



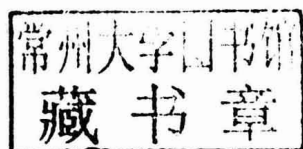
临床急重症病 诊疗与护理

王香春 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

临床急重症病诊疗与护理

王香春 编著



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

临床急重症病诊疗与护理 / 王香春编著. — 昆明 :
云南科技出版社, 2013.12
ISBN 978-7-5416-7820-2

I. ①临… II. ①王… III. ①急性病—诊疗②险症—
诊疗③急性病—护理④险症—护理 IV. ① R459.7
② R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 306891 号

责任编辑: 赵伟力 吴 琼 师力唯
封面设计: 涂文静
责任校对: 叶水金
责任印制: 翟 苑

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)
北京京华虎彩印刷有限公司 全国新华书店经销
开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 7.5 字数: 184 千字
2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷
定价: 42.00 元

目 录

第一章 常见急诊症状鉴别	1
第一节 休 克	1
第二节 发 热	7
第三节 输液反应	12
第四节 呼吸困难	15
第五节 急性腹痛	20
第六节 腹 泻	26
第七节 恶心与呕吐	30
第八节 头 痛	33
第二章 常用急诊诊疗操作技术	39
第一节 开放静脉通道	39
一、周围静脉穿刺术(venouspuncture, VP)	39
二、锁骨下静脉穿刺插管术	40
三、颈内静脉穿刺插管术	41
第二节 气管插管术、气管切开术、气管内引流	44
一、气管插管术	44
二、气管切开术	49
四、环甲膜切开术	53
第三节 氧气疗法	59
第四节 连续血液净化(continuousbloodpurification, CBP)	61
第五节 心包穿刺法	64
第六节 胸腹腔穿刺术	65
一、胸 腔	65
二、腹 腔	66

第七节 套管针胸膜腔闭式引流术	67
第八节 清创缝合术	68
第九节 鼻胃管插入法和洗胃术	69
一、鼻胃管插入法	69
二、洗胃术	70
第十节 三腔二囊管压迫止血术	71
第十一节 导尿管插入术和膀胱穿刺术	72
一、导尿管插入术	72
二、膀胱穿刺术	73
第十二节 腰椎穿刺术和硬脊膜外穿刺置管术	73
一、腰椎穿刺术	73
二、硬脊膜外穿刺置管术	75
第十三节 临时心脏起搏	76
第三章 心及血管系统急诊	78
第一节 急性冠脉综合征	78
第二节 心源性休克	81
第三节 心肌病	84
第四节 心肌炎	88
第五节 急性左心衰竭	91
第六节 急性心律失常	93
第七节 创伤性主动脉破裂	95
第八节 腹主动脉瘤破裂	97
第九节 心脏性休克	99
第十节 急性心包填塞	100
第十一节 急性心肌梗塞	102
第十二节 弥散性血管内凝血	106
第十三节 急性主动脉综合征	113
第四章 呼吸系统急诊	125
第一节 急性呼吸道梗阻	125
第二节 气道异物	127

第三节	急性呼吸衰竭	130
第四节	急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征	132
第五节	慢性阻塞性肺部疾病急性发作	134
第六节	重症支气管哮喘	137
第七节	咯 血	141
第八节	气胸与纵隔气肿	144
第五章	消化系统急诊	147
第一节	急腹症	147
第二节	消化道大出血	149
第三节	急性消化道穿孔	152
第四节	消化道异物	154
第五节	急性胆道感染与梗阻性黄疸	155
第六节	急性胆道蛔虫症	157
第七节	急性胰腺炎	159
第八节	急性腹膜炎	161
第九节	急性阑尾炎	163
第十节	急性肠梗阻	165
第六章	泌尿生殖系统急诊	168
第一节	睾丸扭转	168
第二节	慢性肾衰并发症	170
第三节	尿潴留	174
第四节	泌尿系结石	175
第五节	上尿路感染	177
第六节	下尿路感染	179
第七章	神经系统急诊	181
第一节	短暂性脑缺血发作	181
第二节	急性脑出血	182
第三节	急性脑梗塞	185
第四节	癫痫、癫痫持续状态	186
第五节	偏头痛	189

第六节 三叉神经痛	191
第七节 偏 瘫	192
第八节 截 瘫	193
第八章 内分泌系统急诊	195
第一节 低血糖	195
第二节 糖尿病酮症酸中毒	197
第三节 非酮症性高渗性昏迷	199
第九章 急性中毒和药物中毒	201
第一节 急性中毒救治原则	201
第二节 酒精中毒	203
第三节 有机磷农药中毒	205
第四节 拟除虫菊酯类杀虫剂中毒	207
第五节 百草枯中毒	209
第六节 镇静催眠剂中毒	211
第七节 阿片类药物中毒	213
第八节 阿托品中毒	215
第九节 洋地黄中毒	216
第十节 亚硝酸盐中毒	218
第十章 创伤急诊	220
第一节 创伤性休克	220
第二节 挤压综合征	223
第三节 急性骨筋膜室综合征	225
第四节 大面积皮肤撕脱伤	227

第一章 常见急诊症状鉴别

第一节 休 克

【基本表现】

1. 低 血 压

- (1) 成人肱动脉收缩压低于 90mmHg。
- (2) 或较基础血压降低 30mmHg 以上。
- (3) 脉压减小。

2. 生命体征性改变

- (1) 仰卧位无低血压,但怀疑存在休克时候。
- (2) 改变体位后 3~5min 测量脉搏、血压。
- (3) 收缩压下降超过 10~20mmHg。
- (4) 伴脉搏增加超过 15 次/分钟。
- (5) 患者感到头昏不适。

3. 组织灌注不足表现

- (1) 肢端湿冷。
- (2) 皮肤苍白或发绀。
- (3) 外周脉搏搏动未扪及或细弱。
- (4) 烦躁不安,易激惹。
- (5) 神志淡漠,嗜睡,昏迷。
- (6) 尿量减少或无尿。

4. 交感神经兴奋

- (1) 精神紧张,焦虑。

(2)过度换气。

(3)大汗。

【各类休克临床表现】

1. 心源性休克

(1)心前区疼痛。(2)牙痛,肩关节痛,上腹痛。(3)呼吸困难及急促。(4)颈静脉怒张。(5)肺部啰音。(6)心动过速,奔马律,心脏杂音,收缩期喀喇音。(7)恶心、呕吐。

2. 感染性休克

(1)发热或低体温。(2)呼吸浅速。(3)心动过速或心动过缓。(4)感染病灶表现。

3. 出血性休克

(1)血容量丢失。

1)轻度失血(丢失血容量 15%),焦虑,心动过速,脉压增大。2)中度失血(丢失血容量 15%~30%),心跳呼吸增快,脉压减小,尿量轻度减少。3)重度失血(丢失血容量 30%以上),意识精神状态改变,少尿或无尿。

(2)出血表现。

1)呕血,便血。2)咯血。3)诊断性腹穿不凝血。4)后穹隆穿刺见不凝血。5)产后出血。6)大血管穿透性损伤。

4. 过敏性休克

(1)有接触过敏源病史。(2)突然发病。(3)皮肤红斑和瘙痒。(4)胸闷,气短。(5)腹部不定位的隐痛或绞痛。(6)恶心、呕吐,腹泻。(7)二便失禁。(8)喉头水肿和支气管水肿,呼吸窘迫,发绀。(9)面色苍白,四肢厥冷。(10)脉搏细弱,血压下降。(11)烦躁不安。

【休克合并症】

1. 急性呼吸窘迫综合征。

2. 急性肾功能衰竭。

3. 弥漫性血管内凝血。

4. 急性肝功能衰竭。

5. 应激性溃疡。

6. 急性心力衰竭。

【问诊要点】

1. 起病情况,可能诱因。

2. 现病史。

①平时血压;②心脏病症状;③近期感染性疾病史;④昆虫叮咬史;⑤目前用药情况。

3. 既往史

①心脏病;②高血压病;③糖尿病;④手术外伤史;⑤吸毒史;⑥既往过敏史。

4. 女性月经史。

【院前处理】

1. 心电、血压及血氧监测。

2. 给高浓度氧。

3. 建立大口径静脉通路。

4. 意识障碍、呼吸困难者行气管插管。

5. 如患者无急性心衰表现,给晶体液。

6. 对出血性休克患者在出血止住前,院外快速、大量补液有争议。

7. 过敏性休克患者应立即给予肾上腺素。

8. 对急性心肌梗死患者,建议转运至能开展急诊冠脉介入的医院。

【急诊检查】

1. 血、尿常规。

2. 电解质,肝肾功能,血糖。

3. 心肌损伤标志物。

4. 动脉血气(有条件者查乳酸水平)。

5. 凝血功能(PT,APTT)。

6. ABO 血型,Rh 因子。

7. 心电图。

8. 胸部 X 线检查(床旁)。

9. 导尿,记录每小时尿量。

【诊断和鉴别诊断】

休克诊断要点见表 1:

1. 有典型的临床表现。
2. 成人肱动脉收缩压低于 90mmHg,多数为 70~80mmHg 甚至更低。

3. 或较基础血压下降 30mmHg 以上。

4. 微循环和组织灌注不足表现。

鉴别诊断:

(1)慢性低血压。

(2)急性低血压:1)休克;2)晕厥;3)急性运动性血管麻痹。

(3)体位性低血压:1)特发性直立性低血压;2)继发性直立性低血压;3)平卧位低血压综合征。

(4)晕厥,晕针。

(5)昏迷。

(6)虚脱(短暂的循环衰竭):1)使用解热镇痛药物。2)崩漏。3)晕堂。4)身体虚弱患者受某些因素强烈刺激。

(7)用药过量(如快速输入氯化钾)。

表 1 各种休克常见基础疾病的诊断要点

休克类型	常见基础疾病	诊断要点
心源性休克	心肌梗死、心肌病及心律失常等	低血压伴外周阻力增加临床征象(如脉搏细弱、皮肤湿冷),器官灌注不足(尿量、意识改变)
低血容量性休克	大量出血;严重脱水(烧伤、腹膜炎或肠梗阻等)	血容量大量丢失临床病因,休克表现,中心静脉压下降,血管内补液后动静脉压很快改善即可诊断
阻塞性休克	心包填塞	心动过速、血压下降、反常脉、Kussmauls 征,查胸部 X 线、超声心动图确诊
	大面积肺梗塞	诊断困难,可表现为猝死,核素扫描、肺血管造影有重要诊断价值

续表 1

休克类型	常见基础疾病	诊断要点
分布性休克	感染性休克	休克的同时具有系统性炎症反应综合征,局部感染灶及相应体征,分泌物培养确定感染
	过敏性休克	除休克外,有接触过敏原史,全身性荨麻疹,气道梗阻感,咳嗽,支气管痉挛、喉头水肿,严重者可意识障碍,甚至猝死
	神经源性休克	类似于低血容量性休克,伴神经系统疾病体征如四肢瘫痪或截瘫

【急诊治疗】

基本治疗:

1. 仰卧位,腿部抬高,安静,保暖。
2. 心电、血压、血氧监测。
3. 建立大口径静脉通路。
4. 考虑深静脉插管,中心静脉压监测。
5. 保持气道通畅,吸高浓度氧。
6. 气管插管指征:①意识障碍;②呼吸停止;③呼吸道不通畅;④高流量法不能充分氧合;⑤通气衰竭(急性呼吸性酸中毒);⑥装有机械夹板的连枷型胸壁。
7. 对非心力衰竭患者快速静脉补液。
8. 出血性休克应紧急止血(压迫、手术)。
9. 置入尿管,计每小时尿量。
10. 根据休克基础病因各专科会诊。

【各类休克急诊处理】

心源性休克:

- (1) 急性心肌梗死:①有效镇痛;②急诊血运重建(经皮穿刺冠脉成形术,冠脉搭桥术);③血流动力学监测(指导血管活性药物使用);④主动脉内球囊反搏(二尖瓣反流、室间隔穿孔、心脏破裂);⑤心脏外

科手术。

(2)急性心力衰竭:①吗啡;②速尿;③如血压还可以,给予扩血管药物(硝普钠、硝酸甘油);④显著低血压给予多巴胺,去甲肾上腺素;⑤正性肌力药物不作为一线用药。

感染性休克:

(1)补充晶体液和胶体液。

(2)抗感染治疗。

(3)脓肿切开引流。

(4)必要时手术治疗:1)化脓性梗阻性胆管炎;2)急性弥漫性腹膜炎;3)脓胸;4)坏死性肠炎。

(5)去甲肾上腺素和(或)多巴胺。

(6)明确并控制感染源。

出血性休克:

(1)建立两条大口径静脉通路。

(2)交叉配血,尽早输血。

(3)生命垂危患者输入O型血。

(4)凝血功能障碍者,输入凝血因子或新鲜血浆。

(5)血小板低或功能障碍者输血小板。

(6)在不影响其他治疗措施前提下,中心静脉压监测。

(7)临床监测血压、心率、尿量、神志及红细胞比积。

(8)出血病因处理:对补液反应差者,尽早手术治疗或血管造影。

过敏性休克:

(1)停用和清除过敏原。

(2)保持呼吸道通畅防窒息。

(3)静脉补充等渗液。

(4)肾上腺素(1:1000),0.3~0.5mg,肌肉/皮下注射。

(5)抗过敏药物:苯海拉明,扑尔敏,异丙嗪。

(6)糖皮质激素:氢化可的松或甲基强的松龙。

(7)10%葡萄糖酸钙:10~20ml,静脉注射。

(8)顽固性低血压:多巴胺,去甲肾上腺素。

药物或化学品中毒:

- (1) 如有指征给予洗胃、活性炭。
- (2) 必要时给予多巴胺,去甲肾上腺素,多巴酚丁胺。
- (3) 阿片类物质:纳洛酮拮抗。
- (4) 钙离子拮抗剂:补钙。

【留观察指征】

所有患者均直接送入急诊抢救室。

【住院指征】

1. 过敏性休克患者

①多次注射肾上腺素病情不见好转;②高龄身体虚弱患者;③心脏病患者。

2. 其他各型休克患者。

3. 有条件者收入加强医疗科或 CCU。

【出院指征】

1. 一般休克患者不应离院。

2. 过敏性休克者满足下列条件者可出院:①年轻无心脏病患者;
②观察 24h 以上;③初步治疗很快见效;④生命体征平稳。

3. 出院后变态反应专科门诊就诊。

4. 有条件者继续使用糖皮质激素及抗组胺药物。

第二节 发 热

【临床表现】

基本表现:

1. 体温升高

(1) 口腔内舌下温度 $>37.3^{\circ}\text{C}$ 。(2) 直肠内温度(肛温) $>37.6^{\circ}\text{C}$ 。
(3) 腋温 $>37^{\circ}\text{C}$ 。

2. 发热临床分度(口腔内舌下温度)

(1) 低热: $37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。(2) 中等度热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。(3) 高

热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。(4)超高热: $>41^{\circ}\text{C}$ 。

3. 热 型

(1)稽留热:体温持续于 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 达数天或数周,见于大叶性肺炎、伤寒等急性感染性疾病。

(2)弛张热:体温 24h 内波动达 2°C ,甚至更多,见于败血症、肺炎、感染性心内膜炎、风湿热及恶性组织细胞疾病。

(3)间歇热:隔日或隔三日发热,见于疟疾、局灶性化脓性感染。

(4)波状热:见于布鲁氏菌病、恶性淋巴瘤及脂膜炎等。

(5)再发热:高热期与无热期各持续数天,见于回归热、鼠咬热。

(6)不规则热:见于流感、支气管肺炎、败血症及恶性疟等。

伴随症状:

1.畏寒,寒战,出汗,盗汗。

2.食欲减退。

3.全身不适,疲乏。

4.头痛,肌肉酸痛,肌肉痉挛。

5.易怒,意识状态改变。

体格检查要点:

1.生命体征:体温(最好测直肠温度)、呼吸、脉搏、血压。

2.头颅五官:颅脑外伤证据,瞳孔。

3.颈部:甲状腺,脑膜刺激征。

4.肺部:呼吸音,啰音,胸膜摩擦音。

5.心脏:心率,奔马律,心脏杂音。

6.腹部:腹肌,腹胀,压痛,肠鸣音,肛门指检。

7.皮肤:四肢,淋巴结,皮温,出汗,瘀点瘀斑,肌肉震颤。

8.神经系统:意识状态,局灶体征。

【问诊要点】

1.发热的热型,伴随症状。

2.发作前周围环境温度和湿度。

3.服药史,尤其是损害排汗机制、导致肌肉过度活动和响体温调节的药物。

4. 询问系统疾病史。

【病因】

1. 感染性疾病

上呼吸道感染,肺炎;泌尿系统感染;肠道感染如菌痢、伤寒等;急性病毒性肝炎;感染性心内膜炎;败血症;结核病;疟疾;局部脓肿,蜂窝组织炎;所有感染性疾病均可引起发热。

2. 结缔组织和过敏反应性疾病

系统性红斑狼疮;风湿热,风湿性关节炎;类风湿关节炎;急性皮肌炎;结节性多动脉炎;血清病;药物热。

3. 血液病,恶性肿瘤

急性白血病;淋巴瘤;恶性组织细胞疾病;其他肿瘤(如转移癌)。

4. 组织坏死

急性心肌梗死;急性胰腺炎;脏器出血,栓塞或血栓形成;大面积烧伤;急性溶血。

5. 其他

重度脱水;甲亢危象;痛风发作;恶性高热;中枢性高热;中暑。

【院前处理】

1. 注意患者生命体征。

2. 酌情给予建立静脉通路,心电图。

3. 为避免掩盖病情,一般发热无须特殊处理。

4. 高热和超高热患者:①离开过热环境;②物理降温(酒精、冰袋)。

【急诊检查】

基本检查:

1. 准确,多次测量体温。

2. 血常规(全血细胞计数)。

3. 尿常规。

4. 胸片(如发热原因不能通过查体明确时)。

备选检查:

1. 电解质,肝肾功能,血糖。

2. 血培养。
3. 血沉。C-反应蛋白。
4. 腹部 B 超。
5. 头颅 CT 和(或)腰椎穿刺:①发热合并意识、精神状态改变;②发热合并头痛。

【诊断和鉴别诊断】

病因分析:

1. 急诊重点

- (1)在急性感染性疾病最多见。
- (2)仍有许多患者发热诊断未明。
- (3)急诊重点是尽可能明确诊断和排除潜在严重后果疾患。

2. 急性感染性疾病

- (1)急性起病,伴或不伴寒战。
- (2)全身不适,伴肌痛、关节痛。
- (3)感染器官系统表现:如咳嗽、咳痰,腹泻,尿频。
- (4)急性淋巴结或脾脏肿大。
- (5)血象 WBC: $>10000/\text{mm}^3$ 或 $<4000/\text{mm}^3$ 。

3. 药物热

- (1)任何药物均可产生药物热。
- (2)发热开始于药物治疗后 7~10 天。
- (3)停药后 24~72h 缓解。
- (4)部分患者出现皮疹和嗜酸细胞增多。
- (5)常见药物:青霉素和其他 β 内酰胺类药物,磺胺类药物,抗结核药物,抗肿瘤药物,卡马西平,苯妥英钠,降压药,如硝苯地平,甲基多巴,胍屈嗪等,非甾体类抗炎药物,可卡因,安非他明。

4. 不明原因

- (1)发热 3 周以上,体温超过 38.3°C 。
- (2)在院外检查 1 周后仍未明确诊断。
- (3)通常不能在急诊室诊断 FUO。
- (4)最常见原因为感染和恶性肿瘤,其次为结缔组织疾病。