

W

EST

中西医结合 重症医学手册

主 编 齐文升



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

中西医结合 重症医学手册

主 编 齐文升



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

内 容 提 要

《中西医结合重症医学手册》是一本贴近临床实际、能够指导重症监护室日常工作的口袋书。全书简明扼要，特色鲜明，实用性强，既包括了现代医学的监护治疗，也包括了特色的中医治疗技术和方法，旨在为住院医师和专科医师提供帮助。

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合重症医学手册 / 齐文升主编—北京：中国医药科技出版社，2018.12

ISBN 978 - 7 - 5214 - 0574 - 3

I. ①中… II. ①齐… III. ①险症—中西医结合疗法—手册
IV. ①R459.7 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 263280 号

美术编辑 陈君杞
版式设计 张 璐

出版 中国健康传媒集团 | 中国医药科技出版社
地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号
邮编 100082
电话 发行：010 - 62227427 邮购：010 - 62236938
网址 www.cmstp.com
规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$
印张 8 $\frac{3}{8}$
字数 149 千字
版次 2018 年 12 月第 1 版
印次 2018 年 12 月第 1 次印刷
印刷 北京市密东印刷有限公司
经销 全国各地新华书店
书号 ISBN 978 - 7 - 5214 - 0574 - 3
定价 28.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话：010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编 委 会

主 编 齐文升

编 委 赵 昕 刘 畅 王颖辉

远 庚 付 征 马石征

叶锡鲁 钱 晶 朱 立

李 琼 石嘉恒 季 然

王静怡

重症监护室工作繁杂紧张，既需要坚实的医学理论基础，又需要一定的临床经验，以作出迅速的判断和决策。初来重症监护室的年轻医生，面对这样的局面往往会顾此失彼，手忙脚乱，他们急需一本口袋书，随时翻检，以解决临床遇到的实际问题。

广安门医院重症监护室已成立二十余年，在齐文升主任的带领下，科室在应用现代医学理论和技术的基础上，坚持运用中医手段解决危重症临床问题，在中医治疗危重症方面积累了大量经验。他们编写的这本手册，简明扼要，特色鲜明，实用性强，既包括了现代医学的监护治疗，也包括了特色的中医治疗技术和方法。

希望这本手册能给在重症监护室工作的住院医师、规培医师、研究生等提供快速、准确的临床指导和帮助。

王階

二〇一八年元月於北京

重症医学是现代医学的重要组成部分，是一门研究危重病证发生、发展规律及诊治的学科。重症医学是以危重病为研究对象，以基础医学与临床医学的相互结合为基础，以专业学科为支撑，以现代化的监测及干预技术为方法，对危重病进行及时、有效的治疗，以最终提高危重病人的生存率为目的的医学专业学科。ICU 是重症医学的依托单位，是专门收治重症病人，将病人集中管理、精心监测和精准治疗的单位，ICU 的建立是医院现代化建设的标志，也是医院综合救治水平的体现。

中医治疗急危重症历史悠久，内容丰富，认为中医是“慢郎中”，不能治急重症的看法是一种偏见和无知。东汉张仲景《伤寒杂病论》开创了急症辨证论治的先河，对高热、结胸、出血、暴泻、厥逆等总结出了较系统的理法方药，在杂病论的《金匱要略》里就有心肺复苏的明确记载；唐朝孙思邈所著《千金要方》共 30 卷，其中讨论解毒急救有两卷，记载了大量的急症治疗方法和方药，如急性中毒的处理等；宋《和剂局方》的紫雪丹、至宝丹、苏合香丸一直沿用至今；经过两宋金元时期的变革发

展，时至明清，温病学崛起，使中医外感热病及其相关重症医学的发展，从理论到临床不断得到完善。

我院 ICU 自 1997 年建科时起，即以中西医结合治疗危重症为目标，坚持两条腿走路，要求既掌握现代医学的相关基础理论、临床知识以及现代仪器设备的操作技能，又要能够熟练地运用中医的临床辨证思维，运用中医的理法方药，解决危重病患者的临床问题。二十余年过去了，科室规模和人员有了大幅增加，年轻医生增加了很多，而且每年还接收一定数量的住院医师、规培医生、实习医生及基层进修医生，他们都热切期望有一本内容简练、全面、新颖的常规诊疗手册，作为临床工作的参考，为满足这一需求，在医院领导的大力支持下，我们组织了科室专家编写了这本《中西医结合重症医学手册》作为工具书。

本书浅显而详尽地介绍了重症监护室的相关规定、重症医学的基本问题、临床常见危重病及危重病常用诊疗技术，同时记述了具有我科特色的一些中医中药方法在危重病中的应用，力使中西医结合的诊疗技术更加全面。由于编者水平有限，再加上编写时间仓促，本书难免存在一些疏漏或不足之处，敬请广大读者批评指正。

齐文升

2018 年 10 月

第一部分 总 论

第一章 工作常规	1
一、ICU 医生的基本素质	1
二、工作制度	2
三、收患者程序	3
四、工作注意事项	4
第二章 ICU 评分系统	5
一、APACHE II 评分 (急性生理和慢性健康 评分 II): 总分 = A + B + C	5
二、GCS 评分 (Glasgow 昏迷评分) 总分 = E + V + M	8
三、RASS 镇静评分 (Richmond Agitation - Sedation Scale)	8
四、Glasgow - Pittsburgh 昏迷评分 (Glasgow - Pittsburgh Come Scale GCS - P)	9
五、谵妄评估量表 (CAM - ICU)	10
六、BPS 疼痛评分 the behavior pain scale	12

七、临床肺部感染评分 (CPIS)	12
八、Murray 急性肺损伤评分	13
九、急性肾损伤 KDIGO 分级	14
十、急性胰腺炎 RANSON 评分	14
十一、SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) 评分	16
十二、Marshall MODS 评分	17
第三章 常用药物	18
一、常用泵入药物	18
二、常用抗生素	20
三、CRRT 时常用抗生素剂量调整	24
四、常用方剂	25
第四章 常用治疗监测技术	42
第一节 呼吸治疗技术	42
一、气囊上滞留物清除	42
二、气囊漏气试验	43
三、呼吸力学监测	44
四、肺复张 RM	44
五、自主呼吸试验 SBT	45
六、俯卧位通气	46
七、电子支气管镜操作规范	48
第二节 血流动力学监测技术	53

一、有创动脉压监测	53
二、容量负荷试验	57
第三节 持续肾脏替代治疗	58
一、治疗时机	58
二、常用治疗方式	58
三、参数设置	58
四、置换液配制	59
五、抗凝技术	60
六、常见报警及处理	64
第四节 镇静与镇痛	66
第五节 营养支持	68
一、营养支持原则时机	68
二、营养能量需求	68
三、营养物质能量供给比例	69
四、特殊营养需求	70
五、肠内营养	71
六、肠外营养	73
七、胰岛素治疗方案	75
第六节 重症超声	76
一、心脏超声评估	76
(一) 常用切面	76
(二) 视觉评估 eyeballing	79

(三) 左室功能评估	80
(四) 右室功能评估	82
(五) 心包积液与心包填塞	85
(六) 下腔静脉	86
二、肺脏超声评估	88
(一) 探查位置	88
(二) 正常图像	89
(三) 常见疾病表现	90
(四) BLUE 方案	92
第七节 腹腔内压 (膀胱压) 测定	93
第五章 中医技术	95
第六章 院感相关问题	98
第一节 呼吸机相关性肺炎	98
第二节 导尿管相关尿路感染	100
第三节 导管相关血流感染	102
第四节 多重耐药菌的防治	106
第五节 ICU 抗生素停用策略	110

第二部分 常见病证诊疗要点

第一章 心肺复苏	113
第二章 脓毒症	117
第三章 慢性阻塞性肺病急性发作	121

第四章	重症哮喘	125
第五章	急性呼吸窘迫综合征	128
第六章	变应性支气管肺曲霉菌病	132
第七章	急性间质性肺炎	136
第八章	肺栓塞与深静脉血栓	140
第九章	侵袭性真菌感染	145
第十章	免疫缺陷患者的感染	149
第十一章	急性左心衰	153
第十二章	高血压危象	156
第十三章	急性冠状动脉综合征	159
第十四章	心律失常	167
第十五章	脑血管急症	176
第十六章	急性肾损伤	183
第十七章	急性肝衰竭	187
第十八章	重症胰腺炎	191
第十九章	急性消化道出血	196
第二十章	急性胃肠损伤	201
第二十一章	ICU 相关腹泻	204
第二十二章	腹腔间隔室综合征	208
第二十三章	酸碱失衡	211
第二十四章	弥漫性血管内凝血	218
第二十五章	系统性微血栓栓塞症	221

第二十六章	急性溶血	225
第二十七章	脂肪栓塞综合征	227
第二十八章	甲状腺功能减退危象	231
第二十九章	高渗昏迷	235
第三十章	神经肌肉急症	238
第三十一章	ICU 获得性肌无力	241
第三十二章	肿瘤危重症	245
第三十三章	毛细血管渗漏综合征	249
第三十四章	术后麻醉恢复	252

第一部分 总论

第一章 工作常规

一、ICU 医生的基本素质

1. 正确处理临床三大关系

1.1 主观与客观的关系：主观认识尽量与患者实际情况相一致，不要以点带面，避免主观臆测。

1.2 整体与局部的关系：患者的病变可能发生在某一局部器官或组织，然而局部病变可能影响全身，患者的主诉不一定就是病变所在。

1.3 共性与个性的关系：一种疾病的临床表现有其一定的特点和规律，但是疾病发生于人体时，受到患者具体情况和其他因素的影响，所发疾病的临床表现并不是千篇一律，常因人而异。

2. 诊断思维的顺序不同于普通专科，诊断思路应从重症到轻症，把最致命疾病放在首位，不要按概率排序。

3. 勤于思考，善于抓主要矛盾。检查的顺序要合理

安排，要学会综合各方意见做出最有利于患者的决策，不要自己拿主意、定方案。

4. 学会观察患者，反复查看，不遗漏任何潜在的临床危险征兆，重视生命体征，实事求是，及时记录，勤交代，多签字。

5. 强调诊断治疗的时效性，强调目标性治疗；救治患者要尽可能应用快速、有效的中医、西医措施。

6. 和患者家属、兄弟院科同事，要善于沟通，纵横周全，勇于承担责任，不推诿，不逃避，全面把控局势。

7. 除详尽地交代患者的病情和预后外，必须和患者家属保持一定距离，决不能接受患者家属的钱物和吃请。

8. 要拥有强健的体魄和无私奉献的精神以及团队协作意识，时刻维护医院和同事的形象。

二、工作制度

1. **查房制度：**每周一、四主任查房，每天早上副主任及主治医师查房，布置当天的治疗任务。规培住院医师在主治医师指导下完成日常诊疗工作。

2. 白班职责

◆ 参加查房，完成当天医疗工作，记录病程。与夜班交接班。

◆ 收新患者。

◆ 每天早上抽血完成科内血气分析，周一、周四必须在八点前完成该项工作。

◆ 开第二天常规化验：全血细胞分析 + CRP、急诊生化、DIC。每周一、周四开细菌真菌学或 PCT、BNP 检查。

◆ 每周三、周日准备第二天主任查房：做心电图、拍胸片、打印中药方。

三、收患者程序

1. 收治标准

- ◆ 急性、可逆、危及生命的器官功能不全。
- ◆ 存在各种高危因素、具有潜在生命危险。
- ◆ 在慢性器官功能不全基础上，出现急性加重危及生命。
- ◆ 慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆疾病一般不属于 ICU 收治范围。

2. 新患者常规

◆ 向家属交待病情，签病重通知单、有创抢救知情同意书、自费知情同意书。

◆ 开常规化验检查：全血细胞分析 + CRP + 血型、生化全项 + cTNI、DIC、肝炎病毒系列、梅毒 + 艾滋、甲功四项、肿瘤标记物、BNP、细菌真菌学检查、尿常规、便常规、细菌培养 + 药敏、细菌涂片（痰、尿、便）、心脏超声、腹部超声、胸片、心电图（自作）。

◆ 书写病历：8 小时内完成首程，24 小时内完成入院记录，48 小时内完成主任查房记录。

◆ 每个新患者均需在入室 24 小时之后完成 A-PACHE -2 评分（ICU 停留不足 24 小时者除外），并在

规定时间完成其他相关评分。

四、工作注意事项

1. 进入监护室须换 ICU 工作服、工作鞋。工作服不可穿出病区。如需去其他科室须外穿白衣，换鞋。工作服每日更换，下班后脏衣服扔到指定区域。

2. 检查每个患者前后均应进行手消毒，使用每个床单位独立配备的听诊器，不得使用自己的或其他床单位的听诊器。长发须束起。操作时必须戴帽子和口罩，每日更换。

3. 保持监护室安静，不得大声喧哗、说笑、玩手机，尤其是探视期间。

(齐文升 赵 昕)