

突发疾病自救互救技术与方法

非创伤性急症的 紧急救治

FEI CHUANGSHANGXING JIZHENG DE
JINJI JIUZHI

◆主 编 刘殿荣



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

突发疾病自救互救技术与方法

非创伤性急症的 紧急救治

FEI CHUANGSHANGXING JIZHENG DE
JINJI JIUZHI

主 编 刘殿荣

副主编 李 欣 朱海燕 冯 聪



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

非创伤性急症的紧急救治/刘殿荣主编. —北京:人民军医出版社, 2013. 6

ISBN 978-7-5091-6679-6

I. ①非… II. ①刘… III. ①急性病—急救
IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 118910 号

策划编辑:张怡泓 管悦 文字编辑:王红健 韩志 责任审读:黄翔兵

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927296;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927285

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:2.5 字数:50千字

版、印次:2013年6月第1版第1次印刷

印数:0001—2500

定价:12.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

编者分4章介绍了急救常识、非创伤性急症救治核心程序、常见急危重症的紧急救治、常用医药知识等内容。本书内容丰富、言简意赅、图文并茂,适合军队各级卫生机构保健人员、医务工作者和广大群众参考阅读。

前 言

军队医疗保健工作是维护军人身体健康的卫勤保障活动,是平时卫生勤务的主要工作之一,首长的身体健康更是各级军队卫生机构医疗保健工作的重中之重。

当意外事故发生时,当突发疾病来临时,每一秒都是宝贵的,都有可能挽救生命,首长身边的工作人员常常能够在第一时间赶到意外事故发生的现场,因此,使相关工作人员掌握必要的急救与自救知识和技能,就显得格外重要,对做好军队医疗保健工作具有非常重要的意义。

基于此,我们组织军队急救医学专家、教授和临床医生,参考近年来国内外最新的文献和资料,编写了《突发疾病自救互救技术与方法》系列教材,力图全面提高首长身边工作人员在突发情况下的紧急救护能力,更好地保障首长及相关人员的生命安全。

《突发疾病自救互救技术与方法——非创伤性急症的紧急救治》以科学性、实用性、可操作性为原则,以培养判断和救护能力为主旨,主要包括日常生活、工作中常遇到的各类常见的非创伤性急症,全面系统地阐述了如何判断和怎样救助,并介绍了常见检验报告的意义、日常用药和注意事项。

本教材内容涉及面广,鉴于编著水平有限,书中难免会有不足之处,欢迎批评指正,便于再版时修改和完善。

《突发疾病自救互救技术与方法》系列教材得到了总后勤部、解放军总医院、人民军医出版社等各级领导和专家教授的高度重视和大力支持,在此表示由衷的感谢!

《突发疾病自治互治技术与方法》研究课题组

2013年5月

目 录

第一章 急救常识	(1)
一、急救准备	(1)
二、急救须知	(4)
三、急症的识别和判断	(6)
第二章 非创伤性急症救治核心程序	(12)
一、环境观察与呼救	(12)
二、单人施救体位摆放	(12)
三、成年人心肺复苏	(17)
四、循环的维持	(25)
五、中枢神经系统功能的评估	(26)
六、保温、降温与转运	(27)
第三章 常见急危重症的紧急救治	(33)
一、猝死	(33)
二、窒息	(34)
三、哮喘	(36)
四、休克	(36)
五、高热	(39)
六、抽搐	(41)
七、晕厥	(42)
八、昏迷	(43)

九、急性胃穿孔	(46)
十、疝气	(46)
十一、通气过度	(48)
十二、咯血与呕血	(48)
十三、溺水	(51)
十四、中暑	(52)
十五、电击	(53)
十六、中毒	(54)
第四章 常用医药知识	(57)
一、常用药理知识	(57)
二、常用药物	(59)
三、常用检验认读	(63)

第一章 急救常识

一、急救准备

随着经济飞速的发展,生活水平的提高,生活节奏的加快,人们的健康承受着巨大的考验,各种各样急症频繁出现。人们的健康意识越来越强烈,但是绝大多数人缺乏急救的基础知识和技能,不知道如何应对和处理,或者盲目采取错误的处置方法,不仅极有可能失去抢救时机,而且还可能进一步加重病情,甚至危及生命。为了在急症发生时能够及时、科学、规范的处理,将对生命及健康的危害降至最低,人们不仅应有安全知识、防范意识,还应具备充分的心理准备、基本的急救技能和必需的急救药械。

(一)心理准备和应注意的问题

1. 心理素质 当自己或身边的他人突然发生急症时,稳定的心理、冷静的头脑是自救或救助他人的首要因素,紧急救治的有效的实施是以良好的心理素质为基础的。因此,在紧急情况发生时首先要稳定自己的情绪,理智的运用自己掌握的急救知识和技能规范的处理。

2. 正确判断病情的轻重缓急 如遇到突发急症的患者,首先要检查患者的生命体征(心搏、呼吸、瞳孔、意识状态)。如果心跳呼吸消失,则应在确保安全的情况下就地立即进行

胸外按压、开放并畅通气道。生命体征的维持任何时候都应优先于其他救治措施。

3. 体位的摆放及保暖降温 平卧位是最常用的体位,但不是所有的患者都应摆放平卧位。如急性心力衰竭及发生哮喘的患者,应给予端坐位;昏迷的患者在排除颈椎损伤的情况下应摆放侧卧位或使头偏向一侧,防止呕吐物吸入肺内。另外,维持患者体温的稳定也是紧急救治的重要内容之一,应及时对患者采取保暖或降温措施。

4. 盲目救治 自救或施救者在不知道如何进行急救时,最好什么也不要做。例如对出现疼痛症状的患者,不合理的使用镇痛药会掩盖病情;又如患者述口渴,就给患者饮水,不仅有出现呕吐、误吸的可能,而且有些疾病(急性胰腺炎、肠梗阻等)是严格不能进食水的,还有的患者需要急诊外科手术,术前很长一段时间也是不能进食水的;再如有些人习惯在不适的部位进行热敷,如对出血性疾病热敷不但不会减轻症状,还会使血管扩张,加重出血症状。因此,盲目的救治不仅影响下一步的救治,还有可能危及生命。

5. 现场救治、就近就医 突发急症的患者不应随意搬动,最好原地救治,例如心脑血管意外的患者随意搬动会加重病情;紧急救治争取的是救治的黄金时间,应该尽快送往最近的医院,不应一味追求上级医院,应把握先救命、后治病的急救原则,进行初步的紧急救治,经医务人员对病情评估后再转送上级医院。

(二)急救通道

1. 急救路线 在未发生紧急情况时就要对住所及所到周围环境进行充分的了解,合理选择最佳急救路线(最好有

备用选择)。

2. 急救电话 为了能够在紧急情况下及时得到多方力量的帮助,平时就要整理好并牢记一些救助电话,如医疗急救、公共安全急救、火灾急救、亲属、邻居、领导、附近医院、熟悉医师等一切可能在紧急情况下帮助到你的电话号码,并随时能够查阅。

3. 急救车 突发急症不能及时就医的情况下,呼叫急救车是首要选择,但在呼叫急救车时一定要冷静讲明如下信息:患者的年龄和性别,最重的症状和发病过程(时间、症状演变、病史及日常用药情况),详细地址(方便通行的地址)和电话号码,寻问在急救车到来之前应注意的问题和能采取的措施。呼叫急救车后最好派人到约定地点迎候急救车,如情况允许,在等待急救车时,应准备好必需的日用品、各种证件、既往就医材料等。如告知有心搏骤停的患者,急救车会准备电除颤、气管插管、人工呼吸皮球或呼吸机等器械准确、及时的赶到现场;既往就医材料可以帮助医务人员迅速、准确了解患者病情,指导救治。

(三)“急救箱”及常备药械

急症高发人群应在家中、工作单位、车辆、随身配备“急救箱”,这里的“急救箱”可以是真正的急救箱,也可以是急救盒、急救药等,这种急救准备是实施急救的必要条件,是尤其重要的。“急救箱”配备的药品不一定要求全面,但要有针对性、个体化,可根据基础病情、工作环境、特殊人群等配备、调整药品。例如将平时长期服用的药物及急救药物组合成“急救箱”就是一种选择。有条件及需要还可以配备氧气袋等器材。“急救箱”不仅是急救药械,而且是一种急救意识,一种

急救准备,它可以是家中储备完善的急救箱,也可以是一粒急救药片,但只有平时有意识的准备,才能有备无患,在最紧急的情况下,发挥最关键的作用。

(四)急救卡

对于言语困难、老年人、小孩及基础疾病较多容易发生急症的人群个人、家人及身边工作人员应提前建立个人急救卡片并随身携带,急救卡片应完善需救助人的姓名、年龄、病史、长期用药及过敏情况、亲属电话等,以方便紧急情况下医护人员了解病情。

二、急救须知

(一)维持生命的三大基本要素及四大生命体征

维持生命的三大基本要素是指通畅的气道、正常的呼吸、循环的血液,可以简单记为 A(Airway)、B(Breathing)、C(Circulation)。三大基本要素对生命的维持缺一不可,三要素中任何一项出现问题,都会迅速危及生命。对生命的紧急救治也就是对这三大基本要素的紧急评估及急救措施,保障气道通畅,保障呼吸正常,保障循环稳定。

三大基本要素维持生命的基本表现是人体出现呼吸、脉搏、血压、体温这四大体征,三大基本要素是四大生命体征的基础,四大生命体征是三大要素的外在表现。正常生理活动的稳定表现为四大生命体征的正常,当机体内环境出现异常时,生命体征会出现相应的变化。因此,我们可以通过对生命体征的认真检查来判断疾病的轻重缓急,从而做出正确的

病情评估,采取针对性的急救措施。

(二)急救原则及程序

1. 急救原则

(1)先救命,后治病:在遇到突发急症实施救助时,一定要把握“先救命,后治病”的原则,首先按照“CAB”的顺序对患者的一般情况迅速做出评估,必要时立即采取“胸外按压、开放气道、人工呼吸”等急救措施,待出现生命体征并稳定后再确定病情,进行下一步救治。

(2)保护自身及他人安全:实施紧急救助前应确定救助环境的安全,如中毒、触电、爆炸、坍塌等危险场所,保护自身安全,帮助患者脱离危险环境也是紧急救助的重要环节。

(3)及时施救和呼救:当急症突然发生时,最初的10分钟被称为急救的“白金10分钟”,在此时间内如果救治得当,可以使患者转危为安,如果不处理或者处理不当,就会对患者带来不可挽回的后果。因此,具备一定急救知识的人们当遇到需要紧急救治的情况时,一定要及时果断的进行施救,等医护人员到达现场时已经失去了最佳的抢救时机,并且在施救时,不要忘了进行呼救,让更多的人力、物力来帮助救治。

2. 急救程序

(1)及时报警:当遇到突发急症时,应立即向急救部门报警求助,报告信息要简明、全面,根据情况还可以向公安机关、消防部门进行报警。

(2)评估周围环境:迅速对周围的安全情况进行评估,确保自身、患者和他人的生命安全。

(3)病情评估及紧急救治:在确保安全的情况下迅速对患者的气道、呼吸和循环情况进行检查,如有问题应立即进

行开放气道、人工呼吸、胸外按压等紧急处置。

(4)合理转运病患:在急救人员到场时应不间断的对患者进行救助,并根据病情协助救护人员将病患合理转运到医疗机构进行进一步的救治。

三、急症的识别和判断

(一)根据生命体征判断

1. 意识反应 意识是大脑功能活动的综合表现,正常人意识清晰,定向力正常,反应敏锐,思维和情感活动正常,能够准确、流畅、表达良好的回答问题。

判断患者意识状态多采用提问的方式,通过交谈了解患者的意识状态。对于意识状态情况较为严重的患者,还应进行痛觉试验、瞳孔检查等,以确定患者意识障碍的程度。

如果患者能够对声音做出正确的反应,并能够迅速正确地回答问题,则患者目前的意识状态正常,患者可以暂时自己保持呼吸道通畅。如果患者对声音刺激没有反应或对疼痛刺激有反应,提示这些患者病情较重,至少自己不能保持正常的呼吸,需要紧急帮助打开气道并维持开放。

2. 瞳孔 正常人两眼的瞳孔等大、等圆,直径为 3~4mm,在光照下迅速缩小,移开光源后瞳孔迅速复原。在对突发急症患者的病情进行初步评估时应仔细观察瞳孔的大小、双侧是否对等及对光线的反应。

(1)双侧瞳孔扩张:可能提示患者受到惊吓、大脑缺氧、外伤、眼睛疾病(青光眼)、药物反应(阿托品等)。

(2)双侧瞳孔收缩:可能提示患者存在眼睛(虹膜)病变、

有机磷中毒、中枢神经系统疾病、药物反应(吗啡、氯丙嗪等)等情况。

(3)双侧不对称:强烈提示患者存在中枢神经系统病变(出血、梗死、感染、占位等)。

(4)对光反射消失:瞳孔对光反射迟钝或消失见于昏迷患者。如果双侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态。

3. 脉搏 脉搏是心脏跳动、血液循环正常的表现,脉搏的次数婴儿可达130~150次/分钟,儿童为110~120次/分钟,成年人为60~100次/分钟,老年人为55~75次/分钟。检查脉搏时通常选用较表浅的动脉,最常采用的部位是靠拇指一侧手腕部的桡动脉和颈部两侧的颈动脉等。

能够触及桡动脉搏动提示收缩压在80~90mmHg,如果仅能触及颈动脉搏动提示收缩压可能在60~90mmHg。当患者大血管或多处脉搏消失时(多部位如桡动脉、颈动脉、股动脉等搏动皆消失),要立即进行胸外心脏按压急救。

4. 呼吸 检查呼吸之前要检查患者的气道,确保患者气道通畅。观测患者呼吸时最好让患者处于最自然的状态,以免使患者精神紧张而影响呼吸次数,还要注意呼吸的节律是否均匀、呼吸深度是否一致、呼吸时有无异常气味。但是对于急危重症的患者需在10秒内判定患者有无呼吸。一般患心肺疾病、脑部疾病、昏迷、休克、出血等急危重症患者的呼吸次数、节律、深度常会有异常改变。有时急危重症患者呼吸运动极为微弱,甚至不容易看到胸廓的起伏,这时可用薄纸片或小草、树叶、棉花等放在患者鼻孔,便可以观察呼吸的情况了。正常成年人的呼吸节律是12~20次/分钟,超过或低于这一界限就应考虑为非正常呼吸。

5. 血压 血压是指血管内流动的血液作用于血管壁的压力

力,一般指动脉血压。正常成年人收缩压为 90~140mmHg,舒张压为 60~90mmHg。新生儿收缩压为 50~60mmHg,舒张压为 30~40mmHg。在 40 岁以后,收缩压可随年龄增长而升高。39 岁以下收缩压<140mmHg,40—49 岁<150mmHg,50—59 岁<160mmHg,60 岁以上<170mmHg。

血压的测量一般选择上臂肱动脉为测量处,家庭应配备电子血压计,可自行测量。血压异常升高和异常降低都提示体内存在严重的疾病,应让患者立即平卧位休息,并尽快就医。

6. 体温 正常的体温比较恒定,主要的测量方法为腋下测量法。擦干患者腋下,将体温表轻轻放入患者腋下,使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。不论何种测量方法,测量前都应将体温表内的水银柱甩至 35℃ 以下。正常的腋下温度为 36~37℃。

体温异常升高可采取冷敷或酒精擦浴等降温措施,不能擅自使用解热药,以免掩盖病情。体温过低应注意保暖。无论何种情况都应尽快就医,查明病因,接受治疗。

(二)根据主诉及体征判断

1. 猝死 猝死是最危急的急症,1 小时内发生猝死的患者绝大多数都与心源性疾病密切相关。但是如果及时发现并立即采取有效的心肺复苏,仍有机会获救。

(1)猝死先兆:猝死可发生于情绪激动、过度劳累等情况下,也可发生于安静时。心源性猝死发生前多有胸前区闷痛或压榨样疼痛等症状。

(2)意识:突然消失,面色可由苍白迅速呈现发绀。

(3)脉搏:大动脉搏动消失,触摸不到颈、股动脉搏动。

(4)呼吸:呼吸停止或开始叹息样呼吸,逐渐缓慢,继而停止。

(5)瞳孔:双侧瞳孔散大,对光反射消失。

(6)可伴有短暂抽搐和大小便失禁,伴有口眼歪斜,随即全身松软。

2. 休克 休克是由于各种致病因素作用引起的有效循环血容量急剧减少,导致器官和组织微循环不足,致使组织缺氧、细胞代谢紊乱和器官功能受损的综合征。血压降低是休克最常见、最重要的临床特征。休克必须早期处理,如不及时抢救,患者将逐渐进入昏迷状态,严重者发生死亡。

(1)具有休克的诱因:①心血管疾病,如心绞痛、急性心肌梗死等;②神经系统失调,如剧烈疼痛、惊恐等;③失血或大量丢失体液,如外伤致血管破裂、骨折、脏器破裂、消化道出血、严重腹泻;④过敏,如对药物、花粉、食物等。

(2)意识障碍:出现头晕、神志不清、反应迟钝等意识状态异常表现。

(3)脉搏: >100 次/分钟或不能触及。

(4)皮肤:四肢湿冷,皮肤花斑、黏膜苍白或发绀,胸骨部位皮肤指压试验阳性(充盈时间 >2 秒)。

(5)尿量:尿少或无尿。

(6)收缩压: <90 mmHg。

(7)脉压差: <30 mmHg。

(8)原有高血压患者收缩压较平时水平下降30%以上。

凡符合前五项中2项以上或后3项任何1项则休克的可能性极大。

3. 昏迷 昏迷是意识障碍的严重阶段,表现为意识持续的中断或完全丧失,对内外环境不能够认识,丧失随意运动,