

实用急诊抢救手册

徐步云 主编

杭州出版社

实用急诊抢救手册

徐步云 主编

杭州出版社

策 划 庞水定
责任编辑 亢 山
封面设计 李 莎

实用急诊抢救手册

徐步云 主编

杭州出版社出版 社址：浙江省杭州市体育场路 286 号
邮编：310003 电话：0571-5066612 传真：0571-5066367

新华书店经销 余杭华兴印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 27 字数 583 千字

2000 年 8 月第 1 版 2000 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 7-80633-208-1/R·23 定价：45.00 元

(版权所有 侵权必究)

如发现印装质量问题，影响阅读，请与印刷厂联系调换。

《实用急诊抢救手册》编写人员

主 编：徐步云

副主编：王心忠 冯天元

编 委：王心忠 冯天元 张兴群 张 英
张爱俐 周宏根 郑根水 郑焕莲
胡 燕 徐步云 莫振声

其他编写人员：王泽军 王楹珠 孙红疆
肖丹宇 陈如法 沈利扬
沈林森 郑 坚 胡翠芳
袁 红 黄国林 程克勤
鲍雪标 濮宏健 厉敏香
郑 俊

序

现代医学认为，医学的目的之一是预防疾病和损伤，促进与维护健康，通过对人体的生物、心理及生活等方面有效的医学照料，解除由病伤引起的病症与痛苦，使人们提高生活质量或避免早死。

作为临床医学的一个重要分支——急诊医学，它所面临的是由诸多疾病和损伤造成人体生命处于危急状态的临床情况，需要我们医务人员以快速、规范、有效的医学措施进行诊治，力图对处于痛苦与危重之中的生命予以拯救，使其安然，还其活力。这需要广大医务人员既要具备救死扶伤、一切以病人为中心的服务精神和高尚的职业道德品质，又要具有精湛的医学技术和娴熟的急救技能，展现“急”的风采和“救”的本领。为此，惟有通过学习和实践，才能不断地提高水平，以至得心应手。

为便于医务人员正确掌握各种常见急诊的处理原则和技术，提高对急诊的应急处理能力和水平，徐步云等同志编写了《实用急诊抢救手册》。该书阐述了急诊医学的现代概念，介绍了急诊的基本组织体系、工作制度及急救基本程序，分别对常见危象处理、内科、中毒及理化因素致病、外科及创

伤、妇产科、小儿科、五官科等领域中的常见急症，从病因、诊断、抢救治疗、预防等方面进行了较为系统而有重点的叙述。该书基本概念准确，诊疗思路清晰，有针对性地介绍了诊疗过程中应予注意的环节，并且还附有急诊仪器的使用、急诊常用检验数值和药物等资料，为医务人员及时准确地诊疗提供了方便。

《实用急诊抢救手册》确实是一本实用的、系统性较强的、能有效地指导临床医务人员，尤其是基层医疗机构的医务人员正确处理各种急症的有价值的专业工具书，也可作为一般家庭的医疗顾问。

沈世竑

庚辰夏日谨序

于了然居

目 录

第一篇 急诊概述	(1)
第二篇 常见危象及处理	(11)
第一章 发热	(11)
第二章 抽搐	(18)
第三章 昏迷	(24)
第四章 晕厥	(34)
第五章 腹痛	(38)
第六章 休克	(50)
第七章 水、电解质和酸碱平衡紊乱	(64)
第八章 颅内压增高	(77)
第九章 心跳、呼吸骤停	(85)
第十章 多器官功能障碍综合征	(93)
第十一章 弥散性血管内凝血 (DIC)	(97)
第三篇 内科急诊	(102)
第一章 循环系统急诊	(102)
第二章 呼吸系统急诊	(155)
第三章 消化系统急诊	(182)
第四章 泌尿系统急诊	(202)

第五章	血液系统急诊	(216)
第六章	神经系统急诊	(238)
第七章	代谢及内分泌系统急诊	(261)
第八章	感染性和传染性疾病的急诊	(277)
第四篇	中毒及理化因素所致疾病的急诊	(304)
第一章	中毒的诊断和处理	(304)
第二章	急性农药中毒	(313)
第三章	急性灭鼠药中毒	(322)
第四章	急性镇静药类中毒	(327)
第五章	急性酒精中毒	(331)
第六章	急性一氧化碳中毒	(332)
第七章	急性铅中毒	(335)
第八章	亚硝酸盐类中毒	(337)
第九章	毒蕈中毒	(339)
第十章	河豚中毒	(342)
第十一章	毒蛇咬伤	(344)
第十二章	重症中暑	(349)
第十三章	溺水	(354)
第五篇	创伤外科急诊	(357)
第一章	颅脑损伤	(357)
第二章	颈部创伤	(372)
第三章	胸部创伤	(376)
第四章	腹部创伤	(402)
第五章	泌尿男生殖系损伤	(423)
第六章	骨折	(438)

第七章	其他骨关节损伤及肢体离断	(469)
第八章	烧伤	(492)
第九章	特异性感染	(523)
第十章	清创术	(528)
第六篇	非创伤性外科疾病的急诊	(532)
第一章	普外科急诊	(532)
第二章	泌尿系统非外伤性急重病症处理	(551)
第三章	肛管、直肠常见急重症	(563)
第四章	骨科感染	(570)
第七篇	妇产科急诊	(576)
第一章	异位妊娠	(576)
第二章	子痫	(583)
第三章	前置胎盘	(587)
第四章	胎盘早剥	(590)
第五章	子宫破裂	(594)
第六章	产后出血	(596)
第七章	软产道损伤	(600)
第八章	子宫翻出	(604)
第九章	脐带脱垂	(606)
第十章	羊水栓塞	(608)
第十一章	产科休克	(611)
第十二章	卵巢滤泡破裂或黄体破裂	(614)
第十三章	卵巢肿瘤蒂扭转	(615)
第八篇	儿科急诊	(617)
第一章	新生儿疾病	(617)

第二章	呼吸系统疾病	(657)
第三章	循环系统疾病	(670)
第四章	消化系统疾病 (小儿腹泻病)	(681)
第五章	神经系统疾病	(689)
第六章	泌尿系统疾病	(699)
第七章	婴儿捂热综合征	(707)
第九篇	五官科急诊	(709)
第一章	眼科急症	(709)
第二章	耳鼻咽喉科急症	(720)
第三章	口腔科急症	(766)
附一:	急诊常用操作和急诊仪器的使用	(786)
一、	气管内插管术	(786)
二、	气管切开术	(791)
三、	机械通气	(794)
四、	中心静脉压测定	(807)
五、	洗胃术	(810)
六、	心包穿刺术	(812)
七、	电复律	(814)
八、	临时人工心脏起搏	(817)
九、	颈内静脉穿刺置管术	(819)
十、	胸腔闭式引流术	(822)
十一、	三腔二囊管使用与管理	(823)
附二:	急诊常用实验检查正常参考值	(826)
附三:	常用急诊药物	(838)

第一篇 急诊概述

急诊医学是一门跨科的新兴专业学科,是现代医学发展的结果。它着重研究各类急性发病、急性器官功能衰竭、慢性病急性发作、急性创伤的早期处理以及急诊组织体系的管理,是一门抢救重危病人生命的新专业。1979年,美国医学会正式承认急诊医学是一门独立的学科。我国卫生部1983年发文《关于建设医院急诊科(室)的意见》,从行政管理角度确立了急诊科一级科室的编制地位,也相应承认了急诊医学工作的相对独立性。1986年,中华医学会批准成立急诊医学专业学会,1987年,国家学位委员会正式设立急诊医学临床研究生学位系列,对急诊医学的学科地位予以充分肯定。经过二十多年的努力,发达国家以院前急救—医院急诊科—ICU为主要内容的急诊医学体系已十分完善。我国的急诊医学也取得了很大的成绩,急诊组织管理和急救技术水平都有很大提高,但相对于社会、病人特别是突发灾害事件的急救需要仍有不小的距离,亟待进一步提高。

现代急诊医学研究的内容包括急诊的组织管理制度和急诊医学的科研、教学与临床两大部分,本篇只简述急诊的组织与制度。

一、急诊组织

我国在急诊医学的起步阶段曾提出“三分提高，七分普及；三分业务，七分组织”，说明当时我国有组织、成体系的急诊医学工作尚不能算普及，急诊的组织建设还比较薄弱。

目前我国运行的急诊组织模式大致有以下两种，而这两种模式的分别完全是由经济条件、交通条件等外在因素决定的，而非人为分工所致。一是以急救站与大医院急诊科为轴心的城市急诊组织模式。由于大城市都建立了急救站，或独立成院，或与大医院急诊科联手协作。其较强的前伸机动作用，使院前急救这一急诊医学的首要环节的实现成为可能。这种模式大大缩短了急诊病人到达能够实施确定性治疗的大医院的时间，而且由于现场和途中的有效处理，使伤病员的抢救成功率和生存率提高，是一种值得进一步加大投入、继续完善的较成功的模式。由于交通道路的改善，以及公共通讯网的完善、个人移动电话的普及，大城市急救站的前伸覆盖范围应该也有可能向郊区扩展。二是逐级转诊的农村组织模式。我国地域广阔，情况千差万别，就以经济较发达的东南沿海地区来讲，其农村急救工作就需要予以特殊帮助。农村急诊病人就医，大多先到就近医疗机构如乡镇卫生院，或就地抢救治疗，再转上级医院，亦有上级医院派员到现场支持抢救工作的。这种模式大致与我国农村现阶段经济状况相吻合。但是由于基层医疗单位支持条件的限制，急诊病人一般较难得到有效的确定性的抢救治疗，严重地讲，甚至存在着贻误抢救时机的可能。而且由于转运工具的不配套，护送人员缺乏急救知识，导致途中发生危险的并不鲜见，这种急

诊转运模式对当地的县级医院的压力是很大的，不仅降低了县级医院的抢救成功率，而且容易招致医疗纠纷。城市组织与农村组织的分隔是不利于一个地区急诊医学发展的，相信随着农村卫生事业的发展，逐步形成的依托于县级医院的急救中心在大城市周围的卫星状分布，将有助于城市农村两种急诊组织体系的融合。

农村模式的急诊组织主要有乡镇卫生院抢救室、县级医院急诊科（室）和综合性急诊 ICU。

（一）乡镇卫生院抢救室：乡镇卫生院均设抢救室，配备抢救药品及输氧、吸痰、洗胃设备等，有专人管理，但无专人值班，抢救活动一般由当班医生或院长主持。

（二）县（市）医院的急诊科（室）：现大多数县（市）第一人民医院都设立急诊科，有固定人员，其他医院设急诊室，有专人值班，平时处于正常运转状态，管理比较严格，并有全院技术力量作后盾。

（三）ICU：大多在九十年代开始建设。急诊 ICU 属于综合性收治，配备人员的技术素质和设备档次较高，规章制度严格，能够保证重危急症的抢救效果。ICU 是医院急诊科抢救室的合理延伸。

二、急诊制度

我国目前实行的是“无限制性急诊”制度，即对急诊的就诊要求比较松、规定的急诊范围仅作参考，较轻病人只要挂了急诊号就可就诊，已经肯定没有生存价值的抢救也时常在进行，这一方面有助于减少医患矛盾，予病家以方便，同时也可能存在医疗资源浪费，或者由于急诊人次过多而造成急诊不急的情况，反而造成对真正急诊病人利益的侵犯。现

行的急诊范围规定有 14 种。

1. 体温在 38℃（腋下）以上者；
2. 严重喘息、呼吸困难；
3. 各种急性出血者；
4. 各种急性炎症；
5. 高血压脑病、脑血管意外；
6. 急性心力衰竭、心肌梗塞、心律失常；
7. 急性泌尿道疾患、尿闭、血尿、急性肾功能衰竭；
8. 急腹症；
9. 昏迷；
10. 各种原因所致休克；
11. 癫痫发作；
12. 各种急性外伤烧伤；
13. 各种急性中毒，各种意外（电击伤、溺水、自缢等）；
14. 急产、难产、难免流产、产前及产后大出血、子痫。

以上 14 种病谱基本上可分为四大类：

第一类为一般急诊，即起病较急，症状较重，但无生命危险的急性病，如一般内科感染，一般创伤。

第二类为威胁患者生命的急性病，如休克、心脑血管急诊、急性中毒、严重复合伤。

第三类为各种慢性病急性发作的严重并发症。

第四类为终末期病人。

在急诊实践中，应将急诊与抢救作适当区分，如对第一类的病人仅需一般性治疗；对第二、三类应严密观察，积极

抢救；病情稍稳定后，急诊 ICU 正是进一步观察抢救的好场所；对第四类急诊则应根据对社会、对患者、对患者家属是否有利来综合考虑决定处置原则，但一般性医疗措施仍属必需。

现行的急诊工作行政规章制度较多，特别重要的是急诊工作制度、首诊负责制度、急诊抢救制度、会诊制度、留观制度、查房制度、病例讨论制度、请示报告制度、值班交接班制度、查对制度等，以及各院自定的一些制度细则。

观察室应属于急诊科的一部分，主要收治以下几种病人：一是诊断不明确需短期观察者；二是经抢救后病情相对稳定者；三是短期输液即可而又不能每天去普通输液室者；四是需住院且无床位的待床者。观察室按其工作性质相当于综合病房，但又不同于病房，其制度应遵循病房管理的原则要求，允许适当简化手续，主要是为了方便病人。

三、县级医院院内急诊组织

县级医院院内急诊组织包括全院性的急救领导小组及抢救小组、急诊科室（含观察病房）和常备的以支援外院或灾害等现场抢救为主要职责的援外小组三部分。

（一）院级组织

院级组织一般由某位院领导担任组织负责人，该组织的主要职能是两个：一是平时协助院领导班子组织管理急诊工作，是智囊团；二是在急诊抢救尤其对复合伤、多脏器损害或集体性抢救时，起具体组织和专科把关作用，是高质量的主力抢救队和专家组。院级组织每年应有规定的活动安排，应注意组织人员对新情况进行抢救演示和对季节性多发急诊进行抢救预习。

(二) 急诊科(室)

急诊科(室)是县(市)级医院的正式建制科室,理应对其重视,应进行高质量的规范培训并配备高档次的仪器。规范的急诊科应设置分检台、急诊抢救区(急诊室、抢救室、手术室)和急诊病区(观察室、输液室、ICU)。急诊科(室)在整个急诊医学流程中起到承前启后的作用,要在院前急救基本生命支持的基础上,实施进一步生命支持,以便伤病员能得到确定性治疗。

目前县(市)级医院急诊科(室)大多为半独立型,为正式建制,有固定的科主任和少数内外科医生,护士固定,值班医生不足部分由各科派出,定期轮换。急诊量较小的科室以“二唤班”形式代替。依赖型急诊科(室)的成员则全部依靠临床各科室轮流派员当值。依赖型模式由于人员流动过快可能对急诊规律不熟悉,特别对急诊医学跨科特点体会不深,这有可能影响急诊质量及运转效益。目前县(市)级医院的急诊科(室)大多没有达到单元化运行,挂号、收费、取药较易解决,最难解决的是医技检查部分。这个问题当从长远、从实际、从效益出发,允许各具特色。

急诊医学作为一门独立的学科,医院的急诊科完全独立也有必要,但从实际情况看,还是与县级医院临床专科分化水平相一致为宜。如专科力量强、分化好、技术力量充足,急诊科应完全独立,反之,半独立型还是现阶段的主要形式。纵观十几年来急诊科(室)的发展,急诊已逐步从综合向专科发展,但依笔者之见,县(市)医院不宜过细分专科急诊,综合性急诊更能适应急诊病谱广、杂、来诊时间无规律、随机性大等特点。建议在加强急诊护士急救操作技术培

训和强化急诊 ICU 的基础上,医生分三个组接诊:一是重症组,包括较大创伤和心脑血管急诊等;二是轻伤病组,负责内外儿科一般急诊;三是五官、医技组,作“二唤班”。这种设置特别便于集体性抢救,轻伤病组并不是低水平组,而可以作为重症组集体抢救时已经在位的第一梯队的支持力量。分科过细的弊病引起医护矛盾、医患矛盾已屡见不鲜。如果考虑到现行急诊医疗管理制度的限制,可在院内作出分科急诊体制下相互支援的若干规定。需要集体抢救的往往是车祸、塌方、中毒等病人。这类伤病员的特点是原因同一,但伤病情轻重差别很大。在明确了病因以后完全可以按轻重两部分来处理,可以缓解短时间内伤病员多医护人员不足的突出矛盾。

(3) 援外小组

援外小组由领导、各科主治医师以上的技术力量、护士、救护车驾驶员组成。不同任务时人员组成可有不同,携带的物品亦为标准定型,以便迅即出发,保证抢救时间。这种组织应每年组织演练,有专人负责检查装备物品的补充与更换。近年来,虽然院外抢救的需求不断被提到医院议事日程,但由于人员、设备、车辆等具体问题尚无法很好解决,要求县级医院像专职急救站那样随叫随到是不合理的。随时到院外接送单个病人,势必打乱院内急诊工作的秩序,对于整个地区的急诊工作不利。随着医疗模式的转换,县(市)医院应积极创造条件,参与到院前抢救、接病人的工作中去,如协同乡镇卫生院,利用乡镇卫生院的一线技术力量与救护车转运急诊病人,或协同公安交警等力量形成较规范的转运网络,或者成立以县级医院为依托的 120 急救中心等。