

急危重症护理学



类目：护理类

书名：急危重症护理学

主编：王颢颢 宋琦 余松庆

出版社：江苏大学出版社

开本：大 16 开

书号：978-7-5684-2567-4

使用层次：通用

出版时间：2025 年 8 月

定价：49.80 元

印刷方式：双色

是否有资源：有

责任编辑：王 晶
封面设计：旗语书装

急危重症护理学



护理类创新融合精品规划教材

急危重症护理学

主编◎王颢颢 宋琦 余松庆

江苏大学出版社



护理类创新融合精品规划教材



JIWEI ZHONGZHENG
HULIXUE

急危重症护理学

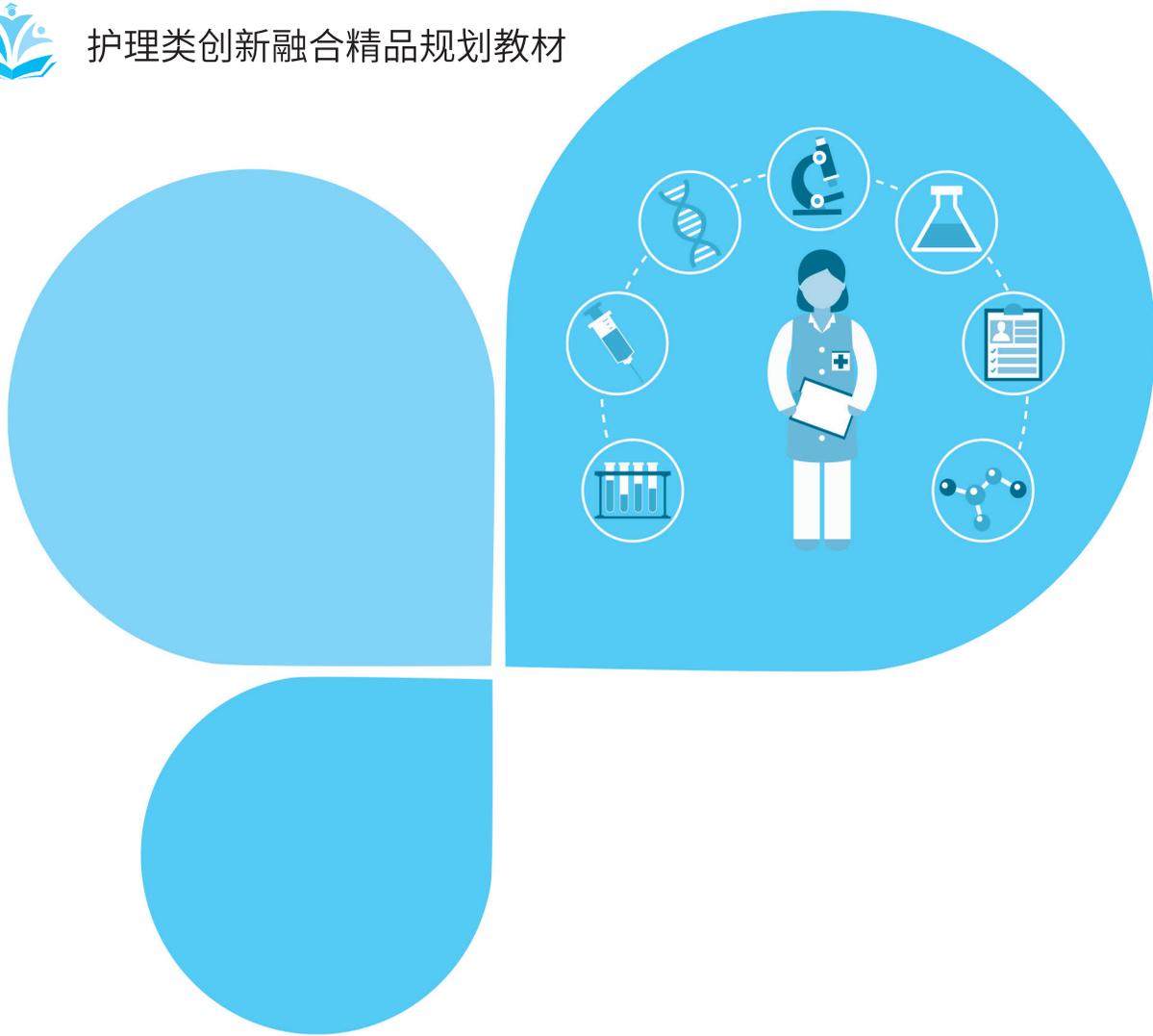
主编◎王颢颢 宋琦 余松庆



江苏大学出版社
JIANGSU UNIVERSITY PRESS



护理类创新融合精品规划教材



急危重症护理学

主 编 ◎ 王颀颀 宋 琦 余松庆
副主编 ◎ 姜宗良 位东丽 沈艳红
 李晓燕 李 莉 娜迪热·买买提
 蒋锦悦 张小凤 冯顺丽
 姚庆来 张煜晗 杨瑞杰
 姜薇薇
参 编 ◎ 郑冬梅

 江苏大学出版社
JIANGSU UNIVERSITY PRESS

镇 江

图书在版编目 (CIP) 数据

急危重症护理学 / 王颍颍, 宋琦, 余松庆主编.

镇江: 江苏大学出版社, 2025. 8. -- ISBN 978-7-5684-2567-4

I. R472.2

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2025VU5365 号

急危重症护理学

Jiweizhongzheng Hulixue

主 编 / 王颍颍 宋 琦 余松庆

责任编辑 / 王 晶

出版发行 / 江苏大学出版社

地 址 / 江苏省镇江市京口区学府路 301 号 (邮编: 212013)

电 话 / 0511-84446464 (传真)

网 址 / <http://press.ujs.edu.cn>

印 刷 / 唐山唐文印刷有限公司

开 本 / 880 mm×1 230 mm 1/16

印 张 / 11.5

字 数 / 320 千字

版 次 / 2025 年 8 月第 1 版

印 次 / 2025 年 8 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978-7-5684-2567-4

定 价 / 49.80 元

如有印装质量问题请与本社营销部联系 (电话: 0511-84440882)

— 前 言 —

QIANYAN

急危重症护理学是研究各类急性疾病、急性创伤、慢性疾病急性发作及危重患者的抢救与护理技术的一门学科，是护理学的重要组成部分。为反映现代急危重症护理工作的专业特点，本书紧密结合临床和教学实际，将护理教学模式与最新护士执业资格考试大纲的核心精神有机结合，注重培养学生的综合素质和创新精神。

本书融入急危重症护理领域的新知识、新理论、新技术，突出了急危重症护理技术的课程特色，使学生能更好地掌握急危重症护理技术的基本知识、基本理论和基本技能。

全书共分为十章，包括绪论、灾难救护、急诊护理评估与急诊分诊、常用救护技术、心肺脑复苏、常见急性中毒救护、严重创伤救护、急性脏器功能衰竭救护、急诊感染控制、其他常见急危重症救护。

本书的编者既有多年来在临床急救一线工作的医务人员，也有在医学教育专业多年从事急危重症护理教学工作的专业教师。在多年的临床和教学工作中，编者积累了丰富的临床急救经验和急救护理教学工作经验。在本书的编写过程中，编者注重理论联系实际，使得本书具有较强的实用性和可操作性，可为培养高素质、技能型急救护理人才提供有力支撑。

由于编者水平有限，书中难免存在疏漏与不当之处，敬请读者提出宝贵意见，使本书不断完善。

编 者

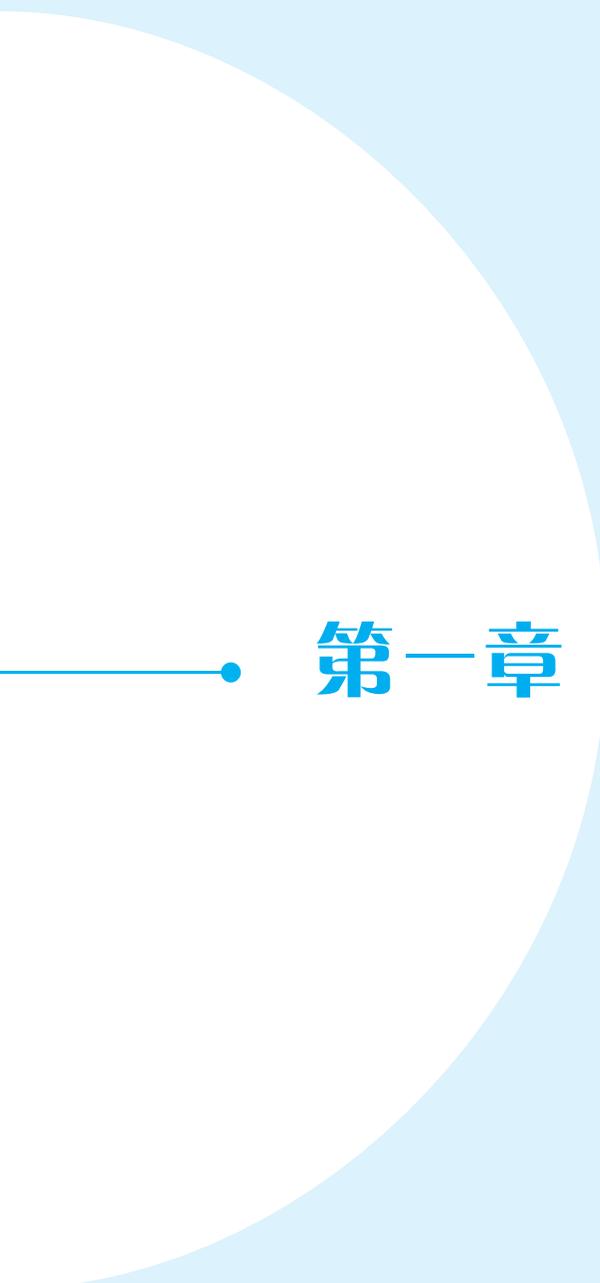
2025年6月

— 目 录 —

MULU

第一章 绪论	1
第一节 急危重症护理学的现状与发展	2
第二节 急危重症护理学的范畴	4
思考题	6
第二章 灾难救护	7
第一节 灾难医疗救援准备	8
第二节 灾难现场的医疗救援	10
第三节 灾难心理干预	16
思考题	20
第三章 急诊护理评估与急诊分诊	21
第一节 急诊护理评估	22
第二节 急诊分诊	25
思考题	31
第四章 常用救护技术	32
第一节 人工气道管理	33
第二节 机械通气	49
第三节 球囊—面罩通气	54
第四节 电除颤	55
第五节 血流动力学监测	57
第六节 常用外伤救护技术	59
思考题	72
第五章 心肺脑复苏	73
第一节 基础生命支持	74
第二节 高级心血管生命支持	78
第三节 心搏骤停后治疗	82
第四节 心肺复苏并发症的观察与处理	83
思考题	84

第六章 常见急性中毒救护	85
第一节 概述	86
第二节 常见急性中毒的救护	94
思考题	107
第七章 严重创伤救护	108
第一节 概述	109
第二节 多发伤	112
思考题	117
第八章 急性脏器功能衰竭救护	118
第一节 全身炎症反应综合征	119
第二节 脓毒症	123
第三节 多器官功能障碍综合征	128
思考题	134
第九章 急诊感染控制	135
第一节 急诊科传染病管理	136
第二节 重症监护病房医院感染管理	141
思考题	149
第十章 其他常见急危重症救护	150
第一节 急性重症哮喘	151
第二节 急性冠脉综合征	153
第三节 糖尿病酮症酸中毒	156
第四节 原发性脑出血	159
第五节 理化因素所致急症	162
思考题	177
参考文献	178



第一章 绪论



学习目标

1. 掌握院前急救的原则；急诊的工作模式；ICU的模式和人员配备。
2. 熟悉急危重症护理学的范畴；急诊和急救的常见技术。
3. 了解急危重症护理学的概念；国内外急危重症护理的发展史。

第一节

急危重症护理学的现状与发展

一、急危重症护理学的概念

急危重症护理学是以挽救患者生命、提高抢救成功率、促进患者康复、减少伤残率、提高生命质量为目的，以现代医学科学、护理学专业理论为基础，研究急危重症患者抢救、护理和科学管理的一门综合性应用学科，是一门研究急危重症患者急救实施和特别监护的学科。它既是护理学的重要组成部分，又是急诊医学和危重病医学的组成部分。

二、国际急危重症护理学的现状与发展

急危重症护理学是近二三十年发展起来的新兴学科，但其起源可追溯到19世纪，早期的急危重症监护理念源自现代护理学的创始人南丁格尔。1854—1856年，英、俄、奥斯曼帝国在克里米亚交战时期，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参与救护，设置危重患者救治专用区域，使病死率下降到2%左右。在第二次世界大战中，欧洲各地纷纷建立创伤治疗中心，救治战伤和失血性休克患者，推动了创伤与休克领域的基础和临床研究，从而形成了急危重症监护的原始模式。到了20世纪50年代初期，北欧脊髓灰质炎大流行，许多患者伴有呼吸肌麻痹而不能自主呼吸，当时人们组建了呼吸治疗单位，把抢救器械和危重患者集中在一处，这便是最早的急危重症监护病房。通过气管切开和肺部人工通气，患者病死率明显下降，这进一步促进了急危重症监护在欧美地区的发展。到20世纪60年代，随着电子仪器设备的发展，床旁心电监护仪、除颤仪、呼吸机、血透机等各种监护仪器相继投入临床使用，急危重症护理技术进入了有抢救设备配合的新阶段。

1958年，美国巴尔的摩市医院创立了第一个全天候危重症监护病房，并正式命名为ICU（intensive care unit）。到20世纪60年代末，美国许多大中型医院相继成立了较为规范的综合性重症监护病房。同一时期，欧洲的急危重症医学也得到了迅速发展。在20世纪50年代末，英国成立了创伤及呼吸道重症监护病房。1969年，德国成立了首个心脏病加强治疗病房，并成立了内科危重症学会。

1968年，美国麻省理工学院倡导建立急救医疗服务体系（emergency medical service system, EMSS），使院前急救、医院急诊室救护和ICU成为一个完整的医疗服务系统。EMSS具有安全、畅通、规范、高效的特点，将院前急救、医院急诊、ICU三位一体地有机结合，为急危重症患者提供了一条崭新的生命救治绿色通道，得到了世界各国的认同。1969年，美国创立重症加强护理学会，

1971年正式命名为美国危重症护理学会（American association of critical-care nurses, AACN），并出版美国危重症护理杂志。20世纪70年代中期，在国际红十字会的参与下，美国危重症护理学会在德国召开了医疗会议，提出了急救事业国际化、国际互助和标准化的方针，要求急救车装备必要的仪器，国际统一紧急呼救电话号码及交流急救经验等。1975年，美国重症监护护士委员会成立了AACN资格认证有限公司，开始进行急危重症监护护士资格（critical care registered nurse, CCRN）的认证。目前，美国持有CCRN资格证的护士已超过40 000人。加拿大、英国等欧美国家在20世纪60年代开始实施急危重症专科护士培养制度。在亚洲，日本、菲律宾、马来西亚等国也相继在二十世纪七八十年代成立了ICU。1993年，日本护理协会成立了专科护士认定制度委员会，并在相关领域培养专科护士。

进入21世纪，全球性灾害进入高发期，SARS、禽流感、海啸、地震等一系列大范围的灾难灾害，使得全球对急危重症医学的发展高度关注，急危重症医学也得到了迅猛发展。每年一度的美国危重症医学学会（SCCM）年会、欧洲危重症医学学会（ESICM）年会，都是各国专家探讨急危重症医学的重要平台。

三、我国急危重症护理学的现状与发展

我国急危重症医学起步较晚。20世纪70年代末，心脏手术的发展推动了监护病房的建立。1982年，北京协和医院设立了全国第一张ICU病床，并于1984年成立综合ICU独立专科。中国香港特别行政区、中国台湾地区分别于1983年、1985年相继成立了ICU。与此同时，北京、上海、广州等地也正式成立了急救中心。

我国的急危重症护理事业也经历了从简单到逐步完善，并形成新学科的发展过程。在急危重症护理发展的早期，只是将危重患者集中在靠近护士站的病房或急救室，以便于护士密切观察与护理；或将外科手术后的患者，先送到术后复苏室，清醒后再转入病房。20世纪80年代，随着急救中心和ICU的建立，急危重症护理学的发展也进入了一个新阶段。此后，国家教育部将“急危重症护理学”确定为护理学科的必修课程。中华护理学会也成立了危重症护理学专业委员会，每年举办急危重症护理学习班，开展急危重症护理培训。进入20世纪90年代中期，ICU作为三级甲等医院评审的必备条件，推动ICU建设进入快速发展阶段。

进入21世纪，我国危重症医学迎来了新的发展高潮。2002年，北京举办了第一届全国性危重症护理学培训班，率先在全国启动ICU专科护士的资格认证工作。在2003年全国抗击“非典”的战斗中，急危重症医学在挽救患者生命方面发挥了不可替代的作用，医疗管理者和专家深切认识到发展急危重症医学的迫切性。2004年，广东省卫生厅颁布了我国第一个ICU建设和管理的政策性文件《广东省重症监护病房建设指导意见》。随后，2005年中华医学会重症医学分会成立。2008年，在汶川地震的抢险救灾中，急危重症医学再次成为社会关注的焦点。之后，卫生部（现为国家卫健委）正式确定“重症医学科”为一级诊疗科目，并出台了《重症医学科建设与管理指南（试行）》。2011年底，急危重症专科护理进入卫生部临床重点专科。2012年，急危重症专科护士培训基地正式落户北京、广州等地，为我国急危重症人才的培养提供了一个广阔的平台。

第二节 急危重症护理学的范畴

急危重症护理学是一门综合性的应用学科，其范畴主要包括院前急救、危重病救护、灾难救护、战地救护、中毒急救、急危重症护理人才的培养和科学研究工作、急危重症护理学的健康教育与宣传，以及急救医疗服务体系的完善。

一、急诊、急救



扫一扫

急诊、急救

急诊科是医院急重症患者最集中、病种最多、抢救和管理任务最重的科室，是急诊患者入院治疗的重要入口。急诊的主要任务是承担院前急救，对急症入院的各类患者进行分诊和治疗，对急危重症患者进行紧急监护救治，以及承担灾害事故的急救工作和开展急救护理的科研和培训工作。

（一）工作模式

1. 院前急救

院前急救是 EMSS 的首要环节，是指在医院之外的环境中对各种危及生命的急症、创伤、中毒、灾害/灾难事故等伤病员进行现场救护、转运及途中救护的统称，即在患者发病或受伤开始到医院就医之前这一阶段的救护。院前急救的任务是采取及时有效的急救措施和技术，最大限度地减轻伤病员的痛苦，降低致残率和病死率，为医院抢救打好基础。急救讲究时效性，“黄金 1 小时”指伤后开始至伤后 1 小时以内的时间，“白金 10 分钟”指紧急事件发生后，无论经过怎样的程序，以送到医院急诊科或相关科室抢救的时间为起点，到医师进行紧急救治的最初 10 分钟为止。

院前急救的原则：经过院前急救能存活的伤病员应优先救治。具体如下。

（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。如在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；如在有害气体造成的中毒现场，应先将伤病员脱离险区再进行救护，以保证救护者与伤病员的安全。

（2）先重伤后轻伤：是指优先抢救危重者，后抢救较轻者。但当大批伤病员出现时，在时间、人力、物力有限的情况下，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。

（3）先施救后运送：是指对垂危重伤病员，先进行现场初步的紧急处理，然后在严密监护下转运至医院。

（4）急救与呼救并重：是指有多人在现场的情况下，急救与呼救同时进行，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。

（5）转送与监护急救相结合：是指在转运途中要密切观察伤病员的病情变化，必要时进行相应的急救处理，如除颤、气管插管、球囊-面罩加压通气、心肺复苏术等，以使伤病员安全到达目的地。

（6）紧密衔接、前后一致：是指防止前后重复、遗漏和其他差错，确保现场急救措施完善，并正确填写医疗文本，使前后医疗急救有文字依据，并妥善保管，做好交接工作。

2. 院内救治

院内救治应做好重症患者的救治和普通患者的分诊和诊治。作为医院急危重症救治的前沿阵地，急诊科具有显著特殊性：患者流量大且病情复杂，伤重、病急者集中，流动性强导致秩序管理难度高；同时面临医护资源紧张、空间有限、患者及其家属期望高易引发矛盾等问题，且需兼顾院前急救任务。这些特点对护理管理、服务质量与安全保障提出了极高要求。

基于急诊科的复杂特性，需从多维度强化管理。在物资保障层面，对抢救仪器、物品和药品实施“三定”管理（定点、定位、定人），每日严格检查、记录与交接，确保使用后物归原位，仪器及时充电，定期检修并留存记录，时刻保持设备处于备用状态。在流程优化方面，构建包括院前急救、精准分诊、快速接诊、规范检查、及时处理、高效抢救、专业会诊、有序转诊等环节的标准化工作流程。同时，急诊室严格落实24小时应诊制度，全力打造急救“绿色生命通道”，实现通信、人员、设备、车辆全方位保障。具体执行中，要求急诊出诊10分钟内出车，患者5分钟内获得处置；检验、药房、影像等辅助科室同步提供全天候服务，并及时出具报告，以全流程协同保障急诊医疗工作高效、安全、便捷运行。

（二）常见的技术

1. 现场评估与呼救

现场评估需注意以下环节：环境情况，患者病情危重程度（意识、气道、呼吸、循环）与病因，呼救人及患者的姓名、电话及地点，灾害事故的严重程度、受伤人数等。

2. 现场救护

包括：①心肺复苏：开放气道、人工呼吸、胸外按压、除颤；②初步急救技术：通气、止血、包扎、固定、转运；③基本的急救操作：口咽通气管放置、气管插管、吸氧、吸痰、开放输液通道等。现场救护要点是维持呼吸、循环和中枢神经功能，实施对症救护措施，对于创伤、烧伤及骨折患者，要掌握松解或去除患者衣、裤、鞋、头盔的护理技巧，对疑有脊椎损伤者应立即予以制动。

3. 安全转运

对于危重患者，应先初步处理病情，待其病情稍趋稳定再转运。根据不同的运输工具和病情摆好伤病员体位，担架行进途中，伤病员头在后，下肢在前。对于脊椎受伤者，应保持其脊椎轴线稳定。救护车在拐弯、上下坡、停车、调头过程中要防颠簸；途中要强化生命支持措施，用先进的监测、治疗手段加强生命维护。做好抢救、监护等记录和伤病员的交接工作。

二、重症监护

重症监护是指受过专门培训的医护人员在备有先进监护设备和救治设备的重症监护病房，接收由急诊科和院内其他科室转来的危重患者，对因严重疾病和创伤或继发于各类严重疾病、创伤的急性危重患者进行全面监护、治疗及护理，使其度过器官功能障碍或衰竭期，以减少并发症的发生，降低死亡率。

（一）ICU的模式

ICU病床数量应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需求，综合性医院应设综合ICU，ICU

床位占总床位的 2%~8%，发达国家达 5%~10%，每天至少保留一张空床以备应急使用。ICU 模式主要根据医院的规模及条件确定。目前大致可分为以下几种模式。

1. 综合性 ICU (general ICU)

为医院内综合性加强集中治疗重症患者的单位，是救治重症患者的重要场所，全院内的重症患者都可在此 ICU 内进行治疗和抢救。

2. 部分综合 ICU

介于专科 ICU 与综合性 ICU 之间，即以医院内较大的一级临床科室为基础组成的 ICU，如外科 ICU、内科 ICU、麻醉科 ICU 等。

3. 专科 ICU

一般是临床二级科室所设立的 ICU，如心内科 ICU (cardiac care unit, CCU)、呼吸内科 ICU (respiratory care unit, RCU) 等，是专门为收治某个专科的危重患者而设立的，多由某个专业科室管理。

(二) ICU 常见设备

1. 监测设备

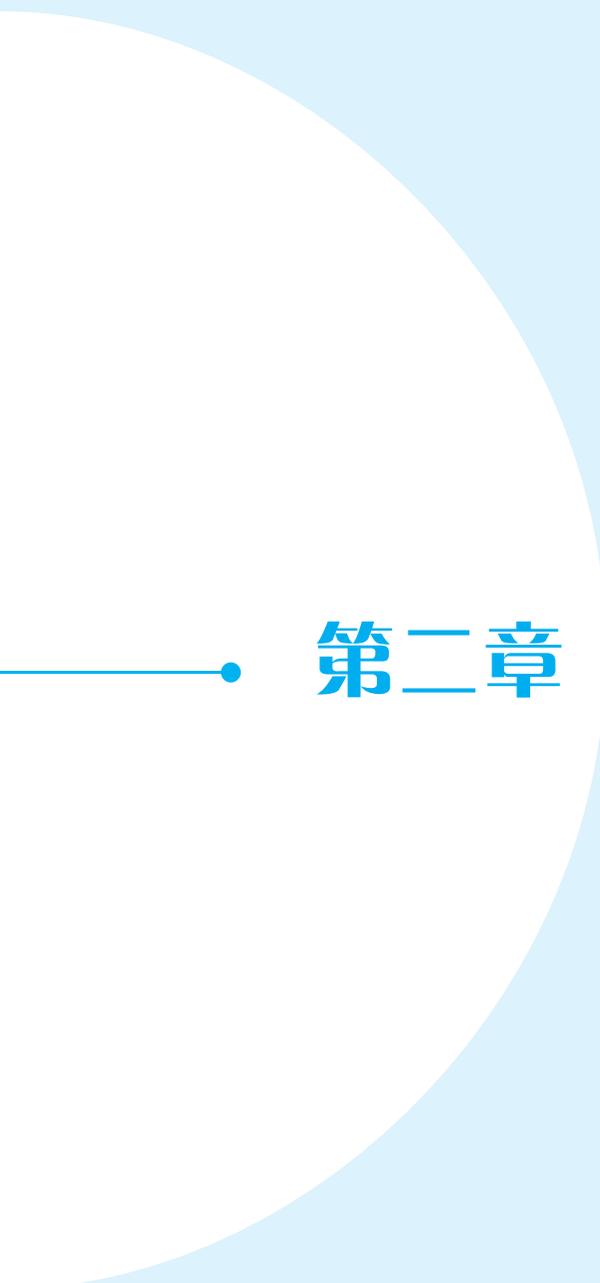
中心监护台、多功能生命体征监测仪、呼吸功能监测仪、心脏血流动力学监测仪、脉搏血氧饱和度和度仪、血气分析仪、心电图机、X 射线机、超声设备等。

2. 治疗设备

呼吸机、除颤器、输液泵、注射泵、起搏器、主动脉内球囊反搏器、血液净化仪、麻醉机、中心供氧设备、中心吸引装置、体外膜肺氧合装备、升温机、降温机、肺部治疗机等。

思考题

1. 何谓急危重症护理学？
2. 何谓急救医疗服务体系？
3. 急救医疗服务体系是在什么时候建立的？
4. 最早的重症监护病房出现在 20 世纪的哪个年代？
5. ICU 常见的监测技术有哪些？



• **第二章**

灾难救护





学习目标

1. 掌握灾难现场的医疗救援。
2. 熟悉灾难救援的心理干预。
3. 了解医疗救援准备。

第一节 灾难医疗救援准备

一、灾难医疗救援队伍建设

(一) 灾难医疗救援队的组建

灾难医疗救援队的组建需遵循专业化、标准化、协同化原则，以确保队伍具备快速响应与高效处置能力。首先，明确队伍构成，核心成员应涵盖急诊医学、重症监护、外科手术、传染病防控等多学科医护人员，同时配备后勤保障、心理干预及信息通信人员，形成功能完备的救援体系。其次，制定严格的选拔标准，要求成员具备扎实的急救技能、丰富的临床经验和良好的心理素质，通过体能测试、专业技能考核及应急模拟演练筛选出综合能力突出的人员。最后，建立动态调整机制，定期评估队员能力，补充新鲜血液，确保队伍始终保持最佳战斗力。此外，还需配备针对性救援物资，包括便携式急救设备、药品耗材、防护装备及通信工具，保障救援工作顺利开展。

(二) 灾难医疗救援队的组建模式

1. 行政层次分类模式

(1) 国家级灾难医疗救援队：为满足不同级别灾难救援的需要，达到高效救援的目的，国内外都会在不同行政层次上建立不同的灾难医疗救援队。国家级灾难医疗救援队通常规模较大、数量少，由国家相关部门投入组建、直接领导，能够承担大规模的灾难救援，特别是跨区域甚至国际灾难救援。

(2) 地方级灾难医疗救援队：地方级灾难医疗救援队是指由省市卫生行政部门、应急管理部门牵头组建的省市灾难医疗救援队，同时还包括各医院组建的灾难救援队。通常，地方级灾难医疗救援队的财政支持有限，规模相对较小，主要负责本区域灾难应急医疗救援任务。

2. 专业分类模式

(1) 综合型灾难医疗救援队：其组建及训练针对各种类型的灾难，并不局限于某些灾难类型。此类救援队通常在灾难类型多样的区域由综合性医院或医疗机构组建。例如，中国红十字 999 紧急救援队，即为综合型灾难医疗救援队的代表，多次参与国内各类灾难救援。这类救援队救援资源和救援力量都相对集中，便于管理，避免了针对不同类型灾难组建多支救援队的管理难题，是目前国内外灾难医疗救援队建设的主体。

(2) 专业型灾难医疗救援队：除综合型灾难医疗救援队外，针对部分专业性较强的突发公共卫生事件，如核辐射、生物传染病、化学中毒、恐怖袭击等，由相关管理部门组建专业型医疗救援队伍。

3. 组建主体分类模式

(1) 以军队医疗为主体的灾难医疗救援队：国内外都有以军队医疗为主体的灾难医疗救援队。我国《国家突发公共事件总体应急预案》就明确提出：中国人民解放军和中国人民武装警察部队是处置突发公共事件的骨干和突击力量。我国的国家地震灾难紧急救援队就是以军队医疗为主体的灾难医疗救援队的典型例子。

(2) 以地方医疗为主体的灾难医疗救援队：地方医疗机构在社会体系中承担着公共卫生医疗、保健及疾病预防等社会职能，在突发公共卫生事件中也义不容辞地承担着应急医疗救援任务。多数省、市、县级的灾难医疗救援队都以地方医疗体系为主体组建而成，在医疗救援工作中发挥了很好的作用。

(3) 以军民结合为主体的灾难医疗救援队：由军队医疗机构和地方医疗机构联合组成灾难医疗救援队，在国际上也不少见。我国也有类似的尝试，例如，2008年汶川发生特大地震时，广州军区武汉总医院与湖北省红十字会联合组建灾难医疗救援队，在实际救援工作中起到了良好的作用。

二、灾难医疗救援中护士的角色与能力要求

(一) 护士的角色要求

《护士条例》规定，护士有义务参与公共卫生和疾病预防控制工作。发生自然灾害、公共卫生事件等严重威胁公众生命健康的突发事件时，护士应当服从安排，参与医疗救护。护士在灾难救援的不同阶段起着不同的作用。

(二) 护士的素质要求

1. 高尚的医德

护士应不畏艰险，把伤员的痛苦和生命放在第一位，忧伤员之忧，想伤员所想，视伤员如亲人，具有无私奉献的精神。

2. 积极而稳定的情绪

在灾区面对危险的环境和心理脆弱的伤员时，护士要能很好地控制自己的负面情绪，始终保持情绪的积极、稳定、乐观，全身心地投入伤员的医疗救助工作中，忙而不乱地完成各项工作。

3. 独立思考的能力

灾区伤员多、病种多、伤情复杂，而医护人员数量少，这些客观情况要求护士有独立思考的能力，能在救治过程中及时发现问题、解决问题。

4. 良好的沟通技巧

沟通是指人与人之间传达思想、观点或交换信息的过程。沟通分为语言沟通和非语言沟通。护士可利用工作间隙，综合运用语言和非语言沟通方式，多与伤员交流，促使伤员以积极的心态配合救治。

5. 良好的体能

灾区环境恶劣、生活条件差，护士每天要救治大批伤员，不能按时休息，生活不规律，并且随时有被传染的风险。因此，具备强健的体魄、充沛的精力和良好的身体素质是对灾难护理人员最基本的要求。

（三）护士的技能要求

1. 加强伤员病情观察，快速判断危重伤情

护士应依据快速检伤分类方法对伤员进行简单分类，尽一切努力确保危重伤员得到优先救治，待其伤情稳定后优先转送。

2. 掌握基本的急救技能

现场伤员伤情复杂且严重，护士要坚持危重者优先、救命第一的原则进行救援，掌握基本的急救技能，具体包括：①建立和保持通畅的气道的护理技能。如采用手法开放气道、清除口鼻分泌物，必要时协助行气管插管或气管切开等。②穿刺技术。输液通道是补液、扩充血容量、抗休克的必备通道，是药物、血液和营养制品的供给线，是伤员的生命通道，因此，护士应熟练掌握穿刺技术。③必要时就地取材、完善护理用具的技能。如用树枝、布条制作夹板、绷带，用棉布和报纸制作颈托等，为有效救治抢得先机。

第二节

灾难现场的医疗救援

灾难的发生可分为超急期、进展期和稳定期。超急期是初发阶段，所有人员都可能面临危险，受到伤害，在此期医疗救援人员的职责是在确保自身安全的同时启动应急预案，随时准备救援。进展期，现场相对安全，伤员大量出现，医疗救援人员的责任是在现场建立医疗救援区，对陆续出现的伤员进行检伤分类和急救处置。进入稳定期，现场基本安定，医疗救援人员的责任是对大批伤员进行快捷、有效的现场救治并合理分流。灾难现场的医疗救援的程序为搜救，评估和检伤分类，现场救治，转运及灾难恢复过程中的防疫、治疗。下面重点介绍伤员的检伤分类、现场救护和转送护理。

一、伤员的检伤分类

灾难医疗救援以全面救护与重点救护相结合为原则，其目的是在短时间内尽可能多地抢救伤员。灾难发生时，急救医疗资源往往十分匮乏，及时、有效的检伤分类对高效率、高质量地实施灾难救援尤为重要。准确地检伤分类可区分伤员的治疗优先次序，有利于合理高效地应用医疗救援资源，这也是护士重要的工作职责之一。

（一）检伤分类的目的

检伤分类是根据伤员伤情的严重程度与救治优先次序，将其划分为不同等级，以便科学有序地组织现场医疗救治和分级后送工作。其目的是在资源有限的情况下，让尽可能多的伤员获得最佳的治疗效果。

（二）检伤分类的原则

- （1）优先救治病情危重但有存活希望的伤员。
- （2）分类时不要在单个伤员身上停留过长时间。

(3) 分类时只做可稳定伤情而不过多消耗人力的简单处置。

(4) 对没有存活希望的伤员放弃治疗。

(5) 要及时隔离有明显感染征象的伤员。

(6) 在转运过程中对伤员进行动态评估和再次分类。

需要注意的是，以上为当灾难或突发事件现场医疗救援资源不足，无法满足每个伤员的救治需求时，为最大限度地提高伤员存活率而遵循的原则。

(三) 检伤分类的等级、标志和救治顺序

在灾难现场，检伤分类通常将伤员分为4类，并标以醒目的颜色标志，通常采用红、黄、绿、黑四色系统。

1. 第一优先

红色标志，表示紧急治疗。含义：伤情危重，危及生命，生命体征不稳定，需立即给予基础生命支持，并需在1小时内转运到确定性医疗单位救治。

2. 第二优先

黄色标志，表示延缓治疗。含义：有较重的损伤但伤情相对稳定，此类伤员应急救后优先后送，在4~6小时内得到有效治疗。

3. 第三优先

绿色标志，表示轻伤。含义：轻伤员，可以等待治疗；能自己行走的伤员或有较轻的损伤，不需要立即入院治疗。

4. 第四优先

黑色标志，表示伤情过于危重，致命伤。含义：伤员已死亡、没有生还可能性、治疗为时已晚。

(四) 检伤分类方法

1. 简明检伤分类与快速急救 (START)

START由美国学者提出，可作为院前识别伤员病情轻重缓急的工具，是灾难现场最常用的分类方法。它通过评估伤员的行走能力、呼吸、循环和意识四方面进行检伤分类。

本法适合在伤员较多的较大灾难现场使用，具有简单、便捷、准确、所需检伤人员少等特点，对每名伤员的分检时间不超过1分钟，已得到国际普遍认可。具体操作见图2-1。

2. Jump START

Jump START是对START修正后用于灾难现场受伤儿童(1~8岁)检伤分类的方法。分组方法和分类依据与START相似，但基于儿童的特殊生理特点，研究者对分类依据做了调整，包括：①对能行走的轻伤组患儿，强调再次分类。②对开放气道后仍无呼吸的患儿，要检查脉搏，如可触及脉搏，则立即给予5次人工呼吸，并分到红色组；对于无自主呼吸者则分入黑色组。③对有呼吸的患儿，如呼吸频率 <15 次/分或 >45 次/分，则分入红色组。④使用AVPU量表来评估患儿的意识状态，即警觉(A)、语言(V)、疼痛(P)和无反应(U)，根据患儿对A、V和P的反应来指导分组。具体操作见图2-2。

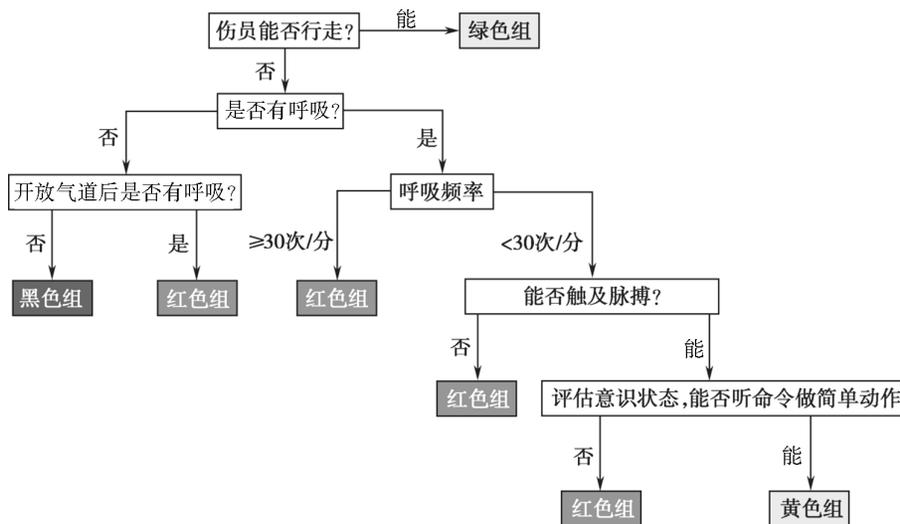


图 2-1 START 分类流程

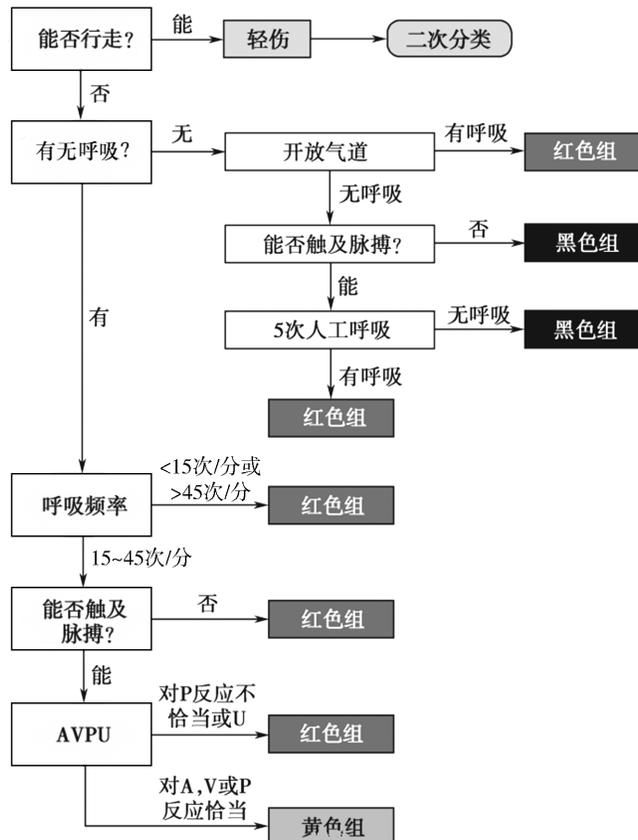


图 2-2 Jump START 分类流程

3. Triage Sieve

Triage Sieve 分类法将伤员分为优先级 1、优先级 2、优先级 3 和无优先级四组。分类依据为能否行走、能否呼吸、呼吸频率和毛细血管充盈时间，但其生理参数临界值与 START 不同，如呼吸频率 <10 次/分或 >29 次/分为异常，脉率 >120 次/分为“优先级 1”。具体操作见图 2-3。

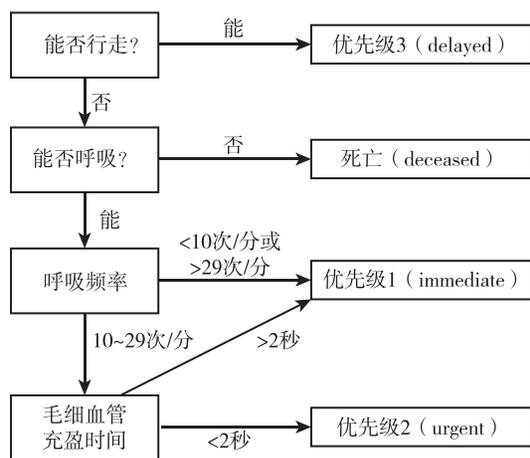


图 2-3 Triage Sieve 分类流程

二、伤员的安置与救护

(一) 伤员的安置原则

遵守安全第一的现场伤员安置原则，灾后的伤员可集结到相应安全的区域，优先选择易于搭建临时建筑或帐篷、易于进行救灾活动的安全区域，该区通常离灾难现场有足够的距离，以确保人员安全。可以通过搀扶或用轮椅、担架等辅助设施将伤员运送至安全区域。

在检伤分类区对伤员进行伤情评估和分类后，将其安置于治疗区，治疗区一般设在比较安全的建筑物或帐篷内。具体实施中应该根据伤员人数、灾难现场环境、场地大小、医疗救援人力、物力资源等情况酌情设立几个特定功能分区。对不同级别的伤员进行分区和分级处理，有利于提高抢救效率，避免出现混乱情况。如果伤员人数不多，治疗区可与检伤分类区合并，以减少对伤员的搬动。如果人数较多，则应独立分区设置，以免空间不够而互相干扰。如果人数众多，则还要将分区细分为轻、重和危重区，以更有效地运用人力，提高抢救效率。对于重伤和危重组伤员，应再次进行病情评估和二次分类，并根据分类结果将伤员转送至确定性医疗单位。按检伤分类的结果处理伤员，先处理红色组（危及生命者），其次处理黄色组（重伤），再处理绿色组（轻伤），明显死亡的应留在最后处理。如果死亡者较多，可在较隐蔽处设临时太平间，注意一定要有专人看守，以免尸体被翻动或遗物遭窃。

(二) 伤员的现场救护原则

1. 现场救护的原则与范围

灾难现场救护的目的是挽救生命，减轻伤残。其救治原则应遵循先救命后治伤，先重伤后轻伤；抢救先于诊断，先救“生”再救“人”。

(1) 具体救治原则

①先复后固：先进行心肺复苏，再固定骨折。②先止后包：大出血时先采取一切办法止血，再消毒创口进行包扎。③先重后轻：优先抢救危重伤员，后抢救轻伤员。④先救后送：生命体征不稳定者，转运途中可能有危险，应先抢救再后送。⑤急救与呼救并重：伤员较多时，在紧急救治的同

时应呼叫支援。⑥搬运：搬运过程中要随时注意观察伤员的伤情变化。

(2) 现场救护的范围

①对呼吸、心搏骤停的伤员，立即进行初级心肺复苏。②对昏迷伤员，安置合适体位，保持呼吸道通畅，防窒息。③对张力性气胸伤员，用带有单向引流管的粗针头穿刺排气。④对活动性出血的伤员，采取有效止血措施。⑤对有伤口的伤员行有效包扎，对疑有骨折的伤员进行临时固定，对肠膨出、脑膨出的伤员行保护性包扎，对开放性气胸者做封闭包扎。⑥对休克或有休克先兆的伤员行抗休克治疗。⑦对疼痛明显的伤员，给予止痛药。⑧对大面积烧伤伤员，给予创面保护。⑨对伤口污染严重者，给予抗菌药物，防治感染。⑩对中毒的伤员，及时注射解毒药或给予排毒素处理。

2. 现场救护的程序

①根据灾难现场伤员的情况，协助医生对伤员的伤情进行初步评估，迅速判断伤情。②开展现场救治，主要内容包括：维持伤员呼吸道通畅，及时清除异物，解除呼吸道梗阻，可使用口咽通气道；对呼吸有障碍或呼吸停止者进行人工呼吸、气管插管；对发生心搏骤停者实施心肺复苏；对意识丧失者取侧卧位安置，防止窒息；固定骨折肢体；迅速止血；对低血容量伤者及时补充血容量。③安抚伤员的情绪，减轻或消除创伤所致的急性应激反应。

三、伤员的转送



伤员的转送

在灾难救援现场，除根据损伤机制、类型对受伤人员进行现场检伤、分类与处置外，还需要对大量伤员进行搬运、转送。由于受灾现场地形复杂、环境恶劣、次生灾难发生概率大、医疗资源及医务人员缺乏，大量现代化转运工具无法展开工作。因此，护士需做好转送前的准备、转送中的护理和转送后的交接工作，这对于保障伤员的安全、减轻痛苦、预防和减少并发症、提高救治效果具有十分重要的意义。

(一) 转送前救护要点

1. 转送指征和时机

(1) 转送伤员前，派专人评估抢救现场、转送路途中的安全性，及时消除潜在危险因素，确保转运安全。

(2) 根据伤员病情和转运通道的情况决定搬运的方法和体位。

(3) 明确转送指征，符合以下条件之一者可转送：①应在现场实施的救治措施都已完成，如出血伤口的止血、包扎和骨折的临时固定等。②确保搬动和转送不会加重伤情或危及伤员生命。

(4) 明确暂缓转送指征，有以下情况之一者应暂缓转送：①病情不稳定，如出血未完全控制、休克未纠正、骨折未妥善固定等。②颅脑外伤疑有颅内高压、可能发生脑疝。③颈髓损伤，有呼吸功能障碍。④心、肺等重要器官功能衰竭。

2. 伤员转送前的准备

①做好必要的医疗处置，严格掌握转送的指征，确保转送途中伤员安全。②准备好转送工具和监护、急救设备及药品。③转送前对每一位伤员进行全面评估和处理，注意保护伤口。④做好伤员情况登记和伤情标记，并准备好相关医疗文件。

（二）不同工具转送的途中救护要点

1. 担架转送伤员的护理

(1) 担架搬运时一般伤员脚向前、头向后，医务人员应在担架的后侧，以便观察病情，如有意外情况，随时停下进行处理。将伤员安置于担架后，不要轻易更换担架，以免增加伤员不必要的损伤和痛苦。

(2) 妥善系好固定带，行进过程中要平稳，避免颠簸。在上、下坡时，要使担架保持水平状态，注意防止伤员从担架上坠落。

(3) 对清醒的伤员，救护人员要表明身份，缓解伤员因陌生而产生紧张、焦虑情绪。

(4) 移离担架时，先抬起伤员，再移至床上，切忌拖拉造成伤员皮肤擦伤。

(5) 应注意以下问题：①必须先急救，妥善处理后才能搬动。②运送时尽可能不摇动伤员的身体。③在人员、器材未准备好时，切勿随意搬动。④转运昏迷者时，最为重要的是保持其呼吸道通畅，要密切观察昏迷者，防止发生误吸。

2. 卫生车辆转送伤员的护理

(1) 对汽车或列车车厢统一编号，备好各种物资、器械、药材、护理用具和医疗文件等。

(2) 根据伤员病情及有无晕车史等，遵医嘱给予止痛、止血、镇静、防晕车等药物。

(3) 将出血、骨折、截瘫、昏迷等重伤员安排在下铺，每台车或每节车厢安排1~2名轻伤员，协助观察和照顾重伤员。安置合适体位，防坠床。

(4) 加强病情观察，保证途中治疗和护理工作有序进行。

(5) 安排危重伤员先下车，清点伤员总数，了解重伤员伤情，做好交接工作。

3. 卫生船转送伤员的护理

(1) 为伤员创造良好的转运环境，晕船者预先口服茶苯海明（乘晕宁），伤员因晕船致呕吐时应将呕吐物及时清理干净，并将伤员的头转向一侧，防止窒息发生。

(2) 使用固定带将伤员妥善固定于舱位上。

(3) 保持自身平衡，妥善实施护理操作。

(4) 病情观察及其他护理措施同陆路转送。

4. 空运伤员的护理

(1) 伤员的摆放位置应合理，大型运输机中伤员可横放两排，中间留出过道，休克者应头部朝向机尾。若为直升机，应从上至下逐层安置担架，重伤员应安置在最下层。

(2) 空中温度和湿度均较低，对气管切开者应用雾化器、加湿器等湿化空气，或者定时向气管内滴入等渗盐水。对使用气管插管者，应减少气囊中注入的空气量，或者改用盐水充填，以免在高空因气囊过度膨胀压迫气管黏膜而造成缺血性坏死。

(3) 外伤致脑脊液漏者，因气压低，漏出量会增加，需用多层无菌纱布保护，及时更换敷料，预防逆行感染。中等以上气胸或开放性气胸者，空运前应反复抽气，或做好胸腔闭式引流，使气体减少至最低限度。

(4) 其他护理工作同陆路转送。

第三节 灾难心理干预

一、灾难救援中的心理评估

(一) 心理评估的目的

1. 筛查

通过心理评估从受灾人群中筛选出需要进行心理干预的高危人群。

2. 判定

针对重点人群中的个体，通过详细的心理评估明确其心理问题及严重程度，以便制订有针对性的干预措施。

3. 追踪

在干预过程中，于不同时间点进行阶段性评估，以了解前期干预的效果，并为下一阶段干预措施的制订与调整提供依据。

(二) 心理评估的原则

1. 尊重

即尊重评估对象，征得评估对象的同意，对评估对象无条件地接纳、关注和爱护。

2. 保密

恪守职业道德，向评估对象承诺保密，不向无关人员透露。

3. 有针对性

目的要明确，事先明确需要评估的问题。

4. 综合性

综合运用访谈、观察和心理测验等评估方法，从多渠道收集信息，进行综合分析，从而做出可靠的诊断。

5. 与干预相结合

保证在能持续进行心理干预的前提下进行心理评估。

(三) 心理评估的实施

可分为急性期和恢复期（远期）两个阶段。

1. 急性期评估

急性期是指灾难后约1个月。这个时期是受灾人群生活安全得到基本保证，但心理处于混乱、孤立绝望、产生各种应激反应的时期。急性期心理评估的主要内容是：①针对受灾人群当前需求和担忧收集信息，识别风险因素。②筛查并识别高危人群，将其作为心理干预的重点人群。

2. 恢复期评估

恢复期通常指灾难后3个月、6个月、1年和2年。这个时期的心理评估主要是在了解受灾人群

整体心理健康状况的基础上，对适应障碍、抑郁、焦虑、恐惧等心理障碍进行评估与诊断，并在不同时间点进行阶段性随访评估，以此检验心理干预的效果，调整心理干预措施。

二、灾难救援人员的心理反应及常见心理疾病的类型

在灾难救援中，救援人员既要面对家园损毁、亲人伤亡或遭受伤害的受灾者，又要面对危险不可预测的灾难现场，甚至自身生命都会受到威胁，这不可避免地使其产生一系列心理和生理反应。一般情况下，对突发灾难的短暂不适反应均属于正常的应激反应。但如果应激反应超过救援人员心理所能承受的范围，救援人员就会产生严重的心理问题，甚至出现精神疾病。

（一）灾难救援人员心理反应的影响因素

灾难救援人员心理问题的产生受到应激源、应激主体（个体）及其所处环境三方面的影响。

1. 应激源

灾难救援人员在灾难环境下的心理反应受到灾难性质、强度、持续时间、可预测性、可控制性，以及灾难应激源数量及其积累作用的影响，如在一年中救援人员反复多次进入灾难场景，其出现心理问题的概率将明显增加。

2. 应激主体（个体）

救援人员的心理反应主要受到其个性特征、认知评价水平、早期经历、应对方式、躯体健康水平以及遗传等因素的影响。低水平的社会经济状况、先前存在心理问题或疾病、应对压力的能力较弱、有丧失重要亲密关系的经历、童年有创伤史等，均是灾难救援人员出现心理问题的高危因素。在应激主体中，认知评价水平是造成心理问题的核心因素，而心理问题的产生多源于对灾难救援的不合理信念所导致的认知歪曲。

3. 环境资源因素

环境资源包括自然环境资源和社会环境资源。自然环境资源主要指救援人员在救援过程中可利用的自然资源，如物质支持和救灾现场条件等。社会环境资源主要是指社会支持系统，如家庭、社会及国家等层面给予的认可、支持和保证。这些环境因素会对灾难救援人员的心理产生一定影响。

（二）灾难救援人员常见心理疾病的类型

1. 急性应激障碍

又称急性应激反应或急性心因性反应，是一种由创伤性事件强烈刺激引发的一过性精神障碍。本病可发生于任何年龄，在灾难幸存者中发生率可达50%。多数患者在遭受刺激后数分钟或数小时出现精神症状。历时短暂，可在数小时、几天或1周内恢复，预后良好。如处理不当可有20%~50%的人转为创伤后应激障碍，长期痛苦，难以矫治。主要诊断标准如下。

（1）症状标准：以异乎寻常的和严重的精神刺激为诱因，并至少有下列一项。①有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定盲目性。②有情感迟钝的精神运动性抑制（如反应性木僵），可有轻度意识模糊。

（2）严重标准：社会功能严重受损。

（3）病程标准：在受到刺激后几分钟至几小时发病，病程短暂，一般持续数小时至一周，通常在一个月内缓解。

(4) 排除标准：须排除癔症、器质性精神障碍、非依赖物质所致精神障碍及抑郁症。

2. 创伤后应激障碍

又称为延迟性心因性反应，是指个体在经历异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤后，出现的延迟发作且长期持续的精神障碍。其因病程较长、社会功能明显受损而受到关注。主要诊断标准如下。

(1) 症状标准：遭受对每个人来说都是异乎寻常的创伤性事件或处境（如天灾人祸）后出现。

1) 病理性重现，反复出现创伤性体验，并至少有下列 1 项：①不由自主地回想受打击的经历。②反复出现有创伤性内容的噩梦。③反复产生错觉、幻觉。④反复产生触景生情的精神痛苦，如目睹死者遗物、旧地重游时会感到异常痛苦和产生明显的生理反应，如心悸、出汗、面色苍白等。

2) 持续的警觉性增高，至少有下列 1 项：①入睡困难或睡眠不深；②易激惹；③注意力集中困难；④过分地担惊受怕。

3) 对与刺激相似或相关情境的回避，至少有下列 2 项：①极力不想与创伤经历有关的人与事；②避免参加能引起痛苦回忆的活动，或避免到引起痛苦回忆的地方；③不愿与人交往，对亲人变得冷淡；④兴趣爱好范围缩小，但对与创伤经历无关的某些活动仍有兴趣；⑤选择性遗忘；⑥对未来失去希望和信心。

(2) 严重标准：社会功能受损。

(3) 病程标准：精神障碍延迟发生（即在遭受创伤后数日至数月后发生，罕见延迟半年以上才发生），符合症状标准至少已 3 个月。

(4) 排除标准：排除情感性精神障碍、其他应激障碍、神经症、躯体形式障碍等。

三、灾难救援人员的心理健康防护

(一) 灾难事前心理训练

事前训练可以有效降低救援人员出现心理问题的可能性。灾难事前心理训练的内容包括：救援人员的职业道德教育、现场救援的基本知识、心理学的基本知识和救援中释放心理压力的方法等。当参与救援的人员掌握了相关的知识后，不仅可以提高自身的心理素质，解决自身的心理问题，还能在灾难救援中帮助伤员解决类似的问题，从而从生理与心理上救助伤员，提高救援的质量和速度。

(二) 心理健康问题的应对措施

在对灾难救援人员进行心理健康防护时，应遵循以下六个基本步骤。①明确问题：从救援人员的角度来确定和理解其所发生的心理危机，以共情、真诚、尊重、接受和关心的态度倾听，帮助救援人员宣泄紧张、恐惧和悲痛的情绪，从而达到心理舒缓和治疗的效果。②确保安全：干预者要将救援人员对自我和他人的生理和心理的伤害降到最低，以科学和事实为依据，告诉救援人员所担心的事情不会发生或发生可能性很小。③提供支持：干预者要无条件地接纳救援人员，与救援人员积极地沟通与交流，使其认识到干预者是完全可以信任的，也是能够给予其关心和帮助的人。④提出应对方法：突发灾难发生后的幸存者，常常会失去希望，失去信心。干预者要让救援人员认识到有许多变通的应对方式可选择，并帮助其确定能切实解决问题的最适合的方法。⑤制订计划：干预者要充分考虑到救援人员的自控能力和自主性，并与救援人员共同制订行动计划，矫正其情绪的失衡状态。⑥获得承诺：回顾和完善有关计划和行动方案，并获得救援人员的直接而真诚的承诺，以确保救援人员能够坚持按照预定计划和方案执行。

四、灾难救援中救援人员与伤员的心理干预

（一）心理干预方案的技术要素

心理干预方案与治疗方案一样，是心理辅导的基本工作框架，它规定了心理咨询和心理治疗的核心要素。一个完整的心理干预方案应包括的技术要素主要有：①拟干预心理问题的选择；②问题的界定和确定诊断；③制订长期目标，即为解决靶心问题而设计的总体的和全面的远期目标；④制订短期目标；⑤制订干预措施；⑥评估干预效果。

（二）灾难救援人员的心理危机干预

这是一种在紧急情况下的短程心理治疗，目的是在短时间内帮助灾难救援人员渡过难关。

1. 心理危机干预遵循的三个基本原则

①尽量使救援人员接受支持和帮助。②尽力帮助救援人员坦然面对危机，采取适当的应对措施。③与救援人员沟通相关信息，获得其信任，并缓解其紧张情绪。

2. 心理危机干预的模式

心理危机干预的模式包括平衡模式、认知模式和心理社会转变模式。

（1）平衡模式：主要目的是帮助救援人员重新获得心身平衡。此模式适用于早期心理危机干预。

（2）认知模式：主要目的在于通过学习和训练新的自我说服方式，使救援人员形成更为积极、肯定的思维方式。认知模式适用于接近危机前平衡状态的救援人员。

（3）心理社会转变模式：主要目的是评估与危机有关的内外部因素。从个体内部和外部因素着手，考虑其对救援人员的心理影响，并确定与危机有关的内外部困难，帮助救援人员选择替代他们现有的行为、态度和使用情境资源的办法，从而帮助救援人员将适当的内部资源、应对方式、社会支持和情境资源结合起来，最终获得对自己生活的自主控制。

研究者认为将这三种模式整合在一起，形成一种统一的、综合的模式对于进行有效的危机干预是很有意义的。

（三）灾难救援中伤员的心理干预

（1）可通过相关组织和社会支持给伤员提供实际的帮助，帮助伤员迅速脱离创伤事件现场，脱离创伤事件及情境，为其找到安全住所，暂时避开与创伤场景有关的刺激，这有助于避免伤员受到进一步的损伤。

（2）建立良好的合作关系，提高伤员对治疗的依从性。经验表明，接近伤员的最佳方式是为他提供具体的帮助，如提供食物、水、毯子等。要使伤员认识到心理陪护的必要性，并让其了解心理辅导的目标和基本过程。

（3）在取得伤员知情同意的情况下，运用心理学问卷或量表等评估创伤对其情感、认知和行为造成的影响和严重程度。

（4）选择合适的治疗方式，如住院或门诊治疗。大部分伤员会选择门诊治疗，但病情较重又缺乏家庭照顾者建议选择住院治疗。

（5）尽快协助伤员建立社会支持系统，良好的家庭、社会支持和保险保障是防止创伤后应激障碍发生的保护性因素。个体对社会支持的满意度越高，创伤后应激障碍发生的危险性就越小。因此，心理干预者必须协助伤员尽快找到可利用的社会支持来源，推动其他人提供物质和精神支持，并鼓

励伤员接受他人的关心和协助。

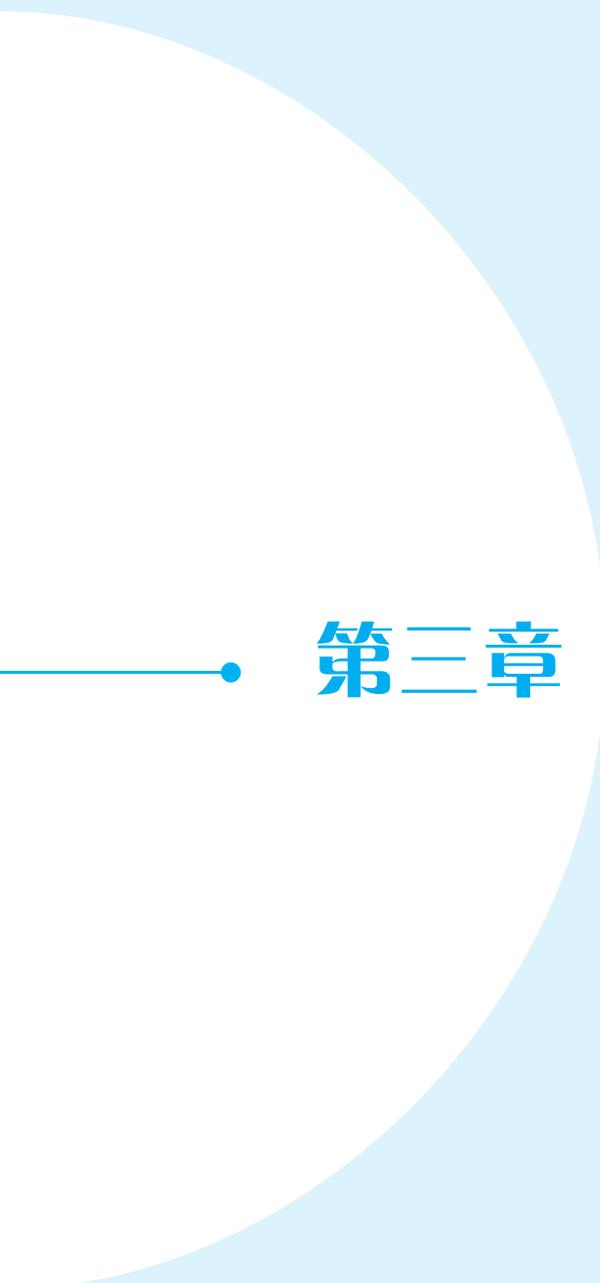
(6) 鼓励伤员尽量把自己的感觉表达出来，不要觉得难为情。鼓励伤员通过向家人或朋友讲述有关的经历来面对这种创伤。

(7) 向伤员保证这种急性应激反应会在短期内消失，但要让伤员认识到，在危机事件周年日或其他特殊的日子，自己的情感反应可能会加重，鼓励伤员通过与支持者的交往或制订某种行动计划来做好应对准备。

(8) 建议伤员不要用药物或酒精来应对创伤反应，而是通过学习并运用深呼吸、肌肉放松等放松方法或参与建设性的活动来对应激反应带来的焦虑和紧张。

思考题

1. 如何对灾难现场伤员进行快速检伤分类？
2. 如何做好灾难发生后的心理危机干预工作？
3. 灾难救援中护士应承担的职责有哪些？



• **第三章**

**急诊护理评估
与急诊分诊**





学习目标

1. 掌握急诊分诊概念、急诊分诊程序及分诊技巧。
2. 熟悉急诊护理评估和分诊的作用。
3. 了解分诊护士资质及素质要求。

第一节 急诊护理评估

急诊护理评估，又称急诊患者评估，是收集急诊患者主观和客观资料的过程。急诊患者常因各种急症就诊，其病情和临床表现与慢性病不同，尤其是急危重症患者，病情急而来势凶猛，病情变化快，严重者甚至在短时间内会有生命危险。因此，急诊护士的思维与其他科室护士相比有其自身特点。急诊护士在接诊分诊患者时，应具备清晰的思路，系统掌握急诊护理评估方法，能够迅速识别危及患者生命的状况，准确判断疾病或损伤的症状体征，快速确定就诊救治级别，达到最大限度挽救患者生命的目的。

急诊护理评估分初级评估和次级评估两个阶段。

一、初级评估

初级评估又称快速评估，是指对来院急诊就诊患者快速进行有重点的资料收集，并根据资料进行分析、判断、分类和分科，一般应在2~5分钟内完成，对于急危重症患者，应做到患者一进急诊就立即对其进行评估。初级评估遵循A—B—C—D—E的顺序，包括：气道及颈椎（A）；呼吸功能（B）；循环和脑灌注（C）；神经功能障碍（D）；暴露患者（E）。主要目的是快速识别有生命危险、需要立即抢救的患者，如果发现其中任何一项不稳定，均应立即将患者送往抢救室进行抢救。

1. A——气道及颈椎

检查患者是否能交谈或者有无胸廓起伏；检查患者有无气道梗阻，如有无舌后坠、松脱牙齿/口腔内异物、呕吐物/分泌物、出血块、口唇或咽喉部肿胀等，其中舌后坠是意识不清患者气道阻塞最常见的原因。如果气道部分或完全阻塞，应立即将患者送入抢救室，采取措施开放气道，或检查院外已建立的人工气道是否通畅并妥善固定；听诊两肺呼吸音是否对称；观察自主呼吸情况，对创伤患者同时注意固定颈椎予以制动。

2. B——呼吸功能

检查患者是否有自主呼吸、呼吸是否正常、胸廓有无起伏、两侧胸廓起伏是否对称。如果患者有呼吸，观察呼吸频率、节律、深浅度，皮肤颜色，应用辅助呼吸肌情况，颈静脉充盈情况，气管位置，软组织及胸骨完整程度；听诊呼吸音是否存在或减弱。对于外伤患者，应注意张力性气胸、连枷胸合并肺挫伤及开放性气胸所造成的换气功能障碍、气管移位、软组织和胸骨完整性受损。如果患者没有呼吸或呼吸不正常，应立即将患者送入抢救室，给予辅助呼吸，或进行气管插管。呼吸困难者，给予吸氧，球囊-面罩人工辅助通气。

3. C——循环和脑灌注

检查患者有无脉搏，脉率是否正常，脉搏强弱，脉搏节律（规则/不规则），外出血情况，毛细血管充盈时间，皮肤颜色（红润/苍白/黄/青紫）、湿度（干/湿）和温度（冷/暖/热），判断循环功能状况。测量血压以了解患者的循环功能，但应注意血压有时不能反映早期周围循环灌注不良状况；观察患者是否清醒及患者的反应，脑组织灌注不足会导致意识改变，但意识清醒的患者仍有潜在出血的可能；皮肤颜色、湿度和温度可帮助评估创伤患者的循环血量，大量失血时，面部和四肢皮肤可呈现灰白或苍白、湿冷等休克表现。

4. D——神经功能障碍

评估患者是否有神经功能的缺损或障碍，基本的神经功能评估包括清醒程度及瞳孔反应，清醒程度可通过应用 AVPU 法或格拉斯哥昏迷评分量表评估。AVPU 法是指：A（alert）——患者完全清醒；V（vocal）——患者对语言刺激有反应；P（pain）——患者对疼痛刺激有反应；U（unresponsive）——患者对任何刺激都没有反应。评估神经功能的另一个基本方法是评估患者双侧瞳孔的大小及对光反应情况。如果患者意识不清，瞳孔大小不等，对光反应迟钝，提示患者出现脑部损伤，如脑出血或脑水肿等。

5. E——暴露患者/环境控制

评估时可去除患者的衣物以评估和识别潜在的疾病或损伤症状，注意给患者保暖并保护其隐私。如果患者身上有各类管道，应查看管道是否通畅，固定是否牢固、安全，是否有明显标记。

二、次级评估

经初级评估后，患者的初步情况稳定，没有生命危险，应该进行次级评估。次级评估的目的是识别疾病与损伤的指征，评估方法包括从头到脚法与系统法，评估内容包括问诊、生命体征测量、各系统重点评估。这些评估可以同时进行，在 3~5 分钟内完成分诊级别的确定。患者病情发生变化或有疑问时应重新评估和分诊。

1. 问诊

问诊目的是了解患者来院就诊的主要原因。耐心倾听患者的主诉，注意患者及陪诊者的情绪反应、面部表情，灵活问诊。若为创伤患者，认真询问其受伤经过，以全面评估直接损伤、间接损伤和相关伤势。若为非外伤患者，询问其发病的原因、诱发因素、既往史、本次疾病发作时伴随的症状、院前用药及治疗效果等。问诊要求护士具备良好的沟通技巧、有效控制问诊时间。

2. 生命体征测量

生命体征包括体温、脉搏、呼吸、血压和血氧饱和度，是反映患者生理状况的重要指标，应根据患者病情需要进行测量。生命体征测量可以在次级评估之前进行，特别是在救治危重受伤患者时。测量时需注意细节和评估患者的病情，如对头部受伤、疑似脑卒中患者，测量生命体征的同时还需判断患者的意识状态，并注意评估患者瞳孔的变化情况。

（1）体温：所有急诊就诊患者均应测量体温，因为有时体温异常可能是患者患病的唯一表现。

（2）脉搏：注意评估脉搏次数、强弱、是否规律，以及心率和脉率的差异等。对电子技术的依赖往往削弱了触摸脉搏评估心律失常的作用，应注意避免。排除心理或环境因素，脉搏超出正常范围可能提示生理状况异常。

(3) 呼吸：对于主诉有呼吸系统问题，如哮喘、肺炎、创伤、气胸、血胸、胸骨或肋骨骨折、肺栓塞、药物中毒等的患者，应评估其呼吸次数、节律、深度、辅助呼吸肌应用情况等。准确评估呼吸功能需持续观察至少 1 分钟。

(4) 血压：对于出血、休克、创伤或药物中毒等患者，有必要测量左、右上肢血压，计算脉压（收缩压—舒张压）、休克指数（脉搏/收缩压）。如脉压降低，说明心排血量降低，周围血管阻力代偿性增高，而休克指数 >0.9 提示休克可能。

(5) 血氧饱和度（ SpO_2 ）：血氧饱和度测量有助于评估呼吸或血流动力学受损、意识改变、严重疾病或损伤等，也可辅助判断疾病的严重程度及治疗的有效性。

3. 各系统重点评估

重点评估内容主要是采集病史和“从头到足”的系统检查。不同的病变可能具有相同的症状，分诊护士需要结合患者主诉和生命体征与检查所见，必要时结合其他检查结果进行综合分析和判断。分诊问诊的目的是判断疾病的严重程度，而不是诊断，明确这一点非常重要。病情变化或有疑问时应重新评估和分诊。

(1) 神经系统：评估患者的精神状态（清醒/不清醒、不合作、有敌意、定向力差、歇斯底里等）；说话能力（如是否连贯、有无失语、发音含糊等）；行为（是否有暴力倾向、自杀、伤人、自闭、抑郁、躁狂等情况）；意识状态（有无意识丧失及持续时间，有无逆行性遗忘、昏睡）；有无血肿（位置、大小、范围等）；有无头晕、恶心、呕吐；步态（稳定、不稳定）等。

(2) 呼吸系统：评估患者的呼吸频率、节律和表现（有无费力、气促和出汗）；是否可闻及喘息/喘鸣音；有无流涎；呼吸时胸部扩张情况（是否对称、有无疼痛，如有疼痛，其部位、性质等）；有无咳嗽、咯痰（痰的量、色、质、性状，是否易于咯出）。听诊呼吸音（呼气时和吸气时是否一样，有无喘息、捻发音）等。

(3) 心血管系统：评估患者心率、心律、血压、脉搏情况；脉搏搏动性质；有无胸痛、放射痛、心悸、气促、出汗、头晕、晕厥、面色苍白、踝关节水肿；是否使用血管活性药物，如舌下含服硝酸甘油（开始含服时间、剂量、浓度、效果）等。

(4) 消化系统：评估患者有无恶心、呕吐（呕吐频率，呕吐物的颜色、量、性质等）；大便习惯，有无便秘、腹泻（腹泻的频率，大便颜色）；有无黑便；有无背痛（部位）；有无腹部手术史；肠鸣音存在或消失等。触诊腹部（是否腹软、膨隆或坚硬，有无疼痛）。

(5) 泌尿系统：评估患者的排尿频率；是否有排尿困难、会阴部疼痛、灼热感；有无血尿现象（是否明显、有无血块）；有无尿急/排尿不畅、尿潴留；有无腰痛、肋脊角钝痛等。

(6) 骨骼肌系统：评估患者局部有无红、肿、畸形或伤口；有无局部疼痛或压痛；肢体活动范围、末梢循环情况和感觉功能；肢体活动度（是否伴有疼痛、麻痹、感觉异常）；毛细血管充盈时间等。

(7) 产科/妇科：评估患者的末次月经（量、时间和持续时间）；对孕妇要询问预产期，了解胎动、胎心音情况；有无阴道出血（颜色、性状、量）或阴道溢液；有无羊水漏出或胎膜破裂（流出液体的颜色）；有无腹痛（频率、性质）。如为经产妇，要了解生产方式（顺产、剖宫产），有无流产史等。

(8) 皮肤：评估患者皮肤完整性，皮肤颜色、温度和弹性；如有外伤，记录皮肤擦伤部位，伤口大小、深度、有无分泌物；如有压疮，评估压疮部位、面积、程度；有无皮疹、水疱等。

(9) 其他：①眼睛，评估患者有无局部发红、疼痛、流泪；眼球活动（正常、减弱、无）；视觉灵敏度；有无视物模糊，复视；瞳孔大小和对光反应；有无眼前房积血，眼中线状物、片状物等。②耳，评估患者有无疼痛、分泌物、乳头压痛；有无急性听觉丧失、耳鸣等。③鼻，评估患者有无鼻出血（单侧/双侧）；有无分泌物、异物；有无鼻窦疼痛；疼痛与呼吸运动的关系等。④喉，评估患者有无喉咙痛、异物感；有无声音嘶哑或说话困难；有无语言障碍、舌体肿胀、流涎、下颌固定等。

第二节 急诊分诊



急诊分诊概述

一、急诊分诊概述

急诊分诊是急诊患者救治过程中的第一个重要环节。为了保证病情危急、需要立即抢救的患者能够得到及时最佳的救治，同时让等候治疗的患者得到关注，需要由有经验的急诊科护士根据分诊原则及程序，迅速对所有来诊患者按疾病轻重缓急进行分诊，对短时间内有生命危险的患者立即实施抢救。急诊分诊直接关系到急诊服务的质量、急诊患者的救治速度及患者与其家属对医院服务的满意度。

（一）急诊分诊的概念

分诊“triage”源自法语动词“trier”，意为“分类筛选”。第二次世界大战中“分诊”已应用到医疗工作中，但那时的分诊理念与现在完全不同。现在的急诊分诊通常是指急诊患者到达急诊科后，由分诊护士快速、准确地评估其病情严重程度，判别分诊级别，根据不同等级安排就诊先后顺序及就诊诊室，科学合理地分配急诊医疗资源的过程。分诊的目标是在正确的时间、正确的地点对正确的患者实施正确的医疗帮助。分诊不仅仅决定谁优先救治，还需考虑患者在救治过程中需要哪些医疗资源。

（二）急诊分诊的作用

1. 安排就诊顺序

分诊可帮助护士在日益拥挤的急诊科快速识别需要立即救治的患者。急诊分诊就是根据病情轻重缓急合理安排就诊顺序，确定治疗优先权。优先确保病情最严重的患者能够获得最及时的治疗，保证患者的安全，提高工作效率。当资源严重短缺时，如灾害急救，分诊的原则就是根据国际标准，使用黑、红、黄、绿统一标记，快速进行检伤分类，决定是否给予优先救治和转运，以救治更多的伤员。急诊科接待与处理日常急诊就诊的各种患者，24小时开放，随时接诊，急诊患者应经分诊护士评估。

2. 急诊患者信息登记

所有的急诊患者都要进行急诊信息登记，内容包括就诊日期、时间（精确到分），患者姓名、性别、年龄、家庭地址，初诊/复诊，初步诊断等，若患者发热，应记录就诊时测量的体温，患者的转归（急诊留观、入院、转院、急诊手术、死亡）。医护人员要及时总结，如每日小结一次就诊人次，每月总结一次工作量。

3. 紧急处置

急诊患者到达后，分诊护士对患者初步评估后，应该快速对其情况进行分析评估与判断，发现病情危重、危及生命的患者应先安排其入抢救室进行急救，其他患者可根据所属科室安排进入相应专科诊室等候诊治。急诊患者经初步处理后，根据专科特点运送至各病区、监护室、手术室、导管室、留观室。若患者需要转院，应先与对方医院联系，妥善安排 120 救护车，转运过程确保无缝衔接，保证患者安全。

4. 建立公共关系

急诊分诊护士通过快速、准确、有效的分诊，使危重患者的医疗需求得到及时关注，并通过健康教育或适时的安慰，以及与急诊科其他人员有效沟通，迅速与患者建立和谐的护患关系，增加患者满意度。

5. 收集与分析统计资料

应用计算机预检分诊系统对急诊患者的信息进行录入、保存，通过对信息的整理、统计和分析，为急诊科管理、科研和教学提供基础数据和决策依据。

（三）急诊分诊的原则

首先要掌握的原则是一定要注意监测量患者的生命体征。生命体征直接反映患者病情的轻重缓急。其他的原则还包括：先救命后分诊、先危后重；对于急而不危的患者，同样应当重视；而对于危而不显的患者，一定要更加关注。注意精神差的年轻人、贫血的患者（当血红蛋白低于 30 g/L 时，患者存在猝死风险）。另外，不能准确对患者进行评估时，一定要找医生共同评估患者情况，以便做下一步的安排。

（四）急诊分诊处的设置

急诊分诊处又称预检分诊处，应设在急诊科入口醒目位置。分诊护士一般由经验丰富的护士担任，负责患者的预检、分诊工作。分诊处备有血压计、听诊器、体温计、压舌板、手电筒等常规检查用物，以及各种书写表格；设有一定数量的候诊椅、诊察床和洗手池等。分诊处应安装计算机设备，录入患者的一般资料和就诊情况，便于资料的保存和查询。分诊处还应配备电话、呼叫器、对讲机、闭路电视监控系统等通信设施，便于及时与相关医生联系，了解工作状况，组织救治。

急诊科面向全社会开放，患者的文化水平、心理素质、经济状况、发病过程各不相同，对疾病的认识和承受能力有很大差异。患者就诊，常以主诉急性症状为主。分诊护士要凭借扎实的专业知识、丰富的临床经验及对各种急性症状的鉴别诊断能力、灵活的应变能力，通过观察、询问获取信息，初步了解患者病情，决定进一步处理的顺序。

对于救护车转来的患者或严重创伤、急性中毒、大量出血、发病急骤等患者，护士应主动到急诊室门口接待，与护送人员简单交接，并迅速判断伤病严重程度，危重者立即送抢救室急救。

二、急诊分诊程序

（一）急诊常用分诊方法

分诊的方法众多，不同地区医疗机构所采用的分诊方法也不同。概括来说，急诊分诊方法可分为三大类。

1. 交通指挥分诊法

此类分诊方法通常由非医护人员负责接待每一位患者，凭直觉决定患者是否需要在急诊科接受立即救治。

2. 现场检查分诊法

通常适用于就诊患者人数较少的急诊科，当患者到达时，护士在急诊分诊处对其进行简单的护理评估和分流。

(1) 询问：通过问诊，得到患者的主观资料，即主诉及其相关的伴随症状，并了解患者对疾病的感受、心理状态、行为反应等，同时了解与现病史有关的既往史、用药史、过敏史等。在问诊过程中应注意识别患者及其家属倾向性的表述，根据病情有目的地进行询问，使收集的资料真实全面。

(2) 观察：护士运用眼、耳、鼻、手来收集患者的客观资料，即主要的体征。用眼观察患者的一般状况，如意识、精神状态、面容表情、肤色、颈静脉、体位等改变；观察排泄和分泌物的色、量、质的改变。用耳去辨别身体不同部位发出的声音如呼吸音、咳嗽音、心音、肠鸣音等变化。用鼻去辨别患者发出的特殊气味。用手触摸患者的脉搏以了解其频率、节律及脉管的充盈度，触摸疼痛部位以了解疼痛牵涉范围与程度，触摸患者的皮肤以了解体温等。

(3) 查体：可借助压舌板、手电筒、体温计、血压计、听诊器等进行查体，还可用心电图机、快速血糖仪等仪器进行检查，收集资料。如有必要，时间允许的情况下，对患者的头部、颈部、胸部、腹部、骨盆、脊柱及四肢进行重点检查或全身系统检查，收集资料。

3. 综合分诊法

由急诊科护士根据患者生理、心理等综合需要进行分诊，现在绝大部分国家和地区的综合医疗机构基本采用此类分诊方法。在分诊中，临床上将常用分诊技巧概括为分诊公式。此类公式易记且实用性强，被广泛应用。常用的分诊公式如下。

(1) SOAP 公式：S、O、A、P 分别为四个英文单词的第一个字母。

S (subjective, 主观感受)：收集患者的主观感受资料，包括主诉及伴随的症状。

O (objective, 客观现象)：收集患者的客观资料，包括体征及异常征象。

A (assess, 估计)：将收集的资料进行综合分析，得出初步判断。

P (plan, 计划)：根据判断结果，进行专科分诊，按轻、重、缓、急有计划地安排就诊。

(2) PQRST 公式：P、Q、R、S、T 分别是五个英文单词的第一个字母。该公式适用于疼痛患者。

P (provoke, 诱因)：疼痛发生的诱因及加重与缓解的因素。

Q (quality, 性质)：疼痛的性质，如绞痛、钝痛、电击样痛、刀割样痛、针刺样痛、烧灼样痛等。

R (radiate, 放射)：有无放射痛，放射的部位。

S (severity, 程度)：疼痛的程度（无痛到不能忍受的疼痛用数字 1~10 来表示）。

T (time, 时间)：疼痛开始和终止的时间，疼痛持续时间。

(3) CRAMS 评分：CRAMS 评分是一种通过评估循环、呼吸、胸腹部、运动和语言情况来简易快速、初步判断伤情的方法。每项正常计 2 分，轻度异常计 1 分，严重异常计 0 分。CRAMS 总分越低，伤情越重。

C (circulation, 循环)：毛细血管充盈正常和收缩压 ≥ 100 mmHg 为 2 分，毛细血管充盈延迟和

收缩压 85~99 mmHg 为 1 分，毛细血管充盈消失和收缩压 < 85 mmHg 为 0 分。

R (respiration, 呼吸): 正常为 2 分, 急促、浅或呼吸频率 > 35 次/分为 1 分, 无自主呼吸为 0 分。

A (abdomen, 胸腹部): 无压痛为 2 分, 有压痛为 1 分, 肌紧张、连枷胸或有穿通伤为 0 分。

M (motor, 运动): 运动自如为 2 分, 对疼痛有反应为 1 分, 无反应或不能动为 0 分。

S (speech, 语言): 正常为 2 分, 谵妄为 1 分, 讲不清完整的词语为 0 分。

4. 分诊要求

(1) 急诊预检分诊护士必须由熟悉业务、责任心强的护士来担任。

(2) 必须坚守工作岗位, 临时因故离开时必须由护士长安排能胜任的护士代替。

(3) 预检分诊护士对来急诊科(室)就诊的患者, 按轻、重、缓、急依次办理分科就诊手续, 并做好预检分诊登记, 包括姓名、性别、年龄、职业、接诊时间、初步判断、是否患传染病、患者去向等项目, 书写规范, 字迹清楚。

(4) 如有分诊错误, 应按首诊负责制处理, 即首诊医生先看再转诊或会诊, 护士应做好会诊、转科协调工作。

(5) 遇急危重患者, 应立即将其送入绿色通道, 要实行先抢救后补办手续的原则。

(6) 遇成批伤病员时, 对伤病员进行快速检伤、分类, 分流处理, 并立即报告上级及有关部门组织抢救。

(7) 遇患有或疑患传染病者来院急诊, 应将其安排到隔离室就诊。

(8) 对于由他人陪送而来的无主患者, 先予分诊处理, 同时做好保护工作。对于神志不清者, 应由两名以上工作人员将其随身所带的钱物收拾清点并签名后上交保卫科保存, 等患者亲属到来后归还。

(二) 病情严重程度分类系统

经资料收集、分析判断, 根据患者病情一般可将患者分为四类。

1. I 类: 濒危患者

指病情可能随时危及生命的患者, 对于此类患者需立即采取挽救生命的干预措施, 急诊科应合理分配人力和医疗资源进行抢救。临床上出现下列情况要考虑为濒危患者: 气管插管患者, 无呼吸/无脉搏患者, 急性意识障碍患者, 以及其他需要采取挽救生命干预措施患者, 这类患者应立即送入急诊抢救室。

2. II 类: 危重患者

指病情有可能在短时间内进展至 I 级, 或可能严重致残的患者, 对于此类患者应尽快安排接诊, 并给予相应的处置及治疗。此类患者来诊时可能呼吸循环状况尚稳定, 但其症状的严重程度需尽早予以重视, 因为这类患者有可能发展为 I 级, 如发生急性意识模糊/定向力障碍、复合伤、心绞痛等。急诊科需要立即给这类患者提供平车和必要的监护设备。有严重影响自身舒适度主诉的患者, 如严重疼痛(疼痛评分 ≥ 7 分)患者, 也属于该类。

3. III 类: 急症患者

指当前明确没有在短时间内危及生命或严重致残征象的患者。对于此类患者应在一定的时间段内安排其就诊。此类患者病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低, 也无严重影响舒适度的不适症状, 但仍需给予其急诊处理以缓解症状。在留观和候诊过程中出现生命体征异常者应考

考虑上调一级。

4. IV类：非急症患者

指当前没有急性发病症状，无不适主诉或不适主诉很少，且临床判断需要很少的急诊医疗资源（ ≤ 1 个）的患者，如需要的急诊医疗资源 ≥ 2 个，病情分级上调一级，定为Ⅲ类。

（三）分诊程序

分诊是根据患者主诉、主要症状和体征进行初步判断，分清疾病的轻重缓急及隶属专科，以便安排救治程序及指导专科就诊的技术。分诊程序应及时而简洁，包括：分诊问诊、测量生命体征、分诊分流、分诊处理、分诊护理和分诊记录。

1. 分诊问诊

首先要热情接待来诊患者和其家属，主动介绍自己，询问患者不适，目的是了解患者就诊的原因。可应用以下模式进行问诊。

(1) SAMPLE：主要用于询问病史。

S (sign and symptom)：症状与体征。

A (allergy)：过敏史。

M (medication)：用药情况，如询问“有无服过药?”。

P (pertinent medical history)：相关病史，如询问“有无慢性疾病?”。

L (last meal or last menstrual period)：最后进食时间，对育龄女士询问最近一次月经时间。

E (event surrounding this incident)：患病前后情况，如询问“是什么令你不适?”。

(2) OLDCART：用于评估各种不适症状。

O (onset)：发病时间，如询问“何时感到不适?”。

L (location)：部位，如询问“身体哪个部位感到不适?”。

D (duration)：持续时间，如询问“不适多长时间了?”。

C (characteristic)：不适特点，如询问“何种不适?”。

A (aggravating factor)：加重因素，如询问“是什么引起不适?”。

R (relieving factor)：缓解因素，如询问“有什么可缓解不适?”。

T (treatment prior)：来诊前治疗，如询问“有没有服过药/接受过治疗?”。

2. 测量生命体征

问诊的同时测量生命体征，包括血压、脉搏、体温、呼吸、血氧饱和度、格拉斯哥昏迷评分等，作为就诊的基本资料。如果发现生命体征不稳定或不正常，应立刻将患者送往抢救室。

3. 分诊分流

根据患者的主观和客观数据，进行简单的医疗体检，然后进行分诊分类和分科，按照分诊分类结果，安排患者就诊或候诊。对等待诊治的患者，也不可以掉以轻心，要随时进行观察，必要时重新评估、紧急处理。分诊分流一般应在2~5分钟内完成。高质量的分诊能使患者得到及时救治；反之，则有可能因延误急救时机而危及患者生命。

4. 分诊处理

分诊处理是指对进入急诊科的患者进行评估、分诊后，根据不同的病种和病情，给予及时、合理的处置。

(1) 急危重症患者处理：为病情危急的患者开通急救绿色通道，立即将其送入抢救室紧急抢救，或施行急诊手术，之后送入急诊重症监护病室给予加强监护治疗。在紧急情况下，如果医生未到，护士应先采取必要的应急措施，以争取抢救时间。如给氧、吸痰、建立静脉通路、气管插管、人工呼吸、胸外按压、除颤等，以及紧急给药，如镇静解痉药、降血压药、降颅内压药等。

(2) 一般患者处理：视病情将患者送入专科病房或急诊观察室。

(3) 传染病患者处理：应将疑患传染病者隔离，确诊后及时转入相应病区或转传染病医院进一步处理，同时做好传染病报告工作与消毒隔离措施。

(4) 成批伤病员处理：遇成批伤病员就诊时，护士除积极参与抢救外，还应协助启动应急预案，准备急救物品、药品、仪器，分区设置救治区域，组织实施有效急救措施，安抚伤病员及其家属等，尽快使伤病员得到分流处理。

(5) 特殊患者处理：对因交通事故、吸毒、自杀、刑事案件等涉及法律问题的患者，给予相应处理的同时应立即通知有关部门；对无身份证明（姓名和居住地）、无法定监护人或责任承担机构及人员、无抢救治疗经费的患者应先处理，同时设法找到其亲属。

(6) 患者转运处理：对需辅助检查、急诊住院、转入 ICU、送急诊手术室或转院者，转运途中均须由医护人员陪送、监护，并做好交接工作。

(7) 清洁、消毒处理：按规定要求做好用物、场地、空间清洁消毒，以及排泄物的处理。

(8) 各项处理记录：在急诊患者的处理中应及时做好各项记录，执行口头医嘱时，应复述一次，经二人核对后方可用药。抢救时未开书面医嘱或未做记录的，应及时补上，书写要规范清楚，并做好交接工作，对危重患者进行床头交班。

5. 分诊护理

在日常工作中，分诊之后应引导一般急诊患者到相关科室就诊，按患者所需给予适当的处理和帮助。有需要时，再次分诊分类。对病情复杂、难以确定就诊科室者，按首诊负责制处理。危重患者应由分诊护士先送入抢救室进行抢救，之后再办理就诊手续。对于任何需要紧急处理的危重患者，分诊护士都必须及时通知医生和护士，必要时配合抢救护士酌情予以急救处理，如 CPR、吸氧、心电监护、建立静脉通道等。

6. 分诊记录

不同的医疗单位可能有不同的记录要求和格式，如应用电子病历或纸质病历。但分诊记录的基本要求是清晰且简单。记录的基本内容包括：患者到达急诊的日期与时间、分诊时间、患者年龄与性别、生命体征、病情严重程度分级、过敏史、分诊护士签名等。亦可根据 SOAPIE 格式进行记录。

S (subjective assessment)：为主观数据评估，应简单。

O (objective assessment)：为客观数据评估，包括生命体征、实验室检查结果等。

A (analysis of data)：为数据分析，包括病情严重程度分级。

P (plan of care)：护理计划。

I (implementation)：实施分诊时所提供的护理，包括诊断性检查、现场救治措施或启动的感染控制措施。

E (evaluation)：评价或再评估，记录患者对救治措施的反应或病情变化情况。

(四) 分诊护士资质

急诊分诊工作是一项要求高，工作量大，工作节奏快，具有一定压力而又责任重大的急诊专科

护理工作，分诊护士在其中扮演着重要的角色。

1. 急诊分诊护士基本要求

- (1) 接受急诊分诊系统的培训，且具有一定的急诊临床护理工作经验。
- (2) 善于提问和沟通，具有良好的沟通技巧。
- (3) 具有良好的心理素质。
- (4) 决策果断，应变能力强。
- (5) 具备丰富的急诊常见疾病、相关的人体解剖、病理和生理知识；疾病控制和感染预防的相关知识；急诊相关的法律医学知识。
- (6) 熟练掌握和应用护理评估技能，具有较强的急救能力。
- (7) 善于学习，能够不断提高急诊分诊水平。

2. 急诊分诊护士素质要求

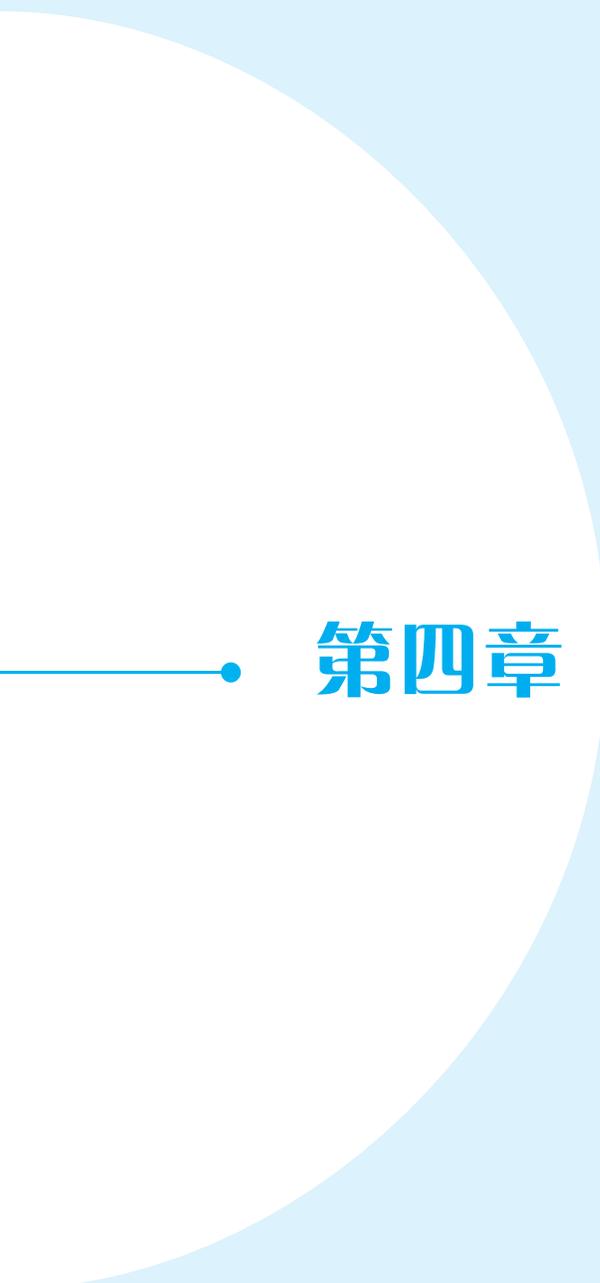
(1) 思想素质：急诊分诊护士应具备高尚的医德。对患者要有深切的同情心，树立时间就是生命的观念，具有急救意识和应变能力。同时要有团队协作精神，与医生及其他医务人员密切配合，齐心协力抢救患者。工作认真负责，任劳任怨，不怕脏、不怕累、不怕危险，有献身精神，真正做到全心全意为患者服务。

(2) 业务素质：①有扎实的理论知识。急诊分诊护士应具备扎实的基础理论和专业理论知识，还应尽可能多学习、掌握与急救护理相关的知识，不断拓宽知识领域。②有娴熟的护理操作技能。急诊分诊护士必须掌握各种护理操作技能，技术精湛，动作娴熟，争分夺秒地抢救患者生命。在某些情况下，医生未到达之前需要护士作出常规预处理，如建立静脉通道、吸氧、吸痰和止血等。③掌握急救技术和设备的使用方法。掌握抢救仪器及监护设备的性能与使用方法，能正确分析、判断常用的监测数据，在急救过程中能及时、准确、迅速地各项急救操作。④具有高度的责任心。⑤具有敏锐的观察力，善于捕捉有用的信息，有批判性思维，勇于技术创新。

(3) 身体和心理素质：急诊分诊护士应保持良好的精神、心理状态和稳定的情绪，处事不乱不惊，应对从容。对患者诚恳正直、热情有礼，掌握沟通的技巧，与患者及其家属建立良好的合作关系。始终保持头脑清醒，思维敏捷，做事有条不紊，善于分析和思考问题，能在复杂多变的情况下作出快速准确的判断，妥善处理各种问题。此外，由于急诊科工作的特殊性，医患关系的日趋复杂性，护士应具备相应的法律意识，既要尊重患者的权利，又要保障自身安全和利益。同时，要注意锻炼身体，只有做到身心健康，才能胜任急诊急救工作的需要。

思考题

1. 试述急诊分诊的作用。
2. 试述病情严重程度分类系统。
3. 简述急诊分诊程序。



第四章 常用救护技术





学习目标

1. 掌握人工气道的护理技术；机械通气应用期间的护理；简易呼吸器的应用方法；除颤仪的应用方法；血流动力学监测常用方法。
2. 熟悉人工气道开放技术；常用机械通气模式和参数的设置；简易呼吸器应用的注意事项；除颤仪应用的注意事项；血流动力学监测注意事项。
3. 了解有创气道开放术的操作方法；机械通气的应用指征；机械通气的临床应用及撤离流程；简易呼吸器应用的适应证和禁忌证；自动体外除颤仪的操作方法。

第一节 人工气道管理

在急危重症患者的救治过程中，气道管理是诸多技术中较为关键的技术。确保气道畅通，保证呼吸有效性，维持有效的气体交换，是救治急危重症患者最重要的手段。及时、合理的气道管理技术是每个临床医护人员都必须掌握的基本技术。

一、气道开放技术

气道开放技术是指运用手法或辅助器械解除气道阻塞，保持气道通畅的急救技术。气道开放技术的种类较多，具体采用何种方法取决于急救者的技能、可获取的设备及患者的临床情况。本节就常用方法进行介绍。

（一）手法开放气道术

此法简便、有效，在没有人工气道辅助器材的情况下，可暂时解除梗阻，常用以下两种方法。

1. 仰头举颏法

患者平卧，救护者一手小鱼际置于患者前额，手掌用力向后压，使其头部后仰；另一手食指、中指并拢置于患者下颏，向前、向上抬起下颏（图 4-1）。

【注意事项】

- （1）仰头举颏法只有在确定患者无颈椎损伤时方可采用。
- （2）采用仰头举颏法时需注意手指勿用力压迫患者颈前部颏下组织，以免压迫气管。
- （3）采用仰头举颏法时，患者头部后仰的程度是使其下颌角和耳垂连线与地面垂直。

2. 双手托颌法

患者平卧，救护者立于患者头侧，双肘部支撑在患者躺着的平面上，用双手同时将其左右下颌角向前、向上托起，保持头、颈、胸在同一轴线上。此法可用于疑似有头颈部受伤者（图 4-2）。



图 4-1 仰头举颌法

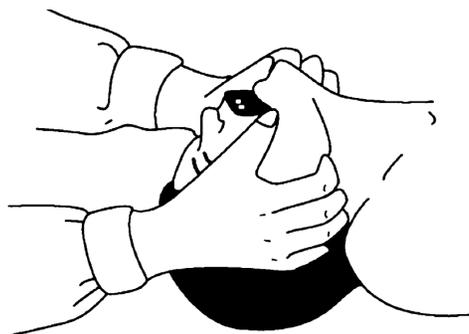


图 4-2 双手托颌法

(二) 口咽、鼻咽通气管置入术

1. 口咽通气管置入术

口咽通气管 (oral pharyngeal airway, OPA) 是一种由弹性橡胶或塑料制成的硬质扁管形物品, 呈弯曲状, 其弯曲度与舌及软腭相似。型号不同, 其大小与长度亦不同, 以适应不同年龄和体型的患者使用。口咽通气管是最简单的气道通气辅助设备, 具有良好的解剖学弧度, 能将舌从咽后壁提起, 迅速解除梗阻, 且易于插入。

【适应证】

- (1) 有自主呼吸而舌后坠或上气道肌肉松弛而致气道梗阻者。
- (2) 癫痫发作或抽搐时保护舌、齿免受损伤。
- (3) 有气管插管时, 替代牙垫。
- (4) 清除呼吸道分泌物, 进行口咽部吸引, 改善肺通气。

【禁忌证】

OPA 不可用于清醒或半清醒的患者, 因其可能会引起恶心、呕吐, 甚至喉痉挛。此外, 以下情况应慎用。

- (1) 口腔及上颌骨创伤、牙齿松动者。
- (2) 咽反射亢进者及呕吐频繁者。
- (3) 咽部占位性病变者。
- (4) 喉头水肿、气道异物、气道肿瘤、哮喘等。

【操作方法】

放平床头, 患者平卧, 头后仰, 救护者立于患者头侧, 使患者口、咽、喉三轴线尽量重叠, 清除其口腔及咽部分泌物, 根据患者的体型选择合适型号的口咽通气管 (成人一般用 8~11 号) 置入。置管方法分两种: 直接放置法和反向插入法。直接放置时, 一手打开口腔或应用压舌板压迫舌头, 另一手持口咽通气管插入口腔, 沿自然弯曲前进达咽喉部, 使舌根与咽后壁分开。使用反向插入法时, 沿着硬腭先反向插入口咽通气管, 当其头端接近咽喉壁时, 将通气管旋转 180°, 使通气管沿着舌体自然弧度放置, 向下推送头端达咽喉部 (图 4-3)。