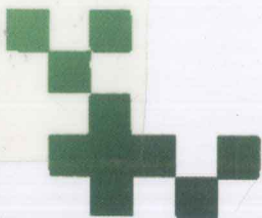



# 临床常见病的 诊疗与护理

王秋玲 赵相英 吴静等主编



 吉林科学技术出版社

# 临床常见病的诊疗与护理

王秋玲 赵相英 吴 静等 主 编

吉林科学技术出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

临床常见病的诊疗与护理/王秋玲等主编.—长春:吉林科学技术出版社,2009.11

ISBN 978-7-5384-4517-6

I. 临… II. 王… III. ①常见病-诊疗②常见病-护理

IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 205172 号

## 临床常见病的诊疗与护理

主编:王秋玲 赵相英 吴静等

责任编辑:隋云平 封面设计:方正

\*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春市东文印刷厂印刷

\*

880×1230 毫米 32 开本 10.75 印张 250 千字 印数:2000 册

2009 年 11 月第 1 版 2009 年 11 月第 1 次印刷

定价:25.00 元

ISBN 978-7-5384-4517-6

社址:长春市人民大街 4646 号 邮编:130021

电话:0431-85619083

网址 [www.jlstp.com](http://www.jlstp.com) 实名:吉林科学技术出版社

# 参编人员

主 编 王秋玲 赵相英 吴 静 田 敏 祝亮美  
李留芝 张明莲 王海新 赵爱华 亓 波  
杨义民 李艳华 李 华 刘 萍 王战芝  
曹红娟 陈 艳 钱雪荣 徐玉华 孟 琦  
关晓菁 崔运邱 张继兰 于 青 于 兰

副主编 刘振荣 许巧云 张雪艳 赵 霞 闫庆红  
李 敏 王秀春 陈海霞 江广红 许春燕  
国永利 魏 磊 郁志兰 张 宇 周好田  
翟爱玲 常小满 胡 申 刘奉华 翟树校

编 委 魏春香 李长莲 王玉洁 李秀英 王 真  
郭瑞萍 姚 宁 范继美 盛卫月 田素英  
李珍华 刘红霞 贺慧丽 赵万利 钱胜刚  
陈圣霞 李玉环 狄东川 张福英 高晓翠  
周 荣 张金香 任 敏 侯秀梅 李遵清

# 前 言

随着医学的发展和疾病谱系的变化,医学的学术地位日趋重要。面对患者,能否及时无误的做出诊断和救护,直接关系到患者的安危和治疗的成败。为此,我们编写了此书。本书对内科、外科与精神科的各种常见疾病进行了详尽阐述。本书内容共分为二篇,第一篇对综合科临床上常用的疾病的病因、临床表现和治疗策略进行了详尽的介绍,突出了生命高于一切;第二篇介绍了常见精神疾病的病因、临床表现和治疗策略以及护理程序,突出了精神疾病的全程、系统和正规的治疗。

本书的编写人员均是具有长期临床经验和丰厚理论基础的高层次专业工作者。他们在编写过程中着力汲取国内外先进成果和资料,密切结合临床实际,实用性和科学性并重,不仅是各科临床人员有益的参考书籍和得力助手,也适用于其他医学专业人员和医学院校师生参考应用。

诚然,尽管我们做了大量的努力,力求全面、准确,但由于人们对疾病认识的不断深入,一些新药不断的研发应用,不妥之处在所难免,欢迎广大读者提出宝贵意见,以便以后修订改进。

编 者

于山东省安康医院

2009年10月

# 目 录

第一篇 综合科常见疾病的诊疗与护理 .....	1
第一章 内科常见疾病的表现和处理 .....	1
第一节 急性心肌梗死 .....	1
第二节 高血压危象 .....	6
第三节 超高热危象 .....	9
第四节 急性肺水肿 .....	10
第五节 急性呼吸窘迫综合征 .....	12
第六节 大咯血 .....	14
第七节 呼吸衰竭 .....	15
第八节 急性肺栓塞 .....	18
第九节 肝性脑病 .....	19
第十节 急进性肾小球肾炎 .....	23
第十一节 糖尿病酮症酸中毒 .....	27
第十二节 糖尿病高渗性昏迷 .....	30
第十三节 弥散性血管内凝血(DIC) .....	33
第十四节 危重病人氧气疗法 .....	37
第十五节 流行性脑脊髓膜炎 .....	39
第十六节 流行性乙型脑炎 .....	48

---

第十七节	原发性脑出血 .....	57
第十八节	蛛网膜下腔出血 .....	63
第十九节	颅内压增高 .....	67
第二十节	变态反应性疾病 .....	71
第二十一节	小儿急性肺炎 .....	74
第二十二节	妊娠高血压综合征 .....	89
第二章	外科常见疾病的表现和处理 .....	100
第一节	急腹症 .....	100
第二节	急性化脓性腹膜炎 .....	103
第三节	急性胰腺炎 .....	104
第四节	肝、脾破裂 .....	107
第五节	腹部创伤 .....	108
第六节	重症急性胆管炎(ACST) .....	109
第七节	绞窄性肠梗阻 .....	110
第八节	创伤性血气胸 .....	111
第九节	气管、支气管断裂 .....	113
第十节	急性脓胸 .....	114
第十一节	创伤性窒息 .....	115
第十二节	急性严重气胸 .....	117
第十三节	挤压综合征 .....	118
第十四节	重症盆骨骨折 .....	120
第十五节	严重开放性骨折 .....	121
第十六节	脊髓损伤 .....	123

---

第十七节 四肢骨骨折 .....	125
第十八节 严重尿道及膀胱损伤 .....	126
第十九节 头皮损伤 .....	127
第二十节 脑损伤 .....	132
第二十一节 颌骨骨折 .....	146
第二十二节 口腔颌面部火器伤 .....	150
<b>第二篇 精神科常见疾病的诊疗与护理 .....</b>	<b>154</b>
<b>第一章 精神分裂症及其他精神病性障碍的诊疗与护理 .....</b>	<b>154</b>
第一节 精神分裂症的诊疗与护理 .....	154
第二节 偏执性精神障碍的诊疗与护理 .....	191
第三节 反应性精神病的诊疗与护理 .....	196
<b>第二章 情感性(心境)障碍的诊疗与护理 .....</b>	<b>203</b>
第一节 情感性(心境)障碍的诊疗与护理 .....	203
第二节 抑郁障碍的诊疗与护理 .....	223
<b>第三章 人格障碍的诊疗与护理 .....</b>	<b>241</b>
<b>第四章 性心理障碍 .....</b>	<b>247</b>
<b>第五章 精神发育迟滞的诊疗与护理 .....</b>	<b>249</b>
<b>第六章 神经症的诊疗与护理 .....</b>	<b>256</b>
第一节 神经衰弱的诊断与护理 .....	256
第二节 癔症的诊疗与护理 .....	259
第三节 焦虑症的诊疗与护理 .....	268
第四节 强迫症的诊疗与护理 .....	284
第五节 恐怖症的诊疗与护理 .....	295



第六节 疑病症的诊断与护理 .....	299
<b>第三篇 常用诊疗技术 .....</b>	<b>301</b>
第一章 影像学检查 .....	301
第二章 脑电图检查 .....	313
第三章 腰椎穿刺术及脑脊液检查 .....	314
第四章 气管插管术 .....	316
第五章 气管切开术 .....	318
第六章 脑室穿刺外引流术 .....	320
第七章 高压氧疗法 .....	322
第八章 呼吸机的临床应用 .....	327
第九章 腹腔穿刺术 .....	329
第十章 胸腔穿刺术 .....	332

# 第一篇 综合科常见疾病的诊疗与护理

## 第一章 内科常见疾病的表现和处理

### 第一节 急性心肌梗死

急性心肌梗死(acute myocardial infarction)系指冠状动脉突然完全性闭塞,心肌发生缺血、损伤和坏死,出现以剧烈胸痛、心电图和心肌酶学的动态变化为临床特征的一种急性缺血性心脏病。其基础病变大多数为冠状动脉粥样硬化,少数为其他病变如急性冠状动脉栓塞等。

心肌梗塞发生比较突然,症状危重是中年人猝死的原因之一。但如能早期治疗,效果较好。一般心肌梗塞前都有先兆症状,应密切观察。初发心绞痛,或心绞痛发作逐渐频繁,或休息时也发作,发作的持续时间延长或突然加重,休息与药物治疗不如原先有效。剧烈胸痛的同时伴有出冷汗、烦躁不安、恐惧、面色苍白等往往是心肌梗塞的先兆。没有明显原因的气喘、突然不能平卧、脉搏过快、过慢或不齐、血压下降、出汗、四肢发冷、“胃痛”呕吐或意识不清,也应警惕急性心肌梗塞的可能。

#### 【机制】

急性心梗为冠心病严重类型。基本病因是冠状动脉粥样硬化,造成管腔严重狭窄和心肌供血不足,而侧支循环未充分建立。在此基础上,一旦血供进一步急剧减少或中断,使心肌严重而持久地急性缺血达1小时以上,即可发生心肌梗死。这些情况是:

- 1.管腔内血栓形成,粥样斑块破溃,粥样斑块内或其下发生出血或血管持续痉挛,使冠状动脉完全闭塞。

- 2.休克、脱水、出血、外科手术或严重心律失常,致心排血量降低,冠状动脉灌流量锐减。

3. 重体力活动, 情绪过分激动或血压剧升, 致左心室负荷明显加重, 儿茶酚胺分泌增多; 心肌需氧需血量猛增, 冠状动脉供血明显不足。

心肌梗死往往在饱餐特别是进食多量脂肪后, 晨 6 时至 12 时或用力大便时发生。

这与餐后血脂增高, 血粘度增高, 易于发生血栓, 上午冠状动脉张力高, 易使冠状动脉痉挛, 用力大便时心脏负荷增加等有关。心梗后发生严重心律失常, 休克, 心衰, 进一步而心肌坏死范围扩大。

### 【病理】

1. 冠状动脉病变冠状动脉有弥漫广泛的粥样硬化病变。

2. 心肌病变冠脉闭塞后 1~2 小时之内绝大部分心肌呈凝固性坏死, 心肌间质充血、水肿, 伴多量炎症细胞浸润, 以后坏死的心肌纤维逐渐溶解, 形成肌溶灶, 随后渐有肉芽组织形成。心电图有 Q 波出现, 若心梗部位灶性分布, 累及室壁内层, 不到室壁厚度一半, 称心内膜下心梗。

### 【临床表现】

1. 先兆半数以上患者在发病前数日有乏力, 胸部不适, 活动时心悸, 气急, 烦躁, 心绞痛等前驱症状, 其中以新发生心绞痛和原有心绞痛加重最为突出, 心绞痛发作较以前频繁, 硝酸甘油疗效差, 应警惕心梗的可能。

#### 2. 症状

(1) 疼痛最先出现, 多发生于清晨, 疼痛部位和性质与心绞痛相同。但程度重, 持续时间长, 休息或硝酸甘油无效, 可伴濒死感, 少数人一开始就休克或急性心衰。

(2) 全身症状发热、心动过速、白细胞增高和血沉增快等。发热多在疼痛发生后 24~48 小时后出现, 体温多在 38℃ 左右。

(3) 胃肠道症状恶心, 呕吐和上腹胀痛, 重症者有呃逆。

(4) 心律失常多发生在起病 1~2 周内, 而以 24 小时内最多见。以室性心律失常最多尤其是室性期前收缩。房室和束支传导阻滞亦较多。

(5) 低血压和休克多在起病后数小时至 1 周内发生, 多为心源性的。

(6) 心力衰竭主要是急性左心衰竭。为梗塞后心肌收缩力减弱或收缩不协调所致。

### 3. 体征

(1) 心脏体征心界扩大, 心率快, 心尖部第一心音减弱, 可出现第四心音奔马律, 多在 2~3 天有心包摩擦音。心尖区可出现粗糙的收缩期杂音或收缩中晚期喀喇音, 为二尖瓣乳头肌功能失调或断裂所致, 可有各种心律失常。

(2) 血压降低。

#### 【实验室和其他检查】

1. 心电图特征性改变有 Q 波心肌梗的心电图特点。

(1) 坏死区出现病理 Q 波, 在面向透壁心肌坏死区导联出现。

(2) 损伤区 ST 段弓背向上型抬高, 在面向坏死区周围心肌损伤区导联出现。

(3) 缺血区 T 波倒置, 在面向损伤区周围心肌缺血区导联出现。

(4) 背向心肌梗区 R 波增高, ST 段压低和 T 波直立并增高。

2. 心肌酶谱 CPK、GOT、LDH 升高, 最早(6 小时内)增高为 CPK, 3~4d 恢复正常。增高时间最长者为 LDH, 持续 1~2 周。其中 CPK 的同工酶 CPK MB 和 LDH 的同工酶 LDH1 的诊断特异性最高。

3. 血象白细胞增多, 中性粒细胞增多, 嗜酸性粒细胞减少或消失, 血沉加快, 血清肌凝蛋白轻链增高。

#### 【诊断和鉴别诊断】

(1) 诊断根据典型的临床表现, 特征性的心电图改变以及实验室检查进行诊断。对老年患者出现严重心律失常、休克、心衰而原因未明或突然发生较重而持久的胸闷或胸痛者应考虑本病。

#### (2) 鉴别诊断

① 心绞痛性质轻, 时间短, 硝酸甘油有效, 血压升高, 全身症状少, ST 段暂时性压低。

② 急性心包炎疼痛与发热同时出现, 呼吸、咳嗽时加重, 早期即有心包摩擦音, 心电图除 aVR 外, 其余导联均为 ST 段弓背向下的抬高, 无异常 Q 波。

③ 急性肺动脉栓塞以右心衰为主, 心电图 I 导 S 波深, III 导 Q 波显著。

④急腹症病史,体检,心电图和心肌酶谱可鉴别。

⑤主动脉夹层分离两上肢的血压和脉搏差别明显,胸痛一开始达高峰,常放射到背、肋、下肢。主动脉瓣关闭不全表现等可鉴别,二维超声心动图有助于诊断。

### 【并发症】

1.乳头肌功能失调或断裂心尖区出现收缩中晚期喀喇音和吹风样收缩期杂音,第一心音可不减弱,多发生在二尖瓣后乳头肌,见于下壁心梗。

2.心脏破裂常在起病1周内出现,多为心室游离壁破裂,造成心包积血引起急性心包压塞而猝死。室间隔穿孔,在胸骨左缘3~4肋间出现响亮的收缩期杂音,常伴有震颤,但有的为亚急性。

3.栓塞见于起病后1~2周,可引发脑、肾、脾、四肢等动脉栓塞。

4.心室壁瘤多见于左心室。左侧心界扩大,心脏搏动广泛,搏动减弱或反常搏动。ST段持续升高,X线和超声可见左室局部心缘突出。

5.心肌梗死后综合征表现为心包炎,胸膜炎或肺炎,有发热,胸痛等症状。可能为机体对坏死物质过敏。

### 【治疗】

#### 1.监护和一般治疗

(1)休息卧床休息1周,保持环境安静。

(2)吸氧鼻管面罩吸氧

(3)监测,对ECG,BP,R监测至少5~7天,必要时监测毛细血管压和静脉压

(4)护理

#### 2.解除疼痛常用药物:

①哌替啶肌注或吗啡皮下注射,最好和阿托品合用。

②轻者可用可待因或罂粟碱

③硝酸甘油或硝酸异山梨酯,舌下含用或静滴,注意心率加快和低血压。

④中药制剂

⑤心肌再灌注疗法亦可解除疼痛

3.再灌注心肌起病3~6天内,使闭塞冠脉再通。

(1)溶解血栓疗法常用尿激酶,链激酶,组织型纤维蛋白溶酶原激活剂。

(2)经皮穿刺腔内冠状动脉成形术。

4.消除心律失常。

①室性期前收缩或室性心动过速用利多卡因,情况稳定后,改用美西律。

②心室颤动时,采用非同步直流电除颤,药物治疗室性心动过速不满意时,及早用同步直流电复律。

③缓慢的心律失常可用阿托品静注。

④Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞宜用临时人工心脏起搏器。

⑤室上性心律失常药物不能用洋地黄,维拉帕米控制时,用同步直流电复律或用抗快速心律失常的起搏治疗。

5.控制休克

(1)补充血容量:右室梗塞,中心静脉压升高不一定是补充血容量的禁忌。(2)应用升压药(3)应用血管扩张剂如硝普钠、硝酸甘油等(4)其他对症治疗,纠正酸中毒保护肾功能,应用糖皮质激素。

6.治疗心力衰竭梗死发生后 24 小时内宜尽量避免使用洋地黄制剂,右室梗塞慎用利尿剂。

7.其他治疗

(1)促进心肌代谢药物,Vitc,辅酶 A,细胞色素 C, VitB6 等。

(2)极化液疗法,氯化钾,insulin,葡萄糖配成,促进心肌摄取和代谢葡萄糖。

(3)右旋糖酐 40 或淀粉代血浆

(4) $\beta$ 受体阻滞剂,钙通道阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂,对前壁心梗伴交感神经亢进,可防止梗阻范围扩大。

(5)抗凝疗法,华法令等,同时监测凝血酶原时间。

8.恢复期处理恢复后,进行康复治疗,逐步作适当的体育锻炼。

9.并发症的处理

①栓塞:溶解血栓,抗凝

②心室壁瘤:手术切除或同时作主动脉冠状动脉旁路移植手术。

③心脏破裂和乳头肌功能失调:手术治疗。

④心肌梗死后综合征:糖皮质激素、阿司匹林,吲哚美辛等。

#### 10.右心室心肌梗死的处理

①低血压无左心衰时宜扩张血容量,无效时用正性肌力药。

②不宜用利尿剂

③房室传导阻滞:临时起搏

11.无 Q 波心肌梗死的处理措施与有 Q 波心梗基本相同,地尔硫<sup>+</sup>卓,阿斯匹林联用可降低再梗塞率。

#### 【预防】

冠心病病人应注意避免激动、过度兴奋,保证充足睡眠;不要过量服用降压药物;防止大出血及严重感染;不要吃得过饱,尤其不能大量吃脂肪食物,应戒烟、少饮酒;不能长时间剧烈的运动或劳动,注意劳逸结合;长期服用心得安等药物时,不能立即停药等,都有利于预防心肌梗塞的发生。

## 第二节 高血压危象

高血压危象是指发生在高血压病过程中的一种特殊临床现象,也可见于症状性高血压。它是在高血压的基础上,周围小动脉发生暂时性强烈收缩,导致血压急剧升高的结果。可发生在缓进型高血压病的各期(尤其是第一、二期),亦可见于急进型高血压病。

#### 【诱发因素】

为精神创伤、情绪变化、过度疲劳、寒冷刺激、气候变化和内分泌失调(如绝经期或经期)等。

#### 【临床表现】

突然起病,病情凶险.通常表现为剧烈头痛,伴有恶心呕吐,视力障碍和精神及神经方面异常改变。

主要特征:

1.血压显著增高:收缩压升高可达 200mmHg 以上,严重时舒张压也显著增高,可达 117mmHg 以上。

2.植物神经功能失调征象:发热感,多汗,口干,寒战,手足震颤,心悸等。

3.靶器官急性损害的表现:

- (1)视力模糊,视力丧失,眼底检查可见视网膜出血,渗出,视乳头水肿;
- (2)胸闷,心绞痛,心悸,气急,咳嗽,甚至咯泡沫痰;
- (3)尿频,尿少,血浆肌酐和尿素氮增高;
- (4)一过性感觉障碍,偏瘫,失语,严重者烦躁不安或嗜睡。

### 【治疗原则】

高血压急症的最佳治疗是既能使血压迅速下降到安全水平,以预防进行性或不可逆性靶器官损害;又不能使血压下降过快或过度,否则会引起局部或全身灌注不足。

各种高血压急症的治疗策略

- 1.高血压脑病
- 2.脑血管意外
- 3.急性主动脉夹层
- 4.嗜铬细胞瘤
- 5.妊娠子痫

(1)高血压脑病和主动脉夹层是需要紧急降压的。它们的治疗原则基本一致,一般情况下先将血压下降25%左右为好,将血压先保持在160/100mmHg为宜。首选硝普钠。硝酸甘油对合并冠心病,心功能不全者尤为适用。其次可用二氮嗪,可乐宁,也可用拉贝洛尔。

(2)系嗜铬细胞瘤所致的高血压危象,可首选酚妥拉明。待收缩压降至180mmHg,舒张压降至110mmHg后逐渐减量,并用口服降压药维持。

(3)合并左心衰竭:首选硝普钠,辅以利尿剂如速尿,应避免使用几种同类的交感神经阻滞剂。

(4)高血压并急性脑血管病:应小心降压,不宜急剧降压。对于颅内出血的治疗有一定的争议。

脑出血者仅收缩压超过200mmHg时才降压治疗,一般降至150mmHg为宜。



缺血性脑血管意外如脑梗死,一般不宜降压治疗,除非血压非常高,如舒张压 $>130\text{mmHg}$ ,且以把舒张压降至 $100\text{mmHg}$ 为好。

(5)妊娠子痫:可用硫酸镁,以及肼苯哒嗪等。若肼苯哒嗪无效,可试用拉贝洛尔。慎用降压药:降压嗪,钙拮抗剂,硝普钠。避免使用的药物:三甲噻方, $\beta$ -阻滞剂,血管紧张素转换酶抑制剂,利尿剂。

#### 高血压急诊的降压药

- 1.硝普钠 Nitroprusside
- 2.硝酸甘油 Nitroglycerin
- 3.尼卡地平 Nicardipine
- 4.艾司洛尔 Esmolol
- 5.乌拉地尔 Urapidil
- 6.地尔硫卓 Diltiazem
- 7.二氮嗪 Diazoxide
- 8.酚妥拉明 Phentolamine
- 9.利血平 Reserpine
- 10.硝苯啶 Nifedipine
- 11.可乐定 Clonidine
- 12.卡托普利 Captopril

上述症状发作一般历时短暂而迅速恢复,但容易复发。发作时化验尿常规可有少量红细胞和蛋白,血中肌酐和尿素氮、游离肾上腺素或去甲肾上腺素可增加,发作时及发作后血糖可以升高。眼底检查可有出血、渗出或视神经乳头水肿。

该危象是高血压过程中的一种严重症状,病情凶险,尤以并发高血压脑病、急性心力衰竭或急性肾功能衰竭时,一旦症状发作,需及时采取有效措施,否则可导致死亡。

#### 【预防常识】

高血压危象,是一种有高度危险性的心血管急危重症。须立即得到及时、有效的治疗。凡高血压患者一旦出现血压急骤升高且伴有心、脑、肾等重要器官功能障碍者应即刻到医院就诊,接受专科治疗,防止严重并发症的发