

黑龙江科学技术出版社

内科·儿科急症

主编 路云飞 蔡文彬
刘长林

《内科·儿科急症》编写人员名单

主编 路云飞 蔡文彬 刘长林

编者 (以姓氏笔画为序)

王桂玲 刘长林 刘惠环 刘耀春

吕金秀 孟庆余 侯殿林 韩兴臣

崔凤琴 路云飞 蔡文彬

前 言

急症医学目前已逐渐形成一门新的学科。急重症不单病情危笃，亦多瞬息万变，治疗上也十分棘手。在城市和基层医院的日常诊疗工作中比重较大。临床医师如能及时做出正确诊断和妥善处理，将会大大提高抢救急、重、危病人的成功率。

为了解决实际工作中本科与专科实习医师急诊医学学习的需要；基层医师急诊、急救培训的需要；城市、乡村住院医师临床抢救的需要，根据我们多年急诊临床工作和多期急诊、急救培训教学经验，又查阅了大量的内、儿科资料，编写了这本《内科·儿科急症》。本书对内、儿科各系统常见急症的病因、诊断与治疗都作简明扼要的叙述，并对内科、儿科常用疗法和急救诊疗技术作了重点介绍。本书内容力求新颖实用；诊断要点力求言简意赅；治疗方法力求具体详尽。主要便于内科、儿科、急诊科医师常备查阅之用。

本书在编写过程中，得到了有关领导和同志们的大力支持、关怀，我们致以衷心的感谢。

由于我们的学识有限，经验不足，急诊医学科学又在日新月异地发展，书中的谬误与不当之处在所难免，恳请读者批评指正。

编 者

于牡丹江医学院附属医院

1992年12月

目 录

急救总论

第一章 复苏术

心搏骤停与心、肺复苏	(1)
复苏后的处理	(7)
终止复苏的指征	(10)

第二章 急症主要疗法

液体疗法	(11)
输血疗法	(15)
氧气疗法	(19)
人工冬眠疗法	(21)
脱水疗法	(26)
非口喂食疗法	(30)

第三章 急症诊疗技术

洗胃术	(33)
胸腔穿刺术	(35)
腰椎穿刺术	(37)
骨髓穿刺术	(38)
心包穿刺术	(40)
静脉切开术	(42)
气管切开术	(43)
气管插管术	(45)

直流电击转复心律·····	(48)
心脏起搏术·····	(52)

内科各系急症

第一章 循环系统

休克·····	(58)
心功能不全·····	(68)
急性肺水肿·····	(77)
心律失常·····	(81)
心室扑动与颤动·····	(81)
室性心动过速·····	(82)
室性早搏·····	(85)
阵发性室上性心动过速·····	(87)
心房扑动与颤动·····	(90)
预激综合症·····	(93)
房室传导阻滞·····	(95)
心绞痛·····	(97)
急性心肌梗塞·····	(103)
高血压危象·····	(115)
心包填塞·····	(117)

第二章 呼吸系统

哮喘持续状态·····	(119)
肺栓塞和肺梗塞·····	(122)
胸腔积液·····	(125)
咯血·····	(130)

气胸·····	(137)
呼吸衰竭·····	(140)
〔附〕成人型呼吸窘迫综合症(ARDS)·····	(144)

第三章 消化系统

急性上消化道大出血·····	(150)
急性胃肠炎·····	(158)
急性胰腺炎·····	(160)
急性出血性坏死性小肠炎·····	(165)
食管裂孔疝·····	(168)
急性胆囊炎·····	(169)
缺血性结肠炎·····	(172)
假性肠梗阻·····	(174)
肝性脑病·····	(175)
下消化道出血·····	(179)

第四章 泌尿系统

血尿·····	(183)
急性肾盂肾炎·····	(186)
急性肾小球肾炎·····	(190)
肾及输尿管结石·····	(195)
急性肾功能衰竭·····	(202)

第五章 血液系统

播散性血管内凝血(DIC)·····	(211)
溶血危象·····	(215)
输血反应·····	(218)
发热反应·····	(218)
过敏反应·····	(249)

溶血反应·····	(220)
循环负荷过重反应·····	(222)
输血后出血倾向·····	(223)
细菌污染血的输血反应·····	(223)
其他不良反应·····	(224)
血小板危象·····	(225)

第六章 内分泌与新陈代谢

甲状腺危象·····	(228)
糖尿病酮症酸中毒昏迷·····	(230)
高渗性非酮症糖尿病昏迷·····	(232)
低血糖症·····	(233)
肾上腺危象·····	(236)
低钙血症·····	(237)
水、电解质和酸碱平衡紊乱·····	(239)
脱水症·····	(240)
低钾血症和钾缺乏·····	(244)
高钾血症·····	(245)
代谢性酸中毒·····	(247)
代谢性碱中毒·····	(249)
呼吸性酸中毒·····	(250)
呼吸性碱中毒·····	(252)

第七章 神经系统

脑出血·····	(253)
蛛网膜下腔出血·····	(256)
脑梗塞·····	(258)
脑血栓形成(动脉粥样硬化性脑梗塞)·····	(258)

脑栓塞（栓塞性脑梗塞）	(262)
高血压脑病	(264)
癫痫持续状态	(265)
散发性脑炎（散发性病毒性脑炎）	(268)
急性炎症性脱髓鞘性多发神经病（急性感染性多 发性神经炎、格林—巴利综合症）	(271)
瘰病	(273)
第八章 传染性疾病	
暴发型流行性脑脊髓膜炎	(277)
中毒性痢疾	(282)
细菌性食物中毒	(285)
胃肠型食物中毒	(285)
神经型食物中毒（肉毒中毒）	(286)
第九章 理化因素所致急症	
触电	(288)
淹溺	(290)
冻僵	(291)
中暑	(293)
第十章 急性中毒	
有机磷农药中毒	(296)
急性一氧化碳中毒	(305)
其他中毒	(308)
强酸	(308)
强碱	(309)
酚类	(309)
砷及其化合物	(309)

卤碱·····	(310)
碘酊·····	(311)
乙醇·····	(311)
亚硝酸盐·····	(312)
发芽马铃薯·····	(312)
毒草·····	(313)
有机氯农药·····	(314)
磷化锌·····	(314)
安妥·····	(315)
敌鼠钠盐·····	(315)
巴比妥类·····	(315)
安定药类·····	(316)
氯丙嗪类·····	(317)
抗组织胺类·····	(317)
苯妥英钠·····	(318)
氨茶碱·····	(318)
蕈茄类·····	(318)
水杨酸类·····	(319)
异烟肼·····	(320)

儿 科 急 症

新生儿窒息·····	(321)
新生儿颅内出血·····	(323)
新生儿败血症·····	(324)
新生儿出血症·····	(326)

急性喉梗阻.....	(327)
急性上呼吸道感染.....	(328)
小儿肺炎.....	(330)
小儿充血性心力衰竭.....	(333)
小儿惊厥.....	(336)
小儿急性中毒性脑病.....	(342)
婴儿手足搐搦症.....	(343)
婴儿腹泻.....	(344)
小儿急性水、电解质平衡失调与液体疗法.....	(348)
脱水.....	(348)
低钾血症.....	(349)
代谢性酸中毒.....	(350)
液体疗法.....	(350)
【附】 110 种静注药物配伍表.....	(354)

急救总论

第一章 复苏术

心搏骤停与心、肺复苏

心搏骤停是临床最凶险的急症。如能争分夺秒进行有效抢救，不少心搏骤停病人可获救。心搏骤停3分钟后，脑实质便可遭受严重的损害，但控制角膜和瞳孔反射的中枢可存活10分钟，脑髓质的细胞可存活20分钟或更长。心搏骤停几秒钟呼吸也随之停止。

【病因】

(1) 因器质性心脏病引起，如冠心病(急性心肌梗死)、风心病、心肌炎、心肌病、阿—斯氏综合症(Adams-Stokes Syndrome)等。

(2) 药物中毒或过敏反应。洋地黄、利妥卡因、青霉素、异种动物血清制品等。

(3) 呼吸停止引起心搏骤停，如气道水肿、气管异物、溺水等。

(4) 手术、检查、治疗、操作及麻醉意外等。

(5) 电解质紊乱或酸碱失调，如高钾血症、高钙血症、酸中毒等。

【诊断要点】

（一）临床表现

（1）心音消失。

（2）大动脉（颈动脉、肱动脉、股动脉）搏动消失，血压测不到。

（3）呼吸停止。

（4）突然意识丧失可伴全身抽搐。

（5）瞳孔散大。

临床上以前三项的综合判定为主要条件，后二项为次要条件。

（二）心电图特点

条件许可立即描记心电图，其特点是：

（1）心室颤动（或扑动）。

（2）心室停搏。

（3）电—机械分离。表现为慢而无效的室性自主节律，20~30次/min以下。

【抢救方法】

一般认为，心搏骤停在4分钟内开始复苏者，较易获救，而超过12分钟以上者，存活者极少。目前临床上多按国际标准化心、肺复苏术（CPR）程序进行：通畅气道（Airway）；人工呼吸（Breathing）；人工循环（Circulation）；药物与电击除颤（Drug、Defibrillation）。分述如下：

（一）通畅气道

病人心搏骤停后，下颌肌与舌肌张力突然松弛，舌后坠必然导致气道阻塞。通畅气道是抢救开始时的重要措施，方法有三：

（1）仰头抬颈法 抢救者右手托起病人后颈部，左手置

前额下压使头部后仰，即可使后坠之舌肌脱离气道，解除阻塞。

(2) 仰头举颏法 左手置于病人前额并下压使头部后仰，以右手食、中、无名三指置于下颌骨下颏处，并举起下颏，同样可解除呼吸道阻塞。

(3) 膈下腹部冲击法 如病人气道内有痰、血块、泥沙等异物，除吸引器或注射器抽吸外亦可用下法排除气道阻塞物：抢救者双手掌平伸，掌面朝向病人头部，以两手掌尺侧缘加压于病人膈下腹部，并向病人头部猛力冲击，重复多次，使膈肌受压上升，借助此冲击力排出气道内异物。

(二) 人工呼吸

人工呼吸方法如下：

1. 口对口人工呼吸法

(1) 病人仰卧，术者一手托起病人下颌，尽量使头部后仰，解除舌下坠所致呼吸道梗阻。用托下颌手的拇指翻开病人口唇，以利吹气，另一手捏紧病人鼻孔，以免漏气。

(2) 术者深吸一口气，将口紧贴于病人口上（有条件可隔一层纱布或手绢）进行吹气，直至胸部升起为止。吹气用力应均匀，不可过猛、过大，吹气时间要短，约占一次呼吸周期 $1/3$ 即可。

(3) 吹气停止后，术者头向侧转，松开捏鼻孔或捏口唇的手，由于肺的弹性回缩作用，病人肺内气体可自行排出。如此反复进行，每分钟吹气 $14\sim 16$ 次。

此法简便易行，潮气量大，效果较好。

2. 口对鼻人工呼吸法

当病人牙关紧闭或因严重损伤无法施行口对口人工呼吸

时，则需施行口对鼻人工呼吸。作法基本同口对口人工呼吸，但此时需封闭口唇，以免漏气。

3. 机械呼吸

施行上述1、2呼吸方法后效果不佳或复苏时间延长以及有胃液返流时，应尽早采取气管插管或气管切开，以便连接简易呼吸器或同步自动呼吸机、氧气麻醉机间歇加压给氧人工呼吸。其优点：①同时加压给氧，效果确实。②省时、省力。

（三）人工循环

人工循环方法是：

1. 心前区叩击

在心跳停止后1分钟内进行，因此时心肌应激性增强，叩击产生约5瓦秒电能，足可达到除颤复跳的目地。抢救者握拳距病人胸壁60cm高处，用力向心前区快速一击。避免连击，以防一次拳击复跳成功后，再次拳击导致折返心律而前功尽弃。若叩击后心脏未能复跳，不必重复，立即改为胸外心脏按压。

2. 胸外心脏按压

病人仰卧在硬木板床上，抢救者将左手掌根部置于病人胸骨下1/3处，另一手掌根部置于前一手背上，肘关节伸直，手臂与病人胸骨垂直，借助身体重力，有节奏的按压，使胸骨下陷3.5~5.0cm，每分钟80次~100次。

如病人仰卧地上，抢救者可面向病人，跪在地上，跨其腿部施行按压。但需注意：①不可用力过大，以免引起肋骨骨折，心包积血或肝脏破裂。②按压必须持续进行，直到有效的自动心搏恢复为止。儿童患者，可以单手按压，1岁以

内者，可以双指按压，按压频率应较成人相应增加，以100~120次/min为宜。

胸外心脏按压同时，也必须不停顿进行人工呼吸。心脏按压的有效标志为：可触到周围大动脉搏动，上肢收缩压在8kPa(60mmHg)左右；瞳孔缩小，出现睫毛反射；肌肉张力增强，出现吞咽动作；颜面、口唇及皮肤由紫绀变潮红；有挣扎表现；恢复自主呼吸者。

3. 开胸心脏按压

手术过程中发生心搏骤停或胸外心脏按压持续3分钟以上仍无效时，有条件应立即沿左侧第4肋间隙，前起胸骨旁1cm，后达腋中线作一弧形切口进入胸腔，切断上下二肋软骨，撑开切口，用左手将心脏握住，以每分钟80~100次速度持续而有力地挤压心脏。也可将手放于心脏之后，将心脏向前压向胸骨。为提高心脏复跳成功率，按压同时可向左心室内注入肾上腺素0.5~1.0mg，异丙基肾上腺素1.0mg。

不论胸外或胸内心脏按压过程中，如要确定病人是否复律或心律失常种类，应暂停按压，迅速描记心电图。但暂停按压时间以不超过10秒钟为宜。

(四) 药物与电击除颤

1. 心电监护与静脉通道的建立

在建立心电图监视后，必须尽快在身体两个部位开始静脉输入5%葡萄糖500ml以保持静脉通畅，亦可在踝关节内侧行大隐静脉切开。

2. 心室纤颤的治疗

(1) 以300瓦秒(最大400瓦秒)非同步直流电击除颤。

(2) 复查心电图，若室颤波细的(振幅小于5mm)为细

颤，室颤波粗的（振幅大于5mm）为粗颤。细颤对电除颤效果差，肾上腺素可增加室颤波的振幅，同时使心脏对直流电击反应良好。

(3) 肾上腺素对 α 、 β 受体均有较强的兴奋作用，可提高心肌应激性，加速心率，加强传导，可首选1mg静脉或心腔内注射。

(4) 无效者再给一次300瓦秒非同步直流电击。

(5) 若心室纤颤持续，再给静脉或心内注射肾上腺素1mg。必要时可3~5分钟重复。

(6) 除颤未成功或除颤后室颤反复发作，可试用下列药物后再重复电除颤：利多卡因75mg静脉注射，或溴苄胺250mg静脉注射。

(7) 对缓慢心律失常引起的心脏骤停的处理不同于心室纤颤，此时应致力于恢复稳定的自发心律，或试图使心脏起搏。通常用肾上腺素0.5~1.0mg静注以引起自发的电活动。也可应用异丙基肾上腺素静滴2~6 μ g/min，使心率维持在90次/min左右，阿托品0.3~1mg静注，并用10%硫酸镁10ml加入5%葡萄糖200ml静滴，5~10ml/min。

一般来讲，心前区直流电击2~3次后病人可有良好效果，若3次直流电击后无反应，应更换除颤器。

3. 心室停顿的治疗

(1) 可用1:1000肾上腺素5~10ml或异丙基肾上腺素0.3~0.5mg静脉或心内注射。

(2) 5%碳酸氢钠100ml静脉注射，然后用肾上腺素1ml加5%葡萄糖250ml静滴，开始4~8 μ g/min，维持心率50~70次/min。

(3) 10%氯化钙5ml或10%葡萄糖酸钙10ml, 心内注射或静脉注射。

(4) 如上述无效, 可试用电起搏。经静脉插入导管电极至右心室作心内膜起搏, 或作紧急的经胸起搏。

4. 电——机械分离的治疗

电——机械分离与心室停顿的治疗大致相同, 此外尚可采取以下措施:

1. 静脉注射阿托品 0.5~1mg, 3~5 分后可重复给药3~4次。

2. 根据中心静脉压或肺充血的征象, 对病人作进一步静脉输液治疗。

复苏后的处理

心脏复苏后, 复跳初始, 尚不能建立有效的血液循环与呼吸功能, 还需密切观察认真对待不可掉以轻心。尚须注意:

(1) 继续作好心电监护, 及时发现和及时处理好心律失常。

(2) 作好血气监测、记好出入量、纠正酸中毒和电解质紊乱。复苏后一般均存在水滞留, 故每日进液量宜限制在1500~2000ml左右。

(3) 维持血压与循环的稳定。如血压过低系由血容量不足所致, 应补充血容量; 心功不良者可酌情使用强心药, 常用西地兰0.4mg, 加入25%葡萄糖20ml, 必要时4~6小时可重复一次, 一般在24小时内不超过 1.2mg。复苏后, 原来血