

SHIYONG
NEIKE
JIZHENG

实用 内科急症 治疗手册

ZHILIAO
SHOUCE

主编 刘凤奎
贺正一
那开宪

人民卫生出版社

实用内科急症治疗手册

刘凤奎 贺正一 那开宪 主编

编者(按姓氏笔画排列)

刘凤奎	刘福学	那开宪	李春英
余平	何志强	陈惠清	张健
杨立沛	周宝利	贺正一	

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用内科急症治疗手册/刘凤奎等主编. -北京:人民卫生出版社,1999

ISBN 7-117-03265-0

I. 实… I. 刘… III. 内科-急性病-治疗-手册
IV. R505.97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 07180 号

实用内科急症治疗手册

刘凤奎 贺正一 那开宪 主编

人民卫生出版社出版发行

(100078北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼)

三河市富华印刷包装有限公司印刷

新华书店经销

787×1092 32开本 16印张 352千字

1999年10月第1版 1999年10月第1版第1次印刷

印数:00 001—5 000

ISBN 7-117-03265-0/R·3266 定价:25.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

近年来,急诊医学进展十分迅速,目前已成为一门独立的学科。急症治疗也在日新月异的变化。

作者通过多年的临床实践,体会到急诊工作要求紧急和准确,知识面要广。作为一个内科医师最困难也是最重要的是对急症的正确诊治。凡从事内科临床的医师,均希望有一本实用性强的有关急诊治疗的参考书籍。

几年来,我们编写急诊治疗讲义,办过多次急诊学习班,部分内容还在杂志上发表,这些材料很受学员和读者欢迎并要求编写成册。针对这一实际需求,我们汇总各种材料,结合自己多年临床经验和急诊实践体会,整理编撰成融实用性与先进性为一体的《实用内科急症治疗手册》一书。

本书侧重于内科系统常见的急症治疗,结合我们的临床实践,较详细地介绍了疾病的治疗过程,如治疗步骤、操作过程、药物剂量和必要的检查。并以其实用性和中西医结合的治疗

特点,区别于其他急症书籍。本书适于广大城乡医院医务人员之参考。由于编者水平有限,书中难免有不少错漏,恳请读者给予指正。

编 者

1997 年于北京

目 录

第一章 心血管系统疾病	(1)
第一节 猝死的抢救	(1)
第二节 心源性休克	(5)
第三节 急性心脏压塞	(9)
第四节 感染性心内膜炎	(11)
第五节 心律失常	(15)
一、心房扑动	(15)
二、心房纤颤	(17)
三、过早搏动	(21)
四、阵发性室上性心动过速	(23)
五、尖端扭转型室性心动过速	(27)
六、阵发性室性心动过速	(30)
七、房室传导阻滞	(32)
八、病态窦房结综合征	(35)
第六节 原发性高血压	(39)
第七节 高血压脑病	(46)
第八节 急性左心衰竭	(48)
第九节 急性肺水肿	(51)
第十节 顽固性心功能衰竭的治疗	(54)

第十一节	不稳定心绞痛	(58)
第十二节	急性心肌梗死	(61)
第十三节	主动脉夹层动脉瘤	(70)
第十四节	心脏瓣膜病的介入性治疗	(72)
第十五节	洋地黄应用的一些问题	(77)
第十六节	心导管术临床应用	(84)
第十七节	经皮冠状动脉腔内成形术	(89)
第十八节	人工心脏起搏器的临床应用	(105)
第二章	呼吸系统疾病	(111)
第一节	咯血	(111)
第二节	呼吸衰竭	(116)
第三节	急性呼吸窘迫综合征	(122)
第四节	气胸	(125)
第五节	肺部感染	(132)
第六节	支气管哮喘	(139)
第七节	血气分析和酸碱平衡	(145)
第八节	纤维支气管镜在急诊的应用	(154)
第九节	机械通气	(157)
第三章	消化系统疾病及传染病	(171)
第一节	急性胃炎	(171)
一、急性单纯性胃炎		(171)
二、糜烂性胃炎及应激性溃疡		(173)
三、急性糜烂性胃炎		(173)
四、急性化脓性胃炎		(174)
第二节	消化性溃疡合并上消化道出血	(175)
第三节	细菌性痢疾	(183)
第四节	急性胆囊炎和胆石症	(185)

第五节	急性胰腺炎·····	(187)
第六节	肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血·····	(194)
第七节	胆道蛔虫症·····	(201)
第八节	肝脓肿·····	(206)
第九节	肝性脑病·····	(208)
第十节	急性坏死性小肠炎·····	(212)
第十一节	急性伪膜性肠炎·····	(213)
第十二节	溃疡性结肠炎·····	(214)
第十三节	传染性单核细胞增多症·····	(218)
第十四节	流行性出血热·····	(221)
第十五节	病毒性肝炎·····	(224)
第十六节	消化系统常见症状·····	(239)
第四章	内分泌代谢疾病·····	(247)
第一节	甲状腺危象·····	(247)
第二节	肾上腺危象·····	(250)
第三节	低血糖急症·····	(251)
第四节	糖尿病酮症酸中毒·····	(254)
第五节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷·····	(260)
第五章	泌尿系统疾病·····	(265)
第一节	泌尿道感染·····	(265)
第二节	急性肾功能衰竭·····	(273)
第六章	血液系统疾病·····	(276)
第一节	严重贫血·····	(276)
第二节	急性溶血·····	(281)
第三节	过敏性紫癜·····	(284)
第四节	原发性血小板减少性紫癜·····	(289)
第五节	急性粒细胞缺乏症·····	(293)

第六节 急性白血病·····	(296)
第七章 中毒及物理和环境因素所致疾病·····	(302)
第一节 中毒的诊断及一般治疗原则·····	(302)
第二节 几种常见中毒·····	(317)
一、急性有机磷中毒·····	(317)
二、一氧化碳中毒·····	(323)
三、急性酒精中毒·····	(325)
四、毒蕈中毒·····	(326)
五、镇静、安眠药中毒·····	(328)
六、氰化物中毒·····	(328)
七、细菌性食物中毒·····	(329)
第三节 物理和环境因素所致疾病·····	(333)
一、淹溺·····	(333)
二、电击伤·····	(334)
三、中暑·····	(335)
四、高原肺水肿·····	(337)
第八章 神经系统疾病·····	(339)
第一节 头痛·····	(339)
第二节 眩晕·····	(341)
第三节 昏迷·····	(342)
第四节 癫痫持续状态·····	(345)
第五节 脑出血·····	(348)
第六节 脑蛛网膜下腔出血·····	(349)
第七节 脑梗死·····	(351)
第八节 脑栓塞·····	(353)
第九节 特发性面神经麻痹·····	(354)
第十节 格林-巴利综合征·····	(355)

第十一节	脑炎·····	(357)
第十二节	脑膜炎·····	(360)
一、化脓性脑膜炎	·····	(360)
二、结核性脑膜炎	·····	(361)
三、病毒性脑膜炎	·····	(363)
四、新型隐球菌性脑膜炎	·····	(364)
第十三节	重症肌无力·····	(365)
第九章	常用疗法·····	(368)
第一节	多脏器功能障碍综合征的急诊处理·····	(368)
第二节	输血反应的处理·····	(385)
第三节	低强度激光血管内照射治疗·····	(386)
第四节	血液净化疗法·····	(389)
第五节	换血疗法·····	(391)
第六节	高压氧疗法在内科急症中的应用·····	(392)
第十章	治疗操作技术·····	(403)
第一节	鼻胃插管·····	(403)
第二节	心包穿刺·····	(404)
第三节	腹腔穿刺·····	(405)
第四节	骨髓穿刺·····	(406)
第五节	骨髓活检术·····	(408)
第六节	淋巴结穿刺术与印片·····	(409)
第七节	上消化道内窥镜检查·····	(409)
第八节	结肠镜检查·····	(410)
第九节	锁骨下静脉穿刺插管术·····	(411)
第十节	气管插管术·····	(416)
第十一节	中心静脉压测量法·····	(418)
第十二节	洗胃法·····	(420)

第十一章 药物选择及其他	(423)
第一节 急诊常用中成药	(423)
第二节 急诊药物选择	(431)
一、抗菌药物介绍	(431)
二、细菌感染的药物选择	(440)
三、抗菌药物的用法及用量	(454)
四、临床应用抗菌药物的基本原则	(481)
五、治疗消化性溃疡药物	(483)
六、常见心律失常药物治疗选择	(486)
七、高血压治疗方案选择	(488)
第三节 急诊医生工作细则	(488)
第四节 医院重大抢救应急方案	(491)
第五节 法定医学计量正常值	(493)

第一章

心血管系统疾病

第一节 猝死的抢救

猝死指的是一个平时看来健康或病情已基本恢复或稳定者，突然发生意想不到的非人为死亡。大多发生在急性发病后即刻至1小时以内，最长不超过6小时。猝死90%以上为心脏病引起，75%是冠心病所致。

【诊断要点】

- (一) 意识突然丧失。
- (二) 心音及大动脉（颈动脉、肱动脉、股动脉）脉搏突然消失。
- (三) 呼吸断续或在几次短促痉挛性呼吸后消失或呈呼吸屏息。
- (四) 瞳孔散大和皮肤粘膜紫绀。
- (五) 部分病人发生抽搐（急性心脑缺氧综合征）。
- (六) 心电图监护以心室颤动最常见，或表现为心室停搏或心脏电-机械分离。

【院前抢救】

诊断要迅速果断，不要为求得更确切诊断（如作心电图）而延误抢救时机，应立即就地抢救。

步骤为：

（一）急救者立即握拳从 20cm～30cm 高处垂直地向患者胸骨中下 $\frac{1}{3}$ 交界处叩击 1～2 次（使机械能转换为电能，相当于 5J 电能），此法对部分心室扑动或心室颤动的病人有效，无效则行心肺复苏术。

（二）心肺复苏术

1. “A” 步骤 气道通畅

置患者于仰卧位，撤出枕头及一切垫于头部的衣物，救护者采用仰头抬颈法，一手推患者前额使其头部尽量后仰，另一手将颈部向前（上）抬起，让舌根抬起，使之不压迫咽后壁，并清除其口中异物（如假牙、分泌物等），使气道保持通畅。

2. “B” 步骤 人工通气术

简单方法为口对口人工通气法。救护者使患者头于后卧位，手指夹住病人鼻孔，深吸气后用嘴封住患者的口，向患者肺内吹气，先连续吹气两口，每次吹气时间 1.5 秒，吹入气量为 800ml～1200ml，使肺充分膨胀，尔后以 12～15 次/min 进行口对口人工呼吸，吹气和间歇的时间为 1：2，亦可用简易面罩呼吸器。在循环功能未恢复前，不主张用呼吸兴奋剂。

3. “C” 步骤 建立人工循环

（1）方法：①急救者于患者一侧，以一手掌根部置胸骨中下 $\frac{1}{3}$ 处，手掌根部与胸骨长轴平行，另一手掌根部置于前者的背部，保持两只手根部平行及其手指伸直，使手指不接触胸骨及肋骨，按压时两上肢肘部挺直，以双肩或上身压力

垂直地向胸骨按压，压力以使胸骨下陷 4cm~5cm 为度。按压频率主张为 80~100 次/min。②按压与吹气比在 1 人担任复苏时为 15:2，即每作 15 次按压进行口对口吹气 2 次；2 人担任复苏时则为 5:1。为增加按压效果可同时按压腹部以提高胸腔内压力。

(2) 按压有效指标：①紫绀减轻，②瞳孔由大变小，③按压时可触及大动脉搏动。如 15 分钟左右循环仍未建立，有条件者应及时采取开胸心脏按压术。

(3) 心脏按压注意点：①按压时不能压迫剑突。此外，过度按压可造成肝脏损伤，或引起严重内出血。②在两次按压之间，手掌不要再加压于局部，但不要离开胸骨，要保持与胸骨接触的位置。③按压时要用力均匀，规则，不间断的进行按压，不要采用突然而急促的按压手法，按压与抬举时间应为 1:1。④心脏按压须与人工呼吸同时进行。

条件允许尽快用设备条件较好的急救车送往医院，途中应不间断行心肺复苏术。

【急诊科或入院后的心肺复苏】

(一) 迅速建立静脉通道（宜选用上臂及颈部近心脏血管）及心电监护。

(二) 常规胸外心脏按压 15~20 分钟仍未见恢复心搏，有条件应改作开胸心脏按压术。

(三) 对 4 分钟内未成功者尽早行气管插管，采用人工呼吸给氧，在机械通气时主张先给一段短时间高浓度氧或纯氧，以还“氧债”，并适当过度通气以利体内积蓄的二氧化碳气排出，在循环功能未恢复前禁止应用呼吸兴奋剂。

(四) 电击除颤术，由于心脏骤停，多数为心室颤动，应力争尽早“盲目”电击除颤。

方法：①电极板涂以导电糊，②将一电极板放于胸骨右缘第2肋间，另一电极板放于心尖部两电极板距离要大于10cm，③电量以200~300W.S为宜，未成功可重复进行，④如室颤波细小，可注射肾上腺素，使室颤阈值明显升高，以利除颤成功。

(五)复苏药物的应用，主要经静脉内或经气管插管（稀释10倍）给药，不主张心腔内给药。

1. 肾上腺素 可升高主动脉舒张压，增加冠状动脉灌注和脑血流量，并使细颤变为粗颤，利于电击复律，并可加强心脏收缩力，促进心脏复跳，为复苏首选药物，1mg~3mg 静脉注射，无效3~5分钟可重复1次。

2. 碳酸氢钠 在心脏骤停的初期，主要为呼吸性酸中毒，此时应保证充分通气。如通气不充分，过早补充碳酸氢钠所产生的二氧化碳可进一步加重呼吸性酸中毒，故碳酸氢钠应用时间应于胸部按压、电击除颤、气管插管加压给氧之后，随着通气改善，呼吸性酸中毒得以纠正，有效循环建立，组织无氧代谢酸性产物回收入血流出现酸中毒时需应用碳酸氢钠以纠正代谢性酸中毒。首次剂量为1mmol/kg（相当于4%碳酸氢钠2.1ml/kg 体重），以后使用半量，最好应以血气分析结果指导所补充的剂量，使pH于7.30左右，对于高血钾或猝死前即已存在代谢性酸中毒则应给予足够的碳酸氢钠治疗。乳酸钠不及碳酸氢钠迅速，于复苏时不宜应用。

3. 钙剂 钙剂不能提高复苏成功率，相反过多钙进入心脏和冠状动脉，使心肌顺应性降低，冠状动脉痉挛，致心脏停搏于收缩期，形成“石头心”。除非合并有高血钾、低血钙时可考虑应用钙剂。

【心肺复苏后措施】

心肺复苏成功或复苏时间过长，脑缺氧为主要矛盾，应尽早进行防治，治疗措施为：

(一) 降低脑代谢，采用低温疗法，强化头部降温，辅以全身体表降温，必要时可采用冬眠疗法，降温至肛温为 32～34℃ 为宜。

(二) 纠正脑水肿，20% 甘露醇 250ml 和地塞米松 10mg，每 6 小时～8 小时 1 次，并辅以呋塞米（速尿）和白蛋白交替应用，可减轻脑水肿，降低颅内压，改善脑血流。应用脱水剂中应密切监测水电解质紊乱的发生。

(三) 抽搐发作者可酌情应用地西泮（安定）、苯妥英钠、苯巴比妥钠等。有条件可考虑应用高压氧治疗。

(四) 补充血容量及适当用多巴胺、多巴酚丁胺等血管活性药物，以维持适当的动脉压，促进脑的再灌注，改善微循环。

(五) 防治多脏器功能衰竭，由于心脏骤停后各脏器急性缺血缺氧，易发生心、脑、肾、肝等多系统脏器衰竭，应严密监测各脏器功能变化，早期采取措施，早期治疗。

【心肺脑复苏】

成功指征

1. 凡经复苏抢救后，恢复窦性心律，血压恢复，自主呼吸出现，神志恢复，为复苏成功。

2. 凡仅一种功能恢复，如心搏及血压恢复，但无自主呼吸或神志不恢复者均属复苏失败。

第二节 心源性休克

心源性休克指的是原发心功能衰竭，致使心排出量明显减少，导致心、脑、肾等重要脏器和组织血液灌注不足，而

产生的功能不全及代谢障碍为特点的综合征。

【诊断要点】

(一) 诊断标准

1. 收缩压低于 10.7kPa (80mmHg) 或比平时血压低 4kPa (30mmHg) 以上; 原有高血压的病人, 收缩压达 12.0kPa (90mmHg) 以下者。

2. 组织及器官灌注不足表现

(1) 四肢厥冷、冷汗、皮肤湿冷、面色苍白或紫绀, 脉细速等末梢循环衰竭征象。

(2) 神志障碍、烦躁不安、精神混乱、意识模糊、嗜睡、昏迷等。

(3) 尿量低于 20ml/h 。

3. 纠正引起低血压和低心排出量的心外因素(如低血容量、酸中毒、低氧血症、心律失常等)后, 休克仍持续存在。

(二) 血液动力学标准

心源性休克血液动力学异常为心排出量和心搏出量的降低, 一般常低于 $2.0\text{L}/(\text{min} \cdot \text{m}^2)$, 由于心排出量和循环压降低, 患者常伴左室舒张末压力(LVEDP)的增高。左室舒张末压力增高可使肺毛细血管压力升高, 如肺毛细血管压力 $>2.7\text{kPa}$ (20mmHg), 则有发生肺水肿的危险性。

【治疗】

为及时了解病情变化, 给予及时、正确治疗、必须密切监测以下指标: 血压、尿量、用 Swan-Ganz 漂浮导管监测肺毛细血管压力, 并密切监测心电图, 动脉血气分析及电解质紊乱等。

(一) 一般性治疗

1. 纠正低氧血症 一般以鼻导管或面罩法吸氧, 氧流量