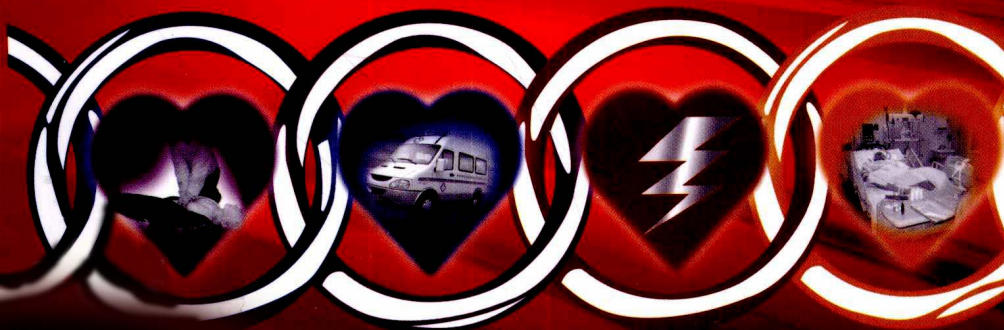


急诊入门

JIZHEN RUMEN

中国中西医结合学会灾害医学专业委员会组织编写

陈佳山 岳茂兴 主编



院前急救

急诊科

EICU



化学工业出版社

急诊入门

中国中西医结合学会灾害医学专业委员会组织编写

陈佳山 岳茂兴 主编

陈秋蓉 郑本端 黄继义 高天海 副主编



化学工业出版社

· 北 京 ·

本书由中国中西医结合学会灾害医学专业委员会组织部分国内一线急诊专家,围绕急诊学科特点,对急症的临床思维、急救技术、中毒与危重症的抢救要点、急诊科建设与管理、突发公共卫生事件、急诊教学及急诊安全等热点进行重点介绍,并系统介绍了新急诊医生作业须知、危重病情的识别与紧急处理、院前急救、中毒、复苏、急诊技术、急诊辅助检查、合理用药、急诊人文等内容。

本书注重实用性,紧扣急诊临床,力求简明扼要。内容丰富、资料较新、技术可靠,紧密结合临床实践需要,是一本实用价值较高的通俗易懂的急诊入门教科书。

本书是急诊科医生、各级医务人员、救护人员、连队卫生员、护士的入门读物,也可供医院管理者、全科医生、医学学生、其他有关人员等工作、学习参考之用。

图书在版编目(CIP)数据

急诊入门/陈佳山,岳茂兴主编. —北京:化学工业出版社, 2010.8
ISBN 978-7-122-08969-4

I. 急… II. ①陈…②岳… III. 急诊-基本知识
IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 121827 号

责任编辑:杜进祥
责任校对:蒋宇

文字编辑:何芳
装帧设计:关飞

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印 装:北京市彩桥印刷有限责任公司
850mm×1168mm 1/32 印张11 字数294千字
2010年9月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888 (传真:010-64519686)

售后服务:010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价: 28.00 元

版权所有 违者必究

前言



近年来我国在医院管理年及等级医院评审中均以急诊科为重点，2009年卫生部又颁发了《急诊科建设与管理指南（试行）》，无不体现各级卫生主管部门对这门学科的关注与重视。但是，由于我们对急诊医学的学科理论与急诊医学内涵的认识还存在一些问题，急诊在一些医院被定位为“第二门诊”的情况也不在少数。因此，急诊学科的硬件如平面布局与设置标准，软件上合格的专业人才培养与梯队建设还相差甚远，更谈不上人性化服务，这些大大制约了急诊学科的持续改进，进而成为医疗纠纷的高发区。我们认为要解决这个难题，只有执行卫生部的有关文件，真正按照急诊学科要求，执行急诊科的硬件设置与软件要求标准，那么，符合患者要求的急诊学科应该为期不远了。有鉴于此，中国中西医结合学会灾害医学专业委员会组织编写了本书。本书从回归临床、回归基本功、回归人文着手，从急诊专科角度介绍了国内急诊医学发展盛况与存在的问题，从急诊专科特质与急诊运作规律研究其先进性、实用性、可持续性与前瞻性；并介绍急诊的平面布局应体现效率、视野、安全、方便、优先，各通道与接口如何保持通畅，急诊专科人员设置与人才培养如何适合专科需求与临床急症识别、危重症判断、急诊思维训练、核心制度、急诊人文及急诊医疗护理安全与患者的急诊感受等。在急诊学科发展的初级阶段，探索急诊学科的入门，提供一本合乎或尽量接近该学科规律的简明学习材料是非常重要的。

急诊医学在国内已走过 20 余个春秋，急诊医生已初步界定在急危重症的快速识别与紧急处理上，并延伸至院外（前）现场救援、监护条件下转运等不同条件、不同地点、第一时间全天候作业，从这个角度而言，该学科可以入围“特种兵”系列，这就要求他们有绝对的生存能力并个个身怀绝技，“招之即来、来之能战、战之能胜”，还应善于与不同团队沟通配合，并有一定的网络通信与现场指挥管理才能。同时，结合该学科的实际情况，还需在复苏、中毒、创伤、流行性传染病、灾害事件、突发公共卫生事件救援等领域做足功课，进而为急性心脑血管疾病、创伤等绿色通道建设奠定基础。为此，我们力邀国内急诊界权威专家分别撰文，并参考国内外相关专著，尽可能反映一线急诊作业的知识要点（不面面俱到），主要涉及复苏学、危重病医学、灾害医学、中毒学、院前急救学、临床急救治疗学、医院感染与急诊管理学等，为新急诊医护人员量身定做这本入门须知，也适于医学生课外阅读及医院管理者作参考资料。由于阅历与视野有限，加上篇幅所限，不当之处，敬请指正，以便今后修订。

在编写过程中，我们得到国内急诊界著名专家、学者的无私帮助，得到中国人道救援医学学会、中国中西医结合学会急救专业委员会、中国中西医结合学会灾害医学专业委员会和化学工业出版社及我院领导的大力帮助，在此一并致谢！

最后，让我们以奥里森·马登的名言共勉：“那些伟人所达到的高度与巅峰，并不是突然间一蹴而就的，当他们的同伴沉浸在甜美的梦乡时，他们还在深夜的孤灯下苦苦奋斗”。

陈佳山

2010 年 5 月于泉州

目 录



第一章 新急诊医生作业须知	1
第一节 急诊工作的金科玉律	2
第二节 急诊患者的处置与去向注意事项	4
第三节 重大事件预案启动时的急诊室工作准备	6
第四节 急诊临床思维特点	10
一、疾病诊断的步骤和临床思维方法	10
二、急诊科医师的临床思维特点	12
第五节 急诊留观病历	16
一、急诊留观病历作用	16
二、急诊留观病历书写基本规范	16
第六节 早期预警评分在早期识别急诊潜在危重患者中 的应用	18
一、早期预警评分产生的背景	18
二、早期预警评分的概念及应用价值	20
第二章 常见急症症状诊断思路与处理原则	22
第一节 意识障碍的诊断思路及急诊处理	22
一、意识障碍的类型	23
二、昏迷病人的检查	24
三、意识障碍的诊断思路	26

四、急救与处理	27
第二节 晕厥的诊断思路	28
一、临床思维的必要前提	28
二、思维程序	31
第三节 胸痛的诊断思路	34
一、胸痛中心的设置、特点及目标	35
二、胸痛危险分层及诊治策略	36
第四节 呼吸困难的诊断思路	41
一、临床思维的必要前提	41
二、思维程序	44
第五节 急性腹痛的诊断思路	45
一、诊断思路	45
二、体格检查	49
三、实验室检查	51
四、影像学检查	51
五、分析、诊断	52
六、内外科急性腹痛的判别	53
七、急性腹痛的处理原则及措施	54
第六节 低钠血症、低钾血症的诊断思路	55
一、低钠血症	55
二、低钾血症	60
第七节 严重创伤的早期诊断与紧急处理	63
一、多发伤的早期诊断	63
二、腹部损伤的诊断思路与紧急处理	65
三、危重创伤患者救治时效性	66
四、创伤病人的链式流程复苏	69

第三章 危重病情的识别与紧急处理	73
第一节 危重病情的识别及急诊工作方法	74
一、危重指征	75
二、急诊工作方法	81
第二节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征的早期识别与紧急处理	84
一、病因	85
二、病理生理	85
三、诊断	87
四、ALI/ARDS 的早期识别	88
五、ALI/ARDS 的早期处理	89
六、机械通气	92
第三节 急性心力衰竭	94
一、病因	95
二、分类与预后	95
三、临床表现	96
四、诊断	96
五、治疗	97
第四节 急性冠状动脉综合征	103
一、ACS 的分类	103
二、ACS 诊断	103
三、诊断与危险性评估	105
四、治疗原则	107
第五节 高血压急症	112
一、高血压急症的诊断	112
二、高血压急症的临床评估	114

三、高血压急症的治疗原则	114
四、高血压急症的治疗目标	116
第六节 恶性心律失常	118
一、恶性室性心律失常的定义	119
二、恶性心律失常的急诊处理程序和原则	120
第七节 提高急性脑卒中患者的早期治疗	129
早期溶栓治疗（国家“九五”攻关课题）	130
第八节 上消化道出血	131
一、急性上消化道出血的原因	132
二、门脉高压性上消化道出血的治疗	134
三、非门脉高压上消化道出血的药物治疗	136
四、非门脉高压性上消化道出血的内镜治疗	137
五、上消化道出血的手术适应证	138
六、周末效应	138
第九节 中暑患者预后因素分析	138
第十节 创伤性休克的救治	139
一、休克的新概念	140
二、休克的监测及诊断	141
三、创伤性休克的近代治疗观	144
四、休克复苏的判断标准	148

第四章 院前急救新理念、新模式、新装备、新疗法 149

一、全球范围内存在着多种急诊救治模式	149
二、新世纪急诊救治最新的发展趋势	150
三、目前我国广大农村地区急救适宜技术及服务体系 建设方面存在的问题	150
四、实施和推广现场急救新理念、新模式、新装备、	

新疗法势在必行	151
五、讨论	154
第五章 复苏	156
第一节 现代心肺脑复苏术的新视点与新理念	156
一、心肺复苏	157
二、心肺复苏评估和反馈技术	159
三、复苏新理念	159
四、除颤的次数与能量、时机	160
五、CA 复苏后综合征的远期治疗	160
第二节 复苏学研究进展	161
一、基本生命支持	161
二、高级生命支持 (ACLS)	165
三、延续生命支持 (PLS)	166
四、通气支持	167
五、人工气道管理	169
第三节 脑缺血-再灌注损伤与脑复苏	173
一、脑缺血-再灌注损伤	173
二、复苏要点和具体措施	175
三、脑复苏的转归	177
第六章 中毒	179
第一节 化学中毒的临床毒理机制与诊断	179
一、化学中毒的分子机制	180
二、影响毒物发挥毒性的主要因素	181
三、化学中毒的临床特点	182
四、化学中毒的诊治要点	182

第二节 急性中毒的临床诊断思路与急诊处理原则	183
一、急性中毒的诊断思路	184
二、受累脏器损害评估	185
三、急救中应注意的几个问题	186
第三节 百草枯急性中毒诊治	187
一、百草枯急性中毒机制	187
二、临床表现	189
三、实验室及其他辅助检查	190
四、诊断及鉴别诊断	191
五、治疗	191
第四节 急性有机磷农药中毒的诊治要点	194
第五节 禁用杀鼠剂急性中毒的诊治	204
一、禁用杀鼠剂的毒性作用及临床表现	204
二、诊断与鉴别诊断	205
三、急救治疗	206
四、急救过程中注意几个问题	207
第七章 急性感染与炎症反应	208
第一节 不明原因肺炎的诊断和鉴别诊断	208
第二节 甲型 H1N1 流感的诊疗与流程管理	213
一、临床特征、诊断与治疗	213
二、甲型 H1N1 流感患者流程管理	220
第八章 急诊技术	223
第一节 股静脉插管术	223
第二节 锁骨下静脉穿刺置管术	224
第三节 电除颤术	229

第四节 喉罩使用的注意事项	230
一、喉罩的结构、分类、型号	230
二、临床应用	231
第五节 经口气管插管	233
第六节 脉搏血氧仪	234
第七节 机械通气技术	234
一、无创正压通气应用	235
二、常规通气模式应用及新模式的评价	240
三、机械通气并发症及防治	241
四、呼吸器的临床使用步骤	243
五、常见疾病机械通气初期通气模式和参数的设置	244
六、机械通气的报警原因及其处理	244
第八节 脓毒症血液净化治疗	246
一、连续性血液净化的模式	246
二、脓毒症血液净化模式的选择	248
第九章 急诊辅助检查	251
第一节 检验项目超生命警戒线范围	251
第二节 血降钙素原与 C 反应蛋白在感染性疾病中的应用	252
第三节 血清心钠素与脑利钠肽	254
第四节 肌钙蛋白与肌酸激酶	256
第五节 D-二聚体检测及其主要临床应用	257
第六节 床旁 B 超在急诊医学中的应用	260
一、急诊医师自己做 B 超	260
二、床旁 B 超在急诊科应用的目的	261
三、床旁 B 超在急诊医学应用的基本指征	261
四、床旁 B 超在急诊医学应用的继发指征	262

五、急诊B超技术的培训	262
第七节 脑卒中的CT表现	263
一、脑出血	263
二、脑梗死	264
第十章 合理用药	266
第一节 常用抢救药物的配制剂量与药理作用	266
第二节 抗生素的耐药与合理应用要点	268
第十一章 急诊学科建设管理	275
第一节 急诊医疗学科发展理论	276
一、急诊医疗发展简史	276
二、急诊医疗	277
三、急诊医学专业内涵、特点与亚专业	279
四、急诊医学住院医师培训体系	280
五、急诊医疗专业学(协)会与急诊医疗专科体系发展	280
六、急诊医疗管理与急诊医疗学科发展关系	280
七、抓住机遇,发展特色急诊医疗	281
第二节 急诊工作月质量考核	281
第三节 急诊专科医师培养	282
一、背景——轮换制度	283
二、急诊专科医师培养设想	283
三、培养急诊专科医师亟待解决的几个问题	284
四、急诊专科医师资格考试和资格认证	288
第四节 急诊科模式发展的现状及展望初探	288
一、急诊医学的概念及其特点	289
二、现状	290

三、急诊科发展设想	292
四、展望	295
第五节 中医院建立自主型急诊科的理论与实践	296
第六节 他山之石	301
一、中国台北荣民总医院急诊流程与评价	301
二、中国香港东区医院的急诊科管理	302
三、新加坡国立中央医院急诊科的管理模式	304
第七节 突发公共卫生事件紧急医疗救援	308
一、突发公共卫生事件的概念	308
二、突发公共卫生事件相关法律、法规	308
三、突发公共卫生事件的应对策略	309
四、突发公共卫生事件的紧急医疗救援	312
第十二章 急诊医疗安全	314
第一节 急诊科医患纠纷的原因与防范对策	317
一、管理角度——落实制度、职责和常规（“六字方针”）	318
二、人力资源配置	321
三、如何告诉病人疾病风险	322
四、硬件条件	322
五、案例回放、分析	323
第二节 强化急诊护理管理，防范护患纠纷发生	328
一、急诊科护患纠纷主要原因	328
二、护理管理对策	329
第三节 院前急救护士职业暴露及其防护	332
一、院前急救护士职业暴露的危险因素	333
二、院前急救护士职业暴露危险因素的防护对策	334
参考文献	337



新急诊医生作业须知

我国急诊医学创始人之一邵孝铢教授指出：对每一个急诊医师来说，首先要明白“急诊医师是干什么的？”急诊医生首先是针对每个伤病员的情况，快速、正确做出鉴别诊断，为后续的抢救和治疗工作奠定坚实的基础。没有及时有效的急诊抢救和处理，后续的专科治疗将失去时机；而没有强大的后续治疗为基础，急诊的生命支持也是有限的。因此，我们必须明白急诊医师的任务，对危重病人，我们要支持生命；对普通急诊病人，我们要鉴别他们的轻重，确定他们可能的疾病以及解除他们最大的痛苦。只有这样才能真正把急诊工作做好。只有能这样工作的医师，才是真正的急诊医师。

急诊医学是一门以生命支持为基础、以急危重症抢救为首要任务的学科，其特点：接诊量大，以患者为中心，提供连续、立即服务，动态观察病情并实施急救、评估和适当处理，接诊患者不受限制，并处理突发事件，即患者就诊的随机性、病种的不确定性、病情的不稳定性。这就决定了急诊医生应有广博的医学知识、准确的判断能力、熟练使用急救设备的能力和救治危重症的技能。因此，新急诊医生如何尽快进入状态、少犯错，请记住急诊工作的金科玉律，加强急诊临床思维训练，勤奋、机智、以人为本，在临床实践中不断积累经验与沟通艺术（图 1-1）。

Interns know everything, but do nothing. Surgeons know nothing, but do everything. Pathologists know everything and do everything, but too late（内科医生什么都知道，但什么都会做；外科医生什么都会做，但什么都不知道；病理科医生什么都知道、什么都会做，但是太晚了）。

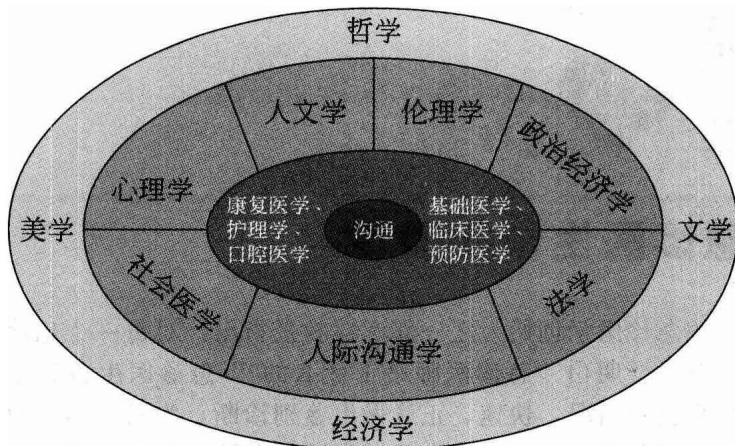


图 1-1 沟通需要相关学科的知识融合与积淀

第一节

急诊工作的金科玉律

下列任何一条规则都可能会有例外情况。但是在违背下列规则之前，请一定要慎重考虑：

允许病人讲述他（她）们的“故事”，或者至少是一个概述；

每次接班都要准时；

注意“转来”的病人；

确保每班都有定时的休息，恢复精力；

急诊人员作为团队工作——适当地感谢我们的成员；

你希望自己的亲属受到怎样的待遇，你就怎样对待病人；

要看的是病人（不只是检查结果）；

总是能听取那些挑剔的疑问；

不要做自己力所能及的工作：一旦有问题，要请上级医生来指导；

如果有人给你提出建议，记下来是什么内容和这个人是谁；
要让病人恢复到最理想的状态，不能退而求其次；
转诊意味着转交，通常是单向的过程；
写记录时，要字迹清楚，注明时间和你的签名；
要记得记录你所给出的解释和建议；
不要试图把病“治完”；如果你感觉自己变得愤怒，就做一个深呼吸，休息一会儿；
如果一位同事对你无礼了，可能反映出他或她那里所受到的压力；
打算道破病人的机密之前，要同上级医生讨论；
举证时，不要提超出你专业范围之外的意见；
如果病人 Glasgow 昏迷评分低，要查血糖；玻璃+皮肤伤口=X 线；
在指（趾）和四肢用止血带要注意；X 线可以高速检测眼睛损伤（如锤打）；腕部损伤时，都要检查并据实记录解剖学上的压痛；
“有史以来最厉害的头痛”需要除外的是蛛网膜下腔出血；
可能有气道灼伤时，要提早叫来麻醉师；
永远不要认为，Glasgow 昏迷评分低是单独的酒精作用引起的（特别是有头部损伤时），并反复告诉看护者充分注意其呕吐时的体位，否则有窒息死亡的危险；如果家里没有人，即使只是轻微的头
部损伤，也要让病人住院；
如果病人吃抗凝药，则有轻微的头
部损伤就要住院；
出血性疾病+头部损伤=同血液病专家讨论病情；
不要经由刺伤或子弹的伤口放置胸导管；
如果妈妈说她的婴儿或孩子只是“不太好”，就要认真对待；
见到不能解释的皮疹时，要想到流行性脑脊髓膜炎；
记住，不典型的儿科临床表现有非意外损伤的可能性；
如果有非意外损伤的可能性，立即报告上级医生或专家；
给药前询问过敏史；
总要再检查一次药物剂量（特别是儿童）；每当你遇到一种新情况，读一读上面有关的东西。