

- severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality[J]. Crit Care Med, 2007, 35(4): 1105-1112.
- [4] 严静, 刘大为. 降低严重感染与感染性休克的病死率: 机遇与挑战并存[J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(3): 插图.
- [5] Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock[J]. N Engl J Med, 2001, 345(19): 1368-1377.
- [6] 邱海波. 应强化和落实严重感染的早期加强治疗策略[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(2): 119-120.
- [7] Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock[J]. Intensive Care Med, 2004, 30(4): 536-555.
- [8] Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2008[J]. Crit Care Med, 2008, 36(1): 296-327.
- [9] 邱海波, 刘大为. 《2004 严重感染和感染性休克治疗指南》系列讲座(1) 2004 严重感染和感染性休克治疗指南概要[J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16(7): 390-393.
- [10] 中华医学会重症医学分会. 成人严重感染与感染性休克血流动力学监测与支持指南(草案)[J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(3): 129-133.
- [11] 李杰, 席修明, 骆辛. 对中国 ICU 医生应用 SSC 感染性休克指南的调查分析[J]. 中国危重病急救医学, 2008, 20(3): 155-158.
- [12] Barletta JF, Thomas WL, Slot MG, et al. Compliance with guidelines for treating sepsis[J]. Am J Health Syst Pharm, 2007, 64(2): 133-134.
- [13] Carter C. Implementing the severe sepsis care bundles outside the ICU by outreach[J]. Nurs Crit Care, 2007, 12(5): 225-230.

(收稿日期: 2008-07-14)

(本文编辑: 李银平)

• 基层园地 •

浅谈基层医院急诊工作中应注意的几个问题

张国良 王建祥 程瑞年

【关键词】 急诊; 危重病; 判断; 工作方法

急诊工作中需要时刻面对突如其来的危重患者, 患者常诊断不明, 病情变化迅速, 有时难以预防, 特别是年轻医生更感困难。急诊工作的核心是对危重患者的病情判断, 对来诊时貌似“轻症”的患者做出正确的诊断和处理。为此, 我们提出“潜在危重病”的概念, 并根据患者初始临床表现提出判断危重病情的指征。

1 患者危重病情的判断

每个急诊医生面对急诊患者时必须要有 3 个判断: 即死的还是非即死的? 致死的还是非致死的? 器质性的还是功能性的? 对即死的患者, 应立即给予吸氧、输液等抢救措施, 维持和稳定生命指征, 迅速缓解症状, 早期处理并预防可能险情的发生。如为轻症患者, 则先确诊后再给予治疗; 对危重患者首先抢救, 维持生命体征稳定, 而不力求诊断。

危重病情的指征通常表现为如下几方面: ①昏迷或意识障碍: 如在诊治过程中患者出现意识障碍, 应意识到病情危重; 出血倾向伴意识障碍, 应考虑颅内出血或血小板减少性疾病; 老年人伴意识障碍, 应考虑心脑血管病、糖尿病酮症酸

中毒或低血糖反应; 青少年意识障碍, 发热应考虑颅内感染, 不发热应考虑中毒。

②呼吸困难: 呼吸困难最常见的病因是心力衰竭(心衰)或呼吸衰竭(呼衰), 最危急的病因是气道阻塞, 如有鼾声表示阻塞在咽部, 如有喉喘鸣表示阻塞在喉部。老年人端坐呼吸常为急性左心衰, 青年人突然端坐呼吸应考虑张力性气胸, 遇到呼吸困难的患者时, 应首先排除气胸、胸腔积液和心包积液, 因为此类呼吸困难的处理和功能障碍性呼吸困难(心衰和呼衰)处理有原则的区别。呼吸肌麻痹所致呼吸困难, 不表现出呼吸急促, 而是患者自感憋气, 如低血钾症、格林-巴利综合征和脑干病变等, 对这些患者应重视其主诉, 必要时监测血氧饱和度或做血气检查。③休克: 低血容量性休克好识别, 肠休克则是多器官功能衰竭的表现之一。④抽搐: 最常见于脑血管病、继发性癫痫、尿毒症、肺源性心脏病、中暑、颅内感染及某些药物中毒(如三环类抗抑郁药)等。⑤其他: 高龄、糖尿病、长期卧床患者一旦继发感染, 易发生序贯性器官功能衰竭。器质性疾病患者常因剧烈疼痛刺激交感神经引起面色苍白、大汗等, 需引起急诊医生的重视。

2 急诊临床工作方法

由于在急诊工作中对患者的病情判

断是最重要的, 应将掌握患者生命体征放在首要地位。在短时间内对急诊患者明确诊断是困难的, 但应对其病情危重程度作出迅速判断, 就是需要急诊医生掌握患者的生命体征, 因生命体征全部正常, 至少不会在短时间内危及患者的生命; 反之, 对有生命体征异常者, 即使诊断不清, 也可预测其危重程度。由于疾病有一个发展变化的过程, 常不可能一次就诊断清楚, 必须反复查看患者, 尤其对诊断不清者。急诊患者往往病史收集不详, 客观检查不全, 对其诊断不要勉强, 不要牵强附会, 应实事求是。要全面地询问病史, 考虑围绕主要疾病的所有相关问题而做出诊断。应记录患者全面的病情变化, 对主要的病情变化应有具体时间, 即使片断记录也很有价值。病情记录不仅反映医疗水平和医护人员责任心, 也是处理医疗纠纷的法律依据。

总之, 急诊是富有挑战性的工作, 这就要求急诊医生在急诊工作中既要有超前意识及“只有想不到, 没有做不到”的创新思维, 又要有高度的责任心和使命感。希氏内科学上有这样一段话: “医学是科学, 医学是服务, 医学是艺术。”因此要用科学艺术的态度来指导实践工作。

(收稿日期: 2008-12-20)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 067000 河北省承德市中心医院急救中心

作者简介: 张国良(1960-), 男(满族), 河北省人, 副主任医师。