

常见急症即刻处理

贾大成 编著

金盾出版社

CHANGJIAN JIZHENG JIKU

9.7

常见急症即刻处理

贾大成 编著

金盾出版社

内 容 提 要

本书是作者根据多年的急救实践经验,并参阅了大量的国内外急救新进展资料编写而成。全书包括循环、呼吸、消化、神经、内分泌等系统常见的急症和物理、化学因素所致的急症、严重外伤,以及常用的急救技术操作等,并配有插图。内容科学、实用,反映了当前院前急救医学发展的水平。适用于医护人员和一般读者阅读、参考和使用。

图书在版编目(CIP)数据

常见急症即刻处理/贾大成编著. —北京:金盾出版社, 1998.3

ISBN 7-5082-0550-2

I. 常… II. 贾… III. 急性病-急救 IV. R459.7

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 68214032 电挂:0234

封面印刷:北京印刷一厂

正文印刷:国防科工委印刷厂

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:7.5 字数:166千字

1998年3月第1版 1998年3月第1次印刷

印数:1—21000册 定价:7.00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

当代社会,由于种种因素导致人类的心脑血管等急性危重症,以及人身意外伤害事件日趋增多。为了满足人们的实际需要、提高生命质量和适应我国急救事业的不断发展,作者根据在北京急救中心多年的急救实践经验,参阅了大量国内外有关急救医学新进展的资料,并结合我国院前(现场)急救的条件和特点,以及人们的实际需要编写成本书。

书中所选的病种,均为常见的、危在顷刻的凶险急症,如不进行及时、得当的现场急救,有时瞬间便可发生死亡,当然也就来不及将患者送往医院了。因此,树立全民急救意识,让公众了解和掌握一些应知、应会的自救互救的急救知识和技术,也就显得十分重要。同时,不断提高医护人员的急救水平,也正是广大公众所企盼的。本书力求突出科学性、先进性、通俗性、实用性;力求使广大公众在医院以外,遇到各种急性危重症或人身意外伤害时,切实能够做到并达到一定的效果,为专业医护人员的进一步抢救赢得分分秒秒;力求为医护人员在抢救患者时,提出标准、规范、具体、可行的紧急对策。书中的“家庭急救”与“专业急救”之间不可能有一个截然的界限,应根据情况灵活掌握。另外,“家庭急救”也不仅限于家庭,同样适用于其它各种场合。本书不仅适合于医护人员院前(急救中心、急救站、门诊部、卫生所、医务室等)急救,以及各级医院急诊科(室)及相关科室的各级医护人员参考使用,而且也适合于一般具有中等文化程度的读者阅读使用。

由于水平所限,肯定会有谬误之处,恳请您在阅读中提出宝贵的意见,以期不断完善。

时间就是生命,生命就在您的手中。祝好人一生平安!

贾大成

1998年1月

目 录

上篇 常见急症即刻处理

第一章	心脏骤停	(1)
第二章	心绞痛	(6)
第三章	急性心肌梗死	(9)
第四章	急性左心衰竭	(18)
第五章	阵发性室上性心动过速	(24)
第六章	阵发性室性心动过速	(29)
第七章	心房纤颤伴快速心室率	(33)
第八章	三度房室传导阻滞	(36)
第九章	心源性休克	(38)
第十章	感染性休克	(44)
第十一章	失血性休克	(47)
第十二章	变态反应性休克	(50)
第十三章	高血压急症	(52)
第十四章	急性气道阻塞	(55)
第十五章	支气管哮喘	(58)
第十六章	咯血	(61)
第十七章	气胸	(64)
第十八章	急性呼吸衰竭	(67)
第十九章	急性呼吸窘迫综合征	(70)

第二十章	急性上消化道出血	(73)
第二十一章	脑出血	(75)
第二十二章	蛛网膜下腔出血	(79)
第二十三章	脑血栓形成	(81)
第二十四章	脑栓塞	(83)
第二十五章	癫痫连续状态	(84)
第二十六章	颅内压增高症	(87)
第二十七章	糖尿病酮症酸中毒	(91)
第二十八章	高渗性非酮症性糖尿病昏迷	(94)
第二十九章	甲状腺功能亢进危象	(97)
第三十章	电击	(100)
第三十一章	淹溺	(102)
第三十二章	中暑	(104)
第三十三章	急性中毒的处理通则	(107)
第三十四章	急性一氧化碳中毒	(110)
第三十五章	急性氰化物中毒	(112)
第三十六章	急性阿片类药物中毒	(115)
第三十七章	急性催眠及安定类药物中毒	(118)
第三十八章	急性乙醇中毒	(120)
第三十九章	急性有机磷农药中毒	(123)
第四十章	急性亚硝酸钠中毒	(127)
第四十一章	急性桐油(或油桐子)中毒	(130)
第四十二章	急性强酸类中毒	(131)
第四十三章	急性强碱类中毒	(133)
第四十四章	毒蛇咬伤中毒	(135)
第四十五章	狂犬病	(138)
第四十六章	严重颅脑损伤	(141)

第四十七章	严重胸部损伤·····	(144)
第四十八章	严重腹部损伤·····	(148)
第四十九章	严重四肢损伤·····	(150)
第五十章	脊柱、脊髓损伤·····	(152)
第五十一章	烧伤·····	(155)
第五十二章	急产·····	(159)

下篇 常用急救技术操作

第五十三章	现场心肺脑复苏的徒手操作·····	(164)
第五十四章	气道内异物的排除手法·····	(178)
第五十五章	心脏泵的应用·····	(180)
第五十六章	直流电转复术·····	(181)
第五十七章	气管内插管术·····	(182)
第五十八章	环甲膜穿刺及切开术·····	(183)
第五十九章	抗休克裤(AST-81 型)的应用·····	(184)
第六十章	胸腔穿刺术·····	(186)
第六十一章	心包穿刺术·····	(187)
第六十二章	三腔两囊管的应用·····	(187)
第六十三章	洗胃器的应用·····	(188)
第六十四章	静脉切开术·····	(190)
第六十五章	现场外伤止血技术·····	(191)
第六十六章	现场外伤包扎技术·····	(199)
第六十七章	现场骨折固定技术·····	(215)
第六十八章	现场伤员搬运技术·····	(222)
附	拨打急救电话应说明的情况·····	(227)

上篇 常见急症即刻处理

第一章 心脏骤停

心脏骤停指由于心脏病(冠心病最常见)、电击、淹溺、中毒及创伤等各种原因导致有效的心泵功能及全身血液循环突然停止,使患者进入临床死亡状态。必须在心脏骤停后 4~6 分钟内进行有效地抢救,部分患者可望救活。

【诊断要点】

- 一、神志突然丧失,可伴抽搐。
- 二、颈动脉搏动消失。
- 三、心音消失。
- 四、呼吸停止或浅慢、不规则。
- 五、面色、口唇紫绀或灰白。
- 六、双侧瞳孔散大,眼球固定,对光反射消失。
- 七、心电图

(一) 心室纤颤:占 80% 以上。QRS 波群、S-T 段及 T 波无法辨认,代之以形态、频率、振幅均明显不规则的 F 波。F 波振幅 >0.5 毫伏为粗颤, <0.5 毫伏为细颤。

(二) 心室静止:QRS 波群消失,呈直线或仅见 P 波。

(三) 电-机械分离:QRS 波群宽大畸形、缓慢,但无心脏机械收缩。

只要具备以上第一、二两项即可确诊,切忌等待全部表现出现或因不必要的检查(包括心电图检查)而延误抢救时机。

【即刻处理】

原则:争分夺秒,就地抢救。立即建立有效的人工循环与呼吸,促进自主心跳与呼吸的恢复。同时,必须保证脑组织的氧合血流灌注。

一、家庭急救

(一) 迅速使患者仰卧于硬板床或地面,撤掉枕头,解开衣扣,充分暴露胸部。

(二) 迅速清除口腔、咽部异物,如呕吐物、假牙等。

(三) 同时高声呼救,并立即向急救中心呼救。

(四) 立即正确有效地进行心肺脑复苏的徒手操作(详见第五十三章)。

(五) 尽早头部放置冰袋,可用冰块、冰棍、冰激凌等放入塑料袋内封口,放置于患者头部周围。

二、专业急救

(一) 基本措施与步骤

1. 在目击下心脏骤停于1分钟以内者,而又不能立即应用除颤器时,可迅速进行胸前叩击,只叩击一次。如无效,立即进行心肺脑复苏的徒手操作。有条件时可应用心脏泵进行胸外心脏按压(详见第五十五章),可使回心血量及心排出量均明显增加。

2. 及时将两个除颤电极板分别放置于左侧腋前线的心尖水平处和右侧胸骨旁第二、三肋间处,进行非同步电除颤。发现心室粗颤,立即除颤;如为心室细颤,先应用肾上腺素使其成为粗颤,再行除颤。除颤器必须及时应用,方能提高除颤

成功率。首次除颤能量 200 焦耳(或 4 焦耳/公斤体重),第二次除颤可选 200~300 焦耳,第三次除颤可选 300~360 焦耳。一次除颤不成功,除进行心肺脑复苏的徒手操作及增加电能量外,可应用肾上腺素和纠正酸中毒等,有时需与利多卡因、溴苄胺等药物合用方能有效。

3. 尽早进行气管内插管,连接呼吸机或简易呼吸器,并给予 100% 浓度的氧气吸入。

4. 尽快建立静脉通道,必要时建立两条以上。应选用肘前静脉或颈外静脉。5%~10% 葡萄糖液最常用,但推荐使用 0.9% 氯化钠液或乳酸林格液。

5. 持续心电监护,严密观察变化。

6. 应用心脏复苏药物,给药途径首选静脉内或气管内(详见第五十七章),无条件时方可选用心内注射。

(1) 肾上腺素 1 毫克/首次,无效时每 3~5 分钟重复 1 次,3 毫克~5 毫克/次。本药可对 α -肾上腺素能受体产生刺激作用,并可在复苏时增加心肌与脑组织的血流灌注量。

(2) 阿托品 1 毫克~2 毫克/次,必要时可重复应用。

(3) 甲氧胺 10 毫克~20 毫克/次,必要时可重复应用。

(4) 利多卡因 50 毫克~100 毫克/次,必要时可重复应用。主要用于心室纤颤而无电除颤条件时。

(5) 溴苄胺 250 毫克/次,必要时可重复应用。主要用于利多卡因无效时。

7. 因心脏骤停导致的酸中毒,主要是呼吸性酸中毒,故抢救手段主要是保证充分通气。如果复苏及时,通气充分,可不必应用碳酸氢钠等碱性药物。如果通气不充分而补碳酸氢钠,产生的二氧化碳可进一步加重静脉内呼吸性酸中毒。因此,一般心脏骤停超过 10 分钟时,应补碳酸氢钠,同时仍保持

充分通气。常用 5% 碳酸氢钠液 100 毫升/首次, 静注。以后每 10 分钟重复给予首次剂量的半量, 一般总量不超过 300 毫升。如原有高钾血症或代谢性酸中毒者, 应及早应用碳酸氢钠。有条件时, 应在血气分析指导下应用。

(二) 复苏后期的处理

1. 维持有效循环

(1) 防治各种心律失常, 如为窦性心律, 一般应将心率控制在 80~110 次/分, 如心率超过 130 次/分, 可选用西地兰 0.4 毫克静注, 必要时 2~4 小时可重复 1 次; 如心率低于 50 次/分, 可选用异丙肾上腺素 0.5 毫克~1 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静滴, 随时调整滴速。亦可选用阿托品 0.5 毫克静注, 使心率维持在 60~80 次/分。其它心律失常进行相应处理。

(2) 防治急性左心衰竭。

(3) 防治休克。

2. 维持有效呼吸。自主心跳恢复后, 如自主呼吸仍未恢复, 则提示严重脑缺氧的存在。促进自主呼吸的恢复, 关键在于促进脑的复苏, 必须积极防治脑缺氧与脑水肿。自主呼吸停止前或恢复后, 如呼吸浅慢或不规则, 可应用呼吸中枢兴奋剂, 选用可拉明 1.125 克、盐酸洛贝林 9 毫克、回苏灵 16 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静滴。必要时, 仍应用人工通气维持呼吸。无自主呼吸者禁用呼吸中枢兴奋剂, 以免加重呼吸中枢缺氧。同时, 应积极防治肺部感染。

3. 防治脑水肿。复苏的最终目的是使患者神志转清, 智能恢复。因此, 积极防治脑水肿是至关重要的。

(1) 头部降温。一般在心脏骤停时即应开始降温, 使肛温在 31℃~32℃, 维持 3~5 日, 甚至更长, 至出现听觉为止。

(2) 脱水疗法。当有效循环稳定, 血压保持在安全范围时, 可选用 20% 甘露醇 250 毫升~500 毫升于半小时静滴完毕。伴有心力衰竭者禁用。亦可选用速尿 20 毫克~40 毫克/次静注, 必要时可增至 100 毫克~200 毫克/次, 适用于伴有心力衰竭者。另外, 肾上腺糖皮质激素可提高机体应激能力, 加强脱水作用, 应尽早应用, 可选用地塞米松 5 毫克~10 毫克/次, 或甲基强的松龙琥珀酸钠 40 毫克~80 毫克/次静注, 每 4~6 小时 1 次, 连用 3~5 日。

(3) 止痉。由于抽搐、惊厥的患者, 能增加脑组织及全身的耗氧量, 可选用安定 10 毫克静注止痉, 必要时可重复应用。

(4) 纳洛酮 0.4 毫克~1.2 毫克/次静注, 2~4 小时后可重复应用 0.4 毫克, 并继以 1.2 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静滴, 应尽早应用。心脏骤停往往继发于各种应激情况, 伴有 β -内啡肽的释放增加, 因纳洛酮可对抗这类物质, 故有保护脑的作用。

(5) 早期、足量、短期应用肾上腺糖皮质激素, 可有稳定细胞膜、清除自由基及减轻脑水肿等作用。可选用地塞米松, 首剂 1 毫克/公斤体重, 静注, 以后 0.2 毫克/公斤体重, 每 6 小时 1 次, 一般不超过 4 日。

(6) 在自主心跳、呼吸恢复后, 即应尽早在医院内进行高压氧治疗, 以有利于脑功能的恢复。

(7) 应用改善脑组织代谢的药物, 如三磷酸腺苷、辅酶 A、细胞色素 C、维生素 C 等均可应用。

4. 防治急性肾功能衰竭。如有效循环血量充足, 但尿量少于 30 毫升/小时, 应考虑急性肾功能衰竭的可能。可试用 20% 甘露醇 100 毫升~200 毫升于半小时内静滴完毕; 如 1 小时后尿量仍少于 30 毫升, 可再试用速尿 40 毫克~320 毫

克静注；如尿量仍未增加，则提示急性肾功能衰竭。应严格限制水、钠摄入，必要时应在医院内进行血液透析治疗。待尿量恢复后，应及时补充缺失的水、钠。

5. 纠正水、电解质与酸碱平衡紊乱。

6. 积极治疗原发病及并发症。

【转运条件】

一、自主心跳恢复，无致命性心律失常。

二、血压尽量维持在安全范围内。

三、确保呼吸道通畅。自主呼吸如仍未恢复，必须确保有效的人工通气。

四、确保静脉通道通畅。

五、持续心电监护，并要有除颤器等复苏设备备用。

六、途中至少应有两名医务人员严密监控患者的神志、面色、瞳孔、呼吸、心率、心律、血压、周围循环及尿量，以及原发病等病情变化。

第二章 心 绞 痛

心绞痛指急性暂时性心肌缺氧引起的综合征。

【诊断要点】

一、临床上本病多见于40岁以上，以发作性胸痛为主要表现。多有劳力过度、情绪激动、饱餐、受冷等诱因。疼痛部位多为胸骨后或心前区，可向颈、背、左肩、左臂内侧、上腹等部位放射。可伴有沉重、压榨、紧束、憋气、窒息和濒死恐怖感，以及面色苍白、表情焦虑、血压增高、出冷汗、心率增快并

可闻及第三、四心音。一般经休息或含服硝酸甘油后可缓解。

二、世界卫生组织的心绞痛分型

(一) 劳力型心绞痛:指由运动或其它增加心肌耗氧量的因素所诱发的短暂的胸痛发作,经休息或含服硝酸甘油后可迅速缓解。

1. 初发劳力型心绞痛:劳力型心绞痛病程在1个月以内。

2. 稳定劳力型心绞痛:劳力型心绞痛稳定1个月以上。

3. 恶化劳力型心绞痛:相同程度劳力所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重。

(二) 自发型心绞痛:指胸痛发作与心肌耗氧增加无明显关系,与劳力型心绞痛相比,疼痛时间较长、程度较重,含服硝酸甘油后不易缓解;心电图常出现某些暂时性的变化,如S-T段压低或T波改变;心肌酶无变化。自发型心绞痛可单独发生,亦可与劳力型心绞痛同时存在。自发型心绞痛的疼痛发作频率、持续时间及疼痛程度可表现不同。患者可有持续时间较长的胸痛发作,类似急性心肌梗死,但无心电图及心肌酶的特征性变化。某些自发型心绞痛发作时,心电图出现暂时的S-T段抬高,称为变异型心绞痛。

初发劳力型心绞痛、恶化劳力型心绞痛及自发型心绞痛(包括变异型绞痛),均为“不稳定性心绞痛”,指病情不稳定,与稳定劳力型心绞痛相比,较易发展为急性心肌梗死或猝死。

三、心电图

(一) I、II、aVL、V₄~V₆导联S-T段呈水平型或下垂型压低,S-T段与R波下降支相交角度 $\geq 90^\circ$,少数表现S-T段水平延长,而aVR导联S-T段抬高。

(二) T波相对高耸,形态对称如箭头,以V₃~V₅导联为

著,当缺血扩展到下壁时,Ⅱ、Ⅲ、aVF导联也可出现,T波也可从原有正向转为双向、低平或倒置。

(三) 变异型心绞痛发作时,有关导联S-T段可抬高。

(四) 以上改变多在数小时内恢复。

四、除外急性心肌梗死等,必要时测定血清心肌酶。

【即刻处理】

原则:迅速降低心肌耗氧量,增加心肌供氧量。

一、家庭急救

(一) 去除诱因,立即休息,保持安静,避免刺激。

(二) 吸氧。

(三) 药物治疗

1. 首选硝酸甘油 0.6 毫克舌下含服,可迅速被舌粘膜及口腔粘膜吸收,1~3分钟起效,可维持10~30分钟。必要时,可重复应用。但短时间内用量不可过大,以免造成血压下降。

2. 消心痛 5 毫克舌下含服,2~5分钟起效,可维持10~60分钟;亦可以10毫克~60毫克口服,15~20分钟起效,可维持4小时。肝功能严重障碍者应减少用量。另外,心痛定、速效救心丸、冠心苏合丸等均可选用。

3. 情绪激动或焦虑者,亦可选用安定 2.5 毫克~5 毫克。

(四) 经上述处理仍不缓解,应警惕有急性心肌梗死存在的可能,须即迅速向急救中心呼救。

二、专业急救

(一) 吸氧。

(二) 如应用口服药物仍不缓解者,可选用硝酸甘油 5 毫克~10 毫克,加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静滴,起始量 10

微克/分,每 5~10 分钟递增 5 微克~10 微克/分,直至症状缓解或血压受到明显影响。亦可选用罂粟碱 30 毫克肌注。如有情绪激动或焦虑者,还可选用安定 10 毫克肌注。

(三) 严密动态观察病情变化(包括心电图),警惕不典型急性心肌梗死的发生。

【转运条件】

- 一、胸痛缓解或明显减轻。
- 二、吸氧。
- 三、必要时保持静脉通道。
- 四、必要时心电监护。
- 五、途中严密监控患者的呼吸、心率、心律、血压及胸痛等病情变化。

第三章 急性心肌梗死

急性心肌梗死,指在冠状动脉病变的基础上,发生冠状动脉血流突然中断(多为冠状动脉内血栓形成)而造成相应的心肌持久而严重的缺血,以致坏死。本病是中、老年人常见的急症,发病十分凶险,猝死率高,是严重威胁人类生命的杀手。

【诊断要点】

一、临床上本病多见于中、老年人,其表现差异极大,有的发病急骤,极为凶险,未来得及就诊已猝死于医院外;有的无明显症状或症状轻微,没有引起注意而未就诊,或猝死于医院外,或演变为陈旧性心肌梗死。

(一) 典型表现:多无明显诱因,且常在安静时突发胸骨