

主 编 / 赖荣德 梁子敬

急诊科医师

诊疗思维与决策

JIZHENKE YISHI ZHENLIAO SIWEI YU JUECE



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊科医师

JIZHENKE YISHI

诊疗思维与决策

ZHENLIAO SIWEI YU JUECE

主 编 赖荣德 梁子敬

编 委 (按章节出现顺序排名)

赖荣德 广州医科大学附属第一医院

徐春生 南方医科大学珠江医院

蒋龙元 中山大学附属第二医院

梁子敬 广州医科大学附属第一医院

李奇林 南方医科大学珠江医院

廖晓星 中山大学附属第一医院

易会兴 浙江大学医学院附属第二医院

曾量波 广州医科大学附属第一医院

俞锐敏 暨南大学附属第一医院

蔡学全 南方医科大学珠江医院



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急诊科医师诊疗思维与决策/赖荣德,梁子敬主编. —北京:人民军医出版社,2013. 10
ISBN 978-7-5091-7077-9

I. ①急… II. ①赖… ②梁… III. ①急性病-诊疗 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 242720 号

策划编辑:张忠丽 文字编辑:杨善芝 郁 静 责任审读:杜云祥

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927270

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:27.75 字数:680千字

版、印次:2013年10月第1版第1次印刷

印数:0001—2800

定价:88.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容简介

本书由医学院校附属医院长年从事急诊医、教、研一线的临床医学专家共同参与完成,以新的急诊医学理念“院前急救-急诊救治-急诊监护-综合处置”为主线,以循证医学为编写原则,围绕急诊科常见的急危重症,以临床问题为中心,通过对各种典型疾病的系统阐述,让读者既能深入了解相关疾病的特点、基本治疗手段和当前国内外最新进展,又可形成良好的思维和决策过程。本书内容新颖,科学性强,实用性好,图文并茂,思路清晰,对于临床实际工作具有非常实用的指导意义,主要适于急诊和重症医学科的中年医师、青年医师、主治医师、研究生和进修医师学习参考,对本学科高年资医师及其他相关学科的初级医师、中级医师和医学院校毕业生及社区医师也有重要的参考价值。

前言

急诊医学是以急诊急救为主要任务的交叉性独立临床学科,涵盖医、教、研各个方面。相对内科、外科来说,急诊医学起步较晚,与其他学科一样,近年的学科发展非常迅速,不同的是,急诊医学以生命支持和急症处理为基本内涵,临床诊疗思维有显著差异。由于急诊医学涉及内科、外科等各学科的急危重症,这对急诊医师的思维和决策具有非常严峻的挑战性,要求急诊医师有广泛的专业视野和富于整体性的思维能力,才能在处理各种急危重症时做到有条不紊,忙而不乱,既能及时抢救生命,又能合理处置其原发病和严重并发症。本书正是基于急诊临床的复杂性,希望通过系列常见急危重症的阐述和诊疗流程的展现,让急诊医师能够及时理顺思维,迅速抓住重点,培养果断处理的能力,提高诊疗水平,章末的急诊思维关键强调急诊思维和决策要点。

本书以循证医学为基本编写原则,关注常见危急病症的诊疗,注重对临床诊疗过程中决策思维的培养。书中选择了急诊临床中常见、多发且具广泛代表性的疾病作为切入点,针对急诊日常诊疗过程中的常见问题和困惑,结合国内外最新研究进展,呈献了大量的专业知识点或诊疗信息,提纲挈领,举一反三。在体现整体性思维的同时,更强调内容的新颖性、科学性、实用性和可靠性,借鉴了国内外尤其是欧美发达国家的大量权威期刊、经典专著和现行临床实践指南,作为取材和编写依据,既有诊疗思路的引导,又给出了不少具体处理计划或细节,突出实用性。在夯实基础知识、基础理论和基本技能的同时,结合大规模的随机对照研究结果,将新的确定性的诊疗方法充分贯彻到书中,对某些有异议的诊疗手段尽量给出简短的说明,一些经循证医学证实无益或有害的诊疗措施不再纳入,为便于有需要的读者学习,所有参考文献附于章末。书中的诊疗方案经过编者的严格筛选,具体用药剂量也做了较为缜密的考究,有的源自循证医学指南,有的引自权威期刊或专著,鉴于临床病例的个体性差异,具体诊疗过程中应密切结合临床实际和药品说明书,灵活把握用药时机和剂量,仔细观察用药反应,酌情调整,做到既有切实疗效又安全可靠。

本书的编委均是医学院校大型综合性附属医院的急诊医学专家,他们长年忙碌在医、教、研一线,对急诊和危重病救治有丰富的临床经验,既把握了最新学术动态,又有合理清晰的诊疗思维和果断的决策能力,他们从百忙之中抽出宝贵的时间审阅了部分章节并提出不少有建设性的意见,为确保内容的可靠性奠定了坚实的基础,在此一并致以由衷的感谢。鉴于编者学识和视野的局限性,具体选材难免挂一漏万,恳望各位同仁给予斧正。

赖荣德 梁子敬

2013年6月10日 于广州

目 录

第 1 章 危重急症病人的接诊	1
第一节 危重急症病人的接诊常规	1
第二节 急诊医学临床模式	6
第 2 章 院前急救诊疗思维与决策	9
第 3 章 急诊常见症状的思维与决策	15
第一节 发热	15
第二节 胸痛	23
第三节 大咯血	29
第四节 呼吸困难	33
第五节 急性腹痛	39
第六节 抽搐与癫痫	47
第七节 昏迷	53
第 4 章 心肺复苏	66
第一节 心搏骤停与心肺复苏	66
第二节 心搏骤停后综合征	81
第 5 章 急诊监护与气道管理	92
第一节 急诊监护与评估	92
第二节 气道管理	107
第 6 章 急诊机械通气思维与决策	126
第一节 机械通气基本原理	126
第二节 无创通气	128
第三节 机械通气指征与禁忌	129
第四节 通气模式	132
第五节 呼吸机参数调节	136
第六节 常见通气故障与处理	140
第七节 机械通气常见并发症	141



第八节 撤机与拔管·····	143
第7章 急诊重症营养思维与决策·····	152
第一节 营养基础·····	152
第二节 肠内营养·····	156
第三节 胃肠外营养·····	160
第8章 常见严重急症的思维与决策·····	170
第一节 休克·····	170
第二节 脓毒症·····	175
第三节 社区获得性肺炎·····	184
第四节 医院获得性肺炎·····	191
第五节 呼吸机相关性肺炎·····	196
第六节 慢性阻塞性肺病急性发作·····	203
第七节 严重哮喘·····	212
第八节 急性呼吸窘迫综合征·····	223
第九节 呼吸衰竭·····	231
第十节 心力衰竭·····	237
第十一节 高血压及急症·····	251
第十二节 急性冠状动脉综合征·····	261
第十三节 上消化道大量出血·····	281
第十四节 严重急性胰腺炎·····	288
第十五节 急性肾损伤·····	297
第十六节 弥散性血管内凝血·····	303
第十七节 糖尿病及急症·····	310
第十八节 低血糖·····	329
第十九节 缺血性卒中·····	333
第二十节 自发性脑出血·····	344
第二十一节 蛛网膜下腔出血·····	352
第9章 中毒救治的思维与决策·····	379
第10章 创伤的急诊处理思维与决策·····	398
第11章 烈性传染病的急诊思维与决策·····	413

第1章 危重急症病人的接诊

第一节 危重急症病人的接诊常规

急诊科是临床各学科中最具挑战性的科室。急诊患者具有起病突然、进展迅速、病史不清、伤情不明、病情复杂、临床表现不典型、群体性伤病员齐聚、患者或亲属情绪焦躁等特点,且急诊环境复杂、嘈杂,患者病种杂,导致急诊医师劳动强度高、精神压力大、职业风险高,常在毫无预警的情况下面临各种严重的急危重症患者,往往需要对缺乏任何已知信息资料的危重患者迅速做出有效的处理决定,随时可能面临医患纠纷。时间就是生命,危急形势不容急诊医师有任何犹豫,要求医师思维敏捷,反应迅速,不能惊慌失措,更要沉着镇定,这对急诊科医师不仅是临床经验和技能的考验,更是危机处理和决策能力的挑战,因此,训练有素的急诊医师不仅是急诊急救专家,也是危机处理专家。社会经济文化多元化发展,中毒或意外突发伤害事件时有发生,急诊科越来越多地面临多发伤、群体性伤害或批量伤病员,更加考验急诊的应急决策水平。如何在严峻形势和复杂环境中快速果断、合理有序、恰如其分地处理急诊患者,不仅是年轻医师的烦恼,也是急诊医学专家积极研究解决的课题。

一、急诊处理原则

急诊医学是对意外伤害或疾病进行诊断和治疗的医学专用名称,急诊医学实践则是对任何需要迅速进行内科、外科或心理干预性伤病的初始评估、诊断和处理。急诊医师参与院前和急诊伤病的救治、社区灾害救援和继续医学教育等各项工作。因此,要求急诊医师必须掌握内科、外科及各科急危重症救治的基本知识和常用技能。面对各科危重急症时,需要急诊医师展现智慧和理性,沉着应对,迅速抓住重点,快速解救致命性伤病,做到“先救命后治病,先救急后治缓,先救重后治轻”,把握危急病患的最初也是最珍贵的抢救时间,不分贵贱,尽最大努力挽救生命,强调早期和快速识别致命性过程,不必过分关注原发病的诊断,解救生命远重于原发病诊断,这正是急诊与其他专业不同之处。急诊处理不会像普通住院病区一样先检查或诊断后处理的传统模式,往往是边检查、边诊断、边处理,常先抢救生命后做检查或诊断。由于最初的急症可能为非特异性症状和体征,随着时间延伸逐渐发展为典型表现,因此,初步处理后应反复评估,动态观察和检查,对初始处理反应差或进行性恶化者尤其重要。需要强调的是,急诊医师不能只顾开医嘱,还应关注患者用药的落实和用药过程中及用药后的治疗反应,对一些危重病例可能需要在床边观察护士给药,再决定是否调整剂量、速度和下一步的处理方案等。

接诊危急患者时至少应从以下几个问题入手,但这些问题经常需要综合简要病史、体检和



必要的辅助检查确定,切不可盲目,力争做到针对特定的患者(right patient),选择恰当的时间(right time),使用合适的药物(right drugs),即 3R 原则。

1. 致命性问题导致的主诉 这是急诊医师面临的首要问题,也是最难回答的问题,虽急诊就医的危急患者有时病情变化非常迅速,但接诊时需要立即识别和处理致命性症状或体征。如患者的症状或体征提示为致命性者,需要立即处理,否则可能在数分钟内即死亡,此为危险患者,如心搏骤停、张力性气胸、严重休克、大量出血、气道阻塞和心脏压塞等;某些病例,如果不及及时处理病情很快进展加重者为重症患者,如闭合性骨折;普通急诊患者则是短期内不会快速进展者,如普通发热等。

2. 何时着手处理 判断为危重伤病者,何时开始稳定病情,优先采取哪些抢救措施呢?关键是紧紧抓住“ABC”,即开放气道、维持呼吸和氧合、稳定循环或血流动力学,同时给予心电和血氧饱和度监测,建立静脉通道,必要时行容量复苏(如休克或脓毒血症)等。如心搏骤停者,不管何种原因立即进行胸外按压等心肺复苏,而后再考虑原发病处理;张力性气胸者立即穿刺排气后胸腔闭式引流;心脏压塞者先抽液,后考虑引流;疑心绞痛者给予硝酸盐类和氧疗等。这种即时处理方法被喻为“先开枪,后瞄准”,这就要求急诊医师自我磨炼成精准高效的“快枪手”。

3. 有多种致病原因 发现致病或致伤原因非常重要,找到某种原因后还要注意有没有其他致病原因,根据已收集的信息推定哪种原因可能性最大,以免遗漏潜在危险。

4. 最主要潜在原因 可能有多种原因或创伤,但哪种是最主要原因,哪种原因最可能导致患者病情加重,这要通过病史询问和体格检查和必要的辅助检查确定。

5. 要诊断明确 急诊初步处理后症状消失,是对症所致还是病因、诱因或原发病得到解除,有无潜在其他疾病,应反复评估确定,能用 1 种疾病解释的,尽量不用 2 种或多种诊断。某些患者在初次接诊时可能因非特异性表现考虑某一疾病,观察一定时间后发展为另一典型疾病的表现,故动态评估尤为重要。

6. 需要入院治疗还是离院 经急诊初步处理后,致命性情况解除或缓解,患者收入住院还是离院问题是底线,有时也是急诊医师困惑的问题。通常结合原发病综合确定,对原发病明确且急诊处理后维持稳定者,考虑离院门诊随访;症状缓解但诊断不明、有慢性合并症、存在潜在疾病或辅助检查结果异常者,通常需要住院进一步治疗;致命性疾病经急诊抢救缓解者,至少需急诊监护或观察 24~48h,维持稳定后方可考虑离院和随诊;服毒或自杀者经初始抢救稳定后,如仍有心理障碍或自杀倾向者,应与家属充分沟通,交代注意事项后方可考虑离院,或建议心理医师介入等。对急诊抢救后症状缓解暂不宜离院者,由于经济、家庭和社会关系等各种原因,患者或家属坚持要求离院者,应详细说明潜在风险及注意事项,记录在案,并得到患者本人、近亲属或监护人的签字确认方可,尽量做到充分有效的医患沟通,避免或减少潜在的风险及纠纷。

至少以下情况需入住急诊监护室(EICU)或综合 ICU:急性呼吸衰竭需要有创或无创通气者(包括慢性呼吸功能不全急性加重);各种严重疾病状态,如心肺复苏术后、严重中毒、高血压急症、心肌梗死、脓毒血症、糖尿病酮症酸中毒、重症胰腺炎、多脏器功能障碍综合征和甲状腺功能亢进危象等;需要有创操作优化液体平衡者;急诊手术后监护如心外科、神经外科、大血管手术、长时间手术或介入操作者、大量失血及有多种合并症代偿能力差者;血流动力学不稳定需用正性肌力药支持者;有潜在恶化风险者,如气道水肿、代谢异常、凝血障碍、低氧血症、高碳



酸血症、低血容量、颅内事件和急性心律失常者；普通病区无法完成的介入治疗，如持续静脉-静脉血液滤过或体外膜氧合等。

二、急诊病史采集

1. 病史采集基本原则

(1)分段式病史采集：病史采集是临床诊疗的基础，也是急诊救治的基本要求，鉴于急诊伤病患者的危急病情，不太可能像其他各科住院患者一样有充分的时间集中采集病史，要求急诊医师以最快速和简捷的方式了解伤病基本要点，立即着手解决潜在致命性伤病，甚至在遭遇心搏呼吸骤停或猝死等情况时，应立即展开心肺复苏，或边复苏边向家属或目击者大致了解病史或发病情况，待生命体征或自主循环恢复或相对稳定后，再补充询问，根据时间的紧迫性，最大限度了解病情。

(2)要点式病史采集：以主诉或突出症状为中心，围绕主要症状或体征进行询问。病史采集时，首先要静心倾听患者、家属或其他目击者诉说，在倾听诉说病史的过程中，可以根据需要打断叙述或插话，有研究显示，通常内科医师每 18s 左右打断 1 次，急诊医师 10s 左右就会打断 1 次，这样可以达到既让患者充分诉说病情，又不偏离病情介绍这根主线，还能帮助医师尽快获得最有效的病史资料。病史询问过程中要用通俗易懂的语言，除了专用名称，应尽量避免使用医学术语。在制定或确立初步诊疗方案后，再向患者或家属简要介绍初步的处理计划，既让病人或家属了解、参与诊疗过程，又能充分信任和配合医师的治疗。对一些医学上无法解决的难题，要巧妙地向患者适当介绍，做到既让患者知道客观不足，又给他带来康复的希望。

(3)边问边查式采集：危重病例先行心电、血压监测和氧疗等，而后再行病史采集。在询问病史时，可以同步做必要的体格检查，尤其是血压、体温、心率和呼吸等生命体征，以及血氧饱和度、心肺和腹部主要脏器检查，与此同时，可安排心电图、留取血标本、测定末梢血糖、建立静脉通道和安排其他床边检查等。

(4)开放式问诊采集：急症就诊时患者或家属处于应急或紧张状态，很难有序描述病情经过，这就需要灵活询问，不要固化询问模式，避免生硬地按时间或发病顺序了解症状或疾病发展情况，可以顺延不适或主诉插入式询问。选择性地根据患者文化或职业状况，直接询问某些公众知晓度较高的疾病，如高血压、糖尿病、肺结核和冠心病等。

2. 病史采集基本要点 急诊病史采集内容与普通内科、外科无异，但根据急诊特点，至少应注意以下几方面的询问。

(1)症状特点：针对某一特定的主要症状或体征展开式询问。如对疼痛可了解发病情况、部位、严重程度、性质、诱发或缓解因素和时间等，具体地说，包括起病急缓？突然剧痛还是疼痛逐渐加重，或剧痛后疼痛减轻？阵发性、持续性或持续隐痛阵发性加重？什么样的疼痛，是绞痛、撕裂样痛、烧灼样痛、针刺样痛、剧痛、隐隐作痛还是压迫性的疼痛或窒息性的疼痛等？哪个部位疼痛？有无其他部位疼痛？疼痛固定某一部位还是游走性的，或先在某一部位疼痛后在另一部位疼痛？哪种情况下疼痛加重或缓解，如与饮食、体位变化、咳嗽、深呼吸、排便有无关系等？对反复发作作者，关键要询问以往与本次发病的不同之处。

(2)伴随症状：是否伴有其他症状、体征或不适。如发热是否伴抽搐，胸痛有无伴呼吸困难，有无端坐呼吸或夜间阵发性呼吸困难，咳嗽有无咯血，腹痛是否伴恶心、呕吐或腹泻，呕吐有无伴腹泻？腹痛有无肛门排气？腹痛有无里急后重感等？



(3) 诊疗情况:发病后是否在其他单位诊治,以及用药后症状消长情况,最好亲自查看病历、检查报告单或患方带来的药物,以了解诊疗和辅助检查结果,注重客观检查结果又不能忽略患者的不适诉求。

(4) 过敏史:对急诊非常重要,尤其是经急诊处理后拟离院者,医师无法控制院外发生的一切用药及反应,即便在院内发生过敏,也会对本已危急的病情雪上加霜,强调所有急诊就医的患者均应询问过敏史,主要包括有无药物、食物、花粉、油烟或季节性过敏史等。

(5) 用药情况:目前是否在用药?使用何种药物?怎么用药?发病前后剂量有无增减等。对某些患者可直接询问具体药物,如糖尿病是否注射过胰岛素,发热是否服用解热药,高血压是否服用降压药,冠心病有无使用阿司匹林,育龄女性是否使用避孕药等。

(6) 饮食情况:最近饮食情况如何,症状发作前后何时进食过,进食与本次症状或体征是否有相关性;疑为食物中毒者,共餐者是否有类似症状等;有无酗酒,最近何时饮酒等。

(7) 既往史:可按系统以症状形式询问。注意有无外伤、手术和输血史,预防接种情况,但某些公众知晓度较高的疾病可考虑直接询问,如糖尿病、高血压和心绞痛等。

(8) 个人及家族史:近2周内有无外出旅行,是否了解当地的疾病流行史;有无野生动物、家畜、家禽或宠物接触史等;女性的月经生育情况;预防接种史(尤其是儿童);亲属、同事或经常交往的朋友是否有相同或类似症状;有无高温作业史;职业环境和有无职业性毒物接触史;有无吸毒史;有无癌症或化疗史;有无肝炎、结核或艾滋病等传染病或传染病接触史;父母双方近亲属相关疾病或遗传病史等。

3. 症状预警 2001年美国医院急诊排在前10位的症状依次是:腹痛、胸痛、发热、头痛、气短、背部症状、咳嗽、疼痛、裂伤和咽喉症状。病史询问中应警惕的征兆至少包括:①突发性症状,尤其是首次发病者;②平时稳定的症状突然加重;③发生意识变化;④特定心肺症状如呼吸困难、胸痛或胸部压迫感;⑤80岁以上老年人或新生儿发生症状;⑥免疫受损如HIV阳性、AIDS、癌症、糖尿病、化疗或长期使用激素;⑦表达异常如语言障碍;⑧某一症状反复急诊或就医,尤其最近频繁发生者;⑨未完全实施免疫计划或免疫制剂注射者;⑩体位变化后症状自然缓解或某一特定体位症状加重等。

三、急诊体格检查

系统的体格检查是疾病诊断的基础,85%的患者通过病史询问和体格检查基本可以确立诊断,但鉴于病情危急,往往很难有充分的时间做全面体检,或需分段式体检。急诊体检首先应注重生命体征(血压、脉搏、呼吸和体温),血氧饱和度,神志及尿量,心、肺、肝、肾、脑等重要脏器的检查,围绕主要症状或不适有重点地体检。重视患者的一般情况,如病容或表情、发绀或苍白、口舌或皮肤是否干燥(儿童注意哭声和眼泪)、有无出汗,有无皮下气肿,瞳孔大小、眼动情况,语言、行为和疼痛反应情况等,老年人尤其重要。心肺检查注意心音强弱、心律规则与否、有无杂音、呼吸音是否对称、有无吸气三凹征、有无啰音或哮鸣音等;腹部检查注意腹肌紧张度、压痛或反跳痛,局限性疼痛者先触正常区域,后查疼痛部位,注意腹痛特殊体征(见腹痛节),必要时行肛门指检;神经系统注意肌力、肌张力、颈抵抗和病理反射等。

预警征象,以下情况应警惕:①气道阻塞或不畅表现如呼吸窘迫、喘鸣;②呼吸表现如频率 $<6\sim 8/\text{min}$ 或 $>25\sim 30/\text{min}$ 、血氧饱和度 $<90\%$ 或说话困难;③循环表现如治疗后收缩压仍 $<90\text{mmHg}$ 、心率 $>120/\text{min}$ 或 $<40/\text{min}$;④神经表现如不明原因意识障碍、激动或谵妄、长时



间或反复抽搐或癫痫持续状态,或格拉斯哥昏迷评分 <15 ;⑤毛细血管充盈时间 $>3s$;⑥尿量 $<0.5ml/(kg \cdot h)$ 持续4h以上;⑦其他如难以控制的疼痛和对治疗无反应等。

四、急诊辅助检查选择原则

急诊常见急危重症具有发病急、变化快、病情错综复杂和症状体征不典型等特点,单靠病史和体征有时很难做到准确诊断、快速治疗,某些症状的鉴别诊断往往需要结合进一步的辅助检查才能确定。当前临床上的实验室及影像学检查种类繁多,但适合急诊诊断所需的并不多,最初选择何种检查往往非常令人困惑。急诊辅助检查的基本选择原则要求简便、快捷、敏感性和特异性高、经济有效,最好能在床边即时完成,优选无创检查,次选有创检查,这就要求急诊科医师对常用辅助诊断方法的特点有充分了解,掌握其优缺点。应尽量选择必要的、关键性的检查,做到选用最少的检查项目,用最短的时间确立正确的诊断,避免搞大包围或撒大网式检查,否则既耽误时间,又增加患者的经济负担。对各种辅助检查结果应密切联系临床,避免孤立地判读有关检查结果,尤其是在检查结果和临床状况发生矛盾时,尽可能亲自查阅X线片或CT片或请检验科复检核实,不应盲目崇拜辅助检查结果,更不应被其牵着鼻子走。除外反复临床评估,解决这类问题的重要方法是动态观察。对于某些疾病的早期,某些检查结果是正常的,随着时间发展,逐渐发生异常改变,某些项目做必要的复查,动态观察这些指标的变化,了解其发展趋势,这种动态变化往往比单次结果更重要、更可靠和准确。急诊临床上遇到的往往是某种症状和阳性体征,所需检查应结合本院所能开展的项目灵活把握相关检查选项,严密观察病情变化,动态评估辅助检查结果。要熟悉常用影像学基本特点,熟记头、胸、腹部常见几种严重疾病的最简便有效的检查方法,做到顺手拈来。

五、急诊医疗纠纷及思维对策

1. 现状及原因 医疗纠纷是医疗服务过程中产生的医患矛盾,是近些年新出现的特殊医患关系产物,忙碌而嘈杂的急诊等窗口单位尤为突出,其产生原因非常复杂多样,其中既有主观原因引起,又有客观条件所致。主观原因主要表现为患方对医方服务态度不满意,患者及家属情绪激动,对医疗的预期要求过高,医患沟通不足等;客观原因如医疗布局不合理,诊疗流程过于繁杂,医疗技术水平偏低,治疗效果不满意,患方经济条件欠佳而医疗保障不足,因抢救危重患者而造成等候时间过长,某些不合理的检查和治疗花费及媒体过度片面渲染等。由于医患双方对纠纷化解不及时,法律意识不足、不愿走法律途径或处理程序及时间过于冗长等,常导致语言冲突、肢体接触,甚至造成医务人员的人身伤害,严重影响正常医疗秩序,困扰医务人员的日常工作和生活。

2. 解决思维 避免矛盾发生是最理想状况,但鉴于当前的医患现状,医疗技术自身的局限性,临床诊疗过程中不可避免会产生一些纠纷。任何纠纷的解决均需矛盾双方正视矛盾并拿出诚恳的解决态度,否则很难有效化解。消除主观原因、优化和改善客观条件是根本解决措施,但由于人们对事情的认知程度不一、现有医疗制度和环境布局等客观条件限制等诸多原因,短时间不可能全部消除,实际解决起来往往非常棘手。当前有效且可行的方法主要有以下方面。

(1)强化服务意识,不断改善服务水平,主动为患者提供便利;医务人员力戒同行拆台,既要谨言慎行,又要增加必要的医患沟通,提高沟通能力和水平,客观解释病情,尽力消除患方疑



虑,这是基本措施。

(2)在具体纠纷解决过程中,患者及家属常情绪激动,首要的是避免矛盾激化,要正视矛盾,提高纠纷解决技巧,还需尽快采取让患者及其家属冷静的措施,如技术水平问题,应及时请高年资医师或护士协助诊疗,所谓一俊遮百丑,取得良好的疗效往往易于消除矛盾或纠纷,对目前医学上尚无法有效解决的疾病,要向患方耐心说明。

(3)纠纷解决应以团队参与,尽量请沟通能力强、语言技巧好的医疗或行政人员主导或参与解决,适时调整解决纠纷的时间和场所,让无关或非近亲属远离解决场所等,对患方的无理要求,不应过于迁就或委曲求全,院方应加强急诊等窗口部门的安全保障力量,避免医务人员遭受人身伤害,对暴力或暴力倾向者,尽快向警方求助。

(4)院方对医务人员自身的问题应客观分析和妥善解决,若非原则性问题,既要有适当的教育或奖惩,也不应伤害其工作积极性。

(5)对无法协商解决的纠纷,技术问题要及时请医患双方认可的专家、社会仲裁组织和当地卫生行政人员共同参与,必要时可通过有关仲裁机构或诉诸法律途径解决。

(6)合理检查,减少不必要的辅助检查,对某些必要的检查给予适当的解释,避免撒网式的大检查。

(7)提高医疗技术水平,规范诊疗措施,尽量做到合理用药,力戒滥用药物或治疗措施。

(8)优化服务流程,清理和修订不合时宜的陈年旧规,增加简明易懂的操作流程,不断提高医疗信息化水平,减少医务人员繁杂的重复性书写工作,提高工作效率,增加值班力量,避免因抢救危重患者而造成等候时间过长或影响其他危重患者的抢救。

(9)优化医疗布局,增加简明通俗的服务指引或提示标牌,更新陈旧的检查设备,及时引进适于急诊工作特点的快速检测方法。

(10)政府层面要不断提高医疗保障覆盖面,大幅度提高急诊的医保水平。

(11)媒体应恪守执业操守,客观分析和报道,增加人文关怀的宣传,切忌片面宣传甚至夸大其词等。

(赖荣德)

第二节 急诊医学临床模式

一、急诊医学模式

急诊医学临床模式最早是1975年由美国急救医师协会等对急诊医学新领域进行分析,列举的核心内容并经多次修订而成,至今共有4次大规模修订,本模式是根据2009年美国急救医学委员会、美国急诊医师学会、急诊医学住院医师主管委员会、美国急诊医学住院医师协会、急诊医学住院医师考核委员会和急诊医学学会共同修订的急诊医学临床实践模式。主要是根据各科常见疾病特点和表现,对其严重性进行划分,有利于临床特别是急诊和危重病科医师及时识别和处理,以防疏漏而造成严重后果。

1. 医师职责 急诊医科的职责主要包括:院前急救、急诊救治、简要病史询问和体格检查、相关因素、职业和法律问题、诊断试验(辅助检查)、诊断、治疗干预、药物治疗、观察和再评估、咨询和安排、预防和教育、病情记录、其他职责和团队管理。



2. 医师职责定义

(1)院前急救:积极参与院前急救;为患者直接提供治疗、电话或非电话医学指导,或与院前急救人员交流或讨论相关处理措施;将院前急救信息整合纳入患者的评估和处理中。

(2)急诊救治:进行初步评估,并采取得当的步骤来稳定病情和救治。

(3)病史询问和体格检查:采取有效的沟通,以解释和评估患者的症状及病史;确定病史中的有关危险因素;进行有重点的评估;解释患者一般表现、生命体征和状态;识别相关体征;采取合适的技巧完成必要的体格检查。

(4)辅助因素:了解年龄、性别、种族、交流的障碍、社会经济状况、基础疾病和可能影响处理的其他因素。

(5)职业与法律问题:了解、实施与患者救治相关的职业、伦理和法律概念基本原则。

(6)诊断试验:选择和采取最合理的诊断检查并解释其结果,如心电图、急诊超声、放射、实验室检查结果。

(7)诊断:根据病史、体格检查、干预措施和检验结果等做出鉴别诊断并确定最可能的诊断。

(8)治疗干预:进行操作和非药物治疗,并提出合理建议。

(9)药物治疗:选择合适的治疗药物,掌握药动学特性、药物间的相互作用及不良反应。

(10)观察和再评估:反复评估患者有关处理或治疗的有效性,包括发现并发症和潜在的错误;监护、观察、处理及维持某个或多个处于不同阶段且正在接受治疗的患者的病情。

(11)会诊和处置:与内科和其他专科医师协作,共同评估和处置,安排合适的治疗场所,必要时转诊,制定下一步诊疗计划,并与患者、家属和其他有关医务人员进行有效的沟通。

(12)预防和教育:对危重患者应用流行病学信息说教;进行医学教育;指导患者选择合理的疾病与创伤预防方法。

(13)病情记录:使用简练的方式记录有关患者的治疗信息,以利治疗质量评估和编码。

(14)其他工作与团队管理:对多位急诊患者按不同优先次序进行分类,以利提供最佳的治疗;治疗队伍的所有成员应相互帮助、相互合作、相互提醒和督促;合理利用医院资源;熟悉灾害急救处理。

二、疾病严重程度划分

临床上将疾病严重程度分为危重(critical)、紧急(emergent)和轻症(lower acuity)3种,可据此确定处理先后次序。危重指患者有致命性疾病症状或损伤,如不立即给予维持气道、呼吸、血流动力学和(或)不稳定的神经功能进行干预,极有可能导致死亡。紧急指患者的疾病症状或损伤如不迅速开始治疗,极有可能加重或产生严重致命性并发症。轻症是指患者的疾病症状或损伤进展为更严重的疾病或出现并发症的可能性较低。其划分方法可按症状、部位或系统等进行,如根据症状、体征和其他表现确定病情严重程度。

1. 轻症 焦虑、淋巴结增大、睡眠问题、便秘、痛经、排尿困难、尿失禁、呃逆、头颈部充血、流涕、听觉丧失、耳鸣。

2. 紧急 意识错乱、黄疸、无尿、尿潴留、复视、视力丧失。

3. 危重 呼吸暂停、昏迷、发绀、休克、婴儿猝死综合征。

4. 轻症或紧急 意识改变、共济失调、哭闹或易怒、头晕、水肿、发育停滞、疲劳、关节痛或



肿胀、跛行、抑郁、感觉异常或痛觉迟钝、瘙痒症、震颤、虚弱无力、体重减轻、腹水、腹绞痛、痛性痉挛、腹泻、血尿、恶心或呕吐、直肠痛、咳嗽、吞咽困难、眼痛、咽喉痛、眩晕。

5. 紧急或危重 意识改变、意识水平降低、脱水、低血压、多发性创伤、瘫痪或麻痹、呕血、腹膜炎、呼吸困难、咯血、呼吸急促、心动过速、哮喘、喘鸣。

6. 轻症或紧急或危重 背痛、出血、发热、疼痛、中毒、皮疹、晕厥、阴道异常出血、便血、腹痛、骨盆痛、直肠出血、胸痛、心悸、头痛。

(赖荣德)

参 考 文 献

- [1] American College of Emergency Physicians. Definition of emergency medicine. Ann Emerg Med, 2008, 52 (2): 189-190.
- [2] Pierre MS, Hofinger G, Buerschaper C. Crisis management in acute care setting. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008.
- [3] Mahadevan SV, Garmel GM. An introduction to clinical emergency medicine. Cambridge University Press, 2005.
- [4] Hamilton GC, Sanders AB, Strange GR, et al. Emergency medicine: an approach to clinical problem-solving. 2nd ed. WBSaunders Company, 2003.
- [5] Bersten AD, Soni N. Oh's Intensive Care Manual. 6th ed. Elsevier Limited, 2009.
- [6] Smith FG. Core topics in critical care medicine. Cambridge University Press, 2010.
- [7] Perina DG, Beeson MS, Char DM, et al. The 2007 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine: the 2009 update, 2009 EM Model Review Task Force. Ann Emerg Med, 2011, 57(3): 1-15.

第2章 院前急救诊疗思维与决策

民众健康要求的提高和移动救援装备的改进及各种自然和人为突发事件,不仅要求有快速的急救反应体系,更需要高效的现场抢救能力,院前急救的需求和重要性日益突出。

一、急救环境

1. 安全问题

(1)一般情况:优先确保急救人员自身安全,检查环境并确定潜在危险,只有在环境安全的前提下才能靠近患者;在保持自身安全的前提下,尽量确保伤者和目击者的安全,如果无法接近受害者,应向警方或救援中心求助并在安全地方等待,一旦条件许可即时开展救治工作。

(2)道路事故:遵守道路法律法规。接近事故地点时,应减速行车,避免紧急刹车,救护车应停放在安全地方,如路边或道路以外且靠近路边处;救援人员应身穿带有明显标识的服装;设立警示标志以提醒过往车辆,切忌横跨车辆川流的机动车道。如果事故机动车仍处于点火状态,应尽量将其熄火以防火灾,任何接近人员禁止吸烟,注意安全气囊突然打开可能带来的潜在风险。

(3)家庭火灾:在不危及自身安全的前提下应尽量向火灾现场人员发出警告,不要进入着火的房子内,远离着火点并在安全地方急救。如急救人员身在火灾建筑内,应立即离开,在确保自身安全的情况下,可协助其他人员一同离开着火建筑。

(4)家庭电气故障:在确保切断电源之后再考虑接近电器和电线,不要触碰已连接电源的受害者,谨记液体或其他物体导电的潜在危险。救援前应切断电源,如无法切断电源者,应站在绝缘材料上并用非导电材料推开电线,如无法做到,应等待消防队或其他专业人员处理后再抢救伤者。注意任何已经或可能掉落的电线,确保任何人不要触碰或靠近。

2. 伤员紧急转移 原则上不应贸然搬动事故中的伤员,但伤者处在不可控制的危险环境或搬动不会造成进一步伤害的情况下,可将伤员搬动到离现场最近的安全地点。毒气泄漏事故现场急救时,应将伤者搬至处于上风向或侧风向的安全环境中展开急救;易燃易爆物品现场急救时,应搬至远离潜在爆炸区实施急救;地震、塌方或泥石流救援时,应搬至空旷且地势相对高处实施急救。尽量保护患者以防冷或热损伤,但仅在伤者受冷时间很长的情况下才可搬动伤员。如不宜搬动且伤员清醒时,应向其解释你准备如何处理以取得他们的配合。尽量采用对急救人员自身和伤者均不易受伤且最简单和快速的方法抢救伤员。如有可能,给予颈部支持,避免操作时扭动伤者的头、颈和身体。

3. 救护车及驾驶员要求

(1)救护车及驾驶员:救护车及驾驶员应由急救指挥中心或急诊科主任统一管理。驾驶员



除具备国家规定基本条件外,必须有丰富的行车经验。特别强调上班前或值班期间禁止饮酒,行车过程中禁止打电话和吸烟等。驾驶员必须实行车辆交接班制度,每天或每班需对救护车做例行检查,重点检查发动机工作状况、制动、转向、灯光、警报器、车厢内电源和通风设备等,检查后要认真记录或填写车况检查记录表。定期或每3天左右进行一次简单维护和保养,确保车况良好。驾驶员必须确保车辆清洁卫生,做到平稳行车,到达急救目的地后应保持车辆在待命状态,如做好调转头、车辆停放在便于患者和急救人员上、下车的地方,尽量不影响行人和其他车辆通行。

(2)行车安全:道路交通安全法规定救护车在执行紧急任务时,不受行驶路线、行驶方向、行驶速度和信号灯的约束,但应以确保安全为前提。机动车在道路上发生故障,需要停车排除故障时,驾驶人应当立即开启危险报警闪光灯,将机动车移至不妨碍交通的地方停放;难以移动的,应当持续开启危险报警闪光灯,并在来车方向设置警告标志等措施扩大示警距离,必要时迅速报警。机动车在高速公路上发生故障时,依法设置警告标志,应当设置在故障车来车方向150m以外,车上人员应当迅速转移到右侧路肩上或者应急车道内,并且迅速报警,对救护车内的患者无法转移者,禁忌打开车门尤其是后车门。救护车发生故障或意外事故者,应及时与急救指挥中心、目标现场和医院相关负责人联系,以争取后援,确保患者、家属和随车医务人员的安全。

二、检伤分类与转运原则

1. 检伤分类基本原则 按国际统一的标准对伤病员进行检伤分类,分别用“蓝、黄、红、黑”4种颜色对轻、重、危重、死亡人员作出标志分类,伤病卡以5cm×3cm的不干胶材料做成,扣系于伤病员或死亡人员的手腕或足踝部位,以便后续救治辨认或采取相应的措施。现场医疗救护过程中,要本着“先救命后治伤、先救重后救轻”的原则展开工作。伤检员需具备临床经验丰富、良好的判断力和领导能力、遇事冷静、处事果断、有一定的专业水平、有幽默感、有开创性解决问题能力等,通常由经验丰富的护士长、高年资住院医师或主治医师担任;分检时伤检员常需带1~2名护士或住院医师以做记录。

2. 伤情判断 大量伤病员时可按START检伤系统进行分检,具体检伤方法根据实际条件会有所不同。或可结合呼吸、毛细血管充盈时间和指令动作3方面指征分检,即RPM分检法,如呼吸频率 $>30/\text{min}$ 、毛细血管充盈时间超过 $>2\text{s}$ 、不能遵指令动作为危重(红色伤卡);如呼吸频率 $<30/\text{min}$ 、毛细血管充盈时间 $<2\text{s}$ 、能遵指令运动为重伤(黄色伤卡);无呼吸者为黑色伤卡。

(1)危重:红色伤卡,第一优先或需立即处理,否则很快毙命。主要包括各种致命性伤病,如上气道阻塞、大出血(如疑有内出血或严重未控制的外出血)、休克、严重骨折(骨盆、股骨、神经肌肉损害)、张力性气胸、快速进展性过敏反应、断肢或挤压伤等。

(2)重伤:黄色伤卡,第二优先或迟延处理,病情严重但很快发展为严重并发症,需要在20min至2h处理,包括开放性骨折或复杂性长骨骨折、严重出血经压迫已止血、脊髓损伤或轻度烧伤。

(3)轻伤:蓝色伤卡,可行走伤员,伤情允许延迟2h或更长时间再处理者,如轻度裂伤需要缝合者、单纯闭合性骨折、扭伤、一度烧伤和情感反应。

(4)死亡或等待:黑色伤卡,主要包括已明确死亡者、严重烧伤(皮肤全层烧伤达80%~