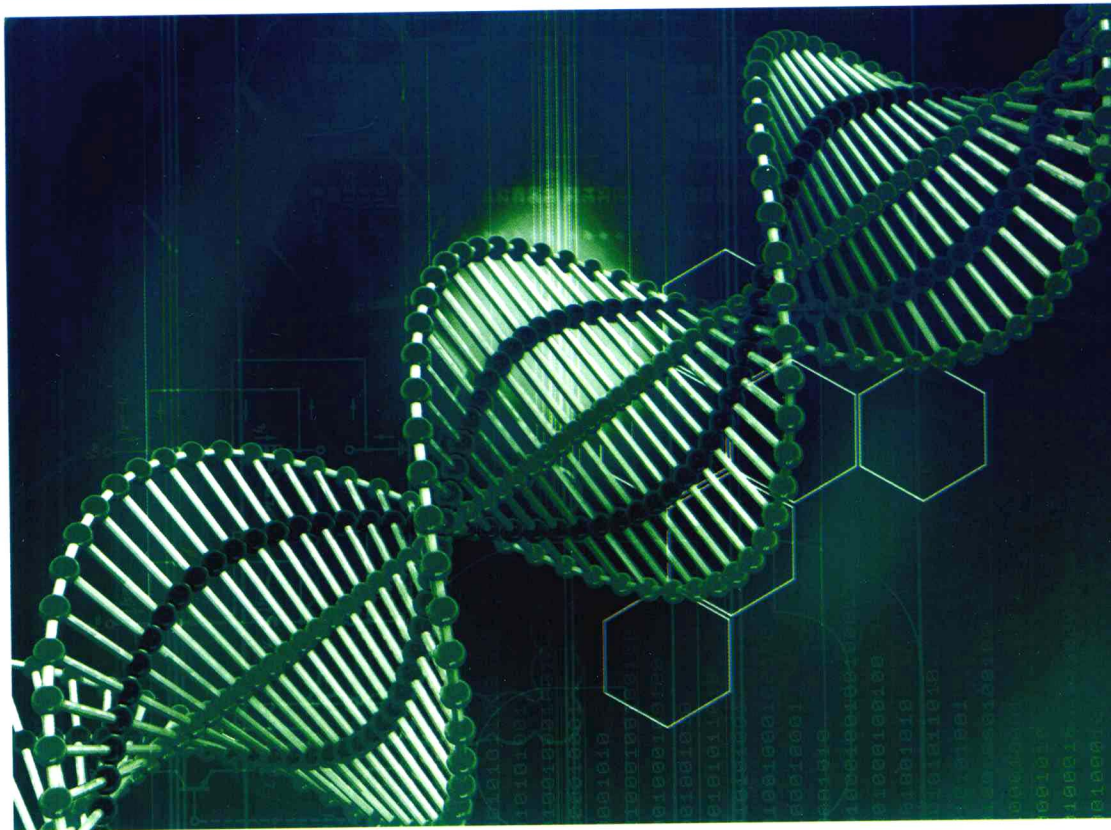


LIN CHUANG JI ZHEN HU LI XUE

# 临床急诊护理学

主编 曹长兰 亓俊迎 周 霞 刘庆兰 刘仁英 王会强



天津科学技术出版社

# 临床急诊护理学

主编 曹长兰 亓俊迎 周霞  
刘庆兰 刘仁英 王会强

天津科学技术出版社

**图书在版编目(CIP)数据**

临床急诊护理学/曹长兰等主编. —天津:天津科学技术出版社,2009.3

ISBN 978-7-5308-5100-5

I. 临… II. 曹… III. 急诊—护理 IV. R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 045274 号

---

责任编辑:郑东红

编辑助理:周令丽

责任印制:王莹

---

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

---

开本 787 × 1092 1/16 印张 22.25 字数 514 000

2009 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

**主 编** 曹长兰 亓俊迎 周 霞 刘庆兰 刘仁英 王会强

**副主编** (以姓氏笔画为序)

王 慧 王金云 王荣花 孙爱辉 乔秀丽 朱莉文  
李爱清 李英娥 邹 艳 张秀娟 张东芳 辛维凤  
苗金丽 周卫东 郭广芹 董玉敏 温美玲

**编 委** (以姓氏笔画为序)

王 慧 王金云 王荣花 王会强 亓俊迎 刘庆兰  
刘仁英 孙爱辉 乔秀丽 乔瑞平 朱莉文 李爱清  
李英娥 杜文君 邹 艳 张秀娟 张东芳 辛维凤  
苗金丽 周卫东 周 霞 胡新姣 段素伟 郭 静  
郭广芹 曹长兰 董玉敏 温美玲

## 主编简介



曹长兰,女,汉族。1963年2月出生于山东省青州市黄楼镇。1982年毕业于潍坊卫生学校,1998年毕业于齐鲁大学高护专业。现任青州市人民医院急诊科护士长、主管护师,中共党员。

自工作以来,认真学习理论知识,潜心钻研业务技能,工作中时时处处严格要求自己,事事起模范带头作用,待病人如亲人。1990年,在齐鲁医院手术室进修半年,并参加过中华护理学会举办的多期护理管理培训班,积累了丰富的理论知识和临床经验。1995年,因工作需要,被调入急诊科担任护士长工作至今。当年10月份,在青州市举办的护理技术大比武活动中荣获全市第一名,并多次被评为青州市卫生系统先进工作者、潍坊市优秀护士、三八红旗手等荣誉称号。工作之余,曾在国家级刊物上发表论文数篇,搞科研3项,专利2项。在医院组织的历次业务考试和智力竞赛活动中取得了优异成绩,并带领急诊科全体护理人员在医院领导的正确领导下,以饱满的精神风貌、雷厉风行的工作作风,全力以赴地投入到急诊急救工作中,以挽救更多的垂危病人的生命,取得更优异的成绩。

## 前 言

急诊护理学是护理学的重要组成部分。护士在面对急危重症病人时,能否及时无误地作出判断和进行救护,直接关系到病人的安危和抢救的成败。因此,为了使护士能够熟练掌握急救知识和技能,以便在紧急情况下与临床医师密切合作,互相默契,出色完成急诊常见疾病的护理工作。为此,我们在繁忙的工作之余,广泛参考国内外文献,结合自身工作经验,编写了这本《临床急诊护理学》。

全书共分17章,内容包括绪论,院前急救,急诊科的设置与管理,心搏骤停,重症监护,急救技术以及临床各科常见急诊护理。编写原则是“突出临床,注重实用”,努力体现当代急诊护理学的专业特点。

本书是全体编者辛勤劳动的结晶。由于参加编写作者行文风格各异,叙述繁简不尽相同。限于水平,书中不妥之处在所难免,希望同道给予指正。

青州市人民医院 曹长兰

2008年12月

# 目 录

## 上篇 总 论

第一章 绪论	1
第二章 院前急救	4
第一节 概述	4
第二节 院前急救中的护理工作	9
第三章 急诊科的设置与管理	13
第一节 急诊科的任务与设置	13
第二节 急诊科的管理	15
第三节 急诊预检分诊	21
第四章 心搏骤停	29
第一节 概述	29
第二节 心肺脑复苏的一般程序、方法和护理	31
第五章 重症监护	40
第一节 监护病房的组织与管理	40
第二节 危重患者监护	44
第三节 监护技术	46
第六章 急救技术	49
第一节 环甲膜穿刺术及气管插管术	49
第二节 气管切开术	52
第三节 动、静脉穿刺置管术	54
第四节 改善呼吸功能的急救技术	56
第五节 胸腔穿刺术	64
第六节 腹腔穿刺术	65
第七节 中心静脉压测定	66
第八节 导尿术	67
第九节 鼻饲术	68
第十节 洗胃术	69
第十一节 胃肠减压术	70
第十二节 三腔二囊管压迫止血法	71
第十三节 胸腔闭式引流术	72
第十四节 输血	73

## 下篇 各论

第七章 休克 .....	85
第八章 创伤 .....	97
第一节 颅脑损伤 .....	97
第二节 胸部损伤 .....	108
第三节 腹部损伤 .....	117
第四节 泌尿系统损伤 .....	124
第五节 四肢血管损伤 .....	133
第六节 脊髓损伤 .....	136
第九章 脏器功能衰竭 .....	145
第一节 急性呼吸衰竭 .....	145
第二节 急性心力衰竭 .....	152
第三节 急性肾功能衰竭 .....	156
第四节 急性肝功能衰竭 .....	167
第十章 常见临床危象 .....	175
第一节 超高热危象 .....	175
第二节 高血压危象 .....	178
第三节 高血糖危象 .....	182
第四节 低血糖危象 .....	188
第五节 甲状腺危象 .....	191
第十一章 昏迷 .....	196
第十二章 急性中毒 .....	200
第一节 概述 .....	200
第二节 急性有机磷农药中毒 .....	204
第三节 急性一氧化碳中毒 .....	210
第四节 急性巴比妥类药物中毒 .....	213
第五节 急性酒精中毒 .....	215
第六节 细菌性食物中毒 .....	217
第十三章 物理因素损伤 .....	221
第一节 中暑 .....	221
第二节 电击伤 .....	224
第十四章 传染病急诊 .....	227
第一节 霍乱 .....	227
第二节 肾综合征出血热 .....	232
第三节 重症病毒性肝炎 .....	237
第十五章 儿科急诊 .....	241
第一节 新生儿窒息 .....	241



第二节	新生儿败血症	245
第三节	小儿惊厥	248
<b>第十六章</b>	<b>妇产科急诊</b>	<b>254</b>
第一节	异位妊娠	254
第二节	前置胎盘	259
第三节	胎盘早剥	263
第四节	子痫	267
第五节	胎儿窘迫	273
第六节	子宫破裂	277
第七节	羊水栓塞	280
第八节	产后出血	285
第九节	功能失调性子宫出血	290
第十节	急性盆腔炎	296
第十一节	卵巢肿瘤蒂扭转	299
第十二节	外阴、阴道创伤	300
第十三节	子宫内膜异位症	301
第十四节	急性下腹痛	306
<b>第十七章</b>	<b>麻醉护理</b>	<b>310</b>
第一节	麻醉前护理	310
第二节	部位麻醉及护理	315
第三节	全身麻醉及护理	323
第四节	手术室常备药物	336

# 上篇 总论

## 第一章 绪论

急诊护理学是一门跨学科、跨专业的新兴护理学科,它是护理学的重要组成部分,是专门研究各类急性病、急性创伤、慢性病急性发作及急危重症抢救护理的专业性学科。急诊护理学是随急救医学的发展以及现代科技的不断更新、新兴医学与护理学理论的不断形成和充分吸取民族医学的成果发展起来的,其内容与范畴日趋扩大,而且更加丰富。

### 一、急诊护理学的范畴

危急的病情就是抢救的命令,正确的护理是能否抢救成功的关键一环。急重症护理的范畴:①各种疾病的发作、突受外伤损害或异物侵入体内、身体处于危险状态或病变痛苦时,如心搏骤停、大量出血、休克、急性创伤、多器官功能衰竭、意外事故(溺水、电击伤、急性中毒)、脑血管意外、哮喘急性发作或持续状态、急腹症、急性心律失常、急性心力衰竭、肝性脑病、急性肾功能衰竭、糖尿病酮症酸中毒、严重水电解质紊乱与酸碱失衡等。②急救又分为院外急救和院内急救。

(一)院外急救 主要任务是把有效的初步急救措施,以最快的速度送到病、伤人员身边,维持生命,即进行基础生命支持(BLS)和基础创伤生命支持(BTLS)。BLS和BTLS包括主要的现场初步急救和维持病、伤人员生命方法。一般可由急救中心和急救站的医护人员完成。院前急救需要有现代化的管理制度,如通讯、派遣、现场急救,然后将需要进一步诊治的病人转送到最近的接收医院。

(二)院内急救 医院急救中心或急诊科是接收院前急救站送来的或用其他方法到院就治的急症病人的第一线,是所有急症病人入院治疗的必经之路。综合医院急诊科设有内、外、妇、儿、五官等专科诊室。20世纪90年代的急诊科多数设立重症监护室。多数危重症病人可在急诊科得到及时、正确的治疗和护理,部分病人需留观察或转入相应的专科病房进一步治疗,仅有个别的危重病人需送到重症监护病房进行加强治疗和监护。

(三)灾害医学 许多灾害具有突发性,可造成多数人受伤害的不良后果。灾害医学是急诊医学的一个组成部分,也是跨科的专业,包括急诊内科、外科、传染病科、小儿科、流行病学、公共卫生、社会医学、营养学等内容。

(四)毒物学 中毒分为急性中毒和慢性中毒两类。急诊医学主要是研究和诊治急性中毒。毒物的范围很广,包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒植物和有毒动物、污染细菌的食物以及军用化学毒剂等。

(五)急诊护理管理学 如何把病人所需的急救医护服务及时送到病人身边,在抢救过程中医护人员如何有机配合,如何改进急诊中医护理人员的服务态度等等,都需要严格

地科学组织与管理。急救护理人员的技术业务培训工作,也是发展我国急救事业的一个重要方面。为了适应急诊医学发展的水平和社会的需要,必须加强急救护理科学研究及情报交流工作。

## 二、急诊护理的发展

急诊护理学的起源,可追溯到19世纪南丁格尔(Florence Nightingale)年代。1854~1856年,英、俄、土耳其在克里米亚交战时,前线战伤的英国士兵死亡率高达42%以上,南丁格尔率领38名护士前往前线医院救护,使死亡率下降到2%,这是护理学创始人南丁格尔写下急诊护理学的第一节。这充分说明了急诊护理工作 in 抢救危重病人中的重要作用。

急诊护理学的发展是随着急诊医学的发展而发展的。20世纪50年代初期,北欧发生了脊髓前角灰白质炎大流行,许多病人伴有呼吸肌麻痹,不能自行呼吸,而借“铁肺”治疗,经用此相应的特殊护理技术,取得了良好的效果。这是世界上最早的用于监护呼吸衰竭病人的“监护病房”。外科手术病人,先到复苏室护理,清醒后再回到病房,复苏室系外科手术后的早期监护病房。此后,急诊护理技术进入了有抢救设备配合的新阶段。60年代由于电子仪器的蓬勃发展,如心电图示波装置、电除颤器、人工呼吸机、血液透析机的应用,医学理论与实践逐渐深化,护理理论与护理技术更进一步提高。70年代,国外成立了社会急诊机构,很多国家相继建立了急诊中心与综合或专科ICU、术后复苏室等危重急诊监护网络系统,形成了完整的医疗体系,并训练各行各业的人员作为二线急诊组织成员,重视现场抢救,重视急诊护理教育。当人们遇到急症病人、火警等人身事故、重危病人时,能做到边抢救边电话报警,随之而来的是配备了带有急诊设备的专用救护车和急诊医护人员,有些国家还用直升机作为运送伤病员的工具,随时以报话机和有关医院急诊科联系,并在有关专家指导下进行必要的处理,对降低死亡率及残废率起了重要作用。

我国历来重视急诊知识、战伤护理的普及教育,急诊护理事业也经历了从简单到逐步完善形成新学科的发展过程。早在20世纪50年代,我国医院各病房就普遍将重危病人集中在重危病房,靠近护士办公室,便于护士密切观察病情及护理。1957年和1962年先后拍摄了科教片《急救》和教学片《火线抢救》。1974年在天津市中心医院首先建立了急性三衰(心、肺、肾)抢救研究室,是我国最早从事急危重症急诊医学研究的专门机构。1980年卫生部颁发了《加强城市急救工作》的文件。1982年3月召开急诊医学咨询会。同年10月,卫生部委托上海医学会召开“全国门、急工作学术讨论会”,1983年卫生部颁布《有关全国急诊工作的建议》,其中提到有条件的医院应成立急诊科。自1983年起全国有少数几家较大的医院设立了第一批急诊科。1985年在杭州举办“急诊医学研讨会”。会上提出如何结合我国实际发展急诊医学问题。1986年“中华医学会急诊医学分会”成立。该会的成立为推广我国的急诊医学起了重要作用。到1992年,急诊医学会下共设6个专业组:院前急救、复苏、小儿急救、危重症、灾害医学和成人继续教育。在急诊医学会常委会领导下,每个专业组可自行决定举办全国性学习班或专题讨论会。近几年来,随着医学科学的发展,不少大、中城市的综合医院和某些专科医院都相继设置了急诊科或急诊室及院内ICU,并配备了医师、护士等医务人员,使急救医学得到了进一步的发展。

此外,社会发展促进了急诊护理发展,这是当代社会文明的重要体现。近些年来,急

诊护理在多学科的基础上,强化了急诊模式,即完善的通讯指挥系统、现场急救、有监测和急救装置的运输工具、高水平的医院急诊服务和强化治疗,使急救护理进入一个新的阶段。急诊护理是以患者生命需求为中心的特殊学科,目前的急救护理模式,均是由院前急救、医院急诊救治和以重症监护病房做支持后盾组成的“三位一体”模式。急危重症患者首先在急诊科进行初步有效的抢救,病情相对稳定后,一部分未脱险者送重症监护病房(ICU)继续治疗,以提高生命质量,使难治性患者获得康复,显示出急诊护理的强大活力。目前,急诊专业体系日益完善,急救技术推陈出新,为患者提供快捷有效的服务已成为护理同行的共识,急诊护理人员在护理学领域里正担负着越来越活跃的角色。

### 三、学习急诊护理学的方法

急诊护理学是护理学的一个重要分支,也是临床医疗救护上不可缺少的一部分。目前随着急诊危重病与创伤患者的日趋增多,对急诊科护士的整体素质也提出了更高的要求,要求护士不但要有高度的责任心,还要熟练掌握急救知识和技能,能在紧急情况下给予病人及时、准确地实施心身整体救治和监护,这对提高抢救成功率,降低死亡率、致残率将起到重要作用。

(一)必须养成良好的职业素质 急诊护士要自觉地规范自己的言行和实践,设身处地为病人着想,牢固树立“时间就是生命”的观念,急病人所急,争分夺秒,全力以赴,抢救病人的生命,保证抢救工作的质量。

(二)善于理论联系实际急诊护理学的发展,体现了理论与实践相结合的原则。以抢救为例,开始仅限于战伤急救,经过临床实践,将战伤急救的优点用于城市急危重症的抢救,提高了人群生存率。学习急诊护理学要善于将基础理论与学过的各科知识相互联系,融会贯通。

扎实的基础理论包括生理、解剖、药理、诊断等基础知识。熟练的专科理论包括:①各科急症;②危重病人抢救常规;③CPCR 机制及有关操作和仪器使用原理及注意事项;④常用急救药物名称、剂量、用法、不良反应、配伍禁忌等;⑤常用急诊检验指标及临床意义;⑥血气分析,常见酸碱失衡处理原则;⑦常见心血管系统急诊异常心电图的识别。必须掌握的抢救护理技能包括:①各类急症抢救程序;②复苏病人护理;③心脏按压法;④除颤起搏基本方法;⑤气管插管及气管切开术后护理;⑥心电监护方法及危象鉴别和处理;⑦氧疗;⑧动、静脉穿刺技巧。急诊护士必须熟练掌握以上理论和技能,并能灵活地应用到抢救实践中。

(三)培养管理能力 急诊急救护理中管理非常重要,能否排除抢救护理的各种障碍,协调好各方面的关系,直接关系到抢救工作能否顺利进行。护士应注意培养自身的管理能力。

(四)积极参加继续教育 急诊医学进展迅速,可以说在基础理论、治疗措施、监护手段及护理技术方面都日新月异,急诊护士的知识结构也要不断更新,扩大自己的知识范围,掌握急诊医学领域的新进展,能够更好地理解和配合医疗急救。因此,任何年资的护理人员都必须接受继续教育,重点学习新理论、新知识、新技术,并积极在实践中开展科学研究。

(曹长兰 亢俊迎 周霞)

## 第二章 院前急救

院前急救 (prehospital emergency medical care) 是急诊医疗服务体系 (EMSS) 的一个重要组成部分,是指急、重、危伤病员进入医院以前的医疗救护。院前急救有广义和狭义之分,其主要区别在于是否有公众参与。院前急救主要包括四层含义:①患者发病地点在医院以外,急救的时间是在进入医院以前。②患者的病情紧急、严重,必须进行及时抢救;③院前急救是患者进入医院以前的初期救治,而不是救治的全过程;④经抢救的患者需要及时、安全地运送到医院进行延续、系统救治。

### 第一节 概述

#### 一、院前急救的意义

院前急重症的范围广泛而复杂,涉及内、外、妇、儿、五官等科,病种囊括人体多个系统,如中枢神经系统、循环系统、呼吸系统、消化系统、内分泌和代谢系统、生殖系统、泌尿系统及骨与关节系统急症等。

根据北京市急救中心 1987 年对 10000 份病历统计分析结果分析,内科急重症占总数的 53.5%,其中以心脏血管病急症为最多见,占 42.7%。外科急重症占总数的 32.3%,其中创伤病人占 69.4%,妇产科急重症占 4.6%,急性中毒占 2.7%。

另据广州市第二人民医院 1993 年对 1814 份病历统计分析结果分析,内科疾病占急重症总数的 81.64%,其中呼吸系统疾病、心血管系统疾病、神经系统疾病是内科的主要疾病。外科疾病占 13.89%,其中外伤占 10%,而车祸占 1.65%。

以上分析表明,尽管院前急救病种十分复杂,但主要以心脑血管疾病和外伤病人多见。

另外,院前急重症病种及数量随季节的变化而呈现出一定规律。如春季以心血管和脑血管病居多,夏秋季节以洪水灾害及各种传染病为主,冬季呼吸道疾病增多。四季中,如遇阴、雨、雾、雪天气则创伤和骨折病人明显增多。掌握这一规律,可使急救人员提前进行相应的学习和准备,以最佳精神状态和精湛抢救技术迎接病人。

近年来,我国的交通事业发展迅速,随之而来的交通事故伤亡数量也十分令人瞩目,仅 1990 年 10 月,全国就发生交通事故 21636 起,死亡 4414 人。因此,院前急救是否及时、正确,是提高存活率的关键。

#### 二、院前急救的现状与展望

(一)国内院前急救现状 目前,我国急救医疗服务中心的模式大致可分为下面 5 种形式。

1. 独立的急救中心模式。它具有现代化水平的、专业配套的独立型的急救中心,实

行院前急救→急诊科→ICU→急救一条龙的急诊医疗体系。为缩短我国与发达国家急救服务的差距,北京急救中心还在新建社区和近邻区扩建、兴建急救网点,努力达到急救半径3~5公里,急救反应时间5~10分钟。

2. 以院前急救为主要任务的模式。行政管理上直接隶属于当地卫生局。上海市医疗救护中心市内设10个救护分站,郊县有11个救护分站,院前急救系统拥有近200辆救护车,组成了急救运输网,市区急救半径为4.5公里,平均反应时间为10分钟,全市普遍使用“120”急救电话,随车人员多为急救医士。采用此模式的城市有上海、天津、南京、武汉等。

3. 依托于一所综合性医院的院前急救模式,有人称为重症模式。该模式具有强大的急救医疗支持力量,形成了院前急救、医疗监护运送、院内急救、ICU等完整的急救医疗功能。随车人员均为医院内的医护人员。其特点是院前、院内急救有机地结合起来,有效地提高了伤病员的抢救成功率。该模式明显地增加了现行医务人员的负担,急诊病人的集中导致急救中心超负荷运行,难以发挥技术优势。但该模式投资见效快,有利于迅速发展院前急救事业。采用该模式的城市有重庆、青岛、邯郸、金华等。

4. 建立全市统一的急救通讯指挥中心,院前急救由各医院分片出诊的形式。其优点是有效合理地利用现有的医疗资源,提高了急救的反应时间和抢救效率,避免了不论轻重急症集中到某一大医院造成其医疗负担过重而影响救治效果。

5. 市县三级急救网络模式。I级急救设在市县综合性医院的急救中心,II级急救站在区卫生院,III级急救点设在乡、镇卫生所。彼此三级急救组织之间有机地联系起来。此模式也类同于某些大企业和三级抢救网。如企业的中心急救站、分厂保健站、车间受过培训的卫生员。

## (二)几个发达国家院前急救概况

1. 美国 院前急救体制最初建于20世纪60年代末期。1968年首先在阿肯色州和南加州设立了多个急救医疗组织,成立了美国创伤协会。在政府的大力支持下为急救医士实行统一注册。1973年通过法律草案在各城市完善和形成急救组织网络。急救工作由地方政府或消防队负责,急救医士均有统一上岗证书,全国统一急救呼号为“911”。

2. 日本 院前急救组织为消防署,救人救火统一使用急救呼号“911”。急救员兼学消防救灾知识,开展地面与空中急救工作。消防署每天3次接到本市各医院床位使用情况报告,以便掌握空床数,做到准确、及时地调度;快速安全地转运病人。消防署与警署、医院急诊科、中心血库等有直接联系,遇有重大灾害性事故时,急救必须服从统一指挥,多方协调配合,以便急救工作的顺利进行。

3. 澳大利亚 20世纪70年代初,在较大城市设立了较现代化的急救站,急救站包括4部分:运输、救护、活动ICU和管理部分(行政管理、无线电通讯、财务和培训)。1977年设立了国家教育委员会,负责培训全国院前急救医士。高级救护时使用活动ICU,由接受过专门训练的人员负责操作。大城市的呼吸急救站讯号为“000”,与公安、消防是同一呼号。但在大城市外,尚未设立呼救讯号。

4. 法国 1956年,在一次暴发性脊髓灰质炎的大流行中,巴黎的公立医院联合会要求Crara教授组织一个急救系统负责运输病人到Claude Berard医院,在那些成立了由

Mollaret 教授设计的国际上第一个 ICU 救治呼吸肌瘫痪的病人。这一成功经验迅速被推广到其他地区,并认为可以改进成功救治其他急性病、伤人员。1965 年发展成为急诊医疗体系。并在“15”作为急救呼号。现代通讯设备和现代医学和医疗技术的发展,使急诊医疗体系有了迅速发展。

(三)设想与展望 院前急救作为急诊医学的重要组成部分,能明显降低急危重伤病员的死亡率和病残率。院前急救水平高低在某种程度上反映了一个国家的组织能力、医疗水平及公共福利的综合能力。

1. 上海急救模式值得推广,理由如下:第一:据调查资料,1991 年我国每千人口医师 1.1 人,是美国和日本的 1/3,原苏联的 1/5,可见我国人口与医师比率还很低,院前急救归属于现有医院,加重了现有医务人员的负担,不利于整体卫生事业的发展。第二:美国、英国、日本的院前急救资料显示,非危重病人约占 80%;急症病人占 15%;危重的伤病者只占 5%。我国上海市、北京市、邯郸市的院前急救统计为:一般急诊病人约占 85%~95%;危重病人占 10%~15%,这与国外急诊情况基本相似。一般急诊病人大多不需要现场急救处理,危重病人中大多采用给氧、止血、包扎、肌注等处理后可暂时稳定病情,只有 5%特别危重病例才需在现场做基础生命支持或加强生命支持。所以,现有医护人员随车出诊造成专业技术人才的极大浪费。第三,院前急救因抢救的现场环境、条件等和医院不同,具有其特殊性,尤其是灾害性事件引起的危重伤病人员的抢救。由医院的医师、护士出诊、救护有明显弊端,鉴于此种情况,我国院前急救有必要建立单独的医疗救护中心,培养专业的急救医士,承担独成体系的院前急救任务。

2. 院前急救体制应考虑多元化。我国目前尚属发展中国家,经济上还不富裕,国家对卫生事业的投入还十分有限,若按卫生部起草的大中城市急救中心建设标准筹建,即急救中心至少有 20 辆救护车,至少设 3 个急救站,每 5 万人口至少拥有一辆救护车,显然有一定难度。是否可考虑积极灵活的办医路子,在保证救护质量的前提下,按照谁投资谁受益的原则,多方筹集社会闲散资金,以尽快地速度把院前急救工作搞上去,以满足人民群众对急救的需要。在这方面,河北省红十字救护中心进行了积极的探索,值得借鉴。

3. 尽快确立以某一院前急救模式为主体,多模式并有的独具我国特色的急诊医疗体系,并加快急救方面的立法。由于社会的进步,院前急救医疗体系借助急救的社会化,其内涵更加丰富、外延更加扩展。发达国家已建立多功能部门的相互协作。渗透的急救医疗体系,如美国、日本、芬兰等国家,借助消防、警察,并培养专业的急救医士,使院前急救的水平大大提高,我国也应考虑与“119”、“110”、“121”等部门横向联系,形成以 120 为中心的急救服务有机整体,为人民群众提供及时、高效的急救服务。关于院前急救的归属、机构、体制、横向联合等问题,最好由人大立法,从而使我国的院前急救有一个质的飞跃。

随着科学的发展、社会的进步,传统的院前急救观念正在发生变化。既有医学知识,又有救援本领的急救医助、急救技士将成为院前急救的主力军。而配有现代通讯设备的急救通讯指挥中心,星罗棋布的急救站、点形成的急救网络;将对呼救信号及时受理、下达,迅速有效地执行救援任务。急救车将不仅仅是运输病人的工具,而是抢救病人的场所,自动心脏除颤器、简易呼吸器、氧气瓶、担架等、脊柱板、颈托等,以及有关的药品、敷料等将成为急救时必备物品。同时,在社会上大力普及急救知识和技能,使更多的“第一目

击者”在紧急情况下能够发挥积极的作用。总之,急救社会化、结构网络化、抢救现场化、知识普及化将是急诊医学,特别是院外急救的发展方向。

### 三、院前急救的主要任务

确定院前急救的主要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。它既反映急救的需要,也是检验一个部门急诊医疗工作好坏和管理水平的重要标志。主要任务有几个方面:

(一)承担平时呼救病人的急救 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,如心肌梗死、窒息、休克等,称为急救病人。此类病人约占呼救病人的10%,其中进行就地心肺复苏抢救的特别危重病人<5%。对此类病人必须现场抢救,目的在于挽救病人生命或维持其生命体征。另一类为短时间内尚无生命危险的病人,如骨折、急腹症、重症哮喘等病人,称为急诊病人。此类病人约占呼救病人的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。

(二)承担对灾害或战争时遇难者的急救 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。

(三)承担特殊任务时救护 特殊任务指当地的大型集会、重要会议、国际比赛、外国元首来访等。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。

(四)承担通讯网络中心的枢纽任务 通讯网络一般由3个方面构成。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)承担承上启下、沟通信息的枢纽任务。

(五)承担急救知识的普及 急救知识的普及教育可提高急救服务的成功率,平时可通过广播、电视、报刊等对公众普及急救知识,开展有关现场急救及心肺复苏的教育。

### 四、院前急救的必备条件

院前急救不同于医院急诊科(室)或病区抢救,其特点是在紧急情况下,不管条件多么差,环境多么恶劣,病情多么复杂,设备多么简陋,都要牢记“救命”二字。抢救原则应以维持生命与对症治疗为主,最大限度地救护伤病人、降低死亡率、减轻伤残率、提高成功率。院前急救须具备下列条件:

(一)健全完善的急救网络 国内现在通常由急救中心、急救站形成急救网络,作为专业院前急救机构,随着市场经济体制的建立完善,现代化都市不断兴起,我国的急救网络必将得到发展和完善。据统计,我国目前大、中城市都建立了规模不一的急救中心或急救站,在急诊、急救工作中,它是全城最高指挥者和组织者,把全城有条件的医院组织成急救网,分区负责,大大缩短抢救半径。有的城市还根据本城面积和人口密集分布情况,划区分段设急救分中心或分站。我国各地急救中心模式不一,有的依托在一个有条件的综合性大医院,这样的模式具有强有力的综合实力,有利于全城急诊工作的指挥和协调,有



利于病人分流,有利于抢救复杂疑难的垂危病人,这种模式比较适用于中等城市。

(二)优良的通讯设备 通讯是院前急救三大要素之一。建立健全灵敏的通讯指挥机构是提高急救应急能力的基础。我国已启用 120 全国统一急救电话,利用无线电话联络系统,具有快速、机动灵活、免干扰功能。它可以快速联结病人所在地、急救中心(站)和各网络医院急诊科(室)。经过训练有素的调度员的迅速分诊和调度,一条现场急救、安全运输和接收医院急诊科(室)之间的绿色通道即可接通。遇到特大灾难时,这个系统能显示了它的优越性。

(三)先进的急救、监护设备和技术 心电图机、持续心电监护、吸引器、给氧设备、呼吸机、气管切开物品、心脏起搏除颤器等,随时处理临战状态。

(四)快捷的转运工具 将普通型救护车改装成急救监护型救护车,并配备现代急救、监护设备。救护车应定位、定人、定职,专车专用,24 小时值班。必要时可以动用直升机。

(五)训练有素的急救人员 院前急救人员,原则上要求有较丰富的临床经验和较强的应急能力,由急救操作熟练、基本功过硬、具有独立作战能力、身体素质好和热爱急救事业的人员组成,急救人员应以急诊、内科、外科医师和护士为主。如现场灾害范围大,伤员多,伤势重,急救医疗指挥部应组织调集第二梯队急救人员到现场参与抢救。院前急救人员要求固定或相对固定,定期轮训、培训和演练,以提高其抢救水平和应急能力。平时可以在岗不脱产,一旦接到命令,做到招之即来,按要求到达现场。

(六)社会急救意识 在日常生活中,接触危重伤病人的第一目击者多是社会人员,而不是医务工作者。垂危濒死伤病人员在发病起初几分钟内是生命攸关的时刻,此时抢救及时、正确,就可能挽救伤病人员生命,反之,则造成伤残甚至死亡。所以,应向广大人民群众普及基本急救知识与技能。

## 五、院前急救的组织与实施

为了最大限度地做好灾害事故后的医疗救护、卫生防疫工作,保障国家建设和人民生命财产安全,建立一个强有力的、统一领导的院前急救组织机构是必要的。

(一)救灾医疗防疫工作领导小组 可由省(市)卫生厅(局)、省(市)医药总公司、军区后勤部卫生部等有关领导组成救灾医疗防疫工作领导小组。设组长一名、副组长和组员若干名。工作职责:

1. 负责全省(市)救灾医疗防疫的领导工作;
2. 平时督促检查重点监视区抗灾救灾方案的制订及落实情况;
3. 灾时根据灾情及派出医疗救护队和卫生防疫队进行现场急救、卫生防疫和做好药品器材供应、后勤保障等有关部门的协调工作。
4. 对医疗救护和卫生防疫等工作中的重大问题作出决策;
5. 省(市)救灾医疗防疫工作领导小组办公室设在省(市)卫生厅(局)。

(二)救灾医疗防疫指挥部 在救灾医疗防疫领导小组的直接领导下,灾区设医疗防疫指挥部。可由省(市)卫生厅(局)医政处、防疫处、药政局、军区后勤部医疗处、省(市)医药总公司药品器材供应处、地(市)救护站等部门及当地卫生行政部门有关领导组成,设总指挥一名、副总指挥和成员若干名。工作职责: