

急诊工作的“三快”

王 津 生

(天津市河东区津东医院,天津 300171)

中图分类号: R459.7

文献标识码: C

文章编号: 1008-1089(2005)06-0037-02

急诊工作(本文只讨论急诊室和抢救室的工作)对诊疗活动的快捷性有很高的要求;尤其对致命性急症诊疗活动的快捷性有极高的要求。这是急诊工作的特征,可以说,不够快捷的急诊,就不是真正的急诊。

急诊工作包括接诊、诊断和处置(抢救和治疗)。要使急诊工作快捷起来,必须快接诊、快诊断和快处置(简称“三快”)。

1 快接诊

“接诊”的重要性,在于它是一次医疗活动的开始。这在急诊工作中尤其重要,因为不论急症患者多么快捷地到达诊室,也不论急诊科的设备多么先进、技术水平多么高超,如果无人接诊或接诊不够快捷,这些有利条件都将化为乌有。

从理论上讲,急症患者,尤其是致命性急症患者是不应该候诊的,他们一到急诊室就应该得到接诊,在此称之为“0候诊”。为了“0候诊”,医生应该做到以下5条:

1.1 足不出户 坚守岗位是各科医生的守则,但急诊医生自律应该更严:其他医生只要留下自己的去向,可以离开岗位;而急诊医生在急诊室里值班时,则必须达到“足不出户”的程度,即一刻也不离开诊室。因为任何时刻都可能有需要立即抢救的患者到达。这是急诊工作的一大特点,急诊医生必须十分注意!

1.2 三虚以待 然而仅仅“足不出户”还不够。因为如果你思维迟钝、动作迟缓,那么当急症患者到达诊室时,你的诊椅上、诊床上和诊室里就总会有尚未处置完了的病人,这样就仍然做不到“0候诊”。从理论上讲,急诊科的诊椅、诊床和诊室总应该以空虚的状态等待每一位患者的到来,在此称之为“三虚以待”。

当然实际上常常做不到“三虚以待”。可是如果在“三虚以待”的理念指导下去努力做到,那么“0候诊”的几率就会提高。为此,急诊医生应该养成干事快捷的素质:应该干的,马上着手干,不拖拉;一着手干,就迅速干完,不磨蹭;以便腾出手来干下一个工作。也就是说,要努力使自己经常处于一种能够立即接诊的状态。这是急诊医生的重要素质。

1.3 慢病快看 很多急诊医生惯于“急病快看,慢病慢看”,即诊治致命性急症时尚能快捷,而一遇非致命性急症就放慢速度。这是我们不能够“三虚以待”的又一原因。为此提出“慢病快看”的理念,即诊治非致命性急症时也应该快捷。

1.4 牢记信号(背抱抬推) 当然,即使我们努力,也不能确保每一位致命性急症患者到达时都能“三虚以

待”。怎么办呢?

请记住:当你正在忙着诊治你的患者时,如果有一个新患者以一种被动的体位被人送来,此刻只要暂停诊治不会危及你正在诊治的患者的生命,就应该马上放下手里的工作,立即接诊这个新患者,看看是不是一个需要立即抢救的致命性急症患者。这就可以弥补我们未能“三虚以待”的工作缺陷。

之所以强调“被动体位”,是因为凡是生命垂危的患者,其体位都是被动体位;而“体位”无需问诊和检查,只需看一眼就能够发现。那么怎样的体位是被动体位呢?被人背着、抱着、抬着、用平车推着(简称“背抱抬推”),这四种体位,都是被动体位。所以“背抱抬推”,应该被看做是致命性急症患者到来的信号,急诊医生必须牢牢记住。

1.5 面门而坐 可是怎样才能接诊一个病人时,又能同时看到另一个病人到来时的体位呢?只有一个方法,那就是“面门而坐”,即诊桌和医生的座椅面对诊室的入口摆放,而且从诊桌到诊室入口没有遮挡医生视线的障碍物。

2 快诊断

诊断活动包括问诊、检查和判断3个环节,因此“快诊断”必须从这3个环节入手。

2.1 快启动 要想快诊断,首先必须尽快启动诊断活动。事实上,在急诊工作中,“诊断延迟”(做出诊断太晚)的病例,大多都有“诊断启动延迟”(诊断活动开始太晚)的情况,即很多急诊医生习惯于等患者来到诊桌前或被抬到诊床上,才启动诊断活动。其实无需患者来到医生身边,只要患者一进入医生的视野,诊断活动中的望诊就完全可以开始。因此应该十分强调:在急诊工作中,诊断始于望诊。

2.1.1 初观 “诊断始于望诊”,首先是因为望诊是最快捷的一种检查,它无需患者来到医生身边,只要患者一进入医生的视野,就可以实施;其次是因为急症患者的很多症状和体征十分明显,医生只需注视片刻就能够发现。

因此急诊医生应该“面门而坐”,注视每一个到来的患者;在从患者进入医生的视野到他来到医生的身边这一短暂的时间里,从他身上尽可能多地采集有用的信息,重点是症状和体征。除了症状和体征之外,对于一个善于观察的急诊医生来说,举凡患者的体位、步态、姿态、神态、面容、性别、年龄,甚至服饰,都是有用的信息。在此把这一初步的观察简称为“初观”。

2.1.2 初断 在“初观”的同时,还必须判断是否是致

命性急症?病人患的可能是什么病(一个善于观察的急诊医生有时仅此一瞥,就能做出初步诊断)?如果不能判断是什么病,也要判断可能是哪个系统的疾病。在此把这一初步的判断简称为“初断”。

“初断 对以后的问诊和检查将起到重要的导向作用,从而使以后的问诊和检查更为简约。

在病人身上仅仅注视片刻就必须发现异常并做出判断,这需要很强的观察能力和丰富的症状学知识,急诊医生应该在这两方面下功夫。

当然,一个初学者的“初观 往往发现不了异常,“初断 也往往不够准确。但是不能因此而不做“初观 和“初断”,而应该总结失败的教训,反复磨炼,慢慢就能进入佳境。

2.2 快问诊 急诊的问诊不能像平诊那样系统和详细,而应该在“初断 的导向下十分简约地讯问。如果“初断 认为病人是致命性急症,就一边支撑病人生命,一边讯问发病经过和既往史。如果“初断 已经怀疑是某个疾病,那就把讯问的重点放在寻找能够支持或能够排除这个疾病的证据上。这些证据包括症状、现病史和既往史。如果“初观 之后未能判断是什么病,那就应该针对“初观 时所发现的体征和症状,讯问与该体征和症状关系最密切的那个疾病的信息。如果倾听病家回答之后,发现“初断 有误,就应该立即检体和再讯问,以便发现新的体征和症状。

2.3 快检查 为了加快检查速度,检查不应该总是在问诊结束之后才开始;而是只要可能,在问诊时就开始,即“边问边检”。

急诊的检查也不能像平诊那样系统和详细,而应该在“初断 的导向之下进行。即检查的重点放在寻找能够支持或能够排除“初断 的证据上。

如果“初观 之后判断不出是什么病,检查就应该以“初观 时发现的症状和体征为导向进行,即朝向具有该体征和该症状的疾病进行。

但是一个体征或症状常常为几个不同的疾病所共有,这时先朝向哪个疾病检查就十分重要。在此提出“重病在先 的检查原则。即某体征或某症状为不同疾病所共有时,检查应该先朝向最严重的那个疾病进行。

实施检查时应该注意以下几条:

2.3.1 开始要快 必要时在问诊时就“边问边检”。

2.3.2 项目要少 要选择最能肯定或最能否定某个疾病的一两个检查项目。

2.3.3 速度要快 尤其叩诊和听诊可以十分快捷,比如胸部叩诊时在 1 点之上只叩击 1 次,听取呼吸音时在 1 点之上只听 1 次呼吸。不要像平诊工作中那样,1 点之上必须叩、听两三次甚至更多次。人们之所以在 1 点之上再三叩、听,首先是因为检体技术低下,不再三叩、听,不敢确定;其次是因为有心理障碍,总觉得第 1 次叩、听的结果不可靠,只有第 2、第 3 次

才可靠。其实人体的病理变化不会瞬息万变,比如一个胸水患者,你在他胸部的这 1 点上第 1 次叩击是实音,第 2 次和第 3 次叩击肯定还是实音。因此在大多数情况下,1 点之上叩、听 1 次足矣。当然这有一个前提,那就是高超的检体技术和良好的心理素质。所以急诊医生第一要反复磨炼叩诊和听诊的技术,练得“一叩即知 和“一听即知”;其次要克服心理障碍,认真做好第 1 次检查,并且相信第 1 次检查。

2.3.4 同步检查 “望触叩听 要尽可能同步进行。比如在“触叩听 时,同时进行望诊;在测血压或听心音时,同时听取心率(不看手表)和心律;在听心音时,同时听取呼吸音和啰音,等等。只要认真磨炼,这种技能完全能够获得。

2.3.5 粗略检查 有些检查无需十分精确,这样,在紧急情况下,这些检查就可以粗略为之。比如心率,常常知其大概即可。因此急诊医生应该练就一种特殊的能力,即听取心率时,不看手表,只听三五次心搏,就能大概判断每分搏动是多少次。

2.4 快判断 “判断 是根据问诊和检查的结果以及诊断学的知识,推断是或不是某病。所以如果问诊和检查都获得了必要的信息,那么诊断学的知识在判断活动中就是决定因素。因为如果没有诊断学知识,只有问诊和检查所获得的那些信息,也难于判断;而如果有了诊断学知识,经过问诊和检查,判断就水到渠成,瞬间即可完成。因此急诊医生应该努力丰富自己的诊断学知识。

3 快处置

要想加快处置的速度,必须遵循以下 5 个原则:

3.1 处置第一原则 从急诊工作顺序上看,处置位于接诊和诊断之后;而从急诊工作目标(挽救生命,解除痛苦)上看,处置则是第一重要的环节。因为只有处置落实到病人身上,上述两个目标才能实现。因此,优秀的急诊医生,是能够迅速做出处置的医生。

3.2 支持生命原则 生命垂危的病人,应先支持生命,然后再行其他处置。

3.3 急者先治原则 急症病人一身之上常有多个病症并存,此时应对最急需解除的紧急情况先行处置。

3.4 解除威胁原则 有些病人虽非生命垂危,但已有威胁生命安全的病理变化存在,此时应先解除威胁。

3.5 对症第一原则 “探明病因之后再行治疗 是治疗学的基本原则,但是急症病人常常有紧急情况不能等待探明病因,这时应先行对症治疗,切不可在诊断上过多花费时间。

(请参考本文作者所著《急诊室的故事——学做内科急诊医生》,北京:人民卫生出版社,2003年出版。若有购书者,请到当地新华书店购买,或与人民卫生出版社邮购部联系,电话:010-67605754)

收稿日期:2004-09-15