

实用急症诊治

姜士杰 编著



05.1

科学技术出版社

86
R505.1
27
3

6443/02

实用急诊诊治

姜士杰 编著



黑龙江科学技术出版社

一九八六年·哈尔滨

B

130328

内 容 提 要

本书适合基层医务人员、实习医生及急诊医护人员参考，内容包括急救处置的一般技术，身体各部位外伤，如烧伤、冻伤、电击伤、溺水、日射病、日常各种常见急症以及北方地区的常见急症等的紧急诊治。书中对各种急症操作技术的实际应用进行了重点阐述。

本书叙述简明，插图清晰，图文对照，易于理解。

责 任 编 辑：于葆琳

封 面 设 计：杨玉祺

实 用 急 症 诊 治

ShiyongJizhengZhenzhi

姜士杰 编著

黑龙江科学技术出版社出版

（哈尔滨市南岗区建设街35号）

黑龙江新华印刷厂附属厂印刷，黑龙江省新华书店发行

787×1092毫米32开本 2.875印张 65千字

1986年1月第1版·1986年1月第1次印刷

印数：1—8,100册

书号：14217·102

定价：0.53元

前 言

随着工农业生产的发展，急救医疗工作已成为一个突出的课题。多数创伤急诊病人的伤情均相当严重。如能正确地一次诊治意外创伤，其预后可以大为改善；若急诊处置欠妥，则死亡率必然较高。

众所周知，承担第一线抢救的医务人员责任重大，尤其在应急处理时，常无从容时间进行多方研究。因此，编写一本简明的急救书籍，很有必要。本书是参照国内外有关资料，结合本人临床经验写成的，内容可供医院急诊室工作者和广大农村、工矿企业等基层医务人员及实习医生参考。

书中内容侧重于临床实际应用，对于常见急患的诊断要点、处理原则及各项急救技术操作等，均作了较详细的阐述。为便于理解，书中附有插图 83 幅。

由于作者水平所限，错误之处难免，敬希读者指正。

书中的图表承蒙孟凡等同志协助绘制，在此谨致谢意。

目 录

一、急救处置的基本技术	(1)
(一) 确保呼吸道通畅	(1)
1. 清除呼吸道的异物	(1)
2. 维持呼吸道通畅之体位	(1)
3. 气管内插管	(2)
4. 气管切开术(环甲韧带切开法)	(4)
(二) 建立换气及维持呼吸	(4)
1. 呼吸吹入法	(5)
2. 仰卧位举臂压胸法	(5)
3. 俯卧位压背法	(5)
(三) 心脏按摩	(6)
1. 前胸叩打法	(6)
2. 胸外心脏按摩	(7)
3. 胸内心脏按摩	(8)
(四) 有关药物选择问题	(8)
1. 纠正酸中毒	(9)
2. 强心药和升压药	(9)
(五) 电击除颤法	(10)
(六) 保护脑——降温和脱水疗法	(10)
(七) 生命指征的观察	(11)

(八)集中管理和治疗(ICU 治疗中心)	(11)
(九)急救药品器材车	(11)
二、头部损伤	(12)
(一)头皮损伤	(12)
1. 头皮血肿	(12)
2. 头皮裂伤	(14)
3. 头皮撕脱伤	(14)
(二)颅骨骨折	(15)
1. 颅盖骨折	(15)
2. 颅底骨折	(16)
(三)脑损伤	(17)
1. 脑震荡	(17)
2. 脑挫裂伤	(18)
3. 急性脑受压	(18)
4. 脑膜出血	(19)
三、颈部	(23)
四、胸部损伤	(24)
(一)呼吸道梗阻	(25)
(二)胸腔内正常负压丧失	(25)
(三)胸壁及膈肌缺损和反常呼吸运动	(25)
(四)循环功能受损	(27)
五、肋骨骨折	(27)
(一)一般性肋骨骨折	(27)
(二)闭合性多处肋骨骨折	(28)
六、气胸	(30)

(一)闭合性气胸.....	(30)
(二)张力性气胸.....	(31)
(三)开放性气胸.....	(32)
(四)血胸.....	(33)
七、创伤性窒息.....	(34)
八、心脏贯通伤.....	(35)
九、腹部外伤.....	(36)
十、骨折急救.....	(40)
(一)锁骨骨折.....	(40)
(二)上臂骨折.....	(41)
(三)前臂骨折.....	(41)
(四)大腿骨折.....	(42)
(五)膝关节骨折.....	(42)
(六)脊柱骨折.....	(43)
(七)脊柱骨折与脱位.....	(44)
十一、上消化道大出血.....	(47)
十二、急腹症.....	(49)
(一)腹腔内脏器炎症.....	(49)
(二)急性肠梗阻.....	(50)
十三、脑出血(脑卒中).....	(51)
十四、循环系急症.....	(52)
十五、呼吸窘迫综合症.....	(54)
十六、脂肪栓塞综合症.....	(56)
十七、小儿惊厥.....	(56)
十八、急性上呼吸道梗阻.....	(59)

十九、烧伤	(60)
二十、冻伤	(63)
二十一、中暑	(65)
(一)日射病	(65)
(二)热性痉挛	(65)
(三)热射病(渴病)	(66)
二十二、电击伤	(67)
二十三、溺水	(69)
二十四、药物中毒	(71)
(一)镇静催眠等药中毒	(71)
1. 巴比妥类药物中毒	(71)
2. 青霉素过敏	(72)
3. 急性酒精中毒	(73)
4. 阿司匹林中毒	(73)
5. 水杨酸剂中毒	(74)
(二)敌敌畏中毒	(74)
(三)一氧化碳中毒	(77)
二十五、毒蛇咬伤	(78)
二十六、臭米面中毒	(79)
二十七、生芽马铃薯中毒	(80)
二十八、地窖内缺氧窒息	(81)
【附录】 外伤指数	(83)

一、急救处置的基本技术

(一) 确保呼吸道通畅

对于急诊患者在着手建立循环的同时，务须保持呼吸道通畅和肺的良好换气，这是在急救复苏术中首先要采取的紧急措施。呼吸道一旦出现阻塞，应采取如下抢救措施：

1. 清除呼吸道的异物

(1) 口中有液状物时，采取卧位，口角向下方拉开，使液状物流出（图 1）。

(2) 口中有固体物时，用手指交叉法使口张开（图 2），用吸引法吸出或用指尖取出。



图 1



图 2

(3) 用左手掌托住幼儿腹侧，用右手叩击背侧，以清除口腔内异物（图 3）。

(4) 海姆来氏法：两手抱住患者腹部，用力向上方运动，致横膈运动压迫肺，气道内产生强气流，使异物排出（图 4）。

2. 维持呼吸道通畅之体位



图 3

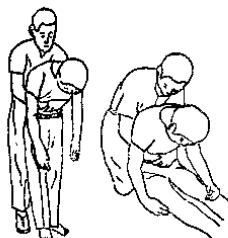


图 4

(1) 头部后屈法：术者位患者侧方，右手放在患者颈部后方，左手放在前额部使头后仰，使气道通畅，此屈曲角度很重要（图 5）。



图 5

(2) 下颏举上法：术者位患者头前，用双手的第 4 第 5 指托起下颏体部使下颏上举，拇指按下颏体，使口张开（图 6）。如用面罩时，用 3、4、5 指上举下颏，这样能使气道通畅（图 7）。



图 6



图 7

3. 气管内插管

根据插管途径可分为经口腔和经鼻腔内插管两种。按插管时是否暴露声门，又可分明视与盲探插管。临床上最常用

的是经口明视插管。

(1) 经口明视插管术操作步骤:

①病人取仰卧位，头后仰，用右手拇指、食指两指将病人上下唇分开，左手持喉镜，自口腔稍偏右侧插入。此时，应注意切勿将口唇垫于喉镜与牙齿之间，避免挤伤。同时，利用镜片将舌推向左方，紧接着阻挡视线（图8）。

②喉镜徐徐向前移动，先看到悬雍垂，此时推头后仰，左手将喉镜移向正中位置，将镜片向前推进显露会厌（图9）。



图8

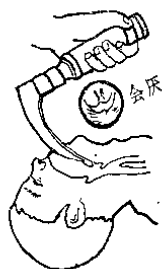


图9

③右手将装有管芯的气管导管轻巧而准确地插入声门。将气管导管插入声门后，应立即将管芯拔出，用旋转力量将导管插入气管。插入深度：儿童为2~3毫米，成人4~6毫米。（导管内径标准：未熟儿2.5毫米，新生儿3.0~3.5毫米，再大为 $4.5 + \frac{\text{年龄}}{4}$ 毫米，成人男子8~8.5毫米，成人女子7.0~7.5毫米）此时，压迫胸部有气体从导管出来，证实导管确在气管内。导管插入气管后，病人常出现咳嗽（图10）。

④将牙垫放于上下臼齿之间，再退出喉镜，以免病人咬住导管而发生窒息现象。

⑤可将适量的空气注入气管导管内，然后用夹子夹住，以保证导管与气管壁接触紧密，无漏气现象。

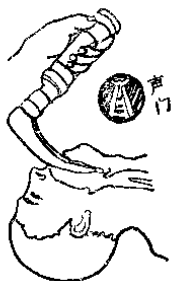


图 10

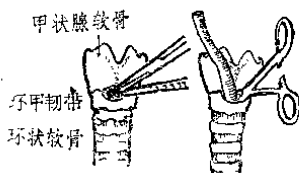


图 11

4. 气管切开术（环甲韧带切开法）

气管内插管失败时，为了确保气道通畅，在环状软骨和甲状软骨之间的膜部用刀切开1~1.5厘米，用内径4~5毫米气管内导管插入，或者用18号粗针数根插入，这种方法也能起到暂时换气作用（图11）。

（二）建立换气及维持呼吸

任何情况下发生呼吸停止或呼吸严重抑制时，都应该积极采用人工呼吸。

在急救中，人工呼吸是否有效，往往是抢救生命能否成功的先决条件。

1. 呼吸吹入法

即口对口人工呼吸法。使患者头部后屈，以确保呼吸道畅通，术者可先深吸气一口，对准病人口部，并用拇、食两指捏住患者鼻翼（乳幼儿患者可无须捏住鼻翼而直接吹入）用力吹入，同时观察胸廓运动。如此反复施行，须注意舌下坠引起的呼吸道梗阻（图 12）。



图 12

2. 仰卧位举臂压胸法

亦称西氏法。病人仰卧位，术者骑跪于病人头部，双手握住病人腕部，尽力使病人双臂外展，举起后触地，使病人胸部及肺膨胀，使之形成吸气。然后依相反方向将病人两臂放回胸部，并加以压迫形成呼气。其优点是所得潮气量较大；缺点是舌下坠，呼吸道梗阻，救愈率低（图 13）。

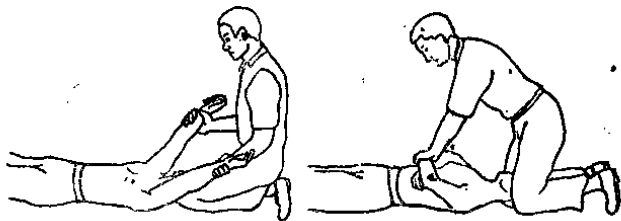


图 13

3. 俯卧位压背法

亦称薛氏法。病人俯卧位，术者骑跪病人髂部，两手掌张开，取向前向上的方向，压迫病人第 9~12 肋骨，形成呼

气。压迫后即放开，使胸廓重新舒张，形成吸气。优点是口内液体易流出，呼吸道通畅，救愈率高，缺点是所得潮气量小（图14）。

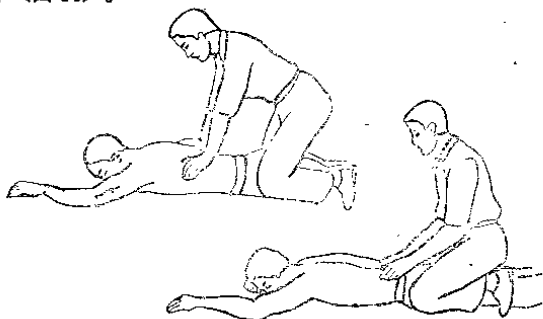


图 14

· (三) 心脏按摩

当触不到病人的股动脉、颈动脉、肱动脉和瞳孔散大时，才能判断心跳停止。此时必须立即进行心脏按摩，同时进行人工呼吸。

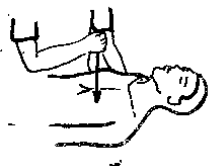


图 15

1. 前胸叩打法

在一分钟内发生心室纤颤，心室性频发早搏和高度房室传导阻滞，心跳停止时，立即进行前胸部叩打，心跳可再度恢复。如果用拳在胸骨中央部20~30厘米上方连续叩打数次无效时，应立即

改用心脏按摩（图 15）。

2. 胸外心脏按摩

患者最好仰卧在硬的平面上，术者站在患者的侧方。正确的按压部位是在胸前的上 2/3 与下 1/3 交界处（图 16—A）。婴儿和儿童的心脏按压，应在胸骨中部进行。注意按压力量不宜过猛，以防肋骨骨折。术者双手重叠，用手的根部垂直地以冲击力量按压胸部，每次按压下 3~5 厘米，儿童可用单手法按压（图 16—B）。心脏按压次数：成人 60~80 次/分，幼儿 100~120 次/分。在心脏按压的同时，不要忽略人工呼吸，而且两者不要中断进行。在心脏按压过程中要注意股动脉、颈动脉的波动，瞳孔是否缩小等，以证实心脏按摩的效果。

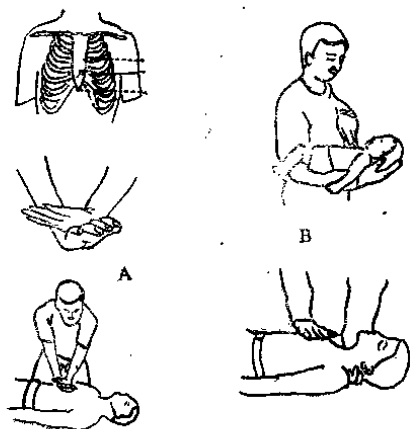


图 16

3. 胸内心脏按摩

胸内心脏按摩法是指切开胸腔用手直接按压心脏。其适应症是心脏受损伤，多发肋骨骨折，胸廓变形及通过胸外心脏按摩效果不可靠者等。其方法是在第4或第5肋间开胸。术者左手拇指在胸腔外，其他四指将心脏向胸骨侧按压。心膜外按压效果不好，再切开心包（勿损伤其他神经）。按压时用力要均匀，避免出现误伤心脏的危险（图17）。

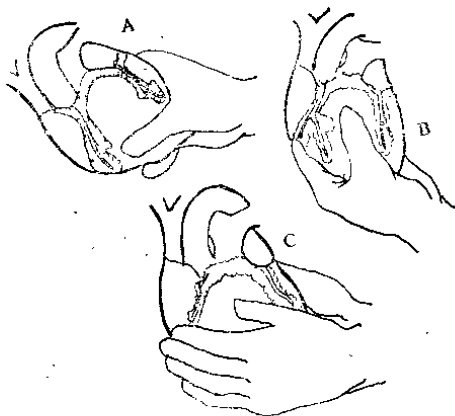


图 17

（四）有关药物选择问题

在急救过程中，一般给药途径是静脉注入，很少通过皮下肌肉注药（因吸收慢，起不到急救作用）。也有人提倡气

管内注药，但大量给药是有困难的。

1. 纠正酸中毒

复苏期间纠正酸中毒很重要。酸中毒的存在会降低各种药效，对复苏有极大的影响。其方法是：首次剂量 5% 碳酸氢钠 100~150 毫升，以后每 10~30 分钟再给药 60~80 毫升，直到循环恢复为止。没有 5% 碳酸氢钠可用乳酸钠，首次用乳酸钠 60~80 毫升，也可用 5 倍的 5% 葡萄糖稀释成导渗液作静脉滴注。复苏后，取动脉血进行 PH 测定与血氧分析，以了解病人酸碱状态，供用药参考。

2. 强心药和升压药

肾上腺素、异丙基肾上腺素、去甲肾上腺素各 0.5~1.0 毫克，混合成为心脏三联针，作心内或静脉内注射，是心脏复苏不可缺少的首选药物。操作方法：可用长穿刺针自胸骨左缘 1.5~2 厘米第 4 或第 5 肋间处垂直刺入，抽出血液证实为右心室内后，将药徐徐注入。

对心跳恢复而脉搏缓慢者，可用硫酸阿托品 0.5~1.0 毫克静脉注射，这有时能起到良好作用。

其他升压药应用：阿拉明（间羟胺）20~40 毫克或恢压敏 40~100 毫克，溶于 5% 葡萄糖 300~500 毫升中静脉滴入。特别在心脏复苏的早期，对维持循环功能很有必要。应用氯化钙虽也能增加心肌收缩力，但能使心室纤颤变得更顽固，故在各种抢救药无效时才考虑应用。应用利多卡因的指征是心室纤颤和不整脉时，为防止心室颤动，可给 1~2 毫克/公斤静脉注射。