



NONGCUN CHANGJIAN
YIWAI SHANGBING JIATING ZIJIU
**农村常见意外伤病
家庭自救**



张月梅
Zhang Yuemei

刘永琦
Liu Yongqi

主编
Zhubian



兰州大学出版社

前 言

在日常生活或工作中,人们都有发生急性疾病或受到意外伤害的可能,如不进行及时有效的医疗救护,则有可能导致一些本来有存活或有治愈希望的病人致残,甚至丧失生命。

现场急救与自救是减少意外伤病死亡率和致残率的关键。

在意外伤病的第一现场给予及时、有效的现场抢救,维持病人的生命,防止病人的再损伤,减轻病人的痛苦,并快速地护送病人到医院进行进一步的救治,可为院内急救赢得时间和条件,为院内作进一步的救治打下基础,从而可减少意外损害,降低伤残率。

反之,如果现场抢救行动迟缓、措施不当,甚至不作任何处理,只是等待专业救援人员的到来或盲目地转送,就会造成不堪设想的严重后果。当遇有伤病员外伤出血、骨折、休克等情况时,需在现场进行抢救,尤其是对心脏停搏的患者,相差几分钟就关系到患者的生死存亡。现代医学告诉我们,猝死病人抢救的最佳时间是4分钟,严重创伤伤员抢救的黄金时间是30分钟。如果没有院前急救争取到的这关键的几分钟,院内设备再好,医生的医术再高明,也难以起死回生。

意外伤病及危重病人的急救应该包括由伤病员本人及其亲属、朋友、受灾群众以及目击者进行的自救互救,救护专业人员的现场急救和途中的救护,医院急诊科救治和重症监护病房监护。这犹如接力赛跑,社会公众的自救互救是接力赛第一棒,救护车急救是第二棒,而医院急诊科与重症监护病房的院内救治则是第三、四棒,每一棒都是整个急救过程中的一个环节。

本书主要介绍农村常见意外伤病家庭急救与自救的基础技能、眼耳鼻喉科、内外科常见意外伤病、农药等急性中毒、急性传染病、火灾等灾害逃生与救

护的自救技巧,以及如老年人等意外伤害病易发人群的自救互助要点等。力求内容丰富,图文并茂,图片为200多幅,通俗易懂,可操作性强,为农民朋友提供意外伤害病的救护知识和实用技能。

因编写时间仓促,书中难免存有不完善之处,恳请各位同仁、读者提出宝贵意见。

编者

2009.6.15

目 录

第一章 意外伤病家庭急救与自救的基础知识 / 001

第一节 现场急救与自救的基本程序 / 001

第二节 生命体征的测量方法 / 006

第三节 现场急救的基本技术 / 017

第二章 现场心肺脑复苏技术 / 041

第一节 心脏骤停 / 041

第二节 伤情判断与开放气道 / 042

第三节 人工呼吸 / 045

第四节 胸外心脏按压术 / 047

第五节 除颤 / 052

第六节 复苏效果的判断及复苏后的护理 / 053

第三章 眼耳鼻喉科常见意外伤病家庭自救与处理 / 055

第一节 眼外伤急症 / 055

第二节 青光眼急症 / 065

第三节 结膜常见急症 / 069

第四节 角膜常见急症 / 073

第五节 眼睑常见急症 / 077

第六节 耳鼻喉科常见阻塞及创伤性急症 / 079

第四章 外科常见意外伤病家庭自救与处理 / 096

第一节 胸部损伤常见急症 / 096

第二节 腹部常见创伤 / 101

第三节 脊柱骨关节损伤 / 103

第四节 扭伤 / 110

第五节 颅脑损伤常见急症 / 112

第五章 内科常见意外伤病家庭自救与处理 / 115

- 第一节 昏厥与昏迷 / 115
- 第二节 癫痫与中风 / 120
- 第三节 心绞痛 / 127
- 第四节 急性腹痛 / 130
- 第五节 咯血与呕血 / 134
- 第六节 内科常见危象 / 140
- 第七节 中暑 / 147

第六章 农村常见急性中毒的家庭自救与处理 / 150

- 第一节 急性中毒总论 / 150
- 第二节 常见农业杀虫剂急性中毒的家庭自救与处理 / 160
- 第三节 急性灭鼠药中毒 / 167
- 第四节 急性镇静催眠药物中毒 / 170
- 第五节 有害气体中毒的家庭自救与处理 / 174
- 第六节 食物中毒 / 177
- 第七节 酸碱中毒 / 185

第七章 农村常见其他意外伤害的家庭自救与处理 / 188

- 第一节 动物咬刺伤 / 188
- 第二节 溺水 / 197
- 第三节 触电 / 201

第八章 灾害逃生与家庭自救 / 206

- 第一节 火灾 / 206
- 第二节 水灾 / 211
- 第三节 雷电击伤 / 212
- 第四节 地震伤害 / 214
- 第五节 交通事故 / 217

第九章 流感、艾滋病等传染病的家庭预防与控制 / 219

- 第一节 流行性感冒 / 219
- 第二节 艾滋病 / 229

第十章 意外伤病易发人群急症的救治与处理要点 / 232

- 第一节 儿童易发意外伤害病的救治与处理 / 232

第二节 老年人生理特点及易发意外伤害病 / 237

第十一章 家庭常备急救用品及药物 / 241

第一节 药物基本知识 / 241

第二节 家庭小药箱 / 243

第三节 家庭用药常识及注意问题 / 248

第四节 家庭常备应急包 / 251

第一章 意外伤病家庭急救与自救的基础知识

意外伤病及危重病人的急救应该包括由伤病员本人及其亲属、朋友、受灾群众以及目击者所进行的自救互救;救护专业人员的现场急救和途中救护;医院急诊科的救治和重症监护病房监护。这犹如接力赛跑,社会公众的自救互救是接力赛的第一棒,救护车急救是第二棒,而医院急诊科与重症监护病房的院内救治则是第三、四棒,每一棒都是整个急救过程中的一个重要环节。

现场急救目的:

抢救生命,降低死亡率。

防止病情的继续恶化。

减轻病痛,减少意外损害,降低伤残率。

现场急救原则:

先复苏后固定,

先止血后包扎,

先重伤后轻伤,

先救治后运送,

急救和呼救并重。

第一节 现场急救与自救的基本程序

快速评估事故、伤害的原因及环境,先排险后救护。

一、意外伤病的现场评估

意外伤病发生后,应从头、颈、心、肺、腹、背、脊柱、四肢(图 1-1)进行全面检查。特别应观察并及时、正确地记录生命体征,可为正确诊断、及时救治提供

第一手资料和依据,是现场观察和急救处理的重要任务之一。

1. 体温

(详见第二节)。

2. 呼吸

检查者将面颊靠近病人的口鼻处,通过一看(看胸廓有无起伏)、二听(有无呼吸音)、三感觉(有无气流感)方法来判断病人的自主呼吸是否存在(图 1-2)。对呼吸存在的病人应评估呼吸活动的情况,如频率、深浅度、节律有无改变,有无呼吸困难、被动呼吸体位、发绀等。如出现呼吸变快、变慢、变浅乃至不规则,或呈叹息样,提示病情危重;如呼吸已停止,应立即进行人工呼吸。

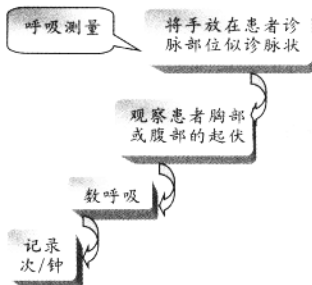


图 1-2 观察呼吸过程示意图

3. 血液循环

通过检测病人的脉率、脉律、血压以了解机体的血液循环状态(图 1-3),也可通过触摸病人肢体皮肤,了解皮肤温度、有无发热、湿冷以及观察有无发绀、花纹的出现,通过了解末梢循环来判断血液循环状况。

了解脉率、脉律的变化,常规是通过触摸桡动脉,如未触及,则应触摸颈动脉或股动脉,婴儿应触摸肱动脉。缺氧、失血、疼痛、心衰、休克时脉率加快、变弱;心律失常时脉搏不规则;桡动脉触摸不清,说明收缩压 $<80\text{mmHg}$,提示有生命危险;心率 >120 次/分,是病情严重的表现。

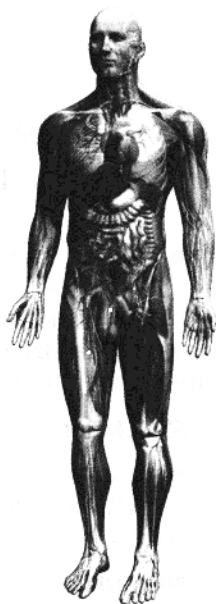


图 1-1 人体大体解剖

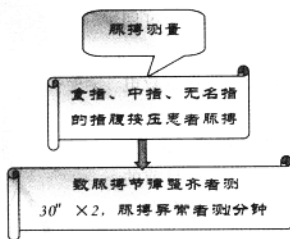


图 1-3 观察脉搏过程示意图

4. 意识

首先应判断伤者神志是否清醒。如呼唤、轻拍、推动病人时,病人会睁眼或有肢体运动等反应,掐捏婴儿足跟或上臂会出现哭泣,均表明神志清醒;如对上述刺激无反应,则表明意识已丧失,处于危重状态;如回答问题准确,说明大脑血液供应良好,颅脑无严重损伤;烦躁不安提示脑缺氧;精神异常或神志不清是伤情严重的表现。

5. 气道

观察气道是否畅通,有无梗阻。如病人有反应但不能说话,出现咳嗽、呼吸困难,可能存在气道梗阻,必须立即检查原因并予以清除。

6. 瞳孔

观察瞳孔是否等大等圆,对光反射是否灵敏,瞳孔是否固定,压眼眶或角膜反射是否存在。瞳孔不等大常提示有颅脑损伤;瞳孔一侧散大常提示有颅脑血肿及脑疝;双侧瞳孔缩小如针尖大小常提示有有机磷、吗啡、毒蕈中毒及脑干病变;双侧瞳孔散大到边,对光反射消失,眼球固定,常常是濒死或已死亡的征象。

测量生命体征时,可通过与病人对话判断其意识状态、反应程度、能否正确表达病情和有何种医疗护理需求。

二、紧急呼救

经过现场快速评估和病情判断后,确定有危重病人及伤害者时,应及时向专业急救机构、医疗部门或社区卫生单位报告并求救,以尽快得到外援。

早期呼救被国际上列为抢救危重病人“生存链”中的第一步,对危重病人获得及时的救治至关重要。如果在场目击者只有一人,病人呼吸、心搏停止,应

先进行心肺复苏 1~2 分钟后再快打电话呼救;如果现场有多人,呼救与抢救可同时进行。

“120”是我国统一实施的医疗急救电话号码(图 1-4)。

使用呼救电话必须用最精练、准确、清楚的语言说明病人所处的地点,目前的情况及严重程度,伤病员的人数及存在的危险。

电话呼救时应清楚说明:

①呼救人电话号码与姓名,病人姓名、性别、年龄和联系电话。如伤病员是儿童,还应将他的家长名字告诉对方。

②病人所在的确切地点,尽可能指出周围明显标记和最佳路径等。

③病人目前最危急的情况,如昏迷、大出血、呼吸困难等。

④对于灾害事故、突发事件,要说明伤害的性质、严重程度、发生的原因、受伤人数等,以及现场已采取的救护措施。

⑤如现场只有伤病者一人且神志清醒,拨通急救电话后,同样要把自己的姓名、病情、详细情况告诉对方,请求速来急救,或呼邻居速来协助。



图 1-4 电话呼救-120

三、现场救护

【基本原则】

观察现场环境,确保自己及伤者的安全。

1.首先考虑挽救生命。

2.积极救治,不放弃任何救治的可能。

3.先处理威胁生命的窒息、严重出血或胸部开放伤,后处理休克和骨折。

4.操作轻柔、细致准确、避免增加创伤。

【现场救护要点】

1.摆好体位

在不影响急救处理的前提下,尽量采取舒适体位,使病人头偏一侧平卧或屈膝侧卧休息,并注意保暖。

(1)无意识、呼吸、心跳者,应将其置于复苏体位即仰卧位,并置于坚硬的平地上,或在软垫上放一跨床档的木板,解开衣领纽扣与裤带,进行现场心肺复苏。

(2)有呼吸和循环的神志不清者,应将其置于恢复体位即侧卧位,以防止分泌物、呕吐物吸入气管而发生窒息。

(3)意识、呼吸与心跳存在者,根据受伤病变部位不同而摆好正确体位。如被毒蛇咬伤下肢者,应放低患肢,以减慢毒汁的扩散;咯血者,向患侧卧位,以防血流入健侧支气管和肺内;腹痛者,屈双膝于腹前,以放松腹肌;脚扭伤导致肿胀发紫者,应抬高患肢,以利于血液回流。

总的原则是不要随意移动病人,以免造成再次损伤。

2. 维持呼吸系统功能,保持呼吸道通畅

包括清除痰液及分泌物,有条件者给氧;呼吸、心跳停止者要进行口对口人工呼吸或面罩-气囊通气、气管插管通气等;重度气胸的病人进行穿刺排气。

3. 松解或去除衣服

对于猝死、创伤、烧伤及骨折等病人现场急救时,要掌握松解或去除病人衣、裤、鞋和头盔的技巧。如脱上衣时应先脱健侧后患侧,情况紧急时,可直接使用剪刀剪开衣袖,以赢得抢救时间和减少意外创伤。脱长裤时应使病人平卧位,解开腰带及纽扣,从腰部将长裤推至髋下,保持双下肢平直,不可随意抬高或屈曲,将长裤平拉脱出。如确知病人无下肢骨折,可以屈曲时,应抬高小腿,拉下长裤。脱鞋袜时应托起并固定住踝部,解开鞋带,向下、向前顺脚型方向脱下鞋袜。脱除头盔应用力将头盔的边向外侧扳开,再将头盔向后上方托起,即可去除。

4. 疑有脊椎损伤者立即予以制动,以免造成瘫痪。

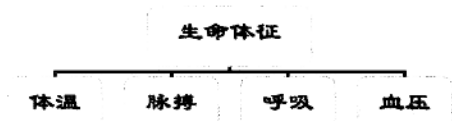
对颈椎损伤者,有条件用颈托加以制动保护的,应根据病人颈围的大小及颌底部至胸骨顶间的高度选择合适尺寸的颈托,经固定后病人勿自行拆卸,以免颈椎移位而加重病情。颈托在使用中应尽可能保持干净,如需清洁应征得医生同意后用肥皂水清洗(水温控制在 50℃ 以下以免变形),晾干后再使用。

5. 对症救护措施

如止血、止痉、止痛、止吐、止喘、心肺复苏技术等。

注意:对危重意外伤害病患者应采取现场急救,同时,快速、安全的转运,使伤病员得到进一步的救治,对提高抢救成功率起着重要的作用(搬运、转运要点见本章第三节)。

第二节 生命体征的测量方法



一、体温的正确测量及其意义

【正常体温的变化规律】

体温是指人体的温度。正常人的体温为 37°C 左右,可随着人的生理状态、昼夜时差、年龄、性别、环境等不同而稍有波动。一般情况下,早晨 4~6 时体温最低,午后 5~6 时体温最高,但在 24 小时之内,体温变化不超过 1°C 。小儿体温比成年人稍高;老年人体温稍低;妇女在月经期前或妊娠期略高,行经期中体温最低。

检查体温的变化,可以为判断和治疗疾病提供重要参考。

【体温的正确测量】

测量体温常用的方法有口腔测量法、腋下测量法和肛门测量法三种。

用于口腔测量的体温表叫口表,用于腋下测量的体温表叫腋表,用于肛门测量的体温表叫肛表,肛表水银头一般要比口表、腋表的短、粗(图 1-5、1-6、1-7、1-8)。



图 1-5 腋表

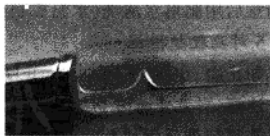


图 1-6 肛表

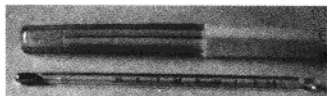


图 1-7 体温表



图 1-8 电子体温表

无论用哪种方法测量,测量前都应将体温表内的水银柱甩至 35℃以下。

测量体温的具体方法如下:

1. 口腔测量法

将口表的表面消毒、擦干,将水银头端放于患者舌下,让患者紧闭口唇,切勿用牙咬,也不要说话,以免体温表被咬碎或脱落,3 分钟后取出,将体温表在光亮处横持,并慢慢转动,观察水平线位置的水银柱所在刻度。

正常的口腔温度为 36.2℃~37.2℃。

2. 腋下测量法

将腋表轻轻放入患者擦干的腋下,水银头端位于腋窝的顶部,让患者夹紧腋窝,5~10 分钟后取出,查看方法同口表。

正常腋下体温为 36℃~37℃。

3. 肛门测量法

使患者屈膝侧卧或俯卧,露出臀部,将涂有凡士林或肥皂液的肛表水银端轻轻插入肛门内约 3~4cm,3 分钟后取出,用软纸擦净体温表后,读出体温刻度。

正常肛门体温为 36.5℃~37.7℃。

【影响体温的常见因素】

影响测量准确体温的因素有:

1. 未将水银柱甩至 35℃以下,测出的有可能是上次测量时的体温。
2. 腋下有汗、体温计未夹紧、测量时间不足 5 分钟,使测出的体温比实际体温低。
3. 刚喝完热水,或附近有热水袋或其他热源,使测出的体温比实际体温高。

另外,剧烈活动后、精神紧张、洗澡后都能使体温一次性升高一些。因此,测体温应在饭后半小时、安静状态下进行。

【体温异常的常见疾病】

疾病、药物与其他因素(高热或寒冷环境)使体温调节中枢功能受损,产热和散热的平衡关系发生变化,则会出现异常体温。体温过高或过低都是异常现象。

体温异常有下列几种情况:

1. 发热

体温高于正常者称为发热。

(1)根据发热的程度可划分(口腔温度)为:

- ①低热 体温 37.5℃~37.9℃,如结核病,风湿热。
- ②中等热 体温 38℃~38.9℃,如一般感染性疾病

③高热 体温 39°C ~ 40.9°C ,如急性感染性疾病。

④超高热 体温 41°C 以上,如中暑。

(2)发热的过程

①体温上升期 皮肤苍白、畏寒、寒战、皮肤干燥。体温升高的方式有骤升与渐升。

②高热持续期 颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸深快、头痛头晕、食欲不振、全身无力等。

③体温下降期(退热期) 大量出汗、皮肤潮湿。体温下降的方式有骤降与渐降。

(3)发热的热型

许多发热性疾病具有特殊的热型,常见的有:

①稽留热 体温持续于 39°C ~ 40°C ,达数天或数周,24h内波动范围不超过 1°C ,常见于大叶性肺炎、伤寒等。

②弛张热 体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h内体温差别在 2°C 以上,见于风湿热、败血症、肝脓肿、肺结核等。

③间歇热 发热期与体温正常期交替出现,多见于疟疾、肾盂肾炎、淋巴瘤等。

④不规则热 发热无规律,可见于风湿热、流行性感冒、支气管肺炎、癌性发热等。

(4)对高热患者的观察及家庭护理

①降温

②密切观察病情变化

③补充营养和水分

④保证充足的休息与睡眠

⑤口腔、皮肤护理

⑥健康教育

2. 体温过低

体温低于正常称为体温过低。

(1)常见于休克、急性大出血、慢性消耗性疾病、年老体弱、在低温环境中暴露过久及早产儿等。

(2)护理要点:

①注意保暖,提供合适的环境温度

②严密观察患者的病情变化

③给予温热饮料,提高机体温度

④做好心理护理

【含汞体温计打碎时的注意事项】

含汞的体温计打碎了怎么办?一定要安全处理。由于水银在常温下即可蒸发成气态,很容易被吸入呼吸道,引起中毒。所以,处理散落在水银时最好戴上口罩。如果伤口碰到水银,则应到医院中毒防治科进行检查,出现中毒症状要尽快进行治疗。汞中毒主要表现为神经衰弱综合征,如头痛、头晕、失眠、多梦、记忆力减退、脱发等,同时,伴有植物神经功能紊乱,如手足多汗,眼睑、手指、舌出现震颤,并且发展到上、下肢震颤。另外,还可出现精神、情绪障碍,如急躁易怒、胆怯、忧郁、易激动、爱哭等。此外,汞对生殖、胚胎及胎儿发育均有影响。

含汞体温计打碎后的处理方法:

1. 打开门窗,通风换气,室内人员退出房间。
2. 如汞滴较大,可用纸卷成筒,或用锡箔、胶带纸、湿润棉棒收集后,将汞滴装在封口瓶中,如饮料瓶等塑料瓶,并在瓶中加入少量水,瓶上标明“废弃水银”等标志性文字后,交由本单位或社区居委会废液管理人员处理或送到环保部门专门处理。
3. 当汞滴十分细小或散在缝隙中时,可取适量硫黄粉覆盖,或用 20% 三氯化铁或 10% 漂白粉溶液喷洒,保留半小时左右。
4. 清扫污染垃圾,包括打碎的玻璃,使之装于密闭容器内,妥善保管。
5. 若汞滴散落在被褥、衣服上时,应尽快找出汞滴,并按上述方法进行处理,还应将被污染的被褥和衣服在太阳下充分晾晒。

上述方法对含汞的血压计破碎也适用。

注意:处理要迅速,避免皮肤直接接触汞,如果接触应立即用清水冲洗。

二、呼吸的观察及其意义

【正常呼吸的规律】

机体在新陈代谢的过程中,需要不断地从外界吸取 O_2 并排出 CO_2 , 这种机体和环境之间的气体交换,称为呼吸。呼吸是人体内外环境之间进行气体交换的必需过程,人体通过呼吸吸进 O_2 、呼出 CO_2 , 从而维持正常的生理功能(图 1-9)。呼吸的全过程有三个组成部分,即外呼吸、气体在血液中的运输和内呼吸。呼吸运动是外呼吸的一种综合表现,包括吸气与呼气两个过程。

正常成年人每分钟呼吸 16~20 次,呼吸与脉搏的比是 1:4, 即每呼吸 1 次,脉搏搏动 4 次;儿童呼吸比成人快,每分钟可达 20~30 次;新生儿的呼吸频率每分钟可达 44 次。

人体正常呼吸运动有两种方式:男性及儿童的呼吸以膈肌运动为主,胸廓下部及上腹部的动作比较明显,称为腹式呼吸;女性呼吸时肋间肌的运动较为重要,称为胸式呼吸。

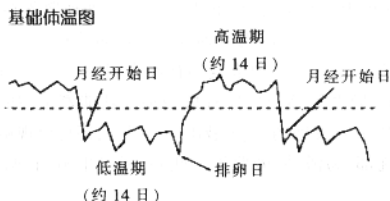


图 1-9 正常呼吸频率示意图

【正确观察呼吸变化】

1. 观察呼吸时,最好不要让患者察觉,以免使患者精神紧张而影响呼吸次数。

2. 检查者可将手按在患者的手腕上,以转移患者的注意力,同时观察患者的呼吸情况。

3. 观察呼吸主要看患者胸廓的起伏,根据胸廓起伏的次数来计算每分钟呼吸的次数,一般应数足 1 分钟。同时还要注意呼吸的节律是否均匀、呼吸深度是否一致、呼吸时有无异常的气味呼出。

4. 有时危重患者呼吸运动极为微弱,甚至不易见到胸廓的明显起伏,这时可用薄纸片或小草、树叶、棉花丝等放在患者鼻孔旁,便可观察出呼吸的情况。

一般心肺疾患、脑部疾患、昏迷、休克、出血等危重患者的呼吸次数、节律、深度常会改变。

【注意事项】

1. 在环境安静,患者情绪稳定时测量呼吸。

2. 测量呼吸次数的同时,应注意观察呼吸的节律、深浅度以及气味等的变化。

【异常呼吸的常见疾病】

常见的异常呼吸有以下几种:

1. 呼吸增快(图 1-10)

成人每分钟呼吸次数在 24 次以上,常见于发热、哮喘、心力衰竭、贫血等疾病。



图 1-10 快频率呼吸示意图

2. 呼吸减慢 (图 1-11)

成人每分钟呼吸次数在 10 次以下, 常见于颅脑病变 (如脑外伤、中风、脑肿瘤等)、腹膜炎、镇静安眠药中毒等。



图 1-11 慢频率呼吸示意图

3. 呼吸困难

患者感到呼吸费力、烦躁不安、鼻翼煽动、呼吸急促、张口抬肩、口唇及面部发紫、出冷汗, 常见于哮喘、肺部疾患、呼吸道阻塞以及严重的贫血、休克、大出血时出现的血氧含量降低等。

4. 潮式呼吸 (图 1-12)

呼吸由浅慢逐渐变为深快, 达到一定程度以后, 再变为浅慢, 甚至停 5~30 秒钟, 然后再由浅慢逐渐加强。如此反复, 如潮水涨落, 多见于重症脑缺氧、严重心脏病、尿毒症的晚期等危重患者。



图 1-12 潮式呼吸示意图

5. 间断呼吸 (图 1-13)

表现为呼吸几次后, 突然停止, 间隔一段短的时间后, 又开始呼吸, 周而复始地间断呼吸, 常见于中枢神经系统疾病 (如脑炎、颅内压增高等)、某些中毒 (如糖尿病酮症酸中毒、巴比妥中毒) 等。