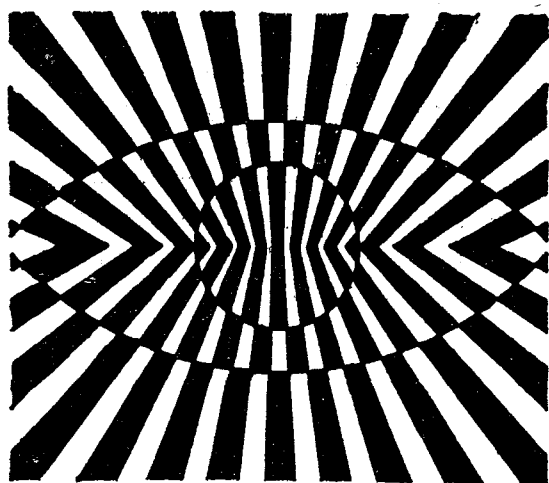


新编内科急症手册

● 廖二元 赵水平 编著



新编内科急症手册

廖二元 赵水平 编著

伍汉文 赵楚生 审阅

新编内科急症手册

廖二元 赵水平 编著

责任编辑：关钊忠 张碧金

★

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路8号)

湖南省新华书店经销 湖南省新华印刷二厂印刷

★

1990年4月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/32 印张：17.125 插页：4 字数：387,000

印数：1—7,800

ISBN 7—5357—0655—X

R·146 定价：8.50元

地科89—42

内 容 提 要

本书是编者广泛收集国内外近十余年来的有关专著、论著、期刊杂志等资料，结合自己多年的临床经验，运用二进逻辑法的思维方法，以急症的主症为基点撰写而成的。全书共5篇52章，包括急症总论、急症症状、重要器官衰竭与危象综合征、急症医技检测 results 和急性中毒与意外的鉴别诊断与处理要点，并附有急症症状的一般处理、医技检查正常参考值和内科常用急救技术等内容。形式独特，文字简炼，内容新颖，检索方便。可作为城乡各级医师临床急症鉴诊工具书，并供医学院校高年级学生临床实习时参考。

序

随着老龄人口的不断增多和人们生活水平的提高，非传染病在疾病中的比例在增长，内科急诊的人数在增多，急症的内容和性质也在不断变化。因此，一门新的医学学科——急诊医学（急救学）在这一形势下得以独立并迅速发展。

急诊医学是探讨急危重症发生发展规律和防治的科学，它包括急症病因、诊断、鉴别、急救、监护等内容。现有的各种急症图书，多是以病（如脑炎、心肌梗塞等）为纲编写的。但是，急诊病人则常常以头痛、胸痛、腹痛、昏迷等凶险症状而就诊，医师必须根据急诊症状或即刻获得的主要体征和简要的医技检测结果，迅速地进行鉴别，当机立断地作出判断，并给以及时的正确处理。所以，急诊病人能否得到迅速而有效的救治，关键在于急诊症状的鉴别是否迅速准确。

《新编内科急症手册》一书运用二进逻辑法，以急症的主症分章编写，遵循了临床表现和临床思维的实际，对各症的鉴别

与处理均作了详尽介绍和总结，这样，急诊医师就在急症鉴别这个最棘手的问题上得到了帮助和指导。

本书的作者是两位中年内科医师，他们多年的临床经验，包括在发达国家较长时间的深造和提高，加上广泛的国内外资料，是本书得以问世的基础。其初稿在医疗和教学实践中已受到大家的好评，如低钾血症、低血糖症和急症医技检测结果等的鉴别诊断与处理，还弥补了其他急症图书之不足。事实上，本书集内科学、鉴别诊断学和治疗学为一体，内容丰富新颖，论述深入浅出，语言简洁，切合实用。

此外，我还乐意向读者们，尤其是各级中青年医师和医学生们推荐本书的鉴别诊断方法。临床诊疗是专业性很强的科学技术工作，急诊抢救更需要运用科学的思维方法，在急、忙、杂、乱中求质量争效率。二进逻辑法则是一种高效鉴别法，如应用恰当，可明显提高鉴别速度和质量。当然，这还只是一个尝试，还需要在实践中不断补充、完善和提高。

医学科学应该在求异中创新，又在不断创新中有所发展。《新编内科急症手册》有别于现在以疾病为纲而编写的各类急症手册，可以说是一个可喜的进步，它为急诊医学，尤其是内科急诊类参考工具书的建设作出了一定的成绩，我为之感到高兴。并预祝她能受到广大医界读者的欢迎。

湖南医科大学内科教授

伍汉文

1989年7月

前 言

内科医师，尤其是年轻医师，在临床工作中最感棘手的问题，莫过于内科急症的检诊与处理，而在急症检诊中又以主症的鉴别最困难。我们有见于此，编著了这本主要适应于内科医师急诊工作需要的参考工具书。

为突出急诊的思维特点，达到简明、实用的目的，本手册在编写方式上作了新的尝试，即运用二进逻辑法，以急症的主症（主要病象或医技检测结果）为基点，列出分类鉴别树；在病因中较详细地列举了有关疾病，以广开思路；并概括出鉴别树中第一、二主支的鉴别要点，然后简明扼要地论述各常见病的临床特点及其处理。全书共分5篇52章，介绍了内科急诊中常见的和部分少见的370余种疾病和35类（120余种）急性中毒的鉴别诊断和处理。

本手册注意内容新颖，其资料取材于国内外最新出版的重要专著和近期杂志，并结合作者自己的临床经验和体会整理而

成。当代应用于急救医学中的新理论、新技术和疗效确切的新的诊疗方法也都尽量作了介绍。

本手册强调实用价值，对各种急症的检诊与处理，既有因陋就简、就地取材的现场急救方法，又介绍了具有先进设备现代化医院的各种急救措施。基本可以满足基层和各级医院内科急诊医师的临床需要。同时书末编有病名索引，更方便临时检索查找。

需要说明的是，总论中内科急诊概述系邀请本院内科主任超楚生教授撰写，本院内科主治医师蒋云生、蹇再金、卜湘、唐大寒和谢忠建等均为本书提出过一些宝贵的修改意见。湖南医科大学社会科学部贺达仁讲师审校了总论中的急诊思维部分。谨此一并致谢。

书中不足之处，尚望同道批评指正。

编者 1989年6月于

湖南医科大学第二附属医院

目 录

第一篇 急诊总论

- § 1.1 概述.....1
- § 1.2 急诊思维.....3
- § 1.3 内科急症的医院前
处理.....6
- § 1.4 急救组织与管理.....10
- § 1.5 急重症监护.....13

第二篇 常见急诊症状

- § 2.1 急性头痛.....17
- § 2.2 急性胸痛.....25
- § 2.3 急性腹痛.....40
- § 2.4 急性发热.....55
- 〔附〕 过高热.....84
- § 2.5 昏迷.....85
- § 2.6 急性呼吸困难.....100
- § 2.7 咯血.....114

- § 2.8 呕血.....123
- § 2.9 便血.....131
- § 2.10 急性腹泻.....136
- § 2.11 呕吐.....148
- § 2.12 昏厥.....154
- § 2.13 出血倾向.....167
- § 2.14 脱水.....173
- § 2.15 心悸.....180
- § 2.16 少尿与无尿.....185
- § 2.17 眩晕.....192
- § 2.18 抽搐.....199
- 〔附〕 癫痫持续状态的处理
.....206
- § 2.19 脑膜刺激征.....208
- § 2.20 瘫痪.....215
- § 2.21 黄疸.....225

§ 2.22 发绀	234
§ 2.23 急性精神失常	243
第三篇 衰竭与危象	
§ 3.1 休克	251
〔附〕休克的诊断标准	251
§ 3.2 心力衰竭	266
§ 3.3 呼吸衰竭	275
§ 3.4 肾功能衰竭	285
〔附〕急性肾衰的诊断标准	287
§ 3.5 肝功能衰竭	296
§ 3.6 高血压危象	303
§ 3.7 甲状腺功能亢进症危象	310
§ 3.8 肾上腺皮质功能减退危象	314
§ 3.9 垂体危象	318
第四篇 急症医技检测	
§ 4.1 白细胞异常	322
§ 4.2 血浆二氧化碳结合力降低	336
§ 4.3 血浆二氧化碳结合力增高	342
§ 4.4 低钾血症	346
§ 4.5 高钾血症	354
§ 4.6 低血糖症	358
§ 4.7 糖尿	364

§ 4.8 血清酶学检查异常	375
§ 4.9 高钙血症	383
〔附〕高血钙的急症处理	390
§ 4.10 低钙血症	391
§ 4.11 脑脊液异常	395
§ 4.12 心电图异常	401
第五篇 急性中毒与意外	
§ 5.1 急性中毒	433
〔附〕急性中毒的一般处理原则	457
阿托品化的指标	444
§ 5.2 心脏骤停	461
§ 5.3 物理损害所致的内科急症	466
附录一 常见急症症状的一般处理	
	474
附录二 内科常用急救技术	
	488
附录三 急症检验正常参考值 (成人)	
	511
附录四 mmHg→kPa 换算表	
	515
附录五 mmH₂O→Pa 换算表	
	516
索 引	
	517

第一篇 急诊总论

§ 1.1 概述

随着我国人均寿命和人民卫生知识水平的提高,急诊病人有逐渐增多的趋势。急诊病人的年龄结构和病种也有变化,如老年人和心血管急症相对增多,一些传染病的临床表现也很不典型。加上许多现代诊断技术与抢救方法的不断引入,等等。因此,急诊医师迫切需要不断地更新知识,了解急诊临床新的特点及其诊疗进展,才能适应医学科学新的形势。

内科急症的特点

1. 季节性: 如冬春季感冒、肺炎、急性支气管炎、肺心病并心衰、脑溢血、溃疡病发作、一氧化碳中毒等常见;而夏秋季则以痢疾、急性肠炎、中暑等居多。

2. 时间性: 内科急诊人数常以傍晚居多。有些疾病的发作和危重症的恶化也有时间性。

3. 难于确诊的病人较多: 其原因一是患者来急诊时往往处

于疾病的早期，临床症状和体征尚不典型；二是有些急重症病人和/或其亲属不能提供详细的病情，如某些服毒后昏迷者。因此，多数需要留在急诊室观察。

4.急需抢救的病人多：如休克、急性心肌梗塞、张力性气胸、急性肺水肿等病人，均需在急诊室就地抢救，待病情好转后才能送入病房。

内科急诊医师应具备的素质

由于内科急症具有上述特点，且要求医师能在极短的时间内作出可能的诊断和恰当的治疗。因此作为一个内科急诊医师应具备如下素质：

- 1.熟悉内科急症的诊断、鉴别诊断和处理原则。
- 2.能熟练地掌握供内科急症抢救使用的器械和仪器的操作，并对检查结果能够作出初步的判断。
- 3.头脑冷静，思维和动作敏捷，沉着果断。
- 4.工作认真，观察细致，敢于大胆负责。
- 5.关心体贴病人，态度和蔼，有良好的医德医风。

内科急诊医师守则

内科急诊医师除应遵循急症的诊疗原则外，还应遵守下列一般的守则：

- 1.对允准挂号而来的急症就诊者，即使是挂错了号的病人，也应接诊。如果确非本科病人，再转给其他科室。
- 2.先危重，后一般。对于病情危急者，应争分夺秒地进行抢救，当班医师应待患者病情好转后再处理非抢救性的急诊病人。内科急诊医师要善于察言观色，不贻误对危急病人的抢救机会。
- 3.参与内科急诊的医师，须实行24小时坐班制。值班医师必须坚守工作岗位，不得擅自离职守。如因事而必须暂离工作岗

位时，应将去向告诉有关护士，且外出时间不得超过10分钟，否则应请其他医师代班。

4.对危重病人必须先就地抢救或进行必要的治疗，待病人病情好转或稳定后，再收入住院或送急诊观察室。对特别危重病人，接诊医师要亲自护送至病房，并向病房值班医师交代病情及已作的处理；一般危重病人，则可由值班护士护送。

5.有生命危险的危重病人，医师应将病人的病情及可能发生的后果如实地告诉病人的单位领导或亲属，以取得他们的理解。

6.值班医师在诊疗或会诊中遇到疑难问题不能解决时，可请急诊室总住院医师或当班主治医师协助。

§ 1.2 急诊思维

急诊工作是临床工作的一部分，故急诊思维亦属临床思维的范畴。医务人员在医疗过程中对“就医者”所患疾病和/或有关现象，进行一系列调查研究、分析判断以及形成对策和进行验证的认识过程，称为临床思维。狭义地讲则是指医师在诊治病人过程中的全部思维活动，其目的是达到对于病情的正确认识和处理。急诊思维与一般临床思维相比较，既有其相同的部分，也有其不同的特点：

决断的紧迫性和资料的不完备性 急症最大的特点是“急”。这就要求急诊医师在最短的时间内对急症作出较正确的诊断并及时给予合理的治疗。为了使急诊医师对急诊工作中的时间紧迫性更为明确，有人提出了急症半数致死时间(50% lethal time, LT_{50})的概念。即某一急症自然死亡者中半数死亡的时间。了解 LT_{50} 有两方面的意义：其一是知道疾病的严重性。一般说来， LT_{50} 愈短则急症愈严重，死亡率愈高。其二是明确开始治

疗的时间是抢救能否成功的关键。急性心肌梗塞的 LT_{50} 约为10小时30分钟，在发生急性胸痛3分钟内采取积极的治疗，抢救的成功率非常高；若治疗开始于发病10小时以后，则已有相当一部分病人死去，因此病人能否得救在很大程度上取决于早期治疗。可见急症自身常迫使医师必须尽早作出诊疗决策。然而，由于时间因素的影响，急诊医师所能收集到的资料则非常有限。因为时间的刻不容缓，不允许急症医师象处理一般疾病那样全面地询问病史，从容不迫地进行体查和各种医技检查。往往只能是有重点地询问病史，作必要的体查，有针对性的选择做一二项即刻能得到结果的医技检查。因而所搜集到的资料常常是不完整的。况且，由于起病到就医的时间短，疾病自身的暴露尚不很充分，故资料的搜集也不可能是完整的。急症医师就是要在这种资料不完备的情况下，作出尽可能正确的诊断并给予有效的处理。

诊断思维和治疗思维程序常因诊疗程序的变动而异 在一般临床工作中，遵循的原则是对“就医者”先进行诊断，明确其属何种疾病后，才开始考虑进行治疗。因而一般临床思维是先进行诊断思维，其后才是治疗思维。然而，在急诊工作中，这种秩序常发生明显的变动。例如，面临心跳骤停的病人，医师必须立即使其心脏复苏，而不是先弄清楚心跳骤停的原因后再进行治疗。这时急诊医师首先思考的问题是应采用何种简便有效的方法使病人尽快恢复有效循环和自主心跳，也就是说先进行治疗思维。只有在病人的生命得以存在的情况下，才可能开始考虑有关诊断问题。在处理急症时，常常是边治疗，边诊断；有时是先治疗后诊断。治疗的目的是挽救病人的生命，以防止疾病发展到不可逆阶段。有时治疗本身也带有诊断性，并为进一步的诊断争取时间；而诊断又是为了使治疗更完善、更

彻底，两者相辅相成。在某一时间内或某一阶段，可能是以治疗为主或以诊断为主，但不应将两者截然分开。

治疗思维的最基础层次是挽救生命 在一般临床工作中，医师总是以治本为最优选择，努力寻求对因、对病的治疗方式。但在很多情况下并非如此简单，常常需要先治其标，缓治其本。要从对症支持治疗入手，为进一步采取对病、对因治疗创造可能和条件。因而已不可能按一般情况下的治疗思维，即循着对症——对病——对因——对人的层次逐步扩展和深化，而是依照挽救生命——避免后遗症——缩短病程——减轻痛苦的顺序进行。

急症的最大特点在于病情危重和变化迅速。所以，在急症的诊断与鉴别诊断中，时间的紧迫性显得特别突出。这是因为一方面由于病症发生突然而严重，迫使病人尽快就医，因而急诊医师所见到的病人，往往是以疾病的某一主症（如急性胸痛、头痛等）而其他表现尚未充分暴露的情况下来就诊的；这时，要对病人所患疾病进行判断、归类，常常先需考虑许多种可能，例如面临一个主诉“急性发热”的病人，医师常常考虑数十种可能性的疾病，因而花费在诊断上的时间则相应较长。另一方面是病情进展快，常在短时间内危及病人的生命，迫使医师必须迅速作出诊断与处理，因而允许思考诊断的时间短促。在这种情况下，要求急诊医师必须思维敏捷，并能合理运用比较简捷的思维方法。此处仅介绍一种较简捷的二进逻辑法则。

所谓二进逻辑法则亦称二分法（分支法），是逻辑学的一个专门术语，属一种分类或选择的方法。这种方法的特点是：以对象有无某一属性（或某些属性）为标志，把对象分成处于矛盾关系的两部分。例如按有无“发热”，把疾病分为“发热性疾病”和“无发热性疾病”，然后又将发热性疾病是否具有感染性

疾病的属性分为“感染性疾病”和“非感染性疾病”。假如能找到适当的根据（一般要求这种根据具有排他性，即特异性），能够连续地进行二分法，其导致结论的高效率是惊人的。在进行急症主症鉴别诊断时，头几步的鉴别是在疾病的群组与群组之间进行的，而不是在一种疾病与另一种疾病间进行，因而非常省时。也就是说，在诊断过程中，可用二分法排除大多数无关疾病，选出少许几种可能的疾病，在急诊工作中其优越性显得更为突出。所以，本书各论中的“鉴别诊断树”和“主支鉴别要点”便应用了这一法则。不过，该法则也有其局限性，由于疾病表现的复杂性，偶尔在鉴别两群疾病时，确难找到绝对可靠，即具有高度排他性的依据。

作为一位急诊医师，除了应具备有广博的专业知识和丰富的临床经验，并掌握一些简捷的思维方法外，还应具备良好的思维品质，即应变性很强的全面型的思维类型。所谓全面思维类型，是指在诊疗过程中，能运用各种思维形式来解决诊疗问题。急诊医师不但要能运用逻辑思维、形象思维、直觉思维等基本思维形式，而且还要能应用模糊思维、经验思维，并能以辩证思维为指导，自如地充分发挥某一思维形式或方式的独特作用，这样可以突破常规方式或时间序列而迅速地作出诊断和给予处理。

§ 1.3 内科急症的医院前处理

对于急症病人的处理，以往多局限于医院内，但许多急症病人在未达到医院就已死亡。由于病理生理学、治疗学和心肺脑复苏技术的进展，人们已充分认识到急症早期处理的极端重要性。对于急症病人争分抢秒地抢救不仅在医院、在急诊室内

至关重要，在医院外（即现场和转运途中）也同样重要，有时甚至更为重要。因而有关急症处理的概念发生了改变。目前认为，急症处理应包括三个环节：①现场即时处理；②运输途中救护车上的处理；③医院内处理。前两个环节则统称为医院前处理或医院外急救。

许多急重症（如急性呼吸衰竭、急性心肌梗塞、严重外伤及各种严重中毒等）患者，均可因现场急救不力、不及时或者运送不当，于到达医院之前死亡；或因急救不当造成残疾。据美国报道，每年死于心血管疾病者近一百万，其中一半以上死于来医院之前。有幸到达医院者，则病死率明显下降。在医院外发生心脏骤停的病人，如能在4分钟以内开始心肺复苏（包括胸外心脏按摩和口对口人工呼吸），并在8~10分钟内继以全面抢救，则40%以上可复苏；如能在心脏骤停后一分钟开始心肺复苏，则成功率可达60%。经现场急救，病情稳定后再送到医院的急性心肌梗塞病人，比未经现场处理而匆忙送医院者，猝死的发生率可减少5倍之多。国内关于急性心肌梗塞抢救的经验亦证明，对于急性发作患者若能在发病的现场进行及时、恰当、简要的处理，并在病情趋于稳定后，再转送医院治疗，较发病后立即转送医院治疗者，抢救的成功率明显增加。这些事实告诉人们，医院前处理对于急重症抢救能否成功极为重要。所以，国内外对此都已予以高度重视。

急症发病规律 某些严重急症来势非常凶猛，变化迅速，在短时间内即可致命。应该尽早采取措施，延缓或中止病情进展。然而，急症的首发现场常常是在家庭、工场、车间、学校等离医院较远的地方。在我国广阔的农村，急症首发现场与条件较好的医院则相距更远。将急症病人从现场转送到医院需要有一定的时间。在这段时间内，急症可能已发展到疾病的不可逆阶