

LINCHUANGNEIKEJIZHENG
ZHENLIAOSHOUCE

临床 内科急症 诊疗手册

- 刘心臣 刘岩 主编
- 延边大学出版社

前 言

随着我国医学事业的飞速发展，每年从医学院校毕业的医师、医士数以万计，他们大部分被分到遍布祖国城乡各个角落的基层医疗单位，从事着艰辛的基层第一线医疗工作，在急症的诊疗中他们往往首当其冲。为提高他们的急诊医疗水平，适应当前急速发展的急诊医学，我们特组织具有丰富临床实践经验和中级技术职称以上的医务工作者编写了这本《临床内科急症诊疗手册》。

全书共12章，对临床上常见的110多种内科急症的诊断和治疗进行了较详尽的阐述，内容新颖，重点突出，具有较高的实用价值，可供临床医师在急症诊疗工作中参考。

本书由编委会集体编写。主编：刘心臣、刘岩；副主编：卢建敏、李伟熙、刘贵林、姚春生、周树理、胡屹伟、邵子明、杨毛智、纪德信、刘持善（排名不分先后）；编委：楼明云、文尚玉、郑茂清、黎玉兰、聂元昌、高晖、涂家富、赵向东、程步高、伍清凤、秦化鹏、胡庆美、楚修林、伍辉福、申楠、张凤鹤、张月丽、丁绍干、阎灿伶（排名不分先后）；编者：严正蓉、曾纪芳、莫秋英、周美霞、赵忠义、秦群安、邓瑞、郭凤棣、毛金辉、祝师忠、樊新霞、李俊成、张淑敏、李继红、王相亭、王意薇、王忠华、胡兵、陈显升、潘自勤、郑清芳、尹有章（排名不分先后）。

在本书编写过程中得到了有关领导和延边大学出版社的大力支持和帮助，同时还借鉴、参考了有关专家、学者的论著，在此一并表示感谢！

由于水平所限和经验不足，本书的编写工作一定存在着诸多不当之处，恳请广大读者不吝批评指正。

编 者

一九九四年五月

目 录

第一章 呼吸系统急症

第一节	哮喘持续状态	(1)
第二节	肺动脉栓塞	(7)
第三节	休克型肺炎	(9)
第四节	急性肺脓肿	(12)
第五节	大咯血	(15)
第六节	呼吸衰竭	(22)
第七节	肺性脑病	(27)
第八节	成人呼吸窘迫综合征	(32)
第九节	急性肺不张	(35)
第十节	自发性气胸	(36)
第十一节	慢性肺源性心脏病急性发作	(39)
第十二节	急性非心源性肺水肿	(43)

第二章 心血管系统急症

第一节	急性肺水肿	(46)
第二节	难治性心力衰竭	(50)
第三节	心绞痛	(58)
第四节	急性心肌梗塞	(63)

第五节	心源性休克.....	(72)
第六节	低血容量性休克.....	(77)
第七节	过敏性休克.....	(79)
第八节	高血压危象.....	(81)
第九节	高血压脑病.....	(83)
第十节	阿—斯综合征.....	(84)
第十一节	心包填塞.....	(86)
第十二节	感染性心内膜炎.....	(88)
第十三节	主动脉夹层动脉瘤.....	(95)
第十四节	心搏骤停及心、肺、脑复苏.....	(98)
第十五节	重症心肌炎.....	(106)
第十六节	二尖瓣脱垂综合征.....	(110)
第十七节	心脏粘液瘤.....	(112)
第十八节	恶性室性早搏.....	(114)
第十九节	阵发性室上性心动过速.....	(116)
第二十节	阵发性室性心动过速.....	(118)
第二十一节	尖端扭转型室性心动过速.....	(121)
第二十二节	心房颤动与扑动.....	(124)
第二十三节	心室颤动与扑动.....	(128)
第二十四节	预激综合征合并心律失常.....	(130)
第二十五节	病态窦房结综合征.....	(133)
第二十六节	房室传导阻滞.....	(136)
第二十七节	洋地黄中毒性心律失常.....	(139)

第三章 消化系统急症

第一节	急性腐蚀性食管炎.....	(142)
-----	---------------	-------

第二节	急性胃粘膜病变	(144)
第三节	急性胃扩张	(148)
第四节	急性胃肠炎	(151)
第五节	急性上消化道出血	(153)
第六节	下消化道出血	(167)
第七节	急性胆囊炎	(171)
第八节	急性胰腺炎	(173)
第九节	肝性脑病	(178)
第十节	肝肾综合征	(182)
第十一节	胆道蛔虫症	(185)
第十二节	暴发型肝衰竭	(187)

第四章 泌尿系统急症

第一节	急进性肾炎	(190)
第二节	急性肾小球肾炎	(193)
第三节	急性肾盂肾炎	(196)
第四节	急性肾功能衰竭	(201)
第五节	尿毒症	(206)
第六节	肾绞痛	(212)
第七节	泌尿系统感染	(216)

第五章 血液系统急症

第一节	急性再生障碍性贫血	(220)
第二节	粒细胞缺乏症	(225)
第三节	急性白血病	(228)
第四节	过敏性紫癜	(248)

第五节	原发性血小板减少性紫癜.....	(251)
第六节	弥漫性血管内凝血.....	(255)

第六章 内分泌系统与代谢疾病急症

第一节	甲状腺功能亢进危象.....	(260)
第二节	肾上腺皮质功能减退危象.....	(264)
第三节	糖尿病酮症酸中毒及昏迷.....	(266)
第四节	高渗性非酮症糖尿病昏迷.....	(271)
第五节	低血糖危象.....	(273)
第六节	糖尿病乳酸性酸中毒.....	(274)

第七章 神经系统急症

第一节	偏头痛.....	(276)
第二节	三叉神经痛.....	(278)
第三节	美尼尔病.....	(281)
第四节	自发性脑出血.....	(284)
第五节	自发性蛛网膜下腔出血.....	(287)
第六节	脑梗塞.....	(289)
第七节	脑栓塞.....	(292)
第八节	化脓性脑膜炎.....	(295)
第九节	结核性脑膜炎.....	(299)
第十节	急性脊髓炎.....	(302)
第十一节	急性感染性多发性神经炎.....	(303)
第十二节	重症肌无力.....	(306)
第十三节	周期性麻痹.....	(309)
第十四节	癫痫持续状态.....	(312)

第十五节 颅内压增高综合征……………(314)

第十六节 脑疝……………(317)

第八章 结缔组织疾病急症

第一节 系统性红斑狼疮……………(321)

第九章 感染性疾病急症

第一节 感染性休克……………(326)

第二节 败血症……………(335)

第三节 流行性出血热……………(338)

第四节 中毒性菌痢……………(342)

第五节 狂犬病……………(345)

第六节 破伤风……………(348)

第七节 伤寒……………(352)

第八节 流行性乙型脑炎……………(357)

第十章 物理因素所致急症

第一节 中暑……………(362)

第二节 淹溺……………(364)

第三节 电击伤……………(367)

第十一章 水和电解质紊乱与酸碱失衡所致急症

第一节 高渗性脱水……………(370)

第二节 低渗性脱水……………(372)

第三节 低钠血症……………(375)

第四节 高钠血症……………(377)

第五节	高钾血症.....	(379)
第六节	低钾血症.....	(381)
第七节	代谢性酸中毒.....	(384)
第八节	代谢性碱中毒.....	(386)
第九节	呼吸性酸中毒.....	(388)
第十节	呼吸性碱中毒.....	(390)

第十二章 急性中毒

第一节	细菌性食物中毒.....	(392)
第二节	急性酒精中毒.....	(396)
第三节	急性一氧化碳中毒.....	(398)
第四节	急性农药中毒.....	(401)

第一章 呼吸系统急症

第一节 哮喘持续状态

哮喘持续状态，是指支气管哮喘重度发作持续24小时以上，虽经积极治疗仍未见缓解者。临床表现为严重呼吸困难，大汗淋漓，发绀明显，心动过速，烦躁不安。晚期可伴有高碳酸血症，意识障碍，甚至出现呼吸、循环衰竭。此种发作的常见诱因有：①呼吸道感染未控制；②过敏原或刺激性气体持续存在；③脱水严重，痰液粘稠，痰栓形成；④严重缺氧和二氧化碳潴留引起酸中毒；⑤精神过度紧张；⑥出现气胸、肺不张、心肺功能不全等并发症。哮喘持续状态是一种威胁生命的临床急症，必须正确诊断、及时抢救。

【诊断要点】

一、临床表现

(一) 病史 有反复发作的支气管哮喘史，了解每次发病的诱因、季节、过敏原及家族职业史等。

(二) 症状 发作性的呼气性呼吸困难和胸闷。往往端坐张口呼吸，痰粘稠不易咳出，伴有哮喘、紫绀、大汗、烦躁。危重时极度疲惫，意识模糊。

(三) 体征 气促(>30 次/分)，脉速(>120 次/分)。主要体征是两肺弥漫性哮鸣音，呼气时较重；合并呼

吸道感染时，多有湿啰音。危重患者由于粘液栓形成导致广泛的细支气管阻塞，呼吸音微弱，哮鸣音反而减低或消失。此时肺过度膨胀，肺内压增高，影响静脉回流心脏，可出现奇脉。病情继续恶化可致昏迷，血压下降，甚至呼吸、循环衰竭。

二、实验室和器械检查

(一) 痰液 痰涂片可见多量嗜酸性粒细胞，夏科-雷登结晶及库什曼螺旋体。合并感染时可作痰培养加药敏。

(二) 血液 血中嗜酸性粒细胞数、血沉和血清IgE增高，提示过敏性哮喘。白细胞计数和中性粒细胞数增高提示合并感染。而红细胞压积增高则表示脱水。

(三) 心电图 心动过速，电轴右偏，肺型P波，严重者可出现室性异位节律。

(四) X线 发作时肺野透亮度增加，呈过度通气状态，肋间隙增宽，肋骨呈水平，膈平坦，肺野外周血管纹理减少，而近端主干增粗，心影缩小。出现并发症时，会有相应的X线改变。

(五) 血气分析 轻度发作仅见 PaO_2 降低， PaCO_2 正常或下降（过度通气时）。若 PaCO_2 不断增高，则表示病情渐趋严重，哮喘持续状态可见严重低氧血症和高碳酸血症，呼吸衰竭时 $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ ， $\text{PaCO}_2 > 6.67 \text{ kPa}$ ， $\text{pH} < 7.30$ 。

(六) 肺功能 轻度发作者一秒钟用力呼气量(FEV_1) $> 2 \text{ L}$ ，最大呼气流速(PEFR) $> 200 \text{ L/分}$ 。中度发作者 FEV_1 为 $1 \sim 2 \text{ L}$ ， PEFR 为 $80 \sim 200 \text{ L/分}$ 。哮喘持续状态时 $\text{FEV}_1 < 1 \text{ L}$ ， $\text{PEFR} < 80 \text{ L/分}$ 。该项检查亦可用作判

断疗效和估计预后。

三、并发症 常见有慢性支气管炎，肺气肿，自发性气胸，纵隔气肿，肺不张等。

四、鉴别诊断 确诊本病须排除引起喘鸣和呼吸困难的其他疾病，如心源性哮喘、喘息型支气管炎、支气管肺癌和肺嗜酸粒细胞浸润症等。

【治疗方法】

一、常规治疗

(一)吸氧 哮喘持续状态都应持续鼻导管给氧，同时应作湿化和保温。吸氧浓度一般为30~50%（不能超过60%），二氧化碳潴留者，必须低浓度（25~30%）吸入。

(二)氨茶碱 首次0.25g加50%葡萄糖液40ml缓慢静推。半小时后，0.5g加10%葡萄糖液500ml静滴维持，速度为1mg/kg/h。应指出，氨茶碱达到有效血药浓度（10~20μg/ml）所需剂量的个体差异较大，故监测其血药浓度很重要。若无条件，24小时最多不超过1.5g。

(三)肾上腺皮质激素 由于此类药静脉注射也须6~24小时以后才见效，故主张早期、短程、大剂量给药。氢化考的松4mg/kg，每4小时静推1次或每日12mg/kg静滴，也可用地塞米松10~20mg/日静滴，共用2~5日。症状缓解后停用静脉给药，改为强的松40~60mg/日，口服维持，症状完全控制后逐渐减量停药，总疗程2~4周。治疗过程中要注意低钾性代谢性碱中毒的发生，以免加重缺氧。

(四)促进痰液排出 ①严重哮喘都有失水，失水后痰液粘稠不易咳出，且易形成痰栓，故输液对祛痰平喘很重

要。每日静脉补液2000~4000ml，糖盐比例为2:1。②祛痰药也可应用，氯化铵0.3g/次，3次/日口服；必嗽平16mg/次，3次/日口服；痰易净10%水溶液气雾吸入或5%水溶液气管给药。

(五)抗感染 哮喘持续状态者多合并有呼吸道感染。一般首选青霉素，也可选庆大霉素、氨苄青霉素、先锋霉素类静脉给药。亦可根据痰培养及药敏试验结果选用抗生素。

(六)纠正酸中毒 有明显代谢性酸中毒者可给予5%碳酸氢钠100~200ml静滴，必要时可重复。单纯呼吸性酸中毒者不必用碱性药物。

(七)其它 β -肾上腺素能受体兴奋剂为轻、中度哮喘的首选药物，但哮喘严重发作时往往效果有限。对精神紧张、烦躁者，应多加安慰，耐心护理。哮喘状态不宜用安定、吗啡、杜冷丁等镇静药，但呼吸机治疗时例外。还要注意及时发现并处理并发症。

二、特殊治疗

常规治疗不奏效，可采用某些特殊方法，往往可收到立竿见影之效。

(一)西米替丁0.8~1.2g加入5%葡萄糖液500ml中静滴，1次/日，连用3~5天。

(二)25%硫酸镁20ml、东莨菪碱0.6~0.9mg加10%葡萄糖液250~500ml静滴，1次/日，疗程5~7天。

(三)在常规治疗基础上，用多巴胺10mg、654-2 10~20mg、西米替丁0.6~1.2g、10%硫酸镁5~10ml加5%或10%葡萄糖液250ml静滴，20~30滴/分，1次/日，连用3~5天。

(四)应用酚妥拉明 ①酚妥拉明5mg加入10ml生理盐水中雾化吸入,2次/日,7天为1疗程,共2个疗程。②酚妥拉明10mg加10%葡萄糖液100ml静滴,半小时内滴完,1~2次/日,连用3~5天。若与 β 受体兴奋剂(舒喘灵、博利康尼)合用疗效更佳。

(五)硝苯吡啶 20mg舌下含服,4次/日。病情稳定后改为20mg,3次/日维持,15天为1疗程。

(六)排除异搏定禁忌证(血压偏低、心动过缓、房室传导阻滞等)后用①异搏定40mg碾粉末舌下含服,经5~10分钟哮喘可望缓解。②异搏定10mg加10%葡萄糖液500ml静滴,1次/日,7~10为1疗程。③双侧喘息穴位(第7颈椎旁开1寸)各注入异搏定5mg,1次/日,7~10天为1疗程。

(七)首次静注 γ -羟基丁酸钠(一种静脉麻醉剂)2.5g(5分钟注完),以后每日以2.5~5.0g加入葡萄糖液或生理盐水500ml中静滴,2~4天为1疗程。

(八)对情绪极度紧张者,用氨茶碱0.25~0.5g加10%水合氯醛10~15ml保留灌肠,半小时后情绪稳定,哮喘减轻,重复1~2次后哮喘缓解。

(九)对外源性重型哮喘者,停用肾上腺皮质激素,用雷公藤多甙,3次/日,20mg/次,依病情增减剂量,每日最多不超过100mg。待病情稳定后逐渐减量或减少服药次数至停药,疗程5~35天。

(十)哮喘发作时,多在肩胛间区有板、胀、凉、痛感觉(称敏感区)。触之有肌紧张度高、皮温低、有团块或条索状突起。按摩后即感通气舒畅,呼吸困难减轻,濒死感消

失。按摩2分钟后，于该处注射“四联针”：2%普鲁卡因2ml、氨茶碱0.125g、地塞米松2.5mg、东莨菪碱0.1~0.2mg或654—2 5mg。分几点注入，注药前提拉针头要有麻胀感才能推药，2~10分钟起效。这种所谓“敏感区注射疗法”简单易行、见效迅速、安全方便、可重复注射。尤其适用于哮喘持续状态急需控制症状者，但对合并感染者效果略差。

三、哮喘持续状态危象的救治

凡经上述治疗无效，紫绀明显加重，神志模糊，血气进行性恶化，提示粘液栓阻塞气道严重，窒息即将发生，称哮喘持续状态危象。此时应果断采用如下措施。

(一) 支气管肺泡灌洗术(BAL) BAL是严重哮喘持续状态的一种抢救措施，有时可获得显著疗效，从而避免呼吸机治疗。灌洗液的主要成分为温生理盐水50~100ml加倍他米松或地塞米松、麻黄素。灌洗时需同时给氧，若有二氧化碳潴留，灌洗液不宜超过30ml。灌洗后可将痰易净或抗生素送入气道。

(二) 呼吸机治疗 当BAL治疗失败后，应立即行呼吸机治疗。目前主张控制性低通气量加呼气末正压通气(PEEP)方法。选用定量型呼吸机，潮气量10~12ml/kg，呼吸频率6~12次/分。PEEP值的调整原则是从0.49kPa开始，根据肺部听诊、气道阻力变化及有无血压降低、心率增快等具体情况逐步调整到最大值(一般为1.37kPa，最高不超过1.96kPa)，持续数小时后，随症状缓解逐步减低至零。吸入氧浓度从60%开始随 PaO_2 升高逐渐减至30%。为了更有效地控制呼吸，在呼吸机治疗时还应解决两个问题。①用锁

静剂或肌松剂来消除自发呼吸，保持患者镇静。常用安定10~20mg或杜冷丁50~100mg静推，可重复应用。②加强气道内湿化和清除痰栓。每天用庆大霉素8万u、倍他米松400μg加生理盐水200~250ml支气管内滴入，配合吸引，往往奏效。

第二节 肺动脉栓塞

肺动脉栓塞是由于肺动脉的某一支被栓子堵塞而引起的严重并发症。常见于下肢血栓静脉炎、恶性肿瘤、心脏病、手术、妊娠、长期卧床等患者。

【诊断要点】

一、有长期卧床，手术后或有下肢深静脉炎等病史。

二、突然发生呼吸困难、发绀、剧烈胸痛、咳嗽、痰中带血、发热、昏厥或休克。

三、心电图检查主要表现为急性右心室扩张和高压及肺-冠反射所致的心肌缺血表现如 ①右心肥大。②电轴显著右偏。③肺性P波。④典型的S₁Q₃T₃波型（I导联S波深、Ⅲ导联Q波显著和T波倒置）。⑤右束支传导阻滞。

四、胸部X线表现 ①浸润阴影。②胸水。③粒状网状阴影。④肺门区肺动脉扩大。

五、实验室检查 血气分析常有低碳酸血症、低氧血症。血清乳酸脱氢酶、胆红素、纤维蛋白降解产物和白细胞数可增高。

六、肺动脉造影 栓塞血管腔充盈缺损、变性及中断。但有高度右心衰竭时，肺动脉造影属禁忌。

七、肺扫描 肺核素扫描血流受阻，在通常扫描正常的部位显示局部灌注缺损，结合临床可确立诊断。

【治疗方法】

一、一般治疗 本病发病急剧，需作急救处理，如抗休克、纠正急性右心衰竭、给氧吸入、用吗啡等药物止痛。也可静注阿托品 $0.5 \sim 1 \text{ mg}$ ，防止肺血管和冠状动脉反射性痉挛，减低迷走神经张力。保持大便通畅，不要突然用力。

二、早期肝素抗凝疗法 可抑制以凝血酶起动的各种活化的凝血因子，防止血栓的继续形成。临床上高度怀疑急性肺栓塞时可立即静脉推注 $50 \sim 75 \text{ mg}$ 肝素，若证明非肺栓塞，应立即停用。若确定为肺栓塞、应再静注 100 mg 肝素，以后据病人情况予以调节，可每 $4 \sim 6$ 小时补 $50 \sim 75 \text{ mg}$ 肝素，也可静脉持续滴入。应用肝素禁忌证：溃疡病、脑出血、最近二周内手术和外伤、产后、出血性疾病等。

三、血栓溶解疗法 尽管绝大多数肺栓塞的患者可自发恢复或在治疗前死亡，但少数病人仍需作血栓摘除术或接受溶栓治疗。链激酶（SK）和尿激酶（UK）能促进肺血栓的溶解，并使阻塞的血管再通，改善右心和肺循环不正常的血流动力学。病人的血栓越大，在治疗12小时内改善也越大。目前用SK和UK进行溶栓治疗对大多数影响两叶以上肺叶动脉巨大肺栓塞较为理想。其对休克患者成功率颇高，故尽早应用可减少病死率。常规SK 10 万u/小时 ，连用24小时，UK 4000 u/kg ，小时，连用 $12 \sim 24$ 小时。对巨大肺栓塞，可用导管插至右房，用UK 1.5 万u/kg ，10分钟内静注，以后继续给予肝素滴注维持。其中以尿激酶为佳，据外国学者应用肝素和尿激酶24小时后肺血流闪烁法对照：肝素血流缺损