

内科急危重症

诊 治

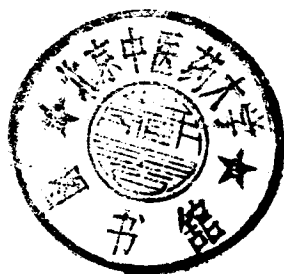
主编 李希圣 魏 玮



中国医药科技出版社

内科急危重症诊治

李希圣 主编
魏 玮



中国医药科技出版社

1227498

登记证号(京)075号

内科急危重症诊治

李希圣 魏玮 主编

*

中国医药科技出版社出版发行

(北京西直门外北礼士路甲38号)

(邮政编码100810)

山西晋财印刷厂印刷

新华书店经销

*

开本:850×1168 1/32 印张:14.5 字数:360千字

印数:1—3000

1994年7月第1版 1994年7月第1次印刷

ISBN 7-5067-0474-9

R·0412 定价:12.50

编 委 会

主编：李希圣 魏 玮

编委：(以姓氏笔划为序)

王 润

刘克淑

李桂风

张姣兰

贾汉章

冀桂香

王风芝

刘 霞

李 涛

杨小青

秦沛临

魏 玮

田永峰

宋安娜

陈晓珍

陈海丰

梁瑞敏

朱 娜

李希圣

张天生

柳 洁

窦海云

内容提要

对内科急危重症的诊治水平客观上反映了一位临床医务工作者的医疗技能。这种技能的高低直接影响着患者生命的安危。因此,努力普及和提高内科急危重症诊治的知识已是内科医务工作者的一项迫切任务。

本书正是为了适应对内科急危重症准确、及时的诊治而出版的。该书内容比较丰富、充实、全面,编著者结合自己工作实践中收集的较多资料和丰富的临床经验,并不断补充了一些最新的研究成果,对内科各系统的最常见疾病进行了系统的论述,特别是在治疗方面既有最新的现代医学疗法,又有传统的中医疗法,堪称精萃。

前 言

现代医学认为，临床急、危、重症乃各科繁多疾病之不同类型、不同阶段的特殊表现，其重要性在于该类病症除重、急之外，可随时危及生命，故如何能正确诊断、及时抢救治疗、最大限度地降低死亡率、提高抢救成功率，实属当今医学界一大难题。为此，我们邀集国内确有专长的内科医疗专家和部分中年医务工作者结合其多年丰富的临床经验，对内科常见的急危重症以诊断和治疗为重点编撰成书，全书以内容新颖、常见实用、简明扼要、重点突出为特色，并力求规范化和标准化。希冀此书能成为广大临床工作者以及医学院校学员进入临床实习的良师益友，以期大家对内科范围的急、危、重症有一个全面的认识，并能够提供准确诊断和合理抢救治疗的综合手段，将急、危、重症患者的死亡率降至最低限度。由于成书时间仓促，水平有限，书中缺点、错误在所难免，我们衷心欢迎广大读者能惠予赐告所有舛误，并不吝指教。

编 者

1994 年 1 月于太原

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 支气管哮喘.....	(1)
第二节 成人呼吸窘迫综合征.....	(8)
第三节 大咯血	(16)
第四节 肺性脑病	(23)
第五节 呼吸衰竭	(28)
第六节 肺动脉高压	(36)
第七节 肺栓塞	(41)
第八节 气胸	(45)
第二章 循环系统疾病	(50)
第一节 病态窦房结综合征	(50)
第二节 心包填塞	(58)
第三节 心脏猝死	(62)
第四节 心力衰竭	(69)
第五节 冠心病	(76)
心绞痛	(77)
心肌梗塞	(84)
第六节 心律失常	(95)
阵发性室上性心动过速	(95)
心房扑动.....	(100)
心房颤动.....	(105)

阵发性室性心动过速·····	(110)
第七节 感染性心内膜炎·····	(116)
第三章 消化系统疾病 ·····	(122)
第一节 上消化道出血·····	(122)
第二节 消化性溃疡·····	(129)
第三节 肝硬化·····	(138)
第四节 肝性脑病·····	(150)
第五节 急性胰腺炎·····	(156)
第六节 急性胆囊炎·····	(163)
第七节 溃疡性结肠炎·····	(166)
第八节 肠易激综合征·····	(173)
第四章 泌尿系统疾病 ·····	(180)
第一节 急进性肾炎·····	(180)
第二节 急性肾功能衰竭·····	(186)
第三节 慢性肾功能衰竭·····	(194)
第五章 血液系统疾病 ·····	(202)
第一节 再生障碍性贫血·····	(202)
第二节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症·····	(211)
第三节 急性白血病·····	(216)
第四节 恶性组织细胞病·····	(227)
第五节 骨髓增生异常综合征·····	(233)
第六节 原发性血小板减少性紫癜·····	(241)
第六章 内分泌系统及代谢疾病 ·····	(251)
第一节 甲状腺功能亢进症与甲亢危象·····	(251)

	甲状腺功能亢进症·····	(251)
	甲亢危象·····	(254)
第二节	垂体前叶功能减退症与垂体 前叶功能减退症危象·····	(260)
	垂体前叶功能减退症·····	(260)
	垂体前叶功能减退症危象·····	(264)
第三节	慢性肾上腺皮质功能减退症与肾上腺危象 ·····	(268)
第四节	原发性肾上腺皮质功能减退症·····	(268)
	肾上腺危象·····	(273)
	糖尿病急症·····	(276)
	糖尿病酮症酸中毒·····	(276)
	高渗非酮症性糖尿病昏迷·····	(280)
第五节	低血糖症·····	(283)
第六节	电解质紊乱急症·····	(288)
	高钙血症危象·····	(289)
	低钙血症危象·····	(291)
	低血钾症·····	(294)
第七节	内分泌性高血压·····	(297)
	原发性醛固酮增多症·····	(297)
	柯兴氏综合症·····	(298)
第七章	风湿性疾病·····	(301)
第一节	类风湿性关节炎·····	(301)
第二节	系统性红斑狼疮·····	(310)
第八章	神经系统疾病·····	(318)
第一节	高血压脑病·····	(318)

第二节	脑出血·····	(324)
第三节	蛛网膜下腔出血·····	(335)
第四节	脑梗塞·····	(342)
	脑血栓形成·····	(342)
	脑栓塞·····	(354)
第五节	格林—巴利综合征·····	(358)
第六节	周期性瘫痪·····	(365)
第七节	癫痫持续状态·····	(368)
第九章	传染病·····	(378)
第一节	伤寒·····	(378)
第二节	细菌性痢疾·····	(386)
第三节	病毒性肝炎·····	(391)
第四节	猩红热·····	(398)
第五节	流行性脑脊髓膜炎·····	(404)
第六节	流行性乙型脑炎·····	(409)
第七节	流行性出血热·····	(416)
第八节	结核性脑膜炎·····	(423)
第十章	理化因素所致疾病·····	(428)
第一节	有机磷农药中毒·····	(428)
第二节	急性一氧化碳中毒·····	(432)
第三节	催眠药安定药中毒·····	(436)
第四节	毒蛇咬伤中毒·····	(438)
第五节	中暑·····	(444)
第六节	急性酒精中毒·····	(448)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 支气管哮喘

支气管哮喘是支气管树的超反应性,经过敏和非过敏刺激,引起的支气管痉挛、粘膜水肿、分泌物增加的以支气管发生的气流阻塞为特点的病。有发作性呼吸困难,常伴有哮鸣音,可以持续数小时、数天。有10%的人会在一生中某个时期患哮喘,男性比女性多,女性比男性重,轻的人偶有发作,重的人反复发作,并出现严重的生理功能障碍。同一种病病情有明显不同,一个表面稳定的病人可以迅速发生有威胁生命的哮喘。

〔病因和发病机理〕

一、病因

很多原因可以促使哮喘发作,包括变态反应、感染、情绪紧张、环境因素、职业接触及药物。个别的变态反应性哮喘具有特异性体质,有皮疹、鼻粘膜肿胀、血和痰中嗜酸粒细胞增多,环境因素包括花粉、粉尘和饲养家畜,感染包括细菌和病毒,运动是一种奇特的诱因。

二、发病机理

(一)哮喘的病理生理基础是气道的高反应性。由于支气管粘膜上皮受损、粘膜水肿、交感副交感神经平衡失调及呼吸道感染,过敏反应及某些化学物质刺激产生气道高反应性,引起支气管痉挛,哮喘发作。

(二) 遗传：常有家族过敏史，具有特异体质，多发生过敏性鼻炎、湿疹、荨麻疹。遗传影响免疫基因控制，对特定抗原产生相应 IgE，通过肥大细胞和嗜碱细胞释放介质引起哮喘。

(三) 过敏：参与哮喘发作的主要是 IgE 所介导的 I 型变态反应，属速发型。引起支气管平滑肌痉挛、粘膜水肿，分泌物增多的介质包括：慢反应物、5-羟色胺、前列腺素，嗜酸细胞趋化因子等。

(四) 神经调节：肺部通过迷走神经接受副交感或胆碱能神经的支配。这一系统受刺激通过平滑肌收缩，使气道变窄并分泌过量的粘液。

(五) 感染：细菌、病毒性上呼吸道感染可使气道反应性增高，霉菌感染可以引起哮喘。

(六) 运动性哮喘：常在剧烈运动后 5~10 分钟发作，因运动哮喘可被肥大细胞膜稳定剂防止或减轻，从而认为与介质释放有关系。

(七) 药物：药物引起的哮喘由于是对药物过敏或是由于药物的药理作用引起。例如阿斯匹林引起的哮喘称为阿斯匹林哮喘。

(八) 月经性哮喘：与月经期前列腺素 (PG) $F_{2\alpha}$ 合成增加有关，本病呈周期性发作，反复发作的呼吸困难与月经周期一致。

(九) 其他：精神神经因素可引起哮喘发作，职业原因接触的物质引起的哮喘称为职业性哮喘。

〔临床表现〕

呈反复发作的特点，病程长，发作周期与间歇期的规律不定；但到了慢性阶段，间歇期缩短，发作期延长。外源性哮喘与过敏原较多的季节有关，如对花粉过敏多发病于春夏交界时，对动物毛皮过敏多发于冬季。内源性哮喘多发生于冬季寒冷易患感冒时。发作前过劳、受刺激、情绪紧张、焦虑、感染、接触过敏原是其诱因，使哮喘突然发作，有鼻腔发痒、流青鼻涕、打喷嚏、胸闷

等前驱症状，其典型发作为呼气性呼吸困难，两肺满布哮鸣音，呼气延长，肺气肿症。

〔诊断和鉴别诊断〕

一、诊断

本病的诊断依据为：

- (一) 典型间歇发作哮喘病史，并排除其他心肺疾患。
- (二) 气道反应性测定阳性。
- (三) 气道阻塞、咳嗽、呼吸困难和喘鸣是主要症状。
- (四) 血与痰中的嗜酸粒细胞不断增加。迅速作出必要的体检和有关辅助检查，尽快找出病因及并发症。

二、鉴别诊断

并非所有胸部的哮鸣都是哮喘病，具有哮鸣音的疾病有以下几种：

(一) 心源性哮喘：中、老年急性左心衰易和感染哮喘相混，但是急性左心衰有大量粉红色泡沫痰，哮鸣音在肺底并伴有湿性罗音，且用洋地黄类制剂有效，这些可与支气管哮喘鉴别。

(二) 异物和支气管肿物引起的支气管不完全阻塞，可以在局部听到哮鸣音，但在侧卧位时哮喘更明显。

(三) 肺栓塞：发病时常有呼吸困难和哮鸣音，但本病有剧烈胸痛、血压下降、心电图异常、血乳酸脱氢酶升高，血清胆红素升高的特点。

(四) 热带嗜酸粒细胞增多症常伴有哮喘，但本病在肺内有浸润性病变，胸部x线阳性发现有助于鉴别，本病血中嗜酸粒细胞增高显著，可占白细胞的70%以上。

(五) 肠类癌症因血中释放组织胺或五羟色胺出现哮喘的症状，但同时有皮肤发红、荨麻疹、呕吐、腹泻和类癌其他症状，可以与支气管哮喘鉴别。

〔综合治疗〕

一、西医治疗

(一)茶碱类药物:十多年来实践证明是控制哮喘的有效药物。抑制磷酸二酯酶、使细胞内的 cAMP 增加发生支气管舒张作用,此外有一定兴奋呼吸中枢、增强膈肌收缩力、稳定肥大细胞和抗过敏作用。

本药作用与其浓度有关,浓度 $<5\mu\text{g/ml}$,不出现支气管扩张的效应, $>20\mu\text{g/ml}$ 出现毒副作用,以 $15\mu\text{g/ml}$ 最佳。因其90%在肝内代谢;故肝病患者 $<1\text{g/日}$,充血性心力衰竭、肝硬化患者 0.5g/日 。氨茶碱应缓慢静脉推注,一次不宜超过 250mg 。此药同 β_2 受体兴奋剂有协同作用,可联合使用。

(二) β_2 -受体兴奋剂:可以激活腺苷酸环化酶,使 ATP 变为 cAMP,增加细胞膜的稳定性,减少介质释放,舒张支气管平滑肌。异丙肾上腺素(喘息定)既兴奋 β_2 受体也兴奋 β_1 受体,因其有使心跳加快、心肌耗氧量增加及造成心律紊乱的副作用,故老年人不适用。现多选用 β_2 受体兴奋剂,既有疗效又副作用小,常选用以下药物:

1. 舒喘灵:一般常用气雾剂吸入给药或用舒喘灵 $0.1\sim 0.2\text{mg}$,加入生理盐水 2.5ml 面罩雾化吸入,无效时改为皮下或静脉注射。

2. 0.1% 肾上腺素溶液 $0.3\sim 0.5\text{ml}$ 皮下注射,必要时每隔 $20\sim 30$ 分钟重复1次,可连续使用 $2\sim 3$ 次。

3. 博利康尼:可选择性作用于支气管平滑肌 β_2 受体,扩张支气管,抑制内源性致痉物质的释放及内源性介质引起水肿;提高支气管粘膜廓清能力产生平喘作用。适用于各类哮喘。成人 2.5mg ,每日3次。

4. 喘康速为其系列产品,吸入给药起效迅速,作用强,作用持续6小时,每次 $1\sim 2$ 喷,每天 $3\sim 4$ 次,最大量每天不超过24喷。

5. 息克平：第三代选择性 β_2 肾上腺素能激动剂，对心脏副作用极微，扩张支气管平滑肌作用强而持久。适用于缓解支气管哮喘引起的呼吸困难。一般应注意：每次 0.5mg，每日 2~3 次口服，避免与肾上腺素、异丙肾合用以防心律失常发生，甲亢、高血压、心脏病、糖尿病孕妇慎用。

(三) 抗胆碱类药物：异丙托品气雾剂使细胞内的 cGMP 生成减少抑制分布于呼吸道平滑肌的激惹。适合于呼吸道易激惹和精神性哮喘。

(四) 色苷酸二钠：无直接舒张支气管平滑肌及对抗致喘介质的作用，而是抑制支气管粘膜肥大细胞的速发型过敏反应。在接触过敏原运动前 15~60 分钟吸入有防止哮喘发作的作用。对理化刺激引起的支气管哮喘和异丙托品联用有协同作用。

(五) 抗组织胺药：能够消除致敏的肺释放组织胺引起的支气管痉挛。酮替芬为 H_1 受体拮抗剂，用于多种原因引起的哮喘。作用有：①消除 β -受体兴奋剂耐药性，提高其敏感性。②抑制磷酸二酯酶，阻滞 Ca^{++} 向细胞内流和介质的释放。③对激素依赖的支气管哮喘能减少激素用量。常用剂量每次 1mg 每日 2~3 次。有困倦、镇静作用。对慢性或发作频繁的支气管哮喘和其他平喘药联用可收到良好效果。

(六) 钙通道阻滞剂：平滑肌收缩与介质释放需有钙离子内流参与，这是哮喘发作的基础。理论上， Ca^{++} 通道阻滞剂能阻断哮喘发作，但临床效果不显著，故依靠此药来控制哮喘是不够的，可用于哮喘合并高血压、心绞痛的患者，对一般哮喘可起辅助作用。

(七) 肾上腺皮质激素：作用：①抑制引起支气管平滑肌收缩的化学介质合成与释放。②增强儿茶酚胺反应。③增加 β_2 -受体数目、增强 cAMP 活性。④抑制胆碱能系统，抑制 cGMP 合成。⑤直接松弛支气管平滑肌。⑥增强纤毛功能，减少粘液形成。⑦抗炎作用：能阻止炎症发展和促使炎症消散。适应于：①哮喘急性

发作的持续状态。②经常反复发作不能用其他平喘药控制者。③哮喘反复发作需要手术或估计有肾上腺皮质功能不全者。④外源性哮喘每年有季节性发作而平喘和脱敏治疗无效者。强的松 10mg，每日 2~3 次，症状控制后隔日服药，逐渐减量，哮喘持续状态时用氢化考的松 400~600mg/日静脉点滴、疗程短，病情控制后及早减量、停药。

(八) 月经性哮喘：服用抑制排卵药物可预防发病。

二、中医治疗

支气管哮喘属于中医学“哮证”、“喘证”范畴。发作期：

1. 寒哮：呼吸急促，喉中哮鸣有声，胸膈满闷如塞，痰白而粘，面色晦滞带青，口不渴，或渴喜热饮，形寒怕冷，苔白滑，脉弦紧或浮紧。治法：温肺散寒，化痰平喘，方用：射干麻黄汤。

2. 热哮：呈气粗息涌，痰鸣如吼，胸高胁胀，咳呛阵作，痰稠黄胶粘，咳吐不利，烦闷不安，汗出，面赤，口苦，舌红苔黄腻，脉滑数。治法：清热宣肺，化痰定喘。方用定喘汤。

哮证反复频发，正气必虚，故在平时缓解期，应扶正治本，审察阴阳，分别脏器，采用利肺，健脾，益肾等法。

〔预防复发〕

1. 脱敏疗效：根据皮肤试验，特异性 IgE 测定和嗜碱细胞脱颗粒试验结果，用相应抗原物质浸出液作治疗，15 周为一疗程。

2. 色甘酸二钠：于好发季节前 2 周开始用药，每次吸入 20mg，每日 3~4 次，对外源性哮喘，对激素依赖性哮喘要减少激素用量。

3. 酮替芬：发作季节前二周口服，每次 1~2mg，每日 2 次。

另外应当鼓励患者缓解期作适当体育锻炼，生活规律，避免接触有害气体，调节紧张情绪。

附：哮喘持续状态的抢救

哮喘持续状态是指哮喘急性严重发作时，由于严重的支气管

痉挛、粘膜水肿、痰液梗阻，治疗 24 小时仍未能控制症状者。病情严重，病因复杂，应合理抢救。

一、补液：根据心脏及失水情况，静脉补给等渗液体，每日量达 2000~3000ml，以纠正失水、稀释痰液，使细支气管内的小痰栓咳出，这是使用平喘药的前提。

二、氨茶碱：如果患者 8~12 小时内未用过此药，给予氨茶碱 (5mg/kg)，用 5% 葡萄糖溶液 20~40ml 稀释后缓慢静脉注射。待 1~2 小时后哮喘未能控制，按每小时 0.7mg/kg 维持量氨茶碱静脉滴入，或作血浆茶碱浓度监测，使血药浓度在 10~20 μ g/L。每日总量不超过 1.2~1.5g。

三、舒喘灵雾化吸入、静脉或肌肉注射。①雾化吸入浓度 0.5% (5mg/ml) 的舒喘灵 1ml，用适量生理盐水稀释后雾化吸入。②皮下或肌肉注射舒喘灵，500 μ g/次，4 小时后可重复注射。③静脉注射舒喘灵，250 μ g/次，注射速度为 10 分钟，必要时重复给药。

四、氧疗：一般鼻导管给氧，注意气道湿化。如 $\text{PaCO}_2 < 35\text{mmHg}$ ，低氧血症明显，可面罩给氧使 $\text{P}_i\text{O}_2 > 50\text{mmHg}$ ，当吸入氧浓度大于 50%，注意防止氧中毒。

五、糖皮质激素：及时、适量的应用是控制和缓解哮喘持续状态的重要措施。氢化考的松静滴，每日 200~300mg，病危时可达 1000mg/日，或地塞米松 10~20mg/日口服一般使用三天后立即停药，或使用强地松 30mg/日，口服维持。

六、控制感染：呼吸道感染常为支气管哮喘持续状态的诱因和并发症，并有互相促进，使病情恶化的作用。一般选用两种以上的抗菌素，常规使用青霉素 400~800 万单位/日，氨苄青霉素 6~10g/日，或大环内酯药，红霉素，或白霉素中的一种加用氨基糖甙类中的一种。一旦病原菌明确调正使用有效抗菌素，必要时选用广谱抗菌素氧哌嗪或第二、三代头孢菌类抗生素。

七、纠正酸中毒、由于入量少，严重缺氧可并发代谢性酸中