

急诊内科

常见疾病的 诊疗及护理

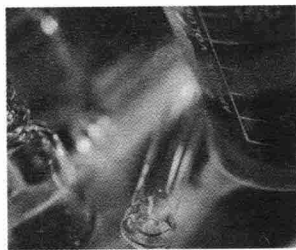
郑德玉 元树国 杜慧珍 张 峰 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社

急诊内科 常见疾病的 诊疗及护理

郑德玉 元树国 杜慧珍 张 峰 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

急诊内科常见疾病的诊疗与护理/郑德玉, 亓树国, 杜慧珍主编.
—昆明: 云南科技出版社, 2009. 7
ISBN 978 - 7 - 5416 - 3312 - 6

I. 急… II. ①郑…②亓…③杜… III. ①内科—急性病—诊疗
②内科—急性病—护理 IV. R505. 97 R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 111547 号

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

昆明锦润印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 889mm × 1194mm 1/32 印张: 10.625 字数: 270 千字

2009 年 7 月第 1 版

2009 年 7 月第 1 次印刷

定价: 38.00 元

主 编 郑德玉 亓树国 杜慧珍
张 峰

副主编 冯伟鹏 赵玉霞 仇 虎
吕文彦 李 强 陈 凯

前 言

急诊医学是医学领域中的一项年轻的边缘学科,其重要性日益为人们所认识。由于广大急诊医学医护人员的努力,急诊医学近年来发展十分迅速,我国的急诊医学事业有了长足的发展。

急诊内科是急诊医学中最重要的组成部分,急诊病人约半数以上是患内科急症。面对急危重症病人,能否及时做出正确的诊断和合理的治疗,直接关系到病人的生命安危。为了满足基层医院临床急诊工作的需要,提高内科各种急危重症的救治水平,我们组织本院相关科室人员,根据他们多年的临床经验与业务专长,参考了近年来的有关文献书籍,共同编写了本书。本书共分四篇合计 38 章,既介绍了常见内科急症症状的诊断方法与诊疗护理原则,各种常见急诊疾病的病因与发病机制,诊断方法与治疗护理原则,又叙述了常用的急救诊疗技术与操作规程,内容丰富全面,实用性较强,既适用于基层医院从事临床急诊一线工作的临床医护人员,又能对实习医护人员有所帮助。

本书在编写过程中,得到了本院领导及医院工作人员的支持与鼓励,在此一并表示衷心感谢。由于本书编写人员较多,编写时间仓促,写作风格与技巧各异,技术水平有限,在某些观点及取材方面的片面或谬误之处在所难免,殷切期望各位同道们给予批评指正,以使我们的技术水平也能得到充实提高。

编者



目 录

第一篇 常见急症症状的诊疗及护理	(1)
第一章 发热	(1)
第二章 急性腹痛	(11)
第三章 胸痛	(18)
第四章 头痛	(26)
第五章 意识障碍	(31)
第六章 咯血	(37)
第七章 上消化道出血	(45)
第二篇 急性中毒	(54)
第一章 急性中毒的诊疗原则	(54)
第二章 巴比妥类药物中毒	(63)
第三章 急性有机磷农药中毒	(66)
第四章 拟除虫菊酯类农药中毒	(82)
第五章 灭鼠剂中毒	(84)
第六章 一氧化碳中毒	(88)
第七章 急性乙醇中毒	(92)
第八章 亚硝酸盐中毒	(96)
第三篇 休克	(99)
第一章 休克概论	(99)
第二章 感染性休克	(109)



第三章	过敏性休克	(122)
第四章	出血性休克	(125)
第五章	创伤性休克	(131)
第四篇	各系统常见急诊	(136)
第一章	脑梗塞	(136)
第二章	脑出血	(145)
第三章	蛛网膜下腔出血	(153)
第四章	癫痫持续状态	(160)
第五章	急性重症哮喘	(166)
第六章	肺栓塞	(173)
第七章	呼吸衰竭	(181)
第八章	心脏骤停与心肺脑复苏	(201)
第九章	心绞痛	(219)
第十章	心肌梗死	(233)
第十一章	急性重症胆管炎	(250)
第十二章	急性胰腺炎	(254)
第十三章	急性肾功能衰竭	(266)
第十四章	弥散性管内凝血	(281)
第十五章	低血糖危象	(289)
第十六章	糖尿病酮症酸中毒	(295)
第十七章	淹溺	(302)
第十八章	电击伤	(307)
附录	临床常用诊疗技术	(314)



第一篇 常见急症症状的诊疗及护理

第一章 发 热

正常人的体温受体温调节中枢所控制,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。

第一节 体温的调节与发热的机制

正常人的口腔温度一般维持在 37°C 上下,波动范围 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$;直肠内温度一般比口腔内温度约高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔内温度约低 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 。不同个体的正常体温也会略有差异。正常人体温在 24h 内有轻微的波动,晨间稍低,下午稍高,相差不超过 1°C 。小儿因代谢率高,其体温可较成年人稍高;老年人可较青壮年低。妇女月经期体温比平日低,而在排卵期和妊娠期则稍高。此外,进食、剧烈运动、突然进入高温环境、情绪激动等因素也可使体温稍有上升。

人体内产热除基础代谢产热外,静止状态下组织代谢也产生热量。体力活动时,脂肪及糖分解是体内产热的主要来源。运动时骨骼肌和皮肤的产热量可占全身产热量的 70%。随着外界环境温度的降低,机体在减少散热的同时增加代谢率,成人主要通过寒



战反应,它可最大量地增加产热量,以补充机体在寒冷环境中丧失的体热;新生儿在寒冷环境下刺激交感神经兴奋,使脂肪代谢成脂肪酸供给机体产热。

人体散热主要有辐射、蒸发、对流及传导等物理过程,当周围温度低于皮肤温度时,热即从皮肤辐射散热;其次是体内热量传导至皮肤周围空气层,经对流散热。当周围温度超过体温时,主要依靠汗液蒸发,体热从皮肤、呼吸道及大小便等处消散,以皮肤散热最为重要。

在正常情况下,人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。

1. 致热源性发热 致热源包括外源性和内源性两大类

(1)外源性致热源:外源性致热源的种类很多,包括:①各种微生物病原体及其产物,如细菌、病毒、真菌及细菌毒素等。②炎性渗出物及无菌性坏死组织。③抗原抗体复合物。④某些类固醇物质,特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮。⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热源多为大分子物质,特别是细菌内毒素分子量非常大,不能通过血脑屏障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,使调定点上升,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,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,使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,停止排汗,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 常见于以下几种情况

(1)体温调节中枢直接受损:如颅脑外伤、出血、炎症等。



- (2)引起产热过多的疾病:如癫痫持续状态、甲亢等。
- (3)引起散热减少的疾病:如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

第二节 诊断方法

一、病史

详细询问病史对发热原因的诊断常能提供重要线索。此外,对发热患者定期检测体温,密切观察热度的高低、时限、热型等也有重要价值。

1. 起病方式

一般而言,急性感染性疾病起病多较急剧,常有受凉、疲劳、外伤或进食不洁食物等病史,若发热前有明显寒战者,多属化脓性细菌感染或疟疾;而一般非感染性发热,以及结核、伤寒、立克次体和病毒感染多无寒战。

2. 发热的分期及分型

按发热的高低可分为:①低热:37.3 ~ 38℃;②中度发热:38.1 ~ 39℃;③高热:39.1 ~ 41℃;④超高热:41℃以上。发热的临床过程一般分为以下三个阶段。

(1)体温上升期:体温上升期长有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒、寒战等现象。皮肤苍白是因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩,浅层血流减少所致,甚至伴有皮肤温度下降。由于皮肤散热减少刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒。中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板,引起骨骼肌不随意地周期性收缩,发生寒战及竖毛肌收缩,使产热增加。该期产热大于散热使体温上升。体温上升有两种方式:

①骤升型:体温在几小时内达 39 ~ 40℃ 或以上,常伴有寒战。小儿易发生惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。



②缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2)高热持续期:此时体温已达高峰,临床表现为皮肤潮红而灼热,呼吸加快加强,可有出汗。此期持续数小时、数天或数周。其热型可表现为:①稽留热:体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右,达数天或数周,24h波动范围不超过 1°C 。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。②弛张热:体温在 39°C 以上,但波动幅度大,24h内体温差达 2°C 以上,体温最低时一般仍高于正常水平。见于败血症、脓毒血症、风湿热、重症结核、化脓性炎症等。③间歇热:高热期与无热期交替出现。体温波动幅度可达数度。无热期持续一天乃至数天,反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。④回归热:体温急剧上升至 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后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、周期热等。⑤波状热:体温逐渐升高达 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:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

不同的发热性疾病各具有相应的热型,根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。但必须注意:由于抗生素的广泛应用,及时控制了感染,或因解热药或糖皮质激素的应用,可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型;此外,热型也与个体反应的强弱有关,如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,而表现为低热甚至不发热。

(3)体温下降期:由于机体的防御功能与适当的治疗,疾病得到控制,体温恢复正常。体温下降的方式有两种:①骤降:体温于数小时内迅速降至正常,有时可低于正常,常伴有大汗。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等。②渐降:体温于数



天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

3. 伴随症状

①寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。②结膜充血:常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。③单纯疱疹:口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。④淋巴结肿大:常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。⑤肝脾肿大:常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆管感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。⑥出血:发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。⑦关节肿痛:常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。⑧皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。⑨昏迷:先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等;先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

二、体格检查

1. 面容

一般急性感染多呈急热面容。伤寒、副伤寒患者常表情淡漠。斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热患者常呈醉酒面容。猩红热患者见口周苍白。麻疹患者常见眼睑浮肿、结膜充血、分泌物增多等。急性白血病、再生障碍性贫血和恶性组织细胞病常因贫血而见面色苍白。发热伴面部蝶形红斑是扩散性红斑狼疮的特殊病症。口唇疱疹可见于大叶性肺炎、间日疟、流行性脑脊髓膜炎、流行性感



冒、大肠杆菌败血症等。

2. 皮肤特征

注意有无皮疹及出血点。皮肤多汗可见于结核病、风湿热、败血症、恶性淋巴瘤。皮肤发疹可见于猩红热、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、红斑狼疮、急性皮炎等。皮疹还可见于风湿热、药物热、渗出性红斑、结节性红斑、血清病等。出血性皮疹或出血素质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。发热伴皮肤黄染要注意胆管感染、钩端螺旋体病、重症肝炎和急性溶血等。

3. 淋巴肿大

全身性淋巴肿大是原发性淋巴组织病变或全身性感染的病症。如伴周期性发热是霍奇金病的临床特征,如伴不规则发热,应注意传染性单核细胞增多症、结核病、急性淋巴细胞性白血病、恶性组织细胞病等。局部淋巴肿大常提示局部有急性炎症,但如急性出疹性发热病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛,提示风疹的诊断。

4. 脾肿大

发热伴脾肿大者见于败血症、伤寒、病毒性肝炎、疟疾、黑热病、感染性心内膜炎、布氏杆菌病、血吸虫病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病等。

5. 发热伴有胸部体征

如闻及肺部干湿性啰音或实变体征等,应考虑呼吸系统感染;发热伴有栓塞、心脏杂音,尤其是原有器质性心脏病者心脏杂音发生明显改变时,应注意感染性心内膜炎;发热伴心包摩擦音或心包积液体征,常提示心包炎。急性心肌炎的发热与心率不成比例,心率增快常超过发热程度。

6. 肌肉与关节

发热伴腓肠肌剧烈疼痛,甚至不能站立或行走,常提示钩端螺



旋体病。局部肌痛兼有发热与白细胞增多,须检查有无深部脓肿,尤其是药物肌肉注射引起的臀肌无菌性脓肿。发热伴多关节肿痛,病因常为各种关节炎,如化脓性、感染中毒性与变态反应性等,而淋病性与结核性关节炎常侵犯单个的大关节。

三、相关辅助检查

对发热患者进行辅助检查必须掌握检查目的明确,并以简便快捷为原则。常用的辅助检查包括:

1. 血象

周围血液白细胞计数与分类对发热的病因诊断与鉴别诊断有重要参考价值。

(1)白细胞总数:白细胞总数增多一般指中性粒细胞增多。极度的白细胞增多见于白血病与类白血病反应。白细胞增多最常见的原因是细菌感染,尤其是化脓性细菌感染,其他原因包括某些病毒感染如乙型脑炎、流行性出血热;螺旋体病如钩端螺旋体病、回归热和鼠咬热等;原虫病如阿米巴、黑热病;寄生虫病如急性血吸虫病。大多数病毒感染均无白细胞增多。白细胞减少见于某些革兰氏阴性杆菌感染如伤寒、副伤寒、布氏杆菌病;病毒及立克次体感染如流行性感冒、风疹、传染性单核细胞增多症、登革热、恙虫病等;原虫和螺旋体病如疟疾、回归热等。

(2)嗜酸性粒细胞计数:发热伴有显著的嗜酸性粒细胞增多,可见于急性血吸虫病、丝虫病、过敏性肺炎、热带性嗜酸粒细胞增多症、人旋毛线虫病、肺吸虫病等。轻度嗜酸性粒细胞增多可见于猩红热、霍奇金病、多动脉炎、药物热等。嗜酸性粒细胞减少见于伤寒、副伤寒和应激状态。

(3)淋巴细胞计数:绝对性淋巴细胞增多,见于传染性单核细胞增多症、传染性淋巴细胞增多症、百日咳、淋巴细胞性白血病及淋巴细胞类白血病反应等。相对性淋巴细胞增多,见于某些病毒感染、伤寒、波状热、恶性组织细胞病、粒细胞缺乏症、再生障碍性



贫血等。

(4)单核细胞计数:单核细胞增多见于某些细菌感染,如活动性结核病、感染性心内膜炎、布氏杆菌病等;立克次体感染如斑疹伤寒;病毒感染如传染性单核细胞增多症;血液病如单核细胞性白血病等。

2. 血沉

血沉加速主要是由于血浆纤维蛋白原和球蛋白增多以及白蛋白减少。病理性血沉加速最常见于各种炎症、结缔组织病、恶性肿瘤、中毒、严重的肝脏病及贫血等。

3. 尿常规检查

任何病因引起的发热,尿常规检查可发现轻度蛋白尿,但如显著蛋白尿并伴有血尿或脓尿,则应考虑尿路炎症、肾结核、肾脏肿瘤、变应性血管炎如多动脉炎、系统性红斑狼疮等。

4. 血清学检查

对发热的诊断有一定价值,如肥达、外斐反应、钩端螺旋体病的凝集溶解试验,乙脑的补体结合试验,风湿病的抗链球菌溶血素O试验,系统性红斑狼疮的抗核抗体试验等。

5. 血或骨髓培养

当发热原因不明确,血象或骨髓又具有感染的特征时,则应作血或骨髓培养,这对伤寒、副伤寒、波状热、败血症、细菌性心内膜炎等疾病的病原诊断均具有决定性意义。

6. X线检查

若有呼吸系或心血管系统症状体征者,可作胸部X线检查。泌尿道感染与肾肿瘤患者作静脉肾盂造影检查有无梗阻或畸形也是重要诊断方法。CT与MRI对腹腔内脏病变的诊断具有重要诊断价值,如肝脏扫描有助于肝内占位性病变如肝癌与肝脓肿的诊断,也可发现脾脏脓肿等病变。

7. 超声检查

对疑有急性渗出性心包炎和感染性心内膜炎患者,可行超声



心动图检查。腹部超声波检查适用于疑有腹腔内占位性病变、肝脓肿、肝胆道结石以及肾脓肿、泌尿系结石等患者。

第三节 治疗原则及护理

1. 对一般发热不急于退热

由于热型和热程度变化可以反应病情变化,并可作为诊断、评价疗效和估计预后的重要参考,而发热不过高或不太持久又不至于有多大危害,故在疾病未得到有效治疗时,不必强行退热。发热的治疗,最根本、最关键的是针对病因进行治疗。

2. 下列情况应及时解热

①体温过高(如 40°C 以上)使患者明显不适、头痛、意识障碍、惊厥者。②恶性肿瘤患者,因持续发热加重病体消耗。③心肌梗死或心肌劳损者,因发热可加重心肌负荷。

3. 加强对高热病人的护理:

(1) 严密观察病情:

① 注意病人神志、呼吸、血压、脉搏、体温、末梢循环等生命体征的变化,特别注意体温的变化,观察物理、药物降温的效果,避免降温速度过快、幅度过大,造成病人虚脱。

② 注意病人伴随症状的变化,及时提供给医生,以助诊断。

③ 记录出入量,特别是大汗的病人,要注意补足液体。

(2) 降温:迅速而有效地将体温降至 38.5°C 是治疗超高热危象的关键。

① 物理降温:首选,简便安全,疗效较快。

方法:冷水擦浴:对高热、烦躁、四肢末梢灼热者,可用冰水擦浴降温。温水擦浴:对寒战、四肢末梢厥冷的病人,用 $32\sim 35^{\circ}\text{C}$ 温水擦浴,以免寒冷刺激而加重血管收缩。酒精擦浴:用温水配成 $30\%\sim 50\%$ 酒精擦拭。冰敷:用冰帽、冰袋装上适量冰块,置于前



额、腹股沟、腋窝等处,但要保留一侧腋窝用于测量体温。

② 注意事项:擦浴方向是自上而下,由耳后、颈部开始,直至病人皮肤微红,体温降至 38.5°C 左右。不宜在短时间内将体温降得过低,以免引起虚脱。伴皮肤感染或有出血倾向者,不宜皮肤擦浴。降温效果不佳者可适当配合通风或服药等措施。注意补充液体,维持水电解质平衡。遵循热者冷降,冷者热降的原则。

③ 药物降温:只是对症处理,不要忽视病因治疗。用药时要防止病人虚脱。常用药物有阿司匹林、吲哚美辛、激素等。

④ 冬眠降温:使用以上措施体温仍高,尤其是烦躁、惊厥的病人,可在物理降温的基础上使用冬眠药物,可以降温、镇静、消除低温引起的寒战及血管痉挛。常有冬眠 1 号(哌替啶 100mg 、异丙嗪 50mg 、氯丙嗪 50mg)全量或半量静滴。该药物可引起血压下降,使用前应补足血容量、纠正休克,注意血压的变化。

(3) 加强基础护理:使病人处于安静、通风、温湿度适宜的环境中,给予充足的水分、营养、维生素,保护心脑肾等重要脏器的功能,烦躁、惊厥的病人可使用镇静剂,呼吸困难病人应吸氧,必要时可气管切开,机械通气。

(4) 对症护理:

① 物理降温的病人,要及时更换冰袋,经常擦浴降温。

② 皮肤护理:降温过程中大汗的病人,要及时更换衣裤被褥,保持干爽清洁舒适。卧床的病人要定时翻身,防止褥疮。

③ 口腔护理:注意清洁口腔,防止感染及黏膜溃破。

④ 加强呼吸道管理:雾化吸入,拍背,协助病人咳痰;咳嗽无力或昏迷无咳嗽反射者,可气管切开,吸出气道内的分泌物。

⑤ 烦躁、惊厥的病人,应置于保护床内,适当地约束四肢,防止坠床或自伤。