

NEI KE JI ZHEN SHOU CE

內科急診手冊

福建省龍溪地區醫院內科編

前 言

在华主席抓纲治国战略决策指引下，在党的十一大路线鼓舞下，为了更好地贯彻执行毛主席的革命卫生路线，为广大工农兵伤病员服务。特编写本手册，供内科医务人员抢救危重病人参考使用。

由于我们政治水平和业务水平有限，时间匆促，编写过程中难免存在不少缺点和问题，希望广大医务人员提出批评指正。

福建省龙溪地区医院内科

1978年6月

目 录

1、心跳骤停的复苏.....	(1)
2、休克的抢救.....	(6)
3、心原性休克.....	(17)
4、充血性心力衰竭.....	(20)
5、心律失常的处理.....	(23)
6、心绞痛.....	(34)
7、急性心肌梗塞.....	(39)
8、洋地黄中毒的处理.....	(47)
9、弥漫性血管内凝血.....	(51)
10、呼吸衰竭.....	(55)
11、急性肺水肿.....	(61)
12、自发性气胸.....	(63)
13、咯血.....	(66)
14、哮喘持续状态.....	(70)
15、昏迷.....	(72)
16、上消化道出血(附出血性休克).....	(77)

17、肝昏迷.....	(85)
18、脑水肿.....	(90)
19、脑血管意外.....	(94)
20、高血压危象及高血压脑病.....	(98)
21、癫痫持续状态.....	(102)
22、急性肾功能衰竭.....	(107)
23、糖尿病酮症酸中毒.....	(121)
24、甲状腺危象.....	(123)
25、输血反应的处理.....	(125)
26、高热的诊断与处理.....	(130)
27、急性中毒.....	(133)
28、休克肺的抢救射.....	(141)
29、附录：常用急症血液检验正常值.....	(145)

心跳骤停的复苏

心脏骤停指心脏突然停止有效的排血。这是临床上极为紧急的、严重的情况，如不进行及时、正确、有效的抢救，即造成全身尤其脑和心脏不可逆的损害而导致死亡。

一、心跳骤停的病因

- 1、器质性心脏病：如心肌梗塞，心肌炎等；
- 2、药物中毒或过敏：青霉素，链霉素，血清过敏，铋剂，氯喹，奎尼丁，洋地黄，安眠药等；
- 3、急性传染病：乙脑，流脑，白喉；
- 4、突然意外：电击伤，自溢，溺水，窒息，迷走神经反射亢进；
- 5 电解质紊乱：高血钾症，低血钾症；
- 6、各类休克；
- 7、手术及麻醉意外：如胸腔穿刺，气管切开，麻醉等。

二、心跳骤停的诊断

- 1、突然意识丧失，多发生于心脏停搏30秒钟后；
- 2、听诊心音消失；

3、大动脉（颈或股动脉）上扪不到搏动。测不到血压；

4、抽搐，常为全身性，持续时间长短不一，可长达数分钟，多发生于循环骤停后10秒钟内；

5、呼吸断续，呈叹息状，以后呼吸停止。多发生于循环骤停后20—30秒钟内。

三、心跳骤停的先兆

一般突然发生较难预料，但如严密观察，部分病人可有一短暂先兆，如①出现紫绀，苍白，血压下降，呼吸不匀。②完全性房室传导阻滞，频发性与／或多源性室性过早搏动，室性心动过速，心室自主节律等心律失常。

四、心跳骤停复苏

（一）复苏术：主要为心脏复苏术和呼吸复苏术。

1、心脏复苏术；

（1）心前区叩击术；以左手掌覆于病人心前区，右手握拳捶击左手背数次（多用于心脏停搏二分钟以内者）。适用于反射性心跳骤停及室颤、室速者。

（2）胸外心脏挤压术；以左手掌置于病员胸骨下端1／3处（剑突以上），以右手掌压于左手背面，挤压时手臂与病员胸骨呈垂直线压下，然后放松，（压力以胸骨下陷3—5厘米为准），速度为每分钟60—70次。注意点：手法或部位不当易发生肋骨骨折，皮下气肿，气胸，严重者可发生张力性气胸，心包积血，血胸等。

挤压有效指征：①瞳孔缩小；②颜面口唇皮肤色泽转

红；③颈股动脉能摸到搏动；④心电图波型由原来的细颤变为粗颤。

胸外心脏挤压术未能达到应有效果，可以请外科会诊准备开胸用手直接挤压心脏。

（3）心室腔内注射药物；

注射部位：胸骨左缘1.5—2厘米处垂直刺入，抽得回血后，迅速注入药物，拔针后继续胸外心脏挤压。

注射药物：

①1%肾上腺素1毫升（即1毫克），若心跳未恢复，可再注入2—3毫升或用肾上腺素0.5毫升加1%9.5毫升普鲁卡因作心内注射。

②2%异丙基肾上腺素2毫升（即1毫克），作心内注射。

③心脏“三联针”：即肾上腺素1毫克（兴奋心脏传导系统，兴奋心室高、低位起搏点）；异丙基肾上腺素1毫克（兴奋心脏传导系统，兴奋高位起搏点）；去甲肾上腺素1毫克（提升血压）。若连续三次无效，不宜再用。

④心脏“四联针”：系肾上腺素，异丙基肾上腺素，去甲肾上腺素，阿托品各1毫克混合液。它不仅具有心脏复苏三联针的优点，而且还可解除迷走神经对心脏的抑制及对肺末梢单位广泛收缩的作用。

⑤10%氯化钙（直接兴奋心肌，增加收缩力），5—10毫升心内注射。可因增加心肌应激性使室颤更顽固，但当心跳已恢复，而心肌松软，收缩无力，血压不升时，氯化钙的注射可收到较好的效果。

⑥5%碳酸氢钠20—40毫升作心内注射，或用疗效较差的克分子乳酸钠40毫升作心内注射，（纠正酸中毒从而提高心肌兴奋性）。

(4) 心室颤动的治疗：心室颤动是循环骤停的一种类型，又是心脏停搏的复苏过程中常出现的心律失常中的一种，除颤方法有二种：①药物除颤，②电击除颤。

除颤药物

①溴苄胺：250毫克（5毫克/公斤）溶于25%葡萄糖液40毫升中缓慢静注或直接心内注射。

②利多卡因：100—150毫克静脉注射，如无不良反应，5—10分钟后再注射100毫克，如无效可一次静脉或心腔内注入200—250毫克，以每小时总量不超过500毫克为妥。

③苯妥英钠：125毫克加注射用水10毫升缓慢静脉注射。

电击除颤：胸外非同步电流电击去颤：胸外心脏挤压后，如心电图示颤动波为高大而频繁时，可应用150—300瓦/秒电功率进行电击，如颤动波为稀疏而低平者，立即在心腔内注射1%肾上腺素1—2毫升，或异丙基肾上腺素0.5毫升，同时静脉注射克分子乳酸钠40毫升，后再继续挤压，待颤动波变为频繁而高大时，再以电击。

2 呼吸复苏术：

在心脏按摩的同时，必须施行有效的人工呼吸。气管插管加压人工呼吸是目前各种人工呼吸中疗效最好的，也是心跳呼吸停止最常用的急救措施，其优点是死腔小，可充分加压给氧，便于吸痰，并可防止吸入由胃内呕出的食物。必要时用人工呼吸机。

(二) 心脏复苏后的处理：

- 1、纠正酸中毒。（见急性肾功能衰竭）。
- 2、有效循环的维持。（见休克的处理）。
- 3、心律失常的处理。
- 4、脑损害的治疗。（见脑水肿的处理）。

- 5、原发病的治疗。
- 6、维持水与电解质平衡。
- 7、急性肾功能衰竭的防治。（见急性肾功能衰竭的处理）。
- 8、感染的防治。（参考感染性休克的处理）。

休克的抢救

一、休克诊断标准

甲：①脉搏细速（每分钟超过100次），或不能触及；②四肢末梢厥冷，肤色苍白（或紫绀）等周围循环灌注不足征象；③尿量 <30 毫升/每小时。

乙：①动脉收缩压 <80 毫米汞柱；②动脉收缩压 >80 毫米汞柱，但脉压 <20 毫米汞柱。

凡具备“甲”中之二项，并同时存在“乙”中之一项者都可诊断为休克。

二、休克的分类

休 克 的 分 类

起 始 原 因	临 床 常 见 疾 病	主 要 发 病 原 理
低血容量性休克	1. 体液、血浆或水份丢失 胃肠炎剧烈吐泻；应用脱水剂之后；烧伤；大量腹水，肢体软组织内渗液。	血容量或有效循环量不足；回心血量及心排量减少。
	2. 血液丢失（出血性休克） 肝硬化、食道、胃底静脉曲张破裂；溃疡病大出血；内脏破裂；宫外孕；手术失血	同上

創 伤 性 休 克	血液和血 浆丢失	外伤、战伤、骨折、 挤压伤	同上； 还有中枢神经系創 伤的因素参与
感 染 性 休 克	細菌； 細菌的內 毒素和外 毒素	杆菌和球菌感染； 霉菌感染	微循环阻滞； 有效循环血 量 不 足，回心血量及心 排血量减少
心 源 性 休 克	心肌收縮 力减退	急性心肌梗塞； 严重心律失常	心排血障碍
	心 噴 血 障 碍	心包填塞	左心室充盈障碍
	大血管血 流障碍	肺梗塞	心排血量减低
过 敏 性 休 克	过敏原抗 体反应	药物过敏， 血清、抗毒素的异 性蛋白反应	静脉系內貯納大量 血液，循环血量及 回心血量不足

三、感染性休克

(一) 感染性休克的预兆：重症感染患者有下列情况应警惕：

- 1、年老体弱者
- 2、持续发高热，反复寒战或高热突降 37°C 以下，伴白细胞高(30000个/立方毫米)，或有中毒性颗粒者。
- 3、寒战高热、面色苍白，轻度躁动不安或神志淡漠者。
- 4、血压多次测量偏低或忽高忽低者。
- 5、心率快、脉弱、冷汗特别多者。

(二) 感染性休克的诊断

1、早期（微循环痉挛期）

①面色苍白、四肢、口唇轻发绀、皮肤成斑纹状，皮肤冷而干燥。

②尿少， <25 毫升/日，脉快 >100 次/分，体温骤升或不升，呼吸深而快。

③神志清楚，表情淡漠，反应迟钝，或轻度躁动不安。

④血压正常，偏高或偏低，脉压缩小。

⑤眼底动脉痉挛。

⑥有人提出膝部冷凉或紫绀，是微循环障碍早期征象。

2、中期（微循环扩张期）

①皮肤淡红湿润，四肢温和，口唇发绀。

②脉弱而不快，血压低，尿少或正常。

③神志不清或烦躁不安。

④常伴有呼吸衰竭。

⑤眼底动脉血管显示扩张。

3、晚期（微循环衰竭期）

①皮肤粘膜明显发绀，四肢厥冷，毛细血管充盈时间延长（ >1 秒）。

②无尿。

③脉搏血压测不到，中心静脉压下降，心音低钝或单心音，呼吸衰竭，体温不升。

④昏迷或神志清晰。

⑤对血管加压药物治疗反应差。

⑥皮肤或内脏出血倾向。

（三）感染性休克的抢救

1 一般处理：

①平卧，鼻管给氧，留置导尿管，二路静脉补液，给高热量，高维生素，高蛋白饮食（肾功能衰竭者禁用），能量

合剂等。

②测呼吸、脉搏、血压、尿量、尿比重、中心静脉压，并做好输液量及病情变化的记录。

2 控制感染：

①球菌感染和杆菌感染的鉴别要点

临床表现	革兰氏阳性球菌	革兰氏阴性杆菌
寒战	少见	多见
谵妄	多见	少见
意识障碍	多见	少见
皮疹	多见	少见
休克前体温	39°C 以上多见	39°C 以下多见
休克后体温	体温不升或正常	持续不下降
肢冷青紫	少见	多见
尿少	一般性	显著
心肌炎	较多见	少见

②抗菌素的选择

细菌	首选	次选
链球菌	青霉素G	红霉素、新青霉素 I—II、先锋霉素 II、庆大霉素
金葡菌	同上	新型青霉素 II、红霉素、新霉素、先锋霉素 II、庆大霉素、卡那霉素、红霉素、卡那霉素、先锋霉素、庆大霉素、氯霉素、氨苄青霉素、先锋霉素、氯霉素、链霉素、庆大
耐药金葡菌	新青霉素 I—II	
脑膜炎双球菌	磺胺类； 青霉素G、	
革兰氏阴性杆菌	卡那霉素	

	先锋霉素	霉素、氨苄青霉素、四 圈素
沙门氏菌	氯霉素	氨苄青霉素
绿脓杆菌	多粘菌素	羧苄青霉素、庆大霉素
肺炎双球菌	青霉素G	氨苄青霉素、红霉素、 先锋霉素、

3、纠正休克

(1) 血容量补充的指标:

①临床观察: 见下表

附: 休克指数 = 脉率 ÷ 收缩压, 如休克指数 = 0.5, 血容量正常; 如果 = 1, 丢失血容量在 20~30%; 如果 > 1, 丢失血容量 30~50%, 但可靠性有限。

②尿量及比重:

(a) 1 小时尿量 < 30 毫升, 比重 > 1.020, 且第 2 小时尿量更少, 比重增加, 说明血容量不足。

(b) 在上述情况下立即快速输注 5% 葡萄糖液 500 毫升, 20 分钟注完, 单位时间内如尿量增加, 应继续输液至每小时尿量 > 40 毫升, 尿比重 < 1.020, 表示血容量不足已解除。

(c) 如尿量每小时 > 40 毫升, 比重 > 1.020, 尿中又无大量蛋白、糖或尿素增多干扰, 仍应考虑补液量不足。

③中心静脉压测定

(a) 正常中心静脉压为 6~12 厘米水柱, 当 < 6 厘米水柱时, 即为血容量不足, 快速输液至中心静脉压升到 12 厘米水柱。

(b) 中心静脉压正常, 血压偏低, 很可能存在血容量不足, 应“试探补液”, 10 分钟内输注液体 200 毫升, 观察中心静脉压是否升高, 不升高为血容量不足, 可输液至升 3

—5厘米水柱停止输液不降为止。

(c) 若中心静脉压升至12厘米水柱，而血压仍低，可用强心剂。

(d) 若中心静脉压>15厘米水柱，为血容量过多，心排出量减退，加强利尿，防止肺水肿。

血容量补充的临床鉴别表

	血容量不足	血容量补足
口渴	+	—
外周静脉充盈	不良	良
脉搏	细、弱、速	有力、不速
心音	低、弱、	清楚、有力、
血压	多低	正常
脉压差	<20毫米汞柱	>30毫米汞柱
肢体温度	冷、凉	温暖、
休克指数	1或>1	0.5左右
尿量	<30毫升/小时、渐减	>40毫升、渐增、
尿比重	>1.020	<1.020
中心静脉压	低	正常
酸中毒	存在	改善、

(2) 微循环机能良好的指标：

- ①患者一般情况好转和感觉良好；
- ②周围紫绀减轻；
- ③皮肤和粘膜转暖；
- ④尿量增加；
- ⑤血压上升和脉压增宽；
- ⑥中心静脉压恢复正常。

(3) 补液内容：

(a) 休克早期：在头2小时内，快速静脉滴注生理盐

水或葡萄糖盐水500毫升，5%苏打水100—200毫升，低分子右旋糖酐500毫升。

(b) 休克中期：在头二小时内，快速静脉滴注5—10%葡萄糖液500—1000毫升，5%苏打水200—300毫升，低分子右旋糖酐500—1000毫升。

(c) 电解质补充：给乳酸钠，林格氏液，肾功能正常患者适当补钾（尿量每小时40毫升以上才可补钾）。

(d) 低分子右旋糖酐，应用注意点：

①快速注射，500毫升一小时内输完。

②每日用量不宜超过1000毫升，过大量易致肺水肿及出血倾向。

③应在补足或补充一定量的血容量情况下应用，才不致引起细胞内脱水。

④有并发脑水肿、呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能衰竭、血小板减少，严重酸中毒不宜用。

(4) 纠正酸中毒（见急性肾功能衰竭）。

补碱性药物的指标：

①测定血液PH值；②测定二氧化碳结合力；③新鲜尿呈弱碱性。

补碱首选5%苏打水，乳酸钠较少用。（详见“急性肾功能衰竭”。）

(5) 皮质激素的应用

剂量及用法：①氢化考地松300—500毫克/日；地塞米松20—50毫克/日。②用法：静推，5分钟内推完，连续应用3天。

(6) 血管活性药物的应用：

(a) 缩血管药物：以兴奋 α 受体为主，使血管收缩，血压升高。

应用指征：①休克早期（微循环痉挛期或暖休克期）；②有休克存在，而尿量 >25 毫升/小时者；③合并有心脏疾患而无法大量补给液体者；④严重休克与扩血管药物合并应用时。

常用的缩血管药物

常用药物	500 毫升液体中的常用量	备 註
去甲肾上腺素	4 ~ 8 毫克	漏入皮下可引起组织坏死，剂量过大还可引起肾小管坏死
阿 拉 明	20 ~ 40 毫克	
恢 压 敏	100 ~ 200 毫克	对心脏的兴奋作用强，周围血管的作用弱
新 福 杯	20 ~ 30 毫克	仅收缩周围血管，对心脏无作用

（b）扩血管药物：均兴奋 β 受体而使血管扩张。用药后使重要脏器的血液增加，组织缺血缺氧好转，微循环的功能得到改善，使内环境趋向平衡。

应用指征：①中晚期的患者（冷休克期）；②缩血管药物应用无效时；③少尿或尿闭者。

观察疗效应以微循环的功能的改善为准（如青紫好转，皮肤回暖，尿量增多等）而不是单纯看血压数值。