

口腔急救培训教材ppt课件

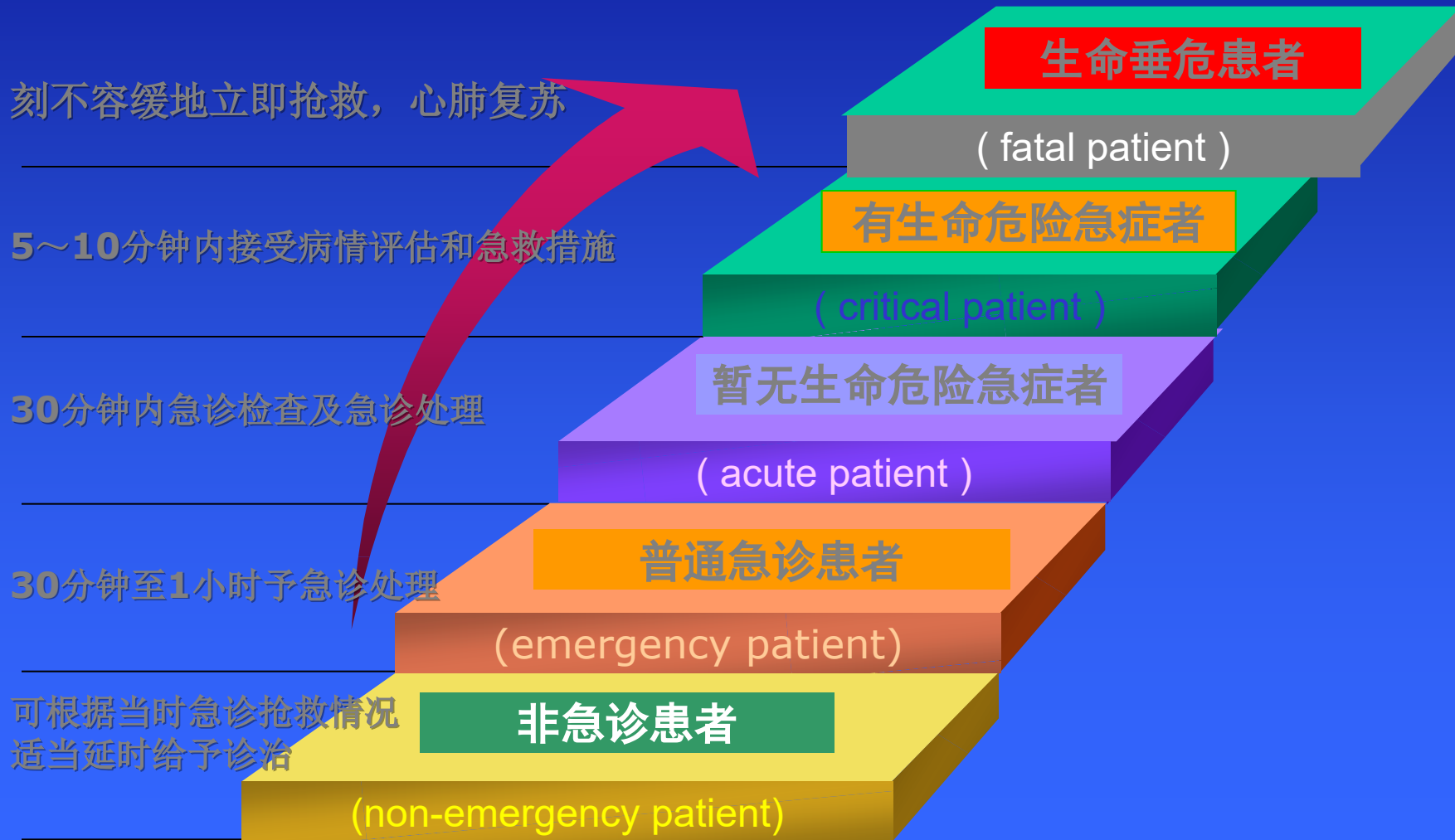


急危重症的医学专业特点

- 突发性、不可预测，病情难辨多变
- 救命第一，先稳定病情再弄清病因
- 时限紧迫，病情进展快、预后差

应争分夺秒、强化时间观念，赶在“
时间窗”内尽快实施目标治疗

患者病情按轻重缓急分为**五类**



1、最重要的专业思路与对策

——对有生命危险的急症者，必须先“开枪”、再“瞄准”，即：

- 判断、但暂不诊断
- 对症、但暂不对因
- 救命、但暂不治病

所谓先“救人”、然后再“治病”，而不遵循“治病→救人”的常规！

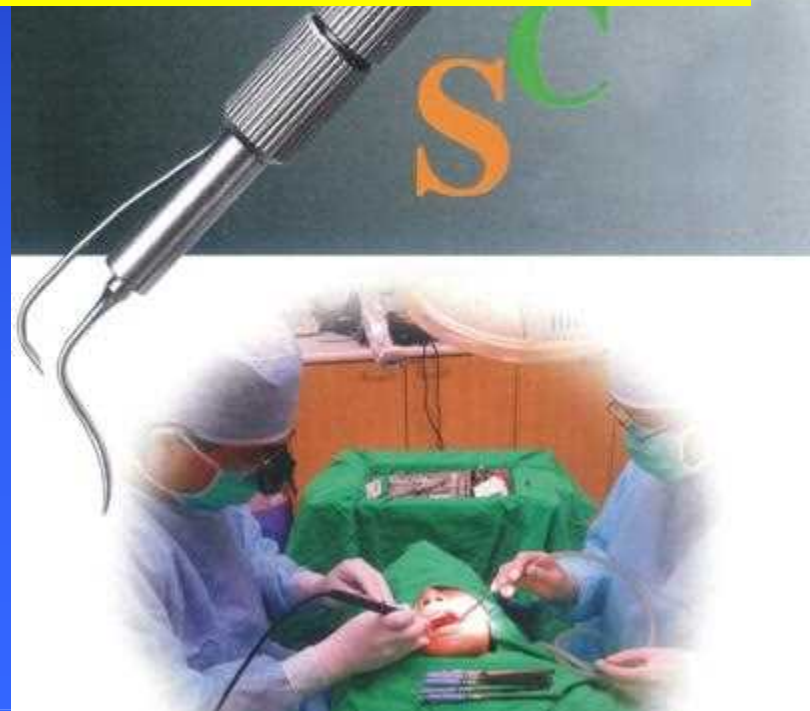
2、最基本的五项急救首要措施

——适用于任何急危重症：

- (1) 体位——仰卧、侧卧或端坐位
- (2) 开放气道——保持呼吸道畅通
- (3) 有效吸氧——鼻导管或面罩
- (4) 建立静脉通路——应通畅可靠
- (5) 纠正水电酸碱失衡——酌情静脉输液（多选平衡盐液和糖水）



一、口腔门诊常见急危重症



1、晕厥：

(1)由于脑缺血 缺氧引起的一种突然发作历时短暂的意识丧失和无法保持姿势紧张。（2001美国急救医师学会 ACEP晕厥指南）

(2)晕厥的原因：能够短暂降低脑灌注的所有疾病。

(3)临床表现：常为突然意识丧失、摔倒、面色苍白、四肢发凉。多因恐惧、饥饿、疼痛等因素引起。

(4)防治：对门诊病人操作前消除紧张情绪，发生后平卧



晕厥典型发作分期

- 晕厥前期：自主神经症状明显，苍白、恶心、出汗、黑蒙或耳鸣，通常不到10s
- 晕厥期：意识及肌张力丧失，可倒地，通常仅数秒，若大于10-20s，可抽搐
- 晕厥后期：意识完全恢复，但软弱无力，不愿讲话或活动，可遗留头痛等不适

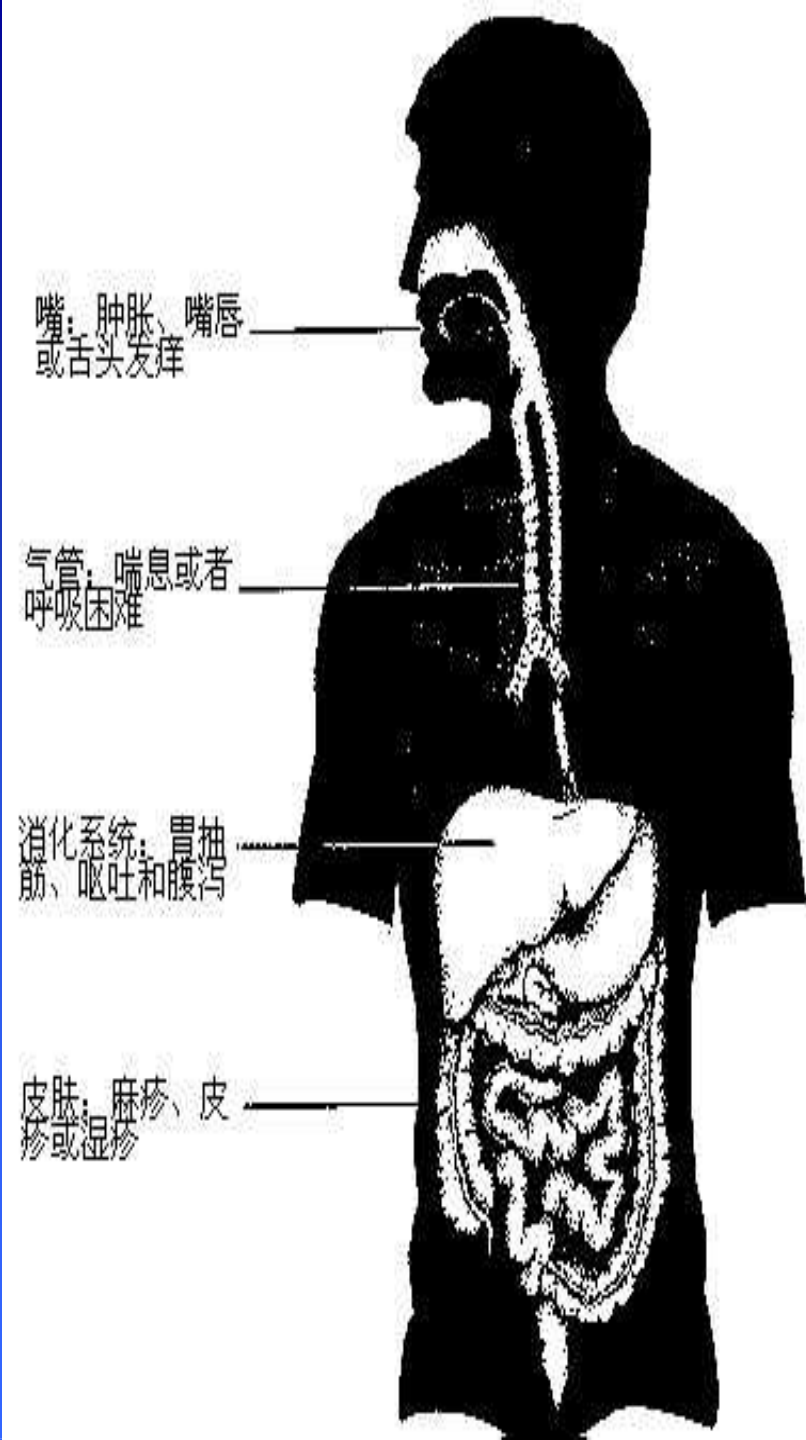
2、局麻药过敏反应：

(1)是指使用很少局麻药后，出现荨麻疹、咽喉水肿、支气管痉挛和血管神经性水肿，甚至危及生命。

(2)临床上常见的是呼吸困难

(3)预防：尽量少用酯类局麻药。
建议使用利多卡因。普鲁卡因皮试不可靠

(4)治疗：常用糖皮质激素，严重时用肾上腺素，抽搐时静脉推注安定10-20mg。同时保持呼吸道通畅

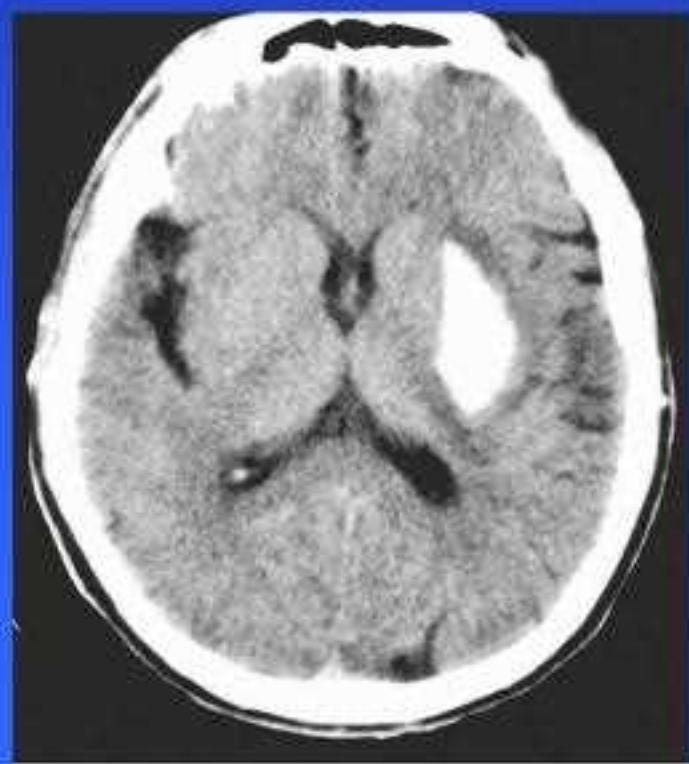


3、局麻药中毒：（少见）

- (1) 局麻药吸收入血后，当血药浓度超过一定阈值时出现的全身性毒性反应
- (2) 常见原因：①一次用量超过病人的耐受量 ②注入血管内 ③注药部位血供丰富吸收过快 ④病人耐受性低（高敏反应）
- (3) 临床表现：分为兴奋型和抑制型
- (4) 治疗：轻症可自行缓解；重症需给氧、补液、抗惊厥、激素及升压药甚至心肺复苏

4、脑出血

- (1)最常见的是高血压脑出血，其次是脑动静脉畸形和动脉瘤破裂
- (2)最初的表现往往是一侧肢体的麻木、无力，失语及不同程度的意识障碍。其偏瘫是痉挛性瘫，即肌张力是增高的，可伴有小便失禁，症状在短时间内常会加重
- (3)一般有头痛呕吐等颅内压增高的表现
- (4)血压常明显升高
- (5)现场处理：
绝对卧床、开放静脉通道、吸氧并保持呼吸道通畅、控制血压、脱水和导尿等



5、脑梗塞

(1)是脑血管的血栓形成或栓塞

(2)一般情况下是出现一侧肢体无力或偏瘫，但一般无意识障碍，通常症状比脑出血要轻

(3)如果大面积栓塞或脑干部位的梗塞会出现意识障碍

(4)早期大多无颅内压增高，并不需要脱水剂

(5)很多梗塞病人急性期血压升高是机体的代偿性反应，收缩压180-220和/或舒张压105-120mmHg，不必积极降低血压，以便维持适度的脑灌注压

(6)诊断上主要依赖CT,处理上主要是要诊断明确由专科行溶栓治疗



6. 高血压急症

- 有高血压病史，血压显著的或急骤的升高（收缩压（SBP） $>200\text{mmHg}$ ，舒张压（DBP） $>130\text{mmHg}$ ）
- 同时伴有头痛，烦躁，眩晕，恶心等脑水肿、颅内压增高症状
- 现场处理：心电血压监护，建立静脉通路，快速降压

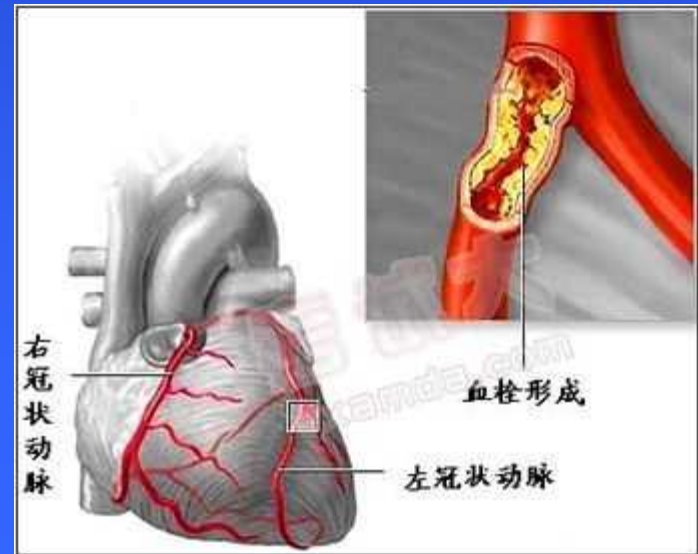
7. 窒息:

- 突发呛咳、喘鸣、吸气困难、烦躁不安、不能言语、口唇发绀
- 原因: (1) 异物阻塞咽喉部: 口咽部有血凝块呕吐物游离组织块或异物等 (2) 组织移位: 下颌骨折、舌后坠 (3) 肿胀压迫: 口底舌根咽侧及颈部血肿或组织水肿
- 救治的关键: 早期发现、有针对性地及时处理



8. 急性冠脉综合征

- 既往冠心病病史或类似病史，突发胸骨后疼痛，向左肩部放射，烦躁不安，大汗
- 现场处理：立即平卧，吸氧，舌下含服硝酸甘油，心电监护，建立静脉通路等





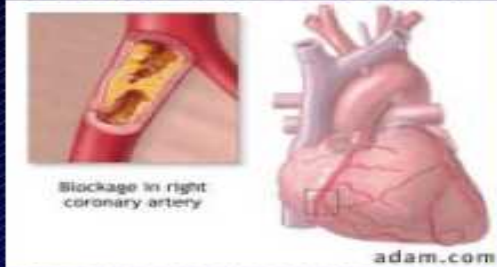
9. 猝死(以心源性因素多见)

急性症状开始1小时内出现
心脏骤停(cardiac arrest)。



病因

冠心病 >80% **



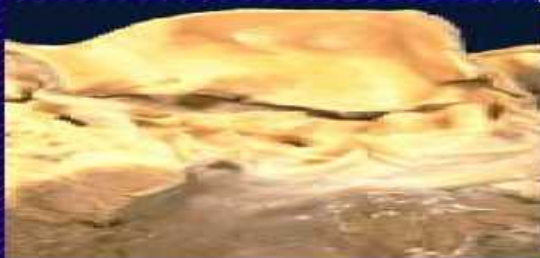
心肌病



充血性心力衰竭



瓣膜性心脏病(AS)



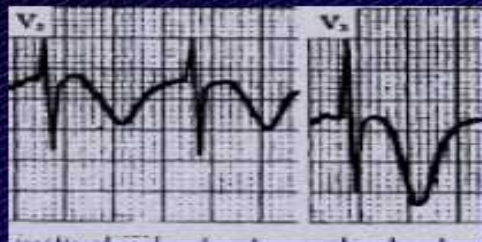
先天性心血管病



传导系统病变



Q-T间期延长综合征



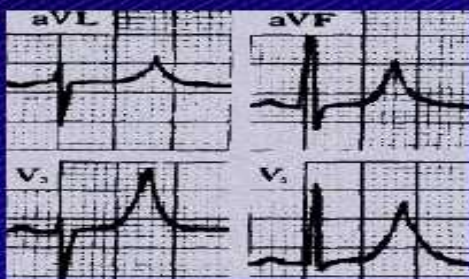
睡眠呼吸暂停综合征



神经内分泌等病变。



电解质紊乱



药物:



其他



心脏骤停主要病生机制是**心电活动异常**。

心室颤动(最多见);

缓慢性心律失常或心室停顿、持续性室速(其次);

无脉搏性电活动(少见)

(Pulseless electrical activity, PEA)

电-机械分离：心电图上虽有完整的QRS波群（常宽而畸形，频率较慢），但不产生有效的心肌机械性收缩

后
详
述



心脏骤停的3种类型

A



B



C



D



E



后
详
述

A. 心室颤动波

B. 心室颤动波细小

C. 缓慢而无效的心室自身节律

D. 心室停顿

E. 心脏停顿

二、口腔门诊常见急症急救流程

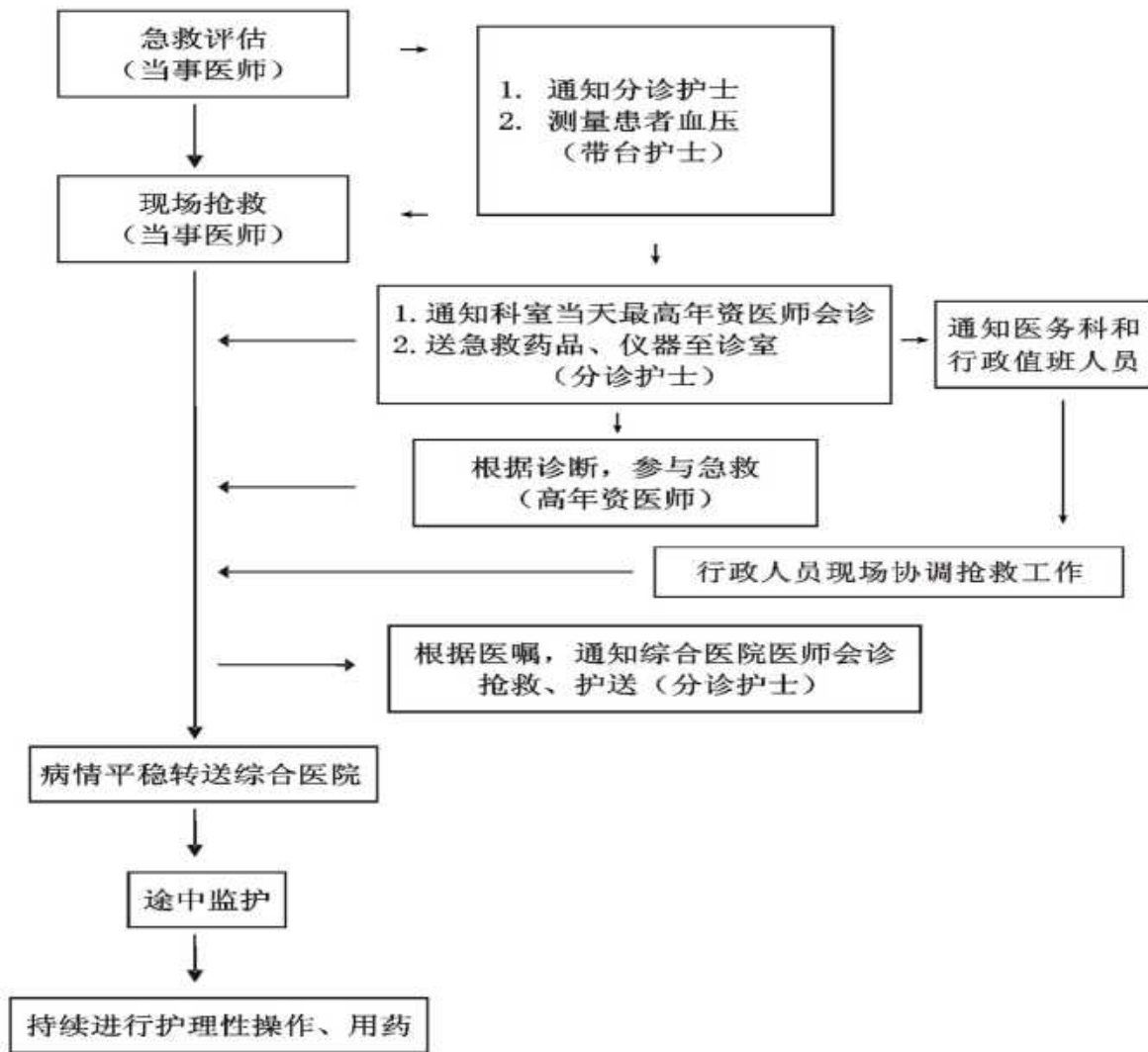


温州医学院附属口腔医院

急救手册

二〇一〇年四月制

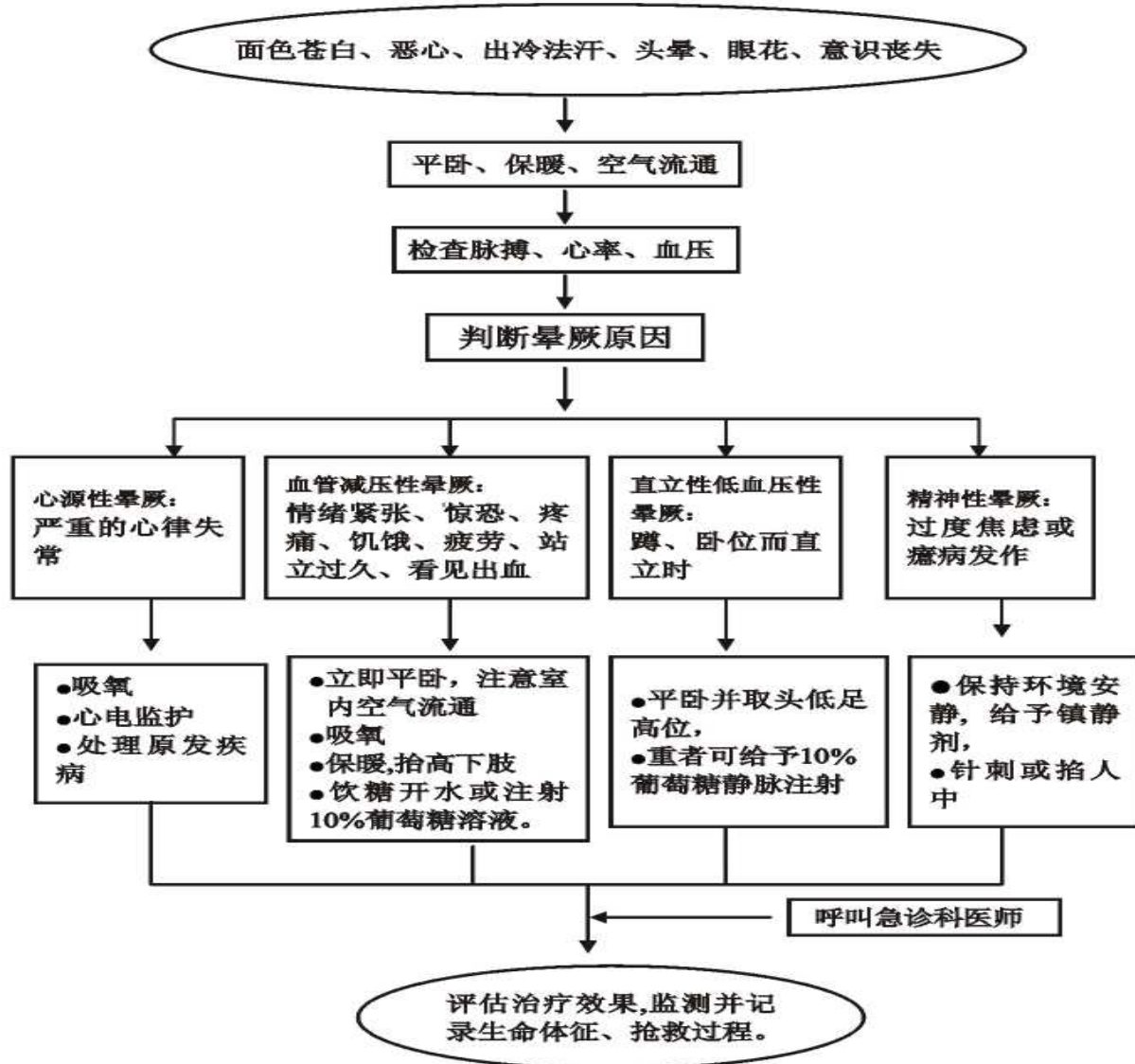
温州医学院附属口腔医院急救工作流程



总则

晕厥

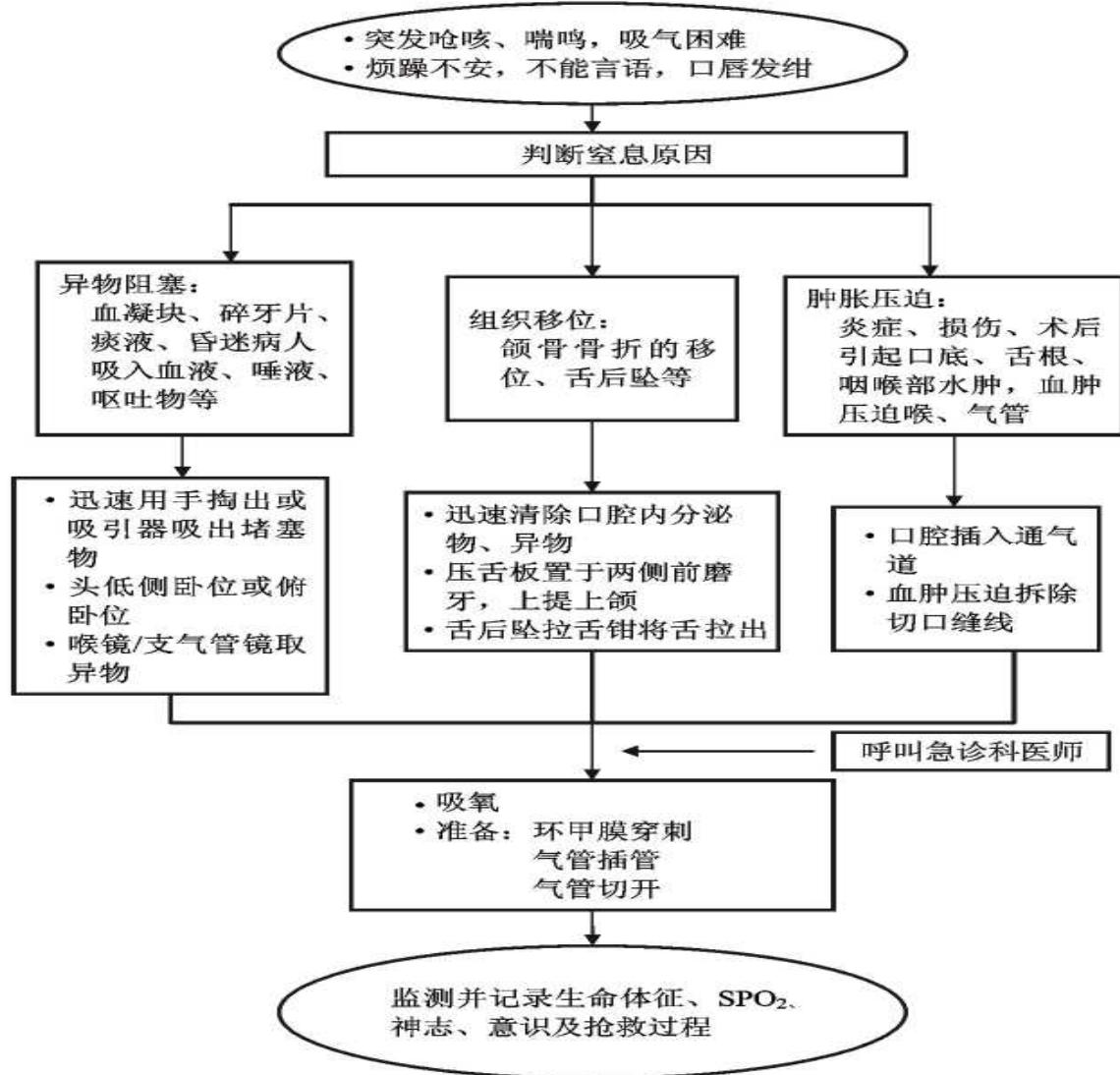
晕厥的处理流程



注意：在知觉未恢复以前，不能给任何饮料或服药。如有呕吐，应将病人的头偏向一侧。

窒息

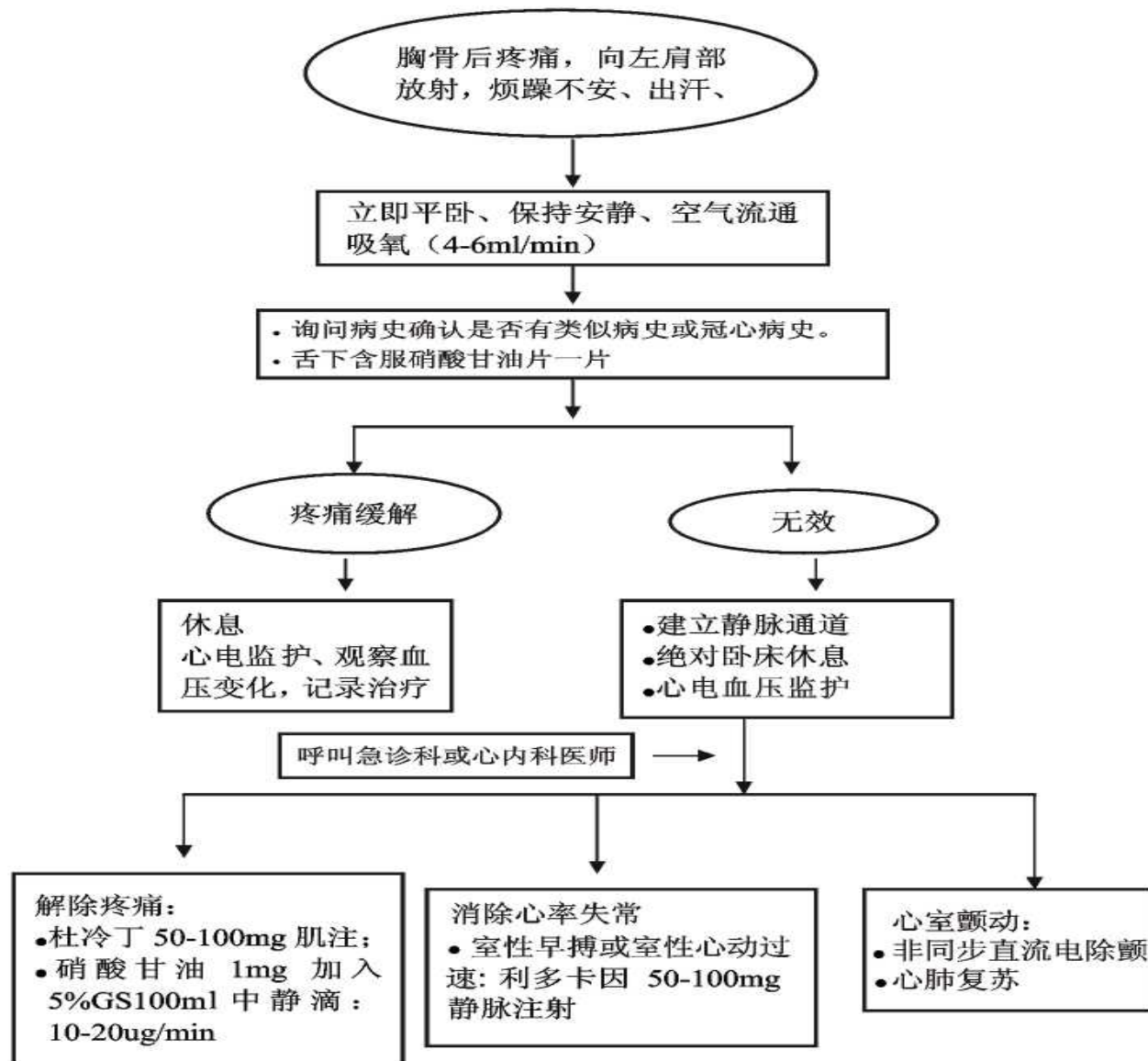
窒息急救流程



注意：抢救全程注意保持病人安静，保持静脉通道的通畅，如用面罩加压吸氧，之前吸尽口腔内异物，打开气道。

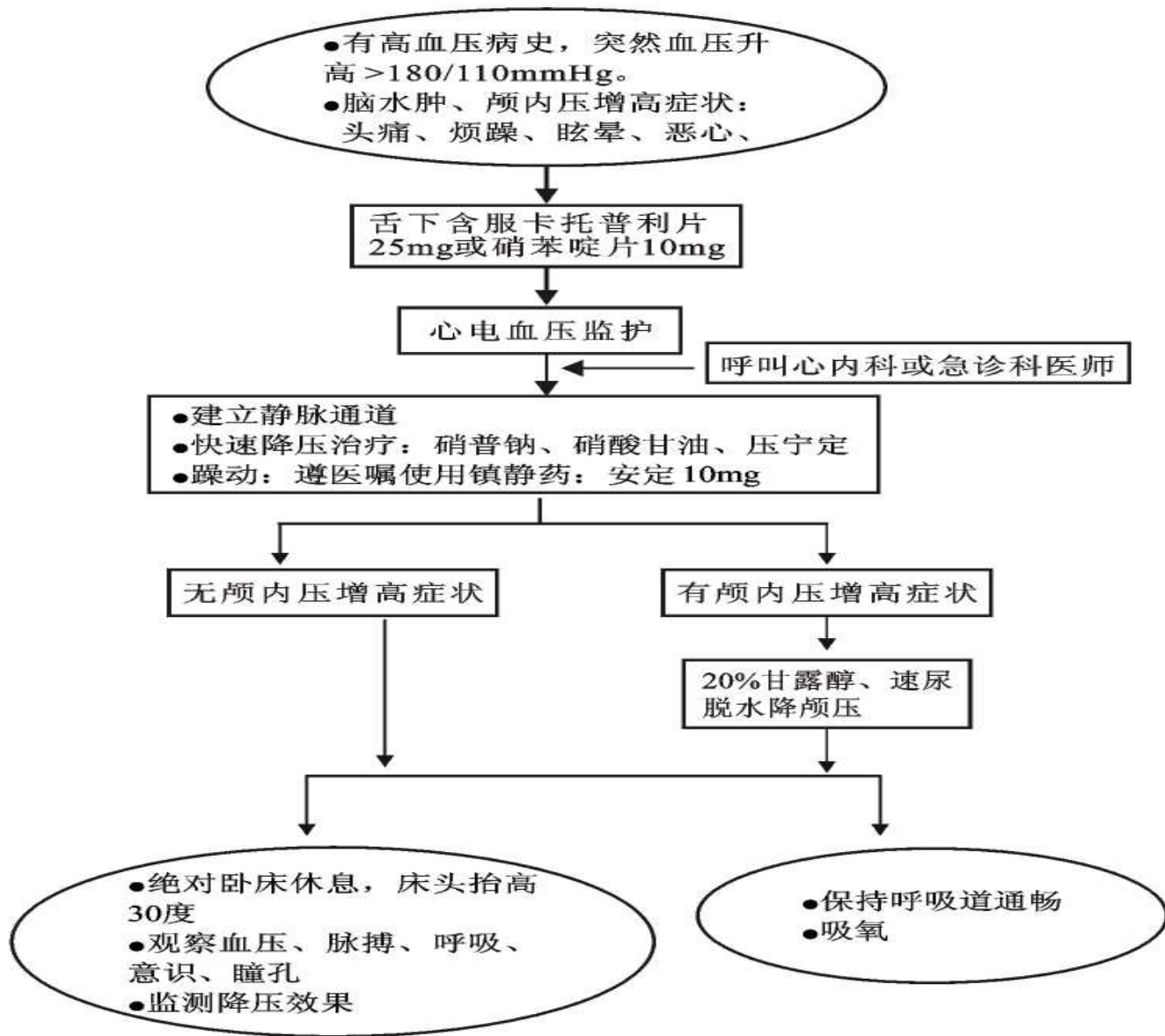
冠心病

冠心病急救流程



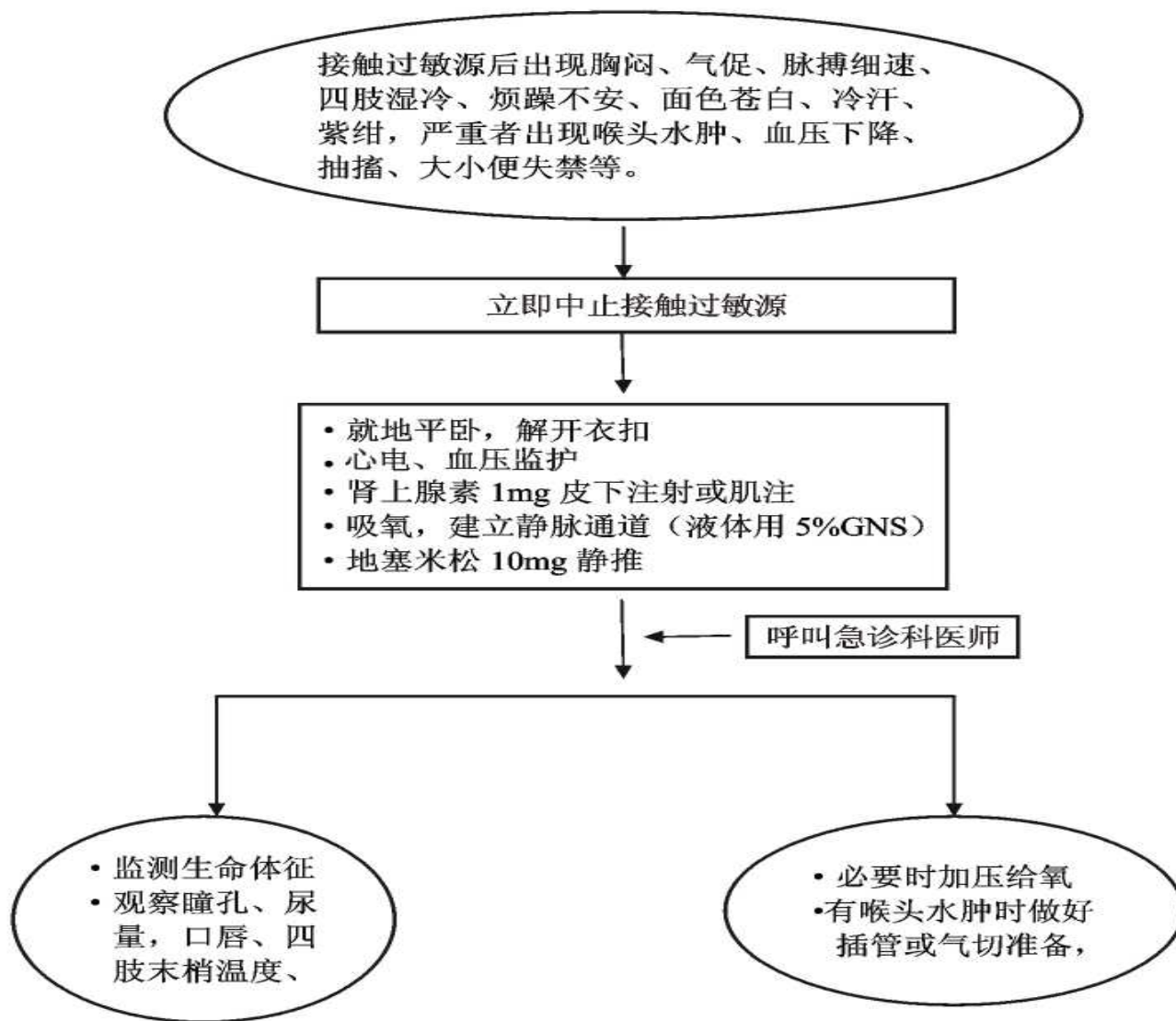
高血压急症

高血压急症急救流程



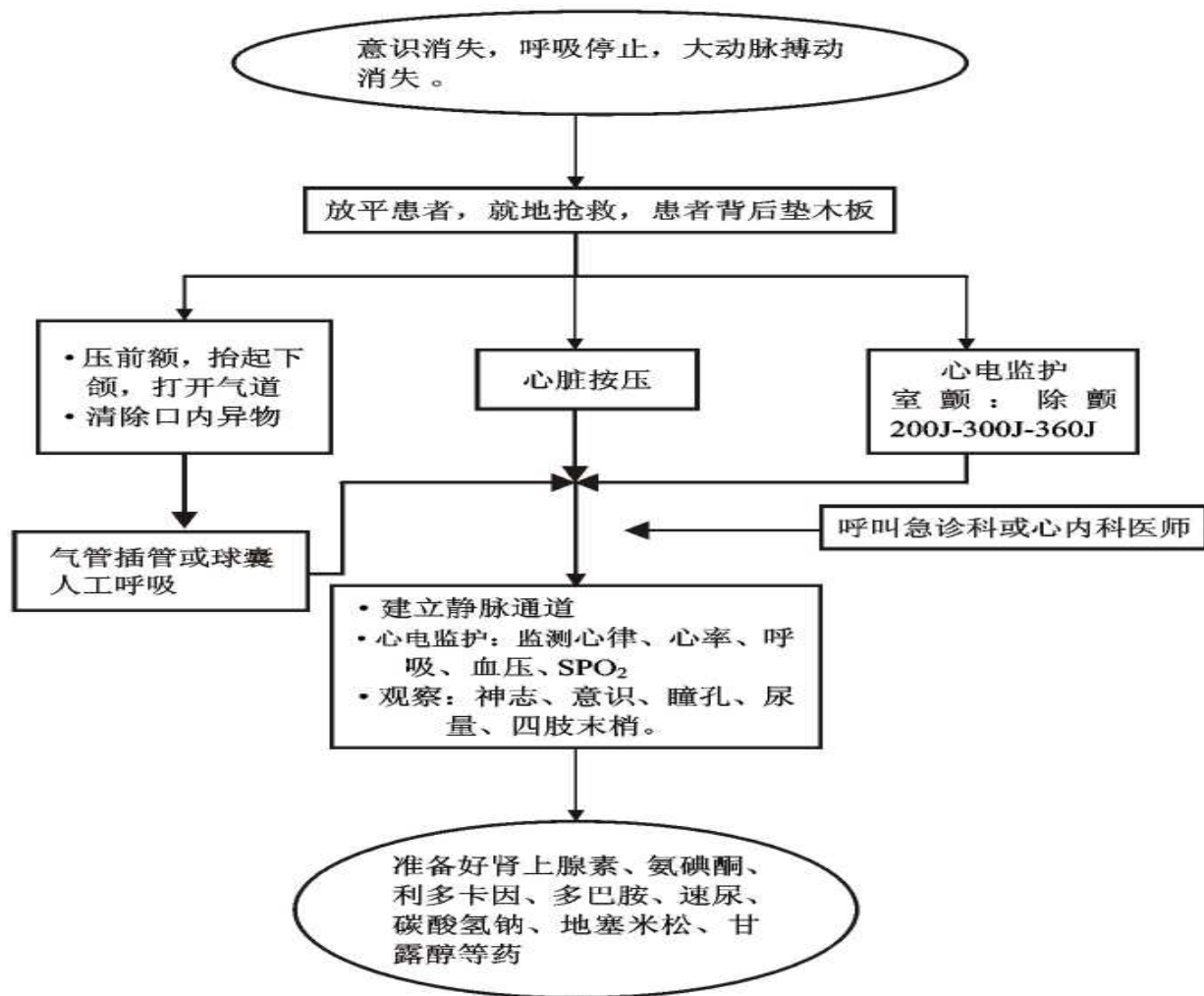
过敏性休克

过敏性休克急救流程



心搏骤停

循环呼吸停止急救流程



- 要求：1. 静脉通路必须要有两条，选择肘关节以上静脉。液体避免使用 GS，以免损伤脑组织。
2. 室颤时争取2分钟除颤，以免转为细颤而不易成功。除颤时电极放置要正确（胸骨右缘2肋间与左侧腋中线5肋间），必须涂上导电膏或盐水纱布包裹。

抢救车内药物的药理作用

序号	药名	药理作用	临床应用
★ 一	盐酸肾上腺素 1mg/支	1、 增快心率, 增强心肌收缩力; 2、 收缩压升高, 舒张压升高或降低; 3、 舒张支气管平滑肌; 4、 促进脂肪及肝糖元的分解。	1、 心脏骤停; 2、 过敏性休克; 首选药; 3、 急性支气管哮喘; 4、 局部止血; 鼻粘膜或牙龈出血。
二	去甲肾上腺素 2mg/支	1、 升压, 收缩全身动静脉 (除冠状动脉); 2、 兴奋心脏;	1、 应用于低血容量性休克; 2、 药物中毒引起的急性低血压; 3、 口服用于上消化道出血。
三	异丙肾上腺素 1mg/支	1、 兴奋心脏, 增强心肌收缩力; 2、 舒张血管, 收缩压升高, 舒张压下降; 3、 舒张支气管平滑肌。	1、 支气管哮喘; 2、 房室传导阻滞; 3、 心脏骤停; 4、 感染性休克。
★ 四	阿托品 0.5mg/支	1、 抑制腺体分泌; 2、 扩瞳, 眼内压增高, 调节麻痹; 3、 松弛胃肠道, 膀胱, 平滑肌; 4、 加快心率; 5、 外周血管扩张, 血压下降; 6、 兴奋中枢。	1、 用于麻醉前给药; 2、 解痉, 用于胃肠、胆道痉挛疼痛, 尿频; 3、 缓慢性心率失常; 4、 抗休克; 5、 解救有机磷农药中毒;
五	尼可刹米 0.375g/支	直接兴奋延髓呼吸中枢	各种原因引起的中枢性呼吸抑制

抢救车内药物的药理作用

不良反应	常用剂量/注意事项
1、 头痛、烦躁、面色苍白、多汗、震颤、心悸和血压升高; 2、 过量过速导致脑内出血, 心律失常。	1.皮下或肌注: 0.25-0.5 mg, 极量 1mg/支。 2.抢救时 1mg-3mg-5mg 依次递增静脉推注。 3. 与碳酸氢盐配伍禁忌。
1、 局部组织缺血坏死; 2、 急性肾功能衰竭。	1.静脉滴注 10mg 至葡萄糖溶液中。 2.不可皮下、肌注, 静脉给药时严防药物外渗 (可致局部组织坏死)。 3. 监测心律、心率、血压、尿量变化。
1、 心悸, 头晕; 2、 大剂量致室颤或室速; 3、 治疗哮喘吸入过大剂量可致心悸或心动过速; 4、 长期: 耐受性; 5、 用药过程中注意心率变化。	1.1mg 加入 500ml 盐水中, 按 1-5ug/min 速度滴注, 心率超 120 次/min, 则需减量或暂停用药。 2.用药时需监测心率和血压; 3. 建议用输液泵控制滴速; 4. 一般不宜与肾上腺素同时应用, 因易引起心律失常。但必要时可交替使用, 如心脏骤停复苏时; 5. 甲状腺功能亢进及心肌炎患者禁用。
口干、视力模糊, 心率增快、瞳孔扩大, 皮肤干燥。	1.皮下或静注 0.3-0.5mg/次, 最低致死量: 成人 80—130mg, 儿童 10mg。 2. 须进行心率监测。
较少, 但剂量过大可引起血压升高, 心动过速。肌震颤, 出汗、惊厥。	1.肌注或静注, 常用量: 成人 0.25-0.5g/次。 2. 及时停药, 防止惊厥。

抢救车内药物的药理作用

序号	药名	药理作用	临床应用
六	洛贝林 3mg/支	反射性兴奋延髓呼吸中枢	1、 新生儿窒息, 小儿感染性疾病引起的呼吸衰; 2、 中枢抑制药物中毒。
七	酚妥拉明 (立其丁) 10mg/支	1、 血管扩张, 血压下降; 2、 反射性引起心率增快, 增强心肌收缩力; 3、 止吐作用, 抗阻胺作用。	1、 休克早期治疗, 因出血过敏或手术并发症; 2、 合并休克而发生的低血压的治疗。
★八	阿拉明 10mg/支	1、 收缩血管, 升高血压; 2、 轻微增加心肌收缩力。	1、 各种休克早期; 2、 手术后或脊髓麻醉后休克。
★九	多巴胺 20mg/支	1、 增强心肌收缩力; 2、 升压: 增强收缩压和脉压; 3、 低浓度舒张肾血管, 大剂量收缩肾血管。	1、 各种休克; 2、 充血性心力衰竭; 3、 急性肾功能衰竭常与利尿药合用。
★十	西地兰 0.4mg/支	1、 增强心肌收缩力; 2、 减慢心率; 3、 减慢房室传导速度。	1、 慢性心功能不全; 2、 某些快速型室上性心律失常; 房颤、阵发性室上性心动过速。

抢救车内药物的药理作用

不良反应	常用剂量/注意事项
心支过缓	皮下, 肌注: 3-10mg/次, 静推: 3mg/次
1、 胃肠道反应: 恶心、呕吐、腹泻; 2、 大剂量可有体位性低血压和心动过速、眩晕、心悸等。	1. 肌注 5-10mg/次, 静滴 10-40mg 加入生理盐水 500ml 中缓慢注射。 2. 用于休克时必须先补充血容量。
1、 头痛、头晕、颤抖、恶心、呕吐、少尿、心悸等; 2、 长期使用药效减弱。	1. 肌注或静推 10mg-20mg/次, 静滴 15-100mg/次, 以生理盐水稀释后滴入, 极量静滴 100mg/次。 2. 静脉给药外渗可引起局部组织坏死。
1、 过速过量可致心动过速: 头痛、高血压、心率失常; 2、 局部外渗致局部缺血坏死; 3、 偶见恶心、呕吐。	1. $5 \mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min}$ 扩肾血管、利尿 2. $5-10 \mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min}$ β 受体兴奋 3. $10-20 \mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min}$ α 兴奋 4. 密切观察心率、血压、尿量及一般情况变化。 5. 静脉滴注不宜漏出血管外, 以免发生坏死, 万一外渗, 可用酚妥拉明 5-10mg 加生理盐水局封。 6. 嗜铬细胞瘤、心律失常未纠正慎用。 7. 药物相互作用: 大剂量多巴胺与 α 受体阻滞剂 (酚妥拉明) 合用, 可拮抗其扩血管效应。
1、 胃肠道反应: 恶心、呕吐、食欲下降等; 2、 中枢性神经系统: 眩晕、头痛、失眠、黄视、绿视、视力模糊。	1. 静脉注射: 常用量首次剂量 0.4-0.6mg, 饱和量 1.0-1.2mg, 用生理盐水稀释后缓慢注射。 2. 忌与钙制剂合用; 3. 不宜与酸碱配伍。

抢救车内药物的药理作用

序号	药名	药理作用	临床应用
★ 十一	速尿(呋噻咪) 20mg/支	抑制髓祥升支粗段对NaCl的重吸收,降低肾血管阻力,增加肾流量。	1、急性肾水肿和脑水肿; 2、其它严重水肿; 3、急性肾衰; 4、高钙血症; 5、加快毒物的排泄。
★ 十二	地塞米松 5mg/支	1、 抗炎; 2、 抗休克; 3、 免疫抑制作用。	严重感染或炎症,自身免疫性疾病,器官移植排斥反应,过敏反应,抗休克治疗,血液病,局部应用。
十三	利多卡因 0.1g/支	局麻药,减慢传导作用	传导麻醉和硬膜外麻醉心律失常
十四	葡萄糖酸钙 10ml/支	钙补充剂,调节水、电解质平衡。	1、 治疗钙缺乏,急性血钙降低,碱中毒及甲状腺功能低下所致的手足抽搐症; 2、 过敏性疾病; 3、 心肺复苏时的应用; 4、 镁中毒的解救。
十五	氨茶碱 0.25mg/支	1、 松弛呼吸道平滑肌; 2、 舒张冠脉,外周血管; 3、 轻度增加心肌收缩力; 4、 轻度利尿。	1、 支气管哮喘、慢喘支; 2、 慢性阻塞性肺病; 3、 心功能不全; 4、 心源性哮喘。
十六	安定 10mg/次	1、 抗焦虑作用,镇静催眠; 2、 抗惊厥,抗癫痫; 3、 中枢性肌肉松弛; 4、 诱导麻醉有一定的抗心律失常。	1、 抗焦虑; 2、 缓和激动,消除燥动; 3、 应用于癫痫,小儿惊厥; 4、 偏头痛; 5、 呃逆
十七	肝素钠 2500 单位/支	具有抗凝血酶 III(ATIII)依赖性抗 Xa 因子活性,对体内、外血栓的形成有抑制作用	主要用于血液透析的预防学凝块形成,也可用于预防深部静脉血栓形成。

抢救车内药物的药理作用

不良反应	常用剂量/注意事项
1、 水、电解质紊乱,耳毒症,高尿酸血症; 2、 恶心、呕吐、胃肠出血。	1.肌注或静脉注射: 20mg/次,按需要可增至 320mg/日 2.糖尿病、高尿酸血症、痛风病史患者慎用。
1、 消化道出血或穿孔; 2、 诱发或加重感染; 3、 医源性肾上腺功能亢进; 4、 高血压和动脉粥样硬化; 5、 骨质疏松。	1.静脉注射 5-10mg/次 2.溃疡病、活动性肺结核病人忌用或慎用。
1、 毒性小,但可引起嗜睡、头痛、听觉减退、视力模糊、抽搐; 2、 大剂量抑制心脏收缩力,影响房室传导。	1.先以 50-100mg/次或 1-2mg (kg·次) 稀释后缓慢静推,有效则以 1-4mg/min, 静滴维持。 2. 监测心率心律,快速静脉输注可引起循环衰竭和呼吸停止。 3. 室上性心率失常、完全性房室传导阻滞、心力衰竭患者禁用。
静注过快可引起发热、心率失常至心跳停止。	静注 10%葡萄糖酸钙 10—20ml
1、 恶心、呕吐; 2、 易激动、心动过速、心律失常; 3、 发热、失水,严重可引起呼吸、心跳骤停。	1.0.25--0.5mg/次,加入生理盐水缓慢静推或静滴。 2. 静脉给药要慢,过快过量可致心悸、头晕、肌肉抽搐甚至心率失常或血压骤降。 3. 片剂饭后服,减少刺激。
1、 嗜睡,头昏乏力; 2、 大剂量偶见共济失调,手震颤; 3、 过量的肌无力甚至昏迷和呼吸抑制; 4、 长期使用产生耐药性和成瘾性。	1.肌注或静推 4mg/次 2.有青光眼及重症肌无力患者禁用。 3. 6个月以内的婴儿禁用 4. 静脉注射速度宜慢,注意呼吸抑制情况。
腹壁皮下注射 2500AxaIV~5000AxaIV	偶见轻微出血,血小板减少,过敏反应,注射部位轻度水肿和坏死。

三、心跳骤停与心肺复苏

2019版指南



基本概念



- 心跳骤停 cardiac arrest, CA

指因各种原因导致心脏突然丧失有效排血能力的病理生理状态，也意味着临床死亡的开始

- 复苏 resuscitation

- 抢救各种危重病人所采取的措施
- 针对心跳骤停所采取的一切抢救措施

- 心肺复苏

- (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)

- 针对呼吸和循环骤停所采取的抢救措施

- 人工呼吸替代自主呼吸或呼吸停止
 - 心脏按压形成暂时的人工循环并诱发心脏的自主搏动

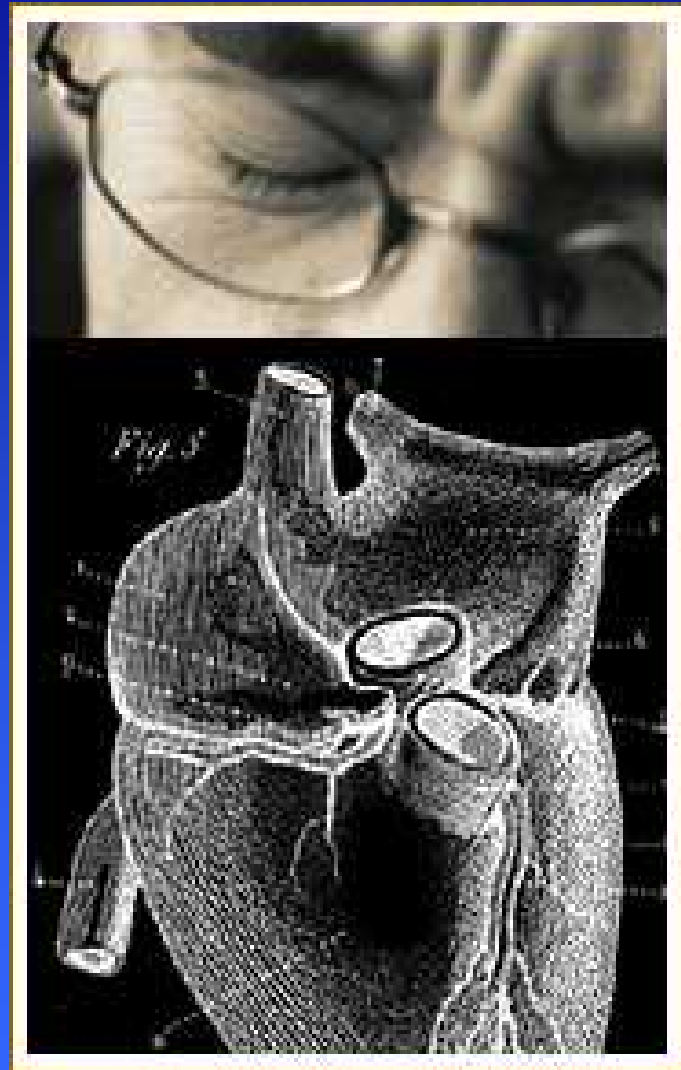
- 心肺脑复苏

- (Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation, CPCR)

- 心肺复苏的同时防止脑细胞的损伤

心肺脑复苏(CPCR)的对象

心跳骤停!!!



心脏骤停的3种类型

A



B



C



D



E



后
详
述

A. 心室颤动波

B. 心室颤动波细小

C. 缓慢而无效的心室自身节律

D. 心室停顿

E. 心脏停顿

二、口腔门诊常见急症急救流程



温州医学院附属口腔医院

急救手册

二〇一〇年四月制

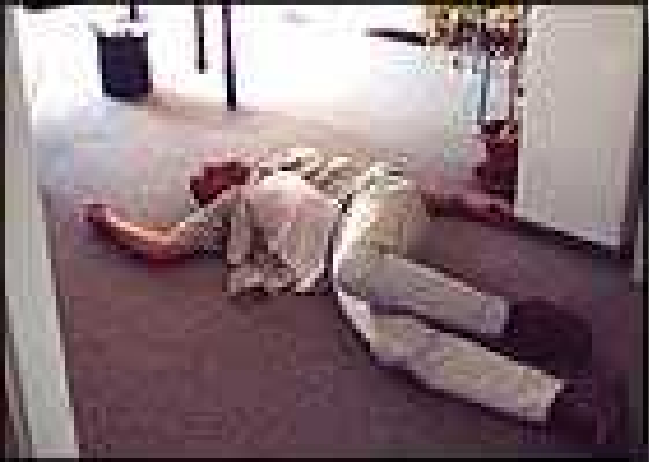
心跳骤停

诊断：

- 1.神志丧失：凝视、眼球上翻、呼之不应
- 2.大动脉搏动消失：颈动脉或股动脉
- 3.自主呼吸停止或叹气样呼吸
- 4.瞳孔散大，对光反射消失

要求：15~30" 判断清楚 一定要快！

切忌检测血压、心电图、反复听诊



心跳呼吸骤停的判断

(非专业人员或院外条件不具备时)



观察与呼叫、看呼吸动作与听呼吸声、触摸动脉搏动



Look, listen and feel for breathing and pulse



Check the victim for a pulse

心跳骤停

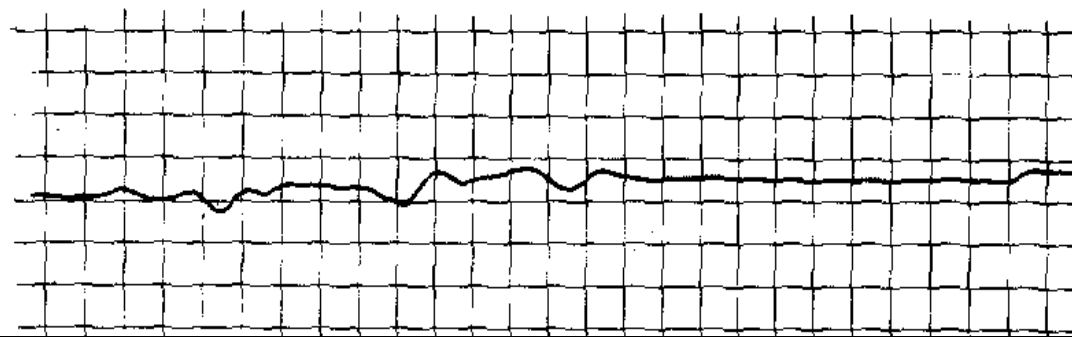
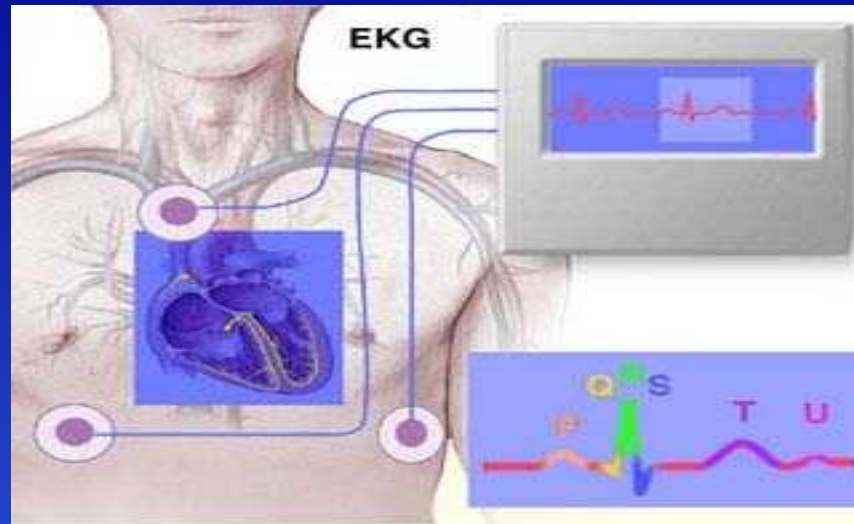


- 心电图类型:

1. 心搏停止或心室停顿

2. 心室纤颤

3. 电机械分离



心搏停止或心室停顿 asystole

心脏完全丧失收缩活动，呈静止状态，ECG呈一平线或偶见心房P波。

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/288016022011006050>