本保证,是提高急救工作水平和急救工作社会效应的重要环节。
4. 其他制度 如医疗器械、药品的保管使用制度、院前接诊卡填写制度、病历书写制度、差错事故管理制度、通讯设施维护维修制度、车辆维护保养制度等。

二、急救药品、器械与设备的配置和管理

社区医疗服务中心或服务站应配置必要的急救药品、器械与设备,主要是维持呼吸、循环、止血、解痉、止痛等方面的药品、器械与设备,并准备好急救箱或急救包以便携带,同时科学地管理是确保急救质量的基础。

(一) 急救药品、器械与设备的配置

1. 急救药品 常用急救药品的种类有:中枢神经兴奋剂:如尼可刹米、盐酸洛贝林等;拟肾上腺素药物:如肾上腺素、异丙肾上腺素、多巴胺;强心药物:如毛花甙丙、地高辛、多巴酚丁胺等;血管扩张剂:如硝酸甘油、肼苯达嗪、盐酸酚苄明、硝普钠、酚妥拉明等;抗心律失常药:如利多卡因、美西律等;利尿和脱水剂:如氢氯噻嗪、呋塞米、20%甘露醇等;激素类药:如地塞米松、脑垂体后叶素等;抗胆碱药:如阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱等;镇痛、镇静药:如地西洋、吗啡、哌替啶、鲁米那钠、氯丙嗪等;特殊解毒剂:如乙酰胺、纳洛酮、亚甲蓝、碘解磷定等;止血药:如止血敏、氨基己酸、立止血等;蛇药;皮肤消毒药品:碘酊、酒精、双氧水等;其他:5%、10%及 50%葡萄糖液,5%碳酸氢钠,10%葡萄糖酸钙等。

2. 急救器材 如听诊器、叩诊锤、血压计、体温表、手电筒、压舌板、止血带、输液器、注射器、开口器、气管插管、氧气面罩、剪刀、镊子、消毒敷料及棉球、胶布、绷带、搬运器材(担架或担

架车)、外科专用器材(如手术刀、缝线、缝针、止血钳、三角巾、骨折固定器材等)。

3. 急救设备 如氧气瓶或氧气袋、心脏除颤监护仪、心肺复苏抢救仪、喉镜、气管插管、简易气囊呼吸器、呼吸机、吸引器、心电图机、快速血糖测定仪等。

(二) 急救药品、器械与设备的管理

1. 急救药品的管理 急救药品的购入应根据本地区急救医疗的实际需要和储备情况进行计划购买。药品库房应有药品入库验收制度,凭药品实物和原始账单登记入库,库房药品应分类保管,分类的同一药品应按出厂时间顺序存放,毒、麻、限制药品按规定专柜、专账加锁保管,同时定期查库保持账、药相符。药品的发放应按管理规定执行,发放毒、麻、限制药品要有处方,其他药品要有请领单,发放药品时要严格执行查对制度,以确保发放药品准确无误,严禁发放过期、失效、变质药品。

2. 急救器械与设备的管理 对急救器械与设备的发放、使用与维护要有专人负责,有专帐、有记录、有定期检查和日常维护,责任落实到人。做到“专人发、专人用、有人保养、有人维修”。

三、急救指挥系统与网络化管理

(一) 急救指挥系统

急救指挥系统从中央到地方应是统一规划、统一建设、统一机构、统一指挥的系统,它是社区群众急救普及化、区县急救网络化和医院急救专业化的核心。全国中央急救指挥中心是最高指挥中心,下设省、市、区(县)指挥系统。急救指挥系统平时任务是:建立完善急救指挥机构;制定医学急救总体方案;建立健全专业人员与群众、地方与军队、急救与自救网络;筹措急救药品、物资,包括基层和医院的急救装备;组织培训和研究急救伤病机制和抢救方法,提高急救成功率;组织学术会议进行经验交流;加强卫生防御系统的组织、计划、人员、物资落实工作。急救指挥系统在紧急情况下的任务:在灾害、重大事故发生时,急救指挥系统起指挥、派遣和协调的作用,使急救人员迅速赶到现场,进行救护。

(二) 急救系统网络化

1. 急救网络化的设置 在区、县应由卫生行政部门将所管辖社区范围内的医疗、预防部门以及机关、学校、工厂、乡村的医务人员组织起来,包括群众性自救互救,组成一个有机的急救网络。城市 5km,农村 10km 的范围划片定点,选定医疗单位负责培训、监督和支援,做到有灾害伤病时迅速急救,平时进行全民卫生保健。

2. 电话呼救 急救中心的电话呼救号码全国统一“120”,电话呼救是急救中重要举措之一,它可迅速求救于附近急救站、医疗单位、有关领导机关(发生大批伤病员时)。在接听呼救电话时应注意:问清对方的姓名、电话(以便取得再联系),简要询问伤病员的病情、年龄、性别、详细住址或出事地点,如地址生疏,还应问清行车方向和路线,最好有一人到附近公路路口为救护车引路,以便救护人员能以最快速度到达现场。必要时根据现场病人情况作相应的救护指导,如服毒病人的催吐洗胃、咯血病人的体位、不同出血病人的简单止血方法等。

3. 计算机在急救网络中的运用 现场急救需要信息支持,计算机的加入不仅能加快急救过程中信息的传送速度,有利于各环节及时参与急救,而且还能为科学管理、各类咨询提供服务。计算机在急救网络中的运用体现在能显示救护车的动态变化(救护车在站待命、执行任务、空车返站均可在电脑屏幕上显示);自动记录呼救电话号码、地址和呼救者与调度员的对话

录音;指挥发车;急救资料存贮;危重病人病情资料存贮或提供医疗咨询,后者需将区域内病人病情事先输入电脑存贮,遇有持卡人突然发病需抢救而以往病史又不清楚时,可以通过健全的通讯网络实现计算机查询,从而提高抢救的成功率。

第三节 灾情预测和处理程序

自然灾害和人为事故的频繁发生,对人类造成极大的危害,社区急救机构只有事先对当地的主要灾害进行客观估计,预测它可能造成的危害之后,才能把被动的抢险救灾工作变成主动的防灾消灾,收到积极的效果。

(一) 灾害分类

灾害主要分为自然灾害和人为事故两大类。

1. 自然灾害 按照自然灾害的不同性质可以分为:气象灾害:如洪水、干旱、龙卷风等;地质灾害:如地震、地裂、火山爆发等;地貌灾害:泥石流、雪崩、滑坡等;水火灾害:如海啸、森林火灾;传染病爆发流行等。

2. 人为事故 按照人为事故的特点不同可分为:交通事故:如机动车、非机动车、飞机失事等;工矿事故:如塌方、瓦斯爆炸、放射损伤等;城镇事故:如火灾、住房倒塌等;社会因素:如暴乱、公共场所人流混乱等;其他:化学事故、各种中毒、战争等。

(二) 灾害预测

1. 灾害种类调查 社区急救机构要配合当地卫生行政部门和其他灾害防范部门,对当地常见自然灾害和人为事故进行调查,确定最常发生的、危害最大的几种灾害,并按其发生几率进行排队,实施重点防范,以提高防灾、减灾及救灾效果。

2. 灾害发生规律的调查 应从当地过去发生灾害的记录资料中发现灾害的发生频率、相关因素、危害程度、主要特点,并从中找出其规律性,据此提出防范救灾的对策和救灾预案,使得灾害急救有计划,减少盲目性,提高急救效率。

3. 灾害造成伤病员数量的调查 由于自然灾害和人为事故的严重程度不同、发生地点的人群密集程度及其他情况的不同,造成伤病员的数量也不同,对急救的需求也不同。因此在灾害发生后,应对伤病员的数量进行及时的预测,以便于急救预案的制定和灾害的急救。

(三) 灾害的处理程序

灾害尤其是人为事故常常是突然发生,医疗行政部门和灾害防治机构应在平时对灾害预测的基础上,制定出救灾方案,才能在灾害发生时,通过有效的通讯指挥,组织卫生系统、消防系统、民防系统、公安系统及当地驻军等各方面力量进行有条不紊的急救工作,灾害的处理程序为:

1. 紧急出救和现场信息反馈 调度者在接到呼救信号后,应立即根据险情派出救护车若干辆赶赴现场,同时向急救中心及当地卫生行政部门报告。首批到达现场的救护人员在了解险情后,立即将险情向急救中心汇报。急救中心领导得到反馈信息后,应立即根据具体情况增派救护车及救护人员并赶到现场组织指挥,同时向上级卫生行政部门汇报险情,当地卫生行政部门按灾情的严重程度,通知有关医院作好抢救伤员的准备。

2. 设置现场医疗指挥及救护工作场所 由当地卫生行政部门的领导及社区急救机构负责人和其他相关人员共同组成指挥机构,统一指挥医疗救护工作。

3. 实施现场急救 遇有大批伤病员时,首先是检伤,按病情的轻重将伤员进行分类,用不同颜色分类卡进行标记,红色代表伤情严重,危及生命者;黄色代表伤情较严重,无生命危险者;绿色代表受伤较轻,可行走者;黑色代表死亡伤病员。分类卡由急救系统统一印刷,一般挂在伤员左胸的衣服上。其次是抢救、后送,方法是将现场急救区划分为四个区:收容区是伤病员集中区,在此区挂上分类卡,并提供必要的紧急抢救。急救区用以接受红色和黄色标志的危重病人,在此做进一步的抢救工作,待生命体征平稳后,再送往医院。后送区接受自己能行走或较轻的伤病员,将此类患者应尽快送往医院;太平区用以停放已死亡者。

(杨玉南)

第二章

社区常见急症的现场急救

第一节 心跳骤停

心跳骤停(cardiac arrest)是指患者的心脏正常或无重大病变的情况下,受到严重打击,导致心脏射血功能突然终止,引起全身严重缺血缺氧。在社区引起心跳骤停常见原因是意外事故:如各种严重创伤、电(雷)击、溺水、缢死等;心脑血管疾病:如冠心病、急性心肌梗死、急性心肌炎、脑出血、脑血管栓塞等;其他:如药物过敏或中毒等。

心跳骤停的基本类型有心脏停搏:心脏处于静止状态,心电图呈直线;心室纤颤:心室肌快速、无规则、不协调地连续颤动。心室纤颤被分为粗颤和细颤两种,其中粗颤心电图显示较大的室颤波,细颤心电图显示细微的室颤波;电机械分离:是指心脏保留心电的节律性,但丧失有效的机械收缩功能。上述三种类型心跳骤停临床表现基本相同,仅在心电图检查时才能鉴别,其共同的病理特点是心脏不能有效地泵血而引起全身循环停止。

心跳骤停后紧随之即发生呼吸停止(呼吸停止后在很短时间内亦会使心跳停止),心跳呼吸均停止则称临床死亡。临床死亡期限一般认为4~6分钟,此时机体生命器官的细胞还没有发生不可逆的病理变化,如果及时救治,部分病人尚可得救;超过这一时限后,脑组织就会发生不可逆的缺血性病理损害,通过抢救即使心跳恢复也成为植物状态(病人有心跳和呼吸,昏迷,不能移动,不能进食,大小便失禁,对指令不能思维,可自动睁眼但不能识别,发音无语言意义)或脑死亡(病人有心跳,无呼吸,处于深昏迷状态,无自主运动,脑干反射消失,脑电图呈等电位持续24~48小时)。临床上,由于致病原因和个体对缺氧耐受能力的不同,我国不少地区曾报道过抢救成功心跳呼吸停止20分钟,甚至更长时间的实例。因此,抢救心跳骤停患者要争分夺秒,对已超过时限的病人,也应尽最大努力,不要轻易放弃抢救机会。

一、急症诊断

心跳骤停诊断的关键在于快速果断。凡清醒者突然意识丧失、大动脉(颈动脉或股动脉)搏动消失和呼吸断续或停止即可诊断为心跳骤停并立即抢救,在现场急救中,判断心跳骤停最迅速、可靠的依据就是触不到大动脉搏动。心跳骤停的其他临床表现有心音和血压消失,瞳孔散大,对光反射消失,面色紫绀或灰白等。在社区急救工作中,切不可因反复测量血压、听心音、观察瞳孔变化、作心电图检查等而延误抢救时机。

二、现场急救

使心跳呼吸骤停的病人迅速恢复循环、呼吸和脑功能所采取的抢救措施称为心肺脑复苏。复苏过程分为三期:①初期复苏主要是就地进行人工呼吸和胸外心脏按压,为基础生命支持。②二期复苏是在初期复苏的基础上,使用药物及器械进行的进一步生命支持。③后期复苏即脑复苏及复苏后处理,主要是保护脑细胞和治疗因缺氧引起的大脑细胞损害,以及其他方面的处理。心跳骤停的现场急救属于初期复苏的范畴,包括心跳骤停的判断,保持呼吸道通畅,人工呼吸和胸外心脏按压。

(一) 判断心跳骤停

抢救者双手握住病人肩部边摇边呼叫,如无反应改用压眼眶等疼痛刺激法,仍无反应者即确认意识丧失;触摸其颈动脉有无搏动,男性触摸颈动脉部位在喉结与胸锁乳突肌前缘之间,女性触摸部位是颈部中点气管与胸锁乳突肌前缘之间。以上检查应在3~5秒钟内完成。若意识丧失、颈动脉搏动消失和呼吸断续或停止,即可判断为心跳骤停,应立即开始抢救。同时紧急呼救他人前来协助,迅速将病人仰卧在地面或硬板上,头、颈、躯干及下肢伸直无扭曲,头部不得高于胸部平面,双臂置于躯干两侧,双下肢可略高于胸部平面。

(二) 初期复苏

初期复苏亦称基础生命支持(basic life support, BLS),包括三个步骤,分别用A、B、C表示:A(air way)是保持呼吸道通畅;B(breath)是人工呼吸;C(circulation)是建立人工循环。

1. 保持呼吸道通畅(A) 病人神志消失后下颌肌松弛,发生舌根后坠,导致呼吸道阻塞。故开放气道,保持呼吸道通畅是进行有效人工呼吸的先决条件。将患者仰卧,松解衣领及裤带,取出假牙,清除口咽部异物,方法为救护者将一手大拇指及其他手指抓住患者的舌和下颌并向前拉,然后用另一手的示指伸入患者口腔深处直至舌根部,掏出异物,本法仅用于患者神志消失时。之后按以下手法开放气道。

(1)仰面抬颈法:患者平卧,抢救者一手置于病人颈后,向上托起,另一手以小鱼际侧下按患者前额,使其头后仰,此时可有效消除由于舌根后坠引起的呼吸道阻塞,是通气的最佳位置(图2-1-1)。

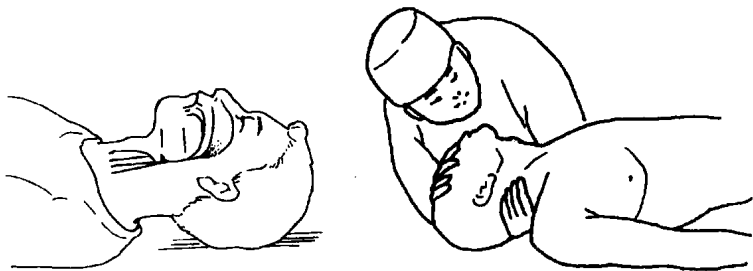


图 2-1-1 仰面抬颈开放气道

(2)仰面举颏法:患者平卧,救护者一手置于患者前额,手掌用力向后压,以使其头后仰,另一手的手指放在靠近颏部的下颌骨的下方,将颏部向前抬起,头部后仰的程度以下颌角与耳垂间连线和地面垂直,为正确位置(图2-1-2)。

对疑有头、颈部外伤者,不应抬颈,以免造成脊髓损伤。