

执业医师临床禁忌丛书

Ji Zhen Ke Lin Chuang Jin Ji Shou Ce

急诊科 临床禁忌手册

主编 楼滨城 朱继红

中国协和医科大学出版社

01 执业医师临床禁忌丛书

急诊科临床禁忌手册

主 编 楼滨城 朱继红

编写人员 (以姓氏笔画为序)

丁秀兰	王 丹	田文沁	刘晓原
朱 昶	朱继红	闫明珠	余剑波
吴 彦	吴春波	张晓明	张海英
李 佳	李 信	李文娟	杨 靓
杨乃众	苗榕生	赵洪东	赵慧萍
席晓芳	郭 杨	曹宝平	黄岱坤
程 慧	楼滨城	裴立英	薛晓艳

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊科临床禁忌手册/楼滨城, 朱继红主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.4

(执业医师临床禁忌手册)

ISBN 7-81072-491-6

I. 急… II. ①楼… ②朱… III. 急诊-临床医学-禁忌-手册 IV. R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 006236 号

执业医师临床禁忌丛书 急诊科临床禁忌手册

主 编: 楼滨城 朱继红
责任编辑: 吴桂梅 王 伟

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开
印 张: 12.5
字 数: 300 千字
版 次: 2004 年 5 月第一版 2004 年 5 月第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 36.00 元

ISBN 7-81072-491-6/R·486

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

急诊医学包括院前急救、医院急诊科及重症监护，其实急诊医学渗透在各学科内，如急诊影像学，各种介入治疗学等，可以说急诊科是实施各种诊断和治疗手段的总指挥。急诊科除其自身学术内容外，尚有管理协调的职能，从实用角度出发用急诊医疗工作更为恰当。急诊医疗工作的意义关系到病人生与死、致残与不致残、短住院与长住院。急诊工作的主要内容是初始识别病情、稳定生命指征（抢救）、诊断与治疗、最后是安置病人。其中初始病情识别是首先要做的工作，可分成濒危、危重、重症、轻症及非急诊。根据四项生命体征（血压、脉搏、呼吸及瞳孔）的异常程度区分濒危与危重。如生命体征正常则根据病情区分重症、轻症及非急诊。我们根据多年急诊工作经验，提出“潜在危重病”的概念，就是在貌似“轻症”的病人中，病情突变，最后死亡，并往往发生医疗纠纷。在诊治急诊病人的过程中许多具体细节不同于门诊与病房，有其自身规律。本书由我科一线人员撰写，既有我们临床体会，又引入 2000 年国际心肺复苏指南中的新观点、新方法，藉此与国内外同仁交流。由于我们水平有限，难免有不少欠妥之处，恳请同仁指正。

楼滨城

内 容 简 介

本书根据急诊临床工作的需要，简要介绍急诊常见疾病的概念、病理生理、临床表现，重点阐明临床禁忌与注意事项。由北京大学人民医院急诊科专业人员，根据多年临床体会与经验编写。全书分 17 章，包括急诊医学概念，急诊症状学，危重病、呼吸、循环、消化、肾脏、内分泌、血液、神经传染病、中毒、环境因素所致急症、急诊操作技术、妊娠用药注意事项及常用操作技术等。本书简明扼要、内容新颖、重点突出、实用性强，许多章节与段落总结了作者丰富的临床经验与体会，对不常用的药物均介绍具体剂量与用法，可作急诊手册使用。本书适用于系统常见急重症以及急诊科医护人员，亦可作为基层医护人员处理急症的参考书。

目 录

第一章 急诊医学导论	(1)
第二章 症状学	(5)
第一节 发热	(5)
第二节 胸痛	(7)
第三节 腹痛	(9)
第四节 呼吸困难	(11)
第五节 腹泻	(13)
第六节 腹腔积液	(18)
第七节 晕厥	(22)
第八节 眩晕	(26)
第九节 意识障碍	(30)
第三章 危重急症	(33)
第一节 心肺复苏	(33)
第二节 休克	(42)
第四章 呼吸系统疾病急症	(49)
第一节 咯血	(49)
第二节 急性上呼吸道感染及急性气管炎	(52)
第三节 呼吸衰竭	(55)
第四节 慢性肺源性心脏病	(64)
第五节 支气管哮喘	(67)
第六节 肺炎	(69)
第七节 胸腔积液	(73)
第八节 肺栓塞	(78)

第五章 循环系统疾病急症	(82)
第一节 心力衰竭.....	(82)
第二节 心律失常.....	(87)
第三节 急性冠状动脉综合征.....	(111)
第四节 高血压急症.....	(119)
第五节 周围血管病.....	(126)
第六节 心脏起搏器急症.....	(129)
第六章 消化系统疾病急症	(134)
第一节 消化道出血.....	(134)
第二节 溃疡病与胃炎.....	(137)
第三节 急性出血性坏死性肠炎.....	(141)
第四节 缺血性肠炎.....	(144)
第五节 假膜性肠炎.....	(147)
第六节 炎症性肠病.....	(151)
第七节 慢性肝炎.....	(155)
第八节 肝硬化.....	(157)
第九节 肝性脑病.....	(159)
第十节 急性胆囊炎与胆石症.....	(161)
第十一节 胆道蛔虫症.....	(162)
第十二节 急性胰腺炎.....	(164)
第十三节 原发性腹膜炎.....	(167)
第十四节 急性继发性化脓性腹膜炎.....	(169)
第七章 内分泌与代谢疾病急症	(172)
第一节 垂体卒中.....	(172)
第二节 垂体前叶功能减退危象.....	(174)
第三节 甲状腺功能亢进危象.....	(176)
第四节 粘液水肿性昏迷.....	(180)
第五节 急性肾上腺皮质功能减退危象.....	(182)

第六节	糖尿病酮症酸中毒·····	(185)
第七节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷·····	(187)
第八节	低血糖症·····	(189)
第八章	造血系统疾病急症·····	(192)
第一节	贫血急症·····	(192)
第二节	再生障碍性贫血急症·····	(194)
第三节	急性粒细胞缺乏症·····	(199)
第四节	急性白血病·····	(202)
第五节	特发性血小板减少性紫癜·····	(204)
第六节	过敏性紫癜·····	(207)
第七节	血友病甲·····	(211)
第八节	弥漫性血管内凝血·····	(215)
第九节	输血、成分输血与输血反应·····	(218)
第九章	肾脏疾病·····	(228)
第一节	肾功能检查·····	(228)
第二节	泌尿系感染·····	(230)
第三节	继发性肾病综合征·····	(232)
第四节	急性肾功能衰竭·····	(237)
第五节	慢性肾功能衰竭·····	(239)
第十章	神经系统疾病急症·····	(243)
第一节	脑出血·····	(243)
第二节	缺血性脑卒中·····	(247)
第三节	短暂性脑缺血发作·····	(255)
第四节	急性脊髓炎·····	(258)
第五节	急性感染性多发性神经根炎·····	(260)
第六节	重症肌无力·····	(263)
第七节	周期性瘫痪·····	(266)
第八节	癫痫·····	(268)

第十一章	传染病急症	(272)
第一节	传染性非典型肺炎.....	(272)
第二节	传染性单核细胞增多症.....	(277)
第三节	流行性出血热.....	(281)
第四节	流行性乙型脑炎.....	(283)
第五节	流行性脑脊髓膜炎.....	(287)
第六节	细菌性痢疾.....	(290)
第七节	弯曲菌肠炎.....	(291)
第八节	霍乱.....	(292)
第十二章	中毒	(295)
第一节	中毒总论.....	(295)
第二节	杀虫剂农药中毒.....	(297)
第三节	环类抗抑郁药过量.....	(304)
第四节	抗精神病药物过量.....	(306)
第五节	苯二氮草类过量.....	(308)
第六节	巴比妥盐类药物过量.....	(310)
第七节	阿片类药物过量.....	(311)
第八节	急性一氧化碳中毒.....	(312)
第九节	急性酒精中毒.....	(314)
第十节	急性氰化物中毒.....	(316)
第十一节	毒蕈中毒.....	(318)
第十二节	杀鼠剂中毒.....	(321)
第十三章	环境因素致病急症	(326)
第一节	中暑.....	(326)
第二节	冻僵.....	(328)
第三节	电击伤.....	(330)
第四节	淹溺.....	(332)
第五节	高原病.....	(334)

第十四章	水、电解质及酸碱失衡	(337)
第一节	水钠代谢异常.....	(337)
第二节	钾代谢异常.....	(341)
第三节	酸碱平衡异常.....	(345)
第十五章	急诊抢救操作技术	(349)
第一节	血气分析临床应用.....	(349)
第二节	气道急救技术.....	(351)
第三节	使用呼吸机的基本方法.....	(352)
第四节	氧气疗法.....	(354)
第五节	应用呼吸机中的常用呼吸功能监测.....	(355)
第六节	透析疗法.....	(357)
第十六章	急诊操作技术	(363)
第一节	洗胃术.....	(363)
第二节	导尿术.....	(364)
第三节	三腔管应用.....	(366)
第四节	胸腔穿刺术.....	(367)
第五节	腹腔穿刺术.....	(369)
第六节	骨髓穿刺术.....	(371)
第七节	腰椎穿刺术.....	(373)
第八节	心包穿刺术.....	(374)
第九节	股静脉穿刺术.....	(377)
附录	药物的妊娠期分类	(378)

第一章 急诊医学导论

医学的发展随着科学技术的进步逐渐分化为各个学科,其中主要是诊断与治疗手段的进步,或者以器官系统逐步向专业化发展,如内科、外科、妇产科、放射科、检验科等。

急诊医学是以病人诊治的时机和地点为特点的一门学科,有一个长期形成的过程。急诊科的前身——急诊室,就是接诊和处理急症病人的场所。急诊室的医师历经了病房听班、急诊室值班,最后为专职医师三个阶段。以我院为例,20世纪50年代末期内科开始有急诊室值班医师,过去是由病房值班医师听班,1985年开始有专职急诊科医师。就目前来说,根据医院规模大小不同,分别实行上述三种值班形式。随着人员的专业化而形成急诊医学,同时院前急救的发展及危重医学的出现,逐步形成广义急诊医学的概念,但由于院前急救、急诊科与危重监护室具有不同特点,本书又是专供急诊科人员参考,故重点阐明急诊科的医疗特点。

一、急诊病人特点

急诊科有别于病房与门诊,它接待急发或慢性病急性变化的病人,其特点有:

1. 疾病处于急发进展阶段 发病时间短、主要疾病征象尚未完全表露、处于急发进展阶段。发病时间愈短,病情进展的可能性愈大,所以愈要严密观察,如1例大面积脑梗死病人出现语言障碍后立即来诊,2小时后意识障碍,再15小时后呼之不应、双侧瞳孔不等大;又如流脑病人发热 40°C 来诊,2小时后血压 $55/30\text{mmHg}$;再1小时后出现淤斑;许多急腹症均有演变过程,急性胰腺炎发病6小时后才有尿淀粉酶升高;胃穿孔6~7小时

后才出现膈下游离气体，所以病情的进展性是急诊病人的特点。

2. 疾病表现的多样性或临床表现不典型 任何一种疾病都存在许多不典型表现，教科书所描写的典型表现只是其中一部分，如急性心肌梗死首发症状可以是牙痛或头痛；左心衰竭可以咳白色泡沫痰、干咳、肺部啰音甚至哮鸣音表现。

3. 疾病谱广、病情轻重悬殊 目前我国急诊科（室）多分大内科和大外科，包罗各种疾病。为方便病人，目前基本是完全开放，来者不拒，节假日代替门诊；急诊病人的病情，轻者伤风感冒、小伤小病，重者呼吸心跳骤停；这构成急诊科（室）工作量大、负荷重。

4. 急诊病人发病是随机的，有时闲着等病人，有时可同时来几个重病人，工作量难以预测，人员安排困难，场地空间很难满足高峰要求，过道加床是急诊科常事。

5. 发生急症后，病人及家属往往焦虑不安，失去平静的心态，他们求治、求愈心切，极易发生医患冲突；加上病人与家属来自不同社会阶层、不同文化素养，因此急诊科医务人员需要有过人的应变能力。

6. 急诊科（室）经常遇到涉及法律的医疗问题，如打架、斗殴、车祸、服毒等。有时护送者就是肇事者，急诊科（室）人员既要处理医疗问题，又要处理涉法问题，无疑增加工作难度。

除此之外，随着科学技术的发展，许多先进的医疗仪器装备急诊科（室），如呼吸机、心电监护仪、除颤器等。熟练使用这些仪器，需要训练有素的人员。

二、城市大医院急诊科面临的问题

当今，城市大医院急诊科正面临全新的问题。这就是医学的不断发展，医疗技术的日新月异，学科愈分愈细、专业愈来愈窄以及其他许多因素，无形的影响急诊科工作。据我们近 20 年来实际体会，城市大医院急诊科具有“三个中心”的功能。

1. 危重病抢救中心 由于病房专业设置的变化，除个别病

种受到重视而收治外，许多危重病人均在急诊科抢救平稳后，再收住院。其原因：①目前抢救危重病人已不同于 20 世纪 60 年代一只血压表就行，需要一些现代化急救仪器，如呼吸机、心电监护表等，目前病房设置，一般不能满足现代医疗的需求。

2. 疑难病诊断中心 许多疑难疾病初期，往往诊断不明，无法确定何类专业，而目前多数科室收治病人是由住院总医师决定的，因此只有待明确诊断后，方可收住院，这势必造成疑难病人在急诊科的留滞，急诊科成为疑难病人的诊断中心。

3. 晚期病人的留滞中心 内科病人绝大多数是长期慢性疾病，可以说是终身疾病，并由单一的器官病变逐步演变为多器官病变，如高血压病、糖尿病，在无并发症时相应科室尚可收住院，而一旦出现并发症，如并发肾病、脑血管病等，多数滞留在急诊科，如在多器官病变基础上再合并肺部感染，则更为困难。多器官病变病人到最终死亡，需 4~6 年时间，此期间发生急症，只能在急诊科诊治。

三、急诊医疗工作的特点

1. 抢救工作的群体性 急诊抢救工作是在有效的指挥下，一个群体协同工作，如抢救呼吸心脏骤停，几乎同时需要气管插管、描记心电图、开放静脉等，而这些工作都应自动的进行，领导者应付出极大的精力培养与训练这种团队精神。

2. 各班工作的连续性 急诊科（室）是连续开放的单位，面对着病情时刻变化的病人，需要连贯性观察与治疗，因此应制定严格的制度，并训练连续工作的作风。

四、急诊科工作方法

1. 严密观察生命指征 由于急诊病人病情的进展性，必须严密观察病情，主要观察生命指征的变化，包括血压、脉搏、呼吸与意识状态。尽快明确诊断固然是很重要的，但不是所有病人都能在短时间内明确诊断，应该边抢救、边诊断，但始终要预测致命与濒死的信号，这个基本问题常被人忽视。

2. 应养成自重至轻的思路 如腹痛, 应先排除宫外孕, 实质脏器或血管破裂, 胃穿孔, 化脓性胆管炎, 坏死性胰腺炎等; 如胸痛, 应先排除急性心肌梗死, 主动脉夹层, 肺栓塞, 食管裂孔疝等。

3. 应反复询问病史, 对急诊病人来说, 要一次完成病史收集是有困难的, 可分次、反复询问。病史可提供重要线索, 如有一例四肢瘫痪的病人, 开始考虑感染性多发性神经根炎, 经反复询问病史, 得知曾作颈部按摩, 并在突然扭头时, 有“咔嚓”响声, 经做 MRI 发现为颈椎脱位。

4. 应有全面诊断的观点 特别是老年病人, 常存在多种疾病、多脏器功能障碍。不要局限于急诊的主诉。老年人均要询问高血压、糖尿病、冠心病及脑血管病史, 要检查心、肝、肾等功能, 如呕吐咖啡样物的病人, 应注意全身情况, 如有心力衰竭、呼吸衰竭等, 则如有上述情况, 应考虑多脏器功能衰竭。

5. 应培养急诊工作的心理素质 急诊工作人员除有熟练的业务技能和良好的服务态度外, 应训练与培养自身的心理素质。由于急诊工作富有挑战性与应急性, 要面对社会各种人群, 面对心态异常的病人与家属, 据笔者体会, 急诊冲突的重复性很少, 就是说一次冲突解决了, 几乎不会重复类似的冲突, 所以不必担忧与顾虑, 应该开心地工作。

6. 应做好登记与统计工作 如掌握节假日、各季节、各班的急诊量, 就便于安排人员。掌握抢救、留观、流水的常见病种, 就便于组织业务学习, 制定相应诊治常规。总结重点病例, 如抢救、死亡、疑难及有纠纷的病例, 寻找原因, 吸取经验教训, 提高医疗质量。

(楼滨城)

第二章 症 状 学

第一节 发 热

发热是最常见的急症。正常体温：腋下为 $36.5 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 、口腔为 $36.3 \sim 37.3^{\circ}\text{C}$ 、直肠为 $36.5 \sim 37.6^{\circ}\text{C}$ ，超过此值为发热。根据体温可分为低热（ $<38^{\circ}\text{C}$ ）、中度发热（ $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ）及超高热（ $>40^{\circ}\text{C}$ ）。长期低热是指持续发热超过 1 个月；长期发热是指持续 2 周或以上。根据病因可分为感染性与非感染性两大类，后者又可分为免疫性、肿瘤性及代谢性发热。

一、急诊科常见发热病因

1. 最常见急性发热 感冒、流行性感冒、化脓性扁桃体炎、气管-支气管炎、肺炎、泌尿系感染、肠道感染等。

2. 较常见急性发热 流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、败血症、中暑、SARS 及其他病毒感染等。

3. 其他各种原因的发热。

二、诊断思路

（一）病程

1. 急性发病者，根据上述病因，进行鉴别。

2. 长期发热 常见病因有：①感染性疾病；②恶性肿瘤，其中最常见于淋巴瘤；③风湿病；④其他如慢性肝病、甲状腺功能亢进等。

（二）伴随症状

1. 全身症状

(1) 寒战 大叶性肺炎、输血及输液反应、败血症、感染性细菌性心内膜炎、疟疾、急性肾盂肾炎、淋巴瘤（偶见）；感冒可有畏寒但无寒战，而流感与 SARS 均可有寒战。

(2) 伴有皮疹 风湿病、药疹、伤寒、斑疹伤寒、麻疹、败血症、变应性败血症等。

(3) 出血倾向 流行性出血热、血液病、流行性脑脊髓膜炎及其他合并 DIC 的原发病。

(4) 肝脾、淋巴结肿大 传染性单核细胞增多症、血液病、败血症、风湿病及感染性炎症。

2. 各系统症状

(1) 呼吸系统 有咳嗽、咳痰、咯血及胸痛等，应考虑气管-支气管炎、肺炎、胸膜炎等。

(2) 消化系统 有腹痛、腹泻、呕吐等，应考虑胃肠道感染及消化道炎症等疾病，如以腹痛为主，特别是先腹痛后发热者，应考虑急性胆囊炎等；以腹泻、呕吐为主的，应考虑细菌性痢疾或其他病原菌肠道感染。

(3) 泌尿系统 有尿频、尿急、尿痛等，应考虑泌尿系感染，男性多考虑前列腺炎。

(4) 中枢神经系统 有头痛、呕吐及意识障碍，应考虑中枢神经系统感染。

三、临床禁忌及注意事项

(一) 应注意感冒与流感、非感冒疾病的鉴别 由于感冒是自限性疾病，一般无严重合并症；而非感冒疾病，必须治疗，有的必须及时治疗，否则危及生命，在急诊科诊断不可能很细致，但应识别是感冒还是非感冒？前者可放回家，后者应留观诊治，如下几点应注意：

1. 寒战 感冒是畏寒，不是寒战，如有寒战则为非感冒疾病。

2. 体温 感冒发热一般 $< 39^{\circ}\text{C}$ ，如超过此值，不是说可排

除感冒，而是应重视与其他疾病鉴别。

3. 病程 感冒的病程在 4~10 天，但发热的病程不应很长，如发热持续不退应考虑非感冒，例如发热 3 天以上，就应考虑其他疾病。

4. 基础疾病 如患者年老（>80 岁）、体弱，原有 COPD 及其他免疫损伤的病人，即使是感冒亦应重视。

5. 伴随症状 如呕吐、大汗、明显肌肉酸痛等。

6. 实验室检查 有明显白细胞数及分类、血小板数异常、明显蛋白尿，为非感冒疾病。

（二）原因不明的发热 首先应考虑感染，应积极寻找病灶，常规做细菌培养，凭经验使用抗生素，如使用抗生素无效，应考虑脓肿形成或细菌耐药；排除感染，并有免疫性疾病的足够证据，方可用糖皮质激素治疗；肿瘤性疾病一般需有病理学证据。

（楼滨城）

第二节 胸 痛

一、概念

胸痛是一个非特异性的症状，引起胸痛的病因是多种多样的，而对急诊室而言，胸痛占非外科急诊病人的 20%。其中致命性胸痛病人（急性心肌梗死、肺栓塞、气胸及主动脉夹层）占胸痛病人的 8%~10%，如何在胸痛病人中甄别出那些致命的高危患者是急诊医师所面临的重大挑战。

二、病因

1. 缺血性胸痛 急性冠脉综合征、二尖瓣脱垂、心肌炎、心肌病、主动脉瓣关闭不全、肌桥、X 综合征、 β -受体高敏症、心脏神经症。

2. 浆膜性胸痛 急性心包炎、肺与胸膜疾病（胸膜炎、气胸及累及胸膜肺炎）、肺栓塞、主动脉夹层、纵隔气肿。