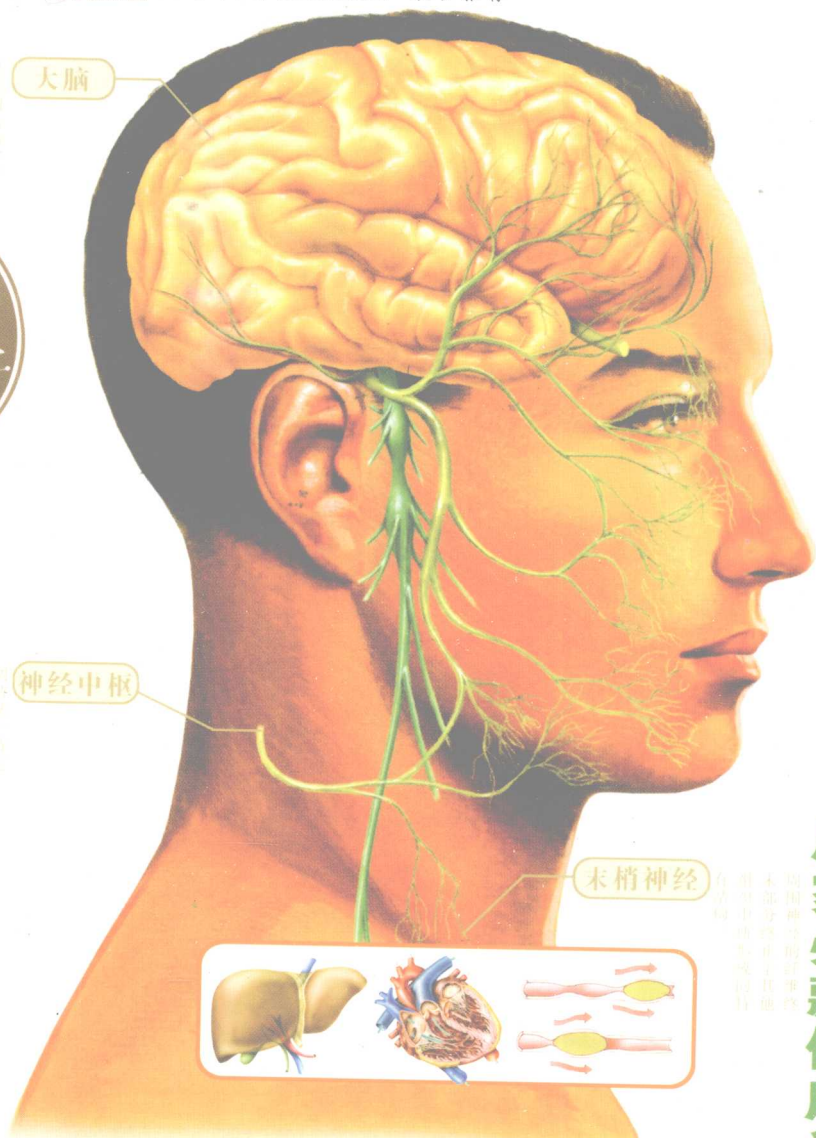


居家必藏健康读本

沈阳出版社



权威

《赤脚医生》曾是上世纪五十年代至八十年代的国家唯一医疗标准和全民健康指南

图解

书中收录了大量简明实用的图片，读者只要看图读文就能成为家中的健康顾问

速查

本书采用了科学的检索系统，将疾病分门别类，方便读者查找与阅读

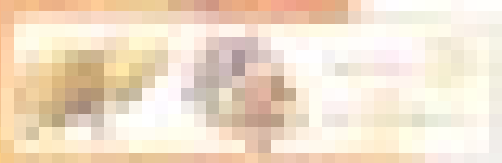
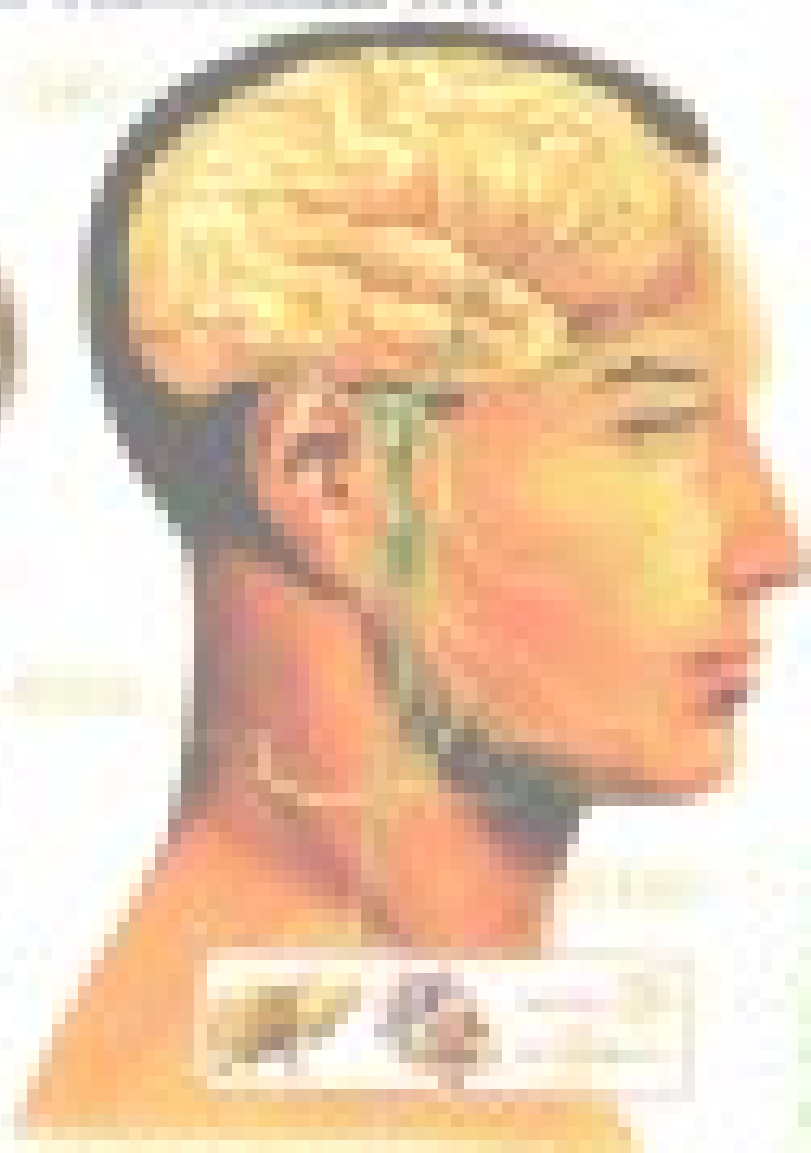
东方教育研究院◎编著

速查手册

图解 家庭医生

国家级权威读本
赤脚医生
当代升级版

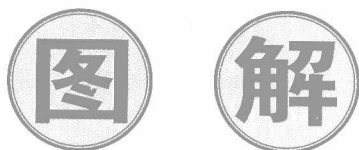
家庭医生的日常诊疗



家庭

家庭医生

理查手册



家庭医生

速查手册

东方教育研究院 编著

沈阳出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

图解家庭医生速查手册 / 东方教育研究院编著 — 沈阳:
沈阳出版社, 2009.2

ISBN 978-7-5441-3834-5

I. 图… II. 东… III. 家庭医这—手册子 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 019096 号

出 版 者: 沈阳出版社

(地址: 沈阳市沈河区南翰林路10号 邮编: 110011)

印 刷 者: 北京中印联印务有限公司

发 行 者: 沈阳出版社

幅面尺寸: 170mm × 240mm

印 张: 29

字 数: 338千字

出版时间: 2009年4月第1版

印刷时间: 2009年4月第1次印刷

责任编辑: 李 峰 夏景军

策划编辑: 李团辉 陈大为

特约编辑: 徐金凤

封面设计: 黑马工作室

责任校对: 邵 萍

责任监印: 杨 旭

书 号: ISBN 978-7-5441-3834-5

定 价: 36.00元



序言 Xuyan

• 中国20世纪最温暖的记忆之一 —— 《赤脚医生手册》

对于许多人来说,《赤脚医生手册》是中国20世纪最温暖的记忆之一。从上世纪60年代直到80年代,在全社会的经济水平极度低下、全民生活贫困、没有现代化的医疗设备、极度缺乏医疗人员的情况下,它奇迹般地解决几亿人的医疗保障问题,也一直是中国人的全民健康指导手册。它的发行量仅次于“毛选”,被译成50多种文字在全世界发行。

• 用最少的投入获得最大的健康收益

今天,在飞速发展的经济浪潮的冲击下,“赤脚医生”已经淡出人们的现实生活,可是当《粤7位“赤脚医生”获卫生部表彰》一文后,一下子把很多读者的回忆拉回到了“赤脚医生时代”。跟今天发达的医疗水平相比,当年农村的医疗条件可谓简陋之极,那人们为什么要怀念“赤脚医生”?

无可回避的是,这在很大程度上是出于人们对医疗现状——“看病难,看病贵”的无奈和不满。显然,跟过去相比,当下豪华的医疗模式不仅超出了农民或者贫民阶层的支付能力,也超出了普通人群常用病治疗需要,形成了新的医疗资源浪费。其实,如果我们拥有一些基本的医疗常识,拥有一些起码的自我诊断和用药知识,对日常生活中的一些小病能够进行自我诊断与治疗,甚至小病不用去医院。在必须去医院前,也能对自己的病情、需要进行的检查有个提前认识,这样就不至于就医时完全被医生的意见所左右,可以最大限度地避免在医疗上“过度消费”,用最少的投入获得最大的健康收益。

• 中国人的家庭健康指导手册——《图解家庭医生速查手册》

《图解家庭医生速查手册》是《赤脚医生手册》的当代更新版,集科学性、实用性和知识性于一体,继续秉承原手册清晰明了、简单易行、务求实效的原则,删繁就简进行了适应当代医疗及就医特点的全面更新。收录了日常生活中可能遇到的常见病症,并给出了明确有效的诊断与施治方法,并配有丰富的中草药图解和医学图解,让看似高深莫测的医学知识变得更加直观易懂,帮助大家在第一时间内掌握疾病信号,选择最佳治疗方案。

最后,我们真诚希望,《图解家庭医生速查手册》不仅能带给人们对“赤脚医生”时代的真诚奉献精神的缅怀,同时也能照亮13亿中国人的健康前进的方向。



速查表

SU CHA BIAO

头部疾病

脑

- 头痛 (P2~5)
- 脑血管意外 (P262~263)
- 头皮损伤 (P347~348)
- 颅内出血 (P357~358)
- 颅脑损伤 (P344~346)

神经

- 坐骨神经痛 (P259~260)
- 面神经瘫痪 (P260~260)
- 神经衰弱 (P271~272)

眼

- 沙眼 (P403~404)
- 角膜炎 (P404~405)
- 结膜炎 (P405~406)
- 青光眼 (P406~407)
- 白内障 (P407~407)

耳

- 聋哑 (P409~410)
- 外耳道疖、外耳道炎 (P410~411)
- 化脓性中耳炎 (P411~411)

鼻

- 慢性鼻炎 (P412~413)
- 鼻窦炎 (P413~414)
- 鼻息肉 (P414~414)

喉

- 慢性咽炎 (P414~415)
- 喉炎 (P415~416)
- 急性扁桃体炎 (P416~417)

胸部疾病

心

- 风湿病 (P235~237)
- 慢性风湿性瓣膜病 (P237~238)
- 心律失常 (P238~240)
- 心力衰竭 (P240~240)

肝脾

- 肝脾肿大 (P28~30)
- 脾病 (P98~98)

肺

- 咳嗽 (P7~10)
- 上呼吸道感染 (P215~216)
- 支气管扩张 (P216~217)
- 哮喘 (P217~218)
- 大叶性肺炎 (P218~220)





常用诊疗术

常用诊疗技术具有针对性、实用性和可操作性，目的在于提高人们的临床基本技能和突发事件的应急处理技能。

1 人工呼吸

人类的呼吸、心跳完全停止4分钟以上，生命就有危险；若超过10分钟，就很难挽救了。所以，当发现一个人出现心跳、呼吸不规则或停止时，采取人工呼吸是分秒必争的重要急救措施。人工呼吸包括三种方法：

(1)口对口吹气法：这也是最简便有效的人工呼吸方法，同时还可进行心脏按摩，适用于各种呼吸停止、肋骨折断或伴有心跳停止的病人。

使病人仰卧，并使头部尽量后仰，张开其口，盖上手帕或数层纱布，用手捏紧病人鼻孔，对准其口用力吹气。病人胸部扩张起来后，停止吹气并放松鼻孔，使其胸部自然缩回去。一般成人5秒一次，孩童4秒一次，幼儿3秒一次，反复进行，直到病人呼吸恢复为止。

(2)仰卧压胸法：此法适用于一般窒息病人，不适宜胸部外伤者或同时需做心脏按摩者。具体操作如下：

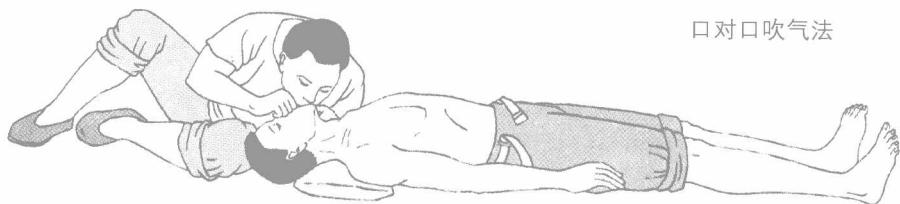
令病人仰卧，背下垫一枕头或衣服。急救者面对病人，两腿分开，跪骑在病人大腿两侧，两手平放在病人胸部两侧乳头之下，大拇指向内，靠近胸骨下端，四指自然向上向外伸开，借上半身的体重用力压迫病人胸部挤出肺内空气。然后，急救者身体后仰，除去压力，病人胸部依其弹性自然扩张，空气进入肺内，这样反复进行，每分钟16~20次。

(3)俯卧压背法：适用于溺水及触电者，可使水向外流出，舌也不致阻塞咽喉，但此法影响心脏按摩的进行。

使病人俯卧，一臂前屈，头部偏向一侧，枕于臂上，以保证呼吸道通畅。腹部用枕头垫高。急救者跪伏在病人大腿两侧，面向头部，两臂伸直，两手平放在病人背部，拇指靠近脊柱，四指向外紧贴肋骨，身体前倾，以体重压迫病人背部将肺内空气挤出。然后，身体后仰，除去压力，使胸部自然扩张，空气进入肺内，如此重复操作，每分钟16~20次。



人工呼吸的三种方法



口对口吹气法

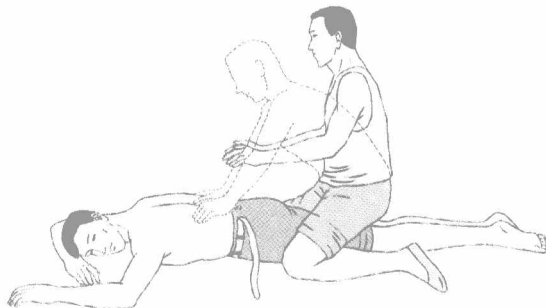
使病人仰卧，并使头部尽量后仰，张开其口，盖上手帕或数层纱布，用手捏紧病人鼻孔，对准其口用力吹气。病人胸部扩张起来后，停止吹气并放松鼻孔，使其胸部自然缩回去。

仰卧压胸法



病人仰卧，急救者跪骑在病人大腿两侧，两手平放在病人胸部两侧乳头之下，用力压迫病人胸部挤出肺内空气。然后，急救者身体后仰，使胸部自然扩张，空气进入肺内。

俯卧压背法



使病人俯卧，腹部用枕头垫高。急救者跪伏在病人大腿两侧，两手放在病人背部，身体前倾，压迫病人背部将肺内空气挤出。然后，身体后仰，除去压力，使胸部自然扩张，空气进入肺内。

人工呼吸法的节奏

人工呼吸的节奏，一般成人5秒一次，孩童4秒一次，幼儿3秒一次，反复进行，直到病人呼吸恢复为止。





2 心脏按摩

心脏按摩若能起到预期的作用，病人肤色恢复正常，瞳孔缩小，颈动脉搏动可扪到，自发性呼吸恢复。具体操作如下：

先将病人平放于木板床上，头部稍低。急救者站在病人一侧，将一手的掌跟放在胸骨下端，另一手覆于其上，借急救者上身的体重，向胸骨下端用力加压，使其下陷3厘米左右，随即放松，让胸廓自行弹起。如此有节奏地压挤，每分钟60~80次。

在使用急救措施时，还要了解一些常识性的注意事项：

1. 进行人工呼吸前应解开病人的裤带、领扣及过紧的衣服；如舌头后缩，应设法拉出，以保证呼吸道的通畅。口腔内如有假牙、泥土、血块黏液等物，应先取出。

2. 对心跳和呼吸同时停止的病人，一定要同时进行人工呼吸与心脏按摩。

3. 在按摩的时候不宜用力过大过猛，避免伤肋骨或内脏。

4. 在同时进行人工呼吸与心脏按摩时，要有耐心，坚持挽救病人，直至病人呼吸与心跳恢复正常时为止。

5. 掌握死亡特征，这是进行挽救与否的前提。

死亡特征可分为绝对特征和非绝对特征两类。

1. 绝对特征：即病人确定已经死亡，无抢救希望。

(1) 猫眼：用两手指从两侧捏眼球，死人的瞳孔变成椭圆形或裂缝样，称为猫眼。活人的瞳孔捏后不变形。

(2) 尸冷、尸僵和尸斑：

尸冷——死后身体温度下降到与周围环境相等。

尸僵——死后肌肉变硬和缩短，关节强直。

尸斑——死后血液沉积于身体下垂部位，该处皮肤出现紫红色或紫蓝色斑块。

2. 非绝对特征：即病人还没有真正死亡，还有生还的可能。

(1) 呼吸停止：看不出呼吸运动，鼻孔无气呼出，放轻而细的东西如棉绒等于鼻孔处不见摆动。冬天放镜面于鼻孔处不见水汽等。

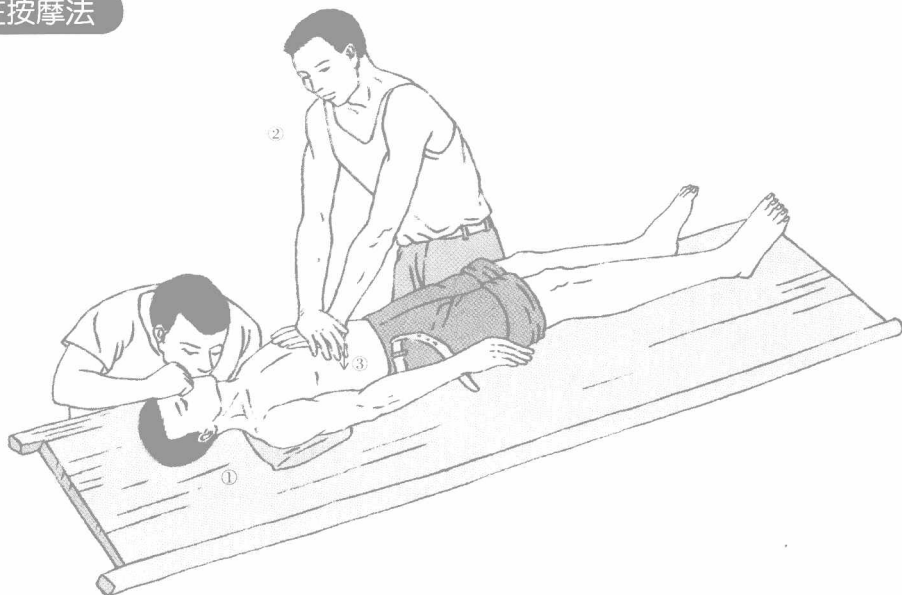
(2) 心跳停止：摸不到脉搏、心尖搏动，听不到心音。

(3) 瞳孔散大，一切反射消失，用强光刺激不见瞳孔缩小，用棉绒、头发等细物触角膜时毫无反应。

上述这三项特征同时出现，才表示病人已经死亡。但对于溺水、触电等死亡不久的病人，即使同现这三项非绝对特征，也不要轻易放弃，积极挽救一段时间病人还有生还的可能。



心脏按摩法



①先将病人平放于木板床上，头部稍低。②急救者站在病人一侧，将一手的掌跟放在胸骨下端，另一手覆于其上。③借急救者上身的体重，向胸骨下端用力加压，使其下陷3厘米左右，随即放松，让胸廓自行弹起。

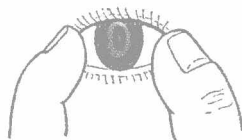
测量呼吸



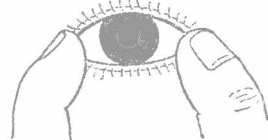
检查呼吸道是否畅通，将自己的脸颊靠近患者的口鼻，确认患者是否还有呼吸。

猫眼

用两手指从两侧捏眼球，死人的瞳孔变成椭圆形或裂缝样，称为猫眼。活人的瞳孔捏后不变形。



“猫眼”状态



正常状态



3 测量体温、脉搏和血压

测量体温

正常人的口腔温度在 $36.5 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 之间，腋下较口腔温度低 0.5°C ，肛门温度较口腔高 0.5°C 。体温表因此分为口表与肛表两种。但不论哪种仪器，每次测量体温后均应将体温表擦净，将水银甩到 35°C 以下，并浸泡于消毒液内备用。在测量体温时，要根据各个部位的不同而采取不同的测量方法。

口腔内测量法：

将口表的水银端斜放于病人舌下，令其紧闭口唇，牙不咬紧，3分钟后取出看结果。若剧烈劳动后或刚吃过冷热饮食者，约等15分钟以后再用此法。昏迷者及小儿不宜采用口腔内测量法。

腋下测量法：

将体温表置于腋窝深处，患者屈臂过胸，将体温表夹紧，5~10分钟后取出看结果。这种测量法因使用方便，目前一般常用此法。

肛门内测量法：

患者取屈膝侧卧位，将肛表的水银端涂上凡士林后，插入肛门约肛表的一半长，3分钟后取出看结果。检查时应把持肛表，以免脱落或折断。注意此法适用于小儿、重症及昏迷等病人。

测量脉搏

正常人的脉搏每分钟60~80次，激动或劳动后可加快。一般老年人和幼儿脉搏跳动速度不同于正常人，前者稍慢，后者较快。

一、手腕把脉。二、颈动脉把脉。三、股动脉把脉。

测量血压

测量血压一把测量肱动脉。正常的肱动脉血压，收缩压在90~140毫米汞柱，舒张压在60~90毫米汞柱。其中听到第一个脉搏跳动声响时汞柱所达到的刻度即为收缩压；随后搏动声音继续存在，并逐渐增大，至搏动声音突然变弱、变调时，汞柱达到刻度即为舒张压。血压记录用分数式，收缩压为分子，舒张压为分母。如120/80毫米汞柱，120为收缩压，80为舒张压。

测量方法如下：

(1)测量前，让病人休息10分钟以上。然后取坐位或平卧位，露出右上臂，伸直肘部，掌面向上，使手臂、心脏、汞柱的0点位于同一水平。(2)开放橡皮球颈部的气门，将血压计的袖带内气体驱尽，平整无折地缠于上臂中部，松紧适宜，袖带下缘距肘窝2~3厘米，并将袖带上的皮管连接于血压计的皮管上。(3)于肘窝摸到肱动脉后，将听诊器头部放上。(4)握住气球，关闭气门打气，至动脉搏动音消失为止，普通为汞柱上升到160左右(高血压患者应升至200以上)，然后再慢慢开放气门，让汞柱缓缓下降。注意汞柱旁的刻度及脉搏跳动的声音。

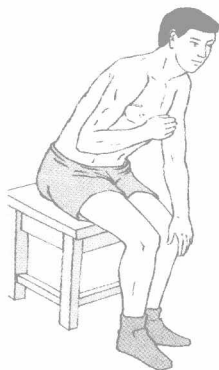


测量体温法



口腔内测量法

将口表的水银端斜放于病人舌下，令其紧闭口唇，牙不咬紧，3分钟后取出看结果。



腋下测量法

将体温表置于腋窝深处，患者屈臂过胸，将体温表夹紧，5~10分钟后取出看结果。

测量脉搏法



手腕把脉

让病人的手掌自然摊开，平放在桌面上，医生将食指、中指和无名指并排轻放在患者手腕的大拇指方向上（桡动脉）。



颈动脉把脉

用食指和中指轻放在喉结到耳际处的颈动脉上。



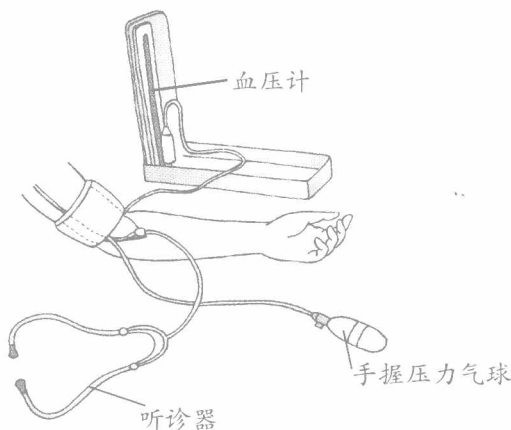
股动脉把脉

将食指和中指轻放在患者腿根（鼠蹊部位）上的股动脉上。

测量血压应注意什么

(1) 测量血压应尽量一次听准，连续反复测量，容易影响结果的正确性。

(2) 在使用血压计时，应放在平稳不振动的地方，打气时不能打得过猛，用后排尽橡皮带内的气体，将袖带卷好，放于盒内，然后关闭血压计盖。





4 眼鼻耳用药法

眼鼻耳感染有其一般规律，亦有其特殊性，抗菌药物的应用除口服及注射为全身用药外，尚有各种局部用药，如滴耳，滴鼻，鼻腔喷雾，鼻内涂搽油膏，口腔含片及气雾吸入等。

眼部冲洗法

冲洗法用于结膜囊分泌增多或手术前清洁。

具体操作如下：

让病人坐好，头微向后仰，同时嘱病人手持受水器，紧贴在颊部和鼻下相平的部位。医生面对病人，用右手持洗眼壶冲洗眼睑外部（注意壶要适当抬高，不要碰到眼部），然后再用左手两指分开眼睑，令病人转动眼球，冲洗结膜囊各部。冲洗后用棉球擦干眼外部皮肤。

眼药用法

滴眼药水：让病人坐好，头向后仰，眼向上看。医生面对病人，用左手拇指将病人眼睑轻轻向下牵引，并按上一棉球，另一手持眼药水滴管，将药水滴入下穹窿部，每次1~2滴。注意滴管不要碰到眼睑，以免污染。然后嘱病人闭眼，用棉球擦去溢出的药水。

涂眼药膏：让病人坐好，头向后仰，眼向上看。医生面对病人，用左手拇指将病人眼睑轻轻向下牵引，用玻璃棒的一端，蘸上眼药膏少许，呈水平方向轻压在下穹窿部，叫病人闭眼，同时轻轻转动玻璃棒，并从水平方向抽出。然后用棉球按摩眼睑数分钟，使药膏散布在结膜囊内。

鼻滴药法

滴药前让病人排除鼻腔内分泌物，仰卧，头突出床缘，向后仰，使外耳部开口与额尖部连线与地面垂直。或者使病人侧卧，头部突出床缘，头下垂靠近下肩。每次滴药3~5滴。为使药液能均匀分布鼻腔内，滴药后可让病人头部向两侧轻轻摆动。药液滴入后隔数分钟再坐起。

耳滴药法

(1)滴耳药的温度不宜过凉，以免因冷刺激鼓膜或内耳，引起眩晕、恶心等反应。滴耳药的加温很简单，只需将药液滴在耳廓腔，使其沿外耳道壁缓慢流入耳底，药液自会温暖。切忌将滴药直接滴到鼓膜上。

(2)滴药方法：嘱患者侧卧或将头倒向一侧肩部，使患耳外耳道口朝上，牵引耳廓，拉直外耳道，将药液滴入耳廓耳甲腔内，使药液由此进入外耳道并沿外耳道壁流入耳道深部，捺压耳屏数次即可。滴药量一般每次2~4滴，每日4次。若病人自己滴药，应以对侧手指牵引耳廓，同侧手指持滴药管，按上述滴药方法即可。

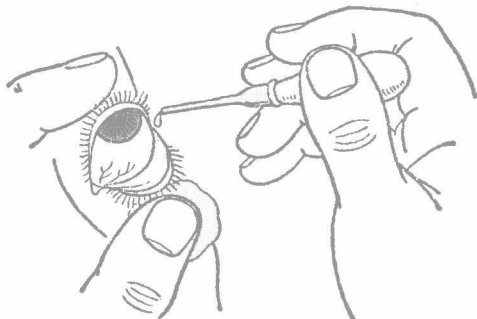


眼冲洗姿势



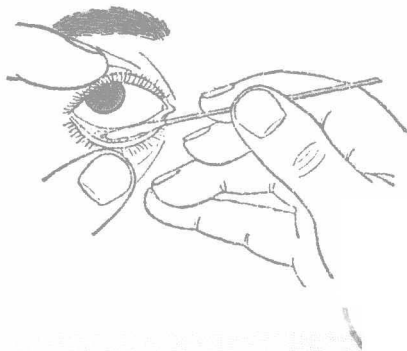
让病人坐好，头微向后仰，病人手持受水器，紧贴在颊部和鼻下相平的部位。医生用右手持洗眼壶冲洗眼睑外部，然后用左手两指分开眼睑，令病人转动眼球，冲洗结膜囊各部。

点眼药水法



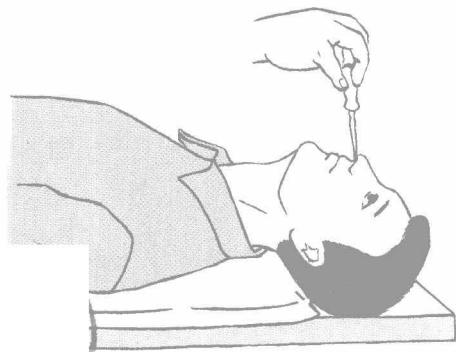
病人头向后仰，眼向上看。医生用左手拇指将病人眼睑轻轻向下牵引，并按上一棉球，另一手持眼药水滴管，将药水滴入下穹窿部，每次1~2滴。

涂眼药膏法



病人头向后仰，眼向上看。医生用左手拇指将病人眼睑轻轻向下牵引，用玻璃棒的一端，蘸上少许眼药膏，呈水平方向轻压在下穹窿部，叫病人闭眼，同时轻轻转动玻璃棒，并从水平方向抽出。然后用棉球按摩眼睑数分钟，使药膏散布在结膜囊内。

鼻滴药法



病人仰卧，头突出床缘，向后仰，使外耳部开口与颊尖部联线与地面垂直。每次滴药3~5滴。滴药后可让病人头部向两侧轻轻摆动。药液滴入后隔数分钟再坐起。



5 注射与输液常识

1. 注射必备

注射器和针头，75%酒精棉球，2%碘酒棉球，消毒镊子，消毒锅或针盆，橡皮带，以上物品可酌情选用。

2. 吸药方法

以酒精棉球消毒安瓿颈部，锯掉安瓿头进行吸药。如果是从橡皮密封的小瓶内吸药，应先消毒其瓶盖，在针筒内抽些空气，再将针头从瓶盖中央垂直刺入小瓶内，将空气打入，然后吸药。

3. 注射方法

(1)皮下注射：一般在上臂上部外侧进针，避免在红肿或疤痕部位注射。适用于需要迅速出现药效和不宜或不能经口服药时。

操作步骤：①将药液吸取放妥，以酒精棉球消毒局部皮肤，待干。②左手拉紧皮肤，右手持针使与皮肤成30~40度斜角迅速刺入皮下，抽吸无回血，即可推药。③注射完毕，迅速拔出针头，用干棉球压迫片刻。

(2)皮内注射：注射部位一般在前臂内侧腕上2寸左右，且最好选用皮试针头。适用于各种过敏试验，或卡介苗等预防注射和局部麻醉等。

操作步骤：①抽取药液，以酒精棉球消毒皮肤。②酒精干后，以左手拉紧皮肤，右手持注射器，使针头斜面向上，与皮肤呈15~30度角刺入皮内。③待针头斜面进入皮内时，推动针筒塞，局部可见半球形白色隆起，注射液量，一般为0.1毫升。拔出针尖时切勿按压。

(3)肌肉注射：取臀部外上方1/4处为注射区，也可在上臂三角肌处注射。

操作步骤：①吸药液和皮肤消毒同皮下注射。②左手中、拇二指把皮肤撑开，右手持注射器，以前臂带动腕部的力量垂直迅速地将针头刺入肌肉内，然后以左手拇、食二指固定针头，抽吸无回血后，再以右拇指推药，推药时要慢且匀。③为了减轻病人的疼痛，可在推药时以左手中指尖端轻轻地缓慢划动注射点附近的皮肤。④注射完毕，迅速拔出针头，以灭菌棉球按压局部即可。长期臀部肌肉注射(如结核病患者注射链霉素)引起硬结，可用热水袋或热湿敷。

(4)静脉注射：注射部位一般采用肘窝部、腕部、踝部、手(足)背部等处浅表静脉，小儿常用头皮静脉。静脉注射特别要注意无菌。

操作步骤：①因空气不得注入静脉，所以在吸取药液前，应先排尽空气放妥。②用碘酒、酒精先后消毒肘窝处皮肤，在穿刺上方扎紧止血带，并嘱病人握拳数次，以暴露静脉。肥胖者如肘部静脉难以察见，可选取他处较显见的静脉。



输液

1. 输液方法:

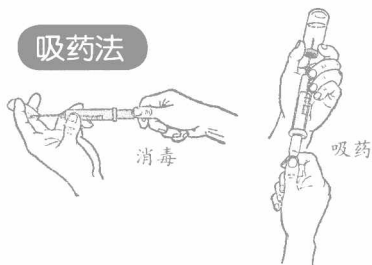
先以少量注射液洗涤输液瓶和橡皮管,然后在滴管上端的橡皮管用开关夹夹紧,在瓶口橡皮塞上插入两枚粗针头,一枚接短皮管向上拉高作通气管用,一枚接输液橡皮管滴管,并挂在输液架上。然后注意排空空气,即右手持橡皮管和针头在下垂位,扭松开关夹使注射液经橡皮管针头流出,并使滴管内液体平面与滴注管保持一定距离。再扭紧开关夹和关闭滴管之小侧管,选择适当静脉进行穿刺,见到回血证实穿刺针在静脉内时,即可扭松开关夹。这时可见输液滴管内液体向下滴,即可用胶布固定针头和肢体,并从开关夹调节滴注速度。

2. 输液装置障碍的处理:

(1)当滴注管内充满注射液而看不清液体是否在滴动时,可扭紧开关夹,放开滴注管的小侧管,待管内液面下降到适当高度能够分辨滴数时,即可关闭小侧管,扭松开关夹。

(2)若发现滴管停止不滴或不通畅时,则应检查注射部位情况,一般不外乎这些原因:①注射针、玻璃接管内为血块所阻塞,可打开接头,排出血凝块重新接上。②注射针和肢体位置变动关系:可适当变换肢体位置,转动针头方向,或抬高、压低针柄纠正。

吸药法



以酒精棉球消毒安瓿颈部,瓶盖,在针筒内抽些空气,再将针头从瓶盖中央垂直刺入小瓶内,将空气打入,然后吸药。

臀部肌肉注射法



左手中、拇二指把皮肤撑开,右手持注射器,以前臂带动腕部的力量垂直迅速地将针头刺入肌肉内,然后以左手拇、食指固定针头,抽吸无回血后,再以右拇指推药,推药时要慢且匀。

皮内注射法



以左手拉紧皮肤,右手持注射器,使针头斜面向上,与皮肤呈 $15\sim 30$ 度角刺入皮内。待针头斜面进入皮内时,推动针筒塞,局部可见半球形白色隆起,注射液量,一般为 0.1 毫升。

皮下注射法



将药液吸取放妥,以酒精棉球消毒局部皮肤。左手拉紧皮肤,右手持针使与皮肤成 $30\sim 40$ 度斜角迅速刺入皮下,抽吸无回血,即可推药。