

老年人 自救 与 突发伤病 互救

主编 李松华 彭 智
潘炯明 朱 琴



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

老年人突发伤病 自救与互救

主 编 李松华 彭 智 潘炯明 朱 琴



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书介绍了常用家庭急救方法、急症救治、急病救治、外伤救治、中毒救治等内容。作为一本科普读物,本书可以帮助读者掌握老年人突发疾病和意外时,如何采取自救与互救的措施,从容应对各种危急情况。

本书可以为干休所保健人员、社区卫生服务人员和乡村医务人员的急救实践提供参考和指导。

图书在版编目(CIP)数据

老年人突发伤病自救与互救/李松华,彭智,潘炯明
等主编. —上海:第二军医大学出版社,2015.4

ISBN 978-7-5481-1058-3

I. ①老… II. ①李…②彭…③潘… III. ①老
年病-急性病-诊疗 IV. ①R592.059.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 074161 号

出 版 人 陆小新

责任编辑 许悦 卢慧

老年人突发伤病自救与互救

主 编 李松华 彭智 潘炯明 朱琴

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

上海华教印务有限公司印刷

开本:850×1168 1/32 印张:6.625 字数:15.1 万字

2015 年 4 月第 1 版 2015 年 4 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-1058-3/R·1798

定价:18.00 元

编写人员名单

主 编	李松华	彭 智	潘炯明	朱 琴
副主编	李海燕	于家欢	夏 阳	方亦斌
编 委	(按姓氏笔画排序)			
	于 跃	王天骄	王世勇	王国坤
	王 丹	石仁华	吕 慧	刘 菲
	朱建军	朱源坚	杜 贺	杜婷婷
	李冬荣	李贞贞	李 凌	杨国蓉
	张之涵	张 芮	张海玲	季钧淘
	陆阳林	金 欢	郑兆泓	胡良皞
	侯江英	姚肖肖	查燕萍	夏 婷
	徐 淼	唐 昊	曹 娴	蔡 英
	谭建明	黎佳思	潘冬艳	潘 骏

序 言

Preface



随着社会和经济的发展,人们的寿命逐年延长,社会疾病谱随之变化,治疗理念也从过去的“治病为主”转变为“防病为本”,从“以医院为中心”转变为“以患者为中心”,老年化社会更凸显预防保健的重要性。随着老年人年岁的增长,他们所面临的各种突发疾病或意外伤害的风险也逐渐增大,有的甚至危及生命。面对突如其来的疾病和伤害,及时抢救就有希望,时间就是生命。但是,许多人由于缺乏必要的急救意识和知识,往往显得惊慌失措,从而耽误了最佳的抢救时机,或者由于患者或其家属没有掌握正确、有效的救护措施,甚至采取了错误的方法,导致患者治疗后留有后遗症,甚至不治身亡。因此,广大读者只有了解常见疾病和意外伤害的急救知识,掌握自救和互救的基本原则、步骤和方法,学会采用最简便的办法,利用最常用的药物,以及获取现场可用的工具,进行科学、迅速、有效的自救与互救。这样,才能在突发情况下从容应对、争分夺秒、有的放矢,以延缓患者伤病的恶化,为后续的治疗赢得宝贵的时间。

目前,图书市场上关于院前急救的书籍有不少,但鲜见针对老年人群体突发意外伤害时现场救护的科普类指导书籍。为此,我们组织了长年工作于临床一线的医生,针对老年人身体和疾病的特点,结合他们长年的临床工作经验,编写了这本老年人

突发意外时现场急救手册。

本书介绍了老年人常见突发疾病和生活意外的概念、病因、症状、院前救治及预防等知识。内容简明、通俗、实用,目的是让读者快速掌握常见疾病、急症和意外伤害的识别、处理,以及预防的基本知识,在救护车和专业医疗人员赶到之前,患者本人或其家属可以按照本书所阐述的方法实施紧急救治,延缓和阻断伤病的发展,达到挽救生命、减少并发症和减轻后遗症的目的。

本书旨在帮助无医学专业背景、毫无救治经验的读者面对老年人突发疾病或意外时,迅速采取科学、有效的急救方法,是一本适合居家、办公、旅行时的急救法宝。此书在编写过程中,获得了第二军医大学翔殷路干休所全所同志的大力支持,也得到了长海医院专家教授的悉心指点和热忱帮助,在此表示衷心的感谢。由于时间仓促,本书难免有不当或瑕疵,如有不妥之处,敬请指教。

主编

赵蔚

2015.1

目 录

Contents

第一章 常用家庭急救方法

- 第一节 判断生命体征 / 1
- 第二节 心肺复苏 / 5
- 第三节 电除颤器的使用 / 9
- 第四节 氧气疗法 / 11
- 第五节 外伤止血 / 13
- 第六节 创面消毒与包扎 / 18
- 第七节 肢体骨折固定 / 20
- 第八节 伤者搬运 / 22
- 第九节 紧急呼救 / 23
- 第十节 家庭急救药箱 / 24

第二章 急症救治

- 第一节 高热 / 27
- 第二节 晕厥 / 30
- 第三节 昏迷 / 32
- 第四节 眩晕 / 34
- 第五节 晕动病 / 36
- 第六节 头痛 / 38
- 第七节 牙痛 / 40
- 第八节 胸痛 / 42
- 第九节 抽搐 / 44
- 第十节 休克 / 45
- 第十一节 呼吸困难 / 47
- 第十二节 咯血 / 49

- 第十三节 呃逆 / 50
- 第十四节 呕吐 / 52
- 第十五节 呕血与黑便 / 55
- 第十六节 腹痛 / 56
- 第十七节 腹泻 / 59
- 第十八节 便秘 / 61
- 第十九节 血尿 / 63
- 第二十节 便血 / 65

第三章 急病救治

- 第一节 急性左心衰竭 / 67
- 第二节 高血压急症 / 69
- 第三节 不稳定性心绞痛 / 70
- 第四节 急性心肌梗死 / 72
- 第五节 阵发性心房扑动及阵发性心房颤动 / 74
- 第六节 室性心动过速及心室颤动 / 76
- 第七节 缓慢心律失常 / 77
- 第八节 左心房黏液瘤 / 79
- 第九节 主动脉夹层 / 80
- 第十节 支气管哮喘 / 82
- 第十一节 肺性脑病 / 84
- 第十二节 自发性气胸 / 85
- 第十三节 急性肺栓塞 / 87
- 第十四节 急性胃肠炎 / 88
- 第十五节 消化性溃疡穿孔 / 90
- 第十六节 急性阑尾炎 / 91
- 第十七节 急性胆囊炎 / 93
- 第十八节 急性胰腺炎 / 94
- 第十九节 急性肠梗阻 / 96
- 第二十节 嵌顿性疝气 / 97
- 第二十一节 丹毒 / 99
- 第二十二节 肝性脑病 / 100
- 第二十三节 甲亢危象 / 102

- 第二十四节 低血糖 / 104
- 第二十五节 糖尿病酮症酸中毒 / 106
- 第二十六节 糖尿病高渗性昏迷 / 108
- 第二十七节 痛风 / 110
- 第二十八节 泌尿系结石急性发作 / 112
- 第二十九节 急性尿路感染 / 114
- 第三十节 尿潴留 / 116
- 第三十一节 弥散性血管内凝血 / 117
- 第三十二节 短暂性脑缺血发作 / 119
- 第三十三节 缺血性脑卒中 / 121
- 第三十四节 脑出血 / 123
- 第三十五节 蛛网膜下隙出血 / 125
- 第三十六节 癫痫大发作 / 126
- 第三十七节 三叉神经痛 / 129
- 第三十八节 面瘫 / 131
- 第三十九节 落枕 / 133
- 第四十节 鼻出血 / 135
- 第四十一节 梅尼埃病 / 137
- 第四十二节 突发性耳聋 / 138
- 第四十三节 急性咽炎 / 140
- 第四十四节 急性结膜炎 / 142
- 第四十五节 急性角膜炎 / 143
- 第四十六节 急性闭角型青光眼 / 145
- 第四十七节 急性细菌性痢疾 / 146
- 第四十八节 急性荨麻疹 / 147
- 第四十九节 药物过敏性休克 / 149
- 第五十节 中暑 / 151

第四章 外伤救治

- 第一节 头部外伤 / 153
- 第二节 颈部外伤 / 154
- 第三节 胸部外伤 / 156
- 第四节 四肢外伤 / 157

- 第五节 手指切割伤 / 159
- 第六节 指(趾)甲撕裂 / 160
- 第七节 骨折 / 161
- 第八节 关节脱位 / 163
- 第九节 电击伤 / 165
- 第十节 烧烫伤 / 166
- 第十一节 冻疮 / 168
- 第十二节 淹溺 / 169
- 第十三节 狗咬伤 / 171
- 第十四节 猫抓伤 / 172
- 第十五节 蜂蜇伤 / 173
- 第十六节 蛇咬伤 / 175
- 第十七节 眼内异物 / 177
- 第十八节 外耳道异物 / 178
- 第十九节 鼻腔异物 / 179
- 第二十节 鱼刺卡喉 / 181
- 第二十一节 呼吸道异物 / 182
- 第二十二节 消化道异物 / 184

第五章 中毒救治

- 第一节 煤气中毒 / 186
- 第二节 有机磷农药中毒 / 187
- 第三节 细菌性食物中毒 / 189
- 第四节 扁豆中毒 / 190
- 第五节 亚硝酸盐中毒 / 192
- 第六节 急性酒精中毒 / 193
- 第七节 洋地黄类药物中毒 / 195
- 第八节 解热镇痛药过量 / 196
- 第九节 镇静催眠药过量 / 198

参考文献

第一章 常用家庭急救方法

第一节 判断生命体征

1. 定义

生命体征反映了人体生命活动的存在和质量,是健康评估和伤病情判断的重要内容。它包括体温、呼吸、脉搏、血压、瞳孔和意识等。其中,前4项又称之为四大生命体征。

2. 体温

最常用的体温测量方法包括口测法、腋测法和肛测法,是用水银体温计测量的。

(1) 口测法 使用前先用75%的酒精将体温计消毒,然后把体温计的水银柱甩到 35°C 以下,将体温计银白色金属端放在患者舌下,另一端在口外,嘴唇闭紧,约5分钟后取出体温计进行读数。测量时患者不能讲话,不能用牙咬体温计,防止体温计被咬断,水银溢出。体温正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。此法禁用于神志不清的老年人。

(2) 腋测法 左右侧腋窝都可以,擦干腋窝汗液,将体温计的金属端放置于腋窝顶部,夹紧上臂,10分钟后取出体温计进行读数,正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。此法不易发生交叉感染,是最常

用的体温测量方法,测量时要确保腋窝下皮肤无溃破,患者能配合。

(3) 肛测法 患者取仰卧位,两腿分开,将肛表金属端用油脂润滑后,轻柔地插入患者肛门内,伸入长度大约为肛表一半,放置 5 分钟后取出读数,正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。此法多用于昏迷或意识不清的患者。

3. 呼吸

重点观察患者的呼吸频率、呼吸运动和呼吸节律。

(1) 呼吸频率 正常为 $16\sim 20$ 次/分,低于 12 次/分称为呼吸过缓,超过 24 次/分称为呼吸过快。

(2) 呼吸运动 正常时,呼吸顺畅;异常时,表现为吸气或者呼气费力。吸气费力时吸气时间延长,可表现出“三凹征”,即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙吸气时内陷(图 1-1-1);呼气费力时呼气时间延长,面部通红,颈静脉怒张。

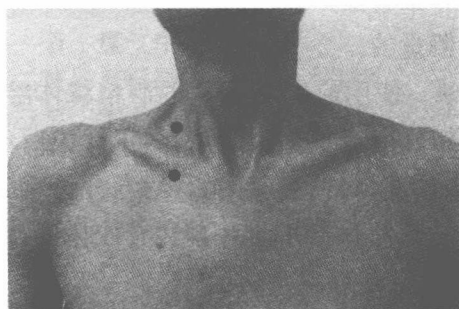


图 1-1-1 呼吸道阻塞“三凹征”

(3) 呼吸节律 正常时,节律平稳;异常时,节律不规则,表现为呼吸忽快忽慢,忽深忽浅。

4. 脉搏

(1) 脉搏 即动脉搏动,选择身体浅表的动脉测量,如桡动脉、颈动脉。桡动脉测量时,将示指、中指和环指闭拢并弯曲,触摸患者的脉搏,计算 1 分钟内搏动的次数(图 1-1-2)。

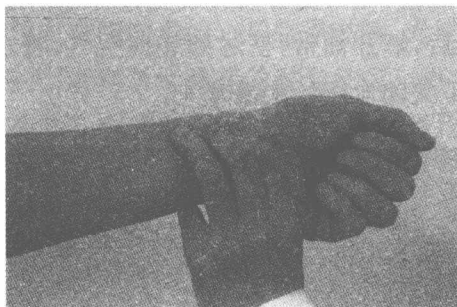


图 1-1-2 桡动脉触及

(2) 脉搏频率 正常为 60~100 次/分,低于 60 次/分称为心动过缓,超过 100 次/分称为心动过速。

(3) 脉搏节律 正常时,节律整齐;异常时,表现为脉搏快慢和强弱不均。

5. 血压

可采用水银血压计或电子血压计进行血压测量,测量部位为左侧或右侧的上臂。

(1) 正常血压 收缩压为 90~140 mmHg (12.0~18.7 kPa),舒张压为 60~90 mmHg (8.0~12.0 kPa)。

(2) 水银血压计测量 患者手臂伸直,掌心朝上,将血压计的“0”刻度保持与心脏同一水平。暴露上臂,袖带紧缚于上臂,

袖带的排气管对准肘窝正中,袖带下缘在肘窝线以上2~3 cm处。将听诊器头部放在肘窝上,注意不能塞到袖带里(图1-1-3)。挤压气囊,打气至动脉搏动音消失,水银柱再上升20~30 mmHg (2.7~4.0 kPa)后,轻轻放气,使水银柱缓缓下降,视线与水银柱刻度平行。当听诊器听到第一声搏动时,水银柱所对应的刻度即为收缩压的值;当搏动音消失或变音时,所对应刻度为舒张压的值。测量后,解开袖带,挤尽袖袋内空气,将水银血压计倾斜45°的状态下关闭血压计水银开关。



图1-1-3 血压的测量

(3) 电子血压计的测量方法 挽高上臂衣袖,暴露上臂,袖囊紧缚于上臂,带有“△”标记应对准肘窝正中,袖带下缘在肘窝上2~3 cm处。按开始按钮,屏幕显示出血压数值。必要时,重复测量2~3次,取平均值。

6. 瞳孔

眼睛正中央有一个被茶褐色虹膜包绕着的黑色圆形小孔即为瞳孔。瞳孔散大或者对光反应消失提示患者已经死亡。

(1) 正常瞳孔 两侧瞳孔等大等圆,直径为2~5 mm,周围

排列着环形的瞳孔括约肌,可以根据周围光线的强弱调节瞳孔的大小。

(2) 直接对光反射 开启手电筒,光线由外向里照向患者的瞳孔,并观察瞳孔被照射后的反应。正常情况下,当眼睛受到光线刺激后瞳孔立即缩小,移开光源后瞳孔迅速复原。

(3) 间接对光反射 检查者竖起左手,小指横在患者的额头鼻梁上,挡住左右侧的光线。开启手电筒,光线由外向里照向患者的一侧瞳孔,观察对侧瞳孔的对光反应。正常时,光线照射一侧瞳孔,对侧瞳孔也立即缩小,移开光线后瞳孔复原。

7. 意识

意识是人体大脑功能活动的综合表现。患者的意识状态可以通过其反应、情感、思维、计算力,以及定向力等方面来判断。患者对自身状态以及周围环境的识别和觉察能力出现障碍时,称之为意识障碍。

(1) 兴奋性降低 按程度逐渐加重,依次是嗜睡、意识模糊、昏睡和昏迷。

(2) 兴奋性升高 感觉错乱、烦躁不安、定向力丧失和谵妄等。

第二节 心肺复苏

1. 定义

心跳、呼吸骤停是指由各种原因引起的心脏和呼吸突然停止,从而导致有效循环突然中止的现象,是导致猝死的罪魁祸首。心跳、呼吸骤停一旦发生,如得不到迅速、有效地抢救,4~6

分钟以上就会造成大脑不可逆的损伤,甚至死亡!如能在5分钟内给予有效的心肺复苏,就有可能挽回生命!

心肺复苏是针对心跳、呼吸骤停患者,徒手进行复苏的方法,主要包括胸外按压、开放气道和人工呼吸等,几个环节必须相互配合,以恢复患者的有效血液循环。

2. 步骤

心肺复苏的主要步骤包括突发心跳、呼吸骤停的识别、紧急呼救、胸外按压、开放气道、人工呼吸,有条件者还应迅速使用自动体外除颤仪复律,详见本章第三节。

1) 心跳呼吸骤停的识别:急救者发现猝死患者时,在确认现场安全的情况下,拍拍其肩膀,并大声呼喊“喂,你怎么了?”以判断患者意识是否存在,同时检查患者是否有呼吸。对没有反应且没有自主呼吸的患者,应立即呼救,同时实施有效的心肺复苏!

对于非专业急救人员,不要求检查脉搏,更不要等待听心音、测血压和心电图检查而延误识别和抢救时机。

2) 紧急呼救:如发现患者无呼吸、无反应,应立即拨打“120”,然后实施心肺复苏。如有多名急救者在现场,其中一人实施心肺复苏;另一人拨打“120”急救电话。

3) 紧急呼救,有条件时使用自动体外除颤仪,立即进行电复律。

4) 立即开始胸外按压30次。

5) 开放气道,清除口腔异物,如移动性假牙、血凝块。

6) 人工呼吸2次。

7) 按照每30次胸外按压,给予2次人工呼吸的比例,持续进行心肺复苏。

3. 胸外按压

通过向下按压胸骨和肋骨,将心脏中的血液挤压至身体组织器官中,维持患者有效的血液循环。

1) 确保患者仰卧于平地或硬板上。急救者可采用跪式或踏脚凳式等不同体位,将一只手的掌根放在患者两乳头连线中点(胸骨中下段 $1/3$),将另一只手的掌根置于第一只手上。手指不接触胸壁。按压时双肘需伸直,垂直向下用力按压(图 1-2-1)。



图 1-2-1 胸外按压

2) 按压频率至少 100 次/分,胸骨下陷至少 5 cm,每次按压之后,应让胸骨完全回弹。如此有节奏地反复进行。注意放松时掌根部不能离开胸壁,以免按压点移位。

3) 胸外按压时尽量减少中断,每次间断时间不超过 5 秒。

4) 按压时力度要适宜,过大、过猛容易使肋骨骨折。

4. 开放气道

1) 最常用的方法为仰头抬颌法:一手压前额使头后仰,一手托起下颌使颈部伸直,同时打开口腔(图 1-2-2)。