
常见急症的社区急救

首都医科大学附属复兴医院

急诊科 赵丽

社区急救

- 随着社区卫生事业的发展及功能定位，社区基层医生的职责越来越重要。同时，社区急救任务也相应的摆在了社区医生的面前。
-

社区急救

社区急救在救治病人中的 地位和重要性

社区急救

- 社区急救属于院前急救，是指急、危、重患者进入医院前的医疗急救，同**120**急救一样，主要任务是维持患者生命体征、及时对症治疗，为院内救治争取宝贵时间和抢救机会。
-

社区急救

- 社区内急危病发病率呈逐年上升趋势
 - 其中慢病急发、慢病突变的事件增多
 - 社区急救的地位越来越受到人们的重视，对院前**120**急救及院内抢救起着承上启下的桥梁作用。
-

社区急救

在基层社区急救的特点：

医疗条件比较简单

思想意识薄弱

患者的第一目击者

抢救的“黄金时刻”

社区急救

社区医生的急救意识和处置 能力的培养

社区急救

- 患者，老年男性，憋气，呼吸困难就诊，胸片提示慢性支气管炎，双肺纹理增粗，心电图提示：**v1-v6ST** 段明显压低。
 - 作为社区医生应该如何处理？
-

社区急救

1、诊断思路

呼吸困难的原因，肺源性、心源性？

2、病情的判断，是否有危险？

3、做何相应的处理？

4、一旦出现生命危险该如何救治？

社区急救

- 1、要有充分的思想准备，应对随时出现的突发事件，具有解决危重急症的初步处置能力。
 - 2、提高危重疾病的认知水平，特别是要掌握急诊急救医学专科知识，尤其是危重症的早期评估和早期处理。
 - 3、掌握基本急救技能和急救设备的使用，例如心肺复苏术、心脏除颤仪、简易呼吸机，危重患者的体位等。
-

社区急救

常见急症的早期处理

社区急救

需要注意的常见情况:

- 1、昏迷、休克、误吸、呼吸困难、胸痛等
 - 2、意外损伤：外伤、骨折
 - 3、中毒：CO、食物、安眠药
-

社区急救

急救的目的:

抢救生命，降低死亡率

防止病情继续恶化

减轻病痛，降低伤残率

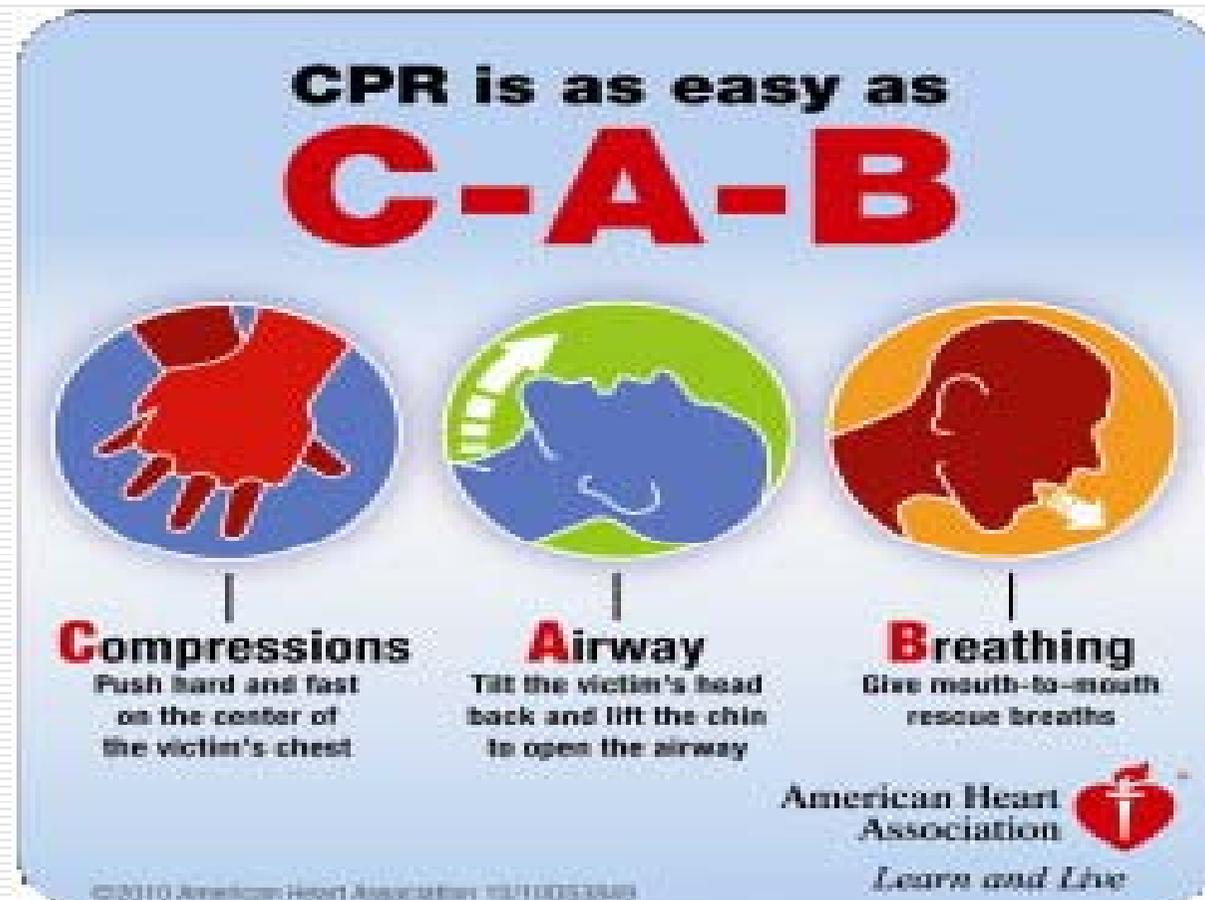
心肺复苏术



呼吸心跳骤停的判断

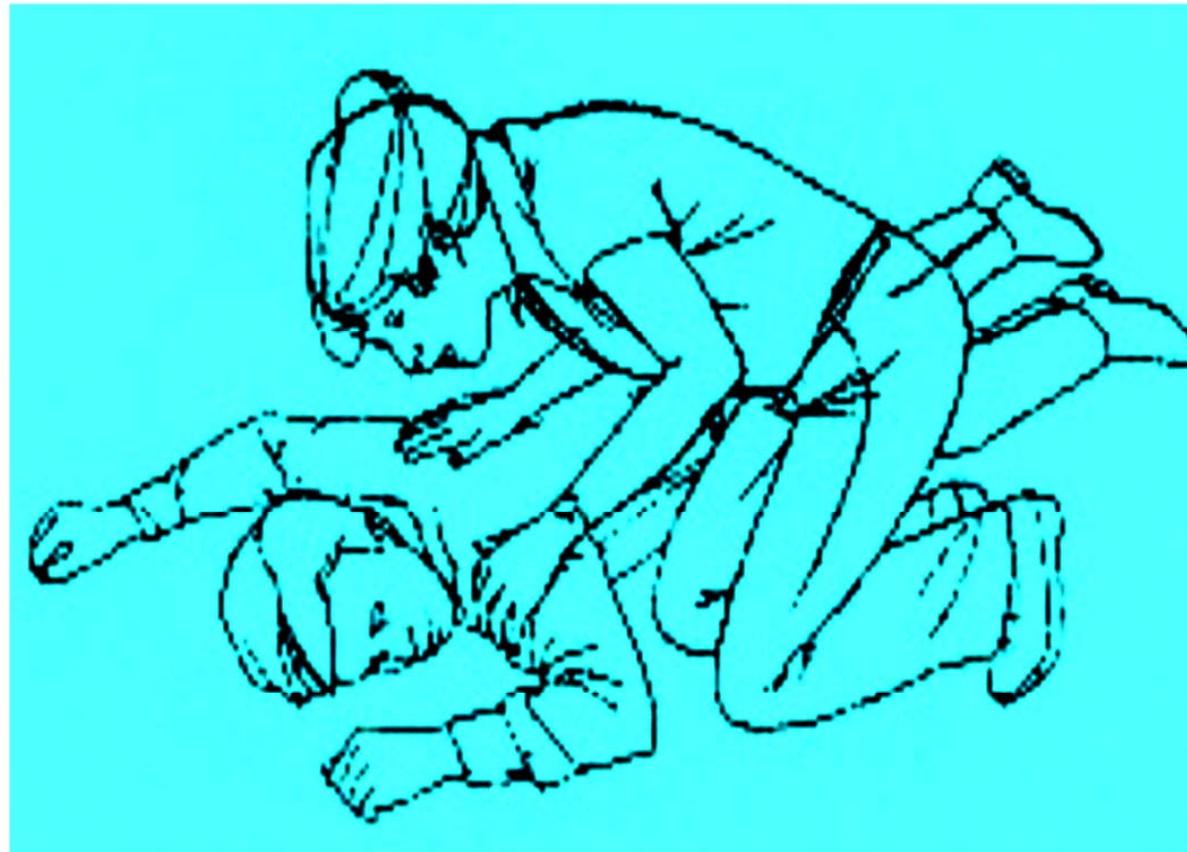
- 病人意识突然丧失，昏倒于任何场合
 - 心音无
 - 大动脉无
 - 心跳呼吸停止
 - 面色苍白或紫绀，瞳孔散大
 - 心电图一直线、心室颤动和心电机械分离
-

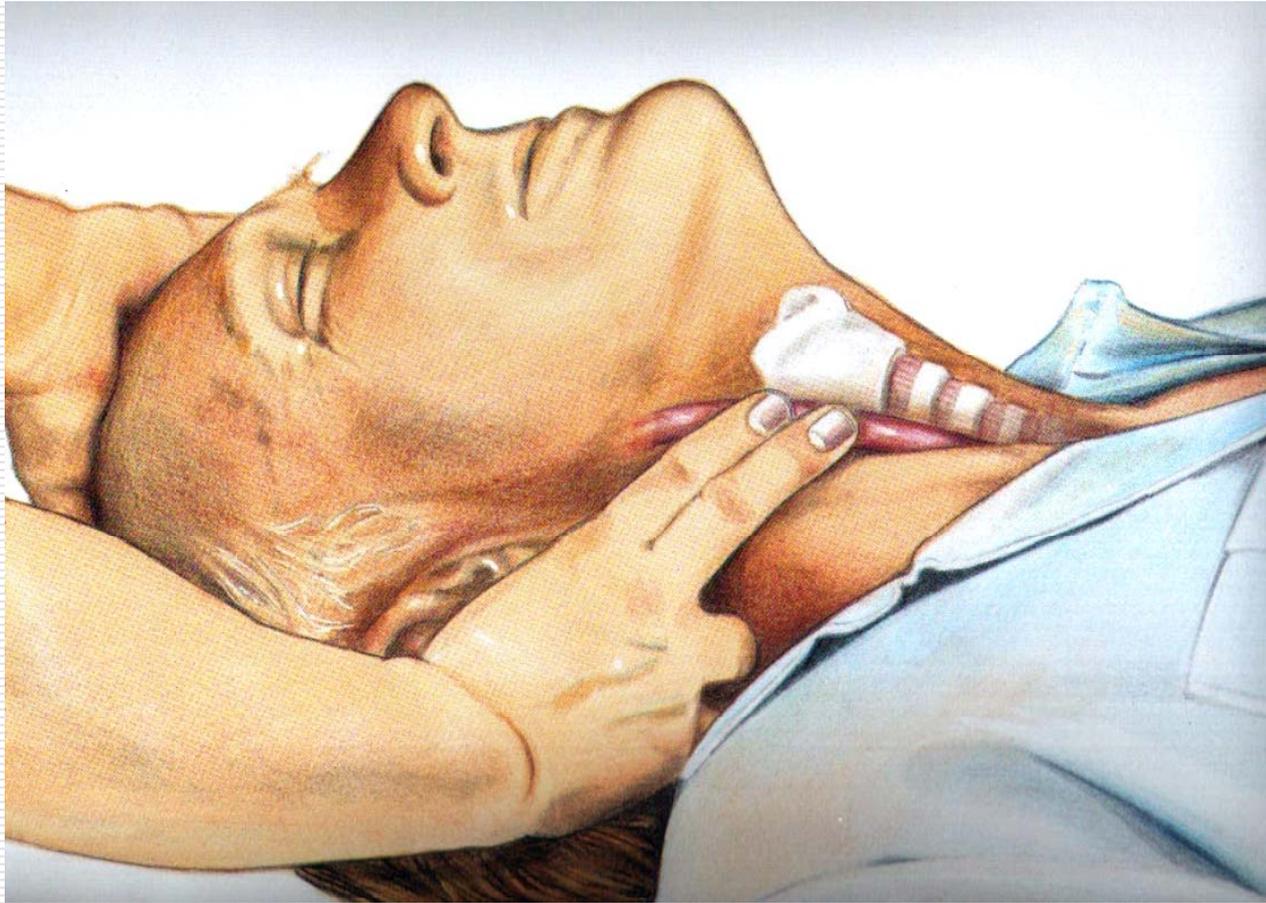
2010 CPR步骤的变化



心肺复苏步骤

- 发现病人倒地。确认现场是否存在危险因素，以免影响救治。
 - 判断病人意识（注意做到轻拍重唤），如无反应，立即呼救并请求他人拨打电话，与急救医疗救护系统联系。
 - 如现场只有一个抢救者，则先进行**1分钟**的现场复苏后，在联系求救。
-



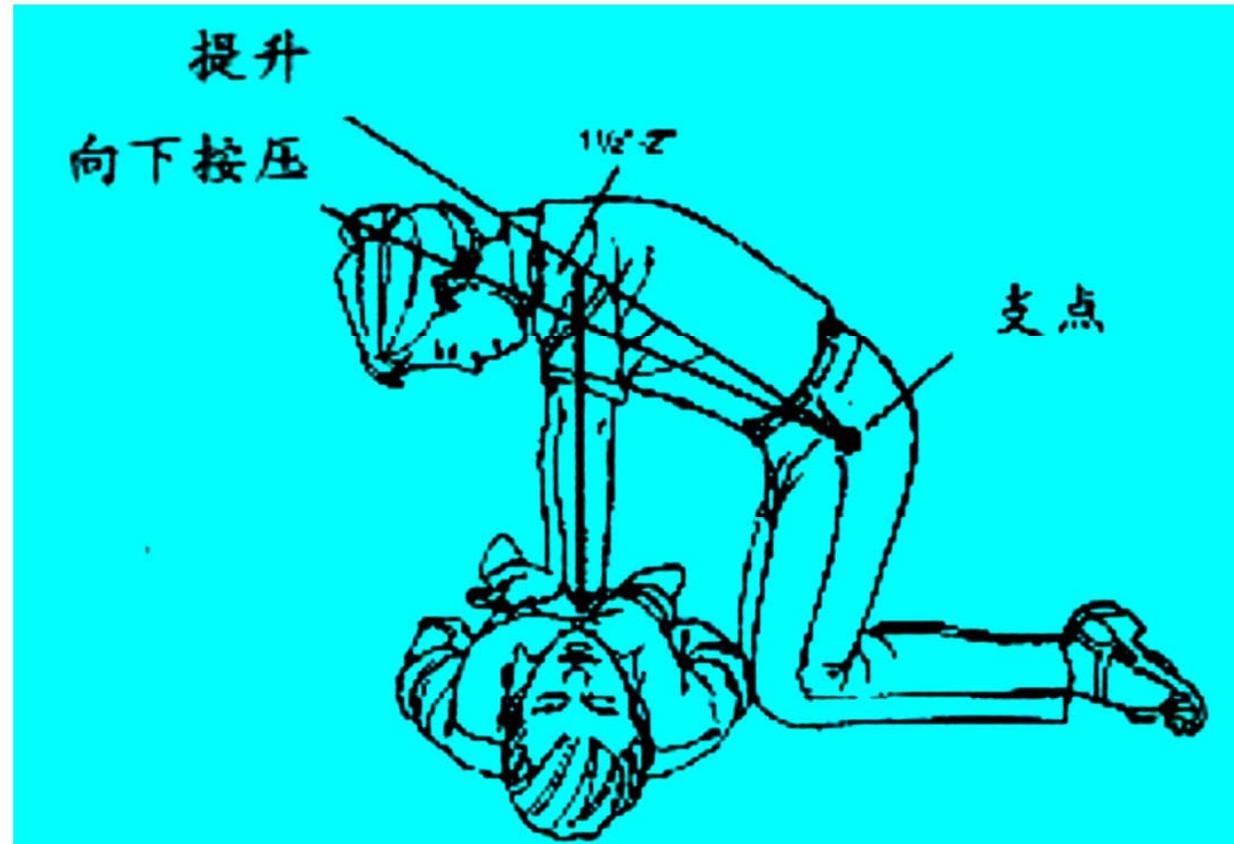


心肺复苏步骤

- 立即将病人置于复苏体位（平卧位），触摸颈动脉，未触及立即实行胸外心脏按压。
 - 按压**30**次后，立即开放气道，进行口对口人工呼吸。
 - 胸外按压与人工呼吸比例为**30：2**
 - 单纯进行胸外按压时，每分钟频率至少为**100**次/分钟。
 - 有条件者及早实施体外除颤。
-

胸外心脏按压方法

一手的鱼际处紧贴在按压部位上，双手重叠握紧，双臂绷直，双肩在病人胸骨上方正中，垂直向下按压，按压力量应足以使胸骨下沉大于5厘米，压下后放松，但双手不要离开胸壁。反复操作，频率大于100次/分钟



胸外心脏按压

定位：双乳连线与胸骨垂直交叉点下方1横指。

幼儿：一手手掌下压。

婴儿：环抱法，双拇指重叠下压；或一手食指、中指并拢下压。

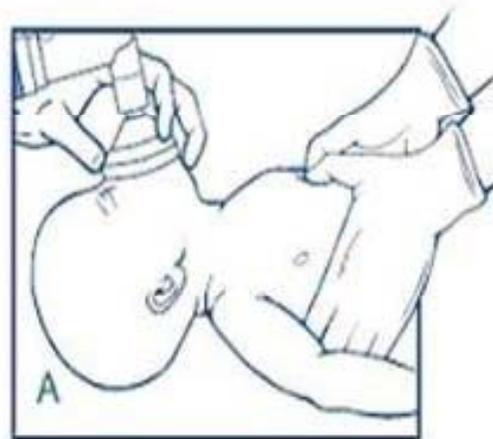
下压深度：幼儿至少2.5~3.5厘米，婴儿至少1.5~2.5厘米。

按压频率：每分钟至少100次。



胸外按压位置

胸外按压的两种方法



拇指法



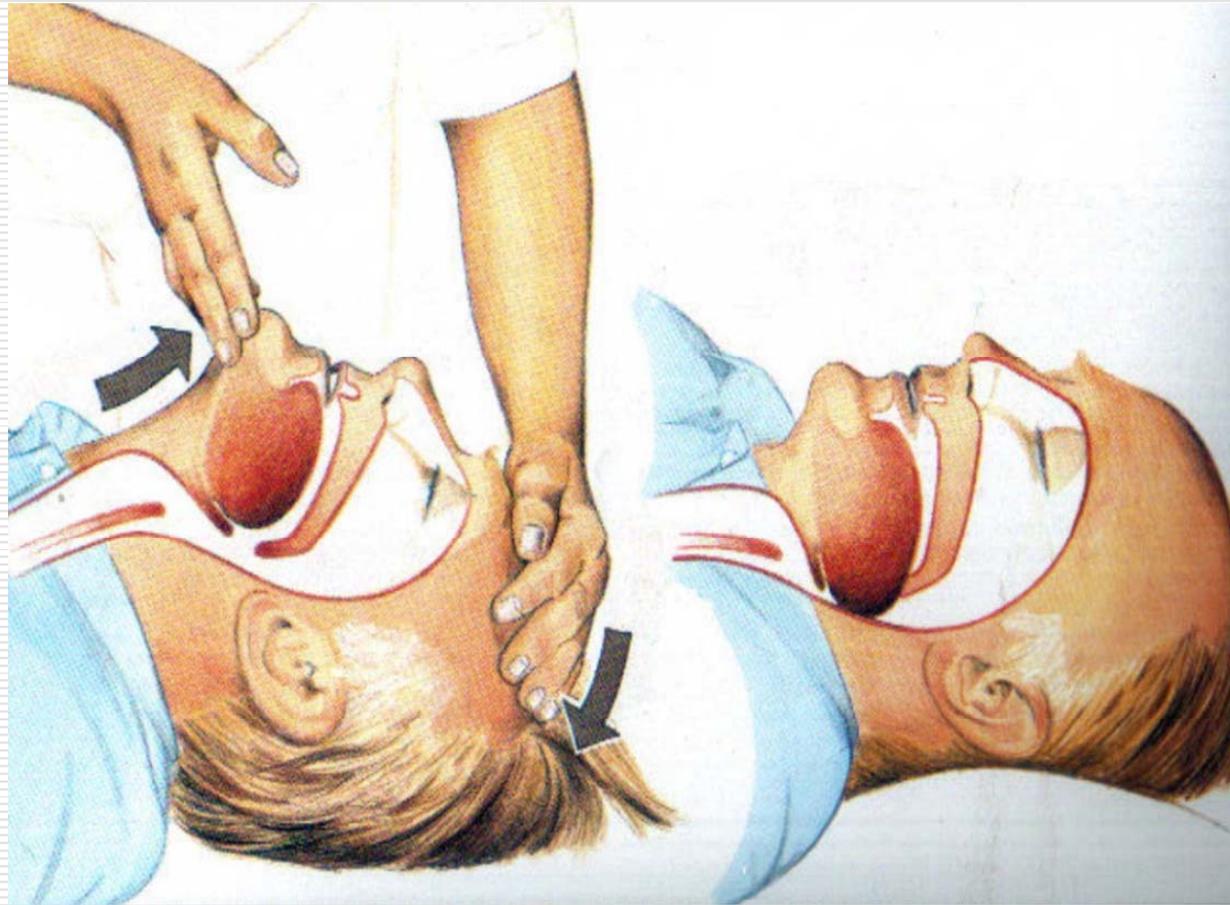
双指法

开放气道

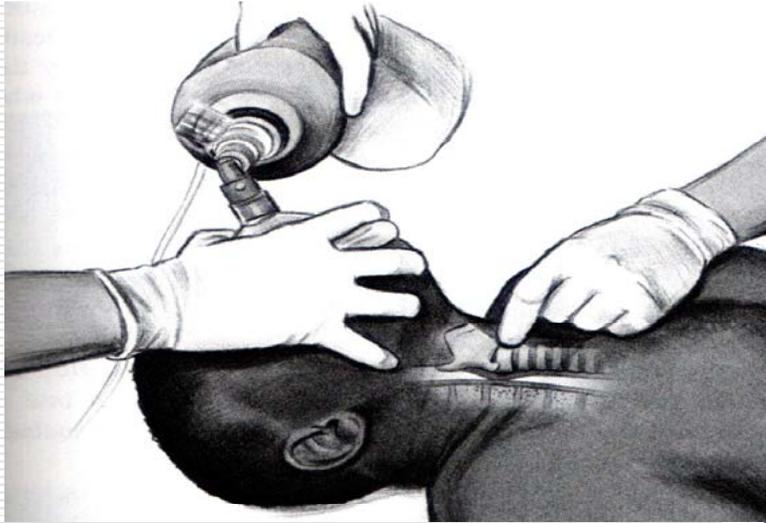
仰头举颏法...

使伤病员下颏经耳垂连线与地面呈90度。

（儿童50度，婴幼儿30度）

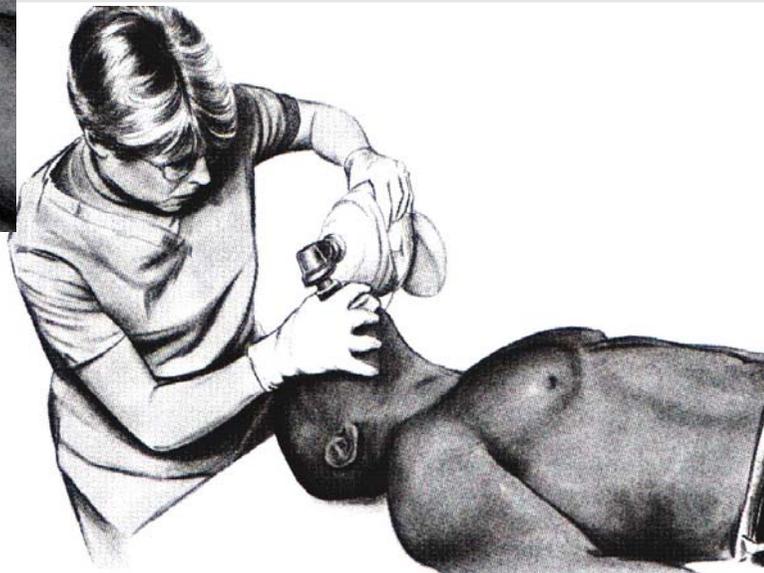


气囊正压通气

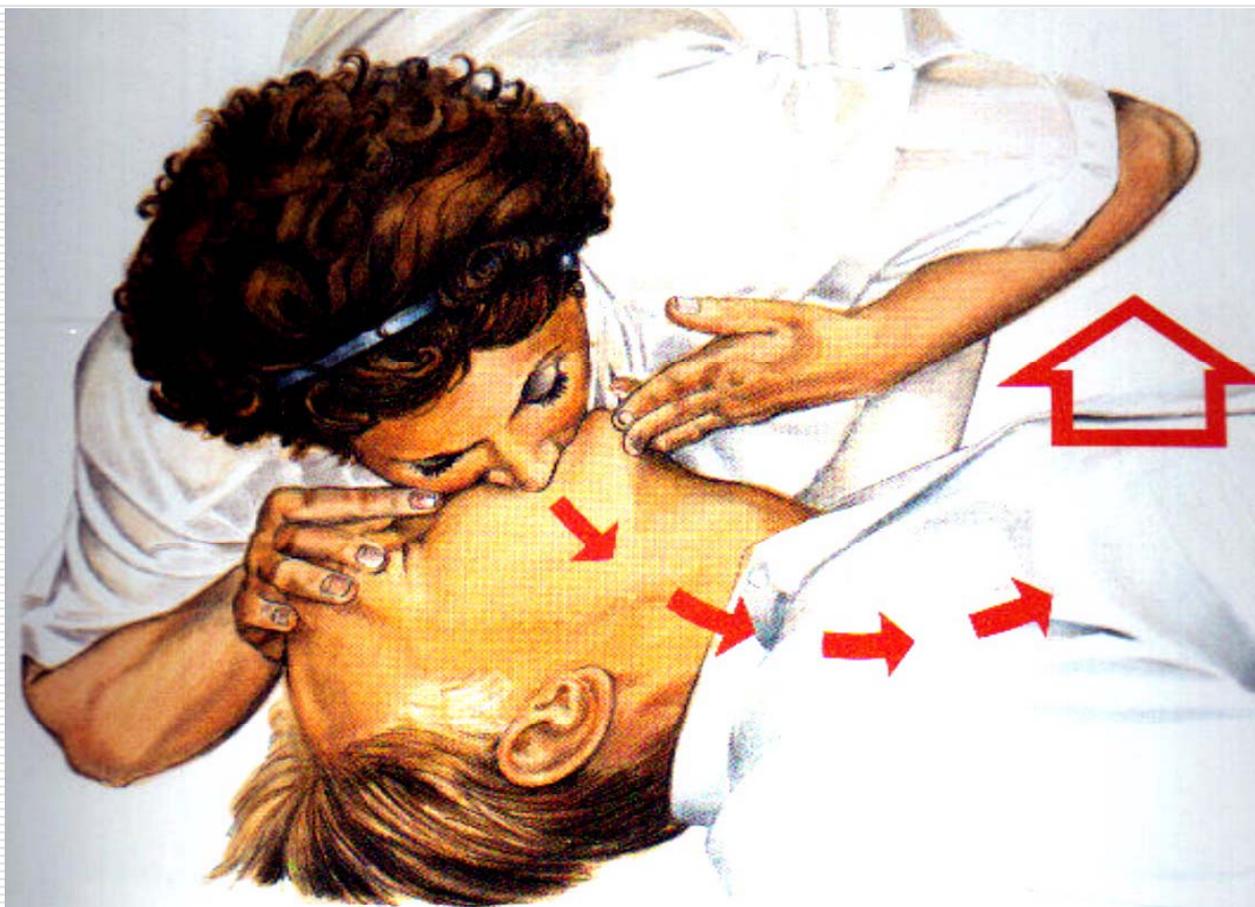


气囊正压通气

赛利克手法
Sellick Maneuver



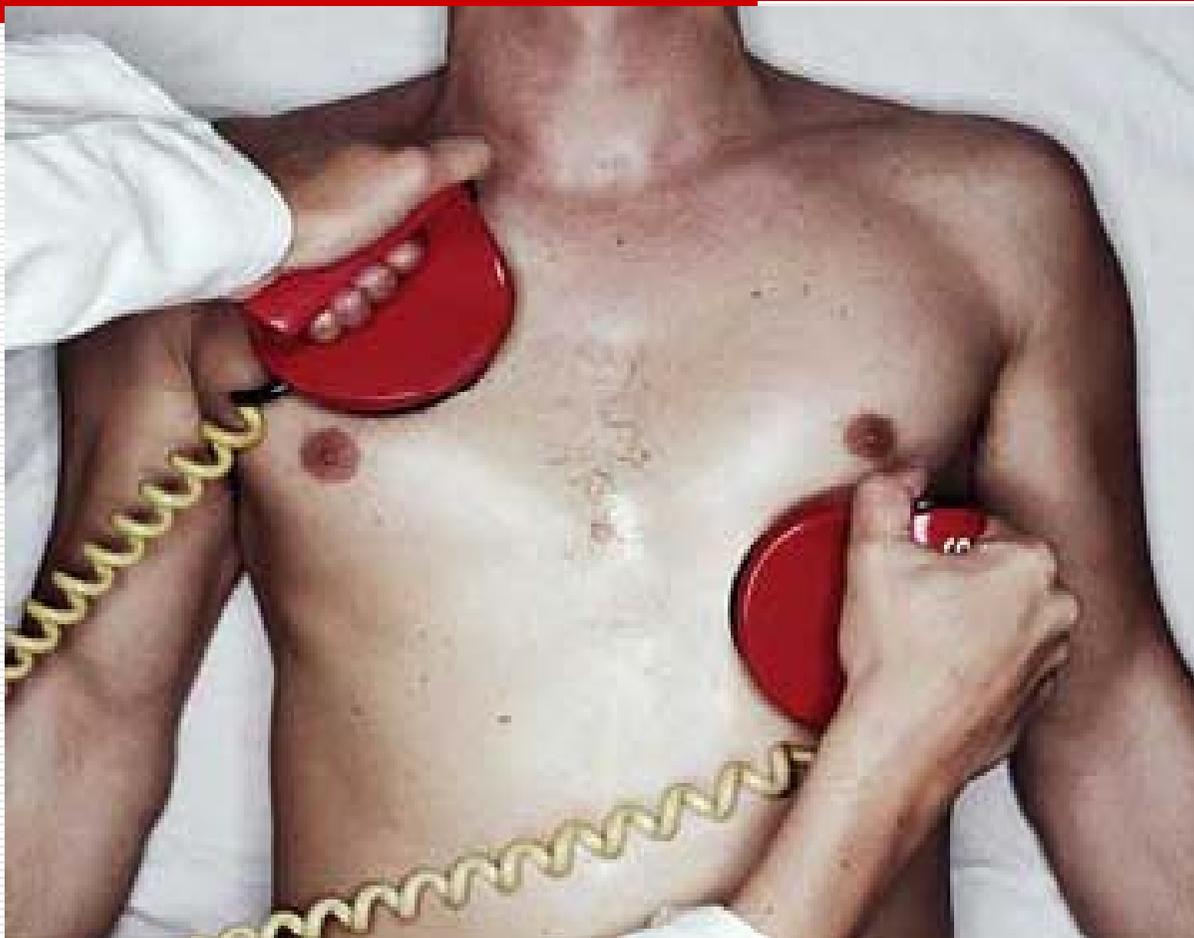
人工呼吸



电除颤

- 早期电除颤,
 - 除颤指征: ①室颤(VF)
②无脉性室速(pulseless VT);
 - 除颤能量:
 - 单向波形: 360J;
 - 双相指数截断波形: 150—200J;
-

电除颤



窒息的处理

窒息

- 窒息是社区老年人常见的死因，随着患者老龄化、心脑血管病的致残率的增加、慢性肺部疾病等，无论是痰液、或呛咳等原因，老年人极易发生窒息，如果早期得不到处理，可造成不可挽回的局面，
-

窒息

- 表现为烦躁不安、面色苍白、鼻翼煽动、三凹征、口唇发绀、血压下降、瞳孔散大等呼吸困难表现。
 - 窒息救治的关键是早期发现与及时处理。如发现患者有窒息症状时，则应争分夺秒进行抢救。
-

窒息

- 对窒息的患者，针对不同的原因采取不同的措施：
 - (1) 如果因为血块或分泌物等阻塞咽喉部的患者，要迅速用手掏出或用塑料管吸出阻塞物，同时改变体位，采取侧卧或俯卧位，继续清除分泌物，以解除窒息。
-

窒息

(2) 因舌后坠而引起的窒息，可将舌牵拉出口外，亦可将头偏向一侧或采取俯卧位，便于分泌物外流。

窒息

(3) 气道异物阻塞：气道部分阻塞者，鼓励患者通过用力咳嗽自行排出异物。气道完全阻塞者可采用“腹部冲击法”或“胸部冲击法”将异物排出，解除气道梗阻。

休克的处理

休克

- 主要表现为面色苍白、四肢湿冷、肢端发绀、脉搏细数 >100 次/分或不能触及、尿量减少、神志迟钝、血压下降（收缩压 $<90\text{mmHg}$, 脉压 $<30\text{mmHg}$, 原有高血压患者收缩压较基础水平下降 30% ）
-

休克

- 最常见的原因因为低血容量性休克（以失血、脱水或严重创伤为多见）
 - 感染中毒性休克
 - 心源性休克
 - 过敏性休克
-

休克

- 休克要早发现早治疗，以免组织长时间缺血缺氧，导致细胞死亡。
 - 治疗要根据病因选择抗休克治疗
 - 首先是稳定生命指征，保证重要器官的微循环灌注和改善细胞代谢。
-

休克

- （1）要注意体位，仰卧头低位，下肢抬高 20° - 30° ，有心衰或肺水肿者半卧位或端坐位。
 - （2）迅速补充血容量，除心源性休克外，补液是抗休克的基本治疗，尽快建立大静脉通道或双通路补液。
-

休克

(3) 改善低氧血症，保持呼吸道通畅，吸氧，必要时气管插管等措施。

(4) 应用血管活性药物，可应用多巴胺、异丙基肾上腺素、去甲肾上腺素等药物。

(5) 休克时间长者，根据血气分析酌情应用碳酸氢钠。

急性哮喘的救治

急性哮喘

- 患者多有哮喘病史、突然发作喘息、咳嗽、胸闷、呼吸困难、多与接触变应原、冷空气、物理或化学性刺激、呼吸道感染等有关，双肺可闻及散在或弥散性哮鸣音，诊断时注意除外气胸和喉头梗阻。
 - 迅速控制哮喘是挽救患者生命的关键。
-

急性哮喘

- (1) 主要手段是吸入 β_2 受体激动剂和抗胆碱能药物，沙丁胺醇、特布他林、异丙托溴铵等。
 - (2) 吸氧。
 - (3) 茶碱类：氨茶碱或喘定。
 - (4) 糖皮质激素：吸入和静脉应用。
- ! 注意避免应用镇静药和粘液溶解性药物。
-

急性胸痛

急性胸痛

- 急性胸痛是一些致命性疾病的临床表现，如急性冠脉综合征、主动脉夹层、肺栓塞、气胸、食道损伤等，遇到胸痛的患者一定要高度重视，
-

急性胸痛

- 首先要行心电图检查、指尖氧饱和度的监测和临床表现，如果患者表现为烦躁、大汗、紫绀、血压升高或下降、呼吸困难等，要引起警惕。
-

急性胸痛

- 如心电图提示急性冠脉综合征，要立即给予阿司匹林**150-300mg**嚼服，打开静脉通道，应用吗啡**2-4mg**，硝酸甘油等，尽早在急救专业人员的监护下送往上级医院，但随时做好除颤和复苏的准备。
-

急性胸痛

- 如果心电图没有特异性改变，要除外主动脉夹层和肺栓塞，主动脉夹层多出现突然地剧烈的撕裂样疼痛、背部剧烈疼痛、血压顽固性升高或降低，社区急救的主要手段是吗啡止痛和维持血压在120/70mmHg。
-

急性脑血管疾病 的处理

急性脑血管病

- 急性缺血性脑血管疾病
 - 急性出血性脑血管疾病
-

急性脑血管病

- 缺血性脑血管疾病发病较缓慢，多在安静状态或睡眠中急性发作，逐渐加重，发病后**10**余小时或**1-2**日达高峰，可因病灶的部位及大小不同，表现各异，头晕头痛，不同程度的意识和肢体活动障碍。
 - 出血性脑血管病多发病急骤，病情进展快，伴有头痛、恶心、呕吐，常有生命体征不平稳。
-

急性脑血管病

- 在社区急性脑血管病的处理重点是保证患者生命体征，为降低死亡率和致残率，保护神经功能创造机会，尤其在发病**3**小时内的缺血性脑血管疾病者，尽量创造及早送医院机会，争取早溶栓治疗。
-

急性脑血管病

- 注意控制血压，但不宜把血压降得太低，以免加重神经功能损伤。
 - 缺血性脑血管疾病血压应控制在**180/110mmHg**以下，但不低于**160/100mmHg**。
 - 出血性脑血管疾病血压应控制在**180/100mmHg**以下，但不宜过低。
 - 怀疑有脑出血伴昏迷或呕吐的患者可给予**20%**的甘露醇以降颅压，保证患者生命安全。
-

外伤的初步处理

外伤

1. 头皮损伤

- (1) 裂伤—迅速包扎伤口、加压包扎止血
- (2) 血肿—早期冷敷、加压包扎、24 h 后改热敷（血肿较大，穿刺抽血、加压包扎）
- (3) 头皮撕脱伤（大量出血、剧烈疼痛、休克）—加压包扎止血、止痛、抗休克

保存撕脱头皮

外伤

2、颅骨骨折与脑损伤

- (1) 安静平卧，头垫高15cm左右，解开领扣。
 - (2) 保持头部稳定，勿随便搬动
 - (3) 头部伤口包扎止血，立即送院
-

外伤

骨折

1. 局部表现与判断

- (1) 疼痛压痛、肿胀瘀斑、功能障碍；
 - (2) 畸形、反常活动、骨擦音或骨擦感；
有其中特征之一即可确诊
-

骨折

急救处理

(1) 抢救生命

出血—止血（加压包扎 / 止血带）；

休克—有条件立即输液、输血；

昏迷—保证呼吸道通畅；

疑有骨折—都应按骨折处理。

骨折

(2) 伤口包扎—止血、减少再污染

采用无菌敷料、三角巾、毛巾、头巾、手帕、衣服、领带等

外露伤口骨折断端—禁送回伤口内

松紧适宜、指（趾）外露

由远心端向近心端包扎

忌在伤口、骨隆突处打结，打结应在肢体外侧

骨折

(3) 固定

目的：防止对血管、神经、
脏器的损伤

减轻疼痛、预防休克

扶托肢体、舒适安全，便于运送

骨折

方法：固定物超过骨折端上下关节
将上肢与胸壁、下肢与健肢固定
夹板长度与宽度，与骨折肢体相适合
夹板不可直接接触皮肤
夹板两端、骨隆突处、悬空部位应加衬垫
松紧适宜—不影响血运，又能固定

中毒的急救

中毒的急救

中毒的急救

急性中毒的一般救治原则

1. 生命支持；
 2. 清除毒物；
 3. 解毒药物的使用；
 4. 对症和支持治疗。
-

中毒的急救

□ 终止毒物接触

撤离污染环境

口腔清洁

皮肤清洁

眼部清洁：生理盐水或清水

冲洗角膜

15- 20分钟

中毒的急救

清除毒物

1. 体表污染毒物的清除：去除污染衣物，清洁皮肤
 2. 胃肠道毒物的清除
 - (1) 催吐 (2) 洗胃 (3) 导泻与灌肠
 - 1) 导泻：50%硫酸镁或20%甘露醇500ml，加5%葡萄糖500ml稀释后口服。
 - 2) 灌肠：生理盐水100ml作高位灌肠。
-

中毒的急救

□ 紧急复苏

(1) 呼吸支持：急性中毒病人常因气道阻塞致死

- * 保持气道通畅、清除口腔内呕吐物或气管分泌物
 - * 昏迷者，气管插管呼吸支持
 - * 中毒伴呼衰者：毒物排出前不宜应用呼吸兴奋药，以免诱发惊厥和心律失常
-

中毒的急救

(2) 循环支持：低血压者静脉输注晶体液、血浆、或其代用品。无效时：多巴胺、多巴酚丁胺

(3) 昏迷和惊厥治疗

纳络酮 地塞米松 甘露醇

惊厥：地西洋 苯妥英钠 苯巴比妥

病人的转运

病人的转运

评估患者为危重患者或有潜在生命危险，要做好转运工作。

- 1、征得病人和（或）家属同意和支持，向其说明转运的理由、必要性、可行性。
 - 2、途中可能发生的意外、风险。
 - 3、应对风险和意外的措施和预案。
 - 4、详细记录病情和家属同意转运的决定。
 - 5、同上级医院联系，请其做好接病人准备。
 - 6、签署家属知情同意书。
-

病人的转运

途中监护：

目标：维持生命征象的平衡或减少波动，及时发现异常并给予相应的处理。

项目：心率、律，血压、呼吸、血氧饱和度、意识状态、瞳孔、尿量等。

社区急救

社区医生面对每一位患者，要做到心里有数，对病情的准确评估是抢救实施的关键步骤，早发现、早治疗。

社区急救

- 社区医生面对急症时，一定要注意病情的评估，要有保证患者生命体征为第一的意识，正确的早期急救方法，为院内急救获得时间，为患者建立生命的桥梁。
-



首都医科大学附属复兴医院

谢

谢