

《急救护理学》

第一章 绪论

考点一：我国急诊医学的发展历程

年份（年）	重要工作
1980	卫生部颁发了《加强城市急诊工作的计划》文件
1982	卫生部召开了“建立城市急诊工作”的咨询会
1983	卫生部颁布了《城市医院急诊科（室）建立方案》
1985	国家学位评定委员会正式批准在有条件的医学院校可设置急诊医学研究生点
1986	中华医学会批准正式成立“中华医学会急诊分会”
1990	《急诊医学》创刊（2001 年更名为《中华急诊医学杂志》）
20 世纪 90 年代	在医院等级评审中，卫生部再次明确规定， 二、三级医院必须组建急诊科
2009 年	卫生部正式颁发《急救科建设与管理指南（试行）》

考点二：急诊患者及家属的心理特点

☆ 急诊患者及家属的心理特点：**恐惧感、优先感、陌生感、无助感。**

考点三：急救医疗服务体系的概念及组成

☆ 急救医疗服务体系（EMSS）是将**院前急救、医院急诊急救、危重症监护**有机联系起来的一个完整的现代化医疗体系。

考点四：院前急救的特点和工作任务

☆ 院前急救的特点：**突发性、紧迫性、复杂性、艰难性和灵活性。**

☆ 院前急救的**工作任务**：

- ① 日常院前急救（首要和经常性任务）。
- ② 紧急医疗救援。
- ③ 特殊医疗救援。
- ④ 通讯网络枢纽。
- ⑤ 急救知识普及。
- ⑥ 科研与教学。

考点五：院前急救的原则

- ① 先排险后施救。
- ② 急救与呼救并重。
- ③ 先重伤后轻伤。
- ④ 先施救后运送。
- ⑤ 转送与救护相结合。
- ⑥ 院前与院内急救紧密连接。

考点六：反应时间和急救半径的概念

- ☆ **反应时间**：指从急救中心接到呼救电话至急救车到达现场所需的时间，是衡量院前急救服务水平的重要指标之一，其理想时间是 **4~5min**。
- ☆ **急救半径**：指急救单位执行院外急救服务所覆盖的区域半径，缩小急救半径是急救单位能及时到达现场的重要条件之一，理想的半径是 **5~7km**。

考点七：医院急诊科的工作任务

- ① 急救（首要任务）。
- ② 急诊（主要任务）。
- ③ 教学培训。
- ④ 科研。
- ⑤ 接受上级领导指派的临时救治任务。

考点八：重症医学科的**收治范围**（入住 ICU 指征）

- ▷ **急性、可逆、已经危及生命的**器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗**短期内可能得到恢复**的患者。
- ▷ 存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效治疗**可能减少死亡风险**的患者。
- ▷ 在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命、经过严密监护和治疗**可能恢复**到原来或接近原来状态的患者。
- ▷ **其他**适合在重症医学科进行监护和治疗的患者。
- ☆ **慢性消耗性疾病及肿瘤的终末状态、不可逆性疾病和不能从加强监测治疗中获得益处的患者，一般不是重症医学科的收治范围。**

考点九：转出重症医学科（ICU）指征

- 1) 急性器官或系统功能衰竭已基本纠正，需要其他专科进一步诊断治疗。
- 2) 病情转入慢性状态。
- 3) 患者不能从继续加强监护治疗中获益。

考点十：重症医学科的规模

- ☆ 三级综合医院重症医学科床位数为医院病床总数的 2% ~ 8%，床位使用率以 75% 为宜，全年床位使用率平均超过 85% 时，应适度扩大规模。
- ☆ 每天至少应保留 1 张空床以备应急使用。每床使用面积不少于 15m²，床间距大于 1m。
- ☆ 每个病房最少配备 1 个单间病房，使用面积不少于 18m²，用于收治隔离患者。

考点十一：重症医学科的人员编制

- ☆ 医师人数与床位数之比应为 0.8 : 1 以上；
- ☆ 护士人数与床位数之比应为 3 : 1 以上。

考点十二：灾难医学的主要特点

- 1、灾难医学是综合性学科。
- 2、灾难医学内涵更为宽泛。
- 3、灾难医学需要依靠强有力的组织体系和多部门协作。
- 4、短时间内需要大量医护人员和医疗资源进入灾区。
- 5、卫生防疫要贯穿始终。
- 6、灾后引起的心理问题不容忽视。

考点十三：五步检伤法（ABCDE）

- ☆ 快速识别有生命危险，而需要立即抢救的患者：

① 气道检查 (Airway)	▷ 首先判定呼吸道是否通畅。
② 呼吸情况 (Breathing)	▷ 观察是否有自主呼吸、呼吸频率、呼吸幅度或胸廓起伏程度、双侧呼吸运动对称性、双侧呼吸音比较对称性以及患者口唇颜色等。
③ 循环情况 (Circulation)	▷ 检查桡、股、颈动脉搏动，如可触及搏动，估计收缩压分别为 80mmHg、70mmHg、60mmHg 左右；检查甲床毛细血管再灌注时间（正常为 2s）以及有无活动性大出血。
④ 神经系统功能 (Disability)	▷ 检查意识状态、瞳孔大小及对光反射、有无肢体运动功能障碍或异常。
⑤ 充分暴露检查 (Exposure)	▷ 根据现场具体情况，短暂解开或脱去伤病员衣服充分暴露身体各部，进行望、触、叩、听等检查，发现危及生命或正在发展为危及生命的严重损伤。

考点十四：简明检伤法

① 行动检查	▷ 行动自如 → 绿色区域，属第三优先 ▷ 不能行动自如 → 继续检查
② 呼吸检查	所有不能行走的伤者进行呼吸检查： ▷ 有自主呼吸，呼吸 >30 次/分或 <6 次/分 → 红色区域：属于一级优先 ▷ 没有呼吸 → 黑色区域 ▷ 呼吸 6~30 次/分 → 继续第三步
③ 循环检查	▷ 甲床毛细血管再灌注时间或微血管循环回流时间 >2s → 红色区域 ▷ 循环良好 → 继续第四步检查
④ 意识检查	▷ 能回答或安装指令行事 → 绿色或黄色区 ▷ 不能 → 红色区域

考点十五：现场检伤分类标志

颜色	处理原则	患者类型
红色标志 (危重伤)	原则上 优先 处理	包括窒息，昏迷，严重出血，严重头、颈、胸、腹部创伤或严重烧伤。异物深嵌身体重要器官。
黄色标志 (重伤)	原则上 次 优先处理	包括脑外伤、腹部损伤、骨折、大面积软组织损伤、严重挤压伤。
绿色标志 (轻伤)	原则上 延期 处理	包括软组织损伤(皮肤割裂伤、擦挫伤、轻度烧、烫伤、扭伤、关节脱位伤等。
黑色标志 (死亡)	原则上 暂不 处理	包括濒死或死亡伤员。

考点十六：现场分区管理方法

	地点选择	功能	标志
检伤分类区	离事故现场近、安全、明亮、宽敞的区域	☐ 将所有患者最先集中在此处，由医务人员对患者进行快速的初检分类及标记。随后将不同类别的伤员，立即送至相应区域处理。	白底红十字标志旗
危重伤员处理区	临近检伤分类区	☐ 临时接收红标危重伤员和黄标重伤员，由医务人员给予最必要的治疗措施，如保持呼吸道通畅并维持呼吸给氧，控制活动性大出血，骨折患者给予临时固定措施等	红旗和黄旗
轻伤员接受区	空旷的安全场地	☐ 只接收绿标轻伤员，不需要医务人员立即进行处理。为伤员提供食物、饮水及简单的包扎物品等。	绿旗
临时停尸站	在现场特辟区域	☐ 停放黑标的濒死或死亡的伤病员	黑旗

考点十七：安全性评估 NEWS 原则

- ① 每一步骤是否**必要** (necessary)
- ② 治疗是否**充分** (enough)
- ③ 治疗是否**有效** (working)
- ④ 转运是否**安全** (secure)

第二章 急诊分诊

考点一：急诊分诊护士的素质与准入

- ▷ 应当具有 **3 年以上** 急诊临床护理工作经验；
- ▷ 经急诊专科的 **规范化培训** 合格；
- ▷ 掌握急诊护理工作 **内涵及流程**；
- ▷ 掌握 **突发事件和群发伤** 的急诊急救配合、协调和管理；
- ▷ 掌握急诊、危重症患者的急救护理技能，常见急救操作技术的配合及医院感染预防与控制原则；
- ▷ 掌握患者 **心理** 护理要点及 **沟通** 技巧；
- ▷ 定期接受急救技能的再培训，再培训 **间隔时间** 原则上 **不超过 2 年**。

考点二：常用的急诊分诊方法

视触叩听法	▷ 利用自己的所有感官（视觉、听觉、嗅觉和触觉），并通过询问及患者主诉收集资料。
“SOAP” 急诊分诊法	▷ S (subjective) 主诉 ：收集患者的主诉和现病史。 ▷ O (objective) 观察 ：观察患者的现有症状。 ▷ A (assess) 评估 ：评估患者的生命体征、阳性检查、化验指标。 ▷ P (plan) 计划 ：计划安排患者的就诊位置及顺序。
腹痛的“PQRST” 分诊法	▷ P (provokes) 疼痛的 诱发因素 。 ▷ Q (quality) 疼痛的 性质 。 ▷ R (radiate) 疼痛 放射 的方向、部位及疼痛的起点、转移部位、何处最为剧烈。 ▷ S (severity) 疼痛的 程度 。 ▷ T (time) 疼痛的 起止时间 、持续时间。

考点三：需要急救患者的生命体征

- (1) 心率 < 50 次/分或心率 > 130 次/分。
- (2) 呼吸 < 10 次/分或呼吸 > 30 次/分。
- (3) 脉搏血氧饱和度 < 90%。
- (4) 血压：收缩压 < 85mmHg、舒张压 < 50mmHg 或收缩压 > 240mmHg、舒张压 > 120mmHg。

考点四：我国四级病情分级标准

病情级别	病情分类	病情危急程度	就诊顺序
1 级	A 类： 濒危患者	□ 病情可能随时危及患者生命，包括气管插管患者，无呼吸、无脉搏患者，急性意识改变患者，无反应患者	□ 需要立即采取挽救生命的干预措施
2 级	B 类： 危重患者	□ 病情有进展至有生命危险和致残危险者	□ 应尽快安排接诊
3 级	C 类： 急症患者	□ 患者有急性症状和急诊问题，但目前明确没有危及生命或致残危险	□ 应在一定的时间段内安排患者就诊
4 级	D 类： 非急症患者	□ 轻症患者或非急诊患者，患者目前没有急性发病情况，无或很少不适主诉	

考点五：五级病情分级标准

病情危急程度		就诊顺序	临床疾病及症状
I 级 危急	生命体征极不稳定，如不紧急救治，很快会危及患者生命	需立即进行救治	呼吸心跳停止、剧烈胸痛、严重呼吸困难、严重创伤大出血、老年复合伤
II 级 危重	有潜在危及生命的可能，如不及时处理可能致命者	需在 10~15min 给予紧急处理与严密观察	胸痛疑为急性心肌梗死、外科危重急腹症、中度呼吸困难
III 级 重症	病情有潜在加重的危险，但生命体征平稳，	需在 30~60min 得到诊治	闭合性骨折、轻度气促、急性尿潴留
IV 级 急症	病情、生命体征稳定，无严重症状，但有急性症状表现，	需 60~120min 内按顺序进行就诊	呕吐/腹泻（无脱水）、扭伤、脱位、上呼吸道感染
V 级 非紧急	情况稳定，没有特殊急性表现	可等候，也可到门诊就诊可在 120~240min 按顺序进行就诊	皮疹、便秘

获取完整资料 请下载 APP 或关注公众号



扫码下载 app



扫码关注公众号

内部资料，禁止传播