

JICENG YISHI

基层医师

急救手册

邵迴龙 赵霞 裴晶 王辉 主编

JIJU SHOUC



科学技术文献出版社

基层医师急救手册

主 编	邵迴龙	赵 霞	裴 晶	王 辉	
副主编	李 宁	高 燕	刘学芹	纪承寅	
编 委	安立莹	朱 青	刘丽华	汪 倩	张红明
	张新奇	刘 莉	邹佳楠	赵艳华	田翠环
	沈建国	沈东舜	张 静	徐 军	权 源
	牛秀峰	杨莉华	曹 芳	董俊峰	冷文玉
	刘 鑫	张莹莹	唐吉刚	薄夫军	张 旋

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

基层医师急救手册/邵迴龙等主编. -北京:科学技术文献出版社,2009.1
ISBN 978-7-5023-6164-8

I. 基… II. 邵… III. 急救-手册 IV. R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 154025 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 李 洁
责 任 编 辑 周 玲
责 任 校 对 张咧噪
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京国马印刷厂
版 (印) 次 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 455 千
印 张 20.25
印 数 1~5000 册
定 价 39.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

前 言

急症急诊患者就近到基层医疗单位的就诊率高,因此,加强基层急诊建设和提高医护人员素质恰是提高急危重症患者成功救治率、降低病死率和致残率的关键。目前,在我国广大基层医护人员承担着大量的急症急诊患者救治工作,许多医院急诊科、基层社区或乡镇门诊等医护人员都是急危重症患者的首次接诊者,他们所从事的是急诊急救的最前沿性工作,甚至掌控着此类急诊患者的生命和生存下来以后的生活质量。

急危重症病例的急诊患者,均濒临生命的险境,须进行争分夺秒地抢救从而提供有效快速诊断和紧急救治方案。因此,不管接诊的医护人员身处基层单位医疗设备和技术条件怎样,首先要求具备有一支对于抢救急危重症患者而训练有素的队伍,使他们能够熟练掌握急危重症的黄金救治法则和流程,尽最大努力成功地救治每一例急症急诊患者,不留遗憾!

本手册共分五大重要板块进行系统阐述,包含了基层急危重症就诊患者的抢救技术与技能。第一章基层常见急症的诊断和救治,第二章急性中毒的急救处理,第三章紧急伤害的抢救治疗,第四章急诊危重病症的处理,第五章基层急诊急救操作技术,本书最后还列出了7则与基层现场抢救和临床评估密切相关的附录。

本手册能够成功面市,仰仗了科学技术文献出版社领导和编辑老师的大力支持,以及数年来十几位具有丰富临床经验的急诊医师辛勤耕耘。有许多急诊医师专家在总结基层临床工作成功抢救各种急危重症经验的同时,还翻阅大量国内外的相关医学文献,进行精心撰稿,而使本书更加趋于完善。本书内容系统实用,能够深入浅出,能满足医院急诊科、急救中心、基层社区或部队门诊单位、院前急救医护人员的需求,可满足读者平素的阅读学习和急用查对。

急症急诊医学仍是一项发展十分迅速的新生学科,限于作者的局域经验和文字篇幅,本书可能存在某些谬论和缺憾,对此表示真诚道歉,亦恳请同道多加批评指正。

邵迎龙 纪承寅
2009年1月,济南军区总医院

目 录

第一章 基层常见急症的诊断和救治	(1)
第一节 皮肤黏膜出血	(1)
第二节 急性咽喉肿痛	(4)
第三节 发热	(6)
第四节 头痛	(11)
第五节 头晕	(14)
第六节 肌无力	(17)
第七节 呼吸困难	(20)
第八节 咳嗽咳痰	(24)
第九节 咯血	(27)
第十节 胸痛	(30)
第十一节 心悸	(34)
第十二节 发绀	(38)
第十三节 晕厥	(41)
第十四节 呕吐	(44)
第十五节 腹泻	(46)
第十六节 血便	(49)
第十七节 少尿与无尿	(51)
第十八节 尿路刺激和血尿	(54)
第十九节 昏迷	(57)
第二十节 低钾血症	(61)
第二十一节 急性疼痛	(63)
第二十二节 急性皮疹	(67)
第二十三节 小儿热性惊厥	(70)
第二十四节 产前出血	(72)
第二十五节 产后出血	(74)
第二十六节 胎膜早破	(75)
第二章 急性中毒的急救处理	(77)

第一节	急性中毒判断和急救	(77)
第二节	有机磷类农药中毒	(79)
第三节	拟除虫菊酯类杀虫药中毒	(85)
第四节	氨基四甲酸酯类农药中毒	(88)
第五节	沙蚕毒素类杀虫剂中毒	(90)
第六节	百草枯中毒	(92)
第七节	有机氮杀虫药中毒	(95)
第八节	急性甲醇中毒	(97)
第九节	急性铅化物中毒	(99)
第十节	氰化物中毒	(102)
第十一节	刺激性气体中毒	(105)
第十二节	急性硫化氢中毒	(107)
第十三节	急性一氧化碳中毒	(109)
第十四节	杀鼠灵药中毒	(113)
第十五节	毒鼠强药中毒	(115)
第十六节	氟乙酰胺中毒	(116)
第十七节	盐酸吗啡中毒	(118)
第十八节	美沙酮中毒	(122)
第十九节	哌替啶中毒	(123)
第二十节	芬太尼中毒	(125)
第二十一节	巴比妥类药中毒	(126)
第二十二节	苯二氮草类药中毒	(129)
第二十三节	解热镇痛药中毒	(131)
第二十四节	细菌性食物中毒	(133)
第二十五节	急性毒蕈中毒	(137)
第二十六节	急性四季豆中毒	(141)
第二十七节	急性白果中毒	(143)
第二十八节	急性马铃薯中毒	(144)
第二十九节	急性生木薯中毒	(146)
第三十节	急性亚硝酸盐中毒	(147)
第三十一节	急性酒精中毒	(150)
第三十二节	河豚鱼中毒	(153)
第三十三节	鱼胆中毒	(155)
第三十四节	蜂毒蜇伤	(158)
第三十五节	毒蛇咬伤	(161)
第三十六节	毒蜈蚣咬伤	(165)
第三章	紧急伤害的抢救治疗	(168)

第一节 气管异物·····	(168)
第二节 食管异物·····	(173)
第三节 淹溺·····	(176)
第四节 自缢·····	(179)
第五节 中暑·····	(181)
第六节 电击和雷电击伤·····	(185)
第七节 冲击伤·····	(187)
第八节 体液暴露·····	(190)
第九节 强酸、强碱烧伤·····	(192)
第十节 放射病·····	(194)
第十一节 晕动病·····	(196)
第十二节 冻伤·····	(197)
第四章 急诊危重病症的处理·····	(202)
第一节 急性心肌梗死·····	(202)
第二节 心源性休克·····	(206)
第三节 急性肺水肿·····	(210)
第四节 快速性心动过速·····	(213)
第五节 心房颤动与房扑·····	(216)
第六节 缓慢性心律失常·····	(219)
第七节 高血压与高血压急症·····	(222)
第八节 急性脑血管病·····	(225)
第九节 心力衰竭·····	(229)
第十节 急性肺梗死·····	(232)
第十一节 突发性气胸·····	(236)
第十二节 危重哮喘·····	(239)
第十三节 重症急腹症·····	(243)
第十四节 急性重症胰腺炎·····	(247)
第十五节 急性重症胆管炎·····	(250)
第十六节 糖尿病酮症酸中毒·····	(253)
第十七节 感染性休克·····	(256)
第十八节 癫痫发作·····	(260)
第十九节 多脏器功能衰竭·····	(263)
第五章 基层急诊急救操作技术·····	(268)
第一节 心脏骤停与复苏术·····	(268)
第二节 紧急复苏人工呼吸术·····	(270)
第三节 辅助机械性呼吸·····	(272)
第四节 漂浮导管或微导管插管术·····	(275)

第五节 心内穿刺与注药术	(277)
第六节 临床中心静脉穿刺和测压术	(278)
第七节 心脏电除颤转复	(279)
第八节 紧急临时性心脏起搏	(281)
第九节 临床人工冬眠疗法	(282)
第十节 锁骨上、下、颈内静脉穿刺术	(283)
第十一节 临床静脉切开术	(286)
第十二节 动脉穿刺与置管注药术	(287)
第十三节 临床紧急洗胃术	(288)
第十四节 临床胃肠减压术	(289)
第十五节 三腔两囊管治疗术	(290)
第十六节 食管细胞拉网检查术	(291)
第十七节 胃内脱落细胞学检查	(292)
第十八节 临床灌肠术	(293)
第十九节 临床紧急气管插管术	(294)
第二十节 临床紧急气管切开术	(295)
第二十一节 临床胸腔穿刺术	(296)
第二十二节 经胸肺穿刺活检术	(298)
第二十三节 临床心包穿刺术	(299)
第二十四节 临床应用导尿术	(300)
第二十五节 前列腺指诊与按摩术	(301)
第二十六节 临床腹腔穿刺术	(302)
第二十七节 临床肝脏穿刺术	(303)
第二十八节 临床骨髓穿刺术	(305)
第二十九节 直肠肛诊和肠镜检查	(306)
第三十节 临床腰椎穿刺术	(307)
第三十一节 周期麻痹诱发试验	(308)
第三十二节 霍纳征瞳孔滴药试验	(309)
参考文献	(311)
附录 1 格拉斯哥昏迷评分法	(312)
附录 2 CRAMS 评分法	(312)
附录 3 常用急救药的使用方法	(313)
附录 4 急诊患者危重性的判断依据	(314)
附录 5 急救疗效的评判	(314)
附录 6 急性中毒诊断的判定要点	(315)
附录 7 急性中毒急救的黄金规则	(315)

第一章 基层常见急症的 诊断和救治

第一节 皮肤黏膜出血

这是指血液被瘀积在皮肤或黏膜之下形成通过指压而不易褪色的红或暗红色出血斑点,估测单个斑点表面积介于3~5mm称为紫癜,<2mm称为瘀点,>5mm称为瘀斑,甚大者即可称为皮下血肿。本病常是由于机体内止血与凝血机制障碍引起,部分病情加重还将导致颅内、呼吸道或消化道出血。此病产生的原因主要包括肝功能衰竭、血小板减少、血友病或应用某些药物;以及患者由于使用了某些能导致止血与凝血机制障碍的药物,如华法林、阿司匹林、雌激素、苯妥英钠、噻嗪类利尿药等。

一、发病机制和原因

1. 血小板源性出血:主要因遗传和免疫因素所致,或者继发于某些疾病,如肝硬化、脾功能亢进、白血病、再生障碍性贫血。此时,除血小板计数减少外,血小板自身功能异常仍可发生皮肤黏膜出血等。

2. 凝血障碍源性因素:可见于血友病、纤维蛋白溶解症,并且存在续发于其他病因所导致的凝血因子损害,诸如凝血数量、质量及活性等方面的改变。此时,主要因各种凝血因子改变而发生的血液凝固障碍。

3. 血管源性出血:包括患者自身的遗传因素、家族性因素及非遗传因素等,如遗传性毛细血管扩张症;再如自体免疫异常、变态反应、感染、食品或药物过敏等,仍可以导致血液外渗,从而产生皮肤黏膜的出血斑点。此外,在此类非遗传性因素的作用下,这些斑点也可能是毛细血管壁通透性或脆性增加所致。

4. 复合因素性出血:此病的发生机制更为复杂多变,皮肤黏膜出血多由于血小板、凝血因子、抗凝和纤溶功能亢进的共同作用,诸如在危重病例晚期易于发生的弥散性血管内凝血(DIC)等。

二、临床诊断特征和评估

1. 患者表现皮肤黏膜或内脏自发性出血,或仅为在轻微外伤后出血不止的现象,诸如可发生在皮肤、口腔黏膜、肌肉、关节腔内的出血倾向。在重症患者,甚可产生鼻出血、咯血、

便血、阴道流血,以至于颅内血肿和内脏大出血等。

2. 在此类病人的接诊中,应当注意详细问诊和调查。首先要问清患者出血的轻重缓急、出血斑点出现时间、部位、范围和特点,并及时进一步了解和掌握患者从事的不同职业、有无服药、过敏、肝肾疾患、免疫性疾病的病史;对部分患者还须要调查是否相伴出现面色苍白、头晕、眼花、耳鸣、发热、黄疸、腹痛等。

3. 在一部分患者中自幼就有出血史,或于轻微伤而出血不止,此时一旦出现皮下深部血肿或大关节肿痛畸形,可以提示为先天的遗传性血友病;若见皮肤出血斑点而呈散在性分布和不可高出皮肤黏膜,表明本病是因为血小板或血管因素异常所致,借此而有益于与过敏性紫癜相鉴别;如果患者出血灶见于严重感染、产后或手术后的顽固性休克,并同时还伴有全身皮肤黏膜出血或渗血,方可提示患者为弥散性血管内凝血(DIC),应及时配合相应的血凝机制实验室检测加以确诊。

4. 配合实验室检查,检验全血细胞、血小板计数、出血时间、凝血酶原时间、部分凝血酶原时间、纤维蛋白原和凝血因子水平改变;检测血液生化和肝、肾功能等,帮助了解和判断患者有无合并重大脏器疾病和水、电解质改变等。

三、临床急救措施

1. 对于出现重大脏器出血的患者,或已发生活动性出血并引起低血容量、低血压或休克状态时,应予加强急诊患者相关生命体征的监测,在给予局部止血药治疗的同时,还应注意寻找和反复分析其病因和病情,必要时可及时请求血液科和其他相关科室专家帮助会诊。

2. 对各种类型的血友病患者,治疗的重点在于及时地补充体内凝血因子,并根据不同类型的血友病特点,及时准确查获和静脉输注体内缺陷的相关凝血因子。

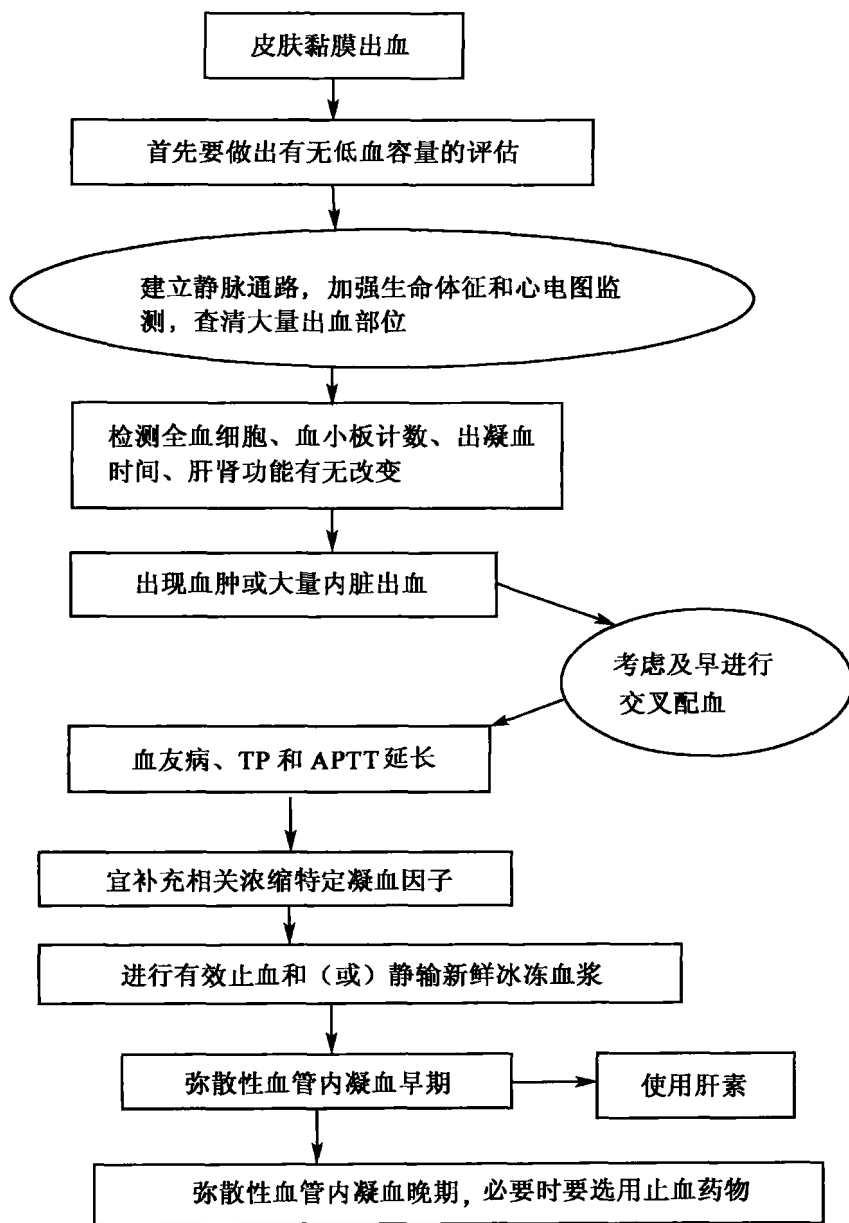
3. 对血小板减少或其功能异常者,要及时发现和去除可能导致血小板下降的原发病和诱因,有效控制患者的继发性感染。例如,针对血栓性血小板减少性紫癜,治疗的主要措施是采用血浆置换和肾上腺糖皮质激素治疗。

4. 对早期弥散性血管内凝血,当患者正处于高凝状态时,应当及时使用肝素治疗,使用剂量可按每次 $0.5\sim 1\text{mg/kg}$ 体重计算,每6h静脉滴注1次,并予参考临床凝血时间检测进行调整,治疗通常以将凝血时间控制在18min左右为佳,密切观测和把握应用肝素的时机,预防出现相应不良反应的并发症。在弥散性血管内凝血晚期,患者可能进入了低凝状态,方可参考凝血时间的检测结果,考虑适当选用止血类药物,如6-氨基己酸、对羧基苄胺等,有必要时还可静脉输注新鲜血液或血浆等。

5. 针对因肝素过量引起的出血,须停用或减量使用肝素。如果患者已经出现较严重的并发症,可给予鱼精蛋白静注实施肝素对抗治疗,临床一般用量为每 1mg 鱼精蛋白中和 100U 的肝素;然而,此时也要提防鱼精蛋白用药过量也有可能引起的不良反应。

6. 对使用华法林过量出血的治疗,若患者的病情反应轻微,须及时予以停药即可;若病情不断加剧,需要静脉输注新鲜冰冻血浆,给予维生素 K_1 $10\sim 15\text{mg}$ 口服或肌注;一旦出现危及生命的体征,宜及时改为维生素 K_1 皮下或静脉注射,剂量为每次 $10\sim 15\text{mg}$,静注速度要控制在 5mg/min 以下,绝对不可以太快。

四、紧急抢救流程图



五、临床注意事项

1. 接诊患者出现血压降低和血容量不足时,应当尽量发现和救治内脏重要器官出血。
2. 基层接诊中,仔细询问和采集患者的客观流行病学资料,以便加强相关疾病原发病

的诊断治疗。

第二节 急性咽喉肿痛

急性咽喉肿痛往往是最初诊断上呼吸道感染的重要线索之一,病初患者除主诉咽喉疼痛不适外,还时常相伴表现为鼻塞、流涕、干咳无痰、头痛、咽部疼痛或发热等,部分患者甚至产生耳、乳突、鼻窦、扁桃体发炎的某些临床表现。目前,有的患者也会伴发上呼吸道阻塞(UAO),即是一种极其可怕的急性咽喉肿痛的病症,必须要及时确诊和立即采取有效的急救处理。本病主要原因和发病机制若是能产生在咽喉部和呼吸道的堵塞,则极易造成患者窒息和猝死。

一、发病机制和原因

此病主要源于咽喉部炎症和急性呼吸道阻塞等,引起感染的病原体主要为病毒和细菌,前者包括流感病毒、合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒等,后者有流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、甲型溶血链球菌感染等。其实,急性上呼吸道阻塞的原因,除发生感染后的急性炎症以外,仍可见于患者时常发生的气道异物、过敏性反应、创伤、肿瘤、毒性化学物质吸入、血管神经性水肿、Steven-Johnson 综合征等。

二、临床诊断特征和评估

1. 一般情况下,患者上呼吸道感染可在全年发病,但以冬、春季节发病者居多。患者通常是在着凉、淋雨、过度劳累后被诱发,病人主诉咽喉肿痛,并向耳部和颌下放射疼痛;单独发生咽痛时,可表现为鼻咽部发痒、有灼烧感;患者若起病急,可相伴发热及下咽时导致疼痛加重。

2. 咽喉部局部检查,可见发红和肿胀,出现急性咽炎、扁桃腺炎、咽峡炎、急性中耳炎、传染性单核细胞增多症的临床表现。

3. 发生呼吸道阻塞时,起病紧急,可发生严重呼吸困难和窒息,尤为突发性气道异物阻塞,因为缺氧将随即产生病情恶化、意识障碍或消失。阻塞时常发生于气道异物、严重过敏性反应、急性咽喉炎、侵及性恶性肿瘤、创伤、毒性物质吸入、血管神经性水肿、Steven-Johnson 综合征、治疗过程中的医源性疾病等。

三、临床急救措施

1. 针对不同类型呼吸道感染和咽部肿痛的程度,要及时地加强患者的有效对症和支持性治疗,预防和减轻有可能发生的一系列并发症,诸如发热、头痛、咽喉疼痛、烧灼感、剧烈咳嗽等。对此,可以及时选用解热镇痛药物,以便减少鼻咽部充血和其分泌物等,同时配合使用抗感染的有效复合制剂或化痰止咳药物治疗(表 1-1)。若估计患者合并相应的细菌性感染,还应该及时选用敏感的抗菌药物治疗。

2. 对合并上呼吸道阻塞,但意识清醒的患者,可采用手指或牙刷等来撞指咽喉部病痛,帮助刺激产生自主性咳嗽和力排异物;患者意识不断恶化、甚至消失时,应当立即采用 Heimlich 法操作以便将异物喷出,并且要尽早开放和畅通气道,实施人工呼吸以及采取吸引器吸引异物、气管内插管或导管导丝引导与气管造瘘术治疗,具体操作方法可详见第五章有关内容。
3. 提供有效控制感染和全身对症及支持性疗法,且要以通过静脉内给药为主。
4. 对一般性上呼吸感染的咽喉肿痛,除注意休息和护理外,也可采用中成药口服治疗。

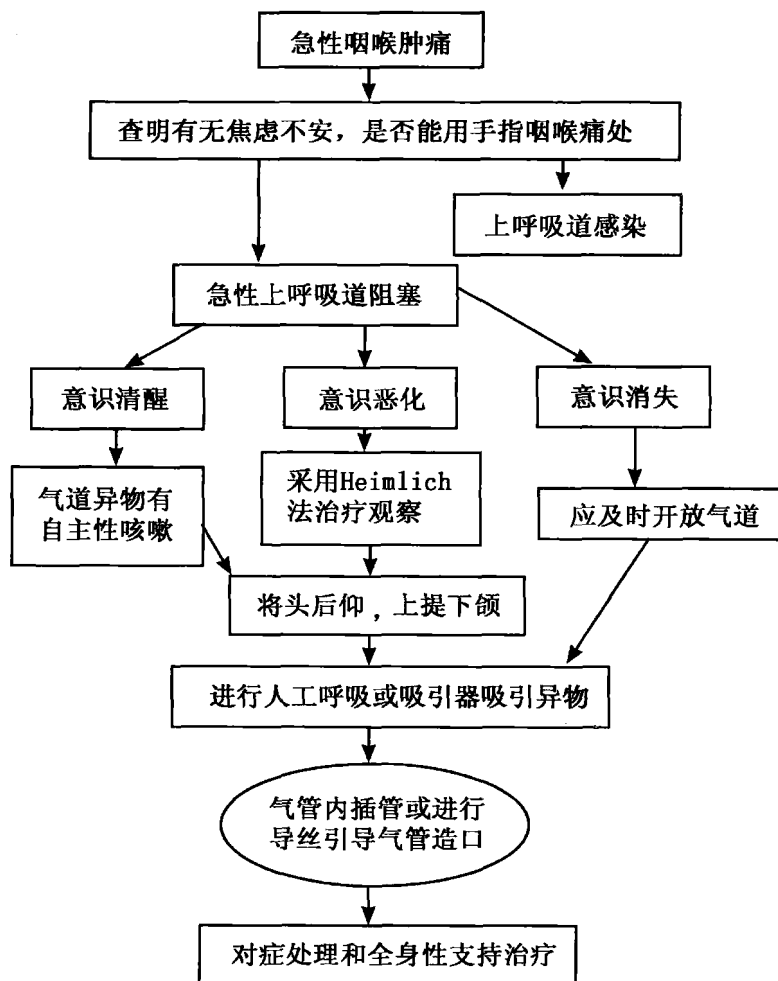
表 1-1 可以选用的部分抗感冒复合制剂和化痰止咳药

复合剂品名	主要成分	临床应用	用法用量
泰诺片	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬等	治疗和减轻成年人的感冒症状	1~2 片,每 6h 一次
日夜百服宁	同上	同上	1~2 片,每 6h 一次
美珠克乐	盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬、愈创木酚甘油醚等	用于镇咳	每次 1 片,每日 3 次
泰诺酚麻黄敏	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬、马来酸氯苯钠	用于儿童的对症治疗	每次 3~8ml,每日 3 次
沐舒坦片(糖浆)	盐酸溴索	用于痰多难咳者	成人 30mg,每日 3 次
成功再欣(粉剂)	布洛芬、葡萄糖酸锌	仅用于儿童流感和普感	每次半包至一包,每日 3 次

四、临床注意事项

1. 注意增强咽喉部和气管的通气治疗,及时地控制急性期的炎症;叮嘱患者多加饮水和卧床休息。
2. 对由于严重过敏或局部水肿引起的上呼吸道阻塞,方可试用肾上腺糖皮质激素或抗组胺类药物治疗。

五、紧急抢救流程图



第三节 发 热

发热当属于人体温度因各种原因造成的升高并超过了正常人的水平。正常人体温检测腋窝表面温度平均为 36.8°C ，检测口腔内温度平均为 37.1°C ，检测肛内温度平均为 37.5°C 。尽管正常体温受机体内外因素影响，但每日的波动相差一般不会超过 1°C 。发热通常见于各种全身性或局部性感染与许多非感染性疾病，例如麻疹、肿瘤与结缔组织病等。体温升高可分为高温和发热。高温是因患者散热障碍及产热过多引起，通常与体温调节中枢无关；发热正是由于诸如细菌和毒素之类的致热原，经由内热原作用于下丘脑温度调节中

枢,从而造成温度调节点水平提高。此时,患者机体产热和散热机制依然可以不发生异常变化。

一、发病机制和原因

1. 发热是由于许多致热原的作用,诸如细菌、毒素、病毒、真菌螺旋体、免疫复合物以及某种相关激素等作用于内热原所致。这些内热原主要包括白介素-1、肿瘤坏死因子等,能对下丘脑温度调节中枢产生一定刺激,从而使温度调定点水平升高。

2. 感染性疾病发热:包括全身性和局部性感染、急性或慢性感染、病毒性或细菌性感染等,是由于病原体等抗原激活单核细胞产生和释放的内热原所致。

3. 无菌性组织损伤的炎症:此类损伤包括心肌、肺、脾组织损伤或血栓栓塞后梗死,大面积坏死性损伤,创伤或手术后发热,以及体腔浆膜造成的无菌性炎症等。此时因损伤后组织周围炎症性反应,将产生和释放大量致热原而引起的体温上升。

4. 人体的变态反应:不论是速发或迟发型过敏反应均可以导致发热,例如可见于静脉输入异型血液、使用治疗药物引起的溶血性贫血或药物热等。

5. 结缔组织—血管性疾病:常见于风湿热或类风湿性关节炎、成人斯蒂尔病、系统性红斑狼疮(SLU)、结节性多动脉炎、皮炎等。

6. 炎性毒素和肿瘤的免疫反应:恶性肿瘤与白血病一旦遭受恶性肿瘤破坏,均将产生大量的炎性毒素、或肿瘤自身免疫反应,故可产生发热。因肿瘤细胞本身也能产生致热原,或者起因于肿瘤的浸及性溃疡和合并感染。白血病患者出现发热,已被认为可能是与机体代谢旺盛、白细胞破坏和合并感染后产生的致热源相关。

7. 其他原因引起的发热:主要包括神经内分泌的一系列发热疾病,诸如甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤晚期、育龄妇女月经前低热、妊娠期低热、运动后低热、神经性低热、夏季低热、原发性口温增高症等。

二、临床诊断特征和评估

1. 应详情询问发病的缓急、发热期限与体温高度和热型等;流行病学资料调查,发热患者可源自不同的地区、年龄、性别、从事的职业、发病季节、旅游史、接触感染史等。

2. 发热的主要相伴症状:大多患者可伴有头昏、头痛、乏力、食欲下降等项非特异性症状,但可供进行诊断时参考。此外,更重要的是还应格外重视具有特殊定位意义的局部症状,这类局部症状可以帮助我们确定疾病有可能产生于某个器官和系统。例如,发热相伴出现咳嗽、胸痛、气急、咯血、咯痰等,提示罹患有支气管—肺或胸膜的疾病;发热伴有神经症状和体征,表明有可能是中枢性神经系统疾病;发热伴有肋脊角、腰肋部疼痛、尿频、尿急、血尿等,可提示泌尿系统的感染或结石等;发热相伴明显的关节痛或关节炎症,时常表明为全身性结缔组织疾病;发热相伴腹痛、腹部包块或压痛时,应及时考虑到罹患腹部脏器疾病,甚至发生急腹症的病例。

3. 发热的体格检查要点:此类患者应予进行全面仔细的体检,包括体温、脉搏、呼吸和血压,并要特别关注其皮肤和黏膜的改变。及时发现皮疹、出血性淤点,触诊有无肝、脾、淋

巴结肿大等等。比如,发热相伴口唇黏膜单纯疱疹,常见于某些急性传染病,如流行性脑脊髓膜炎、肺炎球菌性肺炎、疟疾与上呼吸道感染等;发热相伴出现皮疹,可见于伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、流行性出血热、败血病、系统性红斑狼疮等;发热伴有淋巴结肿大,可见于化脓性炎症、结核病、急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、传染性单核细胞增多症等;发热时触及脾脏肿大,可提示为败血病、伤寒、病毒性肝炎、疟疾、感染性心内膜炎、黑热病、布氏杆菌病、血吸虫病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病等;长期不明原因发热,尤应注意到有可能存在的隐匿性病灶,诸如肝脏、膈下、脊椎、盆腔、鼻窦、耳后、乳突之类的局部脓肿,甚至部分的恶性肿瘤患者。

4. 配合实验室检查:虽然检查项目多,但需要根据具体病变进行有目的性的选择,即不可过分地信赖化验检查,也不可忽视因缺少相关诊断项目而造成的漏诊。首先应当及时实施临床3大常规检验,兼予进行必要的生理生化和免疫性实验检查,以各种影像学的诊断检查等。

临床3大常规检验:周围血液白细胞计数与分类,虽说比较普通,但具有一定诊断和鉴别诊断的价值,如发生严重化脓性感染时,血白细胞总数与中性粒细胞显著增多,甚至发生类白细胞性反应;当患者全身条件极差、抵抗力明显下降时,白细胞总数可不增多或仅有中性粒细胞显著升高,即可预示患者的预后不良;当发生血液疾病时,经血细胞分析可见明显贫血,表现为红细胞与血红蛋白降低等;此外,当发生诸如脑膜炎球菌、革兰阴性杆菌败血症的严重感染时,还会引起血小板减少及其功能下降。尿常规检查有助于发现尿蛋白和细胞成分的变化,例如较长时间的发热,即可出现轻度蛋白尿,患者蛋白尿显著增加并相伴出现血尿或脓尿时,应予及时考虑患有尿路感染性炎症、肾盂肾炎、肾结核、肾脏肿瘤、结节性多动脉炎、或系统性红斑狼疮及其变应性血管炎等。多次进行大便常规检查,有助于及时发现患者是否存在肠道感染性疾病等。

临床细菌学检查:发热患者宜采取相关的细菌检查,将具有特别的重要临床价值,如针对长期高热患者进行常规血液培养和药物敏感试验,必要时加做骨穿骨髓培养,将有助于提供伤寒、败血症、感染性心内膜炎的确诊;此外,若怀疑为厌氧菌和真菌感染,还应采取特殊方法和技术加以培养或分离。

进行人体血清学检查:临床中有许多非细菌性传染疾病会产生机体的血清反应。比如,对钩端螺旋体病可选择凝聚溶解试验,拟诊流行性乙型脑炎时可选择补体结合试验,对风湿病可选择抗链球菌溶血素“O”试验,对系统性红斑狼疮要选择抗核抗体试验,对传染性单核细胞增多症应选择与嗜异性试验相关的检查。因此,在临床上酌情选择敏感性比较高的血清学免疫检验,可以提供对于各类传染性疾病进行诊断与鉴别诊断的客观参数。但是,要取决于基层医疗的技术条件。

5. 常规影像学检查:由于多普勒超声检测的可复性强,又有创伤和痛苦低、患者容易接受的特点,故尔针对某些腹部实体性器官检查应当列为首选的诊断项目。患者有长程发热,还应常规进行胸部X线透视、摄片和CT扫描检查,以便发现心脏、双肺、纵隔的疾病;CT扫描检查更有益于及时地发现骨盆内、膈底与腹腔深部隐匿性病灶,像腹膜后淋巴瘤,小型脓肿、血肿等。

6. 活体组织检查:这是一种有创性的有效诊断方法,例如肝穿刺活细胞组织检查、淋巴结及皮肤或皮下结节活体组织检查等。针对恶性肿瘤或血液系疾病,欲要及早确诊则应实施骨髓穿刺检查,以便提供有决定性诊断和临床分型的实验信息。

7. 发热诊断思路与鉴别:发热作为患者的一种临床表现,究其原因繁复,在一定程度上可能反映疾病的严重程度和发展变化,而且观察和描记发热类型通常是对各种疾病诊断和评估的一个重要指标。例如,病人发热的表现形式,包括急性短期发热、长期不明原因的中热或高热、长期不明原因的低热、超高热、反复出现的不规则热型等。许多的传染疾病的发热表现在未予退热和使用抗生素干预治疗之前,通常是相对固定的。

绝大多数患者短期发热是因急性感染所致,可出现相伴的定位性症状,临床中容易做出诊断。长期不明原因的中热和高热,测量体温升至 38°C 以上并持续2周余,住院后1周内通过患者病史、体格检查与常规检验均不能确定其病因时,应当根据患者来自不同的地区和发病时间,细心寻找引起发热原因和进行必要的诊断试验性治疗。一般来说,此类病人极有可能是因感染、恶性肿瘤与结缔组织血管性疾病引起的发热。据文献统计由这3大疾病原因导致的发热可占 $80\%\sim 90\%$ 的病例。若测量患者口腔温度介于 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$,持续1个月以上可称为长期低热,在考虑某些疾病导致低热之前,要首先了解患者个体以往的正常温度,并排除因生理因素或置身于高温环境下的影响。测量体温超过 41°C 时可称为超高热发热,时常见于患者有体温调节中枢功能障碍,例如发生中暑、热射病、脑部疾病、败血症、输液输血反应,或因麻醉药所引起的恶性高热和临终前超高热病例等。当患者出现反复发热,几乎全部地见于因为感染所引起的疾病,如各类常见传染病、细菌性感染、肿瘤及丙种球蛋白缺乏症合并感染等。

三、临床急救措施

1. 除高热及超高热而不能承受的患者外,在未查清病因前,不要过于积极地采用退热及滥用抗生素和肾上腺糖皮质激素治疗,须在充分明确病因后再予全面分析和判断,一并提供有效综合治疗方案处理。当患者出现高热或超高热,测量体温超过了 40°C ,相伴发生惊厥或谵妄,甚至出现休克或心功能障碍,才需要酌情考虑选择使用退热药或人工冬眠治疗,旨在避免危及患者的生命。

2. 发热病因被查明后,应切实加强病因治疗。比如,积极地控制感染,酌情实施抗肿瘤化疗和手术切除,并针对药物热、炎症性血管病、结缔组织病还可考虑配合使用糖皮质激素与免疫治疗。

3. 加强对症和支持性疗法:包括采取大量输液,维持水、电解质和酸碱平衡,必要时进行药物或物理降温,诸如冷敷、戴冰帽、酒精擦浴、人工冬眠疗法等。一般性药物降温处理,宜给予非甾体类解热镇痛药(NSAID)、或适量肾上腺糖皮质激素治疗等。