جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى

شىنجاڭ خەلق سەھىيە نەشرىياتى

2006 -يىلى دېكابىر

كىرىش سۆز

ئۇيغۇر تېبابىتى — ئەمگەكچان ئۇيغۇر خەلقىنىڭ تارىختىن بۇيان تۈرلۈك 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 كۆپىيىشىگە 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 ئابباسنىڭ رەھبەرلىكى، مۇئاۋىن نازىر مۇھەممەتئىمىن سابىرنىڭ بىۋاستە يېتەكچىلىكى، جۇڭيى ـ مىللىي تېبابەتچىلىك دورىگەرلىكىنى باشقۇرۇش باشقارمىسىنىڭ باشلىقى ئارىپ مۇھەممەت نىيازنىڭ تەشكىللىشى بىلەن ئاپتونوم رايونىمىز تەۋەسىدىكى ئۇيغۇر تېبابىتى مۇتەخەسسىلىرى 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 يۈسۈفى 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 سۈپىتىنى تېخىمۇ يۇقىرى كۆتۈرۈپ،

ئۇيغۇر تىبابىتى 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 تىبابىتى دەرسلىك
ماتېرىياللىرىنى تۈزۈش كومىتېتى ئىشخانىسى
2006 - يىل دېكابىر

نەشرىياتتىن

جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى — ئۇيغۇر تىبابىتى كلىنىكا پەنلىرىنىڭ مۇھىم بىر تەركىبىي قىسمى بولۇپ، ئۇيغۇر تىبابىتىنىڭ باشقا كلىنىكا پەنلىرىگە نىسبەتەن ئۆزگىچە ئالاھىدىلىككە ئىگە.

بۇ دەرسلىك جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى ھەققىدە قىسقىچە چۈشەنچە، نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش ۋە يۆتكەش، جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىلىرى، يۈرەك، ئۆپكە، مېڭە فۇنكسىيەسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، سۇ، ئېلېكترولىت ۋە كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى، شوك، زەخىملىنىش، 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 جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىگە مۇناسىۋەتلىك نەزەرىيە بىلىملىرىنى ئىگىلەش بىلەن بىرگە، جىددىي قۇتقۇزۇش ئەمەلىي ماھارىتىگە ئاساس سالالايدۇ.

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

شىنجاڭ خەلق سەھىيە نەشرىياتى
2006 - 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 § . يۇتقۇنچاق 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 تۈكۈرۈش 80
3 § . نەپەس قىيىنلىشىش 84
4 § . ئۆتكۈر كۆكرەك ئاغرىقى 89
5 § . ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى 94
6 § . ھوشسىزلىنىش 100

ئالتىنچى باب سۇ، ئېلېكترولىت ۋە كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 105
1 § . بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ تۈزۈلۈشى، تارقىلىشى ۋە مېتابولىزمى 105
2 § . سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 107
1. سۇسىزلىنىش 107
2. قاندىكى ناترىي تۆۋەنلەپ كېتىش 110
3. قاندىكى ناترىي يۇقىرىلاپ كېتىش 114
4. قاندىكى كالىينىڭ تۆۋەنلەپ كېتىشى 116
5. قاندىكى كالىينىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشى 119
6. كالتسىي، ماگنىي ئېلېكترولىتلارنىڭ قاندىكى نورمالسىزلىقى 122
3 § . كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى 124

يەتتىنچى باب شوك 136
1 § . شوكنىڭ تۈرلەرگە بۆلۈنىشى 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 - مېڭە زەخىملىنىش ………………… 176
§ 2 . كۆكرەك زەخىملىنىش ………………… 183
§ 3 . قورساق قىسمى زەخىملىنىش ………………… 189
§ 4 . سۆيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى زەخىملىنىش ………………… 193
§ 5 . سۇنۇق ………………… 199
§ 6 . يۇلۇن زەخىملىنىش ………………… 201
§ 7 . مۇرەككەپ زەخىمە ………………… 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 مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى ………………… 218
§ 1 . مېڭە قاناش ………………… 218
§ 2 . ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى قاناش ………………… 223
§ 3 . ئۆتكۈر مېڭە تىقىلمىسى ………………… 228
§ 4 . تۇتقاقلىقنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى ………………… 232
ئون ئىككىنچى باب يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى ………………… 236
§ 1 . ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىش ………………… 236
§ 2 . ئۆتكۈر ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىش ………………… 241
§ 3 . يۈرەك رىتىمسىزلىنىش ………………… 243
§ 4 . ئۆتكۈر تاجسىمان ئارتېرىيە يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى ………………… 250
§ 5 . يۇقىرى قان بېسىم جىددىي كېسەللىكى ………………… 263
ئون ئۈچىنچى باب نەپەس سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى ………………… 268
§ 1 . ئۆتكۈر نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى ………………… 268
§ 2 . زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى ………………… 272
§ 3 . سوزۇلما خاراكتېرلىك ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىنىڭ ئۆتكۈر قوزغى-
لىش دەۋرىدىكى نەپەس زەئىپلىشىش ………………… 279
ئون تۆتىنچى باب ھەزىم قىلىش سىستېمىسى جىددىي كېسەللىكلىرى ………………… 286
§ 1 . ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناش ………………… 286
§ 2 . ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى ………………… 295
ئون بەشىنچى باب سۆيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى جىددىي 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

قوللىنىشى ئارقىلىق ھاياتىنى قۇتقۇزۇلۇشنى كۆرسىتىدۇ.

بىرىنچى باب جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى ھەققىدە قىسقىچە چۈشەنچە

1 § . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ قىسقىچە تەرەققىيات تارىخى

جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمى تېببىي پەن ساھەسىدە يېڭىدىن تەرەققىي قىلغۇاتقان 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 ئىلىمنىڭ تەرەققىياتى ۋە جەمئىيەتنىڭ تەقەززاسى جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ تېز سۈرئەتتە يۈكسىلىشىگە غايەت زور تۈرتكىلىك رول ئويناۋاتىدۇ.

1980 ـ يىلى 8 ـ ئايدا خارىبىندا 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 يىلدىن 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 ياربدار، بىمارلارنى نەق مەيداندا قۇتقۇزۇشنى كۆرسىتىدۇ. نەق مەيدان شاھىتلىرى ياربدار، 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 تۇيۇقسىز 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 زەخىمنى نەق مەيدان ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈمىدە ئەڭ تېز ۋە ئەڭ ئۈنۈملۈك 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 - 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 يەنىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا دىئاگنوز قويۇپ داۋالاش. ئېغىر، خەتەرلىك كېسەللەرنى دەرھال ئوپېراتسىيە

قىلىش، تۈزىتىپ داۋالاش، بالنىستا 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 تەدبىر-لىرىنى خەتەرلىك، ئېغىر بىمارلارنىڭ ئالدىغا (نەق مەيدانغا) يەتكۈزۈپ، دەسلەپكى دىئاگنوز ۋە داۋالاش ئارقىلىق بىمارنىڭ نېگىزلىك ھاياتىنى قوغداپ، بىمارنى بىخەتەر ھالدا دوختۇرخا-نىغا يەتكۈزۈپ تېخىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا داۋالىنىش ـ قۇتقۇزۇلۇش ئىمكانىيىتىگە ئېرىش-تۈرۈشتىكى ئۈنۈملۈك ۋاستىدۇر.

1. تونۇشنى ئۆستۈرۈپ، جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسىنىڭ باشقۇ-رۇلۇشىنى كۈچەيتىش.

ھەر دەرىجىلىك مەمۇرىي تارماقلار ئۆز ئورنىنىڭ ئەمەلىي ئەھۋالىنى ئاساس قىلىپ، يېزا ـ بازار، شەھەرلەرنىڭ جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي خىزمىتىنى جەمئىيەت تەرەققىيات پىلانىغا كىرگۈزۈشى، سەھىيە، جامائەت خەۋپسىزلىكى، قاتناش، ئۇچۇر قاتارلىق تارماقلار-نى تەشكىللەپ، خىزمەتلىرىنى ماسلاشتۇرۇپ، مەسئۇلىيەتنى ئېنىق ئايرىپ، خەلق ئاممىسى ئەڭ ئېھتىياجلىق بولغان قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشى، نەق مەيداندا، يول ئۈستىدە، دوختۇرخانى-لاردا جىددىي قۇتقۇزۇش تەدبىرلىرىنى بىر ـ بىرلەپ ئەمەلىيلەشتۈرۈشى، بىمار ۋە تېببىي خادىملارنىڭ قانۇنىي ھوقۇق ـ مەنپەئەتىنى قوغداش ئۈچۈن مۇناسىۋەتلىك قانۇن ـ تۈزۈملەر-نى بېكىتىشى، شۇ ئارقىلىق جىددىي قۇتقۇزۇش خىزمىتىنىڭ ئۈنۈملۈك 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 رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش، ئۆتكۈر يۈرەك، ئۆپكە خىزمى-تى زەئىپلىشىش، مېڭە قان تومۇر جىددىي كېسەللىكلىرى، ھوشسىزلىنىش، ھەر خىل ئاستا خاراكتېرلىك كېسەللەرنىڭ خەتەرلىك ھالىتى، مۇرەككەپ زەخمە، ئۆتكۈر زەھەرلى-نىش قاتارلىق خەتەرلىك، ئېغىر كېسەللەرنى قۇتقۇزۇشنىڭ ھەممىسى جىددىي قۇتقۇزۇش-نىڭ ۋەزىپىلىرى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. بۇزغۇنچىلىقى زور، ئاممىنىڭ زەخملىنىشى كۆپ بولغان تاسادىپىي ھادىسىلەردە زەخىملەنگۈچىلەرنى قۇتقۇزۇش ۋە ئۆلۈم ـ يېتىمنى ئەڭ تۆۋەن چەككە چۈشۈرۈش بۇ ۋەزىپىلەرنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمىدۇر.

3. جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت قۇرۇلمىسىنىڭ تەشكىللىنىشى.

جىددىي قۇتقۇزۇش تېببىي مۇلازىمەت سىستېمىسى دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى جىددىي قۇتقۇزۇش تارماقلىرى، دوختۇرخانا جىددىي قۇتقۇزۇش بۆلۈم (مەركەز) لىرى ۋە كۆچەيتىلگەن 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 ئۈنۈملۈك جىددىي قۇتقۇزۇش تورى شەكىللەندۇرۇلىدۇ.

4. جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى ئالاقە.

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

5. جىددىي قۇتقۇزۇشتىكى قاتناش ۋاسىتىلىرى.

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

6. نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرىنىڭ تەشكىللىنىشى ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش ماتېرىياللىرىنىڭ سەپلىنىشى.

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

جىددىي قۇتقۇزۇش 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.

يارىدارلار كۆپ بولغان ئەھۋال ئاستىدا، يارىدارلارنى زەخمىسىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكـ
گە قاراپ ئۆلگەن، خەتەرلىك، ئېغىر، يېنىك قاتارلىق تۈركۈملەرگە ئايرىش، شۇنداقلا
يارىلانغۇچىنىڭ 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 يارىلانغۇچىنىڭ نەپەس يولىنىڭ راۋان بولۇشىغا كاپالەتلىك
قىلىش كېرەك. زۆرۈر تېپىلسا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش لازىم. يارىلانغۇچىنىڭ باش،
بويۇن، گەۋدىسىنى بىر تەكشىلىكتە قىلىپ ياتقۇزۇش، 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 ئۈزلۈكـ
سىز ئۆستۈرۈش كېرەك.

9. جىددىي قۇتقۇزۇشنىڭ جەمئىيەتلىشىشى.

ھەر دەرىجىلىك ھۆكۈمەت ۋە تارماقلار ئاخبارات ۋاستىلىرىدىن تولۇق پايدىلىنىپ،
جىددىي قۇتقۇزۇش بىلىملىرىنى ئومۇملاشتۇرۇشى، كەڭ خەلق ئاممىسى جىددىي قۇتقۇزۇش-
نىڭ ئەڭ نېگىزلىك بىلىم ۋە تېخنىكىلىرىنى ئىگىلىۋېلىشى، شۇ ئارقىلىق ھادىسە كۆرۈل-
گەندە جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى يېتىپ بېرىشتىن بۇرۇن ئۆزىنى ۋە باشقىلارنى قۇتقۇ-
زۇش 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، تارماقلىرى-
نىڭ جىددىي قۇتقۇزۇش ئۈچۈرىنى قوبۇل قىلغان ھامان ئادەم، ماددىي ئەشيا ۋە تېخنىكا
جەھەتلەردىن ئومۇميۈزلۈك ياردەم بېرىش مەجبۇرىيىتى بولىدۇ.

4 § . جىددىي قۇتقۇزۇش ئىلمىنىڭ ئالاھىدىلىكى

1. جىددىي، خەتەرلىك كېسەل، يارىدارلارنى قۇتقۇزۇشتا ئىنكاس تېز بولۇش كېرەك. جىددىي، خەتەرلىك كېسەللەر، ئېغىر يارىدارلار ئۇچۇن ۋاقىت هاياتلىق دېمەكتۇر. شۇڭلاشقا مىنۇت، سېكۇنتنى قولدىن بەرمەي ۋاقتىدا، تېز، توغرا قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش ئىنتايىن مۇھىم.

2. جىددىي قۇتقۇزۇش خىزمىتىنى تۈزۈملەشتۈرۈش، ئۆلچەملەشتۈرۈش، جىددىي قۇتقۇزۇش تەرتىپىنى قېلىپلاشتۇرۇش لازىم. چۈنكى جىددىي كېسەلنىڭ كۆرۈنۈش ۋاقتى، ئادەم سانى، تۈرى ۋە ئېغىر - يېنىكلىكىنى ئالدىن مۆلچەرلىمەك ئىنتايىن تەس. شۇڭلاشقا، هەر ۋاقىت جىددىي قۇتقۇزۇش تۈزۈلمىسىنىڭ مۇكەممەل، مەشغۇلاتىنىڭ 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 هاياتىنى 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، هەمكارلىشىش ئەڭ ياخشى بولغان جىددىي قۇتقۇزۇش لايىھىسىنى بېكىتىشتە ئىنتايىن مۇھىم.

5. ئېغىر - يېنىك، تېز - ئاستىلىقىنى 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. هازىرقى 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 هاياتىنى قۇتقۇزىدىغان

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

1) تەرتىپلىك ئېنىقلاش. كېسەل ئەھۋالىنى سوراش، بەدەن تەكشۈرۈش ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش تەرتىپ بويىچە ئېلىپ بېرىلىدۇ. يەنى ئالدى بىلەن بىماردىن كېسەللىك تارىخى تەپسىلىي سورىلىدۇ. ئاندىن سىستېمىلىق بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىلىدۇ. ئاخىرىدا كېرەكلىك بولغان ياردەمچى تەكشۈرۈشلەر تەكشۈرۈلىدۇ. بۇ ئۇسۇل 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 زارىغا ئاساسەن بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش جەريانىدا، بىماردىن 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 ئۈنۈمى كۆرۈلۈپ، كېسەللىك ھالىتى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاندىن بىمار ياكى بىمارنى ئېلىپ كەلگۈچىلەردىن بىمارنىڭ كېسەللىك تارىخىنى ئىنچىكىلەپ سورىشى، شۇنداقلا كېرەكلىك بولغان بەدەن تەكشۈرۈش ۋە ياردەمچى 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 زارىغا مۇناسىۋەتلىك بولغان مەسىلىلەر ۋە باشقا ئالامەتلەرنى سوراپ ئېنىقلاش كېرەك.

3) بۇ قېتىمقى كېسەلنىڭ ئىلگىرى بار - يوقلۇقى، بولسا قەيەردە داۋالانغانلىقى، داۋالىنىش ئۈنۈمى قاتارلىقلارنى ئىگىلەش لازىم. يۇقىرىقى ئەھۋاللار بەزى ئۆتكۈر قوزغالغان سوزۇلما خاراكتېرلىك كېسەللەرگە دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاشتا مۇھىم پايدىلىنىش قىممىتىگە 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 ياردەمچى تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئىگىلىگەن ماتېرىيالغا ئاساسەن، كېرەكلىك بولغان كېسەللىك تارىخىنى قايتىدىن سوراش كېرەك.

4. بەدەن تەكشۈرۈشتىكى مۇھىم نۇقتىلار.

1) ئەس ـ ھوشى 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 ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى چوقۇم تەكشۈرۈلىدۇ: يەنى بەدەن تېمپېراتۇر-سى، 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 ھوشىنى يوقاتقان كېسەللەر.

ھەر قايسى سىستېما بويىچە تولۇق بەدەن تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك.

(1) ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى.

① بەدەن تېمپېراتۇرىسى: قىزىتما، كۆپىنچە يۇقۇملىنىشتىن ياكى ياز تومۇز ئىسسىق-تا، ئىسسىق ئۆتۈپ قېلىش سەۋەبىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ھوشسىزلىنىپ بىر نەچچە كۈندىن كېيىن كۆرۈلگەن قىزىتما مېڭە غولىنىڭ زەخىملىنىشى 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 سوقۇشىنىڭ تەرتىپسىز بولۇشى يۈرەك كېسىلى، ئېلېكتې-رولىت ماددىلارنىڭ 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 كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش-تىن، چوڭقۇر، ئاستا نەپەس شوك مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش ياكى سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتىن، تېز، يۈزە نەپەس يۇقىرى قىزىتما، كۆكرەك زەخىملىنىش، قورساق پەردە ياللۇغى، ئۆپكە ياللۇغى، يۈرەك قېپى ياللۇغى قاتارلىقلاردىن، باش لىڭشىتىپ نەپەسلىنىش تۇنجۇقۇش، نەپەس زەئىپلىشىش، سەكرات قاتارلىقلاردىن، چېيىن ـ ستوكېن نەپىسى (潮式呼吸) ئارىلىق مېڭە ياكى ئوتتۇرا مېڭىنىڭ يۇقىرى قىسمى زەخىملىنىش ياكى سەكرات قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

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

بىسمى يۇقىرىلاپ كېتىش قاتارلىقلاردىن، زىيادە تۆۋەن بولۇش سۇسىزلىنىش، شوك، هوشىدىن كېتىش، بۆرەك ئۇستى بېزى پوستلىقى خىزمىتى تۆۋەنلەپ كېتىش قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ.

(2) پۇراق: هاراق پۇرىقى بولسا ئۆتكۈر ئىسپىرتتىن زەهەرلىنىشتىن، سامساق پۇرىقى بولسا (DDV خلورفوس) دىن زەهەرلىنىشتىن، سېسىق جىگەر پۇرىقى بولسا جىگەر مەنبەلىك هوشسىزلىنىشتىن، ئالما پۇرىقى بولسا دىئابېتتىكى كېتونلۇق كىسلاتادىن زەهەرلىنىشتىن، سۈيدۈك سېسىق پۇرىقى بولسا سۈيدۈكتىن زەهەرلىنىشتىن دېرەك بېرىدۇ.

(3) تېرە ـ شىللىق پەردە: سېرىق چۈشۈش، سېرىق چۈشۈش تىپلىق ياكى زەهەرلىنىشلىك جىگەر ياللۇغى، جىگەر سەۋەبلىك هوشسىزلىنىش قاتارلىقلاردا، كۆكىرىش كۆپىنچە يۈرەك ـ ئۆپكە كېسەللىكلىرى، ئانىلىن ياكى نىترىتلاردىن زەهەرلىنىش قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

كاربون چالا ئوكسىدتىن زەهەرلەنگەن بىمار گىلاستەك قىزىرىدۇ، ئېغىر قان ئازلىق، شوك، قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش قاتارلىقلاردا بىمار تاتىرىدۇ، يۇقىرى قىزىتما، تارقىلىشچان قاناش قىزىتمىسى، ئاتروپىندىن زەهەرلىنىش 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 كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك هالىتى، شوك، قان شېكىرى تۆۋەنلەپ كېتىش، ئورگانىك فوسفوردىن زەهەرلىنىش 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 تۈۋى سۇنۇش كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ؛ ② قوش قارىچۇق كىچىكلەش كۆپىنچە ئورگانىك قوسفوردىن زەهەرلىنىش، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىدىن زەهەرلىنىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ؛ ③ قوش قارىچۇق كېڭىيىپ كېتىش كۆپىنچە ئاتروپىندىن زەهەرلىنىش 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 كۈچىيىش، لەۋ، تىرناقلىرى كۆكىرىش، ئۆپكىدە هۆل خىرىپ تاۋۇشى ئاڭلىنىش، نەپەس تاۋۇشى تۆۋەنلەش قاتارلىقلار ئېغىر ئۆپكە هاۋالىق ئىششىقى، ئۆپكە ياللۇغى، ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسەللىكىدىن دېرەك بېرىدۇ.

(6) قورساق: جىگەر، تال يوغىنىشقا قورساق سۇيى قوشۇلۇپ كەلسە، جىگەر قېتىشىنىڭ، قورساق كۆپكەن، ئۈچەي تاۋۇشى ئاجىزلىغان بولسا قورساق پەردە ياللۇغى، ئۈچەي توسۇلۇش، ئۈچەي پالەچلىنىش قاتارلىقلارنىڭ ئالامىتى بولۇشى مۇمكىن.

(7) تۆت مۈچە مۇسكۇل تۇتاملىرىنىڭ تىترىشى ئورگانىك فوسفوردىن زەهەرلىنىش-

تىن، ئىككى قول قانات قاققاندەك تارتىشىش كۆپىنچە زەھەرلىنىشلىك ياكى مېتابولىزملىق مېڭە كېسەللىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ناغرا چوكىسىمان بارماق ئاستا خاراكتېرلىك يۈرەك ـ 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 ياللۇغى (مەسلەن تۇبېركۇلوز) بارلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ (پۈتۈن بەدەن يۇقۇملىنىپ زەھەرلەنگەن ۋە ئاپتاپ ئۆتۈشتىن يۇقىرى قىزىتما بولغان بىمارلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ). برۇدزىنىسكى ئالامىتى، ئوپپېنخام ئالامىتى، گوردون ئالامىتى قاتارلىقلار پىرامىدا سىرتقى سىستېمىسىنىڭ بەدەن بەلگىلىرى بولۇپ مېڭە غولى زەخىملەنگەنلىكىنىڭ 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 ئۈچۈنمۇ 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 تىپقا ئايرىش (قان رايى) ۋە كۆكرەكنى رېنتگېندە تەكشۈرۈشنى، ئۇندىن كېيىن باشقا تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىشنى ئويلىشىش كېرەك.

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

③ ھوشسىز بىمارلارغا كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنى ساناش، تۈرگە ئايرىش (قان رايى)، قان شېكىرى، ئورېئائازوتى (BUN)، قان ئېلېكتورولت ماددىلىرى، قان ـ گاز ئانالىزى، مېڭە ـ يۇلۇن سۇيۇقلۇقى قاتارلىقلارنى تەكشۈرۈش كېرەك.

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

⑤ يۈرەك سالغان، سىقىلغان، كۆكرەك ئاغرىغان بىمارلارنى چوقۇم ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ۋە رېنتگېندە 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 رېنتگېندە كۆرۈش، رەسىمگە تارتىش، قان، سۈيدۈك كراخمال ئېنزىمى، B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، سۈيدۈك رايى قاتارلىقلارنى تەكشۈرۈش كېرەك.

⑦ بەل ئاغرىغۇچىلارغا سۈيدۈك رايى، بەلنى رېنتگېندە رەسىمگە ئېلىش، ئۇلترا ئاۋازلىق B تىپلىق 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 تەكشۈرگەندە باشنى CT ئاپپاراتىدا، كۆكرەك ۋە ئومۇرتقا، مۈچىلەرنى رېنتگېندە، قورساقنى B تىپلىق 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 كۆرسەتكەندە 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 قىلىۋېتەلمەيدۇ. ئەمما چوقۇم ھەرىكەتچان كۆزىتىش كېرەك. مەسىلەن: زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك ئۆپكە ياللۇغىنى رېنتگېندە تەكشۈرۈش، زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك تولغاقنىڭ چوڭ تەرەت رايىنى تەكشۈرۈش، ئۆتكۈر مېڭە پەردىسى ياللۇغىنىڭ مېڭە ـ يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنى 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، ھۆكۈمىدە 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 بىۋاستە 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 ـ قايتا ئۆلچەپ تۇرۇشى، كېسەللىك ئەھۋالىدىكى ئۆزگىرىشنى بايقىغان ھامان ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىشى، شۇنداقلا خاتىرىلەپ مېڭىشى (ۋاقتىنى ئەسكەرتىشى) كېرەك. شۇنىڭ بىلەن بىرگە كېسەللىك ئەھۋالىنى قايتا ـ قايتا تەھلىل قىلىش، زۆرۈر تېپىلغاندا كېڭىشىپ دىئاگنوز قويۇشقا ئۇيۇشتۇرۇش كېرەك. كېسەللىك ئەھۋالىدىكى ئۆزگىرىش (ھەتتا ئۆزگىرىش بولمىسىمۇ)، ئېلىپ بېرىلغان بارلىق دىئاگنوز ـ 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 مەيداندىكى جىددىي ئېغىر كېسەللەرنى نەق مەيداندا توغرا ئۈنۈملۈك بولغان تەدبىرلەرنى قوللىنىپ ھاياتىنى ساقلاپ قېلىشنى 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 تۇپراق) گە مۇناسىۋەتلىك ئاپەتلەر (تاغ گۈمۈرۈلۈش، 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 تۇيۇقسىز يۈز بەرگەن ئاپەت ـ ھادىسىلەرگە نىسبەتەن تېببىي جىددىي قۇتقۇزۇش تەييارلىق لايىھىسىنى ئالدىن تۈزۈپ بېكىتىشى كېرەك. تۇيۇقسىز 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 قۇرۇلمىسى 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 ئېرىشتۈرۈشتىن ئىبارەت. ئاپەت يۈز بەرگەن جايدا ۋاقىتلىق تېببىي قوماندانلىق ئورنى قۇرۇپ يارىلانغۇچىلارنى تەكشۈرۈش، نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، تارقاقلاشتۇرۇش ۋە يۆتكەشكە بىر تۇتاش قوماندانـ

لىق قىلىش لازىم. يارىدارلارنى تەكشۈرۈشنى كەسپىي بىلىم ۋە جىددىي قۇتقۇزۇش تەجرىبە-
سىگە ئىگە مەسئۇل ۋراچتىن يۇقىرى دەرىجىلىك تېببىي 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
زەخىملەنگەن، ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى نورمال بولغانلارنى، سېرىق بەلگە ئوتتۇراھال زەخىم-
لەنگەنلەرنى، قىزىل بەلگە ئېغىر زەخىملەنگەن، 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 ئىبا-
رەت. يۈرەك ـ ئۆپكە ھەرىكىتى توختىغان، چوڭ قاناش بولغان، ئومۇرتقا زەخىملەنگەن
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.

زەخىملەنگۈچىلەرنى تەكشۈرگەن ۋە نەق مەيداندا قۇتقۇزغاندىن كېيىن دەرھال تارقاقلاش-
تۇرۇپ يۆتكەش كېرەك. پرىنسىپى: مەخسۇس بۆلۈم يارىدارلىرىنى، مەسىلەن: كۆيگەن،
باش تېرىسى زەخىملەنگەنلەرنى بىۋاستە كەسپىي دوختۇرخانا ياكى شۇ جەھەتتە ئالاھىدىلىكى
بار دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش، ئېغىر زەخىملەنگەنلەرنى ئەڭ يېقىن يۇقىرى دەرىجىلىك
دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش، ئوتتۇراھال، يېنىك زەخىملەنگەنلەرنى يېقىن ئەتراپتىكى ئوتتۇرا،
كىچىك دوختۇرخانىلارغا يۆتكەش كېرەك. ئۆلگەنلەرنى ئاخىرەتلىك ئىشلىرىنى بىر تەرەپ
قىلىشقا مەسئۇل خادىملارغا تاپشۇرۇپ بېرىش كېرەك. تارقاقلاشتۇرۇپ يۆتكەشتە زەخىملەن-
گۈچىلەرنىڭ سانى ۋە زەخىملىنىش دەرىجىسى بىلەن تېببىي 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 سەزگۈر-
لۈك، خامۇشلۇق، تەپەككۇرى تورمۇزلىنىش قاتارلىقلار. بۇ ئەھۋال ئاپەت يىغىندى كېسەل-
لىك 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.

现场急救 {止血 包扎 固定 搬运}

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 ئۈنۈمىگە تەسىر يەتكۈزىدۇ، ھەتتا نۇرغۇن بىمارلارنى قۇتقۇزۇشقا كېرەكلىك بولغان قىممەتلىك ۋاقىتتىن مەھرۇم قىلىدۇ. شۇڭلاشقا ھەرقانداق جىددىي بىمار ۋە زەخىملەنگۈچىلەرنى ئالدى بىلەن نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش، ئاندىن يۆتكەش ئەڭ ئاساسىي پرىنسىپتۇر.

تاسادىپىي ھادىسىلەر كۆپىنچە بەدەننىڭ ھەر قايسى ئورۇنلىرى ۋە ھەر قايسى ئەزالىرىنى زەخىملەندۈرۈپ ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. زەخىملەنگەندىن كېيىن يۈز بەرگەن چوڭ قاناش، باش مېڭە زەخىملىنىش، سۆڭەك سۇنۇش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىقلارنى ئالدى بىلەن نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئاساس قىلىپ بىمارنىڭ ھاياتىنى قۇتقۇزۇشى، شۇنىڭ بىلەن بىرگە بىمارنىڭ نەپەس يولىنى ئېچىش، قان توختىتىش، تېڭىش، مۇقىملاشتۇرۇش، يۆتكەش قاتارلىق تېخنىكىلارنى ئۈنۈملۈك، 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 ئۈنۈملۈك جىددىي قۇتقۇزۇشنى دەرھال قانات يايدۇرۇش، ئەڭ تېز سۈرئەتتە قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش، يۈرەك ـ ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، تۆت ئاساسىي جىددىي قۇتقۇزۇش تېخنىكىسىنى (قان توختىتىش، تېڭىش، مۇقىملاشتۇرۇش، يۆتكەش) ئىشلىتىش.

3) جىددىي قۇتقۇزۇش جەريانىدا ئۆزىنىڭ زەخىملىنىشىدىن ساقلىنىش. مەسىلەن: توك سوقۇۋەتكەنلەرنى قۇتقۇزغاندا، توك مەنبەسى ئۈزۈۋېتىلمىگەن ئەھۋالدا بىمارنى بىۋاستە قول بىلەن تۇتماسلىق، نەق مەيداندا زەھەرلىك گاز بولسا ئالدى بىلەن زەھەردىن ساقلىنىش يۈزلىكى تاقاش قاتارلىق.

4) جىددىي قۇتقۇزۇش جەريانىدا بىمار ئۇچراۋاتقان زەخىمنى ئېغىرلاشتۇرۇۋەتمەسلىك.

5) نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزغاندا ئامال بار قولنى ئىشلىتىش، باشقا سايمانلاردىن ئاز پايدىلىنىش.

6) جىددىي قۇتقۇزۇشتا مەشغۇلاتى ئاددىي، ئاسان، ئۈنۈمى ئىشەنچلىك ئۇسۇلنى قوللىنىش.

7) قۇتقۇزغۇچى خادىملار تېزلىكتە بىمارنىڭ هاياتلىق ئالامەتلىرى (ئەس ـ هوشى، قارىچۇقى، نەپەس، قان ئايلىنىش) ۋە باش، بويۇن، كۆكرەك، قورساق، داس ۋە مۇچىلەر-نىڭ كېسەل، زەخىملىنىش ئەھۋالىنى تەكشۈرۈش.

8) نەق مەيداننى قوغداش.

9) يېقىن ئەھۋالنى بايقىغاندا ۋاقتىدا مۇناسىۋەتلىك ئورۇنلارغا مەلۇم قىلىش.

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

2. دەسلەپكى باسقۇچتىكى قۇتقۇزۇشقا چاقىرىش.

ئۆتكۈر كېسەللەر، زەخىملىنىش، قاتناش هادىسىسى، تۇيۇقسىز ۋەقەلەر يۈز بەرگەندە، ئېغىر، خەتەرلىك ئەھۋالدىكى بىمارنى تۇنجى بايقىغۇچى دەرهال جىددىي قۇتقۇزۇش مەركىزى ياكى يېقىن ئەتراپتىكى دوختۇرخانىلارنى قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشى كېرەك. قۇتقۇزۇشقا چاقىر-غاندا تۆۋەندىكى ئەھۋاللار مەلۇم قىلىنىدۇ: قۇتقۇزۇشقا چاقىرغۇچى (نەق مەيداننى تۇنجى قېتىم كۆرگۈچى) نىڭ ئىسمى ۋە سالاھىيىتى، بىمارنىڭ ئەھۋالى، نۆۋەتتىكى ئەڭ خەتەرلىك ئەھۋال (هوشى بارمۇ ـ يوق، قاناش بارمۇ ـ يوق قاتارلىق)، نەق مەيداننىڭ ئادرېسى ۋە تېلېفون نومۇرى، قۇتقۇزۇش ماشىنىسى كېلەلەيدىغان ئورۇن، نەق مەيداندىكى كۆزگە كۆرۈنەرلىك بەلگە قاتارلىقلار. ئەگەر تاسادىپىي هادىسە بولسا، تەخمىنەن قانچىلىك ئادەم يارىلانغانلىقى، هادىسىنىڭ خاراكتېرى قاتارلىقلارنىمۇ مەلۇم قىلىش كېرەك.

قۇتقۇزۇشقا چاقىرىشنىڭ تېز ۋە توغرا بولۇشى بىمارلارنى دوختۇرخانىغا بېرىشتىن بۇرۇنقى ئۈنۈملۈك ۋە جىددىي قۇتقۇزۇشقا ئېرىشتۈرەلەيدۇ. قۇتقۇزۇش چاقىرىقىنى قوبۇل قىلغان ئورۇن مەلۇم قىلىنغان مەزمۇنغا ئاساسەن دەرهال يېقىن ئەتراپتىكى قۇتقۇزۇش ماشىنىسىنى جىددىي قۇتقۇزۇشقا ئەۋەتىشى، شۇنداقلا ۋاقتىدا قۇتقۇزۇشقا چاقىرغۇچىنى

ۋاقىپلاندۇرۇشى كېرەك. قۇتقۇزۇشقا چاقىرغۇچىمۇ جىددىي قۇتقۇزۇش خادىملىرى يېتىپ كېلىشتىن بۇرۇن پايدىلىنىشقا بولىدىغان بارلىق تەدبىرلەر بىلەن نەق مەيداندا بىمارنى قۇتقۇزۇشى كېرەك.

3. قان توختىتىش.

چوڭ ئادەملەرنىڭ قىسقا ۋاقىت ئىچىدە قان يوقىتىشى 1500ml غا يېتىپ، قۇتقۇزۇشقا ئېرىشەلمىسە هاياتىغا خەۋپ يېتىدۇ. شۇڭا ۋاقتىدا، ئۈنۈملۈك قان توختىتىش بىمارنىڭ هاياتىنى قۇتقۇزۇشتا ئىنتايىن مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

1) قاناشنىڭ تۈرلىرى:

(1) ئارتېرىيە تومۇرى قاناش: قان قىپقىزىل، فونتاندەك 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 زەخىملەنگەن ئورۇندىن ئېقىپ چىقىدۇ.

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

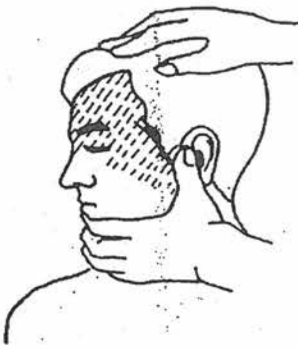
2) قان توختىتىش ئۇسۇللىرى:

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

(1) بارماق بىلەن بېسىپ قان توختىتىش: باش، بويۇن ۋە مۈچىلەرنىڭ نىسبەتەن چوڭ ئارتېرىيە تومۇرلىرى قانىغاندا ۋاقىتلىق قان توختىتىش ئۈچۈن ئىشلىتىلىدۇ. يەنى بارماق ياكى ئالىقان بىلەن زەخىملەنگەن ئورۇننىڭ يۈرەككە 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 يۈزە ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: چوققا ۋە چېكە قىسمىدىكى قاناشقا قوللىنىلىدۇ. باش ياكى كۆرسەتكۈچ بارماق بىلەن زەخىملەنگەن تەرەپ ياكى ئىككى تەرەپ قۇلاق ئالدى، تۆۋەنكى جاغ بوغۇمى ئەتراپىدا ئارتېرىيە تومۇر سوقۇشىنى تۇتۇپ سەزگەندىن كېيىن شۇ تومۇر كۈچەپ بېسىلىدۇ (2.1 ـ رەسىم).

② يۈز ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: يۈزدىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. تۆۋەنكى جاغ سۆڭەكنىڭ تۆۋەن گىرۋىكىنىڭ ئوتتۇرا كەينى قىسمى، چايناش مۇسكۇلىنىڭ ئالدى گىرۋىكى ئەتراپىدا مەزكۇر ئارتېرىيىنى تۇتۇپ سوقۇشىنى سەزگەندىن كېيىن كۈچەپ تۆۋەنكى جاغ يۆنىلىشىدە بېسىلىدۇ (2.2 ـ رەسىم).



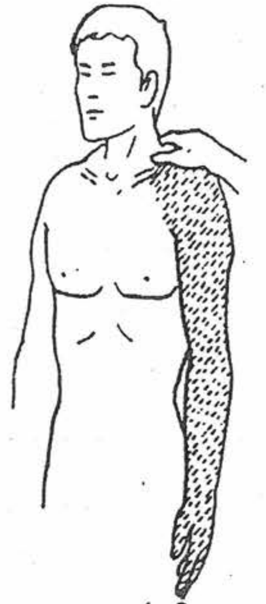
1.2 ـ رەسىم.

2.2 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 ئارتېرىيىسىنىڭ 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 (2.3 ـ رەسىم).

④ ئوقۇرەك ئاستى ئارتېرىيىسىنى بېسىپ قان توختىتىش: قولتۇق، مۈرە ۋە ئۈستى مۈچىلەردىكى قاناشقا ئىشلىتىلىدۇ. باش بارماق ئوقۇرەك ئۈستى ئويمىنىدىكى 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 (2.4 ـ رەسىم).

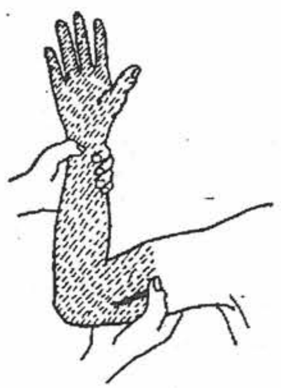
3.2 ـ رەسىم.



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 مۇسكۇلىنىڭ ئىچ قىرىغا قويۇلۇپ ئارتېرىيە تومۇر سوققان ئورۇن سىرتقى يۆنىلىش بويىچە ئۈستۈن بىلەك سۆڭىكىگە بېسىلىدۇ (2.5 ـ 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 ئۈستمۇئۈست قويۇلۇپ، كۈچەپ كەينىدىكى يوتا سۆڭىكىگە بېسىلىدۇ (2.6 ـ رەسىم).



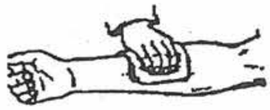
5.2 ـ رەسىم.

6.2 ـ رەسىم.

(2) بېسىپ تېڭىپ قان توختىتىش: كىچىك ئارتېرىيە، ۋېنا تومۇر ۋە قىلدام تومۇرلارنىڭ قانىشىغا ئىشلىتىلىدۇ. ئالدى بىلەن زەخمە يۈزىگە دېزىنفېكسىيىلەنگەن داكا قويۇلۇپ، ئاندىن پاختا ياكى داكا تەگلىك قىلىنىپ بېنت ياكى ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن چىڭ تېڭىلىدۇ. ئەگەر زەخملەنگەن ئورۇندا سۇنۇق بولسا، يەنە تېڭىق تاختىسى بىلەن مۇقىملاشقا توغرا كېلىدۇ. ئەگەر زەخمىدە سۆڭەك پارچىلىرى بولسا بۇ خىل ئۇسۇلنى قوللىنىش مۇۋاپىق ئەمەس (2.7 ـ رەسىم).

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

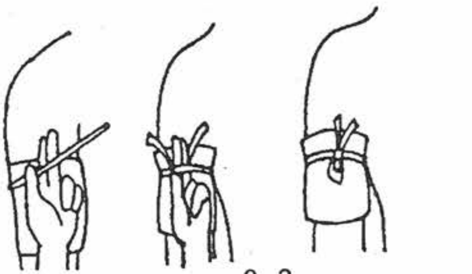
سوققان ئورۇنغا قويۇلۇپ، ئاندىن شۇ بوغۇم تولۇق ئېگىلىپ ساق مۇچىگە ياكى بەدەنگە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ. ئەگەر سۇنۇق بولسا ياكى بوغۇم زەخىملەنگەن بولسا بۇ ئۇسۇلنى قوللىنىش مۇۋاپىق ئەمەس (2.8 ـ رەسىم).



7.2 ـ رەسىم.

8.2 ـ رەسىم.

(4) قان توختاتقۇچى بوغقۇچتا قان توختىتىش: مۇچىلەردىكى ئارتېرىيە قانىغاندا ۋاقىتلىق قان توختىتىشقا ئىشلىتىلىدۇ. ئالدى بىلەن زەخىمنىڭ ئۈستى تەرىپى (يۈرەككە يېقىن تېپى) گە پاختا، داكا ياكى كىيىم ـ 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 (2.9 ـ رەسىم).

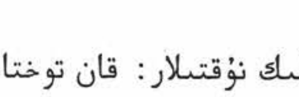


9.2 ـ رەسىم.

ئەگەر نەق مەيداندا رېزىنكە نەيچە بولمىسا بىنت قاتارلىقلارنى رېزىنكە نەيچە ئورنىدا ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. يەنى بىنت رېزىنكە ئورنىدا تەگلىك ئۈستىدىن ئايلاندۇرۇلۇپ چىگىلىدۇ، ئاندىن يەنە كىچىك كالتەك چىگىلىپ تاكى قان توختىغۇچىلىك كالتەك ئايلاندۇرۇلۇپ چىگىكنى چىڭىتىلىدۇ، ئاخىرىدا كالتەك مۇچىگە مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ (2.10 ـ رەسىم).

10.2 ـ رەسىم.

قان توختاتقۇچ بوغقۇچنى ئىشلىتىشتە دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك نۇقتىلار: قان توختاتقۇچ بوغقۇچ چوقۇم زەخمىنىڭ يۇقىرى قىسمىغا چىگىلىشى كېرەك. ئۈستى مۆچە 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 مۆچىدە 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 بىۋاسىتە 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 چەككەندە 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 مۆچىنىڭ قان يېتىشمەس-

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

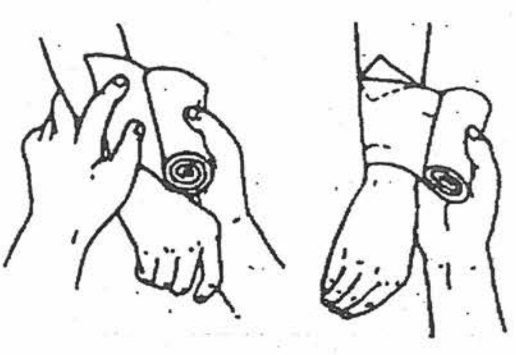
4. تېڭىش.

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

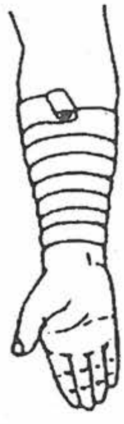
1) بىنتتا تېڭىش ئۇسۇلى:

(1) ھالقىسمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىش: بىنتنى زەخمە يۈزىگە ئۈستمۇ ئۈست ئايلاندۇرۇپ تېڭىشنى كۆرسىتىدۇ. بىنت ئورىلىپ بولغاندىن كېيىن ئاخىرقى ئۇچى توغرىسىغا يىرتىلىپ چىگىلىدۇ ياكى پلاستېر بىلەن چاپلاپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ (2.12-رەسىم).

(2) بۇرمىسىمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىش: بىنتنى ھالقىسىمان بىر نەچچە قېتىم ئورىغاندىن كېيىن يۇقىرى ياكى تۆۋەن يۆنىلىشتە ئورىلىدۇ، ھەر بىر ئورىغاندا ئالدىنقى ئورۇنىنىڭ 1/3 ياكى 2/3 قىسمى باسۇرۇپ تېڭىلىدۇ، ئاخىرىدا پلاستېر بىلەن چاپلاپ ياكى بىنت ئۇچىنى توغرىسىغا يىرتىپ چىگىپ مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ، يۇقىرىقى ئىككى خىل ئۇسۇلدا بىنتنى يارا ئېغىزى ياكى بوغۇمغا چىگىشكە بولمايدۇ (2.13 - رەسىم).



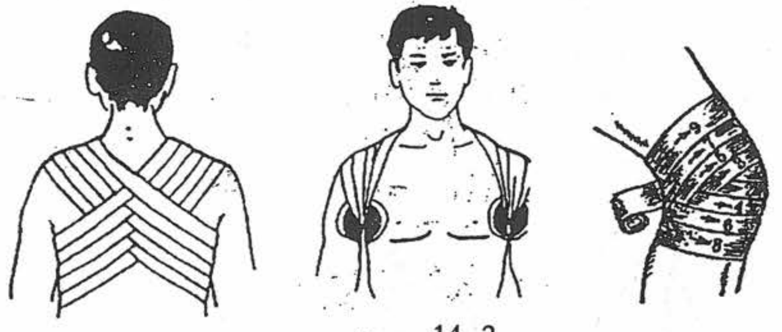
2.12 - رەسىم.



2.13 - رەسىم.

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

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



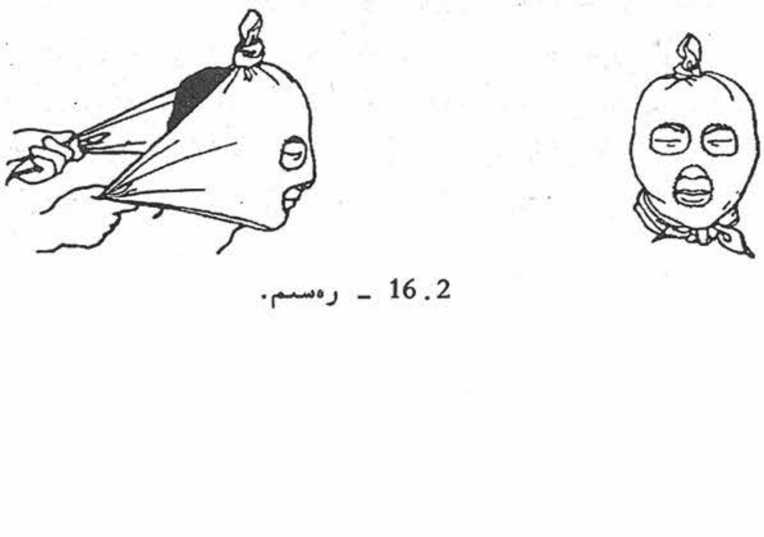
2.14 ـ رەسىم.

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 ـ رەسىم).

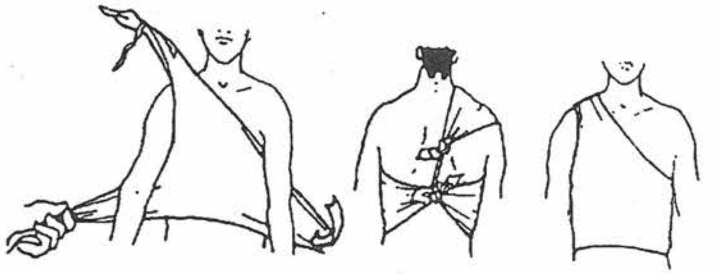
2.15 ـ رەسىم.

(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 ـ رەسىم).



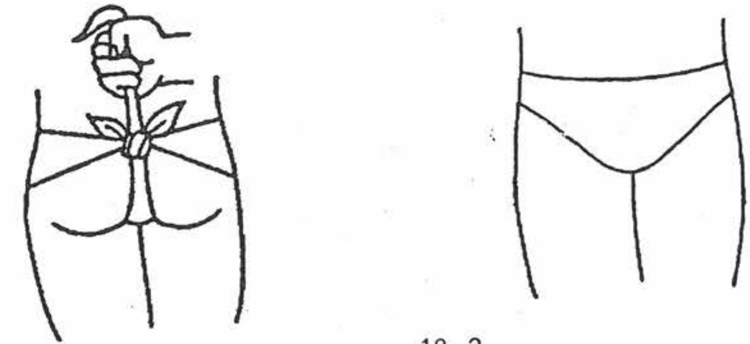
2.16 ـ رەسىم.

(3) كۆكرەكنى تېڭىش: ئۈچ بۇرجەك ياغلىقنىڭ تۆۋەن قىرى كۆكرەكتىكى زەخمە بار ئورۇننىڭ ئاستى تەرىپىگە توغرىلىنىپ، ئىككى تۆۋەن بۇرجىكى قولتۇق ئاستىدىن ئۆتكۈزۈلۈپ، دۈمبىدە چىگىلىدۇ. ياغلىق زەخىملەنگەن كۆكرەكنى بېسىپ، چوققا بۇرجىكى كۆكرەكنىڭ زەخىملەنگەن تەرەپ مۈچە ئۈستىدىن ئايلاندۇرۇلۇپ، تۆۋەن بۇرجەك چىگىكى ئۈستىگە چىگىلىدۇ. دۈمبىنى تېڭىش كۆكرەكنى تاڭغاننىڭ ئەكسىچە بولۇپ، ئۈچ بۇرجەك ياغلىق دۈمبىگە قويۇلۇپ كۆكرەكتىن چىگىلىدۇ (2.17 ـ رەسىم).



2.17 ـ رەسىم.

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



2.18 ـ رەسىم.

(5) مۈچىلەرنى تېڭىش: ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بېنت كەڭلىكىدە قاتلاپ، زەخىمنى ھالقىسمان ئايلاندۇرۇپ تېڭىلىدۇ. زەخمە ئۈستىدىن چىگىشكە بولمايدۇ.

(6) مۈرىنى تېڭىش: ئۈچ بۇرجەك ياغلىقنى زەخىملەنگەن مۈرە ئۈستىگە قويۇپ چوققا بۇرجەك بىلەن بىر تۆۋەن بۇرجەكنى كۆكرەك ۋە دۈمبە تەرەپتىن ئايلاندۇرۇپ قارشى تەرەپ قولتۇق ئاستىدا چىگىلىدۇ. يەنە بىر تۆۋەن بۇرجەكنى كۆكرەك تەرەپتىن زەخىملەنگەن مۈرىنىڭ ئاستى ئارقىلىق دۈمبىگە ئۆتكۈزۈپ، چوققا تۆۋەن بۇرجەك چىگىكى ئۈستىگە چىگىلىدۇ (2.19 ـ رەسىم).

19.2 ـ رەسىم.

5. مۇقىملاشتۇرۇش.

سۇنۇقنى ۋاقتىنچە مۇقىملاشتۇرۇشنىڭ بىمارنىڭ ئازابىنى يېنىكلىتىش، سۇنۇقنىڭ نېرۋا، تومۇر، تېرىنى زەخىملەندۇرۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، بىمارنى يۆتكەشكە قولايلىق بولۇش قاتارلىق روللىرى بار.

1) سۇنۇقنى ۋاقىتلىق مۇقىملاشتۇرۇشتا دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار:

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

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

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

(4) مۇچە ۋە ئومۇرتقىسى سۇنغانلارنى نەق مەيداندا مۇقىملاشتۇرۇش، مۇقىملاشتۇرغاندا بىمارنىڭ ئاغرىقىنى كۆچەيتىۋەتمەسلىك ۋە نېرۋا، تومۇرلارنى زەخىملەندۈرۈپ قويماسلىق ئۈچۈن زەخىملەنگەن ئورۇننى ئامال بار ئاز ھەرىكەتلەندۈرۈش كېرەك. پرىنسىپ جەھەتتىن مۇقىملاشتۇرۇلمىغان سۇنۇقنى يۆتكەشكە بولمايدۇ.

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

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

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

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

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

(9) يۇقىرىقى مۆچىنى مۇقىملاشتۇرغاندا، جەينەك پۈكلىنىشى، تۆۋەنكى مۆچىنى مۇقىملاشتۇرغاندا تىز سوزۇلۇشى كېرەك.

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

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

2) ۋاقىتلىق مۇقىملاشتۇرۇش ماتېرىياللىرى.

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

(2) تېڭىق ماتېرىياللىرى: پاختا، لۆڭگە، كىيىم، رەخت، ئۈچ بۇرجەك ياغلىق، بىنت 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 يۇمشاق نەرسىلەرنى قويۇش ئارقىلىق باشنىڭ ئىككى تەرەپكە ئىغاڭشىپ سىلكىنىشىنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ.

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

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

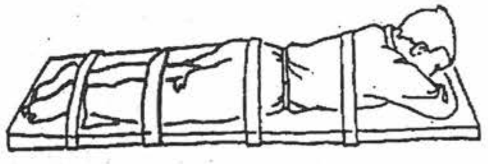
20.2 ـ رەسىم.

21.2 ـ رەسىم.

(4) يوتا سۆڭىكىنى مۇقىملاشتۇرۇش: زەخىملەنگەن مۈچىنىڭ تىز بوغۇمى سوزۇلغان ھالەتتە قويۇلۇپ ئىككى تال تېڭىق تاختىسى تۈۋەن مۈچىنىڭ ئىچكى، تاشقى ئىككى تەرىپىگە قويۇلىدۇ. تاشقى تەرەپ تېڭىق تاختىسى قولتۇق بىلەن تاپانغىچىلىك، ئىچكى تەرەپ تېڭىق تاختىسى چاتراقتىن تاپانغىچىلىك ئۇزۇنلۇقتا بولۇشى لازىم. ئاندىن بىنت ياكى ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن تېڭىلىدۇ.

(5) پاچاق سۆڭىكىنى مۇقىملاشتۇرۇش: تىز تۈز ھالەتتە قويۇلىدۇ. ئىچكى، تاشقى ئىككى تەرەپكە قويۇلغان سۆڭەك تاختىسى تىز ۋە تاپاندىن ئېشىشى كېرەك. ئاندىن بىنت ياكى ئۈچ بۇرجەك ياغلىق بىلەن مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

(6) ئومۇرتقا سۆڭىكىنى مۇقىملاشتۇرۇش: سۆڭەك ئۈچىنىڭ نېرۋىنى زەخىملەندۈرۈپ پالەچ، ھەتتا ئۆلۈمنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشىدىن ساقلىنىش ئۈچۈن بىمارنى تۈپتۈز ھالەتتە قاتتىق تاختاي ئۈستىگە قويۇپ يۆتكەش (بىمارنى ئولتۇرغۇزۇش ۋە ماڭغۇزۇش قەتئىي چەكلىنىدۇ) ھەمدە بىنت، ئۈچ بۇرجەك ياغلىق ياكى تانا بىلەن بىمارنى تاختايغا مۇقىملاشتۇ-رۇش 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 پۇرسىتىگە 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 فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەييار تۇرۇش لازىم. سۇيۇقلۇق ۋە ئوكسىگېن بېرىش ئەسلىھەلىرىنىڭ مۇقىملىقىغا دىققەت قىلىش، بىمارنىڭ يول ئۈستىدە ئىككىلەمچى زەخىملىنىشىنىڭ 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 دورىلار-نى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2) يالغۇز كىشىلىك يۆتكەش: يالغۇز كىشىلىك ھاپاش قىلىش ۋە قوش مۈرىدە كۆتۈرۈش (2.24 ـ، 2.25 ـ رەسىم) باش، دۈمبىسى يارىلانغانلارغا ماس كېلىدۇ. كۆكرەك، قورسىقى يارىلانغانلارنى قۇچاقلاپ كۆتۈرۈش كېرەك (2.26 ـ رەسىم).

2.24 ـ رەسىم.

2.25 ـ رەسىم.

2.26 ـ رەسىم.

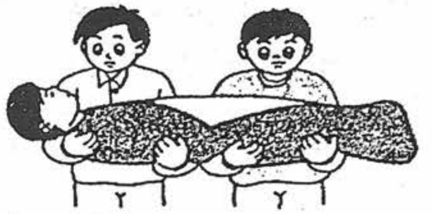
3) قوش كىشىلىك يۆتكەش: ئورۇندۇقسىمان (2.27 ـ رەسىم)، زەمبىلسىمان

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

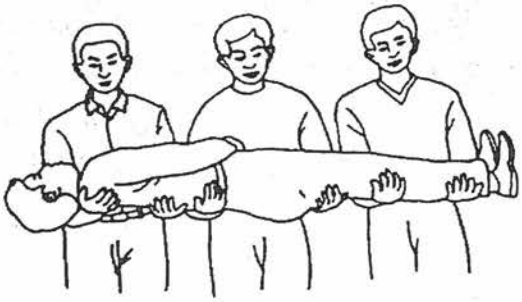
27.2 ـ رەسىم.

28.2 ـ رەسىم.

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



29.2 ـ رەسىم.



30.2 ـ رەسىم.

5) ناسۇلكىدا يۆتكەش: ناسۇلكىنىڭ خىللىرى كۆپ، ئۆلچەملىك ناسۇلكا، نەق مەيداندا رەخت، كىيىم ـ كېچەك، تانىدىن 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، ھەرىكىتى سىلىق بولۇشى لازىم.

2. يۆتكەشتە دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار.

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

2) زەخىملەنگەن ئورۇن ئۈستىگە قارىتىلىشى، باش مۇرىسى يەرگە تېگىپ قالماسلىقى لازىم.

3) بويۇن، بەل ئومۇرتقىسى زەخىملەنگەنلەرنى چوقۇم ئۈچتىن ئارتۇق ئادەم تۈز ھالەتتە كۆتۈرۈپ يۆتكىشى كېرەك. بولمىسا ئاسانلا يۇلۇن زەخىملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

ئۈچىنچى 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.

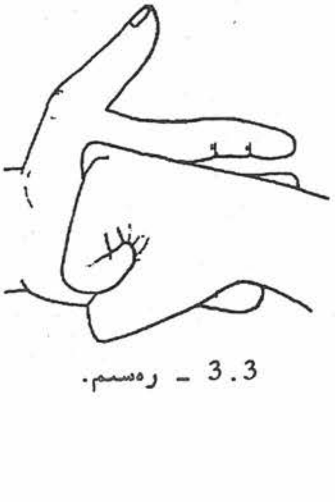
بۇنداق ئەھۋالدا بىماردىن گېلىڭىزغا بىر نەرسە تۇرۇپ قالدىمۇ؟ دەپ سوراش كېرەك. ئەگەر بىمار ھەئە دېگەن مەقسەتتە بېشىنى لىڭشىتسا دەرھال Heimlich ئۇسۇلى بويىچە قۇتقۇزۇش لازىم. بىمارنىڭ دۇمبىسىگە قالايمىقان ئۇرۇش كېسەللىك ئەھۋالىنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. ئەگەر بىماردا Heimlich ئالامىتى بولمىسا تۆۋەندىكى ئالامەتلەرنى كۆزىتىش كېرەك. ① بىمارنىڭ سۆزلىيەلمەسلىكى ۋە نەپەس ئالالماسلىقى؛ ② يۈز، كالپۇكلىرى كۆكىرىپ كېتىش؛ ③ ھوشسىزلىنىش.

1. چوڭلارنى قۇتقۇزۇش.

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

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

2.3 ـ رەسىم.



3.3 ـ رەسىم.

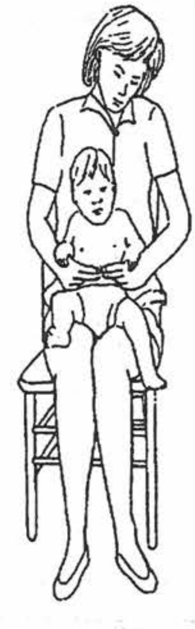
3) يەنە بىر قول بىلەن مۇشت چىڭ تۇتۇلۇپ تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە بىمارنىڭ قورسىقى قايتا ـ قايتا بېسىپ قويۇۋېتىلىدۇ. بۇ جەرياندا بىمارنىڭ قورسىقىغا مۇشت بىلەن ئۇرۇشقا، قىسىپ تۇرۇۋېلىشقا، كۆكرەكنى بېسىشقا بولمايدۇ، قول بىلەنلا كۈچەش كېرەك. بىلەكنىڭ كۈچىنى ئىشلىتىشكە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

4) تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە بېسىپ قويۇۋېتىش تەكرارلىنىدۇ.

2. بوۋاق باللارنى قۇتقۇزۇش.

باللىنى قاتتىق يەر ياكى كارىۋاتتا ئوڭدىسىغا ياتقۇزۇپ، قۇتقۇزغۇچى باللىنىڭ ئاياغ تەرىپىدە تۇرىدۇ ياكى (3.4 ـ رەسىم) باللىنىڭ دۈمبىسىنى قىلىپ قۇچىقىغا ئېلىپ ئورۇندۇقتا ئولتۇرىدۇ (3.5 ـ رەسىم). ئاندىن قۇتقۇزغۇچى ئىككى قولىنىڭ كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن باللىنىڭ تۆش سۆڭىكى بىلەن كىندىكىنىڭ ئارىسىدىكى قورساق قىسمىنى كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە قايتا ـ قايتا باسىدۇ. ئەمما ھەرىكەت بەك قوپال بولماسلىقى كېرەك.

4.3 ـ رەسىم.



5.3 ـ رەسىم.

3. ئۆزىنى قۇتقۇزۇش.

يۇقىرىقى چوڭلارنى قۇتقۇزۇشنىڭ 2 ـ، 3 ـ، 4 ـ 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 ـ قايتا بېسىش كېرەك (3. 6 ـ رەسىم).

4. هوشسىز بىمارلارنى قۇتقۇزۇش.

بىمارنى ئوڭدا ياتقۇزۇپ، قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ داس قىسمىغا مىنىپ ئولتۇرۇپ، ئىككى قولنىڭ ئالىقان تۆۋىنى ئۈستمۇئۈست ھالەتتە بىمارنىڭ يۇقىرى قورساق قىسمىغا قويۇپ، بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ كۈچى بىلەن كەينى يۇقىرى يۆنىلىش بويىچە تېز، تەرتىپلىك، دولقۇنسىمان ھالەتتە تاكى يات جىسىم چىقىپ كەتكۈچە قايتا - قايتا باسدۇ (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 چايناش.

3) تاماق يەۋاتقاندا سۆزلەش، كۈلۈش، مېڭىش، يۈگۈرۈشتىن ساقلىنىش.

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

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

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

1. ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش.

1) مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللەر.

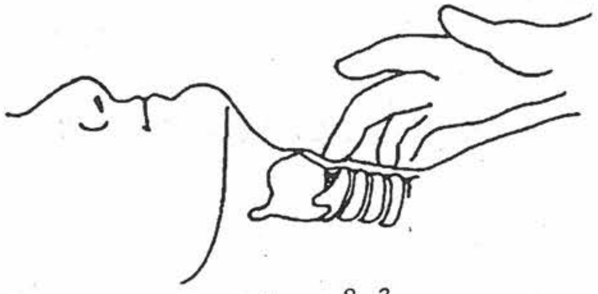
(1) ھەر خىل سەۋەبلەردىن يۇقىرىقى نەپەس يولى توسۇلۇپ قېلىش.

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

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

2) مەشغۇلات:

بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ بوينى ئۈستىگە كۆتۈرۈلىدۇ. دوختۇر سول قولىنىڭ كۆرسەتكۈچ بارمىقى بىلەن قالقانسىمان كۆمۈرچەك بىلەن ھالقىسىمان كۆمۈرچەك ئارىسىدىكى ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى (3.8 - رەسىم) سىيلاپ تېپىپ، ئوڭ قول بىلەن 16 - نومۇرلۇق ئوكۇل يىڭنىسىنى پەردىدىن تىك تۈز سانجىلىدۇ. يىڭنە تېرە ۋە پەردىدىن ئۆتكەندىن كېيىن ئوڭ قولدا بوشلۇق تۇيغۇسى بولىدۇ. بۇ ۋاقىتتا يىڭنىدىن ھاۋا چىقسا ياكى كۆكرەكنى باسقاندا ھاۋا چىقسا مەشغۇلات مۇۋەپپەقىيەتلىك بولغان بولىدۇ. ئاندىن سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ياكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش كېرەك.



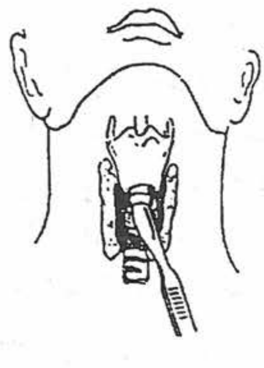
3.8 - رەسىم.

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار:

(1) ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش پەقەت نەپەس فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ جىددىي ئەھۋالدىكى ۋاقىتلىق قۇتقۇزۇش ئۇسۇلى. ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش مۇۋەپپەقىيەتلىك بولغاندىن كېيىن دەرھال كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى 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 ئوپېراتسىيىسى



3.9 - رەسىم.

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

2) مەشغۇلات: ھالقا - قالقانسىمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش مەشغۇلاتى ئاساسىدا يىڭنە سانجىماستىن ئوپېراتسىيە پىچىقى بىلەن تېرە ۋە پەردە تاكى كاناي بوشلۇقىغىچىلىك تېشىلىدۇ (3.9 - رەسىم). ئاندىن پىچاق بىلەن تېشىلگەن تۆشۈك ئوڭ - سولغا 0.5 سانتىمېتىردىن كېڭەيتىلىدۇ. كېڭەيتكۈچ بىلەن يېرىق يەنىمۇ كېڭەيتىلىپ كانالچە كانايغا كىرگۈزۈلىدۇ. كانالچىنىڭ كانايغا كىرگەنلىكى جەزملەشتۈرۈلگەندىن كېيىن

كېڭەيتكۈچ ۋە كاناالچە ئۇقى تارتىپ چىقىرىلىپ دەرھال كاناي ئىچىدىكى ئاجراتمىلار سۈمۈ-رۈلۈپ تازىلىنىدۇ. كاناالچە بويۇنغا مۇقىملاشتۇرۇلىدۇ.

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار:

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

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

(3) ئەگەر كاناالچە تۇرغۇزۇش ۋاقتى بەك ئۇزۇن بولۇپ كەتسە ياكى يەرلىك يۇقۇملى-نىپ قالسا، كاناي نامىسىز ئارتېرىيە ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

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

3 § . كانايغا كاناالچە سېلىش

1. مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر:

1) يۈرەك - ئۆپكە خىزمىتى توختاپ قالغان.

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

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

4) پۈتۈن بەدەننى ناركوز قىلغان ياكى مۇسكۇل بوشاتقۇچى دورا ئىشلىتىلگەن بىمار-لار.

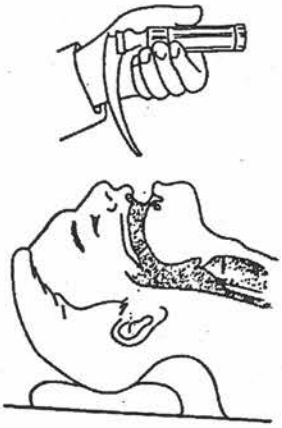
2. مەشغۇلات:

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

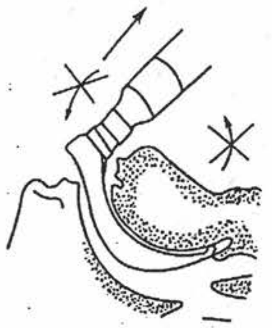
1) بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ بويىنى ئۇستىگە كۆتۈرۈلۈپ، باش سەل كەينىگە ئېگىلىپ، ئېغىز، يۇتقۇنچاق، كاناي بىر تۈز سىزىققا كەلتۈرۈلىدۇ (3. 10 ـ رەسىم).

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

گەندىن كېيىن يەنە يۇتقۇنچاقنىڭ تەبىئىي ئەگمىسى بويىچە ئەينەكنى ئاستا ئىتتىرىپ يۇتقۇنچاققا كىرگۈزىدۇ. ئەينەكنىڭ ئۇچى تىل تۈۋىگە بارغاندا يۇتقۇنچاق قاپقىقى كۆرۈنىدۇ. بۇ جەرياندا ئەينەكنىڭ تۈۋىنى ئالدىغا قويۇپ كۆچەش كېرەك. بىمارنىڭ چىشىغا قويۇپ كۆچەش چەكلىنىدۇ (11.3 ـ رەسىم).

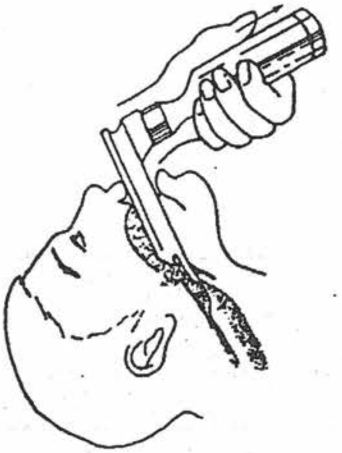


10.3 ـ رەسىم.

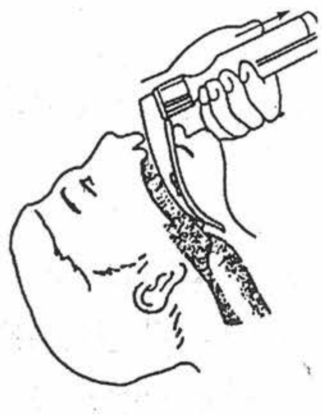


11.3 ـ رەسىم.

3) يايسىمان يۇتقۇنچاق ئەينىكىنىڭ ئۇچىنى تىل تۈۋى بىلەن يۇتقۇنچاق قاپقىقى ئارىسىدىكى يۇتقۇنچاق قاپقىقى يوشۇرۇن ئويمىنىغا قويۇپ يۇقىرىغا كۆتۈرگەندە ئاۋاز پەردىسى كۆرۈنىدۇ (12.3 ـ رەسىم). ئەگەر يۇتقۇنچاق ئەينىكى تۈز بولسا يۇتقۇنچاق قاپقىقىنىڭ كەينى تېمىغا قويۇپ يۇتقۇنچاق قاپقىقىنى كۆتۈرگەندە ئاندىن ئاۋاز پەردىسىنى كۆرۈشكە بولىدۇ (13.3 ـ رەسىم).

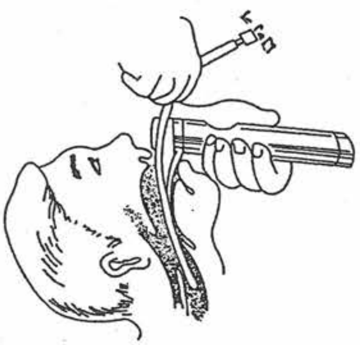


13.3 ـ رەسىم.



12.3 ـ 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 كانالچە-نى كىرگۈزۈپ، ئاۋاز پەردىسىنى ئىزدەش كېرەك (3.14 ـ رەسىم).



3.14 ـ 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 بولىدى.

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

3. دىققەت قىلىشقا تېگىشلىك ئىشلار.

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

نى بېكىتىش كېرەك.

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

(2) ھوشى بار، چايناش مۇسكۇلى بوش، يۇتقۇنچاق، كېكىردەك رېفلېكسى كۈچلۈك بىمارلارغا بىۋاستە كانالچە سالغاندا، بىمار ماسلاشمايدۇ. شۇڭلاشقا ئالدى بىلەن يۇتقۇنچاق، كېكىردەك ۋە ئاغىز پەردىسىگە 1% لىك دىكائىن (地卡因) ياكى 4% لىك لىدوكائىن (利多卡因) قاتارلىق سىرتقى يۈز ناركوز دورىسىنى پۈركەپ يەرلىك ئورۇننى ناركوز قىلغاندىن كېيىن ئاندىن كانالچە سېلىش كېرەك.

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

(4) سېمىز، بوينى قىسقا، كانالنىڭ ئورنى يۇتكەلگەن 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، ھەرىكەت يېنىك بولۇش، قوپاللىق قىلماسلىق كېرەك.

3) مۇۋاپىق كانالچىنى تاللاش: كانالچە بەك ئىنچىكە بولسا، نەپەس يولىنىڭ توسقۇنلۇقىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. بەك توم بولسا كاناي شىللىق پەردىسىدە قان يېتىشمەسلىكتىن نېكروزلىنىش 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
ئالتە ئايلىق	3.5	10	14
بىر ياش	4.0～4.5	12	16
ئىككى ياش	5.0～5.5	14	17
4 ～ 2 ياش	5.5～6.0	15	18
7 ～ 4 ياش	6.0～6.5	16	19
10 ～ 7 ياش	6.5～7.0	17	21
12 ～ 10 ياش	7.0～7.5	20	23
16 ～ 12 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 تەبىئىي نەمدەش رولى يوقىلىدۇ. سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش كانايدىكى سۇ تەركىبىنى تېخىمۇ ئازايتىۋېتىدۇ. شۇ سەۋەبتىن كاناي قۇرغاقلىشىپ، بەلغەم قېتىشىپ، بەلغەم تۆكچىسى پەيدا بولىدۇ ـ دە، كانايىنى توسۇۋالىدۇ. كانايىنىڭ نەملىكىنى ساقلاش ئۈچۈن نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىنىڭ نەملەشتۈرگۈچىسى ئارقىلىق ياكى بىۋاستە كانايغا تېمىتىش (1～2ml/min)؛ ئۇسۇلى ئارقىلىق كۈندە 200ml～400ml تۇز سۈيى بىلەن كانايىنى نەمدەش كېرەك.

5) بەلغەمنى يوقىتىش. ھەر قېتىم بەلغەمنى سۈمۈرۈشنىڭ ئالدى ـ كەينىدە يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۈلۈشى، 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 نەپەسلەندۈرۈلگەندە 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 كەلتۈرۈپ 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 كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئالدى بىلەن ئېغىز - بۇرۇندىكى ئاجراتمىلارنى سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىش، ئاندىن ھاۋانى قويۇۋېتىش كېرەك.

7) كانايدا كانالچىنى تۇرغۇزۇش ۋاقتى. كانايغا كانالچە قويۇلغاندىن كېيىن پەقەت زەخىملىنىش ياكى توسۇلۇشلا بولمايدىكەن كانالچە ئالماشتۇرۇلمايدۇ. بىراق تۇرغۇزۇش ۋاقتى 72 سائەتتىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. سىلىتسىيە يېلىمدىن 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 زەخىملەنگەن، ئېغىزنى ئېچىش قىيىن بولغان ياكى بوينى زەخىملەنگەن بولسا بۇرۇن ئارقىلىق كانالچە قويۇشقا ياكى بىۋاستە كاناينى 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، يۇتەل 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 نەپىسىدە نەپەس چىقىرىشىغا ئەگەشتۈرۈپ، كانالچىنى سۇغۇرۇپ چىقىرىۋېتىش كېرەك. مەشغۇلات ئەڭ ياخشىسى كۈندۈزى ئېلىپ بېرىلىشى، ئېلىۋېتىش ئالدىدا قايتا كانالچە سېلىشنىڭ تەييارلىقى تولۇق بولۇشى كېرەك. شۇنداقلا كېسەل ئەھۋالى تولۇق كۆزىتىلىپ، يۈز بەرگەن ئەگەشمە كېسەللىكلەر ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنىشى لازىم.

4. ئەگەشمە كېسەللىكلەر.

كانايغا كانالچە سېلىشتا كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىك نەپەس يولىنىڭ زەخىملىنىشىدۇر. مەسىلەن: قاناش، چىش سۇنۇش، كاناي شىللىق پەردىسى زەخىملىنىش ۋە قان يېتىشمەسلىكتىن نېكروزلىنىش، كېكىردەك سۇلۇق ئىششىقى قاتارلىقلار. بۇلارنىڭ ھەممىسى مەشغۇلاتنىڭ يېنىك - قوپاللىقى، كانالچە تاللاش ۋە ناركوز 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 راۋانلاشتۇ-رۇش كېرەك. كانالچىنىڭ قىزىلئۆڭگەچكە كىرىپ كېتىشمۇ نىسبەتەن كۆپ ئۇچرايدۇ. ئەگەر كانالچە قىزىلئۆڭگەچكە كىرىپ كەتسە، ئۆز نەپىسى بولمىغان بىمارلارنىڭ نەچچە مىنۇت ئىچىدىلا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن يۈرەك ھەرىكىتى توختايدۇ. قىزىلئۆڭگەچتىكى كانالچىنىڭ نەپەسلىنىشكە تەسىر يەتكۈزۈشى ۋە ئاشقازاندىكى ھاۋانىڭ كۆپىيىشى ئۆز نەپىسى 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 سېلىش كېرەك.

4 § . كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى

1. مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

1) كېكىردەكتىكى ياللۇغ، ئۆسمە، زەخمە، يات جىسىم قاتارلىق سەۋەبلەردىن كېلىپ چىققان كېكىردەك توسۇلۇش، نەپەس قىستاش.

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

3) ئۇزۇن مۇددەت سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش.

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

2. مەشغۇلات.

1) بەدەن شەكلى: بىمار ئوڭدا ياتقۇزۇلۇپ، مۈرىسىگە تەگلىك قويۇلۇپ باش كەينىگە ئېگىلىدۇ. ئەگەر باشنىڭ كەينىگە ئېگىلىشى نەپەس ئېلىشنى قىيىنلاشتۇرۇۋەتسە نىسبەتەن تۈز 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 قى-لىشنىڭ 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 ناركوز قىلىنىدۇ. كېسەل جىددىي ئەھۋالدا دېزىنفېكسىيە، ناركوز قىلمايلا بىۋاستە كانايىنى يېرىش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقىمۇ بولىدۇ.

3) كېسىك: قالقانسىمان كۆمۈرچەكنىڭ تۆۋەن قىرىدىن باشلاپ تۆش سۆڭىكىنىڭ يۇقىرى قىرى ئۈستىدىن 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 - 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 دىۋارىنى 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 كانايىنىڭ ئالدى، دەل ئوتتۇرىسىدا ئېلىپ بېرىلىشى لازىم. كانايىنىڭ تۆۋەن قىسمىغا ئىچكىرىلەپ كىرىپ چوڭقۇر تومۇرلارنى ۋە كۆكرەك پەردە تورۇسىنى زەخىملەندۈرۈپ چوڭ قاناش ياكى يەل كۆكرەك پەيدا قىلىپ قويۇشتىن ساقلىنىش كېرەك.

5) كانايىنىڭ 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 ياكى شپرىس بىلەن سانجىپ ھاۋا تارتىپ چىقارغىلى بولىدۇ. يۇقىرىقى مەشغۇلاتلار ئارقىلىق كانايىنى جەزملەشتۈرۈش ئوپېراتسىيە جەريانىدا چوڭ تومۇرلارنى كاناي دەپ زەخىملەندۈرۈپ قويۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈندۇر. كانايىنى جەزملەشتۈرگەندىن كېيىن تېك پاسىلدا ھاۋالىق ئىششىق پەيدا قىلىپ قويماسلىق ئۈچۈن ئامال بار سېرىق ئەتنى ئاجراتماسلىق كېرەك.

6) كانايىنى يېرىش: كاناي جەزملەشتۈرۈلگەندىن كېيىن كۆمۈرچەكتە، ئۇچلۇق پىچاق بىلەن، كانايىنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدىن تۆۋەندىن يۇقىرىغا قارىتىلىپ 4 -، 3 - ئىككى كۆمۈرچەك ھالقىسى كېسىلىدۇ. مەشغۇلاتتا پىچاقنى بەك كۈچەپ ۋە چوڭقۇر سېلىشتىن ساقلىنىش كېرەك. بولمىسا كانايىنىڭ كەينى دىۋارى ۋە قىزىلئۆڭگەچنى زەخىملەندۈرۈپ قويۇش مۇمكىن.

7) كاناي قاپلىق نەيچىسىنى سانجىپ كىرگۈزۈش: كانايىنى 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 تەبىئىي ئەگمە يۆنىلىشىدە سانجىپ كىرگۈزۈلىدۇ. ئاندىن نەيچە ئوقى چىقىرىلىپ ئىچ نەيچە كىرگۈزۈلىدۇ. ئاخىرىدا نەيچىنىڭ كاناي ئىچىدە ياكى ئىچىدە ئەمەسلىكى جەزملەشتۈرۈلىدۇ.

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 يىپ 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 يىپ 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 ئۈچ بۇرجەكنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدا ئېلىپ بېرىلىشى كېرەك. ئىككىنچى كاناي ھالقىسىنىڭ يۇقىرى تەرىپى ۋە بەشىنچى كاناي ھالقىسىنىڭ تۆۋەن تەرىپىنى كېسىش چەكلىنىدۇ.

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

3) كاناي قاپلىق نەيچىسىنىڭ راۋانلىقىغا 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 يالىلۇغلىنىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك.

4) نەيچىنى ئېلىۋېتىش: ھاۋا يولىنى توسۇۋالغۇچى ۋە نەپەس قىيىنلىشىشىنى 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 نەپىسى 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، كانايىنى 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 زەخىملەنسە 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 كانايىنىڭ ئالدىدىن تىك پاسىلغا ئۈچىسىز يىڭنە ياكى سۇلياۋ نەيچە سانجىپ كىرگۈزۈش ئارقىلىق ھاۋا سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىلىدۇ.

3) قاناش: ئەگەر قاناش كۆپ بولمىسا گىلانتىلىق 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) مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

كۆكرەك بوشلۇقىدا ھاۋا، قان ياكى باشقا سۇيۇقلۇق بار - 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.

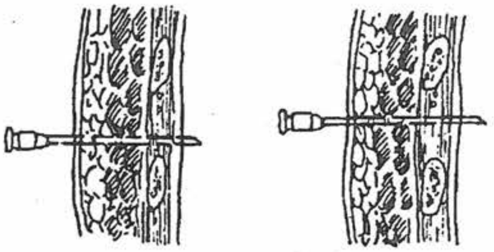
2) مەشغۇلات.

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

تېشىلىدۇ.

(2) تېشىلىدىغان ئورۇن قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ، ئۈستىگە مىكروبسىزلاندۇرۇلغان تۆشۈك ياغلىق قويۇلۇپ، 1% لىك پروكائىنندا تېرىدىن باشلاپ تاكى كۆكرەك پەردىسىگە بارغۇچىلىك قاتمۇ قات سىڭدۈرۈپ ناركوز قىلىنىدۇ. ئاخىرىدا شپرىس سىناق تەرىقىدە سۈمۈرۈلۈپ تەكشۈرۈلىدۇ. ئەگەر سۇيۇقلۇق ياكى هاۋا سۈمۈرۈلۈپ چىقسا كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرگەنلىك ئىپادىسىدۇر.

(3) تېشىش يىڭنىسىنىڭ رېزىنكە نەيچىسى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىلىپ (هاۋانىڭ كۆكرەككە كىرىپ كەتمەسلىكى ئۈچۈن) يىڭنە تۆۋەنكى قوۋۇرغىنىڭ يۇقىرى قىرىنى بويلاپ (دۈمبىدىن تەشكەندە) ياكى قوۋۇرغا ئارىلىقىنىڭ دەل ئوتتۇرىسىدىن (كۆكرەكتىن تەشكەندە) ئاستا ـ ئاستا كۆكرەككە تېشىپ كىرگۈزۈلىدۇ (3.15 ـ رەسىم). يىڭنە ئۇچى كۆكرەك پەردىسىگە بارغان ۋە ئۆتكەن پەيتتە يىڭنە ئىتتىرىشتىكى قارشىلىق تۇيۇقسىز يوقىلىدۇ. بۇ ۋاقىتتا شپرىسنى رېزىنكە نەيچىگە ئۇلاپ شورىتىپ هاۋا ياكى سۇيۇقلۇق چىققان ـ چىقمىغانلىقىغا قاراش كېرەك.



3.15 ـ رەسىم.

(4) سۇيۇقلۇق ياكى هاۋانى سۈمۈرۈپ چىقىرىش جەريانىدا چوقۇم بىر نەپەر ياردەمچى بولۇشى، ياردەمچى بىر قولىدىكى تومۇر قىسقۇچ بىلەن يىڭنىنى مۇقىملاشتۇرۇپ، يەنە بىر قولىدىكى تومۇر قىسقۇچ بىلەن هەر قېتىملىق سۈمۈرۈپ تارتىش تۈگىگەندە شپرىس رېزىنكە نەيچىدىن ئاجراتىشتىن بۇرۇن رېزىنكە نەيچىنى قىسىۋېلىشى، شپرىس قايتا ئۇلانغاندىن كېيىن ئاندىن بوشىتىشى كېرەك (هاۋانىڭ كۆكرەككە كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن).

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

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

3) دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

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

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

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

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

2. كۆكرەكتىن يىپىق ئاققۇزۇش.

1) مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

كۆكرەك زەخىملىنىشتىن بولغان يەل كۆكرەك، قانلىق كۆكرەك، تەرەڭلىك ياكى ئۆزلۈكىدىن يۈز بەرگەن يەل كۆكرەك ۋە ئۆتكۈر يىرىڭلىق كۆكرەك.

2) مەشغۇلات.

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

(2) كۆكرەكتىن يىپىق ئاققۇزۇشقا مەخسۇس ئىشلىتىلىدىغان ئوقلۇق ئاققۇزۇش نەيچىسى بار ئەھۋالدا، ئالدى بىلەن ئوپېراتسىيە پىچىقىدا قوۋۇرغا ئارىلىقىدىكى تېرىدىن توغرىسىغا بىر كىچىك كېسىك كېسىلىپ، ئوق قول بىلەن ئوقلۇق نەيچە ئۈچ تەرەپتىن چىڭ تۇتۇلۇپ ئۇزلۇكسىز، تەڭپۇڭ، بىر خىل كۈچ بىلەن تۆۋەنكى قوۋۇرغىنىڭ يۇقىرى قىرىدىن تىك ھالدا كۆكرەك بوشلۇقىغا سانجىلىدۇ. سانجىش جەريانىدا تۇيۇقسىز 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 بوشىتىپ تارتىپ چىقىرىۋالغاندىن كېيىن نەيچە كۆكرەككە 4cm～5cm كىرگۈزۈلۈپ كېسىك 2 ～ 1 يىپ 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

تۆۋرۈكى 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.

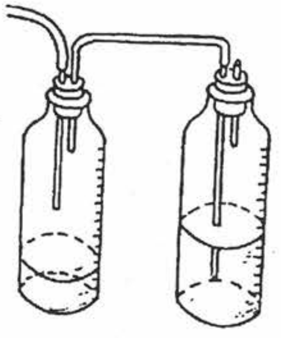
(4) نەيچىنى ئېلىۋېتىشنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى: ① 24 سائەت ئىچىدىكى ئېقىلما 100ml دىن ئاز بولسا؛ ② بىمار يۆتەلگەندە بوتۇلكىدىن ھاۋا چىقمىسا؛ ③ رېنتگېندە تەكشۈرگەندە ئۆپكىنىڭ كۆپىشى ياخشى بولسا؛ ④ يەل كۆكرەك بىماردا نەيچە 6 ~ 24 سائەت قىسىپ قويۇلغاندىن كېيىن ئۆپكىدە كىچىكلەش كۆرۈلمىسە؛ ⑤ يىرىڭلىق كۆكرەك 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 كېسىككە 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 ئۈچ سانتىمېتىر ئەتراپىدا پاتۇرۇلىدۇ. قىسقا ئەينەك نەيچە بىۋاسىتە سىرتقى مۇھىت بىلەن تۇتىشىدۇ، سۇغا پاتۇرۇلمايدۇ (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).

3 . 16 ـ رەسىم.



3 . 17 ـ رەسىم.

6 § . قورساق بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى

1. مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

1) دىئاگنوز خاراكتېرلىك تېشىش: قورساق بوشلۇقى زەخىملەنگەن 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 سىيگۈزۈش ياكى سۈيدۈك ئاققۇزۇش كانالچىسى سېلىپ سۈيدۈكنى چىقىرىۋېتىش كېرەك (دوۋساقنىڭ زەخىملىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن).

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

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

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

(4) قورساقتىن سۇ قويۇۋەتكەندە بىر قېتىمدا 1000ml~3000ml ئەتراپىدا تارتىش مۇۋاپىق. ئەگەر بەك كۆپ بولۇپ كەتسە، بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى تۇيۇقسىز ئېغىرلى-شىپ 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 يىڭنىنى تارتىپ چىقىرىۋېلىپ داكا بىلەن تېڭىپ قويۇش كېرەك.

(6) سۇ تارتىش جەريانىدا ۋە سۇ تارتىپ بولغاندىن كېيىنكى 12 سائەتتە بىمارنىڭ تومۇر سوقۇشى، قان بېسىمى، نەپىسى قاتارلىق ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە تەرلەش، يۆرەك 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 قويۇۋېتىش 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 ياللۇغىنى داۋالاشتا يىرىڭنى تارتىپ چىقىرىپ قاپ ئىچىنى يۇيۇپ، دورا ئۇرۇش زۆرۈر بولغانلار.

2. مەشغۇلات.

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

2) تېشىش نۇقتىسى: ئەڭ ياخشىسى ئۇلترا 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، يىڭنە قورساق تېمى بىلەن 30°~40°

心包 - 100ml , 300-500ml.
胸腔 - 1500ml

بولۇڭ 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، يىڭنە ئۇچى سەل ئىچ، كەينى، ئۈستى يۆنىلىش بويىچە ئومۇرتقىغا قارىتىپ سانجىلىدۇ. (3) ئوڭ كۆكرەك تېشىش نۇقتىسى: ئوڭ كۆكرەك 4 ـ قوۋۇرغا ئارىسىدىكى مۇتلەق تۇتۇق تاۋۇش چېگرىسىنىڭ بىر سانتىمېتىر ئىچىدىن، يىڭنە سەل ئىچ، كەينى يۆنىلىشتە ئومۇرتقىغا قارىتىپ سانجىلىدۇ.

3) تېرە قائىدىلىك دېزىنفېكسىيە قىلىنىپ، مىكروبسىزلاندۇرۇلغان تۆشۈك ياغلىق قويۇلۇپ، يەرلىك سىڭىشتۇرۇپ ناركوز قىلىنىدۇ. ناركوز يىڭنىسى يۇقىرىدا سۆزلەنگەن يۆنىلىشتە ئاستا، تەكشى كۈچ بىلەن سانجىلىدۇ. سانجىش جەريانىدا شپرىس ئۈزلۈكسىز سۈمۈرتۈپ كۆزىتىلىدۇ ۋە ناركوز دورىسى ئۇرۇلىدۇ. يىڭنە يۈرەك قېپىدىن ئۆتكەندە تۇيۇقسىز قارشىلىق يوقاپ بوشلۇق سېزىمى بولىدۇ (بەزىدە بوشلۇق سېزىمى ئېنىق بولمايدىغانلىقى مۇمكىن) ياكى سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىشقا بولىدۇ. بۇ ۋاقىتتا ناركوز يىڭنىسىنى تارتىپ چىقىرىپ يىڭنىنىڭ سانجىلىش چوڭقۇرلۇقى ۋە يۆنىلىشىنى خاتىرىلىۋېلىش كېرەك. ئاندىن دەل شۇ يۆنىلىشتە تېشىش يىڭنىسى سانجىلىدۇ. تېشىش يىڭنىسىنىڭ رېزىنكە نەيچىسىگە شپرىس ئۇلاپ سۈمۈرتكەچ سانجىشقىمۇ ياكى نەيچىنى تومۇر قىسقۇچ بىلەن قىسىۋېلىپ سانجىشقىمۇ بولىدۇ. بوشلۇق سېزىمىدىن كېيىن (بەزىدە بۇ خىل سېزىم ئېنىق بولماسلىقى مۇمكىن). ئەگەر يىڭنىنىڭ تۈۋى يۈرەك ھەرىكىتىگە ئەگىشىپ تىترىسە يىڭنىنىڭ يۈرەك قېپىغا كىرگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر يۈرەك سوقۇش سېزىمى بەك كۈچلۈك بولسا، يىڭنىنىڭ يۈرەك مۇسكۇلىنى زەخىملەندۈرۈپ قويماسلىقى ئۈچۈن ئازراق تارتىپ چىقىرىش كېرەك. ئاندىن شپرىس بىلەن ئاستا ـ ئاستا سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىلىدۇ.

3. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

1) يىڭنىنىڭ سانجىلىش چوڭقۇرلۇقى مۇۋاپىق بولۇشى كېرەك. ئادەتتە 5 ~ 3 سانتىمېتىر (سول كۆكرەك) ياكى 4 ~ 7 سانتىمېتىر (خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە) ئەتراپىدا بولىدۇ. سانجىلىش جەريانىدا ئەڭ ياخشىسى ئازراق تەتۈر بېسىم بېرىش كېرەك. ئەگەر سۇيۇقلۇق تارتىپ چىقىرىشقا بولمىسا يىڭنە 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، ئوپېراتسىيىسىنى دەرھال توختىتىش ۋە تېگىشلىك داۋالاش، قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش

كېرەك. ئەگەر ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ST بۆلىكى كۆتۈرۈلۈش، قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش كۆرۈلسە، يۈرەك تاشقى پەردىسى ياكى يۈرەك مۇسكۇلى زەخىملەنگەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. يىڭنىنى دەرھال تارتىپ چىقىرىش لازىم.
4) سانجىش جەريانىدا بەزىدە بوشلۇق سېزىمى بولماسلىقى مۇمكىن. بەزىدە ئىككى قېتىم بولۇشمۇ مۇمكىن. ئەگەر ئىككى قېتىم بوشلۇق سېزىمى بولسا يىڭنىنىڭ يۈرەك بوشلۇقىغا كىرىپ كېتىش ئېھتىماللىقى بولىدۇ.
5) تۇنجى قېتىملىق سۇيۇقلۇق تارتىش 100ml دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى، كېيىنكى قېتىملىق تارتىش 300ml~500ml دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. بولمىسا يۈرەككە قايتقان قان مىقدارى تۇيۇقسىز كۆپىيىپ ئاسانلا ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.
6) يىرىڭلىق يۈرەك قېپى ياللۇغى بولسا، سۇيۇقلۇقنى ئامال بار ھەر قېتىمدا تولۇق تارتىپ چىقىرىش ۋە يۈرەك قېپى بوشلۇقىغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئۇرۇش كېرەك. ئەگەر يامان سۈپەتلىك سۇيۇقلۇق يىغىلىش بولسا مۇۋاپىق خىمىيىلىك دورىلارنى ئۇرۇشقا بولىدۇ. ئەگەر سۇيۇقلۇق قان خاراكتېرلىك بولسا سۇيۇقلۇقنى ئون مىنۇت ئەتراپىدا كۆزىتىش كېرەك. ئەگەر قاندا قېتىش بولسا يۈرەك ئىچىدىكى قان ئىكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ، ئوپېراتسىيىنى دەرھال توختىتىش لازىم. ئەگەر قېتىش بولمىسا، بىماردا قان قېتىش توسقۇنلۇقى ئۇچراش كېسىلى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا سۇيۇقلۇق يۈرەك قېپى بوشلۇقىدىن كەلگەنلىكىنى، ئوپېراتسىيىنىڭ مۇۋەپپەقىيەتلىك بولغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.
7) سۇيۇقلۇقنىڭ يىغىلىش سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ، ئەگەر قىسقا ۋاقىت ئىچىدە قايتا - قايتا تېشىپ سۇيۇقلۇق قويۇۋېتىش زۆرۈر بولسا، تېشىش يىڭنىسى ئارقىلىق يۈرەك قېپى بوشلۇقىغا بىر تال نەيچە كىرگۈزۈپ ساقلاپ قېلىپ، سۇيۇقلۇقنى يېپىق ئاققۇزۇشقا بولىدۇ.
4. ئەگەشمە كېسەللىكلەر.
1) قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش: ئوپېراتسىيە جەريانىدا ۋە ئوپېراتسىيىدىن كېيىن نەچچە سائەتكىچە ئۈزلۈكسىز كۆزىتىش كېرەك. قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش كۆرۈلسە مەشغۇلاتنى دەرھال توختىتىش، ئۆز ۋاقتىدا دورا ئىشلىتىپ داۋالاش، قۇتقۇزۇش، يۈرەك ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەييار تۇرۇش كېرەك.
2) يەل كۆكرەك: كۆكرەكتىن تېشىش ئوپېراتسىيىسىدە كۆرۈلىدۇ. شۇڭا ئوپېراتسىيە جەريانىدا يۆتەلمەسلىك، يۆتەل بار بىمارلارغا ئوپېراتسىيىنىڭ ئالدىدا كودېئىن (可待因) ئىشلىتىپ يۆتەلنىڭ ئالدىنى ئېلىش، شۇ ئارقىلىق يىڭنىنىڭ 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 تاجىسمان 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 زەخىملىنىش: خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستىدىن تەشكەندە تېشىش نۇقتىسى خاتا تاللانسا ياكى بىمار بەك سېمىز بولسا كۆپ كۆرۈلىدۇ. شۇڭا، بەك سېمىز بىمارلار ئوپېراتسىيىدە ئوڭدا يېتىشى ۋە ئىككى پۇتىنى يىغىۋېلىشى 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. مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللىكلەر.

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

2. ئاشقازان يۇيۇش چەكلىنىدىغان ئەھۋاللار.

كۈچلۈك چىرىتكۈچى 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

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

2) ئاشقازان يۇيۇش مەشغۇلاتى:

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

(2) ئاشقازان يۇيۇش ئاپپاراتىدا ئاشقازان يۇيۇش: ئاشقازان يۇيۇش ئاپپاراتىنىڭ مەشغۇلات قائىدىسى بويىچە مەشغۇلات ئېلىپ بېرىلىدۇ، تاكى ئاشقازان يۇغان سۇيۇقلۇق سۈزۈك پۇراقسىز 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 ئىشلە-تىلىدۇ.

4. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار.

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

9 § . جاراھەتنى تازىلاش ئوپېراتسىيىسى

清创术

جاراھەتنى تازىلاش ئوپېراتسىيىسى — 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 زەخىملىنىپ 6 ~ 8 سائەت ئىچىدە تازىلاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش ئەڭ مۇۋاپىق. بۇ ۋاقىتتا ياردا يۇقۇملىنىش بولمايدۇ. ئەگەر ۋاقىت ئۆتۈپ كېتىپ يارا يۇقۇملىنىپ قالسا يۇقۇملانغان يارا قاتارىدا بىر تەرەپ قىلىشقا توغرا كېلىدۇ.

1. مەشغۇلات.

ئالدى بىلەن يارا ئېغىزى ۋە ئەتراپىتىكى ساغلام تېرە تازىلىنىدۇ. مىكروبسىزلاندۇرۇلغان داكا بىلەن يارا ئېغىزىنى بېسىپ تۇرۇپ ئەتراپىدىكى چاچ ، تۈك 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 ئۈچ قېتىم يۇيۇلىدۇ. ئاخىرىدا قوش ئوكسىگېنلىق سۇ (双氧水) ۋە تۇز سۇيى بىلەن يارا يۇيۇلۇپ، يارا ئېغىزىدىكى قان ئۇيۇتمىلىرى 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 ھالدا يەرلىك ناركوز 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 جەرياندا يارا ئىچىدىكى پەي، نېرىپلارغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش، زەخىملەنگەن بولسا مۇناسىۋەتلىك بۆلۈم دوختۇرلىرىنى تەكلىپ قىلىش، تازىلاش جەريانىدا زەخىملەندۈرۈپ قويۇشتىن ساقلىنىش كېرەك. سۆڭەك پەردىسىنى كېسىۋېتىشكە بولمايدۇ. بەك كۆپ ياكى كىچىك مېتال پارچىلىرىنى تازىلاپ تۈگىتىش مۇمكىن بولمىسا تولۇق تازىلاش ھاجەتسىز، چۈنكى زىيادە تازىلاش توقۇلمىلارنىڭ تېخىمۇ چوڭقۇر زەخىملىنىشى ۋە يۇقۇملىنىشىنى كېڭەيتىۋېتىشى مۇمكىن.

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

يارا يۈزى بۇلغانغان بولۇپ تازىلاش مۇۋەپپەقىيەتلىك 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، ئۈنۈملۈك بىر تەرەپ قىلىپ بولۇپ ئاندىن تازىلاش كېرەك.

2) يۈز، قول، پۇت بوغۇملىرىدىكى ئېغىر زەخىمگە چوقۇم مۇناسىۋەتلىك بۆلۈم دوختۇرلىرىنى تەكلىپ قىلىش لازىم. چۈنكى يۈزدىكى 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 ئانتىتوكسىنىنى 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 پۇرستى 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 پۈتۈن بەدەن ياكى يەرلىكتە يۇقۇملىنىش بار - يوقلۇقىنى ئۈزلۈكسىز كۆزىتىش لازىم. گىپس ياكى تېڭىق تاختىسى بىلەن مۇچىلەر مۇقىملاشتۇرۇلغان بولسا مۇچە ئۈچى قان ئايلىنىشىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

تۆتىنچى باب يۈرەك، ئۆپكە، مېڭە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش

يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختىشى — يۈرەكنىڭ ئۈنۈملۈك مېخانىكىلىق پائالىيىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشىنى كۆرسىتىدۇ. بۇ كلىنىكىدىكى ئەڭ جىددىي، خەتەرلىك ئەھۋالدۇر. يۈرەك سوقۇشى توختىغاندىن كېيىن قاننى سىقىپ 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. يۈرەك، ئۆپكە، مېڭە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش — يۈرەك سوقۇشى توختاپ قالغان بىمارلارغا نىسبەتەن قوللىنىلىدىغان، قان ئايلىنىش، نەپەس ۋە مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى پائالىيىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى مەقسەت قىلغان جىددىي قۇتقۇزۇش ئۇسۇلىدۇر. بۇنىڭ ئىچىدە يۈرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئاساس بولۇپ مىنۇت - سېكۇنتنى قولدىن بەرمەي ۋاقتىدا، توغرا قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىش تولىمۇ 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 يۈرەك، ئۆپكە خىزمىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنى ئامال بار يۈرەك سوقۇشى توختاپ تۆت مىنۇت ئىچىدە ئېلىپ بېرىش كېرەك.

1 § . يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىش سەۋەبلىرى ۋە دىئاگنوزى

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

1. يۈرەك كېسەللىكلىرى.

ھەر خىل يۈرەك كېسەللىكلىرى تۈرلۈك مېخانىزم ئارقىلىق يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ

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

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

2) تاجىسمان ئارتېرىيىدىكى بوتقىسىمان قېتىشتىن باشقا كېسەللىكلەر: تاجىسمان ئارتېرىيىدىكى تۇغما غەيرىيلىك، تاجىسمان ئارتېرىيە ئېغىزى تارىيىش، تاجىسمان ئارتېرىيە ياللۇغى، ئارتېرىيە ئوتتۇرا قەۋىتى قېتىشىش قاتارلىقلار.

3) يۈرەك مۇسكۇل كېسەللىكلىرى: قېلىنلاشقان توسۇلۇشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى، كېڭىيىشچان يۈرەك مۇسكۇل كېسىلى، كېشەن كېسىلى، ۋىرۇسلۇق ياكى رېماتىزملىق يۈرەك مۇسكۇل ياللۇغى، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ كراخمالسىمان ئۆزگىرىشى، بوغما يۈرەك مۇسكۇل ياللۇغى 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 ياللۇغى، 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 (乌头硷)، دىگىتالىس (洋地黄) قاتارلىق يۈرەك رىتىمسىزلىنىشقا قارشى دورىلاردىن كېلىپ چىققان يامان سۈپەتلىك يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش، ئامىنو فىللىن (氨茶硷) ۋە كالتسىي خلورىد (氯化钙) قاتارلىقلارنى ۋېنادىن بەك تېز سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى يۈرەكنىڭ تۇيۇقسىز

توختاپ قېلىشنى 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 ياللۇغى، مېڭە تومۇر تاسادىپىيلىقلىرى قاتارلىقلار.

ئومۇمەن بىۋاسىتە ياكى ۋاسىتىلىك ھالدا تۆۋەندىكى ھالقىلارغا تەسىر كۆرسەتكۈچى ئامىللار يۈرەكنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

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

3. يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشنىڭ ئېلېكتروكاردىئوگراممىدىكى ئىپادىلىرى.

1) يۈرەك قېرىنچە تىترىشى: يۈرەك قېرىنچە مۇسكۇلىنىڭ ھەرىكىتى تەرتىپسىز بولۇپ، يۈرەكنىڭ قان چىقىرىشى ئاساسەن توختايدۇ. بۇ تۈردىكى 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 ھەرىكەتتىن 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 ئېلېكتىر 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 تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشقا دىئاگنوز قويۇش.

يۈرەك ھەرىكىتى توختىغاندىن كېيىن قان ئايلىنىشمۇ توختايدۇ. بىماردا ئۈچ 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) تۇيۇقسىز ھوشىنى يوقىتىش.

2) چوڭ ئارتېرىيە تومۇرلارنىڭ سوقۇشى ۋە يۈرەك ئاۋۇشى بولماسلىق.

3) چىرايى ئالدى بىلەن تاتىرىپ ئاندىن كۆكىرىش.

4) كۆز قارىچۇقى يوغىناش.

5) نەپەس توختاش ياكى ئۈزۈپ نەپەسلىنىش.

6) ئوپېراتسىيىدە بىمارنىڭ يۈرەك ياكى چوڭ ئارتېرىيە تومۇرىنىڭ سوقۇشى تۇيۇقسىز توختاپ قېلىش ياكى يارا يۈزىدىكى قاننىڭ 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 قويىمەن دەپ قۇتقۇزۇش پۇرسىتىنى قولدىن بېرىپ قويۇشقا قەتئىي بولمايدۇ.

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

يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز 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 ھاياتلىقنى قوللاش.

يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشى كۆپىنچە دوختۇرخانا سىرتىدا يۈز بەرگەچكە، نەق مەيداندا تېببىي سايمانلار ۋە دورا بولمايدۇ، شۇڭا ئاساسىي ھاياتلىقنى قوللاش، قۇتقۇزۇشتا قۇرۇق قولغا تايىنىشقا توغرا كېلىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشىنىڭ سەۋەبى نېمە بولۇشىدىن قەتئىينەزەر، دەسلەپكى قۇتقۇزۇش مەشغۇلاتى ئاساسەن ئوخشاش بولۇپ A، B، C دىن ئىبارەت ئۈچ باسقۇچنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ . ئەگەر يۈرەك 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.

so important.

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

(1) بىمارنىڭ ھوشى بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش: بىمارنىڭ يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تۇيۇقسىز توختاپ قالغانلىقىدىن گۇمان قىلىنغان ھامان، دەرھال مۈرىسىگە 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 يۈرەك، 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. يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز 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 ئۆلتۈرۈشۈپ، بوغۇزغا قاپلىشىپ قېلىپ نەپەس يولىنى توسۇۋالىدۇ. تىل تۈۋى تۆۋەنكى جاغقا تۇتاشقاچقا تۆۋەنكى جاغنى ئۈستىگە كۆتۈرگەندە تىل تۈۋى بوغۇز ـ يۇتقۇنچاقتىن ئاجراپ نەپەس يولى ئېچىلىدۇ. كۆپ قوللىنىلىدىغان ئىككى خىل ئۇسۇل تۆۋەندىكىچە: باشنى كەينىگە ئېگىپ تۆۋەن جاغنى كۆتۈرۈش: بىر قول بىمارنىڭ پېشانىسىگە قويۇلۇپ ئالقان بىلەن كەينىگە ئىتتىرىلىدۇ. يەنە بىر قولنىڭ كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقى بىلەن تۆۋەن ئېڭەك (تۆۋەنكى جاغ بۆلۈكى) ئۈستىگە كۆتۈرۈلىدۇ (4.2 ـ رەسىم) مەشغۇلات ئېلىپ بارغاندا تۆۋەنكى جاغنىڭ يۇمشاق توقۇلمىسىدىن كۆتۈرمەي سۆڭەك قىسمىدىن كۆتۈرۈش كېرەك. بولمىسا نەپەس يولىنى توسۇۋېلىشى مۇمكىن. باشنى كەينىگە ئېگىپ بويۇننى كۆتۈرۈش: بىر قول بىلەن بويۇن ئۈستىگە كۆتۈرۈلۈپ يەنە بىر قولدا پېشانە ئاستىغا بېسىلىدۇ. باش كەينىگە 25° ~ 45° ئەتراپىدا ئېگىلىدۇ. بۇ خىل ئۇسۇلنىڭ ئۈنۈمى تۆۋەنكى جاغنى كۆتۈرگەنچىلىك ياخشى ئەمەس، ئۇنىڭ ئۈستىگە بويىنى زەخىملەنگۈچىلەرگە قوللىنىشقا بولمايدۇ.

1.4 ـ رەسىم.

② نەپەس يولىدىكى يات جىسىمنى بىر تەرەپ قىلىش: قول 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؛ قورساقنى 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 دۈمبىسىگە قويۇپ دىئافراگما مۇسكۇلى يۆنىلىشىدە كۈچەپ، تېزلىكتە، ئارقا ـ ئارقىدىن بەش قېتىم ئىتتىرىپ باسىدۇ. شۇ ئارقىلىق يات جىسىمنىڭ چىقىرىلىشى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ؛ سايمان بىلەن يات جىسىمنى تازىلاش: شارائىت يار بەرگەن ئەھۋال ئاستىدا يۇتقۇنچاق ئەينىكى، تىل بېسىش تاختايچىسى، قول چىراغ، قىسقۇچ قاتارلىقلار ئىشلىتىلىپ يات جىسىم تازىلىنىدۇ. جىددىي

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 ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش كېرەك، يەنى ئۇسۇلى: بىمار نەپەس يولى راۋانلاشقان بەدەن ھالىتىدە ياتقۇزۇلغاندىن كېيىن قۇلاقنى بىمارنىڭ ئېغىز ـ بۇرنىغا يېقىن ئېلىپ كېلىپ نەپەس ئاۋازىنى ئاڭلاش، يۈز ئارقىلىق نەپەس ھاۋا ئېقىمىنى ھېس قىلىش، كۆزى بىلەن كۆكرەك ۋە قورساقنىڭ يۇقىرى ـ تۆۋەن نەپەس ھەرىكىتىگە قاراش، شۇ ئارقىلىق نەپەس بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش كېرەك (2.4 ـ رەسىم).

2.4 ـ 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 دەسلەپتە 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 ئېغىزنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنى باشلاش كېرەك. ئېغىزنى ئېغىزغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنىڭ مەشغۇلاتى ئاددىي بولۇپ، نەق مەيداندا جىددىي قۇتقۇزۇش ئېلىپ بېرىشقا ماس كېلىدۇ. قۇتقۇزغاندا، بىمارنىڭ نەپەس يولى راۋانلاشتۇرۇلۇپ ئېغىز ئوچۇق ھالەتتە ياتىدۇ. قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ پېشانىسىنى بېسىپ تۇرغان قولنىڭ باش ۋە كۆرسەتكۈچ بارمىقى بىلەن بىمارنىڭ بۇرنىنى قىسىپ، چوڭقۇر نەپەسلىنىپ، ھاۋا سۈمۈرۈپ، ئېغىزنى ئېچىپ كالپۇكى بىلەن بىمارنىڭ كالپۇكىنى ھىم يەملەپ كۈچەپ تاكى بىمارنىڭ كۆكرىكى كۆتۈرۈلگۈچىلىك ھاۋانى بىمارنىڭ ئېغىزىدىن پۈركەپ كىرگۈزىدۇ (3.4 ـ رەسىم).

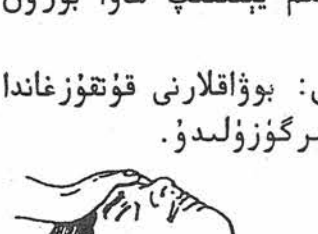
3.4 ـ رەسىم.

بۇ جەرياندا ھاۋا پۈركۈش 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 پۈركۈپ 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 پۈركۈپ 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 زەخىملەنگەن بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. بىمارنىڭ كالپۇكى توسۇۋېلىنىپ، قۇتقۇزغۇچىنىڭ كالپۇكى بىمارنىڭ بۇرۇن تۆشۈكى ئەتراپىغا ھىم يېقىلىپ ھاۋا بۇرۇن تۆشۈكىدىن پۈركۈپ كىرگۈزۈلىدۇ.

(3) ئېغىزنى ئېغىز بۇرۇنغا يېقىپ سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش: بوۋاقلارنى قۇتقۇزغاندا ئېغىز بوۋاقنىڭ ئېغىز بۇرنىغا ھىم يەملىنىپ ھاۋا پۈركۈپ 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 كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا بارمىقىنىڭ ئۇچى بىلەن بىمارنىڭ كانىيىنى سىيلاپ (ئەرلەرنىڭ بوغدىيىكىنى تۇتسىمۇ بولىدۇ)، ئوڭ 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 قۇتقۇزۇشتا تومۇر تۇتقاندا، قۇتقۇزغۇچىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ ئېرىشكەن نەتىجىمۇ ئوخشىماسلىقى مۇمكىن. يەنى قان ئايلىنىشى بار تۇرۇپ ھېس قىلالماسلىق ياكى بولمىسىمۇ باردەك ھېس قىلىش، شۇڭلاشقا ئۆز قان ئايلىنىشىنىڭ بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىشتا باشقا ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىنىمۇ تەكشۈرۈش كېرەك. جىددىي قۇتقۇزۇشتا سۈنئىي قان ئايلاندۇرۇش كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىش ۋە كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى بېسىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. نەق مەيداندا ۋە جىددىي ئەھۋالدا ئاساسەن كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىش قوللىنىلىدۇ.

(1) قانۇنىيىتى.

① «كۆكرەك پومپا» نەزەرىيىسى: كۆكرەكنى سىرتىدىن باسقاندا كۆكرەك ئىچى بېسىمى يۇقىرىلاپ، يۈرەك ۋە چوڭ تومۇرلار سىقىلىپ، قان چوڭ ـ 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 يۈرەككە قايتىپ كېلىدۇ.

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

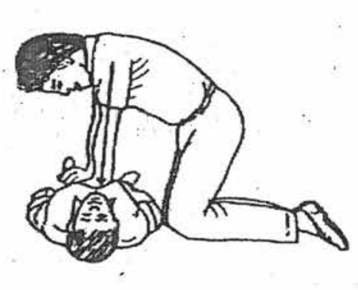
مەيلى قايسىلا نەزەرىيە بولمىسۇن، توغرا مەشغۇلات ئېلىپ بېرىلسا، ۋاقىتلىق سۈنئىي قان ئايلىنىشنى پەيدا قىلىپ، مېڭە ۋە تاجسىمان ئارتېرىيىنى قان بىلەن تەمىنلەپ، ئەسلىگە قايتمايدىغان زەرەرلىنىش يۈز بېرىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش مۇمكىنچىلىكى بولىدۇ.

(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 قۇتقۇزۇش ۋاقتىغا تەسىر يەتكۈزۈشكە بولمايدۇ. قۇتقۇزغۇچى بىمارنىڭ بىر تەرىپىدە (كۆپىنچە ئوڭ تەرىپىدە) تۇرىدۇ ياكى يۈكۈنۈپ 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
ئويۇقنىڭ يۇقىرىسىغا توغرىسىغا قويىدۇ (4.5 ـ رەسىم). يەنە بىر قولنىڭ ئالىقان تۇۋىنى
كۆرسەتكۈچ بارماققا تەگكۈزۈپ تۇرۇپ يۇقىرىسىدىكى تۆش سۆڭەك ئۈستىگە قويىدۇ. ئاندىن
ئورۇن بەلگىلەشكە ئىشلەتكەن قولنىڭ ئالىقان تۇۋىنى ئالدىنقى قولنىڭ دۈمبىسىگە ئۈستە-
لەپ قويۇپ، ئىككى قول بارماقلىرىنى ئاستى ـ ئۈستىلەپ گىرەلەشتۈرىدۇ. ئەمما قول
بارماقلىرى كۆكرەكتىن ئاجرىلىپ ئالىقان تۇۋىلا كۆكرەككە تېگىپ تۇرىدۇ. بوۋاقلارنى
قۇتقۇزغاندا ئىككى تەرەپ ئەمچەك تۈگمىسىنى تۇتاشتۇرغۇچى سىزىق بىلەن تۆش سۆڭەك
ئوق سىزىقىنىڭ كېسىشكەن نۇقتىسىنىڭ بىر بارماق 1.5cm تۆۋىنىدىن بېسىلىدۇ.

③ قۇتقۇزغۇچىنىڭ بەدەن ھالىتى: قۇتقۇزغۇچى ئىككى بىلىكىنى تۈز تۇتۇشى، جەينە-
كىنى ئېگىۋالماسلىقى كېرەك. ئىككى مۈرىسى بىمارنىڭ تۆش سۆڭىكىنىڭ دەل ئۈستىگە
توغرا كېلىدۇ. يۇقىرى بەدەن ئېغىرلىقىدىن پايدىلىنىپ مۈرە، بىلەكنىڭ كۈچى بىلەن تىك
يۆنىلىشتە ئاستىغا كۈچەپ باسىدۇ (4.6 ـ رەسىم)، شۇنىڭغا ئەگىشىپلا بېسىشتىن توختاپ
بەدەن ئەركىن ھالەتكە ئالمىشىدۇ. ئەركىن ھالەتتە ئالىقان تۈۋى تۆش سۆڭەكتىكى بېسىش
نۇقتىسىدىن ئاجرالماسلىقى، ئۇلاپلا ئىككىنچى قېتىملىق بېسىش باشلىنىشى كېرەك. باسقان
ۋاقىت ۋە قويۇۋەتكەن ۋاقىت ئاساسەن ئوخشاش. بالىلارنى قۇتقۇزغاندا بىرلا قولنى ئىشلە-
تىشكە بولىدۇ. بوۋاقلارغا كۆرسەتكۈچ ۋە ئوتتۇرا ئىككى بارماق ئۇچىنىلا ئىشلىتىش كۇپايە.



6.4 ـ رەسىم.

5.4 ـ 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.

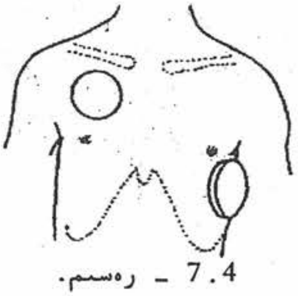
بوۋاقلاردا 2cm ئەتراپىدا بېسىلىدۇ.

⑥ بېسىش ۋە سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشنىڭ نىسبىتى: يالغۇز ئادەم قۇتقۇزغاندا كۆكرەكنى 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 نەپەسلەندۈرۈش، 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 ياردەملىشىشى كېرەك.

(3) ئەگەشمە كېسەللىكلەر.

مەشغۇلات، كۆكرەك سىرتىدىكى بېسىلىدىغان ئورۇن ياكى قۇتقۇزغۇچىنىڭ قول ھالىتىنىڭ توغرا بولماسلىقى، باسقاندا زىيادە كۈچەش، ياشانغانلاردىكى سۆڭەك شالاڭلىشىش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى قوۋۇرغا، تۆش سۆڭەكلىرىنىڭ سۇنۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى ۋە قان، گازلىق كۆكرەك، جىگەر، تالنىڭ 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 تۇيۇقسىز توختىتىشنى پەيدا قىلغۇچى ئاساسلىق سەۋەب قېرىنچە تىترىشى، تىترەشنى ئېلېكترلىك يوقىتىش نۆۋەتتە قېرىنچە تىترىشىنى 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 زەخىمسىز يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ قېلىش يۈز بەرسە، نەق مەيداندىكى قۇتقۇزغۇچى ئالدى بىلەن مۇشتى بىلەن كۆكرەك سىرتىدىن بىر قېتىم ئۇرسا بولىدۇ. يەنى مۇشتىنى تۈگۈپ، كىچىك بېلىقچە گۆش تەرىپىدە بىمار بەدىنىگە تىك قىلىپ، كۆكرەك سىرتىدىن باسىدىغان ئورۇنغا 30 سانتىمېتىر ئېگىزلىكتىن ئۇرىدۇ. ئەمما بەك كۈچەپ كېتىشكە بولمايدۇ.



7.4 ـ رەسىم.

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

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

ئەگەر نەق مەيداندا ئاپتوماتىك بەدەن سىرتىدىن تىترەشنى توختىتىش ئاپپاراتى بولسا، يۈرەك، 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 يۈرەك قېرىنچە تىترىشى بولسا، ئاپپارات ئۆزلۈكىدىن غەيرىي ئاۋاز چىقىرىدۇ ياكى ئېكراندا ئېلېكترلىك تىترەشنى توختىتىش بەلگىسى چىقىدۇ. بۇ ۋاقىتتا بىمارغا ھەر قانداق ئادەم تېگىشمىگەن شەرت ئاستىدا (يەنى بىمار بەدىنى بىلەن باشقىلارنىڭ بەدىنى تېگىشىپ قالماسلىقى كېرەك)، توك سوقتۇرۇش 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. تۈگىگەندە ئاپپارات ئۆزلۈكىدىن بىر مىنۇت توختايدۇ. ئەگەر بىماردا يەنىلا تومۇر سوقۇش بولمىسا، بىر مىنۇت ئەتراپىدا يۈرەك، ئۆپكە خىزمىتى ئەسلىگە كەلتۈرۈلۈشنى داۋاملاشتۇرۇپ، تىترەشنى ئېلېكترلىك توختىتىشنى يەنە قايتىلاش كېرەك.

2013.2/5 **2. كېيىنكى ھاياتلىقنى قوللاش.**

كۈچەيتىلگەن ھاياتلىقنى قوللاش ئاساسىي ھاياتلىقنى قوللاشنىڭ داۋامى بولۇپ مەخسۇس تەربىيىلەنگەن كەسپىي خادىملارنىڭ كېرەكلىك ئاپپارات، ماتېرىياللارنى ئىشلىتىپ ئېلىپ بارىدىغان يۇقىرى دەرىجىلىك قۇتقۇزۇشنى ھېسابلىنىدۇ. يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ قۇتقۇزۇشتا نەپەس يولى تېخىمۇ ياخشى كونترول قىلىنىپ، مۇسپىي (ئوڭ) بېسىمدا ھاۋا ئالماشتۇرۇلۇپ، ۋېنا يولى ئېچىلىپ، كېرەكلىك قۇتقۇزۇش دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ. ئامېرىكا يۈرەك 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 يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى

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

1) يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش.

نەپەس يولىنى دەسلەپكى مەزگىللىك ئېچىش ۋە تازىلاش كۆپىنچە ئۈزۈل - كېسىل بولمايدۇ. جىددىي ئەھۋالدا قول بىلەن نەپەس يولىنى ئاچقاندىن كېيىن ئامال بار ئەڭ تېز سۈرئەتتە سايمانلاردىن پايدىلىنىپ نەپەس يولىنى ئۈزۈل - 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، يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېن بېرىش، ئاشقازاندىكى نەرسىلەرنىڭ كانايغا كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، قان ۋە ئېغىزدىكى سۇيۇقلۇقلارنىڭ 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 مۇۋاپىق كەلمەيدىغان ياكى ئۇزۇن مۇددەت سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشكە تېگىشلىك بولغان بىمارلارغا ئەڭ ياخشىسى يەنىلا 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 ئۈنۈمى ئەلۋەتتە قۇرۇق قول قۇتقۇزغاندىن كۆپ ئەۋزەل. شارائىتقا قاراپ كۆپىنچە تۆۋەندىكى ئاپپاراتلاردىن پايدىلىنىشقا بولىدۇ.

(1) ئاددىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى: نەپەس خالتىسىنى نەپەسلەندۈرۈش ماسكىسىغا ياكى هاۋا ئالماشتۇرۇش نەيچىسىگە ئۇلاپ، نەپەسلەندۈرۈش خالتىسىنى سىققاندا خالتا ئىچىدىكى هاۋا بىمارنىڭ ئۆپكىسىگە كىرىدۇ. خالتىنى قويۇۋەتكەندە ئۆپكە ئىچىدىكى هاۋا يېنىپ چىقىدۇ. نەپەسلەندۈرۈش 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 نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى: قۇرۇلمىسى ئاددىي بولغان، ئوكسىگېن ۋە توك مەنبەسىنى هەرىكەتلەندۈرگۈچ قىلغان، كۆتۈرۈپ يۈرۈشكە ئەپلىك بولغان نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى بولۇپ ئاپتوماتلاشقان مېخانىكىلىق هاۋا ئالماشتۇرۇش ئېلىپ بارالايدۇ. ئالدىن بەلگىلەنگەن قېتىملىق نەپەس هاۋا مىقدارى، نەپەس چاستوتىسى ۋە هاۋا ئالمىشىش مىقدارى بويىچە نەپەسلەندۈرۈش ئېلىپ بارىدۇ. بولۇپمۇ كانايغا كانالچە سېلىنغان بىمارلارنى يۆتكەشكە تولىمۇ ماس كېلىدۇ. ئەمما ئوكسىگېن ۋە توك مەنبەسى يوق ئەھۋال ئاستىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

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

(4) ناركوز ئاپپاراتى ۋە ناركوز نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى: ئوپېراتسىيىخانىدا بىماردا يۈرەك، ئۆپكە هەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاش يۈز بەرسە، ناركوز ئاپپاراتى ياكى ناركوز نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىنى ئىشلىتىپ مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش ئېلىپ بېرىشقا بولىدۇ.

3) سۈنئىي قان ئايلاندۇرۇش.

كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى بېسىش: تەتقىقاتلارغا قارىغاندا كۆكرەك ئىچىدىن يۈرەكنى

بېسىش كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىشقا قارىغاندا يۈرەك ۋە مېڭە توقۇلمىلىرىنى قان
بىلەن تەمىنلەشتە تېخىمۇ ياخشى ئۈنۈمگە ئىگە. ئەمما شارائىت ۋە تېخنىكىنىڭ چەكلىمىسى-
دىن بىمارنىڭ يۈرەك توختاپ 15 مىنۇت ئىچىدە دوختۇرخانىغا ئېلىپ بېرىلىشى تولىمۇ
تەس، شۇڭا دائىملىق ئىشلىتىلمەيدۇ. كۆپىنچە تۆۋەندىكى ئەھۋاللاردا ئىشلىتىلىدۇ:
① كۆكرەك ئوچۇق زەخىملىنىپ يۈرەك ھەرىكىتى توختاپ قالغاندا؛ ② تۆۋەن تېمپېراتۇر-
دىن يۈرەك ھەرىكىتى توختاشتا؛ ③ كۆكرەك تۈزۈلۈشى غەيرىيلىكتىن كۆكرەك سىرتىدىن
يۈرەكنى بېسىش مۇمكىن بولمىغاندا؛ ④ قورساق ئوچۇق زەخىملەنگەنلىكتىن يۈرەك ھەرىكە-
تى توختاپ قالغاندا، ئۇنىڭدىن باشقا ئەگەر كۆكرەك سىرتىدىن يۈرەكنى بېسىش 20 ~
10 مىنۇت ئىچىدە ئۈنۈم 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 تېشىۋېتىشىدىن 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 ئادرېنا-
لىننى ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇش، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ رەڭگى قىزىرىپ، تىترەشلىكى ياخشىلى-
نىپ ئىنچىكە تىترەش يىرىك تىترەشكە ئۆزگەرگەندىن كېيىن دەرھال تىترەشنى يوقىتىش
لازىم. كۆكرەك ئىچىدە تىترەشنى يوقاتقاندا تۇز سۇيىگە 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 رىتىمسىزلىقىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ئۆتكۈر كىسلاتا، ئىشقارلىقنىڭ
تەڭپۇڭسىزلىقىنى تەڭشەپ، سۇيۇقلۇق ۋە ئېلېمېنتلارنى تولۇقلايدۇ. دورىنى ۋېنا تومۇرىدىن
بېرىش ئاساس قىلىنىدۇ. شۇڭا قۇتقۇزغۇچى يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ قالغان

بىمارلارغا نىسبەتەن ئاساسلىق ھاياتلىقنى قوللاش قۇتقۇزۇشى ئېلىپ بېرىش بىلەن بىر ۋاقىتتا ۋېنا ئوكۇل يولىنىمۇ ئېچىشى كېرەك. ئوكۇل سېلىنىدىغان ئورۇن يۈرەككە قانچە يېقىن بولسا شۇنچە ياخشى، مەركىزىي ۋېنادىن دورا بېرىش ئەڭ تېز بولىدۇ. ئەگەر مەركىزىي 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 تەنچىنى قوزغاتقۇچى دورا بولۇپ، بىۋاسىتە χ ۋە β قوبۇللىغۇچ تەنچىلىرىنى قوزغىتىدۇ. ئۇنىڭ ئاساسلىق رولى ئەتراپ قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقىنى ئاشۇرۇپ قان بېسىمىنى ئۆرلىتىدۇ. تاجسىمان ئارتېرىيە ۋە مېڭە قان تومۇرلىرىنىڭ قان ئايلىنىشىنى كۆپەيتىدۇ. يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى ئاشۇرۇپ، قېرىنچىنىڭ ئىنچىكە تىترىشىنى ئاستىلىتىپ، تىترەشنى ئېلېكترلىك يوقىتىشنىڭ باشلىنىش قىممىتىنى تۆۋەنلىتىپ، قۇتقۇزۇشنىڭ مۇۋەپپەقىيەت قازىنىش نىسبىتىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ. ئادرېنالىن يەنە كاناىچىلارنى كېڭەيتىپ نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرىدۇ. شۇنداقلا كاناىچە شىلىمشىق پەردىسىدىكى تومۇرلارنىڭ قىسقىرىشىنى پەيدا قىلىپ، سۇلۇق ئىششىقنى يوقىتىپ، ھاۋا ئالمىشىشنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ھەر خىل تىپتىكى يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ قالغان بىمارلاردىن باشقا يەنە ئالامىتى بولغان يۈرەك ھەرىكىتى زىيادە ئاستىلاش، زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك ۋە ئېغىر زىيادە سېزىمچانلىق رېئاكسىيىلىرىگە ئىشلىتىلىدۇ. ئادرېنالىن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنغاندىن كېيىن 1 ～ 2 مىنۇتتا ئۈنۈمى كۆرۈلىدۇ. رولى 3 ～ 5 مىنۇت داۋاملىشىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتى تۇيۇقسىز توختاپ قالغانلارنى داۋالىغاندا باشتا 1mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن ھەر 3 ～ 5 مىنۇتتا بىر قېتىم ئوخشاش مىقداردا يۈرەك ھەرىكىتى ئەسلىگە كەلگۈچىلىك قايتا - قايتا تەكرارلىنىدۇ.

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

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

قىممىتىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ. داۋالاش مىقدارىنىڭ يۈرەك مۇسكۇللىرىنىڭ قىسقىرىش كۈچى ۋە ئارتېرىيە قان بېسىمىغا تەسىرى بولمايدۇ. يۈرەك قېرىنچە تىترىشى ۋە پۇلسسىز قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك زىيادە تېزلىشىش كەلتۈرۈپ چىقارغان يۈرەك 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 ھەسسىسىگە توغرا كېلىدۇ.

(4) برېتىلىئوم توسىلات (溴苄铵): نېرۋا تۈگۈن ئارقا تالالىرىنى تورمۇزلىغۇچى دورا. قېرىنچە تىترىشنىڭ باشلانما قىممىتىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، يۈرەك مۇسكۇل قىسقىرىش كۈچى ۋە سىنوس دالانچە تۈگۈنىنىڭ رىتىمچانلىقىنى ئاشۇرىدۇ. رىتىمنى ئېلېكترلىك ئەسلىگە كەلتۈرۈش ۋە ئادرېنالىن، لىدوكائىن ئىشلىتىپ ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە ئۈنۈمى بولمىغان يۈرەك قېرىنچە تىترىشى ۋە جاھىل قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك 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): يۈرەك تۇيۇقسىز توختاپ قېلىشتىن كېلىپ چىققان كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە يۈرەك توختاپ ئون مىنۇت بولغان، سۈنئىي نەپەس يولى ئېچىلىپ بولغان قۇتقۇزۇش ئۈستىدىكى بىمارلارغا ياكى يۈرەك 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 - گاز ئانالىزىغا ئاساسەن تەڭشىلىدۇ. ئەگەر قان - گاز ئانالىزىنى تەكشۈرۈش شارائىتى بولمىسا، ھەر ئون مىنۇتتا 0.5mmol/kg مىقداردا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

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

③肾上腺素 — 阿托品 → (心、脑) ① 洛贝林 — 尼可刹米 → (呼吸)
② 异丙嗪 — 地塞米松 → (药物过敏)

§ 3 . مېڭە ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش

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

ۋاقتىدا، توغرا ئېلىپ بېرىلغان يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش مېڭە ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشنىڭ دەسلەپكى ئەڭ مۇھىم خىزمەتلىرىنىڭ بىرى. ئۇندىن باشقا مېڭە 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.

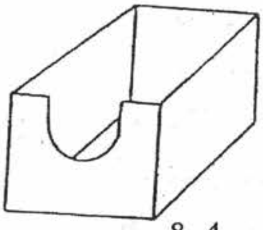
3 . تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىپ داۋالاش.

تۆۋەن تېمپېراتۇرا مېڭىدىكى ماددا ئالمىشىشنى تۆۋەنلىتىپ، مېڭىنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتىنى ئازايتىدۇ. شۇڭا يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەسىر يەتكۈزمىگەن ئاساستا بۇرۇنراق تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىش كېرەك. مېڭە ئىقتىدارىنى ئەس- لىگە كەلتۈرگەندە ئادەتتە بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى تۆۋەنلىتىشكە بىرلەشتۈرۈلۈپ نۇقتىلىق هالدا باش، مېڭە تېمپېراتۇرىسى تۆۋەنلىتىلىدۇ. ئادەتتە تېمپېراتۇرا نىسپىي تۆۋەن

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

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

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



8.4 ـ رەسىم.

ھەجمى 20cm×25cm×30cm ئەتراپىدا بولىدۇ. ئىچىگە بىر قەۋەت سۇلياۋ قويۇلۇپ، ئاندىن مۇز قىرىندىسى، پارچىلىرى ۋە مۇزلۇق سۇ قويۇلىدۇ. بىمارنىڭ ئىككى قۇلىقىغا ۋازېلىنلىق پاختا تىقىلىپ قۇلاق ئىچىگە سۇ كىرىپ كېتىشىنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ. ئاندىن يۇز قىسمىدىن باشقا باش، بويۇن قىسمى تۇماققا قويۇلىدۇ. باش، پېشانە، بويۇن تېرىسى بىۋاسىتە 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 ئاڭلاش سېزىمى ئەسلىگە كەلگەنگە قەدەر بولىدۇ.

تېمپېراتۇرىنى تۆۋەنلىتىش جەريانىدا تۈز ئۈچەي تېمپېراتۇرىسىنى ئىنچىكە كۆزىتىش ۋە 33℃ ئەتراپىدا ساقلاش (يۇقىرىقى ئۇسۇلدا مېڭە ئىچى تېمپېراتۇرىسى تۈز 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 ئۈستى 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 ئوكسىگېن-نى ئىشلىتىش كېرەك.

7. باشقىلار.

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

8. مېڭە مېتابولىزمى ۋە ماددا مېتابولىزمىنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلار:

1) پىرىتىئوكسىن (脑复新): ۋىتامىن B_6 نىڭ ئۆزگىرىشىدىن ھاسىل بولغان ماددا بولۇپ، مېڭە توقۇلمىلىرىغا كىرگەندىن كېيىن مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئوكسىگېن قوبۇل قىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. شۇ ئارقىلىق مېڭە شېكەر ئالمىشىشى كۆپىيىدۇ. شېكەر ئالمىشىشنىڭ كۆپىيىشى مېڭە قان ئايلىنىشىنى كۆپەيتىدۇ. بولۇپمۇ مېڭە سۈر ماددىسىنىڭ قان ئايلىنىشى تېخىمۇ كۆپىيىدۇ. 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 ھۈجەيرى-لەرنىڭ ئەسلىگە كېلىشىدە تۈرتكىلىك رول ئوينايدۇ. شۇڭا مېڭە ئىقتىدارى ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدىغان بىمارلارغا يۇقىرى مىقداردا ئىشلىتىش كېرەك. 1000mg پىرىتىئوكسىن 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 1000ml غا قوشۇلۇپ كۈندە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئۇدا ئۈچ ھەپتە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. بىر ھەپتە دەم ئالغاندىن كېيىن يەنە بىر داۋالاش كۇرسى ئىشلىتىش تاكى ئۈنۈمى 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 (1.6—二磷酸果糖,FDP): بىر خىل قۇۋۋەت ئېنېرگىيە ياسالمىسى بولۇپ، ئادېنوزىن ترى فوسفات (ATP) قا ئايلىنىدۇ. بولۇپمۇ ئوكسىگېن يېتىشمىگەن ئەھۋالدا كۆپ خىل ئېنزىملارنى جانلاندۇرۇپ ئوكسىگېنسىز شېكەر ئالمىشىشنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. مەسىلەن: مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمىگەندە 1mol شېكەر 2mol ATP نى ئىشلەپچىقىرىدۇ. FDP ئىشلىتىلگەندە 1mol گلۇكوزا 4mol ATP ئىشلەپچىقىرىدۇ. شۇڭا FDP شوكنى قۇتقۇزۇش، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك ۋە ئەتراپ قان تومۇر كېسەللىكلىرىنى داۋالاش، يۈرەك ئوپېراتسىيىسىدىن كېيىنكى داۋالاش ۋە ئۈچەي 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 فۇنكسىيىسىنى كۈچەيتىپ، پىرامىدا سىستېمىسىنى جانلاندۇرىدۇ. بۇزغۇنچىلىققا ئۇچرىغان ھەرىكەت سىستېمىسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۇندىن باشقا مېڭە ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغۇچىلارغا ئىشلىتىلىدۇ. مېڭە بېسىمىنى ئاشۇرۇۋەتمەيدۇ. تارتىشىپ قېلىشنى پەيدا قىلمايدۇ. ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇققا 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، پەرقلەندۈرۈش ۋە داۋالاش

1 § . قىزىتما
(发 热)

قولتۇق تېمپېراتۇرىسى 37℃ تىن، ئېغىز تېمپېراتۇرىسى 37.2℃ تىن، تۈز ئۈچەي 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 يۇقۇملىنىشتۇر. 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 ئۆزگىرىش رېئاكسىيىسى، زەخىملىنىش، نېرۋا مەنبەلىك قىزىتما، بەدەندىكى ئىسسىقلىقنىڭ پەيدا بولۇشى ۋە تارقىلىشىدىكى بىنورماللىق، 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

ۋىرۇس، ئۇندىن قالسا باكتېرىيىدىن يۇقۇملىنىش. مەسىلەن: تارقىلىشچان مېڭە ـ يۇلۇن پەردىسى ياللۇغى، بادام تەنچە ياللۇغى، باكتېرىيىلىك تولغاق، ئۆپكە ياللۇغى، سكارلاتىنا قاتارلىقلار. ئۇندىن باشقا پروتوزوندىن يۇقۇملىنىش، قان، سۇيۇقلۇق بېرىش رېئاكسىيە-سى، ئوپېراتسىيىدىن كېيىن زىيادە سېزىمچانلىق قاتارلىقلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ.

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

(3) ئۇزۇن مۇددەتلىك يۇقىرى قىزىتما يۇقۇملىنىش، يامان سۈپەتلىك ئۆسمە ۋە قان كېسەللىكلىرىدە كۆرۈلىدۇ.

(4) قىزىش تىپى: ئوخشاش بولمىغان قىزىش تىپى 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 يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر مەسىلەن: سوغان، قىزىل، كېزىك، سكارلاتىنا قاتارلىقلار ۋە دورا تاشمىسى، ۋىرۇستىن يۇقۇملىنىشتا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

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

(3) قىزىتمىدا لىمفا تۈگۈنى ئىششىش: يۇقۇملىنىشلىق تاق يادرولۇق ئاق قان هۈجەيرىلىرى كۆپىيىش كېسىلى، لىمفا تۇبېركۇليوزى، لىمفا ئۆسمىسى، ئاق قان كېسىلى، يەرلىك يىرىڭلىق يۇقۇملىنىش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(4) قىزىتمىدا جىگەر، تال يوغىناش: ① ۋىرۇستىن يۇقۇملانغاندا: جىگەر ياللۇغى ۋىرۇسى، زور هۈجەيرە ۋىرۇسى، EB ۋىرۇسى قاتارلىقلار. ② باكتېرىيىدىن يۇقۇملانغاندا: سېپتىتسېمىيە، كېزىك قاتارلىقلار. ③ پارازىت قۇرتلاردىن يۇقۇملانغاندا: قان شورىغۇچ قۇرت كېسىلى، بەزگەك قاتارلىقلار. ④ قان كېسەللىكلىرى: ئاق قان كېسىلى، يامان سۈپەتلىك توقۇلما ـ هۈجەيرە كېسىلى، لىمفا ئۆسمىسى قاتارلىقلار. ⑤ هالەت ئۆزگىرىش رېئاكسىيىلىك كېسەللىكلەر: ئاللېرگىيىلىك سۈس سېپتىتسېمىيە، دورا قىزىتمىسى، قان زەردابى كېسىلى قاتارلىقلار.

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

پەردىسى ياللۇغى، ئەسۋىلىك كېزىك قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

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

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

(8) قىزىتمىدا كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق ئاغرىش، ئىچ سۈرۈش: ئۆتكۈر ئاشقازان ئۈچەي ياللۇغى، تولغاقتا كۆرۈلىدۇ.

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

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

3) ياردەمچى تەكشۈرۈش:

كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدىغان كېسەللەرگە ياردەمچى تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش ھاجەتسىز. ئەگەر زۆرۈر بولسا چوقۇم تەكشۈرۈش مەقسىتى ئېنىق بولغان ئاددىي تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىش كېرەك. كۆپىنچە قان، سۈيدۈك، چوڭ تەرەت رايى، قان بىئو خىمىيىلىك ئانالىزى، رېنتگېن، ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، CT، MR، يىلىك تەكشۈرۈش، باكتېرىيە يېتىشتۈرۈش 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 تىپى 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) قىزىكلىق 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، بىۋاسىتە تېرە بىلەن تېگىشتۇرمەسلىك لازىم.

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

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

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

(5) زىيادە يۇقىرى قىزىتقان بىمارنى مۇز سۈيى 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)، برۇفېن (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 قىزىغان ياكى قىزىغاندا تارتىشىش، جۆيلۈش قاتارلىق نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كەلگەن بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۆچەك 1 ـ نومۇر (冬眠 I 号)، (خلورپرومازىن 25mg~50mg (氯丙嗪)، برومېتازىن (异丙嗪) 25mg~50mg، پېتىدىن (哌替丁) 50mg~100mg، 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى 250ml) ئاسما قىلىنىدۇ.

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

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

5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml غا قوشۇلۇپ كۇندە بىر قېتىم ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەنگۇڭنىيۇخۇاڭۋەن (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 — كېكىردەكنىڭ 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 ئۈچ دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ. ھەر كۈنى تۈكۈرگەن قان 100ml دىن ئاز بولسا ئاز قان تۈكۈرۈش بولىدۇ. ئۆپكە كانايچە راكى، ئاستا خاراكتېرلىك كانايچە ياللۇغى 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 تۇبېركۇليوزى، 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 تۇبېركۇليوزى، كانايچە كېڭىيىش، ئۆپكە كانايچە راكى، ئۆپكە ياللۇغى، ئاستا خاراكتېرلىك كانايچە ياللۇغى، 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 تۇبېركۇليوزى: ياشلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە قان

تۇكۇرۇش بولىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە تۆۋەن قىزىتما، تەرلەش، ھالسىزلىنىش، يۆتەل، ئورۇقلاش قاتارلىق تىركىلىوز ئالامەتلىرى بولىدۇ.

(2) كانايچە كېڭىيىپ كېتىش: بالىلىق ۋە ياشلىق ۋاقتىدىن باشلىنىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت يۆتىلىش، يىرىڭلىق بەلغەم تۇكۇرۇش، قايتا ـ قايتا قان تۇكۇرۇش تارىخى بولىدۇ.

(3) ئۆپكە ـ كانايچە راكى: 40 ياشتىن ئاشقان، ئۇزۇن مۇددەت تاماكا چەككۇچىلەردە 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 ياللۇغىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاچ قىزىل رەڭلىك كۆپۈكسىمان بەلغەم ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. قان تۇكۇرگۇچىدە توڭلاش، يۇقىرى قىزىتما، يۆتەل، كۆپ مىقداردا سېسىق، يىرىڭلىق بەلغەم بولسا ئۆپكە يىرىڭلىق ئىششىقى بارلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت يېتىپ قالغان، ۋېنا تومۇر ياللۇغى كېسەل تارىخى بار بىماردا تۇيۇقسىز قان تۇكۇرۇش، كۆكرەك ئاغرىش، نەپەس قىيىنلىشىش ئالامەتلىرى بولسا ئالدى بىلەن ئۆپكە تىقىلمىسىدىن گۇمان قىلىش كېرەك.

2) بەدەن تەكشۈرۈش.

ئوقۇرەك سۆڭەك ئاستى ـ ئۈستىدىكى خىرىپ تاۋۇشى كۆپىنچە ئۆپكە تۇبېركۇليوزىدا، 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، يۈرەك 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: سۇۋالما ياساش، باكتېرىيە ئۆستۈرۈش قاتارلىقلار ئارقىلىق كېسەللەندۈرگۈچى مىكرو جانلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ.

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

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

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

3. داۋالاش.

1) ئاساسىي 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: مورفىن) 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 هاياتلىق 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 ئايلىنىشنى ئازايتىپ، قان ئايلىنىش بېسىمىنى تۆۋەنلىتىپ، قانىغان ئورۇندا قان نۇكچىسى پەيدا بولۇشنى ئىلگىرى سۈرۈپ، قان توختىتىش رولىنى ئوينايدۇ. 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، ھامىلىدار 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 بېسىمىنى 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 فۇنكسىيىسىنى كۈچەيتىپ، قان قېتىشىشتىكى توسقۇنلۇقنى تۈگەتكۈچى دورىلار: ① بەتروسوبىن (巴曲酶): تەركىبىدە ترومبىنسىمان ۋە ترومبوكىنا-زاسىمان ماددا بولۇپ، قان ئۇيۇتۇش ۋە قان توختىتىش رولىغا ئىگە. ۋېنادىن ئوكۇل قىلغاندا 10 ~ 15 مىنۇتتا ئۈنۈمى كۆرۈلىدۇ، 24 سائەت داۋاملىشىدۇ، تېرە ئاستى ياكى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلغاندا 20 ~ 30 مىنۇتتا ئۈنۈمى كۆرۈلىدۇ. تۇنجى قېتىم ۋېنا ۋە مۇسكۇلدىن ئايرىم - ئايرىم 1ku ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن كۈندە 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 گلۇكوزىدىن 100ml～200ml غا قوشۇلۇپ ئاسما قىلىنىدۇ. ④ تراسامىك كىسلاتا 100mg ～250mg (止血环酸)، 5% لىك گلۇكوزىدىن 40ml غا قوشۇلۇپ كۈندە 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 سۈيى 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 ئۈنۈمسىز بولغان ئەھۋال ئاستىدا ئوپېراتسىيە قىلىش ياكى تالالىق كاناىچە ئەينىكى ئارقىلىق قان توختىتىش ۋە يەرلىككە قان توختىتىش دورىسى ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

4) كۆپ قان تۈكۈرۈشتىن تۇنجۇقۇپ قېلىشنى قۇتقۇزۇش.

بىماردا تۇيۇقسىز بىئاراملىق، نەپەس قىستاش، دەم سىقىش، كۆكىرىش، تەرلەش، چوڭ - كىچىك تەرەت تۇتالماسلىق قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە، شۇنداقلا قان تۈكۈرۈش 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 دۈم ياتقۇزۇلىدۇ. بەدەن كارىۋات بىلەن 45° تىن يۇقىرى بۇلۇڭ هاسىل قىلىپ دۈمبىسىگە 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 قىيىنلىشىش

(呼 吸 困 难)

نەپەس قىيىنلىشىشتا بىماردا سۇبيېكتىپ جەھەتتىن ھاۋا يېتىشمىگەندەك ياكى نەپەس ئېلىشقا كۈچىيەلمىگەندەك سېزىم بولىدۇ. ئوبيېكتىپ جەھەتتىن نەپەس چاستوتىسى، رىتىمى ۋە چوڭقۇرلۇقىدا ئۆزگىرىش بولىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى.

نەپەس سىستېمىسى كېسەللىكلىرى ۋە يۈرەك كېسەللىكلىرىدە ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ.

1) نەپەسلىنىش سىستېمىسى كېسەللىكلىرى:

(1) ئۆپكە كېسەللىكلىرى: ئۆپكە ياللۇغى، ئۆپكىگە قان قېيىۋېلىش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، ئۆپكە تالالىشىش قاتارلىقلار.

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

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

(4) كۆكرەك ھەرىكىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: كۆكرەك غەيرىيلىكى، ئۆزلۈكىدىن يۈز بەرگەن ھاۋالىق كۆكرەك، كۆپ مىقداردىكى كۆكرەك سۇيى قاتارلىقلار.

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

2) يۈرەك كېسەللىكلىرى:

ھەر خىل كېسەل سەۋەبىدىن پەيدا بولغان ئېغىر يۈرەك زەئىپلىشىش.

3) زەھەرلىنىش:

سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش، مورفىندىن زەھەرلىنىش، دىئابېتتىكى كىتون كىسلاتاسىدىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

1) كلىنىكىلىق كېسەللىك ئالامىتى:

(1) كېسەل باشلىنىش ئالاھىدىلىكى: ئۆزلۈكىدىن پەيدا بولىدۇ، كۆكرەك، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، زىققە، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، ئۆپكە كەپلىمىسى قاتارلىق كېسەللەردە نەپەس قىيىنلىشىش تۇيۇقسىز، تېز، ئېغىر قوزغىلىدۇ. سوزۇلما خاراكتېرلىك كانايچە

ياللۇغى، توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى، ئۆپكە تالالىشىش قاتارلىق كېسەللەردە نەپەس قىيىنلىششىنىڭ قوزغىلىشى سوزۇلما خاراكتېرلىك بولىدۇ.

(2) نەپەس تېپى:

① ھاۋا سومۇرۇشتە نەپەس قىيىنلىشىش: ھەر خىل سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن كېكىردەك، كاناي، چوڭ كانايچىلار تارىيىپ ياكى توسۇلۇپ، سومۇرۇلگەن ھاۋا نەپەس يولىدىن نورمال ئۆتەلمەيدۇ ـ دە، ھاۋا سومۇرۇش قىيىنلىشىدۇ. قۇرۇق يۆتەل بولىدۇ ۋە ھاۋا سومۇرگەندە خىرقىرىغان ئاۋاز چىقىدۇ. كېكىردەك سۇلۇق ئىششىقى، كانايدىكى يات جىسىم، يۇتقۇنچاق بوغمىسى، ئۆتكۈر يۇتقۇنچاق كەينى دىۋارى يىرىڭلىق ئىششىقى، كېكىردەك راكى قاتارلىق-لاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

② نەپەس چىقىرىش قىيىنلىشىش: ئۆپكە توقۇلمىلىرىنىڭ ئېلاستىكلىقى تۆۋەنلەش ياكى ئىنچىكە كانايچىلار تارىيىش، توسۇلۇش، قالدۇق گاز مىقدارى كۆپىيىش سەۋەبىدىن پەيدا بولىدۇ. تىنىق چىقىرىش قىيىنلىشىدۇ، تىنىق چىقىرىش ۋاقتى ئۇزىرايدۇ. خىرقى-راش تاۋۇشى بولىدۇ. كانايچە زىققىسى، ئاستا خاراكتېرلىك توسۇلۇشچان ئۆپكە گازلىق ئىششىقى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

③ ئارىلاشما نەپەس قىيىنلىشىش: كۆپىنچە ئۆپكە توقۇلمىلىرىنىڭ كەڭ كۆلەملىك كېسەللىك ئۆزگىرىشىدىن كېلىپ چىققان ئۆپكىنىڭ نەپەسلىنىش بىرلىك يۈزى كىچىكلەش سەۋەبىدىن يۈز بېرىدۇ. ھاۋا سومۇرگەندىمۇ، تىنىق چىقارغاندىمۇ نەپەس قىيىنلىشىدۇ. نەپەس تېز، تېيىز بولىدۇ. ئۆپكىنىڭ كۆپ قىسمى ياللۇغلىنىش ياكى كېرىلمەسلىك، يېيىلما ئۆپكە ئارىلىق ماددىسى تالالىشىش، ئېغىر ئۆپكە تۇبېركۇليوزى كۆپ مىقداردا كۆكرەككە سۇ چۈشۈش، ئۆزلۈكىدىن پەيدا بولىدىغان ھاۋالىق كۆكرەك قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

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

⑤ كېچىدە تۇتقاقلىق نەپەس قىيىنلىشىش: كېچىدە ئاداشقان نېرۋىنىڭ جانلىنىش پائالىيىتى كۈچىيىدۇ. تاجسىمان ئارتېرىيە قىسقىراپ، يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەيدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە ياتقاندا يۈرەككە قويۇلىدىغان قاننىڭ مىقدارى ئېشىپ، ئۆپكىدىكى قايغان قان كۆپىيىپ، ئۆپكە سىغىمچانلىقى كىچىكلەيدۇ. بىمار ئۇخلاۋاتقاندا تۇيۇقسىز چۆچۈپ ئويغىنىدۇ ـ دە، ئولتۇرۇش ياكى مېڭىش ئارقىلىق نەپەس قىيىنلىششنى يېنىكلىتىدۇ. بۇ دەل ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىششنىڭ باشلانغۇچ ئالامىتىدۇر.

(3) چىقارغان نەپەسنىڭ پۇرىقى:

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

سىيانىك 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 ياللۇغىنى كۆرسىتىدۇ.

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

(3) نەپەس قىيىنلاشقاندا قىزغۇچ بەلغەم تۈكۈرۈپ كۆكرىش بولسا، بىمار مەجبۇرىي ئولتۇرۇپ نەپەسلەنسە، يۈرەك سوقۇشى تېزلەشسە كۆپىنچە ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلەشكەنلىكنى ئىپادىلەيدۇ.

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

(5) ھوشىدىن كەتكەن بىمارلاردىكى نەپەس قىيىنلىشىش كۆپىنچە مېڭە قاناش، مېڭە زەخىملىنىش، مېڭە ياللۇغى، ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش ۋە ئۆتكۈر زەھەرلىنىشلەردە كۆرۈلىدۇ.

3) قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

(1) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش: قان، سۈيدۈك 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 قاننىڭ 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 زەئىپلەشكەنلىكنى 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 تۈپەيلىدىن 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 ھۈجەيرىلەرنىڭ 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 ھۈجەيرىسىدىن 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 مۇسبەت قىممەت بىلەن ئىپادىلىنىدۇ. نورمال قىممىتى −3~+3mmol/L، BE 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 كاردىئوگرامما، B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات، تالالىق كانايچە ئەينىكى، CT قاتارلىقلار مۇھىم تەكشۈرۈش ئەھمىيىتىگە ئىگە.

3. داۋالاش.

سەۋەبكە 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 كېكىردەك سۈلۈق 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، يۈرەك مەنبەلىك نەپەس قىيىنلىشىشتا ئاساسلىقى يۈرەك زەئىپلىكىنى داۋالاش قاتارلىقلار.

2) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، كانايچىدىكى 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، دۈمبىسىگە 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)، باللارغا ھەر قېتىمدا 0.3mg~3mg، تېرە ئاستى ياكى مۇسكۇلدىن بېرىلگەندە چوڭلارغا ھەر قېتىمدا 10mg (ئەڭ يۇقىرى بولغاندا مىقدارى ھەر قېتىمدا 20mg) باللارغا ھەر قېتىمدا 1mg~3mg ئىشلىتىلىدۇ.

4) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش، ئېلېكترولىت ۋە كىسلاتا، ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: يۇقۇملىنىش پەيدا قىلغان نەپەس قىيىنلىشىشتا ئۈنۈملۈك 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 ئانالىز نەتىجىسىنى 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 ياللۇغى قاتارلىقلار بار. ئېغىرلىرى كۆكرەك ئاغرىقى بىلەنلا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

2) ياللۇغ:

(1) كۆكرەك تېمىدىكى ياللۇغ:

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

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

(2) كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ياللۇغ: كۆكرەك پەردە ياللۇغى، يىرىڭلىق كۆكرەك، ئۆپكە ياللۇغى، يۈرەك قېپى ياللۇغى، كاناي ياللۇغى، قىزىلئۆڭگەچ ياللۇغى قاتارلىقلار.

(3) قورساق ئىچىدىكى ياللۇغ: دىئاگرافما ئاستى يىرىڭلىق ئىششىقى، جىگەر يىرىڭلىق 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 ياللۇغنى غىدىقلىغاندا، غىدىقلىغۇچى ياكى چىرىتكۈچى خىمىيىلىك گازلار كاناي شىللىق پەردىسىنى زىيانغا ئۇچراتقاندا ۋە تەتۈر ئېقىشلىق قىزىلئۆڭگەچ

ياللۇغىدا تۆش سۆڭەكنىڭ كەينى تەرىپى ئاغرىيدۇ.

5) ۋېگېتاتىۋ نېرۋا فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىنىش:

مەسىلەن: زىيادە ھاۋا ئالماشتۇرۇش يىغىندى كېسەللىكى، ئاشقازان كىرىش ئېغىزى سپازمىسى، يۈرەك ـ نېرۋا فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇش كېسەللىكى قاتارلىقلار.

6) باشقىلار:

يەللىك بوغۇم ئاغرىقى، تېرە مۇسكۇل ياللۇغى، تېرە قاتتىقلىشىش كېسىلى، ئۆتكۈر دانلىق ھۇجەيرە 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 قوزغىلىشنىڭ ئۆتكۈر ئاستىلىقى، بۇرۇن ئاغرىغان ـ ئاغرىمىغانلىقى سورىلىدۇ.

(2) كۆكرەك ئاغرىغاندىكى باشقا مۇھىم يانداشما ئالامەتلەر، مەسىلەن: قىزىش، يۆتەل، بەلغەم، قان تۈكۈرۈش، يۇتۇش قىيىنلىشىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىقلار بار ـيوقلۇقى سورىلىدۇ.

(3) كۆكرەك ئاغرىقى قوزغۇلۇش ئالدىدىكى ئەھۋالى، ئورۇقلاش بار ـ يوقلۇقى، زەخىملىنىش تارىخى سورىلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئالامەتلەر، دىققەت قىلىش نۇقتىلىرى:

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

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

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

(4) ئاغرىغان ئورۇننى تۇتۇشقا بولامدۇ؟ باسسا ئاغرىمدۇ؟

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

(6) قان بېسىم، نەپەس، يۈرەك رىتىمى نورمالمۇ؟ يۈرەكتە شاۋقۇن تاۋۇشى بارمۇ؟ ئۆپكە نەپەس تاۋۇشى نورمالمۇ؟

3) ياردەمچى تەكشۈرۈش:

(1) ئېلېكتروكاردىئوگراما: يۈرەك چاستوتىسى، رىتىمدىن باشقا مۇھىمى S—T بۆلىكى، T دولقۇنىدا ئۆزگىرىش بار ـ يوقلۇقى، تىپىك يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنىڭ

رەسىم شەكلى بار ـ يوقلۇقى ۋە يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش بار ـ يوقلۇقىغا ئالاھىدە دىققەت قىلىنىدۇ.

(2) رادىئوئاكتىپلىق تەكشۈرۈش: رېنتگېندە تەكشۈرگەندە مۇتلەق كۆپ قىسىم كۆك-رەك، ئۆپكە كېسەللىرىگە دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. مەسىلەن: ئۆپكە ياللۇغى، كۆكرەك پەردە ياللۇغى، دىئافراگما ئاستىدىكى ئەركىن گاز، يۈرەك قېپى ياللۇغى، يەل، قان، سۇلۇق كۆكرەك، ئۆپكە، كۆكرەك ئۆسمىسى، قوۋۇرغا سۇنۇش قاتارلىقلار. CT ياكى MR دا تەكشۈرۈش كېسەلگە يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ دىئاگنوز قويۇشتا ئالاھىدە ئەھمىيەتكە ئىگە.

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

(4) قان رايى: قان ئازلىق، يۇقۇملىنىش، قان كېسەللىكلىرى بار ـ 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 ئاغرىيـدۇ. 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 ـ قايتا قوزغىلىدۇ. ئېستىر نىترات تۈرىدىكى دورىلارنى تىل ئاستىدا شورىغاندا ئاغرىق قويۇۋېتىدۇ. ئېلېكترو-كاردىئوگراممىدا S—T بۆلىكى تۆۋەنلەيدۇ. T دولقۇنى تۈزلىنىدۇ ياكى كۆمتۈرۈلىدۇ. 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 كۆتۈرۈلىدۇ. ئېستېر نىترات تۈرىدىكى دورىلارنى شورىغاندا ئاغرىق قويۇۋېتىدۇ. ئاغرىق قويۇۋەتكەندىن كېيىن S—T بۆلىكىمۇ نورمال شەكىلگە قايتىدۇ. يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

(3) تىپىك يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى: ئاغرىقنىڭ 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 تۈرىدىكى دورىلارنى شورىغاندا ئۈنۈمى ياخشى بولمايدۇ، كۆپىنچە دولاتنىنى ئوكۇل قىلىپ ئۇرغاندا ئاغرىقنى پەسەيتىدۇ. قان بېسىم تۆۋەن ياكى شوك ھالىتىدە بولىدۇ. بەزىدە ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىش كۆرۈلىدۇ. يۈرەك رىتىمى نورماللىسىزلىشىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا تىپىك ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسىنىڭ رەسىم شەكلى ئىپادىلىنىدۇ. يەنى S—T بۆلىكى يۇقىرىلايدۇ. پاتولوگىك QRS دولقۇنى كۆرۈلىدۇ. T دولقۇنى كۆمتۈرۈلىدۇ. 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 دۈمبە، قورساق، بەلگە تارقىلىدۇ. ئاغرىقنىڭ داۋاملىشىشى نىسبەتەن ئۇزۇن بولۇپ، ئىستېر نىترات تۈرىدىكى دورىلارنىڭ ئۈنۈمى بولمايدۇ. يۈرەك چاستوتىسى، رىتىمى كۆپىنچە نورمال بولىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ. رېنتگېندە غول ئارتېرىيە كۆرۈنەرلىك كېڭىيىدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا ئالاھىدە شەكىل بولۇپ، دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(5) ئۆتكۈر يۈرەك قېپى ياللۇغى: بولۇپمۇ ئۆتكۈر غەيرىي خاس يۈرەك قېپى ياللۇغىدا كۈچلۈك ۋە ئۇزۇن بولغان يۈرەك ئالدى كۆكرەك ئاغرىقى بولىدۇ. كۆپىنچە قىزىتما ياندىشىپ 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 لوكسى تۆۋەنگە قارىغان ھالەتتە يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ. T دولقۇنى كۆمتۈرۈلىدۇ. غەيرىي Q دولقۇنى كۆرۈلمەيدۇ. يۈرەك مۇسكۇل ئېنزىملىرى نورمال بولىدۇ. رېنتگېندە يۈرەك سايىسى ئومۇميۈزلۈك يوغىنايدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا يۈرەك قېپى ئىچىدە سۇيۇقلۇق تەسۋىرى بولىدۇ.

(6) ئۆزلۈكىدىن يۈز بەرگەن يەل كۆكرەك: كېسەل تەرەپ كۆكرەك تۇيۇقسىز ئاغرىيدۇ. تەرەققىي قىلىشچان نەپەس قىستاش ياندىشىپ 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 كۈچىيىدۇ، رېنتگېندە تەكشۈرگەندە كېسەل تەرەپ ئۆپكە قانتى يەلدىن قىسىلىپ كىچىكلەيدۇ. دەرھال كېسەل تەرەپتىن يەل تارقاتقاندا ياكى يېپىق ئاققۇزغاندا ئالامەتلەر يېنىكلەيدۇ ياكى قويۇۋېتىدۇ.

(7) ئۆتكۈر ئۆپكە تىقىلمىسى: باشلىنىشى تېز، كۆكرەك ئاغرىقى ئۇزۇنغىچە داۋاملىشىدۇ. نەپەس قىستاش، ھوشىدىن كېتىش ھەتتا شوك ياندىشىپ كېلىدۇ. ئېلېكترو كاردىئوگراممىدا ئوڭ ئۆپكە يۈكى ئارتىپ كېتىدۇ. رېنتگېندا تەكشۈرۈش دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(8) قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسى ئاغرىش: قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسىنى بويلاپ بەلۋاغسىمان 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 ھەپتىگىچە داۋاملىشىدۇ. ئاغرىغان ئورۇندا ئىششىق بولىدۇ. باسسا ئاغرىيدۇ. يېنىكلىرىنى بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز. ئېغىرلىرىغا ئاغرىق توختىتىش پۈركىمىسى ياكى پاستىسى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا 0.5% لىك پروكائىننى يەرلىككە بىر نەچچە قېتىم قامال قىلىپ ئۇرغاندا ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ.

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

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

3. داۋالاش:

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

تولدۇرۇپ تېگىش، جىددىي يەل چىقىرىپ يېپىق ئاققۇزۇش كېرەك. ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسىدا قەتئىي ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى ئىشلىتىش كېرەك. يۈرەك سانجىقىدا تىل ئاستىغا نىترو گلىتسېرىن (硝酸甘油) سېلىنىپ سۈمۈرتۈلىدۇ. ئۆپكە تىقىلمىسىدا تىنچلاندۇرۇش، ئاغرىق توختىتىش، سپازمىنى بوشىتىش قاتارلىق داۋالاش ئېلىپ بېرىلىدۇ. قوۋۇرغا سۆڭىكىدا ئاغرىق كۈچلۈك بولسا سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇشقا ۋە سۆڭەك ئورۇنغا قامال قىلىپ ئوكۇل قىلىشقا بولىدۇ. يۇقۇملىنىش پەيدا قىلغان كۆكرەك ئاغرىقىغا ئانتىبىئوتىكلار، ياللۇغ قايتۇرۇپ ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. يىرىڭ 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 ياللۇغى، ئۈچەي ياللۇغى، سوقۇر ئۈچەي ياللۇغى، ئۆت ياللۇغى، ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، قورساق پەردە ياللۇغى، باكتېرىيىلىك تولغاق، داس بوشلۇقى ياللۇغى، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىدىكى ياللۇغ، ئۈچەي بېغىشى لىمفا تۈگۈنى ياللۇغى، جىگەر ياللۇغى، باكتېرىيىلىك جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى، قورساقتىكى يىرىڭلىق ئىششىقى، قورساقتىكى بەلۋاغسىمان قوۋاق قاتارلىقلار بار.

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

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

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

(5) ئۆتكۈر قان ئايلىنىش توسقۇنلۇقىدا ئۇچراش: كۆپ كۆرۈلىدىغانلىرىدىن ئۈچەي 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 ياللۇغى، ئۆپكە تىقىلمىسى، يۈرەك سانجىقى، يۈرەك تىقىلمىسى، ئۆتكۈر يۈرەك قېپى ياللۇغى، كۆكرەك پەردە ياللۇغى، 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، سۇيدۇكتىن زەھەرلىنىش ۋە ئېلېمېنتلاردىن زەھەرلىنىش قاتارلىقلار.

2. دىئاگنوزى:

1) كېسەللىك تارىخى:

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

بېغىشى، قان تومۇر كەپلىمىسى بار ـ يوقلۇقىنى ئېنىقلاش كېرەك.

(2) قورساق ئاغرىقىنىڭ ئالاھىدىلىكى:

① باشلىنىشى ۋە قوزغاتقۇچى ئامىل: ئۆتكۈر باشلانغان، شۇنداقلا تېزلا ئېغىرلاشقان قورساق ئاغرىقى كاۋاك ئەزالار تېشىلىش، ئۆتكۈر ئۈچەي توسۇلۇشتىن تولغىشىپ قېلىش، ئۈيۈل ئەزالار يېرىلىش، ئېغىر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاغرىقنىڭ يېنىك باشلىنىپ تەدرىجىي كۈچىيىشى كۆپىنچە يۇقۇملىنىشتا كۆرۈلىدۇ. مايلىق يېمەكلىكلەر ئۆت ياللۇغى ۋە ئۆت تېشى كېسەللىكلىرىنى قوزغىتىپ قويىدۇ. زىيادە تويۇنۇش ئۆتكۈر ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىش، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى 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 ئاغرىشنى، ئۆت ياللۇغى، ئۆت تېشى كېسىلى، جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى، ئوڭ تەرەپ دىئافراگما ئاستى يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قورساقنىڭ ئوتتۇرا يۇقىرى قىسمى ئاغرىشنى ئۆت يولى ساراڭ مەددە كېسىلى، ئاشقازان 12 بارماق ئۈچەي يارىسى، ئاشقازان سپازمىسى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قورساقنىڭ سول تەرەپ يۇقىرى قىسمى ئاغرىشنى ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، تال يىرىڭلىق ئىششىقى، تال كەپلىمىسى قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كىندىك ئەتراپى ئاغرىشنى ئىنچىكە ئۈچەي كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. بوغماق ئۈچەي ۋە داس بوشلۇقى كېسەللىكلىرىدە كۆپىنچە تۆۋەن قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. سازاڭ ئۆسۈكچە ياللۇغىدا كۆپىنچە ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. پۈتۈن قورساق ئاغرىش كۆپىنچە يېيىلما قورساق پەردە ياللۇغى، ئۈچەي توسۇلۇش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا تارقىلىشچان ئاغرىق ۋە يۆتكىلىشچان ئاغرىقنىمۇ نەزەردىن ساقىت قىلماسلىق كېرەك.

③ خاراكتېرى ۋە دەرىجىسى: تۇتقاقلىق قورساق ئاغرىقى كۆپىنچە كاۋاك ئەزالار سپازمىسى ياكى توسۇلۇشىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: تۇتقاقلىق سانجىلىپ ئاغرىش، ئىنچىكە ئۈچەي ياللۇغى ۋە ئۈچەي توسۇلۇشتا، خەنجەرسىمان ئۆسۈكچە ئاستى قىسمى ئاغرىش ئۆت يولىدىكى مەددە قۇرتتا، ئۈزلۈكسىز قورساق ئاغرىش كۆپىنچە ئۈيۈل ئەزالاردىكى يۇقۇملىنىش، قاناش، ئۆسمىنىڭ بېسىشى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئۈزلۈكسىز قورساق ئاغرىقىنىڭ تۇتقاقلىق كۈچىيىشى كۆپىنچە توسۇلۇش ۋە يۇقۇملىنىش تەڭلا مەۋجۇت بولغان كېسەللەر مەسىلەن: ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، ئۆت تېشى كېسىلى، سۈيدۈك يولىدا تاش بولۇش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ. قورساق ئاغرىقىنىڭ دەرىجىسى مەزكۇر بىمارنىڭ ئاغرىققا چىدامىلىق 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 ئاغرىقنىڭ 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، دۈمبىگە تارىلىدۇ. سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىدىكى تاش پەيدا قىلغان ئاغرىق كۆپىنچە سۈيدۈك نەيچىسىنى بويلاپ تۆۋەن قورساق قىسمى، ئارىلىق، يوتا ئىچى تەرىپىگە تارىلىدۇ. ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى ئارقا قورساق پەردىسىنى غىدىقلىغاندىن كېيىن سول تەرەپ، بەل دۈمبىدە بەلۋاغسىمان ئاغرىق پەيدا قىلىدۇ.

⑤ ئەگەشمە ئالامەتلەر:

a. قىزىتما: يۇقۇملىنىش ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدىكى قىزىتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىد-رىدۇ. مەسىلەن: ئۆتكۈر سازاڭ ئۆسۈكچە ياللۇغى. ئېغىر يۇقۇملىنىشلاردا جۇغۇلداش ۋە يۇقىرى قىزىتما تەڭلا يۈز بېرىدۇ. مەسىلەن: ئۆتكۈر توسۇلۇشچان يىرىڭلىق ئۆت ياللۇغى. تاشقى بۆلۈم كېسەللىكلىرىدە كۆپىنچە ئالدى بىلەن قىزىپ ئاندىن قورساق ئاغرىقى كۆرۈل-دۇ.

b. كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش: قورساق ئاغرىغاندىن كېيىن كۆرۈلىدۇ، ئىچكى ئەزا نېرۋىلىرىنىڭ رېفلېكسى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆڭۈل ئاينىش، قۇسۇشنىڭ ئالاھىدىلىكلى-رى بەزىدە بىر قىسىم كېسەل ئۆزگىرىشىدىن بېشارەت بېرىشى مۇمكىن. مەسىلەن: قۇسۇق ئەگەر ئاشقازان سۈيۈقلۇقى، يېمەكلىك ۋە ئۆت سۈيۈقلۇقى بولۇپ كېسەللىكنىڭ باشلىنىشى-دىلا كۆرۈلسە، بۇ يۇقىرى ئورۇندىكى ئۈچەي توسۇلۇش بولۇشى مۇمكىن. ئەگەر قۇسۇش نىسبەتەن كېيىنكى باسقۇچتا كۆرۈلسە، ئۇنىڭ ئۈستىگە قۇسۇقتا چوڭ تەرەتنىڭ رەڭگى ۋە پۇرىقى بولسا تۆۋەن ئورۇندىكى ئۈچەي 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 كۆرۈ-لۈش بولۇشى مۇمكىن.

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

لۇق ئىنچىكە ئۈچەي ياللۇغى 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 ھامىلىسى يېرىلىش، ھەزىم قىلىش يولى تېشىلىش، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، ئېغىر دەرىجىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، ئېغىر دەرىجىدىكى ئۆپكە ياللۇغى قاتارلىق كېسەللەرنىڭ بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

2) بەدەن تەكشۈرۈش:

(1) تولۇق بەدەن تەكشۈرۈش: بەدەن تېمپېراتۇرىسى، تومۇر سوقۇشى، نەپەس، قان بېسىم، چىرايى، بەدەن ھالىتى، يېرىق، تۆز ئۈچەي ۋە ئارىلىق، يۈرەك، ئۆپكە، تۆت مۈچە، ئومۇرتقا، نېرۋا سىستېمىسى قاتارلىقلارنى تولۇق تەكشۈرۈش، قورساق ئاغرىقىغا پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

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

بېسىش: ئالدى بىلەن ئاغرىمىغان ئورۇن، ئاندىن ئاغرىغان ئورۇن بېسىپ تەكشۈرۈلىدۇ. ئاغرىغان ئورۇننىڭ دائىرىسى ۋە دەرىجىسىگە دىققەت قىلىش كېرەك. بېسىلىپ ئاغرىش، قاڭقىپ ئاغرىش ۋە قورساق مۇسكۇلى جىددىيلىشىش (قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى) بولسا قورساق پەردە ياللۇغى بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. مەسىلەن: تاختايسىمان قورساق (قورساقنى باسقاندا قورساق ياغاچتەك قاتتىق) ئاشقازان، ئۈچەي ياكى ئۆت تېشىلگەنلىكنىڭ بەلگىسى، مورپىي بەلگىسى (Murphy sign) (تەكشۈرگۈچى بىمارنىڭ ئوڭ تەرىپىدە تۇرۇپ، سول قولىنىڭ ئالىقىنىنى بىمارنىڭ ئوڭ تەرەپ قوۋۇرغا ئەگمىسىنىڭ ئۈستىگە قويۇپ، باشمالتاقنىڭ ئالىقان تەرەپ ئۈچىدا قوۋۇرغا ئەگمى ئاستىدىكى ئۆت نۇقتىسىنى بېسىپ، بىمارغا ئاستا ـ ئاستا چوڭقۇر ھاۋا سۈمۈرگۈزگەندە، ياللۇغلانغان ئۆت نەپەسكە ئەگىشىپ تۆۋەنگە سۈرۈلگەچكە باشمالتاق بىلەن تېگىشىپ ئاغرىق پەيدا قىلىدۇ.

ئاغرىقتىن بىمارنىڭ داۋاملىق ھاۋا سۈمۈرۈشى تۈيۈقسىز توختايدۇ. بۇ مورپىي بەلگىسى دەپ ئاتىلىدۇ) بولسا ئۆتكۈر ئۆت ياللۇغىدىن دېرەك بېرىدۇ. مەك 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 ياللۇغىدا كۆرۈلىدۇ. ئەگەر قورساقتا مونەك ئۆسۈكچە پەيدا بولسا، ئۇنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى، ئورنى، شەكلى، قاتتىقلىقى، ھەرىكىتى قاتارلىقلار تەكشۈرۈلىدۇ. چېگرىسى ئېنىق بولمىغان، بېسىلىپ ئاغرىغانلىرىنىڭ ياللۇغ خاراكتېرلىك بولۇش ئېھتىماـ لى چوڭ، چېگرىسى ئېنىق، بېسىلىپ ئاغرىمىغانلىرى ئۆسمە بولۇشى مۇمكىن، ئۇندىن باشقا ئورۇق بىمارلاردا چوڭ تەرەت، سازاڭ مەددە قۇرت توپى قاتارلىقلارمۇ ئۆسۈكچىدەك بىلىنىشى مۇمكىن.

چېكىش: پالەچلىك ئۈچەي توسۇلۇش، ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىش قاتارلىقلاردا ناغرىـ سىمان تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. ئاشقازان، ئۈچەي 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 ئىششىغان جىگەر، تال ۋە يوغىنىغان دوۋسۇن تەكشۈرۈلىدۇ.

ئاڭلاش: ئۈچەي كوكىراش تاۋۇشى كۈچىيىش، سۇنىڭ شىرىلدىغان تاۋۇشى ئاڭلىنىش ياكى مېتالدەك تاۋۇش بولۇش مېخانىك ئۈچەي توسۇلغانلىقنىڭ ئىپادىسى. ئۈچەي كوكىراش تاۋۇشى ئاجىزلاش ياكى يوقىلىپ كېتىش ئۈچەي پالەچلەنگەنلىكنىڭ ياكى قورساق پەردە ياللۇغى بارلىقىنىڭ بېشارىتىدۇر. ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇش، ئاشقازان كېڭىيىپ كېتىشتە سۇنىڭ چايقالغان تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ.

3) ياردەمچى تەكشۈرۈش:

بىمارنىڭ كېسەللىك تارىخى، ئالامىتى ۋە بەدەن تەكشۈرۈشكە قاراپ قان، سۈيدۈك، چوڭ تەرەت رايى، قان، سۈيدۈك كراخمال فېرمېنتى، جىگەر، بۆرەك ئىقتىدارى، ئېلېكتـ رولىتلار، ئۆت قىزىل بويىقى، ھامىلدارلىق تەجرىبىسى قاتارلىقلارنى، قورساق بوشلۇقىنى تېشىپ چىقارغان سۇيۇقلۇقنىڭ رايى، بىئو خىمىيىلىك ئانالىزى، كراخمال فېرمېنتى، ھۈجەيرەشۇناسلىق تەكشۈرۈشى، ئۆستۈرۈش قاتارلىقلارنى ۋە رېنتگېن نۇرى، CT، Bتىپلىق 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) ئالامەتكە نىسبەتەن داۋالاش:

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

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

(2) سۇ ـ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: ئۆتكۈر قورساق ئاغرىغۇچىلاردا داۋاملىق قۇسۇش ۋە تاماق يېيەلمەسلىك بولسا سۇ ـ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقى كېلىپ چىقىدۇ. شۇڭلاشقا بىئو خىمىيىلىك تەكشۈرۈش، قان ـ گاز ئانالىزى قاتارلىقلارنىڭ نەتىجىسىگە ئاساسەن سۈيۈقلۇق، ئېلېكترولىتلارنى تولۇقلاش ۋە ئىشقار ـ كىسلاتالارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش كېرەك.

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

(4) تاماق چەكلەش، ئاشقازان، ئۈچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش: ئاشقازان، ئۈچەينىڭ كۆپۈشىنى يېنىكلىتىپ قان ئايلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. ياللۇغنىڭ يىغىلىشىغا پايدىلىق بولۇپ، ئاشقازان ئۈچەينىڭ 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 پۈتكۈزۈش كېرەك.

2) ئوپېراتسىيە قىلىش:

جىگەر، تال يېرىلغان، غەيرىي ئورۇن ھامىلىسى يېرىلغان، ئۆتكۈر ئاشقازان، ئۈچەي تېشىلگەن، تولغىنىشچان ئۈچەي توسۇلۇش، ئۆتكۈر سازاڭ ئۆسۈكچە ياللۇغى، تۇخۇمدان قاپلىق ئىششىقى بىغىشى تولغىنىش قاتارلىق ئوپېراتسىيىنىڭ كۆرسەتكۈچ بەلگىلىرى مەۋجۇت بولغان بىمارلارنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك.

§ 6 . ھوشسىزلىنىش
(昏　迷)

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

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرى: مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى، مېڭە زەخىملىنىش، مېڭە ياللۇغى، مېڭە پەردە ياللۇغى، مېڭە ئۆسمىسى تۇتقاقلىق قاتارلىقلار.

2) ئىچكى بۆلۈم كېسەللىكلىرى: سۇيدۇكتىن 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 ھوشسىزلىنىش كۆپىنچە مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرى، باش ـ مېڭە زەخىملىنىش، ئۆتكۈر زەھەرلىنىشلەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئاستا باشلىنىپ تەدرىجىي ئېغىرلاشقان ھوشسىزلىنىش باش ـ مېڭە ئۆسمىلىرى، مېتابولىزملىق مېڭە كېسەللىكلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ. قىسقا مۇددەت قوزغالغانلىرى ئۆتكۈنچى مېڭە قان تومۇرلىرىغا قان يېتىشمەسلىك، تۇتقاقلىق مېڭە سىلكىنىش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. ھوشسىزلىنىشتىن بۇرۇن قاتتىق باش ئاغرىش ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى بوشلۇقى قاناش، مېڭە قاناشلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئالدى بىلەن قىزىپ ئاندىن ھوشسىزلىنىش مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى يۇقۇملىنىش ۋە پۈتۈن بەدەن يۇقۇملىنىش قاتارلىق يۇقۇملىنىشچان كېسەللەردە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئالدى بىلەن ھوشسىزلىنىپ، 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 يۈرەك، ئۆپكە، جىگەر، بۆرەك قاتارلىق كېسەللىكلەر بار ـ يوقلۇقى نۇقتىلىق سورىلىدۇ.

3. كلىنىكىلىق دەرىجىگە بۆلۈنىشى ۋە ئالامىتى:

1) ئۇيقۇسىراش: ئۆزلۈكسىز ئۇيقۇ ھالىتىدە تۇرىدۇ، چاقىرىپ ئويغاتقىلى بولىدۇ، غىدىقلىنىش توختىغان ھامان يەنە ئۇيقۇغا كېتىدۇ. ئاددىي سوئاللارغا جاۋاپ بېرەلەيدۇ. بۆيرۈكتا ئارانلا ئىنكاس قايتۇرۇلىدۇ.

2) ھوشسىز ئۇخلاش: نىسپەتەن كۈچلۈك ئاغرىق سېزىمىدىن ياكى ئۈنۈملۈك چاقىرىشتىن ئويغىنىدۇ. غىدىقلىنىش ئازايغان ھامان ئۇيقۇغا كېتىدۇ. بەدەن مۈچىلىرى ئۆزلۈكىدىن ھەرىكەتلىنىدۇ. بۆيرۈكتا ھېچقانداق ئىنكاس قايتۇرالمايدۇ.

3) يېنىك ھوشسىزلىنىش: ئويغاتقىلى بولمايدۇ. ئاغرىققا نىسبەتەن چىرايىدا ئازابلىق ئىپادە بولىدۇ ياكى ئۆزىنى ئېلىپ قاچىدۇ. ئاز تولا ئاڭسىز بەدەن ھەرىكىتى بولىدۇ.

بۇيرۇققا ھېچقانداق ئىنكاس قايتۇرالمايدۇ.

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

4. بەدەن تەكشۈرۈش:

1) ئادەتتىكى تەكشۈرۈش:

(1) بەدەن تېمپېراتۇرىسى: يۇقىرى قىزىتما كۆپىنچە ئېغىر يۇقۇملۇق كېسەللىكلەردە (مېڭە پەردە ياللۇغى، يىرىڭدىن زەھەرلىنىش قاتارلىق) قالقانبەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى، بۆرەك ئۈستى بەز خەتەرلىك ھالىتى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. بەدەن تېمپېراتۇرىسى تۆۋەنلەش، شوك، قان شېكىرى تۆۋەنلەشتىن ھوشسىزلىنىش، تىنچلاندۇرۇش، ئۇيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش، قالقانبەز خىزمىتى سۇسلىشىشتەك خەتەرلىك ھالەتلىرىدە كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(2) تومۇر سوقۇشى: تومۇر سوقۇشى تېزلىشىش يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر شوكتا كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئاستىلاش باش ئىچكى بېسىمى يۇقىرىلاپ كېتىش، دالانچە ـ قېرىنچە ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسۇلۇش، ۋە مورفېن (吗啡) دىن زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئەگەر تومۇر سوقۇشى قالايمىقان بولسا يۈرەك 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 رىتىمى 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 كېسەلى، ھامىلىدارلىق تۇتقاقلىقى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. تۆۋەنلەش ھەر خىل شوك ۋە باربىتال، ئىسپىرتتىن زەھەرلىنىش، قالقانسىمانبەز ۋە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ماددىسى فۇنكسىيىسى تۆۋەنلەش قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

(5) تېرە ۋە شىللىق پەردە: تېرىسى قىزىرىپ قېلىش ئىسپىرت، بېللادوننا (巅茄) دىن زەھەرلىنىشتە، تېرە، كالپۇكى گىلاستەك قىزىرىش، كاربون چالا ئوكسىدىدىن زەھەرلىنىشتە، تېرە، كالپۇكى كۆكىرىش ئۆپكە مەنبەلىك مېڭە كېسەلى، تۇنجۇقۇش، نىترىتلاردىن زەھەرلىنىشتە، كالپۇك نەملىشىش، قان شېكىرى تۆۋەنلەش، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش ۋە شوك قاتارلىقلاردا، تېرە شىللىق پەردىلىرىدە قان قېيىش داغلىرى پەيدا بولۇش يىرىڭدىن زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك قان كېسەلى، تارقىلىشچان مېڭە ياللۇغى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) نېرۋا سىستېمىسىنى تەكشۈرۈش:

(1) قارىچۇق: قارىچۇق كىچىكلەش مورفىن، بارىبتاللار، ئورگانىك دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىشتە، كېڭىيىپ كېتىش بېللادوننا (巅茄) ئاتروپىن تۈرىدىكى دورىلاردىن زەھەرلىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئىككى تەرەپ قارىچۇقنىڭ تەڭ بولماسلىقنى كۆز نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشى ياكى مېڭە چىقۇقى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇنىدن باشقا قارىچۇقنىڭ 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 برۇدزىنىسكى بەلگىسى قاتارلىق پاتالوگىك رېفلېكسىنى كۆرسىتىدۇ) مۇسپىي بولۇش كۆپىنچە مېڭە پەردە ياللۇغى ياكى ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە بوشلۇقى قاناش قاتارلىقلاردا كۆرۈلىدۇ.

(3) يارتا پالەچ قاتارلىق مېڭە يەرلىك كېسەل ئوچىقىنىڭ بەدەن بەلگىلىرى: كۆپىنچە مېڭە قان تومۇر كېسەللىك ھادىسىلىرى، مېڭە زەخىملىنىش، 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. ياردەمچى تەكشۈرۈش:

بىمارنىڭ ئەمەلىي 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 ھوشنى يوقىتىش بولۇپ، قوزغىلىشتىن بۇرۇن كۆپىنچە چىرايى تاتىرىش، كۆز ئالدى قاراڭغۇلىشىش، باش قېيىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ياتقاندىن 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) ھېستېرىيە: بىر خىل نېرۋا فۇنكسىيىسى بۇزۇلۇش كېسەللىكى بولۇپ، روھىي

جەھەتتىن كۈچلۈك ئىدىقلانغاندا قوزغىلىدۇ، قوزغالغاندا خۇددى ھوشىنى يوقاتقاندەك بولىدۇ. ئىما - ئىشارەتچانلىقى كۈچلۈك، كېسەلنىڭ قوزغىلىشىمۇ، ساقىيىشىمۇ ئىما - ئىشارەتچانلىق بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ.

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

5) مېڭە ئۆلۈش: چوڭقۇر بولغان، ئەسلىگە قايتمايدىغان ھوشسىزلىنىش، نەپەسلىنەلمەيدۇ، نەپەسلىنىش ئاپپاراتى ئارقىلىقلا بىمارنىڭ نەپەس خىزمىتى ساقلىنىدۇ. غول مېڭە رېفلېكسى (مەسىلەن: قارىچۇق رېفلېكسى، مۈگۈز 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 ئۈنۈملۈك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىش، كاربون چالا ئوكسىدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنى دەرھال يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاش، يۇقۇملانغان بىمارلارغا ۋاقتىدا ئۈنۈملۈك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش قاتارلىقلار.

2) كېسەللىك ئالامىتىگە نىسبەتەن داۋالاش: ئالدى بىلەن ھاياتلىق ئىقتىدارىنى ساقلاش، نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك. يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلارغا دەرھال يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ھەمدە تېز سۈرئەتتە ئۈنۈملۈك بولغان ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىش يولى ئېچىپ، قان ئايلىنىش ئىقتىدارىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ۋە كېرەكلىك قۇتقۇزۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك. باش ئىچكى بېسىمى يۇقىرىلاپ كەتكۈچىلەرگە مانىتول (甘露醇) ئىشلىتىپ بېسىمنى چۈشۈرۈش، 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، ئادېنوزىن ترى فوسفات (ATP)، بۆرەك ئۈستى 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 - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى

§ 1 . بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ تۈزۈلۈشى، تارقىلىشى ۋە مېتابولىزمى

بەدەن سۇيۇقلۇقى ئادەم بەدىنىنىڭ ھەر قايسى ئەزا، توقۇلمىلىرىنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمى بولۇپ ئورگانىزمنىڭ مېتابولىزمىدا، ھۇجەيرىلەرنىڭ نورمال ئوسموس بېسىمىنى ساقلاشتا ۋە بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى تەڭشەشتە ئىنتايىن مۇھىم رول ئوينايدىغان، شۇنداقلا ھاياتلىقنى قامدايدىغان ئەڭ ئاساسلىق ماددىدۇر. بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاساسلىق تەركىبى سۇ ۋە سۇ تەركىبىدىكى ئېرىگۈچى ماددىلار بولۇپ، بۇ ئېرىگۈچى ماددىلار ئانئورگانىك تۇز 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 ئېلېكترولىتلار-نىڭ قويۇقلۇقى نىسپىي تەڭپۇڭ ھالەتتە بولۇپ، ئورگانىزم ئۆزىنىڭ تەڭشەش فۇنكسىيىسى ئارقىلىق مۇقىم بولغان ئىچكى مۇھىتنى ساقلاپ نورمال مېتابولىزمنىڭ ئېلىپ بېرىلىشىغا كاپالەتلىك قىلىدۇ، بۇ سۇ ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى دېيىلىدۇ.

ئورگانىزمدىكى بەدەن سۇيۇقلۇقى ھۇجەيرە ئىچكى سۇيۇقلۇقى ۋە ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىدىن ئىبارەت ئىككى خىل شەكىلدە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. ئالدىنقىسى ئومۇمىي بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ 2/3 قىسمىنى، كېيىنكىسى 1/3 قىسمىنى ئىگىلەيدۇ. ھۇجەيرە 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 ماددىلارنى تېز سۈرئەتتە ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسى بولۇپ، سۇ ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاشتا ئىنتا-يىن مۇھىم رول ئوينايدۇ.

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

مەنپىي 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 - 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 كونتروللۇقىدا بولىدۇ. سۇ يوقاتقاندا ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ، ھىپوفىز 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 - دە، سۇ ئىچىش ئارقىلىق قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ يۇقىرىلىغان ئوسموس بېسىمى ئوسموس بېسىم رېتسېپتورىنى غىدىقلاپ سىيدۈك ھەيدەشكە قارشى ھورموننىڭ بىرىكىشى ۋە ئاجرىلىشىنى كۆپەيتىدۇ، سىيدۈك ھەيدەشكە قارشى ھورمون بۆرەكنىڭ سۇنى قايتا سۈمۈرۈشىنى كۆپەيتىپ، سىيدۈك مىقدارىنى ئازايتىپ، بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ يوقىلىشىنى تۆۋەنلىتىدۇ. سۇ يوقىتىش، قان سىغىمچانلىقىنىڭ ئازىيىشى ياكى قان بېسىمىنىڭ تۆۋەنلىشى سىمپاتىك نېرۋا سىستېمىسىنى غىدىقلاپ، Na^+ نىڭ بۆرەك ۋە ئۈچەيدىكى 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. كۆنلۈك 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 تۇتۇلۇش 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، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشى

1 . سۇسىزلىنىش
(脱 水)

سۇسىزلىنىش — بەدەننىڭ بەدەن سۇيۇقلۇقىنى يوقىتىشنى كۆرسىتىدۇ. يوقاتقان بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاز ‑ كۆپلۈكىگە قاراپ سۇسىزلىنىش يېنىك دەرىجىلىك سۇسىزلى‑نىش، ئوتتۇراھال سۇسىزلىنىش، ئېغىر دەرىجىلىك سۇسىزلىنىش دەپ ئۈچ دەرىجىگە بۆلۈنىدۇ. سۇ يوقىتىشنىڭ خاراكتېرىگە قاراپ يۇقىرى ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش (يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى) ، تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش، تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلى‑نىش (تۆۋەن ناترىيلىق 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 سۇيۇقلۇقى‑نىڭ ئوسموس بېسىمى 280mOsm/L دىن تۆۋەن بولسا تۆۋەن ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىش دېيىلىدۇ.

1) كېسەل سەۋەبى:

(1) سۇنىڭ قوبۇل قىلىنىشى يېتەرسىزلىك: ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، تاماقتىن قېلىش، تاماق چەكلەش، يۇتالماسلىق قاتارلىقلاردىن ۋە روھىي كېسەل، ھوشسىز بىمارلارنىڭ سۇ ئىچىش ۋە سۇ تولۇقلىنىشىنىڭ يېتەرسىزلىكىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

(2) زىيادە كۆپ سۇ يوقىتىش: يۇقىرى تېمپېراتۇرىدا زىيادە كۆپ ھەرىكەت، ئەمگەك قىلغاندا، چوڭ دائىرىدە كۆيۈپ زەخىملەنگەندە، ئۈچەي، ئاشقازاننىڭ بېسىمىنى چۈشۈرۈپ ئاققۇزۇش، قايتا ـ قايتا قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش، ئۈچەي ئاقمىسى قاتارلىقلاردىن كۆپلەپ ھەزىم يولى سۇيۇقلۇقى يوقاتقاندا، سۈيدۈك ھەيدەش، سۇسىزلاندۇرۇش دورىلىرىنى زىيادە كۆپ ئىشلەتكەندە ياكى كۆپ سىيىش كېسىلى (شېكەرسىز دىئابېت كېسىلى)، دىئابېتتىن ھوشسىزلىنىش 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) ئوتتۇراھال 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، ھەتتا ھوشسىزلىنىش قاتارلىق روھىي، 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 ھۆجەيرىلىرىنىڭ سانى ۋە قان ھۆجەيرە بېسىلىش ھەجمى 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 ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ ئازىيىشى تۈزىتىلىدۇ. ۋېنادىن سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندا ئادەتتە تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقى ياكى تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقى ئىشلىتىلىدۇ. ئەگەر بىماردا قان بېسىم چۈشۈش، تومۇرى ئىنچىكە، تېز سوقۇش قاتارلىق قان سىغىمچانلىقى ئېغىر دەرىجىدە يېتىشمەسلىك ئىپادىلىرى بولسا ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ يوقىلىشى بەدەن ئېغىرلىقىنىڭ 5% دىن ئېشىپ كەتكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا يۇقىرىقى سۇيۇقلۇقتىن 3000ml (بىمارنىڭ بەدەن ئېغىرلىقى 60kg دەپ ھېسابلانغاندا) تېز سۈرئەتتە ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ. ئەگەر قان سىغىمچانلىقى يېتىشمەسلىك ئىپادىلىرى بەك روشەن بولمىسا يۇقىرىقى مىقدارنىڭ 1/2~2/3 قىسمى (1500ml~2000ml) تامچىتىلىدۇ. ئۇندىن باشقا نورمال بولغان كۈندىلىك ئېھتىياجلىق سۇ مىقدارى 2000ml ۋە ناترىي خلور 4.5g تولۇقلىنىدۇ.

تەڭپۇڭ تۇز سۇيۇقلۇقىنىڭ ئېلېكترولىت تەركىبلىرى قان پلازمىسىغا نىسبەتەن يېقىن كېلىدۇ، شۇڭلاشقا تەڭ ئوسموسلۇق سۇسىزلىنىشنى داۋالاشتا ئۈنۈمى كۆرۈنەرلىك. تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۇيۇقلۇقىنىڭ تەركىبىدىكى Cl^- نىڭ قويۇقلۇقى قان پلازمىسىغا قارىغاندا 50mmol/L ئەتراپىدا يۇقىرى بولغاچقا، يالغۇز تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۈيى (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 سۈيى 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 يۈرەك، 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، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىنىڭ سۇيۇلۇشىدىنمۇ كالىي قويۇقلۇقى تۆۋەنلەيدۇ. شۇڭلاشقا سائەتلىك سۈيدۈك 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 سۈرۈش، تەرلەش، كۆپلەپ سۈيدۈك ھەيدەش ۋە باشقا كېسەللىكلەر سەۋەبىدىن سۇسىزلىنىشتا ناترىي يوقىتىش سۇ يوقىتىشتىن كۆپ بولۇش، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق، دىئابېتتا كىتونلۇق 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: تۇبېركۇليوز، 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 ئىپادىسىدىمۇ پەرق بولىدۇ. ئەمما ئورتاقلىقى شۇكى ئۇسساش بەك روشەن بولمايدۇ.

(1) ناترىي ئازىيىش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى: بىماردا سۇيۇقلۇق يوقىتىشتىن سۇسىزلىنىش ۋە قان سىغىمچانلىقى يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يەنى تېرىنىڭ ئېلاستىكلىقى ناچارلىشىش، مۇچىلىرى مۇزلاش، تومۇرى ئىنچىكە ۋە تېز سوقۇش، بەدەن ھالىتى خاراكتېرلىك تۆۋەن قان بېسىم (يەنى بەدەن ھالىتىنىڭ تۇيۇقسىز ئۆزگىرىشىدىن قان بېسىم تۇيۇقسىز تۆۋەنلەپ، شوك ئالامەتلىرىنىڭ ئىپادىلىنىپ چىقىرىشىنى كۆرسىتىدۇ). باش قېيىش، چىرايى سۆرۈنلىشىش ھەتتا قېتىشىپ قېلىش، ھوشسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر ئىپادىلىنىدۇ.

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

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

3) دىئاگنوزى:

ئادەتتە قان زەردابىدىكى ناترىي قويۇقلۇقى 135mmol/L دىن تۆۋەن بولسا تۆۋەن 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 تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىنى پەيدا قىلغۇچى بىرلەمچى كېسەللىكنى چوقۇم ئېنىقلاپ چىقىشقا، شۇنداقلا بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارىنىڭ كۆپەيگەن، ئازايغان ياكى نورمال ئىكەنلىكىگە ھۆكۈم قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئادەتتە ناترىي ئازىيىش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى ئازىيىپ كېتىدۇ، شۇنداقلا قان قويۇلۇش سەۋەبىدىن قان قىزىل ئاقسىلى ۋە قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىش ھەجمى يۇقىرىلاپ، بەدەن ئېغىرلىقى يېنىكلەپ، قاندىكى ئۈرېئا ئازوتى ئۆرلەيدۇ. خوراش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى نورمال بولىدۇ. سۇيۇلۇش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلىدە كۆپىنچە بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى يۇقىرىلايدۇ، ئېغىر زەخىملەنگەن، ئوپېراتسىيە قىلىنغان ۋە يۈرەك زەئىپلەشكەن بىمارلاردا يېنىك، ئوتتۇراھال دەرىجىدە، ئۆتكۈنچى بولغان تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

4) داۋالاش:

(1) ئاكتىپ ھالدا بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش، ناترىي مىقدارىنىڭ تۆۋەنلەپ

كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبلەرنى تۈزىتىش كېرەك.

(2) بەدەندىكى ئومۇمىي ناترىي مىقدارى نورمال ياكى كۆپ بولغان بىمارلارغا ناترىي تەركىبلىك سۇيۇقلۇق تولۇقلانمايدۇ. سۇيۇلۇش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسەللىكىنى داۋالىغاندا قاندىكى ناترىينىڭ قويۇقلۇقىنى يۇقىرىلىتىش ئۈچۈن سۈيدۈك 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 (ئېغىر ۋە تومۇردىن) ئوشۇقچە بەدەن سۇيۇقلۇقى چىقىرىلىپ بولغاندىن كېيىن كېسەللىك ئەھۋالى ئۆزلۈكىدىن ياخشىلىنىدۇ. ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولسا سۈيدۈك ھەيدەش دورىلىرى قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ. 20% لىك مانىتول (甘露醇) ۋە 25% لىك سوربىتول (山梨醇) يۇقىرى ئوسموسلۇق سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار بولۇپ سۈيدۈك 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 سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلسە ئۈنۈمى 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 كېسەلىگە (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 مىقدارنى 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 سۈيى 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 بەلگىلىۋېلىشىمىز توغرا ئەمەس. ئالدى بىلەن زۆرۈر بولغان ناترىينىڭ بىر قىسمىنى تولۇقلاپ بىمارنىڭ ئۆتكۈر ئالامەتلىرىنى يەڭگىللەتكەندىن كېيىن ئاندىن كېسەللىك ئەھۋالى ۋە قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن (ھەرىكەتچان كۆزىتىپ) تولۇقلاشقا تېگىشلىك ناترىينىڭ قالغان قىسمىنىڭ مىقدارى ۋە سۈرئىتىنى بەلگىلەش ۋە تەڭشەش كېرەك. مىقداردىن باشقا ناترىي تۇزلىرىنى تامچىلىتىش سۈرئىتىگىمۇ ئالاھىدە دىققەت قىلىش لازىم، يەنى قاندىكى ناترىي قويۇقلۇقىنى 120~125mmol/L غا يەتكۈزۈش ئۈچۈن ئاز دېگەندە 4 ~ 6 سائەت ۋاقىت سەرپ قىلىنىدۇ. ئەگەر تولۇقلاش سۈرئىتى بەك تېز بولۇپ كەتسە، مېڭە قاناش، پالەچلىك، سۆزدىن قېلىش قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش خەۋپى بولىدۇ.

ئۇندىن باشقا، يۇقىرى ئوسموسلۇق (3%~5% لىك) تۇز سۇيۇقلۇقىنى تولۇقلىغاندا بىمارنىڭ يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنىڭ ئۆزگىرىشىگە ئالاھىدە دىققەت قىلىش، يۇقىرى قان سىغىمچانلىق ۋە ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن تامچىلىتىش سۈرئىتىنى سائىتىگە 100ml~150ml دىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك، شۇنداقلا سۈيدۈك مىقدارىنىڭ يېتەرلىك كۆپ (سائىتىگە 200ml~300ml) بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش كېرەك، زۆرۈر بولغاندا سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ، شۇنىڭ بىلەن بىرگە سۈيدۈك مىقدارى سائىتىگە 40ml دىن ئاشقاندىن كېيىن مۇۋاپىق مىقداردا 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 تۈزىتىلىدۇ. يۇقىرى ئوسموسلۇق ناترىينى تامچىلاتقاندا يەنىلا تامچىلىتىش سۈرئىتىنى 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 قاننىڭ ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ كېتىش قاتارلىق مېتابولىزم قالايمىقانلىشىشىنىڭ ئالامەتلىرى قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

(1) ياندۇرۇش، ئىچ سۈرۈش، كۆپ سىيىش كېسىلى ياكى ئىسسىق مۇھىتتا زىيادە كۆپ، كۈچلۈك 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 سۇيۇقلۇقنى زىيادە كۆپ تولۇقلاشتىن ياكى ناترىي قويۇقلۇقى يۇقىرى دىئالىز سۇيۇقلۇقىنى 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 ـ بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىقتىن بۆرەكنىڭ ناترىي چىقىرىشى ئازىيىش قاتارلىق سەۋەبلەردىنمۇ يىغىلىپ قېلىش خاراكتېرلىك يۇقىرى ناترىيلىق قان كېسىلى كېلىپ چىقىدۇ.

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

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى: كلىنىكىلىق ئىپادىسى كېسەل قوزغىلىشىنىڭ تېز ـ 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 سىغىمچانلىقتا سىغىمچانلىق يېتىشمەسلىك ئالامەتلىرى، كۆپ سىيىش كېسىلىدە سۈيدۈك كۆپىيىش قاتارلىقلار.

(2) هۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقنىڭ ناترىي قويۇقلۇقى يۇقىرىلاپ، ئوسموس بېسىمى ئۆرلەپ، هۈجەيرە 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 ناترىي خلور (تۇز سۈيى) ياكى ناترىي بىكاربوناتنى زىيادە ئىشلىتىشتىن قاندىكى ناترىي يۇقىرىلاپ كەتسە بىماردا يۇقىرى قان بېسىمى، نەپەس قىيىنلىشىش بولىدۇ.

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

3) دىئاگنوزى:

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

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

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

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

(2) بىمارنىڭ قان سىغىمچانلىقى 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 كېسىلىنىڭ يۈز 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 گلۇكوزىغا

0.25% لىك تۇز سۇيۇقلۇقىنى قوشۇپ تامچىلىتىشقىمۇ بولىدۇ. تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقىنىڭ 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 سۈيى (0.9% لىك ناترىي خلور) بىلەن قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىپ، ئۈنۈملۈك قان ئايلىنىش ئەسلىگە كەلتۈرۈلگەندىن كېيىن ئاندىن قاندىكى ناترىينىڭ ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن كېيىنكى قەدەمدە ئىشلىتىلىدىغان سۇيۇقلۇق بەلگىلىنىدۇ. ئەگەر يۇقىرى قان سىغىمچانلىق (تەندە سۇ يىغىلىپ قېلىش) قوشۇلۇپ كەلسە، ئۈنۈمى كۈچلۈك 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 سىرتىقى 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:

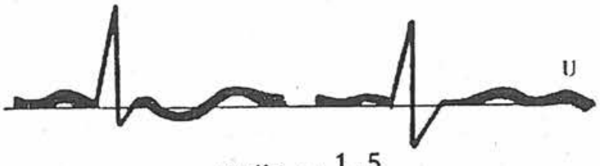
(1) كالىينىڭ قوبۇل قىلىنىشى يېتىشمەسلىك: ئۇزۇن مۇددەت تاماق چەكلەش، تاماق يېيەلمەسلىك، ئاشقازان - ئۈچەي فۇنكسىيىسىدە توسقۇنلۇق بولۇش، كۆپ مىقداردا كالىيسىز سۇيۇقلۇق تولۇقلاش.

(2) زىيادە كۆپ كالىي يوقىتىش: قاتتىق تەرلەش، قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش ياكى ئاشقازان، ئۈچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىشتىن تېرە ۋە ھەزىمىيولى ئارقىلىق كالىي يوقىتىش، كۆپلەپ كالىي ھەيدىگۈچى سۈيدۈك ھەيدەش دورىلىرىنى ئىشلىتىش، بۆرەك مەنبەلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىشنىڭ كۆپ سىيىش باسقۇچى ۋە بۆرەك ئۈستى بەز پوستلاق خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىش كېسىلى قاتارلىقلار سەۋەبىدىن بۆرەك ئارقىلىق كالىي يوقىتىش كۆپىيىش، ئۇندىن باشقا بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى ئىشلەتكەندە ۋاقتىدا كالىي تولۇقلىماسلىق، بەزى سوزۇلما خوراشچان كېسەللەر (راك قاتارلىق) ۋە مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشتە بۆرەكنىڭ كالىي يوقىتىشى كۆپىيىش.

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

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئاساسلىقى يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ جىددىيلىنىشچانلىقىنىڭ كۈچىيىشى ۋە نېرۋا، مۇسكۇللارنىڭ قوزغىلىشچانلىقىنىڭ تۆۋەنلىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، بىماردا يۈرەك سېلىش، سوقۇشى تېزلىشىش، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، يۈرەك ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسۇلۇش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. تىپىك بولغان ئېلېكتروكاردىئوگرامما ئۆزگىرىشى بولسا دەسلەپكى باسقۇچتا T دولقۇنى تۆۋەنلەيدۇ. تۈزلىنىدۇ ياكى كۆمتۈرۈلىدۇ. ئاندىن ST بۆلىكى تۆۋەنلەيدۇ. QT ئارىلىق ۋاقتى ئۇزىرايدۇ، شۇنداقلا U دولقۇنى كۆرۈلىدۇ (1.5 ـ رەسىم). ئېغىر بولغاندا قېرىنچە تىترەپ يۈرەك سوقۇشى توختايدۇ.



1.5 ـ رەسىم

كالىي تۆۋەنلىگەندە بىماردا ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدىغان ئالامەت مۇسكۇل كۈچسىزلىنىشتۇر. ئالدى بىلەن بىمارنىڭ مۇچىلىرى بوشىشىپ ھالسىزلىنىدۇ، ئاندىن بەدەن ۋە نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىغا تارىلىدۇ. يۇمشاق پالەچلىنىش (پۈتۈن بەدەن كۈچسىزلىنىش) كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغاندا نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرى ۋە دىئافراگما پالەچلىنىپ نەپەس قىيىنلىشىدۇ، تۇنجۇقۇپ قالىدۇ. ئۇندىن باشقا بىماردا ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق كۆپۈش، ئۈچەينىڭ كوكىراش ئاۋۇشى يوقىلىش قاتارلىق ئۈچەي پالەچلىنىش ئىپادىلىرى ۋە سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش كۆرۈلىدۇ. يەنە پۈتۈن بەدەن ئېچىشىپ

ئاغرىش، ئىنكاسى تۆۋەنلەش، ھەتتا سۇسىزلىنىش كۆرۈلۈشمۇ مۇمكىن.

3) دىئاگنوز:

كېسەللىك تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى، قان زەردابىدىكى كالىي قويۇقلۇقى (3.5mmol/L دىن تۆۋەن) ۋە ئېلېكتروكاردىئوگرامما 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 سۇيۇقلۇققا 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 - ئىچىشتىن چەكلەنگەن بولسا، بۆرەك فۇنكسىيىسى نورمال بولغان شەرت ئاستىدا، كۈندىلىك تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇققا 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 تۇيۇقسىز توختاپ ئۆلۈپ كېتىشى مۇمكىن، سۇيۇقلۇق تەڭشىگەندە ھەر 500ml سۇيۇقلۇققا 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 سۈرئىتى، بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى، يۈرەك فۇنكسىيەسى ۋە قاندىكى كالىي قويۇقلۇقىنى ھەرىكەتچان، ئىنچىكە كۆزىتىشكە توغرا كېلىدۇ. ئىنتايىن ئاز بىر قىسىم بىمارلارغا يۇقىرىقى مىقدار ۋە ئۇسۇللاردا كالىي تولۇقلاشنىڭ ئۈنۈمى 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 سۈرئىتى ئاستا، ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئومۇمىي كالىينىڭ مىقدارى پەقەت 4.5g، شۇڭلاشقا ۋېنادىن كالىي تولۇقلاش سۈرئىتى 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 فۇنكسىيەسى 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 تۈزىتىلسە 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.

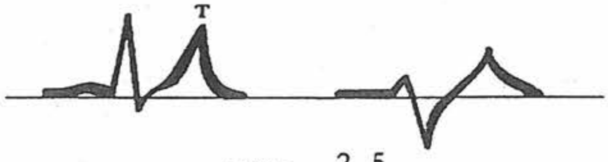
(2) كالىينىڭ بەدەندىن چىقىرىلىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ھەر خىل بۆرەك كېسەل-لىكلىرى سەۋەبىدىن بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماي ياكى زەئىپلىشىپ (ئەڭ كۆپ كۆرۈلىدۇ) كالىي چىقىرىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، كالىي ساقلاپ قالغۇچى دورىلارنىڭ قالايمىقان ئىشلىتىلىشىدىن بۆرەك سۈيدۈك چىقارغاندا كالىي چىقارماسلىق.

(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 ئۈستىگە دەسلەپكى باسقۇچتا روشەن ئىپادىلەنمەيدۇ. قاندىكى كالىينىڭ قويۇقلۇقى مەلۇم دەرىجىگە يەتكەندىن كېيىن يۈرەك ۋە سۆڭەك مۇسكۇللىرى زەھەرلىنىپ مۇناسىۋەتلىك ئالامەت، بەلگىلەر ئىپادىلىنىپ چىقىدۇ.

(1) يۈرەك ـ قان تومۇر سىستېمىسىدىكى ئىپادىلىرى: يۈرەك مۇسكۇلىغا نىسبەتەن تورمۇزلاش رولىنى ئوينايدۇ، 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 كېسى-لىدە، بولۇپمۇ كالىينىڭ قويۇقلۇقى 7mmol/L دىن ئېشىپ كەتكەندە ئېلېكتروكاردى-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 ـ رەسىم).



2.5 ـ رەسىم

(2) نېرۋا مۇسكۇل سىستېمىسىدىكى ئىپادىلەر: بىماردا ئەس ـ ھوشى غۇۋا بولۇش، سېزىملىرى غەيرىي بولۇش، ئۇيقۇسىراش، مۇسكۇل، پەي رېفلېكسلىرى يوقىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلۈشى مۇمكىن. جىددىي قوزغالغۇچىلارنىڭ نېرۋا مۇسكۇللىرىنىڭ قوزغى-لىشچانلىقى تۆۋەنلەپ ھالسىزلىنىش، پۇت ـ 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 كاردىئوگرامما ئالاھىدىلىكىنىڭمۇ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى بار.

4) داۋالاش:

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

(1) كالىينىڭ قوبۇل قىلىنىشىنى چەكلەش: كالىي تەركىبى بولغان بارلىق دورا ۋە سۇيۇقلۇق ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. كالىي ساقلاپ قالىدىغان سۈيدۈك 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 60ml~100ml ئالدى بىلەن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 100ml~200ml تامچىلىتىلىدۇ. بۇ خىل يۇقىرى ئوسموسلۇق ئىشقارلىق سۇيۇقلۇق قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ K^+ قويۇقلۇقىنى تۆۋەنلىتىدۇ. شۇنداقلا كالىينىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە يۆتكىلىشى ۋە سۈيدۈكتىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى داۋالايدۇ.

② گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى ۋە ئىنسۇلىن: 25% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 100ml~200ml 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 فۇروزېمىددىن 20mg~60mg، 20%~50% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپ-

لەشكەنلەرنى يۇقىرىقى داۋالاشلار ئۈنۈم 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 ، كۈندە تۆت قېتىم يېيىلىدۇ. رولى ھەزىم يولىدىن K^+نى ئېلىپ چىقىدۇ. دورا ئىچكەندە قەۋزىيەتنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن 25% لىك سوربىتول كۈنىگە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 10ml~20ml قوشۇپ ئىچىلىدۇ ياكى 20% لىك ماننىتول ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ.

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

6. كالتسىي، ماگنىي ئېلېكترولىتلارنىڭ قاندىكى نورماللىسىزلىقى

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 ياللۇغى، 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 قويۇقلۇقى 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 تۈزىتىش كالتسىي قويۇقلۇقىنى 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 سىيىش قاتارلىق ئالامەت-لەر 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 ئۈسۈپ 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 سۈيى ياكى ناترىي سۇلفات (硫酸钠) تولۇقلاش كالتسىينىڭ بۆرەكتىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ.

3) تۆۋەن ماگنىيلىق قان كېسىلى (低镁血症).

قان زەردابىدىكى ماگنىينىڭ نورمال قويۇقلۇقى 0.70～1.10mmol/L، تۆۋەن ماگنىي-لىق قان كېسىلىنىڭ ئاساسلىق سەۋەبى ئاچلىق، ئۈچەينىڭ سۈمۈرۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش يىغىندى كېسەللىك ئالامىتى ۋە ئۈچەي ئاقمىسى قاتارلىقلاردىن ئۇزۇن مۇددەت ماگنىي قوبۇل قىلالماسلىق ۋە ھەزىم يولى سۇيۇقلۇقىنى يوقىتىشتىن ئىبارەت. ئۇندىن قالسا ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، ئۇزۇن مۇددەت ماگنىيسىز سۇيۇقلۇق تولۇقلاش ياكى ماگنىيسىز ئوزۇقلاندۇرۇشتىن كېلىپ چىقىدۇ. بىماردا نېرۋا مۇسكۇل سىستېمىسى فۇنكى-سىيسى كۈچىيىپ كېتىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. كالتسىي يېتىشمەسلىككە ئوخشاپ كېتى-دۇ. ئۇنىڭدىن باشقا چىراي تاتىرىش، مۇسكۇل تىترەش، ئەستە تۇتۇش قابىلىيىتى تۆۋەن-لەش، ئاسان ھاياجانلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلىرىدا تىنچسىزلىنىش، جۆيلۈش، تارتىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر چىقىدۇ. قان زەردابىدىكى ماگنىينىڭ قويۇقلۇقى 0.7mmol/L دىن تۆۋەن، 24 سائەتلىك سۈيدۈكتىكى 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 ئىچىلىدۇ. ئىچىشى چەكلەنگۈچىلەرگە 10% لىك ماگنىي سۇلفات ئوكۇلىدىن 10ml ۋېنا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml～500ml غا قوشۇلۇپ تامچىتىلىدۇ. ئېغىر بىمارلارغا 20ml～30ml قوشۇپ 12 ～ 24 سائەت ئىچىدە ئاستا سۈرئەتتە تامچىلىتىشقىمۇ بولىدۇ. تولۇقلاش جەريانىدا بىمارنىڭ يۈرەك، قان بېسىم ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىگە دىققەت قىلىش لازىم.

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

بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاندا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆيۈكنىڭ دەسلەپ-
كى مەزگىلى، ئېغىر زەخىملىنىشلەردىكى ھۇجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى يېتىشمەسلىك ۋە
كىسلاتادىن زەھەرلىنىشلەردىمۇ يۇز بېرىشى مۇمكىن. ھامىلىدار تۇتقاقلىقىدا ماگنىي سۇلفات
كۆپ ئىشلىتىۋېتىلسىمۇ قان تەركىبىدىكى ماگنىي قويۇقلۇقىنى ئۆرلىتىۋېتىش ئېھتىمالى
بولىدۇ. يۇقىرى ماگنىيلىق قان كېسىلى بىمارلىرىدا ھالسىزلىنىش، چارچاش، پەي رېف-
لېكسى يوقىلىش ۋە قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. ماگنىينىڭ قويۇق-
لۇقى مەلۇم باسقۇچقا يەتكەندىن كېيىن يۈرەكنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىق فۇنكسىيىسىدە توسۇلۇش
پەيدا قىلىدۇ. بۇ ۋاقىتتىكى ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ئالاھىدىلىكى يۇقىرى كالىيلىق قان
كېسىلى بىلەن ئوخشاش، كېسەلنىڭ ئاخىرقى باسقۇچىدا نەپەس تورمۇزلىنىپ ئۇيقۇسىراش،
ھوشسىزلىنىش ھەتتا يۈرەك 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 يۈرەك ۋە مۇسكۇلغا بولغان تورمۇزلاش رولىنى يېنىكلىتىدۇ ياكى
كالتسىي خلورىد ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ. ئۇندىن باشقا بىللە قوشۇلۇپ كەلگەن كىسلاتادىن
زەھەرلىنىش ۋە سۇسىزلىنىشنىمۇ تۈزىتىش كېرەك. ئەگەر يەنىلا ئۈنۈمى بولمىسا دىئالىز-
لاپ داۋالاشنى ئويلىشىش لازىم.

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

1. كىسلاتا - ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنىڭ فىزىئولوگىيىلىك ئۇقۇمى.

بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ مۇۋاپىق بولغان كىسلاتا - ئىشقارلىقى — ئورگانىزمدىكى توقۇل-
ما، ھۇجەيرىلەرنىڭ نورمال ھاياتلىق پائالىيەتلىرىنى ئېلىپ بېرىشىنىڭ مۇھىم كاپالىتى.
ماددا ئالماشتۇرۇش جەريانىدا ئورگانىزم ئۈزلۈكسىز كىسلاتالىق ۋە ئىشقارلىق ماددىلارنى
قوبۇل قىلىدۇ ۋە ئىشلەپچىقىرىدۇ. ئەمما، بەدەن سۇيۇقلۇقىنىڭ كىسلاتا - ئىشقارلىق
دەرىجىسى ئورگانىزمنىڭ بوففېر سىستېمىسى ۋە ئۆپكە، بۆرەك فۇنكسىيىلىرىگە تايىنىپ
نىسبەتەن نورمال بولغان دائىرىدىكى قىممەتنى ساقلاپ تۇرىدۇ. كىسلاتا - 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 - ئىشقارلىق ماددىلارنىڭ مىقدارى-
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 تەڭپۇڭسىزلىنىشنى تولۇق كومپېنساتسىيىلىشى ئىنتايىن تەس.

1) ئورگانىزمنىڭ كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى 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) قان 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 تۈزۈلگەن 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 ئۈنۈم 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 پۇۋەكچىلىرىنىڭ 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_2 نىڭ نەپەستىن چىقىرىلىشى كۆپىيىپ قاندىكى HCO_3 تۆۋەنلەيدۇ، 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_3 نىڭ ھۈجەيرە سىرتىغا چىقىشى ۋە Cl^- نىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە كىرىشى كۆپىيىدۇ. قىزىل قان ھۈجەيرىسىدىكى HCO_3^- ئۆپكىدە CO_2 شەكلىدە نەپەستىن چىقىرىلىدۇ، Cl^- بۆرەكتىن چىقىرىلىدۇ.

2) كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ئۆلچەشتە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر:

(1) كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى(酸硷度, 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_2 نىڭ 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 (نەپەسلىنىش) نىڭ زىيادە بولۇپ كەتكەنلىكى، نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش بارلىقىنى كۆرسىتىپ بېرىدۇ.

(3) ئۆلچەملىك ھىدروكاربونات تۇزى (标准碳酸氢盐 ، SB) ۋە ئەمەلىي ھىدروكاربونات تۇزى (实际碳酸氢盐 ، AB) : قاننىڭ 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 قاندىكى $PaCO_2$نى 40mmHg قىممىتىدىكى گاز تەڭپۇڭ ھالىتىگە ئەكەلمەيلا ئۆلچەشتە كېلىپ چىققان ئېغىر كاربوناتلارنىڭ ئەمەلىي 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 زەھەرلىنىشنى، SB گە قارىغاندا AB يۇقىرى بولسا نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كۆرسىتىدۇ. SB ۋە AB نىڭ ھەر ئىككىلىسى قاندىكى 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 قاننىڭ 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 ماددىلارنىڭ كۆپىيىپ كەتكەنلىكىنى ئىپادىلەيدۇ، BE مۇسبىي 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 - كۆپلۈكىنى ئەكس ئەتتۇرىدۇ. ئۆلچىگەندە نەپەسنىڭ تەسىرىگە ئۇچرىمايدۇ. BE قان تەركىبىدىكى تەڭشىگۈچى ئىشقارلارنىڭ مۇتلەق قىممىتىنى نىسبەتەن ئېنىق ئىپادىلەپ بەرگەچكە، ئۇنىڭ قىممىتى كلىنىكىدا كىسلاتا - ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى داۋالاشتىكى تولۇقلاشقا تېگىشلىك بولغان كىسلاتا ياكى ئىشقارنىڭ مىقدارىنى ھېسابلاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

(5) كاربون Ⅳ ئوكسىدى بىرىكىش كۈچى (二氧化碳结合力 ، CO_2CP) : 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 خاراكتېرلىك بولسا كىسلاتادىن زەھەرلىنىشتە CO_2CP ئۆرلەيدۇ، ئىشقاردىن زەھەرلىنىشتە تۆۋەنلەيدۇ.

يۇقىرىقى كۆرسەتكۈچلەردە pH قىممىتى كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسىنى، HCO_3^- (SB ۋە AB) مېتابولىزملىق ئامىلنى، $PaCO_2$ 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 كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

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

(2) كىسلاتالىق ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنىڭ توسقۇنلۇققا ئۇچرىشى: ھەر خىل ئۆتكۈر، سوزۇلما خاراكتېرلىك بۆرەك زەئىپلىشىش، بۆرەك كانالچىلىرى خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشلەردە بۆرەكنىڭ كىسلاتا چىقىرىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش.

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

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

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېنىك بىمارلاردا روشەن ئۆزگىرىش بولمايدۇ. كېسەل ئېغىرلاشقاندا ھالسىزلىنىش، باش قېيىش، ئۇيقۇسىراش، سېزىمى سۇسلىشىش، تىنچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئىشتىھاسى تۇتۇلىدۇ، 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 كېتون پۇرىقى (سېسىق ئالما پۇرىقى) بولىدۇ. چىرايى قىزىرىپ يۈرەك تېزلىشىدۇ، قان بېسىمى ئازراق تۆۋەنلەيدۇ، پەي رېفلېكسى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقىلىدۇ، ھوشسىزلىنىدۇ. بىماردا ئاسانلا يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، ئۆتكۈر بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولماسلىق، شوك كېلىپ

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

3) دىئاگنوزى:

ئىچ سۈرۈش، ئۈچەي ئاقمىسى، شوك قاتارلىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى بولغان كېسەل تارىخى تېز ھەم چوڭقۇر بولغان تىپىك 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 دەرىجىسى كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنىڭ ئېغىرلىق دەرىجىسى بىلەن بىردەك بولىدۇ.

ئۇندىن باشقا، كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بۆرەكنىڭ ئېلېكترولىتلارنى تەڭشەش فۇنكسىيىسىنى قالايمىقانلاشتۇرۇپ قاندىكى كالىي، كالتسىي، سۇيدۈك كىسلاتاسى قاتارلىقلارنىڭ قويۇقلۇقىنى ئۆزگەرتىۋېتىدۇ.

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 تىپتىكى مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى كېسەل سەۋەبىنى يوقىتىش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ سۇسىزلىنىشنى ياخشىلاش ئارقىلىق داۋالاپ ئەسلىگە كەلتۈرگىلى بولىدۇ. تۆۋەن سىغىمچانلىق شوكتا مېتابولىزملىق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندىمۇ سۇيۇقلۇق ۋە قان تولۇقلاش ئارقىلىق شوك تۈزىتىلسە يېنىك تىپتىكى زەھەرلىنىش ئۆزلۈكىدىن ئەسلىگە كېلىدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە بۇنداق كېسەلگە ئىشقارلىق دورىلارنى ئالدىراپ ئىشلەتكەندە مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش خەۋپى بولىدۇ. شۇڭلاشقا نىسبەتەن يېنىك تىپتىكى 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 كې-

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 ئۆرلىتىدۇ. 5% لىك $NaHCO_3$ تەركىبىدە Na^+ دىن 60mmol ، 60mmol/L HCO_3^- 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 قايسى فورمۇلا ئارقىلىق ھېسابلانمىسۇن ھېسابلاش نەتىجىسىنىڭ ئەمەلىي ئەھمىيىتى بەك چوڭ ئەمەس. ھېسابلاپ چىقىلغان مىقدارنىڭ ھەممىسىنى بىراقلا تولۇقلاش قەتئىي چەكلىنىدۇ. ئالدى بىلەن يۇقىرىقى ھېسابلاپ چىقىلغان مىقدارنىڭ يېرىمىنى 2 ~ 4 سائەت ئىچىدە ۋېنادىن تولۇقلاش، ئاندىن قان - 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 تۈزىتىشتۇر. 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 كېسەلى ۋە قان ئوسموس بېسىمىنىڭ يۇقىرىلاپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. كىسلاتادىن زەھەرلىنىش تۈزىتىلگەندىن كېيىن يەنە تۆۋەن كالتسىيلىق ۋە تۆۋەن كالىيلىق قان كېسەلى كېلىپ چىقىشىمۇ مۇمكىن. شۇڭا يۇقىرىقى ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىشقا دىققەت قىلىش، زۆرۈر بولغاندا ۋاقتىدا داۋالاش كېرەك.

3. مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلىنىش (代谢性硷中毒).

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 - قايتا قۇسۇش، ئاشقازان ئاقمىسى، ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى كانالچە ئارقىلىق ئاققۇزۇش قاتارلىقلاردىن كۆپ مىقداردا ئاشقازان كىسلاتاسى ۋە K^+ نى يوقىتىش،

شۇ سەۋەبتىن ئۇچەي سۇيۇقلۇقلىقىدىكى HCO_3^-نېيتراللىشالماي بىۋاستە قانغا سۇمۇرۇلۇش.

(2) ئىشقارلىق ماددىلارنىڭ زىيادە كۆپ قوبۇل قىلىنىشى: ئۇزۇن مۇددەت ئىشقارلىق دورىلارنى ئىچكەندە ئاشقازان كىسلاتاسى نېيتراللىشىپ ئۇچەيگە كىرىدىغان كىسلاتا ئازىيىپ كېتىش، شۇ سەۋەبتىن ئۇچەي سۇيۇقلۇقىدىكى ئىشقار نېيتراللىشالماي بىۋاستە قانغا سۇمۇرۇلۇش.

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

(4) سۈيدۈكتىن Cl^-نى چىقىرىش زىيادە كۆپ بولۇش: فۇروزېمىد قاتارلىق Na^+، Cl^- ھەيدىگۈچى سۈيدۈك 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، جۆيلۈش، ئۇيقۇسىراش، پۇت - قوللىرى تارتىشىش، پەي رېفلېكسى كۈچىيىش قاتارلىق روھىي - نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغاندا مېڭە ۋە باشقا ئەزالارنىڭ مېتابولىزمى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ھوشسىزلىنىدۇ. بەزىدە سۇسىزلىنىش ۋە تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلىنىڭ ئالامەتلىرى بولۇشى مۇمكىن.

3) دىئاگنوزى:

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

4) داۋالاش:

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

نىمۇ تولۇقلاپلا قالماي، زىيادە HCO_3^- نىمۇ نېيتراللايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا كۆپىنچە مېتابولىزملىق ئىشقاردىن زەھەرلەنگۈچى بىمارلاردا تۆۋەن كالىيلىق قان كېسىلى بولغاچقا، ھەر سائەتلىك سۈيدۈك 40ml دىن ئاشسىلا كالىي تولۇقلاش كېرەك. كالىينىڭ يەنە سۈيدۈكتىن H^+ نىڭ چىقىرىلىشىنى تىزگىنلەپ، ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى يېنىكلىتىش رولى بولىدۇ.

قان پلازمىسىدىكى HCO_3^- نىڭ قويۇقلۇقى 45mmol～50mmol دىن، pH قىممىتى 7.65 دىن يۇقىرى بولغان ئېغىر ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى داۋالىغاندا دەرھال سۇيۇلدۇرۇلغان ھىدروخلورىد (盐酸) ئېرىتمىسى ئىشلىتىلىپ ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقىدىكى ئوشۇقچە HCO_3^- نېيتراللاشتۇرۇلىدۇ. يەنى 1mol/L قويۇقلۇقتىكى 150ml ھىدرو خلورىد، 1000ml تەڭ ئوسموسلۇق تۇز سۈيى ياكى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدا ئېرىتىلىپ (ھىدرو خلورىد قويۇقلۇقى 0.15mmol/L بولىدۇ) سائىتىگە 25ml～50ml سۈرئەتتە مەركىزىي ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ھەر 4 ～ 6 سائەتتە بىر قېتىم قان - گاز ئانالىزى ۋە قاندىكى ئېلېكترولىتلار تەكشۈرۈلۈپ تۇرۇلىدۇ. زۆرۈر بولغاندائىككىنچى كۈنى يەنە بىر قېتىم تەكرار دورا بېرىشكە بولىدۇ.

داۋالىغاندا ئىشقاردىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش سۈرئىتى بەك تېز بولماسلىقى كېرەك. ئۇنىڭ ئۈستىگە تولۇق تۈزىتىش تەلەپ قىلىنمايدۇ. ئەگەر بىماردا قول - 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 ئۆتتۈشۈش ۋە گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسىنىڭ 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:

مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى تورمۇزلىنىش ياكى پالەچلىنىش (مەسىلەن: ناركوز زىيادە چوڭقۇر بولۇش، تىنچلاندۇرغۇچى دورىلاردىن زەھەرلىنىش قاتارلىق)، نېرۋا - 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 فۇنكسىيىسىنى توسقۇنلۇققا ئۇچرىتىدىغان ۋە تورمۇزلايدىغان كېسەللىكلەردە كۆرۈلىدۇ.

ئورگانىزمنىڭ نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە بولغان كومپېنساتسىيەلىك رولى تولىمۇ چەكلىك. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشتە ئاساسەن كومپېنساتسىيىلەش بولمايدۇ. CO_2 قويۇقلۇقى قىسقا ۋاقىتتىلا يۇقىرى چەككە يېتىدۇ. زەھەرلىنىش ئېغىر بولىدۇ. سو-

زۆلما زەھەرلىنىشتە ئورگانىزم ئاساسەن قاندىكى بۇففېر سىستېمىسى ۋە بۆرەك فۇنكسىيەسىگە تايىنىپ كومپېنساتسىيىلەيدۇ. ئەمما بۇ خىل كومپېنساتسىيىلەش ئاجىز ۋە ئاستا بولىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

دەم سىقىش، 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 ـ گاز ئانالىزىدا pH قىممىتى تۆۋەنلەيدۇ. $PaCO_2$ 45mmHgدىن 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 فۇنكسىيەسىنى ياخشىلاش، يىغىلىپ قالغان CO_2نى چىقىرىپ، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۈزىتىشتۇر.

(1) بىرلەمچى كېسەللىكنى داۋالاش بىلەن بىر ۋاقىتتا ئاكتىپ تەدبىرلەرنى قوللىنىپ، بىمارنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش، ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيەسىنى ياخشىلاش كېرەك. ئورگانىزمنىڭ نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە بولغان كومپېنساتسىيىلىك رولى ئاجىز، ئۇنىڭ ئۈستىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك تەڭلا مەۋجۇت بولغاچقا، زەھەرلىنىشنىڭ ئورگانىزمغا بولغان زىيىنى ئىنتايىن چوڭ. بولۇپمۇ ھاياتقا بىۋاستە خەۋپ يەتكۈزىدىغىنى يۇقىرى كاربونات كىسلاتالىق قان كېسىلى بولماستىن، بەلكى ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتۇر. شۇڭلاشقا بىمارنىڭ كاناي ـ كانايچىلىرىدا توسۇلۇش بولسا ۋاقتىدا راۋانلاشتۇرۇش، زۆرۈر بولغاندا ئىككىلەنمەستىن، كانايغا كانالچە قويۇپ ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيەسى قىلىپ نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك. شۇنداقلا يېتەرلىك مىقداردا ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش 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 كانايچىلارنى 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 ئەمەلگە 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 پۇۋەكچىلىرىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشۈش ۋە گاز ئالماشتۇرۇش فۇنكسىيىسىنىڭ نورمالسىز كۈچىيىپ كېتىشىدىن ئورگانىزم ئىشلەپچىقارغان CO_2 بەدەن 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، قالقانسىمان بەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش، قان يوقىتىش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، سۇدىن زەھەرلىنىش (سۇيۇلۇش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيلىق قان كېسىلى)، جىگەر مەنبەلىك مېڭە كېسىلى، باش - مېڭە زەخىملىنىش، نەپەسلەندۈرۈش 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 سۈمۈرۈشنى 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 - پۇت، ئېغىز ئەتراپى ئۇيۇشۇش، مۇسكۇل تىترەش، قول - پۇتلىرى تارتىشىش قاتارلىق كالتسىي تۆۋەنلەش بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئالامەتلەر ۋە باش ئاغرىش، باش قېيىش قاتارلىق ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. كۆپىنچە يۈرەك

سوقۇشى تېزلىشىدۇ. ئېغىر، خەتەرلىك بىمارلاردا يۈز بەرگەن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن 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 ـ گاز ئانالىزىدا 35mmHg$PaCO_2$ دىن تۆۋەن بولىدۇ، pH قىممىتى يۇقىرىلاپ AB ۋە SB تۆۋەنلەيدۇ.

4) داۋالاش:

بىرلەمچى كېسەللىكنى ئاكتىپ داۋالاش كېرەك. CO_2 نىڭ زىيادە كۆپ چىقىپ كېتىشىنى توسۇش ئۈچۈن، بىمارنىڭ ئېغىز ـ بۇرنىغا قەغەز خالتا تاقاپ، نەپەسلىنىدىغان ھاۋانىڭ CO_2 قويۇقلۇقىنى كۆپەيتىشكە بولىدۇ. زۆرۈر بولغاندا دىئازېپام (安定) ئىشلىتىپ نەپەسنى تورمۇزلاش كېرەك. نەپەسلىنىش ئاپپاراتىنى نامۇۋاپىق ئىشلىتىشتىن كېلىپ چىققان زەھەرلىنىشتە ئاپپاراتنىڭ نەپەس چاستوتىسى ۋە ھەر قېتىملىق نەپەسلىنىش ھاۋا 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 بولىدۇ.

يەتتىنچى باب شوك
(休 克)

شوك — ئادەم بەدىنىنىڭ ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىپ كېتىشىگە بولغان ئىنكاسى، يەنى توقۇلمىلاردىكى قان ئايلىنىش يېتىشمەسلىكتىن كېلىپ چىققان ماددا ئالمىشىش توسقۇنلۇققا ئۇچراش ۋە ھۈجەيرىلەرنىڭ زەرەرلىنىشىنىڭ 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 تۇيۇقسىز ئازىيىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ پۈتۈن بەدەندىكى توقۇلما، ئەزالارغا قان ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى، شۇ ئارقىلىق ھۈجەيرىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە بىر قاتار ماددا ئالمىشىشتىكى توسقۇنلۇقنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شوكنىڭ يۈز بېرىشى ۋە تەرەققىي قىلىشىدىكى ھەر قايسى باسقۇچلارنىڭ پاتو- فىزىئولوگىيىلىك ئالاھىدىلىكىمۇ ئوخشاش بولمايدۇ.

1 § . شوكنىڭ تۈرلەرگە بۆلۈنىشى

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 خاراكتېردىكى شوكقا مەنسۇپ بولۇپ، قان سىغىمچانلىقىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئالامىتى:

كېسەل جەريانىغا قاراپ شوكنى شوك دەسلەپكى باسقۇچى (كومپېنساتسىيىلىك باسقۇچ

(代偿期)) ۋە شوك باسقۇچى (كومپېنساتسىيىسىز باسقۇچ (失代偿期)) غا بۆلۈشكە بولىدۇ.

1) شوك دەسلەپكى باسقۇچى: ئۇنۇملۇك ئايلىنىشتىكى قان سىغىمچانلىقى ئازىيىشنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا ئورگانىزمنىڭ مۇناسىپ ھالدا كومپېنساتسىيىلىك رولى بولىدۇ. بىمارنىڭ مەركىزى نېۋا سىستېمىسىنىڭ غىدىقلىنىشى كۈچىيىپ، سىمپاتىك ـ بۆرەك ئۈستى بەز لىنىيىسى (交感—肾上腺轴) غىدىقلىنىدۇ. بىماردا روھىي جەھەتتىن جىددىيلىشىش، ھاياجانلىنىش ياكى تىنچسىزلىنىش بولىدۇ. چىراي ـ تېرىسى تاتىرىدۇ. مۇچىلىرى مۇزلايدۇ. يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ تومۇر بېسىمى كىچىكلەيدۇ. نەپەس تېزلىشىپ، سۈيدۈكى ئازىيىدۇ. بۇ باسقۇچتا داۋالاش ئۈنۈملۈك بولسا شوكنى تېزلا ئەسلىگە كەلتۈرۈۋالغىلى بولىدۇ.

2) شوك باسقۇچى: بىمارنىڭ ھوشى سۇس بولىدۇ ياكى ئەس ھوشى ئېنىق بولمايدۇ. ئىنكاسى ئاستا بولىدۇ، ھەتتا ھوشسىزلىنىدۇ. سوغۇق تەرلەيدۇ. كالپۇك، بارماقلىرى كۆكىرىدۇ. تومۇر سوقۇشى ئاجىز، تېز بولىدۇ. قان بېسىمى ئۆزلۈكسىز 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 ھەزىم يولىدا قاناش بولسا كېسەل ئەھۋالىنىڭ يېيىلما قان تومۇر ئىچىدە قان ئۇيۇش (DIC) باسقۇچىغا يەتكەنلىكىنى كۆرسىتىدۇ، ئەگەر ئۆزلۈكسىز نەپەس قىيىنلىشىش كۆرۈلسە، تومۇر تېز سوقۇشى، كۆكىرىش، تىنچسىزلىنىش بولسا، ئادەتتىكى ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش نەپەس ئەھۋالىنى ياخشىلىيالمىسا نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى (ARDS) باسقۇچىنى نەزەردىن ساقىت قىلماسلىق كېرەك.

2. دىئاگنوزى:

شوكقا دىئاگنوز قويۇش ئانچە قىيىن ئەمەس، مۇھىمى 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 ئېھتىماللىقىنى ئۇنتۇماسلىق لازىم، داۋالاش جەريانىدا بىماردا سوغۇق تەرلەش، ھاياجانلىنىش، يۈرەك رىتىمى تېزلىشىش، تومۇر بېسىمى تۆۋەنلەش ياكى سۈيدۈك ئازىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە ئالدى بىلەن شوكنى ئويلىشىش كېرەك. ئەگەر بىمار توختىماي ئۇسساۋاتقان، ئەس ھوشى سۇس، ئىنكاسى ئاستا، چىرايى تاتارغان، سوغۇق تەرلەپ پۇت 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 ـ ھوشىدىكى ئۆزگىرىش مېڭە قان ئايلىنىشى ۋە پۈتۈن بەدەن ھالىتىنى ئەكس ئەتتۈرۈپ 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 سۇرۇنلىشىپ، ئەس ھوشى ئېنىق بولمىسا شوكنىڭ ئېغىرلاشقانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ.

2) ئۇچ قان ئايلىنىش (末梢循环): تېرىنىڭ رەڭگى، تېمپېراتۇرىسى ۋە نەملىكى بەدەننىڭ يۈزە قىسمىنىڭ قان ئايلىنىش ئەھۋالىنى ئەكس ئەتتۈرىدۇ. مۇچىلىرى 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 قېپىش دېغى پەيدا بولسا، ئوكۇل ئۇرغان ئورۇندا قان قېيىۋېلىش بولسا DIC كېلىپ چىققانلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ.

3) ئاساسلىق ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى:

(1) قان بېسىم: قان بېسىمىنىڭ مۇقىملىقىنى ساقلاش شوكنى داۋالاشتا ئىنتايىن مۇھىم. بىراق قان بېسىم شوكنىڭ دەرىجىسىنى ئەكس ئەتتۈرۈپ بېرىدىغان ئەڭ سەزگۈر كۆرسەتكۈچ ئەمەس، شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا، كىچىك بولغان تومۇرنىڭ قىسقىرىشىدىن قان بېسىم نورمال بولىدۇ ياكى نورمالغا يېقىنلىشىدۇ، شۇڭلاشقا قان بېسىمىنى ئۈزلۈكسىز قايتا ـ 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 بېسىمىنىڭ 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، پۇت ـ 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 شوكنىڭ ئېغىرلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

(3) تېمپېراتۇرا: ئادەتتە شوك بىمالىرىنىڭ تەن تېمپېراتۇرىسى نورمال تېمپېراتۇردىن تۆۋەن بولىدۇ.

4) سۈيدۈك مىقدارى: سۈيدۈك مىقدارى بۆرەك قان ئايلىنىش ئەھۋالىنىڭ كۆرسەتكۈچىدۇر. ئۇ هاياتلىق ئەزالىرىنىڭ قان ئايلىنىش ئەھۋالىنى ئەكس ئەتتۈرۈپ بېرىدۇ. بىمارغا سۈيدۈك كانالچىسى قويۇپ ھەر سائەتلىك سۈيدۈك مىقدارىنى كۆزىتىش، سۈيدۈك سىلىشتۇرما ئېغىرلىقىنى ئۆلچەپ تۇرۇش كېرەك. ھەر سائەتلىك سۈيدۈك 25ml دىن تۆۋەن، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى يۇقىرى بولسا، بۆرەك تومۇرلىرىنىڭ قىسقىرىشىنىڭ يەنىلا مەۋجۇتلۇقىنى ياكى قان سىغىمچانلىقى يېتەرلىك ئەمەسلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. قان بېسىم نورمال، ئەمما سۈيدۈك يەنىلا ئاز، سېلىشتۇرما ئېغىرلىقى نىسبەتەن تۆۋەن بولسا ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش يۈز بەرگەنلىكىنىڭ ئىپادىسىدۇر. ئەگەر سائەتلىك سۈيدۈك مىقدارى 30ml دىن يۇقىرى بولسا شوكنىڭ ياخشىلانغانلىقىنى كۆرسىتىپ بېرىدۇ.

4. داۋالاش:

شوكتىن ئىبارەت ئوخشاش بولمىغان سەۋەبلەر پەيدا قىلسىمۇ، ئەمما ئورتاق كلىنىكلىق 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 ـ زەخىمنى ئاكتىپ داۋالاشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. مەسىلەن: زەخىملەنگەنلەرنى 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 بېسىمىنى 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، سۈيدۈك مىقدارى قاتارلىقلارنى بىمارنىڭ تېرە تېمپېراتۇرىسى، ئۈچ قان ئايلىنىش، تومۇر سوقۇشى ۋە قىلدام تومۇرلارنىڭ قان تولۇش ۋاقتى قاتارلىق مىكرو ئايلىنىش ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىگە بىرلەشتۈرۈپ كۆزىتىش ئارقىلىق تولۇقلانغان قان سىغىمىنىڭ ئۈنۈمىگە ھۆكۈم قىلغىلى بولىدۇ. ئادەتتە ئالدى بىلەن كرىستال سۈيۇقلۇق (晶体液) ئىشلىتىلىدۇ. بىراق كرىستال سۈيۇقلۇقنىڭ قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇش

رولى پەقەت بىر سائەت ئەتراپىدىلا داۋاملاشقاچقا يەنە تولۇق قان، قان شىرىسى، قويۇلدۇرۇل-
غان قىزىل قان هۆجەيرىسى، قان شىرىسىسىمان سۈيۈقلۇق قاتارلىق كوللوئىد سۈيۈقلۇقلار
(胶体液) تەييارلىنىپ، ئوكۇل قىلىپ ئۇرۇلىدۇ. ئۇندىن باشقا 7.5%~3% لىك يۇقىرى
ئوسموسلۇق تۇز سۈيىمۇ شوكنى قۇتقۇزۇشقا ئىشلىتىلىدۇ. چۈنكى يۇقىرى ئوسموسلۇق
سۈيۈقلۇقنىڭ ئوسموسلۇق بېسىم رولى ئارقىلىق توقۇلمىلار ئارىسى ۋە ئىششىغان هۆجەيرى-
لەر ئىچىدىكى سۈيۈقلۇقنى شۈمۈرۈپ چىقىرىپ، قان سىغىمچانلىقىنى كۆپەيتىش مەقسىتىگە
يەتكىلى بولىدۇ. يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ناترىينىڭ يەنە ئىشقار زاپىسىنى ئاشۇرۇش ۋە
كىسلاتادىن زەهەرلىنىشنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولى بولىدۇ.

3) كېسەللىكنى ئاكتىپ بىر تەرەپ قىلىش: تاشقى بۆلۈم كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ
چىقارغان شوكنى داۋالاشتا كۆپىنچە ئەسلىي كېسەللىكنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا
كېلىدۇ. شۇڭلاشقا ئەڭ تېز سۈرئەتتە ئۈنۈملۈك ئايلىنىشتىكى قان سىغىمىنى ئەسلىگە
كەلتۈرگەندىن كېيىن ۋاقتىدا ئەسلىي كېسەلنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك. زۆرۈر
تېپىلغاندا شوكقا قارشى داۋالاش بىلەن بىرلا ۋاقىتتا ئوپېراتسىيە قىلىش، جىددىي قۇتقۇزۇش
پۇرسىتىنى قولدىن بېرىپ قويماسلىق لازىم.

4) كىسلاتا ـ ئىشقار تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىپ داۋالاش: شوك بىمارلىرىدا توقۇلمى-
لارغا قان يېتىشمەسلىك ۋە هۆجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتىن ئوخشىمىغان دەرىجى-
دە كىسلاتادىن زەهەرلىنىش بولىدۇ. كىسلاتالىق ئىچكى مۇهىتنىڭ يۈرەك مۇسكۇلى، تومۇر
سىلىق مۇسكۇلى ۋە بۆرەك ئىقتىدارىغا نىسبەتەن تورمۇزلاش رولى بولىدۇ. ئۇندىن باشقا
شوك دەسلەپكى باسقۇچىدا، ئارتۇقچە هاۋا ئالماشتۇرۇشتىن قاندىكى كاربونىك كىسلاتا
تۆۋەنلەپ نەپەسلىنىش خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەهەرلىنىش كېلىپ چىقىشى مۇمكىن،
ئىشقاردىن زەهەرلەنگەندە ئوكسىگېننىڭ قان قىزىل ئاقسىلدىن ئاجرىلىشى تەسلىشىپ،
توقۇلمىلارغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. كىسلاتالىق مۇهىت ئوكسى-
گېن بىلەن قان قىزىل ئاقسىلنىڭ ئاجرىلىشىغا پايدىلىق بولغاچقا، دەسلەپكى باسقۇچتا
ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش بەك تەكىتلەنمەيدۇ. ئورگانىزم يېتەرلىك قان سىغىمچانلى-
قىغا ئېرىشكەن ۋە مىكرو ئايلىنىش ياخشىلانغاندىن كېيىن يېنىك كىسلاتادىن زەهەرلىنىش
كۆپىنچە ئۆزلۈكىدىن ياخشىلىنىدۇ. ئەمما ئېغىر تىپتىكى شوكقا كىسلاتادىن زەهەرلىنىش
قوشۇلۇپ كەلسە، قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلىغاندىن كېيىن ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلى-
تىپ زەهەرلىنىشنى تۈزىتىش كېرەك.

5) تومۇر ئاكتىپ ماددىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى (血管活性物质): ئېغىر تىپلىق
شوكنى داۋالىغاندا كۆپىنچە يالغۇز قان سىغىمچانلىقىنى كۆپەيتىشكە تايىنىپلا قان ئايلىنىشنى
ياخشىلىغىلى ياكى قان بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرگىلى بولمايدۇ. مۇبادا قان سىغىمى ئاساسەن
تولۇقلانغان بولسىمۇ، ئەمما قان ئايلىنىش ياخشىلانماي بىمار يەنىلا كۆكەرگەن، مۆچىلىرى

سوغۇق ھالەتتە 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 ئاكسېپتورىنى غىدىقلايدۇ. β ـ ئاكسېپتورىنى يېنىك دەرىجىدە غىدىقلايدۇ. يۈرەك مۇسكۇلىنى غىدىقلاپ، تومۇرلارنى قىسقارتىپ قان بېسىمىنى ئۆرلىتىدۇ ۋە تاجسىمان قان تومۇرلارنىڭ قان ئايلىنىشىنى ياخشىلايدۇ. تەسىر قىلىش ۋاقتى قىسقا. نورمال ئىشلىتىش مىقدارى 0.5mg～2.0mg بولۇپ، 5% گلۇكوزىدىن 100ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تېمىتىلىدۇ.

ئارامىن ۋاستىلىك ھالدا α، β₁ـ ئاكسېپتورىنى غىدىقلايدۇ. يۈرەك ۋە تومۇرلارغا بولغان رولى نورئادرېنالىندىن ئاجىز، رولى تەخمىنەن 30 مىنۇت داۋاملىشىدۇ.

دوپامىن بولسا ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان تومۇر قىسقارتىش دورىسى بولۇپ α، β₁ۋە دوپامىن ئاكسېپتورىنى غىدىقلاش رولىغا ئىگە، ئۇنىڭ رولى ئىشلىتىش مىقدارى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، ئاز مىقداردا (10μg/min.kg) ئىشلىتكەندە، ئاساسلىق β₁ۋە دوپامىن ئاكسېپتورىغا تەسىر قىلىپ يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىدۇ، شۇنداقلا ئاشقازان، ئۈچەي ۋە بۆرەك قاتارلىق ئىچكى ئەزالارنىڭ قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىدۇ. كۆپ مىقداردا (15μg/min.Kg دىن يۇقىرى) ئىشلىتكەندە α ئاكسېپتورىغا تەسىر قىلىپ ئەتراپ قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقىنى كۈچەيتىدۇ. شوكقا قارشى داۋالاش ئېلىپ بارغاندا ئۇنىڭ يۈرەك 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 ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە خولىن ئىقتىدارىغا قارشى (抗胆硷能) دورىلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئالدىنقىسىدىن فېنتولامىن (酚妥拉明) بولۇپ، نورئادرېنالىن پەيدا قىلغان كىچىك تومۇرلارنىڭ قىسقىرىشى ۋە مىكرو ئايلىنىشتىكى قان قويۇلۇۋېلىشنى تۈگىتىپ، سول يۈرەك 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 (乙酰胆硷) 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

سىلىق 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 ئۈچ 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 دوبۇتامىننىڭ 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 سىغىمچانلىقنى 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 سىغىمچانلىقنى تولۇقلاشقا تىرىشىش لازىم.

6) DIC نى داۋالاپ قان ئايلىنىشنى ياخشىلاش:

ئەگەر DIC دىئاگنوزى ئېنىق بولسا ھېپارىن (肝素) ئىشلىتىپ قان ئۇيۇشقا قارشى تۇرۇش كېرەك. ئۇندىن باشقا يەنە تالالىق ماددىلارنىڭ ئېرىشىگە قارشى دورىلاردىن گلىتسىن (氨基乙酸)، ترانسامىك كىسلاتا (氨甲环酸)، قان پلاستىنكىلىرىنىڭ يېپىشىشىغا قارشى دورىلار (抗血小板粘附剂)، پېرسانتىن (潘生丁)، كىچىك مولېكۇلالىق دېكستران (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: ① α- ئاكسېپتورىنىڭ غىدىقلىنىشىنى توسۇپ، تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، ئەتراپ ئايلىنىشنىڭ توسقۇنلۇقىنى تۆۋەنلىتىدۇ. ② يۈرەك مۇسكۇلىدىكى فېرمېنت ئېرىتكۈچى تەنچىلەرنى قوغداپ، ئۇلارنىڭ يېرىلىشىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. ③ يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارىنى كۆپەيتىدۇ. ④ يىپسىمان تەنچىلەرنىڭ رولىنى كۈچەيتىدۇ ۋە ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ يىغىلىشىنى ئاشۇرىدۇ. ⑤ شېكەرنىڭ غەيرىي

شەكىللىنىشىنى كۆپەيتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى يېنىكلىتىدۇ. دورا ئىشلىتىش پرىنسىپى بۇرۇن، كۆپ مىقداردا، قىسقا مۇددەت ئىشلىتىشتۇر.

باشقا دورىلار: ① تاشقى مەنبەلىك ئادېنوزىن ترىفوسفات (ATP) شوكتا ھۈجەيرىدىكى يېپىسمان تەنچىنىڭ ATP بىرىكتۈرۈشى تۆۋەنلەپ، ئېنېرگىيە ئىشلەپچىقىرىشى ئازىيىدۇ. تاشقى مەنبەلىك ATP نورمال بولغان توغرا يوللۇق مۇسكۇلنىڭ ھۈجەيرە پەردىسىدىن ئۆتەلەيدۇ. شۇ ئارقىلىق قان، ئوكسىگېن يېتىشمىگەن ھۈجەيرىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرۇپ، دورىلارنىڭ تەسىر قىلىشىنى ئاسانلاشتۇرىدۇ. ② كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلاردىن: ۋېراپامىل (维拉帕米)، نىفېدىپىن (心痛定) قاتارلىقلار بولۇپ كالتسىي ئىئوننىڭ ئېقىشىنى توسۇپ ھۈجەيرە تۈزۈلۈشى ۋە فۇنكسىيىنى قوغدايدۇ.

2 § . زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك
(过 敏 性 休 克)

زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرىدىكى شوك — ئاللىقاچان سېزىمچانلىققا 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 ماددىلار مەسىلەن: ھىستامىن (组胺) برادىكىنىن (缓激肽) 5 – ھىدروكسى ترىپتامىن (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 قىلىشىمۇ 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، سايىلەندۇرۇش 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 هاشارتلار چېقىۋالغان دېگەندەك.

(2) كېسەلنىڭ قوزغىلىشى تۇيۇقسىز، كۆپىنچە بىمارلار ئانتىگېنغا يولۇقۇپ نەچچە ئون سېكۇنتتىن نەچچە ئون مىنۇتقىچە بولغان ئارىلىقتىلا كېسەل قوزغىلىدۇ.

(3) كېسەل قوزغىلىش بىلەنلا بىمار شوك هالىتىگە كىرىدۇ.

(4) تېرە بەلگىسى ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: يەلتاشما، قىزىل داغ، قىچىشىش قاتارلىقلار.

(5) كۆز قىچىشىپ ياشاڭغىرايدۇ، چۈشكۈرىدۇ، ماڭقىسى ئېقىپ، بۇرنى پۈتىدۇ، نەپەس قىستايدۇ، باش قايىدۇ، دەم سىقىلىدۇ. بۇلار ئەڭ بۇرۇن كۆرۈلىدىغان ئالامەتلەردۇر.

(6) كاتارلىق بۇرۇن ياللۇغى، يۇتقۇنچاق سۇلۇق ئىششىقى، كانايچىلار سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس قىيىنلىشىش، 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 قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ.

(10) جىددىيلىشىش، تىترەش، توڭلاش بولىدۇ.

2) تەن بەلگىلىرى:

(1) ئادەتتىكى ئەھۋالى: هاياتلىق ئالامەتلىرى نورماللىسىزلىنىش، 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 سۇلۇق ئىششىق: تومۇر خاراكتېرلىك سۇلۇق ئىششىق تېرىنىڭ چوڭقۇر قاتلىمىدا ۋە شىللىق پەردە يۈزىدە كۆرۈلىدۇ، ئويمانلاشمايدۇ. كالپۇك، ئېغىز بوشلۇقى، ئالىقان، تاپان، جىنسىي ئەزالاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. تومۇر خاراكتېرلىك سۇلۇق 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 بولماي-دۇ. تاشما ئۆزئارا بىرىكىپ چوڭ بولغان يەل تاشمىلارنى شەكىللەندۈرىدۇ. ھەتتا پۈتۈن ھەقىقىي تېرە قەۋىتىگە تاراپ يېيىلما قىزىل داغ ياكى سۇلۇق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە سېلىشتۇرما 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. سېلىش-تۇرۇپ دىئاگنوز قويۇشتا ئاساسەن شوكنىڭ كېسەل سەۋەبى پەرقلەندۈرۈلىدۇ. مەسىلەن: يۈرەك مەنبەلىك شوك، يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوك قاتارلىقلار. ئۇندىن باشقا ئوكۇلدىن ھوشىدىن كېتىش (晕针) 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 ئۈستىگە كانايغا كانالچە سېلىش مۇمكىنچىلىكى بولمىسا، جىددىي پەيتتە ھالقىسمان كۆمۈرچەك پەردىسىنى تېشىش.

(2) ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، يۈرەك ئەھۋالىنى تۈزىتىش، ۋېنانى ئېچىش.

(3) β ـ ئاكسېپتورىنى غىدىقلىغۇچى دورىنى سۈمۈرتۈپ كانايچىلارنىڭ سپازمىسىنى ياخشىلاش، مەسىلەن: سامبۇتامول (舒喘灵) پۈركۈگۈچ دورىسىنى ئېغىزىدىن 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 سۈمۈرتۈش، يۈرەكنى كۆزىتىش، چوڭراق ۋېنا يولىنى ئېچىش.

② ۋېنادىن كرىستال سۇيۇقلۇقنى ئوكۇل قىلىپ تېمىتىش.

③ زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېردىكى 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 سىقىش، ھاسىراشنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: ئادرېنالىن ياكى β - ئاكسېپتورىنى غىدىقلىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش.

4) شوكنى داۋالاش: ئۈنۈملۈك قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش. تومۇر ئاكتىپ دورىلىرىنى ئىشلىتىش، دوپامىندىن 20mg نى 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 200ml~300ml غا قوشۇپ تومۇردىن ھەر مىنۇتتا 20 تامچىدىن تېمىتىش، قان بېسىمىغا ئاساسەن سۈرئىتىنى تەڭشەش، ئەڭ تېز بولغاندا مىنۇتتا 100 تامچىدىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك.

ئىلگىرى β - ئاكسېپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىسى ئىشلەتكەن بىمارلارغا زىيادە سەزگۈرلۈك خاراكتېرلىك شوكنى داۋالىغاندا ئادرېنالىننىڭ رولى دېگەندەك ياخشى بولماسلىقى 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، ئۈنۈملۈك 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: مەركىزىي ۋېنا بېسىمى تۆۋەنلەش، يۈرەككە قايتقان قان مىقدارى ئازىيىش، كاربون چالا ئوكسىد تۆۋەنلەش كەلتۈرۈپ چىقارغان تۆۋەن قان بېسىمى، نېرۋا - ئىچكى 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 زەخىملىنىشتىن جىگەر، تال يېرىلغان، ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەي قانىغان، قاپقا ۋېنا يۇقىرى بېسىم كېسىلىدىن قىزىل ئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى يېرىلىپ قانىغان ئەھۋاللاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئادەتتە تېز سۈرئەتتە يوقاتقان قان پۈتۈن بەدەندىكى قان مىقدارىنىڭ 20% دىن ئاشقاندا، دەرھاللا شوك ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. زەخىملەنگەن ئورگانىزمدا ھىستامىن، ئاقسىل ئېنزىمى شەكىللىنىپ قىلدام تومۇرلارنى كېڭەيتىۋېتىدۇ ھەم تومۇرنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ ـ دە، ئۈنۈملۈك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ ئازىيىدۇ. يەنە بىر تەرەپتىن، زەخمە نېرۋا سىستېمىسىنى غىدىقلاپ، نېرۋا ـ ئىچكى ئاجراتما سىستېمىسىدا ئىنكاس پەيدا قىلىدۇ، بۇ ئىنكاس يۈرەك ـ قان تومۇر فۇنكسىيىسىگە تەسىر قىلىدۇ. بەزى زەخىملەر، مەسىلەن: كۆكرەك زەخىمىسى بىۋاستە ئۆپكە، يۈرەككە تەسىر قىلىشى، كەسمە پالەچ يۈرەككە قويۇلىدىغان قان مىقدارىنى ۋاقىتىنچە ئازايتىۋېتىشى مۇمكىن. ئېغىر بولغان سۇيۇقلۇق يوقىتىش ھۈجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقى ۋە قان شىرىسىنىڭ كۆپ مىقداردا يوقىلىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ ئۈنۈملۈك 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 ئۈنۈملۈك 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 قاننىڭ قايتىپ ئېقىشىنى كۆپەيتىش كېرەك. ئالدى بىلەن، ۋېنادىن تەڭ ئوسمىوسلۇق تۇز سۈيى (等渗盐水) ياكى تەڭپۇڭ تۇز سۈيىنى (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، ئۈنىڭ ئۈستىگە قاناشنىڭ توختىغانلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئەگەر بىمارنىڭ قان ھۈجەيرە سىلىشتۇرما ھەجمى (血细胞比容) 30% دىن چوڭ بولسا، يۇقىرىقى سۇيۇقلۇقنى داۋاملىق بېرىش (تولۇقلاش مىقدارى تەخمىنەن قان يوقىتىش مىقدارىنىڭ ئۈچ ھەسسىسىگە 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 بېرىش 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 سۈيى ياكى تەڭپۇڭ سۇيۇقلۇقنى بىرلەشتۇرۇپ بېرىش كېرەك. بۇ خىل كرىستال سۇيۇقلۇق ۋە قاننى بىرلەشتۇرۇپ قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش ئۇسۇلىدا ناترىي ۋە ئۇنىڭ ھۈجەيرە ئىچىگە ئېقىشىدىن كېلىپ چىققان ھۈجەيرە تاشقى سۇيۇقلۇقى ئازىيىپ كېتىشنى تۈزەتكىلى بولىدۇ ھەمدە قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ سىلىشتۇرما ھەجمى ۋە فىبرىنوگېن (纤维蛋白原) مىقدارىنى تۆۋەنلىتىپ مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلىغىلى بولىدۇ. كلىنىكىدا كۆپىنچە قان بېسىم بىلەن مەركىزىي ۋېنا بېسىمىنىڭ قىممىتىگە ئاساسەن سۇيۇقلۇق تولۇقلىنىدۇ.

قان سىغىمچانلىقىنىڭ تولۇقلىنىشى ۋە ۋېنادىن قايتقان قاننىڭ ئەسلىگە كېلىشىگە ئەگىشىپ توقۇلمىلاردا يىغىلىپ قالغان سۈت كىسلاتاسى قان ئايلىنىشقا كىرىدۇ. شۇڭلاشقا چوقۇم ناترىي بىكاربونات ئىشلىتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش لازىم. ئۇندىن باشقا يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۈيى ئىشلىتىپ كىچىك تومۇرلارنى كېڭەيتىپ، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلاپ يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىراش كۈچىنى ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. بىراق قاندىكى ناترىينىڭ يۇقىرىلىشى قان بېسىمىنى چۈشۈرۈۋېتىشى، ئۇنىڭغا ئەگىشىپ كالىي تۆۋەنلەك، ۋېنا ياللۇغى ۋە قان پلاستىنكىلىرىنىڭ تۇپلىشىۋېلىشىنى 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 ئۈچەي يارىسى قانىغان بولسا قان توختىتىش قاتارلىقلار، زەخمىدىن قانىغان ئورۇننى ۋاقتىنچە مۇقىملاشتۇرۇپ قان توختىتىش، ھاياتقا 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 زەرەرلىنىش، ماددا ئالمىشىش ۋە فۇنكسىيە توسقۇنلۇققا ئۇچراشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان ھەتتا كۆپ ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىدىغان ئېغىر، خەتەرلىك يىغىندا كېسەللىك ئالامىتىدۇر. يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىڭ كۆپ ئۇچرايدىغان كېسەللەندۈرگۈچى باكتېرىيەلىرىدىن گرام مەنپىي باكتېرىيىلىرى (مەسىلەن: چوڭ ئۈچەي تاياقچە باكتېرىيىسى قاتارلىقلار) ۋە گرام مۇسپىي باكتېرىيىلىرى (مەسىلەن: ئۈزۈمسىمان شارچە باكتېرىيە، زەنجىرسىمان شار باكتېرىيە، ئۆپكە ياللۇغى 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، مەركىزىي ۋېنا بېسىمى يۇقىرىلاش، ئەتراپ تومۇر قارشىلىقى تۆۋەنلەش ۋە قاندىكى سۈت كىسلاتاسى ئارتىپ كېتىش قاتارلىق ئىپادىلەر بولسا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىڭ بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك. نەپەسلەنگەندە زىيادە ھاۋا ئالماشتۇرۇش يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدىكى ئەڭ مۇھىم بەدەن بەلگىسىدۇر. بىماردا نەپەس چوڭقۇر، تېز، يۈرەك سوقۇشى تېز بولىدۇ. بۇنىڭغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش كېرەك.

2) مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى: يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكنىڭ ئەڭ ئۈزۈن داۋاملىشىدىغان كلىنىكىلىق ئىپادىسى بولۇپ يۈز بېرىش ئېھتىمالى 70% گە يېتىدۇ. ئۇ مېڭىنىڭ قان ئايلىنىشى ۋە ئامىنو كىسلاتاسى مېتابولىزمى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇپ، بىماردا دەسلەپكى باسقۇچتا تىنچسىزلىنىش بولىدۇ، ئاستا ـ ئاستا روھىي خامۇش، سۇسلۇققا ئۆزگىرىدۇ، ھەتتا ھوشىنى يوقىتىدۇ.

3) ئاشقازان، ئۈچەي ئىپادىلىرى: بىماردا كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش ياكى ئۈچەي پالەچلىنىش ئالامەتلىرى بولىدۇ. بەزىدە ئاشقازان، ئۈچەيدە قاناش بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا ئۆت سۇيۇقلۇقى قېيىپ قېلىش خاراكتېرلىك سېرىقلىق، جىگەر نېكروزلىنىش يۈز بېرىدۇ. زەھەرلىنىشلىك تولغاقتا قان ـ يىرىڭلىق چوڭ تەرەت، ئۈچەي 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. شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا ئەتراپ تومۇرلارنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەپ يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى كۆپىيىدۇ. بۇ باكتېرىيىلىك قان كېسىلىنىڭ يىگانە ئىپادىسىدۇر. ئاخىرقى باسقۇچتا يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى ئازىيىدۇ ۋە ئەتراپ تومۇرلارنىڭ قارشىلىقى ئاشىدۇ. ئەگەر شوك داۋاملىق تەرەققىي 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 تەرەققىي 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 (10～30×10⁹/L) نېيترال ئاق قان ھۈجەيرىلىرىمۇ يۇقىرىلايدۇ. قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىش (血细胞压积) قىممىتى ۋە قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ يۇقىرىلىشى قان قويۇلغانلىقنىڭ ئىپادىسىدۇر، DIC كۆرۈلگەندە قان پلاستىنكىلىرى ئۈزلۈكسىز ئازىيىدۇ.

② قان زەردابى ئېلېكترولىتلىرىنى تەكشۈرۈش: ماگنىي، كالتسىي، فوسفور، قان شېكىرى قاتارلىقلارنى ئۆلچەش ئارقىلىق مادda 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 بېرىلى-دۇ.

⑤ قان زەردابىدىكى سۈت كىسلاتا مىقدارى: يۇقىرى بولسا توقۇلمىلاردىكى قان ئايلى-نىشنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنىڭ ئىپادىسى، قانچىكى يۇقىرى بولسا شوك شۇنچە ئېغىر، ئۆلۈش نىسبىتىمۇ شۇنچە يۇقىرى بولىدۇ.

⑥ قان - گاز ئانالىزى: كىسلاتا، ئىشقارلىققا ھۆكۈم قىلىدۇ.

4. دىئاگنوزى:

دىئاگنوز قويۇشنىڭ مۇھىم نۇقتىلىرى تۆۋەندىكىدەك:

① كلىنىكىدا ئېنىق يۇقۇملىنىش ئوچىقى بولغان؛

② پۈتۈن بەدەن يالىلۇغ رېئاكسىيىسى يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى (全身炎性反应综合征) بولغان؛

③ قىسقىراش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولغان ياكى ئاساسىي قان بېسىمىنىڭ

تۆۋەنلىشى 40mmHg دىن ئېشىپ كەتكەن ۋە ياكى قان بېسىمى دورا ياكى سۇيۇقلۇقلا تايىنىپ ساقلىنىۋاتقان؛

④ توقۇلمىلارنىڭ قان ئايلىنىشى ئاجىزلاشقانلىقىنىڭ ئىپادىسى بولغان؛

⑤ قاندىن كېسەللەندۇرگۈچى مىكرو ئورگانىزم ئۆسۈپ چىققان.

يۇقىرىقى نۇقتىلار ئاساسىدا ئۆتكۈر بوغۇم ياللۇغى، ئۆپكە تىنىقلىمىسى قاتارلىق كېسەللىكلەرنى رەت قىلغان ئاساستا يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكقا دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

5. داۋالاش:

1) نەق مەيداندا قۇتقۇزۇش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش ۋە ئىزوتونىك سۇيۇقلۇق (等张液体) تولۇقلاش.

2) جىددىي قۇتقۇزۇشتا بىر تەرەپ قىلىش:

(1) دەسلەپكى داۋالاش: نەپەس، قان ئايلىنىشنى ياخشىلاش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، يۈرەكنى كۆزىتىش، ئەتراپ ۋېنا تومۇرىنى ئېچىش، زۆرۈر بولغاندا، سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش، ئۇندىن باشقا ۋېنادىن بىرلەشتۈرۈپ ئانتىبىئوتىكلارنى بېرىش، يۇقۇملىنىش ئويمىنىنى تازىلاپ ئاققۇزۇش، بىرلەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش قاتارلىق.

(2) سۇيۇقلۇق تولۇقلاش: ئۈنۈملۈك ئايلىنىشتىكى قان مىقدارىنىڭ يېتىشمەسلىكى يۇقۇملىنىش خاراكتېرلىك شوكتىكى نېگىزلىك مەسىلە. شۇڭا قان سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇش شوكنى داۋالاشتىكى ئەڭ مۇھىم ھالقا. قان بېسىمى تۆۋەن بىمارغا ھەر 500ml ئىزوتونىك كرىستال سۇيۇقلۇق (باللار 10ml/kg) تولۇقلىغاندىن كېيىن تاكى قان ئايلىنىش نورماللاشقۇچە بىمارنىڭ كلىنىكىلىق ھالىتىنى بىر قېتىم مۆلچەرلەش كېرەك. ئەگەر كۆپلەپ سۇيۇقلۇق تولۇقلاپمۇ (كۆپىنچە 4L دىن ئوشۇق) يەنىلا ياخشىلانمىغان ياكى قان سىغىمچانلىقى ئارتىپ كەتكەن ئەھۋال كۆرۈلسە تومۇر ئاكتىپ دورىلىرىنى ئىشلىتىپ تورمۇزلانغان يۈرەك ـ قان تومۇر سىستېمىسىنى غىدىقلاش كېرەك.

كوللوئىد سۇيۇقلۇق: تۆۋەن مولېكۇلىلىق دېكستىران (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 بولۇشىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ قان ئايلىنىشنى ياخشىلايدۇ. قان پلازمىسىنىڭ ئوسموس بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، تومۇردىن سىرتقا سىرغىشنىڭ 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 سۇيۇقلۇقلىرىنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

كرىستال سۇيۇقلۇق: ناترىي بىكاربونات ۋە تەڭپۇڭ سۇيۇقلۇق قاتارلىقلار تەركىبىدىكى

ئىئوننىڭ قويۇقلۇقى ئورگانىزمنىڭ نورمال ھالىتىگە يېقىن بولۇپ، ئىشلىتىلگەندىن كېيىن فۇنكسىيىلىك ھۆجەيرە سىرتقى سۇيۇقلۇقنىڭ سىغىمچانلىقىنى ئاشۇرۇپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى ياخشىلايدۇ. ئەگەر قىزىل قان ھۆجەيرىلىرىنىڭ بېسىلىشى (红组胞压积) 30%دىن تۆۋەن بولسا، چوقۇم قىزىل قان ھۆجەيرىسى ياكى تولۇق قان ئىشلىتىش لازىم.

(3) ئانتىبىئوتىكلارنىڭ ئىشلىتىلىشى: گىرام مۇسپىي ۋە مەنپىي باكتېرىيىلىرىنىڭ ھەممىسىگە ئۈنۈملۈك بولغان كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى تولۇق مىقداردا ۋېنادىن ئىشلىتىش كېرەك.

(4) قان تومۇر ئاكتىپ دورىلىرىنىڭ ئىشلىتىلىشى: يۈرەكنىڭ سىقىپ چىقىرىشى تۆۋەن، قان تومۇرلارنىڭ قارشىلىقى يۇقىرى شوكتا، سىغىمچانلىقىنى تولۇق يۇقىرى كۆتۈرۈش ئاساسىدا تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش لازىم. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن α - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلار بار.

قان تومۇرنى قىسقارتقۇچى دورىلار پەقەت قان بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرىدۇ، ئەمما قان تومۇر دىئامېتىرى تارىيىدۇ، شۇڭا شوكتا 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 ياللۇغقا قارشى داۋالاش ئېلىپ بېرىش شەرتى ئاستىدا خەتەرلىك، پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش ئېغىر بولغان بىمارلارغا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلاردىن مېتىل برېدنىزولون (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 سۈت كىسلاتاسى ۋە ئارىلاشما ۋېنا قان ئوكسىگېنى يۇقىرىلاپ، پۈتۈن بەدەن قان تومۇرلىرىنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەيدۇ، يۈرەك مۇسكۇلى تورمۇزلىنىدۇ، ھەتتا كۆپ ئەزالارنىڭ زەئىپلىشىشىنى 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 خىمىيلىك ماددا (زەھەرلىك ماددا) نىڭ مەلۇم شارائىت ئاستىدا ئورگانىزمغا ۋە نىشان ھۈجەيرىگە كىرىپ بىئوخىمىيلىك ياكى بىئوفىزىكىلىق ئۆزگىرىش ھاسىل قىلىش ئارقىلىق، بەدەندە فۇنكسىيلىك ياكى ئورگانلىق بۇزۇلۇش پەيدا قىلىپ، ۋاقىتلىق ياكى مەڭگۈلۈك زەرەر كەلتۈرۈپ چىقىرىش ھەتتا ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزۈشنى كۆرسىتىدۇ. خىمىيلىك ماددىلارنىڭ يەرلىك ۋە پۈتۈن بەدەندە ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشتىن باشقا يەنە سېزىمچانلاندۇرۇش، راك، غەيرىيلىك ۋە تۇيۇقسىز ئۆزگىرىش پەيدا قىلىش رولىمۇ بولىدۇ. خىمىيلىك 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 (氢化物)، يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى (高铁血红蛋白) نى پەيدا قىلغۇچى زەھەرلىك ماددىلار ۋە ھەر خىل دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(2) جۆيلۈش، روھىي ھالىتى نورمال بولماسلىق: ئاتروپىن، ئىسپىرت، ھىستامىنغا قارشى دورىلار (抗组胺药) دىن زەھەرلەنگەندە ۋە تاشلىتىش (زەھەردىن) يىغىندا كېسەل-لىك ئالامىتىدە كۆرۈلىدۇ.

(3) تارتىشىش: كۈچلۈك زەھەرلىك چاشقان دورىلىرى، ئورگانىك خلورلۇق ھاشارات دورىلىرى، رىمىفون (异烟肼) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(4) پالەچلىك: ئارسېن (Ⅲ) ئوكسىد (三氧化二砷)، ئېرىشچان بارىي تۇزلىرى، دېڭىز چوشقىسى ۋە زەھەرلىك يىلان زەھىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

2) كۆز كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) كۆز قارىچۇقى كېڭىيىش: خولىن ئىقتىدارىغا قارشى دورىلاردىن ئاتروپىن، ئانىزودامىن (2～654) لاردىن زەھەرلەنگەندە، ئادرېنالىن ئىقتىدارلىق (肾上腺素能) دورىلاردىن ئامفېتامىن (苯丙胺)، ئېفېدرىن (麻黄碱) لاردىن زەھەرلەنگەندە، شۇنداقلا

ئىنسۇلىن (胰岛素)، بۆۋانە (乌头)، يىلان زەھىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(2) كۆز قارىچۇقى كىچىكلەش: ئورگانىك فوسفورلۇق ھاشارات دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەندە، شۇنداقلا مورفىن، خروئىن، ناركوز دورىلىرى، ئۇيقۇ دورىلىرىدىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ.

(3) كۆرۈش نېرۋا ياللۇغى: 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: كۈچلۈك 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 تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلىنى ئىشلەپچىقىرىپ كۆكىرىش پەيدا قىلىدۇ.

(3) كۆمۈر گازىدىن زەھەرلەنگەندە بىمارنىڭ 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. نىتروبېنزولدىن زەھەرلەنگەندە ئاياغ مېيىنىڭ پۇرىقى بولىدۇ.

(2) نەپەس تېزلىشىش: سالىتسىلىك كىسلاتا تۈرىدىكى دورىلار، مېتىل ئىسپىرت قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە نەپەسلىنىش مەركىزى غىدىقلىنىدۇ.

(3) نەپەس تېيىزلىشىش، ئاستىلاش، پالەچلىنىش: ناركوز دورىلىرى، ئەپيۇن تەر- كىبلىك 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 رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش: دىگىتالىس (洋地黄) بۇۋانە، خامۇشلۇققا قارشى دورىلار، ئامىنو فىللىن (氨茶碱) قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە كۆرۈلىدۇ. ئېغىر- لىرىدا يۈرەك تۇيۇقسىز توختاپ قالىدۇ. ئۇندىن باشقا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك، كالىي تۆۋەنلەشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان باشقا زەھەرلىنىشلەردىمۇ كۆرۈلىدۇ.

(2) شوك: ئارسېن (Ⅲ) ئوكسىددىن زەھەرلەنگەندە كېلىپ چىققان قۇسۇش، ئىچ سۈرۈشتىن قان سىغىمچانلىقىنىڭ تۆۋەنلىشى، كۈچلۈك كىسلاتا، ئاساسلاردىن كۆيگەندە قان پلازمىسىنىڭ سىرغىپ چىقىشى، باربىتاللاردىن زەھەرلەنگەندە قان تومۇرلارنىڭ كېڭىيىش، قىسقىراش مەركىزىنىڭ تورمۇزلىنىپ، ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشى، سۈرمە(锑)، ئارسىن (砷) لاردىن زەھەرلەنگەندە يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ زەرەرلىنىشى قاتار- لىقلاردىن شوك كېلىپ چىقىدۇ.

6) سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى كېسەللىك ئالامەتلىرى:

(1) سۈيدۈك رەڭگىنىڭ ئۆزگىرىشى: سۈيدۈكنىڭ قىزىل، قوڭۇر رەڭ كېلىشى قوغۇ- شۇن، سىمابتىن ئاستا خاراكتېرلىك زەھەرلەنگەنلىكنىڭ ۋە ئامفېتامىن، ۋارفارىن (华法林) دىن زەھەرلەنگەنلىكنىڭ، كۆك - يېشىل رەڭدە كېلىشى فىنوللار (酚类)، مېتىلېن كۆكى (亚甲蓝) دىن زەھەرلەنگەنلىكنىڭ ئىپادىسى.

(2) سۈيدۈك ئازىيىش ھەتتا سۈيدۈك بولماسلىق، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش: سىماب (Ⅱ) خلور (升汞)، كاربون تېترا خلورىد، بىرىنچى ئەۋلاد سىفاستىنسىن (头孢) خىلىدىكى ۋە ئامىنو گلىكوزىد (氨基糖苷) خىلىدىكى ئانتىبىئوتىكلار، شۇنداقلا زەھەرلىك موگۇ، يىلان زەھىرى، تىرىك 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، نىتروبېنزول قاتارلىقلاردىن 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: خلورومىتسىبىتىن (氯霉素)، راكقا قارشى دورىلار، بېنزول قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە ۋە رادىئاتسىيە كېسىلىدە كۆرۈلىدۇ.

(3) قاناش: ئاسپىرىن، خلورومىتسېتىن، 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 توسقۇنلۇققا ئۇچرىتقاندا كۆرۈلىدۇ.

2. ئۆتكۈر زەھەرلىنىشكە دىئاگنوز قويۇش پرىنسىپى:

ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنىڭ ئاقىۋىتىنى بەلگىلەيدىغان مۇھىم ئامىل بالدۇر دىئاگنوز قويۇشتۇر. دوختۇر بىمار، ئائىلىدىكىلىرى، دوستلىرى ياكى ئەتراپتىكىلەردىن بىمارنىڭ زەھەرلىنىشكە مۇناسىۋەتلىك ئۇچۇرلارنى ئىگىلىشى كېرەك. روھىي ھالىتى نورمال بولمىغان بىمارلارنىڭ نورمالسىز ھاياتلىق بەلگىلىرىنى ئادەتتىكى كېسەللەر بىلەن چۈشەندۈرگىلى بولمىسا، بىمارنىڭ روھىي كېسەلنى داۋالاش دورىلىرىنى ئىچىۋاتقان مەزگىلى بولسا، ياشانغانلار يۈرەك كېسەل دورىلىرىنى ئېچىۋاتقان بولسا، يېمەك - ئىچمەكتىن كېيىن بىللە تاماقلانغانلارنىڭ كۆپىنچىسىدە زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلسە ئالدى بىلەن ئۆتكۈر زەھەرلىنىشتىن 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 ئالھەدە ئۇنۇملۈك 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، ئۈچەيدىن كىرگەن زەھەر بولسا داۋاملىق ئىستېمال قىلىشنى توختىتىش كېرەك.

2. ئالاھىدە ئۈنۈملۈك 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 10g 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 250ml دا سۇيۇلدۇرۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئۇدا ئۈچ 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 6~4 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 ئۇنتىيول (二巯基丙磺酸钠): رولى دىمېركاپرول بىلەن ئوخشىشىپ كېتىدۇ. ئەمما داۋالاش ئۈنۈمى تېخىمۇ يۇقىرى، ئەكس تەسىرى ئاز، سىماب، ئارسىن، مىس، سۈرمە، قوغۇشۇنلاردىن زەھەرلىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. ھاشارات ئۆلتۈرگۈچى دورىلاردىن زەھەرلىنىشكىمۇ ئىشلىتىلىدۇ. قوغۇشۇندىن زەھەرلەنگەندە: 0.25g كۈندە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىر داۋالاش كۇرسى ئۈچ كۈن، تۆت كۈن دەم ئالدۇرۇلغاندىن كېيىن يەنە تەكرارلاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ. چاشقان دورىسى دۇشۇچاڭ (毒鼠强) دىن زەھەرلىنىشنى داۋالاشتىمۇ ئۈنۈمى ناھايىتى ياخشى. دىئازېپام (安定)، ۋىتامىن B_6 قاتارلىقلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە ئۈنۈمىنى تېخىمۇ يۇقىرى كۆتۈرگىلى بولىدۇ. ئىشلىتىلىشى: ھەر قېتىمدا 0.125g~0.25g، كۈندە 4~3 قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. 21~7 كۈنگىچە ئىشلىتىلىدۇ.

③ دىمېركاپتوسۇكسىن (二巯基丁二酸): سۈرمە، قوغۇشۇن، سىماب، ئارسىن، مىسلاردىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە ئىشلىتىلىدۇ. ئۇسۇلى: 1.5g ى ئۈچكە بۆلۈپ ئىچىلىدۇ. ئۈچ كۈن ئىشلەتكەندىن كېيىن 4 كۈن ئارام ئېلىنىدۇ. ئۆتكۈر سۈرمىدىن زەھەرلەنگۈچە-

لەردە يۈرەك رىتىمسىزلىنىش كۆرۈلسە ھەر سائەتتە 1g نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىشقا، ئارقىمۇ - ئارقا 4～5 قېتىم ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2) يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈرلۈك قان قىزىل ئاقسىلى قان كېسەللىكى (高铁血红蛋白血症) نى زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرى: مېتىلېن كۆكى: نېيترىتلار، نىتروبېنزول، ئانىلىن قاتارلىقلاردىن زەھەرلىنىشتىن پەيدا بولغان يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈرلۈك قان قىزىل ئاقسىلىنى داۋالاپ نورمال قان قىزىل ئاقسىلغا ئايلاندۇرىدۇ. مىقدارى: مېتىلېن كۆكى 1—2mg/kg مىقداردا ۋېنادىن ئوكۇل قىلىدۇ. زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بولىدۇ (دورا سۇيۇقلۇقى ئوكۇل قىلىنغان ئورۇندىكى توقۇلمىلارغا سىرغىپ كىرىپ كەتسە توقۇلمىلاردا نېكروزلىنىشنى پەيدا قىلىپ قويىدۇ)، كۆپ مىقداردا ئىشلىتىش (10mg/kg) ئەكسىنچە يۇقىرى ۋالىنتلىق تۆمۈرلۈك قان قىزىل ئاقسىلى قان كېسەللىكىنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

3) ھىدرىدلاردىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلار: نېيترىتلار (亚硝酸盐) بىلەن ناترىي تىئوسۇلفات (硫代硫酸钠) نى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۇسۇلى قوللىنىلىدۇ. نىترىتلار سىئانىدلىق يۇقىرى تۆمۈرلۈك قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ (氰化高铁血红蛋白) شەكىللىنىشىنى ئىلگىرى سۈرسە، ناترىي تىئوسۇلفات سىيانوگىن ئىئونى (氰离子) بىلەن تەسىرلىشىپ زەھىرى ئىنتايىن تۆۋەن بولغان تىئوسىياناتلارغا (硫氰酸盐) ئايلىنىپ بەدەن سىرتىغا چىقىرىلىدۇ. ئىشلىتىش ئۇسۇلى: دەرھال ئامىل نىترىت (亚硝酸异戊酯) پۈركىتىلىدۇ ياكى 3% لىك ناترىي نىترىت (亚硝酸钠) ئېرىتمىسىدىن 10ml ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئارقىدىنلا 25% لىك ناترىي تىئوسۇلفاتتىن 50ml ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) ئورگانىك فوسفورلۇق دېھقانچىلىق دورىلىرىدىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلار: ئاتروپىن (阿托品) ئىشلىتىش ئارقىلىق بەدەندە 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) مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلاردىن زەھەرلىنىشنى زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورىلىرى:

(1) نالوكسون (纳洛酮) ئەپيۇن تىپىدىكى ناركوز - ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى كەلتۈرۈپ چىقارغان نەپەس تورمۇزلىنىشقا نىسبەتەن ئالاھىدە زەھەر قايتۇرۇش رولى بار. مەسىلەن: مورفىن، خروئىن قاتارلىقلاردىن زەھەرلەنگەندە، ئۇندىن باشقا ئۆتكۈر ئىسپىرت ۋە تىنچلاندۇرۇش، ئۇيقۇ دورىلىرىدىن (مەسىلەن: دىئازېپام) زەھەرلەنگەندىمۇ ئېسىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئوينايدۇ. مىقدارى 0.4mg～0.8mg ۋېنادىن 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 ترى 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 ئىقتىدارىغا قارشى دورىلار (مەسىلەن: ئاتروپىن) دىن زەھەرلەنگەندە ئېزېرىن (毒扁豆碱) ئىشلىتىلىدۇ. كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلاردىن زەھەرلەنگەندە كالتسىي ئوكۇلى ئىشلىتىلىدۇ. β - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلاردىن زەھەرلەنگەندە گلۇكاگون (高血糖素) بىلەن داۋالىنىدۇ. رىمىفون (异烟肼) دىن زەھەرلەنگەندە ۋىتامىن B_6 ئىشلىتىلىدۇ. خامۇشلۇققا قارشى دورىلاردىن زەھەرلەنگەندە ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىلىپ، رىمىفوننىڭ 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 غىدىقلىنىپ تاكى ئاشقازاندىكى بارلىق نەرسىلەر تۈگىگىچىلىك قۇستۇرۇلىدۇ. ئۇندىن باشقا قۇستۇرغۇچى دورىلار (دۇرنەج ئەقرەبى قىيامى 吐根糖浆) ئىشلىتىلسىمۇ بولىدۇ. بىمار ھوشسىز ياكى تارتىشىۋاتقان ھالەتتە بولسا ياكى چىرىتكۈچى ماددىلاردىن زەھەرلەنگەن بولسا قۇستۇرۇش مۇۋاپىق ئەمەس.

(2) ئاشقازان يۇيۇش: زەھەرلىنىپ ئالتە سائەت ئىچىدە ئاشقازان يۇيۇلسا ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ. بىراق ئالتە سائەتتىن ئېشىپ كەتكەندىمۇ يەنىلا يۇيۇشنىڭ زۆرۈرىيىتى بار. مەسىلەن: كرىزوتىك كىسلاتا (甲基水扬酸)، ئورگانىك فوسفور قاتارلىقلار سۈمۈرۈلگەن-

دىن كېيىن يەنە ئاشقازانغا ئاجرىلىپ چىقىدۇ. ھوشسىز بىمارلارنىڭ ئاشقازىنىدا دورىنىڭ ساقلىنىش ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولىدۇ. بىراق ھەزىم يولى ئارقىلىق چىرىتكۈچى دورىلاردىن زەھەرلەنگۈچىلەر، ئېغىر قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى كېڭىيىپ كەت-كۈچىلەرگە 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 ماننىتول (甘露醇) دىن 250ml~500ml ئاشقازان نەيچىسى ئارقىلىق (باللارغا 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 بولغاچ-قا، بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغان ياكى ھوشسىز بىمارلارغا ئىشلىتىشكە مۇۋاپىق كەلمەيدۇ.

2) تېرىدىكى زەھەرلىك ماددىلارنى تازىلاش: ئالدى بىلەن بۇلغانغان كىيىم سالدۇرۇۋې-تىلىدۇ. ئاندىن سوپۇن سۈيى 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 چېقى-ۋالغاندا زەخىمدىن قان قۇيۇۋېتىش قاتارلىقلار.

4. سۈمۈرۈلۈپ بولغان زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش:

1) سۈيدۈك ھەيدەش: ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىش سۈيدۈك مىقدارىنى كۆپەيتىپ زەھەر-لىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئاز ساندىكى زەھەرلىك ماددىلار مەسى-لەن: 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 چىقىرىلى-شىنى تېزلىتىشكە بولمايدۇ.

ئۇندىن باشقا سۈيدۈكنىڭ pH قىممىتىنى ئۆزگەرتىش (كىسلاتالاشتۇرۇش ياكى ئىشقار-لاشتۇرۇش) ئارقىلىقمۇ بىر قىسىم زەھەرلىك ماددىلارنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرگى-لى بولىدۇ. سۈيدۈك ھەيدەشنىڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىكلىرى كالىي تۆۋەن-لەش، كالتسىي تۆۋەنلەش قاتارلىقلار، ئەڭ ئېغىرى ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىدۇر.

2) ئوكسىگېن پۈركۈش: كاربون چالا ئوكسىدتىن زەھەرلەنگەندە ئوكسىگېن پۈركۈتلسا كاربون چالا ئوكسىدنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرگىلى بولىدۇ، يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېننىڭ رولى تېخىمۇ ياخشى بولىدۇ.

3) دىئالىزلاپ داۋالاش (透析) شارائىتى بار دوختۇرخانىلاردا زەھەرلىنىپ 12 سائەت ئىچىدە زەھەرلەنگۈچىلەرنى دىئالىزلاپ داۋالاش داۋالاشنىڭ ئۈنۈمىنى 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 قىلىشنىڭ ئۈنۈمى ياخشى ئەمەس. ئۇنىدىن باشقا، ئورگانىك فوسفات دېھقانچىلىق دورىلىرى، قىسقا ئۈنۈملۈك باربىتاللار، گلوتېتىمىد (导眠能) قاتارلىق دورىلارنىڭ ياغ ئېرىشچانلىق خۇسۇسىيىتى كۈچلۈك 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 بېسىمىنىڭ نورماللىقىنى ساقلاش كېرەك. مېڭىدە سۇلۇق ئىششىق بولسا مانىنتول (甘露醇)، دېكسامېتازون (地塞米松) لارنى ئىشلىتىپ سۇسىز-لاندۇرۇش، فېنوباربىتال ناترىي (苯巴比妥钠)، دىئازېپام (安定) قاتارلىقلارنى ئىشلە-تىپ تارتىشىپ قېلىشنى كونترول قىلىش كېرەك.

2) سۇ، ئېلېكترولىتلار ۋە كىسلاتا، ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش لازىم.

3) ئۆتكۈر زەھەرلىنىش باشقا كېسەللىكلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. مەسى-لەن: 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 تۇرۇبىسىدىن گاز قېچىش، مەشكە ئوت قالاش، ماشىنىلارنىڭ چىقارغان

ئىسى، ئوت ھادىسىلىرى، 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 كاربونىلاشقان 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 ئۇيقۇسىرايدۇ. ئەسلىدە تاجىسىمان 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، ھېسسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئاغرىققا نىسبەتەن ئىنكاسى بولىدۇ. قارىچۇقنىڭ نۇر رېفلېكسى ۋە مۈڭگۈز پەردە رېفلېكسى گال بولىدۇ. پەي رېفلېكسى ئاجىزلايدۇ. نەپەس، قان بېسىم ۋە يۈرەك رىتىمىدا 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 رىتىمسىزلىنىش، 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 ئىششىدۇ 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 قالغانلىرىدىمۇ 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 كلىنىكىلىق ئالامەتلەرنىڭ بىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن:

(1) ئەس - ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: ئۇنتۇغاقلىق، دېۋەڭلىك ياكى مېڭە پوستلاق قەۋىتى فۇنكسىيىسىنى يوقىتىش ھالىتى قاتارلىقلار؛

(2) پرامىدا سىرتقى سىستېمىسى نېرۋىلىرى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: تىترەش - پالەچ يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى (چىرايى سۆرۈن، مۆچىلەرنىڭ مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى كۈچىيىپ كېتىش، تىنچلىقتا تىترەش، ئېتىلىپ قەدەم ئېلىش)؛

(3) پرامىدا سىستېمىسى نېرۋىلىرى زەرەرلىنىش: يارتا پالەچلىك، پاتولوگىك رېفلېكسى مۇسپىي بولۇش ياكى سۇيدۇك تۇتالماسلىق؛

(4) چوڭ مېڭە پوستلاق مادددىسى مەلۇم بۆلىكىنىڭ فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: سۆزلىيەلمەسلىك، كۆرەلمەسلىك، ئورنىدىن تۇرالماسلىق، ئىككىلەمچى سەرئى.

(5) ئەتراپ نېرىپ ياللۇغى، كۆرۈش نېرۋا ياللۇغى، باش نېرىپ 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 ناترىي ھىدروكسىد (氢氧化钠) دىن 1 ～2 تامچە تېمىتىپ ئارىلاشتۇرۇلىدۇ. HbCO يۇقىرىلىغان ئەھۋالدا سۇيۇقلۇققا ئىشقار قوشۇلسا رەڭگىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ. يەنىلا قىزغۇچ قاننىڭ 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 ئېسېفالوگراما (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 تۈزىتىش: 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 ماننىتول (甘露醇) بەدەن ئېغىرلىقى 0.5～1.0g/kg بويىچە ھېسابلىنىپ ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە تامچىتىلىدۇ. كۈندە 2～4 قېتىمغىچە بېرىپ 2～3 كۈندىن كېيىن مېڭە ئىچ بېسىمى يۇقىرىلاش ئەھۋالى ياخشىلانسا ئازايتىشقا بولىدۇ. ئۇنىڭدىن 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 سۈيدۈك ھەيدەشكە بولىدۇ.

3) مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ماددا ئالمىشىشىنى كۈچەيتىش: ئېنېرگىيە بىرىكمە دورىسى (能量合剂) ئىشلىتىلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلاردىن ستوخروم (细胞色素C) B، C تۈرىدىكى ۋىتامىن، ستىكولىن (胞二磷胆碱) قاتارلىقلار بولۇپ، گلۇكوزا سۈيىگە قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

4) ئالامەتكە 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 سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈلىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى ساقلىنىدۇ.

5) ئۆتكۈر CO دىن زەھەرلىنىشتىن كېچىكىپ كۆرۈلىدىغان مېڭە كېسەللىكىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاشتا ئاساسلىقى يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاشقا تايىنىلىدۇ. بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى (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 مەركىزىي پالەچلىنىش ئالامەتلىرى بولۇپ تۆۋەندىكى باسقۇچلارغا بۆلىنىدۇ.

(1) روھلىنىش 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) بىهوش ئۇخلاش باسقۇچى: بىهوش 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: روھلىنىش باسقۇچىدا 0.4mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. هەرىكەت تەڭكەشلىكى بۇزۇلۇش باسقۇچىدا 0.4mg~0.8mg مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىهوش 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 گلۇكوزىدىن 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 مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار بولۇپ ئىچىش مىقدارى كۆپ بولۇپ كەتسە بىر قاتار مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى كلىنىكىلىق ئالامەتلىرىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، ھەتتا ئۆلۈمنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە ئۆلتۈۋالغۇچىلاردا كۆرۈلىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) نېرۋا سىستېمىسى: يېنىكلىرىدە باش ئاغرىش، ئۇيقۇسىراش، روھىي ھالىتى تۇتۇق بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بەزىدە تىنچسىزلىنىش، ھەرىكەت تەڭكەشلىكى 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 زەرەرلىنىش: جىگەر زەرەرلەنگەندە سېرىقلىق چىقىدۇ. جىگەر يوغىناپ، فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىشىدۇ. بۆرەك زەرەرلەنگەندە 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 سۇيۇقلۇق ئىشلىتىلىدۇ.

(2) ئوكسىگېن پۈركىتىلىپ نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقى ساقلىنىدۇ، نەپەس زەئىپلەشكۈچىلەر دەرھال سۇنئىي نەپەسلەندۇرۇلىدۇ.

(3) ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىش: زەھەرلەنگۈچىنىڭ ئېنېرگىيە، ۋىتامىن، سۇ، ئېلېكترولىتلار بىلەن تەمىنلىنىشى ۋە تەڭپۇڭلۇقىغا كاپالەتلىك قىلىنىدۇ. مۇۋاپىق مىقداردا سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىپ زەھەرنىڭ چىقىرىلىشى تېزلىتىلىدۇ.

(4) ئىشقارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش: باربىتال (巴比妥) تىپىدىكى ئۇيقۇ دورىلىرىنىڭ بۆرەكتىن چىقىرىلىشىغا پايدىلىق بولۇپ، 4%~5% لىك ناترىي بىكاربوناتتىن 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 تارتىشىۋاتقان بىمارلارغا سۇسلاندۇرۇش دورىلىرى ئىشلىتىش كېرەك.

3. ئۆتكۈر ناركوز، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش.

ناركوز، ئاغرىق توختىتىش دورىلىرى مورفىن (吗啡)، كودېيىن (可待因)، دولانتىن (度冷丁)، خروئىن، ئەپيۇن قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۈچ 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 سۈيدۈكتىن زەھەرنى تەكشۈرۈشكە بولىدۇ.

2) داۋالاش:

(1) ئېغىزىدىن زەھەرلەنگۈچىلەرنى دەرھال قۇستۇرۇش، ئاشقازان يۇيۇش، ئىچ سۈردۈرۈش كېرەك.

(2) ئالاھىدە ئۈنۈملۈك زەھەرسىزلەندۈرگۈچى دورا: نالوكسون (纳洛酮) مورفىننىڭ ئالاھىدە يەكلىگۈچى دورىسىدۇر. ئۇ مورفىننىڭ رولىنى ئۈزۈپ تاشلاپ زەھەرلىنىش ئالامەتلىرىنى يوقىتىدۇ. ئىشلىتىش ئۇسۇلى: باشتا 2mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ،

ئۈنۈمى كۆرۈلگەندىن كېيىن دەسلەپكى مىقدارنىڭ 2/3 سى بېرىلىدۇ. ئەگەر نەپەس تورمۇز-لىنىش بولسا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈشكە تەييارلىنىش بىلەن بىرگە 4mg ئىشلىتىلىدۇ. ھەر 20～60 مىنۇتتا بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. ئومۇمىي مىقدارى 10mg غا يەتكىچە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۈنۈمى كۆرۈلگەندىن كېيىن 4mg نالوكسون 500ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ تاكى ھوشىغا كەلگىچىلىك ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئەگەر نالوكسون ئىشلىتىش جەريانىدا بىماردا ماشقىسى ئېقىش، ئەسنەش، ياشاڭغىراش، قارىچۇقى كېڭىيىش، تەرلەش، ئىچ سۈرۈش، تومۇر سوقۇشى تېزلەپ قان بېسىم ئۆرلەش، تىنچسىزلىنىش، تۈكلىرى تىك تۇرۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلسە، ئىشلىتىشنى دەرھال توختىتىش، يۇقىرىقى ئالامەتلەر يوقىغان-دىن كېيىن دەسلەپكى مىقدارنىڭ يېرىمىنى داۋاملىق ئىشلىتىش كېرەك.

(3) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكنى تۈزىتىش، 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 زەھەرلى-نىدۇ. نىترىتلار ھەزىم يولى ئارقىلىق قان ئايلىنىشقا كىرگەندىن كېيىن، قان قىزىل ئاقسىلى (ئىككى ۋالېنتلىق تومۇر) نى ئوكسىدلاپ، يۇقىرى ۋالېنتلىق (ئۈچ ۋالېنتلىق) تومۇر قان قىزىل ئاقسىلغا 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. ئوتتۇراھال دەرىجىدە زەھەرلىنىشتە باش ئاغرىش، قېيىش، قورساق ئاغرىش، كۆپۈش، ھوشسىزلىنىش، تىنچسىزلىنىش، نەپەس قىستاش، كۆكىرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈل-دۇ. يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى 30% دىن ئېشىپ كېتىدۇ. ئېغىر دەرىجىدە زەھەرلىنىشتە بىمار ھوشسىزلىنىدۇ، تارتىشىدۇ، شوك كۆرۈلىدۇ. يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قىزىل قان ئاقسىلى 70% دىن يۇقىرى بولغان بىمار كۆپىنچە ئۆلۈپ كېتىدۇ. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشتە ئاشقازان سۇيۇقلۇقىدىن نىترىتلارنى تەكشۈرۈپ چىقى-قىلى بولىدۇ. قاندا يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قىزىل قان ئاقسىلى يۇقىرىلايدۇ.

2) داۋالاش:

(1) قۇستۇرۇلىدۇ، ئاكتىپلانغان كۆمۈر (活性碳) يېگۈزۈلىدۇ، ئاشقازان يۇيۇلىدۇ، ئىچ سۈردۈرۈلىدۇ.

(2) ئالاھىدە ئۈنۈملۈك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىسى: 1% لىك مېتىلىن

كۆكى (美蓝) دىن 1ml~2mg/kg)6~12ml) ، 5% گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 20ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا 1~3 سائەتتىن كېيىن قايتىلاشقا بولىدۇ. كۈنلۈك ئومۇمىي مىقدارى 260mg دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ. ئاز مىقداردىكى مېتىلىن كۆكى (ھەر قېتىم 1~2mg/kg) يۇقىرى ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلىنى نورمال قان قىزىل ئاقسىلغا ئايلاندۇرالايدۇ، كۆپ مىقداردىكى مېتىلىن كۆكىنىڭ رولى دەل ئەكسىچە بولىدۇ.

(3) ۋىتامىن C دىن 5.0g گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(4) ئالامەتكە نىسبەتەن داۋالاش: ئوكسىگېن پۈركۈش، سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكنى 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 سۈرۈش، سىيدۈك قېتىم سانى كۆپىيىش، چوڭ - 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 رىتىمى تەرتىپسىزلىشىدۇ.

(3) مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى: دەسلەپكى باسقۇچتا باش قېيىش، ئاغرىش، ھالسىزلىنىش بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا ھەرىكەت تەرەڭشلىكى بۇزۇلۇش، تىنچسىزلى-

نىش، جۆيلۈش، 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 يۈرەك مۇسكۇل ياللۇغى، يۈرەك رىتىمى تەرتىپسىزلىنىش، يۈرەك زەئىپلىشىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى، نەپەس زەئىپلىشىش، يۈرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش قاتارلىقلار كېلىپ چىقىدۇ.

2) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش:

قاندىن خولېستېرازا ئاكتىپچانلىقىنى (胆碱酯酶活力) تەكشۈرۈش ۋە سۈيدۈكتىن ئورگانىك فوسفورنىڭ پارچىلانغان مەھسۇلاتلىرىنى تەكشۈرۈشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

3) دىئاگنوزى:

ئۆتكۈر زەھەرلىنىشنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە خولىنېستېرازا ئاكتىپچانلىقىنى تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى ئۈچ دەرىجىگە بۆلۈشكە بولىدۇ.

(1) يېنىك دەرىجىدە زەھەرلىنىش: مۇسكارىن خاراكتېرىدىكى ئالامەتلەرنى ئاساس قىلىدۇ، خولىنېستېرازا ئاكتىپچانلىقى %50~%70 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. خولىنېستېرازا 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 (دىپتېرېكس (敌百虫) دىن زەھەرلەنگەنلەرگە ئىشلىتىش مەنئى قىلىنىدۇ) ئىشلىتىلىپ قايتا ـ قايتا ئاشقازان يۇيۇلىدۇ.

(2) زەھەرنىڭ تەندىن چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش: سۈيۈقلۇق تولۇقلاش، سۈي-

ـدۇك ھەيدەش، ئىچ سۈرگۈزۈش قاتارلىقلار.

(3) زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىش: خولىېستېرازىنېنى جانلاندۇرغۇچى دورىلار (胆碱酯酶复活剂) ۋە خولىنغا قارشى دورىلار (抗胆碱药) بىرلەشتۈرۈلۈپ ئىشلىتىلىدۇ. خولىنېستېرازىنى جانلاندۇرۇش ۋە كېسەللىك ئالامەتلىرىنى يوقىتىش ئۈ-چۈن خـولىنېستېـرازا رولىنـى ئـەسلىگـە كـەلتـۈرگۈچى دورىلاردىن پرالىدوكسىم يودىد (解磷定) ياكى پرالىدوكسىم مېتىل خلورىد (氯磷定) ئىشلىتىلىدۇ. پىرالىدوكسىم مېتوخلورىد زەھەرلىنىشنىڭ دەرىجىسىگە قاراپ ئىشلىتىلىدۇ. يېنىك بىمارلارغا 0.5g مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بـولىدۇ. ئـوتتـۇراھـال زەھ-ـەرلـەنگـۈچىلـەرگـە 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 قىلىنى-دۇ. بىراق ئەكس تەسىرى نىسبەتەن كۆپ بولغاچقا كۆپىنچە پرالوكسىم مېتىل خلورىد ئىشلىتىلىدۇ. ھەر ئىككى خىل دورىنىڭ سۈيدۈكتىن چىقىرىلىشى نىسبەتەن تېز بولغاچقا تۇنجى مىقدارىنىڭ ئۈنۈمىگە ئاساسەن قايتىلاپ ئىشلىتىشكە توغرا كېلىدۇ. بولۇپمۇ ئالدىنقى ئۈچ كۈندە چوقۇم بـالـدۇر، تـولـۇق دورا ئىشلىتىش كېـرەك. خـولىنېستېرازانىڭ 40%~60% كە يەتكەندە دورىنى توختىتىشقا بولىدۇ.

كېسەللىك ئالامەتلىرىنى يوقىتىش ئۈچۈن خولىنغا قارشى دورىلارنى بۇرۇنراق ئىشلەت-كەن ياخشى، ئاتروپىن (阿托品)، ئانىزودامىن (山莨菪碱) قاتارلىقلارنىڭ ئەتراپ نېرۋىلاردىكى كېسەللىك ئالامەتلىرىگـە رولـى نىسبـەتەن يـاخشى. ئـاتروپىن يېنىكلـىر-ـگە 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 «ئاتروپىنلى-شىش» ئالامەتلىرى (چانىقى كېڭىيىش، ئېغىزى قۇرۇش، تېرە قۇرغاقلىشىش، چىرايى قىزىرىش، ئۆپكىدىكى ھۆل خىرىپ تاۋۇشى يوقاش ۋە يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىش قاتارلىقلا-ر) كۆرۈلگەن ھامان مىقدارىنى تەدرىجىي ئازايتىش كېرەك.

ئۇندىن باشقا مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرىگە نىسبەتەن خولىنغا قارشى دورىلاردىن سكوپولامىن (东莨菪碱) قاتارلىقلار بار. يېقىندىن بېرى خولىنېستېرازانى جانلاندۇرۇش دورىلىرى ۋە خولىنغا قارشى دورىلاردىن بىرلەشتۈرۈپ ياسالغان بىرىكمە دورىلار كلىنىكىدا ئىشلىتىلىپ ناھايىتى ياخشى ئۈنۈمگە ئېرىشىۋاتىدۇ.

(4) پۈتۈن بەدەننى قوللاپ داۋالاش:

① بىمارنى يېتىپ ئارام ئالدۇرۇش، مەخسۇس كۈتۈش، هاياتلىق ئالامەتلىرىنى كۆزىتىش؛

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 تۈرىدىكى هاشارات ئۆلتۈرۈش دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش (有机氮类杀虫剂中毒).

بۇ تۈردىكى دورىلارنى ئىشلەپچىقىرىش ۋە ئىشلىتىش جەريانىدا زەھەرلىنىدۇ، ئۆزىنى ئۆلتۈرۈۋالغۇچىلار ۋە بىلمەي خاتا ئىچىپ قويغۇچىلاردىمۇ كۆرۈلىدۇ. گالىتسىرون (杀虫脒) نۆۋەتتە ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدىغان بۇ تۈردىكى هاشارات ئۆلتۈرۈش دورىسىدۇر.

1) كېسەللىك ئىپادىسى:

كۆپ ئەزا، سىستېمىلارنىڭ زەھەرلىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا كلىنىكىلىق ئىپادىسىمۇ كۆپ خىل، بىراق مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى، سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى ۋە تېرە، شىللىق پەردىلەردىكى ئالامەتلەر ئېنىق ئالاھىدىلىككە ئىگە. يەنى ئۇيقۇسىرايدۇ، باش ئاغرىپ قايدۇ، مۈچىلەر ئۇيۇشىدۇ، مۇسكۇل ئاغرىيدۇ، ئېغىرلىرى بىھوش ئۇخلايدۇ ياكى هوشسىزلىنىدۇ. سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسىدا سۈيدۈك قىستاش، قېتىم سانى كۆپىيىش، سۈيدۈك ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. قانلىق سۈيدۈك، ئاقسىللىق سۈيدۈك كۆرۈلىدۇ. بىر قىسىم بىمارلاردا كۆكۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ، بەزىدە بۆرەك، جىگەر فۇنكسىيىسىدە نورمالسىزلىق بولىدۇ. ئاز قىسىم بىمارلاردا تۆۋەن كاليلىق قان كېسىلى، قان بېسىم تۆۋەنلەش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى، يۈرەك مۇسكۇل زەھەرلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

(1) زەھەر مەنبىئى بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى؛

(2) تىپىك بولغان ئۇيقۇسىراش، كۆكىرىش، قان سىيىش 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 ۋالېنتلىق تۆمۈر قان قىزىل ئاقسىلى كۆپىيىش، جىگەر فۇنكسىيىسى نورمالسىزلىنىش قاتارلىق؛

3) داۋالاش:

(1) بۇلغانغان كىيىمنى سالدۇرۇۋېتىش، پاكىز سۇ ياكى سوپۇن سۈيى بىلەن بۇلغان-غان تېرىنى تولۇق يۇيۇش، ئېغىزدىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە 2% لىك ناترىي بىكاربونات بىلەن ئاشقازان يۇيۇش كېرەك.

(2) سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، سۈيدۈك ھەيدەش، ئىچ سۈردۈرۈش، شۇ ئارقىلىق زەھەر-نىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش كېرەك.

(3) ئېنېرگىيەنىڭ تەمىنلىنىشىگە كاپالەتلىك قىلىش، سۇ، ئېلېكترولت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش كېرەك.

(4) ۋىتامىن C نى ۋېنادىن تامچىلىتىش، ئېغىر بىمارلارغا 1% لىك مېتىلىن كۆكىنى 1~2mg/kg بويىچە 50% لىك گلۇكوزىدىن 40ml غا قوشۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش، شۇنداقلا ۋىتامىن B_{12} ئىشلىتىپ مېتىلىن كۆكىنىڭ رولىنى كۈچەيتىش كېرەك.

(5) ئالامەتكە نىسبەتەن داۋالاش: مەسىلەن: ئەگەشمە كەلگەن يۇقۇملىنىشنى كونت-رول قىلىش، يۈرەك مۇسكۇلى، جىگەرنى كۈزىتىش، قوغداش، داۋالاش كېرەك.

5 § . چاشقان دورىلىرىدىن زەھەرلىنىش

1. دىفاتسىندىن زەھەرلىنىش (敌鼠强中毒).

بىلمەي خاتا ئىچىۋېلىش، ئۆلۈۋېلىش، زەھەرلەنگەن ھايۋاناتلارنى ئىستېمال قىلىش جەريانىدا زەھەرلىنىدۇ.

1) كېسەللىك ئالامىتى:

باشتا ھالسىزلىنىش، ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، قورساق ئاغرىش، ئىچ سۈرۈش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. شۇنىڭغا ئەگەشمە 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. بىماردا قان ئازلىق، قان ئۇيۇش فۇنكسىيىسى ئاجىزلىشىش كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

زەھەر بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى، بەدەندىكى قاناش ئالامەتلىرى ۋە تەجرىبىخانىدىكى تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

3) داۋالاش:

بىمار زەھەرلىنىپ ئۈچ كۈندىن كېيىن ئاشقازان يۇيۇش، ئىچ سۈردۈرۈش ھاجەتسىز.

(1) ئالاھىدە ئۈنۈملۈك زەھەرسىزلەندۈرۈش دورىسى: ۋىتامىن K_1 دىن ~100mg 200mg نى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. قاناش توختىغاندىن كېيىن 20mg~30mg كۈندە ئۈچ قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قاننىڭ ئۇيۇش 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 تىپىدىكى 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 يۈېنلىڭ (闻灵一)، دۇشۇلىڭ (毒鼠灵) 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 ياللۇغى، يۈرەك رىتىمى 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 ئۈنۈملۈك 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 تار-تىشسا يەنە ئىشلىتىش كېرەك.

(3) ئالامىتىگە قاراپ داۋالاش: سىستېئىن (L—半胱氨酸) دىن 200mg كۈندە ئىككى قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئېنېرگىيە بىرىكمە 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 زەھەرسىز-لەندۈرۈش رولى بار. يۈرەك زەئىپلەشكەندە دىگىتالىس (洋地黄) ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

توققۇزىنچى باب زەخىملىنىش
(创伤)

§ 1 . باش ـ مېڭە زەخىملىنىش
(脑外伤)

باش مېڭە زەخىملىنىش — باش تېرىسى زەخىملىنىش، باش سۆڭىكى زەخىملىنىش ۋە مېڭە زەخىملىنىشنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

1. باش تېرىسى زەخىملىنىش.

باش تېرىسى زەخىملىنىش — 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 ئىششىش، ئاغرىش، بېسىلىپ ئاغرىش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. باش تېرىسى يېرىلىش تېرىنىڭ پۈتۈنلىكى ياكى ئۇزلۇكسىزلىكىنىڭ بۇزۇلىشى 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 زەخىملىنىش 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 زەخىملىنىش 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 يەنىمۇ 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 ـ 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، شوكنىڭ 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 بىماردا بۇرنى قاناش، چاناق ئەتراپىدا كەڭ دائىرىلىك قان قېيىش دېغى (مۈشۈكئېيىق 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 VIII ، VII ـ مېڭە نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ئەگەر كېپىنەك سۆڭەك ۋە چېكە سۆڭەكنىڭ ئىچ تەرىپى سۇنسا ھېپوفىز ۋە II ~ IV ـ مېڭە نېرۋىلىرى زەخىملىنىشى مۇمكىن. يېرىق تۆشۈك ياكى بويۇن ئىچكى ئارتېرىيەدىكى يېرىلىش ھاياتقا 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 ~ XII ـ مېڭە نېرۋىلىرىنىڭ زەخىملىنىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسى بولغان زەخمە ئوچۇق مېڭە زەخىملىنىش بولۇپ ھېسابلىنىدۇ.

(4) پاتقان سۇنۇق: كۆپىنچە باش سۆڭەك پۈتۈن قەۋىتى ئولتۇرۇشۇپ كېتىدۇ،

چوڭلاردىكى پاتقان سۇنۇق كۆپىنچە ئېزىلگەن سۇنۇق بولىدۇ. بوۋاق - گۆدەك بالىلاردا كۆپىنچە تىك - تاك توپىسىمان ئويمان سۇنۇق كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

باش سۆڭىكى سۇنۇشقا دىئاگنوز قويۇش ۋە ئورنىنى بەلگىلەش ئاساسەن يۇقىرىقى كلىنىكىلىق ئىپادىلەر ئارقىلىق بېكىتىلىدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە باش ئىچىدە گاز يىغىلىپ قالغانلىقىنى بىلگىلى بولىدۇ. پەقەت $50\%\sim30\%$ بىماردىلا سۇنۇق سىزىقى ئىپادىلىنىدۇ. CT دا سۇنۇقنىلا ئەمەس مېڭە زەخىملىنىشىنىمۇ توغرا تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

باش سۆڭىكى سۇنۇشنىڭ ئۆزىنى ئالاھىدە داۋالاش ھاجەتسىز، ئاساسلىقى مېڭە زەخىملىنىش بار - يوقلۇقى كۆزىتىلىدۇ ھەمدە مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسى ۋە مېڭە نېرۋىلىرى زەخىملىنىش داۋالىنىدۇ. مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقمىسىدا، باش ئىچى يۇقۇملىنىپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك. ئاقمىنى يۇيۇشقا، توسۇپ قويۇشقا بولمايدۇ، ئېقىشىغا قويۇپ بېرىلىدۇ، باش ئېگىز قىلىنىپ يېتىپ ئارام ئالدۇرۇلىدۇ، كۈچەپ يۆتكىلىش، چۈشكۈرۈشكە بولمايدۇ، ئانتىبىئوتىكلار ئىشلىتىلىدۇ. مۇتلەق كۆپ قىسىم ئاقما ئېغىزى زەخىمدىن كېيىن $1\sim2$ ھەپتىدە ئۆزلۈكىدىن پۈتۈپ كېتىدۇ. ئەگەر بىر ئايدىن كېيىنمۇ پۈتمەي يەنىلا مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقى ئاقسا ئوپېراتسىيە ئارقىلىق مېڭە قاتتىق پەردىسىنى ياماپ ئېقىش ئېغىزىنى ئېتىشكە توغرا كېلىدۇ. زەخىمدىن كېيىن كۆرۈش كۈچى ئاجىزلىسا ئېزىلگەن سۆڭەك پارچىلىرى كۆرۈش نېرۋىسىنى زەخىملەندۈرگەن ياكى قانلىق ئىششىق كۆرۈش پەردىسىنى بېسىۋالغان بولۇشى مۇمكىن، بۇنداق ئەھۋالدا زەخىملىنىپ 12 سائەت ئىچىدە كۆرۈش نېرۋىسىنى تەكشۈرۈش ۋە بېسىمنى تۆۋەنلىتىش ئوپېراتسىيىسى ئېلىپ بېرىش كېرەك.

3. مېڭە زەخىملىنىش.

مېڭە زەخىملىنىش مېڭە توقۇلمىلىرىنىڭ سىرتقى مۇھىت بىلەن تۇتاشقان ياكى تۇتاشمىغانلىقىغا قاراپ مېڭە ئوچۇق زەخىملىنىش ۋە مېڭە يېپىق زەخىملىنىشكە بۆلىنىدۇ.

1) كلىنىك ئىپادىسى:

بىرلەمچى مېڭە زەخىملىنىش ۋە ئىككىلەمچى مېڭە زەخىملىنىش: بىرلەمچى مېڭە زەخىملىنىش دېگىنىمىزدە زەربە كۈچ باشقا چۈشۈپ دەرھال يۈز بەرگەن مېڭە زەخىملىنىشنى كۆرسىتىدۇ. ئاساسلىقى مېڭە سىلكىنىش، مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش، بىرلەمچى مېڭە غولى زەخىملىنىش قاتارلىقلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئىككىلەمچى مېڭە زەخىملىنىش بولسا زەخىملىنىپ مەلۇم ۋاقىت ئۆتكەندىن كېيىن كۆرۈلىدىغان مېڭە زەخىملىنىشنى كۆرسىتىدۇ. ئاساسلىقى مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە باش ئىچى قانلىق ئىششىقنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.

(1) مېڭە سىلكىنىش (脑震荡): پەيتلىك مېڭە خىزمىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ. نېرۋىدا كۆز بىلەن كۆرگىلى بولىدىغان پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىش بولمايدۇ. زەخىملەنگەن ۋاقىتلا دەرھال قىسقا ۋاقىت ھوشىنى يوقىتىدۇ (نەچچە سېكۇنتتىن نەچچە مىنۇتقىچە، يېرىم سائەتتىن ئېشىپ كەتمەيدۇ). ھوشىغا كەلگەندىن كېيىن زەخىملەنگەن ھەتتا زەخىملىنىشتىن بۇرۇن يۈز بەرگەن مەلۇم ۋاقىت ئىچىدىكى ئەھۋالنى ئەسلىيەلمەيدۇ. بۇ تەتۈر ئۇنتۇغاقلىق دەپ ئاتىلىدۇ. ئۇندىن كېيىن بىماردا باش ئاغرىش، قېيىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلۈشى مۇمكىن. ئەمما قىسقا مۇددەت ئىچىدە ياخشىلىنىدۇ. نېرۋا سىستېمىسى تەكشۈرۈشىدە مۇسبىي تەن بەلگىلىرى بولمايدۇ. CT دا غەيرىي ئەھۋال كۆرۈلمەيدۇ.

(2) مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش (脑挫裂伤): مېڭە سوقۇلۇپ زەخىملىنىش — مېڭە توقۇلمىلىرىنىڭ زەخىملىنىشى نىسبەتەن يېنىك، يۇمشاق مېڭە پەردىسى پۈتۈن بولغان بىمارلارنى كۆرسىتىدۇ. مېڭە يېرىلىپ زەخىملىنىش — 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 يېرىلىشنىڭ ئىپادىلىرى تۆۋەندىكىچە:

① ئەس ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: نىسبەتەن روشەن ئىپادىلىنىدۇ، داۋاملىشىدىغان ۋاقتى ئۇزۇن بولۇپ، قىسقىلىرى نەچچە سائەت، نەچچە كۈن، ئۇزۇنلىرى نەچچە ھەپتە، نەچچە ئاي ھەتتا نەچچە يىل بولىدۇ.

② زەخىملەنگەن نېرۋىغا ماس ھالدا تەن بەلگىلىرى بولىدۇ. مېڭە توقۇلمىلىرىدا زەخىملىنىش، قاناش ۋە قان يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى ئوخشاش بولمىغان ئورۇندىكى مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىشتىن شۇنىڭغا مۇناسىپ نېرۋا سىستېمىسى زەخىملەنگەنلىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن: قارىچۇقى كېڭىيىش، تاق پالەچ، يارىتا پالەچ، سۆزلىيەلمەسلىك، يارىتا قارىغۇلۇق ۋە يەرلىك تۇتقاقلىق سەرئى قاتارلىقلار.

③ باش ئىچى بېسىمى ئېشىش 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، پۈركۈپ قۇسىدۇ، قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ.

④ ھاياتلىق 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 زەخىملەنگەندە 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. قانغانىدىكى قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى ۋە ئۇنىڭ بۇزۇلۇشىدىن ھاسىل بولغان ئۆت پىگمېنتلىرىنىڭ خىمىيىلىك غىدىقلىشىدىن بىماردا باش ئاغرىقى كۈچىيىش، 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 مۇسبىي بولىدۇ. مۇسكۇل تەرەڭلىك كۈچى ئېشىپ مەركىزىي نېرۋا مەنبەلىك پالەچ ۋە مېڭىسىز قېتىپ قېلىش كېلىپ چىقىدۇ. ئۇزۇنچاق مېڭە قوشۇلۇپ زەخىملەنگەندە ئېغىر بولغان نەپەس فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش 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 (9ـ1 ـ رەسىم). ② مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى قانلىق ئىششىقى (9ـ2 ـ رەسىم). ③ مېڭە ئىچى قانلىق ئىششىقى (9ـ3 ـ رەسىم). ھەر خىل باش ئىچى قاناشنىڭ ئالاھىدىلىكى ۋە ئىپادىلىرى تۆۋەندىكىچە:

9ـ1 ـ رەسىم

9ـ2 ـ رەسىم

9ـ3 ـ رەسىم

① مېڭە قاتتىق پەردە سىرتقى قانلىق ئىششىقى: كۆپىنچە بىۋاسىتە زەخمە كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، باش سۆڭىكى سۇنۇش قوشۇلۇپ كېلىدۇ، چوڭلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. بىمارنىڭ ئەس ھوشىدا تۇسقۇنلۇق 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 زەخىملىنىش ئېغىر بولۇپ، مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ. ھوشى تۇسقۇنلۇققا ئۇچراش ئېغىر بولىدۇ. ئارىلىقتا ھوشسىزلىنىش ياكى زەخىمدىن كېيىن ھوشسىزلىنىش بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ. باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى ۋە نېرۋا زەخىملىنىش تەن بەلگىلىرى نىسبەتەن ئېغىر بولىدۇ. ئەگەر بىماردا يارتا پالەچ، يەرلىك ئوچاقلىق سەرئى، يۈز پالىچى قاتارلىقلار كۆرۈلسە مېڭە چىقۇقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ. نىسپىي ئۆتكۈرلىرىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى ئۆتكۈر بىمارلارغا ئوخشاپ كېتىدۇ. پەقەت مېڭە سوقۇلۇپ زەخىملىنىش ۋە مېڭە بېسىلىش ئالامەتلىرى يېنىكراق بولىدۇ. سوزۇلمىلىرى كۆپىنچە ياشانغانلاردا كۆرۈلىدۇ. باشنىڭ زەخىملىنىشى 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 زەخىمدىن كېيىن ھوشى بارغانسېرى ناچارلىشىدۇ. ئارىلىقتا ھوشىغا كېلىش دەۋرى بولمايدۇ. نېرۋا سىستېمىسى زەخىملىنىش تەن بەلگىلىرى بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ. كۆپىنچە قاناش ئورنىغا ماس تەن بەلگىلىرى بولىدۇ ۋە سەرئى كۆرۈلىدۇ. بەزىدە كېسەللىك تەرەققىياتى ناھايىتى تېز بولۇپ زەخىمدىن كېيىن تېزلا كىچىك مېڭە پەردە ئۆيۈكى چىقۇقى كۆرۈلىدۇ.

(5) مېڭە ئوچۇق زەخىملىنىش: زەخىمدىن باش تېرىسى، سۆڭىكى، مېڭە پەردىسىنىڭ ھەممىسىدە يېرىلىش بولۇپ، مېڭە توقۇلمىسى بىلەن سىرتقى مۇھىت بىۋاسىتە تۇتاشقان زەخىملىنىشنى كۆرسىتىدۇ. بىمارنىڭ ھوشى تۇسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ، ئېغىر - يېنىكلىكى زەخىملەنگەن ئورۇن دائىرىسى ۋە دەرىجىسىگە قاراپ ئوخشاش بولمايدۇ. قاناش ئېغىر بولۇپ ئاسانلا شوك كېلىپ چىقىدۇ. مېڭىنىڭ زەخىملەنگەن ئورنىغا قاراپ ماس ھالدا ھەرىكەت ۋە نېرۋا سىستېمىسىدىكى نورمالسىزلىق كېلىپ چىقىدۇ. سەرئىنىڭ يۈز بېرىش ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ. مېڭە پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى روشەن بولىدۇ. ئەگەر ئۆتكۈر تەشكۈچى

قوراللار (ئوق، بومبا پارچىسى) دىن زەخىملەنگەن بولسا يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا ئوق كىرگەن (بەزىدە چىققان) زەخمە يولى (تۆشۈكى) بولىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

ئاساسەن باش قىسمىنىڭ زەخىملىنىش 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 زەخىملەنگەندە MRI دا تەكشۈرۈش مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. ئۇندىن باشقا بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالىنى ھەرىكەتچان كۆزىتىش، بىرلەمچى ۋە ئىككىلەمچى مېڭە زەخىملىنىشىنى پەرقلەندۈرۈش، مېڭە چىقۇقىنى بۇرۇن بايقاپ، بۇرۇن داۋالاش كېرەك. داۋالاش ئۈنۈمىگە قاراپ زۆرۈر بولغاندا داۋالاش ئۇسۇلىنى ۋاقتىدا ئۆزگەرتىش لازىم.

3) داۋالاش:

مېڭە سىلكىنىشىنى داۋالىغاندا دوختۇرخانىدا قالدۇرۇپ كېسەللىك ئالامەتلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئىنچىكە كۆزىتىش كېرەك. ئوتتۇرا 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 تىپتىكى مېڭە سوقۇلۇپ زەخىملىنىشىنى داۋالاشمۇ مېڭە سىلكىنىشىنى داۋالاشقا ئوخشايدۇ.

(1) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: نەق مەيداندا 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) سۇسىزلاندۇرۇپ داۋالاش: باش ئاغرىش، قۇسۇش قاتارلىق باش ئىچى بېسىمى ئارتىش ئالامەتلىرى روشەن بولغان بىمارلارغا ماس كېلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلاردىن ① 20% لىك مانىنتول (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 مانىنتول ۋە فۇروزېمىد (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 مانىنتولدىن

250ml نى ۋە فۇروزىمىددىن 40mg نى ۋېنادىن بىرلا ۋاقىتتا ئوكۇل قىلىش كېرەك.

(3) هورمون: ئېغىر مېڭە زەخىملىنىشكە ئىشلىتىلىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن دېكسامېتازون (地塞米松) بولۇپ چوڭلارغا 5mg ھەر سائەتتە بىر قېتىم مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى كۈندە ۋېنادىن 20mg تامچىلىتىلىدۇ. ئۈچ كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

(4) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئوچۇق زەخىمنى ئامال بار زەخىملىنىپ ئالتە سائەت ئىچىدە تېزدىن پاكىزلاپ تىكىش كېرەك، ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش شەرتى ئاستىدا 72 سائەت ئىچىدە تىكىشكىمۇ بولىدۇ. يېپىق مېڭە زەخىملىنىشتىن باش ئىچى قاناش، ئېغىر بولغان مېڭە سوقۇلۇپ يېرىلىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى قوشۇلۇپ كېلىشتىن كېلىپ چىققان باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىش، مېڭە چىقۇقى، شۇنداقلا باش ئىچى قانلىق ئىششىقى پەيدا قىلغان يەرلىك ئوچاقلىق مېڭە زەخىملىنىشنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ.

(5) نىسپىي تۆۋەن تېمپېراتۇرىدا داۋالاش: بەدەن تېمپېراتۇرىسىنى چۈشۈرۈپ مەقسەت تېمپېراتۇرىسىنى 32℃～34℃ ئەتراپىدا ساقلاش مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنىڭ فۇنكسىيىسىنى قوغداشقا پايدىلىق.

(6) هوشىغا كەلتۈرۈش: هوشىغا كېلىشنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش ياكى يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېن بىلەن داۋالاش هوشىغا كەلمىگەن بىمارلارنى هوشىغا كەلتۈرۈشتە ئاكتىپ ئەهمىيەتكە ئىگە.

2 § . كۆكرەك زەخىملىنىش
(胸部外伤)

كۆكرەك قىسمى زەخىملىنىش كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ تاشقى مۇھىت بىلەن تۇتاش ياكى تۇتاش ئەمەسلىكىگە قاراپ ئوچۇق زەخىملىنىش ۋە يېپىق زەخىملىنىش دەپ ئىككىگە بۆلۈنىدۇ.

1. قوۋۇرغا سۆڭىكى سۇنۇش.

كۆكرەك زەخىملىنىشتە نىسبەتەن كۆپ ئۇچرايدۇ. زەخىملىنىشتە 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 تەكشۈرۈشتە يەرلىك ئورۇندا ئىششىق بولىدۇ، بېسىلىپ ئاغرىيدۇ، ھەتتا سۆڭەك سۇركىلىش تاۋۇشى بولىدۇ. قول بىلەن بىمار كۆكرەك قىسمىنىڭ ئالدى ـ كەينىدىن قىسقاندا يەرلىك ئاغرىقى كۈچىيىدۇ. ھەتتا سۆڭەك

سۇركۇلۇش تاۋۇشى چىقىدۇ. قوۋۇرغىنىڭ سۇنۇق ئۇچى ئۇچلۇق بولۇپ، كۆكرەك ئىچى تەرەپكە يۆتكىلىش بولسا دىۋار كۆكرەك پەردىسى (كۆكرەك پەردىسىنىڭ كۆكرەك دىۋار 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 كۈچى بولمىغاچقا يۇمشاپ تەتۈر نەپەس ھەرىكىتى كۆرۈلىدۇ، يەنى ھاۋا سۈمۈرگەندە (كۆكرەك سىرتقا كۆپكەندە) يۇمشىغان كۆكرەك دىۋارى ئىچىگە ئولتۇرىشىدۇ، ھاۋا چىقارغاندا ئەكسىنچە يۇمشىغان كۆكرەك دىۋارى سىرتقا كۆپىدۇ. ئەگەر يۇمشىغان كۆكرەك دىۋارىنىڭ دائىرىسى چوڭ بولسا نەپەسلەنگەندە ئىككى تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىنىڭ بېسىمى تەڭپۇڭلۇقنى ساقلىيالماي تىك پاسىل ئىككى تەرەپكە ئىغاڭشىپ نەپەس يوللىرىنىڭ ھاۋا ئۆتۈشىشىگە تەسىر قىلىپ، بەدەنگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ھەتتا ۋېنا تومۇردىكى قاننىڭ قايتىشىغا تەسىر قىلىپ ئېغىر بولغاندا نەپەس ۋە قان ئايلىنىشنى زەئىپلەشتۈرىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئالامىتى ۋە كۆكرەكنى رېنتگېندە رەسىمگە ئېلىشنى بىرلەشتۈرۈپ قوۋۇرغا سۇنۇشقا، شۇنداقلا ئۇنىڭ گازلىق، قانلىق كۆرەكنى كەلتۈرۈپ چىقارغان ـ چىقارمىغانلىقىغا دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

3) داۋالاش:

(1) يېپىق يالغۇز قوۋۇرغا سۆڭىكى سۇنۇش: ئاستى، ئۈستىدىكى 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 يەرلىككە كەڭ پلاستىر چاپلاش ئارقىلىق ئاغرىق توختاتقىلى ۋە يەرلىكنى مۇقىملاشتۇرغىلى بولىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە ئىندومېتاتسىن (消炎痛) بىروفىن (布罗芬)، ترامال (曲马多) قاتارلىق ياللۇغ قايتۇرۇپ ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئۇندىن باشقا قان جانلاندۇرۇش (活血化瘀) تىپىدىكى جۇڭيى ياكى ئۇيغۇر تېبابىتى دورىلىرىنى ئىشلىتىشكەمۇ بولىدۇ.

(2) يېپىق كۆپ قوۋۇرغا كۆپ ئورۇندىن سۇنۇش: ئەگەر يۇمشىغان كۆكرەك دىۋارىنىڭ دائىرىسى كىچىك بولسا ئاغرىق توختاتقاندىن باشقا يەنە يەرلىكنى بېسىپ تېڭىش كېرەك. ئەگەر دائىرىسى چوڭ بولۇپ تەتۈر 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 مۇۋاپىق 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 دوختۇرخانىدا 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 ئۈنۈمى بولمىغانلارغا ماس كېلىدۇ. يەرلىك ناركوز، دېزىنفېكسىيە قىلىنغاندىن كېيىن مىكروبسىز ياغلىق قىسقۇچ بىلەن يۇمشىغان ئورۇننىڭ 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 زەخىملەنگەن 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 زەخىمنى 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 هاۋا ئۆپكىدىن كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىپ كېتىدۇ. بۇ ۋاقىتتا هاسىل بولغان كۆكرەك بوشلۇقىدىكى هاۋا بېسىمى ئۆپكىدىكى تۆشۈك ئېغىزىنى يېپىۋېتىدۇ ياكى ئۆزلۈكىدىن يېپىلىدۇ، بۇنىڭ بىلەن كۆكرەك بوشلۇقىغا ئۆپكىدىن هاۋا كىرىش توختايدۇ. كۆكرەككە كىرگەن هاۋا زەخىملەنگەن تەرەپ ئۆپكىنى بېسىپ ئۆپكە قىسمەن كىچىكلەيدۇ. ئۆپكىنىڭ بېسىلىپ كىچىكلىشى 30% گە يەتمىسە نەپەس ۋە قان ئايلىنىشقا چوڭ تەسىر قىلمايدۇ، شۇڭا بىماردا 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 ناغرىسىمان تاۋۇش چىقىدۇ. تىڭشاپ تەكشۈرگەندە نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقىلىدۇ، كۆكرەكنى رېنتگېندە تەكشۈرگەندە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدىكى كىچىكلىگەن ئۆپكە ۋە كۆكرەك بوشلۇقىدىكى هاۋا تەسۋىرىنى كۆرگىلى بولىدۇ، بەزىدە كۆكرەكتە ئاز مىقداردا سۇيۇقلۇق بولىدۇ.

ئوچۇق گازلىق كۆكرەك كۆپىنچە ئۆتكۈر، بىسلىق، ئوچلۇق قوراللاردىن زەخىملەنگەندە كېلىپ چىقىدۇ. هاۋا زەخمە تۆشۈكى ئارقىلىق كۆكرەك بوشلۇقىغا ئەركىن كىرىپ چىقىدۇ ـ دە، كۆكرەك بوشلۇقىدىكى مەنپىي بېسىم مۇسپىي بېسىمغا ئۆزگىرىپ بىماردا نەپەس يېتىشمەسلىك، قىيىنلىشىش، كۆكىرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. قان ئايلىنىش زەئىپلەشسە شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بىمار نەپەسلەنگەندە زەخمە تۆشۈكىدىن شامال پۈرگىگەندەك ئاۋاز چىقىدۇ. زەخمە تەرەپ كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە ناغرىسىمان تاۋۇش چىقىدۇ. نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ. ئۇندىن باشقا كاناي، تىك پاسىل، يۈرەك قاتارلىقلار ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ. رېنتگېندە ئۆپكىنىڭ كىچىكلىگەن، يىگىلىگەنلىكىنى، كۆكرەك بوشلۇقىدىكى هاۋانى، تىك پاسىل ئەزالىرىنىڭ ساق تەرەپكە يۆتكەلگەنلىكىنى كۆرۈشكە بولىدۇ.

تەرەڭلىك گازلىق كۆكرەك كۆپىنچە نىسبەتەن چوڭ بولغان ئۆپكە هاۋا پۇۋەكچىسى ياكى كانايچىنىڭ يېرىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. يېرىلغان ئېغىز كۆكرەك بوشلۇقى بىلەن تۇتاش بولۇپ هەرىكەتچان قاپقاقا ئايلىنىدۇ. شۇڭا هاۋا سۈمۈرگەندە هاۋا كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىدۇ. چىقارغاندا قاپقاق تاقىلىپ قېلىپ كۆكرەك بوشلۇقىدىكى هاۋا نەپەس يولى ئارقىلىق سىرتقا چىقىپ كېتەلمەيدۇ. بۇنىڭ بىلەن كۆكرەك بوشلۇقىدىكى هاۋا بارغانسېرى كۆپىيىپ، زەخمە تەرەپ كۆكرەك ئىچى بېسىمى بارغانسېرى ئېشىپ، ئۆپكە بېسىلىدۇ، ئۆپكە بارغانسېرى كىچىكلەيدۇ ياكى پۈتۈنلەي يىگىلەيدۇ. شۇنداقلا تىك پاسىلنى ساق تەرەپكە ئىتتىرىپ نەپەس ۋە قان ئايلىنىش فۇنكسىيىسىدە ئېغىر توسالغۇ پەيدا قىلىدۇ. بىماردا ئېغىر نەپەس

قىيىنلىشىش، ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىش، ئېغىرلىرىدا كۆكىرىش، تىنچسىزلىنىش، ھوشسىزلىنىش ھەتتا تۇنجۇقۇپ قېلىش كېلىپ چىقىدۇ. زەخمە تەرەپ كۆكرەك تولغان (يوغىنىغان)، قوۋۇرغا ئارىلىقى كېڭەيگەن بولىدۇ، نەپەسلىنىش دائىرىسى كىچىكلەيدۇ. تېرە ئاستى ھاۋالىق ئىششىقى بولىدۇ. چېكىپ تەكشۈرگەندە كۇچلۇك ناغرىسىمان تاۋۇش چىقىدۇ. ئاڭلىغاندا نەپەس تاۋۇشى يوقايدۇ. رېنتگېندە كۆكرەكتە كۆپ مىقداردا ھاۋا يىغىلىپ قالغانلىقىنى، ئۆپكىنىڭ يىگلەپ قالغانلىقىنى، كاناي، يۈرەكنىڭ ساق تەرەپكە يۆتكەلگەنلىكىنى كۆرگىلى بولىدۇ. كۆكرەك بوشلۇقىنى تەشكەندە يۇقىرى بېسىملىق ھاۋا كۆكرەكتىن ئېتىلىپ چىقىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەللىك تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە رېنتگېندە تەكشۈرۈشكە ئاساسەن ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

يېپىق گازلىق كۆكرەكتە ئەگەر ھاۋا مىقدارى ئاز بولسا داۋالاش ھاجەتسىز، 1~2 ھەپتىدە ھاۋا ئۆزلۈكىدىن سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. كۆپ مىقداردىكى گازلىق كۆكرەكتە كۆكرەك بوشلۇقىنى تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش ئارقىلىق يىغىلىپ قالغان ھاۋانى سۈمۈرۈپ چىقىرىۋېتىش ياكى كۆكرەك پەردە بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزۇش ئارقىلىق ئۆپكىنىڭ بۇرۇنراق كۆپىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش كېرەك. شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ 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 ھاۋانى تارتىپ چىقىرىۋېتىپ ئوكسىگېن بېرىپ نەپەس قىيىنلىشىشنى ۋاقتىنچە يېنىكلىتىش كېرەك. بىمارنى دوختۇرخانىغا ئېلىپ بارغاندىن كېيىن سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ، زۆرۈر بولغاندا قان بېرىپ شوكنى تۈزىتىش، يارا ئېغىزىنى تازىلاپ تىكىش، شۇنداقلا كۆكرەك بوشلۇقىنى يېپىق ئاققۇزۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك. ئەگەر كۆكرەك بوشلۇقى ئەزالىرىدا زەخىملىنىش ياكى ھەرىكەتچان قاناش بولسا كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئوپېراتسىيىدىن كېيىن ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، بىمارنى يۆتىلىپ بەلغەم چىقىرىشقا، بۇرۇنراق ھەرىكەت قىلىشقا رىغبەتلەندۈرۈش لازىم.

تەرەڭلىك گازلىق كۆكرەكنى جىددىي قۇتقۇزغاندا تېز سۈرئەتتە كۆكرەكتىكى ھاۋانى چىقىرىۋېتىپ كۆكرەك بوشلۇقى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش كېرەك. جىددىي، خەتەرلىك ئەھۋالدا چوڭ ئوكۇل يىڭنىسىنى زەخمە تەرەپ ئوقۇرەك سۆڭەك ئوتتۇرا سىزىقىدىن 2 - قوۋۇرغا

ئارىلىقىغا بىۋاسىتە 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 كېتىشنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ. دوختۇرخانىغا يېتىپ بارغاندىن كېيىن دەرھال يېپىق ئاققۇزۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەش كېرەك. ئەگەر ئۆپكە ياكى كانايچىلاردا نىسبەتەن چوڭ يېرىلىش، ئۈزۈلۈش بولسا ۋاقتىدا كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ يېرىلغان ئورۇننى ياماش ياكى مۇناسىۋەتلىك ئۆپكە بۆلىكى، ئۆپكە قانىتىنى كېسىپ ئېلىۋېتىش لازىم.

3. قانلىق كۆكرەك (血胸).

كۆكرەك زەخىملىنىشتىن 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 سۈپىتىگە قاراپ پەرقلىنىدۇ. ئاز مىقداردىكى قانلىق كۆكرەكنىڭ كلىنىكىلىق ئالامىتى روشەن بولمايدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە پەقەت قوۋۇرغا، دىئافراگما بولۇڭى تۈزلىنىدۇ 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 قىستاش قاتارلىق قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ؛ قوۋۇرغا ئارىسى تولۇش، كاناي ساق تەرەپكە يۆتكىلىش قاتارلىق قانلىق كۆكرەك ئالامەتلىرى بولىدۇ. زەخىملەنگەن كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە بوغۇق تاۋۇش چىقىدۇ؛ يۈرەك چېگرىسى ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ، نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ ياكى يوقايدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە زەخىملەنگەن تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىدا كەڭ دائىرىدە تۇتۇق سايە كۆرۈلىدۇ. تىك پاسىل ساق تەرەپكە يۆتكىلىدۇ. ئەگەر گازلىق كۆكرەك قوشۇلۇپ كەلسە گاز- سۇيۇقلۇق تەكشىلىكى كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا قانلىق كۆكرەكتە يەرلىك ئاغرىش، نەپەس يېتىشمەسلىك، ھەرىكەتتە ئاغرىق كۈچىيىش قاتارلىق كۆكرەك زەخىملىنىش ئالامەتلىرى بولىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى، كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە رېنتگېندە تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس.

3) داۋالاش:

(1) ھەرىكەتسىز قانلىق كۆكرەك: ئاز مىقداردىكى 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 ھەرىكەتچان قاناش بار - يوقلۇقىنى كۆزەتكىلى بولىدۇ.

(2) ھەرىكەتچان قانلىق كۆكرەك: كۆكرەك زەخىملەنگەندىن كېيىن كۆكرەك ئىچىدىكى قاننىڭ قىسقا ۋاقىت ئىچىدە روشەن كۆپىيىشىنى ياكى يېپىق ئاققۇزۇشتا كۆكرەك بوشلۇقى ئۈزلۈكسىز قاناشنى كۆرسىتىدۇ. ھەرىكەتچان قانلىق كۆكرەكتە ئالدى بىلەن قان ياكى قانسىمان سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ شوكنىڭ 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 سۈنئىي 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 تاللىنىش بولسا كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن، ۋاقتىدا قان لەختىسى ۋە تالا توقۇلمىلىرىنى ئاجرىتىپ ئېلىۋېتىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

3 § . قورساق قىسمى زەخىملىنىش

(腹部外伤)

قورساق قىسمى زەخىملىنىشمۇ ئوچۇق ۋە يېپىق دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخىملىنىشنى كۆپىنچە پىچاق قاتارلىق بىسلىق ۋە ئوق، بومبا پارچىسى قاتارلىق ئۇچلۇق جىسىم كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. يېپىق زەخىملىنىشنى ئېگىزدىن چۈشۈپ كېتىش، سوقۇلۇش، بېسىلىش، سىقىلىش، جەدەللىشىش قاتارلىقلار كەلتۈرۈپ چىقىدۇ. ئۆلۈش نىسبىتى ئادەتتە 10% ئەتراپىدا بولىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يالغۇز قورساق دىۋارى زەخىملىنىشنىڭ 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. ئۈزلۈكسىز قورساق ئاغرىيدۇ، ئەمما بەك قاتتىق بولمايدۇ. قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى (قورساق مۇسكۇلى چىڭىش، بېسىلىپ ۋە قاڭقىپ ئاغرىش) مۇ بەك روشەن بولمايدۇ. جىگەر يېرىلىشقا ئۆت نەيچىلىرى يېرىلىش، ئۈزۈلۈش 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 ئەڭ روشەن بولغان ئورۇن زەخىملەنگەن ئەزا بار ئورۇن بولىدۇ. جىگەر يېرىلغاندا ئوڭ يەلكىدە تارىلىپ ئاغرىش، تال زەخىملەنگەندە سول يەلكىدە تارىلىپ 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، ئۈچەي، ئۆت يولى قاتارلىق) زەخىملەنگەندە ئاساسەن قورساق پەردە ياللۇغىنىڭ ئالامەت ۋە بەلگىلىرى ئىپادىلىنىدۇ. قورساق ئاغرىقى كۈچلۈك بولىدۇ. قورساق پەردە غىدىقلىنىش بەلگىلىرى روشەن بولىدۇ. يۇقىرى هەزىم يولى يېرىلغاندا يۇقىرىقى ئالامەت، بەلگىلەرنىڭ ئىپادىلىنىشى نىسبەتەن بالدۇر بولىدۇ. تۆۋەن هەزىم يولى يېرىلغاندا كېچىكىپرەك ئىپادىلىنىدۇ. تۆۋەن هەزىم يولى يېرىلغاندا كېلىپ چىقىدىغان باكتېرىيىلىك قورساق پەردە ياللۇغى يۇقىرى هەزىم يولى يېرىلغانغا قارىغاندا تېخىمۇ ئېغىر بولىدۇ. قورساق پەردە ياللۇغىنىڭ تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ ئۈچەي پالەچلىنىپ قورساق كۆپىيدۇ. 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. ئۇنىدىن باشقا زەخىملىنىش ئورنىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ قان قۇسۇشى ياكى چوڭ تەرەتتىن قان كېلىشى مۇمكىن. كەينى قورساق پەردىدىكى 12 بارماق ئۈچەي يېرىلغاندا بىماردا 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 زەخىملىنىش بار - يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش، ئۇندىن قالسا قايسى خىلدىكى ئەزا زەخىملەنگەنلىكىنى ئېنىقلاشتۇر.

1) يۇقىرىقى كېسەل تارىخى ۋە بەدەن تەكشۈرۈش نەتىجىسىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى ئەھۋاللارنىڭ بىرسى كۆرۈلسە ئىچكى ئەزا زەخىملەنگەنلىكتىن گۇمان قىلىش كېرەك: ① قورساق ئاغرىقى قاتتىق، ئۈزلۈكسىز 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 هاۋا بولغان، جىگەر بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى كىچىكلىگەن ياكى يوقاپ كەتكەن بولسا؛ ⑤ قورساق كۆپكەن، ئۈچەي لۆمۈلدىشى ئاجىزلىغان ياكى يوقالغان بولسا؛ ⑥ قورساقتا يۆتكىلىشچان بوغۇق تاۋۇش بولسا؛ ⑦ چوڭ تەرەتتىن قان كېلىش، قان قۇسۇش ياكى قان سىيىش ئالامەتلىرى بولسا، تۈز ئۈچەينى بارماق بىلەن تەكشۈرگەندە ئۈچەي ئالدىنقى دىۋارىدا بېسىلىپ ئاغرىش ياكى دولقۇنلاش سېزىمى بولسا ۋە ياكى پەلەيگە قان يۇقى يۇقسا.

2) ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى يار بەرسە زۆرۈر بولغان ياردەمچى تەكشۈرۈشلەرنى ئېلىپ بېرىش كېرەك.

(1) لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش: ئۇيۇل ئەزالار زەخىملەنگەندە قان يوقىتىش كۆپ بولغانلىقى ئۈچۈن قىزىل قان ھۈجەيرىسى، قان قىزىل ئاقسىلى، قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقى قاتارلىقلاردا روشەن تۆۋەنلەش بولىدۇ. ئەمما قاننىڭ 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 ئۈچەي زەخىملەنگەندە كۆپىنچە قان، سۈيدۈك كراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ.

(2) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش: ئۇيۇل ئەزالار زەخىملەنگەندە قورساق بوشلۇقىدا يىغىلىپ قالغان سۇيۇقلۇق بار - يوقلۇقى ۋە مىقدارىنى ئېنىقلاش ئارقىلىق ئۇيۇل ئەزالار زەخىملەنگەنلىكىگە دىئاگنوز قويۇلىدۇ.

(3) رېنتگېندا تەكشۈرۈش: بولۇپمۇ قورساق بوشلۇقىدا ئەركىن هاۋانى 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 زەخىملىنىشمۇ 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 كۆچەيتىپ سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە، ئېنىقلىق دەرىجىسى تېخىمۇ يۇقىرى بولىدۇ.

(5) دىئاگنوز مەقسەتلىك قورساق بوشلۇقىنى ئېچىش ئوپېراتسىيىسى: دىئاگنوزنىڭ توغرىلىق نىسبىتى 90% دىن ئاشىدۇ. ئەگەر تارتىپ چىقىرىلغان قان قېتىشمىسا ئۈيۈل ئەزالارنىڭ يېرىلغانلىقىدىن دېرەك بېرىدۇ. ئەگەر ئۆت سۇيۇقلۇقى، هەزىم يولى سۇيۇقلۇقى ياكى يېمەكلىك قالدۇقلىرى بولسا هەزىم يولىنىڭ تېشىلگەنلىكىنى، يىرىڭ بولسا قورساق بوشلۇقىدا يۇقۇملىنىش بارلىقىنى ئىپادىلەيدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى، 12 بارماق ئۈچەي تېشىلگەندە سۇيۇقلۇق تەركىبىدىكى كراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ. ئەگەر تۇنجى قېتىم هېچقانداق سۇيۇقلۇق چىقمىسا هەرىكەتچان تۇزىتىش، زۆرۈر بولغاندا قايتا تېشىش كېرەك.

3. داۋالاش:

1) ئوپېراتسىيىسىز داۋالاش:

(1) ماس كېلىدىغان كېسەللىكلەر: ① يۇقىرىقى هەر خىل تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق ئىچكى ئەزا زەخىملەنگەنلىكىگە ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولمىغانلار، بۇنداق بىمارلارنى ئوپېراتسىيىسىز داۋالاش بىلەن بىرگە كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئەتراپلىق، هەرىكەتچان كۆزىتىش كېرەك، ② دىئاگنوز ئېنىق بولغان، ئۈيۈل ئەزالار يېنىك دەرىجىدە زەخىملەنگەن، هەرىكەتچان قاناش بولمىغان، هاياتلىق تەن بەلگىلىرى تۇراقلىق بولغانلار.

(2) داۋالاش ئۇسۇللىرى: ① قان بېرىپ سۇيۇقلۇق تولۇقلاش، شوكنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش؛ ② كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ قورساق بوشلۇقى يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش؛ ③ يېمەك - ئىچمەكتىن چەكلەش، كاۋاك ئەزالار زەخىملەنگەنلىكتىن گۇمان قىلىنغان ياكى قورساق كۆپۈشى نىسبەتەن روشەن بولغانلارنىڭ ئاشقازان ئۈچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش؛ ④ ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش؛

2) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئىچكى ئەزا يېرىلغانلىقىغا ئېنىق دىئاگنوز قويۇلغان بىمارلارنى، بولۇپمۇ هەرىكەتچان قاناش بارلارنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش كېرەك. ئوپېراتسىيىسىز داۋالىنىۋاتقانلاردا ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالىدا ئۆزگىرىش بولۇپ، ئىچكى ئەزا يېرىلغانلىق ئالامەتلىرى روشەنلەشسىمۇ دەرهال ئوپېراتسىيە قىلىش كېرەك. قورساق تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسىدە ئالدى بىلەن جىگەر، تال قاتارلىق ئۈيۈل ئەزالار ۋە دىئافراگما يېرىلىش بار - يوقلۇقى تەكشۈرۈلىدۇ. ئاندىن ئاشقازاندىن باشلاپ تەرتىپ بويىچە 12 بارماق ئۈچەي، ئىنچىكە ئۈچەي، بوغماق ئۈچەي ۋە ئۇلارنىڭ بېغىشلىرى تەپسىلىي تەكشۈرۈلىدۇ. ئاندىن داس بوشلۇقى ئەزالىرى تەكشۈرۈلىدۇ. ئاخىرىدا ئاشقازان بوغماق ئۈچەي تارىمۇشى

كېسىلىپ تارىمۇش خالتىسى ئېچىلىپ ئاشقازان ئارقا دىۋارى ۋە ئاشقازان ئاستى بېزى تەكشۈرۈلىدۇ. زۆرۈر بولغاندا، ئارقا قورساق پەردىسىنى كېسىپ 12 بارماق ئۈچەينىڭ 2 ـ، 3 ـ، 4 ـ بۆلىكىنى تەكشۈرۈش كېرەك. تەكشۈرۈش داۋامىدا بايقالغان قاناش خاراكتېرلىك زەخىملىنىش ياكى ئەزالار يېرىلىشقا ۋاقتىدا قان توختىتىش ياكى زەخمە ئېغىزىنى قىسقۇېلىش 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 زەخىمدە ئالدى بىلەن بۇلغىنىشى ئېغىر بولغانلىرى ئاندىن بۇلغىنىشى يېنىك بولغانلىرى بىر تەرەپ قىلىنىدۇ. ئوپېراتسىيە ئاخىرىدا قورساق بوشلۇقىنى پاكىز چايقاپ يۇيۇش ۋە ئاققۇزۇش كانالچىلىرىنى قويۇش كېرەك.

4 § . سۈيدۈك ئاجرىتىش سىستېمىسى زەخىملىنىش
（泌尿系统外伤）

1. بۆرەك زەخىملىنىش.

بۆرەك زەخىملىنىشمۇ ئوچۇق ۋە يېپىق زەخىملىنىشكە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخىملىنىش كۆپىنچە كۆكرەك، قورساق قىسمىدىكى باشقا ئەزالارنىڭ زەخىملىنىشى بىلەن قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئېغىر بولغان بۆرەك يېرىلىش، بۆرەك ساپىقى يېرىلىشتا ياكى بۆرەك يېرىلىشقا باشقا ئەزالار زەخىملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە، كۆپىنچە زەخىملىنىش ۋە قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك كېلىپ چىقىپ ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. بىماردا زەخىملىنىش ۋە قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك ئالامەتلىرى روشەن ئىپادىلىنىدۇ. بۆرەك زەخىملەنگۈچىلەرنىڭ كۆپىنچىسى قان سىيىدۇ. بۆرەك سوقۇلۇپ زەخىملەنگەندە كىچىك تەرەتتىكى قاننىڭ مىقدارى نىسبەتەن ئاز، ئېغىر يېرىلىپ زەخىملەنگەندە كىچىك تەرەتتىكى قاننىڭ مىقدارى كۆپ بولىدۇ، كۆز بىلەن كۆرگىلى بولىدۇ. بەزىدە قان لەختىسى سۈيدۈك يولىنى توسۇۋالىدۇ. بۆرەك قاپچۇق پەردە ئاستى قان ئىششىقى، بۆرەك ئەتراپ يۇمشاق توقۇلمىلىرى زەخىملىنىش، قاناش ياكى سۈيدۈك ئەتراپقا سىرغىش قاتارلىقلاردا زەخىملەنگەن تەرەپ بەل، قورساقتا ئاغرىق پەيدا بولىدۇ. قان ۋە سۈيدۈك قورساق بوشلۇقىغا سىرغىپ كىرگەندە ياكى قورساق بوشلۇقىدىكى ئەزالاردا زەخىملىنىش 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 تۈتقاندا 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
ياللۇغىنى پەيدا قىلىدۇ، شۇنداقلا پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى كېلىپ چىقىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

قورساق، بەل، تۆۋەن كۆكرەك قىسمىدىكى ھەرقانداق زەخىملىنىش بۆرەك زەخىملە-
نىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرگەندە سۈيدۈكتە كۆپ مىق-
داردا قىزىل قان ھۈجەيرىسى بولىدۇ. قان قىزىل ئاقسىلى ۋە ھۈجەيرە سېلىشتۇرما
سىغىمچانلىقىنىڭ ئۈزلۈكسىز 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
زەخىملىنىش دەرىجىسى، قان ئىششىقى، بۆرەكنىڭ ئاناتومىيىلىك تۈزۈلىشى ۋە ئەتراپىتىكى
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 زەخىملىنىشىنى تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

بۆرەك سوقۇلۇپ زەخىملىنىشنى كۆپىنچە ئەھۋالدا ئوپېراتسىيىسىز داۋالاشقا بولىدۇ.
ئادەتتە 2～4 ھەپتە كارىۋاتتا يېتىپ دەم ئالدۇرۇش، كېسەل ئەھۋالى تۇراقلىشىپ سۈيدۈك-
تىن قان كېلىش توختىغاندىن كېيىن ئاندىن كارىۋاتتىن چۈشۈپ ھەرىكەت قىلىشقا يول
قويۇش كېرەك. ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە سۈيدۈك رەڭگىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئەتراپلىق
كۆزىتىش لازىم. ۋاقتىدا قان سىغىمچانلىقىنى ۋە ئىسسىقلىق مىقدارىنى تولۇقلاپ سۇ،
ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش، سۈيدۈك مىقدارىنىڭ يېتەرلىك ۋە كۆپ بولۇشى-
غا كاپالەتلىك قىلىش، زۆرۈر بولغاندا قان بېرىش كېرەك. كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلار-
نى ئىشلىتىپ يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم. ئاغرىق توختاتقۇچى،
تىنچلاندۇرغۇچى، قان توختاتقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئاز ساندىكى زەخىملىنى-
شى ئېغىر بولغان (ھەرىكەتچان قاناش بولغان ياكى شوكقا قارشى داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى ياخشى
بولمىغان) بىمارلارنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدۇ. ئوپېراتسىيىدە ئەمەلىي
ئەھۋالغا قاراپ بۆرەكنى ياماش، قىسمەن بۆرەكنى كېسىۋېتىش، بۆرەكنى تولۇق كېسىپ

ئېلىۋېتىش ئوپېراتسىيىلىرىنى تاللاپ قىلىش كېرەك.

2. سۈيدۈك نەيچىسى زەخىملىنىش.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئادەتتە تەكشۈرۈش سايمانلىرى سۈيدۈك نەيچىسىنىڭ شىللىق پەردىسىنى زەخىملەندۈرسە 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، ئۈچەي يولىدىكى يارا ئېغىزىدىن ئېقىپ چىقسا ساقىيىشى تەس بولغان سۈيدۈك ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىدۇ. ئەگەر سۈيدۈك نەيچىسى تىكىپ بوغۇۋېتىلسە (ئوپېراتسىيىدە) تولۇق توسۇلۇشتىن بۆرەك جامى بېسىمى ئېشىپ شۇ تەرەپ بەل چىڭقىلىپ ئاغرىيدۇ، بەل مۇسكۇلى چىڭىيدۇ، بۆرەك ئورنى چىڭقىلىپ ئاغرىيدۇ، قىزىيدۇ.

2) دىئاگنوزى:

بۆرەك زەخىملىنىشكە ئوخشاش.

3) داۋالاش:

شىللىق پەردە زەخىملەنگۈچىلەرنى كۆزىتىپ بېقىشقا بولىدۇ. نەيچە ئۈزۈلۈپ كەتكۈچىلەرنى كېسەللىك ئەھۋالى يار بەرسىلا ۋاقتىدا تۈزەش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ سۈيدۈكنىڭ راۋانلىقى ۋە بۆرەك فۇنكسىيىسىنى قوغداش كېرەك. سۈيدۈك سىرغىشنى تولۇق ئاققۇزۇپ ئەگەشمە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش لازىم.

3. دوۋسۇن زەخىملىنىش.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئوچۇق زەخىملىنىش سىلىق، ئۇچلۇق سايمانلارنىڭ زەخىملەندۈرۈشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە باشقا ئەزالارنىڭ زەخىملىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. دوۋسۇن تولغان ھالەتتە تۈۋەن قورساق قىسمى زەربىگە ئۇچراش، بېسىلىش، داس سۆڭەك سۇنۇش قاتارلىقلار يېپىق زەخىملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دوۋسۇن دىۋارى يېنىك دەرىجىدە سوقۇلۇپ زەخىملەنسە تۈۋەن قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ، ئاز مىقداردا قان سىيىدۇ، ئەمما قىسقا ۋاقىت ئىچىدە ئۆزلۈكىدىن يوقايدۇ. داس سۆڭىكى سۇنۇشتىن كېلىپ چىققان دوۋسۇن زەخىملىنىشتە ئاغرىق قاتتىق، قاناش كۆپ بولىدۇ. دوۋسۇن يېرىلغاندا سۈيدۈك قورساق بوشلۇقىغا ئېقىپ كىرىپ قورساق پەردە ياللۇغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، ئېغىرلىرىدا شوك كېلىپ چىقىدۇ. دوۋسۇن قورساق پەردە سىرتىدىن يېرىلغاندا سۈيدۈك سىرغىپ چىقىش، قانلىق ئىششىق،

تۆۋەن قورساق ئاغرىش، بېسىلىپ ئاغرىش ۋە يەرلىك مۇسكۇل چىڭقىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، بارماقتا تۈز ئۈچەينى تەكشۈرگەندە ئىششىق سېزىمى بولىدۇ ياكى تېگىپ ئاغرىيدۇ. دوۋسۇن قورساق پەردە ئىچىدىن يېرىلغاندا سۈيدۈك 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 سۈيدۈك دوۋسۇن ئەتراپى، قورساق بوشلۇقىغا سىرغىپ چىققاندا سۈيدۈك بولمايدۇ. ئوچۇق زەخىملىنىشتە ئەگەر تۈز ئۈچەي ياكى جىنسىي يولدا بىرلەشمە زەخىملىنىش بولسا سۈيدۈك مەقئەت ياكى جىنسىي يولدىن ئېقىپ چىقىدۇ. يېپىق زەخىملىنىشتە سۈيدۈك سىرغىپ چىققاندىن كېيىن يۇقۇملانسا يەرلىكنى تېشىۋېتىپ سۈيدۈك ئاقمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2) دىئاگنوزى:

كېسەل تارىخى ۋە كلىنىكىلىق ئىپادىسىگە قاراپ قورساق پەردە ئىچىدىن ياكى سىرتىدىن يارىلانغانلىقىنى پەرەز قىلىشقا بولىدۇ.

سۈيدۈك ئاققۇزۇش تەجرىبىسى: دوۋسۇن زەخىملەنگەندە سۈيدۈك ئاققۇزۇش نەيچىسىنى دوۋسۇنغىچە كىرگۈزۈپ ئاققۇزغاندا پەقەت ئازراقلا قانلىق سۈيدۈك چىقىدۇ ياكى سۈيدۈك بولمايدۇ. 200ml مىكروبسىز تۇز سۈيىنى سۈيدۈك نەيچىسىدىن شپرىس 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 رېنتگېندە تەكشۈرۈش ئارقىلىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ، يەنى سۈيدۈك ئاققۇزۇش نەيچىسىدىن 15% لىك ئۇروگرافىن (泛影普胺) دىن 300ml ياكى مەلۇم مىقداردا هاۋا ئۇرۇپ كىرگۈزگەندە قورساق پەردە ئىچىدىن يېرىلغان بولسا ئۈچەي ئارىسىدا سايىلاندۇرۇش دورىسى ياكى ئەركىن گازنى كۆرگىلى بولىدۇ.

3) داۋالاش:

ئېنىق دىئاگنوز قويۇلسىلا ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش، زەخىمنى تازىلاش، قان توختىتىش، يېرىلغان ئورۇننى ياماش ۋە ئاقما ياساپ سۈيدۈك ئاققۇزۇش كېرەك. ئەگەر شوك بولسا ئاكتىپ هالدا شوككا قارشى داۋالاش، سۈيدۈك نەيچىسىنى قالدۇرۇپ سۈيدۈك ئاققۇزۇش، ئانتىبىئوتىكلار ۋە ئاغرىق توختىتىش، تىنچلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك.

4. سۈيدۈك يولى زەخىملىنىش.

ئوچۇق زەخىملىنىش ۋە يېپىق زەخىملىنىشكە بۆلىنىدۇ. ئوچۇق زەخىملىنىشنى ئۈچ-

لۇق، بىسلىق سايمانلار كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە ئۇرۇقدان خالتىسى، زەكەر، ئاربلىق قىسمىدا ئۆتۈشمە يارا بولىدۇ. يېپىق زەخىملىنىشنى سوقۇلۇپ زەخىملىنىش، يىرتىلىپ زەخىملىنىش ياكى سۈيدۈك يولى سايمانلىرى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخىملىنىش: ئەرلەردە كۆپىنچە شارچە قىسمى زەخىملىنىدۇ. بولۇپمۇ مىنىپ قېلىپ زەخىملىنىشتە كۆپ كۆرۈلىدۇ. بۇ خىل زەخىملىنىشتە سۈيدۈك يولى سوقۇلۇپ زەخىملىنىشى، يېرىلىشى ياكى پۈتۈنلەي ئۈزۈلۈپ كېتىشى مۇمكىن.

سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخىملىنىش: كۆپىنچە پەردىلىك قىسمى زەخىملىنىدۇ. داس سۆڭەك سۇنۇش كەلتۈرۈپ چىقىدۇ.

1) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

(1) سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخىملىنىش: زەخىملەنگەندىن كېيىن بىمار سيىمىگەن ھالەتتىمۇ سۈيدۈك يولىدىن قان تامچىلايدۇ ياكى ئاقىدۇ، زەخىملەنگەن ئورۇن ئاغرىيدۇ، ئاغرىق سۈيدۈك يولى سىرتقى ئېغىزىغا تارايدۇ، سيگەندە كۈچىيىدۇ. سيىشى تەسلىشىدۇ. سۈيدۈك يولى پۈتۈنلەي ئۈزۈلۈپ كەتكەندە سۈيدۈك ساقلىنىپ قالىدۇ. مىنىپ زەخىملىنىشتە ئۇرۇقدان خالتىسى، ئاربلىقتا ئىششىش، قان قېيىش دېغى، كېپىنەكسىمان قانلىق ئىششىق بولىدۇ. سۈيدۈك يولى ئۈزۈلۈپ كەتسە كۈچەپ سيگەندە سۈيدۈك يارا ئېغىزىدىن ئەتراپتىكى توقۇلمىلارغا سىرغىپ كىرىدۇ. سۈيدۈكنىڭ سىرتقا سىرغىشى ۋە قانلىق ئىششىق، يۇقۇملانغاندىن كېيىن يىرىڭ زەھەرلىك قان كېسەللىكى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. ئەگەر ئوچۇق زەخىملىنىش بولسا سۈيدۈك تېرە، ئۈچەي ياكى جىنسىي يولدىكى يارا ئېغىزىدىن ئېقىپ چىقىپ سۈيدۈك ئاقمىسىنى پەيدا قىلىدۇ.

(2) سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخىملىنىش: نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ، داس سۆڭىكى سۇنۇشتىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە چوڭ قاناش قوشۇلۇپ كېلىپ شوك كۆرۈلىدۇ. تۆۋەنكى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. يەرلىك مۇسكۇل چىڭقىيدۇ. بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. كېسەلنىڭ تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ قورساق كۆپىدۇ. ئۈچەي لۆمۈلدەش تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ. سيەلمەيدۇ. ئۆتكۈر سۈيدۈك ساقلىنىپ قېلىش يۈز بېرىدۇ. سۈيدۈك يولىدىن ئاز مىقداردا قان ئاقىدۇ ياكى ئاقمايدۇ. سۈيدۈك ـ تاناسىل ئەزا يولى پاسلى يىرتىلغاندا ئاربلىق، 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 زەخىملەنگەن ئورۇن ۋە ئۇنىڭ دەرىجىسىنى، سۈيدۈك سىرغىش بار - يوقلۇقىنى بىلگىلى بولىدۇ. بارماق بىلەن تۈز ئۈچەينى تەكشۈرگەندە تۈز ئۈچەي ئالدى دىۋارىدا يۇمشاق، بېسىلىپ ئاغرىيدىغان قانلىق ئىششىقنى بىلگىلى بولىدۇ. مەزى بېزى ئۈچ قىسمىدا لەيلىمە يۆتكىلىش سېزىمى بولىدۇ. ئەگەر پەلەيدە قان يۇقى بولسا تۈز ئۈچەي قوشۇلۇپ زەخىملەنگەنلىكىنىڭ بېشارىتىدۇر.

3) داۋالاش:

(1) سۈيدۈك يولى ئالدىنقى قىسمى زەخىملىنىش: تاشقى سۈيدۈك يولىنىڭ شارچە بۇلۇتسىمان تەنچە قىسمىدا قاناش بولسا تېزلا شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭا دەرھال ئارىلىقنى بېسىپ قان توختىتىش، شوكقا قارشى داۋالاش، تېزلىكتە ئوپېراتسىيە قىلىش لازىم.

① سۈيدۈك يولى سوقۇلۇپ زەخىملىنىش 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 سۇيۇلدۇرۇپ 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 ئۈچىنى ئۇلاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش، كانالچە قويۇپ 2~3 ھەپتە سۈيدۈك ئاققۇزۇش لازىم. ئەگەر ئارىلىق ۋە ئۇرۇقدان 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 يۇزە سېرىقئەتنىڭ ئاستىغىچە بولۇشى شەرت ھەمدە دوۋسۇندىن سۈيدۈك ئاقمىسى ياساش لازىم. ئۈچ ئايدىن كېيىن سۈيدۈك يولى ياساش ئوپېراتسىيىسى قىلىشقا بولىدۇ.

(2) سۈيدۈك يولى كېيىنكى قىسمى زەخىملىنىش: كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن دوۋسۇندىن سۈيدۈك ئاقمىسى ياساش ئوپېراتسىيىسى قىلىدۇ. سۈيدۈك يولى قىسمەن يىرتىلغاندا كۆپىنچە ئۈچ 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 ئۈچ ئايدىن كېيىن سۈيدۈك يولىدىكى تاتۇق توقۇلمىلارنى كېسىپ ئېلىۋېتىش ۋە ئۈچنى ئۈچقا ئۇلاش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك.

5 § . سۇنۇق
(骨折)

1 . كېسەللىك سەۋەبى:

1) بىۋاستە زەربە كۈچى: زەخىملەنگەن ئورۇنغا بىۋاستە تەسىر قىلىپ سۆڭەك سۇنۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، كۆپىنچە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە يۇمشاق توقۇلمىلار- نىڭ زەخىملىنىشى قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

2) ۋاستىلىك زەربە كۈچ: زەربە كۈچى ئادەم بەدىنىدە تارقىلىش، پىشاڭلىق رول، ئايلىنىش ياكى مۇسكۇلنىڭ قىسقىرىشى ئارقىلىق مۈچىلەرنىڭ ئۈچ 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 زەخىملىنىش 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 سۇلۇق قاپارتما ۋە تېرە ئاستى قان قېيىش دېغى بولىدۇ. زەخىملەنگەن مۈچىنى ھەرىكەتلەندۈرگەندە ئاغرىق كۈچىيىدۇ. زەخىملەنگەن مۈچىنىڭ ھەرى- كىتى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ ياكى ھەرىكەت قىلالمايدۇ.

(2) سۇنۇقنىڭ ئالاھىدە تەن بەلگىلىرى:

① غەيرىيلىك: سۇنۇق ئۈچىنىڭ ئورۇن يۆتكىلىشىدىن مۈچىنىڭ 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، رېنتگېندە سۇنۇق بار - يوقلۇقى، تۈرى، شەكلى قاتارلىقلار ئېنىق ئايرىلىدۇ.

4. داۋالاش:

1) جىددىي قۇتقۇزۇش:

(1) شوكنى 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 يۈرەككە يېقىن قىسمىنى بېسىپ ياكى قان توختاتقۇچ بوغقۇچ بىلەن چىگىپ قان توختىتىش كېرەك.

(3) مۇۋاپىق مۇقىملاشتۇرۇش ۋە يۆتكەش: مۇچىنى سۇنۇق تاختىسى ئارقىلىق مۇقىملاشتۇرۇپ يۆتكەش، ئەگەر سۇنۇقتا روشەن غەيرىيلىك بولۇپ ئەتراپتىكى يۇمشاق توقۇلمىلارنى تېشىۋېتىش ۋە مۇھىم تومۇر، نېرۋىلارنى زەخىملەندۈرۈش ئېھتىمالى بولسا مۇچىنى مۇۋاپىق ھالدا تارتىپ تۈزلەپ ئاندىن مۇقىملاشتۇرۇش كېرەك، ئاندىن تېز سۈرئەتتە دوختۇرخانىغا يۆتكەپ يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ داۋالاش لازىم.

2) داۋالاش پرىنسىپى:

(1) ئورنىغا چۈشۈرۈش: يۆتكىلىپ كەتكەن سۇنۇق ئۇچى نورمال ئاناتومىيىلىك تۈزۈلۈش ھالىتىگە كەلتۈرۈلىدۇ، ئادەتتە 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، گىپىس، كېرىش جازىسى، مەلۇم مەزگىل سوزۇش ۋە سىرتتىن مۇقىملاشتۇرغۇچ قاتارلىقلار ئارقىلىق زەخىم-

لەنگەن مۇچىنىڭ بىر قىسمىنى مۇقىملاشتۇرۇشنى كۆرسىتىدۇ ياكى ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇپ 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) ھەرىكەت ئىقتىدارىنى چېنىقتۇرۇش: مۇقىملاشتۇرۇشقا تەسىر يەتكۈزمىگەن شەرت ئاستىدا زەخىملەنگەن مۇچە مۇسكۇلى، پەي، تارىمۇش، بوغۇم قاتارلىقلارنىڭ ھەرىكىتىنى بۇرۇنراق ئەسلىگە كەلتۈرۈش لازىم. سۇنۇق تۇتۇپ سىرتتىن مۇقىملاشتۇرۇش توختىتىلغاندىن كېيىن مۇقىملاشتۇرۇلغان بوغۇم، مۇسكۇل، پەيلەرنىڭ ھەرىكىتى چېنىقتۇرۇش ئارقىلىق ۋاقتىدا ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدۇ.

6 § . يۇلۇن زەخىملىنىش
(脊髓外伤)

يۇلۇن زەخىملىنىش ئومۇرتقا سۆڭىكى سۇنۇشنىڭ ئېغىر ئەگەشمە كېسەللىكى بولۇپ، ئۇ تۆۋەندىكىدەك بىر نەچچە خىلغا بۆلۈنىدۇ.

1) يۇلۇن سىلكىنىش:

بەدەن زەخىملەنگەندىن كېيىن دەرھال بوشاشقان پالەچلىك كۆرۈلىدۇ، يەنى زەخىملەنگەن ئورۇننىڭ تۆۋەن تەرىپىدە سېزىم، ھەرىكەت، رېفلېكس قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى ۋاقىتلىق يوقايدۇ، قورىغۇچى مۇسكۇلنىڭ فۇنكسىيىسى بولمايدۇ، نەچچە مىنۇت ياكى نەچچە سائەت ئىچىدە ئۆزلۈكىدىن تولۇق ئەسلىگە كېلىدۇ.

2) يۇلۇن سوقۇلۇپ زەخىملىنىش ۋە قاناش:

يۇلۇننىڭ سىرتقى كۆرۈنۈشى نورمال بولسىمۇ ئەمما ئىچكى قىسمىدا قاناش، سۇلۇق ئىششىق، نېرۋا ھۈجەيرىلىرى بۇزۇلۇش ۋە نېرۋا تارقىلىش تالالىق ماددىسىدا ئۈزۈلۈش بولىدۇ.

3) يۇلۇن ئۈزۈلۈش:

يۇلۇن تولۇق ياكى قىسمەن ئۈزۈلۈپ 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 فۇنكسىيىسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىدە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

5) ئات قۇيرۇقسىمان نېرۋا زەخىملىنىش:

2 ـ بەل ئومۇرتقىسىنىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى سۇنۇق قۇيرۇق نېرۋىسىنى زەخىملەندۈرۈشى مۇمكىن. زەخىملەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشىشىش خاراكتېرلىك پالەچ كۆرۈلىدۇ.

نىسبەتەن ئېغىر بولغان ھەرخىل يۇلۇن زەخىملىنىشتە زەخىملەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن قىسمىدا بوشاشقان پالەچ كۆرۈلىدۇ. بۇ خىل ئەھۋال يۇقىرى دەرىجىلىك مەركىزىي نېرۋىنىڭ كونتروللىقىنى يوقىتىشتىن ئىبارەت پاتالوگىيىلىك ھادىسە بولۇپ يۇلۇن شوكى دەپ ئاتىلىدۇ. 2～4 ھەپتىدىن كېيىن يۇلۇننىڭ زەخىملىنىش دەرىجىسىنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ زەخىملەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن قىسمىدا ئوخشىمىغان دەرىجىدە تارتىشىش خاراكتېرلىك پالەچ كۆرۈلىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) يۇلۇن زەخىملىنىش:

يۇلۇن شوكى مەزگىلىدە زەخىملەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشاشقان پالەچ كۆرۈلىدۇ، ھەرىكەت، سېزىم، ئىنكاس ۋە قورىغۇچى مۇسكۇل فۇنكسىيىسى يوقايدۇ. چوڭ، كىچىك تەرەتنى تۇتالمايدۇ. 2～4 ھەپتىدىن كېيىن ئاستا ـ ئاستا تارتىشىش خاراكتېرلىك پالەچكە ئۆزگىرىدۇ، مۇسكۇل تەرەڭلىكى ئېشىپ كېتىدۇ، پەي رېفلېكسى كۈچىيىدۇ، ھەمدە كېسەللىنىش خۇسۇسىيەتلىك پرامىدا تۇتامى ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. كۆكرەك يۇلۇنى زەخىملەنگەندە كەسمە پالەچلىك بولىدۇ. بويۇن يۇلۇنى زەخىملەنگەندە تۆت مۇچە پالەچلىنىدۇ.

يۇلۇن يېرىم قايچىلاشما زەخىملىنىش ئالامىتى: زەخىملەنگەن تەكشىلىكنىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى زەخىملەنگەن تەرەپ مۇچىنىڭ ھەرىكەت ۋە چوڭقۇر سېزىمى يوقايدۇ، قارشى تەرەپ مۇچىنىڭ ئاغرىق ۋە ئىسسىقلىق سېزىمى يوقايدۇ.

يۇلۇن ئالدى يىغىندا 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 يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى: بويۇننىڭ زىيادە سوزۇلۇشىدىن بويۇن ئومۇرتقا كانىلىنىڭ ھەجمىدە جىددىي ئۆزگىرىش بولۇپ، يۇلۇن سېرىق تارىمۇشىنىڭ قورۇلۇپ قېلىشى ۋە ئومۇرتقا ئارىلىق تەخسىسى قاتارلىقلارنىڭ ئالدى ـ

كېيىندىن 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 1~4 ئومۇرتقىسى زەخىملەنگۈچىلەر كۆپىنچە نەپەس زەئىپلىشىشتىن ئۆلۈپ كېتىدۇ. پەقەت تۆۋەنكى بويۇن ئومۇرتقىسى زەخىملەنگۈچىلەرنىڭلا قورساق ئارقىلىق نەپەسلىنىش فۇنكسىيىسى ساقلىنىپ قالىدۇ، ئەمما نەپەسلىنىش فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاچقا ئاسانلا يىغىلىش خاراكتېرلىك ئۆپكە ياللۇغىنى 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 قۇيرۇقسىمان نېرۋا زەخىملىنىش:

كۆپىنچە قىسمەن زەخىملىنىدۇ. زەخىملىنىش تەكشىلىكىنىڭ تۆۋەن تەرىپىدە بوشىشىش 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 زەخىملەندۈرۈشىنىڭ ئالدى ئېلىنىدۇ.

2) يۇلۇن سۇلۇق ئىششىقى ۋە ئىككىلەمچى زەخىملىنىشنى يېنىكلىتىش:

(1) دېكسامېتازون (地塞米松): كۈندە 10mg~20mg دىن 5~7 كۈنگىچە ۋېنادىن تامچىلىتىلىپ ئاندىن ئىككى هەپتە ئەتراپىدا كۈندە ئۈچ قېتىم، هەر قېتىمدا 0.75mg دىن يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ.

(2) ماننىتول (甘露醇): 20% لىك ماننىتولدىن 250ml كۈندە ئىككى قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 5~7 كۈنگىچە ئىشلىتىلىدۇ.

(3) يۇقىرى بېسىملىق ئوكسىگېندا داۋالىنىدۇ:

3) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: ئوپېراتسىيە پەقەت يۇلۇنغا بولغان بېسىمنى تۈگىتىش ۋە ئومۇرتقىنىڭ مۇقىملىقىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئوينايدۇ.

7§ . مۇرەككەپ زەخمە
（复合外伤）

مۇرەككەپ زەخمە — بىرلا زەربە كۈچىنىڭ تەسىرىدىن بەدەندە بىرلا ۋاقىتتا ياكى ئارقا-ئارقىدىن ئىككىدىن ئارتۇق ئورۇن، ئەزا زەخىملەنگەن، بۇنىڭ ئىچىدە ئاز دېگەندە بىر ئورۇندىكى زەخىمنىڭ ھاياتقا خەۋپى بولغان زەخىملىنىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

1) فىزىئولوگىيىلىك تەڭپۇڭلۇقنىڭ بۇزۇلۇشى: كېسەللىك ئەھۋالى مۇرەككەپ بولغاچقا، ئېغىر زەخىمدىن كېيىن يۈز 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 ئۈچ قېتىملىق ئۆلۈش يۇقىرى پەللىسى بولىدۇ: ① بىرىنچى يۇقىرى پەللە بىمار زەخىملىنىپ نەچچە مىنۇت ئىچىدە يۈز بېرىدۇ، ئاساسلىق سەۋەبى مېڭە، مېڭە غولى، يۇقىرى بويۇن يۇلۇنى قاتارلىقلاردىكى ئېغىر زەخىملىنىش ياكى يۈرەك، چوڭ تومۇرلارنىڭ يېرىلىشى؛ ② ئىككىنچى يۇقىرى پەللىسى زەخىملىنىپ 6~8 ئىچىدە يۈز بېرىدۇ، ئاساسلىق سەۋەبى مېڭە ئىچى، مېڭە قاتتىق پەردە ئاستى، سىرتى قاناش، قان، گازلىق كۆكرەك، جىگەر، تال يېرىلىش، داس سۆڭىكى سۇنۇش قاتارلىقلار پەيدا قىلغان چوڭ قاناش، قان يوقىتىش بولۇپ ئەگەر قۇتقۇزۇش ۋاقتىدا، ئۈنۈملۈك بولسا بىمارنى قۇتقۇزىۋالغىلى بولىدۇ؛ ③ ئۈچىنچى يۇقىرى پەللىسى زەخىملەنگەندىن كېيىنكى نەچچە كۈن ياكى نەچچە ھەپتە ئىچىدە بولۇپ ئاساسلىق سەۋەبى زەخىمدىن كېيىن ئېغىر يۇقۇملىنىش ۋە ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشتۇر.

3) شوك يۈز بېرىش نىسبىتىنىڭ يۇقىرى بولۇشى: زەخىملىنىشنىڭ دائىرىسى كەڭ ۋە ئېغىر، قان يوقىتىشى كۆپ بولغاچقا ئاسانلا قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوك يۈز بېرىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆكرەك زەخىملىنىش، يۈرەك قېپى بېسىلىش، يۈرەك مۇسكۇلى زەخىملىنىش قاتارلىقلار يۈرەك 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 زەخىملەنگەن شۇنداقلا ھەر خىل زەخىمە بىللە مەۋجۇت بولۇپ تۇرغاچقا، ئۇنىڭ ئۈستىگە بىمارنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى خەتەرلىك بولۇپ زارىنى تولۇق ئېيتىپ بېرەلمىگەچكە ئاسانلا خاتا دىئاگنوز قويۇش ياكى كۆپ زەخىمنىڭ بىر قىسمىغا دىئاگنوز قويۇپ، يەنە بىر قىسمى (بەزىدە ئەڭ ئېغىرى) نى بايقىيالماسلىق ئېھتىمالى چوڭ بولىدۇ.

6) داۋالاشتا زىددىيەت كۆپ: زەخىمنىڭ ئېغىرلىق دەرىجىسى، ئورنى ۋە زەخىملەنگەن ئەزالارنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ داۋالاشنىڭ مۇھىم نۇقتىسى ۋە ئىلگىرى - كېيىنلىك تەرتىپى ئوخشىمايدۇ. قان يوقىتىش خاراكتېرلىك شوكنى جىددىي قۇتقۇزغاندا بىر تەرەپتىن دەرھال قان سىغىمچانلىقىنى 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 يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى، كۆپ ئەزالار فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش، يۇقۇملىنىش قاتارلىقلار بار.

2. دىئاگنوزى:

1) كېسەل تارىخىنى تەپسىلىي ئىگەللەش: مۇرەككەپ زەخىمنىڭ كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولۇپ جىددىي قۇتقۇزۇش بىلەن كېسەل تارىخىنى سوراپ چۈشىنىش، دىئاگنوز، تەكشۈرۈشلەر بىرلا ۋاقىتتا ئېلىپ بېرىلىدۇ، كېسەللىك تارىخى، زەخىملىنىش جەريانى ۋە نەق مەيداندا بىر تەرەپ قىلىش ئەھۋالىنى سوراپ بىلىشنىڭ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ.

2) تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپى: تەكشۈرۈشنىڭ مۇھىم نۇقتىسى ئالدى بىلەن ھاياتقا خەۋپ يەتكۈزىدىغان زەخىمنى 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، يۆلۈن، 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 زەخىملىنىشكە بويۇن ئومۇرتقىسى سۇنۇش ياكى چىقىپ كېتىش قوشۇلۇپ كېلىشى مۇمكىن. شۇڭا CT، رېنتگېندە تەكشۈرگەندە بويۇن ئومۇرتقىسىدا سۇنۇق ياكى ئورنىدىن چىقىپ كېتىش بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(2) ھوشسىزلانغان ياكى يۇقىرى ئورۇنلۇق كەسمە پالەچنى تەكشۈرگەندە قورساقتا يېپىق زەخىمە بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش لازىم.

(3) سول تەرەپ كۆكرەك زەخىملىنىش پەيدا قىلغان كۆپ ئورۇن قوۋۇرغا سۇنۇقىنى ۋە گاز ـ قانلىق كۆكرەكنى پرىنسىپ بويىچە رېنتگېندە تەكشۈرگەندىن باشقا، يەنە ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا يۈرەكنى تەكشۈرۈپ يۈرەك مۇسكۇلىدا زەرەرلىنىش، يۈرەك قىسىلىش ئىپادىسى بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(4) ئېغىر بولغان قورساق بېسىلىپ زەخىملىنىشتە دىئافراگما يېرىلىش بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

(5) داس سۆڭەك سۇنغاندا چوقۇم سۈيدۈك رايىنى تەكشۈرۈپ سۈيدۈك يولىدا زەخىملىنىش بار ـ يوقلۇقىغا ھۆكۈم قىلىش لازىم.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر: كېسەللىك ئەھۋالىغا ئاساسەن مۇۋاپىق 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 ـ 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، سۇنۇقنى مۇقىملاشتۇرۇش ۋە بىخەتەر يۆتكەش، شۇ ئارقىلىق بىمارنى ھايات ھالەتتە دوختۇرخانىغا يەتكۈزۈش قاتارلىقلار.

2) ھاياتلىقنى قوللاش:

(1) نەپەس يولىنىڭ باشقۇرۇلىشى: كۆپ يەردىن زەخىملەنگەن بىمارنىڭ جىددىي ئالامەتلىرىنىڭ بىرى تۇنجۇقۇش، ئەگەر ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا بىۋاسىتە ھاياتىغا خەۋپ يەتكۈزىدۇ. شۇڭلاشقا ئالدى بىلەن بىمارنىڭ ئېغىز، يۇزىدىكى قان لەختىسى، قۇسۇق، ئاجرالمىلارنى پاكىز تازىلاش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، 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 زەخىملەنگۈچىلەردە 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 فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاپ، شوكنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا نىسبەتەن ياخشى ئەسلىگە كەلتۈرۈش رولىنى ئوينايدۇ. ئەگەر شوك ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولسا مۇۋاپىق مىقداردا ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى 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 فۇنكسىيىسىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش: يۈرەكنىڭ پومپىلىق فۇنكسىيىسىنى قوغداش كېرەك. نورمال نەپەسلىنىشكە كاپالەتلىك قىلغان، قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلىغان ئەھۋال ئاستىدا، ئەگەر بىمارنىڭ قان بېسىمى ئۈزلۈكسىز تۆۋەنلىگەن، تومۇر سوقۇشى ئاجىزلىغان ياكى رىتىمسىزلاشقان، 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) يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ بىر تەرەپ قىلىش: بىمارنىڭ ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى نىسبەتەن تۇراقلاشقاندىن كېيىن، يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ ھەر قايسى ئەزالاردىكى زەخمە بىر تەرەپ قىلىنىدۇ. ئەگەر چوڭ قاناش بولسا، بىر تەرەپتىن قۇتقۇزۇلۇپ، بىر تەرەپتىن ئوپېراتسىيە قىلىنىدۇ.

(1) باش، مېڭىسى زەخىملىنىشنى بىر تەرەپ قىلىش: باش، مېڭىسى زەخىملەنگۈچىلەردە مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك. 20% لىك مانىنتول (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، چىقىرىلىشنى ئىلگىرى سۈرۈش شوكقا قارشى داۋالاش بىلەن قارىمۇ- قارشى،

شۇڭا بۇنداق ئەھۋالدا ئەمەلىي 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 زەخىملىنىشنى 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 ئۈچ سائەت ئىچىدە ئاققان قاننىڭ مىقدارى ھەر سائەتتە 200ml ئاشسا چوقۇم كۆكرەك تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. يۈرەك زەخىملەنگۈچىلەرنى ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كېلىدۇ.

(3) قورساق زەخىملىنىشنى بىر تەرەپ قىلىش: كۆپ يەردىن زەخىملىنىشتە قورساقنىڭ 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 زەخىملىنىش ئېنىق بولسا دەرھال قورساقنى يېرىپ تەكشۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. دىئاگنوزنى تېخىمۇ ئېنىقلايمەن دەپ ئوپېراتسىيە پۇرسىتىنى ئۆتكۈزۈۋېتىشكە بولمايدۇ.

(4) مۇچە، داس، ئومۇرتقا زەخىملىنىشنى بىر تەرەپ قىلىش: كۆپ يەردىن زەخىملىنىشنىڭ 40% تىن كۆپىدە سۇنۇق بولىدۇ. مۇچىلەردە ئوچۇق سۇنۇق بولسا كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن يارا يۈزىنى تازىلاش ياكى 1 - باسقۇچلۇق ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇش ئوپېراتسىيىسى ۋە ياكى سۆڭەك كۆچۈرۈش ئوپېراتسىيىسى قىلىش كېرەك. يېپىق سۇنۇقنى تارتىش، تېڭىق تاختىسى قويۇش، گېپىسلاش قاتارلىق ئۇسۇللار ئارقىلىق ۋاقتىلىق مۇقىملاشتۇرۇپ تۇرۇپ كېسەللىك ئەھۋالى مۇقىملاشقاندىن كېيىن، ئاندىن يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ بىر تەرەپ قىلىشقا بولىدۇ. ئاددىي داس سۆڭىكى سۇنۇشنى ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز، ئەگەر داس ئىچى قان تومۇر، نېرۋا، ئەزالاردا زەخىملىنىش بولسا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كېلىدۇ. ئاددىي ئومۇرتقا سۆڭىكى سۇنۇشىنىمۇ ئالاھىدە بىر تەرەپ قىلىش ھاجەتسىز، ئەگەر سۇنۇق تۇراقسىز، يۆتكەلگەن، يۇلۇننى زەخىملەندۈرگەن بولسا جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىش ئارقىلىق يۇلۇنغا بولغان بېسىمنى تۆۋەنلىتىپ سۇنۇقنى ئىچتىن مۇقىملاشتۇرۇشقا توغرا كېلىدۇ.

4) كۆپ يەردىن زەخىملىنىشنى ئوپېراتسىيە قىلىش تەرتىپى: كۆپ يەردىن زەخىملىنىشتە ئەگەر ئىككىدىن ئارتۇق ئورۇن، ئەزانى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كەلسە، مۇناسىۋەتلىك بۆلۈملەردىن قۇتقۇزۇش گۇرۇپپىسى تەشكىللەپ ئوپېراتسىيە تەرتىپىنى بېكىتىش ھەم ئىجرا قىلىش بىمارنىڭ ھاياتى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان مۇھىم ھالقىلارنىڭ بىرىدۇر.

(1) ئېغىر باش، مېڭىسى زەخىملەنگۈچىلەرنى جىددىي ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كەلگەندە ئەگەر كۆكرەك، قورساق ئىچى ئەزالىرىدىمۇ زەخىملىنىش بولسا گۇرۇپپىغا بۆلۈنۈپ بىرلا ۋاقىتتا ئوپېراتسىيە ئىشلەش كېرەك.

(2) كۆكرەك ـ قورساق بىرلەشمە زەخىمىسىدە، 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) مۈچىلەردە ئوچۇق سۇنۇق بولۇپ ئوپېراتسىيە قىلىشقا توغرا كەلسە، باش، كۆكرەك، قورساق ئوپېراتسىيىلىرىدىن كېيىن ئىشلەش كېرەك، يېپىق سۇنۇقنى ۋاقىت تاللاپ ئوپېراتسىيە قىلىشقا بولىدۇ.

(4) كۆپ يەردىن زەخىملىنىشنى ئوپېراتسىيە قىلىش پرىنسىپى — هاياتلىق ئالامەتلىرىنى تولۇق ئەسلىگە تەكشۈرۈش شەرتى ئاستىدا ئەڭ ئاددىي ئوپېراتسىيە ئۇسۇلى بىلەن ئەڭ تېز سۈرئەتتە زەخىملەنگەن ئەزانى ياماش، بىمارنىڭ يۈكى ۋە كېسەللىك خەتىرىنى تۆۋەنلىتىپ بىمارنىڭ هاياتىنى قۇتقۇزۇشتىن ئىبارەت.

5) ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش: زەخىملىنىشتىن كېيىنكى ئورگانىزم يۇقىرى ماددا ئالمىشىش هالىتىدە بولۇپ ماددا ئالمىشىش قالايمىقانلىشىدۇ. ئەگەر ۋاقتىدا تۈزىتىلمىسە 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 ئۇكۇل ئارقىلىق ئوزۇقلۇق ماددىلارنى تولۇقلاش (ئۈچەي سىرتىدىن ئوزۇقلاندۇرۇش) كېرەك.

6) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش: ئېغىر زەخىملىنىش ئادەمنىڭ ئىممۇنىتېت كۈچىنى تۆۋەنلىتىۋېتىدۇ. بۇلغانغان يارا ئېغىزى ئاسانلا يۇقۇملىنىدۇ. شۇڭا يارا ئېغىزىنى چوقۇم پاكىز تازىلاش، مۇۋاپىق مىقداردا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش كېرەك. ئەگەر يۇقۇملىنىش يۈز بەرسە يۇقۇملىنىش ئوچىقىنى ۋاقتىدا بايقاش ۋە بىر تەرەپ قىلىش لازىم.

7) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىش كۆپ يەردىن زەخىملىنىشتە كۆرۈلىدىغان ئەڭ خەتەرلىك ئەگەشمە كېسەللىكتۇر، دەسلەپكى باسقۇچتىلا شوكقا قارشى داۋالاش ۋە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشتىن ساقلىنىشتىكى ئەڭ مۇھىم 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 يېتىشمەسلىك-تىن 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 كۆزنگە 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. 24_48 سائەتتىن كېيىن سۈلۈق ئىششىق، ئۆتكۈر نەپەس قىيىنلىشىش 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 دۈم قىلىپ ياتقۇزۇلۇپ دۈمبىسىدىن بېسىلىدۇ ياكى قۇتقۇزغۇچى 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 فۇنكسىيە-سىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈشكە تەسىر يەتكۈزسە بولمايدۇ.

2) يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: يۈرەك، ئۆپكە ھەرىكىتى توختاپ قالغۇچىلارغا دەرھال فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش قۇتقۇزۇشى ئېلىپ بېرىلى-

دۇ. شارائىت بولسا كانايغا كانالچە قويۇش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، سۈنئىي نەپەسلەندۈ-
رۈش لازىم.

3) يۈرەك، ئۆپكىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش: يۈرەك سوقۇش چاستوتىسى، رىتىمى، قان بېسىم، نەپەس، ھوشى، سۈيدۈك مىقدارى ۋە مەركىزىي ۋېنا بېسىمى قاتارلىقلار ئۈزلۈكسىز كۆزىتىلىدۇ. ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى بارلارغا تومۇردىن بېرىلىدىغان سۇيۇقلۇق مىقدارى چەكلىنىدۇ ھەمدە يۈرەكنى كۈچەيتىش، سۈيدۈك ھەيدەش ۋە ھورمون دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ.

4) كىسلاتا ـ ئىشقار، سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: ماددا ئالمىشىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلەنگۈچىلەرگە 5% ناترىي بىكاربونات (碳酸氢钠) ئىشلىتىلىدۇ، ئەگەر قان ئېرىشچان كەم قانلىق بولسا مۇۋاپىق مىقداردا قان تولۇقلاش كېرەك.

5) ئۆپكە يۇقۇملىنىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش: كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلار ۋە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى (肾上腺皮质激素) دائىمىي ئىشلىتىلىدۇ.

6) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: مېڭە سۇلۇق ئىششىقى بولسا سۇسىزلاندۇرۇش، مېڭە ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش ھەمدە بۆرەك ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونىنى 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 يۈز بېرىدىغان پۈتۈن بەدەن ياكى بەدەننىڭ مەلۇم قىسمىدىكى زەخىملىنىش ياكى فۇنكسىيە توسقۇنلۇققا ئۇچراش ھەتتا ئۆلۈپ كېتىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

يېنىكرەكلىرىدە باش قېيىش، يۈرەك سېلىش، قورقۇش، مۇچىلەر كۈچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئېغىرلىرىدا تارتىشىش، شوك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. يۈرەك رىتىمى قالايمىقانلىشىدۇ. تېزدىنلا «يالغان ئۆلۈش ھالىتى» (يۈرەك، نەپەس ھەرىكىتى توختايدۇ) گە كىرىدۇ، يەرلىك ئۇرۇندا 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 زەخىملىنىش (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 فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش: يۈرەك سوقۇشى ۋە نەپەس توختاپ قالغۇچىلارغا ئۈزلۈكسىز CPR (يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى 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 ئۈزلۈكسىز CPR ئىشلىگەندە بىر قىسىم بىمارلارنىڭ يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسىنى ئەسلىگە كەلتۈرگىلى بولىدۇ).

3) يۈرەكنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش ۋە يۈرەك رىتىمسىزلىنىشنى داۋالاش: توك سوقۇۋەتكەندە توك بېسىمى ۋە توك ئېقىمى تۈپەيلىدىن كېلىپ چىققان يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلى ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ زەرەرلىنىشى ۋە يۈرەك رىتىمسىزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا يۈرەك، ئۆپكە فۇنكسىيىسى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن ياكى سول قولدىن توك سوقۇۋەتكەنلەرگە نىسبەتەن يۈرەكنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈش، شۇنداقلا يۈرەك رىتىمسىزلىنىش ۋە يۇقىرى كالىيلىق قان كېسىلىگە نىسبەتەن داۋالاش ئېلىپ بېرىش لازىم.

4) باشقا داۋالاشلار:

(1) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىپ ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش؛

(2) سۇيۇقلۇق 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 فۇنكسىيىسى ئەسلىگە كەلگەن ياكى ھوشسىزلىنىش ۋاقتى نىسبەتەن ئۇزۇن بولغانلارغا سۇسىزلاندۇرۇش 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 سېرىقئەت 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): تىپىك كلىنىكىلىق ئالامىتى يۇقىرى قىزىتما (41℃ دىن يۇقىرى)، تەرلىمەسلىك ۋە ئەس - ھوشىدا توسقۇنلۇق بولۇشتىن ئىبارەت. يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا ئۈزلۈكسىز 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، سىيدۈكى ئازىيىش قاتارلىقلار بار. كەينىدىنلا تەن تېمپېراتۇرىسى ئۆرلەپ ئۈيقۇسىرايدۇ. 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. پۈتۈن 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 يۈز بېرىدۇ.

2) ئىسسىقتىن تارتىشىش (热痉挛): كۆپىنچە يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا جىسمانىي ئەمگەك قىلغاندا يۈز بېرىدۇ، بىمار ئالدى بىلەن قاتتىق تەرلەيدۇ، ئاندىن پۈتۈن بەدەن مۇسكۇللىرى تۇيۇقسىز، تۇتقاقلىق تارتىشىدۇ.

3) ئىسسىقتىن زەئىپلىشىش (热衰竭): كۆپىنچە بىمار ئىسسىققا ماسلىشالمىغان، بەدەندە ئۇشۇقچە ئىسسىقلىق ئېنېرگىيىسى بولمىغان ئەھۋال ئاستىدا يۈز بېرىدۇ. بىماردا قىزىتما بولمايدۇ. ئالدى بىلەن باش قايىدۇ، ئاغرىيدۇ، كۆڭلى ئېلىشىدۇ، ئاندىن كېيىن ئۇسسايدۇ، دېمى سىقىلىپ چىرايى تاتىرىپ سوغۇق تەرلەيدۇ، تومۇر سوقۇشى ئاجىزلاپ قان بېسىمى ئازراق تۆۋەنلەيدۇ، بەزىدە ھوشىدىن كېتىدۇ، قول - پۇتى تارتىشىدۇ، ئېغىرلىرىدا ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىدۇ.

كلىنىكىدا يۇقىرىقى ئۈچ خىل ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشنىڭ ئىككى خىلى ياكى ئۈچ خىلىنىڭ ھەممىسى 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 كېسىلىدە ئاق قان ھۈجەيرىسى ۋە نېيترال ئاق قان ھۈجەيرىسىنىڭ نىسبىتى ئۆرلەيدۇ. سۈيدۈكتە ئاقسىل ۋە سىلىندىر نەيچىلەر بولىدۇ. قاننىڭ PH قىممىتى، ناترىي ۋە كالىي تۆۋەنلەيدۇ. ئىسسىقتىن تارتىشىپ قالغاندا قاندىكى ناترىي ۋە خلور بىرىكمىلىرى تۆۋەنلەيدۇ. ئىسسىقتىن زەئىپلىشىشتە قاندىكى ناترىي ۋە كالىي تۆۋەنلەيدۇ، ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا تەكشۈرگەندە ھەر خىل يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، ST—T بۆلىكى پەسىيىش ۋە T دولقۇندىكى ئۆزگىرىشتىن يۈرەك مۇسكۇلى زەرەرلىنىشنى بىلگىلى بولىدۇ.

3. دىئاگنوزى:

ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش تۆۋەندىكىدەك ئۈچ دەرىجىگە بۆلىنىدۇ.

1) ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشنىڭ بېشارىتى: بىمار يۇقىرى تېمپېراتۇرىلىق مۇھىتتا مەلۇم ۋاقىت تۇرغاندىن كېيىن باش قېيىش، ئاغرىش، ئۇسساش، تەرلەش، ھالسىزلىنىش، يۈرەك سېلىش، دىققىتىنى يىغالماسلىق قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى نورمال بولىدۇ ياكى ئازراق ئۆرلەيدۇ.

2) يېنىك دەرىجىدە ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىش: يۇقىرىقى ئالامەتلەردىن باشقا چىرايى قىزىرىدۇ، كۆپلەپ تەر چىقىدۇ، تومۇر سوقۇشى ئىتتىكلەيدۇ. تەن تېمپېراتۇرىسى 38.5℃ تىن ئېشىپ كېتىدۇ.

3) ئېغىر دەرىجىدە 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 مېڭە ياللۇغى ۋە پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش بىلەن، ئىسسىقتىن تارتىششقا 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 تەيياڭ (太阳)، خېگو (合谷) ۋە فېڭچى (风池) پەللىلىرىگە سۈرتۈپ بېرىش كېرەك. قىزىتقۇچىلارغا سوغۇق ئۆتكۈزۈش ياكى ئىسپىرت سۈرتۈپ 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 سۈمۈرتۈپ ۋە قىزىتمىنى چۈشۈرۈپ جىددىي قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ. قۇتقۇزۇش پرىنسىپى بىمارنىڭ زىيادە يۇقىرى قىزىتمىسىنى ياندۇرۇش، سۇ، ئېلېكترولىتلار ۋە كىسلاتا ـ ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش ۋە شوكقا، مېڭە 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 سۈرتۈپ بېرىش، شۇنداقلا شامالدۇرغۇچ بىلەن بىمارنى يەلپۈش 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 پۇت ـ قولىنى كۈچەپ ئۇۋۇلاپ تېرە تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشىنى ۋە قان ئايلىنىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش، شۇ ئارقىلىق بەدەن ئىسسىقلىقىنى تارقىتىش كېرەك. قىزىتمىنى چۈشۈرۈش جەريانىدا مەقئەت تېمپېراتۇرىسىنى ئۈزلۈكسىز 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، ھوشىنى يوقاتقانلار، تېنى ئاجىزلار ۋە قان تومۇر كېسەللىكى بار بىمارلارغا 4℃ لۇق سۇغا چىلاپ قىزىتمىسىنى چۈشۈرۈش ئۇسۇلى ماس كەلمەيدۇ. شۇڭلاشقا بۇ ئۇسۇلنى قوللانغاندا كۆپرەك ئېھتىيات قىلىش، يۇقىرىقىدەك بىمارلارغا باشقا خىل قىزىتمىنى ياندۇرۇش ئۇسۇللىرىنى قوللىنىش لازىم.

(2) دورا بىلەن قىزىتما چۈشۈرۈش:

① دېكسامېتازون (地塞米松) : 10mg～20mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. دېكسامېتازوننىڭ ئورگانىزمنىڭ ئىنكاسىنى ياخشىلاشتىن باشقا يەنە قىزىتمىنى چۈشۈرۈش، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، يېنىك تىپتىكى مېڭە سۇلۇق ئىششىقىغا نىسبەتەن سۈسىزلاندۇرۇش قاتارلىق روللىرى بار.

② خلور پرومازىن (氯丙嗪) 25mg～50mg خلور پرومازىن 500ml تۇز سۈيى بىلەن قوشۇلۇپ 1～2 سائەت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئېغىرراق جىددىي ئەھۋالدا خلور پرومازىندىن 25mg بىلەن پرومېتازىن (异丙嗪) دىن 25mg 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۈيىدىن 100ml دا ئېرىتىلىپ 10～20 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئەگەر ئىككى سائەت ئىچىدە قىزىتمىسى چۈشمىسە يۇقىرىقى ئۇسۇلنى قايتا تەكرارلاشقا بولىدۇ. خلور پرومازىننىڭ ئاساسلىق رولى تۆۋەنكى دۆڭ مېڭىدىكى تېمپېراتۇرا تەڭشەش مەركىزىنى كونترول قىلىپ ئەتراپ قان تومۇرلىرىنى كېڭەيتىپ ئىسسىقلىقنىڭ تارقىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش، مۇسكۇللارنى بوشىتىپ تارتىشىشنى يېنىكلىتىشتۇر. ئۇندىن باشقا شوكنىڭ ئالدىنى ئېلىش، ھۈجەيرىنىڭ ئوكسىگېن كەملىككە بولغان چىدامچانلىقىنى ئاشۇرۇش، بەدەننىڭ زىيادە ئىسسىقلىق ئىشلەپچىقىرىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش قاتارلىق رولىمۇ بار.

(3) باشقا قىزىتما چۈشۈرۈش 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 ئامىنوپىرىن (氨基比林) قوشۇپ ساقلاپ كلىزما قىلىشقا بولىدۇ. ئەگەر تارتىشىش بولسا خلورال ھىدرات (水合氯醛) تىن 15ml نى قوشۇۋېتىش كېرەك.

(4) ئالامەتكە قاراپ داۋالاش: نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، زۆرۈر بولغاندا نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى بىلەن نەپەسلەندۈرۈش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش كېرەك. يۈرەك فۇنكسىيىسىگە دىققەت قىلىش كېرەك، يۈرەك يۈكىنى ئاشۇرۇۋەتمەسلىك ئۈچۈن ئوكۇل تامچىلاش سۈرئىتىنى 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 يارىسىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم. ئۇندىن باشقا مۇۋاپىق مىقداردا گلۇكوزا، ئامىنو كىسلاتا ۋە ۋىتامىنلارنى تولۇقلاش لازىم.

ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشتىن تارتىشقۇچىلاردا ناترىي يوقىتىش نىسبەتەن ئېغىر بولۇپ تولۇقلاشقا دىققەت قىلىش كېرەك، ئادەتتە 5% لىك گلۇكوزىلىق 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 سۈرئىتىنى 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 ياللۇغىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش كېرەك.

(6) پەرۋىش: ئىسسىق ئۆتۈپ كېتىشتىن ھوشسىزلانغان بىمارلاردا ئاسانلا ئۆپكە ياللۇغى ۋە كۆپە يارىسى 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. زەخىملىنىشتىن 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 ياللۇغى، قان ئۇيۇشقا قارشى داۋالاش ۋە نۆكچىنى ئېرىتىپ داۋالاش قاتارلىقلار بار.

2 . كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئادەتتىكى ئالامىتى:

(1) كۆپىنچە قاتتىق ھاياجانلىنىش، كۈچلۈك ھەرىكەت قىلىش، زىيادە كۈچ ئىشلىتىش (مەسىلەن: كۈچەپ 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 ئوچىقىنىڭ قارشى تەرىپىدىكى مۈچىدە

يارتا پالەچلىك بولىدۇ، ئەمما يۇقىرى تۆۋەن مۇچىلەرنىڭ دەرىجىسى ئوخشىمايدۇ. ئوخشاش يۆنىلىشلىك يارتا قارىغۇلۇق بولىدۇ، بەزىدە تىلدىن قالىدۇ.

(2) دۆڭچە مېڭە قاناش: ئىچكى پوست قاناش دەپمۇ ئاتىلىدۇ. دۆڭچە مېڭە تىزىسمان 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 ـ ھوشىدىكى توسقۇنلۇق نىسبەتەن كۆپ كۆرۈلىدۇ ۋە ئېغىر بولىدۇ.

(3) كۆۋرۈك مېڭە قاناش: كۆپىنچە نېگىز ئارتېرىيىنىڭ كۆۋرۈك مېڭە شېخى قانايدۇ. ئىككى تەرەپ قارىچۇقى يىڭنە كۆزىدەك كىچىكلەيدۇ، تېزلا ھوشسىزلىنىدۇ، پۈتۈن مۇچىلەر پالەچلىنىدۇ، ھەتتا «مېڭىسىز قېتىشىش» كۆرۈلىدۇ. مەركىزى نېرۋا مەنبەلىك يۇقىرى قىزىتما ۋە نەپەس رەئىپلىشىش 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 يۈز پالىچى، ئىككى كۆز قارشى تەرەپكە گورىزونتال تىكىلىپ قېلىش، مۇچىلەر پالەچلىكى قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. پىرامىدا تۇتامى پاتولوگىيىلىك رېفلېكسى مۇسپىي بولىدۇ. ئېغىرلىرى تۇيۇقسىز ھوشسىزلىنىدۇ ۋە نەچچە سائەت ئىچىدىلا ئۆلۈپ كېتىدۇ.

(5) مېڭە قېرىنچىسى قاناش: كۆپىنچە مېڭە قېرىنچىسى قان تومۇر چىگىش ئارتېرىيە- سى ياكى قېرىنچە پەردە ئاستى ئارتېرىيىسى قاناشتىن كېلىپ چىقىدۇ. ئاز مىقداردىكى قاناش ئۆمۈچۈك تورىسىمان پەردە ئاستى بوشلۇقى قاناشقا ئوخشاپ كېتىدۇ. كۆپ مىقداردا قاناش خەتەرلىك بولۇپ قارىچۇقى يىڭنىسىمان ئىنچىكىلەيدۇ، كۆز ئالمىسى تىترەيدۇ ياكى ئاجرىلىشچان ئالىغايلىق 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 قانىغان مېڭە قانىتىغا ماس تەن بەلگىلىرى بولىدۇ. بەزىدە تۇتقاقلىق قوزغىلىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) دىئاگنوز: CTدا تەكشۈرۈش قاناش ئورنى، چوڭ ـ كىچىكلىكى، شەكلى، مېڭە قېرىنچىسىگە كىرگەن ـ كىرمىگەنلىكى، ئوتتۇرا سىزىقتا يۆتكىلىش بار ـ يوقلۇقىنى

بېكىتىشتە مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. مېڭە ئارتېرىيە، ۋېنالىرىدىكى غەيرىيلىك، قان تومۇر ئۆسمىسى ۋە ئۆسمە قاتارلىقلارنىڭ قاناش سەۋەبلىرىنى، قاناشنىڭ كونا - يېڭىلىقىنى ۋە غول مېڭىدە قاناش بار - 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) پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش: ئاساسلىقى يۇقىرى قان بېسىمدىن باشقا سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان مېڭە قاناش بىلەن پەرقلەندۈرۈلىدۇ (كېسەل تارىخى، قوزغىلىش جەريانى، قوشۇمچە تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە قاراپ پەرقلەندۈرۈشكە بولىدۇ)، بولۇپمۇ مېڭە تىقىلما ئۇچىقى ئىچىدىكى قاناش بىلەن پەرقلەندۈرۈش ئىنتايىن مۇھىم.

4. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش:

(1) نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش: ئېغىز بوشلۇقىدىكى قۇسۇق، ئاجرالمىلارنى تازىلاپ، باشنى بىر تەرەپكە قىيسايتىپ، سۈمۈرۈشتىن كېلىپ چىقىدىغان ئۆپكە ياللۇغى، ئۆپكە كېرىلمەسلىك، تۇنجۇقۇشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، ئوكسىگېن سۈمۈرۈش، ھوشسىزلانغان، بەلغەم چىقىرالمىغان، توختىماي قۇسقان، نەپەس يېتىشمىگەن بىمارلارغا زۆرۈر بولغاندا كانايغا كانالچە قويۇش ۋە ياردەمچى نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك.

(2) ھاياتلىق تەن بەلگىلىرىنى قەرەللىك تەكشۈرۈپ كۆزىتىش: بولۇپمۇ كۆز قارىچۇقىنىڭ ئۆزگىرىشىنى قەرەللىك تەكشۈرۈش.

(3) سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش: تاماق يېيەلمىگۇچىلەرگە، ئاشقازان كانالچىسى سېلىپ بۇرۇندىن ئوزۇقلاندۇرۇش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن يېنىك دەرىجىدە سۇسىزلىنىش ھالىتىنى ساقلاش كېرەك.

(4) چوڭ - كىچىك تەرەتنىڭ راۋانلىقىنى ساقلاش.

(5) يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش.

(6) بەدەننى قەرەللىك ئۆرۈپ تۇرۇش، دۈمبىگە شاپىلاقلاپ بەلغەمنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش ۋە پالەچ مۆچىنى ھەرىكەتلەندۈرۈش ئارقىلىق ئۆپكە كەپلىمىسى، چوڭقۇر ۋېنا قان نۆكچىسى، كۆپە يارىسى قاتارلىقلار پەيدا بولۇشنىڭ، ئۆپكە يۇقۇملىنىشنىڭ، شۇنداقلا پالەچ مۆچىنىڭ قېتىشىپ قېلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك، ئادەتتە ھەر ئىككى سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ.

(7) ئۇندىن باشقا ئامال بار تىنچلىقنى ساقلاش، قاناشنىڭ ئېغىرلىشىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئامال بار ئاز ھەرىكەتلەندۈرۈش، ئاز تەكشۈرۈش كېرەك.

2) باش ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش: مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە چىقۇقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن سۈسىزلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىپ مېڭە ئىچكى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىشكە توغرا كېلىدۇ. سۈسىزلاندۇرۇش دورىلىرىنى ئىشلىتىشنىڭ پرىنسىپى: ① ئۆتكۈر باش ئىچى بېسىمى ئارتىپ كېتىشكە ئالدى بىلەن يۇقىرى ئوسموسلۇق سۈسىزلاندۇرۇش دورىسى ۋە كۈچلۈك سىيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. ② مېڭە چىقۇقى كۆرۈلگەندە ماننىتول (甘露醇) ۋە فۇروزېمىد (速尿) نۆۋەتلەشتۈرۈلۈپ ئوكۇل قىلىنىدۇ. ③ يۈرەك، 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 سۈسىزلاندۇرۇش دورىلىرى ئىشلىتىلىدۇ. ⑤ سۈسىزلاندۇرۇپ داۋالاشنىڭ ۋاقتى ئۈزلۈكسىز، 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 مىقداردا 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) فۇروزېمىد (速尿): كۈچلۈك سىيدۈك ھەيدىگۈچى دورا بولۇپ، مۇسكۇل ياكى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئادەتتە ھەر قېتىمدا 20mg～40mg، كۈندە 2～3 قېتىم ئىشلىتىلىدۇ. ماننىتول بىلەن نۆۋەتلەشتۈرۈپ ئىشلىتىلگەندە سۈسىزلاندۇرۇش 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) گلۇكوكورتىكود (肾上腺糖皮质激素): مېڭە سۇلۇق ئىششىقىغا قارشى رولى دورا ئىشلىتىپ 12～36 سائەتتىن كېيىن ئاندىن ئىپادىلىنىدىغان 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 كېلىپ چىققان قان بېسىمىنىڭ ئۆرلىشى، باش ئىچكى بېسىمىنىڭ يۇقىرىلىشىغا قارشى ھالدا مېڭە قان تەمىنلىشىنى كۆپەيتىش ئۈچۈن پەيدا بولىدىغان ئورگانىزمنىڭ تەبىئىي تەڭشەش ئىنكاسى. يۇقىرى قان بېسىم مېڭە قاناشنى كۈچەيتىۋەتسە تۆۋەن قان بېسىمنىڭ مېڭىگە 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 بېسىمىنى چۈشۈرگەندە ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠)، نىتروگلىتسېرىن (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 بېسىمنى ھەرىكەتچان كۆزىتىپ تۇرۇش، شۇ ئارقىلىق دورا تۈرى ۋە مىقدارىنى تەڭشەش، قاناشتىن بۇرۇن قان بېسىمى بار بىمارلارنىڭ قان بېسىم 160—180/100—105mmHg ئەتراپىدا، قان بېسىمى يوقلارنىڭ قان بېسىمىنى 160—180/90—100mmHg 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 (心痛定، 硝苯啶) تابلېتىدىن 10mg تىل ئاستىدا شورىلىدۇ، نەچچە سائەتتە بىر تەكرار ئىشلىتىشكە بولىدۇ، ئەس - ھوشى بار بىمارلارغا مۇۋاپىق كېلىدۇ.

(3) دىلتىئازېم ھىدروخلورىد (盐酸地尔硫桌) قان بېسىمى ئۆزلۈكسىز يۇقىرىلىغان، ئادەتتىكى دورىلارنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولمىغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ، ئادەتتە 5~10mg مىنۇتىغا 5~15μg/Kg تېزلىكتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

4) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى بىر تەرەپ قىلىش:

(1) يۇقۇملىنىش: ھوشسىزلانغان، ياشانغان، بەدىنى ئاجىز بىمارلارغا ئالدىنى ئېلىش مەقسىتىدە، نەپەس يولى ۋە سۈيدۈك يولى يۇقۇملىنىش 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 ئۇسۇلى بويىچە بىر تەرەپ قىلىنىدۇ.

(3) سۈيۈلۈشتىن 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 تۆۋەنلىكنى

تۈزەتكەندە ناترىي تولۇقلاش سۈرئىتىنىڭ بەك تېز بولۇپ كېتىشىگىمۇ بولمايدۇ.

(4) تۇتقاقلىقنىڭ قوزغىلىشى: قان بېسىمىنى ئۆرلىتىپ قاناشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋې-
تىدۇ. ئادەتتە دىئازېپام (地西泮,安定) دىن 10mg~20mg نى ۋېنادىن بەرگەندە قوزغى-
لىشنى توختاتقىلى بولىدۇ، ئاندىن فېنوباربىتال ناترىي (苯巴比妥钠) دىن 200mg
مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىپ داۋالاش ئۈنۈمى 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 ئۆزلۈكىدىن
سۈمۈرۈلۈپ كېتىدۇ. شۇڭا ئوپېراتسىيە قىلىش ھاجەتسىز. مېڭە ئىچى قاناشتىن كېلىپ
چىققان مېڭە بېسىلىش، مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە چىقۇقىغا نىسبەتەن ئوپېراتسىيە
قىلىپ، چىققان قاننى تازىلاپ ئېلىۋېتىش ۋە قان توختىتىش بىمارنى قۇتقۇزۇشتىكى بىردىن-
بىر ئۈنۈملۈك 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 دىئامې-
تىرى 3cm دىن چوڭ بولسا، ئۇنىڭ ئۈستىگە 4 ـ 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 يۈز 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 تۈۋى ياكى مېڭە ۋە يۇلۇن يۈزىدىكى
قان تومۇرلارنىڭ يېرىلىپ، قاننىڭ ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە بوشلۇقىغا كىرىشىنى كۆر-
سىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

كۆپ كۆرۈلىدىغان سەۋەبلەردىن زەخىملىنىش، تۇغما ئارتېرىيە ئۆسمىسى، مېڭە قان تومۇر غەيرىيلىكى، يۇقىرى قان بېسىم كېسىلى، قېتىشىش خاراكتېرلىك ئارتېرىيە ئۆسمىسى، مېڭە تۇۋۇى غەيرىي قان تومۇر تورى قاتارلىقلار بار. ئۇندىن باشقا قان كېسەللىكلىرى ۋە قان قېتىشىش فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، مېڭە قان تومۇر ياللۇغى، قوشقۇچى توقۇلما كېسەللىكلىرى، باش ئىچى ئۆسمىسى، باش ئىچى ۋېنا قان نۆكچىسى قاتارلىق كېسەللىكلەر ۋە قان قېتىشىشقا قارشى داۋالاش، نۆكچىنى ئېرىتىپ داۋالاش قاتارلىقلارمۇ ئۆمۈچۈك تورسىمان پەردە ئاستى قاناشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) بېشارىتى: 30%—60% بىمارلاردا ئارتېرىيە ئۆسمىسى يېرىلىشتىن نەچچە كۈن ھەتتا نەچچە ھەپتە بۇرۇندىن تارتىپلا ئۆسمىنىڭ بېسىشى ياكى ئازراق قاناش سەۋەبىدىن كۆڭۈل ئېلىشىش، ياندۇرۇش، قوش كۆرۈنۈش، كۆز ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. مۇۋاپىق 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 توسقۇنلۇقتا ئۇچراش ياكى تارتىشىش چوڭ مېڭە ئوتتۇرا ئارتېرىيە ئۇسمىسىنىڭ، روشەن بولغان يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇقتا ئۇچراش مېڭە ئىچى قاناش ياكى ئىككىلەمچى قان تومۇر سپازمىسى يۈز 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 ـ ھوشىدىكى توسقۇنلۇق قاتارلىق مېڭە زەرەرلىنىش ئالامەتلىرى بارغانسېرى ئېغىرلىشىدۇ.

4) كۆپ كۆرۈلىدىغان ئەگەشمە كېسەللىكلەر:

(1) قايتا قاناش: %10~%5 بىمارلاردا تۇنجى قانىغاندىن كېيىنكى 24 سائەت ئىچىدە يەنە قاناش يۈز بېرىدۇ، ئىككى ھەپتە ئىچىدە قايتا قانىغۇچىلارنىڭ نىسبىتى %80~%54 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 «مېڭىسىز قېتىشىش» ئالامەتلىرى كۆرۈلسە، يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇقتا 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 يۈز بېرىپ، نەچچە سائەتكىچە بولغان ۋاقىتتا ئەسلىگە كېلىدۇ. كېچىكىپ يۈز بېرىدىغانلىرى قاناپ تۆت كۈندىن كېيىن يۈز بېرىدۇ. 2~3 ھەپتە داۋاملىشىپ ئاندىن ئەسلىگە كېلىدۇ. كېچىكىپ يۈز بېرىغانلىرى مېڭە تىقىلمىسىنى پەيدا قىلىش مۇمكىن.

(3) مېڭىگە سۇ يىغىلىش: ئۆتكۈر مېڭىگە سۇ يىغىلىشىنىڭ يۈز بېرىش ئېھتىمالى %20، كۆپىنچە كېسەل قوزغىلىپ نەچچە سائەتتىن بىر ھەپتىگىچە بولغان ئارىلىقتا يۈز بېرىدۇ. كېچىكىپ قوزغىلىدىغانلىرى 2~3 ھەپتىدىن كېيىن يۈز بېرىدۇ. يېنىكلىرىدە ئۇيقۇسىراش، ئەستە ساقلاش قابىلىيىتى تۆۋەنلەش، ئاچقۇچى نېرۋا پالەچلىنىش، تۆۋەن مۇچە پەي رېفلېكسى كۈچىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىرلىرىدا تەرەققىي قىلىشچان ئەس ـ ھوشى توسقۇنلۇقتا ئۇچراش ھەتتا مېڭە چىققۇقى كېلىپ چىقىدۇ.

3. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

1) دىئاگنوز: كلىنىكىلىق ئىپادىسى بىلەن CT، مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنىڭ نەتىجە-

سىنى بىرلەشتۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش نىسبەتەن ئاسان، بىراق يەنىمۇ ئىلگىرىلەپ قاناش سەۋەبىنى ئېنىقلاپ چىقىش كېرەك.

2) پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

(1) مېڭە ياللۇغى ۋە مېڭە پەردە ياللۇغى: قوزغىلىشى ئاستا، كۆپىنچە قىزىتما قوشۇلۇپ كېلىدۇ، CT ۋە مېڭە يۇلۇن سۇيۇقلۇقىنى تەكشۈرۈش ئارقىلىق پەرقلەندۈرگىلى بولىدۇ.

(2) مېڭە قاناش: يەرلىك ئوچاقلىق نېرۋا فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ئالامەتلىرى بولىدۇ: CT ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈشكە 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 ياتقۇزۇش: 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 ھەرىكەتتىن (مەسىلەن: ھاياجانلىنىش، يۆتىلىش، كۆچەپ تەرەت قىلىش قاتارلىقلار) ساقلىنىش كېرەك.

(3) تىنچلاندۇرۇپ ئاغرىق توختىتىش: ئاسپىرىن تەركىبى بولغان ئاغرىق توختىتىپ ياللۇغ قايتۇرغۇچى دورىلار ۋە دولانتىن (杜冷丁)، مورفىن (吗啡) تۈرىدىكى دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش كېرەك، چۈنكى بۇ خىل دورىلار قاناشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىشى مۇمكىن. ئىشلىتىشكە توغرا كەلسە بۇكىننازىن (强痛定)، سالىدىن (散利痛)، دىئازېپام (安定)، لۇمىنال (鲁米那) قاتارلىق دورىلارنى ئىشلىتىش كېرەك.

(4) باشقا داۋالاش مېڭە قاناشقا ئوخشاپ كېتىدۇ.

2) قان بېسىمىنى چۈشۈرۈش: قان بېسىمىنى 160/100mmHg ئەتراپىدا كونترول قىلىش نىسبەتەن مۇۋاپىق، ئامال بار ئاغرىق توختىتىش، تىنچلاندۇرۇش، باش ئىچى بېسىمىنى چۈشۈرۈش قاتارلىق ئۇسۇللار بىلەن قان بېسىمىنى تۇراقلاشتۇرۇش، يالغۇز قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرىغىلا تايىنىۋالماسلىق كېرەك. بولۇپمۇ مېڭە قان تومۇر سپازمىسى بولسا ئالدىراپ قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. قان بېسىم دورىلى-

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 سۈيى ياكى 5% لىك گلۇكوزا تۇز سۈيىدىن 100ml دا ئېرىتىلىپ، 15~30 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 نۆكچىسى 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: كالتسىي 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 ئۇخلاشتىن بۇرۇن بىر قېتىم 5mg~10mg يېيىلىدۇ. ئۈچ ھەپتىدىن ئوشۇق ئىشلىتىلىدۇ.

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 پالەچلەنگەن ھەمدە ھوشسىزلانغان بىمارلارغا نىسبەتەن ئوپېراتسىيەنىڭ ئۈنۈمى ياخشى ئەمەس.

ئوپېراتسىيە قىلىش مۇۋاپىق كەلمىگەن بىمارلارغا تومۇردىن نەيچە كىرگۈزۈپ داۋالاش (介入治疗) (ئارتېرىيە ئۆسمىسى ۋە مېڭە قان تومۇر غەيرىيلىكىنى) ياكى گامما پىچىقى (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 توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاندا يەرلىككە قان، ئوكسىگېن يېتىشمەي مېڭە توقۇلمىلىرىدا يەرلىك ئوچاقلىق نېكروزلىنىش ياكى يۇمشاپ قېلىش يۈز بېرىشنى كۆرسىتىدۇ.

1 . كېسەللىك سەۋەبى:

سەۋەبى مۇرەككەپ، ئەمما ئاساسلىقى مېڭە ئارتېرىيىسىنىڭ بوتقىسىمان قېتىششىدىن كېلىپ چىقىدۇ. كۆپىنچە يۇقىرى قان بېسىمى بار بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ. قاننىڭ يۇقىرى قېتىشىش ھالىتى، يېپىشقاقلىقىنىڭ ئېشىپ كېتىشى ۋە قان نۆكچىسى ھاسىل بولۇش قاتارلىقلارمۇ كېسەل قوزغىلىشنىڭ مۇھىم سەۋەبى. ئۇندىن باشقا قان ئايلىنىش دىنامىكىسىدىكى ئۆزگىرىش (ئارتېرىيە قان بېسىمى تۆۋەنلەش، قان ئايلىنىشنىڭ باشقا ئەزالارغا بۆلۈنىشى، 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 قېتىشنىڭ 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 - قايتا قوزغالغان بولىدۇ.

(4) كۆپىنچە تىنچ مۇھىتتا بولۇپمۇ ئۇخلاۋاتقاندا قوزغىلىدۇ، ئاز ساندىكىلىرى ھەرىكەت قىلىۋاتقاندا يۈز بېرىشى مۇمكىن.

(5) قوزغالغاندىكى كلىنىكىلىق ئالامىتى: مۇناسىۋەتلىك مۇچىلەر كۈچسىزلىنىدۇ. شۆلگىيى ئاقىدۇ. سۆز - تاۋۇشلىرى ئېنىق بولمايدۇ، باش قايىدۇ، باش ئاغرىش، كۆڭۈل

ئېلىشىش، قۇسۇش، تارتىشىش قاتارلىق ئالامەتلەر ئىنتايىن ئاز كۆرۈلىدۇ. پەقەت 25%~45% بىمارلاردىلا ئەس ـ ھوشىدا توسقۇنلۇق بولۇپ، يېنىك ۋە قىسقا مۇددەت داۋاملىشىدۇ. چوڭ دائىرىلىك ياكى قاناش خاراكتېرلىك مېڭە تىقىلمىسىدا باش قاتتىق ئاغرىيدۇ، ئەس ـ ھوشىدا توسقۇنلۇق بولىدۇ، ھەتتا ھوشسىزلىنىدۇ.

(6) مېڭىدە توسۇلغان غول تومۇر شاخچىلىرىغا مۇناسىپ ھالدا 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 ھاسىل 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 ھوشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش، تۇتقاقلىق قوزغىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

(4) توسۇلغان مېڭە غول تومۇر شاخچىلىرىغا مۇناسىپ ھالدا ئېنىق بولغان يەرلىك نېرۋا فۇنكسىيىسى كەمتۈكلۈك ئالامىتى بولىدۇ.

(5) CT، MRI دا مېڭە كەپلەشمىسى بار ئورۇن، تىقىلما يۈز بەرگەن دائىرە ۋە قاناشنى ئېنىق تەكشۈرۈپ چىققىلى 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 ھاجەتسىز. 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 سېلىپ شورىتىشقا بولىدۇ.

ئامال بار قان بېسىمنى تېز سۈرئەتتە چۈشۈرۈشتىن ساقلىنىش كېرەك.

3) مېڭە سۇلۇق ئىششىقنى داۋالاش: ماننىتول (甘露醇) ۋە فۇروزىمىد (速尿) قاتارلىقلارنى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ (مېڭە قاناشقا قاراڭ).

4) دەسلەپكى مەزگىلدە نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاش: ئادەتتە كېسەل قوزغىلىپ ئالتە سائەت ئىچىدە نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى نىسبەتەن كۆرۈنەرلىك بولىدۇ، شۇڭا نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاش قانچە بۇرۇن بولسا شۇنچە ياخشى.

(1) نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاشقا مۇۋاپىق كېلىدىغان كېسەللەر: بىرلىككە كەلگەن ئۆلچەمى يوق، ئەمما پايدىلىنىشقا بولىدۇ.

① يېشى 75 ياشتىن تۆۋەن؛

② ئەس - ھوشى نورمال بولغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ، بىراق ئومۇرتقا نېگىز ئارتېرىيىسى سىستېمىسىدىكى مېڭە تىقىلمىسىنىڭ ئاقىۋىتى ياخشى ئەمەس، شۇڭا ئېغىر ھوشسىزلانغان ھالەتتىمۇ 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 100×10^9/L دىن يۇقىرى بولغان؛

⑦ مېڭە تىقىلمىسى بىلەن مېڭىگە ئۆتكۈنچى قان يېتىشمەسلىك (داۋاملىشىش ۋاقتى كۆپىنچە بىر سائەتتىن ئاشمايدۇ) نى پەرقلەندۈرۈش كېرەك، كېيىنكىسىنى نۆكچە ئېرىتىپ داۋالاش ھاجەتسىز؛

⑧ بىمار ۋە ئائىلىدىكىلىرى قوشۇلغان ئەھۋال ئاستىدا؛

(2) كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار:

① ئۇروكىنازا (尿激酶): 25~100 تۈمەن بىرلىك 100ml~200ml تۇز سۇيىدە ئېرىتىلىپ 30 مىنۇتتىن ئىككى سائەتكىچە بولغان ۋاقىت ئىچىدە تامچىلىتىلىدۇ.

② توقۇلمىلىق تالالا ئېرىتكۈچى فېرمېنت مەنبىيىنى جانلاندۇرغۇچى (rt—PA) (组织型纤溶酶原激活剂): كېسەل قوزغىلىپ ئۈچ سائەت ئىچىدە ئىشلىتى-

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 پروتىرومبىن ۋاقتى (凝血酶原时间) غا دىققەت قىلىش لازىم.

② توسۇلغان تومۇردىكى قان ئايلىنىشىنىڭ قايتا ئەسلىگە كېلىشىدىن كېلىپ چىققان زەھەرلىنىش ۋە مېڭە توقۇلمىلىرىدىكى سۇلۇق ئىششىق ئېغىرلىشىپ داۋالاشتىكى خەتەرلىك ئاقىۋەتلەردۇر.

③ قايتا توسۇلۇپ قېلىش ئېھتىمالى 10%～20% كە يېتىدۇ.

5) قان ئۇيۇشقا قارشى داۋالاش: تەرەققىي قىلىشچان سەكتە ۋە ئېغىرلىشىپ داۋالاشتىن كېيىن قايتا توسۇلۇپ قېلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئىشلىتىلىدۇ. فىراكسىپارىن (速避凝) تۆۋەن مولېكۇلىلىق ھېپارىن بولۇپ، ھەر قېتىم 0.4ml تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، كۈندە 1～2 قېتىم ئىشلىتىلىدۇ، داۋالاش مۇددىتى 7～10 كۈن ئەتراپىدا بولىدۇ. ۋارفارىن (华法林) كۈندە 2～4mg يېيىلىدۇ.

6) مېڭىنى قوغداپ داۋالاش: ئەركىن رادىكال (自由基) نى يوقاتقۇچى دورىلار (ۋىتامىن E، C)، ماننىتول (甘露醇)، ھورمون، باربىتاللار، كالتسىي مەخسۇس يولىنى توسقۇچى دورىلار (نىمولدىپىن 尼莫地平) ۋە بەزى جۇڭيى دورىلىرى تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ.

7) قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنىۋېلىشىغا قارشى داۋالاش: قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنىۋېلىشى ۋە قاننىڭ يېپىشقاقلىقى چۈشۈرۈلىدۇ. ئاسپىرىن (阿斯匹林) دىن كۈندە 50mg～325mg كەچلىك تاماقتىن كېيىن يېيىلىدۇ. ئاسپىرىن يېيىشنى ئەڭ ياخشىسى ئۇزۇن مۇددەت داۋاملاشتۇرۇش كېرەك. تىكلوپىدىن (噻氯匹啶) ھەر قېتىم 250mg، كۈندە 1～2 قېتىم يېيىلىدۇ ياكى ھەر قېتىم 100mg～200mg، كۈندە 2～3 قېتىم يېيىلىدۇ.

8) فىبرىنوگېننى (纤维蛋白原) پارچىلاپ تۆۋەنلەتكۈچى دورىلار: يىلان زەھىرى تىپىدىكى ۋە باشقا تالا ئاقسىل مەنبىيىنى 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، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش 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 ـ 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 ئۈنۈمى ياخشى بولمىغان تۇتقاقلىق قوزغالغاندا كۆرۈلىدۇ.

2) كېسەل قوزغاتقۇچى ئامىللار:

(1) تۇيۇقسىز 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. تۇيۇقسىز هوشىدىن كېتىپ مۇچىلىرى هەتتا پۈتۈن بەدىنى قېتىشىپ، تارتىشىپ قالىدۇ، ئېغىزىدىن كۆپۈكچىلەر يانىدۇ، چوڭ - كىچىك تەرىتىنى 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 فۇنكسىيىسىنى ساقلاش: نەپەس يولىنىڭ راۋانلىقىغا كاپالەتلىك قىلىش، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈپ مېڭىگە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى تۈزىتىش، زۆرۈر بولغاندا كانايغا كانالچە قويۇش ياكى كانايىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى قىلىش؛

(3) مېڭە سۇلۇق ئىششىقىنىڭ ئالدىنى ئېلىش (مېڭە قاناشقا قاراڭ)؛

(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، ماددا ئالمىشىش، سۇ، ئېلېكترولىتلاردىكى تەڭپۇڭسىزلىق ۋە كىسلاتادىن زەهەرلىنىشنى تۈزىتىش، ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش قاتارلىقلار.

2) دورا بىلەن داۋالاش:

(1) دورا ئىشلەتكەندە تۆۋەندىكىلەرگە دىققەت قىلىش كېرەك.

① ئالدى بىلەن تېز ئۈنۈملۈك دورىلارنى تاللاپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش؛

② تۇنجى بەرگەن دورىنىڭ مىقدارىنىڭ يېتەرلىك بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش؛

③ ئەگەر كېسەللىكنىڭ قوزغىلىشنى ئۈنۈملۈك كونترول قىلغىلى بولمىسا ئىككىلەنمەستىن قايتا دورا بېرىش؛

④ جاھىل خاراكتېرلىك تۇتقاقلىققا بىرلەشتۈرۈپ دورا ئىشلىتىش؛

(2) كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلار:

① دىئازېپام (安定,地西泮): ئەڭ ئۈنۈملۈك، ئالدىن تاللىنىدىغان دورا، چوڭلارغا ئالدى بىلەن 10mg~20mg هەر مىنۇتتا 2mg~4mg سۈرئەت بىلەن ئاستا ۋېنادىن ئوكۇل

قىلىدۇ، ئاندىن 15 مىنۇتتىن كېيىن قايتىلىنىدۇ 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 ئۈنۈمى ياخشى بولمىغاندا ئىشلىتىلىدۇ، بىراق ئۈنۈم بېرىش سۈرئىتى ئاستا (20~30 مىنۇتتىن كېيىن ئۈنۈمى كۆرۈلىدۇ) نەپەسنى تورمۇزلىمايدۇ. چوڭلارغا 15~18mg/Kg مىقدار بويىچە تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەمما ئوكۇل قىلىش سۈرئىتى ھەر مىنۇتتا 50mg دىن ئېشىپ كەتمەسلىكى كېرەك. يۈرەك ۋە قان بېسىمىغا نىسبەتەن ئەكس تەسىرى بولۇپ، يۈرەك كېسلى 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 مىنۇتتا 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 ئۈنۈمى 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 مىنۇتتا 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 ئۈنۈمى ياخشى بولمىغانلارغا ئىشلىتىلىدۇ. چوڭلارغا 2~4mg/Kg مىقداردا 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ ھەر سائىتىگە 50mg سۇرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، قايتىلاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ، يۈرەك كېسىلى بارلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

⑧ باشقىلار: يۇقىرىقى داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمىغانلارغا ناركوز دوختۇرىنى تەكلىپ قىلىپ ناترىي تىئوپېنتال (硫喷妥钠) نى ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش ياكى ئېفىر (乙醚) نى نەپەس يولىدىن سۈمۈرتۈش ئارقىلىق قوزغىلىشنى 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 ياللۇغى قاتارلىقلار.

2) ئۆتكۈر سىغىمچانلىق يۈكى ئارتىپ كېتىش: ھەر خىل سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن كېلىپ چىققان يۈرەك ئەمچەك تۈگمىسىسىمان مۇسكۇل فۇنكسىيىسى پۈتۈن بولماسلىق، پەي پىلتىسى ئۈزۈلۈش، 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 يۈكى 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 تۈپەيلىدىن يۈرەكنىڭ تارىيىش كۈچى تۇيۇقسىز ئېغىر دەرىجىدە ئاجىزلاپ، يۈرەكنىڭ قان چىقىرىش مىقدارى زور دەرىجىدە ئازىيىدۇ. ئۆپكە ۋېناسىدىكى قاننىڭ قايتىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ئۆپكە ۋېنا بېسىمى تېز سۈرئەتتە ئۆرلەيدۇ. ئۆپكە قىلدام تومۇرلىرىنىڭ بېسىممۇ شۇنىڭغا ئەگىشىپ يۇقىرىلاپ قان ئۆپكە ئارىلىق ماددىسى ۋە ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىگە سىرغىپ كىرىپ ئۆتكۈر ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىنى پەيدا قىلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىشتە ئاساسلىقى ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقنىڭ 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 تۈكۈرۈپ چىقارغاندىن كېيىن ئالامەتلىرى ياخشىلىنىدۇ. ئېغىرلىرىدا بىماردا تۇيۇقسىز نەپەس قىيىنـ لىشىش، ئولتۇرۇپ نەپەسلىنىش، ئېغىر يۆتىلىش، كۆپ مىقداردا ئاق ياكى ئاچ قىزىل كۆپۈكسىمان بەلغەم تۈكۈرۈش قاتارلىق ئۆتكۈر سول يۈرەك زەئىپلىشىشنىڭ 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، پۇۋەكچىلەرگە تەسىر قىلمىغاچقا ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ۋە كۆپۈكسىمان بەلغەم بولمايدۇ). يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىدۇ، ئۆپكە ئارتېرىيە كلاپانى رايونىدا 2 ـ يۈرەك تاۋۇشى كۈچىيىدۇ. يۈرەك ئۇچى رايونىدا يۈرەك تاۋۇشى تۆۋەنلەپ بوملىشىدۇ، قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى (收缩期杂音) ۋە كېڭىيىش دەۋرى دۈپۈرلەش تاۋۇشى (舒张期奔马律) 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 بىماردا قىسقا ۋاقىت ھوشىنى يوقىتىش كۆرۈلىدۇ. نەچچە سېكۇنت داۋاملىـ شىدۇ، پۇت قوللىرى تارتىشىش، كۆكىرىش، قىسقا ۋاقىت نەپەس توختاش قاتارلىق ئالامەتلەر چىقىدۇ، بۇ ئادامىس — ستوكىس 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 رىتىمسىزلىنىش قاتارلىق كېسەللەرـ 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) رېنتگېندە تەكشۈرۈش: ئارا ماددىلىق ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقىدا ئۆپكىدە تۇمانسىمان دۇغ سايە بولىدۇ. كاناىچە سىزىقچىلىرى كۆپىيىدۇ، تومىلىشىدۇ، تۇتۇقلىشىدۇ. ئۆپكە دەرۋازىسىنىڭ دائىرىسى ئېنىق بولمايدۇ. ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنىڭ سۇلۇق ئىششىقىدا ئىككى تەرەپ ئۆپكە دەرۋازىسىدا كەڭ دائىرىلىك، كېپىنەك شەكىللىك تۇمانسىمان دۇغ سايە بولۇپ ئەتراپقا يامرىغان بولىدۇ. كۆپىنچە بىمارلارنىڭ ئۆپكە قانتىدا چوڭ ـ كىچىكلىكى ئوخشاش بولمىغان چېكىت ـ يالپاقسىمان دۇغ سايە بولىدۇ. ئاز قىسىم بىمارلاردا چوڭ بۆلەكلىك يۇقىرى زىچلىق دۇغ سايە بولىدۇ.

2) ئېلېكتروكاردىئوگراما (ECG): سىنۇسلۇق يۈرەك تېزلىشىش ۋە ھەر خىل يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، يۈرەك مۇسكۇلى زەرەرلىنىش ۋە سول يۈرەك دالانچە يۈكى ئېغىر-لىشىش قاتارلىقلار ئىپادىلىنىدۇ.

3) ئۇلترا ئاۋازلىق كاردىئوگراما: 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 ئـالامىتى ۋە تەن بەلگىلىرىگە ئاساسەن دىئاگنوز قويماق تەس ئەمەس، ھوشسىز-لانغان بىمارلاردا ئەگەر يۈرەك رىتىمسىزلىنىش 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 سۇلۇق ئىششىقىدا خىرقىراش تاۋۇشى بولسا چوقۇم زىققە بىلەن پەرقلەن-دۈرۈش كېرەك، زىققىدە يۈرەك ئۇچىدا دۈپۈرلەش تاۋۇشى بولمايدۇ.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى: يۈرەك يۈكىنى 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 قاننىڭ 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 تۈزەتكىلى 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 ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

(3) تىنچلاندۇرۇش: مورفىن (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. مورفىننىڭ تەشۋىشلىنىش ۋە تىنچسىزلىنىشنى تۈگىتىش رولىدىن باشقا يەنە ۋېنالارنى كېڭەيتىپ يۈرەككە قايتىدىغان قاننى ئازايتىش رولىمۇ بار. ئەمما ياشانغانلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك، باش ئىچى قاناش، ھوشسىزلىنىش، 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 مورفىننىڭ تەسىرىنى يوقىتىش كېرەك.

(4) تېز سۈرئەتتە سۈيدۈك ھەيدەش: فۇروزىمىد (速尿) نىڭ سۈيدۈك ھەيدەشتىن باشقا ۋېنانى كېڭەيتىپ قاننىڭ يۈرەككە قايتىشىنى ئازايتىش ۋە نەپەس قىيىنلىشىشنى يېنىكلىتىش رولى بار، 40mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئەگەر ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا 30 مىنۇتتىن كېيىن مىقدارى كۆپەيتىلىدۇ، تۆت سائەتتىن كېيىن يەنە قايتىلاشقا بولىدۇ.

(5) قان تومۇرلارنى كېڭەيتىش:

① ناترىي نىتروپروسسىد (硝普钠): ئارتېرىيە، ۋېنالارنى كېڭەيتكۈچى دورا، تېز سۈرئەتتە قان بېسىمنى چۈشۈرىدۇ، باشلىنىشىدا مىنۇتىغا 15~20μg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. ئۇنىدىن 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 ئوكسىدلىغۇچى تەركىب بولۇپ ئۇدا ئىشلىتىش ۋاقتىنى 24 سائەتتىن ئاشۇرۇۋەتمەسلىك كېرەك، ئۇنىدىن 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 ئۈنۈملۈك 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

جەرياندا قان بېسىمغا دىققەت قىلىش، ئەگەر قىسقىرىش بېسىمى 90mmHg دىن تۆۋەن بولسا دورا ئىشلىتىشنى دەرھال توختىتىش كېرەك. ئوكۇلنى 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 ئۈنۈملۈك مىقداردا داۋاملىق ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلاشقاندىن كېيىن ئاستا ـ 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) تۈرىدىكى دورىلار: دالانچە، قېرىنچە ئارا ئىمپۇلىس ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاستىلىتىپ سول يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ قان تولۇشىنى ياخشىلاپ، سول يۈرەك دالانچىسىنىڭ بېسىمىنى تۆۋەنلىتىدۇ. سىدىلانىد (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 ئۈستى بېزى پوستلاق ھورمونى (肾上腺皮质激素): كاناييچىلار 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 زەئىپلىشىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى سەۋەبنى ئېنىقلاپ چىقىش، شۇنداقلا بىرلەمچى كېسەلگە نىسبەتەن داۋالاش ئېلىپ بېرىش كېرەك، شۇنىڭ بىلەن بىرگە سول يۈرەك زەئىپلىشىشىنى 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 تىقلىمىسى: ئوڭ يۈرەك قېرىنچىسى كەڭ دائىرىدە زەرەرلە-نىپ قاننى سىقىپ ئۈنۈملۈك چىقىرالمايدۇ ـ دە، سول يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ قان بىلەن تولۇشى يېتەرلىك بولماي قان بېسىمى تۆۋەنلەش ھەتتا شوكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ، يۈرەكنىڭ تۆۋەن ۋە كەينى دىۋار تىقلىمىسىدا كۆپ كۆرۈلىدۇ.

2) ئۆپكە ئارتېرىيىسى كەپلەشمىسى: ئۆپكە ئارتېرىيىسىنىڭ بېسىمىنى تۇيۇقسىز ئۆرلىتىپ ئوڭ يۈرەك قېرىنچىسى كېڭىيىش ۋە ئوڭ يۈرەك ئاجىزلىششىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۆپكە ئارتېرىيە كەپلەشمىسى ئاساسەن ئەتراپ ۋېنا قان نۆكچىسى ۋە ئوڭ يۈرەك قان نۆكچىسىدىن ياكى سۈنۇق قاتارلىقلار پەيدا قىلغان ماي كەپلىمىلىرىدىن كېلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئاالامىتى: تۇيۇقسىز 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، تىت- تىت بولۇش، سوغۇق تەرلەش، ھوشسىزلاش ھەتتا شوك كۆرۈلىدۇ، ئۆلۈپ كېتىدۇ. بەزىدە قىزىتما، سېرىقلىق بولىدۇ.

2) تەن بەلگىلىرى: تۇيۇقسىز بويۇن ۋېناسى كۆپىدۇ، جىگەر چوڭىيىدۇ، ئورنى بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. دەسلەپكى باسقۇچتا تۆۋەن مۆچە سۇلۇق ئىششىقى روشەن بولمايدۇ. كۆكرەكنى چېكىپ تەكشۈرگەندە ئۆپكە كەپلەشمىسى بار ئورۇندىن بوغۇق تاۋۇش چىقىدۇ، نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلىشىپ قۇرۇق، ھۆل خىرىپ تاۋۇشى چىقىدۇ. كۆكرەك پەردە سۈركۈ-لۈش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ، يۈرەك سوقۇشى تېزلىشىپ ئۆپكە ئارتېرىيـە قاپقىقـى رايونىدا 2 ـ يۈرەك تاۋۇشى كۈچىيىدۇ، ئۈچ قانات قاپقاق رايونىدا قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى ۋە كېڭىيىش دەۋرى دۈپۈرلەش تاۋۇشى بولىدۇ، بەزىدە يۈرەك رىتىمسىزلىنىدۇ.

3. تەكشۈرۈش:

1) ئېلېكتروكاردىئوگراما (ECG): ئېلېكتر ئوقى ئوڭغا، سائەت ئىستىرېلكىسى يۆنىلىشىدە يۆتكىلىدۇ، ئوڭ تۇتام شاخچىسىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىدا توسۇلۇش بولىدۇ، I

ئۇلانمىدا S دولقۇن چوڭقۇر، Ⅲ ئۇلانمىدا غەيرىي Q دولقۇن بولىدۇ، T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ، aVR ئۇلانمىدا R دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ F، av، V_2، V_1 ئۇلانمىلاردا T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ.

2) رېنتگېندە تەكشۈرۈش: ئۆپكە تۆۋەن قانتىدا تۇخۇمسىمان ياكى ئۈچ بۇلۇڭلۇق كىرىشكەن دۇغ سايە بولىدۇ، ئاستى قىسمى كۆكرەك پەردىسىگە تۇتۇشىدۇ. كۆكرەكتە سۇ بولىدۇ. ئېغىر بىمارلاردا ئۆپكە ئارتېرىيە بۆلىكى بۆرتۈپ چىقىدۇ، يۈرەك سايىسى يوغىنايدۇ. سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرگەندە كەپلىمە بار ئورۇن ۋە دائىرىنى ئېنىق كۆرگىلى بولىدۇ.

3) قاننى 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، مۇسكۇل كالتسىي ئاقسىلى (肌钙蛋白)، مۇسكۇل قىزىل ئاقسىلى (肌红蛋白) مۇ يۇقىرىلايدۇ.

4. دىئاگنوز ۋە پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە ئېلېكتروكاردىئوگرامما، رېنتگېن تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ، ئەمما ئېغىرلىرىنى چوقۇم ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

5. داۋالاش:

1) ئادەتتىكى داۋالاش: يېتىپ دەم ئالدۇرۇلىدۇ، ئوكسىگېن سۈمۈرتۈلىدۇ، ئاغرىق ئېغىر بولغانلارغا دولانتىن (杜冷丁) دىن 50mg～100mg مۇسكۇلغا ياكى مورفىن (吗啡) دىن 5mg～10mg تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

2) شوكنى داۋالاش: تۆۋەن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子右旋糖酐) ئارقىلىق قان سىغىمچانلىقى تولۇقلىنىدۇ، دوپامىن (多巴胺) ئارقىلىق قان بېسىمى يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ، دوپامىندىن 20mg ى 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 قاراڭ).

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 رىتىمسىزلىنىش
(心律失常)

1. قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش (室上性心律失常)

1) قېرىنچە ئۈستى مەنبەلىك تۇتقاقلىق يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش (陈发性室上性心动过速).

(1) كېسەللىك سەۋەبى:

بىماردا ئورگانلىق يۈرەك كېسىلى بولمايدۇ. كۆپىنچە بىمارلارنىڭ دالانچە، قېرىنچە تۈگۈنىدە ئىككى ئۆتكۈزۈش يولى بولىدۇ. بىرى تېز (β) سۈرئەتلىك ئۆتكۈزۈش يولى بولۇپ ئىمپۇلس (冲动) ئۆتكۈزۈش سۈرئىتى تېز ئەمما قوزغالماسلىق دەۋرى (不应期) ئۇزۇن بولىدۇ. يەنە بىرى ئاستا (α) سۈرئەتلىك ئۆتكۈزۈش يولى بولۇپ ئىمپۇلس ئۆتكۈزۈش سۈرئىتى ئاستا ئەمما قوزغالماسلىق دەۋرى قىسقا بولىدۇ. نورمال ئەھۋال ئاستىدا سىنۇسلۇق (窦性) ئىمپۇلس 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 توسقۇنلۇققا 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، ئىمپۇلسىنىڭ تارقىلىشى تېز ئۆتكۈزۈش يولىدا توسقۇنلۇققا ئۇچراپ ئاستا ئۆتكۈزۈش يولىنى بويلاپ تۆۋەنگە تارقىلىدۇ. ئەمما سۈرئىتى ئاستا بولىدۇ. تېز ئۆتكۈزۈش يولىنىڭ قوزغىلىشچانلىقى تېزلا ئەسلىگە كەلگەچكە ئىمپۇلس تېز ئۆتكۈزۈش يولىنى بويلاپ قايتىدىن دالانچىغا قايتىدۇ. بۇ جەريان دالانچە، قېرىنچە ئوتتۇرىسىدا ئۈزلۈكسىز قايتىلىنىپ تۇرىدۇ، شۇنىڭ بىلەن يۈرەك ھەرىكىتى تېزلىشىش كېلىپ چىقىدۇ.

(2) كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

تۇيۇقسىز قوزغىلىپ تۇيۇقسىز توختاپ قالىدۇ. قوزغالغاندا بىماردا يۈرەك سىلىش، يۈرەك ئورنى ئارامسىزلىنىش، تىت - تىت بولۇش، ھەلقۇمىدا بىر نەرسە تۇرۇۋالغاندەك سېزىم بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. داۋاملاشقان ۋاقتىنىڭ ئۇزۇن - 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 - يۈرەك تاۋۇشىنىڭ كۈچلۈك - ئاجىزلىقى تۇراقلىق، يۈرەك رىتىمى ئۆلچەملىك بولىدۇ. بويۇن ئارتېرىيە سوقۇشى يۈرەك سوقۇشى بىلەن ئوخشاش بولىدۇ.

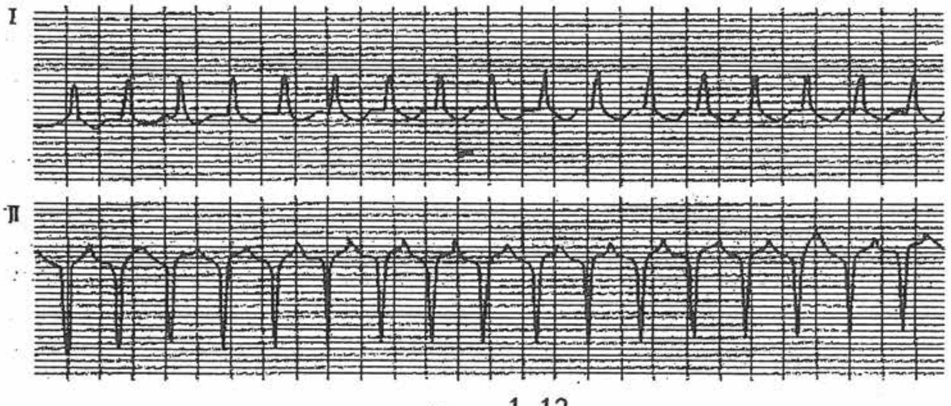
(3) ئېلېكتروكاردىئوگرامما (ECG) دا تەكشۈرۈش: ئېلېكتروكاردىئوگرامما ئالاھىدىلىكى:

① يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 150～250 قېتىم، رىتىمى ئۆلچەملىك؛

② QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ شەكلى ۋە ۋاقتى نورمال بولىدۇ. ئەگەر قېرىنچە ئىچىدە تارقىلىش توسقۇنلۇققا ئۇچرىسا دولقۇن شەكلى غەيرىي يوغىنايدۇ؛

③ Ⅱ، Ⅲ، avF ئۇلانمىلىرىدا P دولقۇنى كۆمتۈرۈلىدۇ. P دولقۇن QRS دولقۇن گۇرۇپپىسىنىڭ ئالدى - 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 - رەسىم)



1.12 - رەسىم.

(4) دىئاگنوزى:

تۇيۇقسىز قوزغالغان ۋە نورماللاشقان يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش ئالاھىدىلىكى ۋە ئېلېكترو كاردىئوگرامما 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 ئوڭ 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. يۆتقۇنچاق قىسمىنى غىدىقلاش ئارقىلىق بىمار قۇستۇرۇلىدۇ.

② دورا بىلەن داۋالاش:

a. ۋېراپامىل (维拉帕米) : 5mg سۇيۇلدۇرۇلغاندىن كېيىن ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ، زۆرۈر بولغاندا ئون مىنۇتتىن كېيىن ئوخشاش مىقداردا تەكرارلاشقا بولىدۇ.

b. ئادېنوزىن ترىفوسفات (三磷酸腺苷) : 6mg～12mg ۋېنادىن تېز سۈرئەتتە ئوكۇل قىلىنىدۇ، تېز ئۈنۈم 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 سۇيۇلدۇرۇلغاندىن كېيىن، ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۈنۈمى بولمىسا ئىككى سائەتتىن كېيىن يەنە 0. 2mg～0. 4mg ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

③ ئېلېكترلىك رىتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش (电复律) : ئېغىر يۈرەك سانجىقى، تۆۋەن قان بېسىم، قان تولۇشچان يۈرەك زەئىپلىشىش قاتارلىقلار كۆرۈلگەندە دەرھال توكتا رىتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش كېرەك. دورا ئىشلىتىشنىڭ ئۈنۈمى 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. ۋېراپامىلنىڭ ئاستا تارقىلىدىغان تابلېتى (维拉帕米缓释片) 200mg دىن كۈندە بىر قېتىم يېيىلىدۇ.

c. ئۇزۇن ئۈنۈملۈك دىلتىئازېم (长效地尔硫罩) 60mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

يۇقىرىقى دورىلارنىڭ داۋالاش كۈرسىنى قوزغىلىشنىڭ ئېغىر ـ يېنىكلىكى ۋە دەرىجىسىگە 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 كۈچىيىپ كېتىش، رېماتىزملىق يۈرەك كېسىلى قاتارلىقلاردا كۆپ كۆرۈلىدۇ. كلىنىكىلىق ئالامەتنى قېرىنچە سوقۇشنىڭ تېز ـ ئاستىلىقى بەلگىلەيدۇ. ئەگەر ئاستا بولسا بىماردا 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 ئۇلانمىلىرىدا كۆمتۈرۈلگەن، Ⅱ تىپلىقىدا تىك بولىدۇ. ئىمپۇلس دالانچە قېرىنچە ئارىلىقىدا كۆپىنچە 2:1، 3:1، 4:1 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 ئالدىقاچان دىگىتالىس ئىشلىتىلگەن بولسىمۇ پەقەت زەھەرلەنمىگەنلا بولسا، داۋاملىق ئىشلىتىشكە بولىدۇ. قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولمىغان قېرىنچە تەۋرەشكە دىگىتالىس (洋地黄)، ۋېراپامىل (维拉帕米)، پروپرانولول (心得安) قاتارلىق يۈرەك رىتىمسىز-

لىنىشقا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

قايتا قوزغىلىش ئېھتىمالى بولغان بىمارلارغا يۈرەك رىتىمسىزلىنىشقا قارشى دورىلارنى داۋاملىق ئىشلىتىپ قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك، ئۇنىدىن باشقا سۇنئىي قوزغاتقۇچ قويۇش ئوپېراتسىيىسىمۇ يۈرەك تەۋرەشنى داۋالاشنىڭ ئۈنۈملۈك ئۇسۇلىدۇر.

(2) دالانچە تىترەش:

① كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى:

كۆپىنچە رېماتىزملىق يۈرەك كېسىلى، تاجسىمان يۈرەك كېسىلى، ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى، يۇقىرى قان بېسىم، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش، ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى، تارىيىشچان يۈرەك قېپى ياللۇغى قاتارلىق كېسەللەر ۋە يۈرەك ئوپېراتسىيىسىدىن 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 رىتىمى ۋە سوقۇشىنىڭ قالايمىقانلىشىشى، يۈرەك سىقىپ چىقارغان قان مىقدارىنىڭ ئوخشىماسلىقى قاتارلىق سەۋەبلەردىن تومۇر سوقۇشى كۆپىنچە يۈرەك سوقۇشىدىن ئاستا بولىدۇ.

② ئېلېكتروكاردىئوگرامما (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 - كىچىكلىكى ئۆزئارا ئوخشاش ئەمەس، تۇتقاقلىق تىترەشتە قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسى كۆپىنچە مىنۇتىغا 150 قېتىمدىن يۇقىرى بولىدۇ. ئۆزلۈكسىز تىترەشتە 100 قېتىم ئەتراپىدا بولىدۇ. QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى نورمال ئەمما قېرىنچە سوقۇشى رىتىمسىز بولىدۇ.

③ داۋالاش:

دىگىتالىس (洋地黄) ئەڭ كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. مەقسەت يۈرەك قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسىنى مىنۇتىغا 60～80 ئەتراپىدا كونترول قىلىشتۇر، ئۇنىدىن باشقا ۋېراپامىل (维拉帕米)، β - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئېلېكترلىك رىتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش ئاساسەن ئۆتكۈر قوزغالغان، يۈرەك قېرىنچە سوقۇش چاستوتىسى بەك تېز بولغان، قان ئېقىم دىنامىكىسىدا ئۆزگىرىش بولغان، دىگىتالىس ئىشلىتىش ماس كەلمەيدىغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ. ۋولف - پاركىنسون - ۋىت يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى (预激综合征) دە دالانچە تىترەش خەتەرلىك بولۇپ ئالدى بىلەن ئېلېكترلىك رىتىمنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، سىنۇسلۇق يۈرەك رىتىمى ئەسلىگە كەلگەندىن كېيىن يۈرەك

رىتىمسىزلىقىغا 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 ئامىئودارون (胺碘酮 ، 可达龙) لارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2. قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك سوقۇشى زىيادە تېزلىشىش (室性心动过速)

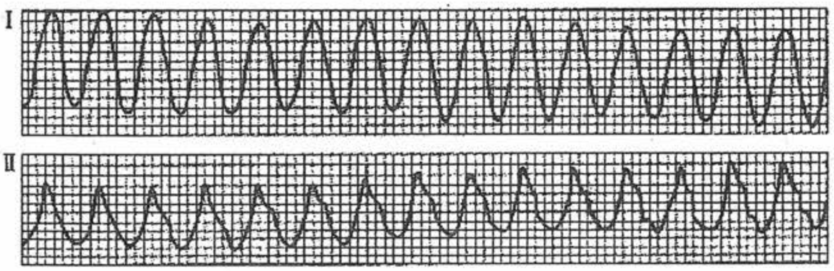
1) كېسەللىك سەۋەبى:

كۆپىنچە تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى، كېڭەيمىشچان 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، سۈيدۈك 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 رىتىمسىزلىنىدۇ.

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 دولقۇنىنىڭ ئاساسلىق دولقۇن يۆنىلىشى قارىمۇ قارشى بولىدۇ. دالانچە ۋە قېرىنچە سوقۇشى ئاجرىلىدۇ.

P دولقۇن كەينىدە بىر قېتىملىق مۇددەتتىن بۇرۇن كۆرۈلىدىغان نورمال QRS دولقۇن گۇرۇپپىسى بولىدۇ. يۈرەك 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:

ئېلېكتروكاردىئوگراما 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. ئۈنۈملۈك بولسا مىنۇتىغا 1mg~4mg تېزلىكتە داۋاملىق ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

② پروپافېنون (心律平) : 70mg ۋېنادىن ئۈچ مىنۇت ئىچىدە ئوكۇل قىلىنىدۇ. زۆرۈر بولغاندا قايتىلاشقا بولىدۇ. كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغاندىن كېيىن مىنۇتىغا 0.4mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، تاكى كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقىچىلىك ئىشلىتىلىدۇ، يۈرەك 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 ئامىئودارون (胺碘酮) 150mg ۋېنادىن 15 مىنۇت ئىچىدە ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن مىنۇتىغا 1mg سۈرئەتتە تاكى كېسەل ئەھۋالى تۇراقلاشقىچىلىك ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. يۈرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغانلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك، چۈنكى ئۇنىڭ قان بېسىمىنى ئېغىر دەرىجىدە چۈشۈرۈۋېتىش ئېھتىمالى بار.

④ فېنىتوئىن ناترىي (苯妥英钠) : 250mg ى 20ml تۇز سۈيىدە سۇيۇلدۇرۇلۇپ 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، ئۈنۈمى كۆرۈلگەندىن كېيىن مىنۇتىغا 1mg~2mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 24 سائەتلىك ئومۇمىي مىقدارى 0.5g~1.0g بولىدۇ.

⑥ ئېلېكترلىك رىتىمنى 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 رىتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش كېرەك. ئەمما دىگىتالىستىن زەھەرلىنىشتىن پەيدا بولغان قېرىنچە ھەرىكىتى تېزلىششنى قۇتقۇزۇشقا ماس كەلمەيدۇ.

2) قايتا قوزغىلىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش: قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك ھەرىكىتى زىيادە تېزلىششنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى بىرلەمچى كېسەللىك ۋە قوزغاتقۇچى ئامىللارنى ياخشى داۋالاش، يوقىتىش، ئالدىنى ئېلىش ۋە ساقلىنىش كېرەك، ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن دورا تاللىغاندا يۈرەك رىتىمسىزلىنىشقا قارشى دورىلارنىڭ ئەكس تەسىرىنى ياخشى ئويلىشىش، قانداق ئەھۋالدا ئىشلىتىشكە بولمايدىغانلىقىغا تولۇق دىققەت قىلىش كېرەك. مەسىلەن: پروپافېنون (心律平) يۈرەك تويۇقسىز توختاشتىن كېيىن ھايات قالغان بىمارلارنىڭ ئۆلۈم نىسبىتىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. Q—T ئارا ۋاقتى ئۇزارغان قېرىنچە تېزلىششنىڭ ئالدىنى ئالغاندا ئالدى بىلەن مېكسىلېتىن (美西律) نى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك. β - قوبۇللىغۇچ تەنچىنى توسقۇچى دورىلار يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدىن كېيىن تويۇقسىز ئۆلۈپ كېتىشنىڭ يۈز بېرىش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىدۇ. ئامىئودارون (胺碘酮) يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدىن كېيىنكى ياكى قان تولۇشچان يۈرەك زەئىپلىشىش بولغان بىمارلاردا يۈرەك رىتىمسىزلىنىش ياكى تويۇقسىز ئۆلۈپ كېتىشنىڭ يۈز بېرىش نىسبىتىنى روشەن تۆۋەنلىتىدۇ. ۋېراپامىل (维拉帕米) نىڭ كۆپىنچە قېرىنچە تېزلىششنىڭ ئالدىنى ئېلىشقا نىسبەتەن ئۈنۈمى يوق، ئەمما ئورگانلىق يۈرەك كېسەللىك ئاساسى بولمىغان، ۋېراپامىلغا ئالاھىدە سەزگۈر بولغان «ئالاھىدە قوزغىلىدىشچان قېرىنچە تېزلىشش» 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 تويۇقسىز 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

ياللۇغى، تۇغما تاجسىمان ئارتېرىيە غەيرىيلىكىدىن كېلىپ چىقىدۇ.

تۇراقسىز يۈرەك سانجىقىنىڭ كۆپىنچىسىدە تاجسىمان ئارتېرىيىدە ئېغىر دەرىجىدە تارىيىش بولۇپ مۇناسىۋەتلىك يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەيدۇ. ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسىدا تاجسىمان ئارتېرىيە تۇيۇقسىز 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، ھاياجانلىنىش، 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 مۈرە، بىلەك ئىچى ھەتتا 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، ھەتتا ئايلىنىپ كېتىدۇ، چىرايى تاتىرىدۇ ياكى قىزىرىدۇ، قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ.

تۇراقسىز يۈرەك سانجىقىنىڭ قوزغالغاندىكى ئاساسلىق ئىپادىسى تۇراقلىق يۈرەك سانجىقىغا ئوخشاش، بىراق يۈرەك سانجىقىنى قوزغىتىدىغان ھەرىكەت دەرىجىسى بارغانسېرى تۆۋەنلەپ قوزغىلىش قېتىم سانى كۆپىيىدۇ، ئېغىرلىشىدۇ، ھەتتا تىنچ مۇھىتتىمۇ قوزغىلىدۇ. بۇرۇن يۈرەك سانجىقى تارىخى يوق، يېقىنقى بىر ئايدا بايقالغان يۈرەك سانجىقى تۇنجى 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 ھەرىكەت - ھارغىنلىقنىڭ 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) ئېلېكتروكاردىئوگرامما (ECG): دىئاگنوز قويۇشتا ئىنتايىن مۇھىم قىممەتكە ئىگە. ئەڭ كۆپ كۆرۈلىدىغان ئۆزگىرىش ST بۆلىكى تۆۋەنلەيدۇ، ئۇندىن قالسا T دولقۇن

كۆمتۈرۈلىدۇ. ST بۆلىكى كۆتۈرۈلىدىغانلار پەقەت 4% نى ئىگىلەيدۇ. بۇرۇن كۆمتۈرۈل-
گەن T دولقۇنىدا چوڭايغان، ئېگىز، تىكلەشكەن ئۆزگىرىش (يالغان نورماللىشىش) بولى-
دۇ، بۇ يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىكىنىڭ يۈرەك دىۋارىنىڭ ھەرقايسى قەۋەتلىرىگە
تەسىر قىلغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر. ST بۆلىكى تۆۋەنلەش ۋە T دولقۇن كۆمتۈرۈلۈش يۈرەك
ئىچ پەردىسى ئاستىدىكى يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمىگەنلىكىنىڭ 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 كۆمتۈرۈلگەن، ST بۆلىكى
تەڭ ئېلېكتر پوتېنسىئال سىزىقىدا ياكى V_2، V_3 ئۇلانمىلىرىدا سەل كۆتۈرۈلگەن، 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 كې-
سەللىنىشى ۋە ئېغىرلىق دەرىجىسىنى ئېنىقلاش ۋە ئېنىق دىئاگنوز قويۇشنىڭ ئاساسى.

3) دىئاگنوز: كۆكرەك ئاغرىقىنىڭ كلىنىكىلىق ئالامىتى، قوزغالغاندىكى ئېلېكترو
كاردىئوگرامما 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 تۈگىتىشتىن ئىبارەت.

(1) دورا بىلەن داۋالاش:

① ئاسپىرىن (阿斯匹林): قان تومۇر سپازمىسى ۋە قان پلاستىنكىلىرىنىڭ توپلىنى-
شىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ، يۈرەك سانجىقى بىمارلىرىدا تىقىلما يۈز بېرىش خەتىرىنى تۆۋەنلىتى-
دۇ. كۆپىنچە ئۈچەيدە 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 تور-
مۇزلايدۇ، رولى ئاسپىرىندىن كۈچلۈك، 250mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ.

③ نىترات ئېستېر (硝酸酯) تۈرىدىكى دورىلار: ۋېنا ۋە ئارتېرىيەلەرنىڭ ھەممىسىنى
كېڭەيتىدۇ، ئاز مىقداردا ئىشلەتكەندە ئاساسلىقى ۋېنانى، كۆپ مىقداردا ئىشلەتكەندە ۋېنا،
ئاتېرىيەلەرنىڭ 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 نىتروگلتسېرىن (硝酸戊四醇酯) ئىزوسوربىدى دىنىترات (二硝酸梨醇).

ۋېنا: نىتروگلتسېرىن، ئىزوسوربىدى دىنىتراس.

پۇراش: ئامىل نىترىت (亚硝酸异戊酯)، ئىزوسوربىدى دىنىتراس.

تېرە: نىترات ئېستېر تىپىدىكى دورىلاردىن ياسالغان مايلىق مەلھەم، نېپىز پەردە ۋە پۇركىمىلەر.

يۇقىرىقى دورا بېرىش ئۇسۇللىرى يۈرەك سانجىقىنىڭ قوزغىلىشىنى توختىتىش ياكى ئالدىنى ئېلىشنىڭ ئوخشىماسلىقىغا قاراپ پەرقلىنىدۇ. قوزغىلىشنى توختىتىشتا كۆپىنچە شوراش، پۇراش، ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش ئۇسۇللىرى قوللىنىلىدۇ، ئالدىنى ئېلىشتا يېيىش، تېرىدىن ئىشلىتىش ئۇسۇللىرى قوللىنىلىدۇ.

a. يۈرەك سانجىقى قوزغالغاندا:

a) نىتروگلتسېرىندىن 0. mg3～0. 6mg تىل ئاستىغا سېلىنىپ شورىلىدۇ. ئۈنۈمى 1～2 مىنۇتتا كۆرۈلۈپ يېرىم سائەت داۋاملىشىدۇ.

b) ئىزوسوربىدى دىنىتراسدىن 10mg تىل ئاستىدا شورىلىدۇ. 2～5 مىنۇتتا ئۈنۈمى كۆرۈلۈپ 2～3 سائەت داۋاملىشىدۇ. پۇركىمىسىنى پۇركەشكىمۇ بولىدۇ.

c) يۈرەك سانجىقى قايتا ـ قايتا قوزغالغاندا ياكى كونترول قىلىش تەس بولغاندا نىتروگلتسېرىندىن 5mg ى 250ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. باشلىنىش سۈرئىتى مىنۇتىغا 10μg بولۇپ كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ سۈرئىتىنى تەدرىجىي تېزلىتىشكە، 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 ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار بىلەن نىترات ئېستېر دورىلىرىنى قوشۇپ ئىشلەتكەندە، تۆۋەندىكىلەرگە دىققەت قىلىش كېرەك:

a. ئىككى خىل دورا ئۆز ئارا ماسلىشىپ رول ئوينايدۇ. شۇڭلاشقا مىقدارى چوقۇم ئازايتىلىشى كېرەك (بولۇپمۇ باشلىنىش مىقدارىنى ئازايتىش لازىم)، شۇ ئارقىلىق بەدەن ھالىتى سەۋەبلىك تۆۋەن قان بېسىمى يۈز بېرىشىنىڭ ئالدىنى ئالغىلى بولىدۇ.

b. β ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشنى توختاتقاندا چوقۇم مىقدارىنى تەدرىجي ئازايتىپ توختىتىش لازىم. بىراقلا توختاتقاندا يۈرەك تىقىلمىسىنى پەيدا قىلىش خەۋپى بولىدۇ.

c. كانايچە زىققىسى بار، يۈرەك سوقۇشى زىيادە ئاستا بىمارلارغا ئىشلىتىشكە مۇۋاپىق 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 بېسىمىنى چۈشۈرۈپ، يۈرەكنىڭ يۈكىنى يېنىكلىتىدۇ. يەنە قاننىڭ 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. ئوپېراتسىيىدىن كېيىن قان پلاستىنكىلىرىغا قارشى ۋە ماي تەڭشىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىپ قايتا تارىيىشىنىڭ 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 سايلاندۇرۇش 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 ئوپېراتسىيىسى: غول ئارتېرىيە ۋە تاجسىمان ئارتېرىيە ئارىسىدا يانداش يول (تومۇر) كۆچۈرۈش (كۆۋرۈك قويۇش) ئوپېراتسىيىسى 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. نىتروگلىتسېرىن (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 رىتىمسىزلىنىش 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 نىتروگلىتسېرىننى شۈمۈرۈشنىڭ 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 24~48 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 ئۈچەي يوللىرى ئالامىتى: ئاغرىق كۈچلۈك بولغاندا كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش ۋە يۇقىرىقى قورساق ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ھېق تۇتىدۇ، بۇ

نېكروزلانغان يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ ئاداشقان نېرۋىنى غىدىقلىشىدىن ۋە يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارىنىڭ ئازىيىپ توقۇلمىلارغا قان، ئوكسىگېننىڭ يېتىشمەسلىكىدىن بولىدۇ.

④ يۈرەك رىتىمسىزلىنىش: كېسەل قوزغىلىپ 1～2 ھەپتە ئىچىدە يۈز بېرىدۇ، بولۇپمۇ 24 سائەت ئىچىدە يۈز بېرىدىغانلىرى نىسبەتەن كۆپ، ھەر خىل يۈرەك رىتىمسىزلىنىش ئىچىدە قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش كۆپ ئۇچرايدۇ. تۆۋەن دىۋارنېكروزلىنىشتا دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش كۆپ كۆرۈلىدۇ. ئالدى دىۋار نېكروزلىنىشتا قېرىنچە مەنبەلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش كۆپ كۆرۈلىدۇ، ئەگەر دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش كۆرۈلسە ئالدى دىۋاردا نېكروزلانغان دائىرىنىڭ چوڭلۇقىنى، ئاقىۋىتىنىڭ ئېغىرلىقىنى ئىپادىلەيدۇ، دالانچە مەنبەلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىش كۆپىنچە يۈرەك 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، بىماردا چىراي 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 يۈرەك مەنبەلىك شوك بولۇپ يۈرەك مۇسكۇلى كەڭ دائىرىدە نېكروزلىنىپ يۈرەك سىقىپ چىقارغان قان مىقدارىنىڭ تۇيۇقسىز ئازىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئۇندىن قالسا نېرۋا رېفلېكسى كەلتۈرۈپ چىقارغان ئەتراپ قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. بەزى بىمارلاردا قان سىغىمچانلىقى يېتىشمەسلىك بولۇشىمۇ مۇمكىن.

⑥ يۈرەك زەئىپلىشىش: ئاساسلىقى سول يۈرەك زەئىپلىشىشتۇر. كېسەل قوزغىلىپ نەچچە كۈن ئىچىدە يۈز بېرىدۇ ياكى ئاغرىق، شوك ياخشىلىنىش باسقۇچىدا كۆرۈلىدۇ. يۈرەك زەئىپلىشىش يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنىڭ ئاجىزلىشى ۋە يۈرەك ماسلىشىشچانلىقى (顺应性) نىڭ تۆۋەنلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ، بىماردا نەپەس قىيىنلىشىش، يۆتەل، كۆكىرىش، تىنچسىزلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ، ئېغىرلىرىدا ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى ياكى ئەگىشىپلا ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىش كېلىپ چىقىدۇ. بويۇن ۋېناسى كۆپۈش، جىگەر يوغىناش ۋە سۇلۇق ئىششىق قاتارلىق بەلگىلەر كۆرۈلىدۇ. ئوڭ يۈرەك تىقىلمىسى بولغان بىمارلاردا باشلىنىشتىلا ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىش ئالامىتى كۆرۈلىدۇ.

(3) تەن بەلگىلىرى:

① يۈرەك تەن بەلگىلىرى: يۈرەك بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى يېنىك، ئوتتۇرا دەرىجىدە

كېڭىيىدۇ. يۈرەك سوقۇشى تېزلەيدۇ (ئاز بىر قىسىم بىمارلارنىڭ ئاستىلايدۇ)، يۈرەك ئۇچى رايونىدا 1 - يۈرەك تاۋۇشى ئاجىزلايدۇ، بەزىدە 3 -، 4 - يۈرەك تاۋۇشىدا دۈپۈرلەش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. 10%~20% بىمارلاردا كېسەل قوزغىلىپ 2~3 كۈن ئىچىدە يۈرەك قېپى سۈركىلىش تاۋۇشى چىقىدۇ. يۈرەك ئۇچى رايونىدا قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى چىقىشىمۇ مۇمكىن. شۇنداقلا ھەر خىل يۈرەك رىتىمسىزلىقى بولىدۇ.

② قان بېسىم: قوزغىلىش دەسلەپكى باسقۇچىدا قان بېسىم ئۆرلىگەندىن باشقا مۇتلەق كۆپ قىسىم بىمارلاردا قان بېسىم تۆۋەنلەيدۇ. قوزغىلىشتىن بۇرۇن يۇقىرى قان بېسىم بارلاردا قوزغالغاندىن كېيىن قان بېسىم تۆۋەنلەپ نورمال سەۋىيىگە چۈشۈپ قالىدۇ. يۇقىرى قان بېسىم يوقلارنىڭ نورمال قان بېسىمىدىنمۇ 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 خاسلىققا 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 پوتېنسىئال سىزىقىغا چۈشىدۇ، T دولقۇنى تۈزلىنىدۇ 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 دىۋاردا بولسا V_1، V_2، V_3 ئۇلانمىلىرىدا، ئالدى يان دىۋاردا بولسا V_5، V_6، V_7 ئۇلانمىلىرىدا، كەڭ دائىرىلىك ئالدى دىۋاردا بولسا $V_1 \sim V_5$ ئۇلانمىلىرىدا، تۆۋەن دىۋاردا بولسا avF، II، III ئۇلانمىلىرىدا، يۇقىرى يان دىۋاردا بولسا avL، I ئۇلانمىلىرىدا، كەينى دىۋاردا بولسا V_7، V_8 ئۇلانمىلىرىدا يۇقىرىقى ئېلېكتروكار-

دئوگرامما 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 (肌酸磷酸激酶 ، CPK) كېسەل قوزغىلىپ ئالتە سائەتتىن باشلاپ ئۆرلەيدۇ، 3～4 كۈن داۋاملىشىدۇ. ئۇندىن باشقا لاكتىك دېھىدروگېنازا (乳酸脱氢酶 ، LDH) ۋە گلۇتامىك ئوكسالوئاتسىتىك ترانسىئامىنازا (谷草转氨酶 ، AST) 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 كۆرسەتكۈچتۇر. 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، ئېلېكتروكاردىئوگرامما 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 كۆمتۈرۈلىدۇ.

(2) ئۆتكۈر يۈرەك قېپى ياللۇغى: قىزىتما بىلەن ئاغرىق بىرلا ۋاقىتتا كۆرۈلىدۇ، يۆتەلگەندە ئېغىرلىشىدۇ، ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە يۈرەك قاپ سۈركۈلۈش ئاۋۇشى بولىدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ST بۆلىكىنىڭ لوكىسى تۆۋەنگە قارىغان ھالەتتە يۇقىرى كۆتۈرۈلىدۇ، غەيرىي Q دولقۇنى بولمايدۇ.

(3) ئۆتكۈر ئۆپكە ئارتېرىيە كەپلىمىسى: كۆكرەك ئاغرىش، نەپەس قىيىنلىشىش، قان تۈكۈرۈش ۋە شوك قوشۇلۇپ كېلىدۇ. كۆكىرىش، بويۇن ۋېناسى كۆپۈش، جىگەر يوغىناش، پۇتلىرى ئىششىش قاتارلىق ئوڭ يۈرەك يۈكى تۇيۇقسىز ئېشىپ كەتكەنلىك ئالامەتلىرى بولىدۇ، ECG دا I ئۇلانمىسىدا S دولقۇن چوڭقۇرلايدۇ. Ⅲ ئۇلانمىسىدا Q دولقۇن روشەنلىشىدۇ، T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ. avR ئۇلانمىسىدا ئېگىزلىگەن R دولقۇن

كۆرۈلىدۇ. ئوڭ كۆكرەك ئۇلانمىلىرىدا T دولقۇن كۆمتۈرۈلىدۇ.

(4) ئائورتا ئارا قەۋەت ئۆسمىسى: كۆكرەك ئاغرىقى باشلىنىشتىلا ئىنتايىن ئېغىر بولىدۇ، ئاغرىق دۈمبە، قورساق، بەل، تۆۋەن مۈچىلەرگە تارىلىدۇ. يۇقىرى ئىككى مۈچىنىڭ قان بېسىم ۋە تومۇر سوقۇشىدا روشەن پەرق بولىدۇ، تۆۋەن مۈچىدە پەيتلىك پالەچلىك، يارتا پالەچلىك كۆرۈلىدۇ.

(5) ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى: ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، ئۆت ياللۇغى 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 سۇيۇقلۇق 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 سۈرئەتتە 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 قويۇقلۇقتا (4～6L/min) ئوكسىگېن پۈرتىلىدۇ، زۆرۈر بولغاندا (ئېغىر ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك قاتارلىق) كانايغا كانالچە قويۇش ياكى نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش كېرەك.

③ يۈرەك سوقۇشى، يۈرەك رىتىمى، 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 شۈمۈرۈلىدۇ)، ئاندىن ئۈنۈملۈك مىقداردا داۋاملىق ئىشلىتىلىدۇ. ئاسپىرىن يۈرەك تىقىلمىسى بىمارلىرىنىڭ ئۆلۈش نىسبىتىنى ئازايتىدۇ.

(5) نىتروگلىتسېرىن (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 نىتروگلىتسېرىن تابلېتىدىن 0.4mg～1.2mg تىل ئاستىغا سېلىنىپ شۈمۈرتىلىدۇ. ئەگەر كۆكرەك ئاغرىقى يەنىلا قويۇۋەتمىسە ۋېنادىن ئىشلىتىلىدۇ. ۋېنادىن ئىشلەتكەندە ئالدى بىلەن تۆۋەن مىقداردىن باشلاش كېرەك، 1mg～5mg نىتروگلىتسېرىن 5%～10% 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 ئۈنۈم بېرىدۇ. ئەگەر مىنۇتىغا 100μg دىن ئېشىپ كەتسە قان يېتىشمەسلىكنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىشى مۇمكىن.

(6) β ـ ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار: يۈرەك سوقۇشىنى ئاستىلىتىپ، قان بېسىمىنى چۈشۈرۈپ، يۈرەكنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتىنى تۆۋەنلىتىدۇ، ھەمدە يۈرەك 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 يۈرەك 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 بىماردا 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 ستىرېپتوكىنازا (SK، 链激酶) زىيادە سەزگۈرلۈكنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن ئالدى بىلەن دېكسامېتازون (地塞米松) دىن 5mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن ستىرېپتوكىنازادىن 150 تۈمەن بىرلىك 100ml تۇز سۈيىدە ئېرىتىلىپ 60 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلىپ تۈگىتىلىدۇ.

③ توقۇلمىلىق تالا ئېرىتكۈچى فېرمېنت مەنبىيىنى 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 بىماردا قاناش بار - يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش كېرەك.

نۆكچە ئېرىتىشنىڭ مۇۋەپپەقىيەتلىك 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 تولۇقلانغاندىن كېيىن قان بېسىمى يەنىلا ئۆرلىمىسە، شۇنداقلا يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارى نورمال بولسا ئەتراپ قان تومۇر تەرەڭگىلىكىنىڭ 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 نىتروگلىتسېرىن ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(9) تېرىدىن تېشىپ تاجىسمان ئارتېرىيىنى شەكىللەندۈرۈش ئوپېراتسىيىسى: ئەگەر نۆكچە ئېرىتىپ داۋالىغاندا تاجىسمان 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 بىۋاسىتە ئىشلىنىدۇ.

(10) باشقا داۋالاشلار:

① «قۇتۇپلاشتۇرۇلغان سۇيۇقلۇق» تا داۋالاش: كالىي خلورىددىن 1.5g، ئىنسۇلىندىن سەككىز بىرلىك 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدا ئېرىتىپ ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كۈندە بىر قېتىم، ئۇدا 7~14 كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

② ماگنىي سۇلفات (硫酸镁): ماگنىينىڭ يۈرەك رىتىمسىزلىقىغا قارشى تۇرۇش، سىلىق مۇسكۇلنى بوشىتىش، يۈرەك خىزمىتىنى ئازايتىش ۋە تاجىسمان ئارتېرىيىنىڭ قان ئايلىنىشىنى كۈچەيتىش رولى بار. 1g~2g ماگنىي سۇلفات «قۇتۇپلاشتۇرۇلغان سۇيۇقلۇق» قا قوشۇلۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

③ يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ مادda ئالمىشىشىنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلار: ۋىتامىن C دىن 3g، كوئېنزىم A (辅酶A) دىن 100 بىرلىك، ئىنوزىن (肌苷) دىن 0.6g، ھۈجەيرە پىگمېنتى C (细胞色素C) دىن 30mg، ۋىتامىن B_6 دىن 100mg ى 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدا ئېرىتىلىپ كۈندە بىر قېتىم، ئۇدا 41~10 كۈن تامچىلىتىلىدۇ.

(11) ئەگەشمە كېسەللىكنى داۋالاش:

① يۈرەك رىتىمسىزلىقىنى تۈگىتىش: دوختۇرخانىغا كېلىشتىن بۇرۇنقى يۈرەك رىتىمسىزلىقىنى داۋالاشقا ئوخشاش، ئەگەر قېرىنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتىمسىزلىنىشىنى دورا بىلەن داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمىسا بۇرۇنراق ئېلېكترلىك رىتىمىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش (电复律) كېرەك. رىتىمسىزلىنىش ياخشىلانغاندىن كېيىن مېكسىلېتىن (美西律) ھەر قېتىم

150mg دىن كۆنگە ئۈچ قېتىم يېيىلىدۇ.

② سول ياكى ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىشنى داۋالاش: سول يۈرەك زەئىپلىشىش ۋە ئوڭ يۈرەك زەئىپلىشىشكە قاراڭ.

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 ئۈتكۈر توسقۇنلۇق يۈز بېرىشتىن كېلىپ چىققان مېڭە سۇلۇق ئىششىقى ۋە مېڭە ئىچكى بېسىمى ئارتىپ كېتىشنىڭ 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: ئۈتكۈر بۆرەك شارچە ياللۇغى، ھامىلدارلىقتىن 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، ئۈتكۈنچى يارتا پالەچ، كېسەل خۇسۇسىيەتلىك نېرۋا رېفلېكسى مۇسبىي 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-ھوشىدىكى 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، كۈچلۈك سپازما قان بېسىمنى تۇيۇقسىز ئۆرلىتىۋېتىدۇ.

1) كېسەللىك سەۋەبى:

يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتى ئاستا تەرەققىي قىلىشچان يۇقىرى قان بېسىمنىڭ ھەرقايسى باسقۇچلىرىدا ۋە تېز تەرەققىي قىلىشچان يۇقىرى قان بېسىمدا كۆرۈلىدۇ.

2) كلىنىكىلىق ئالامىتى:

يۇقىرى قان بېسىم كېسەللىك جەريانىدا كۆپىنچە روھىي 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 بېسىممۇ 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 قاننىڭ قويۇقلۇقى يۇقىرى بولىدۇ، قاندا خولېستېرىن (胆固醇)، ترى 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 (血管紧张素Ⅱ) 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 ئۈرېئا 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 ياللۇغى، سەرئى قاتارلىق كېسەللەر بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

5. داۋالاش:

يۇقىرى قان بېسىم مېڭە كېسىلى ۋە يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىنى داۋالاش ئۇسۇلى ئاساسەن بىردەك، 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. ئۈكلىنىكىدا 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 سۇيۇقلۇقى 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 مادda 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 مىقداردا 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 كېسەلى، 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 رىتىمسىزلىنىش 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) ئۇراپىدىل (乌拉地尔): α - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورا، ئالدى بىلەن 25mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. قان بېسىمى چۈشمىسە قايتىلاشقا بولىدۇ. ئاندىن 50gm~100mg ى 100ml سۇيۇقلۇققا قوشۇلۇپ مىنۇتىغا 0. 4mg~2. 0mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ. قان بېسىمىغا قاراپ سۈرئىتى تەڭشىلىدۇ.

2) يېپىلىدىغان قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرى: ۋېنادىن قان بېسىم چۈشۈرۈش دورىلىرىنى ئىشلىتىپ 1~2 كۈن ئىچىدە، يېپىلىدىغان 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 تورمۇزلىغۇچى دورىلار (血管紧张素转化酶抑制剂) (مەسىلەن: كاپتوپرىل، 巯甲丙脯酸) ۋە β - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار (مەسىلەن: مېتوپرولول، 美托洛尔) نى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

3) ھامىلىدارلىق مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتىنى داۋالاش: قان بېسىمنى بەك تۆۋەنلىتىۋەتكەندە ھامىلىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى تەسىرگە ئۇچرايدۇ. سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. بولۇپمۇ ھامىلىدارلىق تۇتقاقلىقى (ھامىلىدارلىق مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىم خەتەرلىك ھالىتى جەريانىدا ھامىلىدار ئايالدا كۆرۈلىدىغان تۇيۇقسىز تارتىشىپ قېلىش ئالامىتى، بىمار تېزلا ھوشسىزلىنىدۇ، ھەتتا ئۆلۈپ كېتىدۇ) قوزغىلىشتىن بۇرۇن چوقۇم ھامىلىدارلىقنى ئاياغلاشتۇرۇش كېرەك. ئەگەر تۇيۇقسىز ھامىلىدارلىق تۇتقاقلىقى 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 50mg~100mg دىن كۈندە ئىككى قېتىم يېيىلىدۇ. ھامىلىدار مەزگىلىدىكى يۇقىرى قان بېسىمغا كالتسىي خاس يولىنى يەكلىگۈچى دورىلار ۋە رېزېرپىن (利血平) نى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ (بالىياتقۇنىڭ قىسقىرىشى ۋە ھامىلىگە تەسىر قىلىدۇ). ھامىلىدارلىق تۇتقاقلىقى تۇتقاندا، جىددىي تۇغدۇرۇش

مۇۋاپىق ئەمەس، چوقۇم تۇتاقلىق قويۇۋېتىپ 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 مۇۋاپىق بىر تەرەپ قىلىش كېرەك.

ئون ئۈچىنچى 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 زەرەرلىنىشى، ئۆپكە مىكرو قان تومۇر دىۋارىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ ئارتىپ كېتىشى ۋە ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنىڭ قۇرۇلۇپ قېلىشىدىن ئۆپكە ئىچىدىكى قان ئېقىمىنىڭ بۆلىنىشى كۆچىيىپ، 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 زەخىملىنىش، شۇمۇرۇشتىن بولغان ئۆپكە ياللۇغى ۋە ۋىرۇسلۇق ئۆپكە ياللۇغى، يېيىلما قان تومۇرلاردا قان ئۇيۇش (DIC) ، ماي نۆكچىسى كەپلىمىسى، ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى قاتارلىقلار.

2) ئاز كۆرۈلىدىغان سەۋەبلەر: دورا مىقدارى ئېشىپ كېتىش، ئۆپكە كەپلىمىسى، باش سۇيى كەپلىمىسى، زەھەرلىك گازدىن زەھەرلىنىش، بۆرەك كۆچۈرۈش ئوپېراتسىيىسىدىن كېيىنكى ئۆپكە ياللۇغى، 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 خىرىپ 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 پۇۋەكچىلىرىنىڭ گاز ئالماشتۇرۇش مىقدارىنىڭ ئازىيىشىغا ئەگىشىپ يۇقىرىلايدۇ ۋە نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ.

2) كۆكرەكنى رېنتگېندە 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 تەكشۈرگەندە ئىككى ئۆپكىدە 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 زەئىپلىشىشىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىلىرى بولماسلىق.

5. داۋالاش:

1) ئوكسىگېندا داۋالاش (مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش): بەدەندە ئوكسىگېن زاپىسى بولمايدۇ، ئەگەر ئېغىر تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى ۋاقتىدا، ئۈنۈملۈك تۈزىتىلمىسە ئۆلۈپ كېتىشنى ياكى كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭا ARDS بىمارلىرىغا نىسبەتەن مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈشتە، 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 (0.6 FiO_2 دىن يۇقىرى) ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنى زەخىملەندۈرۈپ قويىدۇ. شۇڭا سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىدا نەپەسلەندۈرگەندە مۇۋاپىق ھالدا ھاۋا پۈركۈش ئاخىرى مۇسبىي بېسىمى (PEEP) بېرىشكە ياكى داۋاملىق (ئۇدا) نەپەس يولى مۇسبىي بېسىمى (CPAP) بېرىشكە، بەك ئېغىر كېسەللەرنى تەتۈر نىسبەتتە نەپەسلەندۈرۈش (IPV) كە توغرا كېلىدۇ.

ھەر بىر ARDS بىمارنىڭ نەپەس ئەھۋالىنى كۆزىتىپ تەكشۈرۈپ تۇرۇش كېرەك، كۆزىتىلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر نەپەس يولى بېسىمى، ئۆپكە ئۈنۈملۈك ماسلىشىشچانلىقى، قېتىملىق نەپەس ھاۋا مىقدارى، قان - گاز ئانالىزى ۋە ئۇدا 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 ھورمونى (肾上腺皮质激素): كەڭ دائىرىدە ياللۇغقا، شوكقا، ۋىرۇسقا قارشى تۇرۇش رولى بولۇپ، قىلدام تومۇرلارنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلى-

قىنى ئازايتىدۇ، ئۆپكە پۇۋەكچىلىرىنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاپ، كاناپچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىپ ئۆپكىنىڭ تالالىشىشىنىڭ 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، 1~2 ھەپتە ئىچىدە ئىشلىتىشتىن توختىتىلىدۇ. خەتەرلىك ئەھۋالدا كاناي ئىچىگە 5~10mg دېكسامېتازوننى شپىرىستا پۈركۈپ كىرگۈزۈشكىمۇ بولىدۇ، ھەر 1~2 سائەتتە بىر قېتىم قايتىلاشقا بولىدۇ.

(3) يۈرەكنى كۈچلەندۈرگۈچى ۋە قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار: تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى يۈرەك مۇسكۇلىغا ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقارغاچقا يۈرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمايدۇ ـ دە، ئۆپكىدە قان قىيىپ قالىدۇ، ئۆپكە سۇلۇق ئىششىقى ARDS نى تېخىمۇ ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. يۈرەكنى كۈچەيتكۈچى دورىلار يۈرەك فۇنكسىيىسىنى ياخشىلاپ، يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىشىنى كۆپەيتىدۇ. قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلار يۈرەكنىڭ يۈكىنى يېنىكلىتىپ، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلاپ، ئۆپكە يۇقىرى بېسىمىنى تۆۋەنلىتىپ، كاناپچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىپ، ھاۋا ئالمىشىشنى ياخشىلايدۇ. ئادەتتە دوپامىن (多巴胺) بىلەن دوبۇتامىن (多巴酚丁胺) ۋە فېنتولامىن (酚妥拉明) بىلەن نىتروگلىتسېرىن (硝酸甘油) ئايرىم ـ ئايرىم ھالدا بىرلەشتۈرۈلۈپ ئىشلىتىلىدۇ.

4) سۇيۇقلۇقنىڭ باشقۇرۇلۇشى: سۇيۇقلۇق تولۇقلاشنىڭ پرىنسىپى ئەڭ تۆۋەن، ئۈنۈملۈك قان سىغىمچانلىقى ئارقىلىق ئۈنۈملۈك بولغان قان ئايلىنىش فۇنكسىيىسىنى ساقلاش، بولۇپمۇ ئۆتكۈر مەزگىلدە كۈندىلىك تولۇقلىنىدىغان سۇيۇقلۇقنى 1500ml~2000ml ئەتراپىدا كونترول قىلىش كېرەك.

5) ئوزۇقلۇق بىلەن قوللاش: ARDS بىمارلىرى يۇقىرى مادda 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 تۈزەتكىلى 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 20%~30% نى ئىگىلەيدۇ.

2 § . زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى
(哮喘持续状态)

كاناپچە زىققىسى — ئورگانىزمدا ئانتىگېنلىق (抗原性) ياكى ئانتىگېنسىز غىدىقلىنىشتىن پەيدا بولىدىغان، كاناي - كاناپچىلارنىڭ 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 كانايىنىڭ 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 بالىلىق ۋاقتىدىن تارتىپلا بولىدۇ، زىيادە سەزگۈرلۈك تارىخى ۋە جەمەت تارىخى بولىدۇ. سەزگۈر ماددا (ئانا فلاكتوگېن 过敏原) كاناپچە شىللىق پەردىسىگە كىرگەندىن كېيىن ئورگانىزمنى غىدىقلاپ، كاناپچىلارغا تەسىر قىلىپ، كاناپچە سىلىق مۇسكۇلىنىڭ سپازمىسى، شىللىق پەردە قان تومۇرلىرىنىڭ كېڭىيىشى ۋە سۇلۇق ئىششىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ كاناپچىلارنى 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 كاناپچىلاردا ئېپىتېلىيە (上皮) ئاستىدىكى قوبۇللىغۇچ تەنچىلەرنى غىدىقلاپ، ئاداشقان نېرۋا (迷走神经) رېفلېكسى ئارقىلىق كاناپچە سىلىق مۇسكۇللىرىنىڭ سپازمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

زىققە قوزغىلىپ داۋاملاشقان ۋاقتى 24 سائەتتىن ئېشىپ كەتسە، ئۇنىڭ ئۈستىگە ئادەتتىكى داۋالاش ئۈنۈم بەرمىسە زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى دېيىلىدۇ.

1. كېسەل قوزغاتقۇچى ئامىللار:

1) زىققىنى قوزغاتقۇچى سەزگۈر ماددا داۋاملىق مەۋجۇت بولۇپ تۇرۇش.

2) شىلىمشىق بەلغەم كاناي - كاناپچىنى توسۇۋېلىش.

3) كاناپچىدا ئىككىلەمچى يۇقۇملىنىش بولۇش.

4) كىسلاتادىن زەھەرلىنىش.

5) ئۇزۇن مۇددەت كاناپچە سپازمىسىغا قارشى دورا ئىشلىتىشتىن شۇ دورىغا چىدامىلىق پەيدا بولۇش.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) كېسەللىك ئىپادىسى: تاشقى مەنبەلىكى كۆپىنچە ئەتىياز، كۇزدە قوزغىلىدۇ. قوزغىلىشتىن بۇرۇن يۇتقۇنچاق، كۆز قىسمى قىچىشىش، چۇشكۇرۇش، ماڭقىسى ئېقىش، 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 تۇكۇرىدۇ، 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 ئۈنۈمى بولمىسا زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتى يۈز بېرىدۇ. ھاۋا چىقىرىش خاراكتېرلىك نەپەس قىيىنلىشىش تېخىمۇ ئېغىرلىشىدۇ. بىماردا روشەن ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىدى يىغىلىپ قېلىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، سۇسىزلىنىدۇ، 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 پۈركۈش ۋاقتى ئۇزىرايدۇ سۈمۈرۈش ۋاقتى قىسقىرايدۇ، نەپەسنىڭ چوڭقۇرلۇق دەرىجىسى كىچىكلەيدۇ، نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ ھەرىكىتى كۈچىيىدۇ. بويۇن ۋېناسى 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 پۈركىگەندە خىرىلداش تاۋۇشى چىقىدۇ، سۈمۈرگەندە بولمايدۇ) ئاڭلىنىدۇ. ئەگەر ئۆپكە يۇقۇملىنىش، بەلغەم كانايچىنى توسۇۋېلىش ياكى ئۆزلۈكىدىن بولىدىغان 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 دانىلىق ھۈجەيرىلەر كۆپىيىدۇ، ئەگەر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلسە ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ۋە نېيترال دانىلىق ھۈجەيرىلەرنىڭ سانى ئۆرلەيدۇ.

2) بەلغەم تەكشۈرۈش: كۆپلىگەن كىسلاتا خۇمار دانىلىق ھۈجەيرىلەر بولىدۇ. ئەگەر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلسە كۆپ مىقداردا يىرىڭ 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 2～6 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 خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولىدۇ.

5) كۆكرەكنى رېنتگېندە تەكشۈرۈش: زىققە ئېغىر بولغاندا كۆكرەك قەپىزى يوغىنايدۇ، ئىككى تەرەپ ئۆپكە زىيادە ھاۋا سۈمۈرگەن ھالەتتە بولىدۇ. نەپەس يولى يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە ئۆپكە كاناىچە سىزىقلىرى يوغىنايدۇ، كۆپىيىدۇ ۋە كىرىشكەن دۇغ سايە بولىدۇ.

6) ئۆپكە فۇنكسىيىسى: ئۆپكە سىغىمچانلىقى ئازىيىدۇ، فۇنكسىيىلىك قالدۇق گاز ۋە ئۆپكە ئومۇمىي ھەجمى كۆپىيىدۇ.

7) ئېلېكتروكاردىئوگراما: سوزۇلما زىققە بىمارلىرىنىڭ ئېلېكتر ئوقى ئوڭغا يۆتكىلىدۇ، سائەت ئىستىرېلكىسى بويىچە ئورۇن ئالمىشىدۇ، ئوڭ تۇتام ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ. ئاز بىر قىسىم بىمارلاردا ئوڭ قېرىنچە زەرەرلەنگەن شەكىل چىقىدۇ، ئۆپكە خاراكتېرلىك P دولقۇن، ئوڭ قېرىنچە قېلىنلىشىش قاتارلىق شەكىللەر كۆرۈلىدۇ.

8) سەزگۈرلۈك مەنبىيىنى ئېنىقلاش تەجرىبىسى: تېرە ياكى قان ئارقىلىق تەكشۈرۈلىدۇ. سەزگۈرلۈك مەنبىئىنى ئېنىقلاش، زىققە قوزغاتقۇچى ئامىلنى ئېنىقلاش، ئۇنىڭدىن ساقلىنىش ۋە داۋالاشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

4 . دىئاگنوزى:

زىققىنىڭ داۋاملىشىش ھالىتىگە دىئاگنوز قويۇشتا تۆۋەندىكى بىر نەچچە نۇقتىنى ئاساس قىلىش كېرەك.

1) قايتا ـ قايتا قوزغالغان كانايچە زىققىسى كېسەللىك تارىخى بولغان.

2) كانايچە زىققىسى ئېغىر قوزغىلىپ، 24 سائەتتىن ئوشۇق داۋاملاشقان، ئادەتتىكى داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى بولمىغان.

3) ئۆپكىنى ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە كانايچە خىرىلداش تاۋۇشى ئاڭلانغان.

4) يۈرەك، ئۆپكە مەنبەلىك كېسەللەرنىڭ زىققىسىمان قوزغىلىشى ۋە نەپەس يولى توسۇلۇپ قېلىش كېسەللىرى يوقلۇقى ئىسپاتلانغان.

ئەگەر بىماردا روھىي ئالامەت (ئەس ـ ھوشى سۇس، روھىي ھالىتى قالايمىقان) كۆرۈلگەن، پۈتۈن بەدەن زەئىپلەشكەن، نەپەس قىيىنلىشىش كۈچىيىپ نەپەس تاۋۇشى ئاجىزلىغان، كانايچە خىرىلداش ئاۋازى يوقىغان، يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 130 قېتىمدىن ئېشىپ كەتكەن، يۈرەك 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 ئەڭ چوڭ 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 يۈرەك مەنبەلىك زىققە، سوزۇلما ھاسىراش خاراكتېرلىك كانايچە ياللۇغى، 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 ھەرىكەت بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولسا كۈچلۈك ھەرىكەتتىن ساقلىنىش، دورا بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولسا رېئاكسىيە قىلىدىغان دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش كېرەك.

2) دائىمىي داۋالاش:

(1) ئوكسىگېن پۈركۈش: ئېغىر زىققە بىمارلىرىدا ئومۇمىيۈزلۈك تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسىلى بولىدۇ، شۇڭا دەرھال ئوكسىگېن پۈركۈش كېرەك. پۈركۈلگەن ئوكسىگېننىڭ قويۇقلۇقىنى %65~%35 ئەتراپىدا تەڭشەپ، PaO_2 نى ئاز دېگەندە 60mmHg دىن يۇقىرى سەۋىيىدە ساقلاش لازىم. بىماردا يۇقىرى كاربون كىسلاتالىق قان كېسىلى بولسا

يۇقىرى ئېقىم، يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى ئوكسىگېننى پۈركۈش، ئەگەر يۇقىرى كاربون
كىسلاتالىق قان كېسەلى بارغانسېرى ئېغىرلاشسا مەركىزىي نېرۋىنىڭ نەپەسكە بولغان تەڭ-
شەش رولىغا تەسىر يەتكۈزمەسلىك ئۈچۈن (بۇنداق ئەھۋالدا نەپەسنىڭ تەڭشىلىشى ئاساسەن
ئوكسىگېن كەملىكنىڭ غىدىقلىشىغا تايىنىدۇ) ئوكسىگېن پۈركۈشنى تۆۋەن ئېقىملىق ئۇدا
ئوكسىگېن پۈركۈشكە ئۆزگەرتىش كېرەك. قورغاق ھاۋانىڭ نەپەس يولىغا بولغان غىدىقلىشى-
نى ئازايتىش ۋە بەلغەمنى سۇيۇلدۇرۇش ئۈچۈن پۈركۈلىدىغان ئوكسىگېننى نەملەشنى
ئالاھىدە كۈچەيتىش لازىم.

(2) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش: نەپەس يولى يۇقۇملىنىش ئالامەتلىرى (قى-
زىش، 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 سۇيۇقلۇق
تولۇقلاش (يۈرەك - قان تومۇر كېسەللىرى قوشۇلۇپ كەلمىگەن ئەھۋال ئاستىدا) ئارقىلىق
قان سىغىمچانلىقى تۈزىتىش كېرەك. زىققە قوزغىلىشنىڭ دەسلەپكى باسقۇچىدا زىيادە نەپەس-
لىنىشتىن نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش، ئېغىرلاشقاندا CO_2 يىغىلىپ قې-
لىشتىن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، سۇسىزلىنىش ۋە ئوكسىگېن كەم-
لىكتىن مادداا ئالمىشىش خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش كۆرۈلىدۇ. ئەگەر ئارىلاشما
خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش بولسا pH قىممىتى تۆۋەنلەپ، يۇقىرى كالىيلىق قان
كېسەلى 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. سۇسىز-
لىنىپ بەلغەم قويۇلۇپ ئاسان چىقمايدۇ. كانايچىلار توسۇلۇپ قېلىش نەپەس قىيىنلىشىشنى
ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ. شۇڭا بەلغەمنى ھەيدەپ نەپەس يولىنى راۋانلاشتۇرۇش كېرەك. ئادەتتە
بىزولۋون (必嗽平) 16mg دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېگۈزۈلىدۇ. تۇز سۈيىدىن 20ml غا
خىموترىپسىن (糜蛋白酶) دىن 5mg ، گېنتامىتسىن (庆大霉素) دىن تۆت تۈمەن بىرلىك
قوشۇلۇپ تۇمانلاشتۇرۇپ سۈمۈرتىلىدۇ. ئۇندىن باشقا بەدەن ئۆرۈش، دۈمبىسىگە پالاقلاش،
شۈمۈرۈش ئاپپاراتىدا بەلغەمنى شۈمۈرۈش قاتارلىق ئۇسۇللار ئارقىلىق بەلغەمنىڭ چىقىرىلى-
شى ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ.

3) دورا بىلەن داۋالاش: كاناي ـ كاناايچىلارنىڭ سپازمىسىنى بوشىتىش ۋە ياللۇغلى‑نىشقا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىپ ئۈنۈملۈك داۋالاش ئاساس قىلىنىدۇ.

(1) ياللۇغلىنىشقا قارشى داۋالاش: ياللۇغلىنىشقا قارشى دورىلار كانايىنىڭ يۇقىرى ئىنكاسچانلىقىنى تۆۋەنلىتىپ، ئاللېرگىيىلىك ياللۇغلىنىشنى يوقىتىدۇ.

① گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素): ئامال بار قىسقا مۇددەت، كۆپ مىقداردا ئىشلىتىش كېرەك. ئالدى بىلەن ھىدروكورتىزون سىكسىنات (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 تامچىل‑تىلىدۇ. 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 داۋالىق داۋالاش ئۈنۈمىنى 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 ھۈجەيرىلىرىنى تۇراقلاشتۇرغۇچى دورىلار: ياللۇغلىنىش ھۈجەيرە پەردىسىنى مۇقىملاشتۇرۇپ، كېچىكىپ پەيدا بولىدىغان ئاللېرگىيىنىڭ ئالدىنى ئېلىپ، نەپەس يولى يۇقىرى ئىنكاسچانلىقىنى يېنىكلىتىدۇ.

① ئىنتال (色甘酸钠): ئالدىنى ئېلىپ دورا ئىشلەتكەندە نەپەس يولىنىڭ سپازمىسى‑نى تىزگىنلەيدۇ.

② ناترىي نېدوكرومىل (奈多米尔钠): پۈركۈپ سۈمۈرتىلىدۇ. كاناايچىلارنىڭ 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 (酮替芬): كۈندە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 1mg دىن يېيىلىدۇ.

ياللۇغلىنىش ھۆجەيرىلىرىنى تورمۇزلاپ β - ئاكسېپتورىنىڭ سەزگۈرلۈكىنى ئەسلىگە كەلتۈ-
رىدۇ.

(3) كانايچىلارنى كېڭەيتكۈچى دورىلار:

① β - ئاكسېپتورىنى 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 ئۈنۈمى بولمىسا ئىشلىتىشنى توختىتىش كېرەك. ئەكس تەسىرى يۈرەك رىتىمسىزلىنىش بولۇپ ياشانغانلارغا ۋە يۇقىرى قان بېسىمى، يۈرەك كېسىلى، قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىش كېسىلى بار بىمارلارغا ئىشلىتىلمەيدۇ.

b. سالبۇتامول (舒喘灵): كانايچىلارنى كېڭەيتىش رولى كۈچلۈك، ئۈنۈم 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 كۈچىيىپ كەتكۈچى بىمارلارغا ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش لازىم.

② ئامىنو فىللىن (氨茶碱): كانايچىلارنى كېڭەيتىپ مەلۇم دەرىجىدە ياللۇغقا قارشى رول ئوينايدۇ. دەسلەپتە ھەر كىلوگرام ئېغىرلىققا 6mg ئۆلچەمدە 5% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 100ml~200ml غا قوشۇلۇپ 30~60 مىنۇت ئىچىدە ۋېنادىن تامچىلىتىلى-
دۇ، ئاندىن سائىتىگە 0. 5~1. 0mg/kg سۈرئەتتە ئۈزۈلدۈرمەي 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 - ھوشىدا توسقۇنلۇق بولۇش؛

(2) نەپەس توختاش؛

(3) يۈرەك سوقۇشى مىنۇتىغا 140 قېتىمدىن ئېشىپ كېتىش، شۇنداقلا ئۈچ 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 ـ 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 ـ 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 ـ ئاكسېپتورىنىنى 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 مىقداردا 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 كانايچە ياللۇغى، ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى ۋە باشقا ئۆپكە ـ كۆكرەك كېسەللىكلىرىدىكى ئۆپكە قان ئايلىنىشىنىڭ قارشىلىقى ئېشىپ كېتىش ۋە ئۆپكە ئارتېرىيە بېسىمى يۇقىرىلاشتىن كېلىپ چىققان 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 تۈپەيلىدىن ئۆپكىنىڭ ھاۋا ئۆتتۈشۈش ياكى ئالمىشىش فۇنكسىيىسى ئېغىر دەرىجىدە توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاندا، ئورگانىزمغا ئوكسىگېن يېتىشمەي (بەزىدە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ) . بىماردا بىر قاتار پاتو- فىزىئولوگىيە-لىك ئۆزگىرىش ۋە كلىنىكىلىق ئالامەتلەر كېلىپ چىقىدۇ، بۇ نەپەس زەئىپلىشىش دېيىلى-دۇ. PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۋەن، $PaCO_2$ قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى بولسا نەپەس زەئىپلىشىش دەپ قارىلىدۇ. بۇ پاراگىرافتا ئاساسلىق ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى ئۆتكۈر قوزغالغاندىكى نەپەس زەئىپلىشىش سۆزلىنىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

ئاساسلىقى كانايچە - ئۆپكە كېسەللىكلىرى كەلتۈرۈپ 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 يۈرەك كېسىلىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. زۇكام، نەپەس يولى يۇقۇملىنىش، زىققە قوزغىلىش، كۈچلۈك ھەرىكەت، تىنچلاندۇرغۇچى دورىلارنى زىيادە كۆپ ئىشلىتىۋېتىش، يۇقىرى قويۇقلۇقتا ئوكسىگېن پۈركىتىش قاتارلىق ئامىللاردىن ئۆتكۈر قوزغىلىدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

بىرلەمچى كېسەللىكنىڭ ئىپادىسىدىن باشقا ئاساسلىقى ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشتىن پەيدا بولىدىغان كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسى قالايمىقان-لىشىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. بولۇپمۇ يۈرەك، قان - تومۇر، نېرۋا، روھىي جەھەتلەردى-كى نورمالسىزلىق تېخىمۇ روشەن ئىپادىلىنىدۇ.

1) ئوكسىگېن يېتىشمەسلىكتە: نەپەس قىيىنلىشىش، تېزلىشىش، بۇرۇن قانىتى لىپىلداش، نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ ھەرىكىتى كۈچىيىش، نەپەس رىتىمى قالايمىقانلى-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، يۈرەك سېلىش، يۈرەك رىتىمسىزلى-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) ئوكسگېن يېتىشمەسلىككە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىش قوشۇلۇپ كەلگەندە: دەسلەپتە كاربون (Ⅳ) ئوكسىد سىمپاتىك نېرۋىنى غىدىقلاپ قان تومۇرلار قىسقىرايدۇ، ئاخىرىدا كېڭىيىدۇ (تال ۋە بۆرەك تومۇرلىرىدىن باشقا). بىماردا چېكە يۇزە ۋېنالىرى كۆپۈش، تەرلەش، كۆز ئالمىسى بىرىكتۈرگۈچى 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 زەئىپلىششىنىڭ بىرلەمچى ئىپادىسى: كۆپ كۆرۈلىدىغىنى نەپەس خاراك-تېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىش، ئۆتكۈر زەئىپلىششىتە بۇ خىل زەھەرلىنىش كومپېنساتـ-سىيىسىز بولىدۇ، سوزۇلما زەئىپلىششىتە 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، سۇنئىي نەپەسلەندۈرگەندە كاربون Ⅳ ئوكسىدنى زىيادە تېز چىقىرىۋېتىش قاتارلىق سەۋەبلەردىن نەپەس خاراكتېرلىك كىسلاتادىن زەھەرلىنىشكە مېتابولىزم خاراكتېر-لىك ئىشقاردىن زەھەرلىنىش قوشۇلۇپ كېلىدۇ.

4) ئەگەشمە كېسەللىكلەر: يۇقىرى ھەزى يولى قاناش، شوك، جىگەر، بۆرەك فۇنك-سىيىسى زەئىپلىشىش، ئۆپكە كەپلىمىسى قاتارلىقلار.

3. دىئاگنوزى:

سوزۇلما ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىدىن كېلىپ چىققان نەپەس زەئىپلىششىكە دىئاگنوز قويۇشنىڭ شەرتلىرى:

1) تۆۋەن ئوكسگېنلىق قان كېسىلى ۋە كاربون Ⅳ ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنىڭ ئىپادىلىرى بولۇش؛

2) قان ـ گاز ئانالىزى: PaO_2 قىممىتى 60mmHg دىن تۆۋەن PaC_2 قىممىتى 50mmHg دىن يۇقىرى بولۇش؛

3) سوزۇلما توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئۆپكە كېسىلى تارىخى، ئالامىتى، بەلگىلىرى بولۇش؛

4) نەپەس زەئىپلىششىنى يۇقىرى نەپەس يولى جىددىي توسۇلۇپ قېلىش، ئۆزلۈكىدىن بولغان ھاۋالىق كۆكرەك، نەپەس كونترول مەركىزى كېسەللىكلىرىنىڭ كەلتۈرۈپ چىقارمى-غانلىقى 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 پۈركۈش كېرەك.

(2) ئوتتۇراھال ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك: كۆكىرىدۇ، PaO_2 قىممىتى 40～50mmHg ئارىسىدا، SaO_2 قىممىتى 75%～85% ئارىسىدا بولىدۇ. چوقۇم ئوكسىگېن پۈركۈش كېرەك.

(3) ئېغىر دەرىجىدە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك: PaO_2 قىممىتى 40mmHg دىن، SaO_2 قىممىتى 75% تىن تۆۋەن بولىدۇ. مۇتلەق ئوكسىگېن پۈركۈش كېرەك.

2) بىرلەمچى كېسەلنى داۋالاش: سوزۇلما كانايچە ياللۇغى، ئۆپكە ھاۋالىق ئىششىقى قاتارلىقلارغا ئۆتكۈر يۇقۇملىنىش قوشۇلۇپ كەلگەندە سەۋەبكە نىسبەتەن داۋالاشنى كۆرسىتىدۇ.

3) يۈرەك زەئىپلىشىشنى داۋالاش: ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىنى داۋالاش پرىنسىپى بولسا ئۆپكىنى داۋالاش ئاساس، يۈرەكنى 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 يۈرەك زەئىپلىشىشنى ئۈنۈملۈك كونترول قىلغىلى بولىدۇ. ئەگەر ئۈنۈمى كۆرۈلمىسە ئاندىن يۈرەك كۈچەيتكۈچى ۋە قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشنى ئويلىشىش كېرەك.

4) نەپەس زەئىپلىشىشنى داۋالاش:

(1) يۇقۇملىنىشنى كونترول قىلىش: ئەگەر يۇقۇملىنىش بولسا ئانتىبىئوتىكلارنى

بۆرۇنراق 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) بىزولۋون (必漱平) قاتارلىق بەلغەم سۇيۇلدۇرغۇچى دورىلار يېگۈزۈلىدۇ ۋە α - خىموترىپسىن (α—糜蛋白酶) تۇمانلاشتۇرۇپ سۈمۈرتىلىدۇ، شۇ ئارقىلىق بەلغەم سۇيۇلدۇرۇلۇپ ھەيدىلىدۇ. بەلغەم چىقىرىشى قىيىن بولغانلارغا بەدەننى ئۆرۈش، دۈمبىگە شاپىلاقلاش، ھوشنى يوقاتقۇچىلار بولسا بەلغەم شورىغۇچ ئىشلىتىش ئارقىلىق بەلغەم چىقىرىش ئىلگىرى سۈرۈلىدۇ.

② كانايچىلارنىڭ سىپازمىسىنى بوشىتىش:

a. ئامىنو فىللىن (氨茶硷): ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، كۈندە 0.25g～0.5g ئىشلىتىلىدۇ.

b. β - ئاكسېپتورىنى 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 كاناىچە زىققىسى ياكى زىققە نەپەسلىك كاناىچە 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 مۇۋاپىق بولمىسا نەپەسنى تورمۇزلاپ كاربون (Ⅳ) ئوكسىد يىغىلىپ قېلىشنى ئېغىرلاشتۇرۇۋېتىدۇ.

① سوزۇلما ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىدىن نەپەس زەئىپلەشكەندە، ئەگەر يۇقىرى ئېقىملىق ئوكسىگېن بېرىلسە PaO_2 تۇيۇقسىز ئۆرلەپ، ئوكسىگېن كەملىكنىڭ نەپەس مەركىزىگە بولغان غىدىقلاش رولى يوقىلىدۇ - دە، CO_2 نىڭ يىغىلىپ قېلىشى ئېغىرلىشىدۇ. شۇڭلاشقا ئەڭ ياخشىسى ئۈزلۈكسىز تۆۋەن ئېقىملىق ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش كېرەك. زۆرۈر بولغاندا نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتىدا ياردەملەشتۈرۈپ نەپەسلەندۈرۈشكە بولىدۇ.

ئوكسىگېن قويۇقلۇقىنى ھېسابلاش فورمۇلاسى:

ئەمەلىي سۈمۈرۈلگەن ئوكسىگېن قويۇقلۇق %=(L/min) ئوكسىگېن ئېقىم مىقدارى ×4+21

ئامال بار قىسقا مۇددەت ئىچىدە PaO_2 نى 60mmHg ئەتراپىغا يەتكۈزۈش لازىم، ئەگەر 60mmHg گە يەتكۈزۈش مۇمكىن بولمىسا ئاددىي سۈنئىي نەپەسلەندۈرۈش ئاپپاراتى ئىشلىتىش ياكى مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش كېرەك.

② ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلىدە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىككە CO_2 يىغىلىپ 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 كانايچە سپازمىسىنى بوشاشتۇرغۇچى دورا ۋە نەپەس مۇسكۇلىنى كۈچەيتكۈچى دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندىلا ئاندىن ئۈنۈمىنى كۆرگىلى بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن نىكېتامىد (尼可刹米) بار. تۇنجى قېتىم 0.75g ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئاندىن 3.75gى 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_2 داۋاملىق 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 $PaCO_2$ ئۈزلۈكسىز 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 ئىشقاردىن 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} (辅酶 Q_{10}) يۈرەك ۋە نەپەس مۇسكۇلىنىڭ ئوكسىگېندىن پايدىلىنىشىنى ياخشىلاپ قىسقىرىش كۈچىنى كۈچەيتىدۇ. كۈندە 60mg ئىشلىتىلىدۇ. تېئوفىللىن (茶硷) خىلىدىكى دورىلار دىئافراگما مۇسكۇلىنىڭ چارچىشىنىڭ ئالدىنى ئالىدۇ ۋە داۋالايدۇ. كوففېئىن (咖啡因) نىڭ دىئافراگما مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىش رولى تېئوفىللىندىنمۇ كۈچلۈك بولۇپ ئۇزۇن مۇددەت ئىچىشكە بولىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنى مەشق قىلدۇرۇش، يەنى قورساقچە نەپەسلىنىشنى كۈچەيتىش ھاۋا ئۆتۈشۈشنى يۇقىرى كۆتۈرۈشتە پايدىلىق.

(7) قۇۋۋەتلەپ داۋالاش: ئۆپكە مەنبەلىك يۈرەك كېسىلى سوزۇلما خاراكتېرلىك بولغاچقا بىمارنىڭ ئوزۇقلىنىشى ياخشى بولمايدۇ، بەدەن خورايدۇ. شۇڭلاشقا كېرەكلىك ئوزۇقلۇق ۋە ئېنېرگىيىنى تولۇقلاپ نەپەسلىنىش مۇسكۇللىرىنىڭ مېتابولىزم ئېھتىياجىنى 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 — ترېتىز تارىمۇش (12 بارماق ئۈچەينى كۆتۈرگۈچى تارىمۇش) ئۈستۈن قىسمىدىكى ھەزىم يولى (قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەي) 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 ياللۇغى، قىزىلئۆڭگەچ راكى، قىزىلئۆڭگەچ ئاشقازان كىرىش ئېغىزى شىللىق پەردىسى يىرتىلىش يىغىندا 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 ئۈچەي كېسەللىكلىرى: ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەي يارىسى، ئۆتكۈر قاناش خاراكتېرلىك ئاشقازان ياللۇغى، غىدىقلىنىش خاراكتېرلىك يارا، ياللۇغ، ئۆسمە - راك ۋە ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەي تۇبېركۇلوزى 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) پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك كېسەللىكلەر: قايتا ئۆسۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش خاراكتېرلىك كەم قانلىق، ئاق قان كېسىلى قاتارلىقلار.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) قان قۇسۇش ۋە قارا تەرەت كېلىش: ئۈتكۈر 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 تۆمۈر ماددىسى ئۈچەي ئىچىدە سۇلفىدلارنىڭ تەسىر قىلىشى بىلەن تۆمۈر سۇلفىدنى ھاسىل قىلىپ چوڭ تەرەتنى قارا ماي ھالىتىگە كىرگۈزىدۇ. ئەگەر قاناش تېز، مىقدارى كۆپ بولسا قاننىڭ ئۈچەي 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 قىلغۇچىلىك 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 ئۈتكۈر، 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، مۈچىلەر مۇزلاش، چىرايى تاتىرىش، نەپەس تېزلىشىش، تومۇر تېز، ئاجىز سوقۇش، قان بېسىمى تۆۋەنلەش، سۈيدۈك ئازىيىش ياكى توختاش ھەتتا ھوشسىزلىنىش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلىدۇ. ئەگەر شوك ھالىتى ئۆز ۋاقتىدا ياخشىلىنالمىسا ئۈتكۈر 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 ئۈچەيگە ئېقىپ كىرىدۇ، قان تەركىبىدىكى ئاقسىلدىن پارچىلانغان ماددىلار ئۈچەيدە 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 ھەرىكەتچان قاناش بولمىغان ۋە قان سىغىمچانلىقى تولۇقلانغان ئەھۋال ئاستىدا يەنىلا سۈيدۈك ئاز ياكى بولمىسا شوكنىڭ ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىكىنى 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 سۇيۇقلۇقى قان تومۇر ئىچىگە سىرغىپ كىرىپ قاننى سۇيۇلدۇرىدۇ - دە، قان يوقىتىش خاراكتېرلىك كەم قانلىق كۆرۈلىدۇ. كەم قانلىقنىڭ دەرىجىسى قاناش مىقدارى، قاناشتىن بۇرۇن كەم قانلىق بار - يوقلۇقى ۋە قاناشتىن كېيىنكى سۇيۇقلۇق 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 ئۇسۇپ ئەتراپ قان رايىدا ۋاقىتلىق كەنجى گۆدەك قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆرۈلىدۇ، تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆپىيىدۇ، قاناشتىن كېيىنكى 4～7 كۈندە %15～%5 گە يېتىدۇ، كېيىن ئاستا - ئاستا نورماللىشىدۇ، ئۈزلۈكسىز 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 زەئىپلەشكەن؛

② قۇسۇق ياكى چوڭ تەرەت يوشۇرۇن قان تەجرىبىسى كۈچلۈك مۇسبەت چىققان؛

③ قان قىزىل ئاقسىل قويۇقلۇقى، قىزىل قان ھۇجەيرە سانى ۋە قان ھۇجەيرە سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقى تۆۋەنلىگەن.

(2) ئۆتكۈر يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنى تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك:

① قان قۇسۇش بىلەن قان تۈكۈرۈشنى 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 ساندىكى 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 مۇسبىي 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 ئۈچ 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 كەملەيدۇ، 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 ھۆكۈم قىلىش: ئۈچەي ئىچىدىكى قان ئۈچ كۈندە تولۇق چىقىرىلىپ بولىدۇ. شۇڭا قان توختاپ ئۈچ 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 سۇيۇلۇپ تۇتۇق قىزىل رەڭگە ئۆزگەرگەن، ئۈچەي لۆمۈلدەش ئاۋازى كۈچەيگەن.

(2) ئاكتىپ ھالدا سۇيۇقلۇق، قان تولۇقلاش ئارقىلىقمۇ ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىشىشنىڭ ئالامەتلىرى ياخشىلانمىغان ياكى ۋاقىتلىقچە ياخشىلىنىپ يەنە ئېغىرلاشقان.

(3) قىزىل قان ھۈجەيرە سانى، قان قىزىل ئاقسىلىنىڭ قويۇقلۇقى، ئاق قان سېلىشتۇرما سىغىمچانلىقىنىڭ ھەممىسى تۆۋەنلىگەن، تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرە سانى داۋاملىق كۆپەيگەن.

(4) سۇيۇقلۇق تولۇقلانغان ۋە سۈيدۈك مىقدارى نورمال بولغان ئەھۋال ئاستىدا قان ئۇرېئا 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 ھۆكۈم قىلىش: كېسەللىك تارىخى، ئالامىتى، بەلگىلىرى ۋە مۇناسىۋەتلىك ياردەمچى تەكشۈرۈش نەتىجىلىرىگە قاراپ كۆپىنچە بىمارلارنىڭ قاناش سەۋەبىنى ئېنىقلاپ چىققىلى بولىدۇ. كۆپ ئىشلىتىلىدىغان قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەردىن:

(1) ئاشقازان ئەينىكىدە تەكشۈرۈش: دىئاگنوز قويۇشتا ئالدىن تاللىنىدىغان ئۇسۇل،

ئاشقازان ئەينىكى ئارقىلىق قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان، 12 بارماق ئۈچەينى 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 تۈزىتىپ كەم قانلىقنى ياخشىلاش لازىم.

(2) بارىي بوتقىسى ئىچكۈزۈپ رېنتگېندە تەكشۈرۈش: قاناشنىڭ دەسلەپكى مەزگىلىدە تەكشۈرۈش چەكلىنىدۇ. كۆپىنچە قاناش توختاپ كېسەللىك ئەھۋالى تۇراقلىشىپ نەچچە كۈندىن كېيىن تەكشۈرۈلىدۇ. ئاساسلىقى ئاشقازان ئەينىكىدە تەكشۈرۈش چەكلەنگەن ياكى ئاشقازان ئەينىكىنىڭ نەتىجىسى نورمال بولۇپ تۆۋەن ھەزىم يولى قاناشتىن گۇمان قىلىنغان بىمارلارغا ئىشلىتىلىدۇ.

(3) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات: ئۆيۈل ئەزالارنى تەكشۈرۈپ پەرقلەندۈ-رۈپ 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 ياتقۇزۇپ 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 پۈركىتىلىدۇ. 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 تۆۋەن ۋېناسى ئەگرى ـ بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قانغۇچىلار بولسا 5~7 كۈنگىچە تاماق چەكلىنىدۇ.

2) ئەترابلىق 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 تەكشۇرۇپ تۇرۇش، زۆرۈر بولغاندا مەركىزىي ۋېنا بېسىمىنى ئۆلچەش تەلەپ قىلىنىدۇ.

3) قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاش: دەرھال 1～2 ۋېنا ئوكۇل يولى ئېچىلىپ سۇيۇقلۇق تولۇقلىنىدۇ. شوك بىمارلىرىغا نىسبەتەن قان سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاشنىڭ ئەڭ ياخشى چارىسى قان بېرىشتۇر. شۇڭا ئەڭ تېز سۈرئەتتە قان ئىلتىماس قىلىش، قاننى ئېلىپ كېلىشتىن بۇرۇن فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيى، گلۇكوزا تۇز سۈيى، 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 سىغىمچانلىقىنى تولۇقلاشتىن باشقا يەنە قان توختىتىش، توقۇلما، ھۈجەيرىلەرگە ئوكسىگېن يەتكۈزۈشنى 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 سۈرۈش ئۈچۈن ھەر 400ml قان بەرگەندە 10% لىك كالتسىي گلۇكونات (葡萄糖酸钙) تىن 10ml بېرىپ كالتسىي تولۇقلاش كېرەك.

يېتەرلىك مىقداردا قان تولۇقلاش ئۈتكۈر ئەتراپ قان ئايلىنىش زەئىپلىكىنى ياخشىلاشتىكى ئاچقۇچ. جىددىي 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 پلاستىنكىلىرى توپلىنىپ قان ئۇيۇشىدۇ، شۇ ئارقىلىق قان توختىتىش مەقسىتىگە يەتكىلى بولىدۇ.

① H_2 ـ ئاكسېپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلار: سىمېتىدىن (甲氰米胍،

(西咪替丁 دىن 200mg~400mg نى 10% لىك گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىدىن 20ml~40ml غا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى 250ml غا قوشۇلۇپ تامچىلىتىلىدۇ. ھەر 6~8 سائەتتە بىر قېتىم تەكرارلىنىدۇ. قان توختىغاندىن كېيىن يېيىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ. يەنى كۈندە تۆت قېتىم، ھەر ۋاخلىق تاماقتىن بۇرۇن 200mg، ئۇخلاشتىن بۇرۇن 400mg يېيىلىدۇ، ئىندېرال (心得安) بىلەن بىللە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ، بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكۈچىلەرگە 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 كۈندە ئىككى قېتىم ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

② ئومېپرازول (奥美拉唑، 洛塞克) نىڭ ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلاش رولى H_2- ئاكسېپتورىنى تورمۇزلىغۇچى دورىلاردىن كۈچلۈك، تۇنجى قېتىم 80mg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن ھەر 12 سائەتتە 40mg دىن ئىشلىتىلىدۇ، بىر داۋالاش كۇرسى بەش كۈن 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، كۈندە ئىككى قېتىم، ھەر قېتىمدا 1~2K بىرلىك ۋېناغا 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 ـ ئامىنو كاپروئىك كىسلاتا (6—氨基已酸) قاتارلىقلارنى تاللاپ ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

(3) پىتۇئىترىن (脑垂体后叶素): قىزىلئۆڭگەچ، ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى-بۈگرى 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 ـ ئاشقازان تۈۋى 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 كېڭەيتكۈچى دورىلارنى قوشۇپ ئىشلىتىش كېرەك.

(4) ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى ھورمون دورىلار (生长抑素): ئىچكى ئەزا قان

تومۇرلىرىنىڭ سىلىق مۇسكۇلىغا بىۋاسىتە 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 (善得定、奥曲肽) تۇنجى قېتىم 100μg ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن سائىتىگە 25～50μg سۈرئەتتە ئۈزلۈكسىز تامچىلىتىلىدۇ ياكى ھەر 6～8 سائەتتە بىر قېتىم، ھەر قېتىمدا 0.1mg～0.2mg تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇدا 3～5 كۈن ئىشلىتىلىدۇ. ستىلامىن (思他宁) تۇنجى قېتىم 250μg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاندىن ھەر سائىتىگە 250μg سۈرئەتتە ئۈزۈلدۈرمەي ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ.

(5) يەرلىكتىن داۋالاش:

① يەل خالتىسىدا بېسىپ قان توختىتىش: قىزىلئۆڭگەچ ـ ئاشقازان تۈۋى ۋېناسى ئەگرى ـ بۈگرى كېڭىيىشتىن يېرىلىپ قانغۇچىلارغا مەخسۇس ئىشلىتىلىدۇ. ئۈچ بوشلۇقلۇق ئىككى خالتىلىق نەيچە ئالدى بىلەن ئاشقازانغا كىرگۈزۈلۈپ ئاشقازان ئىچىدىكى يىغىلما (قان قاتارلىق) تارتىپ چىقىرىلىدۇ، ئاندىن ئاشقازان خالتىسى ۋە قىزىلئۆڭگەچ خالتىسىغا ئايرىم ـ ئايرىم يەل ئۇرۇلۇپ ئاشقازان تۈۋى ۋە قىزىلئۆڭگەچتىكى كېڭىيىپ قانىغان ۋېنا بېسىلىدۇ، نەيچە بىر كىلوگراملىق كۈچ بىلەن ئۈزلۈكسىز سىرتقا تارتىلىدۇ، نەيچە قويۇلغاندىن كېيىن ھەر 12 سائەتتە بىر قېتىم يەل چىقىرىۋېتىلىپ يېرىم سائەت ئارام ئېلىنىدۇ، قان توختىغاندىن كېيىن يەل چىقىرىۋېتىلىپ ئالدى بىلەن 20ml پاراففىن (石蜡) ئىچكۈزۈلگەندىن كېيىن، ئاندىن نەيچە تارتىپ چىقىرىۋېتىلىدۇ.

② ئاشقازان ئەينىكىدە داۋالاش: ئاشقازان ئەينىكىنى تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇشتىن باشقا داۋالاشقا ئىشلىتىشكىمۇ بولىدۇ، يەنى ئەينەكتە بىۋاسىتە كۆرۈش ئارقىلىق قانىغان ئورۇنغا بىۋاسىتە قاتۇرغۇچى دورا (سۇسىز ئىسپىرت، 无水酒精) ناترىي موررۇئاس (鱼肝油酸钠)، يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۈيى (高渗盐水) قاتارلىقلار ئوكۇل قىلىنىدۇ ياكى قان توختاتقۇچى دورا (كۆپىنچە 8% لىك نۇرئادرېنالىن، (去甲肾上腺素) بىۋاسىتە پۈركىلىدۇ. ئۇندىن باشقا ئاشقازان ئەينىكىنىڭ لازىر نۇر، ئېلېكترلىك ئۈيۈتۈش، ئىسسىق سىم، مىكرو دولقۇن، قىسقۇچ قويۇپ تومۇرنى قىسىش قاتارلىق ئۇسۇللىرىدىن پايدىلىنىپ قان توختىتىشقا بولىدۇ.

③ يېيىش ياكى ئاشقازان كانالچىسىدىن دورا بېرىش: نۇرئادرېنالىن (去甲肾上腺素) دىن 8mg ى 100ml سوغۇق تۇز سۈيىگە ئارىلاشتۇرۇلۇپ، قېتىمغا بۆلۈپ ئىچكۈزۈلىدۇ ياكى ئاشقازان كانالچىسىدىن ئۇرۇپ كىرگۈزۈلىدۇ، ئۇ ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىكى كىچىك ئارتېرىيىنى قىسقارتىپ قان توختىتىش رولىنى ئوينايدۇ. ترومبىن (قان ئۇيۇتقۇچى

فېرمېنت 凝血酶) دىن 2000~4000 بىرلىك 100ml تۇز سۇيىگە قوشۇلۇپ ھەر 2~4
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 ئۈچەي بېغىشى ئارتې-
رىيىلىرى 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 - قايتا قانىغان كېسەل تارىخى بولۇپ، نۆۋەتتە چوڭ قاناش بولغان؛

(4) چوڭ قاناشقا ئاشقازان چىقىش ئېغىزى توسۇلۇش، ئۆتكۈر تېشىلىش ياكى يامان
سۈپەتلىك 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 ئەينىكىدە ھەرىكەتچان قاناش بارلىقى ئېنىقلىنىپ قان توختىتىش مۇم-
كىن 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 ياللۇغى
(急性胰腺炎)

ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى — پانكرېئاتىت (ئاشقازان ئاستى بېزى فېرمېن-
تى) نىڭ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئىچىدىلا ئاكتىپلىشىپ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئۆزىنى
ھەزىم قىلىشىدىن كېلىپ چىققان ئۆتكۈر خىمىيىلىك ياللۇغ. 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 بول-

دۇ. بىر قىسىم ھەزىم فېرمېنتلىرى (مەسىلەن: ترىپسىنوگېن) ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچىدە ئاكتىپسىز ھالەتتە بولۇپ پەقەت ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى ئارقىلىق 12 بارماق ئۈچەيگە ئېقىپ كىرگەندىلا ئاندىن ئېنتېروكىنازانىڭ تەسىرىدە ئاكتىپلاشقان ترىپسىنغا ئايلىنىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئەسلىدىنلا بۇ خىل فېرمېنتلارنىڭ ئۆزى ئىچىدە ئاكتىپلىشىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش فۇنكسىيىسى بولىدۇ. ئەگەر مەلۇم سەۋەب تۈپەيلىدىن 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 تىپىدىكى بولۇپ نىسبەتەن يېنىك، ئاقىۋىتى ياخشى، ئاز كۆرۈلىدىغىنى قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكى 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 سازاڭ مەددە قاتارلىقلار. 80% ئادەمنىڭ ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى ئۆت كانىلى بىلەن بىرىكىپ ئاندىن 12 بارماق ئۈچەيگە قويۇلىدۇ. شۇڭا ئۆت كانىلىدىكى كېسەللىك ئۆزگىرىشىدىن ئۆت سۇيۇقلۇقى، 12 بارماق ئۈچەي سۇيۇقلۇقى قاتارلىقلار ئاشقازان ئاستى بېزى ئىچىگە تەتۈر ئېقىپ كىرىدۇ ـ دە، ھەزىم فېرمېنتلىرىنى ئاكتىپلاشتۇرۇۋېتىدۇ.

2) ئاشقازان ئاستى بېزى كانىلى توسۇلۇپ قېلىش: تاش، سازاڭ مەددە، ئۆسمە، تارىيىش قاتارلىقلاردىن كانال توسۇلۇپ قېلىپ كانال بېسىمى ئېشىپ كېتىدۇ ـ 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 ئۈچەيگە ئېقىپ كىرىشىنى توسقۇنلۇققا ئۇچرىتىدۇ.

4) قورساق ئوپېراتسىيىسى ياكى يارىلىنىشتىن ئاشقازان ئاستى بېزى زەخىملىنىش.

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:

سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى نىسبەتەن يېنىك، قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكىنىڭ 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 تۇيۇقسىز قوزغالغان قورساق يۇقىرى قىسمى قاتتىق ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قىزىشتىن ئىبارەت.

1) قورساق ئاغرىش: ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ ئاساسلىق ئىپادىسى ۋە دەسلەپتە كۆرۈلىدىغان ئالامىتى. كۆپىنچە تويۇنۇپ يېيىش، ئىچىشتىن كېيىن تۇيۇقسىز قوزغىلىدۇ، ئوتتۇرا يۇقىرى قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ، ئاغرىق بەل، دۈمبە تەرەپكە بەلۋاغسىمان تارايدۇ. تېلىپ، پىچاقتا كەسكەندەك، تەشكەندەك ياكى سانجىپ ئاغرىيدۇ، ئۈزلۈكسىز داۋاملىشىپ تۇتقاقلىق كۈچىيىدۇ، بىمار تۈگۈلۈۋالغاندا ئاغرىق ئازراق پەسىيىدۇ، سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكىنىڭ 1～5 كۈندە قويۇۋېتىدۇ، قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكىنىڭ ئاغرىقى قاتتىق شۇنداقلا تېخىمۇ ئۇزۇن بولىدۇ، ھەتتا ئاشقازان ئاستى بېزىدىن سىرغىپ چىققان سۇيۇقلۇقنىڭ قورساق بوشلۇقىغا كىرىشىگە ئەگىشىپ پۈتۈن قورساق ئاغرىيدۇ.

2) كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش: كۆپىنچە تاماقتىن كېيىن يېگەن تاماق ۋە ئۆت سۇيۇقلۇقىنى قۇسۇپ چىقىرىدۇ، قۇسقاندىن كېيىن قورساق ئاغرىقى يېنىكلىمەيدۇ.

3) قورساقتىكى تەن بەلگىلىرى: سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ قورساق يۇقىرى قىسمى بېسىلىپ ئاغرىيدۇ (سول قورساق يۇقىرى قىسمىدىكى ئاغرىق تېخىمۇ روشەن بولىدۇ)، يېنىك دەرىجىدە قورساق كۆپۈش، ئۈچەي لۆمۈلدەش ئاۋازى ئاجىزلىشىش بولىدۇ. قورساق مۇسكۇلى جىددىيلىشىش، قاڭقىپ ئاغرىش بولمايدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكىدە پۈتۈن قورساقتا بېسىلىپ ئاغرىش ۋە قاڭقىپ ئاغرىش بولىدۇ، پالەچلىنىشلىك ئۈچەي توسۇلۇش قوشۇلۇپ كەلگەندە قورساق كۆپۈش روشەن ئىپادىلىنىپ ئۈچەي لۆمۈلدەش ئاۋازى يوقايدۇ، قورساققا سۇ چۈشىدۇ، قورساق سۇيى كۆپىنچە قان ئارىلاش بولىدۇ، تەركىبىدە يۇقىرى قويۇقلۇقتىكى كىراخمال فېرمېنتى بولىدۇ. ئاز قىسىم بىمارلارنىڭ قورساق بوشلۇقىدىكى ئاشقازان ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقى، 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 كۆكۇش 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 مىقداردىكى ياللۇغلۇق سۇيۇقلۇقنىڭ سىرغىپ چىقىشى، زەھەرلىك ماددىلارنىڭ بەدەنگە تارقىلىشى، ئەگەشمە يۇقۇملىنىش ۋە ھەزىم يولى قاناش قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى قان بېسىمىنى 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 يۈز 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 بەزنىڭ قۇيرۇق قىسمىدا بولىدۇ.

(3) ھەزىم يولى قاناش: غىدىقلىنىش يارىسى ۋە ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىكى

شەلۋەرەش يۇقىرى ھەزىم يولى قاناشنى، نېكروزلىنىشتىن كۆندىلەڭ بوغماق ئۇچەيى 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 سېپتىسېمىيە كۆرۈلىدۇ. ئۇندىن باشقا كۆپلەپ ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش زەمبۇرۇغدىن يۇقۇملىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

(5) كۆپ ئەزا فۇنكسىيىسىنىڭ زەئىپلىشىشى: ئاساسلىقى نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى، ئۆتكۈر بۆرەك زەئىپلىشىش، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، ھەزىم يولى قاناش، ئاشقازان ئاستى بېزى مەنبەلىك مېڭە كېسىلى (ئەس ـ ھوشى نورمالسىزلىنىش، خىيالىي سېزىم، تىت ـ تىت بولۇش بولۇپ ئىپادىلىنىدۇ)، يېيىلما قان تومۇرلاردا قان ئۇيۇش (DIC) قاتارلىقلار بولۇپ، قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ ئاساسلىق ئۆلۈش سەۋەبلىرىدۇر.

(6) باشقىلار: سېرىقلىق، دىئابېت كېسىلى قاتارلىقلارنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى، ئۆتكۈر ياللۇغ، سوزۇلما ياللۇغقا ئۆزگىرىشى مۇمكىن.

3. لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈش ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈش:

1) كراخمال فېرمېنتى (淀粉酶): قان، سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتىنىڭ ئۆرلىشى ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىغا 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 ياللۇغىدا قان زەردابى كراخمال فېرمېنتى ئۆرلىمەيدۇ ھەتتا تۆۋەنلەيدۇ.

سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى كېسەل قوزغىلىپ 12~24 سائەتتىن باشلاپ ئۆرلەشكە باشلايدۇ، 1~2 ھەپتە داۋاملىشىدۇ. قورساق سۇيۇقلۇقىدىكى كراخمال فېرمېنتىنىڭ ئۆرلىشى تېخىمۇ يۇقىرى ۋە ئۇزۇن بولىدۇ. قان، سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى باشقا ھەزىم يولى كېسەللىكلىرىدىمۇ يېنىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ.

2) كراخمال فېرمېنتى ۋە كرېئاتىنىننىڭ تازىلىنىش نىسبىتى (肌酐清除率) نىڭ نىسبەت قىممىتى: ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىدا بۆرەكنىڭ قان زەردابى تەركىبىدىكى كراخمال فېرمېنتىنى تازىلاش نىسبىتى (Cam) ئاشىدۇ. ئەمما كرېئاتىنىننى تازىلاش نىسبىتى (Ccr) دە ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

$$\frac{\text{سۈيدۈك ئاقسىل فېرمېنتى}}{\text{قان ئاقسىل فېرمېنتى}} \times \frac{\text{قان زەردابىدىكى كرېئاتىنىن}}{\text{سۈكدۈكتىكى كرېئاتىنىن}} \times 100\% = Cam/Ccr$$

نورمال قىممىتى %4~%1، ئادەتتە %6 تىن يۇقىرى بولسا ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى 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 كۆرسەتكۈچلىرى روشەن ئۆرلەيدۇ. ھەتتا قاننىڭ ئېغىر مايلىششىدىن ئۆلچەش مۇمكىن بولمايدۇ. قان ـ گاز ئانالىزىدا PaO_2 قىممىتىنىڭ 60mmHg دىن تۆۋەن بولۇشى كېسەللىك ئاقىۋىتىنىڭ ياخشى بولمايدىغانلىقىنىڭ ئىپادىسىدۇر.

4) B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات: ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى، دائىرىسى، زىچلىقىنى كۆزىتىشكە بولىدۇ. ئۇنىڭ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئىششىش دەرىجىسى، يىرىڭلىق ئىششىق، ساختا قاپلىق ئىششىق، ئۆت يولى كېسەللىكلىرى، قورساق سۈيى، قورساق، كۆكرەك يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلارغا دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ. ئەمما ئۈچەي ئىچىدە گاز كۆپ بولسا تەكشۈرۈش ئۈنۈمىگە تەسىر قىلىدۇ.

5) CT: دىئاگنوز قويۇشتا مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە. سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى ياللۇغدا ئاشقازان ئاستى بېزى يوغىنايدۇ، ئەمما زىچلىقى تەكشى بولىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكىدە، ئاشقازان ئاستى بېزى يوغىنىغاندىن باشقا CT قىممىتى تۆۋەنلەيدۇ، بەز ئەتراپى تەرتىپسىز بولۇپ، سىرغىپ چىققان سۇيۇقلۇق بولىدۇ. CT دا كۈچەيتىپ 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، سۈيدۈكتىكى كراخمال فېرمېنتى كۆرۈنەرلىك ئۆرلىسە، بولۇپمۇ B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپارات ياكى CT دا ئاشقازان ئاستى بېزى روشەن يوغىنىسا ئۆتكۈر سۇلۇق ئىششىق تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىدىن گۇمان قىلىش كېرەك، يۇقىرىقى ئىپادىلەردىن باشقا ئەگەر قورساق پەردە ياللۇغى، قان تەركىبلىك قورساق بوشلۇقى سۈيى كۆرۈلسە، قورساق بوشلۇقى سۈيىنىڭ كراخمال فېرمېنتى ئۆرلىسە قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ياللۇغنىڭ بارلىقىنى نەزەردىن ساقىت قىلىشقا بولمايدۇ. كۈچەيتىلگەن 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 تۇيۇقسىز كۈچىيىپ پىچاقتا تىلغاندەك ئاغرىيدۇ. قورساق مۇسكۇللىرى تاختايدەك قاتىدۇ. جىگەرنىڭ بوغۇق تاۋۇش چېگرىسى يوقايدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە قورساقتا دىئافراگما ئاستى ئەركىن گازنى كۆرگىلى بولىدۇ. كراخمال ئاقسىلى يېنىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ.

2) ئۆتكۈر ئۆت ياللۇغى ۋە ئۆتتىكى تاش كېسىلى: قورساق سانجىپ ئاغرىغان تارىخى بولىدۇ. قورساق يۇقىرى قىسمى ئاغرىشنى ئاساس قىلىدۇ. مۇرپىي (Murphy) بەلگىسى مۇسپىي بولىدۇ. سېرىقلىق بولۇشى مۇمكىن. كراخمال فېرمېنتى يېنىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. ئۆت كېسەللىكلىرى بەزىدە ئاشقازان ئاستى ياللۇغى بىلەن بىرلا ۋاقىتتا قوزغىلىدۇ.

3) ئۆتكۈر ئۈچەي توسۇلۇش: قورساق تۇتقاقلىق ئاغرىيدۇ، قورساق كۆپىدۇ، قۇسىدۇ، چوڭ تەرەت بولمايدۇ، يەل ماڭمايدۇ. ئاغرىق كىندىك ئەتراپىنى ئاساس قىلىدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

4) ئۆتكۈر يۈرەك تىقىلمىسى: تاجسىمان ئارتېرىيىلىك يۈرەك كېسىلى تارىخى بولىدۇ. بەزىدە قورساق يۇقىرى قىسمىلا ئاغرىيدۇ، ئەمما قورساقتا تەن بەلگىلىرى ئېنىق بولمايدۇ. ئېلېكتروكاردىئوگراممىدا ۋە يۈرەك مۇسكۇل فېرمېنتلىرىنى تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. ئەمما كراخمال فېرمېنتى نورمال بولىدۇ.

5. داۋالاش:

سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكىنى قىسقا مۇددەت داۋالاش ئارقىلىق (3～7 كۈن) ساقايتىشقا بولىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكىنى بالدۇر بايقاش، ئۇنىۋېرسال داۋالاش، ئاكتىپ قۇتقۇزۇشقا توغرا كېلىدۇ.

1) كۆزىتىش: ھاياتلىق تەن بەلگىلىرى ۋە سۈيدۈك مىقدارىنى ئەتراپلىق كۆزىتىپ ئۆلچەپ تۇرۇش، قورساق تەن بەلگىلىرىنىڭ ئۆزگىرىشىنى ئۈزلۈكسىز 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 چەكلىگەندە

بەزى سۇيۇقلۇقنىڭ ئاجرىلىپ چىقىشىنى ئازايتىپ قۇسۇش، قورساق كۆپۈش قاتارلىق ئالامەتلەرنى يېنىكلەتكىلى بولىدۇ. سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى بىمارلارغا 4～7 كۈن ئەتراپىدا تاماق چەكلىنىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ياخشىلانغاندىن كېيىن ئالدى بىلەن ماي، ئاقسىل تەركىبى تۆۋەن بولغان سۇيۇق، ئاسان ھەزىم بولىدىغان يېمەكلىكلەر بېرىلىدۇ ۋە تامىقى ئاستا ـ ئاستا ئەسلىگە كەلتۈرۈلىدۇ. قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق بىمارلارنىڭ تاماق چەكلەش ۋاقتى كېسەللىك ئۆزگىرىشىگە قاراپ بېكىتىلىدۇ، كۆپىنچە نەچچە ھەپتە داۋاملىشىدۇ. شۇڭا چوقۇم ۋېنا ئارقىلىق ئوزۇقلۇق تولۇقلاش كېرەك. كۈنلۈك تولۇقلىنىدىغان ئوزۇقلۇقنىڭ ئىسسىقلىق مىقدارى 2200～2500kcal ئەتراپىدا بولۇپ، ياغ (脂肪) 60% نى، گلۇكوزا (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 ئۈنۈملۈك 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 بېسىمىنى ئۆرلىتىش دورىلىرىنى ئىشلىتىش كېرەك.

4) سپازمىنى بوشىتىش ۋە ئاغرىق توختىتىش: ئۈزلۈكسىز قورساق ئاغرىقۇچىلارغا 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، ئۈچەينىڭ ئاجرىتىپ چىقىرىش فۇنكسىيىسىنى تىزگىنلەش، مىكرو ئايلىنىشنى ياخشىلاش روللىرى بار. ئاتروپىن بىلەن ئانىزودامىننى ئۈچەي پالەچلىنىش، سۈيدۈك 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 ـ ئۈچەينىڭ بېسىمىنى چۈشۈرۈش: ئاشقازان كىسلاتاسى ئاشقازان ئاستى

بېزىنى غىدىقلاپ بەز سۈيۈقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. شۇڭا تاماق چەكلەشتىن باشقا ئاشقازان كانالچىسى قويۇپ ئۈزلۈكسىز مەنپىي بېسىم بىلەن ئاشقازان سۈيۈقلۇقىنى تارتىپ چىقىرىش ئارقىلىق ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ ئاجرىتىش فۇنكسىيى تۆۋەنلىتىلىدۇ. ئۈندىن باشقا ئۈچەي 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 سۈيۈقلۇقىنىڭ ۋە فېرمېنتىنىڭ ئاجرىلىشىنى شۇنداقلا فېرمېنتىنىڭ سىنتېزلىنىشىنى تورمۇزلايدۇ. ئوددى قورىغۇچى مۇسكۇلنى بوشىتىپ ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ بېسىمىنى يېنىكلىتىدۇ. يەرلىكتىكى ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى ئازايتىپ كېسەلدىن ئۆلۈش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىدۇ. شۇڭلاشقا ئامال بار بۇرۇنراق ئىشلىتىش كېرەك. كۆپ ئىشلىتىلىدىغانلىرىدىن ئوكتروتىد (善宁، 奥曲肽) دەسلەپتە 100μg ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىپ، ئاندىن سائەتتە 2. 5μg سۈرئەتتە ئۈزلۈكسىز تامچىتىلىش ياكى 100μg دىن ھەر سەككىز سائەتتە بىر قېتىم ئۈچ بۇرجەك مۇسكۇلنىڭ ئورنىغا تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئۇدا 3～7 كۈن ئىشلىتىلىدۇ. ستىلامىن (思他宁) سائەتتە 250μg سۈرئەتتە ئۈزلۈكسىز ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئۇدا 3～7 كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

6) يۇقۇملىنىشقا قارشى داۋالاش: سۇلۇق ئىششىق تىپىدىكى ياللۇغ خىمىيىلىك ياللۇغ بولۇپ ئۆت كېسەللىرى كەلتۈرۈپ چىقارغانلىرىدىن باشقىلىرىغا ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلەتمىسىمۇ بولىدۇ، ئەمما قاناش، نېكروزلىنىش تىپىدىكى ياللۇغدا كۆپىنچە ئەگەشمە يۇقۇملىنىش بولۇشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا چوقۇم يۇقىرى ئۈنۈملۈك، كەڭ تەسىرلىك ئانتىبىئوتىكلارنى تاللاپ ئىشلىتىش كېرەك. ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلەتكەندە چوقۇم ئوكسىگېندىن قاچقۇچى باكتېرىيىگە قارشى ئانتىبىئوتىكلار (مېترونىدازول〈甲硝唑〉) نىمۇ قوشۇپ ئىشلىتىش كېرەك.

7) ئاشقازان ئاستى بېزى فېرمېنتلىرىنى تورمۇزلاش: بۇرۇن، كۆپ مىقداردا ئىشلەتكەندە ياللۇغنىڭ تەرەققىياتىنى كونترول قىلغىلى بولىدۇ.

(1) ترازىلول (抑肽酶) كۈندە 20～50 تۈمەن بىرلىك ئىككىگە بۆلۈنۈپ گلۇكوزا سۈيۈقلۇقىغا قوشۇلۇپ ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنىدۇ.

(2) گابېكسات (加贝脂) كۈندە 100mg～300mg گلۇكوزا تۇز سۇيۇقلۇقىدىن 500mg～1500mg غا قوشۇلۇپ ھەر سائەتتە، ھەر كىلوگرام ئېغىرلىققا 2.5mg سۈرئەتتە ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، 2～3 كۈندىن كېيىن كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغاندا مىقدارى تەدرىجىي ئازايتىلىدۇ.

(3) فلۇراتسىل (5—氟尿嘧啶 ، 5—Fu) 500mg ى 500ml گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا قوشۇلۇپ كۈندە بىر قېتىم ۋېنادىن تامچىلىتىلىدۇ، ئۇدا 3～6 كۈن ئىشلىتىلىدۇ، ئومۇمىي مىقدارى 3g دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ.

8) ئاشقازان ئاستى بېزىنىڭ مىكرو قان ئايلىنىشىنى ياخشىلاش: ئاشقازان ئاستى بېزى ئارىلىق ماددىلىرىنىڭ سۇلۇق ئىششىقىنى يېنىكلىتىش، قىلدام تومۇرلاردىكى سپازمىنى بوشىتىش ۋە قاننىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈش مەقسەت قىلىنىدۇ. سپازمىغا قارشى ئاترو-پىن (阿托品)، ئانىزودامىن (654—2,山莨菪碱) قاتارلىقلار ئىشلىتىلىدۇ. قاننىڭ يېپىشقاقلىقىنى چۈشۈرۈشكە تۆۋەن مولېكۇلىلىق دېكستران (低分子石旋糖酐)، قىزىل يىلتىزلىق چۆل يالپۇزى ئوكۇلى (丹参注射液) ئىشلىتىلىدۇ. ئاق ئاقسىل (白蛋白) قاتارلىق كوللوئىدلىق دورىلارنى ئىشلەتكەندە، كوللوئىدلىق ئوسموس بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ سۇلۇق ئىششىقنى يېنىكلەتكىلى بولىدۇ.

9) ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش: قورساقتا كۆپ مىقداردا سۇ چۈشكەن ياكى بۆرەك فۇنكسىيىسى زەئىپلەشكەنلەرنى بۇرۇنراق دىئالىز (透析) لاپ داۋالاش، دىئابېت قوشۇلۇپ كەلگۈچىلەرگە ئىنسۇلىن (胰岛素) ئىشلىتىش، ئۆتكۈر نەپەس قىيىنلىشىش يىغىندىسى كېسەللىك ئالامىتى بولسا زۆرۈر بولغاندا كانايىنى كېسىپ مېخانىكىلىق نەپەسلەندۈرۈش كېرەك.

10) ئىچكى بوشلۇق ئەينىكى (内镜) ئارقىلىق ئوددى قورۇغۇچى مۇسكۇلىنى كېسىش ئوپېراتسىيىسى (EST): ئۆت يولىدىكى تاشنىڭ توسۇۋېلىشىدىن كېلىپ چىققان ياللۇغقا مۇۋاپىق كېلىدۇ. ئوددى قورىغۇچى مۇسكۇلىنى كېسىپ تاشنى ئېلىۋەتكەندىن كېيىن ئۆت، ئاشقازان ئاستى بېزى كانالچىلىرىغا نىسبەتەن ئاقتۇزۇش ۋە بېسىمنى چۈشۈرۈش رولىنى ئويناپ، ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش مەقسىتىگە يەتكىلى بولىدۇ.

11) ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاش: (1) ماس كېلىدىغان كۆرسەتكۈچلەر تۆۋەندىكىچە:
① قاناش، نېكروزلىنىش تىپلىق ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىنى دورا بىلەن داۋالىغاندا ئۈنۈمى بولماسلىق؛

② قورساق پەردە ياللۇغى، پالەچلىك ئۈچەي توسۇلۇش، يىرىڭلىق ئىششىق ساختا، قاپلىق ئىششىق قاتارلىقلار ئەگىشىپ كېلىش؛

③ ئۆت مەنبەلىك ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغىدا 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 بەشنچی 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، سۈرمە قاتارلىق)، ئورگانىك ئېرىتمىلەر، بىئولوگىيىلىك زەھەر، هاشارات، 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 زەخىملىنىش، ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك قاتارلىق.

2 . كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

ئۆتكۈر مەزگىلدە 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 كېسەلى ئالامەتلىرى: كۆڭۈل ئېلىشىدۇ، قۇسىدۇ، ئىشتىھاسى تۇتۇلىدۇ. قان سىغىمچانلىقى ئېشىپ كېتىش، يۈرەك زەئىپلىشىش قاتارلىق يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ، نەپەس قىيىنلىشىدۇ، تۆۋەن ئوكسىگېنلىق قان كېسەلى بولىدۇ، ئۇيقۇسىرايدۇ، ئەس - ھوشى 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 كېسەلى، تۆۋەن ناترىيلىق، تۆۋەن كالتسىيلىق قان كېسەلى 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 تۇيۇقسىز 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 تۆۋەن) 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 كرېئاتېنىن ۋە ئۇرېئا ئازوتى نورماللىشىدۇ.

2) سۈيدۈك ئازايمايدىغان بۆرەك ئاجىزلىق: كۆپىنچە بۆرەكنىڭ زەھەرلىنىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. بۆرەكنىڭ زەرەرلىنىشى 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 كرېئاتېنىن (肌酐) نىڭ كۈنلۈك يۇقىرىلاش مىقدارىنىڭ 88.4~176.8mmol/L دىن، ئۇرېئا ئازوتى (尿素氮) نىڭ كۈنلۈك يۇقىرىلاش مىقدارىنىڭ 3.6~10.7mmol/L دىن ئېشىپ كېتىشىگە قاراپ ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. دىئاگنوز قويۇش قىيىن بولغان بىمارلارغا بۆرەك سۈرەت ئېلىمى

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 پرىنسىپى:

1) ئاكتىپ هالدا كېسەللىك سەۋەبىنى يوقىتىش، داۋالاش.

2) ئاكتىپ هالدا ئەگەشمە كېسەللىكلەرنى داۋالاش، سۇ، ئېلېكترولىت، كىسلاتا - ئىشقارلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش، ئوزۇقلۇقتا كاپالەتلىك قىلىش.

3) سۈيدۈك هەيدەش، نېكروزلانغان بۆرەك نەيچىلىرىنىڭ ئەسلىگە كېلىشى، قايتا ئۆسۈشىنى ئىلگىرى سۈرۈش ۋە زەهەر هەيدەش ئارقىلىق بۆرەك فۇنكسىيىسىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ئىلگىرى سۈرۈش.

4) قاندىن دىئالىزلاپ داۋالاش: سۈنئىي بۆرەكنىڭ رولىنى ئوينايدۇ، 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 فۇنكسىيىسىنىڭ 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، دوۋسۇن ۋە سۈيدۈك يولىدا تاش پەيدا بولۇشنىڭ ئومۇمىي نامى، بۇنىڭ ئىچىدە بۆرەك ۋە سۈيدۈك نەيچىسىدە تاش پەيدا بولۇش يۇقىرى سۈيدۈك يولىغا تاش چۈشۈش، دوۋسۇن 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، تۇپراق، 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 زەخىملىنىشنى پەيدا قىلىدۇ، بۇنىڭ بىلەن سۈيدۈك يولىدا ياللۇغلۇق تارىيىش كۆرۈلىدۇ. تاش سۈيدۈك يولىنى توسۇۋېلىپ تاش چۈشكەن ئورۇننىڭ يۇقىرى

قىسمىدا سۈ (سۈيدۈك) يىغىلىپ قىلىشنى 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 باللاردا ۋە مەزى بېزى ئۆسۈپ قالغان ياشانغانلاردا كۆرۈلىدۇ. ئاساسلىقى دوۋسۇن غىدىقلىنىش ئالامىتى (پات ـ پات سىيىش، سۈيدۈك قىستاش، سىيىش ئاخىرىدا ئاغرىش قاتارلىق) كۆرۈلىدۇ، ھەرىكەت قىلغاندا كۈچىيىدۇ. تىپىك ئالامىتى بولسا سىيىۋاتقاندا سۈيدۈك تۇيۇقسىز توختاپ قالىدۇ ۋە قاتتىق ئاغرىيدۇ، ئاغرىق جىنسىي ئەزاغا تارايدۇ. بەدەن ھالىتىنى ئۆزگەرتكەندىن كېيىن ئاغرىق پەسىيىدۇ، 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 تىپىك ئاغرىقتا قان سىيىش قوشۇلۇپ كەلسە ئالدى بىلەن سۈيدۈك يولىدا

تاش بارلىقىنى ئويلىشىش كېرەك. سىيگەندە تاش سىيىپ چىقارغۇچلارغا ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

2) قوشۇمچە تەكشۈرۈش: سۈيدۈك رايىدا قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى بولىدۇ. ئەگەر ياللۇغلىنىش بولسا يىرىڭ ھۈجەيرىلىرىنى تەكشۈرۈپ چىققىلى بولىدۇ. رېنتگېندە 90% سۈيدۈك يولىدىكى تاشنى كۆرگىلى بولىدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا رېنتگېندە 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 ئانىزودامىن (654—2) دىن 10mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئۇندىن باشقا ۋىتامىن K_3 دىن 16mg، پروگېستېرون (黄体酮) دىن 20mg~40mg مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ، ئاغرىق قويۇۋەتمىسە ئانىزودامىندىن 20mg نى تۇز ياكى گلۇكوزا سۈيۇقلۇقىدىن 250ml غا قوشۇپ ۋېنادىن ئاستا سۈرئەتتە تامچىلىتىشقا بولىدۇ.

2) تاش چۈشۈرۈش:

(1) تاش ھەيدەش: ئادەتتە دىئامېتىرى 0.6cm دىن كىچىك بولغان تاشقا مۇۋاپىق كېلىدۇ. تاش ھەيدەش رولى بولغان جۇڭيى ياكى تېبابەت دورىلىرىنى ئىچىشكە مۇۋاپىق ھالدا سۈيدۈك ھەيدەش، ئاغرىق توختىتىش، ياللۇغ قايتۇرۇش، سپازمىنى بوشىتىش دورىلىرىنى قوشۇپ ئىشلەتكەندە تاشنىڭ چىقىرىلىشىنى ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئۇندىن 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)

دوۋسۇننىڭ تۆۋەن تەرىپىدىكى مېخانىكىلىق ياكى دىنامىكىلىق توسۇلۇشتىن دوۋسۇنغا سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىشنى كۆرسىتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) مېخانىكىلىق توسۇلۇش: دوۋسۇن بويىنى ۋە تاشقى سۈيدۈك يولىدا يۈز بەرگەن زەخىملىنىش، 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 يۈز بەرگەن نېرۋىلاردىكى زەخىملىنىش، 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 دوۋسۇننىڭ سۈيدۈكنى سىقىپ چىقىرىش فۇنكسىيىسى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

قوزغىلىشى تېز، تۈيۇقسىز سىيەلمەيدۇ، دوۋسۇن تېزلىكتە كېڭىيىپ، بىماردا دوۋ-سۇن چىڭقىلىپ ئاغرىش كۆرۈلىدۇ. تۆۋەن قورساق قىسمىدا يوغىنىغان دوۋسۇننى تۇتۇپ بىلگىلى بولىدۇ، بېسىلىپ ئاغرىيدۇ. B تىپلىق ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنلۇق ئاپپاراتتا تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ. سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش ۋاقتىدا بىر تەرەپ قىلىنمىسا، سۈيدۈك ئەتراپقا سىرغىپ چىقىپ ئەگەشمە ياللۇغلىنىشنى 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: دوۋسۇن ئورنىغا ئىسسىق ئۆتكۈزۈش، جۇڭيىچە يىڭنە سانجىش (زۇسەنلى (足三里)، سەنيىنجياۋ (三阴交)، چىخەي (气海) پەللىرىگە)، پارا

سىمپاتىك نېرۋا (副交感神经) نى غىدىقلىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش قاتارلىقلار. ئەگەر ئۈنۈمى 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 زەخىملىنىش، تارىيىش، مەزى بېزى يوغىناش قاتارلىق ئەھۋاللاردا) دوۋسۇن تېشىش ئوپېراتسىيىسى قىلىپ بىۋاسىتە 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 زەخىملەندۈرۈپ 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 مىقدارىنىڭ يېتىشمەسلىكىدىن قاندىكى 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 مېتابولىزمىمۇ ئېغىر دەرىجىدە قالايمىقانلىشىش يۈز بېرىدۇ. ياغ كۆپ مىقداردا ئەمما تولۇقسىز پارچىلىنىپ ياغ كىسلاتاسى (脂肪酸) نى ھاسىل قىلىدۇ. ياغ كىسلاتاسى جىگەردە ئوكسىدلىنىپ 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) ئىنسۇلىننىڭ ئىشلىتىش مىقدارىنى نامۇۋاپىق ئازايتىشى ياكى توختىتىۋېتىشى؛

2) ھەرخىل يۇقۇملىنىش؛

3) غىدىقلىنىش ھالىتى: زەخىملىنىش، ئوپېراتسىيە، تۇغۇت قاتارلىق؛

4) تاماق رىتىمى 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 كېسەللىك تارىخى بولۇپ يېقىنقى مەزگىلدىكى ئالامەتلىرى ئېغىرلاشقان بولىدۇ. يەنى ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئاز سانلىق بىمارلاردا قورساق ئاغرىش قاتارلىقلار. سۇسىزلىنىش بەلگىلىرى چىقىدۇ، پۇركۇپ چىقارغان نەپەستە سېسىق ئالما پۇرىقى 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 سىيىش، ئۇسساش، كۆپ ئىچىش، ھالسىزلىنىش قاتارلىق ئەسلي 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 كۆپىيىدۇ. كۆپىنچە باش ئاغرىش، تىنچسىزلىنىش، ئۇيقۇسىراش قاتارلىق ئالامەتلەر قوشۇلۇپ كېلىدۇ. نەپەس چىقارغاندا سېسىق ئالما پۇرىقى 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 سۇسىزلانغان ھالەتتە بولۇپ سۈيدۈك مىقدارى ئازىيىدۇ. تېرىلىرى قۇرغاقلىشىپ ئېلاستىكلىقى تۆۋەنلەيدۇ. كۆزى ئولتۇرىشىدۇ، 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) يېنىكلىرىدە 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 سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ بولغاندىن كېيىن ئاسانلا ئېپادىلىنىپ چىقىدۇ.

(4) 40%～75% بىمارلاردا قان ئاقسىل فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ.

(3) ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ئۆرلەيدۇ، نېيترال دانچە ھۈجەيرىلەر سانى كۆپىيىدۇ.

2) سۈيدۈك: سۈيدۈك شېكىرى، كېتون تەنچىسى كۈچلۈك مۇسپىي بولۇپ ئېپادىلىنىدۇ. بەزىدە ئاقسىللىق سۈيدۈك ۋە سىلىندىرلىق سۈيدۈك كۆرۈلىدۇ. بۆرەك فۇنكسىيىسى تولۇق بولمىغاندا سۈيدۈك شېكىرى ۋە كېتون تەنچىسى ئازىيىشى مۇمكىن.

3) بۆرەك فۇنكسىيىسى: قاندىكى ئۇرېئا ئازوتى (尿素氮) ۋە كرېئاتىنىن (肌酐) قىسمەن ئۆرلەيدۇ.

4 . دىئاگنوزى:

دىئابېت كېسەللىك تارىخى، قوزغاتقۇچى ئامىللار، دىئابېت كېسەل ئالامەتلىرىنىڭ ئېغىرلىشىشى ۋە زەھەرلىنىش ئېپادىلىرىگە قاراپ دىئاگنوز قويۇش تەس ئەمەس. ئەمما دىئاگنوز قويۇشتىكى ھالقا بالدۇر دىئاگنوز قويۇشتۇر. سۈيدۈك شېكىرى، كېتون تەنچىسى مۇسپىي ئېپادىلىنىش، قان شېكىرى، كېتون تەنچىسى ئۆرلەش، كاربون (Ⅳ) ئوكسىد بىرىكىش كۈچى تۆۋەنلەش قاتارلىق ئۆزگىرىشلەر بولسا ئېنىق دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. دوختۇرخانىدا ھوشسىزلانغان، كىسلاتادىن زەھەرلەنگەن، سۇسىزلانغان 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 كېسەللىكىنىڭ 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 مۇسبىي 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 زەهەرلىنىش ۋە قان شېكىرى يۇقىرىلاپ كېتىشنىڭ ئورگانىزمغا بولغان تەسىرىنى يوقىتىش، سۇسىزلىنىش ۋە ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىپ ئەزالار فۇنكسىيىسىنىڭ زەئىپلىشىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش، قوزغاتقۇچى ئامىللارنى يوقىتىپ ئەگەشمە يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر.

1) ئىنسۇلىن (胰岛素) نىڭ ئىشلىتىلىشى: كلىنىكىدا كۆپ هاللاردا كىچىك مىقداردىكى تېز ئۈنۈملۈك ئىنسۇلىن بىلەن داۋالاش قوللىنىلىدۇ، ئادەتتە ئىككى باسقۇچقا بۆلۈپ ئىشلىتىلىدۇ.

بىرىنچى باسقۇچ: دىئاگنوز ئېنىق بولغاندىن كېيىن تۇز سۈيىگە ئادەتتىكى ئىنسۇلىن (普通胰岛素) قوشۇلۇپ سائىتىگە 2~8 بىرلىك سۈرئەتتە ۋېنادىن ئۈزلۈكسىز تامچىلىتىلىدۇ. تۆت سائەتتىن كېيىن قان شېكىرى ئۆلچىنىدۇ. ئەگەر قان شېكىرىنىڭ تۆۋەنلىشى داۋالاشتىن بۇرۇنقى قىممەتنىڭ 30% گە يەتمىگەن بولسا ئىنسۇلىن مىقدارىنى 30%~100% ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. ئەگەر تۆۋەنلىشى 30% دىن كۆپ بولسا ئەسلىدىكى مىقداردا داۋاملىق تامچىلىتىلىدۇ. قان شېكىرى 13.9mmol/L دىن تۆۋەنلىگەندە تۇز 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 مۇسبىي بولغاندا ئادەتتىكى داۋالاش مىقدارىغا ئۆزگەرتىلىدۇ. ئەمما قان شېكىرىنىڭ قايتىدىن ئۆرلەپ كېتى-

شىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن، 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 كۈنى 100 بىرلىك ئەتراپىدا بولىدۇ.

2) سۇيۇقلۇق تولۇقلاش: ئالدى بىلەن تۇز سۇيۇقلۇقى تولۇقلىنىدۇ، كۈندىلىك 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 كۈنلۈك تولۇقلانغان سۇيۇقلۇقنىڭ ئومۇمىي مىقدارى 3000ml～5000ml ئەتراپىدا بولىدۇ. ئەگەر سۇيۇقلۇق تولۇقلىغاندىن كېيىنمۇ سىيدۈك مىقدارى ئاز بولسا سۇيۇقلۇق يېتىشمىگەنلىكىنى ياكى يۈرەك، بۆرەك فۇنكسىيىسىنىڭ ياخشى ئەمەسلىكىنى ئىپادىلەيدۇ. شۇڭا ئەھۋالغا قاراپ تەكشۈرۈش كېرەك، بىمار ھوشىغا كەلگەندىن كېيىن ئامال بار ئېغىزدىن ئىچكۈزۈپ سۇيۇقلۇق تولۇقلاش لازىم.

3) ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىقىنى تۈزىتىش: ئاساسلىقى كالىي تولۇقلاشنى كۆرسىتىدۇ. بىمار داۋالىنىشتىن بۇرۇن قاندىكى كالىي مىقدارىنى ئۆلچىگەندە تۆۋەن بولۇشى ناتايىن (چۈنكى ھۈجەيرە ئىچىدىكى كالىي ھۈجەيرە سىرتىغا يۆتكىلىدۇ)، ئەمما سىيدۈكتىن يوقىتىش، قۇسۇش، يېمەكلىكتىن تولۇقلاش ئازىيىش قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن بىماردا ئەسلىدىنلا كالىي تۆۋەن بولىدۇ. شۇ سەۋەبتىن كېسەل ئەھۋالى ياخشىلانغان، سۇيۇقلۇق تولۇقلانغاندىن كېيىن قاندىكى كالىي تېز سۈرئەتتە تۆۋەنلىشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا بىمارنىڭ بۆرەك فۇنكسىيىسى نورمال، سىيدۈكى راۋان بولسىلا داۋالاش باشلىنىپ 2～4 سائەتتىن باشلاپ كالىي تولۇقلاش كېرەك. ئەگەر قاندىكى كالىي 4mmol/L بولسا ھەر سائەتكە 1g، 3mmol/L بولسا ھەر سائەتكە 1g～2g ئەتراپىدا تولۇقلىنىدۇ، 5.5mmol/L بولسا ۋاقتىنچە تولۇقلانمىسىمۇ 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، كۈندە ئۈچ قېتىم ئىچكۈزۈش كېرەك. كالىي تولۇقلاش بىلەن بىر ۋاقىتتا باشقا ئېلېكترولىتلارغىمۇ دىققەت قىلىش، كېرەك بولسا ۋاقتىدا تولۇقلاش لازىم.

4) كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش: ئادەتتىكى ئەھۋالدا ئىشقار ئىشلىتىپ كىسلاتادىن زەھەرلىنىشنى تۈزىتىش ھاجەتسىز. چۈنكى ئىنسۇلىن ئىشلىتىش ۋە سۇيۇقلۇق 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 سۇيۇلدۇرۇپ 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 يۈرەك زەئىپلىشىش، يۈرەك رىتىمسىزلىنىش، يۇقۇملىنىش قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەر ئەگىشىپ كەلسە ۋاقتىدا داۋالاش لازىم، ئۇندىن باشقا ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، 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 — ئىنسۇلىننىڭ 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 بولىسىمۇ ئەمما 2/3 قىسىم بىمارلاردا كېسەل قوزغىلىشتىن بۇرۇن دىئابېت كېسەل تارىخى بولمايدۇ (بىمار دىئابېت كېسىلى بارلىقىنى بىلمەيدۇ) ياكى ئالامەت-

لىرى يېنىك بولىدۇ، كېسەل تۇيۇقسىز، 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، يۈرەك تىقىلمىسى، ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى ياللۇغى، ھەزىم يولى قاناش، زەخىملىنىش قاتارلىق؛

2) شېكەرنىڭ قوبۇل قىلىنىشى زىيادە كۆپ بولۇپ كېتىش؛

3) سۇسىزلىنىش ياكى سۇ يېتىشمەسلىك: ئېغىر بولغان ئىچ سۈرۈش، قۇسۇش، كۆيۈك قاتارلىقلاردىن سۇسىزلىنىش، دىئالىزلىغاندا سۇسىزلاندۇرۇش زىيادە كۆپ بولۇپ كېتىش، سۇ ئىچمىش، تولۇقلاش يېتىشمەسلىك قاتارلىق ئەھۋاللار؛

4) بەزى دورىلارنىڭ تەسىرى: سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار، گلۇكوكورتىكوئىد (糖皮质激素) قاتارلىق بىر قىسىم دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشى مۇۋاپىق 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 بىماردا دىئابېت ئالامەتلىرى ئېغىرلىشىدۇ. دىئابېت كېسەل تارىخى يوقلاردا سۇسىزلىنىشنىڭ ئېغىرلىشىشىغا ئەگىشىپ چىرايى خۇنۇكلىشىش، ئىنكاسى ئاستىلاش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

2) تىپىك دەۋرى: ئاساسلىقى ئىككى جەھەتتىن ئىپادىلىنىدۇ. بىرى ئېغىر سۇسىزلىنىش ئالامىتى، ئىككىنچىسى نېرۋا، روھىي ئالامەتلەر، يەنى مېڭە ھۇجەيرىلىرىنىڭ سۇسىزلانغانلىقى ۋە قان ئايلىنىشتىكى توسقۇنلۇقنىڭ ئېغىرلاشقانلىقىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئاساسلىق ئالامەتلىرى: ئۆتكۈنچى يارتا پالەچ، يارتا قارىغۇلۇق، كۆز ئالمىسى ۋە مۇسكۇللىرى تىترەش، مۇسكۇل تەرەڭلىكى كۈچىيىش، ئەس ـ 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) سۈيدۈك شېكىرى كۈچلۈك مۇسبەت بولىدۇ. سۈيدۈك كېتون تەنچىسى مەنفىي بولىدۇ ياكى ئاجىز مۇسبەت 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 سۈسىزلىنىش، 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 كېسەلنىڭ قوزغىلىشى يوشۇرۇن، كېسەلدىن ئۆلۈش نىسبىتى يۇقىرى بولىدۇ.

سېلىشتۇرۇپ دىئاگنوز قويۇشتا ئالدى بىلەن باشقا دىئابېت خاراكتېرلىك ھوشسىزلىنىش بىلەن پەرقلەندۈرۈش لازىم (1 § قا قاراڭ) . ئۇندىن باشقا مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرى بىلەن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. مېڭە قان تومۇر ھادىسىلىرىدە قان شېكىرى نورمال بولىدۇ، غىدىقلىنىش تەسىرىدىن پەيتلىك ئۆرلىگەن ھالەتتىمۇ 33.3mmol/L دىن ئېشىپ كەتمەيدۇ، سۈسىزلىنىش بولمايدۇ، شۇنداقلا نېرۋا سىستېمىسىغا مۇناسىۋەتلىك باشقا ئالامەتلەر بولىدۇ.

5. داۋالاش:

داۋالاش پرىنسىپى — تېزلىكتە يۇقىرى ئوسموس - سۈسىزلىنىش ھالىتىنى ياخشىلاپ ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش، ئەگەشمە كېسەللىكلەرنىڭ ئالدىنى ئېلىشتۇر.

1) سۈيۇقلۇق تولۇقلاش: ئالدى بىلەن تەڭ ئوسموسلۇق (等渗) سۈيۇقلۇق (0.9% لىك تۇز سۈيى قاتارلىق) تولۇقلىنىدۇ. پەقەت تەڭ ئوسموسلۇق سۈيۇقلۇق 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 سۈيۇقلۇق (0.45%~0.6% لىك تۇز سۈيى) 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 ئوسموس بېسىمى 330mOsm/L دىن تۆۋەن بولسا پەقەت تەڭ ئوسموسلۇق سۈيۇقلۇقنىلا

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 سۈيدۈك مىقدارىنى تولۇقلاش، قالغىنىنى 24 سائەت ئىچىدە تولۇقلاپ بولۇش كېرەك. ئەگەر سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ 4~6 سائەتتىن كېيىنمۇ سۈيدۈك بولمىسا فۇروزېمىد (速尿) دىن 40mg ئىشلىتىشكە بولىدۇ. بىمار ھوشىغا كەلگەندىن كېيىن كۈندىلىك سۇيۇقلۇق ئومۇمىي مىقدارىنىڭ يېرىمىنى ئەڭ ياخشىسى ئېغىزدىن ئىچكۈزۈش ياكى ئاشقازان كانىلى ئارقىلىق تولۇقلاش كېرەك. سۇيۇقـلۇق تولۇقلاش جەريانىدا بىمارنىڭ يۈرەك فۇنكسىيىسىگە دىققەت قىلىش، بويۇن ۋېناسىنىڭ كۆپىيىشى، ئۆپكە خىرىپ تاۋۇشى ۋە سۈيدۈك 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 ھەر ئىككى سائەتتە بىر قېتىم قان شېكىرىنى ئۆلچەپ ئىنسۇلىن مىقدارىنى تەڭشەپ تۇرۇش لازىم، ئەگەر قان شېكىرى 16.7mmol/L دىن تۆۋەنلىسە ئىنسۇلىندىن 6~8 بىرلىكنى 5% لىك گلۇكوزىغا قوشۇپ تامچىلىتىشقا ئۆزگەرتىش كېرەك.

3) ۋاقتىدا كالىي تولۇقلاش: قان قويۇلۇش ۋە ھۈجەيرە ئىچىدىكى كالىينىڭ سىرتقا يۆتكىلىشى قاتارلىق سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن داۋالاشتىن بۇرۇن قاندىكى كالىي كۆپىنچە نورمال بولىدۇ ياكى قىسمەن ئۆرلەيدۇ. ئەمما سۇيۇقلۇق تولۇقلاپ، ئىنسۇلىن ئىشلەتكەندىن كېيىن كالىي كەملىك كۆرۈلىدۇ، شۇڭا سۈيدۈك نورماللاشقاندىن كېيىن، كۈنگە 3g~6g كالىي خلورىدنى ئىچكۈزۈش ياكى ۋېنادىن تولۇقلاش لازىم.

4) ئەگەشمە كېسەللەرنىڭ ئالدىنى ئېلىش: ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، قىزىتمىسى بولسا قىزىتمىنى چۈشۈرۈش، پەرۋىشنى كۈچەيتىش كېرەك. مەزكۇر كېسەلدە كېسەلدىن ئۆلۈپ كېتىشنىڭ ئاساسلىق سەۋەبى ئەگەشمە كېسەللىكلەر. شۇڭلاشقا ئاكتىپ ھالدا كۆپ ئەزا زەئىپلىشىش، يۇقۇملىنىش، شوك، قان تومۇر كەپلىمىسى قاتارلىق ئەگەشمە كېسەللىكلەرـنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە داۋالاش لازىم.

3 § . قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى
(甲状腺功能亢进危象)

قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى — ھەر خىل سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ كېسەل ئالامەتلىرى تۇيۇقسىز ئېغىرلىشىپ كېتىشنى كۆرسىتىدۇ. كۆپىنچە ئۇزۇن مۇددەت داۋالاتمىغان ياكى داۋالىشى مۇۋاپىق بولمىغان بىمارلاردا كۆرۈلىدۇ. كېسەلدىن ئۆلۈپ كېتىش نىسبىتى يۇقىرى بولۇپ 20%~40% گە يېتىدۇ.

1. كېسەللىك سەۋەبى:

1) ئوپېراتسىيە: قالقانسىمانبەز ياكى باشقا ئورۇندىكى ئوپېراتسىيىدىن كېيىنكى 2~1 كۈن ئىچىدە كۆرۈلىدۇ.

2) يۇقۇملىنىش.

3) غىدىقلىنىش: قان شېكىرى تۆۋەنلەش، سۇسىزلىنىش، زىيادە چارچاش، ئېلېكتىرولىتلار تەڭپۇڭسىزلىنىش، تۇغۇت قاتارلىق ئەھۋاللار.

4) يۈرەك سانجىقى، دورا رېئاكسىيىسى (مەسىلەن: دىگىتالىس (洋地黄) تىن زەھەرلىنىش، ئامىنودارون (胺碘酮) نىڭ مىقدارى ئېشىپ كېتىش) قاتارلىق.

5) قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنى داۋالايدىغان دورىلارنى قالايمىقان توختىتىپ قويۇش، رادىئوئاكتىپلىق يود بىلەن داۋالىغاندا بەزىدە رادىئوئاكتىپلىق ياللۇغ پەيدا بولۇش.

6) قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ ئەگەشمە كېسەللىكلىرى ئېغىرلىشىش.

2. كلىنىكىلىق ئىپادىسى:

1) ئاساسلىق كلىنىكىلىق ئالاھىدىلىكى: كۆپىنچە بىمارنىڭ قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ 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 - قايتا قۇسىدۇ، ئىچى

سۇرىدۇ، قورساق ئاغرىيدۇ. 1/4 قىسىم بىمارلاردا سېرىقلىق چۈشىدۇ، جىگەر يوغىنايدۇ. ھەتتا زەئىپلىشىدۇ.

(3) مەركىزىي 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 رىتىمسىزلىنىش كۆرۈلىدۇ. بەزىدە يۈرەك زەئىپلىشىپ نەپەس قىستاش، ھالسىزلىنىش كۆرۈلىدۇ. ئۆپكىدە ھۆل خىرىپ تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. ھەتتا شوك كۆرۈلىدۇ.

2) تىپىك بولمىغان قالقانسىمانبەز فۇنكسىيىسى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى: يۇقىرىقى تىپىك ئالامەتلەر بولمايدۇ. ئالاھىدىلىكى چىرايى خۇنۇك بولۇپ ئۇيقۇسىرايدۇ، تۆۋەن قىزىتما بولىدۇ، رېفلېكسلىرى ئاجىزلىشىپ يۈرەك سوقۇشى ئاستىلايدۇ. تومۇر بېسىمى كىچىكلەيدۇ، 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 پەرقلەندۈرگەندەك ئېنىق قىممەت چېكى بولمايدۇ (شۇڭا دىئاگنوز قويۇشقا نىسبەتەن ئالاھىدىلىكى يوق).

2) ئاساسىي مېتابولىزم نىسبىتى (基础代谢率، BMR) ئۆرلەيدۇ، كۆپىنچە %60+ دىن يۇقىرى بولىدۇ (نورمال قىممىتى %15+~%10−).

3) سۇسىزلىنىش 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 ھالسىزلىنىش، ئىشتىھاسى تۇتۇلۇش، قۇسۇش، ئىچ سۈرۈش، تەرلەش، تىنچسىزلىنىش، ئۇيقۇسىراش 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 كېسەللەر 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 ئۆرۈپ 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 20mg MM دىن كۈندە ئۈچ قېتىم يېگۈزىلىدۇ، كېسەل ئەھۋالى كونترول قىلىنغاندىن كېيىن ئادەتتىكى مىقدارغا ئازايتىلىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرە سانى 4×10^9/L ياكى دانچە ھۈجەيرە سانى 2.5×10^4/L دىن تۆۋەن بولغان بىمارلارغا يۇقىرىقى دورىلارنى ئىشلەتكەندە ئېھتىيات قىلىش كېرەك.

(3) PTU ئىشلىتىلىپ 1～2 سائەتتىن كېيىن مۇرەككەپ يود ئىچىملىكى (复方碘口服液) ئىچكۈزۈلىدۇ. دەسلەپتە 30～60 تامچە، ئۇندىن كېيىن ھەر 68 سائەتتە 5～10 تامچە ئىشلىتىلىدۇ ياكى كالىي يودىد (碘化钾) 0.5g～1.0g دىن گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا 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 - ئاكسېپتورىنى توسقۇچى دورىلار ۋە گلۇكوكورتىكوئىد (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 سۇيۇلدۇرۇلغاندىن 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 ئالامەتكە قاراپ داۋالاش:

(1) يۈرەك، مېڭە، بۆرەك فۇنكسىيىلىرىنى ئىنچىكە كۆزەتكەن ئاساستا دەرھال سۇ، ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭسىزلىنىشىنى تۈزىتىش؛

(2) قىزىتما بولسا قىزىتمىنى چۈشۈرۈش؛

(3) ئوكسىگېن سۈمۈرتۈش، 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)

阿一期综合征	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 گلۇكوزىد
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
凹陷性骨折	āo xiàn xìng gǔ zhé	پاتقان سۇنۇق
奥狄氏括约肌	ào dí shì kuò yuē jī	ئوددى قورىغۇچى 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	سىتكولىن
钡餐	bèi cān	بارىي 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	بىزولۋون
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 yìng qī	قوزغالماسلىق دەۋرى
布鲁金斯基氏征 Bruduzinski 征	bù lǔ jīn sī jī shì zhēng Bruduzinskizhēng	برۇدزىنسكى بەلگىسى
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	ئۈچەي توسۇلۇش
肠激酶	cháng jī méi	ئېنتېروكىنازا
肠套叠	cháng tào dié	ئۈچەي كىرىشىپ قېلىش
肠瘘	cháng lòu	ئۈچەي ئاقمىسى
超声心动图	chāo shēng xīn dòng tú	ئۇلترا ئاۋازلىق كاردىئوگرامما
潮气量	cháo qì liàng	قېتىملىق نەپەس ھاۋا مىقدارى
潮式呼吸	cháo shì hū xī	چېيىن - ستوكىس نەپىسى
持续气道正压	chí xù qì dào zhèng yā	داۋاملىق (ئۇدا) نەپەس يولى مۇسبىي 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	دىئاموكىس
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 كېسلى
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 چۇشۇش
导眠能	dǎo mián néng	گلوتېتىمىد
等电位线	děng diàn wèi xiàn	تەڭ ئېلېكتر پوتېنسىئال سىزىقى
等渗性脱水	děng shèn xìng tuō shuǐ	تەڭ ئوسموسلۇق 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 كېسلى

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 كېسىلى
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	دىپتېرېكس
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	ئېلېكترلىك رىتىمنى 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 ئۇختىلىپ 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	تەتۈر نىسبەتتە نەپەسلەندۈرۈش (IPV)
反流性食管炎	fǎn liú xìng shí guǎn yán	تەتۈر ئېقىشلىق قىزىلئۆڭگەچ ياللۇغى
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	قېلىنلىششچان 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 هاۋالىق 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 ئالىغايلىق
蜂窝组织炎	fēng wō zǔ zhī yán	هۆكۈنەك توقۇلما ياللۇغى
氟马西尼,安易醒	fú mǎ xī ní ,ān yì xǐng	فلۇمازېنىل
氟乙酰胺	fú yǐ xiān àn	فوسىول
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 ياللۇغى
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	كالتسىي مەخسۇس يولىنى توسقۇچى دورا
甘露醇	gān lù chún	ماننىتول
甘油三酯	gān yóu sān zhǐ	ترى گلىتسېرىن
杆状指(趾)	gān zhuàng zhǐ (zhǐ)	توقماقسىمان بارماق، ناغرا چوكسىمان 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	مارگانسوۋپ
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 ناترىي يۇقىرىلاپ كېتىش
高叁盐水	gāo sān yán shuǐ	يۇقىرى ئوسموسلۇق تۇز سۈيى
高渗盐水	gāo shèn yán shuǐ	يۇقىرى تەرەششۇلۇك 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 ئاتسېتىك 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 مۇسبەت 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 - 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 ئۆيمىنى
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	كرېئاتىن 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	كرېئاتىنىننىڭ 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 ترومبوپلاستىن 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 قىينىلىشىش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
脊髓半切症	jǐ suǐ bàn qiē zhèng	يۇلۇن يېرىم قايچىلاشما زەخىملىنىش 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	قالقانسىمان بەز
甲状腺功能亢进	jiǎ zhuàng xiàn gōng néng kàng jìn	قالقانسىمانبەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىش
甲状腺功能亢进危象	jiǎ zhuàng xiàn gōng néng kàng jìn wēi xiàng	قالقانسىمان بەز خىزمىتى كۈچىيىپ كېتىشنىڭ خەتەرلىك ھالىتى
甲状腺素	jiǎ zhuàng xiàn sù	تىروكسىن
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	خولېن 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	سۈيدۈك ھەيدەشكە قارشى ھورمون
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 پلاستىنكىلىرنىڭ 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	ئامىئودارون
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	سترېپتوكىنازا (SK)
磷化锌	lín huà xīn	سىنك فوسفىد
硫代硫酸钠	liú dài liú suān nà	ناترىي تىئو سۇلفات
硫化氢	liú huà qīng	ھىدروگېن سۇلفىد
硫喷妥钠	liú pēn tuǒ nà	ناترىي تىئوبېنتال
硫喷妥钠	liú pēn tuǒ nà	ناترىي تىئوپېنتال

硫氰酸盐	liú qíng suān yán	تىئوسىيانات
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	تارقىلىشچان
颅内压	lú nèi yā	باش ئىچى بېسىمى
鲁米那,苯巴比妥	lǔ mǐ nà ,běn bā bǐ tuǒ	لۇمىنال، فېنوباربىتال
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	خىرىپ 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	خىموترىپسىن
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	گىلاتىنلىق بۇلۇت
墨菲征	mò fēi zhēng	مورپىي 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 ئىترىن
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	پىرىتىئوكسىن
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 غىدىقلىنىش 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 سۇيۇقلۇقىنى 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 چۇقۇقى
内镜	nèi jìng	ئىچكى بوشلۇق ئەينىكى
能量合剂	néng liàng hé jì	ئېنېرگىيە بىرىكمە 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 دىئابېت 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	سۈيدۈك كىسلاتاسى
尿潴留	niào zhū liú	سۈيدۈك يىغىلىپ قېلىش
凝血酶	níng xuè méi	ترومبىن، 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	كالتسىي 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 چۇقۇق
强地松	qiáng dì sōng	پرېدنىزون
强地松龙	qiáng dì sōng lóng	پرېدنىزولون
强痛定	qiáng tòng dìng	بۇكىننازىن
青霉胺	qīng méi àn	پېنىتسىللامىن
氢化可的松	qīng huà kě dì sōng	ھىدروكورتىزون
氢化物	qīng huà wù	ھىدرىدلار
氢氰酸	qīng qíng suān	ھىدروسىيانىك 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 تۆمۈرلۈك قان قىزىل ئاقسىلى
氰化物	qíng huà wù	سىئانىد بىرىكمىلىرى
氰离子	qíng lí zǐ	سىيانوگىن 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 ياللۇغ 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 كېسىلى
日射病	rì shè bìng	كۈن ئۆتۈش كېسىلى
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	لاكتات دېھىدروگېنازا (LDH)
乳头肌	rǔ tóu jī	ئەمچەك تۈگمىسىمان مۇسكۇل
三磷酸甙	sān lín suān dài	ئادېنوزىن ترى 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	ترى 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	ئارسېن
砷化氢	shēn huà qīng	ھىدرو ئارسېن

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 يىغىندا 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 هورمۇنى
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 قوبۇللىغۇچ تەنچىنى قوزغاتقۇچى دورا
渗透压	shèn tòu yā	ئوسموس بېسىمى
生长抑素	shēng zhǎng yì sù	ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى هورمۇن
生长抑素	shēng zhǎng yì sù	ئۆسۈشنى تورمۇزلىغۇچى هورمۇن دورىلار
升汞	shēng gǒng	سىماب (Ⅱ) خلور
剩余[redacted]	shèng yú jiǎn	قالدۇق ئىشقار (BE)
湿罗音	shī luó yīn	هۆل خىرىپ 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 ۋېناسى ئەگرى - بۈگرى 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 شورىغۇچىسى
收缩期杂音	shōu suō qī zá yīn	قىسقىرىش دەۋرى شاۋقۇن تاۋۇشى
受体	shòu tǐ	قوبۇللىغۇچ 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 دۈپۈرلەش 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	ناترىي دىكوئۇمارول
水合氯醛	shuǐ hé lǜ quán	خلورال ھىدرات
水杨酸盐	shuǐ yáng suān yán	سالىتسىلىك 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[redacted]度	suān jiǎn dù	كىسلاتا ـ ئىشقارلىق دەرىجىسى (PH قىممىتى)
他巴唑	tā bā zuò	تابازول
碳酸锂	tàn suān lǐ	لىتىي كاربونات

糖尿病	táng niào bìng	دىئابېت كېسلى (قەنتلىك)
糖尿病酮症酸中毒	táng niào bìng tóng zhèng suān zhòng dú	دىئابېت كېسلىدە كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
糖尿病酮症酸中毒	táng niào bìng tóng zhèng suān zhòng dú	دىئابېتتا كېتونلۇق كىسلاتادىن زەھەرلىنىش
糖皮质要激素	táng pí zhì yào jī sù	گلۇكوكورتىكوئىد
锑	tī	سۈرمە
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	سۇۋالما
涂片	tú piàn	سۇۋالما
吐根糖浆	tǔ gēn táng jiāng	دۇرۇنەج 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 ھۇجەيرىسى
网织红细胞	wǎng zhì hóng xì bāo	تورلۇق قىزىل قان ھۇجەيرىسى
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	سىبېلىم
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	سىمېتىدىن
矽肺	xī fèi	سىلىتسىيلىق ئۆپكە
吸收障碍宗合症	xī shōu zhàng ài zōng hé zhèng	ئۈچەيىنىڭ سۈمۈرۈشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش يىغىندا كېسەللىك ئالامىتى
细胞色素 c	xì bāo sè sù c	سىتوخروم
细胞色素 c	xì bāo sè sù c	ھۈجەيرە پىگمېنتى C، سىتوخروم 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 ئۈنۈملۈك 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 كاردىئوگراما
心房	xīn fáng	يۈرەك دالانچىسى
心肌梗死	xīn jī gěng sǐ	يۈرەك مۇسكۇل تىقلمىسى
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 رىتىمسىزلىنىش
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	هىپېرتېنسىن

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 سېلىشتۇرما ھەجمى
血细胞比容	xuè xì bāo bǐ róng	قان ھۈجەيرە سېلىشتۇرما 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 نىترىت
亚硝酸盐	yà xiāo suān yán	نىترىتلار، نىتروئۇس كىسلاتا تۇزلىرى
亚硝酸异戊酯	yà xiāo suān yì wù zhǐ	ئامىل نىترىت
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	ترىپسىن
胰蛋白酶原	yí dàn bái méi yuán	ترىپسىنوگېن
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	ترازىلول
异丙嗪	yì bǐng qín	برومېتازىن
异病嗪	yì bìng qín	پرو 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