



症抢救丛书

# 危重急症抢救丛书

## 内科

### 危重急症抢救手册

策划 天津科学技术出版社

主编 崔乃杰 副主编 马文彦



危重急症抢救丛书

# 内科危重急症抢救手册

策 划 天津科学技术出版社  
主 编 崔乃杰  
副主编 马文彦

天津科学技术出版社



A0292416

责任编辑:宋庆伟

周喜民

危重急症抢救丛书

内科危重急症抢救手册

策划 天津科学技术出版社

主 编 崔乃杰

副主编 马文彦

\*

天津科学技术出版社出版

天津市张自忠路183号 邮编 300020

天津新华印刷二厂印刷

新华书店天津发行所发行

\*

开本 787×1092 1/32 印张 17 字数 360 000

1998年9月第1版

1998年9月第1次印刷

印数:1—4 000

ISBN 7-5308-2396-5

R·675 定价:26.00元

## 内 容 提 要

本书从临床抢救实际出发,详细介绍了昏迷、急性肺水肿、呼吸衰竭、急性心肌梗死、脑栓塞等 40 多种临床上经常遇到而且处理起来比较棘手的内科危重急症抢救方法。各种抢救步骤论述详细,突出其可操作性,对临床抢救工作具有较强的指导作用,适合内科医师及广大基层医务工作者阅读和参照实施。

## 作者名单

(以文章出现先后为序)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 张久山 | 曲志敏 | 赵为逊 | 崔乃杰 |
| 赵明  | 王家泰 | 李敬兰 | 孙希祥 |
| 廖礼丽 | 刘昌起 | 葛素珍 | 朱景然 |
| 董志云 | 于维琴 | 杨泽佳 | 杨盛林 |
| 刘林林 | 陈琪  | 梁爽霖 | 宗育杉 |
| 丛洪良 | 刘懿禾 | 王佩显 | 梁伯平 |
| 姚宏昌 | 马桂凤 | 华建平 | 崔乃强 |
| 李俊海 | 张宪文 | 翟德佩 | 于国宁 |
| 李维奇 | 戚务芳 | 王守伦 | 刘哲生 |
| 吴学霖 | 马文彦 | 单宝荣 | 韩俊起 |
| 马德元 | 曹金冕 |     |     |

## 出版说明

危重急症如得不到及时妥善的处理,往往会危及患者的生命,或者延误病机,使病情复杂化,或者造成不应有的伤残。正确地处理好危重急症,是拯救生命、向疾病夺取健康和劳动力的重要保证。同时也是每个临床医师应当掌握的一种技能。

为了提高广大医务人员特别是基层医务人员处理危重急症的应变能力,我社在广泛的调查研究基础上,策划了这套“危重急症抢救丛书”,并组织了工作在临床第一线的、有多年处理急症经验的医学专家分头予以撰写。

本套丛书包括《内科危重急症抢救手册》、《外科危重急症抢救手册》、《妇产科危重急症抢救手册》、《儿科危重急症抢救手册》和《危重急症抢救技术手册》等5个分册。各分册所选的内容范围,均为临床上经常遇到的而且处理起来又十分棘手的复杂疾病。对有关的救治措施,尽可能地写深写透,将细节交代清楚,突出其可操作性,以便于基层医务工作者参照实施;对于救治方法,既介绍当前有关学科的新技术,以反映急症医学的进步和新貌,使人“学习有借鉴”,又不舍弃适合于基层及农村医疗单位切实可行的应急办法,以使读者可结合自己单位的具体条件而实施抢救。在《危重急症抢救技术手册》中,着重介绍了较常见的抢救技术,对其实际操作做了具体描述,如气管切开术、心包穿刺术、心肺复苏术等,是学习上述

4 个分册必不可少的补充读本。

限于我们的学识水平和组织能力,本套丛书可能还存在许多不足之处,敬希读者批评指正。

**天津科学技术出版社**

1997 年 7 月

## 目 录

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 高热.....             | (1)   |
| 大咯血.....            | (7)   |
| 昏迷 .....            | (15)  |
| 抽搐 .....            | (22)  |
| 脓毒症及全身炎症反应综合征 ..... | (27)  |
| 休克 .....            | (45)  |
| 急性高钾血症 .....        | (55)  |
| 急性低钾血症 .....        | (63)  |
| 弥漫性血管内凝血 .....      | (71)  |
| 多脏器功能失常综合征 .....    | (79)  |
| 暴发型流行性脑脊髓膜炎.....    | (108) |
| Ⅱ型呼吸衰竭.....         | (134) |
| 急性呼吸窘迫综合征.....      | (149) |
| 支气管哮喘持续状态.....      | (155) |
| 张力性气胸.....          | (167) |
| 肺栓塞.....            | (177) |
| 急性肺水肿.....          | (189) |
| 急性呼吸道吸入性损伤.....     | (194) |
| 一、胃内容物吸入 .....      | (194) |

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 二、吸入性肺炎 .....         | (200) |
| 三、有害气体吸入 .....        | (204) |
| 四、烟雾吸入性损伤 .....       | (207) |
| 五、淹溺 .....            | (213) |
| 六、急性上呼吸道梗阻 .....      | (217) |
| 心律失常 .....            | (220) |
| 一、阵发性室上性心动过速 .....    | (220) |
| 二、心房扑动 .....          | (224) |
| 三、心房纤颤 .....          | (228) |
| 四、室性心动过速 .....        | (231) |
| 五、病窦综合征 .....         | (236) |
| 六、房室传导阻滞 .....        | (238) |
| 心脏骤停与心肺复苏 .....       | (245) |
| 急性心包填塞 .....          | (257) |
| 心绞痛 .....             | (263) |
| 急性心肌梗死 .....          | (270) |
| 高血压危象 .....           | (321) |
| 急性上消化道大出血 .....       | (327) |
| 急性胰腺炎 .....           | (335) |
| 肠缺血综合征 .....          | (343) |
| 一、急性肠系膜上动脉栓塞 .....    | (346) |
| 二、急性肠系膜上动脉血栓形成 .....  | (349) |
| 三、急性肠系膜上静脉血栓形成 .....  | (352) |
| 四、急性非闭塞性肠系膜血管缺血 ..... | (354) |
| 五、结肠缺血 .....          | (355) |
| 急性肝功能衰竭 .....         | (360) |

|                  |       |
|------------------|-------|
| 急性肾功能衰竭·····     | (367) |
| 糖尿病酮症酸中毒·····    | (383) |
| 高渗性非酮症糖尿病昏迷····· | (389) |
| 垂体前叶机能减退危象·····  | (393) |
| 甲状腺机能亢进危象·····   | (399) |
| 肾上腺危象·····       | (404) |
| 急性高温损伤·····      | (407) |
| 脑血栓形成·····       | (413) |
| 脑栓塞·····         | (422) |
| 脑出血·····         | (425) |
| 蛛网膜下腔出血·····     | (431) |
| 癫痫持续状态·····      | (435) |
| 重症肌无力危象·····     | (439) |
| 颅内高压和低压综合征·····  | (441) |
| 闭合性颅脑损伤·····     | (446) |
| 急性中毒·····        | (455) |
| 一、急性酒精中毒·····    | (455) |
| 二、急性甲醇中毒·····    | (457) |
| 三、鸦片类药物中毒·····   | (462) |
| 四、急性有机磷农药中毒····· | (464) |
| 五、毒草中毒·····      | (468) |
| 六、变质甘蔗中毒·····    | (470) |
| 七、发芽马铃薯中毒·····   | (472) |
| 八、化学性青紫·····     | (475) |
| 九、毒蛇咬伤中毒·····    | (478) |
| 十、急性河豚鱼中毒·····   | (482) |

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 十一、蟾蜍中毒 .....           | (483) |
| 十二、急性刺激性气体中毒 .....      | (485) |
| 十三、急性氰及腈类化合物中毒 .....    | (488) |
| 十四、急性硫化氢中毒 .....        | (492) |
| 十五、急性一氧化碳中毒 .....       | (495) |
| 十六、磷化氢(磷化锌、磷化铝)中毒 ..... | (498) |
| 十七、氟乙酰胺中毒 .....         | (501) |
| 十八、急性敌鼠钠盐中毒 .....       | (503) |
| 十九、急性砷中毒 .....          | (504) |
| 输血反应 .....              | (513) |
| 一、发热反应 .....            | (513) |
| 二、过敏反应 .....            | (514) |
| 三、细菌污染的输血反应 .....       | (515) |
| 四、溶血反应 .....            | (517) |
| 五、大量输血的不良反应 .....       | (522) |
| 急性药物过敏反应 .....          | (526) |

# 高 热

## 【概述】

当体温超过  $39^{\circ}\text{C}$  时称为高热(hyperpyrexia)。

病因:急性高热大多是由于感染性疾病,如呼吸道、泌尿道、消化道等系统的感染,或急性传染病等引起。少数是由非感染性疾病如结缔组织病、血液病、恶性肿瘤、中暑、药物热、甲亢危象、癫痫持续状态、脑溢血、体内无菌性坏死物质的吸收等引起。病毒、细菌、支原体等的毒素及其代谢产物,免疫反应产生的抗原抗体复合物、炎性物质,体内的代谢产物如胆盐、尿酸盐等以及某些瘤细胞的产物,这些外源性致热物质能诱导体内的巨噬细胞、大单核细胞等产生内源性致热原如  $\text{IL-1}\beta$ 、 $\text{IL-6}$ 、 $\text{TNF}\alpha$ 、 $\text{IFN}\alpha$ 、 $\text{MIP}$  等;这些细胞因子再作用于下丘脑的血管内皮细胞,促进  $\text{PGE}_2$  的合成,从而使下丘脑的调温点升高,通过各离心神经及交感神经使产热增加;散热减少,体温升高。另一种高热是下丘脑调温点正常,而末梢机构不能与调温点保持一致,如癫痫持续状态、甲亢危象时产热增加;外界气温过高、严重脱水、阿托品中毒排汗障碍等引起散热减少,出现体温升高。脑溢血、脑炎、中暑等损害中枢神经系统,使下丘脑调温能力丧失,称为中枢性高热。

临床表现:急性高热多伴有前驱寒战,如肺炎球菌性肺炎、流脑、疟疾、流感等。反复寒战高热多为严重的感染如败血症、脓毒血症、化脓性胆管炎、肾盂肾炎等。非感染性高热如淋

巴瘤、肾癌、幼年类风湿关节炎等也可有寒战。病毒感染、结核病、肠伤寒、结缔组织病一般仅有畏寒，以寒战开始者少见。高热稽留常见于斑疹伤寒、大叶肺炎等。弛张热多见于流感、支原体肺炎、布氏杆菌病、细菌性心内膜炎、恶性组织细胞病等。间歇热多见于败血症、急性肾盂肾炎、播散性结核、严重化脓性感染等。复发热多见于何杰金氏病、回归热、鼠咬热、胆系感染、周期性多浆膜炎等。高热患者多有头痛、头昏、肌肉酸痛、乏力、兴奋、烦躁等非特异性症状，体温超过 40℃ 时可出现幻觉、谵妄。由于抗生素、解热剂、肾上腺皮质激素的应用，有些热型已变得不典型。年老体弱患者反应性差，虽有严重感染亦可无明显症状。

### 【救治措施】

发热的治疗必须针对病因，故应尽快明确诊断。

#### 一、诊断

应详细询问病史及全面查体，对高热的病因诊断可提供重要线索，应特别注意伴随症状及阳性体征，如高热咳嗽、胸痛、肺部罗音或实变者，多见于呼吸道感染或胸膜疾病。发热伴有腹痛、腹泄、恶心、呕吐者，常见于急性胃肠道炎症。伴有腹痛和明显肌卫者可见于急性阑尾炎，腹膜炎等。伴有黄疸、右上腹痛时多为肝胆系统感染。伴有腰痛、尿频、尿痛者常见于泌尿系感染。伴有心悸、气短、心前区痛者应注意有无心包炎、亚急性细菌性心内膜炎、心肌炎等。发热伴有意识障碍、头痛、呕吐、抽搐、脑膜刺激征、病理反射者多见于脑膜炎、脑炎、颅内感染、脑出血等。高热伴有皮疹者可见于伤寒、斑疹伤寒、败血症、流行性出血热、红斑性狼疮。出血性皮疹也见于白血病、恶性组织细胞病等。儿童出疹性疾病如麻疹、猩红热、水痘

等出疹的时间、形态、分布各有其特点。也应注意有些药物热伴皮疹时需与出疹性疾病相鉴别。高热患者出现单纯疱疹,可见于大叶肺炎、流脑、疟疾、立克次体病等。发热伴有颈前、颌下淋巴结肿大者可见于传染性单核细胞增多症、肺炎支原体感染、结核病、坏死性淋巴结炎等。腋部或鼠蹊部淋巴结肿大常见于肢体皮肤的感染如兔热病、鼠疫、鼠咬热、钩端螺旋体病等。高热伴全身淋巴结肿大多见于病毒感染如传单、风疹、巨细胞病毒感染等,偶见于播散型组织胞浆菌病、粟粒性结核、弓形体病等。非感染性淋巴结肿大见于淋巴瘤、恶性组织细胞病、急性白血病、血清病、药物反应、结缔组织病等。高热伴有肝脾肿大者多见于血液病、结缔组织病和某些感染性疾病如传单、急性血吸虫病、疟疾、伤寒、感染性心内膜炎、败血症、布氏杆菌病等。实验室检查:周围血白细胞及中性粒细胞明显增多,常见于急性化脓性细菌感染如肺炎、肝脓肿、败血症等,也可出现类白血病反应,中性粒细胞核左移与中毒性变化。白细胞增多及中毒性变化也见于严重组织损伤、急性溶血、中毒、恶性肿瘤等。年老体弱反应能力差的患者有细菌感染时,白细胞计数可不高,但中性粒细胞增多伴有中毒颗粒。淋巴细胞增多见于传染性单核细胞增多症(传单)、结核病、病毒性肝炎、淋巴瘤、淋巴细胞白血病等。淋巴细胞减少见于严重感染、恶性肿瘤、红斑性狼疮等。单核细胞增多见于活动性结核病、亚急性细菌性心内膜炎、疟疾、斑疹伤寒、布氏杆菌病、传单等。血沉在细菌感染时大多增快,明显增快见于化脓性疾病、败血症、钩端螺旋体病、白血病、恶性肿瘤、结缔组织病,而以风湿热、多发性骨髓瘤增快最突出。对某些感染性疾病有针对性地进行病原体检查、血培养、血清学检查、血清酶测定,中性粒细

胞硝基四唑氮试验(NBT)及血中内毒素检测有助于鉴别细菌或病毒感染,革兰氏阳性球菌或阴性杆菌感染。其他辅助检查:X线摄片可了解肺、胸膜或膈下病变;超声心动图可检出心包积液、心脏瓣膜病、感染性心内膜炎等;腹部超声波适用于腹腔内占位性病变、肝、胆、胰、脾、肾等疾病的诊断。必要时可作CT、活体组织检查以确诊某些疾病。

## 二、治疗方法

如果高热引起严重症状,患者体质消耗过大,可给予对症治疗。

(一)采用解热剂 一般口服阿司匹林 0.3~0.5g,每2小时1次或扑热息痛 0.3g,每4小时1次,按时用药以免体温波动过大,大剂量解热剂有时引起体温骤降、大汗、虚脱。阿司匹林能阻断环氧酶的活性,减少  $\text{PGE}_2$  的合成,使下丘脑的调温点下降而退热。阿司匹林、布洛芬、消炎痛、安乃近等也减少脑以外组织的  $\text{PGE}_2$ ,起到抗炎症抗风湿等作用,对病原微生物抗原、毒素、肿瘤细胞等外源性和内源性致热原引起的发热有效,但对与  $\text{PGE}_2$  无关的高体温症如癫痫持续状态、中暑高热、麻醉所致的恶性高热以及由 MIP-1 引起的发热均无效。这些解热镇痛药多具有胃肠道反应、肾损害、凝血障碍及诱发哮喘等副作用。扑热息痛仅能抑制中枢神经系统  $\text{PGE}_2$  的合成,对外周组织的抗炎作用很弱,对胃无刺激性,不引起消化道出血,偶有皮疹、粒细胞减少等过敏反应。由于解热剂能改变热型,干扰诊断和疗效的判定,也影响患者的防御功能,因此临床上应谨慎使用。

(二)肾上腺皮质激素的应用 皮质激素具有很强的抗炎作用,能抑制感染和非感染性炎症,抑制内生致热原包括 IL-

1、IL-6、TNF、IFN 等,减少 PGE<sub>2</sub> 的合成,从而使体温下降,对严重感染、败血症、流行性出血热、结核性脑膜炎、变应性亚败血症、结缔组织病、淋巴瘤等的高热有效。由于炎症是机体的一种防卫反应,有利于消除致病因子。体温升高可增强单核一吞噬细胞及白细胞的吞噬能力,加速抗体形成,提高细胞免疫功能。因此,如病人无明显不适,热度不甚高,不一定需要解热剂。但对高热危重病人如感染性休克、败血症、系统性红斑狼疮、甲状腺危象等,急需抢救时可给予皮质激素的冲击疗法,如甲基强的松龙 10~15mg/kg、每日 1~2 次,连续 1~3 天,或氟米松 10~30mg,每日 1 次,连续 1~2 天。对结缔组织病、亚败血症、淋巴瘤、结核性脑膜炎等需连续给药并逐渐减少剂量。由于激素本身对病原微生物并无抑制或杀伤作用,相反却干扰淋巴细胞释放淋巴因子,又减弱吞噬细胞功能,导致机体防御功能及免疫力下降,容易诱发感染如病毒、细菌、真菌、原虫等感染。大剂量激素更易造成体温骤降,出现休克。长期使用激素又可引起溃疡病、糖尿病、向心性肥胖、骨坏死、骨质疏松等并发症,因此对发热病人诊断未明确前不可滥用激素退热,以免掩盖症状,延误治疗。诊断确定后应在有效抗生素的配合下并用激素治疗,亦需权衡利弊,严格掌握适应症与禁忌症。

(三)物理降温 可用于高热病人,对体温超过 40℃ 或出现谵妄、惊厥、高温中暑、脑出血等患者应采取紧急降温处理。

1. 冷敷法 以冰袋、冷水袋敷于病人前额、枕后、颈部、腋窝、腹股沟等处,也可用冷湿布敷于全身,每 10 分钟更换,或以冷盐水擦浴、冰水灌肠,室内放置冰块并用电扇吹风。对高温中暑、手术后恶性高热等必须结合皮肤摩擦,使血管扩张,

加速散热。应随时观察并记录体温,待降至 $38^{\circ}\text{C}$ 时可停止降温。

2. 4℃水浴法 对体温超过 $41^{\circ}\text{C}$ 的中暑患者将躯体浸泡于 $4^{\circ}\text{C}$ 水浴盆中,并按摩肢体皮肤,促进血液循环,每10分钟记录体温1次。对并发休克、心衰患者不宜采用水浴法。可将患者置于空调房间,保持室温在 $23^{\circ}\text{C}$ 左右,同时采用冷敷法,以冷水擦洗全身,有降温毡者效果更好,静脉可给予西地兰、多巴胺等。

3. 动脉内冷液输入法 对休克、昏迷患者也可采用 $11^{\circ}\text{C}$  5%葡萄糖盐水 $1000\sim 1500\text{mL}$ ,用动脉输液器以 $26.7\text{kPa}$ ( $200\text{mmHg}$ )压力从动脉向心快速输入,能迅速降温,改善周围循环衰竭。物理降温时如病人出现寒战应同时给予冬眠灵 $25\text{mg}$ ,肌注。冬眠灵可调节体温中枢,扩张周围血管,使肌肉松弛,降低氧耗量。对高热伴有抽搐、谵妄患者也可采用冬眠1号,氯丙嗪 $50\text{mg}$ 、异丙嗪 $50\text{mg}$ 、哌替啶 $100\text{mg}$ 加入5%葡萄糖液 $250\text{mL}$ 中,静滴。应注意观察血压、神志和呼吸变化,如血压下降、呼吸受抑制时应减慢滴速或停用。

(四)其他治疗 包括纠正水、电解质和酸碱失衡,防止脑水肿、维持循环功能,防治肝、肾损害等,均需根据病情采取相应措施。

(张久山)