

主编◎徐建华 张文菊

内科急症

The Medicine acute disease learn

吉林科学技术出版社

内 科 急 症

徐建华 张文菊 主编

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科急症/徐建华,张文菊主编.—长春:吉林科学技术出版社,2006.8

ISBN 7-5384-3227-2

I.内... II.①徐... ②张... III.内科—急性病—诊疗 IV.R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 103967 号

内科急症

徐建华 张文菊 主编

责任编辑:司荣科

封面设计:创意广告

*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春市东文印刷厂印刷

*

850×1168 毫米 32 开 12 印张 332 100 字

2006 年 9 月第 1 版 2006 年 9 月第 1 次印刷

定价:30.00 元

ISBN 7-5384-3227-2/R·1025

版权所有 翻印必究

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

电话 0431-5635176

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

网址 www.jlstp.com 实名 吉林科技出版社

主 编 徐建华 张文菊 李玉衢 苗俊东 高士华
副主编 王海明 李 强 王 梅 袁永红 葛 琳
许玉涛 刘学芝 张 璇 张素兰 邵长征
孙 婷 田 伟 王 灵 杨翠青 姜存国
潘秋菊

编 委 (按姓氏笔画为序)

王广东 王心广 王兆杰 邓洪伟 文艳敏
李玉衢 李 辉 杨 松 杨官征 苗俊东
张文菊 张洪民 张 诺 张晓芬 张 健
张雅冰 段 敏 徐建华 徐 洁 徐勤成
高士华 高淑红 高 慧 夏增苗 程文静
瞿秋玲

序

急诊医学是一门新兴的医学学科。急诊医学的状况是反映一个国家或地区医学科学水平的重要标志。而内科急诊是急诊医学中最重要的组成部分，对于危重病人能否及时做出诊断和治疗；能否实施因人因病的护理措施，直接关系到病人的安危。由于我国急诊医学起步较晚，有关急诊医学和着重论述内科各系统急性病症、慢性病急性发作、急性症状诊治以及护理的有关书籍较少，远远不能满足广大医护人员的需要。为此，本书从临床实际出发，着重论述了内科急症的诊治方法和具体的护理措施，以适应广大医护人员的需要。

本书从新颖、实用、实效的角度，汇集了前人在急诊诊治领域的研究成果，并将自己的临床实践及研究成果融汇其中。详细介绍了内科各种急症的病因、发病机制、临床症状、诊断、鉴别诊断、治疗及护理等。同时，在有关章节对内科急症的最新诊断技术和治疗进展均进行了详细的论述，适合于内科各级医、护人员阅读。

本书的编写得到了济宁市第一人民医院焦华院长及孙晓斐教授的指导，深表感谢。

由于编者水平有限，敬请广大读者对书中的不足及错谬给予批评指正。

编 者

2006年6月

目 录

第一章	急救医学概论	1
第二章	呼吸系统	5
第一节	急性气管 - 支气管炎	5
第二节	急性上呼吸道感染	7
第三节	肺炎	10
第四节	哮喘	23
第五节	自发性气胸	32
第六节	急性肺水肿	43
第七节	肺栓塞	49
第八节	呼吸衰竭	56
第九节	急性呼吸窘迫综合征	65
第三章	循环系统	77
第一节	急性左心衰	77
第二节	心源性休克	81
第三节	急性冠脉综合征	88
第四节	高血压危象	100
第五节	主动脉夹层	106
第六节	阵发性室上性心动过速	114
第七节	房室传导阻滞	116
第八节	阵发性室性心动过速	119
第九节	心室扑动与颤动	121
第十节	心律失常护理	126
第十一节	感染性心内膜炎	132
第四章	消化系统	140

第一节	上消化道出血	140
第二节	下消化道出血	151
第三节	急性胃扩张	156
第四节	胃、十二指肠溃疡急性穿孔	160
第五节	急性出血坏死性肠炎	164
第六节	急性胰腺炎	170
第七节	急性梗阻性化脓性胆管炎	180
第八节	急性胆囊炎	186
第九节	急性肝功能衰竭	191
第五章	泌尿系统	198
第一节	急性泌尿系感染	198
第二节	非创伤性血尿	205
第三节	急性尿潴留	208
第四节	急性间质性肾炎	210
第五节	急性肾小球肾炎	213
第六节	急性肾盂肾炎	221
第七节	急性肾功能衰竭	226
第六章	内分泌	244
第一节	糖尿病酮症酸中毒	244
第二节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷	247
第三节	低血糖危象	252
第四节	乳酸酸中毒	256
第五节	垂体卒中	259
第六节	垂体危象	263
第七节	肾上腺危象	268
第八节	甲状腺功能减退危象	272
第七章	血液系统	276
第一节	急性溶血	276
第二节	急性白血病	282
第三节	急性粒细胞缺乏症	296

第四节	过敏性紫癜	301
第五节	特发性血小板减少性紫癜	306
第六节	血友病	313
第八章	神经系统疾病	321
第一节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	321
第二节	急性脊髓炎	324
第三节	短暂性脑缺血发作	328
第四节	脑血栓形成	331
第五节	脑栓塞	336
第六节	脑出血	339
第七节	蛛网膜下腔出血	342
第八节	癫痫	345
第九节	流行性乙型脑炎	353
第十节	病毒性脑膜炎	359
第十一节	视神经脊髓炎	362
第十二节	急性播散性脑脊髓炎	366

第一章 急救医学概论

人类进入现代工业化的时代，随着医学科学的发展及社会对急救医学的需要，急救医学已成为一门独立的新兴综合性临床学科，1979年被国际公认为独立的医学专科，得到迅速发展，受到人们高度重视和关注，并成为政府行为，有的地方已立法。能快捷、高效地救治各类危重急症病人，反映了一个国家、一个地区、一所医院的管理水平和医学技术力量与质量。它的重要性越来越受到人们的重视，它的日益发展及迅速壮大，已经显示了它的生命力和发展前景。

一、急救医学现状

在了解急救医学现状时，首先有必要将急诊医学、急救医学与急症的定义及相互关系加以理解，认识与统一，有利于学科的发展。“急救”的含义表示抢救生命、改善病况和预防并发症时采取的紧急医疗救护措施。而“急诊”则是紧急地或急速地为急性病人或伤病员诊查、察看和诊断他的病与伤及应急的处理。从英语角度看急救为 first-aid，急诊为 emergency call。而两者均可称为 emergency treatment。从广义来看，急诊医学作为一个新的专用名词，它包含了更多的内容，特别是目前国际已广泛推行组织“急诊医疗体系”（emergency medical service system），它把院前急救、医院急诊科急救和各监护（强化）监护室（intensive care unit, ICU）等3个部门有机联系起来，为了一个目的，让危重急症得到快捷而最有效的救治，提高抢救成功率和危重病人生存的质量，降低病死率和致残率。因此急诊医学包括了急救医学等几种专业。

急救医学的对象是危重急症，为此目前受到世界各国的普遍关注，在许多经济发达国家更为重视发展急救医学。据美国统计，在第一次、第二次世界大战中伤死率分别高达8.8%和4.5%，朝鲜战争2.5%，由于重视急救医学研究，发展了急救器材和运输工具，训练了一支快速反应、技术优良的急救队伍，使得越南战争中（1965~1971

年) 伤死率下降至 2% 以下。1972 年正式承认急救医学是医学领域中一门新学科, 1973 年出版了专门的急救医学杂志《急救医学月刊》(Annals of Emergency Medicine)。日本的急救中心还通过电子计算机, 无线电通讯与警察署、消防署, 二三级医疗机构, 中心血库等密切联系, 英国有 140 多个专门的急症机构, 全国统一呼救电话号码为 (999)。

20 世纪 50 年代中期, 我国大中城市开始建立急救站, 重点是院外急救, 国家卫生部于 1980 年颁布“加强城市急救工作”的文件; 1983 年又颁布了“城市医院急诊室(科)建立方案”, 明确提出城市综合性医院要成立急诊科; 1986 年 11 月通过了“中华人民共和国急救医疗法”(草案第二稿), 90 年代卫生部组织的等级医院评审中将急诊科列为重要评审指标。1987 年成立了中华急诊医学分会, 还有若干专业组如院前急救组、危重病急救组、小儿急救组、创伤灾害组、急性中毒急救组等。全国还成立了中国中西医结合急救医学会, 急诊急救医学期刊不断出现, 如《中国急救医学》、《中国危重病急救杂志》、《中国中西医结合急救杂志》、《急诊医学》。各医科院校相继设立了急诊医学临床课教学, 急救医学专业著作、手册不断问世。国内急救模式不断出现, 如上海、北京、广州、重庆各具有特色的急救模式, 为人民健康做出了积极的贡献。各大医院的急诊科、急救科均在由原来支援型向自主型转化。“120”已成为市民的生命之星。相信我国的急救医学必然在不太长的时间内赶上国际先进水平。但是, 目前我国的急救工作无论是管理水平、急救医疗服务体系, 还是急救人员的专业化(一专多能)素质都还较薄弱, 这些都有待我们去努力奋斗, 加强急救医疗服务管理, 积极探索抢救垂危生命的难点, 如: 心、肺、脑复苏, 多器官功能失常与衰竭的救治, 急性中毒救治和群体伤的救治组织指挥等。

急救医学的特点是“急”, 其实质是指病人发病急、需求急, 医务人员抢救处置急。目前尤其重视发病后 1 小时内急救, 即“生命黄金一小时”。急救医疗应包括院前急救、医院急诊科(室)和重症(强化)监护室(ICU)或冠心病监护室(CCU)3 部分组成。具体地

说，院前急救负责现场和途中救护；急诊科（室）和ICU及CCU负责院内救护。

二、急救的主要病种

1. 心跳、呼吸骤停 及时、正确和有效的现场心肺复苏，是复苏成功的关键。进一步生命支持和后续救治可提高复苏成功率，减少死亡率和致残率。

2. 休克 休克病人的早期诊断，尤其是休克病因的早期确定是纠正休克的关键，及时有效地纠正休克可降低死亡率。

3. 多发创伤 及时发现多发创伤的致命伤并进行有效的急救处理，就可防止发生休克、感染和严重的并发症。

4. 心血管急症 如急性心肌梗死、急性心律失常、急性心功能不全、高血压危象等，若能及时诊断和有效地处理，对病人预后的改善十分重要。

5. 呼吸系统急症 如哮喘持续状态、大咯血、成人呼吸窘迫症，气胸是急救中必须充分认识和正确处理的。

6. 神经系统急症 脑血管意外是急救中死亡率最高的危象急症，在急救的早期及时认识脑水肿并给予及时有效的处理是降低死亡率的关键之一。

7. 消化系统急症 消化道大出血、急性腹痛，尤其是出血坏死性胰腺炎和以腹痛为主诉的青年女性宫外孕破裂出血等，诊断要及时。

8. 内分泌急症 如糖尿病酮性酸中毒、各种危象等，要及时救治，尤其是糖尿病病人的低血糖须警惕。

昏迷是一个需多科参加鉴别诊断的危象急症，要重视急性中毒、脑血管急症所致的昏迷的快速诊断与救治。

三、急救处理原则

急救医学是一门综合性学科，处处存在灵活性，需要急诊医师在病情危急、环境又差的条件下进行处理，应根据实际病情做出去伪存

真的分析，施行最有效的急救处理，其原则如下。

1. 首先判断病人是否有危及生命的情况 急救学，它强调预测和识别危及生命的情况，不重于确定诊断，而重于注意其潜在的病理生理改变，以及疾病动态发展的后果，考虑如何预防“不良后果”的发生及对策。

2. 立即稳定危及生命的情况 对危及生命的情况，必须立即进行直接干预和处理，以便病情稳定，对预期可能会演变为危及生命的情况也必须干预。急救学十分重视严密监测危重病的病情变化，并随时采取有效的急救处理。

3. 优先处理病人当前最为严重的急救问题 急救强调时效观念，更强调首先处理危及生命最为严重的情況。

4. 去伪存真、全面分析 急救时急诊医师应从危重病病人的主诉、阳性及阴性体征及辅助检查结果中，找出产生危重病症的主要矛盾，但切记不应为假的现象和检查的误差所迷惑，头脑应清醒，要进行全面分析。

5. 选择辅助检查要有针对性和时限性。

6. 对病情的估计要实事求是，向病人或家属交待病情应留有余地。

7. 急救工作应与其他科室医师充分合作 急救中加强科与科、医师与医师之间的合作，有关问题进行必要的紧急会诊，有利于解决急救中疑难问题。

8. 重视急救中的医疗护理文书工作 急救的医疗、护理文书具有法律效力，因此记录时间要准确，内容要实事求是。

9. 急救工作中加强请示报告 急救工作涉及面广，政策性强，社会舆论对此比较敏感，加强急救工作请示报告可避免失误和有利于急救管理。

第二章 呼 吸 系 统

第一节 急性气管 - 支气管炎

急性气管 - 支气管炎 (acute tracheobronchitis) 是由感染、物理化学刺激或过敏引起的气管 - 支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变之时诱发。

病因与发病机制

引起急性上呼吸道炎症的病毒或细菌可蔓延引起本病。常见的致病细菌为肺炎球菌、流感嗜血杆菌、链球菌和葡萄球菌，常在病毒感染的基础上继发细菌感染。物理与化学性刺激如过冷空气、粉尘、某些刺激性气体等，均易引起本病。对细菌、蛋白质或冷空气过敏也可发病。寄生虫如钩虫、蛔虫等幼虫在肺脏移行时，也可以引起支气管炎。儿童有反复急性气管 - 支气管炎发作者，应排除少见疾病如囊性纤维化肺病或低免疫球蛋白血症的可能性。

诊断

(一) 临床表现特点 起病较急，常先有急性上呼吸道感染症状，如鼻塞、喷嚏、咽痛、声嘶等。全身症状轻微，仅有轻度畏寒、发热、头痛及全身酸痛等。咳嗽开始不重，呈刺激性，痰少。1~2天后咳嗽加剧，痰由黏液转为黏液脓性。轻症的病例常在晨起、晚睡体位改变，吸入冷空气或体力活动后，有阵发性咳嗽；有时甚至终日咳嗽。当伴发支气管痉挛，可出现程度不等的气促，伴胸骨后发紧感。体检两肺呼吸音增粗，散在干、湿性啰音。啰音的部位常不恒定，咳痰后可减少或消失。急性气管 - 支气管炎一般呈自限性，发热和全身不适可在3~5天消退，咳嗽有时延长数周方愈。如迁延不愈，日久可演变为慢性支气管炎。

(二) 辅助检查 血白细胞计数多无明显改变。继发感染较重时，

白细胞升高。痰涂片或培养可发现致病菌。X线胸片检查多数正常或肺纹理增粗。

(三) 鉴别诊断 本病主要应与下列疾病相鉴别：

1. 流行性感冒 全身症状较显著，发热、头痛和周身酸痛较为明显；白细胞数多减少。正确的鉴别，依据流行季节病毒分离和血清学检查等。

2. 急性上呼吸道感染 鼻咽部症状较明显，一般无咳嗽、咳痰，肺部无异常体征。

3. 支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性支气管炎的症状，应详细检查，以资鉴别。

治疗

1. 对症治疗 有全身症状时应适当休息，注意保暖，多饮水。刺激性咳嗽宜用蒸气吸入，或用生理盐水超声雾化吸入；如过分剧烈咳嗽，可应用喷托维林（咳必清）25mg、咳美芬 10mg 或可待因 15 ~ 30mg，每天 3 次口服。痰稠不易咳出时，可服用氯化铵 0.3 ~ 0.6g，或溴己新（必嗽平）8 ~ 16mg，每天 3 ~ 4 次。出现哮喘音时，可服用氨茶碱 0.1g，特布他林（博利康尼）2.5mg，或沙丁胺醇（舒喘灵）2.4mg，每天 3 次。高热可用复方阿司匹林等。

2. 抗菌药物治疗 根据感染严重程度，可选用适当抗菌药物口服或注射治疗。可参阅肺炎一章。

护理

1. 休息与保暖 患者应减少活动，增加休息时间，卧床时头胸部稍提高，使呼吸通畅。室内空气新鲜，保持适宜的温湿度，避免对流风。

2. 保证充足的水分及营养 鼓励患者多饮水，必要时由静脉补充。给予易消化营养丰富的饮食，发热期间进食流质或半流质为宜。

3. 保持口腔清洁 由于患者发热、咳嗽、痰多且黏稠，咳嗽剧烈时可引起呕吐，故要保持口腔卫生，以增加舒适感，增进食欲，促进毒素的排泄。

4. 发热护理 高热时要采取物理降温或药物降温措施。

5. 观察呼吸道分泌物的性质及能否有效地咳出痰液, 指导并鼓励患者有效咳嗽; 若痰液黏稠可适当提高病室湿度, 室内湿度宜维持在 60% 左右, 以湿化空气, 稀释分泌物, 也可采用超声雾化吸入或蒸气吸入; 对于咳嗽无力的患者, 宜经常更换体位, 拍背, 使呼吸道分泌物易于排出, 促进炎症消散; 如果分泌物多, 影响呼吸时, 要用吸引器, 及时清除痰液, 保持呼吸道通畅, 有咳喘症状者可给予氧气吸入。

6. 健康教育 加强营养, 适当开展户外活动, 进行体格锻炼, 增强机体对气温变化的适应能力。根据气温变化增减衣服, 避免受凉或过热。在呼吸道疾病流行期间, 不要让患者到公共场所, 以免交叉感染。积极预防营养不良、佝偻病、贫血和各种传染病, 增强机体的免疫能力。

第二节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的概称, 是最常见的一种传染性疾病。大多数由病毒引起, 少数为细菌所致。其发病不分年龄、性别、职业和地区。全年皆可发病, 冬春季较多。可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播, 多数为散发性, 但常在气候突变时流行。

病因与发病机制

急性上呼吸道感染有 70% ~ 80% 由病毒引起。可有鼻病毒、副流感病毒、埃可病毒 (ECHO28)、柯萨奇病毒 (Coxsackie A21)、呼吸道合胞病毒、腺病毒, 流感病毒甲、乙、丙型等。细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后, 以溶血性链球菌为最常见, 次为肺炎球菌、葡萄球菌、流感嗜血杆菌, 偶或为革兰氏阴性细菌。其感染主要表现为咽炎或扁桃体炎。上述的病原体 (病毒和细菌) 在人体受凉、淋雨、过度疲劳等诱因, 使全身或呼吸道局部防御功能降低时, 则原已存在于上呼吸道的或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖, 引起本病。尤其是老幼体弱, 或患有慢性呼吸道疾患的人, 如鼻旁窦炎、扁

桃体炎者，更易诱发。

诊断

(一) 临床表现特点 根据病因不同，临床表现可有不同的类型：

1. 普通感冒(common cold) 俗称“伤风”，又称急性鼻炎或上呼吸道卡他，以鼻咽部炎症为主要表现。在成人大多数为鼻病毒引起。起病较急，初期有咽干、咽痒或灼热感，发病同时或数小时后，可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕，2~3天后变稠。可伴咽痛。有时由于耳咽管炎使听力减退，也可出现流泪、味觉减退、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状，或仅有低热、不适、轻度畏寒、头痛。检查可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物，咽部轻度充血。如无并发症，一般经5~7天痊愈。

2. 病毒性咽炎、喉炎和支气管炎 ①急性病毒性咽炎多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠道病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒和灼热感，疼痛不持久，也不突出。当吞咽疼痛时，常提示有链球菌感染。咳嗽少见。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。体检咽部明显充血和水肿，颌下淋巴结肿大且触痛。腺病毒咽炎可伴有眼结合膜炎。②急性病毒性喉炎多由鼻病毒、流感病毒甲型、副流感病毒及腺病毒等引起。临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛，常有发热，可有咽炎或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血，局部淋巴结轻度肿大和触痛，可闻及喘息声。③急性病毒性支气管炎多由呼吸道合胞病毒、流感病毒等引起。临床表现为咳嗽有或无痰，痰为黏液性或白色水样，伴有发热和乏力。其他症状常有声嘶、非胸膜性胸骨下疼痛。可闻及干性和湿性啰音。

3. 疱疹性咽峡炎 常由柯萨病毒A引起，表现为明显咽痛、发热，病程约1周。检查可见咽充血，软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡，周围有红晕，以后形成疱疹。多于夏季发作，多见于儿童，偶见于成人。

4. 咽结膜热 主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热、咽痛、畏光、流泪，咽及结合膜明显充血。病程4~6天，常发生于夏季，游泳中传播。儿童多见。

5. 细菌性咽 - 扁桃体炎 多由溶血性链球菌, 次为肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急, 明显咽痛, 畏寒、发热, 体温可达 39°C 以上。检查可见咽部明显充血, 扁桃体肿大、充血, 表面有黄色点状渗出物, 颌下淋巴结肿大、压痛, 肺部无异常体征。

(二) 实验室检查

1. 血象 病毒性感染时, 白细胞计数正常或偏低, 淋巴细胞比例升高; 细菌感染时, 白细胞计数常增多, 有中性粒细胞增多和核左移现象。

2. 病原学检查 进行细菌培养或病毒分离, 或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血凝抑制试验等, 可确定病因诊断。

(三) 鉴别诊断

1. 过敏性鼻炎 临床上很像“伤风”, 所不同者起病急骤、鼻腔发痒、喷嚏频繁、鼻涕呈清水样, 每天晨间发作, 经过仅数分钟至 1~2 小时痊愈。检查: 鼻黏膜苍白、水肿, 鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

2. 流行性感 常有明显的流行, 起病急, 全身症状较重, 高热、全身酸痛、眼结膜炎明显, 但鼻咽部症状较轻。病毒分离或血清学诊断可借鉴别。

3. 急性传染病前驱期症状 如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等在患病初期常有上呼吸道症状, 在这些病的流行季节或流行区应密切观察, 并进行必要的实验室检查, 以资鉴别。

治疗

1. 对症治疗 病情较重或年老体弱者应卧床休息, 忌烟、多饮水, 室内保持空气流通。如有发热、头痛, 可选用复方阿司匹林、吲哚美辛(消炎痛)、去痛片、帕尔克等药; 咽痛可用各种喉片如溶菌酶片、健民咽喉片, 或中药六神丸等口服; 声音嘶哑, 可用超声雾化治疗; 鼻塞、流涕可用 1% 麻黄碱滴鼻。

2. 抗菌药物治疗 如有细菌感染, 可选用适当抗菌药物, 如磺胺药、青霉素、多西环素(强力霉素)、螺旋霉素、头孢菌素类和氟喹诺酮类药物等。病毒感染一般不需用抗菌药物。