

急重症医疗与护理

任巧玲 ■ 等主编

nanhaichubangongsi



南海出版公司

急重症医疗与护理

任巧玲 等主编

南海出版公司

2006·海口

图书在版编目 (CIP) 数据

急重症医疗与护理/任巧玲等主编. —海口:南海出版公司,2006. 5

ISBN 7-5442-3381-2

I. 急… II. 任… III. ①急性病—诊疗②急性病—护理③险症—诊疗④险症—护理 IV. ①R459.7②R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 024929 号

JIZHONGZHENGYILIAOYUHULI

急重症医疗与护理

主 编 任巧玲等

责任编辑 陈 弥

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司电话(0898)66568511(出版) 65350227(发行)

社 址 海南省海口市海秀中路 51 号星华大厦五楼 邮编 570206

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 济南申汇印务有限责任公司

开 本 850×1168 毫米 1/32

印 张 12.5

字 数 310 千字

版 次 2006 年 5 月第 1 版 2006 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1~500 册

书 号 ISBN 7-5442-3381-2/R·133

定 价 26.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编：任巧玲 付亚力 马 轟 王均友
王朝春 刘祥臣 肖广龙 杨秋云
李孝玲 陆 鲜 徐 文 孙风华

副主编：（以姓氏笔画为序）

王金燕 孔祥琴 田玉娟 刘久香
纪玉珍 江继贤 李 静 李尚兰
宋培瑚 张 敏 张 程 武翠凤
吴桂华 范现汝 郑 芳 赵玉波
周玉玲 周瑞兰 姜雪梅 倪利平
燕翠霞 魏凤梅

编 委：（以姓氏笔画为序）

丁 艳 丁丽华 万 杰 马会元
广春芳 马爱荣 王悦玲 付 华
刘 勇 刘云爱 刘凤芝 刘传娥
朱 丽 任 杰 任志君 许丽荣
张 静 张 蕊 张冬梅 张玉霞
张秀芹 张淑芹 宋微香 吴 皓
陈祥红 周爱贞 赵树菊 赵艳霞
胡春风 侯 峰 高晓翠 郝玉荣
郭黎霞 韩群英 程凤莲 陶翠奎
鲍成薇 翟庆玲 蔡令艺 颜红莉
戴 琨 魏文光 魏静丽 魏月玲

前 言

随着医学科学的飞速发展，检查手段的逐步完善，人们对疾病的认识也越来越深刻，许多疾病得以有效救治。然而对一些急重症的处理，有时还欠妥当，而这些急重症常危及人们的生命，这就要求医务工作者对急重症有一个全面的认识。为此，我们组织具有丰富临床经验的中青年医疗、护理专家，集思广益、通力合作，编写了本书。在编写过程中，参考了近几年来国内外大量有关资料，结合作者的临床实践经验，密切联系实际，力求做到内容新颖丰富，重点突出，深入浅出，立足实用，能解决急重症救治过程中的实际问题。

全书共分十章，首先介绍了17种常见急诊症状的诊断思路及处理原则，重点阐述了各系统急重症的诊断、治疗和护理，还介绍了新技术的开展及新药物的应用。因此，本书是临床医务工作者抢救急危重症时的必备参考书。如本书对广大读者有所裨益，我们将不胜欣慰。由于水平所限，书中缺点错讹难免，恳请广大读者及同道不吝赐教。

编 者

于山东省安康医院

2006年3月

目 录

第一章 急重症常见症状的处理	(1)
第一节 头痛	(1)
第二节 高热	(14)
第三节 咳嗽	(21)
第四节 大咯血	(24)
第五节 胸痛	(30)
第六节 紫绀	(35)
第七节 呼吸困难	(37)
第八节 急性腹痛	(45)
第九节 呕吐	(52)
第十节 急性腹泻	(57)
第十一节 黄疸	(63)
第十二节 昏迷	(69)
第十三节 抽搐	(81)
第十四节 瘫痪	(85)
第十五节 休克	(92)
第十六节 晕厥	(99)
第十七节 眩晕	(105)
第二章 呼吸系统	(111)
第一节 急性呼吸窘迫综合征	(111)
第二节 自发性气胸	(119)
第三节 哮喘持续状态	(125)

第四节	肺栓塞	(130)
第三章	循环系统	(134)
第一节	高血压危象	(134)
第二节	急性心肌梗死	(139)
第三节	急性左心室衰竭	(149)
第四节	心肌炎	(155)
第四章	消化系统	(162)
第一节	肝性昏迷	(162)
第二节	急性胆囊炎	(169)
第三节	急性上消化道出血	(172)
第四节	重症胰腺炎	(181)
第五节	绞窄性肠梗阻	(188)
第五章	泌尿系统	(194)
第一节	急性肾小球肾炎	(194)
第二节	急性肾盂肾炎	(197)
第三节	急性肾功能衰竭	(200)
第四节	急性尿路感染	(209)
第五节	尿毒症综合征	(212)
第六章	血液系统	(219)
第一节	急性溶血性贫血	(219)
第二节	再生障碍性贫血危象	(223)
第三节	急性白血病	(230)
第四节	弥漫性血管内凝血	(236)
第五节	急性粒细胞缺乏症	(243)
第六节	血友病甲	(247)
第七章	内分泌系统	(251)
第一节	垂体前叶机能减退危象	(251)
第二节	甲状腺机能亢进危象	(255)

第三节	糖尿病酮症酸中毒	(262)
第四节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(268)
第五节	低血糖昏迷	(274)
第六节	肾上腺皮质功能减退危象	(277)
第八章	神经系统	(283)
第一节	脑出血	(283)
第二节	蛛网膜下腔出血	(288)
第三节	高血压脑病	(293)
第四节	癫痫持续状态	(296)
第五节	重症肌无力危象	(301)
第六节	多发性硬化	(306)
第九章	儿科疾病	(311)
第一节	新生儿破伤风	(311)
第二节	新生儿败血症	(315)
第三节	新生儿颅内出血	(318)
第四节	急性肺炎	(321)
第五节	急性坏死性肠炎	(327)
第六节	小儿急性心力衰竭	(330)
第七节	重症婴幼儿腹泻	(336)
第十章	外科疾病	(344)
第一节	急性颅脑损伤	(344)
第二节	颈椎损伤	(353)
第三节	胸部损伤	(358)
第四节	腹部损伤	(365)
第五节	挤压综合征	(374)
第六节	烧伤急救	(378)

第一章 急重症常见症状的处理

第一节 头 痛

头痛 (Headache) 是指眉及枕以上部位的深部痛和放射痛, 是一种主观的自觉症状, 且与精神因素有明显关系。头痛的产生多认为由于头颅的疼痛感受器受到某些病理因素刺激形成异常神经冲动, 经感觉传导通路传递到大脑皮质而产生痛觉。头痛是临床最常见的症状, 而不是一种单独的疾病。很多疾病都可以引起头痛, 如脑炎、脑瘤、感冒、癫痫等, 甚至没病也可能出现头痛。因此, 患者和医生对头痛必须十分重视。患者要把头痛看成一种信号或警告, 提醒自己及时就诊。医生则应以积极、慎重的态度, 认真仔细加以检查分类、处理, 以免延误诊断和治疗。

一、病因

引起头痛的原因一般有以下 6 种: ①大脑基底动脉及其主要分支的牵拉; ②颅内与颅外血管的扩张或痉挛; ③血管和颅内、外结构的炎症; ④头皮与颈部肌肉的收缩; ⑤颅内压的改变以副鼻窦、眼眶、耳朵与牙齿髓腔内压力的改变; ⑥对含有痛觉纤维的神经直接的压迫与牵引。归纳起其发病原因大致有以下 4 种:

(一) 颅内疾病

1. 颅内感染。脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑蛛网膜炎等。
2. 颅内血管疾病。高血压脑病、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、颅动脉瘤、脑供血不足等。

3. 颅内占位性病变。脑瘤、颅内转移瘤、脑结核瘤、脑囊虫病、脑血吸虫病、脑包虫病等。

4. 颅脑外伤。震荡、脑挫伤、脑外伤后遗症、硬脑膜下腔出血等。

5. 其他。偏头痛、丛集性头痛、头痛性癫痫、腰椎穿刺后头痛等。

(二) 颅外疾病

1. 骨疾病。颅底凹陷症、颈椎病等。

2. 神经痛。三叉神经痛、舌咽神经痛等。

3. 颞动脉炎。

4. 眼源性、耳源性、鼻源性、牙源性头痛。

(三) 全身性疾病

1. 急性与慢性全身感染。

2. 心血管疾病。高血压、慢性心功能不全等。

3. 中毒。铅、乙醇、一氧化碳、有机磷、颠茄等中毒。

4. 中暑。

5. 其他。尿毒症、低血糖、贫血、系统性红斑性狼疮、肺性脑病、月经期头痛等。

(四) 精神疾病

1. 神经衰弱。

2. 癔症。

3. 疑病。

4. 抑郁症。

二、诊断

(一) 病史

可以毫不夸张地说，没有经验过头痛的人几乎是没有的。头痛的原因甚多，要获得明确的病因诊断，需从多方面入手。头痛

出现的时间规律，对头痛的诊断有所帮助。早晨头痛加重者，是由于夜间平卧，使颅内压相对增高有关，故多为颅内占位性病变，如各种脑瘤。额窦炎或筛窦炎由于炎性分泌物的蓄积，清晨头痛也加重，但随分泌物的排出，头痛逐渐减轻，结合鼻窦炎病史，可明确诊断。三叉神经痛白天发生较多，而丛集性头痛多在夜间睡眠中发生。头痛发生迅速，时间持续较短者，多为功能性疾病引起，如血管性偏头痛。头痛发生缓慢，持续时间较长，并有加重趋势者，多以脑器质性疾病为主，如脑肿瘤、脑膜瘤、硬膜下血肿。

头痛的持续时间在诊断上很重要。神经性头痛持续时间短，数秒或数十秒，如三叉神经痛。持续2~3小时或1~2天，是血管性头痛的特点。持续数日者见于耳源性、鼻源性、齿源性、眼源性或腰穿术后、麻醉术后及部分电抽搐治疗后头痛。神经官能症性头痛则可长年累月连绵不断、时轻时重，并受情绪高低或体内外因素变化而变化。慢性持续性、进行性头痛，是脑瘤、颅内压增高、慢性硬膜下血肿的特点。偏头痛常在白天发作，即使夜间发作，亦应是觉醒期间，持续数小时至2日，头痛发生后逐渐加重，数分钟或1~2小时达高峰，并持续不过2日，然后可逐渐缓解。

头痛的性质可以提供诊断的线索。如发作性电击样剧痛多为三叉神经痛；咽后部发作性疼痛向耳及后枕部放射为舌咽神经痛的特征；搏动性跳痛，又具有反复发作性，是血管性头痛的特点。但是在临床上大部分病例头痛性质变化多端，无特殊性，各种疾病头痛的性质并非是一成不变的，有时甚至是多样性的。

头痛的程度受病变所累及的部位、侵犯头部致痛组织的程度及个体反应性所决定。所以说，头痛的严重程度与病情的严重程度无平行关系。按头痛的强弱情况可分为三类。一是轻度头痛：指患者可以忍受，不影响日常的工作和学习，如鼻源性、齿源性

及眼源性头痛等；二是中度头痛：指患者头痛较重，并影响日常的工作和学习，如脑肿瘤、慢性炎症等；三是重度头痛：指患者头痛剧烈，难以忍受、不能进行正常的工作和生活，如三叉神经痛、偏头痛等。

（二）头痛的种类

头痛的原因和症状有很多种，为了便于对头痛诊断、观察治疗效果，现代医学近来把头痛分为13种，有了共同的分类标准，我们就可以对头痛有一个比较全面的了解，也有了共同比较的尺度。

1. 偏头痛 症状为自发的、反复发作的头痛，每次发作2~72小时，以一侧搏动性头痛为主，中度或重度，发作时常会有恶心、呕吐、怕光和怕声音等症状。有些人可能有家族史。偏头痛可以分为无先兆和有先兆两种类型。

2. 紧张性头痛 表现为压迫感或紧箍样疼痛，位于太阳穴两侧，轻度或中度。有些患者反复发作，每次发作持续几分钟到几天；有些患者则会长期头痛，每月发作15天以上，且至少持续6个月。

3. 丛集性头痛 头痛位于一侧眼眶周围或者太阳穴，很严重，常有一侧眼结膜充血、流泪、流鼻涕、眼睑水肿、面部出汗等，每次发作会持续半小时到3小时，连续发作可达数星期到数月。头痛的特点是突然发作又突然消失，每年发作似乎有一定的周期。

4. 与器质性病变无关的各种头痛 本组分类中包括了许多疾病：①自发性刀刺样疼痛；②外部压迫性头痛；③冷刺激性头痛；④良性咳嗽性头痛；⑤良性锻炼性头痛；⑥与性活动有关的头痛。

5. 与头部外伤有关的头痛 指所发生的头痛与头部外伤有因果关系，分为急性外伤后头痛和慢性外伤后头痛两类。

6. 与血管性疾病有关的头痛 在日常生活中十分常见，包括以下一些疾病：①急性缺血性脑血管病；②颅内血肿；③蛛网膜下腔出血；④颞动脉炎；⑤动脉性高血压。

7. 与颅内非血管性疾病有关的头痛 可以把人的头颅看成是一个密闭的容器，其有脑、血管和脑脊液三大部分组成，任何一部分的增多或减少，都可能会引起头痛。①脑脊液压力过高或过低；②颅内感染；③颅内肿物。

8. 与某些物质或者习惯有关的头痛 主要是长期使用某种物质，造成身体的依赖性，形成所谓的成瘾，当中断使用时，就会出现头痛。如酒精导致的头痛、止痛药引起的头痛、麻醉性头痛等。

9. 与头部的感染有关头痛 全身感染能引起脑血管扩张，发热也会引起身体代谢增加，血管扩张，这都是头痛的原因。

10. 与代谢疾病有关的头痛 各种代谢疾病都可能引起头痛，头痛与疾病有关。可以根据病因将它们进一步分类：①高原性头痛；②低氧性头痛；③低血糖性头痛。

11. 与脸部器官有关的头痛 头痛与颅骨、颈部、眼耳鼻、鼻窦、牙齿、口腔或者其他面部结构疾病有关。

12. 颅神经痛 颅神经是头面部疼痛感觉的神经。当它们受到刺激时，很容易引起头痛。常见的有：①带状疱疹性头及面部痛；②三叉神经痛；③枕神经痛。

13. 不能分类的头痛 此外还有一些不明原因，也无法分类的头痛。

(三) 头痛的伴随症状

1. 剧烈恶心、呕吐 伴有剧烈恶心、喷射状呕吐者，常为颅内压增高的症状，多见于脑瘤、脑膜炎、硬膜下出血、脑出血等。突发性头痛伴有一般恶心、呕吐者，且呕吐后头痛缓解者，多见于血管性头痛。

2. 眩晕 头痛伴有明显眩晕者，多见于后颅凹病变，如小脑肿瘤、小脑脑桥角肿瘤等。若同时伴有耳鸣、睁眼眩晕加重，闭眼眩晕减轻，则提示为梅尼埃病。

3. 体位变化 假如头处于某种位置时，头痛加重或出现意识障碍，则多见于第三脑室附近肿瘤，或脑室内肿瘤，后颅窝或高颈部病变亦有此特点。

4. 视力障碍及其他眼部症候群 在青光眼等眼源性头痛和某些颅内肿瘤可出现短暂的视力减退、视野缺损等；椎-基底动脉缺血，也可出现视力减退等眼部症状；血管性头痛发作前可有视觉先兆，如闪光性暗点、偏盲等，出现复视伴有呕吐时，应高度怀疑脑肿瘤；如同时伴有发烧，则先考虑脑膜炎的可能，有结核病史的，应特别想到结核性脑膜炎之可能；如伴有视乳头水肿或眼底出血，肯定有引起颅内压增高的病变存在，多为脑肿瘤或高血压性脑病等。

5. 精神症状 若在疾病的早期出现精神症状的临床意义较大，根据一些症状可以寻找到相应的病变部位。如早期出现淡漠或欣快，可能为额叶肿瘤或神经梅毒。

6. 植物神经症状 头痛时常伴有面色苍白、多汗、恶心、呕吐心悸等植物神经症状，多见于血管性头痛或神经官能症性头痛。

7. 颅神经麻痹 伴有颅神经麻痹及其他神经系统局限性体征者，可见于脑肿瘤、硬膜下血肿、蛛网膜下腔出血、脑动脉瘤、脑血管病等。

(四) 辅助检查

对一名以“头痛”为主诉的患者，除进行常规的一般检查及神经系统检查，搜集必要的有关头痛性质、规律、出现时间等病史外，一些必要的辅助检查，对疾病的诊断具有十分重要的意义。如脑电图可帮助诊断头痛性癫痫，颅脑 CT 可帮助诊断脑器

质性疾病引起的症状性头痛。

1. 血、尿、大便常规检查

(1) 血常规：主要是注意白细胞总数及分类情况。白细胞总数及中性粒细胞升高，提示有细菌感染的可能；嗜酸性粒细胞升高，则提示有寄生虫感染的可能。

(2) 尿常规：出现蛋白升高、红细胞、管型时，头痛可能与肾脏疾病有关，乳糜尿时，提示头痛可能与丝虫病有关。

(3) 大便常规：发现大便中有大量脓细胞，提示头痛可能是肠炎的中毒症状；若绦虫卵和节片出现，头痛可能为脑囊虫病所致。

2. X线检查

(1) 颅平片：对部分占位病变有诊断意义。主要有以下几种：颅脑先天异常、颅内压增高、脑垂体肿瘤、颅内病理性钙化灶、局限性骨质破坏和增生等。

(2) 颈椎四位片：指从四个不同的方向拍X线片，以后枕部为主的头痛患者，为观察有无颈部疾病引起，应当拍摄颈椎正、侧及双斜位片。注意观察有无骨质退行性变，颈椎关节紊乱、椎间孔变小征象，以利排除颈性头痛。

(3) 鼻额位以及鼻额位片：由于许多鼻部及副鼻窦疾病，均可导致头痛，对疑为鼻源性头痛的患者，应当拍摄鼻额位或/和鼻额位片，观察上颌窦、额窦、筛窦有无炎症或肿瘤的X线改变。

3. 颅脑CT检查 脑CT已成为重要的检查方法，因头颅为不规则球体，各个部分在颅平片上有不同程度的重叠，对被检查部位来说形成许多伪影，给诊断带来诸多不便，易出现误诊和漏诊。随着科学技术的发展，CT的问世，目前颅脑平片已较少用，渐渐被颅脑CT所取代。颅脑CT不仅对颅骨完整性、脑组织的发育、密度等形成对比清晰的图像，而且对颅底、垂体和松果体

等处的占位也能清晰地成影，对颅内肿瘤、寄生虫、脓肿、血肿、脑组织出血及梗阻等病变均能提供确切、可靠的诊断依据。

4. 脑脊液检查 脑炎、脑膜炎、脑出血、蛛网膜下腔出血等多种脑部疾病，均可出现或轻或重的头痛。尽管有了颅脑 CT、核磁共振等先进医疗设备，但对一些疾病，尤其是炎症性疾病仍不能确诊。而腰椎穿刺，抽取适量脑脊液及其脑脊液压力测量，对某些引起头痛的脑（膜）疾病十分重要，能为诊断和治疗提供依据。由于许多人对其意义和本质尚不了解，存在着一些误解，如有的地方的人认为腰椎穿刺是抽“骨头油”，会伤害身体，有的甚至认为会使患者变呆傻，一提起腰穿就产生恐惧心理。拒绝或不愿意接受腰穿检查，以致延误治疗时机。其实做腰穿检查和采集脑脊液非常安全，通过测量脑脊液压力及脑脊液的生化检查，对区分器质性还是功能性头痛，具有重要价值。因此，对头痛患者进行腰椎穿刺检查是十分必要的。

腰穿检查对头痛患者还具有独特的诊断和治疗价值。在诊断方面，通过了解脑脊液压力，可明确是颅内压增高还是降低所致头痛。通过脑脊液中细胞成分改变，可判断有无脑出血或炎症由何类微生物引起。通过特殊的细胞学检查，可确定有无脑肿瘤。如向蛛网膜下腔注入造影剂，则能显示脑室系统及脑池的形态，向蛛网膜下腔注射药物，可有效解决某些药物不易透过血脑屏障的问题，减轻全身药物反应，迅速控制感染，增加疗效。但对疑有颅内占位性病变或有颅内压显著增高征象者、局部皮肤感染或病情垂危者禁忌腰穿，否则易发生脑疝而导致死亡。腰穿应在严格无菌的条件下进行，脑脊液留取不超过 5ml，要及时送验。术后去枕平卧 4~6 小时，以减少因颅内压降低所致头痛。

脑脊液检查的正常参考值：外观为无色透明；压力约为 0.64~1.76kPa；氯化物 119~129mmol/L；葡萄糖约为 2.5~4.5mmol/L，细胞数（0~8） $\times 10^6/L$ 。

5. 脑电图和脑地形图检查

(1) 脑电图和脑地形图：脑电图是利用高灵敏度生物信号放大器，将神经细胞自发产生的电活动接受、放大后，描记出来的连续曲线。脑地形图是脑电活动的更客观、更直观、更准确的分析，通过脑电活动变化和各区域的特点，能较早地提供病灶的部位，对估计预后及疗效评定提供依据。由于脑电地形图是对脑电图定量化，在一般脑电图曲线图很难看出的信息，可以在脑地形图上观察出来。

就脑电图在头痛诊断中的意义，凡属功能性头痛（如血管性、神经性、心因性头痛）脑电图通常不出现异常，至多表现为边缘状态。仅有极少数患者在偏头痛发作时，可表现为异常。只有在诊断以头痛为主要症状的癫痫发作时，脑电图才具有诊断意义，有资料表明，对癫痫性头痛的阳性率高达 90% 以上。另外，脑电图和脑地形图在诊断脑器质性头痛方面也具有一定的参考价值。

(2) 正常情况下的脑电图波：根据脑电图波形的频率和振幅，正常状态有 4 种节律，国际上统一命名为 α 波、 β 波、 θ 波、 δ 波。在正常成年人大脑皮层处于激动状态时，脑电以 β 波为主；皮层处于清醒、安静状态时，脑电以 α 波为主；困倦时出现 θ 波；只有在睡眠时才出现 δ 波。但在婴幼儿期，脑电波频率较低，一般只见 δ 波和 θ 波，10 岁以后才出现 α 波。若 12 岁以上儿童在清醒时，仍有 δ 波出现，则提示智力发育欠佳。

当清醒时，脑电图中出现过多的 θ 波活动，出现 δ 波活动、癫痫样放电或其他异常活动以及局灶性变化则为异常脑电图。

(3) 异常脑电图的分度：正常人中有约 7.8% 的人脑电图可出现广泛轻度异常，亦有极少数人出现广泛中度异常甚至重度异常。因此，脑电图必须与临床结合才有价值，一般认为，广泛中度异常才有病理意义。由此不难看出，不能因为脑电图有广泛轻