

昏厥急救

昏厥是最常见的急症之一。原因很多，如疼痛、恐惧、情绪紧张、焦虑、闷热、脱水、站立过久、长跑骤停等，甚至起床站立排尿也可引起昏厥。以上都可发生于平素健康的人身上。

病人首先感到无力，想立即坐下或躺下，随即恶心、出汗（尤其前额）、脸色苍白。这时如果马上卧躺，以上症状就可缓解或消失。否则可以突然昏倒，但能很快清醒，感到头晕无力。此时若起身站立，昏厥又可复发。

一见到病人前额出汗、脸色苍白或申诉头晕，或已昏厥，就应立即扶病人躺到床上，抬高下肢，不要用枕。解开领扣、腰带和其他紧身的衣物。如果现场环境无床或不允许病人躺下，可以让他坐下，把他的头垂到双膝之间。

如果病人不能躺下或坐下，可让他单腿跪下，俯伏上身，像系鞋带的姿势。这样，病人的头部就处在比心脏低的位置，同样能很快恢复。千万不要把昏倒在地的人扶坐起来，而要让他躺在地上，身子放平。用指甲掐患者的人中穴，可使他更快清醒。在患者脸上洒些凉水也有好处。病人一般在5分钟内便能恢复神志，否则应立即找医生。患者在醒后至少仰卧10分钟，过早起身可使昏厥复发。

窒息急救

窒息是由上呼吸道的异物所引起的。这类异物多为食物。一旦发生窒息，患者往往还能呼气，但吸气受到阻碍，于是肺内含气量愈来愈少。病人常常伸直五指捂在颈前，露出恐惧表情，呈现典型的窒息征象，不能咳嗽，面色青紫。此时急送医院已经来不及，必须在现场奋力抢救。千万不要给病人喝水或咽馒头。

目前广泛应用的抢救方法是Heimlich法，利用肺内的残存气体将异物冲出气道。这就要在患者上腹突然施压，以迫使横膈上升，加压力于肺部。

基本技术如下：站在直立位患者身后，或单膝跪在坐位患者背后，双臂绕过患者的腰。握紧右拳，大拇指末节握在拳内。将右拳的拇指侧贴住患者肚脐上方，再以左手抓住右拳，迅速地用力向上一顶。必要时重复数次。

如果患者已倒在地下，而身体过于沉重，扶不起来，就把患者身子放平，仰卧。救护者分腿跪在患者双髋外侧。一手的掌根放在患者上腹，再将另一只手放上去，迅速而用力地向上一压，必要时重复数次。

如果发生窒息的是婴儿：可以让他坐在你自己的大腿上，让他的背贴住你的胸腹。用双手的食指和中指（指尖聚在一起），放在肚脐上方（肋骨下方），迅速而用力地向上一顶。也可把患儿放在桌上，使其仰卧，用双手食指和中指操作同上。

做以上操作时，要注意四“不”。不要打击患者背部；不要压挤患者胸部；置患者于仰卧位操作时，不可双膝跪于患者一侧；置患者于仰卧位操作时，不要将患者头部偏向一侧。

如果发生窒息的是幼儿：可以把他脸朝下地趴在你的大腿上，而其整个躯干都朝地悬垂着，用力地拍击其背部可能有效。由于此法可能将异物挪移到其他部位，所以只能把它当作最后一招。

有时可能从患者喉部清除异物。使患者开口，把头后仰。先用光源照一下，也许能看到异物。清除异物应该用手指。阻塞气道的食物或其他异物，也许在咽部或许更深。若能清除，问题

就迎刃而解。

有时空气还能贴着异物外缘通过气道，所以，如果上述方法无效，应及时进行口对口人工呼吸。**当然，一旦发现窒息病人，就要在现场急救的同时，千方百计地找医生来现场抢救。**

心肺急救

呼吸停止，有时还伴有心搏停止。这时仅做人工呼吸当然不行，还必须加上胸前叩击和胸外心脏按压。这就是心肺复苏术，主要用于猝死的病人。

非外伤所引起的急性死亡，医学上叫做猝死。1976年，世界卫生组织规定，凡在死前24小时，一直过着正常生活，而在起病后6小时内迅速死亡者，称作猝死。

据统计，我国猝死发生率每年约0.9~3，一年内约有15万人猝死，其中青壮年占20%~40%。猝死的病因很多，冠心病是猝死的主要原因，占60%左右，中老年人尤为多见，尤其是冠心病中的心肌梗塞是因心脏骤停的最常见原因。冠心病猝死率达1/3，其中的2/3发生在医院外，多死于发病后1~2小时内。

健康的青壮年人因病毒性心肌炎而猝死的也不少见。此外，暴饮暴食和酗酒诱发的急性出血性胰腺炎，以及血管瘤破裂、药物过敏或中毒等都可能成为猝死的原因。

猝死的主要病理生理变化是心脏骤停而停止了有效的排血，脑组织的供血也随之中断，不到7秒，患者便出现突然的神智丧失。如果再加上大动脉（颈动脉和股动脉）搏动消失（一般以检查颈动脉搏动最简便可靠。用食指和中指指尖在相当于男性喉结外侧两横指处仔细按摸，即可确定有无颈动脉搏动），就可明确判断为心脏骤停。

这时就应立即就地抢救，同时大声呼喊别人来协助或去找医生。不要等待医生来后再抢救，因为心脏停跳4分钟就发生脑损害，停跳6分钟以上，大脑就发生永久性损害。反之，停跳时间愈短，大脑缺氧性损伤愈轻，恢复的机会愈大。

由于心脏骤停可发生在任何地点（如学校、家中、工作单位、公共场所），所以在学生中普及现场心肺复苏知识和技术是至关重要的。

抢救的第一步，可先作胸前叩击，有可能使刚发生停搏的心脏复跳。具体方法是：在病人的右侧，握紧右拳，用多肉的掌侧敏捷而有力地向其胸骨中下部捶击二三次，然后立即触摸颈动脉。如果出现搏动，说明心跳已恢复，否则就尽快进行体外心脏按压，不再继续捶击。

心脏是一具空腔的器官，位于胸腔中央，前为胸骨，后为脊柱。按压胸骨下半部时，心脏就受到间接的压迫而排出心脏内的血液。不按压时，胸廓由于其固有的弹性而恢复原位，造成胸内负压，使静脉血回流心脏。这样就人为地推动了血液循环。

体外心脏按压时，要让病人仰卧在硬板床上或地面上，不用枕头。抢救者在病人的一侧，用一手的掌根放在胸骨下半部，再将另一只手重叠在前一只手之上，用抢救者上身的体重有节奏地向下按压。

抢救者的肘部要伸直，上半身略向前倾，使肩部位于两手的垂直上方，以足够的力量每次都使胸骨下降4厘米左右。然后释去压力，使胸廓恢复到正常。按压时间和释压时间相等，但时间比例以3：2为最好。

释压时双手不要抬离胸壁或改变按压的位置。按压必须用力均匀而有节奏，切忌突然用力按压和弹跳式的按压。掌根下压的力量必须集中在胸骨，手指切勿接触胸部，以免发生肋骨骨折。按压部位不宜过高或过低，尤其不能按压胸骨下部的剑突，以免损伤肝脏。

在体外心脏按压时，必须同时做口对口人工呼吸。

如果只有一个人抢救，心脏按压的频率是每分钟80次。每做15次按压，就挪到病人头部，口对口地迅速用力吹气两次。

若有两个人抢救，按压的频率应为每分钟60次。另一人在每5次按压后迅速地口对口用力吹气一次。两人交换抢救位置时不可打乱5：1的比例和顺序。吹气者在吹气完毕后立即转移至胸部接替按压。按压者在第5次按压后立即转移至病人头部准备吹气。

单人抢救开始一分钟后，用5秒钟的时间检查颈动脉，以判断心跳是否恢复。若未恢复，应继续抢救，此后每隔5分钟再查脉搏。

如果是双人抢救，吹气者要经常检查颈动脉，若每次按压后都能摸到一次搏动，说明心脏按压是有效的。但若停止按压5秒钟内，未能摸到搏动，说明心跳仍未恢复，仍应继续做体外心脏按压。

经过一段时间抢救后，病人脸色逐渐好转，嘴唇转红，用耳贴胸已听到心音，颈动脉有搏动，自主呼吸恢复，表示抢救初步成功，可在密切观察下急送医院。这是因为上述抢救措施只是初级救护或称一期处理。若能成功，便进入二期处理，还要用药、除颤、心电监护、插管等。此外还有三期处理，即在除维护心肺功能外，加上脑复苏。但二、三期处理已是医生的工作了。

如果有条件在抢救开始时就给病人枕冰袋，将对嗣后的脑复苏极为有利。

深度昏迷、缺乏自主呼吸以及瞳孔散大固定15～30分钟者，表明脑死亡；心肺复苏持续一小时之后检查心电图而无心电活动，表示心脏死亡，可以终止心肺复苏。但若还有脉搏，动脉收缩压保持在60毫米汞柱以上，瞳孔仍在收缩状态时，仍应继续进行心肺复苏的现场抢救。