

基层卫生人员中等医学学历教育系列丛书

急症的识别与处理

JI ZHENG DE SHI BIE YU CHU LI

■ 主编 陈 志



◆ 天津科技翻译出版公司

基层卫生人员中等医学学历教育系列丛书

急症的识别与处理

主 编 陈 志

编 者 (以姓氏拼音为序)

陈 志 韩壮壮 刘 昕 王晓燕

温新华 张 然

 天津科技翻译出版公司

图书在版编目 (CIP) 数据

急症的识别与处理 / 陈志主编. —天津: 天津科技翻译
出版公司. 2009. 11

(基层卫生人员中等医学学历教育系列丛书)

ISBN 978-7-5433-2571-5

I. ①急... II. ①陈... III. ①急性病—诊疗—医学教
育—教材 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 212917 号

出 版: 天津科技翻译出版公司

出 版 人: 蔡 颢

地 址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮 编: 300192

电 话: (022) 87894896

传 真: (022) 87895650

网 址: www.tsttpc.com

印 刷: 河北省廊坊市华北石油华星印务有限公司

发 行: 全国新华书店

版本记录: 787×1092 16 开本 9.75 印张 220 千字

2009 年 11 月第 1 版 2009 年 11 月第 1 次印刷

定价: 25.00 元

(如发现印装问题, 可与出版社调换)

前 言

急诊医学是医学领域中一门新兴的学科，而急救医学又是急诊医学里一个重要的分支。随着我国人民卫生事业的发展，各地院前急救医疗体系和医院内急诊医学体系都有了飞速发展，在捍卫人民健康的卫生事业越来越发挥着巨大的作用，已经成为一个国家或一个地区医疗卫生发展水平的标志。作为一名医疗卫生人员，无论从事哪个专业亦或是在医院内、医院外，都会遇到各种各样的急诊、急救问题。而临床中的急危重症往往来势凶猛，病情复杂多样，能否及时作出正确的诊断和治疗直接关乎病人的生命安危，这就需要医务人员具备较高的综合诊疗水平和丰富的临床救治经验。为了满足广大基层医务人员临床急诊需要，我们组织一批中青年专家编写了本书。

在本书编写过程中力求做到①简明实用：甄选了临床中最常见急危重症（病）对其病理生理、临床诊断与鉴别诊断和紧急处理进行了简明扼要的论述，使读者能迅速把握重点，并能指导实际临床工作。②科学规范：本书介绍的临床理论和诊断、抢救技术均为被大量循证医学检验过的成熟经验，具备科学性和规范性。

需要指出的是急症病人特点各异，读者在掌握本书介绍的基本诊疗原则的同时还应该根据临床中具体情况进行辩证分析，灵活应用。同时，医学是一门不断进步的科学，技术发展日新月异，读者还应随时掌握急诊医学发展新动向，与时俱进，更好地为病人服务。

由于本书编写时间仓促，加之作者水平有限，不当之处在所难免，敬请各位专家指正。

陈 志

2009年9月

目 录

第一章 急诊医学绪论	1
第一节 急诊医学的发展史	2
第二节 现代急诊医学的学科范畴	3
第三节 急诊医疗服务体系	3
第四节 急诊工作一般原则和程序	5
第五节 急诊临床的思维方法	9
第二章 常见症状的判断和处理	11
第一节 胸痛的急诊判断和处理	12
第二节 腹痛的急诊判断和处理	14
第三节 昏迷的急诊判断和处理	19
第四节 晕厥的急诊判断和处理	23
第三章 常见危重病(症)的急救	28
第一节 心脏骤停	29
第二节 急性冠脉综合征	39
第三节 症状性心律失常	44
第四节 急性左心功能衰竭	57
第五节 高血压危象	62
第六节 重症支气管哮喘	65
第七节 急性脑卒中	69
第八节 癫痫急性发作	75
第九节 上消化道大出血	80

第十节 糖尿病急症·····	84
第十一节 休克·····	90
第四章 理化因素所致危重症·····	96
第一节 急性中毒·····	97
第二节 环境因素所致急症·····	100
第五章 常用急救技术·····	108
第一节 徒手心肺复苏术·····	109
第二节 急诊急救的阶梯化呼吸管理模式·····	111
第三节 电击治疗与气管插管·····	114
第四节 急救基本操作技能·····	119
第五节 外伤现场急救技术·····	129
第六章 急诊降阶梯思维·····	136
第一节 急诊降阶梯的概念和意义·····	137
第二节 降阶梯思维在急诊工作中的应用·····	137
第七章 突发大型公共事件现场医疗救援·····	142
第一节 突发大型公共事件·····	143
第二节 突发大型公共事件的现场医疗救援·····	144

第一章



急诊医学绪论

学 习 目 标

1. 需掌握的内容

- (1) 急诊医学的范畴, 急诊医疗服务体系的组成
- (2) 急诊工作一般原则和程序

2. 需熟悉的内容

- (1) 急诊临床的思维方法
- (2) 急诊医学的发展史与现状

第一章 急诊医学绪论

第一节 急诊医学的发展史

一、急诊医学的起源和发展

现代急诊医学最早起源于西方，它的历史可以追溯到美国南北战争时期，战争中对伤员有组织的战场救护和转运是急诊医学发展的源头。其真正雏形的形成则始于 19 世纪 50 年代后期。

上世纪 60 年代早期，美国急诊救护水平还较低，真正的院前急救还不存在，患者只有到达医院后才能获得治疗。医学的发展、高级诊疗设备的出现，以及公众对急救服务的需求的增长是急诊医学进步的原动力。人们越来越多的认识到急救服务需要与其他学科不同的技能技术。医院开始调集其他各科的医生到“急诊室”工作，以加强救护服务的力度，并开始提供 24 小时服务。这是急诊医学历史上的一大进步。但是从各科调来的医生缺乏专门的培训和继续教育，尤其是没有对热爱急诊医学的年轻医生的培训计划。因此，美国在 1968 年成立了急诊医生学会——一个旨在教育和培训急诊医生为公立医院提供高质量的急诊医疗服务的机构。1970 年该学会制定了一套以实践为基础的急诊住院医师培训课程计划和继续教育计划。为了让大家认识到急诊医学的独立性，该学会在 1975 年推行了急诊医生资格认证考试。经过不懈的努力，急诊医学终于在 1979 年被美国医学会和美国医疗专科协会正式认定为第 23 门独立的学科。

二、我国急诊医学的发展

中国现代急救医学发展可分为四个阶段。

1. 第一阶段

指上世纪 50 年代中期～80 年代初期。主要表现形式是在少数大中城市初步建立了医疗转运体制，从事简单有限的救护转运工作。

2. 第二阶段

指上世纪 80 年代中期～90 年代初期。主要表现形式是综合性医院普遍成立了急诊科室和急救中心建设的广泛兴起及全国统一急救电话号码 120 在城市中陆续开通，较为完整的医疗救护体系正在形成，急诊医学成为一门独立的学科，院前急救逐渐形成一个专业。

3. 第三阶段

指上世纪 90 年代初期～非典之前。急救医疗体系建设日趋完善，院前急救水平不断提高。

4. 第四阶段

指“非典”过后。伴随着公共卫生体系建设，急救医疗体系向着更深更广的领域延伸和发展。

1987年5月28日中华医学会急诊医学分会在杭州正式宣告成立。卫生部联合人事部于1995年7月正式批准急诊医学为一门独立的临床学科,并被确认为二级学科,与内、外、妇、儿等科并驾齐驱,急诊医学真正走上了快速发展的道路。急诊医学从无到有体现了现代化医院的发展方向,体现了现代整体医疗技术水平的发展方向,也体现了现代整体医疗技术水平的进步程度。这一门学科的兴起既丰富了医学科学,又造福于以急、危、重特点的急诊患者。

第二节 现代急诊医学的学科范畴

一、现代急诊医学

现代急诊医学是一门研究急性病、慢性病急性发作、急性中毒与伤害和灾难医疗救援技术的学科,它是一门新兴的边缘学科或跨科的学科,是医学的第23个专门学科。急诊医学学科范畴包括院内急诊医学、院外急救医学、危重病医学、灾害医学和急诊急救医疗服务体系管理学。

二、院内急诊医学

院内急诊医学即传统意义上的急诊医学,是研究在医院急诊室内对各类急症患者进行紧急医学诊断和治疗的医学学科。

三、院前急救医学

院前急救医学也称院外急救医学,是研究在医院以外的发病现场以及送往医院途中如何及时、合理、有效地抢救急症患者的医学学科。

四、危重病医学

危重病医学是研究人体各系统疾病的危重阶段的病因病理、临床表现、诊断分类、有效救治等的跨学科医学学科。

五、灾难医学

灾难医学是研究自然灾害、社会灾难对人类生存影响及灾后紧急医疗救援问题的医学学科。和基础研究不同,灾难医学的侧重点是研究医疗体系在防灾、救灾中的地位与作用。

第三节 急诊医疗服务体系

一、概 述

现代急诊医学强调应该从患者发病之初或受伤之际就能给予及时的抢救,并将他安全转送到医院,立即接受急诊室医师有效的初步诊断的治疗,然后根据病情,安排他们的转归。多数接受治疗后可以回家继续服药、休息治疗、少数危重病患者,就可以经适当处理

或手术，然后转到强化监护医疗病室（ICU）、冠心病监护室（CCU）或专科病房。这是目前比较合理的救治急性病伤人员的组织系统，也就是当今国际上很多国家在努力组建的急诊医疗系统，称为“急诊医疗体系”（EMSS），它包含院前急救体系、医院急诊体系、重症监护病房体系等。

二、院前急救体系

（一）院前急救的任务

院前急救的任务包括：①平时对院外现场急症患者进行院前急救；②灾害或战争从事紧急医疗救援任务；③城市大型活动医疗急救保障；④城市医疗急救通讯网络中的枢纽作用；⑤普及急救知识。

（二）院前急救体系

1. 建立地区紧急医疗救援中心

2. 统一的急救电话 120 是我国唯一法律规定的急救电话，但在我国的个别的区出现了 120 以外其他的急救号码，造成急救体系的混乱和急救资源的浪费。从国际急救事业发展看，急救号码和急救体系的统一是必然趋势。

3. 现代化的指挥调度中心 现代化的指挥调度中心包括：①现代化的呼救中心：可以同时受理几十个甚至上百个呼救电话；②现代化的地理信息系统：可以在电子地图上标定突发现场的位置；③计算机辅助指挥系统：可以提供最近的急救资源，通过数据传输，将调度指令直接发送到救护车上；④卫生定位系统：可以随时传回救护车在城市的具体位置和状态；⑤800 兆无线数字集成通讯网络，覆盖全市和边缘地区，可以进行紧急通讯使用；⑥DNA 专线和 IP 电话：可以对急救分中心站点进行紧急联络和指挥作用和指挥。

4. 网络化的院前急救站点 目前北京城区的网络化站点已经将近 100 个，但是随着城市规模的不断扩大，社会的发展人们需求的增多，即使到目前上百个急救站点也仍以城市对急救的需求人员有很大的差距。

5. 先进的急救设备 先进的院前急救设备非常重要，甚至尝试使用直升机进行救护，急救车上需要配备像监护仪心电图、整箱氧气瓶、车载呼吸机甚至车载 B 超等设备。在灾难应急时也有一些专门设备以应付特殊情况。

6. 规范化的急救医疗培训中心 规范化的培训中心在急救中心的建设中是必需的，它有两项功能：①对院前医疗人员进行规范化的培训；②对所在城市的民众进行医学知识的普及教育，帮助第一目击者在急救工作者未到达现场之前就能实施急救有效的处置，为医生抢救患者赢得宝贵的时间。

三、医院急诊室急救体系

医院急诊室是急诊医疗体系中的重要组成部分，它是院内急诊医学医疗、教研的基地，是医院医疗工作的第一线，是医院面向社会的重要窗口。

（一）急诊科的环境布局及秩序

（1）急诊科要自成一区，建设布局及人群流向合理，室内采光及色彩设计符合卫生学要求；

（2）建立绿色通道，设有醒目的急诊和分区标志；

- (3) 患者就诊程序要简捷、方便、合理、设施完善;
- (4) 单设儿科及妇科急诊;
- (5) 急诊传染病隔离病房独立成区;
- (6) 急诊医疗各区应制定相应的规章制度, 以确保急诊秩序。

(二) 急诊科的科室设置

急诊科科室设置一般分为分诊台、抢救室、急诊各专科诊室、急诊手术室、急诊病区 and 急诊重症监护病房等。

(三) 急诊科的人员编制

急诊科人员编制上一般要求一级以上的医院要有独立的科室建筑, 急诊室医疗人员应进行 24 小时值班制度, 急诊人员应相对固定, 便于管理。

(四) 急诊科的设备

急诊抢救室设备应包括心电图机、除颤监护仪、心脏起搏器、心电监护仪、血压监护仪、血氧饱和度监测仪、吸引装置、供氧装置、喉镜、气管插管、简易呼吸器、呼吸机、洗胃机和各种无菌备用的基本手术器械等。

四、重症监护病房体系

(一) 重症监护病房 (ICU) 的特点

- (1) 一般在二级以上的医院可建有重症监护病房。
- (2) 独立封闭管理的病区, 利于医疗人员监护。
- (3) 完善的监护设备, 可随时检测危重患者的生命体征的变化。
- (4) 严格培训的医护人员, 擅长危重病救治。
- (5) 具备相关的特殊治疗手段。

(二) 重症监护病房的收治对象

重症监护病房的收治对象包括: ①严重创伤; ②呼吸衰竭及需要严密呼吸支持者; ③急性心力衰竭 (包括心肌梗死); ④急性肾衰竭; ⑤肝功能衰竭; ⑥心肺复苏后 (包括脑功能衰竭); ⑦休克; ⑧败血症及中毒患者; ⑨昏迷; ⑩严重心律失常。

第四节 急诊工作一般原则和程序

一、急诊工作的一般原则

1. 安全原则

安全原则包括现场环境安全、诊疗安全、民事安全、刑事安全和医疗物资安全五个方面。

2. 科学原则

科学原则指在公认的技术规范基础上因地制宜进行个性化处理。

3. 人本原则

人本原则指以人为本, 以患者的根本利益为导向指导医疗行为。

二、急救现场的一般诊疗程序

急救现场的一般诊疗程序包括确保安全、初步评估和处理、启动医疗急救反应系统、进一步评估和处理和合理转送等，具体流程参照图 1-4-1、图 1-4-2。



图 1-4-1 院前急救链

（一）确保安全

1. 环境安全

（1）安全对象：要保障被救人员的安全，施救人员的安全，以及现场围观人员的安全。

（2）安全方法：①仔细评估现场环境，如时间、地点、人物、事件等；②剔除危险因素：包括现实危险、继发危险、潜伏危险等；③根据现场的情况决定相应的措施：如在怀疑煤气泄漏的现场，切勿按电门铃和使用电话，或任何电器及会发出火花的装置。进入现场之前，必须关掉无线电话。在交通事故中，急救人员须首先在距离事故车辆 50~100 米的地方设置明显标志物，并确保道路交通已受控制，关掉汽车引擎，采取制动后方可进行急救。发生触电时，必须首先用安全方法切断电源或将电源与伤者隔离后，方可接近触电受伤的伤者。

2. 诊疗安全

（1）诊疗技术安全：选择国际医学界公认的、权威的诊疗技术，避免争议。

（2）沟通安全：患者在现场突发重病或受伤后，常处于应激性心理障碍状态，急救人员应与患者有效沟通，避免误解以保障诊疗顺利进行。现场应注意以下几点：①从正面接近患者；②大声说明身份及目的；③适时安慰，充满信心，沉着冷静，语言简洁明晰，逻辑清楚，态度和蔼；④救助儿童及婴幼儿时应首先征得监护人的同意。

3. 民事安全 履行各种告知义务，对急救过程中可能出现的各种情况及后果进行必要的解释和说明，在可能情况下所有诊疗行为都应征得被救人员或监护人的同意。保留好各种诊疗证据。

4. 刑事安全 留心刑事问题，保留一切可能与刑事侦察与鉴定有关的证据。

5. 医疗物资安全 合理使用医疗设备，规范诊疗行为，杜绝医疗设备使用不当造成的安全意外。产生的医疗垃圾要用专用器皿保存，不能留在现场。防止医疗设备丢失、损坏。

确保现场环境安全是任何急救现场首先要处理的问题，在一个不安全的现场进行急救工作会带来更大的伤害和损失；在整个急救过程中亦应注意诊疗安全、民事安全、刑事安全、医疗物资安全。要成为一个出色的院前急救工作者首先必须是一个出色的现场安全专家。

（二）初步评估和处理

1. 初步评估的意义 急症患者病情复杂多样，表现各异，但不管是何种疾病，急救人员都应首先对患者最基本的生命体征进行判断，并及时做出相应处理。危重患者的现场病情瞬息万变，急救人员必须争分夺秒、分清主次。

2. 评估内容 初步评估的内容包括意识(response)、气道(airway)、呼吸(breathing)、循环(circulation)等几个方面。

3. 评估及处理方法 具体方法见基本生命支持部分。

（三）启动医疗急救反应系统

城市或村镇成立的针对意外事件进行紧急医疗救援响应的专门体系或机构，称为紧急医疗救援系统。为了更好地满足急诊工作需求，各级医疗机构应根据自身情况建立合理的内部应急反应系统，使接诊、分诊、处置之间的各个环节做到“无缝隙链接”，真正发挥急诊绿色通道的作用。

（四）进一步评估和处理

1. 进一步检查 在患者生命体征稳定的基础上对患者进行详细的体格检查和可能的仪器检查。如进行详细的病史询问和详细的体格检查。体检时注意将被检者充分暴露、使用手法安全，并注意感染的问题。

2. 进一步现场处理 进一步现场处理指针对患者的具体情况在现场进行进一步医疗处置。

（五）合理转送

由于现场或基层医疗机构条件有限而必须将患者转送上级医院时应本着就近、就病、就能力原则，在尽量征得接受医院同意下安排转送事宜。做好途中医疗监护工作，保持患者生命体征稳定，出现以外及时处理。

在进行急救时，应尽量利用旁观者、志愿者协助以下工作：确保现场环境安全，例如帮助指挥交通，维持秩序；帮助疏散其他旁观者，确保伤者的隐私受到尊重，并让伤者有足够的清新空气；协助处理伤势；其他工作：打求助电话、传递急救用品、安排搬运伤员、引导救护车、安慰伤病者、记录伤病者资料。

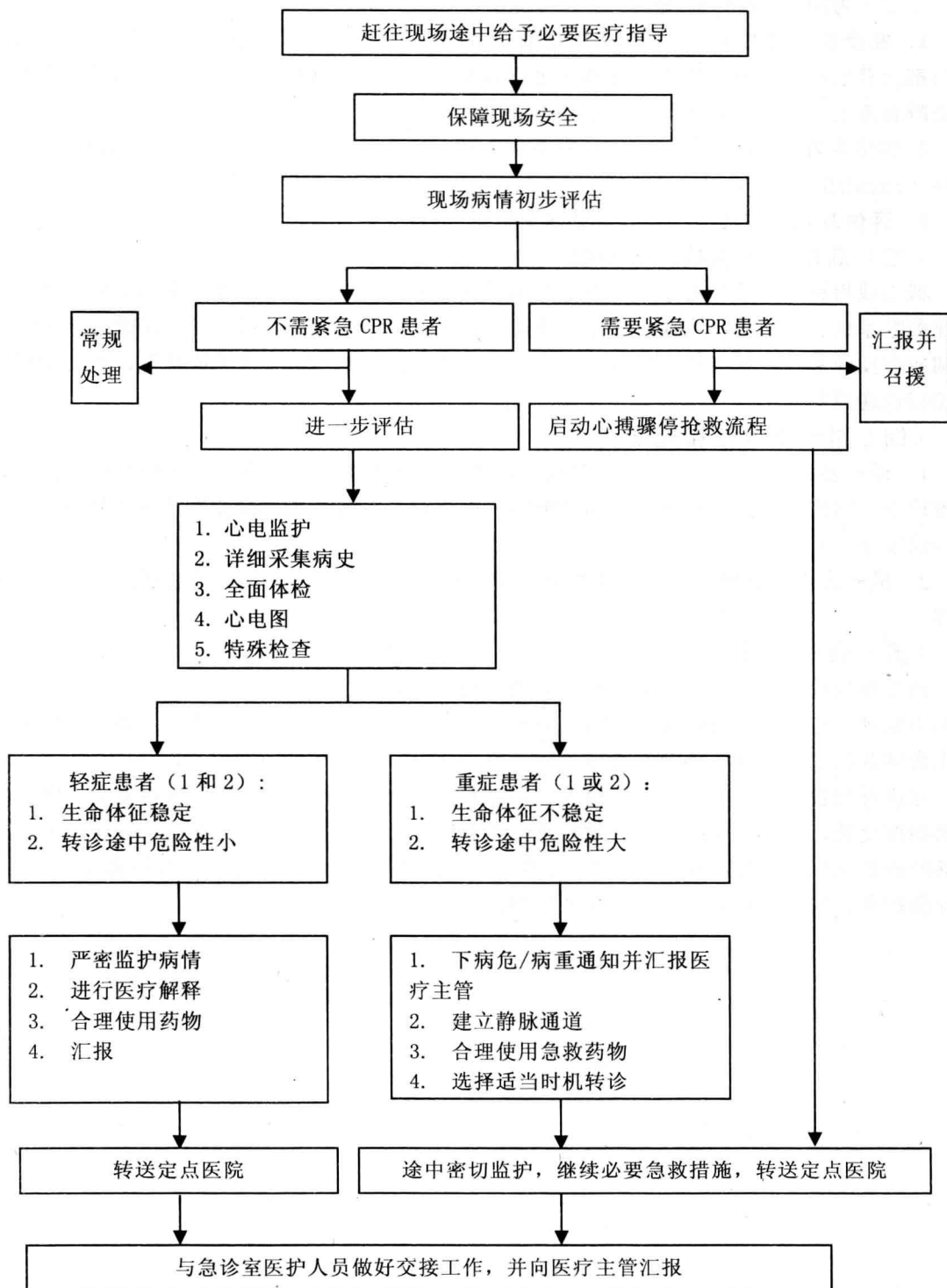


图 1-4-2 现场医疗急救流程

第五节 急诊临床的思维方法

一、急诊临床的诊疗原则

（一）遵循实事求是的原则

在疾病过程中偏离一般规律的表现经常存在，医生应尊重事实，认真观察，深入分析，全面综合，实事求是地对待客观临床资料。避免根据自己的知识范围和局部经验任意取舍，牵强附会。

（二）遵循生物-心理-社会的新医学模式原则

急诊医疗工作要适应新世纪临床医学的发展，摒弃单一的生物学医疗模式，采纳生物-心理-社会的新医学模式新观点，在诊疗工作中突出人的价值。另外，虽然急诊病情紧急，但切忌“见病不见人”的工作习惯。急诊患者的心理和社会问题已成为制约急诊转归的重要因素。

（三）遵循循证医学原则

循证医学是指在临床实践中对患者的诊治决策应建立在最新、最佳的科学依据基础上。是将个人的临床知识与现有系统研究的最佳结果（证据）和患者的选择有机结合综合考虑，用以指导临床实践。

循证医学强调三方面的结合：①忽视临床经验、机械地应用最佳临床研究证据有可能被误导；②相反，仅靠自己的经验而忽视最新、最佳的研究证据，也可能将过时的甚至有害的方法应用于患者；③患者参与临床决策是为了尊重患者的权利，不同的患者对自己疾病的关注程度、对治疗措施的期望值和对不良反应的耐受性不同，同样的患者最终的诊疗选择会有很大不同。

二、急诊临床的思维方法

（一）完全彻底生物诊断思维

完全彻底生物诊断思维要求全面地获取资料，对资料以不同角度、不同组合全面考虑，提出诊断与鉴别。其优点是全面细致，准确率高，但耗时费力，效率差，不适于急诊工作。

（二）流程推导法

流程推导法是将主要治疗带入拟定的诊断或治疗流程图按步骤行事，完成诊断步骤或治疗方法选择。优点是简单易行规律性强，在各地急诊工作中较常见，如各医院制定的急诊流程图等。缺点是难免机械生硬，灵活度差，如一味生搬硬套，势必犯形而上学的错误。

（三）类型识别法

类型识别法是由临床病例启动医生回忆，与过去的经历或书本模式进行对比，识别，使经验再现，“对号入座”进行诊断和治疗。此法简单方便，是急诊科医生常用的思维方法，但需要有较长的临床实践积累，且须灵活应用，否则容易犯主观、片面的错误。

（四）假设演绎法

假设演绎法是将临床资料进行整合提出多种可能性，按可能性大小进行排列组合，做出比较和鉴别。此法前提是依据必须充分，假设必须符合逻辑，是常用的诊疗思路。但急

诊时间紧迫，使用假设演绎法应迅速果断，不宜在推敲中浪费时间。

（五）急诊三步法

1. **基本判断** 应用基本知识和基本经验进行对比演绎，特别是过去经验所形成的临床诊断和治疗模板。适用于急诊患者的初步诊断和治疗。特点是快捷有效，主次分明。

2. **推理整合** 综合各种临床信息，进行推理整合，抽丝剥茧、理清脉络，在典型与不典型，效果与代价中提炼诊断，权衡治疗措施的利弊。适用于进一步的诊断和治疗。

3. **检验修正** 对具有评价意义的临床问题进行复检、比较、核实。在此过程中可能再次询问病史、体检或更换治疗措施，对诊疗情况不断复核和评价，并酌情予以调整。适用于急诊患者的长期观察与治疗。

（六）优先法

特殊情况下可使用优先法，即考虑生命优先、症状优先、一元论、普通型疾病优先、器质性疾病优先和可治性疾病优先等。

三、急诊临床的思维误区

在急诊临床工作中，医生需要尽量避免进入一些思维误区，如主观臆断、主次不分、循规蹈矩、故步自封、强暴人意等，以免耽误患者的治疗。



经验点滴

【经验一】 急诊临诊疗过程中，特殊情况下可使用优先法，即考虑生命优先、症状优先、一元论、普通型疾病优先、器质性疾病优先和可治性疾病优先等。

【经验二】 急救现场的一般诊疗程序，如下



第二章



常见症状的判断和处理

学 习 目 标

1. 需掌握的内容
 - (1) 胸痛的急诊判断和处理
 - (2) 腹痛的急诊判断和处理
2. 需熟悉的内容
 - (1) 昏迷的急诊判断和处理
 - (2) 晕厥的急诊判断和处理