

493203

WEIZHONGZHENG QIANGJIU SHOUC

危重症 抢救手册

林才经·游兰姬编
福建科学技术出版社

危重症抢救手册

林才经 游兰姬 编
潘秀珍 审

福建科学技术出版社
1988年·福州

责任编辑：郑爱今

危重症抢救手册

林才经 游兰姬 编 潘秀珍 审

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 4.75印张 95千字

1988年10月第1版

1988年10月第1次印刷

印数：1—6,000

ISBN 7—5335—0172—1/R·42

定价：1.15 元

前 言

随着医疗事业的发展，急救医学已成为一门新兴独立的学科。

临床工作中，最重要的问题，莫过于急症的处理。急症病因复杂，要做好急危重症的抢救，必须迅速作出诊断，并进行紧急处理。为了发展我国的急救医学事业，创造高水平的医院急诊服务和强化治疗，亟需有一本内容丰富、简明扼要、切合实用的临床急救手册。有鉴于此，我们参阅了国内外近年来出版的有关急救医学专著，如美国 Michael S. Kobernick, M. D 主编的《Emergency Medicine clinics of North America》和 Jack J. Kleid, M. D 主编的《Handbook of Medical Emergencies》等，编写了《危重症抢救手册》。此书正式出版之前曾作为福建省急救医学学习班教材，经内部发行、试用，颇受欢迎。我们祈望本书能成为临床工作者的参考书。

限于我们的水平和经验，书中缺点和错误在所难免，恳请同道们不吝赐教。

编者

1988年5月

目 录

一、常用急救技术·····	(1)
胸外心脏按压术·····	(1)
人工呼吸术·····	(2)
静脉切开术·····	(3)
气管插管术·····	(4)
气管切开术·····	(5)
胃管洗胃法·····	(7)
三腔二囊管压迫止血法·····	(8)
腹腔穿刺术·····	(9)
胸腔穿刺术·····	(10)
心包穿刺术·····	(12)
腰椎穿刺术·····	(13)
中心静脉压测定术·····	(14)
二、危重症的抢救图 (表) 解·····	(15)
心肺复苏规程·····	(15)
昏迷抢救规程·····	(16)
昏厥抢救规程·····	(17)
脑疝的抢救规程·····	(18)
脑血管意外的抢救规程·····	(19)
急性肾功能衰竭抢救规程·····	(20)
休克的抢救规程·····	(21)

过敏的抢救规程.....	(22)
抢救心律失常不同疗法的选择.....	(23)
缓慢型心律失常的常见病因及抢救规程.....	(24)
快速型心律失常的常见病因及抢救规程.....	(25)
上消化道出血的抢救规程.....	(28)
咯血的抢救规程.....	(29)
中毒的抢救规程.....	(30)
三、危重疾病的诊断与抢救.....	(31)
脑出血.....	(31)
癫痫.....	(33)
高血压危象.....	(36)
急性心肌梗塞.....	(38)
致命的心律失常.....	(40)
急性肺水肿.....	(42)
心源性休克.....	(44)
急性肾功能衰竭.....	(47)
慢性肾功能衰竭.....	(48)
慢性肺原性心脏病.....	(50)
自发性气胸.....	(55)
肺梗塞.....	(56)
重症支气管哮喘.....	(58)
成人型呼吸窘迫综合征 (ARDS)	(60)
食管下段或胃底静脉曲张破裂出血.....	(62)
胃、十二指肠溃疡出血.....	(65)
急性弥漫性腹膜炎.....	(67)
急性出血坏死型胰腺炎.....	(69)

肝性脑病·····	(71)
高钾血症·····	(74)
糖尿病昏迷·····	(76)
甲状腺危象·····	(78)
肾上腺危象·····	(81)
食物中毒·····	(83)
药物过敏·····	(84)
急性药物中毒·····	(86)
急性一氧化碳中毒·····	(89)
急性安眠药物中毒·····	(91)
电击伤·····	(92)
中暑·····	(94)
急性有机磷农药中毒·····	(95)
四、常用急救药物·····	(99)
附录 1 监测公式·····	(112)
(1) 给氧浓度公式·····	(112)
(2) 基础代谢率公式·····	(113)
(3) 体表面积计算公式·····	(113)
(4) 纠正代谢性酸中毒计算公式·····	(113)
(5) 纠正电解质紊乱有关公式·····	(114)
(6) 水分缺乏量计算公式·····	(115)
(7) 糖尿病病人胰岛素用量计算公式·····	(116)
附录 2 人体检验正常值·····	(117)
(1) 血液检查正常值·····	(117)
(2) 血液生化检查正常值·····	(119)
(3) 血气分析正常值·····	(125)

(4) 尿液检查正常值·····	(126)
(5) 脑脊液检查正常值·····	(128)
附录 3 其他 ·····	(129)
(1) 低排高阻型休克与高排低阻型休克的鉴别·····	(129)
(2) 革兰氏阳性球菌感染与革兰氏阴性杆菌感染 的鉴别·····	(130)
(3) 三种低钠血症的鉴别·····	(131)
(4) 急性肾功能衰竭与脱水的鉴别·····	(133)
(5) 尿毒症性酸中毒与肾小管性酸中毒的鉴别·····	(134)
(6) 休克时中心静脉压与动脉血压改变的机理与 治疗·····	(134)
(7) 出血性休克输入扩容剂与全血量的比例·····	(135)
(8) 肾功能减退时给药方法·····	(136)
(9) 急性肾功能衰竭时选用抗菌素的参考表·····	(136)
(10) 利尿剂对各种程度心衰的应用表·····	(138)
(11) 酸碱失衡类型诊断表·····	(139)
(12) 几种常用解痉、祛痰、制菌、消炎合剂·····	(140)
(13) 常用盐电解质含量的换算·····	(140)

一、常用急救技术

胸外心脏按压术

1. 适应症

心跳停止。

2. 操作方法

(1) 将病人平卧在硬板床上或地上，头低足略高。

(2) 术者左掌根部置于患者胸骨的中1/3与下1/3的交界处，右掌叠加其上，臂伸直，有节律地、垂直地施加力量，使胸骨能下压3~4厘米左右。松弛与按压紧接，时间相等。

(3) 松弛时掌根不应离开胸壁，但完全不用力，让胸骨回复正常静止位置。

(4) 平均按压频率80次/分左右。

(5) 幼儿只用一个平掌即可，乳儿只用食指和中指在胸骨中央向下压1~2厘米，平均频率100次/分。

(6) 在进行心脏按压的同时，必须同时进行口对口的人工呼吸。二个人操作时，每按压5次，做一次人工呼吸。如一个人操作时，每按压15次，人工呼吸2次。

3. 注意事项

(1) 自主心搏未恢复前，如必须暂停心脏按压（如测心电图、换操作人等），每次暂停时间切勿超过10~15秒。

(2) 按压的位置要正确，按压力要适宜，否则不仅无效，且易致肋骨骨折、心包积液、肝破裂等。

(3) 合并有胸腔积液、张力性气胸、心包积液或胸廓畸形时，禁忌胸外心脏按压。

人工呼吸术

1. 适应症

呼吸衰竭或呼吸停止。

2. 操作方法

(1) 病人仰卧，术者一手抬高病人的下颌，使病人口张开，呼吸道通畅。另一手捏紧病人鼻孔以免漏气。

(2) 术者深吸一口气后，将口紧贴病人的口，缓慢并均匀地吹气，使病人的胸部扩张。

(3) 吹气停止后，术者头稍向侧转，并松开捏病人鼻孔的手。让病人被动地呼气，病人肺内的气体则自行排出。

(4) 按以上步骤反复进行，每分钟吹气14~16次。

3. 注意事项

(1) 吹气的压力应均匀，不可过猛过大。

(2) 吹气时间宜短，约占一次呼吸周期的1/3。

(3) 如遇牙关紧闭者，可行口对鼻吹气。

(4) 幼儿颈软，头部过度后仰反而能阻塞呼吸道或造成颈椎脱臼。

(5) 胃内容物过多时，应把影响作人工呼吸的胃内容物排除。

(6) 人工呼吸头4次应用大气力吹进去。

(7) 如病人口中有呕吐物、血液、痰液等，应迅速清除。有假牙者，应当取出。必要时，将其舌以纱布包住拉出，以免后缩阻塞呼吸道。

(8) 如合并有心跳停止者，人工呼吸应与心脏挤压同步进行。

(9) 疑有颈椎损伤，避免头后仰，需固定中立位，两手掌挟着头部，两手食指举起两下颌角。

(10) 人工呼吸时，空气易误咽入胃内导致胃膨胀，应引起注意。意识丧失的病人即使轻压上腹部也易引起胃内容物逆流，所以应将患者头转向侧方，避免误吸。

静脉切开术

1. 适应症

(1) 急需补液、输血或注射某些药物，而静脉穿刺有困难时。

(2) 需要长期的补液或输血，估计静脉穿刺不能维持时间过久者。

(3) 病员烦躁不安，静脉穿刺针无法持久固定者。

2. 操作方法

(1) 病人取仰卧位，术侧下肢外旋。

(2) 选择内踝前方的大隐静脉为切开部位。

(3) 将局部皮肤消毒，盖上无菌洞巾。

(4) 局部浸润麻醉后，在内踝上方作斜行切口1.5~2厘米。

(5) 用小弯止血钳分离皮下组织，分离出静脉。

(6) 在静脉下面引过二段丝线，将静脉的远端结扎，近端的丝线打一个活结，暂不结扎。

(7) 牵引远端已结扎的丝线，将静脉提起，在静脉上剪一斜口，将连接于输液瓶橡皮管上排去空气的塑料管插入。

(8) 将近端丝线的活结打紧，固定塑料管于静脉腔内。然后检查塑料管补液是否通畅或渗漏。

(9) 切口皮肤用丝线缝合，塑料管用胶布固定，创口处盖以灭菌纱布。

3. 注意事项

(1) 切口不宜过深，以免伤及血管。

(2) 塑料管留置时间一般不要超过 5 天，否则易发生感染和静脉炎。

(3) 塑料管插入后，必须证明确实通畅，才能再接上滴注装置。

(4) 发生感染或静脉炎时，立即除去塑料管，给予抗菌素，并使病人肢体抬高，局部硫酸镁湿敷。

气管插管术

1. 适应症

(1) 维持呼吸道通畅，减少气道阻力。

(2) 便于人工呼吸或加压给氧。

(3) 便于清除呼吸道分泌物。

2. 操作方法

(1) 病人仰卧，头后仰，术者左手持喉镜从病人口腔右侧伸入，将舌向左推开，暴露悬雍垂，喉镜窥视片向前推进

暴露会厌。

(2) 上提弯型窥视片，即可暴露声门。

(3) 将气管导管通过声门插入气管，插入深度5~6厘米，继而放入牙垫，用胶布将导管及牙垫一并固定。

(4) 向导管前端的套囊注入适量空气，一般注气5毫升，用血管钳夹住，不使漏气，避免呕吐物、口腔分泌物流入气管。

(5) 将气管导管接连简易呼吸器进行机械呼吸。

3. 注意事项

(1) 气管导管留置时间一般不应超过48小时，以免引起喉头损伤。

(2) 插管后48小时内病情不见改善，可行气管切开术。

(3) 插管太浅易脱出，太深可误入支气管。

(4) 插管后吸痰时，必须保持无菌操作。

气管切开术

1. 适应症

(1) 各种原因所致的喉阻塞及下呼吸道梗阻引起呼吸困难、缺氧、烦躁不安者。

(2) 深度昏迷，呼吸道分泌物排出不畅有发生窒息危险者。

(3) 呼吸衰竭伴痰液潴留者。

(4) 作为颈部大手术或口腔、咽、喉部手术的辅助手术。

2. 操作方法

(1) 仰卧、垫肩、头固定于正中位。极度呼吸困难者，可取半卧位，头后仰。

(2) 颈部皮肤常规消毒，铺洞巾，局部麻醉。

(3) 术者站在病人右侧，自环状软骨下缘至胸骨上凹，沿正中线切开皮肤，分离皮下组织，结扎血管。再沿中线切开颈浅筋膜，分离舌骨下肌群，将甲状腺峡部向上推开，暴露气管。

(4) 切开气管的第三、四软骨环，张开切口，置入金属气管套管。

(5) 彻底止血，在切口上端皮肤缝合1~2针，创面盖纱布。

(6) 缚好气管套管系带。

(7) 窒息垂危者，应做紧急气管切开术，亦可用粗针头穿刺气管，保证气管通畅后，再作气管切开。

3. 注意事项

(1) 术后禁用吗啡、阿托品。

(2) 保持气管套管通畅，经常清洗气管套管内套。

(3) 气管套管口可盖一层浸有生理盐水的纱布，以避免干燥空气直接进入。

(4) 创口纱布每日换1~2次。

(5) 结牢套管系带，防止气管套管脱出。小儿患者应固定双手，以免发生意外。

(6) 呼吸道梗阻解除后，可以准备拔管。拔管前应先试塞管，如塞管后病人呼吸平稳，经24~48小时即可拔管。

(7) 拔管后创口不必缝合，用消毒纱布遮盖，2~3天内创口可愈合。

(8) 接管后 1 ~ 2 天仍应准备好气管切开器械及气管套管，以防发生意外。

胃管洗胃法

1. 适应症

- (1) 清除胃内毒物或其他有害物质。
- (2) 伴有明显胃潴留或幽门梗阻病员作钡餐检查前的准备或纤维胃镜术前准备。
- (3) 胃扩张者。

2. 操作方法

- (1) 病人取半卧位或坐位(神志不清者可仰卧于床上)，胸前铺塑料布。
- (2) 向病人说明胃管插入方法及步骤，取得病人配合。
- (3) 将涂有石蜡油的胃管经口或鼻腔插入食管内，当胃管进入50厘米处，管外端口安上注射器，若能抽出胃液，即示胃管已入胃内。
- (4) 抽尽胃内容物，注入300~500毫升灌洗液，然后用50毫升针筒抽吸，直至抽出液量基本等于注入量。这样反复进行，直至抽出液澄清为止。

3. 注意事项

- (1) 昏迷者在胃管插入后应将体位改为侧卧位，以免发生吸入性肺炎。
- (2) 插入过程中应随时检查胃管是否误入气管中。
- (3) 第一次抽出液应留下做毒物分析。
- (4) 上消化道出血，食管静脉曲张，食管狭窄，严重呼

吸困难，强酸、强碱中毒，冠状动脉病变，胸主动脉瘤，食管癌者禁忌洗胃。

三腔二囊管压迫止血法

1. 适应症

肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血，经内科紧急处理后出血仍持续不止，而又不能立即进行手术治疗者。

2. 操作方法

(1) 先检查三腔管的胃囊和食管囊有否漏气，并试测注气量（一般胃囊注气150~200毫升，食管囊注气100~150毫升）。

(2) 插管前先测胃囊入胃及其上端至鼻孔前部距离，涂上液体石蜡，气囊内空气排空后，在病人镇静情况下，将三腔管从鼻孔迅速插入至减压管能抽出胃内容物时，提示三腔管前端已入胃，再往下送至预定长度，使胃囊全部入胃。

(3) 向胃囊注气，然后将三腔管往外抽拉至有弹性感，表示胃囊压迫贲门胃底部，拉紧三腔管，用宽胶布固定于前颊部。

(4) 缓慢向食管囊注入气体，压迫食管下端。

(5) 用去掉袖带的血压计连接于胃囊及食管囊外端的皮管以测压，一般胃囊压力保持在40~50毫米汞柱，食管囊保持在35~45毫米汞柱。如有漏气，应及时测压及补气。

(6) 12~24小时放气一次，半小时后再注气，48小时后放气观察24小时，如不再出血，72小时后再准备拔管。

(7) 拔管前必要时口服液体石蜡15~20毫升，稍停片刻

后缓慢拔除。

(8) 密切注意拔管后是否再度出血。

3. 注意事项

(1) 注气时，必须先向胃囊注气，再将食管囊注气。

(2) 食管囊压力不可过高，否则可产生压迫性溃疡。

(3) 气囊压迫时间一般可持续 12 小时，最长可达 24 小时。一般放置时间以不超过 72 小时为宜，如有继续出血，可适当延长填塞时间。

(4) 拔管后仍须禁食 1～2 日，然后给予温流质饮食 1～2 日，再逐渐过渡到半流质和软食。

(5) 使用过程中，须经常注意观察，防止并发症。

腹腔穿刺术

1. 适应症

(1) 协助诊断腹水的病因或腹腔内出血。

(2) 腹腔内注射药物。

(3) 大量腹水者，通过穿刺术放出部分腹水，以达缓解症状的目的。

2. 操作方法

(1) 先嘱病人排空小便，以免刺伤膀胱。

(2) 病人取半卧位或平卧稍向左侧倾斜。

(3) 选择左下腹脐与髂前上嵴连线中 1/3 与外 1/3 相接处为穿刺点。

(4) 常规消毒穿刺部位，盖上消毒洞巾，用 1% 普鲁卡因作局部麻醉，深达腹膜壁层。