

保健大课堂

李继耐

主 审 中央保健委员会办公室
策 划 中央军委保健委员会办公室
监 制 解放军保健医学专业委员会
总顾问 秦银河 黄洁夫 张雁灵
总主编 李小鹰

内科急症 救治指南

★ 组织编写/解放军总医院
老年医学教研室

★ 主 编/李小鹰

NEIKE JIZHENG JIUZHI
ZHINAN



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

保健大课堂

牛晓丹

主 编 中华医院学会急诊分会
编 委 中华急诊医学学会急诊急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救
编 委 中华急诊医学学会急救急救

内科急症 救治指南

中华医院学会急诊分会
中华急诊医学学会

主 编 牛晓丹

NEI KE JI ZHENG JIU ZHI
ZHI NAN



中华急诊医学学会
CHINESE SOCIETY OF EMERGENCY MEDICINE

《保健大课堂》系列教程

主 审 中央保健委员会办公室
策 划 中央军委保健委员会办公室
监 制 解放军保健医学专业委员会
总顾问 秦银河 黄洁夫 张雁灵
总主编 李小鹰

内科急症救治指南

NEIKE JIZHENG JIUZHI ZHINAN



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

内科急症救治指南/李小鹰主编. —北京:人民军医出版社,2010.2
(保健大课堂系列教程)

ISBN 978-7-5091-3337-8

I. ①内… II. ①李… III. ①内科—急性病—急救—指南
IV. ①R505.97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 008566 号

策划编辑:秦速励 文字编辑:刘立 责任审读:吴然

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927286

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:4.375 字数:82千字

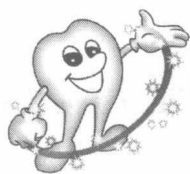
版、印次:2010年2月第1版第1次印刷

印数:0001~4500

定价:15.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



《保健大课堂》系列教程

主 审 中央保健委员会办公室
策 划 中央军委保健委员会办公室
监 制 解放军保健医学专业委员会
总顾问 秦银河 黄洁夫 张雁灵
总主编 李小鹰

《保健与防病常识》	主编 李小鹰 王建昌
保健知识篇	附光盘一
防病知识篇	附光盘二
《老年口腔疾病防治指南》	主审 赵铤民
	主编 李 刚
《内科急症救治指南》	编写单位 解放军总医院
	老年医学教研室
	主编 李小鹰



《保健大课堂》系列教程

编写委员会

总顾问 秦银河 黄洁夫 张雁灵

总主编 李小鹰

编委 (以姓氏笔画为序)

王孟薇 王建昌 王鲁宁 毛高平

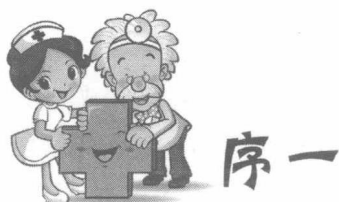
李刚 李小鹰 杨晔 余森洋

汪寅章 张熙 张晓英 武留信

周书明 赵霖 赵敏民 高和

郭和清 潘长玉

策划 任国荃 杜治琴



做好医疗保健工作，是一项关系社会主义国家长治久安、社会稳定发展的重大政治任务。为了帮助保健对象提高自我保健意识、丰富自我保健知识、增强自我保健能力，军委保健委员会组织编写出版《保健大课堂》系列教材，是一件既非常必要又很有意义的事。总的感到，这套教材有三个鲜明特点：

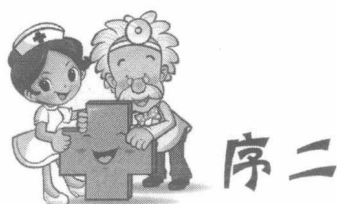
一是指导性很强。《保健大课堂》以医学辩证法为指导，着眼日常生活的自我保健、着眼与身体健康关联密切的诸多因素，深入浅出地阐述了饮酒、吸烟、饮食、睡眠、运动对身体健康的影响，简明扼要地分析了当代中老年人常见病的预防常识和早期症状，科学翔实，富有哲理，贴近生活，贴近实际，对于指导保健对象按照医学规律要求，规范科学的生活方式，增强自我调节身心、自我预防疾病的能力，把紧张工作和科学保健有机结合起来，做到健康工作几十年、幸福生活一辈子，确实具有很强的指导意义。

二是针对性很强。近些年来,各级领导大都处在超负荷运转之中,加上保健知识的普及还未到位,在保健人群中普遍存在一些不正确认识和不科学的习惯。比如,长期大量吸烟、高糖高脂饮食、不重视健康查体等等。这套教材就科学地分析了这些不良习惯或不科学的观念是危害健康、诱发疾病的重要原因,并给出了纠正这些不科学的观念和行为的方法与措施,这种有针对性的阐释,能够更好地引起重视、提高认识、强化效果。

三是实用性很强。《保健大课堂》的编者都是保健战线的资深专家,不仅在保健领域学养深厚,而且具有丰富的实践经验,教材中所指出的措施、给出的办法、善意的忠告都通俗易懂、明白晓畅,不仅对专职保健人员掌握保健对象身心变化、及时介入治疗具有很强的借鉴价值,而且对普通人群也是“一看就懂、一学就会、一会就用、一用就灵”,是一套不可多得的保健健康科普教材。

相信这套教材能对广大读者的健康与生活有所帮助和启迪,希望这套教材能得到保健对象的认可、喜爱和青睐,衷心祝愿读者和保健对象体魄强健、精力旺盛、健康长寿!

中央保健委员会副主任
中央军委保健委员会副主任
解放军总后勤部副部长
秦银河 中将

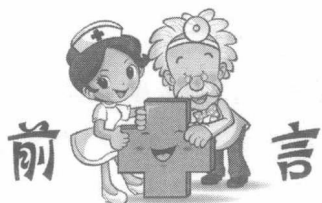


随着我国经济发展和科学技术的进步,生活环境和医疗条件有了很大改善,人民健康水平明显提高,平均寿命逐年延长,目前已达 73.2 岁。但是近 30 年的研究表明,我国心血管病(冠心病、脑卒中等)的发病率和死亡率却逐年增高。据卫生部《中国心血管病报告(2007)》,我国目前有心血管病患者 2.3 亿,占成年人口的 1/5;每年新发脑卒中 200 万人,新发心肌梗死 50 万人;每 10.5 秒就有 1 人、每天有 8 400 人、每年有 300 万人死于心血管病,占总死亡人口的 1/3。这种高发病率、高致残率和高死亡率已成为我国重大公共卫生问题,如何控制和预防心血管疾病蔓延是我们也是世界各国面临的严峻挑战。大量临床研究结果证实,有效控制心血管病高危因素(如高血压、高血糖、血脂紊乱、吸烟、肥胖等),可以降低心血管病发病风险 30%~50%,因此,“预防为主”是有效控制心血管病的关键。“预防为主”的主要内容是保持健康的生活方式,早期检出心血管高危因素并加以有效控制,这

是提高全民健康的关键举措,也是我国卫生工作始终如一的战略重点。

我国广大中、高级领导干部是社会主义建设的中坚力量,其健康状况直接影响到国家的大局。由于他们承担着繁重的工作任务,难度高、压力大、节奏快,常常处于“身心透支”的状态,如果不加强保健很容易患各种疾病特别是心脑血管病。因此,对于这部分重点保健对象,我们不仅要重视改善体检与医疗条件,更要重视科学保健知识的宣传与普及,强化自我保健意识,有效防病治病,确保健康体质。为此,我们责成保健工作委员会组织国内有关资深专家为广大中、高级干部们编写保健科普教材。由解放军保健医学专业委员会监制、心血管病学科专家李小鹰教授总主编的《保健大课堂》(系列教程)就是这样一套保健科普知识教材。该项教程由多名国内著名医学专家主讲,介绍了健康保健与防病治病的基本常识,内容丰富,深入浅出,科学实用,希望能够给广大读者提供切切实实的帮助,为促进领导干部保健工作发挥重要作用。

中央保健委员会副主任
国家卫生部副部长
北京协和医院肝胆外科教授
黄洁夫

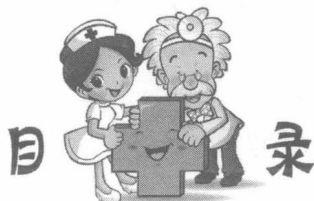


《保健大课堂》系列教程首先是面向我国广大保健对象,旨在介绍健康保健与防病治病的基本常识;同时面向广大一线医疗保健工作者,旨在提供进行健康宣教的参考教材及一线急症处理救治指南。本教程内容包括保健知识篇、防病知识篇、口腔指南篇和急救规范篇,由3本书和2个光盘组成。

预防为主的关键内涵是健康的生活方式。“保健知识篇”重点介绍了科学饮酒、积极戒烟、运动锻炼、合理睡眠、食疗药膳与健康的关系,以及心血管疾病高危因素的控制方法。“防病知识篇”重点介绍了对健康威胁最大的几种常见病,即冠心病、高血压、糖尿病、血脂紊乱、脑卒中,以及对中老年男性困扰较多的良性前列腺增生。《老年口腔疾病防治指南》重点介绍了如何保持牙齿健康,这是过去被长久忽略而近年日益引起关注的课题。急救规范篇是基层常见的《内科急症救治指南》,希望能够对各保健单位提高一线抢救成功率有所帮助。

为了使读者在繁忙的工作之余,能够喜欢看、听得懂、用得上,我们组织国内十几位资深专家撰稿、授课,利用多媒体技术录制了12个专题的课件,尽量做到深入浅出,生动形象,便于理解和记忆。每个课件内含有3个版本,可以根据需要选择:A.多媒体课件加录像(视频教程+讲义文件),B.单纯讲课录像(视频教程),C.单纯多媒体课件(视频讲义)。讲课专家的简介也附在每个相应的课件内。感谢鲍善芳、董建军和张婧同志协助多媒体课件的制作。希望本教程能够为广大读者更多地了解保健知识、坚持健康的生活方式、有效地防病治病提供帮助。我们将追踪、掌握读者的反馈,不断改进与完善本教程。

解放军保健医学专业委员会主任委员
解放军总医院心血管教授
李小鹰



- 急性呼吸窘迫综合征 / 1
- 肺性脑病 / 4
- 哮喘持续状态 / 6
- 急性肺栓塞 / 8
- 咯血 / 12
- 高血压急症/次急症 / 15
- 稳定型心绞痛 / 18
- 急性冠脉综合征临床分型与危险分层 / 20
- 不稳定型心绞痛 / 21
- 急性心肌梗死 / 23
- 心脏骤停 / 31
- 急性左心功能不全 / 33
- 急诊冠脉介入适应证 / 36
- 主动脉内球囊反搏适应证 / 38
- 严重心律失常 / 39
 - 一、病窦综合征 / 39
 - 二、心房颤动 / 40



- 三、心房扑动 / 43
- 四、房室传导阻滞 / 44
- 五、频发性室性期前收缩 / 45
- 六、阵发性室上性心动过速 / 46
- 七、阵发性室性心动过速 / 49
- 上消化道出血 / 52
- 肝性脑病 / 58
- 肠梗阻 / 62
- 急性胰腺炎 / 66
- 水与电解质平衡失调 / 70
 - 一、失水 / 70
 - 二、水过多 / 72
 - 三、低钾血症 / 74
 - 四、高钾血症 / 75
 - 五、低钠血症 / 76
 - 六、高钠血症 / 78
 - 七、低钙血症 / 79
 - 八、高钙血症 / 80
- 酸碱平衡失调 / 83
 - 一、根据动脉血气和电解质确定原发酸碱紊乱的类型 / 83
 - 二、确定有无混合酸碱紊乱 / 83
 - 三、代谢性酸中毒的诊治 / 86
 - 四、代谢性碱中毒的诊治 / 87
 - 五、呼吸性酸中毒的诊治 / 88
 - 六、呼吸性碱中毒的诊治 / 90



- 急性肾衰竭 / 91
- 脑出血 / 96
- 蛛网膜下腔出血 / 98
- 短暂性脑缺血发作 / 100
- 缺血性脑卒中——脑血栓形成 / 102
- 缺血性脑卒中——脑血栓栓塞 / 104
- 癫痫 / 106
- 急性意识障碍 / 108
- 糖尿病酮症酸中毒 / 112
- 高渗性非酮症糖尿病昏迷 / 117
- 低血糖症 / 120
- 甲状腺功能亢进危象 / 122



急性呼吸窘迫综合征

【诊断要点】

1. 病史:发病前多有严重创伤、烧伤、感染、溺水或大手术病史。

2. 临床表现:突然出现的呼吸窘迫,进行性增快,呼吸困难极为明显。

3. 胸部 X 线片表现:早期可无异常或肺纹理增多,边缘模糊;发病 24h 后,胸部 X 线片显示双肺散布大小不等、边缘模糊的阴影,并逐渐大片融合呈现磨玻璃样,重症者可呈“白肺”样改变。

4. 实验室检查:动脉血氧分压(PaO_2)明显降低,即使吸入高浓度氧, PaO_2 仍 $< 50\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg} = 0.133\text{kPa}$); $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{mmHg}$ (不计 PEEP 水平)。若 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{mmHg}$ 可以诊断为急性肺损伤。

5. 必须排除心源性肺水肿、其他原因的非心源性肺水肿、急性肺栓塞、张力性气胸、急性心肌梗死等疾病。有条件测定肺楔压(PAWP)的,应 $\text{PAWP} \leq 18\text{mmHg}$ 。

【治疗】

1. 及时治疗基础疾病 如脓毒症、细菌性肺炎等,应



及时使用有针对性的抗生素,并给予足够的剂量和疗程;创伤、骨折等应及时处理;休克应尽快纠正。

2. 呼吸支持

(1) 氧疗:立即给氧并积极清除呼吸道分泌物,保持呼吸道湿化。

(2) 机械通气:分为无创性通气和传统通气两种。

无创性通气:轻度或早期急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)病人可用无创性通气,采用无创性通气病人须神志清醒,能主动配合,气道分泌物不多,血流动力学稳定。应严密观察病人应用无创通气后的反应,若严重低氧或气体交换情况无改善,神志状况显示恶化趋势,应及早进行选择性气管插管,不要等到病人完全昏迷后再紧急插管。

传统通气:ARDS的传统通气方法主张超生理大潮气量、慢通气频率($10\sim 15/\text{min}$),以维持正常血气为目标的通气方法。PEEP水平的选择:一般先给 $3\sim 5\text{cmH}_2\text{O}$ ($1\text{cmH}_2\text{O}=0.098\text{kPa}$),并逐步增加,直到 $\text{PaO}_2\geq 60\text{mmHg}$ 、 $\text{SaO}_2>90\%$ 时,转为维持。传统通气方法虽然可以使 PaO_2 和 SaO_2 升至理想水平,但可因加用过高PEEP而减少组织氧输送和降低肺胸顺应性。

机械通气为优先考虑目标,现在从追求正常血气转移到实施肺保护和增加组织氧输送。肺保护策略:一是弃用传统的大潮气量($10\sim 15\text{ml/kg}$),应用小潮气量($5\sim 6\text{ml/kg}$)或低通气压(平台压 $<30\text{cmH}_2\text{O}$),允许动脉血二氧化碳分压(PaCO_2)逐渐增高,即所谓“允许高碳酸血症(PHC)”策略;二是吸气时加用足够的压力让萎陷肺泡