

休 克 的 治 疗

（内部资料）

河南医学院第一附属医院印

毛主席语录

要认真总结经验。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

一切外国的东西，如同我们对于食物一样，必须经过自己的口腔咀嚼和胃肠运动，送进唾液胃液肠液，把它分解为精华和糟粕两部分，然后排泄其糟粕，吸收其精华，才能对我们的身体有益，决不能生吞活剥地毫无批判地吸收。

前 言

休克为常见的急症，在广阔的农村医院更是多见。目前，有关休克的资料琳琅满目，反映了近年研究的重要成就，从而指导了临床的诊疗工作。

在史无前例的无产阶级文化大革命取得胜利的大好形势下，为了落实毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大教导，我院师生在工宣队及革委会的率领下，于1968年奔赴农村，在接受贫下中农的再教育及进行教育革命中，为一位68岁老大娘成功地切除了长了30余年，重达90余市斤的巨大卵巢囊肿。

术后约10余小时共输液约3500毫升，患者有些躁动，表情淡漠，四肢冷凉，心率增快，血压接近正常的低水平。这些带有信号性的动向意味着什么？！当时，急需找出确切的指标对这些临床险情的先兆作出较为可靠的判断。

除观察尿量及比重的动态外，几乎没有更多的条件作出特殊检查进行判断。当晚八时首次看第一小时尿量为24毫升，比重1024；随后第二小时尿量更少，比重1026；第三小时尿量仅10余毫升，比重1028。结合全身情况考虑更可能是血容量不足，经慎重快速输液后，尿量渐增，尿比重渐降。后按每小时尿量控制在40毫升以上，比重在1020以下作为输液量及输液速的依据。到次晨八时（即术后24小时）共输液7800

毫升。68岁的老大娘不仅未发生心力衰竭，而且安稳地渡过了当时就应认为的低血容量早期休克险关。

虽然文献中已提到休克病人应观察尿量，但没有这次体会深刻而具体。从中认识到单位时间尿量、比重的动态观察可以作为休克时判断及补充血容量的有力参考。这对后来所遇到的休克的治疗起到了良好的指导作用。尽管中心静脉压指示休克的输液更为可靠，但毕竟不能在广阔的农村医院普遍应用。

休克实质既是有效循环血容量不足，导致毛细血管血流锐减。为此，静脉合理补液就成为救治休克的首要关键性措施，对低血容量休克尤其如此。

那么要问：为什么休克时首先要判断及补充血容量？怎样判断及补充？面临休克病人的治疗，不管是在什么样的条件的医院，这些实际问题都必须首先解决，只是解决的方法根据条件有所不同。盲目补液要么就是不足，要么就会过量，甚至导致肺水肿死亡。

毛细血管血液灌流既是灵敏地反映在肾血流的变化上，那么尿量的动态变化也就间接反映微循环的灌流。上一导尿管开放导尿，动态观察单位时间尿量及比重在广阔的农村医院是切实可行的。

这一简单而重要的方法总是被忽视了，以致在一个严重休克病人在不能测定中心静脉压时，虽然作了一连串无关的特殊检查，却没有观察既重要又可行的单位时间尿量及比重，这就看不出输液及抗休克药物应用的反应及规律。

在批林批孔运动的大好形势下，在我院各级党组织的大力支持下，在同志们的帮助及鼓励下，笔者特把在临床工作时从群众中学习到的休克的点滴知识编写成册，再献还给人民，以供基层医务同志参考。

限于笔者马列主义、毛主席著作学习不好，业务水平不高，仅把自己从内科疾病所致休克的处理的认识过程作一介绍。缺点及错误欢迎读者批评指正。

河南医学院内科

刘钟明于郑州

1974年12月

目 录

第一章 一例严重休克病人不同疗法的对比	(1)
第二章 休克与微循环	(5)
微循环的解剖生理	(5)
影响微循环的因素	(8)
压力	(8)
阻力	(9)
微血管的舒缩	(9)
休克时微循环的改变	(10)
缺血期	(11)
淤血期	(11)
播散性血管内凝血期	(12)
末期	(12)
第三章 休克与血压	(14)
血压与血流	(14)
血压的形成	(14)
血压与血流	(15)
阻力与管腔	(15)
结论	(16)
休克与血压的关系	(16)
休克时血压的变化	(16)

血压对血流灌注的影响·····	(17)
临床的判断及治疗·····	(17)
周围阻力的临床判断·····	(17)
治疗要点·····	(18)
第四章 微循环障碍在临床方面的表现·····	(20)
体格检查·····	(21)
化验·····	(24)
其它·····	(28)
单位时间尿量·····	(28)
中心静脉压·····	(28)
第五章 休克的治疗·····	(29)
血容量的补充·····	(29)
休克时为什么有血容量不足·····	(30)
液体的内转移·····	(30)
毛细血管开放·····	(30)
摄入不足或丧失增多·····	(31)
一例感染性休克的处理·····	(32)
两例肠道感染低血容量休克的预防及治疗·····	(36)
一例糖尿病休克的处理·····	(39)
怎样判定血容量·····	(42)
病史与体征·····	(42)
单位时间尿量及比重·····	(44)
中心静脉压·····	(47)
怎样观察肺水肿潜在进行·····	(49)

肺淤血存在的征象·····	(49)
肺水肿的紧急处理·····	(49)
怎样补液·····	(50)
补液的速度·····	(51)
补什么液·····	(51)
低分子右旋糖酐的应用·····	(54)
评价·····	(54)
遇到的问题·····	(54)
观察·····	(55)
讨论·····	(55)
应用注意事项·····	(57)
组织灌注的判定·····	(58)
纠正血管舒缩异常——抗休克药物的选用·····	(59)
扩血管及缩血管药物的选择·····	(59)
抗休克药物与受体·····	(61)
抗休克药物分类·····	(62)
缩血管药物介绍·····	(63)
扩血管药物介绍·····	(66)
β 受体阻滞剂的应用问题·····	(69)
皮质激素的应用·····	(69)
中药及针刺在抗休克中的应用·····	(71)
生脉散·····	(72)
东莨菪硷与樟柳硷·····	(72)
新针疗法·····	(73)

一例休克死亡病例的检讨·····	(74)
第六章 感染性休克的治疗 ·····	(78)
临床判断·····	(78)
休克的一些特征·····	(79)
治疗·····	(82)
抗感染·····	(82)
首先要处理的问题·····	(82)
对感染细菌的估计·····	(83)
抗菌素的选择·····	(84)
剂量、途径及疗程·····	(85)
疗效判定·····	(85)
不良反应·····	(85)
无效的分析·····	(86)
经历与教训·····	(86)
抗休克·····	(88)
血容量的补充·····	(88)
一例严重感染性休克的液体疗法·····	(88)
异丙肾上腺素的选用基础·····	(90)
其它有关措施·····	(91)
第七章 心源性休克的治疗 ·····	(93)
什么叫心源性休克·····	(93)
血液动力学的改变·····	(93)
心输出量减少·····	(93)
外周血管阻力增加·····	(94)

临床观察.....	(94)
治疗.....	(95)
酌情补充血容量.....	(95)
血容量的判断.....	(96)
抗休克药物的选择.....	(98)
心律失常的处理.....	(101)
其它.....	(102)
治疗无效因素.....	(102)
一例严重低血钾致心肌梗塞休克的治疗经过.....	(103)
第八章 出血性休克的治疗.....	(106)
消化道内出血的识别.....	(106)
失血量的估计.....	(107)
消化道急性失血的判定.....	(108)
处理.....	(110)
怎样补液、补血.....	(111)
止血.....	(114)
血管活性药物的应用.....	(116)
第九章 过敏性休克的治疗.....	(117)
过敏性休克的发生.....	(117)
诊断.....	(119)
处理.....	(120)
阻断组织胺释放.....	(120)
肾上腺素的应用.....	(121)
一例肾上腺素引起的偏瘫.....	(121)

一例肾上腺素对血压、心率及心节律的影响·····	(121)
其它措施·····	(122)
第十章 并发症的处理·····	(124)
心脏骤停的紧急处理·····	(124)
心脏停跳的判断·····	(124)
紧急措施·····	(126)
口对口呼吸·····	(127)
胸外心脏按压·····	(128)
脑缺氧的防治·····	(135)
药物的配用·····	(136)
脑水肿的处理·····	(138)
脑水肿的出现·····	(139)
脑水肿判断的临床依据·····	(140)
有效的紧急措施·····	(142)
脱水剂的应用及评价·····	(142)
治疗无效的因子·····	(145)
几种特殊情况的处理·····	(147)
休克与脑水肿并存·····	(147)
心力衰竭与脑水肿并存·····	(148)
脱水与脑水肿并存·····	(149)
利尿剂的应用·····	(150)
皮质激素的应用·····	(151)
休克肺·····	(152)
简介·····	(153)

休克肺的发生.....	(154)
临床特征.....	(155)
防与治.....	(156)
急性肾功能衰竭的治疗.....	(158)
概述.....	(159)
休克与肾脏.....	(160)
判断与鉴别.....	(162)
问题的提出.....	(162)
前一例死亡原因的分析.....	(162)
另一例的判断及处理.....	(163)
尿少的鉴别.....	(164)
几点说明.....	(165)
处理要点.....	(166)
预防——药物的选用.....	(166)
治疗.....	(168)
第十一章 休克观察记录表的应用.....	(176)
 附：抗菌素的临床应用.....	 (180)
在什么情况下需选用抗菌素.....	(180)
怎样判断感染的部位.....	(183)
颅内感染.....	(183)
呼吸道感染.....	(183)

消化道感染.....	(184)
尿路感染.....	(185)
败血症.....	(185)
选用什么抗菌素.....	(186)
怎样判断抗菌素的疗效.....	(190)
抗菌素无效的探讨.....	(193)
不良反应.....	(195)
联合用药.....	(198)
抗菌素的预防应用.....	(200)
各抗菌素的抗菌谱、主治疾病及不良反应	
附表	(201)

第一章 一例严重休克病人 不同疗法的对比

患者 男 41岁 因经常右上腹隐痛疑为慢性胆 囊炎，于1974年11月11日上午九时许注射链霉素0.5克后，患者立即感觉心悸、闷气、全身极度不适。考虑药物过敏，注射付肾素一支，情况不见好转，呈休克状况，血压测不到。从上午九时直到下午四时，在七个小时中 共用付肾素、新福林、654—2各2支，阿拉明4支，去甲肾上腺素、可拉明各7支，氯丙嗪25毫克，西地兰0.4毫克，氢化可的松600毫克，地塞米松10毫克分别缓慢静脉滴入，ATP 3支，辅酶A 2支，维生素C 5克，静脉缓慢输液1500毫升。没有导尿。尽管采取了这样多的措施，血压一直为零。心电图在不同的导程ST段呈明显的抬高或压低，伴有短阵室上性心动过速，心率150次。

在测不到血压七小时后（即下午4时）停用所有升压药及扩血管药并立即上导尿管，因无尿，立即在上下肢两条途径快速静脉输液，并在一个半小时内分两次静脉推入地塞米松70毫克（第一次40毫克，以后30毫克）。采取这两项紧急措施后一小时血压升至90/80毫米汞柱，尿亦频频而来，随之休克逐渐解除。从上午9时开始救治，前七小时与后八小时治疗反应见表1。

表 1 一例休克病人两种不同疗法的对比观察表

时 间	呼吸 (次/分)	心率 (次/分)	血压 (毫米汞柱)	尿量 (毫升)	比重	液体 (毫升)	用 药
1974. 11. 11.							
9 ¹⁰ / _{AM}		36	0			共	付肾素、新福林、654—2各2支，
(共七小时)		↓				输	阿拉明4支，
	28	150 (ECG)		未导尿		液	去甲肾上腺素、可拉明各7支，氯丙嗪25毫克，西地兰0.4毫克，氢化可的松600毫克、地塞米松10毫克均分别缓慢静脉滴入
		↓	0			1500	
4 ⁰⁰ / _{PM}		138					
4 ⁰⁸ / _{PM}	28	138	0	(开放导尿)	250(低右)	白蛋白40毫升	
				0	750(糖液)	地塞米松40毫克	
					由两条静脉输入	NaHCO ₃ 100毫升(均静脉推入)	
5 ⁰⁰ / _{PM}	26	120	90/80	开始滴尿			
5 ³⁰ / _{PM}	25	120	108/88	205 1020	500(低右)	地塞米松30毫克	
					500(糖液)	NaHCO ₃ 液100毫升(均静脉推入)	
6 ³⁰ / _{PM}			110/84		500(糖液)		
7 ⁰⁰ / _{PM}	24	110	120/80	200 1024	500(林格)	白蛋白20毫升	
8 ⁰⁰ / _{PM}			90/68	100 1032			
9 ⁰⁰ / _{PM}		98	102/84	60 1034	500(糖液)		
10 ⁰⁰ / _{PM}	24	96	100/80	50 1044			
11 ⁰⁰ / _{PM}				20 1046	1000(林格)	} 一小时输入	
					500(糖液)		
12 ⁰⁰ / _{PM}				120 1026	500(糖液)	30分钟输入	
12 ³⁰ / _{PM}	28	84	110/76	460 1008			

低右=低分子右旋糖酐

治疗小结:

前七个小时的处理, $9 \frac{10}{AM} - 4 \frac{00}{PM}$:

1. 用了多种升压药及其它药。
2. 输液1500毫升, 未观察尿量。
3. 呼吸、心率均快, 血压一直为零。

后八个多小时的处理, $4 \frac{08}{PM} - 12 \frac{30}{PM}$:

1. 停用所有缩血管药及扩血管药。
2. 共输液5760毫升(根据单位时间尿量及比重控制输液量及速度)。
3. 尿量共1215毫升, 尿比重随输液的快慢在1046—1008之间波动。
4. 快速输液后一小时不仅血压上升, 并开始有尿, 休克逐渐解除。

本例治疗的两种不同的突出特征为:

1. 前者, 用多种抗休克药, 输液少而慢, 血压一直为 0, 无尿。
2. 后者, 停用升压药, 集中快速输液, 立即有尿, 并按单位时间尿量、比重调整输液量及速度, 休

克解除。

一个如此严重的休克病人，经两种完全不同的方法处理却得到完全不同的效果，这就是这本小册子试图要阐明的怎样处理一个休克病人及为什么要这样处理一个休克病人。