

NEIKE JIZHENG SHOUCE

内科急症手册



福建科学技术出版社

责任编辑：郑爱今

内科急症手册

美国纽约大都市医院医学中心 编

游兰姬 林才经 淡 华 译

潘秀珍 校

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 5.375印张 111千字

1986年12月第1版

1986年12月第1次印刷

印数：1—6,200

书号：14211·141 定价：0.96元



译 者 的 话

危重病急救医学是六十年代发展起来的一门新兴的独立学科。搞好危重病的抢救工作是提高医疗质量，降低病死率的关键。

内科急症是危重病急救医学的重要组成部分《Handbook of Medical Emergencies》是由美国纽约大都市医院医学中心Jack J. Kleid, M.D和Bruce H. Heckman, M.D主编，邀请三十多位有关专家参与编写的。该书在美国医学界享有盛誉，它广泛收集了世界有关文献的精华，深入浅出地阐述了内科急救原则及其理论基础，具体介绍了危重病的抢救方法和临床经验。本书观点明确、内容新颖、条理清楚，实为内科急救医学的指南。

为促进急救医学的发展，满足临床急救工作的需要，我们将该书译出，供临床医师参考使用。限于我们的水平，书中错漏之处在所难免，请广大读者批评指正。

译 者

1986年6月于福建省立医院

目 录

第一章 感染性和变态反应性疾病·····	(1)
一、过敏·····	(1)
二、败血症·····	(5)
三、哮喘持续状态·····	(9)
第二章 肺部疾病·····	(15)
一、急性呼吸功能不全·····	(15)
二、自发性气胸·····	(19)
三、肺栓塞·····	(21)
第三章 心血管疾病·····	(29)
一、急性心肌梗塞·····	(29)
二、心律失常·····	(32)
三、急性肺水肿·····	(35)
四、心包填塞·····	(38)
五、高血压危象·····	(41)
第四章 肾脏疾病和电解质紊乱·····	(44)
一、急性肾功能衰竭·····	(44)
二、高钾血症·····	(48)
三、低钾血症·····	(53)
四、高钙血症·····	(56)
五、低钙血症·····	(58)
第五章 胃肠道疾病·····	(60)

一、上消化道出血·····	(60)
二、胰腺炎·····	(64)
三、肝性脑病·····	(69)
第六章 血液疾病·····	(76)
一、贫血的紧急处理·····	(76)
二、凝血和抗凝血·····	(83)
三、弥漫性血管内凝血·····	(87)
四、纤维蛋白溶解·····	(88)
第七章 内分泌和代谢性疾病·····	(90)
一、甲状腺机能亢进危象·····	(90)
二、粘液性水肿昏迷·····	(94)
三、肾上腺皮质功能不全·····	(97)
四、急性痛风·····	(103)
五、糖尿病酮症酸中毒·····	(104)
六、高渗无酮症性糖尿病昏迷·····	(108)
七、乳酸酸中毒·····	(110)
第八章 神经系统疾病·····	(112)
一、昏迷·····	(112)
二、癫痫持续状态·····	(130)
三、重症肌无力危象·····	(139)
第九章 其 他·····	(147)
一、中暑·····	(147)
二、低温·····	(149)
三、震颤性谵妄·····	(152)
四、海洛因中毒·····	(155)
五、巴比妥类药物中毒·····	(157)

六、转移性病变引起的上腔静脉综合征.....	(160)
七、转移性病变引起的脊髓压迫症.....	(162)

第一章 感染性和变态 反应性疾病

一、过 敏

【诊断】

人体过敏反应的临床特征是：

(一) 局限性或全身性荨麻疹、喉头水肿、血管神经性水肿和脑水肿。

(二) 呼吸困难，伴有或不伴有支气管痉挛。

(三) 血管显著扩张，引起低血压，从而导致缺氧、紫癜和血管内凝血。

(四) 胸骨后不适，严重的压榨性头痛和颈项痛。

(五) 恶心、呕吐、腹绞痛和腹泻。

(六) 心脏、呼吸功能衰竭导致虚脱，甚至死亡。

这一系列表现是由于抗原抗体反应，释放出高度活性的化学介质，损伤靶细胞 (target cells) 的结果。与过敏反应有关的化学介质是组织胺、乙酰胆碱、低反应物质、缓激肽 (血管舒张素) 和5-羟色胺 (血管收缩素)。这些介质引起过敏的症状和体征的确切机理尚不清楚，它们通常具有下列药理学效应：收缩支气管、肠道和子宫的平滑肌；扩张毛

细血管，使管壁通透性增强而引起水肿；促进唾液、胃液胰腺和垂体等内、外分泌腺的分泌；疼痛刺激神经末梢，使整个中枢神经和自主神经系统的兴奋性增强。

从致命性过敏死亡病例中发现：患者常有急性肺泡膨胀，可能系下呼吸道阻塞所致；上呼吸道（咽部、会厌、喉部和气管）水肿；未发现其他重要的病理改变。

【诱因】

引起过敏反应的抗体是所谓皮肤敏感抗体（免疫球蛋白E或反应素）。可引起过敏反应的抗原很多，见如下：

（一）蛋白质类物质：

1. 动物抗血清。
2. 丙种球蛋白。
3. 激素（弛缓素、胰岛素、促皮质素）。
4. 酶（糜蛋白酶、胰蛋白酶、青霉素酶）。
5. 结核菌素、膜翅目昆虫叮伤、吸入花粉以及部分食物。
6. 食物皮肤试验（荞麦、蛋白、棉子等）。
7. 皮肤粘附试验试剂。
8. 真皮内注射天竺鼠血清蛋白。

（二）多糖类物质：

1. 阿拉伯胶（金合欢胶）。
2. 右旋糖酐。
3. 乳蛋白酶。

（三）半抗原物质：

1. 去氢胆酸。
2. 硫胺（维生素B₁）。
3. 氰钴胺（维生素B₁₂）。
4. 磺溴酞（BSP）。
5. 局部麻醉剂（利多卡因）。
6. 水杨酸盐。
7. 氨基比林。
8. 碘类造影剂。
9. 抗菌素（青霉素、脱甲金霉素、呋喃妥因、链霉素、先锋霉素 I）。

【预防】

（一）对有过敏反应病史的病人，不管其症状多么轻微，多么隐匿，在可能的情况下均应使用对抗剂。因为发生过敏反应的患者，以往不一定都有过敏史，所以阴性病史并不能保证不发生过敏。一个机敏的医师，对有过敏病史的病人，不应强求获得过敏证据，而忽视必要的防范措施。

（二）在未进行皮肤试验前，易引起过敏反应的物质和药物（如马血清），不宜使用。而且，皮肤试验阴性者，也不能保证给予治疗剂量时不会发生全身性反应。有时，皮肤试验即可引起严重的过敏反应。由于人体抗破伤风血清的临床应用，使马血清的应用大为减少，由于抗菌素的更新，使青霉素的临床使用也有所减少。

（三）如果需要使用容易引起过敏的制剂，必须同时静脉滴注拟交感神经节类药物和/或抗组织胺类药物，还必须

做好气管切开和输氧的准备。

(四) 对容易过敏的病人，应当使用有效的脱敏药物。对这类病人，有时尽管采用所有的预防措施，还仍然要冒相当的风险。因此，所用的药物应多次稀释，而且要注射在肢体的远端，以便在发生过敏反应时，可以在其近端绑扎止血带并在局部注射肾上腺素，以减少或阻止引起过敏的药物的吸收。

【治疗】

对过敏反应的治疗，取决于病人的临床表现，病情的严重程度以及对治疗的反应。通常治疗步骤是：

(一) 休克的病人应取卧位。

(二) 肌肉注射1%肾上腺素0.3~0.5毫升，必要时每5~10分钟重复一次。如果休克仍未能纠正，可用1%肾上腺素溶解在5毫升的生理盐水中，做缓慢的静脉注射，注射时间应不少于2~3分钟。

(三) 对注射药物所引起的过敏反应，可在注射部位的上端紧扎止血带或血压计袖带，以阻止血液的返流。止血带或袖带必须每15~20分钟松绑一次。还可在原注射部位注射1%肾上腺素0.1~0.25毫升，以减少或阻止过敏物质的吸收。

(四) 注意监测生命体征，必须每5分钟监测一次。

(五) 建立静脉通道，在静脉内置入塑料导管，方便药物的输入。如有虚脱，必须加用酒石酸去甲肾上腺素、新福林或阿拉明。

(六) 静脉注射抗组织胺制剂，一般用50毫克的苯海拉明就足够了。

(七) 虽然皮质类固醇仅起数小时作用，而且不能预防过敏的发生，但它具有类似拟交感神经药物的作用，所以临床上也较常选用。

(八) 如果支气管痉挛是过敏的主要表现，可静脉缓慢注入氨茶碱500毫克。因此药有扩张血管的作用，所以休克者应慎用。

(九) 注意保持气道通畅。可选用面罩或鼻导管给氧，有时需要间歇性正压呼吸 (IPPB) 和人工呼吸。上呼吸道阻塞时，应行气管插管术或气管切开术。

(十) 休克症状持续存在，需要大剂量液体灌注 (每24小时应大于6,000~7,000毫升)。静脉滴注时应监测中心静脉压和血浆容量。

(十一) 持续性休克易导致酸中毒，因此必须给碳酸氢钠。在没有血气分析监测时，首次剂量以每公斤体重1毫克当量是安全的。而进一步的给药和基础缺失量的测量，则有赖于血气分析。

James R. Golub, M. D.

二、败血症

败血症伴严重中毒，称为脓毒血症。临床上用这个名称来表示系统的感染 (创伤性脓毒血症等) 感染过程的准确定

义取代了那些传统的命名（如筋膜下创伤性感染）。细菌暂时或持续地存在于循环血中，临床上称此现象为菌血症。

【诊断】

败血症有以下三类征象，它们可单独或同时出现，人们已经考虑到这些征象主要是细菌细胞壁的脂多糖类(lipopolysaccharides)即内毒素所引起的。

（一）发热和寒战：

这些表现并非具有特异性，也可见于无败血症的患者。偶而病毒性疾病或寄生虫病亦可有寒战。

（二）休克：

革兰氏阴性杆菌和革兰氏阳性杆菌引起败血症均可导致休克，偶尔个别真菌感染亦可导致休克。休克是由于血管中血液郁滞和组织灌注血量严重不足所致，其临床特征性的表现是：发热（罕见低温）、低血压（收缩压低于80毫米汞柱）、呼吸急促、精神错乱或昏迷（尽管病人早期可完全清醒）以及少尿。少数病人可有腹泻和胃肠道出血。败血症休克早期，病人的皮肤是温暖的，这一点有别于低血容量休克和心源性休克。下面表格系从生理学角度区别这三种不同类

休克类型	中心静脉压	心搏出量	血 容 量
败血症	正常	正常或增高	正常
心源性	增高	降低	增高
低血容量	低	正常	降低

型的休克：

(三) 血管内凝血：

血管内凝血的特征性表现是发热、低血压和出血。个别病例可出现对称性坏疽和暴发性紫癜。这个问题在血液章节中专门讨论。

【治疗】

(一) 治疗原则：

1. 尽早确定感染原因。
2. 尽快鉴定病原菌。
3. 及时使用抗菌素治疗。
4. 多次、反复细菌培养，及时发现双重感染。
5. 采取相应的内科支持疗法和外科措施。

(二) 确定病原菌：

确定病原菌是首要的问题。

1. 感染部位的培养应象血培养一样，必须及时进行。
2. 血液培养应该同时做需氧菌和厌氧菌培养，培养次数至少三次，应在不同时期进行。
3. 寒战发作时做血培养的确切价值尚未肯定。
4. 血培养选择在病人尚未接受治疗或停用抗菌治疗48小时以后进行。
5. 倘若病人已经接受青霉素治疗，则应在培养基里加入青霉素酶。
6. 为确定病原菌，各种体液均应做革兰氏染色，尽管初期病人的痰染色相当不准确，但在培养结果未报告前，这一

方法仍可采用。

7.必要时还可采用稀释法进行药物敏感试验。

(三) 抗菌素的应用:

为了解生理学状况,最好去监测中心静脉压,以便输入急需的液体和抗菌素。

1.任何表现的败血症,均需抗菌素治疗,必须选用杀菌剂,给药途径须选择静脉路。

2.如致病毒未明,务必选用对革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌都有效的抗菌素。

3.革兰氏阳性菌感染,可首选苯唑青霉素或头孢菌素。药物剂量宜大(苯唑青霉素10~12克/日、头孢菌素8~12克/日)。

4.革兰氏阴性菌感染可选用庆大霉素、卡那霉素或多粘菌素。

5.除了合并肾功能降低者药物剂量必须大大降低外,其余病例均应投予足够剂量。开始治疗投给负荷量,继而逐渐减量。以庆大霉素为例,测出病人血清肌酐,按公式计算获得药物半寿期。把一天药物的剂量以7毫克/公斤/小时的速度滴入(或第一小时给每日剂量的一半)。卡那霉素和多粘霉素的用量也可用同样的办法计算。

6.抗革兰氏阳性菌和抗革兰氏阴性菌的抗菌素宜联合应用。两类相加对不同致病菌有协同作用。

7.对青霉素有过敏史的病人,在使用青霉素、半合成青霉素或先锋霉素前应做皮肤敏感试验,当出现风疹块和皮肤发红时,提示皮肤敏感试验阳性,这些药物则不能应用。

(四) 纠正休克:

对休克病人，静脉滴注异丙基肾上腺素可以提高心肌收缩力和降低中心静脉压，还可改善肾脏的血流量，也可减少静脉滴注引起循环超负荷的危险性。

（五）纠正酸中毒：

病人出现紫绀时，可在血气分析监测下给予氧气治疗。当血液pH值低于7.35或二氧化碳结合力低于15毫克当量/升时，可用碳酸氢钠纠正酸中毒。

（六）血管内凝血的治疗：

有关血管内凝血的治疗，在其他章节中做详细的讨论。

Lawrence A. Cone, M. D.

Charles Cherubin, M. D.

三、哮喘持续状态

哮喘持续状态（即难治性哮喘）的特点是持续哮喘，以及对肾上腺素不起反应。有些病例对更多的药物不起反应，如氨茶碱和类固醇等。哮喘持续状态是一种威胁生命的疾病，需要特殊监护和治疗。

哮喘持续状态的症状是呼吸困难，喘鸣和咳嗽。特征性的体征是呼气延长和双肺布满哮鸣音。其病理学基础是支气管痉挛、粘液嵌塞支气管以及支气管粘膜水肿导致气道阻塞。

【诊断】

本病诊断并不困难，因为长时间持续呼吸困难伴有喘息这一症状，在其他病变中是不常见的。左心室衰竭时(即所谓“心源性哮喘”)，呼吸困难持续时间相当短暂，因为患者心衰或是被迅速控制，或是很快死亡，所以一般不超过几天或几个星期。支气管内的异物虽也可激发哮喘持续症状，但哮鸣音一般是单侧的，双侧肺部均闻及哮鸣音甚为罕见，只有当异物嵌顿气管时才可在两侧闻及。支气管受压亦可引起持续哮喘及轻重不等的呼吸困难和咳嗽。但哮鸣音一般是单侧的。胸部 X 线检查可显示其发病的原因。

在诊断时，应考虑下述几个方面：

1. 家族史：家族中有哮喘和其他过敏性疾病。
2. 过去史：有婴儿湿疹、枯草热或荨麻疹以及哮喘发作史，哮喘发作可延续数年，甚至终身。
3. 过敏史：有食物、药物或动物头皮屑的过敏史。
4. 化验室检查：血、痰和鼻分泌物中嗜酸性细胞增多。
5. 心电图检查：心电图中心电图中 P 波增高不是哮喘的特征，而是肺气肿的特征，因为 P 波增高仅表明该患者伴有肺气肿。
6. 痰：哮喘持续状态患者的痰少而稠（不易咯出、预后较差）。痰的颜色随感染的不同（原发的或继发的）而异。心衰时痰量多，呈泡沫状，常常为血性。
7. 紫绀：一般患者紫绀不明显，但严重的或晚期患者例外。
8. 血压：正常或低于正常。

9.脉搏：常有心动过速，假如心动过速持续存在，甚至即使不再使用拟交感神经药，心动过速仍持续存在，则表明生命垂危。

【诊断方法】

- (一) 胸部 X 线检查。
- (二) 鼻窦 X 线检查。
- (三) 血常规检查。
- (四) 鼻、咽分泌物与痰培养，以及药物敏感试验。
- (五) 血气分析测定二氧化碳分压、pH和氧分压。
- (六) 原则上，皮肤敏感试验在急救结束后进行。

【治疗】

(一) 治疗原则：

根据哮喘持续状态的病理生理学改变，治疗原则是解除支气管痉挛和支气管内粘液嵌塞。除此之外，患者一般还有脱水、极度焦虑以及呼吸道感染（支气管炎、鼻窦炎、肺炎）等症状，较严重的病例因呼吸障碍还可引起致命性的酸中毒等等。所以在制订治疗方案时，应全面考虑上述因素的存在。

应当强调，呼吸道感染常激发哮喘状态。有时，精神紧张亦可激发哮喘状态。这二个因素也可以同时存在。

变态反应诱发的哮喘为短暂的，能自然痊愈。

(二) 治疗方法：