

---

# 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



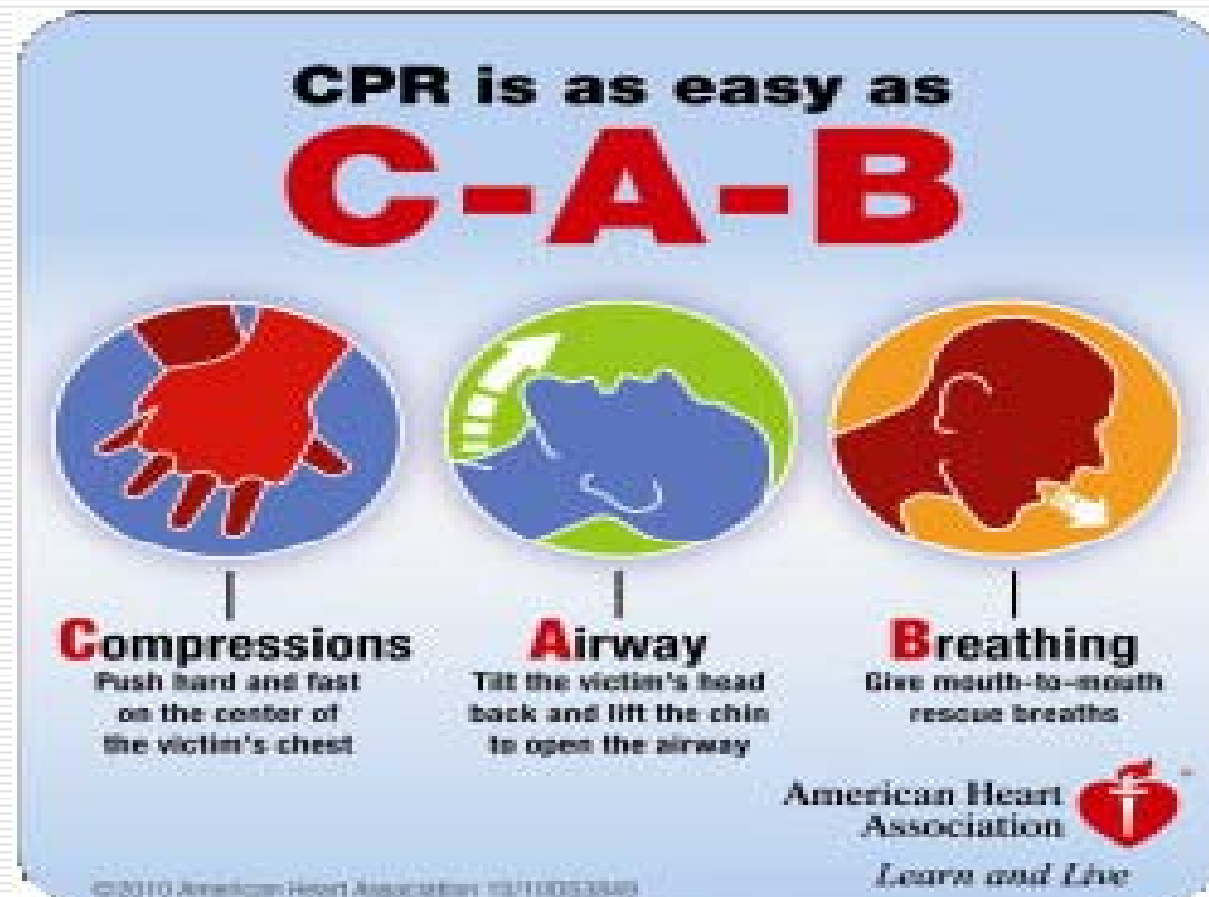
# 呼吸心跳骤停的判断

---

- 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

---

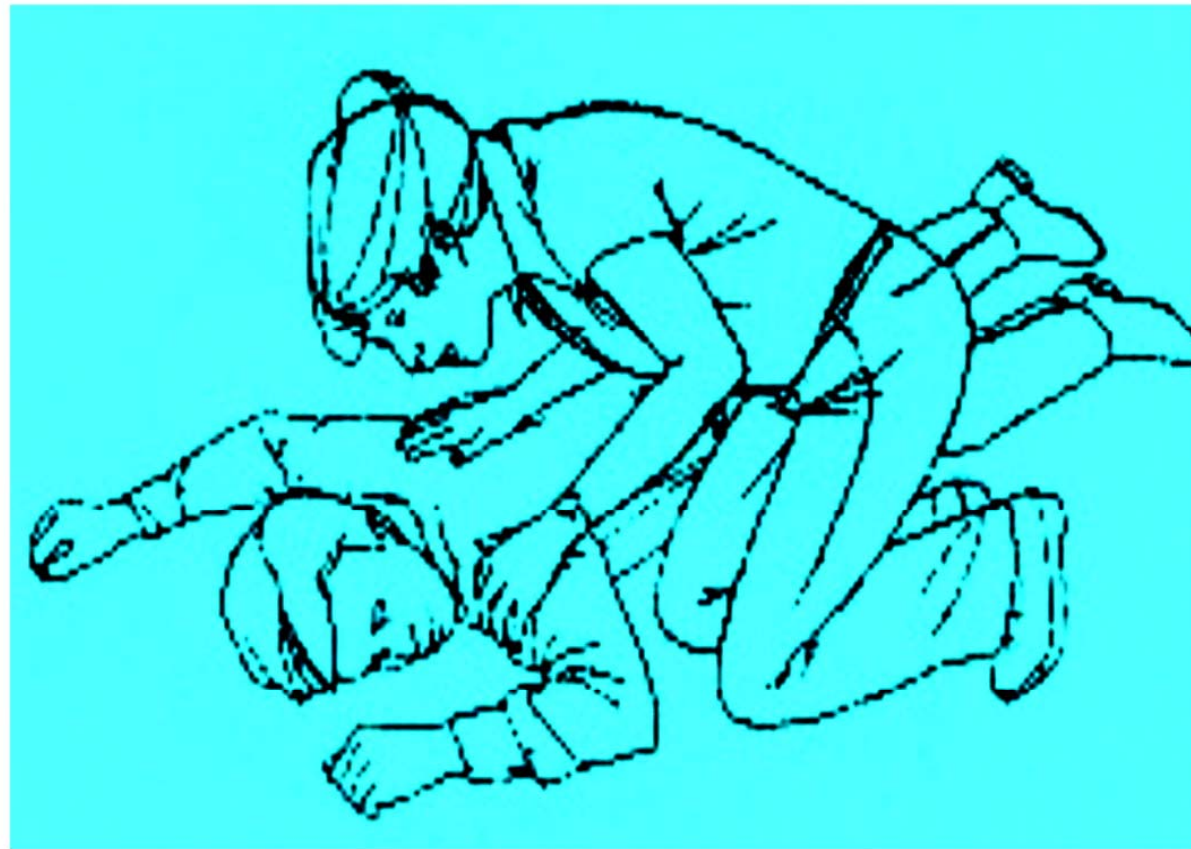


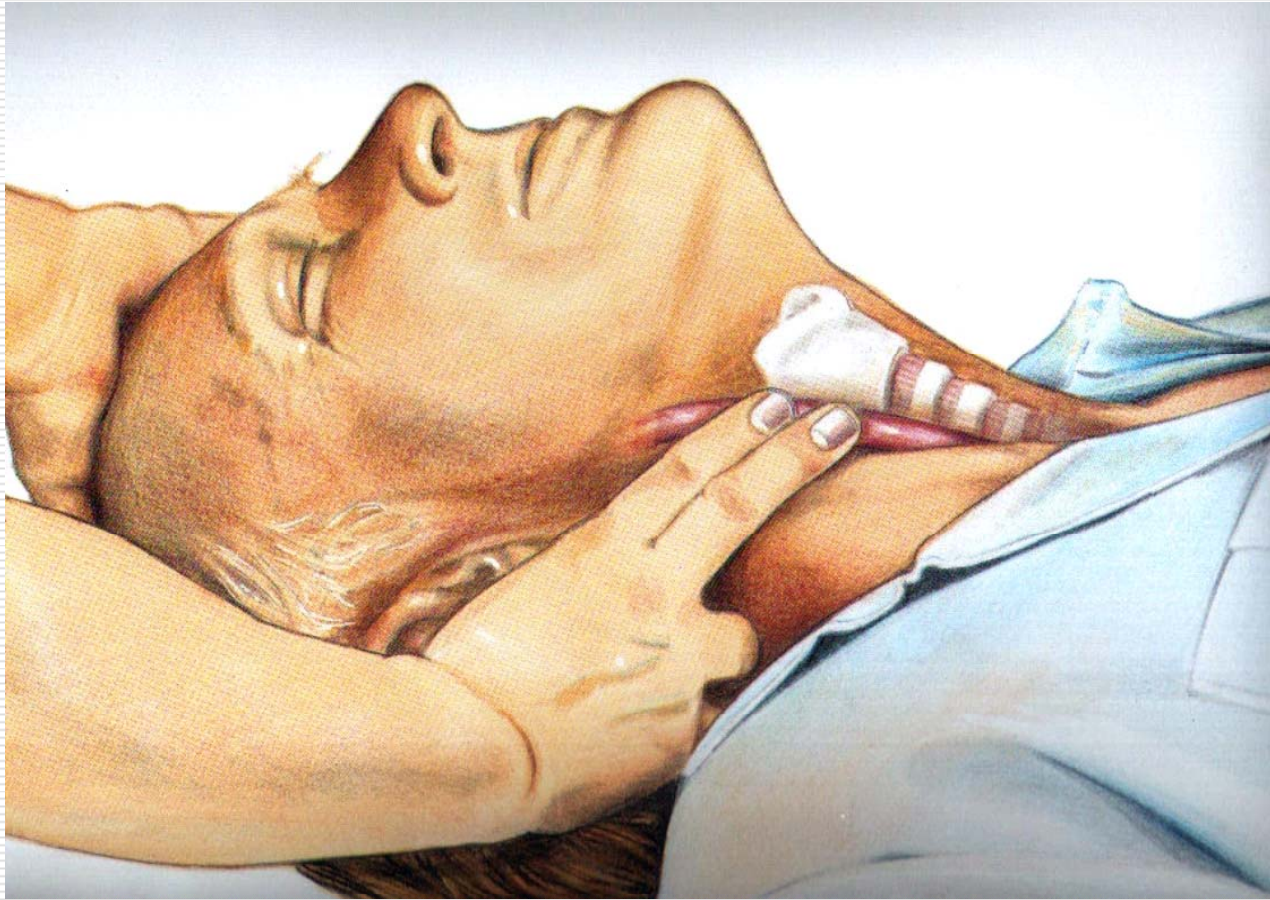


# 心肺复苏步骤

---

- 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。
-





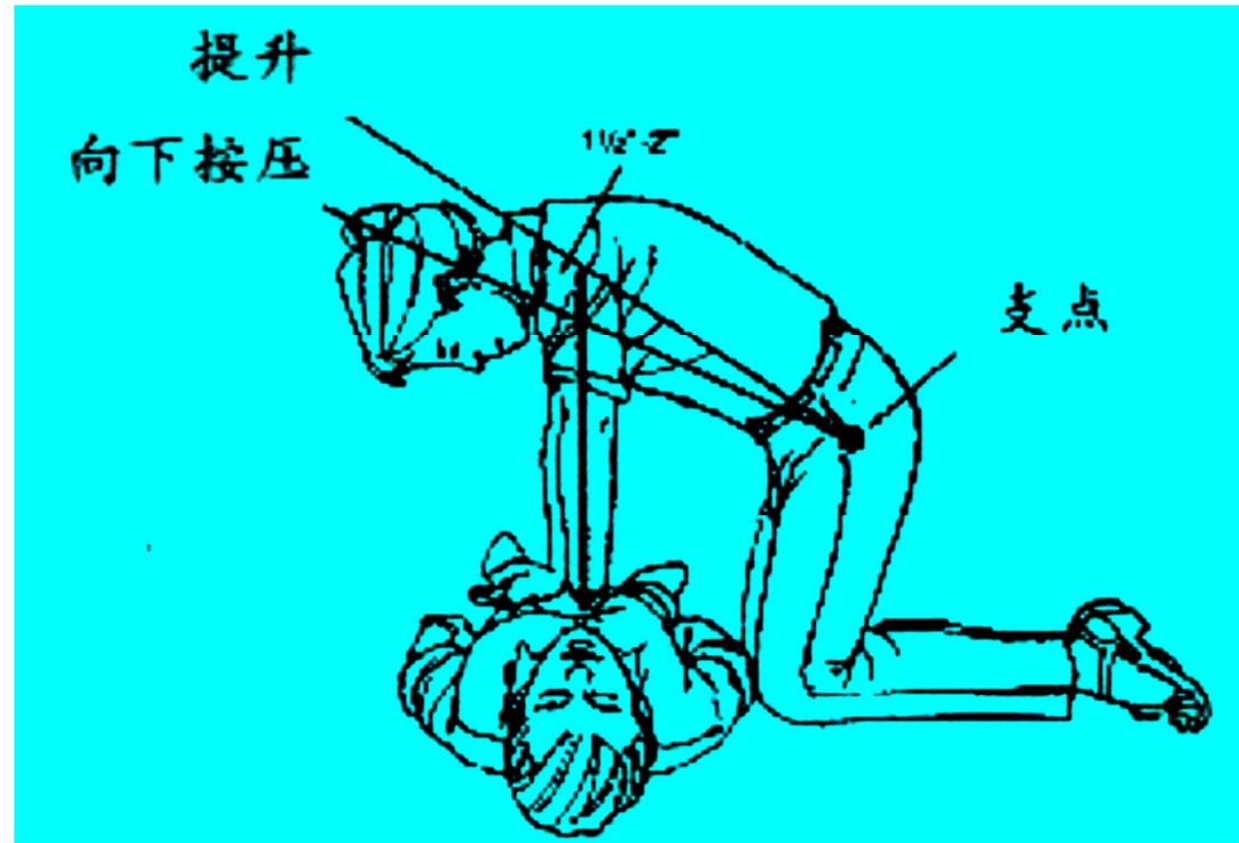
## 心肺复苏步骤

---

- 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。

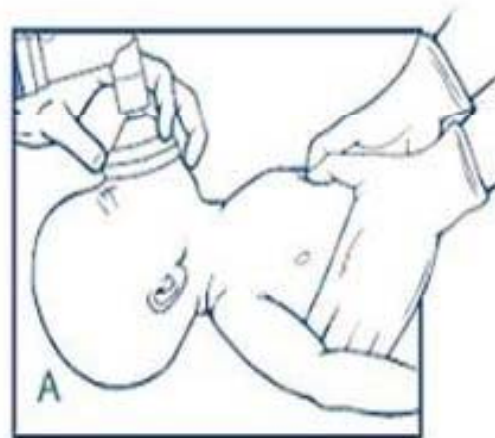
下压深度：幼儿至少2.5~3.5厘米，婴儿至少1.5~2.5厘米。

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



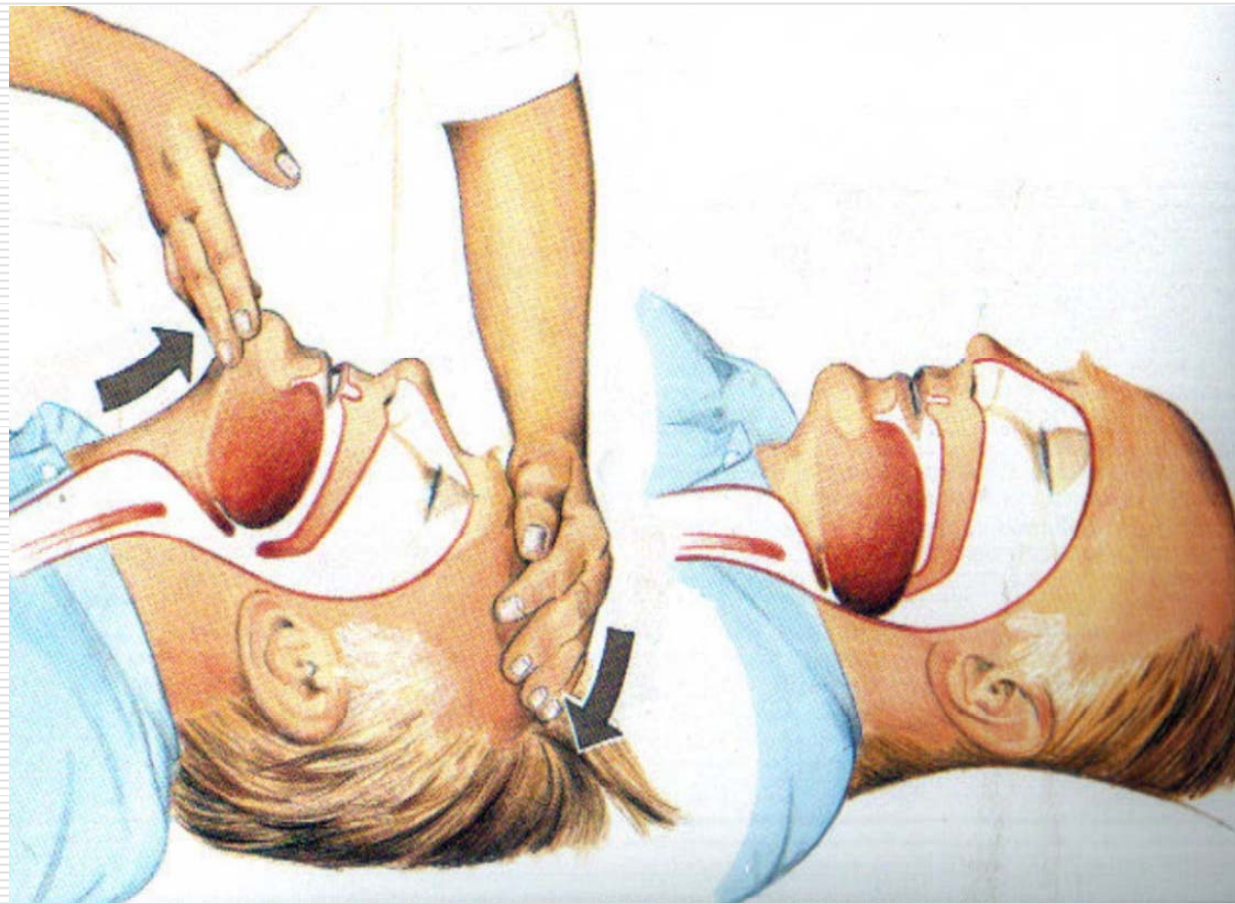
双指法

# 开放气道

## 仰头举颏法...

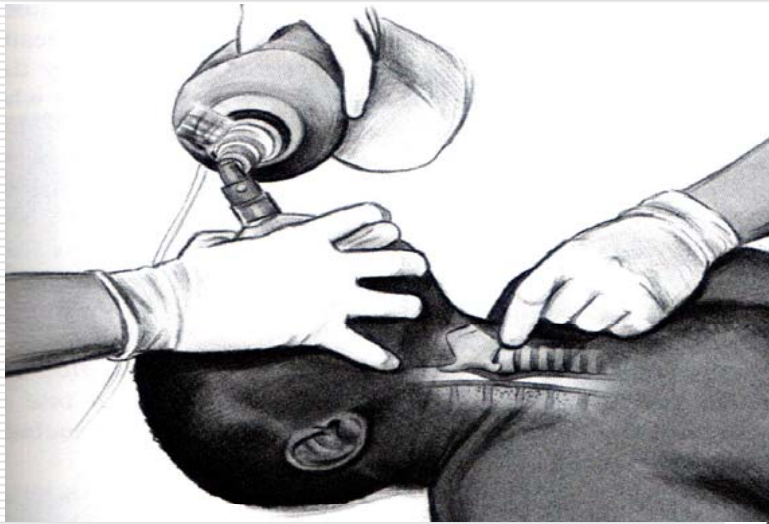
使伤病员下颏经耳垂连线与地面呈90度。

（儿童50度，婴幼儿30度）



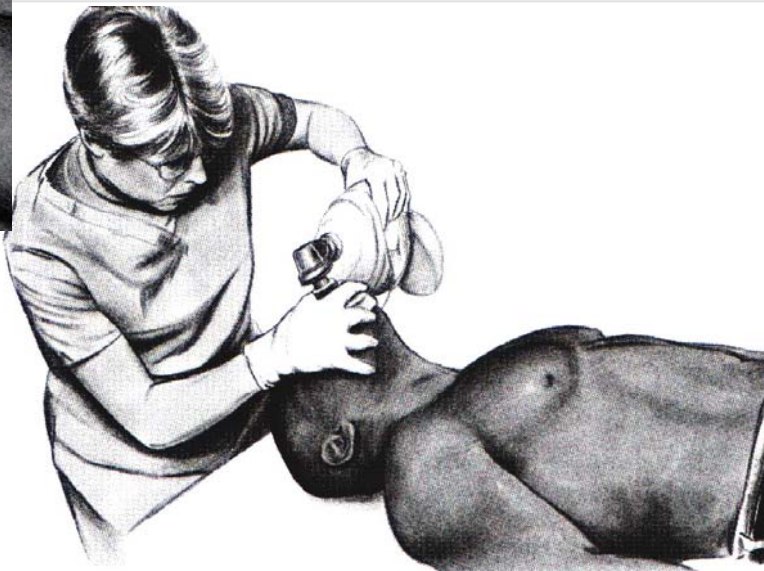
# 气囊正压通气

---



气囊正压通气

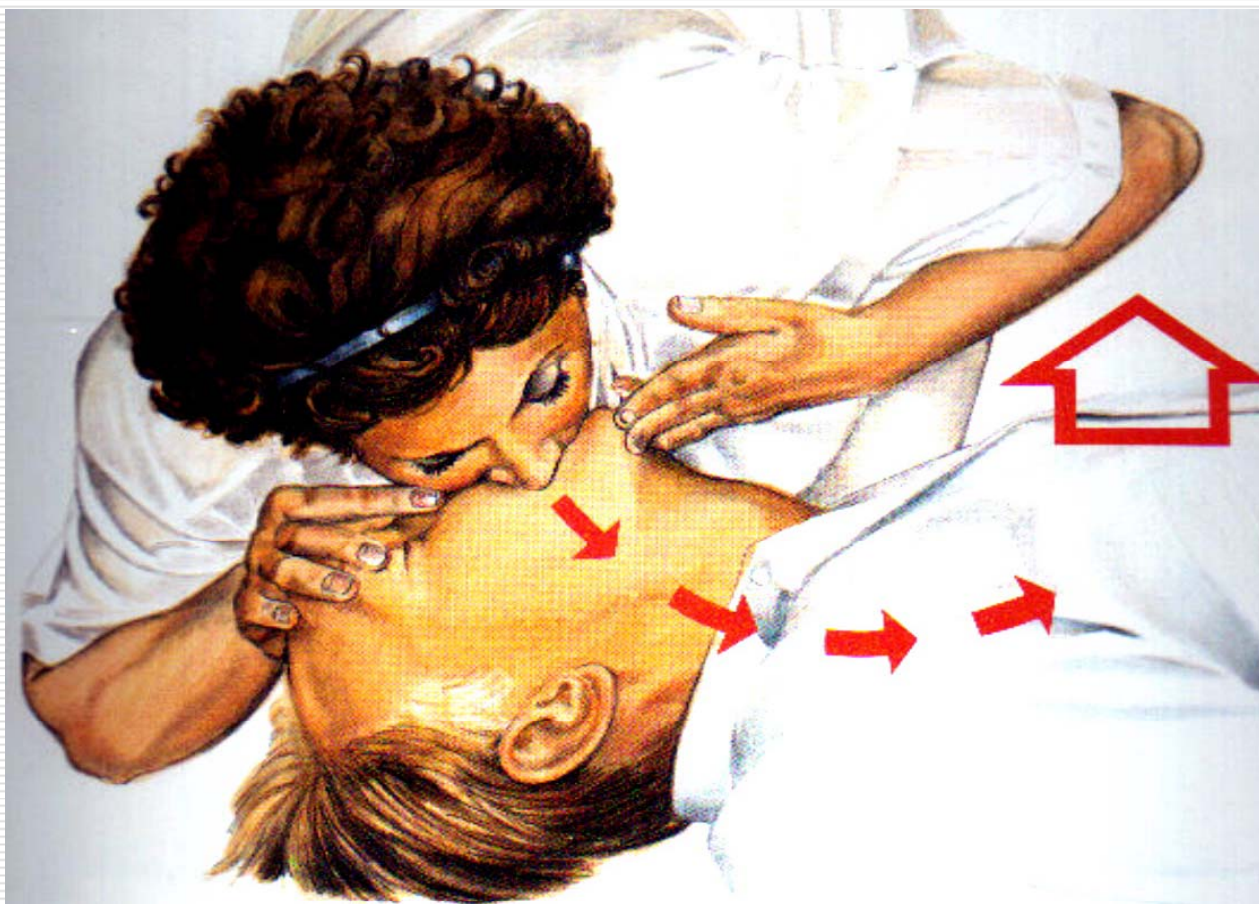
赛利克手法  
**Sellick Maneuver**





# 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 $20^{\circ}$  -  $30^{\circ}$ ，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 $\beta_2$ 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。
-



谢

谢