

急症处理

上海科学技术出版社

上海市建筑工程局职工医院编
《急症处理》编写组



R596
STE

58363

急 症 处 理

上海市建筑工程局职工医院《急症处理》编写组 编

C0146327



上海科学技术出版社

L20101

急 症 处 理

上海市建筑工程局职工医院 编
《急 症 处 理》编 写 组 编

上海科学技术出版社出版
(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷六厂印刷

开本787×1092 1/32 印张 5.75 字数 127,000

1979年4月第1版 1979年4月第1次印刷

印数 1-100,000

号书: 14119·1357 定价: 0.48元

编写说明

医务人员能否对重危病员及时作出正确的诊断和处理，不仅直接影响到伤病员的生命，而且对以后的治疗有十分密切的关系，特别对战斗在生产第一线的医务人员来说，具有更重大的意义。为此，我们编写了这本《急症处理》，供基层医务人员参考。

本书编写以常见急症为主，重点介绍诊断和处理的具体方法，力求实用。在编写过程中，我们整理了过去在临床工作中遇到的点滴经验，并征求了部分基层医务人员的意见。由于我们的业务水平不高，又缺少编写经验，一定有不少缺点和错误，请读者批评指正。

上海市建筑工程局职工医院
《急症处理》编写组

1979. 2.

目 录

一、高热	1	十七、烧伤	89
二、昏迷	6	十八、颅脑损伤	97
三、惊厥	13	十九、胸部损伤	102
四、晕厥(昏厥)	18	二十、腹部损伤	111
五、咯血	22	二十一、泌尿系统 损伤	118
六、呕血	25	二十二、骨折、脱位 ..	125
七、中暑	32	二十三、急性腰扭伤 ..	155
八、煤气中毒	37	二十四、眼科常见 急症	162
九、电击	42	二十五、鼻出血 (鼻衄)	169
十、溺水	45	二十六、药物皮炎及 荨麻疹	172
十一、心律失常	51	附 人工呼吸法	176
十二、急腹痛	59	心脏挤压法	178
十三、创伤	67		
十四、出血	73		
十五、休克	75		
十六、毒蛇咬伤	85		

一、高 热

【概述】

凡体温高达 39°C 以上都称为高热，各科多种疾病均能引起高热，也是内科急诊当中常见的一种症状，须及时予以诊断和处理。

【病因】

引起高热的原因很多，一般可分为感染性发热与非感染性发热两大类，并以前者为多见。

一、感染性高热

1. 传染病：多数急症患者的高热是由传染病引起，其中多半为上呼吸道感染，例如普通感冒与流行性感冒、菌痢、疟疾、伤寒、传染性肝炎、急性血吸虫病、传染性单核细胞增多症、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎等均有发热或高热。

2. 器官感染性炎症：常见有急性扁桃体炎、副鼻窦炎、中耳炎、支气管炎、肺炎、脓胸、肾盂肾炎、胆囊炎、肝脓肿、心内膜炎、败血症、淋巴结炎、睾丸或副睾丸炎、输卵管炎、丹毒、深部脓肿等。

二、非感染性高热

1. 变态反应性或胶原性疾病：如风湿热、系统性红斑狼疮、皮炎、荨麻疹、药物热、输血输液反应等。

2. 恶性肿瘤：如白血病、淋巴瘤、恶性网状细胞增多症，肝、肺和其它肿瘤等。

3. 其它：如中暑、脑溢血、大块组织坏死、内脏梗塞等。

【诊断】

高热的原因很多，也较为复杂，有时会造成诊断上的困难。因此，遇有高热病员必须从病史、体格检查、实验室检查三方面调查研究，并结合动态观察，综合分析，抓住主要矛盾，才能及时作出诊断。

一、病史 正确而详细的询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要线索。有些疾病根据详细的病史和典型症状即可作出初步诊断，例如病员有周期性和间歇性寒颤、高热、大量出汗而无毒血症表现，即可拟诊为疟疾。此外，又可根据各脏器在炎症时常伴有相应症状出现，对诊断也有很大的帮助，例如高热伴上呼吸道感染症状，流涕、咽痛、咳嗽等，首先要考虑上呼吸道感染；伴有咳嗽、气急、胸痛等应考虑呼吸系统疾病如肺炎、胸膜炎等；伴腰酸、腰痛、尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状应考虑尿路感染等；伴右上腹痛、黄疸等应考虑肝、胆疾患；伴有头痛、呕吐、意识障碍应考虑神经系统的疾病，如脑膜炎、脑炎等。

对传染病与寄生虫病，要注意询问发病地区、季节、年龄、性别等流行病学史。某些寄生虫病有严格的地区性，如血吸虫病多见于我国南方，且有疫水接触史。某些传染病又有明显的季节性，如流行性乙型脑炎则流行于夏秋季，多见于7~9月。有些传染病如麻疹、猩红热、伤寒等病愈后常有较牢固的免疫力，第二次感染发病者极为罕见。

对高热病员还须注意观察起病急缓、热程及热型，例如起病缓、热程长、呈稽留热型，要考虑伤寒。如热程达1~2周以上，应考虑风湿、结核、败血症、肿瘤、胶原性疾病等。

二、体格检查 高热病员应作全面的体格检查，对有器官及系统症状者，应重点局部检查，通过病史及体格检查对大

部分高热均能作出正确的判断。

1. 一般情况：在急性感染性高热，如一般情况良好而无其它阳性体征，常为呼吸道病毒感染；急性高热、毒性症状明显，患者表现重病容，常为细菌性感染或重要器官有炎症。

2. 皮肤、粘膜、淋巴结检查：如皮肤、粘膜有黄疸表现应考虑肝、胆系统疾病。瘀点对流行性脑脊膜炎、败血症、亚急性细菌性心内膜炎、血液病等的诊断有帮助。对有特殊的淋巴结肿大、明显压痛者，应考虑附近器官炎症。如淋巴结质硬而固定者，应考虑淋巴瘤或转移性癌肿。

3. 头面部：注意检查巩膜有无黄疸，副鼻窦有无压痛，外耳道有无流脓，乳突有无压痛，扁桃体有无红肿，牙龈有无炎症等。

4. 胸部：注意肺部炎性体征，有否罗音、胸膜摩擦音、心脏的病理性杂音及心包摩擦音等。

5. 腹部：注意有无压痛、肌卫，如有局部固定明显压痛，常提示所在部位的脏器有炎症。如右上腹压痛常考虑胆囊炎，妇女小腹部压痛应考虑输卵管炎、盆腔炎等。还须注意有无肿块及肝脾肿大，根据肿大程度、质地及发热的热型来考虑如伤寒、疟疾等传染病，败血症及血液病等。

6. 神经系统检查：注意有无脑膜刺激征及病理反射。

7. 其他：结合典型症状作局部重点检查。例如病员有高热、尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，须在肋脊角作叩击，如有明显叩击痛，应考虑急性肾盂肾炎。

总之，高热病员在一般体格检查的基础上，对病史中考虑到的疾病，应重点检查有关的系统或脏器。阳性体征的发现对高热病因诊断有重要参考价值。

三、实验室检查 对通过病史及体检尚不能明确诊断

者,或在初步诊断的基础上须进一步了解病情,可做一些必要的实验室检查。

1. 白细胞计数、分类检查:白细胞总数偏低,应考虑疟疾或病毒感染,如流感等,如同时有嗜酸性细胞减少或消失,应考虑伤寒。白细胞总数增高和中性粒细胞左移者,常为细菌性感染,尤其是球菌类化脓性病变。嗜酸性细胞增高者多为变态反应性疾病和寄生虫病,如急性血吸虫病等。白细胞总数增高,同时有空泡及中毒颗粒,表示有严重感染。有大量幼稚细胞出现时要考虑白血病,但须与类白血病反应相鉴别。

2. 尿粪检查:尿液检查对尿路疾病的诊断有很大帮助,如女性病员高热而无阳性体征时,应作清洁尿常规检查,如尿中出现大量脓细胞应首先考虑到急性膀胱炎或肾盂肾炎的诊断。对昏迷、高热病员而无阳性神经系统体征时,应作尿常规检查,以排除糖尿病酸中毒合并感染的可能。对高热伴有脓血便或有高热、昏迷、抽搐而无腹泻在拟及中毒性菌痢时应灌肠作粪便检查。

3. X线胸腹部检查:常有助于肺炎、胸膜炎等疾病的诊断。

4. 对诊断尚未明确的病员,根据病情的需要,选作对诊断有特殊意义的检查,如血培养、抗“O”、血沉、血清凝集反应,各种穿刺及活组织检查等。

【处理】

一、一般处理 休息,多饮水分,补充适当液体及维生素乙、丙等支持疗法。

二、病因处理 对诊断明确的病员要积极加以治疗,如肺炎应结合诊断、感染轻重、病员一般情况、药物副作用等合理选用抗菌素。在使用过程中应注意用量适当,疗程足够,且

不能无故任意更换抗菌素，如大叶性肺炎使用抗菌素有效者常于用药后第二、三天退热；伤寒常于用氯霉素治疗后 3~5 天才退热。故在抗菌素使用后必须观察一定时间，如临床疗效确不满意，才考虑改用其它药物。

对高度怀疑的疾病，可作诊断性治疗，如有典型病史、热型、肝脾肿大，白细胞减少，高度拟诊疟疾，可试用磷酸氯喹作抗疟治疗等。

三、退热处理

1. 药物退热：对发热原因不明的病员，不能随便给服退热药。这样不但对病情的改善没有帮助，还可掩盖疾病的真相，因此，对诊断和治疗都无益。但为了减少高热对人体的不利作用和适当减轻病人痛苦，小剂量退热药是可以采用的。

口服：如 A.P.C.0.42 每日三次，P.P.C.1~2 片/次，每日三次，安乃近 0.5 每日三次。

针剂：柴胡注射液 2~4 毫升肌注 1~2 次/日，使他静 2 毫升肌注，复方奎宁 2 毫升肌注等。适用于上呼吸道感染及一般高热的对症处理。

中药：银翘解毒片，6 片一天三次，鸭跖草 30~60 克煎服。

使用退热药时要注意多饮水，既有利于退热，又可补充退热出汗时的水分丢失。

2. 物理降温：一般可用冷毛巾及冰袋置于前额。对发热过高、体温超过 40℃ 以上者，可用 50% 酒精四肢擦浴，头部放置冰袋，或在大血管附近如腹股沟、腘窝等处放置冰袋，以使体温降至 38℃ 左右为宜。但须注意，一般高热及冬季不宜施行。此外，针刺曲池、合谷也有退热作用。

3. 退热注意事项：在感染性器官或系统炎症给予病因治疗后，一般不需要合并使用退热药。对高热一时原因不明而

患者一般情况良好者,可暂不作退热处理而给予支持治疗,以观察热型并进一步检查以确诊断。此外,某些药物,如保太松、消炎痛、强的松类激素药物,亦有退热作用,但应掌握好明确的适应症,不能随便使用。

二、昏 迷

【概述】

昏迷是人体高级神经活动受到严重抑制的临床征候群,表现为意识丧失,运动、感觉和反射功能障碍。昏迷的程度可轻可重,浅昏迷或半昏迷时可有躁动、颤妄,对疼痛仍有反应,吞咽反射、角膜及瞳孔反射仍存在,大小便失禁或潴留。深昏迷时全身肌肉松弛,各种刺激无反应,各种反射均消失。昏迷时间可短可长,如历时数周以上可表现为貌似清醒,能睁眼,瞳孔、角膜、咳嗽等反射可逐渐出现,而神志不清,不能言,不能动,不能食,对外界无任何反应,即进入所谓“去大脑皮层综合征”,恢复常困难。昏迷要与嗜睡及迷蒙相区别,二者均属轻度的意识障碍,嗜睡是一种陷入睡眠状态,可以唤醒,并能正确回答。迷蒙也是一种睡眠状态,虽可唤醒,但不能正确回答,某些疾病在昏迷前常可有嗜睡及迷蒙出现,应予注意。

【病因及诊断要点】

昏迷是一种严重情况,可因颅内及全身病变引起。感染、药物、毒物、代谢障碍、颅脑损伤、出血、肿瘤、电击、中暑等原因造成持久性的脑缺血,脑缺氧,脑实质损害,严重的代谢紊乱,均能导致昏迷,原因十分复杂。昏迷是许多种疾病发展过

程中的临床表现,以内、儿科疾病多见;此外在绝大多数因病死亡前亦常有昏迷出现。不论何种原因引起的昏迷均属危重情况。为了便于叙述,现将昏迷的原因方面,分为感染性与非感染性二大类。

一、感染性病因 一般都有发热或高热,昏迷常出现在发热以后,多数伴白细胞增高,同时有的常伴感染性休克。

1. 急性化脓性脑膜炎:起病急,有高热、畏寒、头痛、喷射性呕吐、惊厥、昏迷、颈项强直,甚至角弓反张,抬头及提腿试验阳性。其中流行性脑脊髓膜炎在冬末春初(2~4月)时发病较多,常见于学龄前后儿童,早期即有皮肤瘀点及瘀斑出现。肺炎球菌脑膜炎常为肺炎或中耳炎的并发症;金黄色葡萄球菌脑膜炎常伴皮肤化脓性感染,二者均无明显季节性而脑脊液检查全部有化脓性炎症改变:如外观混浊,蛋白增高,细胞计数在1,000以上、以中性多核为主,蛋白增高,葡萄糖及氯化物减低,细菌学检查可确定病原菌。

2. 流行性乙型脑炎:见于7~9月,有明显季节性。发热、头痛、呕吐、嗜睡、惊厥及意识障碍,昏迷时高热常在40℃以上,有脑膜刺激征,脑脊液检查有病毒感染改变:如外观清或微混,蛋白增高,细胞计数在数十至数百,早期以中性多核为主,葡萄糖正常或偏高,氯化物正常,其他传染后脑炎,如流行性腮腺炎脑炎、带状疱疹脑炎,及肠道病毒性脑膜(脑)炎均少见,可根据流行病学史、原发病特征、实验性检查等作出鉴别。此外,在诊断病毒性脑炎时,常须与结核性脑膜炎相区别,后者有结核史或同时有活动性结核病,脑脊液检查:葡萄糖、氯化物均减低;静置后网状凝块涂片抗酸染色可找到结核杆菌,可与病毒性脑炎相区别。

3. 其他严重感染:如中毒性菌痢,儿童较多见,有高热、

惊厥、昏迷如在腹泻前出现,常易误诊,应提高警惕,可用盐水灌肠作大便检查不难确诊。昏迷伴有畏寒、高热、休克、皮肤粘膜瘀点、肝脾肿大,应考虑败血症,同时常有创伤、灼伤及皮肤粘膜等感染史,血培养有诊断价值。中毒性肺炎除有肺炎表现外,出现昏迷时,多伴呼吸循环衰竭。脑型疟疾多见于疟疾流行区,有贫血及脾肿大,厚滴血片可找到疟原虫。脑脓肿多数由化脓性中耳炎并发,有感染特征,发热、白细胞增高,同时有颅内占位性病变的神经系统定位体征,昏迷时常表示重危征象。

二、非感染性病因

1. 脑血管意外: 为常见昏迷急诊, 包括脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、尤其是脑出血, 80%左右的病员可引起不同程度的昏迷, 除蛛网膜下腔出血外均有偏瘫出现, 如有发热常于昏迷后出现, 上述四种脑血管意外的鉴别诊断见下表:

诊断要点	脑 出 血	脑血栓形成	脑 栓 塞	蛛网膜下腔出血
年 龄	老 年	老 年	青、中年	青、中年
主要病因	高血压、动脉硬化	动脉硬化、糖尿病	风心、二尖瓣狭窄、心房纤维颤动、亚急性细菌性心内膜炎	先天性动脉瘤、脑血管畸形、动脉硬化性动脉瘤
发病情况	快, 常有情绪波动	慢, 常于睡眠情况下发生	最快	快, 剧烈头痛
临床表现及主要神经系统体征	昏迷深、血压高、呼吸深有鼾声, 脸红、盛汗、偏瘫或四肢瘫、半数病人有脑膜刺激征, 但不明显	清醒多, 昏迷少, 有偏瘫, 无脑膜刺激征	清醒多, 昏迷少, 有抽搐、偏瘫, 无脑膜刺激征或可突然死亡	清醒多, 可短暂昏迷, 无偏瘫, 可有单侧动眼神经瘫痪。有明显脑膜刺激征状
脑 脊 液	压力高, 含血性	压力正常, 清	压力正常, 清	压力高, 血性

2. 高血压脑病：原有高血压、肾炎、妊娠毒血症等，因血压突然升高导致脑组织急性循环障碍及脑水肿，在昏迷前有剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐、惊厥，无偏瘫，血压极度升高（舒张压可在130~140毫米汞柱以上），使用降压药及脱水剂治疗常可较快恢复清醒。

3. 内分泌及代谢障碍性疾病：具有起病慢，昏迷前均有原发病的一系列临床表现。尿毒症昏迷：有慢性肾炎史，浮肿、高血压、口中有尿臭、昏迷前先有头痛、眩晕、视力障碍、嗜睡等表现，昏迷逐步加深，尿液检查有蛋白、管型、红白细胞、比重低而固定于1.010左右，血液生化检查非蛋白氮增高，二氧化碳结合力降低。肝昏迷：有肝炎、肝硬化史，有黄疸、蜘蛛痣、腹水、肝臭，扑翼样震颤，脾肿大等体征。昏迷前常先有意识障碍，精神改变，早期膝反射亢进，划蹠试验阳性，深昏迷时各种反射减弱或消失。糖尿病昏迷：有糖尿病史，在停注胰岛素或未作饮食控制时发生，或有多饮多食多尿史，常患皮肤疖肿感染，女性病员常有外阴瘙痒，昏迷前由食欲亢进转为食欲减退，恶心、呕吐、头痛、腹痛、视力减退、嗜睡等，昏迷时皮肤干燥、呼吸加快加深、有酮味。尿液检查，尿糖及醋酮呈强阳性，血糖检查有明显增高，酸中毒时有二氧化碳结合力降低。低血糖昏迷：常见于糖尿病使用胰岛素及口服其他降糖药过量引起，胃大部切除、胃肠吻合术后，严重肝病及胰岛细胞瘤等原因，昏迷前有心慌、眩晕、饥饿感、乏力等，昏迷时皮肤湿润、呼吸无酮味、划蹠试验常阳性，尿液检查无尿糖及醋酮，血糖多在50毫克%以下，注射或口服葡萄糖后很快清醒。

4. 肺心病病：冬季发病多，有慢性气管炎，哮喘及肺气肿病史，多数在有继发感染的情况下出现，有发热、咳嗽、气喘、脓痰等。在明显缺氧和二氧化碳潴留的情况下出现昏迷，

昏迷前常有烦躁,精神失常,抽搐等症状。

5. 心源性:凡能引起严重心律失常的各种心脏病如风湿性心脏病,冠状动脉粥样硬化性心脏病,心肌病,药物等原因使心动过缓在40次/分以下,心动过速在160次/分以上时,可造成急性心源性脑缺氧,表现为心前区不适或心绞痛发作,晕厥、抽搐,如未能及时纠正时,可陷入昏迷,仔细心脏听诊常能及时作出诊断。

6. 颅内肿瘤:起病慢,昏迷前有持久头痛、呕吐、视力减退、癫痫及神经系统定位症状。

7. 颅脑损伤:有外伤史,根据病情的轻重有脑震荡、脑挫裂伤、外伤性颅内血肿之分。

8. 药物及化学品中毒:以巴比妥类药物及敌敌畏中毒最常见。巴比妥类安眠药中毒的表现:病人昏迷无运动性不安,全身肌肉松弛、呼吸浅、体温低、脉搏微弱、瞳孔缩小、划蹠试验有时可阳性,重症时各种反射消失,根据服药史即可作出诊断,必要时作胃内容物及尿液化学分析。敌敌畏系有机磷农药中之一,中毒症状按毒性作用分为:(1)毒蕈硷样症状,表现为恶心、呕吐、腹痛腹泻、瞳孔缩小,大量出汗、流涎、肺水肿及呼吸困难。(2)菸硷样作用,表现为肌肉震颤、抽搐、肌张力减退,严重时呼吸肌麻痹,可根据误服史或接触史,排泄物有大蒜样臭味,瞳孔缩小、大汗淋漓、口水不止等症状体征一般不难诊断。在工业生产过程中如吸入高浓度大量苯蒸气,可造成急性苯中毒。苯是工业中广泛使用的一种溶剂和原料,在制造染料、人造革、橡胶等工业中常用,在油漆、喷漆中含量甚高。吸入高浓度的苯蒸气,可引起急性苯中毒,中毒较轻时表现粘膜刺激症状,头晕、头痛、恶心、呕吐、步态蹒跚等。严重中毒时发生昏迷、抽搐、血压下降、肺水肿,以至呼吸和循环衰竭。

其他如苯胺、丁二烯及二硫化碳蒸汽等亦可造成中毒而昏迷。

9. 其他：如中暑、电击、一氧化碳中毒等均可引起昏迷，诊断均不困难。此外在急症中常遇到癔病性“昏迷”，癔病发作为意识障碍而不是昏迷，伴有情感反应，如眼角噙泪、叹息或过度换气、扮眼睑而闭合更紧等表现，应作出鉴别。

昏迷的原因很多，在诊断有困难时应作白细胞计数分类检查，尿液常规，尿糖及醋酮化验，必要时作腰椎穿刺，因为脑脊液检查常有助于鉴别诊断。作腰椎穿刺时注意，凡属狂躁不配合、穿刺局部有感染、颅压明显增高或有脑疝征象者应禁忌。穿刺时脑脊液流速不宜太快，并分别放置二只无菌试管，其中一管以备转院或进一步化验时使用。

【处理】

一、病因治疗 对明确诊断者，应根据不同病情，给以病因治疗。

二、对症处理 为了维持昏迷病员有效的呼吸循环，补充水及电解质，促使神志恢复，减少及预防并发症，特别对某些疾病目前尚无特效疗法者更显得重要。

1. 保持呼吸道通畅：将病员头转向一侧，便于口涎外流，如果舌已内缩，应将舌拉出，再通过鼻导管给氧，及时抽痰，如呼吸道有痰块或炎症水肿阻塞，病员呼吸困难，明显缺氧紫绀及烦躁不安，深昏迷有频繁抽搐者，可考虑作气管切开。有呼吸衰竭时应给呼吸兴奋药，如可拉明 0.375(1.5 毫升)，山梗菜碱 3~6 毫克或回苏灵 8 毫克，每 4~6 小时一次，肌注或静注。

2. 维持水与电解质平衡：昏迷病员不能进食，每日应静脉输液，输入量的简单计算方法是病员尿量加 1,000 毫升数，一般每日输入量在 2,000 毫升左右，对有高热、大量出汗、呕

吐、腹泻者，应在3,000毫升以上，其中生理盐水在500毫升左右，另以5~10%葡萄糖溶液补充，每日给10%氯化钾20~30毫升左右，补钾原则是无尿不补，见尿补钾，多尿多补，注意氯化钾不能静脉推注！浓度每500毫升液体内不超过10%氯化钾15毫升，滴注速度每小时不超过氯化钾1克，在输液及补充电解质时，应根据具体情况制定。有代谢性酸中毒者，用5%碳酸氢钠或11.2%乳酸钠治疗，使二氧化碳结合力纠正至35容积%以上即可。对昏迷超过48小时以上仍未清醒的病人，应考虑给予胃管鼻饲，有利于热量补充及水与电解质平衡。

3. 脱水剂使用：昏迷病员出现频繁呕吐、收缩压上升、脉搏减慢至40次/分左右、呼吸不规则、眼底乳头水肿，表示有颅内压增高或脑水肿，若出现瞳孔双侧缩小，或忽大忽小、两侧瞳孔不等大、呼吸骤停等、则提示有脑疝出现，应立即给予脱水剂，常用有50%葡萄糖40~60毫升每4~6小时一次静注；20%甘露醇或25%山梨醇250毫升静滴，一日2~3次；地塞米松5~10毫克加于液体中静滴，一天1~2次，对改善脑水肿，降温及减轻症状有一定作用。

4. 促使苏醒：在进行病因及其他治疗的同时，促使苏醒方法的使用可起一定作用。(1)氯脂醒250毫克肌注，每2~4小时一次。(2)醒脑静2~4毫升肌注，每日2~3次。(3)γ-氨基酪酸2~4克加入10%葡萄糖500毫升中静滴。(4)中药安宫牛黄散0.6克，一天二次吞服或鼻饲给药。(5)新针治疗，针刺人中(主穴)、百会、涌泉、十宣(放血)，牙关紧闭加颊车、地仓、合谷，休克加内关、足三里，尿潴留加三阴交、关元等。(6)巴比妥类药物中毒可选用印防己毒素3毫克，每15分钟至1小时肌注，直至出现角膜反射为止(吗啡中毒不用，过量能引起惊厥)。其他中枢兴奋药如咖啡因、可拉明、野靛碱、回苏灵