

内 容 简 介

本书针对我们日常生活中常见的各种突发急症、外伤、中暑、淹溺、中毒等情况，以通俗易懂、便于学习掌握的方式，详细地讲解了公民应当掌握的基本急救常识和应对突发状况时的急救技术、应急措施。全书共分为八个项目，主要包括院前急救、生命体征和意识的检查方法及临床意义、心脏呼吸骤停的急救、常用急救技术、常见症状和体征的急救、常见中毒的急救、环境和生物危害的急救、常见疾病急救。

本书旨在帮助读者了解急救常识，提高救护能力，让读者在急救人员到达前，能第一时间采取急救措施，保护自己，救助他人。

本书适用于智慧健康养老服务与管理专业、现代家政服务与管理专业、社会工作专业以及其他非医学类专业高职大专学生、教育部急救教育试点院校学生、社会人员急救技能培训学习使用，也可供医学类专业学生使用。

图书在版编目 (C I P) 数据

常用社会急救技术 / 杨礼芳, 邹华主编. — 广州: 广东高等教育出版社, 2022. 7
(2025. 1 重印)

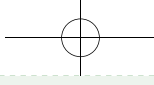
(智慧健康养老服务与管理专业教材 / 刘文清主编)

ISBN 978-7-5361-7125-1

I. ①常… II. ①杨… ②邹… III. ①老年人 - 急救 - 教材 IV. ① R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2021) 第 192651 号

出版发行	广东高等教育出版社
	地址: 广州市天河区林和西横路
	邮编: 510500 营销电话: (020) 87553335
	网址: www.gdgjs.com.cn
印 刷	广东海洋印刷有限公司
开 本	787 mm × 1 092 mm 1/16
印 张	14.25
字 数	422 千
版 次	2022 年 7 月第 1 版
印 次	2025 年 1 月第 3 次印刷
定 价	48.00 元

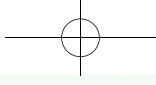


总 序

人口老龄化是社会发展的重要趋势，是人类文明进步的体现，也是我国当前及今后较长一段时间的基本国情。人口老龄化对经济运行全领域、社会建设各环节、社会文化多方面乃至国家综合实力和国际竞争力，都具有深远影响。积极应对人口老龄化，是贯彻以人民为中心的发展思想的内在要求，是实现经济高质量发展的必要保障，是维护国家安全与社会和谐稳定的重要举措。

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央高度重视老龄工作，党的十九届五中全会将积极应对人口老龄化确定为国家战略。2021年重阳节前夕，习近平总书记对老龄工作作出重要指示，强调各级党委和政府要高度重视并切实做好老龄工作，贯彻落实积极应对人口老龄化国家战略，把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程，加快健全社会保障体系、养老服务体系、健康支撑体系，让老年人共享改革发展成果、安享幸福晚年。

“十四五”时期，中共中央、国务院高位部署、科学谋划，积极应对人口老龄化战略。2021年中共中央、国务院印发《关于加强新时代老龄工作的意见》，2022年国务院印发《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》，共同构成了实施积极应对人口老龄化国家战略、实现老龄事业和产业高质量发展的顶层设计。自此，养老服务体系建设的顶层设计中，积极应对人口



老龄化国家战略的重要支撑，更是满足老年人日益增长的多层次、高品质健康养老需求的重要举措，既是社会工程，也是一项重要的民生工程。

“十四五”时期，我国老年人口规模大，老龄化速度快，老年人需求结构正在从生存型向发展型转变，养老服务还存在发展不平衡不充分等问题，主要体现在农村养老服务水平不高、居家社区养老和优质普惠服务供给不足、专业人才特别是护理人员短缺、科技创新和产品支撑有待加强等方面，建设与人口老龄化进程相适应的养老服务体系、培养与新时代养老服务体系相适应的养老服务人才队伍的重要性和紧迫性日益凸显，任务更加艰巨繁重。目前，我国养老服务人才队伍突出问题表现在人才严重短缺、队伍不稳定、文化程度低、年龄偏大、服务技能和专业知识差等方面，这些问题严重制约着我国养老服务水平的发展和提高，严重影响老年人多样化养老服务需求的实现。

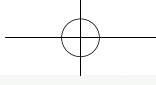
职业教育是促进社会服务产业提质扩容的重要抓手，产教深度融合是促进产业高质量发展的重要手段。为服务国家积极应对人口老龄化战略，助推新时代养老服务体系建设和广东开放大学（广东理工职业学院）作为“老年学”重点学科建设单位和粤港澳大湾区老年教育研究基地、粤港澳大湾区智慧健康养老研究基地、首批国家老年服务类专业建设单位，借助线上教学的优势、资源的优势、平台的优势与体系的优势，联合广东高等教育出版社，组织老年服务与管理的专家学者和一线教学经验丰富的专业教师，研发出版了本套智慧健康养老服务与管理专业配套教材。

本系列教材以专业教学标准和课程标准为依据，呈现出三大特点：

一是系统性。在编写思想上，充分体现以能力为本的思想，注重职业道德和职业素养、职业技能的培养。教材的研发体现教育属性和职业属性的有机结合，既能满足专业教学及升学的需要，也能满足就业的需求。

二是创新性。在编写形式上，采用任务驱动编写模式，通过行动导向、项目引领、任务驱动等模块化教学，增强了“做中学、做中教”的教学双向互动，让职业能力培养有效地体现在教学过程中。同时增加数字资源模块，实现“互联网+教育+养老”。

三是实用性。教材内容的研发基于工作过程及职业情境，立足智慧健康养老服务与管理岗位需求，对准由行业企业专家提出的真实用人要求和职业



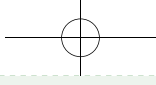
活动，让学生切实掌握就业岗位的工作内容，达到职业能力及职业道德要求，实现学有所指、学有所用的目的。

本系列教材的研发得到了上级有关部门的关心和支持，也得到省内外有关职业院校、行业企业的大力支持和积极参与，在此致以衷心的感谢！

本系列教材的出版是我们为了建立和完善养老服务人才培养体系，提高人才培养质量所做的积极探索和努力，由于水平有限，难免存在不尽如人意之处，恳请广大专家、读者和一线教师提出宝贵意见，帮助我们在这项工作做得更好。

2022年6月20日



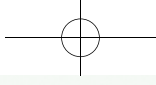


前言

随着时代的进步，人们的健康意识明显提高。但各种灾难和意外灾害时有发生，威胁着人们的生命和健康。意外伤害已经成为危害人类健康的全球性公共卫生问题。人们对掌握急救知识的意识越来越强烈，同时公民急救知识普及率的高低是衡量一个国家文明程度的重要标志之一，国家教育部也在各类学校中开展了急救教育试点工作。掌握急救知识，为生活中可能面对的任何意外急救做好准备，势在必行。

我们组织国内高校的医学专业教师、临床一线专家和广东省红十字会的核心骨干导师、广州市院前急救培训导师对《常用社会急救技术》一书的课程设置、教学内容、课程体系、教学方法等进行了全方位的研讨和论证，力求做到教材内容与职业标准的对接，以满足学生未来职业活动所需的最基本、最常用理论知识和技术技能为主线，同时兼顾学生未来可持续发展所必须深化和拓展的急救知识、急救技能，保证教材的先进性和实用性。该书针对我们日常生活中常见的各种突发急症、外伤、中暑、淹溺、中毒等，以通俗易懂、便于学习掌握的方式，详细地讲解了公民应当掌握的基本急救常识和应对突发状况时的急救技术、应急措施，如常见急危重症的现场急救技术、各种外伤的现场急救技术、常见中毒的急救处理等。本书共分为八个项目，主要包括院前急救、生命体征和意识的检查方法及临床意义、心脏呼吸骤停的急救、常用急救技术、常见症状和体征的急救、常见中毒的急救、环境和生物危害的急救、常见疾病的急救。

本课程是一门实践性很强的学科，教材设计并落实好实训内容有利于学习者巩固理论知识，又能使学习者在实践中提高急救技能；同时，在教材的



相关项目中设置了“思政元素”栏目，融入党的二十大精神，更好地实现课程思政，充分发挥本教材的铸魂育人功能。本教材编写过程中突出了以下编写特点和原则：①按照急救工作任务和工作过程程序化教材内容，体现了任务驱动、项目导向的职教理念；②推行案例教学，教材中编入了教学案例，设计了案例工作任务，以培养学习者综合运用知识解决临床实际问题的能力；③适合急救实际需求，每一个知识模块内容精简、通俗易懂、图文并茂；④学习形式创新，融入信息化学习，以“互联网+教育资源共享”为背景构建融媒体资源整体思路，打造微课、动画、视频、虚拟仿真等数字资源，以二维码形式嵌入教材中，与教材内容相结合，实现做中学与学中做。

本书旨在帮助读者了解急救常识，提高救护能力，让读者在急救人员到达前，能第一时间采取急救措施，保护自己，救助他人。本书适合于智慧健康养老服务与管理专业、现代家政服务与管理专业、社会工作专业以及其他非医学类专业高职大专学生、教育部急救教育试点院校学生、社会人员急救技能培训使用，也适合于医学类专业学生使用。

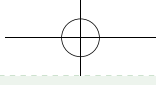
本书的编写过程中，兄弟院校的教师提出了宝贵的意见并参与了编写，重印时得到了急救培训导师覃林海的宝贵意见，使本书内容得到进一步的完善，在此一并表示衷心的感谢。全书编写分工如下。绪论：杨礼芳（广东理工职业学院）、周颖（广东理工职业学院），项目一：杨柳（湖南省人民医院）、石芬（广东药科大学附属第一医院），项目二：崔丽娜（广东岭南职业技术学院），项目三：雷金美（湖南中医药高等专科学校），项目四：章佩（湘潭医卫职业技术学院），项目五：沙莉（湖南中医药高等专科学校），项目六：罗夏冰（广东岭南职业技术学院），项目七：邹华（湖南中医药高等专科学校），项目八：卢齐伟（滁州城市职业学院）。全书统稿由杨礼芳、邹华和杨柳共同负责。

本书最后一页附有本书配套课件和微课视频二维码，还提供了心肺复苏、海姆立克虚拟仿真系统网址（由北京微点云智科技有限公司提供），点击网址可进入系统的练习模式或考核模式。微课动画视频资源由中山市博爱医院庄炯宇副主任医师、汪爱梅主管护师，珠海市卫生学校李芳高级讲师，永州职业技术学院龚晓艳、陈思辉、吴海燕、张丽娟、周艳云、唐萍等完成。

由于编者水平所限，书中存在疏漏和缺点在所难免，敬请老师、同学和读者批评指正，以便日后不断完善、改进。

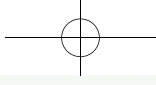
编者

2024年12月10日

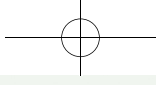


目 录

绪 论	1
项目一 院前急救	7
任务一 院前急救概述	8
任务二 院前急救措施	17
项目二 生命体征和意识的检查方法及临床意义	27
任务一 体温的测量方法、正常范围及临床意义	28
任务二 脉搏的测量方法、正常范围及临床意义	36
任务三 呼吸的测量方法、正常范围及临床意义	42
任务四 血压的测量方法、正常范围及临床意义	48
任务五 意识的判断及临床意义	56
项目三 心脏呼吸骤停的急救	59
任务一 心脏呼吸骤停的急救	60
任务二 体外除颤仪的使用	70
项目四 常用急救技术	75
任务一 呼吸道异物的现场急救	76
任务二 外伤急救技术	83



项目五 常见症状和体征的急救·····	100
任务一 晕厥患者的急救·····	101
任务二 出血患者的急救·····	105
任务三 跌倒患者的急救·····	110
项目六 常见中毒的急救·····	117
任务一 有机磷农药中毒患者的急救·····	118
任务二 一氧化碳中毒患者的急救·····	123
任务三 酒精中毒患者的急救·····	127
任务四 常见镇静催眠药中毒患者的急救·····	131
任务五 毒鼠药中毒患者的急救·····	135
项目七 环境和生物危害的急救·····	140
任务一 中暑患者的急救·····	141
任务二 淹溺患者的急救·····	146
任务三 触电患者的急救·····	151
任务四 烧烫伤患者的急救·····	156
任务五 毒蛇咬伤患者的急救·····	162
项目八 常见疾病的急救·····	168
任务一 支气管哮喘的急救·····	169
任务二 重症肺炎的急救·····	175
任务三 高血压的急救·····	181
任务四 冠心病的急救·····	186
任务五 上消化道出血的急救·····	192
任务六 糖尿病的急救·····	198
任务七 脑血管疾病的急救·····	204
任务八 癫痫的急救·····	210
部分数字资源·····	216



绪论



随着时代发展,民众生活节奏加快、生活现代化程度提高及交通运输工具多样化,各种意外伤害已经成为危害人类健康的全球性公共卫生问题。人们对掌握急救知识的需求越来越强烈,同时公民急救知识普及率的高低也是衡量一个国家文明程度的重要标志之一。为了及时有效地抢救这些急症和突发事件的患者,向广大民众普及急救技术技能,为生活中可能面对的任何意外急救做好准备已势在必行。

急救技术是急救医学的重要组成部分。它以挽救患者生命、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,而社会急救技术以提高意外伤害救治率、为医学抢救赢得时间为目的。两者都以现代医学科学理论为基础,其实施与行为研究是急救的核心内容,具有专科性、综合性和实践性等特点。

一、急救技术发展史与现状

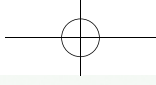
(一) 急救技术的起源与发展历程

急救技术和急救护理的起源可以追溯到 1854—1856 年的克里米亚战争时期。当时前线战伤的英国士兵死亡率高达 42% 以上,弗洛伦斯·南丁格尔率领 38 名护士前往战地救护伤员,使受伤士兵死亡率下降至 2.2%。这充分说明了急救技术的有效实施在急危重症病人抢救中的重要作用。南丁格尔的出色表现,也奠定了她在现代护理学中的地位。

知识拓展

弗罗伦斯·南丁格尔出生于英国一个富有的家庭。她开创了战地救护新模式。她被称为“克里米亚的天使”,又被称为“提灯天使”。为了纪念这位近代护理事业的创始人,她的生日“5.12”成为国际护士节。

20 世纪 50 年代初期,北欧发生了脊髓灰质炎大流行,许多病人因呼吸肌麻痹而不能自主呼吸,将病人集中起来,辅以“铁肺”治疗并配合相应的特殊护理技术,效果良好。这是世界上最早用于监护呼吸衰竭患者的“监护病房”。60 年代随着电子技



术的发展,心电监护仪、电除颤器、呼吸机、血液透析机等得到开发与应用,急救技术进入了有抢救设备配合的新阶段。到 60 年代后期,监护设备的集中使用,促成了重症监护病房(ICU)的建立。1968 年麻省理工学院建立急诊医疗服务体系。1975 年 5 月,国际红十字会在联邦德国召开了急救医疗会议,提出了急救事业国际化、国际互助和标准化方针,要求急救车装备必要的急救设备,国际统一急救电话号码及交流急救经验等。1979 年,国际上正式承认急救医学是一门独立的医学学科。

(二) 我国急救工作发展现状

我国急救技术起步于抗日战争和解放战争时期对伤员的战地初级救护和转运。20 世纪 50 年代,我国按照苏联模式在大中城市建立急救站,70 年代开始建设心脏监护病房,80 年代各医院相继成立急救中心。1980 年 10 月,卫生部颁发《关于加强城市急救工作的意见》,要求根据条件加强急救工作。1983 年卫生部颁布了《城市医院急诊室(科)建设方案》,对急诊科任务、急诊医疗工作方向、组织和管理,以及急诊工作规章制度做了详细的规定。1986 年 11 月,我国颁布了《中华人民共和国急救医疗法》,从此我国的急救医学、急救护理工作有法可依,步入正轨。此后,随着我国经济实力的增强和全社会对急救工作重要性认识水平的提高,急救工作飞速发展,设立了全国统一呼叫号码“120”,由院前急救、急诊科、ICU 构成的急诊医疗服务体系逐步建立。急救车辆、通信工具及急救设备得到了极大改善,急救医疗护理水平有了较大提高,民众急救意识普遍增强,急救护理学的内容和范畴不断扩展,急诊医疗服务体系越来越健全。

2013 年 11 月 29 日国家卫生和计划生育委员会颁布了《院前医疗急救管理办法》,从机构设置、执业管理、监督管理、法律责任等方面做出了详细规定,并要求于 2014 年 2 月 1 日正式实施。此办法的实施进一步规范并推动了我国院前急救工作的开展。

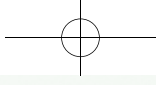
二、急救技术的研究范畴

急救技术是急救医学的重要组成部分,随着急救医学的发展,工作范畴不断扩大,内容更加丰富,主要包括院前急救、院内救护、重症监护、灾难救护以及教学、科研和管理工作等内容。

(一) 院前急救

院前急救也称院外急救,是指急、危、重症伤病员进入医院前的医疗救护,包括现场呼救和救护、途中监护和运送等环节。其中现场救护是院前急救的先导,由现场的最初目击者完成,主要是具有初步现场急救知识和技能的公民。

院前急救是社会的一项任务,也是社会的公益事业,主要研究院前急救与社会的关系、院前救护的社会地位和功能,以及与通信、运输、信息、行政管理部門的协调与配合等。侧重于以下 5 个方面:①开展对急危重症患者评估方法、标准和检伤分类的研究;②开展现场救护技术的研究;③开展院前急救救护仪器、设备开发利用的研



究；④开展院前救护理理论的研究；⑤开展对全民急救知识和技能培训的研究。

（二）院内救护

院内救护是院前急救的延续，也是急救医疗服务体系的第二个重要环节。急诊科是院内救护的第一线，急危重症病人最为集中、病种最为繁杂和抢救管理任务最为繁重的临床一线科室。急诊科实行 24 小时开放，承担急症病人的急诊接诊、急危重症病人抢救、突发公共卫生事件救援等多项急救工作。

急诊科是医院的“前沿阵地”，一切医疗护理过程均应突出“急”的特点，其急救质量优劣可反映医院整体医疗护理水平。需具备与急救工作相适应的工作环境、设施设备和急救物品等条件，应配备受过专门训练、掌握急救医学专业知识和技能的医护人员，能够对来院的急诊病人提供有效的紧急医护服务，为病人及时获得后续专科诊疗服务提供支持保障。

（三）重症监护

重症监护是急救的重要组成部分，是指受过专门训练的医护人员，在配备有先进监护和急救设备的重症监护病房（ICU），接受由急诊科和院内有关科室转来的危重患者，对心肺脑复苏（CPCR）术后、休克、昏迷、多器官功能衰竭、严重水电解质酸碱失衡、急性多发性创伤等急危重症患者进行全面监护与治疗。

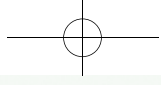
（四）灾难救护

灾难救护是指对自然灾害（如地震、洪水、火灾、泥石流、台风、海啸等）和人为灾难（如交通事故、化学中毒、放射性污染、战争等）所造成的人员伤害提供迅速有效的紧急救护与援助。灾难救援需要得到政府和社会各界的重视、支持和帮助，尤其是大型灾害事故及战地救援，需要动员社会各界的力量，有组织、有计划地协调工作，统筹合理安排人力、物力、财力，在最短的时间内争取最佳的救援效果。

（五）教学、科研和管理工作

民众对急救质量要求不断提高，急救救护岗位专业知识与技能更新越来越快，专业化程度越来越高。合格的急救人员，应具备多元化的知识与技能。能够独立完成急诊分诊、病情评估、紧急救护、协调配合等工作，能够正确阅读急危重症病人的各项监测指标，能够及时发现各项危急值及复杂情况，能够依据急诊病人的个体化需求完成急诊特殊护理程序。

为适应社会急救人才的需求，中华护理学会和危重症监护委员会等各级专业协会积极开展专科培训及学术活动，为急救救护人才培养做出了重要贡献。各级红十字会组织社会人员开展学习急救医学和急救技术相关专业知识，有计划地组织急救医学讲座，举办急救技术培训，加强急救技术研究及信息交流，使急救技术教学、科研与实践紧密结合，以促进人才培养、提高急救救护人员的专业技术水平。



三、急救医疗服务体系

急救医疗服务体系（EMSS）是集院前急救、院内急诊科诊治、重症监护病房救治和各专科的“生命绿色通道”为一体的急救网络。院前急救负责现场急救和途中转运救护，急诊科和 ICU 负责院内救护，该体系既适合于平时的急救医疗工作，也适合于大型灾害或意外事故的急救。

（一）急诊医疗服务体系的组成

完整的急救医疗服务体系由院外急救、院内救治和重症医疗病房救治组成，三者形成一个分工明确、联系密切的有机整体，体现急诊的即刻性、连续性、层次性和系统性。包括合理高效的急救网络指挥系统、良好的急救硬件设备配置、专业化的急救人员和完善的卫生法律法规的政策支撑。急诊医疗服务体系可分以下四个层次。

1. 急救网络指挥中心

目前，我国地市级及以上城市均建有急救中心，急救中心下设若干急救站。设立了统一的 120 急救呼叫电话和通信指挥网络，在地市卫生行政部门的领导下，统一指挥全地日常急救工作和上级指派的临时救护任务，最大限度地发挥 EMSS 的系统功能。

2. 医院急诊科

急诊科实行 24 小时开放，承担来院急诊病人的紧急诊疗工作，为病人提供院前急救后续专科医护服务。在我国，许多地市综合医院急诊科还兼有急救站职能，担负院前急救和灾难救援等多项工作任务。

3. 重症监护或专科监护

重症监护病房是实施重症或专科监护的临床单位。作为 EMSS 的重要环节，系统、高质量的医学监护和救治是提高急危重症病人抢救成功率、降低死亡率和伤残率的重要保障。

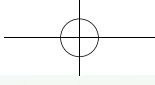
4. 基层急救医疗服务

乡镇卫生院、社区卫生服务站作为最基层的医疗服务机构，其主要工作职责包括以下内容：在急救专业机构的指导下，学习和掌握现场救护的基本知识及技术操作；负责所在乡镇、社区的防火、防毒、战伤救护等知识的宣传教育工作；在意外灾害发生时，在急救专业人员到达前，及时、正确地组织民众开展现场自救、互救工作。

（二）急救医疗服务体系的管理

1. 完善政策法规

我国的急救医疗服务起步于 20 世纪 50 年代，与发达国家相比还存在一定的差距。1980 年 10 月，卫生部颁布了《关于加强城市急救工作的意见》。2013 年 11 月 29 日国家卫生和计划生育委员会颁布的《院前医疗急救管理办法》落实，我国 EMSS 进一步加强和完善，该体系在抢救伤病员的生命时将发挥更大的作用。



2. 健全急救网络

灵敏高效的急救网络是提高急救能力的硬件保障。各地卫生行政部门应根据当地实际情况组建符合本地实际的急救网络，建立急救中心（站）、医院急诊科、社区卫生服务中心等相结合的 EMSS。省市急救中心应发挥 EMSS 核心成员作用，承担本地 EMSS 的统筹管理、院前急救协调指挥、急救信息传播、急救技术培训和科研工作。

3. 科学配置资源

急救中心必须制定完善的管理制度，并配备转运工具、必要的抢救与监护设备。①转运工具，急救转运工具不仅是运送病人的载体，也是现场及途中实施急救、监护的场所。救护车要专车专用，应当符合救护车卫生行业标准，标志图案、标志灯具和警报器应当符合国家、行业标准和有关规定。②必要的抢救与监护设备，可实施心肺复苏、气管插管、心脏除颤、心电监护、血氧饱和度监测等紧急救护和监护措施。

4. 加强急救专业人员培训

建立健全急救人员长效培训机制，不断提高专业急救人员技术水平，是保证急救质量的关键。建立院前急救人员准入制度，确保院前急救人员都经过专业培训并具备相应的业务能力。EMSS 管理人员需要具有医学资格，并接受相关专业管理培训。建立复训制度，有计划地组织急救知识讲座、急救新技术培训，积极开展急救学术与信息交流，更新急救理念，使急救科研、教学、实践紧密结合，促进急救人才培养，适应快速发展的急救事业需求。

5. 普及社会急救

普及社会急救知识对缩短急救反应时间、提高急救成效具有重要意义。政府及各级各类医疗卫生机构应广泛开展急救知识宣传，树立民众急救意识，普及急救技术，如徒手心肺复苏术、创伤急救技术等。当意外伤害发生时，在专业人员尚未到达现场前，现场民众能正确有效地进行自救和互救，如及时拨打 120 急救电话呼救、对心搏骤停病人尽早给予心脏按压等。社会各部门接到相关呼救信息时，要给予人力、物力、财力和技术等方面全力支持。

知识拓展

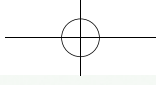
“生命之星”（star of life）（图 0-1）是急救医疗服务体系（EMSS）的国际标志，它交叉的 6 条臂，象征着 EMSS 的六大功能：①发现；②报告；③反应；④现场抢救；⑤运送途中监护；⑥转至院内救治。



图 0-1 生命之星

四、急救救护人员的素质要求

要成为一名合格的急救救护人才，必须具备以下几点。



1. 良好的思想道德素质

急救救护人员应具备高尚的医疗道德，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；同时要有团队作战精神，齐心协力抢救患者。

2. 良好的管理与沟通协调能力

救护人员不仅是各项救护措施的执行者，还是急救环境的维护者，急救设备、药品的管理者，急救信息的沟通者及各种关系的协调者。

3. 良好的身心素质

急救人员不仅要有良好的身体素质和较强的心理承受能力，还要保持良好的精神、心理状态和稳定的思想情绪，同时要注意锻炼身体，只有做到身心健康，才能胜任急救工作的需要。

4. 扎实的理论基础知识

急救救护工作范围跨度大、内容广、实践性强、涉及所有年龄阶段的疾病。这就要求护士不仅要有扎实的理论知识，还要善于将各科知识相互联系、融会贯通，并将理论和实践结合，认真总结成功的经验和失败的教训，善于分析在抢救中遇到的各种问题，经过科学的思考，提高发现问题、分析问题、解决问题的能力。

5. 娴熟的急救技术

急救技术是一门实践性很强的医疗技术，课程中涉及的心肺复苏、基本操作技能和抢救仪器的使用等，需要多亲自动手模拟练习加深感性认识，以便能娴熟地掌握好常用的急救技术，达到技术成型、协调作战，这样才能在以后的抢救工作中及时有效地应用。

思政元素

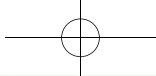
立德树人

党的二十大报告指出：“办好人民满意的教育。”育人的根本在于立德。全面贯彻党的教育方针，落实立德树人根本任务，培养德智体美劳全面发展的社会主义建设者和接班人。社会急救不仅要求急救者掌握良好的专业技术，还要有健康的身体、良好的心理素质和社会适应能力。在教学中融入思政内容，有助于培养学生的爱国、敬业的价值观。

同步练习

请扫描右方二维码获取绪论练习题。





院前急救

项目一



项目概述

意外伤害已成为危害人类健康的全球性公共卫生问题。意外伤害的发生呈逐年上升的趋势，其发生率、死亡率及后遗残疾率高，是居民死亡原因的第4位，也是1~34岁人群的首要死亡原因。我国每年因意外伤害死亡的患者约70万人，伤残约200万人，这些意外伤害对社会造成了显著影响，其导致的经济损失约占国内生产总值的一定比例。意外伤害伤员在1小时内死亡的数量占总死亡的50%。“急救从现场开始”的观念逐渐被人们所认识。周密的预防是防止意外事故的关键，但当突发事故来临时，能够妥善应对处理突发伤害事故，最大限度地降低事故带来的危害非常重要。

本项目重点学习院前急救的概述与院前急救方法和措施，共2学时。

学习目标

1. 知识目标

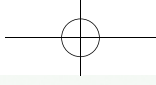
- (1) 掌握院前急救的原则和院前急救措施。
- (2) 熟悉院前急救的任务。
- (3) 了解院前急救的特点。

2. 能力目标

- (1) 能对患者迅速实施准确的院前急救。
- (2) 能说出与院前急救相关的理论知识。

3. 素养目标

- (1) 具备关心、爱护患者的职业道德。
- (2) 具备快速、准确实施院前急救的能力。



在线预习

扫描下方二维码可阅读了解本项目思维导图。



任务一 院前急救概述

任务情境

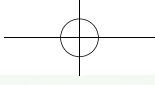
某天，急救指挥中心接到呼救，某高速公路离入口 41 km 处发生多车连环相撞交通事故，受伤人数和伤情不详。你正好在车祸现场。

- 任务：1. 现场急救应遵循什么原则？
2. 如果你是现场急救人员，应如何拨打 120 急救电话？

任务描述

院前急救是指意外或事故发生时，在医护人员或救护车到达前，“第一目击者”以公认的医学原则为基础，在事发现场对患者实施初步的救助或救护。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。院前急救是现代医学一个新的重要分支，工作质量关系着急性创伤患者的生命。

据世界卫生组织统计资料报告，全球每年因交通事故造成死亡的人数约有 120 万人，其中 20% 是因为没有得到及时有效的救治而死亡。高效快速的院前急救可以为患者赢得抢救时机，为院内后续治疗奠定基础。发病 1 h 内为抢救黄金时间，6 h 内为白银时间，6 h 以上称为白布时间（死亡时间）。由于许多突发急、危、重症或意外伤害事故往往发生在行车途中、工作场所、居家环境等，“第一目击者”参与现场急救是急救成功的直接保证。如果现场的“第一目击者”能够立即实施正确、基本的紧急救护，可争取到最初宝贵的抢救时间，极大地降低院前死亡率和伤残率。



当今的急救新理念是“急救”走出医院围墙，进入社区、家庭等院外场所，希望有在事发现场的第一目击者能在第一现场采取有效的施救手段进行初步急救，为抢救争取黄金时间，从而提高抢救成功率，减少伤残率。社会医疗急救工作关系到广大人民群众的生命安全和身体健康，随着城市建设的发展和规划的不断扩大，市民对于社会急救医疗工作的要求越来越高。形成熟练的全民化急救技术普及模式，提高突发事件的急救成功率以达到最佳的急救效果，做到“居民能自救、邻居能互救、现场能抢救、急时能施救”，达到急救“社会化”的目的。

一、院前急救的性质

院前急救是急救医疗服务体系（EMSS）中的首要环节和重要的基础部分。心脏骤停患者抢救最佳时间是4 min，严重创伤伤员抢救黄金时间是30 min。及时有效的院前急救对于挽救患者的生命、减轻痛苦、防止再损伤及提高抢救成功率、降低伤残风险、避免并发症和后遗症都有非常重要的意义。

院前急救有广义和狭义之分。狭义的院前急救专指由通信、运输和医疗基本要素所构成的专业急救机构在患者到达医院前实施现场救治和途中监护的医疗治疗。广义的院前急救既可以是医疗单位，也可以是其他如红十字会、消防、交通等部门或个人的救治活动。广义和狭义的主要区别在于是否有公众的参与。

院前急救主要包含四层含义：①患者发病地点在医院以外，急救时间是进入医院以前；②患者病情紧急、严重，必须进行及时抢救；③院前急救是患者进入医院前的初期救治，而不是救治全过程；④患者需及时、安全地转移到医院进行延续、系统的救治。

当今社会对院前急救工作的成效评价日益重视，已将其作为衡量一个地区急救工作水平和能力高低的标志。

二、院前急救的特点

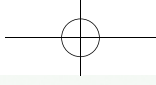
院前急救所抢救的对象、环境、时间、条件和在医院急诊科相比更为复杂，故形成了它独有的特点。

（一）突发性

因院前急救的对象往往是在人们预料之外突然发生各种危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等的伤病员，事件发生随机性强，尤其当成批伤病员出现时会令人措手不及，如汶川地震发生时。所以，应普及和提高广大公众救护知识和技能，相关部门要有应急预案，以便在突发事件出现时能及时进行自救、互救和专业救援。

（二）紧迫性

院前急救的紧迫性不仅体现在病情急、时间急，而且还体现在心理急。对危及生



命的严重情况，如窒息、张力性气胸、大出血、心肌梗死等，救护是否及时关系到患者的存亡；对非致死性的伤病，如脊椎损伤、胸腹部创伤等，救护及时与否也影响预后。因此院前救护刻不容缓，救护人员要做到常备不懈、随叫随出，充分体现“时间就是生命”的抢救意识。此外，还应注意缓解患者及其家属心理上的焦急与恐惧。

（三）艰难性

气象、气候复杂，交通道路艰险，空间狭小，光线暗淡，噪声轰鸣，缺医少药等都使院前急救比一般日常救护工作要艰难。急救人员必须具备强健的身体素质、扎实的专业素质和对现场局面的决策能力，能够努力克服各种困难，积极创造有利条件，尽力争取在各种恶劣条件下做好急救工作。

（四）复杂性

院前急救往往涉及不同专科的患者，病种多样，病情复杂危急，要求在较短时间内对患者进行评估、判断并合理处理，因此，要求参与院前急救的救护人员必须具备全面的急救知识和技能，自如应对可能出现的各种情况。

（五）灵活性

院前急救常无齐备的抢救器材和药品，因此要机动灵活地在现场寻找替代品，就地取材，尽力把握更多的抢救机会，为患者获得抢救时间。

（六）风险性

院前急救不仅存在较大的技术风险，而且还存在人身伤害风险。如火灾现场、塌方现场、刑事犯罪现场、毒气泄漏现场等，遇到精神病患者或酗酒者，救护车发生交通事故等。要求急救人员树立和加强自我保护意识。

（七）社会性

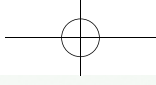
院前急救工作范围超出了医疗领域，要与社会各界打交道，如患者家属、事件目击者、围观者、警察、记者、犯罪嫌疑人等。急救人员应及时向有关人员如实交代病情，努力做好解释、安慰工作，尽量满足人们的合理要求，赢得理解、信任、支持与合作。要求急救人员具备一定的社会经验、良好的心理素质、较强的人际沟通能力和应变能力。

三、院前急救的任务

院前急救总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，减少病死率，为院内抢救打好基础。

（一）日常对呼救患者的救护

对呼救患者的救护是急救中心（站）的主要和经常性任务。院前呼救患者一般分为两类：一类是如窒息、心肌梗死、猝死、大出血、严重创伤等短时间内有生命危险



的危急重症患者，占呼救者的 10% ~ 15%。遇上这类患者必须现场紧急处理，如畅通气道、心肺脑复苏、止血等，以挽救生命或维持生命功能稳定后再在监护下转运至医院。另一类是如骨折、急腹症、支气管哮喘发作等病情紧急但短时间内无生命危险的急诊患者，占呼救患者的 85% ~ 90%。对此类患者现场处理的主要目的在于稳定病情、减轻痛苦、安全转送和避免并发症的发生，如骨折患者先固定再转送。

（二）灾害、事故或战争中的院前急救

在自然灾害和人为灾害中，伤者多、伤情重，情况复杂，救护人员应根据现场实际情况认真执行有关抢救预案，与消防、公安、交通等其他救灾部门密切配合，同时注意自身的安全。无预案时需要加强现场伤病员分类和救护，并根据不同情况合理进行分流和转送。不能转运的危重患者可就地搭建手术棚，术后再安全转运。

（三）特殊救护值班任务

特殊救护值班任务是指为大型集会、体育活动、重要会议及外国元首或重要来宾来访时的救护值班。执行任务时急救系统应该处于一级战备状态，急救人员要坚守岗位、妥善准备、周密布置，随时应付可能出现的各种意外事件。

（四）通信网络中心的枢纽任务

急救通信网络有三方面：一是市民和急救中心的联络；二是急救中心与所属分站、救护车、急救医院（即 EMSS 内部）的联络；三是急救中心与上级领导、卫生行政部门和其他救灾系统的联络。急救通信网络在整个急救过程中不但承担着急救信息的接收任务，而且还承担着传递信息、指挥调度及与上级领导、急救指挥中心、急救现场、急救车、急诊科的联络，起承上启下、沟通信息的枢纽作用。

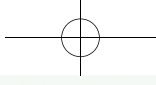
（五）急救知识的普及

院前急救的成功率和公民的自我保护意识、自救与互救的能力相关。因此，全社会应大力普及急救知识，让公民在突发现场成为能开展现场救护的“第一目击者”，赢得抢救时间，达到“挽救生命，减轻伤残”的目的。可通过广播、电视、报刊、网络、社区宣传栏等进行教育宣传，以及举办各种急救知识与救护技术培训班，普及与提高全民自救互救水平。

知 识 拓 展

院前急救八禁忌

1. 急性腹痛患者忌用止痛药。
2. 腹泻患者忌乱服止泻药。
3. 昏迷患者忌仰卧位。
4. 心源性哮喘患者忌平卧位。
5. 脑出血、脊柱损伤患者忌随意搬动。
6. 内脏脱出忌立即回纳。
7. 小而深的伤口忌马虎包扎。
8. 触电患者忌徒手拉救。



四、院前急救的原则

（一）先排险后施救

施救前，应先对现场环境的危险程度进行评估，排除不安全因素后再施救，或者先帮助患者脱离危险区后再施救。如触电的患者，应先切断电源后再进行救护，有害气体造成的中毒现场，应先将患者脱离险区再进行救护，以保证救护者和患者的安全。

（二）先重伤后轻伤

现场急救应优先处理可能危及生命的严重情况，伤病员较多时，应先抢救病情危重者，后抢救病情较轻者。但在时间、人力、物力有限的情况下，遵循“先重后轻”原则的同时，重点抢救有可能存活的急危重症患者。

（三）先复苏后固定

如有心跳呼吸骤停伴骨折的患者，应先进行心肺脑复苏（CPCR），待心跳呼吸恢复后再进行骨折的固定。

（四）先止血后包扎

如遇有大出血又有创口者，首先立即用指压、止血带或药物等方法止血，再消毒包扎。

（五）先施救后运送

先施救后运送指对垂危重伤患者，先进行现场初步紧急处理后，才可在医疗监护下转运至医院，以免耽误宝贵的救治时间。急救时间越短，存活率越高。最佳急救期指伤（病）后 12 h 内；较佳急救期指伤（病）后 24 h 内；延期急救期指伤（病）后 24 h 后。

（六）急救与呼救并重

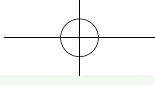
有多人在现场时，应急救与呼救同时进行，以尽快得到外援。只有一人的情况下，应先施救，再在短时间内进行电话呼救。

（七）转运与监护急救相结合

转运途中要密切观察监护患者的病情，必要时进行相应的急救处理，如除颤、气管插管、心肺脑复苏等，以使患者安全到达目的地。

五、院前急救组织形式

不同国家不同城市建立的急救医疗服务体系具有不同的特色，我国的院前急救组



织管理形式主要有以下城市特点。

（一）北京模式（独立型）

北京建设的是一种综合自主形式的急救中心。由指挥调度科、院外急救科、院内急诊科、重症监护室、住院病房构成。急救中心拥有现代化的调度通信设备，可以和市政府卫生局、北京各大医院直接进行通信联系，是院前急救和重大急救医疗任务的统一指挥、调度和抢救中心，是个“大而全”的模式。其流程是：患者或家属、现场目击者通过 120 电话向市急救中心呼救，中心调度室派出车、人到现场急救，然后监护转运患者到急救中心或附近医院继续治疗。但由于未能充分利用其他医院的急救资源，需要巨额资金和大量人力来完善急救指挥系统和急救网络。

（二）广州模式（指挥型）

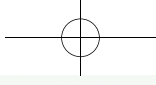
广州模式是由急救指挥中心作为全市急救工作的总调度，以医院急诊科为区域，按医院专科性质分片分科负责急救的模式。急救指挥中心为单纯性的指挥中心，与各医院无行政的隶属关系，但具有全市院前救护队调度指挥权，还负责与其他急救系统单位（如公安、消防、人防、血液中心、防疫站等）联系协作，以应付突发灾难事故。其流程是：患者或家属、现场目击者通过 120 电话向市急救指挥中心呼救，接到呼救后，指挥中心立即通知该区域承担院前急救任务的医院急诊科，急诊护士接到电话指令后，按病情通知有关专科医生、护士及驾驶员赶赴现场，然后监护转运患者到本院继续治疗。其特点是投资少，充分利用现有的医疗资源合理安排急救半径，但由于不具备急救医疗支持力量，与各医院急诊科的协调存在一定困难。

（三）上海模式（单纯型）

上海模式是由医疗救护中心和其所属分站与该市若干协作医院紧密配合的急救模式。急救中心下设若干分站，各分站负责院前急救，院内治疗则由各协作医院负责。其流程是：患者或家属、现场目击者通过 120 电话向市急救指挥中心呼救，接到呼救后，中心站调度指派就近分站派车、人赶赴现场，然后监护转运患者到协作医院或患者劳保医院继续治疗。功能与广州模式相似，但人、材、物均属中心，管理起来比较容易，院前反应速度快。

（四）深圳模式（集散型）

深圳模式是一个既依托各大医院，又自成体系的急救医疗指挥中心。中心实行“集中受理，分区处理，就近派车”的调度原则，以各大医院急诊科为急救单位，负责大部分的出车。急救中心除平时出车外也负责重大事故的抢救。在确保了中心指挥的权威性的同时又有较强急救医疗支持力量。特点是既充分利用现有的医疗资源，又能集中财力，完善指挥调度系统，并具有合理的抢救半径和有力的医院支持，在短期内形成强大的社会效益。但中心与各医院急诊科的协调管理还需不断完善。



（五）重庆模式（依附型）

重庆模式是依托于一家综合性医院的急救中心模式，实质上是医院的一个部门。其流程是：患者或家属、现场目击者通过 120 电话向县市急救中心呼救，接到呼救后，急救中心的院前急救部派车、人赶赴现场，然后监护转运患者回急救中心，由院内急救部继续治疗。特点是投资少，对院前患者处理能力较强，但指挥权威性的建立有一定困难，适宜中小城市。

（六）香港模式（消防型）

香港的急救组织隶属于消防署，采用和消防、司警统一的通信网络，报警电话为“999”，下设多个救护站，形成急救网络。可与警察、消防联合行动，遇大型事故时，还有医疗辅助队、救护队（均为志愿团体）等参与抢救，有利于对灾难、意外事故的快速联合行动。

上述各急救模式组织形式各有不同特点，工作效率也有一定差异。但具有共性：具有现代化灵敏的有线或无线通信设备；基本健全的急救网络，使抢救半径缩短在 5 000 m 左右；给患者以最快速度和最高效的院前急救，从而减少伤残率、死亡率。

六、院前急救服务体系设置

在事故现场或发病之初即对伤病员进行初步救治，然后配备急救运输工具把他们安全快速转运到医院急诊科接受进一步抢救和诊断，待其生命体征稳定后再转送到重症监护病房（ICU）或专科病房，这种把院前急救、院内急诊科诊治和加强监护治疗三部分有机联系起来，以更加有效地抢救危重伤病员为目的的系统，叫作急救医疗服务体系（EMSS）。

虽然目前全国城乡院前急救模式不同，但有着共同的环节，如通信、运输、急救技术、急救网络、调度管理等。

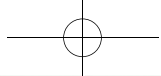
知 识 拓 展

120 电话能否随意拨打？

120 电话是“生命热线”，不能随意拨打。恶意拨打 120 电话是违法行为，根据《中华人民共和国治安管理处罚法》第二十三条规定，处警告或者 200 元以下罚款；情节较重的，处 5 日以上 10 日以下拘留，并处 500 元以下罚款。

（一）通信

通信是院前急救最先的一环，确保在任何时间、任何地点急救通信畅通无阻，是建立健全现代化急救通信网络的保证。120 急救电话畅通，每天 24 小时有专职调度人



员值守；电话线光缆接入，有 60 路以上进线；能够自动记录呼救时间、自动同步录音、自动显示呼救方位和救护车的动态变化；根据呼救方位能自动推荐合适的分站。无线通信基本无盲区。

知识拓展

如何正确拨打 120 电话？

1. 尽可能把地址描述详细清楚。
2. 尽可能把患者的症状说清楚，如不省人事、大出血、不能动等。
3. 最好安排人到小区门口或者村口接车，并保持电话通畅。
4. 必须快速、准确地回答调度员需要了解的其他问题，要等调度员先挂电话，这样能方便医务人员判断需不需要出动救护车，以及保证救护车以最快的速度到达患者所在的地方。
5. 救护人员到达以前要对患者实施救治。

（二）运输

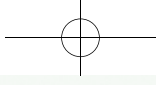
我国目前院前急救运输主要靠救护车，车辆状态完好是快速急救的重要保证。救护车分两种：普通型和危重监护型。普通型常配备：担架和转运保护用品，如普通或折叠式担架、床垫、床单、枕头、被子等；止血包扎固定用品、人工呼吸器具、手术器械；急救用的救生带、安全帽；血压计、棉签、胶布、压舌板、输液器、注射器等护理用品；消毒器具、消毒液；患者标记卡片；等等。危重监护型除了普通型的配备外，还有心电监护仪、除颤仪、起搏装置、气管插管、自动呼吸机、电动胸外心脏按压机、血氧饱和度测定仪等。原则上每 5 万 ~ 10 万人口配一辆急救车，经济实力较强区域和灾害多发区域可增加车辆比例。急救车与医护人员配编比例为 1:5，急救车与驾驶员配编比例为 1:5。

（三）急救技术

院前急救的结果很大程度上取决于急救技术的高低。一般来说，要求院前急救人员掌握如下医疗技术：左心衰的抢救、急性心肌梗死的抢救、严重心律失常的抢救、大咯血的抢救、开放性气胸的抢救、呼吸衰竭的抢救、心跳呼吸骤停的抢救、消化道和各种外伤大出血的抢救、急性脑血管病的抢救、癫痫发作的抢救、烧伤的抢救、急腹症的处理、正常分娩接生术、小儿惊厥的抢救、眼外伤的抢救、鼻出血的抢救、各种休克和昏迷的抢救、各种中毒的抢救、各种传染病的转运、各种常用急救技术的操作等。

（四）急救网络

为了保证急救网络能满足社会急救需求，必须建立以若干分站、急救中心以及行



政主管部门为一体，通信、车辆以及急救技术得到充分保证的急救网络。

1. 急救中心（站）

急救中心（站）的设置要考虑经济合理，能创造良好的急救条件。故应设立在区域的中心地带，要求车辆出入方便，尽量靠近大型综合医院或设立在医院内。拥有 30 万以上人口的区域应设置一个院外急救中心（站），其建筑面积不应小于 $1\,600\text{ m}^2$ ，应具备通信、运输、行政办公和急救医疗场所，各类建筑最好独立，合并在一起时应尽量减少相互干扰。必须配备有救护车、车修设备、医疗药品器材、通信设备、电脑设备、教学科技设备、生活设备等，其他可根据实际情况配置。

2. 急救分站

急救分站要设置在人口密集区，交通较方便，在医院内或与医院毗邻，应该相对按城市医院规划均匀地分布。其建筑面积根据实际情况确定，一般每辆急救车占地面积 $50\text{ m}^2 \sim 100\text{ m}^2$ ，应包括下列各室：值班人员休息室、生活室、活动室、车库。需配备急救车辆、急救医疗药品器械、通信设备、生活设备。

（五）急救半径和反应时间

急救半径是指急救单元所执行院前急救服务区域的半径，代表院前急救服务范围的最长直线辐射距离，缩小急救半径是急救单元能快速到达现场的重要条件之一。急救半径市区 $3\text{ km} \sim 5\text{ km}$ ，郊区、县 $10\text{ km} \sim 15\text{ km}$ 。反应时间是急救中心（站）调度室接到呼救电话至急救车到达现场所需时间，包括通信时间、出发时间、到达现场途中的时间、到达患者身边的时间。它的长短是判断院前急救服务功能重要的综合指标之一，一般在接到救护指令后，急救车必须在 3 min 内开出医院，市区 10 km 内要求在 15 min 之内，郊区要求在 30 min 之内到达现场。

思 政 元 素

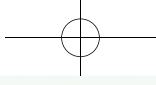
弱有所扶

党的二十大报告指出：“我们深入贯彻以人民为中心的发展思想，要在弱有所扶上持续发力。”医务人员更要具有“时间就是生命”的急救意识和应变能力，要有冷静、果断地发现问题和解决问题的能力。患者是弱势群体，我们要具备慎独和爱伤意识，想病患之所想，急病患之所急，尊重每一位患者，保护他们的隐私，解决他们和家属的急难愁盼的问题。

同步练习

请扫描右方二维码获取本任务练习题。





任务二 院前急救措施

任务情境

某天，急救指挥中心接到呼救，某高速公路离入口 41 km 处发生多车连环相撞交通事故，受伤人数和伤情不详。你正好在车祸现场。

- 任务：1. 作为第一目击人，你应如何对伤者进行病情分类？
2. 作为第一目击人，你应如何开展院前急救工作？

任务描述

一、现场评估

（一）评估要求

要求边抢救边评估，快速有效、准确无误。评估一个伤病员要求在 1 ~ 2 min 内完成，按照先危后重、再轻后小（伤势小）的原则进行。评估过程中注意“三清”：听清患者或陪同人员的主诉；问清与发病或创伤有关的细节；看清与主诉相符合的症状及局部表现。原则上尽量不移动患者，以免加重损伤。

（二）评估病因

快速评估造成事故、伤害及发病的原因，是否存在有对救护者、患者或旁观者造成伤害的危险环境，如救护触电患者，应先切断电源；现场危险因素不能及时消除时应首先撤离伤病员，或做好必要的防护措施。

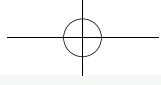
现场伤员分类，是保证加快伤病员救治和转送速度的一种有效组织手段。其主要目的是快速、准确地评估病情，掌握救治重点，确定救治和运送的次序。

（三）评估病情

由于病情危急，病情评估应做到快速有效。评估一个伤病员应在 1 ~ 2 min 内完成，根据伤情可按照 SOAP 公式进行评估检查。

SOAP 公式中各字母分别表示：

- ① S（subjective，主观资料）：指简单的问诊，收集资料，伤病情严重时可不作。
- ② O（objective，客观资料）：指观察面色、伤口、神志、特殊气味等。
- ③ A（assess，评估）：运用 ABCBS 快速评估法。



④ P (plan, 计划): 或称优先分类处理, 是组织抢救或进行有序安全转运。

ABCBS 快速评估法中各字母分别表示:

① A (airway, 气道): 检查气道是否通畅, 有无舌后坠、分泌物、血块、异物等阻塞。

② B (breath, 呼吸): 检查呼吸频率的改变是否由胸腔的伤口或压痛引起, 呼吸是否停止。可用看、听等感觉来判定。

③ C (circulation, 循环): 检查心脏功能是否正常, 脉搏是否停止, 可采用触、摸、量等方法来检查。

④ B (bleeding, 出血): 检查伤病员的头部、胸腹、四肢有无大出血、内脏损伤、骨折等情况。

⑤ S (senses, 感知觉): 检查伤病员的反应状况。

1. 快速评估危重病情

(1) 意识状态。判断患者处于清醒、嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷中的何种状态。可对患者实行呼唤、轻拍面颊、推动肩部等动作, 如对上述刺激没反应, 说明患者意识丧失, 情况危急。检查瞳孔大小、对光反射及是否散大固定。瞳孔不等大常提示颅脑损伤, 存在颅脑血肿或脑疝; 瞳孔缩小如针尖大小常提示有机磷农药中毒、吗啡中毒、毒蕈中毒及脑干病变; 双侧瞳孔散大、对光反射消失是濒死或已死亡的征象。

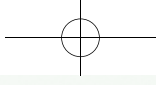
(2) 呼吸。通过一看 (胸廓有无起伏)、二听 (有无呼吸音)、三感觉 (有无气流感) 等方法来判断患者自主呼吸是否存在。检查气道是否畅通, 如存在梗阻, 应立即检查原因并予以解除。评估呼吸的频率、节律、深度有无改变, 有无呼吸困难、发绀和三凹征, 呼气是否有特殊气味。如呼吸已停止, 应立即进行人工呼吸。

(3) 循环。评估脉搏、血压和皮肤温度。脉搏主要检查桡动脉 (也可颈动脉或股动脉) 搏动的强度、节律、频率是否异常。如桡动脉触摸不清, 提示收缩压可能已经降到 80 mmHg 以下; 如颈动脉触摸不清, 提示收缩压可能已经降到 60 mmHg 以下。血压主要检查肱动脉血压, 如上肢受伤, 可测量腘动脉血压, 其值比肱动脉高 20 ~ 30 mmHg。测量体温是否异常, 有无发热、湿冷, 并观察皮肤有无发绀、花纹来判断末梢循环情况。

2. 检查伤情

在快速完成现场危重病情评估后, 根据实际情况, 对患者的头部、颈部、胸部、腹部、骨盆、脊柱及四肢等进行系统性或有针对性的重点检查。在检伤中尽量少移动或不移动患者。注意倾听患者或目击者对发病或创伤有关细节的描述; 要重点观察患者的生命体征、受伤与病变主要部位的情况。

(1) 头部体征。①口: 口唇有无发绀、破损, 有无因误服腐蚀性液体所致烧伤或色泽改变; 口腔内有无呕吐物、血液、食物或脱落牙齿, 如发现牙齿松脱或安装有义齿者要及时清除。经口呼吸者, 观察呼吸道频率、幅度、有无呼吸阻力或异味。②鼻: 鼻腔是否通畅, 有无呼吸气流, 有无血液或脑脊液自鼻孔流出, 鼻骨是否完整或变形。③耳: 耳郭有无异物、变形, 有无液体流出。如有血液或脑脊液流出, 提示有颅底骨



折。检查听力是否异常。④眼：观察眼球表面及晶状体有无出血或充血，视物是否清楚等。⑤面部：面部是否苍白或潮红，有无额部出汗。⑥头颅：注意头颅大小、外形，头皮有无外伤。

(2) 颈部体征。观察颈部外形与活动，有无损伤、出血、血肿，有无颈项强直，颈后部有无压痛。触摸颈动脉搏动的强弱和节律，注意有无颈椎损伤，以及观察气管是否居中。

(3) 脊柱体征。主要是针对创伤患者，在未确定是否存在脊髓损伤的情况下，切不可盲目搬动患者。检查时，用手平伸向患者后背，自上向下触摸，检查有无肿胀或形状异常。

(4) 胸部体征。检查锁骨有无异常隆起或变形，向其上稍施压力，观察有无压痛，以确定有无骨折并定位。检查胸部有无创伤、出血或畸形，吸气时胸廓起伏是否对称。另外，通过双手轻轻在胸部两侧施加压力，检查有无肋骨骨折。

(5) 腹部体征。观察腹部外形有无膨隆、凹陷，腹式呼吸运动情况，以及有无创伤、出血；腹部有无压痛或肌紧张等。确定可能损伤的脏器及其范围。

(6) 骨盆体征。通过双手分别放在患者髋部两侧，轻轻施加压力，检查有无疼痛或骨折存在。观察外生殖器有无损伤。

(7) 四肢体征。检查四肢有无形态异常、肿胀或压痛，两侧相互对照。如患者神志清醒，可让其活动肢体。检查肌力和皮肤感觉，注意肢端、甲床末梢循环。注意不能随意抬起患者双脚，以免加重损伤。

3. 病情分类

在成批伤员（指3人以上同时受伤或中毒）出现时，应进行现场分类，以利于对各类伤病员进行及时、恰当的处理。

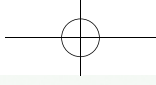
伤员分类要求如下。①边抢救边分类：分类工作是在特殊而紧急的情况下进行的，不能耽误抢救。②指定专人承担：分类工作很重要，应由经过训练、经验丰富、有组织能力的人员承担。③分类依次进行：分类应依“先危后重，再一般（小伤势）”的原则进行。④分类应快速、准确、无误。

按伤病员出现的临床症状和体征可分为四类，用红、黄、绿、黑四种颜色将患者分类标记。标记卡放于伤病员的左胸部或其他明显部位，便于医护人员辨认并采取相应措施。

(1) 重度：标记为红色。指危及生命的危重患者，如窒息、休克、中毒、电击、溺水、昏迷、大出血等。这类患者随时有生命危险，需要第一时间优先处理，迅速就地抢救。

(2) 中度：标记为黄色。介于轻重伤之间，需尽快接受治疗，否则伤情很快恶化。如两处以上肢体骨折、肢体断离、大面积烧伤、骨盆骨折、软组织损伤等。一般不危及生命，需第二优先处理，进行必要的检查和处理后及时转运。

(3) 轻度：标记为绿色。患者伤病情较轻，意识清醒，能积极配合检查，生命体征正常。如挫伤、擦伤、一处肢体骨折、关节脱位和小面积烧伤等。可在危重患者处理后再安排转运，但仍需随时观察病情。



(4) 死亡：标记为黑色。来诊时已经死亡者。需妥善安置在适当或特定的位置，以免影响其他患者的抢救。

另外，还有与上述颜色同时使用的蓝色，表示患者已被放射源或传染病污染。

二、现场救护

(一) 体位

(1) 无意识、无呼吸、无心跳者，应仰卧于坚硬的平地或硬木板床上，解开衣领和裤带，进行心肺脑复苏术。

(2) 意识障碍但有呼吸和循环者，应置于侧卧位，仰卧位者应将头偏向一侧，以防止呕吐物、分泌物误吸入气管而窒息。

(3) 意识、呼吸、心跳存在者，根据疾病性质和病变部位摆好体位。如休克患者，采取中凹位；腹痛者，屈膝于腹前以放松腹肌；下肢肿胀者，抬高下肢以利静脉血回流；毒蛇咬伤下肢者，放低患肢，以减慢毒液的扩散。

在不影响急救处理的前提下，应尽量舒适，注意患者的保暖。

(二) 现场救护要点

1. 维持呼吸功能，保持呼吸道通畅

应清除伤者口腔、咽喉和气管内的异物及痰液，昏迷者要防止舌后坠，用口咽管通气或用舌钳牵出固定。缺氧者给氧。呼吸停止者，迅速开放呼吸道，进行人工呼吸，如气管内插管、应用简易人工呼吸器、环甲膜穿刺等。开放性气胸者，立即封闭创口；张力性气胸者，立即穿刺排气。胸腔内积血积液者，进行胸腔闭式引流。

2. 维持循环功能

维持循环功能包括高血压急诊、心力衰竭、冠心病、急性心肌梗死和各种休克的处理，严重心律失常的药物治疗、心电监测、电除颤和心脏起搏及胸外心脏按压术等。

3. 维持中枢神经系统功能

维护中枢神经系统功能包括对急性脑血管疾病、癫痫发作及急性脑水肿的急救护理。

4. 迅速建立有效的静脉通道

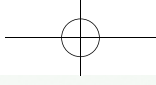
维持有效循环血量和保证治疗药物及时进入体内，应尽量选用静脉留置针，以保证输液快速、畅通的进行。危重患者可建立两条以上的静脉通道。给药时要做到“三查七对”，用过的空瓶应暂时保留以便核对。

5. 创伤的现场救护

(详见项目四)

6. 灾害、意外事故的现场救护

(详见项目六、项目七)



（三）分流

对伤病员进行快速分流可以使之及时得到后续救治和处理。

- （1）轻度损伤患者，经处理后可分流到住处或暂住点，或到社区卫生站点。
- （2）中度损伤者，对症应急处理后可分流到附近有条件的医院。
- （3）重度损伤者，经现场急救、维持生命措施后，生命体征稍稳定可分流到附近有条件的医院。
- （4）死亡者，做好善后和遗体处理。

（四）现场救护的注意事项

1. 局部检查时注意

对于同一患者，第一步处理危及生命的全身症状，再注意处理局部症状。要从头部、颈部、胸部、腹部、背部、骨盆、四肢各部位进行检查，检查出血的部位和程度、骨折部位和程度、渗血、脏器脱出和皮肤感觉等。

2. 松解或脱去患者衣服的技巧

对于猝死、创伤、烧伤、骨折等患者，为了便于抢救和治疗，需要掌握松解或脱去患者的衣、裤、鞋和头盔的护理技巧，尤其对创伤、烧伤患者，衣服不仅掩盖了真实的伤口或出血，而且可能造成直接污染。

（1）脱上衣法：解开衣扣，将衣服尽量向肩部方向推，背部衣服向上平拉；提起一侧手臂，使其屈曲，将肘关节、前臂及手从腋窝处拉出；脱下一侧衣袖后，将扣子包裹在里面，可以卷成一卷将衣服从颈后平推至对侧，然后拉出衣袖，使衣服从另一侧上臂脱下来。若患者有一侧上肢受伤，脱衣袖时，应先脱健侧后脱患侧。若生命垂危、情况紧急时，可用剪刀剪开衣袖，为抢救争取时间和减少意外创伤。

（2）脱长裤法：患者平卧，解开腰带及扣子，从腰部将长裤推至髋下，保持双下肢平直，将长裤向下平拉脱出。注意不要随意将下肢抬高或屈曲。若确知患者无下肢骨折，可将下肢屈曲，小腿抬高，拉下长裤。

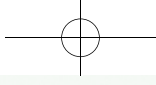
（3）脱鞋袜法：将患者踝部固定托起，以减少震动，解开鞋带，向下→向前顺脚方向脱下鞋袜。

（4）脱头盔法：用力先将头盔的边向外侧扳开，解除夹头的压力，再将头盔向后上方托起，即可去除。注意动作有力而稳，以不加重伤情为准。患者因有头部创伤并且因头盔而妨碍呼吸时，应及时去除头盔。对于疑有颈椎损伤者应十分慎重，必要时与医生合作处理。如患者无颅脑外伤并且呼吸良好，去除头盔较为困难时，可不必去除。

3. 灾难性救护及注意事项

灾难现场受伤患者多、病情复杂，甚至还存有致伤的危险。现场施救时要注意如下几个方面：

（1）灾难现场救护的关键是有计划、有步骤地抢救受伤患者。因此，要确保在最短时间内、用最安全的方法、采取最有效的措施抢救患者。



(2) 灾难事件是突发性的事件，其致伤的原因不同，受伤患者多少不定，伤情轻重不一，给救护人员增加一定的救治难度，作为专业救护人员必须做到因事、因人、因病情而异，采取不同的救护措施，确保现场救护效果。

(3) 灾难现场施救时要注意避免采用不正确的方法脱离致伤环境，不能盲目采用拖拉外露肢体的方法抢救被困患者，这样不易拉出患者，反而会造成更大的损伤。

(4) 灾难性救护团队力量十分重要。首先是要有一支训练有素的专业志愿者团队，能应对所有性质的灾难来临；其次是救护人员和团队的培训要在平时经常进行，而且要有各类事件的应急预案。因此，当灾难发生时，团队能对灾难做出快速、准确的评估，评估可能受伤的人数，是否需要区域性的帮助等，救护人员有针对性地进行搜救、分诊、确认性治疗，疏散、撤离受伤人员。只有这样，才能使灾难性救护的效果得到保障。

(5) 做好心理工作：由于突遇意外，患者往往没有心理准备，因此可能出现各种心理反应如焦虑、恐惧、忧郁等，此时施救人员应保持镇静，关怀、安慰患者，并以娴熟的救护技术对患者实施救护；对患者家属应客观地介绍病情，以取得其合作和理解，使抢救工作得以顺利进行。

三、转运与途中监护

危重患者经必要的现场急救如畅通气道、行心肺脑复苏、控制大出血后，应迅速转运到有条件的医院做进一步治疗。应注意避免不视病情而一味强调迅速转运，导致严重的不良后果。同时，要做到医疗监护运输，确保患者安全到达目的地。

(一) 转运前救护准备

1. 转运前准备

转运前检查运输工具上的急救药品、器械和设备，针对病情做好充分的准备，确保转运途中能正常使用。

2. 通报病情

救护人员应向患者和家属做好转运解释工作，并说明病情及转运途中可能出现的病情变化，取得其理解与配合。

3. 通信联络

与急救中心（站）或医院取得联系，并通报患者的伤情，以利医院做好接收患者的准备。

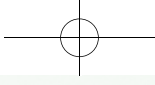
4. 病情评估

转运前再次测量患者各项生命体征。

(二) 常用的转运工具与特点

1. 担架

担架较舒适平稳，不受地形、道路等条件限制，但转运速度慢，人力消耗大，气



候恶劣时影响使用。

2. 汽车

救护车具有快速、机动、方便等特点，受气候影响小，但道路不平时颠簸严重，特别是在拐弯、上下坡、停车掉头时更加严重，影响途中救护，且部分伤病员晕车，出现恶心、呕吐甚至加重病情。

3. 列车

在列车运送途中，因人员拥挤、列车车厢内环境较差，又要兼顾各类患者，负责转运的人员既要按病情护理好患者，还要注意对列车车厢内环境的保护，尽量减少异味，减少噪声。大批患者以列车运送时，每节车厢按病情轻重应加以调配，危重患者必须重点监护，做好标志，及时观察病情变化，发现问题及时处理。要做到细心护理重症患者，关心照顾一般患者，安抚引导轻症患者。

4. 飞机

飞机速度快、效率高、平稳，不受道路、地形的影响，但起降过程中机舱内气压变化对开放性气胸、腹部手术后、外伤致脑脊液漏等患者不利；高空中氧含量下降对肺功能不全、肺部病变的患者不利；温度、湿度、气压下降，对颅内病变、气管切开等患者不利。

（三）转运过程中的监测与护理

（1）根据不同运输工具和伤病情摆好体位。一般患者平卧；恶心、呕吐者侧卧；颅脑损伤、昏迷者头偏向一侧；胸部创伤呼吸困难者半卧；下肢损伤或术后患者适当抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，以减轻肿胀及术后出血；颅脑损伤者应垫高头部。

（2）担架行进途中，要保持患者身体在水平状态，患者足在前、头在后，上、下坡时，患者头部应在高处一端，以减轻患者不适。多人担架员的步调力求协调一致、平稳，防止前后左右摆动、上下颠簸而增加患者痛苦。必要时在担架上配置保险带，将患者胸部和下肢与担架固定在一起以防患者摔伤，运送途中注意防雨、防暑和防寒措施。

（3）脊椎受伤者，应保持脊柱轴线稳定，将其固定在硬板担架上搬运，观察生命体征变化，预防并发症发生。颈椎损伤者要尽可能用颈托保护颈椎，运送时尽量避免颠簸，不摇动患者身体。

（4）救护车要注意保持稳定行驶，密切观察病情变化，特别注意观察患者的面色、表情、呼吸的频率与节律，呕吐物、分泌物以及引流物的颜色、气味和量，伤口敷料浸染程度等，发现异常及时处理。

（5）飞机运送途中，随着飞机高度的上升，空气中氧含量减少，氧分压下降，心肺功能不全患者会加重病情；飞机的上升或下降造成气压的升降变化，会使开放性气胸的患者纵隔摆动，加重呼吸困难；如有腹部手术的患者可引起或加重腹部胀气、疼痛，甚至引起伤口裂开。另外，飞机的噪声、震动、颠簸等可能会引起患者晕机、恶心、呕吐。因此，飞机运送途中，要加强监护，除了将一般患者横放于舱内，注意保

温和呼吸道湿化（因高空中温度、湿度较地面低），还要做好特殊患者的监护。如休克者头朝向机尾，以免飞行中引起脑缺血；有颅内高压者应先行减压后再空运；脑脊液漏者要多加纱布保护，严防逆行感染（因空中气压低会增加漏出液）；腹胀者应行肠胃减压术后再空运；气管插管的气囊内注气量要较地面少，以防气管黏膜缺血性坏死（因高空低压会使气囊膨胀，压迫气管黏膜）。

（6）途中要加强生命支持性措施，如输液、吸氧、吸痰、气管插管、气管切开、心肺脑复苏、深静脉穿刺等措施，注意保持各种管道畅通。

（7）用先进的监测、治疗手段加强生命维护，要随时观察监测患者呼吸、体温、脉搏、血压等生命体征以及意识、面色变化、出血等情况；使用心电监护仪对患者进行持续心电监测，一旦出现病情变化，应在途中紧急抢救，如采取心电除颤术等。

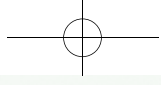
（8）做好抢救、观察、监护等有关医疗文件的记录，并做好伤病员的交接工作。

任务实施

具体实施过程如表 1-1 所示。

表 1-1 院前急救的步骤、程序和注意事项

操作步骤	操作程序	注意事项
操作前	评估： · 快速评估危重病情：意识、血压、心率、呼吸等； · 检查伤情：对头部、颈部、胸部、腹部、骨盆、脊柱及四肢，有针对性地重点检查； · 完成病情分类	· 对病情进行评估前先评估环境会不会对救护者、伤者和旁观者造成伤害； · 消除现场危险因素，如触电，先切断电源
操作中	1. 安置体位 · 根据不同的情况摆放体位。 2. 维持呼吸功能 · 保持呼吸道通畅； · 口对口人工呼吸、简易呼吸器、环甲膜穿刺等。 3. 维持循环功能 · 胸外心脏按压； · 电除颤。 4. 及时送医 · 边现场救治边拨打 120 急救电话，迅速送往就近医院	
操作后	风险防范： · 注重社会人员急救技能的培训	



知识拓展

常用的急救穴位

中医急救简便、有效、实用、灵活。常用的急救穴位有：

1. 人中穴：急救第一要穴。位于人中沟的上 1/3 与中 1/3 交点处。

【手法】向上刺激 0.3~0.5 寸（1 寸≈3.33 厘米）。

【主治】昏迷、晕厥、暑病、癫狂、痫证等。

2. 合谷穴：止痛第一要穴。位于手背第一、二掌骨之间，以一手拇指关节横纹正对另一手的拇、食指之间的指蹼缘上，拇指尖所指处就是合谷穴。

【手法】点揉按即可。

【主治】头痛眩晕、目赤肿痛、鼻衄、齿痛等。

3. 内关穴：止心腹疼痛重要穴位。位于腕横纹上二寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

【手法】点揉按即可。

【主治】心痛、心悸、胸痛、胃痛等。

4. 神阙穴：胎儿气血运行之要道，神气出入之宫门。肚脐所在处即为此穴。

【用法】隔姜灸或隔盐灸。

【主治】中风虚脱、四肢厥冷等。

5. 涌泉穴：位于足底足趾跖屈时呈凹陷处，约足底二、三趾趾缝纹头端与足跟连线的前 1/3 与后 2/3 交点上。

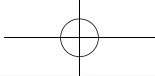
【手法】点揉按皆可；可艾灸，可蒜泥灸。

【主治】头痛头晕、咽喉痛、小儿惊风等。

同步练习

请扫描下方二维码获取本任务练习题。





任务评价

自我检测单

姓名:	专业:	班级:	学号:
任务分析	需要实施院前急救的情况:		
	伤者病情的评估:		
	伤者的现场救护:		
任务实施	操作前: 评估		
	操作中: 现场救护		
	操作后: 风险防范		

思考实践

1. 生活中碰到意外事故发生时应怎样正确地拨打 120 电话?
2. 生活中碰到意外事故发生时应怎样正确地实施院前急救?