



急诊内科 诊疗与护理

姚广珍
王建萍 主编

国际文化出版公司

急诊内科诊疗与护理

姚广珍 王建萍 主编

国际文化出版公司

图书在版编目(CIP)数据

急诊内科诊疗与护理/姚广珍, 王建萍主编. —北京:
国际文化出版公司, 2008, 6
ISBN 978-7-80173-796-0

I. 急… II. ①姚…②王… III. ①内科—急性病—诊疗
②内科—急性病—护理 IV. R505.97 R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第085424号

提请注意:

本书的内容只对读者起指导作用, 不能代替专业医学人员的诊察和建议。

没有正确使用本书中提出的建议和信息造成的任何后果, 作者及出版者概不负责。

急诊内科诊疗与护理

作 者	姚广珍 王建萍
策划编辑	杨文学
责任编辑	宋亚珏
装帧设计	杨牧原
出版发行	国际文化出版公司
经 销	北京国文润华图书销售公司
印 刷	山东省临沂第二印刷厂
开 本	880×1230 32开
	12.25印张
字 数	350千字
版 次	2008年7月第1版
	2008年7月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-80173-796-0
定 价	28.00元

国际文化出版公司

地址: 北京朝阳区东土城路乙9号 邮编: 100013

总编室: (010) 64270995 传真: (010) 64271499

销售热线: (010) 64271187 64279032

传真: (010) 84257656

E-mail: icpc@95777.sina.net

http://www.sinoread.com

主 编

姚广珍 王建萍

副主编

马士朋	马天宝	王 平	王 燕
王鑫磊	王丽英	孔 敏	孙兆玲
李丽华	李 艳	张荣刚	张彦敏
周治国	陈 龙	姜 艳	姜良玉
崔久条	黄传梅	魏 煊	艾庆岩

目 录

第一篇	呼吸系统急症·····	1
第二篇	心血管系统急症 ·····	73
第三篇	消化系统急症·····	159
第四篇	泌尿系统急症·····	233
第五篇	神经系统急症·····	254
第六篇	中毒·····	325
第七篇	急症病人的护理·····	347

第一篇 呼吸系统急症

第一章 急性上呼吸道阻塞

呼吸道是传送气体，排出分泌物的管道，气道从功能上可分为三部分，即小气道、较大气道和上呼吸道。上呼吸道系指隆突以上部位的气道，它包括气管、喉、咽、鼻和口腔。自喉部至气管的隆突及其临近组织的病变，使气道发生阻塞或狭窄，引起呼吸困难，称为上呼吸道阻塞。它不是一个独立的疾病，而是一组临床症状，病情较严重，如不及时治疗，可引起窒息死亡。

一、病因

（一）感染

急性喉炎、急性会厌炎、急性气管支气管炎等，临床特点为气道阻塞，阻塞原因有：①粘膜肿胀，使气道变狭；②气道内形成痂皮和假膜，影响气流通畅。两者并存，阻塞更为严重，可致窒息。气管管腔炎性渗出物阻塞即可发生严重呼吸困难和低氧血症。

（二）上呼吸道外伤

喉部、气管的挫伤、挤压伤、切伤以及物理和化学腐蚀剂造成的损伤。外伤早期，可引起粘膜肿胀或合并软骨损伤、骨折、移位等，均可使气道变窄，阻碍呼吸。外伤后期，由于瘢痕挛缩或合并粘连等，则可遗留瘢痕性狭窄，造成梗阻。气道的物理性创伤多因热性灼伤所致，其他亦有电、紫外线、放射线灼伤等均可造成物理性气道严重创伤，并可损害肺部。刺激性的气体与化学剂对气管粘膜亦有腐蚀作用，

感染后使粘膜发炎糜烂，甚至进行性粘膜坏死。

（三）呼吸道异物

气道异物有内源性和外源性两类，内源性异物有牙齿、血液、脓液、呕吐物等，外源性异物即由口误入的异物如鱼骨、豆类、果类和金属类。未嚼碎的食团吸入，最常见的是肉块，在儿童最常见者是花生米、豆粒、瓜子等，多发生在进食时大声谈笑，于笑后深吸气时将异物误吸入气管，顿时引起呼吸困难。由于酒精或药物的中毒致会厌的反射和知觉障碍亦可导致吸入食物。异物嵌顿于喉内、气管内或支气管内，不仅妨碍呼吸，而且可引起气道痉挛，呈现气道阻塞表现，并可引起继发感染，造成化脓性炎症。

（四）占位性病变

1. 水肿、脓肿是较常见的原因，如咽后壁脓肿。
2. 肿瘤，管腔内或管壁良、恶性肿瘤，如错构瘤、血管瘤和癌等。
3. 气道附近组织器官的肿瘤，如甲状腺的肿瘤压迫侵犯气道。这类原因引致的气道梗阻，一般是慢性进行性的，然而当气道狭窄的程度超过管径的75%以上，由于附加因素如粘痰等可导致急性气道梗阻，产生严重的呼吸困难，甚至窒息死亡。

（五）喉声带疾病

喉痉挛、喉水肿可由过敏性因素或血管神经性的原因引起。导致两侧外展性声带瘫痪，声带固定于中线，不能外展，吸气时声带不能张开，可发生严重的梗阻现象。

（六）特殊感染性肉芽肿

喉部、气管内的结核、梅毒、麻风、真菌和硬结病等可发生肉芽肿或继发感染，也可发生瘢痕收缩，管腔变狭，临床上均可见到气道阻塞呼吸困难的征状。此外，咽喉部邻近组织的严重感染如咽后脓肿、喉脓肿以及甲状腺肿大也可发生阻塞表现。

（七）气道水肿

血管神经性水肿，药物过敏反应等，可使气道粘膜水肿，声带变狭，妨碍呼吸；其他如支气管镜检查或插管时间过长，手术损伤喉部和气管粘膜，造成粘膜水肿而致气道阻塞。

（八）先天性畸形性疾病

喉部、气管先天性蹼、软骨畸形、软骨软化病等均可造成喘鸣样呼吸困难，以吸气时为明显。先天性疾病易致呼吸道感染，加重呼吸困难症状。

（九）睡眠呼吸暂停综合征

中老年肥胖者易犯此症，上呼吸道通气障碍，以至梗阻。表现为颈短、睡眠打鼾、呼吸不规则、呼吸暂停和不安，低氧血症、高碳酸血症等。

二、临床表现

（一）吸气性呼吸困难

这是大气道阻塞的主要症状，病情较重时，患者出现烦躁不安，不能安睡，呼吸困难严重时，则有出冷汗，脉搏细数，面色苍白或发绀等严重的缺氧症状和严重的酸中毒。

（二）吸气性喘鸣

为梗阻的显著症状，吸入的气流，通过变狭的部位，发出一种尖锐的喘鸣音，听诊时也可闻及明显的固定性喘鸣音，病情严重时，喘鸣音甚响，不用听诊器亦可闻及。

（三）吸气性软组织凹陷

因吸气量减少，胸腹肌均加强运动，以助呼吸；加上胸腔内负压增加，因此，胸廓周围的软组织如胸骨上窝、锁骨上窝、各肋间隙及胸骨剑突下等处，可出现吸气性呼吸困难的三凹征。

（四）声音嘶哑

气道阻塞患者常伴有声音嘶哑的症状。

三、辅助检查

（一）X线检查

1. 检查方法

- 1) 胸部X线片，除外心、肺疾患所致的呼吸困难。
- 2) 面颌颈部侧位片，照片包括咽喉部及颈段气管，以同样的位置可照该部位体层片。
- 3) 胸腔入口区平片或体层。

4) 气管正位或侧位体层。

2. X 线观察

1) 咽喉部侧位要注意咽喉颈段气管腔道的形态，有无异常的阴影。

2) 胸腔入口区要注意气管形态改变，有无压迫移位及异常软组织阴影。

3) 气管肿瘤虽然是一种慢性生长的占位性病变，当病变增长占居管腔的 75% 以上时，由于附加因素如粘痰等可导致急性呼吸道梗阻的症状如气管错构瘤。

4) 咽部径线和横断面积 (CT 片) 测量，对诊断呼吸睡眠综合征有帮助。

(二) 上气道阻塞时的肺功能改变

流速—容积曲线 (F-V 曲线) 对上气道阻塞的诊断很有价值，可以根据 F-V 曲线变化估计病变程度，还可根据 F-V 曲线形态特点对上气道阻塞进行分类定位。

四、诊断

根据病史、症状及体征特点，对上气道阻塞不难作出诊断。至于阻塞的病因，则应根据病情轻重，酌情考虑做有关检查。间接喉镜和鼻镜检查、硬质支气管镜和纤支镜检查，是揭示上气道阻塞的有力武器。咽喉部、气管、胸部的摄片，气管额面分层及 CT 摄片检查，能了解喉部、气管及其周围情况和受累状况。如果呼吸困难明显，不能经受上述检查，特别是由于异物吸入导致呼吸困难者，应先解除阻塞。

五、治疗

基本原则为首先抢救患者的生命，保持上呼吸道的基本通畅。

(一) 氧气吸入

先给予吸氧，但这只能是辅助治疗措施。

(二) 病因治疗

1. 由炎症引起者，积极使用抗生素和激素，控制炎性肿胀，解除梗阻。

2. 异物摘除：若异物阻塞气道，应立即使用喉镜、纤支镜或硬质

气管镜取除，及时解除阻塞和治疗引起的合并症。

3. 激光治疗气道阻塞：多选用 YAG-激光治疗肿瘤，亦可用高频电刀烧灼治疗，使气道阻塞解除，通气功能改善，取得一定的近期疗效。

（三）气管切开

气道阻塞若来自气管以上部位，则可行气管切开来解除阻塞症状，肿瘤若位于声门下的气管则亦可在不影响切开术的情况下气管切开解除症状，然后再给予相应的治疗。对于气道内因刺激性气体和化学毒剂引起的气道创伤、气道内痂皮和假膜脱落阻塞气道者亦可行气管切开，以缓解症状和去除脱落的假膜、痂皮，从而改善通气。

（四）扩张器的应用

对狭窄部位施用扩张术治疗，可解除阻塞症状，达到治疗症状的目的。

（五）手术治疗

对喉部及其周围的病灶以及气管的肿瘤，在有手术条件下，均可行手术治疗。

（六）气道异物现场抢救法

气道异物阻塞发病突然，病情危重，由于现场条件往往缺乏必要的抢救器械，徒手抢救法就成为现场抢救的主要措施。现场抢救的时间、方法及程序正确与否，是挽救病人生命的关键。

1. 抢救方法：

主要有：体位排出法、手拳冲击法、拍背法等。其机理是利用患者体位，以手法增加胸内压，用气流去冲击异物，使之排出气道。

1) 体位排出法：可采用头低臀高位、平卧位、头高臀低位等。抢救者应根据患者特点和现场情况选择体位，如将患者腹部抵于椅背、或床架上，婴幼儿可俯卧于抢救者手臂上。

2) 手拳冲击法：可分为腹部冲击法和胸部冲击法。具体操作如下：

①腹部冲击法（海姆立克 Heimlich 法）：

立位或坐位病人：抢救者立于病人背后，用双臂环抱病人腰部，

一手握拳顶住病人上腹部（剑突与脐之间的腹中线位），向内、向上数次施力冲击，引起人工咳嗽，以驱出异物。要注意防止腹内脏器损伤。

卧位病人：病人仰卧，头偏向一侧，解开领扣，保持气道通畅。抢救者在病人一侧或骑跨式，双手掌重叠，掌根置于病人上腹部，向内、向上施力冲击数次。

②胸部冲击法：

立位或坐位病人：抢救者站于病人背后，用双臂经病人腋下环抱病人胸部，在病人胸骨中下部，向后做4次快速连续冲击。

卧位病人：病人仰卧，头偏向一侧，解开领扣，保持气道通畅，抢救者跪于病人一侧，双手掌重叠，用掌根部置于病人胸骨中下1/3交界处，向下做4次快速连续冲击。

3) 拍背法：

①立位或坐位病人：一手置病人胸部围护病人，另一手用掌根在病人肩胛间区脊柱上给予四次快速连续拍击。须注意：让病人头部保持在胸部水平或低于胸部水平，以利于异物利用自身重量排出。

②卧位病人：屈膝侧卧位，抢救者以膝和大腿抵于病人胸部，按上法迅速有力拍击背部四次。

在实际运用中，应根据抢救对象的不同情况予以选择使用。如妊娠后期和过度肥胖者，以及婴幼儿（因其肝脏大部分位于肋下），应慎用腹部冲击法；老年患者因骨质疏松，慎用胸部冲击法。以上各法施行越早效果越好，否则肺内残气被吸收而减少，冲击异物的作用就减弱了。

2. 抢救程序：

1) 体位：头低臀高位或平卧位，头后仰并偏向一侧。

2) 判断呼吸状况：眼看胸部，耳听鼻息，脸感气流（看、听、感觉法）。

3) 人工呼吸：宜慢而有力，有可能将空气从异物周围间隙吹入，缓解患者的缺氧状况，并体会气道阻力和顺应性，以明确是否异物阻塞及阻塞是部分性还是完全性。如快速吹气，有使异物进一步嵌入的可能。

4) 清理口咽：可单指勾取或双指夹取，夹取效果优于勾取，发现异物予以取出。

5) 拍背法 4 次：以松动异物。

6) 手拳冲击法 4 次：冲击异物，以排出气道。根据患者情况及抢救者的技术掌握情况，或选择腹部或胸部冲击法。此法婴幼儿患者禁用。

通过以上抢救程序，如清除异物成功，则畅通气道，根据心肺脑的情况，给予生命支持，适时转送医院进一步抢救。

第二章 咯 血

咯血是指喉及喉以下呼吸道任何部位的出血，经口排出者。咯血的来源可自肺动脉及其分支或支气管动脉及其分支，亦可自具有肺动脉和支气管动脉成分的肉芽组织。每次咯血的量和持续时间不一，通常大咯血指一次咯血量超过 200ml，或 24 小时内咯血量超出 400ml，或 48 小时内超出 600ml，或持续咯血需要输血以维持血容量。

一、病因及发病机理

（一）支气管疾病

常见的有支气管扩张症、支气管肺癌、支气管结核和慢性支气管炎等；较少见的有支气管结石、良性支气管瘤（腺瘤、平滑肌瘤）、支气管粘膜非特异性溃疡等。出血机制主要由于炎症、肿瘤或结石损伤支气管粘膜或病灶处毛细血管通透性增高或粘膜下血管破裂所致。

（二）肺部疾病

常见的有肺结核、肺炎、肺脓肿等；较少见的有肺瘀血、肺梗塞、肺真菌病、肺吸虫病、肺阿米巴病、肺囊肿、肺泡微结石症、肺炎、肺含铁血黄素沉着症和肺出血肾炎综合征、恶性肿瘤肺转移等。在发生咯血的肺炎中，常见者为肺炎球菌肺炎、葡萄球菌肺炎、肺炎杆菌肺炎和军团菌肺炎，支原体肺炎在有剧烈咳嗽时，亦可有痰中带血。在我国，咯血的主要原因，首推肺结核。引起咯血的肺结核病变，常见的是浸润渗出、各种类型空洞和干酪性肺炎，急性血行播散性肺结核少有咯血发生。其出血机制为结核病变使毛细血管通透性增高，血液渗出，表现为痰中带血丝、血点或小血块；如病变侵蚀小血管使其

破裂，则引起中等量咯血；如空洞壁肺动脉分支形成的小动脉瘤破裂，或继发的结核性支气管扩张形成的动静脉瘘破裂，则引起大量咯血，甚至危及生命。恶性肿瘤肺转移常见于鼻咽癌、乳腺癌、食管癌、胃癌、肝癌、结肠直肠癌、前列腺癌、绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎和睾丸畸胎瘤，后三种肿瘤的肺转移为咯血发生率最高者。

（三）心血管疾病

较常见的是二尖瓣狭窄。小量咯血或痰中带血丝系由于肺瘀血致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂所致；支气管粘膜下层支气管静脉曲张破裂，常致大咯血，当出现急性肺水肿和任何性质心脏病发生急性左心衰竭时，咯浆液性粉红色泡沫样血痰；并发肺梗塞时，咯出粘稠暗红色血痰。原发性肺动脉高压和某些先天性心脏病如房间隔缺损、动脉导管未闭等引起肺动脉高压时，以及肺血管炎、肺静动脉瘘，均可发生咯血。

（四）其他

血液病（如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、再生障碍性贫血等），急性传染病（如流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病等），风湿性疾病（如 Wegener 肉芽肿、白塞病、系统性红斑狼疮等），“替代性月经”均可发生咯血。后者以与月经周期相应的周期性咯血为特征，其发生机制多认为是体内雌激素水平周期性升高，引起肺毛细血管充血、出血，此外气管、支气管子宫内膜异位症也可引起此现象。

二、临床表现

（一）年龄

青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张症，风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄、支气管结石，良性支气管瘤等。40 岁以上有长期大量吸烟史（纸烟 20 支/日×20 年以上）者，要高度警惕支气管肺癌。

（二）咯血量

由于部分病人血存留于气道内、或咯血后又咽下，故咯出的血量并非实际出血量。每日咯血量在 100ml 以内为小量，100～500ml 为中等量，500ml 以上为大量（有人认为 $\leq 50\text{ml/d}$ 为小量咯血，一次咯血 $> 100\text{ml}$ 为大咯血）。大量咯血主要见于肺结核空洞、支气管扩张症和

慢性肺脓肿，良性支气管瘤为小量咯血或痰中微见血丝，支气管肺癌的咯血主要表现为持续或间断痰中带血，少有大咯血。慢性支气管炎和支原体肺炎咳嗽剧烈时，可偶有痰中带血或血性痰。

（三）颜色和性状

肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管结核、出血性疾病，咯血颜色鲜红；铁锈色血痰主要见于肺炎球菌大叶性肺炎、肺吸虫病和肺泡出血；砖红色胶冻样血痰主要见于肺炎杆菌肺炎。二尖瓣狭窄肺瘀血咯血一般为暗红色，左心衰竭肺水肿时咯浆液性粉红色泡沫样血痰，并发肺梗塞时常咯粘稠暗红色血痰。

（四）伴随症状

1. 发热：见于肺结核、肺炎、肺脓肿、流行性出血热等。
2. 胸痛：见于大叶性肺炎、肺结核、肺梗塞、支气管肺癌等。
3. 呛咳：见于支气管肺癌、支原体肺炎。
4. 脓痰：见于支气管扩张症、肺脓肿、肺结核空洞及肺囊肿继发感染、化脓性肺炎等。
5. 皮肤粘膜出血：见于血液病、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、风湿性疾病等。
6. 黄疸：见于钩端螺旋体病、大叶性肺炎、肺梗塞等。

三、辅助检查

（一）化验检查

疑为出血性疾病者至少应做血常规、血小板计数、凝血酶原时间和部分凝血活酶时间检查，并结合病情做进一步检查。对痰液做细菌、真菌和细胞学检查，对明确咯血的病因帮助很大。

（二）X 线和 CT 检查

对每个咯血者均应进行胸部 X 线透视，必要时进行胸部后前位及侧位摄影、体层及 CT 检查。如发现胸部平片有圆形支气管影、双轨征，有利于支气管扩张的诊断；有气液平面支持肺脓疡的诊断，团块样阴影有利于肺癌的诊断，肺曲霉菌病在圆形团块阴影内可见一新月形 X 线透亮阴影，为霉菌球。胸部 X 线阴影不是特异性病因的表现，需与病史、体征及其他等检查综合分析、判断咯血的原因。约有 1/3

咯血者胸部 X 线检查可表现正常。此外，由于咯血吸入到邻近肺叶亦可形成淡片状阴影，一般咯血停止后 1~2 周可吸收。

（三）选择性支气管动脉造影

选择性支气管动脉造影可以发现异常的血管，为栓塞治疗提供主要依据。但部分大咯血者来自肺动脉，因此主张同时作选择性支气管动脉及肺动脉造影。

（四）支气管镜检查

长期少量咯血或痰血应抓紧时间进行检查，中等量咯血最好于停止后 48 小时进行，间隔时间愈长、安全性愈大，但需作好抢救工作准备，对不明原因的大咯血有窒息危险时，行纤支镜检亦有较大危险，尽量在手术室进行，必要时立即外科手术。在检查时，可应用硬质支气管进行急救吸引，以防支气管的阻塞，尽可能对患者作床旁心电图，血压及血氧饱和度监测，检查中给氧，此检查能迅速了解出血部位，对局部可采用止血药物治疗，并为进一步治疗，如支气管动脉栓塞创造条件。

四、诊断与鉴别诊断

咯血作为一个症状，病因十分复杂，遇到咯血患者应从以下几方面考虑，以便作出诊断和鉴别诊断。

（一）诊断

虽然多数患者就诊时病情较急，但仍应及时进行必要的检查，为正确抢救提供依据。

1. 首先问清是咯出的还是呕出的，以明确是咯血还是呕血。
2. 注意发病年龄、病程及咯血量、血的颜色和性状，是否伴有咳嗽、痰量及其性状与臭味。
3. 有无发热、胸痛、呼吸困难及其程度及与咯血症状之间的关系。
4. 有无全身出血倾向与黄疸表现等。
5. 完善各项辅助检查以明确诊断。如血常规、血小板计数、凝血酶原时间和部分凝血活酶时间检查，肺部 X 线检查和 CT 扫描，肺放射性核素扫描和肺动脉造影，支气管镜检查等，均有助于病因诊断。

（二）鉴别诊断

咯血须与口腔、鼻、咽部出血或上消化道出血引起的呕血鉴别。经口腔排出的血，究竟是咯出还是呕出，有时非但病人回答不清，甚至连医生亦感困惑。鉴别时须先查口腔与鼻咽部，观察局部有无出血灶或痕迹，鼻出血多自前鼻孔流出，常在鼻中隔前下方发现出血灶；鼻腔后部出血，经后鼻孔沿软腭与咽后壁下流，患者感到咽部有异物感，用鼻咽镜检查，即可确定。其次，参考病史、体征及其他检查方法，可对咯血与呕血进行鉴别，参见表 1-1。

表 1-1 咯血与呕血的鉴别

	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化，急性糜烂出血性胃炎、胆道出血等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
血色	鲜红	棕黑、暗红、有时鲜红
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
反应	碱性	酸性
黑便	除非咽下，否则没有	有，可为柏油样便，呕血停止后仍持续数日
出血后痰性状	常有血痰数日	无痰