

国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之急危重症 和感染性疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会 组织编写

主 编 王春梅

副主编 丁建红 庄秋红



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第 1 章 重症肺炎的病原學及診斷

臨床分類之致命性肺炎 和感染性休克及用藥

Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital
Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital

主 編 謝國興

副主編 王國興 謝國興

国家基本药物临床应用培训系列教材

临床分册之急危重症和 感染性疾病及用药

《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会 组织编写

主 审 宋玉明

主 编 王春梅

副主编 丁建红 庄秋红

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁建红 王 波 王 婷

王春梅 庄秋红 李 红

尚占斌 董亚军 韩 杨

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家基本药物临床应用培训系列教材. 临床分册之急危重症和感染性疾病及用药 / 《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会组织编写. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 3

ISBN 978-7-117-14087-4

I. ①国… II. ①国… III. ①急性病-药物-临床应用-教材②险症-药物-临床应用-教材③感染-疾病-药物-临床应用-教材 IV. ①R97

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 011071 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床分册之急危重症和感染性疾病及用药

组织编写: 《国家基本药物临床应用培训系列教材》编委会

主 编: 王春梅

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9

字 数: 185 千字

版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14087-4/R·14088

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

《国家基本药物临床应用培训系列教材》

编辑委员会组成人员

主任委员 隋殿军

副主任委员 张湘富 秦海涛

委员 (以姓氏笔画为序)

马 剑 马立新 伍新民 吴 璠

张可佳 杨丽娟 陈艳兰 周 涛

林 吉 夏时畅 贾立明 梁法兴

梅遂章 黄金星 黄新生 傅 强

序

建立国家基本药物制度,是国务院深化医药卫生体制改革五项重点任务之一,李克强副总理明确指出,国家基本药物制度是对现行体制机制的重大创新,要使基本药物制度的各项政策尽快取得实效,降低虚高的药价,真正减轻群众的基本用药负担,让人民群众得到实惠。

为了让广大医务工作者准确把握基本药物配备的方针政策和临床应用,促进科学规范的诊治和用药,引导广大患者建立良好的用药习惯,吉林省卫生厅组织相关人员,不辞辛苦,编写了这套“国家基本药物临床应用培训系列教材”,从临床症状和实验室检查、疾病诊断分析、基本药物治疗方案、预后和注意事项等方面,对基本药物的使用进行指导。这套教材内容详实,通俗易懂,方便基层医务工作者日常查阅和使用,同时对于重点和难点,也有深层次的剖析,能够达到学习与应用相结合的效果。

当前,全国医药卫生体制改革正进入全面推进的新阶段,基层医疗卫生机构承担着城乡居民常见病、多发病的诊治任务,规范并指导基层医院医生安全合理使用国家基本药物任务繁重、紧迫,希望广大医务工作者积极发挥改革主力军的作用,认真学习,锐意进取,为提高人民群众健康水平作出新贡献。



2011年2月

前 言

基本药物的配备使用是实施国家基本药物制度的核心环节,为了促进广大医务工作者了解科学规范的用药方法和形成科学规范的用药观念,有效地服务患者,同时引导广大患者建立良好的用药习惯,我们根据 2009 年版《国家基本药物临床应用指南(基层部分)》、《国家基本药物目录(基层部分)》编写了本系列教材。

本教材的编写力求简明扼要、科学实用,力求符合基层医生在临床诊疗过程中的需求,包括学习目标、任务引领、概述、诊断要点、治疗要点、药物治疗、预后及注意事项等 7 个部分。

学习目标强调了本部分内容学习应达到的目的。

任务引领精选了临床典型病例,通过分析病例使学员能够迅速进入学习情境中。

概述部分主要包括疾病的病因和临床表现等内容。

诊断要点是根据疾病的主要临床症状、体征和辅助检查,并综合分析病史、流行病学等资料进行诊断和鉴别诊断。

治疗要点主要介绍了治疗疾病的主要措施及方法。

药物治疗是按照疾病诊断并结合国家基本药物目录介绍了药物的作用机制、使用方法、不良反应、疗效等,为基层医生的临床规范用药提供参考。

预后及注意事项主要针对疾病的预后和转归,疾病的预防及影响康复治疗的主要因素加以叙述,使医生进一步全面了解疾病。

本教材以临床病例入手,按照诊疗过程组织教材,将基层的常见病、多发病与 307 种化学药品和生物制品类基本用药紧密结合,促进了基层医生对国家基本用药的了解,规范了医疗过程中药物的应用。

本套教材在编写过程中得到了吉林省卫生厅主要领导的支持和帮助,在此表示衷心的感谢。但由于编写时间仓促、编者水平有限,在一定程度上还有不足之处,敬请专家和学者批评指正。

编 者

2010 年 12 月

目 录

第一章 急危重症	1
第一节 猝死和心肺复苏	1
第二节 高血压危象	5
第三节 急性左心衰	8
第四节 休克	11
第五节 破伤风	15
第六节 糖尿病急性并发症	18
第七节 理化因素损伤	23
一、中暑	23
二、淹溺	26
三、电击伤	29
第八节 动物咬蜇伤	30
一、毒蛇咬伤	31
二、狗咬伤	33
三、蜂蜇伤	34
四、蜈蚣咬伤	35
五、蝎子蜇伤	35
六、毒蜘蛛咬伤	36
七、蚂蟥咬伤	37
八、猫、鼠咬伤	37
第二章 感染性疾病	38
第一节 呼吸系统感染性疾病	38
一、上呼吸道感染	38
二、急性化脓性扁桃体炎	41
三、急性气管-支气管炎	43
四、慢性支气管炎急性加重	45
五、社区获得性肺炎	47
六、急性脓胸	50
七、肺脓肿	53
第二节 心血管系统感染性疾病	55
感染性心内膜炎	55
第三节 消化系统感染性疾病	59

一、葡萄球菌性食物中毒	59
二、肉毒杆菌中毒	60
三、变形杆菌性食物中毒	61
四、沙门菌食物中毒	61
第四节 泌尿系统感染性疾病	63
一、急性膀胱炎	63
二、急性肾盂肾炎	65
第五节 神经系统感染性疾病	68
一、化脓性脑膜炎	69
二、新型隐球菌脑膜炎	71
三、结核性脑膜炎	73
第六节 血液系统感染性疾病	76
败血症	76
第七节 细菌感染性传染病	79
一、细菌性痢疾	79
二、猩红热	83
三、流行性脑脊髓膜炎	86
四、伤寒和副伤寒	89
五、霍乱	93
六、百日咳	96
七、炭疽	97
第八节 病毒感染性传染病	99
一、流行性感冒	100
二、病毒性肝炎	102
三、流行性乙型脑炎	105
四、流行性出血热	109
第九节 寄生虫感染性传染病	113
一、黑热病	114
二、肠道寄生虫病	116
三、血吸虫病	120
四、华支睾吸虫病	123
五、肺吸虫病	125
六、绦虫病	127
七、囊虫病	128
八、包虫病	130
九、阿米巴病	131
第十节 螺旋体感染性传染病	135
钩端螺旋体病	135



第一章

急 危 重 症

第一节 猝死和心肺复苏

学习目标

识记:

猝死和心肺复苏的定义,熟记心肺复苏的操作步骤。

理解:

猝死的产生机制。

应用:

能正确应用基本药物对猝死进行抢救和治疗。



任务引领

患者,男,71岁,在家上厕所后突发胸闷,1小时后由家人急送入院,急诊送入心内科,可见患者发绀明显,在将患者由担架上搬至病床上时突然出现呼吸骤停,心电监护示室性逸搏心律,心率45次/分左右,立即面罩吸氧,同时胸外心脏按压,急请麻醉科气管插管。经正规心肺复苏约60分钟,患者心跳、呼吸未恢复,心电监护示直线,宣布死亡。患者既往有糖尿病病史。

请思考:

1. 请作出正确诊断。
2. 治疗要点有哪些?
3. 列出常用的基本药物及使用方法。

【概述】

猝死是指平时貌似健康的人,因潜在的自然疾病突然发作或恶化,而发生的急骤死亡。1979年国际心脏病学会、美国心脏学会以及1970年世界卫生组织定义的猝死为:急性症状发生后即刻或者在24小时内发生的意外死亡。目前大多数学者倾向于将猝死的时间限定在发病1小时内。导致猝死的原因很多,大体分为两个方面:一种是因为心源性原因,也就是心脏本身造成的猝死,如冠心病、心肌疾病、主动脉疾病及瓣膜性心脏病等;另外一大类原因是非心源性原因,也就是非心脏性的疾病造成的猝死,如溺水、电击、药物过量中毒等。

心肺复苏术就是针对呼吸心跳停止的急症危重患者所采取的抢救治疗措施,即用人工呼吸代替患者自主呼吸并恢复自主呼吸,用心脏按压或其他方法暂时维持人工循环并恢复自主心脏搏动和有效血液循环,达到挽救生命的目的。



(一) 病因

1. 心脏疾病 绝大多数猝死为致命性心律失常所致(90%),其中80%为心室颤动,20%为心室停搏。引发致命性心律失常的基础病变最常见的是冠状动脉性心脏病(约占75%)。其他病变还有心脏瓣膜病、心肌病变、心脏电生理异常(如心脏传导系统纤维化、先天性长Q-T间期综合征)、大失血和严重休克、药物中毒以及电解质平衡失调(如低钾血症、低镁血症)等。

2. 肺栓塞 由于检查手段的不断完善,结合死者尸检表明,近年来,肺栓塞的发病率越来越高,在老年猝死的病因中占有重要的地位。由于老年人大多存在血液高凝状态,相当一部分患者有下肢静脉曲张、静脉炎或血栓形成。有的因病卧床时间长,活动少,也容易发生肺栓塞。一旦发生肺动脉较大分支的堵塞,即可出现致命性的后果,抢救成功率也低。

3. 脑血管疾病 主要是脑出血。脑出血病患者绝大多数有血管病的基础,高血压、糖尿病和动脉粥样硬化等是常见病因。在情绪激动、烟酒等不良刺激下,常可引起血压急剧升高以致血管破裂。

4. 消化道疾病 其中出血性坏死性胰腺炎导致猝死较多,而上消化道大出血等同样可发生猝死。消化道出血患者常有潜在的食管静脉曲张、消化性溃疡、大量服药或应激史。夜间突发出血引起休克或呕吐物阻塞咽喉引起窒息等,常常是上消化道出血导致猝死的主要原因。

5. 低血糖 老年糖尿病患者夜间因严重低血糖导致猝死的也较多见。其原因在于相当一部分老年糖尿病患者治疗不正规,或接受降糖药治疗后未及时进餐;有的患者血糖水平变化较大,夜间常发生低血糖。一旦发生严重低血糖,由于夜间中枢神经系统和交感神经系统抑制,迷走神经张力过高,如果同时应用 β 受体阻滞剂等会导致应激能力进一步减退,加之熟睡等因素,往往不会出现心慌、饥饿、出汗等典型低血糖症状,患者不易觉察而导致猝死。

(二) 临床表现

猝死发生前患者可无任何症状,甚至可无明确器质性病变。心脏病患者约半数以上的猝死患者在2周内常有胸痛、心悸、恐惧渐重、疲乏、无力等先兆症状。

心脏丧失有效收缩4~15秒即出现的临床体征主要有:突然意识不清或抽搐,呼吸迅速,变浅、变慢或停止大动脉搏动消失、心音消失、瞳孔散大、皮肤出现发绀、神经反射消失,有些患者在睡眠中安静死去。

心电图检查可发现PQRS波消失,而出现粗细不等的室颤波形或心电图,呈缓慢畸形的QRS波但不产生有效的心肌机械性,收缩心室停搏心电图呈直线或仅有房波。

【诊断要点】

主要是心搏骤停和呼吸停止。

1. 心音消失。
2. 脉搏触不到,血压测不出。
3. 意识突然丧失,若伴抽搐,称之为阿斯综合征,发作可自限,数秒或1~2分钟可恢复,持续时间长可致死。



4. 呼吸断续,呈叹息样,随后停止。
5. 昏迷。
6. 瞳孔散大。
7. 心源性猝死患者的心电图表现有三种病理类型 ①心室纤颤;②心室停顿;③心电-机械分离。

【治疗要点】

由于心脏骤停发生后 4~6 分钟脑组织可发生不可逆病变,故抢救成功的关键是,一经诊断,立即快速有效地进行心肺复苏术,复苏过程分为:初期复苏或基础生命支持;二期复苏或加强生命支持;后期复苏或长程生命支持。

1. 初期复苏 初期复苏的尽早实施是复苏成功的关键。其任务和步骤可归纳为:A(保持呼吸道通畅)、B(进行有效的人工呼吸)、C(建立有效的人工循环)、D(除颤)。人工呼吸和心脏按压是初期复苏的主要措施。

(1) 判断意识和畅通气道:迅速清除呼吸道内的异物或分泌物,利用仰头托下颌法、腹部冲击法通畅气道。

(2) 人工呼吸:畅通气道后判断若无呼吸立即实施人工呼吸。人工呼吸方法可分为两类:一类是徒手人工呼吸法,包括口对口(鼻)和口对鼻塞人工呼吸,其中口对口(鼻)人工呼吸最适用于现场复苏;另一类是利用简易呼吸器辅助人工呼吸。实施人工呼吸时每次必须尽量多吸气,再用力吹出,以使患者胸廓起伏为有效标准,开始可连续吹气 3~4 次,每次给气时间为 1 秒。

(3) 胸外心脏按压:实施胸外心脏按压时,患者平卧于木板或地板上。术者立或跪于患者一侧。心脏按压部位为剑突上 4~5cm 处,即胸骨上 2/3 和下 1/3 交界处,两乳头连线中点。双肩前倾在患者胸部正上方,以一掌根置于按压点,双手掌根重叠,手指互扣翘起,两臂伸直,用整个上半身的重量垂直下压,使胸骨下陷 4~5cm,随即放松,但手掌根部不要离开按压点,下压与放松时间大致相等。对于儿童只用单手按压,深度为 3cm。对于婴儿用示指和中指按压即可,深度为 2cm。一般来说,按压次数为 100 次/分,胸外按压与人工呼吸比例为 30:2。

(4) 除颤:如存在室颤或无脉性室速,立即给予电除颤,电击能量:首次除颤用 200J,第二次为 200~300J,第三次为 360J。

2. 二期复苏 持续维持呼吸循环,借助于器械和设备持续人工呼吸和心脏按压,必要时气管插管或气管切开给予机械通气。

3. 后期复苏

(1) 继续维持良好的呼吸功能,确保循环功能稳定,防治肾衰竭。

(2) 脑复苏:脱水、降温和肾上腺皮质激素的应用可有效防治急性脑水肿。

4. 心肺复苏有效指标和终止抢救指征

(1) 心肺复苏有效的指标:心肺复苏术操作是否正确,主要靠平时严格训练,掌握正确的方法。而在急救中判断复苏是否有效,可以根据下列五方面进行综合考虑:

1) 瞳孔:复苏有效时,可见瞳孔由大变小,如瞳孔由小变大、固定,则说明复苏无效。



2) 面色(口唇):复苏有效,可见面色由发绀转为红润;若变为灰白,则说明复苏无效。

3) 颈动脉搏动:按压有效时,每一次按压可以摸到一次搏动,若停止按压,搏动亦消失,此时应继续进行心脏按压,若停止按压后脉搏仍跳动,则说明患者心跳已恢复;按压有效时可测到血压在 60/40mmHg 左右。

4) 神志:复苏有效,可见患者有眼球活动,睫毛反射与对光反射出现,甚至手脚开始活动。

5) 出现自主呼吸:自主呼吸出现,并不意味可以停止人工呼吸,如果自主呼吸微弱,仍应坚持口对口呼吸。

(2) 终止心肺复苏的指征:心肺复苏应坚持连续进行,抢救中不可武断地作出停止复苏的决定。在医院内如有条件确定下列指征时,可考虑终止心肺复苏:

1) 脑死亡:脑死亡的诊断标准如下:①有明确病因,而且为不可逆性;②脑干反射消失;③对疼痛无运动反应(深昏迷);④呼吸停止, $\text{PaCO}_2 \geq 8.0\text{kPa}$ (60mmHg)。⑤无自主呼吸(靠呼吸机维持,呼吸暂停试验阳性);⑥脑电图平直,经颅脑多普勒超声脑死亡图形,且观察 24 小时无变化。

2) 无心跳及脉搏:有以上脑死亡诊断标准的①~④点,且无心跳,心肺复苏 30 分钟以上,可以考虑终止复苏。

【药物治疗】

1. 肾上腺素 是心肺复苏中的首选药物,有助于自主心律的恢复。首次静脉注射 1mg,如无效可每 3~5 分钟重复一次。

2. 利多卡因 是治疗室性心律失常的有效药物,尤其适用于治疗室性期前收缩或阵发性室性心动过速。静脉注射者首次用量 1~15mg/kg,无效者可每 3~5 分钟重复一次,但总量不超过 3mg/kg,一小时总量不超过 300mg。静脉滴注者以 5% 的葡萄糖注射液稀释成 1~4mg/ml 的药液滴注。注意老年人、心力衰竭、心源性休克、肝肾功能障碍者应减少用量,以 0.5~1mg/min,不超过 100mg/h。

3. 阿托品 用于窦性心动过缓者,尤适用于有严重窦性心动过缓合并低血压、低组织灌注或合并频发室性期前收缩者。心脏停搏者用量 1mg 静脉注射,心动过缓时首次用量 0.5mg,无效者每 5 分钟可重复应用。

4. 去甲肾上腺素 用于外周血管阻力降低合并低血压者。开始以 0.04~0.2 $\mu\text{g}/\text{kg}$,逐渐调至有效剂量,达到每分钟 0.2~0.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 。

5. 异丙肾上腺素 主要用于治疗房室传导阻滞。静脉输注 2~20 $\mu\text{g}/\text{min}$ 。

6. 多巴胺 适用于低血压患者。开始 1~5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,10 分钟内以 1~4 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 速度递增,以达到推荐剂量 5~20 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。

7. 氯化钙 适用于高血钾或低血钙引起的心脏停搏。缓慢静脉注射 1~15mg/kg。

8. 碳酸氢钠 用于纠正急性代谢性酸中毒。选用 5% 碳酸氢钠溶液静脉滴注,最好根据血液 pH 和动脉血气分析指导用药。

9. 多巴酚丁胺 用于严重的心力衰竭者。用量 5~20 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。

【预后及注意事项】

(一) 预后



1. 预后取决于抢救是否及时、心功能的状态和心电活动类型。
2. 继发于显著的左室功能减退者,预后差,复苏成功率低,即使复苏成功,其心室颤动的复发率亦很高。
3. 严重非心脏病变引起心脏骤停,如恶性肿瘤、败血症、器官衰竭、终末期肺部疾病和严重中枢神经系统的疾病等致命性或晚期性疾病,复苏成功率极低,预后不良。
4. 急性中毒、电解质紊乱、酸中毒、低氧血症等,由于暂时性的代谢紊乱所引起的心脏骤停,如能消除促发因素,则预后较佳。

(二) 注意事项

1. 合理调整饮食。
2. 戒烟限酒。
3. 保持心情舒畅及情绪稳定。
4. 避免过度劳累。注意过度疲劳的危险信号及重视发病的前兆症状。
5. 坚持适度体育锻炼,冬季注意保暖,锻炼避开一天中较冷的清晨。
6. 定期健康检查。
7. 有病早医治,对已患有冠心病、高血压等疾病的患者应在医生指导下坚持服药治疗。心脑血管疾病、哮喘、呼吸暂停等是导致冬季猝死的重要原因,注意加强防治。

(丁建红)

第二节 高血压危象

学习目标

识记:

高血压危象的定义,熟记高血压危象的临床表现。

理解:

高血压危象的产生机制。

应用:

能用基本药物对高血压危象进行治疗。



任务引领

患者,男,58岁,因间断头晕、耳鸣2年,加重伴头痛1天入院。入院查体:T 36.7℃,P 85次/分,R 24次/分,BP 190/110mmHg。双肺呼吸音清,未闻及杂音。心音有力、心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹柔软,无压痛、反跳痛及肌紧张。ECG未见明显异常。抽血化验大致正常。头CT未见异常。

请思考:

1. 请作出正确诊断。
2. 治疗要点有哪些?
3. 列出常用的基本药物及使用方法。



【概述】

高血压是以体循环动脉收缩压和(或)舒张压增高为主要表现的临床综合征,是最常见的心血管疾病之一。

高血压患者在某些诱因(如突然的精神创伤、过度紧张、焦虑、疲劳、寒冷刺激及女性内分泌紊乱等)过度刺激时,引起交感神经活动亢进,血儿茶酚胺增高,周围血管阻力的突然上升,血压急剧升高,SBP 可达到 260mmHg,DBP 可达到 120mmHg,称为高血压危象。

(一) 病因

本病的诱因主要为精神创伤、情绪变化、过度疲劳、寒冷刺激、气候变化和内分泌失调(如绝经期或经期)等。病因包括以下情况:

- (1) 高血压脑病。
- (2) 小动脉病变。
- (3) 肾损害。
- (4) 微血管内凝血。
- (5) 妊娠高血压综合征。

本病患者多突然起病,病情凶险,通常表现为剧烈头痛,伴有恶心、呕吐、视力障碍和精神及神经方面异常改变。

(二) 主要临床表现

1. 血压显著增高 收缩压升高可达 200mmHg 以上,严重时舒张压也显著增高,可达 117mmHg 以上。

2. 自主神经功能失调征象 发热感、多汗、口干、寒战、手足震颤、心悸等。

3. 靶器官急性损害的表现

(1) 视力模糊,视力丧失,眼底检查可见视网膜出血、渗出、视神经乳头水肿。

(2) 胸闷,心绞痛,心悸,气急,咳嗽,甚至咳泡沫痰。

(3) 尿频,尿少,血浆肌酐和尿素氮增高。

(4) 一过性感觉障碍,偏瘫,失语,严重者烦躁不安或嗜睡。

(5) 胃肠道有恶心、呕吐。

(6) 心脏增大,可出现急性左心衰竭。

【诊断要点】

1. 头痛、烦躁、面色苍白或潮红、多汗、眩晕、恶心、呕吐、心悸、气急及视力模糊等症状。

2. 伴靶器官病变者可出现心绞痛、肺水肿或高血压脑病。

3. 血压以收缩压显著升高为主,也可伴舒张压升高。

4. 发作一般历时短暂,必须紧急处理,控制血压后病情可迅速好转,但易复发。

【治疗要点】

1. 改善生活方式的同时必须立即给予药物治疗。

2. 必须立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行强化治疗,



绝大多数患者需终身服药。

3. 应迅速使血压下降,同时也应对靶器官的损害和功能障碍予以处理。

4. 对血压急骤增高者,以静脉滴注给药最为适宜,这样可随时改变药物的需要剂量。

5. 急救措施 高血压患者由于劳累、情绪波动、精神创伤等诱因,在或长或短的时间内使血压急剧升高,病情急剧恶化称为高血压危象。患者先出现剧烈头痛、眩晕、视力模糊,如不及时处理,病情将进一步恶化,进而发生神志改变、恶心、呕吐、腹痛、呼吸困难、心悸等。重症者又出现抽搐、昏迷、心绞痛、心衰、肾衰、脑出血等严重后果。当高血压病患者出现上述症状后要立即绝对卧床休息,并服用硝苯地平(心痛定)、拉贝洛尔(降压乐)、利血平等快速降压药,及地西泮(安定)10mg。严禁服用氨茶碱、麻黄碱(麻黄素)等兴奋剂或血管扩张剂。同时呼叫救护车,尽快送往就近医院系统治疗。

【药物治疗】

1. 硝普钠 直接扩张动脉和静脉,使血压迅速降低。开始以每分钟10~25 μg 静滴,密切观察血压,每隔5~10分钟可增加剂量,可逐渐增加到每分钟200~300 μg 。硝普钠降压作用迅速,停止滴注后,作用在3~5分钟内即消失。该药溶液对光敏感,每次应用前需新鲜配制,滴注瓶需用铝箔或黑布包裹。硝普钠在体内红细胞中被代谢为氰化物,然后形成硫氰酸盐从尿中排出,大剂量或超过72小时应用可能发生硫氰酸中毒,有肾功能不全时慎用。

2. 硝酸甘油 以扩张静脉为主,较大剂量时也使动脉扩张。静脉滴注可使血压较快下降,开始为每分钟5~10 μg ,可逐渐增加至每分钟50~100 μg 。停药后数分钟作用即消失。副作用有心动过速、面红、头痛、呕吐等。

3. 硝苯地平 舌下含服可治疗较轻的高血压急症,10~20mg,5~10分钟可见血压下降,作用可维持4~6小时。

4. 尼卡地平 二氢吡啶类钙通道阻滞剂,用于高血压急症治疗剂量为:静脉滴注从0.5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 开始,密切观察血压,逐步增加剂量,可用至6 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。副作用有心动过速、面部潮红、恶心等。

5. 二氮嗪 200~300mg,于15~30秒内静脉注射,必要时2小时后再注射。可与呋塞米联合治疗,以防钠潴留。

6. 拉贝洛尔 20mg静脉缓慢推注,必要时每隔10分钟注射一次,直到产生满意疗效或总剂量200mg为止。

7. 酚妥拉明 5mg缓慢静脉注射,主要用于嗜铬细胞瘤高血压危象。

8. 人工冬眠 氯丙嗪50mg、异丙嗪50mg和哌替啶100mg,加入10%的葡萄糖溶液500ml中静脉滴注,亦可使用其一半剂量。

【预后及注意事项】

(一) 预后

1. 多数患者预后一般较好。

2. 原有高血压病病情严重、进展迅速的患者如急进型原发性高血压、急进型肾炎等,预后较差。



3. 并发高血压脑病、急性左心衰竭和急性肾衰竭者因脏器病变严重,降压药物治疗效果差等因素,导致预后亦较差。

(二) 注意事项

1. 注意劳逸结合,适当体育锻炼。
2. 饮食清淡、低盐,防止体重超重。
3. 组织高血压普查,以便早期发现,早期治疗,以防靶器官损害。

(丁建红)

第三节 急性左心衰

学习目标

识记:

熟记急性左心衰的诊断要点。

理解:

急性左心衰的概述。

应用:

能利用基本药物对急性左心衰进行处理。



任务引领

刘先生,70岁,有心脏损害病史,突感严重呼吸困难,端坐呼吸,频繁咳嗽,咳白色或粉红色泡沫痰,烦躁不安,面色苍白,口唇青紫,末梢发绀,大汗淋漓,心悸,乏力。体检:T 37.3℃,HR 132次/分,R 26次/分,BP 130/75mmHg。双肺布满湿啰音及哮鸣音,心尖部可闻及奔马律。

实验室检查:①X线可见肺门有蝴蝶状阴影并向周围扩大,心尖搏动减弱。②心电图示各种心律失常。

请思考:

1. 请作出正确诊断。
2. 治疗要点有哪些?
3. 列出常用的基本药物及使用方法。

【概述】

急性心力衰竭是指由心脏急性病变引起心肌收缩力明显降低,或心室负荷加重而导致急性心排量显著、急剧的下降,甚至丧失排血功能,导致组织器官灌注不足和急性肺淤血综合征。临床上最常见的是急性左心衰,表现为急性肺水肿(急性肺淤血),如抢救不及时可发生心源性休克或心脏停搏,是内科急性危重症。

(一) 病因

急性心力衰竭常由于一定诱因,使心功能代偿的患者突然发生心力衰竭,或使已有心力衰竭的患者突然病情加重。因此,它可发生在心功能正常,或无心脏病变的患者。

1. 急性心肌弥漫性缺血损害,导致心肌收缩无力,常见急性广泛前壁心肌