

急诊内科诊治流程

赵 剡 许喜泳 主编



科学出版社
www.sciencep.com

急诊内科诊治流程

赵 剡 许喜泳 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书内容实用,涵盖了最常见的急诊内科临床专题,按照简明、实用、规范的原则阐述,结构清晰明确,有助于临床医师迅速做出正确诊断和恰当处理。本书的出版将弥补急诊医学大部分传统书籍的不足,为急诊医师、内科各专业临床住院医师和主治医师、高年级医学生、实习医师提供准确快捷的急诊内科诊治指南,并适于作为《急诊医学》课程的教科书。

图书在版编目(CIP)数据

急诊内科诊治流程/赵剡,许喜泳主编. —北京:科学出版社,2007
ISBN 978-7-03-018336-1

I. 急… II. ①赵…②许… III. 内科—急诊 IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 002764 号

责任编辑:向小峰 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 华 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2007 年 1 月第一次印刷 印张:20 1/4

印数:1—4 000 字数:475 000

定价:49.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换(环伟))

《急诊内科诊治流程》编写人员

主 编 赵 剡 许喜泳

副主编 陈志桥 陈海华 李 瑾 金晓晴

编 者 (按姓氏笔画排序)

万 静 江 城 许喜泳 刘汉兴

杜朝晖 李 莉 李 瑾 余 追

余 黎 宋小兵 张利娟 陈志桥

陈海华 杨 敏 金晓晴 周 青

赵 剡 贾宝辉 夏 剑 徐旭东

舒 敏 熊 丽

顾 问 (按姓氏笔画排序)

么冬爱 叶燕青 任江华 刘煜敏

李建国 林宇辉 罗和生 胡正国

桂希恩 夏 冰 徐启勇 徐焱成

黄从新 曹茂银 章军建

序

急诊医学在我国为一门新兴的科缘学科,而近二十年来,由于社会的发展,人民群众的需要,卫生行政主管部门的重视,我国广大急诊医学工作者的共同努力,使该学科有了迅猛的发展,而且正在沿着正确的轨迹继续迈进。

急诊医师每天要面临着无数未经选择的、各色各样的急诊患者,其中有的患者病情凶险,有时生命往往悬于一发之间,诊断和救治必须争分夺秒,若判断和某一项关键性的抢救措施正确,则患者的生命便可望得救;反之,则患者死亡或严重致残。也有部分患者病情虽亦危重,但表现却十分隐蔽,这就更增加了救治的困难。总之,有时处理急诊危重病人,时间就是生命。我们急诊医务工作者的责任是何其之重大,而所需具备的基本知识和技能,是何其之深广。但是,在抢救急危重病人时,给予我们的时间,则又何其之短而有限。我们难以苛求每位急诊医师熟悉和牢记每一种急危重病诊治的各个方面,牢记每一个条目,牢记每一种用药的适应证、禁忌证和剂量。他们多么渴望在“临战现场”能有一本可以花极短时间查阅、参考和指导的书籍,以便随时翻阅。

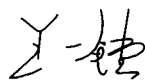
现在,武汉大学中南医院急救中心主任赵剌教授组织编写了《急诊内科诊治流程》一书,非常适合上述的需求。全书有48个专题,而每一专题的表述包括四个部分:一是本专题的重要提示,二是线框式流程图,三是带灰底的文字说明,四是参考文献。该书内容的编排十分实用,且诸多参考了国际指南以及美国、法国和国内的权威专著。参与的编者均有多年从事急诊医学和重症医学的临床经验,并有武汉大学医学部附属医院的各专业知名教授担任顾问,因此,保证了本书的质量。无疑地,本书的出版是对我国急诊医学的一项贡献。

我十分高兴地获悉这本书即将出版,欣喜之余,乐而为之序。

国际急诊医学联合会 理事

国际人道救援医学学会 理事

南京医科大学第一附属医院 终身教授



2006年12月1日

· i ·

前 言

急诊医学作为一门新兴学科,目前发展迅速。它以多专业医学知识为基础,以急危重症抢救及生命支持为鲜明的专业特点,要求在最短的时间内采取最有效的措施,这就需要有规范化、程序化的诊治流程,特别是在患者多、病情复杂及危重的情况下尤为重要。鉴于国内急诊医学缺乏规范化处理指南的现状,我们参照欧美成熟的急诊医学体系,结合最新的国际国内指南编写了这本具有先进性、实用性和规范化的《急诊内科诊治流程》。

本书共十一章,48个专题。每个专题分为四个部分:第一部分为本专题的重点提示,包括临床诊治中的关键点、临床经验的精华;第二部分为线框式流程图;第三部分为带灰底的文字说明,对本专题流程图作详细而重点突出的补充及强调;第四部分为重要参考文献。本书各章节的撰写均参考了国际指南、美国及法国急诊医学书籍、国内权威专著等。

本书特色在于实用性很强,流程具体清晰,一目了然,并引入了国际通用的诊治指南。其中部分观点与国内现行常规不尽相符,供各位读者参考。

深感欣慰的是在本书编写过程中,全体编者体现出了极强的团队精神,同时表现出了对医学知识的求是创新和对急诊医学的热情与执著。

全体编者在繁忙的临床工作之余,全力以赴地完成了本书的编写,但由于能力和水平所限,时间仓促,恳请读者对其中疏漏及谬误之处提出指正与批评。

感谢武汉大学中南医院与武汉大学人民医院相关专业许多专家的悉心指导与帮助。

特别感谢急诊医学前辈王一镗教授在百忙中为本书作序,并对本书编写提出了宝贵的意见。

作者

2006. 12. 25

目 录

序

前言

第一章 常见急症诊治流程	(1)
第一节 急性发热	(1)
第二节 胸痛	(10)
第三节 呼吸困难	(16)
第四节 咯血	(20)
第五节 急性腹痛	(24)
第六节 急性头痛	(30)
第七节 昏迷	(35)
第八节 晕厥	(42)
第九节 眩晕	(47)
第二章 心血管系统疾病急诊诊治流程	(53)
第一节 急性冠脉综合征	(53)
第二节 高血压危象	(60)
第三节 急性心衰	(66)
第四节 心律失常	(73)
第三章 呼吸系统疾病急诊诊治流程	(83)
第一节 肺栓塞	(83)
第二节 慢性阻塞性肺病急性加重期	(90)
第三节 哮喘急性发作	(96)
第四节 急性呼吸衰竭	(101)
第五节 气胸	(106)
第四章 消化系统疾病及常见中毒急诊诊治流程	(110)
第一节 急性上消化道出血	(110)
第二节 急性酒精中毒	(116)
第三节 急性有机磷农药中毒	(121)
第四节 急性对乙酰氨基酚中毒	(127)
第五节 急性冰毒中毒	(132)
第六节 急性阿片类中毒	(136)
第七节 急性镇静催眠药中毒	(139)
第八节 一氧化碳中毒	(142)

第五章 内分泌代谢系统疾病急诊诊治流程	(145)
第一节 糖尿病酮症酸中毒	(145)
第二节 糖尿病高渗昏迷	(150)
第三节 低血糖	(154)
第四节 甲状腺功能亢进危象	(158)
第五节 低钾血症	(163)
第六节 高钾血症	(169)
第六章 神经系统疾病急诊诊治流程	(173)
第一节 急性脑血管病	(173)
第二节 癫痫及痫性发作	(183)
第三节 重症肌无力危象	(192)
第七章 血液系统疾病急诊诊治流程	(197)
第一节 白细胞减少症	(197)
第二节 急性特发性血小板减少性紫癜	(200)
第八章 环境因素疾病急诊诊治流程	(204)
第一节 中暑	(204)
第二节 淹溺	(209)
第三节 电击伤	(213)
第九章 危重症急诊诊治流程	(218)
第一节 休克	(218)
第二节 心肺脑复苏	(232)
第十章 急救技术	(240)
第一节 急诊气管插管术	(240)
第二节 急诊气管切开术	(244)
第三节 急诊输血治疗	(249)
第四节 急诊镇静	(253)
第五节 急诊镇痛	(258)
第十一章 急诊常用药物	(262)
第一节 心血管系统药物	(262)
第二节 呼吸系统药物	(276)
第三节 消化系统药物	(279)
第四节 神经系统药物	(284)
第五节 激素药	(288)
第六节 解热镇痛药	(289)
第七节 麻醉性镇痛药	(290)
第八节 抗微生物药物	(292)
第九节 常用输液液	(306)
第十节 静脉麻醉药	(308)

第十一节	骨骼肌松弛药	(309)
第十二节	麻醉前用药	(310)
第十三节	老年急诊患者的用药特点	(310)
第十四节	妊娠及哺乳期急诊患者的用药特点	(311)



第一章 常见急症诊治流程

第一节 急性发热



重点提示

1. 真正意义上的寒战多由于感染所致。
2. 发热病人就诊时体温正常,可能是由于疾病本身的变化、药物的作用、测量不准确、老年人或脱水状态等原因。
3. 发热患者一定要注意有无休克的早期症状。
4. 对于无法表述或意识不清的患者检查应系统全面,特别是注意耳道检查、直肠指检及妇科检查等。
5. 老年人有感染时可无相关症状,如老年人肺炎可无发热、咳嗽等,泌尿系感染时可无尿路刺激征,腹膜炎时可仅有乏力等非特异性表现,而无腹痛、发热等表现。在老年人寻找发热原因时,如果没有明确肺以外感染灶的存在,一定要做胸部X线检查。
6. 不同年龄患者发热的处理方法不同,一般认为老年人体温超过 38.5°C ,成年人体温超过 39°C 才采取降温措施,而小儿应立即降温。
7. 治疗以前应先留取血液培养标本,以免抗感染药物干扰培养结果。
8. 所有脾切除或脾功能不全患者的发热在诊断不明时,应首先考虑暴发感染(如流感嗜血杆菌、肺炎球菌等),且予相应的抗感染治疗。
9. 由于化脓灶导致的发热,应首先切开引流或脓肿切除,而非单纯抗感染药物治疗。
10. 发热并不一定有感染,肺栓塞、急性心肌梗死、重度脱水、肿瘤、药物以及运动等因素均可致发热。
11. 夏、秋有蚊子叮咬的季节,应考虑有无疟疾可能。
12. 儿童易有高热惊厥,不一定有严重脑部病变。
13. 不是所有发热的患者均可运用NSAID(非甾体抗炎药)类药物(如中枢性发热、对NSAID类药物过敏者)。
14. 非感染性疾病发病相对较慢,但血液系统疾病可能凶险:白血病、恶性组织细胞增多症(恶组)等。

急性发热的诊治流程



概 述

(一) 定义

当机体在致热原的作用下或体温中枢出现功能障碍时,机体产热过程增加,而散热不能相应地随之增加或散热减少,体温升高超过正常范围,称为发热。

未明热(FUO)的经典定义是指发热病程在3周以上,多次测量体温在 38.3°C 或以上,经过1周的检查仍不能确诊者。

(二) 发热的分度

确定正常人的平均体温为 37.0°C ,波动于 $36.2 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 。早晨6点体温最低,午后4~6点体温最高。低热: $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$;中度发热: $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$;高热: $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热: 41°C 以上。

(三) 病因机制分类

1. 感染性发热:各种病原体如细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫等侵入体内。

2. 非感染性发热

(1) 坏死性组织吸收。

(2) 变态反应。

(3) 内分泌与代谢疾病。

(4) 心力衰竭或某些皮肤病。

(5) 体温调节中枢功能失常。

(6) 自主神经功能紊乱:原发性低热、感染后低热、夏季低热、生理性低热。

(四) 热型分类

1. 稽留热:体温恒定在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24小时内体温波动不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒的高热期。

2. 弛张热:体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24小时波动超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核和化脓性炎症、感染性心内膜炎、骨髓炎、结缔组织病等。

3. 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续一天至数天,如此高热与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热:体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐上升,如此反复多次。常见于布鲁菌病。

5. 回归热:体温急骤上升至 39°C 或以上,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后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、周期热等。

6. 不规则热:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎等。

7. 双峰热:在24小时内体温有两次小波动。多见于黑热病、恶性疟疾、大肠杆菌或铜绿假单胞菌败血症。

8. 逆行热表现为体温的正常节律倒转,早晨高,晚间低,见于间脑综合征。

9. 超高热体温在 41°C 以上,退热药无效;低平热表现为24小时体温波动不超过 0.5°C 。

(五) 根据病因分类

临床上可将发热分为感染性发热、肿瘤性发热、结缔组织病性发热以及其他原因的发热四大类。

一般情况下,非感染性发热患者的原发病出现在先,而发热症状出现在后。肿瘤性发热一般热度在 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间。肿瘤性发热的病因在临床上不易被发现,常被诊断为长期不明原因发热(LFUO),有20%的LFUO常为肿瘤性发热。因此,临床上如发现某患者属LFUO,且经抗感染诊断性治疗失败后,应努力寻找恶性肿瘤的依据。结缔组织病的临床表现差异较大,发热是常见症状。结缔组织病性发热的诊断,往往依赖病人特征性的关节、皮肤或血管损害表现,并结合相应的免疫学检查。系统性红斑狼疮、成人Still病和干燥综合征(舍格伦综合征)均可表现为急性发热伴皮疹或长期发热;类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征可表现为慢性低热,类风湿关节炎也可为急性发热。其他原因的发热如中暑、药物热等。

问诊要点

1. 起病的缓急、持续性还是周期性、持续时间和热型,明确患者是否会用体温表。
2. 伴随症状:纳差、寒战、头痛、鼻塞、耳痛、咽痛、咳嗽、胸痛、腹痛、腹泻、腰痛、膀胱刺激症,有无尿血、便血。
3. 液体摄入和排除的量及频率。
4. 关于发热的病因和环境因素。
5. 最近旅游、口腔或外科的手术、外伤、疾病、有无昆虫或动物抓咬伤等。
6. 有无服用过新的药物、有无免疫抑制剂的运用或器官移植等。
7. 有无进食生的或不够熟的食物,有无酗酒或吸毒。
8. 有无传染病接触史、家人是否有病或发热。
9. 既往病史。

发热的伴随症状

对诊断的提示意义较大。

1. 伴有出血:多见于急性传染病、某些重症感染性疾病和血液系统疾病,如流行性出血热、钩端螺旋体病、败血症、白血病、重症再生障碍性贫血。
2. 发热伴寒战:发热前几乎均有寒战,但明显的寒战见于突起的高热,如肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、输血或输液反应等。在败血症等严重感染,由于细菌的不断侵入血液循环,病程中可反复出现寒战。
3. 淋巴结肿大:常常提示其引流区域或者全身存在炎症或肿瘤。除了淋巴系统本身的病变以外,淋巴结肿大常是反应性的。急性淋巴结肿大常伴有淋巴结疼痛或者压痛,多见于感染性疾病如传染性单核细胞增多症、巨细胞病毒感染、感染性心内膜炎等。慢性炎症引起的淋巴结增大,一般没有淋巴结压痛,如结核。肿瘤性淋巴结肿大见于白血病、淋巴瘤、转移性肿瘤等。结缔组织病也可伴有淋巴结肿大,如系统性红斑狼疮、干燥综合征等。
4. 发热伴皮疹:主要是感染性疾病、结缔组织病。皮疹的分布特点、性质及持续时间对

发热的病因诊断具有提示意义。如环形红斑提示风湿热,玫瑰疹提示伤寒。

5. 发热伴肝脾肿大:除了肝脾本身的疾病外,只要病变累及内皮网状系统,就可引起肝脾不同程度的肿大。如病毒性肝炎、肝脏寄生虫感染、肝癌等都伴有肝肿大,脾脓肿、脾恶性肿瘤等伴有脾肿大。传染性单核细胞增多症、败血症、疟疾、淋巴瘤、白血病、系统性红斑狼疮等伴肝脾肿大。巨脾见于慢性粒细胞性白血病、慢性疟疾、黑热病等。

6. 发热伴关节肿痛:除了骨关节本身的感染或者肿瘤,多种疾病可引发或伴有关节肿痛,变态反应也可以引起。关节疼痛比肿胀多见。关节疼痛多见于风湿热、成人 Still 病、系统性红斑狼疮、白塞病等结缔组织疾病。

7. 发热伴咳嗽、胸痛、呼吸困难、喘息、咯血等:常见于大叶性肺炎、肺结核、胸膜炎、肺脓肿、支气管扩张等。

8. 发热伴腹痛:常见于急性菌痢、急性胆囊炎、急性胰腺炎、肝脓肿、腹腔脏器的炎症等或腹腔脏器的肿瘤。偶也可见胸部疾病引起腹痛。

9. 发热伴心悸:常见于感染性心内膜炎、心包炎、风湿热。

10. 发热伴黄疸:多见于疾病侵犯肝胆系统或者血液系统引起溶血。如化脓性胆管炎、肝脓肿、病毒性肝炎、药物性肝病、疟疾、胰头癌、白血病、系统性红斑狼疮等。

11. 发热伴头痛:发热自身可引起头痛,但在无颅外感染证据时要考虑颅内感染可能。

12. 发热伴昏迷:昏迷在发热后出现见于流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、中毒性菌痢等;昏迷在发热前出现见于脑出血、脑梗死等。

13. 伴有明显的肌肉痛:常见于皮肤炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。

14. 伴有休克:多见于严重感染如大叶性肺炎、败血症、流行性出血热等。

体 检 要 点

1. 测量呼吸频率、脉搏、血压,观察热型,注意体温测量时间不得少于 10 分钟及体温的高低与脉搏呼吸次数的上升是否一致。

2. 血氧饱和度对呼吸系统疾病是一个可靠的预测指标。

3. 观察皮肤弹性和毛细血管的充盈情况可判断机体脱水情况。

4. 有无全身淋巴结肿大。

5. 有无皮疹,黄疸、紫癜。

6. 咽部是否红肿、扁桃体情况,甲状腺是否肿大。

7. 胸部情况,特别注意有无异常肺部体征。

8. 腹部有无压痛,肌紧张,肝脾是否肿大。

9. 颈部有无抵抗,Kernig 征或 Brudzinski 征是否阳性。

10. 有无关节肿胀。

常用辅助检查

1. 白细胞计数及白细胞分类

(1) 白细胞计数减少应考虑伤寒、结核、革兰阴性细菌感染、原虫病、病毒感染、血液病等。

(2) 白细胞计数增多应考虑急性感染或炎症、广泛的组织损伤或坏死、急性溶血、急性失血、中毒等。

(3) 中性粒细胞增多见于细菌感染;中性粒细胞减少见于化疗后、脾功能亢进、再生障碍性贫血等。

(4) 淋巴细胞增多考虑结核、病毒感染。淋巴细胞减少见于应用肾上腺皮质激素、放化疗后等;异型单核、淋巴细胞增多见于传染性单核细胞增多症。

(5) 嗜酸粒细胞增多见于过敏、肿瘤、寄生虫、嗜酸粒细胞增多症等。轻度增多:可见于猩红热、霍奇金病、结节性多动脉炎及药物热等;明显增多:常见于寄生虫病或过敏性疾病;嗜酸粒细胞缺失:是诊断伤寒或副伤寒的有力证据。

(6) 单核细胞增多见于疟疾、结核、亚急性感染性心内膜炎等。

2. 尿常规检查,有尿频、尿急、尿痛或怀疑有泌尿系感染者需作中段尿培养。

3. 高热、寒战时应做血培养及血涂片找疟原虫。

4. 怀疑呼吸系统疾病应做 X 线胸部透视或胸片。

5. 肝大、肝区痛者作 B 超检查,肝功能检查。

6. 有脑膜刺激症,检查眼底及腰穿检查。

7. 有出血倾向应查血红蛋白、血小板、出凝血时间。

8. 长期发热者应照 X 线胸片,作肥达反应、外斐反应、布氏杆菌凝集试验、抗链球菌溶血素“O”测定、OT 试验、C 反应蛋白、抗核抗体、血细胞沉降率、蛋白电泳、免疫球蛋白等。

诊 断

1. 起病缓急与疾病关系

(1) 一般感染性疾病起病较急,尤其是细菌、病毒感染,伤寒、结核等除外。

(2) 非感染性疾病发病相对较慢,但血液系统疾病可能凶险:白血病、恶性组织细胞增多症等。

2. 发热与心率的关系:发热体温每升高 1°C , 心率增高约 12 ~ 15 次/分。如体温升高 1°C , 心率增加 >15 次/分,见于甲状腺功能亢进、风湿热、败血症、心力衰竭合并感染等。如体温升高 1°C , 心率增加 <12 次/分,见于伤寒、甲状腺功能低下、房室传导阻滞等。如体温升高后而无心率的增加考虑伤寒、支原体感染。

3. 血培养标本采集要求

(1) 应尽可能在应用抗生素治疗前,于畏寒、寒战期多次采血。

(2) 采血量应在 8ml 以上,兼顾厌氧菌及 L-型细菌。

(3) 已接受抗生素治疗的病人,必要时可停药 48 ~ 72 小时后采血培养或取血凝块培养。

(4) 对疑诊感染性心内膜炎者,采动脉血培养可提高检出率。

4. 关于药物热:药物直接或者间接引起的发热称为药物热。应用药物后出现发热的时间因药物种类而异,一般在初次用药后 7 ~ 10 天出现,如果患者以前接触过该药,则可在很短时间内发热;但也有个别患者用药几个月后或几年后才致敏而出现药物热。体温多在 $37 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间,也有高达 40°C 以上者。热型多为不规则热或者弛张热。实验室检查一般无特殊表现,部分患者可见嗜酸粒细胞增多和 IgE 升高。对药物热的诊断没有特异性方法,可在严

密观察下停药,这常是鉴别药物热的有效手段,尤其是对那些长期使用多种抗生素治疗无效的患者。

5. 关于FUO:不同年龄组FUO的病因具有各自不同的规律。6岁以下患儿:感染性疾病的发病率最高,特别是原发性上呼吸道感染、泌尿道感染或全身感染。6~14岁:结缔组织-血管性疾病和小肠炎症性疾病为最常见的病因。14岁以上:感染性疾病仍占首位,其次为肿瘤性疾病,第三位是结缔组织病。经过各种检查,最后仍然原因不明的,约占10%。

治 疗

(一) 病因治疗

①对各种感染性疾病,除对症处理外,还应运用抗生素治疗。如有培养结果和药敏试验可针对性运用抗生素治疗。②非感染性发热,应进行病因治疗。

(二) 退热治疗

退热治疗可能对体温变化和其他临床征象形成干扰,掩盖基础疾病。常用的退热药物也有不良反应。故一般体温低于 39°C 时不必退热治疗,高热惊厥的儿童及有心、肺或脑功能不全的病人例外。

降温治疗0.5~1小时后都应再试体温,以便观察降温效果。如果体温突然下降,应考虑治疗是否得当或病情另有变化,并及时采取补救措施。

退热过程中均伴有出汗,所以应让患者多饮水,否则患者可能会虚脱。

1. 药物降温

(1) 对乙酰氨基酚:①325~650mg,每4~6小时1次,最大剂量为4g。②最大效应时间为2小时。③忌用于有肝脏疾病或肝移植的患者;严格掌握适应证和用法,避免肝脏损害。

(2) 次选阿司匹林:①325~650mg,每4小时1次。②注意对胃的刺激,避免出血。③有加重哮喘和过敏反应的危险,尤其在成人有哮喘和鼻窦炎的病史。

(3) 布洛芬:①400mg,每4~6小时1次。②避免应用在有阿司匹林过敏、溃疡、肾功能不全和出血性疾病患者。

2. 物理降温

(1) 在体温较高或运用药物降温效果不理想时运用;也运用于中暑、中枢性高热或严重肝病不能运用对乙酰氨基酚等降温时。

(2) 用温热水擦浴,应避免寒战出现;但中暑患者用冷水擦浴。

3. 其他措施:①卧床休息。②补充液体,防止虚脱。③纠正电解质紊乱。④高热惊厥或谵妄可运用镇静剂如地西泮。

4. 感染性发热治疗原则:总的治疗原则是根据病原体选择敏感的药物,足量全程应用。

(1) 病毒治疗药物以利巴韦林(病毒唑)、吗啉胍(病毒灵)等为代表,干扰素也有一定治疗作用,但根除病毒的作用有限。

(2) 肺炎衣原体、肺炎支原体感染首选大环内酯类抗生素。立克次体感染如斑疹伤寒、Q热等首选四环素类药物。螺旋体感染如钩端螺旋体病、梅毒等首选青霉素类药物,应根据病情从小剂量开始,防止发生赫氏反应,必要时短期与小剂量糖皮质激素合用。

(3) 革兰阳性球菌感染,可首选 β 内酰胺类或者头孢菌素类抗生素,对于产生 β 内酰胺酶的菌株,可选用含棒酸的复方制剂,也可选用大环内酯类抗生素和磺胺类制剂。革兰阴性杆菌感染,则多选用氨基苷类或者头孢三代、喹诺酮类抗生素。对于厌氧菌感染,则首选青霉素或头孢菌素、甲硝唑或者替硝唑等。金葡球菌感染选用万古霉素,铜绿假单胞菌感染选用头孢他啶,军团菌感染选用大环内酯类抗生素。结核病的化疗原则是早期、全程、适量、规律地选用敏感药物。较为常用的是异烟肼和利福平,配用吡嗪酰胺、乙胺丁醇或者链霉素等。

(4) 真菌感染可以应用酮康唑、氟康唑等药物进行治疗,但要注意其不良反应。

(5) 如阿米巴感染选用甲硝唑,对蛔虫选用甲苯达唑等。

5. 肿瘤的原发灶和转移灶,争取早期手术和化疗。对于部分脏器的肿瘤,可以采取器官移植的方法治疗。

6. 目前应用于结缔组织病的药物主要是非甾体抗炎药和糖皮质激素等免疫抑制剂,两者同时也是降温药物。某些慢作用的抗风湿药物如环磷酰胺、硫唑嘌呤等对结缔组织病也有治疗作用。

7. 注意口服NSAID药物对胃肠道有刺激,反复使用会导致消化道出血。患有霍奇金病和(或)非霍奇金淋巴瘤的患者对水杨酸类药物非常敏感,小剂量的水杨酸类药物即可引起患者的低体温和低血压。阿司匹林可引起过敏和血小板功能抑制特别对过敏性鼻炎、过敏性哮喘和准备手术的病人。

8. 糖皮质激素:一方面通过抑制前列腺素合成而降温,另一方面通过抑制致热原的生成而起作用。但糖皮质激素有抑制机体免疫力的作用,对于感染性疾病有可能导致感染扩散,一般不主张应用于发热全病程,在危重感染而又有严重毒血症如高热、休克时,在有效抗生素治疗基础上,或在有激素依耐或明确风湿病的病例时,在使用有效抗生素的基础上短期应用。

转 归

1. 伴有定向障碍、谵妄或假性脑膜炎、瘀点、紫癜的患者需住院治疗。

2. 下列患者要考虑住院或专科会诊

(1) 免疫缺陷或有心脏及其他严重疾病的。

(2) 年龄非常大。

(3) 运用免疫抑制剂或肾上腺皮质激素治疗。

(4) 有人造器材置入病史。

(5) 静脉吸毒。

(6) 处于脱水状态。

(7) 表现有明显的毒性症状。

(8) 发热超过7~10天。

(9) 呈超高热状态。

(金晓晴 赵 剡)