

JIJU
HULIXUE



急救 ■ 护理学

主编 徐 琳 陈月琴



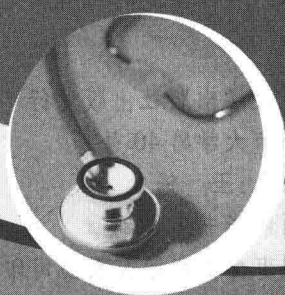
郑州大学出版社

JIJU
HULIXUE



急救 | 护理学

主编 徐琳 陈月琴



郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

急救护理学/徐琳,陈月琴主编. —郑州:郑州大学出版社,2013.12

ISBN 978-7-5645-1625-3

I. ①急… II. ①徐… ②陈… III. ①急救-护理学
IV. ①R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 275042 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

郑州市金汇彩印有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:16.75

字数:399 千字

版次:2013 年 12 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-66966070

印次:2013 年 12 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-1625-3

定价:39.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换

编委名单

主 编 徐 琳 陈月琴

副主编 柴翠萍 赵翠枝

编 委 (按姓氏笔画排列)

马俊英 李金元 陈月琴

赵翠枝 胡敦蓉 柴翠萍

徐 琳 高 云 彭志敏

鲁 艺



前言

随着人们的生活水平不断提高,人们对医疗服务和卫生保健的要求也越来越高。面对突如其来的急危重症疾病,甚至突发灾害性事件的威胁,人们希望能在危难之时得到及时、迅速和有效的救助。因之,提供快捷、方便和高水平的现代医疗服务,培养和壮大急救和监护队伍,全面提高急危重症的急救水平,是我国各级医院当今乃至今后一段时期内亟待解决的问题。

为了适应新的医学模式的转变,密切联系护理专业的实际,突出“时间就是生命”的急救理念,增强学生的急救意识,也使急救护理理论与临床实践更好的结合,我们在参考近年来国内外出版的急危重症护理及相关资料基础上,组织临床经验和教学经验丰富的同仁进行教材改编,力求为学生提供一本实用的学习工具书。

本教材有以下几个特点。

1. 本教材是本着简明、全面和实用为原则,体现“必需”、“能用”、“够用”。教材详细阐述了院前急救、院内急救及急危重症救护在工作过程中的应用,突出现代医院急救护理岗位需求的特点,旨在提高护理专业学生的急救意识、急危重症救护能力,使学生掌握临床急救工作领域基本知识和基本技能。

2. 本教材是以项目工作任务为导向,以工作过程为主线进行编排,将教材内容分为院外急救及护理、急诊科急救及护理、急诊科常见急危重症的急救及护理三大模块,涵盖了急诊医疗服务体系、急救护理教育、科研和人才培养等诸多领域。

本教材采用法定计量单位,对部分习惯使用的单位采用括号说明。

本教材经反复核对校正,力求准确实用,但由于我们的水平有限,本书涉及范围较广,又因本书为集体执笔,作者较多,疏漏与错误之处难于避免,恳请使用本教材的教师、学生批评赐教,以便再版时修正。

漯河医学高等专科学校

陈月琴 徐琳

2013年9月



绪论	1
一、急救护理学的发展史	1
二、急救护理的范畴	2
三、急救医疗服务体系	2
模块一 院外急救及护理	5
项目一 院外救护的组织与管理	6
一、概述	6
二、院外基本救护	13
项目二 心搏呼吸骤停的急救及护理	20
一、概述	20
二、心肺脑复苏基本程序	23
三、复苏后的监测与护理	35
项目三 创伤的急救及护理	39
一、创伤概述	39
二、多发伤、复合伤的急救及护理	45
三、颅脑创伤的急救及护理	51
四、胸部创伤的急救及护理	55
五、腹部创伤的急救及护理	58
六、骨关节创伤的急救及护理	60
项目四 创伤现场急救技术	65
一、止血	65
二、包扎	73
三、固定	83
四、搬运技术	87
项目五 中暑、淹溺及电击的急救及护理	94
一、中暑的急救及护理	94

二、淹溺的急救及护理	97
三、电击的急救及护理	100
模块二 院内急诊科急救技术及护理	107
项目一 急诊科的设置与管理	108
一、急诊科的任务	108
二、急诊科设置	108
三、急诊科(室)组成与工作制度	111
四、急诊护理工作	112
五、急诊科的仪器设备维护	117
项目二 急诊重症监护室的设置与管理	118
一、EICU 的设置与人员编制	118
二、EICU 的仪器设备	118
三、EICU 仪器设备管理	119
四、EICU 抢救物品与药品管理	120
五、EICU 患者的收治	120
六、EICU 感染监控	121
七、EICU 护理工作	124
项目三 急诊科常用的急救技术	126
一、气管插管技术	126
二、呼吸机使用技术	128
三、气管切开置管技术	131
四、环甲膜穿刺技术	134
五、环甲膜切开置管技术	136
六、静脉穿刺置管术	138
七、动脉穿刺置管术	141
八、洗胃技术	143
项目四 急诊重症监测技术	147
一、血流动力学监测技术	147
二、心电监测技术	152
三、动脉血气分析监测技术	154
四、呼吸功能监测及护理	157
五、酸碱平衡监测及护理	158
六、脑功能监测及护理	159
七、肾功能监测及护理	160
模块三 急诊科常见急危重症的急救及护理	165
项目一 休克的急救及护理	166

项目二 有机磷农药中毒的急救及护理	176
项目三 急性一氧化碳中毒的急救及护理	181
项目四 镇静催眠药中毒的急救及护理	185
项目五 强酸、强碱中毒的急救及护理	189
一、强酸中毒的急救及护理	189
二、强碱中毒的急救及护理	190
项目六 急性心肌梗死的急救及护理	193
项目七 急性上消化道出血的急救及护理	199
项目八 重症哮喘的急救及护理	203
项目九 咯血的急救及护理	209
项目十 急腹症的急救及护理	213
项目十一 昏迷的急救及护理	219
项目十二 常见临床危象的急救及护理	224
一、超高热危象的急救及护理	224
二、高血压危象的急救及护理	225
三、高血糖危象的急救及护理	226
四、低血糖危象的急救及护理	228
五、甲状腺危象的急救及护理	229
六、重症肌无力危象的急救及护理	231
项目十三 器官衰竭的急救及护理	233
一、急性心力衰竭的急救及护理	233
二、急性呼吸衰竭的急救及护理	237
三、急性肾衰竭的急救及护理	242
四、急性肝衰竭的急救及护理	246
项目十四 多器官功能障碍综合征的急救及护理	250
参考文献	259

绪论

近年来,随着社会的不断发展,人们的生活水平越来越高,生活及工作节奏也越来越快,人们在享受高度文明时代带来的便利、舒适的同时,各种突发事件以及意外事故也越来越多。为了保障患者的生命安全,需要一套完整的急救医疗服务体系,首先是迅速而有效的院前急救,然后是快速转运以及转运途中的救治与监护,最后还要依赖于医院内急诊科、ICU 及其他各相关科室的强化救护。它们是急救医学的重要组成部分,在急危重症患者的救护中起着非常重要的作用。

急救护理主要服务对象是各类急、危、重症患者,通过确实有效的方法减少危重症患者的死亡率与伤残率,为患者到医院接受进一步治疗赢得宝贵的时间。对于一个危重患者而言,威胁他生命的因素可能有多个,而且,多个因素导致的不同临床表现有可能相互掩盖而变得不十分典型,在这类情况下,为了准确找出当前最主要的危险因素,正确无误地实施救护,还要依靠对患者各系统、各器官组织的功能实施有效监测。

一、急救护理学的发展史

急救是与人类生产、生活密切相关的一门技术。在远古时期,原始人为了生存,在与猛兽搏斗中,经常会发生各种创伤,在当时的条件下,只能用树叶、草茎涂裹伤口,用烧热的石块、沙土局部热敷,这也成为最早的创伤救护的方法。

现代急救护理的起源可追溯到南丁格尔时代,在 1854 ~ 1856 年爆发的克里米亚战争中,南丁格尔毅然率领 38 位护士奔赴前线,对所有伤员精心照顾,在她们的努力下,使英国伤员的死亡率由 42% 下降到 2.2%,这说明了有效的抢救及急救护理技术对伤病员的救护是非常重要的。

20 世纪 50 年代之前,急救医学发展相对较缓,在 1952 年的夏季,丹麦首都哥本哈根发生了脊髓灰质炎的流行,造成了很多延髓性呼吸麻痹病例,许多患者死于呼吸衰竭。在当时的医疗条件下,为了挽救更多人的生命,集中采用“铁肺”治疗,取得了很好的效果,为以后呼吸科监护病房(RICU)的出现打下了基础。此时的英国,曾建立了许多呼吸科监护病房,因此,人们在机械通气方面积累了丰富的经验。60 年代以后,各种监测设备和抢救设备不断问世,促进了急救医学的发展,急诊护理学也应运而生。由于临床需要,分科越来越细,各种 ICU 相继建立,大型医院几乎每个专科都有自己的 ICU,医院的急诊科也成立了 EICU,这些都方便患者能够得到更专业、更系统的救治。

我国急救护理事业也经历了一个由简单到逐渐完善的过程,20 世纪 50 年代中期,我国大中城市开始建立了自己的急救站,1980 年 10 月 30 日,卫生部颁发了《加强城市急救

工作》的指示。1982年卫生部医政司召集北京、武汉、天津、广州、哈尔滨等大城市的医生代表参加,建立了“城市医疗工作咨询会”,提出了建立“城市的急救工作学术讨论会”,并修订了以上方案。1983年卫生部颁发了《城市医院建立急诊科(室)的方案》。其中规定急诊科(室)的任务、方向、规章制度。对其他城市建立急诊科(室)起到很大的推动作用。1985年国务院学位评定委员会批准在北京协和医院设立“急诊医学研究生院”。1986年在上海召开了第一次急救医学学术讨论会。当年中华医学会正式成立了“急救医学专科学会”。1988年9月、1990年11月相继在重庆和杭州市分别举行第一、第二次全国急救医学学术会。经过不断探索和实践,1997年9月,中国危重病医学专业委员会在北京挂牌成立。

二、急救护理的范畴

急救护理在临床使用过程中不断改进,内容不断更新,其范畴也不断扩大,主要包括以下几个方面。

(一) 院外救护

院外救护是指患者还没有到达医院之前的救护,包括现场救护、转运途中的救护两个内容,确实有效的院外救护可以减少患者死亡率及降低致残率,为下一步的院内救护赢得宝贵的时间,所以,院外救护作为患者接受救护的首要环节,有着非常重要的意义。

(二) 急诊科救护

经过院外救护的患者会在第一时间送入急诊科,由于院外设备远不及院内,所以患者病情进展如何,急诊科救护是关键一环,这就要求急诊科具备够用的医疗设备以及能够熟练使用它们的医护人员。根据患者的病情变化,将患者分类并进行必要的分流,转入专科病房或转入重症监护病房接受进一步救治。

(三) 重症监护病房救护

重症监护病房是对危重患者进行强化治疗和集中护理的场所。重症监护病房医疗设备先进,医疗技术水平高,是危重患者聚集的地方,其医疗水平可反映全院最高医疗水平。其研究内容主要包括:①危重患者的监护;②重症监测技术;③ICU的建设与管理。

(四) 急救护理人才的培养和科学研究工作

任何一门学科要想发展,都离不开科学研究,而科学研究必须依赖于各种专业技术人才。急救护理在我国起步比较晚。所以,为了促进学科发展,我们要不断地学习,有计划地安排讲座或知识问答,鼓励大家在工作中不断进行科学研究及创新,推动学科不断向前发展。

三、急救医疗服务体系

(一) 概述

急救医疗服务体系是集院外救护、院内急诊科救护和院内重症监护病房救护为一体

的急救网络。一个完整的急救医疗服务体系包括完善的通信指挥系统、正确的现场救护、有监测和急救装置的运输工具、高水平的急诊服务以及集设备和技术于一体的重症监护病房。

1. 院外救护 急救人员接到指令后赶往现场实施院外救护是整个体系启动的关键,院外救护包括现场救护和转运途中的救护。从急救人员到达患者身边开始,体系正式启动,根据患者病情,对症处理后通过有监测和急救装置的运输工具将患者转送至就近医院或有条件的医院。

2. 急诊科救护 急诊科布局合理,设施完善,抢救室设备齐全,功能完好,处于备用状态,急救药品完好率达到100%,经过院前救护初步处理的患者一旦到达医院,急诊科专人将患者移至抢救室或相应诊室,并通知医生展开救治,有必要时转至相关科室。

3. 重症监护 病情相当危重者可直接由院外转至重症监护病房,利用重症监护病房的优势迅速展开抢救及各系统或器官功能监测。

整个体系就是为了保障患者能够及时有效地得到专业救护,从我们救护人员到达患者身边开始,再到被送入病房或重症监护病房接受下一步治疗,直至患者出院,整个过程都有专业医护人员控制,达到生命救治的“无缝连接”。

(二) 建立急救组织和医疗救护网

1980年,卫生部颁发了《关于加强城市急救工作的意见》,提出建立健全急救组织,加强急救工作。城市急救医疗服务体系是在各级卫生行政部门和所在单位急救指挥系统的领导下,由急救中心、各院外急救部门(或急诊科)、有条件的医院等部门组成的上下相连、布局合理的急救网络,负责日常各项急救工作的实施。

1. 完善的通信及指挥系统 目前,我国大陆统一急救电话为“120”。通信网络的畅通,是启动急救医疗服务体系的关键,另外利用通信卫星或无线电通信等高科技手段进行定位、通信、指挥,急救中心接到报警能迅速出动或者将信息在第一时间内转至就近或患者指定的医院急诊科,使患者能在最短的时间内得到专业救护。

2. 现场急救及安全转运现场急救(out-hospital care) 是指急危重症患者进入医院前实施的现场救治和途中监护的医疗救护。总的任务是采取及时有效的急救措施和技术,最大限度地减少伤病员的痛苦,降低伤残率,减少死亡率,为医院抢救打下基础。经过现场急救能存活的伤病员优先抢救,即先救命后治病。完整的院外急救环节包括伤病员或目击者的呼救,急救中心接受呼救后调度出车,急救人员到达现场,对伤病员进行现场救治、搬运、转送医院的途中监护,抵达接收医院对伤病员的交接,急救人员及救护车返回待命。

3. 转运工具 院外救护是初级救护,旨在稳定患者生命体征,处理各种致命伤害,但是,由于院外条件及设备远不如院内,导致很多抢救患者生命的先进技术在现场没有办法开展。所以,为了使患者的损伤降到最低,院外救护的患者一旦具备转运条件,或者院外实在没有有效抢救措施的情况下,要考虑尽快转送至有条件的医院。此时,有监测和抢救设备的转运工具便成了患者生命的保障。我国最常用的转运工具是救护车,特殊情况下也采用直升机、快艇转运过患者。

4. 高水平的急诊服务 患者被转送至医院后,首先往往就是急诊科,急诊科作为院

内救护的第一站,对患者的转归至关重要,各种先进的抢救仪器、设备和各种先进的医疗技术都可以顺利开展,为患者的救治提供了保障。

5. 重症监护病房 是危重患者聚集的地方,可以对患者进行全面的监测及护理,最大限度地保证患者的生命安全,从而提高患者抢救成功率。

6. 全民参与 各类突发事件及急症救护都离不开社会的参与,在面临一些特重大自然灾害或突发事件时,公众之间的自救或互救起着非常大的作用。要广泛开展常用急救知识的普及工作,以备不时之需。

(三) 急救医疗服务体系管理

各类急危重症患者能否在第一时间得到及时有效的救护,仍然是当前面临的一个重要问题,因此,要不断加强国家、社会对重大伤害、疾病的应急能力以及公民对疾病的自我急救和救助他人的知识和能力。同时根据当地实际情况,依据急救医疗服务体系的指导方针、政策,制定发展急救医疗事业的规划、目标和措施,使院内急救和院外急救工作的环节能紧密结合,反应迅速,安排合理,运行无阻,保证现场患者准确无误地转送到医院,快速投入抢救,真正做到“生命第一,时效为先”的急救理念,从而推动急救护理朝着更高、更远的水平发展。

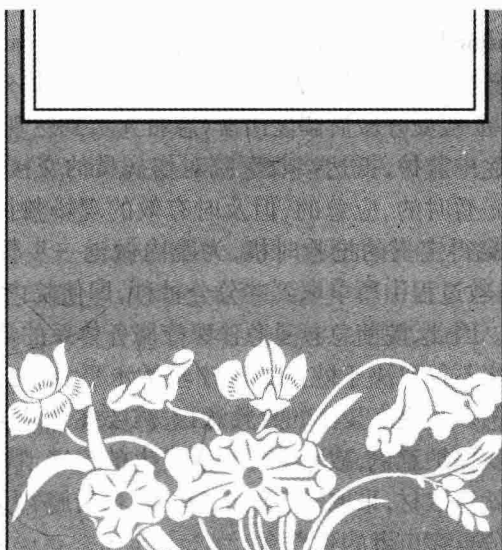
(李金元)

思考题

1. 什么是急救医疗服务体系?
2. 急救护理技术的范畴包括哪些?

模块一

院外急救及护理



项目一

院外救护的组织与管理

一、概述

随着经济发展和社会进步,人口老龄化及交通高速化、多样化和现代化等,人们的工作环境、生活空间不断扩展,人为的、自然的灾害时有发生,尤其是发生在美国的“911”恐怖袭击,2003年席卷全球的“SARS”事件,2008年我国的“5·12汶川大地震”等,使各种急症和意外事故的发生率明显升高。因此,加强院外救护的组织与实施,为急危重症患者能在最短的时间得到有效的救治,以赢得伤病者得以生存的关键几分钟,从而挽救患者的生命。

院外急救(out-hospital care)也称院前急救(pre-hospital care),是指急危重症患者进入医院前实施的现场救治和途中监护的医疗救护。完整的院外急救环节包括伤病员或目击者的呼救,急救中心接受呼救后调度出车,急救人员到达现场,对伤病员进行现场救治、搬运、转送医院的途中监护,抵达接收医院对伤病员的交接,急救人员及救护车返回待命。尽管院前急救是暂时的、应急的,但及时有效的现场救护、快速安全地转送患者,可以为挽救患者生命赢得宝贵的抢救时机,为院内做进一步救治打下坚实的基础。反之,如果没有在院前急救过程中所争取到的分分秒秒,即使院内设施再好,医务人员医术再高也难以起死回生。因此,院前急救是急诊医疗服务体系的最前沿阵地。

院外急救的成功率不仅取决于院前的医疗救护水平,还与公民的自我保护意识、自救与互救能力密切相关。为提高全民的急救意识,需要在全社会中大力推广普及应急救护知识。增强公民自我保护意识,减少一切可能发生的伤害,掌握救护技能,在突发事件中能够运用医学常识就地取材,采取紧急而正确的急救措施,为院前医疗救护赢得时间,才能真正降低院前急危重症患者的死亡率。

(一) 院外急救的重要性

现代急救的新概念改变了过去传统的急救医疗模式,即实施急救的场所要走出医院的“围墙”,如在家庭、社区或其他院外公共场所的第一现场进行救护,使伤病者在发生危急情况的第一时间能得到及时的救治。

1. 减少伤残率和死亡率 院外急救作为急诊医学的重要组成部分,是急救过程中重要一环。如果现场抢救行动迟缓、措施不当,甚至不做任何处理,被动地等待专业救援人员或盲目地转运,就会造成严重的并发症、残障,甚至因失去宝贵的抢救时机而失去救治机会。

创伤或急性疾病随时可能发生,现场急救和监护转运是否准确及时,直接关系到患者的安危和预后,快速有效的院前急救工作,对维护患者生命,减少患者的伤残率和死亡

率非常重要。据有关资料统计,因多发伤而死亡的患者,50%死于创伤现场,30%死于创伤早期,只有20%死于创伤后期的并发症。这足以说明现场有效救治和创伤早期妥善处理对患者的重要意义——时间就是生命。

2. 院外急救水平体现国家综合能力 院外急救是社会的一项任务,也是社会一项公益事业。特别是出现各种灾难事故时,常需要得到政府重视和支持,社会各界力量积极参与,所以院外急救水平反映了一个国家的组织管理、医疗水平及公共福利的综合能力。

(二) 院外急救的特点

院外急救与医院急救在地点、环境、时间以及患者对医疗的要求等方面有许多不同,明确院外急救的特点对组织急救工作、提高急救效率具有重要意义。院外急救的特点表现在以下六个方面。

1. 突发性 社会性强、随机性强,院外急救逾越了传统的分科范围,跨出了纯粹的医学领域,涉及社会各个方面,尤其是遇到大的灾难和事故时,需要地方行政部门,其他救助系统和相关部门统一配合,共同完成救助。而患者何时呼救、重大事故或灾害何时发生,发生以后现场情况始终都是未知数,事件发生随机性强,要求院外救护有很强的应变能力,以配合各种可能发生的情况,及时进行自救互救和专业救护。

2. 紧急性 接到呼救电话,必须立即出车,一到现场必须迅速抢救。院外急救的这一特点不仅表现在病情急、时间急,而且表现在心理上的紧急。要充分注意患者及其家属心理上焦急和恐惧的特点,不论是一般急诊患者还是危急垂死患者都要毫不拖延地迅速赶往现场,抢救后根据病情立即运送。因此要求救护人员常备不懈、随叫随出。要充分体现“时间就是生命”的紧迫性。

3. 艰难性 体现在:①急救现场条件差,院外急救的条件一般较差,在光线暗淡、空间较小、人群拥杂的家中或马路上,在将患者搬上救护车后由于车辆震动和马达噪声使诊疗工作难以进行,比一般日常医疗急救要艰难得多。因此救护人员必须熟练掌握急救理论和急救技术,才能适应在较差的条件下实施救护。②救护人员体力消耗大,院外急救的现场是各种各样的,可能要爬高楼或高坡,也可能串街过巷到车辆无法到达的地方,甚至是布满荆棘的地方,医护人员身背急救箱既要救治患者,又要指导和帮助搬运患者,体力消耗远比日常医疗救护大。

4. 复杂性 院外急救的患者是多种多样的,涉及各科,而且是未经筛选的急危重症患者,即一个患者也可能存在多学科的伤害和病变。因此要求救护人员在较短时间对病情进行评估、判断、伤检和分类,并针对不同的病情迅速做出及时正确的处理。救护人员要掌握全面的急救知识和技能,能自如地应付各科急诊患者,这是院外急救十分重要的特点,如果过分强调专科是对急救工作十分不利的。

5. 有效性 通常院外急救没有足够的时间让医护人员进行详细的鉴别,要明确诊断非常困难。院外急救主要采取对症支持,针对危及生命的问题,尤其是对心、肺、脑功能衰竭进行复苏,以及对伤病员进行止血、包扎、固定和搬运等。实施的救护要求迅速、实用、有效。

6. 流动性 院外急救流动性很大,一般情况下救护车在本区域活动,但急救地点涉及区域里每个角落。当遇到突发灾害事故,如有需要,在统一指挥下,还要超过行政医疗

区域帮助救援。

(三) 院外急救的任务

1. 负责对“呼救”患者的院外急救 是主要和经常性的任务,包括现场急救和运送监护。要求接到呼救电话或其他方式的信息后,救护车要立即出动,医护人员要随车前往尽快到达现场,进行现场急救后,迅速安全地将患者送到就近合适的医院急诊科(室)。根据我国情况,“呼救”患者一般可分为三类。

一类是短时间内有生命危险的急危重症患者,必须现场抢救,目的在于挽救患者的生命或维持基础生命。如急性心肌梗死、窒息、大出血、严重创伤、休克等患者。

一类为病情紧急但短时间内无生命危险的急诊患者。如骨折、急腹症、高热、哮喘等,现场急救处理的目的在于稳定病情,减轻患者在运送过程中的痛苦和减少并发症的发生。就近送到合适医院或特约医院继续治疗。

一类是慢性病患者。目的是需要救护车提供转运服务,而不需要现场急救。

2. 灾害或战争时对遇难者的院外急救 灾害包括自然灾害和人为灾害。对遇难者的急救除应做到平时急救的要求外,还需要与现场的其他救灾系统如消防、公安、交通等部门密切配合,才能保证高效率的完成现场救治和途中转运,同时灾难现场的不安全因素还涉及救护者的自身安全。当有大批伤员时,需加强伤员的分类和现场救护,合理分流和运送。

3. 参加特殊任务的救护值班 特殊任务指当地的大型集会、重要会议和比赛、外国元首来访等,此时执行救护值班任务的急救系统应处于一级战备状态。执行此项任务最重要的是责任心,忠于职守是完成任务的前提和保证。一旦出现意外伤病员,能做到立即到现场进行抢救。

4. 通信网络中的枢纽任务 通信网络一般由三个方面组成。一是市民与急救中心(站)的联络;二是急救中心(站)与所属分中心(站)、救护车、急救医院的联络;三是中心(站)与上级领导、卫生行政部门以及其他救灾系统的联络。在通信网络结构中,急救中心(站)承担着承上启下、沟通信息的枢纽作用。

5. 急救知识的宣传普及教育 急救知识的宣传和普及教育可提高院外急救医疗服务成功率。普及公民的急救知识,增强公民的急救意识,增强应急能力是全社会的共同责任。可通过广播、电视、报刊等媒体对公民普及急救知识,定期开展现场救护及复苏知识的培训。院外急救和患者家属、事故现场的目击者有直接的联系,而家属和现场目击者现场急救知识掌握和运用的程度直接关系到患者的后期抢救成功率。如猝死患者抢救的最佳时间是病发后 4 min,救治的成功率可达到 50%;严重创伤伤员抢救的黄金时间是创伤后 30 min。时间就是生命,而家属和目击者甚至患者本人的自救显得尤为重要。

(四) 院外急救的原则

现场急救总的任务是采取及时有效的急救措施和技术,最大限度地减少伤病员的痛苦,降低伤残率,减少死亡率,为医院抢救打下基础,经过现场急救能存活的伤病员优先抢救,即先救命后治病,这是总的原则。现场急救还必须遵守以下原则。

1. 先排险后施救 是指在实施现场救护前应先进行环境评估,必要时,排险后再实施救护。如因触电导致的意外事故现场,应先切断电源排险后再进行救护;如为有害气体造成的中毒现场,应先将患者脱离险区再进行救护,以保证救护者与伤病员的安全。

2. 先复苏后固定 遇有呼吸心跳骤停又有骨折者,应首先采取心肺复苏术,直到心跳呼吸恢复后,再固定骨折。

3. 先止血后包扎 遇到大出血又有伤口者,首先采取指压法、止血带止血法等方法止血,接着再消毒伤口进行包扎。

4. 先重伤后轻伤 是指优先抢救危重者,后抢救较轻者。但当大批伤员出现时,在有限的时间、人力、物力情况下,应在遵循“先重后轻”原则的同时,重点抢救有可能存活的伤病员。

5. 先急救后转运 是指对危重伤病员,先进行现场初步的紧急处理后,才可在严密监护下转送至医院。

6. 急救与呼救并重 是指有多人在现场的情况下,救护与呼救同时进行,以尽快得到外援。只有一人的情况下应先施救,后在短时间内进行电话呼救。

(五) 院外急救的组织形式

我国的院外急救机构有多种组织形式,既有独立的现代化的急救中心或院外医疗救护站,也有由现有医院承担的急救中心。按其与医院关系大致分为以下七种模式。

1. 广州模式(行政型) 由急救通信指挥中心负责全市急救工作的总调度,以若干医院的急诊科为相对独立的急救单位,按医院专科性质分科负责急救的模式。以广州“120”急救指挥系统为代表。急救通信指挥中心与各医院无行政上的隶属关系,但负责全市日常院外急救的调度指挥,此外中心还有以下三个主要功能。①负责与其他急救系统和有关单位(如公安、消防、人防、血站和防疫站等)联系协作,以应对突发事件;②参与培训全市医疗单位卫生人员急救知识,并负责对群众进行现场急救知识普及教育,提高公众急救意识和急救水平;③急救情报的收集和研究。其流程为:指挥中心接到患方通过“120”急救电话呼救后,立即联系该区域承担院外急救任务的医院急诊科,由急诊科值班护士通知有关专科医护人员和司机赶赴现场救护,然后监护转送患者回本院继续治疗。其特点是投资少,充分利用现有的医疗资源合理安排急救半径,但由于不具备急救医疗支持力量,与各医院急诊科的协调也存在一定困难。

2. 重庆模式(依托型) 依托于一所综合性医院的院外急救模式,这种模式以重庆市为代表。该模式具有强大的急救中心,拥有现代化的急救设备和救护车,经院外急救后转送到附近医院或自己的附属医院,借助综合性附属医院的优势,扩大了院外急救的范围,形成了院外急救、医疗监护运送、院内急救、重症监护等完整的急救医疗体系。院外救护实际上是医院的一个部门,而市急救医疗中心实际上是同时负担急救任务的医院。其特点是院外、院内急救有机结合,有效地提高了伤病员的抢救成功率。但医院的医护人员随车出诊存在专业技术人员的浪费。此种模式的特点是投资少,对院外患者处理能力较强,但指挥权威性的建立有一定的困难,适宜于中小城市。

3. 上海模式(院前型) 由医疗救护中心站及其所属分站组成,并与该市若干医院紧密协作。该模式下的急救中心没有院内部分,不设床位,以院外急救为主要任务,这也是