

医疗救护

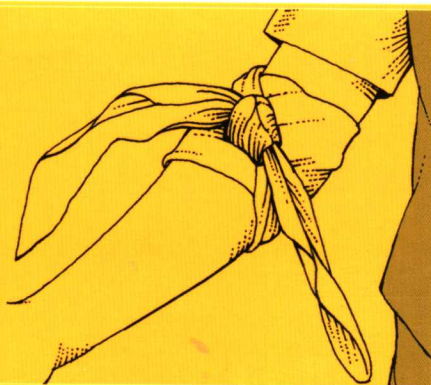


普及读本

YILIAO JIUHU PUJI DUBEN

家庭急救

徐绍春
费国忠 编著



图典

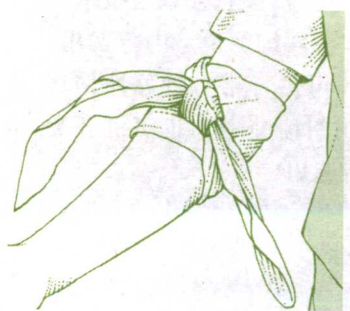
- 急症篇
- 异物误入篇
- 外伤篇
- 中毒篇
- 意外灾难篇
- 急救基本技术篇

上海科学技术出版社

医疗救护 普及读本
YILIAO JIUHU PUJI DUBEN

家庭急救图典

徐绍春 编著
费国忠



上海科学技术出版社

内容提要

图书在版编目(CIP)数据

家庭急救图典/徐绍春, 费国忠编著. —上海:

上海科学技术出版社, 2006.7

(医疗救护普及读本)

ISBN 7-5323-8393-8

I. 家… II. ①徐… ②费… III. 急救—图解

IV. R459.7-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第015096号

本书从家庭急救的角度, 以通俗流畅的语言介绍了日常生活中比较常见的32种急症、6种异物误入、19种外伤、7种中毒事故、6种意外灾难情况的紧急施救与科学处置措施、方法, 还对5种急救基本技术的操作方法作了详细解说。内容实用, 方法可行, 可供日常各种急性伤病者及其家属阅读参考, 也可供各类医疗工作者选用。



●责任编辑 熊仕华 石启武 ●绘图 韩鹤松 ●装帧设计 房惠平 ●装帧制作 黄宁

上海世纪出版股份有限公司 出版发行

上海科学技术出版社
(上海钦州南路71号 邮政编码200235)

上海市美术印刷厂印刷 新华书店上海发行所经销

开本 850 × 1168 1/32 印张 5.5 字数 142 千

2006年7月第1版 2006年7月第1次印刷

定价: 18.00元

如发生质量问题, 读者可向工厂调换



家庭急救图典

前



言

一位急救专家问过这样一个问题：“如果一个人突然病倒在你面前，你该怎么办？”事实上，每个人在人生的道路上都不可能一帆风顺，很有可能遇到这样或那样的突发事件和危重急症，如心脏病发作、中风、出血、烫伤、中毒、触电、溺水等。当这些危重急症发生时，如果现场目击者或当事者掌握了一定的急救知识和急救技术，并在现场能及时、正确、有效地进行必要的救助，一些危重急症病人就很可能获救，从而重新扬起生活的风帆。

一些危重急症病人，其病情可在短时间内发生急剧变化。现代医学证明，严重创伤者抢救的黄金时间是在受伤后1小时内，对猝死者抢救的最佳时间是发病后的最初4分钟内。目前，国外十分强调对危重病人实施阶梯式急救，在很短的时间内形成“急救链”。其“急救链”的起始部分正是现场自救互救，如对猝死者进行现场心肺复苏初级救生术，对外伤者实施止血、包扎、固定和搬运，对其他危重病人实施最关键的对症处理，并将急救“接力棒”及时传递给救护车上的随车医生。这样才能减轻病人的痛苦、减少并发症和降低伤残率，并提高危重病病人的生存率。

家庭是社会的细胞，家庭中发生的危重急症往往

是突然的、意想不到的或猝不及防的。鉴于此，本书设计了常见危重急症的家庭急救方案，并尽量让每个人都能读懂和掌握，以便于应用。

本书中详细介绍了心肺复苏初级救生术和四种外伤急救术的操作方法，呼吸道等异物误入的现场急救技巧，中毒、意外事故以及其他危重病症的初步急救方法、注意点和预防措施等。文字深入浅出、通俗易懂，并配有操作示意图，图文并茂，一目了然。

本书适合于大中专学生、机关干部，及内外资企业、市政、消防人员，以及社会公众作为科普知识阅读，也可作为初级急救培训机构的教材。

由于编写时间仓促和水平有限，书中难免存在不足和错误之处，恳请广大读者和同道斧正。

编 者

2005年12月

于上海市医疗急救中心

家庭急救图典

目 录

一、急症篇

昏迷 /2	31/ 腹泻
头痛 /3	33/ 呕血
抽搐 /5	35/ 便血
瘫痪 /7	37/ 血尿
眩晕 /9	38/ 尿频、尿急、尿痛
高热 /11	40/ 低血糖
休克 /12	41/ 鼻出血
呼吸困难 /15	42/ 牙痛
咳嗽 /16	44/ 红眼
咯血 /18	45/ 荨麻疹
胸痛 /19	47/ 新生儿窒息
心悸 /21	48/ 小儿癫痫
晕厥 /23	49/ 癔病
呕吐 /26	51/ 腰背痛
腹痛 /27	52/ 阴道出血
腹胀 /30	53/ 流产

二、异物误入篇

呼吸道异物 /56	63/ 鼻部异物
消化道异物 /61	64/ 耳道异物
咽部异物 /62	65/ 眼部异物

三、外 伤 篇

创伤严重程度估计 /68	84/ 挤压伤
软组织损伤 /68	85/ 头颈部外伤
骨折 /70	89/ 眼外伤
关节脱位 /73	91/ 脸鼻部外伤
烧伤和烫伤 /74	93/ 脊柱外伤
冻伤 /77	94/ 胸部外伤
咬伤 /79	97/ 腹部外伤
蜇伤 /81	98/ 会阴部外伤
火器伤 /82	99/ 肩和上肢外伤
锐器伤 /83	102/ 骨盆和下肢外伤

四、中 毒 篇

煤气中毒 /106	111/ 化学中毒
急性酒精中毒 /107	113/ 药物中毒
有机磷农药中毒 /109	115/ 食物中毒

五、意外灾难篇

交通事故 /120	127/ 雷电灾
地震 /122	129/ 水灾
火灾 /125	132/ 风灾

六、急救基本技术篇

心肺复苏初级救生术 /136	160/ 外伤固定术
外伤止血术 /146	166/ 外伤搬运术
外伤包扎术 /152	

家庭急救图鉴

▶ 一、急症篇



昏 迷

昏迷是指病人生命体征存在而意识丧失，并对环境刺激缺乏反应的精神状态。

病因

(1) 脑部疾病：脑出血、脑肿瘤、脑膜炎、乙型脑炎、高血压脑病等。

(2) 代谢中毒性疾病：严重缺氧、低血糖、糖尿病昏迷、严重肝病、尿毒症、肺脑综合征等。

(3) 中毒：重金属、有机磷、一氧化碳、药物、酒精等的中毒。

症状和体征

按病情轻重可分为以下三种。

(1) 轻度昏迷：意识大部丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，而对疼痛刺激尚有反应，瞳孔对光反应、角膜反射还存在。

(2) 中度昏迷：对周围事物和各种刺激均无反应，而在强刺激下还可出现防御反射；瞳孔对光反射迟钝，角膜反射减弱，眼球无转动。

(3) 深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应，深浅反射均消失。

紧急处理

凡昏迷病人，由于舌根向后坠落，造成呼吸道入口处不同程度的阻塞，影响氧气顺利进入肺部。

(1) 立即将病人置于平卧位，头偏一侧。

(2) 抽去病人枕后的枕头，或在其两肩胛骨下放一薄枕，有利于头向后稍仰。

(3) 急救者可用压额举颌法打开病人的呼吸道（图1-1），使舌根上举，呼吸道畅通。并不断地清除其口鼻腔内的黏液、血液和分泌物。操作方法如下：抢救者位于病人头侧，一手掌小鱼际

肌置于病人前额，用力往下压，使头后仰；另一手的示（食）指与中指置于其下颌骨近下颔（下巴）处，抬起下颔，即可使舌根上举而打开呼吸道。

（4）取出病人口袋内的硬币、小刀和钥匙等，以免造成压伤。

（5）冬天应注意保暖，夏天注意防暑降温。

（6）如发现病人的心跳、呼吸已停止，切勿迟缓，应立即作心肺复苏初级救生术（可参见本书第136~146页）。

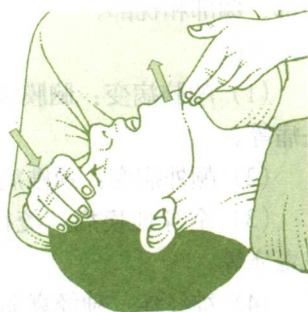


图1-1 压额举颌法

注意事项

（1）不要拍打、摇晃病人头部，不要胡乱翻转、拖拉和搬运病人。

（2）不要在病人枕后放高枕，以免造成呼吸道入口处阻塞而窒息死亡。

（3）在作心肺复苏初级救生术时，不要中断，应一直坚持到专业救护人员接替。

（4）在现场对病人急救时，应同时请人拨打“120”电话，向急救中心呼救。

预防措施

（1）仔细寻找病因，并及时治疗，如降低过高的血压、控制血糖等。

（2）妥善保管好各种危险药品和农药。

头痛

头痛指颅内各种性质的疼痛症状，常见疼痛部位有额部、

顶部、颞部和枕部。

原因

(1) 颅脑病变：脑膜炎、脑肿瘤、脑外伤、脑血栓形成、偏头痛等。

(2) 颅外病变：颈椎病，三叉神经炎，眼、耳、鼻和齿病。

(3) 全身性疾病：流行性感冒、高血压病、一氧化碳中毒、尿毒症等。

(4) 神经症：神经衰弱、癔病性头痛。

症状和体征

(1) 起病情况：剧烈头痛，持续不减，加上不同程度意识障碍，但不发热，提示颅内血管性疾病；长期反复发作，且伴搏动性头痛，多为血管性头痛；慢性进行性疼痛，伴恶心、呕吐者，可能为颅内占位性病变。

(2) 头痛部位：偏头痛常在一侧，高血压头痛多在额部或整个头部；全身性感染和颅内感染者的头痛呈全头部痛，并伴发热；蛛网膜下腔出血表现为头痛和颈项痛。

(3) 疼痛性质和程度：三叉神经痛、偏头痛较剧烈，高血压和发热性疾病引起的头痛带有搏动性，头痛加脑膜刺激征阳性提示脑膜炎或蛛网膜下腔出血；头痛呈进行性加重，伴精神症状，可能为颅内肿瘤。

(4) 头痛和相伴症状：头痛伴发热，常提示全身性感染或颅内感染；头痛伴视力障碍，可能是青光眼；头痛伴眩晕，往往是小脑肿瘤；头痛伴癫痫发作，常见于脑肿瘤。

紧急处理

病人剧烈头痛时，可作对症处理。前额敷冷毛巾或冰袋，常用止痛药有去痛药片1~2片口服，阿司匹林0.6~0.9克口服。

注意事项

(1) 对剧烈头痛病人，一般取平卧位，伴呕吐者应在身边放一脸盆或备有塑料袋。

(2) 密切观察病人病情，如发现其神志改变或进入昏迷状态，立即拨打“120”电话呼救，并尽快送医院急救。

(3) 对剧烈头痛者，应有人陪伴，特别是对呕吐者应注意呼吸道通畅。

(4) 作好院前急救记录，认真向医院接诊医生说明。

预防措施

头痛原因虽然很多，但大部分是功能性头痛，一部分器质性头痛。如能早期找出病因也可缓解头痛发作。

(1) 加强锻炼，助人为乐，凡事心平气和，遇到不开心事找知心人交流，可减轻头痛发作。

(2) 头痛时间较长，又逐渐加重，应及时去医院诊断，排除病因。

抽 搐

抽搐是指不自主的发作性骨骼肌痉挛，可表现为持续性或间断性的肌肉收缩。抽搐可全身性，也可局部性。

病因

(1) 抽搐常伴意识障碍：癫痫样大发作、尿毒症、低血糖、肝昏迷、各种中毒、急性脑病、高热等。

(2) 抽搐不伴意识障碍：局限性癫痫、破伤风、低血钙症、瘰病等。也有在游泳时发生的，常见大腿或小腿肌肉抽搐。

症状和体征

(1) 全身或局部肌肉的痉挛和震颤。

(2) 癫痫样大发作或破伤风发作时，可出现呼吸暂停，全身僵直和强直痉挛。

(3) 严重发作时可出现流口水、大小便失禁、呼吸暂停等症状。

(4) 少数病人出现意识障碍。

紧急处理

(1) 癫痫样大发作时，救护者要及时用纱布缠住筷子塞进病人上下牙齿之间，以免咬破舌唇，常用药有苯巴比妥钠、苯妥英钠和地西泮（安定）片。

(2) 因发热引起的抽搐，应以清热降低体温为主。

(3) 对癔病抽搐者，可针刺人中、内关（腕的横纹上中间2寸凹陷处，中指第二关节为1寸）、合谷（拇、示两指张开，以另手拇指关节横纹放在虎口边缘上，拇指尖到达处，亦即第一、二掌骨结合部与虎口边缘联线之中点，稍偏示指处）等穴位。

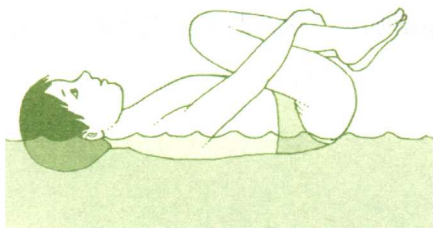


图1-2 大腿抽搐的紧急处理

(4) 对游泳时发生的大腿突然抽搐，应深吸一口气，仰浮水面，弯曲抽搐的大腿和膝关节，用两手抱起小腿，再用力向前伸直（图1-2）；如小腿抽搐时，用对侧的手握住其膝盖上，帮助膝关节伸直。

(5) 积极寻找抽搐的原因，并及时治疗。

注意事项

(1) 如发现病人即将抽搐或将失去平衡时，应将他扶着安置于床上。

(2) 让病人侧卧，有利于呕吐物排出，急救者的手不要靠近病人的嘴，以免被他咬伤。

(3) 松开病人的衣领、领带和裤带等，并保持其呼吸道通畅。

(4) 防止病人自伤，故必须及时移去其眼镜、小刀，周围的家具等。

(5) 抽搐时，不应洗澡，以免水误入病人肺内。

(6) 如果在处理过程中，已发现病人心跳呼吸停止，则先作现场心肺复苏初级救生术（参见本书第136~146页）。

预防措施

(1) 有癫痫病史的病人，生活要有规律、注意劳逸结合，尽量避免不良刺激。

(2) 在医生的指导下，服用抗癫痫药物和地西泮。

(3) 有癫痫、脑内疾病、瘰病等病史者，禁止从事高空、驾驶和其他危险作业，并禁烟酒。

(4) 消除致病因素，如切除脑肿瘤、控制颅内感染、纠正内分泌和代谢障碍等。

瘫 痪

瘫痪是指身体某部分的随意动作丧失，从大脑皮质至骨骼肌的任何一部分发生病变时，都能产生瘫痪。

病因

(1) 外伤性：常在脑外伤、脊椎外伤后引起，可引起截瘫。

(2) 急性脑血管病：常见于脑出血，一般引起一侧肢体瘫痪。

(3) 周期性麻痹：好发于年轻人，常在饱餐、酗酒、受凉、剧烈运动后，于夜间睡眠中发病。病人往往在清晨起床后，发现腰背以下部位、双下肢呈对称性瘫痪，肌力在3级以下。化验时可发现血钾明显降低。

(4) 重症肌无力：病人眼睑下垂，常主诉看不清东西、呼吸困难、胸闷，并可出现全身肌肉瘫痪。

症状与体征

事实上，肢体瘫痪是指肢体肌力的低下，而肌力是指肌肉做功的力量，肌力的常见分级如下。

(1) 0级：肌肉完全不能活动，肌肉呈松弛无力状态。

(2) 1级：仅见肌肉轻微收缩活动，但不能带动关节产生肢体运动。

(3) 2级：能带动关节在水平移动，但不能抬起，可见到手指的抓握，前臂在床上水平移动。

(4) 3级：肢体不但能带动关节移动，还能稍微抬起，下肢离开床面后很快落下，若扶住物体可保持站立，但不能行走。

(5) 4级：肢体可对抗一定的阻力，并在搀扶下行走，但易感疲劳。

(6) 5级：正常肌力。

按以上肌力分级，1~4级均属于瘫痪。而且级别越低，瘫痪越严重。

紧急处理

(1) 外伤病人，应由3~4人平托起病人轻放于木板上(图1-3)，头二侧放卷紧的毛毯制动，并作固定搬运(图1-4)。

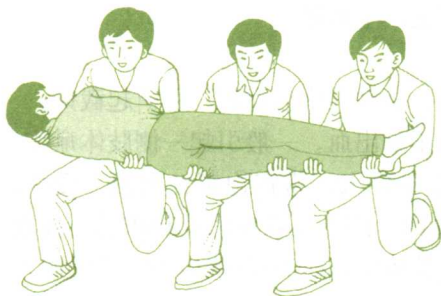


图1-3 3~4人平托病人至木板



图1-4 头部固定制动

(2) 对脑血管出血者，前额放置一冰袋有利于止血。

(3) 迅速拨打“120”电话，向当地急救中心呼救。

注意事项

(1) 搬运瘫痪病人时，动作要轻，速度要慢。

(2) 切勿给瘫痪肢体按摩、推拿和热敷，以免加重受伤肢体的损伤程度。

(3) 严禁随意搬动、推拉、翻动病人，应置于安静环境，并注意病人气道通畅，头偏一侧，以利于痰液、呕吐物排出。

眩 晕

眩晕是指病人感到自身或外物发生运动的一种幻觉，大多为旋转性运动，自觉外界物体在旋转、摇晃，或感自身突然倾斜。同时有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗等症状。

病因

(1) 耳源性：最常见的是梅尼埃病，起病年龄多为30~60岁，每次发作数分钟至数小时，发作后数日内常感站立不稳。其他如迷路感染、迷路外伤、晕动症等。

(2) 神经源性：常见有椎体动脉供血不足、偏头痛、癫痫等。

(3) 眼源性：常见有屈光不正和眼肌瘫痪。

(4) 全身性：可见于低血糖、低血压、精神过度紧张、消化道出血、中暑等。

症状和体征

(1) 一般性眩晕：症状较轻，主要表现为头昏、头胀、头重脚轻等，但无外环境和自身转动的感觉。

(2) 中暑或在热环境过久：病人会自觉头昏、疲乏，并伴有恶心、呕吐、头痛、乏力、心率加快等。

(3) 低血压：坐位、躺位或蹲位时突然站起时出现头昏或晕厥，尤易发生在高血压病人中。

(4) 消化道出血：除头昏、乏力、脸色苍白外，还伴呕血或黑便。

(5) 中风：突然出现头昏、一侧肢体麻木、视力模糊、恍惚、语言困难。

(6) 低血糖：患糖尿病的病人或最近未进食者，出现头昏、乏力、恶心、头痛、心率加快、口唇麻木等。

(7) 情绪紧张：在情绪打击或出现其他应激事件后，常出现头昏、眼花、周围物体旋转。

紧急处理

(1) 让病人平躺或自觉舒适体位，保持环境安静，避光，尽量减少其他刺激，并不断进行精神安慰。亦可在其额部置冷水浸过的毛巾或冰袋。

(2) 可给病人口服茶苯海明、地西泮、维生素B₆、阿托品；如伴恶心、呕吐者，可服甲氧氯普胺。

(3) 如发现病人意识丧失，心跳呼吸停止时，则应立即作现场心肺复苏初级救生术（参见本书第136~146页）。

(4) 寻找病因，及时治疗：如由中暑引起的眩晕，则应立即给予降温措施；消化道出血者，应取头低脚高位，注意保暖，并急送医院；若是低血糖者，应先吃一些糖或含糖食品；对创伤引起的眩晕者，应立即进行止血、包扎和止痛处理。

注意事项

(1) 如果眩晕只是一过性，而无其他症状者，不必担心，躺一下就会恢复。

(2) 正常健康者蹲久或躺久突然站起时，由于大脑一时得不到足够血供，也可能出现头昏、眼花甚至恶心等，则属于正常生理现象。

(3) 如果糖尿病人突然发生眩晕时，一时又搞不清是低血糖还是血糖升高时，可先给病人吃少量糖，低血糖者病情会很快好转。

预防措施

(1) 对患有梅尼埃病者，应在耳鼻咽喉科检查，并及时治疗。

(2) 原患高血压、低血糖和糖尿病者，应定期测血压、空腹血糖。

(3) 反复发作的眩晕病人，应住院检查，以排除病因。