

需要紧急救治的急危重伤病标准 及诊疗规范

目 录

第一部分 院前医疗急救

第一章 院前医疗急救范围及流程

一、院前医疗急救范围

二、院前医疗急救流程

第二章 需要急救患者的生命体征及急危重伤病种类

一、需要急救患者的生命体征

二、常见急危重伤病种类

(一) 急症疾病种类

(二) 危重症疾病种类

第三章 常见急危重伤病院前医疗急救诊疗规范

一、急症的院前医疗急救诊疗规范

(一) 休克

(二) 胸痛

(三) 腹痛

(四) 呼吸困难

(五) 气道异物

(六) 呕血

(七) 咯血

(八) 意识障碍

（九）小儿高热惊厥

二、危重症的院前医疗急救诊疗规范

（一）循环系统

1. 心脏骤停
2. 急性冠脉综合征
3. 急性左心衰竭
4. 恶性心律失常
5. 高血压危象

（二）呼吸系统

1. 重症支气管哮喘
2. 呼吸衰竭

（三）消化系统

（四）内分泌系统

1. 糖尿病酮症酸中毒
2. 糖尿病低血糖昏迷

（五）神经系统

1. 急性脑血管病
2. 癫痫大发作

（六）意外伤害

1. 坠落伤
2. 爆炸伤
3. 枪伤

4. 电击伤
5. 溺水
6. 中暑
7. 急性中毒
8. 急性过敏性反应
9. 动物性伤害

(七) 外科危重症

1. 创伤
2. 颅脑损伤
3. 胸部损伤
4. 四肢损伤
5. 烧（烫）伤

(八) 妇产科危重症

1. 阴道出血
2. 胎膜早破
3. 急产
4. 宫外孕破裂

第二部分 医院急诊科

第一章 医院急诊科救治范围及流程

- 一、医院急诊科救治病种范围
- 二、急诊处理流程
- 三、急诊处置分级

第二章 急诊患者中危重症的判别标准

第三章 常见急危重伤病医院急诊科诊疗规范

一、急症的医院急诊科诊疗规范

- (一) 休克
- (二) 胸痛
- (三) 腹痛
- (四) 呼吸困难
- (五) 呕血
- (六) 大咯血
- (七) 昏迷
- (八) 小儿热性惊厥

二、危重症的医院急诊科诊疗规范

- (一) 循环系统
 1. 心脏骤停
 2. 急性冠脉综合征
 3. 急性左心衰竭
 4. 心律失常

5. 高血压危象

6. 急性心包压塞

(二) 呼吸系统

1. 支气管哮喘持续状态

2. 呼吸衰竭

3. 重症肺炎

4. 肺栓塞

(三) 消化系统

1. 上消化道出血

2. 急性重症胰腺炎

3. 急腹症

(四) 内分泌系统

1. 糖尿病酮症酸中毒

2. 非酮性高渗性糖尿病昏迷

3. 糖尿病低血糖昏迷

4. 甲亢危象

5. 肾上腺皮质功能危象

6. 垂体危象

7. 严重酸碱失衡及电解质紊乱

(五) 神经系统

1. 急性脑血管病

2. 癫痫大发作

3. 重症肌无力危象

(六) 意外伤害

1. 坠落伤

2. 爆炸伤

3. 电击

4. 溺水

5. 中暑

6. 急性中毒

7. 过敏反应

8. 动物性伤害

(七) 创伤和烧伤

1. 多发性创伤

2. 颅脑损伤

3. 胸部损伤

4. 腹部损伤

5. 脊柱/脊髓损伤

6. 四肢损伤

7. 骨盆骨折

8. 烧(烫)伤

(八) 妇产科危重症

1. 阴道出血

2. 产后出血



3. 胎膜早破
4. 急产
5. 宫外孕破裂出血



第三部分 重症医学科

第一章 重症医学科收治范围

第二章 常见急危重伤病重症医学科诊疗原则

- 一、休克
- 二、急性呼吸衰竭
- 三、急性肾功能衰竭
- 四、急性肝脏衰竭
- 五、急性左心衰竭
- 六、出凝血功能障碍

第三章 常见急危重伤病重症医学科诊疗规范

一、休克

- (一) 低容量性休克
- (二) 感染性休克
- (三) 心源性休克
- (四) 梗阻性休克

二、循环系统

- (一) 心脏骤停
- (二) 急性冠脉综合征、急性心肌梗塞
- (三) 急性左心衰竭
- (四) 恶性心律失常
- (五) 高血压危象

三、呼吸系统

- (一) 重症哮喘
- (二) AECOPD
- (三) 急性呼吸窘迫综合征 ARDS

四、消化系统

- (一) 消化道出血
- (二) 急性肝脏衰竭
- (三) 急性重症胰腺炎

五、内分泌系统

- (一) 糖尿病酮症酸中毒
- (二) 低血糖昏迷
- (三) 高渗性昏迷
- (四) 甲亢危象

六、急性肾损伤和血液净化

- (一) 急性肾功能衰竭的早期诊断
- (二) 肾脏替代的指征

七、妇产科急症

- (一) 妊高症
- (二) 产后大出血
- (三) 羊水栓塞

八、出血功能障碍

- (一) 肺栓塞的诊断和治疗
- (二) DIC

九、急性中枢神经系统损伤

(一) 重度颅脑创伤

(二) 急性脑血管病

(三) 癫痫持续状态

十、严重多发创伤

十一、外科大手术术后

十二、突发高热



第一部分 院前医疗急救

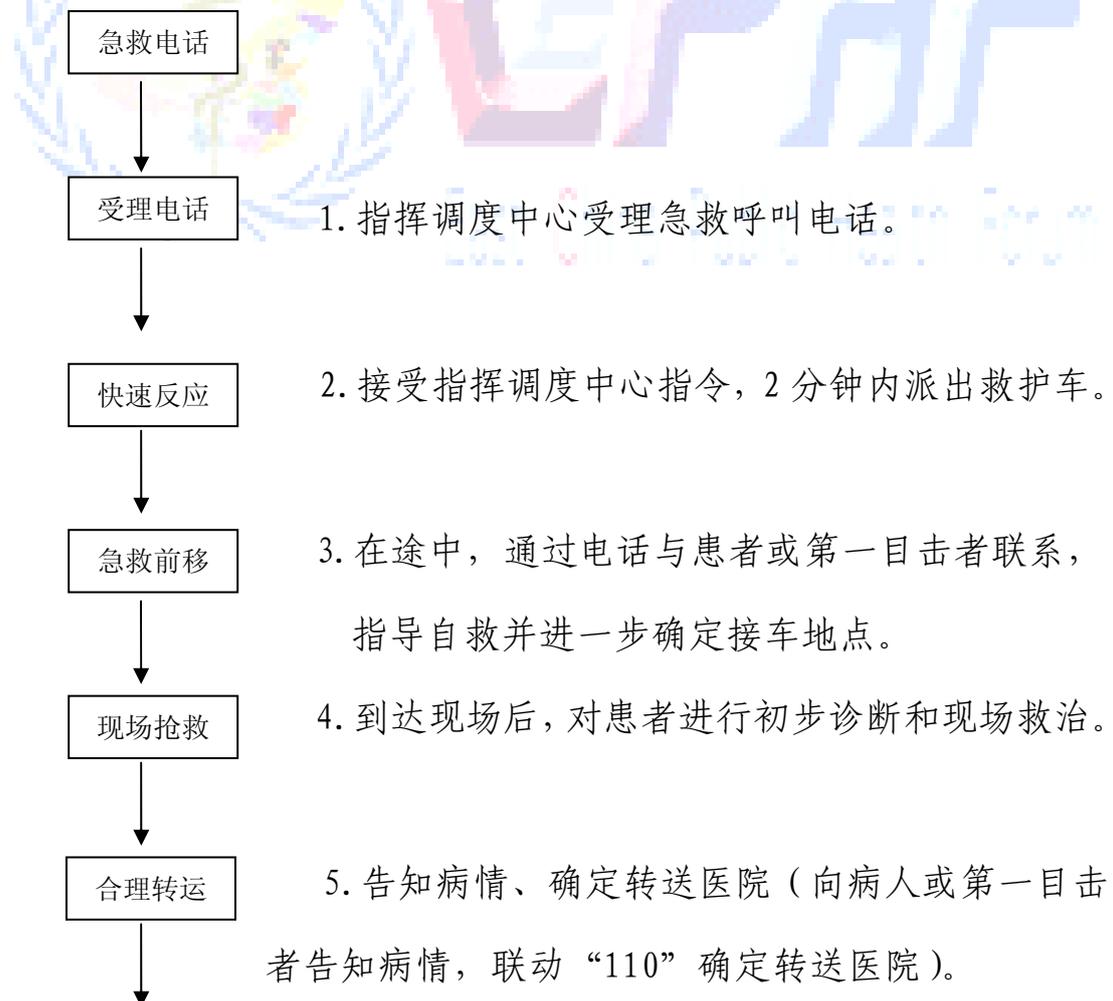
第一章 院前医疗急救范围及流程

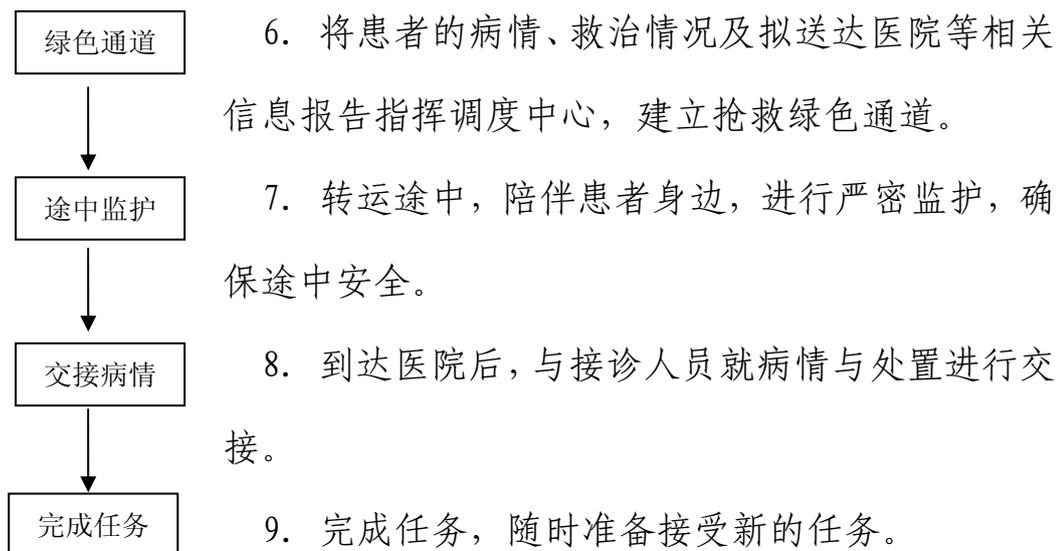
一、院前医疗急救范围

急危重伤病指各种若不及时救治病情可能加重甚至危及生命的疾病，其症状、体征、疾病符合急危重伤病标准。

院前急救人员必须及时、有效地对上述急危重伤病患者实施急救，不得以任何理由拒绝或拖延救治。

二、院前医疗急救流程





第二章 需要急救患者的生命体征及急危重伤病种类

一、需要急救患者的生命体征

(一) 心率 <50 次/分或心率 >130 次/分。

(二) 呼吸 <10 次/分或呼吸 >30 次/分。

(三) 脉搏血氧饱和度<90%。

(四) 血压：收缩压<85mmHg 舒张压<50mmHg 或收缩压>240mmHg 舒张压>120mmHg。

二、常见急危重伤病种类

(一) 急症疾病种类

1. 休克
2. 胸痛
3. 腹痛
4. 呼吸困难
5. 气道异物
6. 呕血
7. 咯血
8. 意识障碍
9. 小儿高热惊厥

(二) 危重症疾病种类

1. 循环系统

(1) 心脏骤停

(2) 急性冠脉综合征

(3) 急性左心衰竭

(4) 恶性心律失常

(5) 高血压危象

2. 呼吸系统

(1) 重症支气管哮喘

(2) 呼吸衰竭

3. 消化系统

4. 内分泌系统

(1) 糖尿病酮症酸中毒

(2) 糖尿病低血糖昏迷

5. 神经系统

(1) 急性脑血管病

(2) 癫痫大发作

6. 意外伤害

(1) 坠落伤

(2) 爆炸伤

(3) 枪伤

(4) 电击

(5) 溺水

(6) 中暑

(7) 急性中毒

(8) 急性过敏性反应

(9) 动物性伤害

7. 外科危重症

(1) 创伤

(2) 颅脑损伤

(3) 胸部损伤

(4) 四肢损伤

(5) 烧(烫)伤

8. 妇产科危重症

(1) 阴道出血

(2) 产后出血

(3) 胎膜早破

(4) 急产

(5) 宫外孕



第三章 常见急危重伤病院前医疗急救诊疗规范

一、急症的院前医疗急救诊疗规范

(一) 休克。

1. 取平卧位或休克体位，伴有急性肺水肿的休克患者可置半卧位。
2. 保持呼吸道通畅。
3. 通气与吸氧。
4. 立即建立静脉通路，并保持其畅通。
5. 可开展相应检查（血糖、心电图等）。
6. 持续监测生命体征（心电监测、血氧饱和度、呼吸等）。
7. 积极查找病因，针对处理。

(二) 胸痛。

1. 保持呼吸道通畅，吸氧，安静卧床休息。
2. 可开展相应检查（心电图、D-二聚体、心肌酶等）。
3. 建立静脉通道，对症用药。
4. 持续监测生命体征。

(三) 腹痛。

1. 保持呼吸道通畅。
2. 可开展相应检查（心电图、心肌酶等）。
3. 建立静脉通道，对症用药。
4. 持续监测生命体征。
5. 积极查找病因，针对处理。

(四) 呼吸困难。

1. 取半卧位或坐位。
2. 保持呼吸道通畅。
3. 通气与吸氧。
4. 立即建立静脉通路，并保持其畅通。
5. 可开展相应检查（血糖、心电图、血气分析等）。
6. 能明确原因者，按相应抢救原则处理。如对张力性气胸紧急排气、危及生命的心脏压塞紧急减压、气道异物梗阻紧急解除。
7. 持续监测生命体征。

(五) 气道异物。

1. 尽快解除气道阻塞，保持呼吸道通畅。必要时行环甲膜穿刺或气管切开等其他手段。有呼吸心跳停止者立刻心肺复苏。
2. 通气与吸氧。
3. 监测生命体征。
4. 必要时开放静脉通道，对症处理。

(六) 呕血。

1. 保持患者安静平卧，头偏向一侧，防止呕血引起误吸或窒息。
2. 立即建立静脉通道及补液，必要时使用止血药物。
3. 通气与吸氧。

4. 持续监测生命体征。
5. 积极查找病因，针对处理。

(七) 咯血。

1. 取侧卧位，防止咯血引起误吸或窒息。
2. 立即建立静脉通道及补液，必要时使用止血药物。
3. 通气与吸氧。
4. 持续监测生命体征。
5. 积极查找病因，针对处理。

(八) 意识障碍。

1. 采取正确体位，保持呼吸道通畅。
2. 通气与吸氧。
3. 建立静脉通道。
4. 可开展相应检查（心电图、血气分析、血糖等）。
5. 持续监测生命体征。
6. 积极查找病因，针对处理。

(九) 小儿高热惊厥。

1. 保持呼吸道通畅，防止舌咬伤。
2. 通气与吸氧。
3. 控制体温（或物理降温）。
4. 建立静脉通道，必要时使用抗惊厥药物。
5. 持续监测生命体征。

二、危重症的院前医疗急救诊疗规范

（一）循环系统。

1. 心脏骤停。

包括心室颤动、无脉搏室速、无脉搏电活动（PEA）和心脏停搏。

（1）应立即进行心肺复苏。

①胸外按压。

②手法开放气道，或采用口咽通气管、喉罩或气管插管。

③人工通气或球囊面罩通气。

④有条件的应当尽快监测心电情况，如有可除颤心律（室颤或无脉室速）应当立即除颤。

（2）持续监测生命体征。

（3）开放静脉通道。

（4）根据条件酌情应用复苏药物及抗心律失常药物。

2. 急性冠脉综合征。

（1）保持正确体位稳定患者情绪。

（2）保持呼吸道通畅，通气与吸氧。

（3）建立静脉通道。

（4）酌情给予镇痛剂。

（5）酌情给予硝酸酯类、抗血小板药物治疗，及时处理各种并发症（心衰、心源性休克、致命性心律失常等）。

（6）持续监测生命体征。

3. 急性左心衰竭。

- (1) 保持患者呈坐位或半卧位。
- (2) 保持呼吸道通畅，必要时可行人工辅助通气或机械通气。
- (3) 开放静脉通道。
- (4) 酌情给予利尿剂、血管扩张剂、强心甙等药物治疗。
- (5) 持续监测生命体征。

4. 恶性心律失常。

- (1) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。
- (2) 开放静脉通道。
- (3) 必要时选用抗心律失常药物治疗。
- (4) 酌情使用刺激迷走神经、电复律、临时体外起搏等治疗。
- (5) 如为心室纤维颤动/心室扑动，立即电除颤并心肺复苏。

(6) 持续生命体征监测（持续心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测）。

5. 高血压危象。

- (1) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。
- (2) 开放静脉通道。
- (3) 给予降压药物治疗。
- (4) 及时处理各种并发症（脑水肿、心衰等）。

(5) 持续监测生命体征。(心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测。)

(二) 呼吸系统。

1. 重症支气管哮喘。

(1) 尽快脱离致敏环境，去除诱因，及时发现气胸等并发症。

(2) 保持呼吸道通畅，吸氧。

(3) 严重呼吸衰竭者行气管插管机械通气进行呼吸支持。

(4) 开放静脉通道。

(5) 使用气道解痉、平喘药、糖皮质激素、扩张支气管药等药物治疗。

(6) 持续监测生命体征。

2. 呼吸衰竭。

(1) 保持正确体位。

(2) 氧疗。

(3) 出现严重呼吸衰竭者可采用机械辅助通气(面罩或气管插管)。

(4) 开放静脉通道，酌情使用支气管扩张剂、糖皮质激素、呼吸兴奋剂等。

(5) 持续监测生命体征。

(三) 消化系统。

上消化道出血最常见。

- (1) 取正确体位，防止呕吐物引起误吸或窒息。
- (2) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。
- (3) 持续心电、血压、血氧饱和度监测。
- (4) 建立静脉通路，补液、止血等对症治疗。
- (5) 酌情使用三腔二囊管压迫止血。

(四) 内分泌系统。

1. 糖尿病酮症酸中毒。

- (1) 监测血糖、肾功、离子、血气分析、尿常规等。
- (2) 保持呼吸道通畅，吸氧。
- (3) 建立静脉通道，补液、纠酸、可控性降糖治疗。

2. 糖尿病低血糖昏迷。

- (1) 立即做快速血糖检查。
- (2) 开放静脉通道，静脉注射 25%~50%葡萄糖溶液，密切监测血糖。

(五) 神经系统。

1. 急性脑血管病。

- (1) 取正确体位，防止误吸及舌后坠。
- (2) 保持呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物。
- (3) 通气与吸氧。
- (4) 开放静脉通道。
- (5) 合理使用降压药及降颅压药物。

(6) 持续监测生命体征。

2. 癫痫大发作。

(1) 立即平卧，松解衣领，头转向一侧，上下齿间加垫，保持呼吸道通畅，防止下颌脱臼和舌头咬伤。

(2) 通气与吸氧。

(3) 开放静脉通道。

(4) 缓慢静脉注射地西泮控制抽搐。

(5) 防治脑水肿等并发症。

(6) 持续监测生命体征。

(六) 意外伤害。

1. 坠落伤。

(1) 首先对病人进行快速全面的检查，确定伤员是否有呼吸道梗阻、休克、大出血等致命的征象。

(2) 保护颈椎，保持呼吸道通畅，必要时放置口咽通气管或进行气管插管。

(3) 出现心脏停搏要立即行心肺复苏，开放静脉通道，根据病情给予静脉补液，补充血容量。

(4) 周围血管伤大出血时应立即给予止血处理。

(5) 在搬运和转送过程中应尽可能避免发生或加重脊柱损伤。

(6) 持续监测生命体征。

2. 爆炸伤。

(1) 确认现场抢救环境安全。

(2) 现场急救。

①呼吸心跳骤停：清除呼吸道异物，胸外按压，气管插管，人工呼吸，电除颤，快速建立静脉通道及注入抢救药物，吸氧、持续心电、血压、血氧饱和度监测等。

②出血及休克：包括迅速止血、建立静脉通道，补液抗休克、吸氧、持续心电、血压、血氧饱和度监测等。

③颅脑损伤：包括保持呼吸道通畅，吸氧、持续心电、血压、血氧饱和度监测，开放静脉通道，必要时给予降颅压、减轻脑水肿治疗。

④张力性气胸：包括吸氧、持续心电、血压、血氧饱和度监测，封闭创口，胸腔穿刺抽气和闭式引流等。

⑤挤压综合征：应确保呼吸道畅通，开放静脉通道，积极纠正休克，必要时呼吸机辅助呼吸，持续心电、血压、血氧饱和度监测。对受压肢体应当采取适当的限制血流措施。

⑥骨折：有效固定，对脊椎骨折的伤员，实行整体搬运。

3. 枪伤。

(1) 询问受伤经过，检查局部和全身情况。

(2) 有效止血包扎。

(3) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。

(4) 开放静脉通道，根据伤情给予相应处理。

(5) 持续监测。

4. 电击伤。

- (1) 确认现场抢救环境安全，迅速脱离电源。
- (2) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。
- (3) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。
- (4) 保护体表电灼伤创面。
- (5) 开放静脉通道。
- (6) 防治心律失常及其他对症处理。
- (7) 持续监测生命体征。

5. 溺水。

- (1) 确认现场抢救环境安全。
- (2) 迅速清除口腔、呼吸道异物，畅通气道。
- (3) 通气与吸氧。
- (4) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。
- (5) 建立静脉通道，维持有效循环或对症治疗。
- (6) 注意保暖。
- (7) 持续监测生命体征。

6. 中暑。

- (1) 使患者迅速脱离高温环境。
- (2) 保持呼吸道通畅，通气与吸氧。
- (3) 开放静脉通道，维持有效循环或对症治疗。
- (4) 给予体表物理降温，必要时给予药物降温。
- (5) 防治脑水肿。

(6) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(7) 持续监测生命体征。

7. 急性中毒。

(1) 迅速脱离有毒环境或毒物，如脱去被毒物污染的衣物等。

(2) 保持气道通畅。

(3) 通气与吸氧。

(4) 查找毒物接触史，留存相关标本待检。

(5) 开放静脉通道，维持循环功能。

(6) 催吐、补液、利尿等对症处理，尽早使用特效解毒药。

(7) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(8) 持续监测生命体征。

8. 急性过敏性反应。

(1) 过敏原明确者迅速脱离过敏原。

(2) 保持气道通畅，维持有效通气。

(3) 通气与吸氧。

(4) 开放静脉通道，酌情选用抗过敏药物治疗。高度怀疑喉头水肿或过敏性休克者，皮下注射肾上腺素 0.3mg。

(5) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(6) 持续监测生命体征。

9. 动物性伤害。

1) 犬咬伤。

(1) 咬伤后应该立即处理伤口。

(2) 尽快送往医院，注射破伤风抗毒素或相应疫苗。

(3) 伤情较重者进行相应处置。

2) 蛇咬伤。

(1) 检查患者呼吸及循环功能。如果患者呼吸、心跳停止，立即进行心肺复苏。

(2) 防止蛇毒继续被吸收，并尽可能减少局部损害。

① 绑扎伤肢近心端，以阻断静脉血和淋巴回流，应隔10-20分钟放松1次，以免组织坏死。

② 伤肢制动，低放。

③ 冲洗伤口。

(3) 有条件时尽早使用抗蛇毒血清，必要时使用抗生素及破伤风抗毒素治疗。

(七) 外科危重症。

1. 创伤。

(1) 确定致伤因素，判断伤员有无威胁生命的征象，如心跳呼吸骤停，立即进行心肺复苏术，对休克者给予抗休克治疗。

(2) 保持呼吸道通畅。

(3) 通气与吸氧。

(4) 建立静脉通道，维持有效循环，对症处理。

(5) 伤口的处理：用无菌纱布或敷料包扎伤口，对开放性气胸或胸壁塌陷致反常呼吸者需用大块棉垫填塞创口，并给予固定。

(6) 怀疑有颈椎损伤者应给予颈托或颈部固定器加以固定，胸腰椎损伤者应用平板或铲式担架搬运，避免脊柱的任何扭曲。

(7) 四肢骨折需妥善固定，可用各种夹板或替代物品。

(8) 离断指（肢）体、耳廓、牙齿等宜用干净敷料包裹保存，有条件者可外置冰袋降温。

(9) 刺入性异物应固定好后搬运，过长者应设法锯断，但不能在现场拔出。

(10) 胸外伤合并张力性气胸者应紧急胸穿减压。

(11) 有脏器外露者不要回纳，可用湿无菌纱布包裹并固定在局部。

(12) 严重多发伤应首先处理危及生命的损伤。

2. 颅脑损伤。

(1) 判断生命体征，呼吸、心跳停止者应立即进行心肺复苏。

(2) 头部受伤引起严重的外出血，依据病情给予包扎止血。

(3) 保持呼吸道通畅，清理口咽部异物，必要时气管插管。

(4) 通气与吸氧。

(5) 对脑脊液鼻或耳漏者，应将病人侧卧防止舌根后坠，将头部稍垫高，使流出的液体顺位流出，严禁用水冲洗，严禁用棉花堵塞耳、鼻。

(6) 开放静脉通道，密切观察颅内压变化，酌情使用降颅压药物。

(7) 持续监测生命体征。

3. 胸部损伤。

(1) 保持气道通畅。

(2) 通气与吸氧。

(3) 闭合伤口，开放性气胸可用敷料、绷带、三角巾迅速填塞和覆盖伤口，并进行固定，运送伤员时可使其半坐位，并随时观察病人呼吸情况。

(4) 初诊为气胸的伤员，应置坐位。可用注射器抽气或行紧急胸腔闭式引流。

(5) 连枷胸胸壁塌陷致反常呼吸者需用大块棉垫填塞创口，并给予胸部外固定。

(6) 一旦发生呼吸停止，立即进行呼吸复苏。

(7) 持续监测生命体征。

4. 四肢损伤。

(1) 及时止血。

(2) 妥善包扎。

- (3) 有效固定。
- (4) 镇静止痛。
- (5) 防治休克。
- (6) 保存好残指（肢）。

5. 烧（烫）伤。

- (1) 立即去除致伤因素。
- (2) 保持呼吸道通畅，必要时给予环甲膜穿刺。
- (3) 通气与吸氧。
- (4) 开放静脉通道，纠正休克。
- (5) 保护创面，防止继续污染和损伤。
- (6) 强酸、强碱烧伤的处理。

①强酸烧伤。

皮肤及眼烧伤时应立即用大量清水冲洗创面或眼内 10 分钟以上，消化道烧伤时严禁催吐及洗胃，以保护胃粘膜。

②强碱烧伤。

皮肤及眼烧伤时立即用大量清水冲洗皮肤及眼内直至肥皂样物质消失为止。

- (7) 消化道烧伤，严禁催吐、洗胃，以免消化道穿孔。
- (8) 持续监测生命体征，及时对症处理。

(八) 妇产科危重症。

1. 阴道出血。

- (1) 建立静脉通道，输液补充血容量，纠正休克。

- (2) 通气与吸氧。
- (3) 必要时给予止血药静脉注射。
- (4) 持续监测生命体征。

2. 胎膜早破。

(1) 嘱产妇平卧或左侧卧位，臀部稍抬高。严禁让产妇坐位或立位。

- (2) 通气与吸氧。
- (3) 听胎心是否正常，120~180次/分属正常。
- (4) 开放静脉通道，维持有效循环。
- (5) 持续监测生命体征。

3. 急产。

- (1) 产妇取平卧位，双腿屈曲并外展。
- (2) 开放静脉通道。
- (3) 会阴部消毒。
- (4) 铺消毒巾于臀下，带好无菌手套。
- (5) 接生，用手法保护会阴。

(6) 结扎脐带：胎儿完全娩出，在距胎儿脐带根部 $\geq 10\text{cm}$ 尽可能靠近母体处用粗绳或绷带结扎，可不予切断。如需将脐带切断，两结扎处间隔2~3cm，中间切断。

(7) 新生儿处理。

①呼吸道处理：及时清除新生儿口腔、鼻腔中黏液及羊水，必要时用吸管吸。当无哭声时可拍打足底。

②脐带处理：如脐带结扎切断，脐带断面消毒后，用无菌纱布包围，再用长绷带包扎。

③注意保暖。

(8) 胎盘处理：轻轻牵拉脐带，按压宫底，使胎盘娩出，检查胎盘是否完整，一并送院。

(9) 持续监测产妇、新生儿生命体征。

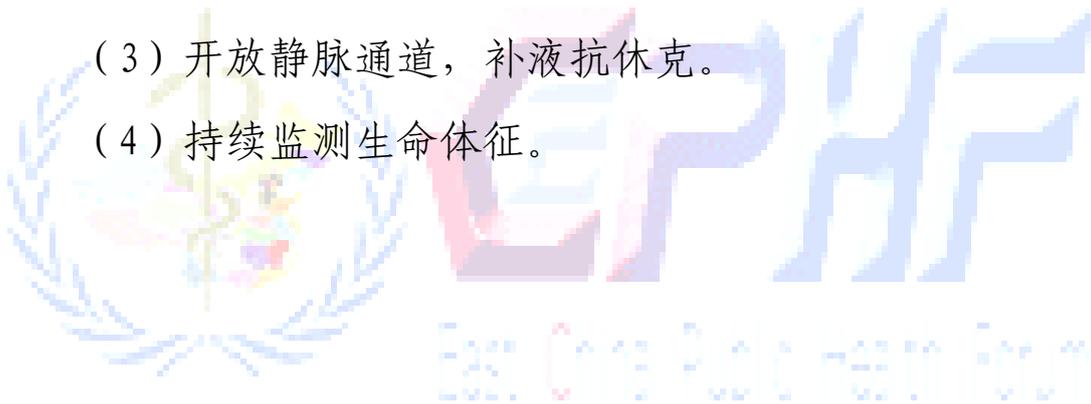
4. 宫外孕破裂。

(1) 平卧位。

(2) 通气与吸氧。

(3) 开放静脉通道，补液抗休克。

(4) 持续监测生命体征。



第二部分 医院急诊科

第一章 医院急诊科救治范围及流程

一、医院急诊科救治病种范围

急诊诊疗范畴包括如下分类：非创伤类、创伤、感染性疾病（包括传染病）、妇产科儿科疾病、五官科等急性疾病。

（一）非创伤类：包括以症状为主的内科疾病、环境理化损伤、中毒和意外伤害等。

（二）创伤：包括各类创伤及动物咬伤等。

（三）感染性疾病（包括传染病）。

（四）妇产科儿科急症。

（五）五官科急症。

二、急诊处理流程

按照急诊对急性伤病的识别、评估和处置流程进行。

三、急诊处置分级

遵照急诊病情严重程度分级（具体参照第二章）。

（一）若患者分级为 1~2 级，需要在急诊科就地抢救、稳定生命体征，后续专科治疗。

（二）若患者分级为 3 级，需要观察。

（三）若患者分级为 4 级，可简单处理后离院。

一些常见急危重伤病的诊疗规范可参考第三章，如所遇

情况未纳入此诊疗规范，请参考相关治疗指南或规范。

治疗药物应从《国家基本药物目录》中选择，治疗手段应从最基本措施开始，不超出所在地医疗保险报销目录。

危重病患者先安排在急诊抢救室抢救，生命体征不稳定的患者收入 ICU。

经过救治患者诊断明确、生命体征稳定但仍需进一步治疗的患者，转入相应科室治疗。



第二章 急诊患者中危重症的判别标准

急诊病人病情评估结果分为四级，医院急诊科的救助主要针对急诊患者中的危重症，包括分级标准中的1级和2级患者（参见表1）。

表1 急诊病情分级标准

级别	标准	
	病情严重程度	需要急诊医疗资源数量
1级	A 濒危病人	——
2级	B 危重病人	——
3级	C 急症病人	≥ 2
4级	D 非急症病人	0 ~ 1

注：“需要急诊医疗资源数量”是急诊病人病情分级补充依据，如临床判断病人为“非急症病人”（D级），但病人病情复杂，需要占用2个或2个以上急诊医疗资源，则病人病情分级定为3级。即3级病人包括：急症病人和需要急诊医疗资源 ≥ 2 个的“非急症病人”；4级病人指“非急症病人”，且所需急诊医疗资源 ≤ 1 。

1级：濒危病人

病情可能随时危及病人生命，需立即采取挽救生命的干预措施，急诊科应合理分配人力和医疗资源进行抢救。

临床上出现下列情况要考虑为濒危病人：无呼吸/无脉

搏病人，急性意识障碍病人，以及其他需要采取挽救生命干预措施病人（如气管插管病人），这类病人应立即送入急诊抢救室。

2 级：危重病人

病情有可能在短时间内进展至 1 级，或可能导致严重致残者，应尽快安排接诊，并给予病人相应处置及治疗。

病人来诊时呼吸循环状况尚稳定，但其症状的严重性需要随时关注，病人有可能发展为 1 级，如急性意识障碍/定向力障碍、复合伤、心绞痛等。急诊科需要立即给这类病人提供平车和必要的监护设备。严重影响病人自身舒适感的主诉，如严重疼痛（疼痛评分 $\geq 7/10$ ），也属于该级别。

3 级：急症病人

病人目前明确在短时间内没有危及生命或严重致残的征象，应在一定的时间段内安排病人就诊。

病人病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低，也无严重影响病人舒适性的不适，但需要急诊处理缓解病人症状。在留观和候诊过程中出现生命体征异常（参见表 2）者，病情分级应考虑上调一级。

4 级：非急症病人

病人目前没有急性发病症状，无或很少不适主诉，且临床判断需要很少急诊医疗资源（ ≤ 1 个）（参见表 3）的病人。如需要急诊医疗资源 ≥ 2 个，病情分级上调 1 级，定为 3 级。

急诊病人病情分级和分区流程见图 1。

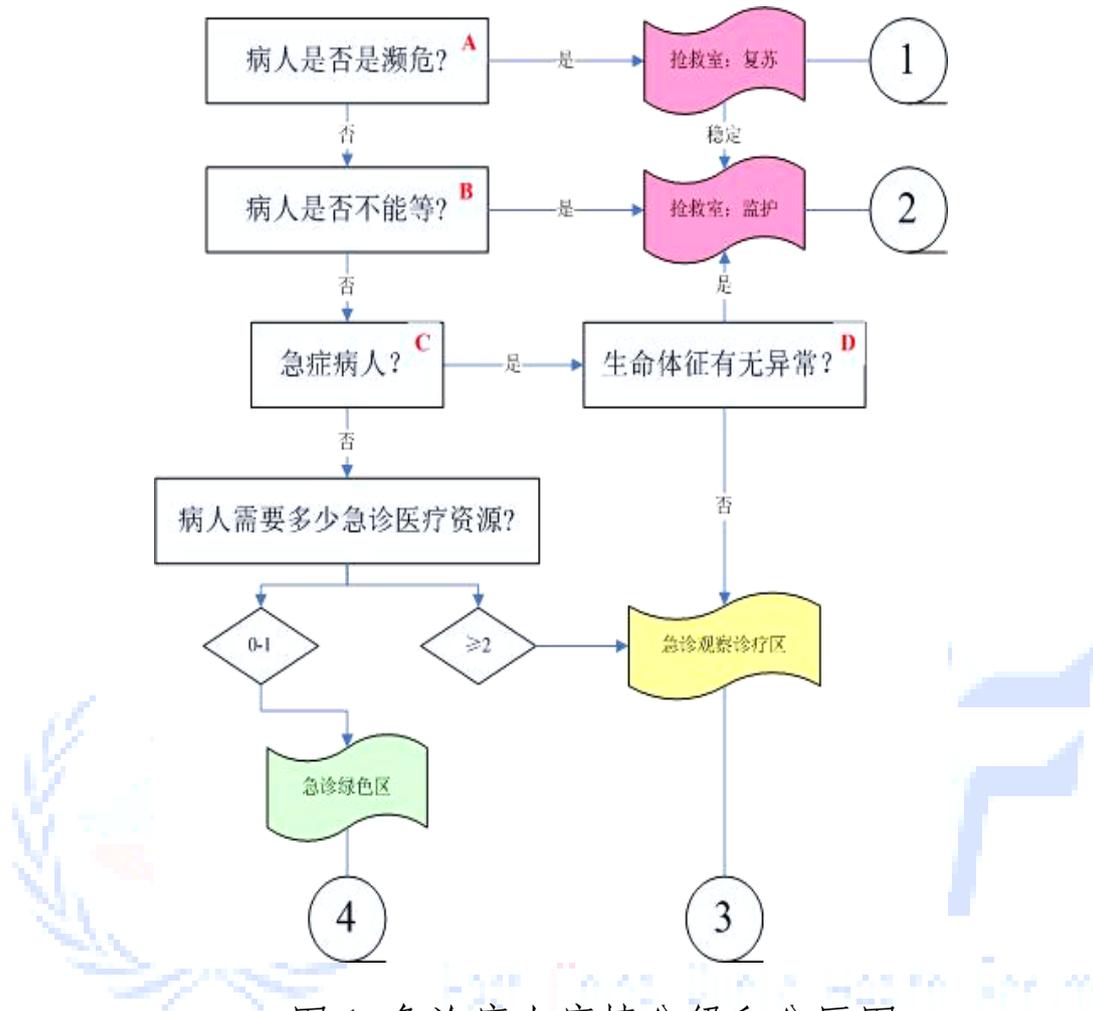


图 1 急诊病人病情分级和分区图

注：①ABC 参见分级标准；②生命体征异常参考指标见表 2-1；③急诊医疗资源指在获取急诊病人的主诉后，根据主诉及所属医疗机构急诊科的资源配置，评估病人在进入急诊科到安置好病人过程中可能需要的急诊医疗资源个数（参见表 3）。

表 2 生命体征异常参考指标——用于急诊病情分级
(规范性附录)

	<3 个月	3 个月-3 岁			3-8 岁	>8 岁
		3~6 月	6~12 月	1~3 岁		
心率	> 180	> 160			> 140	> 120
	< 100	< 90	< 80	< 70	< 60	< 60
呼吸*	> 50	> 40			> 30	> 20
	< 30	< 25			< 20	< 14
血压-收缩压 (mmHg) **	> 85	> 90 + 年龄 × 2				> 140
	< 65	< 70 + 年龄 × 2				< 90
指测脉搏 氧饱和度	<92%					

注：*评估小儿呼吸时尤其要注意呼吸节律；**评估小儿循环时须查毛细血管充盈时间和紫绀，病情评估时血压值仅为参考指标，有无靶器官损害是关键，血压升高合并靶器官损害，则分级上调一级；成人单纯血压升高（无明显靶器官损害证据）时，若收缩压 > 180mmHg，则病情分级上调一级；要重视低血压问题，收缩压低于低限者分级标准均应上调一级。

表 3 列入急诊病人病情分级的医疗资源
(规范性附录)

列入急诊分级的资源	不列入急诊分级的资源
实验室检查 (血和尿)	病史查体 (不包括专科查体)
ECG、X 线 CT/MRI/超声 血管造影	POCT (床旁快速检测)
建立静脉通路补液	输生理盐水或肝素封管
静脉注射、肌注、雾化治疗	口服药物 处方再配
专科会诊	电话咨询细菌室、检验室
简单操作 (n=1) 如导尿、撕裂伤修补 复杂操作 (n=2) 如镇静镇痛	简单伤口处理 如绷带、吊带、夹板等

第三章 常见急危重伤病医院急诊科诊疗规范

一、急症的医院急诊科诊疗规范

(一) 休克。

【紧急医疗救治原则】

1. 休克体位。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧，监测生命体征。
3. 立即建立静脉通路。
4. 补充血容量。
5. 血管活性药物的应用。
6. 各种休克的个性化治疗。

(1) 低血容量性休克治疗为快速输液，必要时可使用升压药；多发性创伤引起的休克在活动性出血未确切止血前不宜用快速补液纠正休克，复苏时须考虑采用“可允许低血压”策略。收缩压维持在 80~85mmHg，如果是创伤性脑损伤平均动脉压维持在 90~110mmHg。

(2) 过敏性休克的治疗：去除过敏原，抗过敏治疗。

- ①保持气道通畅。
- ②肾上腺素 0.3~0.5 mg 肌肉注射。
- ③抗组胺药。

(3) 心源性休克治疗：可考虑强心治疗，如室性心动过速引起的休克，主要是电复律治疗；急性心脏压塞主要是

心包穿刺。

(4) 感染性休克治疗：抗感染治疗和积极循环支持。

(二) 胸痛。

【紧急医疗救治原则】

1. 一般处理。

(1) 吸氧，监测生命体征，立即治疗致死性心律失常。

(2) 立即行心电图检查。

(3) 血流动力学评估。

(4) 心肺及腹部查体，注意触诊腹部是否有搏动性包块。

(5) 建立静脉通路，同时抽血快速检测心肌标志物、血电解质、血糖、肾功能、血常规等。

(6) 评估血管内容量，开始静脉补液。

(7) 动脉血气，床旁胸片。

2. 针对有血液动力学不稳定胸痛患者的治疗。

1) 血容量不足：

(1) 配血，行术前准备；

(2) 建立静脉通路，快速补液。

2) 血容量相对过多：

(1) 张力性气胸 一经诊断，立即排气。

(2) 心包填塞 一经诊断，立即心包穿刺。

(3) 心源性休克（心律失常相关）：

①严重的缓慢性心律失常：提高心率治疗；起搏治疗。

②严重的快速心律失常：立即给予电转复。

(4) 心源性休克（泵衰竭）：

①对于无肺水肿表现的患者，可适当补液。

②经补液治疗血压无回升或开始出现严重休克的患者，给予血管活性药物。

③镇痛。

④无禁忌可考虑扩冠治疗。

(5) 大面积肺栓塞：

①补液治疗，维持血流动力学稳定。

②应用血管活性药物；对于高度怀疑肺栓塞的患者，立即开始肝素治疗。

3) 血容量相对过多伴有正常或升高的血压。

(1) 体位为半卧位或坐位。

(2) 利尿。

(3) 镇痛。

(4) 扩冠治疗。

3. 针对血液动力学稳定的胸痛患者的治疗。

(1) 吸氧。

(2) 心电监护。

(3) 建立静脉通路。

(4) 心电图检查。

(5) 镇痛。

(6) 抽血化验血常规、肾功能、电解质、血糖、血淀粉酶、心肌酶。

(7) 纠正心律失常。

(8) 拍胸片。

(三) 腹痛。

【紧急医疗救治原则】

1. 监测生命体征。
2. 开通静脉通道。
3. 做好术前准备。
4. 除外外科疾病前需禁食。
5. 考虑肠梗阻或拟行剖腹探查时需置入鼻胃管并留置胃肠减压。
6. 有手术治疗指征时请会诊。
7. 上腹痛应排除急性心肌梗死，行 12 导心电图检查。

(四) 呼吸困难。

【紧急医疗救治原则】

1. 基本处理。
 - (1) 保证气道通畅。
 - (2) 吸氧。
 - (3) 必要时机械通气。
 - (4) 心电、血压、血氧监测。

(5) 建立静脉通路，补液。

2. 病因治疗。

(1) 心源性肺水肿。

①利尿治疗。

②扩血管治疗。

(2) 哮喘，喘息性支气管炎，慢性阻塞性肺病。

①扩张支气管。

②合并感染者给予抗感染治疗。

(3) 急性肺损伤，急性呼吸窘迫综合征。

①给氧，必要时机械通气。

②去除诱因。

(4) 重症肺炎，吸入性肺炎。

①给氧，必要时机械通气。

②抗感染治疗。

(5) 张力性气胸。

①胸腔穿刺抽气。

②胸腔闭式引流。

(6) 气道异物。

①手法解除气道梗阻。

②必要时环甲膜穿刺，气管切开。

(7) 神经肌肉疾病。

①给氧，呼吸衰竭患者机械通气。

②注意呼吸道管理。

③病因治疗。

(五) 呕血。

【紧急医疗救治原则】

1. 建立静脉通路。
2. 完善实验室检查。
3. 补液。
4. 必要时输血。
5. 给氧。
7. 导尿。
8. 插入鼻胃管，必要时三腔二囊管压迫止血。
9. 止血治疗。

(六) 大咯血。

【紧急医疗救治原则】

1. 绝对卧床，体位引流，避免气道梗阻。
2. 高流量吸氧。
3. 适当镇静治疗。
4. 剧咳者适当止咳，但窒息者禁用。
5. 建立静脉通道，维持循环稳定。
6. 酌情使用止血药物。

(七) 昏迷。

【紧急医疗救治原则】

1. 基本治疗。

- (1) 开放气道、维持呼吸循环功能。
- (2) 患者作呕反射和呛咳反射消失立即气管插管。
- (3) 严密监测生命体征。
- (4) 外伤患者要注意保护颈椎。
- (5) 快速检测血糖，如有低血糖予高糖治疗。

2. 支持治疗。

- (1) 伴有颅高压表现时予以脱水治疗。
- (2) 伴有高热的昏迷患者应给予降温治疗。
- (3) 伴有抽搐的患者可静脉给予安定治疗。

3. 病因治疗。

(1) 一氧化碳中毒者，立即搬离现场，吸氧，有指征者给予高压氧治疗。

(2) 药物中毒者，可将活性炭（最好在服毒后 1h 内给予 1~2mg/kg）稀释后注入鼻胃管内。

（八）小儿热性惊厥。

【紧急医疗救治原则】

1. 保持呼吸道通畅，头侧位，防止呕吐物误吸。
2. 吸氧。
3. 用纱布裹压舌板置于上、下磨牙之间，防止舌咬伤。
4. 降温治疗。
5. 抗惊厥药物治疗。

二、危重症的医院急诊科诊疗规范

（一）循环系统。

1. 心脏骤停。

【紧急医疗救治原则】

按照指南实施心肺复苏。

2. 急性冠脉综合征。

【紧急医疗救治原则】

（1）一般处理。

①患者卧床，停止任何主动活动。

②吸氧，建立静脉通道，心电监护。

④心电图。

⑤胸片。

⑥实验室检查：血常规、电解质、血糖、心肌损伤标志物凝血功能。

⑧请心内科医生会诊，确定并安排进一步治疗。

⑨及时处理各种并发症。

（2）药物治疗。

①扩冠治疗。

②镇痛。

③抗凝抗血小板治疗。

④溶栓治疗。

3. 急性左心衰竭。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 保持呼吸道通畅，吸氧。
- (2) 使患者呈坐位或半卧位，双小腿下垂。
- (3) 扩张血管治疗。
- (4) 保持静脉通道畅通，利尿治疗。
- (5) 静脉注射吗啡 3~5mg。
- (6) 视病情酌情使用强心药，氨茶碱和地塞米松。

4. 心律失常。

【紧急医疗救治原则】

1) 快速心律失常。

(1) 阵发性室上性心动过速 (SVT)。

- ① 兴奋迷走神经。
- ② 普罗帕酮。
- ③ 有器质性心脏病或心功能不全者首选胺碘酮。
- ④ 血流动力学不稳定考虑直流电复律。

(2) 室性心动过速 (VT)。

- ① 血液动力学不稳定室性心动过速，立即直流电复律。
 - ② 血液动力学稳定的室性心动过速，可选择胺碘酮、利多卡因等治疗。
 - ③ 尖端扭转性室速，首选硫酸镁，禁用电复律。
- ##### (3) 心室纤维颤动 (VF) / 心室扑动。
- ① 立即非同步直流电复律。

②查找并纠正病因或诱因。

③心肺复苏。

(4) 快速心房颤动 (Af) / 心房扑动 (AF)。

①以控制心室率为主。

②急性心肌梗死、心力衰竭病人应选用胺碘酮。

③血流动力学不稳定时，同步直流电复律。

注意：预激综合症合并房颤时

①不用作用于房室结的药物。

②血流动力学不稳定，立即同步直流电复律。

③血流动力学稳定，可选用静脉胺碘酮或普罗帕酮。

2) 缓慢心律失常。

(1) 无症状的窦性心动过缓，心率 ≥ 45 次/分，无需治疗。

(2) 导致晕厥的病窦综合征，尤其是慢-快综合征，可临时体外起搏。

(3) 房室传导阻滞。

① I 度和 II 度文氏阻滞可观察，查找与纠正病因。

② II 度 II 型或完全性房室传导阻滞，应立即安装起搏器，如无条件起搏，可试用阿托品或肾上腺素静脉滴注。重度房室传导阻滞可试用异丙基肾上腺素。

5. 高血压危象。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 查找和去除诱因。
- (2) 对高血压急症进行评估、分层。
- (3) 连续监测血压等生命体征。
- (4) 积极控制血压。

6. 急性心包压塞。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 改善血流动力学。

①快速静脉输注生理盐水。

②正性肌力药。

- (2) 降低心包腔内压。

①心包穿刺术。

②心包切开引流术。

③心包切除术。

(二) 呼吸系统。

1. 支气管哮喘持续状态。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 去除诱因，脱离致敏环境。
- (2) 吸氧，必要时行机械通气治疗。
- (3) 扩张支气管。

2. 呼吸衰竭。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 一般治疗。

①加强护理、预防误吸。

②维持机体内环境稳定。

a. 适当限制液体量。

b. 维持理想的血糖水平。

c. 能量的供给。

(2) 符合指征者考虑机械通气治疗。

3. 重症肺炎。

【紧急医疗救治原则】

(1) 抗生素的治疗。

(2) 其他治疗。

①机械通气。

②抗炎药物。

③治疗合并的感染性休克。

④肾功能不全：避免应用肾毒性药物，必要时行血液透析等治疗。

4. 肺栓塞。

【紧急医疗救治原则】

(1) 一般治疗。对症、支持疗法；对呼吸、心跳停止者立即做复苏抢救；吸氧，保持呼吸道通畅；疼痛剧烈者给予镇痛。

(2) 溶栓。

(3) 抗凝。

（三）消化系统。

1. 上消化道出血。

【紧急医疗救治原则】

（1）一般治疗。

卧床休息；观察机体灌注情况；记录血压、脉搏、出血量与每小时尿量；保持静脉通路并测定中心静脉压。保持病人呼吸道通畅。大量出血者宜禁食，少量出血者可适当进流质。多数病人在出血后常有发热，一般无需使用抗生素。

（2）补充血容量。

（3）上消化道大量出血的止血处理。

- ①胃内降温。
- ②口服止血剂。
- ③抑制胃酸分泌和保护胃粘膜。
- ④内镜直视下止血。
- ⑤食管静脉曲张出血的非外科手术治疗。

1) 气囊压迫。

2) 降低门脉压力的药物治疗。

（4）手术处理。

2. 急性重症胰腺炎。

【紧急医疗救治原则】

（1）液体复苏。

（2）解痉镇痛。

- (3) 生长抑素。
- (4) 应用抗生素预防和治疗感染。
- (5) 腹腔灌洗
- (6) 机械通气和氧疗。
- (7) 中药治疗。
- (8) CT 引导下经皮导管引流术。
- (9) 营养支持。
- (10) 胰腺假性囊肿的处理。
- (11) 手术治疗。

3. 急腹症。

【紧急医疗救治原则】

(1) 一般治疗。

①对急性腹痛暂难诊断，需继续观察时，可首先行全身支持和对症止痛等治疗。伴有休克者需及时予以纠正，并监测患者的血压、脉搏、呼吸、尿量、意识状态等一般情况。

②伴感染者积极配合抗感染治疗。伴有大量失血者应及时输血，以防止失血性休克。

③经观察和治疗，腹痛逐渐缓解，且平稳3天以上，患者一般情况好，炎症已局限，或患者一般状态差，不能耐受手术探查和手术治疗者大多采用非手术疗法。

(2) 手术治疗。

(四) 内分泌系统。

1. 糖尿病酮症酸中毒。

【紧急医疗救治原则】

尽快补液以恢复血容量。纠正失水状态，降低血糖，纠正电解质及酸碱平衡失调，同时积极寻找和消除诱因，防治并发症，降低病死率。

(1) 补液。

(2) 胰岛素治疗。

(3) 纠正电解质及酸碱平衡失调。

(4) 对症治疗：针对感染、心衰、心律失常等的治疗。

2. 非酮性高渗性糖尿病昏迷。

【紧急医疗救治原则】

(1) 开放静脉，急查血糖、电解质、血气分析、血尿常规、尿酮、心电图以及胸片和脑 CT 等。

(2) 补液。

(3) 胰岛素治疗。

(4) 补钾原则与酮症酸中毒素相同。

(5) 一般不需补碱，血糖不宜下降过速。

其它治疗：①去除诱因：感染者应用抗生素。②纠正休克：经补液后休克仍未纠正，可输血浆。③应防治动静脉血栓及弥散性血管内凝血（DIC），予以相应的抗凝治疗。④防止治疗过程中并发脑水肿。

3. 糖尿病低血糖昏迷。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 血糖检查。
- (2) 静脉补充葡萄糖。

4. 甲亢危象。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 一般治疗。

- ①全身支持疗法。
 - ②积极治疗诱发因素。
 - ③退热镇静。
 - ④肾上腺皮质激素的应用。
 - ⑤积极防止并发症及监护重要脏器功能。
- (2) 口服抗甲状腺药物抑制甲状腺素生物合成。
 - ①抑制甲状腺激素生物合成。
 - ②抑制甲状腺中甲状腺激素向血中释放。
 - ③降低周围组织对甲状腺激素的反应。
- (3) 康复治疗。

5. 肾上腺皮质功能危象。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 补充糖皮质激素。
- (2) 补充盐皮质激素。
- (3) 纠正脱水和电解质紊乱。
- (4) 预防和治疗低血糖。

(5) 处理诱因。

6. 垂体危象。

【紧急医疗救治原则】

(1) 抢救低血糖。

(2) 解除急性肾上腺功能减退危象。

(3) 有循环衰竭者按休克原则治疗，有感染败血症者应积极抗感染治疗，有水中毒者主要应加强利尿，可给予泼尼松或氢化可的松。

(4) 纠正低温。

(5) 禁用或慎用麻醉剂、镇静药、催眠药或降糖药等。

7. 严重酸碱失衡及电解质紊乱。

【紧急医疗救治原则】

(1) 代谢性酸中毒的治疗。

① 预防和治疗原发病。

② 纠正水、电解质代谢紊乱，恢复有效循环血量，改善肾功能。

③ 补充碱性药物。

(2) 呼吸性酸中毒的治疗。

① 防治原发病。

② 增加肺泡通气量。

③ 适当供氧不宜单纯给高浓度氧。

④ 谨慎使用碱性药物。

（3）代谢性碱中毒的治疗。

①治疗原发病，积极去除能引起代谢性碱中毒的原因。

②轻症只需输入生理盐水或葡萄糖盐水即可得以纠正。
对于严重的碱中毒可给予一定量的弱酸性药物或酸性药物。

③盐皮质激素过多的病人应尽量少用髓袢或噻嗪类利尿剂，可给予碳酸酐酶抑制剂乙酰唑胺等治疗；失氯、失钾引起者，则需同时补充氯化钾促进碱中毒的纠正。

④使用含氯酸性药。

（4）呼吸性碱中毒的治疗。

①防治原发病，去除引起通气过度的原因。

②吸入含 CO_2 的气体。急性呼吸性碱中毒可吸入 5% CO_2 的混合气体或用纸罩于患者口鼻，使吸入自己呼出的气体，提高 PaCO_2 和 H_2CO_3 。

③对症处理。有反复抽搐的病人，可静脉注射钙剂；有明显缺 K^+ 者应补充钾盐；缺氧症状明显者，可吸氧。

（5）低钠血症的治疗。

①去除病因。

②纠正低钠血症。

③对症处理。

④治疗合并症。

（6）高钠血症的治疗。

①失水过多性高钠血症除病因治疗外，主要是纠正失

水。

②补充液体的溶液首选等渗盐水与5%葡萄糖液，按1:3或1:1比例混合配制。葡萄糖进入体内后很快被代谢掉，故混合配制的溶液相当于低渗溶液。也可选用0.45%盐水或5%葡萄糖溶液。

③补液途径有经口饮入，不能自饮者可经鼻胃管注入，一般用于轻症病人。

④对钠排泄障碍所致的高钠血症的治疗主要是排除体内过多的钠。同样应监测血钠下降速度，以免下降过快而引起脑水肿。

(7) 低钾血症的治疗。

强调以预防为主，在治疗原发病和纠正诱发因素的同时，控制 Na^+ 的摄入和输入，增加 K^+ 的补充，避免碱中毒和血糖的下降速度过快。

(8) 高钾血症的治疗。

因为高钾血症多有明确的诱发因素，应以预防为主。

1) 对抗 K^+ 对心肌的毒性作用。

①钙盐的应用。

②钠盐的应用。

③控制心律失常。

2) 促进钾进入细胞内。

①高渗碳酸氢钠或乳酸钠的应用。

②极化液疗法。

③其它措施。如应用必须氨基酸、生长激素等促进合成代谢，也有利于降低血钾。

3) 促进钾排除体外。

4) 控制钾离子的摄入。

5) 治疗原发病和避免诱发因素。

(五) 神经系统。

1. 急性脑血管病。

【紧急医疗救治原则】

(1) 保持正确体位，取平卧头侧位，防止误吸。

(2) 保持呼吸道通畅。

(3) 给予吸氧。

(4) 严密监测意识状况、瞳孔、血压和呼吸等主要生命体征的变化。

(5) 控制血压。

(6) 降低颅内压。

(7) 明确缺血性脑血管病和出血性脑血管病。

2. 癫痫大发作。

【紧急医疗救治原则】

发作时处理：

(1) 一般处理：立即平卧松解衣领，头转向一侧，保持呼吸道通畅，防止异物吸入或窒息；用纱布或毛巾等包着

压舌板，垫入上下臼齿之间，并用两掌轻托下颌，防止下颌脱臼和舌头咬伤；抽搐后如呼吸未能立即恢复，可行人工呼吸，抽搐后如有精神症状，应加强防护，防止意外。

(2) 控制抽搐。

(3) 防治脑水肿。

(4) 持续吸氧、心电监护。

3. 重症肌无力危象。

【紧急医疗救治原则】

(1) 轻者应避免过度劳累，受凉，感染，外伤和激怒等，不宜在烈日下过久，以防肌无力危象发生。

(2) 肌无力危象发作时，应卧床休息，保持镇静和安静，保持室内空气通畅和新鲜，及时清除鼻腔及口腔内分泌物，保持呼吸道通畅。

(3) 肌无力危象时，即刻肌注新斯的明 1 毫克，必要时可重复，症状改善后可改用口服。

(4) 胆碱能性危象时，停用一切抗胆碱脂酶药物，同时肌注或静脉注射阿托品 0.5~2 毫克，每日 15~30 分钟重复一次。

(5) 反拗性危象时，停用抗胆碱脂酶药物，使运动终板乙酰胆碱受体功能受体功能得到恢复，至少 72 小时后，再从小剂量开始使用抗胆碱脂酶药物。

(6) 如一时危象性质不明，可暂停抗胆碱脂酶药物，

试用强的松口服。

(7) 禁止使用可影响神经-肌肉接头传递功能药物如麻醉剂，镇静止痛剂，肌肉松弛剂，抗心律失常药及某些抗生素等。

(8) 出现呼吸窘迫或呼吸衰竭时积极进行机械通气支持。

(六) 意外伤害。

1. 坠落伤。

【紧急医疗救治原则】

(1) 首先对病人进行快速全面的粗略检查，排除病人是否有呼吸道梗阻、休克、大出血等致命的征象。

(2) 保持呼吸道通畅。

(3) 出现心脏停搏要立即行心肺复苏。

(4) 周围血管伤大出血，压迫伤部以上动脉干至骨骼，直接在伤口上放置厚敷料，绷带加压包扎以不出血和不影响肢体血循环为宜。当上述方法无效时，可慎用止血带，原则上尽量缩短使用时间，一般以不超过1小时为宜，做好标记，注明止血带时间。

(5) 在搬运和转送过程中，注意脊椎保护。

2. 爆炸伤。

【紧急医疗救治原则】

(1) 应设法将伤员尽快脱离事故现场，以避免损伤进

一步加重可。

(2) 现场急救。

①呼吸及心跳骤停抢救。

②出血及休克抢救。

③颅脑损伤。

④气胸急救。

⑤ARDS（急性呼吸窘迫综合征）及挤压综合征的救治。

⑥骨折固定。

3. 电击。

【紧急医疗救治原则】

(1) 迅速脱离电源。

(2) 有缺氧指征者给予吸氧。

(3) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(4) 保护体表电灼伤创面。

(5) 给予多功能监护。对症处理：缺氧所致脑水肿者，可使用甘露醇脱水，对由于肌肉强烈收缩造成的骨折脱位，要复位，固定，对烧伤者以暴露伤口为好。

4. 溺水。

【紧急医疗救治原则】

(1) 判断有无意识，进行生命体征的评估。

(2) 迅速清除口腔、呼吸道分泌物，畅通气道，维持有效通气，必要时采用鼻面罩或气管插管，使用呼吸复苏气

囊或便携式呼吸机进行呼吸支持。

(3) 有缺氧指征者给予吸氧。

(4) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(5) 建立静脉通道，维持有效循环。

(6) 给予多功能监护。其他对症处理。

5. 中暑。

【紧急医疗救治原则】

(1) 使患者迅速脱离高温环境，连续监测体温、尿量，行血气分析。

(2) 有缺氧指征者给予吸氧。

(3) 给予体表物理降温。高热同时药物降温，选用氯丙嗪 25~50mg 加入 0.9%氯化钠液静脉注射。

(4) 有脑水肿者酌情选用 20%甘露醇、糖皮质激素静滴。

(5) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(6) 给予多功能监护。其他对症处理。

6. 急性中毒。

【紧急医疗救治原则】

(1) 迅速脱离有毒环境或毒物，如脱去被毒物污染的衣服等。清除体内尚未吸收的毒物，常用催吐法或洗胃法。

(2) 有缺氧指征者给予吸氧，如一氧化碳中毒者给予高流量吸氧，尽早给予高压氧舱治疗。

(3) 通畅气道，维持有效通气，必要时采用鼻面罩或

气管插管，使用简易呼吸器或便携式呼吸机进行呼吸支持。

(4) 血压低时给予输注晶体液、血浆或其代用品，无效时，静脉滴注多巴胺或多巴酚丁胺，维持循环功能。

(5) 建立静脉通道，静脉使用呋塞米促进毒物排泄。使用特效解毒药，如有机磷中毒者根据中毒程度静脉注射适量阿托品和氯磷定等特殊解毒药。

(6) 血液灌流在中毒中应用。

(7) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(8) 给予多功能监护及对症支持治疗。

7. 过敏反应。

【紧急医疗救治原则】

(1) 过敏原明确者迅速脱离。

(2) 吸氧。

(3) 通畅气道，呼吸支持。

(4) 开放静脉通道，酌情选用苯海拉明、异丙嗪、葡萄糖酸钙、糖皮质激素等药物。

(5) 对过敏性休克者即刻皮下或肌肉注射肾上腺素0.3~0.5mg，同时选用上述治疗。

(6) 心跳、呼吸骤停者即刻给予心肺复苏。

(7) 其他对症处理。

(8) 监测生命体征。

8. 动物性伤害。

1) 犬咬伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 咬伤后应该立即处理伤口。
- (2) 行伤口的清创处理。
- (3) 注射破伤风抗毒素或相应的疫苗。

2) 蛇咬伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 检查患者的气道、呼吸及循环。如果患者没有呼吸、心跳，立即进行心肺复苏。
- (2) 防止蛇毒继续被吸收，并尽可能减少局部损害。
- (3) 有条件时可用中草药治疗，有外用和内服两种药物，常用药物有蛇药片等。
- (4) 有条件时尽快肌注破伤风抗毒素。
- (5) 有条件时注射抗蛇毒血清。

(七) 创伤和烧伤。

1. 多发性创伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 有明确的致伤因子，判断伤员有无威胁生命的征象，如心跳呼吸骤停，立即进行心肺复苏术，对休克者给予抗休克治疗。
- (2) 保持呼吸道通畅，吸氧，必要时气管插管。
- (3) 伤口的处理。

(4) 疑有颈椎损伤者应给予保护。

(5) 骨折需妥善固定。

(6) 对合并胸腹腔大出血者，需快速补充血容量，必要时使用血管活性药物。

(7) 离断指（肢）体、耳廓、牙齿等宜用干净敷料包裹，有条件者可外置冰袋降温。

(8) 刺入性异物应固定好后搬运，过长者应设法锯断，不能在现场拔出。

(9) 胸外伤合并张力性气胸者应紧急胸穿减压。

(10) 有脏器外露者不要回纳，用湿无菌纱布包扎。

(11) 严重多发伤应首先处理危及生命的损伤。

2. 颅脑损伤。

【紧急医疗救治原则】

(1) 对病人的伤情进行检查，针对情况采取相应的应急措施。

(2) 头部受伤引起严重的外出血，立即行加压包扎止血。

(3) 如有血性液体从耳、鼻中流出，可能是颅底骨折造成了脑脊液外漏。

采取方法：病人侧卧，并将头部稍垫高一点，使流出的液体顺位流出，并防止舌根后坠。严禁用水冲洗，严禁用棉花堵塞耳、鼻。

- (4) 呼吸、心跳停止，应进行心肺复苏。
- (5) 昏迷的病人按昏迷的急救原则处理。
- (6) 出现严重脑疝症状，应尽快争取手术治疗。
- (7) 脱水治疗。

3. 胸部损伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 初诊为气胸，置坐位。
- (2) 吸氧疗法，血氧饱和度监测。
- (3) 处理开放性气胸。
- (4) 紧急时（如张力性气胸）用 60ml 注射器抽气或胸腔闭式引流（在患侧第二肋间锁骨中线垂直刺入）。保持呼吸道通畅，尤其是昏迷病人。
- (5) 一旦发生呼吸停止，立即进行呼吸复苏。
- (6) 有指征可考虑急诊开胸手术。

4. 腹部损伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 已确定腹腔内脏器破裂者，应及时进行手术治疗。
- (2) 对于非手术治疗者，经观察仍不能排除腹内脏器损伤，或在观察期间出现剖腹探查指征时考虑手术。

5. 脊柱/脊髓损伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 注意其它危及生命的合并损伤，尽量减少脊柱的

任何活动。

(2) 在椎体骨折或脊髓损伤除外之前，对患者进行合适的固定。

(3) 一旦危及生命的损伤得以控制，如有指征摄侧位颈椎相。

(4) 询问病史并查体，明确患者入院时神经系统功能的基础状态。

(5) 一旦怀疑或发现脊髓损伤，尽早请神经外科或骨科医生会诊。

(6) 转运椎体骨折或脊髓损伤患者至有条件的医院。

6. 四肢损伤。

【紧急医疗救治原则】

(1) 及时止血。

(2) 妥善包扎。

(3) 有效固定。

(4) 镇静止痛。

(5) 防治休克。

(6) 保存好残指（肢）。

7. 骨盆骨折。

【紧急医疗救治原则】

(1) 主要是对休克及各种危及生命的合并症进行处理。

(2) 有效止血。

8. 烧（烫）伤。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 立即消除致伤因素。
- (2) 解除窒息，确保呼吸道通畅。
- (3) 纠正休克。
- (4) 保护创面。
- (5) 对症处理。

(八) 妇产科危重症。

1. 阴道出血。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 根据出血原因对症处理，控制出血。
- (2) 出血量多者应立即补液，积极预防和纠正休克，积极配血输血治疗。
- (3) 积极明确出血病因，请妇产科会诊协助诊治。

2. 产后出血。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 一般治疗。
- (2) 针对下列病因进行止血。
 - 1) 子宫收缩乏力性出血。
 - 2) 软产道损伤所致出血。
 - 3) 胎盘因素所致出血。
 - 4) 凝血功能障碍所致出血。

3. 胎膜早破。

【紧急医疗救治原则】

(1) 足月胎膜早破处理原则。

①测体温及脉搏，急查血常规及 CRP，了解有无感染征象，若可疑感染，则应用静脉抗生素治疗。

②诊断胎膜早破后，若无规律宫缩，则即刻引产以减少宫内感染的发生机会。

③若胎儿头浮未入盆，则应注意脐带脱垂征象，卧床，适当抬高臀部。

④若为胎位异常或可疑胎儿窘迫者，宜及时行剖宫产终止妊娠。

(2) 早产胎膜早破处理原则。

①监测有无感染征象。

a. 动态监测孕妇体温及脉搏。

b. 动态监测血常规及 CRP。

c. 宫颈分泌物培养。

②孕周大于 36 周者，处理同足月胎膜早破。

③孕周 35~36 周，顺其自然：无感染征象者，期待疗法，不保胎治疗；有感染征象者，行引产术。

④孕周 33~35 周：促胎肺成熟，无感染征象者，期待疗法，不保胎治疗；有感染征象者，及时终止妊娠。

⑤孕周 28~33 周者，住院、卧床休息，抬高臀部，垫

无菌会阴垫，保持外阴部清洁。静脉点滴抗生素 7 天，后若无感染征象可停用。地塞米松 5mg 肌注每 12 小时一次共 4 次促胎肺成熟，以避免新生儿发生呼吸窘迫综合征。注意宫缩状况，可根据情况应用宫缩抑制剂。注意羊水情况（性状和气味）、体温、血常规、CRP 的动态变化情况，若出现宫内感染征象，则应及时终止妊娠。若 B 超监测残余羊水量明显减少，最大羊水深度 $\leq 2\text{cm}$ ，胎儿生长迟滞时应考虑胎儿宫内生长受限，宜及时终止妊娠。

⑥若所在医院儿科抢救条件有限，则应行“宫内转运”患者至有新生儿抢救条件的上级医院。不宜在胎儿娩出后再行转院，会增加新生儿风险。

4. 急产。

【紧急医疗救治原则】

- (1) 产妇取平卧位，双腿屈曲并外展。
- (2) 开放静脉通道。
- (3) 消毒。
- (4) 铺消毒巾于臀下，带好无菌手套。
- (5) 接生。
- (6) 结扎脐带。
- (7) 新生儿处理。

①呼吸道处理：置复温床、擦干羊水、摆好体位，及时清除新生儿口腔、鼻腔中黏液及羊水，必要时用吸管吸。进

行触觉刺激.当无哭声时可拍打足底。

②评价呼吸、心率、肤色、反射、肌张力，必要时进行治疗。

③脐带处理：脐带断面用 75%酒精消毒，用无菌纱布包围，再用长绷带包扎。将新生儿包裹温暖。

(8) 胎盘处理。

5. 宫外孕破裂出血。

【紧急医疗救治原则】

(1) 一般治疗：

①监护、吸氧、建立静脉通路补液。

②积极配血、输血等对症支持治疗，纠正休克。

(2) 手术治疗：可行开腹或腹腔镜手术。

第三部分 重症医学科

第一章 重症医学科收治范围

一、急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全，经过重症医学科的严密监护和加强治疗短期内可能得到康复的患者。

二、存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过重症医学科严密的监护和随时有效治疗可能减少死亡风险的患者。

三、在慢性器官功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过重症医学科的严密监护和治疗可能恢复到原来状态的患者。

四、慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从重症医学科的监护治疗中获得益处的患者，一般不是重症医学科的收治范围。

第二章 常见急危重伤病重症医学科诊疗原则

根据重症病人特点，在重视原发病诊疗基础上，强调器官功能评估与支持。

一、休克

（一）持续生命体征监测（心电、呼吸、血压、血氧饱和度监测）。

（二）吸氧，保持呼吸道通畅，必要时进行机械通气。

（三）尽快建立静脉通路。

（四）积极处理原发病因。

（五）调整容量状态。

（六）使用血管活性药物和（或）强心药物，维持血压，保障灌注。

（七）观察尿量、血乳酸等灌注指标并保障组织灌注水平。

二、急性呼吸衰竭

（一）氧疗。

（二）明确并保持气道通畅。

（三）及时行无创或有创机械通气。

（四）积极进行评估，能明确原因者，按相应抢救原则处理。

（五）持续监测生命体征。

三、急性肾功能衰竭

- (一) 评估肾功能。
- (二) 分析导致肾功能衰竭的原因。
- (三) 根据急性肾功能衰竭病因，确定初步治疗方案。
- (四) 必要时根据肾脏支持的处理常规进行肾脏支持。

四、急性肝脏衰竭

- (一) 评估肝功能。
- (二) 查找肝功能衰竭原因。
- (三) 去除病因，尽可能停用可导致肝损伤的药物。
- (四) 注意纠正凝血功能。
- (五) 注意并发症的防治。
- (六) 必要时进行人工肝等支持治疗。

五、急性左心衰竭

- (一) 评估心脏功能及容量状态。
- (二) 查找导致心脏功能衰竭原因。
- (三) 积极去除诱发因素。
- (四) 积极调整容量状态，如利尿剂无效时，应用 CRRT。
- (五) 降低后负荷。
- (六) 必要时强心治疗。
- (七) 必要时进行机械通气治疗。

六、出凝血功能障碍

- (一) 评估出凝血功能状态，如血小板、D-二聚体、

纤维蛋白原、APTT、PT、PTA 等。

(二) 寻找出凝血异常原因。

(三) 根据出凝血功能状态进行相应处理，如补充凝血因子或抗凝治疗。



第三章 常见急危重伤病重症医学科诊疗规范

一、休克

(一) 低容量性休克。

1. 尽快明确和纠正引起容量丢失的病因。如对于出血部位明确的失血性休克患者，早期借助内镜、介入或手术进行止血。

2. 立刻开始液体复苏，输液的速度应快到足以迅速补充丢失液体，以维持组织灌注。

3. 对于失血性休克的患者，及时输血治疗，纠正凝血功能障碍。

(1) 浓缩红细胞：为保证组织的氧供，血红蛋白降至70g/L时应输血。对于有心血管高风险的患者，使血红蛋白保持在100g/L以上。

(2) 血小板：血小板输注主要用于患者血小板数量减少或功能异常伴有出血倾向或表现。血小板计数 $<50\times 10^9/L$ 时，应考虑输注。

(3) 新鲜冰冻血浆：早期复苏时红细胞与新鲜冰冻血浆的输注比例应为1:1。

4. 低血容量休克的患者，一般不常规使用血管活性药，仅在足够的液体复苏后仍存在低血压，或者输液还未开始的严重低血压患者，才考虑血管活性药与正性肌力药。

5. 对未控制出血的贯通伤失血性休克患者，早期采用延迟复苏，收缩压维持在 80~90mmHg，保证重要脏器的灌注，并及时止血。出血控制后再进行积极容量复苏。对合并颅脑损伤的多发伤患者、老年患者及高血压患者应避免延迟复苏。

（二）感染性休克。

1. 在感染性休克引起组织低灌注时，应进行早期复苏。即在复苏最初 6 小时内，达到以下目标：

- （1）中心静脉压（CVP）保持 8~12 mmHg；
- （2）平均动脉压（MAP） \geq 65 mmHg；
- （3）尿量 \geq 0.5 ml \cdot kg⁻¹ \cdot hr⁻¹；
- （4）中心静脉（上腔静脉，ScvO₂）或者混合静脉氧饱和度（SvO₂）分别 \geq 70% 或者 \geq 65%。

若经过液体复苏后，ScvO₂ 与 SvO₂ 没有达到目标，可输注浓缩红细胞达到红细胞压积 \geq 30%，和（或）输入多巴酚丁胺。

2. 在应用抗生素之前留取病原学标本，可通过影像学检查早期确定潜在的感染病灶。

3. 入院 1 小时内经验性静脉使用抗生素治疗。一旦明确病原，则根据药敏结果调整为敏感的抗生素。

4. 若存在脓肿等局部感染灶，或可疑引起感染的体内医疗工具，应及时去除感染灶。

5. 积极进行液体复苏。若单纯液体复苏无效，应尽早加用血管活性药物。

6. 液体复苏和血管活性药治疗效果不佳时可应用糖皮质激素，推荐氢化可的松，每日补充量不超过 200mg，最好持续静脉输注。

（三）心源性休克。

1. 积极进行病因治疗。如冠心病、急性心肌梗死合并心源性休克，可行溶栓、PTCA、外科治疗。

2. 建立静脉通路，密切心电监护。绝对卧床休息，吸氧，止痛。

3. 进行容量复苏，使用血管活性药物维持组织灌注；纠正酸中毒；抗心律失常治疗。

4. 对严重的、难治的、其他方法无效的心源性休克，可采用主动脉内球囊反搏术，体外膜氧合等辅助装置。

5. 防治 ARDS、急性肾衰竭、DIC 等并发症。

（四）梗阻性休克。

1. 立即缓解致使血流通道受阻的病因。

2. 根据不同梗阻原因所表现出的血流动力学特点，调整容量状态，使用血管活性药物维持组织灌注。

二、循环系统

（一）心脏骤停。

1. 立即持续性胸外按压。

2. 开放气道，包括徒手仰头举颏法、托颌法（颈椎损伤者）。也可使用口咽通气管、喉罩、气囊面罩或气管插管。

3. 人工辅助通气或机械通气。

4. 如为室颤或无脉室速，电除颤。如为无脉搏电活动（PEA）和心脏停搏，继续心肺复苏。

5. 持续监测生命体征。

6. 开放静脉通道。

7. 应用复苏药物及抗心律失常药物。

8. 复苏成功后如仍昏迷，进行亚低温治疗。

（二）急性冠脉综合征、急性心肌梗塞。

1. 适当镇静镇痛。

2. 吸氧。

3. 持续监测生命体征。

4. 监测心肌酶及心电图有无动态变化。

5. 建立静脉通道，保持给药途径畅通。

6. 给予硝酸酯类、抗凝、抗血小板、他汀类等药物治疗。

7. 及时处理各种并发症。

8. 立即评估是否需要血管重建。

（三）急性左心衰竭。

1. 体位为坐位或半坐位，腿下垂。

2. 持续监测生命体征。

3. 保持呼吸道通畅，吸氧，必要时可行无创及有创机械

通气。

4. 开放静脉通道。
5. 给予利尿剂、强心药、血管扩张剂等药物治疗。
6. 筛查病因，并对应处理。

(四) 恶性心律失常。

1. 持续心电、血压监测。
2. 吸氧。

3. 判断有无血流动力学障碍（如意识改变、低血压、休克、严重心肌缺血症状、严重心衰症状等），如存在，立即给予电复律（快速型心律失常）或临时体外起搏（缓慢型心律失常）治疗。

4. 开放静脉通道，纠正病因，选用针对性抗心律失常药物治疗。

5. 如为心跳骤停，立即心肺复苏。

(五) 高血压危象。

1. 持续心电、血压、血氧饱和度监测。

2. 了解基础血压情况，评估心脑肾眼底等脏器功能情况，适当镇静镇痛。

3. 开放静脉通道，规范给予降压药物治疗，逐渐达到病人所需要的目标血压。

4. 及时处理各种并发症。
5. 必要时气管插管、机械通气。

三、呼吸系统

(一) 重症哮喘。

1. 氧疗。
2. 使用支气管扩张药物治疗。如：B受体激动剂、M受体拮抗剂、茶碱。
3. 使用吸入及静脉激素治疗。
4. 可行无创或行气管插管机械通气治疗。调节呼吸机参数时适当减慢呼吸频率、延长呼气时间，必要时可进行控制性低通气。

5. 镇痛镇静，必要时肌松。

6. 去除诱因。

(二) AECOPD。

1. 及时去除诱因，如感染诱发哮喘加重，及时控制感染。
2. 氧疗。
3. 通过雾化吸入或静脉输注方式使用支气管扩张药物，如 β 受体激动剂、M受体拮抗剂、茶碱。
4. 如扩张效果不佳，可以使用吸入及静脉激素治疗。
4. 当出现神志改变，呼吸肌疲劳，二氧化碳潴留时可考虑行无创或有创机械通气。
5. 若插管上机后出现人机对抗，可充分镇静肌松，保证通气。

(三) 急性呼吸窘迫综合征 ARDS。

1. 持续心电、血压、血氧饱和度监测。
2. 有创或无创机械通气。
3. 采用肺保护性通气策略，包括使用呼气末正压、肺复张等维持氧合、根据体重采用小潮气量通气等。
4. 俯卧位通气。
5. 采用预防呼吸机相关性肺炎措施。
6. 营养支持。
7. 限制性液体管理。

四、消化系统

（一）消化道出血。

1. 诊断及鉴别诊断，查明出血部位。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧。
3. 持续心电、血压、血氧饱和度监测。
4. 建立静脉通路，积极配血，补充血容量。
5. 持续监测出血情况，定时复查血色素水平。
6. 对上消化道出血应用止血、制酸等对症处理。
7. 必要时外科、介入科、消化科手术止血。

（二）急性肝脏衰竭。

1. 诊断及鉴别诊断，查明肝功能衰竭原因。
2. 去除病因，停用可导致肝损伤的药物。
3. 持续心电、血压、血氧饱和度监测。
4. 建立静脉通路，补充新鲜血浆、冷沉淀等血制品，纠

正凝血功能。

5. 持续监测出血情况，定时复查血色素水平。
6. 应用保肝、预防及治疗肝昏迷等处理。

(三) 急性重症胰腺炎。

1. 诊断及鉴别诊断，查明病因。
2. 去除病因。如胆源性胰腺炎应去除梗阻因素。
3. 持续心电、血压、血氧饱和度监测。
4. 评估容量状态，积极纠正低容量状态；建立静脉通路，根据患者情况给予营养支持。

5. 应用抑酶、制酸等对症处理。如出现氧合障碍或合并ARDS，尽早呼吸支持。

6. 必要时给予抗生素治疗。
7. 防治并发症。
8. 必要时手术治疗。

五、内分泌系统

(一) 糖尿病酮症酸中毒。

1. 监测血糖、肾功、离子、血气分析。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧。
3. 建立静脉通道，尽早开始充足的补液，酌情给予碱性药物。
4. 调整输入的热量，维持血糖稳定。
5. 合理应用小剂量胰岛素。

(二) 低血糖昏迷。

1. 立即停用胰岛素。
2. 持续监测生命体征。
3. 静脉注射 50%葡萄糖溶液，而后静脉滴注 10%葡萄糖溶液，每半小时复查血糖，直至血糖稳定。
4. 调整控制血糖的目标，避免再次出现低血糖。
5. 调整每日热量供给，维持血糖稳定。
6. 防治脑水肿。

(三) 高渗性昏迷。

1. 监测生命体征及血糖、电解质、血气分析等。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧。若不能维护气道，尽早气管插管。
3. 建立静脉通路，快速补液，输液量按体重的 12%估算。老人，心肾功能不全者，需监测中心静脉压。
4. 合理应用小剂量胰岛素。
5. 适当补钾，酌情给予碱性药物。
6. 注意防治动静脉血栓、弥散性血管内凝血（DIC）、脑水肿。

(四) 甲亢危象。

1. 持续监测生命体征，开通静脉，适当补液。
2. 积极去除诱因，若合并感染，予抗感染治疗。
3. 积极退热，适当镇静。

4. 慎用肾上腺皮质激素。

5. 口服抗甲状腺药物抑制甲状腺素合成，复方碘溶液抑制甲状腺素释放。应用普萘洛尔、利舍平、胍乙啶等抗交感神经药物减轻周围组织对儿茶酚胺的作用

6. 病情严重者还可用使用血浆置换清除血中过量的甲状腺激素。

六、急性肾损伤和血液净化

（一）急性肾功能衰竭的早期诊断。

1. 了解病史，进行体格检查。
2. 导尿，分析尿液化验结果。
3. 评价尿路情况，排除尿路梗阻。
4. 评价患者容量状态和心脏功能状态。
5. 如考虑肾小球、肾血管疾病，做相应的血液学或超声等检查。
6. 根据急性肾衰竭病因，确定初步治疗方案。

（二）肾脏替代的指征。

1. 高血容量性心功能不全，急性肺水肿。
2. 严重酸碱及电解质紊乱（严重代谢性酸中毒、高钾血症、高钠血症、低钠血症等）。
3. 尿毒症性脑病、心包炎。
4. 药物中毒，尤其是多种药物的复合中毒。

七、妇产科急症

(一) 妊高症。

1. 持续心电、呼吸、血压监测。
2. 及时终止妊娠。
3. 适当镇静镇痛。
4. 硫酸镁静脉输注。
5. 应用降压药物，维持血压稳定。
6. 必要时机械通气支持。
7. 利尿、脱水治疗。
8. 防治并发症。

(二) 产后大出血。

1. 持续心电监护，开通静脉通路，快速补液，维持组织灌注。
2. 积极输血，纠正凝血功能障碍。
3. 按摩子宫，应用缩宫素、米索前列醇等刺激和加强子宫收缩。
4. 若仍有活动性出血，可采取宫腔填塞、结扎双侧子宫动脉及髂内动脉、经导管动脉栓塞术、子宫切除等手段止血。

(三) 羊水栓塞。

1. 持续心电监护，开放静脉，吸氧。
2. 出现过敏性休克时应用糖皮质激素。
3. 解除肺血管痉挛，降低肺动脉压。
4. 适当补液，必要时应用血管活性药物，维持组织灌注，

纠正酸中毒。

5. 预防 DIC。

八、出凝血功能障碍

(一) 肺栓塞的诊断和治疗。

1. 根据临床特征和实验室检查判断患者是否为肺栓塞可疑患者。

2. 判断危险程度，是否影响血流动力学。

3. 血流动力学及呼吸支持治疗。

4. 溶栓治疗。

5. 抗凝治疗。

6. 必要时介入等手术治疗。

(二) DIC。

1. 监测血小板、纤维蛋白原、PT、APTT 水平。

2. 积极去除引起 DIC 的病因。

3. 积极输注血小板、新鲜冰冻血浆、冷沉淀、纤维蛋白原、凝血酶原复合物纠正凝血功能。

4. 持续出血、经替代治疗血小板和凝血因子不上升或证实有纤维蛋白的沉积的 DIC 患者可考虑肝素抗凝治疗。

5. 注意监测有无新发消化道出血、脑出血等，及时予针对性治疗。

九、急性中枢神经系统损伤

(一) 重度颅脑创伤。

1. 监测生命体征，保持呼吸道通畅，必要时行气管插管或气管切开。

2. 观察神志、GCS 评分、瞳孔、神经系统症状体征变化，必要时进行颅内压监测。

3. 维持全身灌注及脑灌注压稳定，必要时可予血管活性药物。

4. 脱水降颅压治疗、防止脑疝。

5. 脱水治疗过程中要定期评估液体出入量，避免出现低血容量状态，监测电解质。

6. 警惕尿崩症、脑耗盐综合征等并发症。

（二）急性脑血管病。

1. 持续心电监护，保持呼吸道畅通，必要时行气管插管或气管切开。

2. 观察神志、GCS 评分、瞳孔、神经系统症状体征变化，必要时进行颅内压监测。

3. 维持全身灌注及脑灌注压稳定，必要时可予血管活性药物。

4. 脱水降颅压治疗、防止脑疝。

5. 控制体温。

6. 促进神经功能恢复，防止瘫痪肢体挛缩和畸形。

7. 脑出血患者可行钻孔血肿穿刺抽吸术、开颅血肿清除术清除积血。

8. 蛛网膜下腔出血应严格卧床，避免刺激及过度用力，尼莫地平防止脑血管痉挛，早期行 DSA，发现脑动脉瘤或脑血管畸形者争取及早手术治疗。

9. 脑梗死可予适当补液，维持合适脑灌注压。给予抗凝治疗，对超早期病例可溶栓治疗。

（三）癫痫持续状态。

1. 左侧卧位后推注葡萄糖。
2. 治疗原则为 30 分钟内终止癫痫发作，首选咪唑啉仑。
3. 处理 30 分钟不见缓解，应按难治性癫痫处理，建立人工气道。
4. 治疗目的为终止肌肉与脑电活动。
5. 积极寻找病因进行处理。

十、严重多发创伤

（一）多发创伤患者进入 ICU 后，必须再次评估伤情，如有漏诊，立即联系专科诊治。

（二）保持呼吸道通畅，必要时机械通气支持。做好患者容量管理。预防下肢血栓、肺栓塞等。

（三）专科进行每日伤口评估及处理。

（四）颈椎损伤者应给予颈托固定，胸腰椎损伤者应用平卧位、轴线翻身，避免护理治疗造成再损伤。

（五）骨折需妥善固定，主要保持一定体位。

（六）胸外伤应保持胸腔引流通畅。

(七) 头部受伤术后应观察颅内压力变化, 保持脑灌注。

十一、外科大手术术后

(一) 连接呼吸机、监护仪, 调整呼吸机参数, 观察是否通气正常。观察病人生命体征是否平稳。

(二) 如果有血管活性药物, 询问种类及剂量并继续应用。

(三) 充分和麻醉医生及手术医生了解病人术前术中情况。

(四) 完成术后常规化验检查(如血气分析、心电图、血常规等), 协助评价患者术后病情状态。

(五) 充分镇痛、必要时镇静, 根据病人术中及术前情况决定是否使用抗感染药物。

(六) 病人体内引流物及其他安置物的管理和创口处理。

(七) 根据手术部位、方式给予所需的特殊治疗与护理。

(八) 并存疾病的必要处理。

十二、突发高热

(一) 判断高热为感染或非感染, 并对症处理。

(二) 如高热引起循环功能不稳定, 积极液体复苏。

(三) 去除感染病灶。

(四) 如为感染性发热, 需积极完善辅助检查, 明确感染部位及感染微生物, 留取相关标本培养后, 合理使用抗感染药物治疗。