

急诊医学

临床 诊疗规程

主编 王雪 田红燕 李旭



急

天津科学技术出版社

急诊医学

急诊

医学临床诊疗规程

◎主编 王 雪
田红燕
李 旭



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊医学临床诊疗规程 / 王雪, 田红燕, 李旭主编.
—天津: 天津科学技术出版社, 2001. 5
ISBN 7-5308-3040-6

I. 急… II. ①王… ②田… ③李… III. 急性病
—诊疗—规程 IV. R459.7-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 13210 号

责任编辑: 张 跃

版式设计: 雒桂芬 周令丽

~~责任印制: 张军利~~

天津科学技术出版社出版

出版人: 王树泽

天津市张自忠路 189 号 邮编 300020 电话 (022) 7306314

天津新华印刷三厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

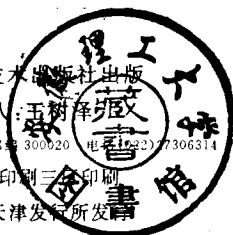
开本 787×1092 1/32 印张 20.5 字数 434 000

2001 年 5 月第 1 版

2001 年 5 月第 1 次印刷

印数: 1—4 000

定价: 32.00 元



编写人员名单

◎主编 王 雪 田红燕 李 旭

◎编者 (按姓氏笔划排列)

马爱群 王小闯

王东琦 刘华胜

孙师元 权正良

张亚莉 李 静

李正仪 杨 斌

杨继维 陆 斌

赵文理 赵晓静

谈一飞 盛 婴

◎学术顾问 杨菊平

前 言

随着我国急诊医学特别是危重病医学的发展,广大急诊专业人员不断地学习总结,近年来各种优秀的急诊书籍层出不穷,这对我国急诊医学的发展起着巨大的推动和指导作用。但是,由于急诊医学在我国仍处于探索阶段,各地的临床模式、工作内容以及工作方法均有较大差异。所以,通过多年的临床实践我们深深感到,虽然有不少书籍可读,但在实际应用时,常常感到无依据可参考、无规程可遵循等问题。为此,我们本着从实际出发,着眼于临床需要,在吸收国内外先进理论和技术的基础上,编写这本急诊临床诊疗规程。目的是为广大急诊工作者提供临床具体工作的技术指导。同时也响应国家卫生部医院管理的要求,为我国急诊医学的临床规范化提供参考依据。

在本书的设计和编写过程中,承蒙我国著名急诊医学专家杨菊平教授的指导,西安交通大学第一医院、西安交通大学第二医院、陕西省人民医院、西安交通大学医学院及医院、陕西武警医院等各单位的专家和同仁的共同努力,在此一并致谢。另外,可能由于我们个人的原因,在组织编写过程中出现不当或错误,请读者批评、指出,以便我们及时改正。

编 者

2001. 1

内 容 简 介

本书内容为急诊医学临床工作中的诊疗规程。内容包括:国际标准心肺脑复苏,急诊常见症状和体征的诊疗思维程序,危重病的检测技术及临床分析,常见危重综合征的临床处理,危重病的基础治疗措施指南,各种急诊的抢救治疗程序等。

目 录

第一篇 总 论

目 录

第一章 心肺脑复苏	3
第一节 概述.....	3
第二节 I期复苏	5
第三节 II期复苏	11
第四节 III期复苏.....	34
第二章 急诊常见症状和体征的诊疗思维程序	44
第一节 急诊诊疗的一般思维程序.....	44
第二节 发热.....	47
第三节 意识障碍.....	53
第四节 晕厥.....	59
第五节 眩晕.....	62
第六节 头痛.....	65
第七节 紫绀.....	70
第八节 呼吸困难.....	74
第九节 胸痛.....	77
第十节 咯血.....	82
第十一节 腹痛.....	85
第十二节 急性腹泻.....	92

目 录

第十三节 呕血与黑便·····	95
第十四节 血尿·····	99
第三章 危重病监测技术·····	104
第一节 循环监测·····	104
第二节 呼吸监测·····	112
第三节 脑功能监测·····	121
第四节 消化系统监测·····	138
第五节 泌尿系统监测·····	154
第六节 代谢与营养监测·····	174
第七节 危重病常用评分系统·····	195
第四章 常见危重综合征·····	217
第一节 休克·····	217
第二节 败血症·····	231
第三节 弥漫性血管内凝血·····	237
第四节 急性呼吸窘迫综合征·····	251
第五节 多器官功能衰竭·····	260
第五章 危重病基本治疗措施指南·····	267
第一节 循环功能支持·····	267
第二节 呼吸功能支持·····	272
第三节 肾功能的保护与维持·····	281
第四节 水电解质与酸碱平衡的维持·····	287
第五节 危重病患者的营养支持·····	304

目 录

第六节	输血治疗指南·····	319
第七节	危重病人的感染与抗生素的选择 ·····	336

第二篇 各 论

第一章	呼吸系统疾病抢救规程·····	353
第一节	慢性呼吸衰竭·····	353
第二节	肺栓塞与肺梗塞·····	362
第三节	急性重症哮喘·····	369
第四节	重症肺炎·····	377
第五节	气胸·····	384
第六节	胸腔积液·····	389
第七节	咯血·····	395
第八节	肺性脑病·····	401
第二章	循环系统疾病抢救规程·····	410
第一节	心力衰竭·····	410
第二节	心律失常·····	423
第三节	冠心病·····	442
第四节	高血压急症·····	451
第五节	急性心包填塞·····	454
第三章	消化系统疾病的抢救规程·····	456
第一节	上消化道大出血·····	456

目 录

第二节	肝性脑病	466
第三节	急性胰腺炎	471
第四章	泌尿系统疾病抢救规程	480
第一节	急性肾功能衰竭	480
第二节	慢性肾功能衰竭	491
第三节	肾绞痛	504
第四节	肾盂肾炎	506
第五章	血液系统疾病抢救规程	512
第一节	急性溶血	512
第二节	重度贫血	518
第三节	白血病患者危象	526
第六章	内分泌及代谢疾病的抢救规程	531
第一节	甲状腺功能亢进症并发危象	531
第二节	甲状腺功能减退症并发昏迷	534
第三节	急性肾上腺皮质功能减退症并发危象	537
第七章	理化因素所致疾病的抢救规程	541
第一节	中毒总论	541
第二节	有机磷农药中毒	555
第三节	急性一氧化碳中毒	566
第四节	急性催眠、镇静类药物中毒	569
第五节	杀鼠剂中毒	572
第六节	酒精中毒	577

目 录

第七节	亚硝酸盐中毒·····	579
第八节	毒蕈中毒·····	581
第九节	氨基甲酸酯类中毒·····	582
第十节	拟除虫菊酯类杀虫剂中毒·····	584
第十一节	中暑·····	586
第十二节	触电·····	590
第十三节	溺水·····	592
第八章	神经系统疾病抢救规程·····	595
第一节	脑出血·····	595
第二节	蛛网膜下腔出血·····	603
第三节	脑梗死·····	609
第四节	病毒性脑炎·····	622
第五节	癫痫持续状态·····	630
第六节	吉兰—巴雷综合征·····	635

R ..

总
论
• 第一篇

第一章 心肺脑复苏

第一节 概 述

心跳、呼吸停止是临床上最紧急的状况,如不及时救治,病人则可迅速死亡。在临床上,将采用人工的方法迅速建立有效心跳及呼吸的技术称为心肺复苏术。随着人们对脑功能恢复的强调和对死亡概念认识的深入,以及抢救监护设备和技术的发展,目前在国际上心肺复苏的概念已发展成为心肺脑复苏,而且其步骤与方法已标准化。

一、死亡的概念

在传统的意义上,临床是以心跳、呼吸停止为死亡标准的。但是近年来,随着人们对大脑功能的研究以及对脑功能状态恢复的强调,死亡的标志已从心跳、呼吸停止转变为脑死亡。关于脑死亡的标准目前尚存在争议,这里我们介绍脑死亡的哈佛标准:①无感受性和反应性;②无自主呼吸,可有心跳;③各种深浅反射消失;④脑电图、脑血流图以及脑诱发电位曲线呈等电线。上述表现持续 24h 无变化,且除外低温 ($< 30^{\circ}\text{C}$)、麻醉、安眠药等影响即为脑死亡。

无论是何种情况,临床上的死亡发生总是以心跳或呼吸为最初表现,逐步发展成为脑死亡。现在的研究已表明,人脑能耐受循环停止的临界时限为 4 ~ 6min。即在这个时限内,大脑功能尚可恢复,而超过时限,大脑功能则要丧失或部分丧

失。因此,在这个意义上,“时间就是生命”就更具有其具体的内涵。

根据研究,有人将死亡分为三种:

(1)临床死亡 指常温下心跳、呼吸停止,中枢神经系统由于缺血、缺氧受到损害,但神经细胞并未完全死亡,如给予及时有效的基础生命支持就有可能复苏成功。这是急诊医学救治的主要对象。

(2)生物学死亡 指心跳、呼吸停止,但因神经细胞死亡而无法复苏,即使心肺复苏暂时成功,最终也因脑死亡而告失败。

(3)社会死亡 指心肺复苏成功而脑复苏不完全遗留严重的中枢神经系统后遗症。患者的生活无法自理,对社会无任何作用,成为植物人。

二、国际标准化心肺复苏法的分期

复苏的目的是尽快建立和恢复循环呼吸功能,保护中枢神经功能。国际化的心肺脑复苏可分为三期九步:

三期: I 期复苏 基础生命支持(basic life support, BLS)

II期复苏 进一步生命支持(advance life support, ALS)

III期复苏 长时间生命支持(period life support, PLS)

九步: A(air way)开放气道

B(breathing)人工呼吸

C(circulation)人工循环

D(drugs)药物的使用

E(ECG)心电监护

F(fibrillation)除颤

G(gauge)全面评估

} I 期复苏

} II 期复苏

H(hypothermia)低温 } Ⅲ期复苏
I(intensive)加强治疗 }

本章我们将分别详细讲述有关内容。

第二节 I 期复苏

作为基础生命支持(BLS), I 期复苏主要是在机体发生呼吸心跳停止时现场抢救所采取的救治方法。这里要强调两个概念:

(1)现场 由于人脑对缺氧耐受的极限时间只有 4 ~ 6min,所以在机体发生心跳呼吸停止时,无论其发生的场所如何,决不允许转送病人或等待,要求立即就地开始 I 期复苏。

(2)徒手 I 期复苏是现场进行的抢救,所以只能依靠操作者的头脑和双手,不需要任何仪器或器械。

一、I 期复苏的步骤

第一步 呼吸心跳停止的确诊。确诊包括以下四项指标:①意识丧失;②颈动脉搏动消失;③呼吸停止;④瞳孔散大。这一步无需反复考虑、等待、证明,只要有以上指征就可确定,且应在 5s 内完成。

第二步 呼叫。这一步有两方面的意义:①呼叫别人来协助完成复苏操作;②联系“120”急救机构,急取进一步的帮助。因为 I 期复苏只是“基础”,要使复苏完全成功,特别是脑复苏的成功,就必须尽快进行Ⅱ期和Ⅲ期复苏。“120”的工作人员在接到求救时,应详细问明出事的地点、病人的伤情、状况及人数等,以便有备前往。

第三步 放正体位。把病人以仰卧位放在硬的平面上

(如硬板床、地面),使头颈脊柱保持在同一纵轴上。对于外伤病人尤其要注意,不致使外伤加重。

第四步 开放气道。心跳呼吸停止后,由于肌肉张力丧失,所有的病人都会发生舌根后坠,造成气道阻塞,开放气道的目的就是后将后坠的舌根从气道移开。

对于颈部无外伤者,采用抬颈仰头法。用一只手抬起病人的颈部,用力向上;另一只手的掌根部压住病人的额顶部,拇指与食指放在鼻翼的两侧,掌根用力向下。双手联合用力,使病人的头呈后仰颈部伸直位。

对于颈部有外伤者,应采用抬颌仰头法。即把一只手上抬病人的下颌,向前上方用力,另一只手的掌根部压住病人的额顶部,用力的方向和目标与抬颈仰头法相同。

开放气道结果的正确与否应以下颌骨前支的延长线与病人仰卧的平面垂直为判定标准。气道开放后,操作者需保持病人头、颈的位置不要改变。

第五步 检查呼吸。在开放气道后,操作者应将自己的面部靠近病人的头面部。将脸转向病人的胸部,用眼观察胸廓的起伏,面颊部感受呼出气,耳听病人呼吸的气流声。如果病人有自主呼吸,操作者既能看到胸廓的起伏,也能感到或听到气流。如无则没有自主呼吸。以上检查应在5s以内完成。

第六步 人工通气。一旦确定呼吸停止,就应立即开始人工呼吸。首先捏紧病人的鼻翼,然后操作者深吸气。用口紧包住病人的口部把气送入。研究证明深吸气后呼气,其呼出气中的氧浓度为18%,因此每次通气约有800~1200ml的呼出气进入肺内,可供病人足够的氧气。第一次通气应连续两次。完成每一次通气后都应口部脱离口部,把头转向病