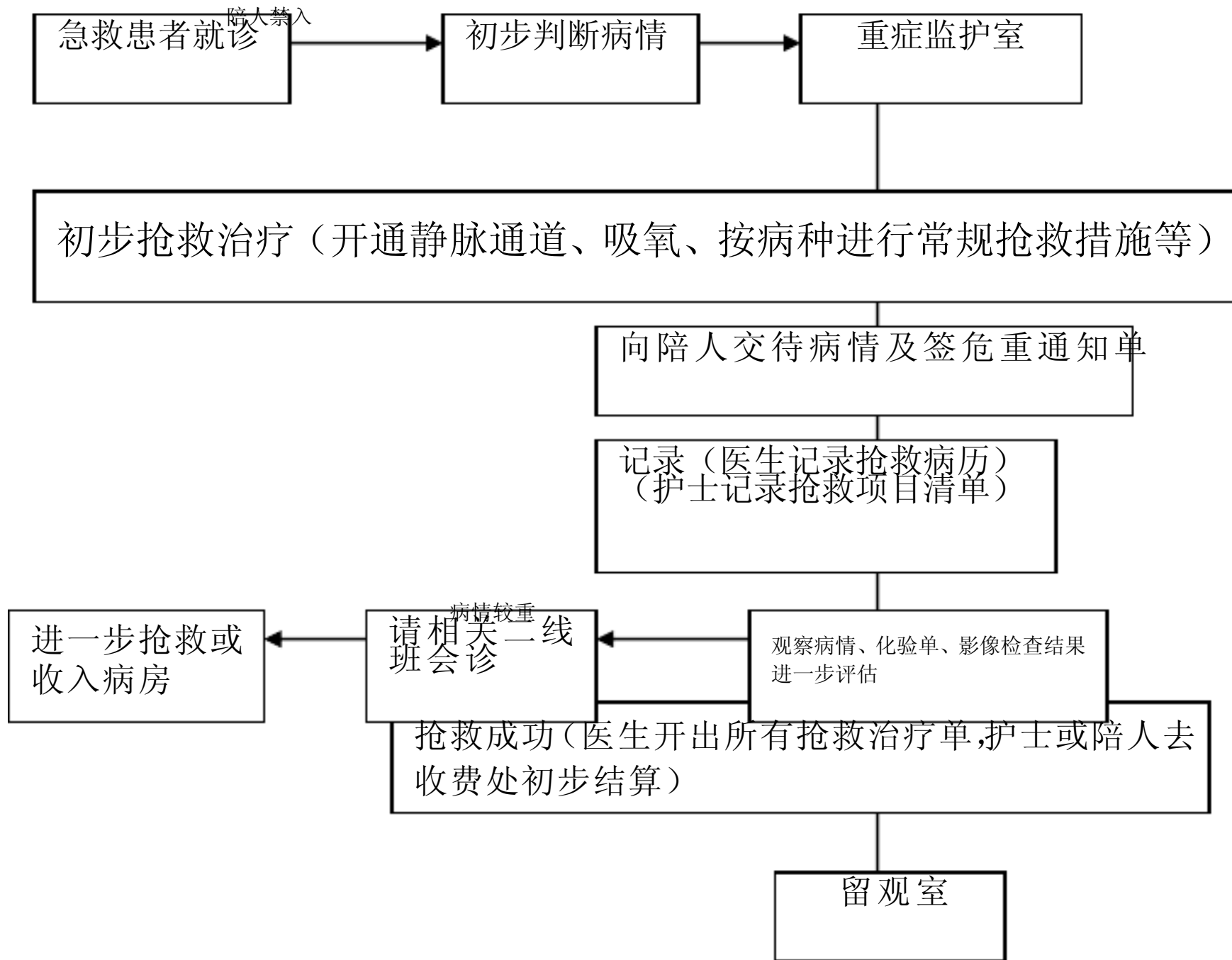


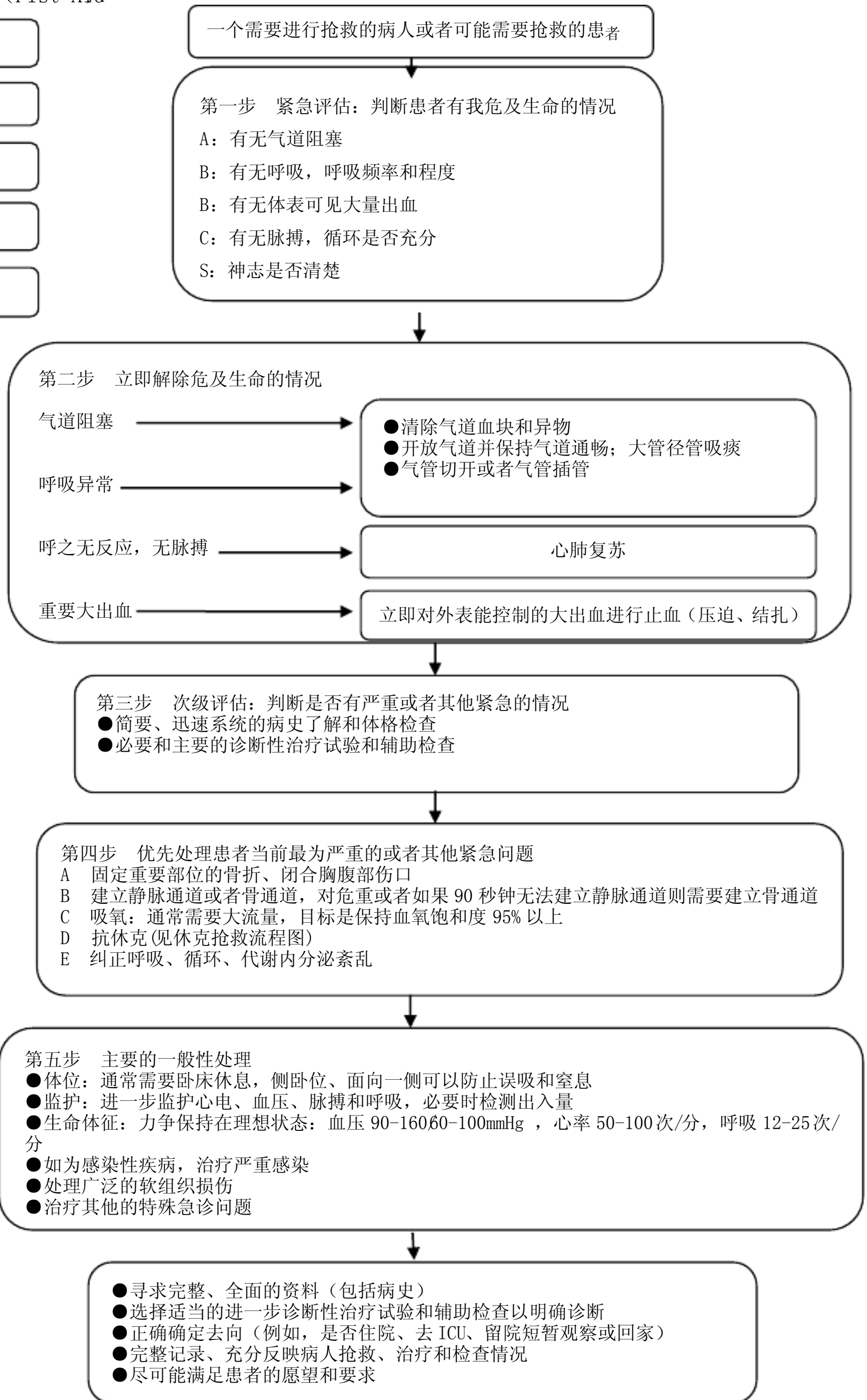
急危重病人抢救流程



说明：1、CT、X、检验等检查项目需根据患者病情及抢救押金情况而定。
2、急救药物若缺可由护士去药房借用后一起结算。

急救通则 (First Aid)

- 紧急评估
- 抢救措施
- 评估和判断
- 一般性处理
- 注释说明



休克抢救流程

血压：收缩压<90mmHg 和（或）脉压差<30mmHg

1

卧床休息，头低位。开放气道并保持通畅，必要时气管插管
建立大静脉通道、紧急配血备血
大流量吸氧，保持血氧饱和度 95% 以上
监护心电、血压、脉搏和呼吸
留置导尿/中心静脉置管测中心静脉压（CVP），记每小时出入量（特别是尿量）
镇静：地西洋 5~10mg 肌肉注射或静脉注射
如果有明显的体表出血尽早止血，以直接压迫为主

2

初步容量复苏（血流动力学不稳定者），双通路输液：
快速输液 20~40ml/kg 林格液或生理盐水，及胶体液（低分子右旋糖酐或贺斯）100~200ml/5~10min
经适当容量复苏后仍持续低血压则给予血管加压药：
收缩压 70~100mmHg 多巴胺 2.5~20μg/(kg·min)
收缩压<70mmHg 去甲肾上腺素 0.5~30μg/min
纠正酸中毒：机械通气和液体复苏无效的严重酸中毒则考虑碳酸氢钠 125ml 静脉滴注

3

评估休克情况：
血压：（体位性）低血压、脉压↓
皮肤表现：苍白、灰暗、出汗、瘀斑
呼吸：早期增快，晚期呼吸衰竭肺部啰音、粉红色泡沫样痰
代谢改变：早期呼吸性碱中毒、后期代谢性酸中毒
头部、脊柱外伤史
血常规、电解质异常
心率：多增快
体温：高于或低于正常
肾脏：少尿
神志：不同程度改变
可能过敏原接触史
心电图、心肌标志物异常

4

病因诊断及治疗

5

心源性休克

6

低血容量性休克

7

脓毒性休克

8

过敏性休克（见“过敏反应抢救流程”）

9

神经源性休克

10

纠正心律失常、电解质紊乱
若合并低血容量：予胶体液（如低分子右旋糖酐）200ml（10min，观察休克征象有无改善）
如血压允许，予硝酸甘油 5mg/h，如血压低，予正性肌力药物（如多巴胺、多巴酚丁胺）
吗啡：2.5mg 静脉注射
重度心衰：考虑气管插管机械通气（见“急性左心衰抢救流程”）

11

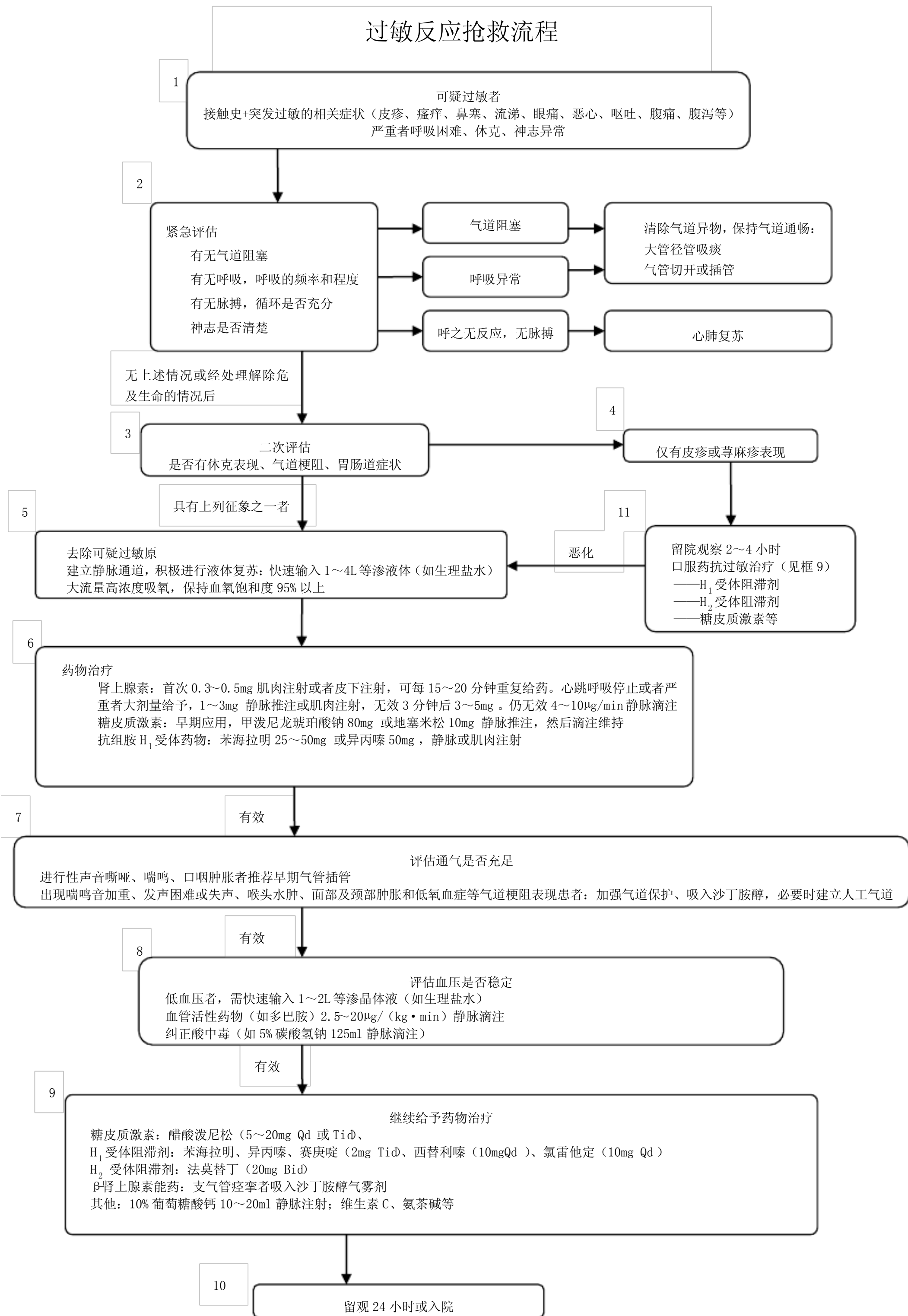
积极复苏，加强气道管理
稳定血流动力学状态：每 5~10 分钟快速输入林格液 500ml（儿童 20ml/kg），共 4~6L（儿童 60ml/kg），如血红蛋白<7~10g/dl 考虑输血
正性肌力药：多巴胺 5~20μg/(kg·min)，血压仍低则去甲肾上腺素 8~12μg 静脉推注，继以 2~4μg/min 静脉滴注维持平均动脉压 60mmHg 以上
清除感染源：如感染导管、脓肿清除引流等
尽早经验性抗生素治疗
纠正酸中毒
可疑肾上腺皮质功能不全：氢化可的松琥珀酸钠 100mg 或甲泼尼龙琥珀酸钠 40mg 静脉滴注

12

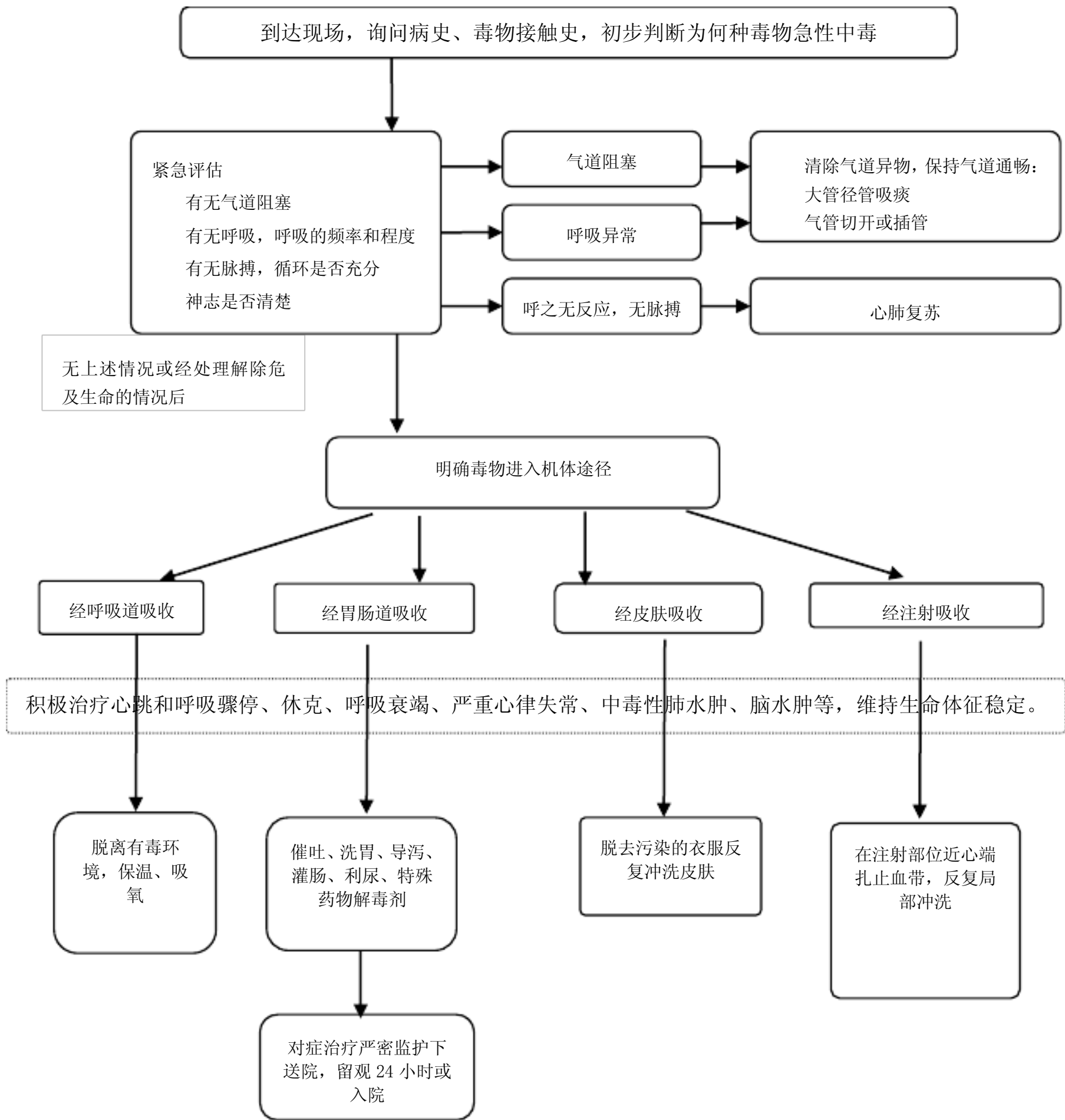
保持气道通畅
静脉输入林格液，维持平均动脉压>70mmHg，否则加用正性肌力药（多巴胺、多巴酚丁胺）
严重心动过缓：阿托品 0.5~1mg 静脉推注，必要时每 5 分钟重复，总量 3mg，无效则考虑安装起搏器
激素：脊髓损伤 8 小时内甲基泼尼松龙 30mg/kg 注射 15 分钟以上，继以 5.4mg/(kg·h)，持续静脉滴注 23 小时
请相关专科会诊

见框 1~2

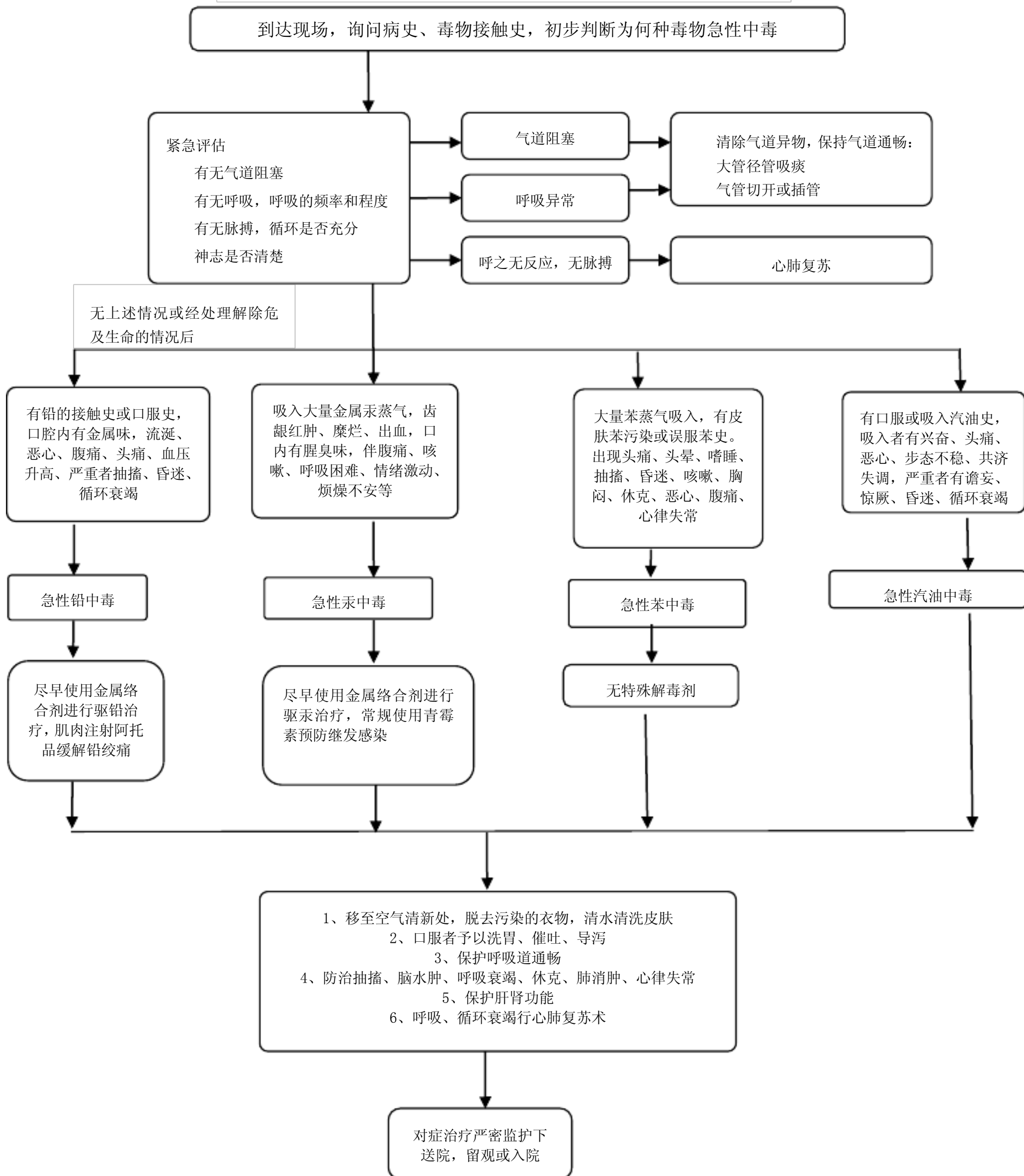
过敏反应抢救流程



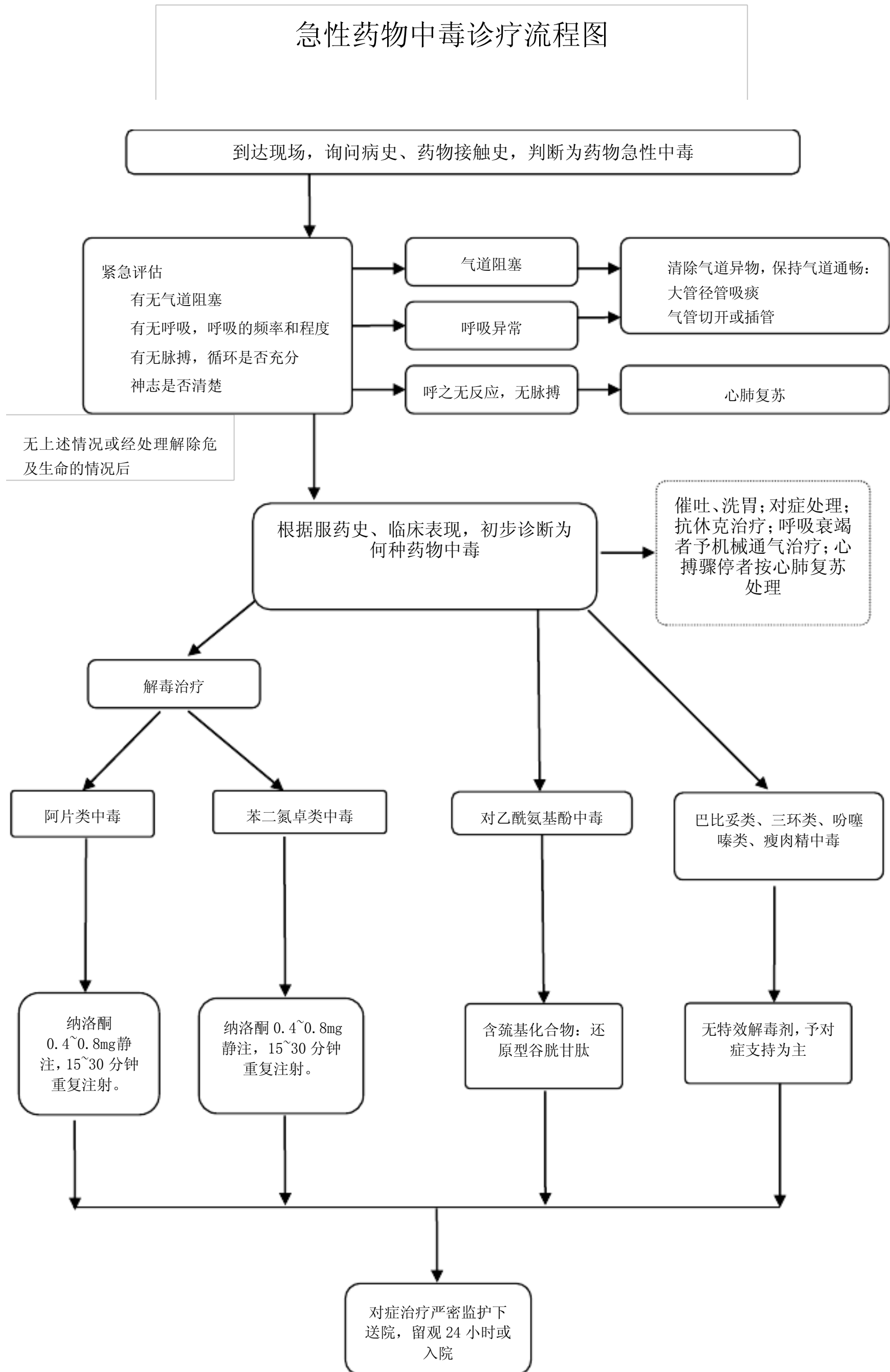
急性中毒诊疗抢救流程图



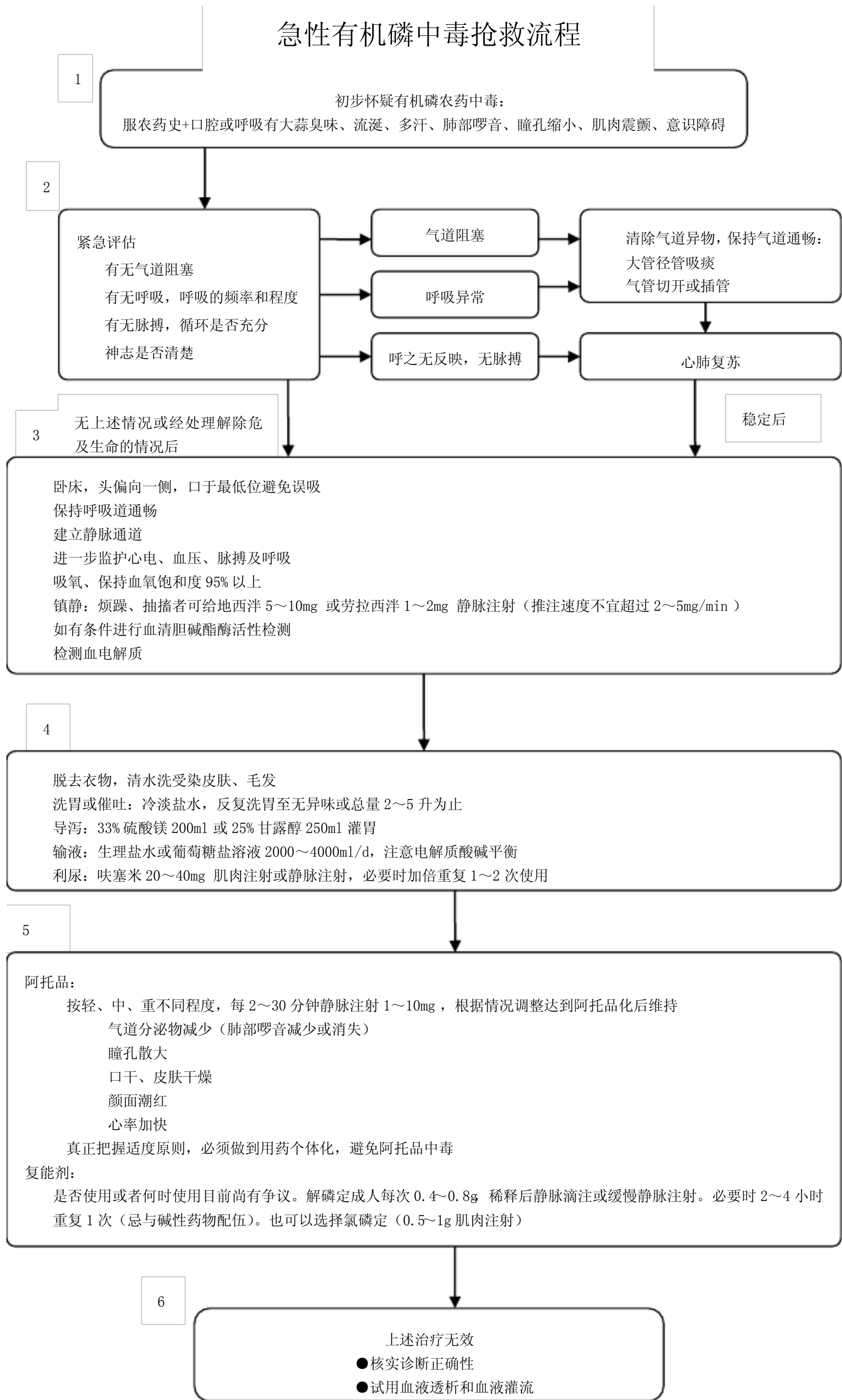
铅、苯、汞急性中毒诊疗流程图



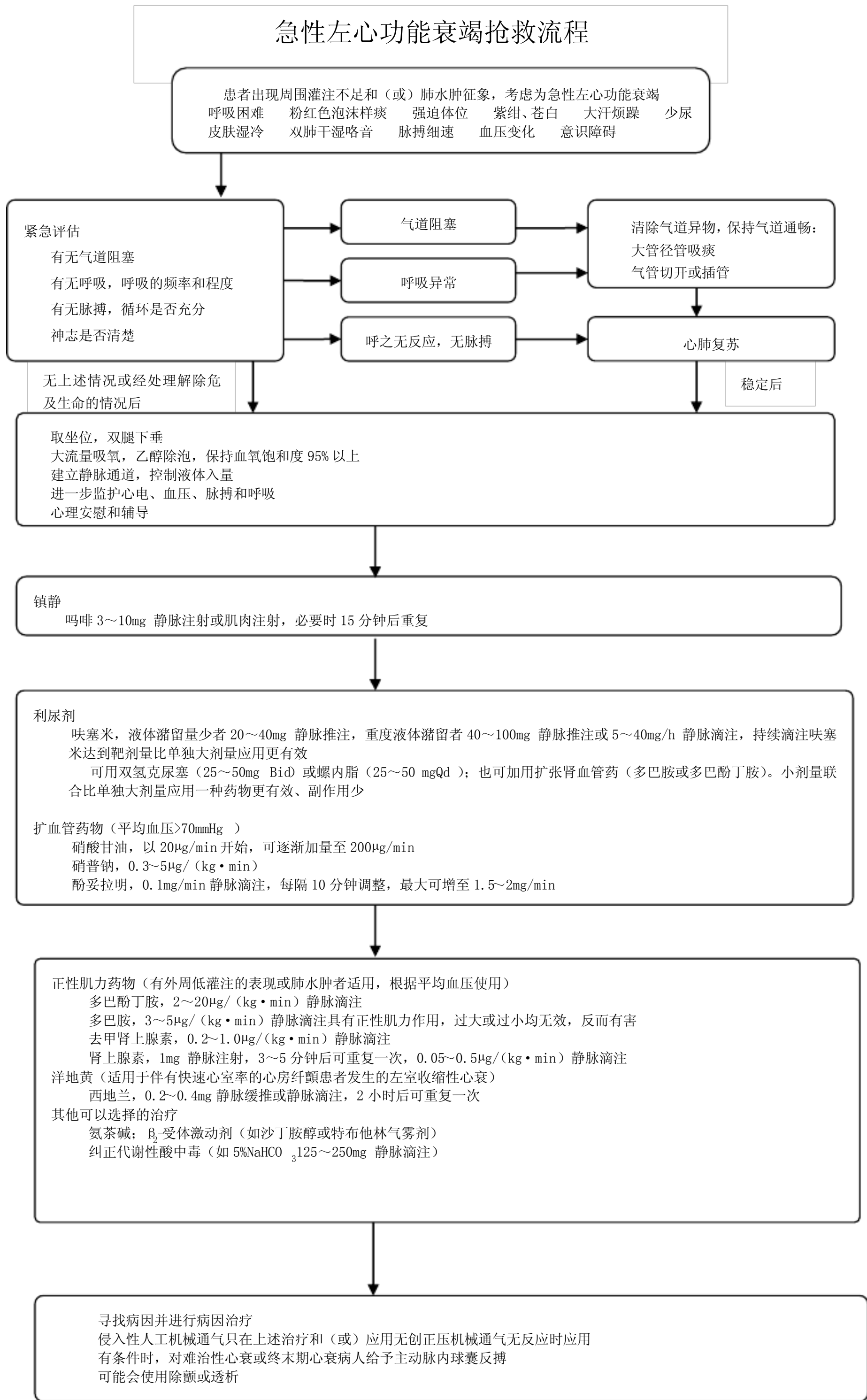
急性药物中毒诊疗流程图



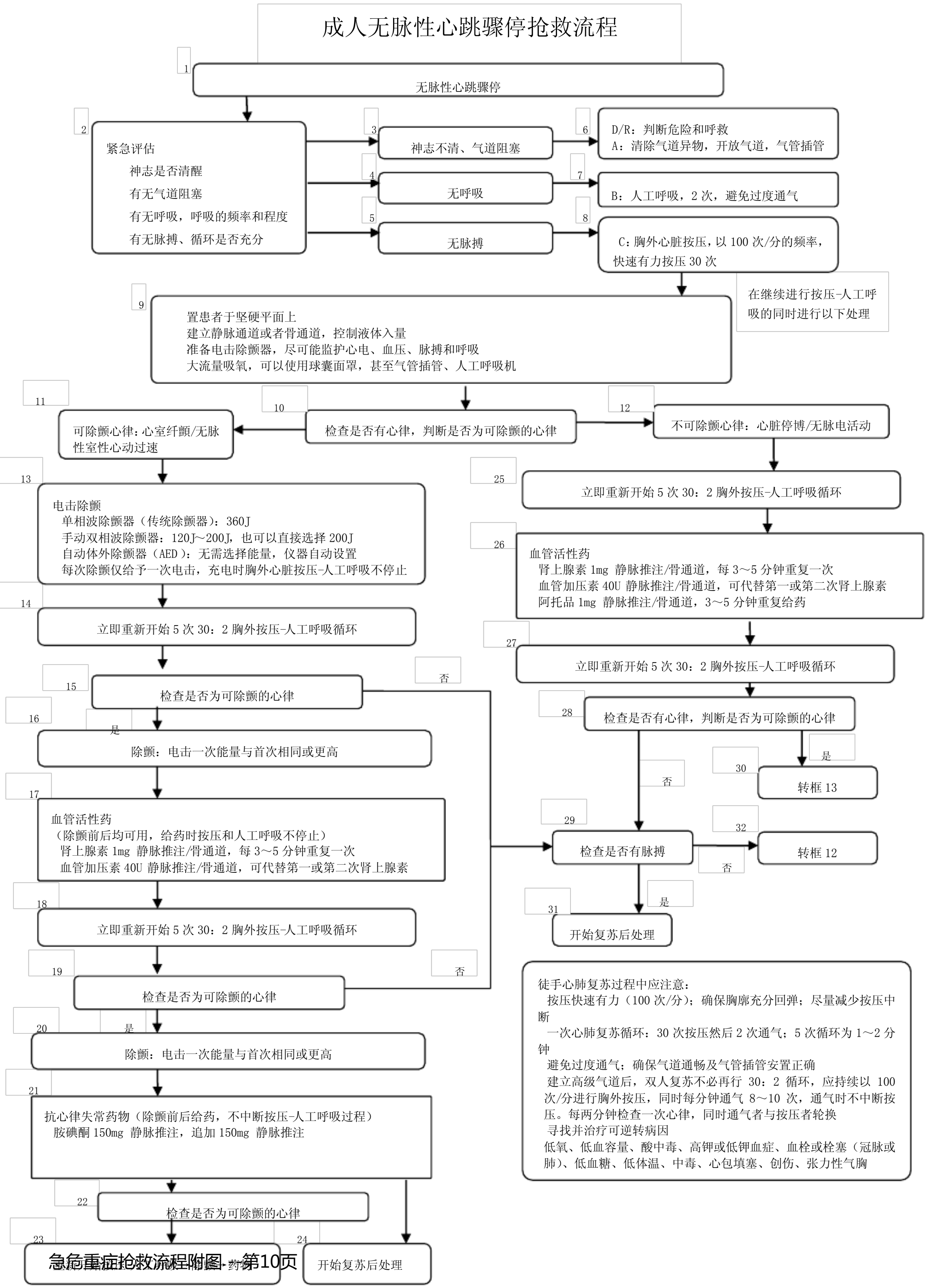
急性有机磷中毒抢救流程



急性左心功能衰竭抢救流程



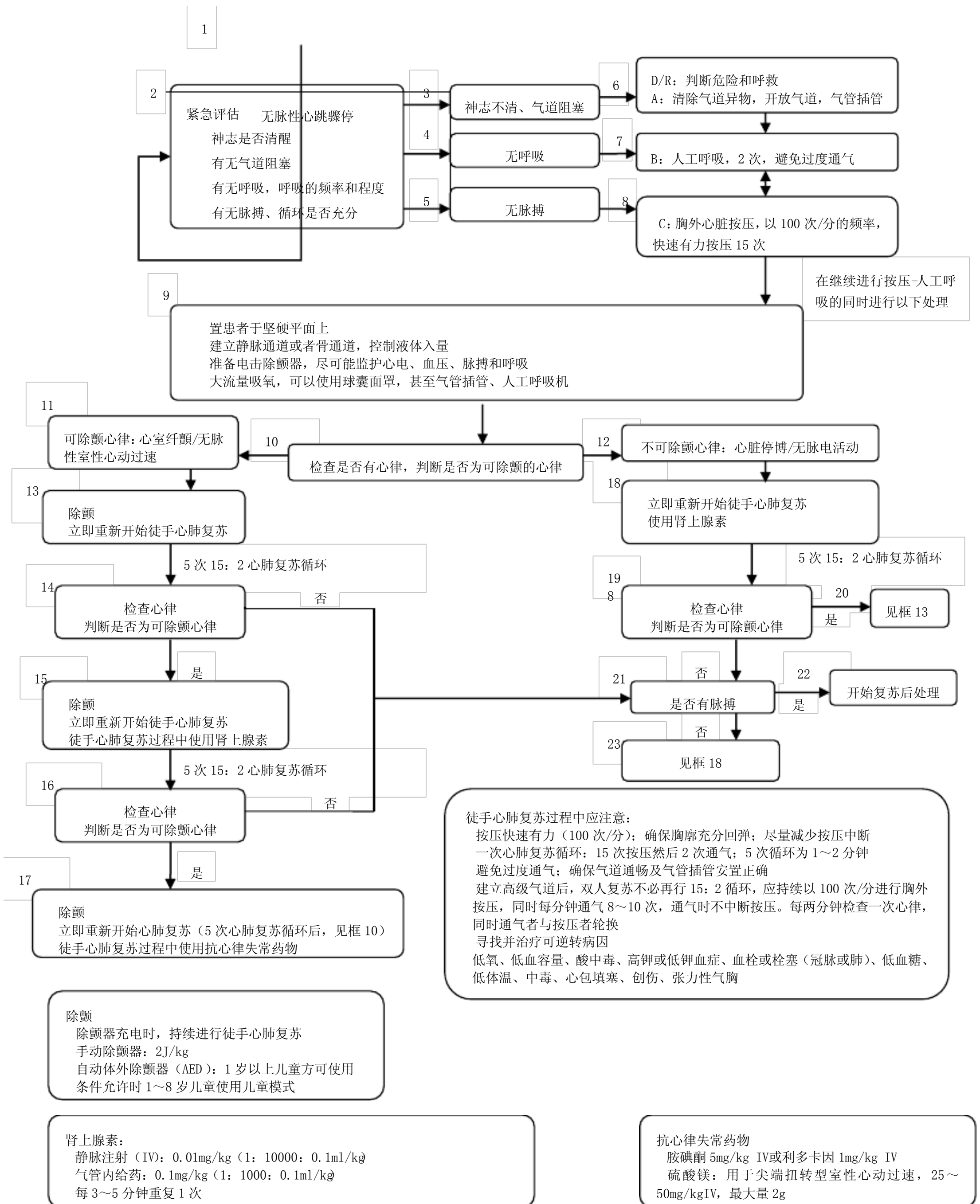
成人无脉性心跳骤停抢救流程



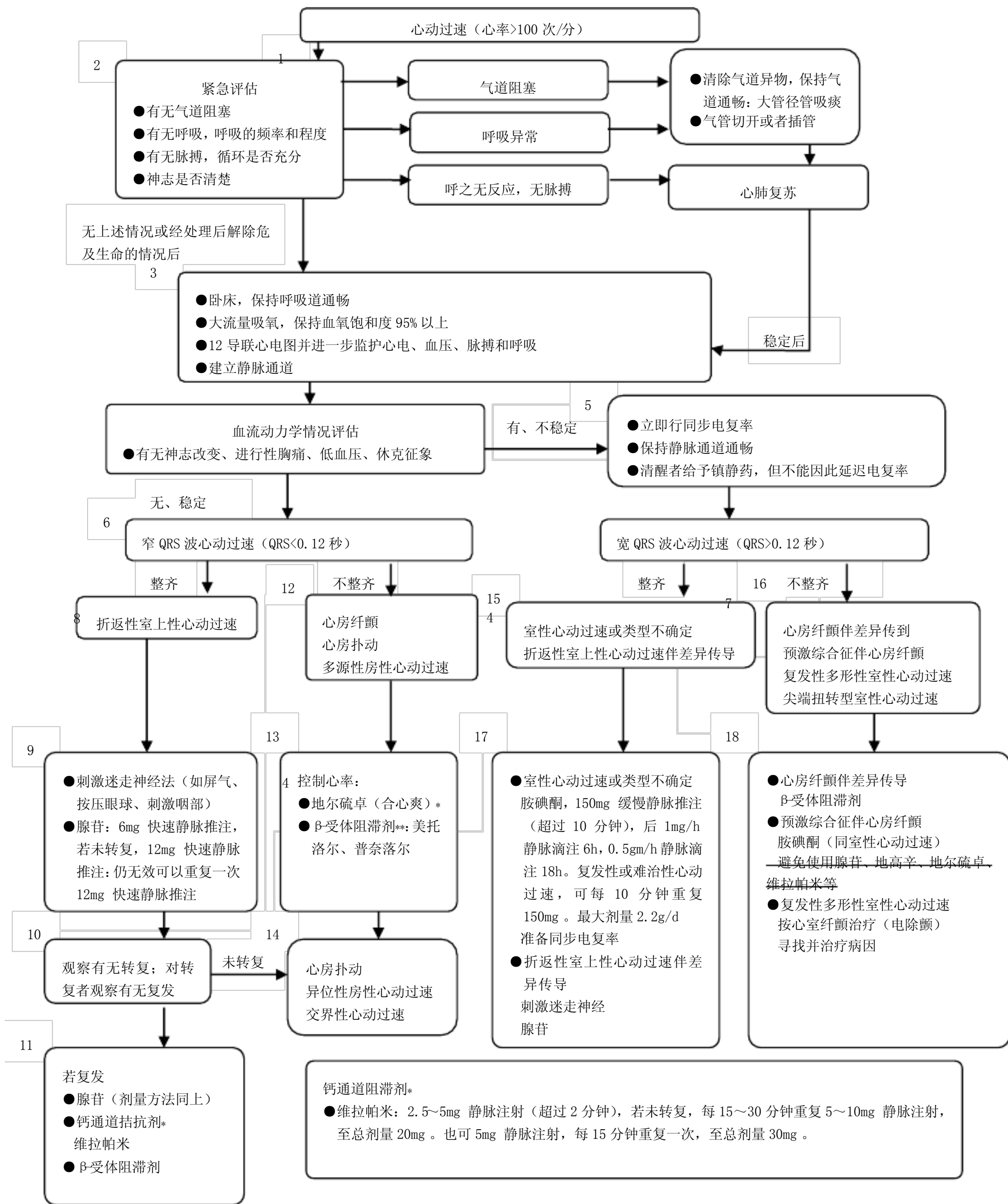
徒手心肺复苏过程中应注意：

- 按压快速有力（100次/分）；确保胸廓充分回弹；尽量减少按压中断
- 一次心肺复苏循环：30次按压然后2次通气；5次循环为1~2分钟
- 避免过度通气；确保气道通畅及气管插管安置正确
- 建立高级气道后，双人复苏不必再行30：2循环，应持续以100次/分进行胸外按压，同时每分钟通气8~10次，通气时不中断按压。每两分钟检查一次心律，同时通气者与按压者轮换
- 寻找并治疗可逆转病因
- 低氧、低血容量、酸中毒、高钾或低钾血症、血栓或栓塞（冠脉或肺）、低血糖、低体温、中毒、心包填塞、创伤、张力性气胸

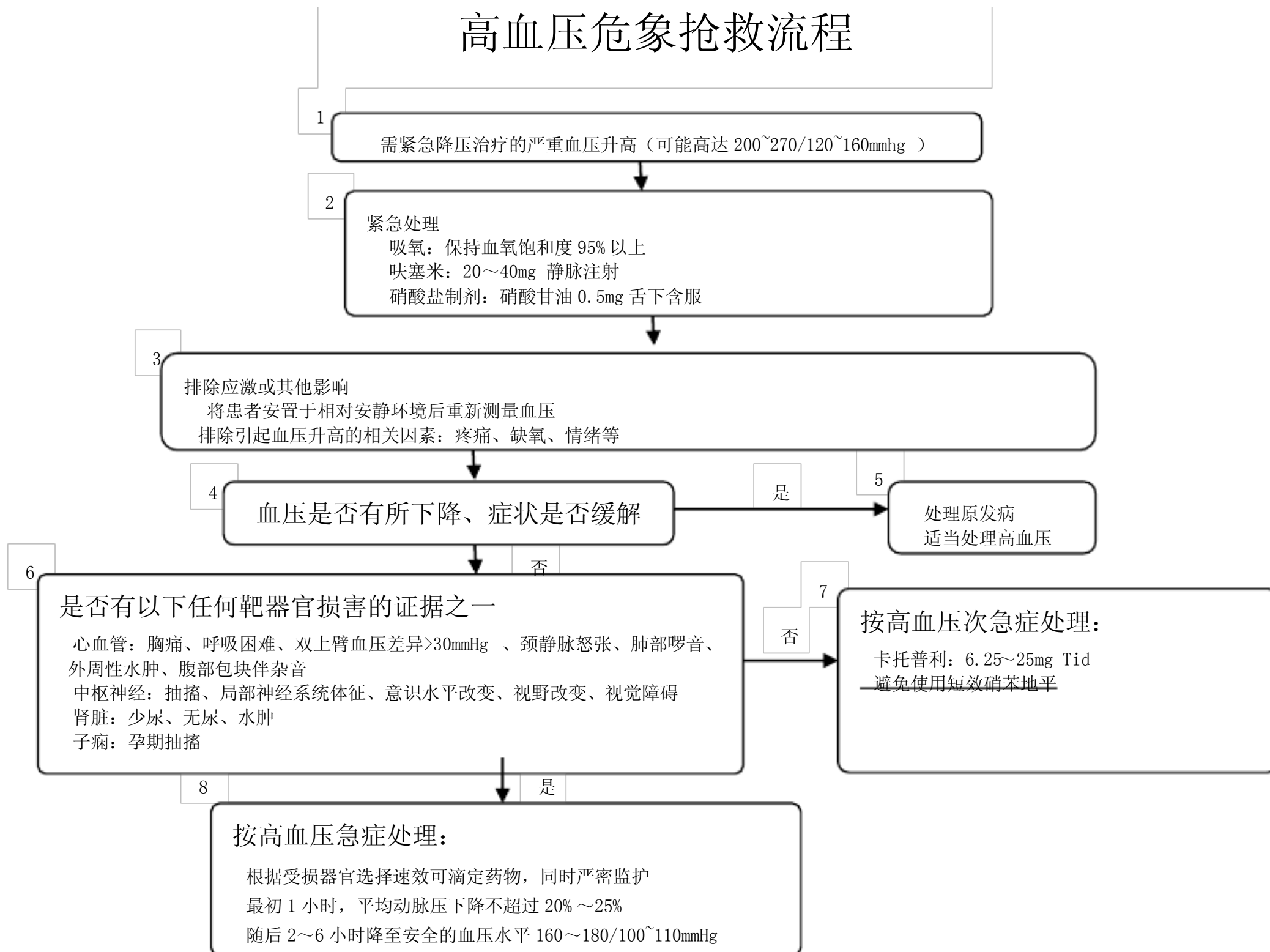
儿童无脉性心跳骤停抢救流程



成人致命性快速心律失常抢救流程



高血压危象抢救流程



药物使用方法:

利尿剂: 呋塞米, 适用于各种高血压危象, 静脉常用量为 40~120mg, 最大剂量为 160mg

作用于 α 受体的药物:

酚妥拉明: 对嗜铬细胞瘤引起的高血压危象有特效。每 5 分钟静脉注射 5~20mg, 或 0.2~0.54mg/min 静脉滴注

钙通道拮抗剂 (CCB):

双氢吡啶类钙通道阻滞剂: 尼卡地平对急性心功能不全者尤其低心输出量适用, 但对急性心肌炎、心肌梗死、左室流出道狭窄、右心功能不全并狭窄患者禁用。5~10mg/h 静脉滴注; 尼莫地平多用于蛛网膜下腔出血者

血管扩张剂

硝酸甘油: 起始 5 μ g/min 静脉滴注, 若无效, 可每 3~5 分钟速度增加 5~20 μ g/min, 最大速度可达 200 μ g/min

硝普钠作用时间短, 奇效很快, 停药血压即回升。起始 0.3~0.5 μ g/(kg·min) 静脉滴注, 以 0.5 μ g/(kg·min) 递增直至合适血压水平, 平均剂量 1~6 μ g/(kg·min)

各种高血压与降压目标:

高血压性脑病: 160~180/100~110mmHg。给药开始 1 小时将舒张压降低 20%~25%, 但不能 >50%, 降压防止脑出血

脑出血: 舒张压 >130mmHg 或收缩压 >200mmHg 时会加剧出血, 应在 6~12h 之内逐渐降压, 降压幅度不大于 25%; 血压不能低于 140~160/90~110mmHg。此外, 凡脑血管病变急性期有脑水肿、颅内压升高时禁用一切血管扩张药

蛛网膜下腔出血: 收缩压 130~160mmHg, 防止出血加剧及血压过度下降

脑梗死: 一般不积极降压, 稍高的血压有利于缺血区灌注, 除非血压 >200/130mmHg; 24 小时内血压下降应 <25%, 舒张压 <120mmHg, 如考虑紧急溶栓治疗, 为防止高血压所致出血, 血压达 185/110mmHg 就应降压治疗

高血压性急性左心功能不全: 立即降压治疗, 凡能降压的药物均可通过降压治疗心衰

恶性高血压: 在数日内静脉用药及 (或) 联合多种药物降血压降到 160/100mmHg

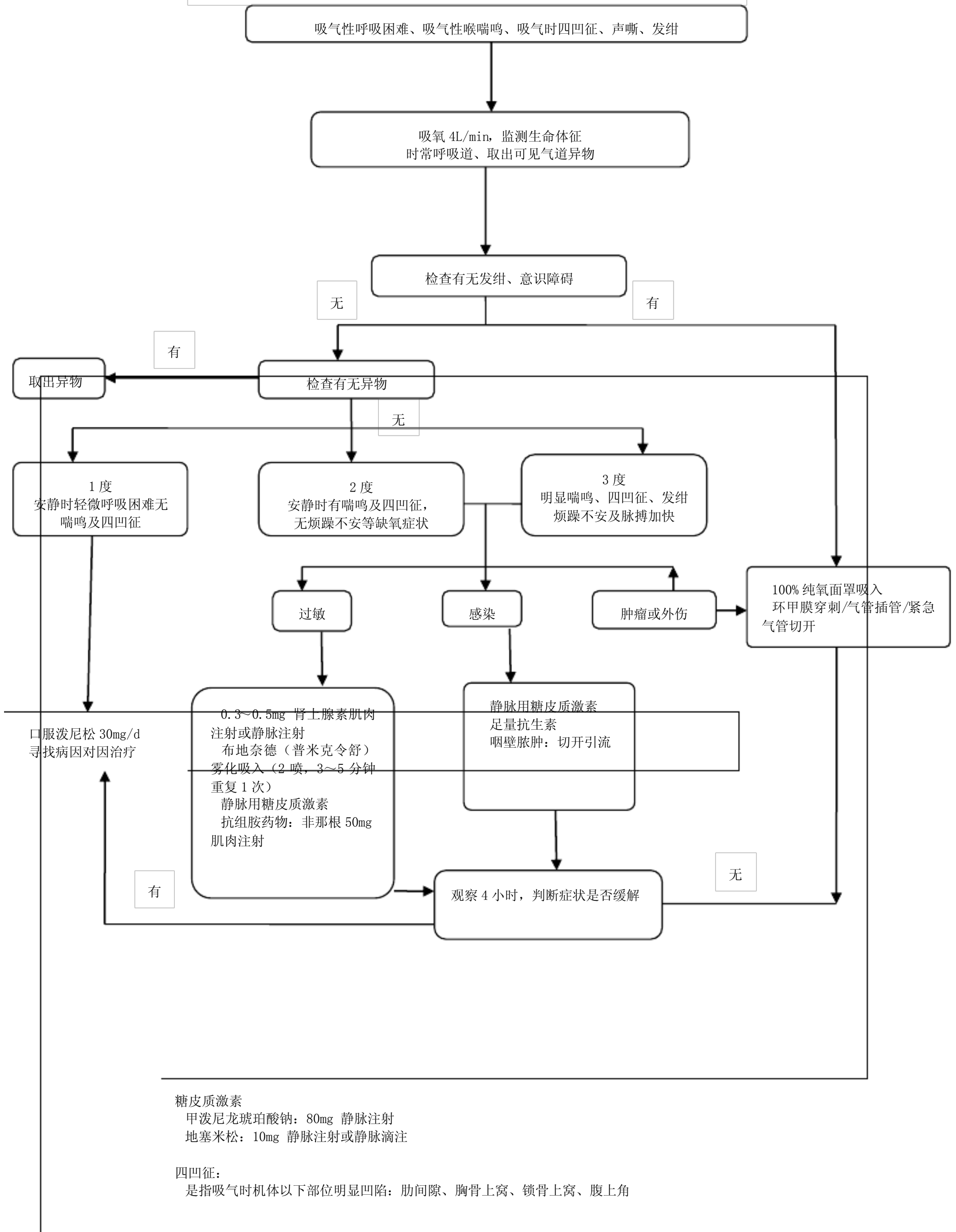
急性主动脉夹层: 收缩压 100~120mmHg, 心率 60~70 次/分。将血压迅速降低到维持脏器血液灌流量的最低水平。常合用减慢心率及扩血管药, 如乌拉地尔、尼卡地平+拉贝洛尔等。主动脉根部病变的 Stanford 型病人应紧急手术

儿茶酚胺过剩: 对嗜铬细胞瘤 α 受体阻滞剂是首选, 最好同时合并使用 β 受体阻滞剂

围手术期高血压: 血压波动显著, 应使用作用快的降压药物

子痫: 尽快使舒张压将至 90~100mmHg

急性喉梗阻抢救流程



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/248105033115006137>