

新文化文丛

现代危重病诊疗学

丁自安 编著

中国文联出版社



现代危重病诊疗学

丁自安 王明武 编著

中国文联出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代危重病诊疗学 / 丁自安, 王明武编著.

北京: 中国文联出版社, 2006.6

(新文化文丛·1-6/ 杨文学主编)

ISBN 7-5059-4949-7

I. 现… II. ①丁…②王… III. 险症-诊疗 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 071593 号

书 名	新文化文丛 (1-6)
主 编	杨文学
出 版	中国文联出版社
发 行	中国文联出版社 发行部 (010-65389152)
地 址	北京农展馆南里 10 号 (100026)
经 销	全国新华书店
责任编辑	詹之燕
责任校对	刘 玉
责任印制	李寒江 詹之燕
印 刷	中青印刷厂
开 本	850×1168 1/32
印 张	68.625
插 页	12 页
版 次	2006 年 7 月第 1 版第 1 次印刷
书 号	ISBN 7-5059-4949-7
总 定 价	150.00 元

您若想详细了解我社的出版物

请登陆我们出版社的网站 <http://www.cflacp.com>

新文化文丛(1-6)

临床常见感染性疾病诊疗学

实用临床脊髓及周围神经定位诊断学

现代危重病诊疗学

常见病的家庭预防和护理

内经与推拿探究

糖尿病及并发症的诊疗与护理

丛书主编 杨文学

责任编辑 詹之燕

封面设计 杨牧林

前 言

危重病医学是现代医学领域中一门新兴的、实践性很强的边缘学科。随着医学科学的迅猛发展和社会的需求,近年来进展更是日新月异。医生对急危重症的抢救水平,直接关系到患者的安危和预后。

因此,对危重病能迅速作出准确的判断和及时给予妥善的处置尤为重要。这不仅要求医生有坚实的理论基础和丰富的临床经验,而且要求医生要善于观察和辩证分析,把每一个突发情况争取解决在萌芽状态。为适应当前危重病医学迅速发展的需要,满足危重病医学工作者的迫切要求,我们从临床实际和医生的实用为出发点,编撰了《现代危重病诊疗学》。

本书以国内外经典专著和教材为依据和基础,以临床实践能力为重点,特别侧重于理论和实践相结合。全书共分十八章,从常见急危重症、急性感染性疾病、内科常见急症、外科常见急症、骨伤科常见急症、妇产科常见急症、儿科常见急症、五官科常见急症、麻醉常见急症、危重病常用诊疗技术等方面,系统阐述了各科急危重症、部分疑难问题、常用的急救技术和药物。本书内容新颖,条理清楚,深入浅出,通俗易懂,按专业、系统分类编写,突出“急、危、重”的特点与处理方法。从抢救工作的实际和医生的实用出发,系统地阐述了病因和发病机制,诊断要点和处理原则。因此,本书适用于临床医生、医学院校师生和研究工作者,可以成为各科临床医生日常工作的案头参考书。

该书是编者结合多年临床经验并参阅了大量的文献资料集体编写而成,由于时间仓促,水平有限,错误和缺点在所难免,恳请广大读者提出宝贵的意见,以便在再版时更正。

编者

2006年3月

目 录

第一章 常见急危重症	1
第一节 呼吸衰竭	1
第二节 心脏骤停及心肺脑复苏	6
第三节 多脏器功能不全综合征	13
第四节 感染性休克	16
第五节 过敏性休克	18
第六节 创伤性休克	20
第七节 高热	21
第八节 昏迷	23
第二章 急性感染性疾病	27
第一节 非典型肺炎	27
第二节 人禽流行性感胃	29
第三节 麻疹	31
第四节 肾综合征出血热	32
第五节 病毒性散发性脑炎	35
第六节 流行性乙型脑炎	37
第七节 伤寒与副伤寒	39
第八节 艾滋病	42
第三章 心血管内科常见急症	46
第一节 充血性心力衰竭	46
第二节 难治性心力衰竭	48
第三节 心绞痛	50
第四节 急性心肌梗塞	52
第五节 急性心包炎	64
第六节 病毒性心肌炎	65

第七节	阿斯氏综合征	66
第八节	心肌病	67
第九节	风心病	70
第十节	肺心病	77
第四章	呼吸内科常见急症	79
第一节	支气管哮喘	79
第二节	成人呼吸窘迫综合征	81
第三节	自发性气胸	82
第四节	支气管扩张	84
第五节	肺栓塞	85
第六节	大咯血	91
第五章	消化内科常见急症	99
第一节	急性胃炎	99
第二节	胃与十二指肠球部溃疡	100
第三节	急性胰腺炎	104
第四节	上消化道出血	105
第五节	下消化道出血	107
第六章	泌尿内科常见急症	110
第一节	急性肾小球肾炎	110
第二节	急性肾盂肾炎	112
第三节	肾病综合征	113
第四节	急性肾功能衰竭	115
第七章	血液内科常见急症	118
第一节	溶血性贫血	118
第二节	再生障碍性贫血	119

第三节	急性白血病	120
第四节	急性白细胞减少症	122
第五节	多发性骨髓瘤	124
第六节	弥散性血管内凝血	125
第八章	神经内科常见急症	129
第一节	脑梗塞	129
第二节	髓出血	130
第三节	蛛网膜下腔出血	132
第四节	急性格林巴氏综合征	133
第五节	癫痫持续状态	134
第六节	晕厥	135
第九章	代谢及内分泌常见急症	138
第一节	糖尿病	138
第二节	甲状腺机能亢进症	141
第三节	痛风	143
第十章	水、电解质与酸碱平衡失调	146
第一节	等渗性膜水	146
第二节	低渗性膜水	147
第三节	高渗性脱水	148
第四节	水过多	150
第五节	低钾血症	151
第六节	高钾血症	153
第七节	低钙血症	155
第八节	高钙血症	157
第九节	代谢性酸中毒	159
第十节	代谢性碱中毒	161

第十一节	呼吸性酸中毒	163
第十二节	呼吸性碱中毒	164
第十一章	急性中毒	165
第一节	急性中毒的处理原则	165
第二节	细菌性食物中毒	168
第三节	化学性食物中毒	173
第四节	急性农药中毒	175
第五节	药物中毒	186
第十二章	外科系统常见急症	197
第一节	急性淋巴管炎	197
第二节	急性甲状腺炎	198
第三节	急性乳腺炎	198
第四节	脓胸	199
第五节	急性阑尾炎	201
第六节	急性肠梗阻	202
第七节	胆囊炎及胆石症	205
第八节	胃及十二指肠溃疡穿孔	207
第九节	腹外疝	210
第十节	细菌性肝脓肿	212
第十一节	急性肝脏损伤	214
第十二节	急性脾脏损伤	215
第十三节	泌尿系结石	216
第十三章	骨伤科常见急症	220
第一节	锁骨骨折	220
第二节	肱骨干骨折	221
第三节	肱骨外科颈骨折	222

第四节	桡骨头骨折	223
第五节	尺骨鹰嘴骨折	225
第六节	股骨颈骨折	226
第七节	股骨粗隆骨折	227
第八节	股骨干骨折	228
第九节	胫腓骨干骨折	230
第十节	脊柱骨折及脱位	231
第十四章	妇产科常见急症	233
第一节	妊娠剧吐	233
第二节	流产	233
第三节	异位妊娠	235
第四节	妊娠高血压综合征	236
第五节	产后出血	238
第六节	产褥感染	239
第七节	功能性失调性子宫出血	239
第十五章	儿科常见急症	241
第一节	早产儿	241
第二节	新生儿黄疸	242
第三节	新生儿肺炎	245
第四节	新生儿硬肿症	247
第五节	新生儿窒息	245
第六节	新生儿颅内出血	249
第七节	婴幼儿腹泻	251
第八节	新生儿高热	253
第十六章	五官科常见急症	256
第一节	睑腺炎	256

第二节	急性卡他性结膜炎	257
第三节	流行性出血性结膜炎	258
第四节	细菌性角膜炎	258
第五节	病毒性角膜炎	260
第六节	交感性眼炎	261
第七节	急性充血型青光眼	262
第八节	眼眶急性炎症	264
第九节	眼球穿通伤和眼内异物	265
第十节	化学性眼损伤	266
第十一节	耳外伤	267
第十二节	急性化脓性中耳炎	269
第十三节	鼻外伤	270
第十四节	急性鼻窦炎	271
第十五节	急性鼻出血	272
第十六节	急性扁桃体炎	273
第十七节	急性喉炎	274
第十八节	支气管异物	275
第十九节	急性牙髓炎	276
第二十节	急性冠周炎	277
第二十一节	急性根尖周围炎	278
第二十二节	复发性口腔溃疡	279
第二十三节	坏死性龈口炎	280
第十七章	麻醉常见急症	282
第一节	气管及支气管插管困难气道的识别与处理	282
第二节	吸入麻醉期间的观察与管理	285
第三节	静脉全身麻醉的特点及常见并发症	288
第四节	肌松药的不良反应及拮抗菌的选择	292
第五节	蛛网膜下隙阻滞管理及并发症	294

第六节	硬膜外阻滞术中的管理及并发症	297
第七节	静脉复合麻醉维持及注意事项	304
第八节	全身麻醉期间严重并发症的防治	305
第十八章	危重病常用诊疗技术	328
第一节	皮内注射术	328
第二节	皮下注射术	330
第三节	肌肉注射术	331
第四节	静脉穿刺及静脉输液	332
第五节	股动脉穿刺术	336
第六节	静脉切开术	337
第七节	中心静脉压测定法	339
第八节	洗胃术	339
第九节	鼻饲术	341
第十节	气管切开术	343
第十一节	导尿术	345
第十二节	灌肠术	346
第十三节	胸腔穿刺术	348
第十四节	心包穿刺术	349
第十五节	腹腔穿刺术	352
第十六节	骨髓穿刺术	353
第十七节	腹椎穿刺术	354
第十八节	颈动脉造影	355
第十九节	椎动脉造影	356
第二十节	膀胱穿刺术	357
第二十一节	阴道后穹穿刺	358
第二十二节	关节腔穿刺术	359

第一章 常见急危重症

第一节 呼吸衰竭

呼吸衰竭是各种原因引起的肺通气和（或）换气功能严重障碍。以致在静息状态下亦不能维持足够的气体交换，导致缺氧伴（或不伴）二氧化碳潴留，从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

[病因]

1. 呼吸道病变 喉水肿、支气管痉挛、呼吸道分泌物或异物阻塞，引起通气不足和气体分布不均，导致通气/血流比例失调。

2. 肺组织病变 肺炎、重度肺结核、肺气肿、弥漫性肺纤维化、矽肺、肺水肿、肺不张等。引起肺容量、通气量、有效弥散面积减少，通气与血流比例失调，肺内右至左分流增加，发生缺氧。

3. 肺血管病变 肺栓塞、脂肪栓塞、肺血管炎、肺毛细血管病、多发性微血栓形成，使肺换气功能损害，导致缺氧。

4. 胸廓病变 胸廓外伤、畸形、手术创伤、大量气胸或胸腔积液等，影响胸廓活动和肺扩张，导致进气减少及吸入气体分布不均，影响换气功能。

5. 神经肌肉疾病 脑血管病变、脑炎、脑外伤、电击、药物中毒等直接或间接抑制呼吸中枢；脊髓灰质炎、多发性神经炎以及重症肌无力等导致呼吸肌肉无力和疲劳等都可导致通气不足。

[诊断]

1. 呼吸困难 表现在频率和节律方面的改变 慢阻肺开始时

表现为呼吸费力伴呼气延长，严重时发展为浅快呼吸，辅助呼吸肌活动加强，呈点头或提肩呼吸。并发二氧化碳麻醉时，则出现浅慢呼吸或潮式呼吸。中枢性呼吸衰竭呈潮式、间歇或抽泣样呼吸，中枢神经药物中毒表现为呼吸匀缓、昏睡。

2. 紫绀 是缺氧的典型症状。当动脉血氧饱和度低于 85% 时，可在血流量较大的口唇、指甲出现紫绀；紫绀的程度与还原血红蛋白含量相关，所以红细胞增多者紫绀更明显，贫血者则不明显或不出现。

3. 精神神经症状 急性呼吸衰竭的精神症状较慢性为明显，急性严重缺氧可立即出现精神错乱，烦躁、昏迷、抽搐等症状；慢性缺氧多有智力或定向功能障碍。

4. 血液循环系统症状 长期缺氧、肺动脉高压，可发生右心衰竭，出现颈及皮肤浅表静脉充盈，肝、脾肿大及下肢水肿等。二氧化碳潴留使外周浅表静脉充盈，皮肤红润，温暖多汗，血压升高，心搏量增多致脉搏洪大有力；又因脑血管扩张，可产生搏动性头痛。

5. 实验室检查

(1) 严重呼吸衰竭对肝、肾功能都有影响，部分患者可出现丙氨酸氨基转移酶与血浆尿素氮升高；个别患者可出现尿蛋白，红细胞和管型。因胃肠道黏膜屏障功能损害，导致胃肠黏膜充血水肿，糜烂渗血或应激性溃疡，引起上消化道出血。

(2) 血气分析 $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ (60 mmHg)， $\text{PaCO}_2 > 6.7 \text{ kPa}$ (50 mmHg)。

[治疗措施]

1. 建立通畅的气道

在氧疗和改善通气之前应保持呼吸道通畅，如用多孔导管通过口腔、鼻腔、咽喉部，将分泌物及胃内返流物吸出。痰黏稠不易咳出，可用溴己新溶液雾化吸入，或用支气管解痉剂扩张支气管。

管，必要时给予糖皮质激素以缓解支气管痉挛，或用纤维支气管镜将痰吸出。吸痰时可同时深部痰培养以分离病原菌。如以上处理效果甚微，则作气管插管或气管切开，以建立人工气道。

2. 氧疗

(1)急性呼吸衰竭时的氧疗 原肺功能正常，因肺部或胸廓气道病变发生急性缺 O_2 ，或缺 O_2 伴 CO_2 潴留患者的氧疗。①单纯缺氧：急性肺炎实变，肺水肿或肺不张等所致的换气功能损害，可吸入较高浓度氧（35%~50%）或高浓度氧（>50%），以纠正低氧血症，减少通气过度。而严重急性呼吸窘迫综合征由于肺内右至左分流为主的换气功能障碍，若分流量>35%以上，吸氧浓度76%~100%，仍得不到纠正缺 O_2 时，则应给予呼气末正压机械通气、利尿等综合措施。胸廓、神经肌肉和气道等病变所致的急性肺泡通血气不足测应采用机械通气氧疗。

(2)慢性呼吸衰竭急性发作时氧疗 ①单纯缺 O_2 应给予高浓度吸氧（>35%），使 PaO_2 提高到 8.0kPa（60mmHg）时或 SaO_2 在 90%以上。②缺 O_2 伴 CO_2 潴留的氧疗。氧疗原则应低浓度（<35%）持续给氧。

(3)氧疗的方法 ①常用的氧疗法为双腔鼻管、鼻导管或鼻塞吸氧。②面罩供氧 Venturi，面罩是通过 Venturi 原理，利用氧流量产生负压，吸入空气以稀释氧，调节空气进量可控制吸入氧浓度在 25%~50% 范围内，面罩内氧浓度相对稳定，其缺点是进食、咳痰不便。③气管内给氧对一些需长期氧疗的患者，给予气管内供氧，可改善慢性低氧血症的氧合作用，降低吸气通气量，减少呼吸功能，且可提高运动耐受性，其用量仅为鼻导管的 1/4~1/2 的氧流量。缺点为痰黏稠易堵塞导管，需经常清洗。④配合机械通气，通过空气与氧混合装置控制吸氧浓度。

3. 增加通气量改善二氧化碳潴留

CO_2 潴留是由于通气不足引起的，只有增加通气量，才能有

效地排出 CO_2 ，现常采用呼吸兴奋剂和机械通气支持改善通气功能。

常用的呼吸兴奋剂尼可刹米能刺激呼吸中枢，增加通气量，并有一定的苏醒作用，常规用量为 $0.375\sim 0.75\text{g}$ 静脉缓慢推注，随即以 $3\sim 3.75\text{g}$ 加入 500ml 液体中，按 $25\sim 30/\text{min}$ 滴静滴，密切观察患者神志，睫毛反应以及呼吸频率，幅度和节律，随访动脉血气，以便调节剂量，如出现皮肤瘙痒、烦躁不良反应，须减慢滴速，若经 $4\sim 12\text{h}$ 未见效，或出现肌肉抽搐严重不良反应等应停用，必要时进行机械通气支持。

4. 机械通气

严重呼吸衰竭患者如合并下列情况时，宜尽早建立人工气道，进行机械通气。

(1)意识障碍，呼吸不规则。

(2)气道分泌物多且有排痰障碍。

(3)有较大的呕吐反吸的可能性。

(4)全身状态较差，疲乏明显者。

(5)严重低氧血症和(或) CO_2 潴留，达危及生命的程度， $\text{PaO}_2 \leq 6.0\text{kPa}(45\text{mmHg})$ ， $\text{PaO}_2 \geq 9.3\text{kPa}(70\text{mmHg})$ 。

(6)合并多脏器功能损害者。

机械通气的目的：①维持合适的通气量。②改善肺的氧合功能。③减轻呼吸功能。④维护心血管功能稳定。

5. 纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱

(1)呼吸性酸中毒 呼吸性酸中毒的治疗主要是改善肺泡通气量，一般不宜补碱。

(2)呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒 治疗应包括高通气量纠正二氧化碳潴留，补碱剂，以及治疗引起代谢性酸中毒的原因。

(3)呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒 治疗时应防止以上碱中毒的医源性因素和避免 CO_2 排出过快，并给予适当补 Cl^- 和补 K^+ ，

以缓解碱中毒,当 $\text{PH} > 7.45$, 而且 PaCO_2 不高 $\leq 8.0\text{kPa}$ (60mmHg) 时,可考虑使用碳酸酐酶抑制剂乙酰唑胺,促进肾排出时 HCO_3^- , 纠正代谢性碱中毒,亦可考虑补精氨酸盐。

(4)呼吸性碱中毒 治疗应吸入高浓度氧,增加死腔量的同时作呼气末正压通气,以减少二氧化碳排出过多。

(5)呼吸性碱中毒合并代谢性碱中毒 慢性呼吸衰竭患者应用机械通气,在短时间内排出过多二氧化碳,且低于正常值,又因肾脏代偿,机体碳酸氢盐绝对量增加,产生呼吸性碱中毒合并代谢性碱中毒。

6. 抗感染治疗

呼吸道感染是呼吸衰竭最常见的诱因,在建立人工气道机械通气和免疫功能低下的患者可反复发生感染,且不易控制。所以呼吸衰竭患者一定要在保持呼吸道痰液引流通畅的条件下,根据痰菌培养和药物敏感试验的结果,选择有效的药物控制呼吸道感染。在经验治疗中,常需要使用广谱高效的抗菌药物,如第三代头孢菌素、喹诺酮类、哌拉西林等。

7. 并发症的防治

呼吸衰竭可合并心功能不全、消化道出血、休克和多脏器功能衰竭等,应积极防治。

8. 营养支持

呼吸衰竭患者由于呼吸功增加,发热等因素,导致能量消耗上升,机体处于负代谢,时间长,会降低机体免疫功能,感染不易控制,呼吸肌易疲劳及至衰竭,以致抢救病程延长。所以抢救时,常规给患者鼻饲高蛋白、高脂肪和低碳水化合物,以及各种维生素和微量元素的饮食,必要时给予脂肪乳化剂静脉滴注。