كىرىش سۆز

ئۇيغۇر تېبابىتى — ئەمگەكچان ئۇيغۇر خەلقىنىڭ تارىختىن بۇيان تۇرلۇك كېسەللىكلەر بىلەن ئىزچىل كۈرەش قىلىشى جەريانىدا يەكۈنلىگەن تەجرىبىلىرىنىڭ ئىلمىي يەكۈنى.

ئۇيغۇر تېبابىتى — قەدىمدىن بۇيان 20 ـ ئەسىرنىڭ باشلىرىغىچە رايونىمىزدىكى ھەر مىللەت خەلقىنىڭ ساقلىقىنى ساقلاپ، كېسەللىكلەرگە قارشى تۇرۇپ، ساغلام ئۆسۈپ كۆپەيىشىگە خىزمەت قىلىپ كېلىۋاتقان بىردىنبىر تېبابەت بولۇپ، ئۇ ئۆزىگە خاس نەزەرىيە سىستېمىسىغا ۋە بىر يۈرۈش داۋالاش ئۇسۇللىرىغا، مول دورا بايلىقلىرىغا ئىگە.

ئۇيغۇر تېبابىتى تارىختىن بۇيان ئۇستاز ـ شاگىرت تەربىيىلەش شەكلى ئارقىلىق ئەۋلادمۇ ئەۋلاد داۋاملىشىپ بىزگىچە يېتىپ كەلگەن ئىدى. 1983 ـ يىلى كۆكخوتتا ئېچىلغان مەملىكەتلىك 2 ـ نۆۋەتلىك مىللىي تېبابەتچىلىك خىزمەت يىغىنىنىڭ روھىغا ئاساسەن، شىنجاڭ ئۇيغۇر ئاپتونوم رايونلۇق خەلق ھۆكۈمىتى 1984 ـ يىلى شىنجاڭ ئۇيغۇر تېبابەتچىلىكى ئالىي تېخنىكومىنى خوتەندە قۇرۇشنى قارار قىلدى ھەمدە مەكتىپىمىز 1987 ـ يىلى تۇنجى قېتىم ئوقۇغۇچى قوبۇل قىلىشنى باشلىدى. مەكتىپىمىزنى 1989 ـ يىلى 9 ـ ئايدا دۆلەت مائارىپ مىنىستىرلىقى رەسمىي تەستىقلاپ ئەنگە ئالدى. شۇنىڭدىن باشلاپ ئۇيغۇر تېبابەتچىلىك ئىزباسارلىرىنى تەربىيىلەش ئىشلىرى ھازىرقى زامان مائارىپى دەۋرىگە قەدەم قويدى.

1986 ـ يىلىدىن باشلاپ شىنجاڭ ئۇيغۇر ئاپتونوم رايونلۇق سەھىيە نازارىتىنىڭ سابىق نازىرى مەرھۇم ئىسھاقجان مەھمۇدىنىڭ مەسلىھەتچىلىكى، سابىق نازىر رەقىپ ئابباسىنىڭ رەھبەرلىكى، مۇئاۋىن نازىر مۇھەممەتئىمىن سابىرنىڭ بىۋاستە يېتەكچىلىكى، جۇڭگو ـ مىللىي تېبابەتچىلىك دوختۇرلىرىنى باشقۇرۇش باشقارمىسىنىڭ باشلىقى ئارىپ مۇھەممەت نىيازنىڭ تەشكىللىشى بىلەن ئاپتونوم رايونىمىز تەۋەسىدىكى ئۇيغۇر تېبابىتى مۇتەخەسسىسلىرى مەكتىپىمىزنىڭ تۇنجى ئەۋلاد دەرسلىك ماتېرىياللىرىنى تۈزۈشنى باشلاپ، 1992 ـ يىلى بۇ شەرەپلىك ۋەزىپىنى تولۇق ئاخىرلاشتۇردى. بۇ دەرسلىكلەرنى باشتىن ـ ئاخىر ئالىي مۇھەررىر ئىنايىتۇللا ھېلىمى، ئۇيغۇر تېبابەت ئالىمى، تىلشۇناس مەرھۇم ھاجى ئابدۇلھەمىد يۇسۇفى قاتارلىقلار بېكىتىپ، تەھرىرلەپ ۋە ئىش قوشۇپ، شىنجاڭ خەلق سەھىيە نەشرىياتى ئىلگىرى ـ كېيىن نەشر قىلىپ، ھازىرقى زامان ئۇيغۇر تېبابەتچىلىك مائارىپىغا تۇنجى ئاساس سالغان ئىدى. مەكتىپىمىز ئاپتونوم رايونلۇق سەھىيە نازارىتىنىڭ نازىرى مۇھەممەتئىمىن ياسىن، سابىق مۇئاۋىن نازىر گۈلبوستان سابىت قاتارلىقلارنىڭ رەھبەرلىكى بىلەن مەكتىپىمىزنىڭ ئوقۇ ـ ئوقۇتۇش سۇپىتىنى تېخىمۇ يۇقىرى كۆتۈرۈپ،

ئۇيغۇر تېببابتى ئىزباسارلىرىنى ئەتراپلىق، سەۋىيىلىك، سۈپەتلىك تەربىيىلەش ئۈچۈن، ئون نەچچە يىللىق ئوقۇ - ئوقۇتۇش تەجرىبىلىرىمىزنى يەكۈنلەش ئاساسىدا مەكتىپىمىزنىڭ ئىككىنچى ئەۋلاد دەرسلىك ماتېرىياللىرىنى تۈزۈشنى 2002 - يىلى باشلىغان ئىدۇق. مەكتىپىمىزدە بىر نەچچە يىلدىن بۇيان دەرسلىك قىلىنغان «جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى» نامىدىكى كونسپېكتنى نەشرگە تاپشۇرغىنىمىزدىن كېيىن قۇرۇلما ۋە مەزمۇن جەھەتلەردە نۇرغۇنلىغان يېتەرسىزلىكلەر بايقىلىپ، قۇرۇلما جەھەتتە باشتىن - ئاخىر قايتىدىن رەتلەپ، تېمىغا مۇناسىۋەتسىز، ئىلمىيلىكى يوق دەپ قارالغان مەزمۇنلارنى قالدۇرۇۋېتىپ، «جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى» دەرسلىكىگە كىرگۈزۈلۈشكە تېگىشلىك بولسىمۇ، كونسپېكتقا كىرگۈزۈلمەي قالغان زور بىر قىسىم مەزمۇنلارنى يېڭىدىن يېزىپ چىقىپ، «جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى» دەرسلىكىنىڭ ئىلمىيلىكىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، پايدىلىنىش قىممىتىنى ئاشۇردۇق.

شىنجاڭ خەلق سەھىيە نەشرىياتى بۇ دەرسلىكنىڭ سىستېمىلىق، مۇكەممەل، سۈپەتلىك، تەلەپكە لايىق نەشر قىلىنىشى ئۈچۈن زور كۈچ چىقاردى. مۇشۇ مۇناسىۋەت بىلەن ئۇلارغا ئالاھىدە رەھمەت ئېيتىمىز.

شىنجاڭ ئۇيغۇر ئاپتونوم رايونلۇق ئۇيغۇر تېببابتى دەرسلىك
ماتېرىياللىرىنى تۈزۈش كومىتېتى ئىشخانىسى
2006 - يىل دېكابىر

نەشرىياتتىن

جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش ئىلمى — ئۇيغۇر تېبابىتى كىلىنىكا پەنلىرىنىڭ مۇھىم بىر تەركىبىي قىسمى بولۇپ، ئۇيغۇر تېبابىتىنىڭ باشقا كىلىنىكا پەنلىرىگە نىسبەتەن ئۆزگىچە ئالاھىدىلىككە ئىگە.

بۇ دەرسلىك جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش ئىلمى ھەققىدە قىسقىچە چۈشەنچە، نەق مەيداندا جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش ۋە يۆتكەش، جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش تېخنىكىلىرى، يۈرەك، ئۆپكە، مېڭە قۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، سۇ، ئېلېكتروليت ۋە كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى، شوك، زەخمىلىنىش، سۇدا تۇنجۇقۇش، توك سوقۇۋېتىش، ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش قاتارلىق 16 بابقا بۆلۈنۈپ، ھەر بىر بابى ئۆز نۆۋىتىدە بىر نەچچە پاراگرافقا بۆلۈپ سۆزلەندى.

ئوقۇغۇچىلار بۇ دەرسلىكنى ئۆگىنىش ئارقىلىق جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش ئىلمىگە مۇناسىۋەتلىك نەزەرىيە بىلىملىرىنى ئىگىلەش بىلەن بىرگە، جەمئىيەتنىڭ قۇتقۇزۇش ئەمەلىي ماھارىتىگە ئاساس سالالايدۇ.

بۇ دەرسلىك شىنجاڭ ئۇيغۇر تېبابەتچىلىكى ئالىي تېخنىكومى ئوقۇغۇچىلىرىدىن سىرت، ھەر دەرىجىلىك دوختۇرخانىلاردا ئىشلەۋاتقان خادىملار ۋە دوختۇرلۇق بىلەن شۇغۇللىنىۋاتقان كەسىپداشلارنىڭ پايدىلىنىش ماتېرىيالى بولالايدۇ.

شىنجاڭ خەلق سەھىيە نەشرىياتى
2006 ـ يىل دېكابىر
ئۈرۈمچى

مۇندەرىجە

بىرىنچى باب جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى ھەققىدە قىسقىچە چۈشەنچە 1
§ 1 . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ قىسقىچە تەرەققىيات تارىخى 1
§ 2 . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ دائىرىسى 2
§ 3 . جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسى 3
§ 4 . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ ئالاھىدىلىكى 6
§ 5 . جىددىي قۇتقۇزۇشتا كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاش 6
ئىككىنچى باب نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش ۋە يۆتكەش 13
§ 1 . نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش 13
§ 2 . نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىسىنى ئىشلىتىش 15
§ 3 . يۆتكەش 27
ئۈچىنچى باب جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىلىرى 30
§ 1 . يۈتقۇنچاق توسۇلۇپ قېلىش (يات جىسىم) نى خېملىش (Hemlich) ماھارىتى بىلەن داۋالاش 30
§ 2 . ھالقا — قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش ۋە يېرىش ئوپېراتسىيىسى 32
§ 3 . كانايغا كانالچە سېلىش 34
§ 4 . كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى 40
§ 5 . كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى ۋە كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇش 43
§ 6 . قورساق بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى 47
§ 7 . يۈرەك قېپىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى 48
§ 8 . ئاشقازاننى يۇيۇش 51
§ 9 . جاراھەتنى تازىلاش ئوپېراتسىيىسى 53
تۆتىنچى باب يۈرەك، ئۆپكە، مېڭە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش 55
§ 1 . يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىش سەۋەبلىرى ۋە دىئاگنوزى 55
§ 2 . يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش (CPD) نىڭ قەدەم

باسقۇچلىرى 58
§ 3 . مېڭە ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش 72
بەشىنچى باب جىددىي كېسەللىك ئالامەتلىرىنى تونۇش، پەرقلەندۈرۈش ۋە داۋالاش 76
§ 1 . قىزىتما 76
§ 2 . قان تۆكۈرۈش 80
§ 3 . نەپەس قىيىنلىشىش 84
§ 4 . ئۆتكۈر كۆكرەك ئاغرىقى 89
§ 5 . ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى 94
§ 6 . هوشسىزلىنىش 100
ئالتىنچى باب سۇ، ئېلېكتىرولىت ۋە كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 105
§ 1 . بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ تۈزۈلۈشى، تارقىلىشى ۋە مېتابولىزمى 105
§ 2 . سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 107
1. سۇسىزلىنىش 107
2. قاندىكى ناتري تۆۋەنلەپ كېتىش 110
3. قاندىكى ناتري يۇقىرىلاپ كېتىش 114
4. قاندىكى كالىينىڭ تۆۋەنلەپ كېتىشى 116
5. قاندىكى كالىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشى 119
6. كالتسي، ماگنىي ئېلېكترولىتلارنىڭ قاندىكى نورمالسىزلىقى 122
§ 3 . كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 124
يەتتىنچى باب شوك 136
§ 1 . شوكنىڭ تۈرلەرگە بۆلىنىشى 136
§ 2 . زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك 143
§ 3 . تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوك 146
§ 4 . يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك 148
سەككىزىنچى باب ئۆتكۈر زەھەرلىنىش 153
§ 1 . ئۆتكۈر زەھەرلىنىشكە دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاش پرىنسىپى 153
§ 2 . ئۆتكۈر كۆمۈر گازىدىن زەھەرلىنىش 161
§ 3 . كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلاردىن زەھەرلىنىش 165
§ 4 . كۆپ ئۇچرايدىغان دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش 169
§ 5 . چاشقان دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش 173

توققۇزىنچى باب زەخىملىنىش 176
1 § . باش ـ مېڭە زەخىملىنىش 176
2 § . كۆكرەك زەخىملىنىش 183
3 § . قورساق قىسمى زەخىملىنىش 189
4 § . سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى زەخىملىنىش..... 193
5 § . سۈنۈق 199
6 § . يۇلۇن زەخىملىنىش 201
7 § . مۇرەككەپ زەخمە 204
ئونىنچى باب سۇدا تۇنجۇقۇش، توك سوقۇۋېتىش ۋە ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش..... 210
1 § . سۇدا تۇنجۇقۇش..... 210
2 § . توك سوقۇۋېتىش 211
3 § . ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش 213
ئون بىرىنچى باب مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى جىددي كېسەللىكلىرى..... 218
1 § . مېڭە قاناش 218
2 § . ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى قاناش 223
3 § . ئۆتكۈر مېڭە تىقىلمىسى 228
4 § . تۇتاقلىقنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى 232
ئون ئىككىنچى باب يۇرەك قان تومۇر سىستېمىسى جىددي كېسەللىكلىرى 236
1 § . ئۆتكۈر سول يۇرەك زەئىپلىشىش..... 236
2 § . ئۆتكۈر ئوڭ يۇرەك زەئىپلىشىش..... 241
3 § . يۇرەك رىتمسىزلىنىش 243
4 § . ئۆتكۈر تاجسىمان ئارتېرىيە يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى..... 250
5 § . يۈرەك قان بېسىم جىددي كېسەللىكى 263
ئون ئۇچىنچى باب نەپەس سىستېمىسى جىددي كېسەللىكلىرى 268
1 § . ئۆتكۈر نەپەس قىسىلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى..... 268
2 § . زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى..... 272
3 § . سوزۇلما خاراكتېرلىك ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسەللىنىڭ ئۆتكۈر قوزغـ
لىش دەۋرىدىكى نەپەس زەئىپلىشىش 279
ئون توققىنچى باب ھەزىم قىلىش سىستېمىسى جىددي كېسەللىكلىرى..... 286
1 § . ئۆتكۈر يۈرەك ھەزىم يولى قاناش 286
2 § . ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى..... 295
ئون بەشىنچى باب سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى جىددي كېسەللىكلىرى 306

§ 1 . ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش..... 306
§ 2 . سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىغا تاش چۈشۈش 308
§ 3 . ئۆتكۈر سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش..... 311
ئون ئالتىنچى باب ئىچكى ئاجراتما، مېتابولىزم سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى
..... 313
§ 1 . دىئابېت كېسىلىدە كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش 313
§ 2 . يۇقىرى ئوسموسلۇق كېتونسىز دىئابېتتىن هوشسىزلىنىش..... 318
§ 3 . قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك هالىتى ... 322
بۇ دەرسلىكتە كۆپ ئۇچرايدىغان سۆزلۈكلەرنىڭ خەنزۇچە - ئۇيغۇرچىسى 327

جلدی خەتەرلىك بىر يۇقۇملۇق كېسەللەرنى كونترول قىلىش توغرىسىدىكى ئىشلارنى كۈچەيتىش.

بىرىنچى باب جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى ھەققىدە قىسقىچە چۈشەنچە

§1. جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ قىسقىچە تەرەققىيات تارىخى

جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى تېببىي پەن ساھەسىدە يېڭىدىن تەرەققىي قىلىۋاتقان يانداش پەنلەرنىڭ بىرى. جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ خەلقئارادا مۇستەقىل تارماق پەن سۈپىتىدە ئېتىراپ قىلىنغىنىغا تېخى 20 نەچچە يىل بولدى. دۆلىتىمىزدىكى تەرەققىياتىمۇ ئون نەچچە يىلنى بېسىپ ئۆتتى. شۇنداقتىمۇ تېببىي ئىلمىنىڭ تەرەققىياتى ۋە جەمئىيەتنىڭ تەقەززاسى جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ تېز سۈرئەتتە يۈكسىلىشىگە غايەت زور تۈرتكىلىك رول ئويناۋاتىدۇ.

1980 ـ يىلى 8 ـ ئايدا خاربىندا ئۆتكۈزۈلگەن مەملىكەتلىك خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللىكلەرنى جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى يىغىنى مەملىكەت خاراكتېرلىك جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى پائالىيەتلىرىنىڭ مۇقەددىمىسى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. جۇڭخۇا تېببىي پەنلەر جەمئىيىتىنىڭ جىددىي قۇتقۇزۇش تارماق جەمئىيىتى 1986 ـ يىلىدىن باشلاپ ھەر ئىككى يىلدا بىر قېتىم مەملىكەتلىك جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى يىغىنى ئېچىپ كېلىۋاتىدۇ.

نۆۋەتتە سەھىيە مىنىستىرلىقى تەرىپىدىن چىقىرىلىدىغان «جۇڭگو جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى» (中国急诊医学) ژۇرنىلى ۋە خۇڭخۇا تېببىي پەنلەر جەمئىيىتى جىددىي قۇتقۇزۇش تارماق جەمئىيىتى تەرىپىدىن چىقىرىلىدىغان «جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى» (急诊医学) ژۇرنىلى مەملىكىتىمىزدىكى نوپۇزلۇق جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى ژۇرناللار بولۇپ ھېسابلىنىدۇ.

1984 ـ يىلى سەھىيە مىنىستىرلىقىنىڭ «دوختۇرخانىلاردا جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈمى قۇرۇش لايىھىسى توغرىسىدىكى ئۇقتۇرۇشى» غا ئاساسەن مەملىكەت بويىچە ھەر قايسى دوختۇرخانىلاردا جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈملىرى قۇرۇلدى. جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈمى (مەركىزى) ئۇنىۋېرسال دوختۇرخانىلارنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمىغا ئايلاندى.

يۇقىرىقىدەك ئىلمىي پائالىيەت ۋە كلىنىكا ئەمەلىيىتى جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ تەرەققىياتىنى تولۇق ئاساس بىلەن تەمىن ئەتتى. جۇڭخۇا تېببىي پەنلەر جەمئىيىتى جىددىي قۇتقۇزۇش تارماق جەمئىيىتى چەت ئەللەر بىلەن بولغان ئالاقە، پائالىيەتلەردە جۇڭخۇا تېببىي ئىلمى جەمئىيىتى جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى جەمئىيىتى (CAEM chinese Association of Emegency Medcine) نامىنى قوللىنىپ كېلىۋاتىدۇ.

§ 2 . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ دائىرىسى

جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى تۆۋەندىكى قۇتقۇزۇش تەرتىپى ۋە تارماق پەنلەرنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1. دەسلەپكى جىددىي قۇتقۇزۇش (初步急救).

دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش. يەنى ياردار، بىمارلارنى نەق مەيداندا قۇتقۇزۇشنى كۆرسىتىدۇ. نەق مەيدان شاھىتلىرى ياردار، بىمارنى نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشى، شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا جىددىي قۇتقۇزۇش مەركىزى ياكى دوختۇرخانىلارغا قۇتقۇزۇش خەۋىرى بېرىشى كېرەك (جىددىي قۇتقۇزۇش تېلېفون نومۇرى 120).

2. ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئىلمى (复苏学).

يۈرەك، ئۆپكە ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى كۆرسىتىدۇ.

3. خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللەر تېببىي ئىلمى (危重病学).

خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللەر يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ قېلىش، شوك، ھەر قايسى سىستېمىلاردىكى خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللەر ۋە كۆپ ئەزا زەئىپلىشىش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

4. جاراھەتشۇناسلىق (创伤学).

بولۇپمۇ مۇرەككەپ، بىرلەشمە زەخمنى نەق مەيدان ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈمىدە ئەڭ تېز ۋە ئەڭ ئۇنۇملۇك قۇتقۇزۇشنى كۆرسىتىدۇ.

5. ئۆتكۈر زەھەرلىنىش (急性中毒).

6. ئاپەت تېببىي ئىلمى (灾难医学).

ئۇنىۋېرسال تېببىي ئىلىم. تەبىئىي ئاپەت (تۇرمۇش، سۇ ئاپىتى، ئوت ئاپىتى، قار ئاپىتى، قۇرت ـ ھاشارات ئاپىتى قاتارلىقلار) ۋە ئىنسانلارغا باغلىق ئاپەتلەر (قاتناش ھادىسىسى، خىمىيىلىك زەھەرلىنىش، رادىئوئاكتىپلىق زەھەرلىنىش، مۇھىت كېسەللىكلىرى، تارقىلىشچان كېسەللىكلەردىن زەخىملىنىش قاتارلىقلار) كەلتۈرۈپ چىقارغان كېسەللىكلەرنى جىددىي قۇتقۇزۇشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

7. جىددىي قۇتقۇزۇش مۇلازىمەت قۇرۇلمىسى (急诊医疗服务体系).

جىددىي، ئېغىر، خەتەرلىك كېسەللەرنى نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، يېقىن ئەتراپتىكى دوختۇرخانا جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈم (مەركەز) لىرىگە بىخەتەر يەتكۈزۈپ يەنمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا دىئاگنوز قويۇپ داۋالاش. ئېغىر، خەتەرلىك كېسەللەرنى دەرھال ئوپېراتسىيە

قىلىش، تۇزىتىپ داۋالاش، بالىنستقا ئېلىش ياكى كەسپىي بۆلۈملەرگە يۆتكەش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. بۇ جەريان مۇكەممەل بولغان جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلۇشىغا موھتاج.

3§ . جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسى

جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسى (EMSS) جىددىي قۇتقۇزۇش تەدبىرلىرىنى خەتەرلىك، ئېغىر بىمارلارنىڭ ئالدىغا (نەق مەيدانغا) يەتكۈزۈپ، دەسلەپكى دىئاگنوز ۋە داۋالاش ئارقىلىق بىمارنىڭ نېگىزلىك ھاياتىنى قوغداپ، بىمارنى بىخەتەر ھالدا دوختۇرخانىغا يەتكۈزۈپ تېخىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا داۋالىنىش - قۇتقۇزۇلۇش ئىمكانىيىتىگە ئېرىشتۇرۇشتىكى ئۇنۇملۇك ۋاستىدۇر.

1. تونۇشنى ئۆستۈرۈپ، جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسىنىڭ باشقۇرۇلۇشىنى كۈچەيتىش.

ھەر دەرىجىلىك مەمۇرىي تارماقلار ئۆز ئورنىنىڭ ئەھلىي ئاساس قىلىپ، يېزا - بازار، شەھەرلەرنىڭ جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي خىزمىتىنى جەمئىيەت تەرەققىيات پىلانىغا كىرگۈزۈشى، سەھىيە، جامائەت خەۋپسىزلىكى، قاتناش، ئۇچۇر قاتارلىق تارماقلارنى تەشكىللەپ، خىزمەتلىرىنى ماسلاشتۇرۇپ، مەسئۇلىيەتنى ئېنىق ئايرىپ، خەلق ئاممىسى ئەڭ ئېھتىياجلىق بولغان قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشى، نەق مەيداندا، يول ئۈستىدە، دوختۇرخانىلاردا جىددىي قۇتقۇزۇش تەدبىرلىرىنى بىر - بىرلەپ ئەمەلىيلەشتۈرۈشى، بىمار ۋە تېببىي خادىملارنىڭ قانۇنىي ھوقۇق - مەنپەئەتىنى قوغداش ئۈچۈن مۇناسىۋەتلىك قانۇن - تۈزۈملەرنى بېكىتىشى، شۇ ئارقىلىق جىددىي قۇتقۇزۇش خىزمىتىنىڭ ئۇنۇملۇك ئېلىپ بېرىلىشىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك.

2. جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسىنىڭ ۋەزىپىسى.

نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشتىن باشلاپ ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدىغان شوك، يۈرەك ھەرىكىتى توختاپ قېلىش، يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش، ئۆتكۈر يۈرەك، ئۆپكە خىزمىتى زەئىپلىشىش، مېڭە قان تومۇر جىددىي كېسەللىكلىرى، ھوشسىزلىنىش، ھەر خىل ئاستا خاراكتېرلىك كېسەللەرنىڭ خەتەرلىك ھالىتى، مۇرەككەپ زەخمە، ئۆتكۈر زەھەرلىنىش قاتارلىق خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللەرنى قۇتقۇزۇشنىڭ ھەممىسى جىددىي قۇتقۇزۇشنىڭ ۋەزىپىلىرى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. بۇزغۇنچىلىقى زور، ئاممىنىڭ زەخمىلىنىشى كۆپ بولغان تاسادىپىي ھادىسىلەردە زەخمىلەنگۈچىلەرنى قۇتقۇزۇش ۋە ئۆلۈم - يېتىمنى ئەڭ تۆۋەن چەككە چۈشۈرۈش بۇ ۋەزىپىلەرنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمىدۇر.

3. جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسىنىڭ تەشكىللىنىشى.

جىددي قۇنتاقۇزۇش تېببي مۇلازىمەت سىستېمىسى دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى جىددي قۇنتاقۇزۇش تارماقلىرى، دوختۇرخانا جىددي قۇنتاقۇزۇش بۆلۈم (مەركەز) لىرى ۋە كۇچەيتىلگەن كۆزىتىپ داۋالاش بالنىست ياكى مەخسۇس بۆلۈملىرىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئۇلارنىڭ ئۆز ئالدىغا مۇستەقىل مەسئۇلىيىتى ۋە ۋەزىپىسى بار. شۇنداقلا ئۆزئارا زىچ مۇناسىۋەتلىك بولۇپ، تەشكىللىك ۋە بىر تۇتاش قوماندانلىق قىلىش ئارقىلىق ئۇنۇملۇك جىددي قۇنتاقۇزۇش تۈرى شەكىللەندۈرۈلىدۇ.

4. جىددي قۇنتاقۇزۇشتىكى ئالاقە.

ئۇچۇر - ئالاقە نەق مەيداندا جىددي قۇنتاقۇزۇشتىكى مۇھىم ئامىللارنىڭ بىرى. مۇكەممەل بولغان ئۇچۇر - ئالاقە تورى قۇرۇپ چىقىش جىددي قۇنتاقۇزۇشنىڭ ئىنكاس قايتۇرۇش سۈرئىتى ۋە ئىقتىدارىنى يۇقىرى كۆتۈرۈشنىڭ ئاساسى، ھەر دەرىجىلىك ھۆكۈمەتلەر پوچتا - تېلېگراف مىنىستىرلىقى ۋە سەھىيە مىنىستىرلىقى 1986 - يىلى تارقاتقان «مەملىكەت بويىچە بىرلىككە كەلگەن تېلېفون نومۇرى 120 نى ئىشلىتىش ھەققىدىكى ئۇقتۇرۇشى» نىڭ روھى بويىچە 120 تېلېفونىنى تەسىس قىلىشى، مۇھىم ئورگان، تارماق ۋە سەھىيە تارماقلىرىدا مەخسۇس تېلېفون ئورۇنلاشتۇرۇپ جىددي ھادىسە يۈز بەرگەندە بۇ تېلېفونلارنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىشى كېرەك.

5. جىددي قۇنتاقۇزۇشتىكى قاتناش ۋاستىلىرى.

جىددي قۇنتاقۇزۇش ماشىنىسى نۆۋەتتە ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان قاتناش ۋاستىسى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. ئالاھىدە چوڭ ۋەقەلەردە ئەگەر ئېھتىياجلىقلا بولىدىكەن، مۇناسىۋەتلىك تارماقلار چوقۇم تېخىمۇ ئىلغار قاتناش ۋاستىلىرى (تىك ئۇچار، ئايروپىلان قاتارلىق) غا ئىگە ئورۇن ياكى ھەربىي قىسىملاردىن جىددي ياردەم تەلەپ قىلىشى كېرەك. شۇ ئورۇن ۋە قىسىملارمۇ ئاكتىپ ياردەم بېرىشى لازىم.

6. نەق مەيداندا جىددي قۇنتاقۇزۇش خادىملىرىنىڭ تەشكىللىنىشى ۋە جىددي قۇنتاقۇزۇش ماتېرىياللىرىنىڭ سەپلىنىشى.

نەق مەيدان جىددي قۇنتاقۇزۇش خادىملىرى شەھەر دەرىجىلىك جىددي قۇنتاقۇزۇش ئورۇنلىرىنىڭ خادىملىرى، ئىككىنچى، ئۈچىنچى دەرىجىلىك ئۇنىۋېرسال دوختۇرخانىلارنىڭ تېببي خادىملىرى ۋە قىزىل كرېست تېببي خادىملىرىدىن تەركىب تاپقان بولىدۇ. ئەگەر ئاپەت - ھادىسىنىڭ دائىرىسى كەڭ، يارىلانغانلار كۆپ، يارىسى ئېغىر بولسا جىددي قۇنتاقۇزۇش قوماندانلىق مەركىزى ئىككىنچى تۈركۈم قۇنتاقۇزۇش خادىملىرىنى تەشكىللەپ، جىددي قۇنتاقۇزۇشقا قاتناشتۇرۇشى كېرەك. جىددي قۇنتاقۇزۇش خادىملىرى جىددي قۇنتاقۇزۇش، ئىچكى بۆلۈم، تاشقى بۆلۈم دوختۇرلىرى ۋە سېستىرالاردىن تەشكىللىنىدۇ. ئېھتىياجغا قاراپ دورىگەر قوشۇشقا بولىدۇ.

جىددي قۇنتاقۇزۇش سايمانلىرى، دورىلىرى، ماشىنا، ئالاقە ئەسلىھەلىرى ۋە باشقا

مۇناسىۋەتلىك ماتېرىياللارنى تېببىي مەمۇرىي تارماقلار بىرلىككە كەلگەن تەلەپ بويىچە قېلىپلاشتۇرۇپ باشقۇرۇشنى يولغا قويۇشى، ھەر قايسى تېببىي تارماقلار ئاشۇ ئۆلچەم بويىچە جىددىي قۇتقۇزۇش ماتېرىياللىرىنى تولۇق سەپلىشى، شۇنداقلا مەخسۇس ئادەم بېكىتىپ قەرەللىك تەكشۈرۈپ، ئالماشتۇرۇپ تۇرۇشى كېرەك.

7. نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشقا ماسلىشىش.

ياردەملەشكۈچى بولغان ئەھۋال ئاستىدا، ياردەملەشكۈچىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكىگە قاراپ ئۆلگەن، خەتەرلىك، ئېغىر، يېنىك قاتارلىق تۈركۈملەرگە ئايرىش، شۇنداقلا ياردەملەشكۈچىنىڭ مەيدىسىگە مۇناسىپ، ئوخشىمىغان رەڭلىك بەلگىلەرنى قاداش ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈش لازىم. شۇنداقلا ئەھۋالىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكىگە قاراپ دوختۇرخانىغا يەتكۈزۈش تەرتىپىنى بەلگىلەش كېرەك. كېسەل ئەھۋالى قانچە ئېغىر بولسا، شۇنچە بۇرۇن دوختۇرخانىغا يەتكۈزۈلىدۇ.

نەق مەيداندا ئەڭ مۇھىمى ياردەملەشكۈچىنىڭ نەپەس يولىنىڭ راۋان بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك. زۆرۈر تېپىلسا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش لازىم. ياردەملەشكۈچىنىڭ باش، بويۇن، گەۋدىسىنى بىر تەكشىلىكتە قىلىپ يانقۇزۇش، ئامال بار ھەرىكەتلەندۈرمەسلىك كېرەك.

8. جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرىنىڭ تەربىيىلىنىشى.

تەربىيىلەش ئىككى تەرەپنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. يەنى بىر تەرەپتىن جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرىنىڭ قۇتقۇزۇشنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدىكى جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىلىرىنى تولۇق ئىگىلىشىگە كاپالەتلىك قىلىش، يەنە بىر تەرەپتىن جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈم (مەر-كەز) دوختۇرلىرىنىڭ كېسەلنى داۋالاش سەۋىيىسىنى تېخىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا ئۆزلۈكسىز ئۆستۈرۈش كېرەك.

9. جىددىي قۇتقۇزۇشنىڭ جەمئىيەتلىشىشى.

ھەر دەرىجىلىك ھۆكۈمەت ۋە تارماقلار ئاخبارات ۋاستىلىرىدىن تولۇق پايدىلىنىپ، جىددىي قۇتقۇزۇش بىلىملىرىنى ئومۇملاشتۇرۇشى، كەڭ خەلق ئاممىسى جىددىي قۇتقۇزۇشنىڭ ئەڭ نېگىزلىك بىلىم ۋە تېخنىكىلىرىنى ئىگىلىۋېلىشى، شۇ ئارقىلىق ھادىسە كۆرۈلگەندە جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى يېتىپ بېرىشتىن بۇرۇن ئۆزىنى ۋە باشقىلارنى قۇتقۇزۇش ئىقتىدارىغا ئىگە بولۇشى كېرەك.

كەڭ خەلق ئاممىسىنى ھەر قانداق ئورۇن، سورۇندا ئېغىر، خەتەرلىك كېسەللەرگە يولۇققاندا جىددىي قۇتقۇزۇش، يېقىن ئەتراپتىكى داۋالاش ئورۇنلىرىغا ئېلىپ بېرىش ياكى جىددىي قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش مەسئۇلىيىتى بولىدۇ. جەمئىيەتنىڭ ھەر ساھە، تارماقلىرىنىڭ جىددىي قۇتقۇزۇش ئۇچۇرىنى قوبۇل قىلغان ھامان ئادەم، ماددىي ئەشيا ۋە تېخنىكا جەھەتلەردىن ئومۇميۈزلۈك ياردەم بېرىش مەجبۇرىيىتى بولىدۇ.

§ 4 . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ ئالاھىدىلىكى

1. جىددىي، خەتەرلىك كېسەل، ياردارلارنى قۇتقۇزۇشتا ئىنكاس تېز بولۇش كېرەك. جىددىي، خەتەرلىك كېسەللەر، ئېغىر ياردارلار ئۈچۈن ۋاقىت ھاياتلىق دېمەكتۇر. شۇڭلاشقا مىنۇت، سېكۇنتنى قولدىن بەرمەي ۋاقتىدا، تېز، توغرا قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش ئىنتايىن مۇھىم.

2. جىددىي قۇتقۇزۇش خىزمىتىنى تۇزۇملەشتۈرۈش، ئۆلچەملەشتۈرۈش، جىددىي قۇتقۇزۇش تەرتىپىنى قېلىپلاشتۇرۇش لازىم. چۈنكى جىددىي كېسەلنىڭ كۆرۈنۈش ۋاقتى، ئادەم سانى، تۈرى ۋە ئېغىر - يېنىكلىكىنى ئالدىن مۆلچەرلىمەك ئىنتايىن تەس. شۇڭلاشقا، ھەر ۋاقىت جىددىي قۇتقۇزۇش تۈزۈلمىسىنىڭ مۇكەممەل، مەشغۇلاتنىڭ ئۆلچەملىك، خىزمىتىنىڭ تەرتىپلىك بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش لازىم.

3. جىددىي قۇتقۇزۇش خىزمىتىنىڭ تېببىي خادىملارغا بولغان تەلىپى نىسبەتەن يۇقىرى، تېببىي خادىملار نىسبەتەن قىسقا ۋاقىت ئىچىدە ئېغىر، خەتەرلىك كېسەللەرنى توغرا بىر تەرەپ قىلىش ۋە ھاياتنى ساقلاپ قېلىش قاتارلىق نېگىزلىك داۋالاشنىڭ تېخنىكا، ئۇسۇللىرىغا پىششىق بولۇشى لازىم.

4. بىر پۈتۈنلۈك قارىشىنى تۇرغۇزۇپ، ئۆزئارا ئىتتىپاقلىشىش، ياردەملىشىشنى كۈچەيتىش كېرەك. جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى كېسەللەرنىڭ تۈرى كۆپ، دائىرىسى كەڭ، بەزىدە ئېغىر بىمارنى قۇتقۇزۇشتا نۇرغۇن بۆلۈم ۋە دوختۇرلارنىڭ قاتنىشىشىغا توغرا كېلىدۇ. شۇڭلاشقا ئۆزئارا قوللاش، ئىتتىپاقلىشىش، ھەمكارلىشىش ئەڭ ياخشى بولغان جىددىي قۇتقۇزۇش لايىھىسىنى بېكىتىشتە ئىنتايىن مۇھىم.

5. ئېغىر - يېنىك، تېز - ئاستىلىقنى ئېنىق ئايرىش لازىم. ئېغىر، خەتەرلىكلىرىنى مىنۇت، سېكۇنتنى قولدىن بەرمەي قۇتقۇزۇش، يېنىكرەكلىرىنى كەينىدىن كۆرۈش كېرەك.

§ 5 . جىددىي قۇتقۇزۇشتا كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاش

1. كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاشنىڭ مۇھىملىقى.

توغرا دىئاگنوز بولمىسا توغرا داۋالاش بولمايدۇ. توغرا دىئاگنوز دەل بىمارنىڭ كېسەللىك تارىخى ۋە تەكشۈرۈش نەتىجىسىدىن كېلىدۇ. شۇڭا جىددىي قۇتقۇزۇشتا كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاش ئىنتايىن مۇھىم. ھازىرقى ۋەزىيەتتە كېسەللىك تارىخى تېببىي ئارخىپ بولۇپلا قالماستىن، يەنە قانۇنىي ئارخىپتۇر.

2. كېسەللىك تارىخىنى سوراپ ئېنىقلاشنىڭ ئۇسۇلى.

جىددىي قۇتقۇزۇشتا كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاشتا تېز ۋە توغرا بولۇش تەلەپ قىلىنىدۇ. ئەمما كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلايمەن دەپ دىئاگنوز قويىدىغان ۋە ھاياتنى قۇتقۇزىدىغان

قىممەتلىك ۋاقىتنى ئىسراپ قىلىۋېتىشكە بولمايدۇ. شۇڭا چوقۇم كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكىگە قاراپ ئوخشاش بولمىغان كېسەللىك تارىخىنى ئېنىقلاش ئۈسۈللىرىنى قوللىنىش كېرەك.

1) تەرتىپلىك ئېنىقلاش. كېسەل ئەھۋالىنى سوراش، بەدەن تەكشۈرۈش ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش تەرتىپ بويىچە ئېلىپ بېرىلىدۇ. يەنى ئالدى بىلەن بىمارداىن كېسەللىك تارىخى تەپسىلىي سورىلىدۇ. ئاندىن سىستېمىلىق بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىلىدۇ. ئاخىردا كېرەكلىك بولغان يارىدەمچى تەكشۈرۈشلەر تەكشۈرۈلىدۇ. بۇ ئۈسۇل كېسەللىك ئەھۋالى بەك ئېغىر بولمىغان ئادەتتىكى جىددىي كېسەللەرگە ماس كېلىدۇ.

2) سوراش ۋە تەكشۈرۈشنى تەڭ ئېلىپ بېرىش. كېسەللىك ئەھۋالى نىسبەتەن جىددىي ياكى بىمار قاتتىق ئازابلىنىۋاتقان ئەھۋالدا بىمارنىڭ ئاساسلىق زاربغا ئاساسەن بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش جەريانىدا، بىمارداىن كېسەللىك تارىخى سورىلىدۇ، يەنى كېسەل ئەھۋالىنى سوراش ۋە بەدەن تەكشۈرۈش تەڭ ئېلىپ بېرىلىدۇ.

3) ئالدى بىلەن قۇتقۇزۇش، ئاندىن ئېنىقلاش. بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى ئىنتايىن خەتەرلىك بولغان ئەھۋال ئاستىدا، تېببىي خادىملار دەرھال بىمارنىڭ ھاياتىنى قۇتقۇزۇشى، قۇتقۇزۇشنىڭ ئۇنۇمى كۆرۈلۈپ، كېسەللىك ھالىتى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاندىن بىمار ياكى بىمارنى ئېلىپ كەلگۈچىلەردىن بىمارنىڭ كېسەللىك تارىخىنى ئىنچىكىلەپ سورىشى، شۇنداقلا كېرەكلىك بولغان بەدەن تەكشۈرۈش ۋە يارىدەمچى تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىشى كېرەك.

3. كېسەللىك تارىخىنى سوراپ ئېنىقلاشتىكى مۇھىم نۇقتىلار.

1) كېسەللىك ئەھۋالى يار بەرسە، ئەڭ ياخشىسى بىمارنىڭ ئۆزىدىن سوراش كېرەك. ئەگەر يار بەرمىسە، كېسەلنى ئېلىپ كەلگۈچى تۇغقان، بۇرادەرلىرىدىن سوراش ئارقىلىق ۋاستىلىك ھالدا كېسەللىك تارىخىغا ئىگە بولۇش لازىم.

2) كېسەللىك تارىخىنى سورىغاندا، كېسەلنىڭ ئاساسلىق زارىنى ياكى ئاساسلىق كلىنىكىلىق ئالامەتلىرىنى مەركەز قىلىش، شۇنداقلا ئاساسلىق زاربغا مۇناسىۋەتلىك بولغان مەسىلىلەر ۋە باشقا ئالامەتلەرنى سوراپ ئېنىقلاش كېرەك.

3) بۇ قېتىمقى كېسەلنىڭ ئىلگىرى بار - يوقلۇقى، بولسا قەيەردە داۋالانغانلىقى، داۋالىنىش ئۇنۇمى قاتارلىقلارنى ئىگىلەش لازىم. يۇقىرىقى ئەھۋاللار بەزى ئۆتكۈر قوزغالغان سوزۇلما خاراكتېرلىك كېسەللەرگە دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاشتا مۇھىم پايدىلىنىش قىممەتكە ئىگە.

4) بىمارنىڭ بۇ قېتىملىق كېسەللىك قوزغىلىش ئالدىدىكى ئادەتتىكى ئەھۋالى، مەسىلەن: روھىي كەيپىياتى، ئىشتىھاسى، ھەرىكەت ئىقتىدارى قاتارلىقلارنىڭ نورمال ياكى ئەمەسلىكىنى سوراپ بىلىش لازىم.

5) بەدەن تەكشۈرۈش ۋە يارىدەمچى تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئىگىلىگەن ماتېرىيالغا ئاساسەن، كېرەكلىك بولغان كېسەللىك تارىخىنى قايتىدىن سوراش كېرەك.

4. بەدەن تەكشۈرۈشتىكى مۇھىم نۇقتىلار.

1) ئەس ـ هوشى جايىدا، زارى ئېنىق بولغانلار.

(1) كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ ئېغىر ـ يېنىكلىكىگە سەل قاراشقا بولمايدۇ. مەسىلەن: يېنىك جىددىي كېسەل، ئېغىر جىددىي كېسەل، خەتەرلىك جىددىي كېسەل قاتارلىقلار.

(2) تۆت چوڭ هاياتلىق تەن بەلگىلىرى چوقۇم تەكشۈرۈلىدۇ: يەنى بەدەن تېمپېراتۇرىسى، تومۇر سوقۇشى، نەپەس ۋە قان بېسىم.

(3) تۇنجى كېسەل كۆرۈنگۈچىلەردىن كېسەللىك تارىخى قائىدىلىك ئېنىقلىنىدۇ ۋە سىستېمىلىق بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىلىدۇ.

(4) بەدەن تەكشۈرۈشتە بىمارنىڭ ئاساسلىق زارى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئورۇننى ئاساس قىلىپ تولۇق تەكشۈرۈش كېرەك.

(5) مۇسبەت بەدەن بەلگىلىرىدىن گۇمان قىلىنسا، قايتا ـ قايتا تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىقلاش كېرەك.

(6) بەدەن بەلگىلىرى بىلەن بىمارنىڭ ئاساسلىق زارى ئۆزئارا ماس كەلمىسە، چوقۇم داۋالاش جەريانىدا قايتا ـ قايتا تەكشۈرۈش كېرەك.

2) ئەس ـ هوشىنى يوقاتقان كېسەللەر.

هەر قايسى سىستېما بويىچە تولۇق بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

(1) هاياتلىق تەن بەلگىلىرى.

① بەدەن تېمپېراتۇرىسى: قىزىتما، كۆپىنچە يۇقۇملىنىشتىن ياكى ياز تومۇز ئىسسىقتا، ئىسسىق ئۆتۈپ قېلىش سەۋەبىدىن كېلىپ چىقىدۇ. هوشسىزلىنىپ بىر نەچچە كۈندىن كېيىن كۆرۈلگەن قىزىتما مېڭە غولىنىڭ زەخمىلىنىشى ياكى ئەگەشمە يۇقۇملىنىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. بەدەن تېمپېراتۇرىسى تۆۋەنلەپ كېتىش ياكى يۇقىرىلىماسلىق شوك، مېڭە ئۆسمىسى، بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق خىزمىتى تولۇق بولماسلىق، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

② تومۇر سوقۇشى: تومۇر سوقۇشنىڭ تەرتىپسىز بولۇشى يۈرەك كېسىلى، ئېلېكتىرولىت مادداىلارنىڭ قالايمىقانلىشىشى قاتارلىقلاردىن زىيادە تېزلىشىشى، يۈرەك كېسىلى، ئۆپكە گازلىق ئىششىقى، شوك، ئىچكى قاناش، قالقانسىمانبەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىش قاتارلىقلاردىن زىيادە ئاستىلاش، ياشانغانلاردا ۋە باش ئىچى بېسىمى يۇقىرىلاپ كېتىش، دالانچە، قېرىنچە ئارا ئۆتكۈزۈش توسۇلۇش قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

③ نەپەس: چوڭقۇر، تېز نەپەس دىئابېت كېسىلىدە كىتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتىن، چوڭقۇر، ئاستا نەپەس شوك مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ياكى سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتىن، تېز، يۈزە نەپەس يۇقىرى قىزىتما، كۆكرەك زەخمىلىنىش، قورساق پەردە يالليۇغى، ئۆپكە يالليۇغى، يۈرەك قېپى يالليۇغى قاتارلىقلاردىن، باش لىڭشىتىپ نەپەسلىنىش تۇنجۇقۇش، نەپەس زەئىپلىشىش، سەكرات قاتارلىقلاردىن، چېئىن ـ ستوكېىن نەپىسى (潮式呼吸) ئارىلىق مېڭە ياكى ئوتتۇرا مېڭىنىڭ يۇقىرى قىسمى زەخمىلىنىش ياكى سەكرات قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

④ قان بېسىم: زىيادە يۇقىرى بولۇش، يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى، باش ئىچى

بېسىمى يۇقىرىلاپ كېتىش قاتارلىقلاردىن، زىيادە تۆۋەن بولۇش سۈسىزلىنىش، شوك، ھوشىدىن كېتىش، بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلىقى خىزمىتى تۆۋەنلەپ كېتىش قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

(2) پۇراق: ھاراق پۇرىقى بولسا ئۆتكۈر ئىسپىرتتىن زەھەرلىنىشتىن، سامسۇق پۇرىقى بولسا (DDV خلورفوس) دىن زەھەرلىنىشتىن، سېسىق جىگەر پۇرىقى بولسا جىگەر مەنبەلىك ھوشسىزلىنىشتىن، ئالما پۇرىقى بولسا دىئابېتتىكى كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتىن، سۈيدۈك سېسىق پۇرىقى بولسا سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىشتىن دېرەك بېرىدۇ.

(3) تېرە ـ شىللىق پەردە: سېرىق چۈشۈش، سېرىق چۈشۈش تىپلىق ياكى زەھەرلىنىشلىك جىگەر ياللۇغى، جىگەر سەۋەبلىك ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلاردا، كۆكىرىش كۆپىنچە يۇرەك ـ ئۆپكە كېسەللىكلىرى، ئانىلىن ياكى نىترىتلاردىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

كاربون چالا ئوكسىدىتىن زەھەرلەنگەن بىمار گىلاستەك قىزىرىدۇ، ئېغىر قان ئازلىق، شوك، قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش قاتارلىقلاردا بىمار تاتىرىدۇ، يۇقىرى قىزىتما، تارقىلىشچان قاناش قىزىتمىسى، ئاتروپىندىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردا قىزىرىدۇ، سۆسۈن داغ، تارقىلىشچان مېڭە ـ يۇلۇن پەردە ياللۇغى، تارقىلىشچان قاناش قىزىتمىسى قاتارلىقلار قان قېيىش دېغى بولىدۇ، زەخىملەنگەن بىمارلاردا زەخمە بەلگىلىرى بولىدۇ، قالقانسىمانبەز خىزمىتى كۈچەيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى، شوك، قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش، ئورگانىك فوسفوردىن زەھەرلىنىش قاتارلىق كېسەللەردە بىمار تەرلەيدۇ.

(4) باش ـ يۈز قىسمى: ① باش زەخىملىنىش، باش تېرىسىدە سۆسۈن داغ ياكى قانلىق ئىششىق پەيدا قىلىشى مۇمكىن، بۇرۇن، قۇلاقتىن قان ئېقىشنى كۆپىنچە باش سۆڭەك تۈزى سۇنۇش كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ؛ ② قوش قارىچۇق كىچىكلەش كۆپىنچە ئورگانىك قوسفوردىن زەھەرلىنىش، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ؛ ③ قوش قارىچۇق كېڭىيىپ كېتىش كۆپىنچە ئاتروپىندىن زەھەرلىنىش ياكى سەكراتتا كۆرۈلىدۇ؛ ④ ئىككى تەرەپ قارىچۇقنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى ياكى يۇمىلاقلىقى ئوخشاش بولماسلىق سەكتە ياكى مېڭە چۇقۇقىدىن كېلىپ چىقىشى مۇمكىن. ⑤ كۆز تېگى كۆرۈش نېرۋا شورىغۇچ سۇلۇق ئىششىقى كۆپىنچە باش ئىچى بېسىمى ئېشىپ كېتىش ياكى مېڭە سۇلۇق ئىششىقىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

(5) كۆكرەك: سوغىسىمان كۆرەك، چېكىپ تەكشۈرگەندە تاۋۇش كۇچىيىش، لەۋ، تىرناقلىرى كۆكىرىش، ئۆپكىدە ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ئاڭلىنىش، نەپەس تاۋۇشى تۆۋەنلەش قاتارلىقلار ئېغىر ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى، ئۆپكە ياللۇغى، ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسەللىكىدىن دېرەك بېرىدۇ.

(6) قورساق: جىگەر، تال يوغىنىشقا قورساق سۈيى قوشۇلۇپ كەلسە، جىگەر قېتىشنىڭ، قورساق كۆپكەن، ئۇچەي تاۋۇشى ئاجىزلىغان بولسا قورساق پەردە ياللۇغى، ئۇچەي توسۇلۇش، ئۇچەي پالەچلىنىش قاتارلىقلارنىڭ ئالامتى بولۇشى مۇمكىن.

(7) تۆت مۇچە مۇسكۇل تۇتاملىرىنىڭ تىترىشى ئورگانىك فوسفوردىن زەھەرلىنىش

تىن، ئىككى قول قانات قاققاندەك تارتىشىش كۆپىنچە زەھەرلىنىشلىك ياكى مېتابولىزملىق مېڭە كېسىلىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ناغرا چوكىسمان بارماق ئاستا خاراكتېرلىك يۈرەك - ئۆپكە كېسەللىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ. تىرناق ئاستىدا ئاق سىزىقلار بولسا ئېغىر دەرىجىدىكى قان ئازلىق ياكى ئېغىر مېتاللاردىن زەھەرلىنىشتىن دېرەك بېرىشى مۇمكىن. قوش تۆۋەنكى مۇچىدە ئويمانلىشىدىغان سۇلۇق ئىششىق كۆپىنچە يۈرەك، بۆرەك، جىگەر كېسەللىكلىرىنىڭ ئاخىرقى دەۋرى، ئېغىر دەرىجىدىكى ئوزۇقلۇق يېتىشمەسلىك قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(8) مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى، يەنى بويۇن قېتىپ قالغان، كېرنىگ (Kernig) ئالامىتى، برۇدزىنىسكى (Brudziniski) ئالامىتى مۇسبەت بولغان بولسا مېڭە پەردە يالليۇغى (مەسىلەن تۇبېركۇلوز) بارلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ (پۈتۈن بەدەن يۇقۇملىنىپ زەھەرلەنگەن ۋە ئاپتاپ ئۆتۈشتىن يۇقىرى قىزىتما بولغان بىمارلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ). برۇدزىنىسكى ئالامىتى، ئوپېنخام ئالامىتى، گوردون ئالامىتى قاتارلىقلار پرامىدا سىرتقى سىستېمىسىنىڭ بەدەن بەلگىلىرى بولۇپ مېڭە غولى زەخمىلەنگەنلىكىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

5. جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى ياردەمچى تەكشۈرۈشلەر.

1) مۇھىملىقى.

جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى بىمارلارغا، بولۇپمۇ ئېغىر، خەتەرلىك بىمارلارغا كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش ئارقىلىقلا دەسلەپكى دىئاگنوز ھەتتا ئېنىق دىئاگنوز قويۇش مۇمكىن. بىراق زۆرۈر بولغان ياردەمچى تەكشۈرۈشلەرگە سەل قاراشقا بولمايدۇ. ياردەمچى تەكشۈرۈش بىر تەرەپتىن دىئاگنوزنى تېخىمۇ كونكرېت دەلىل بىلەن تەمىن ئەتسە، يەنە بىر تەرەپتىن مۇكەممەل كېسەللىك تارىخى ئۇچۇنمۇ ئىنتايىن مۇھىم. يەنى كېيىنكى داۋالاشتا مۇھىم پايدىلىنىش ئەھمىيىتىگە ئىگە.

2) تەكشۈرۈشتىكى مۇھىم نۇقتىلار.

كېسەللىك تارىخىغا ئاساسەن، ئېھتىياجلىق، زۆرۈر بولغان تەكشۈرۈشلەرنى تەكشۈرۈش، تەكشۈرۈشنى قارىغۇلارچە كۆپەيتىۋەتمەسلىك كېرەك. چۈنكى بەزى تەكشۈرۈشلەرنىڭ دىئاگنوز ۋە داۋالاشقا پايدىسى بولمايلا قالماستىن، بەلكى بىمارنىڭ ئىقتىسادىي يۈكىنى ئېغىرلىتىۋېتىدۇ.

① يۇقىرى قىزىتمىلىق كېسەللەرگە ئالدى بىلەن ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنى ساناش ۋە تېپقا ئايرىش (قان رايى) ۋە كۆكرەكنى رېنتگېنده تەكشۈرۈشنى، ئۇندىن كېيىن باشقا تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىشنى ئويلىشىش كېرەك.

② قاتتىق باش ئاغرىقىغا قىزىتما قوشۇلۇپ كەلسە، چوقۇم ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنى ساناش، تۇرگە ئايرىش (قان رايى) ۋە مېڭە - يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنى تەكشۈرۈش كېرەك. ئەگەر قىزىتمىغان ئەمما ياندۇرغان بولسا مېڭە - يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنى تەكشۈرسىلا بولىدۇ.

③ ھوشسىز بىمارلارغا كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنى ساناش، تۇرگە ئايرىش (قان رايى)، قان شېكىرى، ئورېئائازوتى (BUN)، قان ئېلېكتورولىت مادىدىلىرى، قان - گاز ئانالىزى، مېڭە - يۇلۇن سۇيۇقلۇقى قاتارلىقلارنى تەكشۈرۈش كېرەك.

④ نەپەسلىنىشى قىيىن، يۆتەلگەن، قان تۈكۈرگەن بىمارلارغا كۆكرەكنى رېنتگېنده كۆرۈش ياكى رەسىم تارتىش كېرەك.

⑤ يۈرەك سالغان، سقىلغان، كۆكرەك ئاغرىغان بىمارلارنى چوقۇم ئېلېكتروكاردىئوگرامىمدا ۋە رېنتگېنده تەكشۈرۈش كېرەك. زۆرۈر تېپىلغاندا يۈرەك مۇسكۇل فېرمېنتلىرى ۋە مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى، مۇسكۇل كالتسىيلىق ئاقسىلى قاتارلىقلارنى تەكشۈرۈش كېرەك.

⑥ قورسىقى ئاغرىغۇچىلارغا قان رايى (血常规)، كۆكرەك ـ قورساقنى رېنتگېنده كۆرۈش، رەسىمگە تارتىش، قان، سۈيدۈك كراخمال ئېنزىمى، B تېپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، سۈيدۈك رايى قاتارلىقلارنى تەكشۈرۈش كېرەك.

⑦ بەل ئاغرىغۇچىلارغا سۈيدۈك رايى، بەلنى رېنتگېنده رەسىمگە ئېلىش، ئۇلترا ئاۋازلىق B تېپلىق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش قاتارلىقلارنى ئېلىپ بېرىش كېرەك.

⑧ سۈيدۈك قېتىم سانى كۆپ، تىز، ئاغرىتقۇچىلارغا سۈيدۈك رايىنى تەكشۈرۈش كېرەك.

⑨ ئىچى سۈرگەنلەرنىڭ چوڭ تەرەتنى تەكشۈرۈش كېرەك.

⑩ زەخىملەنگۈچىلەرنى تەكشۈرگەنده باشنى CT ئاپپاراتىدا، كۆكرەك ۋە ئومۇرتقا، مۇچىلەرنى رېنتگېنده، قورساقنى B تېپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش، زۆرۈر تېپىلغاندا قان، سۈيدۈك رايىنى تەكشۈرۈش كېرەك.

3) قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىنى تەھلىل قىلىش.

(1) قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرى ئىشەنچلىك بولۇپ كېسەلگە دىئاگنوز قويۇشنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمىدۇر. ئۇ كېسەللىك ئالامەتلىرى بىلەن بىردەك بولىدۇ.

(2) بىر قىسىم جىددىي بىمارلارنىڭ كېسەللىك قوزغىلىشى تېز بولۇپ، ئۆز ۋاقتىدا كېسەل كۆرسەتكەنده قوشۇمچە تەكشۈرۈشنىڭ نەتىجىسى مەنپىي بولۇپ چىقىدۇ. بۇمۇ يەنىلا نورمال ئەھۋال. چۈنكى بەزى كېسەللەرنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىش تېخى تولۇق شەكىللەنمىگەن بولۇپ، تەكشۈرگەن نەتىجە بەزىدە مەنپىي ھالەتتە بولىدۇ. ئەمما 24 سائەتتىن كېيىن پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىش روشەنلىشىپ، تەكشۈرۈش نەتىجىسى مۇسبەت بولىدۇ. شۇڭلاشقا، كېسەللىكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا مەنپىي چىققان تەكشۈرۈش نەتىجىسى دوختۇر پەرەز قىلغان دىئاگنوزنى ئىنكار قىلمۇيتەلمەيدۇ. ئەمما چوقۇم ھەرىكەتچان كۆزىتىش كېرەك. مەسىلەن: زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك ئۆپكە يالليۇغىنى رېنتگېنده تەكشۈرۈش، زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك تولغاقنىڭ چوڭ تەرەت رايىنى تەكشۈرۈش، ئۆتكۈر مېڭە پەردىسى يالليۇغىنىڭ مېڭە ـ يۇلۇن سۈيۇقلۇقىنى تەكشۈرۈش، مېڭىدە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇشنى CT دا تەكشۈرۈش قاتارلىقلار. شۇڭا، تېببىي خادىملار چوقۇم ئالاھىدە دىققەت قىلىشى لازىم.

(3) بىر قىسىم دوختۇرلارنىڭ كېسەلگە قويغان دىئاگنوزى، ھۆكۈمدە خاتالىق بولسا تەكشۈرۈش نەتىجىسى ئەلۋەتتە مەنپىي بولىدۇ.

(4) بەزى دوختۇرخانىلاردىكى سايمانلارنىڭ سۈپىتى، تەجرىبە دورىلىرىنىڭ ئۆلچىمى، ھەتتا مەشغۇلات خادىملىرىنىڭ تېخنىكا سەۋىيىسى ۋە خىزمەت پوزىتسىيىسى قاتارلىق سەۋەبلەر تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە تەسىر قىلىشى، ھەتتا خاتا نەتىجە كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. شۇڭا دوختۇرلار چوقۇم ئېھتىياتچان بولۇشى، تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە ئادەتتىن تاشقىرى ئىشىنىپ كەتمەسلىكى، زۆرۈر تېپىلسا قايتىلاپ تەكشۈرۈشى كېرەك.

دېمەك، كېسەللىك تارىخى ئىنتايىن مۇھىم. بولۇپمۇ جىددىي بىمارلارنىڭ كېسەللىك ھالىتىنىڭ ئۆزگىرىشى تېز، ھەتتا ئالدىن ھۆكۈم قىلماق تەس، شۇڭلاشقا كېسەللىك تارىخىنىڭ مۇكەممەللىكى، توغرىلىقى دىئاگنوز، داۋالاش، قۇتقۇزۇشنىڭ توغرىلىقىغا بىۋاسىتە مۇناسىۋەتلىك. شۇڭا قەتئىي سەل قاراشقا بولمايدۇ.

6. جىددىي قۇتقۇزۇشتا بىمارلارنى كۆزىتىش خاتىرىسى قالدۇرۇش.

دىئاگنوزى ئېنىق بولغان ياكى ئېنىق بولمىغان، ھەتتا كېسەللىك ئەھۋالى ئىنتايىن ئېغىر بولۇپ يۆتكەشكە مۇۋاپىق كەلمەيدىغان بەزى بىمارلارنى يەنىلا جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈمىدە كۆزەتكەچ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ. جىددىي قۇتقۇزۇش دوختۇرلىرى بۇ خىلدىكى بىمارلارنىڭ كېسەللىك ئۆزگىرىشىنى داۋاملىق سوراپ تۇرۇشى، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىنى قايتا - قايتا ئۆلچەپ تۇرۇشى، كېسەللىك ئەھۋالىدىكى ئۆزگىرىشنى بايقىغان ھامان ۋاقىتىدا بىر تەرەپ قىلىشى، شۇنداقلا خاتىرىلەپ مېڭىشى (ۋاقتىنى ئەسكەرتىشى) كېرەك. شۇنىڭ بىلەن بىرگە كېسەللىك ئەھۋالىنى قايتا - قايتا تەھلىل قىلىش، زۆرۈر تېپىلغاندا كېڭىشىپ دىئاگنوز قويۇشقا ئۇيۇشتۇرۇش كېرەك. كېسەللىك ئەھۋالىدىكى ئۆزگىرىش (ھەتتا ئۆزگىرىش بولمىسىمۇ)، ئېلىپ بېرىلغان بارلىق دىئاگنوز - داۋالاشنىڭ ھەممىسىدىن خاتىرە قالدۇرۇش كېرەك. بۇ خاتىرىلەرنىڭ ھەممىسى كېسەللىك تارىخىنىڭ تەركىبىي قىسمى بولۇپ، قانۇنىي جەھەتتىنمۇ مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى بىمارنىڭ دوختۇرخانىدىن چىقىپ كېتىشىگە يار بەرسە، چوقۇم بىمار ۋە ئائىلىسىدىكىلەرگە بىمارنىڭ ھازىرقى كېسەللىك ئەھۋالى ۋە قايتىپ بارغاندىن كېيىنكى دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلارنى چۈشەندۈرۈش، شۇنداقلا كېسەللىك تارىخىغا مۇناسىۋەتلىك خاتىرە قالدۇرۇش لازىم.

نەق مەيدانىڭ جىددىي ۋەزىپىسى ھەققىدە توغرا
تۈزۈلمىنىڭ بىرلىكىنى قوللىشىڭ ھاياتىي
ساقلىقىڭ كۆرسىتىدۇ.

ئىككىنچى باب نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش ۋە يۆتكەش

1 § . نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش

1. ئاپەت ـ ھادىسىلەرنىڭ تۈرلەرگە بۆلۈنۈشى.

1) تەبىئىي ئاپەتلەر. ھاۋا رايى ئاپەتلىرى (قارا بوران، قۇيۇن، قار، يامغۇر، مۆلدۈر قاتارلىق) كەلكۈن ئاپىتى، دېڭىز ئاپىتى، گېئولوگىيە (يەر ـ تۈپراق) گە مۇناسىۋەتلىك ئاپەتلەر (تاغ گۆمۈرۈلۈش، يانار تاغ پارتلاش قاتارلىق)، يەر تەۋرەش، دېھقانچىلىق زىرائەتلەرگە چۈشكەن ئاپەت، ئورمانلىقتىكى ئاپەت قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

2) ھادىسىلەر. ئوت ھادىسىسى، قاتناش ھادىسىسى، ئىش ئۈستىدە يارىلىنىش، خىمىيىلىك ماددىلاردىن يارىلىنىش ياكى زەھەرلىنىش ۋە باشقىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

2. ئاپەت ـ ھادىسىلەردە جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى تەييارلىق لايىھىنى ئەمەلىيلەشتۈرۈش.

تېببىي جىددىي قۇتقۇزۇش تارماقلىرى ئاپەت ـ ھادىسىلەرنىڭ ئالاھىدىلىكى ۋە مەزكۇر رايوننىڭ ئاپەتتىن قۇتقۇزۇش ئىقتىدارىغا ئاساسەن تۈيۇقسىز يۈز بەرگەن ئاپەت ـ ھادىسىلەرگە نىسبەتەن تېببىي جىددىي قۇتقۇزۇش تەييارلىق لايىھىسىنى ئالدىن تۈزۈپ بېكىتىشى كېرەك. تۈيۇقسىز ئاپەت يۈز بەرگەن ھامان، تەييارلىق لايىھە بويىچە جىددىي قۇتقۇزۇش ئېلىپ بارغاندا قۇتقۇزۇشنىڭ جىددىي، تەرتىپلىك، ئەتراپلىق بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلغىلى بولىدۇ. تەييارلىق لايىھىنىڭ مەزمۇنى تۆۋەندىكىلەرنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ: مەقسەت ۋە تەلەپ، خادىملارنىڭ قورۇلمىسى ۋە ئىش تەقسىماتى، جىددىي قۇتقۇزۇشقا زۆرۈر بولغان سايمانلار، دورىلار، ماددىي ئەشيالار، ئالاقىلىشىش ۋە قاتناش ۋاستىلىرى، يارىدار ـ بىمارلارنى تەكشۈرۈش ۋە قۇتقۇزۇش، تارقاقلاشتۇرۇش ۋە يۆتكەش پرىنسىپى، ئاپەتتىن كېيىنكى ئالدىنى ئېلىش پرىنسىپى، ئۇچۇر توپلاش، ئىنكاس قىلىش ۋە يەتكۈزۈش قاتارلىقلار.

3. ئاپەت ـ ھادىسىلەردىكى يارىدارلارنى تەكشۈرۈش ۋە قۇتقۇزۇش پرىنسىپى. سانى كۆپ بولغان يارىلانغۇچىلارنى قۇتقۇزۇش پرىنسىپى بولسا، ئەڭ مۇۋاپىق ۋاقىت، شارائىت ۋە ئورۇندا، سانى ئەڭ كۆپ يارىلانغۇچىلارنى ئەڭ ياخشى قۇتقۇزۇشقا ئېرىشتۇرۇشتىن ئىبارەت. ئاپەت يۈز بەرگەن جايدا ۋاقىتلىق تېببىي قوماندانلىق ئورنى قۇرۇپ يارىلانغۇچىلارنى تەكشۈرۈش، نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، تارقاقلاشتۇرۇش ۋە يۆتكەشكە بىر تۇتاش قوماندا-

لىق قىلىش لازىم. يارىدارلارنى تەكشۈرۈشنى كەسپىي بىلىم ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش تەجرىبىسىگە ئىگە مەسئۇل ۋراچتىن يۇقىرى دەرىجىلىك تېبىبىي خادىم ئۆز ئۈستىگە ئالىدۇ. بىمارلار زەخمە ئەھۋالىغا قاراپ تۆت تۈرگە بۆلۈنىدۇ. ھەمدە يېشىل، سېرىق، قىزىل، قارا قاتارلىق ئوخشىمىغان رەڭلىك بەلگىلەر بىلەن بەلگە قويۇلىدۇ. يېشىل بەلگە يېنىك زەخمىلەنگەن، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى نورمال بولغانلارنى، سېرىق بەلگە ئوتتۇراھال زەخمىلەنگەنلەرنى، قىزىل بەلگە ئېغىر زەخمىلەنگەن، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى تۇراقسىز بولغان، ھوشسىز، نەپەسلىنىشى قىيىن، شوك ھالەتتىكىلەرنى، قارا بەلگە ئۆلگەنلەرنى كۆرسىتىدۇ. قۇتقۇزۇش پرىنسىپى ئالدى بىلەن جىددىي، ئېغىر بىمارلارنى، ئاندىن يېنىك بىمارلارنى قۇتقۇزۇش، ئالدى بىلەن ھاياتنى قۇتقۇزۇش، ئاندىن زەخمىنى بىر تەرەپ قىلىشتىن ئىبارەت. يۈرەك ـ ئۆپكە ھەرىكىتى توختىغان، چوڭ قاناش بولغان، ئومۇرتقا زەخمىلەنگەن ياكى ئېغىر شوك ئالامەتلىرى بولغان بىمارلارنى ئالدى بىلەن نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، كېسەللىك ئەھۋالى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاندىن يۆتكەش كېرەك. ئەكسىچە بولغاندا ئاسانلا يول ئۈستىدە كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىرلىشىپ ئۆلۈپ كېتىشى مۇمكىن. نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش ئۆزىنى قۇتقۇزۇش، ئۆزئارا قۇتقۇزۇش، باشقىلارنى قۇتقۇزۇش ۋە كەسپىي قۇتقۇزۇش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

4. بىمارلارنى تارقاقلاشتۇرۇپ يۆتكەش پرىنسىپى.

زەخمىلەنگۈچىلەرنى تەكشۈرگەن ۋە نەق مەيداندا قۇتقۇزغاندىن كېيىن دەرھال تارقاقلاشتۇرۇپ يۆتكەش كېرەك. پرىنسىپى: مەخسۇس بۆلۈم يارىدارلىرىنى، مەسىلەن: كۆيگەن، باش تېرىسى زەخمىلەنگەنلەرنى بىۋاستە كەسپىي دوختۇرخانا ياكى شۇ جەھەتتە ئالاھىدىلىكى بار دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش، ئېغىر زەخمىلەنگەنلەرنى ئەڭ يېقىن يۇقىرى دەرىجىلىك دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش، ئوتتۇراھال، يېنىك زەخمىلەنگەنلەرنى يېقىن ئەتراپتىكى ئوتتۇرا، كىچىك دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش كېرەك. ئۆلگەنلەرنى ئاخىرەتلىك ئىشلىرىنى بىر تەرەپ قىلىشقا مەسئۇل خادىملارغا تاپشۇرۇپ بېرىش كېرەك. تارقاقلاشتۇرۇپ يۆتكەشتە زەخمىلەنگۈچىلەرنىڭ سانى ۋە زەخمىلىنىش دەرىجىسى بىلەن تېبىبىي ئورگانلارنىڭ داۋالاش سەۋىيىسى مۇۋاپىق ماسلاشتۇرۇلىدۇ.

5. ئاپەتتىن كېيىنكى ئالدىنى ئېلىش پرىنسىپى.

تۇيۇقسىز يۈز بەرگەن زور ئاپەت ـ ھادىسىلەر ئېغىر دەرىجىدە ئۆلۈم ـ يېتىم، يارىلىنىشنى پەيدا قىلىپلا قالماستىن، بەلكى بىر قىسىم كىشىلەرگە روھىي زەربە ئېلىپ كېلىپ تۇرمۇش تەرتىپىنى قالايمىقانلاشتۇرۇۋېتىدۇ. مەسىلەن: قورقۇش، زىيادە سەزگۈرلۈك، خامۇشلۇق، تەپەككۇرى تورمۇزلىنىش قاتارلىقلار. بۇ ئەھۋال ئاپەت يىغىندى كېسەللىك ئالامىتى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. تەخمىنەن 75% ئاپەتكە ئۇچرىغۇچىلاردا بۇ خىل ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا زور تەبىئىي ئاپەتلەردىن كېيىن ئاسانلا يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر تارقىلىدۇ. بۇ ئەھۋاللار تارقىلىشچان كېسەللىك، يۇقۇملۇق كېسەللىك، نېرۋا ـ روھىي كېسەللىك ۋە پسىخولوگىيە ئىلمى مۇتەخەسسىسلىرىنىڭ تەتقىق قىلىشى ۋە ئالدىنى ئېلىپ داۋالىشىغا موھتاج.

2 §. نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىسىنى ئىشلىتىش

جىددىي كېسەل ۋە تاسادىپىي ھادىسىلەر ھەر قانداق ۋاقىتتا يۈز بېرىشى مۇمكىن. لېكىن مۇتلەق كۆپ قىسمى دوختۇرخانا سىرتىدا يۈز بېرىدۇ. نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشنىڭ ۋاقتى ۋە توغرىلىقى بىمارنىڭ ھاياتى ۋە كېسەللىك ئاقىۋىتىگە بىۋاستە تەسىر كۆرسىتىدۇ. بەزى ئېغىر بىمارلارغا نىسبەتەن ۋاقىت ھايات دېمەكتۇر. بۇنداق بىمارلارنى نەق مەيداندا ھېچقانداق جىددىي قۇتقۇزۇش تەدبىرى قوللانماستىن ئۇدۇللا دوختۇرخانىغا ئېلىپ بېرىش، ھەتتا يېقىن ئەتراپتىكى دوختۇرخانىلارغا كىرمەي، يىراق دوختۇرخانىلارغا ئېلىپ بېرىپ ۋاقىتنى ئىسراپ قىلىۋېتىش قۇتقۇزۇشنىڭ ئۇنۇمىگە تەسىر يەتكۈزىدۇ، ھەتتا نۇرغۇن بىمارلارنى قۇتقۇزۇشقا كېرەكلىك بولغان قىممەتلىك ۋاقىتتىن مەھرۇم قىلىدۇ. شۇڭلاشقا ھەرقانداق جىددىي بىمار ۋە زەخمىلەنگۈچىلەرنى ئالدى بىلەن نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، ئاندىن يۆتكەش ئەڭ ئاساسىي پرىنسىپتۇر.

تاسادىپىي ھادىسىلەر كۆپىنچە بەدەننىڭ ھەر قايسى ئورۇنلىرى ۋە ھەر قايسى ئەزالىرىنى زەخمىلەندۈرۈپ ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. زەخمىلەنگەندىن كېيىن يۈز بەرگەن چوڭ قاناش، باش مېڭە زەخمىلىنىش، سۆڭەك سۇنۇش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلارنى ئالدى بىلەن نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئاساس قىلىپ بىمارنىڭ ھاياتىنى قۇتقۇزۇشى، شۇنىڭ بىلەن بىرگە بىمارنىڭ نەپەس يولىنى ئېچىش، قان توختىتىش، تېڭىش، مۇقىملاشتۇرۇش، يۆتكەش قاتارلىق تېخنىكىلارنى ئۇنۇملۇك، توغرا، ۋاقتىدا ئىشلىتىشكە ماھىر بولۇشى كېرەك.

1. نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش پرىنسىپلىرى.

1) جىددىي قۇتقۇزۇشقا تېگىشلىك ھادىسە، ئورۇن ۋە ئادەم سانىنى ئەڭ تېز سۈرئەتتە ئېنىقلاش ۋە ھۆكۈم قىلىش.

2) نەق مەيداندا ئۇنۇملۇك جىددىي قۇتقۇزۇشنى دەرھال قانات يايدۇرۇش، ئەڭ تېز سۈرئەتتە قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش، يۈرەك ـ ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، تۆت ئاساسىي جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىسىنى (قان توختىتىش، تېڭىش، مۇقىملاشتۇرۇش، يۆتكەش) ئىشلىتىش.

3) جەددي قۇتقۇزۇش جەريانىدا ئۆزىنىڭ زەخمىلىنىشىدىن ساقلىنىش. مەسىلەن: توك سوقۇۋەتكەنلەرنى قۇتقۇزغاندا، توك مەنبەسى ئۇزۇۋېتىلمىگەن ئەھۋالدا بىمارنى بىۋاستە قول بىلەن تۇتماسلىق، نەق مەيدانىدا زەھەرلىك گاز بولسا ئالدى بىلەن زەھەردىن ساقلىنىش يۇزلىكى تاقاش قاتارلىق.

4) جەددي قۇتقۇزۇش جەريانىدا بىمار ئۇچراۋاتقان زەخمىنى ئېغىر لاشتۇرۇۋەتمەسلىك.

5) نەق مەيدانىدا جەددي قۇتقۇزغاندا ئامال بار قولنى ئىشلىتىش، باشقا سايمانلاردىن ئاز پايدىلىنىش.

6) جەددي قۇتقۇزۇشتا مەشغۇلاتى ئاددىي، ئاسان، ئۇنۇمى ئىشەنچلىك ئۇسۇلنى قوللىنىش.

7) قۇتقۇزغۇچى خادىملار تېزلىكتە بىمارنىڭ ھاياتلىق ئالامەتلىرى (ئەس - ھوشى، قارىچۇقى، نەيەس، قان ئايلىنىش) ۋە باش، بويۇن، كۆكرەك، قورساق، داس ۋە مۇچىلەر-نىڭ كېسەل، زەخمىلىنىش ئەھۋالىنى تەكشۈرۈش.

8) نەق مەيداننى قوغداش.

9) يېڭى ئەھۋالنى بايقىغاندا ۋاقتىدا مۇناسىۋەتلىك ئورۇنلارغا مەلۇم قىلىش.

10) دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى قۇتقۇزۇشنى جەددي ئەمما تەرتىپلىك ئېلىپ بېرىش، بىر نەپەر تەجرىبىلىك دوختۇر قۇتقۇزۇشقا قوماندانلىق قىلىشقا مەسئۇل بولۇش.

2. دەسلەپكى باسقۇچتىكى قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش.

ئۆتكۈر كېسەللەر، زەخمىلىنىش، قاتناش ھادىسىسى، تۇيۇقسىز ۋەقەلەر يۈز بەرگەندە، ئېغىر، خەتەرلىك ئەھۋالدىكى بىمارنى تۇنجى بايقىغۇچى دەرھال جەددي قۇتقۇزۇش مەركىزى ياكى يېقىن ئەتراپتىكى دوختۇرخانىلارنى قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشى كېرەك. قۇتقۇزۇشقا چاقىرىغاندا تۆۋەندىكى ئەھۋاللار مەلۇم قىلىنىدۇ: قۇتقۇزۇشقا چاقىرغۇچى (نەق مەيداننى تۇنجى قېتىم كۆرگۈچى) نىڭ ئىسمى ۋە سالاھىيىتى، بىمارنىڭ ئەھۋالى، نۆۋەتتىكى ئەڭ خەتەرلىك ئەھۋال (ھوشى بارمۇ - يوق، قاناش بارمۇ - يوق قاتارلىق)، نەق مەيداننىڭ ئادرېسى ۋە تېلېفون نومۇرى، قۇتقۇزۇش ماشىنىسى كېلەلەيدىغان ئورۇن، نەق مەيداندىكى كۆزگە كۆرۈنەرلىك بەلگە قاتارلىقلار. ئەگەر تاسادىپىي ھادىسە بولسا، تەخمىنەن قانچىلىك ئادەم يارىلانغانلىقى، ھادىسىنىڭ خاراكتېرى قاتارلىقلارنمۇ مەلۇم قىلىش كېرەك.

قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشنىڭ تېز ۋە توغرا بولۇشى بىمارلارنى دوختۇرخانىغا بېرىشتىن بۇرۇنقى ئۇنۇملۇك ۋە جەددي قۇتقۇزۇشقا ئېرىشتۇرەلەيدۇ. قۇتقۇزۇش چاقىرىقىنى قوبۇل قىلغان ئورۇن مەلۇم قىلىنغان مەزمۇنغا ئاساسەن دەرھال يېقىن ئەتراپتىكى قۇتقۇزۇش ماشىنىسىنى جەددي قۇتقۇزۇشقا ئەۋەتىشى، شۇنداقلا ۋاقتىدا قۇتقۇزۇشقا چاقىرغۇچىنى

ۋاقىپلاندۇرۇشى كېرەك. قۇنقۇزۇشقا چاقىرغۇچىمۇ جىددىي قۇنقۇزۇش خادىملىرى يېتىپ كېلىشتىن بۇرۇن پايدىلىنىشقا بولىدىغان بارلىق تەدبىرلەر بىلەن نەق مەيدانىدا بىمارنى قۇنقۇزۇشى كېرەك.

3. قان توختىتىش.

چوڭ ئادەملەرنىڭ قىسقا ۋاقىت ئىچىدە قان يوقىتىشى 1500ml غا يېتىپ، قۇنقۇزۇشقا ئېرىشەلمىسە ھاياتىغا خەۋپ يېتىدۇ. شۇڭا ۋاقتىدا، ئۇنۇملۇك قان توختىتىش بىمارنىڭ ھاياتىنى قۇنقۇزۇشتا ئىنتايىن مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

1) قاناشنىڭ تۈرلىرى:

(1) ئارتېرىيە تومۇرى قاناش: قان قىپقىزىل، فونتانەك ئېتىلىپ چىقىدۇ، قىسقا ۋاقىت ئىچىدە يوقاتقان قان نىسبەتەن كۆپ بولۇپ، خەتىرى ۋېنا تومۇر ۋە قىلدام تومۇر قاناشتىن چوڭ بولىدۇ.

(2) ۋېنا تومۇر قاناش: قاننىڭ رەڭگى قارامتۇل قىزىل، قان زەخمىلەنگەن ئورۇندىن ئېقىپ چىقىدۇ.

(3) قىلدام تومۇر قاناش: قاننىڭ رەڭگى قىزىل، زەخمە يۈزىدىن سىرغىپ چىقىدۇ.

2) قان توختىتىش ئۇسۇللىرى:

قان توختىتىش بارماق بىلەن بېسىپ قان توختىتىش، بېسىپ تېڭىپ قان توختىتىش، تەگلىك قويۇپ مۇچىنى تېڭىپ قان توختىتىش، قان توختاتقۇچى بوغقۇچ بىلەن قان توختىتىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

(1) بارماق بىلەن بېسىپ قان توختىتىش: باش، بويۇن ۋە مۇچىلەرنىڭ نىسبەتەن چوڭ ئارتېرىيە تومۇرلىرى قانغاندا ۋاقىتلىق قان توختىتىش ئۇچۇن ئىشلىتىلىدۇ. يەنى بارماق ياكى ئالقان بىلەن زەخمىلەنگەن ئورۇننىڭ يۇرەككە يېقىن قىسمىدىكى تومۇر بار ئورۇننى چىڭ بېسىپ يەرلىك ئورۇننىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىنى توسۇۋېلىشنى كۆرسىتىدۇ. ئەمما بېسىپ تۇرغان ۋاقىت بەك ئۇزۇن بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك.

① چېكە يۇزە ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: چوققا ۋە چېكە قىسمىدىكى قاناشقا قوللىنىلىدۇ. باش ياكى كۆرسەتكۇچ بارماق بىلەن زەخمىلەنگەن تەرەپ ياكى ئىككى تەرەپ قۇلاق ئالدى، تۆۋەنكى جاغ بوغۇمى ئەتراپىدا ئارتېرىيە تومۇر سوقۇشنى تۇتۇپ سەزگەندىن كېيىن شۇ تومۇر كۇچەپ بېسىلىدۇ (1.2 ـ رەسىم).

② يۇز ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: يۇزدىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. تۆۋەنكى جاغ سۆڭەكنىڭ تۆۋەن گىرۋىكىنىڭ ئوتتۇرا كەينى قىسمى، چاياناش مۇسكۇلىنىڭ ئالدى گىرۋىكى ئەتراپىدا مەزكۇر ئارتېرىيىنى تۇتۇپ سوقۇشنى سەزگەندىن كېيىن كۇچەپ تۆۋەنكى جاغ يۆنىلىشىدە بېسىلىدۇ (2.2 ـ رەسىم).



2.2 ـ رەسىم.



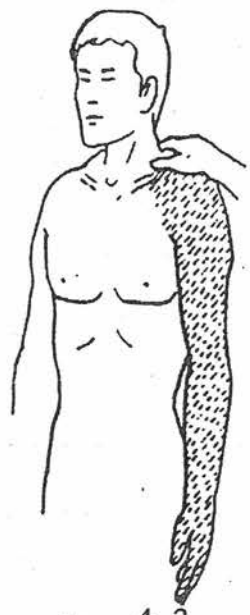
1.2 ـ رەسىم.

③ بويۇن غول ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: باش، بويۇن قىسمىدىكى چوڭ قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. باش بارماق ياكى باشقا تۆت بارماقنى كاناي بىلەن تۆش ـ ئوقۇرەك ـ ئەمچەكسىمان ئۆسۈكچە مۇسكۇلى ئارىسىدىكى ئېرىقچە ئىچىگە قويۇپ بويۇن غول ئارتېرىـ يىسىنىڭ سوقۇشىنى تۇتۇپ سەزگەندىن كېيىن، مەزكۇر ئورۇن بويۇن 6 ـ ئومۇرتقىسىنىڭ توغرا ئۆسۈكچىسىگە كۈچەپ بېسىلىدۇ. بويۇن غول ئارتېرىيىسىنى بېسىشنىڭ خەتىرى چوڭ. ئىككى تەرەپنى تەڭلا بېسىشتىن قەتئىي ساقلىنىش لازىم (3.2 ـ رەسىم).

④ ئوقۇرەك ئاستى ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: قولتۇق، مۇرە ۋە ئوستى مۇچىلەردىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. باش بارماق ئوقۇرەك ئوستى ئويمانلىقىدىكى ئارتېرىيە تومۇر سوققان ئورۇنغا، قالغان تۆت بارماق بويۇن كەينىگە قويۇلۇپ، باشمالتاق تۆۋەن، ئىچ، كەينى يۆنىلىش بويىچە بېسىلىدۇ، يەنى ئوقۇرەك ئاستى ئارتېرىيىسى 1 ـ ئومۇرتقىغا تىرەپ بېسىلىدۇ (4.2 ـ رەسىم).



3.2 ـ رەسىم.



4.2 ـ رەسىم.

⑤ يۇقىرىقى بىلەك ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: يۇقىرىقى بىلەكنىڭ تۆۋەن قىسمى، بىلەك ۋە قولدىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. باش بارماق ياكى باشقا تۆت بارماقنى يۇقىرى بىلەكنىڭ ئۈستۈن 1/3 قىسمى، يۇقىرىقى بىلەك ئىككى باشلىق مۇسكۇلنىڭ ئىچ قىرىغا قويۇلۇپ ئارتېرىيە تومۇر سوققان ئورۇن سىرتقى يۆنىلىش بويىچە ئۈستۈن بىلەك سۆڭىكىگە بېسىلىدۇ (5.2 - رەسىم).

⑥ يوتا ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: يوتا، پاچاق، پۇتتىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. ئىككى قولنىڭ باش بارمىقى يوتىنىڭ ئالدى ئۈستى تەرىپىدىكى تومۇر سوقۇشى ئەڭ كۈچلۈك بولغان ئورۇنغا ئۈستىمۇئۈست قويۇلۇپ، كۆچەپ كەينىدىكى يوتا سۆڭىكىگە بېسىلىدۇ (6.2 - رەسىم).



6.2 - رەسىم.

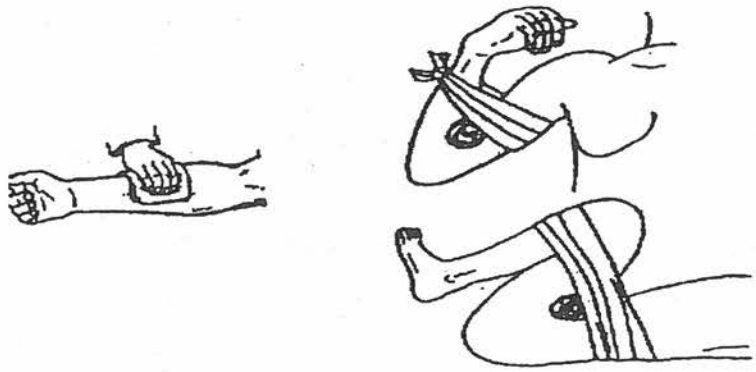


5.2 - رەسىم.

(2) بېسىپ تېڭىپ قان توختىتىش: كىچىك ئارتېرىيە، ژېنا تومۇر ۋە قىلدام تومۇرلارنىڭ قانىشىغا ئىشلىتىلىدۇ. ئالدى بىلەن زەخمە يۈزىگە دېزىنفېكسىيىلەنگەن داكا قويۇلۇپ، ئاندىن پاختا ياكى داكا تەگلىك قىلىنىپ بېنت ياكى ئۇچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن چىڭ تېڭىلىدۇ. ئەگەر زەخمىلەنگەن ئورۇندا سۇنۇق بولسا، يەنە تېڭىق تاختىسى بىلەن مۇقىملاشقا توغرا كېلىدۇ. ئەگەر زەخمىدە سۆڭەك پارچىلىرى بولسا بۇ خىل ئۇسۇلنى قوللىنىش مۇۋاپىق ئەمەس (7.2 - رەسىم).

(3) تەگلىك قويۇپ مۇچىنى ئېگىپ قان توختىتىش: مۇچىلەردىكى ئارتېرىيە تومۇر قانىغاندا ۋاقىتلىق قان توختىتىشقا ئىشلىتىلىدۇ. يەنى پاختا، داكىدىن تەگلىك ياسىلىپ قولتۇق، جەينەك ئويمىنى، تېقىم ئويمىنى قاتارلىق ئورۇنلارغا ياكى يوتا ئارتېرىيە تومۇرى

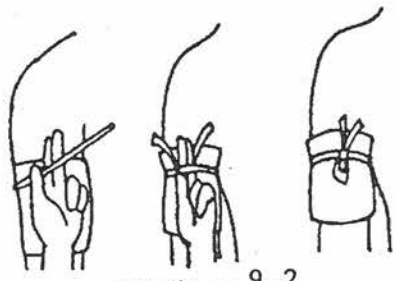
سوققان ئورۇنغا قويۇلۇپ، ئاندىن شۇ بوغۇم تولۇق ئېگىلىپ ساق مۇچىگە ياكى بەدەنگە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. ئەگەر سۇنۇق بولسا ياكى بوغۇم زەخمىلەنگەن بولسا بۇ ئۇسۇلنى قوللىنىش مۇۋاپىق ئەمەس (8.2 - رەسىم).



8.2 - رەسىم.

7.2 - رەسىم.

(4) قان توختاتقۇچى بوغقۇچتا قان توختىتىش: مۇچىلەردىكى ئارتېرىيە قانىغاندا ۋاقىتلىق قان توختىتىشقا ئىشلىتىلىدۇ. ئالدى بىلەن زەخمىنىڭ ئۈستى تەرىپى (يۈرەككە يېقىن تېپىپى) گە پاختا، داكا ياكى كىيىم - كېچەكلەر تەگلىك قىلىپ قويۇلىدۇ، ئاندىن سول قولنىڭ باشمالتاق، كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن رېزىنكە نەيچىنىڭ بىر ئۇچى قىسىپ تۇتۇلىدۇ، يەنە بىر قول بىلەن رېزىنكە نەيچە تەگلىك ئۈستىدىن ئىككى ئايلاندۇرۇلۇپ، سول قولنىڭ كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقىنىڭ ئارىسىغا قىسىلىپ، تارتىپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ (9.2 - رەسىم).



9.2 - رەسىم.

ئەگەر نەق مەيداندا رېزىنكە نەيچە بولمىسا بېنت قاتارلىقلارنى رېزىنكە نەيچە ئورنىدا ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. يەنى بېنت رېزىنكە ئورنىدا تەگلىك ئۈستىدىن ئايلاندۇرۇلۇپ چىگىلىدۇ، ئاندىن يەنە كىچىك كالتەك چىگىلىپ تاكى قان توختىغۇچىلىك كالتەك ئايلاندۇ. رۇلۇپ چىگىكنى چىڭتىلىدۇ، ئاخىردا كالتەك مۇچىگە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ (10.2 - رەسىم).



10.2 ـ رەسىم.

قان توختاتقۇچ بوغقۇچنى ئىشلىتىشتە دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك نۇقتىلار: قان توختاتقۇچ بوغقۇچ چوقۇم زەخمىنىڭ يۇقىرى قىسمىغا چىگىلىشى كېرەك. ئۇستى مۇچە قانىغاندا بوغقۇچ يۇقىرى بىلەكنىڭ ئۈستى 1/3 قىسمىغا باغلىنىدۇ. ئوتتۇرا 1/3 قىسمىغا باغلاش قەتئىي چەكلىنىدۇ، چۈنكى بۇ ئورۇنغا باغلانغان بوغقۇچ يۇقىرى بىلەك ئوتتۇرا 1/3 قىسمىنىڭ كەينىدىن ئايلىنىپ ئۆتكەن يان بىلەك نېرۋىسىنى زەخىملەندۈرۈپ قويۇشى مۇمكىن، تۆۋەن مۇچىدە قان توختاتقاندا بوغقۇچنى يوتىنىڭ ئوتتۇرا، تۆۋەن 1/3 قىسمى تۇتاشقان ئورۇن دائىرىسىگە باغلاش كېرەك. چۈنكى بۇ ئورۇندىكى تومۇر سۆڭەككە نىسبەتەن يېقىن بولۇپ، ئاسانلا قان توختىتىش مەقسىتىگە يەتكىلى بولىدۇ. قان توختىتىش بوغقۇچىنى باغلىغاندا ئەڭ ياخشىسى بىۋاستە تېرە ئۈستىگە باغلىماي، تەگلىك، داكا، رەخت، كىيىم قاتارلىقنى قويۇپ ئۈستىدىن باغلاش كېرەك (11.2 ـ رەسىم).



11.2 ـ رەسىم.

ئەگەر بوغقۇچنى باغلىغاندا، بەك چىڭ بولۇپ كەتسە، تېرە، نېرۋىنى زەخىملەندۈرۈپ قويۇشى مۇمكىن. بەك بوش بولۇپ كەتسە قان توختىتىش مەقسىتىگە يەتكىلى بولمايدۇ. ھەتتا چىڭ باغلانمىغان بوغقۇچ ئارتېرىيە تومۇرىنىڭ قان ئايلىنىشىنى توختىتالماي ئەكسىچە ۋېنا تومۇرىدىكى قاننىڭ قايتىشىنى توسۇۋېلىپ، قاناشنى تېخىمۇ كۈچەيتىۋېتىدۇ. شۇڭا، قان توختاتقۇچى بوغقۇچنى چەگكەندە چىڭ ـ بوشلۇقىغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك. شۇنداقلا بوغقۇچ چىگىلگەن ئورۇنغا بەلگە سېلىپ، چىگىلگەن ۋاقىتنى يېزىپ قويۇش كېرەك. چۈنكى بوغقۇچ بىلەن قان توختاتقان ۋاقىت 2 ~ 3 سائەتتىن ئېشىپ كەتسە بولمايدۇ. ئادەتتە بوغقۇچ چىگىلىپ ھەر 40 مىنۇتتا بىر قېتىم 1 ~ 2 مىنۇت ئەتراپىدا بوشىتىۋېتىلىدۇ. شۇنداق قىلغاندا بىر تەرەپتىن زىيادە قان يوقىتىشتىن ساقلىنىپ قان توختىتىش مەقسىتىگە يەتكىلى بولسا، يەنە بىر تەرەپتىن بوغقۇچنىڭ تۆۋەن قىسمىدىكى مۇچىنىڭ قان يېتىشمەسـ

لمكتىن نېكروزلىنىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئالغىلى بولىدۇ. بوشاتقاندا زەخمە يەنە قانسا ۋاقتىنچە بارماق بىلەن بېسىپ قان توختىتىش كېرەك. بوشاتقاندىن كېيىن قايتا باغلىغاندا بوغقۇچنى ئەسلىدىكى ئورۇننىڭ سەل يۇقىرىسىغا باغلاش لازىم.

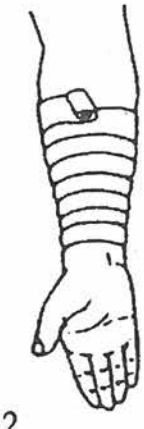
4. تېڭىش.

تېڭىشنىڭ زەخمە يۈزىنى قوغداش، بېسىپ قان توختىتىش، تېڭىق تاختىسى ۋە ماتېرىيالىنى مۇقىملاشتۇرۇش، زەخىملەنگەن مۇچىنى مۇقىملاشتۇرۇپ ئاغرىقنى پەسەيتىش قاتارلىق رولى بار. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان تېڭىق ماتېرىياللىرىدىن بېنت، ئۇچ بۇرجەكلىك ياكى تۆت بۇرجەكلىك ياغلىق قاتارلىقلار بار. ئامال بولمىغاندا لۆڭگە، قولياغلىق، رەخت، كىيىم قاتارلىقلارنى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. ئېلاستىكلىقى بولسا تېخىمۇ ياخشى.

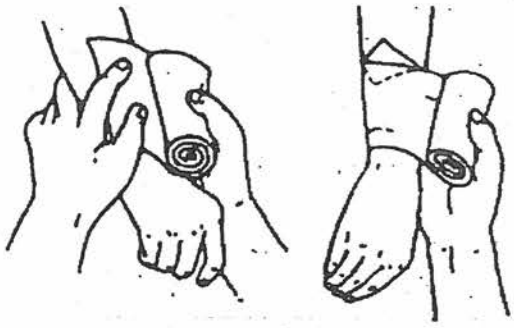
1) بېنتتا تېڭىش ئۇسۇلى:

(1) ھالقىسىمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىش: بېنتنى زەخمە يۈزىگە ئۇستىمۇ ئۇست ئايلاندۇرۇپ تېڭىشنى كۆرسىتىدۇ. بېنت ئورىلىپ بولغاندىن كېيىن ئاخىرقى ئۇچى توغرىسىغا يىرتىلىپ چىگىلىدۇ ياكى پلاستىر بىلەن چاپلاپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ (12.2-رەسىم).

(2) بۇرمىسىمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىش: بېنتنى ھالقىسىمان بىر نەچچە قېتىم ئورىغاندىن كېيىن يۇقىرى ياكى تۆۋەن يۆنىلىشتە ئورىلىدۇ، ھەر بىر ئورىغاندا ئالدىنقى ئورۇننىڭ 1/3 ياكى 2/3 قىسمى باسۇرۇپ تېڭىلىدۇ، ئاخىردا پلاستىر بىلەن چاپلاپ ياكى بېنت ئۇچىنى توغرىسىغا يىرتىپ چىگىپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ، يۇقىرىقى ئىككى خىل ئۇسۇلدا بېنتنى يارا ئېغىزى ياكى بوغۇمغا چىگىشكە بولمايدۇ (13.2 - رەسىم).



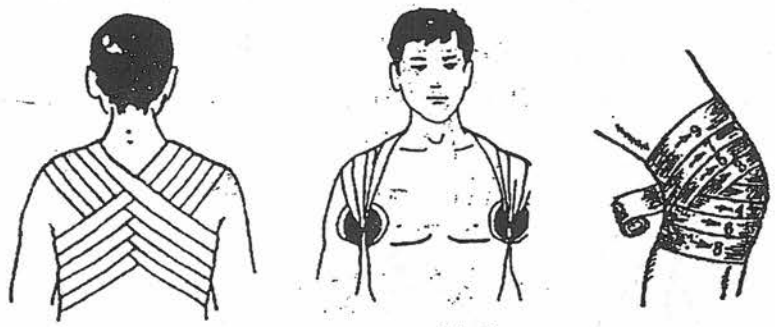
13.2 - رەسىم.



12.2 - رەسىم.

(3) «8» خەت شەكىللىك تېڭىش: كۆپىنچە بوغۇم تېڭىلىدۇ. بېنت بوغۇمنىڭ

ئاستى - ئۇستىگە بىر قېتىمدىن نۆۋەتلەشتۈرۈلۈپ، قايتا - قايتا ئورىلىپ «8» خەت شەكلىدە تېڭىلىدۇ (2.14 - رەسىم).



2.14 - رەسىم.

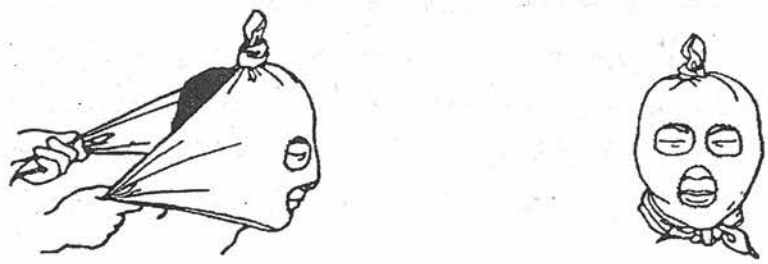
2) ئۈچ بۇرجەك ياغلىقتا تېڭىش ئۇسۇلى:

(1) باشنى تېڭىش: ئۈچ بۇرجەك ياغلىقنىڭ تۆۋەن قىرى ئۈچ سانتىمېتىر ئەتراپىدا قاتلىنىپ، بىمارنىڭ پېشانىسىگە قويۇلۇپ، ياغلىق باشقا ئارتىلدۇرۇلۇپ، ئىككى تۆۋەن بۇرجىكى باشنىڭ كەينىدە قايچىلاشتۇرۇلغاندىن كېيىن پېشانىسىدە چىگىلىدۇ (2.15 - رەسىم).



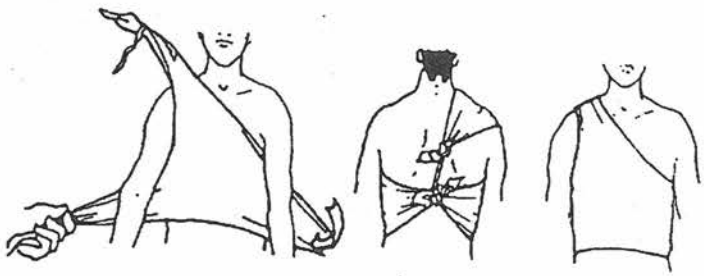
2.15 - رەسىم.

(2) يۈزنى تېڭىش: ئۈچ بۇرجەك ياغلىقنىڭ چوققا بۇرجىكىنى ئۆزىدىن بىر قېتىم چىگىپ، باشنىڭ چوققىسىغا توغرىلاپ، ياغلىق بىلەن يۈز تېڭىلىدۇ. ئىككى تۆۋەن بۇرجىكى باشنىڭ كەينىدە قايچىلاشتۇرۇلۇپ تۆۋەنكى جاغنىڭ ئاستىدىن چىگىلىدۇ. ئاندىن ئەھۋالغا قاراپ كۆز، ئېغىز، بۇرۇن قاتارلىق ئورۇنلارغا تۆشۈك ئېچىلىدۇ (2.16 - رەسىم).



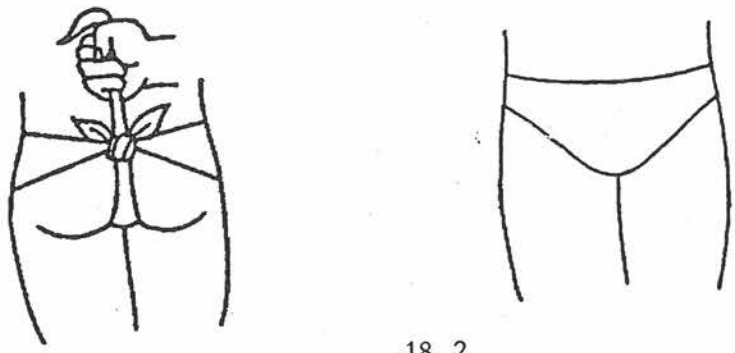
2.16 - رەسىم.

(3) كۆكرەكنى تېڭىش: ئۇچ بۇرجەك ياغلىقنىڭ تۆۋەن قىرى كۆكرەكتىكى زەخمە بار ئورۇننىڭ ئاستى تەرىپىگە توغرىلىنىپ، ئىككى تۆۋەن بۇرجىكى قولتۇق ئاستىدىن ئۆتكۈزۈلۈپ، دۇمبىدە چىگىلىدۇ. ياغلىق زەخمىلەنگەن كۆكرەكنى بېسىپ، چوققا بۇرجىكى كۆكرەكنىڭ زەخمىلەنگەن تەرەپ مۇچە ئۇستىدىن ئايلاندۇرۇلۇپ، تۆۋەن بۇرجەك چىگىكى ئۇستىگە چىگىلىدۇ. دۇمبىنى تېڭىش كۆكرەكنى تاڭغانىنىڭ ئەكسىچە بولۇپ، ئۇچ بۇرجەك ياغلىق دۇمبىگە قويۇلۇپ كۆكرەكتىن چىگىلىدۇ (2.17 ـ رەسىم).



2.17 ـ رەسىم.

(4) قورساقنى تېڭىش: ئۇچ بۇرجەك ياغلىقنىڭ تۆۋەن تەرىپى قوساقتىكى زەخمىنىڭ يۇقىرىسىغا قويۇلۇپ، ئىككى تۆۋەن بۇرجىكى بەلدىن چىگىلىدۇ، چوققا بۇرجىكى چاتىراق-تىن ئۆتكۈزۈلۈپ تۆۋەن بۇرجەك چىگىكى ئۇستىگە چىگىلىدۇ. ساغرىنى تاڭغاندىمۇ شۇ ئۇسۇل قوللىنىلىدۇ (2.18 ـ رەسىم).



2.18 ـ رەسىم.

(5) مۇچىلەرنى تېڭىش: ئۇچ بۇرجەك ياغلىق بېنت كەڭلىكىدە قاتلاپ، زەخمىنى ھالقىسىمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىلىدۇ. زەخمە ئۇستىدىن چىگىشكە بولمايدۇ.

(6) مۇرىنى تېڭىش: ئۇچ بۇرجەك ياغلىقنى زەخمىلەنگەن مۇرە ئۇستىگە قويۇپ چوققا بۇرجەك بىلەن بىر تۆۋەن بۇرجەكنى كۆكرەك ۋە دۇمبە تەرەپتىن ئايلاندۇرۇپ قارشى تەرەپ قولتۇق ئاستىدا چىگىلىدۇ. يەنە بىر تۆۋەن بۇرجەكنى كۆكرەك تەرەپتىن زەخمىلەنگەن مۇرىنىڭ ئاستى ئارقىلىق دۇمبىگە ئۆتكۈزۈپ، چوققا تۆۋەن بۇرجەك چىگىكى ئۇستىگە چىگىلىدۇ (2.19 ـ رەسىم).



19.2 ـ رەسىم.

5. مۇقىملاشتۇرۇش.

سۈنۈقنى ۋاقتىنچە مۇقىملاشتۇرۇشنىڭ بىمارنىڭ ئازابىنى يېنىكلىتىش، سۈنۈقنىڭ نېرۋا، تومۇر، تېرىنى زەخمىلەندۈرۈشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، بىمارنى يۆتكەشكە قولايلىق بولۇش قاتارلىق روللىرى بار.

important

1) سۈنۈقنى ۋاقىتلىق مۇقىملاشتۇرۇشتا دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار:

(1) زەخمىلەنگۈچىنىڭ پۈتۈن بەدەن ھالىتىگە قاراش، ئەگەر يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختىتىغان بولسا ئالدى بىلەن ئەسلىگە كەلتۈرۈش كېرەك.

(2) ئەگەر يارا ئېغىزى ياكى قاناش بولسا ئالدى بىلەن قان توختىتىش، يارىنى تېڭىش، ئاندىن مۇقىملاشتۇرۇش كېرەك.

(3) ئوچۇق سۈنۈقتا ئەگەر سۈنۈق ئۇچى يۇمشاق توقۇلمىلارنىڭ سىرتىغا چىقىپ قالغان بولسا، ئامال بار مۇچىنى نورمال ئورۇن ھالىتىگە كەلتۈرۈش ئارقىلىق سۈنۈق ئۇچىنى يۇمشاق توقۇلمىلار ئىچىگە تەبىئىي كىرگۈزۈش (سۈنۈق ئۇچىنى يۇمشاق توقۇلمىلار ئىچىگە مەجبۇرىي كىرگۈزۈش قەتئىي چەكلىنىدۇ)، ئاندىن تېڭىش ۋە مۇقىملاشتۇرۇش كېرەك.

(4) مۇچە ۋە ئومۇرتقىسى سۈنغانلارنى نەق مەيداندا مۇقىملاشتۇرۇش، مۇقىملاشتۇرغاندا بىمارنىڭ ئاغرىقىنى كۈچەيتىۋەتمەسلىك ۋە نېرۋا، تومۇرلارنى زەخمىلەندۈرۈپ قويماسلىق ئۈچۈن زەخمىلەنگەن ئورۇننى ئامال بار ئاز ھەرىكەتلەندۈرۈش كېرەك. پرىنسىپ جەھەتتىن مۇقىملاشتۇرۇلمىغان سۈنۈقنى يۆتكەشكە بولمايدۇ.

(5) سۈنغان ئورۇننىڭ ئاستى ـ ئۈستىدىكى ئىككى بوغۇمنى قوشۇپ مۇقىملاشتۇرغاندا تېخىمۇ ياخشى مۇقىملاشتۇرۇش مەقسىتىگە يېتكىلى بولىدۇ.

(6) مۇقىملاشتۇرماقچى بولغان ئورۇن بىلەن تېڭىق تاختىسى ئارىسىغا پاختا، لۆڭگە قاتارلىقلارنى قويۇپ مۇقىملاشتۇرغاندا تېرىنى ئاسراش شۇنداقلا تېخىمۇ ياخشى مۇقىملاشتۇرۇش مەقسىتىگە يېتكىلى بولىدۇ.

(7) بېنتىنىڭ چىڭ ـ بوشلۇقى مۇۋاپىق بولۇشى كېرەك. بەك بوش بولۇپ قالسا، مۇقىملاشتۇرۇش مەقسىتىگە يېتكىلى بولمايدۇ. بەك چىڭ بولۇپ قالسا مۇچىنىڭ قان ئايلىنىشىغا تەسىر يېتكۈزۈشى ھەتتا نېكروزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. تەكشۈ-

رۇشكە قۇلايلىق بولسۇن ئۈچۈن مۇقىملاشتۇرۇپ تاڭغاندا پۈت ـ قول بارماقلىرىنى ئوچۇق قويۇش كېرەك. ئەگەر بارماقلاردا تاتىرىش، كۆكىرىش، سوۋۇش، ئۈيۇشۇش ئالامەتلىرى كۆرۈلسە، تېڭىقنىڭ بەك چىڭ بولۇپ كەتكەنلىكىنى چۈشەندۈرىدۇ. چوقۇم يېشىپ قايتىدىن تېڭىش كېرەك.

(8) مۇچىلەردىكى سۇنۇقنى مۇقىملاشتۇرغاندا ئالدى بىلەن سۇنۇقنىڭ يۇقىرى قىسمىنى ئاندىن تۆۋەن قىسمىنى تېڭىش كېرەك. ئەكسىچە بولغاندا سۇنۇق ئۈچىنىڭ ئورنىدىن سىلجىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(9) يۇقىرىقى مۇچىنى مۇقىملاشتۇرغاندا، جەينەك پۇكلىنىشى، تۆۋەنكى مۇچىنى مۇقىملاشتۇرغاندا تېز سوزۇلۇشى كېرەك.

(10) يازدا ئىسسىق ئۆتۈپ قېلىشتىن ساقلىنىش، قىشقا ئىسسىنىشقا دىققەت قىلىش كېرەك.

(11) قاتتىق ئاغرىقنىڭ شوكىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن مۇڭاپىق مىقداردا تىنچلاندۇرۇش، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى بېرىشكە بولىدۇ.

2) ڭاقىتلىق مۇقىملاشتۇرۇش ماتېرىياللىرى.

(1) مۇقىملاشتۇرۇش ماتېرىياللىرى: تېڭىق تاختىسى ياكى ياغاچ تاختاي، دەرەخ قوۋزىقى قاتارلىق نەق مەيداندا پايدىلىنىشقا بولىدىغان ماتېرىياللار.

(2) تېڭىق ماتېرىياللىرى: پاختا، لۆڭگە، كېيىم، رەخت، ئۈچ بۇرجەك ياغلىق، بېنت ياكى ئادەتتىكى تانا قاتارلىقلار.

3) كۆپ قوللىنىلىدىغان بىر نەچچە خىل مۇقىملاشتۇرۇش ئۇسۇللىرى:

(1) باش سۆڭىكى سۇنغاندا مۇقىملاشتۇرۇش: باشنىڭ مۇقىملىقىنى ساقلاش كېرەك. باشنى سەل ئېگىز قويۇپ باشنىڭ ئىككى تەرىپىگە ياستۇق ياكى باشقا يۇمشاقراق نەرسىلەرنى قويۇش ئارقىلىق باشنىڭ ئىككى تەرەپكە ئىغاڭشىپ سىلكىنىشىنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ.

(2) يۇقىرى بىلەك سۇنۇقىنى مۇقىملاشتۇرۇش: زەخىملەنگەن مۇچە جەينەك پۇكلەنگەن ھالەتتە قويۇلىدۇ، ئىككى تال تېڭىق تاختىسى يۇقىرى بىلەكنىڭ ئىچكى ۋە تاشقى تەرىپىگە قويۇلۇپ بېنت بىلەن تېڭىلىپ، ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن تۆۋەن بىلەك بويۇنغا ئېسىلىدۇ. ئۈچ بۇرجەك ياغلىق تۆۋەن بىلەكنىڭ ئۈچ تەرىپىگە ئېسىلىشى، جەينەكنى يۇقىرىغا كۆتۈرۈۋەتمەسلىكى كېرەك. ئۈندىن باشقا يۇقىرى بىلەكنى بېنت بىلەن كۆكرەككە مۇقىملاشتۇرۇشقىمۇ بولىدۇ (20.2 ـ رەسىم).

(3) تۆۋەن بىلەك سۇنۇقىنى مۇقىملاشتۇرۇش: جەينەك پۇكلەنگەن ھالەتتە قويۇلۇپ ئىككى تال تېڭىق تاختىسى تۆۋەن بىلەكنىڭ ئاستى ـ ئۈستىگە قويۇلىدۇ (تېڭىق تاختىسى ئەڭ ياخشىسى جەينەك ۋە بىلەزۈك بوغۇمىدىن ئېشىشى كېرەك) بېنت بىلەن تاڭغاندىن كېيىن ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن بويۇنغا ئېسىلىدۇ (21.2 ـ رسىم).



20.2 ـ رەسىم.

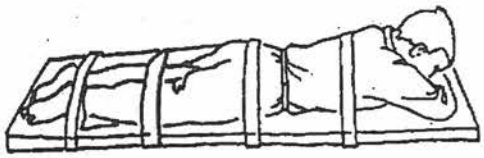


21.2 ـ رەسىم.

(4) يوتا سۇنۇقىنى مۇقىملاشتۇرۇش: زەخىملەنگەن مۇچىنىڭ تىز بوغۇمى سوزۇلغان ھالەتتە قويۇلۇپ ئىككى تال تېڭىق تاختىسى تۆۋەن مۇچىنىڭ ئىچكى، تاشقى ئىككى تەرىپىگە قويۇلىدۇ. تاشقى تەرەپ تېڭىق تاختىسى قولتۇق بىلەن تاپانغىچىلىك، ئىچكى تەرەپ تېڭىق تاختىسى چاتراقتىن تاپانغىچىلىك ئۇزۇنلۇقتا بولۇشى لازىم. ئاندىن بېنت ياكى ئۇچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن تېڭىلىدۇ.

(5) پاچاق سۇنۇقىنى مۇقىملاشتۇرۇش: تىز تۇز ھالەتتە قويۇلىدۇ. ئىچكى، تاشقى ئىككى تەرەپكە قويۇلغان سۇنۇق تاختىسى تىز ۋە تاپاندىن ئېشىشى كېرەك. ئاندىن بېنت ياكى ئۇچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

(6) ئومۇرتقا سۇنۇقىنى مۇقىملاشتۇرۇش: سۇنۇق ئۇچىنىڭ نېرۋىنى زەخىملەندۈرۈپ پالەچ، ھەتتا ئۆلۈمنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن بىمارنى تۆپتۈز ھالەتتە قاتتىق تاختاي ئۈستىگە قويۇپ يۆتكەش (بىمارنى ئولتۇرغۇزۇش ۋە ماڭغۇزۇش قەتئىي چەكلىنىدۇ) ھەمدە بېنت، ئۇچ بۇرجەك ياغلىق ياكى تانا بىلەن بىمارنى تاختايغا مۇقىملاشتۇرۇش كېرەك (22.2 ـ رەسىم). بويۇن ئومۇرتقىسى زەخىملەنگەنلەرگە ئەڭ ياخشىسى بويۇن مۇقىملاشتۇرغۇچ ئىشلىتىش لازىم (23.2 ـ رەسىم).



22.2 ـ رەسىم.



23.2 ـ رەسىم.

3 § . يۆتكەش

ئېغىر، خەتەرلىك بىمارلارنى نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزغاندىن كېيىن تېخىمۇ مۇكەممەل داۋالىنىش پۈرسىتىگە ئىگە قىلىش ئۈچۈن، بىمارنى تېز ۋە بىخەتەر ھالدا دوختۇرخانا

ياكى جىددىي قۇتقۇزۇش مەركىزىگە يۆتكەشكە توغرا كېلىدۇ. ھەر بىر بىمارنىڭ يارىلانغان ئورنى، خاراكتېرى، كېسەللىك ئەھۋالى ئوخشاش بولمىغاچقا يۆتكەشكە قويۇلىدىغان تەلەپمۇ ئوخشاش بولمايدۇ. يۆتكەش ئۇسۇلى مۇۋاپىق بولمىغاندا بىمارنىڭ ئازابىنى كۈچەيتىۋېتىشى، ھەتتا مېيىپلىق، ئۆلۈپ كېتىشتەك ئېغىر ئاقىۋەتلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

1. يۆتكەش ئۇسۇللىرى.

1) ماشىنىدا يۆتكەش: بىمارنىڭ بەدەن يۆنىلىشى ماشىنىنىڭ مېڭىش يۆنىلىشى بىلەن بىردەك بولۇشى، شۇنداقلا بىمار كارىۋىتى (ناسۇلكا) ماشىنىغا مۇقىملاشتۇرۇلۇشى كېرەك. يۆتكەش جەريانىدا بىمارنىڭ ھوشى ۋە نەپەس، يۈرەك سوقۇشقا ئالاھىدە دىققەت قىلىش، ھەر ۋاقىت يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەييار تۇرۇش لازىم. سۈيۇقلۇق ۋە ئوكسىگېن بېرىش ئەسلىھەلىرىنىڭ مۇقىملىقىغا دىققەت قىلىش، بىمارنىڭ يول ئۇستىدە ئىككىلەمچى زەخمىلىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك. تۇتقاق كېسىلى بار بىمارلارنى ئېلىپ ماڭغاندا چىش ئارىسىغا تەگلىك قويۇپ تىلىنى چىشلىۋېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش لازىم. قان توختاتقۇچى بوغقۇچ چەگكەنلەرنىڭ بوغقۇچنى بەلگىلەنگەن ۋاقىت بويىچە بوشىتىپ بېرىش كېرەك. ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشتىن ساقلىنىش، ئىسسىنىشقا دىققەت قىلىش لازىم. ئېھتىياجغا ئاساسەن ئاغرىق توختاتقۇچى، تىنچلاندۇرغۇچى ياكى باشقا دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2) يالغۇز كىشىلىك يۆتكەش: يالغۇز كىشىلىك ھاياش قىلىش ۋە قوش مۇرىدە كۆتۈرۈش (24.2 ـ، 25.2 ـ رەسىم) باش، دۇمبىسى يارىلانغانلارغا ماس كېلىدۇ. كۆكرەك، قورسىقى يارىلانغانلارنى قۇچاقلاپ كۆتۈرۈش كېرەك (26.2 ـ رەسىم).







26.2 ـ رەسىم. 25.2 ـ رەسىم. 24.2 ـ رەسىم.

3) قوش كىشىلىك يۆتكەش: ئورۇندۇقسىمان (27.2 ـ رەسىم)، زەمبىلسىمان

(28.2 ـ رەسىم) ۋە تۈز كۆتۈرۈش (29.2 ـ رەسىم) قاتارلىق ئۇسۇللىرى بار.

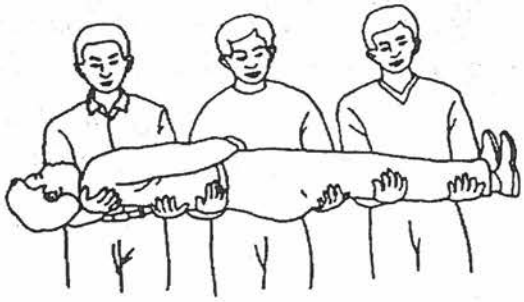


28.2 ـ رەسىم.

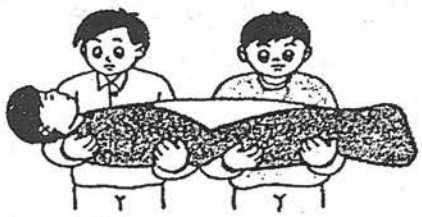


27.2 ـ رەسىم.

4) ئۇچ كىشىلىك ياكى كۆپ كىشىلىك يۆتكەش: ئۇچ ئادەم بىر رەت تۈرۈپ بىمارنى تۈز قۇچاقلاش (30.2 ـ رەسىم) ياكى كۆپ ئادەم رەتلىك، ئۇدۇلمۇ ـ ئۇدۇل تۈرۈپ بىمارنى تۈز كۆتۈرۈشنى كۆرسىتىدۇ.



30.2 ـ رەسىم.



29.2 ـ رەسىم.

5) ناسۇلكىدا يۆتكەش: ناسۇلكىنىڭ خىللىرى كۆپ، ئۆلچەملىك ناسۇلكا، نەق مەيداندا رەخت، كىيىم ـ كېچەك، تاندىن ياسالغان ۋاقىتلىق ناسۇلكا قاتارلىقلار بار. يۆتكىگەندە 3 ~ 4 ئادەم بىر گۇرۇپپا بولۇپ بىمارنىڭ بېشىنى كەينىگە، پۇتىنى ئالدىغا قىلىپ يۆتكەش كېرەك. شۇنداق بولغاندا كەينىدە ناسۇلكا كۆتۈرگۈچىلەرنىڭ بىمارنىڭ ئەھۋالىنى كۆزىتىپ مېڭىشىغا پايدىلىق بولىدۇ. ئۇندىن باشقا ناسولكا كۆتۈرگۈچىلەرنىڭ قەدىمى بىردەك، ھەربىرىنىڭ سىلىق بولۇشى لازىم.

2. يۆتكەشتە دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار.

1) يۆتكەش جەريانىدا ھەربىرىنىڭ سىلىق، مۇقىم، بىردەك بولۇشى لازىم. سىلكىنىشتىن ساقلىنىش كېرەك.

2) زەخمىلەنگەن ئورۇن ئۇستىگە قارىتىلىشى، باش مۇرىسى يەرگە تېگىپ قالماسلىقى لازىم.

3) بويۇن، بەل ئومۇرتقىسى زەخمىلەنگەنلەرنى چوقۇم ئۇچتىن ئارتۇق ئادەم تۈز ھالەتتە كۆتۈرۈپ يۆتكىشى كېرەك. بولمىسا ئاسانلا يۇلۇن زەخمىلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

ئۇچىنچى باب جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىلىرى

1 § . يۇتقۇنچاق توسۇلۇپ قېلىش (يات جىسىم) نى خېملىش (Hemlich) ماھارىتى بىلەن داۋالاش

تاماق يېگەندە يېمەكلىك ياكى باشقا يات جىسىم يۇتقۇنچىقىغا قاپلىشىپ قېلىپ تۇنجۇقۇپ قالغان بىمارلار سۆزلىيەلمەي، نەپەسمۇ ئالالماي قالىدۇ، كۆپىنچە بىر قولى بىلەن بويۇن، كېكىردىكىنى قامالالاپ تۇتۇۋالىدۇ. بۇ Hemlich ئالامىتى دەپمۇ ئاتىلىدۇ (1.3 ـ رەسىم).



1.3 ـ رەسىم.

بۇنداق ئەھۋالدا بىماردىن گېپىنىزغا بىر نەرسە تۇرۇپ قالدىمۇ؟ دەپ سوراش كېرەك. ئەگەر بىمار ھەئە دېگەن مەقسەتتە بېشىنى لىڭ-شىتسا دەرھال Heimlich ئۇسۇلى بويىچە قۇتقۇزۇش لازىم. بىمارنىڭ دۇمبىسىگە قالايمىقان ئۇرۇش كېسەللىك ئەھۋالىنى ئېغىرلاشتۇرۇۋې-تىدۇ. ئەگەر بىماردا Heimlich ئالامىتى بولمىسا تۆۋەندىكى ئالامەتلەر-نى كۆزىتىش كېرەك. ① بىمارنىڭ سۆزلىيەلمەسلىكى ۋە نەپەس ئالال-ماسلىقى؛ ② يۈز، كالپۇكلىرى كۆكىرىپ كېتىش؛ ③ ھوشسىزلىنىش.

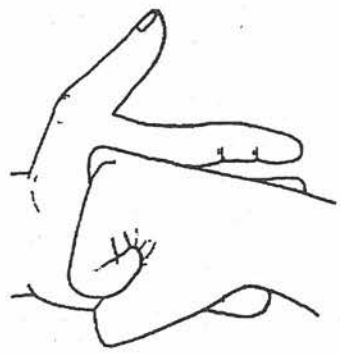
1. چوڭلارنى قۇتقۇزۇش.

1) قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ كەينىدە تۇرۇپ ئىككى قول، بىلىكى بىلەن بىمارنىڭ بېلى-دىن قۇچاقلايدۇ (2.3 ـ رەسىم).

2) بىر قولنىڭ مۇشتىمى تۇگۈلۈپ، مۇشتنىڭ باش بارماق بار تەرىپى تۆش سۆڭىكى بىلەن كىندىك ئارىسىدىكى قورساق قىسمىغا قويۇلىدۇ (3.3 ـ رەسىم).



2.3 ـ رەسىم.



3.3 ـ رەسىم.

3) يەنە بىر قول بىلەن مۇشت چىڭ تۇتۇلۇپ تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە بىمارنىڭ قورسىقى قايتا - قايتا بېسىپ قويۇۋېتىلىدۇ. بۇ جەريانداا بىمارنىڭ قورسىقىغا مۇشت بىلەن ئۇرۇشقا، قىسىپ تۇرۇۋېلىشقا، كۆكرەكنى بېسىشقا بولمايدۇ، قول بىلەنلا كۆچەش كېرەك. بىلەكنىڭ كۈچىنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

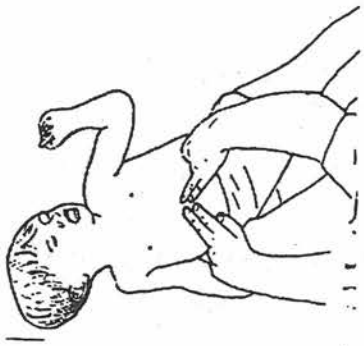
4) تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە بېسىپ قويۇۋېتىش تەكرارلىنىدۇ.

2. بوۋاق بالىلارنى قۇتقۇزۇش.

بالىنى قاتتىق يەر ياكى كارىۋاتتا ئوڭدىسىغا ياتقۇزۇپ، قۇتقۇزغۇچى بالىنىڭ ئاياغ تەرىپىدە تۇرىدۇ ياكى (4.3 - رەسىم) بالىنىڭ دۈمبىسىنى قىلىپ قۇچقىغا ئېلىپ ئورۇندۇقتا ئولتۇرىدۇ (5.3 - رەسىم). ئاندىن قۇتقۇزغۇچى ئىككى قولىنىڭ كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن بالىنىڭ تۆش سۆڭەك بىلەن كىندىكىنىڭ ئارىسىدىكى قورساق قىسمىنى كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە قايتا - قايتا باسىدۇ. ئەمما ھەرىكەت بەك قوپال بولماسلىقى كېرەك.



5.3 - رەسىم.



4.3 - رەسىم.

3. ئۆزىنى قۇتقۇزۇش.

يۇقىرىقى چوڭلارنى قۇتقۇزۇشنىڭ 2 -، 3 -، 4 - باسقۇچلىرىنى قوللىنىش ياكى بەلنى ئازراق ئېگىپ ئورۇندۇق تىك يۆلەنگۈچى قاتارلىق بىرەر مۇقىم جىسىم بىلەن ئۆزىنىڭ يۇقىرى قورساق قىسمىنى كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە قايتا - قايتا بېسىش كېرەك (3. 6 - رەسىم).

4. هوشسىز بىمارلارنى قۇتقۇزۇش.

بىمارنى ئوڭدا ياتقۇزۇپ، قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ داس قىسمىغا مىنىپ ئولتۇرۇپ، ئىككى قولنىڭ ئالىقان تۇۋىنى ئۈستىمۇئۈست هالەتتە بىمارنىڭ يۇقىرى قورساق قىسمىغا قويۇپ، بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ كۈچى بىلەن كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان هالەتتە تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە قايتا - قايتا باسىدۇ (7.3 - رەسىم).



6.3 - رەسىم.



7.3 - رەسىم.

5. يات جىسىمنىڭ يۇتقۇنچاققا قاپلىشىپ تۇنجۇقۇپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش.

1) يېمەكلىكنى كىچىك پارچىلاپ ئىستېمال قىلىش.

2) كۆپ چاينىاش.

3) تاماق يېۋاتقاندا سۆزلەش، كۈلۈش، مېڭىش، يۇگۇرۇشتىن ساقلىنىش.

4) بالىلارغا بەك كىچىك ئويۇنچۇق ئېلىپ بەرمەسلىك، ئويۇنچۇقنى ئېغىزىغا سالغۇزماسلىق.

5) يالغان چىشى بارلار ۋە هاراقتىن كېيىن ئوزۇقلانغۇچىلار تېخىمۇ دىققەت قىلىش كېرەك.

2 §. هالقا — قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش ۋە يېرىش ئوپېراتسىيىسى

1. هالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش.

(1) مۇڭاپىق كېلىدىغان كېسەللەر.

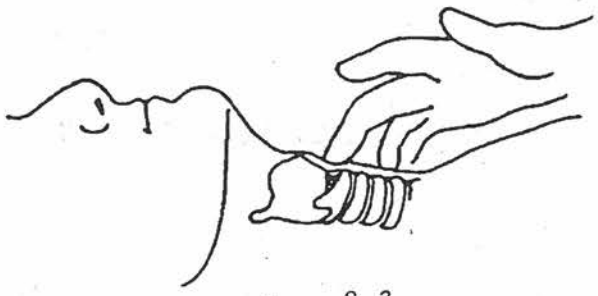
(1) هەر خىل سەۋەبلەردىن يۇقىرىقى نەپەس يولى توسۇلۇپ قېلىش.

(2) چىشى كىرىشىپ قالغان بىمارلارغا بۇرنىدىن كاناي كانالچىسى سېلىشتا مەغلۇپ بولۇش.

(3) كېكىرەك سۇلۇق ئىششىقى ۋە بويۇن ياكى يۈز زەخملىنىشتىن كېلىپ چىققان نەپەس يولى توسۇلۇشنى جىددىي قۇتقۇزۇش.

2) مەشغۇلات:

بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ بوينى ئۇستىگە كۆتۈرۈلىدۇ. دوختۇر سول قولىنىڭ كۆرسەتكۈچ بارمىقى بىلەن قالقانسىمان كۆمۈرچەك بىلەن ھالقىسىمان كۆمۈرچەك ئارىسىدىكى ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى (8.3 - رەسىم) سىيلاپ تېپىپ، ئوڭ قول بىلەن 16 - نومۇرلۇق ئوكۇل يىڭنىسىنى پەردىدىن تىك تۈز سانجىلىدۇ. يىڭنە تېرە ۋە پەردىدىن ئۆتكەندىن كېيىن ئوڭ قولدا بوشلۇق تۈيغۇسى بولىدۇ. بۇ ۋاقىتتا يىڭنىدىن ھاۋا چىقسا ياكى كۆكرەكنى باسقاندا ھاۋا چىقسا مەشغۇلات مۇۋەپپەقىيەتلىك بولغان بولىدۇ. ئاندىن سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ياكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش كېرەك.



8.3 - رەسىم.

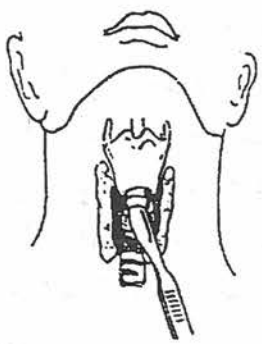
3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار:

(1) ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش پەقەت نەپەس فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ جىددىي ئەھۋالدىكى ۋاقىتلىق قۇتقۇزۇش ئۇسۇلى. ئۇپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش مۇۋەپپەقىيەتلىك بولغاندىن كېيىن دەرھال كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيەسى قىلىش كېرەك.

(2) ئەگەر يىڭنە سانجىغان ئورۇندا ئېنىق قاناش بولسا، قاناش كاناي ئىچىگە كىرىپ كېتىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن قان توختىتىش كېرەك.

2. ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى يېرىش ئوپېراتسىيەسى

1) مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللەر: ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش بىلەن ئوخشاش.



9.3 - رەسىم.

2) مەشغۇلات: ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش مەشغۇلاتى ئاساسىدا يىڭنە سانجىماستىن ئوپېراتسىيە پېچقى بىلەن تېرە ۋە پەردە تاكى كاناي بوشلۇقىغىچىلىك تېشىلىدۇ (9.3 - رەسىم). ئاندىن پىچاق بىلەن تېشىلگەن تۆشۈك ئوڭ - سولغا 0.5 سانتىمېتىردىن كېڭەيتىلىدۇ. كېڭەيتكۈچ بىلەن يېرىق يەنمۇ كېڭەيتىلىپ كانالچە كانايغا كىرگۈزۈلىدۇ. كانالچىنىڭ كانايغا كىرگەنلىكى جەزملەشتۈرۈلگەندىن كېيىن

كېڭەيتكۈچ ۋە كانالچە ئوقى تارتىپ چىقىرىلىپ دەرھال كانايى ئىچىدىكى ئاجراتمىلار سۈمۈرۈلۈپ تازىلىنىدۇ. كانالچە بويۇنغا مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار:

(1) كانالچىنى تۇرغۇزۇش ۋاقتى 48 سائەتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك.

(2) قۇتقۇزغۇچى مەشغۇلاتقا پىششىق بولۇشى، مەشغۇلاتنىڭ پۈتۈن جەريانى بىر مىنۇت ئىچىدە تاماملىنىشى كېرەك.

(3) ئەگەر كانالچە تۇرغۇزۇش ۋاقتى بەك ئۇزۇن بولۇپ كەتسە ياكى يەرلىك يۇقۇملىنىپ قالسا، كانايى نامسىز ئارتېرىيە ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

(4) تېشىش، يېرىش مەشغۇلاتى يەنە قاناش، تېرە ئاستى ياكى تىك پاسىل هاۋا ئىششىقىنى پەيدا قىلىشى، هەتتا قىزىلئۆڭگەچنى تېشىۋېتىشى مۇمكىن، شۇڭا ئالدىنى ئېلىشقا دىققەت قىلىش كېرەك.

§ 3 . كانايغا كانالچە سېلىش

1. مۇڭاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر:

1) يۇرەك ـ ئۆپكە خىزمىتى توختاپ قالغان.

2) نەپەس ئاجىزلاشقان، نەپەسلىنىش مۇسكۇلى پالەچلەنگەن ياكى نەپەس تورمۇزلانغان.

3) نەپەسلىنىش يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش ۋە كانايى ۋە كانايچىلاردىكى ئاجراتمىلارنى تازىلاش زۆرۈر بولغان.

4) پۈتۈن بەدەننى نارکوز قىلغان ياكى مۇسكۇل بوشاتقۇچى دورا ئىشلىتىلگەن بىمارلار.

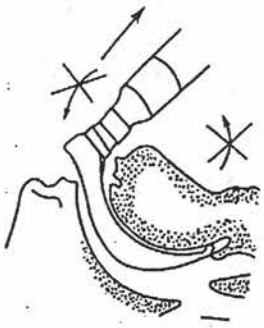
2. مەشغۇلات:

كانايغا كانالچە سېلىش كانالچە سېلىشنىڭ يولىغا قاراپ ئېغىزدىن سېلىش ۋە بۇرۇندىن سېلىشقا بۆلۈنىدۇ. يۇتقۇنچاق ئەينىكى بىلەن ئاۋاز پەردىسىنى كۆرۈش، كۆرمەسلىككە قاراپ ئېنىق كۆرۈپ كانالچە سېلىش ۋە قارىغۇلارچە كانالچە سېلىشقا بۆلۈنىدۇ. جىددىي قۇتقۇزۇشتا ئاساسەن ئېغىزدىن ئېنىق كۆرۈپ كانالچە سېلىش قوللىنىلىدۇ.

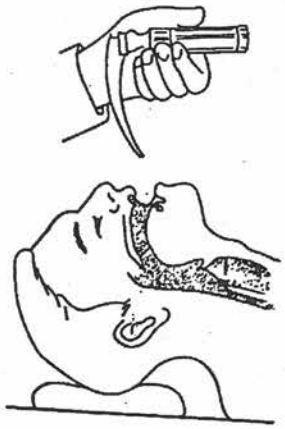
1) بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ بوينى ئۇستىگە كۆتۈرۈلۈپ، باش سەل كەينىگە ئېگىلىپ، ئېغىز، يۇتقۇنچاق، كانايى بىر تۈز سىزىققا كەلتۈرۈلىدۇ (3.10 ـ رەسىم).

2) قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ باش تەرىپىدە تۇرۇپ تۆۋەنكى جاغنى ئىتتىرىپ ئېچىپ، كۆرسەتكۈچ بارماق بىلەن يۇقىرى ئۇدۇل چىشنى تىرەپ، سول قول بىلەن يۇتقۇنچاق ئەينىكىنى ئوڭ تەرەپ جاۋنغاينى بويلىتىپ ئېغىزغا كىرگۈزۈپ، تىلنى بېسىپ سولغا ئىتتىرىپ، ئەينەكنى ئېغىز بوشلۇقىغا يەنمۇ ئىچكىرىلەپ كىرگۈزۈپ، كىچىك تىل كۆرۈنـ

گەندىن كېيىن يەنە يۇتقۇنچاقنىڭ تەبئىي ئەگمىسى بويىچە ئەينەكنى ئاستا ئىتتىرىپ يۇتقۇنچاققا كىرگۈزىدۇ. ئەينەكنىڭ ئۇچى تىل تۈۋىگە بارغاندا يۇتقۇنچاق قاپقىقى كۆرۈنىدۇ. بۇ جەريانداۋ ئەينەكنىڭ تۈۋىنى ئالقانغا قويۇپ كۆچەش كېرەك. بىمارنىڭ چىشىغا قويۇپ كۆچەش چەكلىنىدۇ (3.11 - رەسىم).

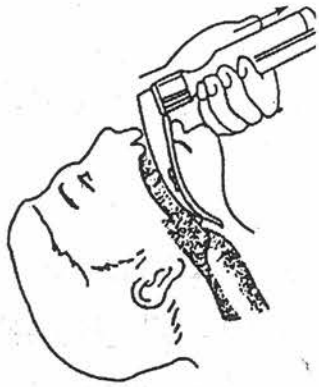


3.11 - رەسىم.

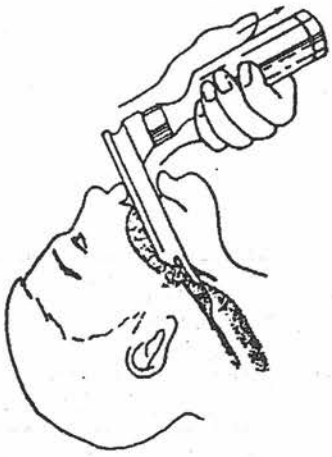


3.10 - رەسىم.

3) يايسىمان يۇتقۇنچاق ئەينىكىنىڭ ئۇچىنى تىل تۈۋى بىلەن يۇتقۇنچاق قاپقىقى ئارىسىدىكى يۇتقۇنچاق قاپقىقى يوشۇرۇن ئويمىنىغا قويۇپ يۇقىرىغا كۆتۈرگەندە ئاۋاز پەردىسى كۆرۈنىدۇ (3.12 - رەسىم). ئەگەر يۇتقۇنچاق ئەينىكى تۈز بولسا يۇتقۇنچاق قاپقىقىنىڭ كەينى تېمىغا قويۇپ يۇتقۇنچاق قاپقىقىنى كۆتۈرگەندە ئاندىن ئاۋاز پەردىسىنى كۆرۈشكە بولىدۇ (3.13 - رەسىم).

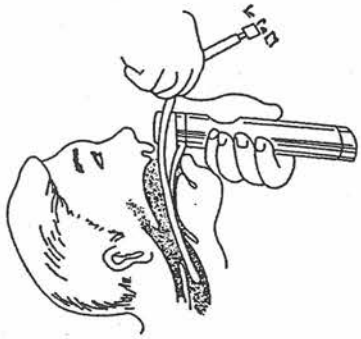


3.12 - رەسىم.



3.13 - رەسىم.

4) ئاۋاز پەردىسىنى كۆرگەندىن كېيىن كاناي كانالچىسىنى ئاۋاز پەردىسىدىن ئاستا سانجىپ كىرگۈزۈش كېرەك. چوڭلارنىڭ ئاۋاز پەردىسىدىن 4 ~ 6 سانتىمېتىر، بالىلارنىڭ 2 ~ 3 سانتىمېتىر ئۆتسە مۇۋاپىق بولىدۇ. بەك تېيىز بولۇپ قالسا كانالچە ئاسانلا چىقىپ كېتىدۇ. بەك چوڭقۇر بولۇپ قالسا، ئاسانلا بىر تەرەپ غول كانايچىغا كىرىپ كېتىدۇ، ئەگەر ئاۋاز پەردىسىنى كۆرگىلى بولمىسا، يۇتقۇنچاق قاپقىقىنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدىن كانالچىنى كىرگۈزۈپ، ئاۋاز پەردىسىنى ئىزدەش كېرەك (14.3 - رەسىم).



14.3 - رەسىم.

5) چىش قىستۇرمىسى قويۇلۇپ پلاستىر بىلەن كانالچە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

6) كانالچىنىڭ يەل خالتىسىغا 3ml~5ml ھاۋا ئۇرۇلىدۇ. ئۇرۇلغان ھاۋانىڭ مىقدارى بەك كۆپ بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك. يەنى ھاۋا خالتىسى كانايىنى دەل توسۇپ ھاۋا قاچماسلىققا كاپالەتلىك قىلىنسىلا بولدى.

7) كۆكرەكتىن تىڭشاپ تەكشۈرۈش ئارقىلىق كانالچىنىڭ ئورنى ۋە چوڭقۇرلۇقى جەزملەشتۈرۈلىدۇ. ئەگەر بىر تەرەپ ئۆپكىدە نەپەس تاۋۇشى تۆۋەن بولسا، كۆپىنچە كانالچىنىڭ بەك چوڭقۇر سېلىنىپ قالغانلىقىنى چۈشەندۈرىدۇ.

3. دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار.

1) نارکوز. كانالچە سېلىشنىڭ ئوڭۇشلۇق بولۇشى ئۈچۈن نارکوز ئارقىلىق چايناش مۇسكۇلىنى بوشىتىش، يۇتقۇنچاق، كېكىردەك رېفلېكسىنى ئاجىزلاشتۇرۇش ياكى يوقىتىشقا توغرا كېلىدۇ. بولمىسا كانالچە سېلىش قىيىن بولۇش ياكى غىدىقلىنىش سەۋەبىدىن كېكىرەك تارتىشۇېلىش ھەتتا يۈرەك - ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قېلىشتەك ئاقىۋەتلەر كېلىپ چىقىدۇ. بىراق جىددىي قۇتقۇزۇشتا كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ نارکوز قىلىش - قىلماسلىق-

نى بېكىتىش كېرەك.

(1) هوشىنى يوقاتقان، چاياش مۇسكۇلى بوش، يۇتقۇنچاق، كېكىردەك رېفلېكسى ئاجىز (ياكى يوقاتقان) بىمارلارغا، ناركوزسىز بىۋاستە كانالچە قويۇشقا بولىدۇ.

(2) هوشى بار، چاياش مۇسكۇلى بوش، يۇتقۇنچاق، كېكىردەك رېفلېكسى كۈچلۈك بىمارلارغا بىۋاستە كانالچە سالغاندا، بىمار ماسلاشمايدۇ. شۇڭلاشقا ئالدى بىلەن يۇتقۇنچاق، كېكىردەك ۋە ئاۋاز پەردىسىگە 1% لىك دىكائىن (因卡地) ياكىسى 4% لىك لىدوكائىن (因卡多利) قاتارلىق سىرتقى يۈز ناركوز دورىسىنى پۈركەپ يەرلىك ئورۇننى ناركوز قىلغاندىن كېيىن ئاندىن كانالچە سېلىش كېرەك.

(3) تىپچەكلەۋاتقان تىنچسىز بىمارلار كانالچە سېلىشقا ھەمكارلاشمىسا، بەدەن ئەھۋالى ناركوز دورىسىغا يار بېرەلىگەن ئەھۋال ئاستىدا، ئالدى بىلەن دىئازېپام (安定) دىن 10mg～20mg ياكى ناترې تىئوبېنتال (硫喷妥钠) دىن 100～200mg بىلەن سۇكسىنو خولىن (琥铂胆碱) دىن 100mg～200mg نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىپ مۇسكۇل تولۇق بوشاشقاندىن كېيىن كانالچە سېلىش كېرەك.

(4) سېمىز، بوينى قىسقا، كانايىنىڭ ئورنى يۆتكەلگەن قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن كانالچە سېلىش تەس بولغان، كانالچە سالغاندا ياندۇرغان، ئېغىز، يۇتقۇنچاقلىرى قانىغان، كاناي قىسمەن توسۇلغان، قان ئايلىنىش، نەپەس خىزمىتى ئېغىر تورمۇزلانغان بىمارلارغا كانالچە سالغاندا ئالدى بىلەن سىرتقى يۈزنى ناركوز قىلغاندىن كېيىن ھوشى بار ئەھۋالدا كانالچە سېلىش كېرەك.

2) تېخنىكا مەشغۇلاتىغا پىششىق بولۇش، ھەربىر ئىنىك بولۇش، قوپاللىق قىلماسلىق كېرەك.

3) مۇڭاپىق كانالچىنى تاللاش: كانالچە بەك ئىنچىكە بولسا، نەپەس يولىنىڭ توسقۇنلۇقىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. بەك توم بولسا كاناي شىللىق پەردىسىدە قان يېتىشمەسلىكتىن نېكروز لىنىش پەيدا قىلىپ، يارا، تارتۇق، تارىيىش قاتارلىقلارنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا بىمارنىڭ ئالاھىدىلىكىگە قاراپ كانالچىنى تاللاش ئىنتايىن مۇھىم. كانالچىنىڭ نومۇرى ئىچكى دىئامېتىرىنى كۆرسىتىدۇ. مەسىلەن: 7 ـ نومۇرلۇق كانالچىنىڭ ئىچكى دىئامېتىرى 7mm. تۆۋەندە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان كانالچىلارنىڭ تىپ ـ نومۇرى ۋە ئىشلىتىش ئوبيېكتى، كىرگۈزۈش ئۇزۇنلۇقى بېرىلدى:

يېشى	كانالچىنىڭ دىئامېتىرى - نومۇرى (mm)	ئېغىزدىن كىرگۈزۈش چوڭقۇرلۇقى (cm)	بۇرۇندىن كىرگۈزۈش چوڭقۇرلۇقى (cm)
يېتىلمىگەن بوۋاق	2.5	8	11
يېڭى تۇغۇلغان بوۋاق	3.0	9	12
ئالته ئايلىق	3.5	10	14
بىر ياش	4.0～4.5	12	16
ئىككى ياش	5.0～5.5	14	17
2 ～ 4 ياش	5.5～6.0	15	18
4 ～ 7 ياش	6.0～6.5	16	19
7 ～ 10 ياش	6.5～7.0	17	21
10 ～ 12 ياش	7.0～7.5	20	23
12 ～ 16 ياش	7.5～8.0	21	24
چوڭ ئايال	8.0～8.5	22	25
چوڭ ئەر	8.5～9.0	22	25

4) كانايىنىڭ نەملىكىگە كاپالەتلىك قىلىش. كانايغا كانالچە سالغاندا كانالچە يۇقىرى نەپەس يولىنى توسۇۋالغاچقا، بەدەننىڭ كانايىنى تەبئىي نەمدەش رولى يوقىلىدۇ. سۇنئىي نەپەسلەندۇرۇش كانايدىكى سۇ تەركىبىنى تېخىمۇ ئازايتىۋېتىدۇ. شۇ سەۋەبتىن كاناي قۇرغاقلىشىپ، بەلغەم قېتىشىپ، بەلغەم نۆكچىسى پەيدا بولىدۇ - دە، كانايىنى توسۇۋالىدۇ. كانايىنىڭ نەملىكىنى ساقلاش ئۈچۈن نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتىنىڭ نەملەشتۇرگۈچىسى ئارقىلىق يۇكى بىۋاستە كانايغا تېمىتىش (1～2ml/min) ئۇسۇلى ئارقىلىق كۈندە 200ml～400ml تۇز سۇيى بىلەن كانايىنى نەمدەش كېرەك.

5) بەلغەمنى يوقىتىش. ھەر قېتىم بەلغەمنى سۈمۈرۈشنىڭ ئالدى - كەينىدە يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۇلۇشى، بىر قېتىملىق بەلغەم سۈمۈرۈش ۋاقتى 15 سېكۇنتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى، بەلغەم سۈمۈرۈش نەيچىسى بەك توم بولماسلىقى، شۇنداقلا بېسىم بەك چوڭ بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك. بەلغەم سۈمۈرۈش نەيچىسىنى كىرگۈزۈش جەريانىدا بەلغەم سۈمۈرتمەي، ئالدى بىلەن نەيچىنى بەلغەم سۈمۈرىدىغان چوڭقۇرلۇققا كىرگۈزۈپ بولۇپ ئاندىن بەلغەم سۈمۈرۈش كېرەك.

6) كانالچە ھاۋا خالتىسىنى باشقۇرۇش. ھاۋا خالتىسىغا ھاۋا ئۇرۇش مىقدارى مېخانىك نەپەسلەندۇرۇلگەندە ھاۋانىڭ قاچماسلىقى ۋە خالتا ئىچكى بېسىمىنىڭ 20mmHg～30mmHg دىن ئېشىپ كەتمەسلىكىنى مەقسەت قىلىدۇ. ئادەتتە 5ml ئەتراپىدا ئۇرۇلسا مۇۋاپىق. ھاۋا قاچقاندا ۋە خالتىغا ئۇرۇلغان ھاۋا يېتەرلىك بولمىغاندا ھاۋانىڭ ئالمىشىشى تولۇق بولمايدۇ. خالتىغا ئۇرۇلغان ھاۋا بەك كۆپ، ۋاقتى بەك ئۇزۇن بولۇپ كەتسە كانايىنىڭ شىلىمشىق

پەردىسىدە قان يېتىشمەسلىكتىن نېكروزلىنىشنى كەلتۇرۇپ چىقىرىدۇ. شۇڭا ھەر 4 ~ 6 سائەتتە بىر قېتىم ھاۋا خالتىسىدىكى ھاۋانى قويۇۋېتىپ 5 ~ 10 مىنۇتتىن كېيىن قايتىدىن ھاۋا قاچىلاش كېرەك. ھاۋانى قويۇۋېتىشنىڭ ئالدىدا سۈيۇقلۇقلارنىڭ ئۆپكىگە كىرىپ كېتىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئالدى بىلەن ئېغىز - بۇرۇندىكى ئاجراتمىلارنى سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىش، ئاندىن ھاۋانى قويۇۋېتىش كېرەك.

7) كانايدا كانالچىنى تۇرغۇزۇش ۋاقتى. كانايغا كانالچە قويۇلغاندىن كېيىن پەقەت زەخمىلىنىش ياكى توسۇلۇشلا بولمايدىكەن كانالچە ئالماشتۇرۇلمايدۇ. بىراق تۇرغۇزۇش ۋاقتى 72 سائەتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. سىلتىسىيە يېلىمىدىن ياسالغان كانالچىنىڭ غىدىقلىشى يېنىك ۋە سىلىق بولغاچقا، بىر ھەپتە قويۇشقا بولىدۇ. ئەگەر نىسبەتەن ئۇزۇن مۇددەت تۇرغۇزۇشقا توغرا كەلسە ياكى بىمارنىڭ ئۆز نەپسى بار، تۆۋەنكى جاغ زەخمىلەنگەن، ئېغىزنى ئېچىش قىيىن بولغان ياكى بوينى زەخمىلەنگەن بولسا بۇرۇن ئارقىلىق كانالچە قويۇشقا ياكى بۋاستە كانايني كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا توغرا كېلىدۇ.

8) كانالچىنى ئېلىۋېتىشنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى. كانالچە سېلىشنىڭ بارلىق كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى يوقالغان (مەسىلەن: كانايدىكى ئاجراتمىلار كۆرۈنەرلىك ئازايغان)، بىمار ھوشىغا كەلگەن، يۆتۈش، يۆتەل رېفلېكسى ياخشىلانغان، 30% ئوكسىگېن سۈمۈرگەن ئەھۋال ئاستىدا قان گازلىرىنىڭ قىممىتى ئاساسەن نورمال بولغان ئەھۋال ئاستىدا كانالچىنى ئېلىۋېتىشكە بولىدۇ.

9) كانالچىنى ئېلىۋېتىش ئۇسۇلى. كانالچىنى ئېلىۋېتىشنىڭ ئالدىدا ئېغىز، يۇتقۇنچاق، كانايدىكى ئاجراتمىلارنى تولۇق سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىش ھەمدە ساپ ئوكسىگېن بىلەن ئون مىنۇت ئەتراپىدا نەپەسلەندۈرۈش، ئاندىن ھاۋا خالتىسىدىكى ھاۋانى قويۇۋېتىپ، بىمارنىڭ ئۆز نەپسىدە نەپەس چىقىرىشىغا ئەگەشتۈرۈپ، كانالچىنى سۈغۇرۇپ چىقىرىۋېتىش كېرەك. مەشغۇلات ئەڭ ياخشىسى كۈندۈزى ئېلىپ بېرىلىشى، ئېلىۋېتىش ئالدىدا قايتا كانالچە سېلىشنىڭ تەييارلىقى تولۇق بولۇشى كېرەك. شۇنداقلا كېسەل ئەھۋالى تولۇق كۆزىتىلىپ، يۆز بەرگەن ئەگەشمە كېسەللىكلەر ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنىشى لازىم.

4. ئەگەشمە كېسەللىكلەر.

كانايغا كانالچە سېلىشتا كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىك نەپەس يولىنىڭ زەخمىلىنىشىدۇر. مەسىلەن: قاناش، چىش سۇنۇش، كاناي شىللىق پەردىسى زەخمىلىنىش ۋە قان يېتىشمەسلىكتىن نېكروزلىنىش، كېكىردەك سۇلۇق ئىششىقى قاتارلىقلار. بۇلارنىڭ ھەممىسى مەشغۇلاتنىڭ يېنىك - قوپاللىقى، كانالچە تاللاش ۋە نارکوز قىلىش بىلەن مۇناسىۋەتلىك. ئەگەر كانالچىنىڭ بېسىشى، غىدىقلىشى، بەك ئىنچىكە بولۇشى، ھاۋا خالتىسىغا ئۇرۇلغان ھاۋانىڭ بەك كۆپ بولۇپ كېتىشى، كانالچە ئۇلانمىلىرىنىڭ توسۇلۇپ قېلىشى، كاناي ئىچىدە ئاجراتما، بەلغەملەرنىڭ يىغىلىپ قېلىشى قاتارلىق سەۋەبلەردىن

كانايدا تولۇق ياكى قىسمەن توسۇلۇش كۆرۈلسە، ۋاقتىدا سەۋەبىنى ئېنىقلاش ۋە راۋانلاشتۇرۇش كېرەك. كانالچىنىڭ قىزىلئۆڭگەچكە كىرىپ كېتىشىمۇ نىسبەتەن كۆپ ئۇچرايدۇ. ئەگەر كانالچە قىزىلئۆڭگەچكە كىرىپ كەتسە، ئۆز نەپسى بولمىغان بىمارلارنىڭ نەچچە مىنۇت ئىچىدىلا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن يۈرەك ھەرىكىتى توختايدۇ. قىزىلئۆڭگەچتىكى كانالچىنىڭ نەپەسلىنىشكە تەسىر يەتكۈزۈشى ۋە ئاشقازاندىكى ھاۋانىڭ كۆپىيىشى ئۆز نەپسى بار بىمارلارنىڭمۇ كېسەللىك ئەھۋالىنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. شۇڭلاشقا كانايغا كانالچە سالغاندا مەشغۇلاتتىن كېيىنلا چوقۇم دائىمىي ھاۋا ئۆتكۈزۈش تەجرىبىسى ئىشلەش كېرەك. كانالچە كاناي ئىچىدە بولسا بېسىم بىلەن سۈنئىي نەپەسلەندۈرگەندە كۆكرەكتە كۆپۈش - قىسقىرىش ھەرىكىتى بولىدۇ. ئىككى تەرەپ ئۆپكىنىڭ نەپەس تاۋۇشى ئېنىق بولىدۇ. ئەگەر قىزىلئۆڭگەچ ئىچىدە بولسا يۇقىرىقى ئالامەت كۆرۈلمەي ئەكسىچە بىمارنىڭ يۇقىرى قورساق قىسمى تەدرىجىي كۆپىدۇ، بۇنداق ئەھۋالدا كانالچىنى دەرھال تارتىپ چىقىرىپ قايتىدىن سىلىش كېرەك.

§ 4 . كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى

1. مۇڭاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

1) كېكىرەكتىكى يالۇغ، ئۆسمە، زەخمە، يات جىسىم قاتارلىق سەۋەبلەردىن كېلىپ چىققان كېكىرەك توسۇلۇش، نەپەس قىستاش.

2) مېڭە، كۆكرەك زەخمىلىنىش، ئۆپكە يالۇغلىنىش، چوڭقۇر ھوشسىزلىنىش، نەپەس يولى زەخمىلىنىش، يۆتەل رېفلېكسى تورمۇزلىنىش (ياكى يوقاش)، تۆۋەنكى نەپەس يولىدا ئاجراتمىلار يىغىلىپ قېلىش.

3) ئۇزۇن مۇددەت سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش.

4) ئېغىز، يۇتقۇنچاق، كېكىرەك، ياكى بويۇن قىسمىدىكى چوڭ ئوپېراتسىيىلەرنىڭ يارەمچى ئوپېراتسىيىسى سۈپىتىدە ئالدىنى ئېلىش خاراكتېرلىك كانايىنى يېرىش.

2. مەشغۇلات.

1) بەدەن شەكلى: بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ، مۇرىسىگە تەگلىك قويۇلۇپ باش كەينىگە ئېگىلىدۇ. ئەگەر باشنىڭ كەينىگە ئېگىلىشى نەپەس ئېلىشنى قىينىلاشتۇرۇۋەتسە نىسبەتەن تۆز قويۇشقىمۇ بولىدۇ. نەپەسلىنىشى قىيىن بولۇپ ئوڭدا يېتىش مۇمكىن بولمىسا، جىددىي ئەھۋالدا يېرىم ئولتۇرغان ياكى ئولتۇرغان ھالەتتە ئىشلەشكىمۇ بولىدۇ.

2) دېزىنفېكسىيە ۋە ناركوز: قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىدۇ. دېزىنفېكسىيە قىلىشنىڭ دائىرىسى تۆۋەنكى جاغ سۆڭەكنىڭ تۆۋەن قىرىدىن يۇقىرى كۆرەك بوشلۇقىغىچە لىك، ئاندىن 1% لىك پروكائىن (普鲁卡因) ياكى 1%～2% لىك لىدوكائىن بىلەن

بويۇن ئالدىدىكى تېرە ۋە تېرە ئاستى يۇمشاق توقۇلمىلىرى سىڭىشتۇرۇپ نارکوز قىلىنىدۇ. كېسەل جىددىي ئەھۋالدا دېزىنفېكسىيە، نارکوز قىلمايلا بىۋاستە كاناينى يېرىش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقىمۇ بولىدۇ.

3) كېسىك: قالقانسىمان كۆمۈرچەكنىڭ تۆۋەن قىرىدىن باشلاپ تۆش سۆڭىكىنىڭ يۇقىرى قىرى ئۇستىدىن بىر سانتىمېتىرغىچە بولغان ئارىلىقنى دەل ئوتتۇرىسىدىن تىك قىلىپ تېرە ۋە تېرە ئاستى يۇمشاق توقۇلمىسىنى 4cm～5cm ئەتراپىدا كەسكەندە بويۇن ئاق سىزىقى كۆرۈنىدۇ.

4) كاناي ئالدى توقۇلمىلىرىنى ئاجرىتىش: ئوتتۇرا سىزىق بويىچە تۆش ـ تىل سۆڭەك مۇسكۇلى ۋە تۆش — قالقان مۇسكۇلى ئىككى تەرەپكە قىرسىز سايمان بىلەن ئاجرىتىلىدۇ. ئەگەر بويۇن ئالدى ۋېناسىغا توغرا كېلىپ قالسا، زۆرۈر تېپىلغاندا كېسىپ ئۈزۈپ بوغۇۋېتىش كېرەك. ئەگەر كاناي ئالدى دۇئارىنى يېپىپ تۇرغان قالقانسىمانبەز بوغۇزى بەك كەڭ بولۇپ قالسا، ئاستى قىرىنى ئازراق ئاجراتقاندىن كېيىن بوغۇز قىسمىنى يۇقىرىغا قايرىپ تارتىش، زۆرۈر تېپىلغاندا كېسىپ ئۈزۈپ بوغۇۋېتىش كېرەك. ئاجرىتىش جەريانىدا ئىككى تەرەپ تارتىش ئىلمىكىنىڭ تارتىش كۈچى ئوخشاش بولۇشى، ئوپېراتسىيە باشتىن ئاخىر كاناينىڭ ئالدى، دەل ئوتتۇرىسىدا ئېلىپ بېرىلىشى لازىم. كاناينىڭ تۆۋەن قىسمىغا ئېچكەر بىلەپ كىرىپ چوڭقۇر تومۇرلارنى ۋە كۆكرەك پەردە تورۇسىنى زەخمىلەندۈرۈپ چوڭ قاناش ياكى يەل كۆكرەك پەيدا قىلىپ قويۇشتىن ساقلىنىش كېرەك.

5) كاناينىڭ ئورنىنى جەزملەشتۈرۈش: قالقانسىمانبەز قىسمىنى ئاجرىتىۋالغاندىن كېيىن كاناي ئالدى سېرىق ئېتى ئاستىدا كاناي ھالقىسى سۇس كۆرۈنىدۇ ياكى بارماقنىڭ ئۇچى بىلەن ھالقىسىمان كۆمۈرچەكنى سىيلاپ بىلگىلى بولىدۇ. ۋە يا ئىككى شپىرىس بىلەن سانجىپ ھاۋا تارتىپ چىقارغىلى بولىدۇ. يۇقىرىقى مەشغۇلاتلار ئارقىلىق كاناينى جەزملەشتۈرۈش ئوپېراتسىيە جەريانىدا چوڭ تومۇرلارنى كاناي دەپ زەخمىلەندۈرۈپ قويۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈندۇر. كاناينى جەزملەشتۈرگەندىن كېيىن تىك پاسىلدا ھاۋالىق ئىششىق پەيدا قىلىپ قويماسلىق ئۈچۈن ئامال بار سېرىق ئەتنى ئاجراتماسلىق كېرەك.

6) كاناينى يېرىش: كاناي جەزملەشتۈرۈلگەندىن كېيىن كۆمۈرچەكتە، ئۈچلۇق پىچاق بىلەن، كاناينىڭ دەل ئوتتۇرىسىدىن تۆۋەندىن يۇقىرىغا قارىتىلىپ 4 ـ، 3 ـ ئىككى كۆمۈرچەك ھالقىسى كېسىلىدۇ. مەشغۇلاتتا پىچاقنى بەك كۈچەپ ۋە چوڭقۇر سىلىشتىن ساقلىنىش كېرەك. بولمىسا كاناينىڭ كەينى دۇئارى ۋە قىزىلئۆڭگەچنى زەخمىلەندۈرۈپ قويۇش مۇمكىن.

7) كاناي قاپلىق نەيچىسىنى سانجىپ كىرگۈزۈش: كاناينى يارغاندىن كېيىن تومۇر قىسقۇچى ياكى كاناي يېرىق كېڭەيتكۈچى بىلەن يېرىق كېڭەيتىلىدۇ. سۈمۈرۈش ئاپپاراتى بىلەن كاناي ئىچىدىكى ئاجرالمىلار تازىلىنىپ، ئاندىن ئوقى بار قاپلىق نەيچىنىڭ قېپى

كانايغا تەبئيي ئەگمە يۆنىلىشىدە سانجىپ كىرگۈزۈلىدۇ. ئاندىن نەيچە ئوقى چىقىرىلىپ ئىچ نەيچە كىرگۈزۈلىدۇ. ئاخىردا نەيچىنىڭ كاناي ئىچىدە ياكى ئىچىدە ئەمەسلىكى جەزمەلەشتۈرۈلىدۇ.

8) يارا ئېغىزىنى بىر تەرەپ قىلىش: قاپلىق نەيچە قويۇلغاندىن كېيىن يارا ئېغىزىدا قاناش بولسا تولۇق قان توختىتىلىدۇ. ئەگەر تېرە بەك ئۇزۇن كېسىلگەن بولسا 1 ~ 2 سېپ تىكىش كېرەك. پرىنسىپ جەھەتتىن يارىنىڭ يۇقىرى قىسمى تىكىلىدۇ. ئەگەر تۆۋەن قىسمىنى تىككەندە بەك چىڭ چىگىۋېتىلسە قاپلىق نەيچە ئەتراپىدىن قاچقان ھاۋا تېرە ئاستىدا يەل ئىششىقى پەيدا قىلىپ قويۇشى مۇمكىن. قاپلىق نەيچە ئىككى تەرەپتىن سېپ بىلەن بويۇنغا مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

3. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

1) كاناي يارىدىغان ئورۇننى توغرا بەلگىلەش كېرەك. كاناي يېرىش ئوپېراتسىيىسى چوقۇم تۆش سۆڭەك ئۈستى ئويمىنىنى چوققا قىلغان، تۆش - ئوقۇرەك - ئەمچەكسىمان ئۆسۈكچە مۇسكۇلىنى ئىككى تەرەپ قىلغان بىخەتەر ئۇچ بۇرجەكنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدا ئېلىپ بېرىلىشى كېرەك. ئىككىنچى كاناي ھالقىسىنىڭ يۇقىرى تەرىپى ۋە بەشىنچى كاناي ھالقىسىنىڭ تۆۋەن تەرىپىنى كېسىش چەكلىنىدۇ.

2) مۇڭاپىق بولغان كاناي قاپلىق نەيچىسىنى تاللاش. قاپلىق نەيچىنىڭ ئۇزۇنلۇقى ۋە دىئامېتىرىنىڭ چوڭ - كىچىكلىكى بىمارنىڭ يېشى بىلەن ماسلىشىش كېرەك. ئادەتتە يېتىلگەن ئايالالارغا 5 - نومۇرلۇق، ئەرلەرگە 6 - نومۇرلۇق نەيچە ئىشلىتىلىدۇ. مۇڭاپىق كەلگەن دائىرىدە نىسبەتەن تومراق نەيچىنى ئىشلەتكەندە نەپەسلەندۈرۈشكە، بەلغەم سۈمۈرۈشكە ۋە نەيچىنىڭ ئىككى تەرەپكە قېيىپ كەتمەسلىكىگە پايدىسى بار.

3) كاناي قاپلىق نەيچىسىنىڭ راڭانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش. ۋاقتىدا بەلغەم سۈمۈرۈش كېرەك. ئىچ نەيچە 4 ~ 6 سائەتتە بىر قېتىم پاكىزلىنىپ دېزىنفېكسىيە قىلىنىشى، نەيچە ھەر ھەپتىدە بىر قېتىم ئالماشتۇرۇلۇشى لازىم. تاش نەيچىنىڭ چىقىپ كېتىشى، يارا ئېغىزىنىڭ يالۇغلىنىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

4) نەيچىنى ئېلىۋېتىش: ھاۋا يولىنى توسۇۋالغۇچى ۋە نەپەس قىيىنلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى كېسەللىك سەۋەبى يوقىتىلغاندىن كېيىن نەيچىنى ئېلىۋېتىشكە بولىدۇ. ئالدى بىلەن يۇمشاق پروپكىدا قاپ نەيچىنى 24 سائەت يېرىم تاقاپ باشقا ئۆزگىرىش بولمىسا، يەنە 24 سائەت تولۇق تاقاش كېرەك. ئەگەر بىمارنىڭ ھەرىكەت ۋە ئۇيقۇ ھالىتىدە نەپەسى راۋان، نورمال بولسا نەيچىنى ئېلىۋېتىشكە بولىدۇ. نەيچىنى ئېلىۋەتكەندىن كېيىن كېپىنەك شەكىللىك («H» شەكىللىك) پلاستىر بىلەن يارا ئېغىزىنى ئىككى تەرەپتىن تارتىپ ھىملاشتۇرۇپ چاپلاش كېرەك. ئادەتتە بىر نەچچە كۈن ئىچىدە ساقىيىدۇ. ئەگەر ساقايمىسا ئاندىن تىكىشنى ئويلىشىش كېرەك.

4. ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش.

1) تېرە ئاستى يەل ئىششىقى: كۆپ كۆرۈلىدۇ، كۆپىنچە ئوپېراتسىيىدە كاناي ئەتراپىدىكى توقۇلمىلارنى ئوشۇقچە ئاجرىتىش، كاناينى زىيادە ئۇزۇن يېرىۋېتىش ياكى تېرىنىڭ تۆۋەن تەرىپىنى تىككەندە زىيادە چىڭ چىگىۋېتىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە ئوپېراتسىيىدىن كېيىنكى بىر نەچچە كۈندە ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. شۇڭا ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز.

2) يەل كۆكرەك ۋە تىك پاسىل يەل ئىششىقى: ئوپېراتسىيىدە كۆكرەك پەردە تورۇسى زەخمىلەنسە يەل كۆكرەك پەيدا قىلىپ قويىدۇ. كاناي ئالدى سېرىق ئېتىنى زىيادە ئاجرىتىش تىل پاسىل يەل ئىششىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. ئەگەر ھاۋانىڭ مىقدارى ئاز بولسا ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. ئەگەر مىقدارى كۆپ بولسا تېشىپ ھاۋانى چىقىرىۋېتىش ياكى يېپىق ئاققۇزۇش كېرەك. تىك پاسىل يەل ئىششىقى بولسا كاناينىڭ ئالدىدىن تىك پاسىلغا ئۇچسىز يىڭنە ياكى سۈلياۋ نەيچە سانجىپ كىرگۈزۈش ئارقىلىق ھاۋا سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىلىدۇ.

3) قاناش: ئەگەر قاناش كۆپ بولمىسا گىلانىتىلىق بۇلۇتنى بېسىش ئارقىلىق قان توختىتىشقا بولىدۇ. ئەگەر كۆپ بولسا يارا ئېغىزىنى قايتىدىن ئېچىپ قانىغان تومۇرنى تېپىپ چىگىۋېتىش كېرەك.

§ 5. كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى ۋە كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇش

1. كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى.

1) مۇزاپىق كېسىدىغان كېسەللىكلەر.

كۆكرەك بوشلۇقىدا ھاۋا، قان ياكى باشقا سۇيۇقلۇق بار ـ يوقلۇقىنى بىلىش، شۇنداقلا يەل كۆكرەكنىڭ بېسىمى، سۇيۇقلۇقنىڭ ھالەت، خۇسۇسىيىتىنى ئېنىقلاش، ھاۋا ياكى سۇيۇقلۇقنى سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىپ، ئۆپكىگە بولغان بېسىمنى ئازايتىپ، ئۆپكىنىڭ كۆپۈشىنى ئىلگىرى سۈرۈش، كۆكرەك زەخمىسىگە جىددىي دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاش.

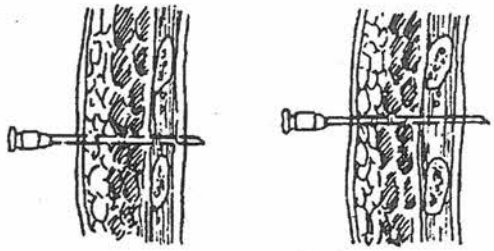
2) مەشغۇلات.

(1) ھاۋا چىقارغاندا بىمار ياتقان ياكى يېرىم ياتقان ھالەتتە، ئوقۇرەك سۆڭىكى ئوتتۇرا سىزىقىنىڭ سەل سىرتىدىن، 2 ـ ياكى 3 ـ قوۋۇرغا ئارىلىقىدىن تېشىلىدۇ. سۇيۇقلۇق چىقارغاندا بىمار يېرىم ياتقان ياكى ئولتۇرغان ھالەتتە، چېكىپ تەكشۈرۈشتە ئۇيۇل تاۋۇش ئەڭ كۈچلۈك بولغان ئورۇن ياكى B تىپلىق ئۇلترا ئاۋازلىق ئاپپاراتتا بېكىتىلگەن ئورۇن تېشىلىدۇ. كۆپىنچە قولتۇق ئوتتۇرا ياكى كەينى سىزىقى، 5 ~ 8 ـ قوۋۇرغا ئارىلىقىدىن

تېشىلىدۇ.

(2) تېشىلىدىغان ئورۇن قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ، ئۇستىگە مىكروبسىزلاندۇرۇلغان توشۇك ياغلىق قويۇلۇپ، 1% لىك پروكائىندا تېرىدىن باشلاپ تاكى كۆكرەك پەردىسىگە بارغۇچىلىك قاتمۇ قات سىڭدۈرۈپ ناركوز قىلىنىدۇ. ئاخىرىدا شپىرىس سىناق تەرىقىدە سۈمۈرۈلۈپ تەكشۈرۈلىدۇ. ئەگەر سۈيۇقلۇق ياكى ھاۋا سۈمۈرۈلۈپ چىقسا كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرگەنلىك ئىپادىسىدۇر.

(3) تېشىش يېڭىنسىنىڭ رېزىنكە نەيچىسى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىلىپ (ھاۋانىڭ كۆكرەككە كىرىپ كەتمەسلىكى ئۈچۈن) يېڭىنە تۆۋەنكى قوۋۇرغىنىڭ يۇقىرى قىرىنى بويلاپ (دۈمبىدىن تەشكەندە) ياكى قوۋۇرغا ئارىلىقىنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدىن (كۆكرەكتىن تەشكەندە) ئاستا - ئاستا كۆكرەككە تېشىپ كىرگۈزۈلىدۇ (15.3 - رەسىم). يېڭىنە ئۈچى كۆكرەك پەردىسىگە بارغان ۋە ئۆتكەن پەيتتە يېڭىنە ئىتتىرىشتىكى قارشىلىق تۈيۈقسىز يوقىلىدۇ. بۇ ۋاقىتتا شپىرىسنى رېزىنكە نەيچىگە ئۇلاپ شورىتىپ ھاۋا ياكى سۈيۇقلۇق چىققان - چىقمىغانلىقىغا قاراش كېرەك.



15.3 - رەسىم.

(4) سۈيۇقلۇق ياكى ھاۋانى سۈمۈرۈپ چىقىرىش جەريانىدا چوقۇم بىر نەپەر يارەمچى بولۇشى، يارەمچى بىر قولىدىكى تومۇر قىسقۇچ بىلەن يېڭىنىنى مۇقىملاشتۇرۇپ، يەنە بىر قولىدىكى تومۇر قىسقۇچ بىلەن ھەر قېتىملىق سۈمۈرۈپ تارتىش تۈگىگەندە شپىرىس رېزىنكە نەيچىدىن ئاجراشتىن بۇرۇن رېزىنكە نەيچىنى قىسۋېلىشى، شپىرىس قايتا ئۇلانغاندىن كېيىن ئاندىن بوشىتىشى كېرەك (ھاۋانىڭ كۆكرەككە كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن).

(5) ئەگەر شۈمۈرۈپ تارتىش جەريانىدا كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ بېسىمى يۇقىرى ياكى ھاۋانى سۈمۈرۈپ تۈگەتكىلى بولمىسا، ۋاقىتىدا كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇشقا ئۆزگەرتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

(6) ئوپېراتسىيە تۈگىگەندىن كېيىن يېڭىنە تارتىپ چىقىرىلىدۇ، تېشىلگەن ئورۇنغا مىكروبسىزلاندۇرۇلغان داكا قويۇلۇپ پلاستىر بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

(1) سۈيۇقلۇقنىڭ بىر قېتىملىق تارتىپ چىقىرىلىش مىقدارى 1500ml دىن ئېشىپ

كەتمەسلىكى كېرەك. بولمىسا بىر تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ بېسىمى تۈيۈقسىز تۆۋەنلەپ، تىك پاسىل تېزلا كېسەل تەرەپكە يۆتكىلىپ كېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(2) بىمارنىڭ كۆكرەك بوشلۇقى ياللۇغلانغان ياكى سۈيۈقلۇقنى تارتىپ تۈگىتىش مۇمكىن بولمىغاندا كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇشنى ئويلىشىش كېرەك.

(3) تارتىپ چىقىرىلغان سۈيۈقلۇقنىڭ پۈرىقى ۋە ھالەت ـ خۇسۇسىيىتى كۆزىتىلىشى ۋە كېرەكلىك تەكشۈرۈشكە ئەۋەتىلىشى كېرەك.

2. كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇش.

1) مۇڭاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

كۆكرەك زەخمىلىنىشتىن بولغان يەل كۆكرەك، قانلىق كۆكرەك، تەرەڭلىك ياكى ئۆزلۈكسىز يۇز بەرگەن يەل كۆكرەك ۋە ئۆتكۈر يىرىڭلىق كۆكرەك.

2) مەشغۇلات.

(1) ئاققۇزۇش نەيچىسى سانجىلىدىغان ئورۇننى تاللاش، بىمارنىڭ بەدەن ھالىتى ۋە يەرلىكنى نارکوز قىلىش مەشغۇلاتلىرى كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى بىلەن ئوخشاش (مەشغۇلات (1)، (2) گە قارالسۇن).

(2) كۆكرەكتىن يېپىق ئاققۇزۇشقا مەخسۇس ئىشلىتىلىدىغان ئوقلۇق ئاققۇزۇش نەيچىسى بار ئەھۋالدا، ئالدى بىلەن ئوپېراتسىيە پېچىقىدا قوۋۇرغا ئارىلىقىدىكى تېرىدىن توغرىسىغا بىر كىچىك كېسىك كېسىلىپ، ئوڭ قول بىلەن ئوقلۇق نەيچە ئۇچ تەرەپتىن چىڭ تۇتۇلۇپ ئۆزلۈكسىز، تەڭپۇڭ، بىر خىل كۈچ بىلەن تۆۋەنكى قوۋۇرغىنىڭ يۇقىرى قىرىدىن تىك ھالدا كۆكرەك بوشلۇقىغا سانجىلىدۇ. سانجىش جەريانىدا تۈيۈقسىز بوشلۇق سېزىمى بولسا ياكى كۆكرەك پەردىسى تېشىلگەن ئاۋاز ئاڭلانسا نەيچە كۆكرەككە كىرگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. بۇ ۋاقىتتا نەيچىنىڭ ئوقى تارتىپ چىقىرىلىپ تۈۋى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىلىدۇ. نەيچە كۆكرەككە 4cm～5cm ئەتراپىدا كىرگۈزۈلۈپ تېرىگە مۇقىملاشتۇرۇلۇپ، تۈۋى سۇ بار ھىم بوتۇلكىغا ئۇلىنىدۇ. ئەگەر مەخسۇس ئاققۇزۇش نەيچىسى بولمىسا، نەيچە سانجىلىدىغان ئورۇننىڭ تېرىسى ئىككى سانتىمېتىر ئەتراپىدا كېسىلىپ، تومۇر قىسقۇچ بىلەن مۇسكۇل ئايرىلىدۇ. ئاققۇزۇش نەيچىسىنىڭ سىرتقى ئۇچى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىلىپ، يەنە بىر باش ئۇچى ئۇزۇن تومۇر قىسقۇچ بىلەن نەيچىنىڭ ئۇزۇنلۇق يۆنىلىشىدە قىسىلىدۇ ھەمدە كۆكرەك بوشلۇقىغا سانجىپ كىرگۈزۈلىدۇ. ئۇزۇن تومۇر قىسقۇچنى بوشتىپ تارتىپ چىقىرىۋالغاندىن كېيىن نەيچە كۆكرەككە 4cm～5cm كىرگۈزۈلۈپ كېسىك 2 ～ 1 يېپ تىكىلىدۇ ھەمدە نەيچە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. نەيچىنىڭ سىرتقى ئۇچى سۇ بار ھىم بوتۇلكىغا ئۇلىنىدۇ.

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

(1) ئاققۇزۇش نەيچىسى سۇ بار ھىم بوتۇلكىغا ئۇلانغاندىن كېيىن نەيچىدىكى سۇ

تۇۋرۇكى ئېگىز - پەس دولقۇنسىمان ھەرىكەتلەنسە نەيچىنىڭ كۆكرەك ئىچىدە ئىكەنلىكىنى بىلدۈرىدۇ.

(2) ئوپېراتسىيىدىن كېيىن ئېقىلمىنىڭ مىقدارى ۋە ئالاھىدىلىكى داۋاملىق كۆزىتىلىدۇ. نەيچە پات - پات مىجىلىپ، نەيچىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ.

(3) ئاققۇزۇلىدىغان ھىم بوتۇلكا چوقۇم بىمارنىڭ كۆكرىكىدىن پەس ئورۇندا تۇرۇشى كېرەك. ئادەتتە يەرگە قويۇلىدۇ (3.16 - رەسىم)، چۈنكى بوتۇلكا قويۇلغان ئېگىزلىك كۆكرەكتىن ئېشىپ كەتسە، بوتۇلكىدىكى سۇ كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىپ كېتىدۇ، شۇڭا بىمارنى يۆتكەشكە توغرا كەلسىمۇ، ئالدى بىلەن ئاققۇزۇش نەيچىسىنى تومۇر قىسقۇچتا قىسىۋېلىپ تۇرۇپ يۆتكەش كېرەك.

(4) نەيچىنى ئېلىۋېتىشنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى: ① 24 سائەت ئىچىدىكى ئېقىلما 100ml دىن ئاز بولسا؛ ② بىمار يۆتەلگەندە بوتۇلكىدىن ھاۋا چىقمىسا؛ ③ رېنتگېنده تەكشۈرگەندە ئۆپكىنىڭ كۆپىشى ياخشى بولسا؛ ④ يەل كۆكرەك بىماردا نەيچە 6 ~ 24 سائەت قىسىپ قويۇلغاندىن كېيىن ئۆپكىدە كىچىكلەش كۆرۈلمىسە؛ ⑤ يىرىڭلىق كۆكرەك بىمارلىرىدا نەيچىنى ئېلىۋېتىش ئىمكانىيىتى بولمىسا 3 ~ 2 ھەپتىدىن كېيىن ئوچۇق ئاققۇزۇشقا ئۆزگەرتىش كېرەك.

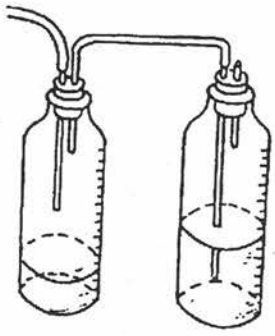
(5) نەيچىنى ئېلىۋېتىش ئۇسۇلى: نەيچىنى ئېلىۋېتىش ئالدىدا بىمار ئالدى بىلەن چوڭقۇر ھاۋا سۈمۈرۈپلا پەيتلىك نەپەستىن توختايدۇ. دەل شۇ ۋاقىتتا ئاققۇزۇش نەيچىسى تېزلا تارتىۋېلىنىپ كېسىكە دەرھال ۋازېلىن داكا چىڭ بېسىلىدۇ ۋە باشقا داكا، پلاستىر بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. مەشغۇلات جەريانىدا كۆكرەككە ھاۋا كىرىپ كېتىشتىن ساقلىنىش كېرەك.

4) سۇ بار ھىم بوتۇلكىنىڭ قۇرۇلمىسى.

سۇ قاچىلانغان تاق ياكى جۈپ بوتۇلكا: چوڭ ئېغىزلىق ئەينەك بوتۇلكا ۋە ئىككى تۆشۈكى بار كاۋچۇك بوتۇلكا ئېغىزىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئىككى تۆشۈككە ئايرىم - ئايرىم ھالدا بىر ئۇزۇن ۋە بىر قىسقا ئەينەك نەيچە كىرگۈزۈلىدۇ. بوتۇلكىنىڭ 2/5 قىسمىغا دېزىنفېكسىيىلەنگەن سۇ قاچىلىنىپ (تۇز ياكى شېكەر سۈيى) ئۇزۇن ئەينەك نەيچىنىڭ يۇقىرى ئۇچى ئاققۇزۇش نەيچىسىگە ئۇلىنىپ تۆۋەن ئۇچى سۇغا ئوچ سانتىمېتىر ئەتراپىدا پاتۇرۇلىدۇ. قىسقا ئەينەك نەيچە بىۋاستە سىرتقى مۇھىت بىلەن تۇتىشىدۇ، سۇغا پاتۇرۇلىمايدۇ (3.16 - رەسىم) ياكى ئېقىلمىنى تېخىمۇ تولۇق كۆزىتىش ئۈچۈن ئاققۇزۇش نەيچىسى بىلەن يۇقىرىقى ھىم بوتۇلكا ئارىسىغا ئىككى قىسقا ئەينەك نەيچىسى بار يەنە بىر ھىم بوتۇلكىنى ئۇلاشقىمۇ بولىدۇ (3.17 - رەسىم).



16.3 ـ رەسىم.



17.3 ـ رەسىم.

6 §. قورساق بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى

1. مۇڭاپىق كېسەللىكلەر.

1) دىئاگنوز خاراكتېرلىك تېشىش: قورساق بوشلۇقى زەخمىلەنگەن ۋە قورساق پەردىسى ياللۇغلانغانلىقتىن گۇمان قىلىنسا دىئاگنوز خاراكتېرلىك تېشىشكە بولىدۇ. ئەگەر سۇمۇرۇپ چىقىرىلغان سۇيۇقلۇق قېتىشمايدىغان قان بولسا قورساق ئىچى قانىغانلىقىنى، ئۆت سۇيۇقلۇقى، ھەزىم سۇيۇقلۇقى ياكى يېمەكلىك قالدۇقى بولسا ھەزىم قىلىش يولىنىڭ تېشىلگەنلىكىنى، يىرىڭ بولسا قورساق ئىچىدە يۇقۇملىنىش بارلىقىنى چۈشەندۈرىدۇ.

2) داۋالاش خاراكتېرلىك تېشىش: قورساق ئىچىدىكى سوغۇقلۇق تارتىپ چىقىرىلغاندىن كېيىن قورساق كۆپۈش ۋە كۆكرەكنى بېسىشتىن بولغان نەپەس قىيىنلىشىش يېنىكلەيدۇ، يىرىڭنى چىقارغىلى، قورساق بوشلۇقىغا دورا ئۇرغىلى بولىدۇ.

2. مەشغۇلات.

1) بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلىدۇ. تېشىشتىن بۇرۇن بىمارنىڭ ئەھۋالى يار بەرسە، ئەڭ ياخشىسى سىيگۇزۇش ياكى سۇيدۇك ئاققۇزۇش كاناليچىسى سېلىپ سۇيدۇكنى چىقىرۋېتىش كېرەك (دوۋساقنىڭ زەخمىلىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن).

2) تېشىش نۇقتىسىنىڭ تاللىنىشى: كۆپىنچە تۆۋەن قورساقتىكى كىندىك بىلەن ئوڭ ياكى سول تەرەپ يانپاش ئالدى يۇقىرىقى بەسىنى تۇتاشتۇرغۇچى تۇز سىزىقنىڭ ئوتتۇرا، سىرت 1/3 قىسمى تۇتاشقان نۇقتىدىن تېشىلىدۇ.

3) يەرلىك ئورۇن قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىدۇ (جىددىي ئەھۋالدا ناركوز قىلىنمىسىمۇ بولىدۇ)، ئاندىن تېشىش يېڭىسى قورساق تېمىغا تىك قىلىپ ئۇزلۇكسىز،

بىر خىل كۈچ بىلەن سانجىلىدۇ. يېڭنە قورساق پەردىسىگە تەگكەندە بىماردا قاتتىق ئاغرىق بولىدۇ. قورساق بوشلۇقىغا كىرگەن پەيتتە قولدا بوشلۇق سېزىمى بولىدۇ. ئەگەر سانجىش يېڭنىسى ياكى شپىرىستىن سۈيۈقلۇق چىقمىسا بىمار يېڭنە سانجىلغان تەرەپكە قىيسىيىپ يانچە ياتقۇزۇلىدۇ.

(4) قورساقتىن سۇ قۇيۇۋەتكەندە بىر قېتىمدا 1000ml~3000ml ئەتراپىدا تارتىش مۇۋاپىق. ئەگەر بەك كۆپ بولۇپ كەتسە، بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى تۈيۇقسىز ئېغىرلىشىپ كېتىش ئېھتىمالى بولىدۇ. ئۇندىن باشقا قورساقتىن ئامال بار قايتا - قايتا سۇ تارتىشتىن ساقلىنىش لازىم. قايتا - قايتا سۇ تارتىش بەدەننىڭ كۆپلەپ ئاقسىل يوقىتىشى ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(5) سۇ تارتىش تۈگىگەندە يېڭنىنى تارتىپ چىقىرىۋېلىپ داكا بىلەن تېڭىپ قويۇش كېرەك.

(6) سۇ تارتىش جەريانىدا ۋە سۇ تارتىپ بولغاندىن كېيىنكى 12 سائەتتە بىمارنىڭ تومۇر سوقۇشى، قان بېسىمى، نەپەس قاتارلىق ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە تەرلەش، يۈرەك سېلىش، تاتىرىش قاتارلىق ئالامەتلەر بار - يوقلۇقىنى كۆزىتىش كېرەك.

§ 7 . يۈرەك قېپىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى

1. مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

1) يۈرەك قېپىغا سۇ يىغىلىپ قېلىشتىن يۈرەك قىسىلىش ئالامىتى ئېغىر بولۇپ، يۈرەك قېپىنى تېشىپ سۇ قۇيۇۋېتىش ئارقىلىق بۇ ئالامەتلەرنى يېنىكلىتىش زۆرۈر بولغانلار.

2) كېسەل ئالامىتى ئېغىر بولمىسىمۇ ئەمما يۈرەك قېپىغا سۇ يىغىلىپ قالغانلارغا ئېنىق دىئاگنوز قويۇش ئۈچۈن سۇ ئېلىپ تەكشۈرۈش كېرەك بولغانلار.

3) يىرىڭلىق يۈرەك قېپى يالليۇغىنى داۋالاشتا يىرىڭنى تارتىپ چىقىرىپ قاپ ئىچىنى يۇيۇپ، دورا ئۈرۈش زۆرۈر بولغانلار.

2. مەشغۇلات.

1) بىمارنىڭ بەدەن شەكلى: يېرىم ئولتۇرغان ياكى ياتقان ھالەتتە بولىدۇ. ھاياتلىق تەن ئالامەتلىرى ئۇزلۇكسىز كۆزىتىلىدۇ. ئوكسىگېن سۈمۈرتۈلۈپ ۋېنا تومۇرى ئېچىلىدۇ.

2) تېشىش نۇقتىسى: ئەڭ ياخشىسى ئۈلترا ئاۋازلىق ئاپپاراتنىڭ كۆرسەتمىسىدە سۇ ئەڭ كۆپ يىغىلغان ئورۇندىن تېشىش كېرەك. كۆپ قوللىنىلىدىغان تېشىش نۇقتىلىرى:

(1) خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستى تېشىش نۇقتىسى: خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە تۆۋەن قىرى بىلەن سول قوۋۇرغا ئەگمىسى كېسىشكەن ئورۇن، يېڭنە قورساق تېمى بىلەن 30°~40°

心包 - 100ml , 300-500ml.
胸腔 - 1500ml

بۇلۇڭ ياسىغان ھالەتتە يۇقىرى، كەينى ۋە سەللا سول يۆنىلىشتە تۆش سۆڭەكنىڭ كەينىنى بويلاپ سانجىلىدۇ. (2) سول كۆكرەك تېشىش نۇقتىسى: سول كۆكرەك 5 ـ قوۋۇرغا ئارىسىدىكى مۇتلەق بوغۇق تاۋۇش چېگرىسىنىڭ ئىچىدىن ئىككى سانتىمېتىر ئەتراپىدىكى نۇقتا، قوۋۇرغىنىڭ قىرىدىن، يېڭنە ئۇچى سەل ئىچ، كەينى، ئۇستى يۆنىلىش بويىچە ئومۇرتقىغا قارىتىپ سانجىلىدۇ. (3) ئوڭ كۆكرەك تېشىش نۇقتىسى: ئوڭ كۆكرەك 4 ـ قوۋۇرغا ئارىسىدىكى مۇتلەق تۇتۇق تاۋۇش چېگرىسىنىڭ بىر سانتىمېتىر ئىچىدىن، يېڭنە سەل ئىچ، كەينى يۆنىلىشتە ئومۇرتقىغا قارىتىپ سانجىلىدۇ.

3) تېرە قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ، مىكروبسىزلاندۇرۇلغان تۆشۈك ياغلىق قويۇلۇپ، يەرلىك سىڭىشتۈرۈپ نارکوز قىلىنىدۇ. نارکوز يېڭنىسى يۇقىرىدا سۆزلەنگەن يۆنىلىشتە ئاستا، تەكشى كۈچ بىلەن سانجىلىدۇ. سانجىش جەريانىدا شپىرىس ئۇزلۇكسىز سۈمۈرتۈپ كۆزىتىلىدۇ ۋە نارکوز دورىسى ئۇرۇلىدۇ. يېڭنە يۈرەك قېپىدىن ئۆتكەندە تۇيۇقسىز قارشىلىق يوقاپ بوشلۇق سېزىمى بولىدۇ (بەزىدە بوشلۇق سېزىمى ئېنىق بولمايدۇ. غانلىقى مۇمكىن) ياكى سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىشقا بولىدۇ. بۇ ۋاقىتتا نارکوز يېڭنىسىنى تارتىپ چىقىرىپ يېڭنىنىڭ سانجىلىش چوڭقۇرلۇقى ۋە يۆنىلىشىنى خاتىرىلەشلىش كېرەك. ئاندىن دەل شۇ يۆنىلىشتە تېشىش يېڭنىسى سانجىلىدۇ. تېشىش يېڭنىسىنىڭ رېزىنكە نەيچىسىگە شپىرىس ئۇلاپ سۈمۈرتكەچ سانجىشقىمۇ ياكى نەيچىنى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىۋېلىپ سانجىشقىمۇ بولىدۇ. بوشلۇق سېزىمىدىن كېيىن (بەزىدە بۇ خىل سېزىم ئېنىق بولماسلىقى مۇمكىن). ئەگەر يېڭنىنىڭ تۇۋى يۈرەك ھەرىكىتىگە ئەگىشىپ تىتىرىسە يېڭنىنىڭ يۈرەك قېپىغا كىرگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر يۈرەك سوقۇش سېزىمى بەك كۈچلۈك بولسا، يېڭنىنىڭ يۈرەك مۇسكۇلىنى زەخمىلەندۈرۈپ قويماسلىقى ئۈچۈن ئازراق تارتىپ چىقىرىش كېرەك. ئاندىن شپىرىس بىلەن ئاستا ـ ئاستا سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىلىدۇ.

3. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

1) يېڭنىنىڭ سانجىلىش چوڭقۇرلۇقى مۇۋاپىق بولۇشى كېرەك. ئادەتتە 5 ～ 3 سانتىمېتىر (سول كۆكرەك) ياكى 4 ～ 7 سانتىمېتىر (خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە) ئەتراپىدا بولىدۇ. سانجىلىش جەريانىدا ئەڭ ياخشىسى ئازراق تەتۇر بېسىم بېرىش كېرەك. ئەگەر سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىشقا بولمىسا يېڭنە يۆنىلىشىنى ئۆزگەرتىپ قايتىدىن سانجىشقا بولىدۇ. ئەمما قارىغۇلارچە قايتا ـ قايتا سانجىماسلىق كېرەك.

2) سانجىغاندا بىمار ھەرىكەتلەنمەسلىكى، يۆتەلمەسلىكى، چوڭقۇر نەپەسلەنمەسلىكى كېرەك.

3) مەشغۇلات داۋامىدا بىمارنىڭ ئەھۋالىنى ئىنچىكە كۆزىتىش كېرەك، ئەگەر بىماردا تاتىرىش، تەرلەش، يۈرەك سېلىش، نەپەس قىيىنلىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە، ئوپېراتسىيەنى دەرھال توختىتىش ۋە تېگىشلىك داۋالاش، قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش

كېرەك. ئەگەر ئېلېكتروكاردىئوگراممدا ST بۆلىكى كۆتۈرۈلۈش، قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش كۆرۈلسە، يۈرەك تاشقى پەردىسى ياكى يۈرەك مۇسكۇلى زەخمىلەنگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. يېڭىنى دەرھال تارتىپ چىقىرىش لازىم.

4) سانجىش جەريانىدا بەزىدە بوشلۇق سېزىمى بولماسلىقى مۇمكىن. بەزىدە ئىككى قېتىم بولۇشىمۇ مۇمكىن. ئەگەر ئىككى قېتىم بوشلۇق سېزىمى بولسا يېڭىنىڭ يۈرەك بوشلۇقىغا كىرىپ كېتىش ئېھتىماللىقى بولىدۇ.

5) تۇنجى قېتىملىق سۈيۇقلۇق تارتىش 100ml دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى، كېيىنكى قېتىملىق تارتىش 300ml～500ml دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. بولمىسا يۈرەككە قايتقان قان مىقدارى تۆيۇقسىز كۆپىيىپ ئاسانلا ئۆپكە سۇلۇق ئىششقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

6) يىرىڭلىق يۈرەك قېپى ياللۇغى بولسا، سۈيۇقلۇقنى ئامال بار ھەر قېتىمدا تولۇق تارتىپ چىقىرىش ۋە يۈرەك قېپى بوشلۇقىغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئۇرۇش كېرەك. ئەگەر يامان سۈپەتلىك سۈيۇقلۇق يىغىلىش بولسا مۇڭاپىق خىمىيىلىك دورىلارنى ئۇرۇشقا بولىدۇ. ئەگەر سۈيۇقلۇق قان خاراكتېرلىك بولسا سۈيۇقلۇقنى ئون مىنۇت ئەتراپىدا كۆزىتىش كېرەك. ئەگەر قاندا قېتىش بولسا يۈرەك ئىچىدىكى قان ئىكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ، ئوپېراتسىيىنى دەرھال توختىتىش لازىم. ئەگەر قېتىش بولمىسا، بىماردا قان قېتىش توسقۇنلۇققا ئۇچراش كېسىلى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا سۈيۇقلۇق يۈرەك قېپى بوشلۇقىدىن كەلگەنلىكىنى، ئوپېراتسىيىنىڭ مۇڭەپپەقىيەتلىك بولغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.

7) سۈيۇقلۇقنىڭ يىغىلىش سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ، ئەگەر قىسقا ۋاقىت ئىچىدە قايتا - قايتا تېشىپ سۈيۇقلۇق قويۇڭېتىش زۆرۈر بولسا، تېشىش يېڭىسى ئارقىلىق يۈرەك قېپى بوشلۇقىغا بىر تال نەيچە كىرگۈزۈپ ساقلاپ قېلىپ، سۈيۇقلۇقنى يېپىق ئاققۇزۇشقا بولىدۇ.

4. ئەگەشمە كېسەللىكلەر.

1) قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش: ئوپېراتسىيە جەريانىدا ۋە ئوپېراتسىيىدىن كېيىن نەچچە سائەتكىچە ئۇزلۇكسىز كۆزىتىش كېرەك. قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش كۆرۈلسە مەشغۇلاتنى دەرھال توختىتىش، ئۆز ۋاقتىدا دورا ئىشلىتىپ داۋالاش، قۇنقۇزۇش، يۈرەك ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەييار تۇرۇش كېرەك.

2) يەل كۆكرەك: كۆكرەكتىن تېشىش ئوپېراتسىيىسىدە كۆرۈلىدۇ. شۇڭا ئوپېراتسىيە جەريانىدا يۆتەلمەسلىك، يۆتەل بىلارغا ئوپېراتسىيىنىڭ ئالدىدا كودېئىن (可待因) ئىشلىتىپ يۆتەلنىڭ ئالدىنى ئېلىش، شۇ ئارقىلىق يېڭىنىڭ ئۆپكىنى تېشىۋېتىشىدىن ساقلىنىش كېرەك.

3) تومۇر ـ ئاداشقان نېرۋا رېفلېكسى: بىماردا بەدەن تەرلەش، تاتىرىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش، يۈرەك سوقۇشى ئاستىلاش، ئېغىر بولغاندا ھوشىدىن كېتىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا مەشغۇلاتنى دەرھال توختىتىپ، ئاتروپىن (阿托品) دىن 1mg نى ۋېنادىن ئۇرۇش كېرەك.

4) يۈرەكنىڭ قايتا سقىلىشى: يىڭنە تاجسىمان تومۇر ياكى كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ئارتېرىيىلەرنى تېشىۋەتكەندە يۈرەك قېپى بوشلۇقىغا قان يىغىلىپ قېلىپ قايتا سقىلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭا، سۇيۇقلۇق تارتىپ بولغاندىن كېيىن ئوخشاش ئورۇندىن قايتا يىڭنە سانجىشتىن ساقلىنىش كېرەك.

5) جىگەر زەخمىلىنىش: خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستىدىن تەشكەندە تېشىش نۇقتىسى خاتا تاللانسا ياكى بىمار بەك سېمىز بولسا كۆپ كۆرۈلىدۇ. شۇڭا، بەك سېمىز بىمارلار ئوپېراتسىيىدە ئوڭدا يېتىشى ۋە ئىككى پۇتنى يىغۇۋېلىشى كېرەك.

6) ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى: يۈرەك قېپى سۇيۇقلۇقىنىڭ مىقدارى كۆپ بولۇپ، تۇنجى قېتىم سۇيۇقلۇق قويۇۋېتىش بەك تېز ياكى بەك كۆپ بولۇپ كەتكەندە ئاسانلا يۈز بېرىدۇ. شۇڭا تۇنجى قېتىم سۇيۇقلۇق قويۇۋەتكەندە بەك تېز ۋە بەك كۆپ بولۇپ كېتىشتىن ساقلىنىش كېرەك. ئەگەر سۇيۇقلۇق قويۇۋەتكەندە بىماردا نەپەس قىستاش ئالامىتى ياخشىلانغاندىن كېيىن يەنە تۇيۇقسىز پەيدا بولسا ياكى ئېغىرلاشسا سۇيۇقلۇق قويۇۋېتىشنى دەرھال توختىتىش ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

§ 8 . ئاشقازاننى يۇيۇش

1. مۇڭاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

زەھەرلىك ماددىلارنى يۇتۇلىشتىن زەھەرلەنگۈچىلەردە ئەگەر چەكلىنىدىغان ئەھۋال بولمىسا ئاشقازان يۇيۇش ئارقىلىق زەھەرلىك ماددىلارنى چىقىرىۋېتىشكە بولىدۇ.

2. ئاشقازان يۇيۇش چەكلىنىدىغان ئەھۋاللار.

كۆچلۇك چىرىتكۇچى ماددىلار، بېنزىن، كىرسىندىن زەھەرلەنگۈچىلەر ۋە قىزىلئۆڭگەچ ۋېناسى كېڭىيىش، ئېغىر يۈرەك كېسىلى، غول ئارتېرىيە ئۆسمىسى، يۇقىرى ھەزىم قىلىش يولى قاناش، ئاشقازان تېشىلىش قاتارلىق كېسىلى بارلار.

3. مەشغۇلات.

1) ئاشقازان كانالچىسى سېلىش: بىمار يانچە ياتقۇزۇلۇپ باش ۋە ئېغىزى تۆۋەنرەك قويۇلىدۇ. كانالچىنىڭ ئۇچىدىن ئون سانتىمېتىر ئەتراپىدىكى قىسمىغا پارافىن مېيى (石蜡油) سۈركىلىپ سىلىقلىنىپ، بىمارنىڭ بۇرنىدىن كىرگۈزۈلىدۇ. كانالچە بۇرۇندىن ئون سانتىمېتىر ئەتراپىدا كىرگەندىن باشلاپ بىمار توختىماستىن يۇتۇش ھەرىكىتى قىلىشقا

ئۇندىلىدۇ. كانالچە تەخمىنەن 40cm～50cm ئەتراپىدا كىرگۈزۈلىدۇ ياكى كىرگۈزۈش ئۇزۇنلۇقىنى مۆلچەرلىگەندە بىمارنىڭ ماڭلىيىدىن خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستىغچە بولغان ئارىلىق ئاساس قىلىنىدۇ. كانالچىنىڭ ئاشقازانغا كىرگەن - كىرمىگەنلىكىنى بېكىتىشكە تۆۋەندىكى ئۇچ خىل ئۇسۇلنى قوللىنىشقا بولىدۇ: (1) شپىرىس بىلەن كانالچىدىن ئاشقازان سۇيۇقلۇقى تارتىپ چىقارغىلى بولسا (2) كانالچىنىڭ ئۇچىنى سۇ قويۇلغان قاچىغا كىرگۈزۈپ تۇرغاندا ھاۋا كۆپۈكچىلىرى چىقمىسا (3) شپىرىس ئارقىلىق كانالچىدىن ھاۋا ئۇرغاندا ئاشقازاندا ھاۋا سۇدا پۇرۇقلىغاندەك ئاۋاز ئاڭلانسا ئاشقازان كانالچىسىنىڭ ئاشقازانغا كىرگەنلىكىدىن دېرەك بېرىدۇ. كانالچىنىڭ ئاشقازانغا كىرگەنلىكى جەزملەشتۈرۈلگەندىن كېيىن 100ml～200ml ئاشقازان سۇيۇقلۇقى تارتىپ چىقىرىلىپ، زەھەرلىك ماددىنى ئانالىز قىلىشقا قالدۇرۇلىدۇ.

2) ئاشقازان يۇيۇش مەشغۇلاتى:

(1) ئاشقازان كانالچىسى ئارقىلىق ئاشقازان يۇيۇش: ئاشقازان يۇيۇش ئاپپاراتى يوق ئەھۋال ئاستىدا ۋارۇنكىسى بار كانالچە سېلىنىدۇ. شپىرىس بىلەن ئاشقازان سۇيۇقلۇقى تولۇق تارتىپ چىقىرىلغاندىن كېيىن كانالچىدىن ھەر قېتىمدا 300ml～500ml ئاشقازان يۇيۇش سۇيۇقلۇقى ئۇرۇلىدۇ. ئاندىن ۋارۇنكا قىسمىنى دەرھال تۆۋەن قىلىپ سۇيۇقلۇق ئاشقازاندىن ئېقىتىپ چىقىرىلىدۇ. ئېقىپ چىققان سۇيۇقلۇق سۈزۈك، پۈراقسىز سۇيۇقلۇققا ئۆزگەرگىچىلىك يۇقىرى مەشغۇلات تەكرارلىنىدۇ. ئاشقازان يۇيۇلۇپ بولغاندىن كېيىن كانالچىدىن زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرى ئۇرۇپ كىرگۈزۈلۈپ ئاندىن كانالچە سۇغۇرۇپ ئېلىۋېتىلىنىدۇ.

(2) ئاشقازان يۇيۇش ئاپپاراتىدا ئاشقازان يۇيۇش: ئاشقازان يۇيۇش ئاپپاراتىنىڭ مەشغۇلات قائىدىسى بويىچە مەشغۇلات ئېلىپ بېرىلىدۇ، تاكى ئاشقازان يۇغان سۇيۇقلۇق سۈزۈك پۈراقسىز سۇيۇقلۇققا ئايلانغۇچىلىك داۋاملاشتۇرۇلىدۇ.

(3) ئاشقازان يۇيۇش سۇيۇقلۇقى: زەھەرلىك ماددىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ مۇۋاپىق سۇيۇقلۇق ياكى زەھەرسىزلەندۈرۈش ماددىلىرى ئىشلىتىلىدۇ (تەپسىلاتىنى زەھەرلىنىش بابىدىن كۆرۈڭ) ئاشقازان يۇيۇشقا ئادەتتە 10000ml～100000ml ئەتراپىدا سۇيۇقلۇق ئىشلىتىلىدۇ.

4. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

يۇرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلار بولسا ئالدى بىلەن يۇرەك - ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرگەندىن كېيىن ئاندىن ئاشقازان يۇيۇشنى ئويلىشىش كېرەك. ئاشقازان يۇيۇشنىڭ ئەگەشمە كېسەللىكلىرىگە دىققەت قىلىش، ئەگەر سۈمۈرۈشتىن بولغان ئۆپكە يالليۇغى، يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش قاتارلىقلار كۆرۈلسە ۋاقتىدا داۋالاش لازىم.

§ 9 . جاراهەتنى تازىلاش ئوپېراتسىيسى

清创术

جاراهەتنى تازىلاش ئوپېراتسىيسى — ئوپېراتسىيە ئارقىلىق يارا ئىچىدىكى يات جىسىملارنى تازىلاش، نېكروزلانغان ياكى ئېغىر بۇلغانغان توقۇلمىلارنى كېسىپ ئېلىۋېتىشنى كۆرسىتىدۇ. تازىلاش ئوپېراتسىيىسىنىڭ مەقسىتى يارىنى تازىلاپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، شۇ ئارقىلىق يارىنىڭ بىرىنچى باسقۇچلۇق ساقىيىشىغا كاپالەتلىك قىلىشتۇر. بىمار زەخمىلىنىپ 6 ～ 8 سائەت ئىچىدە تازىلاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش ئەڭ مۇۋاپىق. بۇ ۋاقىتتا يارىدا يۇقۇملىنىش بولمايدۇ. ئەگەر ۋاقىت ئۆتۈپ كېتىپ يارا يۇقۇملىنىپ قالسا يۇقۇملانغان يارا قاتارىدا بىر تەرەپ قىلىشقا توغرا كېلىدۇ.

1. مەشغۇلات.

ئالدى بىلەن يارا ئېغىزى ۋە ئەتراپتىكى ساغلام تېرە تازىلىنىدۇ. مىكروبسىزلاندۇرۇلغان داكا بىلەن يارا ئېغىزىنى بېسىپ تۇرۇپ ئەتراپىدىكى چاچ ، تۇك قىرىۋېتىلىدۇ. ئەگەر يارا ئەتراپىدىكى تېرىگە ماي يۇقۇپ قالغان بولسا، ئېفىر (乙醚) ياكى بېنزىن بىلەن يۇيۇپ تازىلاش كېرەك. ئاندىن سوپۇن سۇيى ۋە يۇمشاق چوتكا بىلەن يارا ئەتراپى ئۇچ قېتىم يۇيۇلىدۇ. ئاخىرىدا قوش ئوكسىگېنلىق سۇ (双氧水) ۋە تۇز سۇيى بىلەن يارا يۇيۇلۇپ، يارا ئېغىزىدىكى قان ئۈيۈتمىلىرى ۋە يات جىسىملار تازىلىنىدۇ، ئەمما چوڭ قاناشتىن ساقلىنىش ئۈچۈن چوڭ تومۇر بار ئورۇنغا چوڭقۇر سانجىلغان جىسىملارنى خالىغانچە تارتىپ چىقارماسلىق كېرەك. يۇقىرىقى باسقۇچتىن كېيىن يارىنىڭ ئورنى، دائىرىسى، خۇسۇسىيىتىگە ئاساسەن، مۇۋاپىق هالدا يەرلىك نارکوز قىلىشقا بولىدۇ. يارا ئەتراپىدىكى تېرە دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ تۆشۈك ياغلىق قويۇلۇپ ئاندىن يارىنىڭ ئىچكى قىسمى تازىلىنىدۇ. ئاقىرىپ ياكى قارىداپ قالغان، قىرى تەكشى بولمىغان، قاناش بولمىغان، بۇلغانغان تېرە 0.1 ～ 0.2 سانتىمېتىر كەڭلىكتە كېسىۋېتىلىدۇ. ئاندىن رەڭگى ئۆزگەرگەن، نېكروزلانغان تېرە ئاستى توقۇلمىلىرى ۋە مۇسكۇللار كېسىپ ئېلىۋېتىلىپ تولۇق قان توختىتىلىدۇ. بۇ جەريانىدا يارا ئىچىدىكى پەي، نېرۋىلارغا ئالاهىدە دىققەت قىلىش، زەخمىلەنگەن بولسا مۇناسىۋەتلىك بۆلۈم دوختۇرلىرىنى تەكلىپ قىلىش، تازىلاش جەريانىدا زەخمىلەندۈرۈپ قويۇشتىن ساقلىنىش كېرەك. سۆڭەك پەردىسىنى كېسىۋېتىشكە بولمايدۇ. بەك كۆپ ياكى كىچىك مېتال پارچىلىرىنى تازىلاپ تۈگىتىش مۇمكىن بولمىسا تولۇق تازىلاش هاجەتسىز، چۈنكى زىيادە تازىلاش توقۇلمىلارنىڭ تېخىمۇ چوڭقۇر زەخمىلىنىشى ۋە يۇقۇملىنىشىنى كېڭەيتىۋېتىشى مۇمكىن.

يېڭى، پاكىز يارىنى بىرىنچى باسقۇچلۇق تىكىشكە بولىدۇ. ئاققۇزۇش تالاسى قويۇش ـ قويماسلىقنى يارىنىڭ ئەھۋالىغا (چوڭقۇرلۇقى، قانىشى، بۇلغىنىشى قاتارلىقلار) قاراپ بېكىتىش كېرەك. يارىلانغان ۋاقتى سەككىز سائەتتىن ئېشىپ كەتكۈچىلەرگە، ئەگەر

يارا يۇزى بۇلغانغان بولۇپ تازىلاش مۇۋاپىقىيەتلىك بولمىسا ئىككىنچى باسقۇچلۇق تىكىش، ياكى چوڭقۇر توقۇلمىلارنىلا تىكىپ تېرە ئاستى توقۇلمىسى ۋە تېرىنى كېچىكتۈرۈپ تىكىش كېرەك. ئىككىنچى باسقۇچلۇق تىكىش ئادەتتە يارىلىنىپ ئون نەچچە كۈندىن كېيىن يۇقۇملىنىش تولۇق كونترول قىلىنغاندا ئېلىپ بېرىلىدۇ. كېچىكتۈرۈپ تىكىش ئادەتتە يارىلىنىپ 4 ～ 7 كۈندىن كېيىن ئېلىپ بېرىلسا بولىدۇ.

2. دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار.

1) يارىنى تازىلاشتىن بۇرۇن، زەخىملىنىش دەرىجىسىنى مۆلچەرلىۋېلىش كېرەك. ئەگەر ئارتېرىيە قاناش بولسا ئالدى بىلەن قان توختىتىش، شوك ياكى شوكنىڭ ئالدىنقى ئالامىتى بولسا ۋە ياكى باش، كۆكرەك، قورساق قاتارلىق ئورۇنلاردا ئېغىر زەخىملىنىش بولسا ئالدى بىلەن تېگىشلىك، ئۇنۇملۇك بىر تەرەپ قىلىپ بولۇپ ئاندىن تازىلاش كېرەك.

2) يۇز، قول، پۇت بوغۇملىرىدىكى ئېغىر زەخمىگە چوقۇم مۇناسىۋەتلىك بۆلۈم دوختۇرلىرىنى تەكلىپ قىلىش لازىم. چۈنكى يۇزدىكى يارا بىمارنىڭ چىراي گۈزەللىكى بىلەن مۇناسىۋەتلىك. قول، پۇت بوغۇملىرىدىكى پەي، نېرىپ ۋە بوغۇم بوشلۇقى قاتارلىقلار زەخىملەنگەن بولسا، بىر تەرەپ قىلىشتىكى ئازراقلا كەمچىلىك مۇچىنىڭ خىزمىتىگە تەسىر يەتكۈزۈشى مۇمكىن.

3) تازىلاش جەريانىدا مىكروبسىز مەشغۇلاتقا تولۇق ئەمەل قىلىش كېرەك. ئاخىرىدا قاتمىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن قاتما ئانتىتوكسىننى ئۇرۇش لازىم.

4) يارىدا قانلىق ئىششىق پەيدا بولۇپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن تولۇق قان توختىتىش لازىم. چوڭقۇر توقۇلمىلاردىكى يات جىسىمنى تازىلىغاندا رېنتگېن نۇرىدىن پايدىلىنىشقا توغرا كېلىدۇ.

5) باش، يۈز قىسمىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى مول، يۇقۇملىنىش پۈرسىتى ئازراق. شۇڭا زەخىملىنىپ سەككىز سائەتتىن ئېشىپ كەتكەن تەقدىردىمۇ، ئامال بار بىرىنچى باسقۇچلۇق تىكىش كېرەك. چۈنكى ئىككىنچى باسقۇچلۇق تىكىشنىڭ چىراي گۈزەللىكىگە بولغان تەسىرى تېخىمۇ چوڭ بولىدۇ.

6) نىسبەتەن ئېغىر بۇلغانغان، توقۇلمىلار سوقۇلۇپ زەخىملەنگەن ياكى ئوپېراتسىيەدىن كېيىن داۋاملىق قان سىرغىپ چىقىش ئېھتىماللىقى بولغان يارىلارغا ئاققۇزۇش تالاسى قويۇش، شۇ ئارقىلىق يارا ئىچىدىكى چىقىرىندىلارنى ئاققۇزۇپ چىقىرىۋېتىش لازىم. لېكىن بوغۇم بوشلۇقىغا ئاققۇزۇش تالاسى قويۇشقا بولمايدۇ.

7) تازىلاش ئوپېراتسىيىسىدىن كېيىن كېسەل ئەھۋالىنى ياخشى كۆزىتىش، باشقا ئورۇن، ئەزالاردا زەخىملىنىش بار - يوقلۇقىغا توغرا ھۆكۈم قىلىش كېرەك. شۇنداقلا پۇتۇن بەدەن ياكى يەرلىكتە يۇقۇملىنىش بار - يوقلۇقىنى ئۇزلۇكسىز كۆزىتىش لازىم. گېپىس ياكى تېڭىق تاختىسى بىلەن مۇچىلەر مۇقىملاشتۇرۇلغان بولسا مۇچە ئۇچى قان ئايلىنىشىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

تۆتىنچى باب يۇرەك، ئۆپكە، مېڭە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش

يۇرەك مەركىتىنىڭ تۈيۇقسىز توختىشى — يۇرەكنىڭ ئۇنۇملۇك مېخانىكىلىق پائالىيىتىنىڭ تۈيۇقسىز توختاپ قېلىشىنى كۆرسىتىدۇ. بۇ كلىنىكىدىكى ئەڭ جىددىي، خەتەرلىك ئەھۋالدۇر. يۇرەك سوقۇشى توختىغاندىن كېيىن قانىنى سقىپ چىقىرالمايدۇ. پۈتۈن بەدەندىكى توقۇلما، ھۈجەيرىلەرنىڭ ئوكسىگېن بىلەن تەمىنلىنىشى ئۈزۈلۈپ قېلىپ بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرايدۇ. بۇنىڭ ئىچىدە ئەڭ ئېغىر بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرايدىغىنى مېڭىدۇر. ئوكسىگېن تەمىنلىنىش ئۈزۈلۈپ 4 ~ 6 مىنۇتتا مېڭە توقۇلمىلىرىدا ئەسلىگە قايتمايدىغان كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولىدۇ. يۇرەك، ئۆپكە، مېڭە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش — يۇرەك سوقۇشى توختاپ قالغان بىمارلارغا نىسبەتەن قوللىنىلىدىغان، قان ئايلىنىش، نەپەس ۋە مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى پائالىيىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى مەقسەت قىلغان جىددىي قۇتقۇزۇش ئۇسۇلىدۇر. بۇنىڭ ئىچىدە يۇرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئاساس بولۇپ مىنۇت ـ سېكۇنتنى قولدىن بەرمەي ۋاقتىدا، توغرا قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش تولمۇ زۆرۈر. تۆت مىنۇت ئىچىدە قۇتقۇزۇشقا ئېرىشكەن بىمارلارنىڭ يېرىمى ھايات قېلىش مۇمكىن. 4 ~ 6 مىنۇت ئىچىدە قۇتقۇزۇلغانلارنىڭ ھايات قېلىشى ئېھتىماللىقى 10% ئەتراپىدا بولىدۇ. ئالتە مىنۇتتىن كېيىن پەقەت 4% ئەتراپىدا، ئون مىنۇتتىن كېيىن بۇ نىسبەتەن تېخىمۇ كىچىك بولىدۇ. شۇڭا يۇرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئامال بار يۇرەك سوقۇشى توختاپ تۆت مىنۇت ئىچىدە ئېلىپ بېرىش كېرەك.

§1. يۇرەك، ئۆپكە ھەرىكىتىنىڭ تۈيۇقسىز توختاپ قېلىش سەۋەبلىرى ۋە دىئاگنوزى

چوڭلاردا يۇرەك، ئۆپكە ھەرىكىتىنىڭ تۈيۇقسىز توختاپ قېلىشىنىڭ سەۋەبلىرى كۆپ بولۇپ قان يېتىشمەسلىكتىن بولغان يۇرەك كېسىلى ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۇندىن قالسا باشقا يۇرەك كېسەللىكلىرى، نەپەس سىستېمىسى كېسەللىكلىرى، نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرى، زەھەرلىنىش، ئېلېكترولىتلار نورمالسىزلىنىش قاتارلىقلار بار.

1. يۇرەك كېسەللىكلىرى.

ھەر خىل يۇرەك كېسەللىكلىرى تۇرلۇك مېخانىزم ئارقىلىق يۇرەك قېرىنچىسىنىڭ

تىترىشى، ئاستا خاراكتېرلىك يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش ياكى يۈرەك سوقۇشى توختاشنى پەيدا قىلىپ، يۈرەكنىڭ تۈيۈقسىز توختىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

1) تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسەللىكى: يۈرەك قان تومۇر كېسەللىكلىرىنىڭ 80% نى ئىگىلەيدۇ. ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك، ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، تاجسىمان ئارتېرىيە كەپلىمىسى قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

2) تاجسىمان ئارتېرىيىدىكى بوتقىسىمان قېتىشتىن باشقا كېسەللىكلەر: تاجسىمان ئارتېرىيىدىكى تۇغما غەيرىيلىك، تاجسىمان ئارتېرىيە ئېغىزى تارىيىش، تاجسىمان ئارتېرىيە يالليۇغى، ئارتېرىيە ئوتتۇرا قەۋتى قېتىشىش قاتارلىقلار.

3) يۈرەك مۇسكۇل كېسەللىكلىرى: قېلىنلاشقان توسۇلۇشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى، كېڭىيىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى، كېشەن كېسىلى، ۋىرۇسلۇق ياكى رېماتىزملىق يۈرەك مۇسكۇل يالليۇغى، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ كراخمالسىمان ئۆزگىرىشى، بوغما يۈرەك مۇسكۇل يالليۇغى قاتارلىقلار.

4) غول ئارتېرىيە كېسەللىكلىرى: غول ئارتېرىيە يېرىلىش، غول ئارتېرىيىدىكى تۇغما غەيرىيلىك، غول ئارتېرىيىدىكى بوتقىسىمان قېتىشىشچان ئارتېرىيە ئۆسمىسى، ئارا قەۋەت ئارتېرىيە ئۆسمىسى قاتارلىقلار.

5) يۈرەك كلاپان كېسەللىكلىرى: كلاپان تارىيىش ياكى توسۇلۇش، يۈرەك ئىچكى پەردە يالليۇغى، ئىككى قاناتلىق قاپقاق ساڭگىلاش قاتارلىقلار.

6) باشقا كېسەللىكلەر: يۈرەك ئۆسمىسى، يۈرەك قېپى تىنمىسى، يۇقىرى قان بېسىملىق يۈرەك كېسىلى، تۇغما يۈرەك كېسىلى، يۈرەك زەئىپلىشىش، ئۆپكە ئارتېرىيە كەپلىمىسى، Q—T ئارىلىق دەۋرى ئۇزىراش يىغىندى كېسەللىك ئالامىتى قاتارلىقلار.

2. يۈرەك كېسەللىكىدىن باشقا سەۋەبلەر.

1) تاسادىپىي ھادىسىلەر: توك سوقۇۋېتىش، تۇنجۇقۇش، ئۆلۈۋېلىش، ئېغىر زەخمىلىنىش، بولۇپمۇ مېڭە، كۆكرەك، قورساق ۋە مۇچە زەخمىلىنىشتىن كېلىپ چىققان ئۆتكۈر ياغ نۆكچىسى كەپلىمىسى قاتارلىقلار.

2) ھەر خىل سەۋەبلەردىن بولغان شوك ۋە زەھەرلىنىش: مەسىلەن: يۇقۇملىنىش، زىيادە سېزىمچانلىق، قان يوقىتىشتىن بولغان شوك، كاربون چالا ئوكسىدى، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرى، چاشقان دورىسى، تىنچلاندۇرۇش دورىسى ياكى باشقا خىمىيىلىك ماددىلاردىن زەھەرلىنىش، ئاكونىتىن (乌头碱)، دىگىتالىس (洋地黄) قاتارلىق يۈرەك رىتمىسىزلىنىشقا قارشى دورىلاردىن كېلىپ چىققان يامان سۈپەتلىك يۈرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش، ئامىنو فىللىن (氨茶碱) ۋە كالتسىي خلورىد (氯化钙) قاتارلىقلارنى ۋېنادىن بەك تېز سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى يۈرەكنىڭ تۈيۈقسىز

توختاپ قېلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

3) كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ ئېغىر تەڭكەشلىكى ۋە ئېلېكترولىت ماددىلارنىڭ قالايمىقانلىشىشى: كىسلاتادىن ئېغىر زەھەرلىنىش، قاندىكى كالىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشى ياكى تۆۋەنلەپ كېتىشى قاتارلىقلار.

4) ناركوز، ئوپېراتسىيە ۋە كلىنىكىدىكى باشقا تەكشۈرۈش، داۋالاش، تېخنىكا مەشغۇلاتلىرى: ناركوز تاسادىپىيلىقى، يۈرەك ئوپېراتسىيىسى، ئىچكى ئەزالارنى تارتىپ سۈزۈشتىن كېلىپ چىققان ئاداشقان نېرۋا رېفلېكسى، كۆكرەك ۋە يۈرەك قېپىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى، يۈرەكنى نەيچىلىك تەكشۈرۈش، يۈرەك تومۇرلىرىنى سايىلاندۇرۇش، سۈنئىي يۈرەك قوزغاتقۇچتىن كاشىلا چىقىش قاتارلىقلار.

5) باشقىلار: ئېغىر دەرىجىدىكى ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالىلۇغى، مېڭە تومۇر تاسادىپىيلىقلىرى قاتارلىقلار.

ئومۇمەن بىۋاستە ياكى ۋاستىلىك ھالدا تۆۋەندىكى ھالقىلارغا تەسىر كۆرسەتكۈچى ئامىللار يۈرەكنىڭ تۈيۈقسىز توختاپ قېلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

يۈرەك رېتىمى تەرتىپسىزلىنىش يۈرەكنىڭ قىسقىرىشى ئاجىزلاش، يۈرەك تۈيۈقسىز توختاش، يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى ئازىيىشى، تاجسىمان ئارتېرىيىگە قان قۇيۇلۇش ئازىيىش.

3. يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۈقسىز توختاپ قېلىشنىڭ ئېلېكتروكاردىئوگراممىدىكى ئىپادىلىرى.

1) يۈرەك قېرىنچە تىترىشى: يۈرەكنىڭ قېرىنچە مۇسكۇلىنىڭ ھەرىكىتى تەرتىپسىز بولۇپ، يۈرەكنىڭ قان چىقىرىشى ئاساسەن توختايدۇ. بۇ تۇردىكى يۈرەك توختاشنىڭ يۈز بېرىشى نىسبىتى ئەڭ كۆپ. يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ ئەسلىگە كېلىش ئېھتىماللىقىمۇ ئەڭ يۇقىرى، ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى بولمايدۇ. پەقەت چوڭ ـ كىچىكلىكى ئوخشاش بولمىغان تىترەش دولقۇنلا بولىدۇ.

2) يۈرەك قېرىنچىسى ھەرىكەتسىز توختاش: يۈرەك توختىغان ھالەتتە بولۇپ يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ ھەرىكىتى تامامەن يوقىلىدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ ئېلېكتىر ھەرىكىتى بولمايدۇ. تۈز سىزىق چىقىدۇ ياكى تاسادىپىي P دولقۇن كۆرۈلىدۇ.

3) يۈرەكنىڭ ئېلېكتر ـ مېخانىك رولىنىڭ ئايرىلىشى: يۈرەكنىڭ كېڭىيىش قىسقىرىش ھەرىكىتى تامامەن توختاپ قان چىقىرىش رولى يوقايدۇ. ئەمما بىئولوگىيىلىك ھەرىكىتى يەنىلا مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا تىپىك بولمىغان يۈرەك قېرىنچە دولقۇنى (ئاستا، تۆۋەن، ئەمما، كەڭ بولغان) بولۇپ يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ

قىسقىرىش ھەرىكىتىنى پەيدا قىلالمايدۇ.

4. يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ قېلىشقا دىئاگنوز قويۇش.

يۈرەك ھەرىكىتى توختىغاندىن كېيىن قان ئايلىنىشىمۇ توختايدۇ. بىماردا ئۇچ سېكۇنت ئىچىدە باش قېيىش، 20 ~ 10 سېكۇنت ئىچىدە ھوشىنى يوقىتىش، تارتىشىش يۈز بېرىدۇ. 60 ~ 30 سېكۇنت ئىچىدە نەپەس توختايدۇ. 60 ~ 45 سېكۇنتتا قارىچۇقى كېڭىيىپ مۇقىملىشىدۇ. تۆۋەندىكى كېسەللىك ئالامەتلىرى ۋە بەدەن بەلگىلىرىگە ئاساسەن دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

1) تۈيۇقسىز ھوشىنى يوقىتىش.

2) چوڭ ئارتېرىيە تومۇرلارنىڭ سوقۇشى ۋە يۈرەك تاۋۇشى بولماسلىق.

3) چىرايى ئالدى بىلەن تاتىرىپ ئاندىن كۆكىرىش.

4) كۆز قارىچۇقى يوغىناش.

5) نەپەس توختاش ياكى ئۇزۇپ نەپەسلىنىش.

6) ئوپېراتسىيىدە بىمارنىڭ يۈرەك ياكى چوڭ ئارتېرىيە تومۇرىنىڭ سوقۇشى تۈيۇقسىز توختاپ قېلىش ياكى يارا يۈزىدىكى قانىنىڭ رەڭگى قارىداش، قان سىرغىش ياكى چىقىش توختاپ قېلىش.

يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن ھوشىنى يوقىتىش، بويۇن ئارتېرىيىسىنىڭ سوقۇشى توختاش، كۆكىرىش قاتارلىقلارلا كۆرۈلىدىكەن ئەڭ ياخشىسى 15 ~ 30 سېكۇنت ئىچىدە دىئاگنوز قويۇش ھەمدە دەرھال يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى باشلاش كېرەك. تولۇق دىئاگنوز قويمەن دەپ قۇنقۇزۇش پۇرسىتىنى قولدىن بېرىپ قويۇشقا قەتئىي بولمايدۇ.

§ 2. يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش نىڭ قەدەم باسقۇچلىرى (CPD)

يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ 4 ~ 6 مىنۇتتىن كېيىن مېڭە توقۇلمىلىرىدا ئەسلىگە قايتمايدىغان كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولغاچقا، دىئاگنوز قويۇلغان ھامان، دەرھال ئۇنۇملۇك بولغان يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى باشلاش كېرەك. ئەسلىگە كەلتۈرۈش تۆۋەندىكى ئۈچ باسقۇچنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ: ① دەسلەپكى باسقۇچلۇق ئەسلىگە كەلتۈرۈش ياكى ئاساسىي ھاياتلىقنى قوللاش. ② ئىككىلەمچى باسقۇچلۇق ئەسلىگە كەلتۈرۈش ياكى ھاياتلىقنى قوللاشنى كۈچەيتىش. ③ ئاخىرقى باسقۇچلۇق ئەسلىگە كەلتۈرۈش ياكى ئۇزۇن مۇددەتلىك ھاياتلىقنى قوغداش.

1. ئاساسي هاياتلىقنى قوللاش.

يۇرەك ھەربكتىنىڭ تۈيۈقسىز توختاپ قېلىشى كۆپىنچە دوختۇرخانا سىرتىدا يۈز بەرگەچكە، نەق مەيداندا تېببىي سايمانلار ۋە دورا بولمايدۇ، شۇڭا ئاساسي هاياتلىقنى قوللاش، قۇتقۇزۇشتا قۇرۇق قولغا تايىنىشقا توغرا كېلىدۇ. يۇرەك ھەربكتىنىڭ تۈيۈقسىز توختاپ قېلىشىنىڭ سەۋەبى نېمە بولۇشىدىن قەتئىينەزەر، دەسلەپكى قۇتقۇزۇش مەشغۇلاتى ئاساسەن ئوخشاش بولۇپ A، B، C دىن ئىبارەت ئۇچ باسقۇچنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئەگەر يۇرەك تىترەشنى ئاپتوماتىك يوقاتقۇچ ئىشلىتىلسە قۇتقۇزۇش جەريانى A، B، C، D دىن ئىبارەت تۆت باسقۇچقا كېڭىيىدۇ. بۇ تۆت باسقۇچ: نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش (A)، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش (B)، سۈنئىي قان ئايلىنىش (C)، تىترەشنى يوقىتىش (D) دىن ئىبارەت.

1) A (assessmentairway) ھوشىنى يوقاتقانلىقىغا ھۆكۈم قىلىش ۋە نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش.

(1) بىمارنىڭ ھوشى بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش: بىمارنىڭ يۇرەك ھەربكتىنىڭ تۈيۈقسىز توختاپ قالغانلىقىدىن گۇمان قىلىنغان ھامان، دەرھال مۇرىسىگە ئۇرۇپ بېقىش ياكى سىلكىپ بېقىش، بىمارنىڭ قۇلىقىغا يېقىن كېلىپ يۇقىرى ئاۋازدا ئىسمىنى چاقىرىش ياكى «نېمە بولدىڭىز؟» دېگەندەك ئاددىي سوئاللارنى سوراش كېرەك. شۇنىڭ بىلەن بىرگە ئىككى كۆز قارىچۇقىنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكىنى تەكشۈرۈش، ئەگەر ئىنكاس بولمىسا، دەرھال بارماق بىلەن بىمارنىڭ رېنجۇڭ (人中)، خېگۇ (合谷) پەللىسىنى بەش سېكۇنت ئەتراپىدا بېسىپ بېقىش لازىم. ھۆكۈم قىلىش جەريانىدا بىخەتەرلىككە كاپالەتلىك قىلىش ئۈچۈن ئەتراپتىكى مۇھىتتا خەتەرلىك ئامىللارنىڭ بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش: بىمارنىڭ ھوشىدىن كەتكەنلىكىگە دەسلەپكى قەدەمدە ھۆكۈم قىلىنغان ھامان دەرھال ئەتراپىدىكىلەرنى ياردەمگە چاقىرىش كېرەك. ياردەمگە كەلگۈچىلەر بىمارنىڭ يۇرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە ياردەملەشكەندىن باشقا تېلېفون ئارقىلىق جىددىي قۇتقۇزۇش تارماقلىرىنى (يەنى 120) قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشى لازىم.

(3) بىمارنى مۇۋاپىق بەدەن ھالىتىدە قويۇش: بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلىدۇ. يەنى باش، بويۇن، بەدىنى بىر تۈز سىزىق ھالىتىدە قاتتىق يەر ياكى كارىۋات ئۈستىگە ياتقۇزۇلىدۇ.

(4) نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش: نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقى سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنىڭ ئالدىنقى شەرتى. يۇرەك ھەربكتى تۈيۈقسىز توختىغاندا نەپەس يولى توسۇلۇپ قېلىشنى ئاساسەن تىل بوغۇزغا قاپلىشىپ قېلىش ۋە نەپەس يولىدىكى يات جىسىم (قان، ئاجراتمىلار، ئاشقازان ئىچى تەركىبلىرى) كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

① تىل بوغۇزغا قاپلىشىپ قېلىشنى بىر تەرەپ قىلىش: ھوشىنى يوقاتقان بىمارلارنىڭ مۇسكۇل كېرىلىش كۈچى تۆۋەنلەپ، تىل تۈۋى كەينىگە ئولتۇرۇشۇپ، بوغۇزغا قاپلىشىپ قېلىپ نەپەس يولىنى توسۇۋالىدۇ. تىل تۈۋى تۆۋەنكى جاغقا تۇتاشقاچقا تۆۋەنكى جاغنى ئۇستىگە كۆتۈرگەندە تىل تۈۋى بوغۇز - يۇتقۇنچاقتىن ئاجراپ نەپەس يولى ئېچىلىدۇ. كۆپ قوللىنىلىدىغان ئىككى خىل ئۇسۇل تۆۋەندىكىچە:①باشنى كەينىگە ئېگىپ تۆۋەن جاغنى كۆتۈرۈش: بىر قول بىمارنىڭ پېشانىسىگە قويۇلۇپ ئالقان بىلەن كەينىگە ئىتتىرىلىدۇ. يەنە بىر قولنىڭ كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن تۆۋەن ئېگەك (تۆۋەنكى جاغ بۇلۇڭى) ئۇستىگە كۆتۈرۈلىدۇ (2.4 - رەسىم) مەشغۇلات ئېلىپ بارغاندا تۆۋەنكى جاغنىڭ يۇمشاق توقۇلمىسىدىن كۆتۈرمەي سۆڭەك قىسمىدىن كۆتۈرۈش كېرەك. بولمىسا نەپەس يولىنى توسۇۋېلىشى مۇمكن.②باشنى كەينىگە ئېگىپ بويۇننى كۆتۈرۈش: بىر قول بىلەن بويۇن ئۇستىگە كۆتۈرۈلۈپ يەنە بىر قولدا پېشانە ئاستىغا بېسىلىدۇ. باش كەينىگە $25 \sim 45^{\circ}$ ئەتراپىدا ئېگىلىدۇ. بۇ خىل ئۇسۇلنىڭ ئۇنۇمى تۆۋەنكى جاغنى كۆتۈرگەنچىلىك ياخشى ئەمەس، ئۇنىڭ ئۇستىگە بوينى زەخمىلەنگۈچىلەرگە قوللىنىشقا بولمايدۇ.



1.4 - رەسىم.

②نەپەس يولىدىكى يات جىسىمتى بىر تەرەپ قىلىش:①قول بارماق بىلەن تازىلاش: ھوشىدىن كەتكەن، ئېغىز، بوغۇز قىسمىدا يات جىسىم بولغان بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. باشنى ئېگىپ جاغنى كۆتۈرگەندە تىل تۈۋى بوغۇزدىن ئاجرايدۇ. ئاندىن كۆرسەتكۈچ بارماق بىمارنىڭ قوۋۇزىدىن بوغۇزىغا تىقىلىپ، ئېغىز، بوغۇزدىكى يات جىسىملار تازىلىنىدۇ؛ ②قورساقنى دولقۇنسىمان بېسىش: قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ تىزىغا مىنگىشىپ ئولتۇرۇپ بىر قولنىڭ ئالقان تۈۋىنى بىمارنىڭ يۇقىرى قورساق قىسمىغا قويۇپ (خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە بىلەن كىندىكنىڭ ئارىسى) يەنە بىر قولنىڭ ئالقىنىنى بىرىنچى قولنىڭ دۇمبىسىگە قويۇپ دىئافراگما مۇسكۇلى يۇنىلىشىدە كۈچەپ، تېزلىكتە، ئارقا - ئارقىدىن بەش قېتىم ئىتتىرىپ باسىدۇ. شۇ ئارقىلىق يات جىسىمنىڭ چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ؛②سايمان بىلەن يات جىسىمنى تازىلاش: شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا يۇتقۇنچاق ئەينىكى، تىل بېسىش تاختايچىسى، قول چىراغ، قىسقۇچ قاتارلىقلار ئىشلىتىلىپ يات جىسىم تازىلىنىدۇ. جەددىي

ئەھۋالدا ھالقىسمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقىمۇ بولىدۇ.

2) B (breathing) سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش. نەپەس يولى راۋانلاشقاندىن كېيىن «قۇلاقتا ئاڭلاپ، كۆزدە كۆرۈپ، يۈزدە سېزىش» ئارقىلىق بەش سېكۇنت ئىچىدە نەپەس بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش كېرەك، يەنى ئۇسۇلى: بىمار نەپەس يولى راۋانلاشقان بەدەن ھالىتىدە ياتقۇزۇلغاندىن كېيىن قۇلاقنى بىمارنىڭ ئېغىز - بۇرنىغا يېقىن ئېلىپ كېلىپ نەپەس ئاۋازىنى ئاڭلاش، يۈز ئارقىلىق نەپەس ھاۋا ئېقىمىنى ھېس قىلىش، كۆزى بىلەن كۆكرەك ۋە قورساقنىڭ يۇقىرى - تۆۋەن نەپەس ھەرىكىتىگە قاراش، شۇ ئارقىلىق نەپەس بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش كېرەك (2.4 - رەسىم).



2.4 - رەسىم.

(1) ئېغىزنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش:

نورمال ئادەم پۈركۈپ چىقارغان ھاۋانىڭ تەركىبىدە 16% ئوكسىگېن، 4% كاربون تۆت ئوكسىد بولىدۇ. ئەگەر ئادەم چوڭقۇر تىنىپ نورمال ۋاقىتتىكىدىن ئىككى ھەسسە كۆپ ھاۋا سۈمۈرسە، ئۇ دەسلىپىدە پۈركۈپ چىقارغان ھاۋا ئاساسەن ئۆپكىنىڭ ئاناتومىيىلىك ئۈنۈمسىز رايونىدىكى ھاۋا بولۇپ ئوكسىگېن 18% كە يېتىدۇ. كاربون تۆت ئوكسىد بولسا 2% ئەتراپىدا بولىدۇ. پۈركەپ چىقىرىلغان بۇ بۆلەك ھاۋا بىر ئادەمنىڭ ھاياتىنى ساقلاپ قېلىش ئېھتىياجىنى قاندۇرالايدۇ. شۇڭلاشقا نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرغاندىن كېيىن دەرھال ئېغىزنىنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنى باشلاش كېرەك. ئېغىزنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنىڭ مەشغۇلاتى ئاددىي بولۇپ، نەق مەيدانداً جىددىي قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىشقا ماس كېلىدۇ. قۇتقۇزغاندا، بىمارنىڭ نەپەس يولى راۋانلاشتۇرۇلۇپ ئېغىز ئوچۇق ھالەتتە ياتىدۇ. قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ پېشانىسىنى بېسىپ تۇرغان قولىنىڭ باش ۋە كۆرسەتكۈچ بارمىقى بىلەن بىمارنىڭ بۇرنىنى قىسىپ، چوڭقۇر نەپەسلىنىپ، ھاۋا سۈمۈرۈپ، ئېغىزنىنى ئېچىپ كالپۇكى بىلەن بىمارنىڭ كالپۇكىنى ھەم يەملەپ كۇچەپ تاكى بىمارنىڭ كۆكرىكى كۆتۈرۈلگۈچىلىك ھاۋانى بىمارنىڭ ئېغىزىدىن پۈركەپ كىرگۈزىدۇ (3.4 - رەسىم).



3.4 ـ رەسىم.

بۇ جەريانداا ھاۋا پۇركۇش تېز ۋە يېتەرلىك بولۇشى كېرەك، تەخمىنەن 0. 2 ～ 1.5 سېكۇنت ئىچىدە ھاۋانى كىرگۈزۈپ بولغاندىن كېيىن ئېغىزنى ئاجرىتىپ بىمارنىڭ بۇرنىنى قويۇۋېتىش ھەمدە كۆكرەكنىڭ پەسەيگەنلىكىگە دىققەت قىلىش لازىم. ئېغىزنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرگەندە مىنۇتىغا 12 ～ 16 قېتىم، ھەر قېتىمدا 800ml～1000ml ئەتراپىدا ھاۋا كىرگۈزۈش تەلەپ قىلىنىدۇ. ئەگەر پۇركۇپ كىرگۈزۈلگەن ھاۋا 1200ml دىن ئېشىپ كەتسە ئاشقازانغا ھاۋا يىغىلىپ قېلىشنى ۋە ئۆپكە كاۋاكچىلىرىنىڭ يېرىلىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. مەشغۇلات ۋاقتىدا بىمارنىڭ ئېغىزىغا نېپىز بىر قەۋەت داكا قويۇۋېلىشقىمۇ بولىدۇ. نەپەسلەندۈرگەن پەيتتە كۆكرەكنى سىرتتىن بېسىشنى توختىتىش كېرەك. بالىلارنى قۇتقۇزغاندا پۇركۇپ كىرگۈزۈلىدىغان ھاۋانىڭ مىقدارى بالىنىڭ يېشىغا قاراپ ئوخشاش بولمايدۇ. ئادەتتە كۆكرەكنىڭ كۆتۈرۈلۈشىنى ئاساس قىلىش كېرەك.

(2) ئېغىزنى بۇرۇنغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش: چىشى كىرىشىپ قالغان ياكى ئېغىزى ئېغىر زەخمىلەنگەن بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. بىمارنىڭ كالپۇكى توسۇۋېلىنىپ، قۇتقۇزغۇچنىڭ كالپۇكى بىمارنىڭ بۇرۇن تۆشۈكى ئەتراپىغا ھىم يېقىلىپ ھاۋا بۇرۇن تۆشۈكىدىن پۇركۇپ كىرگۈزۈلىدۇ.

(3) ئېغىزنى ئېغىز بۇرۇنغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش: بوۋاقلارنى قۇتقۇزغاندا ئېغىز بوۋاقنىڭ ئېغىز بۇرنىغا ھىم يەملىنىپ ھاۋا پۇركۇپ كىرگۈزۈلىدۇ.

3) C (circulation) سۈنئىي قان ئايلىنىش.



4.4 ـ رەسىم.

بىماردا ئۆز قان ئايلىنىش بار ـ يوقلۇقى كۆپىنچە بويۇن ئارتېرىيىسى تۇتۇلۇش ئارقىلىق تەكشۈرۈلىدۇ. يەنى بىمار ئالدى بىلەن ئىككى قېتىم سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈلىدۇ. قۇتقۇزغۇچى كۆز-سەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقىنىڭ ئۇچى بىلەن بىمارنىڭ كانىيىنى سىيلاپ (ئەرلەرنىڭ بۇغدىيىكىنى تۇتسىمۇ بولىدۇ)، ئوك ياكى سولغا 2cm～3cm ئەتراپىدا سىيرىلدۇرۇپ، يۇمشاق توقۇلمىنى يېنىك ئەمما چوڭقۇر باسقاندا بويۇن ئارتېرىيىسىنىڭ سوقۇشىنى ھېس قىلالايدۇ (4.4 ـ رەسىم). ئەگەر تومۇر

سوقۇشى بولمىسا بىمارنىڭ ئۆز قان ئايلىنىشى توختىغان بولۇشى مۇمكىن. تەكشۈرۈش ۋاقتى ئون سېكۇنتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى لازىم. ئەمەلىي قۇنقۇزۇشتا تومۇر تۇتقاندا، قۇنقۇزغۇچنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ ئېرىشكەن نەتىجىمۇ ئوخشىماسلىقى مۇمكىن. يەنى قان ئايلىنىشى بار تۇرۇپ ھېس قىلالماسلىق ياكى بولمىسىمۇ بارەڭ ھېس قىلىش، شۇڭلاشقا ئۆز قان ئايلىنىشىنىڭ بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىشتا باشقا ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىنىمۇ تەكشۈرۈش كېرەك. جىددىي قۇنقۇزۇشتا سۈنئىي قان ئايلاندۇرۇش كۆكرەك سىرتىدىن يۇرەكنى بېسىش ۋە كۆكرەك ئىچىدىن يۇرەكنى بېسىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. نەق مەيدانda ۋە جىددىي ئەھۋالدا ئاساسەن كۆكرەك سىرتىدىن يۇرەكنى بېسىش قوللىنىلىدۇ.

(1) قانۇنىيىتى.

① «كۆكرەك پومپا» نەزەرىيىسى: كۆكرەكنى سىرتىدىن باسقاندا كۆكرەك ئىچى بېسىمى يۇقىرىلاپ، يۇرەك ۋە چوڭ تومۇرلار سىقىلىپ، قان چوڭ - كىچىك تومۇرلارغا قاراپ ئاقىدۇ. چوڭ ۋېنالارنىڭ كۆكرەك قىسمىنىڭ بېسىمغا ئۇچرىشى، شۇنداقلا ۋېنا قاپقىقىنىڭ تەسىرىدىن قاننىڭ قايتىشى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ. غول ئارتېرىيىنىڭ تومۇر دىۋارى نىسبەتەن قېلىن، ھەجمى نىسبەتەن كىچىك بولغاچقا، بېسىمغا بولغان قارشىلىقى نىسبەتەن كۈچلۈك بولۇپ، ئوچۇق ھالەتتە تۇرىدۇ. بېسىمغا ئۇچرىسىمۇ قان يەنىلا بەدەنگە ئاقىدۇ. غول ئارتېرىيە بېسىمىمۇ كۆرۈنەرلىك ئېشىپ قاننىڭ كۆكرەك سىرتىدىكى تومۇرلارغا ئېقىشىنى تېخىمۇ ئىلگىرى سۈرىدۇ. كۆكرەكنى بېسىش توختىغاندىن كېيىن كۆكرەك ئىچى بېسىمى بېسىشنىڭ ئالدىدىكى ھالەتكە قايتىپ، قان ئايلىنىشتىكى قان ۋېنا ئارقىلىق يۇرەككە قايتىپ كېلىدۇ.

② «يۇرەك پومپا» نەزەرىيىسى: كۆكرەك ئېلاستىكلىققا ئىگە. كۆكرەكنى باسقاندا قوۋۇرغا كۆمۇرچىكى ۋە تۆش سۆڭىكى تۆۋەنگە بېسىلىدۇ. كەينىدىكى ئومۇرتقا قاتتىق بولۇپ يۇرەكنى ۋاستىلىك بېسىمغا ئۇچرىتىدۇ. غول ئارتېرىيە ۋە ئۆپكە ئارتېرىيە قاپقىقى ئېچىلىپ قان سىقىپ چىقىرىلىدۇ. بېسىش توختىغاندا كۆكرەك ئىچى مەنپىي بېسىمى كۈچىيىپ ۋېنادىكى قان يۇرەككە قايتىپ كېلىدۇ.

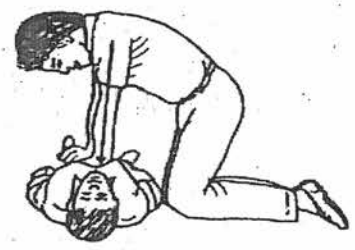
مەيلى قايسىلا نەزەرىيە بولمىسۇن، توغرا مەشغۇلات ئېلىپ بېرىلسا، ۋاقىتلىق سۈنئىي قان ئايلىنىشنى پەيدا قىلىپ، مېڭە ۋە تاجسىمان ئارتېرىيىنى قان بىلەن تەمىنلەپ، ئەسلىگە قايتمايدىغان زەخمىلىنىش يۈز بېرىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش مۇمكىنچىلىكى بولىدۇ.

(2) مەشغۇلات.

① بىمارنىڭ بەدەن ھالىتى: بىمار قاتتىق ئورۇندا (كارىۋات ياكى يەر) ئوڭدا ياتقۇزۇلىدۇ. ئەگەر يۇمشاق كارىۋات بولسا بىمارنىڭ ئاستىغا قاتتىق تاختاي قويۇش كېرەك. ئەمما تاختاي ئىزدەيمەن دەپ قۇنقۇزۇش ۋاقتىغا تەسىر يەتكۈزۈشكە بولمايدۇ. قۇنقۇزغۇچى بىمارنىڭ بىر تەرىپىدە (كۆپىنچە ئوڭ تەرىپىدە) تۇرىدۇ ياكى يۇكۇنۇپ ئولتۇرىدۇ.

② بېسىش ئورنى: چوڭ ئادەمنى قۇتقۇزغاندا تۆش سۆڭىكىنىڭ ئوتتۇرا، تۆۋەن 1/3 قىسمى تۇتاشقان ئورۇن بېسىلىدۇ. قۇتقۇزغۇچى كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن قوۋۇرغا ئەگمىنى يۇقىرى، ئىچ يۆنىلىش بويىچە سىيلاپ، ئىككى تەرەپ قوۋۇرغا ئەگمە تۇتاشقان ئورۇندىن تۆش سۆڭەك تۆۋەن ئويۇقىنى تېپىپ، شۇ ئىككى بارماقنى جۇپلەپ تۆۋەن ئويۇقىنىڭ يۇقىرىسىغا توغرىسىغا قويىدۇ (5.4 - رەسىم). يەنە بىر قولنىڭ ئالقان تۇۋىنى كۆرسەتكۈچ بارماقتا تەگكۈزۈپ تۇرۇپ يۇقىرىسىدىكى تۆش سۆڭەك ئۈستىگە قويىدۇ. ئاندىن ئورۇن بەلگىلەشكە ئىشلەتكەن قولنىڭ ئالقان تۇۋىنى ئالدىنقى قولنىڭ دۈمبىسىگە ئۈستىلەپ قويۇپ، ئىككى قول بارماقلىرىنى ئاستى - ئۈستىلەپ گىرەلەشتۇرىدۇ. ئەمما قول بارماقلىرى كۆكرەكتىن ئاجرىلىپ ئالقان تۇۋىلا كۆكرەككە تېگىپ تۇرىدۇ. بوۋاقلارنى قۇتقۇزغاندا ئىككى تەرەپ ئەمچەك تۇگمىسىنى تۇتاشتۇرغۇچى سىزىق بىلەن تۆش سۆڭەك ئوق سىزىقىنىڭ كېسىشكەن نۇقتىسىنىڭ بىر بارماق 1.5cm تۆۋىنىدىن بېسىلىدۇ.

③ قۇتقۇزغۇچىنىڭ بەدەن ھالىتى: قۇتقۇزغۇچى ئىككى بىلىكىنى تۇز تۇتۇشى، جەينەكىنى ئېگىۋالماسلىقى كېرەك. ئىككى مۇرىسى بىمارنىڭ تۆش سۆڭىكىنىڭ دەل ئۈستىگە توغرا كېلىدۇ. يۇقىرى بەدەن ئېغىرلىقىدىن پايدىلىنىپ مۇرە، بىلەكنىڭ كۈچى بىلەن تىك يۆنىلىشتە ئاستىغا كۈچەپ باسىدۇ (6.4 - رەسىم)، شۇنىڭغا ئەگىشىپلا بېسىشتىن توختاپ بەدەن ئەركىن ھالەتكە ئالمىشىدۇ. ئەركىن ھالەتتە ئالقان تۇۋى تۆش سۆڭەكتىكى بېسىش نۇقتىسىدىن ئاجرالماسلىقى، ئۇلاپلا ئىككىنچى قېتىملىق بېسىش باشلىنىشى كېرەك. باسقان ۋاقىت ۋە قويۇۋەتكەن ۋاقىت ئاساسەن ئوخشاش. بالىلارنى قۇتقۇزغاندا بىرلا قولنى ئىشلەتىشكە بولىدۇ. بوۋاقلارغا كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا ئىككى بارماق ئۇچىنىلا ئىشلىتىش كۇپايە.



6.4 - رەسىم.



5.4 - رەسىم.

④ بېسىش قېتىم سانى: چوڭلارنى مىنۇتىغا 100 قېتىم، بوۋاقلارنى مىنۇتىغا 100 قېتىمدىن ئارتۇق بېسىش كېرەك. بالا قانچە كىچىك بولسا بېسىش قېتىم سانى شۇنچە كۆپ بولىدۇ.

⑤ بېسىش چوڭقۇرلۇقى: چوڭلاردا تۆش سۆڭىكى 4cm～5cm ئاستىغا بېسىلىدۇ.

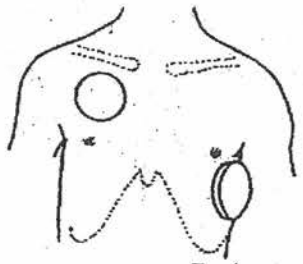
بوۋاقلاردا 2cm ئەتراپىدا بېسىلىدۇ.

⑥ بېسىش ۋە سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنىڭ نىسبىتى: يالغۇز ئادەم قۇتقۇزغاندا كۆكرەكـ نى ھەر 15 قېتىم باسقاندىن كېيىن ئىككى قېتىم سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك. يەنى بېسىش، نەپەسلەندۈرۈش نىسبىتى 2:15 بولىدۇ. ئىككى ئادەم قۇتقۇزغاندا بىر ئادەم كۆكرەكنى باسىدۇ. يەنە بىر ئادەم سۈنئىي نەپەسلەندۈرىدۇ. كۆكرەك ھەر بەش قېتىم بېسىلغاندا بىر قېتىم سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئېلىپ بېرىلىدۇ. سۈنئىي نەپەسلەندۈـ رۈش، چوقۇم كۆكرەكنى بېسىش توختىغان ھامان ئېلىپ بېرىلىشى كېرەك. چارچاشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن قۇتقۇزغۇچىلار ئۆزئارا ئالمىشىپ ياكى باشقىلار بىلەن ئالمىشىپ قۇتقۇزۇش ئېلىپ بارسا بولىدۇ. كۆكرەكنى بېسىپ بىر مىنۇتتىن كېيىن تومۇر سوقۇش، نەپەس ۋە كۆز قارىچۇقىنى بىر قېتىم تەكشۈرۈش، ئۇندىن كېيىن ھەر 4 ~ 5 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكشۈرۈپ تۇرۇش كېرەك. ئەمما تەكشۈرۈش ۋاقتى بەش سېكۇنتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى، ئەڭ ياخشىسى باشقىلار يارەملىشىشى كېرەك.

(3) ئەگەشمە كېسەللىكلەر.

مەشغۇلات، كۆكرەك سىرتىدىكى بېسىلىدىغان ئورۇن ياكى قۇتقۇزغۇچىنىڭ قول ھالـ تىنىڭ توغرا بولماسلىقى، باسقاندا زىيادە كۈچەش، ياشانغانلاردىكى سۆڭەك شالاڭلىشىش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى قوۋۇرغا، تۆش سۆڭەكلىرىنىڭ سۇنۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى ۋە قان، گازلىق كۆكرەك، جىگەر، تالىنىڭ يېرىلىشىنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن. شۇڭا قۇتقۇزغاندا توغرا ھۆكۈم قىلىش، يۇقىرىقىدەك ئەگەشمە كېسەللىكلەر يۈز بەرسە، شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا كۆكرەكنى ئېچىپ كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى بېسىش، زۆرۈر تېپىلغاندا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىپ ئەگەشمە كېسەللىكنى داۋالاش كېرەك.

(4) D (defibrillation) تىترەشنى يوقىتىش. چوڭلاردا يۈرەكنىڭ تۈيۈقسىز توختىتـ شىنى پەيدا قىلغۇچى ئاساسلىق سەۋەب قېرىنچە تىترىشى، تىترەشنى ئېلېكترلىك يوقىتىش نۆۋەتتە قېرىنچە تىترىشنى يوقىتىشنىڭ ئەڭ ئۈنۈملۈك ئۇسۇلى. تىترەشنى يوقىتىشنىڭ مۇۋەپپەقىيەتلىك بولۇش نىسبىتى ۋاقىتنىڭ ئۆتۈشىگە ئەگىشىپ تېزلىكتە تۆۋەنلەيدۇ. قېرىنچە تىترىشى بىر نەچچە مىنۇت ئىچىدىلا قېرىنچىنىڭ ھەرىكەتتىن توختىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، بۇ ۋاقىتتا قۇتقۇزۇشنىڭ ئەھمىيىتى ئاساسەن يوق دېيەرلىك. شۇڭلاشقا ئامال بار ئەڭ تېز سۈرئەتتە يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش بىلەن بىرگە تىترەشنى يوقىتىشنىمۇ تەڭلا ئېلىپ بېرىش كېرەك. ئەگەر چوڭلاردا زەخمىسىز يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۈقسىز توختاپ قېلىش يۈز بەرسە، نەق مەيداندىكى قۇتقۇزغۇچى ئالدى بىلەن مۇشتىمى بىلەن كۆكرەك سىرتىدىن بىر قېتىم ئۇرسا بولىدۇ. يەنى مۇشتىمىنى تۆگۈپ، كىچىك بېلىقچە گۆش تەرىپىدە بىمار بەدىنگە تىك قىلىپ، كۆكرەك سىرتىدىن باسىدىغان ئورۇنغا 30 سانتىمېتىر ئېگىزلىكتىن ئۇرىدۇ. ئەمما بەك كۈچەپ كېتىشكە بولمايدۇ.



7.4 ـ رەسىم.

كۆكرەك سىرتىدىن تىترەشنى ئېلېكتر قۇتۇپلۇق يوقىتىشـ
ـنىڭ ئورنى ئالدى يان تەرەپتە: يەنى ئالدىنقى ئېلېكتر قۇتۇپ
تۆش سۆڭەكنىڭ ئوڭ تەرىپى، ئوقۇرەك سۆڭەكنىڭ ئاستى تەرـ
پىگە قويۇلىدۇ. يان ئېلېكتر قۇتۇپ سول تەرەپ 4 ~ 5
قوۋۇرغا ئارىلىقىنىڭ (سول ئەمچەك توپچىسى) سول تەرىپىگە
قويۇلىدۇ (7.4 ـ رەسىم). ئېلېكتر قۇتۇپنىڭ مەركىزى
قولتۇق ئوتتۇرا سىزىقىنىڭ ئۇستىدە بولىدۇ.

ئېلېكتر ئېنېرگىيىسى: تۇنجى قېتىم تىترەشنى يوقاتقاندا 200J، ئىككىنچى
قېتىم 300J~200J غىچە، ئۈچىنچى قېتىم 360J بولىدۇ.

ئەگەر نەق مەيداندا ئاپتوماتىك بەدەن سىرتىدىن تىترەشنى توختىتىش ئاپپاراتى بولسا،
يۇرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش بىلەن بىرگە، ئاپپاراتنى توكقا ئۇلاپ،
ئېلېكتر قۇتۇپلارنى ئورنىتىپ ئاپپاراتنى ئېچىش (ON/OFF كۇنۇپكىسى)، شۇنداقلا ئانالىز
(analysis) كۇنۇپكىسىنى بېسىش كېرەك. ئەگەر بىماردا يۇرەك قېرىنچە تىترىشى بولسا،
ئاپپارات ئۆزلۈكىدىن غەيرىي ئاۋاز چىقىرىدۇ ياكى ئېكراندا ئېلېكترلىك تىترەشنى توختـ
ـتىش بەلگىسى چىقىدۇ. بۇ ۋاقىتتا بىمارغا ھەر قانداق ئادەم تېگىشمىگەن شەرت ئاستىدا
(يەنى بىمار بەدىنى بىلەن باشقىلارنىڭ بەدىنى تېگىشىپ قالماسلىقى كېرەك)، توك سوقتۇـ
رۇش كۇنۇپكىسىنى (shock) بېسىپ ئېلېكترلىك تىترەشنى توختىتىشنى باشلاش كېرەك.
بىرىنچى قېتىملىق تىترەشنى توختاتقاندىن كېيىن يەنىلا قېرىنچە تىترەش ياكى تېزلىشىش
بولسا، ئاپپارات ئاپتوماتىك بەلگە بېرىدۇ ۋە ئۆزلۈكىدىن توك قاچىلاپ 2 ـ، 3 ـ قېتىملىق
تىترەشتىن توختىتىشنى داۋاملاشتۇرىدۇ. تۇگىگەندە ئاپپارات ئۆزلۈكىدىن بىر مىنۇت توخـ
ـتايدۇ. ئەگەر بىماردا يەنىلا تومۇر سوقۇش بولمىسا، بىر مىنۇت ئەتراپىدا يۇرەك، ئۆپكە
خىزمىتى ئەسلىگە كەلتۈرۈلۈشنى داۋاملاشتۇرۇپ، تىترەشنى ئېلېكترلىك توختىتىشنى يەنە
قايتىلاش كېرەك.

2. كېيىنكى ھاياتلىقنى قوللاش. 2/3 .2013

كۇچەيتىلگەن ھاياتلىقنى قوللاش ئاساسىي ھاياتلىقنى قوللاشنىڭ داۋامى بولۇپ مەخـ
ـسۇس تەربىيىلەنگەن كەسپىي خادىملارنىڭ كېرەكلىك ئاپپارات، ماتېرىياللارنى ئىشلىتىپ
ئېلىپ بارىدىغان يۇقىرى دەرىجىلىك قۇتقۇزۇشى ھېسابلىنىدۇ. يەنمۇ ئىلگىرىلەپ قۇتقۇـ
زۇشتا نەپەس يولى تېخىمۇ ياخشى كونترول قىلىنىپ، مۇسپىي (ئوڭ) بېسىمدا ھاۋا
ئالماشتۇرۇلۇپ، ۋېنا يولى ئېچىلىپ، كېرەكلىك قۇتقۇزۇش دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ.
ئامېرىكا يۇرەك ئىلمى جەمئىيىتى 1992 ـ يىلى «ياشاش زەنجىرى» جىددىي قۇتقۇزۇش
يېڭى ئۇقۇمىنى ئوتتۇرىغا قويغان. ئۇنىڭ ئاساسىي مەزمۇنى: ئامال بار دەسلەپكى مەزگىلدە
قۇتقۇزۇش سىگنالىنى قوبۇل قىلىش، دەسلەپكى مەزگىلدە يۇرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى

ئەسلىگە كەلتۈرۈش، دەسلەپكى مەزگىلدە يۈرەكنى تىترەشتىن توختىتىش، دەسلەپكى مەز-
گىلدە يۈقىرى دەرىجىلىك ھاياتلىقنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش قاتارلىقلار. ئاساسىي ھاياتلىقنى
قوللاش مەشغۇلاتى ئېلىپ بارغۇچىلارنىڭ ئاسانلا كۆچى خورايدۇ. قۇتقۇزۇش ۋاقتىنىڭ
ئۇزىرىشىغا ئەگىشىپ، ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ ئۇنۇمى مۇقەررەر تۆۋەنلەيدۇ. شۇڭلاشقا
شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا قۇتقۇزۇشتا ئامال بار ئاساسىي ھاياتلىقنى قوللاشتىن
كۆچەيتىلگەن (كېيىنكى) ھاياتلىقنى قوللاش باسقۇچىغا ئۆتۈش كېرەك. بۇ جەريانداا قۇتقۇ-
زۇش بەش سېكۇنتتىن ئۇزۇن ئۇزۇلۇپ قېلىشقا بولمايدۇ. شۇڭلاشقىمۇ يۈقىرى دەرىجىلىك
يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئۈستىگە ئالغان تارماقلار چوقۇم قۇتقۇ-
زۇش ماشىنىسى قاتارلىق جىددىي قۇتقۇزۇش ئەسلىھەلىرى ۋە سايمانلىرىنى كۆندە دېگۈدەك
تەكشۈرۈپ تۇرۇشى، ۋاقتىدا رېمونت قىلىشى، كەم دورا ماتېرىياللارنى ئۆز ۋاقتىدا تولۇقلاپ
تۇرۇشى كېرەك.

1) يەنمۇ ئىلگىرىلەپ نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش.

نەپەس يولىنى دەسلەپكى مەزگىللىك ئېچىش ۋە تازىلاش كۆپىنچە ئۇزۇل - كېسىل
بولمايدۇ. جىددىي ئەھۋالدا قول بىلەن نەپەس يولىنى ئاچقاندىن كېيىن ئامال بار ئەڭ تېز
سۈرئەتتە سايمانلاردىن پايدىلىنىپ نەپەس يولىنى ئۇزۇل - كېسىل ئېچىش ۋە كونترول
قىلىش كېرەك. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان ئېغىز يۇتقۇنچاق ھاۋا ئۆتكۈزۈش نەيچىسى ياكى بۇرۇن
يۇتقۇنچاق ھاۋا ئۆتكۈزۈش نەيچىسى ۋە باشقا ھەر خىل ھاۋا ئالماشتۇرۇش نەيچىلىرى، ھالقا
- قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش ۋە كېسىش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى نەپەسنى
راۋانلاشتۇرىدۇ. بولۇپمۇ كانايغا كانالچە سېلىش جىددىي قۇتقۇزۇشتا تېز سۈرئەتتە سۈنئىي
نەپەس يولىنى ئېچىپ، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىنى ساقلاشتىكى ئىشەنچلىك ئۇسۇلدۇر.
ئۇ ھاۋا ئالماشتۇرۇشقا كاپالەتلىك قىلىپلا قالماي، يەنە بەلغەمنى چىقىرىش، يۈقىرى
قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېن بېرىش، ئاشقازاندىكى نەرسىلەرنىڭ كانايغا كىرىپ كېتىشىنىڭ
ئالدىنى ئېلىش، قان ۋە ئېغىزدىكى سۈيۇقلۇقلارنىڭ ئۆپكىگە كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى
ئېلىش، ھەتتا كانالچىدىن دورا بېرىش قاتارلىقلاردىمۇ مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. شۇڭا كانايغا
كانالچە سېلىش ھەر بىر جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى بىلىشكە تېگىشلىك ئاساسىي تېخنى-
كىلارنىڭ بىرىدۇر. ئەمما كانايغا كانالچە سېلىش مۇڭاپىق كەلمەيدىغان ياكى ئۇزۇن مۇددەت
سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشكە تېگىشلىك بولغان بىمارلارغا ئەڭ ياخشىسى يەنلا كانايىنى يېرىش
ئوپېراتسىيىسى ئېلىپ بېرىش كېرەك. نەپەس يولىنى باشقۇرۇشتا يەنە ھەر خىل سايمانلارنى
ئاسراشقا ۋە پەرۋىش قىلىشقىمۇ دىققەت قىلىش كېرەك.

2) مۇسپىي بېسىملىق ھاۋا ئالماشتۇرۇش.

نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇپ ھاۋا ئالماشتۇرۇشنى كونترول قىلغاندىن كېيىن ئامال
بار بۇرۇنراق كېرەكلىك سايمان ياكى نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىپ مۇسپىي بېسىملىق

هاۋا ئالماشتۇرۇش ۋە ئوكسىگېن بېرىش كېرەك. ئۇنىڭ ئۇنۇمى ئەلۋەتتە قۇرۇق قول قۇنتۇزغاندىن كۆپ ئەۋزەل. شارائىتقا قاراپ كۆپىنچە تۆۋەندىكى ئاپپاراتلاردىن پايدىلىنىشقا بولىدۇ.

(1) ئاددىي نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى: نەپەس خالتىسىنى نەپەسلەندۇرۇش ماسكىسىغا ياكى هاۋا ئالماشتۇرۇش نەيچىسىگە ئۇلاپ، نەپەسلەندۇرۇش خالتىسىنى سىققاندا خالتا ئىچىدىكى هاۋا بىمارنىڭ ئۆپكىسىگە كىرىدۇ. خالتىنى قويۇۋەتكەندە ئۆپكە ئىچىدىكى هاۋا يېنىپ چىقىدۇ. نەپەسلەندۇرۇش خالتىسىنىڭ يېنىدىكى نەيچىنى ئوكسىگېن مەنبەسىگە ئۇلاپ سىقىپ كىرگۈزۈلگەن هاۋادىكى ئوكسىگېننىڭ قويۇقلۇقىنى يۇقىرى كۆتۈرگىلى بولىدۇ. قۇرۇلما ئىچىدىكى تاق يۆنىلىشلىك قاپقاقنىڭ رولى سەۋەبلىك ئۆپكىدىن چىققان هاۋا پەقەت سىرتقى هاۋا بوشلۇقىغىلا چىقىرىلىدۇ.

(2) يان نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى: قۇرۇلمىسى ئاددىي بولغان، ئوكسىگېن ۋە توك مەنبەسىنى هەرىكەتلەندۈرگۈچ قىلغان، كۆتۈرۈپ يۈرۈشكە ئەپلىك بولغان نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى بولۇپ ئاپتوماتلاشقان مېخانىكىلىق هاۋا ئالماشتۇرۇش ئېلىپ بارالايدۇ. ئالدىن بەلگىلەنگەن قېتىملىق نەپەس هاۋا مىقدارى، نەپەس چاستوتىسى ۋە هاۋا ئالمىشىش مىقدارى بويىچە نەپەسلەندۇرۇش ئېلىپ بارىدۇ. بولۇپمۇ كانايغا كانالچە سېلىنغان بىمارلارنى يۆتكەشكە تولىمۇ ماس كېلىدۇ. ئەمما ئوكسىگېن ۋە توك مەنبەسى يوق ئەھۋال ئاستىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

(3) كۆپ ئىقتىدارلىق نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى: كىلىنىكىلىق ئېلېكتر تېخنىكىسىنىڭ تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ هەر خىل، ئوخشىمىغان ئىقتىدارغا ئىگە نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتلىرى تۇختىماي ياساپ چىقىلىۋاتىدۇ. بۇ خىل نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتلىرى ئۇنۇملۇك مېخانىكىلىق نەپەسلەندۇرۇش ئىقتىدارىغا ئىگە بولۇپلا قالماي، يەنە بىمارنىڭ بەزى كېسەللىنىش هالىتىنى تۈزىتەلەيدۇ. ئادەتتە بىمار قۇنتۇزۇش ئورنىغا يۆتكەپ كېلىنگەندىن كېيىن ئىشلىتىشكە بولىدۇ. جىددىي قۇنتۇزۇش خادىملىرى هەر خىل نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتلىرىنىڭ ئىقتىدارى، ئىشلىتىلىشىنى چوقۇم ئىگىلىۋېلىشى كېرەك. ئۇندىن باشقا بىمار نەپەسلەندۇرۇش ماشىنىسى ئىشلىتىش جەريانىدا تېگىشلىك ياخشى پەرۋىشكە ئېرىشىشى كېرەك. شۇنداقلا ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە بىر تەرەپ قىلىشقا دىققەت قىلىش كېرەك.

(4) نارکوز ئاپپاراتى ۋە نارکوز نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى: ئوپېراتسىيەخانىدا بىماردا يۈرەك، ئۆپكە هەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاش يۈز بەرسە، نارکوز ئاپپاراتى ياكى نارکوز نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتىنى ئىشلىتىپ مېخانىكىلىق نەپەسلەندۇرۇش ئېلىپ بېرىشقا بولىدۇ.

3) سۇنئىي قان ئايلاندۇرۇش.

كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى بېسىش: تەنتەقاتلارغا قارىغاندا كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى

بېسىش كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىشقا قارىغاندا يۈرەك ۋە مېڭە توقۇلمىلىرىنى قان بىلەن تەمىنلەشتە تېخىمۇ ياخشى ئۇنۇمگە ئىگە. ئەمما شارائىت ۋە تېخنىكىنىڭ چەكلىمىسىدىن بىمارنىڭ يۈرەك توختاپ 15 مىنۇت ئىچىدە دوختۇرخانىغا ئېلىپ بېرىلىشى تولىمۇ تەس، شۇڭا دائىملىق ئىشلىتىلمەيدۇ. كۆپىنچە تۆۋەندىكى ئەھۋاللاردا ئىشلىتىلىدۇ: ① كۆكرەك ئوچۇق زەخمىلىنىپ يۈرەك ھەرىكىتى توختاپ قالغاندا؛ ② تۆۋەن تېمپېراتۇرىدىن يۈرەك ھەرىكىتى توختاشتا؛ ③ كۆكرەك تۈزۈلۈشى غەيرىيلىكتىن كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىش مۇمكىن بولمىغاندا؛ ④ قورساق ئوچۇق زەخمىلەنگەنلىكتىن يۈرەك ھەرىكىتى توختاپ قالغاندا، ئۇنىڭدىن باشقا ئەگەر كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىش 20 ~ 10 مىنۇت ئىچىدە ئۇنۇم بەرمىسە، ئۇنىڭ ئۈستىگە كۆكرەكنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش شارائىتى تەل بولسا، كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى بېسىپ قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىشقا بولىدۇ.

كۆكرەك يېرىش ئوپېراتسىيىسىنىڭ كېسىلىش ئورنى سول تەرەپ 4 - قوۋۇرغا ئارىلىقىدا بولۇپ، بىر قول بىلەن يۈرەكنى باسقاندا باشمالتاق يۈرەكنىڭ ئالدىغا، قالغان تۆت بارماق كەينىگە قويۇلۇپ ئاساسلىقى يۈرەك قېرىنچىسى بېسىلىدۇ. ئىككى قول بىلەن باسقاندا ئىككى قولنىڭ باشمالتىقى يۈرەكنىڭ ئالدىغا، بىر قولنىڭ تۆت بارمىقى ياكى ئىككى قولنىڭ قالغان سەككىز بارمىقى يۈرەكنىڭ كەينىگە قويۇلۇپ بېسىلىدۇ ياكى بىر قول بىلەن يۈرەكنى تۆش ياكى ئومۇرتقىغا تاقاپ بېسىشقا بولىدۇ. باسقاندا بارماق ئۇچىنىڭ يۈرەك قېرىنچە تېمىنى تېشۇېتىشىدىن ساقلىنىش كېرەك. بېسىش قېتىم سانى مىنۇتىغا 100 قېتىم ئەتراپىدا بولۇشى، ھەر قېتىملىق بېسىشتىن كېيىن بارماقنى تولۇق بوشىتىپ يۈرەكنىڭ قايتا تولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىنىشى كېرەك. قېرىنچە ئۇچى تىترىگەندە ئادرېنالىننى ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇش. يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ رەڭگى قىزىرىپ، تىرەڭلىكى ياخشىلىنىپ ئىنچىكە تىترەش يېرىك تىترەشكە ئۆزگەرگەندىن كېيىن دەرھال تىترەشنى يوقىتىش لازىم. كۆكرەك ئىچىدە تىترەشنى يوقاتقاندا تۇز سۈيىگە چىلانغان داكىغا ئورالغان ئىككى دانە ئېلېكتر قۇتۇپى ئايرىم ھالدا ئوڭ - سول قېرىنچە تېمىغا قويۇلىدۇ. ئېنېرگىيە تۇنجى قېتىم 10J بولىدۇ. ئېھتىياجلىق بولغاندا كۆپەيتىپ 10J~20J غا كۆتۈرۈشكە بولىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن تولۇق قان توختىتىلىپ كۆكرەككە يېپىق ئاققۇزۇش نەيچىسى قويۇلۇپ ، كۆكرەك تىكىلىدۇ.

4) دورا بىلەن داۋالاش.

يۈرەك - ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشتە ئىشلىتىلىدىغان دورىلار يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈپ، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى كۈچەيتىپ، يۈرەك رىتمىسىزلىقىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ئۆتكۈر كىسلاتا، ئىشقارلىقىنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تەڭشەپ، سۈيۇقلۇق ۋە ئېلېمېنتلارنى تولۇقلايدۇ. دورىنى ۋېنا تومۇرىدىن بېرىش ئاساس قىلىنىدۇ. شۇڭا قۇتقۇزغۇچى يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ قالغان

بىمارلارغا نىسبەتەن ئاساسلىق ھاياتلىقنى قوللاش قۇتقۇزۇشى ئېلىپ بېرىش بىلەن بىر ۋاقىتتا ۋېنا ئوكۇل يولىنىمۇ ئېچىشى كېرەك. ئوكۇل سېلىنىدىغان ئورۇن يۇرەككە قانچە يېقىن بولسا شۇنچە ياخشى، مەركىزي ۋېنادىن دورا بېرىش ئەڭ تېز بولىدۇ. ئەگەر مەركىزي ۋېنا يولىنى ئېچىش ئەپسىز بولسا، جەينەك ئالدى ۋېنا تومۇرىنى ئېچىشقىمۇ بولىدۇ. قۇتقۇزۇشتا كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار تۆۋەندىكىچە:

(1) ئادرېنالىن (肾上腺素): بىر خىل كۈچلۈك بولغان ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق قوبۇللىغۇچ تەڭچىنى قوزغاتقۇچى دورا بولۇپ، بۇ ۋاستە χ ۋە β قوبۇللىغۇچ تەڭچىلىرىنى قوزغىتىدۇ. ئۇنىڭ ئاساسلىق رولى ئەتراپ قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقىنى ئاشۇرۇپ قان بېسىمنى ئۆرلىتىدۇ. تاجسىمان ئارتېرىيە ۋە مېڭە قان تومۇرلىرىنىڭ قان ئايلىنىشىنى كۆپەيتىدۇ. يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى ئاشۇرۇپ، قېرىنچىنىڭ ئىنچىكە تىترىشىنى ئاستىلىتىپ، تىترەشنى ئېلېكترلىك يوقىتىشنىڭ باشلىنىش قىممىتىنى تۆۋەنلىتىپ، قۇتقۇزۇشنىڭ مۇۋەپپەقىيەت قازىنىش نىسبىتىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ. ئادرېنالىن يەنە كانايچىلارنى كېڭەيتىپ نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرىدۇ. شۇنداقلا كانايچە شىلىمشىق پەردىسىدىكى تومۇرلارنىڭ قىسقىرىشىنى پەيدا قىلىپ، سۈلۈق ئىششىقنى يوقىتىپ، ھاۋا ئالمىشىشنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ھەر خىل تېپتىكى يۇرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ قالغان بىمارلاردىن باشقا يەنە ئالامىتى بولغان يۇرەك ھەرىكىتى زىيادە ئاستىلاش، زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك ۋە ئېغىر زىيادە سېزىمچانلىق رېئاكسىيىلىرىگە ئىشلىتىلىدۇ. ئادرېنالىن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنغاندىن كېيىن 1 ~ 2 مىنۇتتا ئۇنۇمى كۆرۈلىدۇ. رولى 3 ~ 5 مىنۇت داۋاملىشىدۇ. يۇرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ قالغانلارنى داۋالىغاندا باشتا 1mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن ھەر 3 ~ 5 مىنۇتتا بىر قېتىم ئوخشاش مىقداردا يۇرەك ھەرىكىتى ئەسلىگە كەلگۈچىلىك قايتا ـ قايتا تەكرارلىنىدۇ.

(2) ئاتروپىن (阿托品): پارا سىمپاتىك نېرۋا رولىنى بۇ ۋاستە ئۇزۇقتۇرۇش رولى بولۇپ، يۇرەكنى ئاداشقان نېرۋىنىڭ تورمۇزلاش رولىدىن خالاس قىلىدۇ. سىنوس ـ دالانچە تۈگۈنىنىڭ تەبىئىي رىتىمچانلىقىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، يۇرەك سوقۇشى ۋە يۇرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارىنى ئاشۇرۇپ، دالانچە ـ قېرىنچىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ياخشىلايدۇ. نەپەس يولى سىلىق مۇسكۇللىرىنى بوشىتىپ ۋە بەزلەرنىڭ ئاجرىتىش فۇنكسىيىسىنى تورمۇزلاپ، نەپەسلىنىشنى ياخشىلايدۇ. يۇرەك قېرىنچە ھەرىكىتى توختاپ قېلىشقا ئىشلىتىلىدۇ. 1mg ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەگەر يۇرەك ھەرىكىتى ئەسلىگە كەلمىسە ھەر 3 ~ 5 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. كىنايدىن دورا بەرگەندە 1mg~2mg ئىشلىتىلىدۇ.

(3) لىدوكائىن (利多卡因): يۇرەك ئېلېكترىنىڭ مۇقىملىقىنى ساقلاپ، يۇرەك قېرىنچىسىدىكى غەيرىي ئورۇن رىتىمىنى تورمۇزلاپ، قېرىنچە تىترىشىنىڭ باشلىنىش

قىممىتىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ. داۋالاش مىقدارىنىڭ يۇرەك مۇسكۇللىرىنىڭ قىسقىرىش كۈچى ۋە ئارتېرىيە قان بېسىمىغا تەسىرى بولمايدۇ. يۇرەك قېرىنچە تىترىشى ۋە پلوسسىز قېرىنچە خاراكتېرلىك يۇرەك زىيادە تېزلىشىش كەلتۈرۈپ چىقارغان يۇرەك توختاپ قېلىشقا ئىشلىتىلىدۇ. بەدەن ئېغىرلىقى بويىچە ھېسابلىغاندا 1mg/kg～1.5mg/kg مىقداردا ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا ھەر 3 ～ 5 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. بىر قېتىملىق مىقدارى 1.5mg/kg دىن، ئومۇمىي مىقدارى 3.0mg/kg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. كانايدىن ئىشلىتىش مىقدارى ۋېنادىن ئىشلىتىش مىقدارىنىڭ 2.5 ～ 2 ھەسىسىگە توغرا كېلىدۇ.

(4) بېرىتىلئوم توسىلات (铵苄溴): نېرۋا تۈگۈن ئارقا تالالىرىنى تورمۇزلىغۇچى دورا. قېرىنچە تىترىشىنىڭ باشلانما قىممىتىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، يۇرەك مۇسكۇل قىسقىرىش كۈچى ۋە سىنوس دالانچە تۈگۈنىنىڭ رىتىمچانلىقىنى ئاشۇرىدۇ. رىتىمنى ئېلېكترلىك ئەسلىگە كەلتۈرۈش ۋە ئادرېنالىن، لىدوكائىن ئىشلىتىپ ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە ئونۇمى بولمىغان يۇرەك قېرىنچە تىترىشى ۋە جاھىل قېرىنچە خاراكتېرلىك يۇرەك زىيادە تېزلىشىشكە ئىشلىتىلىدۇ. 5mg/kg～10mg/kg ھېسابلىنىپ 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 40ml دا ئېرىتىلىپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا 10 ～ 30 مىنۇتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ. ئومۇمىي مىقدارى 30mg/kg دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك.

(5) ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠): يۇرەك تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشتىن كېلىپ چىققان كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە يۇرەك توختاپ ئون مىنۇت بولغان، سۈنئىي نەپەس يولى ئېچىلىپ بولغان قۇنتۇزۇش ئۇستىدىكى بىمارلارغا ياكى يۇرەك توختاشتىن بۇرۇن مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى بولغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ. تۇنجى قېتىم 1mmol/kg (1g ناترىي بىكاربوناتتا 12mmol ئىشقار بولىدۇ) مىقداردا ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن قان ـ گاز ئانالىزىغا ئاساسەن تەڭشىلىدۇ. ئەگەر قان ـ گاز ئانالىزىنى تەكشۈرۈش شارائىتى بولمىسا، ھەر ئون مىنۇتتا 0.5mmol/kg مىقداردا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

كېيىنكى ھاياتلىقنى قوللاش جەريانىدا بىمارنى ئۇزلۇكسىز كۆزىتىش، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى، كېسەل سەۋەبى ۋە ئەسلىگە كەلتۈرگەندىن كېيىنكى ھەر قايسى ئەزالاردىكى ئۆزگىرىشكە ۋاقتىدا، قايتا ـ قايتا، توغرا باھا بېرىش ۋە ھۆكۈم قىلىش، يۇرەك توختاپ قېلىشنىڭ سەۋەبىنى ئېنىقلاپ چىقىپ، ئوخشاش بولمىغان سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان يۇرەك توختاپ قېلىشقا ماس كېلىدىغان ئەڭ مۇۋاپىق داۋالاش ئۇسۇلىنى قوللىنىش كېرەك.

③ 肾上腺素 - 阿托品 → (心脏) ① 洛贝林 - 尼可刹米 → (呼吸).
② 异丙嗪 - 地塞米松 → (药物过敏)

§ 3 . مېڅه ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش

يۇرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ مۇۋەپپەقىيەتلىك بولۇشى يۇرەك سوقۇشى ۋە نەپەسنىڭ ئەسلىگە كەلگەنلىكىدىلا ئىپادىلىنىپ قالماي، يەنە بىمارنىڭ ئەقلىي ۋە خىزمەت ئىقتىدارىنىڭ ئەسلىگە كەلگەنلىكىدىمۇ ئىپادىلىنىدۇ. يەنى نېرۋا سىستېمىسى فۇنكسىيەسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىگە باغلىق بولىدۇ. شۇڭا مېڅه ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئاساس قىلغان يۇقىرى دەرىجىلىك هاياتلىقنى قوللاشقا تولۇق ئەهمىيەت بېرىش كېرەك.

ۋاقتىدا، توغرا ئېلىپ بېرىلغان يۇرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش مېڅه ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ دەسلەپكى ئەڭ مۇهىم خىزمەتلىرىنىڭ بىرى. ئۇندىن باشقا مېڅه ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ ئاساسلىق خىزمەتلىرى يەنى تۆۋەندىكى تەرەپلەرنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1. قان بېسىمنى ساقلاش.

قان بېسىمنى دەرهال ئەسلىگە كەلتۈرۈش ۋە نورمال ياكى نورمالدىن سەل يۇقىرى بولغان قان بېسىمنى ساقلاش لازىم. قان بېسىم تۇيۇقسىز ئۆرلەپ كېتىشنىڭ ۋە تۆۋەن قان بېسىمنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

2. نەپەسنى كونترول قىلىش.

هوشىنى يوقاتقان ۋە هاۋا ئالماشتۇرۇشى ياخشى بولمىغان بىمارلارغا مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش، شۇنداقلا ئوتتۇراهال سەۋىيىدە زىيادە گاز ئالمىشىش هالىتىنى ساقلاش كېرەك.

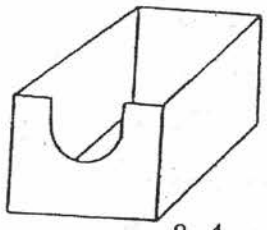
3. تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىپ داۋالاش.

تۆۋەن تېمپېراتۇرا مېڅىدىكى ماددا ئالمىشىشنى تۆۋەنلىتىپ، مېڅىنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتىنى ئازايتىدۇ. شۇڭا يۇرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەسىر يەتكۈزمىگەن ئاساستا بۇرۇنراق تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىش كېرەك. مېڅه ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرگەندە ئادەتتە بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى تۆۋەنلىتىشكە بىرلەشتۈرۈلۈپ نۇقتىلىق هالدا باش، مېڅه تېمپېراتۇرىسى تۆۋەنلىتىلىدۇ. ئادەتتە تېمپېراتۇرا نىسپىي تۆۋەن

(33℃～35℃) هالەتكە چۈشۈرۈلسە نىسبەتەن مۇۋاپىق.

1) بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى تۆۋەنلىتىش: هاۋا ئالماشتۇرغۇچ بىلەن ئۆي تېمپېراتۇرىسى تەڭشىلىپ، باش، بويۇن، قولتۇق، يېرىقلارغا مۇز خالتا قويۇلىدۇ ياكى مۇزلۇق كۆرپە ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ.

2) باش تېمپېراتۇرىسىنى نۇقتىلىق تۆۋەنلىتىش: مۇزلۇق تۇماق ئىشلىتىلىدۇ. مۇزلۇق تۇماقنى ئۆزى ياسۋېلىشقىمۇ بولىدۇ (8.4 - رەسىم).


8.4 - رەسىم.

ھەجمى 20cm×25cm×30cm ئەتراپىدا بولىدۇ. ئىچىگە بىر قەۋەت سۇلياۋ قويۇلۇپ، ئاندىن مۇز قېرىندىسى، پارچىلىرى ۋە مۇزلۇق سۇ قويۇلىدۇ. بىمارنىڭ ئىككى قولىنىغا ۋازېلىنلىق پاختا تىقىلىپ قولاق ئىچىگە سۇ كىرىپ كېتىشنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ. ئاندىن يۇز قىسمىدىن باشقا باش، بويۇن قىسمى تۇماققا قويۇلىدۇ. باش، پېشانە، بويۇن تېرىسى بىۋاستە مۇزلۇق سۇغا تېگىشىپ تۇرىدۇ. شۇنداق بولغاندىلا ئاندىن باش تېمپېراتۇرىسىنىڭ چۈشۈشى بەدەننىڭ باشقا قىسمىغا قارىغاندا تېخىمۇ تېز، تېخىمۇ تۆۋەن بولىدۇ. مۇزلۇق تۇماقنى ئۇزۇن مەزگىل ئىشلىتىشكە توغرا كەلگەندە، كەينى بويۇن قىسمىدىكى توقۇلمىلارنىڭ بېسىمغا ئۇچراپ نېكروزلىنىپ قېلىشىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن تۇماقنىڭ بويۇن قىسمىغا قېلىنراق سۇلياۋ بۇلۇت قويۇپ قويۇش كېرەك. باش تېمپېراتۇرىسىنى تۆۋەنلىتىش ۋاقتى مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمىگەن ۋاقىت ۋە زەخىملىنىش دەرىجىسىگە ئاساسەن بەلگىلىنىدۇ. ئادەتتە 2 ～ 5 كۈن ئەتراپىدا بولۇپ، بىمارنىڭ ھوشى تەدرىجىي ئەسلىگە كېلىپ سوغۇق ھېس قىلالىغانغا ياكى يۆتكىلىش سېزىمى ئەسلىگە كەلگەنگە قەدەر بولىدۇ.

تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىش جەريانىدا تۇز ئۈچەي تېمپېراتۇرىسىنى ئىنچىكە كۆزىتىش ۋە 33℃ ئەتراپىدا ساقلاش (يۇقىرىقى ئۇسۇلدا مېڭە ئىچى تېمپېراتۇرىسى تۇز ئۈچەي تېمپېراتۇرىسىغا قارىغاندا 2℃～4℃ تۆۋەن بولىدۇ) كېرەك. تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىپ داۋالاش ئاياغلاشقاندىن كېيىن بىمارنىڭ بەدەن تېمپېراتۇرىسى ئۆزلۈكىدىن ئەسلىگە كېلىدۇ.

4. سۇسىزلاندۇرۇپ داۋالاش.

تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلەتكەن ۋە قان بېسىمى 80mmHg/50mmHg دىن يۇقىرى بولغان ئەھۋالدا بۇرۇنراق سۇسىزلاندۇرۇش كېرەك. كۆپىنچە 20% لىك مانىتول (甘露醇) ئاسما قىلىنىدۇ ۋە فۇروزېمىد (速尿) ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس مىقدارى 330mmol/L دىن يۇقىرى بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ.

5. بۆرەك ئۇستى بېزى پوستلاق ھورمونىنىڭ ئىشلىتىلىشى.

دېكسامېتازون (地塞米松) تۇنجى قېتىم 0.4mg/kg مىقداردا، ئاندىن كېيىن 0.2mg/kg مىقداردا ھەر ئالتە سائەتتە بىر قېتىم بېرىلىدۇ. ئادەتتە تۆت كۈندىن ئېشىپ

كەتمەيدۇ.

6. يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن.

شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا ئامال بار بۇرۇنراق يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېنىنى ئىشلىتىش كېرەك.

7. باشقىلار.

سۇ، ئېلېكترولىتلار تەڭكەشلىكى، يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، ئوزۇقلۇق بىلەن داۋالاش قاتارلىقلارغا دىققەت قىلىش كېرەك.

8. مېڭە مېتابولىزمى ۋە ماددا مېتابولىزمىنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلار:

1) پىرىتسىئوكسىن (脑复新): ۋىتامىن B_6نىڭ ئۆزگىرىشىدىن ھاسىل بولغان ماددا بولۇپ، مېڭە توقۇلمىلىرىغا كىرگەندىن كېيىن مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئوكسىگېن قوبۇل قىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. شۇ ئارقىلىق مېڭە شېكىر ئالمىشىشى كۈچەيتىدۇ. شېكىر ئالمىشىشىنىڭ كۈچەيىشى مېڭە قان ئايلىنىشىنى كۈچەيتىدۇ. بولۇپمۇ مېڭە سۈر ماددىسىنىڭ قان ئايلىنىشى تېخىمۇ كۈچەيىدۇ. مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئوكسىگېن يېتىشمەسلىككە بولغان قارشىلىق ئىقتىدارى ئېشىپ، فىزىئولوگىيىلىك رولى تورمۇزلانغان مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ رولى ئەسلىگە كېلىدۇ. گەرچە تولۇق بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرىغان مېڭە ھۈجەيرىلىرىنى ئەسلىگە كەلتۈرەلمىسىمۇ، ئەمما قىسمەن زەخىملەنگەن، ئەسلىگە كېلىشىدىن ئۈمىد بولغان ھۈجەيرىلەرنىڭ ئەسلىگە كېلىشىدە تۈرتكىلىك رول ئويناىدۇ. شۇڭا مېڭە ئىقتىدارى ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدىغان بىمارلارغا يۇقىرى مىقداردا ئىشلىتىش كېرەك. 1000mg پىرىتسىئوكسىن 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 1000ml غا قوشۇلۇپ كۈندە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئۇدا ئۇچ ھەپتە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. بىر ھەپتە دەم ئالغاندىن كېيىن يەنە بىر داۋالاش كۇرسى ئىشلىتىش تاكى ئۇنۇمى كۆرۈلگىچە تەكرارلاش كېرەك. ئىشلىتىش جەريانىدا تېرە تاشمىسى چىقىشى مۇمكىن. ئەمما دورا توختىتىلسا ئۆزلۈكىدىن تولۇق ساقىيىدۇ. دورا يېگۈچىلەرگە كۈندە 1g ى 3 ～ 4 قېتىمغا بۆلۈپ بېرىلىدۇ.

2) فرۇكتوزا ـ 1، 6 ـ دىفوسفات (FDP,二磷酸果糖—1.6): بىر خىل قۇۋۋەت ئېنېرگىيە ياسالمىسى بولۇپ، ئادىنوزىن تىرى فوسفات (ATP) قا ئايلىنىدۇ. بولۇپمۇ ئوكسىگېن يېتىشمىگەن ئەھۋالدا كۆپ خىل ئېنزىملارنى جانلاندۇرۇپ ئوكسىگېنسىز شېكىر ئالمىشىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. مەسىلەن: مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمىگەندە 1mol شېكىر 2mol ATP نى ئىشلەپچىقىرىدۇ. FDP ئىشلىتىلگەندە 1mol گلۇكوزا 4mol ATP ئىشلەپچىقىرىدۇ. شۇڭا FDP شوكىنى قوتقۇزۇش، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك ۋە ئەتراپ قان تومۇر كېسەللىكلىرىنى داۋالاش، يۈرەك ئوپېراتسىيىسىدىن كېيىنكى داۋالاش ۋە ئۇچەي سىرتى ئوزۇقلۇقى بىلەن داۋالاش قاتارلىقلاردا كۆپلەپ ئىشلىتىلىدۇ. يېقىنقى

تەتقىقاتلارغا قارىغاندا FDP نىڭ يەنە كالتسىي خاس يولىنى يەكلەش رولىنىڭمۇ بارلىقى ئىسپاتلانماقتا. مېڭە ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشتە FDP دىن 10g كۈندە بىر قېتىم ئاسما قىلىنىدۇ، بىر ھەپتە بىر داۋالاش كۇرسى بولىدۇ.

3) نىكولىن (尼可林):

ئەس ـ ھوش بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان غول مېڭە تورسىمان توقۇلمىلارنىڭ فۇنكسىيەسىنى كۈچەيتىپ، پرامىدا سىستېمىسىنى جانلاندۇرىدۇ. بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرىغان ھەرىكەت سىستېمىسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۇندىن باشقا مېڭە ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇقتا ئۇچرىغۇچىلارغا ئىشلىتىلىدۇ. مېڭە بېسىمىنى ئاشۇرۇۋەتمەيدۇ. تارتىشىپ قېلىشنى پەيدا قىلمايدۇ. ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇقتا ئۇچرىغان بىمارغا 1g نى 10% لىك گلۇكوزىغا قوشۇپ ئۇزۇن مۇددەت، قايتا ـ قايتا ئاسما قىلىپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئەكس تەسىرى ئاز.

بەشىنچى باب جىددىي كېسەللىك ئالامەتلىرىنى تونۇش، بەرقلەندۇرۇش ۋە داۋالاش

§1. قىزىتما
(发 热)

قولتۇق تېمپېراتۇرىسى 37℃ تىن، ئېغىز تېمپېراتۇرىسى 37.2℃ تىن، تۈز ئۆچەي تېمپېراتۇرىسى 37.6℃ تىن ئېشىپ كەتسە ياكى 24 سائەت ئىچىدىكى بەدەن تېمپېراتۇرا ئۆزگىرىشى 1℃ تىن ئېشىپ كەتسە قىزىتما دەپ قارىلىدۇ.

قىزىتما كلىنىكىدا تۆۋەن قىزىتما (37.3℃~38℃)، ئوتتۇراھال قىزىتما (38.1℃~39℃)، يۇقىرى قىزىتما (39.1℃~41℃) ۋە زىيادە يۇقىرى قىزىتما (41℃ دىن يۇقىرى) قاتارلىق تۆت دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى.

1) يۇقۇملىنىشتىن قىزىش: قىزىتمىنىڭ ئەڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان سەۋەبى يۇقۇملىنىش-تۇر. يەنى ھەر خىل ئۆتكۈر ـ سوزۇلما خاراكتېرلىك يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر، پۈتۈن بەدەن يۇقۇملىنىش ۋە يەرلىك يۇقۇملىنىشنىڭ ھەممىسى قىزىتما پەيدا قىلىدۇ. يۇقۇملىنىشنى پەيدا قىلغۇچى كېسەل قوزغاتقۇچىلار ھەر خىل ۋىرۇس ۋە باكتېرىيىلەر، مىكروپلازما، خلامىدىيە، رىككېتسىيە، بۇرما تەنچە، پروتوزون، مەددە قۇرت، زەمبۇرۇغ قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

2) يۇقۇملىنىش بولمىغان قىزىش: كوللاگېنلىق كېسەللىكلەر، راك، ھالەت ئۆزگە-رىش رېئاكسىيىسى، زەخىملىنىش، نېرۋا مەنبەلىك قىزىتما، بەدەندىكى ئىسسىقلىقنىڭ پەيدا بولۇشى ۋە تارقىلىشىدىكى بىنورمالىلىق، قان كېسەللىكلىرى، قوشقۇچى توقۇلما كېسەللىكلىرى قاتارلىقلار پەيدا قىلغان قىزىتمىنى كۆرسىتىدۇ.

2. دىئاگنوز.

1) تارقىلىشچان كېسەللىكلەر ئىلمى: پەسىل، رايون، ئۇچرىشىش تارىخى، ۋاكسىنا ئەملىنىش تارىخى قاتارلىقلار ئېنىقلىنىدۇ.

2) كېسەللىكنىڭ قوزغىلىشى: ئۆتكۈر ياكى سوزۇلما خاراكتېرلىكلىكىگە ھۆكۈم قىلىنىدۇ.

3) قىزىش دەۋرى:

(1) قىسقا مۇددەت قىزىش يۇقۇملىنىشتا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئەڭ كۆپ ئۇچرايدىغىنى

ژىروس، ئوندىن قالسا باكتېرىيىدىن يوقۇملىنىش. مەسىلەن: تارقىلىشچان مېڭە - يۇلۇن پەردىسى ياللۇغى، بادام تەنچە ياللۇغى، باكتېرىيىلىك تولغاق، ئۆپكە ياللۇغى، سكارلاتىنا قاتارلىقلار. ئوندىن باشقا پروتوزوندىن يوقۇملىنىش، قان، سۈيۇقلۇق بېرىش رېئاكسىيەسى، ئوپېراتسىيەدىن كېيىن زىيادە سېزىمچانلىق قاتارلىقلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ.

(2) ئۇزۇن مۇددەتلىك تۆۋەن قىزىتما كۆپىنچە تۇبېركۇلىيوز، ئوندىن قالسا يەرلىك يوقۇملىنىش، ئاستا خاراكتېرلىك جىگەر ياللۇغى، قوشقۇچى توقۇلما كېسەللىكلىرى، قالقانبەز خىزمىتى ئېشىپ كېتىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(3) ئۇزۇن مۇددەتلىك يوقىرى قىزىتما يوقۇملىنىش، يامان سۈپەتلىك ئۆسمە ۋە قان كېسەللىكلىرىدە كۆرۈلىدۇ.

(4) قىزىش تېپى: ئوخشاش بولمىغان قىزىش تېپى ئوخشىمىغان كېسەللەردىن دېرەك بېرىدۇ.

(5) قىزىتمىدا ئوخشاش بولمىغان كېسەللىكلەردە ئوخشاش بولمىغان ئالامەتلەر بولىدۇ.

2) كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) قىزىتمىغا تېرە تاشمىسى قوشۇلۇپ كېلىش: تاشما پەيدا قىلىدىغان يوقۇملۇق كېسەللىكلەر مەسىلەن: سوغان، قىزىل، كېزىك، سكارلاتىنا قاتارلىقلار ۋە دورا تاشمىسى، ژىروستىن يوقۇملىنىشتا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(2) قىزىتمىغا جۇغۇلداش قوشۇلۇپ كېلىش: يوقۇملىنىشتىن بولغان كېسەللەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: چوڭ بۆلەكلىك ئۆپكە ياللۇغى، سېپتىتسېمىيە، ئۆتكۈر بۆرەك جامى بۆرەك ياللۇغى، ئۆت نەيچىسى ياللۇغى، تارقىلىشچان مېڭە - يۇلۇن پەردىسى ياللۇغى قاتارلىقلار. ئوندىن باشقا بەزگەك، ئۆتكۈر قان ئېرىش قاتارلىقلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ.

(3) قىزىتمىدا لىمفا توگۈنى ئىششىش: يوقۇملىنىشلىق تاق يادرولۇق ئاق قان ھۈجەيرىلىرى كۆپەيىش كېسىلى، لىمفا تۇبېركۇلىيوزى، لىمفا ئۆسمىسى، ئاق قان كېسىلى، يەرلىك يىرىڭلىق يوقۇملىنىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(4) قىزىتمىدا جىگەر، تال يوغىناش: ① ژىروستىن يوقۇملانغاندا: جىگەر ياللۇغى ژىروسى، زور ھۈجەيرە ژىروسى، EB ژىروسى قاتارلىقلار. ② باكتېرىيىدىن يوقۇملانغاندا: سېپتىتسېمىيە، كېزىك قاتارلىقلار. ③ پارازىت قورتلاردىن يوقۇملانغاندا: قان شورىغۇچ قورت كېسىلى، بەزگەك قاتارلىقلار. ④ قان كېسەللىكلىرى: ئاق قان كېسىلى، يامان سۈپەتلىك توقۇلما - ھۈجەيرە كېسىلى، لىمفا ئۆسمىسى قاتارلىقلار. ⑤ ھالەت ئۆزگىرىش رېئاكسىيىلىك كېسەللىكلەر: ئاللېرگىيىلىك سوس سېپتىتسېمىيە، دورا قىزىتمىسى، قان زەردابى كېسىلى قاتارلىقلار.

(5) قىزىتمىدا بىرىكتورگۈچى پەردىگە قان تولۇش: قىزىل، كۆز بىرىكتورگۈچى

پەردىسى يالليۇغى، ئەسۆتلىك كېزىك قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(6) قىزىتمىغا سېرىقلىق چۈشۈش، ئوك يۇقىرى قورساق ئاغرىش قوشۇلۇپ كېلىش: ئۆتكۈر ئۆت يوللىرىدىكى يۇقۇملىنىشتا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(7) قىزىتمىغا يۆتەل، بەلغەم، دەم سقىش، كۆكرەك ئاغرىش قوشۇلۇپ كېلىش: نەپەس يولى يۇقۇملىنىشتا كۆرۈلىدۇ.

(8) قىزىتمىدا كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق ئاغرىش، ئىچ سۇرۇش: ئۆتكۈر ئاشقازان ئۆچەي يالليۇغى، تولغاقتا كۆرۈلىدۇ.

(9) قىزىتمىدا سۇيدۇك قىستاش، قېتىم سانى كۆپىيىش، ئاغرىش: كۆپىنچە سۇيدۇك يولى يۇقۇملىنىشتا كۆرۈلىدۇ.

(10) قىزىتمىغا باش ئاغرىش، تارتىشىش، ئەس - ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، ھوشىدىن كېتىش قاتارلىق نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كېلىش: تارقىلىشچان مېڭە پەردىسى يالليۇغى، يېرىكلىق مېڭە پەردىسى يالليۇغى، B تىپلىق مېڭە يالليۇغى قاتارلىق مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى يۇقۇملانغان ۋە ئېغىر يۇقۇملىنىشتىن بولغان زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك مېڭە كېسىلىدە كۆرۈلىدۇ. يۇقىرىقى كېسەللەردە ئالدى بىلەن قىزىپ، ئاندىن ھوشىدىن كېتىدۇ، مېڭە زەخمىلىنىش، مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى باربىتالدىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردا ئالدى بىلەن ھوشىدىن كېتىپ ئاندىن قىزىتىدۇ.

3) ياردەمچى تەكشۈرۈش:

كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولمىغان كېسەللەرگە ياردەمچى تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش ھاجەتسىز. ئەگەر زۆرۈر بولسا چوقۇم تەكشۈرۈش مەقسىتى ئېنىق بولغان ئاددىي تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك. كۆپىنچە قان، سۇيدۇك، چوك تەرەت رايى، قان بىئو خىمىيىلىك ئانالىزى، رېنتگېن، ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، CT، MR، يىلىك تەكشۈرۈش، باكتېرىيە يېتىشتۇرۇش قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

3. داۋالاش.

قىزىتمىنى داۋالاشتىكى مۇھىم نۇقتا كېسەللىك مەنبەسىنى داۋالاشتا، تۆۋەن قىزىتما ۋە ئوتتۇراھال قىزىتمىنى ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز. دىئاگنوز ئېنىق بولمىغان ئەھۋالدا يۇقىرى قىزىتمىغىمۇ ئالدىراپ قىزىتما قايتۇرغۇچى ۋە باكتېرىيىگە قارشى دورىلارنى ئىشلەتمەسلىك كېرەك. بولمىسا قىزىتما تېپى ۋە باشقا ئالامەتلەر ئەينەن ئىپادىلەنمەي، دىئاگنوز ۋە داۋالاشقا قىيىنچىلىق ئېلىپ كېلىشى مۇمكىن. ئەمما تۆۋەندىكى ئەھۋال ئاستىدا قىزىتمىنى دەرھال چۈشۈرۈش كېرەك: ① قىزىتما 40℃ تىن ئېشىپ كەتكەندە؛ ②قىزىتمىغا تارتىشىش، جۆيلۈش ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كەلگەندە؛ ③ قىزىتمىغا شوك ياكى يۈرەك ئىقتىدارى پۈتۈن بولماسلىق قوشۇلۇپ كەلگەندە؛ ④ يۇقىرى تېمپېراتۇرىدا ئىسسىق

ئۆتۈپ كەتكەندە.

1) فىزىكىلىق قىزىتما چۈشۈرۈش:

(1) سوغۇق ئۆتكۈزۈش، مۇز خالتىسى ياكى سوغۇق لۆڭگىنى پېشانە، گەجگە، بويۇن، قولتۇق، يىرىق قاتارلىق ئورۇنلارغا قويۇش، شۇنداقلا ھەر 5 ～ 10 سېكۇنتتا بىر قېتىم ئالماشتۇرۇش كېرەك. مۇز خالتىسىنى قۇرۇق لۆڭگىگە يۆگەپ قويۇش، بۇاستە تېرە بىلەن تېگىشتۈرمەسلىك لازىم.

(2) ئىسپىرت بىلەن سۈرتۈش: 30%～50% لىك ئىسپىرتلىق داكا ياكى پاختا بىلەن بويۇن، قولتۇق، بىلەك ئىچ تەرىپى، يىرىق، ئالقان، تاپان قاتارلىق ئورۇنلارنى سۈرتۈپ بېرىش.

(3) ئىلمان سۇ بىلەن سۈرتۈش. مۇچىلىرى سوغۇق بولغان قىزىتمىغا ماس كېلىدۇ.

(4) ئەس ـ ھوشىنى يوقاتقان بولسا قىزىتما چۈشۈرۈش ئەدىيالى ۋە تۇمىقىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(5) زىيادە يۇقىرى قىزىتقان بىمارنى مۇز سۇيى بىلەن كلىزما قىلىش ياكى ھاۋا تەڭشىگۈچى بار ئۆيگە قويۇش كېرەك.

2) دورا بىلەن قىزىتما چۈشۈرۈش:

(1) قىزىتما قايتۇرۇپ ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلار: ئاسپىرىن، ئانالگىن (安乃近)، پاراتسېتامو (扑热息痛)، ئىندومېتاتسىن (消炎痛)، بروفېن (布洛芬) قاتارلىقلار بېرىلىدۇ. مۇرەككەپ ئامىدوپىرىن (复方氨基比林) 2ml ياكى ئانتوندىن (安痛定) 2ml مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەمما دورا ئىشلىتىش جەريانىدا دورىنىڭ رېئاكسىيە قىلىش ئېھتىمالى ۋە قوشۇمچە تەسىرىگە دىققەت قىلىش كېرەك. مىقدارى بەك كۆپ بولۇپ كەتمەسلىكى لازىم.

(2) قىشلىق ئۇخلىتىپ داۋالاش ئۇسۇلى: زىيادە يۇقىرى قىزىغاندا تارتىشىش، جۆيلۇش قاتارلىق نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كەلگەن بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۆچەك 1 ـ نومۇر (冬眠 I 号)، (خلورپرومازىن 25mg～50mg، 5% 50mg～100mg (吗替丁)، 25mg～50mg (异丙嗪)، بىرومېتازىن (氯丙嗪)، 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى 250ml) ئاسما قىلىنىدۇ.

(3) بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلۇق ھورمونى: زىيادە قىزىتىش مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنى پەيدا قىلغاندا 20% لىك مانىنتولدىن 200ml غا دېكسامېتازوندىن 5mg～10mg قوشۇپ ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) جۇڭيى دورىلىرى: پەربون (柴胡) 2ml～4ml دىن موسكۇلغا كۈندە 3 ～ 4 قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. چۈەنخۇنىڭ (穿琥宁) 0.2～0.4، 0.9% لىك تۇز سۇيىدىن 250ml غا قوشۇلۇپ كۈندە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. چىڭكەيلىڭ 20ml دىن (青开灵)،

5% لىك گلۈكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml غا قوشۇلۇپ كۈندە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەنگۈشنىيۇخۇاتۇەن (安宫牛黄丸) بىر تال ئىچىلىدۇ.

3) باشقىلار:

يېتىپ ئارام ئالدۇرۇش، سۇ، ئېلېكترولىتلارنى تولۇقلاش، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. يۇقۇملۇق كېسەلدىن گۇمان قىلىنغۇچىلارنى ئايرىپ داۋالاش ۋە ئۆزىنى قوغداشقا دىققەت قىلىش، دىئاگنوز قويۇش قىيىن بولغانلارنى بالنىستقا ئېلىش كېرەك.

§ 2. قان تۈكۈرۈش
(咯 血)

قان تۈكۈرۈش — كېكىرەكنىڭ تۆۋەن قىسمىدىكى نەپەس يولى ياكى ئۆپكە توقۇلمىلىرى قاناپ يۆتەل ئارقىلىق ئېغىزدىن قان تۈكۈرۈشنى كۆرسىتىدۇ. بەلغەمگە قان ئارىلىشىپ كېلىش، قان تۈكۈرۈش، قان نۆكچىسى تۈكۈرۈش، ھەتتا ئېغىز - بۇرۇندىن قان ئېقىپ چىقىش ئالامەتلىرى ئىپادىلىنىدۇ. تۈكۈرگەن قاننىڭ ئاز - كۆپلۈكىگە قاراپ ئۇچ دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ. ھەر كۈنى تۈكۈرگەن قان 100ml دىن ئاز بولسا ئاز قان تۈكۈرۈش بولىدۇ. ئۆپكە كانايچە راكى، ئاستا خاراكتېرلىك كانايچە يالليۇغى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ھەر كۈنى تۈكۈرگەن قان 100ml~500ml ئىچىدە بولسا ئوتتۇراھال قان تۈكۈرۈش بولىدۇ. ئەگەر 500ml دىن كۆپ ياكى بىر قېتىملىق تۈكۈرگەن قان 200ml دىن كۆپ بولسا كۆپ قان تۈكۈرۈش بولىدۇ. كۆپىنچە ئۆپكە تۇبېركۇلىيوزى، كانايچە كېڭىيىپ كېتىش كېسەللىكلىرىدە كۆرۈلىدۇ. نەپەس يولى قاناشتىن بولغان تۇنجۇقۇش بىمارنىڭ ئۆلۈپ كېتىشىدىكى ئاساسلىق سەۋەبتۇر.

1. كېسەللىك سەۋەبى.

قان تۈكۈرۈشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى كېسەللىكلەر كۆپ. كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرى نەپەس سىستېمىسى كېسەللىكلىرى (ئۆپكە تۇبېركۇلىيوزى، كانايچە كېڭىيىش، ئۆپكە كانايچە راكى، ئۆپكە يالليۇغى، ئاستا خاراكتېرلىك كانايچە يالليۇغى، ئۆپكە يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلار) ئۇندىن قالسا قان ئايلىنىش سىستېمىسى كېسەللىكلىرى (رېماتىزم مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى، ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىش قاتارلىقلار) ۋە قان كېسەللىكلىرى قاتارلىقلاردۇر.

2. دىئاگنوز.

بىماردىن قان تۈكۈرگەن قېتىم سانى، مىقدارى ۋە قوشۇلۇپ كەلگەن باشقا ئالامەتلەرنى تولۇق، ئېنىق سوراش، ئەستايىدىل بەدەن تەكشۈرۈش دىئاگنوز قويۇشتا ئىنتايىن مۇھىم.

2) كېسەللىك تارىخى.

(1) ئۆپكە تۇبېركۇلىيوزى: ياشلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە قان

تۆكۈرۈش بولىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە تۆۋەن قىزىتما، تەرلەش، ھالسىزلىنىش، يۆتەل، ئورۇقلاش قاتارلىق تېرىكلىيوز ئالامەتلىرى بولىدۇ.

(2) كانايچە كېڭىيىپ كېتىش: بالىلىق ۋاقتىدىن باشلىنىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت يۆتىلىش، يىرىڭلىق بەلغەم تۆكۈرۈش، قايتا - قايتا قان تۆكۈرۈش تارىخى بولىدۇ.

(3) ئۆپكە - كانايچە راكى: 40 ياشتىن ئاشقان، ئۇزۇن مۇددەت تاماكا چەككۈچىلەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. بەلغەمسىز، غىدىقلىنىشتىن پەيدا بولىدىغان قۇرۇق يۆتەل بىلەن باشلىنىدۇ. بەلغەمگە قان ئارىلىشىپ كېلىدۇ.

ئۇندىن باشقا دات رەڭ بەلغەمگە يۇقىرى قىزىتما، كۆكرەك ئاغرىش قوشۇلۇپ كېلىش چوڭ بۆلەك ئۆپكە يالىلۇغىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاچ قىزىل رەڭلىك كۆپۈكسىمان بەلغەم ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. قان تۆكۈرگۈچىدە توڭلاش، يۇقىرى قىزىتما، يۆتەل، كۆپ مىقداردا سېسىق، يىرىڭلىق بەلغەم بولسا ئۆپكە يىرىڭلىق ئىششىقى بارلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت يېتىپ قالغان، ۋېنا تومۇر يالىلۇغى كېسەل تارىخى بار بىمارلاردا تۇيۇقسىز قان تۆكۈرۈش، كۆكرەك ئاغرىش، نەپەس قىيىنلىشىش ئالامەتلىرى بولسا ئالدى بىلەن ئۆپكە تىقىلمىسىدىن گۇمان قىلىش كېرەك.

2) بەدەن تەكشۈرۈش.

ئوقۇرەك سۆڭەك ئاستى - ئۈستىدىكى خىرىپ تاۋۇشى كۆپىنچە ئۆپكە تۈبىركۇلىيوزىدا، تۆۋەن ئۆپكە ۋە دۈمبىدىكى ھۆل خىرىپ تاۋۇشى كۆپىنچە كانايچە كېڭىيىپ كېتىشتە، ئوقۇرەك ئۈستى لىمفا تۈگۈنى يوغىناش، كېسەل تەرەپ كۆكرەكتىن خىرقىراش تاۋۇشى ئاڭلىنىش ئۆپكە راكىدا، توقماقسىمان بارماق كانايچە كېڭىيىپ كېتىش، ئاستا خاراكتېرلىك ئۆپكە يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىق كېسەللىكلەردە، يۇرەك ئالدى رايونىدا كېڭىيىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى ئاڭلىنىش ئىككى قاناتلىق قاپقا تارىيىشتا، تېرە، شىللىق پەردىلەردىكى قاناش قان كېسەللىكلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ.

3) قوشۇمچە تەكشۈرۈش.

(1) قان تەكشۈرۈش: قان رايى، قان قېتىش فۇنكسىيىسى، جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى قاتارلىقلار ئۆلچىنىدۇ.

(2) بەلغەمنى تەكشۈرۈش: سۈۋالما ياساش، باكتېرىيە ئۆستۈرۈش قاتارلىقلار ئارقىلىق كېسەللەندۈرگۈچى مىكرو جانلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

(3) رادىئوئاكتىپلىق تەكشۈرۈش: رېنتگېن، CT قاتارلىقلار ئارقىلىق ئۆپكە، كۆكرەكتىكى يالىلۇغ، ئۆسمە، يات جىسىم قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

(4) تالالىق كانايچە ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش: قانىغان ئورۇن بەلگىلىنىدۇ، ئەۋرىشكە ئېلىنىدۇ، قان توختىتىلىدۇ، سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈلىدۇ.

(5) ئېلېكتروكاردىئوگراممۇ، B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، MR قاتارلىقلاردا مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشلەر ئېلىپ بېرىلىدۇ.

3. داۋالاش.

1) ئاساسي داۋالاش.

(1) مۇتلەق يېتىپ ئارام ئالدۇرۇلىدۇ. قان چىققان ئورۇن ئېنىق بولغانلار كېسەل تەرەپنى بېسىپ، ئېنىق بولمىغانلار ئوڭدا ياتقۇزۇلىدۇ.

(2) جىددىيلەشكۈچىلەرگە ئاز مىقداردا تىنچلاندۇرۇش دورىسى ئىشلىتىش كېرەك. دىئازېپام 5mg ياكى فېنوبارىتال (苯巴比妥) 0.1～0.2g مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەمما يۆتەل رېفلېكسى ۋە نەپەس مەركىزىنى تورمۇزلاپ قويماسلىق ئۈچۈن تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىنى كۆپ مىقداردا ياكى كۈچلۈك تىنچلاندۇرۇش دورىسى (مەسىلەن: مورفېن) ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. يۆتەل بەك كۈچلۈك بولسا يۆتەل توختىتىش دورىسى ئىشلىتىش كېرەك. توكلاس (咳必清) 25mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم ئىچىلىدۇ ياكى كودېئىن (可待因) 15mg～30mg يېيىلىدۇ.

(3) قان تۈكۈرۈش ئەھۋالى ۋە ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىنى ئەتراپلىق كۆزىتىش، شوك ۋە تۇنجۇقۇپ قېلىشنى قۇتقۇزۇشقا ھەر ۋاقىت تەييار تۇرۇش كېرەك. شوكنى قۇتقۇزغاندا قاننىڭ تېخىمۇ كۆپ چىقىپ كېتىشىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن قان بېسىمنى بەك يۇقىرى كۆتۈرۈۋەتمەسلىك لازىم.

2) مەنبە كېسەلنى داۋالاش.

(1) ھىپوفىزىن (垂体后叶素) ئۆپكىدىكى كىچىك تومۇرلارنى قىسقارتىپ، ئۆپكە قان ئايلىنىشىنى ئازايتىپ، قان ئايلىنىش بېسىمنى تۆۋەنلىتىپ، قانىغان ئورۇندا قان نۆكچىسى پەيدا بولۇشنى ئىلگىرى سۈرۈپ، قان توختىتىش رولىنى ئويناىدۇ. مىقدارى 5u～10u، 20ml～40ml گلۇكوزا ياكى تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ 15 ～ 10 مىنۇتتا ۋېنادىن ئاستا ئۇرۇلىدۇ ياكى 10u～20u، 5% لىك گلۇكوزىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ تامچىتىلىدۇ. 6 ～ 8 سائەتتىن كېيىن يەنە تەكرار ئىشلىتىشكە بولىدۇ. قان توختىغاندىن كېيىن 3 ～ 2 كۈن داۋاملىق ئىشلىتىلىدۇ. يۇقىرى قان بېسىم، تاجسىمان يۈرەك كېسىلى، ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى، يۈرەك زەئىپلىشىش، ھامىلدار بىمارلارغا ئېھتىيات بىلەن ئىشلىتىش كېرەك. ئۇرۇش سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ كەتسە تاتىرىش، يۈرەك سېلىش، باش قېيىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قورساق ئاغرىش قاتارلىق قوشۇمچە تەسىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن. ئەگەر كۆكرەك ئاغرىش، تەرلەش، زىيادە سەزگۈرلۈك، شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلسە دەرھال ئىشلىتىشتىن توختىتىش كېرەك.

(2) تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار: تومۇرنى كېڭەيتىپ، ئۆپكىدىكى قان ئايلىنىشنىڭ بېسىمنى چۈشۈرۈش، قان توختىتىشقا پايدىلىق. ئىشلىتىش جەريانىدا قان ئايلىنىشنىڭ ئۆزگىرىشىگە دىققەت قىلىش لازىم: ① فېنتولامىن (酚妥拉明) 10mg～20mg، 5% لىك گلۇكوزا ياكى تۇز سۇيىدىن 200ml～500ml غا قوشۇلۇپ ئاسما قىلىنىدۇ. ئۇدا 5 ～ 7 كۈنگىچە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ② پروكائىن 50mg، 20ml～40ml تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن 150mg～300mg، 5% لىك گلۇكوزىدىن 250～500ml غا قوشۇلۇپ ئاسما قىلىنىدۇ. ئىشلىتىشتىن بۇرۇن سىناق قىلىنىدۇ.

(3) قاننىڭ قېتىش فۇنكسىيەسىنى كۈچەيتىپ، قان قېتىشىشتىكى توسقۇنلۇقنى تۈگەتكۈچى دورىلار: ① بەتروسوبىن (巴曲酶): تەركىبىدە تروميىنسىمان ۋە تروميوكىنا-زاسىمان ماددا بولۇپ، قان ئۈيۈتۇش ۋە قان توختىتىش رولىغا ئىگە. ۋېنادىن ئوكۇل قىلغاندا 10 ～ 15 مىنۇتتا ئۇنۇمى كۆرۈلىدۇ، 24 سائەت داۋاملىشىدۇ، تېرە ئاستى ياكى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلغاندا 20 ～ 30 مىنۇتتا ئۇنۇمى كۆرۈلىدۇ. تۇنجى قېتىم ۋېنا ۋە مۇسكۇلدىن ئايرىم - ئايرىم 1ku ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن كۇندە 1 ～ 2 قېتىم مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ② دىتسىنون (止血敏) 0.25g～0.5g، 5% لىك گلۇكوزدىن 40ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى 1g～4g، 500ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ ئاسما قىلىنىدۇ. ③ 6 - ئامىنو كاپروئىك كىسلاتا (6—氨基已酸) 4g～6g، 5% لىك گلۇكوزدىن 100ml～200ml غا قوشۇلۇپ ئاسما قىلىنىدۇ. ④ تراسامىك كىسلاتا 100mg ～250mg (止血环酸)، 5% لىك گلۇكوزدىن 40ml غا قوشۇلۇپ كۇندە ئىككى قېتىم ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ⑤ ئادونا (安络血) 10mg مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ⑥ ۋىتامىن K_1 دىن 10mg～20mg مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ⑦ باشقا دورىلار: يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۇيى 10% لىك، گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素)، ئۆسۈشنى تورمۇز-لىغۇچى هورمون، ئاتروپىن ۋە مۇناسىۋەتلىك جۇڭيى دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ.

3) ئوپېراتسىيە ۋە باشقا داۋالاش.

دورا بىلەن داۋالاش ئۇنۇمسىز بولغان ئەھۋال ئاستىدا ئوپېراتسىيە قىلىش ياكى تالالىق كانايچە ئەينىكى ئارقىلىق قان توختىتىش ۋە يەرلىككە قان توختىتىش دورىسى ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

4) كۆپ قان تۇكۇرۇشتىن تۇنجۇقۇپ قېلىشنى قۇتقۇزۇش.

بىماردا تۈيۇقسىز بىئارامىلىق، نەپەس قىستاش، دەم سقىش، كۆكىرىش، تەرلەش، چوڭ - كىچىك تەرەت تۇتالماسلىق قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە، شۇنداقلا قان تۇكۇرۇش ئازلاش ياكى توختاپ قېلىش بولسا، ئالدى بىلەن تۇنجۇقۇپ قېلىش ئېھتىماللىقىنى ئويلىشىش كېرەك. ئەگەر ۋاقتىدا قۇتقۇزۇلمىسا، بىماردا تېزلا نەپەس توختاپ، هوشىنى يوقىتىپ ئۆلۈپ كېتىدۇ. جىددىي قۇتقۇزۇش مەشغۇلاتى تۆۋەندىكىچە:

(1) بىمار بېشى تۆۋەن پۇتى يۇقىرى قىلىنىپ دۇم ياتقۇزۇلىدۇ. بەدەن كارىۋات بىلەن 45° تىن يۇقىرى بۇلۇڭ هاسىل قىلىپ دۇمبىسىگە قايتا - قايتا ئۇرۇلىدۇ.

(2) قاننى تازىلاپ، نەپەس يولىنى راۋان قىلىش: ئېغىزى ئېچىلىپ تىلى تارتىپ چىقىرىلىپ، ئېغىز - بۇرۇندىكى قان سۇمۇرۇپ تازىلىنىدۇ.

(3) كانايغا كانالچە قويۇلىدۇ ياكى كاناي كېسىلىپ نەپەس يولىدىكى قان سۇمۇرۇپ چىقىرىلىدۇ.

(4) يۇقىرى ئېقىملىق ئوكسىگېن ۋە نەپەسلىنىشنى غىدىقلىغۇچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ.

§ 3 . نەپەس قىينىلىشىش

(呼 吸 困 难)

نەپەس قىينىلىشىتا بىماردا سۈبيېكتىپ جەھەتتىن ھاۋا يېتىشمىگەندەك ياكى نەپەس ئېلىشقا كۈچىيەلمىگەندەك سېزىم بولىدۇ. ئوبيېكتىپ جەھەتتىن نەپەس چاستۇتىسى، رىتمى ۋە چوڭقۇرلۇقىدا ئۆزگىرىش بولىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى.

نەپەس سىستېمىسى كېسەللىكلىرى ۋە يۇرەك كېسەللىكلىرىدە ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ.

1) نەپەسلىنىش سىستېمىسى كېسەللىكلىرى:

(1) ئۆپكە كېسەللىكلىرى: ئۆپكە يالىلۇغى، ئۆپكىگە قان قېيىشېلىش، ئۆپكە سۈلۈق ئىششىقى، ئۆپكە تالالىشىش قاتارلىقلار.

(2) نەپەس يولى توسۇلۇش: كېكىردەك، كاناي، چوڭ كانايچىلاردىكى يالىلۇغ، سۈلۈق ئىششىق، ئۆسمە، يات جىسىم قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقارغان تارىيىش ياكى توسۇلۇش.

(3) نېرۋا ـ مۇسكۇل كېسەللىكلىرى: مېڭە سۇر ماددىسى يالىلۇغى ئاسارىتى، ئېغىر مۇسكۇل جانسىزلىنىش كېسىلى قاتارلىقلار.

(4) كۆكرەك ھەرىكىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: كۆكرەك غەيرىيلىكى، ئۆزلۇكىدىن يۇز بەرگەن ھاۋالىق كۆكرەك، كۆپ مىقدارلىدىكى كۆكرەك سۇيى قاتارلىقلار.

(5) دىئافراگما ھەرىكىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: كۆپ مىقدارلىدىكى قورساق سۇيى، قورساق بوشلۇقى زور ئۆسمىسى قاتارلىقلار.

2) يۇرەك كېسەللىكلىرى:

ھەر خىل كېسەل سەۋەبىدىن پەيدا بولغان ئېغىر يۇرەك زەئىپلىشىش.

3) زەھەرلىنىش:

سۈيدۇكتىن زەھەرلىنىش، مورفېندىن زەھەرلىنىش، دىئابېتتىكى كېتون كىسلاتاسىدىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

1) كلىنىكىلىق كېسەللىك ئالامىتى:

(1) كېسەل باشلىنىش ئالاھىدىلىكى: ئۆزلۇكىدىن پەيدا بولىدۇ، كۆكرەك، ئۆپكە سۈلۈق ئىششىقى، زىققە، ئۆتكۈر يۇرەك تىقىلمىسى، ئۆپكە كەپلىمىسى قاتارلىق كېسەللەردە نەپەس قىينىلىشىش تۇيۇقسىز، تېز، ئېغىر قوزغىلىدۇ. سوزۇلما خاراكتېرلىك كانايچە

يالليۇغى، توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە ھاۋالىق ئىششقى، ئۆپكە تالالىشىش قاتارلىق كېسەللەردە نەپەس قىينىلىشىشنىڭ قوزغىلىشى سوزۇلما خاراكتېرلىك بولىدۇ.

(2) نەپەس تىپى:

① ھاۋا سۇمۇرۇشتە نەپەس قىينىلىشىش: ھەر خىل سەۋەبلەر تۇپەيلىدىن كېكىرەك، كاناي، چوڭ كانايچىلار تارىيىپ ياكى توسۇلۇپ، سۇمۇرۇلگەن ھاۋا نەپەس يولىدىن نورمال ئۆتەلمەيدۇ ـ دە، ھاۋا سۇمۇرۇش قىينىلىشىدۇ. قۇرۇق يۆتەل بولىدۇ ۋە ھاۋا سۇمۇرگەندە خىرقىرىغان ئاۋاز چىقىدۇ. كېكىرەك سۇلۇق ئىششقى، كانايدىكى يات جىسىم، يۇتقۇنچاق بوغمىسى، ئۆتكۇر يۇتقۇنچاق كەينى دىۋارى يىرىڭلىق ئىششقى، كېكىرەك راكى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

② نەپەس چىقىرىش قىينىلىشىش: ئۆپكە توقۇلمىلىرىنىڭ ئېلاستىكلىقى تۆۋەنلەش ياكى ئىنچىكە كانايچىلار تارىيىش، توسۇلۇش، قالدۇق گاز مىقدارى كۆپىيىش سەۋەبىدىن پەيدا بولىدۇ. تىنىق چىقىرىش قىينىلىشىدۇ، تىنىق چىقىرىش ۋاقتى ئۇزىرايدۇ. خىرقىراش تاۋۇشى بولىدۇ. كانايچە زىققىسى، ئاستا خاراكتېرلىك توسۇلۇشچان ئۆپكە گازلىق ئىششقى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

③ ئارىلاشما نەپەس قىينىلىشىش: كۆپىنچە ئۆپكە توقۇلمىلىرىنىڭ كەڭ كۆلەملىك كېسەللىك ئۆزگىرىشىدىن كېلىپ چىققان ئۆپكىنىڭ نەپەسلىنىش بىرلىك يۇزى كىچىكلەش سەۋەبىدىن يۇز بېرىدۇ. ھاۋا سۇمۇرگەندىمۇ، تىنىق چىقارغاندىمۇ نەپەس قىينىلىشىدۇ. نەپەس تېز، تېيىز بولىدۇ. ئۆپكىنىڭ كۆپ قىسمى يالليۇغلىنىش ياكى كېرىلمەسلىك، يېيىلما ئۆپكە ئارىلىق ماددىسى تالالىشىش، بۇغىر ئۆپكە تۇبېركۇلىوزى كۆپ مىقدارداكۆكرەككە سۇ چۇشۇش، ئۆزلۇكسىدىن پەيدا بولىدىغان ھاۋالىق كۆكرەك قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

④ چېئىن ـ ستوكس نەپىسى ۋە نەپەس ئارىلاپ توختاپ قېلىش: كۆپىنچە مەركىزى نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرى ۋە نەپەس كونترول مەركىزى تورمۇزلىنىشتا كۆرۈلىدۇ.

⑤ كېچىدە تۇتقاقلىق نەپەس قىينىلىشىش: كېچىدە ئاداشقان نېرۋىنىڭ جانلىنىش پائالىيىتى كۆچىيىدۇ. تاجسىمان ئارتېرىيە قىسقىراپ، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەيدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە يانقاندا يۈرەككە قۇيۇلىدىغان قاننىڭ مىقدارى ئېشىپ، ئۆپكىدىكى قايغان قان كۆپىيىپ، ئۆپكە سىغىمچانلىقى كىچىكلەيدۇ. بىمار ئۇخلاۋاتقاندا تۇيۇقسىز چۆچۈپ ئويغىنىدۇ ـ دە، ئولتۇرۇش ياكى مېڭىش ئارقىلىق نەپەس قىينىلىشىشنى يېنىكلىتىدۇ. بۇ دەل ئۆتكۇر سول يۈرەك زەئىپلىشىشنىڭ باشلانغۇچ ئالامىتىدۇر.

(3) چىقارغان نەپەسنىڭ پۇرىقى:

كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلەنگەندە سېسىق ئالما پۇرىقى، سۇيدۇكتىن زەھەرلەنگەندە ئاممىياك پۇرىقى، ئورگانىك فوسفورلۇق ئوغۇتتىن زەھەرلەنگەندە سامساق پۇرىقى، ھىدرو-

سيانىك كىسلاتاسىدىن زەھەرلەنگەنلەردە ئاچچىق مېغىز پۇرىقى بولىدۇ.

2) باشقا كېسەللىك ئالامەتلىرى ۋە تەن بەلگىلىرى:

(1) نەپەس قىستاشقا قىزىش، كۆكرەك ئاغرىش قوشۇلۇپ كەلسە، ئۆپكىدە قۇرۇق، ھۆل خىرىپ تاۋۇشى بولسا كۆپىنچە ئۆپكە يالليۇغىنى كۆرسىتىدۇ.

(2) قوزغىلىشچان نەپەس قىيىنلىشىشتا ئەگەر ئۆپكىدە خىرقىراش تاۋۇش بولسا زىققىگە دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

(3) نەپەس قىيىنلاشقاندا قىزغۇچ بەلغەم تۆكۈرۈپ كۆكىرىش بولسا، بىمار مەجبۇرىي ئولتۇرۇپ نەپەسلەنسە، يۇرەك سوقۇشى تېزلەشسە كۆپىنچە ئۆتكۈر سول يۇرەك زەئىپلەشكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ.

(4) نەپەس قىيىنلىشىشتا سوزۇلما خاراكتېرلىك يۆتەل، يىرىڭلىق بەلغەم بولسا سوزۇلما خاراكتېرلىك كانايچە يالليۇغى، ئۆپكە يىرىڭلىق ئىششىقى، توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە كېسىلى، كانايچە كېڭىيىشتىن يۇقۇملىنىش قاتارلىق كېسەللەردىن دېرەك بېرىدۇ.

(5) ھوشىدىن كەتكەن بىمارلاردىكى نەپەس قىيىنلىشىش كۆپىنچە مېڭە قاناش، مېڭە زەخمىلىنىش، مېڭە يالليۇغى، ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، سۈيدۇكتىن زەھەرلىنىش ۋە ئۆتكۈر زەھەرلىنىشلەردە كۆرۈلىدۇ.

3) قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

(1) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش: قان، سۈيدۇك رايى، قاندىكى شېكەر، قاننى بىئو خىمىيىلىك تەكشۈرۈش، بەلغەم سۈۋالمىسى ۋە باكتېرىيە ئۆستۈرۈش قاتارلىقلار.

(2) قان ـ گاز ئانالىزى: دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئەگەر ئارتېرىيە قان ئوكسىگېن پارتىئال بېسىمى (PaO_2) 60mmHg دىن تۆۋەن بولسا ياكى كاربون Ⅳ ئوكسىد پارتىئال بېسىمى ($PaCO_2$) 50mmHg دىن يۇقىرى بولسا ۋە ياكى ھەر ئىككى شەرت مەۋجۇت بولسا نەپەس زەئىپلىشىش دەپ دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

① ئارتېرىيە قېنىنىڭ ئوكسىگېنغا تويۇنۇش دەرىجىسى (SaO_2)، يەنى بىرلىك قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ ئوكسىگېن بىلەن بىرىكىش نىسبىتى. نورمال قىممىتى 97% تىن يۇقىرى. قان ئازلىق، قان يوقىتىش قاتارلىقلاردا قان قىزىل ئاقسىلى تۆۋەنلەيدۇ، شۇڭا SaO_2 گەرچە نورمال بولسىمۇ ئەمما قانىنىڭ ئومۇمىي ئوكسىگېن مىقدارى تۆۋەن بولىدۇ. قان ھۈجەيرىسى كومپېنساتسىيىلىك كۆپەيگەندە گەرچە SaO_2 نورمال قىممەتتىن تۆۋەن بولسىمۇ، قاندىكى ئوكسىگېننىڭ مىقدارى يەنىلا نورمال بولىدۇ. ئەگەر 75% تىن تۆۋەن بولسا چوقۇم نەپەس زەئىپلىشىش بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك.

② ئارتېرىيە قان ئوكسىگېن پارتىئال بېسىمى (PaO_2) قاندىكى فىزىكىلىق ئېرىگەن ئوكسىگېن مولېكۇلىسى پەيدا قىلغان بېسىم، نورمال قىممىتى 80mmHg～100mmHg. ئەگەر 60mmHg دىن تۆۋەن بولسا نەپەس زەئىپلەشكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ.

③ ئارتېرىيە قان كاربون Ⅳ ئوكسىد پارتىئال بېسىمى ($PaCO_2$)، قان تەركىبىدىكى فىزىكىلىق ئېرىگەن CO_2 مولېكۇلىسى پەيدا قىلغان بېسىمنى كۆرسىتىدۇ. نورمال قىممىتى 35mmHg～45mmHg. $PaCO_2$ ئۆرلەپ 60mmHg گە يەتكەندە مەركىزىي نېرۋا غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. 80mmHg گە يەتكەندە ئۇيقۇسىرايدۇ، جۆيلۈيدۇ ياكى ھوشىدىن كېتىدۇ. ئاستا خاراكتېرلىك ئۆرلىگەندە، بەدەننىڭ كومپېنساتسىيىلىك رولى تۇپەيلىدىن pH قىممىتى نورمال بولىدۇ ياكى ئازراق تۆۋەنلەيدۇ. قىسقا مۇددەتتە تېز ئۆرلىگۈچىلەردە pH قىممىتى روشەن تۆۋەنلەيدۇ، pH قىممىتى 7.2 دىن تۆۋەن بولغاندا قان ئايلىنىش ۋە ھۇجەيرىلەرنىڭ مېتابولىزمىغا تەسىر يەتكۈزىدۇ. $PaCO_2$ 50mmHg دىن يۇقىرى بولسا نەپەس زەئىپلەشكەنلىكىنى كۆرسىتىدۇ.

④ قاننىڭ كىسلاتا ئىشقارلىقى (pH)، قاندىكى H^+ نىڭ قويۇقلۇقىنى ئەكس ئەتتۈرىدۇ. نورمال قىممىتى 7.35～7.45، 7.35 تىن تۆۋەن بولسا كومپېنساتسىيىسىز كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، 7.45 تىن يۇقىرى بولسا كومپېنساتسىيىسىز ئىشقاردىن زەھەرلىنىش بولىدۇ. كومپېنساتسىيىلىك كىسلاتا ياكى ئىشقاردىن زەھەرلەنگەندە pH قىممىتى نورمال بولىدۇ.

⑤ قالدۇق ئىشقار ($PaCO_2$,CBE) قىممىتى 40mmHg، تېمپېراتۇرا 38℃، قان قىزىل ئاقسىلى 100% ئوكسىگېنغا تويۇنغان ئەھۋال ئاستىدا پۈتۈن قان ياكى قىزىل قان ھۇجەيرىسىدىن باشقا قان سۇيۇقلۇقىنىڭ pH قىممىتىنى 7.4 قىلىش ئۈچۈن كېرەك بولىدىغان كىسلاتا ياكى ئىشقارنىڭ مىقدارىنى كۆرسىتىدۇ. ئەگەر كىسلاتا كېرەك بولسا مەنپىي قىممەت بىلەن، ئىشقار كېرەك بولسا مۇسپىي قىممەت بىلەن ئىپادىلىنىدۇ. نورمال قىممىتى BE، −3～+3mmol/L نەپەسنىڭ تەسىرىگە ئۇچرىمايدۇ. ئادەتتە قاندىكى ئىشقار مىقدارىنىڭ نورمال ئادەمگە قارىغاندا كۆپ ياكى ئازلىقىنى ئەكس ئەتتۈرىدۇ. مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولسا مەنپىي قىممىتى يۇقىرىلايدۇ.

⑥ كاربون Ⅳ ئوكسىدى بىلەن بىرىكىش كۈچى (CO_2CP)، بەدەندە ساقلانغان ئاساسلىق ئىشقار زاپىسىنى كۆرسىتىدۇ.

(3) سايمانلىق تەكشۈرۈش: رېنتگېن، ئېلېكترو كاردىئوگراممىا، B تېپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتلىرى، تالالىق كانايچە ئەينەكى، CT قاتارلىقلار مۇھىم تەكشۈرۈش ئەھمىيىتىگە ئىگە.

3. داۋالاش.

سەۋەبىگە قارىتا داۋالاش، ئالامىتىنى داۋالاش ۋە قوللاپ داۋالاشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1) كېسەل سەۋەبىنى يوقىتىش: ئوخشاش بولمىغان سەۋەبلەرگە ئوخشاش بولمىغان ئۇسۇل قوللىنىلىدۇ. مەسىلەن: نەپەس يولىدىكى يات جىسىمنى ئېلىۋېتىش، زىيادە سەزگۈرلۈكتىن كېكىرەك سۇلۇق ئىششىقى پەيدا بولغانلارغا دەرھال مۇسكۇلدىن ئادرېنالىن ئۇرۇش ۋە ۋېنادىن گلىكوكورتىكوئىدنى ئاسما قىلىش، ئۆزلۈكىدىن پەيدا بولغان يەل

كۆكرەك ياكى كۆپ مىقداردا كۆكرەككە سۇ چۈشۈشكە دەرھال كۆكرەك تېشىش ئوپېراتسىيەسى ئىشلەش ئارقىلىق سۇ، يەلنى تارتىپ چىقىرىۋېتىش، يۇرەك مەنبەلىك نەپەس قىيىنلىشىشتا ئاساسلىقى يۇرەك زەئىپلىكىنى داۋالاش قاتارلىقلار.

2) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، كانايچىكى سپازمىنى بوشىتىش، يات جىسىم بولسا چىقىرىۋېتىش، بەلغەم كۆپ ۋە يېپىشقاق بولسا بەلغەم ھەيدەش دورىسى ئىشلىتىش، ھورداش ياكى مۇۋاپىق سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ بەلغەمنى سۇيۇلدۇرۇپ بوشىتىش، بەلغەم چىقىرىش تەس بولغانلارغا بەدەننى ئۆرۈش، دۇمبىسىگە شاپىلاقلاش ھەمدە بىمارغا بەلغەم چىقىرىشنىڭ ئۇسۇلىنى ئۆگىتىش كېرەك. پەقەت ئاستا خاراكتېرلىك PaO_2 تۆۋەن بولۇش، ئېغىر كاربون Ⅳ ئوكسىد يىغىلىپ قېلىش قاتارلىقلارغا تۆۋەن ئېقىملىق ئوكسىگېن بەرگەندىن باشقا، بارلىق نەپەس قىيىنلاشقۇچىلارغا يۇقىرى ئېقىملىق ئوكسىگېن بېرىپ ئوكسىگېن بېسىمى تۆۋەن بولۇشنى بۇرۇنراق ياخشىلاش كېرەك، ئەمما ئوكسىگېندىن زەھەرلىنىشتىن ساقلىنىش لازىم. ئەڭ ياخشىسى قان ـ گاز ئانالىزىغا ئاساسەن تەڭشەش لازىم. كانايچىدا سپازما بولسا سپازمىنى بوشاتقۇچى دورا ۋە گلۇكوكورتىكوئىد ئىشلىتىشكە بولىدۇ، نەپەس قىيىنلىشىش ئېغىر بولغانلارغا ئېھتىياجلىق بولغاندا كانايغا كانايچە سېلىش، كانايىنى كېسىش ئارقىلىق مېخانىك نەپەسلەندۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

3) نەپەس راۋانلاشتۇرۇش دورىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى: ئوكسىگېن يېتىشمىگەن، ئېغىر كاربون Ⅳ ئوكسىد ساقلىنىپ قالغان ۋە مەلۇم دورىلارنىڭ زىيادە بېرىلىشىدىن نەپەس مەركىزى تورمۇزلىنىپ قالغان بىمارلارغا مۇۋاپىق مىقداردا نەپەسنى روھلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. مەسىلەن: نىكېتامىد (尼克刹米) تېرە ئاستى، مۇسكۇل ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇلىدۇ. چوڭلارغا ھەر قېتىمدا 0.25g～0.5g ئىشلىتىلىدۇ، ئەڭ كۆپ بولغاندا ھەر قېتىمدا 1.25g دىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك كېرەك. لوبېلىن (罗贝林) ۋېنادىن بېرىلگەندە چوڭلارغا ھەر قېتىمدا 3mg (ئەڭ يۇقىرى مىقدارى ھەر قېتىمدا 6mg)، بالىلارغا ھەر قېتىمدا 0.3mg～3mg، تېرە ئاستى ياكى مۇسكۇلدىن بېرىلگەندە چوڭلارغا ھەر قېتىمدا 10mg (ئەڭ يۇقىرى بولغاندا مىقدارى ھەر قېتىمدا 20mg) بالىلارغا ھەر قېتىمدا 1mg～3mg ئىشلىتىلىدۇ.

4) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش، ئېلېكتروليت ۋە كىسلاتا، ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: يۇقۇملىنىش پەيدا قىلغان نەپەس قىيىنلىشىشقا ئۇنۇملۇك ئانتىبىئوتىكلارنى تولۇق، بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىش كېرەك. Cl^-، Na^+، K^+ تۆۋەن بولغاندا ياكى مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشتە Cl^-، Na^+، K^+ نى ۋاقتىدا تولۇقلاش، نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتە نەپەسلىنىش مىقدارىنى كۆپەيتىش كېرەك. مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش تەڭلا مەۋجۇت بولسا ئەڭ ياخشىسى قان ـ گاز ئانالىزنەتىجىسىنى ئاساس قىلىپ مۇۋاپىق ئىشقار تولۇقلاشقا بولىدۇ.

§4. ئۆتكۈر كۆكرەك ئاغرىقى
(急性胸痛)

كۆكرەك ئاغرىقىنىڭ كۆپىنچىسىنى كۆكرەك كېسەللىكلىرى، ئاز بىر قىسمىنى باشقا كېسەللىكلەر پەيدا قىلىدۇ. بەزىدە ئاغرىقىنىڭ دەرىجىسى بىلەن ئېغىر - يېنىكلىكى ماس كەلمەيدۇ. ئاقىۋىتىمۇ ئوخشاش بولمايدۇ. ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدىغانلىرىدىن ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، ئۆتكۈر ئۆپكە تىقىلمىسى، يۈرەك سانجىقى، ئارا قەۋەت ئارتېرىيە ئۆسمىسى، يەل كۆكرەك قاتارلىقلار بار.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) كۆكرەك ئەزالىرىغا قان يېتىشمەسلىك.

ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك مەسىلەن: يۈرەك سانجىقى، ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، ئېغىر قان بېسىم تۆۋەن بولۇش، ئېغىر غول ئارتېرىيە قاپقىقى تارىيىش ياكى تولۇق ئېتىلمەسلىك، يۈرەك مۇسكۇل يالۇغى قاتارلىقلار بار. ئېغىرلىرى كۆكرەك ئاغرىقى بىلەنلا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

2) يالۇغ:

(1) كۆكرەك تېمىدىكى يالۇغ:

① يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك: تېرە يالۇغى، تېرە ئاستى ھۆكۈنەك توقۇلما يالۇغى، يىلىك يالۇغى قاتارلىقلار.

② مىكروبسىز خاراكتېرلىك: قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋا ئاغرىقى، قوۋۇرغا كۆمۈرچەك يالۇغى قاتارلىقلار.

(2) كۆكرەك بوشلۇقىدىكى يالۇغ: كۆكرەك پەردە يالۇغى، يېرىڭلىق كۆكرەك، ئۆپكە يالۇغى، يۈرەك قېپى يالۇغى، كاناي يالۇغى، قىزىلئۆڭگەچ يالۇغى قاتارلىقلار.

(3) قورساق ئىچىدىكى يالۇغ: دىئافراگما ئاستى يېرىڭلىق ئىششىقى، جىگەر يېرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلار.

3) كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ئۆسۈكچىسىمان كېسەللىكلەر:

تىك پاسىل خالتىلىق ئىششىقى، تىل پاسىل ئۆسمىسى، ئۆپكە ئۆسمىسى، قىزىلئۆڭگەچ راكى، ئارتېرىيە ئارا قەۋەت ئۆسمىسى، يەل كۆكرەك قاتارلىقلار.

4) فىزىكىلىق، خىمىيىلىك ئامىللارنىڭ تەسىرى:

قاتتىق سوغۇق كانايدىكى يالۇغنى غىدىقلىغاندا، غىدىقلىغۇچى ياكى چېرىتكۈچى خىمىيىلىك گازلار كاناي شىللىق پەردىسىنى زىيانغاۋچىرانقاندا ۋە تەتۈر ئېقىشلىق قىزىلئۆڭگەچ

يالليۇغىدا تۆش سۆزىكىنىڭ كەينى تەرىپى ئاغرىيدۇ.

5) ۋېگېتاتسىيە نېرۋا فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىنىش:

مەسىلەن: زىيادە ھاۋا ئالماشتۇرۇش يېغىندى كېسەللىكى، ئاشقازان كىرىش ئېغىزى سپازمىسى، يۇرەك - نېرۋا فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇش كېسەللىكى قاتارلىقلار.

6) باشقىلار:

يەللىك بوغۇم ئاغرىقى، تېرە مۇسكۇل يالليۇغى، تېرە قاتتىقلىشىش كېسىلى، ئۆتكۈر دانلىق ھۈجەيرە خاراكتېرلىك ئاق قان كېسىلى قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

كۆكرەك ئاغرىقىنىڭ ئورنى، خاراكتېرى، سەۋەبى، يانداشما ئالامەتلەر ۋە باشقا مۇناسىۋەتلىك كېسەل تارىخىنى سوراشقا ئەھمىيەت بېرىش كېرەك.

1) كېسەللىك تارىخى:

(1) كېسەل قوزغىلىشىنىڭ ئۆتكۈر ئاستىلىقى، بۇرۇن ئاغرىغان - ئاغرىمىغانلىقى سورىلىدۇ.

(2) كۆكرەك ئاغرىغاندىكى باشقا مۇھىم يانداشما ئالامەتلەر، مەسىلەن: قىزىش، يۆتەل، بەلغەم، قان تۆكۈرۈش، يۈتۈش قىيىنلىشىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىقلار بار -يوقلۇقى سورىلىدۇ.

(3) كۆكرەك ئاغرىقى قويۇۋەتكەندىكى ئەھۋالى، ئورۇقلاش بار - يوقلۇقى، زەخمىلىنىش تارىخى سورىلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئالامەتلەر، دەققەت قىلىش نۇقتىلىرى:

(1) كۆكرەك ئاغرىغاندىكى چىرايى: چىدىيالامدۇ - يوق؟ چىرايى ئاقارغانمۇ؟ تەرلەمدۇ؟

(2) ئاغرىغان ئورۇن، خاراكتېرى، ئاغرىقىنىڭ تارىلىشى، داۋاملاشقان ۋاقتى؟

(3) كۆكرەك ئاغرىغان ئورۇندا تېرە زەخمىلەنگەنمۇ؟ ئىششىپ چىققانمۇ؟ تېرە تاشمىسى بارمۇ؟

(4) ئاغرىغان ئورۇننى تۇتۇشقا بولامدۇ؟ باسسا ئاغرىمدۇ؟

(5) ئېستېرنىترات (硝酸酯) تېپىدىكى دورىلارنى يېگەن ياكى شورىغاندا ئاغرىق قويۇۋېتەمدۇ؟ ئاغرىق توختىتىش دورىلىرىنىڭ ئۈنۈمى بولامدۇ؟

(6) قان بېسىم، نەپەس، يۇرەك رېتىمى نورمالمۇ؟ يۇرەكتە شاۋقۇن تاۋۇشى بارمۇ؟ ئۆپكە نەپەس تاۋۇشى نورمالمۇ؟

3) يارىمچى تەكشۈرۈش:

(1) ئېلېكتروكاردىئوگراممىسى: يۇرەك چاستوتىسى، رېتىمدىن باشقا مۇھىمى S—T بۆلىكى، T دولقۇنىدا ئۆزگىرىش بار - يوقلۇقى، تېپىك يۇرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنىڭ

رەسىم شەكلى بار - يوقلۇقى ۋە يۈرەك رېتمى تەرتىپسىزلىنىش بار - يوقلۇقىغا ئالاھىدە دىققەت قىلىنىدۇ.

(2) رادىئوئاكتىپلىق تەكشۈرۈش: رېنتگېنده تەكشۈرگەندە مۇتلەق كۆپ قىسىم كۆكـ رەك، ئۆپكە كېسەللىرىگە دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. مەسىلەن: ئۆپكە يالليۇغى، كۆكرەك پەردە يالليۇغى، دىئافراگما ئاستىدىكى ئەركىن گاز، يۈرەك قېپى يالليۇغى، يەل، قان، سۈلۈق كۆكرەك، ئۆپكە، كۆكرەك ئۆسمىسى، قوۋۇرغا سۈنۈش قاتارلىقلار. CT ياكى MR دا تەكشۈرۈش كېسەلگە يەنمۇ ئىلگىرىلەپ دىئاگنوز قويۇشتا ئالاھىدە ئەھمىيەتكە ئىگە.

(3) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇن ئاپپاراتى: جىگەر يىرىكلىق ئىششىقى، ئۆسمىسى، كۆكرەكتىكى قان، سۈنى تەكشۈرۈشنىڭ توغرىلىق دەرىجىسى نىسبەتەن يۇقىرى، ئۇندىن باشقا كۆكرەكتىكى سۈنى تارتىشتا ئەڭ مۇۋاپىق ئورۇن بەلگىلىنىدۇ.

(4) قان رايى: قان ئازلىق، يۇقۇملىنىش، قان كېسەللىكلىرى بار - يوقلۇقى تەكشۈرۈلىدۇ.

(5) قان زەردابىدىكى يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى، مۇسكۇل كالتسىي ئاقسىلى، مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

4) جىددىي قۇتقۇزۇشتا كۆپ كۆرۈلىدىغان بىر نەچچە خىل كۆكرەك ئاغرىقىغا دىئاگنوز قويۇشتىكى مۇھىم نۇقتىلار.

(1) تىپىك يۈرەك سانجىقى: كۆكرەك ئاغرىقى تۇيۇقسىز قوزغىلىدۇ. كۆپىنچە تۆش كەينى ياكى يۈرەك ئالدى ئاغرىيدۇ. يۈرەكنىڭ ئورنى بېسىلغاندەك، تۇنجۇققاندەك ئاغرىيـ دۇ. ئاغرىق كۆپىنچە سول تەرەپ يەلكە، يۇقىرى بىلەككە تارقىلىدۇ. ھارغىنلىق، سوغۇق، جىددىيلىشىش، بەك تويۇنۇش قاتارلىق سەۋەبلەردىن قوزغىلىدۇ. ئاغرىق ۋاقتى نەچچە مىنۇت داۋاملىشىدۇ. كۆپىنچە 15 مىنۇتتىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. قايتا - قايتا قوزغىلىدۇ. ئېستىر نىترات تۇرىدىكى دورىلارنى تىل ئاستىدا شورىغاندا ئاغرىق قويۇۋېتىدۇ. ئېلېكترو-كاردىئوگراممىدا S—T بۆلىكى تۆۋەنلەيدۇ. T دولقۇنى تۇزلىنىدۇ ياكى كۆمتۇرۈلىدۇ. ئاغرىق قويۇۋەتسىلا ئەسلىگە كېلىدۇ. يۈرەك مۇسكۇلى ئېنزىملىرىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

(2) ئۆزگىرىشچان يۈرەك سانجىقى: ئاساسەن يۈرەك سانجىقى بىلەن ئوخشاش، ئەمما ئاغرىقى تېخىمۇ قاتتىق، داۋاملىشىش ۋاقتى تېخىمۇ ئۇزۇن بولىدۇ. دەۋرلىك قوزغىلىدۇ. قوزغالغاندا ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا S—T بۆلىكى يۇقىرى كۆتۇرۈلىدۇ. ئېستېر نىترات تۇرىدىكى دورىلارنى شورىغاندا ئاغرىق قويۇۋېتىدۇ. ئاغرىق قويۇۋەتكەندىن كېيىن S—T بۆلىكىمۇ نورمال شەكىلگە قايتىدۇ. يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

(3) تىپىك يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى: ئاغرىقىنىڭ باشلىنىشى تېز، ئورنى تۆش كەينى، يۈرەك ئالدى ياكى خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستىدا ئاغرىق كۈچلۈك بولىدۇ. بىماردا

ئۆلۈپ كېتىدىغاندەك (سەكرات) سېزىم بولىدۇ. سول تەرەپ يەلكە، يۇقىرى بىلەككە تارقىلىدۇ. ئاغرىق ئورنى نىسبەتەن كەڭ بولىدۇ. كۆپىنچە قوزغاتقۇچى سەۋەب بولمايدۇ. ئاغرىقنىڭ داۋاملىشىش ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولۇپ بىر نەچچە سائەت، ھەتتا 1 ~ 2 كۈنگىچە سوزۇلىدۇ. ئىستېر نىترات تۇرىدىكى دورىلارنى شورىغاندا ئۇنۇمى ياخشى بولمايدۇ، كۆپىنچە دولانتىننى ئوكۇل قىلىپ ئۇرغاندا ئاغرىقنى پەسەيتىدۇ. قان بېسىم تۆۋەن ياكى شوك ھالىتىدە بولىدۇ. بەزىدە ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. يۈرەك رېتىمى نورمالسىزلىشىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا تىپىك ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسىنىڭ رەسىم شەكلى ئىپادىلىنىدۇ. يەنى S—T بۆلىكى يۇقىرىلايدۇ. پاتولوگىك QRS دولقۇنى كۆرۈلىدۇ. T دولقۇنى كۆمتۇرۈلىدۇ. قان زەردابىدا يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى، مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى، مۇسكۇل كالتسىي ئاقسىلى قاتارلىقلار كۆرۈنەرلىك يۇقىرىلايدۇ.

(4) غول ئارتېرىيە ئارا قەۋەت ئارتېرىيە ئۆسمىسى: قوزغىلىش تېز، تۆش كەينى، يۈرەك ئالدى خۇددى بىر نەرسىدە يىرتىۋاتقاندەك كۈچلۈك ئاغرىيدۇ. ئاغرىق دۇمبە، قورساق، بەلگە تارقىلىدۇ. ئاغرىقنىڭ داۋاملىشىشى نىسبەتەن ئۇزۇن بولۇپ، ئىستېر نىترات تۇرىدىكى دورىلارنىڭ ئۇنۇمى بولمايدۇ. يۈرەك چاستوتىسى، رېتىمى كۆپىنچە نورمال بولىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ. رېنتگېنده غول ئارتېرىيە كۆرۈنەرلىك كېڭىيىدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا ئالاھىدە شەكىل بولۇپ، دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(5) ئۆتكۈر يۈرەك قېپى يالليۇغى: بولۇپمۇ ئۆتكۈر غەيرىي خاس يۈرەك قېپى يالليۇغىدا كۈچلۈك ۋە ئۇزۇن بولغان يۈرەك ئالدى كۆكرەك ئاغرىقى بولىدۇ. كۆپىنچە قىزىتما ياندۇشىپ كېلىدۇ. چوڭقۇر نەپەسلەنگەندە، يۆتەلگەندە ئېغىرلىشىدۇ. دەسلەپكى مەزگىلدىلا يۈرەك قېپى سۈركىلىش تاۋۇشى بولىدۇ. بۇ تاۋۇش ۋە ئاغرىق، يۈرەك قېپىدا نىسبەتەن كۆپ سىرغىما سۇ پەيدا بولغاندا ئاجىزلايدۇ ياكى يوقىلىدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا AVR دىن باشقا ئۇلانمىلاردا S—T بۆلىكىنىڭ لوكىسى تۆۋەنگە قارىغان ھالەتتە يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ. T دولقۇنى كۆمتۇرۈلىدۇ. غەيرىي Q دولقۇنى كۆرۈلمەيدۇ. يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى نورمال بولىدۇ. رېنتگېنده يۈرەك سايىسى ئومۇمىيۈزلۈك يوغىنايدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا يۈرەك قېپى ئېچىدە سۈيۇقلۇق تەسۋىرى بولىدۇ.

(6) ئۆزلۈكىدىن يۈز بەرگەن يەل كۆكرەك: كېسەل تەرەپ كۆكرەك تۈيۇقسىز ئاغرىيدۇ. تەرەققىي قىلىشچان نەپەس قىستاش ياندۇشىپ كېلىدۇ. ئېغىر بولغان تەرلەش، كۆكىرىش، نەپەس تېيىز، تېز بولۇش، يۈرەك سوقۇشى تېزلەش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. كېسەل تەرەپنى چەككەندە ناغرا تاۋۇش چىقىدۇ. نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ.

ساق تەرەپنىڭ نەپەس تاۋۇشى كۆچىيىدۇ، رېنتگېنده تەكشۈرگەنده كېسەل تەرەپ ئۆپكە قانىتى يەلدىن قىسىلىپ كىچىكلەيدۇ. دەرھال كېسەل تەرەپتىن يەل تارقاتقاندا ياكى يېپىق ئاققۇزغاندا ئالامەتلەر يېنىكلەيدۇ ياكى قويۇۋېتىدۇ.

(7) ئۆتكۈر ئۆپكە تىقىلمىسى: باشلىنىشى تېز، كۆكرەك ئاغرىقى ئۈزۈنغىچە داۋاملىشىدۇ. نەپەس قىستاش، هوشىدىن كېتىش هەتتا شوك يانىدىشىپ كېلىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا ئوڭ ئۆپكە يۈكى ئارتىپ كېتىدۇ. رېنتگېندا تەكشۈرۈش دىئاگنوز قويۇشتا مۇهىم ئەهمىيەتكە ئىگە.

(8) قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسى ئاغرىش: قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسىنى بويلاپ بەلۋاغىسىمان ئاغرىيدۇ. قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسىنى باسقاندا بېسىلىپ ئاغرىيدۇ.

(9) قوۋۇرغا كۆمۈرچەك ياللۇغى: قوۋۇرغا بىلەن قوۋۇرغا كۆمۈرچىكى تۇتاشقان ئورۇندىكى مىكروبسىز ياللۇغ كەلتۈرۈپ چىقارغان ئاغرىق، نەپەس بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇپ قاتتىق ئاغرىيدۇ. نەچچە كۈندىن نەچچە هەپتىگىچە داۋاملىشىدۇ. ئاغرىغان ئورۇندا ئىششىق بولىدۇ. باسسا ئاغرىيدۇ. يېنىكلىرىنى بىر تەرەپ قىلىش هاجەتسىز. ئېغىرلىرىغا ئاغرىق توختىتىش پۈركىمىسى ياكى پاستىسى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا 0.5% لىك پروكائىننى يەرلىككە بىر نەچچە قېتىم قامال قىلىپ ئۈرغاندا ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ.

(10) ئېغىر بولغان غول ئارتېرىيە قاپقىقى تولۇق ئېتىلمەسلىك: ئېغىر بولغان غول ئارتېرىيە قاپقىقى تولۇق ئېتىلمەسلىك كېسىلىدە، كېڭىيىش بېسىمى ئىنتايىن تۆۋەن بولغانىدا، تاجسىمان تۆمۈرنىڭ قان قۇيۇلۇش بېسىمى تۆۋەنلەپ، قان بىلەن تەمىنلىنىشى ئازىيىپ، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان، ئوكسىگېن يېتىشمەي كۆكرەكتە قاتتىق ئاغرىق پەيدا قىلىدۇ. بىمار هەتتا نەق مەيداندىلا ئۆلۈپ كېتىدۇ. بۇنداق بىمارلاردا غول ئارتېرىيە قاپقىقى تولۇق يېپىلماسلىق كېسەل تارىخى بولىدۇ. شۇنداقلا يۈرەكنىڭ هەر قايسى ئاڭلاش رايونلىرىدا مۇناسىۋەتلىك ئالاهىدە شاۋقۇن تاۋۇشلىرى ئاڭلىنىدۇ.

ئۇندىن باشقا بەلۋاغىسمان قوقاقتا بەلۋاغىسمان تېرە تاشمىسى بولىدۇ، قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسىنى بويلاپ ئاغرىيدۇ. كۆكرەك دىۋارى كېسەللىكلىرى، زەخمىلىنىشتە يەرلىك ئورۇن ئاغرىيدۇ.

3. داۋالاش:

كېسەل سەۋەبىنى داۋالاش ۋە ئاغرىق توختىتىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. مەسىلەن: يەل كۆكرەك، قان - يەل كۆكرەك، كۆكرەككە سۇ يىغىلىپ قېلىش، تىل پاسىل يەل ئىششىقى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقارغان كۆكرەك ئاغرىقىدا ئالدى بىلەن يارا ئېغىزىنى داكىدا

تولدۇرۇپ تېڭىش، جىددىي يەل چىقىرىپ يېيىق ئاققۇزۇش كېرەك. ئۆتكۈر يۇرەك تىقىلمىسىدا قەتئىي ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى ئىشلىتىش كېرەك. يۇرەك سانجىقىدا تىل ئاستىغا نىترو گلىتسېرىن (硝酸甘油) سېلىنىپ سۈمۈرتۈلىدۇ. ئۆپكە تىقىلمىسىدا تىنچلاندۇرۇش، ئاغرىق توختىتىش، سپازمىنى بوشىتىش قاتارلىق داۋالاش ئېلىپ بېرىلىدۇ. قوۋۇرغا سۈنغاندا ئاغرىق كۈچلۈك بولسا سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇشقا ۋە سۈنغان ئورۇنغا قامال قىلىپ ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ. يۇقۇملىنىش پەيدا قىلغان كۆكرەك ئاغرىقىغا ئانتىبىئوتىكلار، يالۇغ قايتۇرۇپ ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. يىرىك ئاققۇزۇلىدۇ.

§ 5 . ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى
(急 性 腹 痛)

قورساق ئاغرىقى — ئاساسەن قورساق بوشلۇقىدىكى ئەزالارنىڭ كېسەللىك ئۆزگىرىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. بەزىدە قورساق بوشلۇقى سىرتىدىكى ئەزالارنىڭ كېسەللىك ئۆزگىرىشىمۇ قورساق ئاغرىقىنى پەيدا قىلىدۇ. كېسەلنىڭ قوزغىلىش ئالاھىدىلىكى ۋە جەريانىنىڭ ئۇزۇن - قىسقىلىقىغا قاراپ، قورساق ئاغرىقى ئۆتكۈر ۋە سوزۇلما خاراكتېرلىكتىن ئىبارەت ئىككى خىلغا بۆلۈنىدۇ. ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقىنىڭ ئالاھىدىلىكى باشلىنىشى تېز، ئۆزگىرىشى تېز، كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) قورساق بوشلۇقى ئەزالىرىدىكى كېسەللىك:

(1) ئۆتكۈر يۇقۇملىنىش ياكى ئىششىق: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن ئۆتكۈر ئاشقازان يالۇغى، ئۇچەي يالۇغى، سوقۇر ئۇچەي يالۇغى، ئۆت يالۇغى، ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى، قورساق پەردە يالۇغى، باكتېرىيىلىك تولغاق، داس بوشلۇقى يالۇغى، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىدىكى يالۇغ، ئۇچەي بېغىشى لىمفا تۈگۈنى يالۇغى، جىگەر يالۇغى، باكتېرىيىلىك جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى، قورساقتىكى يىرىڭلىق ئىششىقى، قورساقتىكى بەلۋاغسىمان قوۋاق قاتارلىقلار بار.

(2) ئۆتكۈر تېشىلىش: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن ئاشقازان، ئۇچەي تېشىلىش، سوقۇر ئۇچەي تېشىلىش، ئۆت تېشىلىش، بالىياتقۇ تېشىلىش قاتارلىقلار بار.

(3) ئۆتكۈر توسۇلۇش ياكى تولغىشىپ قېلىش: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن ئۆتكۈر ئۇچەي توسۇلۇش، ئۆت يولى سازاقى مەددىسى، ئۆت يولىدىكى تاش، سۈيدۈك نەيچىسىدىكى تاش، كەپلەشمە، چۇقۇق، تۈخۈمدان خالتىلىق ئىششىقى تولغىشىپ قېلىش قاتارلىقلار بار.

(4) ئۆتكۈر يېرىلىش: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن غەيرىي ئورۇن ھاسىلىسى يېرىلىش، جىگەر، تال يېرىلىش، بۆرەك يېرىلىش، بالىياتقۇ يېرىلىش، دوۋسۇن يېرىلىش قاتارلىقلار بار.

(5) ئۆتكۈر قان ئايلىنىش توسقۇنلۇقىغا ئۇچراش: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن ئۇچەي بېغىشى ئارتېرىيىسىدە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇش، ئارا قەۋەت قورساق غول ئارتېرىيە ئۆسمىسى، تال تىقىلمىسى قاتارلىقلار بار.

2) قورساق سىرتىدىكى ئەزالار كېسەللىكى: ئالاھىدىلىكى قاتتىق ئاغرىيدۇ، ئەمما ئورنى ئېنىق بولمايدۇ، شۇنداقلا قورساق پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرىمۇ بولمايدۇ. ئەسلىي كېسەل ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. كلىنىكىدا ئۆپكە يالليۇغى، ئۆپكە تىقىلمىسى، يۈرەك سانجىقى، يۈرەك تىقىلمىسى، ئۆتكۈر يۈرەك قېپى يالليۇغى، كۆكرەك پەردە يالليۇغى، يەل كۆكرەك قاتارلىقلاردا قورساقنىڭ ئۈستى قىسمى ئاغرىش كۆپ كۆرۈلىدۇ.

ئۇندىن باشقا بىر قىسىم پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك كېسەللىكلەردىمۇ قورساق ئاغرىقى بولىدۇ. مەسىلەن: قورساق تىپلىق تۇتقاقلىق، قورساق تىپلىق زىيادە سېزىمچانلىق، سۆسۈن داغ، سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش ۋە ئېلىمېنتلاردىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

1) كېسەللىك تارىخى:

(1) ئادەتتىكى ماتېرىيال: يېشى، جىنسىي ئايرىمىسىغا دىققەت قىلىش ۋە مۇناسىۋەتلىك كېسەللىك تارىخىنى سوراش كېرەك. بالىلاردىكى ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى ئۇچەي كېسەللىكلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: ئۇچەي سازاق مەددە قۇرتى، ئۇچەي كىرىشىپ قېلىش، كەپلەشمە، چۇقۇق، سوقۇر ئۇچەي يالليۇغى قاتارلىقلار. ياشلاردا ھەزىم قىلىش يولى تېشىلىش، سوقۇر ئۇچەي يالليۇغى قاتارلىقلار كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئوتتۇرا ياش، ياشانغانلاردا ئۆت يالليۇغى، ئۆت تېشى كېسىلى، يامان سۈپەتلىك ئۆسمە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئەرلەردە ھەزىم خاراكتېرلىك يارا، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى تېشى كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاياللاردا داس بوشلۇقى ئەزالىرى كېسەللىكى مەسىلەن: تۇخۇمدان قاپلىق ئىششىقى تولغىشىپ قېلىش، غەيرىي ئورۇن ھاسىلىسى يېرىلىش، داس بوشلۇقى يالليۇغى قاتارلىقلار كۆپ كۆرۈلىدۇ. شۇڭلاشقا، ئايال بىمارلاردىن ئاياللار بۆلۈم كېسەللىك ئەھۋالىنى سوراشقا دىققەت قىلىش كېرەك. سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى تېشى، ئۆت تېشى كېسىلى، ئۆت يالليۇغى قاتارلىق كېسەللىكلەرنىڭ كۆپىنچە ئىلگىرى ئوخشاش ئاغرىغان تارىخى بولىدۇ. ئاشقازان ئۇچەي يارىسى تېشىلگۈچىلەردە كۆپىنچە ئاشقازان، ئۇچەي يارىسى كېسەل تارىخى ياكى مۇناسىۋەتلىك ئالامەتلىرى بولىدۇ. چاپلىشىش خاراكتېرلىك ئۇچەي توسۇلۇشنىڭ كۆپىنچە قورساق قىسىم ئوپېراتسىيىسى قىلغان ياكى قورساق زەخمىلەنگەن تارىخى بولىدۇ. يۈرەك دالانچە ئىنچىكە تىتىرەش بىمارلىرىدا تۇيۇقسىز قورساق ئاغرىقى يۈز بەرسە، چوقۇم ئۇچەي

بېغىشى، قان تومۇر كەپلىمىسى بار - يوقلۇقىنى ئېنىقلاش كېرەك.

(2) قورساق ئاغرىقىنىڭ ئالاھىدىلىكى:

① باشلىنىشى ۋە قوزغاتقۇچى ئامىل: ئۆتكۈر باشلانغان، شۇنداقلا تېزلا ئېغىرلاشقان قورساق ئاغرىقى كاۋاك ئەزالار تېشىلىش، ئۆتكۈر ئۆچەي توسۇلۇشتىن تولغىشىپ قېلىش، ئۆيۈل ئەزالار يېرىلىش، ئېغىر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاغرىقىنىڭ يېنىك باشلىنىپ تەدرىجىي كۈچىيىشى كۆپىنچە يۇقۇملىنىشتا كۆرۈلىدۇ. مايلىق يېمەكلىكلەر ئۆت يالۇغى ۋە ئۆت تېشى كېسەللىكلىرىنى قوزغىتىپ قويىدۇ. زىيادە تويۇنۇش ئۆتكۈر ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىش، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى قاتارلىقلارنى قوزغىتىپ قويىدۇ. يارىلىنىش ئىچكى ئەزالارنىڭ يېرىلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

② ئورنى: ئاغرىق باشلانغان ۋە ئەڭ قاتتىق ئاغرىغان ئورۇن كۆپىنچە كېسەللەنگەن ئورۇن بولىدۇ. مەسىلەن: قورساقنىڭ ئوڭ تەرەپ يۇقىرى قىسمى ئاغرىشى، ئۆت يالۇغى، ئۆت تېشى كېسىلى، جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى، ئوڭ تەرەپ دىئافراگما ئاستى يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قورساقنىڭ ئوتتۇرا يۇقىرى قىسمى ئاغرىشى ئۆت يولى سازاڭ مەددە كېسىلى، ئاشقازان 12 بارماق ئۆچەي يارىسى، ئاشقازان سپازمىسى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قورساقنىڭ سول تەرەپ يۇقىرى قىسمى ئاغرىشى ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى، تال يىرىڭلىق ئىششىقى، تال كەپلىمىسى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كىندىك ئەتراپى ئاغرىشى ئىنچىكە ئۆچەي كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. بوغماق ئۆچەي ۋە داس بوشلۇقى كېسەللىكلىرىدە كۆپىنچە تۆۋەن قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. سازاڭ ئۆسۈكچە يالۇغىدا كۆپىنچە ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. پۈتۈن قورساق ئاغرىش كۆپىنچە يېيىلما قورساق پەردە يالۇغى، ئۆچەي توسۇلۇش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا تارقىلىشچان ئاغرىق ۋە يۆتكىلىشچان ئاغرىقىنمۇ نەزەردىن ساقىت قىلماسلىق كېرەك.

③ خاراكتېرى ۋە دەرىجىسى: تۇتاقلىق قورساق ئاغرىقى كۆپىنچە كاۋاك ئەزالار سپازمىسى ياكى توسۇلۇشىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: تۇتاقلىق سانجىلىپ ئاغرىش، ئىنچىكە ئۆچەي يالۇغى ۋە ئۆچەي توسۇلۇشتا، خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستى قىسمى ئاغرىش ئۆت يولىدىكى مەددە قۇرتتا، ئۇزلۇكسىز قورساق ئاغرىش كۆپىنچە ئۆيۈل ئەزالاردىكى يۇقۇملىنىش، قاناش، ئۆسمىنىڭ بېسىشى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئۇزلۇكسىز قورساق ئاغرىقىنىڭ تۇتاقلىق كۈچىيىشى كۆپىنچە توسۇلۇش ۋە يۇقۇملىنىش تەڭلا مەۋجۇت بولغان كېسەللەر مەسىلەن: ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى، ئۆت تېشى كېسىلى، سۈيدۈك يولىدا تاش بولۇش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ. قورساق ئاغرىقىنىڭ دەرىجىسى مەزكۇر بىمارنىڭ ئاغرىقا چىداملىق دەرىجىسى بىلەنمۇ مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. ئادەتتە ئەزالار تولغىشىپ

كېلىش، كاۋاك ئەزالار تېشىلىش، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى قاتارلىق كېسەل-لىكلەردىكى توسۇلۇش ۋە خىمىيىلىك غىدىقلىنىشتا قورساق قاتتىق ئاغرىيدۇ. سوزۇلما، يېنىك ئاغرىش ۋە تېلىپ ئاغرىش كۆپىنچە ئىچكى ئەزالاردىكى يۇقۇملىنىش ياكى ئەزالارنىڭ قاپ پەردىسىدىنىڭ كېرىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

④ ئاغرىقنىڭ تارىلىشى: قورساق ئاغرىقىنىڭ باشقا ئورۇنغا تارىلىپ ئاغرىق پەيدا قىلىشى بەزى كېسەللەرگە دىئاگنوز قويۇشتا پايدىلىنىش ئەھمىيىتىگە ئىگە. مەسىلەن: ئۆتكۈر ئۆت ياللۇغى، ئۆت تاش كېسىلى پەيدا قىلغان ئاغرىق ئوڭ تەرەپ يەلكە، دۇمبىگە تارىلىدۇ. سۇيدۇك ئاجرىتىش سىستېمىسىدىكى تاش پەيدا قىلغان ئاغرىق كۆپىنچە سۇيدۇك نەيچىسىنى بويلاپ تۆۋەن قورساق قىسمى، ئارىلىق، يوتا ئىچى تەرەپىگە تارىلىدۇ. ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى ئارقا قورساق پەردىسىنى غىدىقلىغاندىن كېيىن سول تەرەپ، بەل دۇمبىدە بەلۋاغسىمان ئاغرىق پەيدا قىلىدۇ.

⑤ ئەگەشمە ئالامەتلەر:

a. قىزىتما: يۇقۇملىنىش ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدىكى قىزىتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. مەسىلەن: ئۆتكۈر سازاق ئۆسۈكچە ياللۇغى. ئېغىر يۇقۇملىنىشلاردا جۇغۇلداش ۋە يۇقىرى قىزىتما تەڭلا يۇز بېرىدۇ. مەسىلەن: ئۆتكۈر توسۇلۇشچان يىرىڭلىق ئۆت ياللۇغى. تاشقى بۆلۈم كېسەللىكلىرىدە كۆپىنچە ئالدى بىلەن قىزىپ ئاندىن قورساق ئاغرىقى كۆرۈلىدۇ.

b. كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش: قورساق ئاغرىغاندىن كېيىن كۆرۈلىدۇ، ئىچكى ئەزا نېرۋىلىرىنىڭ رېفلېكسى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆڭۈل ئاينىش، قۇسۇشنىڭ ئالاھىدىلىكلىرى بەزىدە بىر قىسىم كېسەل ئۆزگىرىشىدىن بېشارەت بېرىشى مۇمكىن. مەسىلەن: قۇسۇق ئەگەر ئاشقازان سۇيۇقلۇقى، يېمەكلىك ۋە ئۆت سۇيۇقلۇقى بولۇپ كېسەللىكنىڭ باشلىنىشىدىلا كۆرۈلسە، بۇ يۇقىرى ئورۇندىكى ئۇچەي توسۇلۇش بولۇشى مۇمكىن. ئەگەر قۇسۇش نىسبەتەن كېيىنكى باسقۇچتا كۆرۈلسە، ئۇنىڭ ئۇستىگە قۇسۇقتا چوڭ تەرەتنىڭ رەڭگى ۋە پۇرىقى بولسا تۆۋەن ئورۇندىكى ئۇچەي توسۇلۇش بولۇش ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ. كېچە ئاتلاپ ئەتىگەندە قۇسسا ھەمدە قۇسۇقنىڭ مىقدارى كۆپ، ئېچىپ قالغان تاماقنىڭ پۇرىقى بولسا ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇپ قالغانلىقىدىن بېشارەت بېرىدۇ.

c. سېرىقلىق چۈشۈش: جىگەر، ئۆت، ئاشقازان ئاستى بېزى كېسەللىكلىرىدە كۆرۈلۈش بولۇشى مۇمكىن.

d. چوڭ تەرەتتىكى نورمالسىزلىق: قورساق ئاغرىش بىلەن بىرگە يەل، چوڭ تەرەت قىلىش توختاپ قېلىش ئۇچەي توسۇلۇپ قالغانلىقىنىڭ بېشارىتىدۇر. قورساق ئاغرىقىغا ئېچ سۇرۇش قوشۇلۇپ كېلىش ئۆتكۈر ئۇچەي ياللۇغىنىڭ بېشارىتى بولىدۇ. ئۇچەي كىرىشىپ قېلىش، ئۇچەي بېغىشى قان نۆكچىسى، تولغىنىشچان ئۇچەي توسۇلۇش، قاناشچان نېكروز-

لۇق ئىنچىكە ئۇچەي يالليۇغى قاتارلىقلاردا چوڭ تەرەتتە قان كېلىدۇ.

e. كىچىك تەرەتتىكى نورمالسىزلىق: قورساق ئاغرىقىغا قان سىيىش، سىيىش قىيىن بولۇش قوشۇلۇپ كەلسە سۈيدۈك يولى تېشى بولۇشى مۇمكىن، ئەگەر سۈيدۈك يولى غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كەلسە، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى يۇقۇملانغان بولىدۇ.

f. قورساق ئاغرىغۇچىدا شوك ئالامەتلىرى بولسا چوقۇم ئىچكى ئەزالار يېرىلىش، غەيرىي ئورۇن هامىلىسى يېرىلىش، هەزىم قىلىش يولى تېشىلىش، ئۆتكۈر يۇرەك تىقىلمىسى، ئېغىر دەرىجىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى، ئېغىر دەرىجىدىكى ئۆپكە يالليۇغى قاتارلىق كېسەللەرنىڭ بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

2) بەدەن تەكشۈرۈش:

(1) تولۇق بەدەن تەكشۈرۈش: بەدەن تېمپېراتۇرىسى، تومۇر سوقۇشى، نەپەس، قان بېسىم، چىرايى، بەدەن هالىتى، يېرىق، تۇز ئۇچەي ۋە ئارىلىق، يۇرەك، ئۆپكە، تۆت مۇچە، ئومۇرتقا، نېرۋا سىستېمىسى قاتارلىقلارنى تولۇق تەكشۈرۈش، قورساق ئاغرىقىغا پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇشتا مۇهىم ئەهمىيەتكە ئىگە.

(2) قورساق تەكشۈرۈش: قورساقتىكى تەن بەلگىلىرى بەدەن تەكشۈرۈشنىڭ مۇهىم نۇقتىسىدۇر. كۆرۈش: پۈتۈن قورساقنىڭ كۆپۈپ يوغىنىشى پالەچلىكتىن بولغان ئۇچەي توسۇلۇش ياكى تۆۋەن ئورۇن ئۇچەي توسۇلۇشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. قورساقنىڭ مەلۇم قىسمىلا يوغىناش ئۇچەي تولغىشىش، ئۆسمە ياكى تۇخۇمدان خالتىلىق ئىششىقى تۆۋى تولغىشىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ. ئاشقازان، ئۇچەي شەكلى ئىپادىلىنىش ئاشقازان، ئۇچەي توسۇلۇشتا كۆرۈلىدۇ. يۇقىرىقىلاردىن باشقا يەنە قورساقنىڭ هەرىكىتى، ئوپېراتسىيە تارتۇقى، تاشما، قان قېيىش دېغى، يارا ئىزناسى قاتارلىقلار بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

بېسىش: ئالدى بىلەن ئاغرىمىغان ئورۇن، ئاندىن ئاغرىغان ئورۇن بېسىپ تەكشۈرۈلىدۇ. ئاغرىغان ئورۇننىڭ دائىرىسى ۋە دەرىجىسىگە دىققەت قىلىش كېرەك. بېسىلىپ ئاغرىش، قاۋۇقىپ ئاغرىش ۋە قورساق مۇسكۇلى جىددىيلىشىش (قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى) بولسا قورساق پەردە يالليۇغى بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. مەسىلەن: تاختايسىمان قورساق (قورساقنى باسقاندا قورساق ياغاچتەك قاتتىق) ئاشقازان، ئۇچەي ياكى ئۆت تېشىلگەنلىكىنىڭ بەلگىسى، مورپىي بەلگىسى (Murphy sign) (تەكشۈرگۈچى بىمارنىڭ ئوڭ تەرىپىدە تۇرۇپ، سول قولنىڭ ئالقىنىنى بىمارنىڭ ئوڭ تەرەپ قوۋۇرغا ئەگمىسىنىڭ ئۇستىگە قويۇپ، باشمالتاقنىڭ ئالقان تەرەپ ئۇچىدا قوۋۇرغا ئەگمى ئاستىدىكى ئۆت نۇقتىسىنى بېسىپ، بىمارغا ئاستا - ئاستا چوڭقۇر هاۋا سۈمۈرگۈزگەندە، يالليۇغلانغان ئۆت نەپەسكە ئەگىشىپ تۆۋەنگە سۈرۈلگەچكە باشمالتاق بىلەن تېگىشىپ ئاغرىق پەيدا قىلىدۇ.

ئاغرىقتىن بىمارنىڭ داۋاملىق ھاۋا سۈمۈرۈشى تۈيۈقسىز توختايدۇ. بۇ موربپي بەلگىسى دەپ ئاتىلىدۇ) بولسا ئۆتكۈر ئۆت ياللۇغىدىن دېرەك بېرىدۇ. مىك بۇرنىي (McBurney) نۇقتىسى (يانپاش ئالدى يۇقىرىقى بىسى كىندىكنى تۇتاشتۇرغۇچى سىزىقنىڭ ئوتتۇرا، سىرتقى 1/3 قىسمىنىڭ كېسىشكەن نۇقتىسى) دىكى بېسىلىپ ئاغرىش ۋە قاڭقىپ ئاغرىش سازاڭ ئۆسۈكچە يالللۇغىدا كۆرۈلىدۇ. ئەگەر قورساقتا مونەك ئۆسۈكچە پەيدا بولسا، ئۇنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى، ئورنى، شەكلى، قاتتىقلىقى، ھەرىكىتى قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ. چېگرىسى ئېنىق بولمىغان، بېسىلىپ ئاغرىغانلىرىنىڭ يالللۇغ خاراكتېرلىك بولۇش ئېھتىمالى چوڭ، چېگرىسى ئېنىق، بېسىلىپ ئاغرىمىغانلىرى ئۆسمە بولۇشى مۇمكىن، ئۇندىن باشقا ئورۇق بىمارلاردا چوڭ تەرەت، سازاڭ مەددە قۇرت توپى قاتارلىقلارمۇ ئۆسۈكچىدەك بىلىنىشى مۇمكىن.

چېكىش: پالەچلىك ئۇچەي توسۇلۇش، ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىش قاتارلىقلاردا ناغرىسىمان تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. ئاشقازان، ئۇچەي تېشىلگەندە جىگەرنىڭ بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى تارىيىدۇ ياكى يوقايدۇ. قورساق ئىچىدىكى ئەزالار يېرىلغان ياكى قورساق ئىچىگە سۇ يىغىلىپ قالغان بولسا يۆتكىلىشچان بوغۇق تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. ئۇندىن باشقا يەنە ئىشىغان جىگەر، تال ۋە يوغىنىغان دوۋسۇن تەكشۈرۈلىدۇ.

ئاڭلاش: ئۇچەي كوكىراش تاۋۇشى كۈچىيىش، سۇنىڭ شىرىلدىغان تاۋۇشى ئاڭلىنىش ياكى مېتالدەك تاۋۇش بولۇش مېخانىك ئۇچەي توسۇلغانلىقىنىڭ ئىپادىسى. ئۇچەي كوكىراش تاۋۇشى ئاجىزلاش ياكى يوقىلىپ كېتىش ئۇچەي پالەچلەنگەنلىكىنىڭ ياكى قورساق پەردە يالللۇغى بارلىقىنىڭ بېشارىتىدۇر. ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇش، ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىشتە سۇنىڭ چايقالغان تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ.

3) يارەمچى تەكشۈرۈش:

بىمارنىڭ كېسەللىك تارىخى، ئالامىتى ۋە بەدەن تەكشۈرۈشىگە قاراپ قان، سۈيدۈك، چوڭ تەرەت رايى، قان، سۈيدۈك كراخمال فېرمېنتى، جىگەر، بۆرەك ئىقتىدارى، ئېلېكترولىتلار، ئۆت قىزىل بويىقى، ھامىلدارلىق تەجرىبىسى قاتارلىقلارنى، قورساق بوشلۇقىنى تېشىپ چىقارغان سۈيۇقلۇقنىڭ رايى، بىئو خىمىيىلىك ئانالىزى، كراخمال فېرمېنتى، ھۈجەيرەشۇناسلىق تەكشۈرۈشى، ئۆستۈرۈش قاتارلىقلارنى ۋە رېنتگېن نۇرى، CT، Bتېپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، ئېلېكتروكاردىئوگرامما ۋە نەيچە ئەينەكلىك تەكشۈرۈشلەرنى تاللاپ تەكشۈرۈشكە بولىدۇ.

3. داۋالاش.

ئامال بار ئېنىق دىئاگنوز قويۇپ ئاندىن داۋالاش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

1) ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش:

(1) سپازمىنى بوشاشتۇرۇپ ئاغرىق توختىتىش: چىدىغۇسىز قورساق ئاغرىغان، كېسەللىك سەۋەبى ئېنىق بولغان بىمارلارغا 0.5mg～1mg ئاتروپىننى ياكى ئانىزودامىن

(2—654، 山莨菪碱) دىن 10mg～20mg نى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ. ئېنىق بولغان يۇرەك سانجىقى، ئۆت سانجىقىغا دولانتىنىدىن 50mg～100mg نى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ. دىئاگنوزى ئېنىق بولمىغانلارغا دولانتىن، مورفىن (吗啡) قاتارلىق نارکوز ـ ئاغرىق توختىتىش دورىلىرىنى ئىشلىتىش مەنئى قىلىنىدۇ.

(2) سۇ ـ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: ئۆتكۈر قورساق ئاغرىغۇ-چىلاردا داۋاملىق قۇسۇش ۋە تاماق يېيەلمەسلىك بولسا سۇ ـ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىز-لىقى كېلىپ چىقىدۇ. شۇڭلاشقا بىئو خىمىيىلىك تەكشۈرۈش، قان ـ گاز ئانالىزى قاتارلىق-لارنىڭ نەتىجىسىگە ئاساسەن سۇيۇقلۇق، ئېلېكترولىتلارنى تولۇقلاش ۋە ئىشقار ـ كىسلاتالار-نىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش كېرەك.

(3) يۇقۇملىنىشقا قارشى داۋالاش: يۇقۇملىنىشتىن بولغان قورساق ئاغرىقىغا ۋاقتىدا، سەزگۈر بولغان ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش كېرەك.

(4) تاماق چەكلەش، ئاشقازان، ئۇچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش: ئاشقازان، ئۇچەينىڭ كۆپۈشىنى يېنىكلىتىپ قان ئايلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. يالۇغنىڭ يىغىلىشىغا پايدىلىق بولۇپ، ئاشقازان ئۇچەينىڭ لۆمۈلدەش ھەرىكىتىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈپ قورساق ئاغرىقىنى يېنىكلىتىدۇ.

(5) قورساق ئاغرىغۇچىدا ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى تۇراقلىق بولمىسا ياكى شوك ئالامەتلىرى بولسا بىر تەرەپتىن داۋالاپ، يەنە بىر تەرەپتىن دىئاگنوز قويۇش كېرەك. ئاكتىپ ھالدا شوكقا قارشى داۋالاپ بەدەن ئەھۋالىنى ياخشىلاش، شۇنداقلا تازىلاش، قان تەييارلاش، دورا رېئاكسىيە تەجرىبىسى ئىشلەش قاتارلىق ئوپېراتسىيە تەييارلىقلىرىنى پۈتكۈ-زۈش كېرەك.

2) ئوپېراتسىيە قىلىش:

جىگەر، تال يېرىلغان، غەيرىي ئورۇن ھامىلىسى يېرىلغان، ئۆتكۈر ئاشقازان، ئۇچەي تېشىلگەن، تولغىشىچان ئۇچەي توسۇلۇش، ئۆتكۈر سازاق ئۆسۈكچە يالۇغى، تۇخۇمدان قاپلىق ئىششىقى بېغىشى تولغىشى قاتارلىق ئوپېراتسىيىنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى مەۋ-جۇت بولغان بىمارلارنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك.

§6. ھوشسىزلىنىش
(昏 迷)

ھوشسىزلىنىش بولسا ئېغىر بولغان ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، ھوشىنى يوقىتىش تاشقى غىدىقلىنىشقا ئىنكاس قايتۇرالماسلىق ۋە ئىختىيارىي ھەرىكەت يوقۇلۇشىنى كۆرسىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرى: مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى، مېڭە زەخمىلىنىش، مېڭە يالۇغى، مېڭە پەردە يالۇغى، مېڭە ئۆسمىسى تۇتقاقلىق قاتارلىقلار.

2) ئىچكى بۆلۈم كېسەللىكلىرى: سۈيدۇكتىن زەھەرلىنىش، ئېغىر جىگەر كېسىلى، ئېغىر دىئابېت كېسىلى، قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش، ئۆپكە مەنبەلىك، ئاشقازان ئاستى بېزى مەنبەلىك ياكى جىگەر مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، زەھەرلىنىش قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

1) كېسەل تارىخى:

كېسەل باشلىنىش ۋە باشلىنىشتىن بۇرۇنقى تارىخى: ئۆتكۈر قوزغالغان هوشسىزلىنىش كۆپىنچە مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى، باش ـ مېڭە زەخمىلىنىش، ئۆتكۈر زەھەرلىنىش. لەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاستا باشلىنىپ تەدرىجىي ئېغىرلاشقان هوشسىزلىنىش باش ـ مېڭە ئۆسمىلىرى، مېتابولىزملىق مېڭە كېسەللىكلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ. قىسقا مۇددەت قوزغالغانلىرى ئۆتكۈنچى مېڭە قان تومۇرلىرىغا قان يېتىشمەسلىك، تۇتقاقلىق مېڭە سىلكىنىش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. هوشسىزلىنىشتىن بۇرۇن قاتتىق باش ئاغرىش ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى بوشلۇقى قاناش، مېڭە قاناشلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئالدى بىلەن قىزىپ ئاندىن هوشسىزلىنىش مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى يۇقۇملىنىش ۋە پۈتۈن بەدەن يۇقۇملىنىش قاتارلىق يۇقۇملىنىشچان كېسەللەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئالدى بىلەن هوشسىزلىنىپ، ئاندىن قىزىش مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى ۋە زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. تارتىشىش قوشۇلۇپ كېلىش تۇتقاقلىقتا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) كېسەل قوزغالغاندىكى نەق مەيدان، ئائىلە، خىزمەت ئەھۋالى قاتارلىقلار سورىلىدۇ.

3) بۇرۇنقى كېسەللىك تارىخى: بۇرۇن يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى، دىئابېت كېسىلى، تۇتقاقلىق، يۇقۇملۇق كېسەل ۋە ئېغىر يۇرەك، ئۆپكە، جىگەر، بۆرەك قاتارلىقلار كېسەللىكلەر بار ـ يوقلۇقى نۇقتىلىق سورىلىدۇ.

3. كلىنىكىلىق دەرىجىگە بۆلۈنىشى ۋە ئالامىتى:

1) ئۇيقۇسىراش: ئۇزلۇكسىز ئۇيقۇ هالىتىدە تۇرىدۇ، چاقىرىپ ئويغاتقىلى بولىدۇ، غىدىقلىنىش توختىغان هامان يەنە ئۇيقۇغا كېتىدۇ. ئاددىي سوئاللارغا جاۋاپ بېرەلەيدۇ. بۇيرۇقنى ئارانلا ئىنكاس قايتۇرۇلىدۇ.

2) هوشسىز ئۇخلاش: نىسپەتەن كۈچلۈك ئاغرىق سېزىمىدىن ياكى ئۇنۇملۇك چاقىرىشتىن ئويغىنىدۇ. غىدىقلىنىش ئازايغان هامان ئۇيقۇغا كېتىدۇ. بەدەن مۇچىلىرى ئۆزلۈكسىدىن هەرىكەتلىنىدۇ. بۇيرۇقنى هېچقانداق ئىنكاس قايتۇرالمايدۇ.

3) يۇزە هوشسىزلىنىش: ئويغاتقىلى بولمايدۇ. ئاغرىنقا نىسبەتەن چىرايىدا ئازابلىق ئىپادە بولىدۇ ياكى ئۆزىنى ئېلىپ قاچىدۇ. ئاز تولا ئاڭسىز بەدەن هەرىكىتى بولىدۇ.

بۇيرۇقتا ھەچقانداق ئىكاس قايتۇرالمايدۇ.

4) چوڭقۇر ھوشسىزلىنىش: سىرتتىن كەلگەن غىدىقلىنىشقا ھەچقانداق ئىنكاس بولمايدۇ. ئۆزلۈكىدىن ھەرىكەتمۇ قىلمايدۇ، ھەرخىل رېفلېكس يوقىلىدۇ، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىدە ئۇزلۇكسىز ئۆزگىرىش بولىدۇ.

4. بەدەن تەكشۈرۈش:

1) ئادەتتىكى تەكشۈرۈش:

(1) بەدەن تېمپېراتۇرىسى: يۇقىرى قىزىتما كۆپىنچە ئېغىر يۇقۇملۇق كېسەللىكلىرىدە (مېڭە پەردە يالليۇغى، يىرىڭدىن زەھەرلىنىش قاتارلىق) قالقانبەز خىزمىتى كۈچەيمەي كېتىشىنىڭ خەتەرلىك ھالىتى، بۆرەك ئۈستى بەز خەتەرلىك ھالىتى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. بەدەن تېمپېراتۇرىسى تۆۆەنلەش، شوك، قان شېكىرى تۆۆەنلەشتىن ھوشسىزلىنىش، تىنچلاندۇرۇش، ئۇيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش، قالقانبەز خىزمىتى سۇسلىشىش خەتەرلىك ھالەتلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(2) تومۇر سوقۇشى: تومۇر سوقۇشى تېزلىشىش يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر شوكتا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئاستىلاش باش ئىچكى بېسىمى يۇقىرىلاپ كېتىش، دالانچە ـ قېرىنچە ئۆتكۈزۈش چالىقى توسۇلۇش، ۆە مورفېن (吗啡) دىن زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئەگەر تومۇر سوقۇشى قالايمىقان بولسا يۇرەك كېسەللىكلىرىدىن دېرەك بېرىدۇ.

(3) نەپەس: چوڭقۇر نەپەسلىنىش كۆپىنچە مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتە، نەپەس ئاستىلاش ئۆپكە خىزمىتى تولۇق بولماسلىق، مورفېن، باربىتال (巴比妥) لاردىن زەھەرلىنىشتە كۆرۈلىدۇ. نەپەس رىتمى قالايمىقان بولۇش نەپەس نېرۋا مەركىزى كېسەللىكلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ. نەپەسنىڭ پۇرىقىمۇ ھوشسىزلىنىشقا دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(4) قان بېسىم: قان بېسىم يۇقىرىلاش مېڭە قاناش، يۇقىرى قان بېسىم خاراكتېرلىك مېڭە كېسىلى، ھامىلدارلىق تۇنقاقلىقى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. تۆۆەنلەش ھەر خىل شوك ۆە باربىتال، ئىسپىرتتىن زەھەرلىنىش، قالقانسىمانبەز ۆە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ماددىسى فۇنكسىيىسى تۆۆەنلەش قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(5) تېرە ۆە شىللىق پەردە: تېرىسى قىزىرىپ قېلىش ئىسپىرت، بېللادونا (颠茄) دىن زەھەرلىنىشتە، تېرە، كالپۇكى گىلاستەك قىزىرىش، كاربون چالا ئوكسىدىدىن زەھەرلىنىشتە، تېرە، كالپۇكى كۆكىرىش ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، تۇنجۇقۇش، نىترىتلار دىن زەھەرلىنىشتە، كالپۇك نەملىشىش، قان شېكىرى تۆۆەنلەش، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش ۆە شوك قاتارلىقلاردا، تېرە شىللىق پەردىلىرىدە قان قېيىش داغلىرى پەيدا بولۇش يىرىڭدىن زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك قان كېسىلى، تارقىلىشچان مېڭە يالليۇغى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) نېرۋا سىستېمىسىنى تەكشۈرۈش:

(1) قارىچۇق: قارىچۇق كىچىكلەش مورفېن، باربىتاللار، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىشتە، كېڭىيىپ كېتىش بېللادونا (巅茄) ئاتروپىن تۇرىدىكى دورىلاردىن زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئىككى تەرەپ قارىچۇقىنىڭ تەڭ بولماسلىقىنى كۆز نېرۋىلىرىنىڭ زەخمىلىنىشى ياكى مېڭە چىقۇقى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇندىن باشقا قارىچۇقىنىڭ نۇر رېفلېكسى ۋە ئۆزگىرىشىگە دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى: مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى (مېڭە پەردىسى غىدىقلىنىشتىن كېلىپ چىققان بويۇن قېتىپ قېلىش ۋە كېرنىگ بەلگىسى ۋە بۇدزىنىسكى بەلگىسى قاتارلىق پاتالوگىك رېفلېكسىنى كۆرسىتىدۇ) مۇسپىي بولۇش كۆپنچە مېڭە پەردە يالۇغى ياكى ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە بوشلۇقى قاناش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(3) يارتا پالەچ قاتارلىق مېڭە يەرلىك كېسەل ئوچىقىنىڭ بەدەن بەلگىلىرى: كۆپنچە مېڭە قان تومۇر كېسەللىك ھادىسىلىرى، مېڭە زەخمىلىنىش، مېڭە ئۆسمىسى قاتارلىق مېڭە كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر مېڭە يەرلىك كېسەل ئوچىقىنىڭ تەن بەلگىلىرى ۋە مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى بولمىسا ئىچكى بۆلۈم كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ چىقارغان ھوشسىزلىنىش بولۇش ئېھتىماللىقى چوڭ بولىدۇ، شۇڭا مۇناسىۋەتلىك مېڭە، ئۆپكە، بۆرەك قاتارلىق ئەزالارنى تەكشۈرۈشكە دىققەت قىلىش كېرەك.

5. يارىدەمچى تەكشۈرۈش:

بىمارنىڭ ئەھلىي ئەھۋالىغا ئاساسەن مەقسەتلىك ھالدا مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشلەر تەكشۈرۈلىدۇ. ئادەتتە قان، چوڭ ـ كىچىك تەرەت رايىنى تەكشۈرگەندىن باشقا يەنە قان شېكىرى، قان ـ گاز ئانالىزى، قان ئېلېمېنتلىرى، قان شىرىسى ئوسموس بېسىمى، قان ئاممىياكى، جىگەر ـ بۆرەك خىزمىتى، زەھەرلىك ماددىلار ئانالىزى، ئىچكى ئاجراتما تەكشۈرۈشلىرى ئېلىپ بېرىلىدۇ. CT ئارقىلىق مېڭە قاناش، ئۆسمە، قان يېتىشمەسلىك كېسەللىكلىرىنى ئېنىقلاشقا بولىدۇ.

6. پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) ئايلىنىپ كېتىش: مېڭىگە پەيتلىك قان يېتىشمەسلىكتىن كېلىپ چىققان ۋاقىتلىق ھوشىنى يوقىتىش بولۇپ، قوزغىلىشتىن بۇرۇن كۆپنچە چىرايى تاتىرىش، كۆز ئالدى قاراڭغۇلىشىش، باش قېيىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. يانقاندىن كېيىن تېزلا ئەسلىگە كېلىدۇ.

2) شوك: ئۆتكۈر قان ئايلىنىش زەئىپلىشىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. قان بېسىم تۆۋەنلەيدۇ، ئەس ھوشى سۇسلىشىدۇ، تومۇرى ئاجىز، تېز سوقىدۇ، مۆچىلىرى سوغۇق بولىدۇ.

3) ھېستېريە: بىر خىل نېرۋا فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇش كېسەللىكى بولۇپ، روھىي

جەھەتتىن كۆچلۇك غىدىقلانغاندا قوزغىلىدۇ، قوزغالغاندا خۇددى ھوشىنى يوقاتقاندەك بولـ
ىدۇ. ئىما ـ ئىشارەتچانلىقى كۆچلۇك، كېسەلنىڭ قوزغىلىشىمۇ، ساقىيىشىمۇ ئىما ـ
ئىشارەتچانلىق بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ.

4) ئۆسۈملۈكسىمان ھالەت: بىر خىل ئالاھىدە ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش
ھالىتى بولۇپ، ئۆزى ۋە ئەتراپتىكى شەيئىلەرگە نىسبەتەن ھېچ نەرسىنى بىلەلمەيدۇ. كۆزنى
ئاچالايدۇ. ئۇخلاش، ئويغىنىش دەۋرى بولىدۇ. ئەمما بۇيرۇقنا نىسبەتەن ئىنكاس بولمايدۇ.

5) مېڭە ئۆلۈش: چوڭقۇر بولغان، ئەسلىگە قايتمايدىغان ھوشسىزلىنىش، نەپەسلىنەلـ
مەيدۇ، نەپەسلىنىش ئاپپاراتى ئارقىلىقلا بىمارنىڭ نەپەس خىزمىتى ساقلىنىدۇ. غول مېڭە
رېفلېكسى (مەسىلەن: قارىچۇق رېفلېكسى، مۇڭگۈز پەردە رېفلېكسى قاتارلىقلار) پۈتۈنلەي
يوقىلىدۇ.

7. داۋالاش:

1) كېسەللىك سەۋەبىگە نىسبەتەن داۋالاش: كېسەللىك سەۋەبى ئېنىق بولغانلارغا ئامال
بار سەۋەبىنى يوقىتىش كېرەك. مەسىلەن: قان شېكىرى تۆۋەنلەشتىن ھوشسىزلانغانلارغا
دەرھال يۇقىرى ئوسموسلۇق گلۇكوزا تولۇقلاش، دىئابېتسىز ھوشسىزلانغانلارغا سۇيۇقلۇق
تولۇقلاش ۋە ئىنسۇلىن ئىشلىتىش، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەنلەرگە
دەرھال ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىش، كاربون چالا ئوكـ
سىدىدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنى دەرھال يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاش، يۇقۇمـ
لانغان بىمارلارغا ۋاقتىدا ئۇنۇملۇك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش قاتارلىقلار.

2) كېسەللىك ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: ئالدى بىلەن ھاياتلىق ئىقتىدارىنى ساقـ
لاش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك. يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى
توختاپ قالغۇچىلارغا دەرھال يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ھەمدە تېز
سۈرئىتتە ئۇنۇملۇك بولغان ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىش يولى ئېچىپ، قان ئايلىنىش ئىقتىدا
رىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ۋە كېرەكلىك قۇنقۇزۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك. باش
ئىچكى بېسىمى يۇقىرىلاپ كەتكۈچىلەرگە ماننىتول (甘露醇) ئىشلىتىپ بېسىمنى چۈشۈـ
رۈش، شۇنداقلا سۇ، ئېلېكترولىتلار، ئىشقار، كىسلاتالاردىكى تەڭپۇڭسىزلىقنى تۈزىتىش
كېرەك.

3) مېڭە ئىقتىدارىنى قوغداش: مېڭىنىڭ يېتەرلىك، تولۇق قان ئايلىنىشىغا كاپالەتلىك
قىلىپ، مېڭە بېسىمىنى چۈشۈرۈپ، تارتىشىشنى تىزگىنلەش، مېڭە ماددا ئالماشتۇرۇشىنى
تۆۋەنلىتىپ، ئوكسىگېننىڭ خورىشىنى ئازايتىش، ئادىنوزىن تري فوسفات (ATP)، بۆرەك
ئۇستى بېزى پوستلاق ھورمونى قاتارلىق مېڭىنى ئاسرىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىپ، مېڭە
خىزمىتىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش، ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى
ئېلىش كېرەك.

ئالتىنچى باب سۇ، ئېلېكترولىت ۋە كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى

1 § . بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ تۈزۈلۈشى، تارقىلىشى ۋە مېتابولىزمى

بەدەن سۇيۇقلۇقى ئادەم بەدىنىنىڭ ھەر قايسى ئەزا، توقۇلمىلىرىنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمى بولۇپ ئورگانىزمنىڭ مېتابولىزمىدا، ھۈجەيرىلەرنىڭ نورمال ئوسموس بېسىمىنى ساقلاشتا ۋە بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى تەڭشەشتە ئىنتايىن مۇھىم رول ئويناىدىغان، شۇنداقلا ھاياتلىقنى قامدايدىغان ئەڭ ئاساسلىق ماددىدۇر. بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاساسلىق تەركىبى سۇ ۋە سۇ تەركىبىدىكى ئېرىگۈچى ماددىلار بولۇپ، بۇ ئېرىگۈچى ماددىلار ئانئورگانىك تۈز تۈرىدىكى ئېرىگۈچى ماددىلار (مەسىلەن Na^+، K^+، Ca^{2+}، Mg^{2+}، Cl^-، HCO_2^-، SO_4^{2-} قاتارلىق) ۋە ئورگانىك ئېرىگۈچى (مەسىلەن: ئاقسىل، ماي، شېكەر، ھورمون، ئېنزىم قاتارلىقلار) ماددىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

ئادەم بەدىنىدىكى سۇيۇقلۇق تەخمىنەن بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 50～70% نى ئىگىلەيدۇ. نورمال ئەھۋال ئاستىدا بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ سىغىمچانلىقى، تارقىلىشى ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ قويۇقلۇقى نىسپىي تەڭپۇڭ ھالەتتە بولۇپ، ئورگانىزم ئۆزىنىڭ تەڭشەش فۇنكسىيىسى ئارقىلىق مۇقىم بولغان ئىچكى مۇھىتنى ساقلاپ نورمال مېتابولىزمىنىڭ ئېلىپ بېرىلىشىغا كاپالەتلىك قىلىدۇ، بۇ سۇ ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى دېيىلىدۇ.

ئورگانىزمدىكى بەدەن سۇيۇقلۇقى ھۈجەيرە ئىچكى سۇيۇقلۇقى ۋە ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىدىن ئىبارەت ئىككى خىل شەكىلدە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. ئالدىنقىسى ئومۇمىي بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ 2/3 قىسمىنى، كېيىنكىسى 1/3 قىسمىنى ئىگىلەيدۇ. ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى قان تومۇر ئىچىدە ئېقىۋاتقان قان، لىمفا نەيچىلىرىدىكى لىمفا سۇيۇقلۇقى ۋە توقۇلمىلار ئارىلىقىدىكى توقۇلما ئارىلىق سۇيۇقلۇقلىرىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. توقۇلما ئارىلىق سۇيۇقلۇقىنىڭ قان تومۇر ئىچىدىكى سۇيۇقلۇق بىلەن مادداىلارنى تېز سۈرئەتتە ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسى بولۇپ، سۇ ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاشتا ئىنتايىن مۇھىم رول ئويناىدۇ.

ھۈجەيرە ئىچكى ۋە سىرتقى سۇيۇقلۇقلىرىنىڭ خىمىيىلىك تەركىبىدە روشەن پەرق بار. ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئاساسلىق مۇسبەت ئىئون Na^+، مەنپىي ئىئون Cl^- ۋە CHO_3^-، ھۈجەيرە ئىچكى سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئاساسلىق مۇسبەت ئىئون K^+،

مەنپي ئىئون HPO_4^{2-}ۋە ئاقسىللاردۇر، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىدىكى Na^+نىڭ قويۇقلۇقى ھۈجەيرە ئىچىدىكىگە قارىغاندا ئون نەچچە ھەسسە يۇقىرى، ھۈجەيرە ئىچكى سۇيۇقلۇقىدىكى K^+نىڭ قويۇقلۇقى ھۈجەيرە سىرتىغا قارىغاندا 20 ～ 30 ھەسسە يۇقىرى بولىدۇ. گەرچە ھۈجەيرە ئىچكى ـ سىرتقى سۇيۇقلۇقلىرىنىڭ ئىئون تەركىبى ۋە قويۇقلۇقىدا زور پەرق بولسىمۇ، ئەمما ئۇلارنىڭ ئوسموس بېسىمى ئۆزئارا تەڭ بولۇپ، بۇ خىل تەڭپۇڭلۇق ئېلېكترولىتلارنىڭ ھەرىكىتى ۋە ئۆزئارا ئالمىشىشى ئارقىلىق ساقلىنىدۇ. ئوسموس بېسىمى سۇيۇقلۇق تەركىبىدىكى ئېرىگۈچى مىكرو تەنچىلەرنىڭ سانى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇپ، ئېرىگۈچى مىكرو تەنچىلەرنىڭ سانى قانچە كۆپ بولسا ئوسموس بېسىمى شۇنچە يۇقىرى بولىدۇ. سۇ ئوسموس بېسىمى تۆۋەن (ئېرىگۈچى مىكرو تەنچە ئاز) بولغان سۇيۇقلۇقتىن ئوسموس بېسىمى يۇقىرى (ئېرىگۈچى مىكرو تەنچە كۆپ) بولغان سۇيۇقلۇققا قاراپ ئاقىدۇ. قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمى mOsm/L بەلگىسى بىلەن ئىپادىلىنىدۇ. نورمال ئەھۋال ئاستىدا قان پلازمىسى ۋە ھۈجەيرە ئىچكى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى 280～320mOsm/L ئەتراپىدا بولۇپ، تەڭ ئوسموسلۇق ھالەت دېيىلىدۇ. ئەگەر بۇ قىممەتتىن يۇقىرى بولسا يۇقىرى ئوسموسلۇق، تۆۋەن بولسا تۆۋەن ئوسموسلۇق ھالەت دېيىلىدۇ.

ئادەم بەدىنى بۆرەكنىڭ نورمال فۇنكسىيىسى ئارقىلىق بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلايدۇ ۋە تەڭشەيدۇ، بۆرەكنىڭ بۇ خىل تەڭشەش فۇنكسىيىسى يەنە نېرۋا ۋە ئىچكى ئاجراتما سىستېمىسىنىڭ كونترولىغا بولىدۇ. سۇ يوقاتقاندا ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ، ھېپوفىز ئارقا ياپرىقىدىكى ئۇسساش سېزىم مەركىزى غىدىقلىنىپ، ئۇسساش سېزىمى پەيدا بولسا، قان سىغىمچانلىقى ۋە قان بېسىمىنىڭ تۆۋەنلىشى بويۇن ئارتېرىيە كاۋىكى ۋە ئائورتا يايىدىكى بېسىم رېتسېپتورىنى غىدىقلاپ ئۇسساش سېزىمىنى پەيدا قىلىدۇ ـ دە، سۇ ئىچىش ئارقىلىق قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ يۇقىرىلىغان ئوسموس بېسىمى رېتسېپتورىنى غىدىقلاپ سۇيدۇك ھەيدەشكە قارشى ھورموننىڭ بىرىكىشى ۋە ئاجرىلىشىنى كۆپەيتىدۇ، سۇيدۇك ھەيدەشكە قارشى ھورمون بۆرەكنىڭ سۇنى قايتا سۈمۈرۈشىنى كۆپەيتىپ، سۇيدۇك مىقدارىنى ئازايتىپ، بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ يوقىلىشىنى تۆۋەنلىتىدۇ. سۇ يوقتىش، قان سىغىمچانلىقىنىڭ ئازىيىشى ياكى قان بېسىمىنىڭ تۆۋەنلىشى سىمپاتىك نېرۋا سىستېمىسىنى غىدىقلاپ، Na^+نىڭ بۆرەك ۋە ئۇچەيدىكى قايتا سۈمۈرۈلۈشىنى كۆپەيتىپ، K^+نىڭ بۆرەكتىن ھەيدىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈپ، ئېلېكترولىتلارنىڭ نىسپىي تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلايدۇ.

نورمال ئەھۋالدا، ئادەم بەدىنى كۈنىگە 1.5～2.0 لىتىر ئەتراپىدا سۇغا ئېھتىياجلىق بولىدۇ. بۇ ئېھتىياجنىڭ كۆپ قىسمى ئىچكەن سۇ (700ml～900ml) ۋە تاماق تەركىبىدىكى

سۇ (750ml) دىن، ئاز قىسمى مېتابولىزم جەريانىدا ئىشلەپچىقىرىلغان سۇ (300ml～350ml) دىن كېلىدۇ. كۈنلۈك سۇنىڭ چىقىرىلىشىمۇ 1.5～2.0 لىتىر ئەتراپىدا بولۇپ، سۈيدۈك (800ml～1000ml)، تېرە (تەرلەش، پارلىنىش 500ml)، ئۆپكە (نەپەس لىنىش 350ml) ۋە چوڭ تەرەت (100ml～150ml) ئارقىلىق بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىدۇ. ئەگەر كۈندىلىك سۈيدۈك مىقدارى 500～4000ml ئىچىدە بولسىلا نورمال ئەھۋال دەپ قارىلىدۇ. 4000ml دىن كۆپ بولسا كۆپ سىيىش، 400ml دىن ئاز بولسا ئاز سىيىش، 100ml دىن تۆۋەن بولسا سۈيدۈك تۈتۈلۈش بولۇپ كېسەللىك ھالىتى دەپ قارىلىدۇ.

بەدەن سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى سۇ ۋە ناترىينىڭ مۇناسىۋىتى ئىنتايىن زىچ، خالىغان بىرسىدە ئۆزگىرىش بولسا يەنە بىرسىدىمۇ چوقۇم ئۆزگىرىش بولىدۇ. ئەمما ئىككىسىنىڭ ئۆزگىرىش دەرىجىسى ئوخشاش بولۇشى ناتايىن.

§ 2 . سۇ، ئېلېكتىرولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى

1. سۇسىزلىنىش
(脱 水)

سۇسىزلىنىش — بەدەننىڭ بەدەن سۇيۇقلۇقىنى يوقىتىشىنى كۆرسىتىدۇ. يوقاتقان بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاز - كۆپلۈكىگە قاراپ سۇسىزلىنىش يېنىك دەرىجىلىك سۇسىزلىنىش، ئوتتۇراھال سۇسىزلىنىش، ئېغىر دەرىجىلىك سۇسىزلىنىش دەپ ئۈچ دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ. سۇ يوقىتىشنىڭ خاراكتېرىگە قاراپ يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش (يۇقىرى ناترىيىلىق قان كېسىلى)، تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش، تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش (تۆۋەن ناترىيىلىق قان كېسىلى) تىن ئىبارەت ئۈچ خىلغا بۆلۈنىدۇ.

سۇسىزلىنىشتا ئەگەر سۇنىڭ يوقىلىشى Na^+نىڭ يوقىلىشىدىن كۆپ بولۇپ، قان زەردابىدىكى Na^+نىڭ قويۇقلۇقى 150mmol دىن، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى 320mOsm/L دىن ئېشىپ كەتسە، يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش دېيىلىدۇ. ئەگەر سۇ ۋە ناترىينىڭ يوقىلىشى ئوخشاش نىسبەتتە بولسا، Na^+نىڭ قويۇقلۇقى ۋە ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمىدا ئۆزگىرىش بولماي نورمال قىممەتنى ساقلايدۇ. بۇ تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش (等渗性脱水) دېيىلىدۇ. ئەگەر ناترىينىڭ يوقىلىشى سۇدىن كۆپ بولۇپ، Na^+نىڭ قويۇقلۇقى 135mmol/L دىن، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى 280mOsm/L دىن تۆۋەن بولسا تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش دېيىلىدۇ.

1) كېسەل سەۋەبى:

(1) سۇنۇقۇ قوبۇل قىلىنىشى يېتىشمەسلىك: ئىشتىهاسى تۆتۈلۈش، تاماقتىن قېلىش، تاماق چەكلەش، يۇتالماسلىق قاتارلىقلاردىن ۋە روهىي كېسەل، هوشسىز بىمارلارنىڭ سۇ ئىچىش ۋە سۇ تولۇقلىشىنىڭ يېتىشمەسلىكىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

(2) زىيادە كۆپ سۇ يوقىتىش: يۇقىرى تېمپېراتۇرىدا زىيادە كۆپ هەرىكەت، ئەمگەك قىلغاندا، چوڭ دائىرىدە كۆيۈپ زەخمىلەنگەندە، ئۇچەي، ئاشقازانىنىڭ بېسىمىنى چۈشۈرۈپ ئاققۇزۇش، قايتا ـ قايتا قۇسۇش، ئىچ سۇرۇش، ئۇچەي ئاقمىسى قاتارلىقلاردىن كۆپلەپ هەزىم يولى سۇيۇقلۇقى يوقاتقاندا، سۈيدۈك هەيدەش، سۇسىزلاندۇرۇش دورىلىرىنى زىيادە كۆپ ئىشلەتكەندە ياكى كۆپ سېيىش كېسىلى (شېكەرسىز دىئابېت كېسىلى)، دىئابېتتىن هوشسىزلىنىش قاتارلىق كېسەللىكلەردە، بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ زىيادە كۆپ يوقىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) يېنىك دەرىجىدە سۇسىزلىنىش: يوقاتقان سۇنىڭ مىقدارى بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 2%～4% نى ئىگىلەيدۇ. ئاساسەن ئۇسساش، ماغدۇرسىزلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. بىراق تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشتا ئۇسساش ئالامىتى ئانچە روشەن بولمايدۇ.

(2) ئوتتۇراهال سۇسىزلىنىش: يوقاتقان سۇنىڭ مىقدارى بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 4%～6% نى ئىگىلەيدۇ. ئۇسساش كۈچلۈك بولىدۇ. چىرايى قىزىرىدۇ، كالپۇكلىرى قۇرۇپ يېرىلىدۇ، تىنچسىزلىنىدۇ، ماغدۇرسىزلىنىدۇ، تېرىلىرى قۇرغاقلىشىپ ئېلاستىكلىقى يوقىلىدۇ، تەر ئاز چىقىدۇ ياكى تەرلىمەيدۇ، كۆزلىرى ئولتۇرۇشىدۇ. سۈيدۈك ئازىيىپ سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى يۇقىرىلايدۇ، بەدەن ئېغىرلىقى تۆۋەنلەيدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە سۇسىزلىنىش: يوقاتقان سۇ بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 6% دىن ئېشىپ كېتىدۇ. يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا قان بېسىم تۆۋەنلەيدۇ، ئۈيقۇسىراش، هەتتا هوشسىزلىنىش قاتارلىق روهىي، نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى چىقىدۇ، بەزىدە يۇقىرى قىزىتما كۆرۈلىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

بىمارنىڭ سۇ، يېمەكلىك قوبۇل قىلىشى يېتەرلىك بولمىغان ياكى يوقىتىشى زىيادە كۆپ بولغان كېسەللىك تارىخى بولىدۇ. يۇقىرىقى ئالامەتلەر ئىپادىلىنىدۇ. سۈيدۈك مىقدارى ئازىيىپ، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى يۇقىرىلايدۇ، قان قىزىل ئاقسىلى، قىزىل قان هۈجەيرىلىرىنىڭ سانى ۋە قان هۈجەيرە بېسىلىش هەجمى يۇقىرىلايدۇ، قان زەردابىدىكى Na^+نىڭ قويۇقلۇقى 150mmol/L دىن، قان پلازما ئوسموس بېسىمى 320mmol/L دىن يۇقىرى بولسا يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش، Na^+نىڭ قويۇقلۇقى 135mmol/L دىن، ئوسموس بېسىمى 280mOsm/L دىن تۆۋەن بولسا تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش دەپ دىئاگنوز

قويۇشقا بولىدۇ. ئەگەر Na^+نىڭ قويۇقلۇقى ۋە قان پلازما ئوسموس بېسىمىدا روشەن ئۆزگىرىش بولمىسا تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش بولىدۇ.

4) داۋالاش:

(1) تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش: بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش ئىنتايىن مۇھىم، كېسەل سەۋەبى يوقىتىلغاندىن كېيىن سۇسىزلىنىش تېزلا ئەسلىگە كېلىدۇ. سۇسىزلىنىشنى داۋالىغاندا ئاساسلىقى ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئازىيىشى تۈزىتىلىدۇ. ۋېنادىن سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندا ئادەتتە تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى ياكى تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقى ئىشلىتىلىدۇ. ئەگەر بىمارىدا قان بېسىم چۈشۈش، تومۇرى ئىنچىكە، تېز سوقۇش قاتارلىق قان سىغىمچانلىقى ئېغىر دەرىجىدە يېتىشمەسلىك ئىپادىلىرى بولسا ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ يوقىلىشى بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 5% دىن ئېشىپ كەتكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا يۇقىرىقى سۇيۇقلۇقتىن 3000ml (بىمارنىڭ بەدەن ئېغىرلىقى 60kg دەپ ھېسابلانغاندا) تېز سۇرئەتتە ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ. ئەگەر قان سىغىمچانلىقى يېتىشمەسلىك ئىپادىلىرى بەك روشەن بولمىسا يۇقىرىقى مىقدارنىڭ 1/2～2/3 قىسمى (1500ml～2000ml) تامچىتىلىدۇ. ئۇندىن باشقا نورمال بولغان كۇندىلىك ئېھتىياجلىق سۇ مىقدارى 2000ml ۋە ناترىي خلور 4.5g تولۇقلىنىدۇ.

تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقىنىڭ ئېلېكتىرولىت تەركىبلىرى قان پلازمىسىغا نىسبەتەن يېقىن كېلىدۇ، شۇڭلاشقا تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشنى داۋالاشتا ئۇنۇمى كۆرۈنەرلىك. تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقىنىڭ تەركىبىدىكى Cl^-نىڭ قويۇقلۇقى قان پلازمىسىغا قارىغاندا 50mmol/L ئەتراپىدا يۇقىرى بولغاچقا، يالغۇز تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيى (0.9% ناترىي خلور) ئىشلىتىشنىڭ يۇقىرى خلورلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش خەۋپى بولىدۇ. شۇڭلاشقا تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشنى قۇتقۇزغاندا تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى تولۇقلاشنى ئاساس، تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيى تولۇقلاشنى قوشۇمچە قىلىش كېرەك. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى تۆۋەندىكىدەك ئىككى خىل، بىرى 1.86% لىك ناترىي لاكتات (乳酸钠) بىلەن مۇرەككەپ ناترىي خلور (复方氯化钠) سۇيۇقلۇقىنىڭ 1:2 نىسبەتتىكى ئارىلاشمىسى، يەنە بىرى 12.5% لىك ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) بىلەن تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقىنىڭ 1:1 نىسبەتتىكى ئارىلاشمىسى.

سۇيۇقلۇق تولۇقلاش جەريانىدا بىمارنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىدىن باشقا يەنە يۇرەك، ئۆپكە، بۆرەك فۇنكسىيىلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىگىمۇ ئالاھىدە دىققەت قىلىش، شۇ ئارقىلىق تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇق مىقدارى ۋە سۈرئىتىنى تەڭشەش كېرەك. ئۇندىن باشقا سۇ يېتىشمەسلىك ياخشىلانغاندىن كېيىن بەدەننىڭ كالىي ھەيدەپ چىقىرىش مىقدارى كۆپىيىدۇ، ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ سۇيۇلۇشىدىنمۇ كالىي قويۇقلۇقى تۆۋەنلەيدۇ. شۇڭلاشقا سائەتلىك سۇيدۇك مىقدارى 40ml غا يەتكەن ھامان مۇۋاپىق مىقداردا

كالىي تولۇقلاش كېرەك.

(2) تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش ۋە يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشنى داۋالاشتا قاندىكى ناترىي تۆۋەنلەپ كېتىش ۋە قاندىكى ناترىي يۇقىرىلاپ كېتىشنى داۋالاش ئاساس قىلىنىدۇ.

2. قاندىكى ناترىي تۆۋەنلەپ كېتىش
(低 钠 血 症)

تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. قان زەردابىدىكى Na^+نىڭ قويۇقلۇقى 135mmol/L دىن تۆۋەن بولىدۇ. كېسەللىك سەۋەبىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ ناترىي ئازىيىش، سۇيۇلۇش، خوراشتىن ئىبارەت ئۈچ تۈرگە بۆلۈنىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) ناترىي ئازىيىش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى: قۇسۇش، ئىچ سۇرۇش، تەرلەش، كۆپلەپ سۈيدۈك ھەيدەش ۋە باشقا كېسەللىكلەر سەۋەبىدىن سۇسىزلىنىشتا ناترىي يوقىتىش سۇ يوقىتىشتىن كۆپ بولۇش، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق، دىئابېتتا كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق فۇنكسىيىسى ئاجىزلاش قاتارلىق كېسەللەردە سۈيدۈكتىن كۆپلەپ ناترىي يوقىتىش، ئوكۇل ياكى يېمەكلىكتىن ناترىينىڭ تولۇقلىنىشى يېتەرلىك بولماسلىق قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن قاندىكى ناترىينىڭ مىقدارى تۆۋەنلەپ كېتىدۇ.

(2) سۇيۇلۇش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى: سۇدىن زەھەرلىنىش دەپمۇ ئاتىلىدۇ. بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىينىڭ مىقدارى ئۆزگەرمىگەن ياكى كۆپەيگەن ھالەتتىمۇ تېخىمۇ كۆپ سۇ يىغىلىپ قېلىپ، بەدەن سۇيۇقلۇقى سۇيۇلۇپ، ناترىينىڭ قويۇقلۇقى نىسپىي تۆۋەنلەيدۇ. سوزۇلما خاراكتېرلىك يۈرەك زەئىپلىشىش، جىگەر قېتىشىش، بۆرەك كېسىلى يىغىندى كېسەللىك ئالامىتى قاتارلىق سۇ يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سوزۇلما خاراكتېرلىك كېسەللىكلەردە كۆپ ئۇچرايدۇ.

(3) خوراش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى: تۈبېركۇلىيوز، جىگەر قېتىشىش، راك قاتارلىق خوراتقۇچى كېسەللىكلەردە كۆرۈلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

بىرلەمچى كېسەللىكنىڭ ئالامەتلىرىدىن باشقا ناترىي تۆۋەنلەشنىڭ ئېغىرلىق دەرىجىسى ۋە كېلىپ چىققان پاتولوگىيىلىك ـ فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ كلىنىكىلىق ئىپادىسىمۇ پەرق بولىدۇ. ئەمما ئورتاقلىقى شۇكى ئۇسساش بەك روشەن بولمايدۇ.

(1) ناتري ئازىيىش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلى: بىماردا سۈيۈقلۇق يوقىتىشتىن سۈسزلىنىش ۋە قان سىغىمچانلىقى پېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يەنى تېرىنىڭ ئېلاستىكلىقى ناچارلىشىش، مۇچىلىرى مۇزلاش، تومۇرى ئىنچىكە ۋە تېز سوقۇش، بەدەن ھالىتى خاراكتېرلىك توڭۇەن قان بېسىم (يەنى بەدەن ھالىتىنىڭ تۈيۈقسىز ئۆزگىرىشىدىن قان بېسىم تۈيۈقسىز توڭۇەنلەپ، شوك ئالامەتلىرىنىڭ ئىپادىلىنىپ چىقىرىشىنى كۆرسىتىدۇ). باش قېيىش، چىرايى سۆرۈنلىشىش ھەتتا قېتىشىپ قېلىش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر ئىپادىلىنىدۇ.

(2) سۈيۈلۈش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلى: مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ سۇلۇق ئىششىشىدىن كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، تىنچسىزلىنىش، خۇددىنى يوقىتىش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىق نېرۋا، روھىي سىستېما ئالامەتلىرى ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ.

(3) خوراش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلى: قوزغىلىشى ئاستا بولۇپ كلىنىكىلىق ئىپادىسى روشەن بولمايدۇ. كېسەللىك جەريانى بەك ئۇزۇنغا سوزۇلغۇچىلاردا يۈرەك مۇسكۇلى زەرەلىنىش قاتارلىق كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەرەلىنىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

ئادەتتە قان زەردابىدىكى ناتري قويۇقلۇقى 135mmol/L دىن تۆۋەن بولسا توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلى دەپ قارىلىدۇ، ئەمما يۇقىرى ياغلىق قان كېسىلى ۋە يۇقىرى ئاقسىللىق قان كېسىلىدىن كېلىپ چىقىدىغان ساختا يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى بىلەن پەرقلەندۈرۈش لازىم.

ئۇندىن باشقا توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلىنى پەيدا قىلغۇچى بىرلەمچى كېسەللىكنى چوقۇم ئېنىقلاپ چىقىشقا، شۇنداقلا بەدەندىكى ئومۇمىي ناتري مىقدارىنىڭ كۆپەيگەن، ئازايغان ياكى نورمال ئىكەنلىكىگە ھۆكۈم قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئادەتتە ناتري ئازىيىش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە بەدەندىكى ئومۇمىي ناتري مىقدارى ئازىيىپ كېتىدۇ، شۇنداقلا قان قويۇلۇش سەۋەبىدىن قان قىزىل ئاقسىلى ۋە قان ھۈجەيرىلىنىڭ بېسىلىش ھەجمى يۇقىرىلاپ، بەدەن ئېغىرلىقى يېنىكلەپ، قاندىكى ئۇرېئا ئازوتى ئۆرلەيدۇ. خوراش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە بەدەندىكى ئومۇمىي ناتري مىقدارى نورمال بولىدۇ. سۈيۈلۈش خاراكتېرلىك توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە كۆپىنچە بەدەندىكى ئومۇمىي ناتري مىقدارى يۇقىرىلايدۇ، ئېغىر زەخمىلەنگەن، ئوپېراتسىيە قىلىنغان ۋە يۈرەك زەئىپلەشكەن بىمارلاردا يېنىك، ئوتتۇراھال دەرىجىدە، ئۆتكۈنچى بولغان توڭۇەن ناترىيلىق قان كېسىلى كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

4) داۋالاش:

(1) ئاكتىپ ھالدا بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش، ناتري مىقدارىنىڭ توڭۇەنلەپ

كېتىشىنى كەلتۇرۇپ چىقارغۇچى سەۋەبلەرنى تۇزىتىش كېرەك.

(2) بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى نورمال ياكى كۆپ بولغان بىمارلارغا ناترىي تەركىبلىك سۇيۇقلۇق تولۇقلانمايدۇ. سۇيۇلۇش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىنى داۋالىغاندا قاندىكى ناترىينىڭ قويۇقلۇقىنى يۇقىرىلىتىش ئۈچۈن سۇيدۇك ھەيدەش ۋە سۇ، ناترىينىڭ قوبۇل قىلىنىشىنى چەكلەش ئارقىلىق ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ مىقدارى ئازايتىلىدۇ. ئەگەر قاندىكى ناترىينىڭ قويۇقلۇقى 130mmol/L دىن يۇقىرى بولسا ئالاھىدە داۋالاش ھاجەتسىز. كېسەل ئەھۋالىنى ئىنچىكە كۆزىتىپ، سۇ، ناترىينىڭ قوبۇل قىلىنىشىنى چەكلىگەندە (ئېغىز ۋە تومۇردىن) ئوشۇقچە بەدەن سۇيۇقلۇقى چىقىرىلىپ بولغاندىن كېيىن كېسەللىك ئەھۋالى ئۆزلۈكىدىن ياخشىلىنىدۇ. ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولسا سۇيدۇك ھەيدەش دورىلىرى قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ. 20% لىك مانىنتول (甘露醇) ۋە 25% لىك سوربىتول (山梨醇) يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇيدۇك ھەيدىگۈچى دورىلار بولۇپ سۇيدۇك ھەيدەش بىلەن بىرگە، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ. 200ml ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە (20 مىنۇت ئىچىدە) تامچىلىتىلىدۇ ياكى فۇروزىمىد (速尿) ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەگەر قاندىكى ناترىي 120mmol/L دىن تۆۋەن بولسا ئالدى بىلەن قان پلازمىسى تولۇقلىنىپ قان ئوسموس بېسىمى يۇقىرى كۆتۈرۈلگەندىن كېيىن سۇيدۇك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلسە ئۇنۇمى تېخىمۇ ياخشى بولىدۇ. ئەگەر قاندىكى ناترىي 115mmol/L دىن تۆۋەن بولسا يۇقىرى ئوسموسلۇق 3%～5% لىك تۇز سۇيۇقلۇقى تولۇقلىغاندا تۆۋەن ئوسموس ھالەتنى ياخشىلىغىلى ۋە مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ سۇلۇق ئىششىقىنى يېنىكلەتكىلى بولىدۇ.

(3) ئېغىر تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىگە (قاندىكى ناترىي 110～115mmol/L دىن تۆۋەن) نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كەلسە ناترىي تولۇقلاپ ئاكتىپ قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. ناترىي تولۇقلاشنىڭ پرىنسىپى باشتا تېز، كېيىن ئاستا، ئومۇمىي مىقدارىنى بۆلۈپ تولۇقلاشتىن ئىبارەت. تولۇقلىنىدىغان ناترىينىڭ مىقدارى تۆۋەندىكى فورمۇلا ئارقىلىق ھېسابلىنىدۇ:

تولۇقلىنىدىغان ناترىينىڭ مىقدارى (mmol)=[142－ ئۆلچەنگەن ناترىينىڭ قىممىتى (mmol/L)]× بەدەن ئېغىرلىقى (kg)×0.6 (ئاياللار 0.5).

تۇز سۇيۇقلۇقى تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە Na^+17mmol تەخمىنەن 1g ناترىي تۇزىغا تەڭ قىلىپ ھېسابلىنىدۇ. مەسىلەن: بىر ئايال بىمارنىڭ بەدەن ئېغىرلىقى 60kg، قان زەردابىدىكى ناترىينىڭ قويۇقلۇقى 130mmol/L بولسا، يۇقىرىقى فورمۇلا بويىچە ھېسابلىغاندا تولۇقلىنىدىغان ناترىينىڭ مىقدارى 21g بولىدۇ. داۋالىغاندا تۇنجى كۈنى يۇقىرىقى مىقدارنىڭ يېرىمى، يەنى 10.5g تولۇقلىنىدۇ، ئۇندىن باشقا كۈندىلىك نورمال ئېھتىياجى 4.5g قوشۇپ تولۇقلىنىدۇ. قالغان يېرىمى ئەمەلىي ئەھۋالغا قاراپ ئىككىنچى كۈنى تولۇقلى-

نىدۇ. تولۇقلىنىدىغان تۇز سۇيى تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ. يەنى 15 گرام ناترىينى 0.9% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىدىن تەخمىنەن 1500ml بىلەن (ياكى تەڭ مىقداردا 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇقى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ)، 3% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 500ml بىلەن ياكى 5% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 300ml بىلەن تولۇقلىغىلى بولىدۇ.

بىراق فورمۇلاغا تايىنىپلا تولۇقلىنىدىغان ناترىي مىقدارىنى بىراقلا بەلگىلۈپلىشىمىز توغرا ئەمەس. ئالدى بىلەن زۆرۈر بولغان ناترىينىڭ بىر قىسمىنى تولۇقلاپ بىمارنىڭ ئۆتكۈر ئالامەتلىرىنى يەڭگىللەتكەندىن كېيىن ئاندىن كېسەللىك ئەھۋالى ۋە قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن (ھەربىرتېچان كۆزىتىپ) تولۇقلاشقا تېگىشلىك ناترىينىڭ قالغان قىسمىنىڭ مىقدارى ۋە سۇرئىتىنى بەلگىلەش ۋە تەڭشەش كېرەك. مىقدارىدىن باشقا ناترىي تۇزلىرىنى تامچىلىتىش سۇرئىتىگىمۇ ئالاھىدە دىققەت قىلىش لازىم، يەنى قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقىنى 120~125mmol/L غا يەتكۈزۈش ئۈچۈن ئاز دېگەندە 4 ~ 6 سائەت ۋاقىت سەرپ قىلىنىدۇ. ئەگەر تولۇقلاش سۇرئىتى بەك تېز بولۇپ كەتسە، مېڭە قاناش، پالەچلىك، سۆزدىن قېلىش قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش خەۋپى بولىدۇ.

ئۇندىن باشقا، يۇقىرى ئوسموسلۇق (5%~3% لىك) تۇز سۇيۇقلۇقىنى تولۇقلىغاندا بىمارنىڭ يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئالاھىدە دىققەت قىلىش، يۇقىرى قان سىغىمچانلىق ۋە ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن تامچىلىتىش سۇرئىتىنى سائىتىگە 100ml~150ml دىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك، شۇنداقلا سۇيدۇك مىقدارىنىڭ يېتەرلىك كۆپ (سائىتىگە 200ml~300ml) بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك، زۆرۈر بولغاندا سۇيدۇك ھەيدىگۈچى دورىلار تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ، شۇنىڭ بىلەن بىرگە سۇيدۇك مىقدارى سائىتىگە 40ml دىن ئاشقاندىن كېيىن مۇۋاپىق مىقدارىدا كالىي تولۇقلىنىدۇ.

(4) ئېغىر ناترىي يېتىشمەسلىككە شوك قوشۇلۇپ كەلسە، ئالدى بىلەن قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاپ، مىكرو قان ئايلىنىشىنى ياخشىلاش كېرەك. قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلىغاندا كرىستال سۇيۇقلۇق (تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقى، تەڭپۇڭ سۇيۇقلۇق قاتارلىق) ۋە كوللوئىد سۇيۇقلۇق (قان پلازمىسى، دېكستران (右旋糖酐) قاتارلىقلار بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىلىدۇ. ئەمما كرىستال سۇيۇقلۇقنىڭ ئىشلىتىلىش مىقدارى كوللوئىدقا قارىغاندا 2 ~ 3 ھەسسە كۆپ بولۇشى كېرەك. ئاندىن يۇقىرى ئوسموسلۇق 5% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 200ml~300ml تامچىلىتىلىپ، ناترىينىڭ تۆۋەن بولۇشى تۇزىتىلىدۇ. يۇقىرى ئوسموسلۇق ناترىينى تامچىلاتقاندا يەنىلا تامچىلىتىش سۇرئىتىنى قاتتىق كونترول قىلىش، سائىتىگە 100ml~150ml دىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك كېرەك.

3. قاندىكى ناترىي يۇقىرىلاپ كېتىش
（高 钠 血 症）

يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى دەپمۇ ئاتىلىدۇ، ئۇ قاندىكى ناترىينىڭ 145mmol/L دىن ئېشىپ كېتىشىنى كۆرسىتىدۇ. كۆپىنچە قانىنىڭ ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ كېتىش قاتارلىق مېتابولىزم قالايمىقانلىشىشىنىڭ ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) ياندۇرۇش، ئىچ سۇرۇش، كۆپ سېيىش كېسىلى ياكى ئىسسىق مۇھىتتا زىيادە كۆپ، كۆچلۈك ھەرىكەت قىلىش قاتارلىق سەۋەبلەردىن سۇسىزلانغاندا، سۇ يوقىتىش ناترىي يوقىتىشتىن كۆپ بولسا يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشنى پەيدا قىلىپ، ئاخىرىدا بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى تۆۋەنلىگەن، ئەمما قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقى يۇقىرىلىغان قويۇلۇش خاراكتېرلىك يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(2) دىئابېت كېسىلىدىن يۇقىرى ئوسموسلۇق ھوشسىزلانغۇچىلاردا زىيادە ئېرىگۈچى ماددىلارنىڭ بۆرەك كانالچىلىرىدا ئوسموسلۇق سۈيدۈك ھەيدەش رولىنى ئوينىشىدىن كېلىپ چىققان سۇ يوقىتىشتا، سۇ يوقىتىشنىڭ ناترىي يوقىتىشتىن كۆپ بولۇشىمۇ قويۇلۇش خاراكتېرلىك يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(3) ناترىي تەركىبى يۇقىرى سۈيۇقلۇقنى زىيادە كۆپ تولۇقلاشتىن ياكى ناترىي قويۇقلۇقى يۇقىرى دىئالىز سۈيۇقلۇقىنى زىيادە كۆپ ئىشلىتىپ دىئالىزلاشتىن تەندە ناترىي يىغىلىپ قېلىپ يىغىلىپ قېلىش خاراكتېرلىك يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى كېلىپ چىقىدۇ.

(4) بىرلەمچى ئالدوستېرون ئېشىپ كېتىش كېسىلى، كورتىزول ئېشىپ كېتىش كېسىلى، بەزى ناترىي يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش ياكى يۈرەك - بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىقتىن بۆرەكنىڭ ناترىي چىقىرىشى ئازىيىش قاتارلىق سەۋەبلەردىنمۇ يىغىلىپ قېلىش خاراكتېرلىك يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى كېلىپ چىقىدۇ.

(5) مېڭە خاراكتېرلىك (مېڭە زەخمىلىنىش، مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرى قاتارلىق سەۋەبلەر) يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلىدە خلورمۇ بىرلا ۋاقىتتا يۇقىرىلايدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى: كلىنىكىلىق ئىپادىسى كېسەل قوزغىلىشىنىڭ تېز - ئاستىلىقى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، قوزغىلىش قانچە تېز بولسا ئالامىتىمۇ شۇنچە ئېغىر بولىدۇ.

(1) بىرلەمچى كېسەللىكنىڭ ھەر خىل ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: سۇسىزلىنىش

بولسا ئۇسساش، هالسىزلىنىش، تۆۋەن قان سغىمچانلىقتا سغىمچانلىق يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى، كۆپ سېيىش كېسىلىدە سۈيدۈك كۆپىيىش قاتارلىقلار.

(2) ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ناترې قويۇقلۇقى يۇقىرىلاپ، ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ، ھۈجەيرە ئىچىدە سۇسىزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بىماردا ئاساسلىق نېرۋا - روھىي ئالامەتلەر ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ. دەسلەپكى باسقۇچتا باش ئاغرىش، هالسىزلىنىش، ئاسان هاياجانلىنىش، تىتىلداش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. سۇسىزلىنىش ئېغىر بولسا تۆۋەن قىزىتما بولىدۇ. ئەگەر يۇقىرى ئوسموسلۇق ناترې خلور (تۇز سۇيى) ياكى ناترې بىكاربوناتنى زىيادە ئىشلىتىشتىن قاندىكى ناترې يۇقىرىلاپ كەتسە بىماردا يۇقىرى قان بېسىمى، نەپەس قىينىلىشىش بولىدۇ.

كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىرلاشقاندا ئۇيقۇسىراش، روھىي هالىتى سۇسلىشىش، مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى ۋە پەي رېفلېكسى كۈچىيىپ كېتىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. قاندىكى ناترې 160mmol/L دىن ئېشىپ كەتكەندە تارتىشىدۇ، هوشسىزلىنىدۇ، هەتتا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

(1) قاندىكى ناترې ۋە قان ئوسموس بېسىمىنىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشىگە قاراپ ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. يەنى ناترې 145mmol/L دىن، ئوسموس بېسىمى 320mOsm/L دىن ئېشىپ كېتىدۇ.

(2) يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشتا يەنە قىزىل قان ھۈجەيرە سانى، قىزىل قان ئاقسىلى ۋە قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما هەجمى يېنىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ، سۇيدۈك سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى يۇقىرىلايدۇ.

4) داۋالاش: داۋالاش پرىنسىپى ئاكتىپ هالدا بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش، تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسلىنى تۇزىتىشتىن ئىبارەت.

(1) ئاكتىپ هالدا بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش، ناترىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبنى تۇزىتىش كېرەك.

(2) بىمارنىڭ قان سغىمچانلىقى نورمال بولسا ئامال بار ئېغىزدىن، بولمىغاندا ۋېنادىن 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى تولۇقلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا مۇۋاپىق مىقداردا ئىنسۇلىن (胰岛素) قوشۇپ تامچىلىتىشقىمۇ بولىدۇ. يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشتا گەرچە قويۇلۇش سەۋەبىدىن ناترىينىڭ قويۇقلۇقى يۇقىرى بولسىمۇ، ئەمەلىيەتتە بەدەندىكى ناترىينىڭ ئومۇمىي مىقدارى تۆۋەنلەيدۇ. شۇڭلاشقا سۇ تولۇقلانغاندىن كېيىن تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسلىنىڭ يۇز بېرىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن تولۇقلىنىدىغان ئومۇمىي سۇيۇقلۇقنىڭ 1/4 قىسمىغا فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۇيۇقلۇقى ئىشلىتىلىدۇ ياكى 0.45% لىك تۆۋەن ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. ئۇندىن باشقا 5% لىك گلۇكوزنىغا

0.25% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىنى قوشۇپ تامچىلىتىشقىمۇ بولىدۇ. تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنىڭ مىقدارى ئۆلچەپ چىقىلغان قاندىكى ناترىينىڭ قىممىتىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى فورمۇلا ئارقىلىق ھېسابلىنىدۇ:

تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇق مىقدارى (ml)=[ئۆلچەنگەن ناترىينىڭ قىممىتى (mmol/L)−142] بەدەن ئېغىرلىقى(kg) × 4.

ھېسابلاپ چىقىلغان سۇيۇقلۇق چوقۇم ئىككىگە بۆلۈنۈپ، 48 سائەت ئىچىدە تولۇقلىنىدۇ. تۇنجى كۈنلۈك داۋالاشتىن كېيىن ئىككىنچى كۈنلۈك داۋالاشنى بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى ۋە قاندىكى ناترىينىڭ قويۇقلۇقىغا ئاساسەن تەڭشەش كېرەك. ئۇندىن باشقا كۈندە ئومۇمىي تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇق يەنە بىمارنىڭ كۈندىلىك نورمال ئېھتىياجى بولغان 2000ml سۇيۇقلۇقنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئەگەر تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنىڭ مىقدارى بەك كۆپ، سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ كەتسە، ئاسانلا مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە نېرۋا سىستېمىسى زەرەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن، شۇڭلاشقا تۇنجى 24 سائەتتە تولۇقلانغان سۇيۇقلۇق ھېسابلاپ چىقىلغان سۇيۇقلۇقنىڭ يېرىمىدىن ئېشىپ كەتمەيدۇ.

(3) ئەگەر ناترىي يۇقىرىلاشقا تۆۋەن قان سىغىمچانلىق (قان بېسىم تۆۋەن) قوشۇلۇپ كەلسە، ئالدى بىلەن فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۇيى (0.9% لىك ناترىي خلور) بىلەن قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىپ، ئۇنۇملۇك قان ئايلىنىش ئەسلىگە كەلتۈرۈلگەندىن كېيىن ئاندىن قاندىكى ناترىينىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن كېيىنكى قەدەمدە ئىشلىتىلىدىغان سۇيۇقلۇق بەلگىلىنىدۇ. ئەگەر يۇقىرى قان سىغىمچانلىق (تەنده سۇ يىغىلىپ قېلىش) قوشۇلۇپ كەلسە، ئۇنۇمى كۆچلۈك بولغان ناترىي ھەيدىگۈچى سۇيدۇك ھەيدەش دورىلىرى ئىشلىتىلىپ، بەدەندىكى سۇ، ناترىي مىقدارى تۆۋەنلىتىلىدۇ.

4. قاندىكى كالىينىڭ تۆۋەنلەپ كېتىشى
(低 钾 血 症)

تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى دەپمۇ ئاتىلىدۇ، ئادەم بەدىنىدىكى كالىينىڭ 98% ى ھۈجەيرە ئىچىدە، 2% ى ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىدا بولىدۇ. قان زەردابىدىكى كالىي قويۇقلۇقىنىڭ نورمال قىممىتى 3.5～5.5mmol/L بولۇپ فىزىئولوگىيىلىك فۇنكسىيىسى ئىنتايىن مۇھىم. ئەگەر 3.5mmol/L دىن تۆۋەنلەپ كەتسە، تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى بولىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

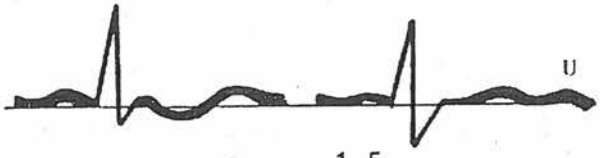
(1) كالىينىڭ قوبۇل قىلىنىشى يېتىشمەسلىك: ئۇزۇن مۇددەت تاماق چەكلەش، تاماق يېمەسلىك، ئاشقازان ـ ئۆچەي فۇنكسىيىسىدە توسقۇنلۇق بولۇش، كۆپ مىقدارda كالىيسىز سۇيۇقلۇق تولۇقلاش.

(2) زىيادە كۆپ كالىي يوقىتىش: قاتتىق تەرلەش، قۇسۇش، ئىچ سۇرۇش ياكى ئاشقازان، ئۇچەي بېسىمنى تۆۋەنلىتىشتىن تېرە ۋە مەزىم‌يولى ئارقىلىق كالىي يوقىتىش، كۆپلەپ كالىي مەيدىگۈچى سۇيدۇك مەيدەش دورىلىرىنى ئىشلىتىش، بۆرەك مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىشنىڭ كۆپ سىيىش باسقۇچى ۋە بۆرەك ئۇستى بەز پوستلاق خىزمىتى كۈچەيىپ كېتىش كېسىلى قاتارلىقلار سەۋەبىدىن بۆرەك ئارقىلىق كالىي يوقىتىش كۆپەيىش، ئۇندىن باشقا بۆرەك ئۇستى بېزى پوستلاق هورمونى ئىشلەتكەندە ۋاقتىدا كالىي تولۇقلىماسلىق، بەزى سوزۇلما خوراشچان كېسەللەر (راك قاتارلىق) ۋە مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشتە بۆرەكنىڭ كالىي يوقىتىشى كۆپەيىش.

(3) كالىينىڭ بەدەندىكى غەيرىي نورمال تارقىلىشى: كۆپ مىقداردا گلۇكوزا ۋە ئىنسۇلىن ئىشلەتكەندە ياكى هەر خىل ئىشقاردىن زەھەرلىنىشلەردە هۇجەيرە سىرتقى سۇيۇق-لۇقىدىكى كالىي هۇجەيرە ئىچىگە يۆتكىلىش، سوزۇلما يۇرەك زەئىپلىكى، بۆرەك مەنبەلىك سۇلۇق ئىششىق، كۆپلەپ كالىيسىز سۇيۇقلۇق تولۇقلاش قاتارلىقلار سەۋەبىدىن هۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى سۇيۇلۇپ كالىينىڭ قويۇقلۇقى نىسپىي تۆۋەنلەش.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئاساسلىقى يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ جىددىيلىنىشچانلىقىنىڭ كۈچەيىشى ۋە نېرۋا، مۇس-كۇللارنىڭ قوزغىلىشچانلىقىنىڭ تۆۋەنلىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، بىمارىدا يۇرەك سېلىش، سوقۇشى تېزلىشىش، يۇرەك رېتىمسىزلىنىش، يۇرەك ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسۇلۇش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. تىپىك بولغان ئېلېكتروكاردىئوگرامما ئۆزگىرىشى بولسا دەسلەپكى باسقۇچتا T دولقۇنى تۆۋەنلەيدۇ. تۆزلىنىدۇ ياكى كۆمتۇرۈلىدۇ. ئاندىن ST بۆلىكى تۆۋەن-لەيدۇ. QT ئارىلىق ۋاقتى ئۇزىرايدۇ، شۇنداقلا U دولقۇنى كۆرۈلىدۇ (1.5 - رەسىم). ئېغىر بولغاندا قېرىنچە تىترەپ يۇرەك سوقۇشى توختايدۇ.



1.5 - رەسىم

كالىي تۆۋەنلىگەندە بىمارىدا ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدىغان ئالامەت مۇسكۇل كۈچسىزلىنىش-تۇر. ئالدى بىلەن بىمارنىڭ مۇچىلىرى بوشىشىپ هالسىزلىنىدۇ، ئاندىن بەدەن ۋە نەپەس-نىش مۇسكۇللىرىغا تارىلىدۇ. يۇمشاق پالەچلىنىش (پۈتۈن بەدەن كۈچسىزلىنىش) كۆرۈلە-دۇ. ئېغىر بولغاندا نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرى ۋە دىئافراگما پالەچلىنىپ نەپەس قىيىنلىشى-دۇ، تۇنجۇقۇپ قالىدۇ. ئۇندىن باشقا بىمارىدا ئىشتىهاسى تۆتۈلۈش، كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق كۆپۈش، ئۇچەينىڭ كوكىراش تاۋۇشى يوقىلىش قاتارلىق ئۇچەي پالەچلە-نىش ئىپادىلىرى ۋە سۇيدۇك يىغىلىپ قېلىش كۆرۈلىدۇ. يەنە پۈتۈن بەدەن ئېچىشىپ

ئاغرىش، ئىنكاسى تۆۋەنلەش، ھەتتا سۇسزلىنىش كۆرۈلۈشمۇ مۇمكىن.

3) دىئاگنوز:

كېسەللىك تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى، قان زەردابىدىكى كالىي قويۇقلۇقى (3.5mmol/L دىن تۆۋەن) ۋە ئېلېكتروكاردىئوگراممۇ ئالاھىدىلىكى قاتارلىقلار ئومۇملاشتۇرۇلۇپ دىئاگنوز قويۇلىدۇ. بىراق بىمارنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى بىلەن كالىينىڭ تۆۋەنلەش دەرىجىسىنىڭ ماس كېلىشى ناتايىن، شۇڭا دىئاگنوز قويغاندا دىققەت قىلىش كېرەك.

4) داۋالاش:

(1) كالىينىڭ تۆۋەنلەپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى بىرلەمچى كېسەللىكنى ئاكتىپ داۋالاش، كالىي قويۇقلۇقىنى يۇقىرى كۆتۈرۈشتە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(2) نىسبەتەن يېنىك ياكى يېيىش - ئىچىشى چەكلەنمىگەن بىمارلارغا كالىي تولۇقلىغاندا 10% لىك كالىي خلورىد سۇيۇقلۇقى (10% لىك كالىي خلورىددىن 10ml تەركىبىدە بىر گرام كالىي خلورىد، 13.4mmol كالىي بار) بىۋاستە ياكى مېۋە شەربەتلىرىگە قوشۇلۇپ، بىر نەچچە قېتىمغا بۆلۈنۈپ ئىچكۈزۈلىدۇ. كۈنىگە 30ml～60ml ئىشلىتىلىدۇ. ئېغىر دەرىجىدە كالىي تۆۋەن ياكى يېيىش - ئىچىشى چەكلەنگەن بىمارلارغا كۈندە 3g～6g كالىي خلورىد ئوكۇلى 1000ml～2000ml سۇيۇقلۇقتا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىتىلىدۇ. ئەگەر يېيىش چەكلەنمىگەن بولسا ئېغىز ۋە ۋېنادىن تەڭلا تولۇقلاشقىمۇ بولىدۇ.

(3) كالىي تولۇقلىغاندا دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك مۇھىم نۇقتىلار:

① دوختۇرخانىلاردا تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن قاندىكى كالىي قويۇقلۇقى نورمال بىمارلارغا سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندا، ئەگەر بىمار يېيىش - ئىچىشى تىن چەكلەنگەن بولسا، بۆرەك فۇنكسىيىسى نورمال بولغان شەرت ئاستىدا، كۈندىلىك تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقتا بىمارنىڭ كۈندىلىك فىزىئولوگىيىلىك ئېھتىياجى بولغان 3g～4g كالىي خلورىدنى قوشۇپ بېرىش لازىم.

② ئېغىزدىن كالىي تولۇقلاش نىسبەتەن بىخەتەر. شۇڭلاشقا يېيىش - ئىچىشى چەكلەنمىگەن بىمارلارغا ئامال بار ئېغىزدىن تولۇقلاش لازىم. كېسەل ئەھۋالى ئېغىر بولسا ئېغىز ۋە ۋېنادىن بىللە تولۇقلاشقا توغرا كېلىدۇ.

③ ۋېنادىن كالىي تولۇقلىغاندا، تامچىلىتىش سۈرئىتىنىڭ بەك تېز، سۇيۇقلۇقتىكى كالىي قويۇقلۇقىنىڭ بەك يۇقىرى بولۇپ كېتىشىگە بولمايدۇ. كالىي خلورىدنى ۋېنادىن بىۋاستە ئوكۇل قىلىش قەتئىي چەكلىنىدۇ. ئەكسىچە بولغاندا بىمارنىڭ يۈرەك ھەرىكىتى تۈيۇقسىز توختاپ ئۆلۈپ كېتىشى مۇمكىن، سۇيۇقلۇق تەڭشىگەندە ھەر 500ml سۇيۇقلۇقتا قوشۇلىدىغان كالىي خلورىد 1.5g دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى، تامچىلىتىش سۈرئىتى سائىتىگە 1.5g دىن تېز بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك. كۈندىلىك تولۇقلىنىدىغان كالىينىڭ مىقدارى 3g～6g بولسا نىسبەتەن مۇۋاپىق. كالىي تۆۋەنلەش ئىنتايىن ئېغىر بولغان ئەھۋالدا ھەر

500ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلىدىغان كالىي خلورىدنى 3.0g غىچە كۆپەيتىشكە بولىدۇ. ئەمما تولۇقلاش جەريانىدا تامچىلىتىش سۇرئىتى، بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى، يۈرەك فۇنكسىيەسى ۋە قاندىكى كالىي قويۇقلۇقىنى ھەربىرىدىن ئىنچىكە كۆزىتىشكە توغرا كېلىدۇ. ئىنتايىن ئاز بىر قىسىم بىمارلارغا يۇقىرىقى مىقدار ۋە ئۇسۇللاردا كالىي تولۇقلاشنىڭ ئۇنۇمى بولماسلىقى مۇمكىن، بۇنداق ئەھۋالدا ھەر كۈنى تولۇقلىنىدىغان كالىي مىقدارىنى كۈن بويىچە تەدرىجىي كۆپەيتىشكە توغرا كېلىدۇ. ئەمما بىر كۈندە تولۇقلىنىدىغان كالىي خلورىدنىڭ ئەڭ يۇقىرى چېكى 15g، 15g دىن ئاشۇرۇۋېتىش قەتئىي چەكلىنىدۇ.

④ K^+ نىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە كىرىش سۇرئىتى ئاستا، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئومۇمىي كالىينىڭ مىقدارى پەقەت 4.5g، شۇڭلاشقا ۋېنادىن كالىي تولۇقلاش سۇرئىتى بەك تېز بولماسلىقى كېرەك. ئادەتتە قاندىكى كالىي مىقدارىنى نورمال سەۋىيىگە يەتكۈزۈش ئۈچۈن 3~5 كۈن ۋاقىت سەرپ قىلىنىدۇ. ئېغىر بىمارلارغا 10 ~ 20 كۈن كېتىشىمۇ مۇمكىن.

⑤ كالىي تولۇقلاشتا بۆرەكنىڭ فۇنكسىيىسى ئىنتايىن مۇھىم، پەقەت سائەتلىك سۈيدۈك مىقدارى 40ml دىن يۇقىرى بولغاندىلا كالىي تولۇقلىغىلى بولىدۇ.

⑥ ئەگەر تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلىگە شوك قوشۇلۇپ كەلسە، ئالدى بىلەن كرىستال ۋە كوللوئىد سۇيۇقلۇقلار بىلەن قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش، سۈيدۈك مىقدارى سائىتىگە 40ml دىن ئاشقاندىن كېيىن ئاندىن كالىي تولۇقلاش كېرەك.

⑦ داۋالاش قىيىن بولغان تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلىگە يولۇققاندا بىماردا ئىشقاردىن زەھەرلىنىش ۋە تۆۋەن ماگنىيلىق قان كېسىلى بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك. ئەگەر مەۋجۇت بولۇپ تۇزىتىلسە قاندىكى كالىي ئاسانلا ئەسلىگە كېلىدۇ.

⑧ كالىي تولۇقلاش جەريانىدا قان زەردابىدىكى كالىينىڭ ئۆزگىرىشىنى ئىنچىكە كۆزىتىش، ۋاقتىدا قايتا تەكشۈرۈپ تۇرۇش، شۇ ئارقىلىق يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلىنىڭ يۈز بېرىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

5. قاندىكى كالىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشى
(高 钾 血 症)

يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. يەنى قان زەردابىدىكى كالىي قويۇقلۇقىنىڭ 5.5mmol/L دىن ئېشىپ كېتىشىنى كۆرسىتىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) كالىينىڭ قوبۇل قىلىنىشى زىيادە كۆپ بولۇپ كېتىش: كالىي تۇزلىرى ۋە كالىي تەركىبلىك دورىلارنى كۆپ مىقداردا ئىشلىتىش، كۆپ مىقداردا ساقلىنىپ قالغان قان تولۇقلاش.

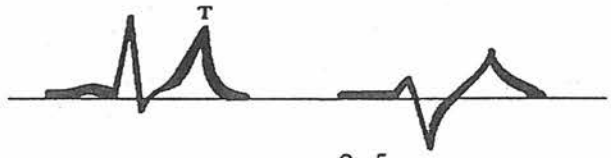
(2) كالىينىڭ بەدەندىن چىقىرىلىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ھەر خىل بۆرەك كېسەل-لىكلىرى سەۋەبىدىن بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماي ياكى زەئىپلىشىپ (ئەڭ كۆپ كۆرۈلىدۇ) كالىي چىقىرىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، كالىي ساقلاپ قالغۇچى دورىلارنىڭ قالايمىقان ئىشلىتىلىشىدىن بۆرەك سۈيدۈك چىقارغاندا كالىي چىقارماسلىق.

(3) كالىينىڭ بەدەندىكى غەيرىي نورمال تارقىلىشى: قان ئېرىش، توقۇلمىلار زەھەر-لىنىش، كىسلاتادىن زەھەرلىنىش قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن ھۈجەيرە ئىچىدىكى كالىي ھۈجەيرە سىرتىغا يۆتكىلىپ چىقىش.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى:

كلىنىكىلىق ئىپادىلىرىنىڭ ئالاھىدە خاسلىقى يوق، ئۇنىڭ ئۇستىگە دەسلەپكى باسقۇچتا روشەن ئىپادىلەنمەيدۇ. قاندىكى كالىينىڭ قويۇقلۇقى مەلۇم دەرىجىگە يەتكەندىن كېيىن يۈرەك ۋە سۆڭەك مۇسكۇللىرى زەھەرلىنىپ مۇناسىۋەتلىك ئالامەت، بەلگىلەر ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ.

(1) يۈرەك - قان تومۇر سىستېمىسىدىكى ئىپادىلىرى: يۈرەك مۇسكۇلىغا نىسبەتەن تورمۇزلاش رولىنى ئويناىدۇ، كۆپىنچە يۈرەك ھەرىكىتى زىيادە ئاستىلاش، يۈرەك رىتىم-سىزلىنىش كۆرۈلىدۇ. ئەڭ خەتەرلىكى كالىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشى يۈرەكنىڭ قېرىنچە تىترىشى ۋە تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قان بېسىمى دەسلەپكى باسقۇچتا ئازراق يۇقىرىلايدۇ. ئاخىرقى باسقۇچتا تۆۋەنلەيدۇ. يۇقىرى كالىيلىق قان كېسە-لىدە، بولۇپمۇ كالىينىڭ قويۇقلۇقى 7mmol/L دىن ئېشىپ كەتكەندە ئېلېكتروكاردە-ئوگراممىدا غەيرىي ئۆزگىرىش پەيدا قىلىدۇ. يەنى دەسلەپكى باسقۇچتا T دولقۇنى ئېگىز، ئۇچلۇق ئۆزگىرىپ QT ئارىلىق ۋاقتى ئۇزىرايدۇ. ئۇندىن كېيىن QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى كېڭىيىپ PR ئارىلىق ۋاقتى ئۇزىرايدۇ (2.5 - رەسىم).



2.5 - رەسىم

(2) نېرۋا مۇسكۇل سىستېمىسىدىكى ئىپادىلەر: بىمارىدا ئەس - ھوشى غۇۋا بولۇش، سېزىملىرى غەيرىي بولۇش، ئۇيقۇسىراش، مۇسكۇل، پەي رېفلېكسلىرى يوقىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلۈشى مۇمكىن. جىددىي قوزغالغۇچىلارنىڭ نېرۋا مۇسكۇللىرىنىڭ قوزغە-لىشچانلىقى تۆۋەنلەپ ھالسىزلىنىش، پۇت - قوللىرى بوشىشىش، مېڭىشى قىيىنلىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر كېلىپ چىقىدۇ. ئېغىرلىرىدا بوشاشقان پالەچلىك ۋە مۇسكۇل پالەچلىكى يۈز بېرىدۇ. ئەگەر مىكرو ئايلىنىشتا توسقۇنلۇق يۈز بەرسە تاتىرىش، توڭلاش، كۆكىرىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىق ئالامەتلەر كېلىپ چىقىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

كالىي يۇقىرىلاپ كېتىش ئېھتىمالى بولغان بىمارلاردا ئەگەر بىرلەمچى كېسەللىك بىلەن چۈشەندۈرۈش مۇمكىن بولمايدىغان يۇقىرىقىدەك ئىپادىلەر كۆرۈلسە، دەرھال قان زەردابىدىكى كالىينى تەكشۈرۈش كېرەك. قان زەردابىدىكى كالىي 5.5mmol/L دىن يۇقىرى بولسا ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممۇ ئالاھىدىلىكىنىڭمۇ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى بار.

4) داۋالاش:

يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلىنىڭ يۈرەك ھەرىكىتىنى تۈيۇقسىز توختىتىپ قويۇش خەۋپى بولىدۇ. شۇڭلاشقا دىئاگنوز قويۇلغان ھامان جىددىي داۋالاش كېرەك.

(1) كالىينىڭ قوبۇل قىلىنىشىنى چەكلەش: كالىي تەركىبى بولغان بارلىق دورا ۋە سۈيۇقلۇق ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. كالىي ساقلاپ قالىدىغان سۈيىدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ۋە ساقلىنىپ قالغان قان (ساقلاش مۇددىتى ئۇزۇن بولغان قاندا ھۈجەيرىلەر ئېرىپ، ھۈجەيرە ئىچىدىكى كالىي قان زەردابىغا چىقىپ كالىي قويۇقلۇقىنى ئۆرلىتىۋېتىدۇ) نى ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ.

(2) كالىينىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە يۆتكىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش:

① ناترىي بىكاربونات: 5% لىك ناترىي بىكاربونات سۇيۇقلۇقىدىن 100ml～60ml ئالدى بىلەن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 200ml～100ml تامچىلىتىلىدۇ. بۇ خىل يۇقىرى ئوسموسلۇق ئىشقارلىق سۇيۇقلۇق قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ K^+ قويۇقلۇقىنى تۆۋەنلىتىدۇ. شۇنداقلا كالىينىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە يۆتكىلىشى ۋە سۈيدۈكتىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۇنىڭ باشقا كىسلاتادىن زەھەرلىنىشىنى داۋالايدۇ.

② گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى ۋە ئىنسۇلىن: 25% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 200ml～100ml ياكى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 500ml غا 5:1 نىسبەتتە ئىنسۇلىن قوشۇلۇپ (ھەر بەش گرام گلۇكوزىغا 1u ئىنسۇلىن قوشۇلىدۇ) ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. بۇ خىل سۇيۇقلۇق قاندىكى كالىي قويۇقلۇقىنى ۋاقىتلىق چۈشۈرىدۇ. زۆرۈر بولغاندا ھەر 3 ～ 4 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ.

③ بۆرەك فۇنكسىيىسى پۈتۈن بولمىغان، سۇيۇقلۇق تولۇقلاش چەكلىمىگە ئۇچرىغان بىمارلارغا 10% لىك كالتسىي گلۇكونات (葡萄糖酸钙) 100ml تىن، 11.2% لىك ناترىي لاكتاتتىن 50ml، 25% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 400ml، ئىنسۇلىندىن 20u ئارىلاشتۇرۇپ، 24 سائەتتە ئاستا سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(3) كالىينىڭ بەدەندىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش:

① بۆرەك فۇنكسىيىسى ياخشى بىمارلارغا فۇروزىمىددىن 20mg～60mg، 20%～50% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپ-

لەشكەنلەرنى يۇقىرىقى داۋالاشلار ئۇنۇم بەرمىگەن ئەھۋال ئاستىدا قورساق پەردىسىدىن ياكى قاندىن دىئالىزلاپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ.

② مۇسبەت ئىئون ئالماشتۇرغۇچى رېزىن (阳离子交换树脂): ھەر قېتىمدا 15g ، كۇندە تۆت قېتىم يېيىلىدۇ. رولى ھەزىم يولىدىن K^+نى ئېلىپ چىقىدۇ. دورا ئىچكەندە قەۋزىيەتنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن 25% لىك سوربىتول كۇنىگە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 10ml～20ml قوشۇپ ئىچىلىدۇ ياكى 20% لىك مانىتول ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ.

(4) يۇرەك رىتىمسىزلىنىشقا قارشى داۋالاش: كالتسىي بىلەن كالىينىڭ ئۆزئارا يەكلەش رولى بار. شۇڭلاشقا 10% لىك كالتسىي گلۇكونات‌تىن 20ml ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنسا، كالىينىڭ يۇرەك مۇسكۇلىغا بولغان زەھەرلەش رولىنى يېنىكلىتىدۇ. قايتا ـ قايتا ئىشلىتىشكە بولىدۇ ياكى 30ml～40ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

6. كالتسىي، ماگنىي ئېلېكترولىتلارنىڭ قاندىكى نورمالسىزلىقى

1) تۆۋەن كالتسىيلىق قان كېسىلى (低钙血症).

قان زەردابىدىكى كالتسىينىڭ نورمال قويۇقلۇقى 2.25～2.75mmol/L ، تۆۋەن كالتسىيلىق قان كېسىلى كۆپىنچە ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالىلۇغى، بۆرەك زەئىپلىشىش، ھەزىم يولى ئاقمىسى، قالقانبەز فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش قاتارلىق كېسەللىكلەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. بىمار ئاسان ھاياجانلىنىدۇ، ئېغىز ئەتراپى ۋە بارماقلىرى ئۇيۇشىدۇ، پۇت ـ قوللىرى تارتىشىدۇ، مۇسكۇللىرى ئاغرىيدۇ، پەي رېفلېكسى كۈچىيىدۇ. ئادەتتە قان زەردابىدىكى كالتسىي قۇيۇقلۇقى 2mmol/L دىن تۆۋەن بولىدۇ. داۋالىغاندا ئالدى بىلەن بىرلەمچى كېسەللىك داۋالىنىدۇ. كالتسىي تولۇقلاش ئۈچۈن 10% لىك كالتسىي گلۇكونات‌تىن 10ml～20ml ياكى 5% لىك كالتسىي خلورىد (氯化钙) دىن 10ml ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا 8 ～ 12 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلاشقا بولىدۇ. ئەگەر ئىشقاردىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كەلسە، زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش كالتسىي قويۇقلۇقى قىنى يۇقىرى كۆتۈرۈشكە پايدىلىق، ئۇزۇن مۇددەت داۋالاشقا تېگىشلىك بىمارلارغا كالتسىي ئىچىملىك دورىلىرى ۋە ۋىتامىن D نى ئېغىزدىن تولۇقلاشقا بولىدۇ.

2) يۇقىرى كالتسىيلىق قان كېسىلى (高钙血症).

ئاساسلىق قالقان يان بېزى فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش (بەزدىكى ئۆسمە قاتارلىق)، سۆڭەككە كۆچكەن راك (سۆڭەك توقۇلمىلىرى بۇزغۇنچىلىققا ئۇچراش) قاتارلىق كېسەللەردە كۆرۈلىدۇ. دەسلەپكى باسقۇچتا ھالسىزلىنىش، بوشىشىش، ئىشتىھاسى تۇتۇ-

لۇش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئورۇقلاش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلاشقاندا قاتتىق باش ئاغرىش، يەلكە، مۇچىلىرى ئاغرىش، ئۇسساش، كۆپ سېيىش قاتارلىق ئالامەتلەر ئىپادىلىنىدۇ. قان زەردابىدىكى كالتسىي قويۇقلۇقى 2.75mmol/L دىن يۇقىرى بولسا دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. ئەگەر 4～5mmol/L دىن ئېشىپ كەتسە ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ.

قالقان يان بەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كەتكۈچىلەرگە نىسبەتەن ئوپېراتسىيە قىلىپ ئۆسۈپ قالغان بەز توقۇلمىلىرىنى ئېلىۋېتىش، كېسەلنى تەلتۆكۈس داۋالاشنىڭ بىردىنبىر ئۇسۇلىدۇر. سۆڭەككە كۆچكەن راك كېسىلىگە ئامال بار تۆۋەن كالتسىيلىق يېمەكلىك بېرىش، كۆپ سۇ تولۇقلاپ كالتسىينىڭ بەدەندىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش كېرەك. ۋېنادىن فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۇيى ياكى ناترىي سۇلفات (硫酸钠) تولۇقلاش كالتسىينىڭ بۆرەكتىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ.

3) تۆۋەن ماگنىيىلىق قان كېسىلى (低镁血症).

قان زەردابىدىكى ماگنىينىڭ نورمال قويۇقلۇقى 0.70～1.10mmol/L، تۆۋەن ماگنىيىلىق قان كېسىلىنىڭ ئاساسلىق سەۋەبى ئاچلىق، ئۇچەينىڭ سۈمۈرۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش يېغىندى كېسەللىك ئالامىتى ۋە ئۇچەي ئاقمىسى قاتارلىقلاردىن ئۇزۇن مۇددەت ماگنىي قوبۇل قىلالماسلىق ۋە ھەزىم يولى سۈيۇقلۇقىنى يوقىتىشتىن ئىبارەت. ئۇندىن قالسا ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى، ئۇزۇن مۇددەت ماگنىيىسىز سۈيۇقلۇق تولۇقلاش ياكى ماگنىيىسىز ئوزۇقلاندۇرۇشتىن كېلىپ چىقىدۇ. بىمارىدا نېرۋا مۇسكۇل سىستېمىسى فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. كالتسىي يېتىشمەسلىككە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا چىرايى تاتىرىش، مۇسكۇل تىترەش، ئەستە تۇتۇش قابىلىيىتى تۆۋەنلەش، ئاسان ھاياجانلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلىرىدا تىنچسىزلىنىش، جۆيلۇش، تارتىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر چىقىدۇ. قان زەردابىدىكى ماگنىينىڭ قويۇقلۇقى 0.7mmol/L دىن تۆۋەن، 24 سائەتلىك سۈيدۇكتىكى ماگنىينىڭ مىقدارى 1.5mmol/L دىن تۆۋەن بولسا، شۇنداقلا يۇقىرىقى كلىنىكىلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

ماگنىي تۆۋەن بولغاندا ماگنىي سۇلفات (硫酸镁) ياكى ماگنىي خلورىد (氯化镁) نىڭ سۇيۇقلۇق ئوكۇللىرى بىلەن تولۇقلاشقا بولىدۇ. 10%～50% لىك ماگنىي سۇلفات سۇيۇقلۇقى كۈندە 2 ～ 4 قېتىم، ھەر قېتىمدا 10ml، ئۇدا 3 ～ 4 كۈن ئېچىلىدۇ. ئېچىشى چەكلەنگۈچىلەرگە 10% لىك ماگنىي سۇلفات ئوكۇلىدىن 10ml ۋېنا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml～500ml غا قوشۇلۇپ تامچىتىلىدۇ. ئېغىر بىمارلارغا 20ml～30ml قوشۇپ 12 ～ 24 سائەت ئېچىدە ئاستا سۈرئەتتە تامچىلىتىشقىمۇ بولىدۇ. تولۇقلاش جەريانىدا بىمارنىڭ يۈرەك، قان بېسىم ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىگە دىققەت قىلىش لازىم.

4) يۇقىرى ماگنىيىلىق قان كېسىلى (高镁血症).

بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاندا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆيۈكنىڭ دەسلەپ-كى مەزگىلى، ئېغىر زەخمىلىنىشلەردىكى ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى يېتىشمەسلىك ۋە كىسلاتادىن زەھەرلىنىشلەردىمۇ يۇز بېرىشى مۇمكىن. ھامىلىدار تۇنقاقلىقىدا ماگنىي سۇلفات كۆپ ئىشلىتىۋېتىلسىمۇ قان تەركىبىدىكى ماگنىي قويۇقلۇقىنى ئۆرلىتىۋېتىش ئېھتىمالى بولىدۇ. يۇقىرى ماگنىيلىق قان كېسىلى بىمارلىرىدا ھالسىزلىنىش، چارچاش، پەي رېفـ لېكسى يوقىلىش ۋە قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. ماگنىينىڭ قويۇقـ لۇقى مەلۇم باسقۇچقا يەتكەندىن كېيىن يۇرەكنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىق فۇنكسىيىسىدە توسۇلۇش پەيدا قىلىدۇ. بۇ ۋاقىتتىكى ئېلېكتروكاردىئوگرامما ئالاھىدىلىكى يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى بىلەن ئوخشاش، كېسەلنىڭ ئاخىرقى باسقۇچىدا نەپەس تورمۇزلىنىپ ئۈيقۇسىراش، ھوشسىزلىنىش ھەتتا يۇرەك توختاپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

كېسەللىك بايقالغان ھامان ماگنىي تەركىبلىك دورىلارنى بېرىشنى دەرھال توختىتىش كېرەك. 10% لىك كالتسىي گلۇكونات‌تىن 10ml～20ml ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنسا، ماگنىينىڭ يۇرەك ۋە مۇسكۇلغا بولغان تورمۇزلاش رولىنى يېنىكلىتىدۇ ياكى كالتسىي خلورىد ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. ئۇندىن باشقا بىللە قوشۇلۇپ كەلگەن كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ۋە سۇسىزلىنىشنىمۇ تۈزىتىش كېرەك. ئەگەر يەنىلا ئۇنۇمى بولمىسا دىئالىزـ لاپ داۋالاشنى ئويلىشىش لازىم.

§ 3 . كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى
(酸 碱 平 衡 失 调)

1. كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنىڭ فىزىئولوگىيىلىك ئۇقۇمى.

بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ مۇۋاپىق بولغان كىسلاتا ـ ئىشقارلىقى — ئورگانىزمدىكى توقۇلـ ما، ھۇجەيرىلەرنىڭ نورمال ھاياتلىق پائالىيەتلىرىنى ئېلىپ بېرىشىنىڭ مۇھىم كاپالىتى. مادداا ئالماشتۇرۇش جەريانىدا ئورگانىزم ئۈزلۈكسىز كىسلاتالىق ۋە ئىشقارلىق ماددىلارنى قوبۇل قىلىدۇ ۋە ئىشلەپچىقىرىدۇ. ئەمما، بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى ئورگانىزمنىڭ بوففېر سىستېمىسى ۋە ئۆپكە، بۆرەك فۇنكسىيىلىرىگە تايىنىپ نىسبەتەن نورمال بولغان دائىرىدىكى قىممەتنى ساقلاپ تۇرىدۇ. كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى ئادەتتە pH ئارقىلىق ئىپادىلىنىدۇ. بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ نورمال pH قىممىتى 7.35～7.45 دائىرىسىدە بولۇپ، ئەگەر بۇ قىممەتتىن يۇقىرى بولسا ئىشقارلىقى، تۆۋەن بولسا كىسلاتالىقى ئېشىپ كەتكەن بولىدۇ. ئەگەر كىسلاتا ـ ئىشقارلىق ماددىلارنىڭ مىقدارـ دا زىيادە كۆپ ئۆزگىرىش بولسا ياكى ئورگانىزمنىڭ تەڭشەش سىستېمىسىدا توسقۇنلۇق بولسا نورمال تەڭپۇڭلۇق بۇزغۇنچىلىققا ئۇچراپ، ئوخشاش بولمىغان شەكىل، ئوخشاش

بولمىغان دەرىجىدىكى كىسلاتا ـ ئىشقارلىق تەڭپۇڭسىزلىنىش يۈز بېرىدۇ. بۇ خىل تەڭپۇڭسىزلىنىش مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش، نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ۋە نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىشلەرگە بۆلۈنىدۇ. بەزىدە ئىككى خىل ياكى ئىككى خىلدىن ئارتۇق زەھەرلىنىش تەڭلا مەۋجۇت بولىدۇ. بۇ ئارىلاشما خاراكتېرلىك كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىنىش دېيىلىدۇ.

مەيلى قايسىلا تەڭپۇڭسىزلىنىش يۈز بەرمىسۇن، ئورگانىزم ئۆزىنىڭ كومپېنساتسىيەلىك رولى ئارقىلىق بۇ خىل تەڭپۇڭسىزلىنىشنى يېنىكلىتىپ، ئامال بار بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ pH قىممىتىنى نورمال سەۋىيىدە ساقلاشقا ئىشلىنىلىدۇ. ئورگانىزمنىڭ بۇ خىل كومپېنساتسىيىلىك رولى تەڭپۇڭسىزلىقنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش دەرىجىسىنىڭ ئوخشاش بولماسلىقىغا قاراپ قىسمەن كومپېنساتسىيىلەش، كومپېنساتسىيىلەش ۋە زىيادە كومپېنساتسىيىلەش دەپ ئۈچ دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ. ئەمەلىيەتتە ئورگانىزمنىڭ كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تولۇق كومپېنساتسىيىلىشى ئىنتايىن تەس.

1) ئورگانىزمنىڭ كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقنى تەڭشىشى ۋە تەڭپۇڭسىزلىقنى كومپېنساتسىيىلىشى: تۆۋەندىكى سىستېما ـ ئەزالارنىڭ رولىغا تايىنىدۇ:

(1) بەدەن سۇيۇقلۇقى بوففېر سىستېمىسىنىڭ رولى:

بوففېرلاش ئورگانىزمنىڭ كىسلاتا ـ ئىشقارلىقىنىڭ ئۆزگىرىشىگە بولغان ئىنتايىن مۇھىم خىمىيىلىك ئىنكاسى، بەدەن سۇيۇقلۇقىدا ھىدروكاربوناتلار سىستېمىسى ($BHCO_3/H_2CO_3$) قان پلازما ئاقسىل سىستېمىسى (ئاقسىل ـ H/ئاقسىل ـ B) قىزىل ئاقسىل سىستېمىسى ($BHb/HHbO_2$) ۋە فوسفات تۇزى سىستېمىسى (B_2HPO_4/BH_2PO_4) قاتارلىق تۆت جۈپ بوففېر سىستېمىسى بولۇپ، ھەر بىر سىستېما بىر جۈپ ئاجىز كىسلاتا ۋە مۇناسىپ بولغان ئاجىز ئىشقاردىن تۇزۇلگەن بولىدۇ. بەدەن سۇيۇقلۇقىدا كىسلاتا ياكى ئىشقار مىقدارى ئېشىپ كەتكەندە، بۇ ئاجىز كىسلاتا ياكى ئىشقارلار دەرھال ئېشىپ كەتكەن كۈچلۈك ئىشقار ياكى كىسلاتا بىلەن بىرىكىپ pH قىممىتىنى نىسپىي تەڭپۇڭ ھالەتتە ساقلايدۇ. ئەمما ئۇنۇم بېرىش ۋاقتى نىسبەتەن قىسقا بولىدۇ.

(2) ئۆپكىنىڭ تەڭشەش رولى:

بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ بوففېر سىستېمىسى ئەڭ ئاخىرىدا CO_2نى نەپەس ئارقىلىق چىقىرىش ياكى بۆرەكنىڭ كىسلاتانى ساقلاپ ئىشقارنى ھەيدەش رولىغا تايىنىپ، كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلايدۇ. ئۆپكە ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىنىڭ ھاۋا ئالماشتۇرۇش مىقدارىنى كۆپەيتىش ياكى ئازايتىش ئارقىلىق CO_2نىڭ چىقىرىلىشىنى كۆپەيتىپ ياكى ئازايتىپ قاندىكى HCO_3^-نىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلايدۇ. ئەگەر $PaCO_2$يۇقىرىلىسا نېرۋا نەپەس مەركىزىنىڭ

تەڭشىشى بىلەن نەپەس تېزلىشىدۇ ۋە چوڭقۇرلىشىدۇ ـ دە، CO_2نىڭ نەپەستىن چىقىرىلىشى كۆپىيىپ قاندىكى HCO_3تۆۋەنلەيدۇ، ئەكسىچە بولغاندا نەپەس ئاستىلاپ ۋە تېيىزلىشىپ HCO_3 يۇقىرىلايدۇ. ئۆپكىنىڭ تەڭشەش رولى نىسبەتەن ئاستا، ئەمما ئۇزۇن داۋاملىشىدۇ.

(3) بۆرەكنىڭ تەڭشەش رولى:

بۆرەكنىڭ تەڭشەش رولى ئۆپكىدىن 8 ～ 24 سائەت كېيىن باشلىنىپ بىر نەچچە كۈن داۋاملىشىدۇ، بۇ خىل تەڭشەش ئاساسلىقى ئىئون ئالماشتۇرۇش ئارقىلىق رولىنى جارى قىلدۇرىدۇ. يەنى H^+بىلەن Na^+ئۆزئارا ئورۇن ئالماشتۇرۇش ئارقىلىق سۈيدۈكتىن چىقىرىلىدىغان تۇزلار تەركىبىدىكى Na^+، K^+قايتا سۈمۈرۈلۈپ H^+چىقىرىۋېتىلىدۇ. نەتىجىدە بۆرەك كىسلاتانى چىقىرىپ ئىشقارنى ساقلاپ قېلىش ئارقىلىق كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلايدۇ.

(4) ئورگانىزمدىكى ئىئونلارنىڭ ئالمىشىش رولى:

قاندىكى HCO_3^-ۋە Cl^-قىزىل قان ھۈجەيرە پەردىسى ئارقىلىق ئەركىن ئالمىشىدۇ. بەدەندە كىسلاتالىق ماددىلار كۆپەيگەندە HCO_3^-نىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە كىرىشى ۋە Cl^-نىڭ ھۈجەيرە سىرتىغا چىقىشى كۆپىيىدۇ. ئەكسىچە بولغاندا HCO_3نىڭ ھۈجەيرە سىرتىغا چىقىشى ۋە Cl^-نىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە كىرىشى كۆپىيىدۇ. قىزىل قان ھۈجەيرىسىدىكى HCO_3^- ئۆپكىدە CO_2شەكلىدە نەپەستىن چىقىرىلىدۇ، Cl^-بۆرەكتىن چىقىرىلىدۇ.

2) كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ئۆلچەشتە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر:

(1) كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى(酸碱度, pH): قاننىڭ كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى بولۇپ، ھىدروگېن ئىئونى (H^+) نىڭ قويۇقلۇقى ئارقىلىق بەلگىلىنىدۇ، يەنى H^+نىڭ قويۇقلۇقى قانچە يۇقىرى بولسا pH قىممىتى شۇنچە كىچىك، كىسلاتالىقى شۇنچە يۇقىرى بولىدۇ. ئەكسىچە بولغاندا pH قىممىتى شۇنچە چوڭ، ئىشقارلىقى شۇنچە يۇقىرى بولىدۇ. pH قىممىتىنىڭ نورمال قىممىتى 7.35～7.45 ئارىسىدا بولۇپ، 7.35 دىن كىچىك بولسا كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، 7.45 دىن چوڭ بولسا ئىشقاردىن زەھەرلىنىش بولىدۇ. pH قىممىتى كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنىڭ دەرىجىسىنى بىۋاستە ئەكس ئەتتۈرۈپ بېرىدۇ. ئەمما خاراكتېرىنى (مېتابولىزملىق ياكى نەپەس خاراكتېرلىك ئىكەنلىكى) ئەكس ئەتتۈرۈلۈپ بېرەلمەيدۇ.

(2) ئارتېرىيە قان كاربون Ⅳ ئوكسىد پارتىئال بېسىمى (动脉血二氧化碳分压, $PaCO_2$): قىسقارتىپ كاربون Ⅳ ئوكسىدى پارتىئال بېسىمى دېيىلىدۇ. ئۇ قان پلازمىسىدا فىزىكىلىق ئېرىگەن CO_2نىڭ پەيدا قىلغان بېسىمى بولۇپ، نورمال قىممىتى 35～45mmHg، $PaCO_2$ نىڭ كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىغا ھۆكۈم قىلىشتىن باشقا نەپەسلىنىشتە ھاۋا ئالمىشىش فۇنكسىيىسىنى ئۆلچەشتىكى ئەھمىيىتىمۇ ئىنتايىن مۇھىم. ئەگەر $PaCO_2$ 45mmHg دىن يۇقىرى بولسا ھاۋا ئالمىشىشنىڭ يېتىشمىگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. شۇنداقلا نەپەس

خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ياكى يۇقىرى كاربونات كىسلاتالىق قان كېسىلى بارلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ. ئەگەر 35mmHg دىن تۆۋەن بولسا ھاۋا ئالماشتۇرۇش (نەپەسلەنىش) نىڭ زىيادە بولۇپ كەتكەنلىكى، نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش بارلىقىنى كۆرسىتىپ بېرىدۇ.

(3) ئۆلچەملىك ھىدروكاربونات تۇزى (SB، 标准碳酸氢盐) ۋە ئەملي ھىدروكاربونات تۇزى (AB، 实际碳酸氢盐): قانىنىڭ تېمپېراتۇرىسى 38℃، قىزىل قان ئاقسىلى 100% ئوكسىگېن بىلەن بىرىككەن، شۇنداقلا $PaCO_2$، 40mmHg بولغان گاز تەڭپۇڭ ھالىتىدە ئۆلچەپ چىقىلغان ئېغىر كاربوناتلارنىڭ (قان پلازمىسىدىكى HCO_3^-) مىقدارى SB دەپ ئاتىلىدۇ. AB بولسا قانىدىكى $PaCO_2$نى 40mmHg قىممىتىدىكى گاز تەڭپۇڭ ھالىتىگە ئەكەلمەيلا ئۆلچەشتە كېلىپ چىققان ئېغىر كاربوناتلارنىڭ ئەملي مىقدارىدۇر. SB ۋە AB نىڭ نورمال قىممىتى 22～27mmol/L. SB نەپەسنىڭ تەسىرىگە ئۇچرىمايدۇ، AB نەپەسنىڭ تەسىرىگە ئۇچرايدۇ. نورمال ئەھۋال ئاستىدا SB بىلەن AB ئۆزئارا تەڭ بولىدۇ. ئەگەر SB گە قارىغاندا AB تۆۋەن بولسا نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش، SB گە قارىغاندا AB يۇقىرى بولسا نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كۆرسىتىدۇ. SB ۋە AB نىڭ ھەر ئىككىلىسى قانىدىكى HCO_3^-نىڭ قويۇقلۇقىنى كۆرسىتىدۇ.

(4) قالدۇق ئىشقار (剩余碱 BE): تېمپېراتۇرا 37℃، $PaCO_2$ 40mmHg، قان قىزىل ئاقسىلى 150g/L، شۇنداقلا قان قىزىل ئاقسىلى 100% ئوكسىگېن بىلەن بىرىككەن ئۆلچەملىك شارائىت ئاستىدا، بىر لىتىر قانىنىڭ pH قىممىتىنى 7.4 قىلىش ئۈچۈن كېرەكلىك بولغان كىسلاتا ياكى ئىشقارنىڭ مىقدارى قالدۇق ئىشقار (BE) دەپ ئاتىلىدۇ. ئەگەر pH قىممىتىنى 7.4 قىلىش ئۈچۈن كىسلاتا كېرەك بولسا قان تەركىبىدىكى ئىشقارلىق مادىدىلارنىڭ كۆپىيىپ كەتكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ، BE مۇسپىي قىممەت ئارقىلىق ئىپادىلىنىدۇ. ئەگەر ئىشقار كېرەك بولسا قاندا ئىشقارنىڭ يېتىشمەيۋاتقانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. مەنپىي قىممەت ئارقىلىق ئىپادىلىنىدۇ. BE نىڭ نورمال قىممىتى 3－ (0±3mmol/L) ～3mmol/L، BE ئورگانىزمدىكى ئىشقار زاپىسىنىڭ ئاز ـ كۆپلۈكىنى ئەكس ئەتتۈرىدۇ. ئۆلچىگەندە نەپەسنىڭ تەسىرىگە ئۇچرىمايدۇ. BE قان تەركىبىدىكى تەڭشىگۈچى ئىشقارلارنىڭ مۇتلەق قىممىتىنى نىسبەتەن ئېنىق ئىپادىلەپ بەرگەچكە، ئۇنىڭ قىممىتى كلىنىكىدا كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى داۋالاشتىكى تولۇقلاشقا تېگىشلىك بولغان كىسلاتا ياكى ئىشقارنىڭ مىقدارىنى ھېسابلاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(5) كاربون Ⅳ ئوكسىدى بىرىكىش كۈچى (CO_2CP، 二氧化碳结合力): قان پلازمىسى تەركىبىدە فىزىكىلىق ۋە خىمىيىلىك شەكىلدە مەۋجۇت بولغان CO_2نىڭ ئومۇمىي مىقدارى، نورمال قىممىتى 22～28mmol/L. ئەگەر نەپەس ئامىلىنىڭ تەسىرى بولمىغان

كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقى بولسا، كىسلاتادىن زەھەرلەنگەندە، CO_2CP تۆۋەنلەيدۇ، ئىشقاردىن زەھەرلەنگەندە CO_2CP يۇقىرىلايدۇ. ئەگەر تەڭپۇڭسىزلىنىش نەپەس خاراكتېر-لىك بولسا كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتە CO_2CP ئۆرلەيدۇ، ئىشقاردىن زەھەرلىنىشتە تۆۋەنلەي-دۇ.

يۇقىرىقى كۆرسەتكۈچلەردە pH قىممىتى كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسىنى، HCO_3^- (AB ۋە SB) مېتابولىزملىق ئامىلىنى، $PaCO_2$نەپەس ئامىلىنى بىۋاستە ئەكس ئەتتۈرۈپ بېرىدۇ.

2. مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش (代谢性酸中毒).

بەدەندە H^+نىڭ كۆپىيىشى ياكى HCO_3^-نىڭ زىيادە يوقىلىشىدىن مېتابولىزملىق كىسلا-تادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) كىسلاتالىق ماددىلارنىڭ ئارتۇقچە قوبۇل قىلىنىشى: مەسىلەن: سالىتسىلىك كىسلاتا تۇزلىرى، ئاممۇنىي خلورىد قاتارلىق دورىلارنىڭ زىيادە كۆپ ئىشلىتىلىشى.

(2) كىسلاتالىق ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنىڭ توسقۇنلۇقىغا ئۇچرىشى: ھەر خىل ئۆت-كۈر، سوزۇلما خاراكتېرلىك بۆرەك زەئىپلىشىش، بۆرەك كانالچىلىرى خاراكتېرلىك كىس-لاتادىن زەھەرلىنىشلەردە بۆرەكنىڭ كىسلاتا چىقىرىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش.

(3) ئورگانىزمنىڭ كىسلاتا ئىشلەپچىقىرىشى زىيادە كۆپ بولۇش: مەسىلەن كەم قانلىق، سۈسىزلىنىش، شوك، جىگەر كېسىلى قاتارلىقلاردا شېكەرنىڭ ئوكسىدلىنىشى تولۇق بولماي كۆپلىگەن سۈت كىسلاتاسى ھاسىل قىلىش، دىئابېتتا كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، كېتونسىز يۇقىرى ئوسموسلۇق ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلار.

(4) ئىشقارلىق ماددىلارنى زىيادە كۆپ يوقىتىش: مەسىلەن: ئۇچەي، ئۆت، ئاشقازان ئاستى بېزى ئاقمىلىرى، ئۇزۇن مۇددەت ئۇچەي، ئۆتتىن ئاققۇزۇش، ئېغىر ئىچ سۇرۇش قاتارلىقلاردا ئىشقارلىق ماددىلارنى زىيادە كۆپ يوقىتىش.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېنىك بىمارلاردا روشەن ئۆزگىرىش بولمايدۇ. كېسەل ئېغىرلاشقاندا ھالسىزلىنىش، باش قېيىش، ئۈيقۇسىراش، سېزىمى سۇسلىشىش، تىنچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئىشتىھاسى تۆتۈلىدۇ، كۆڭلى ئېلىشىدۇ، قۇسىدۇ. مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنىڭ ئەڭ تىپىك ئىپادىسى ھەم چوڭقۇر ھەم تېز بولغان نەپەستۇر. نەپەس چاستوتىسى بەزىدە مىنۇتىغا 40 ~ 50 قېتىمغا يېتىدۇ. نەپەس چىقارغاندا كىتون پۇرىقى (سېسىق ئالما پۇرىقى) بولىدۇ. چىرايى قىزىرىپ يۈرەك تېزلىشىدۇ، قان بېسىمى ئازراق تۆۋەنلەيدۇ، پەي رېفلېكسى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقىلىدۇ، ھوشسىزلىنىدۇ. بىماردا ئاسانلا يۈرەك رېتىمسىزلىنىش، ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق، شوك كېلىپ

چىقىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا داۋالاش نىسبەتەن قىيىن، ئۇندىن باشقا سۇسىزلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

3) دىئاگنوزى:

ئىچ سۇرۇش، ئۇچەي ئاقمىسى، شوك قاتارلىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى بولغان كېسەل تارىخى تېز ھەم چوڭقۇر بولغان تېپىك نەپەسلىنىش ئالاھىدىلىكى ۋە قان ـ گاز ئانالىز نەتىجىسىگە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ، كومپېنساتسىيىلىك دەۋرىدە pH قىممىتى نورمال دائىرىدە بولىدۇ. بىراق HCO_3^- ، $PaCO_2$ قاتارلىقلاردا مەلۇم دەرىجىدە تۆۋەنلەش بولىدۇ، كومپېنساتسىيىسىزلىنىش دەۋرىدە pH قىممىتى، AB ، SB قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى تۆۋەنلەيدۇ. BE نىڭ مەنپىي قىممىتى يوغىنايدۇ (2.3mmol/L — دىن تۆۋەن بولىدۇ) ئەگەر نەپەس ئامىلى (نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش) مەۋجۇت بولمىسا CO_2CP تۆۋەنلەيدۇ. شۇنداقلا تۆۋەنلەش دەرىجەسى كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنىڭ ئېغىرلىق دەرىجىسى بىلەن بىردەك بولىدۇ.

ئۇندىن باشقا، كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بۆرەكنىڭ ئېلېكتىرولىتلارنى تەڭشەش فۇنكسىيىسىنى قالايمىقانلاشتۇرۇپ قاندىكى كالىي، كالتسىي، سۇيدۇك كىسلاتاسى قاتارلىقلارنىڭ قويۇقلۇقىنى ئۆرلىتىۋېتىدۇ.

4) داۋالاش:

مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبنى يوقىتىش داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئورگانىزمنىڭ ئۆپكە ۋە بۆرەك ئارقىلىق كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى تەڭشەش رولى بولىدۇ. شۇڭا نىسبەتەن يېنىك تېپىتكى مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كېسەل سەۋەبنى يوقىتىش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ سۇسىزلىنىشنى ياخشىلاش ئارقىلىق داۋالاپ ئەسلىگە كەلتۈرگىلى بولىدۇ. تۆۋەن سىغىمچانلىق شوكقا مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندىمۇ سۇيۇقلۇق ۋە قان تولۇقلاش ئارقىلىق شوك تۈزىتىلسە يېنىك تېپىتكى زەھەرلىنىش ئۆزلۈكىدىن ئەسلىگە كېلىدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە بۇنداق كېسەلگە ئىشقارلىق دورىلارنى ئالدىراپ ئىشلەتكەندە مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش خەۋپى بولىدۇ. شۇڭلاشقا نىسبەتەن يېنىك تېپىتكى مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلەنگۈچىلەر (قان پلازمىسىدىكى HCO_3^- نىڭ قويۇقلۇقى 16～18mmol/L ئەتراپىدا) گە ئىشقارلىق دورا ئىشلىتىش ھاجەتسىز.

ئەگەر HCO_3^- نىڭ قويۇقلۇقى 10mmol/L دىن تۆۋەن ياكى pH قىممىتى 7.2 دىن تۆۋەن بولسا دەرھال سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ ۋە ئىشقارلىق دورا ئىشلىتىپ زەھەرلىنىشنى تۈزىتىشكە توغرا كېلىدۇ. ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان ئىشقارلىق دورا ناترىي بىكاربونات ئېرىتمىسى بولۇپ، دورا بەدەن سۇيۇقلۇقىغا كىرگەندىن كېيىن Na^+ ، HCO_3^- گە پارچىلىنىدۇ. HCO_3^- بەدەن سۇيۇقلۇقىدىكى H^+ بىلەن بىرىكىپ H_2CO_3 نى ھاسىل قىلغاندىن كېيىن

يىن يەنە سۇ (H_2O) ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىد (CO_2) قا ئاجرىلىپ ئۆپكە ۋە بۆرەك ئارقىلىق بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىدۇ. بەدەن سۇيۇقلۇقىدىكى H^+نىڭ ئازىيىشى كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ياخشىلىسا، بەدەن سۇيۇقلۇقىدا قېپقالغان Na^+بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى ۋە قان سىغىمچانلىقىنى ئۆزلىتىدۇ. 5% لىك $NaHCO_3$تەركىبىدە Na^+دىن 60mmol ، HCO_3^- 60mmol/L بار. تولۇقلاشقا تېگىشلىك $NaHCO_3$نى ھېسابلىغاندا تۆۋەندىكى فورمۇلادىن پايدىلىنىشقا بولىدۇ:

تولۇقلىنىدىغان ئىشقار (HCO_3^-) مىقدارى (mmol) = [24 − ئۆلچەنگەن HCO_3^- نىڭ قىممىتى(mmol/L)]× بەدەن ئېغىرلىقى (kg) × 0.4.

ياكى CO_2CP نىڭ قىممىتى ئارقىلىق ھېسابلىنىدۇ:

تولۇقلىنىدىغان ئىشقار (HCO_3^-) مىقدارى (mmol) = [25 − ئۆلچەنگەن CO_2CP نىڭ قىممىتى(mmol/L)]× بەدەن ئېغىرلىقى (Kg) × 0.25.

مەيلى قايسىلا فورمۇلا ئارقىلىق ھېسابلانمىسۇن ھېسابلاش نەتىجىسىنىڭ ئەملىي ئەھمىيىتى بەك چوڭ ئەمەس. ھېسابلاپ چىقىلغان مىقدارنىڭ ھەممىسىنى بىراقلا تولۇقلاش قەتئىي چەكلىنىدۇ. ئالدى بىلەن يۈقىرىقى ھېسابلاپ چىقىلغان مىقدارنىڭ يېرىمىنى 2 ～ 4 سائەت ئىچىدە ۋېنادىن تولۇقلاش، ئاندىن قان ـ گاز ئانالىزى ۋە قاندىكى ئېلېكترولىتلارنى قايتا تەكشۈرۈپ، نەتىجىسىگە ئاساسەن يەنە تولۇقلاش ياكى تولۇقلىماسلىققا ھۆكۈم قىلىش كېرەك. داۋالاش پرىنسىپى بىر تەرەپتىن داۋالاپ بىر تەرەپتىن كۆزىتىش، كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تەدرىجىي تۆزىتىشتۇر. ئۇندىن باشقا جىددىي ئەھۋالدا 5% لىك $NaHCO_2$ئېرىتمىسىدىن 100ml～250ml ياكى ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا 2～4ml دىن ھېسابلاپ، كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ ئالدى بىلەن تولۇقلاشقا بولىدۇ. 5% لىك $NaHCO_3$ يۇقىرى ئوسموسلۇق ئېرىتمە بولۇپ تولۇقلاش سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ كەتسە، يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى ۋە قان ئوسموس بېسىمىنىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. كىسلاتادىن زەھەرلىنىش تۆزىتىلگەندىن كېيىن يەنە تۆۋەن كالتسىيلىق ۋە تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى كېلىپ چىقىشىمۇ مۇمكىن. شۇڭا يۇقىرىقى ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىشقا دىققەت قىلىش، زۆرۈر بولغاندا ۋاقتىدا داۋالاش كېرەك.

3. مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش (代谢性碱中毒).

ئورگانىزمدا H^+نىڭ يوقىلىشى ياكى HCO_3^-نىڭ يىغىلىپ قېلىشىدىن مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ زىيادە كۆپ يوقىلىشى: ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇپ قېلىشتىن قايتا ـ قايتا قۇسۇش، ئاشقازان ئاقمىسى، ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى كانالچە ئارقىلىق ئاققۇزۇش قاتارلىقلاردىن كۆپ مىقدارىدا ئاشقازان كىسلاتاسى ۋە K^+نى يوقىتىش،

شۇ سەۋەبتىن ئۇچەي سۇيۇقلۇقلىقىدىكى HCO_3^-نېيترالىلىشالماي بۇاستە قانغا سۈمۈرۈ-لۇش.

(2) ئىشقارلىق ماددىلارنىڭ زىيادە كۆپ قوبۇل قىلىنىشى: ئۇزۇن مۇددەت ئىشقارلىق دورىلارنى ئىچكەندە ئاشقازان كىسلاتاسى نېيترالىلىشىپ ئۇچەيگە كىرىدىغان كىسلاتا ئازىيىپ كېتىش، شۇ سەۋەبتىن ئۇچەي سۇيۇقلۇقىدىكى ئىشقار نېيترالىلىشاشماي بۇاستە قانغا سۈمۈرۈلۈش.

(3) كالىي يېتىشمەسلىك: ئۇزۇن مۇددەت داۋاملاشقان تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلـ-دىن بۆرەكنىڭ H^+نى چىقىرىشى ۋە HCO_3^-نى قايتا سۈمۈرۈشى كۈچىيىش.

(4) سۇيدۇكتىن Cl^-نى چىقىرىش زىيادە كۆپ بولۇش: فۇرۇزىمىد قاتارلىق Na^+، Cl^- ھەيدىگۈچى سۇيدۇك ھەيدەش دورىلىرىنىڭ ئۇزۇن مۇددەت ئىشلىتىلىشىدىن قاندا Cl^- ئازىيىپ تۆۋەن خلورلۇق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىش.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

نەپەس تېيىز ۋە ئاستا بولىدۇ. ئۇندىن باشقا ئاسان ھاياجانلىنىش، جۆيلۇش، ئۇيقۇسـ-راش، پۇت ـ قوللىرى تارتىشىش، پەي رېفلېكسى كۈچىيىش قاتارلىق روھىي ـ نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغاندا مېڭە ۋە باشقا ئەزالارنىڭ مېتابولىزمى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ھوشسىزلىنىدۇ. بەزىدە سۇسىزلىنىش ۋە تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلـ-نىڭ ئالامەتلىرى بولۇشى مۇمكىن.

3) دىئاگنوزى:

بىماردا مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبلەر، تېيىز ھەم ئاستا نەپەسلىنىش ۋە روھىي ـ نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى بولىدۇ. قان ـ گاز ئانالىزىدا كومپېنتاتسىيىلىك دەۋرىدە pH قىممىتى نورمال دائىرىدە بولىدۇ. ئەمما HCO_3^-ۋە BE مەلۇم دەرىجىدە يۇقىرىلايدۇ. كومپېنساتسىيىسىزلىنىش دەۋرـ-دە pH قىممىتى 7.45 دىن يۇقىرى بولىدۇ. CO_2CP، SB، AB لارنىڭ ھەممىسى يۇقىرىلاي-دۇ. BE نىڭ قىممىتى مۇسپىي بولىدۇ. كۆپ ۋاقىتلاردا تۆۋەن خلورلۇق ۋە تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

4) داۋالاش:

ئاكتىپ ھالدا بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاپ، كېسەللىك سەۋەبىنى يوقىتىش زەھەرلـ-لىنىشنىڭ ئەسلىگە كېلىشىدە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى يوقىتىشتىن بولغان مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش ۋە نىسبەتەن يېنىك بولغان تۆۋەن خلورلۇق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى داۋالىغاندا تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيى ياكى گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇـ-قى تولۇقلىنىدۇ. سۇيۇقلۇق ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنى تولۇقلاپلا قالماي، يەنە Cl^- نىمۇ تولۇقلايدۇ. زۆرۈر بولغاندا ئارگىنىن ھىدروخلورىد (盐酸精氨酸) تولۇقلانسا Cl^-

نمۇ تولۇقلاپلا قالماي، زىياده HCO_3^-نمۇ نېيترالايدۇ. ئۇندىن باشقا كۆپىنچە مېتابولىزمـ لىق ئىشقاردىن زەھەرلەنگۈچى بىمارلاردا تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى بولغاچقا، ھەر سائەتلىك سۈيدۇك 40ml دىن ئاشسىلا كالىي تولۇقلاش كېرەك. كالىينىك يەنە سۈيدۈكدىن H^+نىك چىقىرىلىشىنى تىزگىنلەپ، ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى يېنىكلىتىش رولى بولىدۇ.

قان پلازمىسىدىكى HCO_3^-نىك قويۇقلۇقى 45mmol～50mmol دىن، pH قىممىتى 65. 7 دىن يۇقىرى بولغان ئېغىر ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى داۋالىغاندا دەرھال سۈيۈلدۈرۈلغان ھىدروخلورىد (盐酸) ئېرىتمىسى ئىشلىتىلىپ ھۈجەيرە سىرتقى سۈيۇقلۇقىدىكى ئوشۇقچە HCO_3^-نېيترالاشتۇرۇلىدۇ. يەنى 1mol/L قويۇقلۇقتىكى 150ml ھىدرو خلورىد، 1000ml تەك ئوسموسلۇق تۇز سۇيى ياكى 5% لىك گلۇكوزا سۈيۇقلۇقىدا ئېرىتىلىپ (ھىدور خلورىد قويۇقلۇقى 0.15mmol/L بولىدۇ) سائىتىگە 25ml～50ml سۈرئەتتە مەركىزي ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ھەر 4 ～ 6 سائەتتە بىر قېتىم قان ـ گاز ئانالىزى ۋە قاندىكى ئېلېكترولىتلار تەكشۈرۈلۈپ تۇرۇلىدۇ. زۆرۈر بولغاندائىككىنچى كۈنى يەنە بىر قېتىم تەكرار دورا بېرىشكە بولىدۇ.

داۋالىغاندا ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش سۈرئىتى بەك تېز بولماسلىقى كېرەك. ئۇنىڭ ئۈستىگە تولۇق تۇزىتىش تەلەپ قىلىنمايدۇ. ئەگەر بىمارداقول ـ پۇت تارتىشىش بولسا 10% لىك كالتسىي گلۇكوناتتىن 10ml نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ.

4. نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش (呼吸性酸中毒).

نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش — ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش ۋە گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيەسىنىڭ ئاجىزلىشىشىدىن ئورگانىزم ئىشلەپچىقارغان CO_2 بەدەن سىرتىغا تولۇق چىقىپ كېتەلمەي يىغىلىپ قېلىپ، $PaCO_2$يۇقىرىلاپ، HCO_3^- نىڭ قويۇقلۇقى ئۆرلەپ، قاننىڭ pH قىممىتى تۆۋەنلەشنى كۆرسىتىدۇ.

1) كېسەل سەۋەبى:

مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى تورمۇزلىنىش ياكى پالەچلىنىش (مەسىلەن: ناركوز زىياده چوڭقۇر بولۇش، تىنچلاندۇرغۇچى دورىلاردىن زەھەرلىنىش قاتارلىق)، نېرۋا ـ مۇسكۇل كېسەللىكلىرى، كاناي توسۇلۇش، ئۆتكۈر، سوزۇلما ئۆپكە كېسەللىكلىرى، كۆكرەك بوشلۇقى كېسەللىكلىرى، يۇقىرى قورساق كېسەللىكلىرى ۋە نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىنىڭ نامۇۋاپىق ئىشلىتىلىشى قاتارلىق ئۆپكىنىڭ نورمال ھاۋا ئۆتكۈزۈش ۋە گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيەسىنى توسقۇنلۇققا ئۇچرىتىدىغان ۋە تورمۇزلايدىغان كېسەللىكلەردە كۆرۈلىدۇ.

ئورگانىزمنىڭ نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە بولغان كومپېنساتسىيەلىك رولى تولىمۇ چەكلىك. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشتە ئاساسەن كومپېنساتسىيەلەش بولمايدۇ. CO_2قويۇقلۇقى قىسقا ۋاقىتتىلا يۇقىرى چەككە يېتىدۇ. زەھەرلىنىش ئېغىر بولىدۇ. سو-

زۇلما زەھەرلىنىشتە ئورگانىزم ئاساسەن قاندىكى بوفېر سىستېمىسى ۋە بۆرەك فۇنكسىيە-سىگە تايىنىپ كومپېنساتسىيىلەيدۇ. ئەمما بۇ خىل كومپېنساتسىيىلەش ئاجىز ۋە ئاستا بولىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

دەم سقىش، نەپەس قىيىنلىشىش، نەپەس تېزلىشىش، يۈرەك سېلىش، قان بېسىم ئۆرلەش قاتارلىق نەپەس سىستېمىسى ئالامەتلىرى بولىدۇ. ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن باش ئاغرىيدۇ، ھالسىزلىنىدۇ، كۆكىرىدۇ، زەھەرلىنىشنىڭ ئېغىرلىشىشىغا ئەگىشىپ قان بېسىم تۆۋەنلەش، جۆيلۈش، ھەتتا ھوشسىزلىنىش كېلىپ چىقىدۇ. مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن مېڭە سۇلۇق ئىششىقى، مېڭە چىقۇقى ھەتتا نەپەس توختاپ قېلىش كېلىپ چىقىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى كېسەللىك ئاساسى ۋە زەھەرلىنىشنىڭ كلىنىكىلىق ئالامەتلىرى بولىدۇ. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشتە قان - گاز ئانالىزىدا pH قىممىتى تۆۋەنلەيدۇ. $PaCO_2$ 45mmHg دىن يۇقىرى بولىدۇ. ئەمما SB ۋە AB دا ئۆزگىرىش بولماسلىقى مۇمكىن. سوزۇلما خاراكتېرلىك زەھەرلىنىشتە pH قىممىتىدە چوڭ ئۆزگىرىش بولمايدۇ، $PaCO_2$ يۇقىرىلايدۇ، AS ۋە AB مۇ ئۆرلەيدۇ.

4) داۋالاش:

پرىنسىپى كېسەللىك سەۋەبىنى داۋالاپ، نەپەس فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاش، يېغىلىپ قالغان CO_2 نى چىقىرىپ، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۈزىتىشتۇر.

(1) بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش بىلەن بىر ۋاقىتتا ئاكتىپ تەدبىرلەرنى قوللىنىپ، بىمارنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش، ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاش كېرەك. ئورگانىزمنىڭ نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە بولغان كومپېنساتسىيىلىك رولى ئاجىز، ئۇنىڭ ئۇستىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك تەڭلا مەۋجۇت بولغاچقا، زەھەرلىنىشنىڭ ئورگانىزمغا بولغان زىيىنى ئىنتايىن چوڭ. بولۇپمۇ ھايانقا بىۋاستە خەۋپ يەتكۈزىدىغىنى يۇقىرى كاربونات كىسلاتالىق قان كېسىلى بولماستىن، بەلكى ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتۇر. شۇڭا-لاشقا بىمارنىڭ كاناي - كانايچىلىرىدا توسۇلۇش بولسا ۋاقتىدا راۋانلاشتۇرۇش، زۆرۈر بولغاندا ئىككىلەنمەستىن، كانايغا كانالچە قويۇپ ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك. شۇنداقلا يېتەرلىك مىقداردا ئوكسىگېن سۇمۇرتۇش لازىم.

(2) سوزۇلما بولغان نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى كېسەللىكلەرنىڭ كۆپىنچىسى داۋالاپ ساقايتماق تەس كېسەللىكلەردۇر. شۇڭلاشقا بىرلەمچى كېسەللىكنى ئۇزۇن مۇددەت داۋالاشنىڭ تەييارلىقى بولۇشى كېرەك. شۇنىڭ بىلەن

بىرگە قاراتمىلىقى بولغان ھالدا ئانتىبىئوتىكلانى ئىشلىتىش، كىچىك كاناپچىلارنى كېڭەيتىش، بەلغەم چىقىرىشنى ئىلگىرى سۈرۈش قاتارلىقلارمۇ ئورگانىزمنىڭ ھاۋا ئۆتكۈزۈش، گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاشنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمىدۇر.

(3) نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش بىلەن ئەمەس، بەلكى نەپەس فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاپ، ئوكسىگېن تولۇقلاپ، $PaCO_2$نى تۆۋەنلىتىش ئارقىلىق ئەملىگە ئاشۇرۇلىدۇ. پەقەت مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە ياكى قاندىكى كالىينىڭ قويۇقلۇقى بەك يۇقىرى بولغاندا، بولۇپمۇ pH قىممىتى 7.1 دىن تۆۋەن $PaCO_2$ 100mmHg دىن يۇقىرى بولغان ئەھۋال ئاستىدىلا ئاندىن 5% لىك ناترىي بىكاربوناتنى ئىشلىتىپ ئىشقار تولۇقلاش لازىم.

(4) نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلەنگەن بىمارلارغا تىنچلاندۇرۇش دورىلىرى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش لازىم.

5. نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش (呼吸性碱中毒).

نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش — ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش ۋە گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسىنىڭ نورمالسىز كۈچىيىپ كېتىشىدىن ئورگانىزم ئىشلەپچىقارغان CO_2بەدەن سىرتىغا زىيادە كۆپ چىقىپ كېتىپ، $PaCO_2$تۆۋەنلەپ تۆۋەن كاربونات كىسلاتالىق قان كېسىلىنىڭ كېلىپ چىقىشىنى ۋە pH قىممىتىنىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشىنى كۆرسىتىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

يۇقىرى قىزىتما، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش، قان يوقىتىش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، سۈدىن زەھەرلىنىش (سۈيۈلۈش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى)، جىگەر مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، باش ـ مېڭە زەخمىلىنىش، نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتىنىڭ مۇۋاپىق ئىشلىتىلمەسلىكى قاتارلىق نەپەس چاستوتىسىنىڭ زىيادە تېز، قېتىملىق نەپەسلىنىش ھاۋا مىقدارىنىڭ زىيادە كۆپ بولۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى كېسەل، ئامىللاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلەنگەندە، ئورگانىزمنىڭ بۆرەكنىڭ H^+نى چىقىرىشنى ۋە HCO_3^-نى قايتا سۈمۈرۈشىنى ئازايتىش، ئۆپكىنىڭ نەپەس ھەرىكىتىنى ئاجىزلاشتۇرۇش قاتارلىق كومپېنساتسىيىلىك رولى بولىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

نەپەس چوڭقۇر ۋە تېز بولىدۇ. $PaCO_2$تۆۋەنلىگەندىن كېيىن مېڭە نەپەس مەركىزى تورمۇزلىنىپ، تېيىز ھەم ئاستا نەپەسكە ئۆزگىرىدۇ. بىماردا كۆپىنچە قول ـ پۇت، ئېغىز ئەتراپى ئۇيۇشۇش، مۇسكۇل تىترەش، قول ـ پۇتلىرى تارتىشىش قاتارلىق كالتسىي تۆۋەنلەش بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئالامەتلەر ۋە باش ئاغرىش، باش قېيىش قاتارلىق ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. كۆپىنچە يۇرەك

سوقۇشى تېزلىشىدۇ. ئېغىر، خەتەرلىك بىمارلاردا يۈز بەرگەن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتا-دىن زەھەرلىنىش، كېسەللىك ئاقىۋىتىنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنىڭ ياكى نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندى كېسەللىك ئالامىتىنىڭ يۈز بەرگەنلىكىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

3) دىئاگنوزى:

نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى ۋە كېسەللىك سەۋەبى بولىدۇ. قان - گاز ئانالىزىدا $35mmHgPaCO_2$ دىن تۆۋەن بولىدۇ، pH قىممىتى يۇقىرىلاپ AB ۋە SB تۆۋەنلەيدۇ.

4) داۋالاش:

بىرلەمچى كېسەللىكنى ئاكتىپ داۋالاش كېرەك. CO_2 نىڭ زىيادە كۆپ چىقىپ كېتىشى-نى توسۇش ئۈچۈن، بىمارنىڭ ئېغىز - بۇرنىغا قەغەز خالتا تاقاپ، نەپەسلىنىدىغان هاۋانىڭ CO_2 قويۇقلۇقىنى كۆپەيتىشكە بولىدۇ. زۆرۈر بولغاندا دېئازېپام (安定) ئىشلىتىپ نەپەسنى تورمۇزلاش كېرەك. نەپەسلىنىش ئاپپاراتىنى نامۇۋاپىق ئىشلىتىشتىن كېلىپ چىققان زەھەر-لىنىشتە ئاپپاراتنىڭ نەپەس چاستوتىسى ۋە ھەر قېتىملىق نەپەسلىنىش هاۋا مىقدارىنى تەڭشەش لازىم. خەتەرلىك بىمارلار ياكى مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرىدىن كېلىپ چىققان زەھەرلىنىش بولسا زۆرۈر بولغاندا ئىككىلەنمەستىن نەپەسلىنىش ئاپپاراتى ئىشلىتىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش كېرەك.

ئەگەر بىماردا تارتىشىش بولسا مۇۋاپىق مىقداردا كالتسىي گلۇكونات تولۇقلاشقا بولى-دۇ.

يەتتىنچى باب شوك
（休 克）

شوك — ئادەم بەدىنىنىڭ ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ تۈيۈقسىز ئازىيىپ كېتىشىگە بولغان ئىنكاسى، يەنى توقۇلمىلاردىكى قان ئايلىنىش يېتىشمەسلىكتىن كېلىپ چىققان ماددا ئالمىشىش توسقۇنلۇققا ئۇچراش ۋە ھۇجەيرىلەرنىڭ زەھەرلىنىشىنىڭ پاتولوگىيىلىك جەريانى. گەرچە شوكنى پەيدا قىلىدىغان سەۋەبلەر ئىنتايىن كۆپ بولسىمۇ ئەمما ئۇنىڭدا بىر ئورتاقلىق بولىدۇ. يەنى ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى تېز سۈرئەتتە ئازىيىپ كېتىدۇ. ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى يېتەرلىك بولغان قان سىغىمچانلىقى، ئۇنۇملۇك بولغان يۈرەكنىڭ چىقىرىش مىقدارى ۋە ياخشى بولغان ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ كېرىلىشى ئارقىلىق بەلگىلىنىدۇ. بۇنىڭ ئىچىدە خالىغان بىر ئامىلدىكى ئۆزگىرىش ئادەم بەدىنىنىڭ كومپېنساتسىيىلەش چېكىدىن ئېشىپ كەتسە، ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ تۈيۈقسىز ئازىيىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ پۈتۈن بەدەندىكى توقۇلما، ئەزالارغا قان ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى، شۇ ئارقىلىق ھۇجەيرىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە بىر قاتار ماددا ئالمىشىشتىكى توسقۇنلۇقنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شوكنىڭ يۈز بېرىشى ۋە تەرەققىي قىلىشىدىكى ھەر قايسى باسقۇچلارنىڭ پاتولوگىيىلىك ئالاھىدىلىكىمۇ ئوخشاش بولمايدۇ.

§1. شوكنىڭ تۈرلەرگە بۆلىنىشى

شوكنى تۈرگە بۆلۈش ئۇسۇللىرى ھەر خىل، ھازىرغىچىلىك بىرلىككە كەلگەن قېلىپ يوق. كلىنىكىدا شوكنى كۆپىنچە تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوك، يۇقۇملىنىش خاراكتېرىدىكى شوك، زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك، يۈرەك مەنبەلىك شوك، نېرۋا مەنبەلىك شوكتىن ئىبارەت بەش چوڭ تۈرگە ئايرىيدۇ. بۇنىڭ ئىچىدە ئالدىنقى ئۈچ تۈرلۈك شوك جىددىي قۇتقۇزۇشتا ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ۋە زەخمە خاراكتېرلىك شوك تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوكقا مەنسۇپ بولۇپ، قان سىغىمچانلىقىنىڭ تۈيۈقسىز ئازىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئالامىتى:

كېسەل جەريانىغا قاراپ شوكنى دەسلەپكى باسقۇچى (كومپېنساتسىيىلىك باسقۇچ

(代偿期)) ۋە شوك باسقۇچى (كومپنساتسىيسىز باسقۇچ (失代偿期)) غا بۆلۈشكە بولىدۇ.

1) شوك دەسلەپكى باسقۇچى: ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان سىغىمچانلىقى ئازىيىشنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا ئورگانىزمنىڭ مۇناسىپ هالدا كومپېنساتسىيىلىك رولى بولىدۇ. بىمارنىڭ مەركىزى نېۋا سىستېمىسىنىڭ غىدىقلىنىشى كۈچىيىپ، سىمپاتىك ـ بۆرەك ئۈستى بەز لىنىيىسى (肾上腺轴—交感) غىدىقلىنىدۇ. بىماردا روهىي جەهەتتىن جىددىيلىشىش، هاياجانلىنىش ياكى تىنچسىزلىنىش بولىدۇ. چىراي ـ تېرىسى تاتىرىدۇ. مۇچىلىرى مۇزلايدۇ. يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ تومۇر بېسىمى كىچىكلەيدۇ. نەپەس تېزلىشىپ، سۈيدۈكى ئازىيىدۇ. بۇ باسقۇچتا داۋالاش ئۇنۇملۇك بولسا شوكنى تېزلا ئەسلىگە كەلتۈرۈۋالغىلى بولىدۇ.

2) شوك باسقۇچى: بىمارنىڭ هوشى سۈس بولىدۇ ياكى ئەس هوشى ئېنىق بولمايدۇ. ئىنكاسى ئاستا بولىدۇ، هەتتا هوشسىزلىنىدۇ. سوغۇق تەرلەيدۇ. كالپۇك، بارماقلىرى كۆكىرىدۇ. تومۇر سوقۇشى ئاجىز، تېز بولىدۇ. قان بېسىمى ئۇزلۇكسىز تۆۋەنلەيدۇ. ئېغىر بولغاندا پۈتۈن بەدەننىڭ تېرە، شىلىمشىق پەردىلىرى كۆكىرىپ تومۇر سوقۇشىنى بىلگىلى بولمايدۇ، قان بېسىمى چۈشۈپ كېتىدۇ، سۈيدۈك بولمايدۇ. ئەگەر تېرە ـ شىلىمشىق پەردىلەردە قان قېيىش دېغى بولسا ياكى هەزىم يولىدا قاناش بولسا كېسەل ئەهۋالىنىڭ يېيىلما قان تومۇر ئىچىدە قان ئۈيۈش (DIC) باسقۇچىغا يەتكەنلىكىنى كۆرسىتىدۇ، ئەگەر ئۇزلۇكسىز نەپەس قىيىنلىشىش كۆرۈلسە، تومۇر تېز سوقۇشى، كۆكۈرۈش، تىنچسىزلىنىش بولسا، ئادەتتىكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش نەپەس ئەهۋالىنى ياخشىلىيالمىسا نەپەس قىيىنلىشىش يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى (ARDS) باسقۇچىنى نەزەردىن ساقىت قىلماسلىق كېرەك.

2. دىئاگنوزى:

شوكقا دىئاگنوز قويۇش ئانچە قىيىن ئەمەس، مۇهىمى دەسلەپكى باسقۇچىدىلا بايقاش. ئەگەر قان بېسىمى چۈشۈپ كەتكەندىن كېيىن ئاندىن دىئاگنوز قويۇلسا، داۋالاشتا كېچىكىپ قېلىشىمىز مۇمكىن. شۇڭلاشقىمۇ زىيادە سېزىمچان بىمارلار، ئېغىر زەخمىلەنگەن، كۆپ قان يوقاتقان، ئېغىر يۇقۇملانغان ۋە يۈرەك كېسەل تارىخى بار بىمارلارنى داۋالىغاندا چوقۇم شوكنىڭ قوشۇلۇپ كېلىش ئېهتىماللىقىنى ئۇنتۇماسلىق لازىم، داۋالاش جەريانىدا بىماردا سوغۇق تەرلەش، هاياجانلىنىش، يۈرەك رىتمى تېزلىشىش، تومۇر بېسىمى تۆۋەنلەش ياكى سۈيدۈك ئازىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە ئالدى بىلەن شوكنى ئويلىشىش كېرەك. ئەگەر بىمار توختىماي ئۇسساۋاتقان، ئەس هوشى سۈس، ئىنكاسى ئاستا، چىرايى تاتارغان، سوغۇق تەرلەپ پۈت ـ قولى توڭلاپ كەتكەن، نەپەس تېيىز، تېز بولۇپ تومۇر سوقۇشى ئاجىز بولغان، قىسقىراش قان بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن ياكى سۈيدۈك ئازىيىپ كەتكەن

بولسا بىمارنىڭ شوك تورمۇزلىنىش دەۋرىگە كىرگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ.

3. شوكنى كۆزىتىش ۋە ئۆزگىرىشكە ھۆكۈم قىلىش:

شوك بىمارلىرىنى كۆزىتىش ئارقىلىق بىر تەرەپتىن تېخىمۇ ئېنىق دىئاگنوز قويۇلسا يەنە بىر تەرەپتىن كېسەللىك ئۆزگىرىشىگە ھۆكۈم قىلىپ داۋالاشقا يېتەكچىلىك قىلغىلى بولىدۇ.

1) روھىي ھالىتى: ئەس - ھوشىدىكى ئۆزگىرىش مېڭە قان ئايلىنىشى ۋە پۈتۈن بەدەن ھالىتىنى ئەكس ئەتتۇرۇپ بېرىدۇ. مەسىلەن: بىمارنىڭ ئەس ھوشى جايىدا، تاشقى غىدىقلىنىشقا نىسبەتەن ئىنكاسى نورمال بولسا بىمارنىڭ قان ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ يېتەرلىك ئىكەنلىكىنى، ئەكسىچە بىمار روھىي ھالىتى ھاياجانلىنىشتىن تورمۇزلىنىشقا ئۆزگەرسە، چىرايى سۆرۈنلىشىپ، ئەس ھوشى ئېنىق بولمىسا شوكنىڭ ئېغىرلاشقانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.

2) ئۇچ قان ئايلىنىش (末梢循环): تېرىنىڭ رەڭگى، تېمپېراتۇرىسى ۋە نەملىكى بەدەننىڭ يۇزە قىسمىنىڭ قان ئايلىنىش ئەھۋالىنى ئەكس ئەتتۇرىدۇ. مۆچىلىرى ئىسسىق، تېرىسى قۇرغاق بولسا، تىرناق ۋە كالپۇكلىرىنى ئاستا باسقاندا بېسىلغان ئورۇن ئاقىرىپ، قويۇۋەتكەندە دەرھاللا قىزارسا شوكنىڭ ياخشىلانغانلىقىنى كۆرسىتىدۇ. تېرىسى تاتىرىشتىن كۆكىرىشكە ئۆزگىرىپ تىرناقلىرىدا قان يېتىشمەسلىك ئالامىتى بولسا شوكنىڭ ئېغىرلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. كۆكىرىشتىن باشقا يەنە تېرە ئاستىدا قان قېيىش دېغى پەيدا بولسا، ئوكۇل ئۇرغان ئورۇندا قان قېيىۋېلىش بولسا DIC كېلىپ چىقىۋاتقانلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ.

3) ئاساسلىق ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى:

(1) قان بېسىم: قان بېسىمنىڭ مۇقىملىقىنى ساقلاش شوكنى داۋالاشتا ئىنتايىن مۇھىم. بىراق قان بېسىم شوكنىڭ دەرىجىسىنى ئەكس ئەتتۇرۇپ بېرىدىغان ئەڭ سەزگۈر كۆرسەتكۈچ ئەمەس، شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا، كۆچلۈك بولغان تومۇرنىڭ قىسقىرىشىدىن قان بېسىم نورمال بولىدۇ ياكى نورمالغا يېقىنلىشىدۇ، شۇڭلاشقا قان بېسىمنى ئۇزلۇكسىز قايتا - قايتا ئۆلچەش ۋە ئۆز ئارا سېلىشتۇرۇش كېرەك. قان بېسىمى تەدرىجىي تۆۋەنلەپ قىسقىراش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن، تومۇر بېسىمى 20mmHg دىن تۆۋەن بولسا شوكنىڭ مەۋجۇتلۇقىنى ئىپادىلەيدۇ. قان بېسىم ۋە تومۇر بېسىمنىڭ يۇقىرىلىشى شوكنىڭ ياخشىلانغانلىقىنى كۆرسىتىدۇ.

(2) تومۇر سوقۇشى: تومۇرنىڭ ئىنچىكە، تېز سوقۇشى كۆپىنچە قان بېسىم تۆۋەنلەشتىن بۇرۇن كۆرۈلىدۇ. بەزىدە قان بېسىم تۆۋەن بولسىمۇ ئەمما تومۇر سوقۇشى ئېنىق، پۈت - قوللىرى ئىسسىق بولىدۇ، بۇ شوكنىڭ ياخشىلىنىۋاتقانلىقىنىڭ ئىپادىسى. تومۇر سوقۇشى بىلەن قىسقىرىش بېسىمى ئارقىلىق شوك كۆرسەتكۈچىنى (قىسقىراش بېسىمى / تومۇر سوقۇشى) بىلگىلى بولىدۇ. نورمال شوك كۆرسەتكۈچى 0.5، ئەگەر 1.0～1.5

دىن ئېشىپ كەتسە شوك بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر 2.0 دىن ئېشىپ كەتسە شوكىنىڭ ئېغىرلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

(3) تېمپېراتۇرا: ئادەتتە شوك بىمارلىرىنىڭ تەن تېمپېراتۇرىسى نورمال تېمپېراتۇرىدىن تۆۋەن بولىدۇ.

4) سۇيدۇك مىقدارى: سۇيدۇك مىقدارى بۆرەك قان ئايلىنىش ئەھۋالىنىڭ كۆرسەتكۈچىدۇر. ئۇ ھاياتلىق ئەزالىرىنىڭ قان ئايلىنىش ئەھۋالىنى ئەكس ئەتتۈرۈپ بېرىدۇ. بىمارغا سۇيدۇك كانالچىسى قويۇپ ھەر سائەتلىك سۇيدۇك مىقدارىنى كۆزىتىش، سۇيدۇك سېلىشتۇرما ئېغىرلىقىنى ئۆلچەپ تۇرۇش كېرەك. ھەر سائەتلىك سۇيدۇك 25ml دىن تۆۋەن، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى يۇقىرى بولسا، بۆرەك تومۇرلىرىنىڭ قىسقىرىشىنىڭ يەنىلا مەۋجۇتلۇقىنى ياكى قان سىغىمچانلىقى پېتەرلىك ئەمەسلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. قان بېسىم نورمال، ئەمما سۇيدۇك يەنىلا ئاز، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى نىسبەتەن تۆۋەن بولسا ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش يۇز بەرگەنلىكىنىڭ ئىپادىسىدۇر. ئەگەر سائەتلىك سۇيدۇك مىقدارى 30ml دىن يۇقىرى بولسا شوكىنىڭ ياخشىلانغانلىقىنى كۆرسىتىپ بېرىدۇ.

4. داۋالاش:

شوكتىن ئىبارەت ئوخشاش بولمىغان سەۋەبلەر پەيدا قىلسىمۇ، ئەمما ئورتاق كلىنىكىلىق ئالامەتلەرگە ئىگە بولغان يىغىندا كېسەللىكنى داۋالاشتا، شوكنى پەيدا قىلغۇچى ئامىللارغا ۋە شوكنىڭ ئوخشاش بولمىغان تەرەققىيات باسقۇچىدىكى مۇھىم فىزىئولوگىيىلىك قالايمىقانلىشىشلىرىغا نىسبەتەن مۇناسىپ داۋالاش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

1) ئادەتتىكى جىددىي قۇتقۇزۇش: ئەسلىدىكى كېسەل - زەخمىنى ئاكتىپ داۋالاشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. مەسىلەن: زەخمىلەنگەنلەرنى تىنچلاندۇرۇش، ھەرىكەت قىلغۇزماسلىق، قاناشنى توختىتىش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش قاتارلىقلار، شۇنداقلا باش ۋە يۇقىرى بەدەننى 20°～30° قىچە ئېگىز قويۇش ۋە تۆۋەن مۆچىنى 15°～20° كۆتۈرۈش ئارقىلىق يۈرەككە قايتىدىغان قان مىقدارىنى كۆپەيتىش، ئىمكانقەدەر ۋېنا تومۇرىنى ئېچىش، دورا بىلەن قان بېسىمنى ساقلاش، دەسلەپكى باسقۇچتىلا بۇرۇندىن ياكى ئوكسىگېن ماسكىسى بىلەن ئوكسىگېن بېرىش، ئىسسىقلىقنى ساقلاشقا دىققەت قىلىش كېرەك.

2) قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش: قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش شوك كەلتۈرۈپ چىقارغان توقۇلمىلارغا قان ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشتىكى ھالقا. قان بېسىم، سۇيدۇك مىقدارى قاتارلىقلارنى بىمارنىڭ تېرە تېمپېراتۇرىسى، ئۇچ قان ئايلىنىش، تومۇر سوقۇشى ۋە قىلدام تومۇرلارنىڭ قان تولۇش ۋاقتى قاتارلىق مىكرو ئايلىنىش ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىگە بىرلەشتۈرۈپ كۆزىتىش ئارقىلىق تولۇقلانغان قان سىغىمىنىڭ ئۇنۇمىگە ھۆكۈم قىلغىلى بولىدۇ. ئادەتتە ئالدى بىلەن كرىستال سۇيۇقلۇق (晶体液) ئىشلىتىلىدۇ. بىراق كرىستال سۇيۇقلۇقنىڭ قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇش

رولی پەقەت بىر سائەت ئەتراپىدىلا داۋاملاشقاچقا يەنە تولۇق قان، قان شىرىسى، قويۇلدۇرۇل-
غان قىزىل قان ھۈجەيرىسى، قان شىرىسىسمان سۈيۈقلۇق قاتارلىق كوللوئىد سۈيۈقلۇقلار
(胶体液) تەييارلىنىپ، ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇلىدۇ. ئۇندىن باشقا 3%～7.5% لىك يۇقىرى
ئوسموسلۇق تۇز سۈيمۇ شوكنى قۇنقۇزۇشقا ئىشلىتىلىدۇ. چۈنكى يۇقىرى ئوسموسلۇق
سۈيۈقلۇقنىڭ ئوسموسلۇق بېسىم رولى ئارقىلىق توقۇلمىلار ئارىسى ۋە ئىششىغان ھۈجەيرە-
لەر ئىچىدىكى سۈيۈقلۇقنى شۇمۇرۇپ چىقىرىپ، قان سىغىمچانلىقىنى كۆپەيتىش مەقسىتىگە
يەتكىلى بولىدۇ. يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ناترىينىڭ يەنە ئىشقار زاپىسىنى ئاشۇرۇش ۋە
كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولى بولىدۇ.

3) كېسەللىكنى ئاكتىپ بىر تەرەپ قىلىش: تاشقى بۆلۈم كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ
چىقارغان شوكنى داۋالاشتا كۆپىنچە ئەسلىي كېسەللىكنى ئوپراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا
كېلىدۇ. شۇڭلاشقا ئەڭ تېز سۈرئەتتە ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان سىغىمىنى ئەسلىگە
كەلتۈرگەندىن كېيىن ۋاقتىدا ئەسلىي كېسەلنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك. زۆرۈر
تېپىلغاندا شوكقا قارشى داۋالاش بىلەن بىرلا ۋاقىتتا ئوپېراتسىيە قىلىش، جىددىي قۇنقۇزۇش
پۈرسىتىنى قولدىن بېرىپ قويماسلىق لازىم.

4) كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۇزىتىپ داۋالاش: شوك بىمارلىرىدا توقۇلما-
لارغا قان يېتىشمەسلىك ۋە ھۈجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن ئوخشىمىغان دەرىجە-
دە كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولىدۇ. كىسلاتالىق ئىچكى مۇھىتنىڭ يۈرەك مۇسكۇلى، تومۇر
سىلىق مۇسكۇلى ۋە بۆرەك ئىقتىدارىغا نىسبەتەن تورمۇزلاش رولى بولىدۇ. ئۇندىن باشقا
شوك دەسلەپكى باسقۇچىدا، ئارتۇقچە ھاۋا ئالماشتۇرۇشتىن قاندىكى كاربونىك كىسلاتا
تۆۋەنلەپ نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىشى مۇمكىن،
ئىشقاردىن زەھەرلەنگەندە ئوكسىگېنىنىڭ قان قىزىل ئاقسىلىدىن ئاجرىلىشى تەسلىشىپ،
توقۇلمىلارغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. كىسلاتالىق مۇھىت ئوكسى-
گېن بىلەن قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ ئاجرىلىشىغا پايدىلىق بولغاچقا، دەسلەپكى باسقۇچتا
ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش بەك تەكىتلەنمەيدۇ. ئورگانىزم يېتەرلىك قان سىغىمچانلى-
قىغا ئېرىشكەن ۋە مىكرو ئايلىنىش ياخشىلانغاندىن كېيىن يېنىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
كۆپىنچە ئۆزلۈكىدىن ياخشىلىنىدۇ. ئەمما ئېغىر تېپتىكى شوكقا كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
قوشۇلۇپ كەلسە، قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلىغاندىن كېيىن ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلە-
تىپ زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش كېرەك.

5) تومۇر ئاكتىپ ماددىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى (血管活性物质): ئېغىر تېپلىق
شوكنى داۋالىغاندا كۆپىنچە يالغۇز قان سىغىمچانلىقىنى كۆپەيتىشكە تايىنىپلا قان ئايلىنىشنى
ياخشىلىغىلى ياكى قان بېسىمنى يۇقىرى كۆتۈرگىلى بولمايدۇ. مۇبادا قان سىغىمى ئاساسەن
تولۇقلانغان بولسىمۇ، ئەمما قان ئايلىنىش ياخشىلانماي بىمار يەنىلا كۆكەرگەن، مۆچىلىرى

سوغۇق هالەتتە بولسا چوقۇم تۆۋەندىكى قان تومۇر ئاكتىپ ماددىلىرىنى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك.

(1) تومۇر قىسقارتقۇچى دورىلار (血管收缩剂): نورئادرېنالىن (去甲肾上腺素) ئارامىن (阿拉明,间羟胺) ۋە دوپامىن (多巴胺) قاتارلىقلار بار. نورئادرېنالىن بولسا ئاساسلىق α ئاكسىپتورىنى غىدىقلايدۇ. β - ئاكسىپتورىنى يېنىك دەرىجىدە غىدىقلايدۇ. يۇرەك مۇسكۇلىنى غىدىقلاپ، تومۇرلارنى قىسقارتىپ قان بېسىمىنى ئۆرلىتىدۇ ۋە تاجسىمان قان تومۇرلارنىڭ قان ئايلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. تەسىر قىلىش ۋاقتى قىسقا. نورمال ئىشلەتىش مىقدارى 0.5mg～2.0mg بولۇپ، 5% گلۇكوزىدىن 100ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ.

ئارامىن ۋاستىلىك هالدا α، β_1- ئاكسىپتورىنى غىدىقلايدۇ. يۇرەك ۋە تومۇرلارغا بولغان رولى نورئادرېنالىندىن ئاجىز، رولى تەخمىنەن 30 مىنۇت داۋاملىشىدۇ.

دوپامىن بولسا ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان تومۇر قىسقارتىش دورىسى بولۇپ α، β_1ۋە دوپامىن ئاكسىپتورىنى غىدىقلاش رولىغا ئىگە، ئۇنىڭ رولى ئىشلىتىش مىقدارى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، ئاز مىقداردا (10μg/min.kg) ئىشلەتكەندە، ئاساسلىق β_1ۋە دوپامىن ئاكسىپتورىغا تەسىر قىلىپ يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىدۇ، شۇنداقلا ئاشقازان، ئۈچەي ۋە بۆرەك قاتارلىق ئىچكى ئەزالارنىڭ قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىدۇ. كۆپ مىقداردا (15μg/min.Kg دىن يۇقىرى) ئىشلەتكەندە α ئاكسىپتورىغا تەسىر قىلىپ ئەتراپ قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقىنى كۈچەيتىدۇ. شوكقا قارشى داۋالاش ئېلىپ بارغاندا ئۇنىڭ يۇرەك ۋە ئىچ ئەزالار قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىش رولىدىن پايدىلىنىدۇ. شۇڭلاشقا ئاز مىقداردا ئىشلەتكەن مۇۋاپىق. قان بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈش ئۈچۈن ئاز مىقداردىكى دوپامىننى باشقا تومۇر قىسقارتىش دورىلىرى بىلەن بىللە ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(2) تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار (血管扩张剂): α - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە خولىن ئىقتىدارىغا قارشى (抗胆碱能) دورىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئالدىنقى سىدىن فېنتولامىن (酚妥拉明) بولۇپ، نورئادرېنالىن پەيدا قىلغان كىچىك تومۇرلارنىڭ قىسقىرىشى ۋە مىكرو ئايلىنىشتىكى قان قويۇلۇۋېلىشنى تۈگىتىپ، سول يۇرەك قېرىنچىسىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى كۈچەيتىدۇ. فېنتولامىننىڭ تەسىرى تېز، ۋاقتى قىسقا. خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلاردىن ئاتروپىن (阿托品)، ئانىزودامىن (山莨菪碱) سكوپولامىن (东莨菪碱) قاتارلىقلار بولۇپ ئاتسېتىل خولىن (乙酰胆碱) پەيدا قىلغان سىلىق مۇسكۇللارنىڭ سپازمىسىنى چەكلەپ، تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلايدۇ. ھۈجەيرە پەردىسىنى تۇراقلاشتۇرۇپ ھۈجەيرىنى قوغدايدۇ. بولۇپمۇ ئەتراپ قان تومۇرلار سپازمىسىدا قان بېسىمنى كۆتۈرۈپ مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلايدۇ.

ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠) مۇ بىر خىل تومۇر كېڭەيتكۈچى دورا بولۇپ تومۇر

سلىق مۇسكۇلىغا تەسىر قىلىدۇ. كىچىك ئارتېرىيە ۋە ۋېنالارنى بىرلا ۋاقىتتا كېڭەيتىدۇ. 100ml سۇيۇقلۇققا 5mg～10mg قوشۇلۇپ ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ. تېمىتىش سۈرئىتى چوقۇم 20—100μg/min ئىچىدە كونترول قىلىنىشى كېرەك. دورا ئىشلىتىش ۋاقتى ئۇچ كۈندىن ئېشىپ كەتسە قاندىكى سىئانىد تۇزلىرى (氰盐) تەكشۈرۈلىدۇ. ئەگەر 12.8% دىن ئېشىپ كەتكەن بولسا دەرھال ئىشلىتىشتىن توختىتىش كېرەك.

(3) يۈرەكنى كۈچەيتكۈچى دورىلار: α ۋە β ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق ئاكسېپتورلارنى غىدىقلايدىغان ھەم يۈرەكنى كۈچەيتىش رولى بولغان دورىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. مەسىلەن: دوپامىن ۋە دوبۇتامىن (多巴酚丁胺) قاتارلىقلار. بۇنىڭ ئىچىدە دوبۇتامىنىڭ رولى دوپامىنغا قارىغاندا كۈچلۈك بولۇپ، يۈرەكنىڭ پومپىلىق رولىنى كۈچەيتىدۇ. ئۇندىن باشقا يۈرەكنى كۈچەيتىدىغان گلىكوزىدلىق (甙类) دورىلاردىن سېدىلانىد (西地兰) يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىپ يۈرەك چاستوتىسىنى تۆۋەنلىتىدۇ.

شوكتا تومۇر ئاكتىپ ماددىلىرىنىڭ تاللىنىشى چوقۇم بىمارنىڭ شۇ ۋاقىتتىكى ئاساسلىق كېسەل ئەھۋالى بىلەن ماسلاشقان بولۇشى كېرەك. مەسىلەن: شوكنىڭ دەسلەپكى دەۋرى ئاساسەن قىلدام تومۇرلارنىڭ ئالدىدىكى مىكرو تومۇرلارنىڭ سپازمىسى بىلەن، كېيىنكى دەۋرى مىكرو ۋېنالارنىڭ سپازمىسى بىلەن مۇناسىۋەتلىك. شۇڭلاشقا تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار بىلەن سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرغۇچى دورىلارنى بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىش كېرەك. قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىشتىن بۇرۇن، ئەگەر زۆرۈر بولسا تومۇر قىسقارتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. ئەمما مىقدارى بەك كۆپ بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك. بىرلا ۋاقىتتا سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاشقا تىرىشىش لازىم.

6) DIC نى داۋالاپ قان ئايلىنىشىنى ياخشىلاش:

ئەگەر DIC دىئاگنوزى ئېنىق بولسا ھېپارىن (肝素) ئىشلىتىپ قان ئويۇشقا قارشى تۇرۇش كېرەك. ئۇندىن باشقا يەنە تالالىق ماددىلارنىڭ ئېرىشىگە قارشى دورىلاردىن گلىتسىن (氨基乙酸)، ترانسامىك كىسلاتا (氨甲环酸)، قان پلاستىنكىلىرىنىڭ يىپىشىشىغا قارشى دورىلار (抗血小板粘附剂)، بېرسانتىن (丁潘)، كىچىك مولېكۇلالىق دېكستىران (小分子右旋糖酐) قاتارلىق دورىلارنى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ.

7) پوستلاق ستېروئىدلىرى (皮质类固醇) ۋە باشقا دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشى:

پوستلاق ستېروئىدلىرى يۇقۇملىنىش خاراكتېرىدىكى شوك ۋە باشقا ئېغىر شوكلارغا ئىشلىتىلىدۇ. ئۇنىڭ ئاساسلىق رولى: ①α— ئاكسېپتورىنىڭ غىدىقلىنىشىنى توسۇپ، تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، ئەتراپ ئايلىنىشىنىڭ توسقۇنلۇقىنى تۆۋەنلىتىدۇ. ② يۈرەك مۇسكۇلىدىكى فېرمېنت ئېرىتكۈچى تەنچىلەرنى قوغداپ، ئۇلارنىڭ يېرىلىشىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ③ يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارىنى كۆپەيتىدۇ. ④ يېپسىمان تەنچىلەرنىڭ رولىنى كۈچەيتىدۇ ۋە ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ يىغىلىشىنى ئاشۇرىدۇ. ⑤ شېكەرنىڭ غەيرى

شەكىللىنىشىنى كۆپەيتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى يېنىكلىتىدۇ. دورا ئىشلىتىش پرىنسىپى بۇرۇن، كۆپ مىقداردا، قىسقا مۇددەت ئىشلىتىشتۇر.

باشقا دورىلار: ① تاشقى مەنبەلىك ئادېنوزىن تىرىفوسفات (ATP) شوكتا ھۇجەيرىدىكى يېپىسمان تەنچىنىڭ ATP بىرىكتۈرۈشى تۆۋەنلەپ، ئېنېرگىيە ئىشلەپچىقىرىشى ئازىيىدۇ. تاشقى مەنبەلىك ATP نورمال بولغان توغرا يوللۇق مۇسكۇلىنىڭ ھۇجەيرە پەردىسىدىن ئۆتەلەيدۇ. شۇ ئارقىلىق قان، ئوكسىگېن يېتىشمىگەن ھۇجەيرىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرۇپ، دورىلارنىڭ تەسىر قىلىشىنى ئاسانلاشتۇرىدۇ. ② كالتسي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلاردىن: ۋىراپامىل (维拉帕米)، نىفېدىپىن (心痛定) قاتارلىقلار بولۇپ كالتسي ئىئونىنىڭ ئېقىشىنى توسۇپ ھۇجەيرە تۇزۇلۇشى ۋە فۇنكسىيىنى قوغدايدۇ.

§ 2. زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك (过敏性休克)

زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك — ئاللىقاچان سېزىمچانلىقتا ئىگە بولغان ئورگانىزم ئوخشاش سېزىمچانلىنىش مەنبەسىگە (مەسىلەن: بەزى دورىلار، يات خىلدىكى ئاقسىل قاتارلىق) يولۇققاندا يۈز بېرىدىغان، كۈچلۈك بولغان پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك ھالەت ئۆزگىرىش رېئاكسىيىسىنىڭ يىغىندا كېسەللىك ئالامىتىدۇر. ئانتىگېن (抗原) بىلەن ئانتىتېلا (抗体) نىڭ بىرىكىشىدىن ئورگانىزم بىر قىسىم بىئولوگىيىلىك ئاكتىپلاشقان مادىدىلار مەسىلەن: ھىستامىن (组胺) برادىكىنىن (缓激肽) 5 ـ ھىدروكسى تىرىپتامىن (羟色胺) قاتارلىقلارنى قويۇپ بېرىپ، پۈتۈن بەدەندىكى قىلدام تومۇرلارنىڭ كېڭىيىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ ۋە ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى تېزلىكتە ئازىيىپ قان بېسىم تۆۋەنلەيدۇ. ئۇندىن باشقا يەنە كېكىردەك سۇلۇق ئىششىقى، كانايچىلارنىڭ سپازمىسى، نەپەس قىيىنلىشىش، يەلتاشما قاتارلىقلارنى پەيدا قىلىشمۇ مۇمكىن.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) دوختۇرخانا مەنبەلىك: ئاساسەن زىيادە سەزگۈرلۈك پەيدا قىلىدىغان بىر قىسىم دورىلار (پېنىتسىللىن كۆپ ئۇچرايدۇ) ئېنزىم، ھورمونلار، قان ۋە يات خىلدىكى ئاقسىل، سايىلەندۈرۈش دورىلىرى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2) تۇرمۇش مەنبەلىك: يېمەكلىك، ھاشاراتلار ياكى زەھەرلىك يىلاننىڭ زەھىرى ۋە باشقا زىيادە سەزگۈرلۈك پەيدا قىلىش ئېھتىمالى بولغان نەرسىلەر بىلەن بەدەننىڭ ئۇچرىشىشى زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرلىك شوكنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

2. كلىنىك ئالامىتى:

1) كېسەل تارىخى ۋە ئالامىتى:

(1) سېزىمچانلىق مەنبەسى بولىدۇ. مەسىلەن: دورا ئىشلەتكەن، يىلان ياكى ھاشارتلار چېقىۋالغان دېگەندەك.

(2) كېسەلنىڭ قوزغىلىشى تۈيۈقسىز، كۆپىنچە بىمارلار ئانتىگېنغا يولۇقۇپ نەچچە ئون سېكۇنتتىن نەچچە ئون مىنۇتقىچە بولغان ئارىلىقتىلا كېسەل قوزغىلىدۇ.

(3) كېسەل قوزغىلىش بىلەنلا بىمار شوك ھالىتىگە كىرىدۇ.

(4) تېرە بەلگىسى ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: يەلتاشما، قىزىل داغ، قىچىشىش قاتارلىقلار.

(5) كۆز قىچىشىپ ياشاڭغىرايدۇ، چۈشكۈرىدۇ، ماڭقىسى ئېغىپ، بۇرنى پۈتىدۇ، نەپەس قىستايدۇ، باش قايىدۇ، دەم سىقىلىدۇ. بۇلار ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدىغان ئالامەتلەر-دۇر.

(6) كاتارلىق بۇرۇن ياللۇغى، يۇتقۇنچاق سۈلۈق ئىششىقى، كانايچىلار سۈلۈق ئىششىقى، نەپەس قىسىنلىشىش، كۆكىرىش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ.

(7) ئورنى مۇقىم بولمىغان قورساق ئاغرىقى بولىدۇ.

(8) چىرايى تاتىرىش، مۆچىلەر توڭلاش، سوۋۇش، تومۇرى ئىنچىكە، تېز سوقۇش، قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ.

(9) قورساق ئاغرىقتىن باشقا، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش، چوڭ - كىچىك تەرەتنى تۇتالماسلىق قاتارلىقلار ئالامەتلەر بولىدۇ.

(10) جىددىيلىشىش، تىترەش، توڭلاش بولىدۇ.

2) تەن بەلگىلىرى:

(1) ئادەتتىكى ئەھۋالى: ھاياتلىق ئالامەتلىرى نورمالسىزلىنىش، مەسىلەن: نەپەس ۋە تومۇر سوقۇشى تېزلىشىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش.

(2) ئېغىرلىرىدا ئايلىنىش سىستېمىسى زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. قىلدام تومۇرلارنىڭ كېڭىيىشى، ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ كۈچىيىشى، قان سىغىمچانلىقىنىڭ تۆۋەنلىشى يۈرەك چاستوتىسىنى تېزلەشتۈرۈپ قان بېسىمنى چۈشۈرىدۇ. قان بېسىمنىڭ تۆۋەنلىشى ۋە توقۇلمىلارغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك بىماردا ئىنكاسنىڭ ئاستا بولۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(3) تومۇر خاراكتېرلىك سۈلۈق ئىششىق: تومۇر خاراكتېرلىك سۈلۈق ئىششىق تېرىنىڭ چوڭقۇر قاتلىمىدا ۋە شىللىق پەردە يۈزىدە كۆرۈلىدۇ، ئويمانلاشمايدۇ. كالپۇك، ئېغىز بوشلۇقى، ئالقان، تاپان، جىنسىي ئەزالاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. تومۇر خاراكتېرلىك سۈلۈق ئىششىق يۇقىرى نەپەس يولى ئىششىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(4) ئۆپكىدە خىرقىراش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ.

(5) تېرە: يەل تاشما، قىچىشىش بولىدۇ. تېرە قىزىل بولۇپ تاشما تېرە يۈزىدىن

ئېگىز بولىدۇ. مەركىزى ئاق، چېگرىسى تەرتىپسىز، چوڭ ـ كىچىكلىكى ئوخشاش بولمايدۇ. تاشما ئۆزئارا بىرىكىپ چوڭ بولغان يەل تاشمىلارنى شەكىللەندۈرىدۇ. ھەتتا پۈتۈن ھەققىي تېرە قەۋىتىگە تاراپ يېيىلما قىزىل داغ ياكى سۈلۈق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە سىلىشتۇرما دىئاگنوز:

زىيادە سېزىمچانلىق رېئاكسىيىسىگە ئادەتتە كېسەل تارىخى، بەدەن تەكشۈرۈش، زىيادە سېزىمچانلىق تارىخى (مەسىلەن: مەلۇم دورا ئوكۇل قىلىنغاندىن كېيىن قىسقا ۋاقىت ئىچىدىلا كۆپ سىستېمىلاردا كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلۈش) قاتارلىقلارغا ئاساسەن دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشنىڭ دىئاگنوزغا ياردىمى چوڭ ئەمەس. سىلىشتۇرۇپ دىئاگنوز قويۇشتا ئاساسەن شوكىنىڭ كېسەل سەۋەبى پەرقلەندۈرۈلىدۇ. مەسىلەن: يۇرەك مەنبەلىك شوك، يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك قاتارلىقلار. ئۇندىن باشقا ئوكۇلدىن ھوشىدىن كېتىش (针晕) كوللاپس (虚脱) ۋە دورىنى ئوشۇقچە ئىشلىتىۋېتىش قاتارلىقلار بىلەنمۇ پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

4. داۋالاش:

1) نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش:

(1) نەپەس يولىنى ئېچىش: نەپەس يولىدىكى توسۇلۇشنى كېكىردەك ياكى ئېغىز، يۇتقۇنچاقتىكى سۇلۇق ئىششىق كەلتۈرۈپ چىقارغان بولسا، ئۇنىڭ ئۇستىگە كانايغا كانالچە سىلىش مۇمكىنچىلىكى بولمىسا، جىددىي پەيتتە ھالقىسمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش.

(2) ئوكسىگېن سۇمۇرتۇش، يۇرەك ئەھۋالىنى تۈزىتىش، ۋېنانى ئېچىش.

(3) β ـ ئاكسىپتورىنى غىدىقلىغۇچى دورىنى سۇمۇرتۇپ كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى ياخشىلاش، مەسىلەن: سامبۇتامول (沙丁胺醇) پۈركۈگۈچ دورىسىنى ئېغىزدىن كانايغا پۈركۈش.

(4) ئادرېنالىن (肾上腺素) دىن تېرە ئاستىغا 0.5mg～1.0mg ئوكۇل قىلىش.

(5) ھىستامىنغا قارشى دورا بېنادرىل (苯海拉明) دىن 25mg～50mg نى مۇسكۇلغا ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، تۆت سائەتتىن كېيىن تەكرارلاش.

2) جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلىمىدە داۋالاش:

(1) ئادەتتىكى بىر تەرەپ قىلىش:

① ئوكسىگېن سۇمۇرتۇش، يۇرەكنى كۆزىتىش، چوڭراق ۋېنا يولىنى ئېچىش.

② ۋېنادىن كرىستال سۇيۇقلۇقنى ئوكۇل قىلىپ تېمىتىش.

③ زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوكنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى دورا ئوكۇل قىلىنغان مۆچىنى رېزىنكە قان توختاتقۇچ بىلەن باغلاپ، دورىنىڭ پۈتۈن بەدەنگە داۋاملىق تارقىلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، ئەمما توقۇلمىلارنىڭ نېكروزلىنىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ھەر 15 مىنۇتتا بىر قېتىم بوشىتىپ تۇرۇش.

2) نەپەس يولىنى ئېچىش.

3) دەم سقىش، ھاسىراشنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: ئادرېنالىن ياكى β - ئاكسىپتورىنى غىدىقلىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش.

4) شوكنى داۋالاش: ئۇنۇملۇك قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش. تومۇر ئاكتىپ دورا-لىرىنى ئىشلىتىش، دوپامىندىن 20mg نى 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 200ml～300ml غا قوشۇپ تومۇردىن ھەر مىنۇتىغا 20 تامچىدىن تېمىتىش، قان بېسىمىغا ئاساسەن سۈرئىتى-نى تەڭشەش، ئەڭ تېز بولغاندا مىنۇتىغا 100 تامچىدىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك.

ئىلگىرى β - ئاكسىپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىسى ئىشلەتكەن بىمارلارغا زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرلىك شوكنى داۋالىغاندا ئادرېنالىننىڭ رولى دېگەندەك ياخشى بولماس-لىقى مۇمكىن. شۇڭا بۇنداق بىمارلارغا گلوكاگون (胰高糖素) نى ئادرېنالىنغا قوشۇپ بىللە ئىشلىتىش كېرەك. ئىشلىتىلىش مىقدارى ۋە ئۇسۇلى: 1mg～10mg نى مۇسكۇلدىن ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، زۆرۈر بولغاندا ھەر بەش مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلاش كېرەك.

§ 3 . تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوك
(低 血 容 量 性 休 克)

تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوك بولسا ئورگانىزم كۆپ مىقداردا قاناپ ياكى بەدەن سۇيۇقلۇقىنى يوقىتىپ ۋە ياكى سۇيۇقلۇق 3 - بوشلۇققا يىغىلىپ قېلىپ، ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى ئازىيىپ كېتىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپلىگەن تومۇرلار يېرىلىش ياكى ئەزالار قاناش قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ھەر خىل زەخمە ياكى چوڭ ئوپېراتسىيىدىن كېيىن بىرلا ۋاقىتتا قان ۋە قان شىرىسى يوقىتىش تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

تۆۋەن قان سىغىمچانلىق خاراكتېرىدىكى شوكنىڭ ئاساسلىق ئىپادىلىرى: مەركىزي ۋېنا بېسىمى تۆۋەنلەش، يۈرەككە قايتقان قان مىقدارى ئازىيىش، كاربون چالا ئوكسىد تۆۋەنلەش كەلتۈرۈپ چىقارغان تۆۋەن قان بېسىمى، نېرۋا - ئېچكى ئاجراتما سىستېمىسى كەلتۈرۈپ چىقارغان ئەتراپ تومۇرلارنىڭ قىسقىرىشى، تومۇرنىڭ توسقۇنلۇقى ئارتىش ۋە يۈرەك چاستوتىسى تېزلىشىش، شۇنداقلا مىكرو ئايلىنىشتىكى توسقۇنلۇق پەيدا قىلغان ھەر خىل توقۇلما، ئەزالارنىڭ فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق قاتارلىقلار.

كېسەل سەۋەبىنى داۋالاش ۋە داۋاملىق قاناش ۋە سۇيۇقلۇق يوقىتىشنى توختىتىش، بولۇپمۇ قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش بۇ خىلدىكى شوكنى داۋالاشتىكى ھالقا.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

چوڭ تومۇرلار يېرىلغان، قورساق زەخمىلىنىشتىن جىگەر، تال يېرىلغان، ئاشقازان، 12 بارماق ئۆچەي قانىغان، قاپقا ۋېنا يۇقىرى بېسىم كېسىلىدىن قىزىل ئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى يېرىلىپ قانىغان ئەھۋاللاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئادەتتە تېز سۇرئەتتە يوقاتقان قان پۈتۈن بەدەندىكى قان مىقدارىنىڭ 20% دىن ئاشقاندا، دەرھاللا شوك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. زەخمىلەنگەن ئورگانىزمدا ھېستامىن، ئاقسىل ئېنزىمى شەكىللىنىپ قىلدام تومۇرلارنى كېڭەيتىۋېتىدۇ ھەم تومۇرنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ - دە، ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى يەنمۇ ئىلگىرىلەپ ئازىيىدۇ. يەنە بىر تەرەپتىن، زەخمە نېرۋا سىستېمىسىنى غىدىقلاپ، نېرۋا - ئىچكى ئاجراتما سىستېمىسىدا ئىنكاس پەيدا قىلىدۇ، بۇ ئىنكاس يۇرەك - قان تومۇر فۇنكسىيىسىگە تەسىر قىلىدۇ. بەزى زەخمىلەر، مەسىلەن: كۆكرەك زەخمىسى بىۋاستە ئۆپكە، يۇرەككە تەسىر قىلىشى، كەسمە پالەچ يۇرەككە قويۇلىدىغان قان مىقدارىنى ۋاقتىنچە ئازايتىۋېتىشى مۇمكىن. ئېغىر بولغان سۇيۇقلۇق يوقىتىش ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى ۋە قان شىرىسىنىڭ كۆپ مىقدارىدا يوقىلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنى ئازايتىپ شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2. داۋالاش:

ئاساسلىقى قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش ۋە مەنبە كېسەلنى بىر تەرەپ قىلىش، قان توختىتىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1) قان توختىتىش: بېسىپ تېڭىش ۋە چىگىشنى (قاناۋاتقان تومۇر ياكى مۆچە) ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

2) قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش: دەرھال ئۇنۇملۇك بولغان سۇيۇقلۇق كىرگۈزۈش يولى ئېچىش، قان بېسىم ۋە تومۇر سوقۇش چاستوتىسىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن يوقاتقان قان مىقدارىنى تەخمىنەن قىلىش كېرەك. قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوكتا گەرچە يوقىتىلغىنى پۈتۈنلەي قان بولسىمۇ ئەمما تولۇقلىغاندا ھەممىگە قان تولۇقلاش ھاجەتسىز، يەنى پۈرسەتنى قولدىن بەرمەي ۋېنادىكى قانىنىڭ قايتىپ ئېقىشىنى كۆپەيتىش كېرەك. ئالدى بىلەن، ۋېنادىن تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيى (等渗盐水) ياكى تەڭپۇڭ تۇز سۇيىنى (平衡盐水) تېز سۈرئەتتە تېمىتىپ كىرگۈزۈش، يەنى 45 مىنۇت ئىچىدە 1000ml~2000ml كىرگۈزۈش كېرەك. ئەگەر بىمارنىڭ قان بېسىمى ئەسلىگە كەلسە ھەمدە داۋاملىق نورمال ھالەتتە ساقلانسا قان يوقىتىش مىقدارىنىڭ نىسبەتەن ئاز ئىكەنلىكىنى، ئۇنىڭ ئۈستىگە قاناشنىڭ توختىغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر بىمارنىڭ قان ھۇجەيرە سىلىشتۇرما ھەجمى (血细胞比容) 30% دىن چوڭ بولسا، يۇقىرىقى سۇيۇقلۇقنى داۋاملىق بېرىش (تولۇقلاش مىقدارى تەخمىنەن قان يوقىتىش مىقدارىنىڭ ئۈچ ھەسىسىگە توغرا كەلسە بولىدۇ) كە بولىدۇ، قان بېرىش ھاجەتسىز. ئەگەر قان يوقىتىش مىقدارى كۆپ

ياكى داۋاملىق قاناش بولسا ۋە ياكى يۇقىرىقى داۋالاشتا ئايلىنىشتىكى قان سىغىمچانلىقىنى ساقلاشقا مۇمكىن بولمىسا قان ېبرىش لازىم. تولۇق قان ياكى قويۇلدۇرۇلغان قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ ئوكسىگېن ئېلىپ مېڭىش رولى بولغاچقا قان يېتىشمەسلىك ۋە توقۇلمىلارغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى ياخشىلايدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە يەنە تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيى ياكى تەڭپۇڭ سۇيۇقلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ ېبرىش كېرەك. بۇ خىل كرىستال سۇيۇقلۇق ۋە قاننى بىرلەشتۈرۈپ قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش ئۈسۈلىدا ناترىي ۋە ئۇنىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە ئېقىشىدىن كېلىپ چىققان ھۈجەيرە تاشقى سۇيۇقلۇقى ئازىيىپ كېتىشنى تۇزەتكىلى بولىدۇ ھەمدە قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سېلىشتۇرما ھەجمى ۋە فىبرىنوگېن (纤维蛋白原) مىقدارىنى تۆۋەنلىتىپ مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلىغىلى بولىدۇ. كلىنىكىدا كۆپىنچە قان بېسىم بىلەن مەركىزي ۋېنا بېسىمىنىڭ قىممىتىگە ئاساسەن سۇيۇقلۇق تولۇقلىنىدۇ.

قان سىغىمچانلىقىنىڭ تولۇقلىنىشى ۋە ۋېنادىن قايتقان قانىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىگە ئەگىشىپ توقۇلمىلاردا يىغىلىپ قالغان سۇت كىسلاتاسى قان ئايلىنىشقا كىرىدۇ. شۇڭلاشقا چوقۇم ناترىي بىكاربونات ئىشلىتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش لازىم. ئۇندىن باشقا يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۇيى ئىشلىتىپ كىچىك تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلاپ يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىراش كۈچىنى ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. بىراق قاندىكى ناترىينىڭ يۇقىرىلىشى قان بېسىمنى چۈشۈرۈۋېتىشى، ئۇنىڭغا ئەگىشىپ كالىي تۆۋەنلىك، ۋېنا يالليۇغى ۋە قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىشىۋېلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن، شۇڭلاشقا دىققەت قىلىش لازىم.

3) مەنبە كېسەلنى بىر تەرەپ قىلىش: مەسىلەن، زەخمىدىن جىگەر، تال يېرىلغان بولسا دەرھال ئوپېراتسىيە قىلىش، ئاشقازان، 12 بارماق ئۆچەي يارىسى قانىغان بولسا قان توختىتىش قاتارلىقلار، زەخمىدىن قانىغان ئورۇننى ۋاقتىنچە مۇقىملاشتۇرۇپ قان توختىتىش، ھايانقا خەۋپ يەتكۈزىدىغان زەخىملەر (ئوچۇق ھاۋالىق كۆكرەك قاتارلىق) نى جىددىي بىر تەرەپ قىلىش لازىم.

4) باشقا داۋالاش: زەخمە ياكى ئاغرىق ئېغىر بولغانلارنى مۇۋاپىق ھالدا تىنچلاندۇرۇش، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى ئىشلىتىش، زەخمىگە شوك قوشۇلۇپ كەلگەنلەرگە ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش قاتارلىقلار.

§ 4 . يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك
(感 染 性 休 克)

يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك بولسا مىكرو ئورگانىزم ۋە ئۇلار ئىشلەپچىقارغان زەھەر قاتارلىق ماددىلار بىۋاستە ياكى ۋاستىلىك ھالدا مىكرو ئايلىنىشنى ئاجىزلاشتۇرۇپ،

قان ئايلىنىشنى ئازايتىپ، توقۇلمىلاردا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، ھۈجەيرىلەر زەھەرلىنىش، ماددا ئالمىشىش ۋە فۇنكسىيە توسقۇنلۇققا ئۇچراشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان ھەتتا كۆپ ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىدىغان ئېغىر، خەتەرلىك يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى دۇر. يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىك كۆپ ئۇچرايدىغان كېسەللەندۈرگۈچى باكتېرىيە لىرىدىن گرام مەنپىي باكتېرىيىلىرى (مەسىلەن: چوك ئۇچەي تاياقچە باكتېرىيىسى قاتارلىقلار) ۋە گرام مۇسپىي باكتېرىيىلىرى (مەسىلەن: ئۇزۇمسىمان شارچە باكتېرىيە، زەنجىرسىمان شار باكتېرىيە، ئۆپكە يالليۇغى شار باكتېرىيىسى قاتارلىقلار) بار.

1. كلىنىك ئىپادىلىرى:

1) كېسەل تارىخى: ئېغىر يۇقۇملانغان بىمارلاردا ئەگەر زىيادە ھاۋا ئالماشتۇرۇش، نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش، ئاز سىيىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش، مەركىزي ۋېنا بېسىمى يۇقىرىلاش، ئەتراپ تومۇر قارشىلىقى تۆۋەنلەش ۋە قاندىكى سۈت كىسلاتاسى ئارتىپ كېتىش قاتارلىق ئىپادىلەر بولسا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىك بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك. نەپەسلەنگەندە زىيادە ھاۋا ئالماشتۇرۇش يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىك دەسلەپكى باسقۇچىدىكى ئەك مۇھىم بەدەن بەلگىسىدۇر. بىماردا نەپەس چوڭقۇر، تېز، يۈرەك سوقۇشى تېز بولىدۇ. بۇنىڭغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك.

2) مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى: يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىك ئەك ئۇزۇن داۋاملىشىدىغان كلىنىكىلىق ئىپادىسى بولۇپ يۇز بېرىش ئېھتىمالى 70% گە يېتىدۇ. ئۇ مېڭىنىك قان ئايلىنىشى ۋە ئامىنو كىسلاتاسى مېتابولىزمى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇپ، بىماردا دەسلەپكى باسقۇچتا تىنچسىزلىنىش بولىدۇ، ئاستا ـ ئاستا روھىي خامۇش، سۈسلۇقلىقا ئۆزگىرىدۇ، ھەتتا ھوشىنى يوقىتىدۇ.

3) ئاشقازان، ئۇچەي ئىپادىلىرى: بىماردا كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش ياكى ئۇچەي پالەچلىنىش ئالامەتلىرى بولىدۇ. بەزىدە ئاشقازان، ئۇچەيدە قاناش بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا ئۆت سۈيۇقلۇقى قېيىپ قېلىش خاراكتېرلىك سېرىقلىق، جىگەر نېكروزلىنىش يۈز بېرىدۇ. زەھەرلىنىشلىك تولغاقتا قان ـ يېرىڭلىق چوك تەرەت، ئۇچەي غۇلدۇرلاش تاۋۇشى كۈچىيىپ كېتىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ.

4) يۈرەك ـ قان تومۇر سىستېمىسى: مۇتلەق كۆپ قىسىم بىمارلادا يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىدۇ، ئەمما بىر قىسىم زەمبۇرۇغدىن يۇقۇملانغۇچىلاردا يۈرەك سوقۇشى زىيادە ئاستىلىشى مۇمكىن. شوكنىك دەسلەپكى باسقۇچىدا ئەتراپ تومۇرلارنىك قارشىلىقى تۆۋەنلەپ يۈرەكنىك قان چىقىرىش مىقدارى كۆپىيىدۇ. بۇ باكتېرىيىلىك قان كېسىلىنىك يىگانە ئىپادىسىدۇر. ئاخىرقى باسقۇچتا يۈرەكنىك قان چىقىرىش مىقدارى ئازىيىدۇ ۋە ئەتراپ تومۇرلارنىك قارشىلىقى ئاشىدۇ. ئەگەر شوك داۋاملىق تەرەققي قىلسا بىماردا يۈرەك مۇسكۇل فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىقتىن ئۆلۈپ كېتىش ئېھتىماللىقى يۇقىرىلايدۇ.

5) قان سىستېمىسى: نىسبەتەن كۆپ كۆرۈلىدۇ. پروترومبىن (凝血酶原) ۋاقتى ئۇزىرايدۇ. قان پلاستىنكىلىرى ئازىيىدۇ، ھەتتا DIC يۈز بېرىدۇ.

6) نەپەس سىستېمىسى: ئاساسلىقى نەپەس تېزلىشىشتىن نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقار-دىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ. $PaCO_2$ تۆۋەنلەپ 35mmHg ئەتراپىغا چۈشۈپ قالىدۇ. ARDS بولسا نىسبەتەن كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىك بولۇپ ئىپادىسى تەرەققي قىلىشچان نەپەس قىيىنلىشىشتۇر، ئوكسىگېن سۈمۈرگەندىمۇ ياخشىلىنىش بولمايدۇ.

7) باشقىلار: يەنە بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىدۇ. سۈيدۈك ئازىيىش، سۈيدۈك بولماسلىق، ئازوتلۇق قان كېسىلى كۆرۈلىدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى نورمال بولمايدۇ. (40.5℃ تىن يۇقىرى ياكى 36℃ تىن تۆۋەن) ياكى قىزىتمىدىن تىترەش، تەرلەش بولىدۇ.

2. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

① قان رايى: ئاق قان ھۈجەيرە سانى كۆپىنچە يۇقىرىلايدۇ ($10\sim30\times10^9/L$) نېيترال ئاق قان ھۈجەيرىلىرىمۇ يۇقىرىلايدۇ. قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىش (血细胞压积) قىممىتى ۋە قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ يۇقىرىلىشى قان قويۇلغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر، DIC كۆرۈلگەندە قان پلاستىنكىلىرى ئۆزلۈكسىز ئازىيىدۇ.

② قان زەردابى ئېلېكترولىتلىرىنى تەكشۈرۈش: ماگنىي، كالتسىي، فوسفور، قان شېكىرى قاتارلىقلارنى ئۆلچەش ئارقىلىق ماددا ئالمىشىشقا باھا بېرىلىدۇ.

③ كېسەل سەۋەبلىرى ئىلمى تەكشۈرۈشى: ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىشتىن بۇرۇن قان (ياكى باشقا تەن سۇيۇقلۇقى) ۋە يىرىڭدىن باكتېرىيە ئۆستۈرۈش (ئوكسىگېندىن قاچقۇچى باكتېرىيىلەرنىمۇ ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ) ۋە ئۆستۈرۈلگەن باكتېرىيىگە دورىغا سەز-گۈرلۈك تەجرىبىسى ئىشلەش، شۇ ئارقىلىق ئانتىبىئوتىكلارنى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك.

④ سۈيدۈك ۋە بۆرەك فۇنكسىيىسىنى تەكشۈرۈش: بۆرەك فۇنكسىيىسىگە باھا بېرىلىدۇ.

⑤ قان زەردابىدىكى سۈت كىسلاتا مىقدارى: يۇقىرى بولسا توقۇلمىلاردىكى قان ئايلىنىشىنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنىڭ ئىپادىسى، قانچىكى يۇقىرى بولسا شوك شۇنچە ئېغىر، ئۆلۈش نىسبىتىمۇ شۇنچە يۇقىرى بولىدۇ.

⑥ قان ـ گاز ئانالىزى: كىسلاتا، ئىشقارلىقنى ھۆكۈم قىلىدۇ.

4. دىئاگنوزى:

دىئاگنوز قويۇشنىڭ مۇھىم نۇقتىلىرى تۆۋەندىكىدەك:

① كلىنىكىدا ئېنىق يۇقۇملىنىش ئوچىقى بولغان؛

② پۈتۈن بەدەن يالـلـۇغ رېئاكسىيىسى يۈز بەرگەنلىكى ئالامىتى (全身炎性反应综合征) بولغان؛

③ قىسقىراش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولغان ياكى ئاساسىي قان بېسىمىنىڭ

تۆۆەنلىشى 40mmHg دىن ئېشىپ كەتكەن ۋە ياكى قان بېسىمى دورا ياكى سۈيۇقلۇققىلا تايىنىپ ساقلىنىۋاتقان؛

④ توقۇلمىلارنىڭ قان ئايلىنىشى ئاجىزلاشقانلىقىنىڭ ئىپادىسى بولغان؛

⑤ قاندىن كېسەللەندۈرگۈچى مىكرو ئورگانىزم ئۆسۈپ چىققان.

يۇقىرىقى نۇقتىلار ئاساسىدا ئۆتكۈر بوغۇم يالليۇغى، ئۆپكە تىقىلمىسى قاتارلىق كېسەللىكلەرنى رەت قىلغان ئاساستا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكقا دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

5. داۋالاش:

1) نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش ۋە ئىزوتونىك سۈيۇقلۇق (等张液体) تولۇقلاش.

2) جىددىي قۇتقۇزۇشتا بىر تەرەپ قىلىش:

(1) دەسلەپكى داۋالاش: نەپەس، قان ئايلىنىشنى ياخشىلاش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، سۈيۇقلۇق تولۇقلاش، يۈرەكنى كۈزىتىش، ئەتراپ ۋېنا تومۇرىنى ئېچىش، زۆرۈر بولغاندا، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش، ئۇندىن باشقا ۋېنادىن بىرلەشتۈرۈپ ئانتىبىئوتىكلارنى بېرىش، يۇقۇملىنىش ئويمىنىنى تازىلاپ ئاققۇزۇش، بىرلەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش قاتارلىق.

(2) سۈيۇقلۇق تولۇقلاش: ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ يېتىشمەسلىكى يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكتىكى نېگىزلىك مەسىلە. شۇڭا قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇش شوكنى داۋالاشتىكى ئەڭ مۇھىم ھالقا. قان بېسىمى تۆۆەن بىمارغا ھەر 500ml ئىزوتونىك كرىستال سۈيۇقلۇق (بالىلار 10ml/kg) تولۇقلىغاندىن كېيىن تاكى قان ئايلىنىش نورمالالشقۇچە بىمارنىڭ كلىنىكىلىق ھالىتىنى بىر قېتىم مۆلچەرلەش كېرەك. ئەگەر كۆپلەپ سۈيۇقلۇق تولۇقلاپمۇ (كۆپىنچە 4L دىن ئوشۇق) يەنىلا ياخشىلانمىغان ياكى قان سىغىمچانلىقى ئارتىپ كەتكەن ئەھۋال كۆرۈلسە تومۇر ئاكتىپ دورىلىرىنى ئىشلىتىپ تومۇرلانغان يۈرەك - قان تومۇر سىستېمىسىنى غىدىقلاش كېرەك.

كوللوئىد سۈيۇقلۇق: تۆۆەن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子右旋糖酐) (مولېكۇلا ئېغىرلىقى 40000～20000 گىچە) قان مولېكۇلىسى ۋە تومۇر ئىچ دىۋارىغا يېپىشىپ، قان مولېكۇلىلىرىنىڭ كاللەكلىشىشى ۋە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىپ قان ئايلىنىشنى ياخشىلايدۇ. قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، تومۇردىن سىرتقا سىرغىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرىدۇ. قاننىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈپ DIC نىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ئىشلەتكەندە ئوكۇل سېلىش سۈرئىتى تېزراق بولسىمۇ بولىدۇ، ئەمما كۈنلۈكى 1000ml دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغان، قاناش رايى بولغانلارغا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. ئۇندىن باشقا ئاق ئاقسىل، قان پلازمىسى، تولۇق قان قاتارلىق كوللوئىد سۈيۇقلۇقلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

كرىستال سۈيۇقلۇق: ناترىي بىكاربونات ۋە تەڭپۇڭ سۈيۇقلۇق قاتارلىقلار تەركىبىدىكى

ئىئوننىڭ قويۇقلۇقى ئورگانىزمنىڭ نورمال ھالىتىگە يېقىن بولۇپ، ئىشلىتىلگەندىن كېيىن فۇنكسىيىلىك ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ياخشىلايدۇ. ئەگەر قىزىل قان ھۇجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىشى (红组胞压积)30%دىن تۆۋەن بولسا، چوقۇم قىزىل قان ھۇجەيرىسى ياكى تولۇق قان ئىشلىتىش لازىم.

(3) ئانتىبىئوتىكلارنىڭ ئىشلىتىلىشى: گرام مۇسپىي ۋە مەنپىي باكتېرىيىلىرىنىڭ ھەممىسىگە ئۈنۈملۈك بولغان كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى تولۇق مىقدارىدا ۋېنادىن ئىشلىتىش كېرەك.

(4) قان تومۇر ئاكتىپ دورىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى: يۈرەكنىڭ سىقىپ چىقىرىشى تۆۋەن، قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقى يۇقىرى شوكقا، سىغىمچانلىقىنى تولۇق يۇقىرى كۆتۈرۈش ئاساسىدا تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش لازىم. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن α - ئاكسىپېتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلار بار.

قان تومۇرنى قىسقارتقۇچى دورىلار پەقەت قان بېسىمنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ، ئەمما قان تومۇر دىئامېتىرى تارىيىدۇ، شۇڭا شوكقا يۈرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش قوشۇلۇپ كەلسە ياكى قان تومۇرنى كېڭەيتكۈچى دورىلارنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا، ئاندىن ئىشلىتىش كېرەك. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن نورئادرېنالىن (0.5～1mg/100ml) ئارامىن 10～20mg/100ml قاتارلىقلار بار.

(5) كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: ئالدى بىلەن قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلىغاندىن كېيىن ئاندىن 5% لىك ناترىي بىكاربونات ئىشلىتىش كېرەك.

(6) گلىكوكورتىكوئىد تۈرىدىكى دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشى: چوقۇم ئۈنۈملۈك يالۇغقا قارشى داۋالاش ئېلىپ بېرىش شەرتى ئاستىدا خەتەرلىك، پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش ئېغىر بولغان بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلاردىن مېتىل بردىنىزولون (甲基强地松龙) بار، كۈندە 80mg～160mg ئىشلىتىلىدۇ.

(7) يۈرەك فۇنكسىيىسىنى قوغداش: يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكتا ئەتراپ ۋە ئۆپكە قان تومۇرلىرىنىڭ تەسىرىدىن كۆپىنچە يۈرەك - قان تومۇر فۇنكسىيىسى پۈتۈن بولماسلىق كېلىپ چىقىدۇ. قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەپ، قاندىكى سۇت كىسلاتاسى ۋە ئارىلاشما ۋېنا قان ئوكسىگېنى يۇقىرلاپ، پۈتۈن بەدەن قان تومۇرلىرىنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەيدۇ، يۈرەك مۇسكۇلى تورمۇزلىنىدۇ، ھەتتا كۆپ ئەزالارنىڭ زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنى داۋالاشتا ۋېنادىن نالوكسون (纳洛酮) نى ئىشلىتىش يۈرەك فۇنكسىيىسى ۋە قان ئايلىنىشنى ياخشىلاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

سەككىزىنچى باب ئۆتكۈر زەھەرلىنىش

§1. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشكە دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاش پرىنسىپى

ئۆتكۈر زەھەرلىنىش — نىسبەتەن ئاز مىقداردىكى خىمىيىلىك ماددا (زەھەرلىك ماددا) نىڭ مەلۇم شارائىت ئاستىدا ئورگانىزمغا ۋە نىشان ھۈجەيرىگە كىرىپ بىئوخىمىيىلىك ياكى بىئوفىزىكىلىق ئۆزگىرىش ھاسىل قىلىش ئارقىلىق، بەدەنده فۇنكسىيىلىك ياكى ئورگانلىق بۇزۇلۇش پەيدا قىلىپ، ۋاقتىلىق ياكى مەڭگۈلۈك زەھەر كەلتۈرۈپ چىقىرىش ھەتتا ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزۈشنى كۆرسىتىدۇ. خىمىيىلىك ماددىلارنىڭ يەرلىك ۋە پۈتۈن بەدەنده ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشتىن باشقا يەنە سىزىمچانلاندۇرۇش، راك، غەيرىيلىك ۋە تۇيۇقسىز ئۆزگىرىش پەيدا قىلىش رولىمۇ بولىدۇ. خىمىيىلىك ماددىلارنىڭ زەھەرلەش تەسىرى ئۇنىڭ مىقدارى بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك.

1. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدىغان كېسەللىك ئالامەتلىرى:

1) نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى:

(1) ھوشسىزلىنىش: ناركوز دورىلىرى، ئۇيقۇ دورىلىرى، كۆمۈر گازى (كاربون چالا ئوكسىد)، ھىدروگېن سۇلفىد (硫化氢)، ھىدرىدلار (物化氢)، يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى (高铁血红蛋白) نى پەيدا قىلغۇچى زەھەرلىك ماددىلار ۋە ھەر خىل دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەنده كۆرۈلىدۇ.

(2) جۆيلۈش، روھىي ھالىتى نورمال بولماسلىق: ئاتروپىن، ئىسپىرت، ھىستامىنغا قارشى دورىلار (抗组胺药) دىن زەھەرلەنگەنده ۋە تاشلىتىش (زەھەردىن) يىغىندا كېسەللىك ئالامىتىده كۆرۈلىدۇ.

(3) تارتىشىش: كۈچلۈك زەھەرلىك چاشقان دورىلىرى، ئورگانىك خلورلۇق ھاشارات دورىلىرى، رىمىفون (异烟肼) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەنده كۆرۈلىدۇ.

(4) پالەچلىك: ئارسېن (Ⅲ) ئوكسىد (三氧化二砷)، ئېرىشچان بارىي تۇزلىرى، دېڭىز چوشقىسى ۋە زەھەرلىك يىلان زەھىرىدىن زەھەرلەنگەنده كۆرۈلىدۇ.

2) كۆز كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) كۆز قارىچۇقى كېڭىيىش: خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلاردىن ئاتروپىن، ئانىزودامىن (2～654) لاردىن زەھەرلەنگەنده، ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق (肾上腺素能) دورىلاردىن ئامفېتامىن (苯丙胺)، ئېفېدرىن (麻黄碱) لاردىن زەھەرلەنگەنده، شۇنداقلا

ئىنسۇلىن (胰岛素)، بۇۋانە (乌头)، يىلان زەھىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(2) كۆز قارىچۇقى كىچىكلەش: ئورگانىك فوسفورلۇق ھاشارات دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەندە، شۇنداقلا مورفىن، خروئىن، ناركوز دورىلىرى، ئۈيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(3) كۆرۈش نېرۋا يالليۇغى: مېتىل ئىسپىرت (甲醇) تىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(4) كۆز ئالمىسى تىترەش: باربىتاللار (巴比妥类) فېنتوئىن ناترىي (苯妥英钠) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

3) تېرە، شىللىق پەردە كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) تېرە ۋە شىللىق پەردە كۆيۈش: كۆچلۇك كىسلاتا ياكى ئىشقار، لىزول (来苏儿) قاتارلىق چىرىتكۈچى زەھەرلىك ماددىلارنىڭ كۆيدۈرۈشىدىن پەيدا بولىدۇ. سۇلفات كىسلاتاسى قارا قاقاش، تۇز كىسلاتاسى قوڭۇر قاقاش، نېيترات كىسلاتاسى سېرىق قاقاش، لىزول ئاق قاقاش پەيدا قىلىدۇ.

(2) كۆكىرىش: ئوكسىگېنلىق قان قىزىل ئاقسىلى يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى زەھەرلىك ماددىلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆكىرىش كۆرۈلىدۇ. ناركوز دورىلىرى ۋە ئورگانىك ئېرىتمىلەرنىڭ نەپەسلىنىش مەركىزىنى تورمۇزلىشى، غىدىقلىغۇچى گازلارنىڭ ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى پەيدا قىلىشى كۆكىرىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. نېيترىتلار (亚硝酸盐) ۋە ئانىلىن (苯胺) نىتروبېنزول (硝基苯) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۇر قان قىزىل ئاقسىلىنى ئىشلەپچىقىرىپ كۆكىرىش پەيدا قىلىدۇ.

(3) كۆمۇر گازىدىن زەھەرلەنگەندە بىيارنىڭ چىرايى گىلاس قىزىلى رەڭگىگە كىرىدۇ.

(4) چىرايى قىزىرىش: ئاتروپىن، ئىسپىرت، ئامفېتامىن قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(5) زىيادە تەرلەش: ئورگانىك فوسفور، زەھەرلىك موگۇ، ئىنسۇلىن، سالىتسىلىك كىسلاتا تۇزلىرى (水杨酸盐) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(6) چىش مىلىكىدە قوغۇشۇن سىزىقچىلىرى پەيدا بولۇش: ئاستا خاراكتېرلىك قوغۇشۇندىن زەھەرلىنىشتە كۆرۈلىدۇ.

(7) سېرىقلىق: كاربون تېترا خلورىد (四氯化碳)، زەھەرلىك موگۇ، بېلىق ئۆتىدىن زەھەرلەنگەندە جىگەر زەرەرلىنىپ سېرىقلىق چۈشىدۇ.

4) نەپەس سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) نەپەستىكى پۇراق: ئورگانىك فوسفورلۇق ھاشارات دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەنلەردە سامساقنىڭ سېسىق پۇرىقى بولىدۇ. لىزولدىن زەھەرلەنگەندە فىنول (苯酚) پۇرىقى بولىدۇ. ھىدروگېن سۇلفىددىن زەھەرلەنگەندە سېسىق تۇخۇم پۇرىقى بولىدۇ. ھىدرىدلاردىن

زەھەرلەنگەندە ئاچچىق ئۆرۈك مېغىزىنىڭ پۇرىقى بولىدۇ. نىترووبېنزولدىن زەھەرلەنگەندە ئاياغ مېيىنىڭ پۇرىقى بولىدۇ.

(2) نەپەس تېزلىشىش: سالىتسىلىك كىسلاتا تۈرىدىكى دورىلار، مېتىل ئىسپىرت قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە نەپەسلىنىش مەركىزى غىدىقلىنىدۇ.

(3) نەپەس تېيىزلىشىش، ئاستىلاش، پالەچلىنىش: نارکوز دورىلىرى، ئەپيۇن تەركىبلىك زەھەرلىك ماددىلار ۋە ئۇيقۇ دورىلىرى نەپەسلىنىش مەركىزىنى زىيادە تورمۇزلايدۇ.

(4) ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى: غىدىقلىغۇچى گازلار، ئورگانىك فوسفورلۇق ھاشارات دورىلىرى، سىنك فوسفىد (磷化锌) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

5) قان ئايلىنىش سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) يۈرەك رېتىمى تەرتىپسىزلىنىش: دىگىتالىس (洋地黄) بۇۋانە، خامۇشلۇققا قارشى دورىلار، ئامىنو فىللىن (氨茶碱) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ. ئېغىر-لىرىدا يۈرەك تۈيۇقسىز توختاپ قالىدۇ. ئۇندىن باشقا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، كالىي تۆۋەنلەشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان باشقا زەھەرلىنىشلەردىمۇ كۆرۈلىدۇ.

(2) شوك: ئارسېن (Ⅲ) ئوكسىددىن زەھەرلەنگەندە كېلىپ چىققان قۇسۇش، ئىچ سۇرۇشتىن قان سىغىمچانلىقىنىڭ تۆۋەنلىشى، كۆچلۈك كىسلاتا، ئاساسلاردىن كۆيگەندە قان پلازمىسىنىڭ سىرغىپ چىقىشى، باربىتاللاردىن زەھەرلەنگەندە قان تومۇرلارنىڭ كېڭىيىش، قىسقىراش مەركىزىنىڭ تورمۇزلىنىپ، ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشى، سۇرمە(锑)، ئارسىن (砷) لاردىن زەھەرلەنگەندە يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ زەرەلىنىشى قاتارلىقلاردىن شوك كېلىپ چىقىدۇ.

6) سۇيدۇك ئاجرىتىش سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) سۇيدۇك رەڭگىنىڭ ئۆزگىرىشى: سۇيدۇكنىڭ قىزىل، قوڭۇرراڭ كېلىشى قوغۇشۇن، سىمابتىن ئاستا خاراكتېرلىك زەھەرلەنگەنلىكىنىڭ ۋە ئامفېتامىن، ۋارفارىن (华法林) دىن زەھەرلەنگەنلىكىنىڭ، كۆك - يېشىل رەڭدە كېلىشى فىنوللار (酚类)، مېتىلېن كۆكى (亚甲蓝) دىن زەھەرلەنگەنلىكىنىڭ ئىپادىسى.

(2) سۇيدۇك ئازىيىش ھەتتا سۇيدۇك بولماسلىق، ئۆتكۈر بۆرەك زەخمىلىنىش: سىماب (Ⅱ) خلور (升汞)، كاربون تېترا خلورىد، بىرىنچى ئەۋلاد سىفاستىسىن (头孢) خىلىدىكى ۋە ئامىنو گلىكوزىد (氨基糖苷) خىلىدىكى ئانتىبىئوتىكلار، شۇنداقلا زەھەرلىك موگۈ، يىلان زەھىرى، تېرىك بېلىق ئۆتى قاتارلىقلاردىن زەھەرلىنىشتىن بۆرەك شارچىلىرى نېكروزلانغاندا، ھىدرو ئارسىن (砷化氢) دىن زەھەرلىنىشتىن تومۇر ئىچىدە قان ئېرىش يۈز بەرگەندە، سۇلفانىلامىد (磺胺) كرىستاللىرى بۆرەك نەيچىلىرىنى توسۇۋالغاندا شۇنداقلا شوك پەيدا قىلغۇچى زەھەرلىك ماددىلار بۆرەككە قان يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغاندا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

7) قان سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) قان ئېرىشچان كەم قانلىق: ھىدرو ئارسىن، ئانىلىن، نېترووبېنزول قاتارلىقلار- دىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغانلىرىدا قان قىزىل ئاقسىللىق سۈيدۈك ۋە ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ.

(2) ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ئازىيىش ۋە قايتا ئىشلىنىش توسالغۇغا ئۇچراشلىق كەم قانلىق: خلورومېتسىبىتىن (氯霉素)، راكقا قارشى دورىلار، بېنزول قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە ۋە رادىئاتسىيە كېسىلىدە كۆرۈلىدۇ.

(3) قاناش: ئاسپىرىن، خلورومېتسىتىن، راكقا قارشى دورىلاردىن زەھەرلىنىش قاننىڭ سانى ياكى سۈپىتىدە نورمالسىزلىق پەيدا قىلغاندا، ھېپارىن، دىكوئۇمارول (双香豆素) سالتسىلىك كىسلاتا، چاشقان دورىسى، يىلان زەھىرى قاتارلىقلاردىن زەھەرلىنىش قان قېتىش فۇنكسىيىسىنى توسقۇنلۇقتا ئۇچراتقاندا كۆرۈلىدۇ.

2. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشكە دىئاگنوز قويۇش پرىنسىپى:

ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنىڭ ئاقىۋىتىنى بەلگىلەيدىغان مۇھىم ئامىل بالدۇر دىئاگنوز قو- يۇشتۇر. دوختۇر بىمار، ئائىلىدىكىلىرى، دوستلىرى ياكى ئەتراپتىكىلەردىن بىمارنىڭ زەھەرلىنىشىگە مۇناسىۋەتلىك ئۇچۇرلارنى ئىگەللىشى كېرەك. روھىي ھالىتى نورمال بولمە- غان بىمارلارنىڭ نورمالسىز ھاياتلىق بەلگىلىرىنى ئادەتتىكى كېسەللەر بىلەن چۈشەندۈرگىلى بولمىسا، بىمارنىڭ روھىي كېسەلنى داۋالاش دورىلىرىنى ئىچىۋاتقان مەزگىلى بولسا، ياشانغانلار يۈرەك كېسەل دورىلىرىنى ئىچىۋاتقان بولسا، يېمەك - ئىچمەكتىن كېيىن بىللە تاماقلانغانلارنىڭ كۆپىنچىسىدە زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلسە ئالدى بىلەن ئۆتكۈر زە- ھەرلىنىشتىن گۇمان قىلىش كېرەك.

زەھەرلىنىشكە دىئاگنوز قويۇشتا ئاساسلىقى بىمارنىڭ كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى ۋە زەھەرلىك ماددىلارنى لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشكە تايىنىدۇ. ھوشسىزلانغان بىمارلارغا ئەڭ ياخشىسى قان - گاز ئانالىزىنى دائىمىي ئېلىپ بېرىش كېرەك.

3. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى: ① دەرھال زەھەر مەنبەسىدىن ئايرىۋېتىش؛ ② جىددىي ئەسلىگە كەلتۈرۈش، ھاياتلىق بەدەن بەلگىلىرىنىڭ مۇقىملىقىنى ساقلاش؛ ③ ئىمكان بولسىلا ئالاھە- دە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىش؛ ④ بىمار تېنىگە سۈمۈرۈلگەن ۋە سۈمۈرۈلمىگەن زەھەرنى چىقىرىپ تاشلاش؛ ⑤ ئاكتىپ ھالدا ئالامەتلەرگە نىسبەتەن داۋالاش، قوللاپ داۋالاش، ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش.

1. دەرھال زەھەر مەنبەسىدىن ئايرىۋېتىش:

زەھەرلىك ماددا نەپەس يولى ياكى تېرىدىن كىرگەن بولسا دەرھال بىمارنى زەھەرلەنگەن نەق مەيداندىن يۆتكىۋېتىش، بۇلغانغان كىيىملىرىنى سالدۇرۇۋېتىش، زەھەرگە تېگىشكەن

تېرىنى يۇيۇش، ئاشقازان، ئۇچەيدىن كىرگەن زەھەر بولسا داۋاملىق ئىستېمال قىلىشنى توختىتىش كېرەك.

2. ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى:

1) مېتالدىن زەھەرلەنگەنلەرنى زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرى:

(1) دىناترىي كالتسىي ئېدېتاس ($CaNa_2$,EDTA)(依地酸二钠钙) كۆپلىگەن مېتاللار بىلەن بىرىكىپ تۇراقلىق، ئېرىشچان مېتال بىرىكمىلىرىنى ھاسىل قىلىپ بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىدۇ. قوغۇشۇندىن زەھەرلىنىشنى داۋالىغاندا، ھەر كۈنى 5% 10g لىك گلۈكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml دا سۇيۇلدۇرۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئۇدا ئۇچ كۈن ئىشلەتكەندىن كېيىن 4～3 كۈن توختىتىپ يەنە ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(2) مېركاپتو بىرىكمىلىرى (巯基螯合剂):

① دىمېركاپرول (二巯基丙醇,BAL)، تەركىبىدە ئاكتىپ مېركاپتو (—SH) بولۇپ بەدەندە بەزى مېتاللار بىلەن بىرىكىپ زەھەرسىز، پارچىلانمايدىغان ئەمما ئېرىشچان بولغان بىرىكمىلەرنى ھاسىل قىلىپ سۈيدۈكتىن چىقىرىلىدۇ. شۇنداقلا مېركاپتو ئېنزىملىرىنىڭ ئاكتىپلىقىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈپ زەھەرسىزلەندۈرۈش مۇددىئاسىغا يەتكىلى بولىدۇ. ئارسېن، سىمابتىن زەھەرلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. ئۆتكۈر ئارسىندىن زەھەرلىنىشنى داۋالىغاندا، 1ـ، 2ـ كۈنى 2～3mg/kg مىقداردا ھەر 4～6 سائەتتە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. 3ـ～10ـ كۈنى ھەر كۈنى ئىككى قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەكس تەسىرى: كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق، باش ئاغرىش، يۈرەك سېلىش قاتارلىقلار. سىمابتىن زەھەرلىنىشنى يەنە پېنىتسىللامىن (青霉胺) ئىشلىتىپمۇ داۋالاشقا بولىدۇ.

② ئۇنىتيول (二巯基丙磺酸钠): رولى دىمېركاپرول بىلەن ئوخشىشىپ كېتىدۇ. ئەمما داۋالاش ئۇنۇمى تېخىمۇ يۇقىرى، ئەكس تەسىرى ئاز، سىماب، ئارسېن، مىس، سۈرمە، قوغۇشۇنلاردىن زەھەرلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. ھاشارات ئۆلتۈرگۈچى دورىلاردىن زەھەرلىنىشكىمۇ ئىشلىتىلىدۇ. قوغۇشۇندىن زەھەرلەنگەندە: 0.25g كۈندە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىر داۋالاش كۇرسى ئۇچ كۈن، تۆت كۈن دەم ئالدۇرۇلغاندىن كېيىن يەنە تەكرارلاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ. چاشقان دورىسى دۇشۇچاڭ (强鼠毒) دىن زەھەرلىنىشنى داۋالاشتىمۇ ئۇنۇمى ناھايىتى ياخشى. دىئازېپام (安定)، ۋىتامىن B_6 قاتارلىقلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە ئۇنۇمىنى تېخىمۇ يۇقىرى كۆتۈرگىلى بولىدۇ. ئىشلىتىلىشى: ھەر قېتىمدا 0.125g～0.25g، كۈندە 3～4 قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. 7～21 كۈنگىچە ئىشلىتىلىدۇ.

③ دىمېركاپتوسۇكسىن (二巯基丁二酸): سۈرمە، قوغۇشۇن، سىماب، ئارسېن، مىسلاردىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە ئىشلىتىلىدۇ. ئۇسۇلى: 1.5g ى ئۈچكە بۆلۈپ ئىچىلىدۇ. ئۇچ كۈن ئىشلەتكەندىن كېيىن 4 كۈن ئارام ئېلىنىدۇ. ئۆتكۈر سۈرمىدىن زەھەرلەنگۈچى-

لەردە يۇرەك رېتمسىزلىنىش كۆرۈلسە ھەر سائەتتە 1g نى ژېنادىن ئوكۇل قىلىشقا، ئارقىمۇ - ئارقا 4～5 قېتىم ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2) يۇقىرى ژالېنتلىق تۆمۇرلۇك قان قىزىل ئاقسىلى قان كېسەللىكى (高铁血红蛋白血症) نى زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرى: مېتىلېن كۆكى: نېيترېتلار، نىتروبېنزول، ئانىلىن قاتارلىقلاردىن زەھەرلىنىشتىن پەيدا بولغان يۇقىرى ژالېنتلىق تۆمۇرلۇك قان قىزىل ئاقسىلىنى داۋالاپ نورمال قان قىزىل ئاقسىلىغا ئايلاندۇرىدۇ. مىقدارى: مېتىلېن كۆكى 1—2mg/kg مىقدارىدا ژېنادىن ئوكۇل قىلىدۇ. زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بولىدۇ (دورا سۈيۇقلۇقى ئوكۇل قىلىنغان ئورۇندىكى توقۇلمىلارغا سىرغىپ كىرىپ كەتسە توقۇلمىلاردا نېكروزلىنىشنى پەيدا قىلىپ قويىدۇ)، كۆپ مىقدارىدا ئىشلىتىش (10mg/kg) ئەكسىنچە يۇقىرى ژالېنتلىق تۆمۇرلۇك قان قىزىل ئاقسىلى قان كېسەللىكىنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

3) ھىدرىدلاردىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلار: نېيترېتلار (亚硝酸盐) بىلەن ناترىي تىئوسۇلفات (硫代硫酸钠) نى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۇسۇلى قوللىنىلىدۇ. نىترېتلار سىئانىدلىق يۇقىرى تۆمۇرلۇك قان قىزىل ئاقسىلىنىك (氰化高铁血红蛋白) شەكىللىنىشىنى ئىلگىرى سۈرسە، ناترىي تىئوسۇلفات سىيانوگېن ئىئونى (氰离子) بىلەن تەسىرلىشىپ زەھەرى ئىنتايىن تۆۋەن بولغان تىئوسىياناتلارغا (硫氰酸盐) ئايلىنىپ بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىدۇ. ئىشلىتىش ئۇسۇلى: دەرھال ئامىل نىترىت (亚硝酸异戊酯) پۈرتىلىدۇ ياكى 3% لىك ناترىي نىترىت (亚硝酸钠) ئېرىتمىسىدىن 10ml ژېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئارقىدىنلا 25% لىك ناترىي تىئوسۇلفاتتىن 50ml ژېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) ئورگانىك فوسفورلۇق دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلار: ئاتروپىن (阿托品) ئىشلىتىش ئارقىلىق بەدەنده يىغىلىپ قالغان ئاتسېتىل خولىن (乙酰胆碱) غا قارشى تۇرۇلۇپ پىرالوكسىم مېتوخلورىد (氯磷定) قاتارلىق دورىلار بىلەن خولىنېستېرازا (胆酯酶) نىڭ پائالىيەتچانلىقى ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدۇ.

5) مەركىزي نېرۋا سىستېمىسىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلاردىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلىرى:

(1) نالوكسون (纳洛酮) ئەپيۇن تېپىدىكى ناركوز - ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى كەلتۈرۈپ چىقارغان نەپەس تورمۇزلىنىشقا نىسبەتەن ئالاھىدە زەھەر قايتۇرۇش رولى بار. مەسىلەن: مورفىن، خروئىن قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەنده، ئۇندىن باشقا ئۆتكۈر ئىسپىرت ۋە تىنچلاندۇرۇش، ئۇيقۇ دورىلىرىدىن (مەسىلەن: دىئازېپام) زەھەرلەنگەندىمۇ ئېسىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئويناىدۇ. مىقدارى 0.4mg～0.8mg ژېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئېغىر بىمارلارغا بىر سائەتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ.

(2) فلۇمازېنىل (氟马西尼)، دىئازېپام قاتارلىق دورىلاردىن زەھەرلەنگەنلەرگە

ئىشلىتىلىدۇ. 0.3mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ھەر ئون مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلاشقا بولىدۇ، ئومۇمىي مىقدارى 5mg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. بىراق خامۇشلۇققا قارشى دورىلار-دىن زەھەرلەنگەنلەرگە ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ.

6) فوسسول (氟乙酰胺) دىن زەھەرلىنىش: ئاتسېتامىد (乙酰胺) ئارقىلىق زەھەر قايتۇرۇلىدۇ. ئاتسېتامىد بەدەندە سىركە كىسلاتاسىغا پارچىلىنىپ تىرى كاربوكسىل كىسلاتا ئايلىنىشىنىڭ نورمال مېتابولىزمىنى ئەسلىگە كەلتۈرىدۇ. چوڭلارغا ھەر قېتىمدا 2.5g～5.0g مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ھەر كۈنى 2～4 قېتىم، ئادەتتە 5～7 كۈنگىچە داۋاملاشتۇرۇلىدۇ.

7) ناترىي دىكوئۇمارول (双香豆素钠) دىن زەھەرلەنگەنلەرگە ۋىتامىن K_1 ئىشلىتىلىپ زەھەرسىزلەندۈرۈلىدۇ. ھېپارىن (肝素) نىڭ ئىشلىتىلىش مىقدارى كۆپ بولۇپ كەتكەنلەرگە تەڭ مىقداردا پروتامىن (鱼精蛋白) ئىشلىتىلىپ زەھەرسىزلەندۈرۈلىدۇ. يۇقىرى ئۈنۈملۈك يىلان زەھىرىگە قارشى قان زەردابى (高效抗蛇毒血清) زەھەرلىك يىلان چېقىۋالغۇچىلارغا ئىشلىتىلىدۇ.

8) خولىن ئېقتىدارىغا قارشى دورىلار (مەسىلەن: ئاتروپىن) دىن زەھەرلەنگەندە ئېزىرىن (毒扁豆碱) ئىشلىتىلىدۇ. كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلاردىن زەھەر-لەنگەندە كالتسىي ئوكۇلى ئىشلىتىلىدۇ. β ـ ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلاردىن زەھەرلەن-گەندە گلۈكاگون (高血糖素) بىلەن داۋالىنىدۇ. رېمىفون (异烟肼) دىن زەھەرلەنگەندە ۋىتامىن B_6 ئىشلىتىلىدۇ. خامۇشلۇققا قارشى دورىلاردىن زەھەرلەنگەندە ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىلىپ، رېمىفوننىڭ ماددا ئالمىشىشى ۋە تەندىن چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ.

3. تېخى بەدەنگە سۈمۈرۈلمىگەن زەھەرلىك ماددىلارنى چىقىرىپ تاشلاش:

1) ئاشقازان، ئۈچەيدىكى تېخى سۈمۈرۈلمىگەن زەھەرلىك ماددىلارنى چىقىرىپ تاشلاش قانچە بۇرۇن، قانچە تولۇق بولسا شۇنچە ياخشى.

(1) قۇستۇرۇش: ئەگەر بىمارنىڭ ھوشى بولسا ئالدى بىلەن قۇستۇرۇش ئۇسۇلىنى قوللىنىش كېرەك. بىمارغا 300ml—500ml ئىلمان سۇ ئىچكۈزۈلۈپ ئاندىن بارماق ياكى چوكا بىلەن يۇتقۇنچاق ياكى تىل تۈۋى غدىقلىنىپ تاكى ئاشقازاندىكى بارلىق نەرسىلەر تۆكىگىچىلىك قۇستۇرۇلىدۇ. ئۇندىن باشقا قۇستۇرغۇچى دورىلار (دۇرنەج ئەقرەبى قىيامى浆吐根糖) ئىشلىتىلسىمۇ بولىدۇ. بىمار ھوشسىز ياكى تارتىشۇاتقان ھالەتتە بولسا ياكى چىرىتكۈچى ماددىلاردىن زەھەرلەنگەن بولسا قۇستۇرۇش مۇۋاپىق ئەمەس.

(2) ئاشقازان يۇيۇش: زەھەرلىنىپ ئالتە سائەت ئىچىدە ئاشقازان يۇيۇلسا ئۇنۇمى ياخشى بولىدۇ. بىراق ئالتە سائەتتىن ئېشىپ كەتكەندىمۇ يەنىلا يۇيۇشنىڭ زۆرۈرىيىتى بار. مەسىلەن: كىرىزوتىك كىسلاتا (甲基水扬酸)، ئورگانىك فوسفور قاتارلىقلار سۈمۈرۈلگەن-

دىن كېيىن يەنە ئاشقازانغا ئاجرىلىپ چىقىدۇ. هوشسىز بىمارلارنىڭ ئاشقازىنىدا دورىنىڭ ساقلىنىش ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولىدۇ. بىراق ھەزىم يولى ئارقىلىق چىرىتكۈچى دورىلاردىن زەھەرلەنگۈچىلەر، ئېغىر قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېنىسى كېڭىيىپ كەتكۈچىلەرگە ئاشقازان يۇيۇش مۇۋاپىق كەلمەيدۇ. تارتىشىپ قالغۇچىلارنىڭ تارتىشىپ قېلىش ئالامىتى ياخشىلىنىشتىن بۇرۇن ئاشقازان يۇيۇشتا ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

(3) ئىچ سۈرگۈزۈش: ئاشقازان يۇيۇلۇپ بولغاندىن كېيىن سۈرگە دورىلىرى ئاشقازانغا ئۇرۇپ كىرگۈزۈلۈپ ئۈچەيدىكى زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ. مەسىلەن: 20% لىك مانىنتول (甘露醇) دىن 250ml～500ml ئاشقازان نەيچىسى ئارقىلىق (بالىلارغا 2ml/kg) ئاشقازانغا ئۇرۇپ كىرگۈزۈلىدۇ ياكى ناترىي سۇلفات (硫酸钠)، ماگنىي سۇلفات (硫酸镁) لاردىن 15g سۇدا ئېرىتىلىپ ئاشقازانغا ئۇرۇپ كىرگۈزۈلىدۇ. بىراق ماگنىي ئىئونىنىڭ مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىغا نىسبەتەن تورمۇزلاش رولى بولغاچقا، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغان ياكى ھوشسىز بىمارلارغا ئىشلىتىشكە مۇۋاپىق كەلمەيدۇ.

2) تېرىدىكى زەھەرلىك ماددىلارنى تازىلاش: ئالدى بىلەن بۇلغانغان كىيىم سالدۇرۇۋېتىلىدۇ. ئاندىن سوپۇن سۇيى ياكى كۆپ مىقداردا ئىلمان سۇ بىلەن (ئېقىۋاتقان سۇ) تېرە ۋە چاچ يۇيۇلىدۇ.

3) كۆزگە كىرىپ كەتكەن زەھەرلىك ماددىلارنى چىقىرىۋېتىش: پاكىز سۇ بىلەن كۆزنى تولۇق، قايتا ـ قايتا چايقاپ يۇيۇش كېرەك.

4) يارا ئېغىزىدىكى زەھەرلىك ماددىلارنى تازىلاش: مەسىلەن: زەھەرلىك يىلان چېقىۋالغاندا زەخمىدىن قان قويۇۋېتىش قاتارلىقلار.

4. سۈمۈرۈلۈپ بولغان زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش:

1) سۈيدۈك ھەيدەش: ۋېنىدىن سۈيۇقلۇق بېرىش سۈيدۈك مىقدارىنى كۆپەيتىپ زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئاز ساندىكى زەھەرلىك ماددىلار مەسىلەن: فېنو باربىتال ناترىي (苯巴比妥钠) سالىتسىلىك كىسلاتا (水扬酸)، ئامفېتامىن (苯丙胺) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە رولى نىسبەتەن كۈچلۈك بولغان سۈيدۈك ھەيدەش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئەمما قىسقا ۋە ئوتتۇراھال ئۈنۈملۈك فېنتوئىن ناترىي (苯妥英钠)، باربىتاللار (巴比妥类) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە زەھەرنىڭ چىقىرىلىشىنى تېزلىتىشكە بولمايدۇ.

ئۇندىن باشقا سۈيدۈكنىڭ pH قىممىتىنى ئۆزگەرتىش (كىسلاتالاشتۇرۇش ياكى ئىشقارلاشتۇرۇش) ئارقىلىقمۇ بىر قىسىم زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرگىلى بولىدۇ. سۈيدۈك ھەيدەشنىڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىكلىرى كالىي تۆۋەنلەش، كالتسىي تۆۋەنلەش قاتارلىقلار، ئەڭ ئېغىرى ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىدۇر.

2) ئوكسىگېن پۈرىتىش: كاربون چالا ئوكسىدتىن زەھەرلەنگەندە ئوكسىگېن پۈرىتىلسا كاربون چالا ئوكسىدنىك چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرگىلى بولىدۇ، يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېننىك رولى تېخىمۇ ياخشى بولىدۇ.

3) دىئالىزلاپ داۋالاش (透析) شارائىتى بار دوختۇرخانىلاردا زەھەرلىنىپ 12 سائەت ئىچىدە زەھەرلەنگۈچىلەرنى دىئالىزلاپ داۋالاش داۋالاشنىك ئۇنۇمىنى كۆرۈنەرلىك ئاشۇرىدۇ. ئەمما ئادەم بەدىنىدە ئەسلىگە قايتقۇسىز ئۆزگىرىشلەرنى پەيدا قىلغۇچى سىئانىد بىرىكمىلىرى (氰化物) ۋە خولىنېستېرازا (胆碱酯酶) نى تورمۇزلىغۇچى دورىلاردىن زەھەرلەنگەندە دىئالىز قىلىشنىك ئۇنۇمى ياخشى ئەمەس. ئۇندىن باشقا، ئورگانىك فوسفات دېھقانچىلىق دورىلىرى، قىسقا ئۇنۇملۇك باربىتاللار، گلوتېتىمىد (导眠能) قاتارلىق دورىلارنىڭ ياغ ئېرىشچانلىق خۇسۇسىيىتى كۆچلۈك بولۇپ، دىئالىز قىلىشنىڭ رولى چوڭ بولمايدۇ.

5. كېسەل ئالامەتلىرىگە نىسبەتەن داۋالاش:

ئۆتكۈر زەھەرلەنگۈچىلەرگە نىسبەتەن ئالامەتكە قاراپ داۋالاش ئىنتايىن مۇھىم، بولۇپمۇ ئالاھىدە زەھەرسىزلەندۈرۈش ئۇسۇلى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا.

1) زەھەرلەنگۈچىلەرنىڭ ھاياتلىق بەدەن ئالامەتلىرىنى كۆزىتىشنى كۈچەيتىش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىنى ۋە قان بېسىمنىڭ نورماللىقىنى ساقلاش كېرەك. مېڭىدە سۈلۈق ئىششىق بولسا ماننىتول (甘露醇)، دېكسامېتازون (地塞米松) لارنى ئىشلىتىپ سۈسىزلاندۇرۇش، فېنوباربىتال ناترىي (苯巴比妥钠)، دىئازېپام (安定) قاتارلىقلارنى ئىشلەتمەي تارتىشىپ قېلىشنى كونترول قىلىش كېرەك.

2) سۇ، ئېلېكترولىتلار ۋە كىسلاتا، ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش لازىم.

3) ئۆتكۈر زەھەرلىنىش باشقا كېسەللىكلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. مەسىلەن: ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرى قاتارلىقلار، شۇڭلاشقا ئالاھىدە دىققەت قىلىش ۋە ئاكتىپ بىر تەرەپ قىلىش كېرەك.

§2. ئۆتكۈر كۆمۈر گازىدىن زەھەرلىنىش
(急性一氧化炭中毒)

كاربون چالا ئوكسىد (CO) كۆمۈر گازى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. بۇ بىر خىل رەڭسىز، پۇراقسىز، غىدىقلىمايدىغان گاز، ھاۋادىن يېنىك، ئاسان تارقىلىدۇ. ھاۋا تەركىبىدە ئادەمنى ئۆلتۈرەلەيدىغان قويۇقلۇقتا يېتەلەيدۇ. ئەمما ئاسانلىقچە سېزىلمەيدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

كۆمۈر گاز تۈرۈبىسىدىن گاز قېچىش، مەشكە ئوت قالاش، ماشىنىلارنىڭ چىقارغان

ئىسى، ئوت هادىسلىرى، كۆمۈر كانلىرىدا گاز پارتلاش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسىدە (CO) ھاسىل بولۇپ نەق مەيداندىكى ئادەمنى زەھەرلەندۈرۈشى مۇمكىن. CO ئورگانىزمغا سۈمۈرۈلگەندىن كېيىن، قان قىزىل ئاقسىلى (Hb) بىلەن بىرىكىپ، تۇراقلىق بولغان كاربونلاش-قان قان قىزىل ئاقسىلى (HbCO) نى ھاسىل قىلىدۇ. CO بىلەن Hb نىڭ بىرىكىش كۈچى ئوكسىگېن (O_2) بىلەن Hb نىڭ بىرىكىش كۈچىدىن 240 ھەسسە كۈچلۈك، ئاجرىلىشى 3600 ھەسسە ئاستا، شۇڭا CO دىن زەھەرلەنگەندە ئاساسلىقى توقۇلما، ھۈجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يېتىشمەيدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئادەم قېنىدا نورمال ئەھۋال ئاستىدا HbCO نىڭ مىقدارى 5%～10% گىچە بولىدۇ.

1) ئۆتكۈر زەھەرلىنىش تۆۋەندىكىدەك ئۈچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ.

(1) يېنىك دەرىجىدە زەھەرلىنىش: HbCO نىڭ قويۇقلۇقى 10%～20% دىن يۇقىرى بولىدۇ، بىماردا باش ئاغرىش، باش قېيىش، كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، يۈرەك سېلىش ئالامەتلىرى بولىدۇ. كالپۇك شىللىق پەردىلىرى گىلاستەك قىزىدۇ. ھالسىزلىنىپ بىر نەرسىنى ئېنىق كۆرەلمەيدۇ. سېزىمى گاللىشىپ ئۈيقۇسىرايدۇ. ئەسلىدە تاجسىمان يۈرەك قان تومۇر كېسەللىكى بار بىمارلاردا يۈرەك سانجىقى قوزغىلىدۇ. ئادەتتە زەھەرلىنىش مۇھىتىدىن ئايرىلغان ۋە ساپ ھاۋادىن نەپەسلەنگەندە ياكى ئوكسىگېن بىلەن داۋالىغاندا يۇقىرىقى ئالامەتلەر دەرھاللا يوقايدۇ.

(2) ئوتتۇراھال دەرىجىدە زەھەرلىنىش: قاندىكى HbCO نىڭ قويۇقلۇقى 30%～40% دىن يۇقىرى بولىدۇ. بىماردا نەپەس قىيىنلىشىش، ھوشى خىرەلىشىش، جۆيلۈش، تارتىشىش، ھەرىسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئاغرىقا نىسبەتەن ئىنكاسى بولىدۇ. قارىچۇقىنىڭ نۇر رېفلېكسى ۋە مۇڭگۈز پەردە رېفلېكسى گال بولىدۇ. پەي رېفلېكسى ئاجىزلايدۇ. نەپەس، قان بېسىم ۋە يۈرەك رىتمىدا ئۆزگىرىش بولۇشى مۇمكىن. ئەگەر قۇتقۇزۇش ۋاقتىدا بولسا ئوكسىگېن بىلەن داۋالاش ئارقىلىق تولۇق ئەسلىگە كېلەلەيدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە زەھەرلىنىش: قاندىكى HbCO قويۇقلۇقى 50% دىن يۇقىرى بولىدۇ. بىماردا تېزلا تارتىشىش، ھوشسىزلىنىش، قېتىشىپ قېلىش، ھەر خىل رېفلېكسلىرى ئاجىزلىشىش ياكى يوقاش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. كۆپىنچە ئۆپكە، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس زەئىپلىشىش، ھەزىم يولى قاناش، شوك، ئېغىر ھالدا يۈرەك مۇسكۇلى زەرەرلىنىش، يۈرەك رىتمىسىزلىنىش، يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، مېڭە مەلۇم بۆلىكى زەرەرلىنىش، پىرامىدا سىستېمىسى (锥体系) ياكى پىرامىدا سىرتقى سىستېمىسى (锥体外系) زەرەرلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. مەركىزىي نېرۋا مەنبەلىك يۇقىرى قىزىتما بولىدۇ. بەدەننىڭ بېسىلغان ئورنىدىكى تېرە قىزىرىپ ئىششىيدۇ ياكى تاشما پەيدا بولىدۇ. ھەتتا بېسىلىشتىن مۇسكۇللارنىڭ نېكروزلىنىشى كېلىپ چىقىدۇ. ئۆتكۈر

بۆرەك كانالچىلىرى نېكروزلىنىش ۋە بۆرەك زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىدۇ.

ئېغىر دەرىجىدىكى بىمارلار قىسقىلا ۋاقىت ئىچىدە ئۆلۈپ كېتىدۇ. ھايات قالغانلىرىدا مۇ ئوخشىمىغان دەرىجىدە نېرۋا سىستېمىسى كېسەل ئاسارىتى قالىدۇ.

2) ئۆتكۈر CO دىن زەھەرلىنىشتىن كېچىكىپ پەيدا بولىدىغان مېڭە كېسىلى: بىر قىسىم ئۆتكۈر CO دىن زەھەرلەنگۈچى بىمارلاردا ئەس - ھوشىدىكى توسقۇنلۇق ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن 2～21 كۈن ئەتراپىدىكى «يالغان ساقىيىش دەۋرى» دە تۆۋەندىكى كلىنىك ئالامەتلەرنىڭ بىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن:

(1) ئەس - ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ئۇنتۇغاقلىق، دېۋەڭلىك ياكى مېڭە پوستلاق قەۋىتى فۇنكسىيەسىنى يوقىتىش ھالىتى قاتارلىقلار؛

(2) پرامىدا سىرتقى سىستېمىسى نېرۋىلىرى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: تىترەش - پالەچ يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى (چىرايى سۆرۈن، مۆچىلەرنىڭ مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى كۈچەيىپ كېتىش، تىنچلىقتا تىترەش، ئېتىلىپ قەدەم ئېلىش)؛

(3) پرامىدا سىستېمىسى نېرۋىلىرى زەرەرلىنىش: يارتا پالەچلىك، پاتولوگىك رېفلېكسى مۇسپىي بولۇش ياكى سۈيدۈك تۇتالماسلىق؛

(4) چوڭ مېڭە پوستلاق ماددىسى مەلۇم بۆلىكىنىڭ فۇنكسىيەسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: سۆزلىيەلمەسلىك، كۆرەلمەسلىك، ئورنىدىن تۇرالماسلىق، ئىككىلەمچى سەرئى.

(5) ئەتراپ نېرۋ ياللۇغى، كۆرۈش نېرۋا ياللۇغى، باش نېرۋ پالىچى

3. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

1) قاندىن HbCO مىقدارىنى ئۆلچەش:

(1) ئىشقار قوشۇش ئۇسۇلى: بىمارنىڭ قېنىدىن 1～2 تامچىنى 3ml～4ml دېستىللەنگەن سۇدا ئېرىتىپ، ئۇنىڭغا 10% لىك ناترې ھىدروكسىد (氢氧化钠) دىن 1～2 تامچە تېمىتىپ ئارىلاشتۇرۇلىدۇ. HbCO يۇقىرىلىغان ئەھۋالدا سۇيۇقلۇقتا ئىشقار قوشۇلسا رەڭگىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ. يەنىلا قىزغۇچ قانىنىڭ رەڭگىدە بولىدۇ. نورمال قان خومىرەڭ يېشىل ھالەتكە ئۆزگىرىدۇ. بۇ تەجرىبىدە HbCO نىڭ قويۇقلۇقى 50% دىن يۇقىرى بولغاندا ئاندىن مۇسپىي نەتىجە چىقىدۇ.

(2) قاينىتىش ئۇسۇلى: بىمارنىڭ قېنىدىن 3～5 تامچە 10ml دېستىللەنگەن سۇغا تېمىتىلىپ قاينىتىلىدۇ، HbCO يۇقىرى بولسا يەنىلا قىزغۇچ رەڭدە بولىدۇ. نورمال قان قوڭۇر رەڭگە كىرىدۇ.

(3) بىمارنىڭ قېنىدىن 0.5ml فورمالىن (甲醛) ئېرىتمىسىدىن 1ml بىلەن ئارىلاشتۇرۇلىدۇ. HbCO يۇقىرى بولسا ئوچۇق قىزىل رەڭلىك نۆكچە ھاسىل بولىدۇ، نورمال قاندا قېنىق قوڭۇر رەڭلىك نۆكچە ھاسىل بولىدۇ.

2) ئېلېكترو ئېنسېفالوگراما (脑电图) ۋە CT ئاپپاراتىدا مېڭە ئۆزگىرىشى تەكشۈرۈ-

لىدۇ.

4. داۋالاش:

بىمارنى دەرھال زەھەرلەنگەن نەق مەيداندىن ساپ ھاۋا بار جايغا يۆتكەش، ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىنى ساقلاش، ئوكسىگېن بېرىش كېرەك.

1) ئاكتىپ ھالدا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۇزىتىش: يۇقىرى قويۇقلۇقتا ئوكسىگېن بېرىش كېرەك. شارائىت بولسا يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بۆلۈمىدە داۋالىنىدۇ، داۋالاش بېسىمى 0.2～0.3Kp بولۇپ، ھەر قېتىمدا بىر سائەت، كۈندە بىر قېتىم ئېلىپ بېرىلىدۇ. ئالاھىدە ئەھۋالدا كۈندە ئىككى قېتىم ئېلىپ بېرىشقىمۇ بولىدۇ. بىر داۋالاش كۇرسى 7～10 كۈنگىچە.

2) مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش: ئېغىر زەھەرلىنىشتە مېڭە سۇلۇق ئىششىقى 24～48 سائەت ئىچىدە يۇقىرى چەككە يېتىدۇ. 20% لىك مانىتول (甘露醇) بەدەن ئېغىرلىقى 0.5～1.0g/kg بويىچە ھېسابلىنىپ ۋېنادىن تېز سۇرئەتتە تامچىتىلىدۇ. كۈندە 2～4 قېتىمغىچە بېرىپ 2～3 كۈندىن كېيىن مېڭە ئىچ بېسىمى يۇقىرىلاش ئەھۋالى ياخشىلانسا ئازايتىشقا بولىدۇ. ئۇندىن باشقا دېكسامېتازون (地赛米松) دىن 10mg～30mg ياكى ھىدروكورتىزون (氢化考地松) دىن 200mg～400mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. يەنە فۇروزېمىد (速尿) دىن 10mg～20mg نى ئوكۇل قىلىپ سۇسىزلاندۇرۇشنى كۈچەيتىشكە بولىدۇ.

3) مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ماددا ئالمىشىشىنى كۈچەيتىش: ئېنېرگىيە بېرىكمە دورىسى (能量合剂) ئىشلىتىلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلاردىن ستوخروم (细胞色素C)، B، C تۇرىدىكى ۋىتامىن، ستىكولىن (胞二磷胆碱) قاتارلىقلار بولۇپ، گلۇكوزا سۇيىگە قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

4) ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: تارتىشىپ قالغانلارغا دىئازېپام (安定) ھەر قېتىم 10mg～20mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. يۇقىرى قىزىتما ياكى ھوشىدىن كەتكەنلەرگە فىزىكىلىق تېمپېراتۇرا چۈشۈرۈلىدۇ. نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقى ساقلىنىپ نەپەس زەئىپلەشكۈچىلەر سۇنئىي نەپەسلەندۇرۇلىدۇ. ئۇندىن باشقا، سۇ، ئېلېكتىرولىت، كىسلاتا ـ ئىشقار لارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى ساقلىنىدۇ.

5) ئۆتكۇر CO دىن زەھەرلىنىشتىن كېيىنكىپ كۆرۈلىدىغان مېڭە كېسىلىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاشتا ئاساسلىقى يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاشقا تايىنىلىدۇ. بۇرۇنراق گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素)، ئەركىن ئوكسىگېن يوقاتقۇچى (氧自由基清除剂)، مېڭە ھۈجەيرە ئوزۇقلۇق دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ.

§ 3 . كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلاردىن زەھەرلىنىش

1. ئىسپىرتتىن زەھەرلىنىش.

ئۆتكۈر ئىسپىرتتىن زەھەرلىنىش ئادەتتىن كۆپ هاراق ئىچىشتىن كېلىپ چىقىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى: ئاساسلىقى مەركىزى نېرۋا سىستېمىسى تورمۇزلىنىش، نەپەس، قان تومۇر هەرىكەت مەركىزي پالەچلىنىش ئالامەتلىرى بولۇپ تۆۋەندىكى باسقۇچلارغا بۆلىنىدۇ.

(1) روهلىنىش باسقۇچى: بىمارنىڭ بېشى قايىدۇ. كۆز بىرىكتۈرگۈچى پەردىسىگە قان تولىدۇ. چىرايى قىزىرىدۇ ياكى تاتىرىدۇ، سۆزمەن كېلىدۇ، هەرىكىتى قوپال بولىدۇ، هاياجانلىنىدۇ.

(2) هەرىكەت تەڭكەشلىكى بۇزۇلۇش باسقۇچى: هەرىكىتى قالايمىقان، قەدەملىرى ئېگىز- پەس، گەپ سۆزلىرى ئېنىق ئەمەس، ئەمما كۆپ بولىدۇ.

(3) بېھۇش ئۇخلاش باسقۇچى: بېھۇش ئۇخلاش هالىتىدە بولۇپ كالپۇكى كۆكىرىدۇ. پۇت - قوللىرى مۇزلاپ نەپەس ئاستىلايدۇ، قان بېسىمى تۆۋەنلەپ يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ شوك هالىتىدە بولىدۇ، تارتىشىدۇ، هوشسىزلىنىدۇ، قارىچۇقى كېڭىيىدۇ. بۇنداق ئەهۋالدا قۇسۇق ئاسانلا نەپەس يولىغا كىرىپ كېتىپ يۇقۇملىنىش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى پەيدا قىلىدۇ.

2) داۋالاش: كېسەل ئەهۋالىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكىگە قاراپ داۋالىنىدۇ.

(1) يېنىك تىپتىكىلىرىنى ئالاهىدە داۋالاش هاجەتسىز.

(2) زەهەرنى يوقىتىش: هوشى بارلىرىنى دەرهال قۇستۇرۇش كېرەك، 1% لىك ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) بىلەن ئاشقازان يۇيۇشقا بولىدۇ.

(3) نالوكسون (纳洛酮) نىڭ ئىشلىتىلىشى: روهلىنىش باسقۇچىدا 0.4mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. هەرىكەت تەڭكەشلىكى بۇزۇلۇش باسقۇچىدا 0.4mg～0.8mg مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. بېھۇش ئۇخلاش باسقۇچىدا 0.8mg～1.2mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. كېسەل ئەهۋالىغا قاراپ هوشىغا كەلگۈچە يېرىم سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلاشقا ياكى ۋېنادىن تامچىلىتىشقا بولىدۇ.

(4) ئىسپىرتنىڭ ئوكسىدلىنىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش: ① 25% لىك گلۇكوزدىن 100ml غا ئىنسۇلىندىن 10～20 بىرلىك قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ② ۋىتامىن B_6 دىن 100mg، ۋىتامىن B_1 دىن 100mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ③ نىكوتىن كىسلاتاسى (烟酸) دىن 100mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(5) ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنى داۋالاش، نەپەس فۇنكسىيىسىنى ساقلاش، شوكنى تۈزىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

2. ئۆتكۈر تىنچلاندۇرغۇچى ۋە ئۇيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش.

تىنچلاندۇرۇش، ئۇيقۇ دورىلىرى مەركىزي نېرۋا سىستېمىسىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار بولۇپ ئىچىش مىقدارى كۆپ بولۇپ كەتسە بىر قاتار مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى كلىنىكىلىق ئالامەتلىرىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، ھەتتا ئۆلۈمنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە ئۆلۈمۋالغۇچىلاردا كۆرۈلىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) نېرۋا سىستېمىسى: يېنىكلىرىدە باش ئاغرىش، ئۇيقۇسىراش، روھىي ھالىتى تۆتۈق بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بەزىدە تىنچسىزلىنىش، ھەرىكەت تەڭگەشلىكى بۇزۇلۇش بولىدۇ. ئېغىرراقلىرى ھوشسىزلىنىدۇ، دەسلەپكى باسقۇچتا قارىچۇقى كىچىكلەيدۇ، ئاخىرقى باسقۇچتا كېڭىيىدۇ، دەسلەپكى باسقۇچتا مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى كۈچىيىدۇ، ئاخىرقى باسقۇچتا تۆۋەنلەپ ھەر خىل فىزىئولوگىيىلىك پەي رېفلېكسلىرى يوقايدۇ. خلورپرومازىن (氯丙嗪) دىن زەھەرلەنگەندە پرامىدا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ تارتىشىش - پالەچلىنىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ.

(2) نەپەس سىستېمىسى: يېنىكلىرىدە نەپەس ئاستىلايدۇ. ئېغىرلىرىدا نەپەس تېيىز، ئاجىز، تەرتىپسىز، ئاستا بولىدۇ. ھەتتا نەپەس زەئىپلىشىپ ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(3) قان ئايلىنىش سىستېمىسى: ئېغىر بولغان ئۇيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلەنگۈچىلەردە قان تومۇر ھەرىكەت نېرۋا مەركىزى تورمۇزلانغاچقا يۈرەك سوقۇشى تېزلەپ تومۇر سوقۇشى ئاجىز بولىدۇ. مۇچىلىرى مۇزلاپ سۈيدۈك ئازىيىپ قان بېسىمى تۆۋەنلەپ قان ئايلىنىش سىستېمىسى زەئىپلىشىدۇ.

(4) باشقا زەھەرلىنىش: جىگەر زەھەرلەنگەندە سېرىقلىق چىقىدۇ. جىگەر يوغىناپ، فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىشىدۇ. بۆرەك زەھەرلەنگەندە سۈيدۈك ئازلاپ، فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىشىدۇ. ئىلىك تورمۇزلىنىپ ئاق قان دانچىلىرى ئازىيىدۇ.

2) داۋالاش:

(1) دەرھال ئاشقازان يۇيۇش: 5000 : 1 مارگانسوپ ياكى ئىلمان سۇ بىلەن ئاشقازان يۇيۇلىدۇ. 10000ml ئەتراپىدا سۈيۇقلۇق ئىشلىتىلىدۇ.

(2) ئوكسىگېن پۈرىتىلىپ نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقى ساقلىنىدۇ، نەپەس زەئىپلەشكۈچىلەر دەرھال سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈلىدۇ.

(3) ۋېنادىن سۈيۇقلۇق بېرىش: زەھەرلەنگۈچىنىڭ ئېنېرگىيە، ۋىتامىن، سۇ، ئېلېكترولىتلار بىلەن تەمىنلىنىشى ۋە تەڭپۇڭلۇقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ. مۇۋاپىق مىقدارىدا سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىپ زەھەرنىڭ چىقىرىلىشى تېزلىتىلىدۇ.

(4) ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش: باربىتال (巴比妥) تېپىدىكى ئۇيقۇ دورىلىرىنىڭ بۆرەكتىن چىقىرىلىشىغا پايدىلىق بولۇپ، 4%～5% لىك ناترىي بىكاربوناتنىن 100ml～200ml ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(5) مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنى غىدىقلىغۇچى دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشى:

① مېگىمىد (美解眼) 50gm～100mg گلۇكوزا سۇيىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ.

② كورومىن (可拉明) ياكى لوبېلىن (洛贝林) قاتارلىقلار كۆپىنچە نەپەس فۇنكسىيىسى ئاجىزلاشقان، زەئىپلەشكەن بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ.

(6) قان بېسىم تۆۋەنلەپ، قان ئايلىنىش زەئىپلەشكۈچىلەرگە قان سىغىمچانلىقىغا كاپالەتلىك قىلغان ئاساستا قان بېسىمنى ئۆرلىتىش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ھوشسىزلانغان ياكى تارتىشۋاتقان بىمارلارغا سۇسلاندۇرۇش دورىلىرى ئىشلىتىش كېرەك.

3. ئۆتكۈر ناركوز، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش.

ناركوز، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى مورفىن (吗啡)، كودېيىن (可待因)، دولانتىن (丁冷度)، خروئىن، ئەپيۇن قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۇچ بىرىكمە ئالامەتنى يەنى تۆۋەن ھاۋا ئالمىشىش، مەركىزىي نېرۋا تورمۇزلىنىش ۋە قارىچۇق كىچىكلەش ئالامىتىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

(1) نېرۋا سىستېمىسى: باش ئاغرىيدۇ، قايىدۇ، ئۇيقۇسىرايدۇ، تىنچسىزلىنىدۇ، تارتىشىدۇ. قارىچۇقى كىچىكلەيدۇ، ياچاقتەك غادىيىش ئالامىتى كۆرۈلىدۇ.

(2) نەپەس سىستېمىسى: نەپەس ئاستىلايدۇ، ئادەتتە مىنۇتىغا 15 قېتىمدىن ئاز بولىدۇ، ھەتتا 1～2 قېتىمغا چۈشۈپ قالىدۇ، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى كۆرۈلىدۇ.

(3) باشقا ئالامەتلەر: تاتىرىدۇ، تەرلەيدۇ، كۆكىرىدۇ، قۇسىدۇ، سىيىشى قىيىنلىشىدۇ، قان بېسىم تۆۋەنلەپ ئېغىرلىرىدا شوك كۆرۈلىدۇ. زەھەر چەككۈچىلەرنىڭ بەدىنىدە يىڭنە ئىزى بولىدۇ.

(4) تەجرىبىخانىدا تەكشۈرۈش: ئاشقازان سۇيۇقلۇقى ۋە سۇيدۇكتىن زەھەرنى تەكشۈرۈشكە بولىدۇ.

2) داۋالاش:

(1) ئېغىزىدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنى دەرھال قۇستۇرۇش، ئاشقازان يۇيۇش، ئىچ سۈرگۈزۈش كېرەك.

(2) ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورا: نالوكسون (纳洛酮) مورفىنىنىڭ ئالاھىدە يەكلىگۈچى دورىسىدۇر. ئۇ مورفىننىڭ رولىنى ئۆزۈپ تاشلاپ زەھەرلىنىش ئالامەتلىرىنى يوقىتىدۇ. ئىشلىتىش ئۇسۇلى: باشتا 2mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ،

ئۇنۇمى كۆرۈلگەندىن كېيىن دەسلەپكى مىقدارنىڭ 2/3 سى بېرىلىدۇ. ئەگەر نەپەس تورمۇزلىنىش بولسا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشكە تەييارلىنىش بىلەن بىرگە 4mg ئىشلىتىلىدۇ. ھەر 20～60 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. ئومۇمىي مىقدارى 10mg غا يەتكىچە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۇنۇمى كۆرۈلگەندىن كېيىن 4mg نالوكسون 500ml سۈيۇقلۇققا قوشۇلۇپ تاكى ھوشىغا كەلگىچىلىك ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئەگەر نالوكسون ئىشلىتىش جەريانىدا بىمارداماڭقىسى ئېقىش، ئەسنەش، ياشاڭغىراش، قارىچۇقى كېڭىيىش، تەرلەش، ئىچ سۈرۈش، تومۇر سوقۇشى تېزلەپ قان بېسىم ئۆرلەش، تىنچسىزلىنىش، تۇكلىرى تىك تۇرۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە، ئىشلىتىشنى دەرھال توختىتىش، يۇقىرىقى ئالامەتلەر يوقىغاندىن كېيىن دەسلەپكى مىقدارنىڭ يېرىمىنى داۋاملىق ئىشلىتىش كېرەك.

(3) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، سۈيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكنى تۇزىتىش، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش قاتارلىقلار.

4. ئۆتكۈر نىترات تۇزلىرى ۋە نىتراتلاردىن زەھەرلىنىش.

كۆپىنچە تەركىبىدە نىترات كىسلاتا تۇزلىرى (硝酸盐) ۋە نىترىتلار (نىتروئۇس كىسلاتا تۇزلىرى) (亚硝酸盐) بولغان يېمەكلىك، سۇلارنى ئىستېمال قىلىشتىن زەھەرلىنىدۇ. نىترىتلار ھەزىم يولى ئارقىلىق قان ئايلىنىشقا كىرگەندىن كېيىن، قان قىزىل ئاقسىلى (ئىككى ۋالېنتلىق تومۇر) نى ئوكسىدلاپ، يۇقىرى ۋالېنتلىق (ئۈچ ۋالېنتلىق) تومۇر قان قىزىل ئاقسىلىغا ئايلاندۇرۇپ، قىزىل قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئوكسىگېن ئېلىپ يۈرۈش ئىقتىدارىنى يوقىتىۋېتىدۇ. بۇنىڭ بىلەن پۈتۈن بەدەندىكى توقۇلما، ھۈجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يېتىشمەيدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېنىك دەرىجىدە زەھەرلىنىشتە كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش كۆرۈلىدۇ، كۆكىرىدۇ. ئۈتتۈراھال دەرىجىدە زەھەرلىنىشتە باش ئاغرىش، قېيىش، قورساق ئاغرىش، كۆپۈش، ھوشسىزلىنىش، تىنچسىزلىنىش، نەپەس قىستاش، كۆكىرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۇر قان قىزىل ئاقسىلى 30% دىن ئېشىپ كېتىدۇ. ئېغىر دەرىجىدە زەھەرلىنىشتە بىمار ھوشسىزلىنىدۇ، تارتىشىدۇ، شوك كۆرۈلىدۇ. يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۇر قىزىل قان ئاقسىلى 70% دىن يۇقىرى بولغان بىمار كۆپىنچە ئۆلۈپ كېتىدۇ. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشتە ئاشقازان سۈيۇقلۇقىدىن نىترىتلارنى تەكشۈرۈپ چىقىلى بولىدۇ. قاندا يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۇر قىزىل قان ئاقسىلى يۇقىرىلايدۇ.

2) داۋالاش:

(1) قۇستۇرۇلىدۇ، ئاكتىپلانغان كۆمۈر (活性碳) يېگۈزۈلىدۇ، ئاشقازان يۇيۇلىدۇ، ئىچ سۈرىدۇرۇلىدۇ.

(2) ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىسى: 1% لىك مېتىلىن

كۆكى (美蓝) دىن 6～12ml (1ml～2mg/kg)، 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 20ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا 1～3 سائەتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ. كۆنلۈك ئومۇمىي مىقدارى 260mg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. ئاز مىقداردىكى مېتىلىن كۆكى (ھەر قېتىم 1～2mg/kg) يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۇر قان قىزىل ئاقسىلىنى نورمال قان قىزىل ئاقسىلىغا ئايلاندۇرالايدۇ، كۆپ مىقداردىكى مېتىلىن كۆكىنىڭ رولى دەل ئەكسىچە بولىدۇ.

(3) ۋىتامىن C دىن 5.0g گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: ئوكسىگېن پۈرىتىش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكىنى داۋالاش قاتارلىقلار.

§ 4. كۆپ ئۇچرايدىغان دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش

1. ئورگانىك فوسفور دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش (有机磷中毒).

كۆپىنچە ئورگانىك فوسفور ئىشلەپچىقىرىش ۋە ھاشارەت يوقىتىش مەشغۇلاتى ئېلىپ بېرىش جەريانىدا زەھەرلىنىدۇ. كلىنىكىدا ئۆزىنى ئۆلتۈرۈۋالغۇچىلار ياكى بىلمەي خاتا ئىچىپ قويغۇچىلارمۇ ئۇچرايدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) مۇسكارىن (毒蕈碱) خاراكتېرىدىكى ئالامەت: ئاساسلىقى پاراسىمپاتىك نېرۋا (副交感神经) ئۇچلىرى غىدىقلىنىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. سىلىق مۇسكۇل سپازمىسى ۋە بەزلەرنىڭ ئاجرالمىلىرى كۆپىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر نىسبەتەن بالدۇر كۆرۈلىدۇ. كلىنىكىلىق ئالامەتلىرى كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق ئاغرىش، تەرلەش، ياشاڭغىراش، شۆلگەي، ماڭقىسى ئېقىش، ئىچ سۇرۇش، سۇيدۇك قېتىم سانى كۆپىيىش، چوڭ ـ كىچىك تەرەتنى تۇتالماسلىق، يۈرەك سوقۇشى ئاستىلاش، قارىچۇقى كىچىكلەش، يۆتىلىش، نەپەس قىستاش ۋە ئېغىر بولغان ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى كۆرۈلۈش قاتارلىقلار.

(2) نىكوتىن (烟碱) خاراكتېرىدىكى ئالامەت: پۈتۈن بەدەن قىسىلىۋاتقاندەك، بېسىلىۋاتقاندەك سېزىم بولىدۇ. مۇسكۇل تالالىرى تىترەپ، مۇسكۇللار قىسقىراپ تارتىشىدۇ، مۇسكۇل كۈچسىز ھەتتا پالەچ بولىدۇ. نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرى پالەچلىنىشتىن نەپەس زەئىپلىشىدۇ. قان بېسىم يۇقىرىلاپ يۈرەك سوقۇشى تېزلەيدۇ، ھەتتا يۈرەك رېتمى تەرتىپسىزلىشىدۇ.

(3) مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى: دەسلەپكى باسقۇچتا باش قېيىش، ئاغرىش، ھالسىزلىنىش بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا ھەرىكەت تەرەڭلىكى بۇزۇلۇش، تىنچسىزلى-

نىش، جۆيلۇش، تارتىشىش ۋە ھوشسىزلىنىش كېلىپ چىقىدۇ. نەپەسلىنىش مەركىزى تورمۇزلىنىشتىن نەپەس زەئىپلىشىدۇ، ھەتتا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(4) يەرلىك ئورۇن زەرەرلىنىش: دورا تېگىشكەن تېرىدە زىيادە سەزگۈرلۈك تېرە ياللۇغى، قاپارتما پەيدا بولىدۇ، تېرە تاشلايدۇ. كۆزگە كىرىپ كەتكەندە بىرىكتۈرگۈچى پەردىگە قان تولىدۇ، قارىچۇقى كىچىكلەيدۇ.

(5) ئېغىر زەھەرلەنگۈچىلەردە ئىچكى ئەزالارنىڭ فۇنكسىيىسى بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرايدۇ. يەنى زەھەرلىنىشلىك يۇرەك مۇسكۇل ياللۇغى، يۇرەك رىتمى تەرتىپسىزلىنىش، يۇرەك زەئىپلىشىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس زەئىپلىشىش، يۇرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش قاتارلىقلار كېلىپ چىقىدۇ.

2) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

قاندىن خولېستېرازا ئاكتىپچانلىقىنى (胆碱酯酶活力) تەكشۈرۈش ۋە سۈيدۇكتىن ئورگانىك فوسفورنىڭ پارچىلانغان مەھسۇلاتلىرىنى تەكشۈرۈشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە خولېنېستېرازا ئاكتىپچانلىقىنى تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى ئۇچ دەرىجىگە بۆلۈشكە بولىدۇ.

(1) يېنىك دەرىجىدە زەھەرلىنىش: مۇسكارىن خاراكتېرىدىكى ئالامەتلەرنى ئاساس قىلىدۇ، خولېنېستېرازا ئاكتىپچانلىقى 70%～50% بولىدۇ.

(2) ئوتتۇراھال دەرىجىدە زەھەرلىنىش: مۇسكارىن خاراكتېرىدىكى ئالامەتلەردىن باشقا يەنە نىكوتىن خاراكتېرلىك ئالامەتلەرمۇ بولىدۇ. قاندىكى خولېستېرازا ئاكتىپچانلىقى 30～50% گىچە بولىدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە زەھەرلىنىش: يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا ھوشسىزلىنىش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس پالەچلىنىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كېلىدۇ. خولېنېستېرازا ئاكتىپچانلىقى 30% دىن تۆۋەن بولىدۇ.

4) داۋالاش:

(1) دەرھال زەھەرلىك ماددىلارنى چىقىرىپ تاشلاش: تېرىسىدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنىڭ كىيىمىنى سالدۇرۇۋېتىپ بولغاندىن كېيىن چاچ، تىرناقلارنى سوپۇن سۈيى ۋە سۇ بىلەن تولۇق يۇيۇش كېرەك. كۆزدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنىڭ كۆزى 2% لىك ناترىي بىكاربونات ياكى فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيى (0.9% ناترىي خلور سۈيى) بىلەن چايقاپ يۇيۇلىدۇ، ئېغىزدىن زەھەرلەنگۈچىلەر بولسا سۇ، فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيى. 2% لىك ناترىي بىكاربونات (دېپتېرېكس (敌百虫) دىن زەھەرلەنگەنلەرگە ئىشلىتىش مەنئى قىلىنىدۇ) ئىشلىتىلىپ قايتا ـ قايتا ئاشقازان يۇيۇلىدۇ.

(2) زەھەرنىڭ تەندىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش: سۈيۇقلۇق تولۇقلاش، سۈيـ

دۇك ھەيدەش، ئىچ سۇرگۈزۈش قاتارلىقلار.

(3) زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىش: خولېستېرازىنپىنى جانلاندۇرغۇچى دورىلار (抗胆碱酯酶复活剂) ۋە خولىنىغا قارشى دورىلار (抗胆碱药) بىرلەشتۈرۈلۈپ ئىشلىتىلىدۇ. خولېنىپستېرازىنى جانلاندۇرۇش ۋە كېسەللىك ئالامەتلىرىنى يوقىتىش ئۈچۈن خولېنىپستېرازا رولىنى ئەسلىگە كەلتۈرگۈچى دورىلاردىن پرالىدوكسىم يودىد (解磷定) ياكى پرالىدوكسىم مېتىلخلورىد (氯磷定) ئىشلىتىلىدۇ. پرالىدوكسىم مېتوخلورىد زەھەرلىنىشنىڭ دەرىجىسىگە قاراپ ئىشلىتىلىدۇ. يېنىك بىمارلارغا 0.5g مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بولىدۇ. ئوتتۇراھال زەھەرلەنگۈچىلەرگە 0.75g～10g مۇسكۇل ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا قايتىلىنىدۇ. ئېغىر زەھەرلەنگۈچىلەرگە 1.5g～2.0g مۇسكۇل ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەھۋالغا قاراپ ھەر 1～4 سائەتتە بىر قېتىم قايتىلاشقا بولىدۇ. ئەمما كۈنلۈك ئومۇمىي مىقدارى 10g دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. پرالىدوكسىم يودىد ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىراق ئەكس تەسىرى نىسبەتەن كۆپ بولغاچقا كۆپىنچە پرالوكسىم مېتىل خلورىد ئىشلىتىلىدۇ. ھەر ئىككى خىل دورىنىڭ سۈيدۈكتىن چىقىرىلىشى نىسبەتەن تېز بولغاچقا تۈنجى مىقدارىنىڭ ئۈنۈمىگە ئاساسەن قايتىلاپ ئىشلىتىشكە توغرا كېلىدۇ. بولۇپمۇ ئالدىنقى ئۈچ كۈندە چوقۇم بالدۇر، تولۇق دورا ئىشلىتىش كېرەك. خولىنىپستېرازانىڭ 40%～60% كە يەتكەندە دورىنى توختىتىشقا بولىدۇ.

كېسەللىك ئالامەتلىرىنى يوقىتىش ئۈچۈن خولىنىغا قارشى دورىلارنى بۇرۇنراق ئىشلەتكەن ياخشى، ئاتروپىن (阿托品)، ئانىزودامىن (山莨菪碱) قاتارلىقلارنىڭ ئەتراپ نېرۋىلاردىكى كېسەللىك ئالامەتلىرىگە رولى نىسبەتەن ياخشى. ئاتروپىن يېنىكلىرەك 1mg～3mg تېرە ئاستىغا ياكى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. 1～4 سائەتتە قايتىلىنىدۇ. ئوتتۇراھالىرىغا 3mg～5mg مۇسكۇلغا ياكى ۋېناغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ھەر 30 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. ئېغىرلىرىغا 10mg～15mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ھەر 5～10 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. كېسەللىك ئالامەتلىرى ياخشىلانغان ياكى «ئاتروپىنلىشىش» ئالامەتلىرى (چانقى كېڭىيىش، ئېغىزى قۇرۇش، تېرە قۇرغاقلىشىش، چىرايى قىزىرىش، ئۆپكىدىكى ھۆل خىرىپ تاۋۇشى يوقاش ۋە يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىش قاتارلىقلار) كۆرۈلگەن ھامان مىقدارىنى تەدرىجىي ئازايتىش كېرەك.

ئۇندىن باشقا مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرىگە نىسبەتەن خولىنىغا قارشى دورىلاردىن سكوپولامىن (东莨菪碱) قاتارلىقلار بار. يېقىندىن بېرى خولېنىپستېرازانى جانلاندۇرۇش دورىلىرى ۋە خولىنىغا قارشى دورىلاردىن بىرلەشتۈرۈپ ياسالغان بىرىكمە دورىلار كلىنىكىدا ئىشلىتىلىپ ناھايىتى ياخشى ئۈنۈمگە ئېرىشىۋاتىدۇ.

(4) پۇتۇن بەدەننى قوللاپ داۋالاش:

① بىمارنى يېتىپ ئارام ئالدۇرۇش، مەخسۇس كۈتۈش، ھاياتلىق ئالامەتلىرىنى كۈزىتىش؛

② ئېغىر بىمارلارنى ئالاھىدە كۈتۈش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىنى ساقلاش، ئوزۇقلۇق ۋە سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا- ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش؛

③ مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش ئۈچۈن سۇسىزلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش؛

④ نەپەس، قان ئايلىنىش، يۈرەك، بۆرەك قاتارلىق ئەزالارنىڭ زەئىپلىشىشىنى بۇرۇن بايقاش، ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش.

2. ئورگانىك ئازوت تۇرىدىكى هاشارات ئۆلتۈرۈش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش (有机氮类杀虫剂中毒).

بۇ تۇردىكى دورىلارنى ئىشلەپچىقىرىش ۋە ئىشلىتىش جەريانىدا زەھەرلىنىدۇ، ئۆزىنى ئۆلتۈرۈۋالغۇچىلار ۋە بىلمەي خاتا ئىچىپ قويغۇچىلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ. گالىتسىرون (杀虫脒) نۆۋەتتە ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان بۇ تۇردىكى هاشارات ئۆلتۈرۈش دورىسىدۇر.

1) كېسەللىك ئىپادىسى:

كۆپ ئەزا، سىستېمىلارنىڭ زەھەرلىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا كلىنىكىلىق ئىپادىسىمۇ كۆپ خىل، بىراق مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى ۋە تېرە، شىللىق پەردىلەردىكى ئالامىتى تېخىمۇ ئېنىق ئالاھىدىلىككە ئىگە. يەنى ئۇيقۇسىرايدۇ، باش ئاغرىپ قايىدۇ، مۆچىلەر ئۇيۇشىدۇ، مۇسكۇل ئاغرىيدۇ، ئېغىر-لىرى بىھۇش ئۇخلايدۇ ياكى هوشسىزلىنىدۇ. سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىدا سۈيدۈك قىسىتاش، قېتىم سانى كۆپىيىش، سۈيدۈك ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. قانلىق سۈيدۈك، ئاقسىللىق سۈيدۈك كۆرۈلىدۇ. بىر قىسىم بىمارلاردا كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ، بەزىدە بۆرەك، جىگەر فۇنكسىيىسىدە نورمالسىزلىق بولىدۇ. ئاز قىسىم بىمارلاردا تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى، قان بېسىم تۆۋەنلەش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، يۈرەك مۇسكۇل زەھەرلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

(1) زەھەر مەنبەئى بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى؛

(2) تىپىك بولغان ئۇيقۇسىراش، كۆكىرىش، قان سېيىش قاتارلىق كلىنىكىلىق ئالامەتلىرى؛

(3) ئېغىزدىن زەھەرلەنگۈچىلەردە ئاشقازان سۇيۇقلۇقىدىن ۋە سۈيدۈكتىن زەھەرلىك ماددىلارنى، سۈيدۈكتىن ئۇنىڭ پارچىلانغان مەھسۇلاتلىرىنى تەكشۈرۈپ چىقىش؛

(4) باشقا قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر: سۈيدۈك رايىدىن ئاق، قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى، ئاقسىل چىقىش، قاندا يۇقىرى ۋالىنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى كۆپىيىش، جىگەر فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىنىش قاتارلىق؛

3) داۋالاش:

(1) بۇلغانغان كىيىمنى سالدۇرۇۋېتىش، پاكىز سۇ ياكى سوپۇن سۈيى بىلەن بۇلغانغان تېرىنى تولۇق يۇيۇش، ئېغىزدىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە 2% لىك ناترىي بىكاربونات بىلەن ئاشقازان يۇيۇش كېرەك.

(2) سۈيۇقلۇق تولۇقلاش، سۈيدۈك ھەيدەش، ئىچ سۈردۈرۈش، شۇ ئارقىلىق زەھەرلىنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش كېرەك.

(3) ئېنېرگىيەنىڭ تەمىنلىنىشىگە كاپالەتلىك قىلىش، سۇ، ئېلېكتىرولىت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش كېرەك.

(4) ۋىتامىن C نى ۋېنادىن تامچىلىتىش، ئېغىر بىمارلارغا 1% لىك مېتىلىن كۆكىنى 1~2mg/kg بويىچە 50% لىك گلۇكوزدىن 40ml غا قوشۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، شۇنداقلا ۋىتامىن B_{12} ئىشلىتىپ مېتىلىن كۆكىنىڭ رولىنى كۈچەيتىش كېرەك.

(5) ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: مەسىلەن: ئەگىشىپ كەلگەن يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش، يۈرەك مۇسكۇلى، جىگەرنى كۆزىتىش، قوغداش، داۋالاش كېرەك.

§ 5 . چاشقان دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش

1. دېفاتسىندىن زەھەرلىنىش (敌鼠强中毒).

بىلمەي خاتا ئىچۈۋېلىش، ئۆلۈۋېلىش، زەھەرلەنگەن ھايۋاناتلارنى ئىستېمال قىلىش جەريانىدا زەھەرلىنىدۇ.

1) كېسەللىك ئالامىتى:

باشتا ھالسىزلىنىش، ئىشتىھاسى تۆتۈلۈش، قورساق ئاغرىش، ئىچ سۈرۈش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. شۇنىڭغا ئەگىشىپ بۇرۇن، چىش مىلىكى قاناش، تېرىگە سۆسۈن داغ چۈشۈش، چوڭ - كىچىك تەرەتتىن قان كېلىش، قان تۈكۈرۈش، جىنسىي يول قاناش، زەخمە قاناپ توختىماسلىق قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلىرى شوك بولۇپ قالىدۇ. بىمارىدا قان ئازلىق، قان ئۈيۈش فۇنكسىيىسى ئاجىزلىشىش كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

زەھەر بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى، بەدەندىكى قاناش ئالامەتلىرى ۋە تەجرىبىخانىدىكى تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

3) داۋالاش:

بىمار زەھەرلىنىپ ئۇچ كۈندىن كېيىن ئاشقازان يۇيۇش، ئىچ سۈردۈرۈش ھاجەتسىز.

(1) ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىسى: ۋىتامىن K_1دىن 100mg～200mg نى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. قاناش توختىغاندىن كېيىن 20mg～30mg كۈندە ئۇچ قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قانىنىڭ ئويۇش فۇنكسىيىسى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن يەنە 3～7 كۈن ئىشلىتىلىدۇ، ئەگەر بەك بۇرۇن توختىتىۋېتىلسە قاناش قايتا قوزغىلىشى مۇمكىن.

(2) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: يېتەرلىك مىقداردا ۋىتامىن C ۋە مۇۋاپىق مىقداردا گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮脂激素) ئىشلىتىش، كەم قانلىق ئېغىر بولغانلارغا قان بېرىش كېرەك.

2. ئورگانىك فتور تېپىدىكى چاشقان دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش (有机氟类杀鼠剂中毒).

ئادەم كۆپىنچە ئۆلۈۋېلىش، بىلمەي يەپ قويۇش ياكى زەھەرلەنگەن ھايۋاناتلارنى ئىستېمال قىلىشتىن زەھەرلىنىدۇ. بازاردا سېتىلىۋاتقان يېۋېنلىك (灵闻一)، دۇشۇلىك (灵鼠毒) قاتارلىق چاشقان دورىلىرىنىڭ ئاساسلىق تەركىبى دەل ئورگانىك فتور بىرىكمىلىرىدۇر.

1) كلىنىكىلىق ئالامىتى:

كېسەلنىڭ يوشۇرۇن دەۋرى زەھەرلىنىش يولىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ يېرىم سائەتتىن ئىككى سائەتكىچە بولىدۇ. ئايرىملىرىنىڭ 15 سائەتكە يېتىدۇ.

(1) نېرۋا سىستېمىسى: باش ئاغرىيدۇ، قايىدۇ، مۇچىلەر ئۇيۇشۇپ، مۇسكۇل تىترەيدۇ، تىنچسىزلىنىدۇ، ئېغىرلىرى ھوشسىزلىنىدۇ، بەدەن تۇتقاقلىق، قېتىشىپ قېلىش خاراكتېرلىك تارتىشىپ نەپەس زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(2) قان ئايلىنىش سىستېمىسى: يۈرەك مۇسكۇل يالليۇغى، يۈرەك رېتىمى تەرتىپسىزلىنىش، قېرىنچە تىترەش، قان بېسىم تۆۋەنلەش، يۈرەك زەئىپلىشىش، شوك قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ.

(3) ھەزىم قىلىش سىستېمىسى: كۆڭۈل ئېلىشىپ ياندۇرىدۇ، شۆلگىيى ئاقىدۇ، يۇقىرى قورساق قىسمى كۆيۈشىدۇ، ئاغرىيدۇ.

2) دىئاگنوزى:

زەھەر بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى ۋە يۇقىرىقى كېسەل ئالامەتلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

3) داۋالاش:

(1) بىمارنى دەرھال زەھەرلىنىش نەق مەيداندىن يۆتكەش، بۇلغانغان كىيىملىرىنى سالدۇرۇۋېتىش، بۇلغانغان تېرىنى پاكىز سۇ بىلەن تولۇق يۇيۇش كېرەك. ئېغىزدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنى قۇستۇرۇش، مارگانسوپ (高锰酸钾) بىلەن ئاشقازان يۇيۇش، ئىچ سۈردۈرۈش كېرەك.

(2) ئالاھىدە ئۇنۇملۇك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىسى ئىشلىتىش: ئاتسېتامىد (乙酰胺) نى كۈندە 0.1～0.3g/kg مىقداردا تۇنجى قېتىم يېرىمىنى، قالغىنىنى ئىككىگە بۆلۈپ ھەر تۆت سائەتتە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىش كېرەك. ئېغىر بىمارلارغا تۇنجى قېتىم 10g ئىشلىتىشكە بولىدۇ. تارتىشىش توختىغان ھامان دورا ئىشلىتىشنى توختىتىش، قايتا تارتىشا يەنە ئىشلىتىش كېرەك.

(3) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: سىستېئىن (L—半胱氨酸) دىن 200mg كۈندە ئىككى قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئېنېرگىيە بېرىكمە دورىسى (能量合剂) ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. تارتىشىش قايتا ـ قايتا يۈز بەرسە لۇمىنال (苯巴比妥) تېپىدىكى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئاق ھاراق، سىركە، ئىسپىرت قاتارلىقلارنىڭمۇ زەھەرسىزلەندۈرۈش رولى بار. يۈرەك زەئىپلەشكەندە دىگىتالىس (洋地黄) ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

توققۇزىنچى باب زەخمىلىنىش
(创伤)

1§ . باش ـ مېڭە زەخمىلىنىش
(脑外伤)

باش مېڭە زەخمىلىنىش — باش تېرىسى زەخمىلىنىش، باش سۆڭىكى زەخمىلىنىش ۋە مېڭە زەخمىلىنىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1. باش تېرىسى زەخمىلىنىش.

باش تېرىسى زەخمىلىنىش — باش تېرىسى قانلىق ئىششىقى، باش تېرىسى يېرىلىش ۋە باش تېرىسى سويۇلۇشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1) كلىنىك ئىپادىسى:

باش تېرىسى قانلىق ئىششىقىدا تېرە ئاستىدا قان يىغىلىپ قالغانلىقتىن يەرلىك ئىشىش، ئاغرىش، بېسىلىپ ئاغرىش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. باش تېرىسى يېرىلىش تېرىنىڭ پۈتۈنلىكى ياكى ئۈزلۈكسىزلىكىنىڭ بۇزۇلۇشى بولۇپ، ھەرىكەتچان قاناش ياكى باش سۆڭىكى سۇنۇش قوشۇلۇپ كېلىدۇ. باش تېرىسى سويۇلۇشتا مەلۇم چوڭلۇقتا باش تېرە پارچىسى باش سۆڭىكىدىن سويۇلۇپ ئاجراپ سۆڭەك كۆرۈنۈپ قالىدۇ. ئۇنىڭغا بەزىدە باش سۆڭىكى سۇنۇش ياكى مېڭە زەخمىلىنىش قوشۇلۇپ كېلىشى مۇمكىن.

2) دىئاگنوز:

باش تېرىسىدە قان تومۇر نىسبەتەن كۆپ بولغاچقا قاناش كۆپ بولسا ئېغىر بولغاندا قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ياكى ئاغرىق خاراكتېرلىك شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، باش تېرىسىنىڭ ھالىتىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش ئاسان، ئەمما مۇھىم نۇقتا باش سۆڭىكى ياكى مېڭىدە زەخمىلىنىش بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىشتۇر.

3) داۋالاش:

كىچىكرەك قانلىق ئىششىق ئادەتتە 1～2 ھەپتىدە ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. زور قانلىق ئىششىقنىڭ سۈمۈرۈلۈشىگە 4～6 ھەپتە ۋاقىت كېتىدۇ. ئىششىغان يەرلىك ئورۇننى بېسىپ تاڭغاندا قانلىق ئىششىقنىڭ يەنمۇ يوغىناپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئالغىلى بولىدۇ. يۇقۇملاندۇرۇپ قويماسلىق ئۈچۈن ئەڭ ياخشىسى يىغىلىپ قالغان قاننى چىقىرىمەن دەپ تەشمەسلىك كېرەك. باش تېرە يېرىلغاندا بېسىپ قان توختىتىش، يارىنى تازىلاپ تىكىش پرىنسىپىدىن باشقا يەنە يېرىلغان ئورۇندا سۆڭەك پارچىلىرى ۋە مېڭە سۇيۇقلۇقى، توقۇلمە-

لىرى بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك. باش تېرىسىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى مول بولۇپ يارىلانغاندىن تارتىپ 24 سائەت ئىچىدە تىكىشكە بولىدۇ. باش تېرىسى سويۇلۇپ يارىلانغۇچىلارغا بېسىپ قان توختىتىش، شوكىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، تازىلاش، يۇقۇملىنىشقا قارشى تۇرۇش شەرتى ئاستىدا تېرە كۆچۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. سۆڭەك پەردىسىمۇ سويۇلۇپ كەتكۈچىلەرگە باش سۆڭەك تاشقى تاختىسىنى كۆپ نۇقتىدىن تېشىپ بىخلىما گۆش توقۇلمىلىرى ئۆسكەندىن كېيىن تېرە كۆچۈرۈش كېرەك. شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا مىكرو داۋالاش تېخنىكىسىدىن پايدىلىنىپ، كىچىك تومۇرلارنى ئۇلاشقا بولىدۇ.

2. باش سۆڭىكى سۇنۇش.

1) كلىنىك ئىپادىسى:

(1) باش سۆڭەك ئالدى ئويمىنى سۇنۇش: چاناق چوققىسى ۋە غەلۋىر سۆڭەكنىڭ سۇنۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ بمارادا بۇرنى قاناش، چاناق ئەتراپىدا كەڭ دائىرىلىك قان قېيىش دېغى (مۇشۇكئېيىق كۆزى ئالامىتى) چۈشۈش ۋە كۆز ئالمىسى بىرىكتۈرگۈچى پەردىسىدە كەڭ دائىرىلىك قان قېيىش دېغى پەيدا بولۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر مېڭە، سۆڭەك پەردىلىرى يېرىلغان بولسا مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى بۇرۇندىن ئېقىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ئەگەر غەلۋىر تاختا ياكى كۆرۈش نېرۋا كانالچە سۆڭىكى سۇنسا پۇراش ۋە كۆرۈش نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(2) باش سۆڭەك ئوتتۇرا ئويمىنى سۇنۇش: ئەگەر كېپىنەك سۆڭەك سۇنسا مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى بۇرۇندىن ئېقىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر چېكە سۆڭەك تاشلىق قىسمى، مېڭە پەردىسى، سۆڭەك پەردىسى ۋە ناغرا پەردىسىنىڭ ھەممىسى يېرىلسا، مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى قۇلاقتىن ئاقىدۇ. بەزىدە Ⅶ، Ⅷ - مېڭە نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ئەگەر كېپىنەك سۆڭەك ۋە چېكە سۆڭەكنىڭ ئېچ تەرىپى سۇنسا ھېپوفىز ۋە Ⅱ～Ⅳ - مېڭە نېرۋىلىرى زەخىملىنىشى مۇمكىن. يېرىق تۆشۈك ياكى بويۇن ئىچكى ئارتېرىيەدىكى يېرىلىش ھايانقا زامىن بولىدىغان بۇرۇن ياكى قۇلاق قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(3) باش سۆڭەك كەينى ئويمىنى سۇنۇش: چېكە سۆڭەكنىڭ تاشلىق قىسمىنىڭ كەينى سىرتى سۇنسا، كۆپىنچە زەخىملىنىپ 1～2 كۈندىن كېيىن ئەمچەكسىمان ئۆسۈكچىدە قان قېيىش دېغى (Battle بەلگىسى) پەيدا بولىدۇ. ئەگەر گەجگە سۆڭەكنىڭ تەگ قىسمىدا سۇنۇش بولسا زەخىملىنىپ نەچچە سائەتتىن كېيىن گەجگىنىڭ تۆۋەن قىسمى ئىششىيدۇ ۋە تېرە ئاستىدا قان قېيىش دېغى پەيدا بولىدۇ. گەجگە سۆڭەك چوڭ تۆشۈكى ئەتراپىدىكى سۇنۇش Ⅸ～Ⅺ - مېڭە نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسى بولغان زەخمە ئۇچۇن مېڭە زەخىملىنىش بولۇپ ھېسابلىنىدۇ.

(4) پاتقان سۇنۇق: كۆپىنچە باش سۆڭەك پۈتۈن قەۋىتى ئولتۇرۇشۇپ كېتىدۇ،

چوڭلاردىكى پاتقان سۇنۇق كۆپىنچە ئېزىلگەن سۇنۇق بولىدۇ. بوۋاق ـ گۆدەك بالىلاردا كۆپىنچە تىك ـ تاك توپسىمان ئويمان سۇنۇق كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

باش سۆڭىكى سۇنۇشقا دىئاگنوز قويۇش ۋە ئورنىنى بەلگىلەش ئاساسەن يۇقىرىقى كلىنىكىلىق ئىپادىلەر ئارقىلىق بېكىتىلىدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەنده باش ئىچىده گاز يىغىلىپ قالغانلىقىنى بىلگىلى بولىدۇ. پەقەت 30%～50% بىمار دىلا سۇنۇق سىزىقى ئىپادىلىنىدۇ. CT دا سۇنۇقنىلا ئەمەس مېڭە زەخمىلىنىشىنىمۇ توغرا تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

باش سۆڭىكى سۇنۇشنىڭ ئۆزىنى ئالاهىده داۋالاش هاجەتسىز، ئاساسلىقى مېڭە زەخمىلىنىش بار ـ يوقلۇقى كۆزىتىلىدۇ هەمده مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسى ۋە مېڭە نېرۋىلىرى زەخمىلىنىش داۋالىنىدۇ. مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسىدا، باش ئىچى يۇقۇمىلىنىپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك. ئاقمىنى يۇيۇشقا، توسۇپ قويۇشقا بولمايدۇ، ئېقىشىغا قويۇپ بېرىلىدۇ، باش ئېگىز قىلىنىپ يېتىپ ئارام ئالدۇرۇلىدۇ، كۇچەپ يۆتكىلىش، چۇشكۇرۇشكه بولمايدۇ، ئانتىبىئوتىكلار ئىشلىتىلىدۇ. مۇتلەق كۆپ قىسىم ئاقما ئېغىزى زەخمىدىن كېيىن 1～2 هەپتىده ئۆزلۇكىدىن پۈتۈپ كېتىدۇ. ئەگەر بىر ئايدىن كېيىنمۇ پۈتمەي يەنىلا مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقسا ئوپېراتسىيە ئارقىلىق مېڭە قاتتىق پەردىسىنى ياماپ ئېقىش ئېغىزىنى ئېتىشكه توغرا كېلىدۇ. زەخمىدىن كېيىن كۆرۈش كۇچى ئاجىزلىسا ئېزىلگەن سۆڭەك پارچىلىرى كۆرۈش نېرۋىسىنى زەخمىلەندۇرگەن ياكى قانلىق ئىششىق كۆرۈش پەردىسىنى بېسىۋالغان بولۇشى مۇمكىن، بۇنداق ئەهۋالدا زەخمىلىنىپ 12 سائەت ئىچىده كۆرۈش نېرۋىسىنى تەكشۈرۈش ۋە بېسىمنى تۆۋەنلىتىش ئوپېراتسىيىسى ئېلىپ بېرىش كېرەك.

3. مېڭە زەخمىلىنىش.

مېڭە زەخمىلىنىش مېڭە توقۇلمىلىرىنىڭ سىرتقى مۇهىت بىلەن تۇتاشقان ياكى تۇتاشمىغانلىقىغا قاراپ مېڭە ئوچۇق زەخمىلىنىش ۋە مېڭە يېپىق زەخمىلىنىشكه بۆلىنىدۇ.

1) كلىنىك ئىپادىسى:

بىرلەمچى مېڭە زەخمىلىنىش ۋە ئىككىلەمچى مېڭە زەخمىلىنىش: بىرلەمچى مېڭە زەخمىلىنىش دېگىنىمىزده زەربە كۇچ باشقا چۇشۇپ دەرهال يۇز بەرگەن مېڭە زەخمىلىنىشىنى كۆرسىتىدۇ. ئاساسلىقى مېڭە سىلكىنىش، مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش، بىرلەمچى مېڭە غولى زەخمىلىنىش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگه ئالىدۇ. ئىككىلەمچى مېڭە زەخمىلىنىش بولسا زەخمىلىنىپ مەلۇم ۋاقىت ئۆتكەندىن كېيىن كۆرۈلىدىغان مېڭە زەخمىلىنىشىنى كۆرسىتىدۇ. ئاساسلىقى مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە باش ئىچى قانلىق ئىششىقىنى ئۆز ئىچىگه ئالىدۇ.

(1) مېڭە سىلكىنىش (脑震荡) : پەيتلىك مېڭە خىزمىتى توسقۇنلۇقتا ئۇچراش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. نېرۋىدا كۆز بىلەن كۆرگىلى بولمىغان پاتولوگىك ئۆزگىرىش بولمايدۇ. زەخمىلەنگەن ۋاقىتلا دەرھال قىسقا ۋاقىت ھوشىنى يوقىتىدۇ (نەچچە سېكۇنتتىن نەچچە مىنۇتقىچە، يېرىم سائەتتىن ئېشىپ كەتمەيدۇ) . ھوشىغا كەلگەندىن كېيىن زەخمىلەنگەن ھەتتا زەخمىلىنىشتىن بۇرۇن يۈز بەرگەن مەلۇم ۋاقىت ئىچىدىكى ئەھۋالنى ئەسلىيەلمەيدۇ. بۇ تەتۇر ئۇنتۇغاقلىق دەپ ئاتىلىدۇ. ئۇندىن كېيىن بىمارىدا باش ئاغرىش، قېيىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلۈشى مۇمكىن. ئەمما قىسقا مۇددەت ئىچىدە ياخشىلىنىدۇ. نېرۋا سىستېمىسى تەكشۈرۈشىدە مۇسپىي تەن بەلگىلىرى بولمايدۇ. CT دا غەيرىي ئەھۋال كۆرۈلمەيدۇ.

(2) مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش (脑挫裂伤) : مېڭە سوقۇلۇپ زەخمىلىنىش — مېڭە توقۇلمىلىرىنىڭ زەخمىلىنىشى نىسبەتەن يېنىك، يۇمشاق مېڭە پەردىسى پۈتۈن بولغان بىمارلارنى كۆرسىتىدۇ. مېڭە يېرىلىپ زەخمىلىنىش — يۇمشاق مېڭە پەردىسى، تومۇر ۋە مېڭە توقۇلمىلىرىدا بىرلا ۋاقىتتا يېرىلىش بولغان، شۇنداقلا ئۆمۈچۈك تور پەردە ئاستى بوشلۇقىدا قاناش بولغان بىمارلارنى كۆرسىتىدۇ. مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىشقا كۆپىنچە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدىكى باش ئىچى قانلىق ئىششىقى ۋە مېڭە سۇلۇق ئىششىقى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ئەگەر داۋالاش ۋاقتىدا بولمىسا مېڭە چىقۇقى شەكىللىنىپ، ئېغىر ئاقىۋەتنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىشىنىڭ ئىپادىلىرى تۆۋەندىكىچە:

① ئەس هوشى توسقۇنلۇقتا ئۇچراش: نىسبەتەن روشەن ئىپادىلىنىدۇ، داۋاملىشىدىغان ۋاقتى ئۇزۇن بولۇپ، قىسقىلىرى نەچچە سائەت، نەچچە كۈن، ئۇزۇنلىرى نەچچە ھەپتە، نەچچە ئاي ھەتتا نەچچە يىل بولىدۇ.

② زەخمىلەنگەن نېرۋىغا ماس هالدا تەن بەلگىلىرى بولىدۇ. مېڭە توقۇلمىلىرىدا زەخمىلىنىش، قاناش ۋە قان يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى ئوخشاش بولمىغان ئورۇندىكى مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىشتىن شۇنىڭغا مۇناسىپ نېرۋا سىستېمىسى زەخمىلەنگەنلىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: قارىچۇقى كېڭىيىش، تاق پالەچ، يارتا پالەچ، سۆزلىيەلمەسلىك، يارتا قارىغۇلۇق ۋە يەرلىك ئوچاقلىق سەرئى قاتارلىقلار.

③ باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى: يېنىكرەك بىمارلاردا باش ئىچى بېسىمىنىڭ ئۆزگىرىشى چوڭ ئەمەس، ئەمما ئېغىرلىرىدا مېڭە سۇلۇق ئىششىقى كېلىپ چىقىدۇ ۋە مېڭىنىڭ ئىششىشىغا ئەگىشىپ باش ئىچى بېسىمى ئۆرلەيدۇ. باش چىدىغۇسىز ئاغرىيدۇ، پۇركۇپ قۇسىدۇ، قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ.

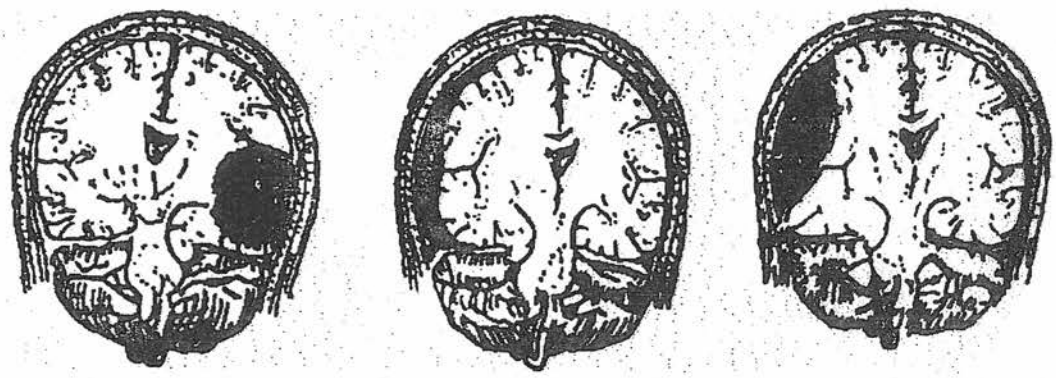
④ هاياتلىق تەن بەلگىلىرىدىكى ئۆزگىرىش: تەن بەلگىلىرىدە نىسبەتەن روشەن ئۆزگىرىش بولىدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى 38℃ ئەتراپىدا بولۇپ، تومۇر سوقۇشى ۋە نەپەس چاستوتىسى ئىتتىكلەيدۇ. قان بېسىمى نورمال ياكى ئازراق ئۆرلەيدۇ. كۆكرەك، قورساقتىكى ئەزالار قوشۇلۇپ زەخمىلەنگەندە ياكى مۆچە، داس سۆڭەكلىرىدە سۇنۇش بولغاندا شوك

كۆرۈلىدۇ.

⑤ مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى: مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىشقا كۆپىنچە ئۆمۈچۈك تور پەردە ئاستى بوشلۇقى قاناش قوشۇلۇپ كېلىدۇ. قانىغاندىكى قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى ۋە ئۇنىڭ بۇزۇلۇشىدىن ھاسىل بولغان ئۆت پىگمېنتلىرىنىڭ خىمىيىلىك غىدىقلىشىدىن بىمارىدا باش ئاغرىقى كۆچىيىش، كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، بوينى قېتىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

(3) بىرلەمچى مېڭە غولى زەخىملىنىش: كۆپىنچە يېيىلما مېڭە زەخىملىنىشكە قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ئاساسلىق ئالامىتى زەخىملەنگەن ھامان ھوشىدىن كېتىدۇ. ھوشسىزلىنىش دەرىجىسى نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ داۋاملىشىش ۋاقتى ئۇزۇن بولىدۇ. ئىككى تەرەپ كۆز قارىچۇقى ئوخشاش چوڭلۇقتا بولمايدۇ، ئىنتايىن كىچىك ياكى چوڭ كىچىكلىكى ئۆزگىرىشچان بولۇپ، نۇر رېفلېكسى نورمالسىز بولىدۇ. كۆز ئالمىسىنىڭ ئورنى نورمال بولمايدۇ، ياكى بىر يۆنىلىشكە چەكچىيىپ قالىدۇ. پاتولوگىك رېفلېكسى مۇسپىي بولىدۇ. مۇسكۇل تەرەڭلىك كۆچى ئېشىپ مەركىزي نېرۋا مەنبەلىك پالەچ ۋە مېڭىسىز قېتىپ قېلىش كېلىپ چىقىدۇ. ئۇزۇنچاق مېڭە قوشۇلۇپ زەخىملەنگەندە ئېغىر بولغان نەپەس فۇنكسىيىسى زەئىپىلىشىش كېلىپ چىقىدۇ.

(4) زەخىملىنىشتىن باش ئىچى قاناش: قانلىق ئىششىق شەكىللىنىش ۋاقتىغا قاراپ ئۈچكە بۆلىنىدۇ. ① ئۆتكۈر قاناش: زەخىملىنىپ ئۈچ كۈن ئىچىدە كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. ② نىسپىي ئۆتكۈر قاناش: زەخىملەنگەندىن كېيىنكى ئۈچ كۈندىن ئۈچ ھەپتىگىچىلىك بولغان ئارىلىقتا كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. ③ سوزۇلما قاناش: زەخىملىنىپ ئۈچ ھەپتىدىن كېيىن كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ، قاناش ئورنىغا قاراپ ئۈچكە بۆلىنىدۇ: ① مېڭە قاتتىق پەردە سىرتقى قانلىق ئىششىقى (9_1 ـ رەسىم). ② مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى قانلىق ئىششىقى (9_2 ـ رەسىم). ③ مېڭە ئىچى قانلىق ئىششىقى (9_3 ـ رەسىم). ھەر خىل باش ئىچى قاناشنىڭ ئالاھىدىلىكى ۋە ئىپادىلىرى تۆۋەندىكىچە:



9_1 ـ رەسىم　　9_2 ـ رەسىم　　9_3 ـ رەسىم

① مېڭە قاتتىق پەردە سىرتقى قانلىق ئىششىقى: كۆپىنچە بىۋاستە زەخمە كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، باش سۆڭىكى سۇنۇش قوشۇلۇپ كېلىدۇ، چوڭلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. بىمارنىڭ ئەس ھوشىدا توسقۇنلۇق ۋە باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى بولىدۇ. كۆپىنچە ئارىلىقتا ھوشىغا كېلىش دەۋرى بولىدۇ. ئوخشاش تەرەپ كۆز قارىچۇقى كېڭىيىدۇ. قارشى تەرەپ مۆچىلىرىدە يارتا پالەچ كۆرۈلىدۇ. ئەگەر ۋاقتىدا قۇتقۇزۇلمىسا نەچچە سائەت ئىچىدىلا ئىككىلا تەرەپ قارىچۇقى كېڭىيىپ، قان بېسىمى ئۆرلەپ، تومۇر سوقۇشى ۋە نەپەسلىنىشى ئاستىلاپ، ھوشسىزلىنىش ئېغىرلىشىدۇ ھەتتا نەپەس توختاپ قالىدۇ.

② مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى قانلىق ئىششىقى: ئۆتكۈرلىرىدە كۆپىنچە مېڭە زەخمىلىنىش ئېغىر بولۇپ، مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ئېغىر بولىدۇ. ئارىلىقتا ھوشسىزلىنىش ياكى زەخمىدىن كېيىن ھوشسىزلىنىش بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ. باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى ۋە نېرۋا زەخمىلىنىش تەن بەلگىلىرى نىسبەتەن ئېغىر بولىدۇ. ئەگەر بىماردا يارتا پالەچ، يەرلىك ئوچاقلىق سەرئى، يۇز پالىچى قاتارلىقلار كۆرۈلسە مېڭە چىقۇقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ. نىسپىي ئۆتكۈرلىرىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى ئۆتكۈر بىمارلارغا ئوخشاپ كېتىدۇ. پەقەت مېڭە سوقۇلۇپ زەخمىلىنىش ۋە مېڭە بېسىلىش ئالامەتلىرى يېنىكراق بولىدۇ. سوزۇلمىلىرى كۆپىنچە ياشانغانلاردا كۆرۈلىدۇ. باشنىڭ زەخمىلىنىشى يېنىك بولۇپ، ئاسانلا سەل قارىلىدۇ. باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامىتى ئاساسلىق ئىپادىلىنىدۇ، شۇنداقلا روھىي توسالغۇ كۆرۈلۈشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا دىئاگنوز قويغاندا مېڭە ئۆسمىسى بىلەن پەرقلەندۈرۈش زۆرۈر.

③ مېڭە ئىچى قاناش: كلىنىكىلىق ئالامىتى مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى قاناشقا ئوخشاپ كېتىدۇ. يەنى زەخمىدىن كېيىن ھوشى بارغانسېرى ناچارلىشىدۇ. ئارىلىقتا ھوشىغا كېلىش دەۋرى بولمايدۇ. نېرۋا سىستېمىسى زەخمىلىنىش تەن بەلگىلىرى بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ. كۆپىنچە قاناش ئورنىغا ماس تەن بەلگىلىرى بولىدۇ ۋە سەرئى كۆرۈلىدۇ. بەزىدە كېسەللىك تەرەققىياتى ناھايىتى تېز بولۇپ زەخمىدىن كېيىن تېزلا كىچىك مېڭە پەردە ئويۇقى چىقۇقى كۆرۈلىدۇ.

(5) مېڭە ئوچۇق زەخمىلىنىش: زەخمىدىن باش تېرىسى، سۆڭىكى، مېڭە پەردىسىنىڭ ھەممىسىدە يېرىلىش بولۇپ، مېڭە توقۇلمىسى بىلەن سىرتقى مۇھىت بىۋاستە تۇتاشقان زەخمىلىنىشنى كۆرسىتىدۇ. بىمارنىڭ ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ، ئېغىر - يېنىكلىكى زەخمىلەنگەن ئورۇن دائىرىسى ۋە دەرىجىسىگە قاراپ ئوخشاش بولمايدۇ. قاناش ئېغىر بولۇپ ئاسانلا شوك كېلىپ چىقىدۇ. مېڭىنىڭ زەخمىلەنگەن ئورنىغا قاراپ ماس ھالدا ھەرىكەت ۋە نېرۋا سىستېمىسىدىكى نورمالسىزلىق كېلىپ چىقىدۇ. سەرئىنىڭ يۇز بېرىش ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ. مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى روشەن بولىدۇ. ئەگەر ئۆتكۈر تەشكۈچى

قوراللار (ئوق، بومبا پارچىسى) دىن زەخمىلەنگەن بولسا يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا ئوق كىرگەن (بەزىدە چىققان) زەخمە يولى (تۆشۈكى) بولىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

ئاساسەن باش قىسمىنىڭ زەخمىلىنىش تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە ئاساسەن دىئاگنوز قويۇلىدۇ. بولۇپمۇ مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش ۋە قاناشنىڭ ئورنى، چوڭ ـ كىچىكلىكى، ئۆزگىرىشىنى كۆزىتىشتە CT نىڭ ئەھمىيىتى ئىنتايىن چوڭ، مېڭە غولى زەخمىلەنگەندە MRI دا تەكشۈرۈش مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئۇندىن باشقا بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالىنى ھەرىكەتچان كۆزىتىش، بىرلەمچى ۋە ئىككىلەمچى مېڭە زەخمىلىنىشىنى پەرقلەندۈرۈش، مېڭە چىقۇقىنى بۇرۇن بايقاپ، بۇرۇن داۋالاش كېرەك. داۋالاش ئۇنۇمىگە قاراپ زۆرۈر بولغاندا داۋالاش ئۇسۇلىنى ۋاقتىدا ئۆزگەرتىش لازىم.

3) داۋالاش:

مېڭە سىلكىنىشىنى داۋالىغاندا دوختۇرخاناندا قالدۇرۇپ كېسەللىك ئالامەتلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئىنچىكە كۆزىتىش كېرەك. ئۆتكۈر مەزگىلدە بىر ھەپتە ئەتراپىدا كارىۋاتتا يېتىپ دەم ئېلىش، مېڭىنى ئارام ئالدۇرۇش لازىم. ئاغرىق توختىتىش، تىنچلاندۇرۇش، نېرۋىنى ئوزۇقلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. زۆرۈر تېپىلغاندا روھىي داۋالاش ئېلىپ بېرىشقا بولىدۇ. يېنىك تېپتىكى مېڭە سوقۇلۇپ زەخمىلىنىشىنى داۋالاشمۇ مېڭە سىلكىنىشىنى داۋالاشقا ئوخشايدۇ.

(1) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: نەق مەيدانda قۇتقۇزغان ۋە يۆتكەپ ماڭغاندا نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك. قىسقا ۋاقىت ئىچىدە ھوشىغا كەلمىگۈچىلەرنىڭ كانىيىغا كانالچە سېلىش ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش لازىم. نەپەس زەئىپلەشكۈچىلەرگە نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش، نەپەس يولىدىكى ئاجراتمىلارنى تازىلاشقا دىققەت قىلىش لازىم.

(2) سۈسىزلاندۇرۇپ داۋالاش: باش ئاغرىش، قۇسۇش قاتارلىق باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى روشەن بولغان بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار-دىن ① 20% لىك ماننىتول (甘露醇) ھەر قېتىمدا 0.5～1.0g/kg (چوڭلارغا ھەر قېتىم 250ml) ئۆلچەمدە ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە (15～30 مىنۇت ئىچىدە) تامچىلىتىلىدۇ. كېسەل ئەھۋالىغا قاراپ 6～12 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. ② 20% لىك ماننىتول ۋە فۇروزىمىد (速尿) بىرلەشتۈرۈلۈپ ئىشلىتىلىدۇ. چوڭلارغا ئالدىنقىسىدىن 125～250ml ھەر 8～12 سائەتتە بىر قېتىم، كېيىنكىسىدىن 20～60mg ۋېنادىن ياكى مۇسكۇلدىن ھەر 8～12 سائەتتە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئىككىسىنى بىرلا ۋاقىتتا ياكى كىرىشتۈرۈپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئەگەر مېڭە چىقۇقى ئالامەتلىرى بولسا دەرھال 20% لىك ماننىتولدىن

250ml نى ۋە فۇروزىمىددىن 40mg نى ۋېنادىن بىرلا ۋاقىتتا ئوكۇل قىلىش كېرەك.

(3) هورمون: ئېغىر مېڭە زەخمىلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن دېكسامېتازون (地塞米松) بولۇپ چوڭلارغا 5mg ھەر سائەتتە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى كۇندە 20mg ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئۇچ كۇن ئىشلىتىلىدۇ.

(4) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئوچۇق زەخمنى ئامال بار زەخمىلىنىپ ئالتە سائەت ئىچىدە تېزدىن پاكىزلاپ تىكىش كېرەك، ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش شەرتى ئاستىدا 72 سائەت ئىچىدە تىكىشكىمۇ بولىدۇ. يېپىق مېڭە زەخمىلىنىشتىن باش ئىچى قاناش، ئېغىر بولغان مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش، مېڭە سۇلۇق ئىششقى قوشۇلۇپ كېلىپ چىققان باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىش، مېڭە چىقۇقى، شۇنداقلا باش ئىچى قانلىق ئىششقى پەيدا قىلغان يەرلىك ئوچاقلىق مېڭە زەخمىلىنىشنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ.

(5) نىسپىي تۆۋەن تېمپېراتۇرىدا داۋالاش: بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى چۇشۇرۇپ مەقسەت تېمپېراتۇرىسىنى 32℃～34℃ ئەتراپىدا ساقلاش مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنىڭ فۇنكسىيەسىنى قوغداشقا پايدىلىق.

(6) ھوشىغا كەلتۇرۇش: ھوشىغا كېلىشنى ئىلگىرى سۇرگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش ياكى يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاش ھوشىغا كەلمىگەن بىمارلارنى ھوشىغا كەلتۇرۇشتە ئاكتىپ ئەھمىيەتكە ئىگە.

§ 2 . كۆكرەك زەخمىلىنىش
(胸部外伤)

كۆكرەك قىسمى زەخمىلىنىش كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ تاشقى مۇھىت بىلەن تۇتاش ياكى تۇتاش ئەمەسلىكىگە قاراپ ئوچۇق زەخمىلىنىش ۋە يېپىق زەخمىلىنىش دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ.

1. قوۋۇرغا سۆڭىكى سۇنۇش.

كۆكرەك زەخمىلىنىشتە نىسبەتەن كۆپ ئۇچرايدۇ. زەخمىلىنىشتە بىر تال قوۋۇرغا سۇنۇشىمۇ، بىر نەچچە تال قوۋۇرغا سۇنۇشىمۇ مۇمكىن. بىر تال قوۋۇرغا بىرلا يەردىن ياكى بىرنەچچە يەردىن سۇنۇشىمۇ مۇمكىن.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يەرلىك ئورۇن ئاغرىيدۇ. بولۇپمۇ چوڭقۇر نەپەسلەنگەندە، يۆتەلگەندە ياكى كۆكرەك قىسمى ھەرىكەتلەنگەندە ئاغرىق كۈچىيىدۇ. بەدەن تەكشۇرۇشتە يەرلىك ئورۇندا ئىششىق بولىدۇ، بېسىلىپ ئاغرىيدۇ، ھەتتا سۆڭەك سۇركۇلۇش تاۋۇشى بولىدۇ. قول بىلەن بىمار كۆكرەك قىسمىنىڭ ئالدى ـ كەينىدىن قىسقاندا يەرلىك ئاغرىقى كۈچىيىدۇ. ھەتتا سۆڭەك

سۇركۈلۈش تاۋۇشى چىقىدۇ. قوۋۇرغىنىڭ سۈنۈق ئۇچى ئۇچلۇق بولۇپ، كۆكرەك ئىچى تەرەپكە يۆتكىلىش بولسا دۇار كۆكرەك پەردىسى (كۆكرەك پەردىسىنىڭ كۆكرەك دۇار قىسمى) ۋە ئۆپكىنى تېشىۋېتىپ گازلىق كۆكرەك، قانلىق كۆكرەك ۋە تېرە ئاستى گازلىق ئىششىقىنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن. كۆپ قوۋۇرغا كۆپ ئورۇندىن سۇنغاندا، بولۇپمۇ كۆكرەكنىڭ ئالدى قىسمى سۇنغاندا، قوۋۇرغا سۆڭىكىنىڭ تىرەش كۇچى بولمىغاچقا يۇمشاپ تەتۇر نەپەس ھەرىكىتى كۆرۈلىدۇ، يەنى ھاۋا سۇمۇرگەندە (كۆكرەك سىرتقا كۆپكەندە) يۇمشىغان كۆكرەك دۇارى ئىچىگە ئولتۇرىشىدۇ، ھاۋا چىقارغاندا ئەكسىنچە يۇمشىغان كۆكرەك دۇارى سىرتقا كۆپىدۇ. ئەگەر يۇمشىغان كۆكرەك دۇارىنىڭ دائىرىسى چوڭ بولسا نەپەسلەنگەندە ئىككى تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ بېسىمى تەڭپۇڭلۇقنى ساقلىيالماي تىك پاسىل ئىككى تەرەپكە ئىغاڭشىپ نەپەس يوللىرىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشىشگە تەسىر قىلىپ، بەدەنگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ھەتتا ۋېنا تومۇرىدىكى قاننىڭ قايتىشىغا تەسىر قىلىپ ئېغىر بولغاندا نەپەس ۋە قان ئايلىنىشنى زەئىپلەشتۈرىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئالامىتى ۋە كۆكرەكنى رېنتگېنده رەسىمگە ئېلىشنى بىرلەشتۈرۈپ قوۋۇرغا سۇنۇشقا، شۇنداقلا ئۇنىڭ گازلىق، قانلىق كۆرەكنى كەلتۈرۈپ چىقارغان - چىقارمىغانلىقىغا دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

3) داۋالاش:

(1) يېپىق يالغۇز قوۋۇرغا سۆڭىكى سۇنۇش: ئاستى، ئۇستىدىكى قوۋۇرغا ۋە قوۋۇرغا ئارىلىق مۇسكۇلىنىڭ تىرەش، قوغداش رولىدىن سۇنۇق ئۇچىدا يۆتكىلىش ۋە مىنگىشىش نىسبەتەن ئاز كۆرۈلىدۇ. كۆپىنچىسى ئۆزلۈكىدىن ساقىيىپ كېتىدۇ. داۋالاشنىڭ مۇھىم نۇقتىسى ئاغرىق توختىتىش، كۆكرەك قەپىزىنى مۇقىملاشتۇرۇش ۋە ئەگەشمە كېسەللىكنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر. يالغۇز ياكى 2～3 تال قوۋۇرغا بىر ئورۇندىن سۇنغاندا يەرلىكە كەڭ پلاستىر چاپلاش ئارقىلىق ئاغرىق توختاتقىلى ۋە يەرلىكنى مۇقىملاشتۇرغىلى بولىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە ئىندومېتاتسىن (消炎痛) بروفىن (布罗芬)، ترامال (多曲马) قاتارلىق يالۇغ قايتۇرۇپ ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۇندىن باشقا قان جانلاندۇرۇش (活血化瘀) تېپىدىكى جۇڭيى ياكى ئۇيغۇر تېبابىتى دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە مۇ بولىدۇ.

(2) يېپىق كۆپ قوۋۇرغا كۆپ ئورۇندىن سۇنۇش: ئەگەر يۇمشىغان كۆكرەك دۇارىنىڭ دائىرىسى كىچىك بولسا ئاغرىق توختاتقاندىن باشقا يەنە يەرلىكنى بېسىپ تېڭىش كېرەك. ئەگەر دائىرىسى چوڭ بولۇپ تەتۇر نەپەس ھەرىكىتى بولغان، نەپەس يولىدا ئاجراتمىلار كۆپەيگەن بولسا نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، نەپەس يولىدىكى

ئاجراتمىلارنى ۋاقتىدا تازىلاش كېرەك. يۆتىلىشى كۈچسىز بولۇپ بەلغەم چىقىرالمىغان ياكى نەپەس زەئىپلەشكەن بولسا كانايغا كانالچە قويۇش ياكى كانايىنى يېرىش ئارقىلىق بەلغەمنى سۈمۈرۈپ چىقىرىش، ئوكسىگېن بېرىش، زۆرۈر بولغاندا قوشۇمچە نەپەسلەندۈرۈش كېرەك. ئۇندىن باشقا ئەگەشمە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن مۇڭاپىق ھالدا ئانتىبىئوتىكلار، بەلغەم بوشاتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(3) كۆكرەك دىۋارىدىكى تەتۈر نەپەس ھەرىكىتىنى بىر تەرەپ قىلىش: ① تېڭىپ مۇقىملاشتۇرۇش ئۇسۇلى: نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش ۋە نىسبەتەن كىچىك دائىرىدىكى كۆكرەك دىۋارى يۇمشاپ قېلىشنى دوختۇرخاناندا داۋالاشقا ماس كېلىدۇ. تېڭىق ماتېرىيالى قېلىن قىلىپ يەرلىككە قويۇلۇپ پلاستىر بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ ياكى كۆكرەك بېنتى بىلەن تېڭىلىدۇ. ② تارتىپ مۇقىملاشتۇرۇش: يۇمشىغان كۆكرەك دىۋارىنىڭ دائىرىسى چوڭ بولغان ياكى تېڭىپ مۇقىملاشتۇرۇشنىڭ ئۇنۇمى بولمىغانلارغا ماس كېلىدۇ. يەرلىك ناركوز، دېزىنفېكسىيە قىلىنغاندىن كېيىن مىكروبسىز ياغلىق قىسقۇچ بىلەن يۇمشىغان ئورۇنغا مەركىزىدىكى قوۋۇرغا سانجىپ قىسىلىپ، قىسقۇچ تانا بىلەن چىگىلىپ، ئايلانما چاق ئارقىلىق ئېغىر جىسىمدىن پايدىلىنىپ تارتىپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. جىسىم ئېغىرلىقى ئادەتتە 2kg～3kg داۋاملىشىدۇ. ۋاقتى 1～2 ھەپتە بولىدۇ. بۇ خىلدىكى ئۇسۇل بىمارنىڭ ھەرىكەت قىلىشىغا پايدىسىز. يەنە بىر خىل ئۇسۇلدا زەخمىلەنگەن تەرەپ كۆكرەككە تىرەك جازىسى قويۇلۇپ ياغلىق قىسقۇچ بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. بۇ ئۇسۇلدا بىمار كارىۋاتتىن چۈشۈپ ھەرىكەت قىلالايدۇ. ③ ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇش: ئورۇن يۆتكىلىشى چوڭ، ئەھۋالى ئېغىر بولغان بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. كۆكرەك ئوپېراتسىيىسى ئارقىلىق قوۋۇرغىنىڭ سۇنغان ئىككى ئۇچى داتلاشماس سىم ئارقىلىق مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

(4) ئوچۇق قوۋۇرغا سۆڭىكى سۇنۇش: يالغۇز قوۋۇرغا سۇنغۇچىلارنىڭ زەخمە يۈزىنى تولۇق تازىلاپ، سۇنۇق ئۇچىنى تۈزلەپ، قەۋەتلەر بويىچە يۇمشاق توقۇلمىلارنى تىكىپ ئاندىن مۇقىملاشتۇرۇپ تېڭىش كېرەك. ئەگەر كۆكرەك پەردىسى تېشىلگەن بولسا كۆكرەك بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەشكە توغرا كېلىدۇ. كۆپ قوۋۇرغا كۆپ ئورۇندىن سۇنغۇچىلارغا زەخمىنى تازىلىغاندىن كېيىن ئىچىدىن مۇقىملاشتۇرۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك. ئوپېراتسىيىدىن كېيىن يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش لازىم.

2. گازلىق كۆكرەك (气胸).

كۆكرەك بوشلۇقىغا ھاۋا يىغىلىپ قېلىش گازلىق كۆكرەك دېيىلىدۇ. كۆپىنچە ئۆپكە توقۇلمىلىرى ۋە كانايچىلار يېرىلغانلىقتىن ياكى كۆكرەك دىۋارى تېشىلىپ ھاۋا كىرىپ كەتكەنلىكتىن كېلىپ چىقىدۇ. ئۇ يېپىق، ئوچۇق، تەرەڭلىك گازلىق كۆكرەك دەپ ئۈچكە بۆلىنىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېپىق گازلىق كۆكرەك كۆپىنچە قوۋۇرغا سۆڭىكىنىڭ سۇنغان ئۇچىنىڭ ئۆپكىنى تېشىۋېتىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. يەنى ھاۋا ئۆپكىدىن كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىپ كېتىدۇ. بۇ ۋاقىتتا ھاسىل بولغان كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ھاۋا بېسىمى ئۆپكىدىكى تۆشۈك ئېغىزىنى يېپىۋېتىدۇ ياكى ئۆزلۈكىدىن يېپىلىدۇ، بۇنىڭ بىلەن كۆكرەك بوشلۇقىغا ئۆپكىدىن ھاۋا كىرىش توختايدۇ. كۆكرەككە كىرگەن ھاۋا زەخىملەنگەن تەرەپ ئۆپكىنى بېسىپ ئۆپكە قىسمەن كىچىكلەيدۇ. ئۆپكىنىڭ بېسىلىپ كىچىكلىشى 30% گە يەتمىسە نەپەس ۋە قان ئايلىنىشقا چوڭ تەسىر قىلمايدۇ، شۇڭا بىمارداا كۆپىنچە روشەن ئالامەت كۆرۈلمەيدۇ. كۆپ مىقداردىكى گازلىق كۆكرەكتە كۆكرەك ئاغرىش، دەم سىقىش، نەپەس يېتىشمەسلىك قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. كاناي ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ. زەخىملەنگەن تەرەپ كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە ناغرىسمان تاۋۇش چىقىدۇ. تىڭشاپ تەكشۈرگەندە نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقىلىدۇ، كۆكرەكنى رېنتگېنده تەكشۈرگەندە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە كى كىچىكلىگەن ئۆپكە ۋە كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ھاۋا تەسۋىرىنى كۆرگىلى بولىدۇ، بەزىدە كۆكرەكتە ئاز مىقداردا سۇيۇقلۇق بولىدۇ.

ئوچۇق گازلىق كۆكرەك كۆپىنچە ئۆتكۈر، بىسلىق، ئوچلۇق قورالىلاردىن زەخىملەنگەندە كېلىپ چىقىدۇ. ھاۋا زەخمە تۆشۈكى ئارقىلىق كۆكرەك بوشلۇقىغا ئەركىن كىرىپ چىقىدۇ - دە، كۆكرەك بوشلۇقىدىكى مەنپىي بېسىم مۇسپىي بېسىمغا ئۆزگىرىپ بىمارداا نەپەس يېتىشمەسلىك، قېيىنلىشىش، كۆكرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. قان ئايلىنىش زەئىپلەشسە شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بىمار نەپەسلەنگەندە زەخمە تۆشۈكىدىن شامال پۈرگىگەندەك ئاۋاز چىقىدۇ. زەخمە تەرەپ كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە ناغرىسمان تاۋۇش چىقىدۇ. نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ. ئوندىن باشقا كاناي، تىك پاسىل، يۈرەك قاتارلىقلار ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ. رېنتگېنده ئۆپكىنىڭ كىچىكلىگەن، يىگلىگەنلىكىنى، كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ھاۋانى، تىك پاسىل ئەزالىرىنىڭ ساق تەرەپكە يۆتكەلگەنلىكىنى كۆرۈشكە بولىدۇ.

تەرەپلىك گازلىق كۆكرەك كۆپىنچە نىسبەتەن چوڭ بولغان ئۆپكە ھاۋا پۈۋەكچىسى ياكى كانايچىنىڭ يېرىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. يېرىلغان ئېغىز كۆكرەك بوشلۇقى بىلەن تۇتاش بولۇپ ھەرىكەتچان قاپقاقا ئايلىنىدۇ. شۇڭا ھاۋا سۈمۈرگەندە ھاۋا كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىدۇ. چىقارغاندا قاپقاق تاقىلىپ قېلىپ كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ھاۋا نەپەس يولى ئارقىلىق سىرتقا چىقىپ كېتەلمەيدۇ. بۇنىڭ بىلەن كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ھاۋا بارغانسېرى كۆپىيىپ، زەخمە تەرەپ كۆكرەك ئىچى بېسىمى بارغانسېرى ئېشىپ، ئۆپكە بېسىلىدۇ، ئۆپكە بارغانسېرى كىچىكلەيدۇ ياكى پۈتۈنلەي يىگلەيدۇ. شۇنداقلا تىك پاسىلنى ساق تەرەپكە ئىتتىرىپ نەپەس ۋە قان ئايلىنىش فۇنكسىيىسىدە ئېغىر توسالغۇ پەيدا قىلىدۇ. بىمارداا ئېغىر نەپەس

قىينىلىشىش، ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىش، ئېغىرلىرىدا كۆكىرىش، تىنچسىزلىنىش، هوش-سىزلىنىش هەتتا تۇنجۇقۇپ قېلىش كېلىپ چىقىدۇ. زەخمە تەرەپ كۆكرەك تولغان (يوغـ-ىنغان)، قوۋۇرغا ئارىلىقى كېڭەيگەن بولىدۇ، نەپەسلىنىش دائىرىسى كىچىكلەيدۇ. تېرە ئاستى هاۋالىق ئىششىقى بولىدۇ. چېكىپ تەكشۈرگەندە كۈچلۈك ناغرىسمان تاۋۇش چىقـ-ىدۇ. ئاڭلىغاندا نەپەس تاۋۇشى يوقايدۇ. رېنتگېنده كۆكرەكته كۆپ مىقداردا هاۋا يىغىلىپ قالغانلىقىنى، ئۆپكىنىڭ يېگلەپ قالغانلىقىنى، كاناي، يۇرەكنىڭ ساق تەرەپكە يۆتكەلگەنلـ-كىنى كۆرگىلى بولىدۇ. كۆكرەك بوشلۇقىنى تەشكەنده يۇقىرى بېسىملىق هاۋا كۆكرەكتىن ئېتىلىپ چىقىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەللىك تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە رېنتگېنده تەكشۈرۈشكە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

يېپىق گازلىق كۆكرەكته ئەگەر هاۋا مىقدارى ئاز بولسا داۋالاش هاجەتسىز، 1～2 هەپتىده هاۋا ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. كۆپ مىقداردىكى گازلىق كۆكرەكته كۆكـ-رەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش ئارقىلىق يىغىلىپ قالغان هاۋانى سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىش ياكى كۆكرەك پەردە بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزۇش ئارقىلىق ئۆپكىنىڭ بۇرۇنـ-راق كۆپىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش كېرەك. شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش لازىم. ئوچۇق گازلىق كۆكرەكنى نەق مەيداندا قۇتقۇزۇشتا ئالدى بىلەن مىكروبسىز تېڭىق ماتېرىيالىدا زەخمە ئېغىزىنى چىڭ تېڭىپ پلاستىر ياكى بېنت بىلەن مۇقىملاشتۇرۇپ ئوچۇق زەخمىنى يېپىق زەخمىگە ئايلاندۇرغاندىن كېيىن، ئاندىن كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى ئارقىلىق كۆكرەكتىكى هاۋانى تارتىپ چىقىرىۋېتىپ ئوكسىگېن بېرىپ نەپەس قىينىلىشىشنى ۋاقتىنچە يېنىكلىتىش كېـ-رەك. بىمارنى دوختۇرخانىغا ئېلىپ بارغاندىن كېيىن سۈيۇقلۇق تولۇقلاپ، زۆرۈر بولغاندا قان بېرىپ شوكنى تۈزىتىش، يارا ئېغىزىنى تازىلاپ تىكىش، شۇنداقلا كۆكرەك بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك. ئەگەر كۆكرەك بوشلۇقى ئەزالىرىدا زەخمىلىنىش ياكى هەرىكەتچان قاناش بولسا كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئوپېراتسىيىدىن كېيىن ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشىنىڭ ئالدىـ-نى ئېلىش، بىمارنى يۆتىلىپ بەلغەم چىقىرىشقا، بۇرۇنراق هەرىكەت قىلىشقا رىغبەتلەندۈـ-رۈش لازىم.

تەرەڭلىك گازلىق كۆكرەكنى جىددىي قۇتقۇزغاندا تېز سۈرئەتته كۆكرەكتىكى هاۋانى چىقىرىۋېتىپ كۆكرەك بوشلۇقى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش كېرەك. جىددىي، خەتەرلىك ئەهۋالـ-دا چوڭ ئوكۇل يېڭىسىنى زەخمە تەرەپ ئوقۇرەك سۆڭەك ئوتتۇرا سىزىقىدىن 2 ـ قوۋۇرغا

ئارىلىقىغا بىۋاستە سانجىپ كۆكرەكتىكى ھاۋانى چىقىرىش، يۆتكەش جەريانىدا يىڭنە ئېغىزىغا رېزىنكە پەلەي بارمىقىنى چىگىپ ئۇچىدىن 1cm چوڭلۇقتا تۆشۈك تېشىپ قويۇش كېرەك. شۇنداق قىلغاندا رېزىنكە پەلەي كلاپان رولىنى ئويناپ كۆكرەككە ھاۋا كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. دوختۇرخانىغا يېتىپ بارغاندىن كېيىن دەرھال يېپىق ئاققۇزۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك. ئەگەر ئۆپكە ياكى كانايچىلاردا نىسبەتەن چوڭ يېرىلىش، ئۇزۇلۇش بولسا ۋاقتىدا كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ يېرىلغان ئورۇننى ياماش ياكى مۇناسىۋەتلىك ئۆپكە بۆلىكى، ئۆپكە قانىتىنى كېسىپ ئېلىۋېتىش لازىم.

3. قانلىق كۆكرەك (血胸).

كۆكرەك زەخمىلىنىشتىن كۆكرەك بوشلۇقىغا قان يىغىلىپ قېلىش قانلىق كۆكرەك دەپ ئاتىلىدۇ. بەزىدە گازلىق كۆكرەك بىلەن بىللە قوشۇلۇپ كېلىدۇ. قاناش مەنبەيى ئاساسەن تۆۋەندىكى ئەزا توقۇلمىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ① ئۆپكە يېرىلىش. ② قوۋۇرغا ئارىلىق تومۇرلىرى ياكى كۆكرەك قەپىزى ئىچىدىكى تومۇرلار يېرىلىش. ③ يۈرەك ياكى چوڭ تومۇرلار يېرىلىش.

ئەگەر قانلىق كۆكرەك ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا ئاسانلا يۇقۇملىنىپ يىرىڭلىق كۆكرەك پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

قاناش مىقدارى، سۈرئىتى ۋە بىمارنىڭ بەدەن سۇپىتىگە قاراپ پەرقلىنىدۇ. ئاز مىقداردىكى قانلىق كۆكرەكنىڭ كلىنىكىلىق ئالامىتى روشەن بولمايدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە پەقەت قوۋۇرغا، دىئافراگما بولۇڭى تۆزلىنىدۇ ياكى يوقايدۇ. ئوتتۇراھال قانلىق كۆكرەك (0.5～1L) ۋە كۆپ مىقداردىكى قانلىق كۆكرەكتە، بولۇپمۇ قان يوقىتىش سۈرئىتى تېز بولغاندا تومۇر سوقۇشى ئاجىز، ئىتتىك بولۇش، قان بېسىم تۆۋەنلەش، نەپەس قىسىتاش قاتارلىق قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ؛ قوۋۇرغا ئارىسى تولۇش، كاناي ساق تەرەپكە يۆتكىلىش قاتارلىق قانلىق كۆكرەك ئالامەتلىرى بولىدۇ. زەخمىلەنگەن كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە بوغۇق تاۋۇش چىقىدۇ؛ يۈرەك چېگرىسى ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ، نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە زەخمىلەنگەن تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىدا كەڭ دائىرىدە تۆتۈق سايە كۆرۈلىدۇ. تىك پاسىل ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ. ئەگەر گازلىق كۆكرەك قوشۇلۇپ كەلسە گاز- سۇيۇقلۇق تەكشىلىكى كۆرۈلىدۇ. ئوندىن باشقا قانلىق كۆكرەكتە يەرلىك ئاغرىش، نەپەس يېتىشمەسلىك، ھەرىكەتتە ئاغرىق كۈچىيىش قاتارلىق كۆكرەك زەخمىلىنىش ئالامەتلىرى بولىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە رېنتگېنده تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس.

3) داۋالاش:

(1) ھەربىرىنى قانلىق كۆكرەك: ئاز مىقدارداكى قانلىق كۆكرەكتە قان ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ، ئاققۇزۇش ھاجەتسىز. قاناش مىقدارى كۆپ بولغاندا ۋاقتىدا كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ، يىغىلىپ قالغان قاننى چىقىرىۋېتىپ، ئۆپكىنىڭ كۆپۈشىنى ئىلگىرى سۈرۈپ، نەپەس فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاش كېرەك. قاننى سۈمۈرۈپ تارتىپ بولغاندىن كېيىن كۆكرەك بوشلۇقىغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئۇرۇپ كىرگۈزۈپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىشقا بولىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆكرەك بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزغاندا ھەربىرىنى قاناش بار - يوقلۇقىنى كۆزەتكىلى بولىدۇ.

(2) ھەربىرىنى قانلىق كۆكرەك: كۆكرەك زەخمىلەنگەندىن كېيىن كۆكرەك ئىچىدىكى قانىنىڭ قىسقا ۋاقىت ئىچىدە روشەن كۆپىيىشىنى ياكى يېپىق ئاققۇزۇشتا كۆكرەك بوشلۇقى ئۇزلۇكسىز قاناشنى كۆرسىتىدۇ. ھەربىرىنى قانلىق كۆكرەكتە ئالدى بىلەن قان ياكى قانسىمان سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ شوكىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش، شۇنداقلا ۋاقتىدا كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ قاناش ئورنىنى تېپىش كېرەك. ئەگەر قوۋۇرغا ئارىلىق ياكى كۆكرەك قەپىزى تومۇرلىرى يېرىلغان بولسا تىكىپ چىگىۋېتىش، ئۆپكە يېرىلغان بولسا كىچىك، يۇزە يېرىلىشنى تىكىپ قان توختىتىش، نىسبەتەن ئېغىرلىرىنى قىسمەن ئۆپكە ياكى ئۆپكە قانىتىنى كېسىۋېتىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. چوڭ تومۇر يېرىلغاندا ئەگەر ياماش مۇمكىن بولمىسا سۇنئىي تۆمۇر كۆچۈرۈشكە توغرا كېلىدۇ.

(3) قېتىشچان قانلىق كۆكرەك: ئەڭ ياخشىسى قاناش توختاپ نەچچە كۈندىن كېيىن كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەپ يىغىلغان قان ۋە قان لەختىلىرىنى تازىلاش كېرەك. ئەگەر قان لەختىسىدە تالالىشىش بولسا كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن، ۋاقتىدا قان لەختىسى ۋە تالا توقۇلمىلىرىنى ئاجرىتىپ ئېلىۋېتىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

§ 3. قورساق قىسمى زەخمىلىنىش
(腹部外伤)

قورساق قىسمى زەخمىلىنىشمۇ ئوچۇق ۋە يېپىق دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخمىلىنىشنى كۆپىنچە پىچاق قاتارلىق بىسلىق ۋە ئوق، بومبا پارچىسى قاتارلىق ئۇچلۇق جىسىم كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. يېپىق زەخمىلىنىشنى ئېگىزدىن چۈشۈپ كېتىش، سوقۇلۇش، بېسىلىش، سقىلىش، جىدەللىشىش قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىدۇ. ئۆلۈش نىسبىتى ئادەتتە 10% ئەتراپىدا بولىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يالغۇز قورساق دۇارى زەخىملىنىشىنىڭ ئىپادىسى نىسبەتەن يېنىك، يەرلىك ئاغرىيدۇ، ئىششىيدۇ، بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. بەزىدە تېرە ئاستىدا قان قېيىش دېغى بولىدۇ. ئۇيۇل ئەزالار (جىگەر، تال، بۆرەك قاتارلىق) ياكى چوڭ تومۇر زەخىملەنگەندە بىمارنىڭ چىرايى تاتىرىدۇ، تومۇر سوقۇشى تېز، ئاجىز بولىدۇ. تومۇر بېسىمى كىچىكلەيدۇ. ئېغىر بولغاندا قان بېسىمى تۇراقسىزلىشىپ شوك كۆرۈلىدۇ. ئۇزلۇكسىز قورساق ئاغرىيدۇ، ئەمما بەك قاتتىق بولمايدۇ. قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى (قورساق مۇسكۇلى چىڭىش، بېسىلىپ ۋە قاۋقىپ ئاغرىش) مۇ بەك روشەن بولمايدۇ. جىگەر يېرىلىشقا ئۆت نەيچىلىرى يېرىلىش، ئۇزۇلۇش قوشۇلۇپ كەلسە ياكى ئاشقازان ئاستى بېزى يېرىلىشقا ئاشقازان ئاستى بېزى نەيچىلىرى يېرىلىش قوشۇلۇپ كەلسە، ئۆت سۇيۇقلۇقى ۋە ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقى قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرىپ قورساق ئاغرىشنى كۈچەيتىۋېتىدۇ. قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى روشەن بولىدۇ. ئادەتتە تەن بەلگىسى ئەك روشەن بولغان ئورۇن زەخىملەنگەن ئەزا بار ئورۇن بولىدۇ. جىگەر يېرىلغاندا ئوڭ يەلكىدە تارتىلىپ ئاغرىش، تال زەخىملەنگەندە سول يەلكىدە تارتىلىپ ئاغرىش بولۇشى مۇمكىن. قورساق بوشلۇقىدا قاناش كۆپ بولغاندا قورساق كۆپىدۇ ۋە يۆتكىلىشچان تۇتۇق تاۋۇش بولىدۇ. بەزىدە قورساق بوشلۇقىدىكى ئىششىقنى تۇتۇپ بىلگىلى بولىدۇ.

كاۋاك ئەزالار (ئاشقازان، ئۇچەي، ئۆت يولى قاتارلىق) زەخىملەنگەندە ئاساسەن قورساق پەردە يالليۇغىنىڭ ئالامەت ۋە بەلگىلىرى ئىپادىلىنىدۇ. قورساق ئاغرىقى كۈچلۈك بولىدۇ. قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى روشەن بولىدۇ. يۇقىرى ھەزىم يولى يېرىلىغاندا يۇقىرىقى ئالامەت، بەلگىلەرنىڭ ئىپادىلىنىشى نىسبەتەن بالدۇر بولىدۇ. تۆۋەن ھەزىم يولى يېرىلغاندا كېچىكىپرەك ئىپادىلىنىدۇ. تۆۋەن ھەزىم يولى يېرىلغاندا كېلىپ چىقىدىغان باكتېرىيىلىك قورساق پەردە يالليۇغى يۇقىرى ھەزىم يولى يېرىلغانغا قارىغاندا تېخىمۇ ئېغىر بولىدۇ. قورساق پەردە يالليۇغىنىڭ تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ ئۇچەي پالەچلىنىپ قورساق كۆپىيىدۇ. ئېغىر بولغاندا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك كۆرۈلىدۇ. قورساق بوشلۇقىدا ئەركىن گاز (كاۋاك ئەزا ئىچىدىكى گازنىڭ قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ چىقىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ) بولغاچقا جىگەر بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى كىچىكلەيدۇ ياكى يوقايدۇ. ئۇندىن باشقا زەخىملىنىش ئورنىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ قان قۇسۇشى ياكى چوڭ تەرەتتىن قان كېلىشى مۇمكىن. كەينى قورساق پەردىدىكى 12 بارماق ئۇچەي يېرىلغاندا بىمارىدا ئۇرۇقدان ئاغرىش، ئۇرۇقدان خالتىسى قانلىق ئىششىقى، زەكەر نورمالسىز قېتىۋېلىش قاتارلىق ئىپادىلەر بولۇشى مۇمكىن.

2. دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش دىئاگنوز قويۇشنىڭ ئاساسى. زەخىملىنىش مەيلى

ئوچۇق ياكى يېپىق بولسۇن دىئاگنوز قويۇشتىكى مۇھىم نۇقتا ئىچكى ئەزادا زەخمىلىنىش بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش، ئۇندىن قالسا قايسى خىلدىكى ئەزا زەخمىلەنگەنلىكىنى ئېنىقلاشتۇر.

1) يۇقىرىقى كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى ئەھۋاللارنىڭ بىرسى كۆرۈلسە ئىچكى ئەزا زەخمىلەنگەنلىكتىن گۇمان قىلىش كېرەك: ① قورساق ئاغرىقى قاتتىق، ئۇزلۇكسىز داۋاملاشقان، شۇنداقلا بارغانسېرى ئېغىرلاشقان بولسا، ھەمدە كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ھەزىم سىستېمىسى ئالامەتلىرى بولسا؛ ② قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ئالامىتى بولسا؛ ③ قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىسى بولسا؛ ④ قورساق بوشلۇقىدا ئەركىن ھاۋا بولغان، جىگەر بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى كىچىكلىگەن ياكى يوقاپ كەتكەن بولسا؛ ⑤ قورساق كۆپكەن، ئۇچەي لۆمۈلدىشى ئاجىزلىغان ياكى يوقالغان بولسا؛ ⑥ قورساقتا يۆتكىلىشچان بوغۇق تاۋۇش بولسا؛ ⑦ چوڭ تەرەتتىن قان كېلىش، قان قۇسۇش ياكى قان سىيىش ئالامەتلىرى بولسا، تۈز ئۇچەينى بارماق بىلەن تەكشۈرگەندە ئۇچەي ئالدىنقى دىۋارىدا بېسىلىپ ئاغرىش ياكى دولقۇنلاش سېزىمى بولسا ۋە ياكى پەلەيگە قان يۇقى يۇقسا.

2) ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى يار بەرسە زۆرۈر بولغان يارىدەمچى تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىش كېرەك.

(1) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش: ئۇيۇل ئەزالار زەخمىلەنگەندە قان يوقىتىش كۆپ بولغانلىقى ئۈچۈن قىزىل قان ھۈجەيرىسى، قان قىزىل ئاقسىلى، قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقى قاتارلىقلاردا روشەن تۆۋەنلەش بولىدۇ. ئەمما قانىنىڭ قويۇلۇش رولى بولغاچقا دەسلەپكى باسقۇچتا يۇقىرىقى ئۆزگىرىش بەك روشەن بولماسلىقى مۇمكىن. ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ئازراق ئۆرلەيدۇ. كاۋاك ئەزالار يېرىلغاندا ئاق قان ھۈجەيرىلىرى كۆرۈنەرلىك ئۆرلەيدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى، ئاشقازان ياكى 12 بارماق ئۇچەي زەخمىلەنگەندە كۆپىنچە قان، سۇيدۇك كراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ.

(2) B تېپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش: ئۇيۇل ئەزالار زەخمىلەنگەندە قورساق بوشلۇقىدا يىغىلىپ قالغان سۇيۇقلۇق بار - يوقلۇقى ۋە مىقدارىنى ئېنىقلاش ئارقىلىق ئۇيۇل ئەزالار زەخمىلەنگەنلىكىگە دىئاگنوز قويۇلىدۇ.

(3) رېنتگېندا تەكشۈرۈش: بولۇپمۇ قورساق بوشلۇقىدا ئەركىن ھاۋانى بايقاش كاۋاك ئەزالار يېرىلغانلىقىغا دىئاگنوز قويۇشنىڭ كۈچلۈك ئىسپاتى.

ئۇندىن باشقا قان تومۇرلارنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش يېرىلغان تومۇر ۋە ئۇيۇل ئەزالارنى ئېنىقلاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(4) CT: ئۇيۇل ئەزالارنىڭ پاتولوگىيىلىك تۈزۈلۈشى ئېنىق ئىپادىلەنگەچكە، نىسبەتەن كىچىك دائىرىدىكى زەخمىلىنىشمۇ ئاسانلا بايقىلىدۇ. بولۇپمۇ ئاشقازان ئاستى بېزى،

كەينى قورساق پەردە بوشلۇقىدىكى ئەزالارنىڭ زەخىملىنىشىگە دىئاگنوز قويۇشتا B تىپلىق ئاپپاراتقا قارىغاندا تېخىمۇ يۇقىرى توغرىلىق ۋە ئېنىقلىققا ئىگە. سايىلاندۇرۇش دورىلىرىنى (مەسىلەن: 60% لىك ئۇروگرافىن (泛影普胺) 1～2mg/kg دىن تومۇرغا ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇلىدۇ) ئىشلىتىپ كۇچەيتىپ سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە، ئېنىقلىق دەرىجىسى تېخىمۇ يۇقىرى بولىدۇ.

(5) دىئاگنوز مەقسەتلىك قورساق بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى: دىئاگنوزنىڭ توغرىلىق نىسبىتى 90% دىن ئاشىدۇ. ئەگەر تارتىپ چىقىرىلغان قان قېتىشمىسا ئۇيۇل ئەزالارنىڭ يېرىلغانلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ. ئەگەر ئۆت سۇيۇقلۇقى، ھەزىم يولى سۇيۇقلۇقى ياكى يېمەكلىك قالدۇقلىرى بولسا ھەزىم يولىنىڭ تېشىلگەنلىكىنى، يىرىك بولسا قورساق بوشلۇقىدا يۇقۇملىنىش بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى، 12 بارماق ئۇچەي تېشىلگەندە سۇيۇقلۇق تەركىبىدىكى كراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ. ئەگەر تۇنجى قېتىم ھېچقانداق سۇيۇقلۇق چىقمىسا ھەربىكەتچان تۇزىتىش، زۆرۈر بولغاندا قايتا تېشىش كېرەك.

3. داۋالاش:

1) ئوپېراتسىيىسىز داۋالاش:

(1) ماس كېلىدىغان كېسەللىكلەر: ① يۇقىرىقى ھەر خىل تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق ئىچكى ئەزا زەخىملەنگەنلىكىگە ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولمىغانلار، بۇنداق بىمارلارنى ئوپېراتسىيىسىز داۋالاش بىلەن بىرگە كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئەتراپلىق، ھەربىكەتچان كۆزىتىش كېرەك، ② دىئاگنوز ئېنىق بولغان، ئۇيۇل ئەزالار يېنىك دەرىجىدە زەخىملەنگەن، ھەربىكەتچان قاناش بولمىغان، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى تۇراقلىق بولغانلار.

(2) داۋالاش ئۇسۇللىرى: ① قان بېرىپ سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش؛ ② كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ قورساق بوشلۇقى يۇقۇملىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش؛ ③ يېمەك ـ ئىچمەكتىن چەكلەش، كاۋاك ئەزالار زەخىملەنگەنلىكتىن گۇمان قىلىنغان ياكى قورساق كۆپۈشى نىسبەتەن روشەن بولغانلارنىڭ ئاشقازان ئۇچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش؛ ④ ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش؛

2) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئىچكى ئەزا يېرىلغانلىقىغا ئېنىق دىئاگنوز قويۇلغان بىمارلارنى، بولۇپمۇ ھەربىكەتچان قاناش بارلارنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك. ئوپېراتسىيىسىز داۋالانغۇچىلاردا ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالىدا ئۆزگىرىش بولۇپ، ئىچكى ئەزا يېرىلغانلىق ئالامەتلىرى روشەنلەشسىمۇ دەرھال ئوپېراتسىيە قىلىش كېرەك. قورساق تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسىدە ئالدى بىلەن جىگەر، تال قاتارلىق ئۇيۇل ئەزالار ۋە دىئافراگما يېرىلىش بار ـ يوقلۇقى تەكشۈرۈلىدۇ. ئاندىن ئاشقازاندىن باشلاپ تەرتىپ بويىچە 12 بارماق ئۇچەي، ئىنچىكە ئۇچەي، بوغماق ئۇچەي ۋە ئۇلارنىڭ بېغىشلىرى تەپسىلىي تەكشۈرۈلىدۇ. ئاندىن داس بوشلۇقى ئەزالىرى تەكشۈرۈلىدۇ. ئاخىردا ئاشقازان بوغماق ئۇچەي تارىمۇشى

كېسىلىپ تارىمۇش خالتىسى ئېچىلىپ ئاشقازان ئارقا دىۋارى ۋە ئاشقازان ئاستى بېزى تەكشۈرۈلىدۇ. زۆرۈر بولغاندا، ئارقا قورساق پەردىسىنى كېسىپ 12 بارماق ئۈچەينىك 2 ـ، 3 ـ، 4 ـ بۆلىكىنى تەكشۈرۈش كېرەك. تەكشۈرۈش داۋامىدا بايقالغان قاناش خاراكتېر-لىك زەخمىلىنىش ياكى ئەزالار يېرىلىشقا ۋاقتىدا قان توختىتىش ياكى زەخمە ئېغىزىنى قىسۋېلىش ۋە ۋاقتىنچە تىكىۋېتىش، تەكشۈرۈش پۈتۈنلەي تۈگىگەندىن كېيىن مۆلچەر بويىچە ئالدى بىلەن ئېغىرلىرىنى، ئاندىن يېنىكلىرىنى بىر ـ بىرلەپ بىر تەرەپ قىلىش كېرەك. پرىنسىپ بويىچە ئالدى بىلەن قاناۋاتقان زەخمە، ئاندىن تېشىلگەن زەخمە بىر تەرەپ قىلىنىدۇ. تېشىلگەن زەخمىدە ئالدى بىلەن بۈلغىنىشى ئېغىر بولغانلىرى ئاندىن بۈلغىنىشى يېنىك بولغانلىرى بىر تەرەپ قىلىنىدۇ. ئوپېراتسىيە ئاخىرىدا قورساق بوشلۇقىنى پاكىز چايقاپ يۇيۇش ۋە ئاققۇزۇش كانالچىلىرىنى قويۇش كېرەك.

§ 4 . سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى زەخمىلىنىش
(泌尿系统外伤)

1. بۆرەك زەخمىلىنىش.

بۆرەك زەخمىلىنىشمۇ ئوچۇق ۋە يېپىق زەخمىلىنىشكە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخمىلىنىش كۆپىنچە كۆكرەك، قورساق قىسمىدىكى باشقا ئەزالارنىڭ زەخمىلىنىشى بىلەن قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئېغىر بولغان بۆرەك يېرىلىش، بۆرەك ساپىقى يېرىلىشتا ياكى بۆرەك يېرىلىشقا باشقا ئەزالار زەخمىلىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە، كۆپىنچە زەخمىلىنىش ۋە قان يوقىتىش خاراكتېر-لىك شوك كېلىپ چىقىپ ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. بىمارىدا زەخمىلىنىش ۋە قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ئالامەتلىرى روشەن ئىپادىلىنىدۇ. بۆرەك زەخمىلەنگۈچىلەرنىڭ كۆپىنـ-چىسى قان سىيىدۇ. بۆرەك سوقۇلۇپ زەخمىلەنگەندە كىچىك تەرەتتىكى قانىنىڭ مىقدارى نىسبەتەن ئاز، ئېغىر يېرىلىپ زەخمىلەنگەندە كىچىك تەرەتتىكى قانىنىڭ مىقدارى كۆپ بولىدۇ، كۆز بىلەن كۆرگىلى بولىدۇ. بەزىدە قان لەختىسى سۈيدۈك يولىنى توسۇۋالىدۇ. بۆرەك قاپچۇق پەردە ئاستى قان ئىششىقى، بۆرەك ئەتراپ يۇمشاق توقۇلمىلىرى زەخمىلـ-نىش، قاناش ياكى سۈيدۈك ئەتراپىغا سىرغىش قاتارلىقلاردا زەخمىلەنگەن تەرەپ بەل، قورساقتا ئاغرىق پەيدا بولىدۇ. قان ۋە سۈيدۈك قورساق بوشلۇقىغا سىرغىپ كىرگەندە ياكى قورساق بوشلۇقىدىكى ئەزالاردا زەخمىلىنىش بولغاندا پۈتۈن قورساق ئاغرىيدۇ ۋە قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى ئىپادىلىنىدۇ. قان لەختىسى سۈيدۈك نەيچىسىدىن ئۆتكەندە

بۆرەك سانجىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قان ۋە سۈيدۈك بۆرەك ئەتراپ توقۇلمىلىرىغا سىرغىپ كىرگەندە ئىششىق پەيدا قىلىپ، يەرلىك تۇنقاندا ئورۇننى روشەن بولغان ئاغرىشنى ۋە مۇسكۇل قېتىۋېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قان ئىششىقى، سۈيدۈك سىرغىش ئاسانلا يۇقۇملىنىش پەيدا قىلىپ بۆرەك ئەتراپ يىرىڭلىق ئىششىقىنى ياكى يىرىڭلىق قورساق پەردە يالليۇغىنى پەيدا قىلىدۇ، شۇنداقلا پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى كېلىپ چىقىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

قورساق، بەل، تۆۋەن كۆكرەك قىسمىدىكى ھەرقانداق زەخمىلىنىش بۆرەك زەخمىلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرگەندە سۈيدۈكتە كۆپ مىقداردا قىزىل قان ھۈجەيرىسى بولىدۇ. قان قىزىل ئاقسىلى ۋە ھۈجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقىنىڭ ئۆزلۈكسىز تۆۋەنلىشى ھەرىكەتچان قاناشتىن دېرەك بېرىدۇ. قاندا ئاق قان ھۈجەيرىلىرى يۇقىرى بولسا يۇقۇملىنىش ئوچىقى بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات ۋە CT دا تەكشۈرگەندە بۆرەكنىڭ زەخمىلىنىش دەرىجىسى، قان ئىششىقى، بۆرەكنىڭ ئاناتومىيىلىك تۈزۈلىشى ۋە ئەتراپتىكى توقۇلمىلار بىلەن بولغان مۇناسىۋىتى قاتارلىقلارنى ئېنىق كۆرگىلى بولىدۇ. سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە دورىنىڭ بۆرەكتىن ئاجرىلىپ چىقىشىنىڭ ئازىيىشى، بۆرەك، بەل چوڭ مۇسكۇلىنىڭ ئىپادىلەنمەسلىكى، دورىنىڭ سىرتقا سىرغىشى قاتارلىقلارنى ئېنىق بايقىغىلى بولىدۇ. بۆرەك ئارتېرىيىسىنى تاللاشچان سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە بۆرەك ئارتېرىيە، ۋېنا تومۇرلىرىنىڭ زەخمىلىنىشىنى تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

بۆرەك سوقۇلۇپ زەخمىلىنىشنى كۆپىنچە ئەھۋالدا ئوپېراتسىيىسىز داۋالاشقا بولىدۇ. ئادەتتە 2～4 ھەپتە كارىۋاتتا يېتىپ دەم ئالدۇرۇش، كېسەل ئەھۋالى تۇراقلىشىپ سۈيدۈكىتىن قان كېلىش توختىغاندىن كېيىن ئاندىن كارىۋاتتىن چۈشۈپ ھەرىكەت قىلىشقا يول قويۇش كېرەك. ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە ئۆگىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئەتراپلىق كۆزىتىش لازىم. ۋاقتىدا قان سىغىمچانلىقىنى ۋە ئىسسىقلىق مىقدارىنى تولۇقلاپ سۇ، ئېلېكتروللىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش، سۈيدۈك مىقدارىنىڭ يېتەرلىك ۋە كۆپ بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش، زۇرۇر بولغاندا قان بېرىش كېرەك. كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم. ئاغرىق توختاتقۇچى، تىنچلاندۇرغۇچى، قان توختاتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئاز سانداكى زەخمىلىنىشى ئېغىر بولغان (ھەرىكەتچان قاناش بولغان ياكى شوكقا قارشى داۋالاشنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمىغان) بىمارلارنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ. ئوپېراتسىيىدە ئەھۋالىغا قاراپ بۆرەكنى ياماش، قىسمەن بۆرەكنى كېسىۋېتىش، بۆرەكنى تولۇق كېسىپ

ئېلىۋېتىش ئوپېراتسىيىلىرىنى تاللاپ قىلىش كېرەك.

2. سۈيدۈك نەيچىسى زەخمىلىنىش.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئادەتتە تەكشۈرۈش سايمانلىرى سۈيدۈك نەيچىسىنىڭ شىللىق پەردىسىنى زەخمىلەندۈرسە قانلىق سۈيدۈك بولىدۇ. سۈيدۈك نەيچىسى پۈتۈنلەي ئۈزۈپ كەتكۈچىلەردە قان سىيىش بولۇشى ناتايىن، سۈيدۈك نەيچە ئۈزۈلگەن ئورۇندىن قورساق پەردە ئارىلىق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرىپ بەل، قورساق ئاغرىش، قورساق كۆپۈش، يەرلىك ئىششىش ۋە تېگىپ ئاغرىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر قورساق پەردىسى يېرىلىپ سۈيدۈك قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرسە، قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر سۈيدۈك قورساق دىۋارى يارا ئېغىزى ياكى جىنسىي يول، ئۇچەي يولىدىكى يارا ئېغىزىدىن ئېقىپ چىقسا ساقىيىشى تەس بولغان سۈيدۈك ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىدۇ. ئەگەر سۈيدۈك نەيچىسى تىكىپ بوغۇۋېتىلسە (ئوپېراتسىيىدە) تولۇق توسۇلۇشتىن بۇرەك جامى بېسىمى ئېشىپ شۇ تەرەپ بەل چىڭقىلىپ ئاغرىيدۇ، بەل مۇسكۇلى چىڭىيدۇ، بۇرەك ئورنى چىڭقىلىپ ئاغرىيدۇ، قىزىيدۇ.

2) دىئاگنوزى:

بۇرەك زەخمىلىنىشكە ئوخشاش.

3) داۋالاش:

شىللىق پەردە زەخمىلەنگۈچىلەرنى كۆزىتىپ بېقىشقا بولىدۇ. نەيچە ئۈزۈلۈپ كەتكۈچىلەرنى كېسەللىك ئەھۋالى يار بەرسىلا ۋاقتىدا تۇزەش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ سۈيدۈكنىڭ راۋانلىقى ۋە بۇرەك فۇنكسىيىسىنى قوغداش كېرەك. سۈيدۈك سىرغىشنى تولۇق ئاققۇزۇپ ئەگەشمە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش لازىم.

3. دوۋسۇن زەخمىلىنىش.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئوچۇق زەخمىلىنىش سىلىق، ئۇچلۇق سايمانلارنىڭ زەخمىلەندۈرۈشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە باشقا ئەزالارنىڭ زەخمىلىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. دوۋسۇن تولغان ھالەتتە تۆۋەن قورساق قىسمى زەربىگە ئۇچراش، بېسىلىش، داس سۆڭەك سۇنۇش قاتارلىقلار يېپىق زەخمىلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دوۋسۇن دىۋارى يېنىك دەرىجىدە سوقۇلۇپ زەخمىلەنسە تۆۋەن قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ، ئاز مىقداردا قان سىيىدۇ، ئەمما قىسقا ۋاقىت ئىچىدە ئۆزلۈكىدىن يوقايدۇ. داس سۆڭىكى سۇنۇشتىن كېلىپ چىققان دوۋسۇن زەخمىلىنىشتە ئاغرىق قاتتىق، قاناش كۆپ بولىدۇ. دوۋسۇن يېرىلغاندا سۈيدۈك قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرىپ قورساق پەردە يالليۇغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، ئېغىرلىرىدا شوك كېلىپ چىقىدۇ. دوۋسۇن قورساق پەردە سىرتىدىن يېرىلغاندا سۈيدۈك سىرغىپ چىقىش، قانلىق ئىششىق،

تۆۆەن قورساق ئاغرىش، بېسىلىپ ئاغرىش ۋە يەرلىك مۇسكۇل چىڭىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، بارماقتا تۇز ئۇچەينى تەكشۈرگەندە ئىششىق سېزىمى بولىدۇ ياكى تېگىپ ئاغرىيدۇ. دوۋسۇن قورساق پەردە ئىچىدىن يېرىلغاندا سۇيدۇك قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرىپ ئۆتكۈر قورساق پەردە ياللۇغى ئالامىتى ۋە تەن بەلگىلىرىنى پەيدا قىلىدۇ، يۆتكىلىشچان بوغۇق تاۋۇش بولىدۇ، سىيگۈسى كېلىدىيۇ، سىيەلمەيدۇ ياكى ئازراقلا قان سىيىدۇ. قان لەختىسى توسۇۋالغاندا ياكى سۇيدۇك دوۋسۇن ئەتراپى، قورساق بوشلۇقىغا سىرغىپ چىققاندا سۇيدۇك بولمايدۇ. ئوچۇق زەخمىلىنىشتە ئەگەر تۇز ئۇچەي ياكى جىنسىي يولدا بىرلەشمە زەخمىلىنىش بولسا سۇيدۇك مەقئەت ياكى جىنسىي يولدىن ئېقىپ چىقىدۇ. يېپىق زەخمىلىنىشتە سۇيدۇك سىرغىپ چىققاندىن كېيىن يۇقۇملانسا يەرلىكنى تېشۇۋېتىپ سۇيدۇك ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى ۋە كلىنىكىلىق ئىپادىسىگە قاراپ قورساق پەردە ئىچىدىن ياكى سىرتىدىن يارىلانغانلىقىنى پەرەز قىلىشقا بولىدۇ.

سۇيدۇك ئاققۇزۇش تەجرىبىسى: دوۋسۇن زەخمىلەنگەندە سۇيدۇك ئاققۇزۇش نەيچىسىنى دوۋسۇنغىچە كىرگۈزۈپ ئاققۇزغاندا پەقەت ئازراقلا قانلىق سۇيدۇك چىقىدۇ ياكى سۇيدۇك بولمايدۇ. 200ml مىكروبسىز تۇز سۇيىنى سۇيدۇك نەيچىسىدىن شىپىرىس بىلەن دوۋسۇنغا ئۇرۇپ كىرگۈزۈپ ئازراق ۋاقىتتىن كېيىن ئاققۇزغاندا ئەگەر چىققان سۇيۇقلۇق مىقدارى كىرگەندىكىدىن روشەن پەرقلەنسە دوۋسۇن يېرىلغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. داس سۆڭىكى سۇنۇقىغا قوشۇلۇپ كەتكەن دوۋسۇن يېرىلىشقا رېنتگېنده تەكشۈرۈش ئارقىلىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ، يەنى سۇيدۇك ئاققۇزۇش نەيچىسىدىن 15% لىك ئۇروگرافىن (泛影普胺) دىن 300ml ياكى مەلۇم مىقدارىدا ھاۋا ئۇرۇپ كىرگۈزگەندە قورساق پەردە ئىچىدىن يېرىلغان بولسا ئۇچەي ئارىسىدا سايىلاندۇرۇش دورىسى ياكى ئەركىن گازنى كۆرگىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

ئېنىق دىئاگنوز قويۇلسىلا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش، زەخمىنى تازىلاش، قان توختىتىش، يېرىلغان ئورۇننى ياماش ۋە ئاقما ياساپ سۇيدۇك ئاققۇزۇش كېرەك. ئەگەر شوك بولسا ئاكتىپ ھالدا شوكقا قارشى داۋالاش، سۇيدۇك نەيچىسىنى قالدۇرۇپ سۇيدۇك ئاققۇزۇش، ئانتىبىئوتىكلار ۋە ئاغرىق توختىتىش، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك.

4. سۇيدۇك يولى زەخمىلىنىش.

ئوچۇق زەخمىلىنىش ۋە يېپىق زەخمىلىنىشكە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخمىلىنىشنى ئۇچ-

لۇق، بىسلىق سايمانلار كەلتۇرۇپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە ئۇرۇقدان خالتىسى، زەكەر، ئارىلىق قىسمىدا ئۆتۈشمە يارا بولىدۇ. يېپىق زەخمىلىنىشنى سوقۇلۇپ زەخمىلىنىش، يىرتىلىپ زەخمىلىنىش ياكى سۈيدۈك يولى سايمانلىرى كەلتۇرۇپ چىقىرىدۇ.

سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخمىلىنىش: ئەرلەردە كۆپىنچە شارچە قىسمى زەخمىلىنىدۇ. بولۇپمۇ مىنىپ قېلىپ زەخمىلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. بۇ خىل زەخمىلىنىشتە سۈيدۈك يولى سوقۇلۇپ زەخمىلىنىشى، يىرىلىشى ياكى پۈتۈنلەي ئۇزۇلۇپ كېتىشى مۇمكىن.

سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخمىلىنىش: كۆپىنچە پەردىلىك قىسمى زەخمىلىنىدۇ. داس سۆڭەك سۇنۇش كەلتۇرۇپ چىقىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخمىلىنىش: زەخمىلەنگەندىن كېيىن بىمار سىيمىگەن ھالەتتىمۇ سۈيدۈك يولىدىن قان تامچىلايدۇ ياكى ئاقىدۇ، زەخمىلەنگەن ئورۇن ئاغرىيدۇ، ئاغرىق سۈيدۈك يولى سىرتقى ئېغىزىغا تارايدۇ، سىيگەندە كۈچىيىدۇ. سىيىشى تەسلىشىدۇ. سۈيدۈك يولى پۈتۈنلەي ئۇزۇلۇپ كەتكەندە سۈيدۈك ساقلىنىپ قالىدۇ. مىنىپ زەخمىلىنىشتە ئۇرۇقدان خالتىسى، ئارىلىقتا ئىششىش، قان قېيىش دېغى، كېپىنەكسىمان قانلىق ئىششىق بولىدۇ. سۈيدۈك يولى ئۇزۇلۇپ كەتسە كۈچەپ سىيگەندە سۈيدۈك يارا ئېغىزىدىن ئەتراپتىكى توقۇلمىلارغا سىرغىپ كىرىدۇ. سۈيدۈكنىڭ سىرتقا سىرغىشى ۋە قانلىق ئىششىق، يۇقۇملانغاندىن كېيىن يىرىڭ زەھەرلىك قان كېسىلىنى كەلتۇرۇپ چىقىرىشى مۇمكىن. ئەگەر ئوچۇق زەخمىلىنىش بولسا سۈيدۈك تېرە، ئۇچەي ياكى جىنسىي يولدىكى يارا ئېغىزىدىن ئېقىپ چىقىپ سۈيدۈك ئاقمىسىنى پەيدا قىلىدۇ.

(2) سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخمىلىنىش: نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ، داس سۆڭىكى سۇنۇشتىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە چوڭ قاناش قوشۇلۇپ كېلىپ شوك كۆرۈلىدۇ. تۆۋەنكى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. يەرلىك مۇسكۇل چىڭىيدۇ. بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. كېسەلنىڭ تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ قورساق كۆپىدۇ. ئۇچەي لۆمۈلدەش تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ. سىيەلمەيدۇ. ئۆتكۈر سۈيدۈك ساقلىنىپ قېلىش يۈز بېرىدۇ. سۈيدۈك يولىدىن ئاز مىقدارىدا قان ئاقىدۇ ياكى ئاقمايدۇ. سۈيدۈك - تاناسىل ئەزا يولى پاسىلى يىرتىلغاندا ئارىلىق، ئۇرۇقدان خالتىسىدا قانلىق ئىششىش ۋە سۈيدۈك سىرغىش بولۇشى مۇمكىن.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى ۋە كلىنىكىلىق ئىپادىلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس. سۈيدۈك ئاققۇزۇش كانالچىسى سېلىش ئارقىلىق سۈيدۈك يولىنىڭ تۇتاش ياكى ئەمەسلىكىنى

بىلگىلى بولىدۇ. سۈيدۈك يولىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە زەخمىلەنگەن ئورۇن ۋە ئۇنىڭ دەرىجىسىنى، سۈيدۈك سىرغىش بار - يوقلۇقىنى بىلگىلى بولىدۇ. بارماق بىلەن تۆز ئۇچەينى تەكشۈرگەندە تۆز ئۇچەي ئالدى دىۋارىدا يۇمشاق، بېسىلىپ ئاغرىيدىغان قانلىق ئىششىقنى بىلگىلى بولىدۇ. مەزى بېزى ئۇچ قىسمىدا لەيلىمە يۆتكىلىش سېزىمى بولىدۇ. ئەگەر پەلەيدە قان يۇقى بولسا تۆز ئۇچەي قوشۇلۇپ زەخمىلەنگەنلىكىنىڭ بېشارىتىدۇر.

3) داۋالاش:

(1) سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخمىلىنىش: تاشقى سۈيدۈك يولىنىڭ شارچە بۆلۈتسىمان تەنچە قىسمىدا قاناش بولسا تېزلا شوكىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭا دەرھال ئارىلىقنى بېسىپ قان توختىتىش، شوكقا قارشى داۋالاش، تېزلىكتە ئوپېراتسىيە قىلىش لازىم.

① سۈيدۈك يولى سوقۇلۇپ زەخمىلىنىش ۋە يېنىك، دەرىجىدە يېرىلىش: ئالامىتى يېنىك تاشقى سۈيدۈك يولىنىڭ پۈتۈنلۈكى ياخشى بولغان بىمارلار كۆپىنچە ئۆزلۈكىدىن ساقىيىپ كېتىدۇ، بۇنداق بىمارلارغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، بىمارغا كۆپ سۇ ئىچكۈزۈپ سۈيدۈكنى سۈيۇلدۇرۇپ غىدىقلىنىشنى ئازايتىش كېرەك. زۆرۈر بولغاندا بىر ھەپتە ئەتراپىدا كانالچە قويۇپ سۈيدۈك ئاققۇزۇش لازىم. ئەگەر سۈيدۈك ئاققۇزۇش مۇمكىن بولمىسا ۋاقتىدا ئارىلىق ئارقىلىق سۈيدۈك يولىنى ياماش ھەمدە 2～3 ھەپتە ئەتراپىدا كانالچە قويۇپ سۈيدۈك ئاققۇزۇش كېرەك. كېسەل ئەھۋالى ئېغىر بولغانلارغا دوۋسۇندىن ئاقما ياساش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەشكە توغرا كېلىدۇ.

② سۈيدۈك يولى ئۈزۈلۈپ كېتىش: دەرھال سۈيدۈك يولىنى ياماش ياكى ئۈزۈلگەن ئۇچنى ئولاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش، كانالچە قويۇپ 2～3 ھەپتە سۈيدۈك ئاققۇزۇش لازىم. ئەگەر ئارىلىق ۋە ئۈرۈقدان خالتىسىدا قانلىق ئىششىق چوڭ بولسا دوۋسۇندىن ئاقما ياساش كېرەك. ئەتراپتىكى توقۇلمىلاردا سۈيدۈك سىرغىش بولسا يەرلىكتىكى تېرىنى كۆپ يەردىن كېسىپ سىرغىغان سۈيدۈكنى ئاققۇزۇش كېرەك. كېسىلگەن ئورۇننىڭ چوڭقۇرلىقى چوقۇم يۈزە سېرىقئەتنىڭ ئاستىغىچە بولۇشى شەرت ھەمدە دوۋسۇندىن سۈيدۈك ئاقمىسى ياساش لازىم. ئۇچ ئايدىن كېيىن سۈيدۈك يولى ياساش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا بولىدۇ.

(2) سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخمىلىنىش: كېسەل ئەھۋالى تۈراقلاشقاندىن كېيىن دوۋسۇندىن سۈيدۈك ئاقمىسى ياساش ئوپېراتسىيىسى قىلىدۇ. سۈيدۈك يولى قىسمەن يىرتىلغاندا كۆپىنچە ئۇچ ھەپتە ئەتراپىدا ئۆزلۈكىدىن ساقىيىدۇ. دوۋسۇن، سۈيدۈك يولىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە ئەگەر سۈيدۈك يولىدا تارىيىش بولمىسا ۋە سۈيدۈك سىرتقا سىرغىسا ياسالغان ئاقما نەيچىسىنى ئېلىۋېتىشكە بولىدۇ. ئەگەر بىمار ئۆزلۈكىدىن سىيەلمە-

سە ئۇچ ئايدىن كېيىن سۆيدۈك يولىدىكى تاتۇق توقۇلمىلارنى كېسىپ ئېلىۋېتىش ۋە ئۇچنى ئۇچقا ئۇلاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

§ 5 . سۇنۇق
（骨折）

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) بىۋاستە زەربە كۈچى: زەخمىلەنگەن ئورۇنغا بىۋاستە تەسىر قىلىپ سۆڭەك سۇنۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، كۆپىنچە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە يۇمشاق توقۇلمىلار-نىڭ زەخمىلىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

2) ۋاستىلىك زەربە كۈچ: زەربە كۈچى ئادەم بەدىنىدە تارقىلىش، پىشاڭلىق رول، ئايلىنىش ياكى مۇسكۇلنىڭ قىسقىرىشى ئارقىلىق مۇچىلەرنىڭ ئۇچ قىسمىدا سۇنۇق پەيدا قىلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

كۆپىنچە سۇنۇقتا يەرلىك ئورۇن ئاغرىيدۇ. ئېغىر سۇنۇق ياكى كۆپ ئورۇن سۇنۇقىدا پۈتۈن بەدەن كېسەللىك ئالامىتى ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ.

1) پۈتۈن بەدەن ئىپادىسى:

(1) شوك: سۇنۇق پەيدا قىلغان شوكنىڭ ئاساسلىقى سەۋەبى قاناش. بولۇپمۇ داس سۆڭەك سۇنۇقى، يوتا سۆڭەك سۇنۇقى ۋە كۆپ ئورۇن سۇنۇقىدا ئەگەر قاناش مىقدارى 2000ml دىن ئېشىپ كەتسە ئاسانلا شوك ئالامىتى چىقىدۇ. ئۇندىن باشقا ئېغىر بولغان ئوچۇق سۇنۇق ياكى باشقا ئەزالار زەخمىلىنىش قوشۇلۇپ كېلىشمۇ شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

(2) قىزىتما: قاناش مىقدارى كۆپ بولغان سۇنۇقتا تۆۋەن قىزىتما كۆرۈلىدۇ، ئادەتتە 38℃ دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، ئەگەر ئوچۇق سۇنۇقتا يۇقىرى قىزىتما كۆرۈلسە يۇقۇملىنىش-تىن دېرەك بېرىدۇ.

2) يەرلىك ئىپادىسى:

(1) سۇنۇقنىڭ ئادەتتىكى ئالامىتى: يەرلىك ئاغرىيدۇ، ئىششىيدۇ، فۇنكسىيىسى توسالغۇغا ئۇچرايدۇ. بەزىدە سۈلۈق قاپارتما ۋە تېرە ئاستى قان قېيىش دېغى بولىدۇ. زەخمىلەنگەن مۇچىنى ھەرىكەتلەندۈرگەندە ئاغرىق كۈچىيىدۇ. زەخمىلەنگەن مۇچىنىڭ ھەرە-كىتى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ ياكى ھەرىكەت قىلالمايدۇ.

(2) سۇنۇقنىڭ ئالاھىدە تەن بەلگىلىرى:

① غەيرىيلىك: سۇنۇق ئۇچىنىڭ ئورۇن يۆتكىلىشىدىن مۇچىنىڭ شەكلىدە ئۆزگىرىش

بولىدۇ. يەنى قىسقىراش، بۇلۇڭ ياساش، تولغىنىش قاتارلىق غەيرىي شەكىللەر كۆرۈلىدۇ.

② غەيرىي نورمال ھەرىكەت: نورمال ئەھۋالدا مۇچىلەرنىڭ ئەسلىدىنلا ھەرىكەت قىلالمايدىغان قىسمىدا سۇنغاندىن كېيىن كۆرۈلىدىغان نورمال بولمىغان ھەرىكەتنى كۆرسىتىدۇ.

③ سۆڭەك سۇركىلىش تاۋۇشى ياكى سېزىمى: سۆڭەك سۇنغاندىن كېيىن ئىككى تەرەپ سۇنۇق ئۇچىنىڭ ئۆزئارا سۇركىلىشىدىن كېلىپ چىققان تاۋۇش ياكى سېزىم.

3. دىئاگنوزى:

كېسەللىك ئالامىتى ۋە تەن بەلگىلىرىدىن باشقا ئېنىق دىئاگنوز قويۇشتا رېنتگېن كەم بولسا بولمايدۇ، رېنتگېنده سۇنۇق بار - يوقلۇقى، تۈرى، شەكلى قاتارلىقلار ئېنىق ئايرىلىدۇ.

4. داۋالاش:

1) جىددىي قۇتقۇزۇش:

(1) شوكىنى قۇتقۇزۇش: ئەگەر بىماردا شوك ئالامەتلىرى بولسا بىمارنى ئىسسىق ساقلاش، ئامال بار ئاز يۆتكەش، دەرھال سۇيۇقلۇق، قان تولۇقلاش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك.

(2) يارا ئېغىزىنى تېڭىش: كۆپىنچە ئەھۋالدا ئوچۇق سۇنۇقتىكى قاناشتا بېسىپ چىگىش ئارقىلىق قان توختىتىلىدۇ. يارا ئېغىزى مىكروبسىز داكا قويۇلۇپ تېڭىلىدۇ. ئەگەر چوڭ تومۇرلاردا قاناش بولسا شۇ تومۇرنىڭ يۇرەككە يېقىن قىسمىنى بېسىپ ياكى قان توختاتقۇچ بوغقۇچ بىلەن چىگىپ قان توختىتىش كېرەك.

(3) مۇڭاپىق مۇقىملاشتۇرۇش ۋە يۆتكەش: مۇچىنى سۇنۇق تاختىسى ئارقىلىق مۇقىملاشتۇرۇپ يۆتكەش، ئەگەر سۇنۇقتا روشەن غەيرىيلىك بولۇپ ئەتراپتىكى يۇمشاق توقۇلمىلارنى تېشىۋېتىش ۋە مۇھىم تومۇر، نېرۋىلارنى زەخمىلەندۈرۈش ئېھتىمالى بولسا مۇچىنى مۇڭاپىق ھالدا تارتىپ تۈزلەپ ئاندىن مۇقىملاشتۇرۇش كېرەك، ئاندىن تېز سۇرئەتته دوختۇرخانىغا يۆتكەپ يەنمۇ ئىلگىرىلەپ داۋالاش لازىم.

2) داۋالاش پرىنسىپى:

(1) ئورنىغا چۈشۈرۈش: يۆتكىلىپ كەتكەن سۇنۇق ئۇچى نورمال ئاناتومىيىلىك تۈزۈلۈش ھالىتىگە كەلتۈرۈلىدۇ، ئادەتته قول مەشغۇلاتى بىلەن ئورنىغا چۈشۈرۈش ۋە ئوپېراتسىيە قىلىپ ئورنىغا چۈشۈرۈشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

(2) مۇقىملاشتۇرۇش: سۇنۇق ئورنىغا چۈشۈرۈلۈپ بولغاندىن كېيىن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. مۇقىملاشتۇرۇش سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇش ۋە ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇشتىن ئىبارەت ئىككى خىل ئۇسۇلنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇش ئاساسەن سۇنۇقنى قول مەشغۇلاتىدا ئورنىغا چۈشۈرۈپ بولغاندىن كېيىن تېڭىش تاختىسى، گېپىس، كېرىش جازىسى، مەلۇم مەزگىل سوزۇش ۋە سىرتتىن مۇقىملاشتۇرغۇچ قاتارلىقلار ئارقىلىق زەخمىلە-

لەنگەن مۇچىنىڭ بىر قىسمىنى مۇقىملاشتۇرۇشنى كۆرسىتىدۇ ياكى ئىچتىن مۇقىملاشتۇ-رۇپ بولغاندىن كېيىن يۇقىرىقى جىسىملاردىن پايدىلىنىپ سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇشنى كۆرسىتىدۇ. ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇش سۇنۇقنى ئوپېراتسىيە قىلىپ ئورنىغا چۈشۈرۈپ بولغاندىن كېيىن مېتال مۇقىملاشتۇرغۇچى جىسىملار (مىخ، مېتال تاختا قاتارلىق) بىلەن سۆڭەكنى مۇقىملاشتۇرۇشنى كۆرسىتىدۇ.

(3) ھەربىكەت ئىقتىدارىنى چېنىقتۇرۇش: مۇقىملاشتۇرۇشقا تەسىر يەتكۈزمىگەن شەرت ئاستىدا زەخمىلەنگەن مۇچە مۇسكۇلى، پەي، تارىمۇش، بوغۇم قاتارلىقلارنىڭ ھەربىكە-تىنى بۇرۇنراق ئەسلىگە كەلتۈرۈش لازىم. سۇنۇق تۈتۈپ سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇش توختە-تىلغاندىن كېيىن مۇقىملاشتۇرۇلغان بوغۇم، مۇسكۇل، پەيلەرنىڭ ھەربىكتى چېنىقتۇرۇش ئارقىلىق ۋاقتىدا ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدۇ.

§ 6 . يۇلۇن زەخمىلىنىش
(脊髓外伤)

يۇلۇن زەخمىلىنىش ئومۇرتقا سۆڭىكى سۇنۇشنىڭ ئېغىر ئەگەشمە كېسەللىكى بولۇپ، ئۇ تۆۋەندىكىدەك بىر نەچچە خىلغا بۆلۈنىدۇ.

1) يۇلۇن سىلكىنىش:

بەدەن زەخمىلەنگەندىن كېيىن دەرھال بوشاشقان پالەچلىك كۆرۈلىدۇ، يەنى زەخمىلەن-گەن ئورۇننىڭ تۆۋەن تەرىپىدە سېزىم، ھەربىكەت، رېفلېكس قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى ۋاقىتلىق يوقايدۇ، قۇرىغۇچى مۇسكۇلنىڭ فۇنكسىيىسى بولمايدۇ، نەچچە مىنۇت ياكى نەچچە سائەت ئىچىدە ئۆزلۈكسىدىن تولۇق ئەسلىگە كېلىدۇ.

2) يۇلۇن سوقۇلۇپ زەخمىلىنىش ۋە قاناش:

يۇلۇننىڭ سىرتقى كۆرۈنۈشى نورمال بولسىمۇ ئەمما ئىچكى قىسمىدا قاناش، سۇلۇق ئىششىق، نېرۋا ھۈجەيرىلىرى بۇزۇلۇش ۋە نېرۋا تارقىلىش تالالىق ماددىسىدا ئۆزۈلۈش بولىدۇ.

3) يۇلۇن ئۆزۈلۈش:

يۇلۇن تولۇق ياكى قىسمەن ئۆزۈلۈپ كېتىدۇ.

4) يۇلۇن بېسىلىش:

سۇنۇق، سۆڭەك پارچىسى ياكى بۇزۇلغان ئومۇرتقا ئارا تەخسىسى ئومۇرتقا كانىلىغا كىرىپ يۇلۇننى بېسىۋالىدۇ ياكى سېرىق تارىمۇشنىڭ قورۇلۇپ قېلىشى ۋە ئۆتكۈر قانلىق ئىششىق يۇلۇننى بېسىۋالىدۇ. ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ بېسىۋالغۇچى ماددىنى ئېلىۋېتىش

يۇلۇن فۇنكسىيەسىنىڭ ئەسلىگە كەلتۈرۈلۈشىدە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

5) ئات قۇيرۇقىسىمان نېرۋا زەخمىلىنىش:

2 ـ بەل ئومۇرتقىسىنىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى سۈنۈق قۇيرۇق نېرۋىسىنى زەخمىلەندۈرۈشى مۇمكىن. زەخمىلەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشۇشۇش خاراكتېرلىك پالەچ كۆرۈلىدۇ.

نىسبەتەن ئېغىر بولغان ھەرخىل يۇلۇن زەخمىلىنىشتە زەخمىلەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن قىسمىدا بوشاشقان پالەچ كۆرۈلىدۇ. بۇ خىل ئەھۋال يۇقىرى دەرىجىلىك مەركىزىي نېرۋىنىڭ كونترول‌للىقىنى يوقىتىشتىن ئىبارەت پاتالوگىيىلىك ھادىسە بولۇپ يۇلۇن شوكى دەپ ئاتىلىدۇ. 2～4 ھەپتىدىن كېيىن يۇلۇننىڭ زەخمىلىنىش دەرىجىسىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ زەخمىلەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن قىسمىدا ئوخشىمىغان دەرىجىدە تارتىشىش خاراكتېرلىك پالەچ كۆرۈلىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) يۇلۇن زەخمىلىنىش:

يۇلۇن شوكى مەزگىلىدە زەخمىلەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشاشقان پالەچ كۆرۈلىدۇ، ھەرىكەت، سېزىم، ئىنكاس ۋە قورىغۇچى مۇسكۇل فۇنكسىيىسى يوقايدۇ. چوڭ، كىچىك تەرەتنى تۇتالمايدۇ. 2～4 ھەپتىدىن كېيىن ئاستا-ئاستا تارتىشىش خاراكتېرلىك پالەچكە ئۆزگىرىدۇ، مۇسكۇل تەرەڭلىكى ئېشىپ كېتىدۇ، پەي رېفلېكسى كۈچىيىدۇ، ھەمدە كېسەللىنىش خۇسۇسىيەتلىك پرامىدا تۇتامى ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. كۆكرەك يۇلۇنى زەخمىلەنگەندە كەسمە پالەچلىك بولىدۇ. بويۇن يۇلۇنى زەخمىلەنگەندە تۆت مۇچە پالەچلىنىدۇ.

يۇلۇن يېرىم قايچىلاشما زەخمىلىنىش ئالامىتى: زەخمىلەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى زەخمىلەنگەن تەرەپ مۇچىنىڭ ھەرىكەت ۋە چوڭقۇر سېزىمى يوقايدۇ، قارشى تەرەپ مۇچىنىڭ ئاغرىق ۋە ئىسسىقلىق سېزىمى يوقايدۇ.

يۇلۇن ئالدى يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى: بويۇن يۇلۇننىڭ ئالدى تەرىپىنىڭ بېسىلىشى ئېغىر بولغاندا، بەزىدە يۇلۇن ئالدى مەركىزىي ئارتېرىيىسى توسۇلۇپ قېلىپ تۆت مۇچە پالەچلىنىدۇ، تۆۋەن مۇچىنىڭ پالىچى تېخىمۇ ئېغىر بولىدۇ، ئەمما تۆۋەن مۇچە ۋە ئارىلىق قىسمىدا يەنىلا ئورۇن سېزىمى ۋە چوڭقۇر سېزىم ساقلىنىپ قالىدۇ، بەزىدە تېيىز سېزىممۇ ساقلىنىپ قالىدۇ.

يۇلۇن مەركىزىي كانىلى ئەتراپى يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى: بويۇننىڭ زىيادە سوزۇلۇشىدىن بويۇن ئومۇرتقا كانىلىنىڭ ھەجمىدە جىددىي ئۆزگىرىش بولۇپ، يۇلۇن سېرىق تارىمۇشىنىڭ قورۇلۇپ قېلىشى ۋە ئومۇرتقا ئارىلىق تەخسىسى قاتارلىقلارنىڭ ئالدى ـ

كەينىدىن قىسىشىدىن مەركىزىي كانال ئەتراپىدىكى ماددىلار زەخىملىنىدۇ، بىماردا تۆت مۇچە پالەچلىنىدۇ، يۇقىرى مۇچىنىڭ پالىچى تېخىمۇ ئېغىر بولىدۇ، سېزىم بۆلۈنىشى بولمايدۇ. ئاقىۋىتى ياخشى ئەمەس.

بويۇن يۇلۇنى زەخىملەنگەندىن كېيىن قوۋۇرغا ئارىلىق مۇسكۇلىمۇ پالەچلىنىدۇ، شۇڭا بىمارنىڭ هايات قېلىشى قورساق ئارقىلىق نەپەسلىنىشكە باغلىق بولۇپ قالىدۇ. بويۇن 4～1 ئومۇرتقىسى زەخىملەنگۈچىلەر كۆپىنچە نەپەس زەئىپلىشىشتىن ئۆلۈپ كېتىدۇ. پەقەت تۆۋەن-كى بويۇن ئومۇرتقىسى زەخىملەنگۈچىلەرنىڭلا قورساق ئارقىلىق نەپەسلىنىش فۇنكسىيىسى ساقلىنىپ قالىدۇ، ئەمما نەپەسلىنىش فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاچقا ئاسانلا يېغىلىش خاراكتېرلىك ئۆپكە يالليۇغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2) يۇلۇن كونۇسى زەخىملىنىش:

1 ـ بەل ئومۇرتقىسى سۇنغاندا يۇلۇن كونۇسى زەخىملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش مۇمكىن، يۇلۇن كونۇسى زەخىملەنگەندە ئارىلىق ئىگەرسىمان تېرىدە سېزىم بولمايدۇ، قورىغۇچى مۇسكۇلنىڭ فۇنكسىيىسى يوقاپ چوڭ ـ كىچىك تەرەتنى تۇتالمايدۇ، جىنسىي ئىقتىدارى توسالغۇغا ئۇچرايدۇ، ئەمما تۆۋەن مۇچىنىڭ هەرىكەت سېزىمى نورمال بولىدۇ.

3) ئات قويرۇقسىمان نېرۋا زەخىملىنىش:

كۆپىنچە قىسمەن زەخىملىنىدۇ. زەخىملىنىش تەكشىلىكىنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشۇشۇش خاراكتېرلىك پالەچلىك كۆرۈلىدۇ. يەنى سېزىم، هەرىكەت ئىقتىدارى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ، قورىغۇچى مۇسكۇل فۇنكسىيىسى بولمايدۇ، مۇسكۇل تەرەڭلىكى تۆۋەنلەپ پەي رېفلېكسى يوقايدۇ، كېسەللىنىش خۇسۇسىيەتلىك پرامىدا تۇتامى ئالامىتى بولمايدۇ.

2. داۋالاش:

1) مۇۋاپىق مۇقىملاشتۇرۇش ئارقىلىق سۇنۇقنىڭ يۇلۇننى قايتا زەخىملەندۇرۇشنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ.

2) يۇلۇن سۇلۇق ئىششىقى ۋە ئىككىلەمچى زەخىملىنىشنى يېنىكلىتىش:

(1) دېكسامېتازون (地塞米松): كۇندە 10mg～20mg دىن 5～7 كۇنگىچە ۋېنادىن تامچىلىتىلىپ ئاندىن ئىككى هەپتە ئەتراپىدا كۇندە ئۇچ قېتىم، هەر قېتىمدا 0.75mg دىن يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ.

(2) مانىتول (甘露醇): 20% لىك مانىتولدىن 250ml كۇندە ئىككى قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 5～7 كۇنگىچە ئىشلىتىلىدۇ.

(3) يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېندا داۋالىنىدۇ:

3) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئوپېراتسىيە پەقەت يۇلۇنغا بولغان بېسىمنى تۇگىتىش ۋە ئومۇرتقىنىڭ مۇقىملىقىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئويناىدۇ.

§7. مۇرەككەپ زەخمە
(复合外伤)

مۇرەككەپ زەخمە — بىرلا زەربە كۈچنىڭ تەسىرىدىن بەدەندە بىرلا ۋاقىتتا ياكى ئارقا - ئارقىدىن ئىككىدىن ئارتۇق ئورۇن، ئەزا زەخمىلەنگەن، بۇنىڭ ئىچىدە ئاز دېگەندە بىر ئورۇندىكى زەخمىنىڭ ھاياتقا خەۋپى بولغان زەخمىلىنىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

1) فىزىئولوگىيىلىك تەڭپۇڭلۇقىنىڭ بۇزۇلۇشى: كېسەللىك ئەھۋالى مۇرەككەپ بولغاچقا، ئېغىر زەخمىدىن كېيىن يۇز بەرگەن ئۆتكۈر قان سىغىمچانلىقى ئازىيىش، توقۇلمىلار تۆۋەن قان ئايلىنىش ھالىتىدە تۇرۇش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك قاتارلىق پاتو - فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەرگە پۈتۈن بەدەن جىددىيلىشىش رېئاكسىيىسى قوشۇلۇپ كېلىپ بىر قاتار ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى پەيدا قىلىدۇ ۋە ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ.

2) ئۆلۈش نىسبىتىنىڭ يۇقىرى بولۇشى: كېسەل جەريانىدا ئۇچ قېتىملىق ئۆلۈش يۇقىرى پەللىسى بولىدۇ: ① بىرىنچى يۇقىرى پەللە بىمار زەخمىلىنىپ نەچچە مىنۇت ئىچىدە يۇز بېرىدۇ، ئاساسلىق سەۋەبى مېڭە، مېڭە غولى، يۇقىرى بويۇن يۇلۇنى قاتارلىقلاردىكى ئېغىر زەخمىلىنىش ياكى يۇرەك، چوڭ تومۇرلارنىڭ يىرتىلىشى؛ ② ئىككىنچى يۇقىرى پەللىسى زەخمىلىنىپ 6～8 ئىچىدە يۇز بېرىدۇ، ئاساسلىق سەۋەبى مېڭە ئىچى، مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى، سىرتى قاناش، قان، گازلىق كۆكرەك، جىگەر، تال يىرتىلىش، داس سۆڭىكى سۇنۇش قاتارلىقلار پەيدا قىلغان چوڭ قاناش، قان يوقىتىش بولۇپ ئەگەر قۇتقۇزۇش ۋاقتىدا، ئۇنۇملۇك بولسا بىمارنى قۇتقۇزۇۋالغىلى بولىدۇ؛ ③ ئۇچىنچى يۇقىرى پەللىسى زەخمىلەنگەندىن كېيىنكى نەچچە كۈن ياكى نەچچە ھەپتە ئىچىدە بولۇپ ئاساسلىق سەۋەبى زەخمىدىن كېيىن ئېغىر يۇقۇملىنىش ۋە ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشتۇر.

3) شوك يۇز بېرىش نىسبىتىنىڭ يۇقىرى بولۇشى: زەخمىلىنىشنىڭ دائىرىسى كەڭ ۋە ئېغىر، قان يوقىتىشى كۆپ بولغاچقا ئاسانلا قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك يۇز بېرىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆكرەك زەخمىلىنىش، يۇرەك قېپى يىرتىلىش، يۇرەك مۇسكۇلى زەخمىلىنىش قاتارلىقلار يۇرەك مەنبەلىك شوكنى پەيدا قىلىدۇ.

4) ئېغىر تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى: ئىككى خىل بولىدۇ: ① نەپەس قىيىنلىشىش خاراكتېرلىك: ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى روشەن بولۇپ، ئاسانلا بايقىغىلى بولىدۇ. ② يوشۇرۇن خاراكتېرلىك: ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى روشەن ئەمەس، بىماردا ئاساسلىقى تىنچسىزلىنىش كۆرۈلىدۇ.

5) خاتا دىئاگنوز قويۇش، دىئاگنوز تولۇق بولماسلىق ئېھتىمالى چوڭ: بەدەننىڭ كۆپ

يېرى بىرلا ۋاقىتتا زەخمىلەنگەن شۇنداقلا ھەر خىل زەخمە بىللە مەۋجۇت بولۇپ تۇرغاچقا، ئۇنىڭ ئۇستىگە بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى خەتەرلىك بولۇپ زارىنى تولۇق ئېيتىپ بېرەلمىگەچكە ئاسانلا خاتا دىئاگنوز قويۇش ياكى كۆپ زەخمىنىڭ بىر قىسمىغا دىئاگنوز قويۇپ، يەنە بىر قىسمى (بەزىدە ئەڭ ئېغىرى) نى بايقىيالماسلىق ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ.

6) داۋالاشتا زىددىيەت كۆپ: زەخمىنىڭ ئېغىرلىق دەرىجىسى، ئورنى ۋە زەخمىلەنگەن ئەزالارنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ داۋالاشنىڭ مۇھىم نۇقتىسى ۋە ئىلگىرى - كېيىنلىك تەرىپى ئوخشىمايدۇ. قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوكنى جىددىي قۇتقۇزغاندا بىر تەرەپتىن دەرھال قان سىڭمىچانلىقىنى تولۇقلاشقا، يەنە بىر تەرەپتىن ئوپېراتسىيە قىلىپ قان توختىتىشقا توغرا كېلىدۇ.

7) ئەگەشمە كېسەللىكلىرى كۆپ: ئاز بولمىغان بىمارلار ئەگەشمە كېسەللىكلەردىن ئۆلۈپ كېتىدۇ. كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن شوك، نەپەس قىيىنلىشىش يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى، كۆپ ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش، يۇقۇملىنىش قاتارلىقلار بار.

2. دىئاگنوزى:

1) كېسەل تارىخىنى تەپسىلىي ئىگەللەش: مۇرەككەپ زەخمىنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولۇپ جىددىي قۇتقۇزۇش بىلەن كېسەل تارىخىنى سوراپ چۈشىنىش، دىئاگنوز، تەكشۈرۈشلەر بىرلا ۋاقىتتا ئېلىپ بېرىلىدۇ، كېسەللىك تارىخى، زەخمىلىنىش جەريانى ۋە نەق مەيدانداا بىر تەرەپ قىلىش ئەھۋالىنى سوراپ بىلىشنىڭ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ.

2) تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپى: تەكشۈرۈشنىڭ مۇھىم نۇقتىسى ئالدى بىلەن ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدىغان زەخمىنى تېپىپ چىقىش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، قاناش ۋە شوكنىڭ دەرىجىسىگە ھۆكۈم قىلىشتۇر. ئادەتتە دىئاگنوزنىڭ تولۇق بولماسلىقىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن پۈتۈن بەدەننى باش، يۈرەك، نەپەس، قورساق، ئومۇرتقا، يۇلۇن، داس، مۇچە، ئارتېرىيە، نېرىپ تەرتىپى بويىچە باشتىن ئاياغ تەكشۈرۈپ چىقىشقا توغرا كېلىدۇ، بىمارنىڭ ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاندىن باشقا مۇھىم، ئالاھىدە تەكشۈرۈشلەرنى قىلىشقا بولىدۇ.

3. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) مۇھىم، ئالاھىدە تەكشۈرۈش ئېلىپ بارغاندا دىققەت قىلىدىغان ئىشلار:

(1) باش، مېڭە، يۈز، ئېڭەك زەخمىلىنىشكە بويۇن ئومۇرتقىسى سۇنۇش ياكى چىقىپ كېتىش قوشۇلۇپ كېلىشى مۇمكىن. شۇڭا CT، رېنتگېنده تەكشۈرگەندە بويۇن ئومۇرتقىسىدا سۇنۇق ياكى ئورنىدىن چىقىپ كېتىش بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) ھوشسىزلانغان ياكى يۇقىرى ئورۇنلۇق كەسمە پالەچنى تەكشۈرگەندە قورساقتا يېپىق زەخمە بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش لازىم.

(3) سول تەرەپ كۆكرەك زەخملىنىش پەيدا قىلغان كۆپ ئورۇن قوۋۇرغا سۈنۈقىنى ۋە گاز - قانلىق كۆكرەكنى پرىنسىپ بويىچە رېنتگېندە تەكشۈرگەندىن باشقا، يەنە ئېلېكترو-كاردىئوگراممىدا يۈرەكنى تەكشۈرۈپ يۈرەك مۇسكۇلىدا زەرەرلىنىش، يۈرەك قىسىلىش ئىپادىسى بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(4) ئېغىر بولغان قورساق بېسىلىپ زەخملىنىشتە دىئافراگما يېرىلىش بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(5) داس سۆڭەك سۈنغاندا چوقۇم سۈيدۈك رايىنى تەكشۈرۈپ سۈيدۈك يولىدا زەخملەنىش بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش لازىم.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر: كېسەللىك ئەھۋالىغا ئاساسەن مۇڭاپىق قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىشنىڭ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ، شۇڭا جىددىي قۇتقۇزۇش ۋە پۈتۈن بەدەننى تەكشۈرۈش بىلەن بىر ۋاقىتتا تۆۋەندىكى قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەرنى ئىشلەش كېرەك: ① قان رايى، قىزىل قان ھۈجەيرە بېسىلىش ھەجمى؛ ② سۈيدۈك رايى، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى؛ ③ قان - گاز ئانالىزى؛ ④ مەركىزىي ۋېنا بېسىمى؛ ⑤ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا كۆزىتىپ تەكشۈرۈش؛ ⑥ ھەر خىل دىئاگنوز خاراكتېرلىك تېشىش ئوپېراتسىيىسى ۋە تەكشۈرۈشلىرى.

جىددىي قۇتقۇزۇش، داۋالاش ئارقىلىق كېسەللىك ئەھۋالى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن، تۆۋەندىكى تەكشۈرۈشلەرنى قىلىشقا بولىدۇ: ① رېنتگېن؛ ② B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات؛ ③ CT، MRI ④ ھەر خىل سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش.

3. داۋالاش:

1) نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش: نەق مەيداندا قۇتقۇزۇشنىڭ مۇھىم نۇقتىلىرى كانايىنى ئېچىپ نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش، يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، تېڭىپ قان توختىتىش، شوكقا قارشى داۋالاش، سۈنۈقنى مۇقىملاشتۇرۇش ۋە بىخەتەر يۆتكەش، شۇ ئارقىلىق بىمارنى ھايات ھالەتتە دوختۇرخانىغا يەتكۈزۈش قاتارلىقلار.

2) ھاياتلىقنى قوللاش:

(1) نەپەس يولىنىڭ باشقۇرۇلۇشى: كۆپ يەردىن زەخملەنگەن بىمارنىڭ جىددىي ئالامەتلىرىنىڭ بىرى تۇنجۇقۇش، ئەگەر ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا بىۋاستە ھاياتىغا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. شۇڭلاشقا ئالدى بىلەن بىمارنىڭ ئېغىز، يۇزىدىكى قان لەختىسى، قۇسۇق، ئاجرالمىلارنى پاكىز تازىلاش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، زۆرۈر بولغاندا كانايغا كانالچە سېلىش، كانايىنى كېسىش، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش كېرەك؛

(2) يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلارغا نەق مەيداندىلا ئېلىپ بېرىلىدۇ.

(3) شوكقا قارشى داۋالاش: كۆپ يەردىن زەخملەنگۈچىلەردە قان يوقىتىش خاراكتېر-

لىك شوك كۆپ كۆرۈلىدۇ، شۇڭا چوقۇم قان بېسىمى، تومۇر سوقۇشى، تېمپېراتۇرىسى ۋە چىرايىغا قاراپ شوك دەرىجىسىگە ھۆكۈم قىلىش، ئامال بار قاناشنى توختىتىش كېرەك. ئەڭ تېز سۈرئەتتە ئىككىدىن ئوشۇق ۋېنا ئوكۇل يولى ئېچىش ياكى چوڭقۇر ۋېنانى تېشىپ كانالچە قويۇش، 15～30 مىنۇت ئىچىدە 1000ml～2000ml تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى ۋە 500ml تۆۋەن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子右旋糖酐) سۇيۇقلۇقىنى ئاسما قىلىپ ئۇرۇش كېرەك. ئاز مىقداردىكى يۇقىرى تەرەڭلىك تۇز سۇيۇقلۇقى (7.5% لىك ناترىي خلور 200ml) مۇ تېز سۈرئەتتە قان پلازما سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ، تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، يۈرەك، قان تومۇرلارنىڭ فۇنكسىيەسىنى ياخشىلاپ، شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا نىسبەتەن ياخشى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئويناىدۇ. ئەگەر شوك ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولسا مۇۋاپىق مىقدارىدا ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشىنى تۈزىتىش كېرەك. قان شوكنى داۋالاشتىكى ئەڭ ياخشى كوللوئىد سۇيۇقلۇق، شۇڭا زۆرۈر بولغاندا 300ml～600ml قان بېرىش كېرەك. سۇيۇقلۇق بەرگەندە كرىستال، كوللوئىد سۇيۇقلۇقىنىڭ نىسبىتى 1 : 2 بولىدۇ. ئەگەر قاناش ئېغىر بولسا 1 : 1 بولسىمۇ بولىدۇ. قان سىغىمچانلىقى ئاساسەن تولۇقلىنىپ بولغاندىن كېيىن، قان تومۇرلارنى ئاكتىپلاشتۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ، مەسىلەن: دوپامىن (多巴胺) قاتارلىق.

(4) يۈرەك فۇنكسىيەسىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش: يۈرەكنىڭ پومپىلىق فۇنكسىيەسىنى قوغداش كېرەك. نورمال نەپەسلىنىشكە كاپالەتلىك قىلغان، قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلىغان ئەھۋال ئاستىدا، ئەگەر بىمارنىڭ قان بېسىمى ئۇزلۇكسىز تۆۋەنلىگەن، تومۇر سوقۇشى ئاجىزلىغان ياكى رېتىمسىزلاشقان، مەركىزىي ۋېنا بېسىمى يۇقىرىلىغان، يۈرەك تاۋۇشى ئاجىزلىغان ياكى يوقالغان بولسا چوقۇم يۈرەك قېپى قىسىلىش بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش، يۈرەك قېپىنى تېشىپ تەكشۈرۈش، زۆرۈر بولغاندا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىش كېرەك.

3) يەنمۇ ئىلگىرىلەپ بىر تەرەپ قىلىش: بىمارنىڭ ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن، يەنمۇ ئىلگىرىلەپ ھەر قايسى ئەزالاردىكى زەخمە بىر تەرەپ قىلىندۇ. ئەگەر چوڭ قاناش بولسا، بىر تەرەپتىن قۇتقۇزۇلۇپ، بىر تەرەپتىن ئوپېراتسىيە قىلىنىدۇ.

(1) باش، مېڭىسى زەخمىلىنىشنى بىر تەرەپ قىلىش: باش، مېڭىسى زەخمىلەنگۈچىلەردە مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك. 20% لىك ماننىتول (甘露醇) ۋە فۇروزىمىد (速尿) نى نۆۋەتلەشتۈرۈپ ئىشلىتىشكە ياكى كوللوئىد سۇيۇقلۇقلىرىدىن ئاق ئاقسىل (白蛋白)، قان پلازمىسى (血浆) قاتارلىقلارنى ئىشلىتىپ كوللوئىد ئوسموس بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈشكە بولىدۇ. بۇ خىل سۇيۇقلۇق مىقدارىنى چەكلەش، چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش شوكقا قارشى داۋالاش بىلەن قارىمۇ- قارشى،

شۇڭا بۇنداق ئەھۋالدا ئەملي ئەھۋالغا قاراپ جانلىق داۋالاش ئېلىپ بېرىشقا توغرا كېلىدۇ. ئەگەر باش ئىچى قانىغانلىقى ئېنىق بولسا دەرھال ئوپېراتسىيە قىلىش ئارقىلىق باش بېسىمىنى تۆۋەنلىتىپ قان لەختىسىنى تازىلاش كېرەك.

(2) كۆكرەك زەخمىلىنىشىنى بىر تەرەپ قىلىش: قان - گازلىق كۆكرەك بولسا ۋاقتىدا كۆكرەك بوشلۇقىدىن يېپىق ئاققۇزۇش لازىم. نەيچە قويغاندىن كېيىن، ئەگەر بىر قېتىمدىلا 1000ml~1500ml دىن ئوشۇق قان چىقسا ياكى يېپىق ئاققۇزۇپ ئۇچ سائەت ئىچىدە ئاققان قاننىڭ مىقدارى ھەر سائەتتە 200ml ئاشسا چوقۇم كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. يۇرەك زەخمىلەنگۈچىلەرنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كېلىدۇ.

(3) قورساق زەخمىلىنىشىنى بىر تەرەپ قىلىش: كۆپ يەردىن زەخمىلىنىشتە قورساق- نىڭ تەن بەلگىلىرىنى تەكشۈرۈش ۋە ئۆزگىرىشكە دىققەت قىلىش ئىنتايىن مۇھىم، ئەگەر گۇمان بولسا قورساقنى تېشىپ تەكشۈرۈش ياكى B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، CT لاردا تەكشۈرۈش، ئەگەر زەخمىلىنىش ئېنىق بولسا دەرھال قورساقنى يېرىپ تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. دىئاگنوزنى تېخىمۇ ئېنىقلايمەن دەپ ئوپېراتسىيە پۇرستە- نى ئۆتكۈزۈۋېتىشكە بولمايدۇ.

(4) مۇچە، داس، ئومۇرتقا زەخمىلىنىشىنى بىر تەرەپ قىلىش: كۆپ يەردىن زەخمىلە- نىشنىڭ 40% تىن كۆپىدە سۇنۇق بولىدۇ. مۇچىلەردە ئوچۇق سۇنۇق بولسا كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن يارا يۇزىنى تازىلاش ياكى 1 - باسقۇچلۇق ئىچىتىن مۇقىملاش- تۇرۇش ئوپېراتسىيىسى ۋە ياكى سۆڭەك كۆچۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. يېپىق سۇنۇقنى تارتىش، تېڭىق تاختىسى قويۇش، گېپىسلاش قاتارلىق ئۇسۇللار ئارقىلىق ۋاقىت- لىق مۇقىملاشتۇرۇپ تۇرۇپ كېسەللىك ئەھۋالى مۇقىملاشقاندىن كېيىن، ئاندىن يەنمۇ ئىلگىرىلەپ بىر تەرەپ قىلىشقا بولىدۇ. ئاددىي داس سۆڭىكى سۇنۇشنى ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز، ئەگەر داس ئىچى قان تومۇر، نېرۋا، ئەزالاردا زەخمىلىنىش بولسا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئاددىي ئومۇرتقا سۆڭىكى سۇنۇشنىمۇ ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز، ئەگەر سۇنۇق تۇراقسىز، يۆتكەلگەن، يۇلۇننى زەخمىلەندۇر- گەن بولسا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىش ئارقىلىق يۇلۇنغا بولغان بېسىمنى تۆۋەنلىتىپ سۇنۇقنى ئىچىتىن مۇقىملاشتۇرۇشقا توغرا كېلىدۇ.

4) كۆپ يەردىن زەخمىلىنىشىنى ئوپېراتسىيە قىلىش تەرتىپى: كۆپ يەردىن زەخمىلە- نىشتە ئەگەر ئىككىدىن ئارتۇق ئورۇن، ئەزانى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كەلسە، مۇناسىۋەتلىك بۆلۈملەردىن قۇتقۇزۇش گۇرۇپپىسى تەشكىللەپ ئوپېراتسىيە تەرتىپىنى بېكە- تىش ھەم ئىجرا قىلىش بىمارنىڭ ھايات بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان مۇھىم ھالقىلارنىڭ بىرىدۇر.

(1) ئېغىر باش، مېڭىسى زەخمىلەنگۈچىلەرنى جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كەلگەندە ئەگەر كۆكرەك، قورساق ئىچى ئەزالىرىدىمۇ زەخمىلىنىش بولسا گۇرۇپپىغا بۆلۈپ بىرلا ۋاقىتتا ئوپېراتسىيە ئىشلەش كېرەك.

(2) كۆكرەك - قورساق بىرلەشمە زەخمىسىدە، كۆپىنچە ئەھۋالدا ئالدى بىلەن كۆكرەكنى يېپىق ئاققۇزۇش، ئاندىن قورساقنى يېرىپ تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش، زۆرۈر بولغاندا گۇرۇپپىغا بۆلۈنۈپ بىرلا ۋاقىتتا كۆكرەك ۋە قورساقنى يېرىپ تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك.

(3) مۇچىلەردە ئوچۇق سۇنۇق بولۇپ ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كەلسە، باش، كۆكرەك، قورساق ئوپېراتسىيىلىرىدىن كېيىن ئىشلەش كېرەك، يېپىق سۇنۇقنى ۋاقىت تاللاپ ئوپېراتسىيە قىلىشقا بولىدۇ.

(4) كۆپ يەردىن زەخمىلىنىشنى ئوپېراتسىيە قىلىش پرىنسىپى — هاياتلىق ئالامەتلىرىنى تولۇق ئەسلىگە تەكشۈرۈش شەرتى ئاستىدا ئەڭ ئاددىي ئوپېراتسىيە ئۇسۇلى بىلەن ئەڭ تېز سۈرئەتتە زەخمىلەنگەن ئەزانى ياماش، بىمارنىڭ يۈكى ۋە كېسەللىك خەتىرىنى تۆۋەنلىتىپ بىمارنىڭ هاياتىنى قوتقۇزۇشتىن ئىبارەت.

5) ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش: زەخمىلىنىشتىن كېيىنكى ئورگانىزم يۇقىرى ماددا ئالمىشىش هالىتىدە بولۇپ ماددا ئالمىشىش قالايمىقانلىشىدۇ. ئەگەر ۋاقىتىدا تۇزىتىلمىسە ئاسانلا يۇقۇملىنىش ۋە كۆپ ئەزا زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا ئادەتتە هەزىم قىلىش فۇنكسىيىسى نورمال بولغان بىمارلارغا يەپ ئىچىشنى ئاساس قىلىش، هوشسىز ياكى تاماق يېيىشى ئەپسىز بىمارلارغا بۇرۇندىن ئوزۇقلاندۇرۇش ياكى هەزىم يولىغا ئاقما كانىلى ياساپ ئوزۇقلاندۇرۇش، ئەگەر هەزىم يولىدىن ئوزۇقلىنىشى چەكلەنسە ئوكۇل ئارقىلىق ئوزۇقلۇق ماددىلارنى تولۇقلاش (ئۇچەي سىرتىدىن ئوزۇقلاندۇرۇش) كېرەك.

6) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش: ئېغىر زەخمىلىنىش ئادەمنىڭ ئىممۇنىتېت كۇچىنى تۆۋەنلىتىۋېتىدۇ. بۇلغانغان يارا ئېغىزى ئاسانلا يۇقۇملىنىدۇ. شۇڭا يارا ئېغىزىنى چوقۇم پاكىز تازىلاش، مۇۋاپىق مىقدارىدا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش كېرەك. ئەگەر يۇقۇملىنىش يۈز بەرسە يۇقۇملىنىش ئوچىقىنى ۋاقىتىدا بايقاش ۋە بىر تەرەپ قىلىش لازىم.

7) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش كۆپ يەردىن زەخمىلىنىشتە كۆرۈلىدىغان ئەڭ خەتەرلىك ئەگەشمە كېسەللىكتۇر، دەسلەپكى باسقۇچتىلا شوكقا قارشى داۋالاش ۋە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشتىن ساقلىنىشتىكى ئەڭ مۇهىم هالقىدۇر. ئەگەر زەئىپلىشىش يۈز بەرسە ئاكتىپ هالدا زەئىپلەشكەن ئەزانى قوللاش، بەدەننىڭ قارشىلىق كۈچىنى ئاشۇرۇپ زەئىپلەشكەن ئەزا سانىنى ئامال بار ئازايتىش لازىم.

ئونىنچى باب سۇدا تۇنجۇقۇش، توك سوقۇۋېتىش ۋە ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش

1 § . سۇدا تۇنجۇقۇش
(溺水)

ئادەم سۇدا تۇنجۇقۇپ قالغاندا نەپەس يولغا سۇ كىرىپ كېتىپ ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن تۇنجۇقۇپ قالىدۇ، قان ئايلىنىش ۋە قاندا بىئوخىمىيىلىك ئۆزگىرىشلەر بولىدۇ. ئېغىرلىرىنىڭ نەپەس ۋە يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ ئۆلۈپ كېتىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

بىمار كۆپىنچە ھوشسىز ھالەتتە بولۇپ يۈزلىرى ئىششىيدۇ، كۆكىرىدۇ. ئىككى كۆزنىگە قان تولۇپ ئېغىز، بۇرۇن بوشلۇقىدا كۆپۈكچە ياكى لاي بولىدۇ. مۇچىلىرى مۇزلاپ بارماق ئۇچى كۆكىرىدۇ. نەپەس، يۈرەك سوقۇشى ئاجىز بولىدۇ ياكى توختايدۇ. ئەگەر ئاشقازانغا سۇ كىرىپ كەتكەن بولسا يۇقىرى قورساق قىسمى كۆپۈپ چىقىدۇ. 48-24 سائەتتىن كېيىن سۇلۇق ئىششىق، ئۆتكۈر نەپەس قىينىلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى، قان ئېرىشچان كەم قانلىق، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش ياكى DIC قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. ئۆپكە يۇقۇملىنىدۇ.

2. دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس.

3. داۋالاش:

1) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: ئالدى بىلەن ئېغىز بۇرۇندىكى سۇ، لايلار تازىلىنىدۇ، بىمارنىڭ ئېغىزى ئېچىلىپ تىلى تارتىپ چىقىرىلىپ نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ. ئاندىن بىمار قورساق قىسمى ئېگىز، باش قىسمى تۆۋەن قىلىنىپ دۇم قىلىپ ياتقۇزۇلۇپ دۇمبىسىدىن بېسىلىدۇ ياكى قۇنتۇزغۇچى بىمارنىڭ ئىككى پۇتىدىن چىڭ تۇتۇپ، بىمارنىڭ قورساق قىسمىنى يەلكىسىگە ئارتىپ كۆتۈرۈپ يېنىك يۈگۈرىدۇ، شۇ ئارقىلىق نەپەس يولى ۋە ئاشقازاندىكى سۇنىڭ ئېقىپ چىقىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ. بىراق سۇ چىقىرىش ۋاقتى بەك ئۇزۇن بولۇپ كېتىپ يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەسىر يەتكۈزسە بولمايدۇ.

2) يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلارغا دەرھال فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش قۇنتۇزۇشى ئېلىپ بېرىلە-

دۇ. شارائىت بولسا كانايغا كانالچە قويۇش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش لازىم.

3) يۇرەك، ئۆپكىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش: يۇرەك سوقۇش چاستوتىسى، رىتمى، قان بېسىم، نەپەس، هوشى، سۈيدۈك مىقدارى ۋە مەركىزىي ۋېنا بېسىمى قاتارلىقلار ئۇزلۇكسىز كۆزىتىلىدۇ. ئۆپكە سۈلۈق ئىششىقى بارلارغا تومۇردىن بېرىلىدىغان سۈيۇقلۇق مىقدارى چەكلىنىدۇ ھەمدە يۇرەكنى كۈچەيتىش، سۈيدۈك ھەيدەش ۋە ھورمون دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ.

4) كىسلاتا ـ ئىشقار، سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: مادىدا ئالمىشىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە 5% ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىلىدۇ، ئەگەر قان ئېرىشچان كەم قانلىق بولسا مۇڭاپىق مىقدارىدا قان تولۇقلاش كېرەك.

5) ئۆپكە يۇقۇملىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش: كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلار ۋە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق هورمونى (肾上腺皮质激素) دائىمىي ئىشلىتىلىدۇ.

6) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: مېڭە سۈلۈق ئىششىقى بولسا سۈسىزلاندۇرۇش، مېڭە ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش ھەمدە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق هورمونىنى ئىشلىتىش كېرەك. ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلەشكۈچىلەرگە سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش، سۈيدۈكنى ئىشقارلاشتۇرۇش، زۆرۈر بولسا دىئالىزلاپ داۋالاش كېرەك.

§ 2. توك سوقۇۋېتىش
(触电)

ئادەم بەدىنى مەلۇم مىقداردىكى توك ئېقىمى بىلەن ئۇچراشقان ياكى چاقماق سوقۇۋەتكەندە يۇز بېرىدىغان پۈتۈن بەدەن ياكى بەدەننىڭ مەلۇم قىسمىدىكى زەخمىلىنىش ياكى فۇنكسىيە توسقۇنلۇققا ئۇچراش ھەتتا ئۆلۈپ كېتىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېنىكرەكلىرىدە باش قېيىش، يۇرەك سېلىش، قورقۇش، مۇچىلەر كۇچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا تارتىشىش، شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يۇرەك رىتمى قالايمىقانلىشىدۇ. تېزدىنلا «يالغان ئۆلۈش هالىتى» (يۇرەك، نەپەس ھەرىكىتى توختايدۇ) گە كىرىدۇ، يەرلىك ئورۇندا كۆيۈك ئىزى بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا كۆيۈكنىڭ چوڭقۇر قاتلىمىدىكى توقۇلما، تومۇر، نېرىپ ۋە سۆڭەكلەر نېكروزلانغان بولىدۇ، بەزىدە بوغۇم چىقىپ كېتىش، سۆڭەك سۇنۇش، پۈتۈن مۇچىلەر نېكروزلىنىش، ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش ۋە نېرۋا زەخمىلىنىش (يارتا پالەچ) قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

2. دىئاگنوزى:

توك سوقۇۋېتىش تارىخى، يەرلىك توقۇلمىلاردىكى كۆيۈك، كۆيۈك دەرىجىسى ۋە پۈتۈن بەدەنلىك ئالامەتلىرىگە قاراپ ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

3. داۋالاش:

1) توك مەنبەسىدىن ئايرىۋېتىش.

2) يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: يۈرەك سوقۇشى ۋە نەپەس توختاپ قالغۇچىلارغا ئۇزۇلدۇرمەي CPR (يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش) ئىشلەش ھەمدە ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش كېرەك (بىر قىسىم يۈرەك، نەپەس ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلار «يالغان ئۆلۈش ھالىتى» دە بولۇپ بۇ خىل ھالەت ئاساسەن نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرى پالەچلىنىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت ئۇزۇلدۇرمەي CPR ئىشلىگەندە بىر قىسىم بىمارلارنىڭ يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرگىلى بولىدۇ).

3) يۈرەكنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش ۋە يۈرەك رېتىمسىزلىنىشنى داۋالاش: توك سوقۇۋەتكەندە توك بېسىمى ۋە توك ئېقىمى تۆپەيلىدىن كېلىپ چىققان يۈقىرى كالىيلىق قان كېسىلى ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ زەرەرلىنىشى ۋە يۈرەك رېتىمسىزلىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن ياكى سول قولدىن توك سوقۇۋەتكەنلەرگە نىسبەتەن يۈرەكنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش، شۇنداقلا يۈرەك رېتىمسىزلىنىش ۋە يۈقىرى كالىيلىق قان كېسىلىگە نىسبەتەن داۋالاش ئېلىپ بېرىش لازىم.

4) باشقا داۋالاشلار:

(1) يۈقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىپ ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش؛

(2) سۈيۇقلۇق تولۇقلاپ سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش؛

(3) ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش: قان بېسىمى ۋە بۆرەكنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىگە كاپالەتلىك قىلىش، سۈيدۈكنى ئىشقارلاشتۇرۇپ، بۆرەك قان تومۇرلىرىنىڭ سپازمىسىنى تۈزەپ، يېتەرلىك مىقداردىكى سۈيدۈك (سائىتىگە 50ml دىن كۆپ) بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش؛

(4) مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش: يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيەسى ئەسلىگە كەلگەن ياكى ھوشسىزلىنىش ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولغانلارغا سۈسىزلاندۇرۇش دورىلىرى ۋە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى ئىشلىتىش؛

(5) يارا يۈزىنى بىر تەرەپ قىلىش: كۆيۈك قاقچىنى كېسىپ ئېلىۋېتىپ يارا يۈزىنى تازىلاش، تېرە كۆچۈرۈش قاتارلىقلار. ئەگەر سېرىقئىت ئاستىدا روشەن ئىششىق بولسا

سېرىقئەتنى ۋاقتىدا كېسىپ يەرلىكنىڭ بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

§ 3 . ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش
(中暑)

ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش — يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىت ياكى كۈچلۈك كۈن نۇرى ئاستىدا ئادەم بەدىنىنىڭ تەن تېمپېراتۇرىسىنى تەڭشەش فۇنكسىيىسى قالايمىقانلىشىشتىن كېلىپ چىقىدىغان مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى، قان ئايلىنىش سىستېمىسىدىكى توسقۇنلۇق ۋە سۇ، ئېلېكترولىتلارنى زىيادە يوقىتىشتىن ئىبارەت كېسەللىك. كۆپىنچە تومۇز ئىسسىقتا يۈز بېرىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

كېسەللىنىش ئالاھىدىلىكى ۋە كلىنىكىلىق ئىپادىسىگە قاراپ ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش تۆۋەندىكى ئۈچ خىلغا بۆلىنىدۇ.

1) ئاپتاپ ئۆتۈش كېسىلى (热射病) : تېپىك كلىنىكىلىق ئالامتى يۇقىرى قىزىتما (41℃ دىن يۇقىرى) ، تەرلىمەسلىك ۋە ئەس ـ ھوشىدا توسقۇنلۇق بولۇشتىن ئىبارەت. يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا ئۇزلۇكسىز نەچچە سائەت تۇرغاندا، بولۇپمۇ قېرىغان، ئاجىز، ئاستا خاراكتېرلىك كېسىلى بار كىشىلەردە ئاسانلا ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش يۈز بېرىدۇ. باشلىنىش ئالامەتلىرىدىن بەدەن ماغدۇرسىزلىنىش، باش قېيىش، ئاغرىش، كۆڭلى ئېلىشىش، تەرلەش، سۈيدۇكى ئازىيىش قاتارلىقلار بار. كەينىدىنلا تەن تېمپېراتۇرىسى ئۆرلەپ ئۇيقۇسىرايدۇ. خۇدىنى يوقىتىدۇ ياكى ھوشسىزلىنىدۇ. تېرە قۇرغاق، ئىسسىق بولۇپ تەر چىقمايدۇ، قىزىرىپ كەتكەن ياكى تاتارغان بولىدۇ. ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلەشكەندە كۆكىرىدۇ. تومۇر سوقۇشى تېزلىشىپ تومۇر بېسىمى كېڭىيىدۇ، قان بېسىمى نىسپىي تۆۋەنلەيدۇ. يۈرەك رىتىمسىزلىنىدۇ، نەپەس تېز، تېيىز بولىدۇ. پۇتۇن بەدەندىكى مۇسكۇللار تارتىشىدۇ، كۆز قارىچۇقى باشتا كىچىكلەپ كېيىن كېڭىيىدۇ، نۇر رېفلېكسى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ. ئېغىرلىرىدا شوك، يۈرەك زەئىپلىشىش، ئۆپكە، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ياكى جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى ئاجىزلاش، DIC قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ.

قۇياش رادىئاتسىيىسى ياكى كۈچلۈك بولغان ئىسسىقلىق رادىئاتسىيىسى باش قىسمىغا بىۋاستە تەسىر قىلغاندا ئاپتاپ ئۆتكۈچىدە باشلىنىشىدا باش قېيىش، ئاغرىش، كۆز تورلىشىش، قۇلاق غۇڭۇلداش، كۆڭۈل ئېلىشىش، ئارقىدىن باش ئاغرىق كۈچىيىش، قۇسۇش، خۇدىنى يوقىتىش، باش قىسمىنىڭ تېمپېراتۇرىسى تېخىمۇ ئۆرلەش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بۇ كۈن ئۆتۈش كېسىلى (日射病) دەپ ئاتىلىدۇ. بەزىدە ئاپتاپ ئۆتۈش كېسىلى

بىلەن بىللە يوز بېرىدۇ.

2) ئىسسىقتىن تارتىشىش (热痉挛): كۆپىنچە يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا جىسماني ئەمگەك قىلغاندا يوز بېرىدۇ، بىمار ئالدى بىلەن قاتتىق تەرلەيدۇ، ئاندىن پۇتۇن بەدەن مۇسكۇللىرى تۇيۇقسىز، تۇتاقلىق تارتىشىدۇ.

3) ئىسسىقتىن زەئىپلىشىش (热衰竭): كۆپىنچە بىمار ئىسسىققا ماسلىشالمىغان، بەدەنده ئوشۇقچە ئىسسىقلىق ئېنېرگىيىسى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا يوز بېرىدۇ. بىماردا قىزىتما بولمايدۇ. ئالدى بىلەن باش قايىدۇ، ئاغرىيدۇ، كۆڭلى ئېلىشىدۇ، ئاندىن كېيىن ئۇسسايدۇ، دېمى سەكلىپ چىرايى تاتىرىپ سوغۇق تەرلەيدۇ، تومۇر سوقۇشى ئاجىزلاپ قان بېسىمى ئازراق تۆۋەنلەيدۇ، بەزىده هوشىدىن كېتىدۇ، قول - پۇتى تارتىشىدۇ، ئېغىرلىرىدا ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىدۇ.

كلىنىكىدا يۇقىرىقى ئۇچ خىل ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشنىڭ ئىككى خىلى ياكى ئۇچ خىلىنىڭ هەممىسى بىرلا ۋاقىتتا مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ.

2. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

قان، سۈيدۈك رايى، جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى، ئېلېكترولىتلار، يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى، قان - گاز ئانالىزى، قان قېتىش ئېنزىمى ۋە ۋاقتى قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ. ئاپتاپ ئۆتۈش كېسىلىده ئاق قان هۈجەيرىسى ۋە نېيترال ئاق قان هۈجەيرىسىنىڭ نىسبىتى ئۆرلەيدۇ. سۈيدۈكته ئاقسىل ۋە سىلىندىر نەيچىلەر بولىدۇ. قاننىڭ PH قىممىتى، ناترىي ۋە كالىي تۆۋەنلەيدۇ. ئىسسىقتىن تارتىشىپ قالغاندا قاندىكى ناترىي ۋە خلور بىرىكمىلىرى تۆۋەنلەيدۇ. ئىسسىقتىن زەئىپلىشىشته قاندىكى ناترىي ۋە كالىي تۆۋەنلەيدۇ، ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا تەكشۈرگەنده هەر خىل يۈرەك رېتىمسىزلىنىش، ST—T بۆلىكى پەسىيىش ۋە T دولقۇنىدىكى ئۆزگىرىشتىن يۈرەك مۇسكۇلى زەخمىلىنىشنى بىلگىلى بولىدۇ.

3. دىئاگنوزى:

ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش تۆۋەندىكىدەك ئۇچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ.

1) ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشنىڭ بېشارىتى: بىمار يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا مەلۇم ۋاقىت تۇرغاندىن كېيىن باش قېيىش، ئاغرىش، ئۇسساش، تەرلەش، هالسىزلىنىش، يۈرەك سېلىش، دەققىتىنى يىغالماسلىق قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى نورمال بولىدۇ ياكى ئازراق ئۆرلەيدۇ.

2) يېنىك دەرىجىده ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش: يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا چىرايى قىزىرىدۇ، كۆپلەپ تەر چىقىدۇ، تومۇر سوقۇشى ئىتتىكلەيدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى 38.5℃ تىن ئېشىپ كېتىدۇ.

3) ئېغىر دەرىجىده ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش: ئاپتاپ ئۆتۈش كېسىلى، ئىسسىقتىن تارتىشىش، ئىسسىقتىن زەئىپلىشىش قاتارلىقلارنىڭ تىپىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ.

بىمارنىڭ كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئالامەتلىرىگە ۋە شۇ رايوننىڭ پەسىل، تېمپېراتۇرا ئالاھىدىلىكىگە قاراپ دىئاگنوز قويماق تەس ئەمەس، بىراق، دىئاگنوز قويغاندا كۆن ئۆتۈش كېسىلىنى ھەر خىل مېكۈ ياللۇغى ۋە پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش بىلەن، ئىسسىقتىن تارتىشىشقا قورساق ئاغرىش قوشۇلۇپ كەلسە ھەر خىل قورساق جىددىي كېسەللىكلىرى بىلەن، ئىسسىقتىن زەئىپلىشىشنى ھەزىم يولى قاناش، غەيرىي ئورۇندىكى ھامىلە، قان شېكىرى تۆۋەنلەش ۋە باشقا بەدەننى زەئىپلەشتۈرىدىغان كېسەللىكلەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

4. داۋالاش:

1) ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش بېشارىتى ۋە يېنىك تىپتىكى ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش: بىمارنى دەرھال تۇرۇۋاتقان يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتىن ئايرىپ سالقىن، ھاۋا ئالمىشىشى ياخشى ئورۇندا ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش كېرەك، ھاۋا ئالماشتۇرغۇچىسى بار ئۆي بولسا تېخىمۇ ياخشى. مۇۋاپىق مىقداردا تۇز تەركىبى بار ئىچىملىك ئىچكۈزۈش، سالقىنلىتىش دورىلىرىنى تەييارلاش (太阳)، خېگو (合谷) ۋە فېڭچى (风池) پەللىلىرىگە سۇرتۇپ بېرىش كېرەك. قىزىتقۇچىلارغا سوغۇق ئۆتكۈزۈش ياكى ئىسپىرت سۇرتۇپ بېرىش لازىم. زۆرۈر بولغاندا 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۇيىدىن 1000ml~2000ml نى ۋېنادىن تامچىلىتىشقا بولىدۇ. يۇقىرىقىدەك داۋالاش ئارقىلىق بىمار 30 مىنۇتتىن نەچچە سائەتكىچە بولغان ئارىلىقتا ئەسلىگە كېلەلەيدۇ.

2) ئېغىر تىپتىكى ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش: دەرھال ئوكسىگېن سۇمۇرتۇپ ۋە قىزىتمىنى چۈشۈرۈپ جىددىي قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. قۇتقۇزۇش پرىنسىپى بىمارنىڭ زىيادە يۇقىرى قىزىتمىسىنى يانداۇرۇش، سۇ، ئېلېكتىرولىتلار ۋە كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش ۋە شوكقا، مېكۈ سۇلۇق ئىششىقىغا قارشى ئاكتىپ داۋالاشتۇر.

(1) فىزىكىلىق ئۇسۇلدا قىزىتما چۈشۈرۈش: بىمارنى ئادەتتىكى تېمپېراتۇرا (25℃) لۇق تىنچ ئۆيگە قويۇش، باش، ئىككى قولتۇق، يىرىق قاتارلىق ئورۇنلارغا مۇز خالتىسى، سوغۇق سۇ خالتىسى قاتارلىقلارنى قويۇپ سوغۇق ئۆتكۈزۈش ياكى ئىسپىرت بىلەن بەدىنىنى سۇرتۇپ بېرىش، شۇنداقلا شامالدۇرغۇچ بىلەن بىمارنى يەلپۇش كېرەك. شارائىت بولسا ھاۋا ئالماشتۇرغۇچىسى بار ئۆيگە قويۇپ داۋالاش لازىم. زۆرۈر تېپىلغاندا بىمارنىڭ بېشىدىن باشقا قىسمىنى 4℃ لۇق سۇغا چىلاپ قىزىتمىسىنى چۈشۈرۈشكە توغرا كېلىدۇ. يۇقىرىقى ئۇسۇلدا قۇتقۇزۇش جەريانىدا بىمارنىڭ پۈت ـ قولىنى كۈچەپ ئۇۋۇلاپ تېرە تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشىنى ۋە قان ئايلىنىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش، شۇ ئارقىلىق بەدەن ئىسسىقلىقىنى تارقىتىش كېرەك. قىزىتمىنى چۈشۈرۈش جەريانىدا مەقئەت تېمپېراتۇرىسىنى ئۇزلۇكسىز تەكشۈرۈپ تۇرۇش، 38.5℃ تىن چۈشكەن ھامان قىزىتما چۈشۈرۈشنى توختىتىپ بىمارنى تېمپېراتۇرىسى 25℃ دىن تۆۋەن بولغان ئۆيگە قويۇپ داۋاملىق كۆزىتىش، ئەگەر قىزىتمىسى

يەنە ئۆرلەپ كەتسە يۇقىرىقى ئۇسۇلنى يەنە تەكرارلاش كېرەك. ئادەتتە ياشانغانلار، هوشىنى يوقاتقانلار، تېنى ئاجىزلار ۋە قان تومۇر كېسەللىكى بار بىمارلارغا 4℃ لۇق سۇغا چىلاپ قىزىتمىسىنى چۇشۇرۇش ئۇسۇلى ماس كەلمەيدۇ. شۇڭلاشقا بۇ ئۇسۇلنى قوللانغاندا كۆپرەك ئېهتىيات قىلىش، يۇقىرىقىدەك بىمارلارغا باشقا خىل قىزىتمىنى ياندۇرۇش ئۇسۇللىرىنى قوللىنىش لازىم.

(2) دورا بىلەن قىزىتما چۇشۇرۇش:

① دېكسامېتازون (地塞米松): 10mg～20mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. دېكسامېتازون ئورگانىزمنىڭ ئورگانىزمنىڭ ئىنكاسىنى ياخشىلاشتىن باشقا يەنە قىزىتمىنى چۇشۇرۇش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، يېنىك تېپتىكى مېڭە سۇلۇق ئىششىقىغا نىسبەتەن سۇسىزلاندۇرۇش قاتارلىق روللىرى بار.

② خلور پرومازىن (氯丙嗪) 25mg～50mg خلور پرومازىن 500ml تۇز سۇيى بىلەن قوشۇلۇپ 1～2 سائەت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. تېخىمۇ جىددىي ئەھۋالدا خلور پرومازىندىن 25mg بىلەن پرومېتازىن (异丙嗪) دىن 25mg 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۇيىدىن 100ml دا ئېرىتىلىپ 10～20 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئەگەر ئىككى سائەت ئىچىدە قىزىتمىسى چۇشمىسە يۇقىرىقى ئۇسۇلنى قايتا تەكرارلاشقا بولىدۇ. خلور پرومازىنىنىڭ ئاساسلىق رولى تۆۋەنكى دۆڭ مېڭىدىكى تېمپېراتۇرا تەڭشەش مەركىزىنى كونترول قىلىپ ئەتراپ قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىپ ئىسسىقلىقنىڭ تارقىلىشىنى ئىلگىرى سۇرۇش، مۇسكۇللارنى بوشىتىپ تارتىشىشنى يېنىكلىتىشتۇر. ئۇندىن باشقا شوكنىڭ ئالدىنى ئېلىش، هۇجەيرىنىڭ ئوكسىگېن كەملىككە بولغان چىدامچانلىقىنى ئاشۇرۇش، بەدەننىڭ زىيادە ئىسسىقلىق ئىشلەپچىقىرىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش قاتارلىق رولىمۇ بار.

(3) باشقا قىزىتما چۇشۇرۇش ئۇسۇللىرى:

① 4℃ لۇق گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 1000ml～2000ml نى ۋېنادىن تامچىلىتىشقا بولىدۇ، ئەمما باشلانغاندىكى 5～10 مىنۇتتا تېمىتىش تېزلىكىنى مىنۇتىغا 30～40 تامچىدىن كونترول قىلىش لازىم.

② سوغۇق سۇدا كلىزما قىلىش: 4℃ لۇق گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 200ml غا 0.5g ئامىنوپېرىن (氨基比林) قوشۇپ ساقلاپ كلىزما قىلىشقا بولىدۇ. ئەگەر تارتىشىش بولسا خلورال هىدرات (醛水合氯) تىن 15ml نى قوشۇۋېتىش كېرەك.

(4) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، ئوكسىگېن سۇمۇرتۇش، زۆرۈر بولغاندا نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى بىلەن نەپەسلەندۇرۇش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش كېرەك. يۈرەك فۇنكسىيىسىگە دىققەت قىلىش كېرەك، يۈرەك يۇكىنى ئاشۇرۇۋېتىدىغان ئۇچۇن ئوكۇل تامچىلاش سۇرئىتىنى كونترول قىلىش كېرەك. يۈرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكۈچىلەرگە

سېدىلانىد (西地兰) ئىشلىتىش كېرەك. شوك بولسا شوكقا قارشى داۋالاش، ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكۈچىلەرنى زۆرۈر بولغاندا دىئالىزلاپ داۋالاش، مېڭە، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، يۇقۇملىنىش، كۆپە ياراسىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم. ئۇندىن باشقا مۇڭاپىق مىقدارىدا گلۇكوزا، ئامىنو كىسلاتا ۋە ۋىتامىنلارنى تولۇقلاش لازىم.

ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشتىن تارتىشقۇچىلاردا ناترىي يوقىتىش نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ تولۇقلاشقا دىققەت قىلىش كېرەك، ئادەتتە 5% لىك گلۇكوزلىق تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 1000ml～2000ml ۋېنادىن تامچىتىلىدۇ. تارتىشقاندا 1% لىك كالتسىي گلۇكونات (葡萄糖酸钙) ئوكۇلىدىن 10ml～20ml ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(5) بىرلەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: ياشانغانلار ۋە يۈرەك قان تومۇر كېسىلى بارلارغا ئوكۇل تامچىلىتىش سۇرئىتىنى كونترول قىلىش، ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكەنلەرگە سۇ ۋە ناترىي تۇزلىرىنى تولۇقلىغاندا مىقدارىنى كونترول قىلىش، ھەر ۋاقىت قاندىكى كالىي قويۇقلۇقىغا دىققەت قىلىش، ھوشسىزلانغۇچىلارغا كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ سۇمۇرۇشتىن بولىدىغان ئۆپكە يالليۇغىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش كېرەك.

(6) پەرۋىش: ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشتىن ھوشسىزلانغان بىمارلاردا ئاسانلا ئۆپكە يالليۇغى ۋە كۆپە ياراسى كۆرۈلىدۇ. شۇڭا پەرۋىشتە ئالاھىدە دىققەت قىلىش لازىم.

ئون بىرىنچى باب مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى

§ 1 . مېڭە قاناش
(脑出血)

باش ئىچىدىكى ھەر خىل كېسەللىكلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان مېڭە ئاساسىي ماددىسىدىكى قاناش مېڭە قاناش دەپ ئاتىلىدۇ. زەخمىلىنىشتىن باشقا مېڭە قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان، ئەڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان سەۋەب يۇقىرى قان بېسىم كېسىلىدۇر.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

يېرىمدىن ئوشۇق مېڭە قاناشنى يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇندىن باشقا سەۋەبلەردىن مېڭە ئارتېرىيىسى بوتقىسىمان قېتىشىش، قان كېسەللىكلىرى، ئارتېرىيە ئۆسمىسى، تومۇر غەيرىيلىكى، مېڭە ئارتېرىيە يالليۇغى، قان ئۇيۇشقا قارشى داۋالاش ۋە نۆكچىنى ئېرىتىپ داۋالاش قاتارلىقلار بار.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئادەتتىكى ئالامىتى:

(1) كۆپىنچە قاتتىق ھاياجانلىنىش، كۆچلۈك ھەرىكەت قىلىش، زىيادە كۈچ ئىشلىتىش (مەسىلەن: كۆچەپ تەرەت قىلىش) قاتارلىق ئەھۋاللاردا قوزغىلىدۇ.

(2) نېرۋا سىستېمىسىدىكى كېسەل ئالامىتى ۋە تەن بەلگىلىرى نەچچە مىنۇتتىن نەچچە سائەتكىچە بولغان ۋاقىت ئىچىدە روشەن ئىپادىلىنىدۇ.

(3) كېسەل قوزغالغاندىن كېيىن باش ئاغرىش، قۇسۇش قاتارلىق باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، ئەس ـ ھوشىدىكى توسقۇنلۇق بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ.

(4) قان بېسىمى كېسەل قوزغىلىشتىن بۇرۇنقىغا قارىغاندا يۇقىرى بولىدۇ. بەزىدە كۆپىنچە يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى تارىخى بولىدۇ. بەزىدە مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامىتى بولۇشىمۇ مۇمكىن.

2) ئوخشاش بولمىغان ئورۇن قانىغاندىكى ئالامەتلەر:

(1) پوست يادروسى قاناش: سىرتقى پوست قاناش دەپمۇ ئاتىلىدۇ. پۇرچاقسىمان يادرو سىزىقسىمان تەن ئارتېرىيىسى (بولۇپمۇ تاشقى يان شېخى) يېرىلىشتىن قانايدۇ. كۆز ئالمىسى كېسەل تەرەپكە تىكىلىپ قالىدۇ. كېسەل ئوچقىنىڭ قارشى تەرىپىدىكى مۇچىدە

يارتا پالەچلىك بولىدۇ، ئەمما يۇقىرى تۆۋەن مۇچىلەرنىڭ دەرىجىسى ئوخشىمايدۇ. ئوخشاش يۇنىلىشلىك يارتا قارىغۇلۇق بولىدۇ، بەزىدە تىلدىن قالىدۇ.

(2) دۆڭچە مېڭە قاناش: ئىچكى پوست قاناش دەپمۇ ئاتىلىدۇ. دۆڭچە مېڭە تىزسىمان ئارتېرىيە ۋە دۆڭچە مېڭىنى تېشىپ ئۆتكۈچى ئارتېرىيىنىڭ يېرىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئىككى كۆز تىك تىكىلىپ قالىدىغان پالەچلىك بولىدۇ، يەنى يۇقىرى تەرەپكە قارىيالمايدۇ ياكى بۇرنىنىڭ ئۇچىغىلا تىكىلىپ قاراپ قالىدۇ. قارشى تەرەپ مۇچىدە پالەچلىك بولىدۇ (يۇقىرى تۆۋەن مۇچىلەرنىڭ دەرىجىسى ئوخشاش بولىدۇ)، يارتا بەدەن سېزىمى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ (چوڭقۇر سېزىمدىكى توسقۇنلۇق تېخىمۇ روشەن بولىدۇ). ئەس - ھوشىدىكى توسقۇنلۇق نىسبەتەن كۆپ كۆرۈلىدۇ ۋە ئېغىر بولىدۇ.

(3) كۆزۈرۈك مېڭە قاناش: كۆپىنچە نېگىز ئارتېرىيىنىڭ كۆزۈرۈك مېڭە شېخى قانايدۇ. ئىككى تەرەپ قارىچۇغى يېڭىنە كۆزىدەك كىچىكلەيدۇ، تېزلا ھوشسىزلىنىدۇ، پۈتۈن مۇچىلەر پالەچلىنىدۇ، ھەتتا «مېڭىسىز قېتىشىش» كۆرۈلىدۇ. مەركىزى نېرۋا مەنبەلىك يۇقىرى قىزىتما ۋە نەپەس زەئىپلىشىش بولىدۇ. ئېغىرلىرى 48 سائەت ئىچىدە ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(4) كىچىك مېڭە قاناش: كۆپىنچە كىچىك مېڭە چىشسىمان يادرو ئارتېرىيىسى قاناشتىن كېلىپ چىقىدۇ. گەجگە بويۇن قىسمى ئاغرىيدۇ، قۇسىدۇ، باش بويۇن قېتىشىپ قالىدۇ، كۆز ئالمىسى تىترەيدۇ، باش قايىدۇ، ھەرىكەت تەڭپۇڭلۇقى بۇزۇلىدۇ. قانلىق ئىششىقنىڭ مېڭە غولىنى بېسىشىدىن ئەتراپ مەنبەلىك يۇز پالىچى، ئىككى كۆز قارشى تەرەپكە گورىزونتال تىكىلىپ قېلىش، مۇچىلەر پالەچلىكى قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. پرامىدا تۇتامى پاتولوگىيىلىك رېفلېكسى مۇسپىي بولىدۇ. ئېغىرلىرى تۇيۇقسىز ھوشسىزلىنىدۇ ۋە نەچچە سائەت ئىچىدىلا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(5) مېڭە قېرىنچىسى قاناش: كۆپىنچە مېڭە قېرىنچىسى قان تومۇر چىگىش ئارتېرىيىسى ياكى قېرىنچە پەردە ئاستى ئارتېرىيىسى قاناشتىن كېلىپ چىقىدۇ. ئاز مىقداردىكى قاناش ئۆمۇچۇك تورىسمان پەردە ئاستى بوشلۇقى قاناشقا ئوخشاپ كېتىدۇ. كۆپ مىقداردا قاناش خەتەرلىك بولۇپ قارىچۇقى يېڭىسىمان ئىنچىكىلەيدۇ، كۆز ئالمىسى تىترەيدۇ ياكى ئاجىزلىشچان ئالغايلىق بولىدۇ. توختىماي قۇسىدۇ، تېزلا ھوشسىزلىنىدۇ، «مېڭىسىز قېتىشىش» كۆرۈلىدۇ ۋە تېزلا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(6) پوستلاق ماددا ئاستى قاناش: مېڭە قانىتى قاناش دەپمۇ ئاتىلىدۇ، چوققا قانىتى قاناشتا كۆپ كۆرۈلىدۇ. باش ئاغرىيدۇ، قۇسىدۇ. مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى ۋە قانغان مېڭە قانىتىغا ماس تەن بەلگىلىرى بولىدۇ. بەزىدە تۇتاقلىق قوزغىلىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) دىئاگنوز: CTدا تەكشۈرۈش قاناش ئورنى، چوڭ - كىچىكلىكى، شەكلى، مېڭە قېرىنچىسىگە كىرگەن - كىرمىگەنلىكى، ئوتتۇرا سىزىقتا يۆتكىلىش بار - يوقلۇقىنى

بېكىتىشتە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. مېڭە ئارتېرىيە، ۋېنالىرىدىكى غەيرىيلىك، قان تومۇر ئۆسمىسى ۋە ئۆسمە قاتارلىقلارنىڭ قاناش سەۋەبلىرىنى، قاناشنىڭ كونا ـ يېڭىلىقىنى ۋە غول مېڭىدە قاناش بار ـ يوقلۇقىنى ئېنىقلاشتا MRI نىڭ تەسۋىرى تېخىمۇ ئېنىق. شۇڭا كلىنىكىلىق ئالامىتى، يۇقىرى قان بېسىم كېسەللىك تارىخى، تىپىك تەن بەلگىلىرىگە ۋە CT ياكى MRI نەتىجىسىگە قاراپ يۇقىرى قان بېسىمدىن كېلىپ چىققان مېڭە قاناشقا ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

(2) پەرقلەندۇرۇپ دىئاگنوز قويۇش: ئاساسلىقى يۇقىرى قان بېسىمدىن باشقا سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان مېڭە قاناش بىلەن پەرقلەندۇرۇلىدۇ (كېسەل تارىخى، قوزغىلىش جەريانى، قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە قاراپ پەرقلەندۇرۇشكە بولىدۇ)، بولۇپمۇ مېڭە تىقىلما ئوچىقى ئىچىدىكى قاناش بىلەن پەرقلەندۇرۇش ئىنتايىن مۇھىم.

4. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش:

(1) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: ئېغىز بوشلۇقىدىكى قۇسۇق، ئاجرالمىلارنى تازىلاپ، باشنى بىر تەرەپكە قىيسايتىپ، سۇمۇرۇشتىن كېلىپ چىققىدىغان ئۆپكە يالليۇغى، ئۆپكە كېرىلمەسلىك، تۇنجۇقۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، ئوكسىگېن سۇمۇ-تۇش، هوشسىزلانغان، بەلغەم چىقىرالمىغان، توختىماي قۇسقان، نەپەس يېتىشمىگەن بىمار-لارغا زۆرۈر بولغاندا كانايغا كانالچە قويۇش ۋە يارەمچى نەپەسلەندۇرۇش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك.

(2) هاياتلىق تەن بەلگىلىرىنى قەرەللىك تەكشۈرۈپ كۆزىتىش: بولۇپمۇ كۆز قارىچۇ-قىنىڭ ئۆزگىرىشىنى قەرەللىك تەكشۈرۈش.

(3) سۇ، ئېلېكتىرولىت، كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش: تاماق يېيەلمىگۈ-چىلەرگە، ئاشقازان كانالچىسى سېلىپ بۇرۇندىن ئوزۇقلاندۇرۇش، مېڭە سۇلۇق ئىشىقى-نىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن يېنىك دەرىجىدە سۇسىزلىنىش هالىتىنى ساقلاش كېرەك.

(4) چوڭ ـ كىچىك تەرەتنىڭ راۋانلىقىنى ساقلاش.

(5) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش.

(6) بەدەننى قەرەللىك ئۆرۈپ تۇرۇش، دۇمبىگە شاپىلاقلاپ بەلغەمنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۇرۇش ۋە پالەچ مۆچىنى هەرىكەتلەندۇرۇش ئارقىلىق ئۆپكە كەپلىمىسى، چوڭقۇر ۋېنا قان نۆكچىسى، كۆپە يارىسى قاتارلىقلار پەيدا بولۇشنىڭ، ئۆپكە يۇقۇملىنىشنىڭ، شۇنداقلا پالەچ مۆچىنىڭ قېتىشىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك، ئادەتتە هەر ئىككى ساەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ.

(7) ئۇندىن باشقا ئامال بار تىنچلىقنى ساقلاش، قاناشنىڭ ئېغىرلىشىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئامال بار ئاز هەرىكەتلەندۇرۇش، ئاز تەكشۈرۈش كېرەك.

2) باش ئىچى بېسىمنى چۈشۈرۈش: مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە چىقۇقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن سۈسزلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىپ مېڭە ئىچكى بېسىمنى تۆۋەنلىتىشكە توغرا كېلىدۇ. سۈسزلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشنىڭ پرىنسىپى: ① ئۆتكۈر باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىشكە ئالدى بىلەن يۇقىرى ئوسموسلۇق سۈسزلاندۇرۇش دورىسى ۋە كۈچلۈك سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. ② مېڭە چىقۇقى كۆرۈلگەندە ماننىتول (甘露醇) ۋە فۇروزىمىد (速尿) نۆۋەتلەشتۈرۈلۈپ ئوكۇل قىلىنىدۇ. ③ يۇرەك، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغان بىمارلارنىڭ ماننىتولنى ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش ياكى ئىشلەتمەسلىك كېرەك. ④ ناترىي، كالىي تۆۋەنلەپ كەتكەن ۋە خلور يۇقىرىلاپ كەتكەن بىمارلارغا دىئاموكس (醋氮酰胺) ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ. ئاق ئاقسىل تۆۋەنلەپ كەتكەن ياكى قان سىغىمچانلىقى يېتىشمىگۈچىلەرگە ئالدى بىلەن ئاق ئاقسىل ياكى قويۇلدۇرۇلغان قان پلازمىسى تولۇقلىنىپ، ئاندىن سۈسزلاندۇرۇش دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ. ⑤ سۈسزلاندۇرۇپ داۋالاشنىڭ ۋاقتى ئۇزۇلۈكسىز، تەڭپۇڭ ھالەتتە ئامال بار ئۇزارتىش (ئادەتتە 7～10 كۈنگىچە ئىشلىتىلىدۇ) كېسەلنىڭ قايتا ئېغىرلىشىپ كېتىشىنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ، ئەمما باش ئىچى بېسىمىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن داۋالاش مۇددىتىنى مۇۋاپىق قىسقارتىش ياكى ئۇزارتىشقا بولىدۇ.

(1) ماننىتول (甘露醇): ھەر قېتىمدا 1～2g/kg مىقدارىدا ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە 20% ماننىتولدىن 250ml، 15～30 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ھەر 4～8 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. ئەكس تەسىرى بىر قېتىملىق مىقدارى بەك كۆپ بولۇپ كەتكەندە تارتىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى، ئۇزۇن مۇددەت ئىشلەتكەندە كالىي، ناترىيلار تۆۋەنلەپ كېتىشى، ياشانغانلارنىڭ بۆرەك فۇنكسىيىسىگە زەرەر يەتكۈزۈپ قويۇشى مۇمكىن.

(2) فۇروزىمىد (速尿): كۈچلۈك سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورا بولۇپ، مۇسكۇل ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئادەتتە ھەر قېتىمدا 20mg～40mg، كۈندە 2～3 قېتىم ئىشلىتىلىدۇ. ماننىتول بىلەن نۆۋەتلەشتۈرۈپ ئىشلىتىلگەندە سۈسزلاندۇرۇش ئۈنۈمى تېخىمۇ روشەن بولىدۇ. ئەكس تەسىرىدىن ناترىي، كالىي ۋە قان سىغىمچانلىقىنى تۆۋەنلىتىۋېتىش، مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىقلار بار.

(3) ئاق ئاقسىل ۋە قويۇلدۇرۇلغان قان پلازمىسى: 20%～25% لىك ئاق ئاقسىلدىن 5g～10g ياكى قويۇلدۇرۇلغان قان پلازمىسىدىن 100ml～200ml كۈندە 1～2 قېتىم تومۇردىن تامچىلىتىلىدۇ.

(4) گلۈكوكورتىكود (肾上腺糖皮质激素): مېڭە سۇلۇق ئىششىقىغا قارشى رولى دورا ئىشلىتىپ 12～36 سائەتتىن كېيىن ئاندىن ئېپادىلىنىدىغان بولغاچقا ئامال بار بۇرۇنراق ئىشلەتكەن ياخشى. دېكسامېتازون (地塞米松) كۆپ ئىشلىتىلىدۇ، ھەر قېتىمدا

10mg～20mg، كۈندە بىر قېتىم ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

3) قان بېسىمنى چۈشۈرۈش: مېڭە قانىغاندىن كېيىن كېسىپ چىقىدىغان قان بېسىمنىڭ ئۆرلىشى، باش ئىچكى بېسىمىنىڭ يۇقىرىلىشىغا قارشى ھالدا مېڭە قان تەمىنلىشىنى كۆپەيتىش ئۈچۈن پەيدا بولىدىغان ئورگانىزمنىڭ تەبىئي تەڭشەش ئىنكاسى. يۇقىرى قان بېسىم مېڭە قاناشنى كۈچەيتىۋەتسە تۆۋەن قان بېسىمنىڭ مېڭگە قان يېتىشمەسلىكنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىش خەۋپى بولىدۇ. شۇڭلاشقا قىسقىرىش بېسىمى 200mmHg دىن، كېڭىيىش بېسىمى 110mmHg دىن، ئوتتۇرىچە ئارتېرىيە بېسىمى 130mmHg دىن تۆۋەن بولغان بىمارلارنىڭ قان بېسىمىنى ئالدىراپ چۈشۈرۈش مۇۋاپىق ئەمەس، ئۇنىڭ ئۈستىگە قان بېسىمنى چۈشۈرگەندە ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠)، نىتروگلتسېرىن (硝酸甘油)، ھىدرالازىن (肼苯达嗪) قاتارلىق كۈچلۈك قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. قان بېسىمنى چۈشۈرۈشكە توغرا كەلسە (قىسقىرىش بېسىمى 200mmHg دىن، كېڭىيىش بېسىمى 110mmHg دىن يۇقىرى بولسا) تۆۋەندىكى دورىلارنى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك. شۇنداقلا قان بېسىم ۋە مېڭە ئىچكى بېسىمىنى ھەرىكەتچان كۆزىتىپ تۇرۇش، شۇ ئارقىلىق دورا تۈرى ۋە مىقدارىنى تەڭشەش، قاناشتىن بۇرۇن قان بېسىمى بار بىمارلارنىڭ قان بېسىم 105mmHg—160/100—180 ئەتراپىدا، قان بېسىمى يوقلارنىڭ قان بېسىمىنى 100mmHg—160/90—180 ئەتراپىدا كونترول قىلىپ تۇرۇش كېرەك.

(1) رېزېرپىن (利血平) 0.5mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئون مىنۇتتىن سەككىز سائەتكىچە بولغان ۋاقىتتىن كېيىن تەكرار ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(2) نىفېدىپىن (硝苯啶، 心痛定) تابلېتىدىن 10mg تىل ئاستىدا شورىلىدۇ، نەچچە سائەتتە بىر تەكرار ئىشلىتىشكە بولىدۇ، ئەس ـ ھوشى بار بىمارلارغا مۇۋاپىق كېلىدۇ.

(3) دىلتىئازېم ھىدروخلورىد (盐酸地尔硫卓) قان بېسىمى ئۆزلۈكسىز يۇقىرىلىغان، ئاددىتتىكى دورىلارنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولمىغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ، ئاددىتتە 5～10mg مىنۇتىغا 5～15μg/Kg تېزلىكتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

4) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى بىر تەرەپ قىلىش:

(1) يۈقۇملىنىش: ھوشسىزلانغان، ياشانغان، بەدىنى ئاجىز بىمارلارغا ئالدىنى ئېلىش مەقسىتىدە، نەپەس يولى ۋە سۈيدۈك يولى يۈقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگۈچىلەرگە داۋالاش مەقسىتىدە ئانتىبىئوتىكلار ئىشلىتىلىدۇ.

(2) غىدىقلىنىشچان يارا (应激性溃疡): ھەزىم يولى قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنى بىر تەرەپ قىلىش ئۈسۈلى بويىچە بىر تەرەپ قىلىنىدۇ.

(3) سۈيۇلۇشتىن بولغان ناترىي تۆۋەنلەش: سۈيدۈك ھەيدىگەندە ناترىينىڭ زىيادە ئاجرىلىپ چىقىپ كېتىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ، مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. شۇڭا قاندىكى ناترىينىڭ مىقدارىغا دىققەت قىلىش كېرەك. ئەمما ناترىي تۆۋەنلىكىنى

تۇزەتكەندە ناترىي تولۇقلاش سۇرئىتىنىڭ بەك تېز بولۇپ كېتىشىگىمۇ بولمايدۇ.

(4) تۇتقاقلىقنىڭ قوزغىلىشى: قان بېسىمنى ئۆرلىتىپ قاناشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. ئادەتتە دىئازېپام (地西泮,安定) دىن 10mg～20mg نى ۋېنادىن بەرگەندە قوزغىلىشنى توختاتقىلى بولىدۇ، ئاندىن فېنوباربىتال ناترىي (苯巴比妥钠) دىن 200mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىپ داۋالاش ئۇنۇمى ئۇزارتىلىدۇ، ئاندىن كېيىن يەنە ناترىي ۋالپروت (丙戊酸钠) دىن 200mg～400mg ھەر كۈنى 3～4 قېتىم يېيىلىدۇ ياكى ئاشقازان نەيچىسىدىن بېرىلىدۇ (ۋاقتى بەك ئۇزۇن بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك).

5) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش:

ئوپېراتسىيە قىلىشنىڭ تېخى بىرلىككە كەلگەن ئېنىق ئۆلچىمى يوق، ئادەتتە مېڭە پەردە سىرتىدىكى قاناش 25ml دىن، ئىچىدىكى قاناش 8ml دىن ئاز بولسا كۆپىنچە ئۆزلۇكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. شۇڭا ئوپېراتسىيە قىلىش ھاجەتسىز. مېڭە ئىچى قاناشتىن كېلىپ چىققان مېڭە بېسىلىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە چىقۇقىغا نىسبەتەن ئوپېراتسىيە قىلىپ، چىققان قانىنى تازىلاپ ئېلىۋېتىش ۋە قان توختىتىش بىمارنى قۇنتۇزۇشتىكى بىر-بىر ئۇنۇملۇك ئۇسۇلدۇر. مېڭە ئىچى قاناشنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشتا تۆۋەندىكى نۇقتىلارغا دىققەت قىلىش لازىم: ① پوستلاق ئاستىدىكى قاناش 20ml～60ml ئەتراپىدا بولسا ئوپېراتسىيە قىلىشقا مۇۋاپىق كېلىدۇ. ② كىچىك مېڭە قانىغاندا قانلىق ئىششىقنىڭ دىئامېتىرى 3cm دىن چوڭ بولسا، ئۇنىڭ ئۇستىگە 4 - مېڭە قېرىنچىسى بېسىلغان بولسا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ. ③ ئەگەر قاناش ئورنى چوڭقۇر، مىقدارى ئاز بولسا ئەڭ ياخشىسى ئوپېراتسىيە قىلماسلىق كېرەك. ④ دۆڭچە مېڭە ۋە كۆۋرۈك مېڭە قانىغاندا ئالدىراپ ئوپېراتسىيە قىلىش مۇۋاپىق ئەمەس. ⑤ ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كەلسە ئەڭ ياخشىسى قاناش يۇز بېرىپ 6～24 سائەت ئىچىدە قىلىش كېرەك، 6～7 سائەت ئىچىدە قىلىنسا تېخىمۇ ياخشى.

ئۇندىن باشقا بىمارنىڭ يېشى، بەدەن ئەھۋالى، قان بېسىمى، كېسەل قوزغىلىشنىڭ تېز- ئاستىلىقى، ئەگەشمە كېسەللىكلەر، قاناش ئورنى، مىقدارى قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى ئوپېراتسىيىنىڭ مۇۋەپپەقىيەتلىك بولۇشىغا تەسىر كۆرسىتىدىغان ئامىللاردۇر.

§2. ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى قاناش
(蛛网膜下腔出血)

ھەر خىل سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان مېڭە تۇۋۇق ياكى مېڭە ۋە يۇلۇن يۈزىدىكى قان تومۇرلارنىڭ يېرىلىپ، قاننىڭ ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە بوشلۇقىغا كىرىشىنى كۆرسىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

كۆپ كۆرۈلىدىغان سەۋەبلەردىن زەخملىنىش، تۇغما ئارتېرىيە ئۆسمىسى، مېڭە قان تومۇر غەيرىيلىكى، يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى، قېتىشىش خاراكتېرلىك ئارتېرىيە ئۆسمىسى، مېڭە تۈۋى غەيرىي قان تومۇر توري قاتارلىقلار بار. ئۇندىن باشقا قان كېسەللىكلىرى ۋە قان قېتىشىش فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇقلا ئۇچراش، مېڭە قان تومۇر يالليۇغى، قوشقۇچى توقۇلما كېسەللىكلىرى، باش ئىچى ئۆسمىسى، باش ئىچى ۋېنا قان نۆكچىسى قاتارلىق كېسەللىكلەر ۋە قان قېتىشىشقا قارشى داۋالاش، نۆكچىنى ئېرىتىپ داۋالاش قاتارلىقلارمۇ ئۆمۈچۈك تورىسىمان پەردە ئاستى قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) بېشارىتى: 30%—60% بىمارلاردا ئارتېرىيە ئۆسمىسى يېرىلىشتىن ئەچچە كۈن ھەتتا نەچچە ھەپتە بۇرۇندىن تارتىپلا ئۆسمىنىڭ بېسىشى ياكى ئازراق قاناش سەۋەبىدىن كۆڭۈل ئېلىشىش، ياندۇرۇش، قوش كۆرۈنۈش، كۆز ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. مۇڭاپىق تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق ئۆسمە ياكى قاناشنى بايقىغىلى بولىدۇ.

2) تىپىك كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) كېسەل قوزغىلىشى: كۆپىنچە كۈچلۈك ھەرىكەت، زىيادە كۈچەش (كۈچەپ يۆتىلىش، تەرەت قىلىش)، ھاياجانلىنىش، كۆپلەپ ھاراق ئىچىش قاتارلىق ئامىللار تەسىرىدىن قوزغىلىدۇ. ئاز قىسىملىرى تىنچ مۇھىتتىمۇ قوزغىلىۋېرىدۇ.

(2) باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىش ئىپادىلىرى: باش قاتتىق ئاغرىيدۇ، كۆڭۈل ئېلىشىدۇ، قۇسىدۇ ئەمما قىزىتمايدۇ. كۆز تېگىدىن كۆرۈش تور پەردىسى قاناش، كۆرۈش تەخسىسى سۇلۇق ئىششىقى، ئەينەك تەنچە پەردە ئاستى كاللەكچە قاناش قاتارلىقلارنى كۆرگىلى بولىدۇ. بولۇپمۇ ئەينەك تەنچە پەردە ئاستى كاللەكچە قاناش دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە، چۈنكى باش ئىچى بېسىمى ئارتىشتىن كۆزدىكى ۋېنا قانلىرىنىڭ قايتىشى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاچقا قاناش كېلىپ چىقىدۇ، ئادەتتە كېسەل قوزغىلىپ بىر سائەتتىن كېيىنلا ئىپادىلىنىدۇ.

(3) مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى: كېسەل قوزغىلىپ نەچچە سائەتتىلا كۆرۈلىدۇ، 1～2 كۈندىن كېيىن روشەنلىشىدۇ. يەنى بوينى قېتىشىپ قالىدۇ، كېرنىگ (Kernig) بەلگىسى روشەن بولىدۇ.

(4) ئەس ھوشىدىكى توسقۇنلۇق: كۆپىنچە ئۆتكۈنچى، قىسقا مۇددەت ھوشىنى يوقىتىش بولىدۇ. قايتا قاناش، ئارتېرىيە سپازمىسى، ئارتېرىيە توسۇلۇشتىن مېڭە سۇلۇق ئىششىقى پەيدا بولسا قايتا ئېغىرلىشىدۇ.

(5) يەرلىكلەشكەن خاس تەن بەلگىلىرى: ئاز كۆرۈلىدۇ، كۆزنى ھەرىكەتلەندۈرگۈچى نېرۋا پالەچلەنسە ئارقا تۇتاشتۇرغۇچى ئارتېرىيە ئۆسمىسىنىڭ، يارتا پالەچ، يارتا بەدەن

سېزىمى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ياكى تارتىشىش چوڭ مېڭە ئوتتۇرا ئارتېرىيە ئۆسمىسىنىڭ، روشەن بولغان يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش مېڭە ئىچى قاناش ياكى ئىككىلەمچى قان تومۇر سپازمىسى يۇز بەرگەنلىكىنىڭ بېشارىتىدۇر.

3) تىپىك بولمىغان كلىنىكىلىق ئىپادىسى: بەزى ياشانغان بىمارلاردا باش ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىپ قۇسۇش ۋە مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى روشەن بولمايدۇ، ھەتتا ئىپادىلەنمەيدۇ، ئەمما ئۇيقۇسىراش، ئىنكاسى گاللىشىش، ئەس - ھوشىدىكى توسقۇنلۇق قاتارلىق مېڭە زەرەرلىنىش ئالامەتلىرى بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ.

4) كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىكلەر:

(1) قايتا قاناش: 5%~10% بىمارلاردا تۇنجى قانىغاندىن كېيىنكى 24 سائەت ئىچىدە يەنە قاناش يۇز بېرىدۇ، ئىككى ھەپتە ئىچىدە قايتا قانىغۇچىلارنىڭ نىسبىتى 54%~80% گە يېتىدۇ، ئادەتتە تۇنجى قاناشتىن كېيىنكى تۆت ھەپتە ئىچىدە قايتا قانىغۇچىلارنىڭ خەتىرى نىسبەتەن چوڭ بولىدۇ. بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلاشقان ئەھۋالدا تۇيۇقسىز، قايتىدىن قاتتىق باش ئاغرىش، قۇسۇش، تارتىشىش، ھوشسىزلىنىش ھەتتا «مېڭە سىز قېتىشىش» ئالامەتلىرى كۆرۈلسە، يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ۋە مېڭە پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى ئېغىرلاشسا قايتا قانىغانلىقتىن دېرەك بېرىشى مۇمكىن.

(2) مېڭە قان تومۇرلىرى سپازمىسى: 1/3 قىسىم بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ. ئۇ بىمارنىڭ ئۆلۈپ كېتىش ۋە مېيىپ بولۇشىنىڭ ئاساسلىق سەۋەبى. بۇرۇن كۆرۈلىدىغانلىرى قاناشتىن كېيىنلا يۇز بېرىپ، نەچچە سائەتكىچە بولغان ۋاقىتتا ئەسلىگە كېلىدۇ. كېچىكىپ يۇز بېرىدىغانلىرى قاناپ تۆت كۈندىن كېيىن يۇز بېرىدۇ. 2~3 ھەپتە داۋاملىشىپ ئاندىن ئەسلىگە كېلىدۇ. كېچىكىپ يۇز بېرىغانلىرى مېڭە تىقىلمىسىنى پەيدا قىلىش مۇمكىن.

(3) مېڭىگە سۇ يىغىلىش: ئۆتكۈر مېڭىگە سۇ يىغىلىشىنىڭ يۇز بېرىش ئېھتىمالى 20%، كۆپىنچە كېسەل قوزغىلىپ نەچچە سائەتتىن بىر ھەپتىگىچە بولغان ئارىلىقتا يۇز بېرىدۇ. كېچىكىپ قوزغىلىدىغانلىرى 2~3 ھەپتىدىن كېيىن يۇز بېرىدۇ. يېنىكلىرىدە ئۇيقۇسىراش، ئەستە ساقلاش قابىلىيىتى تۆۋەنلەش، ئاچقۇچى نېرۋا پالەچلىنىش، تۆۋەن مۇچە پەي رېفلېكسى كۈچىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلىرىدا تەرەققىي قىلىشچان ئەس - ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ھەتتا مېڭە چىقۇقى كېلىپ چىقىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) دىئاگنوز: كلىنىكىلىق ئىپادىسى بىلەن CT، مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنىڭ نەتىجە-

سىنى بىرلەشتۇرۇپ دىئاگنوز قويۇش نىسبەتەن ئاسان، بىراق يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ قاناش سەۋەبىنى ئېنىقلاپ چىقىش كېرەك.

2) پەرقلەندۇرۇپ دىئاگنوز قويۇش:

(1) مېڭە يالليۇغى ۋە مېڭە پەردە يالليۇغى: قوزغىلىشى ئاستا، كۆپىنچە قىزىتما قوشۇلۇپ كېلىدۇ، CT ۋە مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنى تەكشۈرۈش ئارقىلىق پەرقلەندۇرگىلى بولىدۇ.

(2) مېڭە قاناش: يەرلىك ئوچاقلىق نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ئالامەتلىرى بولىدۇ: CT ئارقىلىق پەرقلەندۇرۇشكە بولىدۇ.

4. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى داۋاملىق قاناشنى كونترول قىلىش، باش ئىچى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش، كېسەللىك سەۋەبىنى ئېنىقلاش، مېڭە قان تومۇر سپازمىسى ۋە قايتا قاناشنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر.

1) ئادەتتىكى داۋالاش:

(1) مۇتلەق يانقۇزۇش: قان تومۇر ئۆسمىسى سەۋەبلىك قاناشتىن باشقىلىرى چوقۇم 4～6 ھەپتىگىچە كارىۋاتتا يېتىپ ئارام ئېلىشى، كارىۋاتتىن چۈشمەسلىكى كېرەك.

(2) باش ئىچى بېسىمىنى تۇراقلاشتۇرۇش: باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىش ئېھتىماللىقى بولغان ھەرقانداق ھەربىكەتتىن (مەسىلەن: ھاياجانلىنىش، يۆتىلىش، كۆچەپ تەرەت قىلىش قاتارلىقلار) ساقلىنىش كېرەك.

(3) تىنچلاندۇرۇپ ئاغرىق توختىتىش: ئاسپىرىن تەركىبى بولغان ئاغرىق توختىتىپ يالليۇغ قايتۇرغۇچى دورىلار ۋە دولانتىن (杜冷丁)، مورفىن (吗啡) تۇرىدىكى دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش كېرەك، چۈنكى بۇ خىل دورىلار قاناشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىشى مۇمكىن. ئىشلىتىشكە توغرا كەلسە بۇكىننازىن (强痛定)، سالىدىن (痛利散)، دىئازېپام (安定)، لۇمىنال (鲁米那) قاتارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش كېرەك.

(4) باشقا داۋالاش مېڭە قاناشقا ئوخشاپ كېتىدۇ.

2) قان بېسىمنى چۈشۈرۈش: قان بېسىمنى 160/100mmHg ئەتراپىدا كونترول قىلىش نىسبەتەن مۇۋاپىق، ئامال بار ئاغرىق توختىتىش، تىنچلاندۇرۇش، باش ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش قاتارلىق ئۇسۇللار بىلەن قان بېسىمنى تۇراقلاشتۇرۇش، يالغۇز قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرىغىلا تايىنىۋالماسلىق كېرەك. بولۇپمۇ مېڭە قان تومۇر سپازمىسى بولسا ئالدىراپ قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. قان بېسىم دورىلە-

رىنىڭ ئىشلىتىلىش ئۇسۇلى مېڭە قاناش بىلەن ئوخشاش.

3) باش ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش: مېڭە قاناشنى داۋالاشقا ئوخشاپ كېتىدۇ.

4) قايتا قاناشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش: كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار:

(1) ئامىنو كاپروئىك كىسلاتا (氨基已酸): 4g～6g ى 0.9% لىك تۇز سۇيى ياكى 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۇيىدىن 100ml دا ئېرىتىلىپ، 30～15 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئاندىن سائىتىگە 1g سۈرئەتتە ئاستا تامچىلىتىلىدۇ. 12～24 سائەتتىن كېيىن كۈنىگە 24g غا ئۆزگەرتىلىدۇ. 7～10 كۈندىن كېيىن كۈنلۈك مىقدارى 8g غا كېمەيتىلىپ 2～3 ھەپتە ئىشلىتىلىدۇ. يۈرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغۇچىلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش، چوڭقۇر ۋېنادا قان ئۆكچىسى پەيدا بولۇپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

(2) ترانسامىك كىسلاتا (氨甲环酸): 250mg～500mg دىن كۈندە 1～2 قېتىم تامچىلىتىلىدۇ.

(3) پامبا (氨甲环酸) 200～400mg دىن كۈنىگە ئىككى قېتىم ئاستا تامچىلىتىلىدۇ.

5) مېڭە قان تومۇر سپازمىسىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش: كالتسي مەخسۇس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلار ئارقىلىق مېڭە قان تومۇر تارتىشىش (سپازما) كەلتۈرۈپ چىقارغان كېسەللىك ئالامەتلىرى يېنىكلىتىلىدۇ. نىمولدىپىن (尼莫地平) ھەر 4～6 سائەتتە بىر قېتىم، ھەر قېتىمدا 40mg～60mg يېيىلىدۇ ياكى سىبېلىم (西比灵) ھەر كۈنى ئۈخلاشتىن بۇرۇن بىر قېتىم 5mg～10mg يېيىلىدۇ. ئۇچ ھەپتىدىن ئوشۇق ئىشلەتىلىدۇ.

6) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئارتېرىيە ئۆسمىسى ۋە قان تومۇر غەيرىيلىكىدىن كېلىپ چىققان قاناشنى دەسلەپكى باسقۇچتا قان توختىتىش، كېسەل سەۋەبىنى يوقىتىش، قايتا قاناشنىڭ ۋە قان تومۇر سپازمىسىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ. ئوپېراتسىيىنى ئەڭ ياخشىسى 24～72 سائەت ئىچىدە قىلىش كېرەك. ئەمما مۇچىلەر پالەچىلەنگەن ھەمدە ھوشسىزلانغان بىمارلارغا نىسبەتەن ئوپېراتسىيىنىڭ ئۇنۇمى ياخشى ئەمەس.

ئوپېراتسىيە قىلىش مۇڭاپىق كەلمىگەن بىمارلارغا تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈپ داۋالاش (介入治疗) (ئارتېرىيە ئۆسمىسى ۋە مېڭە قان تومۇر غەيرىيلىكىنى) ياكى گاممما پىچقى (γ—刀) دا داۋالاش مېڭە قان تومۇر غەيرىيلىكىنى تاللاپ ئىشلەشكە بولىدۇ. مېڭىگە سۇ يىغىلىپ قېلىش ئېغىر بولسا مېڭە قېرىنچىسىنى ئېقىتىش (脑室引流) ياكى مېڭە قېرىنچە سۇيۇقلۇقىنى تارماق يولدىن ئېقىتىش (脑室腹分流术) ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا بولىدۇ.

§ 3 . ئۆتكۈر مېڭە تىقىلمىسى
（急性脑梗死）

ئۆتكۈر مېڭە تىقىلمىسى — مېڭە قان تومۇرلىرىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى توسقۇنۇپ قالغاندا يەرلىكتە قان، ئوكسىگېن يېتىشمەي مېڭە توقۇلمىلىرىدا يەرلىك ئوچاقلىق نېكروزلىنىش ياكى يۇمشاپ قېلىش يۈز بېرىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

سەۋەبى مۇرەككەپ، ئەمما ئاساسلىقى مېڭە ئارتېرىيىسىنىڭ بوتقىسىمان قېتىشىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە يۇقىرى قان بېسىمى بار بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ. قاننىڭ يۇقىرى قېتىشىش ھالىتى، يېپىشقاقلىقىنىڭ ئېشىپ كېتىشى ۋە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇش قاتارلىقلارمۇ كېسەل قوزغىلىشىنىڭ مۇھىم سەۋەبى. ئۇندىن باشقا قان ئايلىنىش دىنامىكىسىدىكى ئۆزگىرىش (ئارتېرىيە قان بېسىمى تۆۋەنلەش، قان ئايلىنىشنىڭ باشقا ئەزالارغا بۆلىنىشى، ۋېنا قان بېسىمىنىڭ ئارتىپ كېتىشى قاتارلىق) مۇ مېڭە تىقىلمىسىنى پەيدا قىلغۇچى مۇھىم ئامىل.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە دىئاگنوز:

1) مېڭە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇش، ئارتېرىيە بوتقىسىمان قېتىش خاراكتېرلىك مېڭە تىقىلمىسى دەپمۇ ئاتىلىدۇ.

(1) يۇقىرى قان بېسىم، قاندىكى ماي يۇقىرىلاپ كېتىش، دىئابېت، ئۇزۇن مۇددەت تاماكا چېكىش قاتارلىقلار ئارتېرىيە بوتقىسىمان قېتىشىنىڭ خەتەرلىك ئامىللىرى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ.

(2) تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى، يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى قاتارلىق ئارتېرىيە بوتقىسىمان قېتىشنىڭ ئەگەشمە كېسەللىكلىرى بولىدۇ.

(3) مېڭىگە ئۆتكۈنچى قان يېتىشمەسلىك كېسەل تارىخى بولىدۇ. بولۇپمۇ يېقىن مەزگىلدە قايتا ـ قايتا قوزغالغان بولىدۇ.

(4) كۆپىنچە تىنچ مۇھىتتا بولۇپمۇ ئۇخلاۋاتقاندا قوزغىلىدۇ، ئاز ساندىكىلىرى ھەرىكەت قىلىۋاتقاندا يۈز بېرىشى مۇمكىن.

(5) قوزغالغاندىكى كلىنىكىلىق ئالامىتى: مۇناسىۋەتلىك مۇچىلەر كۈچسىزلىنىدۇ. شۆلگىيىي ئاقىدۇ. سۆز ـ تاۋۇشلىرى ئېنىق بولمايدۇ، باش قايىدۇ، باش ئاغرىش، كۆڭۈل

ئېلىشىش، قۇسۇش، تارتىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر ئىنتايىن ئاز كۆرۈلىدۇ. پەقەت 25%～45% بىمارلاردىلا ئەس ـ هوشىدا توسقۇنلۇق بولۇپ، يېنىك ۋە قىسقا مۇددەت داۋاملىشىدۇ. چوڭ دائىرىلىك ياكى قاناش خاراكتېرلىك مېڭە تىقىلمىسىدا باش قاتىتىق ئاغرىيدۇ، ئەس ـ هوشىدا توسقۇنلۇق بولىدۇ، ھەتتا هوشسىزلىنىدۇ.

(6) مېڭىدە توسۇلغان غول تومۇر شاخچىلىرىغا مۇناسىپ هالدا ئېنىق بولغان يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى كەمتۈكلۈك ئىپادىسى بولىدۇ، شۇنداقلا نەچچە سائەتتىن نەچچە كۈنگىچە بولغان ۋاقىتتا ئاستا ـ ئاستا تەرەققىي قىلىدۇ.

(7) ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرگەندە باش ئىچى، سىرتقى ئارتېرىيىلىرىدە بوتقىسىمان قېتىش بارلىقىنى بىلگىلى بولىدۇ. CT ياكى MRI دا تەكشۈرگەندە تىقىلما بولغان ياكى نۆكچە هاسىل بولغان ئورۇننى ئېنىق تەكشۈرۈپ تاپقىلى بولىدۇ.

2) مېڭە كەپلەشمىسى: كەپلەشمە خاراكتېرلىك مېڭە تىقىلمىسى دەپمۇ ئاتىلىدۇ.

(1) كەپلىمە كېلىش مەنبىيى بولغان بىرلەمچى كېسەلنىڭ مۇناسىۋەتلىك ئالامەت ۋە تەن بەلگىلىرى بولىدۇ. 60%～75% مېڭە كەپلەشمىسى يۈرەك خاراكتېرلىك كېسەللەردىن كېلىپ چىقىدۇ.

(2) قوزغىلىشى تېز بولۇپ نەچچە سېكۇنت ئىچىدىلا كېسەللىك ئالامىتى يۇقىرى پەللىگە كۆتۈرۈلىدۇ. نېرۋا فۇنكسىيىسى كەمتۈكلۈك ئالامەتلىرى ئېغىر ۋە خەتەرلىك بولىدۇ.

(3) باش ئاغرىش، قۇسۇش قاتارلىق باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىش ئالامەتلىرى ۋە ئەس ـ هوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، تۇتاقلىق قوزغىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

(4) توسۇلغان مېڭە غول تومۇر شاخچىلىرىغا مۇناسىپ هالدا ئېنىق بولغان يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى كەمتۈكلۈك ئالامىتى بولىدۇ.

(5) CT، MRI دا مېڭە كەپلەشمىسى بار ئورۇن، تىقىلما يۇز بەرگەن دائىرە ۋە قاناشنى ئېنىق تەكشۈرۈپ چىقىلى بولىدۇ.

3. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش: مېڭە قاناشقا ئوخشايدۇ.

2) قان بېسىمنى چۈشۈرۈش: ئادەتتە قىسقىرىش بېسىمى 200mmHg دىن ئوتتۇرىچە ئارتېرىيە بېسىمى 120mmHg دىن تۆۋەن بولسا، قان بېسىمنى چۈشۈرۈش هاجەتسىز. چۈنكى مېڭە توقۇلمىلىرىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى ئاساسەن قان بېسىمغا تايىنىدۇ. پەقەت بەك يۇقىرى بولۇپ كەتكەندىلا رېزېرپىن (利血平) دىن 0.5mg نى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىشقا ياكى نىفېدىپىن (心痛定) دىن 10mg～20mg نى تىل ئاستىغا سىلىپ شورىتىشقا بولىدۇ.

ئامال بار قان بېسىمنى تېز سۈرئەتتە چۈشۈرۈشتىن ساقلىنىش كېرەك.

3) مېڭە سۈلۈق ئىششىقىنى داۋالاش: ماننىتول (甘露醇) ۋە فۇروزېمىد (速尿) قاتارلىقلارنى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ (مېڭە قاناشقا قارىڭ).

4) دەسلەپكى مەزگىلدە نۆكچە ئېرىتمىپ داۋالاش: ئادەتتە كېسەل قوزغىلىپ ئالتە سائەت ئىچىدە نۆكچە ئېرىتمىپ داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى نىسبەتەن كۆرۈنەرلىك بولىدۇ، شۇڭا نۆكچە ئېرىتمىپ داۋالاش قانچە بۇرۇن بولسا شۇنچە ياخشى.

(1) نۆكچە ئېرىتمىپ داۋالاشقا مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللەر: بىرلىككە كەلگەن ئۆلچەمى يوق، ئەمما پايدىلىنىشقا بولىدۇ.

① يېشى 75 ياشتىن تۆۋەن؛

② ئەس - هوشى نورمال بولغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ، بىراق ئومۇرتقا نېگىز ئارتېرىيىسى سىستېمىسىدىكى مېڭە تىقىلمىسىنىڭ ئاقىۋىتى ياخشى ئەمەس، شۇڭا ئېغىر هوشسىزلانغان هالەتتىمۇ ئىشلىتىشكە بولىدۇ؛

③ كېسەل قوزغىلىپ ئالتە سائەت ئىچىدە ئىشلىتىلىدۇ، ئەگەر ئالامەتلىرى تەرەققىي قىلىۋاتقان بولسا 12 سائەت ئىچىدە بولسىمۇ بولىدۇ؛

④ داۋالاشتىن بۇرۇن قىسقىرىش بېسىمى 200mmHg دىن، كېڭىيىش بېسىمى 120mmHg دىن تۆۋەن بولۇشى كېرەك؛

⑤ CT دا مېڭىدە قاناش ۋە دەسلەپكى باسقۇچلۇق مېڭىگە قان يېتىشمەسلىك يوقلۇقى ئىسپاتلانغان؛

⑥ قاناش خاراكتېرلىك كېسەل بولمىغان، قان پلاستىنكىلىرىنىڭ سانى $100\times10^9/L$ دىن يۇقىرى بولغان؛

⑦ مېڭە تىقىلمىسى بىلەن مېڭىگە ئۆتكۈنچى قان يېتىشمەسلىك (داۋاملىشىش ۋاقتى كۆپىنچە بىر سائەتتىن ئاشمايدۇ) نى پەرقلەندۈرۈش كېرەك، كېيىنكىسىنى نۆكچە ئېرىتمىپ داۋالاش هاجەتسىز؛

⑧ بىمار ۋە ئائىلىدىكىلىرى قوشۇلغان ئەهۋال ئاستىدا؛

(2) كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار:

① ئۈروكىنازا (尿激酶): 25～100 تۇمەن بىرلىك 100ml～200ml تۇز سۈيىدە ئېرىتىلىپ 30 مىنۇتتىن ئىككى سائەتكىچە بولغان ۋاقىت ئىچىدە تامچىلىتىلىدۇ.

② تۇقۇلمىلىق تاللا ئېرىتكۈچى فېرمېنت مەنبېينى جانلاندۇرغۇچى (rt—PA) (组织型纤溶酶原激活剂): كېسەل قوزغىلىپ ئۈچ سائەت ئىچىدە ئىشلىتە-

لىدۇ، 0.9mg/Kg مىقداردا بېرىلىدۇ، ئالدى بىلەن 1/10 مىقدارى بىر مىنۇتتىن ئارتۇق ۋاقىتتا ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قالغان قىسمى بىر سائەتتىن ئارتۇق ۋاقىتتا تامچىلىتىلىدۇ، ئومۇمىي مىقدارى 90mg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ.

(3) ئەگەشمە كېسەللىكلەر:

① تىقىلما بولغان ئورۇن قاناش: بولۇپمۇ ئۇروكىنازانىڭ قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى چوڭ، شۇڭا ئىشلەتكەندە قان ئۇيۇش ۋاقتى (凝血时间) ۋە پروترومبىن ۋاقتى (凝血酶原时间) غا دىققەت قىلىش لازىم.

② توسۇلغان تومۇردىكى قان ئايلىنىشىنىڭ قايتا ئەسلىگە كېلىشىدىن كېلىپ چىقىدىغان زەھەرلىنىش ۋە مېڭە توقۇلمىلىرىدىكى سۇلۇق ئىششىق ئېرىتمە داۋالاشتىكى خەتەرلىك ئاقىۋەتلەردۇر.

③ قايتا توسۇلۇپ قېلىش ئېھتىمالى 10%～20% كە يېتىدۇ.

5) قان ئۇيۇشقا قارشى داۋالاش: تەرەققىي قىلىشچان سەكتە ۋە ئېرىتمە داۋالاشتىن كېيىن قايتا توسۇلۇپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئىشلىتىلىدۇ. فراكسىپارىن (凝速避) تۆۋەن مولېكۇلىلىق ھېپارىن بولۇپ، ھەر قېتىم 0.4ml تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، كۇندە 1～2 قېتىم ئىشلىتىلىدۇ، داۋالاش مۇددىتى 7～10 كۈن ئەتراپىدا بولىدۇ. ۋارفارىن (华法林) كۇندە 2～4mg يېيىلىدۇ.

6) مېڭىنى قوغداپ داۋالاش: ئەركىن رادىكال (自由基) نى يوقاتقۇچى دورىلار (ۋىتامىن E، C، مانىتول (甘露醇)، ھورمون، باربىتاللار، كالتسىي مەخسۇس يولىنى توسقۇچى دورىلار (نىمولدىپىن 平地莫尼) ۋە بەزى جۈڭيى دورىلىرى تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ.

7) قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنىۋېلىشىغا قارشى داۋالاش: قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنىۋېلىشى ۋە قانىنىڭ يېپىشقاقلىقى چۈشۈرۈلىدۇ. ئاسپىرىن (阿斯匹林) دىن 50mg～325mg كۇندە كەچلىك تاماقتىن كېيىن يېيىلىدۇ. ئاسپىرىن يېيىشنى ئەڭ ياخشىسى ئۇزۇن مۇددەت داۋاملاشتۇرۇش كېرەك. تىكلوپىدىن (噻氯匹啶) ھەر قېتىم 250mg، كۇندە 1～2 قېتىم يېيىلىدۇ ياكى ھەر قېتىم 100mg～200mg، كۇندە 2～3 قېتىم يېيىلىدۇ.

8) فىبرىنوگېننى (纤维蛋白原) پارچىلاپ تۆۋەنلەتكۈچى دورىلار: يىلان زەھىرى تېپىدىكى ۋە باشقا تالا ئاقسىل مەنبەيىنى تۆۋەنلەتكۈچى دورىلاردىن ئانكرود (安克洛酶)، باتروكسوبىن (巴曲酶)، لۇمبروكىناس (蚓激酶) قاتارلىقلار تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ.

9) قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار: ئۆتكۈر باسقۇچىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

10) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى بىر تەرەپ قىلىش: ئۆپكە، سۈيدۈك يولىدىكى يۇقۇملىنىش، يۇقىرى ھەزىم يولىدىكى غىدىقلىنىش يارىسى، تۇتقاقلىقنىڭ قوزغىلىشى، يۇرەك رېتىمسىزلىنىش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسىگە مۇۋاپىق ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش تەدبىرلىرىنى قوللىنىش كېرەك.

§ 4 . تۇتقاقلىقنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى
(癫痫持续状态)

تۇتقاقلىق كېسىلىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى — بىر قېتىملىق تۇتقاقلىقنىڭ قوزغىلىش ۋاقتى 30 مىنۇتتىن ئېشىپ كەتكەن ياكى 30 مىنۇتقا يەتمىسىمۇ ئەمما شۇ ۋاقىت ئىچىدە كۆپ قېتىم قوزغالغان ۋە قوزغىلىش ئارىلىقىدا ئەس - ھوشى ياكى نېرۋا فۇنكسىيىسى نورماللىشالمىغان ھالەتنى كۆرسىتىدۇ.

1 . كېسەللىك سەۋەبى:

1) كېسەللىك سەۋەبى ئىككىلەمچى خاراكتېرلىك ۋە بىرلەمچى خاراكتېرلىك دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ. ئىككىلەمچى خاراكتېرلىكى كۆپ ئۇچرايدۇ.

(1) ئىككىلەمچى خاراكتېرلىك سەۋەب: باش ئىچى يۇقۇملىنىش، باش ئىچى ئۆسمىسى، مېتابولىزم ياكى زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك مېڭە كېسىلى، ئۆتكۈر مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى (سەكتە) ۋە يۇلۇن غىلاپى ئاجراپ كېتىش كېسىلى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(2) بىرلەمچى خاراكتېرلىك سەۋەب: كېسەل تارىخى كۆپىنچە ئون يىلدىن ئاشقان داۋالاش ئۇنۇمى ياخشى بولمىغان تۇتقاقلىق قوزغالغاندا كۆرۈلىدۇ.

2) كېسەل قوزغاتقۇچى ئامىللار:

(1) تۈيۇقسىز تۇتقاقلىق دورىسىنى يېيىشنى توختاتقان ياكى دورا ئالماشتۇرۇش ۋە ئازايتىش توغرا بولمىغان ئەھۋالدا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(2) ئۇندىن قالسا روھىي جەھەتتىن غىدىقلىنىش، ھېرىش، چارچاش، كۆپلەپ ھاراق ئىچىش قاتارلىق روھىي ۋە مۇھىت ئامىلى شۇنداقلا قىزىتىش، يۇقۇملىنىش، تۇغۇش قاتارلىق فىزىئولوگىيىلىك ئامىللار تەسىرىدىن قوزغىلىدۇ.

(3) بەزى دورىلار، مەسىلەن: بىر قىسىم خامۇشلۇققا قارشى دورىلارنىڭ تەسىرىدىن تۇتقاقلىقنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى يۈز بېرىش مۇمكىن.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

قوزغىلىشتىن بۇرۇن كۆپىنچە باش ئاغرىش، قېيىش، دېمى سىقىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. تۈيۇقسىز هوشىدىن كېتىپ مۇچىلىرى هەتتا پۈتۈن بەدىنى قېتىشىپ، تارتىشىپ قالىدۇ، ئېغىزىدىن كۆپۈكچىلەر يانىدۇ، چوڭ - كىچىك تەرتىنى بىلمەيدۇ. يۇقىرىقى ئالامەتلەر 30 مىنۇتتىن ئوشۇق داۋاملىشىدۇ ياكى 30 مىنۇت ئىچىدە قايتا - قايتا قوزغىلىدۇ. ئىككى قېتىملىق قوزغىلىش ئارىسىدا بىمار هوشىغا كەلمەيدۇ.

3. داۋالاش:

1) داۋالاش پرىنسىپى:

(1) قوزغىلىشنى ئەڭ تېز سۈرئەتتە كونترول قىلىش؛

(2) هاياتلىق فۇنكسىيەسىنى ساقلاش: نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۇپ مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۈزىتىش، زۆرۈر بولغاندا كانايغا كانالچە قويۇش ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيەسى قىلىش؛

(3) مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش (مېڭە قاناشقا قارىڭ)؛

(4) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش؛

(5) كېسەللىك ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: شارائىتلا بولسا هاياتلىق تەن بەلگىلىرىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈپ تۇرۇش، قان - گاز ئانالىزى، قان خىمىيىلىك تەكشۈرۈشلىرىنى تەكشۈرۈش، تىلىنى چىشلىۋېلىشتىن ۋە يىقىلىپ يارىلىنىشتىن ساقلىنىش، قىزىتما بولسا قىزىتمىنى چۈشۈرۈش، مادىدا ئالمىشىش، سۇ، ئېلېكترولىتلاردىكى تەڭپۇڭسىزلىق ۋە كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش، ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش قاتارلىقلار.

2) دورا بىلەن داۋالاش:

(1) دورا ئىشلەتكەندە تۆۋەندىكىدىلەرگە دىققەت قىلىش كېرەك.

① ئالدى بىلەن تېز ئۇنۇملۇك دورىلارنى تاللاپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش؛

② تۈنجى بەرگەن دورىنىڭ مىقدارىنىڭ يېتەرلىك بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش؛

③ ئەگەر كېسەللىكنىڭ قوزغىلىشىنى ئۇنۇملۇك كونترول قىلغىلى بولمىسا ئىككىلەنمەستىن قايتا دورا بېرىش؛

④ جاهىل خاراكتېرلىك تۇتقاقلىققا بىرلەشتۈرۈپ دورا ئىشلىتىش؛

(2) كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار:

① دىئازېپام (安定,地西泮): ئەڭ ئۇنۇملۇك، ئالدىن تاللىنىدىغان دورا، چوڭلارغا ئالدى بىلەن 10mg～20mg هەر مىنۇتىغا 2mg～4mg سۈرئەت بىلەن ئاستا ۋېنادىن ئوكۇل

قىلىدۇ، ئاندىن 15 مىنۇتتىن كېيىن قايتىنىلىدۇ ياكى 100mg～200mg دىئازېپام 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۇيى ياكى 0.9% لىك تۇز سۇيىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ ھەر سائەتتە 40ml سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. دورا بېرىش جەريانىدا ياخشى كۆزىتىش، ئەگەر نەپەس تورمۇزلىنىش بولسا دەرھال توختىتىپ باشقا دورىغا ئالماشتۇرۇش كېرەك.

② فېنتوئىن ناترىي (苯妥英钠) دىئازېپامنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمىغاندا ئىشلىتىلىدۇ، بىراق ئۇنۇم بېرىش سۈرئىتى ئاستا (20～30 مىنۇتتىن كېيىن ئۇنۇمى كۆرۈلىدۇ) نەپەسنى تورمۇزلىمايدۇ. چوڭلارغا 15～18mg/Kg مىقدار بويىچە تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەمما ئوكۇل قىلىش سۈرئىتى ھەر مىنۇتىغا 50mg دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. يۈرەك ۋە قان بېسىمىغا نىسبەتەن ئەكس تەسىرى بولۇپ، يۈرەك كېسىلى بارلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش لازىم.

③ كلونازېپام (氯硝安定,氯硝西泮): رولى دىئازېپامنىڭ بەش ھەسسىسىگە تەڭ بولۇپ يېرىم ئاجىزلىشىش دەۋرى ئۇزۇن، چوڭلارغا تۇنجى قېتىم 3mg ى 30 سېكۇنتتىن ئوشۇق ۋاقىتتا ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 5mg～10mg ى كۈندە بىر قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. بىراق ئۇنىڭ نەپەس ۋە يۈرەككە نىسبەتەن كۈچلۈك تورمۇزلاش رولى بولغاچقا، ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك.

④ ئاموباربىتال ناترىي (异戊巴比妥钠): چوڭلارغا ئىشلەتكەندە 0.5g ى ئوكۇل سۇيىدىن 10ml غا قوشۇلۇپ مىنۇتىغا 50mg دىن تۆۋەن سۈرئەتتە تاكى تۇتقاقلىق كونترول قىلىنغۇچىلىك ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئېشىپ قالغان قىسمى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

⑤ فېنوباربىتال ناترىي (苯巴比妥钠): دىئازېپانىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمىغاندا ياكى دىئازېپام ئىشلەتكەندىن كېيىن داۋاملىق قوزغالغاندا ئىشلىتىلىدۇ. ئۇندىن باشقا مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىككە نىسبەتەن قوغداش رولى بولىدۇ. چوڭلارغا 150mg～250mg ى مىنۇتىغا 25mg دىن تۆۋەن بولغان سۈرئەتتە تاكى قوزغىلىش توختىغىچىلىك ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. دورىنىڭ نەپەسنى تورمۇزلاش ۋە قان بېسىمنى چۈشۈرۈش تەسىرى بولۇپ دىققەت قىلىش كېرەك.

⑥ 10% لىك خلورال ھىدرات (10%水合氯醛) ياكى پارالدېھىد (副醛): چوڭلارغا ئىشلەتكەندە ئالدىنقىسىدىن 25ml～30ml ئوخشاش مىقداردىكى ئۆسۈملۈك مېيىغا قوشۇلۇپ ساقلاپ كلىزما قىلىنىدۇ. كېيىنكىسىدىن 8ml～10ml مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى 15ml～30ml ى ئۆسۈملۈك مېيىدا سۇيۇلدۇرۇلغاندىن كېيىن ساقلاپ كلىزما قىلىنىدۇ.

ئەكس تەسىرىدىن نەپەس يولىنى غىدىقلاش رولى بولغاچقا نەپەس يولى كېسەللىكلىرى قوشۇلۇپ كەلگۈچىلەرگە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ، بىراق بۆرەك فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغۇچىلارغا نىسبەتەن مۇۋاپىق.

⑦ لىدوكائىن (利多卡因) دىئازېپامنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمىغانلارغا ئىشلىتىلىدۇ. چوڭلارغا 2～4mg/Kg مىقدارىدا 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ھەر سائىتىگە 50mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، قايتىلاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ، يۈرەك كېسىلى بارلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

⑧ باشقىلار: يۇقىرىقى داۋالاشنىڭ ئۇنۇمى بولمىغانلارغا نارکوز دوختۇرىنى تەكلىپ قىلىپ ناترىي تىئوپېنتال (硫喷妥钠) نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش ياكى ئېفىر (乙醚) نى نەپەس يولىدىن سۈمۈرتۈش ئارقىلىق قوزغىلىشىنى كونترول قىلىش كېرەك.

ئون ئىككىنچى باب يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى

§1. ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىش
(急性左心衰竭)

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) ئۆتكۈر، يېيىلما يۈرەك مۇسكۇلى زەرەرلىنىش: ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، ئۆتكۈر مۇسكۇل يالليۇغى قاتارلىقلار.

2) ئۆتكۈر سىغىمچانلىق يۇكى ئارتىپ كېتىش: ھەر خىل سەۋەبلەر تۇپەيلىدىن كېلىپ چىققان يۈرەك ئەمچەك تۇگمىسىسمان مۇسكۇل فۇنكسىيىسى پۈتۈن بولماسلىق، پەي پىلتىسى ئۇزۇلۇش، كلاپان تېشىلىش قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقارغان كلاپاندىن تەتۈر ئېقىش، قېرىنچە ئارا توسۇقى تېشىلىش، ئائورتا كاۋىكى يېرىلىش، قان، سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندا بەك كۆپ، تېز بولۇپ كېتىش قاتارلىقلار.

3) ئۆتكۈر مېخانىكىلىق توسۇلۇش كەلتۈرۈپ چىقارغان يۈرەك بېسىم يۇكى ئارتىپ كېتىش ۋە يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ئېغىر يۇقىرى قان بېسىم، ئائورتا قاپقىقى تارىيىش، ئىككى قاناتلىق قاپقاق تارىيىشتىن سول يۈرەك دالانچىسىدىكى قان نۆكچىسى ياكى شىلىمشىق ئۆسمە قاپلىشىپ قېلىش قاتارلىقلار.

4) ئۆتكۈر يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ كېڭىيىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ئۆتكۈر خاراكتېرلىك يۈرەك قېپىغا كۆپ مىقداردا سۇ ياكى قان يىغىلىۋېلىپ يۈرەكنى بېسىش.

5) بىرلەمچى يۈرەك كېسىلى ئاساسىدا كۆرۈلگەن تېز سۈرئەتلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش ياكى ئېغىر، ئاستا، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش.

يۇقىرىقى سەۋەبلەر تۇپەيلىدىن يۈرەكنىڭ تارىيىش كۇچى تۇيۇقسىز ئېغىر دەرىجىدە ئاجىزلاپ، يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى زور دەرىجىدە ئازىيىدۇ. ئۆپكە ۋېنىسىدىكى قانىنىڭ قايتىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ئۆپكە ۋېنا بېسىمى تېز سۈرئەتتە ئۆرلەيدۇ. ئۆپكە قىلدام تومۇرلىرىنىڭ بېسىمىمۇ شۇنىڭغا ئەگىشىپ يۇقىرىلاپ قان ئۆپكە ئارىلىق ماددىسى ۋە ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىگە سىرغىپ كىرىپ ئۆتكۈر ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى پەيدا قىلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىشتە ئاساسلىقى ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئىپادىسى

ئىپادىلىنىدۇ. يېنىكلىرىدە كېچىدە تۇتقاقلىق نەپەس قىيىنلىشىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يەنى بىمار ئۇخلىغاندىن كېيىن تۇيۇقسىز دەم سىقىلىش، نەپەس يېتىشمەسلىك سەۋەبىدىن ئورنىدىن قوپۇپ ئولتۇرۇۋالىدۇ، يۆتىلىدۇ، كۆپۈكسىمان شىلىمشىق بەلغەم تۆكۈرۈپ چىقارغاندىن كېيىن ئالامەتلىرى ياخشىلىنىدۇ. ئېغىرلىرىدا بىمارىدا تۇيۇقسىز نەپەس قىيىنلىشىش، ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىش، ئېغىر يۆتىلىش، كۆپ مىقدارىدا ئاق ياكى ئاچ قىزىل كۆپۈكسىمان بەلغەم تۆكۈرۈش قاتارلىق ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىشىنىڭ تىپىك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا يەنە ئېغىر تىنچسىزلىنىش، قارا تەرگە چۆمۈش، چىرايى تاتىرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. نەپەس تېيىز، تېز بولۇپ مىنۇتىغا 30～40 قېتىمغا يېتىدۇ، ئوڭدا ياتالمايدۇ، ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىدۇ. ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە ئىككى ئۆپكىدىن ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ۋە خىرقىراش تاۋۇشىنى ئاڭلىغىلى بولىدۇ (بىر قىسىم باشلانغۇچ باسقۇچتىكى بىمارلاردا سۇلۇق ئىششىق پەقەت ئۆپكە ئارىلىق ماددىسىدىلا پەيدا بولۇپ، پۈۋەكچىلەرگە تەسىر قىلمىغاچقا ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ۋە كۆپۈكسىمان بەلغەم بولمايدۇ). يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىدۇ، ئۆپكە ئارتېرىيە كلاپانى رايونىدا 2 ـ يۈرەك تاۋۇشى كۈچىيىدۇ. يۈرەك ئۈچى رايونىدا يۈرەك تاۋۇشى تۆۋەنلەپ بوملىشىدۇ، قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى (舒张期奔马律) ۋە كېڭىيىش دەۋرى دۈپۈرلەش تاۋۇشى (收缩期杂音) ئاڭلىنىدۇ، (بەزىدە ئۆپكە خىرىپ، خىرقىراش تاۋۇشلىرى تەسىرىدىن ئاڭلىغىلى بولمايدۇ). دەسلەپكى باسقۇچىدا قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ، ئەمما كېسەل تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ قان بېسىمى تۆۋەنلەيدۇ، ئەگەر قىسقىرىش بېسىمى 60mmHg تىن تۆۋەن بولسا كېسەل ئاقىۋىتىنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنىڭ بېشارىتىدۇر. ئېغىر ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلەشكۈچىلەردە ھوشسىزلىنىش، شوك ھەتتا يۈرەك تۇيۇقسىز توختاپ قېلىش كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

1) ھوشسىزلىنىش: يۈرەك قان چىقىرىش مىقدارىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىشىدىن مېڭىگە قان يېتىشمەي بىمارىدا قىسقا ۋاقىت ھوشىنى يوقىتىش كۆرۈلىدۇ. نەچچە سېكۇنت داۋاملىشىدۇ، پۈت قوللىرى تارتىشىش، كۆكىرىش، قىسقا ۋاقىت نەپەس توختاش قاتارلىق ئالامەتلەر چىقىدۇ، بۇ ئادامىس — ستوكېس يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى، قىسقارتىپ ئاس (A—S) يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى (阿—斯综合征) دەپ ئاتىلىدۇ. قىسقا ۋاقىت قوزغالغاندىن كېيىن كۆپىنچە ھوشى تولۇق ئەسلىگە كېلىدۇ. ئاساسلىقى ئۆتكۈر يۈرەكنىڭ قان چىقىرىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ياكى ئېغىر يۈرەك رىتىمسىزلىشىش قاتارلىق كېسەللەر دە كۆرۈلىدۇ.

(2) شوك: يۈرەك قان چىقىرىش فۇنكسىيىسى ئاجىزلىشىپ، يۈرەكنىڭ سىقىپ چىقارغان قان مىقدارىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىشىدىن كېلىپ چىققان شوك يۈرەك مەنبەلىك شوك دەپ ئاتىلىدۇ. كلىنىكىدا شوكنىڭ ئادەتتىكى ئالامەتلىرىدىن باشقا كۆپىنچە يۈرەك

زەئىپلىشىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ.

3. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) رېنتگېنده تەكشۈرۈش: ئارا ماددىلىق ئۆپكە سۈلۈق ئىششىقىدا ئۆپكىده تۇمانسىمان دۇغ سايە بولىدۇ. كانايچە سىزىقچىلىرى كۆپىيىدۇ، تومۇلىشىدۇ، تۇتۇقلىشىدۇ. ئۆپكە دەرۋازىسىنىڭ دائىرىسى ئېنىق بولمايدۇ. ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىنىڭ سۈلۈق ئىششىقىدا ئىككى تەرەپ ئۆپكە دەرۋازىسىدا كەڭ دائىرىلىك، كېپىنەك شەكىللىك تۇمانسىمان دۇغ سايە بولۇپ ئەتراپقا يامىرىغان بولىدۇ. كۆپىنچە بىمارلارنىڭ ئۆپكە قانىتىدا چوڭ - كىچىكلىكى ئوخشاش بولمىغان چېكىت - يالپاقسىمان دۇغ سايە بولىدۇ. ئاز قىسىم بىمارلاردا چوڭ بۆلەكلىك يۇقىرى زىچلىق دۇغ سايە بولىدۇ.

2) ئېلېكتروكاردىئوگراممىا (ECG): سىنۇسلۇق يۈرەك تېزلىشىش ۋە ھەر خىل يۈرەك رېتىمسىزلىنىش، يۈرەك مۇسكۇلى زەرەرلىنىش ۋە سول يۈرەك دالانچە يۇكى ئېغىر-لىشىش قاتارلىقلار ئىپادىلىنىدۇ.

3) ئۇلترا ئاۋازلىق كاردىئوگراممىا: سول تەرەپ يۈرەك دالانچىسى، قېرىنچىسى كېڭىيىدۇ، قېرىنچە دىۋارىنىڭ ھەرىكەت دائىرىسى ئاجىزلايدۇ، سول يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى ئازىيىدۇ.

4. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

تىپىك ئالامىتى ۋە تەن بەلگىلىرىگە ئاساسەن دىئاگنوز قويماق تەس ئەمەس، ھوشسىز-لانغان بىمارلاردا ئەگەر يۈرەك رېتىمسىزلىنىش ياكى ئۆتكۈر يۈرەك زەئىپلىشىشنى كەلتۈ-رۈپ چىقارغۇچى يۈرەك كېسەللىك ئاساسى بولمىسا يۈرەك مەنبەلىك شوكنى ئويلاشمىساقمۇ بولىدۇ. يۈرەك مەنبەلىك شوكتا ۋېنا بېسىمى ئۆرلەيدۇ، بۇ ئالاھىدىلىك باشقا شوكقا ئوخشىمايدۇ. ئۆپكە سۈلۈق ئىششىقىدا خىرقىراش تاۋۇشى بولسا چوقۇم زىققە بىلەن پەرقلەن-دۈرۈش كېرەك، زىققىده يۈرەك ئۇچىدا دۈپۈرلەش تاۋۇشى بولمايدۇ.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى: يۈرەك يۇكىنى يېنىكلىتىپ يۈرەك قان چىقىرىش مىقدارىنى كۆپەي-تىش، ئۆپكە قان قېيىشىنى يېنىكلىتىپ توقۇلمىلارنىڭ يېتەرلىك ئوكسىگېن بىلەن تەمىن-لىنىشىگە كاپالەتلىك قىلىش.

1) كېسەللىك ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش:

(1) بەدەن ھالىتى: بىمار كارىۋاتتا ئولتۇرغان ياكى بېرىم ياتقان ھالەتتە قويۇلىدۇ، ئىككى پۇتى ساڭگىلىتىلىپ قانىنىڭ يۈرەككە قايتىشى ئازايتىلىدۇ.

(2) ئوكسىگېن سۈمۈرۈش: دەرھال يۇقىرى ئېقىملىق ئوكسىگېن سۈمۈرتىلىشى، ئېغىر بولسا ماسكىلىق بېسىم بىلەن ئوكسىگېن بېرىلىشى كېرەك. ئادەتتە ئېقىش مىقدارى

مىنۇتىغا 4～8L ، ئوكسىگېن قويۇقلۇقى 40%～60% بولسا نىسبەتەن مۇۋاپىق، ئەگەر ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى يەنىلا تۇزەتكىلى بولمىسا ياكى PaO_2 (ئوكسىگېن پارتىئال بېسىمى) يەنىلا 50mmHg دىن تۆۋەن بولسا ياكى $PaCO_2$ (كاربون (Ⅳ) ئوكسىد پارتىئال بېسىمى) بارغانسېرى يۇقىرىلىسا كانايغا كانالچە قويۇپ نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش-نى ئويلىشىش كېرەك.

(3) تىنچلاندۇرۇش: مورفېن (吗啡) دىن 3mg～5mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا 15 مىنۇتتىن كېيىن بىر قېتىم تەكرارلاشقا بولىدۇ، يېنىكرەك بىمارلارغا 5mg～10mg نى تېرە ئاستىدىن ياكى مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىشقىمۇ بولىدۇ. مورفېننىڭ تەشۋىشلىنىش ۋە تىنچسىزلىنىشنى تۈگىتىش رولىدىن باشقا يەنە ۋېنالارنى كېڭەيتىپ يۈرەك-كە قايتىدىغان قانىنى ئازايتىش رولىمۇ بار. ئەمما ياشانغانلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك، باش ئىچى قاناش، هوشسىزلىنىش، شوك، ئاستا خاراكتېرلىك ئۆپكە كېسىلى ياكى زىققە بار بىمارلارغا ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ، ئەگەر نەپەس تورمۇزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقارسا، دەرھال 0.4mg～0.8mg نالوكسون (纳洛酮) نى ۋېنادىن ئىشلىتىپ مورفېننىڭ تەسىرىنى يوقىتىش كېرەك.

(4) تېز سۈرئەتتە سۈيدۈك ھەيدەش: فۇروزېمىد (速尿) نىڭ سۈيدۈك ھەيدەشتىن باشقا ۋېنانى كېڭەيتىپ قانىنىڭ يۈرەككە قايتىشىنى ئازايتىش ۋە نەپەس قىيىنلىشىشنى يېنىكلىتىش رولى بار، 40mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەگەر ئۇنۇمى ياخشى بولمىسا 30 مىنۇتتىن كېيىن مىقدارى كۆپەيتىلىدۇ، تۆت سائەتتىن كېيىن يەنە قايتىلاشقا بولىدۇ.

(5) قان تومۇرلارنى كېڭەيتىش:

① ناترىي نىتروپروسسىد (硝普纳): ئارتېرىيە، ۋېنالارنى كېڭەيتكۈچى دورا، تېز سۈرئەتتە قان بېسىمنى چۈشۈرىدۇ، باشلىنىشىدا مىنۇتىغا 15～20μg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئۇندىن كېيىن تاكى كېسەللىك ئالامەتلىرى يەڭگىللىگۈچىلىك مىنۇتىغا 5～10μg دىن كۆپەيتىلىدۇ، قان بېسىمى ۋە كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقان كېيىن ئاستا-ئاستا مىقدارى ئازايتىلىدۇ ياكى ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. ناترىي نىتروپروسسىددا ئوك-سىدلىغۇچى تەركىب بولۇپ ئۇدا ئىشلىتىش ۋاقتىنى 24 سائەتتىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك كې-رەك، ئۇندىن باشقا قان بېسىمنى تۆۋەنلىتىش رولى كۈچلۈك بولغاچقا ئىشلەتكەندە بىمارنىڭ قان بېسىمىنى ئىنچىكە كۆزىتىشكە توغرا كېلىدۇ.

② نىتروگلىتسېرىن (硝酸甘油): قان بېسىمنى تېز سۈرئەتتە چۈشۈرۈش ئارقىلىق سول يۈرەك دالانچىسىنىڭ بېسىمى ئۇنۇملۇك تۆۋەنلىتىلىدۇ، ئادەتتە قىسقىرىش بېسىمى 100mmHg دىن يۇقىرى بولغاندا ھەر قېتىمدا 0.3mg～0.6mg تىل ئاستىغا قويۇلۇپ شورىتىلىدۇ، ھەر بەش مىنۇتتا بىر قېتىم، ئۇدا 5～7 قېتىم تەكرارلىنىدۇ. دورا بېرىش

جەريانىدا قان بېسىمغا دىققەت قىلىش، ئەگەر قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولسا دورا ئىشلىتىشنى دەرھال توختىتىش كېرەك. ئوكۇلىنى ۋېنادىن ئىشلەتكەندە تۇنجى قېتىم مىنۇتىغا 10μg سۈرئەتتە تامچىلىتىلىدۇ. قان بېسىمنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش شەرتى ئاستىدا تاكى ئۆپكە سۇلۇق ئىششىق ئالامىتى يېنىكلىگۈچە ياكى قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg تىن تۆۋەنلىگىچە ھەر بەش مىنۇتتا بىر قېتىم مىنۇتىغا 5μg سۈرئەتتە مىقدارى كۆپەيتىلىدۇ، ئاندىن بىمارغا ماس بولغان ئۇنۇملۇك مىقداردا داۋاملىق ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاستا - ئاستا مىقدارى ئازايتىلىدۇ ۋە ئاخىرىدا توختىتىلىدۇ. دورىنى تۇيۇقسىز توختىتىش كېسەللىك ئالامىتىنىڭ قايتا ئېغىرلىشىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

③ فېنتولامىن (酚妥拉明): ئاساسلىقى كىچىك ئارتېرىيىلەرنى كېڭەيتىدۇ. تۇنجى قېتىم 5mg～10mg ى 20ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 10mg～20mg ى 100ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ مىنۇتىغا 0.1mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(6) دىگىتالىس (洋地黄) تۇرىدىكى دورىلار: دالانچە، قېرىنچە ئارا ئىمپۇلىس ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاستىلىتىپ سول يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ قان تولۇشىنى ياخشىلاپ، سول يۈرەك دالانچىسىنىڭ بېسىمىنى تۆۋەنلىتىدۇ. سېدىلانىد (西地兰) كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. تۇنجى قېتىم 0.4mg ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 20ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، 2～4 سائەتتىن كېيىن 0.2mg～0.4mg نى قايتىلاشقا بولىدۇ.

(7) يۈرەك ئۇستى بېزى پوستلاق ھورمونى (肾上腺皮质激素): كانايچىلار سپازمىسىنى بوشىتىپ، قىلدام تومۇرلارنىڭ سىرغىش رولىنى تۆۋەنلىتىپ، سۇيدۇك ھەيدەيدۇ، شۇڭا ئۆتكۈر ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىغا نىسبەتەن مەلۇم داۋالاش ئەھمىيىتى بار. دېكسامېتازون (地塞米松) كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. 5mg～10mg دېكسامېتازون ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

2) كېسەللىك سەۋەبىگە قاراپ داۋالاش ۋە قوزغاتقۇچى ئامىللارنى يوقىتىش: كېسەل ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش بىلەن بىرگە سول يۈرەك زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبنى ئېنىقلاپ چىقىش، شۇنداقلا بىرلەمچى كېسەلگە نىسبەتەن داۋالاش ئېلىپ بېرىش كېرەك، شۇنىڭ بىلەن بىرگە سول يۈرەك زەئىپلىشىشنى قوزغاتقۇچى ئامىللارنى يوقىتىش لازىم.

3) يۈرەك مەنبەلىك شوكنى داۋالاشنىڭ بايانىنى ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدىن ئىزدەڭ.

§ 2 . ئۆتكۈر ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىش
（急性右心衰竭）

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) ئوڭ يۈرەك قېرىنچە تىقىلمىسى: ئوڭ يۈرەك قېرىنچىسى كەڭ دائىرىدە زەرەرلەنگەن قاننى سىقىپ ئۆنۈملۈك چىقىرالمايدۇ ـ دە، سول يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ قان بىلەن تولۇشى يېتەرلىك بولماي قان بېسىمى تۆۋەنلەش ھەتتا شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، يۈرەكنىڭ تۆۋەن ۋە كەينى دىۋار تىقىلمىسىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) ئۆپكە ئارتېرىيىسى كەپلەشمىسى: ئۆپكە ئارتېرىيىسىنىڭ بېسىمىنى تۈيۈقسىز ئۆرلىتىپ ئوڭ يۈرەك قېرىنچىسى كېڭىيىش ۋە ئوڭ يۈرەك ئاجىزلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۆپكە ئارتېرىيە كەپلەشمىسى ئاساسەن ئەتراپ ۋېنا قان نۆكچىسى ۋە ئوڭ يۈرەك قان نۆكچىسىدىن ياكى سۈنۈق قاتارلىقلار پەيدا قىلغان ماي كەپلىمىلىرىدىن كېلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئالامىتى: تۈيۈقسىز نەپەس قىيىنلىشىش، كۆكرەك سىقىلىش، تۇنجۇقۇش سېزىمى ۋە كۈچلۈك يۆتەل بولىدۇ، كۆكىرىدۇ، ئاچ قىزىل بەلغەم ياكى قان تۈكىرىدۇ، تۆش سۆڭەك كەينى قاتتىق ئاغرىيدۇ (يۈرەك سانجىقىغا ئوخشاپ كېتىدۇ) ، ئېغىرلىرىدا تىنچسىزلىنىش، تىتـ تىت بولۇش، سوغۇق تەرلەش، ھوشسىزلاش ھەتتا شوك كۆرۈلىدۇ، ئۆلۈپ كېتىدۇ. بەزىدە قىزىتما، سېرىقلىق بولىدۇ.

2) تەن بەلگىلىرى: تۈيۈقسىز بويۇن ۋېنىسى كۆپىدۇ، جىگەر چوڭىيىدۇ، ئورنى بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. دەسلەپكى باسقۇچتا تۆۋەن مۇچە سۇلۇق ئىششىقى روشەن بولمايدۇ. كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە ئۆپكە كەپلەشمىسى بار ئورۇندىن بوغۇق تاۋۇش چىقىدۇ، نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلىشىپ قۇرۇق، ھۆل خرىپ تاۋۇشى چىقىدۇ. كۆكرەك پەردە سۈركىلىش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ، يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ ئۆپكە ئارتېرىيە قاپقىقى رايوندا 2 ـ يۈرەك تاۋۇشى كۈچىيىدۇ، ئۇچ قانات قاپقاق رايوندا قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى ۋە كېڭىيىش دەۋرى دۈپۈرلەش تاۋۇشى بولىدۇ، بەزىدە يۈرەك رېتىمسىزلىنىدۇ.

3. تەكشۈرۈش:

1) ئېلېكتروكاردىئوگراممـا (ECG) : ئېلېكتر ئوقى ئوڭغا، سائەت ئىستىرىلكىسى يۆنىلىشىدە يۆتكىلىدۇ، ئوڭ تۈتام شاخچىسىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىدا توسۇلۇش بولىدۇ، I

ئۇلانمىدا S دولقۇن چوڭقۇر، Ⅲ ئۇلانمىدا غەيرىي Q دولقۇن بولىدۇ، T دولقۇن كۆمتۇرۇلـ
ىدۇ، aVR ئۇلانمىدا R دولقۇن كۆمتۇرۇلىدۇ F، av، V_2، V_1 ئۇلانمىلاردا T دولقۇن
كۆمتۇرۇلىدۇ.

2) رېنتگېنده تەكشۈرۈش: ئۆپكە تۆقۇمن قانىتىدا تۇخۇمسمان ياكى ئۇچ بۇلۇڭلۇق
كىرىشكەن دۇغ سايە بولىدۇ، ئاستى قىسمى كۆكرەك پەردىسىگە تۇتۇشىدۇ. كۆكرەكتە سۇ
بولىدۇ. ئېغىر بىمارلاردا ئۆپكە ئارتېرىيە بۆلىكى بۆرتۇپ چىقىدۇ، يۈرەك سايىسى يوغىنايـ
ىدۇ. سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە كەپلىمە بار ئورۇن ۋە دائىرىنى ئېنىق كۆرگىلى بولىدۇ.

3) قانىنى بىئوخىمىيىلىك تەكشۈرۈش: كرېئاتىن فوسفوكىنازا (CPK، 肌酸磷酸激酶)
ۋە ئۇنىڭ ئوخشاش فۇنكسىيىلىك ئېنزىمى (CK－MB)، گلۇتامىك ئوكسالوئاتسىتىك
ترانسئامىنازا (AST، 谷草转氨酶)، لاكتىك دېھىدروگېنازا (LDH، 乳酸脱氢酶) ۋە
ئۇنىڭ ئوخشاش فۇنكسىيىلىك ئېنزىمى (LDH_1) قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى ئۆرلەيدۇ، مۇسـ
كۇل كالتسىي ئاقسىلى (肌钙蛋白)، مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى (肌红蛋白) مۇ يۇقىرىلايدۇ.

4. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۇرۇپ دىئاگنوز قويۇش:

كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە ئېلېكتروكاردىئوگراممـا، رېنتگېن تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە
قاراپ دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ، ئەمما ئېغىرلىرىنى چوقۇم ئۆتكۇر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمـ
سى بىلەن پەرقلەندۇرۇش كېرەك.

5. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش: يېتىپ دەم ئالدۇرۇلىدۇ، ئوكسىگېن سۇمۇرتۇلىدۇ، ئاغرىق
ئېغىر بولغانلارغا دولانتىن (杜冷丁) دىن 50mg～100mg مۇسكۇلغا ياكى مورفېن (吗啡)
دىن 5mg～10mg تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

2) شوكنى داۋالاش: تۆقۇمن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子右旋糖酐) ئارقىلىق
قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىدۇ، دوپامىن (多巴胺) ئارقىلىق قان بېسىمى يۇقىرى كۆتۈرۇـ
لىدۇ، دوپامىندىن 20mg نى 200ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ باشلىنىشىدا مىنۇتىغا 100μg دىن
سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئاندىن قان بېسىمىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن مىقدار،
سۈرئىتى تەڭشىلىدۇ.

3) يۈرەك زەئىپلىكىنى داۋالاش: سېدىلانىد (西地兰) ئىشلىتىلىدۇ. (سول يۈرەك
زەئىپلىشىشكە قارالسۇن).

4) نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاش: نۆكچە ئېرىتىلىپ ئۆپكە ئارتېرىيە بېسىمى چۈشۈرۈلىدۇ.
ئىشلىتىش ئۇسۇلى: ئالدى بىلەن قان رايى، قان پلاستىنكىلىرى، پروترومبىن ۋاقتى (PT)
ۋە ئاكتىپلاشتۇرۇلغان قىسمەن ترومبوپلاستىن ۋاقتى (APTT) قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

ئەگەر نورمال بولسا ئۇروكىنازا (尿激酶) ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا ئىككى تۈمەن بىرلىك مىقداردا 100ml تۇز سۈيىگە قوشۇلۇپ ئىككى سائەت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، APTT ھەر تۆت سائەتتە بىر قېتىم ئۆلچىنىدۇ. ئۆلچەنگەن قىممىتى نورمال قىممەتنىڭ 1.5～2.5 ھەسسىسىگە توغرا كەلگەندە تۆۋەن مولېكۇلىلىق كالتسىي ھېپارىن (低分子肝素钙) دىن 0.4ml تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، كۈندە ئىككى قېتىم، ئۇدا يەتتە كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

§3. يۈرەك رېتىمسىزلىنىش
(心律失常)

1. قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك يۈرەك رېتىمسىزلىنىش (室上性心律失常)

1) قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك تۆنقاقلىق يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش (阵发性室上性心动过速).

(1) كېسەللىك سەۋەبى:

بىماردا ئورگانلىق يۈرەك كېسىلى بولمايدۇ. كۆپىنچە بىمارلارنىڭ دالانچە، قېرىنچە تۇغىنىدە ئىككى ئۆتكۈزۈش يولى بولىدۇ. بىرى تېز (β) سۈرئەتلىك ئۆتكۈزۈش يولى بولۇپ ئىمپۇلىس (冲动) ئۆتكۈزۈش سۈرئىتى تېز ئەمما قوزغالماسلىق دەۋرى (不应期) ئۇزۇن بولىدۇ. يەنە بىرى ئاستا (α) سۈرئەتلىك ئۆتكۈزۈش يولى بولۇپ ئىمپۇلىس ئۆتكۈزۈش سۈرئىتى ئاستا ئەمما قوزغالماسلىق دەۋرى قىسقا بولىدۇ. نورمال ئەھۋال ئاستىدا سىنۇس لۇق (窦性) ئىمپۇلىس تېز (β) سۈرئەتلىك ئۆتكۈزۈش يولىنى بويلاپ قېرىنچىغا تارقىلىدۇ. يۈرەكنىڭ بىر قېتىملىق سوقۇشى شۇنىڭ بىلەن تاماملىنىدۇ. ئەمما بەزى كىشىلەردە يۇقىرىقى ئىككى ئۆتكۈزۈش يولىنىڭ مەۋجۇت بولۇشى يۈرەك سوقۇشىنىڭ نورمال ئېلىپ بېرىلىشىنى توسقۇنلۇقتا ئۇچرىتىدۇ، يەنى يۈرەك تېزلىشىشىنىڭ ئاساسىي سەۋەبى ئۆتكۈزۈش يولىنىڭ ئىككى بولغانلىقىدۇر. بىماردا دالانچە خاراكتېرلىك مەزگىلدىن بۇرۇن قىسقىرىش (房性期前收缩) تېز ئۆتكۈزۈش يولىنىڭ قوزغالماسلىق دەۋرىگە توغرا كېلىپ قالسا، ئىمپۇلىسنىڭ تارقىلىشى تېز ئۆتكۈزۈش يولىدا توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ئاستا ئۆتكۈزۈش يولىنى بويلاپ تۆۋەنگە تارقىلىدۇ. ئەمما سۈرئىتى ئاستا بولىدۇ. تېز ئۆتكۈزۈش يولىنىڭ قوزغىلىشچانلىقى تېزلا ئەسلىگە كەلگەچكە ئىمپۇلىس تېز ئۆتكۈزۈش يولىنى بويلاپ قايتىدىن دالانچىغا قايتىدۇ. بۇ جەريان دالانچە، قېرىنچە ئوتتۇرىسىدا ئۇزلۇكسىز قايتىلىنىپ تۇرىدۇ، شۇنىڭ بىلەن يۈرەك ھەرىكىتى تېزلىشىش كېلىپ چىقىدۇ.

(2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

تۈيۇقسىز قوزغىلىپ تۈيۇقسىز توختاپ قالىدۇ. قوزغالغاندا بىماردا يۈرەك سېلىش، يۈرەك ئورنى ئارامسىزلىنىش، تىت ـ تىت بولۇش، ھەلقۇمدا بىر نەرسە تۇرۇۋالغاندەك سېزىم بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. داۋاملاشقان ۋاقىتىنىڭ ئۇزۇن ـ قىسقىلىقى ئوخشاش بولمايدۇ. ئەگەر ئۇزۇنراق داۋاملاشسا باش قېيىش، ئايلىنىپ كېتىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. ئەسلىدە ئورگانلىق يۈرەك كېسىلى بار بىمارلاردا يۈرەك سانجىقى ۋە يۈرەك زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە يۈرەك سوقۇشى تېز بولىدۇ. يۈرەك ئۇچى رايونىدا 1 ـ يۈرەك تاۋۇشىنىڭ كۈچلۈك ـ ئاجىزلىقى تۇراقلىق، يۈرەك رېتىمى ئۆلچەملىك بولىدۇ. بويۇن ئارتېرىيە سوقۇشى يۈرەك سوقۇشى بىلەن ئوخشاش بولىدۇ.

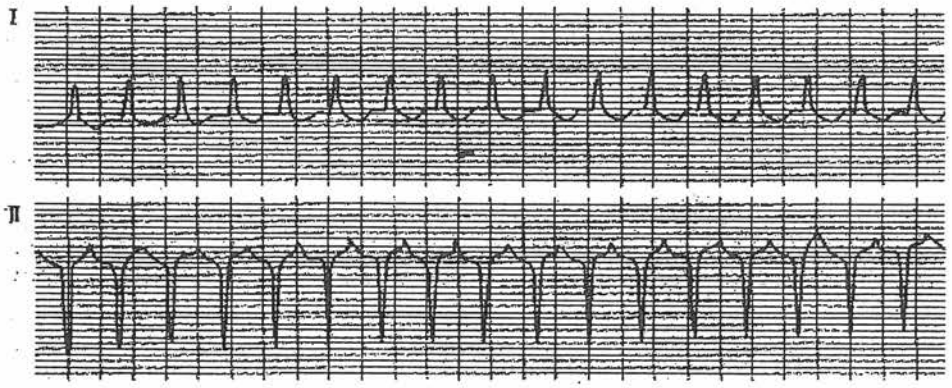
(3) ئېلېكتروكاردىئوگراممىا (ECG) دا تەكشۈرۈش: ئېلېكتروكاردىئوگراممىا ئالاھىدىلىكى:

① يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 150～250 قېتىم، رېتىمى ئۆلچەملىك؛

② QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ شەكلى ۋە ۋاقتى نورمال بولىدۇ. ئەگەر قېرىنچە ئىچىدە تارقىلىش توسقۇنلۇققا ئۇچرىسا دولقۇن شەكلى غەيرىي يوغىنايدۇ؛

③ Ⅰ ، Ⅱ ، avF ئۇلانمىلىرىدا P دولقۇنى كۆمتۇرۈلىدۇ. P دولقۇن QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ ئالدى ـ كەينىدە كېلىدۇ ياكى ئىچىگە يوشۇرۇنغان بولىدۇ. ئەگەر يۈرەك قېرىنچە سوقۇشى تېز بولسا ئاسان پەرق ئەتكىلى بولمايدۇ.

④ كۆپىنچە دالانچە خاراكتېرلىك مەزگىلدىن بۇرۇن قىسقىرىش يۈز بېرىپلا تۆۋەنگە تارقالغان P—R ئارا ۋاقتى ئۇزىرايدۇ، ئۇلىشىپلا يۈرەك زىيادە تېزلىشىش قوزغىلىدۇ. (1.12 ـ رەسىم)



1.12 ـ رەسىم.

(4) دىئاگنوزى:

تۈيۇقسىز قوزغالغان ۋە نورماللاشقان يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش ئالاھىدىلىكى ۋە ئېلېكترو كاردىئوگراممىا شەكلىدە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

(5) داۋالاش:

① ئاداشقان نېرۋا (迷走神经) نى غىدىقلاش:

a. بويۇن ئارتېرىيە كاۋىكى (颈动脉窦) نى ئۇۋۇلاش: بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ، ئالدى بىلەن ئوك تەرەپ بويۇن ئارتېرىيە كاۋىكى 5～10 سېكۇنت ئۇۋۇلاپ بېرىلىدۇ، ئاندىن سول تەرەپ ئۇۋۇلىنىدۇ، ئىككى تەرەپنى تەڭ ئۇۋۇلاش قەتئىي چەكلىنىدۇ.

b. ۋالسالۋا (Valsalva) ھەرىكىتى: بىمار چوڭقۇر نەپەس سۈمۈرۈپ، پەيتلىك تىنماي تۇرۇۋالغاندىن كېيىن، ئاندىن ھاۋانى كۈچەپ پۈركەپ چىقىرىدۇ.

c. يۇتقۇنچاق قىسمىنى غىدىقلاش ئارقىلىق بىمار قۇستۇرۇلىدۇ.

② دورا بىلەن داۋالاش:

a. ۋېراپامىل (维拉帕米): 5mg سۈيۈلدۈرۈلغاندىن كېيىن ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا ئون مىنۇتتىن كېيىن ئوخشاش مىقداردا تەكرارلاشقا بولىدۇ.

b. ئادېنوزىن تىرىفوسفات (三磷酸腺苷): 6mg～12mg ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ، تېز ئۇنۇم بېرىدۇ، يېرىم ئاجىزلىشىش دەۋرى قىسقا بولۇپ پەقەت ئالتە سېكۇنتلا داۋاملىشىدۇ، بىر قېتىملىق مىقدارى 20mg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، ئەكس تەسىرىدىن كۆكرىكى بېسىلغاندەك سېزىم بولۇش، نەپەس قىيىنلىشىش، چىرايى قىزىرىش، سىنۇسلۇق يۈرەك ھەرىكىتى زىيادە ئاستىلاش قاتارلىقلار بار.

c. دىگىتالىس (洋地黄): يۈرەك زەئىپلىشىش قوشۇلۇپ كەلگەن بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ. سېدىلانىد (西地兰) دىن 4mg سۈيۈلدۈرۈلغاندىن كېيىن، ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇنۇمى بولمىسا ئىككى سائەتتىن كېيىن يەنە 0.2mg～0.4mg ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

③ ئېلېكترلىك رېتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش (电复律): ئېغىر يۈرەك سانجىقى، تۆۋەن قان بېسىم، قان تولۇشچان يۈرەك زەئىپلىشىش قاتارلىقلار كۆرۈلگەندە دەرھال توكتا رېتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش كېرەك. دورا ئىشلىتىشنىڭ ئۇنۇمى بولمىغانلارغىمۇ ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئەمما دىگىتالىس ئىشلىتىلگەن بىمارلارغا قوللىنىشقا بولمايدۇ.

④ رادىئو چاستوتىلىق ئېرىتىش ئوپېراتسىيىسى (射频消融术): بىخەتەر، تېز، كېسەلنى تۈپتىن ساقايتىدىغان داۋالاش ئۇسۇلىدۇر. ئۇندىن باشقا سۈنئىي قوزغاتقۇچ قويۇشمۇ يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ زىيادە تېزلىشىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

⑤ قايتا قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش:

a. سېدىلانىد (西地兰) 0.25mg دىن كۈندە بىر قېتىم يېيىلىدۇ.

b. ژېراپامىلنىڭ ئاستا تارقىلىدىغان تابلېتكا (维拉帕米缓释片) 200mg دىن كۈندە بىر قېتىم يېيىلىدۇ.

c. ئۇزۇن ئۈنۈملۈك دىلتىئازېم (长效地尔硫䓬) 60mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

يۈقىرىقى دورىلارنىڭ داۋالاش كۇرسىنى قوزغىلىشنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكى ۋە دەرىجە-سىگە قاراپ بېكىتىش كېرەك.

2) دالانچە تەۋرەش ۋە دالانچە تىترەش (房扑,房颤)

(1) دالانچە تەۋرەش: ئىككى خىل بولۇپ I تىپلىقى نىسبەتەن ئاستا، II تىپلىقى نىسبەتەن تېز بولىدۇ.

① كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

نورمال ئادەملەردە ئىنتايىن ئاز كۆرۈلىدۇ. ئۆپكە كېسەللىكلىرى، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، يۈرەك قېپى ياللۇغى، يۈرەك مۇسكۇل ياللۇغى، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچەيىپ كېتىش، رېماتىزملىق يۈرەك كېسىلى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. كلىنىكىلىق ئالامەتنى قېرىنچە سوقۇشنىڭ تېز - ئاستىلىقى بەلگىلەيدۇ. ئەگەر ئاستا بولسا بىمارداا ئارامسىزلىنىش بولمايدۇ. تېز بولسا ئالامىتى قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىشقا ئوخشاپ كېتىدۇ.

② ئېلېكترو كاردىئوگراما (ECG) ئالاھىدىلىكى:

يۈرەك دالانچىسىنىڭ سوقۇشى مىنۇتىغا 250～350 قېتىمغا يېتىدۇ، ھەتتا ئۇزۇن ۋاقىت داۋاملىشىدۇ. سىنۇسلۇق P دولقۇن يوقاپ ھەرە چىشىدەك F دولقۇن كۆرۈلىدۇ. I تىپلىقىدا (كۆپ كۆرۈلىدۇ) F دولقۇن II ، III ، avF ئۈلانمىلىرىدا كۆمتۇرۈلگەن، II تىپلىقىدا تىك بولىدۇ. ئىمپۇلىس دالانچە قېرىنچە ئارىلىقىدا كۆپىنچە 1 : 2، 1 : 3، 1 : 4 نىسبەتتە تارقىلىدۇ (يەنى قېرىنچە سوقۇش قېتىم سانى دالانچە سوقۇشىنىڭ 1/2، 1/3 ياكى 1/4 گە تەڭ بولىدۇ)، QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى سىنۇس خاراكتېرلىك (نورمال) بولىدۇ.

③ داۋالاش:

يۈرەك قېرىنچە سوقۇش 150 قېتىمدىن ئاشقان بىمارلارنى جىددىي بىر تەرەپ قىلىش كېرەك. تۇيۇقسىز يۈز بەرگەن، قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولغان يۈرەك تىترەشكە ئېلېكترلىك رىتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك. ھەتتا بىمارغا ئاللىقاچان دىگىتالىس ئىشلىتىلگەن بولسىمۇ پەقەت زەھەرلەنمىگەنلا بولسا، داۋاملىق ئىشلىتىشكە بولىدۇ. قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولمىغان قېرىنچە تەۋرەشكە دىگىتالىس (洋地黄)، ژېراپامىل (维拉帕米)، پروپرانولول (心得安) قاتارلىق يۈرەك رىتمىسىز-

لىنىشقا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

قايتا قوزغىلىش ئېھتىمالى بولغان بىمارلارغا يۈرەك رېتىمسىزلىنىشقا قارشى دورىلارنى داۋاملىق ئىشلىتىپ قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك، ئۇندىن باشقا سۈنئىي قوزغاتقۇچ قويۇش ئوپېراتسىيەسىمۇ يۈرەك تەۋرەشنى داۋالاشنىڭ ئۇنۇملۇك ئۇسۇلىدۇر.

(2) دالانچە تىترەش:

① كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

كۆپىنچە رېماتىزملىق يۈرەك كېسىلى، تاجسىمان يۈرەك كېسىلى، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، يۈقىرى قان بېسىم، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش، ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى، تارىيىشچان يۈرەك قېپى يالليۇغى قاتارلىق كېسەللەر ۋە يۈرەك ئوپېراتسىيەسىدىن كېيىن كۆرۈلىدۇ، نورمال ئادەملەردىمۇ كۆرۈلۈشى مۇمكىن. ئەگەر يۈرەك قېرىنچە سوقۇشى مىنۇتىغا 150 قېتىمدىن تۆۋەن بولسا روشەن ئالامەت ئىپادىلەنمەيدۇ، ئەگەر 150 قېتىمدىن يۇقىرى بولسا يۈرەك سانجىقى، زەئىپلىشىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يۈرەك رېتىمى ۋە سوقۇشىنىڭ قالايمىقانلىشىشى، يۈرەك سىقىپ چىقارغان قان مىقدارىنىڭ ئوخشىماسلىقى قاتارلىق سەۋەبلەردىن تومۇر سوقۇشى كۆپىنچە يۈرەك سوقۇشىدىن ئاستا بولىدۇ.

② ئېلېكتروكاردىئوگراما (ECG) ئالاھىدىلىكى:

يۈرەك دالانچىسىنىڭ سوقۇش چاستوتىسى مىنۇتىغا 350～600 قېتىم ئەتراپىدا بولىدۇ. P دولقۇن بولمايدۇ، ئورنىغا تېز، ئەمما تەرتىپسىز بولغان f دولقۇن ئالمىشىدۇ. f دولقۇن نىسبەتەن كىچىك بولۇپ، چوڭ ـ كىچىكلىكى ئۆزئارا ئوخشاش ئەمەس، تۇتاقلىق تىترەشتە قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسى كۆپىنچە مىنۇتىغا 150 قېتىمدىن يۇقىرى بولىدۇ. ئۆزلۈكسىز تىترەشتە 100 قېتىم ئەتراپىدا بولىدۇ. QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى نورمال ئەمما قېرىنچە سوقۇشى رېتىمسىز بولىدۇ.

③ داۋالاش:

دىگىتالىس (洋地黄) ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. مەقسەت يۈرەك قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسىنى مىنۇتىغا 60～80 ئەتراپىدا كونترول قىلىشتۇر، ئۇندىن باشقا ۋېراپامىل (维拉帕米)، β ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئېلېكترلىك رېتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئاساسەن ئۆتكۈر قوزغالغان، يۈرەك قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسى بەك تېز بولغان، قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولغان، دىگىتالىس ئىشلىتىش ماس كەلمەيدىغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ. ۋولف ـ پاركىنسون ـ ۋىت يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى (预激综合征) دە دالانچە تىترەش خەتەرلىك بولۇپ ئالدى بىلەن ئېلېكترلىك رېتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، سىنۇسلۇق يۈرەك رېتىمى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن يۈرەك

رىتمسىزلىقنىڭ قارشى دورىلارنى ئىشلىتىش كېرەك. ئەمما دىگىتالىس ۋە ۋېراپامىل ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ. ئەگەر قان ئېقىم دىنامىكىسى تۇراقلىق بولسا پروپافېنون (普罗帕酮، 心律平) ۋە ئامىئوداروڭ (可达龙، 胺碘酮) لارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2. قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش (室性心动过速)

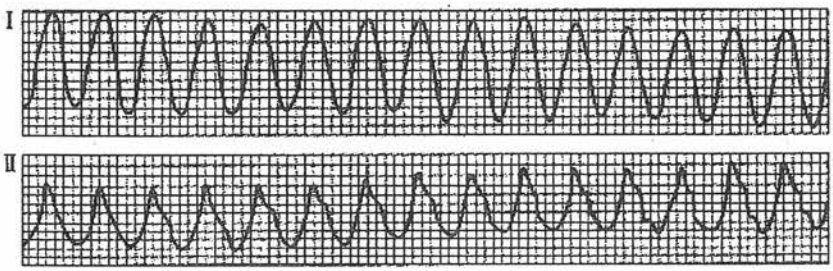
1) كېسەللىك سەۋەبى:

كۆپىنچە تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى، كېڭىيىشچان ۋە قېلىنلىشىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى، ئىككى قانات قاپقاق ساڭگىلاپ قېلىش، يۈرەك كلاپان كېسەللىكى قاتارلىق ئورگانلىق يۈرەك كېسەللىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئېغىر - يېنىكلىكى يۈرەك قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسىنىڭ تېز - ئاستىلىقى، ۋاقتى، بىرلەمچى يۈرەك كېسىلىنىڭ ئوخشىماسلىقى قاتارلىقلاردىن بەلگىلىنىدۇ. ئۈزلۈكسىز قوزغالغاندا كۆپىنچە قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولىدۇ ۋە يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: قان بېسىم تۆۋەنلەش، سۈيدۇك ئازىيىش، هوشسىزلىنىش، شوك، ئۆتكۈر ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس قىيىنلىشىش، يۈرەك سانجىقى، مېڭىگە قان يېتىشمەسلىك قاتارلىقلار. ئېغىرلىرى قېرىنچە تىترەشكە ئۆزگىرىدۇ. يۈرەك تەكشۈرۈشتە يۈرەك ئۇچى رايونىدا 1 - يۈرەك تاۋۇشى بۆلىنىدۇ، يۈرەك سوقۇشى رىتمسىزلىنىدۇ.

3) ئېلېكتروكاردىئوگراما (ECG) ئالاھىدىلىكى (2.12 - رەسىم).



2.12 - رەسىم.

يۈرەك قېرىنچىسىدا غەيرىي مەنبەلىك سوقۇش بولىدۇ. يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 100～250 قېتىم ئەتراپىدا بولۇپ، ئاز دېگەندە ئۈچتىن ئارتۇق قېرىنچە دەۋردىن بۇرۇن قىسقىرىش ئۇلىنىپ كېلىدۇ. QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ شەكلى چوڭ، غەيرىي بولۇپ ۋاقىت چېكى 0.12 سېكۇنتتىن ئۇزۇن بولىدۇ. T دولقۇن بىلەن QRS دولقۇننىڭ ئاساسلىق دولقۇن يۆنىلىشى قارىمۇ قارشى بولىدۇ. دالانچە ۋە قېرىنچە سوقۇشى ئاجرىلىدۇ.

P دولقۇن كەينىدە بىر قېتىملىق مۇددەتتىن بۇرۇن كۆرۈلىدىغان نورمال QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى بولىدۇ. يۇرەك سوقۇش چاستوتىسى نىسبەتەن ئاستا بولغاندا، بەزىدە QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ شەكلى سىنۇسلۇق ۋە غەيرىي مەنبەلىك قېرىنچە سوقۇش شەكلىنىڭ بىرىكىشىدىن ھاسىل بولىدۇ، بۇ قېرىنچە مەنبەلىك قوشۇلما دولقۇن دەپ ئاتىلىدۇ.

4) دىئاگنوزى:

ئېلېكتروكاردىئوگرامما شەكلىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس، دالانچە قېرىنچە سوقۇشنىڭ ئاجرىلىشى، P دولقۇنىنىڭ كەينىدىن تۇيۇقسىز بىر قېتىملىق مۇددەتتىن بۇرۇن چىقىدىغان نورمال QRS دولقۇنىنىڭ ياكى قېرىنچە مەنبەلىك قوشۇلما دولقۇنىنىڭ كۆرۈلۈشى دىئاگنوز قويۇشتا ئالاھىدە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

5) داۋالاش:

1) قېرىنچە سوقۇش زىيادە تېزلىشىشنى توختىتىش:

① ئەگەر قان ئېقىم دىنامىكىسىدا روشەن توسقۇنلۇق بولمىسا ئالدى بىلەن لىدوكائىن (利多卡因) دىن 50mg～100mg ۋېنادىن 1～2 مىنۇت ئىچىدە ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا ھەر 5～10 مىنۇتتا 50mg دىن جەمئىي 2～3 قېتىم ئىشلىتىلىدۇ. ئۇنۇملۇك بولسا مىنۇتىغا 1mg～4mg تېزلىكتە داۋاملىق ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

② پروپافېنون (心律平): 70mg ۋېنادىن ئۇچ مىنۇت ئىچىدە ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بولىدۇ. كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغاندىن كېيىن مىنۇتىغا 0.4mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، تاكى كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقىچىلىك ئىشلىتىلىدۇ، يۇرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغانلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك. پروپافېنوننىڭ رولى دالانچە قېرىنچە يان يولى ۋە دالانچە ھۈجەيرىلىرىنىڭ قوزغالماسلىق دەۋرىنى شۇنداقلا دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈش ۋاقتىنى ئۇزارتىدۇ.

③ ئامىئوداروون (胺碘酮) 150mg ۋېنادىن 15 مىنۇت ئىچىدە ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن مىنۇتىغا 1mg سۈرئەتتە تاكى كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقىچىلىك ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. يۇرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغانلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك، چۈنكى ئۇنىڭ قان بېسىمنى ئېغىر دەرىجىدە چۈشۈرۈۋېتىش ئېھتىمالى بار.

④ فېنىتوئىن ناترىي (苯妥英钠): 250mg ى 20ml تۇز سۈيىدە سۈيۇلدۇرۇلۇپ بەش مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا ھەر ئون مىنۇتتا بىر قېتىم قايتىلاشقا بولىدۇ. دىگىتالىس (洋地黄) تىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە ماس كېلىدۇ.

⑤ مېكسىلېتىن (美西律,慢心律): 200mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇنۇمى كۆرۈلگەندىن كېيىن مىنۇتىغا 1mg～2mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 24 سائەتلىك ئومۇمىي مىقدارى 0.5g～1.0g بولىدۇ.

⑥ ئېلېكترلىك رېتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: ئەگەر بىمارنىڭ قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئېغىر توسقۇنلۇق بولسا، يەنى بىماردا تۆۋەن قان بېسىم، شوك، يۈرەك تىقىلمىسى، قان تولۇشچان يۈرەك زەئىپلىشىش ياكى مېڭىگە قان يېتىشمەسلىك قاتارلىق ئىپادىلەر بولسا دەرھال ئېلېكترلىك يۈرەك رېتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش كېرەك. ئەمما دىگىتالىستىن زەھەرلىنىشتىن پەيدا بولغان قېرىنچە ھەرىكىتى تېزلىشىشنى قۇتقۇزۇشقا ماس كەلمەيدۇ.

2) قايتا قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش: قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك ھەرىكىتى زىيادە تېزلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى بىرلەمچى كېسەللىك ۋە قوزغاتقۇچى ئامىللارنى ياخشى داۋالاش، يوقىتىش، ئالدىنى ئېلىش ۋە ساقلىنىش كېرەك، ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن دورا تاللىغاندا يۈرەك رېتىمسىزلىنىشقا قارشى دورىلارنىڭ ئەكس تەسىرىنى ياخشى ئويلىشىش، قانداق ئەھۋالدا ئىشلىتىشكە بولمايدىغانلىقىغا تولۇق دىققەت قىلىش كېرەك. مەسىلەن: پروپافېنون (心律平) يۈرەك تۈيۈقسىز توختاشتىن كېيىن ھايات قالغان بىمارلارنىڭ ئۆلۈم نىسبىتىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. Q—T ئارا ۋاقتى ئۇزارغان قېرىنچە تېزلىشىشنىڭ ئالدىنى ئالغاندا ئالدى بىلەن مېكسىلېتىن (美西律) نى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك. β - قوبۇللىغۇچ تەنچىنى توسقۇچى دورىلار يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدىن كېيىن تۈيۈقسىز ئۆلۈپ كېتىشنىڭ يۇز بېرىش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىدۇ. ئامىئوداروڭ (胺碘酮) يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدىن كېيىنكى ياكى قان تولۇشچان يۈرەك زەئىپلىشىش بولغان بىمارلاردا يۈرەك رېتىمسىزلىنىش ياكى تۈيۈقسىز ئۆلۈپ كېتىشنىڭ يۇز بېرىش نىسبىتىنى روشەن تۆۋەنلىتىدۇ. ۋېراپامىل (维拉帕米) نىڭ كۆپىنچە قېرىنچە تېزلىشىشنىڭ ئالدىنى ئېلىشقا نىسبەتەن ئۇنۇمى يوق، ئەمما ئورگانلىق يۈرەك كېسەللىك ئاساسى بولمىغان، ۋېراپامىلغا ئالاھىدە سەزگۈر بولغان «ئالاھىدە قوزغىلىشچان قېرىنچە تېزلىشىش» كە ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

§ 4 . ئۆتكۈر تاجسىمان ئارتېرىيە يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى (急性冠状动脉综合征)

ئۆتكۈر تاجسىمان ئارتېرىيە يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى (ACS) — تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلىنىڭ ئۆتكۈر قوزغىلىشىنى كۆرسىتىدۇ. ئۇ تۇراقسىز يۈرەك سانجىقى (UAP)، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى (AMI) ۋە يۈرەككە قان يېتىشمەسلىكتىن تۈيۈقسىز ئۆلۈپ كېتىش (CISD) نى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

ئۆتكۈر تاجسىمان ئارتېرىيە يېغىندا كېسەللىك ئالامىتىنىڭ مۇتلەق كۆپچىلىكى تاجسىمان ئارتېرىيە بوتقىسىمان قېتىش، تاجسىمان ئارتېرىيە سپازمىسى ۋە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇش قاتارلىقلاردىن، ئاز بىر قىسمى قان نۆكچىسى كەپلەشمىسى، تاجسىمان ئارتېرىيە

يالۇغى، تۇغما تاجسمان ئارتېرىيە غەيرىيلىكىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

تۇراقسىز يۈرەك سانجىقىنىڭ كۆپىنچىسىدە تاجسمان ئارتېرىيىدە ئېغىر دەرىجىدە تارىيىش بولۇپ مۇناسىۋەتلىك يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەيدۇ. ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسىدا تاجسمان ئارتېرىيە تۈيۈقسىز قان نۆكچىسى خاراكتېرلىك توسۇلىدۇ- دە، يان شاخچە قان ئايلىنىشىنىڭ تولۇقلاپ قان تەمىنلىشى يېتىشمەي، قان بىلەن تەمىنلەنگۈچى يۈرەك مۇسكۇلى نېكروزلىنىدۇ.

1. تۇراقسىز يۈرەك سانجىقى (不稳定型心绞痛).

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

تۇراقلىق يۈرەك سانجىقىنىڭ قوزغالغاندىكى تىپىك ئالامىتى: جىسمانىي ئەمگەك، هاياجانلىنىش، سوغۇق قاتارلىق قوزغاتقۇچى ئامىللار تەسىرىدىن تۆش سۆڭەكنىڭ ئوتتۇرا، يۇقىرى قىسمىنىڭ كەينى ۋە يۈرەك ئالدى رايونىدىكى ئالىقانچىلىك دائىرە بېسىلغاندەك، سىقىلغاندەك، سانجىلغاندەك ياكى كۆيۈشكەندەك ئاغرىيدۇ. تۆش سۆڭەك ئاستى قىسمى ۋە يۇقىرى قورساق قىسمى تارتىشىپ ئاغرىيدۇ. بەزىدە پۈتۈن كۆكرەك ئاغرىشىمۇ مۇمكىن. ئاغرىق كۆپىنچە سول تەرەپ مۇرە، بىلەك ئىچى هەتتا نامسىز، كىچىك بارماقلارغىچە تارىلىدۇ، بەزىدە بويۇن، يۇتقۇنچاق، تۆۋەن ئېڭەك يۆنىلىشىدە تارىلىشىمۇ مۇمكىن، ئاغرىق تەخمىنەن 3～5 مىنۇت داۋاملىشىدۇ، ئاغرىقتىن باشقا پۈتۈن بەدەن تەرلەيدۇ، تىنچسىزلىنىدۇ، يۈرەك سالىدۇ، نەپەس قىستايدۇ، سەكرات سېزىمى بولىدۇ، هەتتا ئايلىنىپ كېتىدۇ، چىرايى تاتىرىدۇ ياكى قىزىرىدۇ، قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ.

تۇراقسىز يۈرەك سانجىقىنىڭ قوزغالغاندىكى ئاساسلىق ئىپادىسى تۇراقلىق يۈرەك سانجىقىغا ئوخشاش، بىراق يۈرەك سانجىقىنى قوزغىتىدىغان هەرىكەت دەرىجىسى بارغانسېرى تۆۋەنلەپ قوزغىلىش قېتىم سانى كۆپىيىدۇ، ئېغىرلىشىدۇ، هەتتا تىنچ مۇهىتتىمۇ قوزغىلىدۇ. بۇرۇن يۈرەك سانجىقى تارىخى يوق، يېقىنقى بىر ئايدا بايقالغان يۈرەك سانجىقى تۈنجى قوزغالغان يۈرەك سانجىقى دېيىلىدۇ. كۆپىنچە سەھەر مەزگىلىدە قوزغىلىدىغان، قوزغالغاندا ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا بىر دەملىك ST بۆلىكى كۆتۈرۈلىدىغان، ئۆزلۈكىدىن قويۇۋېتىدىغان يۈرەك سانجىقى ئۆزگىرىشچان يۈرەك سانجىقى دېيىلىدۇ، يۈرەك سانجىقىنىڭ قوزغىلىشى بىلەن هەرىكەت - هارغىنلىقنىڭ مۇناسىۋىتى بولمايدۇ، يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى نورمال بولىدۇ. تىقىلمىدىن كېيىنكى يۈرەك سانجىقى — يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى يۈز بېرىپ بىر ئاينىڭ ئىچىدە قايتا قوزغالغان يۈرەك سانجىقىنى كۆرسىتىدۇ.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر:

(1) ئېلېكتروكاردىئوگراما (ECG): دىئاگنوز قويۇشتا ئىنتايىن مۇهىم قىممەتكە ئىگە. ئەگەر كۆپ كۆرۈلىدىغان ئۆزگىرىش ST بۆلىكى تۆۋەنلەيدۇ، ئۇندىن قالسا T دولقۇن

كۆمتۇرۇلىدۇ. ST بۆلىكى كۆتۇرۇلىدىغانلار پەقەت 4% نى ئىگىلەيدۇ. بۇرۇن كۆمتۇرۇلـ
گەن T دولقۇنىدا چوڭايغان، ئېگىز، تىكلەشكەن ئۆزگىرىش (يالغان نورماللىشىش) بولـ
ىدۇ، بۇ يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىكنىڭ يۈرەك دىۋارىنىڭ ھەرقايسى قەۋەتلىرىگە
تەسىر قىلغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر. ST بۆلىكى تۆۋەنلەش ۋە T دولقۇن كۆمتۇرۇلۇش يۈرەك
ئىچ پەردىسى ئاستىدىكى يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمىگەنلىكنىڭ ئىپادىسى بولۇپ بۇ خىل
ئۆزگىرىش پەيتلىك بولىدۇ، ئەگەر داۋاملاشقان ۋاقتى ئۇزۇن بولسا بەلكىم Q دولقۇنسىز
يۈرەك تىقىلمىسى بولۇشى مۇمكىن، شۇڭا ۋاقتىدا يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىنى تەكشۈرۈش
كېرەك. ئەگەر يۈرەك ئالدى ئۇلانمىلىرىدا T دولقۇن چوڭقۇر كۆمتۇرۇلگەن، ST بۆلىكى
تەڭ ئېلېكتر پوتېنسىيال سىزىقىدا ياكى V_2، V_3 ئۇلانمىلىرىدا سەل كۆتۇرۇلگەن، V_4،
V_5 ئۇلانمىلىرىدا تۆۋەنلىگەن بولسا تاجسىمان ئارتېرىيىنىڭ سول ئالدى تۆۋەنلەش شېخىغا
قان يېتىشمىگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. 24 سائەتلىك ھەرىكەتچان ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا
تەكشۈرۈشنىڭ يۈرەككە قان يېتىشمەسلىكىنى ھەرىكەتچان كۆزىتىپ تەكشۈرۈشتە مۇھىم
ئەھمىيىتى بار.

(2) تاجسىمان ئارتېرىيىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش: تاجسىمان ئارتېرىيىنىڭ كېـ
سەللىنىشى ۋە ئېغىرلىق دەرىجىسىنى ئېنىقلاش ۋە ئېنىق دىئاگنوز قويۇشنىڭ ئاساسى.

3) دىئاگنوز: كۆكرەك ئاغرىقىنىڭ كلىنىكىلىق ئالامىتى، قوزغالغاندىكى ئېلېكترو
كاردىئوگراممىا ئۆزگىرىشى ۋە تاجسىمان ئارتېرىيىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە
ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

4) داۋالاش: مەقسەت ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى ۋە تۇيۇقسىز ئۆلۈپ كېتىشنىڭ ئالدىنى
ئېلىش، يۈرەك سانجىقى قوزغىلىشىنى ئازايتىش ياكى توختىتىش ئىبارەت.

(1) دورا بىلەن داۋالاش:

① ئاسپىرىن (阿斯匹林): قان تومۇر سپازمىسى ۋە قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنـ
شىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ، يۈرەك سانجىقى بىمارلىرىدا تىقىلما يۇز بېرىش خەتىرىنى تۆۋەنلىتىـ
دۇ. كۆپىنچە ئۇچەيدە ئېرىيدىغان ئاسپىرىن (肠溶阿斯匹林) ئىشلىتىلىدۇ. تۇنجى قېتىم
325mg ئىچىلىدۇ، ئاندىن كۈنىگە 75mg دىن ئۇزۇن مۇددەت ئىچىلىدۇ.

② تىكلوپىدىن (低克力得,噻氯匹定): قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنىشىنى تورـ
مۇزلايدۇ، رولى ئاسپىرىنىدىن كۈچلۈك، 250mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

③ نىترات ئېستېر (硝酸酯) تۇرىدىكى دورىلار: ژېنا ۋە ئارتېرىيىلەرنىڭ ھەممىسىنى
كېڭەيتىدۇ، ئاز مىقداردا ئىشلەتكەندە ئاساسلىقى ژېنانى، كۆپ مىقداردا ئىشلەتكەندە ژېنا،
ئاتېرىيىلەرنىڭ ھەممىسىنى كېڭەيتىدۇ. بۇ خىلدىكى دورىلارنىڭ بەش خىل دورا بېرىش
ئۇسۇلى بار.

شوراش: نىتروگلتسېرىن (硝酸甘油) ئىزوسوربىدى دىنىتراس (消心痛).
يېيىش: ئىزوسوربىدى مونونىترات (单硝酸梨酯)، ئۇزۇن ئۈنۈملۈك نىتروگلتسې-
رىن (二硝酸梨醇酯) ئىزوسوربىدى دىنىترات (硝酸戊四醇酯).
ۋېنا: نىتروگلتسېرىن، ئىزوسوربىدى دىنىتراس.
پۈراش: ئامىل نىتريت (亚硝酸异戊酯)، ئىزوسوربىدى دىنىتراس.
تېرە: نىترات ئېستېر تىپىدىكى دورىلاردىن ياسالغان مايلىق مەلھەم، نېپىز پەردە ۋە پۈركىمىلەر.

يۈقىرىقى دورا بېرىش ئۇسۇللىرى يۈرەك سانجىنىڭ قوزغىلىشىنى توختىتىش ياكى ئالدىنى ئېلىشنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ پەرقلىنىدۇ. قوزغىلىشنى توختىتىشتا كۆپىنچە شوراش، پۈراش، ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش ئۇسۇللىرى قوللىنىلىدۇ، ئالدىنى ئېلىشتا يې-
يىش، تېرىدىن ئىشلىتىش ئۇسۇللىرى قوللىنىلىدۇ.

a. يۈرەك سانجىقى قوزغالغاندا:

a) نىتروگلتسېرىنىدىن 0.mg3～0.6mg تىل ئاستىغا سېلىنىپ شورىلىدۇ. ئۈنۈمى 1～2 مىنۇتتا كۆرۈلۈپ يېرىم سائەت داۋاملىشىدۇ.

b) ئىزوسوربىدى دىنىتراسىدىن 10mg تىل ئاستىدا شورىلىدۇ. 2～5 مىنۇتتا ئۈنۈمى كۆرۈلۈپ 2～3 سائەت داۋاملىشىدۇ. پۈركىمىسىنى پۈركەشكىمۇ بولىدۇ.

c) يۈرەك سانجىقى قايتا ـ قايتا قوزغالغاندا ياكى كونترول قىلىش تەس بولغاندا نىتروگلتسېرىنىدىن 5mg نى 250ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. باشلىنىش سۈرئىتى مىنۇتىغا 10μg بولۇپ كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ سۈرئىتىنى تەدرىجىي تېزلىتىش-
كە، ئەڭ تېز بولغاندا مىنۇتىغا 100～200μg غا يەتكۈزۈشكە بولىدۇ.

b. يۈرەك سانجىقى يېنىكلىگەندىن كېيىن:

a) ئىزوسوربىدى دىنىتراس 10mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

b) ئىزوسوربىدى مونونىترات 20mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

c) ئۇزۇن ئۈنۈملۈك نىتروگلتسېرىن 10mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

d) 2% لىك نىتروگلتسېرىن مەلھىمى ياكى نېپىز پەردىسى كۆكرەك ياكى يۇقىرى بىلەك تېرىلىرىگە چاپلىنىدۇ. ئۈنۈمى 12～24 سائەت داۋاملىشىدۇ.

④ β ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار: يۈرەك سوقۇشنى ئاستىلىتىپ، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش ۋە ئوكسىگېن سەرپىياتىنى تۆۋەنلىتىدۇ، قان بېسىمنى چۈشۈرۈپ، يۈرەك سانجىقىنى يېنىكلىتىدۇ.

a. مېتوپرولول (美托洛尔) 25mg～50mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

b. ئاتېنولول (阿替洛尔) 25mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

β - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلار بىلەن نىترات ئېستىر دورىلىرىنى قوشۇپ ئىشلەتكەندە، تۆۋەندىكىلەرگە دىققەت قىلىش كېرەك:

a. ئىككى خىل دورا ئۆز ئارا ماسلىشىپ رول ئويناپدۇ. شۇڭلاشقا مىقدارى چوقۇم ئازايتىلىشى كېرەك (بولۇپمۇ باشلىنىش مىقدارىنى ئازايتىش لازىم)، شۇ ئارقىلىق بەدەن ھالىتى سەۋەبلىك تۆۋەن قان بېسىمى يۈز بېرىشنىڭ ئالدىنى ئالغىلى بولىدۇ.

b. β - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشنى توختاتقاندا چوقۇم مىقدارىنى تەدرىجىي ئازايتىپ توختىتىش لازىم. بىراقلا توختاتقاندا يۈرەك تىقىلمىسىنى پەيدا قىلىش خەۋپى بولىدۇ.

c. كانايچە زىققىسى بار، يۈرەك سوقۇشى زىيادە ئاستا بىمارلارغا ئىشلىتىشكە مۇڭاپىق كەلمەيدۇ.

⑤ كالتسىي خاس يولىنى توسقۇچى دورىلار: كالتسىينىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە كىرىشىنى توسۇپ، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى تورمۇزلاپ، ئوكسىگېن سەرپىياتىنى ئازايتىدۇ. تاجسىمان ئارتېرىيىنى كېڭەيتىپ، سپازمىنى يەڭگىللىتىپ، ئىچ پەردە ئاستىدىكى يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. ئەتراپ قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىپ، قان بېسىمنى چۈشۈرۈپ، يۈرەكنىڭ يۈكىنى يېنىكلىتىدۇ. يەنە قانىنىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈپ، قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىشىشىنى تورمۇزلاپ، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ مىكرو ئايلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن: ① نىفېدىپىن (硝苯地平) 10mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ. ② ۋېراپامىل (维拉帕米) 80mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ. ③ دىلتىئازېم (地尔硫䓬) 30mg～60mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

(2) تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈپ داۋالاش (介入治疗)

تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈش (介入) ئۇسۇلىدىن پايدىلىنىپ تارايغان تاجسىمان تومۇرنى كېڭەيتىشنى كۆرسىتىدۇ. ئوپېراتسىيەدىن كېيىن قان پلاستىنكىلىرىغا قارشى ۋە ماي تەڭشىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىپ قايتا تارىيىشنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ.

① تېرىدىن كىرىپ تاجسىمان ئارتېرىيىنى كېڭەيتىش (شەكىل ئۆزگەرتىش) ئوپېراتسىيىسى (PTCA): يەنى تېرىنى تېشىش ئۇسۇلى بىلەن شارسىمان خالتا تاجسىمان ئارتېرىيىنىڭ تارايغان قىسمىغا كىرگۈزۈلۈپ، خالتا ئىچىگە سايىلاندۇرۇش دورىسى ئۇرۇلۇپ، خالتا چوڭايتىلىپ، داغ پارچىلىرى يىرتىپ پارچىلىنىپ، تارايغان تاجسىمان تومۇر كېڭەيتىلىدۇ.

② تاجسىمان ئارتېرىيە ئىچىگە تېرەك قويۇش ئوپېراتسىيىسى (ISI): يۈرەك ئۆتكۈزگۈچ نەيچىسى ئارقىلىق داتلاشماس مېتال تېرەك تاجسىمان ئارتېرىيىگە قويۇلۇپ قان تومۇر دىۋارى تىرىلىپ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ.

(3) تاشقى بۆلۈم ئوپېراتسىيسى: غول ئارتېرىيە ۋە تاجسىمان ئارتېرىيە ئارىسىدا يانداش يول (تومۇر) كۆچۈرۈش (كۆۋرۈك قويۇش) ئوپېراتسىيسى قىلىنىدۇ.

2. ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى (急性心肌梗死).

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) ئالدىنقى ئالامەت (بېشارەت ئالامەت): تۇيۇقسىز قوزغالغان ياكى بۇرۇنقىغا قارىغاندا قوزغىلىش تېخىمۇ كۆپ، تېخىمۇ ئېغىر بولغان يۈرەك سانجىقى بولىدۇ. يۈرەك سانجىقى قوزغالغاندا داۋاملاشقان ۋاقتى تېخىمۇ ئۇزۇن بولىدۇ. روشەن قوزغاتقۇچى ئامىل بولمايدۇ. نىتروگلتسېرىن (硝酸甘油) غا بولغان سەزگۈرلۈكى (داۋالاش ئۈنۈمى) ياخشى بولمايدۇ. يۈرەك سانجىقى قوزغالغاندا كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، تەرلەش، يۈرەك سوقۇشى زىيادە ئاستىلاش، ئۆتكۈر يۈرەك زەئىپلىشىش، يۈرەك رىتمىسىزلىنىش ياكى قان بېسىمىدا چوڭ دائىرىدە ئۆزگىرىش بولۇش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ST بۆلىكى پەيتلىك كۆتۈرۈلىدۇ ياكى پەسلەيدۇ. T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ ياكى كۆتۈرۈلىدۇ. يۇقىرىقى ئالامەتلەر يۈرەك تىقىلمىسى يۈز بېرىشنىڭ بېشارىتى بولۇپ، ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) ئالامىتى:

① ئاغرىق: ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدىغان مۇھىم ئالامەت، ئاغرىقنىڭ ئورنى ۋە خاراكتېرى يۈرەك سانجىقى بىلەن ئوخشاش، بىراق كۆپىنچە ئالاھىدە قوزغاتقۇچى ئامىل بولمايدۇ. ئاغرىق قاتتىق، داۋاملاشقان ۋاقتى ئۇزۇن بولىدۇ. بەزىدە نەچچە سائەت ياكى نەچچە كۈنگە سوزۇلىدۇ. دەم ئېلىش ۋە نىتروگلتسېرىننى شۇمۇرۇشنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولمايدۇ، ئاغرىق يەڭگىللىمەيدۇ، بىمار كۆپىنچە تىنچسىزلىنىدۇ، تەرلەيدۇ، قورقىدۇ. سەكرات سېزىمى بولىدۇ. ئىنتايىن ئاز قىسىم ياشانغان بىمارلاردا ئاغرىق روشەن ئىپادىلەنمەي، بىراقلا شوك ياكى ئۆتكۈر يۈرەك زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. بەزى بىمارلارنىڭ ئاغرىقى يۇقىرى قورساق قىسمىدا بولىدۇ، شۇڭلاشقا ئۆتكۈر ئاشقازان تېشىلىش دەپ خاتا دىئاگنوز قويۇلۇپ قېلىشى مۇمكىن.

② پۈتۈن بەدەن ئالامەتلىرى: ئاساسلىقى قىزىيدۇ، يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىدۇ. ئاق قان دانچىلىرى ئۆرلەيدۇ، قان چۆكۈشى تېزلەيدۇ. كۆپىنچە ئاغرىق قوزغىلىپ 48~24 سائەت ئىچىدە يۈز بېرىدۇ، دەرىجىسى تىقىلما بولغان ئورۇننىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى بىلەن ئوڭ تاناسىپ بولىدۇ. تېمپېراتۇرىسى ئادەتتە 38℃ ئەتراپىدا بولۇپ بىر ھەپتە ئەتراپىدا داۋاملىشىدۇ. قىزىتما نېكروزلانغان ماددىلارنىڭ قانغا سۈمۈرۈلىشىدىن پەيدا بولىدۇ.

③ ئاشقازان ئۇچەي يوللىرى ئالامىتى: ئاغرىق كۈچلۈك بولغاندا كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش ۋە يۇقىرىقى قورساق ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ھېچ تۈتىدۇ، بۇ

نېكروزلانغان يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ ئاداشقان نېرۋىنى غىدىقلىشىدىن ۋە يۇرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارىنىڭ ئازىيىپ توقۇلمىلارغا قان، ئوكسىگېنىنىڭ يېتىشمەسلىكىدىن بولىدۇ.

④ يۇرەك رېتمسىزلىنىش: كېسەل قوزغىلىپ 1～2 ھەپتە ئىچىدە يۈز بېرىدۇ، بولۇپمۇ 24 سائەت ئىچىدە يۈز بېرىدىغانلىرى نىسبەتەن كۆپ، ھەر خىل يۇرەك رېتمسىزلىنىش ئىچىدە قېرىنچە مەنبەلىك يۇرەك رېتمسىزلىنىش كۆپ ئۇچرايدۇ. تۆۋەن دۆزارنېكروز لىنىشتا دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئالدى دۆزار نېكروزلىنىشتا قېرىنچە مەنبەلىك يۇرەك رېتمسىزلىنىش كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئەگەر دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش كۆرۈلسە ئالدى دۆاردا نېكروزلانغان دائىرىنىڭ چوڭلۇقىنى، ئاقىۋىتىنىڭ ئېغىرلىقىنى ئىپادىلەيدۇ، دالانچە مەنبەلىك يۇرەك رېتمسىزلىنىش كۆپىنچە يۇرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكەن بىمارلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ، نىسبەتەن ئاز ئۇچرايدۇ.

⑤ تۆۋەن قان بېسىم ۋە شوك: ئاغرىق مەزگىلىدە كۆپىنچە قان بېسىم تۆۋەن بولىدۇ. بىراق شوك بولۇشى ناتايىن، ئەگەر ئاغرىق يەڭگىللىگەندىمۇ قىسقىرىش بېسىمى 80mmHg دىن تۆۋەن بولسا، بىمارلاردا چىرايى تاتىرىش، تىنچسىزلىنىش، سوغۇق تەرلەش، مۇچىلىرى سوۋۇش، سۈيدۈك ئازىيىش، ئىنكاسى سۇسلىشىش، ھەتتا ھوشىنى يوقىتىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولسا شوك بولغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر. شوك كۆپىنچە كېسەل قوزغىلىپ نەچچە سائەتتىن بىر ھەپتىگىچە بولغان ئارىلىقتا يۈز بېرىدۇ. ئاساسلىقى يۇرەك مەنبەلىك شوك بولۇپ يۇرەك مۇسكۇلى كەڭ دائىرىدە نېكروزلىنىپ يۇرەك سىقىپ چىقارغان قان مىقدارىنىڭ تۈيۇقسىز ئازىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئۇندىن قالسا نېرۋا رېفلېكسى كەلتۈرۈپ چىقارغان ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. بەزى بىمارلاردا قان سىغىمچانلىقى يېتىشمەسلىك بولۇشىمۇ مۇمكىن.

⑥ يۇرەك زەئىپلىشىش: ئاساسلىقى سول يۇرەك زەئىپلىشىشتۇر. كېسەل قوزغىلىپ نەچچە كۈن ئىچىدە يۈز بېرىدۇ ياكى ئاغرىق، شوك ياخشىلىنىش باسقۇچىدا كۆرۈلىدۇ. يۇرەك زەئىپلىشىش يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنىڭ ئاجىزلىشى ۋە يۇرەك ماسلىشىشچانلىقى (顺应性) نىڭ تۆۋەنلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ، بىمارلاردا نەپەس قىيىنلىشىش، يۆتەل، كۆكىرىش، تىنچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ، ئېغىرلىرىدا ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى ياكى ئەگىشپلا ئوكۇ يۇرەك زەئىپلىشىش كېلىپ چىقىدۇ. بويۇن ۋېناسى كۆپۈش، جىگەر يوغىناش ۋە سۇلۇق ئىششىق قاتارلىق بەلگىلەر كۆرۈلىدۇ. ئوكۇ يۇرەك تىقىلمىسى بولغان بىمارلاردا باشلىنىشتىلا ئوكۇ يۇرەك زەئىپلىشىش ئالامىتى كۆرۈلىدۇ.

(3) تەن بەلگىلىرى:

① يۇرەك تەن بەلگىلىرى: يۇرەك بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى يېنىك، ئوتتۇرا دەرىجىدە

كېڭىيىدۇ. يۈرەك سوقۇشى تېزلەيدۇ (ئاز بىر قىسىم بىمارلارنىڭ ئاستىلايدۇ)، يۈرەك ئۇچى رايوندا 1 ـ يۈرەك تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ، بەزىدە 3 ـ، 4 ـ يۈرەك تاۋۇشىدا دۈپۈرلەش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. 10%～20% بىمارلاردا كېسەل قوزغىلىپ 2～3 كۈن ئىچىدە يۈرەك قېپى سۈركىلىش تاۋۇشى چىقىدۇ. يۈرەك ئۇچى رايوندا قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى چىقىشىمۇ مۇمكىن. شۇنداقلا ھەر خىل يۈرەك رېتىمسىزلىقى بولىدۇ.

② قان بېسىم: قوزغىلىش دەسلەپكى باسقۇچىدا قان بېسىم ئۆرلىگەندىن باشقا مۇتلەق كۆپ قىسىم بىمارلاردا قان بېسىم تۆۋەنلەيدۇ. قوزغىلىشتىن بۇرۇن يۈقىرى قان بېسىم بارلاردا قوزغالغاندىن كېيىن قان بېسىم تۆۋەنلەپ نورمال سەۋىيىگە چۈشۈپ قالىدۇ. يۈقىرى قان بېسىم يوقلارنىڭ نورمال قان بېسىمدىنمۇ تۆۋەن ھالەتكە چۈشۈپ قالىدۇ.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

(1) ئېلېكتروكاردىئوگرامما (ECG): 12～18 ئۇلانمىلىق ECG دا تەكشۈرۈش، يۈرەك تىقىلمىسىنىڭ ئورنى، دائىرىسىنى بېكىتىش، كېسەل ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشى ۋە ئاقىۋىتىنى مۆلچەرلەشتە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئېلېكتروكاردىئوگراممىنىڭ خاسلىقىغا ئىگە ئۆزگىرىشى تۆۋەندىكىچە:

① تىقىلما ئورنىنىڭ دولقۇن شەكلى: تىقىلما بولغان دائىرە ئۇدۇلىدىكى ئۇلانمىلاردا چوڭقۇر ۋە كەڭ بولغان Q دولقۇن بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. بۇ غەيرىي Q دولقۇنى دەپ ئاتىلىدۇ.

② زەرەرلەنگەن رايوننىڭ دولقۇن ئالاھىدىلىكى: تىقىلما بولغان دائىرە ئەتراپىدىكى ئۇلانمىلاردا ST بۆلىكى كۆتۈرۈلىدۇ.

③ قان يېتىشمىگەن رايوننىڭ دولقۇن شەكلى: زەرەرلەنگەن دائىرە ئەتراپىدىكى ئۇلانمىلاردا T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ.

جىددىي قوزغىلىش مەزگىلىدە تىقىلما ئۇدۇلىدىكى ئۇلانمىلاردا غەيرىي Q دولقۇنى (كېسەللىك Q دولقۇنى) كۆرۈلىدۇ ۋە ST بۆلىكى تاق يۆنىلىشلىك كۆتۈرۈلىدۇ. كېسەل قوزغىلىپ ئىككى كۈندىن ئىككى ھەپتىگىچە بولغان ئارىلىقتا ST بۆلىكى تەڭ ئېلېكتر پوتېنسىيال سىزىقىغا چۈشىدۇ، T دولقۇنى تۆزلىنىدۇ ياكى كۆمتۈرۈلىدۇ. بىراق يۈرەك ئىچ پەردە ئاستى مۇسكۇل تىقىلمىسىدا ST بۆلىكى avR ئۇلانمىسىدا كۆتۈرۈلگەندىن باشقا، باشقا ئۇلانمىلارنىڭ ھەممىسىدە تۆۋەنلەيدۇ. يۇقىرىقىدەك ئېلېكتروكاردىئوگرامما ئالاھىدىلىكى بولغان ئۇلانمىلارغا ئاساسەن يۈرەك تىقىلمىسى بولغان ئورۇنغا ھۆكۈم قىلىنىدۇ. تىقىلما ئەگەر ئالدى ئارا دىۋارىدا بولسا V_1، V_2، V_3 ئۇلانمىلىرىدا، ئالدى يان دىۋارىدا بولسا V_5، V_6، V_7 ئۇلانمىلىرىدا، كەڭ دائىرىلىك ئالدى دىۋارىدا بولسا $V_1 \sim V_5$ ئۇلانمىلىرىدا، تۆۋەن دىۋارىدا بولسا avF، Ⅱ، Ⅲ ئۇلانمىلىرىدا، يۇقىرى يان دىۋارىدا بولسا avL، Ⅰ ئۇلانمىلىرىدا، كەينى دىۋارىدا بولسا V_7، V_8 ئۇلانمىلىرىدا يۇقىرىقى ئېلېكتروكار-

دىئوگراممما ئۆزگىرىشى يۈز بېرىدۇ.

(2) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

① قان رايى: كېسەل قوزغىلىپ بىر ھەپتە ئىچىدە ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ۋە نېيترال ئاق قان ھۈجەيرىلىرى كۆپىيىدۇ، قىزىل قان ھۈجەيرە چۆكۈش نىسبىتى تېزلىشىدۇ.

② قان زەردابى يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى يۇقىرىلايدۇ: كرېئاتىن فوسفوكىنازا (CPK ، 肌酸磷酸激酶) كېسەل قوزغىلىپ ئالتە سائەتتىن باشلاپ ئۆرلەيدۇ، 3～4 كۈن داۋاملىشىدۇ. ئۇندىن باشقا لاكتىك دېھىدروگېنازا (LDH ، 乳酸脱氢酶) ۋە گلۇتامىك ئوكسالوئاتسىتىك ترانسئا مىنازا (AST ، 谷草转氨酶) مۇ ئۆرلەيدۇ. بولۇپمۇ CPK نىڭ ئوخشاش فۇنكسىيىلىك ئېنزىمى CPK—MB ۋە LDH نىڭ ئوخشاش فۇنكسىيىلىك ئېنزىمى LDH1 نىڭ ئۆرلىشى دىئاگنوز قويۇشتا ئالاھىدە ئەھمىيەتكە ئىگە.

③ قان مۇسكۇل كالتسىي ئاقسىلى (血肌钙蛋白): مۇسكۇل كالتسىي ئاقسىلى T (CTnT) نى ئۆلچەش يۈرەك تىقىلمىسىغا دىئاگنوز قويۇشتىكى ئەڭ سەزگۈر كۆرسەتكۈچ. نورمال قىممىتى 0.2mg/ml دىن تۆۋەن بولىدۇ، كېسەل قوزغىلىپ ئۈچ سائەتتىن كېيىن ئۆرلەيدۇ، 10～14 كۈن داۋاملىشىدۇ.

3) دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش: تىپىك بولغان كلىنىكىلىق ئىپادىسى، ئېلېكتروكاردىئوگراممما ئالاھىدىلىكى ۋە يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. بىراق ياشانغان بىمارلارنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى روشەن ئىپادىلەنمەسلىكى مۇمكىن، ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك. ئۇندىن باشقا يۈرەك تىقىلمىسىنى تۆۋەندىكى كېسەللەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

(1) يۈرەك سانجىقى: كۆكرەك ئاغرىقى ئۇزۇن بولغاندا 15 مىنۇتتىن ئاشمايدۇ، قىزىمايدۇ. قان رايى ۋە يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ، ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ST بۆلىكى تۆۋەنلەپ T دولقۇن كۆمتۇرۈلىدۇ.

(2) ئۆتكۈر يۈرەك قېپى يالليۇغى: قىزىتما بىلەن ئاغرىق بىرلا ۋاقىتتا كۆرۈلىدۇ، يۆتەلگەندە ئېغىرلىشىدۇ، ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە يۈرەك قاپ سۈركۈلۈش تاۋۇشى بولىدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ST بۆلىكىنىڭ لوكىسى تۆۋەنگە قارىغان ھالەتتە يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ، غەيرىي Q دولقۇنى بولمايدۇ.

(3) ئۆتكۈر ئۆپكە ئارتېرىيە كەپلىمىسى: كۆكرەك ئاغرىش، نەپەس قىيىنلىشىش، قان تۆكۈرۈش ۋە شوك قوشۇلۇپ كېلىدۇ. كۆكرىش، بويۇن ۋېناسى كۆپۈش، جىگەر يوغىناش، پۇتلىرى ئىششىش قاتارلىق ئوڭ يۈرەك يۇكى تۈيۇقسىز ئېشىپ كەتكەنلىك ئالامەتلىرى بولىدۇ، ECG دا I ئۇلانمىسىدا S دولقۇن چوڭقۇرلايدۇ. Ⅲ ئۇلانمىسىدا Q دولقۇن روشەنلىشىدۇ، T دولقۇن كۆمتۇرۈلىدۇ. avR ئۇلانمىسىدا ئېگىزلىگەن R دولقۇن

كۆرۈلىدۇ. ئوك كۆكرەك ئۇلانمىلىرىدا T دولقۇن كۆمتۇرۈلىدۇ.

(4) ئائورتا ئارا قەۋەت ئۆسمىسى: كۆكرەك ئاغرىقى باشلىنىشتىلا ئىنتايىن ئېغىر بولىدۇ، ئاغرىق دۈمبە، قورساق، بەل، تۆۋەن مۇچىلەرگە تارىلىدۇ. يۇقىرى ئىككى مۇچىنىڭ قان بېسىم ۋە تومۇر سوقۇشىدا روشەن پەرق بولىدۇ، تۆۋەن مۇچىدە پەيتلىك پالەچلىك، يارتا پالەچلىك كۆرۈلىدۇ.

(5) ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى: ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى، ئۆت يالليۇغى قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسىدە يۇقىرى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ، ئەمما ECG ۋە يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىدا ئالاھىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

4) داۋالاش: بۇرۇن بايقاش، بۇرۇن داۋالاش، دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى قۇتقۇزۇشنى كۈچەيتىش، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ تىقىلما بولغان دائىرىسىنى ئامال بار كىچىكلىتىپ ھەرخىل ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

(1) دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى بىر تەرەپ قىلىش: نەق مەيداندا ئوكسىگېن پۈرتىش ۋە ۋېنادىن سۈيۇقلۇق بېرىش يولى ئېچىش كېرەك. ئەگەر يۈرەكتە قېرىنچە مەنبەلىك بالدۇر سوقۇش بولسا، نەق مەيداندىلا لىدوكائىن (利多卡因) دىن 50mg～75mg نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، ئاندىن مىنۇتىغا 2mg～3mg سۇرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىش، ئەگەر قېرىنچە تىترەش بولسا شارائىت بولسىلا نەق مەيداندا ئېلېكترلىك تىترەشنى يوقىتىش، شارائىت بولمىسا مۇشت بىلەنلا يۈرەك ئورنىغا ئۇرۇش كېرەك. ئەگەر يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 60 قېتىمدىن تۆۋەن بولسا ئاتروپىن (阿托品) دىن 0.5mg～1.0mg نى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ. يۆتكەش جەريانىدا قېرىنچە تىترەشنىڭ قوزغىلىشىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) دوختۇرخانىدا ئادەتتىكى داۋالاش:

① ئارام ئالدۇرۇش: بىرىنچى ھەپتىسى تولۇق يېتىپ ئارام ئالدۇرۇلىدۇ، ئىككىنچى ھەپتىسىدىن باشلاپ كارىۋات ئۈستىدە ئولتۇرۇشقا، ئاندىن تەدرىجىي كارىۋاتتىن چۈشۈپ ئۆي ئىچىدە ئاستا ھەرىكەت قىلىشقا بولىدۇ.

② ئوكسىگېن پۈرتىش: ئوكسىگېنغا سەزگۈر ياكى سوزۇلما توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە كېسىلى بار بىمارلارغا تۆۋەن قويۇقلۇقتا (2L/min)، باشقا بىمارلارغا يۇقىرى قۇيۇقلۇقتا (4～6L/min) ئوكسىگېن پۈرتىلىدۇ، زۆرۈر بولغاندا (ئېغىر ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك قاتارلىق) كانايغا كانالچە قويۇش ياكى نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك.

③ يۈرەك سوقۇشى، يۈرەك رېتمى، قان بېسىمى، يۈرەك فۇنكسىيىسى 5～7 كۈنگىچە ئىزچىل، ئىنچىكە كۆزىتىلىدۇ.

④ مەخسۇس ئادەم پەرۋىش قىلىش: تىنچلىقنى ساقلاش، غىدىقلىنىشنى ئازايتىش، تاماق يېگەندە بەك تويدۇرۇۋەتمەسلىك، ئاسان ھەزىم بولىدىغان، ماي تەركىبى تۆۋەن بولغان يېمەكلىكلەرنى بېرىش، چوڭ تەرەتنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش قاتارلىقلارغا دىققەت قىلىنىدۇ.

(3) ئاغرىق توختىتىش: مورفىن (吗啡) دىن 5mg～10mg تېرە ئاستىغا ياكى دولانتىن (杜蛉丁) دىن 100mg مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا، 1～2 سائەتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ، بىراق قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولغاندا ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

(4) ئاسپىرىن (阿斯匹林): چاينا‌پ يېگۈزۈلىدۇ (ئېغىز بوشلۇقى شىلىمشىق پەردىلىرى ئارقىلىق شۇمۇرۇلىدۇ)، ئاندىن ئۇنۇملۇك مىقداردا داۋاملىق ئىشلىتىلىدۇ. ئاسپىرىن يۇرەك تىقىلمىسى بىمارلىرىنىڭ ئۆلۈش نىسبىتىنى ئازايتىدۇ.

(5) نىتروگلتسېرىن (硝酸甘油): ئاساسلىقى تاجسىمان ئارتېرىيىنى كېڭەيتىپ ئۇنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىنى كۆپەيتىدۇ، ئەمما ئاستى دىۋار، ئوڭ قېرىنچە تىقىلمىسى بولغان ۋە قان بېسىمى تۆۋەن بىمارلارغا ئەڭ ياخشىسى ئىشلەتمىگەن ياخشى. ئالدى بىلەن نىتروگلتسېرىن تابلېتىدىن 0.4mg～1.2mg تىل ئاستىغا سېلىنىپ شۇمۇرتىلىدۇ. ئەگەر كۆكرەك ئاغرىقى يەنىلا قويۇۋەتمىسە ۋېنادىن ئىشلىتىلىدۇ. ۋېنادىن ئىشلەتكەندە ئالدى بىلەن تۆۋەن مىقداردىن باشلاش كېرەك، 1mg～5mg نىتروگلتسېرىن 10%～5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 100ml دا ئېرىتىلىپ تۇنجى قېتىم مىنۇتىغا 10μg سۈرئەتتە تامچىلىتىلىدۇ، ئاغرىق ۋە قان بېسىمغا قاراپ ھەر 5～10 مىنۇتتا بىر قېتىم سۈرئىتىنى تېزلىتىشكە بولىدۇ، ئاغرىق يەڭگىللىگەن ياكى قىسقىرىش بېسىمى 10% ئەتراپىدا چۈشكەندىكى سۈرئەت ۋە مىقدار ساقلىنىدۇ. كۆپىنچە بىمارلارغا مىنۇتىغا 30～50μg ئەتراپىدا تامچىلىتىلسا ئۇنۇم بېرىدۇ. ئەگەر مىنۇتىغا 100μg دىن ئېشىپ كەتسە قان يېتىشمەسلىكنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىشى مۇمكىن.

(6) β - ئاكسېپتورنى توسقۇچى دورىلار: يۇرەك سوقۇشىنى ئاستىلىتىپ، قان بېسىمنى چۈشۈرۈپ، يۇرەكنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتىنى تۆۋەنلىتىدۇ، ھەمدە يۇرەك مۇسكۇلىنىڭ نېكروزلىنىش دائىرىسىنى كىچىكلىتىدۇ. مېتوپرولول (美托洛尔) 5mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. بەش مىنۇتتىن كېيىن قايتا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئومۇمىي مىقدارى 15mg دىن ئاشمايدۇ. ھەر قېتىم دورا ئىشلىتىلگەندىن كېيىن 2～5 مىنۇت كۆزىتىلىدۇ، ئەگەر قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg دىن يۇرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 60 قېتىمدىن تۆۋەن بولسا دورا ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. ئەگەر قان ئېقىم دىنامىكىسى نورمال بولسا ئوكۇل ئىشلىتىپ 15 مىنۇتتىن كېيىندىن باشلاپ تابلېتى ھەر قېتىمدا 50mg، ھەر ئالتە سائەتتە

بىر قېتىم، جەمئىي ئىككى كۈن يېيىلىدۇ. ئاندىن ھەر قېتىم 100mg كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ. ئەگەر بىمارىدا يۈرەك زەئىپلىكى، تۆۋەن قان بېسىم، يۈرەك سوقۇشى زىيادە ئاستىلاش ياكى ئۆتكۈزۈشچانلىقتا توسقۇنلۇق بولسا ئەڭ ياخشىسى ئىشلەتمىگەن ياخشى.

(7) نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاش: نۆكچە ئېرىتىشتىن بۇرۇن قان رايى، قان چىقىش، قېتىش ۋاقتى ۋە قان تىپلىرى تەكشۈرۈلىدۇ. زۆرۈرىيەتتە ئىشلىتىش ئۈچۈن قان تەييارلىنىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن:

① ئۇروكىنازا (UK، 尿激酶) : 150 تۈمەن بىرلىك 100ml سۇيۇقلۇقتا ئېرىتىلىپ 30 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىپ تۇگىتىلىدۇ. 12 سائەتتىن كېيىن 7500 بىرلىك ھېپارىن (肝素) تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ھېپارىن ھەر 12 سائەتتە بىر قېتىم، جەمئىي 5～3 كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

② ستربېتوكىنازا (SK، 链激酶) زىيادە سەزگۈرلۈكنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئالدى بىلەن دېكسامېتازون (地塞米松) دىن 5mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن ستربېتوكىنازادىن 150 تۈمەن بىرلىك 100ml تۇز سۇيىدە ئېرىتىلىپ 60 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىپ تۇگىتىلىدۇ.

③ توقۇلمىلىق تالا ئېرىتكۈچى فېرمېنت مەنبەيىنى جانلاندۇرغۇچى (rt－PA، 组织型纤溶酶原激活剂) ئالدى بىلەن ۋېنادىن 15mg ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن 30 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن 50mg تامچىلىتىلىدۇ، ئاخىرقى 60 مىنۇتتا يەنە 35mg تامچىتىلىدۇ. rt－PA ئىشلىتىلىشتىن بۇرۇن ئالدى بىلەن 5000 بىرلىك ھېپارىن ۋېنادىن تامچىتىلىدۇ، rt－PA ئىشلىتىلىپ بولغاندىن كېيىن ھېپارىن يەنە سائىتىگە 700～1000 بىرلىك سۈرئەتتە 48 سائەتكىچە ئۇدا ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئاندىن ھەر 12 سائەتتە بىر قېتىم، ئۇدا 3～5 كۈنگىچە، ھەر قېتىمدا 7000 بىرلىكتىن تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. دورا ئىشلىتىش جەريانىدا بىمارىدا قاناش بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

نۆكچە ئېرىتىشنىڭ مۇۋاپىقىيەتلىك بولغانلىقىنىڭ كۆرسەتكۈچى:

بىۋاستە كۆرسەتكۈچ: تاجسىمان ئارتېرىيە سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈشىدە تومۇر قايتا ئېچىلغان بولۇش.

ۋاستىلىك كۆرسەتكۈچ: ① ئىككى سائەت ئىچىدە كۆكرەك ئاغرىقى روشەن يېنىكلەش؛ ② ئىككى سائەت ئىچىدە ECG دا كۆتۈرۈلگەن ST بۆلىكىنىڭ تۆۋەنلىشى 50% تىن ئېشىش؛ ③ ئىككى سائەت ئىچىدە قايتا ئېچىلىشتىن قان ئايلىنىش خاراكتېرلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش كۆرۈلۈش، قان زەردابى CPK－MB نىڭ ئەڭ يۇقىرى قىممىتىنىڭ كۆرۈلۈش ۋاقتى ئالدىغا سۈرۈلۈش (14 سائەتتە).

(8) شوكنى كونترول قىلىش: مۇبادا قان سىغىمچانلىقى يېتىشمىسە قان ئېقىش

دىنامىكىسىنى ئۆلچەش ئاساسىدا قان تولۇقلاش كېرەك، ئەگەر قان سىغىمچانلىقى تولۇقلاش غاندىن كېيىن قان بېسىمى يەنىلا ئۆرلىمىسە، شۇنداقلا يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارى نورمال بولسا ئەتراپ قان تومۇر تەرەڭلىكىنىڭ يېتىشمىگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. بۇ ئەھۋالدا قان تومۇر جانلاندۇرغۇچى دورىلار، مەسىلەن: دوپامىن (多巴胺) دىن 20mg～40mg ئارامىن (阿拉明) دىن 10mg～30mg ى 250ml سۇيۇقلۇقتا ئېرىتىلىپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئەگەر قان بېسىمى يەنىلا ئۆرلىمىسە، يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارى تۆۋەن، ئەتراپ قان تومۇرلار روشەن قىسقارغان (مۇچىلىرى مۇزلىغان، كۆكەرگەن) بولسا ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠) ياكى نىتروگلتسېرىن ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(9) تېرىدىن تېشىپ تاجسىمان ئارتېرىيىنى شەكىللەندۈرۈش ئوپېراتسىيىسى: ئەگەر نۆكچە ئېرىتىپ داۋالىغاندا تاجسىمان ئارتېرىيە قايتا ئېچىلغاندىن كېيىن يەنە توسۇلۇپ قالسا ياكى ئېچىلغان ھالەتتىمۇ يەنىلا ئېغىر دەرىجىدە تارىيىش بولسا، كېسەللەنگەن تومۇرنى كېڭەيتىش ۋە تېرەك قويۇش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك ياكى نۆكچە ئېرىتىشتىن بۇرۇنلا بېۋاستە ئىشلىنىدۇ.

(10) باشقا داۋالاشلار:

① «قوتۇپلاشتۇرۇلغان سۇيۇقلۇق» تا داۋالاش: كالىي خلورىددىن 1.5g، ئىنسۇلىندىن سەككىز ېرلىك 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدا ئېرىتىپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كۈندە بىر قېتىم، ئۇدا 7～14 كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

② ماگنىي سۇلفات (硫酸镁): ماگنىينىڭ يۈرەك رېتىمسىزلىقىغا قارشى تۇرۇش، سىلىق مۇسكۇلنى بوشىتىش، يۈرەك خىزمىتىنى ئازايتىش ۋە تاجسىمان ئارتېرىيىنىڭ قان ئايلىنىشىنى كۈچەيتىش رولى بار. 1g～2g ماگنىي سۇلفات «قوتۇپلاشتۇرۇلغان سۇيۇقلۇق» قا قوشۇلۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

③ يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ ماددا ئالمىشىشىنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلار: ۋىتامىن C دىن 3g، كوئېنزىم A (A 辅酶) دىن 100 ېرلىك، ئىنوزىن (肌苷) دىن 0.6g، ھۈجەيرە پىگمېنتى C (C 细胞色素) دىن 30mg، ۋىتامىن B_6 دىن 100mg ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدا ئېرىتىلىپ كۈندە بىر قېتىم، ئۇدا 10～41 كۈن تامچىلىتىلىدۇ.

(11) ئەگەشمە كېسەللىكنى داۋالاش:

① يۈرەك رېتىمسىزلىقىنى تۈگىتىش: دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى يۈرەك رېتىمسىزلىقىنى داۋالاشقا ئوخشاش، ئەگەر قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رېتىمسىزلىنىشىنى دورا بىلەن داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمىسا بۇرۇنراق ئېلېكترلىك رېتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش (电复律) كېرەك. رېتىمسىزلىنىش ياخشىلانغاندىن كېيىن مېكسىلېتىن (美西律) ھەر قېتىم

150mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

② سول ياكى ئوڭ يۇرەك زەئىپلىشىشنى داۋالاش: سول يۇرەك زەئىپلىشىش ۋە ئوڭ يۇرەك زەئىپلىشىشكە قارالىدۇ.

§ 5 . يۇقىرى قان بېسىم جىددىي كېسەللىكى
(高血压急症)

1. يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلى (高血压脑病).

يۇقىرى قان بېسىم كېسەللىكى جەريانىدا مېڭە قان ئايلىنىشىدا ئۆتكۈر توسقۇنلۇق يۈز بېرىشتىن كېلىپ چىققان مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە ئىچكى بېسىمى ئارتىپ كېتىشىنىڭ بىر قاتار ئالامەتلىرىنى كۆرسىتىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

قان بېسىمى يۇقىرى بولغان بىمارلارنىڭ ھەممىسىدە يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلىنىڭ يۈز بېرىش ئېھتىمالى بولىدۇ. بولۇپمۇ ئىلگىرى قان بېسىمى نورمال بولۇپ تۇيۇقسىز ئۆرلەپ كەتكۈچىلەردە (مەسىلەن: ئۆتكۈر بۆرەك شارچە يالىلۇغى، ھامىلىدارلىقتىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردا قان بېسىمى ئۆرلەپ كەتكەندە) كۆپ كۆرۈلىدۇ. مېڭە ئارتېرىيىلىرىدە روشەن قېتىشىش بولغان، تېز تەرەققىي قىلىشچان ياكى ئېغىر، ئاستا تەرەققىي قىلىشچان يۇقىرى قان بېسىم كېسىلىدىمۇ كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) كۆپىنچە كەيپىيات ئۆزگىرىشى، روھىي زەربە، زىيادە چارچاش، سوغۇق ياكى ئىچكى ئاجراتما تەڭپۇڭسىزلىنىش قاتارلىق ئامىللاردىن قوزغىلىدۇ.

(2) قان بېسىم تۇيۇقسىز ئۆرلەيدۇ، بولۇپمۇ كېڭىيىش بېسىمىنىڭ ئۆرلىشى روشەن بولىدۇ، كۆپىنچە 120mmHg دىن ئېشىپ كېتىدۇ.

(3) باش ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، تىنچسىزلىنىش، ئىنكاسى سۇسلىشىش، روشەن كۆرەلمەسلىك، كۆز ئالدى قاراڭغۇلىشىش، تارتىشىش، ئەست ـ ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىق مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە ئىچكى بېسىمى ئارتىپ كېتىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ.

(4) تىلدىن قېلىش، ئۆتكۈنچى يارتا پالەچ، كېسەل خۇسۇسىيەتلىك نېرۋا رېفلېكسى مۇسپىي بولۇش قاتارلىق تەن بەلگىلىرى كۆرۈلىدۇ.

(5) كۆز تېگىدە كۆرۈش تەخسىسى سۇلۇق ئىششىقى، سىرغىش، قاناش قاتارلىقلار ئىپادىلىنىدۇ.

(6) قان بېسىمنى چۈشۈرۈپ داۋالاپ 1~2 سائەتتىن كېيىن باش ئاغرىقى ۋە ئەس-هوشسىدىكى توسقۇنلۇق كۆرۈنەرلىك ياخشىلىنىدۇ.

2. يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتى (高血压危象).

يۇقىرى قان بېسىم كېسەللىكى جەريانىدا يۈز بەرگەن ئەتراپ كىچىك ئارتېرىيىلىرىدىكى پەيتلىك، كۆچلۈك سپازما قان بېسىمنى تۇيۇقسىز ئۆرلىتىۋېتىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتى ئاستا تەرەققي قىلىشچان يۇقىرى قان بېسىمنىڭ ھەرقايسى باسقۇچلىرىدا ۋە تېز تەرەققي قىلىشچان يۇقىرى قان بېسىمدا كۆرۈلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئالامىتى:

يۇقىرى قان بېسىم كېسەللىك جەريانىدا كۆپىنچە روھي زەربە، چارچاش، سوغۇق قاتارلىق قوزغاتقۇچى ئامىللار ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ قارشىلىقىنى تويۇقسىز ئۆرلىتىۋېتىدۇ، قان بېسىمى روشەن ئۆرلەيدۇ، باش ئاغرىش، تىنچسىزلىنىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، يۈرەك سېلىش، روشەن كۆرەلمەسلىك، دەم سىقىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. نىشان ئەزا كېسەللەنگۈچىلەردە يۈرەك سانجىقى، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلى قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. قان بېسىمى قىسقىرىش بېسىمى ئۆرلەشنى ئاساس قىلىدۇ. بەزىدە كېڭىيىش بېسىمىمۇ ئۆرلىشى مۇمكىن. ئادەتتە قوزغاش ۋاقتى قىسقا بولۇپ قان بېسىمى كونترول قىلغاندىن كېيىن تېزلا ياخشىلىنىدۇ، ئەمما ئاسانلا قايتىلىدۇ.

3. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلىدە قانىنىڭ قويۇقلۇقى يۇقىرى بولىدۇ، قاندا خولېستېرىن (胆固醇)، تېرى گلتسېرىد (甘油三酯)، تۆۋەن زىچلىق ياغ ئاقسىلى (低密度脂蛋白) ئۆرلەيدۇ، يۇقىرى زىچلىق ياغ ئاقسىلى (高密度脂蛋白) تۆۋەنلەيدۇ، رېنىن (肾素) ئاكتىپلىقى، ھىپېرتېنسىن (Ⅱ血管紧张素) قىممىتى ئۆرلەيدۇ. مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنىڭ بېسىمى ئاشىدۇ.

2) يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىدە قان شېكىرى ئۆرلىشى مۇمكىن، سۈيدۈكتە ئاز مىقداردا ئاقسىل، قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى بولىدۇ. قاندىكى ئەركىن ئادرېنالىن (游离肾上腺素) ۋە نۇرئادرېنالىن (去甲肾上腺素) ئۆرلەيدۇ. قان زەردابىدا كرېئاتىنىن (肌酐) ۋە ئۇرېئا ئازوتى (尿素氮) ئۆرلەيدۇ.

4. دىئاگنوزى:

قان بېسىمىنىڭ ئۆرلىشىگە يۇقىرىقى كلىنىكىلىق ئىپادىلەرنى بىرلەشتۈرۈپ دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. بىراق كلىنىكىدا چوقۇم مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرى، مېڭە يالليۇغى، سەرئى قاتارلىق كېسەللەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

5. داۋالاش:

يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلى ۋە يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىنى داۋالاش ئۇسۇلى ئاساسەن بىرەك، پرىنسىپى ئامال بار ئەڭ تېز سۈرئەتتە قان بېسىمىنى چۈشۈرۈش، تارتىشىشنى توختىتىش ۋە ئېغىر ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر. قان بېسىمنى جىددىي چۈشۈرگەندە چۈشۈرۈش دائىرىسى ئەسلىي قان بېسىمىنىڭ 30% ى ئەتراپىدا بولسا يېتەرلىك، ۋېنادىن دورا بېرىش نىسبەتەن مۇۋاپىق كېلىدۇ.

① تېز سۈرئەتتە ۋېنادىن دورا بېرىپ قان بېسىمنى چۈشۈرۈش:

(1) ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠) ئارتېرىيە ۋە ۋېنالارنى بىۋاستە كېڭەيتىپ تېز سۈرئەتتە قان بېسىمنى چۈشۈرىدۇ. ئۇكلىنىكىدا ئالدىن تاللىنىدىغان قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىسىدۇر. 50mg ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، باشلىنىشىدا مىنۇتىغا 20μg سۈرئەتتە تامچىلىتىپ قان بېسىم ئۆزگىرىشى ئىنچىكە كۆزىتىلىدۇ، زۆرۈر بولغاندا ھەر ئون مىنۇتتا بىر قېتىم مىنۇتىغا 5μg سۈرئەتتە دورىنىڭ تېمىتىلىش مىقدارىنى ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. قان بېسىمى — 160～170/100 110mmHg ئەتراپىدا چۈشۈرۈلسە مۇۋاپىق. ئەگەر قان بېسىمى بەك تۆۋەن چۈشۈرۈۋېتىلسە، بولۇپمۇ ياشانغانلاردا مېڭە ۋە بۆرەككە قان يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دورا توختىتىلىپ 3～5 مىنۇتتىن كېيىنلا رولى يوقايدۇ. بۇ خىل دورىنىڭ سۈيۇقلۇقى نۇرغا سەزگۈر، شۇڭا ئىشلەتكەن ۋاقىتنىڭ ئۆزىدە دورا تەييارلاش، ئىشلەتكەندە بوتۇلكىنى قارا رەخت بىلەن ئوراپ قويۇش كېرەك. ۋېنادىن بېرىش ۋاقتى كۆپىنچە 72 سائەتتىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. بولمىسا مادىدا ئالمىشىش ئارقىلىق سىئانىدلىق بىرىكمىلەر (氰化物) نى ھاسىل قىلىپ زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش مۇمكىن.

(2) نىتروگلىتسېرىن (硝酸甘油): ۋېنالارنى كېڭەيتىشنى ئاساس قىلىدۇ، كۆپ مىقدارىدا ئىشلەتكەندە ئارتېرىيىنىمۇ كېڭەيتىدۇ. ۋېنادىن ئىشلەتكەندە قان بېسىمنى نىسبەتەن تېز چۈشۈرىدۇ. ئادەتتە 20mg ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ، باشلىنىشىدا مىنۇتىغا 10μg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. قان بېسىمغا قاراپ ھەر 5～10 مىنۇتتا بىر قېتىم سۈرئەتنى مىنۇتىغا 10μg دىن ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. ئەڭ تېز بولغاندا مىنۇتىغا 20～50μg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. بولۇپمۇ تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك، يۈرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق قاتارلىق يۈرەك كېسەللىكلىرى قوشۇلۇپ كەلگەن بىمارلارغا تېخىمۇ ماس كېلىدۇ.

(3) ماگنىي سۇلفات (硫酸镁): بولۇپمۇ يۈرەك رېتىمسىزلىنىش ياكى يۈرەك زەئىپلىشىش قوشۇلۇپ كەلگەن بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. 25% لىك ماگنىي سۇلفاتتىن 10ml

ى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 20ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) ئوراپىدىل (乌拉地尔) : α - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورا، ئالدى بىلەن 25mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قان بېسىمى چۈشمىسە قايتىلاشقا بولىدۇ. ئاندىن 50gm～100mg ى 100ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ مىنۇتىغا 2.0mg～0.4mg سۈرئىتتە ۋېنا-دىن تامچىلىتىلىدۇ. قان بېسىمغا قاراپ سۈرئىتى تەڭشىلىدۇ.

2) يېيىلىدىغان قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرى: ۋېنادىن قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىپ 1～2 كۈن ئىچىدە، يېيىلىدىغان دورىلارنى قوشۇش، شۇ ئارقىلىق ۋېنادىن دورا بېرىشنى ئامال بار تېزراق توختىتىش، قان بېسىمى تۇراقلاشقاندىن كېيىن يۇقىرى قان بېسىمغا قارشى دورا يېيىشنى ئۇزۇن مۇددەت داۋاملاشتۇرۇش كېرەك.

(1) نىفېدىپىن (硝苯啶,硝苯地平) : كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورا بولۇپ، قان تومۇرلارنى كېڭەيتىدۇ، 10mg～20mg تىل ئاستىغا سېلىپ شورىلىدۇ. قايتا-قايتا ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(2) قان بېسىمنى ئۇزۇن مۇددەت داۋالىغاندا كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلار (مەسىلەن: نىترېندىپىن، 尼群地平) ، ئانگىئوتېنزىن ئۆزگەرتكۈچى ئېنزىمنى تورمۇزلا-غۇچى دورىلار (血管紧张素转化酶抑制剂) (مەسىلەن: كاپتوپرىل، 巯甲丙脯酸) ۋە β - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلار (مەسىلەن: مېتوپرولول، 美托洛尔) نى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

3) ھامىلدارلىق مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىنى داۋالاش: قان بېسىمنى بەك تۆۋەنلىتىۋەتكەندە ھامىلىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى تەسىرگە ئۇچرايدۇ. سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. بولۇپمۇ ھامىلدارلىق تۇنقاقلىقى (ھامىلدارلىق مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتى جەريانىدا ھامىلدار ئايالدا كۆرۈلىدىغان تۇيۇقسىز تارتىشىپ قېلىش ئالامىتى، بىمار تېزلا ھوشسىزلىنىدۇ، ھەتتا ئۆلۈپ كېتىدۇ) قوزغىلىشتىن بۇرۇن چوقۇم ھامىلدارلىقىنى ئاياغلاشتۇرۇش كې-رەك. ئەگەر تۇيۇقسىز ھامىلدارلىق تۇنقاقلىقى تۇتۇپ قالسا دەرھال 25% لىك ماگنىي سۇلفاتتىن 10ml نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، دىئازېپام (安定) دىن 10mg～20mg بېرىش (زۆرۈر بولغاندا ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش) كېرەك. ئەگەر كېڭىيىش بېسىمى 115mmHg دىن يۇقىرى بولسا ئاتېنولول (氨酰心安) ھەر قېتىمدا 100mg～50mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ. ھامىلدار مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىمغا كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلار ۋە رېزېرپىن (利血平) نى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ (بالىياتقۇنىڭ قىسقا-رىشى ۋە ھامىلىگە تەسىر قىلىدۇ) . ھامىلدارلىق تۇنقاقلىقى تۇنقاندا، جىددىي تۇغدۇرۇش

مۇڭاپىق ئەمەس، چوقۇم تۇتاقلىق قويۇڭبتىپ 24～48 سائەتتىن كېيىن تۇغدۇرۇش كېرەك.

4) يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىگە تارتىشىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى، يۈرەك زەئىپلىشىش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كېلىشى مۇمكىن، شۇڭا قۇتقۇزغاندا يۇقىرىقى ئەزا ئالامەتلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىگە دىققەت قىلىش، بالدۇر بايقاش، بايقىغان ھامان مۇڭاپىق بىر تەرەپ قىلىش كېرەك.

ئون ئۇچىنچى باب نەپەس سىستېمىسى
جىددىي كېسەللىكلىرى

§ 1 . ئۆتكۈر نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
(急性呼吸窘迫综合征 ، ARDS)

ئۆتكۈر نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى — ھەر خىل سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان ئۆتكۈر نەپەس زەئىپلىشىش بولۇپ تەرەققىي قىلىشچان نەپەس قىيىنلىشىش، جاھىل تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى ۋە يۈرەككە ئالاقىسىز ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى ئالاھىدىلىك قىلىدۇ. پاتو ـ فىزىئوگىيىلىك ئۆزگىرىشى بولسا يېيىلما خاراكتېرلىك ئۆتكۈر ئۆپكە زەرەلىنىشى، ئۆپكە مىكرو قان تومۇر دۇئارىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ ئارتىپ كېتىشى ۋە ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىنىڭ قۇرۇلۇپ قېلىشىدىن ئۆپكە ئىچىدىكى قان ئېقىمىنىڭ بۆلىنىشى كۈچىيىپ، گاز ئالماشتۇرۇش ۋە قان ئېقىمىنىڭ سېلىشتۇرما نىسبىتى تەڭپۇڭسىزلىنىپ بىر قاتار كېسەللىك ئالامەتلىرى كېلىپ چىقىدۇ. ARDS نىڭ تەرەققىياتى تېز، خەتەرلىك، ئاقىۋىتى ناچار، ئۆلۈپ كېتىش نىسبىتى يۇقىرى.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) كۆپ كۆرۈلىدىغان سەۋەبلەر: ھەر خىل شوك، پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك يۇقۇملىنىش، ئېغىر زەخمىلىنىش، شۇمۇرۇشتىن بولغان ئۆپكە يالليۇغى ۋە ئۇرۇسلۇق ئۆپكە يالليۇغى، يېيىلما قان تومۇرلاردا قان ئويۇش (DIC) ، ماي نۆكچىسى كەپلىمىسى، ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى قاتارلىقلار.

2) ئاز كۆرۈلىدىغان سەۋەبلەر: دورا مىقدارى ئېشىپ كېتىش، ئۆپكە كەپلىمىسى، باش سۆيى كەپلىمىسى، زەھەرلىك گازدىن زەھەرلىنىش، بۆرەك كۆچۈرۈش ئوپېراتسىيىسىدىن كېيىنكى ئۆپكە يالليۇغى، زىيادە كۆپ مىقداردا قان، سۇ تولۇقلاش، بەدەن سىرتىدىكى قان ئايلىنىش، يۈرەك ـ ئۆپكە ھەرىكىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش قاتارلىقلار.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ARDS نىڭ كلىنىكىلىق ئالامىتى كۆپىنچە ھەرخىل بىرلەمچى كېسەللىك ئالامەتلىرى ئاساسىدا ئاستا ـ ئاستا كۆرۈلۈشكە باشلايدۇ. تىپىك ئىپادىسى بولسا نەپەس چاستوتىسى تېزلىشىش ۋە نەپەس قىيىنلىشىشتۇر، نەپەس چاستوتىسى مىنۇتىغا 20 قېتىمدىن ئېشىپ كېتىدۇ ۋە بارغانسېرى تېزلىشىدۇ، ھەتتا مىنۇتىغا 60 قېتىمغا يېتىدۇ. نەپەس چاستوتىسىنىڭ تېزلىشىشىگە ئەگىشىپ نەپەس قىيىنلىشىش ئېغىرلىشىدۇ، ئوكسىگېن يېتىشمەيدۇ،

كالپۇك، بارماقلىرى كۆكىرىدۇ، تىت ـ تىت بولىدۇ. قاندىكى ئوكسىگېننىڭ قويۇقلۇقىنى يۇقىرى كۆتۈرۈش ئۈچۈن ئوكسىگېننىڭ قويۇقلۇقىنى بارغانسېرى يۇقىرىلىتىشقا توغرا كېلىدۇ، ھەتتا ساپ ئوكسىگېن پۇراتقاندىمۇ ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۈزەتكىلى بولمايدۇ، بۇ جاھىل تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى دەپ ئاتىلىدۇ. بۇ ۋاقىتتا بىمارنىڭ ئەس ھوشى سۇسلىشىدۇ ياكى گاراڭ ھالەتتە بولىدۇ. نەپەس زەئىپلىشىشتىن بۇرۇن ئۆپكىدىن يېنىك ھۆل خرىپ تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. كلىنىكىلىق كېسەل جەريانىغا ھەتتا ئىنتايىن قىسقىلا ۋاقىت (نەچچە سائەت) كېتىشى مۇمكىن. ئوخشىمىغان سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان ARDS نىڭ كلىنىكىلىق جەريانىمۇ ئوخشاش بولمايدۇ.

بىماردا نەپەس ئالامەتلىرىدىن باشقا بىرلەمچى كېسەللىكنىڭ باشقا ئالامەتلىرىمۇ بولىدۇ.

3. ياردەمچى تەكشۈرۈش:

1) ئارتېرىيە قان ـ گاز ئانالىزى ۋە ئۆپكە فۇنكسىيىسى: PaO_2 تەرەققىي قىلىشچان تۆۋەنلەيدۇ. داۋاملىق 60mmHg دىن تۆۋەن بولىدۇ. ئادەتتىكى ئوكسىگېن بىلەن داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمايدۇ. كېسەل قوزغىلىشنىڭ دەسلەپكى دەۋرىدە زىيادە نەپەسلىنىش سەۋەبىدىن تۆۋەنلەيدۇ، $PaCO_2$ ئەمما ئاخىرقى دەۋرىدە ئۆپكە پۈۋەكچىلىرىنىڭ گاز ئالماشتۇرۇش مىقدارىنىڭ ئازىيىشىغا ئەگىشىپ يۇقىرىلايدۇ ۋە نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

2) كۆكرەكنى رېنتگېنده تەكشۈرۈش: دەسلەپكى دەۋردىكى ئىپادىسى ئۆپكە كانايچە سىزىقچىلىرى (肺纹理) كۆپىيىدۇ، چېگرىسى تۇتۇقلىشىدۇ. كېسەل ئەھۋالىنىڭ تەرەققىي قىلىشىغا ئەگىشىپ ئىككى تەرەپ ئۆپكىدە داغ پارچىلىرى ياكى چوڭ بۆلەكلىك دۇغ سايە بولىدۇ. ئۆپكە كەڭ دائىرىلىك ئۇيۇللاشقاندا سايە ئاقىرىدۇ. يۈرەك چېگرىسى ئېنىق بولمايدۇ ياكى يوقىلىدۇ، بۇ ئاق ئۆپكە دەپ ئاتىلىدۇ.

4. دىئاگنوزى:

بىرلەمچى كېسەللىك تارىخى، ئۆپكىدىكى كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە ئاساسەن دىئاگنوز قويۇلىدۇ.

1999 ـ يىلى مەملىكىتىمىزنىڭ بېكىتكەن ARDS كە دىئاگنوز قويۇش ئۆلچىمى تۆۋەندىكىچە:

1) كېسەل قوزغاتقۇچى خەتەرلىك ئامىل مەۋجۇت بولۇش.

2) كېسەل قوزغىلىشى تېز، نەپەس چاستوتىسى تېز ۋە نەپەس قىيىنلىشىش بولۇش.

3) تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى: ئارتېرىيە ئوكسىگېن پارتىئال بېسىمى (PaO_2) بىلەن ئوكسىگېن قويۇقلۇقى (FiO_2) نىڭ نىسبەت قىممىتى 200mmHg دىن تۆۋەن بولۇش.

4) كۆكرەكنى رېنتگېنده تەكشۈرگەنده ئىككى ئۆپكىده كىرىشكەن داغ سايە بولۇش.

5) ئۆپكە قىلدام تومۇر شىنا بېسىمى (肺毛细血管楔压) 18mmHg دىن تۆۋەن بولۇش ياكى ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىشنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى بولماسلىق.

5. داۋالاش:

1) ئوكسىگېندا داۋالاش (مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش): بەدەنده ئوكسىگېن زاپىسى بولمايدۇ، ئەگەر ئېغىر تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى ۋاقتىدا، ئۇنۇملۇك تۇزىتىلمىسە ئۆلۈپ كېتىشنى ياكى كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭا ARDS بىمارلىرىغا نىسبەتەن مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈشته، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىنى ئامال بار تېزراق ئىشلەتكەن ياخشى. كاناي بېسىمىنىڭ زىيادە يۇقىرى بولۇشى ($40cmH_2O$ دىن يۇقىرى) گاز بېسىمىدىن زەخىملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، ئۇزۇن مۇددەت يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېندا نەپەسلەندۈرۈش (FiO_2 0.6 دىن يۇقىرى) ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنى زەخىملەندۈرۈپ قويىدۇ. شۇڭا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىدا نەپەسلەندۈرگەنده مۇۋاپىق هالدا هاۋا پۈركۈش ئاخىرى مۇسپىي بېسىمى (PEEP) بېرىشكە ياكى داۋاملىق (ئۈدا) نەپەس يولى مۇسپىي بېسىمى (CPAP) بېرىشكە، بەك ئېغىر كېسەللەرنى تەتۈر نىسبەتته نەپەسلەندۈرۈش (IPV) كە توغرا كېلىدۇ.

ھەر بىر ARDS بىمارنىڭ نەپەس ئەھۋالىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈپ تۈرۈش كېرەك، كۆزىتىلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر نەپەس يولى بېسىمى، ئۆپكە ئۇنۇملۇك ماسلىشىشچانلىقى، قېتىملىق نەپەس هاۋا مىقدارى، قان - گاز ئانالىزى ۋە ئۈدا ئوكسىگېن بىلەن تويۇنۇش دەرىجىسى قاتارلىقلار.

2) كېسەل سەۋەبىگە قارىتا داۋالاش: ARDS نىڭ كېسەل سەۋەبى نىسبەتەن ئېنىق بولىدۇ، شۇڭا كېسەل سەۋەبىگە نىسبەتەن داۋالاش ARDS نىڭ كېسەل تەرەققىياتىنى كونترول قىلىش ۋە داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

3) دورا بىلەن داۋالاش:

(1) يۇقۇملىنىشقا قارشى داۋالاش: ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىشنىڭ پرىنسىپى كەڭ تەسىرلىك، كۈچلۈك، گىران مەنپىي تاياقچە باكتېرىيىسى (G^-تاياقچە باكتېرىيە) نى كونترول قىلالايدىغان ئانتىبىئوتىكلارنى تاللاپ ياكى نەچچە خىل ئانتىبىئوتىكلارنى بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىشتۇر، ARDS نىڭ 95% دە يۇقۇملىنىش بولىدۇ، شۇڭلاشقا كېسەلنىڭ دەسلەپكى مەزگىلىدىلا باكتېرىيە ئۆستۈرۈپ ئانتىبىئوتىكلارنى تاللاشتا پايدىلىنىش كېرەك.

(2) بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق هورمونى (肾上腺皮质激素): كەڭ دائىرىدە يالليۇغقا، شوكقا، ۋىرۇسقا قارشى تۇرۇش رولى بولۇپ، قىلدام تومۇرلارنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلى-

قىنى ئازايتىدۇ، ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاپ، كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىپ ئۆپكىنىڭ تالالىششىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ئىشلىتىش پرىنسىپى ئامال بار بۇرۇن، كۆپ مىقداردا، قىسقا مۇددەت دورا ئىشلىتىشتۇر، مەسىلەن: دېكسامېتازون (地塞米松)، 10mg～20mg ياكى مېتىل پرېدنىزولون (甲基强地松龙) 80mg～160mg ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، 3～4 كۈن ئىچىدە مىقدارى ئازايتىلىدۇ، 2～1 ھەپتە ئىچىدە ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. خەتەرلىك ئەھۋالدا كاناي ئىچىگە 5～10mg دېكسامېتازوننى شپىرىستا پۇركۇپ كىرگۈزۈشكىمۇ بولىدۇ، ھەر 1～2 سائەتتە بىر قېتىم قايتىلاشقا بولىدۇ.

(3) يۇرەكنى كۈچلەندۈرگۈچى ۋە قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار: تۆۋەن ئوكسىگېن-لىق قان كېسىلى يۇرەك مۇسكۇلىغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغاچقا يۇرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمايدۇ - دە، ئۆپكىدە قان قېيىپ قالىدۇ، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى ARDS نى تېخىمۇ ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. يۇرەكنى كۈچەيتكۈچى دورىلار يۇرەك فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاپ، يۇرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىشىنى كۆپەيتىدۇ. قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار يۇرەكنىڭ يۈكىنى يېنىكلىتىپ، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلاپ، ئۆپكە يۇقىرى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىپ، كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىپ، ھاۋا ئالمىشىشنى ياخشىلايدۇ. ئادەتتە دوپامىن (多巴胺) بىلەن دوبۇتامىن (多巴酚丁胺) ۋە فېنتولامىن (酚妥拉明) بىلەن نىتروگلتسېرىن (硝酸甘油) ئايرىم - ئايرىم ھالدا بىرلەشتۇرۇلۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

4) سۇيۇقلۇقنىڭ باشقۇرۇلۇشى: سۇيۇقلۇق تولۇقلاشنىڭ پرىنسىپى ئەڭ تۆۋەن، ئۇنۇملۇك قان سىغىمچانلىقى ئارقىلىق ئۇنۇملۇك بولغان قان ئايلىنىش فۇنكسىيىسىنى ساقلاش، بولۇپمۇ ئۆتكۈر مەزگىلىدە كۈندىلىك تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنى 1500ml～2000ml ئەتراپىدا كونترول قىلىش كېرەك.

5) ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش: ARDSبىمارلىرى يۇقىرى ماددا ئالمىشىش ھالىتىدە بولۇپ ئېنېرگىيە سەرپىياتى يۇقىرى، ئۇنىڭ ئۈستىگە ئوزۇقلۇق تولۇقلاشنىڭ يېتىشمەسلىكىدىن كۆپىنچە ئوزۇقلۇق زەئىپلىشىش كېلىپ چىقىدۇ، بۇ خىل ئوزۇقلۇق زەئىپلىشىشنى ئاسانلىقچە تاشقى مەنبەلىك ئوزۇقلۇق بىلەن تۇزەتكىلى بولمايدۇ، شۇڭا بىمارنى ئامال بار ھەزىم يولىدىن ئوزۇقلاندۇرۇش، شۇنىڭ بىلەن بىرگە تومۇردىنمۇ ئوزۇقلۇق تولۇقلاش كېرەك. ARDS بىمارلىرىنىڭ كۈنلۈك كېرەكلىك ئىسسىقلىق مىقدارى بەدەن ئېغىرلىقى بويىچە ھېسابلىغاندا 83.6～125.4kj/kg(20～30kcal/kg) بولىدۇ، بۇنىڭ ئىچىدە ئاقسىل 1.5～3.0mg/kg بولىدۇ، ماي ئومۇمىي ئىسسىقلىق مىقدارىنىڭ 30%～20% نى ئىگىلەيدۇ.

§ 2 . زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى
(哮喘持续状态)

كانايچە زىققىسى — ئورگانىزمدا ئانتىگېنلىق (抗原性) ياكى ئانتىگېنسىز غىدىقلىنىشتىن پەيدا بولىدىغان، كاناي ـ كانايچىلارنىڭ ئىنكاسچانلىقى ئېشىپ كېتىدىغان كېسەللىك. پاتولوگىيىلىك ئالاھىدىلىكى كىسلاتا خۇمار دانىلىق ھۈجەيرە (嗜酸粒细胞)، يوغان ھۈجەيرە (肥大细胞) ۋە T لىمفا ھۈجەيرىسى (T淋巴细胞) كاناي شىللىق پەردىسىگە سىڭىپ كىرىپ كاناينىڭ ئاللېرگىيىلىك ياللۇغى (变应性炎症) نى پەيدا قىلىدۇ.

زىققە ئۇنىڭ كېسەللىك سەۋەبى ۋە كېسەللىنىش قانۇنىيىتىگە قاراپ تاشقى مەنبەلىك ۋە ئىچكى مەنبەلىك دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ. تاشقى مەنبەلىكى كۆپىنچە بىمارنىڭ باللىق ۋاقتىدىن تارتىپلا بولىدۇ، زىيادە سەزگۈرلۈك تارىخى ۋە جەمەت تارىخى بولىدۇ. سەزگۈر ماددا (ئانا فلاكتوگېن 原敏过) كانايچە شىللىق پەردىسىگە كىرگەندىن كېيىن ئورگانىزمنى غىدىقلاپ، كانايچىلارغا تەسىر قىلىپ، كانايچە سىلىق مۇسكۇلىنىڭ سپازمىسى، شىللىق پەردە قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشى ۋە سۈلۈق ئىششىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ كانايچىلارنى تارايتىۋېتىدۇ، بۇنىڭ بىلەن زىققە رېئاكسىيىسى يۈز بېرىدۇ.

ئىچكى مەنبەلىك زىققە كۆپىنچە چوڭلاردا كۆرۈلىدۇ. كېسەل يۇقۇملىنىش، ھەرىكەت، سوغۇق ھاۋا قاتارلىق سەزگۈرلۈكى بولمىغان ئامىللاردىن قوزغىلىدۇ. بۇ خىل ئامىللار كانايچىلاردا ئېپىتېلىيە (皮上) ئاستىدىكى قوبۇللىغۇچ تەنچىلەرنى غىدىقلاپ، ئاداشقان نېرۋا (迷走神经) رېفلېكسى ئارقىلىق كانايچە سىلىق مۇسكۇللىرىنىڭ سپازمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

زىققە قوزغىلىپ داۋاملاشقان ۋاقتى 24 سائەتتىن ئېشىپ كەتسە، ئۇنىڭ ئۇستىگە ئادەتتىكى داۋالاش ئۇنۇم بەرمىسە زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى دېيىلىدۇ.

1. كېسەل قوزغاتقۇچى ئامىللار:

1) زىققىنى قوزغاتقۇچى سەزگۈر ماددا داۋاملىق مەۋجۇت بولۇپ تۇرۇش.

2) شىلىمشىق بەلغەم كاناي ـ كانايچىنى توسۇۋېلىش.

3) كانايچىدا ئىككىلەمچى يۇقۇملىنىش بولۇش.

4) كىسلاتادىن زەھەرلىنىش.

5) ئۇزۇن مۇددەت كانايچە سپازمىسىغا قارشى دورا ئىشلىتىشتىن شۇ دورىغا چىداملىق پەيدا بولۇش.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) كېسەللىك ئىپادىسى: تاشقى مەنبەلىكى كۆپىنچە ئەتىياز، كۈزدە قوزغىلىدۇ. قوزغىلىشتىن بۇرۇن يۇتقۇنچاق، كۆز قىسمى قىچىشىش، چۈشكۈرۈش، ماڭقىسى ئېغىش، يۆتىلىش قاتارلىق شىلىمشىق پەردە زىيادە سەزگۈرلۈك ئالامەتلىرى بولىدۇ، ئىچكى مەنبەلىكى كۆپىنچە قىشتا قوزغىلىدۇ.

زىققە قوزغالغاندا بىمارنىڭ كۆكرەك قىسمىدا بېسىلىش سېزىمى ۋە تۇنجۇقۇش سېزىمى بولىدۇ، نەپەس چىقىرىش ۋاقتى روشەن ئۇزىرايدۇ، يەنى ھاۋا چىقىرىش خاراكتېرلىك نەپەس قىيىنلىشىش بولىدۇ. بىمار ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىشكە مەجبۇر بولىدۇ، يۆتىلىدۇ، بەلغەم تۈكىرىدۇ، جىددىيلىشىدۇ، ئازابلىنىدۇ. تاشقى مەنبەلىك زىققە سەزگۈرلىنىش مەنبىيىدىن ئايرىلغاندىن كېيىن، نەچچە ئون مىنۇتتىن نەچچە سائەتكىچە داۋاملىشىپ ئۆزلۈكىدىن ياكى دورا ئىشلەتكەندىن كېيىن قويۇۋېتىدۇ. ئىچكى مەنبەلىكى تەدرىجىي ئېغىرلىشىدۇ، داۋاملاشقان ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولىدۇ، كېچىسى ئېغىرلىشىدۇ. زىققە قوزغالغاندىن كېيىن ئەگەر ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا ياكى داۋالاشنىڭ ئۇنۇمى بولمىسا زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى يۇز بېرىدۇ. ھاۋا چىقىرىش خاراكتېرلىك نەپەس قىيىنلىشىش تېخىمۇ ئېغىرلىشىدۇ. بىماردا روشەن ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىدى يىغىلىپ قېلىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، سۈسىزلىنىدۇ، تەر چىقمايدۇ، سۈيدۈك مىقدارى ئازىيىدۇ، شىلىمشىق پەردىلەر قۇرغاقلىشىدۇ، ئۇيقۇسىراش قاتارلىق روھىي ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ، بەدەن روشەن ھالسىزلىنىدۇ.

2) تەن بەلگىلىرى: ئېغىر زىققىدە تومۇر سوقۇش ئىنچىكە، ئاجىز بولۇپ مىنۇتىغا 130 قېتىمدىن ئېشىپ كېتىدۇ. ئولتۇرۇپ، ئېغىزىنى يوغان ئېچىپ نەپەسلىنىدۇ. كۆكىرىدۇ، باشتا سوغۇق تەرلەيدۇ، ئاخىرىدا تەر چىقمايدۇ. نەپەس پۇركۇش ۋاقتى ئۇزىرايدۇ سۈمۈرۈش ۋاقتى قىسقىرايدۇ، نەپەسنىڭ چوڭقۇرلۇق دەرىجىسى كىچىكلەيدۇ، نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ ھەرىكىتى كۈچىيىدۇ. بويۇن ۋېنىسى كۆپىدۇ. ئۆپكىنى چېكىپ تەكشۈرگەندە زىيادە سۈزۈك تاۋۇش چىقىدۇ، ئۆپكە تۆۋەن چېگرىسى تۆۋەنگە يۆتكىلىدۇ، يۈرەك بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى كىچىكلەيدۇ، ئىككى تەرەپ ئۆپكىدە پۈتۈنلەي زىققە خىرىلداش تاۋۇشى (ھاۋا پۇركىگەندە خىرىلداش تاۋۇشى چىقىدۇ، سۈمۈرگەندە بولمايدۇ) ئاڭلىنىدۇ. ئەگەر ئۆپكە يۇقۇملىنىش، بەلغەم كانايچىنى توسۇۋېلىش ياكى ئۆزلۈكىدىن بولدىغان گازلىق كۆكرەك، تىك پاسىل گازلىق ئىششىقى، ئۆپكە كېرىلمەسلىك قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كەلسە زىققە خىرىلداش تاۋۇش ئاجىزلىشى ياكى يوقىلىشى مۇمكىن.

3. ياردەمچى تەكشۈرۈش:

1) قان رايى: زىققە قوزغالغاندا قاندا كىسلاتا خۇمار دانلىق ھۈجەيرىلەر كۆپىيىدۇ، ئەگەر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلسە ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ۋە نېيترال دانلىق ھۈجەيرىلەر-نىڭ سانى ئۆرلەيدۇ.

2) بەلغەم تەكشۈرۈش: كۆپلىگەن كىسلاتا خۇمار دانلىق ھۈجەيرىلەر بولىدۇ. ئەگەر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلسە كۆپ مىقداردا يىرىك ھۈجەيرىسى بولىدۇ. بەلغەمدىن باكتېرىيە ئۆستۈرۈش كېسەللەندۈرگۈچى باكتېرىيىنى ئېنىقلاش ۋە داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

3) زىيادە سەزگۈرلۈك زىققە بىمارلىرىنىڭ قان زەردابىدىكى ئانتىتېلا IgE نورمال ئادەمگە قارىغاندا 6～2 ھەسسە يۇقىرى بولىدۇ.

4) قان ـ گاز ئانالىزى: زىققە قوزغالغاندا PaO_2 تۆۋەنلەيدۇ، PaO_2 دا چوڭ ئۆزگىرىش بولمايدۇ. زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتىدە PaO_2 قىممىتى 50mmHg تىن تۆۋەن بولىدۇ، CO_2 يىغىلىپ قالىدۇ. $PaCO_2$ قىممىتى 65mmHg دىن يۇقىرى بولىدۇ. نەپەس خاراكتېر-لىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولىدۇ.

5) كۆكرەكنى رېنتگېنده تەكشۈرۈش: زىققە ئېغىر بولغاندا كۆكرەك قەپىزى يوغىنايدۇ، ئىككى تەرەپ ئۆپكە زىيادە ھاۋا سۈمۈرگەن ھالەتتە بولىدۇ. نەپەس يولى يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە ئۆپكە كانايچە سىزىقلىرى يوغىنايدۇ، كۆپىيىدۇ ۋە كىرىشكەن دۇغ سايە بولىدۇ.

6) ئۆپكە فۇنكسىيىسى: ئۆپكە سىغىمچانلىقى ئازىيىدۇ، فۇنكسىيىلىك قالدۇق گاز ۋە ئۆپكە ئومۇمىي ھەجمى كۆپىيىدۇ.

7) ئېلېكتروكاردىئوگراممـا: سوزۇلما زىققە بىمارلىرىنىڭ ئېلېكتر ئوقى ئوڭغا يۆتكـ-لىدۇ، سائەت ئىستېرېلكىسى بويىچە ئورۇن ئالمىشىدۇ، ئوڭ تۇتام ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسقۇن-لۇققا ئۇچرايدۇ. ئاز بىر قىسىم بىمارلاردا ئوڭ قېرىنچە زەرەرلەنگەن شەكىل چىقىدۇ، ئۆپكە خاراكتېرلىك P دولقۇن، ئوڭ قېرىنچە قېلىنلىشىش قاتارلىق شەكىللەر كۆرۈلىدۇ.

8) سەزگۈرلۈك مەنبەينى ئېنىقلاش تەجرىبىسى: تېرە ياكى قان ئارقىلىق تەكشۈرۈلـ-ىدۇ. سەزگۈرلۈك مەنبەئىنى ئېنىقلاش، زىققە قوزغاتقۇچى ئامىلنى ئېنىقلاش، ئۇنىڭدىن ساقلىنىش ۋە داۋالاشقا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

4. دىئاگنوزى:

زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتىگە دىئاگنوز قويۇشتا تۆۋەندىكى بىر نەچچە نۇقتىنى ئاساس قىلىش كېرەك.

1) قايتا ـ قايتا قوزغالغان كانايچه زىققىسى كېسەللىك تارىخى بولغان.

2) كانايچه زىققىسى ئېغىر قوزغىلىپ، 24 سائەتتىن ئوشۇق داۋاملاشقان، ئادەتتىكى داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمىغان.

3) ئۆپكىنى ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە كانايچە خىرىلداش تاۋۇشى ئاڭلانغان.

4) يۇرەك، ئۆپكە مەنبەلىك كېسەللەرنىڭ زىققىسىمان قوزغىلىشى ۋە نەپەس يولى توسۇلۇپ قېلىش كېسەللىرى يوقلۇقى ئىسپاتلانغان.

ئەگەر بىمارىدا روھىي ئالامەت (ئەس ـ ھوشى سۇس، روھىي ھالىتى قالايمىقان) كۆرۈلگەن، پۈتۈن بەدەن زەئىپلەشكەن، نەپەس قىسىنلىشىش كۈچەيىپ نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلىغان، كانايچە خىرىلداش ئاۋازى يوقىغان، يۇرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 130 قېتىمدىن ئېشىپ كەتكەن، يۇرەك رىتىمسىزلىنىش، قان بېسىمى چۈشۈپ كېتىش قاتارلىق ئالامەتلەر چىققان، گاز كۆكرەك، تىك پاسىل گازلىق ئىششىقى، ئۆپكە تولۇق كۆپمەسلىك قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كەلگەن، قان ـ گاز ئانالىزىدا PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۋەن، $PaCO_2$ قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى بولغان، سېكۇنتلۇق ئەك چوك ھاۋا پۈركۈش مىقدارى 0.5L دىن كىچىك ياكى ئۆپكە سىغىمچانلىقى 1L دىن كىچىك بولغان ئەھۋاللار كۆرۈلسە كېسەل ئەھۋالىنىڭ ناھايىتى ئېغىرلىقىنى كۆرسىتىدۇ.

زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتىگە دىئاگنوز قويغاندا چوقۇم يۇرەك مەنبەلىك زىققە، سوزۇلما ھاسىراش خاراكتېرلىك كانايچە يالليۇغى، كانايچە ـ ئۆپكە راكى قاتارلىق كېسەللەر بىلەن ياخشى پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

5. داۋالاش:

1) كېسەل سەۋەبىنى يوقىتىش: تاشقى مەنبەلىك زىققىدا چوقۇم سەزگۈرلۈك مەنبىيى بار مۇھىتتىن ئايرىلىش ۋە سەزگۈرلۈككە قارشى داۋالاش ئېلىپ بېرىش كېرەك. ئىچكى مەنبەلىك زىققىدا يۇقۇملىنىشتىن ساقلىنىش ۋە يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش، ئەگەر ھەركەت بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولسا كۆچلۈك ھەركەتتىن ساقلىنىش، دورا بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولسا رېئاكسىيە قىلىدىغان دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش كېرەك.

2) دائىمىي داۋالاش:

(1) ئوكسىگېن پۈرىتىش: ئېغىر زىققە بىمارلىرىدا ئومۇمىيۈزلۈك تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى بولىدۇ، شۇڭا دەرھال ئوكسىگېن پۈرىتىش كېرەك. پۈرىتىلغان ئوكسىگېننىڭ قويۇقلۇقىنى 35%～65% ئەتراپىدا تەڭشەپ، PaO_2نى ئاز دېگەندە 60mmHg دىن يۇقىرى سەۋىيىدە ساقلاش لازىم. بىمارىدا يۇقىرى كاربون كىسلاتالىق قان كېسىلى بولسا

يۇقىرى ئېقىم، يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېننى پۈرىتىش، ئەگەر يۇقىرى كاربون كىسلاتالىق قان كېسىلى بارغانسېرى ئېغىرلاشسا مەركىزىي نېرۋىنىڭ نەپەسكە بولغان تەڭشەش رولىغا تەسىر يەتكۈزمەسلىك ئۈچۈن (بۇنداق ئەھۋالدا نەپەسنىڭ تەڭشىلىشى ئاساسەن ئوكسىگېن كەملىكىنىڭ غىدىقلىشىغا تايىنىدۇ) ئوكسىگېن پۈرىتىشنى تۆۋەن ئېقىملىق ئۇدا ئوكسىگېن پۈرىتىشقا ئۆزگەرتىش كېرەك. قورغاق ھاۋانىڭ نەپەس يولىغا بولغان غىدىقلىشىنى ئازايتىش ۋە بەلغەمنى سۈيۇلدۇرۇش ئۈچۈن پۈرىتىلىدىغان ئوكسىگېننى نەملەشنى ئالاھىدە كۈچەيتىش لازىم.

(2) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش: نەپەس يولى يۇقۇملىنىش ئالامەتلىرى (قىزىش، سېرىق بەلغەم، ئاق قان دانچىلىرىنىڭ سانى كۆپىيىش قاتارلىقلار) بولسۇن ياكى بولمىسۇن چوقۇم ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنى داۋالاش ۋە ئالدىنى ئېلىش لازىم.

(3) سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا، ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش: ئېغىر بىمارلاردا زىيادە نەپەسلىنىش، تەرلەش، يېمەك - ئىچمىكى ناچار بولۇش قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن سۇسىزلىنىش كېلىپ چىقىدۇ. شۇڭا كۈندە 2000ml～3000ml سۈيۇقلۇق تولۇقلاش (يۇرەك - قان تومۇر كېسەللىرى قوشۇلۇپ كەلمىگەن ئەھۋال ئاستىدا) ئارقىلىق قان سىغىمچانلىقى تۈزىتىش كېرەك. زىققە قوزغىلىشىنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا زىيادە نەپەسلىنىشتىن نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش، ئېغىرلاشقاندا CO_2يىغىلىپ قېلىشتىن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، سۇسىزلىنىش ۋە ئوكسىگېن كەملىكتىن ماددا ئالمىشىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كۆرۈلىدۇ. ئەگەر ئارىلاشما خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولسا pH قىممىتى تۆۋەنلەپ، يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى كۆرۈلىدۇ. ئەگەر pH قىممىتى 7.2 دىن تۆۋەن بولسا ئاز مىقداردا 5% لىك ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) تولۇقلاش، ئەمما 7.35 دىن تۆۋەن ھالەتتە ساقلاش كېرەك.

(4) بەلغەم ھەيدەش: زىققە قوزغالغاندا نەپەس يولىدا ئاجرالمىلار كۆپىيىدۇ. سۇسىزلىنىپ بەلغەم قويۇلۇپ ئاسان چىقمايدۇ. كانايچىلار توسۇلۇپ قېلىش نەپەس قىسىنلىشىشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. شۇڭا بەلغەمنى ھەيدەپ نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش كېرەك. ئادەتتە بىزولۇون (必嗽平)16mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېگۈزۈلىدۇ. تۈز سۈيىدىن 20ml غا خىموتىرىپسىن (糜蛋白酶) دىن 5mg، گېنتامىتسىن (庆大霉素) دىن تۆت تۆمەن بىرلىك قوشۇلۇپ تومانلاشتۇرۇپ سومۇرتىلىدۇ. ئۇندىن باشقا بەدەن ئۆرۈش، دومبىسىگە پالاقلاش، شومۇرۇش ئاپپاراتىدا بەلغەمنى شومۇرۇش قاتارلىق ئۇسۇللار ئارقىلىق بەلغەمنىڭ چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ.

3) دورا بىلەن داۋالاش: كاناي - كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىش ۋە ياللۇغلىنىشقا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىپ ئۇنۇمبرسال داۋالاش ئاساس قىلىنىدۇ.

(1) ياللۇغلىنىشقا قارشى داۋالاش: ياللۇغلىنىشقا قارشى دورىلار كاناينىڭ يۇقىرى ئىنكاسچانلىقىنى تۆۋەنلىتىپ، ئاللىبرگىيىلىك ياللۇغلىنىشنى يوقىتىدۇ.

① گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素): ئامال بار قىسقا مۇددەت، كۆپ مىقدارىدا ئىشلىتىش كېرەك. ئالدى بىلەن ھىدروكورتىزون سكسىنات (琥珀酸氢化可的松) دىن 100mg～200mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئارقىدىن ھىدرو كورتىزون (氢化可的松) دىن 100mg～200mg ياكى دېكسامېتازون (地塞米松) دىن 5mg～10mg ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. كۈنلۈك ئىشلىتىلىش مىقدارى كېسەل ئەھۋالىغا قاراپ بەلگىلىنىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ياخشىلانغاندىن كېيىن توختىتىشقا بولىدۇ (داۋالاش كۇرسى ئىككى ھەپتىدىن قىسقا بولىدۇ) ياكى پرېدنىزون (强地松)، پرېدنىزولون (强地松龙) لار ئىچىشكە ئۆزگەرتىلىپ ياكى زىققە تولۇق ياخشىلانغىچە داۋاملاشتۇرۇلۇپ ئاندىن توختىتىلىدۇ. ھورموننىڭ ئەكس تەسىرى نىسبەتەن كۆپ، شۇڭلاشقا دورا ئىشلىتىش ۋاقتى، مىقدارى، توختىتىش ئۇسۇلىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

② ھورمون بىرىكمە دورىلىرى: بېكلومېتخاسون (二丙酸氯地米松) پۈركىمىسى ھەر قېتىمدا 0.1mg، كۈندە 3～4 ۋاخ پۈركۈپ سۈمۈرتىلىدۇ. كۆپىنچە ئۇزۇن مۇددەت ھورمون ئىشلىتىلگەنلەرگە، دورا توختىتىشتىن بۇرۇن داۋاملىق داۋالاش ئۇنۇمىنى ساقلاش ۋە قايتا قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن دورا يېيىشنىڭ ئورنىغا ئىشلىتىلىدۇ. ئەگەر ئېغىز بوشلۇقى ياكى يۇتقۇنچاق، بوغۇزدا ئاق تەسۋىسمان زەمبۇرۇغدىن يۇقۇملىنىش بولسا (ئەكس تەسىرى) نىستاتىن (制霉菌素) ياكى ئامفو تېرىتسىن (二性霉素) ئىشلىتىپ داۋالاشقا بولىدۇ.

(2) ياللۇغلىنىش ھۇجەيرىلىرىنى تۇراقلاشتۇرغۇچى دورىلار: ياللۇغلىنىش ھۇجەيرە پەردىسىنى مۇقىملاشتۇرۇپ، كېچىكىپ پەيدا بولىدىغان ئاللىبرگىيىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ، نەپەس يولى يۇقىرى ئىنكاسچانلىقىنى يېنىكلىتىدۇ.

① ئىنتال (色甘酸钠): ئالدىنى ئېلىپ دورا ئىشلەتكەندە نەپەس يولىنىڭ سپازمىسىنى تىزگىنلەيدۇ.

② ناترىي نېدوكرومىل (奈多米尔钠): پۈركۈپ سۈمۈرتىلىدۇ. كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنىڭ ئالدىنى ئېلىش رولى، ئىنتالغا قارىغاندا 4～10 ھەسسە كۈچلۈك بولۇپ ئۇزۇن مۇددەت ئىشلەتكەندە نەپەس يولى يۇقىرى ئىنكاسچانلىقىنى تۆۋەنلىتىپ كېسەللىك ئالامىتى ۋە ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ياخشىلايدۇ.

③ كېتوتىفېن (苷替酮): كۈندە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 1mg دىن يېيىلىدۇ.

يالليۇغلىنىش ھۇجەيرىلىرىنى تورمۇزلاپβ ـ ئاكسىپتورنىڭ سەزگۈرلۈكىنى ئەسلىگە كەلتۈرىدۇ.

(3) كانايچىلارنى كېڭەيتكۈچى دورىلار:

① β ـ ئاكسىپتورنى قوزغاتقۇچى دورىلار:

a. ئادرېنالىن (肾上腺素): كانايچىلارنى كېڭەيتىپ ئالېرگىيىنى يېنىكلىتىپ نەپەس يولىنىڭ قارشىلىقىنى تۆۋەنلىتىدۇ. 0.1% لىك ئادرېنالىن ئېرىتمىسىدىن 0.2ml～0.3ml تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا 10～15 مىنۇتتا بىر قېتىم قايتىلاشقا بولىدۇ، ئەگەر 2～3 قېتىم ئىشلەتكەندىن كېيىن يەنىلا ئۇنۇمى بولمىسا ئىشلىتىشنى توختىتىش كېرەك. ئەكس تەسىرى يۈرەك رېتىمسىزلىنىش بولۇپ ياشانغانلارغا ۋە يۇقىرى قان بېسىمى، يۈرەك كېسىلى، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچەيىپ كېتىش كېسىلى بار بىمارلارغا ئىشلىتىلمەيدۇ.

b. سالبۇتامول (舒喘灵): كانايچىلارنى كېڭەيتىش رولى كۈچلۈك، ئۇنۇم بېرىش ۋاقتى ئۇزۇن، پۈركىمىسىنى پۈركۈپ سۈمۈرتىشكىمۇ، يېيىشكىمۇ بولىدۇ. ھەر قېتىم 2.4mg～4.8mg ، كۈندە 3～4 قېتىم يېيىلىدۇ. يۇقىرى قان بېسىم ۋە قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچەيىپ كەتكۈچى بىمارلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش لازىم.

② ئامىنو فىللىن (氨茶碱): كانايچىلارنى كېڭەيتىپ مەلۇم دەرىجىدە يالليۇغقا قارشى رول ئويناىدۇ. دەسلەپتە ھەر كىلوگرام ئېغىرلىققا 6mg ئۆلچەمدە 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 100ml～200ml غا قوشۇلۇپ 30～60 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئاندىن سائىتىگە 0.5～1.0mg/kg سۈرئەتتە ئۇزۇلدۇرمەي تامچىلىتىلىدۇ. زىققە تىزگىنلەنگەندىن كېيىن ھەر قېتىم 250mg ، كۈندە 1～2 قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ ياكى تابلېتىنى يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ.

③ خولىنغا قارشى دورىلار: ئاتروپىن (阿托品) قاتارلىقلار.

④ كالتسىي يەكلىگۈچى دورىلار: ۋېراپامىل (维拉帕米) قاتارلىقلار.

4) كانايغا كانالچە قويۇپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش: تۆۋەندىكى ئەھۋالدا كانايغا كانالچە قويۇپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش كېرەك:

(1) چوڭقۇر ھوشسىزلىنىش ياكى ئەس ـ ھوشىدا توسقۇنلۇق بولۇش؛

(2) نەپەس توختاش؛

(3) يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 140 قېتىمدىن ئېشىپ كېتىش، شۇنداقلا ئۇچ سائەتتىن ئۇزۇن داۋاملىشىش؛

(4) قان گاز ئانالىزى: PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۋەن $PaCO_2$ قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى ياكى $PaCO_2$ قىممىتى سائىتىگە 5mmHg ئۆرلىگەن ئەھۋالدا.

5) داۋالاش لايىھىسى:

(1) يېنىك دەرىجىدە قوزغالغاندا: ئامىنو فىللىن ياكى β - ئاكسېپتورىنى قوزغاتقۇچى دورىلار (سالبۇتامول) يېيىلىدۇ.

(2) ئوتتۇراھال قوزغالغاندا: ئامىنو فىللىن يېيىلىدۇ ۋە سالبوتامول پۈركىمىسى پۈركۈلىدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە قوزغالغاندا:

① زۆرۈر بولغاندا ئادرېنالىن 30 مىنۇتتا بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەمما ئۈچ قېتىمدىن ئېشىپ كەتمەيدۇ.

② β - ئاكسېپتورىنى قوزغاتقۇچى دورىلار (سالبۇتامول) پۈركىمىسى پۈركىلىدۇ.

③ ئامىنو فىللىن ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

④ پرېدنىزون 20mg～30mg يېيىلىدۇ ياكى ھىدروكورتىزون 100mg～300mg ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(4) زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى:

① β - ئاكسېپتورىننى قوزغاتقۇچى دورا پۈركىمىسى پۈركۈلىدۇ.

② ئامىنو فىللىن ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

③ ھىدروكورتىزون كۈندە 300mg～600mg ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ ياكى مېتىل پرېدنىزولون (甲基强地松龙) كۈندە 80mg～160mg ۋە ياكى دېكسامېتازون كۈندە 15mg ～30mg ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. يۇقىرىقى مىقدارلارا دورا ئىشلىتىش ئۈچ كۈندىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. دورا مىقدارى ئازايتىلىپ 7～10 كۈندە توختىتىلىدۇ ياكى يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ.

§ 3. سوزۇلما خاراكتېرلىك ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىنىڭ ئۆتكۈر قوزغىلىش دەۋرىدىكى نەپەس زەئىپلىشىش
(慢性肺心病急性发作期呼吸衰竭)

سوزۇلما خاراكتېرلىك ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى — سوزۇلما كاناپچە ياللۇغى، ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى ۋە باشقا ئۆپكە - كۆكرەك كېسەللىكلىرىدىكى ئۆپكە قان ئايلىنىش-ىنىڭ قارشىلىقى ئېشىپ كېتىش ۋە ئۆپكە ئارتېرىيە بېسىمى يۇقىرىلاشتىن كېلىپ چىقىدىغان ئوڭ يۈرەك يوغىناش، ھەتتا زەئىپلىشىشتىن ئىبارەت بىر خىل يۈرەك كېسىلى، مەزكۇر كېسەل ئۆتكۈر قوزغىلىش دەۋرى ۋە يېنىكلەش دەۋرىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئۇنىڭ كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى بولسا نەپەس زەئىپلىشىش ياكى يۈرەك زەئىپلىشىش ئاساسلىق ئىپادىلىنىدۇ ۋە ياكى يۈرەك، ئۆپكە زەئىپلىشىش تەڭلا مەۋجۇت بولىدۇ.

ھەر خىل سەۋەبلەر تۇپەيلىدىن ئۆپكىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش ياكى ئالمىشىش فۇنكسىيىسى ئېغىر دەرىجىدە توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاندا، ئورگانىزمغا ئوكسىگېن يېتىشمەي (بەزىدە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ). بىمارىدا بىر قاتار پاتو- فىزىئولوگىيە- لىك ئۆزگىرىش ۋە كلىنىكىلىق ئالامەتلەر كېلىپ چىقىدۇ، بۇ نەپەس زەئىپلىشىش دېيىلە- دۇ. PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۋەن، $PaCO_2$ قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى بولسا نەپەس زەئىپلىشىش دەپ قارىلىدۇ. بۇ پاراگىرافتا ئاساسلىق ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلى ئۆتكۇر قوزغالغاندىكى نەپەس زەئىپلىشىش سۆزلىنىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

ئاساسلىقى كانايچە - ئۆپكە كېسەللىكلىرى كەلتۇرۇپ چىقىرىدۇ. توسۇلۇش خاراكتېر- لىك كېسەللىكلەر (سوزۇلما كانايچە ياللۇغى، توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى، كانايچە زىققىسى) ھەر خىل سەۋەبلەر ئىچىدە 90%～80% نى ئىگىلەيدۇ، ئۇندىن باشقا ئېغىر ئۆپكە تۇبېركۇلوزى، كەڭ دائىرىلىك ئۆپكە ئارىلىق ماددىسى تالالىشىش، سىلىتسىيلىق ئۆپكە ۋە باشقا كۆكرەك بوشلۇقى نېرىپ - مۇسكۇل كېسەللىكلىرىمۇ ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلىنى كەلتۇرۇپ چىقىرىدۇ. زۇكام، نەپەس يولى يۇقۇملىنىش، زىققە قوزغىلىش، كۆچلۇك ھەرىكەت، تىنچلاندۇرغۇچى دورىلارنى زىيادە كۆپ ئىشلىتىۋېتىش، يۇقىرى قويۇقلۇقتا ئوكسىگېن پۇرىتىش قاتارلىق ئامىللاردىن ئۆتكۇر قوزغىلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

بىرلەمچى كېسەللىكنىڭ ئىپادىسىدىن باشقا ئاساسلىقى ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشتىن پەيدا بولىدىغان كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى قالايمىقا- لىشىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. بولۇپمۇ يۇرەك، قان - تومۇر، نېرۋا، روھىي جەھەتلەردە- كى نورمالسىزلىق تېخىمۇ روشەن ئىپادىلىنىدۇ.

1) ئوكسىگېن يېتىشمىگۈچىلەردە: نەپەس قىيىنلىشىش، تېزلىشىش، بۇرۇن قانىتى لىپىلداش، نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ ھەرىكىتى كۈچىيىش، نەپەس رىتمى قالايمىقانلە- شىش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. دەسلەپكى باسقۇچتا بىمارنىڭ ھۆكۈم قىلىش ئىقتىدارى ۋە كۆز ئالمىسىنىڭ ماسلاشما ھەرىكەت قىلىش فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ مەست ئادەمگە ئوخشاپ قالىدۇ، شۇنداقلا تىنچسىزلىنىش، يۇرەك سىلىش، يۇرەك رىتمىسىزلە- نىش، قان بېسىمى ئۆرلەش، مۇچىلىرى مۇزلاش، سوغۇق تەرلەش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. ئوكسىگېنغا تويۇنۇش دەرىجىسى (SaO_2) 80% تىن، PaO_2 قىممىتى 50mmHg دىن تۆۋەن بولسا كالپۇك ۋە بارماق ئۇچلىرى كۆكىرىدۇ. ئېغىر دەرىجىدە ئوكسىگېن يېتىشمىگەن بىمارلاردا كۆپىنچە يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش ۋە جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى زەرەرلىنىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

2) ئوكسىگېن يېتىشمەسلىككە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىش قوشۇلۇپ كەلگەندە: دەسلىپىدە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد سىمپاتىك نېرۋىنى غدىدىقلاپ قان تومۇرلار قىسقىرايدۇ، ئاخىرىدا كېڭىيىدۇ (تال ۋە بۆرەك تومۇرلىرىدىن باشقا). بىمارداا چېكە يۈزە ۋېنالىرى كۆپۈش، تەرلەش، كۆز ئالمىسى بىرىكتۇرگۇچى پەردىلىرىگە قان تولۇش، سۇلۇق ئىششىق، قارىچۇقى كىچىكلەش، نەپەس ئېلىش قىيىنلىشىش، باش ئاغرىش، ئۇيقۇسىراش، تىترەش ھەتتا ھوشسىزلىنىش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ.

3) كىسلاتا ـ ئىشقارلار تەڭپۇڭسىزلىنىش:

(1) نەپەس زەئىپلىشىشنىڭ بىرلەمچى ئىپادىسى: كۆپ كۆرۈلىدىغىنى نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، ئۆتكۈر زەئىپلىشىشتە بۇ خىل زەھەرلىنىش كومپېنساتسىيىسىز بولىدۇ، سوزۇلما زەئىپلىشىشتە كومپېنساتسىيىلىك بولىدۇ.

(2) سۈيۇقلۇق تولۇقلاشنىڭ توغرا بولماسلىقى: ئورگانىك كىسلاتالارنىڭ يىغىلىپ قېلىشى قاتارلىقلاردىن مېتابولىزم خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

(3) نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى داۋالاش جەريانىدا ئىشقارلىق دورا، سۈيدۈك ھەيدەش دورىسى، ھورمون ۋە نەپەس قوزغىتىش دورىلىرىنى زىيادە كۆپ ئىشلىتىۋېتىش، سۈنئىي نەپەسلەندۈرگەندە كاربون Ⅳ ئوكسىدنى زىيادە تېز چىقىرىۋېتىش قاتارلىق سەۋەبلەردىن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە مېتابولىزم خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

4) ئەگەشمە كېسەللىكلەر: يۈقىرى ھەزى يولى قاناش، شوك، جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش، ئۆپكە كەپلىمىسى قاتارلىقلار.

3. دىئاگنوزى:

سوزۇلما ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىدىن كېلىپ چىققان نەپەس زەئىپلىشىشكە دىئاگنوز قويۇشنىڭ شەرتلىرى:

1) تۆۆەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنىڭ ئىپادىلىرى بولۇش؛

2) قان ـ گاز ئانالىزى: PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۆەن PaC_2 قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى بولۇش؛

3) سوزۇلما توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە كېسىلى تارىخى، ئالامىتى، بەلگىلىرى بولۇش؛

4) نەپەس زەئىپلىشىشنى يۇقىرى نەپەس يولى جىددىي توسۇلۇپ قېلىش، ئۆزلۈكىدىن بولغان ھاۋالىق كۆكرەك، نەپەس كونترول مەركىزى كېسەللىكلىرىنىڭ كەلتۈرۈپ چىقارمىغانلىقى ئېنىق بولۇش.

بىماردا نېرۋا - روھىي ئالامەتلەر كۆرۈلگەندە چوقۇم مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى، ئېغىر ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقارلار تەڭپۇڭسىزلىنىش ۋە يۇقۇملىنىشتىن زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك مېڭە كېسەللىكى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقارغان نېرۋا - روھىي ئالامەتلەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

4. داۋالاش:

1) نەپەس زەئىپلىشىشنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش: بىماردا PaO_2 قىممىتى 40mmHg دىن تۆۋەن بولغاندا ئاسانلا كۆپ ئەزالار زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. شۇڭا PaO_2 قىممىتى 50mmHg دىن تۆۋەن بولغاندا چوقۇم بىمارنىڭ ھاياتلىق بەلگىلىرى، ئەس - ھوشى، تەن بەلگىلىرى، ئوكسىگېن بىلەن تەمىنلىنىش ئەھۋالى، ھاۋا ئۆتۈشۈش ئەھۋالى قاتارلىقلارنى ئۈزلۈكسىز كۆزىتىپ تەكشۈرۈپ تۇرۇش كېرەك. ئادەتتە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك تۆۋەندىكى ئۈچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ.

(1) يېنىك دەرىجىدە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك: كۆكىرىش بولمايدۇ، PaO_2 قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى، SaO_2 قىممىتى 85% دىن يۇقىرى بولىدۇ. ئەگەر نەپەس قىيىنلىشىش بولسا ئوكسىگېن پۈرىتىش كېرەك.

(2) ئوتتۇراھال ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك: كۆكىرىدۇ، PaO_2 قىممىتى 40~50mmHg ئارىسىدا، SaO_2 قىممىتى 85%~75% ئارىسىدا بولىدۇ. چوقۇم ئوكسىگېن پۈرىتىش كېرەك.

(3) ئېغىر دەرىجىدە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك: PaO_2 قىممىتى 40mmHg دىن، SaO_2 قىممىتى 75% تىن تۆۋەن بولىدۇ. مۇتلەق ئوكسىگېن پۈرىتىش كېرەك.

2) بىرلەمچى كېسەلنى داۋالاش: سوزۇلما كانايچە ياللۇغى، ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى قاتارلىقلارغا ئۆتكۈر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە سەۋەبكە نىسبەتەن داۋالاشنى كۆرسىتىدۇ.

3) يۇرەك زەئىپلىشىشنى داۋالاش: ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلىنى داۋالاش پرىنسىپى بولسا ئۆپكىنى داۋالاش ئاساس، يۇرەكنى داۋالاش قوشۇمچە بولىدۇ، يەنى ئاكتىپ ھالدا يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش، نەپەس ئۆتۈشۈشنى ياخشىلاش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنى تۈزىتىش ۋە مۇۋاپىق مىقداردا سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورا ئىشلىتىش ئارقىلىق كۆپ قىسىم يۇرەك زەئىپلىشىشنى ئۇنۇملۇك كونترول قىلغىلى بولىدۇ. ئەگەر ئۇنۇمى كۆرۈلمىسە ئاندىن يۇرەك كۈچەيتكۈچى ۋە قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

4) نەپەس زەئىپلىشىشنى داۋالاش:

(1) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش: ئەگەر يۇقۇملىنىش بولسا ئانتىبىئوتىكلارنى

بۇرۇنراق ئىشلەتكەن ياخشى، شارائىت بولسا بەلغەمدىن باكتېرىيە ئۆستۈرۈش ۋە دورا سەزگۈرلۈك تەجرىبىسى ئىشلەش ئارقىلىق سەزگۈر ئانتىبىئوتىكلارنى تاللاپ ئىشلىتىش لازىم.

يۇقۇملىنىش يېنىك بولغانلارغا بىر خىل ئانتىبىئوتىكنى تاللاپ ئىشلىتىش، ئەگەر يۇقۇملىنىش ئېغىر بولسا مىقدارىنى كۆپەيتىش ياكى ئىككى خىلدىن ئارتۇق ئانتىبىئوتىكنى بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىش كېرەك.

(2) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش:

① بەلغەم ھەيدەش: ئاممونىي خلورىد (氯化铵) بىزولۇئون (必漱平) قاتارلىق بەلغەم سۈيۇلدۇرگۈچى دورىلار يېگۈزۈلىدۇ ۋە α - خىموتىرىپسىن (糜蛋白酶—α) تۇمانلاشتۇرۇپ سۈمۈرتىلىدۇ، شۇ ئارقىلىق بەلغەم سۈيۇلدۇرۇلۇپ ھەيدىلىدۇ. بەلغەم چىقىرىشى قىيىن بولغانلارغا بەدەننى ئۆرۈش، دۇمبىگە شاپىلاقلاش، ھوشىنى يوقاتقۇچىلار بولسا بەلغەم شورۇغۇچ ئىشلىتىش ئارقىلىق بەلغەم چىقىرىش ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ.

② كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىش:

a. ئامىنو فىللىن (氨茶碱): ژېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كۈندە 0.25g～0.5g ئىشلىتىلىدۇ.

b. β - ئاكسىپېتورىنى قوزغاتقۇچى دورىلار: سالبۇتامول (舒喘灵) قاتارلىقلارنىڭ تابلېتى ياكى پۈركىمىسى ئىشلىتىلىدۇ.

c. بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى (肾上腺皮质激素): كۆپىنچە ئېغىر كانايچە زىققىسى ياكى زىققە نەپەسلىك كانايچە ياللۇغى بار بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ.

(3) ئوكسىگېندا داۋالاش: ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك نەپەس زەئىپلىشىشنىڭ ئاساسلىق ئىپادىسى، شۇڭا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى ئاكتىپ ھالدا تۈزىتىش كېرەك. ئادەتتە سۈمۈرۈلگەن ئوكسىگېن قويۇقلۇقىنى ئاشۇرۇش ئارقىلىق ئۆپكىنىڭ ئوكسىگېن بېسىمى يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ، بىراق تەڭشەش ۋە ئىشلىتىش مۇڭاپىق بولمىسا نەپەسنى تورمۇزلاپ كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ.

① سوزۇلما ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلىدىن نەپەس زەئىپلەشكەندە، ئەگەر يۇقىرى ئېقىملىق ئوكسىگېن بېرىلسە PaO_2تۇيۇقسىز ئۆرلەپ، ئوكسىگېن كەملىكىنىڭ نەپەس مەركىزىگە بولغان غىدىقلاش رولى يوقىلىدۇ - دە، CO_2نىڭ يىغىلىپ قېلىشى ئېغىرلىشىدۇ. شۇڭلاشقا ئەڭ ياخشىسى ئۇزلۇكسىز تۆۋەن ئېقىملىق ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش كېرەك. زۆرۈر بولغاندا نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىدا يارىدەملەشتۈرۈپ نەپەسلەندۈرۈشكە بولىدۇ.

ئوكسىگېن قويۇقلۇقىنى ھېسابلاش فورمۇلاسى:

ئەملي سۈمۈرۈلگەن ئوكسىگېن قويۇقلۇق %=(L/min) ئوكسىگېن ئېقىم مىقدارى ×4+21

ئامال بار قىسقا مۇددەت ئىچىدە PaO_2نى 60mmHg ئەتراپىغا يەتكۈزۈش لازىم، ئەگەر 60mmHg گە يەتكۈزۈش مۇمكىن بولمىسا ئاددىي سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلەتىش ياكى مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش كېرەك.

② ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلىدە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىككە CO_2يىغىلىپ قېلىش قوشۇلۇپ كەلمىسە ياكى يېنىك دەرىجىدە بولسا ئوكسىگېن قويۇقلۇقىنى مۇۋاپىق دەرىجىدە يۇقىرى كۆتۈرۈشكە بولىدۇ.

(4) ھاۋا ئۆتۈشۈش مىقدارىنى ئاشۇرۇش:

① نەپەس قوزغىتىش دورىلىرى: نەپەس قوزغىتىش دورىلىرىنى كاناپچە سپازمىسىنى بوشاشتۇرغۇچى دورا ۋە نەپەس مۇسكۇلىنى كۈچەيتكۈچى دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندىلا ئاندىن ئۈنۈمىنى كۆرگىلى بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن نىكېتامىد (尼可刹米) بار. تۈنجى قېتىم 0.75g ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 3.75g ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 500ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

② كانايغا كانالچە قويۇش ۋە كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى: ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسىلىنى ئوكسىگېن، نەپەس قوزغاتقۇچى دورىلار بىلەن داۋالاپمۇ PaO_2داۋاملىق تۆۋەنلىسە، $PaCO_2$ داۋاملىق ئۆرلىسە ياكى بەلغەمنى چىقىرىش تەس بولسا دەرھال كانايغا كانالچە قويۇش ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. كېسەللىك ئۆزگىرىشى تېز بولۇپ ھاياتقا خەۋپ يەتسە دەرھال كانايغا كانالچە قويۇش، ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالىدا قىسقا مۇددەت ئىچىدە ياخشىلىنىشتىن ئۈمىد بولمىسا كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

③ نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىدا نەپەسلەندۈرۈش: ئەگەر يۇقىرىقى داۋالاشلاردىن كېيىنمۇ ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك يەنىلا ئېغىر بولسا ياكى $PaCO_2$ ئۆزلۈكسىز ئۆرلىسە ياكى ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسىلىنىڭ دەسلەپكى مەزگىلىدە نەپەس چاستوتىسى مىنۇتىغا 40 قېتىمدىن ئېشىپ كەتكەن ياكى 5～10 قېتىمغا چۈشۈپ قالغان بولسا نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى بىلەن نەپەسلەندۈرۈشكە توغرا كېلىدۇ.

(5) كىسلاتا ـ ئىشقار ۋە ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭسىزلىقىنى داۋالاش: نەپەس ۋە مېتابولىزم خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى نەپەس ئۆتۈشۈشنى ياخشىلاپ CO_2 نىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش ئارقىلىق تۈزەتكىلى بولىدۇ. ئەگەر pH قىممىتى 7.2 دىن تۆۋەن بولسا مۇۋاپىق مىقداردا ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىش كېرەك، ئەمما چوقۇم ھاۋا ئۆتۈشۈش فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاش لازىم. مېتابولىزم خاراكتېرلىك ئىشقارىدىن زەھەرلىنىشنى ئاساسەن كالىي ۋە خلور كەم بولۇش كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، شۇڭلاشقا ئاكتىپ ھالدا كالىي خلورىد (氯化钾) تولۇقلاش، ئەگەر ناترىي كەم بولسا ناترىي خلورىد (氯化钠)

تولۇقلاش كېرەك.

(6) نەپەسلەندۈرۈش مۇسكۇللىرىنى كۈچلەندۈرۈش: كوئېنزىم Q_{10} (Q_{10} 辅酶) يۇرەك ۋە نەپەس مۇسكۇلىنىڭ ئوكسىگېندىن پايدىلىنىشىنى ياخشىلاپ قىسقىرىش كۈچىنى كۈچەيتىدۇ. كۈندە 60mg ئىشلىتىلىدۇ. تېئوفىللىن (茶碱) خىلىدىكى دورىلار دېئافراگما مۇسكۇلىنىڭ چارچىشىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ ۋە داۋالايدۇ. كوففېئىن (咖啡因) نىڭ دېئافراگما مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىش رولى تېئوفىللىندىنمۇ كۈچلۈك بولۇپ ئۇزۇن مۇددەت ئىچىشكە بولىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنى مەشق قىلدۇرۇش، يەنى قورساقچە نەپەسلىنىشنى كۈچەيتىش هاۋا ئۆتۈشۈشنى يۇقىرى كۆتۈرۈشتە پايدىلىق.

(7) قۇۋۇەتلەپ داۋالاش: ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كېسىلى سوزۇلما خاراكتېرلىك بولغاچقا بىمارنىڭ ئوزۇقلىنىشى ياخشى بولمايدۇ، بەدەن خورايدۇ. شۇڭلاشقا كېرەكلىك ئوزۇقلۇق ۋە ئېنېرگىيىنى تولۇقلاپ نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ مېتابولىزم ئېهتىياجىنى قامداش كېرەك.

ئون تۆتىنچى باب ھەزىم قىلىش سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى

§1. ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش
(急性上消化道出血)

ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش — تېرىتىز تاربمۇش (12 بارماق ئۇچەينى كۆتۈرگۈچى تاربمۇش) ئۈستۈن قىسمىدىكى ھەزىم يولى (قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان، 12 بارماق ئۇچەي) قاناشنى كۆرسىتىدۇ. يۇقىرى ھەزىم يولى چوڭ قاناش — قىسقا ۋاقىت ئىچىدە (نەچچە سائەت) يوقاتقان قان مىقدارى 1000ml دىن ياكى ئومۇمىي قان سىغىمىنىڭ 20% دىن ئېشىپ كەتكەن قاناشنى كۆرسىتىدۇ. كۆپىنچە ئۆتكۈر ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنىڭ سەۋەبلىرى كۆپ، كۆپ ئۇچرايدىغانلىرىدىن ھەزىم خاراكتېرلىك يارا، قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان ۋېناسى ئەگرى - بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىش، ئۆتكۈر ئاشقازان شىللىق پەردە كېسەللىكى ۋە ئاشقازان راكى قاتارلىقلار بار.

1) قىزىلئۆڭگەچ كېسەللىكلىرى: قىزىلئۆڭگەچ يالۇغى، قىزىلئۆڭگەچ راكى، قىزىلئۆڭگەچ ئاشقازان كىرىش ئېغىزى شىللىق پەردىسى يىرتىلىش يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى قاتارلىقلار.

2) جىگەر قېتىشىش، قاپقاق ۋېنا توسۇلۇش قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقارغان قاپقاق ۋېنا قان بېسىمى يۇقىرىلاشتىن كېلىپ چىققان قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى- بۈگرى كېڭىيىپ يېرىلىش.

3) ئاشقازان، 12 بارماق ئۇچەي كېسەللىكلىرى: ئاشقازان، 12 بارماق ئۇچەي يارىسى، ئۆتكۈر قاناش خاراكتېرلىك ئاشقازان يالۇغى، غىدىقلىنىش خاراكتېرلىك يارا، يالۇغ، ئۆسمە - راك ۋە ئاشقازان، 12 بارماق ئۇچەي تۈبېركۇلوزى قاتارلىق كېسەللىكلەر.

4) يۇقىرى ھەزىم يولىغا يانداش ئەزا ۋە توقۇلمىلاردىكى قاناش: ھەر خىل سەۋەبلەردىن ئۆت يولى، ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى قاناش، تىك پاسىل ئۆسمىسى ياكى يىرىڭلىق ئىششىقى قىزىلئۆڭگەچنى يېرىپ كىرىپ قاناش، ئائورتا ئۆسمىسى يېرىلىش قاتارلىقلار.

5) پۇتۇن بەدەن خاراكتېرلىك كېسەللىكلەر: قايتا ئۆسۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش خاراكتېرلىك كەم قانلىق، ئاق قان كېسىلى قاتارلىقلار.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) قان قۇسۇش ۋە قارا تەرەت كېلىش: ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنىڭ تىپىك ئالامىتى بولۇپ قاناش مىقدارى 60ml دىن ئېشىپ كەتسە قارا تەرەت كېلىدۇ. چوڭ تەرەت قارا مايدەك، چاپلاشقاق ۋە پارقىراق بولىدۇ. يەنى قان قىزىل ئاقسىلى تەركىبىدىكى تۆمۇر ماددىسى ئۇچەي ئىچىدە سۇلفىدلارنىڭ تەسىر قىلىشى بىلەن تۆمۇر سۇلفىدنى ھاسىل قىلىپ چوڭ تەرەتنى قارا ماي ھالىتىگە كىرگۈزىدۇ. ئەگەر قاناش تېز، مىقدارى كۆپ بولسا قانىنىڭ ئۇچەي ئىچىدە تۇرۇش ۋاقتى قىسقىراپ چوڭ تەرەت سۇس قىزىل ياكى توق قىزىل ھالەتتە كېلىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا چوقۇم تۆۋەن ھەزىم يولى قاناش بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. قانىغان ئورۇن ئاشقازان چىقىش ئېغىزىنىڭ يۇقىرىسىدا بولسا بىمار كۆپىنچە قان قۇسىدۇ. قىزىلئۆڭگەچ كېسەللىكلىرىدىن قاناشتا قۇسۇق ئاساسەن توق قىزىل رەڭدە بولىدۇ. ئاشقازان ياكى باشقا ئورۇندىكى قاناشتا ئەگەر قان ئاشقازاندىن ئۆتسە، ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ تەسىرىدىن قۇسۇق جىگەر رەڭلىك ياكى قوڭۇر رەڭلىك بولىدۇ. ئەگەر ئاشقازاندىكى قاناشنىڭ سۈرئىتى تېز، مىقدارى كۆپ بولۇپ ئاشقازان كىسلاتاسى تولۇق تەسىر قىلغۇچلىك قۇسۇپ چىقىرىلسا قۇسۇق توق قىزىل رەڭدە كېلىدۇ ياكى قان لەختىسى قۇسىدۇ. قاناش ئاشقازان چىقىش ئېغىزىنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بولسا چوڭ تەرەت قارا كېلىدۇ، ئەگەر قاناش كۆپ ۋە تېز بولۇپ تەتۈر ئېقىپ ئاشقازانغا كىرسە قان قۇسۇشمۇ مۇمكىن.

2) قان يوقىتىشتىن ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىش: يۇقىرى ھەزىم يولى ئۆتكۈر، كۆپلەپ قانىغانلىقتىن ئايلىنىشتىكى قان سىغىمچانلىقى تېزلىكتە ئازىيىپ ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىش كېلىپ چىقىدۇ. ئىپادىلىرى باش قېيىش، ماغدۇرسىزلىق، يۈرەك سېلىش، ئۇسساش، تېزلىكتە ئورنىدىن تۇرغاندا ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلار، ئېغىرلىرىدا تىنچسىزلىنىش، مۇچىلەر مۇزلاش، چىرايى تاتىرىش، نەپەس تېزلىشىش، تومۇر تېز، ئاجىز سوقۇش، قان بېسىمى تۆۋەنلەش، سۈيدۇك ئازىيىش ياكى توختاش ھەتتا ھوشسىزلىنىش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. ئەگەر شوك ھالىتى ئۇزۇنغىچە ياخشىلىنالمىسا ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش كېلىپ چىقىدۇ، ھەتتا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

3) قىزىش: كۆپلەپ قان يوقىتىشتا تۆۋەن قىزىتما كۆرۈلىدۇ، كۆپىنچە 38.5℃ تىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، 5～3 كۈنگىچە داۋاملىشىدۇ.

4) ئازوتلۇق قان كېسىلى: يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشتا كۆپ مىقداردىكى قان ئۇچەيگە ئېقىپ كىرىدۇ، قان تەركىبىدىكى ئاقسىلدىن پارچىلانغان ماددىلار ئۇچەيدە سۈمۈرۈلۈپ

قاندىكى ئۇرېئا ئازوتى (尿素氮) نىڭ قويۇقلۇقى ئېشىپ كېتىدۇ، بۇ ئۇچەي مەنبەلىك ئازوتلۇق قان كېسىلى دېيىلىدۇ. ئادەتتە قاناش يۇز بېرىپ، نەچچە سائەتتىن كېيىندىن باشلاپ ئۆرلەشكە باشلايدۇ، 24～48 سائەتتە يۇقىرى چەككە يېتىدۇ، كۆپىنچە 6.7mmol/L دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، 2～4 كۈندە نورماللىشىدۇ. بۆرەك فۇنكسىيىسى نورمال بولغان ۋە قاناشتىن كېيىن قان سىغىمچانلىقى تولۇقلانغان ئەھۋال ئاستىدا قاندىكى ئۇرېئا ئازوتىنىڭ مىقدارى تۆت كۈنگىچە تۆۋەنلىمىسە قاناش توختىمىغانلىقىنى ياكى قايتا قاناش بولغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر ھەربىرىكەتچان قاناش بولمىغان ۋە قان سىغىمچانلىقى تولۇقلانغان ئەھۋال ئاستىدا يەنىلا سۈيدۈك ئاز ياكى بولمىسا شوكىنىڭ ئۆتكۈر بۆرەك زەخمىلىكىنى كەلتۈرۈپ چىقارغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.

5) قان رايىدىكى ئۆزگىرىش: يۇقىرى ھەزىم يولى ئۆتكۈر قاناشنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا قان تومۇر ۋە تال كومپېنساتسىيىلىك قىسقارغانلىقتىن قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ قويۇقلۇقى، قىزىل قان ھۈجەيرە سانى ۋە قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ، قاناپ 2～4 سائەتتىن كېيىن توقۇلما سۈيۇقلۇقى قان تومۇر ئىچىگە سىرغىپ كىرىپ قانىنى سۈيۇلدۇرىدۇ - دە، قان يوقىتىش خاراكتېرلىك كەم قانلىق كۆرۈلىدۇ. كەم قانلىقنىڭ دەرىجىسى قاناش مىقدارى، قاناشتىن بۇرۇن كەم قانلىق بار - يوقلۇقى ۋە قاناشتىن كېيىنكى سۈيۇقلۇق تەڭپۇڭلۇقى قاتارلىقلار بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. قاناشنىڭ دەسلەپكى دەۋرىدە ئاق قان ھۈجەيرىسىنىڭ سانى ئۆرلەيدۇ، قاناش توختاپ 2～3 كۈندىن كېيىن نورماللىشىدۇ. ئەمما جىگەر قېتىشىش ياكى تال فۇنكسىيىسى ئارتىپ كېتىش كېسىلى بار بىمارلاردا ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سانى ئۆرلىمەيدۇ، ھەتتا تۆۋەنلەيدۇ. چوڭ قاناشتىن كېيىن يىلىك كومپېنساتسىيىلىك ئۆسۈپ ئەتراپ قان رايىدا ۋاقىتلىق كەنجى گۆدەك قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆرۈلىدۇ، تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆپىيىدۇ، قاناشتىن كېيىنكى 4～7 كۈندە 5%～15% گە يېتىدۇ، كېيىن ئاستا - ئاستا نورماللىشىدۇ، ئۇزلۇكسىز قانغۇچىلاردا داۋاملىق ئۆرلەيدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) دىئاگنوز قويۇش ۋە پەرقلەندۈرۈش:

(1) تۆۋەندىكى ئەھۋاللار كۆرۈلسە ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش دەپ دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ:

① قان قۇسقان، قارا تەرەت قىلغان قان يوقىتىش خاراكتېرلىك ئەتراپ قان ئايلىنىش زەخمىلەشكەن؛

② قۇسۇق ياكى چوڭ تەرەت يوشۇرۇن قان تەجرىبىسى كۈچلۈك مۇسبەت چىققان؛

③ قان قىزىل ئاقسىل قويۇقلۇقى، قىزىل قان ھۈجەيرە سانى ۋە قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقى تۆۋەنلىگەن.

(2) ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنى تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك:

① قان قۇسۇش بىلەن قان تۆكۈرۈشنى پەرقلەندۈرۈش: يۆتەلدىن چىقارغان ياكى قۇسۇپ چىقارغانلىققا قارىلىدۇ.

② قارا تەرەت بىلەن ھايۋاناتلارنىڭ قېنىنى ياكى تۆمۈر، ۋىسمۇت تەركىبلىك دورا ئىچكەن بىمارلارنىڭ تەرىتىنى پەرقلەندۈرۈش (چوڭ تەرەت يوشۇرۇن قان تەجرىبىسىگە قارىلىدۇ).

③ يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش بىلەن ئېغىز، بۇرۇن، يۇتقۇنچاق، بوغۇز بوشلۇقلىرىدىكى قاناش پەرقلەندۈرۈلىدۇ (قۇسۇش ياكى قان ئۆزى ئېقىپ چىقىش).

④ تۆۋەن ھەزىم يولى قاناش بىلەن پەرقلەندۈرۈلىدۇ (كلىنىكىلىق ئىپادىسىگە قاراڭ).

⑤ ئىنتايىن ئاز سانداكى ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قانىغان بىمارلاردا قاناش مىقدارى زىيادە كۆپ، زىيادە تېز بولۇپ كەتسە قان قۇسۇش ۋە قارا تەرەت قىلىشتىن بۇرۇنلا شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن، شۇڭا باشقا سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان شوك بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

2) قاناش مىقدارىنى مۆلچەرلەش: ئەگەر قاناش 5ml دىن كۆپ بولسا چوڭ تەرەت يوشۇرۇن قان تەجرىبىسى مۇسپىي چىقىدۇ. 60ml دىن ئېشىپ كەتسە قارا تەرەت كېلىدۇ. ئاشقازان ئىچىدىكى قان 250ml～300ml دىن ئاشسا قان قۇسىدۇ. ئەگەر بىر قېتىملىق قاناش مىقدارى 500ml دىن ئېشىپ كەتسە پۈتۈن بەدەن ئالامەتلىرى يەنى باش قېيىش، يۈرەك سېلىش، ھالسىزلىنىش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ، 1000ml دىن ئېشىپ كەتسە ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىدۇ. ئادەتتە قان يوقىتىش ئالامەتلىرى، تومۇر سوقۇشى، قان بېسىمى، قان قىزىل ئاقسىلى قاتارلىقلارنى ئۆلچەش ئارقىلىق يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش تۆۋەندىكى ئۇچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ:

(1) يېنىك دەرىجىدە قاناش: قاناش مىقدارى پۈتۈن قان سىغىمچانلىقىنىڭ 10% دىن تۆۋەن يەنى 500ml دىن تۆۋەن بولىدۇ. پەقەت باش قېيىش، ھالسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. تومۇر سوقۇشى، قان بېسىمى، قان قىزىل ئاقسىل قويۇقلۇقى قاتارلىقلاردا ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

(2) ئوتتۇراھال قاناش: قاناش مىقدارى ئومۇمىي قان سىغىمچانلىقىنىڭ 20% ى

ئەتراپىدا بولىدۇ. بىماردا تىنچسىزلىنىش، يۈرەك سېلىش، ئۇسساش، سۈيدۈك ئازىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. تومۇر سوقۇشى مىنۇتىغا 100 قېتىم، قىسقىرىش بېسىمى 90～100mmHg، قان قىزىل ئاقسىلى 70～100g/L ئەتراپىدا بولىدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە قاناش: قاناش ئومۇمىي قان سىغىمچانلىقىنىڭ 30% دىن ئېشىپ كەتكەن يەنى 1500ml دىن ئېشىپ كەتكەن بولىدۇ. بىمارنىڭ چىرايى تاتىرىدۇ، سۈيدۈك كەلمەيدۇ، تومۇر سوقۇشى ئاجىز، تېز بولۇپ مىنۇتىغا 120 قېتىمدىن يۇقىرى بولىدۇ، قىسقىرىش بېسىمى 80mmHg دىن، قان قىزىل ئاقسىلى 70g/L دىن تۆۋەن بولىدۇ.

3) داۋاملىق قاناش بار ـ يوقلۇقىغا هۆكۈم قىلىش: ئۇچەي ئىچىدىكى قان ئۇچ كۈندە تولۇق چىقىرىلىپ بولىدۇ. شۇڭا قان توختاپ ئۇچ كۈنگىچە قارا تەرەت كېلىشى مۇمكىن. ئەگەر تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بولسا داۋاملىق قاناش ياكى قايتا قاناش بارلىقىغا دىققەت قىلىش كېرەك:

(1) قايتا ـ قايتا قان قۇسقان، قۇسۇقنىڭ رەڭگى توق قىزىل بولغان، قارا تەرەت قېتىم سانى كۆپەيگەن، بارغانسېرى سۈيۇلۇپ تۈتۈق قىزىل رەڭگە ئۆزگەرگەن، ئۇچەي لۆمۈلدەش تاۋۇشى كۈچەيگەن.

(2) ئاكتىپ هالدا سۈيۇقلۇق، قان تولۇقلاش ئارقىلىقمۇ ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىشنىڭ ئالامەتلىرى ياخشىلانمىغان ياكى ۋاقتىنچە ياخشىلىنىپ يەنە ئېغىرلاشقان.

(3) قىزىل قان هۈجەيرە سانى، قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ قويۇقلۇقى، ئاق قان سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقىنىڭ هەممىسى تۆۋەنلىگەن، تورلۇق قىزىل قان هۈجەيرە سانى داۋاملىق كۆپەيگەن.

(4) سۈيۇقلۇق تولۇقلانغان ۋە سۈيدۈك مىقدارى نورمال بولغان ئەھۋال ئاستىدا قان ئۇرىئا ئازوتى داۋاملىق ئۆرلىگەن.

بۇرۇن چوڭ قاناش تارىخى بولغان، نۆۋەتتىكى قاناش مىقدارى كۆپ بولغان، 24 سائەت ئىچىدە قايتا ـ قايتا قانىغان، قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى ـ بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قانىغان ۋە ئەسلىدە يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى بولغان بىمارلارنىڭ قايتا قاناش ئېھتىماللىقى يۇقىرى بولىدۇ.

4) قاناش سەۋەبى ۋە ئورنىغا هۆكۈم قىلىش: كېسەللىك تارىخى، ئالامىتى، بەلگىلىرى ۋە مۇناسىۋەتلىك يارەمچى تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە قاراپ كۆپىنچە بىمارلارنىڭ قاناش سەۋەبىنى ئېنىقلاپ چىقىلى بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەردىن:

(1) ئاشقازان ئەينەكىدە تەكشۈرۈش: دىئاگنوز قويۇشتا ئالدىن تاللىنىدىغان ئۇسۇل،

ئاشقازان ئەينىكى ئارقىلىق قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان، 12 بارماق ئۇچەينى تەكشۈرۈپ قاناش-
نىڭ سەۋەبى، ئورنى، دەرىجىسىنى بىلگىلى بولىدۇ. تىرىك توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرۈپ
كېسەل خاراكتېرىنى ئېنىقلىغىلى بولىدۇ. ئەگەر داۋاملىق قاناش بولسا قاتۇرۇش دورىلىرى-
نى بىۋاستە ئۇرۇپ قان توختاتقىلى بولىدۇ. ئادەتتە قاناشتىن كېيىنكى 24～48 سائەت
ئىچىدە تەكشۈرۈلىدۇ. تەكشۈرۈشتىن بۇرۇن چوقۇم قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاپ شوكنى
تۇزىتىپ كەم قانلىقنى ياخشىلاش لازىم.

(2) باربي بونقىسى ئىچكۈزۈپ رېنتگېنده تەكشۈرۈش: قاناشنىڭ دەسلەپكى مەزگىلىدە
تەكشۈرۈش چەكلىنىدۇ. كۆپىنچە قاناش توختاپ كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلىشىپ نەچچە
كۈندىن كېيىن تەكشۈرۈلىدۇ. ئاساسلىقى ئاشقازان ئېنىكىدە تەكشۈرۈش چەكلەنگەن ياكى
ئاشقازان ئېنىكىنىڭ نەتىجىسى نورمال بولۇپ تۆۋەن ھەزىم يولى قاناشتىن گۇمان قىلىنغان
بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ.

(3) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات: ئۇيۇل ئەزالارنى تەكشۈرۈپ پەرقلەندۇ-
رۇپ دىئاگنوز قويۇشتا ئىشلىتىلىدۇ.

(4) سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش: ئەگەر يۇقىرىقى ئۇسۇللاردا يەنىلا دىئاگنوز قويۇشقا
بولمىسا تاللاشچان ئارتېرىيىنى سايىلاندۇرۇش ئارقىلىق قاناش ئورنىنى ئېنىقلاشقا بولىدۇ.

4. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش: بىمار قەتئىي يانقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇلىدۇ. پۇتى ئېگىزرەك
قويۇلىدۇ. نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ. قۇسۇقنىڭ كانايغا كىرىپ
كەتمەسلىكى ئۈچۈن باش بىر تەرەپكە يانچە قىلىپ قويۇلىدۇ. نەپىسى تېز بىمارلارغا ئوكسى-
گېن پۇرىتىلىدۇ. تىنچسىزلىنىش بولغان بىمارلارغا تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشكە
بولىدۇ، ئەمما مورفىن (吗啡)، باربىتال (巴比妥类) تىپىدىكى دورىلارنىڭ جىگەر
مەنبەلىك مېڭە كېسىلىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى بولغاچقا جىگەر قېتىشىش بار
بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. قاناش مەزگىلىدە تاماق چەكلىنىدۇ. قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقا-
زان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى - بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قانغۇچىلار بولسا 5～7 كۈنگىچە
تاماق چەكلىنىدۇ.

2) ئەتراپلىق ئۆلچەپ كۆزىتىش: بىمارنىڭ ھوشى، تومۇر سوقۇشى، قان بېسىمى
ۋە نەپەس ئۆزگىرىشىنى ئىنچىكە كۆزىتىش، قۇسقان قان، چوڭ تەرەت ۋە سۈيدۈك مىقدارىنى
تولۇق خاتىرىلەش، شوك بىمارلارنىڭ سۈيدۈك يولىغا كانالچە قويۇپ ھەر سائەتتىكى سۈيدۈك
مىقدارىنى ئۆلچەش، قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ قويۇقلۇقى، قىزىل قان ھۈجەيرە سانى، قان
ھۈجەيرىلىرى سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقى، تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى ۋە قان ئۇرېئا

ئازوتى قاتارلىقلارنى قەرەللىك تەكشۈرۈپ تۇرۇش، زۆرۈر بولغاندا مەركىزي ۋېنا بېسىمىنى ئۆلچەش تەلەپ قىلىنىدۇ.

3) قان سغمچانلىقنى تولۇقلاش: دەرھال 1～2 ۋېنا ئوكۇل يولى ئېچىلىپ سۇيۇقلۇق تولۇقلىنىدۇ. شوك بىمارلىرىغا نىسبەتەن قان سغمچانلىقنى تولۇقلاشنىڭ ئەڭ ياخشى چارىسى قان بېرىشتۇر. شۇڭا ئەڭ تېز سۈرئەتتە قان ئىلتىماس قىلىش، قاننى ئېلىپ كېلىشتىن بۇرۇن فىزىئولوگىيىلىك توز سۇيى، گلۇكوزا توز سۇيى، تەڭپۇڭ ئېرىتمە، دېكستران (右旋糖酐) ياكى قان پلازمىسىنىڭ ئورنىدىكى دورىلارنى بېرىش كېرەك. قان تولۇقلىغاندا ئەڭ ياخشىسى تولۇق قان بېرىش لازىم. تولۇق قاننىڭ قان سغمچانلىقنى تولۇقلاشتىن باشقا يەنە قان توختىتىش، توقۇلما، ھۇجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكىنى ياخشىلاش قاتارلىق ئەۋزەللىكلىرى بار. جىگەر قېتىشىش كېسىلى بار بىمارلارغا چوقۇم يېڭى قان ئىشلىتىش كېرەك، چۈنكى ئۇزۇنراق ساقلىنىپ قالغان قاننىڭ ئاممىياك تەركىبى نىسبەتەن يۇقىرى بولۇپ ئاسانلا جىگەر مەنبەلىك مېڭە كېسىلىنى قوزغىتىپ قويىدۇ. نۆۋەتتە كلىنىكىدا ئىشلىتىلىۋاتقان قاننىڭ ھەممىسى قېتىشىشقا قارشى قان بولۇپ، قان توختىتىشنى ئىلگىرى سۇرۇش ئۈچۈن ھەر 400ml قان بەرگەندە 10% لىك كالتسي گلۇكونات (葡萄糖酸钙) تىن 10ml بېرىپ كالتسي تولۇقلاش كېرەك.

يېتەرلىك مىقداردا قان تولۇقلاش ئۆتكۈر ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىكىنى ياخشىلاشتىكى ئاچقۇچ. جىددي قان تولۇقلاشنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى:

(1) بەدەن ھالىتى ئۆزگەرگەندە ھوشىدىن كېتىش، تومۇر سوقۇشى تېزلىشىش، قان بېسىمى تۆۋەنلەش؛

(2) قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولۇش؛

(3) قان قىزىل ئاقسىلى 70g/L دىن تۆۋەن بولۇش.

4) قان توختىتىش تەدبىرلىرى:

(1) ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار: نەزەرىيە جەھەتتىن ئېيتقاندا يېڭى ئۇيۇغان قان لەختىسى pH قىممىتى 5.0 دىن تۆۋەن بولسا ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ تەسىرىدە ئاسانلا ئېرىپ كېتىدۇ ـ دە، قان توختىتىشقا پايدىسىز بولىدۇ. ئەكسىچە pH قىممىتى 6.0 دىن يۇقىرى بولغان ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ تەسىرىدە پېپسىن (ئاشقازان ئاقسىل فېرمېنتى، 胃蛋白酶) ئاكتىپچانلىقىنى يوقىتىدۇ ـ دە، قان پلاستىنكىسلىرى توپلىشىپ قان ئۇيۇشىدۇ، شۇ ئارقىلىق قان توختىتىش مەقسىتىگە يەتكىلى بولىدۇ.

① H_2 ـ ئاكسېپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار: سىمىتىدىن (甲氰米胍)،

丁替咪西) دىن 400mg～200mg ى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 40ml～20ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى 250ml غا قوشۇلۇپ تامچىلىتىلىدۇ. ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. قان توختىغاندىن كېيىن يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ. يەنى كۇندە تۆت قېتىم، ھەر ۋاخلىق تاماقتىن بۇرۇن 200mg، ئۇخلاشتىن بۇرۇن 400mg يېيىلىدۇ، ئىندېرال (心得安) بىلەن بىللە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ، بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكۇچىلەرگە ئىشلىتىش چەكلىنىدۇ. رانىتىدىن (雷尼替丁) 50mg دىن ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ ياكى فاموتىدىن (法莫替丁) 20mg دىن كۇندە ئىككى قېتىم ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

② ئومېپرازول (克塞洛، 奥美拉唑) نىڭ ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلاش رولى H_2- ئاكسېپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلاردىن كۇچلۈك، تۇنجى قېتىم 80mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن ھەر 12 سائەتتە 40mg دىن ئىشلىتىلىدۇ، بىر داۋالاش كۇرسى بەش كۇن ئەتراپىدا بولىدۇ.

(2) قان توختىتىش دورىلىرى: كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن رېپتىلاس (立止血) بولۇپ يىلان فېرمېنت (蛇酶) ياسالمىسىدۇر. ئۇ قانىغان ئورۇندا قان پلاستىنكىلىرىنىڭ يىغىلىشىنى ۋە قان ئۇيۇتقۇچى فېرمېنتنىڭ شەكىللىنىشىنى ئىلگىرى سۈرۈپ قان توختىتىش رولىنى ئوينايدۇ، كۇندە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 1～2K بىرلىك ۋېنا ياكى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەگەر قان پلاستىنكىلىرى ۋە تالا ئاقسىللىرىنىڭ قاندىكى مىقدارى تۆۋەن بولسا ئالدى بىلەن تولۇقلاپ ئاندىن قان توختىتىش كېرەك. ئۇندىن باشقا قان توختىتىش دورىلىرىدىن ئادرېنوبازون (安络血)، 6 - ئامىنو كاپروئىك كىسلاتا (氨基已酸—6) قاتارلىقلارنى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(3) پىتۇئىترىن (脑垂体后叶素): قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۇۋى ۋېنا سى ئەگرى-بۇگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قاناشقا مەخسۇس ئىشلىتىلىدۇ. پىتۇئىترىن ئىچكى ئەزالارنىڭ قان تومۇرلىرىنى قىسقارتىپ، قاپقا ۋېنانىڭ قان ئايلىنىشىنى ئازايتىپ قاپقا ۋېنا ۋە يان شاخچە قان ئايلىنىشىنىڭ بېسىمىنى تۆۋەنلىتىدۇ، يەنى قىزىلئۆڭگەچ - ئاشقازان تۇۋى ۋېناسىنىڭ قان ئايلىنىشى ۋە بېسىمىنى تۆۋەنلىتىپ قان توختىتىش رولىنى ئوينايدۇ. ئادەتتە 20 بىرلىك 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 200ml غا قوشۇلۇپ 20～30 مىنۇت ئىچىدە تامچىلىتىلىدۇ، زۆرۈر بولغاندا سەككىز سائەتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ، ئىشلىتىش مىقدارى كۆپ بولغاندا قان تومۇر كېڭەيتكۇچى دورىلارنى قوشۇپ ئىشلىتىش كېرەك.

(4) ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى ھورمون دورىلار (生长抑素): ئىچكى ئەزا قان

تومۇرلىرىنىڭ سىلىق مۇسكۇلىغا بېۋاستە تەسىر قىلىپ ئىچكى ئەزالارنىڭ قان ئايلىنىشىنى ئازايتىپ قاپقا ۋېنانىڭ بېسىمىنى تۆۋەنلىتىدۇ، شۇنىڭ بىلەن بىرگە ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلايدۇ، شۇڭا ھەرخىل يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشقا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن ئوكتروتىد (奥曲肽، 善得定) تۇنجى قېتىم 100μg ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن سائىتىگە 25～50μg سۈرئەتتە ئۇزلۇكسىز تامچىلىتىلىدۇ ياكى ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم، ھەر قېتىمدا 0.1mg～0.2mg تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇدا 3～5 كۈن ئىشلىتىلىدۇ. ستىلامىن (宁他思) تۇنجى قېتىم 250μg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن ھەر سائىتىگە 250μg سۈرئەتتە ئۇزۇلدۇرمەي ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(5) يەرلىكتىن داۋالاش:

① يەل خالتىسىدا بېسىپ قان توختىتىش: قىزىلئۆڭگەچ - ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى - بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قانغۇچىلارغا مەخسۇس ئىشلىتىلىدۇ. ئۇچ بوشلۇق-لۇق ئىككى خالتىلىق نەيچە ئالدى بىلەن ئاشقازانغا كىرگۈزۈلۈپ ئاشقازان ئىچىدىكى يېغىلما (قان قاتارلىق) تارتىپ چىقىرىلىدۇ، ئاندىن ئاشقازان خالتىسى ۋە قىزىلئۆڭگەچ خالتىسىغا ئايرىم - ئايرىم يەل ئۇرۇلۇپ ئاشقازان تۈۋى ۋە قىزىلئۆڭگەچتىكى كېڭىيىپ قانغان ۋېنا بېسىلىدۇ، نەيچە بىر كىلوگراملىق كۈچ بىلەن ئۇزلۇكسىز سىرتقا تارتىلىدۇ، نەيچە قويۇل-غاندىن كېيىن ھەر 12 سائەتتە بىر قېتىم يەل چىقىرىۋېتىلىپ يېرىم سائەت ئارام ئېلىنىدۇ، قان توختىغاندىن كېيىن يەل چىقىرىۋېتىلىپ ئالدى بىلەن 20ml پارافىن (石蜡) ئىچكۈزۈلگەندىن كېيىن، ئاندىن نەيچە تارتىپ چىقىرىۋېتىلىدۇ.

② ئاشقازان ئەينەكىدە داۋالاش: ئاشقازان ئەينەكىنى تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇشتىن باشقا داۋالاشقا ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ، يەنى ئەينەكتە بېۋاستە كۆرۈش ئارقىلىق قانغان ئورۇنغا بېۋاستە قاتۇرغۇچى دورا (سۇسىز ئىسپىرت، 无水酒精) ناترىي مورروئاس (鱼肝油酸钠)، يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۇيى (高渗盐水) قاتارلىقلار ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى قان توختاتقۇچى دورا (كۆپىنچە 8% لىك نۇرئادرېنالىن، (去甲肾上腺素) بېۋاستە پۈركىلىدۇ. ئۇندىن باشقا ئاشقازان ئەينەكىنىڭ لازىر نۇر، ئېلېكتىرلىك ئۆيۈتۈش، ئىسسىق سىم، مىكرو دولقۇن، قىسقۇچ قويۇپ تومۇرنى قىسىش قاتارلىق ئىقتىدارلىرىدىن پايدىلا-نىپ قان توختىتىشقا بولىدۇ.

③ يېيىش ياكى ئاشقازان كانالچىسىدىن دورا بېرىش: نۇرئادرېنالىن (去甲肾上腺素) دىن 8mg ى 100ml سوغۇق تۇز سۇيىگە ئارىلاشتۇرۇلۇپ، قېتىمغا بۆلۈپ ئىچكۈزۈلىدۇ ياكى ئاشقازان كانالچىسىدىن ئۇرۇپ كىرگۈزۈلىدۇ، ئۇ ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىكى كىچىك ئارتېرىيىنى قىسقارتىپ قان توختىتىش رولىنى ئوينايدۇ. تروممبىن (قان ئۆيۈنتۇچى

فېرمېنت 凝血酶) دىن 2000～4000 بىرلىك 100ml تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ ھەر 4～2 سائەتتە بىر قېتىم ئىچكۈزۈلىدۇ، ئۇندىن باشقا يۇننەن ئاق دورىسى (云南白药)، سەنچى تالقىنى (三七粉) قاتارلىقلارنى ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ.

(6) تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈپ داۋالاش: تاللاش خاراكتېرلىك ئۇچەي بېغىشى ئارتېرىيىلىرى سايىلاندۇرۇلۇپ تەكشۈرۈلىدۇ، قانىغان تومۇر ئېنىق بېكىتىلگەندىن كېيىن شۇ تومۇردا تومۇر كەپلىمىسى شەكىللەندۈرۈلۈپ قان توختىتىلىدۇ.

5) جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئوپېراتسىيە قىلىش كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى تۆۋەندىكىچە:

(1) چوڭ تومۇردا چوڭ قاناش بولۇپ قان توختاش ئېھتىمالى بولمىغان، قىسقا مۇددەت ئىچىدىلا شوك كۆرۈلگەن؛

(2) سەككىز سائەت ئىچىدە 800ml قان تولۇقلانغان بولسىمۇ، ئەمما قان بېسىمى يەنىلا نورمال بولمىغان؛

(3) قايتا ـ قايتا قانىغان كېسەل تارىخى بولۇپ، نۆۋەتتە چوڭ قاناش بولغان؛

(4) چوڭ قاناشقا ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇش، ئۆتكۈر تېشىلىش ياكى ياماق سۇپەتلىك ئۆسمىگە ئۆزگىرىش ئېھتىمالى بولغان ئەھۋاللار قوشۇلۇپ كەلگەن؛

(5) يېشى 50 تىن ئاشقان ياكى روشەن ئارتېرىيە قېتىشىش بولغان، داۋالاپ 24 سائەت ئىچىدە قاناش يەنىلا توختىمىغان؛

(6) ئاشقازان ئەينەكىدە ھەربەتچان قاناش بارلىقى ئېنىقلىنىپ قان توختىتىش مۇمكىن بولمىغان.

ئوپېراتسىيە — ئالدى بىلەن يۇقىرىدا بايان قىلىنغان داۋالاشلارنىڭ ھەممىسىدە مەغلۇب بولۇپ قاناش توختىمىغان، ھەمدە قاناش سەۋەبى ۋە قاناش ئورنى ئېنىق بولغان بىمارلارغا نىسبەتەن ئەڭ ئاخىرقى تاللاشتۇر.

§ 2 . ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى
(急性胰腺炎)

ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالۇغى — پانكرېئاتىن (ئاشقازان ئاستى بېزى فېرمېنتى) نىڭ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئىچىدىلا ئاكتىپلىشىپ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئۆزىنى ھەزىم قىلىشىدىن كېلىپ چىققان ئۆتكۈر خىمىيىلىك يالۇغ. ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچكى ئاجراتما ۋە تاشقى ئاجراتمىدىن ئىبارەت ئىككى خىل فۇنكسىيىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. تاشقى ئاجراتمىسى ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقى بولۇپ تەركىبىدە ھەزىم فېرمېنتلىرى بولۇ-

دۇ. بىر قىسىم ھەزىم فېرمېنتلىرى (مەسىلەن: تېرېپسىنوگېن) ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچىدە ئاكتىپسىز ھالەتتە بولۇپ پەقەت ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى ئارقىلىق 12 بارماق ئۇچەيگە ئېقىپ كىرگەندىلا ئاندىن ئېنتېروكىنازانىڭ تەسىردە ئاكتىپلاشقان تېرېپسىنغا ئايلىنىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئەسلىدىنلا بۇ خىل فېرمېنتلارنىڭ ئۆزى ئىچىدە ئاكتىپلىشىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش فۇنكسىيىسى بولىدۇ. ئەگەر مەلۇم سەۋەب تۇپەيلىدىن ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ بۇ خىل فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇپ، ئاكتىپسىز ھەزىم فېرمېنتلىرى ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچىدىلا ئاكتىپلانسا، دەرھال ھەزىم رېئاكسىيىسىنى پەيدا قىلىپ ئاشقازان ئاستى بېزى ماددىسىدا كەڭ دائىرىلىك كېسەللىك ئۆزگىرىشى، سۇلۇق ئىششىق ھەتتا نېكروزلىنىشنى پەيدا قىلىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى ئىككى خىل بولىدۇ، كۆپ كۆرۈلىدىغىنى سۇلۇق ئىششىق تېپىدىكى بولۇپ نىسبەتەن يېنىك، ئاقىۋىتى ياخشى، ئاز كۆرۈلىدىغىنى قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكى بولۇپ ئېغىر قوزغىلىدۇ، ئەگەشمە كېسەللىكلىرى كۆپ، ئۆلۈپ كېتىش نىسبىتى يۇقىرى.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) ئۆت يولى كېسەللىكلىرى: ئۆت تېشى كېسىلى، ئۆت يولى يۇقۇملىنىش، ئۆت يولىدىكى سازاك مەددە قاتارلىقلار. 80% ئادەمنىڭ ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى ئۆت كانىلى بىلەن بىرىكىپ ئاندىن 12 بارماق ئۇچەيگە قويۇلىدۇ. شۇڭا ئۆت كانىلىدىكى كېسەللىك ئۆزگىرىشىدىن ئۆت سۇيۇقلۇقى، 12 بارماق ئۇچەي سۇيۇقلۇقى قاتارلىقلار ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچىگە تەتۇر ئېقىپ كىرىدۇ - دە، ھەزىم فېرمېنتلىرىنى ئاكتىپلاشتۇرۇۋېتىدۇ.

2) ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى توسۇلۇپ قېلىش: تاش، سازاك مەددە، ئۆسمە، تارىيىش قاتارلىقلاردىن كانال توسۇلۇپ قېلىپ كانال بېسىمى ئېشىپ كېتىدۇ - دە، ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقى ئارا ماددىلارغا سىرغىپ كىرىپ كېسەللىك پەيدا قىلىدۇ.

3) زىيادە تويۇنۇش، ھاراق ئىچىش: ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشىنى كۆپەيتىش بىلەن بىللە كانالنىڭ چىقىش ئېغىزىدا تارتىشىش، سۇلۇق ئىششىق قاتارلىقلارنى پەيدا قىلىپ سۇيۇقلۇقنىڭ 12 بارماق ئۇچەيگە ئېقىپ كىرىشىنى توسقۇنلۇققا ئۇچرىتىدۇ.

4) قورساق ئوپېراتسىيسى ياكى ياللىنىشتىن ئاشقازان ئاستى بېزى زەخمىلىنىش.

5) بىر قىسىم دورىلار (مەسىلەن: گلۇكوكورتىكوئىد 糖皮质激素) تەسىرىدىن ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئاجراتما فۇنكسىيىسىدە ئۆزگىرىش بولىدۇ، ھازىرغىچە مەلۇم بولغان ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنى قوزغىتىپ قويۇش ئېھتىمالى بولغان دورىلار 50 نەچچە خىلغا يېتىدۇ.

6) يۇقۇملىنىش: بىر قىسىم ئەزالارنىڭ يۇقۇملىنىشىغا ئەگىشىپ يۇقۇملىنىش.

7) ئىچكى ئاجراتما ۋە مېتابولىزمدىكى توسقۇنلۇقلاردىن ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ تۈزۈلۈشى ياكى فۇنكسىيىسىدە ئۆزگىرىش بولىدۇ، مەسىلەن: يۇقىرى مايلىق قان كېسىلى، يۇقىرى كالتسىيلىق قان كېسىلى قاتارلىقلار.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

سۈلۈق ئىششىق تېپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى نىسبەتەن يېنىك، قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكىنىڭ نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ، كۆپىنچە ئەگەشمە كېسەللىكلەر ئەگىشىپ كېلىدۇ. بىر قىسىم ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى قايتا قوزغىلىدۇ. بۇ ئۆتكۈر قايتا قوزغىلىشچان ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى دەپ ئاتىلىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ ئاساسلىق كلىنىكىلىق ئىپادىسى تۈيۇقسىز قوزغالغان قورساق يۇقىرى قىسمى قاتتىق ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قىزىشتىن ئىبارەت.

1) قورساق ئاغرىش: ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ ئاساسلىق ئىپادىسى ۋە دەسلەپتە كۆرۈ؛ قدىغان ئالامىتى. كۆپىنچە تويۇنۇپ يېيىش، ئىچىشتىن كېيىن تۈيۇقسىز قوزغىلىدۇ، ئوتتۇرا يۇقىرى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ، ئاغرىق بەل، دۇمبە تەرەپكە بەلۋاغسىمان تارايدۇ. تېلىپ، پىچاقتا كەسكەندەك، تەشكەندەك ياكى سانجىپ ئاغرىيدۇ، ئۈزلۈكسىز داۋاملىشىپ تۇنىقالىق كۈچىيىدۇ، بىمار تۇگۈلىۋالغاندا ئاغرىق ئازراق پەسىيىدۇ، سۈلۈق ئىششىق تېپىدىكىنىڭ 1～5 كۈندە قويۇۋېتىدۇ، قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكىنىڭ ئاغرىقى قاتتىق شۇنداقلا تېخىمۇ ئۈزۈن بولىدۇ، ھەتتا ئاشقازان ئاستى بېزىدىن سىرغىپ چىققان سۈيۇقلۇقنىڭ قورساق بوشلۇقىغا كىرىشىگە ئەگىشىپ پۈتۈن قورساق ئاغرىيدۇ.

2) كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش: كۆپىنچە تاماقتىن كېيىن يېگەن تاماق ۋە ئۆت سۈيۇقلۇقىنى قۇسۇپ چىقىرىدۇ، قۇسقاندىن كېيىن قورساق ئاغرىقى يېنىكلىمەيدۇ.

3) قورساقتىكى تەن بەلگىلىرى: سۈلۈق ئىششىق تېپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ قورساق يۇقىرى قىسمى بېسىلىپ ئاغرىيدۇ (سول قورساق يۇقىرى قىسمىدىكى ئاغرىق تېخىمۇ روشەن بولىدۇ)، يېنىك دەرىجىدە قورساق كۆپۈش، ئۇچەي لۆمۈلدەش تاۋۇشى ئاجىزلىشىش بولىدۇ. قورساق مۇسكۇلى جىددىيلىشىش، قاتتىقچىلىق ئاغرىش بولمايدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكىدە پۈتۈن قورساقتا بېسىلىپ ئاغرىش ۋە قاتتىقچىلىق ئاغرىش بولىدۇ، پالەچلىنىشلىك ئۇچەي توسۇلۇش قوشۇلۇپ كەلگەندە قورساق كۆپۈش روشەن ئىپادىلىنىپ ئۇچەي لۆمۈلدەش تاۋۇشى يوقايدۇ، قورساقتا سۇ چۈشىدۇ، قورساق سۈيى كۆپىنچە قان ئارىلاش بولىدۇ، تەركىبىدە يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى كراخمال فېرمېنتى بولمايدۇ. ئاز قىسىم بىمارلارنىڭ قورساق بوشلۇقىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى سۈيۇقلۇقى، نېكروزلانغان توقۇلمىلار ۋە قاننىڭ قورساق دىۋارىغا سىرغىپ كىرىشىدىن ئىككى تەرەپ

قوۋۇرغا ـ قورساق تۇتاشقان قىسمىنىڭ تېرىسى سۇركۆك رەڭگە كىرىپ قالىدۇ. (گرېي-تۇرنېر <Grey—Turner> بەلگىسى) ياكى كىندىك ئەتراپى كۆكۈش بىنەپشە رەڭگە كىرىپ قالىدۇ. (گۇللېن <Gullen> بەلگىسى).

4) قىزىتما: سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىدا ئوتتۇراھال قىزىتما بولۇپ 3～5 كۈن داۋاملىشىدۇ. ئەگەر تېمپېراتۇرىسى 39℃ دىن ئېشىپ بىر ھەپتىدىن ئوشۇق داۋاملاشسا، شۇنداقلا ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سانى يۇقىرى بولسا، قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى ئىكەنلىكىنى ياكى ئىككىلەمچى يۇقۇملىنىش (مەسىلەن: ئاشقازان ئاستى بېزى، قورساق بوشلۇقى يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلار) بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.

5) تۆۋەن قان بېسىمى ياكى شوك: قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىقىدا كۆرۈلىدۇ. كۆپ مىقدارىدىكى ياللۇغلۇق سۇيۇقلۇقنىڭ سىرغىپ چىقىشى، زەھەرلىك ماددىلارنىڭ بەدەنگە تارقىلىشى، ئەگەشمە يۇقۇملىنىش ۋە ھەزىم يولى قاناش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى قان بېسىمنى تۆۋەنلىتىپ، شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

6) سۇ، ئېلېكترولىت ۋە كىسلاتا ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى: قۇسۇش، سۇسىزلىنىشتىن مېتابولىزملىق ئىشقار ياكى كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ۋە كالىي، كالتسىي، ماگنىي تۆۋەنلەش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. تۆۋەن كالتسىيلىق قان كېسىلىدە تارتىشىش بولىدۇ.

7) ئەگەشمە كېسەللىكلەر: قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(1) ئاشقازان ئاستى بېزى ياكى قورساق بوشلۇقىدىكى يىرىڭلىق ئىششىق: كۆپىنچە كېسەل قوزغىلىپ 2～3 ھەپتىدىن كېيىن يۇز بېرىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى ۋە ئەتراپىدىكى توقۇلمىلارنىڭ نېكروزلىنىپ باكتېرىيىلىدىن يۇقۇملىنىشىدىن پەيدا بولىدۇ. بىماردا قورساق ئاغرىقى كۈچىيىش، يۇقىرى قىزىتما ۋە زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، قورساق يۇقىرى قىسمىدا ئىششىقنى تۇتۇپ بىلگىلى بولىدۇ.

(2) ساختا قاپلىق ئىششىق: كېسەل قوزغىلىپ 3～4 ھەپتىدىن كېيىن، ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچى ۋە ئەتراپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقى ۋە سۇيۇلغان، نېكروزلانغان ماددىلار ئەتراپىدا تالالىق توقۇلمىلار شەكىللىنىپ ساختا خالتىلىق ئىششىق پەيدا قىلىدۇ، كۆپىنچە بەزىنىڭ قۇيرۇق قىسمىدا بولىدۇ.

(3) ھەزىم يولى قاناش: غىدىقلىنىش يارىسى ۋە ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىكى

شەلۇەرەش يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنى، نېكروزلىنىشتىن كۆندىلەك بوغماق ئۇچەي تېشىلىپ كېتىش تۆۋەن ھەزىم يولى قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(4) سېپتىتسېمىيە (败血症) ۋە زەمبۇرۇغدىن يۇقۇملىنىش: ئورگانىزمنىڭ ئىممۇنىتېت كۈچى ئاجىزلاپ نەپەس يولى ۋە سۈيدۈك يولىدا ئاسانلا يۇقۇملىنىش ياكى ئاشقازان ئاستى بېزى يىرىڭلىق ئىششىقى شەكىللىنىدۇ. يۇقۇملىنىشنىڭ پۈتۈن بەدەنگە تارىلىشىدىن سېپتىتسېمىيە كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆپلەپ ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش زەمبۇرۇغدىن يۇقۇملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(5) كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسىنىڭ زەئىپلىشىشى: ئاساسلىقى نەپەس قىيىنلىشىش يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، ھەزىم يولى قاناش، ئاشقازان ئاستى بېزى مەنبەلىك مېڭە كېسىلى (ئەس - ھوشى نورمالسىزلىنىش، خىيالىي سېزىم، تىت - تىت بولۇش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ)، يېيىلما قان تومۇرلاردا قان ئۈيۈش (DIC) قاتارلىقلار بولۇپ، قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغىنىڭ ئاساسلىق ئۆلۈش سەۋەبلىرىدۇر.

(6) باشقىلار: سېرىقلىق، دىئابېت كېسىلى قاتارلىقلارنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى، ئۆتكۈر يالليۇغ، سوزۇلما يالليۇغقا ئۆزگىرىشى مۇمكىن.

3. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) كراخمال فېرمېنتى (淀粉酶): قان، سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتىنىڭ ئۆرلىشى ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغىغا دىئاگنوز قويۇشتىكى ئاساسلىق كۆرسەتكۈچلەرنىڭ بىرى، قان زەردابىدىكى كراخمال فېرمېنتى كېسەل قوزغىلىپ 6～12 سائەت ئىچىدە ئۆرلەشكە باشلايدۇ. 48 سائەت بولغاندا تۆۋەنلەشكە باشلايدۇ، 3～5 كۈنگىچە داۋاملىشىدۇ. بىراق بىر قىسىم ئېغىر، كەڭ دائىرىلىك نېكروزلانغان ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغىدا قان زەردابى كراخمال فېرمېنتى ئۆرلىمەيدۇ ھەتتا تۆۋەنلەيدۇ.

سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى كېسەل قوزغىلىپ 12～24 سائەتتىن باشلاپ ئۆرلەشكە باشلايدۇ، 1～2 ھەپتە داۋاملىشىدۇ. قورساق سۈيۇقلۇقىدىكى كراخمال فېرمېنتىنىڭ ئۆرلىشى تېخىمۇ يۇقىرى ۋە ئۇزۇن بولىدۇ. قان، سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى باشقا ھەزىم يولى كېسەللىكلىرىدىمۇ يېنىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ.

2) كراخمال فېرمېنتى ۋە كرېئاتىننىڭ تازىلىنىش نىسبىتى (肌酐清除率) نىڭ نىسبەت قىممىتى: ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغىدا بۆرەكنىڭ قان زەردابى تەركىبىدىكى كراخمال فېرمېنتىنى تازىلاش نىسبىتى (Cam) ئاشىدۇ. ئەمما كرېئاتىننىنى تازىلاش نىسبىتى (Ccr) دە ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

$$\frac{\text{قان زەردابىدىكى كرېئاتىنىن}}{\text{سۈكدۈكتىكى كرېئاتىنىن}} \times \frac{\text{سۈيدۈك ئاقسىل فېرمېنتى}}{\text{قان ئاقسىل فېرمېنتى}} \times 100\% = \text{Cam/Ccr}$$

نورمال قىممىتى 4%～1%، ئادەتتە 6% تىن يۇقىرى بولسا ئۆتكۇر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى دەپ قارىلىدۇ. ئەمما بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش، دىئابېتتىكى كىتون ۋە كىسلاتادىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلاردىمۇ ئۆرلىشى مۇمكىن.

3) باشقا لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشلەر: قان رايىدا كۆپىنچە ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سانى كۆپىيىدۇ. قان شېكىرى پەيتلىك ئۆرلەيدۇ. كۆپىنچە بىمارلاردا قان كالتسىيىسى تۆۋەنلەيدۇ، يەنى 1.75mmol/L دىن تۆۋەن بولىدۇ. ئۇندىن باشقا قاندىكى ماي كۆرسەتكۈچ-لىرى روشەن ئۆرلەيدۇ. ھەتتا قانىنىڭ ئېغىر مايلىششىدىن ئۆلچەش مۇمكىن بولمايدۇ. قان - گاز ئانالىزىدا PaO_2 قىممىتىنىڭ 60mmHg دىن تۆۋەن بولۇشى كېسەللىك ئاقىۋىتى-نىڭ ياخشى بولمايدىغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

4) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات: ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ چوڭ - كىچىكلىكى، دائىرىسى، زىچلىقىنى كۆزىتىشكە بولىدۇ. ئۇنىڭ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئىششىش دەرىجىسى، يىرىڭلىق ئىششىق، ساختا قاپلىق ئىششىق، ئۆت يولى كېسەللىكلە-رى، قورساق سۇيى، قورساق، كۆكرەك يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلارغا دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ. ئەمما ئۇچەي ئىچىدە گاز كۆپ بولسا تەكشۈرۈش ئۇنۇمىگە تەسىر قىلىدۇ.

5) CT: دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. سۈلۈق ئىششىق تېپىدىكى يالليۇغدا ئاشقازان ئاستى بېزى يوغىنايدۇ، ئەمما زىچلىقى تەكشى بولىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكىدە، ئاشقازان ئاستى بېزى يوغىنىغاندىن باشقا CT قىممىتى تۆۋەنلەيدۇ، بەز ئەتراپى تەرتىپسىز بولۇپ، سىرغىپ چىققان سۇيۇقلۇق بولىدۇ. CT دا كۆچەيتىپ تەكشۈرگەندە بەزدىكى نېكروزلانغان ئورۇننىڭ زىچلىقى تۆۋەنلەيدۇ.

4. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

كۆپلەپ ھاراق ئىچكەن ياكى زىيادە تويۇنغاندىن كېيىن تۇيۇقسىز قورساقنىڭ يۇقىرى قىسمى ئاغرىسا، ياندۇرسا، قان، سۇيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى كۆرۈنەرلىك ئۆرلىسە، بولۇپمۇ B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات ياكى CT دا ئاشقازان ئاستى بېزى روشەن يوغىنىسا ئۆتكۇر سۈلۈق ئىششىق تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغدىن گۇمان قىلىش كېرەك، يۇقىرىقى ئىپادىلەردىن باشقا ئەگەر قورساق پەردە يالليۇغى، قان تەركىبلىك قورساق بوشلۇقى سۇيى كۆرۈلسە، قورساق بوشلۇقى سۇيىنىڭ كراخمال فېرمېنتى ئۆرلىسە قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق يالليۇغنىڭ بارلىقىنى نەزەردىن ساقىت قىلىشقا بولمايدۇ. كۆچەيتىل-گەن CT نەتىجىسى ياكى باشقا ئەگەشمە كېسەللىكلەرگە قاراپ تېخىمۇ ئىلگىرىلەپ ئېنىق

دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. ئەمما دىئاگنوز قويۇش جەريانىدا تۆۋەندىكى كېسەللەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

1) ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەي يارىسى ئۆتكۈر تېشىلىش: كۆپىنچە ھەزىم خاراكتېرلىك يارا كېسەل تارىخى بولىدۇ. قورساق ئاغرىقى تۈيۈقسىز كۈچىيىپ پېچاقتا تىلغاندەك ئاغرىيدۇ. قورساق مۇسكۇللىرى تاختايەك قاتىدۇ. جىگەرنىڭ بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى يوقايدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەنده قورساقتا دىئافراگما ئاستى ئەركىن گازنى كۆرگىلى بولىدۇ. كراخمال ئاقسىلى يېنىك دەرىجىده ئۆرلەيدۇ.

2) ئۆتكۈر ئۆت يالليۇغى ۋە ئۆتتىكى تاش كېسىلى: قورساق سانجىپ ئاغرىغان تارىخى بولىدۇ. قورساق يۇقىرى قىسمى ئاغرىشنى ئاساس قىلىدۇ. مۇرپي (Murphy) بەلگىسى مۇسپىي بولىدۇ. سېرىقلىق بولۇشى مۇمكىن. كراخمال فېرمېنتى يېنىك دەرىجىده ئۆرلەيدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. ئۆت كېسەللىكلىرى بەزىده ئاشقازان ئاستى يالليۇغى بىلەن بىرلا ۋاقىتتا قوزغىلىدۇ.

3) ئۆتكۈر ئۈچەي توسۇلۇش: قورساق تۇتقاقلىق ئاغرىيدۇ، قورساق كۆپىدۇ، قۇسىدۇ، چوڭ تەرەت بولمايدۇ، يەل ماڭمايدۇ. ئاغرىق كىندىك ئەتراپىنى ئاساس قىلىدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەنده ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

4) ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى: تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى تارىخى بولىدۇ. بەزىده قورساق يۇقىرى قىسمىلا ئاغرىيدۇ، ئەمما قورساقتا تەن بەلگىلىرى ئېنىق بولمايدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگرامما ۋە يۈرەك مۇسكۇل فېرمېنتلىرىنى تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. ئەمما كراخمال فېرمېنتى نورمال بولىدۇ.

5. داۋالاش:

سۇلۇق ئىششىق تېپىدىكىنى قىسقا مۇددەت داۋالاش ئارقىلىق (3～7 كۈن) ساقايتۇۋېتىشكه بولىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكىنى بالدۇر بايقاش، ئۇنۇمۇبرسال داۋالاش، ئاكتىپ قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ.

1) كۆزىتىش: ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە سۇيدۇك مىقدارىنى ئەتراپلىق كۆزىتىپ ئۆلچەپ تۇرۇش، قورساق تەن بەلگىلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئۇزلۇكسىز تەكشۈرۈپ تۇرۇش، قان رايى، كراخمال فېرمېنتى، جىگەر، بۆرەك فۇنكسىيىسى، ئېلېكترولىت، قەنت ۋە قان ـ گاز ئانالىزى قاتارلىقلارنى كۈندە دېگۈدەك ئۆلچەپ تۇرۇش كېرەك. زۆرۈر بولغاندا CT، B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا قايتا تەكشۈرۈپ كېسەلنىڭ تەرەققىياتىنى ۋاقتىدا ئىگىلەش لازىم.

2) تاماق چەكلەش ۋە ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش: يېمەك ـ ئىچمەكتىن چەكلىگەنده

بەز سۇيۇقلۇقنىڭ ئاجرىلىپ چىقىشىنى ئازايتىپ قۇسۇش، قورساق كۆپۈش قاتارلىق ئالامەتلەرنى يېنىكلەتكىلى بولىدۇ. سۇلۇق ئىشىقى تېپىدىكى بىمارلارغا 7～4 كۈن ئەتراپىدا تاماق چەكلىنىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ياخشىلانغاندىن كېيىن ئالدى بىلەن ماي، ئاقسىل تەركىبى تۆۋەن بولغان سۇيۇق، ئاسان ھەزىم بولىدىغان يېمەكلىكلەر بېرىلىدۇ ۋە تامىقى ئاستا - ئاستا ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تېپلىق بىمارلارنىڭ تاماق چەكلەش ۋاقتى كېسەللىك ئۆزگىرىشىگە قاراپ بېكىتىلىدۇ، كۆپىنچە ئەچچە ھەپتە داۋاملىشىدۇ. شۇڭا چوقۇم ۋېنا ئارقىلىق ئوزۇقلۇق تولۇقلاش كېرەك. كۈنلۈك تولۇقلىنىدىغان ئوزۇقلۇقنىڭ ئىسسىقلىق مىقدارى 2200～2500kcal ئەتراپىدا بولۇپ، ياغ (脂肪)60%نى، گلۈكوزا (葡萄糖) 30%نى، ئامىنو كىسلاتا (氨基酸) 10%نى ئىگىلەيدۇ، ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

3) سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش ۋە شوكقا قارشى داۋالاش: ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىش ئارقىلىق ئۇنۇملۇك قان سىغىمچانلىقى ساقلىنىدۇ. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن كېرەكلىك ئېلېمېنتلار تولۇقلىنىدۇ. ئەگەر شوك ئالامەتلىرى بولسا ئاكتىپ ھالدا شوكقا قارشى داۋالاش، زۆرۈر بولغاندا قان زەردابى، پۈتۈن قان، ئاق ئاقسىل قاتارلىقلارنى تولۇقلاش، قان بېسىمنى ئۆرلىتىش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك.

4) سپازمىنى بوشىتىش ۋە ئاغرىق توختىتىش: ئۇزلۇكسىز قورساق ئاغرىغۇچىلارغا ئاتروپىن (阿托品) نى مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ، ئەمما مىقدارى كۆپ بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك. ئۇندىن باشقا 0.25%～0.5% لىك پروكائىن (普鲁卡因) دىن 100ml نى كۈندە 1～2 قېتىم، ئانىزودامىن (山莨菪碱) دىن 20mg نى 0.9% لىك تۇز سۇيىدىن 250ml غا قوشۇپ كۈندە بىر قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىشقا بولىدۇ. ئانىزودامىننىڭ يەنە ئاشقازان، ئۇچەينىڭ ئاجرىتىپ چىقىرىش فۇنكسىيىسىنى تىزگىنلەش، مىكرو ئايلىنىشىنى ياخشىلاش روللىرى بار. ئاتروپىن بىلەن ئانىزودامىننى ئۇچەي پالەچلىنىش، سۇيدۇك يىغىلىپ قېلىش ئەگىشىپ كەلگەن بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. قورساق قاتتىق ئاغرىغان بىمارلارغا دولانتىن (杜冷丁) دىن 50mg～100mg نى مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ، ئەمما مورفىن ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش كېرەك (ئوددى (Oddi's) قورىغۇچى مۇسكۇلىنىڭ سپازمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ).

5) ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ تاشقى ئاجرىتىش فۇنكسىيىسىنى تورمۇزلاش:

(1) ئاشقازان - ئۇچەينىڭ بېسىمنى چۈشۈرۈش: ئاشقازان كىسلاتاسى ئاشقازان ئاستى

بېزىنى غىدىقلاپ بەز سۈيۇقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. شۇڭا تاماق چەكلەش-
تىن باشقا ئاشقازان كانالچىسى قويۇپ ئۆزلۈكسىز مەنپىي بېسىم بىلەن ئاشقازان سۈيۇقلۇقە-
نى تارتىپ چىقىرىش ئارقىلىق ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئاجرىتىش فۇنكسىيى تۆۋەنلىتىلە-
دۇ. ئۇندىن باشقا ئۇچەي پالەچلىنىش، قورساق كۆپۈشكە ۋە ئوپېراتسىيە قىلىنغۇچىلارغىمۇ
ئاشقازان كانالچىسى قويۇلىدۇ.

(2) ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار: سىمىتىدىن (西米替丁)، رانىتىدىن (雷尼替丁)، فاموتىدىن (法莫替丁)، ئومېپرازول (奥美拉唑) قاتارلىقلار تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ (يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشقا قاراڭ).

(3) ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار: ئاشقازان ئاستى بېزى سۈيۇقلۇقىنىڭ ۋە فېرمېنتىنىڭ ئاجرىلىشىنى شۇنداقلا فېرمېنتىنىڭ سىنتېزلىنىشىنى تورمۇزلايدۇ. ئوددى قورىغۇچى مۇسكۇلنى بوشىتىپ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ بېسىمىنى يېنىكلىتىدۇ. يەرلىكتە-
كى ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى ئازايتىپ كېسەلدىن ئۆلۈش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىدۇ. شۇڭلاشقا ئامال بار بۇرۇنراق ئىشلىتىش كېرەك. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن ئوكتروتىد (奥曲肽، 善宁) دەسلەپتە 100μg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىپ، ئاندىن سائىتىگە 2.5μg سۈرئەتتە ئۆزلۈكسىز تامچىتىلىش ياكى 100μg دىن ھەر سەككىز سائەتتە بىر قېتىم ئۇچ بۇرجەك مۇسكۇلنىڭ ئورنىغا تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇدا 3～7 كۈن ئىشلىتىلىدۇ. ستىلامىن (思他宁) سائىتىگە 250μg سۈرئەتتە ئۆزلۈكسىز ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئۇدا 3～7 كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

6) يۇقۇملىنىشقا قارشى داۋالاش: سۈلۈق ئىششىق تېپىدىكى ياللۇغ خىمىيىلىك ياللۇغ بولۇپ ئۆت كېسەللىرى كەلتۈرۈپ چىقارغانلىرىدىن باشقىلىرىغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلەتمە-
سىمۇ بولىدۇ، ئەمما قاناش، نېكروزلىنىش تېپىدىكى ياللۇغدا كۆپىنچە ئەگەشمە يۇقۇملە-
نىش بولۇشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا چوقۇم يۇقىرى ئۈنۈملۈك، كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكە-
لارنى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك. ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلەتكەندە چوقۇم ئوكسىگېندىن قاچقۇ-
چى باكتېرىيىگە قارشى ئانتىبىئوتىكلار (مېترونىدازول〈甲硝唑〉) نىمۇ قوشۇپ ئىشلىتىش كېرەك.

7) ئاشقازان ئاستى بېزى فېرمېنتلىرىنى تورمۇزلاش: بۇرۇن، كۆپ مىقداردا ئىشلەتە-
كەندە ياللۇغنىڭ تەرەققىياتىنى كونترول قىلغىلى بولىدۇ.

(1) تىرازىلول (抑肽酶) كۈندە 20～50 تۈمەن بىرلىك ئىككىگە بۆلۈنۈپ گلۇكوزا سۈيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(2) گاېكسات (加贝脂) كۇندە 100mg～300mg گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 500mg～1500mg غا قوشۇلۇپ ھەر سائەتتە، ھەر كىلوگرام ئېغىرلىققا 2.5mg سۇرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 2～3 كۇندىن كېيىن كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغاندا مىقدارى تەدرىجىي ئازايتىلىدۇ.

(3) فلۇراتسىل (5—氟尿嘧啶، 5—Fu) 500mg ى 500ml گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ كۇندە بىر قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئۇدا 3～6 كۇن ئىشلىتىلىدۇ، ئومۇمىي مىقدارى 3g دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ.

8) ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ مىكرو قان ئايلىنىشىنى ياخشىلاش: ئاشقازان ئاستى بېزى ئارىلىق ماددىلىرىنىڭ سۇلۇق ئىشىقىنى يېنىكلىتىش، قىلدام تومۇرلاردىكى سپازمىنى بوشىتىش ۋە قانىنىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈش مەقسەت قىلىنىدۇ. سپازمىغا قارشى ئاترو-پىن (阿托品)، ئانىزودامىن (山莨菪碱,654—2) قاتارلىقلار ئىشلىتىلىدۇ. قانىنىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈشكە تۆۋەن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子右旋糖酐)، قىزىل يىلتىزلىق چۆل يالپۇزى ئوكۇلى (丹参注射液) ئىشلىتىلىدۇ. ئاق ئاقسىل (白蛋白) قاتارلىق كوللوئىدلىق دورىلارنى ئىشلەتكەندە، كوللوئىدلىق ئوسموس بېسىمنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ سۇلۇق ئىشىقىنى يېنىكلەتكىلى بولىدۇ.

9) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: قورساقتا كۆپ مىقداردا سۇ چۈشكەن ياكى بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكەنلەرنى بۇرۇنراق دىئالىز (透折) لاپ داۋالاش، دىئابېت قوشۇلۇپ كەلگۈچىلەرگە ئىنسۇلىن (胰岛素) ئىشلىتىش، ئۆتكۇر نەپەس قىيىنلىشىش يېغىندا كېسەللىك ئالامىتى بولسا زۆرۈر بولغاندا كانايىنى كېسىپ مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش كېرەك.

10) ئىچكى بوشلۇق ئەينەكى (内镜) ئارقىلىق ئوددى قورۇغۇچى مۇسكۇلىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى (EST): ئۆت يولىدىكى تاشنىڭ توسۇۋېلىشىدىن كېلىپ چىققان يالىلۇغا مۇۋاپىق كېلىدۇ. ئوددى قورىغۇچى مۇسكۇلىنى كېسىپ تاشنى ئېلىۋەتكەندىن كېيىن ئۆت، ئاشقازان ئاستى بېزى كانالچىلىرىغا نىسبەتەن ئاققۇزۇش ۋە بېسىمنى چۈشۈرۈش رولىنى ئويناپ، ئاشقازان ئاستى بېزى يالىلۇغىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش مەقسىتىگە يەتكىلى بولىدۇ.

11) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: (1) ماس كېلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر تۆۆەندىكىچە:

① قاناش، نېكروزلىنىش تېپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى يالىلۇغىنى دورا بىلەن داۋالىغاندا ئۈنۈمى بولماسلىق؛

② قورساق پەردە يالليۇغى، پالەچلىك ئۇچەي توسۇلۇش، يىرىڭلىق ئىششىق ساختا، قاپلىق ئىششىق قاتارلىقلار ئەگىشىپ كېلىش؛

③ ئۆت مەنبەلىك ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغىدا قىزىتما يانماسلىق، سېرىقلىق ئېغىرلىشىش، ئۆت يولىدا توسۇلۇش بولۇش؛

④ باشقا ئوپېراتسىيە قىلىشقا تېگىشلىك قورساق بوشلۇقى كېسەللىكلىرىنى ئىنكار قىلىش مۇمكىن بولمىغاندا؛

(2) ئوپېراتسىيە ئۇسۇللىرى تۆۋەندىكىچە:

① نېكروزلانغان توقۇلمىلارنى تازىلاپ ئېلىۋېتىپ بەز ئەتراپىنى ئاققۇزۇش؛

② قورساق بوشلۇقىنى يۇيۇپ ئاققۇزۇش؛

③ ئۆت يولىدىكى توسالغۇنى يوقىتىپ "T" كانالچىسىدا ئاققۇزۇش؛

④ زۆرۈر بولغاندا قائىدىلىك هالدا قىسمەن ئاشقازان ئاستى بېزىنى كېسىپ ئېلىۋېتىش.

6. ئالدىنى ئېلىش: زىيادە تويۇنۇپ يېيىش - ئىچىشتىن ۋە هاراق ئىچىشتىن ساقلىنىش، ئۆت يولى كېسەللىكلىرىنى ۋاقتىدا داۋالاش كېرەك.

ئون بەشىنچى باب سۇيدۇك ئاجرىتىش سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى

1 § . ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش
(急性肾功能衰竭)

بۆرەكنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىپ كېتىشى ياكى بۆرەكنى زەھەرلىگۈچى ماددىلارنىڭ تەسىرىدىن بۆرەك نەيچىلىرىدە نېكروزلىنىش يۈز بېرىپ بۆرەك فۇنكسىيىسى تەسىرگە ئۇچرايدۇ. كلىنىكىدا سۇيدۇك ئازلىق (كۈنلۈك سۇيدۇك مىقدارى 400ml دىن تۆۋەن) ، سۇيدۇك كەلمەسلىك (كۈنلۈك سۇيدۇك مىقدارى 100ml دىن تۆۋەن) ، ئازوت ماددىسى يىغىلىپ قېلىش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىدىن ئىبارەت بىر قاتار ئىپادە، ئەگەشمە كېسەللىكلەر كۆرۈلىدۇ، بۇ بۆرەكنىڭ ئۆتكۈر زەئىپلىشىشى دېيىلىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) بۆرەككە قان يېتىشمەسلىك: تۇيۇقسىز كۆپلەپ قان، سۇيۇقلۇق يوقىتىش، شوك قاتارلىق.

2) بۆرەكنى زەھەرلىگۈچى ماددىلار:

(1) تاشقى مەنبەلىك زەھەرلىك ماددىلار: بۆرەكنى زەھەرلىگۈچى دورىلار (ئامىنو گلۇكوزىد تىپىدىكى (氨基糖甙类) ئانتىبىئوتىكلار، ئامفوتېرىتسىن (二性霉素) قاتارلىق) ، بىر قىسىم ئېغىر ئېلېمېنتلار (سىماب، ئارسېن، سۇرمە قاتارلىق) ، ئورگانىك ئېرىتمىلەر، بىئولوگىيىلىك زەھەر، ھاشارات، چاشقان دورىلىرى ۋە بەزى جۇڭيى دورىلىرى.

(2) ئىچكى مەنبەلىك زەھەرلىگۈچى ماددىلار: ھەر خىل سەۋەبلەردىن كېلىپ چىققان توغرا مۇسكۇل ئېرىش رېئاكسىيىسى، قان ئېرىش، يۇقىرى كالتسىيلىق قان كېسىلى، ئۆسمە توقۇلمىلىرى ئېرىش، ئېغىر زەخمىلىنىش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك قاتارلىق.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۆتكۈر مەزگىلىدە سۇيدۇك مىقدارىنىڭ ئازىيىش ياكى ئازايماسلىقىغا قاراپ ئىككى تۈرگە بۆلىنىدۇ.

1) سۇيدۇك ئازىيىش تىپلىق بۆرەك ئاجىزلىشىش:

(1) سۇيدۇك ئازىيىش دەۋرى: قوزغىلىشى تېز، كۆپىنچە كېسەل قوزغىلىپ نەچچە

سائەتتىن 48 سائەتكىچە بولغان ئارىلىقتا سۈيدۈك ئازلىق ياكى سۈيدۈك كەلمەسلىك كۆرۈلىدۇ، 7～14 كۈن ئەتراپىدا داۋاملىشىدۇ. كلىنىكىدا تۆۋەندىكى ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ:

① سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش كېسىلى ئالامەتلىرى: كۆڭۈل ئېلىشىدۇ، قۇسىدۇ، ئىشتىهاسى تۆتۈلىدۇ. قان سىغىمچانلىقى ئېشىپ كېتىش، يۈرەك زەئىپلىشىش قاتارلىق يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، نەپەس قىيىنلىشىدۇ، تۆۆەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى بولىدۇ، ئۇيقۇسىرايدۇ، ئەس ـ هوشى قالايمىقانلىشىدۇ. كۆپىنچە بىمارلاردا كەم قانلىق بولىدۇ. ئاخىرقى مەزگىلدە قان ئۇيۇش فۇنكسىيىسىدە قالايمىقانچىلىق كۆرۈلىدۇ.

② سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا ئىشقارلىقنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى: سۇ يىغىلىپ قېلىش، يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى، تۆۆەن ناترىيلىق، تۆۆەن كالتسىيلىق قان كېسىلى ۋە مېتابولىزم خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كۆرۈلىدۇ.

(2) سۈيدۈك كۆپىيىش دەۋرى: 10～14 كۈن ئەتراپىدا داۋاملىشىدۇ. بۇ دەۋردە بۆرەك فۇنكسىيىسى تېخى تولۇق ئەسلىگە كەلمىگەن بولۇپ سۈيدۈك تۈيۇقسىز كۆپەيگەچكە (كۈنلۈك سۈيدۈك 4000ml دىن ئېشىپ كېتىدۇ) سۇ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى يەنە بۇزۇلىدۇ. ئەگەر سۈيدۈكنىڭ كۆپىيىشى كۆرۈنەرلىك بولمىسا (سۈيدۈك بەزىدە كۆپ، بەزىدە ئاز ياكى كۈنلۈك سۈيدۈك مىقدارى 800ml دىن تۆۆەن) بىرلەمچى كېسەللىك سەۋەبى يەنىلا مەۋجۇت ئىكەنلىكىنى ياكى يېڭىدىن ئۆزگىرىش بولغانلىقىنى كۆرسىتىدۇ. ئاقىۋىتى ياخشى ئەمەس.

(3) ئەسلىگە كېلىش دەۋرى: كلىنىكىلىق ئالامەتلىرى تەدرىجىي يوقايدۇ، سۈيدۈك مىقدارى ۋە قاندىكى كرېئاتىنىن ۋە ئۇرېئا ئازوتى نورماللىشىدۇ.

2) سۈيدۈك ئازايمايدىغان بۆرەك ئاجىزلىق: كۆپىنچە بۆرەكنىڭ زەھەرلىنىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. بۆرەكنىڭ زەھەرلىنىشى نىسبەتەن يېنىك بولۇپ كۈنلۈك سۈيدۈك مىقدارى 400ml دىن كۆپ بولىدۇ، ھەتتا نورمال بولىدۇ. مەلۇم دەرىجىدە بۆرەك فۇنكسىيىسى ۋە سۈيدۈك مىقدارىنى ساقلاپ قالغانلىقى ئۈچۈن كلىنىكىلىق ئالامەتلىرى نىسبەتەن يېنىك بولىدۇ.

3. دىئاگنوزى:

روشەن بولغان كېسەللىك سەۋەبى، سۈيدۈك ئازلىق ياكى سۈيدۈك بولماسلىق ۋە بۆرەك فۇنكسىيىسىگە قاراپ، ئەگەر سۈيدۈك ئازىيىش بولمىسا قاندىكى كرېئاتىنىن (肌酐) نىڭ كۈنلۈك يۇقىرىلاش مىقدارىنىڭ 88.4～176.8mmol/L دىن، ئۇرېئا ئازوتى (尿素氮) نىڭ كۈنلۈك يۇقىرلاش مىقدارىنىڭ 3.6～10.7mmol/L دىن ئېشىپ كېتىشىگە قاراپ ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. دىئاگنوز قويۇش قىيىن بولغان بىمارلارغا بۆرەك سۈرەت ئىلمى

تەكشۈرۈشى (رېنتگېن، CT، MR، قان تومۇردىن سايىلاندۇرۇش، نوكلىئېن (核素) لىك تەكشۈرۈش قاتارلىق) ۋە بۆرەك تىرىك توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرۈش ئۇسۇلى ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

4. داۋالاش پىرىنسىپى:

1) ئاكتىپ هالدا كېسەللىك سەۋەبىنى يوقىتىش ، داۋالاش.

2) ئاكتىپ هالدا ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش، ئۇزۇقلۇققا كاپالەتلىك قىلىش.

3) سۈيدۈك هەيدەش، نېكروزلانغان بۆرەك نەيچىلىرىنىڭ ئەسلىگە كېلىشى، قايتا ئۆسۈشىنى ئىلگىرى سۈرۈش ۋە زەهەر هەيدەش ئارقىلىق بۆرەك فۇنكسىيەسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش.

4) قاندىن دىئالىزلاپ داۋالاش: سۈنئىي بۆرەكنىڭ رولىنى ئويناپىدۇ، يەنى بۆرەك ئارقىلىق بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىشى كېرەك بولغان چىقىرىندى ماددىلار قان تازىلاش (دىئالىزلاش) ئارقىلىق چىقىرىۋېتىلىدۇ. ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىشنىڭ كۆپچىلىكى تەدرىجىي تولۇق ساقىيالايدۇ. شۇڭلاشقا جىددىي قوزغىلىش مەزگىلىدە زۆرۈر بولسىلا دىئالىزلاپ داۋالاپ بۆرەك فۇنكسىيەسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىگە شارائىت يارىتىش كېرەك.

§ 2. سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىغا تاش چۈشۈش
(泌尿系统结石)

سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىغا تاش چۈشۈش بۆرەك، سۈيدۈك نەيچىسى، دوڭسۇن ۋە سۈيدۈك يولىدا تاش پەيدا بولۇشنىڭ ئومۇمىي نامى، بۇنىڭ ئىچىدە بۆرەك ۋە سۈيدۈك نەيچىسىدە تاش پەيدا بولۇش يۇقىرى سۈيدۈك يولىغا تاش چۈشۈش، دوڭسۇن ۋە تاشقى سۈيدۈك يولىدا تاش پەيدا بولۇش، تۆۋەن سۈيدۈك يولىغا تاش چۈشۈش دەپ ئاتىلىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

نىسبەتەن بىرلىككە كەلگەن قاراش شۇكى تاشنىڭ پەيدا بولۇشى مۇهىت (هاۋا، تۈپراق، سۇ قاتارلىق)، يەككە تەن (مىللەت، ئىرسىيەت، يېمەك - ئىچمەك ئادىتى، كېسەللىك قاتارلىق) ۋە سۈيدۈك يولىنىڭ ئۆزىدىكى ئاناتومىيىلىك ئالاهىدىلىك (تارىيىش، توسۇلۇش) قاتارلىق ئامىللار بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك. مەيلى نېمىلا سەۋەبتىن بولغان تاش بولسۇن سۈيدۈك يولىدا زەخمىلىنىشنى پەيدا قىلىدۇ، بۇنىڭ بىلەن سۈيدۈك يولىدا ياللۇغلۇق تارىيىش كۆرۈلىدۇ. تاش سۈيدۈك يولىنى توسۇۋېلىپ تاش چۈشكەن ئورۇننىڭ يۇقىرى

قىسمىدا سۇ (سۈيدۈك) يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، سوزۇلما توسۇلۇش بولسا ئەگەشمە يۇقۇملىنىش ۋە توسۇلۇش خاراكتېرلىك بۆرەك كېسىلىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) يۇقىرى سۈيدۈك يولىغا تاش چۈشۈش:

(1) ئاغرىق: ئاغرىق كۆپىنچە كېسەل تەرەپ بەلدە ۋە تۆۋەن قورساق قىسمىدا بولىدۇ، ياكى شۇ تەرەپ تۆۋەن قورساق ، جىنسىي ئەزا ۋە يوتا ئىچ تەرىپىگە تارىلىدۇ، كۆپىنچە تېلىپ ئاغرىيدۇ. جىددىي قوزغالغاندا قاتتىق سانجىپ ئاغرىيدۇ. ھەتتا قان بېسىمىمۇ تۆۋەنلەيدۇ. سۈيدۈك نەيچىسىنىڭ ئاخىرقى بۆلىكىدىكى تاشتا سۈيدۈك قېتىم سانى كۆپەيىش، قىستاش، ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىشى مۇمكىن. ئاغرىق تەرەپ بۆرەك ئورنى چېكىلىپ ئاغرىيدۇ.

(2) قان سىيىش: تاشنىڭ شىللىق پەردىنى زەخمىلەندۈرۈشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. سۈيدۈك رايىنى تەكشۈرۈشتە قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى بولىدۇ. بىر قىسىم بىمارلاردا كۆز بىلەن كۆرگىلى بولىدىغان قان سۈيدۈك كېلىدۇ.

(3) يىرىڭلىق سۈيدۈك: يۇقۇملىنىش ئەگىشىپ كەلگەندە يىرىڭ ھۈجەيرىلىرىنى كۆرگىلى بولىدۇ.

(4) توسۇلۇش خاراكتېرلىك بۆرەك كېسىلى: توسۇلۇش خاراكتېرلىك بۆرەك كېسىلىدە بۆرەك ماددىسىنىڭ ئاناتومىيىلىك تۈزۈلىشىدە ئۆزگىرىش بولىدۇ، بۆرەك فۇنكسىيىسى ئاجىزلايدۇ.

2) دوۋسۇنغا تاش چۈشۈش: كۆپىنچە ئون ياشتىن تۆۋەن بالىلاردا ۋە مەزى بېزى ئۆسۈپ قالغان ياشانغانلاردا كۆرۈلىدۇ. ئاساسلىقى دوۋسۇن غىدىقلىنىش ئالامىتى (پات - پات سىيىش، سۈيدۈك قىستاش، سىيىش ئاخىرىدا ئاغرىش قاتارلىق) كۆرۈلىدۇ، ھەركەت قىلغاندا كۈچىيىدۇ. تېپىك ئالامىتى بولسا سىيىۋاتقاندا سۈيدۈك تۈيۇقسىز توختاپ قالىدۇ ۋە قاتتىق ئاغرىيدۇ، ئاغرىق جىنسىي ئەزاغا تارايدۇ. بەدەن ھالىتىنى ئۆزگەرتكەندىن كېيىن ئاغرىق پەسەيىدۇ، سۈيدۈك قايتا راۋانلىشىدۇ. ئۇندىن باشقا قان سىيىشى، يىرىڭلىق سۈيدۈك بولۇشى مۇمكىن.

3) تاشقى سۈيدۈك يولىدىكى تاش: ئاساسلىق ئالامىتى سىيگەندە ئاغرىيدۇ، قان سىيىدۇ، سىيگەندە سۈيدۈك سىزىقى ئىنچىكىلەيدۇ، بەزىدە ئۆتكۈر سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

3. دىئاگنوزى:

1) ئەگەر تېپىك ئاغرىققا قان سىيىش قوشۇلۇپ كەلسە ئالدى بىلەن سۈيدۈك يولىدا

تاش بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك. سىيگەندە تاش سىيىپ چىقارغۇچىلارغا ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈش: سۈيدۈك رايىدا قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى بولىدۇ. ئەگەر يالليۇغلىنىش بولسا يىرىڭ ھۈجەيرىلىرىنى تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ. رېنتگېنده 90% سۈيدۈك يولىدىكى تاشنى كۆرگىلى بولىدۇ. B تىپلىق ئولترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتنا رېنتگېنده كۆرگىلى بولمىغان تاشنى تەكشۈرۈپ تاپقىلى بولۇشى مۇمكىن، بولۇپمۇ بۆرەك، سۈيدۈك نەيچىسىگە سۇ يىغىلىۋېلىشنى تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ.

4. داۋالاش:

1) ئالامەتكە نىسبەتەن داۋالاش: ئۆتكۈر قوزغالغاندا ئالدى بىلەن ئاغرىق توختىتىپ سپازمىنى بوشىتىش كېرەك. ئاغرىق توختىغاندا دولانتىن (杜冷丁) دىن 50mg～100mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. سپازمىنى بوشىتىش ئۈچۈن ئاتروپىن (阿托品) دىن 0.5mg～1mg ياكى ئانىزوداھېن (2—654) دىن 10mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئۈندىن باشقا ۋىتامىن K_3 دىن 16mg، پروگېستېرون (黄体酮) دىن 20mg～40mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاغرىق قويۇۋەتمىسە ئانىزوداھېندىن 20mg نى تۇز ياكى گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml غا قوشۇپ ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە تامچىلىتىشقا بولىدۇ.

2) تاش چۈشۈرۈش:

(1) تاش ھەيدەش: ئادەتتە دىئامېترى 0.6cm دىن كىچىك بولغان تاشقا مۇۋاپىق كېلىدۇ. تاش ھەيدەش رولى بولغان جۇڭيى ياكى تېبابەت دورىلىرىنى ئىچىشكە مۇۋاپىق ھالدا سۈيدۈك ھەيدەش، ئاغرىق توختىتىش، يالليۇغ قايتۇرۇش، سپازمىنى بوشىتىش دورىلىرىنى قوشۇپ ئىشلەتكەندە تاشنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۈندىن باشقا سۇنى كۆپ ئىچىش تاش ھەيدەشكە پايدىلىق.

(2) تاشنى پارچىلاپ چىقىرىۋېتىش: تاش پارچىلاش ئاپپاراتى ئارقىلىق بەدەن سىرتىدىن تاش پارچىلىنىپ، نىسبەتەن چوڭ تاش كىچىكلىتىلىپ، تاشنىڭ چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ. 95% بىمارلاردا نىسبەتەن ياخشى ئۈنۈمنى كۆرگىلى بولىدۇ.

(3) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: نىسبەتەن چوڭ، كۆپ، تاش پارچىلاش مۇمكىن بولمىغان ياكى ئۈنۈمى بولمىغان، بۆرەك فۇنكسىيىسى تەسىرگە ئۇچرىغان بىمارلارنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ توسۇلۇش پەيدا قىلغان تاشنى ئېلىۋېتىش كېرەك.

3) يۇقۇملىنىشقا قارشى داۋالاش: ئاغرىق جىددىي قوزغالغاندا ياكى يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە، ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش كېرەك.

§ 3 . ئۆتكۈر سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش
(急性尿潴留)

دوڭسۇننىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى مېخانىكىلىق ياكى دىنامىكىلىق توسۇلۇشتىن دوڭسۇنغا سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) مېخانىكىلىق توسۇلۇش: دوڭسۇن بويىنى ۋە تاشقى سۈيدۈك يولىدا يۇز بەرگەن زەخمىلىنىش، ئوپېراتسىيە، تاش، يات بېسىم، ئۆسمە قاتارلىق توسۇلۇش پەيدا قىلىدىغان كېسەللىكلەرنىڭ ھەممىسى سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2) دىنامىكىلىق توسۇلۇش: سۈيدۈك چىقىرىش فۇنكسىيىسىدە توسقۇنلۇق بولۇشتىن سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى كۆرسىتىدۇ. كۆپىنچە ناركوز (بولۇپمۇ بەل ناركوزى) دىن كېيىن يۇز بەرگەن نېرۋىلاردىكى زەخمىلىنىش، يۇقۇملىنىش، بەزى دورىلار (مەسىلەن: ئاتروپىن (阿托品)، پروبانتىن (普鲁本辛) قاتارلىق) نىڭ ئەكس تەسىرى ۋە بەزى كېسەللەر (مەسىلەن: كالىي تۆۋەنلەش، قىزىتما قاتارلىق) نىڭ تەسىرىدىن دوڭسۇننىڭ سۈيدۈكنى سىقىپ چىقىرىش فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

قوزغىلىشى تېز، تۈيۇقسىز سىيەلمەيدۇ، دوڭسۇن تېزلىكتە كېڭىيىپ، بىماردا دوڭسۇن چىڭقىلىپ ئاغرىش كۆرۈلىدۇ. تۆۋەن قورساق قىسمىدا يوغىنىغان دوڭسۇننى تۈتۈپ بىلگىلى بولىدۇ، بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. B تېپىلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا، سۈيدۈك ئەتراپقا سىرغىپ چىقىپ ئەگەشمە يالىلۇغلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش مۇمكىن، ئەمما بۆرەك فۇنكسىيىسىگە تەسىر يەتكۈزۈش ئېھتىمالى ئىنتايىن تۆۋەن بولىدۇ.

3. داۋالاش:

1) دەرھال كېسەل سەۋەبىنى ئېنىقلاش ۋە يوقىتىش.

2) بەل ناركوزىدىن كېيىن سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش: ئادەتتە ناركوز تەسىرىنىڭ تۈگىشىگە ئەگىشىپ ئۆزلۈكىدىن ئەسلىگە كېلىدۇ. ئەگەر يەنىلا سىيەلمىسە تۆۋەندىكى چارىلەرنى قوللىنىش كېرەك: دوڭسۇن ئورنىغا ئىسسىق ئۆتكۈزۈش، جۇڭيىچە يىڭنە سانجىش (زۇسەنلى (足三里) سەنيىڭجياۋ (三阴交)، چىخەي (气海) پەللىرىگە)، پارا

سىمپاتىك نېرۋا (副交感神经) نى غىدىقلىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش قاتارلىقلار. ئەگەر ئۇنۇمى بولمىسا سۈيدۈك ئاققۇزۇش كانالچىسى سېلىپ ئۇدا سۈيدۈك ئاققۇزۇش لازىم.

3) باشقا سەۋەبلەردىن بولغان سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشقا ئالدى بىلەن سۈيدۈك ئاققۇزۇش كانالچىسى قويۇپ سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى بىر تەرەپ قىلىش كېرەك.

4) ئەگەر سۈيدۈك ئاققۇزۇش كانالچىسى سېلىش مۇمكىن بولمىسا (مەسىلەن: تاشقى سۈيدۈك يولى زەخمىلىنىش، تاريىش، مەزى بېزى يوغىناش قاتارلىق ئەھۋاللاردا) دوۋسۇن تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ بىۋاستە دوۋسۇندىن سۈيدۈك ئاققۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. دوۋسۇننى تەشكەندە دوۋسۇن رايونى دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ دوۋسۇن سۆڭەك بىرلەشمىسى (耻骨联合) نىڭ يۇقىرىسىدىن 1cm～2cm كېلىدىغان ئورۇن تېشىلىدۇ.

ئاندىن تېشىلگەن ئورۇنغا كانالچە قويۇلۇپ تېرىگە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. دوۋسۇننى تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىشنىڭ ئالدىنقى شەرتى دوۋسۇنغا چوقۇم تولۇق سۈيدۈك يىغىلغان بولۇشى كېرەك. بولمىسا قورساق بوشلۇقىدىكى ئەزالارنى زەخمىلەندۈرۈپ قويۇش خەۋپى بولىدۇ.

ئون ئالتىنچى باب ئىچكى ئاجراتما، مېتابولىزم سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى

§1. دىئابېت كېسىلىدە كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش (糖尿病酮症酸中毒)

دىئابېت كېسىلىدە كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش — بەدەندىكى ئىنسۇلىن مىقدارى-نىڭ يېتىشمەسلىكىدىن قانداقى قەنت مىقدارى يۇقىرىلاش، كېتون مىقدارى يۇقىرىلاش ۋە مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ئاساسلىق ئۆزگىرىش قىلغان شېكەرلىك دىئابېت كېسىلىنىڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان ئۆتكۈر ئەگەشمە كېسەللىكىدۇر.

دىئابېتتا شېكەر مېتابولىزمىنىڭ ئېغىر دەرىجىدە قالايمىقانلىشىشىدىن ياغ مېتابولىزمى-دىمۇ ئېغىر دەرىجىدە قالايمىقانلىشىش يۈز بېرىدۇ. ياغ كۆپ مىقداردا ئەمما تولۇقسىز پارچىلىنىپ ياغ كىسلاتاسى (脂肪酸) نى ھاسىل قىلىدۇ. ياغ كىسلاتاسى جىگەردە ئوكسىد-لىنىپ كېتون تەنچىسى (酮体) نى ھاسىل قىلىپ بەدەندە زىيادە مىقداردا كېتون تەنچىسى يىغىلىپ قالىدۇ. بۇ كېتونلۇق قان كېسىلى (酮血症) نى پەيدا قىلىدۇ، بۇ ۋاقىتتا كېتون تەنچىسى سۈيدۈكتىن كۆپلەپ چىقىرىلىدۇ. بۇ كېتون كېسىلى (酮症) دەپ ئاتىلىدۇ. كېتون تەنچىسى نىسبەتەن كۈچلۈك كىسلاتا بولۇپ بەدەندە زاپاس ساقلىنىۋاتقان ئىشقارلارنى خورىتىۋېتىدۇ ـ دە، مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

دىئابېت بىمارلىرىدا تۆۋەندىكى ئەھۋاللار كۆرۈلگەندە ئاسانلا قوزغىلىدۇ:

1) دىئابېت بىمارلىرىنىڭ (بولۇپمۇ I تىپلىق دىئابېت كېسەللىكى) ئىنسۇلىنىنىڭ ئىشلىتىش مىقدارىنى نامۇۋاپىق ئازايتىشى ياكى توختىتۋېتىشى؛

2) ھەرخىل يۇقۇملىنىش؛

3) غىدىقلىنىش ھالىتى: زەخمىلىنىش، ئوپېراتسىيە، تۇغۇت قاتارلىق؛

4) تاماق رېتىمى قالايمىقانلىشىش؛

5) روھىي زىيادە غىدىقلىنىش ھالىتى؛

6) ئېنىق بولمىغان سەۋەبلەر: بەزى دىئابېت بىمارلىرىدا زەھەرلىنىشنىڭ ئېنىق سەۋەبى بولمايدۇ، ھەتتا زەھەرلىنىشتىن بۇرۇن دىئابېت كېسىلى بارلىقىنىمۇ ئۇقمايدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

(1) كۆپىنچە بىمارلاردا ئېنىق بولغان دىئابېت كېسىللىك تارىخى بولۇپ يېقىنقى مەزگىلدىكى ئالامەتلىرى ئېغىرلاشقان بولىدۇ. يەنى ئىشتىهاسى تۆتۈلۈش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئاز سانلىق بىمارلاردا قورساق ئاغرىش قاتارلىقلار. سۈسىزلىنىش بەلگىلىرى چىقىدۇ، پۈركۈپ چىقارغان نەپەستە سېسىق ئالما پۈرىقى بولىدۇ.

(2) كۆپىنچە بىمارلاردا كېسەلنى قوزغاتقۇچى ئامىللار مەۋجۇت بولىدۇ.

(3) ئېغىر- يېنىكلىكىگە قاراپ يېنىك، ئوتتۇراھال، ئېغىر دەپ ئۈچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ. يېنىكلىرىدە پەقەت كېتون كېسىلىلا بولۇپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولمايدۇ. ئوتتۇراھاللىرىدا يېنىك، ئوتتۇراھال دەرىجىدە كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە ھوشسىزلىنىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

2) ئاساسلىق ئالامەت ۋە تەن بەلگىلىرى:

(1) يېنىك دەرىجىلىك زەھەرلىنىش: كۆپ سېيىش، ئۇسساش، كۆپ ئىچىش، ھالسىزلىنىش قاتارلىق ئەسلىي دىئابېت كېسىلىنىڭ ئالامەتلىرى ئېغىرلىشىدۇ ياكى تۇنجى قېتىم كۆرۈلىدۇ.

(2) ئوتتۇراھال زەھەرلىنىش: كېسەللىك ئەھۋالى تېزلا يامانلىشىدۇ. كۆڭلى ئېلىشىدۇ، ياندۇرىدۇ، بەزىدە قورسىقى ئاغرىيدۇ (ئۆتكۈر قورساق كېسەللىكى دەپ خاتا دىئاگنوز قويۇشتىن ساقلىنىش كېرەك) ، قاتتىق ئۇسسايدۇ. سۈيدۈك مىقدارى كۆرۈنەرلىك كۆپەيىدۇ. كۆپىنچە باش ئاغرىش، تىنچسىزلىنىش، ئۇيقۇسىراش قاتارلىق ئالامەتلەر قوشۇلۇپ كېلىدۇ. نەپەس چىقارغاندا سېسىق ئالما پۈرىقى كېلىدۇ. چىرايى قىزىرىپ كالپۇكلىرى گىلاس رەڭگىگە كىرىدۇ. چوڭقۇر، چوڭ نەپەسلىنىدۇ. pH قىممىتى 7.0 دىن تۆۋەن بولغاندا نەپەس مەركىزى تورمۇزلىنىدۇ.

(3) ئېغىر دەرىجىدە زەھەرلىنىش: بىمار ئېغىر سۈسىزلانغان ھالەتتە بولۇپ سۈيدۈك مىقدارى ئازىيىدۇ. تېرىلىرى قۇرغاقلىشىپ ئېلاستىكلىقى تۆۋەنلەيدۇ. كۆزى ئولتۇرۇشىدۇ، ئاۋازى پۈتۈپ قالىدۇ، تومۇر ئىنچىكە، تېز سوقىدۇ، مۇچىلىرى مۇزلاپ قان بېسىمى تۆۋەنلەيدۇ. شوك ياكى يۈرەك، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق قوشۇلۇپ كېلىدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى تۆۋەن بولىدۇ ياكى يۇقۇملانغان ھالەتتە بەدەن تېمپېراتۇرىسى نورمال بولىدۇ. نېرۋا - روھىي ئالامەتلىرىنىڭ دەرىجىسى ئوخشاش بولمايدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى تەرەققىي قىلىپ مەلۇم باسقۇچقا يەتكەندە ھەر خىل رېفلېكس ئاجىزلىشىدۇ ياكى يوقايدۇ، ئاخىرى ھوشسىزلىنىدۇ.

3. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) قان:

(1) قان شېكىرى كۆرۈنەرلىك ئۆرلەيدۇ. كۆپىنچە 16.7～33.3mmol/L ئەتراپىدا بولىدۇ ياكى ئۇنىڭدىمۇ ئېشىپ كېتىدۇ.

(2) قاندا كېتون تەنچىلىرى ئۆرلەيدۇ. كۆپىنچە 4.8mmol/L دىن يۇقىرى بولىدۇ. ئەگەر 5.0mmol/L دىن يۇقىرى بولسا دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ، بەزىدە 30mmol/L غا يېتىدۇ. كاربون (Ⅳ) ئوكسىد بىرىكىش كۈچى CO_2CP، (二氧化碳结合力) پېنىكلىرىدە 13.5～18.0mmol/L ئەتراپىدا بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا 9.0mmol/L دىن تۆۋەن بولىدۇ. $PaCO_2$ تۆۋەنلەيدۇ. pH قىممىتى 7.35 دىن تۆۋەن بولىدۇ. قالدۇق ئىشقار (BE) نىڭ قىممىتى يوغىنايدۇ.

(3) قاندىكى ناترىي، خلور كۆپىنچە تۆۋەنلەيدۇ. كالىينىڭ تۆۋەنلىشى روشەن بولماسلىقى مۇمكىن، ئەمما سۈيۇقلۇق تولۇقلاپ بولغاندىن كېيىن ئاسانلا ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ.

(4) 40%～75% بىمارلاردا قان ئاقسىل فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ.

(3) ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ئۆرلەيدۇ، نېيترال دانچە ھۈجەيرىلەر سانى كۆپىيىدۇ.

2) سۈيدۇك: سۈيدۇك شېكىرى، كېتون تەنچىسى كۆچلۈك مۇسپىي بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. بەزىدە ئاقسىللىق سۈيدۇك ۋە سىلىندىرلىق سۈيدۇك كۆرۈلىدۇ. بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاندا سۈيدۇك شېكىرى ۋە كېتون تەنچىسى ئازىيىشى مۇمكىن.

3) بۆرەك فۇنكسىيىسى: قاندىكى ئۇرىئا ئازوتى (尿素氮) ۋە كرېئاتىنىن (肌酐) قىسمەن ئۆرلەيدۇ.

4. دىئاگنوزى:

دىئابېت كېسەللىك تارىخى، قوزغاتقۇچى ئامىللار، دىئابېت كېسەل ئالامەتلىرىنىڭ ئېغىرلىشىشى ۋە زەھەرلىنىش ئىپادىلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس. ئەمما دىئاگنوز قويۇشتىكى ھالقا بالدۇر دىئاگنوز قويۇشتۇر. سۈيدۇك شېكىرى، كېتون تەنچىسى مۇسپىي ئىپادىلىنىش، قان شېكىرى، كېتون تەنچىسى ئۆرلەش، كاربون (Ⅳ) ئوكسىد بىرىكىش كۈچى تۆۋەنلەش قاتارلىق ئۆزگىرىشلەر بولسا ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. دوختۇرخانىدا ھوشسىزلانغان، كېسلاتادىن زەھەرلەنگەن، سۈسىزلانغان ياكى شوك بىمارلار كېسەل كۆرۈنسە ئالدى بىلەن مەزكۇر كېسەلنىڭ بولۇش ئېھتىماللىقىنى ئويلىشىش، شۇنداقلا يۇقىرىقى مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشلەرنى ئىشلەش كېرەك. بولۇپمۇ ئىلگىرى دىئابېت كېسىلى تارىخى بولمىغان بىمارلارغا نىسبەتەن تېخىمۇ دىققەت قىلىش، خاتا دىئاگنوز قويۇپ قېلىشتىن ساقلىنىش لازىم.

دەسلەپكى باسقۇچتا دىئاگنوز قويۇشنىڭ ئاساسلىرى:

1) دىئابېت كېسىلىنىڭ ئالامەتلىرى ئېغىرلاشقان، سۇسىزلىنىش كۆرۈلگەن.

2) قان شېكىرى 16.7mmol/L دىن يۇقىرى، بىراق قان ئوسموس بېسىمى بەك يۇقىرى بولمىغان.

3) pH قىممىتى 7.35 دىن تۆۋەن بولغان.

4) قان، سۈيدۈكتە كېتون تەنچىسى مۇسپىي بولغان.

هوشىدىن كەتكەن بىمارلارغا دىئاگنوز قويغاندا چوقۇم يۇقىرى ئوسموسلۇق كېتونسىز هوشسىزلىنىش، قان شېكىرى تۆۋەنلەشتىن هوشسىزلىنىش ۋە سۈت كىسلاتاسىدىن هوشسىزلىنىش قاتارلىق كېسەللەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش، بولۇپمۇ بىمار 40 ياشتىن يۇقىرى بولسا مېڭە قان تومۇر هادىسىلىرى بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى — ئېغىر دەرىجىدە ئىنسۇلىن كەملىك هالەتنى تېز سۈرئەتتە تۈزىتىپ كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ۋە قان شېكىرى يۇقىرىلاپ كېتىشنىڭ ئورگانىزمغا بولغان تەسىرىنى يوقىتىش، سۇسىزلىنىش ۋە ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىپ ئەزالار فۇنكسىيەسىنىڭ زەئىپلىشىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، قوزغاتقۇچى ئامىللارنى يوقىتىپ ئەگەشمە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر.

1) ئىنسۇلىن (胰岛素) نىڭ ئىشلىتىلىشى: كلىنىكىدا كۆپ هاللاردا كىچىك مىقدارىدىكى تېز ئۈنۈملۈك ئىنسۇلىن بىلەن داۋالاش قوللىنىلىدۇ، ئادەتتە ئىككى باسقۇچقا بۆلۈپ ئىشلىتىلىدۇ.

بىرىنچى باسقۇچ: دىئاگنوز ئېنىق بولغاندىن كېيىن تۈز سۈيىگە ئادەتتىكى ئىنسۇلىن (普通胰岛素) قوشۇلۇپ سائىتىگە 2～8 بىرلىك سۈرئەتتە ۋېنادىن ئۈزلۈكسىز تامچىلىتىلىدۇ. تۆت سائەتتىن كېيىن قان شېكىرىنىڭ تۆۋەنلىشى داۋالاشتىن بۇرۇنقى قىممەتنىڭ 30% گە يەتمىگەن بولسا ئىنسۇلىن مىقدارىنى 30%～100% ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. ئەگەر تۆۋەنلىشى 30% دىن كۆپ بولسا ئەسلىدىكى مىقدارىدا داۋاملىق تامچىلىتىلىدۇ. قان شېكىرى 13.9mmol/L دىن تۆۋەنلىگەندە تۈز سۈيى 5% لىك گلۇكوزا سۈيۇقلۇقىغا ئالماشتۇرۇلۇپ ئىنسۇلىن بىلەن بولغان نىسبىتى 1 : 4～2 (يەنى هەر 2g～4g گلۇكوزىغا 1 بىرلىك ئىنسۇلىن ئارىلاشتۇرۇش) قىلىپ تەڭشىلىپ داۋاملىق تامچىلىتىلىدۇ، هەمدە سۈرئىتىنى تەڭشەش ئارقىلىق قان شېكىرى 11.1mmol/L ئەتراپىدا كونترول قىلىنىدۇ. قان كېتون تەنچىسى مەنپىي، سۈيدۈك كېتون تەنچىسى يېنىك مۇسپىي بولغاندا ئادەتتىكى داۋالاش مىقدارىغا ئۆزگەرتىلىدۇ. ئەمما قان شېكىرىنىڭ قايتىدىن ئۆرلەپ كېتە-

شىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۇچۇن، ۋېنادىن تامچىلىتىشنى توختىتىشتىن بىر سائەت بۇرۇن تېرە ئاستىغا بىر قېتىم ئوكۇل قىلىپ كۆزىتىپ بېقىش كېرەك. بالىلارغا ئىنسۇلىن ئىشلەتكەندە ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا ھەر سائەتتە 0.1 بىرلىكتىن ئىنسۇلىن ھېسابلىنىدۇ. ئېغىر بىمارلارنى قۇتقۇزغاندا تۇنجى تۆت سائەتتىكى ئىنسۇلىننىڭ ئىشلىتىلىش ئومۇمىي مىقدارى 40～50 بىرلىك، تۇنجى كۇنى 100 بىرلىك ئەتراپىدا بولىدۇ.

2) سۇيۇقلۇق تولۇقلاش: ئالدى بىلەن تۇز سۇيۇقلۇقى تولۇقلىنىدۇ، كۇندىلىك تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنىڭ ئومۇمىي مىقدارى بىمار تەن ئېغىرلىقىنىڭ 10% ى بويىچە مۆلچەرلىنىدۇ. دەسلەپكى 1～2 سائەتتە 500ml～1000ml تۇز سۇيۇقلۇقى تامچىلىتىلىدۇ، ئاندىن ھەر 6～8 سائەتتە 1000ml ئەتراپىدا سۇيۇقلۇق تولۇقلىنىدۇ. ئادەتتە تۇنجى كۇنلۇك تولۇقلانغان سۇيۇقلۇقنىڭ ئومۇمىي مىقدارى 3000ml～5000ml ئەتراپىدا بولىدۇ. ئەگەر سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندىن كېيىنمۇ سۇيدۇك مىقدارى ئاز بولسا سۇيۇقلۇق يېتىشمىگەنلىكىنى ياكى يۇرەك، بۆرەك فۇنكسىيىسىنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. شۇڭا ئەھۋالغا قاراپ تەڭشەش كېرەك، بىمار ھوشىغا كەلگەندىن كېيىن ئامال بار ئېغىزىدىن ئىچكۇزۇپ سۇيۇقلۇق تولۇقلاش لازىم.

3) ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۇزىتىش: ئاساسلىقى كالىي تولۇقلاشنى كۆرسىتىدۇ. بىمار داۋالىنىشتىن بۇرۇن قاندىكى كالىي مىقدارىنى ئۆلچىگەندە تۆۋەن بولۇشى ناتايىن (چۇنكى ھۇجەيرە ئىچىدىكى كالىي ھۇجەيرە سىرتىغا يۆتكىلىدۇ)، ئەمما سۇيدۇكتىن يوقىتىش، قۇسۇش، يېمەكلىكتىن تولۇقلاش ئازىيىش قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن بىماردا ئەسلىدىنلا كالىي تۆۋەن بولىدۇ. شۇ سەۋەبتىن كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغان، سۇيۇقلۇق تولۇقلانغاندىن كېيىن قاندىكى كالىي تېز سۇرئەتتە تۆۋەنلىشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا بىمارنىڭ بۆرەك فۇنكسىيىسى نورمال، سۇيدۇكى راۋان بولسىلا داۋالاش باشلىنىپ 2～4 سائەتتىن باشلاپ كالىي تولۇقلاش كېرەك. ئەگەر قاندىكى كالىي 4mmol/L بولسا ھەر سائىتىگە 1g، 3mmol/L بولسا ھەر سائىتىگە 1g～2g ئەتراپىدا تولۇقلىنىدۇ، 5.5mmol/L بولسا ۋاقتىنچە تولۇقلىمىسىمۇ بولىدۇ. 24 سائەتلىك ئومۇمىي تولۇقلاش مىقدارى 6g ئەتراپىدا بولىدۇ، كۆپ بولغاندىمۇ ئەڭ ياخشىسى 8.0g～9.0g دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. تولۇقلاش جەريانىدا قاندىكى كالىينى ۋە ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا تەكشۈرۈپ تۇرۇش كېرەك. بىمار يېيەلىسە 10% لىك كالىي خلورىددىن ھەر قېتىم 10ml～20ml، كۇندە ئۈچ قېتىم ئىچكۇزۇش كېرەك. كالىي تولۇقلاش بىلەن بىر ۋاقىتتا باشقا ئېلېكتروليتلارغىمۇ دىققەت قىلىش، كېرەك بولسا ۋاقتىدا تولۇقلاش لازىم.

4) كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش: ئادەتتىكى ئەھۋالدا ئىشقار ئىشلىتىپ كىسلا-تادىن زەھەرلىنىشنى تۇزىتىش ھاجەتسىز. چۈنكى ئىنسۇلىن ئىشلىتىش ۋە سۈيۇقلۇق تولۇقلاشقا ئەگىشىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ئۆزلۈكىدىن ياخشىلىنىدۇ، ئەگەر ئالدىراپ ئىشقار تولۇقلانسا ئاسانلا كالىي تۆۋەنلەش، توقۇلمىلارغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى پەيدا قىلىپ قويۇشى مۇمكىن. پەقەت pH قىممىتى 7.1 دىن تۆۋەن ياكى CO_2CP قىممىتى 10mmol/L دىن تۆۋەن ۋە ياكى $[HCO_3^-]$ قىممىتى 10mmol/L دىن تۆۋەن بولغاندا ئاندىن 5% لىك ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) تىن 100ml～150ml نى 1.25% لىك قويۇقلۇقتا سۈيۇلدۇرۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىشقا بولىدۇ، ھەر 100ml～150ml ناترىي بىكاربونات تولۇقلىغاندا 1g كالىي قوشۇپ تولۇقلاش كېرەك.

5) قوزغاتقۇچى ئامىللارنى يوقىتىپ ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: قوزغاتقۇچى سەۋەبلەرنى ۋاقتىدا يوقىتىش، ئەگەر يۇرەك زەئىپلىشىش، يۇرەك رېتىمسىزلىنىش، يۇقۇم-لىنىش قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەر ئەگىشىپ كەلسە ۋاقتىدا داۋالاش لازىم، ئۇندىن باشقا ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشلەرنى ۋاقتىدا تەكشۈرۈپ تۇرۇپ كېسەل تەرەققىياتىغا توغرا ھۆكۈم قىلىش ۋە شۇ ئارقىلىق داۋالاشنى تەڭشەش كېرەك.

§2. يۇقىرى ئوسموسلۇق كېتونسىز دىئابېتتىن ھوشسىزلىنىش
(糖尿病高渗性昏迷)

يۇقىرى ئوسموسلۇق كېتونسىز دىئابېتتىن ھوشسىزلىنىش — ئىنسۇلىنىڭ ئاجرىلىشى نىسپىي ياكى مۇتلەق يېتىشمەي، قوزغاتقۇچى ئامىللارنىڭ تەسىرىدە قان شېكىرى تۇيۇقسىز زىيادە ئۆرلەپ كېتىشتىن كېلىپ چىققان قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمى يۇقىرىلاپ كېتىش، يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش ۋە ئەس - ھوشى تەرەققىي قىلىشچان توسقۇنلۇققا ئۇچراشتىن ئىبارەت يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى. بۇ خىل كېسەلدە بىمارنىڭ قان شېكىرى ناھايىتى يۇقىرى بولىدۇ، ئەمما كېتوندىن زەھەرلىنىش بولمايدۇ ياكى يېنىك دەرىجىدە كېتون كېسىلى بولىدۇ.

يۇقىرى ئوسموسلۇق كېتونسىز دىئابېتتىن ھوشسىزلانغان بىمارلارنىڭ ھەممىسىدە دىئابېت كېسەل ئاساسى بولسىمۇ ئەمما 2/3 قىسىم بىمارلاردا كېسەل قوزغىلىشتىن بۇرۇن دىئابېت كېسەل تارىخى بولمايدۇ (بىمار دىئابېت كېسىلى بارلىقىنى بىلمەيدۇ) ياكى ئالامەت-

لىرى يېنىك بولىدۇ، كېسەل تۈيۇقسىز، يوشۇرۇن قوزغىلىدۇ ۋە تېزلا ئېغىرلىشىدۇ، كېسەلدىن ئۆلۈش نىسبىتى 15%～20% گە يېتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

كۆپىنچە ياشانغان Ⅱ تىپلىق دىئابېت بىمارلىرىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ، كېسەل قوزغاتقۇچى ئامىللار تۆۋەندىكىچە:

1) غىدىقلىنىش ھالىتى: يۇقۇملىنىش، مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرى، يۇرەك تىقىلمىسى، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يالليۇغى، ھەزىم يولى قاناش، زەخمىلىنىش قاتارلىق؛

2) شېكەرنىڭ قوبۇل قىلىنىشى زىيادە كۆپ بولۇپ كېتىش؛

3) سۇسىزلىنىش ياكى سۇ يېتىشمەسلىك: ئېغىر بولغان ئىچ سۇرۇش، قۇسۇش، كۆيۈك قاتارلىقلاردىن سۇسىزلىنىش، دىئالىزلىغاندا سۇسىزلاندۇرۇش زىيادە كۆپ بولۇپ كېتىش، سۇ ئىچىش، تولۇقلاش يېتىشمەسلىك قاتارلىق ئەھۋاللار؛

4) بەزى دورىلارنىڭ تەسىرى: سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار، گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素) قاتارلىق بىر قىسىم دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشى مۇڭاپىق بولماسلىق ياكى تەسىرى زىيادە كۈچلۈك بولۇپ كېتىش.

2. كېسەللىك ئىپادىسى:

1) دەسلەپكى دەۋرى: كۆپىنچە يوشۇرۇن قوزغىلىدۇ. كېسەلنىڭ تەرەققىياتى نىسبەتەن ئاستا بولۇپ ھوشىدىن كېتىش كۆرۈلگىچە نەچچە كۈندىن ئون نەچچە كۈنگىچە ۋاقىت كېتىدۇ. بۇ ۋاقىتتا بىمارىدا دىئابېت ئالامەتلىرى ئېغىرلىشىدۇ. دىئابېت كېسەل تارىخى يوقلاردا سۇسىزلىنىشنىڭ ئېغىرلىشىشىغا ئەگىشىپ چىرايى خۇنۇكلىشىش، ئىنكاسى ئاستىلاش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىشتىھاسى تۆتۈلۈش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

2) تىپىك دەۋرى: ئاساسلىقى ئىككى جەھەتتىن ئىپادىلىنىدۇ. بىرى ئېغىر سۇسىزلىنىش ئالامىتى، ئىككىنچىسى نېرۋا، روھىي ئالامەتلەر، يەنى مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ سۇسىزلانغانلىقى ۋە قان ئايلىنىشتىكى توسقۇنلۇقنىڭ ئېغىرلاشقانلىقىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئاساسلىق ئالامەتلىرى: ئۆتكۈنچى يارتا پالەچ، يارتا قارىغۇلۇق، كۆز ئالمىسى ۋە مۈسكۇللىرى تىترەش، مۈسكۇل تەرەڭلىكى كۈچىيىش، ئەس - ھوشى توسقۇنلۇقتا ئۇچراش، ئۇيقۇسىراش، ئاخىرى ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلار. كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە ئوخشىمايدىغىنى چوڭقۇر نەپەسلىنىش بولمايدۇ.

3. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

1) قان شېكىرى زىيادە ئۆرلەيدۇ. ئادەتتە 33.3mmol/L دىن يۇقىرى بولىدۇ.

2) قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمى يۇقىرىلايدۇ، كۆپىنچە 330～360mOsm/L

ئەتراپىدا بولىدۇ، ھەتتا ئۇنىڭدىنمۇ ئېشىپ كېتىدۇ.

3) سۇيدۇك شېكىرى كۆچلۈك مۇسپىي بولىدۇ. سۇيدۇك كېتون تەنچىسى مەنفىي بولىدۇ ياكى ئاجىز مۇسپى بولىدۇ.

4) قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقى يۇقىرىلاپ، 145mmol/L دىن ئېشىپ كېتىدۇ، ھەتتا 180mmol/L غا يېتىدۇ.

4. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

ئوتتۇرا ياش، ياشانغان بىمارلاردا ئەگەر يۇقىرىدا بايان قىلىنغاندەك سۇسىزلىنىش، روھىي نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى كۆرۈلسە، كېسەل قوزغىتىش سەۋەبلىرى ۋە لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس، مۇھىمى دوختۇر يۇقىرىقىدەك بىمارلارغا يولۇققاندا (بولۇپمۇ دىئابېت كېسەللىك تارىخى يوق بىمارلار) مەزكۇر كېسەلنىڭ بولۇش ئېھتىماللىقىنى ئويلىيالىشىدا، چۈنكى مەزكۇر كېسەلـ
نىڭ قوزغىلىشى يوشۇرۇن، كېسەلدىن ئۆلۈش نىسبىتى يۇقىرى بولىدۇ.

سېلىشتۇرۇپ دىئاگنوز قويۇشتا ئالدى بىلەن باشقا دىئابېت خاراكتېرلىك ھوشسىزلـ
نىش بىلەن پەرقلەندۈرۈش لازىم (1 § قا قارالسۇن). ئۇندىن باشقا مېڭە قان تومۇر ھادىسىلـ
رى بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرىدە قان شېكىرى نورمال بولىدۇ، غىدىقلىنىش تەسىرىدىن پەيتلىك ئۆرلىگەن ھالەتتىمۇ 33.3mmol/L دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، سۇسىزلىنىش بولمايدۇ، شۇنداقلا نېرۋا سىستېمىسىغا مۇناسىۋەتلىك باشقا ئالاـ
مەتلەر بولىدۇ.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى — تېزلىكتە يۇقىرى ئوسموس ـ سۇسىزلىنىش ھالىتىنى ياخشىلاپ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش، ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر.

1) سۇيۇقلۇق تولۇقلاش: ئالدى بىلەن تەڭ ئوسموسلۇق (渗等) سۇيۇقلۇق (0.9% لىك تۇز سۇيى قاتارلىق) تولۇقلىنىدۇ. پەقەت تەڭ ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ قان بېسىمى ئۆرلىگەن ھالەتتىمۇ قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمى چۈشمىسە ياكى قان بېسىمى نورمال ئەمما قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقى 150mmol/L دىن يۇقىرى بولسا، ئاندىن تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇق (0.6%～0.45% لىك تۇز سۇيى) ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك. ئەمما 24 سائەت ئىچىدە ئىشلىتىش ئومۇمىي مىقدارى 1000ml دىن ئېشىپ كەتمىگىنى ياخشى، بولمىسا قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمى بەك تېز چۈشۈپ كېتىپ مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە قان ئېرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. ئەگەر قان پلازمىسىنىڭ ئوسـ
موس بېسىمى 330mOsm/L دىن تۆۋەن بولسا پەقەت تەڭ ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇقىنىلا

بېرىشكە بولىدۇ. ئەگەر بىماردا شوك كۆرۈلسە ياكى قىسقىرىش قان بېسىمى 80mmHg دىن تۆۋەن بولسا تەڭ ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇقتىن باشقا يەنە ئارىلاپ قان پلازمىسى ياكى تولۇق قان تولۇقلاش كېرەك.

تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنىڭ مىقدارى بىمارنىڭ بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 10%～12% ى ئەتراپىدا بولىدۇ. سۇيۇقلۇقنى ئالدى بىلەن تېز ئاندىن ئاستا بېرىش پرىنسىپى بويىچە تولۇقلاش كېرەك، يەنى باشتىكى ئىككى سائەتتە 1000ml～2000ml سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، 12 سائەت ئىچىدە ئومۇمىي مىقدارنىڭ يېرىمى ۋە شۇ كۈنلۈك سۇيدۇك مىقدارىنى تولۇقلاش، قالغىنىنى 24 سائەت ئىچىدە تولۇقلاپ بولۇش كېرەك. ئەگەر سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ 4～6 سائەتتىن كېيىنمۇ سۇيدۇك بولمىسا فۇروزىمىد (速尿) دىن 40mg ئىشلىتىشكە بولىدۇ. بىمار هوشىغا كەلگەندىن كېيىن كۈندىلىك سۇيۇقلۇق ئومۇمىي مىقدارىنىڭ يېرىمىنى ئەڭ ياخشىسى ئېغىزدىن ئىچكۈزۈش ياكى ئاشقازان كانىلى ئارقىلىق تولۇقلاش كېرەك. سۇيۇقلۇق تولۇقلاش جەريانىدا بىمارنىڭ يۈرەك فۇنكسىيىسىگە دىققەت قىلىش، بويۇن ۋېناسىنىڭ كۆپىيىشى، ئۆپكە خىرىپ تاۋۇشى ۋە سۇيدۇك مىقدارىنى ئىنچىكە كۆزىتىش لازىم.

2) ئىنسۇلىن (胰岛素) بىلەن داۋالاش: ئىنسۇلىنغا نىسبەتەن سەزگۈر كېلىدۇ، شۇڭا ئىنسۇلىننىڭ ئىشلىتىلىش مىقدارى بەك چوڭ ۋە بەك كۆپ بولۇپ كەتمەسلىكى كېرەك، ئادەتتە كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلەنگەن بىمارلارغا ئىشلەتكەن مىقدارنىڭ 1/2 ى ئەتراپىدا بولسا مۇۋاپىق. داۋالاش جەريانىدا هەر ئىككى سائەتتە بىر قېتىم قان شېكىرىنى ئۆلچەپ ئىنسۇلىن مىقدارىنى تەڭشەپ تۇرۇش لازىم، ئەگەر قان شېكىرى 16.7mmol/L دىن تۆۋەنلىسە ئىنسۇلىنىدىن 6～8 بىرلىكنى 5% لىك گلۇكوزىغا قوشۇپ تامچىلىتىشقا ئۆزگەرتىش كېرەك.

3) ۋاقتىدا كالىي تولۇقلاش: قان قويۇلۇش ۋە هۇجەيرە ئىچىدىكى كالىينىڭ سىرتقا يۆتكىلىشى قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن داۋالاشتىن بۇرۇن قانىدىكى كالىي كۆپىنچە نورمال بولىدۇ ياكى قىسمەن ئۆرلەيدۇ. ئەمما سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ، ئىنسۇلىن ئىشلەتكەندىن كېيىن كالىي كەملىك كۆرۈلىدۇ، شۇڭا سۇيدۇك نورمالالاشقاندىن كېيىن، كۈنىگە 3g～6g كالىي خلورىدنى ئىچكۈزۈش ياكى ۋېنادىن تولۇقلاش لازىم.

4) ئەگەشمە كېسەللەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، قىزىتمىسى بولسا قىزىتمىنى چۈشۈرۈش، پەرۋىشنى كۈچەيتىش كېرەك. مەزكۇر كېسەلدە كېسەلدىن ئۆلۈپ كېتىشنىڭ ئاساسلىق سەۋەبى ئەگەشمە كېسەللىكلەر. شۇڭلاشقا ئاكتىپ هالدا كۆپ ئەزا زەئىپلىشىش، يۇقۇملىنىش، شوك، قان تومۇر كەپلىمىسى قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم.

§ 3 . قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى
(甲状腺功能亢进危象)

قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى — ھەر خىل سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىشنىڭ كېسەل ئالامەتلىرى تۈيۇقسىز ئېغىرلىشىپ كېتىشنى كۆرسىتىدۇ. كۆپىنچە ئۇزۇن مۇددەت داۋالاتماسلىق ياكى داۋالىشى مۇۋاپىق بولمىغان بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ. كېسەلدىن ئۆلۈپ كېتىش نىسبىتى يۇقىرى بولۇپ 20%～40% گە يېتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) ئوپېراتسىيە: قالقانسمانبەز ياكى باشقا ئورۇندىكى ئوپېراتسىيەدىن كېيىنكى 1～2 كۈن ئىچىدە كۆرۈلىدۇ.

2) يۇقۇملىنىش.

3) غىدىقلىنىش: قان شېكىرى تۆۋەنلەش، سۇسىزلىنىش، زىيادە چارچاش، ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭسىزلىنىش، تۇغۇت قاتارلىق ئەھۋاللار.

4) يۇرەك سانجىقى، دورا رېئاكسىيىسى (مەسىلەن: دىگىتالىس (洋地黄) تىن زەھەرلىنىش، ئامىنوداروڭ (胺碘酮) نىڭ مىقدارى ئېشىپ كېتىش) قاتارلىق.

5) قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىشنى داۋالايدىغان دورىلارنى قالايمىقان توختىتىپ قويۇش، رادىئوئاكتىپلىق يود بىلەن داۋالىغاندا بەزىدە رادىئوئاكتىپلىق يالۇغ پەيدا بولۇش.

6) قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىشنىڭ ئەگەشمە كېسەللىكلىرى ئېغىرلىشىش.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئاساسلىق كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى: كۆپىنچە بىمارنىڭ قالقانسمانبەز فۇنكسىيسى كۇچىيىپ كېتىش كېسەللىك تارىخى بولىدۇ.

(1) يۇقىرى قىزىتما: بەدەن تېمپېراتۇرىسى تېزلا 39℃ تىن ئېشىپ كېتىدۇ، چىلىق-چىلىق تەرلەيدۇ، چىرايى قىزىرىدۇ. شۇنىڭغا ئەگىشىپ سۇسىزلىنىدۇ، تېرىلىرى قۇرغاقلىشىدۇ.

(2) ھەزىم يولى ئالامەتلىرى: كۆڭلى ئېلىشىدۇ، قايتا ـ قايتا قۇسىدۇ، ئىچى

سۈرىدۇ، قورساق ئاغرىيدۇ. 1/4 قىسىم بىمارلاردا سېرىقلىق چۈشىدۇ، جىگەر يوغىنايدۇ. ھەتتا زەئىپلىشىدۇ.

(3) مەركىزي نېرۋا سىستېمىسى: تىنچسىزلىنىدۇ، قالايمىقان سۆزلەيدۇ، ئۇيقۇسىرايدۇ، ئاخىرى ھوشسىزلىنىدۇ.

(4) يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى: يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش ۋە يۈرەك تاۋۇشى كۈچىيىپ كېتىش مەزكۇر كېسەلنىڭ تىپىك ئىپادىسى، يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 160 قېتىمدىن ئېشىپ كېتىدۇ. دالانچە تىترەش، قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش، قېرىنچە ئالدىن سوقۇش قاتارلىق تېز سۈرئەتلىك يۈرەك رىتمىسىزلىنىش كۆرۈلىدۇ. بەزىدە يۈرەك زەئىپلىشىپ نەپەس قىستاش، ھالسىزلىنىش كۆرۈلىدۇ. ئۆپكىدە ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. ھەتتا شوك كۆرۈلىدۇ.

2) تىپىك بولمىغان قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالەتى: يۈقىرىقى تىپىك ئالامەتلەر بولمايدۇ. ئالاھىدىلىكى چىرايى خۇنۇك بولۇپ ئۇيقۇسىرايدۇ، تۆۋەن قىزىتما بولىدۇ، رېفلېكسلىرى ئاجىزلىشىپ يۈرەك سوقۇشى ئاستىلايدۇ. تومۇر بېسىمى كېچىكلەيدۇ، ئاخىرى ھوشسىزلىنىدۇ، كۆپىنچە ياشانغان بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ.

3. قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) قان زەردابىدىكى T_3، T_4 يۇقىرىلايدۇ، FT_3، FT_4 نىڭ يۇقىرىلىشى تېخىمۇ روشەن بولىدۇ، رادىئوئاكتىپلىق يودنىڭ سۈمۈرۈلۈش نىسبىتى يۇقىرىلايدۇ. بىراق يۇقىرىقى كۆرسەتكۈچلەرنىڭ خەتەرلىك ھالەتتە بولمىغان قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنى پەرقلەندۈرگىدەك ئېنىق قىممەت چېكى بولمايدۇ (شۇڭا دىئاگنوز قويۇشقا نىسبەتەن ئالاھىدىلىكى يوق).

2) ئاساسىي مېتابولىزم نىسبىتى (BMR، 基础代谢率) ئۆرلەيدۇ، كۆپىنچە +60% دىن يۇقىرى بولىدۇ (نورمال قىممىتى +15%~−10%).

3) سۈسىزلىنىش ۋە ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭسىزلىنىش؛ مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولىدۇ، قان شېكىرى، كالىي، كالتسىي ۋە ناترىي تۆۋەنلەيدۇ.

4) جىگەر فۇنكسىيىسى: ترانسئامىنازا (转氨酶) ئۆرلەيدۇ. ئاق، شارچە ئاقسىل نىسبىتى (白球比例) ئاستىن ـ ئۈستىن بولىدۇ، بەزىدە سېرىقلىق كۆرسەتكۈچلىرىمۇ ئۆرلەيدۇ.

4. دىئاگنوزى:

دىئاگنوز قويغاندا ئاساسەن كلىنىكىلىق ئالامەتلىرىگە تايىنىلىدۇ. قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كەتكۈچى بىمارنىڭ ئەسلىدىكى كېسەللىك ئالامەتلىرى ئېغىرلىشىپ،

قىزىتىپ، يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ، قان بېسىمى ئۆرلەپ كەتسە، شۇنداقلا ھالسىزلـ
ـنىش، ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، قۇسۇش، ئىچ سۇرۇش، تەرلەش، تىنچسىزلىنىش، ئۇيقۇسـ
ـراش قاتارلىق ئالامەتلەر بولسا چوقۇم خەتەرلىك ھالەت بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك.

ئۇندىن باشقا دىئاگنوز قويغاندا قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى، مۇسكۇل كېسىلى، تۆۋەن كالىيلىق دەۋرلىك پالەچلىنىش قاتارلىق كېسەلـ
ـلەر بىلەن سېلىشتۇرۇپ پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

تىپىك بولمىغان قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتىگە ئاسانلا خاتا دىئاگنوز قويۇلۇپ قالىدۇ، شۇڭا ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى كېسەللىك سەۋەبىنى يوقىتىپ، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسىنىڭ ئېغىر دەرىجىدە كۈچىيىپ كېتىش ھالىتىنى تىزگىنلەش ۋە يوقىتىش، قوللاپ داۋالاش ۋە سەۋەبكە قارىتا داۋالاشنى كۈچەيتىشتىن ئىبارەت.

1) تىروكسىن (甲状腺素) نىڭ بىرىكىشى ۋە قويۇپ بېرىلىشىنى تىزگىنلەش:

(1) ئالدى بىلەن پروپىل تىئوئۇراتسىل (PTU، 丙硫氧嘧啶) دىن 600mg يېگۈزۈلىدۇ ياكى ئاشقازان كانىلىدىن ئۇرۇپ كىرگۈزۈلىدۇ. PTU بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا ئوخشاش مىقداردىكى مېتىل تىئوئۇراتسىل (MTU، 甲硫氧嘧啶) ياكى تابازول (MM، 他巴唑) دىن 60mg ئىشلىتىلىدۇ.

(2) شۇنىڭغا ئۇلاپ PTU (ياكى MTU) 200mg دىن ياكى MM 20mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېگۈزىلىدۇ، كېسەل ئەھۋالى كونترول قىلىنغاندىن كېيىن ئادەتتىكى مىقدارغا ئازايتىلىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرە سانى $4\times10^9/L$ ياكى دانچە ھۈجەيرە سانى $2.5\times10^4/L$ دىن تۆۋەن بولغان بىمارلارغا يۇقىرىقى دورىلارنى ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

(3) PTU ئىشلىتىلىپ 1～2 سائەتتىن كېيىن مۇرەككەپ يود ئىچملىكى (复方碘口服液) ئىچكۈزۈلىدۇ. دەسلىپىدە 30～60 تامچە، ئۇندىن كېيىن ھەر 68 سائەتتە 5～10 تامچە ئىشلىتىلىدۇ ياكى كالىي يودىد (碘化钾) 0.5g～1.0g دىن گلۈكوزا سۈيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 12～24 سائەتتىن كېيىن مىقدارى ئازايتىلىدۇ، ئۇدا 3～5 كۈن ئىشلىتىلىدۇ. يودقا زىيادە سەزگۈر بىمارلارغا لىتىي كاربوناتتىن (碳酸锂) كۈندە 0.5g～1.5g ى ئۈچكە بۆلۈنۈپ ئۇدا 3～5 كۈن ئىچكۈزۈلىدۇ.

2) T_4 نىڭ T_3 گە ئايلىنىشىنى ۋە T_3 بىلەن قوبۇللىغۇچ تەنچىنىڭ بىرىكىشىنى تىزگىنلەش: PTU، يود، β - ئاكسىپتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە گلۈكوكورتىكوئىد (糖皮质激素) قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى T_4 نىڭ T_3 گە ئايلىنىشىنى تورمۇزلايدۇ، ھىدرو-

كورتىزون (氢化可的松) 200mg～400mg دىن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. پروپرانولول (普奈洛尔) 30mg～50mg دىن ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم يېيىلىدۇ ياكى 1mg ى سۈيۈلدۈرۈلغاندىن كېيىن ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

3) قاندىكى تىروكسىننىڭ قويۇقلۇقىنى چۈشۈرۈش: يۇقىرىقى داۋالاشلارنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا قان، قورساق تېرىسىدىن دىئالىزلاش، قان پلازمىسىنى ئالماشتۇرۇش قاتارلىق ئۇسۇللارنى قوللىنىپ قاندىكى تىروكسىننىڭ مىقدارىنى ئازايتىشقا توغرا كېلىدۇ.

4) قوللاپ داۋالاش ۋە ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش:

(1) يۈرەك، مېڭە، بۆرەك فۇنكسىيىلىرىنى ئىنچىكە كۆزەتكەن ئاساستا دەرھال سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش؛

(2) قىزىتما بولسا قىزىتمىنى چۈشۈرۈش؛

(3) ئوكسىگېن سۈمۈرتۇش، يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، يېتەرلىك ئىسسىقلىق مىقدارى ۋە كۆپ خىل ۋىتامىنلارنى تولۇقلاش.

ئاچقۇچ

بۇ دەرسلىكتە كۆپ ئۇچرايدىغان سۆزلۈكلەرنىڭ خەنزۇچە - ئۇيغۇرچىسى

(خەنزۇ يېزىقىنىڭ ترانسكرىپسىيىلىك بوغۇملىرى بويىچە تىزىلدى)

阿—期综合征	ā —qī zōng hé zhēng	ئادامىس - ستوكېس يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى، ئاس يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
阿拉明,间羟胺	ā lā míng ,jiān qiǎng àn	ئارامىن
阿替洛尔,氨酰心安	ā tì luò ěr ,ān xiān xīn ān	ئاتېنولول
阿托品	ā tuō pǐn	ئاتروپىن
阿托品	ā tuō pǐn	ئاتروپىن
氨茶碱	ān chá jiǎn	ئامىنو فىللىن
氨茶碱	ān chá jiǎn	ئامىنو فىللىن
氨基比林	ān jī bǐ lín	ئامىنو پىرىن
氨基酸	ān jī suān	ئامىنو كىسلاتا
氨基糖苷	ān jī táng gān	ئامىنو گلىكوزىد
氨基糖甙	ān jī táng dài	ئامىنو گلۈكوزىد
氨甲环酸,止血环酸,凝血酸	ān jiǎ huán suān ,zhǐ xuè huán suān ,níng xuè suān	ترانسامىك كىسلاتا
安定,地西泮	ān dìng ,de xī pàn	دىئازېپام
安克洛酶	ān kè luò méi	ئانكرود
安络血	ān luò xuè	ئادونا
安络血	ān luò xuè	ئادرېنوبازون
安乃近	ān nǎi jìn	ئانالگىن

安痛定	ān tòng dìng	ئانتوندىن
凹馅性骨折	āo xiàn xìng gǔ zhé	پاتقان سۇنۇق
奥狄氏括约肌	ào dí shì kuò yuē jī	ئوددى قوربغۇچى مۇسكۇلى
奥美拉唑,洛塞克	ào měi lā zuò ,luò sài kè	ئومېپرازول، لوسېك
巴比妥类	bā bǐ tuǒ lèi	باربىتاللار
巴曲酶,立止血	bā qǔ méi ,lì zhǐ xuè	بەتروسوبىن، رېپتىلاس
白喉	bái hóu	بوغما
白细胞压积	bái xì bāo yā jī	ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىش ھەجمى
败血症	bài xuè zhèng	سېپتىتسېمىيە
班块(血管壁上)	bān kuài (xuè guǎn bì shàng)	داغ پارچىلىرى (تومۇر دىۋارىدا)
瓣膜	bàn mó	كلاپان
瓣膜病	bàn mó bìng	كلاپان كېسەللىكلىرى (يۈرەك)
半衰期	bàn shuāi qī	يېرىم ئاجىزلىشىش دەۋرى
胞二磷胆碱	bāo èr lín dǎn jiǎn	ستكولىن
钡餐	bèi cān	باري بوتقىسى
苯胺	běn àn	ئانىلىن
苯胺	běn àn	ئانىلىن
苯巴比妥钠	běn bā bǐ tuǒ nà	فېنو باربىتال ناترىي
苯巴比妥钠	běn bā bǐ tuǒ nà	فېنو باربىتال ناترىي
苯丙胺	běn bǐng àn	ئامفېتامىن
苯酚	běn fēn	فىنول
苯海拉明	běn hǎi lā míng	بېنادرىل
苯妥英钠	běn tuǒ yīng nà	فېنتوئىن ناترىي
苯妥英钠	běn tuǒ yīng nà	فېنتوئىن ناترىي
比重	bǐ zhòng	سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى
必漱平	bì shù píng	بىزولۇون
变态反应	biàn tài fǎn yìng	ھالەت ئۆزگىرىش رېئاكسىيىسى

变应性,变态反应	biàn yìng xìng ,biàn tài fǎn yìng	ئاللېرگىيە
标准碳酸氢盐	biāo zhǔn tàn suān qīng yán	ئۆلچەملىك ھىدروكاربونات تۇزى (SB)
丙硫氧嘧啶	bǐng liú yǎng mì dìng	پروپىل تىئوئۇراتسىل
丙戊酸钠	bǐng wù suān nà	ناترىي ۋالپروت
病毒	bìng dú	ۋىرۇس
病原体	bìng yuán tǐ	كېسەل قوزغاتقۇچىلار
玻璃体膜下片块状出血	bō li tǐ mó xià piàn kuài zhuàng chū xuè	ئەينەك تەنچە پەردە ئاستى كاللەكچە قاناش
不应期	bú yīng qī	قوزغالماسلىق دەۋرى
布鲁金斯基氏征	bù lǔ jīn sī jī shì zhēng	بروۋدزىنسكى بەلگىسى
Bruduzinski 征	Bruduzinskizhēng	
布洛芬	bù luò fēn	بروفېن
布洛芬	bù luò fēn	بروفىن
茶碱	chá jiǎn	تېئو فىللىن
柴胡	chái hú	پەربون
肠梗阻	cháng gěng zǔ	ئۇچەي توسۇلۇش
肠激酶	cháng jī méi	ئېنتېروكىنازا
肠套叠	cháng tào dié	ئۇچەي كىرىشىپ قېلىش
肠瘘	cháng lòu	ئۇچەي ئاقمىسى
超声心动图	chāo shēng xīn dòng tú	ئۇلترا ئاۋازلىق كاردىئوگراممىا
潮气量	cháo qì liàng	قېتىملىق نەپەس ھاۋا مىقدارى
潮式呼吸	cháo shì hū xī	چېئىن - ستوكس نەپەسى
持续气道正压	chí xù qì dào zhèng yā	داۋاملىق (ئۇدا) نەپەس يولى مۇسپىي بېسىمى
弛缓性瘫痪	chí huǎn xìng tān huàn	بوشاشقان پالەچلىك
耻骨联合	chǐ gǔ lián hé	دوۋسۇن سۆڭەك بىرلەشمىسى
冲动	chōng dòng	ئىمپۇلس
出血热	chū xuè rè	قاناش قىزىتمىسى

垂体后叶素	chuí tǐ hòu yè sù	ھىپوفىزىن
醋氮酰胺	cù dàn xiān àn	دىئاموكس
大脑中动脉	dà nǎo zhōng dòng mài	چوڭ مېڭە ئوتتۇرا ئارتېرىيىسى
代偿功能	dài cháng gōng néng	كومپېنساتسىيىلىك رولى
代谢性酸中毒	dài xiè xìng suān zhòng dú	مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
丹叁注谢液	dān sān zhù xiè yè	قىزىل يىلتىزلىق چۆل يالپۇزى ئوكۇلى
单硝酸梨酯	dān xiāo suān lí zhǐ	ئىزوسوربىدى مونونىترات
胆固醇	dǎn gù chún	خولېستېرىن
胆碱酯酶	dǎn jiǎn zhǐ méi	خولىنېستېرازا
胆碱酯酶	dǎn jiǎn zhǐ méi	خولىنېستېرازا
胆碱酯酶复活剂	dǎn jiǎn zhǐ méi fù huó jì	خولىنېستېرازانى جانلاندۇرغۇچى دورا
胆碱酯酶活力	dǎn jiǎn zhǐ méi huó lì	خولىنېستېرازا ئاكتىپچانلىقى
氮质血症	dàn zhì xuè zhèng	ئازوتلۇق قان كېسىلى
蛋白酶	dàn bái méi	ئاقسىل ئېنزىمى
蛋汁淤积性黄疸	dàn zhī yū jī xìng huáng dǎn	ئۆت سۇيۇقلۇقى قېيىپ قېلىش خاراكتېرلىك سېرىقلىق چۈشۈش
导眠能	dǎo mián néng	گلوتېتمىد
等电位线	děng diàn wèi xiàn	تەڭ ئېلېكتر پوتېنسىئال سىزىقى
等渗性脱水	děng shèn xìng tuō shuǐ	تەڭ ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇق سۇسىزلىنىش
等渗液	děng shèn yè	تەڭ ئوسموسلۇق سۇيۇقلۇق، ئىزوتونىك سۇيۇقلۇق
等张液体	děng zhāng yè tǐ	ئىزوتونىك سۇيۇقلۇق
低钙血症	dī gài xuè zhèng	تۆۋەن كالتسىيلىق قان كېسىلى

低钾血症	dī jiǎ xuè zhèng	قاندىكى كالىي تۆۋەنلەپ كېتىش
低克力得,噻氯匹啶	dī kè lì dé ,sāi lǜ pǐ dìng	تىكلوپىدىن
低镁血症	dī měi xuè zhèng	تۆۋەن ماگنىيلىق قان كېسلى
低密度脂蛋白	dī mì dù zhī dàn bái	تۆۋەن زىچلىقلىق ياغ ئاقسىلى
低钠血症	dī nà xuè zhèng	قاندىكى ناترىي تۆۋەنلەپ كېتىش
低血糖	dī xuè táng	قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش
敌百虫	dí bǎi chóng	دېپتېرېكس
敌鼠强	dí shǔ qiáng	دىفاتسىن
地卡因	dì kǎ yīn	دىكائىن
地塞米松	dì sāi mǐ sōng	دېكسامېتازون
地赛米松	dì sài mǐ sōng	دىكسامېتازون
碘化钾	diǎn huà jiǎ	كالىي يودىد
电复律	diàn fù lǜ	ئېلېكتىرلىك رېتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش
淀粉酶	diàn fěn méi	كراخمال ئېنزىمى، كراخمال فېرمېنتى
东莨菪碱	dōng liáng dàng jiǎn	سكوپولامىن
冬眠疗法	dōng mián liáo fǎ	قىشلىق ئۇخلىتىپ داۋالاش
动脉血二氧化碳分压	dòng mài xuè èr yǎng huà tàn fēn yā	ئارتېرىيە قان كاربون Ⅳ ئوكسىد پارتىئال بېسىمى (P_aCO_2)
动脉血氧分压	dòng mài xuè yǎng fēn yā	ئارتېرىيە قان ئوكسىگېن پارتىئال بېسىمى (P_aO_2)
豆状核纹状体动脉,豆纹动脉	dòu zhuàng hé wén zhuàng tǐ dòng mài ,dòu wén dòng mài	پۇرچاقسىمان يادرو سىزىقسىمان تەن ئارتېرىيىسى
毒扁豆碱	dú biǎn dòu jiǎn	ئېزېرىن
毒鼠强	dú shǔ qiáng	دۇشۇچاڭ (چاشقان دورىسى)

毒蕈碱	dú xùn jiǎn	مۇسكارىن
度▮丁	dù líng dīng	دولانتىن
多巴胺	duō bā àn	دوپامىن
多巴分丁胺	duō bā fēn dīng àn	دوبۇتامىن
二丙酸氯地米松	èr bǐng suān lǜ dì mǐ sōng	بېكلو مېتخاسون
二硝酸梨醇	èr xiāo suān lí chún	ئىزوسوربىدى دىنترات
二性霉素	èr xìng méi sù	ئامفو تېرىتسىن
二性霉素	èr xìng méi sù	ئامفوتېرىتسىن
二氧化碳	èr yǎng huà tàn	كاربون (Ⅳ) ئوكسىد (CO_2)
二氧化碳结合力	èr yǎng huà tàn jié hé lì	كاربون Ⅳ ئوكسىد بىرىكىش كۈچى (CO_2CP)
二巯基丙醇	èr qiú jī bǐng chún	دىمېركاپرول
二羟基丙磺酸钠	èr qiǎng jī bǐng huáng suān nà	ئۇنىتيول
二羟基丁二酸	èr qiǎng jī dīng èr suān	دىمېر كاپتوسۇكسىن
发热,发烧	fā rè ,fā shāo	قىزىتما
法莫替丁	fǎ mò tì dīng	فاموتىدىن
反比通气	fǎn bǐ tōng qì	تەتۇر نىسبەتتە نەپەسلەندۈرۈش (IPV)
反流性食管炎	fǎn liú xìng shí guǎn yán	تەتۇر ئېقىشلىق قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى
反射	fǎn shè	رېفلېكس
房颤	fáng chàn	دالانچە تەۋرەش
房扑	fáng pū	دالانچە تىترەش
房性期前收缩	fáng xìng qī qián shōu suō	دالانچە خاراكتېرلىك مەزگىلدىن بۇرۇن قىسقىرىش
放射病	fàng shè bìng	رادىئاتسىيە كېسىلى
肥大细胞	féi dà xì bāo	يوغان ھۈجەيرە
肥厚梗阻型心肌病	féi hòu gěng zǔ xíng xīn jī bìng	قېلىنلاشقان توسۇلۇشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى

肥厚型心肌痛	féi hòu xíng xīn jī tòng	قېلىنلىشىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى
肺毛细血管楔压	fèi máo xì xuè guǎn xiē yā	ئۆپكە قىلدام تومۇر شىنا بېسىمى
肺气肿	fèi qì zhǒng	ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى، ئۆپكە گازلىق ئىششىقى
肺纹理	fèi wén lǐ	ئۆپكە كانايچە سىزىقچىلىرى
肺▮血	fèi yū xiě	ئۆپكىگە قان قېيىۋېلىش
芬妥拉明	fēn tuǒ lā míng	فېنتولامىن
酚类	fēn lèi	فىنوللار
分离性斜视	fēn lí xìng xié shì	ئاجرىلىشچان ئالغايلىق
蜂窝组织炎	fēng wō zǔ zhī yán	ھۆكۈنەك توقۇلما يالليۇغى
氟马西尼,安易醒	fú mǎ xī ní ,ān yì xǐng	فلۇمازېنىل
氟乙酰胺	fú yǐ xiān àn	فوسسول
辅酶 a	fǔ méi a	كوئېنزىم A
副交感神经	fù jiāo gǎn shén jīng	پاراسىمپاتىك نېرۋا
副醛	fù quán	پارالدېھىد
复方碘口服液	fù fāng diǎn kǒu fú yè	مۇرەككەپ يود ئىچىملىكى
复方氯化钠液	fù fāng lǜ huà nà yè	مۇرەككەپ ناترىي خلور سۇيۇقلۇقى
腹膜刺激征	fù mó cì jī zhēng	قورساق پەردىسى غىدىقلىنىش بەلگىلىرى
腹膜炎	fù mó yán	قورساق پەردە يالليۇغى
负荷	fù hè	يۈك
钙离子通道拮抗剂	gài lí zǐ tōng dào jié kàng jì	كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلار
钙通道阻滞剂	gài tōng dào zǔ zhì jì	كالتسي مەخسۇس يولىنى توسقۇچى دورا
甘露醇	gān lù chún	مانىتول
甘油三酯	gān yóu sān zhǐ	تىرى گلىتسېرىن
杆状指(趾)	gǎn zhuàng zhǐ (zhǐ)	تۇقماقسىمان بارماق، ناغرا چوكىسىمان بارماق

肝坏死	gān huài sǐ	جىگەر نىكروزلىنىش
肝素钙	gān sù gài	كالتسىي ھېپارىن
肝性昏迷	gān xìng hūn mí	جىگەر مەنبەلىك ھوشسىزلىنىش
高蛋白血症	gāo dàn bái xuè zhèng	يۇقىرى ئاقسىللىق قان كېسىلى
高钙血症	gāo gài xuè zhèng	يۇقىرى كالتسىيلىق قان كېسىلى
高镁血症	gāo měi xuè zhèng	يۇقىرى ماگنىيلىق قان كېسىلى
高锰酸钾	gāo měng suān jiǎ	مارگانسۇپ
高密度脂蛋白	gāo mì dù zhī dàn bái	يۇقىرى زىچلىقلىق ياغ ئاقسىلى
高钠血症	gāo nà xuè zhèng	قاندىكى ناتري يۇقىرىلاپ كېتىش
高叁盐水	gāo sān yán shuǐ	يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۇيى
高渗盐水	gāo shèn yán shuǐ	يۇقىرى تەرەڭلىك تۇز سۇيۇقلۇقى
高碳酸血症	gāo tàn suān xuè zhèng	يۇقىرى كاربونات كىسلاتالىق قان كېسىلى
高铁血红蛋白	gāo tiě xuè hóng dàn bái	يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى
高脂血症	gāo zhī xuè zhèng	يۇقىرى ياغلىق قان كېسىلى
鼓音	gǔ yīn	ناغرىسىمان تاۋۇش
谷草转氨酶	gǔ cǎo zhuǎn ān méi	گلۇتامىك ئوكسالو ئاتستىك ترانسئامىنازا (AST)
冠心病	guān xīn bìng	تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى
硅胶	guī jiāo	سىلتسىيلىك يېلىم
过氧化氢	guò yǎng huà qīng	قوش ئوكسىگېنلىق سۇ، ھىدروگېن پېروكسىد

核素	hé sù	نوكلىئىن
合成	hé chéng	سىنتېز
红细胞计数	hóng xì bāo jì shù	قىزىل قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سانى
后交通动脉	hòu jiāo tōng dòng mài	ئارقا تۇتاشتۇرغۇچى ئارتېرىيە
呼吸机	hū xī jī	نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى
呼吸末正压	hū xī mò zhèng yā	ھاۋا پۈركۈش ئاخىرى مۇسپىي بېسىمى (PEEP)
呼吸频率	hū xī pín lǜ	نەپەس چاستوتىسى
呼吸吸性 " 中毒	hū xī xī xìng jiǎn zhòng dú	نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش
呼吸性酸中毒	hū xī xìng suān zhòng dú	نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
华法林	huá fǎ lín	ۋارفارىن
华法林	huá fǎ lín	ۋارفارىن
环甲膜	huán jiǎ mó	ھالقا ـ قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسى
缓冲系统	huǎn chōng xì tǒng	بوففېر سىستېمىسى
缓激肽	huǎn jī tài	برادىكىنىن
黄体酮	huáng tǐ tóng	پروگېستېرون
黄疸	huáng dǎn	سېرىقلىق چۈشۈش
磺胺	huáng àn	سۇلفانىلامىد
会厌隐窝	huì qìng yǐn wō	يۇتقۇنچاق قاپقىقى يوشۇرۇن ئىيمىنى
会厌	huì yàn	يۇتقۇنچاق قاپقىقى
昏睡	hūn shuì	بىھوش ئۇخلاش
活性碳	huó xìng tàn	ئاكتىپلانغان كۆمۈر
活血代化 "	huó xuè dài huà yū	قان جانلاندۇرۇش
基础代谢率	jī chǔ dài xiè lǜ	ئاساسى مېتابولىزم نىسبىتى
基底动脉	jī dǐ dòng mài	نېگىز ئارتېرىيە
肌钙蛋白	jī gài dàn bái	مۇسكۇل كالتسىيلىق ئاقسىلى

肌红蛋白	jī hóng dàn bái	مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى
肌酸磷酸激酶	jī suān lín suān jī méi	كىرېئاتىن فوسفوركىنازا (CPK)
肌张力	jī zhāng lì	مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى
肌苷	jī gān	ئىنوزىن
肌酐	jī gān	كرېئاتىنىن
肌酐清除率	jī gān qīng chú lǜ	كىرېئاتىنىنىڭ تازىلىنىش نىسبىتى
激活的部分凝血活酶时间	jī huó de bù fen níng xuè huó méi shí jiān	ئاكتىپلاشتۇرۇلغان قىسمەن تىرومبوپلاستىن ۋاقتى (APTT)
极化液	jí huà yè	قۇتۇپلاشتۇرۇلغان سۇيۇقلۇق
急性呼吸窘迫综合征	jí xìng hū xī jiǒng pò zōng hé zhēng	ئۆتكۈر نەپەس قىينىلىشش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
脊髓半切症	jǐ suǐ bàn qiē zhèng	يۇلۇن يېرىم قايچىلاشما زەخمىلىنىش ئالامىتى
脊髓前综合症	jǐ suǐ qián zōng hé zhèng	يۇلۇن ئالدى يىغىندى كېسەللىك ئالامىتى
脊髓圆锥	jǐ suǐ yuán zhuī	يۇلۇن كونۇسى
脊髓中央管周围综合症	jǐ suǐ zhōng yāng guǎn zhōu wéi zōng hé zhèng	يۇلۇن مەركىزى كانىلى ئەتراپى يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
夹层动脉瘤	jiā céng dòng mài liú	ئارا قەۋەت ئارتېرىيە ئۆسمىسى
加贝脂	jiā bèi zhī	گابېكسات
甲醇	jiǎ chún	مېتىل ئىسپىرت
甲基强地松龙	jiǎ jī qiáng dì sōng lóng	مېتىل پرېدنىزولون
甲基强地松龙	jiǎ jī qiáng dì sōng lóng	مېتىل پرېدنىزولون
甲基水杨酸	jiǎ jī shuǐ yáng suān	كرېزوتىك كىسلاتا
甲硫氧嘧啶	jiǎ liú yǎng mì dìng	مېتىل تىئوئۇراتسىل
甲硝唑	jiǎ xiāo zuò	مېترونىدازول
甲状旁腺	jiǎ zhuàng páng xiàn	قالقان يان بېزى

甲状腺	jiǎ zhuàng xiàn	قالقانسمان بەز
甲状腺功能亢进	jiǎ zhuàng xiàn gōng néng kàng jìn	قالقانسمانبەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىش
甲状腺功能亢进危象	jiǎ zhuàng xiàn gōng néng kàng jìn wēi xiàng	قالقانسمان بەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك هالىتى
甲状腺素	jiǎ zhuàng xiàn sù	تروكسىن
胶体液	jiāo tǐ yè	كوللوئىد سۇيۇقلۇق
胶原病	jiāo yuán bìng	كوللاگېنلىق كېسەللەر
角弓反张	jiǎo gōng fǎn zhāng	ياچاقتەك غادىيىش
解磷定	jiě lín dìng	پرالىدوكسىم يودىد
戒断综合症	jiè duàn zōng hé zhèng	تاشلىتىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
介入治疗	jiè rù zhì liáo	تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈپ داۋالاش
晶体液	jīng tǐ yè	كرىستال سۇيۇقلۇق
颈动脉窦	jǐng dòng mài dòu	بويۇن ئارتېرىيە كاۋىكى
颈强直	jǐng qiáng zhí	بويۇن قېتىپ قېلىش
痉挛	jìng luán	سپازما
菌血症	jūn xuè zhèng	باكتېرىيىلىك قان كېسىلى
咖啡因	kā fēi yīn	كوففېئىن
卡他性鼻炎	kǎ tā xìng bí yán	كاتارلىق بۇرۇن ياللۇغى
抗胆▮能药	kàng dǎn jiǎn néng yào	خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلار
抗毒素	kàng dú sù	ئانتىتوكسىن
抗菌素	kàng jūn sù	ئانتىبىئوتىكلار
抗利尿激素	kàng lì niào jī sù	سۇيدۇك ھەيدەشكە قارشى ھورمۇن
抗蛇毒血清	kàng shé dú xuè qīng	يىلان زەھىرىگە قارشى قان زەردابى
抗体	kàng tǐ	ئانتىتېلا، قارشى تەنچە

抗纤容药	kàng xiān róng yào	تالالىق ماددىلارنىڭ ئېرىشىگە قارشى دورىلار
抗血小板粘附剂	kàng xuè xiǎo bǎn zhān fù jì	قان پلاستىنكىلىرىنىڭ يېپىشىشىغا قارشى دورىلار
抗原	kàng yuán	ئانتىگېن
壳核	ké hé	پوست يادروسى
咳必清	hāi bì qīng	توكلاس
可达龙,氨碘酮	kě dá lóng ,ān diǎn tóng	ئامىئوداروڭ
可待因	kě dài yīn	كودېيىن
可待因	kě dài yīn	كودېئىن
可拉明	kě lā míng	كورومىن
克尼格征,kernig 征	kè ní gé zhēng , kernigzhēng	كېرنىگ بەلگىسى
克山病	kè shān bìng	كېشەن كېسىلى
括约肌	kuò yuē jī	قورۇغۇچى مۇسكۇل
扩张型心肌病	kuò zhāng xíng xīn jī bìng	كېڭىيىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى
扩张型心肌痛	kuò zhāng xíng xīn jī tòng	كېڭىيىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى
来苏尔	lái sū ěr	لىزول
雷尼替丁	léi ní tì dīng	رانىتىدىن
利多卡因	lì duō kǎ yīn	لىدوكائىن
利血平	lì xuè píng	رېزېرپىن
利血平	lì xuè píng	رىزېرپىن
立克次氏体	lì kè cì shì tǐ	رىككېتسىيە
立止血,巴曲酶	lì zhǐ xuè ,bā qǔ méi	رېپتىلاس، بەتروسوبىن
链激酶	liàn jī méi	ستربېتوكىنازا (SK)
磷化锌	lín huà xīn	سىنك فوسفىد
硫代硫酸钠	liú dài liú suān nà	ناتري تىئو سۇلفات
硫化氢	liú huà qīng	ھىدروگېن سۇلفىد
硫喷妥钠	liú pēn tuǒ nà	ناتري تىئوبېنتال
硫喷妥钠	liú pēn tuǒ nà	ناتري تىئوپېنتال

硫氰酸盐	liú qíng suān yán	تىئوسيانات
硫酸镁	liú suān měi	ماگنىي سۇلفات
硫酸镁	liú suān měi	ماگنىي سۇلفات
硫酸钠	liú suān nà	ناترىي سۇلفات
硫酸钠	liú suān nà	ناترىي سۇلفات
流行性	liú xíng xìng	تارقىلمىچان
颅内压	lú nèi yā	باش ئىچى بېسىمى
鲁米那,苯巴比妥	lǔ mǐ nà ,běn bā bǐ tuǒ	لۇمىنال، فېنوباربېتال
氯丙嗪	lǜ bǐng qín	خلور پرومازىن
氯丙嗪	lǜ bǐng qín	خلورپرومازىن
氯化胺	lǜ huà àn	ئاممونىي خلورىد
氯化钙	lǜ huà gài	كالتسىي خلورد
氯化钾	lǜ huà jiǎ	كالىي خلورىد
氯化镁	lǜ huà měi	ماگنىي خلورىد
氯化铵	lǜ huà ǎn	ئاممونىي خلورىد
氯磷定	lǜ lín dìng	پىرالوكسىم مېتوخلورىد
氯磷定	lǜ lín dìng	پرالوكسىم مېتىل يودىد
氯霉素	lǜ méi sù	خلورومىتسېتىن
氯硝安定,氯硝西泮	lǜ xiāo ān dìng ,lǜ xiāo xī pàn	كلونازېپام
螺旋体	luó xuán tǐ	بورما تەنچە
罗音	luó yīn	خرىپ تاۋۇشى
洛贝林	luò bèi lín	لوبېلىن
麻黄碱	má huáng jiǎn	ئېفېدرىن
吗啡	mǎ fēi	مورفىن
吗啡	mǎ fēi	مورفىن
麦氏点	mài shì diǎn	مىك بۇرنىي نۇقتىسى
脉络丛动脉	mài luò cóng dòng mài	قان تومۇر چىگىش ئارتېرىيىسى
美多心安	měi duō xīn ān	
美解眠	měi jiě mián	مېگىمىد
美蓝	měi lán	مېتىلىن كۆكى

美托洛尔,倍他乐克	měi tuō luò ěr ,bèi tā lè kè	مېتوپرولول، بېتالوك
门静脉	mén jìng mài	قاپقا ۋېنا
糜蛋白酶	mí dàn bái méi	خىموترېپسىن
迷走神经	mí zǒu shén jīng	ئاداشقان نېرۋا
弥散性血管内凝血(DIC)	mí sàn xìng xuè guǎn nèi níng xuè (DIC)	يېيىلما قان تومۇرلاردا قان ئۇيۇش (DIC)
明胶海绵	míng jiāo hǎi mián	گىلاتېتلىق بۇلۇت
墨菲征	mò fēi zhēng	مۇرپي بەلگىسى
奈多米尔钠	nài duō mǐ ěr nà	ناترىي نېدوكرومىل
脑垂体后叶素	nǎo chuí tǐ hòu yè sù	پىتۇ ئىتىرىن
脑挫裂伤	nǎo cuò liè shāng	مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش
脑电图	nǎo diàn tú	ئېلېكترو ئېنسېفالوگراما
脑复新	nǎo fù xīn	پرىتسئوكسىن
脑脊髓膜炎	nǎo jǐ suǐ mó yán	مېڭە يۇلۇن پەردە ياللۇغى
脑膜刺激征	nǎo mó cì jī zhēng	مېڭە پەردىسى غدىقلىنىش بەلگىلىرى
脑膜炎	nǎo mó yán	مېڭە پەردە ياللۇغى
脑室	nǎo shì	مېڭە قېرىنچىسى
脑室液分流术	nǎo shì yè fēn liú shù	مېڭە سۇيۇقلۇقنى تارماق يولدىن ئېقىتىش ئوپېراتسىيىسى
脑室引流	nǎo shì yǐn liú	مېڭە قېرىنچىسىنى ئېقىتىش
脑栓塞	nǎo shuān sè	مېڭە كەپلەشمىسى
脑死亡	nǎo sǐ wáng	مېڭە ئۆلۈش
脑血栓形成	nǎo xuè shuān xíng chéng	مېڭە قان نوكچىسى ھاسىل بولۇش
脑震荡	nǎo zhèn dàng	مېڭە سىلكىنىش
脑疝	nǎo shàn	مېڭە چۈقۇقى
内镜	nèi jìng	ئىچكى بوشلۇق ئەينىكى
能量合剂	néng liàng hé jì	ئېنېرگىيە بېرىكمە دورىسى
尼可刹米,可拉明	ní kě shā mǐ ,kě lā míng	نىكېتامىد، كورامىن

尼克刹米	ní kè shā mǐ	نىكېتامىد
尼莫地平	ní mò dì píng	نىمولدىپىن
尼莫地平	ní mò dì píng	نىمولدىپىن
尼群地平	ní qún dì píng	نىترېندىپىن
尿崩症	niào bēng zhèng	كۆپ سىيىش كېسىلى (شېكەرسىز دىئابىت كېسىلى)
尿激酶	niào jī méi	ئۇروكىنازا (UK)
尿素氮	niào sù dàn	ئورېئا ئازوتى
尿素氮	niào sù dàn	ئورېئا ئازوتى (BUN)
尿素氮	niào sù dàn	ئورىئا ئازوتى
尿酸	niào suān	سۇيدۇك كىسلاتاسى
尿潴留	niào zhū liú	سۇيدۇك يىغىلىپ قېلىش
凝血酶	níng xuè méi	تىرومبىن، قان ئۇيۇتقۇچى فېرمېنت
凝血酶原	níng xuè méi yuán	پروترومبىن
凝血酶原时间	níng xuè méi yuán shí jiān	پروترومبىن ۋاقتى (PT)
凝血时间	níng xuè shí jiān	قان ئۇيۇش ۋاقتى
脓毒血症	nóng dú xuè zhèng	يىرىڭدىن زەھەرلىنىش قان كېسىلى
潘生丁	pān shēng dīng	بېرسانتىن
皮质	pí zhì	پوستلاق ماددا
皮质醇	pí zhì chún	كورتىزول
贫血	pín xuè	قان ئازلىق
平衡盐液	píng héng yán yè	تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى
破伤风	pò shāng fēng	قاتما
扑热息痛	pū rè xī tòng	پاراتسېتامول
葡萄糖酸钙	pú táo táng suān gài	كالتسي گلۇكونات
普鲁本辛	pǔ lǔ běn xīn	پروبانتىن
普鲁卡因	pǔ lǔ kǎ yīn	پروكائىن
起搏器	qǐ bó qì	فوزغاتقۇق

气胸	qì xiōng	گازلىق كۆكرەك، ھاۋالىق كۆكرەك
嵌顿疝	qiàn dùn shàn	كەپلەشمە چۈقۇق
强地松	qiáng dì sōng	پرېدنىزون
强地松龙	qiáng dì sōng lóng	پرېدنىزولون
强痛定	qiáng tòng dìng	بۇكنناژېن
青霉胺	qīng méi àn	پېننىتسللامىن
氢化可的松	qīng huà kě dì sōng	ھىدروكورتىزون
氢化物	qīng huà wù	ھىدرىدلار
氢氰酸	qīng qíng suān	ھىدروسيانىك كىسلاتاسى
氢氧化钠	qīng yǎng huà nà	ناترىي ھىدروكسىد
氰化高铁血红蛋白	qíng huà gāo tiě xuè hóng dàn bái	سىئانىدلىق يۇقىرى تۆمۇرلۈك قان قىزىل ئاقسىلى
氰化物	qíng huà wù	سىئانىد بىرىكمىلىرى
氰离子	qíng lí zǐ	سيانوگىن ئىئونى
氰盐	qíng yán	سىئانىد تۇزلىرى
庆大霉素	qìng dà méi sù	گېنتامىتسىن
丘脑	qiū nǎo	دۆڭ مېڭە
曲马多	qǔ mǎ duō	ترامال
去大脑强直	qù dà nǎo qiáng zhí	مېڭىسىز قېتىشىش
去甲肾上腺素	qù jiǎ shèn shàng xiàn sù	نورئادرېنالىن
去早肾上腺素	qù zǎo shèn shàng xiàn sù	نور ئادرېنالىن
醛固酮	quán gù tóng	ئالدوستېرون
全身炎性反应综合症	quán shēn yán xìng fǎn yìng zōng hé zhèng	پۈتۈن بەدەن يالۇغ رېئاكسىيىسى يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
全身应激反应	quán shēn yìng jī fǎn yìng	پۈتۈن بەدەن جىددىيلىشىش رېئاكسىيىسى
全血	quán xuè	تولۇق قان

热射病	rè shè bìng	ئاپتاپ ئۆتۈش كېسلى
日射病	rì shè bìng	كۈن ئۆتۈش كېسلى
容量负荷	róng liàng fù hè	سىغىمچانلىق يۈكى
容血性盆血	róng xuè xìng pén xuè	قان ئېرىشچان كەم قانلىق
肉芽组织	ròu yá zǔ zhī	بىخلىما گۆش توقۇلمىلىرى
蠕虫	rú chóng	مەددە قۇرت
乳酸	rǔ suān	سۈت كىسلاتاسى
乳酸钠	rǔ suān nà	ناترىي لاكتات
乳酸脱氢酶	rǔ suān tuō qīng méi (LDH)	لاكتىك دېھىدروگېنازا (LDH)
乳头肌	rǔ tóu jī	ئەمچەك تۈگمىسىمان مۇسكۇل
三磷酸甙	sān lín suān dài (ATP)	ئادىنوزېن تىرى فوسفات (ATP)
三七粉	sān qī fěn	سەنچى تالقىنى
三腔二囊管(气囊)	sān qiāng èr náng guǎn (qì náng)	ئۈچ بوشلۇقلۇق ئىككى خالتىلىق نەيچە
三氧化二砷	sān yǎng huà èr shēn	ئارسېن (Ⅲ) ئوكسىد
三羧酸循环	sān suō suān xún huán	تىرى كاربوكسىل كىسلاتا ئايلىنىشى
散利痛	sàn lì tòng	سالىدىن
色甘酸钠	sè gān suān nà	ئىنتال
杀虫脒	shā chóng mǐ	گالىتسىرون
山梨醇	shān lí chún	سوربىتول
山莨菪碱	shān liáng dàng jiǎn	ئانىزودامىن
善得定,奥曲肽,善宁	shàn dé dìng ,ào qǔ tài ,shàn níng	ئوكتروتىد
上皮	shàng pí	ئېپىتېلىيە
蛇酶	shé méi	يىلان فېرمېنتى
砷	shēn	ئارسىن
砷化氢	shēn huà qīng	ھىدرو ئارسىن

神经官能症	shén jīng guān néng zhèng	نېرۋا فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇش كېسىلى
神经节后维	shén jīng jié hòu wéi	نېرۋا تۈگۈن ئارقا تالالىرى
肾病宗合症	shèn bìng zōng hé zhèng	بۆرەك كېسىلى يىغىنىدا كېسەللىك ئالامىتى
肾功能不全	shèn gōng néng bú quán	بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق
肾功能衰竭	shèn gōng néng shuāi jié	بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش
肾上腺皮质功能不全	shèn shàng xiàn pí zhì gōng néng bú quán	بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق خىزمىتى تولۇق بولماسلىق
肾上腺皮质功能减退	shèn shàng xiàn pí zhì gōng néng jiǎn tuì	بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق فۇنكسىيىسى ئاجىزلاش
肾上腺皮质激素	shèn shàng xiàn pí zhì jī sù	بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمۇنى
肾上腺素	shèn shàng xiàn sù	ئادرېنالىن
肾上腺素能	shèn shàng xiàn sù néng	ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق
肾上腺素能受体兴奋剂	shèn shàng xiàn sù néng shòu tǐ xīng fèn jì	ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق قوبۇلغۇچ تەڭچىنى قوزغاتقۇچى دورا
渗透压	shèn tòu yā	ئوسموس بېسىمى
生长抑素	shēng zhǎng yì sù	ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى ھورمۇن
生长抑素	shēng zhǎng yì sù	ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى ھورمۇن دورىلار
升汞	shēng gǒng	سىماب (Ⅱ) خلور
剩余▮	shèng yú jiǎn	قالدۇق ئىشقار (BE)
湿罗音	shī luó yīn	ھۆل خرىپ تاۋۇشى
石蜡	shí là	پارافىن
食管胃底静脉曲张	shí guǎn wèi dǐ jìng mài qū zhāng	قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېنىسى ئېگرى ـ بۇگرى كېڭىيىش

实际碳酸氢盐	shí jì tàn suān qīng yán	ئەمەلىي ھىدرو كاربونات تۇزى (AB)
室上性	shì shàng xìng	قېرىنچە ئۈستى خاراكتېرلىك
室性融合波	shì xìng róng hé bō	قېرىنچە خاراكتېرلىك قوشۇلما دولقۇن
视神经乳头	shì shén jīng rǔ tóu	كۆرۈش نېرۋا شوربغۇچىسى
收缩期杂音	shōu suō qī zá yīn	قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى
受体	shòu tǐ	قوبۇلغۇچ تەنچە، رېتسېپتور، ئاكسېپتور
舒喘灵	shū chuǎn líng	سامبۇتامول
舒喘灵	shū chuǎn líng	سالبۇتامول
舒张期奔马律	shū zhāng qī bēn mǎ lǜ	كېڭىيىش دەۋرى دۇپۇرلەش تاۋۇشى
栓塞	shuān sè	كەپلىمە
双香豆素	shuāng xiāng dòu sù	دىكوئۇمارول
双香豆素钠	shuāng xiāng dòu sù nà	ناتريي دىكوئۇمارول
水合氯醛	shuǐ hé lǜ quán	خلورال ھىدرات
水杨酸盐	shuǐ yáng suān yán	سالتسىيلىك كىسلاتا تۇزلىرى
水扬酸	shuǐ yáng suān	سالىتسىلىك كىسلاتا
水中毒	shuǐ zhòng dú	سۇدىن زەھەرلىنىش
水肿	shuǐ zhǒng	سۇلۇق ئىششىق
思他宁	sī tā níng	ستىلامىن
四氯化碳	sì lǜ huà tàn	كاربون تىترا خلورىد
速避凝(低分子肝素)	sù bì níng (dī fēn zǐ gān sù)	فىراكسىپارىن (تۆۋەن مالېكۇلىلىق ھېپارىن)
速尿	sù niào	فۇروزېمىد
速尿	sù niào	فۇروزېمىد
酸▮度	suān jiǎn dù	كىسلاتا - ئىشقارلىق دەرىجىسى (PH قىممىتى)
他巴唑	tā bā zuò	تابازول
碳酸锂	tàn suān lǐ	لىتيي كاربونات

糖尿病	táng niào bìng	دىئابېت كېسىلى (قەنتلىك)
糖尿病酮症酸中毒	táng niào bìng tóng zhèng suān zhòng dú	دىئابېت كېسىلىدە كىتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
糖尿病酮症酸中毒	táng niào bìng tóng zhèng suān zhòng dú	دىئابېتتا كىتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
糖皮质要激素	táng pí zhì yào jī sù	گلۇكوكورتىكوئىد
锑	tī	سۇرمە
体位性低血压	tǐ wèi xìng dī xuè yā	بەدەن ھالىتى خاراكتېرلىك تۆۋەن قان بېسىم
体征	tǐ zhēng	تەن بەلگىلىرى
通气量	tōng qì liàng	ھاۋا ئالمىشىش مىقدارى
酮替芬	tóng tì fēn	كېتوتىفېن
同工酶	tóng gōng méi	ئوخشاش فۇنكسىيىلىك ئېنزىم
痛风	tòng fēng	يەللىك بۇغۇم ئاغرىقى
头孢	tóu bāo	سىفاستىسىن
透析	tòu xī	دىئالىزلاش
透析液	tòu xī yè	دىئالىز سۇيۇقلۇقى
涂片	tú piàn	سۈرتمە
涂片	tú piàn	سۈرتمە
吐根糖浆	tǔ gēn táng jiāng	دورۇنەچ ئەقرەبى قىيامى
脱水	tuō shuǐ	سۇسىزلىنىش
外展神经	wài zhǎn shén jīng	ئاچقۇچى نېرۋا
晚幼红细胞	wǎn yòu hóng xì bāo	كەنجى گۆدەك قىزىل قان ھۈجەيرىسى
网织红细胞	wǎng zhì hóng xì bāo	تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى
维拉帕米,异搏定	wéi lā pà mǐ ,yì bó dìng	ۋېراپامىل
胃蛋白酶	wèi dàn bái méi	پېپسىن، ئاشقازان ئاقسىل فېرمېنتى
乌拉地尔乌头	wū tóu	بۇۋانە
无水酒精	wú shuǐ jiǔ jīng	سۇسىز ئىسپىرت

西比灵	xī bǐ líng	سيبىلىم
西地兰,毛花甙	xī dì lán ,máo huā dài	سېدىلانىد
西咪替丁,甲氰咪胍	xī mī tì dīng ,jiǎ qíng mī guā	سىمىتىدىن
矽肺	xī fèi	سىلتسىيلىق ئۆپكە
吸收障碍宗合症	xī shōu zhàng ài zōng hé zhèng	ئۇچەيىنىڭ سۈمۈرۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
细胞色素 c	xì bāo sè sù c	ستوخروم
细胞色素 c	xì bāo sè sù c	ھۈجەيرە پېگمېنتى C، ستوخروم C
细菌	xì jūn	باكتېرىيە
纤维蛋白原	xiān wéi dàn bái yuán	فىبرىنوگېن
纤维蛋白原	xiān wéi dàn bái yuán	فىبرىنوگېن
纤维支气管镜	xiān wéi zhī qì guǎn jìng	تالالىق كانايچە ئەينىكى
硝基苯	xiāo jī běn	نىتروبېنزول
硝普钠	xiāo pǔ nà	ناترىي نىتروپروسسىد
硝普钠	xiāo pǔ nà	ناترىي نىترو پروسسىد
硝酸甘油	xiāo suān gān yóu	نىتروگلىتسېرىن
硝酸甘油	xiāo suān gān yóu	نىتروگلىتسېرىن
硝酸戊四醇酯	xiāo suān wù sì chún zhǐ	ئۇزۇن ئۇنۇملۇك نىتروگلىتسېرىن
硝酸盐	xiāo suān yán	نىترات تۇزلىرى، نىترات كىسلاتا تۇزلىرى
硝酸酯	xiāo suān zhǐ	ئېستېر نىترات
硝酸酯	xiāo suān zhǐ	نىترات ئېستىر
哮鸣音	xiào míng yīn	خىرقىراش تاۋۇشى
消心痛,硝酸异山梨醇酯	xiāo xīn tòng ,xiāo suān yì shān lí chún zhǐ	ئىزو سوربىدى دىنىتراس
消炎痛	xiāo yán tòng	ئىندومېتاتسىن
消炎痛	xiāo yán tòng	ئىندومېتاتسىن
小脑	xiǎo nǎo	كىچىك مېڭە

小脑齿状核动脉	xiǎo nǎo chǐ zhuàng hé dòng mài	كىچىك مېڭە چىشسىمان ئارتېرىيە
心包填塞	xīn bāo tián sāi	يۈرەك قېپى تىنمىسى
心包填塞	xīn bāo tián sāi	يۈرەك قېپى قىسىلىش
心得安,普茶洛尔	xīn dé ān ,pǔ chá luò ěr	پروپرانولول، ئىندېرال
心电图	xīn diàn tú	ئېلېكترو كاردىئوگراممـا
心房	xīn fáng	يۈرەك دالانچىسى
心肌梗死	xīn jī gěng sǐ	يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى
心肌酶谱	xīn jī méi pǔ	يۈرەك مۇسكۇل فېرمېنتلىرى
心肌炎	xīn jī yán	يۈرەك مۇسكۇل ياللۇغى
心律平,普罗帕酮	xīn lǜ píng ,pǔ luó pà tóng	پروپافېنون
心律失常	xīn lǜ shī cháng	يۈرەك رېتمسىزلىنىش
心室	xīn shì	يۈرەك قېرىنچىسى
心痛定,硝苯地平,硝苯啶	xīn tòng dìng ,xiāo běn dì píng ,xiāo běn dìng	نىفېدىپىن
心痛定,硝苯啶	xīn tòng dìng ,xiāo běn dìng	نىفېدىپىن
猩红热	xīng hóng rè	سكارلاتىنا
胸壁	xiōng bì	كۆكرەك دىۋارى
胸骨甲状肌	xiōng gǔ jiǎ zhuàng jī	تۆش ـ قالقان مۇسكۇلى
胸骨舌骨肌	xiōng gǔ shé gǔ jī	تۆش تىل سۆڭەك مۇسكۇلى
休克	xiū kè	شوك
虚脱	xū tuō	كوللاپس
血氨	xuè ān	قان ئاممىياكى
血常规	xuè cháng guī	قان رايى
血管活性物质	xuè guǎn huó xìng wù zhì	تومۇر ئاكتىپ ماددىلىرى
血管紧张素Ⅱ	xuè guǎn jǐn zhāng sù Ⅱ	ھىپېرتېنسىن

血管紧张素转化酶抑制剂	xuè guǎn jǐn zhāng sù zhuǎn huà méi yì zhì jì	ئانگىئوتېنزىن ئۆزگەرتكۈچى ئېنزىمنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار
血管扩张剂	xuè guǎn kuò zhāng jì	تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار
血管扩张剂	xuè guǎn kuò zhāng jì	تومۇركېڭەيتكۈچى دورىلار
血管收缩剂	xuè guǎn shōu suō jì	تومۇر قىسقارتقۇچى دورىلار
血管收缩剂	xuè guǎn shōu suō jì	تومۇر قىسقارتقۇچى دورىلار
血红蛋白	xuè hóng dàn bái	قان قىزىل ئاقسىلى
血红蛋白	xuè hóng dàn bái	قان قىزىل ئاقسىلى
血红蛋白	xuè hóng dàn bái	قان قىزىل ئاقسىلى
血浆	xuè jiāng	قان پلازمىسى
血气分析	xuè qì fēn xī	قان ـ گاز ئانالىزى
血清	xuè qīng	قان زەردابى
血生化	xuè shēng huà	قان بىئوخىمىيىلىك تەكشۈرۈشى
血糖	xuè táng	قان شېكىرى
血细胞比积	xuè xì bāo bǐ jī	قان ھۈجەيرە سىلىشتۇرما ھەجمى
血细胞比容	xuè xì bāo bǐ róng	قان ھۈجەيرە سىلىشتۇرما ھەجمى
血细胞压积	xuè xì bāo yā jī	قان ھۈجەيرە بېسىلىش ھەجمى
血胸	xuè xiōng	قانلىق كۆكرەك
压力负荷	yā lì fù hè	بېسىم يۈكى
压力感受器	yā lì gǎn shòu qì	بېسىم رېتسېپتورى
亚甲蓝	yà jiǎ lán	مېتىلىن كۆكى
亚硝酸钠	yà xiāo suān nà	ناترىي نىتريت
亚硝酸盐	yà xiāo suān yán	نىتريتلار، نىتروئۇس كىسلاتا تۇزلىرى
亚硝酸异戊酯	yà xiāo suān yì wù zhǐ	ئامىل نىتريت
烟酸	yān suān	نىكوتىن كىسلاتاسى
盐酸	yán suān	ھىدرو خلورىد

盐酸地尔硫卓	yán suān dì ěr liú zhuó	دىلتىئازېم ھىدروخلورىد
盐酸精氨酸	yán suān jīng ān suān	ئارگىنىن ھىدروخلورىد
眼底	yǎn dǐ	كۆز تېگى
厌氧菌	yā yǎng jūn	ئوكسىگىندىن قاچقۇچى باكتېرىيە
阳离子交换树脂	yáng lí zǐ jiāo huàn shù zhī	مۇسبەت ئىئون ئالماشتۇرغۇچى رېزىن
一氧化碳	yī yǎng huà tàn	كاربون چالا ئوكسىد (CO)
依地酸二钠钙(CaNa$_2$, EDTA)	yī dì suān èr nà gài (CaNa$_2$,EDTA)	دىناترىي كالتسىي ئېدېتاس
衣原体	yī yuán tǐ	خلامىدىيە
移动性浊音	yí dòng xìng zhuó yīn	يۆتكىلىشچان بوغۇق تاۋۇش
胰蛋白酶	yí dàn bái méi	تىرېپسىن
胰蛋白酶原	yí dàn bái méi yuán	تىرېپسىنوگېن
胰岛素	yí dǎo sù	ئىنسۇلىن
胰酶	yí méi	پانكرېئاتىن، ئاشقازان ئاستى بېزى فېرمېنتى
乙醚	yǐ mí	ئېفىر
乙醚	yǐ mí	ئېفىر
乙酸	yǐ suān	سىركە كىسلاتاسى
乙酰胺	yǐ xiān àn	ئاتسېتامىد
乙酰胆	yǐ xiān dǎn jiǎn	ئاتسېتىل خولىن
抑胎酶	yì tāi méi	تىرازىلول
异丙嗪	yì bǐng qín	بىرومېتازىن
异病嗪	yì bìng qín	پىرو مېتازىن
异戊巴比妥钠	yì wù bā bǐ tuǒ nà	ئاموباربىتال ناترىي
异烟肼,雷米封	yì yān jǐng ,léi mǐ fēng	رىمىفون
隐血试验	yǐn xuè shì yàn	يوشۇرۇن قان تەجرىبىسى
应激性溃疡	yìng jī xìng kuì yáng	غىدىقلىنىشچان يارا
影象学	yǐng xiàng xué	سۈرەت ئىلمى
游离气体	yóu lí qì tǐ	ئەركىن گاز، ئەركىن ھاۋا
有机氮	yǒu jī dàn	ئورگانىك ئازوت