

实用内科急诊

编著 梁瑞武 梁瑞仙

山西科学技术出版社出版

实用内科急诊

——

——

实用内科急诊

编著 梁瑞武 梁瑞仙

山西科学技术出版社出版

实用内科急诊

梁瑞武 梁瑞仙

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 教育印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/32 印张:6 字数:30×10000 字

1996年7月第1版 1996年7月太原第1次印刷

印数: 1 1000 册

*

ISBN 7 5377 1296 4

R. 514 定价:12.00 元

前 言

随着免疫学、生物学、药理学等基础医学的发展，国内外研究内科急诊临床医学的进展很快。内科急诊作为常见病，临床各科均可遇到，一本以简练的手段、简明的内容介绍诊治内科急诊的书籍，颇为实用，为临床工作者带来了及大方便。《实用内科急诊》为培训临床医师、120急救人员以及从事预防工作的医务人员，提高处理危、重、急症的基本技能而编著，编写中力求理论联系实际，文字简明，适合临床应用，对医师应激急诊的能力有所帮助和提高。

由于编者水平所限，不足之处在所难免，深望广大读者热忱指导，俾使改进提高。

梁瑞武

1996年7月于阳泉

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 呼吸骤停	(1)
第二节 支气管哮喘(持续状态)	(6)
第三节 肺栓塞	(12)
第四节 高热	(15)
第五节 咯血	(19)
第六节 自发性气胸	(23)
第七节 急性肺肿胀	(25)
第八节 高张性肺大泡	(26)
第九节 急性胸膜炎	(27)
第十节 急性纵隔炎	(29)
第十一节 急性肺脓肿	(30)
第十二节 肺出血肾炎综合征	(32)
第十三节 急性外源性过敏性肺泡炎	(34)
第十四节 成人呼吸窘迫综合征—急性呼吸衰竭	(35)
第二章 循环系统疾病	(39)
第一节 循环骤停	(39)
第二节 休克	(50)
感染性休克	(51)
心源性休克	(60)
出血性休克	(63)
过敏性休克	(71)

第三节	急性左心衰竭	(74)
第四节	难治性心力衰竭	(79)
第五节	慢性肺心病急性发作	(81)
第六节	急性心肌梗塞	(83)
第七节	阿—斯综合症	(89)
第八节	病态窦房结综合症	(91)
第九节	阵发性室上性心动过速	(93)
第十节	室性心动过速	(95)
第十一节	心房颤动	(98)
第十二节	完全房室传导阻滞	(100)
第三章	消化系统	(103)
第一节	肝昏迷	(103)
第二节	急性上消化道出血	(109)
第三节	急性胰腺炎	(114)
第四节	胆道蛔虫症	(118)
第五节	胆石症	(120)
第六节	急性腹痛(急腹症)	(123)
第四章	泌尿系统	(134)
第一节	急性肾功能衰竭	(134)
第二节	尿毒症	(143)
第三节	急性尿道综合征	(146)
第四节	溶血性尿毒血症综合征	(147)
第五节	尿路梗阻和结石	(148)
第五章	内分泌系统	(152)
第一节	肾上腺皮质功能减退危象	(152)
第二节	垂体前叶功能减退危象	(154)
第三节	垂体卒中	(156)

第四节	甲状腺功能减退危象·····	(157)
第五节	甲状腺危象·····	(159)
第六节	低血糖危象·····	(161)
第六章	神经精神系统·····	(163)
第一节	昏迷·····	(163)
第二节	脑出血·····	(168)
第三节	脑梗塞·····	(172)
第四节	高血压危象·····	(178)
第五节	低渗性脑病·····	(181)
第六节	癫痫大发作及癫痫持续状态·····	(183)
第七节	瘧病发作·····	(187)
第八节	三叉神经痛·····	(189)
第七章	血液系统·····	(191)
第一节	急性溶血性贫血·····	(191)
第二节	急性再生障碍性贫血·····	(194)
第八章	代谢性疾病·····	(197)
第一节	痛风与高尿酸血症·····	(197)
第二节	急性肌无力危象·····	(199)
第三节	糖尿病酮症酸中毒·····	(200)
第四节	高渗性昏迷·····	(205)
第九章	传染性疾病·····	(208)
第一节	流行性乙型脑炎·····	(208)
第二节	流行性脑脊髓膜炎·····	(210)
第三节	流行性出血热·····	(213)
第十章	酸碱平衡紊乱·····	(216)
第一节	呼吸性碱中毒·····	(216)
第二节	呼吸性酸中毒·····	(217)

第三节	代谢性碱中毒	(218)
第四节	代谢性酸中毒	(219)
第五节	混合性酸碱紊乱	(221)
第六节	高钠血症	(225)
第七节	低钠血症	(227)
第八节	高钾血症	(228)
第九节	低钾血症	(230)
	附:低钾危象	(232)
第十节	高血钙危象	(235)
第十一节	低血钙危象	(237)
第十二节	高镁血症	(239)
第十三节	低镁血症	(240)
第十一章	药物中毒	(242)
第一节	镇静药、安眠药中毒	(242)
第二节	洋地黄中毒	(244)
第三节	奎尼丁中毒	(247)
第四节	鸦片类药物中毒	(249)
第五节	颠茄类药物中毒	(251)
第六节	吩噻类药物中毒	(253)
第七节	巴比妥类药物中毒	(254)
第八节	氨茶碱中毒	(255)
第九节	异烟肼中毒	(257)
第十节	水杨酸类药物中毒	(258)
第十一节	吡唑酮类药物中毒	(260)
第十二节	安定剂中毒	(261)
第十二章	农药中毒	(263)
第一节	有机磷中毒	(263)

第二节	有机氯中毒	(269)
第三节	有机硫中毒	(271)
第四节	有机氟类农药中毒	(272)
第五节	急性有机氮类农药中毒	(274)
第六节	杀鼠药中毒	(276)
第七节	拟除虫菊酯类农药中毒	(278)
第八节	沙蚕毒素类农药中毒	(279)
第十三章	物理化学性损伤	(281)
第一节	烧伤	(281)
第二节	冻僵	(286)
第三节	中暑	(287)
第四节	溺水	(290)
第五节	触电和电击	(292)
第六节	严重创伤	(294)
第七节	一氧化碳中毒	(295)
第八节	急性酒精中毒	(299)
第九节	高原适应不全症	(301)
第十节	晕动病	(303)
第十一节	减压病	(305)
第十四章	常用急诊操作技术	(307)
第一节	人工呼吸术	(307)
第二节	气管切口(开)术	(309)
第三节	气管插管术	(312)
第四节	胸外心脏按摩术	(315)
第五节	静脉切开术	(316)
第六节	心脏腔内注射术	(317)
第七节	胸腔穿刺术	(318)

第八节	肋间闭式引流术	(321)
第九节	心包穿刺术	(323)
第十节	肝脏穿刺抽脓术	(324)
第十一节	电击复律	(327)
第十二节	腰椎穿刺术	(329)
第十三节	腹腔穿刺术	(330)
第十四节	心电监护	(331)
第十五章	常用抗生素选择及用量、用法	(334)
第一节	针对致病菌选择抗生素	(334)
第二节	常用抗生素常规用量及用法	(340)
第三节	喹诺酮类药物抗菌特性	(349)
第十六章	临床检验参考值	(352)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 呼吸骤停

呼吸骤停多发生在呼吸衰竭的基础上,但无前驱改变突然发生呼吸骤停的机会亦颇为多见。尤其是外伤、颅内压急骤增加、物理性和化学性意外损伤,均无缓慢的呼吸衰竭演变过程,而突然出现呼吸骤停。这一严重的病症往往不能给抢救人员以施展复苏的机会,而把病人永久地推向死亡,故在临床上,抓住复苏机会,实施有效的复苏措施,尤为重要。复苏中的用药、复苏后的管理、维持心功能的有效工作以及防止后遗症的发生等一系列问题,为抢救增加了相当大的难度。

无论何种环境下发生呼吸骤停,均应争分夺秒根据现有条件实施呼吸复苏术(如人工呼吸、机械呼吸器等)迅速对病人进行抢救。

〔常见病因〕

一、意外事故 如电击伤、雷击伤、严重创伤、麻醉或手术中的意外、溺水。

二、中毒 某些气体中毒、药物中毒(如抑制呼吸中枢的药物或气体毒物中毒)。

三、严重的缺氧及高二氧化碳血症 如各种原因所致的

循环骤停、窒息等。

四、感染 各种原因的脑炎、脑膜炎及中毒性痢疾等；多发性神经炎、脊髓灰质炎。

五、颅脑非感染性疾病 脑血管意外、颅脑肿瘤、脑水肿及脑疝。

六、喉梗阻 喉部畸形、肿瘤、外伤、异物阻塞以及呼吸肌麻痹。

此外，严重的肝肾功能衰竭、水或电解质紊乱等有时亦可致中枢呼吸衰竭而骤停。

〔诊断要点〕

一、病人意识突然丧失，表现为抽搐或昏迷。

二、胸部无运动。

三、紫绀。

四、瞳孔及眼球变化。

〔急救处理〕

原则上尽快采取有效的方法迅速恢复呼吸功能，同时保证心功能的正常而防止衰竭。

一、迅速解开患者的衣领、胸罩、裤带，清除口腔内异物、粘液及呕吐物，有舌后坠时可用舌钳将舌拉出，保持呼吸道通畅。

二、将病人平卧，抢救者一手托起患者的下颌，另一手向后下方压额部，使头后仰致其张口以利呼吸。

三、有条件时可放置口咽通气导管或气管插管。也可用简易呼吸器接通气导管，也可用自动呼吸器接通气导管。

四、无条件者立即进行人工呼吸和胸外按压。人工呼吸行口对口或口对鼻人工呼吸，频率为每分钟 12~16 次，婴儿 20~30 次。同时伴有心脏骤停者需做心脏按压，其频率为每分

钟 60~80 次。一人抢救时,按压心脏 15 次,吹气 2 次。两人抢救时,心脏按压 5 次,吹气 1 次。人工呼吸的有效指标为出现有自主的呼吸运动。

五、建立两条静脉通路 一条给予呼吸兴奋剂;另一条给予纠正水电解质平衡紊乱的药物和脱水剂。

常用的呼吸兴奋剂:(一)

1. 山梗菜硷(洛贝林) 该药通过颈动脉体化学感受器,反射性地兴奋呼吸中枢,它对大脑皮层、循环中枢和脊髓影响较轻。本药毒性小、作用弱,通常用 3~9mg 直接静脉注射,若有效可继以 30~60mg 稀释后静脉滴注。静注后作用迅速,但一次性注射仅能维持数分钟至半小时。

2. 尼可刹米(可拉明) 兴奋延髓呼吸中枢的作用较强,对大脑皮层及心血管中枢的兴奋作用较弱。兴奋呼吸、恢复意识效果确切,维持作用时间短,但强于山梗菜碱。常用 0.25~0.375mg 静脉注射,必要时每 10~20 分钟注射 1 次,直至出现自主呼吸。也可采取 30~50mg/分的速度静脉滴注,日总量不超过 5.0g,剂量较大会出现多汗、面部肌肉抽搐、呕吐等副作用。

3. 回苏灵 兴奋呼吸中枢作用较强。在兴奋大脑皮层,恢复意识,改善肺通气/血流比率方面也有作用。使用回苏灵能使苏醒率提高到 90% 以上。其作用强于尼可刹米 100 倍。常用 8mg 静脉注射。也可用 16~32mg 稀释后静脉滴注。

4. 戊四氮 兴奋延髓呼吸作用强烈。大剂量可兴奋脊髓和大脑,出现强直性痉挛。其作用强,副作用大,剂量难掌握,适当的剂量可达到上述药无法达到的呼吸兴奋作用。常用量 0.1~0.2 克稀释后静脉注射。但 1 次静脉注射剂量 ≥ 0.5 克时则可出现强直样痉挛。

5. 利他林(哌醋甲酯) 能降低呼吸中枢对二氧化碳的兴奋阈而兴奋呼吸中枢。作用缓和,毒性小,对外科麻醉过深出现的呼吸抑制者效果满意。常用 20mg 静脉注射。必要时可用 30mg 每半小时静注 1 次。

6. 呼吸合剂 山梗菜硷 12mg、回苏林 16mg、哌醋甲酯 20mg,溶于 10%葡萄糖 100~200ml 中,静脉滴注。

(二)应用呼吸兴奋剂注意事项

1. 呼吸道通气不畅者不用,防止降低呼吸肌的有效功率。
2. 只能作为一种临时性或短期的对症治疗措施。
3. 呼吸肌麻痹者不用。

4. 中枢神经病变所致的用呼吸兴奋剂要密切观察,以免发生抽搐等加重原发病。

5. 对呼吸道—肺功能障碍者出现呼吸骤停低氧血症、二氧化碳潴留较严重,故用呼吸兴奋剂加氧疗时,防止过度给氧所致的呼吸抑制。

(三)应用呼吸兴奋剂的目的 兴奋呼吸、增加通气量、改善低氧血症及二氧化碳潴留。

六、机械呼吸器的使用

对机械呼吸器的评价:对于呼吸肌麻痹所致的呼吸衰竭和中枢性呼吸骤停首选机械呼吸器可明显提高抢救成功率;在呼吸窘迫综合症的抢救中是不可缺少的重要治疗措施;对慢性呼吸道—肺功能障碍性呼吸衰竭、呼吸骤停抢救治疗也有相当好的效果。

(一)机械呼吸器适应症

1. 自主呼吸停止,经吸痰、给氧、药物治疗仍不能改善通气量, PaO_2 不能维持在正常或足够水平, PaCO_2 仍高,低氧血症、二氧化碳潴留始终不能纠正者。

2. RDS。

3. 配合氧的吸入和药物气雾吸入治疗。

(二)机械呼吸器应用禁忌症

1. 张力性气胸未减压或大量胸腔液未引流者。

2. 较大的肺大泡和肺囊肿。

3. 大咯血者。

4. 休克未补充血容量者。

七、氧疗法 对呼吸骤停,氧疗法只是一种辅助性治疗措施。因为严重的低氧血症是直接造成中枢神经损害以及呼吸衰竭、呼吸骤停的原因,故人工呼吸或机械呼吸器抢救治疗目的就是增加通气,提高血氧分压,恢复自主的呼吸。不论采取何种措施,应掌握时机,选择给氧方法,以达到给氧目的。

(一)吸氧 鼻道管给氧,要使道管插至后鼻咽部且要求闭口呼吸,故这种方法适应于有自主呼吸的患者。通常氧流量应在3~4升/分,必要时可增加流量,对呼吸骤停者可增加到5升/分。临床上用鼻塞吸氧的效果比鼻道管更佳。

(二)过氧化氢溶液 又称“内给氧”。常用0.3~0.6%过氧化氢溶液静脉注射,适应于各种原因所致的呼吸骤停的抢救治疗中。静注过氧化氢,在过氧化酶的作用下,可迅速释放出大量的氧,每100ml0.3%过氧化氢可释放出100ml±氧。用法:将未启封的3%过氧化氢用葡萄糖溶液、生理盐水或右旋糖酐稀释至0.3~0.6%浓度静脉缓慢推注50~100ml,2~4小时后可重复给予。亦可在静推后继续用100~200ml静脉滴注,24小时总量不超过600~800ml。注意:(1)用新近出厂、原装、新开瓶的药液,放置过久的过氧化氢影响疗效。(2)过氧化氢不可用注射用水稀释,防止造成溶血。本药只能通过四肢静脉通路给予,绝对不可从中心静脉注入,以防止大的气

栓出现。

(三)高压氧疗法 有条件者可选用高压氧疗法,本法对某些中枢性病变有脑疝、水肿者效果较满意,但这些必须是在有自主呼吸的情况下才能使用。

第二节 支气管哮喘(持续状态)

支气管哮喘(简称哮喘)是由于气管对各种过敏原或其它非过敏因素反应性增高,致支气管痉挛引起气道广泛性阻塞的疾患。其特点是发作性呼吸困难、喘鸣、咳嗽、咳痰,哮喘持续状态时可危及生命。

〔病因及发病机理〕

哮喘病理及生理改变的主要特点是支气管平滑肌紧张度增高,急性发作时更为明显。其病因现在还不明确。临床发现哮喘病人对乙酰胆碱、组织胺以及其它物质如花粉、尘埃等发生特殊的反应。而另一些病人在剧烈活动、精神紧张或发生呼吸道感染时可以出现哮喘。前一部分称“外源性哮喘”,占绝大部分;后一部分称“内源性哮喘”。遗传过敏体质对本病形成有很大关系。迄今所知,哮喘的发病机理可能和下列几个方面有关:

一、变态反应 外源性哮喘病人与 I 型变态反应有关,是因过敏源刺激机体产生 IgE 引起的一系列抗原抗体结合反应。目前认为,哮喘也有 III 型变态反应引起的,该型与 IgG、IgM、IgA 所形成的免疫复合物有关,并有补体、白细胞溶酶体参与等。

二、CAMP 和 CGMP 对支气管平滑肌反应性的作用是