一、心肺脑复苏抢救预案

诊 断 要 点

1. 意识丧失。

2. 心音、大动脉搏动消失。

3. 呼吸断续，随后消失。

4. 瞳孔散大。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

抢 救 措 施

1. 呼吸

（1）畅通呼吸：清除口腔异物。

（2）建立人工气道：气管插管。

（3）人工通气：①口对口（鼻）人工呼吸；②简易呼吸器（呼吸皮囊）；③机械通气；④氧疗(充足氧供)。

2. 心脏

（1）心脏按压：①胸外心脏按压；②无心电监护情况下可盲目电除颤；③必要时开胸心脏挤压。

（2）药物：①建立静脉通道；②肾上腺素 1mg静注，可加大剂量（1～4mg）重复。在静脉通道建立之前，可行气管内给药。

（3）心电监护：室颤，有细颤时静注肾上腺素使之变为粗颤，用非同步除颤,能量可选择200J、300J、360J,若不成功,首选利多卡因1.0～1.5mg/kg静注,每3～5min可重复，也可用溴苄胺 5mg/kg、硫酸镁 1～2mg、普鲁卡因胺 17mg/kg静注，然后再除颤。

（4）心电停顿或心电机械分离时：①肾上腺素 1～4mg静注；②阿托品 1mg静注，可重复至 3mg；③碳酸氢钠 125～250ml静滴,心跳出现后依血气分析结果补碱；④对因治疗。

3. 脑

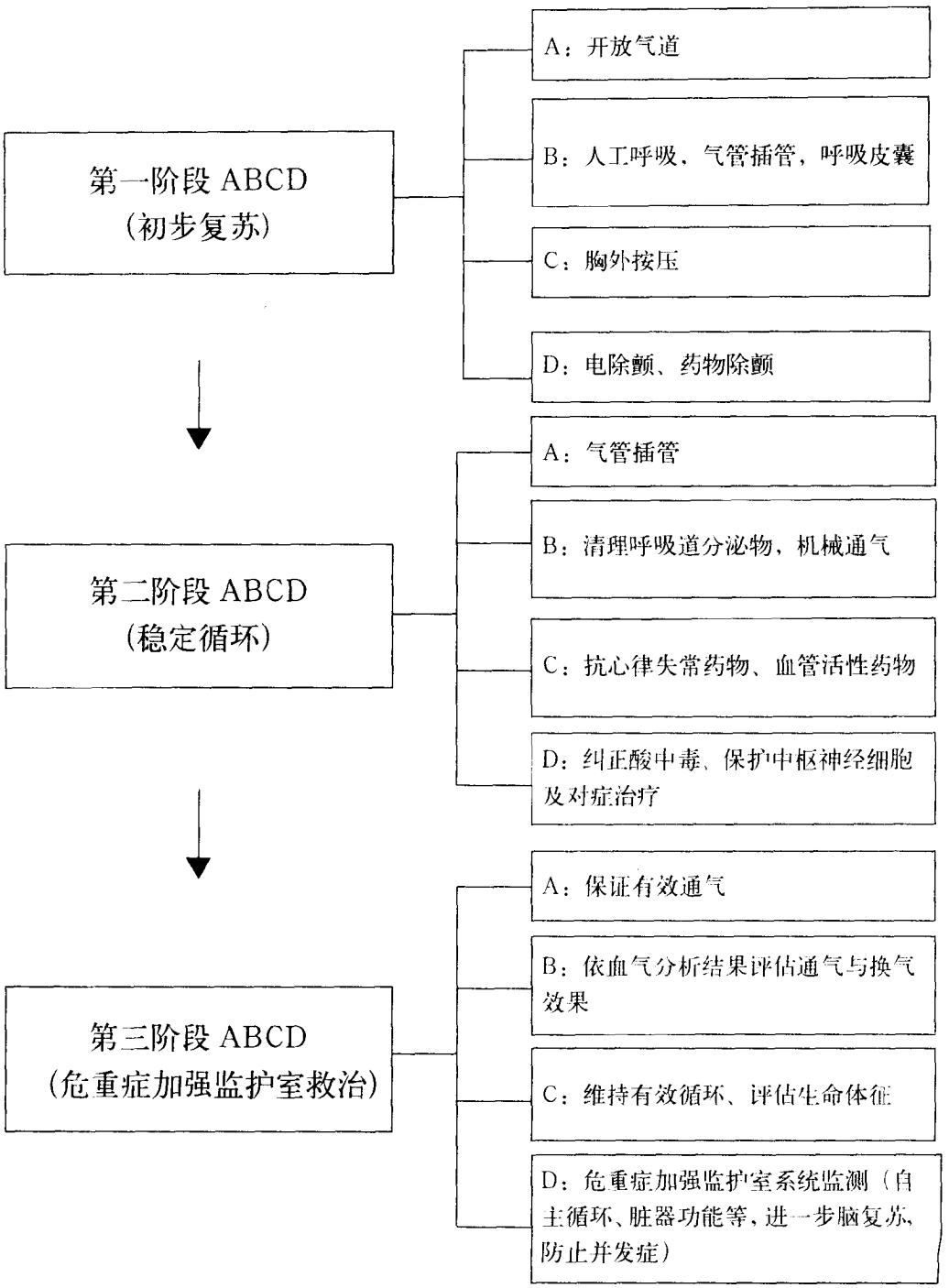
（1）冰帽降温或全身亚低温；

（2）循环恢复后给予脱水药物；

（3）地塞米松、醒脑静注射液、纳洛酮等药物；

（4）尽早高压氧治疗。

二、心肺脑复苏抢救程序


第一阶段 ABCD
（初步复苏）
A：开放气道
B：人工呼吸，气管插管，呼吸皮囊
C：胸外按压
D：电除颤、药物除颤
第二阶段 ABCD
（稳定循环）
A：气管插管
B：清理呼吸道分泌物，机械通气
C：抗心律失常药物、血管活性药物
D：纠正酸中毒、保护中枢神经细胞及对症治疗
第三阶段 ABCD
（危重症加强监护室救治）
A：保证有效通气
B：依血气分析结果评估通气与换气效果
C：维持有效循环、评估生命体征
D：危重症加强监护室系统监测（自主循环、脏器功能等，进一步脑复苏，防止并发症）

三、休克抢救预案

诊 断 要 点

1. 神志：烦躁不安，表情淡漠，意识模糊甚至昏迷。

2. 皮肤：苍白、湿冷、口唇及肢端发钳。

3. 呼吸：浅快、微弱。

4. 脉搏：细速、口渴、尿量＜ 20ml/h，收缩压降至 90mmHg 以下，脉压差＜ 20mmHg。

注： 1mmHg=0.133kPa

抢救措施

1. 一般措施平卧，少搬动，保持安静，保暖。

2. 保持呼吸道通畅用鼻导管或面罩给氧。

3. 特别护理尽早建立静脉通道，必要时深静脉置管，血流动力学监测。

4. 升压药多巴胺20～80mg 加入100ml液体中静滴，必要时加用间羟胺（阿拉明）10～20mg。

5. 扩容剂用右旋糖酐－40（低分子右旋糖酐）、羟乙基淀粉（706代血浆），输血。

6. 病因治疗

(1) 感染性休克：使用大量广谱抗生素，改善微循环，用山莨菪碱（654-2）针剂20～40mg 加入100ml液体中静滴。

(2) 过敏性休克：停止接触过敏原，立即用肾上腺素0.5～1.0mg 肌内注射或静注；地塞米松5～10mg静注；抗组胺药如苯海拉明、异丙嗪（非那根）等。

(3) 心源性休克：针对心脏疾病治疗，急性心肌梗死（AMI）较为多见，常用多巴酚丁胺， AMI 24h内禁用洋地黄制剂。

(4) 低血容量性休克：输血或用右旋糖酐－40（低分子右旋糖酐）静滴，必要时手术止血。

(5) 神经源性休克：止痛，针对创伤原因治疗，必要时手术。

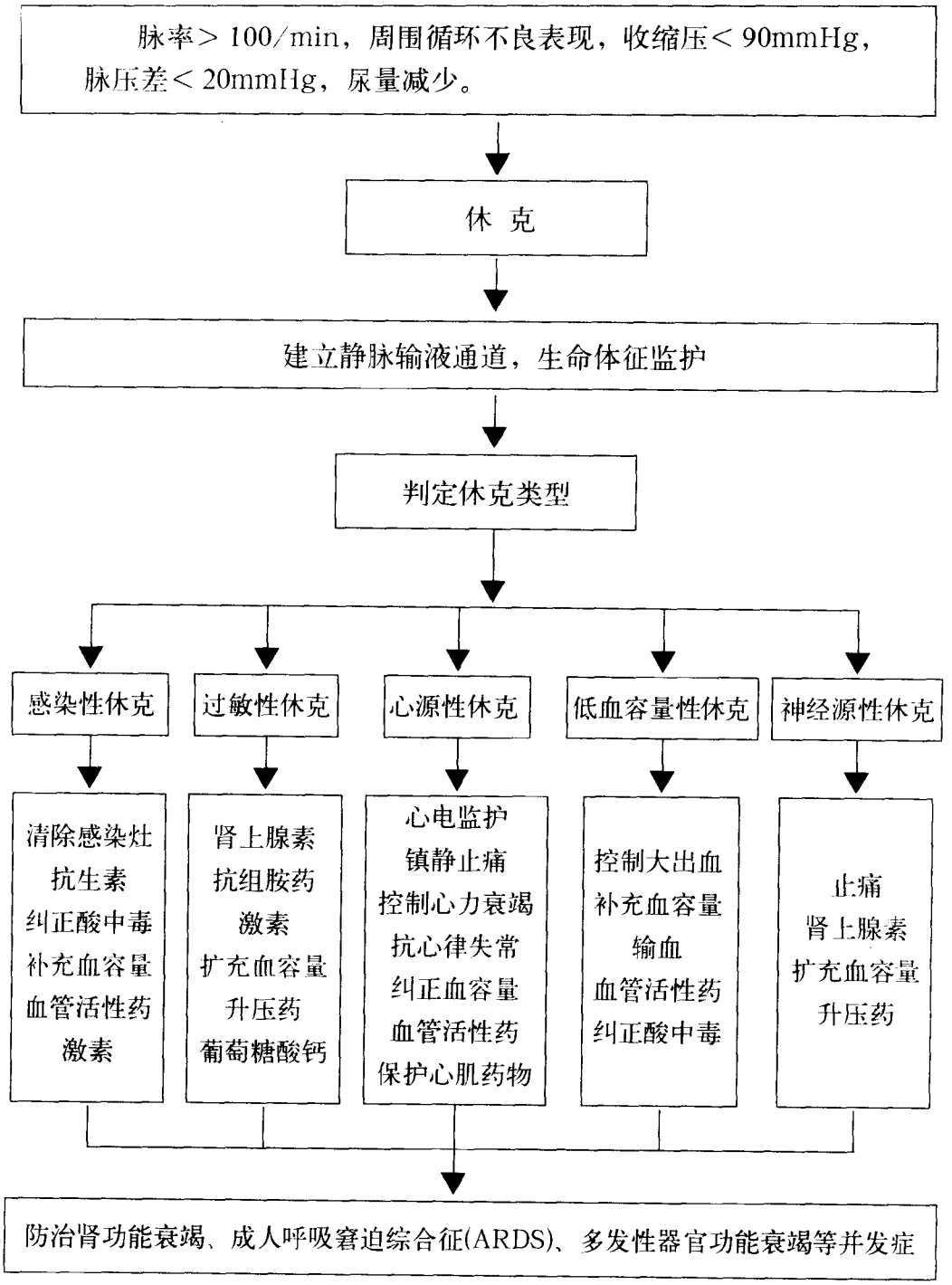
7. 纠正酸中毒 5%碳酸氢钠100～200ml静滴。根据血气分析结果调整用量。

8. 纠正低血压在以上治疗基础上，若血压仍不稳定，选用血管扩张剂，如酚妥拉明10～20mg，加入100ml液体中静滴；硝普钠50～100mg加入250～500ml液体中静滴；硝酸甘油10mg加入250～500ml液体中静滴，＜14滴／min；酚苄明（苯苄胺）0.2～1.0mg/kg加入200ml 液体中静滴。

9. 防治并发症防治肾功能衰竭、 ARDS 、MODS(MOF)等并发症。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

四、休克抢救程序



注：1mmHg=0.133kPa

五、感染性休克抢救预案

诊 断 要 点

1. 常见于各种严重感染，如肺炎、胆道感染、急性出血坏死性胰腺炎、急性肠梗阻、尿路感染、急性弥漫性腹膜炎、大面积烧伤、败血症等。

2. 寒战、高热或体温骤降。

3. 脉细速、收缩压低于80mmHg，四肢湿冷，皮肤花纹、面色苍白或发绀，尿量＜30ml/h或尿闭。

4. 白细胞总数＞10×10^9/L，中性＞0.85，可出现中毒颗粒。

注：1mmHg=0.133kPa

抢 救 措 施

1. 抗生素应用原则是早期、联合、广谱、有效，针对致病菌选择抗生素。

2. 地塞米松 10～20mg 静滴。

3. 维持有效血容量。

4. 多巴胺 40～200mg、间羟胺（阿拉明）20mg 加入 10%葡萄糖液 500ml 静滴。

5. 纠正酸中毒，5%碳酸氢钠 200～300ml 静滴。

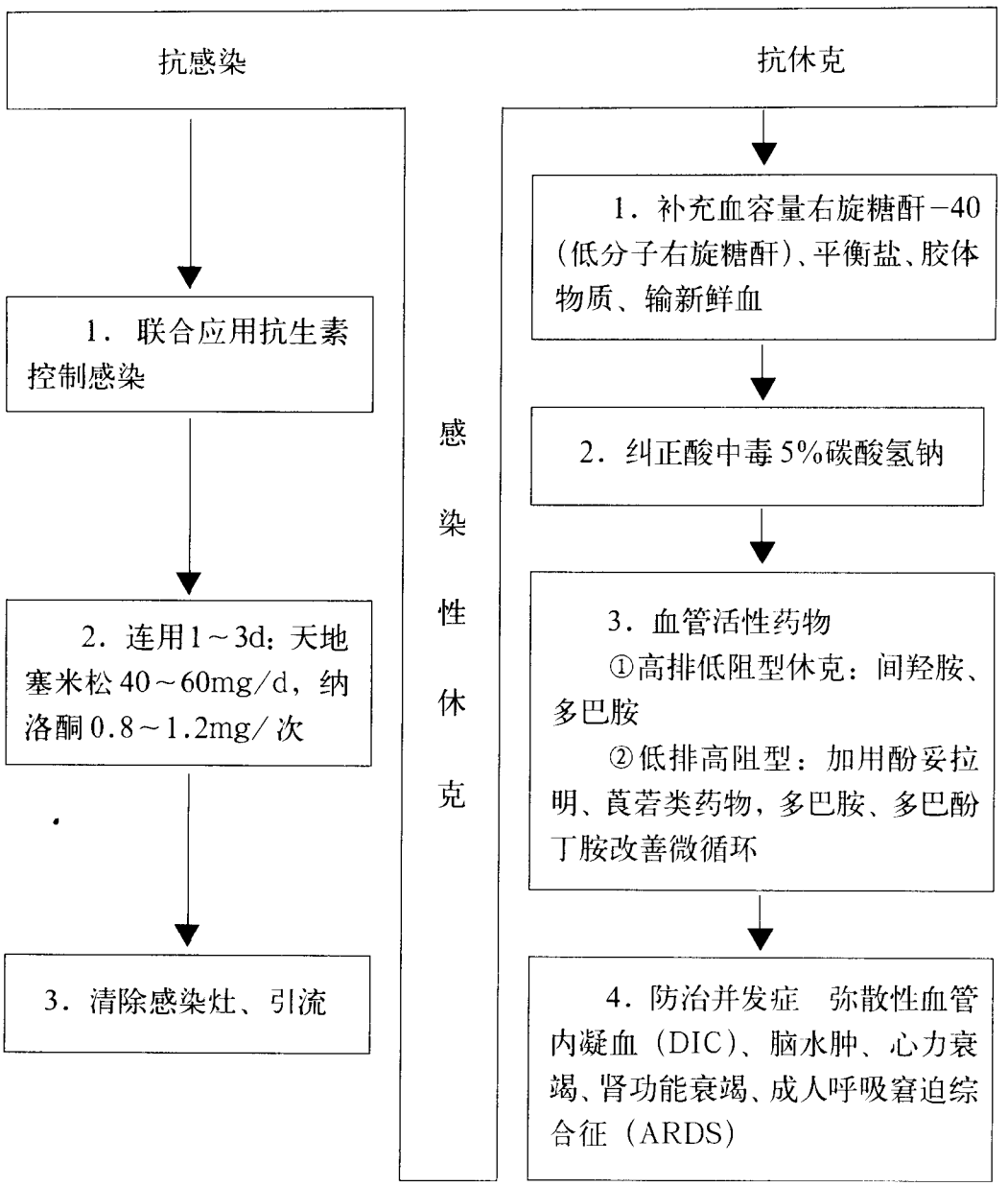
6. 阿托品 1～2mg 静注。

7. 针对病因治疗，对症治疗(降温)。

8. 纳洛酮对常规综合治疗无效的难治性休克所引起的持久性低血压有显著疗效。

9. 防治并发症。

六、感染性休克抢救程序


抗感染
抗休克
感染性休克
1．联合应用抗生素控制感染
2．连用1～3d：天地塞米松40～60mg/d，纳洛酮0.8～1.2mg/次
3．清除感染灶、引流
1．补充血容量右旋糖酐－40（低分子右旋糖酐）、平衡盐、胶体物质、输新鲜血
2．纠正酸中毒5%碳酸氢钠
3．血管活性药物
①高排低阻型休克：间羟胺、多巴胺
②低排高阻型：加用酚妥拉明、莨菪类药物，多巴胺、多巴酚丁胺改善微循环
4．防治并发症 弥散性血管内凝血（DIC）、脑水肿、心力衰竭、肾功能衰竭、成人呼吸窘迫综合征（ARDS）

七、心源性休克抢救预案

诊 断 要 点

1. 有严重的心脏病史。

2. 收缩压＜ 80mmHg ，脉压差＜ 20mmHg，原有高血压者收缩压较原水平下降 30mmHg 以上。

3. 表情淡漠，尿量＜ 30ml/h ，末梢青紫。

4. 皮肤苍白，冷汗，心动过速。

5. 排除其他引起血压下降的因素，如心律失常、剧痛、血容量降低、药物影响和临终前状态等。

注：1mmHg=0.133kPa

抢 救 措 施

1. 治疗。急性心肌梗死、心律失常、心脏压塞等病因。

2. 绝对卧床休息，给氧、止痛（心肌梗死时可给予哌替啶、吗啡）。

3. 血管活性药物，如多巴胺、多巴酚丁胺与酚妥拉明（多巴胺与酚妥拉明按 4∶1 比例，可使血管舒张与收缩作用达到平衡）、硝酸盐联合用药。

4. 控制补液量，合并心力衰竭者慎用洋地黄类药物（毛花苷 C 0.2～0.4mg，稀释 20ml静脉缓注）。

5. 保护心肌药物：能量合剂、极化液及果糖二磷钠等。

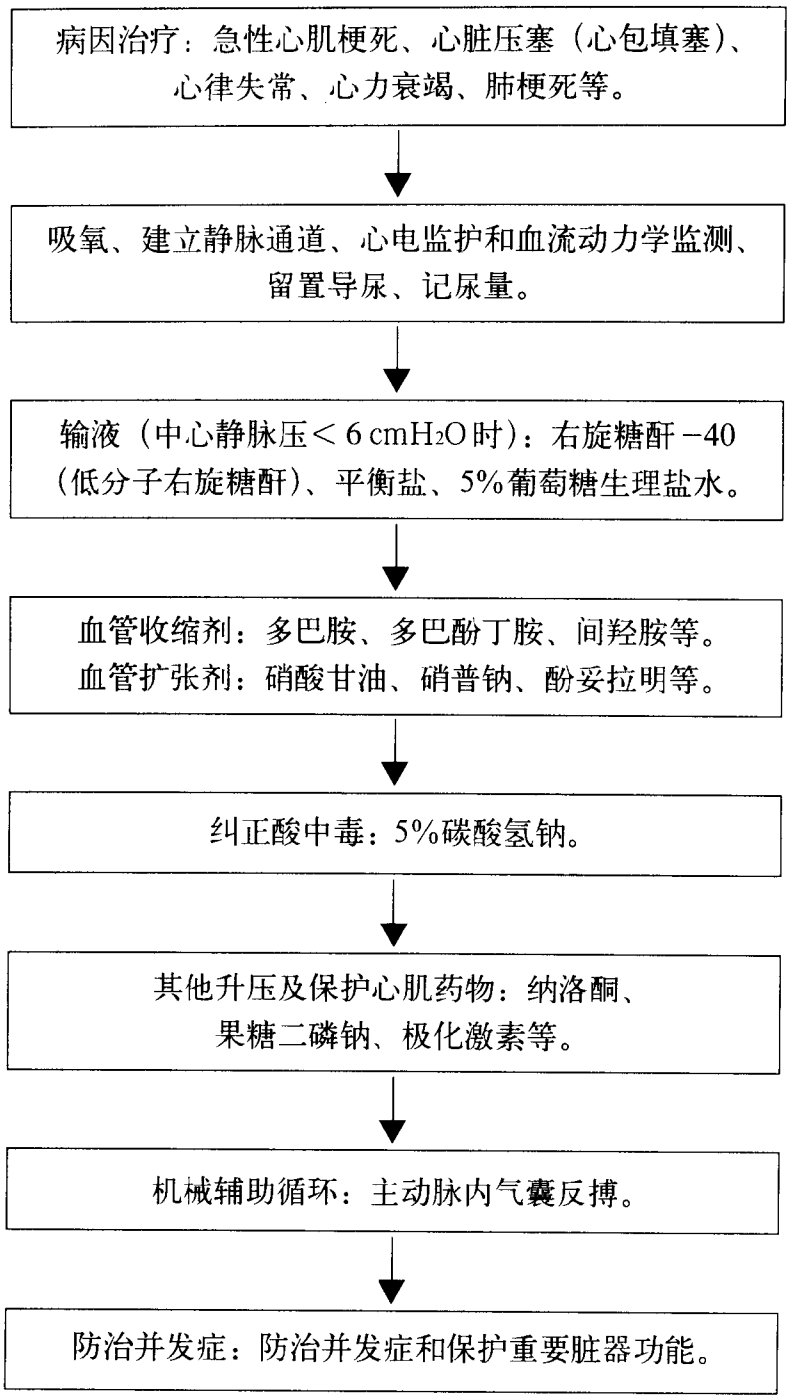
6. 改善心肌供血。

7. 纠正酸中毒、维持水、电解质平衡。

8. 中医中药丹参液、川芎液、升阳注射液等。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

八、心源性休克抢救程序



注：1kPa=10.2 cmH2O

九、过敏性休克抢救预案

诊 断 要 点

1. 有过敏接触史，起病迅速。

2. 表现胸闷、喉头堵塞感，继而呼吸困难、发绀、濒死感，严重者咳出粉红色泡沫样痰。

3. 常有剧烈的肠绞痛、恶心、呕吐或腹泻。

4. 意识障碍、四肢麻木、抽搐、失语、大小便失禁、脉细弱、血压下降。

抢 救 措 施

1. 立即停用或清除引起过敏反应的物质。

2. 0.1%肾上腺素 0.5～1.0ml，肌注或静注。

3. 地塞米松 10～20mg 静脉推注。

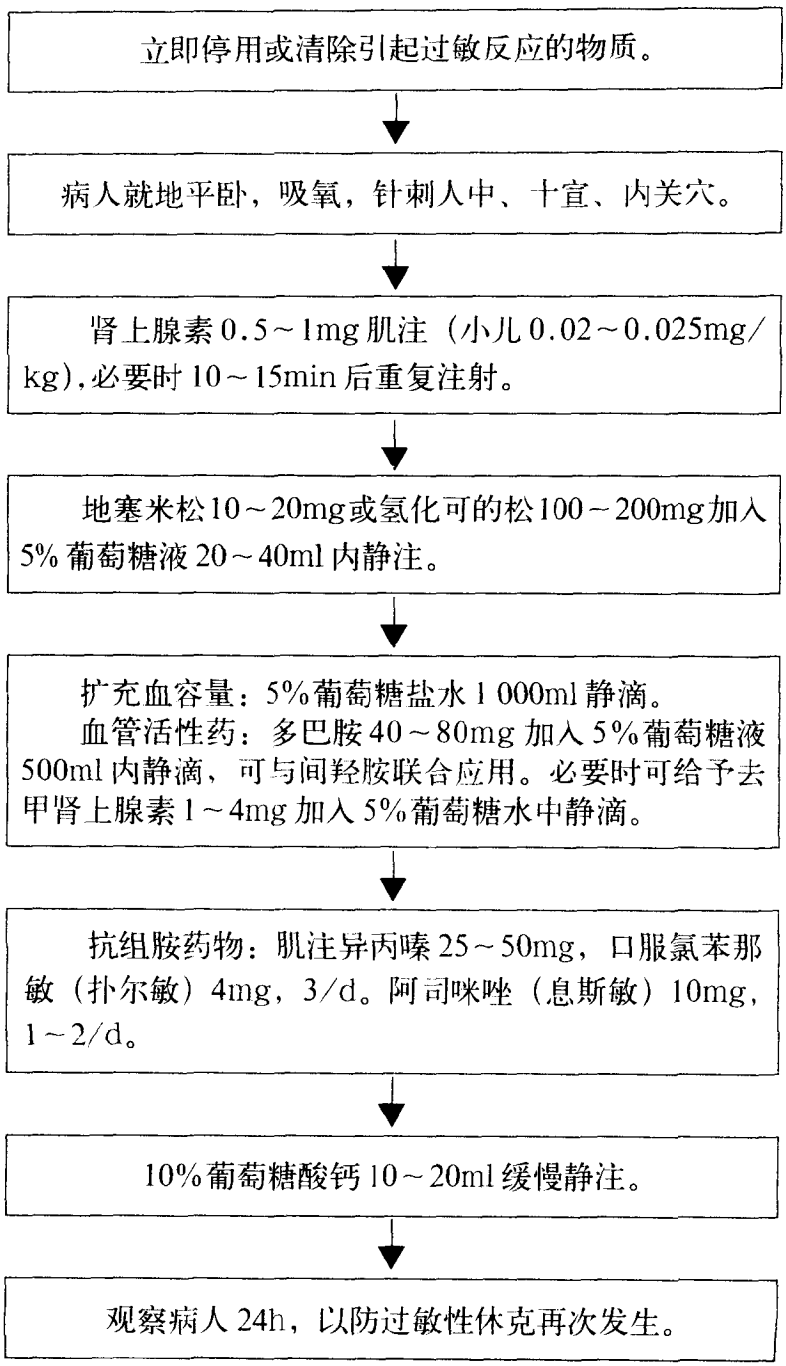
4. 保持呼吸道通畅，必要时紧急气管插管。

5. 补充血容量：平衡盐水 500～1 000ml ，静滴。

6. 血管活性药物：多巴胺、间羟胺，必要时用去甲肾上腺素 1～4mg 加入 500ml 溶液中，静滴。

7. 抗组胺药物 异丙嗪、氯苯那敏（扑尔敏）、阿司咪唑（息斯敏）、色甘酸钠或 10%葡萄糖酸钙 20ml，静脉缓注。

十、过敏性休克抢救程序


立即停用或清除引起过敏反应的物质。
病人就地平卧，吸氧，针刺人中、十宣、内关穴。
肾上腺素0.5～1mg肌注（小儿0.02～0.025mg/kg），必要时10～15min后重复注射。
地塞米松10～20mg或氢化可的松100～200mg加入5%葡萄糖液20～40ml内静注。
扩充血容量：5%葡萄糖盐水1 000ml静滴。
血管活性药：多巴胺40～80mg加入5%葡萄糖液500ml内静滴，可与间羟胺联合应用。必要时可给予去甲肾上腺素1～4mg加入5%葡萄糖水中静滴。
抗组胺药物：肌注异丙嗪25～50mg，口服氯苯那敏（扑尔敏）4mg，3/d。阿司咪唑（息斯敏）10mg，1～2/d。
10%葡萄糖酸钙10～20ml缓慢静注。
观察病人24h，以防过敏性休克再次发生。

十一、低血容量性休克抢救预案

诊 断 要 点

1. 多见于较大血管损伤、肝脾破裂、严重创伤等原因。

2. 病人烦躁不安或表情淡漠，皮肤苍白、湿冷，尿量少。

3. 呼吸困难、心率快，脉弱、收缩期血压低于90mmHg，或脉压差＜ 30mmHg。

4. 中心静脉压降低。

5. 红细胞数、血红蛋白量、血细胞比容（血球压积） 低于正常值。

注： 1mmHg=0.133kPa

抢 救 措 施

1. 急诊手术，或在抗休克同时积极准备手术。快速输血或血浆 500～1 000ml ，亦可先予羟乙基淀粉（706 代血浆）500～1 000ml

2. 林格液 1 000～2 000ml 静滴。

3. 休克时间过长者在补足血容量、血压维持正常后，应给多巴胺、酚苄明等血管扩张药。

4. 如无血源时，可用 0.9%盐水 2 000～3 000ml加氨甲苯酸（止血芳酸）0.2～0.6mg 静滴。

5. 纠正酸中毒。

6. 应用激素，地塞米松 20～40mg，或甲泼尼龙（甲基强的松龙）80～160mg 静注。

7. 吸氧

需要全本请访问 www.ertongbook.com