



临床诊疗精要系列丛书

LINCHUANG ZHENLIAO JINGYAO XILIECONGSHU

急诊内科 诊疗精要

◎ 主编 孟庆义



军事医学科学出版社

ZHENLIAOJINGYAO

JIZHENNEIKE

JIZHENNEIKE

JIZHENNEIKE

ZHENLIAO

JINGYAO

• JIZHENNEIKE

• ZHENLIAO

• JINGYAO

◇ 临床诊疗精要系列丛书 ◇

急诊内科诊疗精要

主 编 孟庆义

副主编 田国祥 魏万林 钱远宇

编 委 陈 力 贾立静 马 勇

王 昆 张 薇 郑文瑶

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

急诊内科诊疗精要/孟庆义主编. - 北京:军事医学科学出版社,2006
(临床诊疗精要系列丛书)

ISBN 7-80121-822-1

I. 急 II. 孟… III. 内科-急诊 IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 043154 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,66884402 转 6213,6216,6315

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:京南印装厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:23.125

字 数:587 千字

版 次:2006 年 11 月第 1 版

印 次:2006 年 11 月第 1 次

定 价:45.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书从急诊临床日常工作的实际应用出发,重点阐述了急诊科常见疾病的诊断和治疗要点,有较强的实用价值。主要内容有急诊常见症状学的诊断与鉴别诊断、与临床相关的急诊医学基础理论、常见急症的诊断与抢救要点、常用内科诊治技术、急诊常用药物目录、常用检验参考值及常用处方拉丁文缩写等内容。本书适合于从事急诊医学及内科学的临床医师、研究生和进修医师学习和参考,也是进行继续教育和急危重症诊疗培训的参考读物。

前 言

近年来随着临床医学培训体系的逐步完善,急救处置能力已成为衡量年轻医师临床水准的重要指标。尤其是急诊医学是一门综合学科,它涉及的范围很广,且急诊患者具有急、危、重、难等特点,要求在较短的时间内,必须做出正确的判断和治疗。但是,对于一些涉及急诊领域的年轻医师,在面对具体的急诊患者时,如何迅速展开诊断治疗方案,往往是临床工作急需解决的问题。“行者必先近而后远”。因此,本书试图从指导临床具体工作出发,阐述急诊常见症状和多发疾病的诊断治疗方案,以协助临床医师应对急诊日常工作。这也是本书编写的目的所在。

虽然各种疾病的临床表现多数属于比较典型的,并有一定的规律可循,但是毕竟还存在一些不典型的病例,且患者对各种治疗的反应也存在着个体差异。“尽信书,则不如无书”。故本书只是提供急诊临床工作中的一般规律,读者还应重视一些个体特殊性的临床训练,这样在医疗工作中才能做到游刃有余、得心应手,精湛的医疗水平,决非一日之功、一蹴而就,是深入实践、善于观察、不断总结、日积月累的结果。

“俱收并蓄,待用无遗”,本书作者参阅了大量国内外书籍和专业期刊,由于篇幅关系,未能在书中予以一一列举,仅志于此。由于急诊医学与其他临床众多学科联系密切,相关文献资料繁杂浩瀚,故本书仍难免有许多疏漏、不当之处,敬请斧正。

孟庆义

2006年3月于北京中国人民解放军总医院

目 录

第一部分 常见症状学

第一章 发 热	(1)
第二章 胸 痛	(11)
第三章 呼吸困难	(18)
第四章 咯 血	(27)
第五章 心 悸	(31)
第六章 发 绀	(36)
第七章 腹 痛	(40)
第八章 恶心和呕吐	(45)
第九章 呕 血	(48)
第十章 黄 疸	(52)
第十一章 便 血	(57)
第十二章 腹 泻	(62)
第十三章 腰背痛	(66)
第十四章 血 尿	(69)
第十五章 头 痛	(74)
第十六章 意识障碍和昏迷	(78)
第十七章 抽搐和惊厥	(83)
第十八章 眩 晕	(88)

第二部分 急诊医学基础

第一章 心肺脑复苏	(92)
-----------------	------

第二章 水、电解质和酸碱平衡失调	(99)
第一节 水代谢失调	(99)
第二节 钾代谢失调	(105)
第三节 钙代谢失调	(110)
第四节 酸碱平衡失调	(114)
第三章 休克	(124)
第一节 总 论	(124)
第二节 低血容量性休克	(132)
第三节 感染性休克	(133)
第四节 心源性休克	(136)
第五节 创伤性休克	(136)
第六节 过敏性休克	(137)
第七节 神经源性休克	(139)
第四章 弥散性血管内凝血	(140)
第五章 多器官功能障碍综合征	(144)

第三部分 常见疾病的诊断与治疗

第一章 呼吸系统疾病急诊	(155)
第一节 急性上呼吸道感染	(155)
第二节 急性气管 - 支气管炎	(158)
第三节 肺 炎	(160)
第四节 上气道阻塞	(175)
第五节 支气管哮喘	(177)
第六节 急性肺栓塞	(186)
第七节 自发性气胸	(190)
第八节 肺结核	(195)
第九节 急性呼吸窘迫综合征	(199)

第十节 呼吸衰竭	(206)
第二章 循环系统疾病急诊	(215)
第一节 急性心力衰竭	(215)
第二节 心源性休克	(220)
第三节 急性冠脉综合征	(223)
第四节 高血压急症	(243)
第五节 心脏瓣膜病急症	(248)
第六节 心律失常	(260)
第七节 感染性心内膜炎	(282)
第八节 肥厚性心肌病	(287)
第九节 扩张性心肌病	(289)
第十节 急性病毒性心肌炎	(292)
第十一节 急性主动脉夹层	(297)
第十二节 急性心脏压塞	(302)
第十三节 心血管药物中毒急症	(304)
第三章 消化系统疾病急诊	(321)
第一节 急性胃炎	(321)
第二节 急性胃扩张	(324)
第三节 消化性溃疡穿孔	(327)
第四节 上消化道出血	(330)
第五节 急性出血坏死性肠炎	(335)
第六节 急性肠系膜上动脉栓塞	(339)
第七节 胆管蛔虫病	(341)
第八节 急性胆囊炎	(344)
第九节 急性化脓性胆管炎	(348)
第十节 急性胰腺炎	(352)
第十一节 细菌性肝脓肿	(355)

第十二节	肝性脑病	(358)
第十三节	药物引起的肝病	(362)
第四章	代谢与内分泌疾病急诊	(364)
第一节	垂体功能减退危象	(364)
第二节	垂体卒中	(368)
第三节	糖尿病酮症酸中毒	(371)
第四节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(374)
第五节	乳酸酸中毒	(377)
第六节	低血糖症	(379)
第七节	甲状腺功能亢进危象	(384)
第八节	甲状腺功能减退危象	(388)
第九节	肾上腺皮质功能减退危象	(392)
第十节	嗜铬细胞瘤危象	(395)
第十一节	抗利尿激素分泌异常综合征	(398)
第五章	肾脏疾病急诊	(401)
第一节	急性肾小球肾炎	(401)
第二节	急进性肾小球肾炎	(405)
第三节	肾病综合征	(408)
第四节	肾炎肺出血综合征	(412)
第五节	泌尿系结石	(416)
第六节	泌尿系感染	(421)
第七节	急性肾功能衰竭	(425)
第六章	血液系统疾病急诊	(432)
第一节	急性溶血性贫血	(432)
第二节	再生障碍性贫血	(436)
第三节	白细胞减少和粒细胞缺乏症	(439)
第四节	传染性单核细胞增多症	(441)

第五节	过敏性紫癜	(444)
第六节	特发性血小板减少性紫癜	(449)
第七节	恶性组织细胞病	(452)
第八节	急性白血病	(456)
第九节	类白血病反应	(460)
第十节	血友病甲	(463)
第七章	神经系统疾病急诊	(471)
第一节	脑出血	(471)
第二节	蛛网膜下腔出血	(478)
第三节	脑血栓形成	(485)
第四节	脑栓塞	(489)
第五节	短暂性脑缺血发作	(492)
第六节	重症肌无力	(496)
第七节	癲 痫	(502)
第八节	流行性脑脊髓膜炎	(515)
第九节	流行性乙型脑炎	(522)
第十节	格林 - 巴利综合征	(528)
第十一节	周期性麻痹	(530)
第八章	风湿与结缔组织病急诊	(534)
第一节	系统性红斑狼疮	(534)
第二节	急性风湿热	(542)
第三节	坏死增生性淋巴结病	(546)
第四节	多发性肌炎和皮肌炎	(550)
第五节	成人 Still 病	(553)
第九章	中毒性疾病急诊	(559)
第一节	急性砷化物中毒	(559)
第二节	急性汞中毒	(562)

第三节	急性铅中毒	(565)
第四节	氰化物中毒	(567)
第五节	一氧化碳中毒	(570)
第六节	亚硝酸盐中毒	(572)
第七节	急性乙醇中毒	(574)
第八节	百草枯中毒	(576)
第九节	急性毒鼠强中毒	(578)
第十节	凝血类杀鼠剂中毒	(580)
第十一节	汽油中毒	(582)
第十二节	毒蕈中毒	(583)
第十三节	细菌性食物中毒	(585)
第十四节	有机磷酸酯类中毒	(591)
第十章	理化因素所致疾病急诊	(594)
第一节	溺水	(594)
第二节	冷冻伤	(597)
第三节	中暑	(601)
第四节	减压病	(607)
第五节	电击伤	(608)

第四部分 附录

第一章	常用诊治技术	(613)
第一节	气管内插管术	(613)
第二节	气管切开术	(615)
第三节	心脏直流电复律术	(617)
第四节	急诊临时性人工心脏起搏术	(621)
第五节	呼吸机的临床应用	(624)
第六节	深静脉穿刺术	(639)

第七节	静脉切开术	(644)
第八节	股动脉穿刺术	(646)
第九节	中心静脉压测定法	(646)
第十节	洗胃术	(648)
第十一节	三腔两囊管压迫止血术	(650)
第十二节	导尿术	(651)
第十三节	腹腔穿刺术	(653)
第十四节	胸腔穿刺术及闭式引流术	(654)
第十五节	骨髓穿刺术	(657)
第十六节	腰椎穿刺术	(659)
第十七节	心包穿刺术	(661)
第十八节	血液净化疗法	(663)
第十九节	肠外营养	(676)
第二章	急诊科常用药物	(679)
第三章	常用临床检验正常参考值	(713)
第四章	常用处方拉丁文缩写	(721)

第一部分 常见症状学

第一章 发 热

发热(fever)是指在致热原的作用下,体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高。当腋下、口腔、直肠内温度分别超 37°C 、 37.3°C 和 37.6°C ,一昼夜体温波动在 1°C 以上,可称为发热。临床将发热的程度(以口腔为例)分为:低热($37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热(41°C 以上)。

【病因】

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。

1. 感染性发热 各种病原体,如病毒、细菌、支原体、衣原体、螺旋体、立克次体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部或全身性,均可出现发热,具体包括:

(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、传染性单核细胞增多症、流行性乙型脑炎、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、细菌性肝脓肿、胆管系统感染、急性肾盂肾炎、急性菌痢、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:两种或两种以上的致病微生物引起的感染,如细菌与病毒、寄生虫与细菌等。

2. 非感染性发热 主要见于以下疾病:

(1)结缔组织疾病:系统性红斑狼疮、皮肌炎、结节性多发性动脉炎、结节病、风湿病、类风湿性关节炎等。

(2)变态反应性和过敏性疾病: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、无菌性坏死、烧伤、放射及化学毒物损伤、急性胰腺炎、急性溶血、急性心肌梗死等。

(5)中枢神经系统疾病:脑外伤、脑血管病、热射病等。

(6)内分泌代谢性疾病:甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、痛风、血卟啉病、重度脱水等。

(7)散热障碍:广泛性皮炎、广泛性瘢痕、先天性汗腺缺乏症、严重鱼鳞癣等。

【发病机制】

在正常的情况下,人体的产热和散热保持着动态的平衡,由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。

1. 致热源性发作 多数患者的发热是由于致热源所致,致热源包括外源性和内源性两种。

(1)外源性致热源:如微生物的病原体及其产物、炎症渗出物、无菌性坏死组织、抗原抗体复合物等,不能直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核

吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热源,通过下述机制引起发热。

(2)内源性致热源:又称白细胞致热源,如白介素、肿瘤坏死因子和干扰素等。通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点上移,体温调节中枢对体温加以重新调节,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩(临床表现为寒战),使产热增加。另一方面,通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩排汗停止,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高引起发热。

2. 非致热源性发热 见于体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等;或产热增多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等;或散热减少的疾病,如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

【诊断要点及注意事项】

急诊发热患者在临床诊断思路方面尤其要注意以下几点:

(一)病史

1. 起病缓急,有无诱因,发热前有无寒战 一般而言,急性感染性疾病起病多较急剧。常有受凉、疲劳、外伤或进食不洁食品等病史。发热前有明显寒战者,多见于化脓性细菌感染或疟疾,以及结核、伤寒、副伤寒、立克次体和病毒感染,而一般非感染性发热,多无寒战。

2. 注意热型 发热性疾病有相当部分疾病具有独特的热型:

(1)稽留热:体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$, 达数天或数周,每天波动范围不超过 1°C , 多见于肺炎球菌性肺炎和某些传染病,如伤寒、恙虫病、斑疹伤寒的极期、乙脑、系统性红斑狼疮等。

(2)弛张热:体温在 39°C 以上,每天波动很大,24 h 波动差达 2°C 以上,体温最低时一般仍高于正常水平,多见于败血症、脓毒血症、重症结核、感染性心内膜炎及恶性组织细胞病。

(3)间歇热:高热期与低热期交替出现,体温波动幅度可达到数度,无热期持续一天乃至数天,反复发作,多见于疟疾、急性肾盂

肾炎、化脓性局灶性感染等。

(4) 回归热: 体温急剧升高至 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, 即规律性地互相交替一次, 多见于回归热、霍奇金病、周期热等。

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

(6) 不规则热: 发热持续时间、体温波动无一定的规律, 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。

但必须指出, 目前由于抗生素广泛应用(包括滥用), 或由于应用(包括不适当使用)解热药、肾上腺皮质激素等, 使上述典型热型已不常见。此外, 热型也与机体反应性有关, 年老体弱者由于反应性差, 即使化脓性细菌感染也常无寒战、高热, 而表现为低热及中等度发热。

3. 重视伴随症状 询问病史时, 应当重视患者的伴随症状, 尤其注意具有定位意义的伴发局部症状, 以便确定病变主要在哪个系统。

(1) 如果发热伴有鼻塞流涕、咽痛、咳嗽, 而一般情况良好者多为上呼吸道感染, 若有胸痛、咯铁锈色痰和呼吸困难者, 则多为下呼吸道感染, 如肺炎。

(2) 发热伴恶心呕吐、腹痛、腹泻者, 则多考虑急性胃肠道炎症。

(3) 若发热、黄疸伴有右侧腹痛时, 应注意肝胆管感染。

(4) 发热伴有腰痛、尿急、尿频、尿痛者多为泌尿系统感染。

(5) 发热伴意识障碍、头痛和抽搐者, 则应考虑中枢神经系统感染。

(6) 若发热伴多系统症状者则应除外败血症或全身性感染。

4. 流行病学 对疑为传染病或流行病者, 应注意患者来自的

地区、年龄、性别、职业、发病季节、旅游史、接触感染史、预防接种史和当地流行情况等。

(二) 体征

1. 全身情况 若遇到急症的发热患者,首先应测血压、呼吸和脉搏等重要生命体征,并尽快作出初步诊断,如发热伴呼吸急促,口唇发绀多提示肺炎等呼吸道感染;若发热伴血压降低、脉速、烦躁,要警惕感染性休克或败血症。

2. 面容 一般急性感染多呈急热面容;伤寒、副伤寒者常表情淡漠,即所谓“伤寒面容”;感染性休克常表现为面色苍白。此外,急性白血病、再生障碍性贫血和恶性组织细胞病常因贫血亦可呈面色苍白;系统性红斑狼疮可有面部蝶形红斑;口角疱疹常见于肺炎、疟疾和流行性脑脊髓炎;流行性出血热、斑疹伤寒和恙虫病可呈醉汉样面容。

3. 皮肤 发热患者皮肤的干湿度、皮疹、出血点等改变都有重要的意义。

(1) 多数热射病的患者皮肤干燥。

(2) 皮肤多汗可见于结核病、风湿病、败血症、恶性淋巴瘤。

(3) 皮疹见于猩红热、麻疹、风疹、斑疹伤寒、伤寒、水痘、恙虫病、传染性单核细胞增多症、丹毒、系统性红斑狼疮、急性皮炎,还可见于风湿热、药物热、渗出性红斑、结节性红斑、血清病等。

(4) 出血点常提示重症感染或血液病,前者包括败血症、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎、流行性出血热、登革热、重症肝炎和钩端螺旋体病等;后者包括白血病、急性再生障碍性贫血和恶性组织细胞病等。皮肤与软组织的化脓性病灶,常提示为发热或败血症的来源。

(5) 发热伴皮肤黄染要注意肝胆管感染、钩端螺旋体病、重症肝炎和急性溶血等。

4. 淋巴结 局部淋巴结肿大常提示局部有局限性急性炎症,如口腔和咽部感染常有颌下淋巴结肿大,下肢感染有腹股沟淋巴