

分析症状 快速诊断 灵活处理 合理治疗 全面康复

急重症

| 症状诊断和处理流程手册 |

周泽甫 主编



急重症

| 症状诊断和处理流程手册 |

周泽甫 © 主编



华夏出版社

HUAXIA PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

急重症症状诊断和处理流程手册 / 周泽甫主编. —北京: 华夏出版社, 2017.7

ISBN 978-7-5080-9187-7

I. ①急… II. ①周… III. ①急性病—诊疗—手册 ②险症—诊疗—手册 IV. ①R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 095551 号

急重症症状诊断和处理流程手册

主 编 周泽甫
责任编辑 梁学超

出版发行 华夏出版社
经 销 新华书店
印 刷 三河市少明印务有限公司
装 订 三河市少明印务有限公司
版 次 2017 年 7 月北京第 1 版
2017 年 7 月北京第 1 次印刷
开 本 670×970 1/16
印 张 11.25
字 数 162 千字
定 价 36.00 元



华夏出版社 地址: 北京市东直门外香河园北里 4 号 邮编: 100028

电话: (010) 64663331 (转)

网址: www.hxph.com.cn

若发现本版图书有印装质量问题, 请与我社营销中心联系调换。

编委会名单

主 编 周泽甫

副 主 编 高崇茂 吴崇杰 张传旗 罗 云

戴 虹 王圣方 熊功友 颜小平

执行编委 陈 玲 龚锦文 吴健卫 胡 炜

编 委 龚敏勇 胡星兰 钟 瑶

前 言

医学是一门不断发展的科学，特别是近几年，医学理论和实践取得突飞猛进的进展。临床亚专科的发展，使得临床专科医师的专科学术水平得到迅速提高，但许多医师在临床综合知识、全面评价病情、症状处理方面的诊疗水平往往不够。我们医院在近二年的“三级甲等”医院评审过程中，发现临床青年医师在急重症症状的诊断和处理方面存在较多不足。为了提高临床医师处理该方面问题的能力，我们感觉及时编写一册有关急重症症状的诊断和处理流程的实用手册，非常迫切。

本手册内容包括了临床常见的十六大症状，涵盖了临床各系统疾病方面的问题。各章节内容包括：症状的概念、发病原因、临床特征、诊治流程、病情评估、注意事项等。该手册注重症状的诊断和处理流程的编写，采用图解形式组织全书，能够直观全面地展现诊断和处理流程，尽力达到程序化、规范化、标准化。我们在编写过程中，特别注重临床实用性和可操作性。

参加本书编写的作者们都是目前在医疗、科研、教学工作一线的业务骨干，具有扎实的基础知识和丰富的临床经验。在本书的编写过程中，作者们参考了国内外具有代表性的专著和文献，并结合了卫生部制定的相关疾病的临床路径。该手册的出版希望能对临床青年医师和医学生的工作有所帮助。

由于学识方面和理解问题，不足之处在所难免，恳请广大读者提出宝贵的意见和建议，以增长我们的学识，改进我们的工作。

江西省九江市第一人民医院

周泽甫

2017年4月

目 录

第一章 昏 迷	1
一、概述	1
二、病因	1
三、诊治流程	2
四、脑死亡	8
第二章 心 悸	9
一、概述	9
二、病因分类	9
三、临床表现	10
四、诊治流程	12
第三章 胸 痛	17
一、概述	17
二、病因	17
三、特征	18
四、诊断筛查	18
五、明确诊断心肌梗死的诊疗流程	21
六、怀疑 ACS 患者的诊疗流程	22
七、对应用心脏无创检查的建议	23
第四章 晕 厥	25
一、概述	25
二、分类	25
三、诊断评估	27
四、治疗流程	34

第五章 咯 血	39
一、概述	39
二、诊断	39
三、治疗	42
第六章 呼吸困难	46
一、概述	46
二、病因	46
三、诊治流程	47
第七章 高 热	50
一、概述	50
二、病因及临床表现	50
三、诊断流程	53
四、发热的处理流程	55
五、高热的处理流程	56
第八章 急性腹痛	57
一、概述	57
二、病因分类	57
三、常见急腹症的临床特征	58
四、诊治流程和定位诊断	61
五、治疗	63
第九章 上消化道出血	65
一、概述	65
二、病因分类	65
三、临床表现	66
四、诊断策略	68
五、治疗	72
第十章 黄 疸	77
一、概述	77

二、分类	77
三、发病机制和临床特征	78
四、诊断流程	81
五、鉴别诊断	86
六、治疗	88
第十一章 腹 泻	90
一、概述	90
二、分类	90
三、临床表现	91
四、急性腹泻病诊断流程	93
五、处理原则	93
六、急性腹泻病疗效判断标准	96
第十二章 瘫 疾	97
一、概述	97
二、分类	97
三、诊断流程	106
四、治疗	110
第十三章 头 痛	112
一、概述	112
二、病因	113
三、诊断思路	114
四、诊治流程	123
第十四章 抽 搐	126
一、概述	126
二、病因与发病机制	127
三、诊治流程	128
附：癫痫持续状态	134
第十五章 眩 晕	137
一、概述	137

二、病因及常见疾病	137
三、诊断及治疗要点	143
四、治疗原则	152
五、诊治流程	155
第十六章 血 尿	157
一、概述	157
二、病因	157
三、诊断流程	159
四、治疗	161
参考文献	164

第一章 昏 迷

一、概述

昏迷是意识障碍的最严重阶段，表现为意识持续的中断或完全丧失，对内外环境不能够认识，由于脑功能受到高度抑制而产生的意识丧失或随意运动消失，并对刺激反应异常或反射活动异常的一种病理状态。

正常情况下，人的意识需要一个完整而正常的中枢神经系统维持，其中较重要的部分为：上行网状激活系统，丘脑，丘脑下部激活系统，大脑皮质。因此，凡上述各部发生器质性或功能性病变时，均可导致意识障碍或昏迷。

二、病因

1. 脑功能障碍

(1) 缺氧、低血糖或代谢等因素作用引起的神经损伤：严重肺部疾病、贫血、休克及 CO、氰化物、硫化氢中毒。

(2) 内源性和外源性中枢神经毒物：肝性脑病、输尿管乙状结肠吻合术后、CO₂ 麻醉、高血糖、乙醇、异丙醇、酸性物质中毒、镇静剂和麻醉剂、抗惊厥药物、精神类药物。

(3) 内分泌障碍：黏液水肿性昏迷、甲状腺毒症、Addison 病、Cushing 综合征、嗜铬细胞瘤。

(4) 中枢神经系统环境异常：酸中毒、碱中毒。低钠血症、高钠血症、低钙血症、高钙血症、低镁血症、高镁血症、低磷血症。

(5) 环境异常与体温调节异常：低温、中暑、神经抑制恶性综合征、恶性高热。

(6) 颅内高压：高颅压性脑病、脑假瘤。

(7) 中枢神经系统炎症或浸润：脑膜炎、脑炎、脑病、脑血管炎、SAH、类癌脑膜炎、创伤性轴索剪切伤。

(8) 原发性神经或胶质疾病：Creutzfeldt-Jakobs 病、Marchiafava-Bignamis 病、肾上腺脑白质营养不良、进行性多灶性脑白质病、癫痫和癫痫发作后状态。

2. 脑的局灶性损伤

(1) 出血（创伤性和非创伤性）梗死及压迫：脑干脱髓鞘、小脑出血、后颅窝硬膜下或硬膜外出血、小脑肿瘤、小脑脓肿、基底动脉夹层，动脉血栓形成、动脉栓塞、静脉闭塞；脑干、硬膜外、硬膜下、垂体卒中；脑桥出血、脑干梗死、基底动脉性偏头痛。

(2) 肿瘤。

(3) 脑脓肿。

三、诊治流程

(一) 昏迷的院前急救流程

1. 现场病情评估

(1) 首先应判断是否为昏迷：一般采用大声呼叫，用力摇动肩部或给予强烈的疼痛刺激（如压眶）观察其反应，以排除睡眠状态、单纯性晕厥或某些精神因素所致的假性昏迷。见表 1-1。

表 1-1 昏迷的简易判断表

	睁眼反应	应答反应	运动反应	生理反射
神志清醒	(+)	(+)	(+)	(+)
浅昏迷	(-)	(±)	(±)	(+)
中度昏迷	(-)	(-)	(-)	(±)
深昏迷	(-)	(-)	(-)	(-)

(2) 尽快做出以下现场病情评估。

①尽快询问病史及有关昏迷发生时情况和既往病史，特别注意有无高血压、糖尿病，有无药物滥用，毒物、有害气体接触史以及持续头痛。

②观察瞳孔大小及对光反射，监测生命体征，观察体温、呕吐物、大小便，了解有无外伤及出血情况，注意有无心肺疾病、颅内感染、脑疝等相关病症的相关证据。

③观察皮肤颜色是否异常：有无皮肤干燥、湿冷、弹性减退、皮疹等。

④其他：注意呼吸有无特殊气味，瘫痪情况。

2. 现场急救流程

昏迷现场（院前）急救流程见图 1-1。

(1) 一旦确定昏迷应迅速清理呼吸道，保持气道通畅。

①将患者置于平卧位，头偏向一侧，松开衣领、卸除义齿，并清除口腔异物及气道分泌物，必要时负压吸引。

②对于舌后坠较重者可去枕，抬起颈部或托下颌，使患者头部充分后仰，开放气道。

③放置口咽通气管开放阻塞气道，必要时气管插管以利于痰液清理。

④积极给予鼻导管吸氧或面罩吸氧，必要时气管插管呼吸机辅助呼吸。

(2) 迅速建立静脉通路，维持有效循环功能，对休克、心律失常等循环障碍情况应予以及时纠正，对昏迷伴有高血压者应控制性降压。

(3) 外伤引起昏迷应尽快控制出血，对疑有脊柱损伤的昏迷患者，应尽量减少搬动并将患者置于硬板床上，疑有颈段脊髓损害应上颈托，严禁弯曲转动患者身体和头部，防止脊髓进一步损伤。

(4) 减轻脑水肿，促进脑功能恢复，如有颅内高压应予以甘露醇 125 ~ 250ml 快速静滴，每 6 ~ 8 小时重复，若合并心功能不全或肾功能不全可选用呋塞米。

(5) 迅速控制抽搐，控制高热，控制抽搐减低脑缺氧损害，立即予以地西泮 10 ~ 20mg 缓慢静推，有效又复发者可 30 分钟后重复使用。高

热患者给予酒精擦浴，注意冰袋、冰帽冷敷。

(6) 严密监测生命体征，如有异常时及时处理。

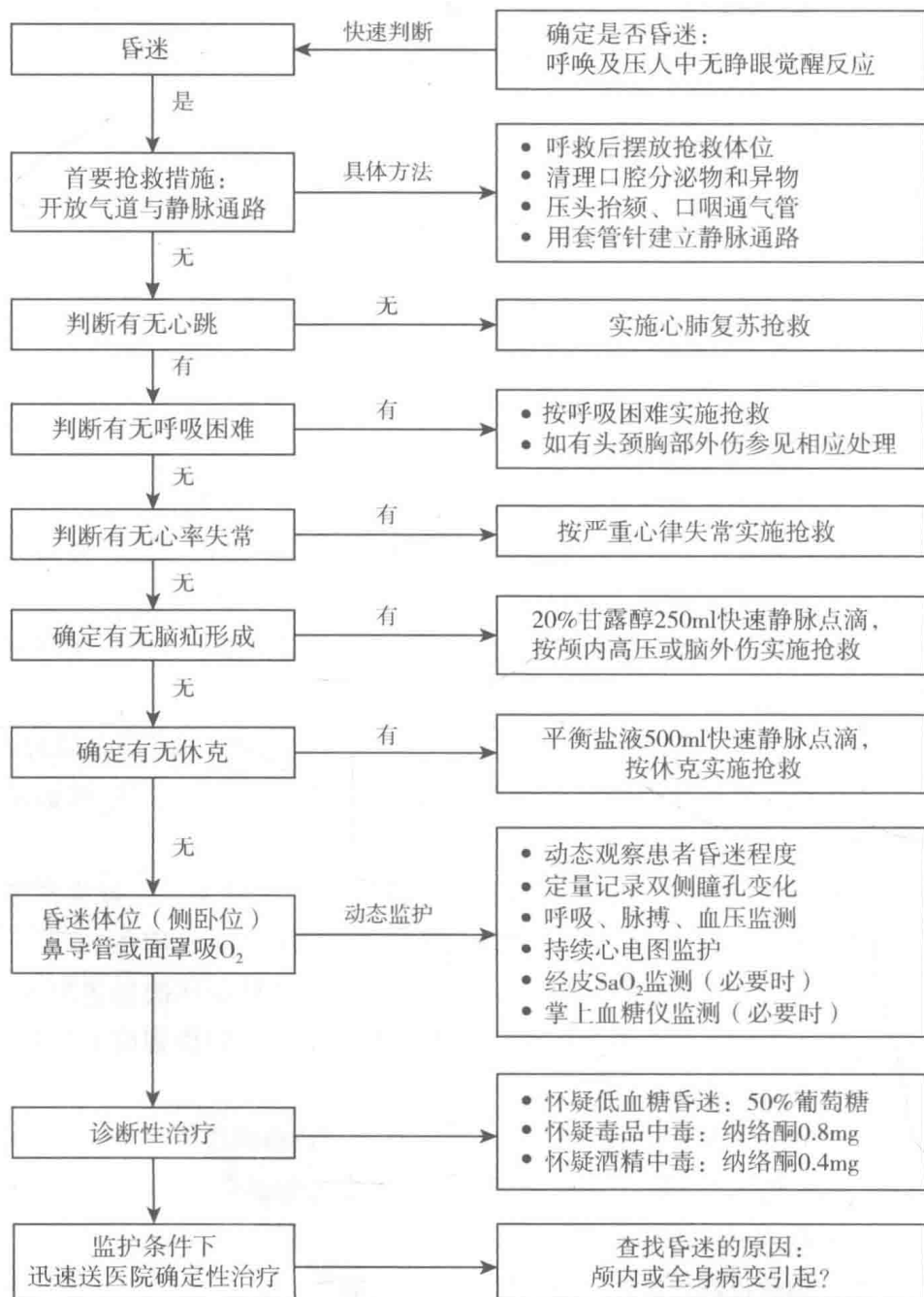


图 1-1 昏迷的院前急救流程

[注意事项]

昏迷是病情危重的信号，是常见危重急症，病死率高，要求迅速准确的判断和及时的处理。因昏迷的病因很多，通过病史和临床检查，有的病因容易明确，有的很难明确，因此必须边询问、边体检、边观察、边治疗。

判断昏迷时应排除：

(1) 排除癡症性不反应状态：患者常闭目不动，对外界刺激无反应，呼吸增快或屏气，体检时患者可有躲避或抵抗现象，肌张力多变，但生命体征稳定。

(2) 木僵状态：患者多有精神病史，表现为不动不食，不语，流涎，大小便潴留，对外界刺激无反应，常有蜡样屈曲、违拗等特殊表现。

(3) 闭锁综合征：表现为四肢瘫痪，眼球水平活动障碍，垂直运动保留，双侧面瘫、舌肌瘫痪。

(二) 昏迷的急诊救治流程

昏迷的急诊救治流程见图 1-2。

1. 急救处理原则

(1) 保持呼吸道畅通，吸氧，应用呼吸兴奋剂，必要时气管切开或插管，行人工辅助通气。

(2) 维持有效血循环，给予强心、升压药物，纠正休克。

(3) 急查血常规、肝肾功能、电解质及血气分析等。

(4) 颅压升高者给予降颅压药物，如 20% 甘露醇、呋塞米、甘油，必要时进行侧脑室引流。

(5) 控制高血压或过高体温。

(6) 预防或抗感染治疗。

(7) 控制癫痫发作，用地西泮、苯巴比妥等。

(8) 纠正水、电解质紊乱，补充营养。

(9) 给予脑代谢促进剂，如 ATP、辅酶 A、胞二磷胆碱、脑活素等。

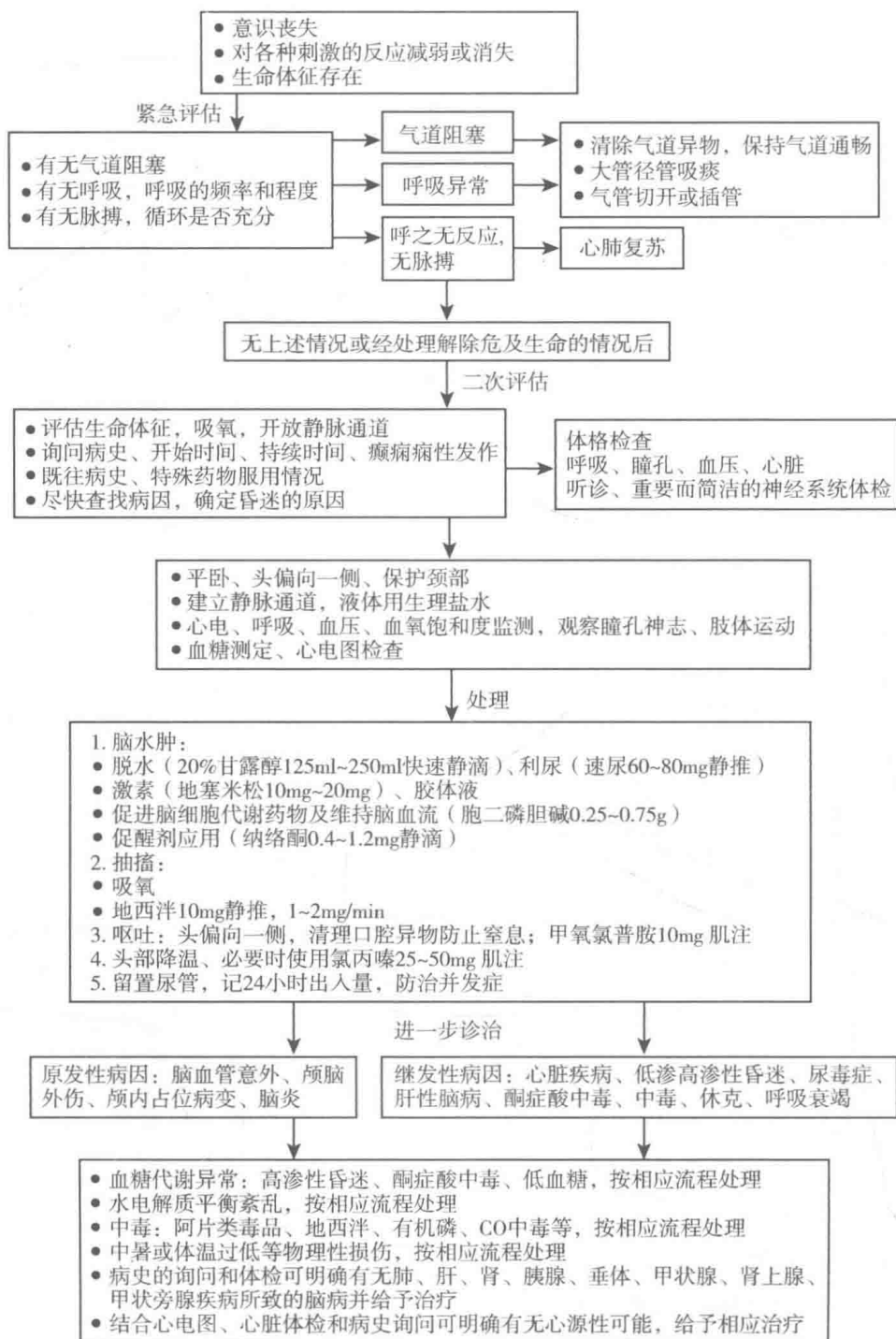


图 1-2 昏迷的急诊救治流程

(10) 给予促醒药物,如纳洛酮、醒脑静、安宫牛黄丸。

(11) 病情稳定后,送病房进一步确诊和治疗。

2. 并发症的治疗

昏迷患者出现呼吸衰竭、休克、心力衰竭及癫痫等并发症应予以及时治疗。如合并频繁的强直性发作及癫痫持续状态,预后往往不良,死亡率很高,应立即处理。

颅压增高者进行降颅压治疗以控制脑水肿,如应用利尿剂、甘露醇、10%甘油氯化钠等脱水药物和激素,可适当给予脑细胞保护药物。昏迷患者如合并脑水肿,应及时有效地控制,否则有可能发生脑疝而危及生命。

对有兴奋、激动、谵妄等精神症状的患者,要加强护理,给予适当的保护性约束,并使用镇静剂如异丙嗪或地西泮,必要时加用氯丙嗪。严重颅脑外伤引起的昏迷或昏迷患者伴有高热、抽搐、去大脑强直发作时,可用人工冬眠疗法。

3. 其他治疗

(1) 止血:颅内出血、内脏应激性溃疡出血或外伤性失血均应给予适当的止血剂,如6-氨基己酸、对羧基苄胺、酚磺乙胺、氨甲苯酚或中药(云南白药)。

(2) 预防感染:因昏迷患者容易合并感染,故一般均需要抗生素。即使无发热、无明显感染征兆也应给予抗生素预防性治疗。

(3) 促进脑细胞功能恢复:可用脑细胞代谢复活剂,如ATP、辅酶A、谷氨酸、 γ -氨基丁酸和肌苷等。

(4) 促醒:常用促醒剂如纳洛酮、胞二磷胆碱、甲氯芬酯、脑活素和醒脑静注射液。

(5) 维持水电解质平衡与营养支持:昏迷患者多有仅是障碍、呕吐及多汗等,故需注意补充营养剂注意水、电解质的平衡。

(6) 对症治疗:有呕吐及呃逆者,应用维生素B₆、甲氧氯普胺(胃复安)肌肉注射或静脉滴注。

(7) 加强护理：注意口腔、呼吸道、泌尿道及皮肤护理，防止误吸引起肺炎及压疮发生，并留置导尿管。

四、脑死亡

1. 我国脑死亡判定标准（2009 年草案）

(1) 先决条件：昏迷原因明确，排除一切可逆性昏迷的原因。

(2) 临床判定（以下三条必须全部具备）：深昏迷，脑干反射消失，自主呼吸停止（必须通过自主呼吸诱发试验证实无自主呼吸，必须依靠呼吸机维持通气）。

(3) 确认实验：脑电图呈电静息状态，不出现大于 $2\mu\text{V}$ 的脑电波活动；正中神经短潜伏期体感诱发电位 P14 及以后的电位消失；经颅多普勒超声显示前、后脑循环血流停止。

(4) 观察时间：首次判定后观察 12 小时仍无变化，方可最后判定为脑死亡。

2. WHO 脑死亡判定标准

(1) 对外界刺激无任何反应。

(2) 无反射活动。

(3) 无自主性活动。

(4) 必须依靠持续的人工机械维持呼吸。

(5) 脑电图长时间静息。

（陈玲 周泽甫）