



农村急症与急救

05.1

江西人民出版社

农村急症与急救

江西省卫生局

“农村急症与急救”编写组编

江西人民出版社出版

(南昌百花洲3号)

江西省新华书店发行 江西印刷公司印刷

开本787×1092 1/32 印张3.875 字数6万

1977年5月号1版 1977年5月江西第1次印刷

印数: 1—20,000

统一书号: 14110·18 定价: 0.26元

毛 主 席 语 录

备战、备荒、为人民。

救死扶伤，实行革命的人道主义。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

前 言

英明领袖华主席为首的党中央，高举毛主席的伟大旗帜，继承毛主席的遗志，一举粉碎了“四人帮”反党集团，在华主席抓纲治国伟大战略决策的指引下，深入揭批“四人帮”，我国社会主义革命和社会主义建设出现了新的高潮，卫生革命不断深入，人民卫生事业不断向前发展。社会主义新生事物到处涌现，广大赤脚医生茁壮成长着，合作医疗日益发展和巩固，毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示正在贯彻落实，卫生战线到处呈现一派“莺歌燕舞”“旧貌变新颜”的大好形势。《农村急症与急救》正是在这样大好形势下编写出来的。

急症，是指人们突然发生的比较危急的各种病症，或者是因为某种意外而突然造成的比较严重的损伤，还包括一些本来是较轻的疾病，因为种种原因而突然转化加剧的。急症的着重点就在于一个“急”字，因为它的发展、变化非常之快，常常是一些一般的急症，只是因为没有争取时间，没有及时进行正确的诊断和合理的治疗而造成严重损失，甚至丧失了可贵的生命。广大工农兵群众，战斗在三大革命第一线，急症往往在他们当中发生。遵照毛主席关于“备战、备荒、为人民”“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，我

们编写了这本《农村急症与急救》小册子，供广大工农兵、上山下乡知识青年、赤脚医生和农村基层卫生人员阅读参考。本书编写由江西省医学科研所戴育成同志执笔，初稿承江西医学院第二附属医院姚陆远同志审阅，特此表示感谢！由于我们水平有限，这本书定有不少缺点和错误，希望读者给予批评指正。

编 者

一九七七年三月

目 录

一、几种常见危急症候的急救·····	(1)
高热·····	(1)
昏迷·····	(3)
休克·····	(5)
急性腹痛·····	(11)
心力衰竭·····	(13)
二、常见食物中毒的急救·····	(16)
三、常用农药中毒的急救·····	(33)
四、毒蛇咬伤的急救·····	(43)
五、烧伤的急救·····	(51)
六、中暑的急救·····	(64)
七、淹溺的急救·····	(68)
八、电击伤的急救·····	(73)
九、一氧化碳中毒的急救·····	(77)
十、外伤的急救·····	(80)
十一、心跳呼吸骤停的急救·····	(98)
附：几种常用的急救技术操作·····	(107)

一、几种常见危急症候的急救

高热、昏迷、休克、急性腹痛、心力衰竭等，在很多急性病、慢性病的发展过程中，以及在意外损伤中都可能突然发生，是一些常见而且比较危急的症候。如果不及时进行抢救，常常造成不良后果。因此，凡发现这些症候，必须引起高度重视，积极寻找原因，给予正确处理；即使一时找不出原因，也要及时作一些必要的对症处理，以争取时间，迅速转院进行抢救，保证病人的安全。下面简要地谈谈在农村条件下几种危急症候的急救办法。

高 热

病人的体温超过正常水平（一般口腔温度为 $35.8\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ ）时称为发热，如果体温再继续上升到 39°C 左右或更高时，就叫高热了。引起发热的原因很多，常见而主要的是细菌、病毒、寄生虫等感染而引起的发热，叫感染性发热。也有因为大手术、大面积烧伤、烫伤、内出血等引起的发热。中枢神经系统或植物神经系统功能失调、内分泌功能紊乱也易引起发热。但高热则多半是由于传染病和寄生虫病、炎症感染、胶原性疾病（如风湿热）等引起。

一般来说，在短期内发热不太高时对人体影响不大，

也是机体的一种保护机能,因而无需退热;同时,在诊断还没有明确以前,一般也不用解热药。但高热可使人体各器官功能、细胞代谢发生严重障碍;小儿高热时常发生惊厥,容易发生危险;体温超过 41°C 时脑细胞就可能受到损害,使病情迅速恶化,再加上高热对人体的营养物质消耗过大,引起蛋白质、维生素等的缺乏,使人体抵抗力减弱,就更进一步促使病情恶化。因此,对高热要进行急救处理。能够找到原因的应针对原因进行治疗,一时找不到原因也要采取暂时性急救措施。下面一些方法可以根据具体情况选用。

物理降温:方法简单有效,应尽先用这种方法进行急救。这种办法是利用液体蒸发时可以吸收热量的道理,用冷水(最好是冰水或井水)或酒精擦浴,先把毛巾放在冷水中浸湿,拧成半干,然后敷在病人的头部,再用冷水或 $25\sim 50\%$ 酒精(可用 95% 酒精1份加冷水2份,或 75% 酒精1份加冷水1份)浸湿纱布或毛巾,用来揉擦四肢和背部,在腋窝、肘弯及膝弯、腹股沟(大腿和小腹交界处)等地方应稍留片刻,然后用干毛巾擦干皮肤。

针刺降温:针刺曲池、合谷,点刺少商或中冲(刺出血)也有一定的退热效果。

中草药降温:可用木瓜叶 $2\sim 3$ 叶,水煎服。

化学药物降温:在必要时可以适当选用几种化学药物降温,但剂量不要太大,用药次数也不要太多,对身体较弱以及老年的病人要慎重,因为容易引起虚脱。一般可给病人口服阿斯匹林 0.5 克(有胃病的不能用),也可用复方阿斯匹林(即A.P.C)1片或扑热息痛1片,还可使用其他退热药

（氨基比林、安乃近等）。小儿可用50%安乃近1～2滴滴鼻子。必要时还可以肌肉注射复方奎宁2毫升（小儿剂量6个月每次0.5毫升，1岁每次1毫升，2岁每次1.5毫升。每次最多不超过2毫升）。

对高热引起的惊厥（抽风）除用上述的降温措施外，可以针刺人中、涌泉或十宣（刺出血），强刺激。必要时可适当用些镇静药，如苯巴比妥钠（又叫鲁米那钠），成人每次肌肉注射0.1～0.2克，小儿每次每公斤体重肌肉注射5～8毫克；也可用氯丙嗪，每次每公斤体重肌肉注射1毫克（注射后不要乱搬动病人，以免引起血压下降，此药也不宜与安乃近合用，以免因退热作用加强而引起体温严重下降）。

如果找到高热的原因，除一般降温措施外，还应针对原因进行治疗。由感染引起的，可使用抗菌素及抗菌中草药。为了防止高热引起身体失水，在降温的同时，还要鼓励病人多饮水。

昏 迷

昏迷是一种比较长时间的意识丧失状态（即人事不省），是因为人的高级神经活动受到严重抑制所引起的。发生昏迷一般表示病情很严重，需要及时抢救。

昏迷的程度有轻有重，轻度昏迷时，病人虽然人事不省，但对强烈的刺激仍有反应，如用手指用力压迫其眼眶上缘，或者用针刺其皮肤，病人有痛苦的表情，或伸手抗拒。深度昏迷时，除了生命活动还在维持外，对各种强烈刺激都不出现什么反应。

有一种现象叫昏厥，也会人事不省，但为时很短暂，程度较轻，恢复比较容易。这是由于脑部暂时性缺血引起的，譬如因为疼痛，受惊吓，强烈的精神刺激，下蹲过久突然站起来等发生昏倒就属于这种。遇到这种情况，不要惊慌失措，可以把病人平放在床上，头部略低，立即针刺人中、涌泉穴（强刺激）。病人清醒些可以给他喝些热茶、糖水或姜糖水。

可以引起昏迷的原因很多，一旦发生昏迷后，寻找其原因常常比较困难。下面一些情况可以帮助我们大概地进行分析。

如果是突然发生昏迷，昏迷以前病人又有高热，那么大多是急性传染病引起的。在冬、春季节要考虑是不是流行性脑脊髓膜炎；在夏、秋季节就要考虑是不是流行性乙型脑炎、脑型疟疾、小儿中毒性菌痢等。如果昏迷以前没有高热，就要考虑有没有脑血管意外（如脑出血，以往有高血压病史）、颅脑外伤、癫痫（猪婆癫）、中毒等。如果发生昏迷前曾经长时间在烈日下或高温环境中工作，并且有高热、皮肤干燥、面红、汗闭等现象，就要考虑是中暑。如果昏迷是慢慢发生的，那么一般和原有的疾病有关，并且说明病情加重了（如原来有病毒性肝炎，出现昏迷就可能是肝昏迷；原来有糖尿病，出现昏迷就可能是糖尿病酸中毒）。

对昏迷病人抓紧时间进行急救处理是十分重要的。遇到昏迷病人怎样进行急救处理呢？要注意些什么呢？下面简要介绍几点：

1. 注意护理：对昏迷病人的护理很重要，首先要防止病

人因昏迷产生气道阻塞而死亡。如果发现病人咽喉部有痰响，要立即用小橡皮管吸出来。病人在呕吐时要使他侧卧，低头，并吸干净口里的呕吐物。病人的口腔里有假牙要取出来，以防掉入胃肠或阻塞气道。此外，要注意保暖。

2. 针刺疗法。主穴：百会、合谷、太冲。备穴：人冲、内关、足三里、十宣（刺出血）。先用主穴，疗效不好时加备穴，用强刺激手法。

3. 一般可静脉注射50%葡萄糖溶液40毫升（糖尿病昏迷者不能用）。

4. 如果病人脉搏细弱，呼吸表浅，可以注射中枢兴奋药，如苯甲酸钠咖啡因（每次0.25~0.5克）、山梗菜碱（每次3毫克）、尼可刹米（0.25~0.5克），皮下或肌肉注射。有条件时，可用氯酯醒，每次250毫克，肌肉注射，或回苏灵，每次8毫克，每4~6小时一次，肌肉注射。

5. 血压下降时，可适当用升压药（详见“休克”）。

6. 有条件时可给氧气吸入。详见“几种常用的急救技术操作”一章中的“怎样进行输氧”。

7. 及时转院，或寻找昏迷原因，针对原因进行治疗。

休 克

休克是一种由于感染、出血、脱水、心机能不全、过敏、严重创伤等原因引起的综合征。发生休克以后，一般表明病情很严重，需要积极进行抢救。

休克如果是早期，治疗起来就比较容易，一旦休克到了

晚期，治疗就很困难，所以我们要学会认识什么样的情况就是早期休克。

如果病人在原有疾病的基础上，出现无力、烦躁不安或精神萎靡不振、反应迟钝、面色苍白、肢体皮肤湿冷、口唇及指甲轻度发紫等现象，表明病人可能有早期休克。如果病情继续发展下去，就可以出现呼吸浅而快、脉搏细速、血压下降、尿量减少等。其中血压低是判断有无休克的一个很重要的指标。一般来说，成人的收缩期血压如果低于80毫米汞柱（但不是绝对的，要看病人的年龄和原来的血压水平及其他症状），就叫血压过低，表明有轻度休克。如果收缩期血压低于50毫米汞柱，那么表明休克已经很严重了。休克再进一步发展下去，病人可因身体的重要器官（如心、脑）严重缺血、缺氧而死亡。如果身边没有血压计，可以用中医摸脉的办法来估计血压。（1）寸脉有力：是指轻按也可触到有寸关尺脉，强而有力，重按不消失，表示血压在90/60毫米汞柱或以上，脉压差也往往很大。（2）减寸脉：是指轻按可触及寸脉，重按则寸脉消失，只触得到关尺脉，表示血压在正常边缘或已低于正常，大致在80/50毫米汞柱左右。（3）关尺脉：是指寸脉不能触到，只能触到关尺脉，其血压常低于80/50毫米汞柱。（4）尺脉：寸关脉都触不到，只能触到尺脉，常提示血压已降至70~50/50~30毫米汞柱。（5）尺以下脉：寸关尺脉都触不到，只尺以下脉可触到，其血压往往降到50/30毫米汞柱至不能测出。（6）如脉搏一点也触不到，这时血压往往已下降到零，而且已经经历了一段时间。以上规则对大多数病人都适用，个别人可能有些差别。

休克也要和前面提到过的昏厥相鉴别。昏厥发作的时间很短，恢复起来也比较快。根据引起休克的原因，可以把休克大致分为以下几种。

1. 中毒性休克：因为严重感染引起的休克，又叫感染性休克或败血性休克。在休克前病人有寒战、高热等，如流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢等就可以引起这种休克。

2. 神经性休克：因为外伤和剧烈疼痛引起的休克。

3. 低血容量性休克：因为大量出血、失水、严重灼伤等引起的休克。

4. 过敏性休克：有些人对某些药物、食物、化学或生物因素过敏，在使用或接触这些物品后可以引起这种休克。如青霉素过敏性休克。

5. 心源性休克：原来有心脏病的病人（如急性心肌梗塞），因病情加重引起的休克就是这种休克。

不同原因引起的休克处理方法也有些不同，这里只着重谈谈中毒性休克的处理。同时，因为休克的抢救常常需要一定的医学知识和技术条件，我们只简单介绍一下在农村可以就地施行的一些简单急救方法，更重要的还是应针对休克发生的原因进行治疗。

1. 一般处理：尽可能少搬动病人，让他平睡在床上，或者把头略放低脚稍抬高。注意保暖，可给病员喝些热茶或热姜汤。

2. 针刺疗法：针刺人中、十宣（刺十宣要刺出血），也可针刺两侧内关、合谷、足三里、涌泉等穴，反复强刺激。也可用耳针治疗，如肾上腺、心、皮质下等穴，强刺激

后留针。也可用1厘米长的毫针直刺升压点（双）穴（在平喘穴略下，耳软骨突起的小丘处），深度达耳软骨中部（不宜过浅或穿透）。选用中度捻力捻转2分钟（每分钟50~60次），然后接上电针机，以中等强度的电流连续刺激，并适当调节强度，有一定升压效果。电针刺激足三里和合谷，升压快，病人痛苦少。还可以素胶、内关为主穴，少冲、少泽、中冲、人冲、涌泉、耳针升压点及呼吸穴（位于耳角窝底边中点）为配穴。用中强刺激，留针，持续或间断捻转。一般先用主穴，如果半小时后没有效果或效果不好，就另加1~2个配穴。用这个办法可使大部份病人在针后半小时内血压回升。此外，还可用灸法（取穴百会，每次五壮）及穴位注射（在合谷、太冲等穴注入苯肾上腺素10毫克）。

3. 输液及应用升压药物：如果病人中毒性休克比较严重，可适当输液并用升压药物使血压回升，从而保证体内重要器官的血液供应，以便争取时间将病人送到附近的医院。

一般来说，首先应当补充血容量。在有输液设备的地方，可先快速输给500毫升的低分子右旋糖酐（亦可用代血浆代替）。然后根据情况，继续静脉滴注生理盐水、葡萄糖盐水等，直到休克症状明显改善为止（成人约在1,000毫升左右）。在紧急情况下，既无输液设备，又无右旋糖酐，可用50或100毫升的大注射器反复持续静脉注入葡萄糖盐水。如血压仍不回升，可用苯肾上腺素（新福林）5~10毫克、间羟胺（阿拉明）5~10毫克、恢压敏15~30毫克、甲氧胺（美速克新命）10~20毫克或麻黄素30毫克肌肉注射（以上药物一般一次只用一种，最好不要同时使用）。有条件时，可

用去甲肾上腺素1~4毫克加在5%葡萄糖液500毫升内静脉点滴，滴注的速度要根据血压的情况来调节，每5~10分钟测血压一次。一般来说，开始时每分钟60~80滴，血压恢复正常后，可把滴注的速度放慢，血压稳定后就可以停药。滴注时千万注意不要漏到皮下，否则会引起组织坏死。万一漏到皮下，立即用热手巾敷上，并用0.25%普鲁卡因注射在漏出药液部位的周围。如果发现病员呼吸加深加快、深长吸气，表示病人有比较严重的酸中毒（根据经验，这时的二氧化碳结合力多在20容积%以下），可用5%碳酸氢钠200~250毫升，以5%葡萄糖溶液2.5倍量稀释后静脉点滴，没有此药时，也可用11.2%乳酸钠100~120毫升，以5%葡萄糖液5倍量稀释后静脉点滴，但效果较差。

根据临床实践发现，以往常选用的收缩血管的药物，如去甲肾上腺素等，虽然能够维持血压，但长期应用可使血管持续收缩，流入组织的血流量反而更少，缺氧更严重，疗效常常不够满意。近年来根据微循环的概念，趋向于在补充血容量之后，选用扩张血管的药物，如阿托品、山莨菪碱等，可以改善流入组织的血流量，纠正缺氧，疗效较好，在用收缩血管的药物无效时改用这类药物也往往有效。

对中毒性休克，如果病人面色苍白，四肢厥冷，没有高热（体温在39℃以下）和抽风等现象，心率在140次/分以下时，在补充血容量的基础上，可用阿托品0.03~0.05毫克/公斤体重（成人每次1~2毫克）静脉注射，每隔5~15分钟一次，同时注意病人的情况，如果病人出现皮肤发红（颜面潮红），四肢转暖，瞳孔散大，血压回升到基本正常后，

可以逐渐减量或延长给药的间隔时间,并根据情况停药。应当注意的是此药对中毒性休克虽可用很大的剂量,但不可无限度的使用,过量也可造成阿托品中毒,出现狂躁、抽风,甚至发生危险。同时也不是任何疾病都可以用这么大的剂量,要注意选择适应症。

山莨菪碱(654; 654—2)有和阿托品同样的升压作用,用量为10~20毫克一次,每20~30分钟静脉注射一次,直至血压稳定,再延长注射间隔时间而逐步停药。

发生阿托品中毒(躁动、心动过速、高热等),要酌情减量或停药,必要时用新斯的明解救;山莨菪碱中毒可用毛果云香碱解救。

属于扩血管药的还有异丙肾上腺素、苄胺唑啉、多巴胺、氯丙嗪、苯苄胺、东莨菪碱等。它们之中大多数都有减低血管阻力、增加内脏血流量、增加心排出量的作用。但使用这些药物一定要先补充血容量。

4. 尽可能找出休克的原因,针对病因进行治疗。

(1) 因感染引起的,应用抗菌素或中草药治疗感染。

(2) 如果是大出血引起的,应立即进行止血。外出血的用加压包扎或止血带止血,然后转院。内出血的应赶快送附近的医院。休克严重的,最好进行输血,但在农村常不易办到,如一时来不及转院,应赶快静脉点滴输入右旋糖酐或代血浆(没有上述药品可暂时输入适量的葡萄糖盐水)。

(3) 如果是过敏性休克,立即用0.1%肾上腺素0.5~1毫升皮下或肌肉注射,同时针刺人中,中冲和内关,如疗效仍不好时,应加用肾上腺皮质激素,并同时应用非那更。

苯海拉明等。

(4) 因为创伤后剧烈疼痛引起的休克，可给予镇静止痛药。病人烦躁不安时给他口服苯巴比妥0.09克或肌肉注射其钠盐0.1~0.2克。疼痛剧烈时，可先用一般止痛药，如索密痛、安乃近等，无效时可考虑皮下注射吗啡10毫克或肌肉注射杜冷丁100毫克（胸部、脑部受伤及昏迷病人不能用）。

急性腹痛

急性腹痛是一个很常见的症状，很多种疾病都可以引起这种症状，有些是属于外科的疾病，需要立即进行手术治疗。如果没有进行及时处理，以致延误病情，可以造成病人死亡。

所以，遇到急性腹痛的病人，要密切注意观察病情，并进行必要的急救处理，怀疑有外科情况的，应尽快转院治疗，切不可大意。

不能肯定是什么疾病时，暂时不要进行灌肠，也不要吗啡、杜冷丁等麻醉药，以免表面上疼痛止住了，而实际上病情仍在继续发展，延误了及时诊断和治疗。但腹痛很剧烈时，可以肌肉注射阿托品0.5~1毫克。针刺止痛效果很好，可以针刺足三里、内关、中脘、关元、三阴交等穴，有休克的病人应抢救休克。

如果发现下面一些情况，要立即把病人送到医院去：

1. 腹痛很剧烈，用各种方法都没有效果；或腹痛同时又有休克。

2. 突然发生剧烈的腹痛，一阵阵发作，呕吐很厉害，腹