

国家临床重点专科项目

急诊临床路径

主 编 李春盛

国家临床重点专科项目

急诊临床路径

主 编 李春盛

主编助理 何新华

编 者 (按姓氏笔画排序)

于 涵	王 烁	王苗苗	王淑贤	王宏伟	尹天泉
刘长海	刘禹庚	李 潇	李春盛	杨 军	吴彩军
何新华	佟 楠	宋玉果	张 清	张 健	陈云霞
邵 菲	武军元	杭晨晨	周海江	房捷欣	赵 程
赵 鑫	赵 鹏	赵永祯	胡永东	贺玉钦	袁 伟
顾 伟	徐爱民	殷 勤	殷文鹏	郭 强	郭志军
唐子人	梅 雪	董桂娟	蒋 达	腾 飞	窦浩轩
潘京浩	魏 兵				

秘 书 陈云霞 邵 瑞

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊临床路径 / 李春盛主编. —北京: 人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-19085-5

I. ①急… II. ①李… III. ①急性病 - 诊疗 IV. ①R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 109094 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

急诊临床路径

主 编: 李春盛

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 24 插页: 2

字 数: 584 千字

版 次: 2014 年 7 月第 1 版 2014 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19085-5/R · 19086

定 价: 68.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主编简介

李春盛,男,1984年获第四军医大学医学硕士学位。1995年晋升为主任医师,1997年被聘为教授,1997年获国务院政府特殊津贴,2004年获北京市“十百千”人才工程“十”层面资助。2006年获第三届中国医师奖。2008年获首都五一劳动奖章。2013年获首都医科大学优秀导师奖,现任首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科主任、急诊医学教研室主任、首都医科大学急诊医学系主任、博士生导师。在国内外期刊发表学术论文390余篇,其中SCI论文56篇,总影响因子130多分;出版专著18部(任主编16部、副主编2部),参编专著16部,主译6部;获科技进步奖10项,其中二等奖2项;培养博士15名,硕士38名,其中一名获北京市优秀博士论文,2名获首都医科大学优秀博士论文。在研课题(包括国家自然科学基金)8项。担任中华医学会急诊医学分会前任主任委员、全国复苏专业组组长、海峡两岸医药卫生交流协会急诊医学分会主任委员、中国毒理学会中毒与救治专业委员会副主任、中国医师协会急诊分会常委、北京医学会急诊医学专业委员会主任委员、北京医师协会急救专业委员会主任委员、北京急诊住院医师培训专业委员会主任委员、美国急诊医师协会会员、国际急诊医学联合会委员。国家卫生和计划生育委员会医学继续教育委员会急诊学科组组长。担任《中华急诊医学杂志》、《中国危重病急救医学杂志》副主编,《中华内科杂志》、《中华全科医学杂志》、《中国中西医急救医学杂志》和《首都医科大学学报》等10余家杂志编委。



前 言

急诊医学是指对急性伤病进行即刻判断、评估、处置,避免进一步恶化或死亡的专门学科。由此可以看出强调对急性疾病、症状和创伤的评估思路要比明确诊断具体疾病重要得多。只有具备清晰的思路才能在混杂纷繁的症状及伤病中找出最关键的问题,通过逐层剥洋葱或透过现象看本质的方法,找到问题的症结所在,利用适当的方法,使其迎刃而解。对于极危重症者在评估之后立即处置,在生命体征稳定之后再逐渐寻找其原因,这种先稳定生命体征,再寻找病因的倒推式诊断路径是与传统专科先根据临床表现,进行鉴别诊断、诊断,再进行治疗是完全不同的。

《急诊临床路径》不同于目前国家卫生和计划生育委员会在全国三甲医院推行的单病种临床路径,后者是指在明确诊断住院之后为了加强患者的计划性诊疗而设计的。其要义是在《临床诊疗指南》的指导下,进行有步骤、有计划的规范化治疗,便于患者早期出院,避免无序诊疗而浪费时间和医疗资源。

由于急诊科医师面对的急性疾病或伤是症状而不是具体的疾病,其首要任务是必须先明确患者是否存在生命危险,如有生命危险要先利用一切方法进行稳定处置,而不是具体疾病的诊断。为了便于初入急诊科的医师或从事急诊工作者尽快有效地处理各种复杂的急诊患者,使急诊患者在急诊科得到安全、有效、便捷的诊治。笔者参考了国内外急诊医学专著,以流程图的方式将其简化,便于学习、遵循。由于是初次尝试,等于是第一个吃螃蟹的人,缺点和错误在所难免,希望读者在阅读时发现指正,便于以后再次修订。

主编 李春盛

于首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科

2014年5月

目 录

第一章 概述

1. 危重症患者的评估与稳定 李春盛 李潇 1

第二章 急诊症状临床路径

2. 咯血 周海江 8
3. 急性呼吸困难 赵鑫 11
4. 急性胸痛 梅雪 16
5. 急性呕吐 徐爱民 20
6. 急性腹痛 赵鹏 23
7. 急性腹泻 邵菲 26
8. 急性头痛 蒋达 30
9. 昏迷 杨军 35
10. 一过性意识丧失 杨军 41
11. 跌倒和下肢无力 赵程 46

第三章 呼吸系统急症

12. 肺炎 腾飞 49
13. 慢性阻塞性肺疾病急性加重 王烁 55
14. 急性支气管哮喘 腾飞 61
15. 肺栓塞 贺玉钦 65
16. 胸腔积液 周海江 70
17. 急性呼吸衰竭 贺玉钦 73
18. 气胸 王烁 79
19. 黏液性阻塞性肺不张 郭志军 81
20. 吸入性肺炎 郭志军 84
21. 上气道梗阻 邵菲 87
22. 机械通气的并发症 贺玉钦 92

第四章 循环系统急症

23. 心脏骤停 于涵	96
24. 急性冠状动脉综合征 殷文鹏	100
25. 主动脉夹层 张健	108
26. 心源性休克 刘长海	111
27. 急性肺水肿 张健	116
28. 感染性心内膜炎 刘禹赓	121
29. 急性心包炎 刘禹赓	126
30. 心包填塞 唐子人	129
31. 深静脉血栓 刘禹赓	133
32. 失血性休克 赵鹏	137
33. 过敏和过敏性休克 何新华	141
34. 高血压 顾伟	145
35. 低血压 魏兵	150

第五章 心律失常

36. 心律失常 武军元	154
37. 宽QRS波心动过速 吴彩军	157
38. 窄波型心动过速 潘京浩	162
39. 房颤和房扑 张清	166
40. 心动过缓和房室传导阻滞 张清	169

第六章 消化系统急症

41. 食管破裂 郭强	172
42. 急性上消化道出血 董桂娟	174
43. 急性黄疸 邵菲	179
44. 急性肝衰竭 佟楠	182
45. 急性胰腺炎 佟楠	189
46. 肠缺血 郭强	193
47. 急性腹膜炎 郭强	196
48. 腹腔内压升高 赵鹏	199

第七章 泌尿系统急症

49. 急性肾衰竭 魏兵	202
--------------------	-----

50. 横纹肌溶解症 殷勤	208
---------------------	-----

第八章 代谢和内分泌急症

51. 甲状腺急症 赵鑫	211
52. 急性肾上腺功能不全 杭晨晨	215
53. 糖尿病酮症酸中毒 蒋达	218
54. 高渗性非酮症高血糖症 张健	224
55. 低血糖昏迷 董桂娟	226
56. 钠代谢紊乱 殷勤	229
57. 钾代谢紊乱 殷勤	234
58. 钙代谢紊乱 殷勤	239
59. 磷代谢紊乱 殷勤	243
60. 镁代谢紊乱 殷勤	246
61. 酸碱平衡紊乱 殷勤	250
62. 液体平衡紊乱 殷勤	254

第九章 神经系统急症

63. 急诊医学神经系统检查 王苗苗	259
64. 脑炎 王苗苗	263
65. 细菌性脑膜炎 王苗苗	266
66. 短暂性脑缺血发作 王苗苗	270
67. 急性谵妄状态 杨军	274
68. 癫痫 王苗苗	278
69. 吉兰-巴雷综合征 王宏伟	285
70. 颅脑损伤 郭强	290
71. 颅内压增高 王宏伟	296
72. 蛛网膜下腔出血 张达	299
73. 脊髓压迫症 王苗苗	304

第十章 风湿性疾病急症

74. 急性血管炎 殷勤	306
75. 急性关节炎 袁伟	311

第十一章 血液病急症

76. 出血性疾病 陈云霞	314
---------------------	-----

第十二章 感染性疾病急症

77. 蜂窝织炎 袁伟	322
78. 脓毒症 赵永祯	325

第十三章 妇产科急症

79. 孕期及围生期急诊医学问题 王淑贤	335
80. 重度子痫前期及子痫 窦浩轩 王淑贤	338
81. HELLP综合征 窦浩轩 王淑贤	341
82. 严重产科出血 窦浩轩 王淑贤	343
83. 羊水栓塞 窦浩轩 王淑贤	346

第十四章 精神病学急症

84. 急诊医学中的精神病学问题 房捷欣 胡永东	348
--------------------------------	-----

第十五章 环境和理化因素急症

85. 中毒的一般处理 宋玉果	351
86. 阿司匹林中 毒 尹天泉	356
87. 对乙酰氨基酚中毒 尹天泉	358
88. 一氧化碳中毒 尹天泉	360
89. 急性酒精中毒相关疾病 尹天泉	362
90. 电击伤 郭强	365
91. 溺水 郭强	368
92. 其他药物中毒 王苗苗	371

第一章 概述

1. 危重症患者的评估与稳定

概述

在急诊的临床实践中,使急诊科医师最感困难的是如何在众多急诊患者中识别潜在危及生命的因素,以减少漏诊和误诊,避免医疗纠纷的发生。在临床工作中,医师对不能确诊的患者,首要的是区分症状的严重程度和危险因素,而不是急于确诊。因为一旦有威胁生命的因素存在,不管原因如何,即要以优先原则进入“绿色通道”。以下是危重症患者的评估和具体的临床路径。

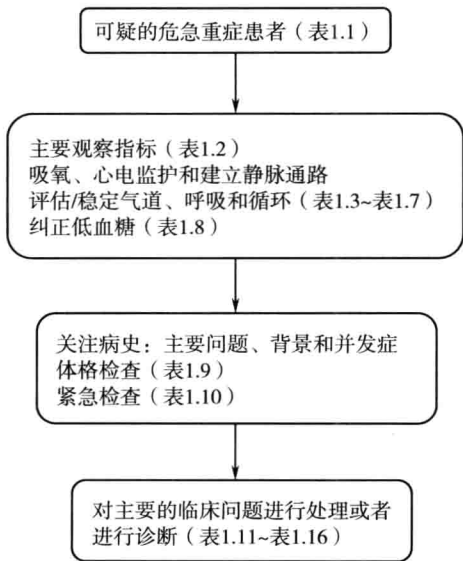


表 1.1 使用早期预警评分识别潜在的危重症患者

评分	3	2	1	0	1	2	3
呼吸频率(次/分)		< 8	8~11	12~20	21~25	26~30	> 30
动脉血氧饱和度(%)	< 85	86~89	90~94	> 95			
心率(次/分)		< 40	41~50	51~100	101~110	111~130	> 130

续表

评分	3	2	1	0	1	2	3
收缩压(mmHg)	< 70	71~80	81~100	101~179	180~199	200~220	> 220
体温(℃)		< 35	35.1~36.5	36.6~37.4	> 37.5		
神经系统状态			新出现的 意识不清	清醒	对声音有 反应	对疼痛有 反应	无反应

注:评分≥ 3 分预示存在潜在的危重疾病,需要立即进行评估。此评分仅作为指导,还没有得到循证医学的证实

表 1.2 怀疑重症疾病时 9 项关键观察指标

观察指标	危重症征象	措施
气道	上呼吸道梗阻证据	解除气道梗阻
呼吸频率(次/分)	呼吸频率< 8 或> 30	吸氧(起始浓度 60%~100%),检查动脉血氧饱和度和动脉血气
动脉氧饱和度(%)	动脉氧饱和度< 90%	吸氧(起始浓度 60%~100%,如果合并其他危重病征象)
心率(次/分)	心率< 40 或> 130	吸氧浓度 60%~100%,连接心电监测,开通静脉通路,处理心律失常
血压(mmHg)	收缩压< 90mmHg,或收缩压下降超过 40mmHg 合并灌注不足征象	吸氧浓度 60%~100%,连接心电监测,开通静脉通路,处理低血压/灌注不足问题
灌注	器官灌注减少征象:皮肤变凉/出现斑点合并毛细血管再充盈时间> 2 秒;烦躁/意识淡漠;少尿(尿量< 30ml/h)	吸氧浓度 60%~100%,连接心电监测,开通静脉通路,处理低血压/灌注不足
意识水平	意识淡漠(对声音无反应)	稳定气道、呼吸和循环;气管内插管,如果 GCS ≤ 8 分;除外或纠正低血糖;给予纳洛酮,如果怀疑阿片类中毒可能(呼吸频率< 12 次/分,瞳孔缩小);处理无意识状态
体温	体温< 36℃ 或> 38℃,合并低血压、少尿或意识混乱状态	处理脓毒性休克
血糖	血糖< 3.5mmol/L,合并低血糖征象(出汗、心动过速、异常行为、意识水平降低)	给予 50ml 50% 葡萄糖静脉推注(或 500ml 5% 葡萄糖 15~30 分钟内静点)或葡萄糖 1mg 静推/肌注/皮下注射;分别于 5 分钟后、30 分钟后复查血糖

表 1.3 评估气道

	急性上呼吸道梗阻的体征	急性上呼吸道梗阻的病因	解除急性上呼吸道梗阻的措施
意识清醒的患者	呼吸窘迫* 吸气喘鸣	气道异物 速发型过敏反应	让患者坐起; 给予高流量吸氧;

续表

	急性上呼吸道梗阻的体征	急性上呼吸道梗阻的病因	解除急性上呼吸道梗阻的措施
意识清醒的患者	胸骨上窝凹陷 声音异常 咳嗽 / 呛咳	血管源性水肿	呼叫麻醉师或耳鼻喉医师紧急会诊
意识丧失的患者	呼吸骤停 吸气喘鸣 气过水声 打呼噜 / 打鼾	考虑上述病因; 舌后坠和口咽的软组织阻塞; 吸入异物、分泌物、血液、呕吐物	仰头抬颏的手法; 去除义齿 (如果松动) 和抽吸咽、喉及气管内的分泌物; 呼叫麻醉师紧急会诊; 在插管前, 用球囊面罩给氧, 吸入 100% 氧气

注: * 呼吸窘迫表现为呼吸费力、心率快、只能说简短的句子或单个的字、躁动、大汗、肺呼吸音低或无

表 1.4 评估呼吸

● 意识水平、精神状态和讲话 ● 呼吸频率和节律 ● 动脉血氧饱和度 ● 胸廓扩张的深度和对称性 ● 辅助呼吸肌是否参与呼吸 ● 分泌物量多少	● 气管位置 ● 胸腔积液的体征? ● 气胸的体征? ● 局部 / 广泛的哮鸣音? ● 局部 / 广泛的爆裂音? ● 肺部听不到呼吸音或很低
---	--

提示: 脉搏血氧饱和度仪可能会给出不准确的动脉血氧饱和度, 特别是指甲油或皮肤角化时, 如果怀疑通常要检查动脉血气

表 1.5 呼吸衰竭的处理 [氧合和 (或) 通气受损]

一般原则 ● 维持患者气道通畅 ● 按需提高吸入氧气浓度以达到动脉氧饱和度 > 90% (在 COPD* 急性发作期 > 88%) ● 诊断和治疗潜在的病因和诱因 ● 如果可能, 让患者坐起有助于膈肌的下降而增加潮气量 ● 清除呼吸道分泌物: 鼓励咳嗽、理疗、吸引 ● 如果存在大量的胸腔积液, 进行胸腔穿刺引流 ● 如果存在气胸, 进行胸腔穿刺闭式引流 ● 注意心功能, 保持合适的心排量: 治疗低血压和心力衰竭 ● 考虑无创通气支持如不能维持血氧分压, 或气道分泌物多, 要进行有创通气
--

注: *COPD, 慢性阻塞性肺疾病

表 1.6 评估循环

● 意识水平和精神状态 ● 心率
--

- 心电监护显示的心律和心率
- 血压
- 皮肤的颜色、温度和出汗情况
- 毛细血管再充盈时间:挤压指腹并将其维持在心脏平面,压 5 秒后松开:毛细血管再充盈时间 > 2 秒为异常
- 颈静脉充盈度或有无怒张
- 听诊:额外心音、心脏杂音或心包摩擦音
- 触摸脉搏:是否存在及双侧是否对称
- 是否存在肺水肿和(或)外周水肿的体征
- 测量中心静脉压,评估每搏输出量、心排血量、总氧耗量
- 动脉血氧饱和度

表 1.7 循环衰竭的处理:一般原则

- 稳定畅通气道和呼吸:维持动脉血氧饱和度 > 90%
- 纠正主要的心律失常
- 液体复苏以纠正血容量过低(如急性失血或严重的脓毒症)
- 考虑 / 排除张力性气胸和心包填塞
- 在出现肺水肿或虽然进行了液体复苏仍存在难治性低血压时,应用正性肌力强心药或血管加压药
- 诊断和治疗潜在的病因和诱因或并发症
- 纠正主要的代谢异常(如电解质紊乱和血糖异常)

表 1.8 低血糖的处理

1. 如果患者嗜睡或正在抽搐(有时候这些症状可能是轻度低血糖,特别是在年轻的糖尿病患者):
 - 经大静脉给予 50% 的葡萄糖溶液 50ml(如果没有,给予 10% 的葡萄糖溶液 250ml,在 15~30 分钟内输入)或者胰高血糖素 1mg 静注 / 肌注 / 皮下注射
 - 在 5 分钟后和 30 分钟后再次复查血糖
 - 对长期酗酒的患者,可能存在由糖负荷引发的韦尼克脑病的风险;预防它的出现时,可以在给糖前或给糖后较短时间内给予维生素 B₁ 100mg 静注
2. 确定和治疗病因
3. 如果低血糖复发或者可能复发(如肝病、脓毒症、磺脲类药物过量)
 - 开始经中心静脉或外周大静脉以 12 小时 1L 的速度输注 10% 葡萄糖溶液
 - 调整速度以维持血糖水平在 5~10mmol/L
 - 在治疗磺脲类药物使用过量后,维持葡萄糖溶液输注 24 小时
4. 如果低血糖对输注 10% 葡萄糖溶液治疗反应不佳
 - 经中心静脉静注 20% 的葡萄糖溶液
 - 如果病因是故意过量使用胰岛素,考虑注射部位的局部手术清除

表 1.9 危重症患者全身体格检查

部位	检查项目
中枢神经系统	意识水平和精神状态 瞳孔:大小、对称性、对光反射

续表

部位	检查项目
中枢神经系统	眼底 单侧肢体无力? 腱反射和足底反射
头颈部	颈强直 黄疸 / 面色苍白? 颈静脉是否怒张 中心静脉是否置管? 口腔、牙齿、鼻窦 淋巴结肿大?
胸部	肺局部爆裂音 / 支气管呼吸音? 胸膜 / 心包的摩擦音? 心脏杂音? 心脏人工瓣膜? 心脏起搏器 / 植入型心律转复除颤器?
腹部和盆腔	呕吐 / 腹泻? 胀气? 腹腔积液? 压痛 / 防护性反应? 导尿管? 会阴 / 肛周脓肿?
四肢	急性关节炎? 人工关节? 脓肿?
皮肤	冷 / 潮红 / 发汗? 皮疹 / 紫癜? 压疮 / 蜂窝织炎? 静脉留置针 / 隧道线?

注:ICD,植入型心律转复除颤器

表 1.10 危重症患者的检查

立即检查

- 动脉血气
- 心电图
- 生化全项
- 血常规

紧急检查

- 胸片
- 如果出现意识水平下降或局灶性体征行颅脑 CT

续表

- 如果血小板计数低,怀疑凝血功能紊乱、黄疸或紫癜,进行凝血障碍筛查
- 如果腹痛或者压痛,检查淀粉酶
- C-反应蛋白
- 如果怀疑脓毒症进行血培养检查
- 尿常规
- 如果怀疑中毒则进行毒理学检查(血清 10ml 和尿液 50ml)

表 1.11 神经系统的处理

- 尽量避免使用肌松剂或者神经系统阻滞剂(特别是在癫痫发作时),连续输注时需要注意滴速
- 持续记录和评估神经系统的状态
- 按医嘱服用镇静药物,根据认知得分系统测定镇静的水平
- 如果持续输注镇静剂,在必要时可中断镇静剂的维持应用
- 有脊柱外伤的患者应该仰卧并且尽可能保持制动,去除硬颈托时应该遵医嘱
- 颅内压增高的患者应将头部抬高 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$,增加静脉回流

表 1.12 内分泌系统的处理

- 控制血糖
 - 胰岛素的使用方法有很多,应该将血糖控制在 8.3mmol/L 以下,同时避免出现间歇性低血糖
 - 至少每 4 个小时监测 1 次血糖
- 皮质激素的应用
 - 长期使用类固醇激素的患者应该继续应用类固醇替代治疗
 - 有肾上腺激素分泌抑制的休克患者(如败血症)应尽早开始使用类固醇激素替代治疗,并考虑行促肾上腺皮质激素分泌试验

表 1.13 肾脏的处理

- 病危患者或者不能移动的尿管置入患者应该记录每小时尿量
- 维持严格的液体平衡
- 可能需要肾脏替代治疗
- 可应用周期性的血液透析或者连续的静脉-静脉血液滤过,连续的静脉-静脉血液滤过具有更好的血流动力学稳定性

表 1.14 胃肠道和肝脏的处理

- 鼻饲有助于进食;如果存在颅骨基底骨折或者鼻部外伤时,也可选用经口置入胃管
- 胸片检查鼻胃管位置是否正确
- 预防应激性溃疡的发生
 - 尽可能经肠道进食
 - 应用 H_2 受体拮抗剂(比如雷尼替丁 50mg,静滴 8 小时,如果有明显肾衰竭的证据,可延长至 12 小

续表

时;口服剂量为 150mg/12h)

- 质子泵抑制剂(比如奥美拉唑每日 40mg 静滴 / 口服),相比 H_2 受体拮抗剂在预防方面没有明显的优势;在肾衰竭患者中,质子泵抑制剂不需要减量
- 可选择硫糖铝 2g/8h 经鼻胃管饲入,但是对于临床上严重的胃肠道出血的患者,该药的保护作用欠佳。硫糖铝也可能引起鼻胃管堵塞或者导致胃肠结石,在肾衰竭患者中应慎用

表 1.15 血液系统的处理

- 长期卧床的患者或者可能发展为深静脉血栓的高危患者,考虑预防深静脉血栓的形成
 - 皮下注射低分子肝素(如依诺肝素 40mg/d,皮下注射;或者达特肝素 5000U/24h,皮下注射)
 - 皮下注射普通肝素 5000~10 000U/12h,可使用低分子肝素替代;如果发生活动性出血,使用低分子肝素更容易纠正
 - 预防凝血功能障碍,使用抗凝药物或者活动性出血的患者或者有严重出血倾向的高危患者(如进行神经外科手术)
 - 如果有肝素使用禁忌证,考虑弹力袜或者周期性充气压迫装置
- 治疗贫血和血凝不正常时
 - 除外冠状动脉疾病,重要组织的低灌注,或者进行性出血,血红蛋白 $\geq 70\text{g/L}$ 时无须治疗
 - 输注红细胞的目标值是 70~90g/L
 - 如果存在冠状动脉疾病或者活动性出血的相关疾病,输血的指征为血红蛋白 $\leq 100\text{g/L}$
 - 以下情况需要输注血小板:①血小板计数 $< 50 \times 10^9/\text{L}$ 并且近期需要手术或者穿刺;②血小板计数 $< 30 \times 10^9/\text{L}$,合并活动性出血;③更严重,血小板计数 $< 5 \times 10^9/\text{L}$

表 1.16 抗生素的应用

- 初始抗生素应该根据当地常见的病原体感染首选广谱抗生素
- 48 小时后根据实验室培养结果调整用药,如果可能应选用窄谱抗生素,某些抗生素需要常规的血清浓度测定
- 严格执行无菌和洗手操作,如果患者具有传染性并有多重耐药菌,应该隔离治疗,需要常规检测化验

第二章 急诊症状临床路径

2. 咯 血

概 述

喉及喉以下呼吸道或肺组织出血,并经口腔咯出称为咯血。表现为痰中带血,或者咯鲜血,大多数(约 90%)是支气管动脉源性出血,少数(约 10%)为肺动脉源性出血。目前对咯血的分度标准各专家意见还不尽一致,多数以 24 小时内咯血量 $<100\text{ml}$ 为少量, $100\sim 500\text{ml}$ 为中量, $>500\text{ml}$ 为大量。以下是咯血诊治的临床路径。

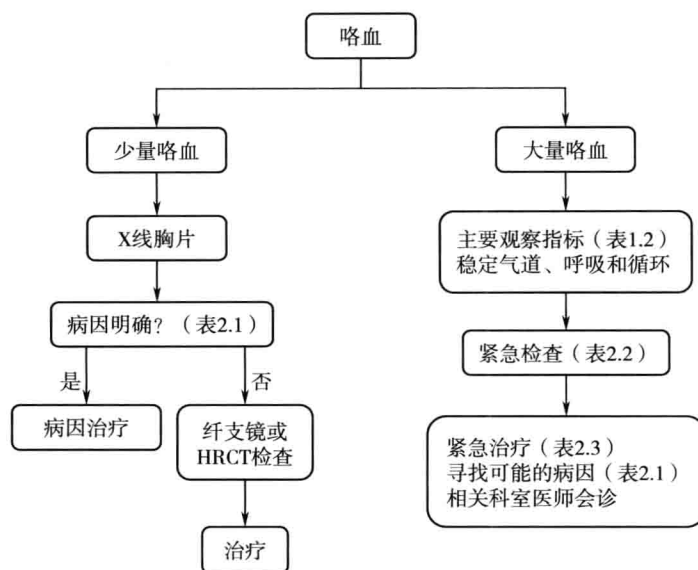


表 2.1 咯血的病因

病因	特点
支气管癌	持续黏液样血痰、体重减轻
肺结核	脓血痰、体重减轻、低热
支气管扩张	大量脓血痰,慢性病程,既往咯血持续几个月或几年