

现代内科急重症诊断与治疗



XDNKJZZZDYZL

冯卫华 张金凤 主编

中国古籍出版社

现代内科急重症诊断与治疗编委

主 审 李吉昌

主 编 冯卫华 张金凤

副主编 张艳珠 刘秋葵 段爱军 苗新萍

汤小娇 张 霞 武占红 李中奇

编 委 (以下以姓氏笔画为序)

马 凯 田 玲 刘定军 吕海东

朱丽英 李清红 杜 闽 张 华

张 瑾 郑献召 赵菊珍 郭存玲

高东召 秦春红 高爱玲 谢向东

葛守辈

内科急重症在临床内科医学中具有重要地位，急重症病情多变，病死率高，作为临床医师应迅速准确作出诊断并及时给予正确处理才能有效地提高治愈率，减少死亡率。为了提高内科急重症患者的救治水平，促进医学事业的进一步发展，我们广泛参阅了国内外有关内科急重症方面文献，并结合自己的临床工作经验而编成此书。

本书共分十二章及附录两部分。其主要内容包括内科各系统急重症、物理损害、急性中毒、传染病所致急重症，以及内科常用诊疗操作方法。在对每种疾病叙述中按概述、病因、诊断、治疗秩序，以诊断治疗为重点，对每一疾病病因给以概括介绍；对其诊断要点或诊断标准以最新内容叙述；对于临床治疗结合国内外最新治疗方法，给以更为详细阐述。同时又兼顾基层医院医疗条件限制而可采取较为基本有效的、新的治疗方法。附录部分主要叙述内科重症常用操作技术，分为十九分

节，以临床常用实用为特点，分别按适应症、操作方法及注意事项详细介绍。

本书编写过程中既注意突出重点，内容新颖，又兼顾知识面的广度及临床实用性。可作为内科医师对内科急重症诊断与治疗的工具书，也可作为内科进修医师的实用教材和高等医学院校学生实习参考用书。

本书编写过程中承蒙北京医科大学、河南医科大学多位内科专家、教授具体指导，在此一并表示感谢。但由于编者水平有限，加上编写时间紧迫，书中难免有错误之处，尚希同道惠予指正。

冯卫华

1999年3月

目 录

第一章 循环系统急重症

第一节 急性心力衰竭	(1)
一 急性左心衰	(2)
二 急性右心衰	(10)
三 顽固性心衰	(12)
第二节 急性心肌梗塞	(17)
第三节 高血压危象	(37)
第四节 心律失常	(49)
一 阵发性室上性心动过速	(49)
二 心房扑动	(54)
三 心房颤动	(56)
四 室性心动过速	(60)
五 心室扑动和心室颤动	(66)
六 病态窦房结综合征	(67)
七 房室传导阻滞	(70)
第五节 心绞痛	(74)
第六节 感染性心内膜炎	(84)
第七节 急性心包填塞	(92)
第八节 主动脉夹层动脉瘤	(94)
第九节 休克	(98)
一 感染性休克	(99)
二 心源性休克	(104)
三 过敏性休克	(110)
四 神经源性休克	(112)
五 出血性休克	(113)
第十节 心肺脑复苏	(117)

第二章 呼吸系统急重症

第一节	成人呼吸窘迫综合征	(123)
第二节	咯血	(129)
第三节	呼吸衰竭	(141)
第四节	支气管哮喘重症发作	(150)
第五节	急性肺水肿	(161)
第六节	肺栓塞	(165)
第七节	休克型肺炎	(171)
第八节	肺性脑病	(176)
第九节	急性脓胸	(180)
第十节	自发性气胸	(183)
第十一节	急性纵隔气肿	(189)
第十二节	原发性支气管肺癌	(191)

第三章 消化系统急重病

第一节	急性上消化道出血	(199)
一	消化性溃疡出血	(204)
二	肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血	(205)
三	急性胃粘膜病变出血	(207)
四	胃癌出血	(209)
五	胆道出血	(210)
第二节	常见急症	(211)
一	食管裂孔疝	(211)
二	消化性溃疡	(212)
三	急性胃肠炎	(213)
四	肝脓肿	(213)
五	急性胆囊炎	(214)
六	胆道蛔虫症	(215)

七	急性胰腺炎	(219)
八	急性坏死性肠炎	(222)
九	急性阑尾炎	(224)
第三节	肝肾综合征	(224)
第四节	肝性脑病	(226)
第五节	胰腺癌	(229)

第四章 泌尿系统急重症

第一节	急进性肾小球肾炎	(235)
第二节	急性肾小球肾炎	(239)
第三节	肾病综合征	(242)
第四节	溶血性尿毒症综合征	(245)
第五节	急性肾功能衰竭	(247)
第六节	慢性肾功能衰竭	(250)
第七节	急性肾血管疾病	(253)
一	恶性小动脉性肾硬化症	(253)
二	急性双侧肾动脉阻塞	(256)
三	肾静脉血栓形成	(256)
第八节	肾结石	(260)

第五章 血液系统急重症

第一节	弥漫性血内管凝血 (DIC)	(264)
第二节	急性溶血性贫血	(268)
第三节	缺铁性贫血	(272)
第四节	巨幼红细胞性贫血	(273)
第五节	急性白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(274)
第六节	过敏性紫癜	(278)
第七节	血小板减少性紫癜	(280)

第八节	再生障碍性贫血	(282)
第九节	急性白血病及其并发症	(286)
第十节	输血及成分输血、输血反应	(298)
一	输血(包括血液制品)应用的指征	(299)
二	输血反应	(300)
三	输血注意事项	(304)

第六章 内分泌代谢疾病急重症

第一节	甲状腺机能亢进危象	(306)
第二节	甲状腺机能减退危象	(311)
第三节	肾上腺危象	(312)
第四节	垂体前叶功能减退危象	(314)
第五节	粘液性水肿昏迷	(319)
第六节	嗜铬细胞瘤危象	(323)
第七节	糖尿病酮症酸中毒	(326)
第八节	低血糖危象	(331)
第九节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(333)
第十节	乳酸酸中毒	(336)
第十一节	血卟啉病危象	(338)
第十二节	痛风危象	(341)

第七章 水、电解质与酸碱平衡失调

第一节	水与电解质平衡失调	(344)
一	水钠代谢失调	(345)
二	钾代谢失调	(360)
三	镁代谢失调	(364)
第二节	酸碱失衡	(369)
一	代谢性酸中毒	(376)

二	呼吸性酸中毒	(379)
三	代谢性碱中毒	(381)
四	呼吸性碱中毒	(383)
五	二重酸碱平衡失调	(384)
六	三重酸碱平衡失调	(386)
七	酸碱平衡失调对电解质的影响	(388)
八	电解质紊乱对酸碱失衡的影响	(389)

第八章 结缔组织病

第一节	类风湿性关节炎	(390)
第二节	系统性红斑狼疮	(394)
第三节	干燥综合征	(399)
第四节	皮炎	(403)

第九章 神经系统急重症

第一节	癫痫	(407)
第二节	脑出血	(415)
第三节	短暂性脑缺血发作	(419)
第四节	脑梗塞	(423)
一	脑血栓形成	(423)
二	脑栓塞	(428)
第五节	蛛网膜下腔出血	(430)
第六节	急性感染性中毒性脑病	(434)
第七节	急性脊髓炎	(436)
第八节	急性感染性多发性神经根炎	(439)
第九节	重症肌无力危象	(441)
第十节	颅内压增高症	(443)
第十一节	脑震荡	(446)

第十章 物理损害所致急重症

第一节	中暑	(449)
第二节	冻僵	(452)
第三节	电击伤	(455)
第四节	淹溺	(457)
第五节	晕动病	(459)
第六节	急性放射病	(460)

第十一章 急性中毒

第一节	急性中毒治疗原则	(462)
第二节	急性农药中毒	(464)
一	急性有机磷农药中毒	(464)
二	有机氯农药中毒	(473)
三	氨基甲酸酯类农药中毒	(475)
四	砷化氢中毒	(478)
五	急性磷化锌中毒	(480)
六	有机氮(杀虫脒)农药中毒	(481)
七	急性安妥中毒	(483)
第三节	急性药物中毒	(484)
一	急性吗啡类药物中毒	(484)
二	急性巴比妥类药物中毒	(485)
三	抗胆碱能药物中毒	(487)
四	氯丙嗪类药物中毒	(489)
五	酒精中毒	(490)
六	异烟肼中毒	(491)
七	其它药物中毒	(493)
第四节	急性化学性毒物中毒	(494)
一	强酸中毒	(494)

二	强碱中毒	(496)
三	急性一氧化碳中毒	(497)
四	急性汽油中毒	(501)
五	急性氨中毒	(502)
六	急性铅中毒	(503)
七	急性汞中毒	(505)
八	急性氰化物中毒	(506)
九	急性氯化镁中毒	(509)
十	急性苯中毒	(509)
第五节	植物中毒	(510)
一	急性毒蕈中毒	(510)
二	发芽马铃薯中毒	(513)
三	亚硝酸盐类植物中毒	(514)
四	急性“臭米面”中毒	(516)
五	其它有毒植物中毒	(518)
第六节	动物中毒	(519)
一	毒蛇咬伤	(519)
二	河豚中毒	(524)
三	蜂类中毒	(525)
四	动物肝中毒	(526)
五	急性鱼胆中毒	(527)
六	急性蟾蜍中毒	(528)
七	毒鱼刺伤	(529)
八	海蜇螫刺伤	(531)

第十二章 传染病急重症

第一节	流行性感冒	(532)
第二节	流行性脑脊髓膜炎	(534)
一	普通型流脑治疗	(535)
二	暴发型流脑休克型治疗	(536)

三	暴发型流脑脑膜炎型治疗	(537)
第三节	流行性乙型脑炎	(538)
第四节	流行性出血热	(543)
第五节	霍乱	(546)
第六节	伤寒	(549)
第七节	疟疾	(553)
第八节	急性中毒性细菌性痢疾	(558)
第九节	细菌性食物中毒	(563)
一	胃肠型细菌性食物中毒	(563)
二	神经型细菌性食物中毒	(565)
第十节	重型病毒性肝炎	(567)
第十一节	狂犬病	(571)
第十二节	钩端螺旋体病	(575)
第十三节	艾滋病	(579)
第十四节	急性淋病	(584)

附：诊疗操作技术

第一节	中心静脉压测定	(587)
第二节	心导管检查术	(588)
第三节	气管内插管术	(593)
第四节	气管切开术	(594)
第五节	洗胃术	(595)
第六节	三腔二囊管压迫止血术	(597)
第七节	心包穿刺术	(599)
第八节	静脉切开术	(600)
第九节	锁骨下静脉穿刺术	(601)
第十节	颈内静脉穿刺术	(603)
第十一节	股静脉穿刺术	(605)

第十二节	动脉穿刺术·····	(606)
第十三节	骨髓穿刺术·····	(607)
第十四节	腰椎穿刺术·····	(608)
第十五节	胸腔穿刺术·····	(609)
第十六节	腹腔穿刺术·····	(610)
第十七节	肝脏穿刺术·····	(611)
第十八节	导尿术·····	(613)
第十九节	膀胱冲洗术·····	(615)

第一章 循环系统急重症

第一节 急性心力衰竭

心力衰竭又称为心功能不全，是指在有适量静脉回流的情况下，心脏的排血量绝对或相对不足，不能满足人体日常活动和机体代谢需要，致使组织血流减少，肺循环或体循环淤血所出现的一种病理生理过程。心力衰竭多由心肌病变或机械循环障碍导致心脏负荷过重或不足，心脏的排血量下降所致。但有些患者，如甲状腺功能亢进，严重贫血和动静脉瘘等，即使心脏功能无明显降低，心排血量正常或相应增加亦不能满足需求，这时心排血量相对不足，而出现心力衰竭。由于心肌病变引起的心力衰竭称为心肌衰竭，机械性循环障碍引起的心力衰竭称机械性心力衰竭，当心肌收缩力减弱严重，同时伴有心源性休克时称泵衰竭。

心力衰竭可分多种类型。按发病过程急缓可分为急性心衰及慢性心衰（常称充血性心衰）。按主要受累的心腔不同可分为左侧心衰，右侧心衰，全心衰。根据心排血量的相对或绝对不足，分高排出量心衰及低排血量心衰；根据心衰时病理生理变化可分为收缩功能不全性心衰及舒张功能不全性心衰。

急性心力衰竭指由于急性心脏病变引起心排出量显著急骤降低，导致组织器官灌注不足和急性淤血的综合征。临床上以急性左心衰竭常见，表现为急性肺水肿，重者伴心源性休克。急性右心衰竭少见，可发生于急性右室心肌梗塞，个别可发生于急性肺源性心脏病。右心衰患者，经采用各种治疗措施后，临床表现仍持续存在或逐渐加重时，称为顽固性心力衰竭或难治性心力衰

竭。

急性心力衰竭常见病因有：

1. 急性弥漫性心肌损害，致使心肌收缩无力。见于急性心肌炎（感染性、中毒性）、急性广泛性心肌梗塞等。

2. 急性机械性阻塞，致使心脏压力负荷过重，排血受阻。如严重的二尖瓣或主动脉瓣狭窄、左室流出道受阻、二尖瓣口粘液瘤或血栓的嵌顿、急性型或严重高血压等。

3. 急性容量负荷过重。如由于急性心肌梗塞、感染性心内膜炎或外伤所致的乳头肌功能不全、腱索断裂、瓣膜穿孔、室间隔穿孔和主动脉瘤破裂等。静脉输血或输入含钠液体过快或过多时也可导致急性心功能不全。

4. 急性心室舒张受限。如急性大量心包积液或积血所致的急性心脏填塞，导致心排出量减低和体循环静脉淤血及过快的异位心律等。

一、急性左心衰竭

【诊断要点】

1. 有引起左心衰竭的疾病：如高血压性心脏病、主动脉瓣病、二尖瓣狭窄、冠心病等。

2. 突发严重呼吸困难，剧烈咳嗽，咯粉红色泡沫样痰，可有喷射样咯血，严重乏力，声音嘶哑等。

3. 多有紫绀、心动过速、舒张期奔马律、交替脉、肺动脉瓣区第二心音亢进、肺部湿罗音等。

4. X线检查：左心室或左心房增大，可有间质性肺水肿或肺泡性肺水肿的表现。肺泡性肺水肿时，两肺门可有大片云雾状蝶翼状阴影，重度肺水肿时可见大片绒毛状阴影。

5. 臂至舌循环时间大于 20 秒。

【治疗】

1. 纠正缺氧，消除泡沫：

(1) 纠正缺氧：急性肺水肿均存在严重缺氧，缺氧又促使肺水肿恶化，故积极纠正缺氧是治疗的首要环节。

①鼻导管吸氧：氧流量 4~6L/分，氧浓度 40%~60% 为宜，常于湿化瓶内加 70% 酒精以降低泡沫的表面张力，使之破裂变为液体而易咳出，减轻呼吸道阻力，增加通气和换气，为纠正低氧血症创造良好条件。对部分轻度肺水肿有效。

②面罩吸氧：可提高氧浓度，神态清醒者多不能耐受，适用于昏睡病例。

③加压给氧：适用于神志不清的患者。经上述方法给氧后 P_{aO_2} 仍低于 6.67kPa (50mmHg) 时，应行气管插管或气管切开，使用人工呼吸器。初始宜间歇正压呼吸给氧，如仍无效，可改用呼气末正压呼吸给氧。加压给氧可减少肺毛细血管渗出，破碎气道内的泡沫，改善通气和增加功能残气量，可有效地阻止呼气时肺泡萎缩和提高血氧分压。

④体外膜式氧合器：简称肺膜给氧治疗。在其他治疗无效时常可挽救一些危重的肺水肿患者。

(2) 除泡剂的应用：严重肺水肿患者的肺泡、支气管内含有大量液体，当液体表面张力达一定程度时，受气流冲动可形成大量泡沫，泡沫阻碍通气和气体交换，可加重缺氧。所以降低泡沫表面张力以使泡沫破裂，亦是改善通气和保证氧供的重要措施。

经鼻导管吸氧时，可将氧气通过含 70% 酒精的滤过瓶，与氧一起吸入。初始流量 2~3L/分，待患者适应后可增至 5~6L/分，间断吸入。乙醇除能消除泡沫外，尚有缓解支气管痉挛，扩张末梢血管及镇静作用。

20% 酒精经超声雾化吸入，可吸 20 分钟，停 20 分钟

三甲基硅油消泡气雾剂（消泡净）雾化吸入。一般 5 分钟开始生效，用药后 15~30 分钟作用达高峰，有效率达 90% 以上。

在应用消泡剂的同时，应间断经吸引器吸取气道内的分泌

物，保持呼吸道通畅。

2. 降低心脏前后负荷

(1) 除急性心肌梗塞者外，应取坐位，双腿下垂。同时可用止血带轮流，间歇结扎四肢，以改善肺活量，减少回心血量，减轻心脏的前负荷。

(2) 镇静：急性左心衰竭患者呼吸十分困难，精神极度紧张，既增加氧耗，加重心脏负担，又严重影响治疗，必须尽快使患者安静。首选吗啡 5~10mg 皮下或肌肉注射。吗啡除有镇静，减轻焦虑作用外，且能通过中枢交感神经抑制作用反射性地降低周围血管阻力，减轻心脏前后负荷。对左室衰竭和心瓣膜病所致的急性肺水肿疗效尤佳。一次注射常可收到显效，必要时 15~30 分钟后可重复应用 1 次。但对高龄、低血压及休克、昏迷、严重肺部疾患、支气管哮喘、呼吸抑制及有心动过缓、房室传导阻滞的病人应慎用或忌用。心动过缓者可用吗啡 5~10mg 加阿托品 0.5mg 联合皮下注射，以增加心率。扩张支气管及减少恶心、呕吐等症状。对吗啡禁忌症者可用杜冷丁 50~100mg 或罂粟碱 30~60mg 肌注。杜冷丁尚可用于合并慢性阻塞性肺部疾患或休克的肺水肿，以及颅内病变所致者。

(3) 快速利尿：利尿治疗主要是减少增加过多的血容量，即减轻心脏的前负荷，缓解肺循环和体循环的充血症状。对于急性左心衰竭，尤其是急性肺水肿患者，可酌选利尿剂以加强疗效。常用制剂包括速尿和利尿酸钠。除利尿作用外，静脉注射速尿还可扩张静脉，降低周围血管阻力，是缓解急性肺水肿的重要措施。静脉注射后约 5 分钟起效，疗效持续 4~5 小时。

用法：速尿 20~40mg 溶于 5% 葡萄糖液 20~40ml 内缓慢静脉注射。或利尿酸钠 25~50mg 溶于 5% 葡萄糖液 30~50ml 内，缓慢静脉注射。必要时 4~6 小时再静注 1 次。

此外，可用氨茶碱 0.25g，溶于 5% 葡萄糖液 20ml 内，缓慢