

急诊与危重症

谷元奎等◎编著 (上)

急诊与危重症

(上)

谷元奎等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

急诊与危重症/谷元奎等编著. —长春: 吉林科学技术出版社, 2017. 5
ISBN 978-7-5578-2461-7

I. ①急… II. ①谷… III. ①急诊②险症-诊疗
IV. ①R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2017) 第117268号

急诊与危重症

JIZHEN YU WEIZHONGZHENG

编 著 谷元奎等
出 版 人 李 梁
责任编辑 刘建民 韩志刚
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 1132千字
印 张 35.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年5月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-2461-7

定 价 140.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

主 编

谷元奎 胡志银 郭文龙 魏明顺
芦 敏

副主编 (按姓氏笔画排序)

于瑞双 王 玲 王 晓 杜雪峰
李 巍 李东旭 李杰冲 何 洁
陈 庚 岳 巍 游 锋

编 委 (按姓氏笔画排序)

于瑞双 (河北省衡水市第二医院)
王 玲 (河北省衡水市第二医院)
王 晓 (山东省邹平县人民医院)
芦 敏 (山东省德州市联合医院)
杜雪峰 (河北省衡水市第二医院)
李 巍 (承德医学院附属医院)
李东旭 (河北省衡水市第二医院)
李杰冲 (河北省唐山市弘慈医院)
何 洁 (新疆石河子大学医学院第一附属医院)
谷元奎 (山东省临沂市中医医院)
张中友 (河北省南皮县人民医院)
陈 庚 (河北省衡水市第二医院)
岳 巍 (山东省淄博市第七人民医院)
胡志银 (湖北省蕲春县人民医院)
宫铁红 (承德钢铁集团有限公司职工医院)
高学民 (河北省唐山市协和医院)
郭文龙 (湖南中医药高等专科学校附属第一医院)
崔洪源 (河北省武安市中医院)
游 锋 (湖北省来凤县中心医院)
魏明顺 (山东省郓城县人民医院)



谷元奎

男，1996年毕业于山东中医药大学中医系，一直在临沂市中医医院急救中心从事临床工作。曾到青岛大学附属医院进修学习。擅长各种中毒及急危重症的救治，重点开展心脑血管性疾病的溶栓治疗、重症患者的血液净化治疗。急诊所涉专业广，思路开阔，善于发现一些疑难症。现任山东中毒与职业病及中西医结合急诊专业委员会委员，临沂中西医结合急诊及中西医结合高血压专业委员会副主委。承担市级科研两项，参予主编著作三部，发表省级以上论文十余篇。



胡志银

男，1976年8月出生，1997年毕业于武汉科技大学医学院，本科学历，内科副主任医师，湖北省蕲春县人民医院急诊科主任，黄冈市医学会急诊医学分会常务委员，湖北省医院协会门急诊管理专业委员会委员。毕业后一直从事内科临床，2005年至今在急诊科工作，多次参加省内外急诊急救、危重症救治培训班和学术交流，在武汉同济医院等地进修急诊内科、重症医学科2次。具有丰富的临床经验，擅长大内科各系统急危重症的救治，尤其在心血管急重症、急性脑血管病、农药中毒、心脏骤停等救治方面有较深的心得体会，成功挽救数十例濒死患者，近三年在国家级专业期刊发表研究论著五篇。



郭文龙

科室副主任，副主任医师，硕士研究生，硕士研究生导师，中共党员。曾在国内多家大型医院进修深造，参加重症医学专业学术会议或培训数十次。专业理论基础扎实，临床经验丰富。发表专业论文近二十篇，其中核心期刊发表五篇，参编专著一部。承担省级课题三项，参与多中心研究三项，多次获省、市级专业知识和技能竞赛一、二等奖，多次获市级自然科学学术论文二、三等奖。擅长各科急危重症诊治、有创血流动力学监测、机械通气、血液净化、肠内外营养支持、重症超声等技术。

P 前言

Preface

急危重症医学是在 20 世纪 80~90 年代新兴并得以迅速发展起来的一门临床学科,该学科的兴起大大的提高了急危重症患者的抢救成功率。该学科突出的特点是跨专业、多学科。急危重症患者的特征是在发病过程中呈多系统序贯发生的功能异常,所以需要一支掌握跨专业、多学科急救知识与技能的高素质医护人员,同时,因该学科患者的病情瞬间多变,医护人员需要动态掌握病情变化,及时调整抢救方案,方能赢得抢救时机,提高对急危重症患者抢救的成功率。因此,每一位工作在急诊临床第一线的医务人员都面临着知识更新的实际问题。为此,我们从临床实际出发,结合近年来国内外最新资料,编写了《急诊与危重症》一书。

本书共分为二十一章,前半部分主要介绍了急危重症诊疗过程中常用的各种救治技术;后半部分以各个系统为基础,详细阐述了每个系统常见急危重症的诊断与治疗的详细措施。并且在危重症发病机制、诊断、急救处理等内容上力求反映当今医学发展的新成果、新进展。全书内容丰富,重点突出。各章节详略得当,救治措施具体实用,对临床各医护人员、医学院校师生及进修实习人员均有很好的实用和参考价值。

本书能使医务人员更进一步树立急救意识和应急能力,掌握全面熟练的急救技术,为缩短诊治时间、加快抢救速度、保证病人生命安全发挥了重要的作用。但由于编写时间仓促,我们的学识水平有限,失误与不足之处在所难免,敬请读者朋友批评指正。

《急诊与危重症》编委会

2017 年 3 月

C 目录

Contents

第一章 绪 论	(1)
第一节 急救医学概念.....	(1)
第二节 危重病情判断及急救工作方法.....	(2)
第三节 院前医疗急救专业概述.....	(4)
第二章 常见急危重症状	(6)
第一节 高 热.....	(6)
第二节 胸 痛.....	(14)
第三节 咳 嗽.....	(16)
第四节 咯 血.....	(18)
第五节 呼吸困难.....	(20)
第六节 紫 绀.....	(23)
第七节 呕 血.....	(25)
第八节 便 血.....	(26)
第九节 黄 疸.....	(27)
第十节 急性腹痛.....	(32)
第十一节 急性腹泻.....	(34)
第十二节 心 悸.....	(35)
第十三节 眩 晕.....	(38)
第十四节 头 痛.....	(40)
第十五节 抽 搐.....	(42)
第三章 机械通气	(46)
第一节 概 述.....	(46)
第二节 机械通气的基本原理.....	(46)
第三节 机械通气的临床应用.....	(48)
第四节 机械通气的基本模式.....	(49)
第五节 呼吸机主要参数的设置.....	(52)
第六节 机械通气的并发症及防治.....	(54)
第七节 无创正压通气和呼吸机的撤离.....	(56)
第四章 心肺脑复苏	(58)
第一节 成人基础生命支持.....	(58)
第二节 小儿基础生命支持.....	(60)

第三节	心脏骤停与心肺复苏	(62)
第四节	气道异物阻塞与急救处理	(66)
第五节	特殊情况下的心肺复苏	(67)
第六节	高级心血管生命支持	(70)
第七节	脑缺血损害与脑复苏	(75)
第五章	危重患者的代谢及营养支持	(79)
第一节	概 述	(79)
第二节	危重症患者的代谢	(80)
第三节	营养支持方法	(83)
第四节	营养支持的监测	(87)
第六章	休 克	(91)
第一节	概 论	(91)
第二节	过敏性休克	(99)
第三节	低血容量性休克	(100)
第四节	内分泌性休克	(105)
第五节	感染中毒性休克	(106)
第六节	心源性休克	(111)
第七章	昏 迷	(118)
第八章	猝 死	(134)
第九章	烧 伤	(140)
第十章	电解质失调	(149)
第一节	脱 水	(149)
第二节	高钾血症	(153)
第三节	低钾血症	(155)
第四节	高钙血症	(158)
第五节	低钠血症	(160)
第十一章	酸碱平衡失调	(164)
第一节	代谢性酸中毒	(164)
第二节	呼吸性酸中毒	(167)
第三节	代谢性碱中毒	(169)
第四节	呼吸性碱中毒	(171)
第五节	混合性酸碱平衡紊乱	(173)
第十二章	多器官功能障碍综合征	(175)
第一节	病因及发病机制	(175)
第二节	各系统器官的功能、代谢变化	(177)
第三节	MODS 诊断标准、病情严重度评分及预后评分系统	(179)

第四节	MODS 的防治原则	(183)
第十三章	循环系统急危重症	(187)
第一节	重症心律失常	(187)
第二节	急性冠脉综合征	(200)
第三节	高血压急症	(213)
第四节	主动脉夹层	(219)
第五节	急性病毒性心肌炎	(223)
第六节	心包积液与心包填塞	(226)
第七节	充血性心力衰竭	(229)
第八节	急性左心衰竭	(238)
第九节	扩张型心肌病	(242)
第十四章	消化系统急危重症	(250)
第一节	急性胃肠炎	(250)
第二节	重症急性胰腺炎	(250)
第三节	消化性溃疡急性穿孔	(255)
第四节	急性上消化道出血	(258)
第五节	肝性脑病	(265)
第六节	急性重症胆管炎	(268)
第七节	门静脉高压症	(276)
第八节	急性胃扩张	(285)
第九节	急性腹膜炎	(288)
第十节	急性肠梗阻	(294)
第十五章	呼吸系统急危重症	(303)
第一节	急性呼吸衰竭	(303)
第二节	慢性呼吸衰竭	(310)
第三节	急性呼吸窘迫综合征	(315)
第四节	重症肺炎	(321)
第五节	重症哮喘	(328)
第六节	急性肺脓肿	(332)
第七节	急性脓胸	(335)
第八节	恶性胸腔积液	(337)
第九节	自发性气胸	(340)
第十节	肺水肿	(342)
第十一节	肺栓塞	(347)
第十二节	肺性脑病	(355)
第十三节	肺动脉高压	(359)

第十四节	肺不张	(366)
第十五节	原发性支气管肺癌	(371)
第十六章	泌尿系统急危重症	(377)
第一节	急进性肾小球肾炎	(377)
第二节	急性肾小球肾炎	(378)
第三节	肾病综合征	(380)
第四节	急性尿潴留	(385)
第五节	急性肾衰竭	(387)
第六节	肾绞痛	(392)
第十七章	神经系统急危重症	(395)
第一节	自发性蛛网膜下隙出血	(395)
第二节	原发性脑出血	(402)
第三节	高血压脑病	(409)
第四节	缺血性脑卒中	(413)
第五节	急性颅内高压症	(423)
第六节	帕金森病	(426)
第七节	周期性瘫痪	(429)
第八节	癫痫	(433)
第九节	脑损伤	(449)
第十节	颅内血肿	(454)
第十八章	血液系统急危重症	(475)
第一节	急性溶血性贫血	(475)
第二节	弥散性血管内凝血	(478)
第三节	急性白血病	(483)
第四节	恶性淋巴瘤	(487)
第五节	急性粒细胞减少症	(493)
第六节	急性原发性血小板减少性紫癜	(495)
第七节	急性输血反应和输液反应	(498)
第十九章	内分泌系统急危重症	(501)
第一节	甲亢危象	(501)
第二节	甲减危象	(505)
第三节	肾上腺危象	(506)
第四节	垂体危象	(508)
第五节	低血糖危象	(510)
第六节	糖尿病酮症酸中毒	(512)
第七节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(515)

第二十章 重症感染	(519)
第一节 败血症.....	(519)
第二节 重型病毒性肝炎.....	(528)
第三节 肾病综合征出血热.....	(531)
第二十一章 急性中毒	(535)
第一节 有机磷农药中毒.....	(535)
第二节 急性一氧化碳中毒.....	(538)
第三节 强酸、强碱中毒	(541)
第四节 镇静、安眠类药物中毒	(543)
第五节 急性乙醇中毒.....	(544)
第六节 百草枯中毒.....	(546)
第七节 氨气中毒.....	(548)
第八节 急性毒品中毒.....	(549)
参考文献	(553)

第一章 绪 论

第一节 急救医学概念

一、急救医学的概念和特点

随着社会的不断发展和进步,人类各种疾病和灾难的发生也越来越多,急救医学涵盖的内容越来越广,急救医学界也承载着越来越重的任务和责任。急救医学的特点是“急”,其实质是指患者发病急、需求急,医务人员抢救处置急。目前尤其重视发病后 1 h 内急救,即“生命黄金一小时”。急救医疗应包括院前急救、医院急诊科(室)和重症(强化)监护室(ICU)或冠心病监护室(CCU)3 部分组成。具体地说,院前急救负责现场和途中救护;急诊科(室)和 ICU 及 CCU 负责院内救护。

二、急救医学的现状

在了解急救医学现状时,首先有必要将急诊医学,急救医学与急症的定义及相互关系加以理解、认识与统一,以利于学科的发展。“急救”的含义表示抢救生命,改善病况和预防并发症时采取的紧急医疗救护措施。而“急诊”则是紧急地或急速地为急性患者或伤病员诊查、察看和诊断他的病与伤及应急的处理。从英语角度看急救为 first-aid,急诊为 emergency call,而两者均可称为 emergency treatment。从广义来看,急诊医学作为一个新的专用名词,它包含了更多的内容,特别是目前国际已广泛推行组织“急诊医疗体系”,它把院前急救、医院急诊科急救和各监护(强化)监护室(ICU)等 3 个部门有机联系起来,为了一个目的——让危重急症得到快捷而最有效的救治,提高抢救的成功率和危重患者生存的质量,降低病死率和致残率。因此急诊医学包括了急救医学等几种专业。

急救医学的对象是危重急症,为此目前受到世界各国的普遍关注,在许多经济发达国家更为重视发展急救医学。据美国统计,在第一、第二次世界大战中伤死亡率分别高达 8.8%和 4.5%,朝鲜战争 2.5%,由于重视急救医学研究,发展了急救器材和运输工具,训练了一支快速反应、技术优良的急救队伍,使得越南战争中(1965—1971 年)伤死亡率下降至 2%以下。1972 年正式承认急救医学是医学领域中一门新学科,1973 年出版了专门的急救医学杂志:《急救医学月刊》。日本的急救中心还通过电子计算机、无线电通讯与警察署、消防署、二级和三级医疗机构、中心血库等密切联系,英国有 140 多个专门的急症机构,全国统一呼救电话号码(999)。

20 世纪 50 年代中期,我国大中城市开始建立急救站,重点是院外急救,国家卫生部于 1980 年颁布《加强城市急救工作》的文件;1983 年又颁布了《城市医院急诊室(科)建立方案》,明确提出城市综合性医院要成立急诊科;1986 年 11 月通过了《中华人民共和国急救医疗法》(草案第二稿),90 年代卫生部组织的等级医院评审中将急诊科列为重要评审指标。1987 年成立了中华急诊医学分会,设有若干专业组如院前急救组、危重病急救组、小儿急救组、创伤灾害组、急性中毒急救组等。全国还成立了中国中西医结合急救医学会,急诊急救医学期刊不断出现,如《中国急救医学》《中国危重病急救杂志》《中国中西医结合急救杂志》《急诊医学》。

各医科院校相继设立了急诊医学临床课教学,急救医学专业著作、手册不断问世。国内急救模式不断

出现,如上海、北京、广州、重庆各具有特色的急救模式,为人民健康作出了积极的贡献。

各大医院的急诊科、急救科均在由原来支援型向自主型转化。“120”已成为市民的“生命之星”。相信我国的急救医学必然在不太长的时间内赶上国际先进水平。但是,目前我国的急救工作无论是管理水平、急救医疗服务体系,还是急救人员的专业化(一专多能)素质都还较薄弱,这些都有待我们去努力奋斗,加强急救医疗服务管理,积极探索抢救垂危生命的难点,如心、肺、脑复苏,多器官功能失常与衰竭的救治,急性中毒救治和群体伤的救治组织指挥等。

(胡志银)

第二节 危重病情判断及急救工作方法

一、急救的主要病种

(一)心跳、呼吸骤停

及时、正确和有效的现场心肺复苏,是复苏成功的关键。快捷有效的进一步生命支持和后续救治可提高复苏成功率,减少死亡率和致残率。

(二)休克

休克患者的早期诊断,尤其是休克病因的早期确定是纠正休克的关键,及时有效地纠正休克可降低死亡率。

(三)多发创伤

及时发现多发创伤的致命伤并进行有效的急救处理,就可防止发生休克、感染和严重的并发症。

(四)心血管急症

心血管急症如急性心肌梗死,急性心律失常、急性心功能不全、高血压危象等,若能及时诊断和有效地处理,对患者预后的改善十分重要。

(五)呼吸系统急症

呼吸系统急症如哮喘持续状态、大咯血、成人呼吸窘迫综合征,气胸是急救中必须充分认识和正确处理的。

(六)神经系统急症

脑血管意外是急救中死亡率最高的危象急症,在急救的早期及时认识脑水肿并给予及时有效的处理是降低死亡率的关键之一。

(七)消化系统急症

消化道大出血、急性腹痛,尤其是出血坏死性胰腺炎和以腹痛为主诉的青年女性宫外孕破裂出血等,诊断要及时。

(八)内分泌急症

内分泌急症如糖尿病、酮性酸中毒、各种危象等,要及时救治,尤其是糖尿病患者的低血糖须警惕。

昏迷是一个需多科参加鉴别诊断的危象急症,要重视急性中毒、脑血管急症所致的昏迷的快速诊断与救治。

二、急救处理原则

急救医学是一门综合性学科,处处存在灵活性,需要急诊医师在病情危急、环境又差的条件下进行处理,应根据实际病情作出去伪存真的分析,施行最有效的急救处理,其原则如下。

(一)首先判断患者是否有危及生命的情况

急救学,它强调预测和识别危及生命的情况,不重于确定诊断,而重于注意其潜在的病理生理改变,以

及疾病动态发展的后果,考虑如何预防“不良后果”的发生及对策。

(二)立即稳定危及生命的情况

对危及生命的情况,必须立即进行直接干预和处理,以使病情稳定,对预期可能会演变为危及生命的情况也必须干预。急救学十分重视严密监测危重病的病情变化,并随时采取有效的急救处理。

(三)优先处理患者

当前最为严重的急救问题是急救强调时效观念,更强调首先处理危及生命最为严重的情况。

(四)去伪存真,全面分析

急救时急诊医师应从危重患者的主诉、阳性及阴性体征和辅助检查结果中,找出产生危重病征的主要矛盾,但切记不应为假的现象和检查的误差所迷惑,头脑应清醒,要进行全面分析。

(五)选择辅助检查

要有针对性和时限性。

(六)病情的估计

对病情的估计要实事求是,向患者或家属交待病情应留有余地。

(七)急救工作应与其他科室医师充分合作

急救中加强科与科、医师与医师之间的合作,有关问题进行必要的紧急会诊,有利于解决急救中疑难问题。

(八)重视急救中的医疗护理文书工作

急救的医疗、护理文书具有法律效力,因此记录时间要准确,内容要实事求是。

(九)急救工作中加强请示报告

急救工作涉及面广,政策性强,社会舆论对此比较敏感,加强急救工作请示报告可避免失误和有利于急救管理。

三、危重患者抢救制度

(1)对危重伤病员的急救,必须分工,紧密配合,积极救治,严密观察,详细记录。抢救结束还要认真总结经验。

(2)建立健全抢救组织,大批伤员的抢救,由院领导主持,医务部(处)组织实施。如超出本院的救治能力,应由院医疗值班人员立即与有关卫生部门或兄弟单位联系,共同开展抢救工作。

(3)各科内危重伤病员的抢救,由科主任、正(副)主任医师或主治医师组织实施。急诊当班医师接诊危重伤病员抢救时,应积极主动及时有效地采用急救措施。有困难时及时向院医疗值班和科主任报告,同时速请相关科室会诊。

(4)对危重患者应先行抢救,后办理手续。

(5)各科室的急救室或监护室的药品、器材应定位放置,专人保管,定期检查,经常保持完好状态。

(6)急救室或监护室内应有常见急危重病的抢救预案,医护人员应熟练掌握常用抢救技术和仪器的使用。

(7)遇到院外抢救,要确切弄清情况(时间、地点、单位、伤病情况和人数等),立即报告院领导或医务部(处),由医院迅速组织力量,尽快赶到现场抢救,对重大灾害事故的医疗救援,应立即报告上级卫生行政部门。

(胡志银)

第三节 院前医疗急救专业概述

一、院前急救的特点

一是病种广泛而复杂,有关资料分析表明,院前急救以心脑血管急症和创伤患者为最多,春季以心脑血管疾病为多,冬季以呼吸道急症为多,交通事故的创伤以夜间为多,昏迷为院前急救常见急症;二是院前急救的现场情况复杂多变,可在工厂、机关、学校、山区、农村、家庭等;三是院前急救的时间无规律,危重急症的发生无时间规律,故担任院前急救的医务、勤杂人员应处于 24 h 坚守岗位的待命状态。

二、院前急救的原则

一是只救命,不治病,它是处理疾病或创伤的急性阶段,而不是治疗疾病的全过程;二是处理成批伤病员时或在灾害性事故中,首先要做准确的检伤分类,并按照患者的轻重缓急,给予相应急救处理。

三、院前急救管理

(一)现场急救管理

现场急救是院前急救的首要环节,是整个急救医疗体系的第一关,其管理质量的高低直接影响着伤病员的生存率和致残率。主要工作如下。①维持呼吸系统功能:吸氧,清除口腔分泌物和吸痰,应用呼吸兴奋药和人工呼吸;②维持循环系统功能:包括高血压急症、急性心力衰竭、急性心肌梗死和各种休克的急救处理,危重的心律失常的急救处理,心脏骤停的心肺复苏术等;③维持中枢神经系统功能:心肺脑复苏的脑功能保护,脑血管急诊和颅脑外伤的脑水肿,降低颅内压,防止脑疝;④急性中毒的毒物清除和生命支持及对症处理;⑤多发创伤的止血、包扎、固定、搬运;⑥急救中的对症处理,如:止痉、止痛、止吐、止喘、止血等。

(二)急救转运管理

院前急救应该重视合理的转运技术。①搬运管理:搬运的常用工具是担架,要根据患者的病情使用合适的担架,搬运时得注意平稳,防止患者跌落,骨科患者应该固定后搬运,遇有颈、腰椎伤的患者必须 3 人以上同时搬运;②运输管理:危重伤病员经现场急救处理后,如何进行转运是院前急救成败的关键之一。下列几点要特别重视:防颠簸、防窒息、防出血、防继发伤,加强监护及有效的对症处理。

四、急救中要注意的问题

(1)一切以有利于抢救患者为根本原则。急诊工作比较复杂,条文规章不可能把千变万化的情况完全包括进去。因此,在急诊工作中,既要按制度办事,又要机动灵活。总之,要把一切有利于抢救患者作为根本原则,确保急救、急诊通道畅通。

(2)分清轻重缓急,做到急症急治。杜绝不急现象的发生,任何时候要把急、重、危患者的抢救放在首位,克服麻痹和懈怠思想,不得以任何理由延误抢救时机。

(3)切忌诊断与治疗脱节,坚持边检查边抢救。对一般情况较差、生命指征不稳定的危重疑难患者,在诊断未明的情况下,应及时采取抗休克、补液、吸氧等应急对症处理措施,不能消极地等待化验及检查报告而丧失抢救时机。

(4)对病情的估计要实事求是,留有余地。因为急救、急诊病情复杂、变化快,有时难以预料。所以在向患者或家属交待病情时,不能轻易下“没问题”“没危险”“不要紧”“不会死”的结论,以免病情突变,家属毫无思想准备而出现不必要的误解和纠纷。

(5)重视患者和家属的主诉,切忌主观、武断、先入为主、自以为是。一般来说,患者的病情,本人和家属最清楚。因此,在诊疗过程中应该注意倾听患者和家属的陈述,及时前去查看,仔细检查病情的变化。

决不能不耐烦甚至训斥患者和家属,要有爱心,要耐心、细心。

(6)不准在患者或家属面前讲病情和议论同行及外院诊疗失误情况。疾病有一个发生、发展和演变的过程,疾病的治疗也有一个过程。对疾病的诊治,医务人员之间有不同意见也是正常的,但是在患者或家属面前讲,有时就会引起不必要的麻烦、误解,甚至纠纷。更不得为抬高自己而当着患者和家属的面指责同行和外院。

(7)从事急救、急诊工作的医护人员要认真学习,虚心求教,遇到不懂的问题,不会处理或处理没有把握时,一定要及时请示上级医师,切忌不懂装懂,以致误诊、误治、贻误病情,造成难以挽救的后果。

(8)当前各医疗单位要加强对配合急诊科(室)工作的相关科室如挂号、收费、药房、检验、放射、特检等科室的急诊意识的教育,为急诊患者提供快捷、优质的服务。各医疗单位都要制订这些相关科室的服务规范,对外公布,接受监督。

(9)遇有急诊患者携款不足或遭受突发灾害时,要做到“三先一后”,即先检查、先诊断、先治疗抢救、后补办手续交纳钱款;当遇到急诊患者病情危重又无人陪时,要派专人代办手续,及时诊断、治疗、抢救,对需要手术的患者,院负责人代为签字,敢于负责。

(10)稳定急救队伍,各级卫生部门和各医院的领导要关心爱护从事急救、急诊工作的医护人员。要提高待遇,帮助解决生活中的困难,解除后顾之忧,优先安排外出学习和进修。加强安全保卫工作,要有相应的防范措施,避免他们在从事急救、急诊时受到意外伤害。并对在急救、急诊工作中做出突出成绩的给予表彰和奖励。

(胡志银)

第二章 常见急危重症状

第一节 高热

一、概述

发热是多种疾病的常见症状,是机体的一种防御反应。发热可使吞噬细胞活动性增强,抗体生成增多,白细胞内酶的活力及肝脏的解毒功能增强,抵御疾病的侵袭,促进机体恢复。因此,如发热不是太高,一般情况尚好,不应盲目或急于降温治疗。但是发热过久或高热持续不退,对机体有一定危害性。可使代谢加快、耗氧量增加、脂肪代谢发生紊乱而致酮血症,发生自身蛋白质的破坏而致消瘦,脑皮质兴奋、抑制功能失调,消化液分泌减少,消化酶活力降低,胃肠功能紊乱等,出现一系列严重症状,加重病情,影响机体恢复,因此应尽快查明原因。高热(high fever)在临床上属于危重症范畴。小儿正常体温常以肛温 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.5^{\circ}\text{C}$,腋温 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 衡量。通常情况下,腋温比口温(舌下)低 $0.2^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,肛温比腋温约高 0.5°C 左右。肛温虽比腋温准确,但因种种原因常以腋温为准。若腋温超过 37.4°C ,且一日间体温波动超过 1°C 以上,可认为发热。所谓低热,指腋温为 $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 、中度热 $38.1^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$ 、高热 $39.1^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 、超高热则为 41°C 以上。发热时间超过两周为长期发热。

人体体温调节中枢位于下丘脑。其前部为散热中枢,后部为产热中枢,这两种调节中枢机能彼此相互制约,保持动态平衡,维持体温相对稳定。小儿年龄愈小,体温调节中枢机能愈不完善,相对于成人更易导致体温升高。新生儿汗腺发育相对不足,通过汗液蒸发散热受到限制,故天气炎热时,也易导致体温增高。

发热与病情轻重有时不一定平行。婴幼儿对高热耐受力较强,即使体温高达 40°C ,一般情况仍相当好,热退后很快恢复。相反,体弱儿、新生儿即使感染很严重,体温可不高甚或不升。年长儿体温较稳定,若体温骤然升高,全身情况较差,常常反映有严重疾病存在。

发热分为稽留热、弛张热、间歇热和双峰热四中热型。在一定范围内,热型对疾病的诊断具有重要的参考价值。由于小儿对疾病的反应与成人不同,其热型的表现不如成人典型。加之,近年来抗生素与皮质激素在临床的广泛应用,热型随之发生变化,因而热型的特点,在疾病的鉴别诊断中已失去其原有的重要性。

二、病因

(一)急性高热

1. 感染性疾病

急性传染病早期,各系统急性感染性疾病。

2. 非感染疾病

暑热症、新生儿脱水热、颅内损伤、惊厥及癫痫大发作等。

3. 变态反应

过敏、异体血清、疫苗接种反应、输液反应、输血反应等。