

实用内科急症手册

王佩燕 胡大一 主编

中国医药科技

97-62

35
3,05.97-62

4
2

XA217-1

实用内科急症手册

王佩燕 胡大一 主编



3 0109 4994 3



国医药科技出版社

C 261279

登记证号：(京) 075 号

内 容 提 要

本手册是编者根据各自多年临床实践，并参考国内外同行的经验编写而成，以常见内科急症为重点，力求基础理论简明扼要，诊断部分突出要点，治疗部分具体实用，从而缩小篇幅，便于携带查阅。全书突出实用特点，同时对近来发展有所借鉴。

图书在版编目 (CIP) 数据

实用内科急症手册/王佩燕等主编. —北京:
中国医药科技出版社, 1996. 1

ISBN 7-5067-1541-4

I. 实… II. 王… III. 内科-急性病-诊疗-手册
IV. R505.97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 01452 号

中国医药科技出版社 出版
(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

(邮政编码 100810)

北京昌平精工印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

开本 787×1092mm^{1/32} 印张 6 1/4

字数 135 千字 印数 1 4000

1996 年 2 月第 1 版 1996 年 2 月第 1 次印刷

定价：10.00 元

主 编 王佩燕 胡大一

编写人员 (按姓氏笔划为序)

王世鑫	王佩燕	王 涛	李 经
许兰萍	陈世伦	苏纯信	张 杰
张洪飞	胡大一	郝凤桐	聂秀红
高春锦	彭立人	温金莲	谢 阅
戴华平			

前 言

临床医学不断发展,专业分科愈益精细,各专业人才辈出。八十年代以来,急诊医学做为一个新的临床医学专业,在我国出现了。它涉及多个学科和专业,因此要求急诊医师具有多学科理论知识和操作技术,从而能熟练地对各专业急症作出快捷准确诊断并予以及时有效的治疗。目前我国各地急诊科(室)医师系由各专业派出,轮流值班,或急诊科固有医师与其它专业轮转医师混合值班,因此,一本简明实用的急症手册在手以备值班时随时查阅实属必要——特别是非急诊专业医师长期从事各自专业,而在急诊值班时面对各专业急症,因此对这类手册尤为需要。

本手册是编者根据各自多年临床实践,并参考国内外同道的经验编写而成。以常见内科急症为重点,力求基础理论简明扼要,诊断部分突出要点,治疗部分具体实用,从而缩小篇幅,便于携带查阅。全书突出实用特点,同时对近来进展有所涉猎。

由于以常见急症为重点,未能面面俱到;同时编者经验、水平所限,不当之处在所难免,恳祈同道指正,以为借鉴。

手册编写过程中得到院领导大力支持,谨表谢意。

编者于首都医科大学附属

北京红十字朝阳医院

1995年8月

目 录

心肺复苏	1
电解质和酸碱平衡失调	10
低钠血症	10
高钠血症	12
低钾血症	12
高钾血症	14
代谢性酸中毒	14
传染病急症	17
流行性出血热	17
暴发型流行性脑脊髓膜炎	20
暴发型肝炎	23
呼吸系统急症	26
肺性脑病	26
支气管哮喘(急性加重期)	29
咯血	33
肺栓塞	36
自发性气胸	40
机械通气治疗(简介)	42
支气管哮喘的机械通气治疗	46
ARDS的机械通气治疗	50
心血管系统急症	53
不稳定性心绞痛	53
急性心肌梗死	56

急性心肌梗死并发症	64
急性左心衰竭	69
心律失常	72
心脏转复及除颤	87
人工心脏起搏术	90
晕厥	97
高血压危象	102
主动脉夹层动脉瘤	103
心源性休克	105
低血容量休克	108
过敏性休克	109
感染性休克	111
消化系统急症	114
腹痛	114
急性胰腺炎	115
急性上消化道出血	120
血液系统急症	124
出血性疾病	124
泌尿系统急症	130
急性肾盂肾炎	130
淋球菌性尿道炎	133
急性肾功能衰竭的透析治疗	134
内分泌系统急症	137
肾上腺危象	137
甲状腺机能亢进危象	139
低血糖症	141
糖尿病酮症酸中毒	143

糖尿病乳酸酸中毒.....	146
神经系统急症	149
周期性麻痹.....	149
急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病.....	150
重症肌无力.....	153
癫痫持续状态.....	157
脑出血.....	160
蛛网膜下腔出血.....	163
脑血栓形成.....	165
短暂性脑缺血发作.....	167
脑栓塞.....	169
急性理化因素疾病	171
急性化学品中毒诊治通则.....	171
急性一氧化碳中毒.....	178
高压氧治疗.....	181
急性有机磷农药中毒.....	184
中暑.....	187
血液灌流治疗药物和毒物中毒.....	188
细菌性食物中毒	189

心肺复苏

心肺复苏是用于抢救心脏骤停的手段。心脏骤停可因心脏病变如急性心肌梗死、心肌病、原发性电生理紊乱等引起，也可由非心脏病变如呼吸停止、严重钙、钾离子失衡、中毒、电击、心脏侵入性检查、心血管手术和麻醉等引起。按心电图特点，心脏骤停可分为三类，即心室纤颤，心电—机械分离和心室停搏。实用的快捷的心脏骤停的判断依据是突然意识丧失，颈动脉等大动脉搏动消失。由于心脏停搏4分钟后则大脑损害不可逆，因此必须在目击心脏骤停的4分钟内即开始有效的心肺复苏。迄今心肺复苏仍分为三期，即立即施行的基础救生，高级救生和持续救生。脑复苏是心肺复苏的终极目标，而心肺复苏是脑复苏的基础，故本文仍采用习用的心肺复苏概念。

目击现场立即处理步骤：

1. 监护条件下发现患者为心室纤颤立即给以200~300J的直流电击，然后视病情施行BLS之ABC。

2. 非监护条件下发现则立即在数秒钟内以叩击、摇动、呼叫确认患者无反应时，边向周围人呼救，边将患者放平。对头颈或脊柱受伤者应整体翻转，切勿使脊柱扭曲，随即开始ABC三部曲。

3. 基础救生——BLS

(1) A——Airway：开通气道，判断呼吸。

开通气道：①仰头抬颏法（图1—1）或②下颌前移法

(图 1-2)。

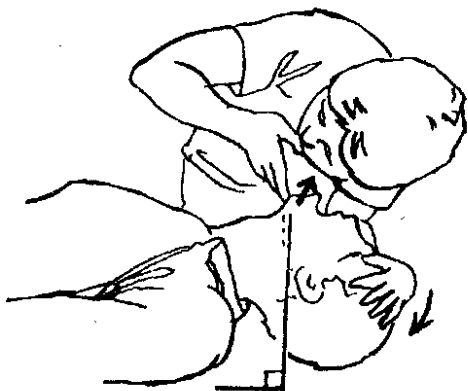


图 1-1 仰头抬颏法

一手向后压前额，另手中指食指提颏，使颈过伸，打通气道。



图 1-2 下颌前移法

双侧食指、中指分别在两侧向前推下颌角，使下颌骨前移，双拇指分别在两侧向下牵开下唇，打通气道。

打开气道后，用手指掏出其口内杂物。牙托可以保留（有助于术者口唇包紧患者口部）上述二法可使患者头后仰，下颌前移，口张开。对颈椎受伤者禁忌使头后仰，而应缓缓前推下颌，亦可单手提颏。判断呼吸：开通气道后术者面颊贴近患者面颊，双目观察胸部有否起伏，面颊感知其呼出气流，闻其呼出气息，确认呼吸停止则开始下一步。

(2) B Breathing：人工呼吸。

①口对口呼气（图1-3）：术者位于患者一侧，以近头侧手之手掌置于患者额部，向后下方施压，使头后仰，并用同手拇指和食指捏紧患者鼻孔，用另一手手指放在颏下，向前提高下颌骨。深吸气后，用口唇包紧患者口部呼气，如是两次。亦可用S型口咽器直通咽部，对口咽器呼气。

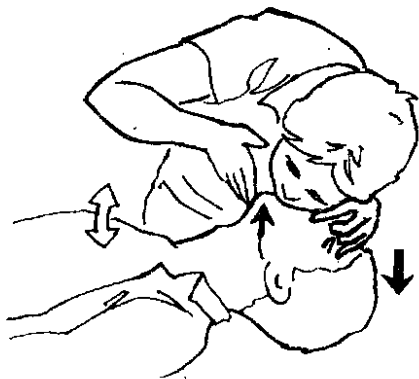


图1-3 口对口人工呼吸

按图1-1或图1-2打通气道后，以食指拇指捏住患者鼻孔，对口吹气。

②气囊活瓣式简易呼吸器：用呼吸器面罩扣紧患者口和鼻，挤压气囊同样有效。心脏挤压与人工呼吸配合比例为单人抢救 15 : 2，双人 5 : 1。随时观察患者胸部，若无起伏，应迅即变更手法开通气道。每次吹气量不应太大，超过 1200ml，可能引起胃胀气。

(3) C——Circulation：判定心脏停搏，施行心脏挤压（图 1—4）。

①触扪颈动脉：在打通气道同时，用另手中指和食指沿甲状软骨突出部水平滑向气管旁血管沟，用指尖向颈椎方向轻轻触摸，检查有否颈动脉搏动，若已停搏则迅速开始心脏挤压。

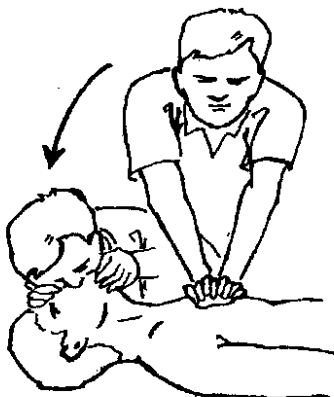


图 1—4 双人配合心肺复苏
一人口对口人工呼吸，另一人双手重叠，十指交锁，掌跟施压。

②胸外心脏挤压：术者跪于患者右侧，以右手食指和中指沿其右侧肋缘滑向剑突，中指所触为胸骨剑突连接，食指上方即心脏挤压部位，相当于胸骨中下1/3交界处。双臂伸直，垂直于患者胸部，双手掌部交迭，手指交锁或翘起以免压在肋骨上，掌跟置于挤压点，以上半身力量节奏均匀地一压一松。松手时手掌不得离开患者胸部。最初10余次内不得换人。1分钟后检查颈动脉搏动，第二位抢救者到达后每4~5分钟检查一次，检查不得超过5秒钟。挤压频率为80~100次/分。

电击所致者，须先以干木棍等设法使患者脱离电源后再行ABC。浅水溺水者可先在水中施行ABC，以争取时间。

4. 高级救生——ACLS

此期为使用器械药物手段以支持生命的阶段。器械药物在手边可立即实施，并与ABC相结合。无条件时则必须先施行ABC，待器械药物可用时开始此期救生。此期可分为DEF等几部分。

D——Defibrillation：器械和药物除颤。

(1) 直流电击：

监护中如发现为室颤时可给200~300J能量的电击，失败后可重复，能量可加大直至360J。电极板应按板上标示分置于胸骨右缘第二肋间和心尖部，紧压皮肤以免灼伤皮肤。

(2) 药物治疗：

①肾上腺素：为心脏骤停抢救药中之首选药，一经建立静脉输液通道，立即给以0.1%肾上腺素1ml，随以10ml生理盐水迅速推注，每3~5分钟重复1次。

②溴苄胺：重复电击三次而无效时，静脉注射溴苄胺5~10mg/kg，再电击，无效时，间隔15分钟可再给此药，总

量可达 25mg/kg。

③利多卡因：除颤无效时可静脉注射 1~2mg/kg，继以 1~4mg/min，静脉滴注，可以追加 0.5mg/kg，每 10 分钟 1 次。

④阿托品：心室停搏或复跳后心动过缓而致收缩期血压低于 80mmHg，可给药 1mg，10 分钟后可重复之。

⑤碳酸氢钠：复苏已逾 10 分钟，或动脉血气示 $\text{PH} < 7.0$ ，可给以 5% 碳酸氢钠 50~100ml，在最初 10 分钟内不宜用，纠正酸中毒首先立足于改善通气。

给药途径：以近心静脉最理想，如锁骨下静脉及颈内静脉，抢救时较实用者为肘窝部几条静脉，肢末静脉不足取。次选途径为气管内给药，药量应加倍，暂停心脏挤压（不超过 5 秒钟），并给以加压通气，心内注射为上述途径难以建立时的权宜之计。

（3）氧疗：

尽快给以气管插管，保障通气。最初可给纯氧。接通呼吸机后给以使动脉 PaO_2 达 100mmHg 的吸入氧浓度，不应长时间给高浓度氧（应低于 40%）。呼吸机参数调节以血气检测结果为据。

5. 持续救生——PLS

本期复苏应在监护室内进行。转送病人：当患者已恢复窦性心律；收缩压已达到并稳定于 80mmHg，高血压患者应在 90mmHg 以上；已恢复自主呼吸或监护室在近处并且已建立有效人工呼吸，此时方可向监护室转送。转送时应用硬板平车，持续用氧气袋给氧，或用有内电源呼吸机以及简易气囊—活瓣式呼吸器（必须能经气管插管通气），并接通便携式监护—除颤仪，随平车一起转移，亦可由随车医师扪脉监护。

(1) 维持呼吸功能，保证组织氧合：若已恢复自主呼吸，可给以氧吸入，使用文丘里面罩给以 40% 以下的吸入氧浓度。通气量不足可辅以机械辅助呼吸，通气量应使 PaO_2 达到 100mmHg， PaCO_2 在 25~35mmHg。尚未恢复自主呼吸，继续使用呼吸机或简易呼吸器，参数调节依据同上述。不宜使用呼吸兴奋剂。可给以抗生素预防呼吸道感染。

(2) 维持内环境平衡，纠正酸中毒及电解质失衡：可使用碳酸氢钠静脉滴注，使血 PH 达到 7.20。有尿时应即补以氯化钾。

(3) 维持有效循环：使用 Swan-Ganz 四腔管行血液动力学监测，指导扩容、正性肌力药及血管活性药的使用。有心功能不全时可分两路静脉滴注多巴酚丁胺及硝普钠。维持收缩压 > 85mmHg，CI 在 $2.6\text{L}/\text{m}^2 \cdot \text{min}$ 以上。对心律失常的治疗不宜过分强调使用抗心律失常药，应在纠正缺氧、酸中毒、电解质失衡的基础上审慎选用适当药物。

(4) 保护肾功能，防治急性肾功能衰竭：在一二期复苏中不用或少用缩血管药，不用肾毒性药物，及时用多巴胺纠正休克为根本防治法。一旦出现高血钾，可以床旁 CAVH 法纠正之。

(5) 脑功能恢复和脑水肿的防治：迅速恢复循环是根本措施。循环恢复，血压正常后交替使用 25% 甘露醇、白蛋白、速尿和皮质激素（如地塞米松）以降低颅内压。高压氧疗亦是可靠方法之一。铁螯合剂，钙通道阻断剂，自由基清除剂等尚未能在临床获得肯定结论，仍在试用中。利多氟嗪即其中之一。

注：心电-机械分离很少见，可在 ABC 进行中静脉推注 1:10000 肾上腺素 10ml，无效时检查有否气胸、心包填塞并

处理之。心室停搏时给以肾上腺素和阿托品，如果可能安装临时心脏起搏器。

(王佩燕)

图 2 室颤复苏程序

