

新编急危重症 诊断与处理措施

(上)

朱永林等◎主编

编委会

主 编:朱永林 赵 琴 金玉姬

王志斌 杜晓峰 曲 伟

副主编:潘玉洁 王鲁民 宋 然

张国旭 陶 杰 王军虎

拜合提尼沙·吐尔地 张玉峰 谢映红

编 委:(按照姓氏笔画)

马永涛 开封市儿童医院

王军虎 中国人民解放军第 323 医院

王志斌 兰州军区兰州总医院

王林纳 郑州市中心医院

王鲁民 青岛大学附属医院

曲 伟 荣成市石岛人民医院

朱永林 郑州大学第二附属医院

刘 宇 沈阳军区总医院

阴 莹 中国人民解放军第四六三医院

杜晓峰 滨州医学院烟台附属医院

李小象 开封市儿童医院

吴亚丛 中国人民解放军第 264 医院

宋 然 邯郸市第一医院

张玉峰 郑州颐和医院

张国旭 沈阳军区总医院

林荣森 中国人民解放军第 205 医院

金玉姬 青岛市第六人民医院

周 莉 开封市儿童医院

赵 琴 兰州大学第二医院

拜合提尼沙·吐尔地 新疆医科大学第一附属医院

郭 东 中国人民解放军第 202 医院

陶 杰 沈阳军区总医院

黄 婷 沈阳军区总医院

曹 莉 中国人民解放军第 463 医院

韩劲松 沈阳军区总医院

谢映红 中国人民解放军第 202 医院

潘玉洁 新疆生产建设兵团医院



朱永林,男,1972年生,郑州大学第二附属医院,副主任医师,1995年毕业于新乡医学院,从事神经内科专业,2005年郑州大学神经病学硕士研究生毕业,从事老年医学至今,擅长老年心脑血管病及老年合并多种疾病的综合诊治,共完成省级课题2项,发表论文20篇,主编著作2部。



赵琴,女,1966年生,兰州大学第二医院,主管护师,1987年毕业于甘肃省卫生学校,2005年毕业于兰州大学继续教育学院护理大专,2008年毕业于兰州大学继续教育学院护理本科。并于1987年至今先后在急诊门诊、急诊内科病房、急诊外科病房、急诊ICU病房从事临床护理工作。对急、危、重病病人的抢救及护理有着丰富的护理经验。2005年获得兰州大学第二医院“优秀护士”称号;2012年获得兰州大学第二医院“优秀护士”称号。



金玉姬,女,1964年生,医学博士,青岛市第六人民医院,副主任医师,副教授。青岛市医学会肝病专业委员会委员,日本肝脏病学会会员。1988年毕业于白求恩医科大学医疗系,2000年获白求恩医科大学内科学硕士学位,2004年获日本国立香川医科大学博士学位。1998年曾被国家教委公派留学到日本国立香川医科大学系统学习有关肝脏病的诊断和治疗方法,先后在日本、美国等国家进行了相关的临床基础研究。20余年来一直致力于肝脏疾病的临床和科研工作,对各种病毒性肝炎、肝硬化、脂肪肝、自身免疫性肝炎等肝病诊治方面具有丰富的临床经验,在肝脏再生研究方面取得了显著的成绩,已发表30多篇学术论文,承担多项科研课题。

前 言

由于急危重症患者的并且危重且复杂多变,医务人员必须动态掌握患者病情变化,给予准确救治方案并根据患者实际病情变化及时合理地调整救治方法,因此,急危重症的救治要求医务人员必须拥有高素质,高水平,必须要求急危重症救治相关的医务人员具备跨专业、多学科能力具备。如何更妥善的救治患者,提高抢救水平,是每个医务人员必须思考的问题。近年来,急危重症救治领域的进展迅速,广大临床医务人员急需掌握最新的理论技术,并出色地运用于临床救治当中。为此,本编委会特组织在急危重症救治领域具有丰富经验的医务人员,在繁忙工作之余编写了此书。

本书内容涉及临床各系统内外科常见急危重症的诊断与救治措施,包括:急诊常见症状的评估与救治、ICU 常见危重症患者的监护、神经系统急危重症、心血管系统急危重症、心脏疾病的核医学应用、呼吸系统急危重症、消化系统急危重症、内分泌系统急危重症、泌尿系统急危重症、血液系统急危重症、感染性疾病、老年急危重症、小儿急危重症、急性中毒以及常见急危重症的护理。

针对涉及各种疾病,书中均进行了详细介绍,包括疾病的病因病理、发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、救治流程、救治关键、救治方案、并发症处理、预后及预防等。

为了进一步提高临床医务人员的救治水平,提高救治率,本编委会人员在多年临床救治经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医务人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多内科相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负急危重症临床救治工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高医务人员临床救治水平的目的。

《新编急危重症诊断与处理措施》编委会

2016 年 3 月

目 录

第一章 急诊常见症状的评估与救治	(1)
第一节 急性胸痛	(1)
第二节 急性腹痛	(5)
第三节 急性头痛	(7)
第四节 发热	(9)
第五节 心悸	(12)
第六节 呼吸困难	(14)
第七节 咯血	(18)
第八节 呕血与便血	(20)
第九节 黄疸	(22)
第十节 呕吐与急性腹泻	(25)
第十一节 排尿困难	(28)
第十二节 水肿	(31)
第十三节 眩晕	(34)
第十四节 晕厥	(37)
第十五节 意识障碍	(39)
第十六节 抽搐	(43)
第二章 ICU 常见危重症患者的监护	(47)
第一节 心脏围手术期患者的监护	(47)
第二节 急性左心衰肺水肿患者的监护	(54)
第三节 静脉血栓栓塞患者的监护	(56)
第四节 急性呼吸衰竭患者的监护	(58)
第五节 急性呼吸窘迫综合征患者的监护	(59)
第六节 重症胰腺炎患者的监护	(61)
第七节 糖尿病酮症酸中毒患者的监护	(63)
第八节 感染性休克患者的监护	(65)
第九节 急性加重期慢性阻塞性肺疾病患者的监护	(66)
第十节 重症支气管哮喘患者的监护	(68)
第十一节 急性肾功能衰竭患者的监护	(69)
第十二节 急性肝功能衰竭患者的监护	(71)
第十三节 心、肝、肾脏器移植患者的监护	(74)
第三章 神经系统急危重症	(82)
第一节 颅内压增高	(82)
第二节 脑疝	(97)
第三节 短暂性脑缺血发作	(107)

第四节	脑梗死	(111)
第五节	癫痫持续状态	(120)
第六节	急性脑血管病	(124)
第七节	重症肌无力	(129)
第八节	周期性瘫痪	(132)
第九节	流行性乙型脑炎	(133)
第十节	流行性脑脊髓膜炎	(137)
第四章	心血管系统急危重症	(143)
第一节	心力衰竭	(143)
第二节	不稳定性心绞痛	(158)
第三节	变异型心绞痛	(164)
第四节	缺血性心肌病	(168)
第五节	急性心肌梗死	(170)
第六节	急进型恶性高血压	(178)
第七节	高血压危象	(182)
第八节	急性周围动脉栓塞	(186)
第九节	外周静脉血栓栓塞	(195)
第十节	心脏创伤	(203)
第五章	心脏疾病的核医学应用	(206)
第一节	心肌灌注显像在缺血性心脏病早期诊断中的应用	(206)
第二节	心肌灌注显像在缺血性心脏病危险度分层与治疗决策中的应用	(217)
第三节	心肌灌注显像在急性冠脉综合征中的应用	(227)
第六章	呼吸系统急危重症	(235)
第一节	急性呼吸衰竭	(235)
第二节	哮喘持续状态与猝死	(241)
第三节	自发性气胸	(248)
第四节	急性呼吸窘迫综合征	(249)
第五节	肺源性脑病	(257)
第六节	肺栓塞	(262)
第七节	胸腔积液	(265)
第八节	慢性阻塞性肺部疾病合并急性呼吸衰竭	(269)
第九节	重症哮喘	(273)
第十节	重症肺炎	(279)
第十一节	大咯血	(282)
第十二节	原发性支气管肺癌	(286)
第七章	消化系统急危重症	(299)
第一节	急性胃(肠)炎	(299)
第二节	细菌性食物中毒	(299)
第三节	急性胃扩张	(304)

第四节	肝性脑病	(307)
第五节	急性出血坏死性小肠炎	(312)
第六节	伪膜性肠炎	(314)
第七节	缺血性肠病	(316)
第八节	中毒性巨结肠	(318)
第九节	急性药物性肝损害	(320)
第十节	肝硬化	(323)
第十一节	上消化道大出血	(331)
第十二节	自发性细菌性腹膜炎	(334)
第十三节	肝肾综合征	(336)
第十四节	肝肺综合征	(341)
第十五节	细菌性肝脓肿	(344)
第十六节	门静脉高压症	(350)
第八章	内分泌系统急危重症	(362)
第一节	糖尿病酮症酸中毒	(362)
第二节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(368)
第三节	糖尿病并发急性感染	(372)
第四节	酒精性酮症酸中毒	(379)
第五节	甲状腺功能亢进危象	(382)
第六节	急性低血糖	(389)
第九章	泌尿系统急危重症	(401)
第一节	急性肾小球肾炎	(401)
第二节	急进性肾小球肾炎	(402)
第三节	IgA 肾病	(403)
第四节	肾病综合征	(404)
第五节	急性间质性肾炎	(407)
第六节	肾小管性酸中毒	(409)
第十章	血液系统急危重症	(412)
第一节	急性溶血性贫血	(412)
第二节	弥散性血管内凝血	(414)
第三节	过敏性紫癜	(416)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(418)
第五节	输血反应	(419)
第十一章	感染性疾病	(422)
第一节	流行性感胃	(422)
第二节	人感染高致病性禽流感	(424)
第三节	麻疹	(428)
第四节	传染性非典型肺炎	(431)
第五节	病毒性肝炎	(435)

第六节	病毒感染性腹泻	(446)
第十二章	老年急危重症	(450)
第一节	老年帕金森病	(450)
第二节	老年癫痫	(454)
第三节	老年痴呆	(456)
第四节	老年糖尿病	(463)
第十三章	小儿急危重症	(475)
第一节	新生儿窒息	(475)
第二节	新生儿缺氧缺血性脑病	(477)
第三节	新生儿胎粪吸入综合征	(482)
第四节	新生儿黄疸	(484)
第五节	急性病毒性脑炎	(487)
第六节	化脓性脑膜炎	(491)
第七节	脑性瘫痪	(494)
第八节	小儿肝炎	(497)
第九节	小儿肝功能衰竭	(502)
第十节	脓毒症与脓毒性休克	(504)
第十四章	急性中毒	(510)
第一节	急性有机磷杀虫剂中毒	(510)
第二节	急性百草枯中毒	(518)
第三节	急性杀鼠剂中毒	(523)
第四节	急性药物中毒	(528)
第十五章	急危重症护理	(533)
第一节	常见急危重症状护理	(533)
第二节	神经系统急危重症的护理	(560)
第三节	呼吸系统急危重症的护理	(573)
第四节	消化系统急危重症的护理	(583)
第五节	循环系统急危重症的护理	(593)
第六节	泌尿系统急危重症的护理	(600)
第七节	内分泌系统急危重症的护理	(603)
参考文献		(614)

第一章 急诊常见症状的评估与救治

第一节 急性胸痛

急性胸痛是急诊科常见症状,病因繁多,严重性悬殊极大。胸痛包括非创伤性和创伤性胸痛,本节所讲的主要是非创伤性胸痛。急性非创伤性胸痛既包括任何解剖学胸部范围内的原因所导致的任何不适,也包括躯体其他部位疾患放射至胸部的疼痛。不同病因所致急性胸痛的危重程度差异巨大,疼痛程度常与预后不完全平行,诊治措施的不同可致预后相差甚大。

一、病因

常见致命性病因包括:急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)、主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸;常见低危性病因包括:稳定型心绞痛、自发性气胸、反流性食管炎、食管裂孔疝、胆结石、胆囊炎、急性肋软骨炎、心脏神经症、胸膜炎、心包炎等。其中,ACS是致命性非创伤性胸痛的最常见病因,占90%以上。具体病因见表1-1。

表 1-1 急性胸痛的病因

分类		病因
心血管系统疾病		急性冠状动脉综合征、稳定型心绞痛、心肌炎、梗阻性肥厚型心肌病、急性心包炎、二尖瓣病变、主动脉瓣狭窄、主动脉夹层、主动脉瘤破裂、主动脉窦瘤破裂、肺栓塞、肺动脉高压、梅毒性心血管病等
非心血管系统疾病	呼吸系统疾病	气胸、胸膜炎、胸膜肿瘤、血胸、气胸、脓胸、肺炎、急性气管支气管炎、肺癌等
	消化系统疾病	反流性食管炎、食管裂孔疝、食管癌、胆结石、胆囊炎、肝癌、肝脓肿等
	胸廓疾病	急性肋软骨炎、肋间神经炎、带状疱疹、急性皮炎、蜂窝织炎、肌炎、非化脓性肋软骨炎(Tietze病)、肋骨骨折、胸椎疾病、流行性胸痛(Bornholm病)、胸腹壁血栓性静脉炎(Mondor病)等
	纵隔疾病	纵隔气肿、纵隔炎、纵隔肿瘤等
	其他病变	颈椎疾病、膈疝、膈下脓肿、急性白血病、多发性骨髓瘤、强直性脊柱炎、脾梗死、心脏神经症等

二、病情评估与危险分层

(一)病情评估

对急性胸痛患者,应立即评估意识、呼吸、脉搏、心率、血压、氧饱和度等基本生命体征,“先挽救生命、再辨别病情”,识别引起胸痛的致命性疾病。

1. 识别危及生命的症状和体征 包括无脉搏、呼吸困难或停止、突发晕厥或抽搐、发绀、大汗淋漓、血压<90/60mmHg、氧饱和度<90%、咳粉红色泡沫样痰、双肺湿啰音、四肢湿冷等,需立即抢救。

2. 初步识别 ACS 和非 ACS 疾病 无危及生命的情况或经抢救处理生命体征稳定后,识别胸痛的病因。

提示 ACS 的胸痛特征:胸痛为压迫性、紧缩性、烧灼感或沉重感;无法解释的上腹痛或腹

胀;放射至肩部、背部或左臂或双上臂、颈部、下颌、牙齿、耳;胃灼热(烧心),胸部不适伴恶心和(或)呕吐,伴持续性气短或呼吸困难;伴无力、眩晕、头晕或意识丧失,伴大汗。须注意,女性、糖尿病患者和老年患者有时症状不典型。

提示非 ACS 疾病的胸痛特征:以胸闷、呼吸困难、咯血为主,伴有轻微胸痛;刀割样或撕裂样胸痛,部位随时间延长向上或下逐渐移动;胸痛为锐痛,与呼吸或咳嗽有关;疼痛部位多变、不固定;胸痛与体位或按压身体局部有关;胸痛的持续时间很短($<15s$)。非典型胸痛不能完全除外 ACS。

3. 尽早完成体格检查 主要注意颈静脉有无充盈、胸痛与呼吸的关系、双肺呼吸音是否对称一致、双肺有无啰音、双上肢血压是否一致、心音是否可听到、心脏有无杂音、腹部有无压痛和肌紧张等情况。

4. 了解相关病史 向患者本人或其家属了解病史,包括此次胸痛发作时间,既往胸痛史,既往心脏病、糖尿病和高血压等病史,既往药物治疗史,既往药物过敏史等情况。

5. 尽早完成相关辅助检查 10min 内完成第一份心电图,并尽快完成血气分析、心肌损伤标志物、D-二聚体、肝肾功能、血常规、血生化等实验室检查;患者身体条件许可情况下,完成床旁胸部 X 线、床旁超声心动图、主动脉增强 CT 或胸部 CT 检查等。

(二)危险分层

评估病情的同时开展危险分层。存在危及生命的症状或体征时应评估为极高危,需立即抢救。经抢救生命体征稳定后,应早期初步诊断,怀疑为 ACS、主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸等的患者应评估为高危患者,需迅速检查治疗,避免病情恶化;考虑为其他疾病,如自发性气胸、带状疱疹、急性肋软骨炎等往往不会危及生命,可评估为低危患者,应逐步完善检查,对症处理。

若判断为 ACS,需进一步进行评分以评估危险性,这对于判断 ACS 患者预后有重要意义,并可指导选择合理的临床治疗方案。目前常用的 ACS 危险分层评价方法包括:心肌梗死溶栓治疗(thrombolysis in myocardial infarction, TIMI)评分和全球急性冠状动脉事件注册(global registry of acute coronary events, GRACE)评分。

1. TIMI 评分 TIMI 评分包括 7 项指标:年龄 ≥ 65 岁;至少具有 3 个冠心病危险因素;冠状动脉狭窄 $\geq 50\%$;心电图 ST 段变化,24h 内至少有 2 次心绞痛发作;7 天内使用阿司匹林;心肌损伤标志物水平升高。每项指标计 1 分,相加后得到 TIMI 危险计分(表 1-2)。低危:0~2 分;中危:3~4 分;高危:5~7 分。

表 1-2 不同 TIMI 危险计分的心血管事件发生率

TIMI 危险计分(分)	心血管事件* 发生率(%)
0、1	4.7
2	8.3
3	13.2
4	19.9
5	26.2
6、7	40.9

* 心血管病事件包括 14 天内的总的死亡、新发生或复发的 MI,严重缺血需紧急血运重建

2. GRACE 评分 GRACE 评分系统包括 8 项指标:年龄、心率、动脉收缩压、血肌酐、心

电图 ST 段变化、心功能 Killip 分级、入院时心搏骤停、心肌损伤标志物水平升高。GRACE 评分系统虽较为复杂,但其变量容易获得,且评分可通过向相应软件输入变量直接得到。GRACE 评分>140 分者考虑为病情危重,需行急诊介入手术。

三、诊断思路与流程

(一)根据病情,判断患者胸痛的病因性质

1. 心血管系统疾病

(1)心脏疾病:如 ACS、肥厚型心肌病、主动脉瓣狭窄、二尖瓣脱垂、二尖瓣狭窄。多在劳累、情绪波动、饱食、排便、输血输液等增加心脏负荷诱因下出现,常表现为心前区或胸骨后压榨样剧痛,持续时间多在 10~15min 以内,严重者在 20min 以上,可伴肩臂、后背、腹部、下颌等放射痛。疼痛可在休息、含服硝酸酯类药物后逐渐缓解。辅助检查:心电图可有 ST-T 段缺血改变,或心肌酶学有动态变化;心脏彩色多普勒超声有助于诊断心肌病、心脏瓣膜病变。

(2)心包炎:咳嗽、体位变化可使疼痛加剧,早期即有心包摩擦音,心电图除 aVR 外,其余导联均有弓背向下的抬高,T 波倒置,无异常 Q 波。

(3)主动脉夹层:胸骨后持续性剧痛,疼痛一开始即达高峰,常放射至背、肋肋、腹、腰和下肢,两上肢血压和脉搏可有显著差异,可有主动脉瓣关闭不全的表现,但一般无心肌酶学显著升高,行主动脉增强 CT 和超声检查有助于诊断。

(4)肺栓塞:可发生胸痛、咯血、呼吸困难和休克,但有右心负荷急剧增加的表现如发绀、肺动脉瓣区第二心音亢进、颈静脉充盈、肝大、下肢水肿等,心电图典型表现为 $S_I Q_{III} T_{III}$ 征(即 I 导联 S 波加深,III 导联出现 Q/q 波及 T 波倒置),肺动脉增强 CT 检查有助于鉴别。

2. 呼吸系统疾病

(1)胸膜炎和累及胸膜的肺炎:为炎症累及壁胸膜所致,为单侧和刀割样锐痛,吸气时加重,行胸部 CT 检查可帮助鉴别。

(2)自发性气胸:多见于瘦高体型男性青壮年,X 线检查可见局部肺纹理消失,行胸部 X 线、CT 检查有助于诊断。

3. 消化系统疾病 可根据病史、诱因、体格检查、心电图、血清生化标志物、CT 和超声、胃镜检查等协助诊断。

4. 胸廓疾病

(1)颈、胸椎骨质增生,椎间盘突出,胸脊髓外肿瘤压迫神经后根,疼痛常呈持续性,有神经压迫症状,可行 CT 检查明确诊断。

(2)带状疱疹:可见数个或成簇的水疱沿一侧肋间神经分布并伴剧痛,疱疹不超过体表中线。

5. 纵隔疾病 纵隔气肿常表现为剧烈胸痛,向肩部放射,伴呼吸困难、发绀,可有皮下气肿,常因食管穿孔所致,可行胸部 CT 检查鉴别。

(二)诊断为 ACS 者,进一步明确亚型

1. ST 段抬高型心肌梗死(ST-elevation myocardial infarction, STEMI) 根据症状、心电图 ST 段抬高或新发左束支传导阻滞等典型改变,结合心肌损伤标志物可明确。

2. 不稳定型心绞痛(unstable angina pectoris, UA)/非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI) 根据临床表现、心电图改变及心肌损伤标志物可作出诊断。

(三)怀疑 ACS 者,进入 ACS 筛查流程

1. 就诊时心电图和肌钙蛋白正常患者,需重复观察 6h 后心电图或肌钙蛋白变化。若患者持续胸痛,或需应用硝酸甘油缓解,提示高危,建议早期、连续复查心电图和肌钙蛋白。

2. 若患者复查心电图示 ST-T 段动态变化或肌钙蛋白升高或血流动力学异常,则提示为 UA 或 NSTEMI,进入 UA/NSTEMI 救治流程。

3. 若患者就诊后间隔 6h 或胸痛后 6~12h 心电图无 ST-T 段动态变化或肌钙蛋白没有升高,提示患者近期发生心肌梗死或死亡的风险为低危或中危,危险分层可用 TIMI 评分或 GRACE 评分。

(四)非 ACS 疾病筛查流程

未确诊 ACS 者,均需结合病史、胸痛特点、体征等,如有必要接受主动脉或肺动脉 CT 检查明确诊断,尽快排除主动脉夹层、肺栓塞或张力性气胸等致命性疾病,进一步完善相关辅助检查以确定病因。

四、救治原则

(一)紧急处理原则

若患者存在生命危险,立即建立静脉通路和吸氧,并给予药物对症处理,以求尽快稳定生命体征,必要时进行心肺复苏。

(二)ACS 的紧急处理

1. STEMI 的紧急处理 立即进入 STEMI 救治流程,目标是尽可能降低再灌注时间,挽救生命,改善预后。治疗措施包括:进行心肌再灌注治疗(急诊经皮冠状动脉介入术或溶栓治疗),并给予抗血小板、抗凝及优化心肌能量代谢等对症处理。

2. UA 或 NSTEMI 的紧急处理 治疗关键是准确进行危险分层,早期识别高危患者,根据不同危险分层给予相应介入或药物治疗方案。

3. ACS 筛查流程后提示 UA 或 NSTEMI,按照 UA/NSTEMI 流程处理。

4. ACS 筛查流程复查结果为阴性者,可进行危险分层:低危患者若没有其他引起胸痛的明确病因,可出院后 72h 内行心脏负荷试验或冠状动脉 CT 检查并于门诊就诊;中危患者建议请心内科医生会诊,出院前行上述检查。

(三)非 ACS 疾病治疗原则

1. 怀疑主动脉夹层、肺栓塞或张力性气胸等致命性疾病者,需迅速对症治疗,避免病情恶化,并急请相应专科协助诊治。

2. 怀疑其他低中危疾病者,应对症处理,逐步完善检查,症状缓解后到相关专科门诊进一步诊疗。

五、注意事项

1. 急性胸痛病因繁多、严重性悬殊极大,预后常与疼痛程度不完全平行,早期诊断、危险分层十分重要。

2. 对急性胸痛患者,应立即评估生命体征,先救命,再辨病。

3. ACS 是致命性非创伤性胸痛最常见的病因,对于急性胸痛患者必须常规做心电图检查。

(王军虎)

第二节 急性腹痛

急性腹痛是急诊常见的主诉之一,占全部急诊就诊患者主诉的 10%。其中大于 65 岁的腹痛患者中需要住院处理的可高达 65%。由于有些引起腹痛的疾病可以迅速致人死亡,所以首先应对生命体征进行评估。接下来进行问诊,注意了解:腹痛的发生时间、部位、程度、规律、性质(撕裂样痛、绞痛、隐痛),外伤情况等;伴随症状,如食欲缺乏、恶心、呕吐、腹泻、便血、发热、排尿等情况;女性月经及性生活等。

一、病因

首先确定部位,然后分析原因,如出血、缺血、梗阻、穿孔、炎症(表 1-3)。

表 1-3 急性腹痛的常见病因

腹痛性质	腹腔内疾病	腹腔外疾病
弥漫性腹痛	腹膜炎、胰腺炎、胃肠炎、主动脉夹层、肠梗阻、肠系膜上动脉缺血、早期阑尾炎等	糖尿病酮症酸中毒、急性溶血、重金属(如铅)中毒、腹型过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等
右上腹痛	急性胆囊炎、胆绞痛、急性肝炎、肝破裂、消化道穿孔、胰腺炎、急性阑尾炎等	带状疱疹、急性冠状动脉综合征、右下肺炎、肺栓塞等
右下腹痛	急性阑尾炎、肠炎、憩室炎、异位妊娠、卵巢黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转、盆腔炎、输尿管结石、疝等	腹壁血肿、精囊炎、腰肌损伤等
左上腹痛	胃炎、胰腺炎、脾破裂、脾梗死、腹主动脉瘤等	急性冠状动脉综合征、左下肺炎、肺栓塞等
左下腹痛	憩室炎、异位妊娠、卵巢黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转、盆腔炎、输尿管结石、疝等	腰肌损伤等

二、病情评估与危险分层

首先根据生命体征进行评估,如果不平稳,则表明病情危重。同时可以根据腹痛的持续时间及程度来判断。持续时间长的剧烈疼痛多表明病情急重。若患者有心、脑等器官的基础疾病,其危险程度亦增加,病情随时有急转恶化的可能,尤其应该引起重视。老年人阑尾炎腹痛更弥散,多半没有反跳痛。另外,也需要注意到艾滋病患者腹痛的情况,这些患者可由巨细胞病毒感染所引起的腹泻导致,也可以是卡波西肉瘤导致的肠梗阻,还可以是巨细胞病毒等引起的胆系感染。

三、诊断思路与流程

先按部位诊断(表 1-3)。对于腹痛的性质,则按下述流程进行诊断(图 1-1)。

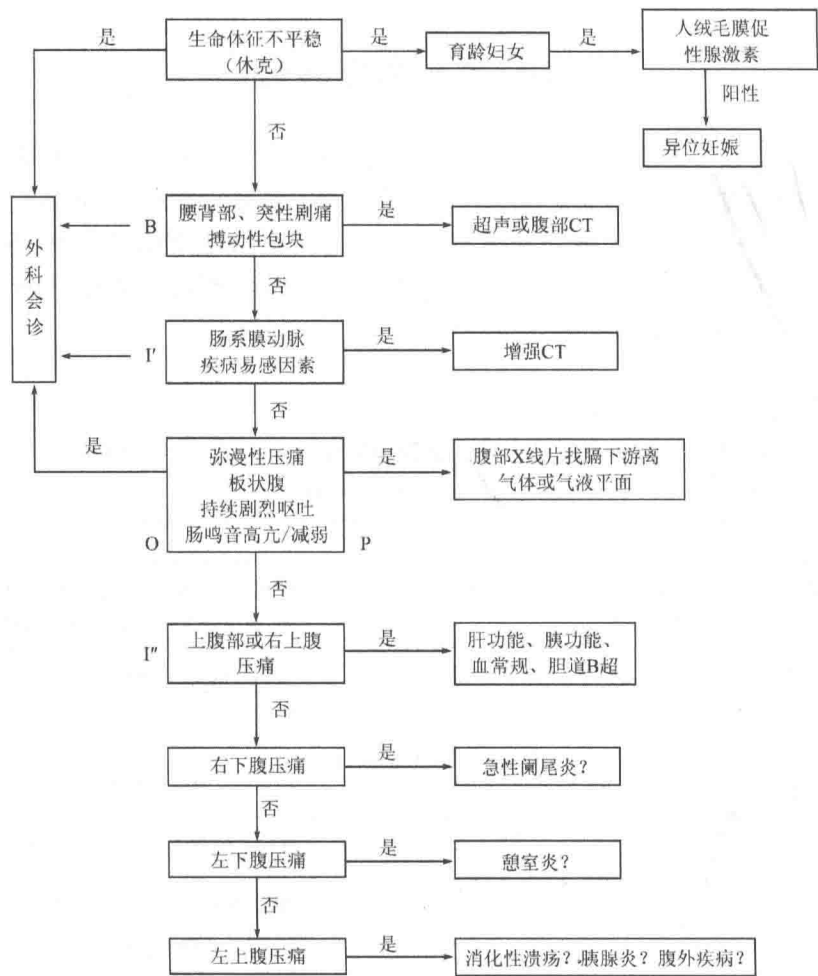


图 1-1 急性腹痛的诊断流程图

B(bleeding, 出血): 非外伤性出血, 如异位妊娠、脾破裂、腹主动脉瘤破裂, 肝癌破裂、消化道出血。I'(ischemia, 缺血): 肠系膜血管阻塞、主动脉夹层。O(obstruction, 梗阻): 胃肠梗阻, 胆管、胰管、输尿管阻塞。P(perforation, 穿孔): 胃肠道穿孔。I'(inflammation, 炎症): 急性阑尾炎、肝炎、胰腺炎等

在进行上述诊断的过程中, 应该注意以下情况。对于上腹痛原因不明的老年人, 尤其是具有心脏病危险因素者, 应进行心电图检查。诊断盆腔炎或泌尿系感染时, 要注意与阑尾炎相鉴别。年龄大于 50 岁的腹痛原因不明者, 应该进行腹部超声或 CT 检查以除外主动脉夹层。

四、救治原则

首先要对患者的全身情况进行正确评估, 稳定患者的生命体征, 然后早期诊断; 其次, 要注意判断是否为外科疾病、是否需要手术治疗, 并与外科医生协调好; 再次, 若需要进行手术治疗, 则确定何时手术, 做好术前的各项检查, 并做好准备工作, 让患者在恰当的手术时机得到治疗。

五、注意事项

1. 不论是什么主诉, 以维持生命体征为第一要务。明确是否有大量呕吐、是否意识不清,

- 如有,则须马上进行呼吸道保护。未明确诊断前,应禁食、水观察,同时静脉补液,以防脱水。
2. 在整个诊治过程,一定要注意首先除外危及生命的几个疾病,如腹主动脉夹层、实质性器官(肝、脾)破裂出血、肠系膜动脉缺血、空腔脏器(胃、肠、阑尾)穿孔等。若的确存在上述情况,注意掌握外科手术时机。
3. 腹痛有部分原因是腹腔以外疾病,诊断时需要考虑。尤其是对危及生命的疾病,如急性心肌梗死、肺栓塞的识别。
4. 对于有肠梗阻或肠麻痹的患者,给予胃管进行胃肠减压,并进行肛诊。许多临床医生因为肛诊的不方便而将其忽略,但这个简单的检查可以帮助判断直肠、下段结肠的解剖情况,因此可以进行这部分肠梗阻的原因鉴别。对于有感染倾向的患者,尽早应用抗生素。
5. 镇痛 是否镇痛一直是值得讨论的问题。过去的主张是不轻易应用药物,以免影响诊断。现在倾向于适当使用镇痛药物,以减轻患者痛苦。以吗啡类为佳,可不掩盖腹部体征。解热镇痛药物有抗炎作用,可以掩盖早期腹膜炎的表现,不建议使用。

(王军虎)

第三节 急性头痛

头痛(headache)是临床常见的症状,一般头颅上半部(包括眉弓、耳轮上缘和枕外隆突连线以上部位)的疼痛统称头痛。病程在 2 周内的为急性头痛,病程在 3 个月内的为亚急性头痛,病程大于 3 个月为慢性头痛。急性头痛主要为急性发作的头部疼痛,是神经急危重病常见症状,给患者带来极大痛苦,有时甚至威胁患者生命。

一、病因

引起急性头痛的原因很多,可分为器质性和非器质性两大类(表 1-4)。

表 1-4 急性头痛的常见病因

器质性头痛	非器质性疾病
颅内疾病	偏头痛
颅脑外伤(脑挫裂伤、硬膜下血肿、硬膜外血肿等)	丛集性头痛
急性脑血管病(高血压性脑出血、脑室出血、蛛网膜下腔出血等)	紧张性头痛
颅内感染性疾病(如病毒性脑炎、化脓性脑膜炎等)	慢性阵发性偏侧头痛
颅内肿瘤(神经胶质瘤、脑膜瘤等)	神经性头痛等
颅内压降低或增高等	
颅外疾病	
全身感染性疾病	
内分泌代谢病	
中毒性疾病	
五官科疾病如鼻窦炎	
药物戒断等	

二、病情评估与危险分层

很多疾病都能导致急性头痛,关键是对引起急性头痛的病因进行全面分析,明确诊断。要对病情轻重进行合理评估,对一般疾病引起的头痛作一般处理,对危重疾病引起的头痛要

高度重视。要有危险分层意识,由非器质性病变引起的没有生命危险的急性头痛属于低危,由器质性病变引起的有生命危险的急性头痛属于高危。对高危情况如蛛网膜下腔出血、严重的颅内感染等要做好医患沟通,避免出现不必要的医疗纠纷。对诊断不明的严重急性头痛患者按高危进行观察与处理。

三、诊断思路与流程

对急性头痛的诊断要全面分析,根据病史、查体及实验室检查的有关资料,结合所掌握的理论知识作全面而辨证的分析,找出其规律性,以利于明确诊断。

按头痛的起病方式、头痛部位、头痛发作及持续时间、头痛程度、伴随症状和加重或缓解因素等方面进行分析,常可很快作出初步诊断,或进一步缩小思考和检查范围(图 1—2)。

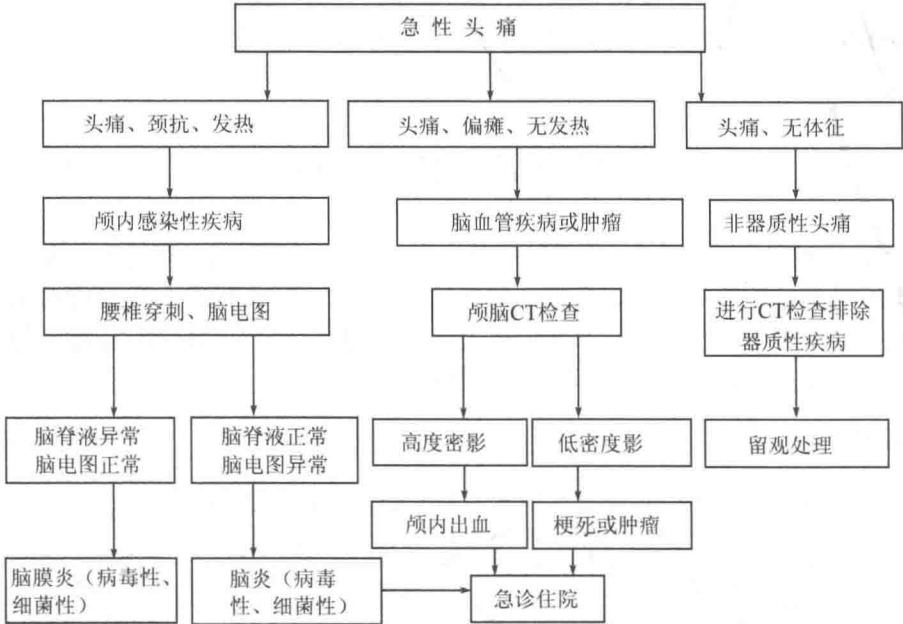


图 1—2 急性头痛的诊断流程

四、救治原则

(一)急诊处理

1. 镇痛镇静 无论任何原因所致头痛,特别是剧烈难以忍受者,均需立即给予镇痛处理,可给予异丙嗪与氯丙嗪镇静,给予曲马多、布洛芬等镇痛。

2. 伴随呕吐症状怀疑颅内压增高者即刻给予高渗性脱水剂进行降颅内压治疗。

(二)迅速明确诊断,针对病因进行治疗

1. 头痛突然发生、无发热、无偏瘫体征但脑膜刺激征阳性者要高度怀疑原发性蛛网膜下腔出血或脑室出血,在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作颅脑 CT 检查或腰椎穿刺检查。

2. 头痛突然发生、伴随偏瘫体征而有或无脑膜刺激征者要高度怀疑脑出血,在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作颅脑 CT 检查。

3. 头痛急性发生、伴随发热、脑膜刺激征阳性者要怀疑颅内感染性疾病,在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作腰椎穿刺检查及脑电图检查,必要时作颅脑 CT 检查。

4. 头痛突然发生,而神经系统无阳性体征,且以往有类似发作者要高度怀疑血管功能性头痛,排除器质性头痛后给予镇静、镇痛等对症处理。

5. 偏头痛给予麦角胺咖啡因、曲普坦类药物(triptans)等治疗。

(三)综合治疗

诊断明确前根据经验或相关指征采取抗感染、脱水降颅内压等综合治疗,诊断明确后给予病因治疗。有手术适应证者积极做好术前准备,如立体定向微创颅内血肿清除术等。

(王军虎)

第四节 发热

临床上按热度高低将发热分为低热(37.3~38℃)、中度发热(38.1~39℃)、高热(39.1~41℃)及超高热(41℃以上)。因发热的病因复杂,诊断困难,其常是急诊的复杂疑难病症。

一、病因

按有无病原体侵入机体分为感染性发热和非感染性发热两大类,以前者多见,占发热病因的60%~70%。引起感染性发热的病原体有细菌、病毒、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌及寄生虫等。不论急性还是慢性、局灶性还是全身性感染均可引起发热。非感染性发热是由病原体以外的其他病因引起的发热。详见表1-5。

表 1-5 发热的常见病因

类型		病因
感染性 发热	病毒感染	流行性感冒及其他病毒性上呼吸道感染,急、慢性病毒性肝炎,流行性出血热,严重急性呼吸综合征,艾滋病,传染性单核细胞增多症,流行性乙型脑炎,脊髓灰质炎等
	细菌感染	急性细菌性上呼吸道感染,细菌性肺炎,支气管扩张并发感染,胸膜炎,结核病,炭疽,心包炎,感染性心内膜炎,急、慢性泌尿系感染,急、慢性胆道感染,急、慢性腹腔感染(包括急腹症),局灶性细菌感染如肝脓肿、肺脓肿、膈下脓肿、肾周脓肿、臀肌脓肿、脑脓肿及浅部化脓性感染(疖、痈、皮下急性蜂窝织炎),脓毒症,急性细菌性痢疾,伤寒或副伤寒,流行性脑脊髓膜炎等
	支原体、衣原体感染	鹦鹉热,支原体肺炎,衣原体肺炎等
	立克次体感染	斑疹伤寒,恙虫病
	螺旋体感染	钩端螺旋体病,回归热,鼠咬热
	真菌感染	深部真菌感染与真菌性脓毒症(包括隐球菌病、念珠菌病、曲霉菌病)等
	寄生虫感染	疟疾、急性血吸虫病、阿米巴肝脓肿、丝虫病、人旋毛线虫病等
非感染 性发热	吸收热	物理和机械性损伤;大面积烧伤,创伤,大手术后,骨折,内脏出血和热射病等血液系统疾病;白血病,恶性淋巴瘤,恶性组织细胞病,骨髓增生异常综合征,多发性骨髓瘤,急性溶血,血型不合输血等。肿瘤:血液恶性肿瘤之外的各种恶性肿瘤
	变态反应性疾病	药物热,血清病
	结缔组织病	风湿热,系统性红斑狼疮,结节性多动脉炎,皮炎,多发性肌炎,成人 Still 病,干燥综合征,硬皮病,原发性血管炎,白塞综合征
	中枢性发热	中暑,颅内出血或颅内肿瘤,间脑综合征,自主神经功能紊乱和感染后低热
	其他病因	甲状腺功能亢进症,甲状腺危象,亚急性甲状腺炎,痛风,严重脱水,输液或输血反应,坏死性肉芽肿及原因未明等