



● 主编 晋万强/董砚虎/李国庆/宋保华

内科急重症治疗学

NEI KE JI ZHONG ZHENG ZHI LIAO XUE

济南出版社

05.97

98
R505.97
25
Z

内科急重症治疗学

晋万强 董砚虎 主编
李国庆 宋保华

XA915/24



济南出版社



C

554096

内科急重症治疗学

晋万强 董砚虎 李国庆 宋保华 主编

特约编辑:王道隐 责任编辑:戴永夏
济南出版社出版
(济南市经七路 251 号)

封面设计:侯文英
新华书店发行
济南市建华印刷厂印刷

开本:787×1092 毫米 1/16
印张:21.5
字数:445 千字

1996 年 7 月第 1 版
1996 年 7 月第 1 次印刷
印数 1—3100 册

ISBN7—80629—025—7/R·2

定价:21.00 元

(如有倒页、缺页、白页直接与印刷厂调换)

《内科急重症治疗学》编著委员会

主 编	晋万强	董硯虎	李国庆	宋保华
副主编	李新东	韩学忠	李臣文	滕琳
	高连升	丰义宽	侯光平	蒋雄京
	赵虹	王淑真		

编 者(按姓氏笔画为序)

于友国	于民海	尤力	丰义宽
王立邦	王秀军	王佐良	王宝宏
王淑真	冉学红	史红波	孙开宇
孙传美	任永清	任恒岩	刘同祥
刘华培	刘素美	朱素华	苏青
李月林	李臣文	李国庆	李剑平
李新东	辛桂霞	张华民	宋光莹
宋保华	杨希荣	陈景春	罗宁
岳丽	金伊君	尚振利	赵军
赵虹	赵勇	赵玉龙	赵克明
赵洪军	侯光萍	荆淑芳	姜峰杰
徐梅	徐建华	晋万强	顾书国
高连升	高迎香	韩学忠	韩晓丽
董硯虎	蒋雄京	甄永强	谭薇
滕琳	臧霞		

前 言

本书是由30余位具有丰富内科临床经验的中青年专家集思广益,通力合作,编写而成的一部以临床急重症为主的内科治疗学。全书共分十一章。第一章主要介绍了14种常见急诊症状的诊断思路及其处理原则;第二至第十章重点阐述了呼吸、心血管、消化、血液、泌尿、内分泌与代谢、神经系统,以及多系统器官功能衰竭、急性中毒等150余种急重病的诊断和治疗;第十一章系统地介绍了9种常用诊疗技术的具体操作及其应用。

本书在编写过程中,参考了近几年来国内外大量有关资料,结合作者的临床实践经验,密切联系临床实际,力求做到内容新颖丰富,深入浅出,突出治疗,立足实用。因而本书不仅适用于临床内科医师学习,也是内科进修及实习医师的一部很有实用价值的参考书。

由于水平所限,时间仓促,书中缺点错讹难免,恳请广大读者及同道不吝赐教。

编 者

1996年3月于潍坊

目 录

第一章 常见急诊症状诊断思路及其

处理原则 (1)

发热 (1)

胸痛 (3)

紫绀 (4)

咳嗽 (6)

咯血 (7)

呼吸困难 (11)

急性腹痛 (13)

呕吐 (15)

腹泻 (17)

黄疸 (19)

昏迷 (21)

抽搐 (24)

头痛 (28)

瘫痪 (32)

第二章 呼吸系统 (37)

急性气管—支气管炎 (37)

支气管哮喘 (37)

支气管哮喘急性严重发作 (41)

重症肺炎 (44)

金黄色葡萄球菌肺炎 (44)

绿脓杆菌肺炎 (46)

军团菌肺炎 (47)

肺炎杆菌肺炎 (48)

厌氧菌肺炎 (50)

其他重症肺炎 (51)

肺栓塞 (51)

急性肺不张 (55)

自发性气胸 (56)

自发性血气胸 (59)

纵膈气肿 (60)

胸腔积液 (61)

恶性胸腔积液 (61)

结核性胸膜炎 (63)

化脓性胸膜炎 (65)

呼吸衰竭 (66)

肺性脑病 (79)

成人呼吸窘迫综合征 (71)

非心源性水肿 (75)

慢性肺原性心脏病急性发作 (79)

呼吸衰竭氧疗 (82)

呼吸监护 (83)

呼吸机的临床应用 (86)

第三章 心血管系统 (90)

心力衰竭 (90)

充血性心力衰竭 (91)

急性心力衰竭 (101)

顽固性心力衰竭 (102)

感染性心内膜炎 (104)

心肌炎 (106)

心绞痛 (107)

急性心肌梗死 (111)

心源性休克 (126)

低血容量性休克 (130)

高血压危象 (132)

高血压性脑病 (133)

阿—斯氏综合征 (134)

急性心包炎 (136)

心包填塞综合征 (137)

危险性室性早搏 (139)

阵发性室上性心动过速 (141)

室性心动过速 (143)

尖端扭转型室性心动过速 (145)

心房颤动与心房扑动 (147)

心房颤动 (147)

心房扑动 (149)

房室传导阻滞 (151)

病态窦房结综合征 (153)

心室扑动和颤动	(154)	急性尿路感染	(224)
心脏性猝死	(155)	急性肾乳头坏死	(226)
抗心律失常药物的临床应用	(158)	急性肾功能衰竭	(227)
第四章 消化系统	(165)	尿毒症综合征	(230)
贲门黏膜撕裂综合征	(165)	肾病综合征	(232)
消化性溃疡	(167)	系统性红斑狼疮肾炎	(235)
急性胃炎	(170)	过敏性紫癜肾炎	(237)
急性单纯性胃炎	(170)	血液透析	(239)
急性腐蚀性胃炎	(170)	血液滤过疗法	(241)
急性感染性胃炎	(171)	血浆置换	(243)
急性化脓性胃炎	(171)	腹膜透析	(246)
急性出血性坏死性肠炎	(171)	第七章 内分泌与代谢系统	(249)
急性胰腺炎	(173)	垂体卒中	(249)
胆道蛔虫病	(174)	垂体前叶机能减退危象	(250)
急性胆囊炎	(175)	甲状腺机能亢进危象	(251)
上消化道大出血	(176)	甲状腺机能减退危象	(253)
肝性脑病	(178)	急性甲状腺炎	(254)
第五章 血液系统	(181)	亚急性甲状腺炎	(255)
急性溶血性贫血	(181)	甲状腺危象	(256)
重型再生障碍性贫血	(184)	高血钙危象	(256)
急性白血病	(185)	低血钙危象	(257)
粒细胞缺乏症	(192)	肾上腺皮质功能减退危象	(258)
特发性血小板减少性紫癜	(193)	嗜铬细胞瘤危象	(260)
过敏性紫癜	(195)	糖尿病酮症酸中毒和昏迷	(261)
弥散性血管内凝血	(196)	非酮症高渗性糖尿病昏迷	(264)
葡萄糖-6 磷酸脱氢酶缺乏症	(198)	糖尿病乳酸性酸中毒	(266)
阵发性睡眠性血红蛋白尿	(199)	低血糖症	(267)
高铁血红蛋白血症	(201)	第八章 神经系统	(270)
血友病	(203)	偏头痛	(270)
血小板功能障碍性疾病	(206)	脑出血	(271)
遗传性血小板功能障碍性疾病	(206)	蛛网膜下腔出血	(274)
获得性血小板功能障碍性疾病	(207)	动脉硬化性脑梗塞	(277)
慢性粒细胞白血病病急性变	(208)	脑栓塞	(279)
类白血病反应	(209)	短暂性脑缺血发作	(281)
传染性单核细胞增多症	(210)	脑膜炎	(283)
恶性组织细胞增生症	(211)	化脓性脑膜炎	(283)
恶性淋巴瘤	(212)	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(284)
第六章 泌尿系统	(219)	急性脊髓炎	(286)
急性肾小球肾炎	(219)	结核性脑膜炎	(287)
急性肾小管肾炎	(220)	隐球菌性脑膜炎	(289)
急性肾盂肾炎	(222)		

病毒性脑炎	(290)	其他有害气体中毒	(314)
癫痫	(292)	腐蚀性药物中毒	(314)
第九章 多系统器官功能衰竭		强酸类中毒	(314)
.....	(296)	强碱类中毒	(315)
第十章 急性中毒	(300)	金属中毒	(316)
急性中毒的处理原则	(300)	铅中毒	(316)
食物中毒	(302)	汞中毒	(316)
沙门氏菌食物中毒	(302)	砷中毒	(317)
副溶血弧菌食物中毒	(302)	其他金属中毒	(317)
葡萄球菌食物中毒	(303)	药物中毒	(319)
肉毒杆菌食物中毒	(303)	急性巴比妥类中毒	(319)
动物性毒物中毒	(304)	急性安定类中毒	(319)
河豚鱼中毒	(304)	急性吗啡类中毒	(320)
猪甲状腺中毒	(304)	急性阿片类中毒	(320)
蟾蜍中毒	(305)	急性颠茄类中毒	(320)
毒蛇咬伤	(305)	农药中毒	(321)
毒虫咬伤	(306)	急性有机磷农药中毒	(321)
植物性毒物中毒	(307)	氨基甲酸酯类农药中毒	(323)
亚硝酸盐中毒	(307)	拟除虫菊酯类农药中毒	(324)
毒蕈中毒	(308)	有机氟农药中毒	(324)
夹竹桃中毒	(308)	腈类农药中毒	(324)
发芽马铃薯中毒	(309)	沙蚕毒类农药中毒	(324)
其他有毒植物中毒	(309)	杀鼠剂中毒	(325)
有机溶剂中毒	(309)	第十一章 常用诊疗技术	(326)
急性酒精中毒	(310)	洗胃术	(326)
汽油中毒	(310)	鼻饲	(326)
急性甲醇中毒	(310)	导尿术	(327)
苯中毒	(311)	心包穿刺术	(328)
四氯化碳中毒	(311)	胸膜腔穿刺术	(328)
有害气体中毒	(312)	腹腔穿刺术	(329)
一氧化碳中毒	(312)	骨髓穿刺术	(330)
硫化氢中毒	(313)	腰椎穿刺术	(331)
氯化物中毒	(313)	淋巴结穿刺术	(332)

第一章 常见急诊症状诊断思路及其处理原则

发 热

正常人的体温是由大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢(下丘脑后区的产热中枢及下丘脑前区的散热中枢)所管理,并通过神经、体液因素调节产热和散热过程,使之保持动态平衡,所以正常人体有相对恒定的体温。一般成人清晨安静状态下的口腔(舌下)温度波动于 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛温较口温高 0.5°C ,腋温较口温低 0.5°C 。如果致热原作用于体温调节中枢或者体温中枢本身功能紊乱,可导致体温超出正常范围,则称为发热。它是临床上最多见的症状。但不同个体的正常体温略有差异,并可因内、外因素的影响而稍有波动。一日间,下午较早晨为高,但一般不超过 1°C ;在剧烈运动或进食后体温也可暂时升高;妇女在月经前和妊娠期体温稍高于正常。环境温度升高或情绪激动时体温也可暂时升高。通常情况下,体温每升高 1°C ,脉搏每分钟增加 $10\sim 20$ 次。在测量体温时,操作要仔细,体温表要准确,以避免临床误诊。对用口呼吸者、不合作者、衰竭者或休克状态下的患者,若采用口温则误差较大,应测肛温较准确。

【病因】

1. 感染性发热 病毒、细菌、霉菌、寄生虫感染是导致发热的最常见原因,无论是全身性,还是局限性、急性或者慢性,皆因病原体激活了粒细胞和单核细胞而产生和释放内源性致热原,从而引起感染性发

热。

2. 肿瘤性疾病 在长期发热病例中,仅次于感染而居第二位。发热可由实体瘤本身坏死、出血产生肿瘤抗原或致热原引起,肿瘤转移,肿瘤阻塞或合并感染也是发热原因。身体各部位的肿瘤,包括淋巴瘤或恶性血液病可能以发热为突出的早期表现。

3. 无菌性组织损伤 主要包括:①机械性、物理性或化学性损害。如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤。②因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗塞或坏死。③大量组织细胞坏死与破坏,如恶性肿瘤、白血病、溶血反应等。

4. 变态反应 不论是速发或迟发型变态反应,均可引起发热。如风湿热、血清病、结缔组织病、药物热等。

5. 体温调节中枢功能异常 如中暑、安眠药重度中毒、脑出血、颅骨骨折、脑挫裂伤、脑干伤等,皆可直接损害体温调节中枢,使其功能失常而引起发热。

6. 植物神经功能紊乱 因其影响正常的体温调节所致。属功能性发热,常表现为低热。

7. 内分泌与代谢障碍 可引起产热过多或散热过少。前者如甲状腺功能亢进、癫痫持续状态、强烈运动后。后者如大量出血、重度失水、阿托品中毒等。

【诊断】

1. 病史

(1) 传染病流行史、接触史、预防接种史。

(2) 对应用血清或特殊药物者应考虑为变态反应性疾病。

(3) 烈日下劳动或高温下操作者应考虑中暑。

2. 症状与体征

(1) 热型：①弛张热应考虑败血症、风湿热、支气管炎等。②稽留热应考虑为伤寒、斑疹伤寒、粟粒性结核、钩端螺旋体病等。③间歇热主要见于疟疾、急性肾盂肾炎等。④波状热应考虑布氏杆菌与恶性淋巴瘤。⑤不规则热多考虑结核病、支气管炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

(2) 寒战：多见于疟疾、败血症、化脓性胆管炎、肾盂肾炎、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎等。

(3) 皮疹：发热伴有皮疹者常见于伤寒、斑疹伤寒、败血症、系统性红斑狼疮、流行性出血热等。发生于儿童者应考虑麻疹、风疹、水痘、猩红热等。另外药物可致药物疹或药物热。

(4) 淋巴结肿大：发热伴淋巴结肿大者应考虑结核病、急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、传染性单核细胞增多症、风疹、癌肿转移等。

(5) 脾肿大：发热伴有脾大者应考虑败血症、伤寒、病毒性肝炎、亚急性细菌性心内膜炎、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病等。

3. 化验室检查

(1) 白血细胞计数与分类计数。

(2) 血涂片查找疟原虫、螺旋体等。

(3) 痰、脓、脑脊液、胸腹腔穿刺液中查细菌与真菌。

(4) 细菌培养，取血、尿、粪、脓、脑脊液或骨髓做细菌培养。

(5) 尿常规检查。任何病因引起的发热，尿常规检查中皆可发现轻度蛋白尿。但若显著蛋白尿并伴有血尿或脓尿，则应考虑尿路炎症、结缔组织疾病，如系统性红斑狼疮、肾结核、肾肿瘤，以及变应性血管炎如结节性多动脉炎等。

(6) 血清学检查，对发热的诊断有一定的价值，如肥达氏、外斐氏反应和华康反应、钩端螺旋体病的凝集溶解试验；流行性乙型脑炎的补体结合试验；风湿病的抗链球菌溶血素 O 试验；传染性单核细胞增多症的嗜异试验等。

4. 特殊检查。根据病史、查体可分别采用 X 线透视或平片、超声波检查、骨髓检查或同位素扫描、CT 检查、造影等，以帮助明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 长期不明原因的中、高热 是指发热在 38℃ 以上，持续 2 周或更长而未明确病因者。根据临床观察，其病因可归纳为三大类。

(1) 感染：占 60%~70%，多见于粟粒性结核、伤寒与斑疹伤寒、败血症与感染性心内膜炎、肝脓肿、胆道感染、泌尿系感染、腹腔内脓肿等。

(2) 恶性肿瘤：约占 20%，并随年龄增长而有增高的趋势，多见于原发性肝癌、恶性组织细胞病，各种白血病、淋巴瘤等。

(3) 结缔组织—血管性疾病：约占 10%。主要见于风湿病、类风湿病、变应性亚败血症、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎等。

2. 长期低热 是指体温在 37.4~38.4℃ 持续在 1 个月以上者。其原因大致可分为二类。

(1) 器质性低热：

① 慢性感染：如结核病、肝脏疾病、慢性胆系感染、慢性盆腔炎、肛门周围脓肿。

②内分泌系统疾病,如甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤。

③结缔组织病、恶性肿瘤。

(2)功能性低热:

①生理性低热,如月经前低热、妊娠期低热。

②神经性低热,如夏季低热、原发性口温增高。

③感染后低热。

3. 超高热 是指发热超过 41°C 以上。其原因有:①中暑或日照射病。②脑部疾病,如严重脑外伤、脑出血、脑炎、脑肿瘤。③严重感染,如败血症。④麻醉药引起的恶性高热。

【治疗】

1. 病因治疗 明确和去除病因是重要的治疗措施。

2. 非特异性降温措施 若体温超过 40°C ,特别是持续存在时,可进行下述处理:

(1)增加液体摄入量:增加饮水量或静脉补液量。

(2)酒精擦浴:蒸发降温。

(3)温水浴:使周围血管扩张,迅速散热。

(4)冷水擦浴:使皮肤迅速降温。

(5)冰袋、冰帽:降低头部温度,减少脑组织耗氧量。

3. 药物治疗 在未明确病因之前,除高热和长期发热外,通常不宜采用药物降温措施,以免掩盖病情。最常使用的阿司匹林 $0.3\sim 0.6\text{g}$, $4\sim 8$ 小时 1 次。有人认为 0.3g , 每 $2\sim 3$ 小时 1 次效果更好,且副作用小。阿司匹林对胃有刺激性,甚至有时可致大量出血,故需饭后服用或同时加服碳酸氢钠可使其减轻。也可改用肠溶阿司匹林,以达到同样目的。还可应用复方阿司匹林(APC),内含阿司匹林、非那西丁、咖啡因,但有人报道服用大量 APC 时,因摄入大量非那西丁,可引起肾脏严重损害。另外还可加用氯丙嗪 $25\sim 50\text{mg}$ 溶于 5% 葡萄糖或生理盐水 $250\sim 500\text{ml}$ 静滴。在滴注过程中应注意血压下降。若病人出现高热惊厥,可立即采用 10% 水合氯醛 $15\sim 20\text{ml}$ 灌肠,或异戊巴比妥钠 $0.2\sim 0.4\text{g}$ 溶于 20ml 蒸馏水中缓慢静推,至抽搐停止,以防脑组织缺氧,诱发或加重脑水肿。在使用皮质激素降温时必须同时使用大剂量抗生素,尤其是感染性发热的患者,以免引起感染扩散。

胸痛

胸痛(chest pain)是临床上常见的症状,其临床意义的大小取决于致胸痛的原因,疾病的严重程度与胸痛的程度并不成正比。因肺脏不含有感觉神经,如肺组织本身病变未累及胸膜或邻近脏器时,可无胸痛。

【病因】

各种因素包括物理或/及化学因素刺激肋间神经感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配

气管与支气管及食道的迷走神经感觉纤维或膈神经的感觉纤维等,均可引起胸痛。同时,某些情况下某一内脏与体表某一部位同受某些脊神经后根的传入神经支配时,则来自内脏的痛觉冲动可达大脑皮层,除可产生局部疼痛外,还可出现相应部位的疼痛感觉,称为放射性疼痛。心绞痛患者除可出现胸骨后或心前区疼痛,左肩部及左臂内侧亦可出现疼痛。诸多因素如异物刺激、机械压迫、化学刺激、肌肉

缺氧、炎症及内脏膨胀、外伤、肿瘤等均可致胸痛。常见疾病及其临床特点:

1. 胸膜及肺部病变 多为刀割样锐痛,胸痛范围多局限,与呼吸明显相关,吸气时加重。以大叶性细菌性肺炎、胸膜炎、肺梗塞、自发性气胸较多见,常伴有呼吸困难,气胸时往往突然发生胸痛,而病毒性肺炎、支原体肺炎、G-杆菌肺炎少伴有胸痛。

2. 气管、支气管病变 常为胸骨后灼痛和不适感,部位亦多局限,常见于急性支气管炎、吸入异物、较大气道的支气管肺癌等疾患。

3. 神经肌肉痛 多为部位不固定的隐痛、钝痛、阵发性烧灼痛、针刺、刀割样痛,范围可变化,与呼吸可有关系,如肺结核、急性脊神经根、肋间肌、肩肌疼痛时与咳嗽有关,而带状疱疹、脊神经根所致胸痛常伴有疱疹的出现。

4. 心血管病 常出现压榨性、绞痛或极度痛苦的持续性剧烈疼痛,部位常在心前区。心肌梗死时常伴有呼吸困难、心衰、出汗、恐惧感、虚脱,心绞痛、严重肺动脉高压亦可致胸痛,壁间动脉瘤可伴烦躁不安,疼痛可放射到肩部和颈部。

5. 纵隔和食管疾病 此类疾病可致持续性胸骨后钝痛,与呼吸有关。纵隔气肿时出现持续性胸骨后疼痛,向颈肩部放

射,局部有Hamman氏征。食管裂孔疝为餐后出现的钝痛,进食过饱后用力或俯身时加重,直坐或直立时可减轻,可自行消失,疼痛时常向颈、肩、背和沿左臂内侧放射,颇像心绞痛。

【诊断与鉴别诊断】

详细询问病史,了解疼痛的部位、性质、疼痛持续的时间,伴随症状及影响疼痛的因素。过去史中注意询问有无相关病史,如有心脏病或最近有手术史及外伤史者,注意有无肺栓塞的可能,高血压或冠状动脉粥样硬化性心脏病史,常可提示应考虑心绞痛、心肌梗死的诊断。胸壁外伤、炎症等原因所致的胸痛往往经物理诊断即可确诊。内脏疾患所致的胸痛则应在详细体验及化验检查的同时,做必要的辅助检查,如X线透视或摄片、体层、心电图、超声心动图、CT、ECT等检查协助诊断。

【治疗】

对于胸痛患者首先针对病因治疗。积极治疗原发病,随着原发病的缓解,胸痛可减轻或消失,必要时可应用止痛药物,如消炎痛、去痛片,肿瘤等所致严重疼痛可用强痛定、颅痛定、杜冷丁、吗啡、盐酸二氢埃托啡等药物治疗。对胸膜炎者渗出期应用激素,如强的松口服治疗,可减少渗出及缩短胸痛的时间,同时还可应用局部疗法如封闭局部或粘着固定局部等。

紫 绀

紫绀(cyanosis)是呼吸系统常见症状之一。由于血液内还原血红蛋白的含量增多所致。当毛细血管内的还原血红蛋白超过50g/L时,即出现紫绀。毛细血管内还原血红蛋白的增加,可由于动脉血氧的饱和度降低,也可由于血流速度缓慢、淤滞、组织耗氧量增加、过量的血红蛋白被还原

所引起,高原居民,有代偿性红细胞增多症及轻度缺氧,亦可出现紫绀。异常血红蛋白衍生物,如高铁血红蛋白和硫化血红蛋白也可引起紫绀。紫绀时皮肤和粘膜呈弥漫性紫蓝色改变,在皮肤较薄、色素较少而血运丰富的部位,如舌、口唇、结膜和指(趾)甲床表现较明显,严重时全身皮肤呈紫色。

【病因】

临床上按病因不同,将紫绀分为三种类型。

1. 中心性紫绀 是由于心肺疾病致动脉血氧饱和度降低所引起。紫绀为全身性,四肢、颜面、粘膜及躯干皮肤均出现,皮温正常。中心性紫绀又分为:①肺性紫绀:由于肺功能不全、肺氧合作用不足所致,常见于严重的呼吸系统疾病,如喉、气管、支气管阻塞、肺淤血、水肿、肺炎、肺气肿、肺纤维化及大量胸腔积液、自发性气胸等。②心性混血性紫绀:由于体循环静脉血与动脉血相混合,部分静脉血未通过肺进行氧合作用,即经异常通路分流入体循环动脉中,分流量超过输出量的1/3时,即可引起紫绀,可见于先天性心脏病,如法乐氏四联征、室缺等。③异常血红蛋白所致者:常见的有高铁血红蛋白血症、硫铁血红蛋白血症和遗传性血红蛋白M病等。

2. 周围性紫绀 此类是由于周围循环障碍所致。其特点是出现于肢体的末梢及下垂部位。若将紫绀的部位给予按摩和加温紫绀可消退。这有助于同中心性紫绀相鉴别。此类紫绀多因:①周围组织耗氧量增加:可见于右心功能不全、慢性缩窄性心包炎。②动脉缺血:如严重休克时,由于周围血管收缩、周围组织缺氧,患者出现紫绀。肢体动脉闭塞或小动脉强烈收缩可出现局部性紫绀。

3. 混合性紫绀 中心性与周围性同时存在。

【诊断与鉴别诊断】**1. 病史**

(1)病人的年龄、心肺疾病病史,有无

呼吸困难、咳嗽、水肿等症状,自幼即出现紫绀者,常为紫绀型先天性心血管病或先天性高铁血红蛋白血症。药物或诸多化学因素所致的高铁血红蛋白血症则有相应药物的接触史。(2)紫绀伴杵状指(趾)者,说明紫绀较重,病程较长,主要见于紫绀型先天性心脏病,亚急性细菌性心内膜炎、慢性肺部疾患,如支气管扩张、肺间质纤维化。③紫绀伴呼吸困难,常见于重症心、肺疾患;高铁血红蛋白血症、硫铁血红蛋白血症患者,虽有严重紫绀,但一般不伴有呼吸困难。④肢端紫绀常见于局部微循环障碍所致疾病,可见于某些结缔组织病、冷球蛋白血症、雷诺氏病、血栓闭塞性脉管炎等。

2. 体格检查 紫绀的严重程度、部位、呼吸困难,肺部体征是否存在,肝、脾肿大等体征。紫绀型先天性心血管疾病,高铁血红蛋白血症、硫铁血红蛋白血症患者,常有严重紫绀。休克、急性肺部感染或急性心、肺功能不全患者常有急性紫绀,并伴有衰竭状态或意识障碍,紫绀反复发作常为局部微循环障碍所致。

3. 实验室检查 结缔组织病、冷球蛋白血症,也须依靠实验室检查作出诊断。而血中高铁血红蛋白、硫铁血红蛋白可用分光镜检测作出诊断。

4. 器械检查 超声心动图、ECT、右心导管选择性心血管造影检查,可对先天性心血管疾病作出诊断,X线也有助于某些疾病的诊断。

【治疗】

其根本治疗原则是对原发病进行治疗。紫绀的加重与减轻常为原发病恶化与好转的标志,因而注意观察有助于治疗。

咳嗽

咳嗽(cough)是机体的反射性防御动作。当呼吸道粘膜受到异物或病理性分泌物刺激时即引起咳嗽,将异物或分泌物排出体外。如为频繁的刺激咳嗽(如由于气管分叉处受压引起者)而致休息与睡眠受到影响时,则失去其保护性意义。当炎症、瘀血、物理、化学或过敏等因素刺激,分布于耳、鼻、咽、喉、支气管、胸膜、肺等器官或脏器的迷走神经分支(支气管壁)、三叉神经(鼻腔)及舌咽神经(咽峡)所支配的粘膜时,均可致咳嗽。刺激胸膜(胸膜炎、手术时触及胸膜)及皮肤受凉时的咳嗽均属反射性咳嗽。其反射弧的经路为上述感受区的刺激传入延髓的咳嗽中枢(靠近呼吸中枢和迷走神经中枢),由此中枢再把冲动传向运动神经即喉下神经(至咽头肌肉)、膈神经(至膈肌)和脊髓神经(至其他呼吸肌)引起咳嗽动作。咳嗽动作的全过程为短促的深吸气之后,声门关闭,膈下降,继而呼气肌和膈肌快速收缩,使肺内压增高,然后声门突然张开,肺内高压空气喷射而出,冲出狭窄的声门裂隙而发生咳嗽动作与特别的音响,并使呼吸道内分泌物或异物也一同排出。

【病因】

呼吸道疾病、心血管疾病、胸膜疾病均可致咳嗽。

1. 呼吸道疾病 呼吸道各部位,如咽、喉、气管、支气管和肺的刺激气体吸入,异物、炎症、肿瘤、出血等刺激,均可引起咳嗽。慢性咽、喉、支气管炎患者及支气管扩张患者常有慢性咳嗽,多以晨起及夜间睡前较著,健康状态可良好。肺结核、肺部恶性肿瘤患者,常有慢性咳嗽进行性加剧,并伴有进行性消瘦。支气管扩张,肺脓

疡患者,常有反复咳嗽伴咳大量脓臭痰,此类病人常有急性肺部感染的病史,且排痰量通常与体位有一定关系。肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、慢性肺脓肿、肺吸虫病者,常有慢性咳嗽,咳嗽伴血痰,慢支患者有时也可出现血痰。哮喘患者偶有剧烈咳嗽者,咳出大量稀薄痰液后可缓解。

2. 胸膜疾患 常见于肺部病变波及胸膜或邻近骨膜,如肺结核、支气管肺癌等。支气管肺癌患者常伴有难以忍受的持续性胸痛。而胸膜本身病变某些胸膜间皮瘤患者可无明显咳嗽,慢性咳嗽患者有长期粉尘接触史者,应注意检查有无尘肺存在。

3. 心血管疾患 各种病因如二尖瓣狭窄等所致左心功能不全引起的肺瘀血与肺水肿,肺泡及支气管内有浆液性或血性浆液性漏出液,可致咳嗽。右心或体循环静脉栓子致肺栓塞时亦可致咳嗽,并伴咯血。

4. 中枢性因素 源于大脑皮质(随意性咳嗽)的咳嗽,冲动自大脑皮质发出传至延髓咳嗽中枢,引起咳嗽动作。另一方面,大脑皮质也在一定程度上抑制咳嗽反射。

【诊断与鉴别诊断】

1. 病史 咳嗽的性质、节律、音调、出现时间及其伴随症状均应注意。慢支患者常有经常性的咳嗽。呼吸道异物、支气管淋巴瘤或癌肿压迫支气管分叉处,百日咳等情况,均可致发作性咳嗽。会厌、喉头疾患或气管受压可致犬吠样咳嗽。纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管可致金属音调咳嗽。应注意的伴随症状:①咳嗽伴大量痰(肺脓肿、支气管扩张、支气管胸膜瘘);②体位转换引起咳嗽(慢支、肺脓肿、支气管扩张),并有助于病变部位的

判断：③咳嗽伴呕吐（百日咳、慢性咽炎——粘痰刺激粘膜所致）；④进食时发生咳嗽，痰中混有食物（食管支气管瘘）；⑤咳嗽伴发热（呼吸道感染、支气管扩张并感染、胸膜炎）；⑥咳嗽伴胸痛（肺炎、胸膜炎、支气管癌、自发性气胸等）。

2. 体征 皮肤有无紫绀，呼吸困难程度，罗音的性质及部位，排痰后有无改变，颈部及锁骨上有无肿大淋巴结，是否伴杵状指（趾），有无慢性肺性骨关节病。

3. 痰 痰的细菌学检查（涂片、培养、动物接种）对肺结核、肺真菌病的诊断有重要意义，痰中脱落细胞检查发现癌细胞能明确支气管癌的诊断。

4. 器械检查 胸部X线透视及摄片、体层摄影或支气管造影、CT、ECT、支气管镜、纤维支气管镜检查均能协助诊断。

【治疗】

1. 主要针对病因进行治疗。解除或控制导致咳嗽的原发病因是治疗咳嗽的主要

措施。如有刺激性气体吸入者可避免刺激性气体吸入而导致咳嗽的发生；异物所致者可去除异物，解除病因，炎症所致者加用适当抗生素以控制炎症；肿瘤所致者可采取化疗、放疗或手术等方式进行病因治疗；伴有呼吸道出血的咳嗽患者则应控制其咯血。肺部病变累及胸膜所致的咳嗽亦应首先积极控制原发病变，从而解除刺激因素，减轻咳嗽症状。心功能不全致肺瘀血而发生咳嗽的患者，积极纠正心衰，有利于咳嗽的控制。

2. 原发疾病已经治疗而咳嗽仍重者，可对症治疗。如刺激性咳嗽宜用蒸汽吸入，或用生理盐水超声雾化吸入；如过分剧烈的咳嗽，可应用咳必清 25mg、咳美芬 10mg 或可待因 15~30mg，每日 3 次，祛痰剂可选用氯化铵 0.3g、碘化钾 0.1~0.3g，每日 3~4 次，与棕色合剂同用；或必嗽平 8~16mg，每日 3 次。

咯 血

咯血(hemoptysis)是指喉及喉部以下的呼吸道和肺出血，经口腔排出者称为咯血。咯血量视不同病变质而异，但与病变的严重程度并不完全一致。临床上对出血量的估计可从血压改变、缺氧的临床表现及神志变化等方面来考虑。短时间内咯血量在 350~400ml，一般血压与脉搏可无改变；倘一次咯血量超过 700~800ml，血压、脉搏可能有轻度改变；倘一次咯血量超过 1500ml，可发生休克，即病人面色苍白、高度口干、四肢发绀、收缩压低于 10.7kPa 或原有高血压其血压下降大于 10.7kPa，脉搏细数，表情淡漠，神志不清，甚至昏迷不醒。根据病入咯血量的多少，可作如下分类：小量咯血，每日咯血量在 100ml 以内，

多见于肺结核活动期、肺脓肿；中量咯血每日咯血量在 100~300ml，多见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄；大量咯血，一次咯血量在 150ml 以上，或 24 小时咯血量超过 300~500ml。多见于肺结核空洞、支气管扩张症、二尖瓣狭窄等。应特别指出的是不论咯血量的多少，均有可能引起窒息。而大咯血的死亡率高，其中窒息死亡率最高，如抢救及时得当也常转危为安。

【病因】

引起大咯血的原因十分复杂，其中以呼吸系统疾病占多数。有资料统计，肺结核居首位，支气管扩张居第二位，支气管肺癌居第三位。自抗结核药物及纤维支气管镜广泛应用于临床以后，顺序有所改变，慢支

与支气管扩张居第一位,肺癌其次,肺结核居第三位。另外还有许多疾病可致咯血,分述如下:

1. 外伤性疾病 胸部刺伤、枪弹伤、肋骨骨折、器械性损伤(如支气管镜检查、气管插管等)、肺活体组织检查、肺爆震伤以及过度负重所致的肺损伤等。

2. 支气管疾病 支气管扩张、急性出血性支气管炎、支气管内膜结核、支气管结石、支气管癌、支气管动脉瘤、支气管内异物、支气管腺瘤、慢性支气管炎、结核性支气管扩张、支气管静脉曲张等。

3. 肺部疾患 肺结核、肺炎、肺癌、恶性肿瘤肺转移、肺脓肿、肺曲菌病、尘肺、右肺中叶综合征、先天性肺囊肿并肺部炎症、肺吸虫病、肺阿米巴病、肺大泡、肺部异物、肺组织纤维化或钙化。

4. 心肺血管病变 二尖瓣心脏病、急性左心衰竭、肺栓塞和肺梗塞、肺动脉高压、肺动-静脉瘘、主动脉瘤以及结节性动脉周围炎等。

5. 血液病 出血性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、粒细胞减少或缺乏症、血友病、骨髓纤维化、遗传性出血性毛细血管扩张症,以及弥漫性血管内凝血等。

6. 急性传染病 流行性出血热,肺出血性钩端螺旋体病。

7. 其他 白塞氏病、播散性红斑狼疮、子宫内膜异位症、成人呼吸窘迫综合征等。

【诊断与鉴别诊断】

病人在咯血之前常有前驱症状,如喉部作痒、咳嗽、胸闷等,继之咯出鲜红色血液,可混有气泡及痰液,血pH值呈弱碱性。大咯血时可似泉涌,由口、鼻喷出,在临床工作中应将咯血及呕血鉴别清楚。呕血前常有前驱症状,如恶心,上腹部不适或疼痛等,或者以往有胃病、十二指肠溃疡或肝

硬化等病史。呕出血液常呈暗红色或咖啡色,混有食物及胃液,血常为酸性,呕血常伴有黑便,另外尚需与口腔出血及鼻衄相鉴别,鉴别办法较简便,详细的检查即可发现出血区。因人咯血是来势凶猛的内科急症,只有早期作出正确诊断,方能得到及时处理。

1. 详细询问病史 有利于病因的寻找。如青少年咯血提示肺结核的可能性;40岁以上男性持续性痰中带血或血痰,有长期吸烟史,并有咳嗽,应高度怀疑肺癌的可能;幼年患麻疹、百日咳或肺炎,而后有反复咳嗽、咳大量脓痰、咯血并与体位有关,应考虑为支气管扩张;如有生食螃蟹历史的咯血者应考虑吸虫病;如有疫水接触史,伴寒战、高热、肌肉关节酸痛、眼结膜充血者,应考虑出血型钩端螺旋体病,如有野鼠或家鼠接触史,伴有皮肤粘膜出血,三红、三痛,发热,尿少等症状者,应考虑流行性出血热的可能;咯血者与月经周期密切相关者,可能为替代性月经或子宫内膜异位症;有胸部外伤史可能有较大动脉破裂。如有呼吸困难、心悸等心脏病史,提示为心瓣膜病变。如有皮肤、粘膜、牙龈出血,提示为血液病。咯血量的多少亦提示病因诊断。如痰中带血或血痰多考虑为支气管肺癌、肺结核、慢性支气管炎和肺炎等。中量咯血多见于肺结核、支气管扩张症、二尖瓣狭窄。大量咯血见于纤维空洞型肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。值得注意的是咯血量的多少并不与病变的严重程度成正比。伴随症状的出现有时能为病因诊断提供重要线索。如咯血伴胸痛、发热,尤其是急性发热应首先考虑肺炎;咯血伴有急性发热和大量脓臭痰,应考虑急性肺脓肿;而慢性发热和大量脓臭痰,应考虑慢性肺脓肿或肺癌等;咯血伴有低热、盗汗乏力等,应首先考虑肺结核;咯血伴有慢性咳嗽、咳大

量脓性痰,则支气管扩张的可能性较大。

2. 体格检查 咯血开始时一侧呼吸音常减弱、粗糙或出现湿罗音,对侧肺野呼吸音往往正常,提示出血部位可能在有阳性体征的一侧肺,如双肺散在干、湿罗音,应考虑喘息型支气管炎、支气管疾患所致出血,出血量一般较大,听诊时病侧肺有多种罗音,但全身症状可不严重。肺部病变所致出血,听诊时变化不大,临床上表现为看见的多,听见的少。某些体征值得注意,如局限性哮鸣音则应考虑支气管局限性狭窄,最多见的是支气管肺癌或异物阻塞。局限性浊音和湿罗音,肺炎的可能性较大。局限性湿罗音,应考虑支气管扩张。杵状指(趾)的存在,提示有支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌或亚急性细菌性心内膜炎的可能,锁骨上淋巴结的出现多是肺癌转移或肺部转移癌的证据。心尖部舒张期雷鸣样杂音的发现,常提示风湿性心脏病二尖瓣狭窄的存在。咯血常为全身疾病临床表现的一部分,必须做全面体格检查。

3. 实验室及器械检查

(1)X线检查:X线常规胸透或摄胸正、侧位片,对比两侧肺野是否有阴影、空洞、支气管感染灶。必要时加摄病变部位的断层片及点片,以利病变性质的了解。大咯血时不宜进行支气管造影检查,病变缓解后如有手术指征,可行支气管造影检查。

(2)支气管镜检查:近年来多采用纤维支气管镜检查,早年采用的硬质支气管镜检查,虽然视野清楚,便于吸出血块,可直接来自哪侧肺,但因病人痛苦较大,已多不采用。纤支镜检查多在咯血间隙期或咯血停止后(1~2天)短期内进行。镜管较细且具有弯曲性,病人易接受。即可看到气管、隆突、各肺叶开口区的结构,同时可以深入到五级支气管(亚段)对出血位置及病变的性质诊断有较大帮助。进行此项检查,其关

键步骤是麻醉充分,避免在检查过程中引起咳嗽而且检查技术要熟练,尽可能防止物镜与支气管壁相碰。因为连续咳嗽所造成的粘膜损伤出血,影响寻找到原发出血灶。纤维支气管镜检查的缺点是在大咯血时易堵塞管腔,血迹污染物镜致视野不清楚,吸引及通气效果欠佳。

(3)支气管动脉造影:咯血大部分血液来自体循环,主要为支气管动脉。因此选择性支气管动脉造影来了解出血的来源、部位,被许多学者所采用,成为诊断大咯血来源的新的较有发展前途的方法。其操作步骤:①经皮穿刺,由股动脉逆行插入导管,并向上推送至胸主动脉,达第5、6胸椎高度处;②在X线荧光屏观察下寻找支气管动脉开口;③当导管顶端嵌入血管口后,推注76%泛影葡胺造影,并连续摄片。右侧1支,左侧2支,进入肺门后和支气管并行。正常情况下,支气管动脉和肺动脉间难以看到吻合支。诊断咯血部位的直接根据是见到造影剂从血管渗至肺实质中去,随血痰咯出至支气管中;间接征象是支气管动脉增粗,分支增多,可呈网状,或呈丛状有血管瘤形成,向肺动脉分流。该项技术的优点:可于咯血病情危急的当时情况下进行,无需禁食。病人取平卧位,不需改变体位。该项检查不易诱发大咯血,对呼吸道刺激较小,可适用于结核性支气管扩张。心肺功能欠佳或体质弱者可在短期内重复。缺点:如为肺动脉或支气管动脉以外的体循环的咯血,其临床诊断意义较小。

(4)痰检查致病菌或癌细胞:对肺结核、霉菌、肺癌等病的诊断有较大意义。

(5)其他:如血常规检查有助于观察感染情况、失血后贫血是否存在及血液浓缩情况有帮助。同时出、凝血机制的有关检查,有助于全身出血性疾病的肺部表现的诊断。