



龔勝連等編著

外科一般搶救手冊

江西人民出版社

外科一般搶救手冊

龔勝連等 編著

江西人民出版社

外科一般搶救手冊

龔勝連等編著

*

江西人民出版社出版

(南昌市三緯路11号)

(江西省书刊出版业营业許可証出字第一号)

江西新华印刷厂印刷 江西省新华书店发行

*

书号: 02291

开本: 787 × 1092 1/32 · 印张: 3 7/8 · 字数: 69,600

1963年 5 月第一版

1964年10月第一版第二次印刷

印数: 501—13,000

統一书号: 14110 · 48

定 价: 0.35 元

前 言

我們江西医学院第二附属医院外科的全体同志，在党的英明领导下，在总路綫、大跃进、人民公社三面紅旗的光輝照耀下，思想觉悟、业务理論与技术水平……都有一定的提高，对于医治及搶救常見的重危病症，也作了一些工作，体验到一些經驗。

为了和各級医务人员，互相研究，共同提高，以便进一步正确地掌握一般急救知識和搶救技术，我院的外科医师，特集体編写了这本“外科一般搶救手冊”。編写这个小冊子的主要目的，是为了通过互相研究，俾便使从事外科工作的同志圓滿地实现“一切为了伤员”，以期更好地为祖国的社会主义建設服务。

由于水平的限制，本书难免存在一定的缺点，尙希兄弟医院的同志多多指正。

編 者

一九六三年一月

目 录

一 抢救原则.....	龔胜連 (1)
二 人工呼吸法	赵移惠 (4)
三 气管切开技术操作常规.....	余安国 (7)
四 气管插管在急救中的应用	赵移惠 (10)
五 氧治疗的技术操作和适应症的选择	赵移惠 (11)
六 静脉切开及静脉输血法.....	黎綺文 (14)
七 动脉输血(附心脏穿刺及心脏内输血).....	張煥美 (16)
八 心跳驟停及心脏按摩	柳文建 (21)
九 外科常見各种心律不齐的发生和处理 (附心力衰竭的处理).....	龔胜連 (26)
十 針灸在急救中的应用	龔胜連 (31)
十一 急救时降温的应用	赵移惠 (34)
十二 人工冬眠抗休克的临床应用	龔胜連 (36)
十三 正肾上腺素抗休克的临床应用	赵移惠 (40)
十四 激素在抗休克中的应用	龔胜連 (42)
十五 創伤性休克的急救处理	龔胜連 (46)
十六 中毒性休克的处理	龔胜連 (49)
十七 輸血反应的急救处理.....	龔胜連 (51)
十八 在麻醉期間发生意外的处理	李雪翹 (57)
十九 急性肺水肿的急救处理	赵移惠 (66)
二十 急性肾功能衰竭的处理	陈德民 (67)
二十一 大出血的急救和处理	李建业 (71)

二十二	大咯血引起窒息的急救处理	柳文建 (77)
二十三	燒伤病員的現場急救和后送問題	張 美 (78)
二十四	大面积热伤的治疗原則	龔胜連 (81)
二十五	电击伤的急救	陈惠华 (84)
二十六	溺水的急救	陈惠华 (85)
二十七	顱腦外伤的診斷和急救处理	龔胜連 (86)
二十八	胸部外伤的急救处理	黃賢同 (90)
二十九	腹部損伤的处理原則	李建业 (94)
三十	泌尿系外伤的急救处理	陈德民 (105)
三十一	脊椎骨折及脫位的急救处理	陈仁宗 (110)
三十二	四肢骨及关节損伤的急救和处理 原則.....	張克誠 (111)

一、搶救原則

黨的領導，是一切事業成功的先決條件。搶救工作關係到患者生命安危的重大問題，因此，更需要在黨的堅強領導下，人人政治掛帥，對病員具有高度的同情心與責任感，視病友如親人，才能發揚救死扶傷的革命人道主義精神，和保證搶救工作的順利進行。在各項工作中，英明偉大的黨都給我們指出了明確的方向，在具體醫療工作中，也同樣給了我們無窮的力量。以致發揮了群眾的智慧，破除了迷信，戰勝了困難，從一個勝利走向了另一個勝利。這是我們十多年來醫療工作中的深刻體驗。因此，首先必須堅持黨的領導政治掛帥，其次在具體搶救工作中，還要遵守以下的七項原則：

（一）慎重、敏捷、果斷、及時：

搶救工作，要保持冷靜、敏捷、迅速，決不能驚慌失措。工作時要忙而不亂，爭取時間，不要延誤分秒，以免給病員帶來最不幸的後果。

因此，爭取時間、慎重、果斷，極為重要。對臨危的病員，要以搶救生命為第一，待脫離危險期以後，再探討病情、診斷、分析原因，進行即時的處理。

（二）破除迷信，竭尽一切努力：

很多事实証明，特別是資本主义国家的某些記載，并不一定完全正确。社会制度决定着人們的意識形态。我們是社会主义国家，处处为广大劳动人民的切身利益着想。而很多資本主义国家书本上认为无法救治的疾病，在我們的国家里，却获得了搶救的成功。資本主义国家认为死亡率为100%的，我們一样挽救了病員的生命；例如上海广慈医院搶救严重燒伤鋼鉄工人——邱財康同志的生命就是一个鮮明的例証。

我們是党和毛主席教导出来的医务工作者，对待生命的搶救，必須竭尽一切力量，直到确实无法获救为止。例如江西医学院第二附属医院曾經持續进行人工呼吸1小时之久，才使病人終于复甦。

（三）提高对早期危象的預見性，及时采取預防措施：

古人說：“防病胜于治病”，特別是对于危重病人，更要提早对危象的預見，并采取有效的預防措施。这对挽救病人生命有着重大的意义。如呼吸道阻塞，应及时解除，病員有血水样或泡沫痰时，应注意肺水肿的发生，尽早作处理。收縮压降至60mmhg.时，不能因病員神智清醒，而延悞处理。病員煩躁不安、譫妄、乱动，可能为缺氧所致，应即时給氧。中樞神經性高热，应积极降溫；顱內压高的病員，要千方百計維護着自发性呼吸的存在等等。

（四）組織分工，緊密協作：

為了減少忙亂，消除慌張失措，避免延誤搶救的時間，使每個醫務人員都能明確自己的責任，作好必要的準備，並使各科醫師，都能緊密地配合，以期更好地完成搶救任務。因此，一定要事先做好組織分工，術中進行緊密協作。這是十分重要的一項。

如江西醫學院第二附屬醫院外科教研組在黨支部的領導下，成立了搶救小組，由書記掛帥，組織各科有關人員，明確分工，相互配合。在具體執行搶救任務時，統一指揮，各負其責，使工作有条不紊。遇有特殊問題，即由參加人員組織討論，集中智慧，及時採取有效措施。

（五）嚴密觀察，詳細記錄：

在搶救過程中，多忙於各項搶救技術操作，往往忽略了記錄病情變化及各項治療，以致事後對各種藥物的使用，記錄不準確。因此，在每次搶救時，均設有專人記錄，資料完整，便於總結經驗，同時也可避免重用或少用藥物的現象。

（六）經常檢查，及時補充各項急救藥品：

門診部、麻醉科、手術室等單位均備有全套急救藥品及器械。並放置在固定地點，便於急用。外科室也備有急救箱或急救包和急救藥品等。力求應用方便，節省時間。並要經常檢查，如有短少，可及時補充。

(七) 医护人员必须掌握的几项抢救技术

技 术 医 师	心脏 按摩	动脉 输血	静脉 切开	正肾上腺素 的应用	人工 呼吸	气管 插管	气管 切开	气胸 减压	针灸 抢救	过敏性 休克
外科医师	+	+	+	+	+	△	+	+	+	+
妇产科医师	+	+	+	+	+	△	+	+	+	+
麻醉科医师		+	+	+	+	+	+	△	+	+
手术室及病房 护士			+	+	+				+	

註：“+”号表明必须掌握，“△”号表明可否。

二、人工呼吸法

急救时人工呼吸甚为重要，凡新生儿窒息、中暑、电击、冻死、溺水、缢死等等的早期，药物中毒、脑外伤、急性休克等所造成的骤然呼吸停止——都适于施行人工呼吸，保证身体内氧气的供应。同时并施行其它各种急救措施。如：强心、升压及各种对症治疗等。

施行人工呼吸之前，必须注意呼吸道通畅，除去呼吸道分泌物及口腔异物，若有舌下垂则用舌钳将舌拉出口外，头偏向一侧，将颌扣及全身束带放松。

人工呼吸实施方法：

(一) 口对口吹气法：简便，任何人都可以操作。方法为：

1. 病人仰卧，仰头，托起下颌，

2.病人口上复盖一层紗布，操作者口对患者口将气吹入，每分鐘14—20次；

3.每次吹气时将病人鼻子捏住，不使漏气，吹毕放手，使气从鼻孔排出；

4.鼻孔內放入氧气导管，使有大量氧气吹入肺內（无氧气設備，亦可不用）；

5.每次吹气須使胸廓及腹部高起。

（二）仰臥压胸法：此法操作简单，但用力不当时，易使肋骨骨折，或胃内容物逆流，引起窒息，若是胸部外伤患者不宜用。操作方法为：

1.置病人仰臥位；

2.操作者站于病人左侧或右侧，双手压于病員两侧下胸部；

3.当双手压下时，患者胸廓縮小，形成呼气，双手松开，胸廓舒張，形成吸气，如此每分鐘保持12—18次，繼續施行至呼吸恢复为止。

（三）俯臥背压法：溺死者常用此法，使胃与肺內的水易于流出。操作方法为：

1.患者俯臥，头偏向一边；

2.操作者騎跪于病員髖部，两手掌压迫患者背側下胸部；

3.取向上的方向压迫9—12肋，使胸廓縮小，形成呼气，手放松，胸廓恢复舒張，形成吸气，繼續施行至呼吸恢复。

(四) 仰臥牽臂法：常用于呼吸微弱而未完全消失者，但上肢骨折及溺死者禁用。操作方法为：

1. 病人仰臥，背下垫高；

2. 操作者跪于其头頂处，以双手握住患者两前臂，操作时将患者双手拉直过头，使空气进入肺內，形成吸气；

3. 将患者手放回，放回时，肘关节屈曲成直角，并放在病人下胸部，稍用力下压，使病人肺內气体压出，形成呼气；

4. 保持每分鐘16次頻率。而手上提，及下压时都須徐緩。

(五) 面罩給氧法：此法简单易行，能供給病員吸入高濃度氧气。操作方法为：

1. 病員仰臥；

2. 操作者一手持面罩紧按于病人口鼻上，同时托起下頷，另一手挤压呼吸囊；

3. 每分鐘挤压呼吸囊12—18次，不可用力太大，但須使胸廓高起；

4. 如胃內充气，上腹膨脹，应即插入胃管排气。

(六) 气管內給氧加压的人工呼吸：此法能保持呼吸道的暢通，并能有效的供应氧气，但要求能进行气管內插管，插管后，使用間断加压法或交替正負压法。

1. 經口腔插入气管导管：

(1) 用喉鏡暴露声門，将导管插入；

(2) 放牙垫于上下門齿之間取出喉鏡；

(3) 固定导管及牙垫；

(4) 接导管于人工呼吸器或麻醉机上;

(5) 以每分鐘14—18次的速度，挤捏呼吸囊，进行扶助或控制呼吸。

2. 經鼻腔插入气管导管：凡牙关紧閉，經口腔插管有困难时，可采用經鼻腔插管。

(1) 将涂有潤滑剂的鼻腔导管，經鼻腔順着鼻腔弯度盲探插入;

(2) 試听呼吸音，若呼吸音全由导管发出，則表示导管已进入气管內（插管操作时，要捏着对側鼻孔及嘴唇）;

(3) 导管插入深度，相当于病員本人鼻翼到同側耳垂的两倍;

(4) 用胶布固定导管于鼻部;

(5) 将导管与人工呼吸器或麻醉机相連接，每分鐘保持14—18次的速度，挤捏呼吸囊，进行人工呼吸。

三、气管切开技术操作常規

(一) 适应症与目的:

外科急診病人往往因痰液阻塞呼吸道而引起窒息、死亡。某些病例若能及时地进行气管切开，不但可以避免引起窒息、死亡，而且更可以避免发生肺部合併症。手术的目的在于了解除喉头阻塞性呼吸困难，并免于窒息。其适

应症如下：

1. 顱脑损伤，病人处在昏迷状态时；
2. 頸部外伤或急性化膿性疾患而引起喉头水肿或有压迫症状者；
3. 頸部手术在术后发生严重血肿、喉头水肿，并发生呼吸困难者；
4. 破伤风患者出現有經久不易解除的喉痙攣及呼吸困难者；
5. 胸部外伤、呼吸道分泌物較多不能咳出者；
6. 手术中全麻病人，因嘔吐致气管阻塞呼吸困难者；
7. 口腔手术前的准备。

（二）手术前准备：

1. 体位：平臥，于肩下及頸后垫置沙袋或枕头，使頸部强度伸直；
2. 麻醉：一般多采用局部浸潤麻醉，如患者正在窒息的紧急情况下，可不必施行麻醉。

（三）手术方法：可分紧急期及选择期二种。

1. 紧急性气管切开术：

适应症：

- （1）異物忽然嵌入喉头不能即刻取出者；
- （2）急性喉头水肿，刻不容緩者；
- （3）口腔或咽部大量出血，因止血又必須堵塞咽喉部者。

操作步驟：

于第二、三、四，气管环上沿中綫縱形切开皮肤及皮下組織，分离肌层后，用牵开器暴露气管，即以尖刀迅速在中綫切开第三、四，气管环，張开伤口后即放进通气管，若无通气管时，放入硬橡皮管亦可。严密止血后，即間断縫合皮下疏松組織。皮肤暫不宜縫合（因手术中会发生感染，易引起膿毒症）做开以便引流，或很松的縫合 1—3 針。

2. 选择性的气管切开术：

适应症：

- （1）端坐呼吸；
- （2）喉鳴；
- （3）胸骨上窩，鎖骨上窩，肋間隙，腹上部等处有显著吸气期陷凹；
- （4）青紫不安靜。

操作步骤：

于环状軟骨下，切一长约 6 cm 的正中綫直切口，用鈍鉤将皮肤及皮下組織向兩側拉开，暴露甲状腺峽部后，即将該峽部往上牵开，完全止血后，暴露气管第三、四环，用尖刀切开气管环，然后放入通气管，而后縫合皮下組織及皮肤。通气管两边用布帶縛于頸上，通气管周圍用盐水紗布块复盖。

3. 手术注意点：

- （1）手术时尽量避免污染伤口，防止手术后感染；
- （2）有出血时，应在切开气管环前妥善結紮止血，使血液不致流入气管內或手术后出血；

(3) 通气管要固定好，否則将会滑出或引起皮下气肿。

(四) 术后处理：

1. 术后2—3天要经常注意皮肤颜色，呼吸通畅及切口有无出血等现象，

2. 内导管要经常保持清洁通畅，

3. 多鼓励病人作深呼吸和咳嗽，

4. 外导管在术后24—42小时之間更换一次，有阻塞时应随时更换，

5. 室内应保持一定湿度，无特殊设备时則可用数层湿紗布遮盖套管，

6. 每天应向气管內滴入青霉素溶液5万单位（稀釋液1 ml）。

四、气管插管在急救中的应用

气管內插管除麻醉中应用外，在急救中也常广泛使用。这不仅能保持呼吸道通畅，并可进行人工控制性呼吸。在急救时，患者常因某种原因引起呼吸困难、窒息、呼吸停止等严重缺氧的现象，如进行气管插管則可完全防止。其适应症与禁忌症如下：

(一) 适应症：

1. 外伤性顱底骨折合并出血而窒息者，

2.胃潰瘍合併大出血及食道靜脈曲張血管破裂大出血引起窒息者；

3.脊髓癱瘓致呼吸麻痺，而產生呼吸困難或呼吸抑制者；

4.氣胸所致的呼吸困難者；

5.溺死者的早期；

6.脊椎麻醉平面過高或藥量過大致呼吸肌麻痺者；

7.心跳驟然停止或頻于停止時；

8.氣管附近有堅硬的腫塊或腫瘤有壓迫氣管以致呼吸急促而困難者。

（二）禁忌症：

1.病人氣管內反射強烈，且能自行有效的咳嗽時；

2.顱內壓增高，而病員意識尚清楚時禁用；若病員反射很遲鈍，或已進入昏迷狀態者則可考慮應用；

3.喉頭痙攣高度發作時，一般不宜進行氣管插管，更重要的是給氧或必要時作緊急氣管切開。

五、氧治療的技術操作和 適應症的選擇

（一）適應症：

1.呼吸道疾患：如喉頭水腫、哮喘、支氣管痙攣、支氣管水腫、呼吸道呈堵塞與半堵塞或窒息等情況；