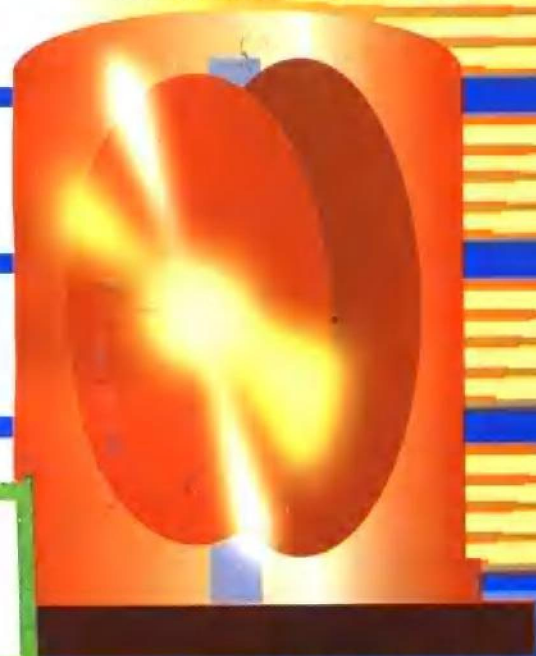


常见危重病抢救

陈清启 张登学 主 编

CHANGJIAN WEIZHONGBING
QIANGJIU



金盾出版社

99
R459.7
129

2

CAP95/16

常见危重病抢救

主 编

陈清启 张登学

主 审

苗志敏 张默道

副主编

孟 军 谷秀京 邢 昂 郑蕙红

编著者

(以姓氏笔画为序)

王 进	王 蓁	王岩清	王顺义	王爱芹
王福玲	仇宜解	卢 愿	孙 彦	邢 昂
谷秀京	刘佩秋	李 娜	陈清启	陈振雨
陈志俊	邱玉贞	何伟东	孟 军	孟旭霞
张登学	赵世华	钟启芳	舒志荣	彭 伟
韩 俐	鹿彩莲	戴淑贞		



金 盾 出 版 社



3 0104 0491 5

内 容 提 要

本书由青岛大学医学院专家、教授撰写,主要对 116 种常见危重急症的诊断、救治及预防进行了简明扼要的介绍,内容丰富,科学实用,通俗易懂,是基层医务人员必备的参考书,也可供广大家庭备用查阅。

图书在版编目(CIP)数据

常见危重病抢救/陈清启,张登学主编;王进等编著. —北京:金盾出版社,1999.7

ISBN 7-5082-0892-7

I. 常… II. ①陈…②张…③王… III. 急救-基本知识
IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 01473 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 68218137

传真:68276683 电挂:0234

封面印刷:北京利丰雅高长城印刷有限公司

正文印刷:北京 3209 工厂

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:9.5 字数:213 千字

1999 年 7 月第 1 版 1999 年 7 月第 1 次印刷

印数:1—11000 册 定价:10.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 言

急性危重病是指各种危及病人生命或重要器官功能的疾病。此类疾病起病急骤,病情危重,如不采取紧急救治措施,可使病人严重致残或导致死亡。因此,临床医生熟练掌握常见危重病的诊断和抢救,对于挽救病人生命,保障身体健康,是极其重要的。

为了规范急性危重病的抢救,提高急性危重病的抢救水平,我们组织有关专家编著了《常见危重病抢救》这本书。

本书包括常见急性危重病 116 种,从诊断要点、抢救常规、预防要点三方面进行了阐述。在编写中理论联系实际,吸收近年来国内外先进急救技术,突出实用、规范,叙述简明扼要。

在抢救常规中首先介绍了院前现场抢救措施,然后介绍院内救治常规。救治常规尽量按照治疗的顺序叙述,对一般常用药物仅提及名称,对较为重要的药物则对其剂量、用法给予适用性的介绍。对于手术治疗方法,重点介绍手术适应证和术前、术中及术后注

意事项。本书可供各科医生、医学生、实习医生、基层医务工作者及家庭医师学习参考。

由于水平有限,错误和不当之处在所难免,请读者批评指正。

陈清启

1999年2月

目 录

第一章 常见急性危重综合征	(1)
一、心脏骤停.....	(1)
二、休克.....	(5)
三、急性左心衰竭.....	(12)
四、急性呼吸衰竭.....	(15)
五、急性肾功能衰竭.....	(19)
六、弥散性血管内凝血.....	(20)
七、昏迷.....	(26)
八、大出血.....	(29)
九、超高热.....	(31)
十、急性呼吸窘迫综合征.....	(33)
十一、多系统器官衰竭.....	(37)
十二、严重水、电解质及酸碱失衡	(41)
第二章 急性中毒	(44)
十三、原因不明的急性中毒.....	(44)
十四、危重型有机磷中毒.....	(47)
十五、急性镇静催眠药中毒.....	(50)
十六、一氧化碳中毒.....	(52)
十七、急性酒精中毒.....	(55)
十八、急性亚硝酸盐中毒.....	(56)
第三章 传染病	(58)
十九、重症病毒性肝炎.....	(58)

二十、中毒型细菌性痢疾·····	(60)
二十一、流行性乙型脑炎·····	(63)
二十二、流行性出血热·····	(65)
二十三、暴发型流行性脑脊髓膜炎·····	(67)
二十四、急性腹泻·····	(70)
二十五、霍乱与副霍乱·····	(71)
第四章 循环系统危重病 ·····	(73)
二十六、不稳定型心绞痛·····	(73)
二十七、急性心肌梗死·····	(74)
二十八、高血压危象·····	(77)
二十九、阵发性室上性心动过速·····	(80)
三十、心房颤动·····	(82)
三十一、室性心动过速·····	(83)
三十二、病态窦房结综合征·····	(87)
三十三、完全性房室传导阻滞·····	(88)
三十四、主动脉夹层动脉瘤·····	(88)
三十五、重症病毒性心肌炎·····	(90)
第五章 呼吸系统危重病 ·····	(93)
三十六、重症哮喘·····	(93)
三十七、咯血窒息·····	(95)
三十八、急性肺栓塞·····	(98)
三十九、自发性张力性气胸 ·····	(100)
四十、肺性脑病 ·····	(101)
第六章 消化系统危重病 ·····	(105)
四十一、急性腹痛 ·····	(105)
四十二、急性上消化道出血 ·····	(106)
四十三、下消化道出血 ·····	(109)

四十四、急性胰腺炎	(113)
四十五、肝性脑病	(115)
四十六、肝肾综合征	(118)
第七章 内分泌系统危重病	(120)
四十七、糖尿病酮症酸中毒	(120)
四十八、高渗非酮症性糖尿病昏迷	(124)
四十九、甲状腺功能亢进危象	(127)
五十、垂体前叶功能减退危象	(132)
五十一、嗜铬细胞瘤危象	(134)
五十二、肾上腺皮质功能减退危象	(136)
第八章 血液科危重病	(137)
五十三、误输异型血	(137)
五十四、溶血危象	(140)
五十五、高铁血红蛋白血症	(144)
五十六、急性粒细胞缺乏症	(147)
第九章 神经系统危重病	(149)
五十七、脑疝	(149)
五十八、脑出血	(151)
五十九、蛛网膜下腔出血	(154)
六十、短暂性脑缺血发作	(155)
六十一、癫痫持续状态	(157)
六十二、颅脑损伤	(159)
六十三、重症肌无力危象	(163)
六十四、脑梗塞	(164)
第十章 外科危重病	(166)
六十五、严重创伤	(166)
六十六、烧伤	(170)

六十七、急性重症胆管炎	(173)
六十八、肾和输尿管结石	(174)
六十九、急性动脉栓塞	(176)
七十、外科急腹症	(178)
七十一、毒蛇咬伤	(181)
七十二、急性心包填塞	(184)
七十三、多发性肋骨骨折	(185)
七十四、外伤性血胸	(187)
七十五、外伤性气胸	(188)
七十六、气管或支气管裂伤	(191)
七十七、心脏大血管损伤	(192)
七十八、空气栓塞	(195)
七十九、脂肪栓塞	(196)
八十、骨折	(197)
八十一、脊柱损伤	(200)
八十二、脊髓损伤	(202)
八十三、肾损伤	(204)
八十四、输尿管损伤	(206)
八十五、膀胱损伤	(207)
八十六、尿道损伤	(208)
第十一章 其它急性危重病	(209)
八十七、中暑	(209)
八十八、电击伤	(212)
八十九、淹溺	(214)
第十二章 妇产科危重病	(216)
九十、羊水栓塞	(216)
九十一、异位妊娠	(221)

九十二、胎盘早期剥离	(224)
九十三、前置胎盘	(227)
九十四、产后出血	(230)
九十五、卵巢肿瘤蒂扭转	(235)
九十六、子宫破裂	(236)
九十七、子痫	(239)
第十三章 小儿科危重病	(242)
九十八、小儿惊厥	(242)
九十九、新生儿溶血病	(246)
一〇〇、新生儿颅内出血	(248)
一〇一、新生儿窒息	(250)
一〇二、新生儿呼吸窘迫综合征	(253)
一〇三、小儿急性呼吸衰竭	(256)
一〇四、新生儿休克	(261)
一〇五、婴儿捂热综合征	(264)
一〇六、瑞氏综合征	(266)
第十四章 五官科危重病	(268)
一〇七、眼外伤	(268)
一〇八、急性闭角型青光眼	(270)
一〇九、视网膜中央动脉阻塞	(273)
一一〇、喉、气管和支气管异物	(275)
一一一、喉阻塞	(277)
一一二、鼻出血	(280)
一一三、耳源性颅内并发症	(283)
一一四、海绵窦血栓性静脉炎	(286)
第十五章 皮肤科急性危重病	(287)
一一五、急性荨麻疹	(287)

一一六、血管性水肿	(289)
附录 急诊检验项目正常值	(290)

第一章 常见急性危重综合征

一、心脏骤停

心脏骤停是指心脏突然丧失了泵血功能,使有效的循环突然完全停止,随之出现意识丧失、呼吸停止及瞳孔散大。此症状可发生在心脏病的基础上,也可由于受到意外的物理、化学因素及电解质紊乱等严重打击使心脏骤然停搏。

【诊断要点】

1. 突然意识丧失及抽搐。
2. 大动脉搏动(如颈动脉、股动脉)消失。
3. 心音、血压及各种反射消失。
4. 呼吸停止、瞳孔散大与全身紫绀。
5. 心电图检查示心室颤动、心室停顿或慢而无效的自主节律。

心脏骤停根据心电图可分为心室颤动、心脏或心室停顿、缓慢而无效的心室自主节律 3 种类型。

【抢救常规】

抢救原则为尽快采取措施,维持血液、氧的供应,使脑组织得到保护,恢复满意的心脏节律和功能,并治疗并发症和原发疾患。

1. 现场抢救措施
(1)高声呼救。

(2)迅速建立人工呼吸、循环:①疏通气道:将手置于病人额部加压使头后仰、下颌前移及舌离开咽喉后壁而使气道畅通,亦可采用抬举颈部或下颏的方法来疏通气道。②人工呼吸:有呼吸停止者应立即作口对口人工呼吸,同时进行胸外心脏按压,两者次数之比为1:5。③人工胸外心脏按压:心脏停跳后1分钟内,拳击心前区3~5次,如心跳不恢复,应立即行人工胸外心脏按压术。④肾上腺素静脉或心内注射。

2. 院内救治常规

(1)进一步支持生命活动,恢复病人自动心搏,包括进一步维持有效的换气和循环、建立和维持静脉通道、兴奋呼吸循环的药物和碱性药物的应用、心电监护和抗心律失常的治疗及增加心排血量和维持血压。

①进一步维持有效的换气和循环:可用面罩或气管插管吸入纯氧,必要时作气管切开。对胸外心脏按压无效或不适宜胸外心脏按压者,可开胸作胸内心脏挤压。

②建立和维持静脉通道:在心脏骤停时皮下或肌内注射急救药品均不能奏效,周围静脉常塌陷穿刺难以成功,可选颈外静脉等大静脉穿刺,有条件可作颈内静脉或锁骨下静脉穿刺插管,必要时行静脉切开。

③兴奋呼吸循环的药物和碱性药物的应用:可根据病情选用0.1%肾上腺素、0.1%异丙肾上腺素、阿托品、10%氯化钙或10%葡萄糖酸钙、洛贝林、可拉明、回苏灵、利他林、5%碳酸氢钠、乳酸钠静脉注射或静脉滴注。

④心电监护和抗心律失常的治疗:在建立人工呼吸和循环的前提下,宜尽早连续监测心电活动,以了解治疗反应和迅速多变的心脏节律变化,以指导治疗。抗心律失常的治疗包括电治疗和药物治疗。电治疗包括电除颤和电起搏。如出现室

颤或室性心动过速可立即给予电除颤,前者用非同步除颤,所需能量为 200~300 焦耳,1 次无效可增大能量重复进行;后者用同步电复律,所用能量一般为 50 焦耳。对于心室停顿、高度或完全性房室传导阻滞、交界性心律和严重心动过缓可行电起搏;对室性快速心律失常可行超速起搏。抗心律失常药物可用利多卡因,为治疗室性心律失常的首选药物。常规按 1 毫克/公斤体重静脉注射,其后以 1 毫克~4 毫克/分静脉滴注维持。普鲁卡因酰胺用于治疗快速室性心律失常。常规以 100 毫克缓慢静脉注射(20 毫克/分),据病情 5~10 分钟 1 次,可重复应用,当总量达 1 000 毫克而效果不佳时,应改换药物。溴苄胺主要用于对上述药物无效或电击复律失败的室速和室颤。其它如苯妥英钠、心律平、氯化钾、心得安、阿托品、异丙基肾上腺素等亦可据情选用。

⑤增加心排血量和维持血压:常用药物有肾上腺素、多巴胺、多巴酚丁胺及阿拉明等,以维持足够的心肌和脑的血液灌注。

(2)心搏恢复后的处理:包括防治引起心脏骤停的原发疾患,继续维护心、肺、肾的功能,维持水、电解质和酸碱平衡,防止脑水肿和继发感染。其中以防治脑缺氧及脑水肿最为重要,否则可导致心脏再度骤停或发生严重的并发症和后遗症。

①维持有效的血循环。心脏复跳后常出现低血压状态或心源性休克,必须寻找原因。在血流动力学的监测下恰当地选择且联合应用升压药,适量补充碱性药物,配合使用肾上腺皮质激素等,使血压维持在 10.7~13.3/8 千帕(80~100/60 毫米汞柱),使心率维持在 80~110 次/分。

②合理使用抗心律失常药,及时纠正心律失常。

③维持有效的呼吸。心跳恢复后如自主呼吸不出现,常预

示有严重脑缺氧,根本问题是防治脑缺氧及脑水肿。要有效地清除呼吸道分泌物。如气管插管应用 2~3 日仍不能拔除,应考虑气管切开。定容式呼吸机较适合复苏后的辅助呼吸。使用呼吸机时应定时作血气分析,以供调节呼吸机参考。呼吸兴奋剂也可选用,如可拉明、回苏灵及洛贝林等。

④防治脑缺氧及脑水肿——脑复苏。脑复苏的主要措施有:冬眠降温,以降低脑代谢,提高脑细胞对缺氧的耐受力,降低颅内压。降温开始愈早愈好,可用冰帽、冰袋及冰毛巾全身擦洗。冬眠药物有助于降温 and 防止物理降温中的寒战反应,可予以异丙嗪 50 毫克、氢化麦角碱 0.6 毫克,每 4~6 小时肌注或加入液体静滴。氟哌啶在长期降温时可考虑应用,以 2.5 毫克~5 毫克静脉注射。控制过度换气有利于降低颅内压力,促进脑循环自主功能的恢复。要适时的应用渗透性脱水剂和快速利尿剂,如甘露醇、山梨醇、速尿、利尿酸钠及浓缩血浆或白蛋白等。应用肾上腺皮质激素,尤适用于脑水肿的治疗,剂量要大,如地塞米松 30 毫克~60 毫克/日或氢化可的松 500 毫克~1 000 毫克/日,静脉滴注。

除人工冬眠外可予以安定 10 毫克~30 毫克、阿米妥钠 200 毫克~300 毫克或苯妥英钠 0.25 克肌内或静脉注射以镇痉。严重抽搐者可用硫喷妥钠 100 毫克~200 毫克静脉注射。适当应用促脑细胞代谢药物,如 γ -氨基酪酸、三磷酸腺苷、辅酶 A、谷氨酸钾或钠、细胞色素 C、肌苷、能气朗、胞二磷胆碱、脑活素及维生素等。氯酯醒、克脑迷和醒脑静亦可选用。高压氧治疗可改善脑微循环。高压性脑灌注,多巴胺 20 毫克加 5% 葡萄糖 20 毫升静注,低分子右旋糖酐 250 毫升~500 毫升静滴,使血压一过性升高(数分钟),以疏通脑微循环。升高血压或反复间断多次升压前,先给予适量的葡萄糖,形成中度高血

糖,以供应脑的热能。收缩压升高维持在 18.7~21.3 千帕(140~160 毫米汞柱),最高不超过 26.7 千帕(200 毫米汞柱),一般持续 5~10 分钟,若时间过久,可加重脑水肿。应用东莨菪碱及小剂量肝素,改善微循环,防止血管内凝血。

⑤防止急性肾功能衰竭,关键是一期和二期复苏时维持心脏功能。心脏复苏后宜留置导尿管,记录尿量。避免使用强烈的缩血管药物。如每小时尿量小于 30 毫升,就进行利尿试验(见休克),如尿量仍不增加,则按急性肾功能衰竭处理。

⑥维持水、电解质及酸碱平衡,要纠正酸中毒,避免碱中毒,治疗高血钾或低血钾,维持水平衡。

⑦防治继发感染,精心护理,严格无菌操作,合理使用抗生素,有效地控制感染。

【预防要点】

1. 对冠心病等心脏病人,特别是对有恶性心律失常的病人,应及时准确有效地治疗,以预防心脏性猝死的发生。

2. 在工作及各种社会活动中注意预防意外事件的发生,如电击伤、溺水及烧伤。

3. 按医嘱正确用药,防止药物中毒。

4. 在手术及麻醉操作过程中,注意预防手术及麻醉意外的发生。

(陈清启 王 进)

二、休 克

休克是一种因出血、严重创伤、感染、过敏或心泵衰竭等原因引起的急性循环功能不全综合征。病人共同表现为:微循环功能障碍、组织和器官血流灌注不足、缺氧、酸中毒、血浆成

分丢失、机体“内环境”稳定性遭到破坏及组织代谢紊乱与器官功能衰竭。

【诊断要点】

1. 有诱发休克的病因。
2. 意识障碍。
3. 脉搏细速， >100 次/分或不能触及。
4. 四肢湿冷，胸骨部位皮肤指压试验阳性(压后皮肤毛细血管再充盈 >2 秒)。皮肤花纹，粘膜苍白或紫绀，尿量 <30 毫升/小时或尿闭。
5. 收缩压 <10.64 千帕(80 毫米汞柱)。
6. 脉压差 <2.66 千帕(20 毫米汞柱)。
7. 原有高血压者，收缩压较原水平下降 30% 以上。

凡符合上述第一项及第二、三、四项中的两项和第五、六、七项中的一项者，即可诊断为休克。

休克按病因可分为低血容量性休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克、神经源性休克、内分泌性休克和血流阻塞性休克。

休克程度的判定参见表 1-1。

【抢救常规】

休克的抢救关键在于早发现、早处理、尽快扩充血容量、改善微循环、恢复组织灌注、纠正酸中毒，并针对病因进行正确的治疗。

1. 现场抢救措施

(1) 采取平卧位或头及躯干抬高 10° ，下肢抬高 20° 的体位。

(2) 保持呼吸道通畅。

(3) 体温低时注意保温，高热时降温。