

## 危重病醫學重點

- 1 . 急性呼吸衰竭是指：  $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$  ，伴或不伴  $\text{PaCO}_2$  增高
- 2 . ALI 的氧合指数： $\leq 300\text{ mmHg}$
- 3 . 目前治疗 ALI 及 ARDS 最重要也是最具有肯定疗效的措施是 机械通气支持
- 4 . 低钠血症的血清钠浓度是低于多少？  $135\text{mmol/L}$
5. 高钾血症的血清钾浓度是高于多少？  $.5.5$
6. 一般输氯化钾的速度是多少？  $10\text{-}20\text{mmol/h}$
- 7 . 下列哪种疾病不能应用高压氧治疗 张力性气胸
- 8 、 . 心肌缺血最初期、最敏感的指標是： 区域性室壁运动异常
- 9 、 . 诊断心跳骤停确实切根据：大动脉搏动消失
- 10 、 2 人实行心肺复苏术，心脏按压与人工通气之比为： $15 : 2$
- 11 、 下列静脉麻醉药中最易引起术后精神情感变化的是： 氯胺酮
- 12 . 急性心力衰竭时血流动力学变化是： $\text{CO}$  减少
- 12 . ARDS 的氧合指数？  $\leq 200\text{ mmHg}$
- 14 . 男，34 岁，上消化道大出血经输血输液后，测中心静脉压  $22\text{cmH}_2\text{O}$  ，血压  $70/50\text{mmHg}$

, 应考虑 . 心功能不全

15 . 急性左心衰患者最经典的临床体现是 . 肺水肿

16 . 应激时机体分泌减少的激素是 : 胰岛素

17 . 输血 20ml 後, 患者发热、頭痛、腰部剧痛、心前区有压迫感、皮肤出现荨麻疹、血压 70 / 50mmHg , 应考虑 ; 溶血反应

18 . Allen 试验的目的是检查 : 尺动脉的循环功能

19 . 下面哪些说法是对的 : 长期吸氧时  $FiO_2$  不应超过 60%

20 . 误吸时发生的肺损伤程度与...直接有关 误吸的胃内容物的 PH 值

21 . 急性肺水肿时维持气道畅通的措施是 : 充足负压吸入加吸入 95% 乙醇

23 出现过敏性休克应立即注射 肾上腺素

25 . 术中输血最重要的目的是 . 改善氧的运送能力

26 . 一位司机在饭后发生车祸, 全身多处受伤, 昏迷。现场急救和在转运途中, 维持呼吸道畅通的最佳措施是 : 插入带气囊的气管导管

27 . 危重病人实行完全胃肠外营养的时机是 . 代谢反应急性期 ( 2~5 天 ) 过后

28 、 PAP 与 PCWP 是反应 : 右心后负荷与左心前负荷的指标

30 、 国际上多采用的需降颅压治疗的临界值为 : 20mmHg

- 31、深度低温為： 28 °C
- 33、全身麻醉状态下，溶血反应的重要症状是：血紅蛋白尿、创面严重渗血以及低血压
- 36、低钾血症 血清钾低于 3.5 mmol/L
- 39、急性呼吸衰竭是： PaCO<sub>2</sub> >50mmHg PaO<sub>2</sub> <60mmHg
- 40、小气道功能监测最敏感的指標是： FDC（即动态顺应性的频率依赖性）
- 41、 激活全血凝固時間正常值為： .90 — 130s
- 42、 休克的最重要特性是 组织微循环灌流量锐減
- 43 休克時易发生的酸碱失衡类型是 代謝性酸中毒
- 44 . 急性呼吸衰竭是指： PaO<sub>2</sub> <60mmHg ，伴或不伴 PaCO<sub>2</sub> 增高
- 45 高钾血症的血清钾浓度是高于 5.5
- 49 . 患者口渴，尿少，尿中钠高，血清钠 >145mmol/L, 其水与電解质平衡紊乱的类型是： 高渗性脱水
- 50 . 左心功能不全時发生呼吸困难的重要机制是： 肺淤血、肺水肿
- 51 . 葡萄糖和胰岛素静脉输入可治疗： 高钾血症
- 55 . CVP 是指： 腔静脉与右房交界处的压力
- 56 反应心脏前负荷的指標： LVEDP

68. 左心衰竭時 射血分数減少，心脏指数減少，肺動脉楔压升高
72. 葡萄糖和胰岛素静脉输入可治疗 低钾血症
76. 正压通气時有关气道压力對的的是 成人 15~20 cmH<sub>2</sub>O 、小儿 12~15 cmH<sub>2</sub>O
- 77 形成颅内压最重要的原由于 颅内灌注压
24. 输血 1 ~ 2 小時，患者寒战、高热 40 °C 、頭痛、血压 120 / 80mmHg ，考虑 发热反应
78. 细胞内液 (ICF) 的重要渗透离子為 钾离子
79. 围术期液体治疗的重要目的在于 补充丢失或转移的细胞外液
80. 胸外電除颤初次除颤電能成人应选择 200 J
82. 有关通透性肺水肿對的的是 肺毛细血管通透性发生变化
83. 危重病人实行完全胃肠外营养的時機是 代謝反应急性期 ( 2~5 天 ) 過後
84. 大量输血是指 紧急输血量超過病人血容量的 1.5 倍以上或者 1 小時内输血量相称于病人血容量的 1/2
- 86 . 休克是 组织灌注局限性和器官的功能紊乱是休克的共同特性
90. AHA 颁布的 CPR 指南提议：從小儿 ( 除新生儿外 ) 到成人的所有停跳者，單人 CPR 時，胸外心脏按压 - 人工呼吸比统一為 30 : 2
- 96 . 影响 CO 的原因有 心脏前负荷 心脏後负荷 心率 心肌收缩性

97 . 氧疗的并发症有 吸取性肺不张 氧中毒

101 、 高压氧的绝对禁忌症为：未经处理的气胸

103 、 正常人在  $pH = 7.40$  、  $PCO_2 = 40 \text{ mmHg}$  、  $BE = 0$  、 体温在  $37^\circ\text{C}$  下，  $P_{50}$  的正常值是：  
26.6 mmHg

104 、 CVP 的正常值：5~10 cmH<sub>2</sub>O

106 、 CVP 是反应：右心前负荷的指标

109 、 临床检测围术期心肌缺血最有效的措施：多导联 ECG

110 、 有关围术期心肌缺血下列哪项是对的？多巴酚丁胺既可以增长耗氧又可以减少耗氧

113 、 创伤后应激反应是：创伤引起的一系列神经内分泌和代谢的综合反应

114 、 血清钾正常值是：3.5~5.5 mmol/L

119 、 正常人血浆中  $\text{HCO}_3^- / \text{H}_2\text{CO}_3$  之比为：20 : 1

120 、 急性肺水肿最经典的临床体现 急性呼吸困难，咯出大量粉红色泡沫痰

121 、 休克初期（缺血性缺氧期）的病理生理特点是：微循环收缩，组织液回流入血，血液重新分布

122 . 影响心肌耗氧量的三个重要原因 心率 心肌收缩力 心室内压

124 、 低钠血症的血清钠浓度是低于多少？135mmol/L

126、低浓度吸氧的  $FiO_2$  是： $< 35\%$

130、心肺复苏时首选给药途径是：静脉内给药

131、呼吸衰竭并发右心衰竭的原因 心肌损害 肺动脉高压

133 哪些原因可使心肌耗氧量增长：心率增长 心脏的前后负荷增长 心肌收缩力增长

134、可以治疗室性心律失常的药物有：利多卡因 胺碘酮 普罗帕酮

137. 反应心脏前负荷的指标： $LVEDV$ 、 $PAWP$ 、 $CVP$ 、 $LVEDP$

149、患者出现心动过速，也许是由于心输出量减少和血压减少所致，这种反应的内脏传出神经是：颈、胸交感神经的心支

150、创伤初期引起尿量减少的原因：肾血流量减少、血容量局限性、醛固酮含量增多、肾血管收缩

151、男，28岁，II度烧伤，总面积65%，口渴明显，脉搏110次/分，血压80/60mmHg，尿量30ml/小时，心电图示心律不齐。该病人应考虑：低血容量性休克

152、某患，有慢性阻塞性肺疾病，合并肺感染，呼吸困难。现采用的措施哪项是对的 低浓度吸氧

161 创伤后机体高代谢状态的体现 高氧耗量、氧耗与氧输送依赖 通气量增长 基础代谢率明显升高

169、某患者血  $pH 7.49$ ， $PaCO_2 6.67kPa(50mmHg)$ ， $[HCO_3^-] 40mmol/L$ ，其酸碱平衡紊乱的类型 代谢性碱中毒

170. 应激时交感 - 肾上腺髓质系统兴奋所产生的防御性反应包括 心率增快、心肌收缩力增强 支气管扩张加强通气 增进糖原分解使血糖升高 血液重分布

172 . 女患，69 岁，术後 6h 出現神志障碍、昏迷。试验室检查成果：血糖 40mmol/L，血酮体正常，血浆渗透压 370 mmol/L，血气分析 pH 7.34。可判断此患者 高渗性非酮症高血糖昏迷

181• 肠内营养的長处有：维持肠黏膜的屏障功能 使用以便，价格较廉 增進肠道蠕動，增長肠血流，保证营养吸取和运用 营养物质經门静脉输送到肝内，有助于合成内脏蛋白与代謝调整

184• 应激時糖皮质激素分泌增長的生理意义：稳定溶酶体膜 增進蛋白质的糖异生 克制化學介质的合成，減輕炎症反应，減少组织损伤 改善心血管系统功能

減少肾小球入球血管阻力，增長肾小球的滤過率

185 . 吗啡用于治疗急性肺水肿的作用是：

松弛呼吸道平滑肌，改善通气 扩张小動脉，減少回心血量 镇静，減少耗氧量 減少外周静脉张力，減少回心血量減少肺毛细血管静水压，減輕肺水肿

188 過敏性休克的临床体现：喉水肿、喉痉挛 面色苍白、四肢厥冷、血压下降 頭暈、乏力、眼花、神志淡漠或烦躁不安 全身皮肤潮紅、有荨麻疹 晕厥、昏迷、抽搐

193 . ARDS 的诊断原则：

急性起病 X 线胸片示双肺浸润影 PAWP  $\leq$  18 mmHg PaO<sub>2</sub> /FiO<sub>2</sub>  $\leq$  200 mmHg

196 . 凝血机制障碍可致外科手术過程出血，重要原因有 凝血因子异常 麻醉药物對凝血机制有一定影响 休克 手术期间输入大量库存血 某些脏器手术影响毛细血管功能

217 . “生存链”的环节包括 初期启动 EMS 初期 BLS 初期除颤 初期 ALS

226. 输血的适应征 创伤和失血 . 贫血 严重感染 凝血功能障碍 替代血液中的有害物质

227. 发生溶血性输血反应對的的处理是 . 立即停止输血 保护肾功, 碱化尿液 激素治疗

232. 肺复张性肺水肿的特點是: 多見于负压吸引的進行性肺不张、 50 %发生在 30 岁如下的年轻人、 短時間內吸引大量的胸腔积液, 不小于 ml、 水肿液蛋白含量与血浆蛋白之比不小于 0.6、 临床上多見胸腔积气、 积液 3 個月以上者

233、大量输血的适应证: 低血容量性休克、 创伤或手术引起的迅速大量出血。

234、成分输血: 是将全血中的多种成分分离出来, 制成一定原则的制品, 根据患者的病情進行选择性输注。

### 三、名詞解释

危重病醫學: 是一门综合运动現代醫學最新监测和治疗手段、 從整体出发對急性危重患者進行救治的临床學科。

1 動脉氧分压  $PaO_2$ : 指物理溶解于動脉血中的氧分子所产生的压力, 正常人  $PaO_2$  為 80~100 mmHg, 并随年齡的增長而呈進行性的下降, 其反应机体的氧合状态。

2 血氧饱和度( $SO_2$ )是血液中被氧結合的氧合血紅蛋白的容量占有所有可結合的血紅蛋白容量的比例。脉搏血氧饱和度  $SpO_2$  由脉搏血氧饱和度仪测得, 正常值為 92%~99%。 $SpO_2$  反应氧向组织转运波及的各环节的综合作用

3 混合静脉血氧饱和度  $SVO_2$ : 可經右心导管自肺動脉内取血直接测量, 正常值為 65%~75%是反应由心排出量、動脉血氧饱和度、血紅蛋白量决定的氧供与氧耗之间平衡关系的指標, 氧供減少或氧供增長都将导致  $SVO_2$  下降。

4 動脉血二氧化碳分压  $PaCO_2$  是指血液中物理溶解的二氧化碳分子所产生的压力, 正常值 35~45 mmHg, 是反应通气功能和酸碱平衡的重要指標。



5 呼气末 CO<sub>2</sub> 分压 ( PETCO<sub>2</sub>)的监测可反应肺通气,还可反应肺血流。在無明显心肺疾患且 V/Q 比值正常時。ETCO<sub>2</sub> 可反应 PaCO<sub>2</sub> ( 動脉血二氧化碳 ) ,正常 ETCO<sub>2</sub> 為 5%相称于 5KPa(38mmHg)。

6 肺泡气動脉血氧分压差( A-aDO<sub>2</sub> )指肺泡气和動脉血之间的氧分压差是判断氧弥散能力的一种重要指標 , A-aDO<sub>2</sub> 是反应肺换气的指標 , 是判断血液從肺泡摄取氧能力的指標。

8 大量输血指紧急输血量超過患者血容量的 1.5 倍以上 , 或 1 小時内输血量相称于患者的血容量的 1/2 , 常伴有稀釋性血小板減少及纤溶亢進。

9 冷沉淀物 : 具有Ⅷ因子、vW 因子、纤维蛋白原等 , 用于治疗血友病和纤维蛋白原缺乏症 , 也可用于大量输血後广泛渗血患者以及血浆纤维蛋白原 < 0.8~1g/L 者。

10 急性血液稀釋自身输(ANH):在手术當日 , 麻醉前或麻醉後 , 通過一路動脉或者静脉采用一定量的自体血。同步 , 通過另一路静脉迅速补充對应量的晶体或胶体液 , 待手术止血結束後再回輸給患者。

11 急性肺损伤 ALI 和急性呼吸窘迫綜合症是指由多种非心源性原因导致的肺毛细血管内皮和肺泡上皮损伤 , 血管通透性增高的临床綜合征 , 体现為急性 , 進行性加重的呼吸困难、难治性低血压和肺水肿。

13 代偿性抗炎反应綜合征 CARS 指机体在创伤、感染和休克等引起 SIRS 的同步伴发代偿性抗炎反应 , 释放内源性抗炎介质以對抗炎症過程 , 有助于防止和減輕 SIRS 引起的自身组织损伤。

急性期反应 ( APR ) : 创伤、感染、大手术等可诱发机体产生迅速反应 , 如体温升高 , 血糖升高 , 分解代謝增强 , 负氮平衡及血浆中的某些蛋白质浓度迅速变化等 , 這種反应称為急性期反应。這些蛋白称為急性期蛋白 ( APP ) 。

14 休克是由多种病因 ( 如创伤、感染、失血、過敏等 ) 导致组织有效血流量減少的急性微循环障碍 , 导致细胞代謝及重要器官功能障碍的綜合征。

4.CVP : 指腔静脉和右房交界处的压力 , 是反应右心前负荷的指標。

6、第三间隙 手术创伤或感染细胞外液转移到损伤或感染区域称为第三间隙，功能上不再与第一、第二间隙有直接联络成为非功能性细胞外液

7. 血浆胶体渗透压 溶解在血浆中的大分子非离子物质（分子量 $>30000$ ）颗粒所产生的渗透压。人体血浆渗透压重要由白蛋白产生。正常值为 25 mmHg。在维持血管容量和防止组织水肿方面起十分重要作用

9 .FRC 功能残气量。指安静呼气后肺内残留的气量。正常成年男性 2300 ml，女性 1600 ml。缓冲肺泡气体分压的变化，减少通气间歇时对肺泡内气体互换的影响。FRC 减少阐明肺泡缩小和塌陷

10 .TPN 完全胃肠外营养：通过消化道以外的途径（重要是静脉）为病人提供充足的能量及全面营养物质，以到达防止和纠正营养不良，增强病人的体质和对创伤的耐受力，增进病人早日康复的目的

12 .MODS 多器官功能障碍综合征。严重创伤、烧伤、大手术、休克和感染等过程中，在短时间内同步或相继出现两个或两个以上的器官功能损伤，以致不能维持内环境稳定的综合征。

13 .SIRS 全身炎症反应综合征。严重创伤和（或）继发严重感染时，机体产生大量的炎症介质，呈“级联”样激活，当机体的抗炎反应局限性以抗衡时，便发生 SIRS。病理生理变化是全身持续高代谢状态、高动力循环、以细胞因子为代表的多种炎症介质的失控性释放，引起多种器官系统功能不全

14. P 50 是指血氧饱和度 50%时的氧分压。正常人在  $\text{pH} = 7.40$ 、 $\text{PaCO}_2 = 40 \text{ mmHg}$ 、 $\text{BE} = 0$ 、体温在  $37^\circ\text{C}$  下，P50 的正常值是 26.6 mmHg。是反应氧释放功能、Hb 与  $\text{O}_2$  亲和力的常用指标，P50 减少，则氧离曲线左移，P50 增大，则氧离曲线右移

15.创伤后机体反应 创伤后机体反应亦称创伤后应激反应是指机体受到创伤后所出现的以神经内分泌系统反应为主、多种系统参与的一系列非特异性全身反应

16.  $Q_s/Q_t$  : 指每分钟从右心排出的血中未经肺内氧合直接进入左心的血流量占心排出量的比率。

17 SB : 为原碳酸氢盐，是指血温在 3

7°C，血紅蛋白充足氧飽和的條件下，經用 PCO<sub>2</sub> 為 40mmHg 的氣體平衡後所測得的碳酸氫鹽的濃度。

18 PTSD：精神創傷性應激障礙指患者在意識清醒的狀況下經歷了殘酷戰爭、嚴重創傷、恐怖後出現的一系列心裏與精神障礙，女性多見。

氧攝取率 (ERO<sub>2</sub>)：是在毛細血管處組織細胞從動脈血中攝取氧的比例，正常值為 22%~32。

19 . PCWP：肺毛細血管楔壓，在肺小動脈楔入部位所測得的壓力，正常值 5~12mmHg。

21 . BIS 雙頻譜指數，是將代表不一樣鎮靜水平的多種腦電信號挑選出來。進行原則化和數字化處理，最終轉化成的一種簡樸的量化指標。是目前以鬧點來判斷鎮靜水平和麻醉深度的較精確的措施。

22 . 最佳 PEEP 使肺順應性最佳、萎陷的肺泡膨脹、氧分壓最高、肺內分流降至最低及氧輸送最多，並且對心排血量影響最小時的 PEEP 水平

23 . 陰離子間隙 AG 指血漿中未被檢出的陰離子的量，其重要的構成為磷酸、乳酸、酮酸及其他有機酸， $AG = [Na^+] - [Cl^- + HCO_3^-]$

25 . 有效滲透分子和無效滲透分子 將體液中能產生滲透現象的溶質稱為有效滲透分子。體液中具有的能自由透過毛細血管壁或細胞膜的溶質，因其不能產生滲透現象，稱之為無效滲透分子。

26、垂體前葉功能減退危象：是指在原有的垂體前葉功能減退的基礎上，由於多種應激使病情急劇而發生危象。重要體現為高熱及休克、低血糖昏迷、低溫性昏迷、水中毒性昏迷、失鈉性昏迷、鎮靜麻醉劑導致昏迷。

27、甲狀腺功能亢進危象：簡稱甲亢危象，是指甲狀腺功能亢進過程中，由於某種誘因導致甲亢病情急劇惡化，使患者代謝、體溫調整及心血管功能等失代償而危及生命的狀態。

28、急性腎上腺危象：是指多種應激狀態下腎上腺皮質發生急性功能衰竭時所產生的危象綜合征。臨床體現為惡心、嘔吐、嚴重低血壓、脫水、休克，乃至高熱、驚厥、昏迷等。

29. 控制性氧疗 通过严格控制吸入氧浓度来提高血氧饱和度的氧气吸入法。如呼吸机控制呼吸

30. 急性呼吸衰竭：多种病因引起的急性、严重的呼吸功能障碍，重要为肺的通气和/或换气功能严重障碍，以致于在静息并呼吸室内空气状态下亦不能维持足够的气体交换，导致机体缺氧或不伴二氧化碳潴留，从而产生一系列代谢和功能紊乱的临床综合症

#### 四、简答题

1 有创血压监测与无创血压监测的比较

无创：1 安全以便 2 无伤害 3 易接受 4 无并发症 5 数据单一 6 经济合用

有创：1 操作复杂 2 有伤害 3 需签同意书 4 有并发症 5 多种手术 6 价格昂贵

2 有创血压适应症

答 1 各类危重患者和复杂的大手术及有大出血的手术 2 体外循环心内直视手术 3 需行低温和控制性降压的手术 4 严重高血压、休克等需反复测量血压的手术 5 需反复采用动脉血样作血气分析的患者 6 需用血管扩张药或血管收缩药治疗的患者 7 呼吸心跳骤停后复苏的患者

3 防止动脉栓塞形成的措施有 1 注意无菌操作 2 减少动脉损伤 3 持续或常常用肝素稀释液冲洗 4 套管针不适宜太粗 5 末梢循环欠佳时，应立即拔出动脉套管，恢复血供。 6 套管留置时间不适宜超过 4 日。

5 肺动脉压监测的临床意义 1 估计左心功能 2 估计右心功能 3 诊断肺动脉高压和肺动脉栓塞 4 估计心包病变 5 估计瓣膜病变 6 初期诊断心肌缺血。

6 肺动脉导管测压监测：1) 并发症：心律失常；气囊破裂；血栓形成和栓塞；肺栓塞；导管扭曲、打结、折断；肺动脉破裂和出血；感染。 2) 禁忌症：(1) 绝对禁忌症：①三尖瓣或肺动脉瓣狭窄；②右房或右室内肿大（肿瘤或血栓形成）；③F4（法洛氏四联症）。(2) 相对禁忌症：①严重心律失常；②凝血功能障碍；③

近期置起搏导管者；④急性感染性疾病；⑤细菌性心内膜炎；⑥心脏束支传导阻滞。3) 适应证：①ARDS 患者的诊治②低血容量性休克患者的扩容监测③指导与评价血管活性药物治疗时的效果④急性心肌梗死 PAWP 与左心衰竭的 X 线变化有良好的有关性，可估计预后。⑤区别心源性和非心源性肺水肿。

正压通气的适应证：但凡通气局限性或（和）氧合欠佳，面罩吸氧后  $PaO_2 < 60\text{mmHg}$  和（或） $PaO_2/FiO_2 < 150$ ，呼吸急促（ $RR > 30 \sim 35$  次/分）或  $RR < 5$  次/分，肺活量  $< 15\text{ml/kg}$ ， $VT < \text{正常的 } 1/3$ ， $VD / VT > 0.6$  及最大吸气负压  $< 25\text{cmH}_2\text{O}$ ，结合临床患者需要应用机械通气。①外科疾病及手术后呼吸支持②术后呼吸功能支持及呼吸衰竭的治疗③气体交换障碍④呼吸肌活动障碍。正压通气的禁忌证：因机械通气也许是病情加重时相对禁忌，包括气胸及纵隔气肿未进行引流者、肺大泡和肺囊肿、低血容量性休克未补充血容量者，严重肺出血、气管食管瘘等。

7 呼吸机撤离指征：①血流动力学平稳，心排血量、血容量正常，无心律失常；②全身状况好转，神志清晰、安静、无出汗，呼吸平衡。自主呼吸  $RR \leq 25\text{bpm}$ ；③ $VT > 6\text{ml/kg}$ ， $V_c > 10\text{-}15\text{ml/kg}$ ；④吸气负压  $\geq 25\text{cmH}_2\text{O}$ ；⑤ $FiO_2 < 0.6$ ， $PaO_2 > 70\text{mmHg}$ ， $PaCO_2 < 45\text{mmHg}$ ， $PH \geq 7.35$ ；⑥ $CPAP < 5\text{cmH}_2\text{O}$ ；⑦ $VD / VT < 0.6$ 。

拔管指征：①患者清醒②自主呼吸恢复且胸腹式呼吸，运动良好，两肺呼吸音清晰③反射恢复，咳嗽反射活跃④血流动力学稳定⑤无严重心律失常⑥血气分析：自主呼吸吸入空气下： $PaO_2 > 70\text{mmHg}$ ， $PaCO_2 < 45\text{mmHg}$ ， $pH$  为  $7.30 \sim 7.50$ 。

麻醉后短期内出现血气异常的原因：①麻醉药物的残存作用②麻醉中呼吸道分泌物增多③术中过度通气的影响④手术的影响⑤酸碱平衡的异常

8 机械通气的并发症：(1)气管插管，套管产生的并发症：①导管入支气管：一侧肺不张；②导管套囊阻塞；③气管食管粘膜受损；④导管脱出或自动拔管：急性呼吸道梗阻而窒息。(2)呼吸机故障所致的并发症：①漏气：达不到预置潮气量；②接管脱落：机械通气所有停止或呼吸道阻塞；③管道连接错误；④报警装置失灵。

9 长期机械通气的并发症：①通气过度；②低血压；③机械通气引起的肺损伤；④呼吸道感染；⑤氧中毒；⑥胃肠道并发症；⑦少尿。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/096101001005011003>