

## 第六章 急性中毒的救护

### 第一节 急性中毒概述



#### 【学习目标】

1. 熟悉中毒的概念。
2. 熟悉急性中毒的救护原则。
3. 了解毒物的体内过程。



#### 【概要】

某些物质接触或进入人体,在效应部位积累到一定量而引起损害的全身性疾病称为中毒(toxication)。这些引起中毒的外来物质称为毒物。毒物的概念是相对的,如某种物质在小剂量时有一定的治疗作用,大剂量进入机体则产生严重的毒性作用。急性中毒是指大量毒物或少量毒性较剧的毒物在短时间内(1次或1日)进入人体,迅速引起中毒症状甚至导致死亡。



#### 【主要内容】

#### 一、毒物的体内过程

毒物的体内过程主要包括进入人体、代谢和排泄。

#### 二、急性中毒的救护原则

- (1) 立即终止继续接触毒物。
- (2) 维持生命体征的稳定。
- (3) 清除未被吸收的毒物。
- (4) 促进已被吸收毒物的排出。
- (5) 特效解毒药的应用。
- (6) 对症处理和预防并发症。

### 第二节 常见急性中毒的救护



#### 【学习目标】

1. 介绍急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒的常见途径。
2. 解释急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物

中毒的发病机制。

3. 叙述急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒的临床表现。

4. 分析判断急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒并做出主要护理诊断。

5. 对急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒患者,能够正确配合医生进行现场救护、转运及院内救护。

6. 能够对不同中毒患者正确进行健康教育。



## 【概要】

日常生活中常见的中毒包括急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒。急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒临床表现各不相同。对急性一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、镇静催眠药中毒、乙醇中毒、细菌性食物中毒患者的救护都包括现场救护、转运及院内救护。



## 【主要内容】

### 一、急性一氧化碳中毒的救护

一氧化碳(CO)中毒俗称煤气中毒,指由于在生产和使用一氧化碳的过程中防护不周,或冬季在密闭的居室中使用煤炉或液化气,吸入过量一氧化碳引起急性中毒,造成组织缺氧。对急性一氧化碳中毒,院外救护的重点是脱离中毒环境、氧疗、转运途中救护。院内救护的重点是氧疗、维护脑功能、对症护理、加强基础护理预防并发症。健康教育主要是做好急性一氧化碳中毒的预防,应鼓励留有后遗症者继续康复治疗。

#### 1. 中毒机制

一氧化碳经呼吸道进入血液,85%与红细胞内的血红蛋白结合形成稳定的碳氧血红蛋白(CO<sub>2</sub>Hb),导致组织和细胞缺氧。

#### 2. 护理评估

(1) 健康史评估。了解患者有无一氧化碳接触史。

(2) 身体状况评估。按中毒程度,急性一氧化碳中毒可分为三度。

① 轻度中毒:患者表现为头痛、头晕、乏力、心悸、四肢无力、恶心、呕吐,甚至短暂性晕厥等。此时如果能及时脱离中毒环境,吸入新鲜空气,患者的症状可很快消失。

② 中度中毒:患者的症状加重,常出现浅昏迷、脉搏加快、皮肤多汗、面色潮红、口唇呈櫻桃色等表现。

③ 重度中毒:患者表现为深昏迷、抽搐、呼吸困难、呼吸浅而快、面色苍白、四肢湿冷、周身大汗,可有大小便失禁、血压下降。

(3) 实验室检查。

① 血液 CO<sub>2</sub>Hb 测定。

- 血液 CO<sub>2</sub>Hb 浓度达 10%~30%为轻度一氧化碳中毒。
- 血液 CO<sub>2</sub>Hb 浓度达 30%~50%为中度一氧化碳中毒。

## 第二部分 学习指导

- 血液 COHb 浓度大于 50% 为重度一氧化碳中毒。
- ② 脑电图检查: 可见弥漫性不规则慢波、双额低幅慢波及平坦波, 与缺氧性脑病进展平行。
- ③ 脑 CT 检查: 可见脑部有病理性密度减低区。

### 3. 救治原则及主要措施

(1) 现场救治。

- ① 使患者迅速脱离中毒环境。
- ② 使患者取合适体位。
- ③ 保持患者呼吸道通畅。
- ④ 如患者发生呼吸、心搏骤停, 应立即实施心肺脑复苏术。
- ⑤ 迅速转送: 最好送往有高压氧治疗条件的医院。

(2) 院内救护。

- ① 迅速纠正缺氧: 氧疗是一氧化碳中毒有效的治疗方法。
- ② 给予患者高浓度氧气: 一般不超过 24 h。
- ③ 最好在中毒后 4 h 进行。
- ④ 对症治疗。

### 4. 护理诊断

(略。)

### 5. 护理措施

护理措施包括紧急救护、病情观察、一般护理、氧疗护理、对症护理、营养支持、心理护理和健康教育。

### 6. 健康教育

- (1) 加强宣传, 注意防护。
- (2) 治愈出院后观察 2 个月, 如有迟发性脑病迹象及时复诊。

## 二、有机磷农药中毒的救护

有机磷农药中毒是由于在生产和使用有机磷农药过程中防护不周, 或在生活中误服或误食被有机磷农药污染的粮食、水源、瓜果蔬菜及毒杀的家禽等, 经胃肠道、呼吸道、皮肤和黏膜吸收而引起急性中毒。

有机磷农药中毒可出现毒蕈碱样(M 样)症状、烟碱样(N 样)症状和中枢神经系统症状。轻度中毒出现 M 样症状。中度中毒出现 M+N 样症状。重度中毒出现 M+N 样症状, 并出现昏迷、脑水肿、呼吸麻痹、大小便失禁等症状。

对于有机磷农药中毒, 院外救护的重点是迅速清除毒物、转运途中救护。院内救护的重点是立即清除毒物、应用特效解毒剂、加强基础护理预防并发症。健康教育主要是广泛宣传有机磷农药对人的危害, 提高自我保护意识。

### 1. 有机磷农药概述

(1) 毒物的分类。

(略。)

(2) 有机磷农药的化学性质。

(略。)

## 2. 毒物的吸收、代谢和排出

(略。)

## 3. 中毒机制

抑制体内胆碱酯酶的活性。

## 4. 护理评估

(1) 健康史评估。了解患者有无有机磷农药接触史。

(2) 身体状况评估。

① 轻度中毒出现 M 样症状,头痛、头晕、恶心、呕吐、多汗、胸闷、视物模糊、瞳孔缩小等。

② 中度中毒出现 M+N 样症状,除 M 样症状外,还可出现肌纤维颤动、瞳孔明显缩小、轻度呼吸困难、流涎、腹泻、意识清楚或模糊。

③ 重度中毒出现 M+N 样症状,并出现昏迷、脑水肿、呼吸麻痹、大小便失禁。

## 5. 实验室检查

(1) 全血胆碱酯酶(CHE)活性测定。

① 血液 CHE 活性:50%~70%为轻度中毒。

② 血液 CHE 活性:30%~50%为中度中毒。

③ 血液 CHE 活性:小于 30%为重度中毒。

(2) 尿中有机磷农药分解产物测定。如对硫磷和甲基对硫磷在体内氧化分解生成的对硝基酚和敌百虫在体内生成的三氯乙醇均由尿排出。对分解产物的测定有助于中毒的诊断。

## 6. 护理措施

(1) 现场救治。

① 迅速终止接触毒物,清除毒物。

② 迅速转送:在转送医院的途中严密监测患者病情变化。

(2) 院内救护。

① 立即清除毒物。

② 应用特效解毒剂。解毒剂的应用原则为早期、足量、联合、反应用药。

(3) 护理要点。

① 遵医嘱迅速彻底清除毒物。

② 严密观察患者病情:生命体征、神志、瞳孔等。

③ 应用阿托品的护理。

④ 应用胆碱酯酶复能剂的护理。

⑤ 防治并发症。

## 7. 健康教育

(1) 出院指导:护士嘱患者出院后在家休息 2~3 周,按时服药,不可单独外出,以防发生迟发性神经病。

(2) 做好防护。

## 三、镇静催眠药中毒的救护

镇静催眠药是中枢神经系统抑制药,具有镇静、催眠作用,临床上广泛用于失眠、焦虑

症、躁狂性中枢神经功能障碍,以及一些以躁狂幻想的病理思维为主要表现的精神疾病。大剂量应用镇静催眠药可麻醉抑制全身,包括延髓中枢。由于这类药物临床应用广泛且易于获得,故急性中毒已为临床常见。镇静催眠药中毒多发生于蓄意自杀者,偶尔也可见儿童误服或药物滥用者的意外中毒。镇静催眠药中毒表现为嗜睡、情绪不稳定、注意力不集中、记忆力减退、发音含糊不清、步态不稳、眼球震颤、明显的呼吸抑制等,甚至危及生命。在急性中毒患者中,死亡者约占0.5%~12%。

对于镇静催眠药中毒,院外救护的重点是立即终止使用镇静催眠药、保持呼吸道通畅、氧疗、迅速纠正缺氧、转运途中救护。院内救护的重点是早期采用催吐、洗胃、活性炭吸附、导泻等清除胃肠内的毒物,注意呼吸支持、抗休克和加速毒物排泄,后期防治因长时间昏迷所致的各类并发症。健康教育主要是在医生的指导下规范使用镇静催眠药,同时加强药品管理。

### 1. 护理评估

#### (1) 健康史评估。

- ① 患者有无服用大量镇静催眠药史,了解患者用药的名称、剂量及服用时间。
- ② 服药前后是否有饮酒史。
- ③ 服药前有无情绪波动。

#### (2) 身体状况评估。

##### ① 巴比妥类药物中毒。

• 轻度中毒:服药剂量为催眠剂量的2~5倍,患者表现为嗜睡、注意力不集中、记忆力减退、共济失调、言语不清、步态不稳等。

• 中度中毒:服药剂量为催眠剂量的5~10倍,患者表现为昏睡或浅昏迷,强刺激可唤醒,不能应答,很快又昏睡,呼吸浅而慢,血压仍正常,腱反射消失,角膜反射、咽反射仍存在。

• 重度中毒:服药剂量为催眠剂量的10~15倍,患者表现为深昏迷,各种反射消失,可因呼吸、循环抑制而死亡。

② 苯二氮草类中毒:中枢神经系统抑制较轻,患者主要表现为嗜睡、头晕、言语含糊不清、意识模糊、共济失调。

#### (3) 实验室检查。

- ① 血液、尿液、胃液中药物浓度的测定。
- ② 血液生化检查。
- ③ 动脉血气分析。

### 2. 护理诊断

- (1) 急性意识障碍:与过量镇静催眠对中枢神经系统的过度抑制有关。
- (2) 清理呼吸道无效:与药物抑制呼吸中枢、咳嗽反射减弱有关。
- (3) 组织灌注改变:与药物导致血管扩张有关。
- (4) 有皮肤完整性受损的危险:与长期昏迷、药物导致皮肤大水泡有关。
- (5) 潜在并发症:包括肺炎、肾衰竭等。

### 3. 护理措施

#### (1) 现场救治。

- ① 迅速终止服用镇静催眠药。

- ② 对口服中毒者立即催吐。
- ③ 保持呼吸道通畅,吸氧。
- ④ 迅速转送:在转送医院的途中严密监测患者病情变化。

#### (2) 院内救护。

- ① 立即清除毒物。
- ② 应用特效解毒剂。

#### (3) 护理要点。

- ① 密切观察患者病情:生命体征、意识状态、瞳孔等。
- ② 维持患者呼吸道通畅,给予患者吸氧。
- ③ 饮食护理:应给予患者高蛋白、高热量的流质饮食,对不能经口进食者,应予以鼻饲。
- ④ 防治并发症:常见并发症包括肺炎、压疮、泌尿系感染、口腔感染、急性肾衰竭等。

## 四、急性乙醇中毒的救护

急性乙醇中毒俗称醉酒,是由于一次性饮入过量的酒精或含有酒精的饮料而造成的中枢神经系统由兴奋转为抑制的状态。乙醇中毒症状与饮酒量和血乙醇浓度及个人耐受性有关,临床上分为兴奋期、共济失调期和昏迷期三期。酒醉醒后可有头痛、头晕、无力、恶心、震颤等症状。如已有耐受性,症状可较轻。重症患者可发生并发症,如轻度酸碱平衡失常、电解质紊乱、低血糖症、肺炎、急性肌病等。个别患者在酒醒后发现肌肉突然肿胀、疼痛,可伴有肌球蛋白尿,甚至出现急性肾衰竭。

对于乙醇中毒,院外救护的重点是立即终止饮酒、催吐、保持呼吸道通畅、保暖、做好安全防护、转运途中救护,院内救护的重点是维持重要脏器功能。健康教育主要是做好乙醇中毒的预防,饮酒过量时尽快排出胃内乙醇,减少乙醇吸收,减轻中毒。

### 1. 病因及发病机制

- (1) 病因。急性乙醇中毒多系饮酒过量所致,以饮白酒过量多见。
- (2) 发病机制。高浓度的乙醇摄入会导致神经中枢的暂时性麻痹,对中枢神经系统有抑制作用,首先作用于大脑皮质,继而影响皮质下中枢,可引起呼吸中枢麻痹。

### 2. 护理评估

- (1) 健康史评估。护士应评估患者有无接触大量乙醇蒸气的经历或酗酒史。
- (2) 身体状况评估。
  - ① 兴奋期:当血乙醇浓度达到 11 mmol/L(50 mg/dL)时,患者表现为颜面潮红或苍白、身心愉快、健谈、自负、情绪不稳定、可有攻击行为。
  - ② 共济失调期:当血乙醇浓度达到 33 mmol/L(150 mg/dL)时,患者表现为肌肉运动不协调、动作笨拙、举步不稳、言语含糊、视物模糊、复视、出现明显共济失调。
  - ③ 昏迷期:当血乙醇浓度达到 54 mmol/L(250 mg/dL)时,患者进入昏迷状态,颜面苍白,皮肤湿冷,口唇微紫,瞳孔散大,呼吸缓慢而有鼾音,严重者可导致呼吸或循环衰竭。
- (3) 辅助检查。血清中乙醇浓度及呼出气中的乙醇浓度测定、动脉血气分析、血清电解质测定。
- (4) 救治措施。
  - ① 现场救治。
    - 轻症急性乙醇中毒患者无须治疗,对兴奋、躁动的患者必要时应加以约束。

## 第二部分 学习指导

- 共济失调患者应休息,避免因活动受伤。
- 对昏迷患者的救治重点是维持重要脏器的功能。
- 对症状严重者原则上应尽快清除乙醇,促进乙醇氧化,保护大脑功能等。

### ② 院内救治。

- 清除胃肠道内尚未吸收的乙醇。
- 促进已吸收的乙醇排出。
- 对症及支持治疗:昏迷者可给予纳洛酮催醒;纠正水与电解质紊乱及酸中毒;中枢性呼吸衰竭可应用呼吸中枢兴奋剂,同时吸入含5%二氧化碳的氧气;对烦躁不安或过度兴奋者可用小剂量地西洋。

### 3. 护理诊断

- (1) 家庭作用改变:酗酒与酒精成瘾有关。
- (2) 低效性呼吸型态:与乙醇抑制呼吸中枢有关。
- (3) 有暴力行为和受伤的危险:与乙醇中毒后自我控制能力丧失有关。
- (4) 有误吸的危险:与乙醇中毒后自我气道保护能力丧失有关。

### 4. 护理措施

#### (1) 紧急救护。

- ① 迅速清除未被吸收的乙醇。
- ② 促进易吸收乙醇氧化。
- ③ 保护大脑功能。
- ④ 血液净化。

(2) 一般护理。轻度中毒者,可用梨、西瓜等水果解酒,注意卧床休息、保暖。若患者兴奋躁动、共济失调时,应适当加以约束,防止外伤。出现昏睡、抽搐、休克者应注意保持呼吸道通畅,心搏骤停者应紧急心肺复苏。

- (3) 病情观察。护士应密切观察患者的生命体征。
- (4) 对症护理。同对症及支持治疗。
- (5) 心理护理。陪伴、安慰患者。
- (6) 健康教育。介绍饮酒的危害。

## 五、细菌性食物中毒的救护

细菌性食物中毒是由于进食了被细菌及其毒素污染了的食物而引起的以胃肠道症状为主要表现的急性感染中毒性疾病。导致细菌性食物中毒的病原菌很多,常见的有沙门氏菌属、变形杆菌、副溶血性弧菌、葡萄球菌、肉毒梭菌、蜡样芽胞杆菌等。

生的肉类和动物内脏中变形杆菌的带菌率较高,在烹制过程中,如不注意,生、熟食品使用同一案板或器皿时极易造成交叉感染,而被污染的熟食在20℃以上的高温条件下放置较短时间,变形杆菌便大量繁殖。含水分、蛋白质和淀粉较多的食品更容易使葡萄球菌繁殖并产生毒素,如一些乳类、奶制品及含奶糕点,另外还有糯米、凉糕、凉粉、米饭,这些都是适合葡萄球菌产生毒素的良好培养基。有人做过实验,葡萄球菌在奶类和碎粥中于20~37℃下,经过48h即可产生毒素,而在新鲜的马铃薯中只要45h即可产生毒素。

## 1. 病因与发病机制

### (1) 病因。

① 细菌性食物中毒的主要病因是食入大量被细菌及其毒素污染的食物。沙门菌属是引起胃肠型食物中毒最常见的病原菌之一。引起中毒的食品主要有动物性食品(如肉、鱼、蛋、奶等)和植物性食品(如剩饭、豆制品等)。

② 食用储存不当或在较高温度下存放时间较长的食品。

③ 食用未充分加热煮熟的食品。

### (2) 发病机制。

① 感染型细菌性食物中毒:由于病原菌进入肠道,侵入黏膜及黏膜下层,导致侵入性腹泻等,内毒素可引起体温升高,引起胃肠道症状。

② 毒素型细菌性食物中毒:肠毒素主要作用于小肠而引起腹泻;神经毒素经小肠吸收入血,作用于神经-肌肉接头等处,导致肌肉麻痹和瘫痪;溶血毒素作用于肠道,引起肠黏膜坏死。

③ 混合型细菌性食物中毒:兼有感染型细菌性食物中毒和毒素型细菌性食物中毒的共同作用。

## 2. 护理评估

### (1) 健康史评估。

① 了解患者有无食用细菌污染的食物及饮料的经历。

② 询问进食时间、进食量及同时进餐者的情况。

(2) 身体状况评估。细菌性食物中毒潜伏期短。沙门菌属的潜伏期为4~24 h,也可长达2~3天;副溶血性弧菌的潜伏期为6~12 h,金黄色葡萄球菌的潜伏期为1~5 h,大肠埃希菌的潜伏期为2~20 h。细菌性食物中毒可分为胃肠型食物中毒和神经型食物中毒两种类型。

① 胃肠型食物中毒:患者主要表现为腹痛、腹泻、呕吐等症状。腹痛性质为上腹或脐周阵发性或持续性绞痛。腹泻可一天几次到十几次不等,常为稀水便,部分患者可出现脓血便、黏液便等。金黄色葡萄球菌性食物中毒所致呕吐最严重,呕吐物为胃内容物,严重者可呕出胆汁、胃液,甚至可含有血液。剧烈呕吐、腹泻可引起脱水、酸中毒,甚至出现周围循环衰竭。少数患者可有全身中毒症状,表现为畏寒、发热、头痛、乏力等。

② 神经型食物中毒:多数患者在餐后12~36 h发病。患者的临床表现以神经系统症状为主,可有头痛、头晕、眩晕、乏力、恶心、呕吐等。眼肌瘫痪时可出现视物模糊、复视、眼睑下垂、瞳孔散大、瞳孔对光反射消失。严重时患者可出现吞咽、咀嚼、发音困难,甚至呼吸困难。肌力下降主要见于颈部及肢体近心端,腱反射可呈对称性减弱。患者常有便秘、腹胀、尿滞留等。

(3) 心理评估。护士应评估患者的情绪是否稳定,评估其对治疗的配合程度;了解患者的家庭经济状况、家属及社会对患者的支持情况。

(4) 辅助检查。有条件者应对残余食物、餐具、患者的呕吐物及排泄物等进行细菌培养、菌种鉴别、毒素鉴别及血清学鉴定等。

## 3. 救治原则及主要措施

(1) 停止继续摄入可疑食品。



## 第二部分 学习指导

(2) 催吐、洗胃等清除尚未吸收的毒物:对食用可疑食物而无呕吐及腹泻者,应立即给予催吐、洗胃,之后应用活性炭 25~35 g 加水 50 mL 配置成混悬液口服,可用硫酸镁 15~30 g 口服导泄,必要时插胃管洗胃。

(3) 维持水、电解质及酸碱平衡:对能口服的患者,鼓励其多喝糖盐水,对不能口服者静脉滴注等渗葡萄糖溶液或生理盐水,注意纠正缺水并维持体液平衡。

(4) 抗毒血清治疗:尽早给予肉毒梭菌食物中毒者多价肉毒抗毒素血清治疗,对过敏试验阳性者进行脱敏注射。

(5) 对症救治:给予腹痛明显者阿托品 0.5 mg 肌肉注射;给予烦躁不安、抽搐频繁者地西洋 10 mg 肌肉注射;给予高热患者物理降温,必要时静脉注射地塞米松 5~10 mg 或将氢化可的松 50~100 mg 加入补液中;给予感染严重患者有效抗生素治疗。

### 4. 护理诊断

(1) 体液不足:与大量呕吐、腹泻丢失体液过多有关。

(2) 活动无耐力:与频繁呕吐、腹泻导致水、电解质丢失有关。

(3) 腹泻:与毒物对胃肠道的损伤有关。

(4) 疼痛:主要为腹痛,与毒物导致胃肠道痉挛有关。

(5) 潜在并发症:酸中毒、水及电解质紊乱、休克。

### 5. 护理措施

(1) 即刻护理。在患者取仰卧位时将其头偏向一侧,防止呕吐物或痰液阻塞气道引起窒息;尽快为患者建立静脉通道。

(2) 急救配合。护士应做好催吐、洗胃、给药等治疗配合工作,尽快查明中毒原因,遵医嘱使用解毒剂等;对危重患者做好呼吸道的管理,必要时给予吸痰或气管切开置管;如为集体中毒,应做好患者的分流工作。

(3) 病情观察。护士应密切观察患者生命体征的变化,即有无皮肤黏膜干燥,皮肤弹性差,水、电解质紊乱,酸中毒,休克等情况。观察患者呕吐、腹泻等情况,记录 24 h 液体出入量。

(4) 一般护理。

① 休息:护士应嘱患者适当休息,对沙门菌感染者应采取消化道隔离。

② 营养护理:护士应给予患者清淡、易消化的流质或半流质饮食,嘱患者多饮糖盐水。呕吐、腹泻、腹痛剧烈者暂禁食。

③ 口腔护理:口腔护理每日 2 次,预防口腔感染。

④ 皮肤护理:护士应保持床单及患者皮肤清洁、干燥,定时帮其翻身,预防压疮。

(5) 对症护理。对高热者,护士应遵医嘱给予其物理或药物降温;对腹痛剧烈者,可遵医嘱给予其解痉药缓解症状;对腹泻患者,应注意肛周护理,早期不用止泻剂;对脱水、休克者,遵医嘱补液;对中度以上酸中毒且病情严重者,遵医嘱补充 5% 碳酸氢钠溶液纠正酸中毒。

(6) 用药护理。参考治疗措施。

(7) 心理护理。护士应多与患者交流、沟通,做好心理疏导,让患者建立战胜疾病的信心。

### 6. 健康教育

(1) 护士应向人群宣传做好防蝇灭蝇、灭蟑螂工作,预防食物被细菌污染。

(2) 护士应指导患者养成良好的卫生习惯,饭前、便后注意洗手,勤剪指甲,不用手直接抓取食物。

(3) 食品低温保存,尽量短时间存放,并尽早食用。生熟食品要分开放置,盛放食物的餐具等严格清洗消毒。

(4) 护士应指导患者不吃变质、腐烂的食物,不吃疑似污染的食物及病死的畜禽肉等。

### 【练习题】

#### A<sub>1</sub> 型题

- 对原因不明的急性中毒,应选用哪种洗胃液洗胃? ( )
  - 冰水
  - 1:5000 高锰酸钾溶液
  - 生理盐水
  - 2%碳酸氢钠溶液
  - 2%~4%鞣酸溶液
- 敌百虫中毒洗胃禁用( )。
  - 高锰酸钾溶液
  - 碳酸氢钠溶液
  - 温开水
  - 1%生理盐水
  - 清水
- 亚硝酸盐中毒的特效解毒药是( )。
  - 醒脑静
  - 纳洛酮
  - 尼可刹米
  - 洛贝林
  - 亚甲蓝
- 对于急性中毒患者,首要的急救原则是( )。
  - 清除进入体内尚未被吸收的毒物
  - 终止接触毒物
  - 对症处理
  - 使用特效解毒药
  - 清除体内已被吸收的毒物
- 有毒物质可以通过多种途径进入人体,但不包括( )。
  - 消化道
  - 毛发
  - 呼吸道
  - 皮肤黏膜
  - 伤口
- 氰化物中毒的特效解毒剂是( )。
  - 解磷定
  - 氯磷定
  - 二巯丙醇
  - 亚甲蓝
  - 亚硝酸钠
- 一般认为,在服毒后进行洗胃、抢救最有效的时间是( )。
  - 2 h 内
  - 3 h 内
  - 6 h 内
  - 8 h 内
  - 24 h 内
- 下列不属于急性中毒患者病情危重信号的是( )。
  - 昏迷
  - 肺水肿
  - 体温 38℃
  - 血压 200/150 mmHg
  - 瞳孔扩大
- 下列不属于重度一氧化碳中毒指征的是( )。
  - 血液中碳氧血红蛋白含量在 50%以上
  - 皮肤黏膜出现樱桃红
  - 出现迟发脑病



20. 巴比妥类中毒的特效解毒剂是( )。
- A. 氟马西尼                      B. 阿托品                      C. 亚甲蓝  
D. 纳洛酮                      E. 无特殊解毒剂

21. 胃肠型食物中毒最常见的病原菌是( )。
- A. 大肠杆菌                      B. 沙门菌属  
C. 副溶血性弧菌                      D. 金黄色葡萄球菌  
E. 蜡样芽孢杆菌

22. 下列哪一项与沙门菌食物中毒无关?( )
- A. 呕吐物细菌培养阳性                      B. 粪便培养阳性  
C. 一同进食者大批发病                      D. 潜伏期为 1~5 h  
E. 潜伏期为 4~24 h

### A<sub>2</sub> 型题

23. 张某,女,30岁,误服敌敌畏 10 h 后昏迷。对该患者的急救措施不妥的是( )。

- A. 催吐                      B. 洗胃                      C. 导泻  
D. 利尿                      E. 吸氧

24. 患者,女,45岁,因煤气中毒 1 天后入院,浅昏迷,脉快,皮肤多汗,血 COHb 35%,该患者属哪一度中毒?( )

- A. 重度中毒                      B. 中度中毒                      C. 轻度中毒  
D. 慢性中毒                      E. 迟发性脑病

25. 患者,女,50岁,冬天在家生煤炉取暖后感到头痛、头晕、视物不清,疑为一氧化碳中毒,对于该患者首要的处理措施是( )。

- A. 人工呼吸                      B. 保暖  
C. 氧气吸入                      D. 把患者转移到空气流通处  
E. 保持呼吸道通畅

26. 患者,女,40岁,由家人背送医院急诊。家属诉半小时前发现患者不省人事,侧卧在家中床上,时有呕吐。查体:皮肤多汗,流涎,双侧瞳孔明显缩小,呼吸有大蒜味,分诊护士应首先考虑该患者最可能为( )。

- A. 安眠药中毒                      B. 食物中毒  
C. 一氧化碳中毒                      D. 有机磷农药中毒  
E. 脑出血

27. 患者,女,60岁,被诊断为有机磷农药中毒,已经给予洗胃等处理,遵医嘱给予阿托品药物治疗。当患者出现下列哪种情况时应及时通知医生并停药?( )

- A. 颜面潮红                      B. 皮肤干燥、口干  
C. 体温 37.2℃                      D. 心率 110 次/min  
E. 烦躁不安、抽搐

28. 患者,女,29岁。口服安定 100 片,被家人发现时呼之不应,意识昏迷,急诊来院。下列对该患者的护理措施中错误的是( )。

- A. 立即洗胃                      B. 立即催吐  
C. 硫酸镁导泻                      D. 0.9%生理盐水洗胃  
E. 监测生命体征

## 第二部分 学习指导

29. 患者,男,78岁。饮用红酒600 mL后出现脸色潮红、轻微眩晕、语言增多,诊断为乙醇中毒。下列医嘱中,对治疗乙醇中毒无效的是( )。

- A. 静推利尿剂
- B. 静推纳洛酮
- C. 静滴维生素
- D. 静滴抗生素
- E. 静滴电解质

30. 患者,女,44岁,因有机磷农药中毒住院,表现为轻度呼吸困难、大汗、步态蹒跚、肺水肿,偶有惊厥、昏迷及呼吸麻痹。考虑为重度有机磷农药中毒,血胆碱酯酶活性是( )。

- A. 70%~60%
- B. 50%~40%
- C. 40%~30%
- D. 60%~50%
- E. <30%

31. 患者,女,45岁,服敌敌畏后被家人送往医院,立即给予其碘解磷定、阿托品等治疗。评估阿托品化的指标不包括( )。

- A. 瞳孔较前散大
- B. 皮肤干燥
- C. 颜面潮红、干燥
- D. 肺部啰音减少
- E. 心率减慢

32. 患者,男,35岁。聚会饮酒后被送到医院,表现为昏睡、瞳孔散大,体温降低,血乙醇浓度为260 mg/dL,此时该患者处于( )。

- A. 嗜睡
- B. 戒断综合征
- C. 共济失调期
- D. 昏迷期
- E. 兴奋期

### A<sub>3</sub>/A<sub>4</sub> 型题

(33~34题共用题干)

患者,男,36岁,单位晚宴时大量饮酒后突然出现恶心、呕吐,继之昏迷,紧急入院。

33. 该患者最可能的诊断为( )。

- A. 脑出血
- B. 食物中毒
- C. 急性胃肠炎
- D. 急性乙醇中毒
- E. 低血糖

34. 关于该患者的护理措施,下列叙述不正确的是( )。

- A. 妥善安置患者
- B. 加强巡视
- C. 防止窒息
- D. 使用纳洛酮
- E. 不需要保暖

(35~38题共用题干)

张女士,40岁。晨起家人发现其意识丧失,紧急送医院,查体:浅昏迷、心率快、皮肤多汗、面色潮红。平时家中用煤炉生火做饭。初步诊断为一氧化碳中毒。

35. 该患者可出现的典型体征是( )。

- A. 瞳孔缩小
- B. 瞳孔扩大
- C. 黄疸
- D. 血红蛋白尿
- E. 口唇呈樱桃红

36. 护士应给予该患者吸氧,氧流量是( )。

- A. 6~8 L/min
- B. 8~10 L/min

- C. 4~6 L/min  
D. 2~3 L/min  
E. 1~2 L/min
37. 一氧化碳中毒的潜在并发症是( )。
- A. 迟发性脑病  
B. 水电解质紊乱  
C. 肺水肿  
D. 昏迷  
E. 脑栓塞
38. 以下哪一项不是该患者的护理措施?( )
- A. 密切观察病情  
B. 高浓度、高流量吸氧  
C. 保持呼吸道通畅  
D. 给予抗胆碱药  
E. 有条件者可用高压氧舱治疗
- (39~40 题共用题干)
- 李女士,一次性服用苯巴比妥催眠药物过量出现中毒症状。
39. 下列关于苯巴比妥类中毒的叙述不正确的是( )。
- A. 最常见的为锥体外系反应  
B. 症状与剂量有关  
C. 中枢神经系统抑制  
D. 轻度中毒可出现嗜睡、共济失调、眼球震颤  
E. 重度中毒可出现昏迷
40. 对该患者治疗护理不正确的是( )。
- A. 应用纳洛酮促进意识恢复  
B. 用活性炭吸附药物  
C. 应用呋塞米利尿  
D. 酸性液使尿液酸性化  
E. 血液透析排除药物

# 第七章 环境及理化因素损伤的救护

## 第一节 中暑的救护



### 【学习目标】

1. 介绍中暑的常见原因。
2. 解释中暑的发病机制。
3. 叙述中暑的临床表现。
4. 分析判断中暑并做出主要护理诊断。
5. 对中暑患者,能够正确配合医生进行进场救护、转运及院内救护。
6. 能够对不同患者正确进行健康教育。



### 【概要】

中暑是由于长时间在高温、高湿、通风不良、烈日暴晒等环境中劳动或运动,人体体温调节中枢功能障碍、汗腺功能衰竭和(或)水、电解质过量丢失,使体内积聚大量余热,导致多系统功能障碍的急性综合征。患者常表现为突然高热、皮肤干燥、无汗及意识丧失或惊厥等中枢神经系统症状,临床上依据症状轻重将中暑分为先兆中暑、轻度中暑和重度中暑。

对于中暑,院外救护的重点是脱离高温环境、迅速降温、重度中暑患者转运途中救护。院内救护的重点是降温治疗,纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡,加强基础护理、对症护理,预防并发症。



### 【主要内容】

#### 一、原因

中暑的原因有以下几点:

- (1) 机体产热过多。
- (2) 机体散热障碍。
- (3) 机体热适应能力下降。

#### 二、护理评估

##### 1. 健康史评估

患者有无在高温、高湿环境下产热过多、散热障碍或热适应能力下降的因素。

##### 2. 身体状况评估

- (1) 先兆中暑:机体暴露于高温、高湿环境下一段时间后可出现大汗、乏力、口渴、头晕、

头痛、眼花、胸闷、心悸、体温正常或稍高(不超过 38℃)等表现。

(2) 轻度中暑:除先兆中暑症状加重外,患者还可以出现面色潮红、大量出汗、体温升高至 38.5℃或以上;出现早期循环衰竭表现。

(3) 重度中暑:包括热衰竭、热痉挛、热射病和日射病四种类型。

### 3. 实验室检查

实验室检查包括血常规检查、尿常规检查和血生化检查。

## 三、护理诊断

- (1) 体液不足:与高热引起大量出汗、水分丢失有关。
- (2) 体温过高:与体温调节功能紊乱有关。
- (3) 疼痛:与中暑所致肌肉痉挛有关。
- (4) 焦虑、恐惧:与担心预后有关。
- (5) 知识缺乏:与患者缺乏防暑降温的相关知识有关。
- (6) 潜在并发症:包括休克、脑水肿、心力衰竭、肾衰竭、DIC 等。

## 四、救治措施

### 1. 现场救治

- (1) 使患者尽快脱离高温环境。
- (2) 积极降温。
- (3) 休息,抑制产热。
- (4) 重度中暑患者立即转送医院,途中不中断救护。

### 2. 院内救护

- (1) 降温:包括体表降温、体内降温和药物降温。
- (2) 纠正水、电解质紊乱。
- (3) 防治并发症。

## 五、护理措施

(1) 一般护理:休息与体位、保持呼吸道通畅、口腔护理、皮肤护理、饮食护理、惊厥护理。

- (2) 病情观察:降温效果及并发症。
- (3) 用药护理。

## 六、健康教育

- (1) 进行预防中暑的卫生宣传,使人们提高自我保护意识。
- (2) 改善劳动环境与居住条件。
- (3) 在高温、高湿等环境下进行作业前进行热适应训练,及时补充含盐的清涼饮料,执行有关高温作业禁忌证规定。



## 第二节 淹溺的救护



### 【学习目标】

1. 解释淹溺的发病机制。
2. 叙述淹溺的临床表现。
3. 分析判断淹溺并做出主要护理诊断。
4. 对淹溺的患者,能够正确配合医生进行现场救护、转运及院内救护。
5. 能够对不同患者正确进行健康教育。



### 【概要】

淹溺是指由于人不会游泳意外落水,或潜水发生意外,或在游泳过程中疾病急性发作等,导致液体、污泥、杂草等物体阻塞呼吸道或引起反射性喉痉挛,导致窒息、缺氧及电解质紊乱,并处于临床死亡状态。患者可出现面部肿胀、青紫、四肢厥冷,呼吸和心跳微弱或停止,口鼻充满泡沫或污泥,腹部膨胀,胃内充满水或呈胃扩张状态。

对于淹溺,院外救护的重点是迅速将溺水者救出水面、保持其呼吸道通畅、倒出积水、行心肺复苏、转运途中监护。院内救护的重点是保暖、维护呼吸和循环功能、对症护理、预防并发症。健康教育主要是做好淹溺预防,同时做好患者及其家属的思想工作。



### 【主要内容】

#### 一、淹溺的类型

##### 1. 湿性淹溺

湿性淹溺又分为淡水淹溺和海水淹溺。

##### 2. 干性淹溺

人落水后,由于寒冷、恐惧等引起喉痉挛,泥、草等可堵塞口、鼻,导致呼吸道梗阻,使落水者窒息死亡。

#### 二、发病机制

##### 1. 湿性淹溺的发病机制

湿性淹溺的发病机制如图 2-7-1 所示。

##### 2. 干性淹溺的发病机制

干性淹溺的发病机制如图 2-7-2 所示。

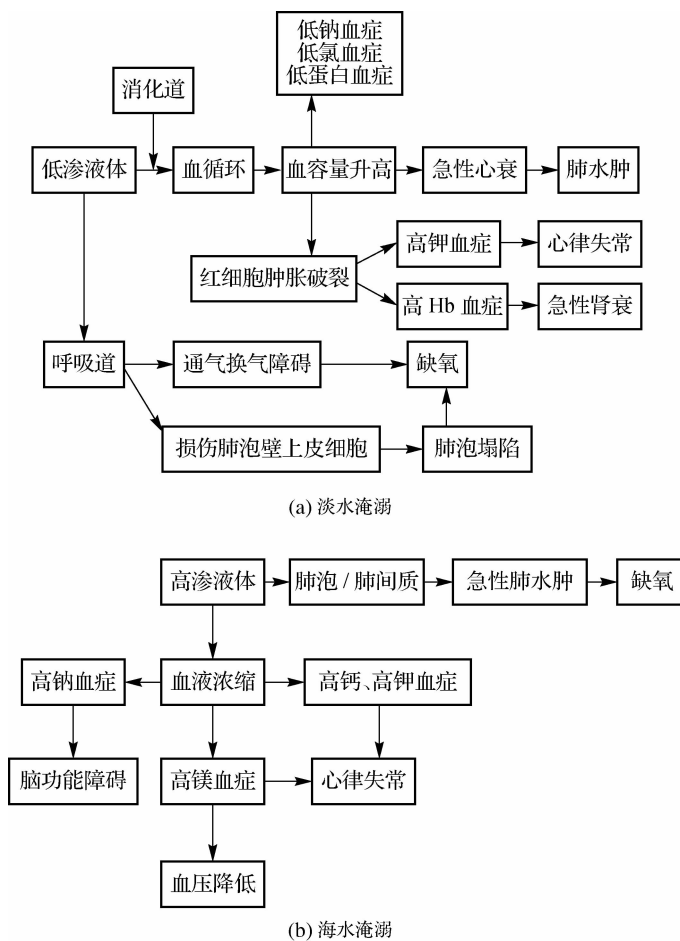


图 2-7-1 湿性淹溺的发病机制

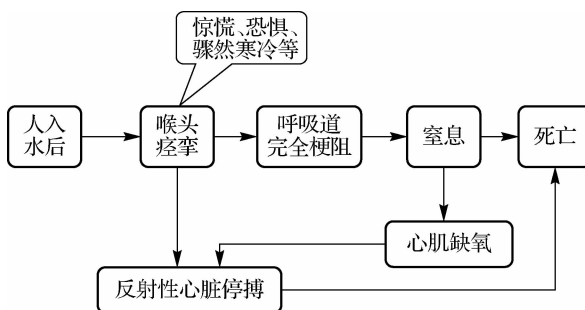


图 2-7-2 干性淹溺的发病机制

### 三、护理评估

#### 1. 健康史评估

详细了解淹溺发生的时间和地点、水源性质及现场救护情况。

#### 2. 身体状况评估

患者有无头痛、视觉障碍、咳嗽、胸痛、呼吸困难、咳泡沫样痰等症状。海水淹溺者的口渴症状突出,可伴有寒战、高热。

(1) 喉痉挛早期(淹溺 1~2 min):主要为一过性窒息的缺氧表现。

(2) 喉痉挛期(淹溺 3~4 min)。

(3) 窒息和缺氧时间较长(淹溺超过 5 min):患者表现为昏迷,呼吸不规则或停止,心律失常、心音弱而不整,腹部常隆起伴胃扩张,四肢厥冷。

#### 3. 实验室检查

(1) 血常规、尿常规检查。

(2) 血液生化检查:葡萄糖、电解质等。

(3) 动脉血气分析。

(4) 心电图检查。

(5) 胸部 X 线检查。

### 四、救治措施

#### 1. 现场救治

(1) 呼救并迅速将溺水者救出水面。

(2) 保持淹溺者呼吸道通畅。

(3) 对淹溺者进行倒水处理:膝顶法、肩顶法、抱腹法。

(4) 心肺复苏。

(5) 保暖。

(6) 迅速转送:在将淹溺者转送医院的途中严密监测其病情变化。

#### 2. 院内救护

(1) 将淹溺者安置于抢救室内,注意保暖。

(2) 维持淹溺者的呼吸功能:保持呼吸道通畅,吸氧,静脉注射呼吸兴奋剂,上呼吸机辅助通气。

(3) 维持淹溺者的循环功能:监测血压、中心静脉压、尿量,出现问题及时处理。

(4) 防治并发症。

(5) 维持水电解质平衡。

### 五、护理诊断

(1) 清理呼吸道无效:与大量液体进入呼吸道及呼吸道痉挛有关。

(2) 低效型呼吸型态:与呼吸道梗阻、肺水肿有关。

(3) 意识障碍:昏迷,与大脑缺血、缺氧和代谢性酸中毒有关。

(4) 焦虑、恐惧:与窒息引起的濒死感有关。

(5) 潜在并发症:包括脑水肿、肺水肿、肺部感染、心搏骤停。

## 六、护理措施

- (1) 一般护理:休息、保持呼吸道通畅、饮食护理、口腔护理、皮肤护理等。
- (2) 病情观察。
- (3) 输液护理。
- (4) 复温。
- (5) 心理护理。

## 七、健康教育

- (1) 从事水上或水中活动者应严格进行健康检查,经常进行游泳、水上自救和呼救知识技能训练。
- (2) 水上运动前不要饮酒。
- (3) 不去水坑、池塘或江河等区域游泳、洗澡,以防发生意外。
- (4) 应关注天气和汛情预报,不要在雨季外出或旅游。

### 第三节 触电的救护

#### 【学习目标】

1. 解释触电的发病机制。
2. 介绍触电的方式影响触电损伤程度的因素。
3. 叙述触电的临床表现。
4. 分析判断触电并做出主要护理诊断。
5. 对触电者,能够正确配合医生进行现场救护、转运及院内救护。
6. 能够对不同患者正确进行健康教育。

#### 【概要】

触电又称电击伤,是指一定量的电流或电量通过人体,引起组织不同程度的损伤或器官功能衰竭,甚至死亡。缺乏安全用电知识或麻痹大意违章操作,暴风雨、火灾、地震致使电线断裂或雷击等均可导致人体触电。触电情况不同,对人体造成的损害也不同。轻者可仅有局部肢体麻木或震颤,重者可出现呼吸、心跳停止甚至死亡。

对于触电,院外救护的原则是迅速使患者脱离电源,立即进行现场救护,对重型触电者,在现场救护后迅速转送医院救护。院内救护的重点是维持有效呼吸和循环、保护创面、加强基础护理,防治并发症。健康教育主要是做好触电的预防,留有后遗症者应鼓励其继续康复治疗。

#### 【主要内容】

### 一、病因

#### 1. 人体直接接触电源

因缺乏安全用电知识,用电设备安装不合格,用电设备没有及时检修,或麻痹大意违章

## 第二部分 学习指导

操作等,人体可直接接触电源而触电。

### 2. 间接接触触电

暴风雨、火灾、地震致使电线断裂落在地上形成跨步电压或雷击等。

## 二、发病机制

触电的发病机制如图 2-7-3 所示。

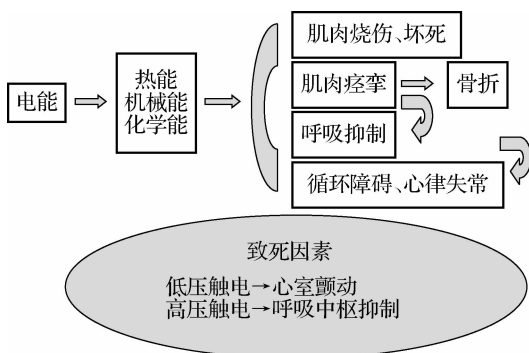


图 2-7-3 触电的发病机制

## 三、护理评估

### 1. 健康史评估

了解触电者的触电经过,包括时间、地点、电源情况等。

### 2. 身体状况评估

(1) 全身症状:轻者仅瞬间遭遇低电压、低电流,表现为精神紧张、面色苍白、肢体麻木、呼吸和心跳加快;部分患者可有一过性晕厥、短暂性意识丧失;重者出现昏迷、肌肉抽搐、血压下降、呼吸浅快或不规则、呼吸停止、心脏停搏。

(2) 局部症状:主要是电压所致的烧伤。

(3) 并发症:触电可引起性格改变、精神异常、心律失常、关节脱位等。

### 3. 实验室检查

(1) 心电图检查。

(2) 血液生化检查。

(3) 尿液检查。

## 四、救治原则及主要措施

救护原则: 规程处理、脱离电源,分秒必争、有效抢救。

### 1. 现场救治

(1) 快速脱离电源:切断电源、挑开电线、拉开触电者、切断电线。

(2) 轻型触电:就地观察或平卧休息 1~2 h。

(3) 重型触电:立即行心肺复苏术。

## 2. 院内救护

- (1) 维持有效呼吸、有效循环功能。
- (2) 维持水、电解质及酸碱平衡。
- (3) 创面处理:现场应保护好创面,防止感染。在医院对创面彻底消毒、无菌敷料包扎。局部坏死组织如与周围健康组织分界清楚,应在伤后 3~6 天及时切除焦痂。如皮肤缺损较大,则植皮。
- (4) 预防破伤风和厌氧菌感染。
- (5) 筋膜松解和截肢术。

## 五、护理诊断

- (1) 皮肤完整性受损:与触电所致皮肤烧伤有关。
- (2) 组织灌注量的改变:与触电后体液丢失及心律失常有关。
- (3) 焦虑、恐惧:与意外触电、担心预后有关。
- (4) 潜在并发症:包括心搏骤停、心律失常、感染等。

## 六、健康教育

- (1) 提高自我防范意识及相互保护意识。
- (2) 严禁私自乱拉、乱接电源线。
- (3) 选用合格的电器产品。
- (4) 雷雨时待在室内,不得靠近避雷器或避雷针,避免站立高处,不要在树下躲雨,也不要待在电线杆和高压电线下。

## 【练习题】

### A<sub>1</sub> 型题

1. 对中暑的患者使用冷疗法的目的是( )。
  - A. 减轻局部充血或出血
  - B. 减轻疼痛
  - C. 控制炎症扩散
  - D. 降低体温
  - E. 使患者舒适
2. 对溺水患者进行急救时首先应( )。
  - A. 保持呼吸道通畅
  - B. 倒水处理
  - C. 口对口人工呼吸
  - D. 胸外心脏按压
  - E. 给予强心药
3. 以下哪种措施对中暑患者预后具有决定性作用?( )
  - A. 脱离高温环境
  - B. 补充体液
  - C. 快速降温
  - D. 平卧
  - E. 保持呼吸道通畅
4. 引起热痉挛的主要病因是( )。
  - A. 低钙血症
  - B. 低钠血症
  - C. 低钾血症
  - D. 低镁血症
  - E. 低氯血症

## 第二部分 学习指导

5. 关于触电,下列说法正确的是( )。
- A. 电压越高,损伤越轻  
B. 电流越大,损伤越轻  
C. 电阻越大,损伤越轻  
D. 直流电比交流电危险  
E. 高频电流比低频电流危险
6. 淡水淹溺患者可以出现( )。
- A. 高钙血症  
B. 高钠血症  
C. 高氯血症  
D. 高镁血症  
E. 高钾血症
7. 海水淹溺患者可以出现( )。
- A. 高钙血症  
B. 低钠血症  
C. 低氯血症  
D. 低镁血症  
E. 低钾血症

### A<sub>2</sub> 型题

8. 患者,男,60岁。在烈日下从事田间劳动约1h后,感觉口渴、头晕、胸闷、恶心、四肢无力,被紧急送往医院治疗。查体:体温37.8℃,脉搏100次/min,未发现其他异常,休息半小时后症状消失。该患者出现上述症状,应首先考虑的是( )。

- A. 过度劳累  
B. 睡眠不足  
C. 高温环境  
D. 身体虚弱  
E. 饮食过饱

9. 患者,男,48岁,于炎热的夏天在室外高空作业3h,出现头痛、头晕、口渴、皮肤苍白、出冷汗,体温37.2℃,脉搏110次/min,血压90/50 mmHg。该患者最可能的诊断是( )。

- A. 热衰竭  
B. 轻度中暑  
C. 热痉挛  
D. 日射病  
E. 热射病

10. 患者,男,45岁,特殊工种,于炎热的夏天在高温下工作数日,近日出现全身乏力、多汗,继而体温升高,有时可达40℃以上,并出现皮肤干热、无汗、谵妄和抽搐、脉搏加快、血压下降、呼吸浅速等表现,考虑可能是热射病,采取物理降温时应暂停降温的肛温是( )。

- A. 36℃  
B. 36.5℃  
C. 37℃  
D. 37.5℃  
E. 38℃

11. 患者,男,56岁,建筑工人,于闷热的夏天在室外工作,近日出现全身乏力,继而体温升高,有时可达40℃以上,并出现皮肤干热、无汗、谵妄和抽搐、脉搏加快、血压下降、呼吸浅速等表现,考虑可能是热射病。该患者病室的室温应保持在( )。

- A. 18~20℃  
B. 20~22℃  
C. 22~24℃  
D. 20~25℃  
E. 18~22℃

12. 患儿,男,8岁,不慎溺水。检查发现该男孩面部青紫,意识丧失,自主呼吸停止,颈动脉搏动消失。护士实施抢救时首先应采取的措施是( )。

- A. 准备好给氧装置  
B. 准备开口器撑开口腔

- C. 清除口、鼻分泌物和异物  
D. 放清洁纱布于男童口部  
E. 将男童双手放于其躯干两侧

A<sub>3</sub>/A<sub>4</sub> 型题

(13~16 题共用题干)

患者,男,35岁,于炎热的夏天在高温下工作数日,近日出现全身乏力、多汗,继而体温升高,有时可达 40℃ 以上,并出现皮肤干热、无汗、谵妄和抽搐、脉搏加快、血压下降、呼吸浅速等表现。

13. 考虑该患者所患疾病为( )。  
A. 感冒  
B. 癫痫  
C. 低血压  
D. 心力衰竭  
E. 中暑
14. 具体可能是哪种类型?( )  
A. 热衰竭  
B. 热痉挛  
C. 热射病  
D. 日射病  
E. 热惊厥
15. 其“三联征”包括( )。  
A. 高热、无汗、意识障碍  
B. 高热、烦躁、嗜睡  
C. 高热、灼热、无汗  
D. 高热、疲乏、眩晕  
E. 高热、多汗、心动过速
16. 患者不可能存在的护理问题是( )。  
A. 体温过高  
B. 急性意识障碍  
C. 体液不足:脱水  
D. 有受伤的危险  
E. 皮肤完整性受损

(17~18 题共用题干)

患者,男,48岁,在河里游泳时腿部痉挛,不慎溺水,被人救起,面色青紫,腹部膨隆,无自主呼吸,有脉搏。

17. 该患者不可能存在( )。  
A. 溶血  
B. 肺水肿  
C. 脑水肿  
D. 高钙血症  
E. 高钾血症
18. 救护该患者时,首先应( )。  
A. 清除口、鼻分泌物和异物  
B. 松开衣领、腰带  
C. 倒水处理  
D. 吸氧  
E. 胸外心脏按压