



内科危重病症

杨志寅 姜 玲 主编

中国科学技术出版社

内科危重病症

杨志寅 姜 玲 主编

中国科学技术出版社

内 容 提 要

急诊医学成为一门独立学科的历史很短，但对危重症学，内、外科急诊学，灾难医学领域的研究已愈来愈引起医学工作者的重视。本书就内科范畴的危症、重症和部分难症，从临床实际需要出发，系统地介绍各种病症的病因、诊断要点、病情判断和治疗方针等；对治疗中的用药方法、用药时机、疗效及副作用做了详尽的说明。本书可作为内科、急诊科临床医生，医学院校师生及其他医学工作者的参考用书。

2V79/05

内 科 危 重 病 症

杨志寅 姜 玲 主编

责任编辑：许 慧

封面设计：王 福

技术设计：孙 俐

*

中国科学技术出版社出版(北京海淀区白石桥路32号)

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京市燕山联营印刷厂印刷

*

开本：787×1092 毫米 1/32 印张：20.375 字数：456 千字

1991年4月第1版 1991年4月第1次印刷

印数：1—10300册 定价：7.70元

ISBN 7-5046-0303-1/R·72

主 编 杨志寅 姜 玲
副主编 张成文 孟昭全
编 委 (以姓氏笔画为序)

沈耕荣 杨守亭 杨志寅
杨家裕 张成文 岳保贵
孟昭全 姜 玲 徐功立
高东升 陶仲为 董殿阶

编撰者 (以姓氏笔画为序)

王 军 阎庆岭 刘玉琛
朱 红 沈耕荣 杨玉麦
杨守亭 杨志寅 杨家裕
李寿楨 张成文 张仲前
张金国 张修华 张树振
周云岭 周霞秋 岳保贵
孟昭全 姜 玲 徐功立
高东升 陶仲为 董殿阶
程 刚

序

急诊医学是医学领域中很年轻的一门科学。国际上承认它为独立学科至今仅有10年多时间。但是它的发展很快，一方面由于医学科学迅速发展，另一方面社会上十分需要它。不少危重症在30~40年前曾使医务工作者束手无策，而今已有较好的诊断手段和处理措施。急诊医学是这门新学科的总名称，它包括：危重症学，内、外科急症学，灾难医学，以及院前——医院急诊室——重症监护强化治疗室组成的“急诊医疗体系”等等。我国虽然在急诊工作方面做了不少的探索和实践，但在医院里成立急诊科还不到10年，而且仅仅是行政管理方面的改变，在医学院校中至今尚无急诊医学专业。主要原因是缺乏专业教学人才。现在，已成立了中华医学会领导下的全国急诊医学学会，在全国已有20多个省市成立了急诊医学分会，这对推动我国急诊医学的发展，起了很重要的作用。虽然我们才刚刚起步，无论在临床、教学和研究等项工作方面，我国的急诊医学还处于青少年时期，急诊医学的研究工作尚属幼年阶段，但是它的重要性已被越来越多的医务工作者所认识和理解。

相互交流临床、教学和研究经验无疑是发展一门学科的重要方式之一。济宁医学院杨志寅等同志主编的《内科危重病症》一书，是一本理论与实践相结合的临床参考书。本书由作者们积多年的临床实践经验，并参阅国内外大量的资料编撰而成，它既是急诊专业医师作为参考或教学的蓝本，

也是临床医务工作者救治危急病人的重要参考资料。该书的出版，将会受到广大医务工作者的欢迎。并望在不断的临床实践中得到更新，在推动我国急诊医学上起到贡献。是为序。

邵孝铨

1990年2月26日于

北京协和医院

前 言

内科危重病症不单病情重笃，亦多瞬息万变，治疗也十分棘手，临床医生如能及时做出正确的判断并给予妥善的处理，将会大大提高抢救成功率。但临诊时如何才能明察秋毫，应付裕如，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认真分析。针对这些具体问题，我们从解决内科医生的实际需要出发，组织国内八所高等医学院校的有关专家和几家医院的专业工作者，在参阅大量国内外资料的基础上结合个人多年的临床经验，编撰了《内科危重病症》一书。该书的特点是：将内科范畴的危症、重症和部分难症分系统一一编入，不仅系统地阐述危重病症的病因，而且从抢救工作的实际需要出发，诊断要点力求言简意赅，使人一目了然，易于掌握；对于病情判断，治疗方法，则做了详尽的阐述，不仅指出了用药的时机、用药的具体方法，可能产生的疗效和副作用，而且对病情的判断和预后也做了较为详细的阐述。但由于我们才疏学浅，经验不足，书中谬误之处在所难免，敬希读者指正。

北京协和医院邵孝铨教授在百忙中给予指导和作序，在此致以衷心的感谢。

编写过程中，承蒙领导和同志们热情支持和关怀，在此一并谢忱。

杨志寅

1990年6月于

济宁医学院

目 录

第一章 心血管疾病

一、难治性心力衰竭.....	1
二、急性肺水肿.....	24
三、危重型心绞痛.....	30
四、冠状动脉痉挛.....	37
五、急性心肌梗塞.....	45
六、高血压危象.....	62
七、高血压脑病.....	69
八、心包填塞.....	71
九、主动脉夹层动脉瘤.....	75
十、心搏骤停及心肺脑复苏.....	78
十一、休克.....	89
感染性休克.....	89
心源性休克.....	98
低血容量性休克.....	103
过敏性休克.....	107
神经源性休克.....	109
内分泌性休克.....	110
代谢性、中毒性休克.....	112
十二、妊娠晚期心脏病.....	112
十三、重症心肌炎.....	118

十四、危重型心律失常.....	122
恶性早搏.....	122
特殊类型的房性心动过速.....	125
心房扑动.....	127
心房颤动.....	129
阵发性室上性心动过速.....	133
室性心动过速.....	139
预激综合征.....	144
预激综合征合并心律失常.....	146
心室扑动与颤动.....	148
心脏停搏.....	150
窦性停搏.....	151
心室停搏.....	151
病态窦房结综合征.....	152
房室传导阻滞.....	154
洋地黄中毒性心律失常.....	158
电解质紊乱与难治性心律失常.....	161
Q-T间期延长综合征.....	162
附:Q-T间期延长的基础与临床.....	166
十五、常用抗心律失常药物的临床应用.....	171

第二章 呼吸系统疾病

一、重症支气管哮喘.....	195
二、肺栓塞.....	200
三、难治性气胸.....	207
四、肺心病并发低渗血症.....	219
五、低氧血症.....	229

六、成人呼吸窘迫综合征·····	243
七、难治性肺结核·····	249
八、咯 血·····	264

第三章 消化系统疾病

一、应激性溃疡·····	272
二、急性胃扩张·····	276
三、急性出血性坏死性肠炎·····	278
四、急性出血坏死型胰腺炎·····	282
五、急性上消化道出血·····	288
六、肝性脑病·····	300
七、肝肾综合征·····	308

第四章 泌尿系统疾病

一、急进性肾小球肾炎·····	314
二、急性肾功能衰竭·····	317
三、慢性肾功能衰竭·····	327
四、难治性慢性肾盂肾炎·····	339

第五章 血液及造血系统疾病

一、肝炎后再生障碍性贫血·····	348
二、难治性贫血·····	352
三、难治型特发性血小板减少性紫癜·····	355
四、溶血危象·····	360
五、弥散性血管内凝血·····	363
六、误输异型血·····	370

第六章 内分泌系统疾病及代谢疾病

一、甲状腺危象	377
二、甲状旁腺机能亢进症危象	384
三、低血钾危象	388
四、高钾血症	391
五、高钙血症	392
六、低钙血症	398
七、垂体前叶功能减退危象	401
八、肾上腺皮质功能减退危象	406
九、糖尿病酮症酸中毒及昏迷	411
十、高渗非酮症性糖尿病昏迷	418
十一、粘液水肿昏迷	424
十二、低血糖症	428

第七章 结缔组织及神经系统疾病

一、重型系统性红斑狼疮	436
二、自发性脑出血	443
三、自发性蛛网膜下腔出血	449
四、颅内压增高	453
五、急性感染性多发性神经炎	459
六、重症肌无力危象	463
七、昏迷	467
八、晕厥	474
九、癫痫持续状态	477

第八章 感染性疾病

一、重症病毒性肝炎.....	481
二、重症流行性出血热及其并发症.....	496
低血压休克.....	508
急性肾功衰竭.....	516
流行性出血热合并大出血.....	923
流行性出血热合并心力衰竭肺水肿.....	528
中枢神经系统合并症.....	532
继发感染.....	535
三、狂犬病.....	538
四、中毒性痢疾.....	541
五、金黄色葡萄球菌败血症.....	546
六、革兰氏阴性杆菌败血症.....	548
七、中毒性休克综合征.....	550
八、伤寒.....	552
九、细菌性食物中毒.....	555
十、暴发型流行性脑脊髓膜炎.....	558
十一、流行性乙型脑炎.....	562
十二、爱滋病.....	563
附：高热.....	568

第九章 物理化学因素所致疾病

一、中暑.....	572
二、淹溺.....	577
三、触电.....	580
四、冻僵.....	584

五、危重型有机磷农药中毒.....	588
-------------------	-----

附 录

一、静脉穿刺及静脉输液.....	599
二、洗胃术.....	600
三、给氧.....	602
四、胸腔穿刺术.....	603
五、膀胱穿刺术.....	605
六、心包穿刺术.....	606
七、气管插管术.....	608
八、气管切开术.....	611
九、直流电击转复心律的应用.....	614
十、心脏电起搏术的紧急应用.....	618
十一、呼吸机的应用.....	628
十二、纤维支气管镜在呼吸道急症中的应用.....	635

第一章 心血管疾病

一、难治性心力衰竭

难治性心力衰竭（亦称顽固性心衰），是临床上颇为棘手的一个问题。其概念也随着科学技术的迅速发展而变更。既往是指经严格卧床休息，限盐饮食，强心及利尿剂等常规治疗无效的心力衰竭；目前的难治性心衰是指经强心、利尿疗法及血管扩张剂治疗仍未见好转者。而临床上遇到的所谓难治性心力衰竭，大多数并未达到不可逆转的程度，其所以难治，多数是因为心衰的病因及/或诱因未去除之故。如能针对原因采取相应的处理措施，常能迅速获效。

【病因和诱因】

导致难治性心力衰竭的因素较多，概括起来主要有以下几种。

1. 甲状腺机能亢进症（以下称甲亢） 甲亢时甲状腺素分泌增多，可使基础代谢率升高，心率加快，心肌耗氧量增多，加重心脏负荷。心率的增快，又可使心脏舒张期缩短→心肌供血减少。心肌的缺血缺氧和甲状腺素分泌增多使儿茶酚胺作用增强，又可增加心脏负荷，使心肌应激性和自律性升高，易诱发心绞痛、心律失常，心衰也就难以控制。

应该指出的是，如何识别不典型的甲亢，是临床上的一个具体问题，其特点主要有：①无法解释的静止时心动过速

或难以控制的阵发性或持续性心房颤动、心房扑动；②收缩压高而舒张压低，脉压增大，无其他原因可查者；③不明原因的高输出量型心力衰竭，用洋地黄治疗不易控制者；④原因不明的低热，性格改变或皮肤细腻、温暖、湿润，怕热；⑤老年人不明原因的腹泻，大便常规检查正常者。在怀疑甲亢时，可作甲状腺吸碘¹³¹率、血清总甲状腺素(T₄)测定、总三碘甲状腺原氨酸(T₃)、促甲状腺激素刺激试验(TSH试验)或血清促甲状腺激素(TSH)测定，以帮助诊断。若无条件进行上述检查，可用他巴唑等抗甲状腺药物作诊断性治疗。

2. 广泛性心肌损伤 任何原因引起的心肌广泛性损伤，均可导致心肌收缩力障碍，而促发顽固性心衰。如大面积心肌梗塞或心肌缺血，再发性心肌梗塞(尤其两次以上者)，任何原因引起的弥漫性心肌炎或心肌病等。

3. 风湿活动 在儿童和青年风心病患者中，多有亚临床型风湿活动存在，遇有下列情况时，应疑诊风湿活动或试行抗风湿治疗：①原因不明的低热、多汗、乏力或罹患感冒；②心力衰竭并持续性快速性心律失常而又不易纠正者；③用其他原因不能解释的肺水肿，应考虑是否有风湿性心肌炎或风湿性间质性肺炎存在；④心电图P-R间期在心率不变的情况下延长；⑤尿常规检查有少量的蛋白及红细胞；⑥逐渐加重的心脏杂音或出现新的瓣膜杂音；⑦易发生洋地黄中毒者；⑧心脏进行性增大或呈现持续性心包积液和胸腔积液者。

4. 严重的电解质紊乱 心衰病人，由于长时间的胃肠道充血、食欲不振、限盐饮食和反复使用利尿剂，而易发生低钾血症、低钠血症、低氯血症、低镁血症及碱中毒等各种

电解质紊乱。正常情况下细胞内外钾的比值为30~35:1,在心衰、缺氧、酸中毒、失血、休克、饥饿等情况下会使细胞内钾向细胞外转移,而破坏这种比值,并使细胞外钠与钙向细胞内转移,形成心肌细胞内钾少、钙多现象。由于钙在细胞浆内聚集,使线粒体氧化磷酸化解耦,线粒体受损,而影响强心剂及利尿剂的作用,使心衰难以控制。

5. 肺栓塞 既是心脏瓣膜病、心力衰竭的常见并发症,也是难治性心衰的主要病因之一。对此临床医生易于忽视,极易误诊和漏诊。由于心衰患者静脉瘀血,长期卧床,大量服用利尿剂,使血液浓缩,易在静脉内形成血栓(多发生在下肢、右心房或右心室)。当下床活动、用力排便或咳嗽使静脉压升高时,栓子脱落到肺动脉,即导致肺栓塞。肺栓塞时往往有肺—肺反射,诱发肺动脉与支气管痉挛,导致肺动脉高压、急性肺心病,使心力衰竭难以控制。

6. 感染 各种感染都可增加机体代谢,使交感神经兴奋、心率增快,而影响心脏功能,常见者有上呼吸道及肺部感染、非典型感染性心内膜炎等,尤其心衰伴有后者时,症状更易掩盖,以致疗效不佳,症状迁延。一般在感染未控制的情况下心衰多难以纠正。

7. 严重的心律失常 各种严重的心律失常,尤其是显著的窦性心动过缓、窦房阻滞、窦性静止、高度房室传导阻滞及室律不整的快速心律失常等,对心功能均有严重影响,不仅增加心肌耗氧量,心肌供血减少,而且心排血量显著降低,如不及时诊治,可使心力衰竭进行性加重,使其成为难治性。

8. 贫血 贫血是使心衰加重甚至使其变成难治性的重要因素之一,严重贫血(血红蛋白在7克%以下)可显著地

影响心脏功能，引起高排血量型血循环，可增加心脏负荷；血液带氧能力降低，可导致心绞痛等冠状动脉供血不足的征象；心肌因缺血而发生变性等改变，致使心肌收缩力显著降低。

9. 心脏机械性障碍 心脏瓣膜严重狭窄及/或关闭不全，瓣膜撕裂，乳头肌或腱索断裂，心室间隔穿通，心内和心肌肿瘤，心包填塞，限制性心肌病，心室壁瘤等合并心衰时单靠药物治疗难以奏效，若不予手术治疗，常使心衰进行性加重并成为难治性。

10. 严重低氧血症 低氧可致交感神经—肾上腺素能系统兴奋，儿茶酚胺释放增多，易引起心律失常和影响强心药物的疗效，使心衰难治。

11. 心脏极度扩张 正常心脏有足够的扩张，随之有足够的收缩，这样才能保持良好的排血。若心脏明显扩张、室壁变薄无力，洋地黄类强心剂疗效欠佳。缩窄性心包炎晚期手术剥离后可发生急性心脏扩张，死亡率较高。

12. 维生素B₁缺乏性心脏病（脚气性心脏病） 维生素B₁是糖代谢过程中所必需的酶系统的重要成分，是丙酮酸氧化所必需的酶的辅基。维生素B₁缺乏时，血液中的丙酮酸、乳酸（丙酮酸前身）等酸性代谢产物堆积，使周围小动脉扩张、周围阻力降低及静脉回流增多，因而心排血量增加、负荷加重；同时心肌的代谢也发生障碍，以致心衰难以控制。

13. 其他 在心衰病人治疗过程中，情绪过度紧张亦是不可忽视的难治因素，此外，如措施不当，也可使心衰难以控制，如前向性心衰，心包积液、肺心病及右室梗塞的利尿过度可导致血容量不足或静脉压下降，使病情恶化。洋地黄中