

急诊诊疗常规

临床医疗护理常规

北京市卫生局 编

中国协和医科大学出版社

临床医疗护理常规

急诊诊疗常规

北京市卫生局 编

《临床医疗护理常规》编委会

主 任 金大鹏

副主任 王澍寰 荣国威 吕 鹏

编委会委员 (以姓氏笔画为序)

于中麟	马英杰	王 杉	王 辰	王天佑	王邦康
王佩燕	王宝玺	王忠诚	王金成	王荣福	王恩真
王澍寰	王燕霞	丛玉隆	付希贤	申文江	龙 洁
刘延玲	刘援增	吕 鹏	孙永华	朱学骏	那彦群
何 冰	何瑞祥	吴中学	吴立文	吴连方	吴明辉
张兆光	张奉春	李 晶	李志辉	李树人	李铁一
李淑迦	李舜伟	沈定国	邱大龙	陈珊珊	周乙雄
周丽雅	郑法雷	金大鹏	勇威本	湛贻璞	祝学光
荣国威	赵海燕	赵继宗	倪桂臣	袁申元	郭玉銮
顾复生	高润霖	常晓燕	戚可铭	黄人健	黄受方
斯崇文	曾正陪	董 怡	董宝玮	魏 惠	魏 惠
蔡焯基	樊寻梅	潘柏年	戴建光		

编委会办公室

主 任 何瑞祥

副主任 常晓燕 刘援增 邱大龙

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊诊疗常规 / 北京市卫生局编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2002.3
(临床医疗护理常规)

ISBN 7-81072-267-0

I. 急… II. 北… III. 急性病-诊疗 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 002154 号

临床医疗护理常规 急诊诊疗常规

编 者: 北京市卫生局 编
责任编辑: 陈永生

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)
www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京市竺航印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开
印 张: 13
字 数: 312 千字
版 次: 2002 年 6 月第一版 2002 年 6 月第一次印刷
印 数: 1—9000
定 价: 50.00 元

ISBN 7-81072-267-0/R·262

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

《急诊诊疗常规》编写人员名单

主 编 王佩燕

副主编 周玉淑 沈 洪

编写人员 (按姓氏笔画为序)

于学忠	王庆一	王佩燕	王浩彦	田 野
刘凤奎	曲铁兵	许纪华	余宗颐	张大华
李春英	李春盛	李晓春	杨立沛	沈 洪
陈海平	陈懿德	周玉淑	胡大一	赵奇煌
班 雨	项志敏	高春锦	梅 雪	翟晓辉

序

北京市卫生局为了促进医疗质量的全面提高，降低医疗成本，规范医疗服务，满足人民的基本医疗需求，委托北京医师协会、北京医学会组织北京地区数百名医学专家和医护工作者集体编写了《临床医疗护理常规》（以下简称“常规”）。《常规》的正式出版是卫生行政实施法制化管理的一个重要措施，也是保证北京市医疗保险制度健康发展的重要举措。

《常规》是北京医学界辛勤劳动的成果和集体智慧的结晶。《常规》的出版标志着北京卫生系统在全面贯彻落实《中华人民共和国执业医师法》和深入开展职工医疗保险制度改革工作中迈出了坚实的一步。《常规》适用于北京市各级医疗机构，对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康，促进医疗保险制度改革必将产生重要的作用。

《常规》是北京市各级医疗机构的全体医护人员日常诊疗护理工作参照的技术规范，同时，也是卫生行政部门检查医疗护理质量的依据。《常规》将大大促进各级各类医疗机构管理水平和医疗护理质量的提高，推进医疗卫生事业的发展。我们也热切期望医护人员在实施《常规》中不断总结经验，补充完善，为促进人民健康事业的发展作出更大的贡献。

北京市卫生局局长

金大鹏

二〇〇二年三月

前 言

随着我国医疗卫生改革的不断深入，随着《中华人民共和国执业医师法》的贯彻实施，科学地规范诊疗护理程序与制定操作常规，编写临床医疗护理常规尤为重要。

为此，我局委托北京医师协会、北京医学会组织北京地区包括中国协和医科大学、北京大学医学部、首都医科大学所属医疗单位和解放军总医院等几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了这本北京市《临床医疗护理常规》（以下简称《常规》）。

本《常规》依据北京地区医疗机构和医护人员专业开展情况，分成 11 个分册，内容包括临床、医技、护理等各专业，可供各级医疗机构医务人员在日常诊疗工作中参照使用。

本《常规》在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，经反复修改定稿。这里需要说明几点：

1. 《常规》的出版只是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改造。

2. 《常规》内容涉及的学术性、专业性很强，因此它只能反映目前比较成熟、比较适用的方法和技术，今后需根据医学科学技术的发展不断进行修订。

3. 本《常规》不含中医内容。

4. 制定《常规》是一项科学性、实用性很强的工作，参与此项工作的医学专家虽经努力，力求体现北京的医疗技术水平，但仍然存在不少问题，有待各级医疗机构和医护人员在工作中不断总结经验，提出改进意见，使《常规》不断充实、完善。

北京市卫生局

二〇〇二年三月

目 录

第一章 心血管系统急症	(1)
第一节 心脏骤停.....	(1)
第二节 休克.....	(2)
第三节 急性左心衰竭 (心源性肺水肿)	(4)
第四节 急性心肌梗死.....	(5)
第五节 心绞痛.....	(6)
第六节 心律失常.....	(6)
第七节 高血压急症.....	(9)
第八节 感染性心内膜炎.....	(10)
第九节 主动脉夹层.....	(12)
第十节 急性心肌炎.....	(12)
第十一节 急性风湿热和风湿性心肌炎.....	(14)
第十二节 腹主动脉瘤.....	(14)
第十三节 急性肢体动脉闭塞.....	(15)
第二章 呼吸系统急症	(16)
第一节 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征	(16)
第二节 危重型哮喘.....	(16)
第三节 自发性气胸.....	(17)
第四节 咯血.....	(18)
第五节 肺栓塞.....	(19)
第六节 慢性阻塞性肺疾病急性加重期.....	(20)
第三章 消化系统急症	(22)
第一节 上消化道出血.....	(22)
第二节 急性腹痛.....	(23)
第三节 急性胃炎.....	(24)
第四节 消化性溃疡急性穿孔.....	(25)
第五节 急性胆囊炎和胆石症.....	(26)
第六节 急性重症胆管炎.....	(27)
第七节 急性胰腺炎.....	(28)
第八节 急性腹膜炎.....	(30)
第九节 急性阑尾炎.....	(31)
第十节 急性肠梗阻.....	(31)
第十一节 便血.....	(32)

第十二节 急性腹泻·····	(33)
第四章 泌尿生殖系统急症 ·····	(35)
第一节 急性肾炎综合征·····	(35)
第二节 急性泌尿系统感染·····	(36)
第三节 尿石症(泌尿系结石)·····	(37)
第四节 肾功能衰竭·····	(38)
第五节 急性附睾炎·····	(41)
第六节 睾丸扭转·····	(41)
第五章 血液系统急症 ·····	(43)
第一节 急性粒细胞缺乏症·····	(43)
第二节 急性白血病·····	(43)
第三节 急性血小板减少性紫癜·····	(45)
第四节 过敏性紫癜·····	(46)
第五节 血友病·····	(46)
第六节 弥散性血管内凝血·····	(47)
第七节 急性再生障碍性贫血·····	(48)
第八节 溶血性贫血·····	(48)
第六章 神经系统急症 ·····	(50)
第一节 脑出血·····	(50)
第二节 脑蛛网膜下隙出血·····	(53)
第三节 短暂性脑缺血发作·····	(55)
第四节 脑梗死·····	(57)
第五节 高血压性脑病·····	(59)
第六节 癫痫持续状态·····	(61)
第七节 急性感染中毒性脑病·····	(62)
第八节 急性脊髓炎·····	(63)
第九节 急性炎症性脱髓鞘性多神经根神经病·····	(65)
第十节 周期性瘫痪·····	(67)
第七章 代谢与内分泌急症 ·····	(69)
第一节 甲状腺功能亢进症危象·····	(69)
第二节 甲状腺功能减退危象·····	(71)
第三节 肾上腺危象·····	(72)
第四节 糖尿病酮症酸中毒·····	(73)
第五节 高渗性非酮性糖尿病昏迷·····	(75)
第六节 低血糖危象·····	(77)
第七节 垂体危象·····	(77)
第八章 理化因素急症 ·····	(79)
第一节 有机磷农药中毒·····	(79)

第二节 拟除虫菊酯类杀虫剂中毒·····	(80)
第三节 杀虫脒中毒·····	(80)
第四节 有机氯农药中毒·····	(81)
第五节 百草枯中毒·····	(81)
第六节 杀鼠剂中毒·····	(82)
第七节 一氧化碳中毒·····	(83)
第八节 硫化氢中毒·····	(84)
第九节 强酸中毒·····	(84)
第十节 强碱类中毒·····	(85)
第十一节 来苏中毒·····	(86)
第十二节 亚硝酸盐中毒·····	(86)
第十三节 氰化物中毒·····	(87)
第十四节 急性酒精中毒·····	(88)
第十五节 镇静催眠药中毒·····	(88)
第十六节 抗抑郁药中毒·····	(89)
第十七节 阿片类药物中毒·····	(90)
第十八节 阿托品中毒·····	(90)
第十九节 毒蕈中毒·····	(91)
第二十节 河豚鱼中毒·····	(92)
第二十一节 鱼胆中毒·····	(92)
第二十二节 急性细菌性食物中毒·····	(93)
第二十三节 急性放射病·····	(94)
第二十四节 减压病·····	(95)
第二十五节 中暑·····	(95)
第二十六节 冻僵·····	(96)
第二十七节 电击·····	(97)
第二十八节 溺水·····	(97)
第九章 多发伤·····	(99)
第十章 烧伤·····	(101)
第十一章 颅脑损伤·····	(104)
第一节 头皮挫裂伤·····	(104)
第二节 头皮血肿·····	(104)
第三节 颅盖骨折·····	(105)
第四节 颅缝分离·····	(106)
第五节 颅底骨折·····	(106)
第六节 脑震荡·····	(107)
第七节 脑挫裂伤·····	(107)
第八节 脑干损伤·····	(109)

第九节 丘脑下部损伤·····	(110)
第十节 硬膜外血肿 (急性) ·····	(110)
第十一节 硬膜下血肿 (急性) ·····	(111)
第十二节 脑内血肿·····	(112)
第十三节 脑室出血·····	(112)
第十四节 小脑幕裂孔疝·····	(113)
第十五节 枕骨大孔疝·····	(113)
第十六节 非火器性颅脑开放伤·····	(114)
第十七节 颅脑火器伤·····	(115)
第十二章 颈部损伤 ·····	(117)
第一节 血管及胸导管损伤·····	(117)
第二节 颈部神经损伤·····	(118)
第三节 喉、气管、咽、食管损伤·····	(118)
第十三章 胸部创伤 ·····	(121)
第一节 心脏损伤·····	(121)
第二节 肋骨骨折·····	(122)
第三节 创伤性窒息·····	(125)
第四节 肺爆震伤·····	(125)
第十四章 腹部损伤 ·····	(127)
第一节 胃损伤·····	(127)
第二节 十二指肠损伤·····	(127)
第三节 小肠和肠系膜损伤·····	(128)
第四节 结肠损伤·····	(128)
第五节 肝损伤·····	(129)
第六节 脾损伤·····	(130)
第七节 胰腺损伤·····	(131)
第十五章 泌尿生殖系统损伤 ·····	(132)
第一节 肾损伤·····	(132)
第二节 输尿管损伤·····	(133)
第三节 膀胱损伤·····	(134)
第四节 尿道损伤·····	(134)
第五节 阴茎损伤·····	(135)
第六节 阴囊及内容损伤·····	(135)
第七节 前列腺及精囊损伤·····	(136)
第十六章 脊柱损伤 ·····	(137)
第一节 脊柱和脊髓损伤·····	(137)
第二节 颈椎椎弓骨折 (Jefferson 骨折) ·····	(138)
第三节 第二颈椎椎弓骨折 (Hangman 骨折) ·····	(138)

第四节	齿状突骨折·····	(138)
第五节	环枢椎脱位不伴有齿状突骨折·····	(139)
第六节	环枢椎脱位合并齿状突骨折·····	(139)
第七节	颈椎3~7骨折及脱位·····	(140)
第八节	胸腰椎骨折、脱位·····	(141)
第九节	脊髓损伤·····	(142)
第十七章	骨盆损伤·····	(146)
第一节	骨盆撕脱性骨折·····	(146)
第二节	髂骨翼骨折·····	(146)
第三节	骶骨骨折·····	(147)
第四节	尾骨骨折及脱位·····	(147)
第五节	骶髂关节脱位·····	(148)
第六节	耻骨联合分离·····	(148)
第七节	骨盆环两处以上断裂、脱位·····	(149)
第八节	髌臼骨折·····	(150)
第九节	骨盆骨折并发症·····	(151)
第十八章	髋部损伤·····	(152)
第一节	髋关节脱位·····	(152)
第二节	股骨颈骨折·····	(153)
第三节	股骨粗隆间骨折·····	(154)
第十九章	膝部损伤·····	(156)
第一节	股骨髁间骨折·····	(156)
第二节	髌骨骨折·····	(156)
第三节	胫骨平台骨折·····	(157)
第四节	膝关节韧带损伤·····	(157)
第五节	膝关节半月板损伤·····	(160)
第六节	膝关节脱位·····	(161)
第七节	股骨髁上骨折·····	(162)
第二十章	踝部损伤与下肢骨折·····	(163)
第一节	股骨干骨折·····	(163)
第二节	胫腓骨骨折·····	(163)
第三节	踝部骨折·····	(164)
第四节	踝关节外侧副韧带损伤·····	(165)
第五节	踝关节内侧副韧带与下胫腓韧带损伤·····	(165)
第二十一章	足部损伤·····	(167)
第一节	距骨骨折·····	(167)
第二节	跟骨骨折·····	(167)
第三节	足部其他骨折·····	(168)

第二十二章 急性颈肩痛	(170)
第一节 落枕	(170)
第二节 神经根型颈椎病	(170)
第三节 肩关节周围炎	(171)
第二十三章 急性腰腿痛	(173)
第一节 急性腰扭伤	(173)
第二节 腰椎间盘突出症	(174)
第三节 强直性脊柱炎	(175)
第四节 脊柱结核(胸腰椎结核)	(176)
第五节 脊柱转移癌	(177)
第六节 血栓闭塞性脉管炎	(177)
第二十四章 动物咬伤	(179)
第一节 蜂蜇伤	(179)
第二节 毒蜘蛛咬伤	(179)
第三节 蝎蜇伤	(179)
第四节 毒蛇咬伤	(180)
第五节 人、兽咬伤	(181)
第二十五章 妇产科急症	(182)
第一节 流产	(182)
第二节 异位妊娠	(182)
第三节 前置胎盘	(183)
第四节 胎盘早剥	(184)
第五节 子痫	(184)
第六节 产后出血	(186)
第七节 卵巢肿瘤蒂扭转	(187)
第二十六章 皮肤科急症	(188)
第一节 急性荨麻疹	(188)
第二节 重症药疹	(188)
第三节 接触性皮炎	(189)
第二十七章 急诊重症监护病房(EICU)	(190)
附1 血液灌流在急诊临床的应用	(191)
附2 高压氧治疗在急诊医学中的应用	(193)

第一章 心血管系统急症

第一节 心脏骤停

心脏骤停指突然发生的心脏有效心排血量为零的状态。可由心室纤维性颤动（VF），无脉电活动（pulseless electrical activity），严重心动过缓或心脏停搏以及某些无脉室性心动过速（VT）所引起。多见于心脏病特别是心肌缺血或心肌梗死患者，亦见于其他系统疾病、中毒及电解质紊乱患者。

【诊断标准】

（一）临床表现 突然发生的意识丧失，大动脉搏动消失、呼吸停止、心音消失、发绀、瞳孔散大以及血压不能测出。

（二）心电图表现 VF、VT、严重心动过缓或心脏停搏（呈等电位线）。

一般只具备意识突然丧失，大动脉搏动（颈总动脉等）消失二条，在院外现场即可诊断。

【治疗原则】

（一）心室颤动 立即三次电击，能量递增（200，200～300，360Jr）。之后确保气道通畅，以活瓣气囊面罩通气，开放静脉通道。VF持续则静脉注射肾上腺素 1mg。随即施以标准心脏按压，1分钟后电击。按如下程序循环进行：电击—给药、按压—电击。肾上腺素可3～5分钟重复一次。其他药物也可酌情应用，如氨碘酮 150mg，10分钟以上静脉注入，或利多卡因 1.0～1.5mg/kg，3～5分钟重复静脉注射，一次总量可达 3mg/kg；溴苄胺 5mg/kg，5分钟重复一次；硫酸镁 1～2g；普鲁卡因胺 30mg/min，可达 17mg/kg。上述电击—给药按压—电击后应气管插管并接通呼吸机，给以控制呼吸，维持通气。

（二）无脉电活动（PEA）

1. 保证气道通畅，通气及持续的标准式心脏按压。
2. 静脉注射肾上腺素 1mg，3～5分钟一次。
3. 对心动过缓所致 PEA 或心脏停搏可注射阿托品 1mg，3～5分钟重复一次，直至 0.04mg/kg（一般可达 3mg）
4. 尽快查明原因并给予纠正 VF 恶化、心肌梗死、低血容量、心动过缓、心脏压塞、张力性气胸、肺栓塞、药物过量、高血钾、酸中毒、低体温等均可导致 PEA、应予以治疗。

（三）心脏停搏

1. 实施基础生命支持。有效心脏按压。尽快气管插管，建立静脉通道。
2. 尽快通过多个导联确诊心脏停搏。
3. 考虑下述诸情况是否存在：缺氧、低血钾、高血钾、低体温、中毒、酸中毒等，并予以纠正。

4. 立即经皮 心脏起搏。
5. 静脉注射肾上腺素、阿托品，剂量同前。

第二节 休 克

【诊断标准】

(一) 病因 体内外大量失血，严重吐泻，体液在第三体腔积聚，心泵功能衰竭，严重感染，过敏反应以及急性心脏压塞，肺栓塞，主动脉夹层等。

(二) 临床表现 淡漠、不安或神志不清。皮肤湿冷，毛细血管再充盈延缓 (>2 秒)，脉压变窄，低于 20mmHg 。收缩压低于 80mmHg 或平均动脉压降低 30mmHg 。原高血压者收缩压下降 50mmHg ，原低血压者，血压降至 50mmHg 。心动过速。少尿 ($<30\text{ml/h}$) 或无尿。

【治疗原则】

(一) 一般处理

1. 体位 除心源性休克者外，一般均取免枕平卧下肢抬高 30° 体位。
2. 维持呼吸道通畅和氧合 高流量 ($>15\text{L/min}$) 面罩吸氧，若仍 $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$ 可气管插管直至使用 CPAP 呼吸辅助。
3. 建立静脉通道 颈内、锁骨下或股静脉插管 (7F ~ 8F) 或周围静脉穿刺建立输液通道。
4. 血流动力学监测 以 Swan - Ganz 导管监测 PCWP、CO、CI，并计算血管阻力等有关参数以指导输液和血管活性药及正性肌力药乃至利尿剂的使用。在单纯低血容量休克亦可仅监测 CVP。
5. 尿量监测 插入导尿管监测小时尿量。
6. 病情观察 密切注意病人神志、皮肤温度、湿度和色泽。监测动脉血气、电解质、血细胞比容和动脉血压以帮助治疗选择和评价。
7. 迅速查明休克病因 通过病史、体检和胸片、心电图、B 型超声、血尿便常规和血液生化检查等辅助手段，尽快明确休克病因，确立类属给以针对性治疗。

(三) 不同类型休克处理

1. 失血和低血容量休克

(1) 恢复血容量 在血流动力学监测下 20 ~ 30 分钟内输入乳酸林格液或其他平衡盐液 1 ~ 2L 或 20 ~ 40ml/kg，使 PCWP 达 10mmHg 以上，或 CVP 达 $12\text{cmH}_2\text{O}$ 以上，尿量超过 30ml/h 。胶体液仅在后期已止血或毛细血管渗漏已控制时应用，胶晶比为 1 比 3。在失血性休克可用压缩红细胞生理盐水溶液、全血以及自身血回输 (如无污染之胸血)。血源困难时可暂时先输以 706 代血浆。为争取时间救治重症患者可先输 O 型全血。输血输液比例应视血细胞比容 (HCT) 而定。早期应维持在 35% ~ 45%，晚期维持在 25% ~ 30%。早期 $\text{HCT} < 30\%$ 输全血或压缩红细胞生理盐水溶液。

大量输血输液时应注意监测凝血参数如血小板计数、凝血酶原时间等。血小板低于 $50 \times 10^9/\text{L}$ ($5 \text{ 万}/\text{mm}^3$) 输血小板，凝血酶原时间显著延长输新鲜冻干血浆。明显低血钙时可输 10% 葡萄糖酸钙。预温液体可预防医源性体热丢失。输库存血时尚应注意高血钾发生。

(2) 血管活性药应用 当输液至 $CVP \geq 12\text{cmH}_2\text{O}$ 或 $PCWP \geq 18\text{mmHg}$ 而血压不升, 尿量不增时可加用多巴胺 $10 \sim 15\mu\text{g} (\text{min} \cdot \text{kg})$ 。若 $PCWP$ 已达 25mmHg 而血压不升需考虑心源性因素的影响。

(3) 积极争取以最快速度止血。

2. 心源性休克

(1) 基础治疗 高流量氧气吸入, 吗啡止痛。密切监测病情, 随时准备复苏。急性心肌梗死所致者应嚼服阿司匹林 150mg , 并给以肝素。有禁忌、过敏者例外。治疗心律失常。

(2) 增加前负荷 通过临床观察、血流动力学监测或扩容试验决定扩容治疗方案。在右室梗死时, 尤其应该充分补液。

(3) 血管活性药应用 早期可用多巴胺或与多巴酚丁胺合用, 对严重低血压或顽固性低血压可用去甲肾上腺素 $0.04 \sim 0.4\mu\text{g} (\text{min} \cdot \text{kg})$, 后期可加用静脉硝酸甘油或硝普钠。加强此间血流动力学监测。

(4) 主动脉内气囊反搏术 如果可能, 可施行之, 为进一步经皮冠脉血管内成形术 (PTCA) 或搭桥术 (CABG) 争取时间。

(5) 尽早考虑手术治疗, 安排转院。

3. 败血性休克

(1) 基础治疗 高流量吸氧, 必要时气管内插管。

(2) 扩容治疗 快速静脉输入晶体液, 并通过临床观察、血流动力学监测决定液量和滴速。有消化道出血时可输血。

(3) 血管活性药 多巴胺 $5 \sim 15\mu\text{g} (\text{min} \cdot \text{kg})$ 。若仍无效可换用去甲肾上腺素, 以维持平均动脉压在 60mmHg 以上。

(4) 清除感染灶。

(5) 经验性抗菌治疗 取血培养后立即开始抗菌治疗, 剂量为可允许最大量, 同时抗革兰阳性和阴性菌, 分次静脉注射。可用三代先锋霉素如头孢三嗪或抗假单胞 β 内酰胺酶敏感的青霉素 (亚胺培南) 加一种氨基糖苷类药。在免疫功能低下者可用复达欣或亚胺培南或 meropenem 单独使用。高度怀疑为革兰阳性菌感染 (药物滥用者) 可加用苯唑青霉素或万古霉素。疑为厌氧菌感染 (腹腔内、生殖道、口腔或坏死软组织感染) 可加用甲硝达唑或林达霉素。军团杆菌感染用红霉素。留置导管感染可加用万古霉素。

(6) 酸中毒治疗 主要通过补氧, 改善通气、补充血容量改善酸中毒。在严重酸中毒 ($\text{pH} < 7.10$) 可给以碳酸氢钠。

(7) 治疗 DIC 可用新鲜冻干血浆 $15 \sim 20\text{ml/kg}$, 以保持 PT 达正常 $1.5 \sim 2$ 倍。输血小板, 使之达到 $(50 \sim 100) \times 10^9/\text{L}$ 及输注肝素等, 详见 DIC 节。

(8) 若肾上腺皮质功能不全, 可给以糖皮质激素如琥珀酸钠氢化可的松。

4. 过敏性休克

(1) 保证气道通畅 气管插管, 必要时行气管切开。

(2) 高流量吸氧。

(3) 静脉注射肾上腺素 0.1% 肾上腺素 1ml 稀释于 10ml 生理盐水中, $5 \sim 10$ 分钟以上注入。

- (4) 立即中止与可能过敏原的接触。
- (5) 输注晶体液 若输入 1~2L 后仍呈低血压, 可给以肾上腺素, 1~4 μ g/min。
- (6) 抗组胺药和 H₂ 受体阻断剂 苯海拉明 25~50mg 静脉注射。雷尼替丁 50mg 静脉注射。
- (7) β 肾上腺素能激动剂 经上述治疗, 气管-支气管痉挛不缓解可加用沙丁胺醇静脉注射。
- (8) 皮质激素 甲基强的松龙 125mg 静脉注射。
- (9) 胰高血糖素 若患者正在服用 β 肾上腺素能阻断剂而对肾上腺素和输液无反应, 可用 1~2mg/min 静滴。

第三节 急性左心衰竭 (心源性肺水肿)

心力衰竭是由于原发的心肌舒缩功能障碍, 心脏超负荷或心脏舒张受限, 从而在有足够静脉回流和血管舒缩功能正常的情况下, 心排血量不能满足机体代谢需要的临床综合征, 表现为静脉系统淤血, 动脉系统和组织灌注不足。左心功能受损而致肺静脉淤血并进而引起肺水肿, 有时数分钟即达高峰。常见于大面积心肌梗死或心脏慢性病变的急性加重。

【诊断标准】

(一) 病史 劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难史、心脏病史如心肌梗死、心肌炎证据。

(二) 临床表现 突然发生呼吸窘迫、频咳、喘息、白色或粉红色泡沫痰不断咳出甚至涌出。病人被迫坐起、颜面发绀。两肺内早期可闻及哮鸣音、稍晚出现湿性啰音。可有第三、第四心音。心率加快, 呈奔马律, 可有心房颤动或室性期前收缩等心律失常。初期血压可升高, 可扪及交替脉。

(三) X 线胸片 早期肺门血管影模糊、纹理粗乱, 后期可见典型蝶形阴影, 由肺门向周围扩散。

【治疗原则】

1. 纯氧面罩吸入, 使动脉血氧饱和度达 95% 以上, 对神志不清或明显意识模糊以及缺氧与衰竭致使呼吸无力者可气管插管。若低氧血症持续, 可给以 CPAP (持续气道正压) 呼吸辅助。经鼻 BiPAP (双水平气道正压通气) 较前者易于耐受。

2. 患者呈半坐位, 双小腿下垂。

3. 含服硝酸甘油 0.5mg 每 5 分钟 1 次, 然后静脉滴注硝酸甘油, 从 10 μ g/min 开始, 10~15 分钟增 5 μ g/min~10 μ g/min, 直至 250 μ g/min。如果血压低可并用多巴胺静脉滴注 10~15 μ g (min $\cdot$ kg), 使收缩压维持在 90~100mmHg。多巴胺可与多巴酚丁胺合用。若无严重休克, 后者亦可单用。滴速为 2.5 μ g (min $\cdot$ kg)。对顽固性高血压或对硝酸甘油无反应者可静脉滴注硝普钠, 从 2.5 μ g (min $\cdot$ kg) 开始。

4. 静脉注射速尿 40mg, 若患者正在服用速尿则静注 80mg, 若 30 分钟后无效可加倍。

5. 静脉注射硫酸吗啡 2mg, 但应注意此药对呼吸的抑制作用, 在 COPD 患者应慎用。

6. 抗心律失常治疗在由心律失常引起的心源性肺水肿中十分重要。快速心房纤维性颤

动、扑动或其他室上性心动过速以及不严重的室性心动过速，可以药物治疗。在严重的室性心动过速则电复律。慢速心律失常可以静脉注射阿托品 0.5 ~ 1.0mg；异丙肾上腺素应慎用。若对药物抵抗，可以经皮体外起搏，直至经静脉心内膜起搏。

7. 有显著气管痉挛者可使吸入舒喘灵 2.5 ~ 5mg。

八、对慢性肾功能衰竭患者可以在床旁施行动 - 静脉血滤（CAVH）或静脉 - 静脉血滤（CVVH）或静脉放血 250 ~ 500ml。后者国内较少使用。

第四节 急性心肌梗死

冠状动脉急性闭塞引起所供应心肌坏死，多因在冠脉粥样硬化基础上血栓形成引起，其他病因还有：冠脉痉挛、栓塞等。

【诊断标准】

（一）病史 约 2/3 病人发病前有心绞痛病史，相当多病人首发症状即为心肌梗死。

（二）临床表现 剧烈心绞痛、持续时间超过半小时、含服硝酸甘油不缓解。约 1/5 病人胸痛不明显或无胸痛。其他症状：心悸、胸闷、气短、多汗、恶心、晕厥及猝死等。有些患者可合并心功能不全或各种心律失常。

（三）心电图 相对应导联高尖 T 波 ST 段抬高、T 波倒置及病理性 Q 波、非 Q 波心肌梗死患者，ST 段可不抬高。

（四）心肌酶（CK-MB、TNT 及 TNI 等） 动态性升高 2 倍以上，大多在起病 3 ~ 6 小时开始，24 ~ 48 小时达高峰，持续数天。

若症状、心电图及心肌酶三项中，有两项呈典型动态变化便可诊断。

【治疗原则】

（一）一般治疗

1. 持续心电及血压等监护，吸氧，开放液路，备好除颤器等心肺复苏抢救器械及药品。
2. 若无禁忌证如低血压等可静滴硝酸甘油 15 μ g/min，每 5 ~ 10min 增加 5 ~ 10 μ g/min 至满意剂量。

3. 可合用镇静、止痛药物。

（二）溶栓疗法 适用于 ST 段抬高、发病 12 小时内的患者，不适用于各种出血及有出血危险性患者。常用：尿激酶 150 万 ~ 200 万 U 或链激酶 150 万 U，加入 5%GS 或 NS100ml 内静滴 0.5 ~ 1 小时。也可用 tPA8mg 静注，之后以 42mg 静滴 90 分钟。

（三）急诊 PTCA 或搭桥术（CABG） 用于溶栓禁忌、失败或心源性休克。条件好的单位对合适病人可首选直接 PTCA 治疗 12 小时内的急性心肌梗死。

（四）药物治疗

1. 阿司匹林 150mg/d，溶栓或 PTCA 前即刻嚼服 150 ~ 300mg。
2. 溶栓后 12 小时肝素钙皮下注射（7500Uq12h）或低分子肝素，共 5 ~ 7 天。tPA 用药前，肝素 5000U 静脉注射，溶栓后静点肝素 800 ~ 1200U/h 共 48 小时，监测 ACT/aPTT，使增长值在 1.5 ~ 2.5 倍内，然后继用肝素钙皮下注射 5 ~ 7 天。

（3）尽早用 β 阻断剂，剂量个体化，将心率及血压维持至理想水平，长期应用。