

农村基层卫生人员中等专业学历教育系列教材

急症的识别与处理

主 编 王育珊

 北京科学技术出版社

农村基层卫生人员中等专业学历教育系列教材

急症的识别与处理

主编 王育珊

北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

急症的识别与处理/王育珊主编. —北京:北京
科学技术出版社, 2009. 1

(农村基层卫生人员中等专业学历教育系列教材)

ISBN 978-7-5304-4036-0

I. 急… II. 王… III. 急性病-诊疗-中等专业
教育-教材 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 195607 号

急症的识别与处理

主 编: 王育珊

责任编辑: 赵 晶

封面设计: 张佳佳

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部) 0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bjkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 北京盛兰兄弟印刷装订有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

字 数: 248 千

印 张: 10.375

版 次: 2009 年 1 月第 1 版

印 次: 2009 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5304-4036-0/R · 1099

定 价: 19.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。

京科版图书, 印装差错, 负责退换。

农村基层卫生人员中等专业学历教育系列教材

编委会

主 任 李春昌

委 员 (按姓氏笔画顺序排列)

车念聪	田相义	史京弘	兰文恒	李美琪
杨 芑	沈岳奋	张 义	陈玉琢	贺鸿远
贾明艳	唐榆林	曹祖庆	韩 敬	谭 勇

《急症的识别与处理》编委会

主 编 王育珊

副主编 朱庆三 那万里 田 宇 孙大军 石海兵
阴 俊

编 委: (按姓氏笔画顺序排列)

王育珊	王爽骥	刘忠民	刘德新	李 丹
吴淑华	张 霞	宋德彪	龚 勇	崔 燕

序

从保障人民身体健康及促进我国国民经济发展的社会需求出发，按照党中央、国务院的战略部署，卫生部制定了《2001～2010年全国乡村医生教育规划》，为彻底改变我国乡村的卫生工作面貌，组建合格的、现代化的乡村医生队伍勾画了蓝图。在2010年前对现有的乡村医生要有步骤、有计划地开展培训、考核，以确保其整体素质提高，逐渐向执业助理医师或执业医师过渡，提高卫生服务工作水平，以适应农村卫生事业的发展。这是新中国成立以来首次提出的、从根本上提高农村卫生服务人员质量的、具有划时代意义的大事。它必然在我国广大农村产生巨大的影响，带来显著的社会效益。这是一个难得的机遇和新的挑战，也是摆在乡村医生面前无法回避的现实。每一位乡村医生都必须摆正位置，抓住机遇，努力学习，提高自身素质，力争早日成为一名合格的执业助理医师或执业医师。

“好医生医学教育中心”创建伊始，就把乡村医生视为服务对象，多年来的教育实践，已经把“好医生医学教育中心”与广大的乡村医生紧紧地联在一起。对乡村医生当前的急迫心理，“好医生医学教育中心”十分理解，也愿意借此机会为乡村医生提供更好的服务，编写一些针对性强的学习资料。

“好医生医学教育中心”从2003年末开始，组织多年来一直参与乡村医生培训与教学工作的教师和部分高等医学院校经验丰富的教育专家，从当前乡村医生整体培训实际工作需要和参加执业助理医师考试要求出发，编写了这套《农村基层卫生人员中等专业学历教育教材》。这套教材从整体上构建了完整的知识结构，涵盖基础医学、预防医学、临床医学、全科医学和部分人文医学内容，突出实际应用，侧重执业助理医师考试的重点学科、基本理论的重要补充、日常工作必须的学科知识。为了能够较好地系统学习这套教材，“好医生医学教育中心”制定了为时一年半的半脱产教学计划，并依据教学计划制作了整套的教学软件，将配合教材一起提供给广大乡村医生，为大家的学习创造良好的条件。

希望大家在学习这套教材时，根据自己的实际情况，按教学大纲要求学好必修课程（讲授课程），同时也积极学习选修课程（自学课程），并抓住重点，

合理分配时间，提高学习效率。既提高了自身知识水平、强化临床技能，又为参加执业助理医师考试奠定坚实的基础。只要大家能够在百忙之中抽出一定的时间认真学习，胜利必然会属于你们。

预祝大家学习进步，考试成功！

A handwritten signature in black ink, appearing to read '祁国旺' (Qí Guó Wáng), followed by a long horizontal stroke.

2008 年 12 月

前 言

本教材由基层卫生人员中专学历教育教材编写委员会承担编写，主要供医学中等专业学生和基层的医生使用，也可用于其他基层医务人员的培训和自学。

急救医学是一门应用性很强的学科，是临床医学的重要课程，急救医学是急诊医学中的一个分支，相关知识和处理技能在日常的急诊工作中占有重要地位。急诊医学是一门新兴的边缘性独立学科，覆盖面较广，与临床各科知识交叉重叠，作为一门独立课程开设有相当的难度。依临床观点来看，急救是急诊的核心内容，因此，我们将本教材的基点定位在急症的处理上，我们认为急症及其救治是基层医生必须掌握的常识。

如何编写一部适应基层医疗工作需要的实用性急救教材，我们还缺乏经验。考虑到基层医院或诊所的辅助检查条件限制，我们把编写的视角偏重症状学，尽量减少辅助检查内容，让大家从常见的临床问题入手，通过问诊与检体得出基本概念性的结论，从而方便对患者的救治。同时以我们的临床经验撰写了转诊及注意事项，以使大家既能对患者负责又不至于盲目转诊或贻误病机。但随着我国急救设备的普及，我们会不断更新教材的内容。为使学习者在有限的学习时间里更高效地利用这套教材，本教材力求重点突出、主次分明，尽量做到深入浅出、通俗易懂。

为了方便学生理解掌握，在书的每一章节开始部分都以表格形式列出主要内容，并且在重点内容前加“●”号标识；每节内容后，均附有“小结”，归纳总结本节内容的重点、要点；最后配以“复习题”，加深学生的学习记忆，方便学生检验本节的学习效果。

在编写过程中，编写组人员倾注了大量心血，但由于编者水平和能力所限，书中难免有疏漏和不足之处，恳请专家和使用本教材的老师和学生给予批评指正。

编 者

2008年12月

目 录

第一章 心脏骤停	(1)
第二章 休克	(5)
第一节 休克总论	(5)
第二节 感染性休克	(8)
第三节 心源性休克	(9)
第四节 失血性休克	(11)
第五节 过敏性休克	(13)
第三章 常见急危症	(15)
第一节 急性发热	(15)
第二节 急性头痛	(18)
第三节 急性眩晕	(21)
第四节 突发性昏迷	(23)
第五节 急性呼吸困难	(27)
第六节 急性胸痛	(31)
第七节 突发性恶心与呕吐	(34)
第八节 急性腹痛	(37)
第九节 急性腹泻	(41)
第十节 急性腰痛	(45)
第十一节 急性膀胱刺激症状	(48)
第十二节 高血压急症	(51)
第十三节 冠血管急症	(54)
第十四节 糖尿病急症	(59)
第十五节 脑血管急症	(63)
第十六节 急性大出血	(67)
第四章 急性中毒	(72)
第一节 急性中毒总论	(72)
第二节 急性常见农药中毒	(75)
第三节 急性常见药物中毒	(84)
第四节 急性杀鼠药物中毒	(90)
第五节 急性毒蕈中毒	(93)
第六节 急性亚硝酸盐中毒	(95)
第七节 急性甲醇中毒	(97)
第八节 急性酒精中毒	(99)
第九节 急性强酸类中毒	(100)
第十节 急性强碱类中毒	(102)

第十一节 急性一氧化碳中毒	(104)
第五章 理化因素所致急症	(107)
第一节 中暑	(107)
第二节 冻僵	(109)
第三节 电击伤	(111)
第四节 淹溺	(114)
第五节 自缢	(118)
第六节 常见动物及昆虫叮咬伤	(120)
第六章 常用急救技术	(128)
第一节 徒手胸外心脏按压术	(128)
第二节 简易人工呼吸支持技术	(130)
第三节 紧急经口气管插管术	(132)
第四节 氧气吸入疗法	(134)
第五节 吸痰术	(135)
第六节 洗胃术	(137)
第七节 导尿术	(139)
第八节 膀胱冲洗术	(140)
第九节 灌肠术	(141)
第十节 紧急止血技术	(144)
第十一节 急诊包扎术	(145)
第十二节 急诊固定术	(147)
第十三节 急诊静脉穿刺与通路的建立	(148)
附录 常用急救药物	(150)

第一章 心脏骤停

心脏骤停	病史与问诊 临床表现 ● 诊断要点 ● 抢救原则与常用药物
------	--

心脏骤停是指心脏射血功能突然停止,继而引起机体重要器官供血中断、功能丧失,是临床的危重症之一,又称为心脏性猝死。引发心脏骤停最常见的病理生理机制为心室颤动、心室停搏以及无脉性心脏活动,其中以心室颤动发生率最高。

【诊断思维程序】

(一)病史与问诊

1. 除少数患者外,大多患者有既往心脏病史。详见表 1-1。
2. 发生突然,常在正常活动或病变过程中突然发生无其他诱因的抽搐及意识丧失。
3. 应注意了解发病前是否有诱因,特别是精神紧张,情绪激动,过度劳累,严重睡眠不足,大量吸烟、酗酒,过度饱餐,突发性天气变化等。
4. 应了解是否有意外发生,如电击、雷击、溺水、自缢等。
5. 应了解心脏骤停距就诊的时间,是否进行了何种抢救处理。
6. 正在接受治疗的患者,应注意了解或查找与医疗、药物相关的医源性因素。

表 1-1 原发性心脏骤停的常见原因

病因分类	常见疾病
冠状动脉疾病	急性心肌梗死 缺血性猝死 急性冠脉综合征 冠状动脉炎 冠状动脉栓塞 先天性冠状动脉畸形
心肌病变	病毒性心肌炎 缺血性心肌病 特发性心肌病 产前产后心肌病 结缔组织病性心肌病
严重电解质紊乱	高钾血症 低钾血症 低钙血症 低镁血症
药物中毒	洋地黄类药物中毒 抗心律失常药物中毒
其他	心脏瓣膜病 心包填塞 心脏破裂 电击

(二)临床表现

1. 先兆症状³ 绝大部分患者无先兆症状,常突然发病;部分患者可能在发病前出现疲乏、无力、心悸、气短、胸痛、胸闷等非特异性症状。

2. 发病时表现

(1)突然抽搐或意识丧失,颜面苍白或发绀,呼吸断续或停止,瞳孔散大。

(2)大动脉搏动消失,心音消失,血压测不到。

(3)各种生理反射消失。

(三)辅助检查 心电图检查最为重要,用以区别心脏骤停类型而指导临床抢救。常见以下几种改变:①心室颤动或扑动;②心室停搏;③机械分离。

一般情况下心脏骤停发生4分钟以内做心电图检查,90%以上为心室纤颤,4分钟以后则多为心室停搏。

(四)诊断要点 心脏骤停多易发生在医院或诊所外,常常缺乏辅助检查条件,因此,可将突发性意识丧失伴大动脉搏动消失作为主要的诊断参考要点,切不可等待心电图辅助检查证实心脏骤停的类型或详细查体后再确定诊断而贻误抢救时机。

【抢救与治疗措施】

(一)抢救原则 就地抢救,分秒必争;迅速建立有效循环和呼吸支持,同时保护脑功能。

(二)抢救程序 详见图1-1。

(三)抢救措施

1. 胸前拳击 操作者左手掌平放在患者胸骨下1/3部位,右手握拳以拳底部肌肉猛烈捶击左手背,高度以20~30cm为宜,快速重复2~3次。

2. 胸外心脏按压术 详见第六章第一节“徒手胸外心脏按压术”。

3. 人工呼吸支持 详见第六章第二节“简易人工呼吸支持术”。

4. 迅速建立静脉通路 有效的静脉通路是复苏给药的基本途径,及时建立静脉通路是保证抢救的关键环节。

5. 复苏急救用药 对尚未建立静脉通路,已行气管插管的患者,可选择气管内给药。尽量避免使用心腔注射。

(1)肾上腺素 是目前公认的首选药物,常以0.5~1.0mg静脉注射,必要时每隔3~5分钟重复使用;总量不宜超过0.2mg/kg。

(2)甲氧胺(美速克新命) 无肾上腺素时可作首选,每次10~20mg静脉注射。

(3)利多卡因 适用于室性致命性心律失常,多以50~100mg静脉注射,可重复使用;室速或室颤消除后,以1~4mg/min静脉滴注维持至病情稳定。

(4)阿托品 0.5~1mg/次静脉注射,适用于严重的缓慢性心律失常。

(5)阿拉明或多巴胺 10~100mg加入静脉点滴以提高外周血压。

【转诊与注意事项】

1. 在早期复苏成功后,大部分患者需给予复苏后处理,并需进行病因治疗,因此,在无条件的维持巩固治疗时,即应在病情相对稳定的前提下及时转诊。

2. 转诊时与相关上级医院联系,以便做好相应准备。不能亲自护送时,应简要写明转诊病情介绍,尤其是心脏骤停的时间和用药时间及输液量。

3. 转送过程中力求平稳、快速,保持好静脉通路。

4. 有条件可准备途中吸氧设施,或静脉滴注呼吸中枢兴奋药、血管活性药物等。

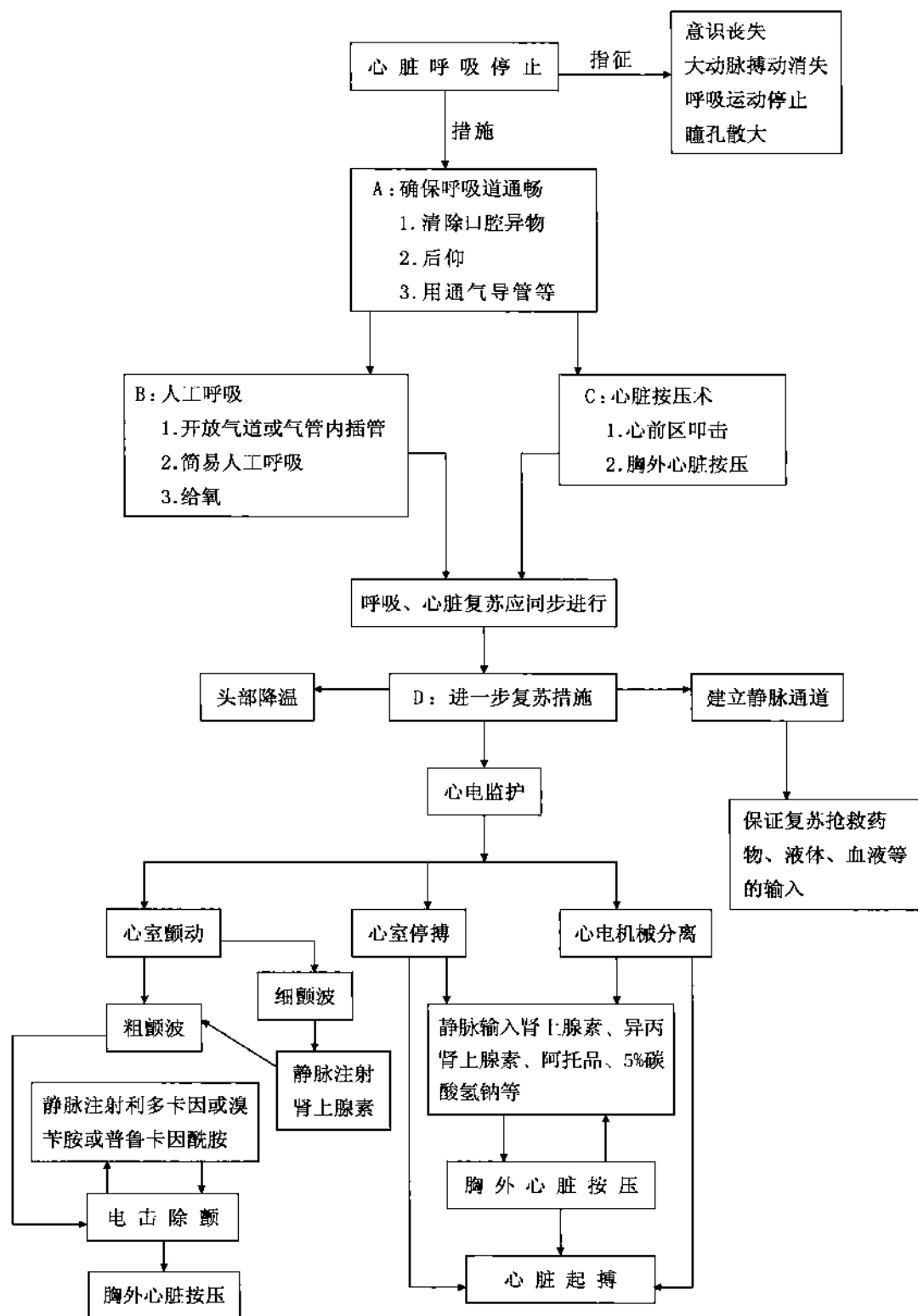


图 1-1 徒手心肺复苏程序

5. 转诊前应向家属交待好病情及途中可能发生的意外。

小结

1. 心脏骤停是指心脏射血功能突然停止,继而引起机体重要器官供血中断、功能丧失,又称为心脏性猝死。引发心脏骤停最常见的病理生理机制以心室颤动发生率最高。抢救心脏骤停时应遵循分秒必争、迅速建立有效循环和呼吸支持、同时保护脑功能的原则。

2. 抢救心脏骤停的措施 ①胸前拳击;②胸外心脏按压术;③人工呼吸支持;④迅速建立静脉通路;⑤复苏急救用药。其中有效的静脉通路是复苏给药的基本途径,及时建立静脉通路是保证抢救的关键环节。

复习题

1. 心脏骤停的临床表现有哪些?
2. 简述抢救心脏骤停的措施与程序。

第二章 休 克

第一节 休克总论

【病例摘要】 男,55岁。发热、咳嗽2天,伴黄痰,呼吸困难1天而就诊。2天前患者自觉咽痛,咳嗽伴发热,未测体温,自认为“感冒”,曾服速效感冒胶囊及青霉素V钾片,次日开始咳黄痰,量不多,无血,同时伴心慌、气短、胸痛、呼吸困难,就诊前2小时出现头晕、出冷汗,发病后食欲不振,近1天来尿量少,既往曾患慢性支气管炎10余年。查体:血压10/7.2kPa(74/54mmHg),脉搏120次/分,呼吸28次/分,一般状态差,神志清,全身大汗,口唇、耳廓发绀。桶状胸,两肺均可闻及喘鸣音,右下肺可闻及中小水泡音,心率快,节律规整,心音遥远,无杂音,腹平软,无压痛,肝脾未触及,双下肢无水肿。辅助检查:白细胞 $1.8 \times 10^9/L$ 。胸透:两肺纹理增强、紊乱,右下肺可见片状模糊阴影。

休克总论	● 休克的分期与表现 ● 休克诊断的参考标准 ● 休克程度的判定方法 ● 休克的处理原则 ● 休克抢救时血容量补足的指标 ● 血管活性药物使用原则与注意事项
------	--

休克是指机体受到致病因子的强烈侵袭导致有效循环血量急剧减少,组织、器官由于微循环灌注不良引起代谢紊乱和细胞受损为特征的急性循环功能不全综合征,是临床较常见的急危症之一。

【诊断思维程序】

(一)病史与问诊

1. 病史 临床称休克为急性循环功能不全综合征,但更客观地讲其是一个病理生理过程。因此,详细询问病史,有助于对休克过程的了解与判断。

2. 寻找引发休克的病因 无论何种类型的休克都有其发生的基本原因。详见休克各论。

3. 鉴别 在病史询问过程中应注意与虚脱、眩晕、晕厥、低血糖反应、抽搐、昏迷等症状的鉴别。

(二)休克的临床表现与分期

1. 休克早期 由于患者处于代偿状态,临床容易漏诊或误诊。

(1)血压 血压变化不明显,重要的特征表现为脉压略小,收缩压大多接近正常或略偏低,舒张压略偏高。

(2)脉搏 心跳加快,脉搏有力。

(3)交感神经兴奋的表现 轻度烦躁不安、焦虑或激动、呼吸粗大,伴有冷汗或末梢湿冷,部分患者可伴有头晕、恶心、呕吐,尿量减少。

2. 休克中期 又称失代偿期,是休克的最典型临床阶段。

(1)血压 大多血压明显下降,收缩压多低于10.7kPa(80mmHg),脉压 <2.7 kPa(20mmHg)。

(2) 脉搏 脉搏快而弱,触诊时用力稍重脉搏即消失,因此,触诊脉搏时需轻触诊。

(3) 神志 此期患者大多神志清楚,部分患者可伴有表情淡漠,反应迟钝,少部分患者可有意识模糊或昏迷。

(4) 尿量 尿量明显减少,常低于 20ml/h,部分患者可呈现为无尿。

(5) 其他表现 可有明显口渴、发绀、呼吸困难。

(6) 静脉穿刺 浅表静脉常萎缩,静脉穿刺困难。

3. 休克晚期 又称不可逆期或濒死期。

(1) 血压 血压极低或测不清,对升压药物反应极差。

(2) 神志 多呈昏迷状态。

(3) 弥散性血管内凝血(DIC) DIC 是此期的重要标志之一,患者常有皮肤、黏膜及内脏出血现象。

(4) 多脏器功能障碍或衰竭 可表现为心、肺、肾、肝、脑的功能障碍或衰竭,易伴发应激性溃疡或出血。

(三) 急诊辅助检查

1. 三大常规 有助于对病因及病变过程的了解。

2. 血液生化指标的检测 心肌酶、肝功、尿素氮及血肌酐、二氧化碳结合力及电解质等项目检查有助于对病因及病程的观察。

3. 心电图及放射线检查 对病因确定有指导意义。

(四) 休克的诊断标准 以下列指标作为临床诊断的参考。

1. 有诱发休克的病因。

2. 意识异常。

3. 脉搏细弱或不能触及。

4. 收缩压 < 80mmHg, 脉压 < 20mmHg, 或原有高血压者, 收缩压较原水平下降 30% 以上。

5. 四肢湿冷, 皮肤苍白、发绀或出现花纹, 尿量 < 30ml/h。

(五) 休克的常规监测与程度的判定 在没有现代化监测设备的基层医院, 仍可通过常规的监测方法, 对休克的程度进行判定。

1. 血压 血压的高低对休克程度判断有重要意义。血压逐渐下降、脉压减小是休克或其加重的指标; 而血压回升, 脉压增大, 常常预示休克好转。

2. 脉搏 脉搏细速常出现在血压下降之前, 是机体代偿的表现。治疗过程中有时虽血压仍低, 但脉搏速率逐渐下降, 搏动有力, 常预示休克趋向好转。

3. 意识 意识能反映脑组织灌流情况。对非脑实质或脑血管病变所致的神志淡漠或烦躁不安、反应迟钝以及昏迷者常提示脑血流灌注不足或存在休克。当患者神志逐渐清楚, 反应良好预示休克缓解。

4. 尿量 间接反映肾脏灌流情况, 是判断休克程度最简便、可靠的指标。尿量低于每小时 25ml, 提示早期休克; 如稳定在 30ml 以上时说明休克缓解或纠正。

5. 肢体温度及色泽 反映体表组织灌流情况。休克时四肢湿冷、皮肤苍白, 黏膜、甲床发绀, 胸骨部位皮肤指压阳性(压后再充盈时间 > 2 秒)。上述情况缓解提示休克好转。

【抢救原则与措施】

(一) 原则 尽早去除或治疗病因; 尽快恢复和保证有效循环血量; 尽力保护重要脏器功能。

(二)措施

1. 一般性处理 尽量平卧位,保持呼吸道通畅或给予氧疗,注意保暖(但不能体表局部加热)或物理降温,尽快建立静脉通路。

2. 补充血容量 补充液体的种类可根据休克类型或需要具体进行选择。补液量的计算原则是需多少,补多少。

下列指标可提示血容量基本补足:①血压回升($>90/40\text{mmHg}$);②脉压加大($>20\text{mmHg}$);③脉搏变缓且有力(<100 次/分);④每小时尿量达 30ml 以上;⑤神志转清醒,口唇转为红润,肢末端稍转为温暖。

3. 血管活性药物的应用 使用原则:①尽量不作治疗首选;②先扩容再使用;③保持最低有效剂量;④争取短时间内撤药。

(1)间羟胺(阿拉明) 常用剂量为 $10\sim100\text{mg}$ 加入 $250\sim500\text{ml}$ 生理盐水或 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注,给药浓度以病情需要进行调节。

(2)去甲肾上腺素 $1\sim5\text{mg}$ 加入 $250\sim500\text{ml}$ 生理盐水或 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注。此药漏出或渗出血管外可引起周围组织坏死;长时间大剂量使用可加重肾脏缺血或诱发心律失常。

(3)苯肾上腺素(新福林) $10\sim20\text{mg}$ 加入 250ml 生理盐水或 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注,紧急情况时也可以 $3\sim10\text{mg}$ 肌肉注射。

(4)多巴胺 $20\sim100\text{mg}$ 加入生理盐水或 5% 葡萄糖溶液中稀释后静脉滴注。

4. 糖皮质激素 此类药物在休克治疗中仍有不同争议,使用时要结合具体病情,常以短时间、快撤药为使用原则。

(1)地塞米松 $10\sim30\text{mg/d}$,稀释后静脉注射或滴注。

(2)氢化可的松 $100\sim200\text{mg}$,静脉注射或滴注。

(3)甲基泼尼松 $100\sim300\text{mg}$,稀释后静脉注射或滴注。

5. 纳络酮 $0.4\sim1.2\text{mg}$ 静脉注射,然后维持静脉滴注。

6. 纠正酸中毒 休克时间不长,可不必补充碱性药物,以补液为主;如有条件应以二氧化碳结合力或 pH 值检测结果为指导,无生化检查条件时可依临床经验,每次补给 5% 碳酸氢钠溶液 $60\sim150\text{ml}$ 。

【转诊与注意事项】

1. 尽可能事先与上级医院取得联系,并征得同意,以便做好治疗准备。

2. 选择较好的交通工具,可用救护车或轿车,尽量避免途中颠簸,以免发生意外。

3. 夏季注意防暑,冬季注意保暖。

4. 选派有经验的医生、护士护送患者。转诊途中可继续输液,备好抢救药品。密切观察患者的呼吸、血压、脉搏、尿量,如有变化应做相应处理。

5. 将患者有关病史、处理经过,特别是输液量和用药量等材料一起转送到上级医院。

小结

1. 休克是指机体受到致病因子的强烈侵袭导致有效循环血量急剧减少,组织、器官由于微循环灌注不良引起代谢紊乱和细胞受损为特征的急性循环功能不全综合征。

2. 休克临床分期 ①休克早期;②休克中期;③休克晚期。

3. 休克的诊断标准 ①有诱发休克的病因;②意识异常;③脉搏细弱或不能触及;④收缩压 $<80\text{mmHg}$,脉压 $<20\text{mmHg}$,或原有高血压者,收缩压较原水平下降 30% 以上;⑤四肢湿冷,皮肤苍白、发绀或出现花纹;

⑥尿量 < 30ml/h。

4. 休克的常规监测与程度的测定主要依据 ①血压;②脉搏;③意识;④尿量;⑤肢体温度及色泽。

复习题

1. 休克的定义是什么?
2. 休克的临床分为哪几期?
3. 休克的诊断标准是什么?
4. 哪些指标可提示血容量基本补足?

第二节 感染性休克

感染性休克	● 临床表现特点 ● 抗生素选用应注意的问题
-------	--

感染性休克是临床上最常见的休克之一,发生在严重的局部或全身感染的基础上,在各类致病微生物中以细菌性感染引起的机会最为多见。

【诊断思维程序】

(一)病史与问诊

1. 多数患者近期有明确的感染性疾病史,如急性胆囊炎、急性化脓性胆管炎、大叶性或支气管性肺炎、急性尿路感染、急性中毒性痢疾等。
2. 部分患者可能感染史不明确,但曾在近期发生过局部或全身性创伤或进行过某种手术治疗,以及新近曾有分娩或人流史。
3. 患者常有发热、寒战等感染的常见症状或局部组织红肿热痛的炎性表现。
4. 应注意询问本次就诊前抗生素的使用情况,及与其他类型休克鉴别的相关症状。

(二)临床特点

1. 有近期发生感染性疾病或继发性感染的证据。
2. 常伴有发热、寒战、白细胞升高的感染征象。
3. 有休克的临床表现。

【抢救与治疗措施】

(一)抢救原则 休克未纠正以前,着重抢救休克,同时积极治疗感染。休克纠正后,应继续巩固抗感染治疗效果。

(二)治疗措施

1. 补充血容量 基本原则同休克总论,液体主要以晶体溶液为主,输液量不必过大,如在快速补液 1 000ml 左右而血压回升不理想时,即可使用血管活性药物。

2. 合理使用血管活性药物

(1)感染性休克与其他休克改变的不同在于毛细血管床容积的变化发生较早,因此早期可以使用血管活性药物。

(2)在补液及纠正酸中毒后血压仍不回升或回升不理想时即可以使用。

(3)多巴胺与阿拉明合用最为普遍,用药比例以临床具体情况决定。

(4)具体使用方法及注意事项详见休克总论。

3. 控制感染

(1)选用抗生素类药物应注意的问题