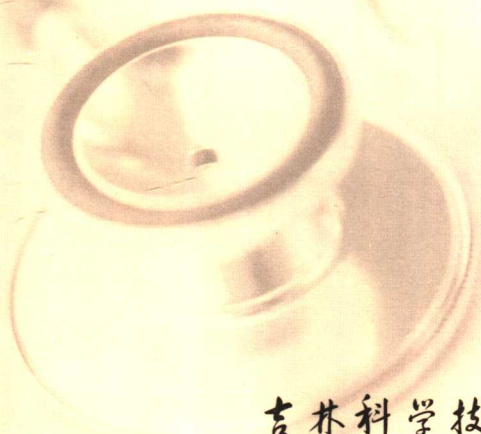


NEIKE JIZHENG DE
ZHENDUAN HE CHULI



内科急症的 诊断和处理

李学军 毕庆思 田汝俊 主编



吉林科学技术出版社

内科急症的诊断和处理

主编 李学军 毕庆思 田汝俊

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科急症的诊断和处理/李学军等主编. —长春: 吉林科学技术出版社, 2006. 9

ISBN 7-5384-3235-3

I. 内… II. 李… III. 内科-急性病-诊疗

IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 107097 号

内科急症的诊断和处理

李学军等主编

责任编辑: 李洪德 郝沛龙 封面设计: 王嗣贤 赵 晶

*

吉林科学技术出版社出版、发行

全国新华书店经销

山东省泰安市第三印刷厂印刷

*

850 × 1168 毫米 32 开本 15 印张 374 千字

2006 年 9 月第 1 版 2006 年 9 月第 1 次印刷

定价: 36.00 元

ISBN 7-5384-3235-3/R · 1031

版权所有 翻印必究

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

发行部电话 0431-5635181

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

网址 www.jkpbs.com 实名 吉林科技出版社

主 编	李学军	毕庆思	田汝俊	
副主编	王青蓝	张强泽	陈翠玲	谭永顺
	刘丽娟	玄 菲	张凤梅	崔 梅
	鹿 军	马英文	曹爱华	

编 委 (以姓氏笔画为序)

马英文	王青蓝	王奉云	王自良
王端强	玄 菲	田汝俊	刘丽娟
刘桂兰	刘长江	朱恒美	孙 燕
伊书峰	李学军	李新文	李 燕
毕庆思	张强泽	张凤梅	张 鹏
陈翠玲	孟宪红	高 晖	高文良
郭 霞	鹿 军	曹爱华	黄天福
黄振宇	彭 伟	崔 梅	韩 帅
谭永顺			

前 言

近年来急救医学领域进展迅速,许多新理论、新知识不断涌现,工作在临床第一线的广大医务人员急需了解和掌握有关急救医学的新理论、新观点,以便出色地完成急诊常见疾病的医疗工作。为此,我们在繁忙的工作之余,广泛参考国内外文献,结合自身工作经验,精心编著了这本《内科急症的诊断和处理》,奉献给读者。

本书共分10章,第一章绪论,简要介绍了急诊医学的概念、急诊医学的发展和我国急诊医学的成就;第二章至第十章按系统介绍了内科临床常见急症的病因、诊断和处理。内容丰富,重点突出,简明扼要,切合实用。

由于时间仓促,且各人的写作风格不完全相同,每章节的内容难易程度和格式不尽相同,书中难免有不妥之处,敬祈广大读者指正。

莱芜市人民医院 李学军

2006年9月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 呼吸系统急症	4
第一节 急性呼吸衰竭	4
第二节 急性呼吸窘迫综合征	10
第三节 大咯血	17
第四节 肺性脑病	24
第五节 急性肺栓塞	29
第六节 急性肺水肿	36
第七节 自发性气胸	43
第三章 循环系统急症	49
第一节 急性心力衰竭	49
第二节 难治性心力衰竭	53
第三节 危重性心绞痛	62
第四节 急性心肌梗死	66
第五节 心脏骤停	81
第六节 高血压急症	98
第七节 心源性休克	105
第八节 重症心律失常	113
第九节 抗心律失常药物所致心律失常	127
第十节 常用抗心律失常药物	131
第十一节 病毒性心肌炎	147

第十二节	急性感染性心内膜炎·····	159
第十三节	主动脉夹层·····	167
第十四节	急性心脏压塞·····	176
第四章	消化系统急症·····	180
第一节	急性上消化道出血·····	180
第二节	肝性脑病·····	192
第三节	急性肝功能衰竭·····	200
第四节	急性重症胰腺炎·····	211
第五章	泌尿系统急症·····	218
第一节	急进性肾小球肾炎·····	218
第二节	急性肾功能衰竭·····	222
第六章	血液系统急症·····	239
第一节	急性粒细胞缺乏症·····	239
第二节	急性再生障碍性贫血·····	242
第三节	弥散性血管内凝血·····	248
第四节	血友病·····	256
第七章	内分泌系统急症·····	262
第一节	糖尿病酮症酸中毒·····	262
第二节	高渗性非酮症糖尿病昏迷·····	269
第三节	甲状腺危象·····	273
第四节	低血糖症·····	277
第五节	肾上腺危象·····	280
第六节	垂体前叶功能减退危象·····	283
第八章	神经系统急症·····	288
第一节	脑血栓形成·····	288
第二节	脑栓塞·····	297
第三节	脑出血·····	301
第四节	蛛网膜下腔出血·····	307

第五节	癫痫	313
第六节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	332
第七节	急性脊髓炎	338
第八节	重症肌无力及危象	341
第九节	周期性麻痹	346
第十节	昏迷	350
第十一节	单纯疱疹病毒性脑炎	354
第十二节	脑膜炎	359
第十三节	脑脓肿	374
第十四节	晕厥	382
第九章	急性中毒	391
第一节	概论	391
第二节	急性有机磷农药中毒	396
第三节	一氧化碳中毒	405
第四节	杀鼠剂中毒	409
第五节	巴比妥类药物中毒	413
第六节	苯二氮䓬类药物中毒	417
第七节	氯丙嗪类药物中毒	418
第八节	阿片类药物中毒	420
第九节	铅中毒	423
第十节	汞中毒	426
第十一节	锰中毒	430
第十二节	砷中毒	433
第十三节	毒蕈中毒	435
第十四节	木薯中毒	439
第十五节	急性发芽马铃薯中毒	441
第十六节	急性亚硝酸盐中毒	442
第十七节	强酸类中毒	444

第十八节	强碱类中毒·····	446
第十九节	急性酒精中毒·····	448
第二十节	细菌性食物中毒·····	452
第十章	环境因素急症·····	458
第一节	溺水·····	458
第二节	电击伤·····	461
第三节	中暑·····	464

第一章 绪 论

急诊医学是一门新兴的医学科学,是医学领域中近十几年来发展最快的临床医学专业之一。急诊医学的发展是社会现代化建设的需要,也是医学科学发展的必然趋势。

急诊、急救、急诊医学的均属急诊医学的范畴,但他们又有各自的特点。急诊医学是研究现场急救、病员转送、医院内急诊工作、药理学、灾难医学、急诊医疗体系管理学和危重症监护等内容的临床独立学科。

一、急诊医学的产生和发展

急诊医学是当今最年轻的临床学科之一,其建立和发展和其他学科一样经历了一个较漫长的准备阶段。早在 19 世纪中叶,急诊医学已经初见端倪。1863 年著名的现代护理事业的先驱者南丁格尔曾撰文写道“在小的乡村医院里,把病人安置在一间由手术室通出的小房间,直至病人恢复或至少从手术的即时影响中解脱的情况已不鲜见。”这种专门为术后病人,以后又进一步扩大到为失血、休克等危重外科病人开辟的“小房间”存在相当长的时间,在 20 世纪 20 年代被正式称作“术后恢复室”,并作为麻醉科或外科一部分存在。50 年代以后,若干重大事件促进了“术后恢复室”向更高层次发展,如斯堪的纳维亚半岛和美国南加利福尼亚在 50 年代初发生多发性神经炎流行,为抢救呼吸衰竭病人,麻醉医师携带机械呼吸器介入了病房的抢救工作,并获得巨大成

功。50 年代以后,随着科学技术的进步,各种新型轻便的呼吸机相继推出,心电和循环压力监测技术不断完善,大大拓展了临床监测和治疗能力,为病人的监测和治疗的专业化提供了坚实的物质基础。尤其 50 年代后期,首先在内科系统建立了具有现代急诊医学意识和拥有现代治疗和监测手段的加强监护治疗病房(ICU),如冠心病加强监护治疗病房(CCU)、呼吸加强监护治疗病房(RCU)等。继而外科“术后恢复室”也在充分吸收内科 ICU 长处的基础上建立起了专科和综合的外科 ICU(SICU),从而促进了急诊医学的实践和发展。1970 年美国危重病医学会作为一个独立的学术团体宣布成立。此后,急诊医学作为一个新的学科,以及 ICU 作为急诊医学主要的实践场所已经成熟并取得了稳固的学术地位,并得到了空前速度的发展。例如,加拿大在 1969 ~ 1986 年间,对 ICU 的利用率以年均 4.8% 的速度递增,由 1969 的 16d/1000 人增至 1986 年的 42d/1000 人。美国同期 ICU 年均增长率为 3%,但 1980 年前则高达 8%,由于其基数大,到 1986 年全国已设有 85000 张 ICU 床位,利用数达到 108d/1000 人。目前在一些发达国家甚至立法规定,200 张床位以上的医院要求至少设有一个 ICU。

与发达国家相比,我国急诊医学起步晚,发展也较缓慢。直到 20 世纪 80 年代初,在改革开放的推动下,我国才引进了较完整的现代急诊病医学理论,并建立了一批具有现代模式的 ICU。为加快我国急诊医学和 ICU 的发展步伐,国家卫生部在 1989 年颁布的医院等级评审标准中,明确地把 ICU 建设作为评级的条件之一。与此同时,仅在 1991 ~ 1994 年 4 年间,就先后召开了 4 次全国或全军性的急诊医学专业会议,从而促进了我国急诊医学和 ICU 的发展。

二、急诊医学的现状和前景

虽然急诊医学和 ICU 十分年轻,但从其诞生起就已引起人们极大兴趣和关注。今天,医学的高度发展,使过去许多早期不能存活的病人生命得以延长,同时也使急诊病人的数量大量增加,这种由对疾病的系统治疗转向对危重状态的治疗,无疑将急诊医学推向了临床医学发展的最前沿。近几年来,随着医学科学的发展,不少大、中城市的综合医院和某些专科医院都相继设置了急诊科和院内 ICU,并配备了医师、护士等医务人员,使急诊医学得到了进一步发展。但是,我们还应该清楚的看到要建立健全急诊医学医疗体系,如较大人力和财力的投入、各级党政领导的重视和扶持、加强对从事抢救工作医护队伍跨学科跨专业有关急救知识和技能的培训,乃是当务之急。我们希望我国各地应立即着手建立和逐步完善急救医学医疗体系,使我国的急诊医学达到一个新的水准,以造福于所有急危重症病人。同时我们也希望我国急诊医学要走自己的道路,既要吸取和掌握现代医学有关急救的先进知识和技能,也要探寻现代医学在这个领域内某些环节的不足,将我国传统中医优势结合进去,以形成既优越于现代西医,也优越于传统中医的具有我国特色的危重病急救医学。

(李学军 毕庆思 田汝俊)

第二章 呼吸系统急症

第一节 急性呼吸衰竭

急性呼吸功能衰竭是指原来呼吸系统健康,肺功能正常,因某种突发原因,例如呼吸道阻塞性病变、肺组织病变、肺血管疾病、胸廓胸膜病变、神经中枢及神经肌肉疾病等,在短时间内引起严重气体交换障碍,产生缺 O_2 或合并 CO_2 潴留。因病变发展迅速,机体未能有很好的代偿,如不及时抢救,会危及患者生命。临床上常见的病因包括有各种原因引起。

【病因】

(一)呼吸器官疾病 临床最常见,通常所说呼吸衰竭多指此种,又可分为:

1. 胸廓和胸膜病变 如胸廓畸形、脊柱侧弯后突、胸部外伤及多发性肋骨骨折、气胸、血气胸、大量胸腔积液、广泛胸膜增厚、膈及纵隔疾病、肥胖低通气综合征。

2. 气道疾病 包括急性窒息,喉头水肿,气管异位,肿瘤,痰、血块阻塞,弥漫性支气管痉挛和水肿。

3. 肺部疾病 如慢性支气管炎致阻塞性气肿、肺水肿、肺萎陷不张、广泛肺炎、尘肺、重症肺结核、弥漫性肺纤维化、急性理化因素引起的肺损伤、肺动脉栓塞和成人呼吸窘迫综合征等。

(二)中枢神经和神经肌肉疾病 脑血管意外、颅脑感染、脑

外伤可损害呼吸中枢导致中枢性呼吸衰竭;肌营养不良、重症肌无力、格林-巴利综合征、脊髓灰质炎等可引起呼吸肌无力而发生呼吸衰竭。

(三)中毒 药物中毒可抑制呼吸中枢及发生休克、肺水肿致呼吸衰竭;氰化物(如苦杏仁)、亚硝酸盐等中毒可致细胞水平气体交换障碍,一氧化碳中毒可致氧合血红蛋白减少,从而引起严重缺氧,即内呼吸性呼吸衰竭。

【诊断】

(一)病史 急性呼吸衰竭是由于使空气进入肺内的各种力量和克服胸壁、肺膨胀或气道阻力所需力量之间的不平衡所引起。它的原发疾病可能有以下几种情况,应详细询问。

1. 神经中枢及传导系统的病变 如脑炎、脑外伤、电击、各种原因中毒、麻醉药物和其他呼吸抑制药物。

2. 脊髓病变 如脊髓灰白质炎、多发性神经根炎等。

3. 神经肌肉接头处的冲动障碍 如膈肌麻痹。

4. 神经肌肉疾病 如重症肌无力、药物性神经肌肉阻滞、肌肉松弛剂的延长作用。

5. 胸廓病变 如外伤、手术创伤、胸廓畸形、大量胸腔积液、气胸等。

6. 严重的肺疾患 继发于静脉血栓性静脉炎的急性肺栓塞、严重支气管哮喘或哮喘持续状态、原发性或继发性细菌性肺炎。

(二)临床表现 急性呼吸衰竭主要表现为缺氧,部分有二氧化碳潴留,对机体威胁程度前者比后者重要。临床表现与缺氧发生速度、持续时间和严重程度等密切相关,而心、脑、肺对缺氧极为敏感。临床上缺氧和二氧化碳潴留的表现许多是相似的,两者常同时存在。

1. 缺氧

(1)中枢神经系统:大脑耗氧量较大,为 $30\text{ml}/(\text{min} \cdot \text{kg})$,停

止供氧达 6 分钟即可发生脑组织不可逆损伤。缺氧表现:轻度,烦躁;中度,谵妄;重度,昏迷。

(2)心血管系统:缺氧可诱发各类心律失常。

(3)呼吸系统:缺氧使 PaO_2 下降,通过刺激外周化学感受器(主动脉体、颈动脉体)和对呼吸中枢的直接作用,使呼吸加深加快来加强代偿。在脑部疾患、心力衰竭、尿毒症、代谢性酸中毒等,患者呼吸加强加快和减慢减弱来交替周期出现即出现潮式呼吸(陈-施呼吸, Cheyne-Stokes respiration)以及间歇停顿(比奥, Biot)呼吸。

(4)血液系统:慢性缺氧可刺激造血,而急性缺氧常无此代偿,反可造成凝血机制障碍、造血系衰竭、DIC。

(5)消化系统:呼吸衰竭引起缺氧以及脑反射性的微血管痉挛,加重胃肠道组织缺血、缺氧,常发生应激性溃疡出血及肝细胞功能损害。

(6)肾脏:缺氧使肾血管收缩,血流量减少,易发生肾功能不全,致尿素氮、肌酐增高,代谢性酸中毒等。

(7)细胞代谢及电解质:可导致代谢性酸中毒、高钾血症和细胞内酸中毒。

2. 二氧化碳潴留

(1)中枢神经系统:急性二氧化碳潴留可使脑血管扩张,血流量增加,颅内压升高,因而出现头痛、扑翼样震颤、嗜睡、昏迷等表现。

(2)酸碱失衡和电解质紊乱:血中二氧化碳潴留产生呼吸性酸中毒,导致细胞外液 H^+ 与细胞内 K^+ 互换,使血清 K^+ 升高,细胞内 H^+ 、 Na^+ 增加。过量补充碱性药物和应用呼吸兴奋剂或机械辅助呼吸以及激素、利尿剂,可引起血 K^+ 和 Cl^- 减低,此时易发生呼吸性酸中毒 + 代谢性酸中毒。

(3)心血管系统:当缺氧合并二氧化碳潴留时,可出现肺动脉

收缩,肺高压,右室肥厚、扩大,心率快,心衰,血压上升,脉洪大,外周血管扩张,皮肤潮红、温暖、出汗等。

(4)呼吸系统:吸入 $< 15\%$ 二氧化碳时,二氧化碳每升高 $0.13\text{kPa}(1\text{mmHg})$,则每分钟通气量可升高 2L 。中枢对二氧化碳刺激常呈抑制状态,而呼吸兴奋性主要靠缺氧维持。

(三)实验室及其他检查

1. 血气分析 呼吸衰竭诊断很大程度上依靠血气分析的结果。一般来说,成年人,位于海平面水平,在静息状态,呼吸空气时,若 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, PaCO_2 正常或低于正常时即为低氧血症型或 I 型呼吸衰竭;若 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, PaCO_2 大于或等于 50mmHg 时即为高碳酸血症或 II 型呼吸衰竭。

2. 胸部 X 线 是明确呼吸衰竭的发生原因和病变范围、程度的重要的辅助检查。根据胸部 X 线能了解心脏及气管的状态、骨折、气胸或血胸的存在,以及有无肺炎、肺水肿、肺实变、肺不张等改变。但需指出的是,胸部 X 线片所见与临床上呼吸功能衰竭或血气分析,在时期上不同步或不一致。

3. 其他检查 胸部 CT 较普通 X 线摄片更为灵敏。能够捕捉相当微细的病理改变,在诊断非肿瘤性肺病变中有重要作用,同时也是急性呼吸衰竭的诊断方法之一。纤维支气管内镜既可对气道灼伤、支气管阻塞或肺不张以及气管内出血等进行诊断,也可兼作治疗手段。

【鉴别诊断】

急性呼吸衰竭主要应与心源性肺水肿和肺部感染鉴别。

(一)心源性肺水肿 发生的原因主要是由于急性左心衰竭。凡是引起急性左心衰竭的疾病,都可导致急性肺水肿的发生,引起呼吸困难,出现与呼吸衰竭相似的临床表现。如急性心肌炎、急性心肌梗死、急性心力衰竭、高血压性心脏病、风湿性心脏病。心源性肺水肿,多数病人无急性感染的临床表现,肺水肿的出现是一种

慢性进行性过程,病人除了慢性呼吸困难和长期肺部湿性罗音不能吸收外,尚有心脏病的各种体征,如高血压、心脏扩大、明显的杂音、心律不齐、心电图等异常改变,胸部X线透视或摄片显示心界扩大,两侧肺门血管扩张增粗、阴影扩大,并自肺门向外呈扇形扩散。而急性呼吸衰竭并无这些特征,且经强心、利尿、扩血管等措施纠正心力衰竭后,肺水肿可吸收好转,呼吸困难可缓解,肺部湿性罗音可减轻或消失。因此,鉴别诊断一般并不困难。

(二)肺部感染 急性肺部感染常表现为突然寒战、高热、胸痛、咳嗽、气急、咳铁锈色痰。多数为局灶性 or 大叶性;有正常肺组织进行代偿,因此很少出现明显的呼吸困难和紫绀。

【处理】

急性呼吸衰竭的抢救又称心肺复苏,多属现场复苏抢救,要求采取有效抢救措施,在数分钟内,病人发生不可逆损伤之前,防止和缓解严重缺氧,保护心、脑等重要组织器官的功能,满足患者气体交换的最低要求,为进一步的治疗和相应的对应处理争得时间。呼吸急救的关键是保持呼吸道通畅,这是气体交换的首要条件;二是进行有效的体外心脏按摩,间歇人工呼吸,以及以新鲜空气或高浓度氧冲洗肺泡,以保证有效通气及基本的气体交换。故有称上述通畅呼吸道,体外心脏按摩和人工呼吸的措施为心肺复苏抢救ABC(airway, breathing, circulation)。此外要注意纠正水盐失衡及酸碱紊乱,补充营养,防治感染,并积极进行病因治疗。

(一)现场抢救 首先去除病因,畅通呼吸道,立即人工呼吸,时间紧迫或无条件情况下,可口对口人工通气,有条件时作紧急气管插管,安装呼吸机,机械通气,争取抢救成功的机会。

(二)高浓度给氧 在急性呼吸衰竭,必须及时使用高浓度或纯氧以缓解 O_2 。纠正缺氧是保护重要器官和抢救成功的关键。但要注意吸氧浓度和持续时间,以避免长时期高浓度给氧引起氧中毒。通常如果能控制吸入纯氧 <5 小时,80%的氧 ≤ 24 小时或