

(美国) JAMES T. MCRAE

杨俊杰 译
张毓麟 校

急症病例研究

云南人民出版社

责任编辑：陆秀华 苏 勇

封面设计：李德华

急症病例研究

〔美〕James T. Mc Rae

杨俊杰 译 张毓麟 校

云南人民出版社出版

（昆明市书林街100号）

云南新华印刷三厂印装 云南省新华书店发行

开本：787×1092 1/32 印张：10 字数：230,000

1985年5月第一版 1985年5月第一次印刷

印数：1—12,500

统一书号：14116·108 定价：1.60 元

前 言

在临床工作中，最重要的问题，莫过于医疗急症的处理。医生在接触急症病人时，必须立即作出病人是否需要紧急治疗、会诊或住院的决定。

如何处理急症病人，美国James T. McRae博士所著《急症病例研究》一书，提供了一些值得借鉴的经验。

本书详细地讨论了急腹症、发热、癫痫、哮喘状态、肺栓塞、肺水肿、气胸、败血症、休克、晕厥、昏迷、糖尿病、心律失常、药物中毒、淹溺、电击伤、烧伤、颅脑损伤，胸部外伤以及骨折等常见病的诊断和处理。

本书编排新颖，如在叙述病史、体检等临床资料后，先提出问题，让读者判断思考，然后再逐一评述和解答。使人读后尤如身临其境，对见到病人时，应先做什么，后做什么以及如何做等问题有一明确概念。

本书不仅适用于工作在中心医院的医生，而且对一切医疗部门（包括基层医疗单位）的医务人员、医学院校学生等都有参考价值。

原书共有急症47例，结合我国情况，我们从中选择了34例。译稿完成后，承蒙中国科学院昆明动物研究所吴醒夫、陈宜峰、徐芸等同志审阅，改正了不少错误，在此，谨表谢忱。

还需说明的是，本书根据的体重标准与我国相差甚大，部分药物剂量超过我国一般用量，应用时，请注意病人的具体情

況，因人制宜，切勿照搬使用。

译 者

目 录

病例 1: 中腹部剧烈疼痛	(1)
病例 2: 下腹部疼痛	(10)
病例 3: 热综合征	(15)
病例 4: 癫痫持续状态	(24)
病例 5: 儿童发热	(39)
病例 6: 水杨酸盐中毒	(44)
病例 7: 胸痛、呼吸困难、血痰	(53)
病例 8: 急性哮喘发作	(62)
病例 9: 进行性呼吸困难和凹陷性水肿	(74)
病例10: 自发性张力性气胸	(81)
病例11: 发热、严重低血压、头皮恶性溃疡	(87)
病例12: 恶心后晕厥发作	(99)
病例13: 过敏性休克	(111)
病例14: 晕厥 (昏厥)	(128)
病例15: 酒醉昏迷	(138)
病例16: 戒酒综合征	(147)
病例17: 腹部不适、难受与糖尿病	(161)
病例18: 睡醒后胸骨旁疼痛、不适	(170)
病例19: 上腹部不适、疼痛	(183)
病例20: 非用力时气急、心跳快速	(199)
病例21: 胸痛放射到前臂和背部	(208)

病例22: 淹溺.....	(214)
病例23: 胸部贯通伤.....	(227)
病例24: 颈椎骨折.....	(232)
病例25: 颈部贯通伤.....	(238)
病例26: 闭合性颅脑伤.....	(243)
病例27: 凹陷性头颅骨折和硬膜外血肿.....	(248)
病例28: 多处外伤.....	(253)
病例29: 腹部钝挫伤.....	(261)
病例30: 吸入性损伤 (呼吸道烧伤)	(267)
病例31: 大面积烧伤.....	(275)
病例32: 电烧伤.....	(288)
病例33: 一氧化碳中毒.....	(298)
病例34: 药物过量.....	(306)

病例 1 中腹部剧烈疼痛

病史:

42岁，男性。因中腹部剧烈疼痛和呕吐两天急诊住院。以前他曾有几次类似的疼痛发生，尽管疼痛不太剧烈。几年来，每天饮酒 1 品脱（473毫升）。否认过去有戒酒症状，但在住院前两天，有全身发抖。两年前，腹部有过枪伤，伤口“正确缝合”，无并发症。阑尾已切除，无后遗症。

体检:

全身发抖，激动，中度痛苦面容。脉搏120次/分；血压160/120毫米汞柱。上腹部和右上腹部中度触痛。肝在右肋缘下2公分。余无异常发现。

实验室资料:

血红蛋白：14.3克%

血球压积：43.6%

白细胞计数：9600/立方毫米，分叶中性白细胞占87%，带状核白细胞占5%

尿液分析：有微量蛋白，其它阴性

电解质：在正常范围

血清淀粉酶：600斯氏单位/100毫升，（正常值50~150斯

氏单位/100毫升)；6小时后为450斯氏单位/100毫升

血清肌酐：1.1毫克%

血清钙：11.8毫克%，(正常值8.5~10.5毫克%)

血清磷：4.1毫克%

总胆红素：1.07毫克%

碱性磷酸酶：116国际单位，(正常值30~110国际单位)

乳酸脱氢酶：225国际单位，(正常值60~220国际单位)

血清谷草转氨酶：62国际单位，(正常值0~40国际单位)

梅毒血液学检查：阴性

X线检查：胸部：两下叶肺不张

腹部：横结肠和脾曲肠梗阻；胰腺部位未见钙化

问题：

1.对这个病人应主要考虑的诊断是：

- A.戒酒综合征；
- B.急性酒精性肝炎；
- C.急性酒精性胃炎；
- D.穿透性消化性溃疡；
- E.急性胰腺炎。

2.正确或错误，胰腺炎的临床类型在一种以上。

3.下列哪些是发生急性胰腺炎的有关病因？

- A. 外伤；
- B. 胆石症；
- C. 酒精中毒；
- D. 最近做过腹部手术；

E. 以上全部。

4. 诊断急性胰腺炎最重要的病史特征是：

- A. 腹痛，一般在上腹部；
- B. 与上腹部相对的背部疼痛；
- C. 恶心和呕吐，通常严重；
- D. 发热；
- E. 以上全部。

正确或错误（问题 5 ~ 9）：

5. 自1929年以来，就认为血清淀粉酶升高是急性胰腺炎的病症学特征。

6. 尿淀粉酶排泄检查，是诊断急性胰腺炎有用的试验。

7. 血清脂肪酶升高，是急性胰腺炎特有的。

8. 一旦作出急性胰腺炎诊断，一般能正确地预测急性胰腺炎的病程。

9. 不管病情严重性如何，胃肠减压是所有急性胰腺炎的指征。

10. 这个病人住院后，经过卧床休息，鼻胃管引流55小时，静脉输液和止痛药治疗。为了缓解疼痛，给予任何麻醉剂都是满意的吗？

A. 是；

B. 否。

11. 急性胰腺炎的并发症是：

- A. 麻痹性肠梗阻；
- B. 低钙血症；
- C. 假囊肿；
- D. 脓肿；

E. 低血容量性休克;

F. 以上全部。

正确或错误:

12. 手术对无并发症的急性胰腺炎, 决不是适应症。

13. 鉴别酒精性胰腺炎与胆石性胰腺炎, 不是特别重要的。

14. 抗胆碱药物和抗生素对急性胰腺炎的作用是很明确的, 一定要应用。

经过: 这个病人出院那天, 血清钙含量是10.3毫克%。一个月后复诊, 血压为140/120毫米汞柱。计划进一步检查他的胆道系统和高血压原因。并已劝告他停止饮酒。但他未再来院作进一步随访。

解答与评述:

1. (E) 急性胰腺炎。除急性胰腺炎外, 其它的四种病症也都有可能性, 或者是四者中的任何一种, 或者是它们中的任何几种的并合症, 都能对这个病人的症状及表现加以解释。他很可能有早期轻度的戒酒症状 (A), 由于呕吐减少了酒精的吸收而使其加重。但是, 除非很快发生震颤性谵妄, 否则, 在采取更重要的诊断和治疗步骤之前, 处理可能被拖延。

根据病史及肝肿大的现象, 可以考虑这个病人是否属于急性酒精性肝炎 (B)。可是, 这个病人的症状又不象是全部都与肝的机能紊乱有关。急性酒精性胃炎 (C) 也可能引起这个病人所表现的某些症状, 但假如是这一类的急性酒精性胃炎, 一般腹部触痛都不严重。因此, 在这种临床条件下, 检查中应考虑这个病人是否是穿通或穿孔的消化性溃疡 (D)。

即使有最好的病史、体检和辅助检查资料，急性胰腺炎的诊断也常常是很困难的，保持高度的怀疑是最有价值的诊断工具。胰腺炎的临床表现，这一个病人与另一个病人的差异相当大，甚至同一个病人，这一次发作到下一次发作以及每一次发作期间都有很大的不同。

2. (正确)，急性胰腺炎的类型，按严重性的程度有较轻的急性水肿型（或间质型）胰腺炎与出血型（或坏死型）胰腺炎。虽然发生的机理不明。水肿型胰腺炎能发展为出血型胰腺炎。急性复发性胰腺炎，是多次发作而不遗留永久性的胰腺疤痕的病变类型。这是经常与胆汁性（胆石性）胰腺炎有关的一种临床表现。

慢性胰腺炎一般与酒精中毒有关。在这种类型胰腺炎的胰腺导管内和胰腺实质有钙化表现，而且病程一般已在数年以上。大多数慢性胰腺炎病人，有严重的慢性腹痛和背痛。

3. (E) 全部。大约40%的病例与胆道疾病有关，40%为急性或慢性酒精中毒。这80%病例的病理生理机理了解得很少。5%的病例与外伤（一般是腹部钝器伤）、手术（通常是上腹部手术，但不是必有）、甲状旁腺机能亢进、高脂血症或遗传原因（常在童年开始）等有关。其余的15%归类于特发性原因。

4. (E) 全部。患急性胰腺炎病人而无腹痛是很罕见的。虽然腹痛可能只持续数小时或不很严重，但腹痛通常存在。大多数情况下，疼痛十分剧烈且很顽固，具有钻心样疼痛特点，一般位于上腹部及其相应的背部区域。如确有板状腹肌强直存在，那么病人的十二指肠溃疡穿孔比急性胰腺炎更有可能。

恶心和呕吐几乎一定存在，与腹痛同时出现，通常很严

重。

发热高低不稳定，是变化的，但常常存在，与其它症状合并考虑上腹部有炎症。

5. (错误)。虽然1929年，Elman和他的同事首次报告了大多数急性胰腺炎病人有血清淀粉酶升高，但从未认为血清淀粉酶升高是急性胰腺炎的临床病症学特征。已肯定有急性胰腺炎的病人，在一特定时间内，血清淀粉酶可不升高。血清淀粉酶的升高现象对急性胰腺炎的确定诊断没有什么价值。因为它是大量疾病的各种病征中的一个。Jacobs 等对 519 例的一组急性胰腺炎病人的观察结果发现，血清淀粉酶的升高对预后判断也是不起作用的。

6. (正确)。急性胰腺炎存在时，淀粉酶通过肾脏排泄加快。因为急性胰腺炎病人，淀粉酶排泄增加的持续时间长于血清淀粉酶升高的持续时间；而许多这样的病人，血清淀粉酶含量仅轻微升高或正常，其原因不十分明了。

如有可能，检查尿淀粉酶的标本应定时送检。随便收集的小便标本不可能提供确定的结果。最普遍采用的是一小时或二小时收集一次标本送检。

7. (错误) 急性胰腺炎时出现血清脂肪酶增高，但这种现象不是急性胰腺炎特有的，它也可发生在其它情况下。急性胰腺炎时，它有时候可单独增高，有时也可伴随血清淀粉酶增高。换言之，对于急性胰腺炎来说，虽然它持续时间较长，但比血清淀粉酶的增高并无更多的特异性。不过，因为升高的血清淀粉酶在24~72小时后已恢复正常，血清脂肪酶可有助于急性发作末期的病例诊断。

再说一遍，血清淀粉酶，尿液淀粉酶时间排泄量和血清脂肪酶，这三种试验，没有哪一种对急性胰腺炎有特异性。常常

是所有三种或至少一种试验，在发病早期升高，可作为诊断依据。由于急性胰腺炎的诊断常难以捉摸，所以，对上腹部剧烈疼痛和触痛的任何病人，除非某些其它病症诊断明显，这三种检查全部做是明智的。如果发病初期，这三种检查一部分或全部正常，那末至少每天应复查。因为某些急性胰腺炎病人，这些结果不可能都全部升高，而在另外的这种病人，升高仅是暂时性的。此病人，急性胰腺炎的诊断是明白的，故不需要做另外的检查。

近期有饮酒或服用其它药物的病人，不仅在鉴别诊断上，而且在酒精能掩盖腹痛和触痛的程度，存在一个特殊问题。对这种病人，正如以前有人所叙述的那样，必须作筛选检查。反复检查也是必要的，包括关键的实验室检查。对有上腹部疼痛和触痛的病人并发呕吐，当其它诊断未被接受时，即使有关急性胰腺炎的所有化验检查都是阴性结果，也不要不加考虑地放弃急性胰腺炎的诊断。这种病人应住院观察，进一步做诊断性检查。

总之，诊断急性胰腺炎时，下面几点是危险的：（1）鉴别诊断时，未考虑胰腺炎；（2）未能尽早地进行足够多的次数酶学测定；（3）未牢记血清淀粉酶在其它疾病也可以升高；（4）因为没有其它适合的诊断就把上腹部疼痛说成是“功能性的”。

8.（错误）胰腺炎病人，病情既可进行性地恶化，又可迅速地好转，所以纵然是中度病变，初期诊断也往往弄错。因为病情发展不能判定，故对急性胰腺炎病人，最安全的做法是应住院，尽可能快地开始治疗。

9.（正确）胃肠减压能缓解疼痛，使胰腺得到休息以及能缓解或防止肠梗阻的发生。倘若肠鸣音恢复接近正常，疼痛缓

解常常可作为拔除鼻胃管的指征。

10. (B) 否。最好不用麻醉剂，以免产生已为大家熟知的Oddi氏括约肌严重痉挛，这种痉挛可使疼痛和胰腺炎恶化。杜冷丁麻醉剂对疼痛和胰腺炎都有效而又很少引起Oddi氏括约肌痉挛，常用剂量是100毫克或更多一些，3 ~ 4 小时一次。

疼痛一般在一、二天后消失，如象这个病人一样。持续性疼痛说明有很严重的病变或有并发症存在，（见解答11）。

11. (F) 都可能。早期腹部的X线照片征象之一是麻痹性肠梗阻（A），通常较局限。除非胃已被胃肠减压排空，否则，肠梗阻可变得十分严重。血清钙含量低于8毫克%（B），一般表明有出血性胰腺炎存在，但也可能发生在不太严重的胰腺炎类型。血清钙含量低于7.5毫克%，表明有较高的死亡率。任何程度的低血钙，应静脉注射钙离子治疗，一般给予10毫升的10%葡萄糖酸钙。应连续测定血清钙含量，以决定是否需要另外的剂量。

假囊肿形成（C）是一种可能的严重并发症。一般需要外科切开引流。但是，假囊肿偶尔可以自行消散。假囊肿能增大到使临近器官移位和侵蚀进入空腔脏器或血管内，产生梗阻和出血性并发症。如果急性胰腺炎，血清淀粉酶在几天内仍不能朝正常范围下降，就可能存在假囊肿或脓肿。

脓肿（D）在出血性或坏死性胰腺炎较为常见，需要立即手术处理。即使如此，死亡率也在40~60%之间。

就休克（E）而言，重症胰腺炎的体液丧失与大面积烧伤病人相似。出血性胰腺炎在胰腺内及其周围常发生中等量的血液包裹；胰腺炎性腹水是常见的；胸水通常在左侧，有时为双侧性；以及分隔在小肠内的液体，所有这些将进一步耗损血容

量。故需迅速补充液体，有时需大量补充。液体的补充应在急诊室就开始，不要拖延。液体补充时一般用中心静脉压监护，或者稍后用肺动脉漂浮导管监护（肺毛细血管楔压）。除了补充电解质和液体外，还可给予白蛋白或全血。

12.（错误）。当不可能明确诊断时，可在疾病的早期阶段，行剖腹探查术，从中鉴别急性胰腺炎和在腹腔中没有游离气体的消化性溃疡穿孔以及绞窄性肠梗阻。与从前的认识相反，手术不会立即给患急性胰腺炎的病人带来损害。

急性胰腺炎的决定性治疗，有时可能经这种早期手术就得到解决，特别是如果胆结石是其原因时，更是如此。

13.（错误）。一般饮酒病人的胰腺炎，用保守疗法效果好，除非也存在胆道疾患，特别是胆结石性胰腺炎时。淀粉酶异常增高（1500国际单位/100毫升以上），尤其是当血清胆红素和碱性磷酸酶含量也升高的病人，常存在胆结石性胰腺炎。这类病人一般早期手术较好。在急性胰腺炎早期，因为假阴性结果关系，胆管造影帮助不大，但在恢复期有用。

14.（错误）。毫无疑问，出现急性胰腺炎时，需要抑制胰腺分泌。为了这个目的，用抗胆碱药的临床医生认为用药后他们的病人症状的改善就会更快些。但对照研究结果证实，用抗胆碱药与症状改善没有明显关系。另外，相对大剂量的抗胆碱药物抑制胰腺的分泌，使病人不舒适，可能促使并发麻痹性肠梗阻。

在无明显感染存在的时候，预防性地应用抗生素，也是有很大争议的。一致的意见是，对存在与胰腺炎有关的胆石症，和患出血性或坏死性胰腺炎病人，应有节制地应用。当然，当脓肿形成是作为胰腺炎的并发症存在的时候，抗生素是适应症。

病例 2 下腹部疼痛

病史:

30岁，女性。急诊住院前14小时，出现食欲不振，右下腹部逐渐疼痛。腹部其它部位不疼痛，亦无放射痛。疼痛呈持续性，进行性加重。疼痛发生3小时后，呕吐一次，吐出绿色胃内容物，吐后疼痛未缓解。疼痛10小时后，解出成形大便一次，无血和粘液混合。

内科病史阴性，从未有过手术以及妊娠史。十一天前来末次月经，一般26天一次，持续6天。否认性病，无白带，无泌尿系症状。

问题:

1.关于右下腹部疼痛，下面哪些是正确的？

- A. 它是急诊室所见的许多病人的疼痛部位；
- B. 对阑尾未切除的病人，在无其它疾病可证明之前，应想到右下腹疼痛可能是急性阑尾炎的症状；
- C. 年轻女性的内生殖器官病变，常是这种疼痛的原因；
- D. 几种疾病存在有右下腹部疼痛，需作体检和化验，予以鉴别；
- E. 以上全部。

体检:

口腔温度, 98.8°F (37°C), 除了右下腹麦氏点上方处中度触痛, 腹肌有抵抗, 右外侧腹部轻度触痛外, 无异常发现。肠蠕动正常, 盆腔和直肠检查阴性。

实验室资料:

血红蛋白: 13.5克%

白细胞: 13500/立方毫米; 分叶中性占73%; 非分叶中性占5%。

尿液分析: (膀胱全部排空), 除了尿沉渣检查, 每个高倍视野内有3~5个白细胞外, 阴性。无细菌。

胸部X线检查: 阴性。

腹部X线检查: 考虑无必要。

正确或错误 (问题2和3):

2. 因该病人疼痛开始在右下腹部, 故可不考虑急性阑尾炎。

3. 阑尾炎的两个基本特点是, 右下腹阑尾部位的疼痛和触痛。

4. 基于阑尾炎的疼痛, 通常首先出现在中腹部或上腹部, 然后转移到右下腹部, 故:

A. 发病时, 易活动的阑尾疼痛位置比一般的更朝向腹中线;

B. 早期疼痛与呕吐有关;

C. 结肠转动失常;

D. 最初疼痛为牵扯内脏型。