

內科急診常規

言

我们在毛主席革命路线的指引下，在医院党委的领导下，提高了对“为什么人的问题，是一个根本的问题、原则的问题”的认识，所以决定编写这本“内科急诊常规”，使做急诊的医生和实习医生有一个比较统一的材料作参考，以利于提高急诊的诊疗质量，更好地为工农病员服务。

在编写这本常规的过程中，发动了全科有实际经验的医生参加编写，并经过各专科医生修改，最后才审查定稿。原来希望这本常规能充分反映当前急诊的医疗水平，但是由于我们编写水平所限，肯定在内容方面还存在一定的错误和不全面的地方，希望大家在使用过程中能及时提出宝贵意见，使我们再修订时得到不断的提高。

目 次

1、 急诊工作须知	1
2、 心电图操作常规	3
3、 心跳呼吸停止急诊抢救常规	5
4、 休克的处理	10
5、 高热诊断与处理	18
6、 中暑	23
7、 流行性脑脊髓膜炎	28
8、 流行性乙型脑炎	36
9、 感冒与流感	40
10、 大叶性肺炎	43
11、 自发性气胸	46
12、 支气管哮喘	48
13、 咯血	54
14、 心律失常的诊断与处理	61
15、 充血性心力衰竭	73
16、 急性心肌梗塞	81
17、 脑栓塞	91
18、 慢性肺原性心脏病	96

17、急腹痛的鉴别诊断	100
20、急性肠胃炎	107
21、菌痢	109
22、急性胰腺炎	112
23、上消化道出血	118
24、急性肾盂肾炎	123
25、急性中毒的处理	127

急诊工作须知

急救室是救死扶伤的第一线，是捍卫毛主席革命医疗卫生战线的重要阵地。急救工作者每天要接待大量工农兵病员。病情大多急而重。因而，做好急救工作，对于广大工农兵抓革命促生产，对于社会主义革命和社会主义建设有着重要的意义。我们每个革命医护人员必须牢记毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，在党的一元化领导之下，齐心协力抢救病员兄弟，努力做到“完全、彻底”为人民服务。

一、遵守工作时间：坚守工作岗位，各班医生必须准时上班，主班医生应作好交接班，发扬团结互助的精神。不要把本班可做的工作拖到下一班，工作时间内不得擅自离岗，有事希告知去向，以便联系。

二、急救病史要写清楚，扼要，检查应全面，包括血压、心率、心律等，对心律不齐病员应听一分钟心率。拟有神经系统病员时应注意神志、瞳孔、颈项反射等，对危重病员要严密观察，并做好记录，死亡病员必须有二人证实。

三、对工友患病时的痛苦应有深厚的无产阶级感情，应关心和慰问，解释应耐心，急症处理必须及时，并合理使用药物和化验检查，避免浪费。急症病家根据病况以一天为主，三天为限。遇有坏人坏事，应提高警惕，坚持原则，并及时向行政值班汇报。

（四）发现传染病应按传报制度及时报告并联系做好病房工作，暂时不能转出的因陋制宜进行消毒隔离。

（五）遇到医疗上有困难，本班同志不能解决时可请内科总值班会诊，必要时可请主任或其他有关医生会诊。遇有科外急诊情况，及时请有关科室会诊。

（六）各班医生应根据病情轻重及空床数量，掌握留观及住院指征，对非本院划区或劳保的危重病员，同样应发扬救死扶伤精神大力进行抢救。对一般急诊病员则于诊治完毕后助其下次按划区或回原单位诊治。

心电图操作常规

一、病人位置

一般采取仰卧位。

二、操作过程

1、先接好地线，接在水门或自来水管子上，但要注意传导良好（防漆防锈）

2、接电源线，使机器预热

3、接电极板于病人四肢，接触要好、不要太紧，也不太松。电极板上应涂上电极膏如电极板包上纱布，应把纱布浸湿，以防干花，在做胸导程时，应在病人胸前皮肤涂上电极膏或用酒精棉球涂擦。

4、接导程线于电极板上，右手接红色，左手接黄色，左足接绿色，右足接黑色，胸导程接白色。

5、把导联开关开在需记之导联上，红笔使笔头跳动，随时调节基线，使整个波型记在中间，记毕后，把笔头停掉，再按动导联开关到其他需记之导程，依次作 I、II、III、aVR、aVL、aVF、V₁、3、5。如心律规则者每一导联只需要记 3—4 次心动周期即可。如心律不规则者，只需一个 P 波清楚的导程记得长些，以节约用

瓶。

三、注意事项

1、在整个记录过程中，至少要打一个定标，以示记录时的定准压力（普通1厘米/1毫伏）。

2、如遇波幅记录出格时，应把定准电压接到0.5厘米/1毫伏以便计算，记录完后恢复到1厘米/1毫伏。

3、如在记录中发现有异常波时，（如前壁心肌梗死），应全面记录胸导程。

4、如遇有干扰，一般有以下几种因素：

（1）把线没有接好，或接在胸前，主势的管子上

（2）电极板接触不好，如老年人皮肤阻力大，应用电极膏或酒精棉球涂擦皮肤，以减少阻力，橡皮带应稍紧，但免过紧。

（3）导线线与电极板接触不好，或断头，应及时焊接。

（4）周围环境影响，如电扇、插灯、电引器、电烫机等电流干扰，在记录时应拔去其他电源。

5、检查完毕，立即在图纸上注明姓名及检查日期，注明导程名称，以免发生错误。

心跳呼吸停止急诊抢救常规

心跳呼吸突然停止是临床上威胁生命最为紧急的情况，必须争分夺秒地进行抢救。

一、目的要求

1. 坚持有效人工呼吸、心脏挤压、以期恢复自主心跳和呼吸。

2. 明确病因诊断，进行简而全面的体格检查，注意有否他科情况，必要时汇报领导以便进一步组织抢救。

3. 防治继发证，心律失常、酸中毒、脑缺氧等。

二、心跳骤停原因

1. 器质性心脏病 如心肌梗死、心肌炎等。

2. 药物中毒或过敏 青霉素、链霉素、血清过敏、铋剂、氯喹、奎尼丁、毛地黄、安眠药等。

3. 急性传染病 乙脑、流脑、白喉。

4. 突然意外 电击伤、自缢、溺水、窒息、迷走神经反射亢进。

5. 电解质紊乱 高血钾症、低血钾症。

6. 各类休克。

7. 手术麻醉意外 如胸腔穿刺、气管切开、麻

等。

三、心跳骤停类型

1. 心动完全停止、

2. 心室颤动

在不开胸时，只能靠心电图判定来鉴别，但抢救工作时下应等待心电图检查后再开始进行。因二者处理原则上大致相同，否则延误抢救时间，直接影响预后。

四、心跳骤停判断

特点为病员突然昏迷，颈动脉或股动脉搏动摸不到，心跳骤停，舌出现瞳孔散大，呼吸停止，心前区而不闻心音，则是典型的表现。

五、心跳骤停先兆

一般突然发生甚难预料，但如严密观察，部分病员可有一短暂先兆，例如：① 出现紫绀、苍白、血压下降，呼吸不匀；② 完全性房室传导阻滞、频发性与/或多源性室性过早搏动、室性心动过速、心室自主节律等心律失常。

六、心跳骤停抢救步骤

1、等叩击心前区 以左手掌复于病员心前区，有

手握等捶击左手背数次（多用于心脏停搏在二分钟以内者）。无效时即行胸外心脏挤压。

2. 胸外心脏挤压 以左手掌置于病员胸骨下端 $\frac{1}{3}$ 处（剑突以上），以右手掌压于左手背面、挤压时手臂与病员胸骨呈垂直线压下，然后放松（压力以胸骨下陷2—3厘米为准），速度为每分钟60—70次。注意点：手法或部位不当易发生肋骨骨折、皮下气肿、气胸、严重者可发生张力气胸、心包积血、血胸等，此时应立即请外科会诊、及早应用胸内心脏挤压。挤压有效特征：①瞳孔缩小；②颜面口唇皮肤色泽转红；③颈动脉能摸到搏动。

3. 心室腔内药物注射

注射部位：暂停胸外挤压，立即用22号长穿刺针在第四肋间胸骨左缘1.5—2厘米处垂直刺入，抽得回血后，迅速注入药物，拔针后继续胸外心脏挤压。

药物选择：①首先“三肾”针，即肾上腺素1毫克（兴奋心脏传导系统、兴奋心室高、低位起搏点），异丙基肾上腺素1毫克（兴奋心脏传导系统、兴奋高位起搏点），去甲肾上腺素1毫克（提升血压），一次无效

可重复多次。② 碳酸氢钠 4% 或 5% 40 毫升。如无此药则可应用分子量较小的分子浓度乳酸钠 40 毫升作心内注射（纠正酸中毒从而增加心肌兴奋性）。③ 10% 氯化钙（直接兴奋心肌、增加收缩力），但可因增加心肌应激性，使室颤更顽固，故在用上述药物无效时再考虑使用。但当心跳已恢复，而心肌松软、收缩无力、血压不升，氯化钙的注射可收到较好的效果。

七、呼吸停止处理

1. 立即请麻醉科作气管插管，进行加压给氧。呼吸道梗阻显著者立即请五官科作气管切开术。

2. 可拉明 10 支加入液体 500 毫升中静滴。

3. 针刺 人中、十宣、涌泉、电刺激膈神经、耳穴脑干等。

八、心律失常

见后心律失常的诊断及处理。

九、血压不升

应考虑血容量是否足够？心排出量有否问题？有无酸中毒？有否电解质紊乱（特别有无低钾）？应及时进行相应处理。升压药中可首选去甲肾上腺素 5—10 毫

克或异丙基肾上腺素1毫克，加入500毫升补液中。

十、酸中毒

心跳呼吸停止后，由于全身缺氧必然发生严重的代谢性酸中毒，反过来进一步造成心跳呼吸复苏困难。前应立即应用碱性药物，首选4%碳酸氢钠500毫升静滴。

十一、脑水肿

凡心跳呼吸恢复后，病员不立即苏醒，出现抽搐、发热等应想到脑水肿，并应进行物理降温，20%甘露醇250毫升快速静滴，地塞米松10毫克，速尿20毫克，用葡萄糖液稀释后静注。并请神经科会诊，协助处理。

十二、抢救过程中还应注意下列措施

- 1、留置导尿管，记录尿量。
- 2、检验二氧化碳结合力，血pH，血钾、钠、氯化物。
- 3、根据病情选用适当抗菌素。

休 克 的 处 理

休克是由各种原因引起的机体内血容量的绝对或相对减少，而致重要器官血液灌注不足的一种临床征群。主要表现为皮肤苍白、四肢厥冷、脉搏细速、尿量减少和血压下降（成人以收缩压在30毫米汞柱以下为准）。

根据病因、临床上可分五类：

- （一）中毒性休克 如肺炎、流脑、败血症等；
- （二）过敏性休克 如异型血的输入、药物过敏等引起之变态反应；
- （三）心源性休克 如急性心肌梗塞、室上性心动过速等；
- （四）出血性休克 如消化道出血、内脏破裂、宫外孕等；
- （五）创伤性休克 如骨折、挤压伤、穿透伤等。

在临床上所见休克，有时往往是混合型表现，如创伤性休克往往与出血性休克同时存在。

I 中毒性休克

- （一）败生 中毒性休克是由于细菌内毒素引起内脏

小静脉收缩和微循环张力降低。因此，血液郁结于内脏，引起静脉回流减少，使心排出量减少，有效血容量减少而危及。

二 临床分型

“暖”休克：休克早期，有效血容量减少不多，虽有血压下降，但四肢尚温暖，肢端不青紫，称为“暖”休克。

“冷”休克：当有效血容量显著减少时，患者四肢厥冷，尿少或尿闭，并有青紫现象，是休克的严重阶段，称为“冷”休克。

三 治疗

1、一般处理 吸氧，记尿量，必要时置留导尿管，并静脉切开输液。

2、纠正血容量 纠正血容量是休克的重要环节。

根据具体情况进行选择以下液体，5%葡萄糖林格氏溶液，10%葡萄糖溶液，右旋醣酐，代血灵。在注意心脏功能情况下，迅速纠正血容量不足之情况。

严重病例作大隐静脉切开，根据测量中心静脉压（正常为4—12厘米水柱）来决定补液速度。压力

正常或偏低。输液速度宜快，而压力超过 12 厘米水柱。输液速度宜慢。警惕心力衰竭出现。

3. 在纠正血容量同时，尽快地寻找病因或感染病灶。

根据感染的具体情况，选择适当抗菌素治疗，积极控制感染。

4. 纠正酸中毒及电解质平衡

(1) 4% 碳酸氢钠 200—400 毫升。

(2) 1M 乳酸钠 40—80 毫升。

(3) 3.6% T.H.A.M. (三羟甲基氨基甲烷)

50—100 毫升。

皆采用静脉滴注，具体剂量可根据 CO_2 结合力或 pH 等检查决定。酸中毒纠正可使机体对升压药物的反应增强。

5. 血管活性药物的应用

休克早期应当配合应用缩血管药物，提高动脉压力，对维持机体的重要脏器的血液流量是必要的。

休克后期（“冷”休克）应用缩血管药物，使组织的血流有效灌注减少，缺氧加重，这对机体重要器官。

如肾脏等产生严重后果。目前多趋于适当配用血管扩张药，改善组织微循环。有扩血管药物联合缩血管药物的应用。

(1) 新福林 直接兴奋 α 受体，使血管收缩，同时有兴奋心脏及抗心律失常作用。10毫克肌注，每 $\frac{1}{2}$ —1小时一次。

(2) 去甲肾上腺素 直接兴奋 α 受体，使血管收缩，对 β 受体亦有轻度兴奋作用，使心率增快，心肌收缩力增强。2—5毫克溶于葡萄糖液500毫升中静脉滴注。最高浓度每分钟不超过30微克。注射时注意药液不要外溢，否则引起皮肤坏死。

(3) 重酒石酸间羟胺（阿拉明）：直接兴奋 α 受体使血管收缩，作用慢而持久，亦有兴奋 β 受体，增加心肌收缩力与心排出量作用，剂量为20毫克，肌注 $\frac{1}{2}$ —2小时一次，或20—100毫克溶于葡萄糖500毫升中静脉滴注。间羟胺对缺乏储存型介质者无效，如用过利血平，酚乙胺及嗜铬细胞瘤术后引起之低血压。

(4) 多巴胺 20—60毫克溶于葡萄糖500毫升中静脉点滴。多巴胺对血管收缩作用与去甲肾上腺素一