

LINCHUANG JIZHENG ZHENZHI SHUXI

— — — — —

临 床
急 症
诊 治
书 系

内科急症诊断与处理

NEIKE JIZHENG ZHENDUAN YU CHULI

主编 黄振文
河南医科大学出版社

临床急症诊治书系

内科急症 诊断与处理

主 编 黄振文



河南医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

2001/8/21

内科急症诊断与处理/黄振文等主编. —郑州:河南医科大学出版社, 1999. 8

(临床急症诊治书系).

ISBN 7-81048-329-3

I. 内… II. 黄… III. 内科-急性病-诊疗
IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 45420 号

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

河南医版激光照排中心照排

郑州文华印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 17.75 字数 461 千字

1999 年 11 月第 1 版 1999 年 11 月第 1 次印刷

印数 1~3 000 册 定价:26.70 元

主 编 黄振文

专业主编

党瑜华 心血管内科专业

张庆宪 呼吸内科专业

李建生 消化内科专业

陈 健 消化内科专业

万鼎铭 血液内科专业

秦贵军 内分泌科专业

王 迅 肾病内科专业

王左生 神经内科专业

内 容 提 要

本书是一本较实用的内科危重急症诊疗手册。内容包括内科循环、呼吸、消化、血液、肾病、内分泌 6 个专业的常见急症,同时还写入了神经内科的危重急症。重点是有关各种急症的新理论、新检查方法和新治疗手段,强调简明扼要,实用性强。本书可供内科临床医师、急诊内科医师和实习医师使用。

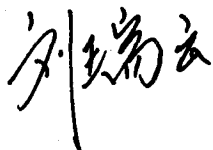
序

急救医学是一门新兴的跨专业的边缘学科,涉及病人的生死存亡。急救医疗水平高低既可反映一个国家、地区、城市卫生机构的组织管理水平,也是显示各级医院、救护站的医护人员素质和救治水平的一项综合指标。如何作好急救医疗工作,提高救治成功率,减少病死致残率已受到各级卫生部门和广大人民的普遍重视。

为满足临床急救工作的需要,提高临床工作者对危重病人的诊断与治疗水平,河南医科大学出版社组织河南医科大学一附院、二附院、三附院内外妇儿各专业具有丰富临床实践经验的专家教授编写了临床急症诊治书系,包括《内科急症的诊断与处理》、《外科急症的诊断与处理》、《妇产科急症的诊断与处理》、《儿科急症的诊断与处理》。该丛书突出显示以下几个特点:①新颖:它充分反映了当代急救医学的新理论、新概念、新技术和新疗法;②全面:丛书除重点介绍急救医学中常见疾病外,对临床诊治中可能遇到的较为少见的疾病也加以

叙述;③实用:丛书突出了各作者的实践经验,更新急救医学的理论知识,使之既适合于综合性医院的住院医师与主治医师,又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助;④清晰:丛书对每一疾病的诊断要点与依据,治疗原则,危重指征,治疗方法的选用等进行了介绍,而且主次分明,重点突出。

该套丛书不仅是从事急诊医学专科医师必备的参考用书,也是各临床科室医师临症时的重要参考用书,希望该套丛书的出版将有助于急救医学在我国的发展和提高。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '刘端' (Liu Duan), with a vertical line through the middle character.

1998.8.11

前 言

内科急症诊断与处理是内科临床的重要课题。由于病情危重,病情变化快,常常需要内科医生及时作出正确判断,并能熟练掌握急救操作及治疗技术,以提高抢救成功率,降低病死率。

随着现代医学研究的飞速发展,对内科危重急症的认识不断加深。知识的不断更新、诊疗技术的不断进步,临床上急需一本有关内科急症的实用参考书。为此,我们组织河南医科大学第一附属医院有关医学专家,综合国内外医学新进展和临床经验,编写了《内科急症诊断与处理》一书。在编写过程中力求内容新颖、条理清楚、简明扼要、实用性强,重点突出了新理论、新检查方法和新治疗手段,希望本书能对内科临床危重急救工作有所裨益。

由于编者水平有限,书中难免有不妥或错误之处。为此,恳请读者提出宝贵意见,以便再版时予以修订

黄振文

1999.8.1

目 录

第1章 循环系统急症	(1)
第1节 循环骤停与心肺复苏	(1)
第2节 心源性休克	(10)
第3节 心源性昏厥	(21)
第4节 高血压急症	(28)
第5节 急性心肌梗死	(39)
一、急性心肌梗死的早期诊断	(39)
二、急性心肌梗死的治疗常规	(46)
三、急性心肌梗死溶栓治疗	(49)
四、急性心肌梗死合并心律失常的诊断和处理	(53)
五、急性心肌梗死合并泵衰竭的诊断和处理	(58)
六、急性心肌梗死药物应用指南	(60)
七、急性右心室梗死的诊断与处理	(63)
八、急性心房梗死的诊断与处理	(66)
九、急性无Q波心肌梗死的诊断与处理	(69)
十、急性心肌梗死的机械并发症及处理	(73)
第6节 急性心力衰竭	(80)
一、急性左心力衰竭	(80)
二、急性右心力衰竭	(87)
第7节 急性主动脉夹层瘤	(90)
第8节 急性心脏压塞	(98)

第9节 严重心律失常	(105)
一、阵发性室上性心动过速	(105)
二、室性心动过速	(120)
三、心房扑动与颤动	(135)
四、心室扑动与颤动	(143)
五、病态窦房结综合征	(144)
六、房室传导阻滞	(148)
第10节 心脏直流电复律	(153)
第2章 呼吸系统急症	(161)
第1节 大咯血的诊断与处理	(161)
第2节 张力型气胸	(167)
第3节 大量胸腔积液	(173)
第4节 急性肺动脉栓塞	(182)
第5节 重症支气管哮喘	(189)
第6节 重症肺部感染	(200)
第7节 急性呼吸窘迫综合征	(213)
第8节 呼吸衰竭	(220)
第9节 重症肺结核病	(236)
第10节 肺癌	(248)
第3章 消化系统急症	(261)
第1节 食管贲门黏膜撕裂症	(261)
第2节 食管、胃静脉曲张破裂出血	(263)
第3节 消化性溃疡出血	(280)
第4节 急性胃黏膜病变	(289)
第5节 伪膜性肠炎	(296)
第6节 重症肝炎	(300)
第7节 急性坏死型胰腺炎	(309)
第8节 自发性细菌性腹膜炎	(321)

第9节	肝性脑症	(326)
第10节	肝肾综合征	(335)
第11节	溃疡性结肠炎	(338)
第4章	血液系统急症	(345)
第1节	急性再生障碍性贫血	(345)
第2节	血小板减少症	(356)
第3节	弥散性血管内凝血	(363)
第4节	粒细胞缺乏症	(370)
第5节	急性溶血性贫血	(377)
第5章	内分泌及代谢性疾病的急症	(385)
第1节	糖尿病酮症酸中毒	(385)
第2节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(396)
第3节	低血糖症及昏迷	(404)
第4节	甲状腺危象	(408)
第5节	黏液性水肿及昏迷	(410)
	一、黏液性水肿	(410)
	二、黏液性水肿昏迷	(415)
第6节	腺垂体功能减退症及危象	(417)
	一、腺垂体功能减退症	(417)
	二、垂体前叶功能减退危象	(420)
第7节	肾上腺皮质功能减退危象	(422)
第8节	痛风	(425)
第9节	嗜铬细胞瘤	(434)
第6章	泌尿系统急症	(441)
第1节	急进性肾小球肾炎	(441)
第2节	狼疮性肾炎的诊断和治疗	(445)
第3节	急性肾功能衰竭	(455)
第4节	急性尿路感染	(463)

第7章 神经系统急症	(473)
第1节 头痛	(473)
第2节 颅内压增高	(484)
第3节 抽搐	(495)
第4节 昏迷	(504)
第5节 脑出血	(513)
第6节 蛛网膜下腔出血	(523)
第7节 脑梗死	(531)
第8节 颅内感染	(540)
第9节 急性脊髓炎	(550)
第10节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(556)
第11节 重症肌无力	(562)
第12节 周期性麻痹	(569)
第8章 急性中毒	(573)
第1节 急性有机磷杀虫药中毒	(573)
第2节 急性一氧化碳中毒	(580)
第3节 急性镇静催眠药中毒	(583)

第1章

循环系统急症

第1节 循环骤停与心肺复苏

循环骤停与心肺复苏 (circulatory arrest and cardio - brain - pulmonary resuscitation) 是内科危重抢救之一。

【病因】

(1) 各种器质性心脏病 尤其是冠心病、急性心肌梗死、心肌炎、心肌病、严重主动脉瓣狭窄及关闭不全、大量心包积液、肥厚型梗阻性心肌病、各种原因的室内双束支传导阻滞和病窦综合征。

(2) 药物中毒 洋地黄、奎尼丁、氯喹、乌头碱、锑剂及安眠药等。

(3) 严重电解质紊乱 如低血钾、高血钾 ($>6.5 \text{ mmol/L}$)。

(4) 手术及麻醉意外 胸腔手术、心导管检查、心血管造影、心包穿刺、脑血管造影等。

(5) 意外事故 溺水、电击、大出血、窒息、严重创伤、自缢等。

(6) 各种原因所致的休克。

【临床表现】

通常循环骤停 4 s 以上,病人可出现黑蒙;5~10 s 者由于脑缺氧而引起昏厥;停搏 15 s 者可出现昏厥和抽搐,称 Adams - Stokes 综合征,如不及时恢复心跳,则很快进入持续昏迷状态。接着出现叹息样呼吸和紫绀,多在循环骤停后 20~30 s 内呼吸停止,45 s 后出现瞳孔散大,1~2 min 钟后瞳孔固定。心脏停搏 4~6 min 以上者,往往造成中枢神经系统不可逆损害,故应尽早施行心肺复苏。

【病理变化】

(一)复苏时间与脏器损害的关系

各种脏器对缺氧缺血的耐受性不同。①脑组织 大脑为 4~6 min,小脑为 10~15 min,延髓为 20~25 min,交感神经节约 60 min;②心肌和肾小管细胞约 30 min;③肝细胞可支持 1~2 h;④肺组织耐受时间更长些。如复苏超过上述时间,则可能造成不同脏器的不可逆损害。

(二)复苏血供与细胞损伤的关系

心脏骤停后应立即采取复苏措施,如果能够提供机体组织正常血供的 25%~30% 以上(正确胸外心脏按压心脏指数可达 $0.76 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$),则组织可获得接近正常的能量(ATP)供应,复苏成功后组织细胞的功能即可恢复。如血供仅能维持 15%~25%,则组织内葡萄糖代谢障碍,ATP 将耗竭。此时如仍不能提高血供,则将会发展到不可逆的损伤程度。如血供降至正常的 10% 以下,称为涓细血流(trickle flow),ATP 迅速耗竭。细胞代谢全部停止,形成“缺血性冻结”。细胞变性、线粒体和细胞核破裂,最终细胞坏死。

(三)钙离子(Ca^{2+})的破坏作用

缺血缺氧时细胞膜受损, Ca^{2+} 由慢通道离子变为快通道离子。

大量 Ca^{2+} 进入细胞内,积聚在线粒体内。细胞内 Ca^{2+} 浓度可较正常高 1 000 倍。过高 Ca^{2+} 有 2 种严重破坏作用:①激活细胞膜的磷脂酶 A_2 和蛋白质分解酶,从而大大增加花生四烯酸含量,产生大量血栓素(血栓素不仅是强烈的平滑肌挛缩物质,而且也是强的血小板活化剂,此外还可产生大量的氧自由基);②破坏线粒体膜,即 ATP 生产基地彻底被破坏,ATP 生成停止,加速各种组织细胞的死亡。

(四) 自由基的破坏作用

缺血、缺氧时,超氧化物歧化酶(SOD)作用丧失,不能清除还原性很强的氧自由基。 Fe^{2+} 、 $\text{HO}\cdot$ 等自由基均可破坏细胞结构,造成细胞不可逆损害。

(五) 再灌流损伤

在成功进行复苏后最初数小时至恢复血液循环的一段时间内,恢复组织灌流时,可产生大量的组织损伤,称为再灌流损伤。与再灌流损伤的有关因素包括:①复苏过速未能保证各组织最低程度的血供,使各种有害物质滞留于组织内;②未能阻止大量 Ca^{2+} 的细胞内聚积,从而扩大其破坏作用。

【诊断依据】

1. 主要依据

①突然神志丧失或抽搐;②大动脉(颈动脉、股动脉)搏动消失;③心音消失。

2. 次要依据

①叹息样呼吸或呼吸停止伴紫绀;②瞳孔散大;③手术时伤口不出血。

3. 辅助诊断

心电图检查循环骤停可表现 3 种图形:①心室颤动(或扑动):心电图呈心室颤动波(或扑动波);②心室停顿:心电图呈一条直线

或仅有心房波;③心电-机械分离:心电图虽有慢而宽大的 QRS 波,但不能产生有效的心脏机械收缩。

【心肺复苏】

(一)初期复苏或基础生命支持
初期复苏或基础生命支持
应争分夺秒,立即进行 ABC 程序:A.建立气道(airway);B.恢复呼吸(breathing);C.恢复循环(circulation)。

1. 建立人工呼吸

立即置病人于硬板床上,头向后仰,将下颌推向前上方,用拇指压下唇使口张开,必要时清理呼吸道,保持呼吸道通畅,口对口人工呼吸,16~18次/min,

2. 心前区捶击术

第一个发现心脏骤停者应首先行心前区捶击2~3下,尤其适于下述情况:①目击下发现的 cardiac arrest;②监护下的病人;③已知有完全性房室传导阻滞的病人。

3. 盲目除颤

无监护条件而不了解心律失常类型,为争取时间可立即盲目除颤。

4. 胸外心脏按压

捶击或盲目除颤不复跳时,立即进行胸外心脏按压。

(1)操作方法 操作者站在或跪在病人右侧,将左手掌根部压在胸骨上2/3与下1/3的交界处(不包括剑突),并将右手掌根部压在左手背上。按压者两臂垂直(肘关节不能弯曲),用肩部力量向下按压,使胸骨压下4~5cm。放松时,掌根不离开胸骨。必须用手掌根部按压,手指翘起不接触胸壁,以防止发生肋骨骨折。如为一人操作,先口对口或通过通气导管人工呼吸2次,再按压15次;如为两人操作,人工呼吸与心脏按压比率为1:4~1:5,保持按压80~100次/min(以前为60~80次/min),反复进行。

(2)心脏有效按压的指征 触到大动脉搏动,此时收缩压约在60 mmHg 以上;或心电图心室颤动波由细变粗大;甲床、口唇、颜面转红;瞳孔由大变小;出现自主呼吸。有效心脏按压时,心排出量可达正常的25%~50%(心脏指数达 $0.76 \sim 2.0 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$),脑血流可达正常的30%。

5. 胸内心脏按压

经胸外心脏按压、复苏药物应用、胸外电除颤及电起搏等措施无效或心脏骤停者伴明显肺动脉高压的心脏病、顽固性心室颤动、胸腔积血或积液、胸廓畸形等,有条件时可行胸内心脏按压。实验证明:胸内按压时心排出量、心和脑血流量均充足,较少留有神经系统后遗症,效果优于胸外按压。

(二)二期复苏或高级心脏生命支持

二期复苏或高级心脏生命支持所括4个方面。

1. 心室颤动的处理

(1)电击除颤 据统计,猝死发生4 min内心室颤动占90%。为争取时间,不少人主张尽早盲目除颤;如有心电监护条件,证实为粗大心室颤动波时,则应立即电击除颤。首次可用300 J,两次不成功者静脉注射溴苄胺 250 mg (5 mg/kg)或利多卡因 50~100 mg (1~2 mg/kg),然后再电击;如为细颤波,则静脉注射肾上腺素 0.5~1.0 mg,同时持续心脏按压,待细颤变为粗颤后再行电击。

(2)药物除颤 如无电复律条件,可行药物复律。利多卡因 100 mg/次静脉注射,5~10 min后可重复应用,总量不超过300 mg;或普鲁卡因酰胺 100~200 mg/次静脉注射,总量一般 500~1 000 mg。洋地黄中毒者用苯妥英钠 100 mg/次加注射用水 10 ml 稀释后静脉注射。总量一般 300~500 mg。

(3)其他 经上述措施恢复自主心律者,如仍有频发、多源性早搏,可静脉滴注利多卡因 1~2 mg/min 或普鲁卡因酰胺 2~