

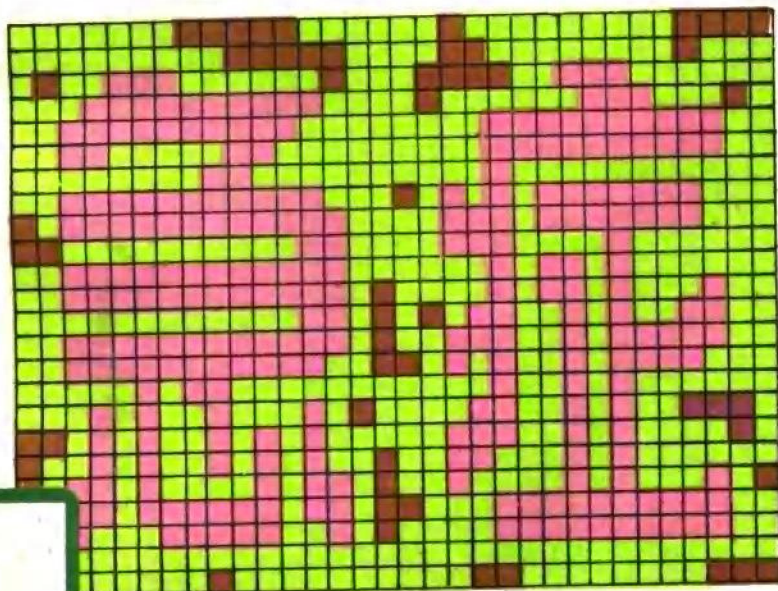
jiating

jizheng shouce

家庭急症手册

● 主 编 邵孝铨

● 副主编 曹 坚 彭南燕



9.7

人 民 军 医 出 版 社

X4PP3/02

95
R459.7
44
2

家庭急症手册

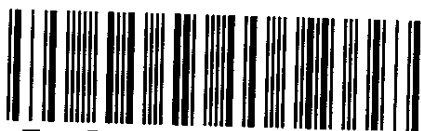
JIATING JIZHENG SHOUCHE

主 编 邵孝铎

副主编 曹 坚 彭南燕

编写人员(以姓氏笔画为序)

于学忠	王 仲	江宝瑜	朱学山
李东京	邵孝铎	张忠丽	杨 晓
周玉淑	赵宜军	姜 鸿	曹 坚
	彭南燕	谭 柯	



3 0109 1364 2



人民军医出版社

1995·北京

301555

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

家庭急症手册/邵孝铎等编著. —北京:人民军医出版社,1995. 3

ISBN 7-80020-513-4

I. 家… II. 邵… III. 急症-家庭疗法-手册 N. R459. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 11967 号

人民军医出版社出版

(北京复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:8222916)

北京丰华印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/32 · 印张:6. 25 · 字数:136 千字

1995 年 3 月第 1 版 1995 年 3 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~8000 定价:6. 50 元

ISBN 7-80020-513-4/R · 453

〔科技新书目:344-202③〕

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社负责调换)

前 言

近年来,随着社会文明的进步和生活水平的日益提高,人们更加重视自身的医疗保健,但是由于老龄人口不断增多,城市人口密集,交通拥挤,住宅外展等状况,给患者就医带来诸多不便,许多急症患者,很难及时就诊,有些甚至因抢救不利而丧生。为此,作为医务工作者,我们经常考虑一个与生命攸关的现实问题,即无论何种疾病,绝大多数病人的发病地点都在家中,如果是一般性疾病,尚会有机可待,但作为急病,则不能丧失良机,时间就是生命,一旦延误诊治,将会给患者及其家庭带来终生的懊悔。因此,让广大群众掌握必须的急救知识,而能有备无患,是每位医务工作者义不容辞的责任。这也是我们撰写《家庭急症手册》的初衷。

本书以简明、通俗、实用的写法,将内科、外科、妇产科、儿科、口腔科、耳鼻喉科、眼科等常见急症按症状分门别类,重点介绍在家庭条件下,如何进行初级处理的原则。希望每个家庭的成员能够了解并掌握这些初级医学知识,服务于家庭保健。同时也恳请同道们不吝赐教与斧正,以臻日后更为完善而益于提高人民的健康水平。

编 者

1994年5月31日

目 录

发热	(1)	血尿	(103)
呼吸困难	(8)	阴道流血	(107)
咯血	(13)	孕期胎动减少	(113)
胸痛	(16)	临产征象	(115)
呕血	(22)	子痫	(117)
便血	(26)	胎膜早破	(121)
腹泻	(29)	产褥感染	(123)
腹痛	(34)	鼻出血	(126)
头痛	(41)	咽部、气管异物	(130)
眩晕	(49)	牙痛	(133)
晕厥	(54)	口腔颌面部损伤	(141)
惊厥	(58)	红眼	(152)
昏迷	(63)	突发性视力下降	(155)
虚脱	(67)	眼外伤	(161)
瘫痪	(69)	溺水	(165)
切割伤	(73)	电击	(166)
烧伤和烫伤	(75)	中暑	(171)
冻伤	(78)	急性中毒	(174)
蛰伤	(80)	休克	(179)
软组织损伤	(82)	附录 家庭常用药一览表	
骨折	(92)		(182)

发 热

健康人的体温相对稳定。根据测温的部位不同,体温的正常值稍有差异。常用的体温包括:口腔温:将体温计放置在病人舌下,闭嘴约三分钟后取出,正常温度应在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$; 直肠温的测量方法是将体温计消毒后涂上润滑油,然后插入肛门,测量时应当用手扶住以防滑出。直肠温的正常值为 $36.6\sim 37.7^{\circ}\text{C}$; 腋窝温是目前最常使用的体温,其测量方法是将体温计夹于腋窝 5 分钟后读取数值,正常腋窝温为 $36.1\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。正常体温一昼夜之间有轻微的波动,早晨体温稍低,下午稍高,但不超过 1°C 。

一般情况下,口腔温在 37.3°C 以上,直肠温在 37.6°C 以上,腋窝温在 37°C 以上或昼夜体温波动在 1°C 以上,可认为是病理性发热。

在体温升高之前,病人还常常伴有怕冷、寒战继之大汗、热退。

【常见病因】

1. 感染性发热

感染性发热可分为急性感染性发热和慢性感染性发热。

(1)流行性感(流感)。典型的流感通常以突然的寒战、高热急骤起病,体温可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 兼有全身肌肉酸痛、剧烈头痛、面部潮红、虚弱无力等表现。鼻塞、流涕的表现不明显,热程 3~5 天,全身症状好转,但鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、干咳等上呼吸道症状较明显。

(2)急性气管支气管炎。多见于寒冷季节,因病毒或细菌感染气管和支气管粘膜所致。以鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、声嘶、干咳等上呼吸道症状为主要表现,畏寒、发热、头痛及全身症状不明显。体温一般在 $37^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$,可持续 3~5 天。

(3)急性肺炎。是细菌、病毒等感染引起的肺部炎症。多有受寒、淋雨、疲劳的诱因,常有数日的感冒症状,继之突发的寒战高热、胸痛、咳嗽和血痰等。体温在数小时内上升至 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,而且持续不退。伴有头痛、衰弱、全身肌肉疼痛,呼吸急促、心率增快、口唇紫绀等。部分病人伴有恶心、呕吐、腹泻等消化道症状。

(4)结核病。结核病是长时间发热的常见原因之一。其特点为:午后低热、体温多在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$,伴有心悸、盗汗(夜间不自觉出汗)、乏力、食欲不振、体重减轻等。肺部结核的病人可能伴有咳嗽、咳血痰等;淋巴结核可有颈部淋巴结肿大;腹膜结核的病人可伴有腹痛等相应症状。

(5)急性病毒性肝炎。急性病毒性肝炎分为甲型、乙型和非甲非乙型。急性发热和黄疸是急性黄疸性肝炎的主要表现。发热可以在发病早期出现,也可在其它症状出现后出现。可为中至重度发热。并伴有胃肠功能紊乱、乏力、食欲不振、恶心、呕吐、右上腹疼痛等。

(6)急性胆道感染。急性胆囊炎是由于细菌感染,高度浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的胆囊炎性病变。主要表现为发热、右上腹痛及压痛、呕吐。急性高热伴有右上腹剧烈疼痛时,应当考虑急性胆道感染的可能性。特别是肥胖或经常反复发生右上腹疼痛的病人。起病时多有高热,体温高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,并伴有寒战。

(7)急性胰腺炎。任何年龄均可发病,女性多于男性。主

要表现是剧烈上腹部疼痛、恶心、呕吐。发热多为中等度，一般在几天内自退，如果体温超过 39℃，多表示合并有胆道感染或腹膜炎。

(8)急性肾盂肾炎及下尿路感染。病人表现为发热，体温可达 40℃，并常伴有尿频、尿急、尿痛和腰痛。有些病人伴有恶心、呕吐等胃肠道反应。尤其以育龄妇女多见。

(9)细菌性痢疾。病人多有进食不洁或生冷食物史。表现为突然发作的恶心、呕吐、剧烈腹痛、腹泻，里急后重，高热。体温可达 39~40℃。大便为稀水样或粘液样，表面常有白色脓苔。

(10)发热伴皮疹性疾病见表 1。

表 1 发热伴皮疹性疾病

疾病	易发年龄和季节	热型	发热和出疹关系	皮疹特点
水痘	任何年龄六个月内小儿居多	轻至重度	发热当天出疹	先见于躯干及头部，始为红色斑疹，数小时便为丘疹，在经数小时便为水痘
猩红热	任何年龄，小儿多见。冬季为主	轻至重度	发热第 1~2 天	首先见于胸部，继而遍及全身，为粟粒样，大小均匀，鲜红色，压之褪色，有瘙痒感，皮疹以躯干、皮肤皱襞和大腿内侧为多。皮疹消退一周后开始脱皮，呈糠屑状或大片状

续 表

疾病	易发年龄和季节	热型	发热和出疹关系	皮疹特点
麻疹	未患过麻疹的任何人, 六个月至五岁居多	中度至重度	发热后第3~5天	于耳后起, 迅速扩展至面部, 一日内可达胸、背、腹及四肢, 2~3日遍及手心、足底。皮疹初为淡红色, 散在, 进而转为暗红色, 疹间皮肤正常
伤寒	任何年龄	持续高热	发热后第5~7天	散在于胸前和上腹部, 2~5mm, 压之褪色呈暗红色, 略高于皮面, 2~4天退热

2. 非感染性发热

(1) 系统性红斑狼疮。病人多为年轻女性, 发热时间一般较长, 可每天发热, 也可间隔数日发热一次。发热时体温均较高, 可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。除发热之外, 病人多伴有脱发、面部以鼻背为对称轴的皮疹(蝶形红斑), 日光过敏等。

(2) 皮肌炎。病人多有高热, 全身不适, 对称性全身肌肉剧痛和压痛, 极度无力, 不能坐立, 伸展困难。

(3) 风湿热。病人发病前数天至三周往往先有急性咽炎或扁桃体炎病史。多侵犯青少年, 秋冬和早春多发。绝大多数病人有发热, 多数为不规则热。并常伴有心悸、关节疼痛、躯干和四肢近端出现环形红斑, 红斑直径多在1厘米以内, 中心褪色, 边缘稍隆起, 形成环形。皮下结节是风湿热的另一特性, 多分布于病变关节区, 坚硬无痛, 与皮肤不粘连。

(4) 血液病。很多血液病都可以表现为发热, 如急性白血病、急性再生障碍性贫血等。这些病人在发热的同时, 都有不

同程度的面色苍白,牙龈出血等表现。

【家中处理】

多数病人在发热前有寒战、畏寒,此时应当给病人保暖。

发热是机体与由外界侵入人体的病原体相斗争的表现,除非温度过高或病人自觉症状明显,一般不应视为对机体有害,不必过早使用降温药物。轻中度发热的病人,多饮水是降温的重要措施。可在水中加入少许食用盐和蔗糖,以补充在降温过程中随汗液丢失的盐分。

高热对病人的影响很大,特别是小儿可引起惊厥,应当采取相应措施。

(1)物理降温。在一般家庭条件下,可用冰袋置于双侧颈部、肘窝、腹股沟(大腿根)、及腘窝等有浅表大动脉搏动的地方或可用毛巾蘸 32~34℃ 的温水或 35%~40% 的酒精在相应的地方擦拭。注意不要擦拭心前区和背部。由于酒精的刺激性较大,不易用于皮肤柔嫩的小儿。

(2)药物降温。尽管不主张过早使用降温药物,但对严重高热物理降温无效的病人,药物降温毕竟是有效的。

目前许多治疗感冒的药物其中均有退热成分,如柴胡、阿斯匹林等,服用后不必加服其它退热药物。

另外常用的退热药物有:

复方阿斯匹林(APC),用法:必要时口服半片~1片。

消炎痛,用法:25毫克必要时口服。

消炎痛栓,用法:25~50毫克(1/4~1/2)塞肛。

如家中有条件可采用肌肉注射:

柴胡注射液,用法:2~4毫升肌肉注射。

安痛定注射液,用法:2毫升肌肉注射。

上述各种药物多数是依靠扩张皮肤血管发汗起到退热的

作用的,所以无论使用哪种药物,都应当让病人多饮水,否则不但起不到退热的作用而且可以引起病人虚脱,导致对病人不应有的损害。

另外,各种口服解热药物都对胃肠道有明显的刺激作用。反复使用引起消化道出血的不乏其人。所以,如果体温太高需要应用退热药物,用量要小,用药后要大量饮水后观察,如果体温不降或有其它情况应及时去医院就医。

病因的治疗:

(1)各种病毒感染性疾病,如病毒性感冒、病毒性肝炎、麻疹、水痘等没有特异的治疗药物。依靠机体的免疫力在两周之内可以自愈。病人可以服用板兰根冲剂、维生素C和维生素B族等,病情严重者应当到医院就诊。

(2)细菌感染性疾病,如肺炎、胆囊炎、泌尿系统感染等,除对症处理之外,还应在医生指导下,针对感染细菌应用相应的抗生素。

急性咽喉炎、气管炎、肺炎可选用青霉素类或先锋霉素类药物(注意:务必在医生指导下,并在使用前做过敏试验,试验阴性者方能使用)。急性胆道感染、急性泌尿系统炎症及急性菌痢等可选用先锋类或磺胺类药物(磺胺类药物过敏者忌用),病情严重者应就医。

(3)非感染性发热一般病情复杂,家庭除可对症处理,缓解病人症状外,一般难以进行有针对性的治疗,故应当尽早就医。

(4)凡在家中使用抗生素必须先得到医生的指导,如药物剂量、使用方法和注意事项、有何副作用并如何处理。若欲在家中注射用药,一般为肌肉注射,而且必须掌握肌肉注射的无菌消毒知识和方法。家中应当备有2.5%碘酒、70%酒精、消

毒的棉棍和棉球,注射部位应在臀部的外上象限(图 1)以免损伤血管和神经。注射部位首先用碘酒消毒,然后用酒精脱碘,针头刺入肌肉后先抽吸见不到回血后将药物缓慢注入。

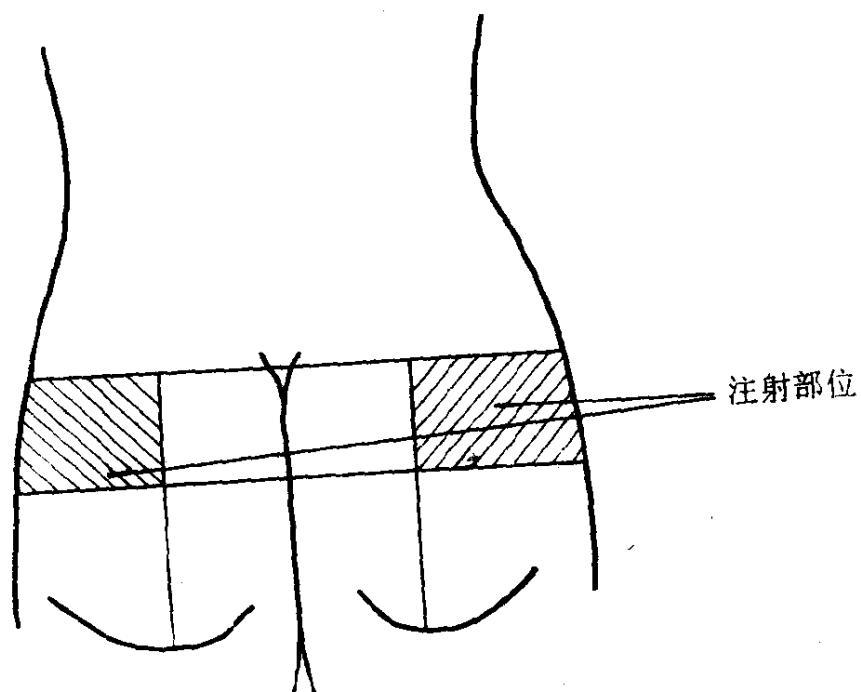


图 1 肌肉注射部位

(王 仲)

呼吸困难

病人自觉呼吸时费力,辅助肌明显参与呼吸运动,并有呼吸频率、深度、节律的改变。严重呼吸困难者口唇、指甲青紫,烦躁不安,不能平卧,只能采取坐位。

【常见原因】

1. 喉头水肿 病情较轻者仅有喉内异物感,声音嘶哑,刺激性咳嗽。严重者可引起喘鸣、喉梗阻,表现为青紫、烦躁不安,呼吸增快,甚至挣扎。本病常由咽部发炎、药物过敏引起。

2. 支气管哮喘 病人表现气急、喘鸣、咳嗽、多痰。严重者被迫采取坐位,周身冷汗,口唇、指甲青紫。病人多有哮喘病史,初冬、初春季节易患本病。有人认为本病与各种风媒花粉、霉菌孢子、屋尘、粉尘有关。

3. 急性肺水肿 本病起病急,来势凶猛,易在夜间突然发作。病人气急明显,口唇青紫、咳嗽,咳大量白色或粉红色泡沫样痰,烦躁不安、四肢湿冷。引起急性肺水肿的原因多为左心功能衰竭(多见于高血压性心脏病、急性肾炎、风湿性心脏病或动脉硬化性心脏病病人),刺激性气体吸入中毒如二氧化硫等,亦可见于输血、输液量过快,过敏反应或农药中毒。

4. 气胸 气胸分为三种类型。闭合性气胸:病人仅有胸闷和呼吸困难的感觉。开放性气胸:病人胸部有伤口,明显呼吸困难、青紫。高压性气胸:常因过度用力、剧烈咳嗽后,病人突感胸痛、气急、心慌、窒息样感觉,严重者可导致休克。气胸常见原因为自发性(原因不明)、外伤、结核病、肺气肿时肺大

泡破裂。

5. 肺癌 肺癌晚期病人因肺组织被癌细胞破坏,影响了正常通气,有时可出现胸水,引起严重呼吸困难、咯血、咳嗽。因此对年龄在 40 岁以上的病人,有长期吸烟史、持续呛咳伴咯血,应到医院作进一步检查。

6. 胸腔积液 本病初起有胸痛,如胸腔积液逐渐增多,两层胸膜之间因液体相隔,不再产生摩擦,因此疼痛可自行好转,但病人仍感气急、胸闷、呼吸困难,并且只能向病侧躺卧(保证健侧肺充分通气)。引起胸腔积液的常见原因为结核。

7. 呼吸衰竭 病人表现青紫、呼吸加快(每分钟可超过 35 次),烦躁不安、呼吸不规律以至暂停或深浅不一,神志恍惚、谵妄、昏迷、抽搐。各种疾病垂危期的病人均可出现呼吸衰竭,如不及时抢救,可有生命危险。

【家中处理】

1. 给予小剂量镇静剂 如口服安定 5 毫克,可改善病人紧张、烦躁心情,防止缺氧加重。

2. 采取坐位 有利呼吸运动,可减轻呼吸困难。

3. 给氧 如备有氧气袋,应立即吸氧,改善缺氧状况。

4. 喉头水肿处理

(1)咽喉发炎引起的轻度水肿,不能大意应及时治疗。咽喉部比较窄,炎症易造成局部水肿、充血、狭窄,影响气流通过,严重时可使病人窒息。因此在咽喉发炎早期即应选择得力抗生素治疗。如头孢氨苄 1~2 克,一日三次(对青霉素过敏者应慎用);乙酰螺旋霉素 200 毫克,一日三次;红霉素 0.5 克,一日三次。服药期间应密切观察病情变化,症状改善,可继续治疗,如服药后无效或病情加重,应立即去医院就诊。

(2)有些病人服药后过敏,引起全身皮疹,亦可表现为喉

头水肿。首先立即停药引起过敏的药物,其次改服抗过敏药物非那更 25 毫克或扑尔敏 8 毫克。两药服后均有嗜睡等副作用,请合理安排服药时间,如睡前服,或休息时服。

(3)无论是炎症还是过敏引起的喉头水肿,均可加服短疗程、小剂量激素治疗,达到减轻炎症、水肿的目的。如口服强的松 5 毫克,一日三次。但炎症引起的喉头水肿,必须选择有效的抗生素治疗的同时加服激素。否则效果会适得其反。

(4)重症喉头水肿时,病人随时有窒息的危险,应立即将病人送至就近医院抢救,否则将危及生命。

5. 支气管哮喘处理

(1)病人缺氧时可表现烦躁、易怒,烦躁加重缺氧,此时应适量给予镇静剂,如安定 5 毫克口服。

(2)经常有支气管哮喘发作的病人,家中应备有氧气袋,供发作时使用。

(3)指压法。用拇指紧压两侧大椎穴(颈后脊背最上方有一突起椎骨,即第 7 颈椎,该椎骨棘突下凹陷处是大椎穴)。

(4)氨茶碱是最常用的止喘药物,应作为哮喘发作时的首选用药,每次口服 0.1 克,一日三次,此药偶对胃肠道有刺激作用,不宜大剂量服用。

(5)哮喘发作严重时应选用喘息定喷雾剂止喘,或用索必它喷雾剂气雾吸入。前者副作用较大,用后病人感觉心慌,甚至发生心律失常,后者副作用较小。

(6)家中有注射条件者,可在病人合谷穴内注射 0.1% 肾上腺素 0.1~0.2 毫升,止喘效果显著,少数病人自觉有些心跳加快。

(7)哮喘发作期间可用些稀释痰液药物,如碘化钾 0.3 克,一日三次;鲜淡竹沥水 10~20 毫升,一日三次,使气管内

分泌物稀释后易于排出。但切记痰多的病人不宜使用咳必清、可待因等镇咳药,用这类药物镇咳作用强,不利痰液排出。

(8)抗生素治疗。哮喘发作时,气管内痰液不易排出,容易引起支气管、气管、肺部炎症,因此必须服用抗生素,如头孢氨苄霉素、乙酰螺旋霉素等(具体用法见前)。

(9)必要时短期使用强的松 10 毫克,一日三次或地塞米松 0.75 毫克,一日三次,可起到消炎抗过敏作用。

(10)重要的是,尽可能找出引起哮喘发作的诱因,如哮喘呈持续状态,应去医院急诊。

6. 急性肺水肿处理

急性肺水肿病人病势危重,需及时送医院抢救,但在到医院前这段时间,应采取一些力所能及的措施。

(1)使用小剂量镇静剂,如安定 5 毫克,尽量控制病人烦躁情绪。

(2)病人应采取坐位或半卧位,两腿下垂,可减少回心脏的血液,从而减轻心脏的负担。

(3)四肢结扎止血带,每 5~10 分钟轮流放松一肢体上的止血带,亦可减少心脏的回心血量。但切记止血带不宜结扎时间过长,以防四肢由于缺血时间过长,造成组织坏死。

(4)有条件者给予吸氧,可改善肺水肿引起的缺氧状况。

(5)口服利尿剂。口服速尿 40 毫克。家中有注射条件者,肌肉注射速尿 40~80 毫克,半小时内可见效。通过利尿,使血液的总容量减少,从而达到减轻心脏负担的目的。

(6)将病人就近送医院抢救,切不可延误时机。

7. 气胸处理

(1)开放性气胸:用纱布或干净的布在病人呼气末严密封闭伤口,以防外界大气进入胸腔后造成肺萎缩。立即送病人去

医院抢救。

(2)闭合性气胸:病人仅有轻度胸闷、气促,一般可不予处理。一个多月后气体常自行吸收。本病多因结核引起,因此病人应去医院作全面检查,以明确病因作进一步治疗。

(3)高压性气胸:高压性气胸时病人胸腔内压力高于外界大气压,心肺功能受到严重影响。病人表现气急、青紫、严重呼吸困难,应及时送医院抢救。

(彭南燕)