

实用内科

急诊手册

浙江科学技术出版社

15637

实用内科急诊手册



● 浙江科学技术出版社

一九八三年三月十日

责任编辑 陈云华
封面设计 孙 菁

实用内科急诊手册

金宏义 主编
沈世炫
王季午 审稿

*

浙江科学技术出版社出版
浙江新华印刷厂印刷
浙江省新华书店发行

开本: 787×1092 1/32 印张: 17.5 插页: 4 字数: 370 000

1988年10月第一版

1988年10月第一次印刷

印数: 1—12,750

ISBN 7-5341-0076-3/R·22

统一书号: 14221·149

定 价: 5.50 元

主 编

金宏义 沈世竑

编写人员

(按姓氏笔划为序)

朱 琮 朱家骥

沈世竑 金宏义

单 江 潘荫华

黄鉴政 童钟杭

审 稿

王季午

前 言

金宏义、沈世竑等八位医师经过几年的努力，编成了《实用内科急诊手册》一书，我有机会阅读了全部内容，感到该《手册》在指导内科急诊实践方面颇有实用价值。

《手册》分急诊症状、急诊疾病、急诊诊疗技术、急诊常用药物与急诊常用检验 5 个篇章，近 40 万字，内容精练，重点突出，文字简洁，条理清楚，易于查阅，携带方便。特别是每个项目中都有“注意事项”的内容，重点阐明急诊工作中的疑难问题或容易忽略的问题，为本书的特色之一。《手册》在普及的基础上富有提高的内容，系一本适合于临床各级医师，尤其是青年医生和学校实习医生的实用工具书，对广大医学爱好者，也不失为一本实用的家庭医药用书。

在科学技术面向经济、面向社会的今天，《手册》的出版将产生很好的社会效益。乐作以上介绍，深望广大读者不吝指正，使本书不断得到改进与提高。

王季午

1986年9月

目 录

急诊症状篇

休克	3	上消化道出血	34
高热	9	急腹痛	40
昏迷	14	头痛	44
抽搐	23	眩晕	47
呼吸困难	27	血尿	51
咯血	30	播散性血管内凝血	55

急诊疾病篇

传染病		阿米巴痢疾	116
流行性感胃	63	败血症	119
麻疹	66	破伤风	124
水痘	69	流行性斑疹伤寒	127
重型病毒性肝炎	71	急性血吸虫病	129
流行性乙型脑炎	75	炭疽	131
流行性腮腺炎	78	恙虫病	133
流行性出血热	80	呼吸系统疾病	
狂犬病	86	支气管哮喘	136
猩红热	89	肺炎链球菌肺炎	141
流行性脑脊髓膜炎	91	金黄色葡萄球菌肺炎	143
白喉	95	休克型肺炎	145
伤寒〔附〕副伤寒	98	肺炎杆菌肺炎	148
急性细菌性痢疾	101	支气管扩张	150
霍乱	103	肺脓肿	152
细菌性食物中毒	107	结核性胸膜炎	156
钩端螺旋体病	110	自发性气胸	160
疟疾	113	肺栓塞	163

成人呼吸窘迫综合征	166
呼吸衰竭	170
循环系统疾病	
心功能不全	175
心脏骤停与复苏	181
急性肺水肿	186
心律失常概述	189
过早搏动	190
阵发性室上性心动过速	193
阵发性室性心动过速	195
心房扑动与心房颤动	198
房室传导阻滞	201
洋地黄中毒所致的心律失常	203
病态窦房结综合征	206
风湿热	209
风湿性心瓣膜病	212
心绞痛	220
急性心肌梗塞	223
腱索断裂	233
主动脉窦瘤破裂	234
主动脉夹层动脉瘤	235
高血压危象	237
高血压脑病	239
恶性高血压	240
亚急性感染性心内膜炎	240
急性心包炎	243
急性心包填塞	245
原发性心肌病概述	246
肥厚性心肌病	247
充血性心肌病	248
心内粘液瘤	251

消化系统疾病

急性胃炎	253
溃疡病出血	254
急性胆囊炎	256
胆石病	258
胆道蛔虫病	263
急性胰腺炎	264
急性出血性坏死性肠炎	268
门脉高压食管和/或胃底静脉曲张出血	270
肝性脑病	274

泌尿系统疾病

急性肾小球肾炎(急性肾炎)	278
急性肾功能衰竭	281
慢性肾功能衰竭	286
急性尿路感染	294
尿路结石	296

血液系统疾病

急性溶血性贫血	299
急性白血病	302
急性再生障碍性贫血	307
紫癜概述	310
过敏性紫癜	310
原发性血小板减少性紫癜	312
血友病	315

内分泌腺及代谢疾病

垂体前叶功能减退性危象	318
肾上腺皮质功能减退性危象	320
甲状腺危象	322
高血钙危象	326
嗜铬细胞瘤危象	327

糖尿病酮症酸中毒	330	高钙血症	383
高渗性非酮症性昏迷	334	低镁血症	385
低血糖症	336	高镁血症	387
神经系统疾病		酸碱平衡失调概述	388
三叉神经痛	339	代谢性酸中毒	390
急性感染性多发性神经炎	341	代谢性碱中毒	392
急性脊髓炎	343	呼吸性酸中毒	395
急性脊髓血管病	345	呼吸性碱中毒	398
脑出血	346	常见单纯性酸碱失衡的血气 分析鉴别	399
蛛网膜下腔出血	351	物理因素疾病	
短暂性脑缺血发作	353	电击伤	400
脑血栓形成	355	淹溺	403
脑栓塞	358	中暑	405
静脉窦血栓形成	360	急性中毒	
散发性脑炎	363	急性巴比妥类药物中毒	409
重症肌无力危象	365	一氧化碳中毒	411
周期性瘫痪	367	急性氯丙嗪中毒	413
癫痫持续状态	369	急性阿托品中毒	414
水、电解质和酸碱失衡		急性有机磷中毒	416
低渗性缺水	372	亚硝酸盐中毒	421
高渗性缺水	375	急性乙醇中毒	423
低钾血症	376	毒覃中毒	425
高钾血症	378	河豚中毒	427
低钙血症	380		

~~~~~ 急诊诊疗技术篇 ~~~~~

内科常用诊疗技术		骨髓穿刺术	439
胸外心脏按压	431	肝脏穿刺术	441
心包穿刺术	432	洗胃术	444
胸腔穿刺术	434	气管切开术	445
腹腔穿刺术	436	静脉切开术	447
腰椎穿刺术	437	中心静脉压测定法	448

三腔二囊管压迫止血法·····	450	心脏电击复律·····	460
灌肠及肛管排气术·····	452	人工心脏起搏·····	465
内科常用抢救设施的应用		透析疗法·····	471
机械辅助呼吸·····	454		

~~~~~ 急诊常用药物篇 ~~~~~

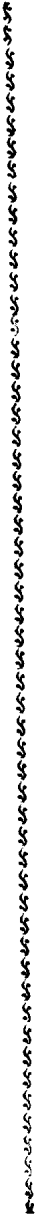
中枢兴奋药·····	477	利尿及脱水药·····	497
镇痛药·····	478	止血药·····	499
抗癫痫与抗惊厥药·····	481	抗生素·····	500
抗休克的血管活性药·····	482	合成的抗菌药物·····	509
降血压药·····	484	平喘药·····	510
强心与抗心绞痛药·····	488	酸碱平衡调节药·····	514
抗心律失常药·····	493	特殊解毒药·····	515

~~~~~ 急诊常用检验篇 ~~~~~

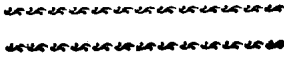
内科急诊常用检验项目及正常值		浆膜腔漏出液·····	537
血液·····	519	脑脊液·····	537
血液化学·····	523	精液·····	538
骨髓·····	531	前列腺液·····	538
尿液·····	533	肾功能试验·····	539
粪·····	535	肺功能测定·····	540
胃液·····	536	内分泌功能试验·····	541
十二指肠引流液·····	536		

附录一 常用溶液的电解质含量及特点

附录二 医用计量单位的换算系数



急诊症状篇





休 克

Shock

休克是急性末梢循环功能不全、全身脏器或组织血流灌注不足引起的组织缺血、缺氧和细胞代谢障碍的临床综合征。临床表现有血压下降、皮肤粘膜苍白或紫绀、四肢湿冷、脉搏细速、尿量减少、神志异常、代谢性酸中毒等。

【诊断要点】

(一)休克的诊断标准

1. 有诱发休克的病因。
2. 意识异常。
3. 脉搏细速， >100 次/分或不能触及。
4. 四肢湿冷，胸骨部位皮肤指压试验阳性（压后皮肤毛细血管再充盈时间 >2 秒），皮肤花纹，粘膜苍白或发绀，尿量 $<30\text{ml/h}$ 或尿闭。
5. 收缩压 $<10.64\text{kPa}$ （ 80mmHg ）。
6. 脉压差 $<2.66\text{kPa}$ （ 20mmHg ）。
7. 原有高血压者，收缩压较原水平下降 30% 以上。

凡符合上述第一项，以及第二、三、四项中的两项和第五、六、七项中的一项者，可诊断为休克。

(二)休克的分期

1. 早期 机体处于应激状态，血中儿茶酚胺增高，微循环血流减少，组织缺血缺氧。

表现：烦躁不安，面色苍白，四肢末梢湿冷，轻度紫绀，皮肤花斑，尿量减少，脉搏加快，脉压缩小，但神志清晰，血压稍偏低或正常。

2. 中期 毛细血管内大量血液淤滞，回心血量和心排量进一步减少，动脉压下降，组织无氧代谢增加。

表现：动脉收缩压 $<10.64\text{kPa}$ (80mmHg)，脉压小，心音低钝，脉搏细速，皮肤湿冷，紫绀，皮肤花斑明显，烦躁，意识模糊，尿量更少，代谢性酸中毒。

3. 晚期 播散性血管内凝血，脏器严重损害。

表现：血压多测不到，皮肤粘膜和消化道出血，重要脏器心、肾、脑、肺、肝的急性功能衰竭。

(三) 休克的病因诊断

1. 低血容量性休克 出血以及体液丧失如呕吐、腹泻、烧伤、糖尿病等。

2. 心源性休克

(1) 继发于心律失常，如快速房颤、阵发性室上性心动过速、阵发性室性心动过速等。

(2) 继发于心脏机械因素，如急性二尖瓣或主动脉瓣关闭不全、左室流出道梗阻（包括主动脉瓣狭窄、特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄）、左室流入道梗阻（二尖瓣狭窄、左房粘液瘤）。

(3) 心肌病变，如急性心肌梗塞、充血性心肌病。

3. 血流阻塞性休克 如心包填塞、缩窄性心包炎、夹层动脉瘤、肺栓塞、原发性肺动脉高压。

4. 感染性休克 各种病原菌引起的严重感染，特别是革兰氏阴性杆菌败血症。

5. 过敏性休克 致敏原有药物、动物、植物等。

6. 神经源性休克 如剧痛、脊髓外伤。

7. 内分泌性休克 糖尿病伴酮症酸中毒，低血糖，肾

上腺皮质机能减退。

【处理要点】

(一)动态监测项目

1. 动脉血压 袖带血压计测压或经动脉穿刺插管直接测压。

2. 中心静脉压 为循环血液量的指标，一定程度反映了左心室充盈压，正常值 $0.49\sim 1.17\text{kPa}$ ($50\sim 120\text{mmHg}$)，对决定补液和应用利尿剂、强心剂及血管活性药物提供依据。

3. 肺毛细血管楔压 应用漂浮导管(Swan-Ganz导管)测得，能正确反映左室充盈压。正常值 $1.06\sim 1.60\text{kPa}$ ($8\sim 12\text{mmHg}$)，若 $>2.40\sim 2.66\text{kPa}$ ($18\sim 20\text{mmHg}$)，表示左心功能不全； $\leq 1.06\text{kPa}$ (8mmHg)，表示血容量不足，若无本设备时，可测定中心静脉压代替。

4. 心排血量和心脏指数 也利用漂浮导管根据热稀释法测定。心排血量正常值为 $3.6\sim 5.8$ (平均 4.2) L/min ，心脏指数正常值为 $3.2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$ 。若无上述设备，可测定混合静脉血和股动脉血的氧含量，一般动-静脉血氧含量差 $>6\text{ml}\%$ 时，表明组织灌流不足。

5. 尿量和四肢皮温 为末梢循环指标，留置导尿，每半小时或1小时计测一次，要求尿量 $>30\text{ml}/\text{h}$ 。

6. 心电监护 及时发现心律失常及ST-T改变。

7. 其他 血氧分析，血pH值测定，血电解质测定，红细胞计数，血红蛋白测定，红细胞压积测定，血尿素氮测定，凝血谱(包括血小板、纤维蛋白原、出凝血时间、凝血酶原时间、血浆鱼精蛋白副凝试验、纤维蛋白降解产物定量等)，

血培养，胸部X线检查。

(二)一般措施

1. 吸氧 使用面罩或鼻导管，氧流量5~8L/min，保持氧分压在9.31~15.96kPa (70~120mmHg)。

2. 止痛 小剂量杜冷丁(50mg)或吗啡(2~5mg)肌肉注射，注意抑制呼吸和血压下降的副作用。

(三)纠正低血容量

1. 原则

(1)一般均可能存在循环血容量不足，要求在休克早期补液。

(2)中心静脉压 $<0.49\text{kPa}$ ($50\text{mmH}_2\text{O}$)者，必须充分补液，促其回升。

(3)容量负荷试验 中心静脉压 $0.49\sim1.47\text{kPa}$ ($50\sim150\text{mmH}_2\text{O}$)或中心静脉 $>1.47\text{kPa}$ ($150\text{mmH}_2\text{O}$)，而肺毛细血管楔压 $<2.0\text{kPa}$ (15mmHg)时，宜行容量负荷试验，按20ml/min补液速度给予100~200ml液体。观察上述指标以及动脉压、症状、肺部体征等变化，作出判断。若中心静脉压上升，而组织灌注无改善，则停止补液，改用血管扩张剂。

2. 补液种类 生理盐水、复方氯化钠溶液、5%葡萄糖盐水、5~10%葡萄糖溶液、低分子右旋糖酐(不超过1000ml)、血浆或全血。

(四)儿茶酚胺类药 升压目标为收缩压11.97~13.33kPa (90~100mmHg)，平均压10.64kPa (80mmHg)。平均压=舒张压+1/3脉压。

1. 多巴胺 按1~20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 静脉滴注。

2. 多巴酚丁胺 按 $1\sim 20\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 静脉滴注。
3. 去甲肾上腺素 按 $0.2\sim 5.0\mu\text{g}/\text{min}$ 静脉滴注。
4. 阿拉明 以 $5\sim 20\text{mg}/100\text{ml}$ 按 $20\sim 40$ 滴/ min 静脉滴注。

5. 异丙肾上腺素 成人按 $2\sim 4\mu\text{g}/\text{min}$ 静脉滴注(不宜用于心原性休克)。

(五)血管扩张剂 动脉压 $< 10.64\sim 11.97\text{kPa}$ ($80\sim 90\text{mmHg}$), 存在休克征象, 同时中心静脉压和肺毛细血管楔压增高, 在应用升压药去甲肾上腺素或阿拉明的同时, 加用血管扩张剂。但经治疗后动脉收缩压必须保持在 11.97kPa (90mmHg) 以上, 谨防血压过低。

1. 酚妥拉明 $5\sim 20\text{mg}$ 加入 $5\sim 10\%$ 葡萄糖溶液 100ml 中静脉滴注。

2. 硝普钠 50mg 加入 5% 葡萄糖溶液 $500\sim 1000\text{ml}$ 中, 开始以 $0.5\sim 1.5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 速度静脉滴注, 视病情增加, 最大剂量为 $8\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 。

(六)糖类皮质激素 短期($2\sim 3$ 天)较大剂量应用。

1. 地塞米松 $20\sim 40\text{mg}/\text{d}$, 分次静脉注射或静脉滴注。

2. 氢化考的松 $0.2\sim 0.6\text{g}/\text{d}$, 分次静脉注射或静脉滴注。

3. 强的松龙 按 $5\sim 25\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$, 分次静脉注射或静脉滴注。

(七)辅助循环 心原性休克者可应用主动脉内气囊反搏术或体外反搏术, 休克晚期本项治疗常无效。

(八)病因治疗 在纠正休克的同时, 不容忽视病因的积

极治疗。

(九)其他

1. 改善微循环药物有阿托品、654-2、氯丙嗪。
2. 胰高糖素应用。
3. 纠正酸中毒和电解质紊乱。

【注意事项】

(一)各类休克补充血容量实为治疗所必需，但输液时最好根据中心静脉压或肺毛细血管楔压的动态变化决定输液速度和液量，既要防止输液不足而延误血容量的及时纠正，又要防止输液过快导致心功能不全甚至发生肺水肿。输血量应根据红细胞压积调整，防止血液粘稠度增加，加剧微循环灌注不足。

(二)各种儿茶酚胺类升压药有其特有的药理作用。去甲肾上腺素升压作用强大，但有使皮肤、肌肉和内脏血管收缩的作用，以短期应用为宜，为防止微循环恶化，与酚妥拉明合用为宜。多巴胺具有内脏血管尤其肾小动脉扩张作用，治疗中等度低血压优于去甲肾上腺素，但严重休克时升压作用不如阿拉明、去甲肾上腺素可靠。心源性休克首选多巴胺或多巴酚丁胺。有时各种升压药无效，异丙肾上腺素可显示强大而稳定的升压作用，但心率120~140次/min时慎用(不是禁忌)，心源性休克不宜用。

(三)静脉滴注升压药和血管扩张剂时，为严格掌握用药剂量，应尽可能使用微量注射泵。