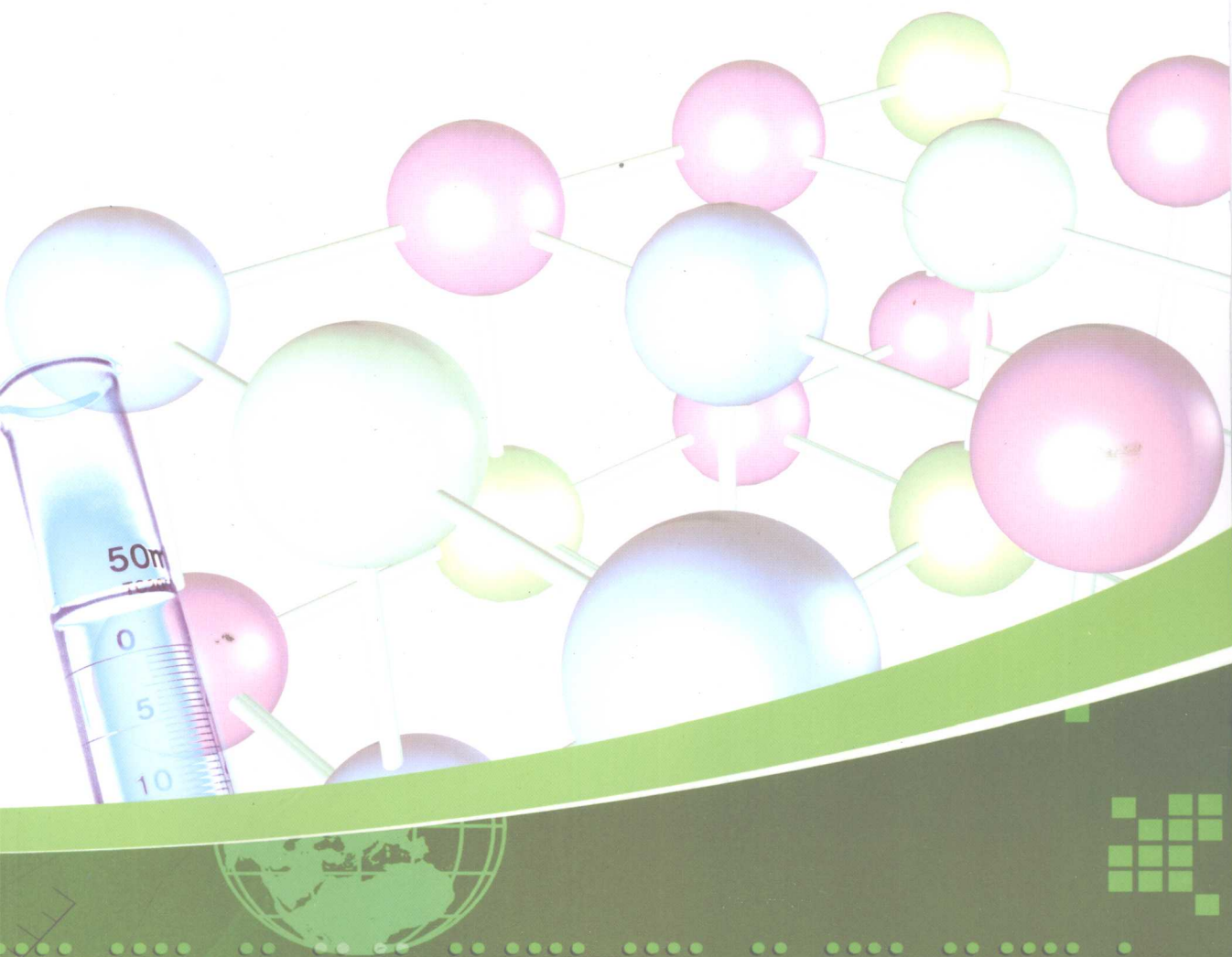


临床常见病诊治与护理

主编 陈鹏 叶大勇 娄柏松 隋学斌



黑龙江科学技术出版社

临床常见病诊治与护理

主编 陈 鹏 叶大勇 娄柏松 隋学斌

黑龙江科学技术出版社
中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据

临床常见病诊治与护理/陈鹏主编. —哈尔滨:黑龙江
科学技术出版社,2009.3
ISBN 978-7-5388-6059-7

I. 临… II. 陈… III. ①常见病—诊疗②常见病—护理
IV. R4 R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 027108 号

责任编辑 曹健滨

封面设计 刘丽丽

临床常见病诊治与护理

LINCHUANG CHANGJIANBING ZHENZHI YU HULI

主编 陈 鹏 叶大勇 姜柏松 隋学斌

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150090 哈尔滨市南岗区湘江路 77 号)

电话(0451)53642106 电传 53642143(发行部)

印 刷 哈尔滨海天印刷设计有限公司

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787×1092 1/16

印 张 39

字 数 900 000

版 次 2009 年 4 月第 1 版·2009 年 4 月第 1 次印刷

印 数 1—1 000

书 号 ISBN 978—7—5388—6059—7/R·1567

定 价 75.00 元

《临床常见病的诊治与护理》编委会

主 编 陈 鹏 叶大勇 娄柏松 隋学斌

副主编 孙齐力 张 泰 张井书 丁 涛

曹开梅 于天玺 董金华 崔 琼

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁 涛 于天玺 马玉红 马艳萍

王莹玉 王虹斌 孙齐力 叶大勇

付国范 刘同双 刘艳霞 李 杰

李淑惠 李 薇 宋春影 任凤兰

孙熙玲 张 泰 张井书 张 睿

何晓冬 沙 津 陈 鹏 赵培安

赵景双 娄柏松 宫艳凤 宫立新

徐天树 奚 燕 康北生 曹忠凯

曹开梅 隋学斌 崔 琼 常丽巍

董金华 翟东文

前 言

随着人类社会的进步,人们生活水平的不断提高,人们对健康水平和生存质量提出了更高的要求,这就要求我们临床医生要熟练掌握常见病多发病的诊治,只有这样才能及时、准确、全面的救治每一位病人,达到解除病痛的目的。

本书在编写过程中,着重有关基础理论的阐述,着重介绍了各科常见病的诊断、治疗和护理,结合国内外的医学新进展,具有理论联系实际,全面实用的特点,注重新知识、新内容、重点突出。全书共分十篇,内容丰富翔实,观点新颖,科学性强,条理清楚,深入浅出,易于掌握,为基层医务工作者提供一本理论与实践相结合的专业书籍。

本书第一篇第一章一至五节由隋学斌(齐齐哈尔市中医医院)编写,第六至八节由翟东文(讷河市人民医院)编写;第二章由陈鹏(黑龙江中医药大学附属第一医院)编写;第三章由曹忠凯(克山县第一人民医院)编写;第四章由沙泮(克山县向华乡涌泉卫生院)编写;第五章一至三节由李杰(吉林省敦化市中医院)编写,第四至七节由徐天树(齐齐哈尔市电业职工医院)编写;第六章由娄柏松(齐齐哈尔市第一医院)编写;第七章由王莹玉(齐齐哈尔市结核病防治所)编写。第二篇第一章一至二节由赵培安(大兴安岭十八站林业医院)编写,第三至五节由宋天玺(泰来县人民医院)编写,第六至十三节由康北生(齐齐哈尔市中医医院)编写;第二章由董金华(齐齐哈尔医学院第二附属医院)编写。第三篇由张睿(齐齐哈尔市协和医院)编写。第四篇第一章由曹开梅(嫩江县妇幼保健院)编写,第二章由孙齐力(齐齐哈尔市第一医院)编写。第五篇由马玉红(齐齐哈尔市第一医院)编写。第六篇第一章由叶大勇(齐齐哈尔市第一医院)编写,第二章由张泰(齐齐哈尔市第二医院)编写。第七篇由李薇(齐齐哈尔市红十字中心血站)编写。第八篇由丁涛(齐齐哈尔市第一医院)编写。第九篇由刘同双编写。第十篇第一章一至三节由刘艳霞(克山县第一人民医院)编写,第四节由奚燕(泰来县人民医院)编写;第二章一至二节由赵景双(泰来县人民医院)编写,第三节由宫艳凤(克山县第一人民医院);第三章一至二节由宋春影(泰来县人民医院)编写,第三节至第七节由孙熙玲(哈尔滨市中医医院)编写;第四章一至四节由李淑惠(克山县第一人民医院)编写,第五至十节由常丽巍(嫩江县人民医院)编写;第五章一至四节由付国范(克山县第一人民医院)编写,第五至八节由张井书(泰来县计划生育指导站)编写,第九至十一节由任凤兰(克山县第一人民医院)编写;第六章由何晓冬(齐齐哈尔市红十字中心血站)编写。

由于医学领域广泛而浩博,涉及医学多学科,加之编著者分散于临床各科,理论水平、参考资料和写作风格不尽相同,水平有限,遗漏和缺点、错误难免,敬请各位读者、同道们给予批评指正。

编 者

2009年2月

目 录

第一篇 内科常见病的治疗

第一章 呼吸系统常见病的治疗	(3)
第一节 支气管哮喘	(3)
第二节 大咯血	(6)
第三节 非心源性肺水肿	(9)
第四节 急性呼吸窘迫综合征	(12)
第五节 肺性脑病	(15)
第六节 自发性气胸	(17)
第七节 呼吸衰竭	(19)
第八节 急性肺栓塞	(26)
第二章 循环系统常见病的治疗	(32)
第一节 严重心律失常	(32)
第二节 心脏猝死	(36)
第三节 心绞痛	(39)
第四节 心肌梗死	(42)
第五节 高血压脑病	(47)
第六节 高血压危象	(47)
第七节 主动脉夹层血肿	(49)
第八节 急性心包填塞	(51)
第九节 急性心力衰竭	(57)
第十节 顽固性心力衰竭	(60)
第十一节 各种心脏病心力衰竭治疗注意事项	(63)
第十二节 休克	(65)
第三章 消化系统常见病治疗	(77)
第一节 急性胃黏膜病变	(77)
第二节 急性上消化道出血	(80)
第三节 急性胰腺炎	(85)
第四节 肝性脑病	(88)
第四章 神经系统常见病治疗	(92)
第一节 急性感染性多发性神经炎	(92)
第二节 癫痫持续状态	(94)

第三节	脑出血	(96)
第四节	蛛网膜下腔出血	(99)
第五节	短暂性脑缺血发作	(101)
第六节	脑血栓形成	(103)
第七节	脑栓塞	(105)
第八节	腔隙性梗死	(106)
第五章	祖国医学对内科常见病的治疗	(109)
第一节	充血性心力衰竭	(109)
第二节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(113)
第三节	心律失常	(119)
第四节	高血压病	(125)
第五节	呼吸衰竭	(129)
第六节	上消化道出血	(133)
第七节	慢性肾功能衰竭	(135)
第六章	常见肿瘤的内科治疗	(142)
第一节	胃癌	(142)
第二节	肝癌	(147)
第三节	肺癌	(154)
第七章	常见结核病的治疗	(160)
第一节	概述	(160)
第二节	肺结核	(165)
第三节	结核性胸膜炎	(168)
第四节	结核性腹膜炎	(171)
第五节	结核性脑膜炎	(173)

第二篇 外科常见病的治疗

第一章	骨科常见病的治疗	(179)
第一节	骨折与关节损伤	(179)
第二节	上肢骨折	(186)
第三节	下肢骨折	(194)
第四节	骨盆骨折	(204)
第五节	脊柱骨折	(207)
第六节	外伤性截瘫	(209)
第七节	关节脱位	(211)
第八节	挤压综合征	(214)
第九节	脂肪栓塞综合征	(217)
第十节	化脓性骨髓炎	(220)
第十一节	急性化脓性关节炎	(224)

第十二节 类风湿性关节炎	(225)
第十三节 骨肿瘤	(226)
第二章 常见肛、直肠疾病治疗	(230)
第一节 肛、直肠损伤	(230)
第二节 肛裂	(232)
第三节 肛、直肠脓肿	(234)
第四节 肛瘘	(236)
第五节 痔	(238)
第六节 直肠癌	(242)

第三篇 常见妇产科疾病治疗

第一章 妇科急性腹痛疾病	(247)
第一节 输卵管妊娠	(247)
第二节 卵巢滤泡或黄体破裂	(251)
第三节 卵巢囊肿蒂扭转	(253)
第二章 妊娠期出血	(255)
第一节 流产	(255)
第二节 葡萄胎	(259)

第四篇 儿科常见病治疗

第一章 新生儿常见病治疗	(265)
第一节 新生儿窒息	(265)
第二节 新生儿肺炎	(268)
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	(269)
第四节 新生儿黄疸	(271)
第五节 新生儿硬肿症	(273)
第六节 新生儿缺氧缺血性脑病	(275)
第二章 婴幼儿常见病治疗	(281)
第一节 重症肺炎	(281)
第二节 哮喘持续状态	(283)
第三节 急性心肌炎	(287)
第四节 婴儿腹泻	(290)
第五节 急性肾小球肾炎	(296)
第六节 小儿惊厥	(300)

第五篇 常见口腔科疾病的治疗

第一节	牙龈炎	(307)
第二节	牙周炎	(309)
第三节	急性牙槽脓肿	(314)
第四节	智齿冠周炎	(315)
第五节	口腔颌面部间隙感染	(316)

第六篇 常见病的康复治疗

第一章	康复评定	(325)
第一节	肌力评定	(325)
第二节	关节活动范围测定	(326)
第三节	日常生活活动能力评定	(329)
第四节	步态分析	(332)
第五节	失语症的评定	(335)
第六节	平衡功能评定	(338)
第七节	心理评定	(338)
第二章	小儿脑性瘫痪的康复治疗	(340)
第一节	概述	(340)
第二节	临床表现及诊断	(341)
第三节	康复评定	(342)
第四节	康复治疗	(347)

第七篇 临床常用检验

第一章	临床常用生化检验	(359)
第一节	血浆蛋白测定	(359)
第二节	糖类及其代谢产物的测定	(361)
第三节	脂类与脂蛋白测定	(363)
第二章	病毒感染性疾病的检验	(367)
第一节	甲型肝炎病毒(HAV)	(367)
第二节	乙型肝炎病毒(HBV)	(368)
第三节	丙型肝炎病毒(HCV)	(372)
第四节	丁型肝炎病毒(HDV)	(373)
第五节	戊型肝炎病毒(HEV)	(374)
第六节	艾滋病毒(又称人类免疫缺陷病毒)	(375)

第八篇 CT 检查的原理与诊断技术

第一章 CT 的基本原理	(379)
第一节 CT 组成部件及功能	(379)
第二节 CT 的一些特殊功能	(383)
第三节 CT 机的主要技术指标	(384)
第二章 CT 的临床应用	(386)
第一节 头部 CT 扫描	(386)
第二节 胸部 CT 扫描	(391)
第三节 腹部 CT 扫描	(394)
第四节 盆腔 CT 扫描	(398)

第九篇 常用仪器设备的原理与维修

第一节 呼吸机的原理与维修	(403)
第二节 血液透析机原理与维修	(408)

第十篇 临床常见病的护理

第一章 急重症监护	(421)
第一节 分阶段急救护理	(421)
第二节 急诊科护理人员要求	(426)
第三节 ICU 的设置与管理	(427)
第四节 重症监测技术	(435)
第二章 内科护理	(452)
第一节 内科的一般护理	(452)
第二节 内科的特殊护理	(453)
第三节 内科急重症护理进展	(467)
第三章 外科护理	(482)
第一节 外科一般护理	(482)
第二节 外科特殊护理	(484)
第三节 外科新技术与护理	(496)
第四节 泌尿外科护理进展	(499)
第五节 骨科护理进展	(501)
第六节 心脏外科护理	(503)
第七节 肿瘤病人的护理	(512)
第四章 手术室护理	(519)
第一节 手术室的制度	(519)

第二节 手术室护士的职责	(522)
第三节 手术中的无菌操作原则	(525)
第四节 手术前病人的一般护理	(527)
第五节 手术后病人的护理	(533)
第六节 手术后并发症的预防及护理	(538)
第七节 手术物品准备及无菌处理	(541)
第八节 手术人员的准备	(543)
第九节 病人的准备	(545)
第十节 手术室护士的职业危险因素及防护	(547)
第五章 妇产科护理	(549)
第一节 入院病人的护理	(549)
第二节 妇产科护理病历	(550)
第三节 女性生殖系统炎症病人的护理	(555)
第四节 腹部手术病人的护理	(559)
第五节 外阴、阴道手术病人的一般护理	(564)
第六节 妇产科常用护理技术	(566)
第七节 围产期监护	(569)
第八节 计划生育护理	(572)
第九节 妇科诊疗护理进展	(579)
第十节 妇女保健	(584)
第十一节 遗传咨询	(590)
第六章 临床输血的护理	(595)
第一节 输血护理常规	(595)
第二节 成分输血护理	(602)

第一篇

内科常见病的治疗

第一章 呼吸系统常见病的治疗

第一节 支气管哮喘

支气管哮喘(Bronchial asthma)是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症,气道炎症引起易感者广泛气道狭窄和可逆性气道阻塞症状,可自然或经治疗而缓解,并导致气道高反应性。哮喘一般并不致命,死亡多与诊断不及时、救治不利有关。我国哮喘发病率为1%~4%。

一、病因与发病机制

哮喘是以嗜酸细胞浸润为主的气道炎症疾病,其发病机理尚未完全阐明。主要与气道炎症、气道高反应性、神经因素等有关。

1、气道炎症 在抗原吸入后可引起速发反应和迟发反应。前者主要表现为气道黏膜下的肥大细胞被激活释放炎性介质组织胺、白三烯、前列腺素和血小板激活因子等,刺激气道引起支气管痉挛和哮喘症状。后者表现为更多的炎细胞被激活,包括嗜酸细胞等细胞释放众多介质,引起气道炎症。T淋巴细胞对气道炎症反应主要起调控作用。

2、气道高反应性(BHR) BHR是指气管支气管树,对正常不引起或仅引起轻度反应的非抗原性刺激物,出现过度的气道收缩反应。气道受到环境中特异性抗原和非特异性刺激后,产生气道炎症反应,导致BHR。

3、神经因素 哮喘发作往往与胆碱能神经功能亢进,肾上腺素能受体的敏感性降低有关。

二、临床表现

(一) 症状与体征

哮喘症状与其发作的轻重和气道狭窄的程度有关。典型症状为发作性呼吸困难、喘鸣和咳嗽,有时咳嗽为唯一症状。常有既往哮喘发作史,因激发因素,如运动、药物、上呼吸道感染、接触某些致敏物等引起。哮喘症状可突然出现,发作时胸部呈过度充气状态,可闻及呼气期哮鸣音,若出现端坐呼吸、大汗淋漓、神志改变和呼吸心跳增快、奇脉、紫绀等,提示病情严重,应引起高度重视。

(二) 实验室检查

1、肺功能监测 因最大呼气流速(PEF)和第1秒用力呼气容积(FEV₁)均与气道高反应性显著相关,故家庭或医院中随时可用微型峰流速仪来测PEF观察病情。PEF测定每天2次,清晨起床和10~12h后各测1次,至少连续监测1周后计算每日PEF波动率。

$$\text{PEF 昼夜波动率} = \frac{\text{日内最高 PEF} - \text{日内最低 PEF}}{1/2(\text{同日内最高 PEF} + \text{最低 PEF})} \times 100\%$$

PEF < 预计值的80%或PEF变异率 > 15%,表示病情需要治疗和继续监测。

2、血气分析 在严重哮喘发作时可有不同程度的低氧血症, $Pa(\text{CO}_2)$ 降低。 $Pa(\text{CO}_2)$ —

般正常或降低。 $Pa(\text{CO}_2)$ 增高提示气道阻塞非常严重或呼吸肌疲劳衰竭。急性重度哮喘常有酸碱代谢的失衡。

3、胸部X线 哮喘发作期,胸部X线常显示两肺过度充气,心影狭长。若出现气胸、肺不张、纵隔气肿和黏液嵌塞等并发症时,常有其相应的X线改变。

三、诊断要点

根据病史,典型症状、体征,可经治疗缓解和自行缓解等临床特点,不难作出诊断。而对于症状不典型者(如无明显喘息或体征)应至少具备下列一项试验阳性。

1、支气管激发试验或运动试验阳性。

2、支气管扩张试验阳性(FEV_1 增加15%以上,且 FEV_1 增加绝对值 $>200\text{ml}$)。

3、PEF日内变异率或昼夜变异率 $\geq 20\%$,此外,尚需除外其他疾病所引起的喘息、胸闷和咳嗽。

4、哮喘的严重程度分级

主要依据哮喘病人的临床表现,客观肺功能测定结果和需用药情况进行分级。明确哮喘的轻重程度,有利于指导临床治疗。

(1)慢性哮喘

①轻度:间歇、短暂的症状每周 <2 次,夜间哮喘每月 <2 次,间歇期无症状。肺功能测定 $\text{PEF}>80\%$ 预计值(或本人最佳值), PEF 变异率 $<20\%$,在吸入支气管扩张剂后 PEF 恢复正常,只需间断使用支气管扩张剂。

②中度:发作加重每周 >2 次,夜间哮喘每月 >2 次,几乎每天都要用支气管扩张药。 $\text{PEF}60\% \sim 80\%$ 预计值(或本人最低值), PEF 变异率 $20\% \sim 30\%$,用支气管扩张药后 PEF 可正常。

③重度:频繁发作,症状持续,活动受限,1年内曾住院或有严重的大发作。每日需用支气管扩张药和皮质激素。 $\text{PEF}<60\%$ 预计值,或本人最高值, PEF 变异率 $>30\%$ 。

(2)急性哮喘发作:急性哮喘发作严重程度分为轻、中、重、危重四级(见表1-1-1-1)。

重症哮喘发作必须急诊住院治疗的标准为:①有任何致命性发作的表现;②开始治疗后重症发作的表现持续存在;③雾化吸入 β 受体激动剂治疗15~30min后 $\text{PEF}<33\%$ 预计值或本人最佳值。

必须收入ICU治疗的标准为:①低氧血症,吸入60%氧浓度时 $\text{PaO}_2<8.0\text{kPa}$;②高碳酸血症, $\text{PaO}_2>6.0\text{kPa}$;③全身衰竭、呼吸微弱、意识模糊或嗜睡;④昏迷或呼吸停止。

四、治疗

(一)慢性哮喘的治疗方案

1、间歇发作轻度

(1)按需吸入 β_2 激动剂,或口服 β_2 激动剂,如沙丁胺醇 2.5mg ,2次/d。

(2)口服小剂量控释茶碱[$6 \sim 10\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$]。

(3)可考虑每日定量吸入小剂量皮质激素($<200\mu\text{g}/\text{d}$)。

2、中度哮喘

(1)按需吸入 β_2 激动剂,效果不佳可改口服 β_2 激动剂的控释片。

(2)口服小剂量控释茶碱[$6 \sim 10\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$]。

(3) 每日定量吸入糖皮质激素(200 ~ 600 μ g/d)。

夜间哮喘可吸入长效 β_2 激动剂或加用抗胆碱药物。对于季节性哮喘发作者,可在预计发作前2 ~ 4周开始连续、规则吸入糖皮质激素。

3、严重哮喘

(1) 规律吸入 β_2 受体激动剂或口服 β_2 受体激动剂控释片,必要时采用持续雾化吸入法吸入 β_2 激动剂。

(2) 联用抗胆碱药物,用MDI吸入异丙溴化托品(如爱喘乐)的常规剂量是60 ~ 80 μ g,每日4次。

(3) 口服糖皮质激素或吸入大剂量糖皮质激素(> 600 μ g/d)。泼尼松口服维持量 $\leq$ 10mg/d。

(二)哮喘急性发作期治疗方案

1、轻度哮喘

(1) 按需吸入 β_2 受体激动剂,效果不佳可改口服 β_2 受体激动剂的控释片。

(2) 口服小剂量控释茶碱[6 ~ 10mg/(kg · d)]。

(3) 每日定量吸入糖皮质激素(200 ~ 600 μ g/d)。夜间哮喘可吸入长效 β_2 受体激动剂或加用抗胆碱药。

2、中度哮喘

(1) 规律吸入 β_2 受体激动剂或口服长效 β_2 受体激动剂,必要时使用持续雾化。

(2) 口服控释茶碱或静脉点滴,保持血药浓度5 ~ 15 μ g/ml。

(3) 应用抗胆碱药物,用定量雾化吸入器(MDI)吸入异丙溴化托品(如爱喘乐)的常规剂量是60 ~ 80 μ g,每日4次;④吸入大剂量糖皮质激素(> 600 μ g/d)或口服糖皮质激素。

(三)重度至危重度

1、氧疗 可用鼻导管或面罩给予充分饱和湿化的氧疗。无 CO_2 潴留吸氧浓度以30% ~ 50%为宜,对已有 CO_2 潴留者,则给予24% ~ 28%的氧浓度为宜。使动脉血氧分压> 8.0kPa(60mmHg),氧饱和度在90%以上。若经过吸氧和其他治疗后低氧血症不能纠正, CO_2 潴留进一步加重,则需要采用机械通气和给氧治疗。

2、持续雾化吸入 β_2 受体激动剂 沙丁胺醇(舒喘宁)或叔丁喘宁(妥布他林)气雾溶液的剂量,可根据病情轻重用3 ~ 10mg加入以压缩氧为动力的气动雾化器或其他雾化器,将药物雾化后用面罩吸入,每日4次。通常在吸入后10 ~ 15min支气管扩张作用达高峰。或静脉点滴沙丁胺醇,0.5mg/次,滴速2 ~ 8mg/min。

3、静脉滴注氨茶碱 若24h未用氨茶碱者,首次剂量为4 ~ 6mg/kg,继之以0.6 ~ 0.8mg/(kg · h)的速度维持其平喘作用,保持血药浓度5 ~ 15 μ g/ml。不能监测血浓度时用药,每日不超过1g。

4、静脉滴注糖皮质激素 琥珀酸氢化可的松通常首剂给予是200mg,以后每6h1次,用量一般为40 ~ 80mg,每4 ~ 6h重复1次,在肺内的分布浓度较高。

5、注意维持水电平衡,纠正酸碱失衡 在不能经口摄入时,通常静脉补液2500 ~ 3000ml纠正脱水。但对无脱水的病人应避免输入过多的液体,危重哮喘病人往往抗利尿激素分泌增加而出现低钾低钠,大量补液时更应注意补充钾、钠,防止低钾、低钠。

表 1-1-1-1 哮喘急性发作期分度诊断指标

	轻	中	重	危重
气短	步行时	稍活动时	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	前弓位	
谈话方式	成句	字段	字词	不能讲话
精神状态	可能有焦虑或尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑或烦躁	嗜睡或意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	
呼吸频率	增加	增加	常 >30 次/min	
辅助肌肉活动及胸骨凹陷	常无	常有	常有	胸腹部矛盾运动
哮鸣音	中度,呼气末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱及至无
脉率/min	<100 次	100 ~ 120 次	>120 次	>120 次或脉变慢
奇脉	无, <100mmHg	可有, 10 ~ 25mmHg	常有, >25mmHg(成人)	
使用支气管舒张剂后的 PEF 占预计值或本人最高值的百分比	>70% ~ 80%	50% ~ 70%	<50% 或 <100L/min 或作用时间 <2h	
PaO ₂ (吸空气)	正常	60 ~ 80mmHg	<60mmHg	
PaO ₂	<40mmHg	≤45mmHg	>45mmHg	
SaO ₂ (吸空气)	>95%	91% ~ 95%	≤90%	
PH			降低	

6、机械通气 出现神志改变,呼吸肌疲劳,由低于正常转为正常、甚或 >45mmHg 时,可先试用鼻(面罩)等非创伤性通气方式,若无效,则应尽早插管机械通气,并加有适当的呼气末正压通气(PEFP)。

若发生下呼吸道感染时,应选用对病原体敏感的抗菌药物。哮喘急性发作时病情演变迅速,在治疗过程中应密切观察症状和体征变化,认真监测肺功能指标(FEV1 或 PEFr)及动脉血气分析,以便准确判断疗效,随时调整治疗方案,并及时处理危及生命的严重哮喘发作及并发症。

第二节 大咯血

咯血是指喉部以下呼吸器官出血且经咳嗽从口腔排出者。临床上为了表达咯血严重程度,根据咯血量的多少,将其分为少量咯血、中等量咯血和大咯血(Massive hemoptysis)。一般认为一次性咯血量超过 100ml 或 24h 内咯血量超过 600ml 以上者称为大咯血。急性致死性大咯血是指急剧从口鼻喷射出大量鲜血,出血量大于 2000ml 者。应特别强调的是,凡咯血威胁到病人生命者不论咯血量的多少均应视为大咯血范畴。国外报道大咯血死亡率达 50% 以上。