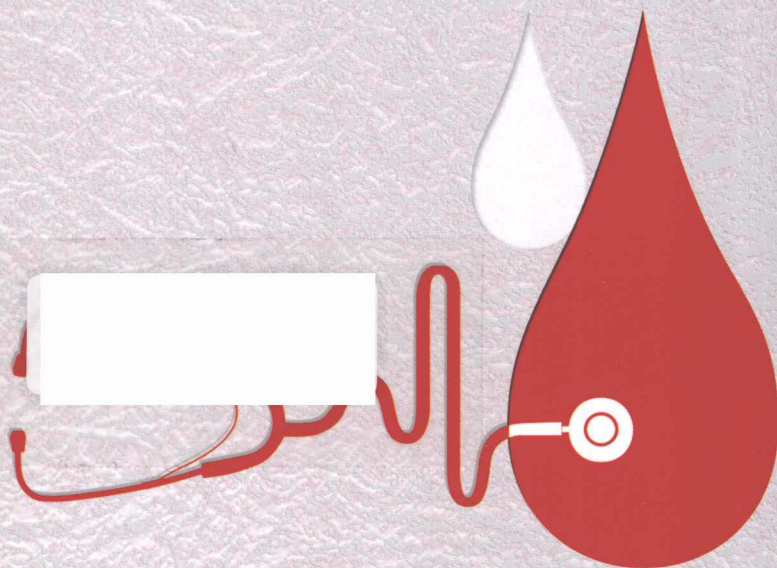


常见伤害 医疗救援防治手册

主编◎陈 宁 鲍缦夕 李俊龙



中国医药科技出版社

要對管内

醫術醫藥全要時新後立設，官商助助，醫社為重，醫藥事同升降醫藥同興姓官民

重印附有人數時新後立設，官商助助，醫社為重，醫藥事同升降醫藥同興姓官民

醫術醫藥全要時新後立設，官商助助，醫社為重，醫藥事同升降醫藥同興姓官民

常見伤害医疗救援防治手册

附錄 (CIP) 目錄編目王井國

列附申：京北一 主编 陈 宁 鲍缦夕 李俊龙

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

1284.978-3-2047-3513-4

中国医药科技出版社

内容提要

医疗救援可能遇到任何事发现场,紧急救援、快捷治疗、独立处理和安全有效的提供、建立后送条件是每一位现场救援人员的职责。

本书突出诊疗、防范、处理和急救四个主要方向,将自然灾害、人为伤害、个人防护——展现。

本书适合急救医护人员、武警救援人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

常见伤害医疗救援防治手册/陈宁,鲍缦夕,李俊龙主编. —北京:中国医药科技出版社,2015.1

ISBN 978 - 7 - 5067 - 7217 - 4

I. ①常… II. ①陈… ②鲍… ③李… III. ①急救 - 手册 IV. ①R459.7 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 294429 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 710 × 1020mm $1/_{16}$

印张 11 $1/_{4}$

字数 165 千字

版次 2015 年 1 月第 1 版

印次 2015 年 1 月第 1 次印刷

印刷 北京市密东印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 7217 - 4

定价 36.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



中国医药科技出版社

编委会

主 编	陈 宁	鲍缦夕	李俊龙	
主 审	侯世科	王志宏	张 赛	
副主编	柳培雨	付正英	齐红霞	樊童军
编 委	王 富	罗文岩	李 磊	刘 宇
	詹永胜	雷晓莉	田 毅	王 玥
	刘玉峰	王永魁	李海福	沈德山
	田 冶	傅朝蓬	吴世贵	胡雨林
	羿 鹤	柳元逊	田志斌	任 杰
	俞 扬	李 菁	冼明慧	林 晓
	杨琪琳	许 睿	邱俊彰	黎东明
	马 光	钱 峰	陆正明	李 海
	叶彩霞	李小丽	任大力	王婷婷
	邹 雅	杨 程	李跃祥	陈永学
	田 军	习云峰	李建伟	韩如泉

青 融

民 51 年 1105

前言

在以人为本的今天，医疗救援是发生灾难后救援工作中最重要的组成部分，它的快速组成、快速反应、快速抵达，充分体现一个国家、一个政党、一个社会为民众服务的宗旨。要求参加救援的医务工作者必须具备扎实可靠的医疗技能，到达现场后的处理能力。

医疗救援可能遇到任何事发现场，其现成的处理也就复杂多变。为此，紧急救援、快捷治疗、独立处理和安全有效的提供、建立后送条件是每一位现场医护人员必须要完成的职责。这种现场处理的过程关系到伤病员的存活率、致残率及康复率，是后期伤病员送往医院再进行医疗处理治疗的关键所在。为此，我们将以救援现场相关的医学知识为主线，列出救援和防护知识，供日常查看。

本书编者大多数都参加过不同现场的救援，以他们的经验和了解的现场情况——为读者展现真实的救援过程和灵活的救援知识。通过把自然灾害、人为伤害和个人防护相结合，拓展救援知识，为每位医生可能遇到的现场做一个印象性导读。

本书突出诊疗、防范、处理和急救四个主要方向。以此为中心将经验与资料采集，但由于参编者人数众多，意见难以统一，故有一些特殊需讨论问题，望同行雅鉴，以期共同进步。

编者

2014年12月

目录

微生物所致疾病的诊疗与防范

感染性肺炎	2	急性阑尾炎	14
细菌性痢疾	3	尿路感染	16
疟疾	6	急性细菌性前列腺炎	20
外科感染	9	急性附睾炎	21
败血症	9	急性睾丸炎	22
脓血症	10	急性肾盂肾炎	23
破伤风	11	前庭大腺炎	25
气性坏疽	12	细菌性食物中毒	26
急性乳腺炎	13		

动、植物所致疾病的诊疗与防范

阿米巴病	30	鲨鱼伤害	47
丘疹性荨麻疹	31	海蛇伤害	47
荨麻疹	33	鱼类伤害	48
刺胞动物伤害	34	疥疮	49
蛇咬伤	36	蚂蝗叮咬伤	51
兽咬伤	39	蜚咬伤	53
毒蜘蛛咬伤	41	隐翅虫皮炎	54
蝎子蜇伤	42	动物引起食物中毒	56
蜂蜇伤	44	哺乳动物甲状腺中毒	56
鳄鱼与鲨鱼伤害防范	46	贝类中毒	56
鲨鱼伤害	46	毒鱼中毒	57

植物过敏..... 58 | 植物中毒..... 59

自然因素所致疾病的诊疗与防范

冻伤.....	66	淹溺.....	69
雪盲.....	68	中暑.....	70
雷击伤.....	68		

灾害救援与人员伤害处理

火灾事故救援.....	75	泄漏事故救援.....	77
烧伤.....	75	中毒事故救援.....	78
烫伤.....	76	化学灼伤事故救援.....	81
爆炸事故救援.....	76	环境污染事故救援.....	82

各种行军、运动伤判断与处理

组织器官损伤诊断与处理..... 85 | 阴部损伤诊断与处理..... 90

外伤现场处理与伤口注意事项

外科小型伤口的处理.....	95	污泥环境下外伤处理.....	98
雨水环境下外伤处理.....	97	钝器伤的诊断与处理.....	98
海水浸泡环境下外伤处理.....	97	锐器伤的诊断与处理.....	99

野外人身安全防范

野外环境怎样防雷	103	野外环境暴雨中安全防范	105
野外环境怎样防风	104		

救援与防护

自然灾害救援特殊注意事项	109	驻地环境消毒与卫生防疫	115
医务人员个人消毒法	110	衣物类消毒方法	116
医疗器具消毒法	112	人员隔离方法与注意事项	116
室内消毒法	114	动物和禽类消毒与处理方法	118

心理治疗

环境改变的心理疏导	122	情感问题的心理疏导	123
人员矛盾的心理疏导	122	心态纠结的心理疏导	124
家庭矛盾的心理疏导	123		

常见疾病急救

心脏骤停	127	急性心肌梗死	133
急性气道梗阻	128	休克	134
急性呼吸衰竭	128	上消化道出血	136
急性呼吸窘迫综合征	129	急性肾衰竭	137
自发性气胸	130	癫痫持续状态	138
心绞痛	131		

救援人员伤害处理与防范

急性上呼吸道感染	142	淋菌性结膜炎	145
睑腺炎	143	沙眼	146
睑缘炎	143	细菌性角膜炎	148
急性卡他性结膜炎	144	真菌性角膜炎	149

手癣与足癣	150	痱子	158
体癣与股癣	152	鸡眼	160
花斑癣	153	痔疮	161
糠秕孢子菌毛囊炎	154	维生素 B ₁ 缺乏症	163
日光性皮炎	155	维生素 B ₂ 缺乏症	165
间擦疹	156	缺铁性贫血	167

附录

附录一	157	附录二	158
附录三	159	附录四	160
附录五	161	附录六	162

附录

附录一	157	附录二	158
附录三	159	附录四	160
附录五	161	附录六	162

附录

附录一	157	附录二	158
附录三	159	附录四	160
附录五	161	附录六	162

微生物所致疾病的 诊疗与防范



感染性肺炎

【定义】感染性肺炎是指终末气道、肺泡和间质的炎症。可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

【临床表现】

1. 常见症状为咳嗽、咳痰或原有呼吸道症状加重，并出现浓痰或血痰。
2. 大多数患者有发热。
3. 病变范围较大者可有呼吸困难，呼吸窘迫，呼吸频率增快，鼻翼扇动，发绀。
4. 患肺叩诊浊音，触觉语颤减弱或增强，呼吸音减弱，肺听诊可闻及湿啰音。
5. 波及胸膜，可引起胸膜渗液或脓胸。

【检查项目】

1. 血常规。
2. 动脉血气分析。
3. X线检查。
4. CT及MRI检查。
5. 痰液检查及病原体分离培养。
6. 纤维支气管镜脱落细胞活检。

【治疗】

1. 及时经验性抗菌治疗。
2. 重视病情评估和病原学检查，治疗过程中需经常评价整体病情的治疗反应。
3. 初始经验治疗要求覆盖感染性肺炎最常见病原体。
4. 减少不必要住院和延长住院治疗。
5. 支持治疗：纠正低蛋白血症，维持水电解质平衡及酸碱平衡，循环及心肺功能支持。
6. 氧疗及机械通气支持。

细菌性痢疾

【定义】细菌性痢疾简称菌痢，是志贺菌引起的常见肠道传染病，全年散发，夏秋季常见，可引起流行。

【临床表现】

（一）急性菌痢

1. 肠道症状

（1）腹痛 左下腹明显，便前加重，便后缓解。

（2）腹泻 稀水便或黏液脓血便，10~20次/日，伴有里急后重。

2. 全身症状 轻者不发热或有低热，畏寒发热，全身不适。严重者多见于老年人、体弱或营养不良者。表现为急性发热，严重腹泻和呕吐，进而发生严重脱水、酸中毒、电解质紊乱，甚至休克。

（二）中毒性菌痢

1. 休克型 面色苍白、皮肤花斑、四肢肢端厥冷及紫绀，血压降低甚至难以测出，脉搏细速，少尿或无尿、意识障碍等感染性休克表现。

2. 脑型 较为严重且病死率高，病人脑部症状（剧烈头痛、烦躁不安、喷射状呕吐，嗜睡、昏迷及抽搐，瞳孔不等大，对光反应迟钝或消失）严重，也可有高热、呼吸异常及呼吸衰竭。

3. 混合型 休克型与脑型同时或先后存在，多发生循环系统、呼吸系统及中枢神经系统等多脏器功能衰竭，最为凶险，病死率很高。

（三）慢性菌痢

1. 急性发作型 临床表现同急性菌痢，但程度轻且恢复不完全。

2. 迁延型 腹部不适或隐痛、腹胀、腹泻、黏脓血便等消化道症状时重时轻，迁延不愈，也可腹泻与便秘交替出现。

3. 隐匿型 一年内有菌痢史，粪便培养可检出志贺菌，乙状结肠镜检查可见肠黏膜病变。可无临床症状。

【实验室检查】

1. 粪便检查 粪便常规检查，粪便培养，快速免疫学诊断，快速病原学基因诊断。

2. 血常规检查 急性菌痢常伴有白细胞增多;中性粒细胞增多,核左移。慢性菌痢有轻度贫血。

3. 乙状结肠镜检查 急性菌痢结肠黏膜弥漫性充血水肿,并有浅表溃疡及渗出物。慢性菌痢则可见结肠黏膜充血、水肿及浅表溃疡,黏膜可呈颗粒状且可见息肉等增生性改变。

4. X线检查 钡餐或钡剂灌肠可见肠道痉挛、肠壁增厚、肠腔狭窄、肠段缩短、袋形消失等异常。

【诊断】

1. 接触史 近期有不洁的饮食史或与菌痢病人密切接触史。
2. 急性腹泻 伴有发冷、发热、腹痛、腹泻、里急后重,排黏液脓血便,左下腹有压痛。
3. 血常规 白细胞总数和中性粒细胞增加。
4. 粪便常规 黏液脓血便。镜检有大量脓细胞、红细胞与巨噬细胞。粪便细菌培养:分离到痢疾杆菌。粪便免疫检测:痢疾杆菌抗原阳性。
5. 急性中毒型菌痢 起病急骤,突然高热,反复惊厥,嗜睡、昏迷、迅速发生心功能衰竭和呼吸衰竭。肠道症状轻或缺如。

6. 慢性菌痢 过去有菌痢病史,多次典型或不典型腹泻两个月以上。

【治疗】

(一) 急性菌痢

1. 一般治疗 消化道隔离和卧床休息;以流质和半流质饮食为宜,恢复期可恢复正常饮食;毒血症症状严重者在对症治疗和抗菌治疗的同时,可酌情应用肾上腺皮质激素;维持水、电解质及酸碱平衡。

2. 病原治疗

(1) 氟喹诺酮类 是成人菌痢的首选药,首选环丙沙星 400~600 毫克/天,2~3 次/天,口服,疗程 3~5 天。其他喹诺酮类如氧氟沙星、左旋氧氟沙星、莫西沙星等。

(2) 磺胺类药 选用 SMZ-TMP 2 片/次,口服,2 次/天。疗程 7 天。

(3) 呋喃唑酮 0.1 克/次,口服,3~4 次/天,疗程 3~5 天。

(二) 中毒性菌痢

1. 抗菌治疗 庆大霉素或阿米卡星与氨苄西林或头孢菌素类静脉注射,中毒症状好转后,按一般急性菌痢治疗。

2. 循环衰竭处理

(1) 扩充血容量 早期快速补充血容量。首剂可静脉输入右旋糖酐 40 或葡萄糖氯化钠溶液 (10~20 毫升/千克), 总补液量每日 50~100 毫升/千克, 需视患者病情及尿量而定。酸中毒时可静脉给予 5% 碳酸氢钠。

(2) 血管活性药物 山莨菪碱 (成人 10~20 毫克/次, 儿童每次 0.3~0.5 毫克/千克) 或阿托品 (成人 1~2 毫克/次, 儿童每次 0.03~0.05 毫克/千克), 轻症每 30~60 分钟肌内注射或静脉注射一次; 重症每 10~20 分钟静脉注射一次。待面色红润、循环呼吸好转、四肢温暖、血压回升后即可停药。亦可使用酚妥拉明复合去甲肾上腺素或使用异丙肾上腺素。

(3) 强心治疗 左心衰和肺水肿者应给予毒毛花苷 K 等强心药物。

(4) 抗凝治疗 有 DIC 者采用肝素抗凝。

(5) 肾上腺皮质激素 氢化可的松每日 5~10 毫克/千克静脉滴注, 一般用药 3~5 天。

3. 脑水肿治疗 降温, 给氧。高热及惊厥患者可短暂冬眠疗法使体温保持在 38℃ 左右。频繁惊厥, 昏迷加深, 呼吸不规则, 口唇发绀, 应及时静脉使用 20% 甘露醇或 25% 山梨醇每次 1.5~2 克/千克, 6~8 小时/次。同时给予皮质激素, 限制钠盐摄入。呼吸衰竭时给予呼吸兴奋剂, 必要时行呼吸监护或机械通气。

(三) 慢性菌痢

1. 抗生素的应用 需进行致病菌的分离鉴定和药敏检测, 联合、足量、较长疗程且需重复 1~3 疗程。

2. 菌苗治疗 应用自身菌苗或混合菌苗, 隔日皮下注射一次, 剂量自每日 0.25 毫升开始, 逐渐增至 2.5 毫升, 20 天为一疗程。

3. 局部灌肠疗法 使较高浓度的药物直接作用于病变部位, 以增强杀菌作用, 并刺激肉芽组织新生, 一般作保留灌肠。常用的药物为 5% 大蒜浸液 100 毫升或 0.5%~1% 新霉素 100~200 毫升, 1 次/天, 10~15 天为一疗程。

4. 肠道紊乱治疗 镇静、解痉或收敛剂。长期抗生素治疗后肠道紊乱, 可给予乳酶生或小剂量异丙嗪、复方苯乙呱啉或针刺足三里。也可以 0.25% 普鲁卡因液 100~200 毫升保留灌肠, 每晚 1 次, 疗程 10~14 天。

5. 肠道菌群失调的处理 限制乳类和豆制品摄入。大肠杆菌数量减少者给予乳糖和维生素 C, 肠球菌减少者给予叶酸。

疟疾

【定义】疟疾是由雌性按蚊叮咬人体时将其体内寄生的疟原虫传入人体内引起的急性传染病。广泛流行于世界热带、亚热带及温带地区。人类疟疾有间日疟、三日疟、卵形疟和恶性疟四种。

恶性疟按临床表现可分为以下几类。

(1) 脑型或昏迷型 除一般症状外还可出现嗜睡、谵妄、昏迷、抽搐、脑水肿等。脑膜刺激征阳性，并可引出病理反射。

(2) 超高热型 起病急骤，体温高达 41°C 持续不退，可昏迷甚至死亡。

(3) 厥冷型 软弱无力，很快陷入虚脱状态。皮肤苍白、发绀、汗多，触之湿冷而黏，肛温常达 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 以上，多死于循环衰竭。

(4) 胃肠型 以腹泻腹痛为主，酷似痢疾或急腹症。

【临床表现】临床以周期性寒战、发热、头痛、出汗和贫血、脾肿大为特征。

1. 潜伏期 从人体感染疟原虫到发病（口腔温度超过 37.8°C ），称潜伏期。潜伏期包括整个红外期和红内期的第一个繁殖周期。一般间日疟、卵形疟14天，恶性疟12天，三日疟30天。感染原虫量、株的不一，人体免疫力的差异，感染方式的不同均可造成不同的潜伏期。温带地区有所谓长潜伏期虫株，可长达8~14个月。输血感染潜伏期7~10天。胎传疟疾，潜伏期就更短。有一定免疫力的人或服过预防药的人，潜伏期可延长。

2. 发冷期 骤感畏寒，先为四肢末端发凉，迅觉背部、全身发冷。皮肤起鸡皮疙瘩，口唇，指甲发绀，颜面苍白，全身肌肉关节酸痛。进而全身发抖，牙齿打颤，有的人盖几床被子不能制止，持续约10分钟，乃至一小时许，寒战自然停止，体温上升。此期患者常有重病感。

3. 发热期 冷感消失以后，面色转红，紫绀消失，体温迅速上升，通常发冷越显著，则体温就愈高，可达 40°C 以上。高热患者痛苦难忍。有的辗转不安，呻吟不止；有的谵妄，撮空，甚至抽搐或不省人事；有的剧烈头痛，顽固呕吐。患者面赤，气促；结膜充血；皮灼热而干燥；脉洪而速；尿短而色深。多诉说心悸，口渴，欲冷饮。持续2~6小时，个别达10余小时。发

作数次后唇鼻常见疱疹。

4. 出汗期 高热后期，颜面手心微汗，随后遍及全身，大汗淋漓，衣服湿透，约2~3小时体温降低，常至35.5℃。患者感觉舒适，但十分困倦，常安然入睡。一觉醒来，精神轻快，食欲恢复，又可照常工作。此刻进入间歇期。

间日疟和卵形疟患者隔日发作1次，三日疟隔2日发作1次，恶性疟发作不规则。间日疟初起病时体温可持续不正常3~5日，其后才变为隔日发作1次。多次发作后可有肝脾肿大和贫血。

【实验室检查】

1. 血常规 红细胞和血红蛋白在多次发作后下降，恶性疟尤重；白细胞总数初发时可稍增，后正常或稍低，白细胞分类单核细胞常增多，并见吞噬有疟色素颗粒。

2. 疟原虫检查 血涂片检查最为方便，发作前1~2小时阳性率最高。为提高检出率可采用：

- (1) 血厚涂片。
- (2) 骨髓穿刺涂片。
- (3) 脾穿刺涂片。
- (4) 发作前1~2小时血涂片。

3. 血清学检查 抗疟抗体一般在感染后2~3周出现，4~8周达高峰，以后逐渐下降。现已应用的有间接免疫荧光、间接血凝与酶联免疫吸附试验等，阳性率可达90%。一般用于流行病学检查。

【诊断】

1. 流行病学史 有在疟疾流行地区居住或旅行史，近年有疟疾发作或近期输血史。

2. 临床表现

- (1) 周期性发热，发热前畏寒、寒战、大汗。
- (2) 发作多在中午前后。
- (3) 发作间歇期一般状态良好。
- (4) 若干次发作后，临床症状渐次减轻并有自愈趋势。
- (5) 有溶血性贫血表现，程度与发作次数呈正比。
- (6) 脾肿大程度与病程相关。

3. 实验室检查 血或骨髓涂片中找到疟原虫。

4. 治疗性诊断 临床表现酷似疟疾，但未能找到疟原虫或无条件检查疟原虫时，可试用氯喹或蒿甲醚（3天）进行治疗性诊断，在用药后24~48小时发热被控制而未再复发者可能为疟疾。

【鉴别诊断】与疟疾不同的是：其他病症的寒热往来一般发作无定时；即使在寒热不甚之时，亦必有其各病证的症状存在；发病一般无季节性、地区性特点。

【并发症】

1. 黑尿热 为疟疾病人突然发生的急性血管内溶血，多见于恶性疟。临床表现为急性寒战、高热与腰痛、酱油样尿（血红蛋白尿），急性贫血与黄疸，甚至发生急性肾功能不全。溶血原因可能与病人红细胞中缺乏6-磷酸葡萄糖脱氢酶、疟原虫释放的毒素、抗疟药特别是奎宁与伯氨喹啉以及人体过敏反应有关。

2. 急性肾功能衰竭。

3. 低血糖。

4. 肺水肿。

5. 心血管异常。

6. 肝功能不全。

7. 血液学异常。

8. 感染。

【治疗】

1. 一般治疗 发作期及退热后24小时应卧床休息。注意水分的补给，对食欲不佳者给予流质或半流质饮食，至恢复期给高蛋白饮食；吐泻不能进食者，则适当补液；有贫血者可辅以铁剂。寒战时注意保暖；大汗应及时用干毛巾或温湿毛巾擦干，并随时更换汗湿的衣被，以免受凉；高热时采用物理降温，过高热患者因高热难忍可药物降温；凶险发热者应严密观察病情，及时发现生命体征的变化，详细记录出入量，做好基础护理。按虫媒传染病做好隔离。

2. 普通型疟疾

（1）控制临床症状的抗疟药 亦即可杀灭红细胞内期疟原虫的药物。用法：磷酸氯喹，即刻口服1克，6小时后口服0.5克，第二及第三天早晚各