

医学临床诊疗技术丛书



LINCHUANGJIZHENG

临床急症

诊疗技术

主编 徐晓伟 房晓勇 王 琢

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书 ◆

临床急症

诊疗技术

徐晓伟 房晓勇 王琢 主编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了临床急症的诊断方法和治疗技术，包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识。并结合临床实际，重点介绍了诊断和治疗上的临床经验以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践，内容全面翔实，重点突出，是一本实用性很强的临床急症诊疗读本。适合相关专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

临床急症诊疗技术/徐晓伟, 房晓勇, 王琢主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2017. 4

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 7732 - 2

I. ①临… II. ①徐… ②房… ③王… III. ①急性病—诊疗 IV. ①R459. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 071547 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 13 $\frac{3}{4}$

字数 298 千字

版次 2017 年 4 月第 1 版

印次 2017 年 4 月第 1 次印刷

印刷 三河市汇鑫印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 7732 - 2

定价 39.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编写人员

主 编 徐晓伟 房晓勇 王 琢

副主编 周玉琴 高素红 任彦铭

郭会敏 冯家云

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 腾 王 琢 冯家云

任彦铭 孙晓燕 芮淑红

李海勇 张 栗 张旭辉

陈 莹 周玉琴 郑清圈

房晓勇 赵春雷 徐晓伟

郭会敏 高荣丽 高素红

前 言

抢救急症患者是医院的重要工作之一，也是衡量一个医院医护人员整体素质的重要标准。本书较为系统、全面地介绍了临床急症的诊断和治疗，包括分型、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识。把有丰富临床经验的高年资医师的临床思维方法和经验介绍给年轻医师，让他们不走弯路。在临床经验介绍中，书中特别强调了如何做好病历记录、医患沟通等方面的问题，可帮助年轻医师更好地构筑和谐医患关系。

本书共分为 11 章，立足临床实践，内容全面翔实，重点突出，力求深入浅出，方便阅读，是一本实用性很强的关于临床急症诊断和治疗技术方面的医学读本。该书适合于临床急症专业人员以及基层医务工作者使用。

作者在编写本书过程中，得到了多位同道的支持和关怀，在此表示衷心的感谢。

由于编写时间仓促，专业水平有限，书中存在的不妥和纰漏之处，敬请读者和同道批评指正。

编 者

2017 年 3 月

目 录

第一章 一般急症 / 1

- 第一节 发热..... 1
- 第二节 输血反应..... 6
- 第三节 休克..... 13
- 第四节 头痛..... 20
- 第五节 昏迷..... 24
- 第六节 晕厥..... 34

第二章 神经系统急症 / 38

- 第一节 急性脑血管病..... 38
- 第二节 三叉神经痛..... 49
- 第三节 急性面神经炎..... 53
- 第四节 急性感染性多发性神经根炎..... 56
- 第五节 癫痫及癫痫持续状态..... 61
- 第六节 重症肌无力危象..... 65

第三章 循环系统急症 / 71

- 第一节 心律失常..... 71

2 | 临床急症诊疗技术

第二节	心脏性猝死与心肺复苏	94
第三节	急性左心衰竭	98
第四节	高血压危象	102
第五节	急性心肌梗死	107
第六节	心绞痛	115
第七节	感染性心内膜炎	121

第四章 呼吸系统急症 / 129

第一节	急性气管-支气管炎	129
第二节	重症肺炎	134
第三节	支气管哮喘	143
第四节	急性呼吸窘迫综合征	148
第五节	急性呼吸衰竭	152
第六节	慢性肺源性心脏病	156
第七节	肺栓塞	171
第八节	自发性气胸	181
第九节	大咯血	186
第十节	急性肺水肿	192

第五章 消化系统急症 / 199

第一节	上消化道出血	199
第二节	急性胃炎	203
第三节	急性胰腺炎	207
第四节	急性出血坏死性肠炎	213

第五节	急性胆囊炎	218
第六节	胆管蛔虫症	222
第七节	溃疡病急性发作	226
第八节	肝性脑病	231

第六章 泌尿系统急症 / 236

第一节	急性肾功能衰竭	236
第二节	肾炎	240
第三节	急性膀胱炎	253
第四节	急性尿路感染	255

第七章 血液系统急症 / 262

第一节	急性再生障碍性贫血	262
第二节	急性失血性贫血	267
第三节	急性白血病	269
第四节	急性过敏性紫癜	283
第五节	弥漫性血管内凝血	287
第六节	急性溶血、溶血危象和再生障碍危象	296

第八章 内分泌系统急症 / 303

第一节	甲状腺危象	303
第二节	糖尿病酮症酸中毒	306
第三节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	311

4 | 临床急症诊疗技术

81 第四节	甲状旁腺危象	314
82 第五节	肾上腺危象	317
83 第六节	垂体危象	319
84 第七节	低血糖症	323
85 第八节	尿崩症	332
86 第九节	嗜铬细胞瘤	340

第九章 免疫系统急症 / 353

87 第一节	系统性红斑狼疮	353
88 第二节	类风湿关节炎	359
89 第三节	干燥综合征	367
90 第四节	混合性结缔组织病	373
91 第五节	多发性肌炎和皮肌炎	378
92 第六节	系统性硬化症	383
93 第七节	强直性脊柱炎	388

第十章 中毒急症 / 394

94 第一节	急性有机磷农药中毒	394
95 第二节	急性亚硝酸盐中毒	399
96 第三节	一氧化碳中毒	402
97 第四节	急性酒精中毒	404
98 第五节	甲醇中毒	407
99 第六节	急性细菌性食物中毒	410
100 第七节	毒蛇咬伤	413

第十一章 环境因素急症与意外伤 / 417

- 第一节 中暑..... 417
- 第二节 冻伤..... 421
- 第三节 溺水..... 422
- 第四节 电击伤 426

第一章

一般急症

第一节 发热

发热是指在致热原作用下，体温调节中枢的调节点上移而引起的调节性体温升高，一种病理性体温增高，是对致病因子的全身性反应。口腔温度高于 37.5°C ，腋温高于 37.2°C ，肛温高于 37.6°C 或一日之间体温相差在 1°C 以上，称为发热。发热过程超过2周为长期发热，短于2周为急性发热。临床将发热的程度（以口腔为例）分为：低热（ $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）；中等度发热（ $38.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）；高热（ 41°C 以上）。

发热的原因很多，通常分为感染性发热和非感染性发热两大类。

（一）感染性发热

1. 病毒性感染 流行性感冒、普通感冒、成人麻疹、流行性出血热、流行性腮腺炎等。
2. 立克次体感染 地方性及流行性斑疹伤寒、恙虫病、Q热等。
3. 寄生虫感染 疟疾、阿米巴肝脓肿、急性血吸虫病等。
4. 螺旋体感染 钩端螺旋体病、回归热等。
5. 细菌性感染 猩红热、败血症、细菌性肺炎、化脓性

扁桃体炎、急性咽炎、化脓性脑脊髓膜炎、结核病等。

6. 衣原体、支原体感染 鹦鹉热、支原体肺炎等。

7. 真菌感染 隐球菌感染、念珠菌感染等。

8. 混合感染

(二) 非感染性疾病

1. 结缔组织病 系统性红斑狼疮、皮炎、结节性多发性大动脉炎。

2. 变态反应与过敏性疾病 药物热、输血输液反应、血清病、注射异体蛋白等。

3. 恶性肿瘤 白血病、淋巴瘤、恶性网状细胞瘤、肉瘤等。

4. 组织损伤 严重创伤、大手术、无菌性坏死、烧伤、放射性损伤、急性心肌梗死等。

5. 中枢神经性疾病 脑外伤、脑血管病、热射病等。

6. 散热障碍

【诊断依据】

(一) 临床症状

1. 热度 以腋窝温度分：①低热， 38°C 以下；②中度热， $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；③高热， $39.1\sim 40^{\circ}\text{C}$ ；④超高热 $>40^{\circ}\text{C}$ 。

2. 热型

(1) 稽留热：多见于传染性非典型肺炎、败血症、伤寒、大叶性肺炎。

(2) 弛张热：多见于脓毒血症、肝脓肿、败血症、感染性心内膜炎、粟粒型结核、恶性组织细胞病等。

(3) 间歇热：多见于疟疾、胆管感染、回归热、Still病等。

(4) 回归热：体温急骤升高至 39°C 以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期各持续若干天，即规律性地互相交替一次，见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(5) 波状热：体温逐渐升高至 39°C 或以上，数天后逐渐下降至正常水平，数天后又逐渐升高，如此反复多次，常见于布氏菌病、恶性淋巴瘤等。

(6) 不规则热：发热持续时间、体温波动无一定规律，可见于结核病、风湿热、流感、普通感冒、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

3. 伴随症状

(1) 寒战：先寒战后高热见于大叶性肺炎，输血、输液反应；反复寒战高热见于败血症、感染性细菌性心内膜炎。

(2) 淋巴结肿大：全身淋巴结肿大有压痛见于传染性单核细胞增多症；局部淋巴结肿大有压痛见于炎症；无压痛见于转移瘤。

(3) 伴昏迷：先发热后昏迷见于乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎，先昏迷后发热多见于脑出血、巴比妥类药物中毒。

(4) 伴黄疸：急性病毒性肝炎、肝脓肿、化脓性胆管炎、胆管癌、胰头癌、急性溶血、疟疾、传染性单核细胞增多症等。

(5) 伴心脏增大、心脏杂音：风湿热、亚急性感染性心内膜炎、心包炎等。

(6) 伴有皮疹：发热后出疹时间大致为：猩红热第 2 日，麻疹第 3~5 日，风疹第 1~2 日，斑疹伤寒第 4~6 日，水痘第 1 日，天花第 3 日，登革热第 4~6 日，伤寒第 7 日后，幼儿麻疹第 3~4 日，传染性单核细胞增多症第 4~10 日。

(7) 伴特殊面容：伤寒病患者常表情淡漠；斑疹伤寒、流行性出血热有醉酒样面容；猩红热见口周苍白圈及草莓舌；麻疹常见眼睑水肿，结膜充血，眼分泌物增多。

(二) 辅助检查

1. 血液检查 白细胞总数增高及中性粒细胞升高，多见

于全身或局部细菌感染、白血病、肿瘤引起的类白血病反应；若正常则多见于病毒性感染、疟疾、结核病等。若血培养阳性，诊断败血症等。

2. 尿、粪便常规 尿出现白细胞、脓细胞多见于泌尿系感染。大便有黏液脓血见于细菌性痢疾等。

3. 胸部 X 线检查 排除呼吸系统或心血管系统疾病。

4. 特殊检查 腰穿取脑脊液检查、超声波检查、CT、磁共振检查以排除或诊断肿瘤、脓肿、结石等疾病。

(三) 鉴别诊断

1. 急性感染性发热

(1) 呼吸道病毒感染。

(2) 肾病综合征出血热：临床三大主征（发热、出血、肾损害）、五期经过（发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期）、白细胞计数增高、血小板减少、蛋白尿、抗体 IgM、IgG 检测有助诊断。

(3) 传染性单核细胞增多症：由 EB 病毒引起。发热、咽峡炎、颈后淋巴结肿大、肝脾大，抗 EBV IgM 阳性。

(4) 流行性乙型脑炎：诊断主要依据流行季节、高热、意识障碍、脑脊液异常、乙脑特异性抗体 IgM、乙脑病毒抗原检测。

(5) 急性发热伴皮疹。

(6) 急性发热伴头痛。

(7) 急性发热伴肺部病症。

2. 长期高热

(1) 感染性疾病

① 结核病：肺部 X 线检查、痰结核杆菌及血结核抗体检测有助诊断。

② 伤寒与副伤寒：多次血培养或骨髓培养是确诊的依据。

③ 细菌性心内膜炎：多有先天性心脏病或风湿性心脏瓣

膜病史、心脏杂音改变、血培养有致病菌等。

④肝脓肿：高热、寒战、肝区疼痛、肝大有压痛，B超检查、肝脏穿刺可确诊。

(2) 非感染性疾病

①原发性肝癌：肝区痛、消瘦、肝大、黄疸等，AFP阳性、AKP增高有诊断价值，B超检查、CT扫描有助于定位诊断。

②恶性淋巴瘤：不明原因的发热、淋巴结肿大，按炎症治疗或结核治疗1个月无效者，应做淋巴结活检、骨穿、肝穿、B超、CT等检查。

③恶性组织细胞病：长期不明原因发热，伴有肝脾大，淋巴结大，而流行病学资料、症状、体征不支持急性感染且有造血功能障碍者，应做骨髓涂片或组织活检。

④急性白血病：血涂片、骨髓检查可确诊。

⑤结缔组织病：根据临床表现，结合检查血沉、抗核抗体、狼疮细胞等以明确诊断。

3. 反复发热

(1) 布氏杆菌病：反复发热伴多汗、游走性关节痛、肝脾大、淋巴结肿大等，血、骨髓培养，血清凝集试验，免疫吸附试验可助诊断。

(2) 疟疾：阵发性寒战、高热、大汗，隔日或隔2日周期发作。血涂片找疟原虫。

(3) 淋巴瘤：骨髓涂片或骨髓活检有助诊断。

(4) 回归热：血、骨髓涂片找到回归热螺旋体即可确诊。

【治疗】

1. 降温原则

(1) 病因治疗：在疾病未得到确诊和有效治疗前，不必强行解热，尤其不能使用类固醇激素。最根本、最关键的治疗是针对病因治疗。

(2) 紧急降温指征：①热度高低并不是衡量疾病轻重的

最重要指标。但 41℃ 以上超高热属重症，仅热度即可损伤某些组织器官，特别是脑组织，需采取紧急降温处理。②体温 40℃ 以上有明显头痛、意识障碍和惊厥；恶性肿瘤患者，心肌梗死或心肌劳损者，应采取紧急降温处理。

2. 降温措施

(1) 物理降温：25% ~ 50% 乙醇擦浴；冷毛巾湿敷额部，5 ~ 10 分钟更换 1 次；冰袋置于额、枕后、颈、腋、腹股沟；冰水灌肠、冰水浴等。

(2) 药物降温：口服复方阿司匹林，肌内注射复方氨基比林、柴胡，或选用地塞米松加入葡萄糖液静脉滴注；伴惊厥、谵妄者用冬眠疗法（氯丙嗪 50mg，哌替啶 100mg，5% 葡萄糖液 250ml），静脉滴注。

【参考医嘱】

- (1) 参照高热护理常规。
- (2) 一级护理。
- (3) 流质或半流质。
- (4) 物理降温，立即。
- (5) 5% 葡萄糖氯化钠注射液 1000ml，静脉滴注，1 次/日。
- (6) 10% 葡萄糖液 1000ml，静脉滴注，1 次/日。
- (7) 林格液 1000ml，静脉滴注，1 次/日。
- (8) 维生素 B₁ 20mg，3 次/日。
- (9) 维生素 C 200mg，2 次/日。
- (10) 抽血查血常规、血气分析、血培养 + 药敏、生化全套、血沉、C-反应蛋白 (CRP)、血涂片找疟原虫、免疫学检查。
- (11) 胸部透视或摄片。必要时骨髓穿刺、淋巴结穿刺、腰椎穿刺送检。

第二节 输血反应

输血是一种非常重要而有效的治疗手段，但在输血过程

中或在输血后，接受输血的患者会产生与原来疾病无关的一些新的症状和体征，而这些症状和体征与输血密切相关，因而统称为输血反应，它会给患者带来一定的额外的痛苦，极个别甚至会危及生命。输血反应按发生的时间分为即发反应（指输血当时或输血后 24 小时内，亦称急性输血反应）和迟发反应（指输血后几日至几十日）。下面重点介绍较常见的急性输血反应。

一、非溶血性发热反应

1. 致热源 包括可以引起发热反应的一切物质，如蛋白质、死细菌和细菌产物等，由于具有耐热性、可滤过性、水溶性、不挥发性和被吸附性等特点，再加上在采血和输血器具的清除热原过程中存在问题，所以过去热原是引起发热反应的重要原因，但随着输血器具的发展，特别是输血器具的不断更新和改进，此原因已日趋减少。

2. 抗原 - 抗体反应 主要见于多次输血者或经产妇，由于体内已产生抗白细胞 HLA 的抗体，当再次输入白细胞时就可发生抗原 - 抗体反应，激活补体，使白细胞溶解而释放热原。有时血小板亦可发生类似反应引起发热。

3. 细菌污染性输血性反应 早期常以发热为主要表现，应注意仔细区别，因为治疗和预后与上面原因引起的发热反应不同。

【诊断依据】

（一）临床表现

于输血开始后 15 分钟至输血后 2 小时内突然怕冷、寒战、发热，继之体温上升达 $38 \sim 41^{\circ}\text{C}$ ，可伴恶心、呕吐、皮肤潮红、心悸、头痛，一般数小时内完全恢复正常。

（二）诊断

凡输血过程中或输血后 2 小时内体温升高 1°C 以上，伴有