

· 诊断治疗学系列丛书 ·

临床急症诊断治疗学

赵忠印 主编



中国医药科技出版社

1
32.9.2
诊断治疗学系列丛书

临床急症诊断治疗学

赵忠印 主编

4815102



中国医药科技出版社



A0284411

登记证号:(京)075 号

内 容 提 要

本书共分 5 篇 28 章,包括内、外、妇、产、儿、五官等各科临床急症的诊断治疗。全书重点突出诊断要点,抢救及处理的具体措施。其内容丰富、简明扼要、实用新颖,为临床各科各级医务人员,尤其为急诊医务工作者及医学院校师生学习和参考的一本好书。

图书在版编目 (CIP) 数据

临床急症诊断治疗学/赵忠印主编,一北京:
中国医药科技出版社,1996
(诊断治疗学系列丛书)
ISBN 7-5067-0149-9
I. 临… II. 赵… III. 急性病-急诊-诊疗-临床医学
IV. R459.7
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 02799 号

中国医药科技出版社 出版

(北京海淀区文慧园北路甲 22 号)

(邮政编码 100088)

本社 激光照排室 排版

国家统计局印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm¹/₁₆ 印张 34 1/2

字数 820 千字 印数 1—2500

1996 年 12 月第 1 版 1996 年 12 月第 1 次印刷

定价: 88.00 元

主 编 赵忠印

副主编 孙颖立 刘凤旭 张航法 李俊芳

编 者 (以姓氏笔画为序)

于鸿滨	王小红	王江华	王世成
王军英	王集生	帅英敏	刘肇禧
刘大新	刘凤旭	孙华义	孙颖立
任海鸥	邢红霞	李俊芳	李素亭
李崇义	李鲁光	肖 焱	何 跃
邹海兰	陈俊杰	杨宝禄	张 津
张东翔	张先道	张朝阳	张树林
张航法	赵亚平	赵忠印	侯风琴
殷苏燕	曹 羽	甄文俊	

前 言

正确诊断处理临床急症，是许多危重急症抢救成功与否的关键，直接关系到患者的生死存亡。做为一名临床医务工作者，必须全面系统地掌握各种危重急症的诊疗技能。近年来随着医学各科的不断发展，急诊医学及危难急症的抢救亦出现了不少新进展。本书较系统地介绍了内、外、妇、产、儿及五官科常见临床急症的诊断抢救措施，内容丰富、简明扼要、实用新颖、且包括近年来急诊医学的新知识、新技术。

本书对医学院校师生及临床各科各级医务人员是一本实用性很强的临床急症诊疗学，对具有一定文化知识的非医务人员也有阅读及参考价值。

编 者

1995年4月

目 录

第一篇 内 科 急 症

第一章 休克	(1)
1.1.1 感染性休克	(1)
1.1.2 心源性休克	(3)
1.1.3 出血性休克	(6)
1.1.4 过敏性休克	(8)
1.1.5 神经源性休克	(9)
第二章 多脏器功能衰竭	(10)
第三章 电解质平衡失调	(13)
1.3.1 钾代谢失调	(13)
1.3.2 钙代谢失调	(16)
1.3.3 镁代谢失调	(19)
第四章 酸碱平衡失调	(21)
1.4.1 代谢性酸中毒	(21)
1.4.2 代谢性碱中毒	(22)
1.4.3 呼吸性酸中毒	(23)
1.4.4 呼吸性碱中毒	(24)
第五章 呼吸系急症	(25)
1.5.1 重症肺炎	(25)
1.5.2 哮喘持续状态	(27)
1.5.3 大咯血	(28)
1.5.4 呼吸衰竭	(30)
1.5.5 肺性脑病	(32)
1.5.6 急性肺水肿 (肺病性急性肺水肿)	(34)
1.5.7 成人呼吸窘迫综合征	(35)
1.5.8 自发性气胸	(36)
1.5.9 急性肺梗塞	(38)
第六章 循环系急症	(40)
1.6.1 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(40)
1.6.2 心脏骤停	(63)
1.6.3 心力衰竭	(66)
1.6.4 高血压危象	(74)
1.6.5 高血压脑病	(75)
1.6.6 急性风湿性心肌炎	(76)
1.6.7 急性病毒性心肌炎	(78)
1.6.8 感染性心内膜炎	(80)
1.6.9 急性心包炎	(82)
1.6.10 缩窄性心包炎	(84)
1.6.11 心包填塞	(85)
1.6.12 扩张型心肌病	(88)
1.6.13 肥厚型心肌病	(89)
1.6.14 限制型心肌病	(90)
1.6.15 病窦综合征	(91)

1.6.16	夹层动脉瘤·····	(93)	1.6.20	肺动脉高压·····	(99)
1.6.17	心脏粘液瘤·····	(95)	1.6.21	心律失常·····	(100)
1.6.18	急性肺原性心脏病·····	(97)			
1.6.19	慢性肺原性心脏病急性 发作·····	(98)			
第七章 消化系急症 ····· (110)					
1.7.1	急性胃炎·····	(110)	1.7.6	暴发性肝功能衰竭·····	(116)
1.7.2	急性胃扩张·····	(111)	1.7.7	肝性脑病·····	(117)
1.7.3	急性上消化道出血·····	(112)	1.7.8	急性胆囊炎·····	(119)
1.7.4	胆道蛔虫症·····	(114)	1.7.9	阿米巴肝脓肿·····	(120)
1.7.5	急性出血坏死性肠炎·····	(115)	1.7.10	急性胰腺炎·····	(121)
第八章 泌尿系急症 ····· (124)					
1.8.1	急进性肾小球肾炎·····	(124)	1.8.4	急性肾功能衰竭·····	(128)
1.8.2	急性尿道综合征·····	(125)	1.8.5	慢性肾功能衰竭·····	(130)
1.8.3	难治性慢性肾盂肾炎·····	(126)			
第九章 血液系急症 ····· (133)					
1.9.1	播散性血管内凝血·····	(133)	1.9.6	急性特发性血小板减少性 紫癜·····	(142)
1.9.2	急性再生障碍性贫血·····	(136)	1.9.7	血友病·····	(143)
1.9.3	急性粒细胞缺乏症·····	(138)	1.9.8	输血及输血反应·····	(144)
1.9.4	急性白血病·····	(139)			
1.9.5	过敏性紫癜·····	(141)			
第十章 内分泌代谢障碍急症 ····· (150)					
1.10.1	甲状腺机能亢进危象 ·····	(150)	1.10.7	肾上腺危象·····	(158)
1.10.2	甲状腺机能减退危象 ·····	(151)	1.10.8	垂体前叶功能减退危象 ·····	(159)
1.10.3	糖尿病酮症酸中毒·····	(152)	1.10.9	嗜铬细胞瘤危象·····	(160)
1.10.4	乳酸性酸中毒·····	(154)	1.10.10	甲状旁腺机能异常危象 ·····	(162)
1.10.5	低血糖危象·····	(155)			
1.10.6	高渗性非酮症糖尿病 昏迷·····	(156)			
第十一章 神经系急症 ····· (164)					
1.11.1	脑出血·····	(164)	1.11.2	蛛网膜下腔出血·····	(166)

1.11.3 脑梗塞····· (168)	1.11.7 急性多发性神经根神 经炎····· (178)
1.11.4 短暂脑缺血发作····· (173)	1.11.8 重症肌无力危象····· (179)
1.11.5 癫痫持续状态····· (175)	1.11.9 周期性麻痹····· (182)
1.11.6 颅内高压症····· (176)	
第十二章 传染病急症 ····· (183)	
1.12.1 流行性感胃····· (183)	1.12.7 霍乱····· (193)
1.12.2 流行性乙型脑炎····· (184)	1.12.8 伤寒····· (194)
1.12.3 流行性脑脊髓膜炎····· (186)	1.12.9 中毒型菌痢····· (196)
1.12.4 流行性出血热····· (188)	1.12.10 重型病毒性肝炎 ····· (198)
1.12.5 狂犬病····· (190)	1.12.11 急性淋病 ····· (200)
1.12.6 细菌性食物中毒····· (191)	
第十三章 物理因素所致急症 ····· (202)	
1.13.1 中暑····· (202)	1.13.5 急性放射病····· (206)
1.13.2 电击伤(触电)····· (203)	1.13.6 晕动病····· (207)
1.13.3 淹溺····· (204)	1.13.7 冻僵····· (208)
1.13.4 减压病····· (205)	
第十四章 急性中毒 ····· (209)	
1.14.1 急性中毒的处理原则 ····· (209)	1.14.4 化学毒物类中毒····· (217)
1.14.2 药物中毒····· (210)	1.14.5 细菌性食物中毒····· (221)
1.14.3 农药中毒····· (213)	1.14.6 动物类毒物中毒····· (224)
	1.14.7 植物类毒物中毒····· (226)

第二篇 外 科 急 症

第一章 基本外科 ····· (229)	
2.1.1 损伤 ····· (229)	2.1.3 创伤性休克 ····· (234)
2.1.2 挤压综合征 ····· (232)	
第二章 急性外科感染 ····· (236)	
2.2.1 疖 ····· (236)	2.2.6 急性淋巴管炎和淋巴结炎 ····· (241)
2.2.2 痈 ····· (237)	2.2.7 手部感染 ····· (242)
2.2.3 急性蜂窝组织炎 ····· (238)	2.2.8 急性坏死性筋膜炎 ····· (244)
2.2.4 脓肿 ····· (239)	2.2.9 全身化脓性感染 ····· (245)
2.2.5 丹毒 ····· (240)	

2.2.10 破伤风.....	(247)	2.2.11 气性坏疽.....	(249)
第三章 颅脑外伤急症		(251)	
2.3.1 头皮损伤.....	(251)	2.3.4 脑震荡.....	(254)
2.3.2 头皮血肿.....	(252)	2.3.5 脑挫裂伤.....	(255)
2.3.3 颅骨骨折.....	(253)	2.3.6 颅内血肿.....	(255)
第四章 胸部外科急症		(258)	
2.4.1 胸骨骨折	(258)	2.4.7 心脏损伤	(262)
2.4.2 肋骨骨折	(258)	2.4.8 食管破裂	(263)
2.4.3 创伤性窒息	(259)	2.4.9 急性脓胸	(264)
2.4.4 开放性气胸	(260)	2.4.10 化脓性心包炎.....	(265)
2.4.5 张力性气胸	(261)	2.4.11 乳腺脓肿.....	(266)
2.4.6 外伤性血胸	(261)		
第五章 腹部外科急症		(267)	
2.5.1 腹部损伤	(267)	2.5.8 急性胃扭转	(289)
2.5.2 急性腹膜炎	(279)	2.5.9 急性阑尾炎	(290)
2.5.3 腹腔脓肿	(281)	2.5.10 急性肠梗阻.....	(293)
2.5.4 胃、十二指肠溃疡急性 穿孔	(283)	2.5.11 细菌性肝脓肿.....	(301)
2.5.5 胃、十二指肠溃疡急性 出血	(285)	2.5.12 阿米巴肝脓肿.....	(302)
2.5.6 肠伤寒穿孔	(287)	2.5.13 胆道蛔虫病.....	(304)
2.5.7 急性胃扩张	(288)	2.5.14 急性胆囊炎.....	(305)
		2.5.15 急性重型胆管炎.....	(306)
		2.5.16 急性胰腺炎.....	(308)
第六章 肛肠外科急症		(312)	
2.6.1 直肠肛管周围脓肿	(312)	2.6.3 内痔出血	(314)
2.6.2 血栓性外痔	(313)	2.6.4 先天性肛门闭锁	(314)
第七章 骨关节急症		(316)	
2.7.1 锁骨骨折	(316)	2.7.8 股骨颈骨折	(331)
2.7.2 肱骨颈骨折	(317)	2.7.9 股骨粗隆间骨折	(333)
2.7.3 肱骨干骨折	(318)	2.7.10 股骨干骨折.....	(333)
2.7.4 肱骨髁上骨折	(320)	2.7.11 胫、腓骨骨折.....	(335)
2.7.5 缺血性肌挛缩	(321)	2.7.12 踝关节骨折.....	(336)
2.7.6 尺、桡骨双骨折	(322)	2.7.13 脊柱损伤.....	(338)
2.7.7 手部损伤	(324)	2.7.14 脊髓损伤.....	(341)

2.7.15 骨盆骨折.....	(342)	2.7.19 急性骨髓炎.....	(348)
2.7.16 肩关节脱位.....	(344)	2.7.20 慢性骨髓炎.....	(349)
2.7.17 肘关节脱位.....	(345)	2.7.21 急性化脓性关节炎.....	(350)
2.7.18 髋关节脱位.....	(346)		

第三篇 妇 产 科 急 症

第一章 妇科急症	(352)		
3.1.1 外阴损伤	(352)	3.1.7 滋养叶细胞疾病大出血	(361)
3.1.2 阴道破裂	(353)		
3.1.3 子宫大出血	(353)	3.1.8 宫外孕	(364)
3.1.4 子宫肌瘤	(357)	3.1.9 卵巢囊肿扭转	(366)
3.1.5 子宫肌瘤红色变性	(358)	3.1.10 急性前庭大腺炎.....	(366)
3.1.6 流产	(359)	3.1.11 急性盆腔炎.....	(367)
第二章 产科急症	(370)		
3.2.1 妊娠剧吐	(370)	3.2.9 胎盘早期剥离	(377)
3.2.2 持续性枕后位	(371)	3.2.10 急性羊水过多.....	(379)
3.2.3 横位	(372)	3.2.11 羊水栓塞.....	(380)
3.2.4 臀产式	(373)	3.2.12 胎膜早破.....	(381)
3.2.5 面先露	(374)	3.2.13 脐带脱垂.....	(382)
3.2.6 复合先露	(374)	3.2.14 产后出血.....	(382)
3.2.7 子宫破裂	(375)	3.2.15 胎盘滞留.....	(384)
3.2.8 前置胎盘	(376)	3.2.16 子痫.....	(385)

第四篇 儿 科 急 症

第一章 新生儿急症	(387)		
4.1.1 新生儿窒息	(387)	4.1.5 新生儿败血症	(394)
4.1.2 新生儿颅内出血	(390)	4.1.6 新生儿破伤风	(394)
4.1.3 新生儿缺氧缺血性脑病	(391)	4.1.7 新生儿硬肿症	(397)
		4.1.8 新生儿出血症	(498)
4.1.4 新生儿肺炎	(393)	4.1.9 新生儿黄疸	(399)
第二章 婴幼儿急症及传染病急症	(402)		
4.2.1 幼儿急疹	(402)	4.2.4 水痘	(406)
4.2.2 风疹	(403)	4.2.5 流行性腮腺炎	(407)
4.2.3 麻疹	(404)	4.2.6 百日咳	(409)

4.2.7 白喉	(410)	4.2.15 支气管肺炎	(425)
4.2.8 猩红热	(413)	4.2.16 喘息性支气管炎	(426)
4.2.9 斑疹伤寒	(414)	4.2.17 婴幼儿腹泻	(428)
4.2.10 新生隐球菌脑膜炎	(416)	4.2.18 消化性溃疡	(430)
4.2.11 化脓性脑膜炎	(417)	4.2.19 维生素D缺乏性手足搐 搦症	(431)
4.2.12 阿米巴痢疾	(420)	4.2.20 蚕豆病	(432)
4.2.13 感染性脑水肿	(421)		
4.2.14 急性上呼吸道感染	(424)		

第五篇 五官科急症

第一章 眼科急症

5.1.1 急性结膜炎	(433)	5.1.6 角膜异物	(439)
5.1.2 急性角膜炎	(434)	5.1.7 眼球贯通伤	(439)
5.1.3 虹膜睫状体炎	(435)	5.1.8 眼球钝挫伤	(440)
5.1.4 全眼球炎	(437)	5.1.9 放射性眼外伤	(441)
5.1.5 急性青光眼	(437)	5.1.10 眼部化学性烧伤	(443)

第二章 耳、鼻、喉科急症

5.2.1 化脓性耳廓软骨膜炎 ..	(445)	5.2.10 急性鼻窦炎	(454)
5.2.2 外耳道异物	(446)	5.2.11 急性会厌炎	(455)
5.2.3 外耳道疖	(446)	5.2.12 急性扁桃体炎	(456)
5.2.4 中耳外伤	(448)	5.2.13 扁桃体周围脓肿	(457)
5.2.5 急性化脓性中耳炎	(448)	5.2.14 咽后脓肿	(458)
5.2.6 急性乳突炎	(450)	5.2.15 喉外伤	(459)
5.2.7 突发性耳聋	(451)	5.2.16 呼吸道异物	(460)
5.2.8 鼻出血	(452)	5.2.17 食道异物	(461)
5.2.9 鼻腔异物	(453)	5.2.18 急性喉梗阻	(463)

第三章 口腔科急症

5.3.1 急性牙髓炎	(465)	5.3.6 牙及牙槽突损伤	(469)
5.3.2 急性智齿冠周炎	(466)	5.3.7 颧弓骨折	(470)
5.3.3 急性中央性化脓性颌骨 骨髓炎	(467)	5.3.8 鼻骨骨折	(470)
5.3.4 颌面部间隙感染	(467)	5.3.9 颞下颌关节急性前脱位	(471)
5.3.5 口腔颌面部软组织损伤	(468)		

附录 药物一览表

第一篇 内科急症

第一章 休克

休克是指在各种不同病因作用下，发生急性循环障碍，使组织血液灌流量严重不足及组织细胞缺氧，功能代谢紊乱，以致各重要生命器官功能衰竭的全身性病理过程。

休克的病因及类型很多，常见的有：感染性休克、心源性休克、出血性休克、过敏性休克和神经源性休克。

1.1.1 感染性休克

感染性休克亦称中毒性或败血性休克，是由病原微生物（细菌、病毒、支原体、霉菌、原虫或立克次体）及其代谢产物（内毒素、外毒素）在机体内引起的一种微循环障碍及细胞与器官代谢功能损害综合征。

依血液动力学改变的不同，休克分为暖休克或高动力型（高排低阻型）与冷休克或低动力型（低排高阻型）两型，前者如及时处理，预后较好，后者预后较差，死亡率高。

【诊断要点】

（一）有病原微生物感染史

（二）有休克的临床症状

1. 出现下列情况时应警惕休克发生

- （1）发生不能解释的低血压、进行性精神错乱与定向力障碍或过度呼吸。
- （2）严重感染患者，突然高热、神志不清、反复寒战或体温骤降者。
- （3）大汗、呕吐频繁、表情淡漠、换气过度、心率明显增快者。

2. 休克发展期临床表现 患者神志清楚，但烦躁、焦虑或激动，面色皮肤苍白，口唇、甲床发绀，肢端湿冷，心率快，血压正常或偏高或稍低，脉压小，尿量减少。

3. 休克早期（暖休克期）临床表现 烦躁不安或意识不清，收缩血压 $<10.7\text{kPa}$ （80mmHg），脉细速，表浅静脉萎陷，皮肤湿冷、发绀，尿量锐少或无尿。

4. 休克晚期（冷休克期）临床表现 主要表现为急性微循环功能障碍而导致重要脏器损害，如出现弥散性血管内凝血（DIC）；心、肝、肾、肺及中枢神经系统等脏器功能衰竭等。

(三) 实验室检查

白细胞增高,一般 $>15\times 10^9\sim 30\times 10^9/L$,并有中性粒细胞增高、出现中毒颗粒或核左移。

【抢救与处理】

(一) 原则

1. 迅速补充血容量;
2. 给予足量有效的抗生素;
3. 纠正酸中毒;
4. 应用血管收缩及扩张药物;
5. 防治休克时常见并发症,如 DIC,急性肾衰,脑水肿,休克肺,心力衰竭及心跳骤停等。

(二) 程序

1. 吸氧 氧流量以 $2\sim 4L/min$ 为宜。
2. 体位 一般取平卧位,可稍抬高下肢,有心衰肺水肿时可取半卧位。
3. 有烦躁不安时,给予安定或冬眠灵、非那更合剂等。
4. 补充血容量 要补早、补足,原则是先多后少,先快后慢,先盐后糖。一般先用等渗盐液。对心肾功能良好和非肺部感染的青壮年,争取在头 2 小时内先输入 $1000\sim 2000ml$; 24 小时内输 $3000\sim 4000ml$ 左右;老年人或有心脏病者酌情减慢输液速度与减少剂量,但 24 小时内不宜少于 $2000\sim 2500ml$ 。

(1) 休克早期:要适当补充胶体溶液,如低分子右旋糖酐,每日剂量不超过 $1000\sim 1500ml$ 为宜,如有肝硬变、肾病综合征等所致的低蛋白血症时,血红蛋白 $<70g/L$ ($7g/dl$) 时,宜给白蛋白和全血。

(2) 休克代偿期:应先输晶体溶液较妥,以平衡盐水为宜。

(3) 休克晚期:应多用葡萄糖液。

(4) 估计有酸中毒时,应酌情应用 5% 碳酸氢钠液,一般轻症休克用 $200\sim 400ml/24h$,重症休克约 $600\sim 800ml/24h$,亦可根据 CO_2CP 来计算补碱量。

(5) 经以上处理后病情明显好转,可继续输入等渗盐液或 5% 葡萄糖液,平衡液及低分子右旋糖酐等,直至休克完全好转,但要注意心、肾功能。

(6) 输液早期,可加入维生素 C,每天 $1\sim 3g$,必要时可加能量合剂;后期有尿时酌情补入氯化钾液,以 $1000ml$ 液内加入 $1\sim 1.5g$ 为宜。

扩容治疗要求达到的目标是:

- (1) 组织灌注良好,患者神情安宁,口唇红润,肢端温暖,紫绀消失。
- (2) 收缩压 $>12.0kPa$ ($90mmHg$),脉压 $>4.0kPa$ ($30mmHg$),脉率 <100 次/min。
- (3) 尿量 $>30ml/h$ 。
- (4) 血红蛋白恢复至基础水平,血液浓缩现象消失。
5. 血管活性药物的应用

(1) 血管收缩剂 仅适用于温休克型,剂量要小,要在血容量基本补足时应用,一般

阿拉明与多巴胺联合应用。①情况紧急时,取阿拉明 10mg 稀释成 20ml,缓慢静注,随后将阿拉明 30~60mg、多巴胺 20~60mg 溶于 500ml 液体内静滴,并酌情调整剂量与速度,一般使血压维持在 12.0~13.3/8~9.3kPa (90~100/60~70mmHg) 为宜。②亦可用去甲肾上腺素 0.5~1mg 加入 100~200ml 液体内,以每分钟 20 滴左右速度静滴,以后视情况调整速度,最大浓度每 100ml 中不超过 5mg。注意避免药物外渗。

(2) 血管扩张剂,适用于冷休克型。

①首选 α 受体阻滞剂 酚妥拉明较好,其作用快而短,易控制,一般用 20~40mg 加入 500ml 液体内静滴。有心功能不全者应与适量多巴胺或阿拉明同时用,防止血压骤降,造成不良后果。

②多巴胺 为目前常用药物,成人一般药量 10~20mg,以 $2\sim 5\mu\text{g}/\text{kg}\cdot\text{min}$ 速度静滴。

③抗胆碱能药物 包括阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱等。山莨菪碱的副作用与毒性均较阿托品为轻,应为首选。用法为 $0.3\sim 0.5\text{mg}/\text{kg}/\text{次}$,或东莨菪碱 $0.01\sim 0.02\text{mg}/\text{kg}/\text{次}$,或阿托品 $0.03\sim 0.05\text{mg}/\text{kg}/\text{次}$,静脉注射,每 10~30min 一次。待面色红润、微循环改善、尿量增多和血压回升后即可延长给药间隔时间,一般用药 10 次即可,如连续用 5~10 次后无效即可换用或加用其他药物。青光眼患者忌用。

如有以下情况时,忌用血管扩张药物:①血容量不足;②电解质紊乱,酸碱平衡失调;③呼吸功能障碍尚未完全纠正;④四肢未见湿冷,出汗,反呈湿热。

6. 肾上腺皮质激素应用 患者高热、中毒症状明显时可加用皮质激素,但要在抗生素配合下使用。一般主张早期、短程、大剂量给药,疗程不宜超过 72 小时。氢化考的松 $200\sim 2000\text{mg}/\text{d}$,或地塞米松 $40\sim 160\text{mg}/\text{d}$ 静滴。用药期间要密切观察有无感染恶化和诱发消化道出血。

7. 控制感染 即病因治疗。选择适宜的抗生素,原则是早期用,剂量要充分,联合静脉给药。有感染病灶者,要清除。应用时要估计其感染部位、菌种及混合厌氧菌存在之可能,一开始就要选择广谱、强有力的杀菌剂并联合用灭滴灵和氨基甙类抗生素。注意过敏反应、二重感染及肾功能损害。如有轻度肾功能损害者,应用原剂量的 $1/2$;中度损害者给原剂量的 $1/2\sim 1/5$ 量;重度者则给原剂量的 $1/5\sim 1/10$ 量。

8. 维护重要脏器功能 主要是心、肾、呼吸与脑功能,如发生心衰、肾衰、ARDS、DIC、脑水肿及消化道出血等,要给予相应的治疗处理。

9. 对一些难治性休克 可以试用环氧化酶抑制剂,自由基清除剂和钙离子拮抗剂。

1.1.2 心源性休克

心源性休克是心脏功能极度减退,心室喷血或充盈障碍,导致心排血量减少,各重要器官和周围组织灌注不足而发生的一系列代谢与功能障碍综合征。最常见又最有代表性的病因是急性心肌梗塞(AMI)所致的休克,其病死率高达 $80\%\sim 100\%$,主要病理生理是心室泵血功能严重衰竭,造成心输出量(CO)急骤下降和左室射血分数(LVEF)明显降低,从而不能维持正常动脉血压,全身脏器微循环中血流灌注显著减少。

【诊断要点】

(一) 临床表现

1. 有心脏病(如急性心肌梗塞、重症心肌炎、心力衰竭)、心律失常(如心动过速)、心包填塞等原发疾病证据。

2. 有低血压休克的表现 国内规定:心肌梗塞前血压正常者,血压下降至收缩压 $<10.7\text{kPa}$ (80mmHg);原有高血压者,比梗塞前血压下降 10.7kPa (80mmHg)以上。

3. 有周围循环衰竭表现 神志淡漠或烦躁,脉细速,四肢厥冷,大汗或多汗,尿量 $<20\sim30\text{ml/h}$,呼吸困难甚至昏迷。

(二) 临床分型

1. 按起病方式分为:

(1) 早发型休克:指AMI后即刻或数小时内出现的休克。

(2) 迟发型休克:是指AMI后数小时及至数天或10天后发生的休克。

2. 按周围血管阻力的高低分为:

(1) 冷厥型:心输出量降低,周围血管阻力高。

(2) 温暖型:心输出量降低,周围血管阻力偏低。

(3) 中间型:介于二者之间。

(三) 鉴别诊断见表 1-1-1

表 1-1-1 几种心源性休克的鉴别

	急性心肌梗塞	肺栓塞	急性心包填塞	夹层主动脉瘤
年龄、性别	40岁以上男性多见	成人多见	各种年龄	40~60岁男性多见
基础疾病	高血压、动脉硬化	术后,长期卧床,心脏病		高血压、动脉硬化 Marfan综合征
休克前病史	可有心绞痛	房颤、静脉炎、静脉血栓形成	败血症、结核、创伤、病毒感染	
诱因	情绪激动、重劳动	长期卧床后活动,突然用力(如排便)		突然用力
发热	先胸痛后低热	常无发热	先发热后胸痛	无发热
主要症状	胸骨后压榨性剧烈胸痛,放射至上肢	气急、发绀、疼痛、昏厥	心前区刺痛、咳嗽、改变体位时加重、可放射至胸部两侧	胸骨后撕裂样疼痛,可从背部开始,向胸部和腹部放射
主要体征	S_1 减弱、奔马律、心律失常	P_2 亢进、肺动脉瓣收缩期或舒张期杂音,奔马律、胸膜心包摩擦音	心脏扩大,心音遥远、心尖搏动可消失、颈静脉充盈、肝肿大	主动脉瓣区舒张期杂音,双侧或上下肢血压不等

续表

	急性心肌梗塞	肺栓塞	急性心包填塞	夹层主动脉瘤
血清酶 (GOT、 LDH、 CPK)	明显升高	轻度升高	不升高	不升高
心电图	病理 Q 波、ST-T 异常	$S_1Q_3T_3$ 或肺型 P 波 CRBBB	ST 段凹面向上抬高， 以后 T 波倒置、低电压	正常或左室肥厚
X 线		肺部阴影，右心扩大， 胸腔积液	心脏普大，搏动弱	主动脉或纵隔扩大
心血管造影	冠脉造影可证实	肺动脉造影可证实	心腔造影视心腔与心 影之间距离扩大	主动脉造影可证实

【抢救与处理】

(一) 原则

①治疗原发病；②纠正休克；③处理并发症。

(二) 程序

1. 平卧位 有心力衰竭者可取半卧位。
 2. 吸氧 流量 3~5L/min，必要时可加压给氧。
 3. 监护 严密观察并记录脉搏、血压、呼吸、体温及每小时尿量，病情危重者留置导尿管。
 4. AMI 并发心源性休克时 需迅速而充分地镇静、止痛。可用吗啡 10mg、度冷丁 50~100mg 肌注，必要时可 4~6 小时重复使用。
 5. 有心力衰竭者 给予洋地黄制剂，如西地兰 0.4mg 加葡萄糖液稀释后静注。以往未用过洋地黄类药物者，24 小时总量不超过 1.0~1.2mg，以往用过者，应根据情况需要减少剂量。
 6. 心律失常 如室上性或室性心动过速等导致心源性休克时，按严重心律失常原则处理。主要是尽快终止发作，选择性应用抗心律失常药物。
 7. 补充血容量 因为心源性休克常伴有心功能不全，故要严格掌握补液量和速度，首次量可按 10ml/kg/次，2 小时内滴完。有条件者应在中心静脉压 (CVP) 及肺毛细血管楔压 (PCWP) 监测下进行。通常认为 PCWP<2.4kPa (18mmHg) 很少发生肺充血；2.67~3.33kPa (20~25mmHg) 提示中度肺充血；3.33~4.0kPa (25~30mmHg) 提示严重肺充血；>4.0kPa (30mmHg) 提示肺水肿。
- 若开始 PCWP>2.67kPa (20mmHg) 或 CVP>1.96kPa (20cmH₂O)，则不进行输液，而用血管活性药物治疗即可。输液中如果发生肺水肿，应即刻停止输液，并给予血管扩张剂、快速利尿剂。
- 若 PCWP<0.67kPa (5mmHg) 或 CVP<0.49kPa (5cmH₂O) 即使有肺水肿也应输

液。

补液种类 最基本的是5%~10%葡萄糖液和5%葡萄糖盐水,配合一定量的低分子右旋糖酐或706代血浆溶液。

8. 纠正酸中毒 在无条件查 CO_2CP 时,须立即按估计法给予碱性药物,先提升 CO_2CP 4mmol/L (10Vol%),必要时重复1次。每提高 CO_2CP 0.5mmol/L (1Vol%),需用5%碳酸氢钠液0.5ml/kg/次。也可按测得的 CO_2CP 数值计算,即:所需补碱量(mmol)=[正常 CO_2CP (22mmol/L) - 测得的 CO_2CP (mmol/L)] $\times$ 0.3 $\times$ 体重(kg)。

注意:从公式计算的补碱量,一般先给1/2~1/3,4~6小时后再根据临床表现与复查的 CO_2CP 或BE决定补足。原则上 CO_2CP 纠正至18mmol/L (40Vol%)即可。

9. 血管活性药物应用 常用的有多巴胺20~40mg或阿拉明10~20mg或两者并用,加入葡萄糖液200ml内静滴,根据血压情况调整速度。

1.1.3 出血性休克

出血性休克是指较大血管破裂丢失大量血液,引起循环血量锐减所致的休克。其特点为静脉压低,外周血管阻力增高和心动过速。

【诊断要点】

- (1) 有外伤所致的外出血和内脏破裂引起内出血及宫外孕引起的大出血病因。
- (2) 有引起急性上消化道大出血常见病因(如溃疡病、肝硬变并发食管与胃底静脉曲张,出血糜烂性胃炎、胃粘膜脱垂、胃癌及胆道疾病等)。
- (3) 有循环功能衰竭表现 如脉搏快而细弱,血压低,烦躁不安,口渴冷汗,肢凉尿少等。
- (4) 有贫血指征 血红蛋白降低,红细胞减少,红细胞压积小。
- (5) 必要时可作穿刺确诊,如脾破裂可作腹腔穿刺;宫外孕可作后穹窿穿刺等。

【抢救与处理】

(一) 原则

①补充血容量;②迅速止血;③尽早明确出血的病因,并估计出血量多少,出血部位,进行针对性治疗。

(二) 程序

1. 补充血容量

(1) 需要多少补充多少。参阅表1-1-2与表1-1-3。

(2) 补液速度 以能维持尿量每小时25~30ml以上为准,血压稳定(主要为收缩压)。可参考以下情况: $\text{sBp} < 12.0\text{kPa}$ (90mmHg)时,1小时内输500ml。 $< 10.7\text{kPa}$ (80mmHg)时,1小时内输1000ml。 $< 8.0\text{kPa}$ (60mmHg)时,1小时内输1500ml。还可以根据中心静脉压确定其输液量及速度(可参考表1-1-4)。如果尿量与血压均好时可行维持性滴注。