

NEIKE



内科

急救处理手册

陕西科学技术出版社

R625.77

7.2

4820106

内科急救处理手册

主 编

刘 剑 平

编 者

刘剑平 唐忠善 王光明



A0279086

陕西科学技术出版社

(陕)新登字第 002 号

内科急救处理手册

主编 刘剑平

编者 刘剑平 唐忠善 毛光明

陕西科学技术出版社出版发行

(西安北大街 131 号)

新华书店经销 西北大学印刷厂印刷

787×1092 毫米 窄 32 开本 12.125 印张 19 万字

1994 年 10 月第 1 版 1994 年 10 月第 1 次印刷

印数: 1—2 000

ISBN 7-5369-1174-2/R · 339

定价: 7.30 元

前 言

当今科学飞速发展,文献浩繁。对于从事内科临床工作者来说,经常会碰到各类急诊,有时病情紧急,亟需一本简明扼要,临床实用的内科急症处理手册。为此,我们不揣水平之低,根据30年内科急救工作的体会,参阅国内外有关文献资料,编写了这本《内科急症处理手册》。为适应基层医务工作者及医学院校高年级学生的需要,本手册着重于实用性,立足临床、立足急诊急救,内容上尽可能采选国内普遍应用的新技术,并采用国际标准新计量单位,使他们能事半功倍地了解近年来内科急症领域的进展,在临床中方便应用。

内科急症领域近年来出现了很多新的理论和观点,诊断技术和治疗方法也日新月异。由于水平和经验所限,书中难免有所疏漏,不妥或错误之处,恳请广大读者批评指正。

编 者

1991年12月

目 录

第一章 循环系统.....	(1)
心脏骤停.....	(1)
充血性心力衰竭.....	(9)
附:急性肺水肿(急性左心衰竭)	
.....	(24)
休克	(27)
附 1 感染性休克	(28)
附 2 心源性休克	(38)
附 3 过敏性休克	(43)
心律失常	(45)
阵发性室上性心动过速	(45)
阵发性室性心动过速	(51)
过早搏动	(56)
心房颤动	(60)
完全性房室传导阻滞	(65)
心绞痛	(69)
急性心肌梗塞	(76)
第二章 呼吸系统	(88)
呼吸衰竭	(88)

成人呼吸窘迫综合征	(96)
哮喘持续状态	(101)
咯血	(104)
气胸	(110)
第三章 消化系统	(116)
上消化道出血	(116)
肝性脑病	(126)
第四章 泌尿系统	(132)
急性肾功能衰竭	(132)
附:急性肾功能衰竭的诊断标准	
.....	(134)
第五章 神经系统	(148)
昏迷	(148)
高颅压综合征	(153)
癫痫持续状态	(160)
高血压脑病	(164)
脑出血	(168)
蛛网膜下腔出血	(173)
脑血栓形成	(176)
脑栓塞	(183)
第六章 新陈代谢疾病	(185)
糖尿病酮症酸中毒	(185)
第七章 内分泌系统	(190)
甲状腺机能亢进危象	(190)
肾上腺危象(急性肾上腺皮质功能	

减退症)	(195)
第八章 传染病	(198)
重型肝炎	(198)
中毒型菌痢	(209)
流行性出血热	(215)
第九章 皮肤病	(229)
全身剥脱性皮炎	(229)
第十章 其他	(233)
中暑	(233)
淹溺	(237)
电击	(241)
输血反应	(244)
第十一章 急性中毒	(249)
总论	(249)
食物中毒	(263)
亚硝酸盐中毒	(267)
河豚鱼中毒	(270)
棉子中毒	(273)
强酸中毒	(276)
强碱中毒	(279)
酚中毒	(282)
急性巴比妥盐类中毒	(285)
氯丙嗪类药物中毒	(289)
洋地黄类药物中毒	(291)
阿片类药物中毒	(296)

急性乙醇(酒精、酒类)中毒	(298)
沥青中毒	(301)
一氧化碳中毒	(304)
有机磷农药中毒	(309)
急性铅中毒	(316)
第十二章 常用急救技术	(321)
人工呼吸法	(321)
胸外心脏按压术	(322)
心脏电复律	(324)
人工心脏起搏	(328)
中心静脉压测定术	(332)
洗胃法	(335)
双气囊、三腔管压迫术	(338)
紧急脑室穿刺术	(341)
透析疗法	(345)
附录 1 急症常用药物	(351)
附录 2 急症常用人体检验正常值	(371)

第一章 循环系统

心脏骤停

【诊断要点】

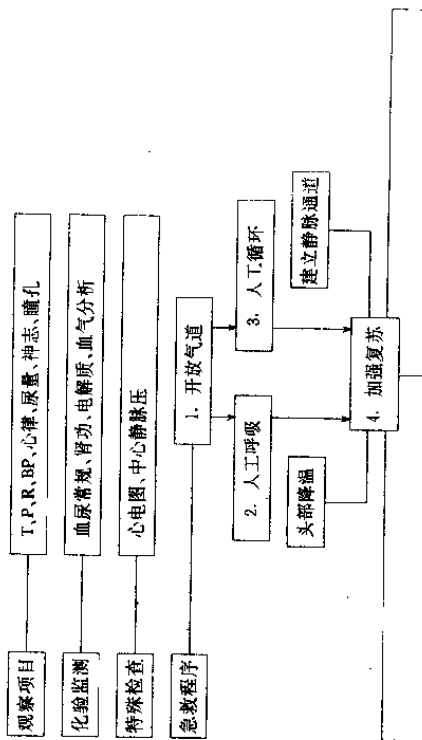
- (1)意识突然丧失。
- (2)心音消失。
- (3)大动脉(颈、股动脉)搏动消失。
- (4)呼吸呈叹息样,继之呼吸停止。
- (5)紫绀、抽搐(长达数分钟)。
- (6)瞳孔散大(常在心搏骤停 30 秒后出现,不是最早症状)
- (7)心电图表现为心室停搏、心室颤动、心脏无效收缩和电-机械收缩分离四种类型。

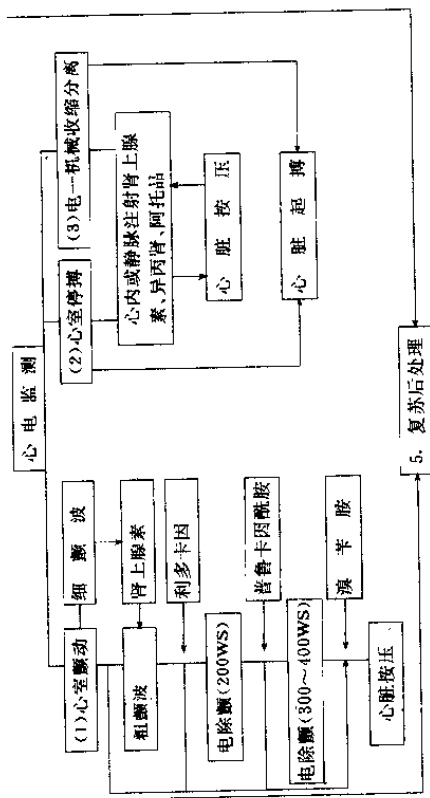
1. 开放气道

病员头部呈后仰体位,清除假牙、异物及分泌物。手托下颌,防止舌后坠。

2. 人工呼吸

呼吸停止或慢而浅时,立即进行人工呼吸,最简单而有效的方法是口对口呼吸(参阅“人工呼吸”节);在有条件的情况下可施行气管插管术;对呼吸已恢复的病员可用面罩加压法。





3. 人工循环

(1)心前区叩击:心搏骤停后,可先行心前叩击。叩击时一手握拳,抬高 20—30 厘米,以尺侧面中等强度的力量,迅速叩击在胸骨的中段。若第一击无反应,应立即进行胸外心脏按压。

(2)胸外心脏按压:(参阅“心脏按压”节)。

4. 加强复苏

(1)保护脑组织功能:通过低温、镇静治疗降低脑组织代谢。头部置冰帽,体表大血管处放置冰袋、冷水毛巾。(要求以直肠温度 32℃为宜)持续 3—5 日。如有抽搐、寒战酌情给予镇静药。

(2)建立静脉通道:心肺复苏过程中,需要迅速的建立静脉通道。复苏药物应以静脉输入为主。心内注射有引起气胸、损伤心肌和冠状动脉的不利后果。

(3)心脏骤停的类型

①心室颤动:首选非同步直流电击除颤(参见“心脏电复律”节)。一次未能成功,可反复多次电击;也可同时配合用药转复。对频率缓慢的细颤波可给 0.1%肾上腺素 1 毫克静脉注射或心内注射,待细颤波变为粗颤波再以电击。对于频率快的粗颤波可加用利多卡因 50—100 毫克或普鲁卡因酰胺 150—300 毫克或溴苄胺 250 毫克静脉注射或心内注射,再行电击除颤。

若无除颤设备,应立即心内注射下列药物除颤:利多卡因 50—100 毫克;普鲁卡因酰胺 150 毫克;溴苄胺 250 毫克。若除颤未能成功,心室颤动反复发作,可选用利多卡因 50—100 毫克静脉注射,5—10 分钟重复,总量不超过 750 毫克;普鲁卡因酰胺 200 毫克+葡萄糖液 40 毫升,按 50 毫克/分速度静脉注射,必要时 15—20 分钟重复,总量为 400—600 毫克;溴苄胺 250 毫克+葡萄糖液 40 毫升静脉注射,2—3 小时重复;10%氯化钾 10—15 毫升+10%葡萄糖液 500 毫升静脉滴注。

若除颤后出现缓慢的交界性心律或室性心律,应立即静脉注射 11.2%乳酸钠 40 毫升或 654—2 10—20 毫克,可致室率加快,继之转为窦性心律。

②心室停搏:首选 0.1%肾上腺素 1 毫克静脉或心内注射,可每 5 分钟反复应用;异丙基肾上腺素 0.5—1.0 毫克心内注射或 1—2 毫克+10%葡萄糖液 500 毫升以 2—20 微克/分静脉滴注;阿托品 0.5—1.0 毫克静脉注射,5—10 分钟可重复;治疗效果不好行人工心脏起搏(参阅“人工心脏起搏”节)。

自主节律未恢复前,碱性药物要早给。一般按心脏停跳 5 分钟需补 5%碳酸氢钠或 11.2%乳酸钠 75 毫升左右估计,每 5—10 分钟重复一

次。

③电—机械分离：治疗同心室停搏。

5. 复苏后处理

(1) 维持有效循环

①补足血容量：尿量每小时 >30 毫升，中心静脉压 $<6\text{cmH}_2\text{O}$ ，示血容量不足，应给以低分子右旋酐酞或706代血浆扩容治疗。

②升压药物应用：多巴胺20—40毫克或阿拉明10—20毫克+10%葡萄糖液250毫升静脉滴注；氢化可地松100—300毫克静脉滴注可加强升压效果。

③防治心力衰竭：动脉压低，中心静脉压高，说明为心力衰竭。应该严格控制液体输入量；立即给以西地兰0.2—0.4毫克+10%葡萄糖液20毫升静脉注射；速尿20—40毫克静脉注射。

④纠正心律失常（参阅“心律失常”节）。

(2) 维持呼吸

①呼吸兴奋剂应用：可拉明0.375—0.5克静脉注射或静脉滴注；洛贝林3—6毫克静脉注射或静脉滴注；回苏灵8—16毫克静脉注射；利他林20—40毫克静脉注射。

②保持呼吸道通畅：气管插管指征，口对口人口呼吸或面罩加压呼吸效果不佳者；咳嗽反射迟钝，痰液滞留者；开胸心脏按压者，需用机

械呼吸器进行辅助通气或人工呼吸。

气管切开指征：气管插管效果不满意，气管插管 2—3 天不能拔除者；需人工呼吸数日以上。

(3)防治脑水肿

①应用脱水剂：20%甘露醇 250 毫升静脉快速滴注，每日 1—2 次；速尿 20—40 毫克静脉注射，每日 1—2 次；50%葡萄糖 60 毫升静脉注射，每 6 小时一次；地塞米松 200—300 毫克静脉注射，每日 3 次；氢化可地松 200—300 毫克静脉滴注，每日一次。

②制止抽搐与痉挛发作：安定 10 毫克静脉注射或肌肉注射；10%水合氯醛 15—20 毫升保留灌肠，6—8 小时重复；苯巴比妥钠 0.1—0.2 克肌肉注射，极量为每日 0.5 克。

③改善脑组织功能，能量合剂(ATP 20—40 毫克、辅酶 A 50—100 单位、氯化钾 1.0 克、胰岛素 8—12 单位 + 10%葡萄糖液 500 毫升)静脉滴注； γ -氨基酪酸 1—4 克 + 10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注；氯酯醒 200 毫克肌肉注射或静脉注射。

(4)防治急性肾功衰竭：恢复血容量，静脉滴注全血、血浆、低分子右旋酐及各种液体；合理使用血管活性药物，维持有效循环；血压稳定，经用脱水利尿剂后，每小时尿量 < 20ml，立

即按急性肾功衰竭处理。

(5)纠正酸中毒

①维持正常的循环和呼吸功能是纠正酸中毒的基本条件。

②碱性药物应用：首选 4—5%碳酸氢钠 200 毫升静脉滴注或 100 毫升静脉注射；11.2%乳酸钠 40—100 毫升+5%葡萄糖 5 倍稀释后静脉注射；7.28%THAM(三羟基氨基甲烷)100—200 毫升+等量的 5—10%葡萄糖稀释后静滴，适用于脑、肺水肿的病员。以后可根据二氧化碳结合力及血气分析结果，调整碱性药物的用量。

(6)防治感染

①严格无菌操作(清洗气管套管、吸痰、导尿等)。

②加强营养，提高机体抵抗力。

③选用有效的抗生素。

【注意事项】

(1)心内注射一定要迅速，一次未成功应在继续作心脏按压数十次后再进行；注射部位一定要准确，以免造成气胸和损伤冠状动脉；药物一定要注入心室腔，切忌把药物注入心肌，以免引起坏死；心内注射次数不宜过多，只有在紧急情况静脉穿刺不成功时应用。

(2)心内注射“三联针”(肾上腺素+去甲肾

上腺素+异丙肾上腺素)目前不主张用去甲肾上腺素,多采用肾上腺素 1 毫克+异丙肾上腺素 1 毫克+阿托品 1 毫克心内注射。

(3)脑、肺水肿、肾功能不良者慎用碱性药物;THAM 滴注速度过快,可抑制呼吸,导致抽搐及心室颤动。

(4)终止复苏的指征:意识丧失,无自主呼吸、瞳孔扩大固定、持续时间达 15—30 分钟以上;连续心肺复苏 30—60 分钟;无心电活动。

充血性心力衰竭

【诊断要点】

1. 左心衰竭

(1)常见病因为二尖瓣病、主动脉瓣病、高血压病及冠心病等。

(2)呼吸困难,劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难及端坐呼吸。

(3)咳嗽、咯痰、咯血、发绀。

(4)第一心音减弱,心率增快,肺动脉瓣第二音亢进,舒张期奔马律和交替脉,与病因有关的心脏杂音。

(5)双肺底闻及细湿罗音,可伴有哮鸣音,也可出现胸腔积液。

(6)x 线检查示肺门阴影扩大,肺纹理增