

# 咯血及窒息的诊治

---

# 咯血

- ✘ 定义：喉以下部位出血（环状软骨为界）并咯出或从鼻孔呛出或吞咽。
- ✘ 大咯血：每次 $\geq 100\text{ml}$ ，或 $24\text{h} \geq 500\text{ml}$ 。但部分人出血后将血吞咽入胃，或无力咯出而积存于气道，数量不足以反应实际病灶，但有苍白、冷汗、血压下降等危重病状，仍视为大咯血。

# 咯血病因

- ✘ 病原微生物：细菌、病毒、霉菌（常见于曲菌侵犯动脉）、结核菌、寄生虫，支原体、衣原体、囊虫等及其代谢产物、细菌毒素均可损伤气道、微血管、甚至大血管、肺泡→肺充血、水肿、细胞浸润、坏死、空洞形成，肺不张→大咯血。

其中流行性出血热，钩端螺旋体，肺阿米巴，肺吸虫，卡氏肺囊虫，以及肺结核，肺脓疡可能以咯血为主要临床症状。

## 咯血病因

### ✘ 风湿类疾病

风湿类疾病是一大范畴，引起咯血主要是累及肺，大部分为肺血管炎所致。如韦格纳肉芽肿、显微镜下多血管炎、肉芽肿性血管炎、肺炎肾出血综合征、白塞氏综合征、孤立性肺毛细血管炎，咯血有可能是疾病首发或主要症状。

# 咯血病因

## × 肺血管畸形及先天肺结构异常：

支气管肺动-静脉瘘（支气管扩张出血的病理原因）

特发性肺动脉高压（PPH）

遗传性毛细血管扩张症

肺叶隔离症

先天性支气管-肺囊肿

# 咯血病因

- ✘ 肺血管栓塞症（PTE）：部分PTE以咯血为首发症状，如患者有栓塞高危因素（长期卧床、高脂血症、骨科手术后、产后、抗磷脂综合症、长时间经济舱旅行等）则须警惕，筛查D-二聚体、必要时急诊行肺动脉CTA（计算机断层扫描动脉造影）

## 咯血病因

- ✘ 心源性：如二尖瓣狭窄、急性左心衰竭、左房粘液瘤、血管畸形（如冠状动脉窦与肺动脉沟通、心肺血管相通等）。
- ✘ 肺外因素：晚期血液病所致的凝血功能衰竭（DIC）、肺子宫内异症（月经性咯血）。

# 咯血病因

---

✘ 肺部良、恶性肿瘤，原发及转移瘤

# 与上消化道出血（呕血）的鉴别

	咯血	上消化道出血
前兆症状	咽痒、咳嗽	上腹不适、恶心欲呕
排出物性状	量少者为痰中血丝或少量带血，量大者为鲜血伴泡沫	咖啡色，可见未完全消化的胃内容物
黑便	无或少量除非大咯血	常见
内窥镜	纤支镜可见支配病变肺叶的支气管口出血	胃镜可见食管、胃、十二指肠出血
血管造影	支气管动脉系统出血	肠系膜动脉及分支出血

## 诊断措施

- ✘ 血液检查：外周血像、凝血功能（动态）、D-二聚体、脑钠肽等
- ✘ 影像学检查：胸片、CT（高分辨率CT对支扩出血诊断有极高价值、肺动脉CTA可确诊肺动脉栓塞）
- ✘ 纤支镜检查：明确病变肺叶，可通过在出血支气管口注入肾上腺素或凝血酶等止血
- ✘ 选择性支气管动脉造影：可精确定位病变血管，造影剂因其高粘滞性本身可起到止血作用，必要时可注射明胶海绵或碘油栓塞病变动脉。

# 治疗

- × 原发病治疗：（略）
- × 促凝血药：肾上腺色腓（安络血）、止血敏、止血环酸、蛇毒凝血酶（巴曲亭）等，通过激活血小板聚合或凝血机制止血。适用于少、中量咯血。
- × 垂体后叶素：通过收缩肺动脉及支气管动脉减少肺供血量止血，有“内科止血钳”之称。禁忌：严重高血压、未有效控制的心绞痛、孕妇。易导致低钠血症。须密切监测电解质。
- × 血管扩张剂：酚妥拉明、阿托品、硝酸甘油、普鲁卡因，通过扩张肺小血管及静脉减少肺血流量达到止血目的（内放血效应），与垂体后叶素配伍使用并无矛盾甚至可减少前者的副反应。

# 治疗

- ✘ 支气管动脉栓塞术：前述，注意避免误栓塞脊髓动脉导致截瘫。
- ✘ 纤支镜下药物止血：前述
- ✘ 手术切除病变肺叶：如药物无效并已通过纤支镜或选择性动脉造影精确定位后进行。

# 大咯血的紧急处理流程

## 发现患者有咯血症状

1. 输血 咯血过多，血红蛋白和血压测定酌情给予少量输血。
2. 吸氧
3. 运用止血药物：脑垂体后叶素 用法及注意禁忌症
4. 应采取患侧卧位，轻轻将气管内存留的积血咳出。
5. 病人安静休息，消除紧张情绪，必要时可用小量镇静剂、止咳剂。

# 大咯血的紧急处理流程

✘ 6.防治窒息：**是大咯血主要的死亡原因！**一旦出现前兆症状立即：

①保持气道通畅，注意体位，吸痰、吸血。

②生理监测。

③建立静脉通道。

④胸部冷敷及适当镇静。

⑤绝对卧床。

⑥气管插管，人工通气准备。

⑦心肺脑复苏准备。

⑧输血及手术准备

# 窒息的抢救

- ✘ 定义：人体的呼吸过程由三个环节组成：一是外呼吸，包括肺通气（肺与外界空气之间的气体交换过程）和肺换气（肺泡与肺毛细血管之间的气体交换过程）；二是血液中气体的运输；三是内呼吸，包括血液与组织、细胞之间的气体交换过程，以及细胞内的氧化过程。上述任何一个呼吸过程受阻或异常，将会导致全身各器官组织缺氧，二氧化碳潴留，从而引起组织细胞代谢障碍、功能紊乱和形态结构损害，整个过程称为窒息（asphyxia）。**本文主要介绍外呼吸环节受阻所致窒息**

# 窒息的抢救

---

分类：

× 阻塞性窒息

× 吸入性窒息

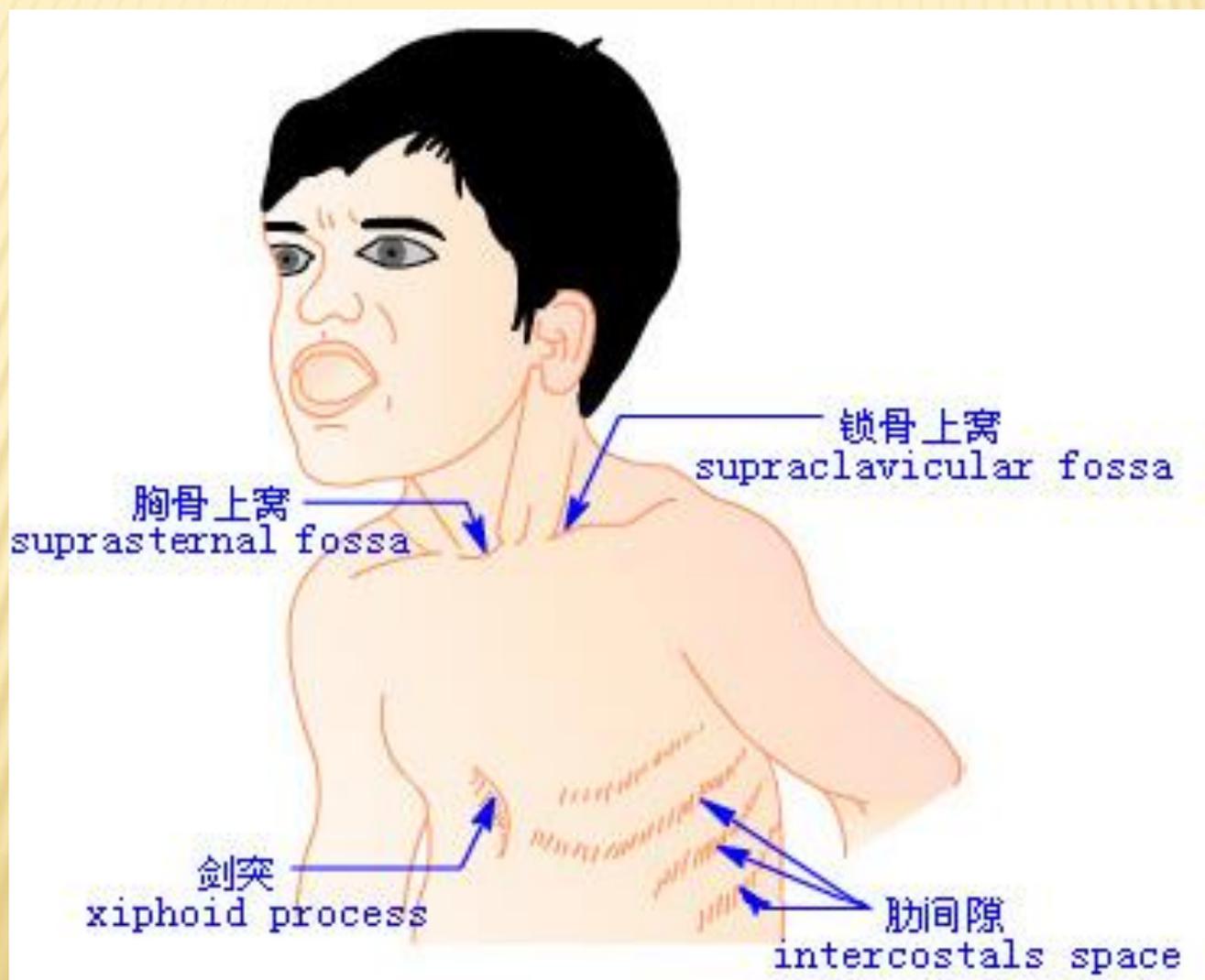
# 阻塞性窒息

- ✘ 异物阻塞咽喉部：损伤后口腔和鼻咽部如有血凝块、呕吐物、游离组织块或异物等，可以阻塞咽喉部造成窒息，特别是昏迷伤员更易发生。
- ✘ 组织移位：下颌骨颏部粉碎性骨折或双发骨折时，由于口底肌群的牵拉，可使舌后坠而阻塞呼吸道。上颌骨骨折时，骨折段向下后方移位，也中阻塞咽腔而引起窒息。
- ✘ 肿胀压迫：口底、舌根、咽侧及颈部损伤后，可因血肿或组织水肿压迫呼吸道而发生窒息。

# 临床表现

- ✘ 呼吸困难、言语困难甚至不能对答、烦躁不安、面色苍白、鼻翼煽动、三凹征、口唇发绀、血压下降、瞳孔散大

# 三凹征



# 抢救

✘ 如因异物阻塞气管则迅速手法排出异物



# 抢救

- ✘ 因血块及分泌物等阻塞咽喉部的患者，应迅速用手掏出或用塑料管吸出阻塞物，同时改变体位，采取侧卧或俯卧位，继续清除分泌物，以解除窒息
- ✘ 因舌后坠而引起窒息的患者，用纱布或其它柔软织物迅速将舌拉出。可将头偏向一侧或采取俯卧位，便于分泌物外流。
- ✘ 咽部肿胀压迫呼吸道的患者，可以由口腔或鼻腔插入任何形式的通气导管，以解除窒息。如情况紧急，又无适当通气导管，可用15号以上粗针头由环甲筋膜刺入气管内。如仍通气不足，可同时插入2~3根，随后作气管造口术。如遇窒息濒死，可紧急切开环甲筋膜进行抢救，待伤情缓解后，再改作常规气管造口术。

# 吸入性窒息

- ✘ 由于直接将血液、涎液、呕吐物或其他异物吸入气管、支气管甚至肺泡内而引起。
- ✘ 如遇此类患者：立即进行气管造口术，通过气管导管，迅速吸出血性分泌物及其他异物，恢复呼吸道通畅。这类伤员在解除窒息后，应严密注意防治肺部并发症（吸入性肺炎）。合理使用抗生素及糖皮质激素。

---

謝謝!