



于兴礼

云南科技出版社

急症重症中毒 急救预案



责任编辑：陆秀华

封面设计：徐 芸

急症、重症、中毒急救预案

于兴礼 编著

云南科技出版社出版发行 (昆明市书林街100号)

云南国防印刷厂印装

开本：787×1092 1/16 印张：10.25 字数：180,000

1989年7月第1版 1989年7月第1次印刷

印数：1—8,200

ISBN 7—5416—0191—8/R·44 定价：4.65元

前 言

急救医学是一门新兴的边缘学科,是跨学科、跨专业而又相互关联的综合性专门医学,目前它已成为一门独立的学科,在国内外已广泛引起人们的重视。近年来,由于急性创伤、猝死率增高,促进了急救医学的发展。

急救医学是处理和研究急症、重症、中毒的处理的专业,它不是处理疾病的全过程,而重点是处理病或创伤的最初阶段,为以后的诊治创造良好条件。因此,急诊医学是研究院前抢救,包括现场急救、急救站、急诊室的急救,以及运输、通讯、组织指挥等。因此,从事急救事业的医师和基层医务人员,必须具有多学科的专业知识和独立处理复合伤和疾病的应变能力及综合救治水平。

急救工作的好坏,直接关系到伤病员的安危和预后。因为急症、重症、中毒,常发生在野外、工厂、学校、家庭等远离医院的地方,赶赴现场抢救往往是第一线的基层医务人员,如果现场急救及时、妥善、正确、有效,一部分急症、重症、中毒病人可转危为安,在初步急救处理或待病情稳定后送医院,这对病人预后极为有利;反之,若不在现场作及时、有效的初步处理,盲目送医院,很可能失去抢救机会,这在我们临床工作中,有不少血的教训。所以,基层医务人员,不仅自己要熟练掌握急救技术,还应对广大群众进行广泛宣传教育,普及急救医学知识,学会一些简单的现场急救技术,如心前拳击、心外按压、人工呼吸等。

我们认为急诊医师、护士的责任重大,争分夺秒的抢救病人的生命,是我们的神圣职责,要做到这点,不但要有高度的责任心,还必须具有丰富的急救知识和熟练的技术,为此,为了提高急救医学知识水平,提高抢救成功率,我根据自己的临床实践经验,参阅了近年来国内外杂志有关报道,收集整理出急症、重症、中毒急救预案150个,供同道们参考,希望它能对大家有所帮助。

本书以图表形式编写,内容包括诊断要点、抢救程序(抢救原则),在每一抢救程序(原则)两边,具有相应的参照内容,即具体措施、用药种类、剂量、用法。本书编排具有程序化、规格化、简明扼要、通俗易懂、便于学习掌握、具有速成教学的优点,可供医务人员抢救伤病员时参照应用。

编 者

目 录

一、常用急救技术.....	(1)
(一) 胸前拳击.....	(1)
(二) 胸外心脏按压.....	(1)
(三) 口对口人工呼吸.....	(1)
(四) 口对鼻人工呼吸.....	(1)
(五) 气管插管术.....	(1)
二、几种常用的急救措施.....	(2)
(一) 常用催吐剂.....	(2)
(二) 常用洗胃液.....	(2)
(三) 抗高热.....	(2)
(四) 抗惊厥.....	(3)
(五) 抗心力衰竭.....	(3)
(六) 抗呼吸衰竭.....	(4)
(七) 抗感染.....	(4)
(八) 抗脑水肿.....	(4)
三、急症、重症、中毒急救预案.....	(6)
急诊室急救实施图.....	(6)
循环骤停抢救要点.....	(7)
急性心肌梗塞抢救要点.....	(8)
高热抢救要点.....	(9)
惊厥抢救要点.....	(10)
上消化道出血抢救要点.....	(11)
青霉素、庆大霉素过敏反应抢救要点.....	(12)
急性呼吸窘迫综合征抢救要点.....	(13)
支气管哮喘急性发作抢救要点.....	(14)
急性心包填塞抢救要点.....	(15)
急性喉阻塞抢救要点.....	(16)
溺水抢救要点.....	(17)
缢死抢救要点.....	(18)

输液反应抢救要点	(19)
输血反应抢救要点	(20)
急性左心衰竭抢救要点	(21)
肺水肿抢救要点	(22)
阵发性室上性心动过速抢救要点	(23)
阵发性室性心动过速抢救要点	(24)
心房颤动抢救要点	(25)
房室传导阻滞抢救要点	(26)
急性乙醇中毒抢救要点	(27)
急性甲醇中毒抢救要点	(28)
电击伤抢救要点	(29)
急性一氧化碳中毒抢救要点	(30)
大咯血抢救要点	(31)
食物中毒抢救要点	(32)
穿中毒抢救要点	(33)
中暑抢救要点	(34)
失血性休克抢救要点	(35)
过敏性休克抢救要点	(36)
感染性休克抢救要点	(37)
脑血管意外抢救要点	(38)
脑出血抢救要点	(39)
蛛网膜下腔出血抢救要点	(40)
脑血栓抢救要点	(41)
脑栓塞抢救要点	(42)
脑水肿抢救要点	(43)
高血压脑病抢救要点	(44)
昏迷抢救要点	(45)
高原昏迷抢救要点	(46)
糖尿病昏迷抢救要点	(47)
肝性脑病抢救要点	(48)
结核性脑膜炎抢救要点	(49)
化脓性脑膜炎抢救要点	(50)
中毒性脑病抢救要点	(51)
颅脑外伤抢救要点	(52)
胸部外伤抢救要点	(53)
自发性气胸抢救要点	(54)
腹部闭合性创伤抢救要点	(55)
骨折救治要点	(56)

鼻出血及鼻部外伤抢救要点	(57)
急腹症鉴别诊断及治疗原则	(58)
急性胰腺炎抢救要点	(59)
胆管蛔虫症救治要点	(60)
肾及输尿管结石诊治要点	(61)
甲状腺危象抢救要点	(62)
宫外孕抢救要点	(63)
烧伤抢救要点	(64)
玻璃风抢救要点	(65)
气性坏疽抢救要点	(66)
癫痫大发作与癫痫持续状态抢救要点	(67)
歇斯底里发作救治要点	(68)
蛇咬伤救治要点	(69)
狂犬病诊治要点	(70)
蝎蟹救治要点	(71)
蜂类蜇伤救治要点	(72)
水蛭(蚂蝗)咬伤救治要点	(73)
有机磷中毒抢救要点	(74)
有机氟农药(杀虫脒、螟蛉畏、巴丹)中毒抢救要点	(75)
有机氯中毒抢救要点	(76)
乌头类中毒抢救要点	(77)
植物性皮炎诊治要点	(78)
橡胶籽中毒抢救要点	(79)
氰化物(木薯、杏仁、桃仁、枇杷仁、照相电镀药品)中毒抢救要点	(80)
急性苯胺中毒抢救要点	(81)
无机氟类(氟化钠、砷氟酸钠)中毒抢救要点	(82)
汞剂中毒抢救要点	(83)
磷(火柴、磷化钾、杀鼠药)中毒抢救要点	(84)
急性黄磷中毒抢救要点	(85)
氯乙酰胺中毒抢救要点	(86)
火油(汽油、煤油)中毒抢救要点	(87)
邻酸二甲酯急性中毒抢救要点	(88)
刺激性气体(氯气、光气、二氧化硫)中毒抢救要点	(89)
四氯化碳中毒抢救要点	(90)
亚硝酸盐(茼蒿菜、腌渍青白菜、红苕、甜菜)中毒抢救要点	(91)
夹竹桃中毒抢救要点	(92)
鱼胆中毒抢救要点	(93)
河豚及蟹类中毒抢救要点	(94)

白果中毒抢救要点	(95)
砷、三氧化砷(砒霜、信石)中毒抢救要点	(96)
铅中毒抢救要点	(97)
急性钡中毒抢救要点	(98)
汞中毒抢救要点	(99)
局部麻醉药(普鲁卡因、可卡因、潘妥卡因、紫罗卡因)中毒抢救要点	(100)
654—2 反应救治要点	(101)
糖皮质激素反应救治要点	(102)
咪噻吩中毒抢救要点	(103)
酚类(来苏尔、石炭酸)中毒抢救要点	(104)
非那西丁中毒抢救要点	(105)
阿片类中毒抢救要点	(106)
安定剂类(安定、安宁、利眠宁)中毒抢救要点	(107)
安妥中毒抢救要点	(108)
苯妥英钠(大仑丁)中毒抢救要点	(109)
唑啉类(氨基比林、安替比林、安乃近)中毒抢救要点	(110)
六磷酸及水杨酸盐中毒抢救要点	(111)
安痛定中毒反应抢救要点	(112)
奎宁中毒抢救要点	(113)
磷酸伯氨喹中毒抢救要点	(114)
乙胺嘧啶中毒抢救要点	(115)
巴比妥类中毒抢救要点	(116)
洋地黄类药物中毒抢救要点	(117)
盐酸麻黄碱中毒抢救要点	(118)
利血平中毒抢救要点	(119)
樟脑中毒抢救要点	(120)
樟脑球(臭)中毒抢救要点	(121)
珊瑚中毒抢救要点	(122)
抗组胺类药物中毒抢救要点	(123)
阿的平中毒抢救要点	(124)
含砷药中毒抢救要点	(125)
氯化物中毒抢救要点	(126)
蓖麻油中毒抢救要点	(127)
冬麻类中毒抢救要点	(128)
山莨菪中毒抢救要点	(129)
藜芦类中毒抢救要点	(130)
高锰酸钾中毒抢救要点	(131)
异烟肼中毒抢救要点	(132)

氯化铝中毒抢救要点	(133)
碘中毒抢救要点	(134)
强酸中毒抢救要点	(135)
强碱中毒抢救要点	(136)
亚硝酸盐中毒抢救要点	(137)
乌钱子中毒抢救要点	(138)
动物药中毒抢救要点	(139)
桐油中毒抢救要点	(140)
硝基酚中毒抢救要点	(141)
急性溴甲烷中毒抢救要点	(142)
急性沥青中毒抢救要点	(143)
敌鼠钠中毒抢救要点	(144)
溴代毒鼠磷中毒抢救要点	(145)
灭鼠优中毒抢救要点	(146)
氯化物中毒抢救要点	(147)
急性致死剂中毒抢救要点	(148)
杀虫双中毒抢救要点	(149)
二溴氯丙烷 (DBCP) 中毒抢救要点	(150)
绿豆中毒抢救要点	(151)
菜豆角中毒抢救要点	(152)
蚕豆病 (胡豆黄) 抢救要点	(153)
发芽马铃薯中毒抢救要点	(154)
菠萝地敏症抢救要点	(155)
荔枝中毒抢救要点	(156)

一、常用急救技术

(一) 心前拳击

患者平卧硬板床，术者握拳站身旁。
拳高30cm中强度，叩击胸骨中下段。
叩击一次如无效，立即进行心外按。
叩击产生十焦耳电流，可以起搏可除颤。

(二) 胸外心脏按压

患者平卧硬板床，术者站在一侧方。
掌贴胸骨中下段，稳健冲击向下按。
胸骨下陷4厘米，每分钟60~80次。

(三) 口对口人工呼吸

头部后仰向后推，紧托下颌向上提。
深吸口气口对口，注意捏鼻把气吹。
每分钟16至18次。

(四) 口对鼻人工呼吸

头部后仰向后推，紧托下颌向上提。
深吸口气口对鼻，注意闭口把气吹。
每分钟16至18次。

(五) 气管插管术

头部后仰向后推，紧托下颌向上提。
喉镜深达会厌根，轻轻提起露声门。
稳准轻柔插导管，插过声门5厘米。
置放牙垫退喉镜，充气固定听肺音。

二、几种常用的急救措施

(一) 常用催吐剂

1. 0.2~0.5% 硫酸铜100~200ml。
2. 2~4% 食盐水。
3. 阿扑吗啡成人3~5mg, 5岁以下不用, 5岁以上1mg, 皮下注射。
4. 吐根糖浆5~10ml, 口服。
5. 吐根石0.1g, 加水100ml, 口服。
6. 白矾。
7. 1:2000高锰酸钾液100~200ml, 口服。
8. 10~20个生鸡蛋加明矾5~10g, 搅匀口服。
9. 用压舌板、筷子、手指刺激咽后壁。

(二) 常用洗胃液

1. 微温开水及浓茶, 用于毒物不明的急性中毒。砷化物、硝酸银中毒者, 可选用生理盐水, 但应注意避免用热溶液, 以免血管扩张, 促进毒物吸收。
2. 1~2% 氯化钠, 用于有机磷中毒。
3. 1:5000高锰酸钾液, 为强氧化剂, 可氧化毒物, 用于有机磷、吗啡、巴比妥、毒蕈等中毒。但1605、1059、乐果中毒等, 氧化后毒性增强, 故不能用。
4. 1~3% 过氧化氢, 用于阿托品及巴比妥类中毒。
5. 1~2% 碳酸氢钠液, 用于生物碱、汞、铁、有机磷中毒(敌百虫除外)。
6. 0.2~0.5% 活性炭悬液, 用于一切化学物质中毒, 为强力吸附剂, 可阻滞毒物吸收。
7. 2~5% 硫酸钠, 用于钡盐中毒, 沉淀作用, 生成硫酸钡。
8. 1% 葡萄糖酸钙, 用于氟化物或草酸盐中毒, 沉淀生成氟化钙、草酸钙。
9. 5% 硫代硫酸钠液, 用于碘、汞、氰化物中毒, 形成无毒的硫化磷。
10. 石灰上清液, 用于氟化物中毒或草酸盐中毒, 利用沉淀作用, 生成氟化钙、草酸钙。
11. 米汤、面粉、1~10% 淀粉, 用于碘中毒。

(三) 抗高热

1. 物理降温:

(1) 温水擦浴, 用32~36℃的温水擦浴5~10钟, 刺激皮肤, 使血管扩张, 血流增加, 通过传导散热。

(2) 酒精擦浴, 用30~50%的酒精擦浴, 使皮肤血管扩张, 擦洗病人颈部、腋下、前胸及腹股沟部。

(3) 冰敷头部、颈部、腋下、腹股沟部等大血管处, 通过传导散热。冰敷之初, 血管收缩, 继之, 血管扩张而散热。

(4) 冰水洗肠, 用4℃生理盐水100~200ml, 洗肠, 以达降温目的。

(5) 用4℃5%GNS 500ml, 静滴, 以达降温目的。

2. 药物降温:

(1) 口服退热药如阿斯匹林、非那西丁、安乃近类。

(2) 肌注复方奎宁注射液、复方氨基比林注射液。

(3) 5%葡萄糖液250ml+氢化可的松200mg, 静滴。

(四) 抗惊厥

1. 苯妥因钠(大仑丁): 主要用于防治癫痫大发作及精神运动性大发作, 亦用于频繁性惊厥, 但作用较缓, 成人100mg, 肌注。

2. 10%水合氯醛, 是比较安全的催眠、镇静药, 作用较快, 用药之后15分钟生效, 一小时达最高峰, 可维持6~8小时, 用于失眠、烦躁不安及惊厥。成人10~20ml, 口服。小儿0.3~0.6ml/kg/次, 口服或灌肠。

3. 冬眠灵: 用于镇静、镇吐、抗过敏、抗惊厥、降血压、降体温。成人25~50mg, 肌肉注射。小儿0.5~1mg/kg/次, 缓慢静注, 注意用药之后应平卧, 以免发生体位性低血压。

4. 苯巴比妥(鲁米那): 具有镇静、催眠、抗惊厥的作用。成人0.1~0.2g, 肌注, 小儿4~7mg/kg/次, 肌注, 必要时4~6小时重复一次。

5. 安定: 具有安定情绪、抗惊厥、抗癫痫的作用。成人5~10mg, 肌注, 小儿2.5mg, 肌注。

6. 硫喷妥钠, 为全身麻醉药, 含硫巴比妥类, 用于基础麻醉、诱导麻醉、抗惊厥。

(五) 抗心力衰竭

1. 西地兰: 增强心肌收缩力, 增加心脏输出能, 作用利尿消水肿, 解除瘀血及呼吸困难, 周围血管明显扩张。成人0.4~0.6mg+5~10%GS 20~40ml, 缓注静注。

2. 硝普钠, 为急性心衰首选的扩血管药, 尤其适用于急性心肌梗塞引起的急性左心衰竭或肺水肿, 疗效迅速确切, 剂量一般为50mg/次+5%GS 500ml~1000ml, 缓慢静滴。因为溶解后6小时即失效, 故应用现配, 对光敏感, 需用黑布包裹。

3. 酚妥拉明(甲磺酸苯胺唑啉、利其丁、瑞吉亭), 为 α -肾上腺素能受体阻滞剂, 增强心肌收缩力, 扩张阻力血管作用强, 毒性较小可静滴, 减轻心脏后负荷, 故用于治疗心力衰竭, 外周血管痉挛、休克等。成人50mg, 日3次, 口服, 小儿1~1.5mg/kg/次, 日3次, 口服。针剂一般成人用10~20mg+5%GS 100ml, 静滴, 滴速每分钟0.3mg。

(六) 抗呼吸衰竭

1. 雾化吸入液化痰，鼓励咳嗽解痉。

雾化液的配制：

- (1) 广谱抗生素（庆大霉素16万u或青霉素40~80万u）。
- (2) 扩气管药（氨茶碱250mg或异丙基肾上腺素2mg）。
- (3) 溶解痰药（ α -糜蛋白酶5mg或痰易净3ml）。
- (4) 激素：氟美松5~10mg或氢化可的松100~200mg。

2. 保持呼吸道通畅，清除呼吸道分泌物，必要时行气管插管或气管切开或用人工呼吸机维持。

3. 酌情选用呼吸兴奋剂：

(1) 可拉明0.5g、山梗菜碱10mg、回苏灵8mg，主要兴奋呼吸中枢，有助于自动呼吸的早期恢复。

(2) 山梗菜碱10mg、利他林6mg、回苏灵8mg、溶于5%GS 250ml，静滴，可用于重症呼吸衰竭病人。

4. 祛痰剂：

(1) 氯化铵合剂10ml，日3次，口服，主要刺激胃粘膜反射性致呼吸道粘膜分泌物增加，故有祛痰、酸化尿液的作用。

(2) 痰易净10~20% 1~3ml，日3次，口服，且有溶解痰液的作用，用于雾化吸入或气管内滴入。

(3) 0.25~0.5%索必它，行雾化吸入，其作用较异丙基肾上腺素强5~10倍。

(七) 抗感染

一般选用广谱抗生素，或根据致病菌种类选用抗生素，注意选抗生素要有针对性，不要采用大包围的办法，否则，不仅不能起到应起的作用，反而易造成霉菌感染。

1. 肺炎双球菌感染：首选青霉素，次选红霉素。

2. 金黄色葡萄球菌感染：首选青霉素，次选先锋霉素、红霉素、庆大霉素、双氢青霉素及乙酰螺旋霉素。

3. 链球菌感染：首选青霉素，次选红霉素及先锋霉素。

4. 绿脓杆菌感染：首选多粘菌素，次选庆大霉素及羧苄青霉素。

5. 大肠杆菌感染：首选卡那霉素，次选多粘菌素、庆大霉素及羧苄青霉素。

6. 产气杆菌感染：首选青霉素，次选先锋霉素、氨苄青霉素。

7. 痢疾杆菌感染：首选氯霉素，次选庆大霉素、氨苄青霉素、先锋霉素、青霉素。

8. 立克次体感染：首选强力霉素，次选盐酸土霉素、乙酰螺旋霉素。

(八) 抗脑水肿

注意病因治疗，及时应用有效解毒剂，并促进毒物的排泄，除一般吸氧、对症处理、适

当限制输液外，主要是脱水、利尿疗法。

1.甘露醇：为脱水药及利尿药，用于降低颅内压、眼内压、利尿及防治早期急性肾功能不全。成人20%甘露醇250ml或1~2g/kg/次，于30分钟内静滴完，亦可用1g/kg/次，于15分钟内快速滴完。

2.50%GS 60~100ml，静注，酌情4~6小时一次。本品利尿作用差，但为营养剂，能增加人体能量、改善脑细胞代谢、解毒等作用，对防止其它高渗性脱水，通过脑屏障而发生的反跳现象有利。

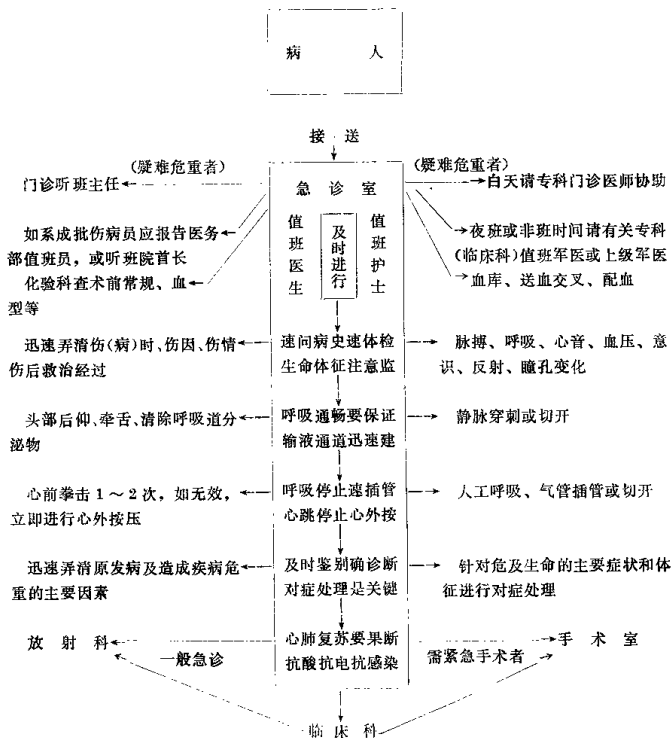
3.利尿酸钠，成人一般用25~50mg+10%GS 20~40ml内，静脉缓注，每日一次。

4.速尿 20mg，肌注或静注，日2~3次，小儿1mg/kg/次，该药抑制肾小管对钠、氯离子的再吸收，用于多种类型的水肿及急性肺水肿。

5.利尿合剂：10~25%GS 250ml + 氨茶碱 250mg + 咖啡因 0.5g + 普鲁卡因酰胺 200~400mg + 维生素C 3g + 罂粟碱20~40mg + 20%甘露醇200ml，静滴。

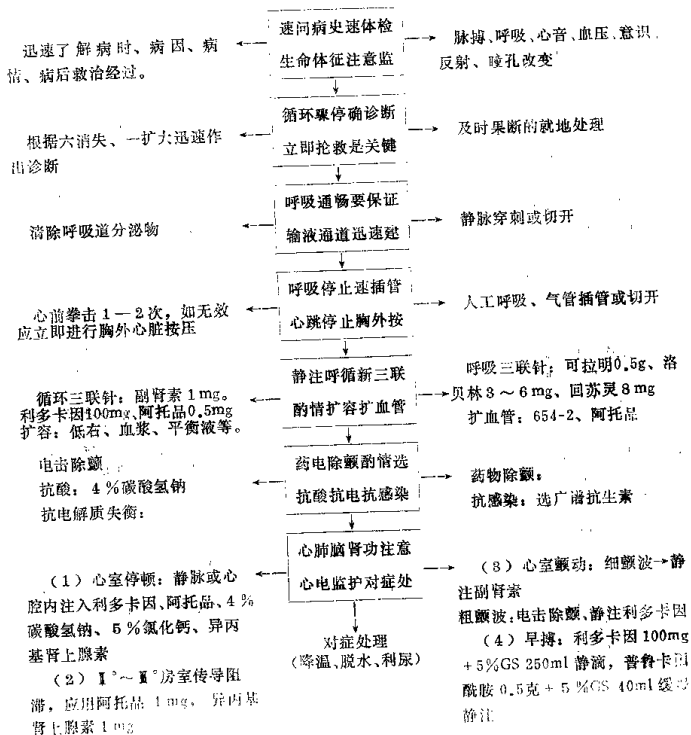
三、急症、重症、中毒急救预案

急诊室急救实施图



循环骤停抢救要点

循环骤停 指心脏突然失去有效的排血功能、而不能维持心脏循环称之。
六消失：意识、反射、脉搏、呼吸、心音、血压。
一扩大即瞳孔散大。



急性心肌梗塞抢救要点

突发典型心绞痛，休克心衰心律失常等

血沉增快白血球增，心电变化血清酶增

1. 抗心绞痛酌选：

硝酸甘油、消心痛，
心痛定、心得安、异搏停，
脉心异敏、罂粟碱，
心痛平及礼顿等；
5~10分不缓解，
速选吗啡、杜冷丁；
硫氮卓酮、咪唑灵，
体外反搏可选用

3. 抗心力衰竭：

(1) 病因治疗
(2) 减轻心脏工作量
(3) 增强心肌收缩力
(4) 控制水分限制钠
(5) 扩张血管选酚妥拉明等

5. 抗高血脂症：酌选：

安妥明、烟酸肌醇酯、潘特生，
降脂新、降脂平、弹性酶等；
月见草油、悦年片，
维生素类辅助用

7. 改善心肌代谢可选：

极化液10%GS 500ml
胰岛素12单位
10%氯化钾10ml静滴

速问病史体检

生命体征注意监

及时鉴别确诊

就地对症处关键

呼吸通畅要保证

输液通道迅速建

呼吸停止速插管

心跳停止心外按

抗休痛衰律脂凝

改善心肌代谢能

心电监护应注意

对症处理是关键

心肺脑肾功注意

抗酸抗电抗感染

2. 抗心源性休克：

镇静休息氧疗选，升压扩容
扩血管；强心纠酸对症处，
极化能量合剂选

(1) 升压阿拉明 10mg、多巴胺
20mg

(2) 扩容酌选极化液、能量合
剂、低右等注意滴速应慢、
量应少

(3) 扩血管酌选酚妥拉明、哌唑
嗪

(4) 强心酌选西地兰、盐酸异
丙肾上腺素

4. 抗心律失常

首选利多卡因，预防用50~
100mg，6小时一次im，治
疗用100~200mg+10%GS
250ml，静滴，房颤时可选
西地兰、异搏停或除颤，房
室传导阻滞时酌选阿托品、
盐酸异丙肾上腺素必要时可
安装起搏器

6. 抗凝溶栓：

(1) 肝素 50~75mg+10%GS
250ml静滴

(2) 去纤酶0.6~1mg+生理盐
水250ml，静滴

(3) 复方丹参液10ml+低右
500ml静滴

(4) 阿斯匹林0.3g，口服

高热抢救要点

病史症状及体征，辅助检查证据供

