

1 分钟定生死！ 急诊护士的超强决策力

◎达州市中心医院 邓飞

走进医院急诊科，眼前永远是忙乱景象：病人痛苦呻吟、家属焦急追问、医生快步诊断……可在这一切背后，有群“隐形指挥官”默默掌控着全局——他们就是急诊护士。

急诊护士不只是医生的得力帮手，更是急救流程里的“第一决策者”。从病人踏入急诊室的那一刻起，他们得在短短几分钟内判断病情轻重，决定谁该先救，甚至在医生赶来前动手做关键急救。这种又快又准的判断能力，就是急诊护士特有的“超强决策力”。

分诊：急诊护士要练就“火眼金睛”

急诊科每天要接大量病人，但医疗资源有限，不可能所有人都立刻救治。这时候，“分诊”就成了救命的关键环节——分诊护士得在极短时间内评估病人情况，按“轻重缓急”分类，让最危险的人先得到救治。

分诊有个“黄金法则”——ABCDE评估法，每一步都盯着生死关键：A（Airway，气道）看病人能不能正常呼吸、气道堵没堵；B（Breathing，呼吸）看呼吸是不是急促、微弱，甚至停了；C（Circulation，循环）摸脉搏正不正常、有没有大出血；D（Disability，神经功能）查意识清不清、瞳孔正不正常；E（Exposure，暴露检查）看有没有外伤、烧伤或其他看得见的伤害。比如胸痛病人会被优先安排做心电图，轻微擦伤的病人可能要等多等一会儿，靠的就是这套标准。

除了标准化流程，护士的“经验直觉”也很关键。有些病人表面看起来稳定，护士却能从细微变化里察觉到危险——比如心梗、内出

血的信号。这种“第六感”不是玄学，是常年观察、反复训练练出来的“火眼金睛”。

抢救：护士的“闪电操作”有多关键

一旦病人被判定为“危急”，急诊护士就得立刻行动。很多时候，医生还没到，护士就是第一个动手急救的人，他们的每一个决定，都直接影响病人能不能活下来。

最经典的就是心脏骤停的“黄金4分钟”——对心脏骤停的病人来说，每晚1分钟抢救，生存率就下降7%~10%。这时候护士必须在几秒内做完三件事：立刻做心肺复苏（CPR）维持血液循环、呼叫急救团队准备除颤仪、判断心律要不要除颤，稍微慢一点就可能回天乏术。

急诊科还常遇到“多危重病人同时来”的情况，护士得会“多线程工作”：一边盯着休克病人的血压，一边教实习生给另一个病人插管；抢救中毒病人的同时，还得留意隔壁床癫痫患者会不会发作。这种“一心多用”的能力，是急诊护士的核心本领。

急诊护士怎么扛住“生死考验”

急诊科是出了名的高压环境，护士每天都要面对三重考验：时间紧，生死就隔几分钟；信息不全，病人可能说不清楚自己的症状；情绪干扰，家属的哭喊、病人的痛苦很容易打乱判断。

但经验丰富的护士总能保持冷静，靠的是三招：第一，靠标准化流程，比如遵循ACLS（高级心血管生命支持）、PALS（儿科高级生命支持）这些成熟的急救指南，不用犹豫；第二，靠团队协作，和医生、其他护士高效沟通，不单打独斗；第三，靠心理韧性，通过模拟训练和实战经验，慢慢练出抗压能力。

研究发现，越有经验的急诊护士，在高压下反而越专注，这种能力被称为“应激下的超常表现”——越是危急，他们越能稳住。

科技+人文：现代急诊护士的“双重神器”

现在的急诊护士，不光靠经验，还会用科技帮自己做决策：智能分诊系统能靠AI辅助评估病情，减少人为误差；便携监测设备能实时传生命体征数据，方便远程会诊；电子病历能快速调病人的历史记录，避免重复检查。

但科技再厉害，也代替不了人文关怀。优秀的急诊护士既要技术硬，还得会安抚人：跟焦虑的病人、家属说宽心话，用大白话解释病情，甚至在病人临终时，陪在旁边给安慰。技术救生命，人文暖人心，这两样都是他们的“神器”。

急诊护士的“超强决策力”，不是天生的，是知识、经验、心理素质和科技辅助凑在一起的结果。下次你或家人去急诊科看病，别忘了跟这些“隐形英雄”说声谢谢——他们的每一次快速的判断、每一个敏捷的动作，都可能改变一个人的命运。😊