

Clinical and Nursing Care of Modern Medicine



中國海洋大學出版社
CHINA OCEAN UNIVERSITY PRESS

现代医学临床与护理

主 编:张 萍 黄俊蕾 陈云荣 贾继清
李 燕 赵丽丽 王丽云

中国海洋大学出版社
· 青 岛 ·

图书在版编目(CIP)数据

现代医学临床与护理 / 张萍等主编. —青岛: 中国海洋大学出版社, 2018. 6

ISBN 978-7-5670-1836-5

I. ①现… II. ①张… III. ①临床医学②护理学
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 134995 号

出版发行 中国海洋大学出版社

社 址 青岛市香港东路 23 号

邮政编码 266071

出版人 杨立敏

网 址 <http://www.ouc-press.com>

电子信箱 369839221@qq.com

订购电话 0532—82032573(传真)

责任编辑 矫燕

电 话 0532—85902349

印 制 北京虎彩文化传播有限公司

版 次 2018 年 7 月第 1 版

印 次 2018 年 7 月第 1 次印刷

成品尺寸 185 mm×260 mm

印 张 18.25

字 数 422 千

印 数 1~1000

定 价 55.00 元

发现印装质量问题,请致电 18600843040,由印刷厂负责调换。

《现代医学临床与护理》编委会

主 编:张 萍 黄俊蕾 陈云荣 贾继清 李 燕
赵丽丽 王丽云

副主编:叶丽丽 王玉芝 许庆超 王 蕾 逢晓燕
李 蕾 李 雯 张 军 王 波 王昌俊
李 飞

编 委:李洪泽 王翠香 任慧子 胡瑞静 秦兴伟
贾世冉 李 娜 李 佩 史 佳 向娟妮
董光玲 刘晓梅 薛泰霖 张 钰 盖丁凯
胡 建 顾文琴 宋玉莲 张培培 刘 芹

《现代医学临床与护理》编委会成员 及其工作单位

张 萍	山东省青岛西海岸新区中心医院
黄俊蕾	山东省青岛市城阳区第二人民医院
陈云荣	山东省青岛西海岸新区中心医院
贾继清	山东省青岛西海岸新区长江路街道社区卫生服务中心
李 燕	山东省青岛西海岸新区中心医院
赵丽丽	山东省莱西市日庄中心卫生院
王丽云	山东省青岛西海岸新区中心医院
叶丽丽	山东省青岛市城阳区人民医院
王玉芝	山东省青岛市城阳区人民医院
许庆超	山东省青岛大学附属医院
王 蕾	山东省西海岸新区中医医院
逢晓燕	山东省青岛市中心血站
李 蕾	山东省青岛市质量管理协会
李 雯	山东省青岛西海岸新区中心医院
张 军	山东省青岛西海岸新区中医医院
王 波	中国人民解放军四〇一医院
王昌俊	山东省青岛大学附属医院
李 飞	山东省青岛西海岸新区中心医院
李洪泽	山东省青岛大学附属医院
王翠香	山东省青岛大学附属医院
任慧子	山东省青岛大学附属医院
胡瑞静	山东省青岛大学附属医院
秦兴伟	山东省青岛大学附属医院
贾世冉	山东省青岛大学附属医院
李 娜	山东省青岛大学附属医院

李 佩	山东省青岛大学附属医院
史 佳	山东省青岛大学附属医院
向娟妮	山东省青岛大学附属医院
董光玲	山东省青岛大学附属医院
刘晓梅	山东省青岛大学附属医院
薛泰霖	山东省青岛大学附属医院
张 钰	山东省青岛大学附属医院
盖丁凯	山东省青岛大学附属医院
胡 建	山东省青岛大学附属医院
顾文琴	山东省青岛市中心血站开发区献血服务部
宋玉莲	山东省青岛西海岸新区长江路街道社区卫生服务中心
张培培	山东省青岛市中心血站开发区献血服务部
刘 芹	山东省青岛市中心血站

目 录

第一章 休克	1
第一节 感染性休克	1
第二节 过敏性休克	5
第三节 心源性休克	7
第四节 失血性休克	9
第二章 急性中毒的急救	11
第一节 急性有机磷农药中毒	11
第二节 急性一氧化碳中毒	13
第三节 急性酒精中毒	16
第四节 急性安眠镇静药中毒	18
第三章 ICU 常用操作技术	21
第一节 PICC 置管术	21
第二节 微量注射泵使用技术	22
第三节 氧疗技术	24
第四节 吸痰(呼吸机患者)技术	25
第五节 心肺脑复苏术	27
第六节 心脏除颤及电复律	32
第七节 气管插管术	34
第八节 气管切开术	35
第九节 胸腔穿刺及闭式引流	37
第十节 呼吸机使用技术	41
第四章 妇科常见疾病	43
第一节 异位妊娠	43
第二节 慢性盆腔炎	46
第三节 子宫肉瘤	46
第四节 功能性子宫出血	49

第五节 尖锐湿疣	52
第六节 艾滋病	57
第七节 子宫内膜癌	61
第五章 产科常见疾病	65
第一节 重度妊娠高血压综合征	65
第二节 妊娠合并糖尿病	69
第三节 羊水栓塞	72
第四节 产后大出血	75
第五节 妊娠合并急性阑尾炎	78
第六章 儿科常见疾病	80
第一节 新生儿呼吸窘迫综合征	80
第二节 新生儿颅内出血	83
第三节 高热惊厥	85
第四节 重症肺炎	86
第五节 急性喉炎	88
第六节 手足口病	92
第七章 呼吸系统常见疾病	95
第一节 急性上呼吸道感染	95
第二节 慢性阻塞性肺气肿	97
第三节 慢性肺源性心脏病	99
第四节 支气管扩张	102
第五节 支气管哮喘	104
第六节 肺结核	108
第七节 肺栓塞	110
第八节 呼吸衰竭	111
第八章 循环系统常见疾病	114
第一节 急性心肌梗死	114
第二节 窦性心律失常	118
第三节 心绞痛	121
第四节 主动脉夹层动脉瘤	124
第五节 原发性高血压	127
第六节 冠心病	131

第九章 内分泌系统常见疾病	134
第一节 甲状腺功能亢进	134
第二节 糖尿病	138
第十章 神经系统常见疾病	145
第一节 脑梗死	145
第二节 脑出血	152
第三节 帕金森综合征	156
第十一章 血液系统常见疾病	164
第一节 急性白血病	164
第二节 慢性白血病	167
第三节 贫血	171
第四节 弥散性血管内凝血	174
第十二章 泌尿系统常见疾病	178
第一节 尿路感染	178
第二节 慢性肾小球肾炎	181
第三节 慢性肾衰竭	184
第十三章 消化系统常见疾病	191
第一节 胃炎	191
第二节 消化性溃疡	195
第三节 胃癌	200
第四节 原发性肝癌	203
第五节 肝硬化	205
第六节 肝性脑病	211
第七节 上消化道出血	216
第十四章 风湿性疾病	221
第一节 系统性红斑狼疮	221
第二节 类风湿性关节炎	228
第十五章 骨科常见疾病	233
第一节 锁骨骨折	233
第二节 股骨干骨折	236
第三节 股骨颈骨折	237

第四节	髌骨骨折	239
第五节	胫腓骨骨折	241
第六节	骨盆骨折	244
第十六章	普通外科常见疾病	248
第一节	急腹症	248
第二节	腹部损伤	251
第三节	严重烧伤	254
第四节	急性阑尾炎	256
第五节	肠梗阻	261
第十七章	输血及相关知识	268
第一节	医护人员用血的职责	268
第二节	输血适应症	269
第三节	输血	272
第四节	输血反应	274
第五节	输血传播的疾病	276
第六节	成分输血	277
第七节	自身输血	278
参考文献		280

第一章 休 克

第一节 感染性休克

一、病因

感染性休克(septic shock),亦称脓毒性休克,是指由微生物及其毒素等产物所引起的脓毒病综合征(sepsis syndrome)伴休克,感染灶中的微生物及其毒素、胞壁产物等侵入血循环,激活宿主的各种细胞和体液免疫系统,产生细胞因子和内源性介质,作用于机体各种器官、系统,影响其灌注,导致组织细胞缺血缺氧、代谢紊乱、功能障碍,甚至多器官功能衰竭。这一危重综合征即为感染性休克。因此,感染性休克是微生物因子和机体防御机制相互作用的结果,微生物的毒力数量以及机体的内环境与应答是决定感染性休克发展的重要因素。

二、临床表现

1. 意识和精神状态(反映中枢神经系统的血流量)。经初期的躁动后转为抑郁淡漠,甚至昏迷,表明神经细胞的反应性由兴奋转抑制,病情由轻转重,原有脑动脉硬化或高血压患者,当血压降至10.64/6.65 kPa(80/50 mmHg)左右时反应即可迟钝;而个别原体质良好者对缺氧的耐受性较高,但为时亦极短暂。

2. 呼吸频率和幅度(反映是否存在酸碱平衡失调或肺和中枢神经功能不全)。详见“休克的代谢”改变,酸碱平衡失调和重要脏器功能不全。

3. 皮肤色泽(温度和湿度,反映外周围血流灌注情况)。皮肤苍白,紫绀伴斑状收缩,微循环灌注不足,甲床毛细血管充盈情况亦可作为参考,如前胸或腹壁出现瘀点或瘀斑,提示有DIC可能。

4. 颈静脉和外周静脉充盈情况。静脉萎陷提示血容量不足,充盈过度提示心功能不全或输液过多。

5. 脉搏。在休克早期血压尚未下降之前,脉搏多已见细速,甚至摸不清,随着休克好转,脉搏强度往往较血压先恢复。

6. 尿量(反映内脏灌流情况)。通常血压在10.6 kPa(80 mmHg)上下时,平均尿量为20~30 mL/h,尿量>50 mL/h,表示肾脏血液灌注已足。

7. 甲皱微循环及眼底检查。在低倍镜下观察甲皱毛细血管袢数、管径、长度、清晰度和显现规律、血色、血液流速、均匀度和连续性、红细胞聚集程度、血管舒缩状态和神志清晰度等,休克时可见甲皱毛细血管袢数减少,管径细而缩短,呈断线状,充盈不良,血色变紫,血流迟缓失去均匀性,严重者有凝血。眼底检查可见小动脉痉挛,小静脉淤张,动静脉比例可由正常的2:3变为1:2或1:3,严重者有视网膜水肿,颅内压增高者可见视乳头水肿。

三、治疗

(一)补充血容量

有效循环血量的不足是感性性休克的突出矛盾。故扩容治疗是抗休克的基本手段。扩容所用液体应包括胶体和晶体。各种液体的合理组合才能维持机体内环境的稳定。胶体液有低分子右旋糖酐、血浆、白蛋白和全血等。晶体液中碳酸氢钠复方氯化钠液较好。休克早期有高血糖症,加之机体对糖的利用率较差,且高血糖症能导致糖尿和渗透性利尿带出钠和水,故此时宜少用葡萄糖液。

1. 胶体液。

(1)低分子右旋糖酐(分子量2万~4万):能覆盖红细胞、血小板和血管内壁,增加互斥性,从而防止红细胞凝聚,抑制血栓形成,改善血流。输注后可提高血浆渗透压、拮抗血浆外渗,从而补充血容量,稀释血液,降低血黏度、疏通微循环,防止DIC。在肾小管内发挥渗透性利尿作用。静注后2~3h其作用达高峰,4h后渐消失,故滴速宜较快。每日用量为10% 500~1500 mL,一般为1000 mL。有严重肾功能减退、充血性心力衰竭和出血倾向者最好勿用。偶可引起过敏反应。

(2)血浆、白蛋白和全血:适用于肝硬化或慢性肾炎伴低蛋白血症、急性胰腺炎等病例。无贫血者不必输血,已发生DIC者输血亦应审慎。细胞压积以维持35%~40%较合适。

(3)其他:羟乙基淀粉(706代血浆)能提高胶体渗透压、增加血容量、副作用少、无抗原性,很少引起过敏反应为其优点。

2. 晶体液。碳酸氢钠林格液和乳酸钠林格液等平衡盐液所含各种离子浓度较生理盐水更接近血浆中的水平,可提高功能性细胞外液容量,并可部分纠正酸中毒。对肝功能明显损害者以用碳酸氢钠林格液为宜。5%~10%葡萄糖液主要供给水分和热量,减少蛋白质和脂肪的分解。25%~50%葡萄糖液尚有短暂扩容和渗透性利尿作用,休克早期不宜用。扩容输液程序、速度和输液量一般先输低分子右旋糖酐(或平衡盐液),有明显酸中毒者可先输给5%碳酸氢钠,在特殊情况下可输给白蛋白或血浆。滴速宜先快后慢,用量应视患者具体情况和原肾功能状况而定;对有明显脱水、麻痹性肠梗阻以及化脓性腹膜炎等患者,补液量应加大;而对心脏病的患者则应减慢滴速并酌减输液量。在输液过程中应密切观察有无气促和肺底罗音出现。必要时可在CVP或PAWP监护下输液,如能同时监测血浆胶体渗透压和PAWP的梯度,对防止肺水肿的产生有重要参考价值,若二者的压差>1.07 kPa,则发生肺水肿的危险性较小。扩容治疗要求达到:①组织灌注良好:患者神情安宁、口唇红润、肢端温暖、紫绀消失;②收缩压>12 kPa

(90 mmHg)、脉压 >4.0 kPa;③脉率 <100 次/分;④尿量 >30 mL/h;⑤血红蛋白回复基础水平,血液浓缩现象消失。

(二)纠正酸中毒

纠正酸中毒根本措施在于改善组织的低灌注状态。缓冲碱主要起治标作用,且血容量不足时,缓冲碱的效能亦难以充分发挥。纠正酸中毒可增强心肌收缩力、恢复血管对血管活性药物的反应性,并防止DIC的发生。首选的缓冲碱为5%碳酸氢钠,次为11.2%乳酸钠(肝功能损害者不宜用)。三羟甲基氨基甲烷(THAM)适用于需限钠患者,因其易透入细胞内,有利于细胞内酸中毒的纠正;其缺点为滴注溢出静脉外时可致局部组织坏死,静滴速度过快可抑制呼吸、甚至呼吸停止。

(三)血管活性药物的应用

血管活性药物的应用旨在调整血管舒缩功能、疏通微循环淤滞,以利休克的逆转。

1. 扩血管药物。必须在充分扩容的基础上使用,适用于低排高阻型休克(冷休克)。常用者如下。

(1) α -受体阻滞剂:可解除内源性去甲肾上腺素所引起的微血管痉挛和微循环淤滞。可使肺循环内血液流向体循环而防治肺水肿。本组的代表药物为酚妥拉明(苄胺唑啉),其作用快而短,易于控制。剂量为 $5\sim 10$ mg 每次(儿童 $0.1\sim 0.2$ mg/kg)以葡萄糖液 $50\sim 100$ mL 稀释后静滴,开始宜慢,以后根据反应,调整滴速。情况紧急时,可先以小剂量加入葡萄糖液或生理盐水 $10\sim 20$ mL 中缓注,继以静滴, $0.1\sim 0.3$ mg/min。心功能不全者宜与正性肌力药物或升压药合用以防血压骤降。氯丙嗪具有明显中枢神经安定和降温作用,能降低组织耗氧量,还能阻断 α -受体、解除血管痉挛、改善微循环;适用于烦躁不安、惊厥和高热患者,但对年老有动脉硬化和呼吸抑制者不适宜,肝功能损害者忌用;剂量为每次 $0.5\sim 1.0$ mg/kg,加入葡萄糖液中静滴,或肌注,必要时可重复。

(2) β -受体兴奋剂:典型代表为异丙肾上腺素,具强力 β_1 和 β_2 -受体兴奋作用,有加强心缩和加快心率、加速传导以及中枢等扩血管作用。在增强心缩的同时,显著增加心肌耗氧量和心室的应激性,易引起心律失常。有冠心病者忌用。剂量为 $0.1\sim 0.2$ mg,滴速为成人 $2\sim 4$ μ g/min,儿童 $0.05\sim 0.2$ μ g/(kg $\cdot$ min)。心率以不超过120次(儿童140次)每分钟为宜。多巴胺为合成去甲肾上腺素和肾上腺素的前体。具有兴奋 α 、 β 和多巴胺受体等作用,视剂量大小而异:当剂量为每分钟 $2\sim 5$ μ g/kg时,主要兴奋多巴胺受体,使内脏血管扩张,尤其使肾脏血流量增加、尿量增多;剂量为 $6\sim 15$ μ g/kg时,主要兴奋 β -受体,使心缩增强、心输出量增多,而对心率的影响较小,较少引起心律失常,对 β_2 -受体的作用较弱;当剂量 >20 μ g/(kg $\cdot$ min)时,则主要起 α -受体兴奋作用,也可使肾血管收缩,应予注意。常用剂量为 $10\sim 20$ mg,初以每分钟 $2\sim 5$ μ g/kg 滴速滴入,继按需要调节滴速,最大滴速 0.5 mg/min。多巴胺为目前应用较多的抗休克药,对伴有心缩减弱、尿量减少而血容量已补足的休克患者疗效较好。

(3)抗胆碱能药:为我国创用。有阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱,解除微小血管痉挛、改善微循环;阻断M-受体、维持细胞内cAMP/cGMP的比值态势;兴奋呼吸中枢,解除支

气管痉挛、抑制腺体分泌、保持通气良好;调节迷走神经,较大剂量时可解除迷走神经对心脏的抑制,使心率加速;抑制血小板和中性粒细胞凝聚等作用。大剂量阿托品可引起烦躁不安、皮肤潮红、灼热、兴奋、散瞳、心率加速、口干等。东莨菪碱对中枢神经作用以抑制为主,有明显镇静作用,剂量过大时可引起谵妄、激动不安等。山莨菪碱在解痉方面有选择性较高,而副作用相对较小的优点,临床用于感染性休克,常取代阿托品或东莨菪碱。有青光眼者忌用本组药物。剂量为:阿托品成人每次 $0.3\sim 0.5\text{ mg}$,儿童每次 $0.03\sim 0.05\text{ mg/kg}$;东莨菪碱成人 $0.3\sim 0.5\text{ mg/次}$,儿童每次 0.006 mg/kg ;山莨菪碱成人每次 $10\sim 20\text{ mg}$;静脉注射,病情好转后逐渐延长给药间隔直到停药。如用药10次以上仍无效,或出现明显中毒症状,应即停用,并改用其他药物。

2. 缩血管药物。仅提高血液灌注压,而血管管径却缩小,影响组织的灌注量。因此输液中加入缩血管药后限制了滴速和滴入量,并使CVP假性上升,故从休克的病理生理而言,缩血管药物的应用似弊多利少,应严格掌握指征。在下列情况下可考虑应用:血压骤降,血容量一时未能补足,可短时期应用小剂量以提高血压、加强心缩、保证心脑血管供血;与 α -受体阻滞剂或其他扩血管药联合应用以消除其 α -受体兴奋作用而保留其 β -受体兴奋作用,并可对抗 α -受体阻滞剂的降压作用,尤适用于伴心功能不全的休克病例。常用的缩血管药物有去甲肾上腺素与间羟胺。剂量为:去甲肾上腺素 $0.5\sim 2.0\text{ mg}$,滴速 $4\sim 8\text{ }\mu\text{g/min}$;间羟胺 $10\sim 20\text{ mg}$,滴速 $20\sim 40\text{ 滴/分}$ 。近有报道在补充血容量和使用小剂量多巴胺无效的病例,于应用去甲肾上腺素后休克获逆转者。

(四)维护重要脏器的功能

1. 强心药物的应用。重症休克和休克后期病例常并发心功能不全,乃因细菌毒素、心肌缺氧、酸中毒、电解质紊乱、心肌抑制因子、肺血管痉挛、肺动脉高压和肺水肿加重心脏负担,输液不当等因素引起。老年人和幼儿尤易发生,可预防应用毒毛旋花苷或毛花苷C。出现心功能不全征象时,应严重控制静脉输液量和滴速。除给予快速强心药外,可给血管解痉药,但必须与去甲肾上腺素或多巴胺合用以防血压骤降。大剂量肾上腺皮质激素有增加心搏血管和降低外周血管阻力、提高冠状动脉血流量的作用,可早期短程应用。同时给氧、纠正酸中毒和电解质紊乱,并给能量合剂以纠正细胞代谢失衡状态。

2. 维持呼吸功能、防治ARDS。肺为休克的主要靶器官之一,顽固性休克常并发肺功能衰竭。此外脑缺氧、脑水肿等亦可导致呼吸衰竭。休克患者均应给氧,经鼻导管($4\sim 6\text{ L/min}$)或面罩间歇加压输入。吸入氧浓度以40%左右为宜。必须保持呼吸道通畅。在血容量补足后,如患者神志欠清、痰液不易清除、气道有阻塞现象时,应及早考虑作气管插管或切开并行辅助呼吸(间歇正压),并清除呼吸道分泌物,注意防治继发感染。

3. 肾功能的维护。休克患者出现少尿、无尿、氮质血症等时,应注意鉴别其为肾前性或急性肾功能不全所致。在有效心搏血量和血压回复之后,如患者仍持续少尿,可行液体负荷与利尿试验:快速静滴甘露醇 $100\sim 300\text{ mL}$,或静注速尿 40 mg ,如排尿无明显增加,而心脏功能良好,则可重复一次,若仍无尿,提示可能已发生急性肾功能不全,应给予相应处理。

4. 脑水肿的防治。脑缺氧时,易并发脑水肿,出现神志不清、一过性抽搐和颅内压增

高征等,甚至发生脑疝,应及早给予血管解痉剂、抗胆碱类药物、渗透性脱水性(如甘露醇)、速尿,并使用局部降温与大剂量肾上腺皮质激素(地塞米松 10~20 mg)静注以及高能合剂等。

5. DIC 的治疗。DIC 的诊断一经确立后,采用中等剂量肝素,每 4~6 h 静注或静滴 1.0 mg/kg(一般为 50 mg,相当于 6 250 U),使凝血时间(试管法)控制在正常的 2 倍以内。DIC 控制后方可停药。如并用潘生丁剂量可酌减。在 DIC 后期、继发性纤溶成为出血的主要原因时,可加用抗纤溶药物。

四、护理

1. 积极防治感染和各种容易引起感染性休克的疾病,例如败血症、细菌性痢疾、肺炎、流行性脑脊髓膜炎、腹膜炎等。

2. 做好外伤的现场处理,如及时止血、镇痛、保温等。

3. 对失血或失液过多(如呕吐、腹泻、咯血、消化道出血、大量出汗等)的患者,应及时酌情补液或输血。

(李洪泽 王翠香 任慧子 胡瑞静)

第二节 过敏性休克

一、临床表现

1. 血压急剧下降至休克水平,即 10.7/6.7 kPa(80/50 mmHg)以下,如果原来患有高血压的患者,其收缩压在原有的水平上猛降至 10.7 kPa(80 mmHg),亦可认为已进入休克状态。

2. 意识状态。开始有恐惧感,心慌,烦躁不安,头晕或大声叫喊,并可出现弱视,黄视,幻视,复视等;继而意识朦胧,乃至意识完全丧失,对光反射及其他反射减弱或丧失。

具备有血压下降和意识障碍,方能称之为休克,两者缺一不可,若仅有休克的表现,并不足以说明是过敏性休克。

3. 过敏的前驱症状。包括皮肤潮红或一过性皮肤苍白,畏寒等;周身痒或手掌发痒,皮肤及黏膜麻感;多数为口唇及四肢麻感,继之,出现各种皮疹,多数为大风团状,重者见有大片皮下血管神经性水肿或全身皮肤均肿,此外,鼻、眼、咽喉黏膜亦可发生水肿,而出现喷嚏,流清水样鼻涕,音哑,呼吸困难,喉痉挛等,不少患者并有食管发堵,腹部不适,伴以恶心、呕吐等。

4. 过敏原接触史。于休克出现前用药,尤其是药物注射史,以及其他特异性过敏原接触史,包括食物、吸入物、接触物、昆虫螫刺等。

对于一般过敏性休克者,通过以上四点即可以确诊,过敏性休克有时发生极其迅速,

有时呈闪电状,以致过敏的症状等表现得很不明显,至于过敏性休克的特异性病因诊断应审慎从事,因为当患者发生休克时,往往同时使用多种药物或接触多种可疑致敏物质,故很难贸然断定。此外,在进行证实诊断的药物等过敏试验过程中,也可能出现假阳性结果或再致休克等严重后果,故应慎重,如果必须做,应力求安全,凡属高度致敏物质或患者对其致敏物质高度敏感者,应先由斑贴,抓伤等试验做起,或采用眼结膜试验,舌下黏膜含服试验,皮内注射试验法必须严加控制;在试验过程中要严格控制剂量,并应作好抗休克等抢救的准备。

二、治疗

1. 立即停止接触并移开可疑的过敏原或致病药物。结扎注射或虫咬部位以上的肢体以减缓吸收,也可注射或受螫的局部以 0.005% 肾上腺素 2~5 mL 封闭注射。

2. 立即给 0.1% 肾上腺素,先皮下注射 0.3~0.5 mL,紧接着作静脉穿刺注入 0.1~0.2 mL,继以 5% 葡萄糖液滴注,维持静脉给药畅通。肾上腺素能通过 β -受体效应使支气管痉挛快速舒张,通过 α -受体效应使外周小血管收缩。它还能对抗部分 I 型变态反应的介质释放,因此是救治本症的首选药物,在病程中可重复应用数次。一般经过 1~2 次肾上腺素注射,多数患者休克症状在半小时内均可逐渐恢复。反之,若休克持续不见好转,乃属严重病例,应及早静脉注射地塞米松 10~20 mg,琥珀酸氢化考的松 200~400 mg。也可酌情选用一批药效较持久,副作用较小抗休克药物如去甲肾上腺素、阿拉明(间羟胺)等。同时给予血管活性药物,并及时补充血容量,首剂补液 500 mL 可快速滴入,成人首日补液量一般可达 3 000 mL。

3. 抗过敏及其对症处理,常用的是扑尔敏 10 mg 或异丙嗪 25~50 mg,肌肉注射,平卧、吸氧,保持呼吸道畅通。由于处于过敏休克疾患时,患者的过敏阈值甚低,可能使一些原来不过敏的药物转为过敏原。故治疗本症用药切忌过多过滥。

三、护理

预防是最根本的办法,首先明确引起本症的过敏原,并进行有效的防避,但在临床上往往难以作出特异性过敏原诊断,况且不少患者属于并非由免疫机制发生的过敏样反应,为此应注意:①用药前详询过敏史,阳性患者应在病史首页作醒目而详细的记录;②尽量采用口服制剂;③对过敏体质患者在注射用药后观察 15~20 min,在必须接受有诱发本症可能的药品(如碘造影剂)前,宜先使用抗组胺药物或强的松 20~30 mg;④先作皮内试验、皮肤挑刺试验,尽量不用出现阳性的药物。若必须使用,则可试行“减敏试验”或“脱敏试验”,其原则是在抗组胺等药物的保护下,对患者从极小剂量逐渐增加被减敏药物的用量,直到患者产生耐受性为止,在减敏过程中,必须有医务人员的密切观察,并准备好水剂肾上腺素、氧气、气管插管和可以静脉注射的皮质类固醇等一切应急抢救措施。

(秦兴伟 贾世冉 李娜 李佩)

第三节 心源性休克

心源性休克(cardiogenic shock)是心泵衰竭的极期表现,由于心脏排血功能衰竭,不能维持其最低限度的心输出量,导致血压下降,重要脏器和组织供血严重不足,引起全身性微循环功能障碍,从而出现一系列以缺血、缺氧、代谢障碍及重要脏器损害为特征的病理生理过程。其临床表现有血压下降、心率增快、脉搏细弱、全身软弱无力、面色苍白、皮肤湿冷、发绀、尿少或尿闭、神志模糊不清、烦躁或昏迷,若不及时诊治,病死率极高,是心脏病最危重征象之一。

一、临床表现

1. 临床分期。根据心源性休克发生发展过程,大致可分为早、中、晚三期。

(1)休克早期:由于机体处于应激状态,儿茶酚胺大量分泌入血,交感神经兴奋性增高,患者常表现为烦躁不安、恐惧和精神紧张,但神志清醒,面色或皮肤稍苍白或轻度发绀,肢端湿冷,大汗,心率增快,可有恶心、呕吐,血压尚正常甚至可轻度增高或稍低,但脉压变小,尿量稍减。

(2)休克中期:休克早期若不能及时纠正,则休克症状进一步加重,患者表情淡漠,反应迟钝,意识模糊或欠清,全身软弱无力,脉搏细速无力或未能扪及,心率常超过120次/分,收缩压 <10.64 kPa(80 mmHg),甚至测不出,脉压 <2.67 kPa(20 mmHg),面色苍白、发绀,皮肤湿冷、发绀或出现大理石样改变,尿量更少(<17 mL/h)或无尿。

(3)休克晚期:可出现弥散性血管内凝血(DIC)和多器官功能衰竭的症状。前者可引起皮肤、黏膜和内脏广泛出血;后者可表现为急性肾、肝和脑等重要脏器功能障碍或衰竭的相应症状。如急性肾功能衰竭可表现为少尿或尿闭,血中尿素氮、肌酐进行性增高,产生尿毒症、代谢性酸中毒等症状,尿比重固定,可出现蛋白尿和管型等。肺功能衰竭可表现为进行性呼吸困难和发绀,吸氧不能缓解症状,呼吸浅速而不规则,双肺底可闻及细啰音和呼吸音降低,产生急性呼吸窘迫综合征之征象。脑功能障碍和衰竭可引起昏迷、抽搐、肢体瘫痪、病理性神经反射、瞳孔大小不等、脑水肿和呼吸抑制等征象。肝功能衰竭可引起黄疸、肝功能损害和出血倾向,甚至昏迷。

2. 休克程度划分。按休克严重程度大致可分为轻、中、重和极重度休克。

(1)轻度休克:表现为患者神志尚清,但烦躁不安,面色苍白,口干,出汗,心率 >100 次/分,脉速有力,四肢尚温暖,但肢体稍发绀、发凉,收缩压 ≥ 10.64 kPa(80 mmHg),尿量略减,脉压 <4.0 kPa(30 mmHg)。

(2)中度休克:面色苍白,表情淡漠,四肢发冷,肢端发绀,收缩压在 $8\sim 10.64$ kPa(60~80 mmHg),脉压 <2.67 kPa(20 mmHg),尿量明显减少(<17 mL/h)。

(3)重度休克:神志欠清,意识模糊,反应迟钝,面色苍白、发绀,四肢厥冷、发绀,皮肤出现大理石样改变,心率 >120 次/分,心音低钝,脉细弱无力或稍加压后即消失,收缩压