

全国 星火计划 丛书

乡村医生临床实用丛书

乡村常见急症的抢救

王 左 黄德铭主编
上海中医学院出版社



总 序

中华人民共和国卫生部部长 陈敏章

《乡村医生临床实用丛书》经数十位中西医专家的辛勤努力，现在和广大读者见面了。我对此表示祝贺！

我国幅员辽阔，人口众多，其中农村人口占全国人口的80%；广大农村地区生产力发展水平还不高，经济基础仍较薄弱，相当多的农民不能就近享受到比较优质的医疗卫生保健服务。一些边远地区和少数民族地区，缺医少药的现象依然存在。

新中国成立以后，我国的医疗卫生事业有了很大的发展，城乡三级卫生网已初步建立，卫生专业技术队伍不断壮大；同时培养和造就了一支百万人的乡村医生队伍，活跃在农村防病治病的第一线。近十年来，随着改革开放的深入发展，国家在乡村和县级医疗机构的建设方面继续作出了很大努力，但是如何尽快地提高农村的医疗卫生水平，保证九亿多农村人口身体健康，以加快广大农村地区实现2000年人人享有卫生保健的宏伟目标，仍是摆在我们面前一个需要付出巨大努力的十分重要的任务。

目前乡村卫生院是农村三级医疗网中比较薄弱的环

节,在全国 5 万多所乡镇卫生院、60 余万所村卫生所或医疗站中,房屋、医疗设施简陋的占了相当大的比例。应该指出,广大农村基层卫生人员特别是乡村医生为农民防病治病作出了积极的贡献,但由于他们缺乏足够的专业技术培训,业务素质普遍不高,这与他们承担的医疗卫生保健任务很不相称。不少乡村医生喜欢运用中医药治疗手段和技术防病治病,但他们反映,目前适合农村医生阅读和进一步提高诊疗水平的实用医学书籍很少见到或买到。要在短期内将这么庞大的一支乡村医生队伍的医疗水平迅速提高到适应乡村医疗卫生保健需要的程度,仅仅依靠政府主管部门的努力是十分困难的。

为了尽快改变现状,除各级政府积极创造条件,为当地的乡村培养所需要的适宜卫生技术人才,适当投资并逐步改善医疗卫生条件外,还需要社会各方面的通力支持。上海中医学院出版社积极组织国内有一定影响的中、西医专家,根据乡村医疗卫生工作的实际情况,以解决临床诊断与治疗实际问题为出发点,编写这套融贯中西医之长,有助于乡村医生掌握中、西医基本技能,以防治乡村常见病、多发病的临床实用丛书,这是一项很有实际意义的工作。目前,这套丛书已列为“八·五”期间重点图书,并列入国家星火计划,它的出版,将为各地乡村医生的培训和复训工作提供一套很好的参考教材,相信会受到广大乡村医生的欢迎。我由衷期待社会各方面多作努力,为加速培养农村卫生技术人才,全面提高农

村医疗卫生水平，建设具有中国特色的社会主义卫生事业多作贡献。

1992年6月19日

前 言

急症常直接或继发性显示着多系统病理生理改变，反映了内环境紊乱和整体功能衰竭，抢救成功与否，直接关系到病人的生命安危。近年来，随着现代急救医学的发展，危重症监护室的建立，监测技术的提高，重症治疗原则的确立，同时，随着中医急症研究的展开，中医急症学术的发展，急救技术有了很大的提高，急症死亡率已显著下降。为了把这一技术普及到广大乡村，我们编写了本书。

本书编写立足于乡村，着重于实用。既有传统的中西医抢救方法，又紧密结合临床和乡村实际，介绍了一些新技术、新方法、新药物。

本书由上海中医学院附属曙光医院急诊部和上海医科大学附属中山医院急诊科的临床医师根据多年来从事急症工作的体会，结合有关文献资料编写而成。编写过程中，特邀了龙华医院马贵同副教授担任副主编。曙光医院石印玉院长给予很大的支持，并编写了部分外科危重病症的中医治疗，在此表示感谢。

由于我们学识有限，时间匆促，疏漏不妥之处在所难免，谨请同道批评指正，以便再版时修订。

王 左 黄德铭

1992年于上海

目 录

第一章 常用急救技术

第一节	心肺复苏	1
第二节	人工心脏起搏	5
第三节	心脏电复律	8
第四节	气管插管与气管切开术	11
第五节	机械辅助呼吸	13
第六节	洗胃术	16
第七节	导尿术	18
第八节	胃肠减压术	20
第九节	常用穿刺术	22
一、	胸腔穿刺术	22
二、	胸腔排气减压术	23
三、	腹腔穿刺术	25
四、	腰椎穿刺术	26
五、	食管与胃底气囊压迫术	28
六、	动、静脉穿刺和插管	30
第十节	常用中医急救疗法	34
一、	针刺疗法	34
二、	灸法	37
三、	拔罐疗法	38
四、	指压疗法	39
五、	拍击疗法	40

六、药熨疗法	41
七、熏蒸疗法	44
八、外敷疗法	45
九、吹气疗法	47
十、吸入疗法	47
十一、噤鼻取嚏疗法	49
十二、催吐疗法	50
十三、导法	51

第二章 常见急症

第一节 急性发热	53
第二节 昏迷	57
第三节 晕厥	61
第四节 眩晕	65
第五节 头痛	68
第六节 急腹痛	72
第七节 急性呕吐	75
第八节 急性腹泻	79
第九节 呕血与黑便	82
第十节 咯血	85
第十一节 急性咳嗽	90
第十二节 少尿与无尿	93
第十三节 血尿	96
第十四节 急性黄疸	101

第三章 常见危重综合症

第一节 休克	105
第二节 弥散性血管内凝血	110

第三节	急性呼吸衰竭	115
第四节	急性左心衰竭	118
第五节	急性肾功能衰竭	122
第六节	急性肝功能衰竭	127

第四章 常见传染病危重病症

第一节	流行性脑脊髓膜炎	133
第二节	流行性乙型脑炎	136
第三节	流行性出血热	141
第四节	细菌性痢疾	146
第五节	肠伤寒	151
第六节	疟疾	156
第七节	疯狗咬伤	160

第五章 常见内科危重病症

第一节	急性心肌梗死(心绞痛)	163
第二节	急性常见心律失常	169
第三节	重症支气管哮喘	177
第四节	自发性气胸	181
第五节	急性胸膜炎	184
第六节	溶血危象	187
第七节	急性粒细胞缺乏症	191
第八节	糖尿病酮症酸中毒	196
第九节	高渗非酮症性糖尿病昏迷	199
第十节	甲状腺机能亢进危象	202
第十一节	癫痫持续状态	205
第十二节	蛛网膜下腔出血	208
第十三节	脑出血	211

第十四节 脑梗塞	215
----------	-----

第六章 常见外科危重病症

第一节 颅脑外伤	220
第二节 胸部外伤	226
第三节 腹部外伤	233
第四节 多发性创伤	236
第五节 烧伤	239
第六节 急性出血性坏死性胰腺炎	245
第七节 急性梗阻性化脓性胆管炎	250

第七章 常见急性中毒

第一节 急性化学性毒物中毒	254
一、急性有机磷农药中毒	254
二、急性杀鼠剂中毒	258
三、急性一氧化碳中毒	260
四、急性氰化物中毒	261
五、急性氨中毒	263
六、急性汽油和煤油中毒	264
七、急性亚硝酸盐中毒	266
八、急性强酸类中毒	267
九、急性强碱中毒	269
第二节 药物与药用植物急性中毒	270
一、急性巴比妥类中毒	270
二、急性氯丙嗪类药物中毒	272
三、急性酒精中毒	273
四、急性阿片类中毒	275
五、急性颠茄类中毒	276

六、急性异烟肼中毒·····	278
七、乌头类药物中毒·····	279
八、夹竹桃中毒·····	280
第三节 急性植物类毒物中毒·····	281
一、急性毒蕈中毒·····	281
二、急性白果中毒·····	284
三、急性发芽马铃薯中毒·····	285
四、急性苍耳子中毒·····	287
五、急性棉籽中毒·····	288
第四节 急性动物类毒物中毒·····	290
一、急性蟾蜍中毒·····	290
二、急性鱼胆中毒·····	291
三、急性河豚鱼中毒·····	293
四、急性动物肝中毒·····	294
五、毒蛇咬伤·····	296
六、毒蝎螫伤·····	299
七、蜂类螫伤·····	300

第八章 常见物理因素危重病症

第一节 中暑·····	302
第二节 勒缢·····	303
第三节 淹溺(溺水)·····	308
第四节 电击(触电)·····	312
第五节 高原病·····	315

第一章 常用急救技术

第一节 心肺复苏

〔适应症〕

各种原因引起的心脏骤停，包括心原性和非心原性。心脏骤停根据心电图表现包括心室颤动(室颤)、缓慢而无效的心室自主心律及心室停顿等三类。

〔操作方法〕

(一)第一期复苏：维持基础心输出量，防止脑不可逆损害。

1. 心脏按摩

(1)心前区叩击 术者握拳以手的尺侧面猛击病人胸骨下部3~4次，对室颤或室速可能有效。

(2)胸外按摩 患者仰卧地面，或在床上垫上硬板，抽去枕头，让病人仰卧在硬板上，术者将右手置于病人胸骨下三分之一处，左手放在右手背上，肘关节伸直，然后用力将胸骨下段压向脊背3~5厘米，压后迅速放松腕部，如此反复，每分钟60~80次。

(3)开胸按摩 较少用。多在胸外按摩无效或妊娠后期及某些不能进行胸外按摩时方始采用。其方法是沿胸左第4肋间隙，前起胸骨旁，后达腋中线作一弧形切口进入胸腔，用扩撑器撑开切口，用右手将心脏握在手中或将手置于心后向前挤压进行按摩。

2. 人工呼吸

(1)口对口呼吸 在口对口呼吸之前，必须先将病人头部尽

量后仰，使气道通畅，一手将病人下颌托起，另一手握紧其鼻孔。术者深吸气后对准病人口腔用力吹气，直至其胸部升起，然后放松鼻孔，让气体被动呼出。如此交替进行，每分钟12~16次。

(2)口对鼻呼吸 如病人神志尚未完全丧失，常牙关紧闭，难以启开病人口腔，此时可改为口对鼻人工呼吸，一手使病人头部后仰，另一手推压其下颌紧闭口唇。术者深吸气后对准病人鼻孔吹气，直至胸部升起。然后离开鼻腔，让气被动呼出，如此交替进行，每分钟12~16次。

(二)第二期复苏：进一步支持生命活动，恢复自主心跳。

1. 进一步维持有效的换气功能

如果人工呼吸后自主呼吸未恢复，应及时进行气管插管（参见“气管插管术”），无法插管或需要长时间机械呼吸支持时应作气管切开术（参见“气管切开术”）。然后进行机械辅助呼吸（参见“机械辅助呼吸”）。

2. 静脉通路建立和碱性药物的应用

(1)建立静脉通路

心脏骤停后应迅速建立静脉通路，以保证各种药物的有效使用。可先选择周围静脉穿刺，如难以成功，有条件时可作颈内静脉或锁骨下静脉穿刺插管（以上均参见“动、静脉穿刺和插管”）。

(2)碱性药物的应用

循环骤停，迅速发生并进行性加重的代谢性和呼吸性酸中毒，以及所伴随的高钾，如不及时纠正，将影响心肺复苏其他措施的效果。可即刻予5%碳酸氢钠静滴，首剂按1毫当量/千克计算，以后每隔10分钟给予半量维持，高血压或奎尼丁过量引起的心脏骤停，可选用克分子浓度(Mol)乳酸钠（即11.2%乳酸钠），按1~1.5毫升/千克计算给药。

3. 心电图监测和抗心律失常的治疗

应及早建立心电图监测，以明确心脏骤停的性质，并连续监

测心电活动。

(1) 抗心律失常药物：根据病情需要选用下列诸药

利多卡因(室速、室颤首选药)按1毫克/公斤计算静脉注射，然后以1~4毫克/分静滴维持。如静注无效，可每隔5~10分钟重复注射50毫克(连续用药不超过250毫克)。

盐酸肾上腺素(适于室颤)0.5~1.0毫克(1:1000，即0.5~1毫升)静注，必要时可每隔5分钟重复一次。若静脉通路尚未建立，可予1毫克(1:10000)气管插管内滴入。

普鲁卡因酰胺(适于室速、室颤)100毫克缓慢静注，如需要可每隔5~10分钟重复一次，总量不超过1克。

苯妥英钠(适于洋地黄中毒引起的室性心律失常)100~125毫克溶于20毫升注射用水内缓慢静注，必要时每隔5~10分钟重复一次，总量不超过300~500毫克。

溴苄胺(适于室速、室颤)250毫克溶于25%葡萄糖溶液20毫升静注。

氯化钾(适于严重缺钾所致的室速及洋地黄中毒等)2~3克溶于5%葡萄糖溶液500毫升静滴。

异丙基肾上腺素(适于室性自主心律或心室停搏)0.5~1毫克溶于5%葡萄糖溶液静滴。

阿托品(适于窦性心动过缓、房室传导阻滞)0.5毫克静注，必要时可每隔5分钟重复一次。

(2) 电技术：包括电击除颤和电起搏(参见“心脏电复律和人工心脏起搏”)。

(三) 第三期复苏：心搏恢复后的处理。

1. 维持有效循环

(1) 心律失常的纠正 见“抗心律失常药物应用”。

(2) 低血压的纠正 根据病情需要选用下列药物。

肾上腺素1毫克(1:1000)溶于5%葡萄糖溶液250毫升内静

滴。成人1微克/分。以增加心排血量和维持动脉压。

去甲肾上腺素2~4微克/分静脉滴注，以维持动脉压。

多巴胺一般以每分钟2~5微克/公斤静滴，根据血压、尿量及心率反应调节剂量。

多巴酚丁胺每分钟2.5~10微克/公斤静滴，以增强心肌收缩力。

阿拉明0.4毫克/分静滴，以维持动脉压。

(3)左心衰竭、肺水肿的处理参见“心功能不全”。

2. 维持有效呼吸

(1)无自主呼吸时，可继续用呼吸器维持，并用控制性过度换气，有利于降低颅内压力。

(2)呼吸中枢兴奋剂的应用

可选用可拉明0.75~1.5克，回苏灵4~8毫克或山梗菜碱3~6毫克肌肉或静脉注射。

3. 脑功能维护和恢复：应及早减轻缺氧和脑水肿。

(1)脱水剂的应用 可用20%甘露醇250毫升静滴或/和速尿20~40毫克(或用利尿酸钠25~50毫克)静注。以后可适当重复数次。

(2)肾上腺皮质激素的应用 地塞米松10~20毫克，每6小时静注一次，或用甲基去氢氢化可的松琥珀酸钠60~100毫克，每6小时静注一次。

(3)降温 可用冰帽进行头部降温，颈、腹股沟、腋下大血管处放置冰袋局部降温，使体温降至肛温32~34℃，一般维持3~5天，必要时可考虑冬眠降温。

(4)镇痉 如发生抽搐，可用安定10~20毫克、苯巴比妥0.1~0.2克或苯妥英钠0.25克肌注或静注。

4. 防止肾功能衰竭：参见“急性肾功能衰竭”。

5. 维持水、电解质和酸碱平衡：参见“水、电解质和酸碱

平衡”。

6. 防止感染：心脏骤停昏迷的病人容易发生肺部、泌尿道感染或败血症，应密切观察，及早使用抗生素。有感染迹象者，应及时做必要的检查。

〔注意事项〕

(一)人工胸外按摩时，既要有效，又要防止并发症的发生，如肋骨骨折、胸骨骨折、气胸、血胸等。所以挤压时部位不能过高或过低，切勿挤压剑突处，用力要均匀，有节奏，不能过猛。

(二)心肺复苏的抢救，要分秒必争，在行心脏按摩、人工呼吸的同时，应同时建立静脉通路，并做好各种必要的准备。

(三)去甲肾上腺素静滴时，应防止药液外漏，以免周围组织坏死。

(四)尽量避免应用对肾脏有毒性或经肾脏排泄的抗生素等药物。

(五)注意无菌操作。

(六)加强复苏后的护理：包括保持气管插管或气管切开病人气道通畅，记录24小时出入量，观察体温、呼吸、脉搏、血压和神志变化等，注意口腔护理，防止褥疮等。

第二节 人工心脏起搏

〔适应症〕

(一)Ⅱ度房室传导阻滞伴昏厥或近乎昏厥发作。

(二)双侧束支阻滞、三束支阻滞、Ⅱ度莫氏Ⅰ型传导阻滞伴有昏厥发作者。

(三)病态窦房结综合征伴黑朦或心衰或昏厥发作者。

(四)颈动脉窦过敏，反复昏厥发作者。

(五)各种原因引起的心脏渐停或停止而昏厥者。

(六)长期反复发作的室上性心动过速、室性心动过速及预激综合征伴快速心律失常，药物、电复律治疗无效者。

由急性可逆病因(如急性心肌炎，急性心肌梗塞，药物毒性反应等)引起的上述适应症，可作临时起搏治疗。不可逆病变所致者宜作永久起搏。病情紧急或昏厥反复发作频繁者，先作临时起搏。快速心律失常也宜先作临时起搏，测试证明有效后再考虑永久起搏。

[操作方法]

(一)术前准备

1. 选择适当的起搏器

(1)固定频率型起搏器(V00或A00):适用于心室率恒定而缓慢的Ⅱ度房室传导阻滞或永久性窦性心动过缓。

(2)心室同步型起搏器(R波抑制型—VVI或R波触发型—VVT):VVT临床较少应用。VVI又称按需型起搏器，对高度或完全性房室传导阻滞及病窦综合征等均可使用。

(3)心房同步型起搏器(P波触发型—VAT):适用于房室传导阻滞但窦房结功能正常者。

(4)房室顺序起搏器(DVI):特点是心房、心室顺序起搏。

(5)双灶按需型起搏器(DDI):是房室顺序起搏、顺序感知的抑制型起搏器。

(6)程序控制起搏器(VVIP):埋藏于体内，借助体外控制器发出的编码磁脉冲，可以按照患者的病理生理需要注意改变起搏参数，甚至起搏器的工作方式。

(7)全自动型起搏器(DDD):心房和心室双腔顺序起搏，具有抑制和触发两种同步方式。

2. 体内起搏器及电极应密封，用环氧乙烷气体消毒后备用。临时起搏导管用酒精浸泡至少2小时以上备用，术前应逐一检查起搏器和起搏导管的功能状态。

3. 心导管室以紫外线消毒。
4. 病人皮肤准备, 包括静脉切开处及起搏器埋植部位。
5. 术前需测血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间。
6. 作好术中心跳呼吸监测和抢救心脏骤停药物和器械的准备。术前建立静脉通路。

(二) 手术操作

1. 心内膜起搏: 用于永久或临时起搏。

(1) 一般在导管室透视下进行。

(2) 选用静脉: 永久起搏以双侧头静脉、颈外静脉为首选, 必要时可选颈内静脉作锁骨下静脉穿刺。临时起搏选用双侧大隐静脉、贵要静脉或股静脉穿刺。

(3) 局麻: 1%普鲁卡因或1%利多卡因。

(4) 分离切开静脉后, 插入电极导管, 在透视下将电极送到右室心尖部或其他所需部位(右心耳或冠状窦等), 选择起搏阈值低(正常值为0.5~1伏或0.5~3毫安)、腔内心电图振幅高(rS型, 电压一般在6~10毫伏)、电极不易移动的部位为最适宜部位。起搏器安置后, 应将阈值调至起搏阈值的1~2倍。

(5) 固定结扎静脉口, 防止导线脱位。

(6) 永久起搏器埋于电极导线同侧胸部深筋膜下。临时起搏时, 电极自静脉切开处引出体外, 与起搏器连接。

2. 心肌起搏

(1) 在手术室由外科医师进行。

(2) 麻醉: 全麻或局麻。用药同上。

(3) 切口选择: 左第4、5肋间切口, 胸骨旁切口或剑突下切口。

(4) 电极位置: 左心室表面血管和脂肪较少的区域。

(5) 导线经肋间穿出与起搏器连接。

(6) 起搏器埋于左胸或腹部皮下。