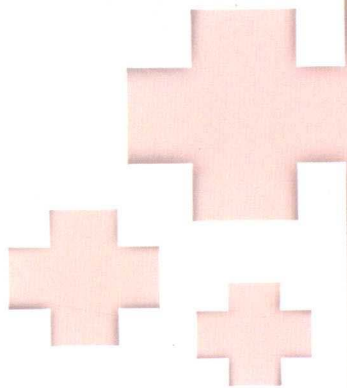
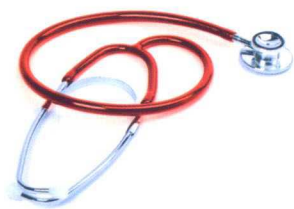


JIZHENKECHANGJIAN
ZHENGZHUANG CHULICHENGXU

急诊科

常见症状处理程序

主编 张蕊 孙宗丕 孙燕茹



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊科常见症状处理程序

JIZHENKE CHANGJIAN ZHENGZHUANG CHULI CHENGXU

主 编 张 蕊 孙宗丕 孙燕茹
副主编 李继业 张建军 夏铁成 高 磊
编 者 (以姓氏笔画为序)

王 乾	王园园	冯 丽	刘玉环
李东亮	孙宗丕	孙燕茹	李继业
杨 璞	张 蕊	张建军	张立华
张建芳	张淑艳	陈 宁	陈 治
周英莲	夏铁成	高 磊	高新萍
崔 娜	程翠英		



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊科常见症状处理程序 / 张蕊, 孙宗丕, 孙燕茹主编.
—北京: 人民军医出版社, 2015. 6

ISBN 978-7-5091-8423-3

I. ①急… II. ①张… ②孙… ③孙… III. ①急诊
IV. ①R459. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 100305 号

策划编辑: 马莉 文字编辑: 魏新 陈鹏 责任审读: 周晓洲

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8036

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 10.75 字数: 260 千字

版、印次: 2015 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—3000

定价: 36.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书共6章，介绍了急诊科常见症状处理程序，包括内、外、妇、儿、骨科等常见的急诊症状。围绕就诊症状这条主线，本书重点阐述诊断思路、辅助检查、鉴别诊断、治疗处理原则等，紧密联系临床实践，力求诊断思路清晰、鉴别诊断明确、治疗处置详细，为急诊、门诊医师工作提供帮助。本书实用性和操作性强，可供急诊科、门诊及临床医师参考阅读。

前 言

急诊医学是近年来兴起的一门以临床各专业急危重病为研究对象的独立的、新兴的边缘学科。临床自身的发展需要有一批在专业技能上以急救为主而又有别于其他专科医师的急诊全科医师。临床医学已经发展为从综合到分科，由大科分化为专科，专科内又分化为各个病种的多元化学科。因此，在临床实践中不仅需要“高精尖”的专业人才，也需要具有广博知识和技能、能够独立处理各种复杂的临床问题的医师，这些职业要求同样在急诊科室病人的救治中尤为重要，正确认识辨别急诊症状，对顺利开展急诊工作、准确判断与正确治疗急诊病人具有重要的临床意义。参与本书编写的人员均为长期工作在临床一线的各科室专业人员，他们结合自己的临床经验总结归纳了急诊中相关科室常见的症状，旨在让读者拓展临床思路，制订出正确的诊疗方案。

本书共6章，分别介绍了内科、外科、妇科、儿科、骨科等临床各科室较常见的急诊症状，每种症状又以诊断思路、重点检查项目、临床与鉴别以及处理原则为框架进行编写，既有扎实的理论基础，又有当前的技术特点，对临床疾病的急诊诊断与治疗做了重点描述，具有较强的科学性、实用性和操作性，对提高急诊医学临床有重要的指导意义，可供急诊科医师及相关学科临床医师参考阅读。

在本书的编写过程中，我们参阅了大量医学专著和期刊，并参考引用了其中的部分文献资料，在此，谨向本书参考资料的原作者致以崇高的敬意。由于作者水平有限，如有不足之处，望广大读者批评指正。

张 蕊
2015 年 5 月

目 录

第 1 章 内科常见急症	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 昏迷	(7)
第三节 头痛	(12)
第四节 急性腹泻	(17)
第五节 眩晕	(20)
第六节 急性呼吸困难	(23)
第七节 咯血	(29)
第八节 晕厥	(32)
第九节 黄疸	(34)
第十节 心搏骤停	(38)
第十一节 高血压危象	(43)
第十二节 急性呼吸窘迫综合征	(47)
第十三节 慢性阻塞性肺疾病急性加重	(52)
第十四节 癫痫持续状态	(57)
第十五节 心绞痛	(63)
一、稳定型心绞痛	(63)
二、不稳定型心绞痛	(66)
第十六节 急性心肌梗死	(69)
第十七节 脑卒中	(74)
一、自发性脑出血	(74)
二、脑梗死	(76)

第十八节	气管异物	(81)
第十九节	过敏性休克	(83)
第2章	外科急症	(86)
第一节	外科休克	(86)
第二节	外科急腹症	(93)
第三节	消化道大出血	(100)
第四节	外科黄疸	(106)
第五节	急性创伤	(113)
一、	多发伤	(113)
二、	烧伤	(114)
三、	头皮裂伤	(115)
四、	颅脑开放伤	(116)
五、	创伤性窒息	(117)
六、	软组织受伤	(119)
七、	肌肉损伤、脱臼及骨折	(120)
八、	创伤处理	(122)
第六节	急性胸痛	(124)
第七节	急性颅脑损伤	(130)
一、	头皮损伤	(130)
二、	颅骨骨折	(132)
三、	闭合性颅脑损伤	(134)
四、	颅内血肿	(138)
五、	开放性颅脑损伤	(140)
第3章	妇产科常见急症	(144)
第一节	阴道出血	(144)
第二节	恶心与呕吐	(151)
第三节	腹痛	(155)
一、	妊娠早期急性腹痛	(155)
二、	妊娠中、晚期腹痛	(160)

三、分娩期腹痛	(166)
四、产后腹痛	(168)
五、妇科腹痛	(169)
第四节 心悸	(173)
第五节 排尿异常	(176)
一、尿频、尿急、尿痛	(176)
二、排尿困难、尿潴留	(179)
三、尿失禁	(181)
四、产后排尿困难	(182)
第六节 发热	(184)
一、妊娠中、晚期发热	(184)
二、产后发热	(187)
第七节 抽搐与昏迷	(190)
一、妊娠中、晚期抽搐	(190)
二、妊娠中、晚期昏迷	(193)
三、分娩期抽搐、昏迷	(195)
第八节 子痫和先兆子痫	(197)
第九节 分娩期休克	(199)
第十节 胎动异常	(202)
一、胎动频繁	(202)
二、胎动消失	(204)
第十一节 急性宫外孕	(207)
一、输卵管妊娠	(207)
二、腹腔妊娠	(211)
第 4 章 儿科常见急症	(213)
第一节 脱水	(213)
第二节 新生儿窒息	(216)
第三节 惊厥	(218)
第四节 发热	(225)

第五节 小儿腹泻	(231)
第六节 腹痛	(238)
第5章 骨科常见急症	(242)
第一节 腰痛	(242)
第二节 四肢关节痛	(245)
第三节 骨与关节急性感染	(248)
第四节 上肢急性骨折	(253)
一、锁骨骨折	(253)
二、肱骨近端骨折	(256)
三、肱骨干骨折	(260)
四、肱骨髁上骨折	(261)
五、尺桡骨骨折	(262)
第五节 下肢急性骨折	(267)
一、股骨干骨折	(267)
二、胫腓骨骨折	(268)
第六节 手部急性损伤	(270)
一、掌骨骨折	(270)
二、指骨骨折	(271)
三、手部损伤的现场急救	(273)
四、手部肌腱损伤的修复	(277)
第七节 骨盆急性损伤	(278)
一、骨盆骨折	(278)
二、骨盆急性化脓性骨髓炎	(281)
第八节 关节急性损伤	(283)
一、肩关节软组织急性损伤	(283)
二、肩关节脱位	(285)
三、化脓性关节炎	(286)
四、桡骨小头半脱位	(289)
五、膝关节软组织急性损伤	(290)

第九节 骨科急性合并症	(295)
一、创伤性休克	(295)
二、脂肪栓塞综合征	(299)
三、挤压综合征	(302)
四、气性坏疽	(303)
五、骨髓炎	(304)
六、压疮	(305)
七、沃克曼缺血性肌挛缩	(306)
第6章 其他急症	(308)
第一节 急性中毒	(308)
一、急性一氧化碳中毒	(308)
二、急性镇静催眠药物中毒	(312)
三、急性有机磷农药中毒	(316)
四、急性亚硝酸盐中毒	(318)
第二节 中暑	(321)
第三节 淹溺	(323)
第四节 冻伤	(326)
一、非冻结性冻伤	(326)
二、冻结性冻伤	(327)
第五节 电击伤	(329)
参考文献	(331)

第1章 内科常见急症

第一节 发热

发热是指病理性体温升高，是人体对致病因子的一种全身性反应。一般而言，当腋下、口腔或直肠内温度分别超过 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。临床将发热的程度分为以下几种：①低热， $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ ；②中度热， $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；③高热， $39.1\sim 40^{\circ}\text{C}$ ；④超高热， $>40^{\circ}\text{C}$ 。

【诊断思路】

对发热病人，在临床诊断思路方面要着重注意以下几点。

(一) 病史

通过询问病史，了解病人发病的时间、季节，发热的持续时间和发热的程度，是间歇发热还是持续发热，伴随的其他症状（如寒战、出汗、咳嗽、咳痰、皮肤黏膜出血、关节肿痛等系统疾病症状）以及近期用药情况和流行病接触史等。一般而言，急性感染性疾病起病急，常有受凉疲劳、外伤感染、进不洁食物史。

(二) 查体

有助于迅速集中诊断方向。发热病人应进行重点检查全身皮肤、淋巴结、心肺部、肾区、腹部以及神经病理征颈强、克氏征等。遇急重发热病人，首先应测血压、呼吸、脉搏等主要生命体征，并尽快做出初步诊断，如发热伴呼吸急促、口唇发绀者，多提示肺炎等呼吸道感染；若发热伴血压下降、脉速、烦躁，则要警惕感染性休克或败血症。

1. 皮肤 注意有无皮疹或出血点。特征性皮疹常提示麻疹、

猩红热、水痘、登革热、伤寒、斑疹伤寒等；出血性皮疹或出血性素质常提示重症感染（如败血症、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）或血液病（如白血病、急性再生障碍性贫血、过敏性紫癜和恶性组织细胞病等）。皮肤或软组织有化脓性病灶，常提示为发热原因或败血症的来源。发热伴皮肤黄染要注意肝胆道疾病、钩端螺旋体病、重症肝炎和急性溶血等。

2. 淋巴结 局部淋巴结肿痛常提示局部有急性炎症。如口腔和咽部感染常有颌下淋巴结肿大；下肢感染可有腹股沟淋巴结肿大等。全身性淋巴结肿大要排除淋巴瘤、急性淋巴细胞性白血病、恶性组织细胞病、淋巴结核、传染性单核细胞增多症等。

3. 胸部 发热伴有可闻及肺部干、湿啰音或实变体征等，应考虑呼吸系统感染；发热伴有心杂音，应注意感染性心内膜炎，风湿活动也可有发热伴心杂音改变；发热伴心包摩擦音或心包积液体征，常提示为心包炎。急性心肌梗死的发热多为低、中度热，且多在梗死后 1~2d 才出现。

4. 腹部 发热伴右上腹痛，墨菲（Murphy）征阳性和黄疸者常提示急性胆囊炎；发热伴右下腹压痛（麦克伯尼点）者常提示急性阑尾炎。发热伴有腹部体征应多考虑消化系统疾病，但也要注意全身性疾病，如大叶性肺炎有时可表现为发热和上腹痛，而肺部症状不典型。

5. 肝脾区域检查 发热伴肝脾大，应考虑血液病、风湿性疾病和某些感染性疾病，如传染性单核细胞增多症、急性血吸虫病、疟疾、伤寒、感染性心内膜炎、败血症以及肝胆道感染等。

6. 肾区检查 发热伴肾区叩压痛，若有泌尿道刺激症状，应考虑肾盂肾炎、肾周围炎或肾周围脓肿等。

7. 肌肉关节 发热伴关节肿痛，应考虑风湿热、败血症、

系统性红斑狼疮和局部感染；发热伴腓肠肌剧痛应考虑钩端螺旋体病。

8. 神经系统 发热伴脑膜刺激征或中枢神经系统损害征象多提示为脑膜炎或脑膜脑炎。

(三) 检查方法及项目

胸部 X 线检查，CT 检查，肝、胆、胰超声，血、脊髓细菌培养，免疫指标测定及肥达反应、组织活检等有助于发热原因的诊断。

1. 常规检查

(1) 血、尿、粪三大常规检查：白细胞计数增高、中性粒细胞增加，常提示细菌感染。厌氧菌或病毒感染大多有白细胞计数下降，同时淋巴细胞升高。尿、粪常规检查可了解泌尿系统及胃肠系统的某些感染性疾病。

(2) 影像学检查：胸部 X 线片用于肺部、纵隔的某些疾病诊断，如肺结核、肺炎、肿瘤等。B 超检查用于肝、胆、胰、子宫、附件、盆腔、泌尿系统感染或肿瘤等实质脏器病变的诊断。

2. 进一步检查

(1) 血清免疫学检查：如类风湿因子、抗核抗体、肥达反应及补体 C_3 、 C_4 等检查，对诊断自身免疫性疾病有重要价值。血清病毒抗体检查有助于对病毒性疾病的诊断。

(2) 细菌培养：骨髓穿刺细菌培养、血细菌培养、尿液细菌培养对菌血症和脓毒症诊断具有确诊价值。对怀疑结核者可进行结核菌素试验和嗜酸杆菌培养。

(3) 活组织穿刺：对肿大的淋巴结、肿块、肌肉等进行组织穿刺活检，有助于对增生性疾病或肌肉疾病的明确诊断。

(4) 咽部直接检查。

(5) 腰穿：对发热同时伴有精神症状、头痛，抽取脑脊液进行生化指标检查及细菌培养。

(6) 痰液、粪便寄生虫或皮肤黏膜寄生虫等检查：痰液、穿刺液及粪便寄生虫或虫卵检查能明确寄生虫的种类和发热原因。

【鉴别诊断】

1. 脓毒症 患者突然寒战、高热，发热多为弛张热和（或）间歇热，亦可呈稽留热、不规则热及双峰热。发热同时伴有不同程度的头痛、恶心、腹痛、周身不适、肌肉及关节肿痛和活动受限等，可见皮肤瘀斑。病人常表现烦躁不安、脉搏细速、四肢厥冷、尿量减少及血压下降等，甚至发生多器官功能障碍。实验室检查白细胞计数大多显著增高。脓液、脑脊液、胸腹水、瘀点等直接涂片检查，也可检出病原菌。有全身炎症反应的表现，生化检查有 2 个以上器官功能障碍。

2. 非典型肺炎（SARS） 发病前 2 周曾密切接触过同类病人或者有明确传染的证据，或到过非典型肺炎流行地区。畏寒、高热，可伴有头痛，逐渐出现干咳，偶有血丝痰，重者出现呼吸加快或呼吸窘迫综合征，临床表现常与肺部 X 线片表现不一致。实验室检查血常规白细胞计数正常或降低、淋巴细胞减少。肺部影像学检查可见肺部有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变。抗菌药物治疗无明显效果。明确诊断需通过指定实验室进行非典型肺炎冠状病毒分析和抗体测定。

3. 禽流感 1 周前到过疫区、接触过被病毒感染的家禽及其分泌物、排泄物等，或与禽流感患者有密切流行病学接触史。主要表现为高热、咳嗽、流涕、肌痛等，多数伴有严重的肺炎，严重者心、肾等多种脏器衰竭导致死亡。患者呼吸道分泌物标本甲型病毒 H 亚型抗原检测阳性或核酸检测阳性。且发病初期和恢复期血清抗禽流感抗体滴度在 4 倍以上。

4. 大叶性肺炎 骤升型高热，持续 1 周左右，伴有咳嗽、病侧胸痛，以呼吸急促、咳铁锈色痰为特征。病变部有实变、管状呼吸音、干湿啰音与摩擦音。实验室检查示白细胞计数及

中性多核细胞增加。X线检查以肺段为特征的高密度阴影，较临床体征出现早，对早期诊断极有帮助。痰细菌培养可有肺炎球菌生长。

5. 肺梗死 常以突然胸痛、高度气促及咯血起病，迅即出现不同程度的发热、肺炎体征及急性心力衰竭体征。X线检查于肺边缘处可见楔形阴影可明确诊断，亦有助于诊断同时存在的肺血管血栓形成及右心病变。

6. 急性肾盂肾炎 起病急骤，临床表现为寒战、发热、乏力、恶心、呕吐、头痛，偶可腹痛，有尿频、尿急、尿痛、排尿困难、腰痛等。尿液浑浊，有脓尿和（或）菌尿。沿输尿管行程或肋腰点有压痛，肾区叩痛征阳性。实验室检查，尿色可无异常，脓、血尿者尿液浑浊，尿蛋白常为少量，尿沉渣中白细胞增多（急性期镜下常满视野，慢性期 >5 个/高倍视野），可见白细胞管型，红细胞稍增多，偶为血尿。直接尿沉渣涂片可见到细菌，每毫升尿1~2个细菌（每毫升尿菌数 ≥ 10 万者为阳性）。

7. 急性胰腺炎 常以上腹痛、呕吐、休克等急性腹部症状开始，继以不规则高热，能持续1~2周及以上。腹壁紧张、压痛，腹腔可有浮游液出现，上腹部可扪及块状物。血清淀粉酶测定增高，超过500U/L有诊断价值。

8. 化脓性胆囊炎 常以寒战、高热及局部疼痛开始，局部有压痛与肌紧张，胆囊肿大而可触及，墨菲征阳性或有胆石疼痛及黄疸史。十二指肠引流及胆囊摄片检查有助于诊断。

【处理原则】

急诊处理和发热病因诊断应同时进行。治疗原则：退热、保护脑细胞、寻找病因和致病菌、控制感染、预防并发症。

1. 病因治疗 急性发热救治的关键是查明发热原因后，应进行病因治疗。感染性疾病，要求依据临床特点，选择抗生素进行经验性治疗，或者依据药敏试验，给予针对性治疗。若怀

疑传染病导致的发热，一定要首先选择隔离，并尽早进行明确诊断，请专科进行会诊。非感染性疾病，要进行查体、血液检查、辅助检查等，明确病因，必要时请专科会诊，给予针对性治疗。怀疑外科疾病导致的发热，尤其应该注意，特别是怀疑急腹症的患者，一定要针对可能存在的问题，给予CT、X线、腹穿等检查予以明确，之后选择是否需要及时手术治疗。

2. 降温处理

(1) 物理降温：体温超过 39°C 时应物理降温，用冰帽或冰袋冷敷头部，或置于腋下、腹股沟、颈部等大血管处，每10~15分钟更换1次，适用于高热、烦躁、四肢温暖者；也可用 $30\sim 35^{\circ}\text{C}$ 的温水擦浴四肢、胸背部，用温水配制30%~50%乙醇擦浴胸、背部和颈部；或给予 $4\sim 6^{\circ}\text{C}$ 生理盐水200~300ml灌肠。

(2) 药物降温：内服阿司匹林、对乙酰氨基酚（扑热息痛）、布洛芬、萘普生或安宫牛黄丸等降温，外用吲哚美辛（消炎痛）栓等降温，作用时间4~6h。药物降温时注意对高热患者体温的监测，每4小时测体温1次，待体温恢复正常3d后，可减为每日1次。如果使用上述方法后，体温仍然降低不明显，且有烦躁、抽搐等症状，可采用人工冬眠疗法降温。

对高热或高热危象经上述降温方法仍不能使体温下降者，应在使用足量抗生素的基础上，短期适量使用糖皮质激素，抑制内生性致热源的生成和释放，抑制免疫反应和炎症反应，有可能使体温下降。

3. 局部病灶的处理 化脓性病灶不论原发性或迁徙性，均应在使用适当、足量抗生素的基础上及时行穿刺或切开引流。化脓性胸膜炎、关节脓肿等可在穿刺引流后局部注入抗菌药物。胆道及泌尿道感染有梗阻时应考虑手术治疗。