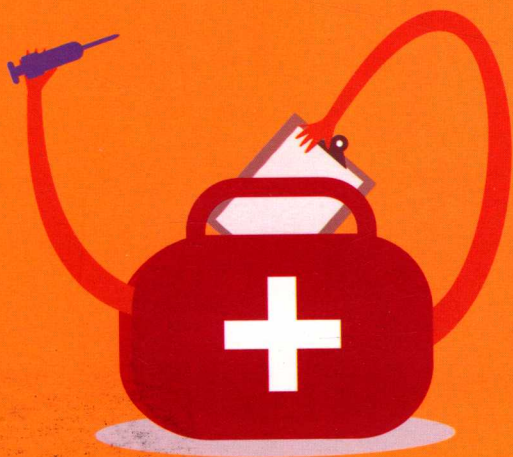


# 危急重症急救 技术与护理 实用手册

巫小平◎编著



云南出版集团公司  
云南科技出版社

# 危急重症急救技术与护理实用手册

巫小平 编著

云南出版集团公司  
云南科技出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

危急重症急救技术与护理实用手册 / 巫小平编著 .

-- 昆明 : 云南科技出版社 , 2014.6

ISBN 978-7-5416-8169-1

I . ①危… II . ①巫… III . ①急性病—急救—手册  
②险症—急救—手册③急性病—护理—手册④险症—  
护理—手册 IV . ① R459.7-62 ② R472.2-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 133918 号

责任编辑: 欧阳鹏

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)

南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 10.75 字数: 300 千字

2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷

定价: 62.50 元

# 目 录

<b>第一章 常见急症诊治提示</b> .....	<b>1</b>
第一节 昏迷.....	1
第二节 发热.....	6
第三节 晕厥.....	10
第四节 休克.....	12
第五节 猝死及心肺脑复苏.....	21
第六节 大咯血.....	25
第七节 急性腹痛.....	27
第八节 眩晕.....	30
第九节 呕吐.....	32
第十节 头痛.....	35
第十一节 胸痛.....	37
第十二节 呼吸困难.....	40
第十三节 多器官功能障碍综合征.....	43
第十四节 弥散性血管内凝血.....	46
<b>第二章 水、电解质代谢和酸碱平衡失调</b> .....	<b>48</b>
第一节 水代谢失调.....	48
第二节 电解质代谢失调.....	54
第三节 酸碱平衡失调.....	62
<b>第三章 急性中毒</b> .....	<b>68</b>
第一节 急性有机磷农药中毒.....	68

第二节 氨基甲酸酯类农药中毒.....	71
第三节 杀虫脒中毒.....	72
第四节 急性亚硝酸盐中毒.....	74
第五节 毒蕈中毒.....	75
第六节 催眠镇静药中毒.....	77
第七节 急性吗啡类药物中毒.....	79
第八节 一氧化碳中毒.....	80
第九节 急性酒精中毒.....	81
第十节 甲醇中毒.....	82
第十一节 急性强酸类中毒.....	84
第十二节 急性强碱类中毒.....	85
第十三节 急性细菌性食物中毒.....	86
第十四节 毒蛇咬伤.....	88
<b>第四章 传染病急症.....</b>	<b>91</b>
第一节 霍乱.....	91
第二节 鼠疫.....	94
第三节 传染性非典型肺炎.....	97
第四节 甲型 H1N1 流感.....	100
第五节 麻疹.....	105
第六节 猩红热.....	108
第七节 白喉.....	111
第八节 流行性脑脊髓膜炎.....	114
第九节 重型病毒性肝炎.....	117
第十节 中毒性菌痢.....	120
第十一节 伤寒及副伤寒.....	123

第十二节 狂犬病.....	126
第十三节 流行性乙型脑炎.....	128
<b>第五章 内科急症.....</b>	<b>133</b>
第一节 急性呼吸窘迫综合征.....	133
第二节 急性肺栓塞.....	135
第三节 自发性气胸.....	137
第四节 急性重症哮喘.....	139
第五节 心绞痛.....	141
第六节 急性心肌梗死.....	143
第七节 阵发性室上性心动过速.....	148
第八节 阵发性室性心动过速.....	149
第九节 快速心房颤动及心房扑动.....	151
第十节 二度Ⅱ型及三度房室传导阻滞.....	152
第十一节 急性左心衰竭.....	154
第十二节 慢性肺源性心脏病急性心肺功能衰竭.....	156
第十三节 高血压危象.....	158
第十四节 急性心包填塞.....	159
第十五节 急性胃扩张.....	161
第十六节 急性肾小球肾炎.....	163
第十七节 甲状腺危象.....	165
第十八节 黏液性水肿性昏迷.....	166
第十九节 糖尿病酮症酸中毒.....	168
第二十节 高渗性非酮症糖尿病昏迷.....	170
第二十一节 急性溶血危象.....	171
第二十二节 急性过敏性紫癜.....	173

第二十三节 脑出血.....	174
第二十四节 蛛网膜下腔出血.....	176
第二十五节 脑血栓形成.....	178
第二十六节 脑栓塞.....	180
第二十七节 短暂性脑缺血发作.....	182
第二十八节 周期性瘫痪.....	184
第二十九节 癫痫持续状态.....	186
第三十节 中暑.....	188
第三十一节 冻僵.....	189
第三十二节 淹溺.....	191
第三十三节 电击伤.....	192
<b>第六章 外科急症.....</b>	<b>195</b>
第一节 骨折.....	195
第二节 外科急腹症.....	198
第三节 急性肠扭转.....	201
第四节 消化道穿孔.....	202
第五节 肠梗阻.....	204
第六节 急性阑尾炎.....	206
第七节 急性出血性肠炎.....	207
第八节 胆道细虫病.....	209
第九节 肾损伤.....	211
第十节 肾绞痛.....	212
第十一节 急性尿潴留.....	213
第十二节 输尿管结石.....	216
第十三节 膀胱结石.....	217

第十四节 尿道结石.....	218
第十五节 烧 伤.....	219
第十六节 吸入性损伤.....	221
第十七节 败血症.....	223
第十八节 破伤风.....	225
第十九节 气性坏疽.....	227
第二十节 急性胆囊炎.....	228
第二十一节 急性胰腺炎.....	230
第二十二节 急性泌尿系感染.....	232
<b>第七章 妇产科急症.....</b>	<b>234</b>
第一节 流 产.....	234
第二节 急性盆腔炎.....	237
第三节 妊 娠.....	238
第四节 子 痫.....	240
第五节 子宫破裂.....	242
第六节 产后出血.....	243
第七节 羊水栓塞.....	245
第八节 卵巢肿瘤蒂扭转.....	246
第九节 前置胎盘.....	248
第十节 胎盘早期剥离.....	249
<b>第八章 儿科急症.....</b>	<b>251</b>
第一节 新生儿窒息与复苏.....	251
第二节 新生儿肺炎.....	253
第三节 新生儿休克.....	255
第四节 新生儿颅内出血.....	256



第五节 小儿惊厥.....	258
第六节 小儿腹泻病.....	259
第七节 小儿急性喉炎.....	262
<b>第九章 诊疗技术.....</b>	<b>264</b>
第一节 胸膛穿刺术.....	264
第二节 心包穿刺术.....	265
第三节 腹腔穿刺术.....	266
第四节 骨髓穿刺术.....	267
第五节 腰椎穿刺术.....	268
第六节 中心静脉压测定.....	269
第七节 洗胃术.....	270
第八节 双气囊三腔管压迫止血术.....	272
第九节 心脏电复律.....	274
第十节 气管插管术.....	279
第十一节 气管切开术.....	280
第十二节 氧疗法.....	281
第十三节 机械通气.....	286
第十四节 输血技术.....	288
第十五节 输液技术.....	292
第十六节 气道护理.....	293
第十七节 气管切开术后护理.....	294
第十八节 护理常规.....	295
<b>第十章 心肺脑复苏及复苏后护理.....</b>	<b>301</b>
第一节 心肺脑复苏.....	301
第二节 复苏后的监测与护理.....	314

<b>第十一章 重症监护</b> .....	<b>317</b>
第一节 ICU 的设置与管理.....	317
第二节 危重症监护.....	319
第三节 监测技术.....	320

# 第一章 常见急症诊治提示

## 第一节 昏 迷

昏迷是多种原因引起大脑皮质处于严重而广泛抑制状态的病理过程。临床表现为意识持续地中断或完全丧失，对言语刺激无应答反应；按程度可分为轻度昏迷、中度昏迷和重度昏迷三阶段。轻度昏迷者对疼痛刺激有反应，可有无意识自发动作，腱反射及瞳孔对光反射存在，生命体征如血压、呼吸无明显变化。中度昏迷者对剧烈刺激可出现防御反射，眼球无转动，自发动作很少，腱反射减弱或消失，瞳孔对光反射迟钝，生命体征可有轻度变化。重度昏迷者对外界任何刺激均无反应，自发动作及各种反射均消失，生命体征常有明显改变，脑电图广泛慢波。

### 【诊断提示】

#### 1. 昏迷原因

昏迷的原因可粗略分为两类：①大脑皮质、间脑、中脑和脑桥顶端的原发性损伤。②全身中毒、代谢或内分泌障碍的继发性脑损伤。

#### 2. 诊断要点

(1) 意识情况：意识完全丧失，对外界语言、声、光、疼痛均无反应，随意运动消失，出现病理反射等。

(2) 生命体征：生命体征出现异常变化，如血压下降、呼吸急促、心跳减慢等。

(3) 起病形式：急骤发生的意识障碍多由意外原因所致，如中毒、低血糖、外伤等，但也可见于慢性疾病的急性并发症，如高血压动脉硬化引起的急性脑血管病、冠心病导致的阿-斯综合征等。亚急性起病则考虑病毒性脑炎、脑膜炎、肝昏迷和尿毒症等；逐渐发生者考虑颅内占位性病变和慢性硬脑膜下血肿等；阵发性昏迷者考虑肝昏迷和间脑部位肿瘤等；短暂性昏迷则见于

一过性脑供血不足和癫痫大发作后等。头部外伤意识障碍清醒后再度陷入昏迷者，应考虑硬膜外血肿的可能性。

(4) 首发症状：以剧烈头痛起病者应考虑蛛网膜下腔出血、脑出血、颅内感染和颅内压增高者；以高热、抽搐起病者，结合季节应考虑乙型脑炎、急性化脓性脑膜炎；以抽搐、口吐白沫起病者，应考虑癫痫持续状态等。首发精神症状提示病灶可能位于大脑额叶或颞叶。

(5) 环境因素：附近有高压线者要考虑电击伤；炎热气温应考虑中暑；现场有煤气味，口唇呈樱桃红色，须注意一氧化碳中毒；身边有安眠药或农药提示药物中毒等。晨起发现的意识障碍患者，应想到低血糖昏迷的可能性。

### (6) 既往史

①有高血压史者，可能为高血压脑病、脑出血和大面积脑梗死等。

②有头部外伤史者，而外伤后立即出现昏迷者为脑震荡或脑挫裂伤，外伤后昏迷有中间清醒期为硬膜外血肿，数日或数日后出现昏迷为硬膜下血肿。

③有糖尿病病史者，可能为糖尿病昏迷，如注射胰岛素或服抗糖尿病药过多则为低血糖昏迷。

④有肾脏病史者，考虑尿毒症昏迷，用利尿药物过多可引起失盐综合征，血液透析者考虑失衡综合征。

⑤有心脏病史者，可能有脑栓塞、心脑血管综合征和心肌梗死等。

⑥有肝脏病史者，可能为肝昏迷、间脑侧支循环性脑病。

⑦有慢性肺部疾病史者，可为肺性脑病。

⑧有癌症病史者，首先考虑脑转移癌。

⑨有中耳炎病史者，可为耳源性颅内并发症，如脑膜炎和脑脓肿。

⑩有内分泌病史者，可能为甲状腺危象、垂体昏迷。

### (7) 伴随症状

①伴有肢体偏瘫、瞳孔不等大、病理反射阳性，多为脑血管疾病、颅内血肿、脑梗死、严重外伤、炎症等。

②伴有瞳孔变化，瞳孔缩小见于有机磷中毒、脑干出血、巴比妥类药物中毒、酒精中毒等；一侧瞳孔扩大见于小脑幕疝；双侧瞳孔扩大见于癫痫发作、颠茄类或巴比妥类中毒或缺氧。

③伴有脑膜刺激征、高热，考虑流脑、乙脑；头痛明显考虑为蛛网膜下腔出血。蛛网膜下腔出血患者须经 24~48h 颈强直才明显。

④伴有低血压或心律失常、面色苍白，多见于休克、内脏出血、心肌梗死、肺梗死、阿-斯综合征等。

⑤伴有口腔异味，如酮症酸中毒有烂苹果味，尿毒症有尿味，肝昏迷有肝臭味，有机磷中毒有大蒜味，酒精中毒有酒味。

⑥伴高热，多见于感染中毒性脑病、肺炎、中毒性痢疾、败血症等。

⑦伴抽搐，常见颅内占位性病变、高血脑病、子痫等。

⑧伴面色潮红，见于酒精中毒、颠茄类中毒、中暑等。

### (8) 辅助检查

①实验室检查：血液生化检测电解质、血糖、尿素氮、肌酐、二氧化碳、肝功能、血氨、血清酶等可了解内脏器官功能。疑有一氧化碳中毒应做一氧化碳定性试验；疑有有机磷农药中毒，应测胆碱酯酶活力；疑有中枢神经系统病变者，应做脑脊液检查，但对颅内压明显增高者腰穿应慎重，以防脑疝

形成,加重病情;尿常规检查有助于肾脏损害、糖尿病、肝脏病的诊断;大便镜检和隐血试验有助于消化道感染和出血的诊断。

②颅脑 CT 和磁共振检查:可明确颅内病变的性质和部位。

③ X 线检查:有助于骨折、肺部肿瘤和炎症等诊断。

④腹部 B 超:可发现腹腔积液、积血和内脏破裂。

⑤心电图检查:疑有心脏病者做心电图或心电示波监护。

⑥眼底检查:昏迷病人一定要注意检查眼底。如发现视盘水肿和(或)眼底出血则提示有高颅压,急性昏迷伴眼底出血常提示由大量蛛网膜下腔出血所致的颅内压急剧升高引起。

### 3. 鉴别诊断

(1) 昏迷常见原因的鉴别诊断要点见表 1-1

表 1-1 昏迷常见原因的鉴别诊断

昏迷原因	重要的临床发现	特殊检查
脑出血	偏瘫、过度通气、周期性呼吸、典型的眼征	CT 扫描阳性
基底动脉闭塞 (血栓性或栓塞性)	伸直姿势和双侧 Babinski 征、早期眼、脑反应消失、眼震动	早期 CT 正常, MRI 显示大脑或脑干或丘脑梗死、脑脊液正常
颈内动脉供血区 大面积梗死和水肿	偏瘫、单侧无反应或瞳孔散大	CT 或 MRI 显示脑半球大面积水肿
硬膜下血肿	慢性或周期性呼吸、血压升高、偏瘫、单侧瞳孔扩大	CT 扫描阳性、脑脊液黄变而蛋白含量相对低
创伤	颅、面部损伤体征	CT 和 MRI 可以显示脑挫伤和其他损伤
脑脓肿	与部位有关的神经体征	CT 和 MRI 阳性
昏迷原因	重要的临床表现	特殊检查
高血压脑病、子痫	血压 > 210/110mmHg(子痫和儿童病人较低)、头痛、癫痫、高血压、视网膜变化	CT 可疑、脑脊液压力升高
血栓性血小板减少性紫癜	瘀点、癫痫、变化性局部体征	多发性小的皮质梗死灶、血小板减少
脑膜炎、大脑海炎	颈强直、Kerning 征、发热、头痛	CT 可疑、脑脊液细胞增多、蛋白增多、糖含量降低
蛛网膜下腔出血	鼾声呼吸、高血压、颈强直、Kerning 征	CT 扫描显示颅底和动脉瘤、脑脊液压力升高伴有血性或黄变

续表

昏迷原因	重要的临床发现	特殊检查
酒精中毒	体温下降、低血糖、皮肤发红、呼出酒味	血中乙醇水平升高
镇静药中毒	体温降低、低血压	血、尿中可以检出药物，EEG 常为快波节律
阿片中毒	呼吸减慢、发绀、瞳孔受限	
CO 中毒	Cherry-red 皮肤	高 CO 血症
延髓缺血缺氧	去皮质强直、发热、癫痫、肌阵挛	脑脊液正常、EEG 等电位或显示高血压 $\delta$ 波
低血糖	与低血氧相同	血中和脑脊液糖含量降低
糖尿病昏迷	细胞外液缺乏体征、伴有 Kussmaul 呼吸的过度通气、水果气味	尿糖、高血糖、酸中毒、血清碳酸氢盐减少、酮血症或酮尿症、高渗状态
尿毒症	高血压、无血色或干性皮肤、抽搐—惊厥综合征	尿蛋白和管形、血清 BUN 和肌酐升高、贫血、酸中毒、低钙血症
肝性昏迷	黄疸、腹水和门静脉的其他体征、无保持固定姿势能力	血氨水平升高、脑脊液黄变并伴有蛋白正常或轻度升高
脑碳酸过多症	乳头水肿、弥漫性肌阵挛、无保持固定姿势能力	脑脊液压力升高、PCO <sub>2</sub> 超过 70mmHg、EEG 示 $\theta$ 波和 $\delta$ 波
严重感染（脑毒性休克）、热休克	极端高热、快速呼吸	根据不同原因改变
癫痫	行为和惊厥性运动发作性紊乱	特征性 EEG 变化

(2) 特殊类型的意识障碍：对昏迷病人，应注意与貌似意识丧失而非真正昏迷状态相鉴别。

①精神抑制状态：见于癔症或强烈心因性反应后。患者卧床不语、双目紧闭，对针刺无反应，但翻开眼睑可见眼球转动。生命体征平稳，暗示治疗可恢复。

②运动不能性缄默症：又称睁眼昏迷，肢体无自发性活动，但强刺激时有逃避反应。能睁眼但无表情活动，能吞咽但不会咀嚼。大小便失禁，存在觉醒—睡眠周期为特征的一种特殊类型的意识障碍。本病最常见的病因是脑血管病、脑炎、脑肿瘤等。

③精神病性木僵：多见于精神分裂症。临床上呈现不语，不动，不食，不排尿便，貌似昏迷，常伴有违拗、蜡样屈曲等精神病症状。

④闭锁综合征：主要是脑桥腹侧局限性病变，以基底动脉闭塞多见。患者呈现四肢瘫，不能说话和吞咽，意识清醒，能理解语言和动作，以睁眼或眼垂直运动不意。

⑤发作性睡病：是一种睡眠障碍性疾病。患者在行走、骑车、进食、驾驶机动车等均能出现难以控制的睡眠，持续数分钟至数小时，可随时唤醒。

⑥失语：程度较重的失语患者，特别是伴有嗜睡、瘫痪时，对外界刺激失去反应能力而易被误认为昏迷。对声、光、疼痛反应灵敏，能理解领会意图，并有适当的表情反应，但欲不能。

【治疗提示】

急诊治疗强调诊断与治疗同步进行。紧急处理首先要注意保持呼吸道通畅，迅速建立静脉通道，维持有效血液循环。

1. 病因治疗

低血糖昏迷主要补高渗葡萄糖；糖尿病酮中毒应用小剂量胰岛素治疗；脑血管疾病应尽早用脱水药；感染性昏迷应及时抗感染，加足量肾上腺皮质激素治疗；有机磷中毒及时应用阿托品及解磷定；颅内占位性病变应尽早开颅手术；细菌性脑膜炎应给予大量有效的抗菌药物；脑型疟疾给盐酸奎宁 0.5g 加入葡萄糖液 250~500ml 中静脉滴注；镇静催眠药物中毒给予中枢兴奋药；肝昏迷选用谷氨酸等药物。

2. 对症处理

(1) 保持呼吸道通畅：松解衣领，去枕，清除口鼻腔分泌物，除去活动假牙，有痰吸痰，头部后仰，偏向一侧，吸氧，必要时使用开口器，上舌钳或气管切开，辅以机械通气。

(2) 颅内压增高：尽早使用 20% 甘露醇 250ml 静脉推注或快速静脉滴注，或选用呋塞米、利尿酸钠脱水治疗，外伤引起的脑水肿可短期静脉滴注地塞米松，还可选用人血清蛋白静脉滴注，能增加胶体渗透压，有利于消除脑水肿；抽搐、兴奋躁动用地西洋 10~20mg 静脉滴注，抽搐停止后再静脉滴注苯妥英钠 0.5~1.0g，可在 4~6h 重复应用，无效者可用苯巴比妥 0.1g 稀释后缓慢静脉注射。

(3) 呼吸衰竭：给予洛贝林 3~6mg 或尼可刹米 0.375g 或二甲弗林（回苏灵）8mg 肌内注射或静脉注射。但中枢呼吸衰竭不宜用洛贝林，肝肾功能不全禁用二甲弗林。

(4) 维持循环功能：昏迷病人常出现血压下降、循环衰竭，根据病情使用升压药，如间羟胺（阿拉明）10~20mg、多巴胺 20~40mg 加入葡萄糖液 250~500ml 静脉滴注，尽快使收缩压稳定在 100mmHg 左右，及时纠正心律失常；有心肌收缩力减弱者应给予强心药；心搏骤停立即行心肺复苏。

(5) 静脉补液：排除糖尿病昏迷或高渗血症，采血测定血糖后常规给予 50% 葡萄糖液 40~60ml 静脉滴注（成年人）；维持水、电解质平衡，纠正酸碱紊乱；酌情应用抗生素及脑代谢营养药。

(6) 创伤治疗：开放性伤口及时处理，对血肿及内脏出血必须及时诊治。

(7) 肝昏迷：用精氨酸 10~20g，或谷氨酸钠（钾）20ml×4 支 / 次，加入葡萄糖液中静脉滴注；支链氨基酸 250ml，每天 2 次；口服新素、甲硝唑、左旋多巴、乳果糖；口服硫酸镁导泻。

3. 纳洛酮的应用

机体存：应急时血中的  $\beta$ -内啡肽（ $\beta$ -EP）显著升高，纳洛酮能明显拮抗  $\beta$ -EP，达到催醒，缓解呼吸抑制。对于麻醉药过最、酒精中毒、地丙洋药物中毒、脑卒中等昏迷应用纳洛酮 0.4~0.8mg，肌内注射或静脉注射，若无反应可隔 5min 重复用药一次，或大剂量纳洛酮 4~8mg 加入 5% 葡萄糖液缓慢静脉滴注，可使昏迷和呼吸抑制减轻。

#### 4. 促进脑细胞代谢

应用能量合剂，有三磷酸腺苷、辅酶 A、细胞色素 C 和大量维生素 C、胞磷胆碱、脑活素、氨酪酸等。

##### 【首诊处置医嘱】

- (1) 按昏迷护理常规护理（建立特别护理记录单）。
- (2) 氧气吸入（必要时气管插管或气管切开）。
- (3) 鼻饲饮食或暂禁食。
- (4) 病重或病危通知。
- (5) 留置导尿。
- (6) 记录 24h 出入量。
- (7) 吸痰（必要时）。
- (8) 持续性心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测。
- (9) 抽血查血常规、血气分析。床旁脑电图、脑血流图、脑地形图、脑诱发电位、眼底检查。酌情检查血培养、疟原虫、肝肾功能、血电解质、血氨、血糖、出凝血时间等。必要时查脑脊液、头颅 CT 扫描、头颅超声等。
- (10) 口腔护理，4/d。
- (11) 膀胱冲洗，2/d。
- (12) 20% 甘露醇 250ml，静脉滴注，立即；或 125ml，静脉滴注，每 6h 进 1 次（有颅内压增高或脑水肿者）。
- (13) 5% 葡萄糖液 500ml+ 纳洛酮 4~8mg，静滴，1/d（慢）。
- (14) 5% 葡萄糖液 500ml+10% 氯化钾 10ml+ 维生素 C 1.0g+ 维生素 B<sub>6</sub> 100mg+ATP 20~40mg+ 辅酶 A 50~100U+ 细胞色素 C 15~30mg，静脉滴注，1/d。
- (15) 10% 葡萄糖液 250ml+50% 葡萄糖液 40ml+ 胞磷胆碱 250mg，静脉滴注，2/d。
- (16) 内科各专科或神经外科会诊（必要时）。

##### 【用药注意】

- (1) 对吗啡、二乙酰吗啡等依赖或正在使用阿片类镇痛药者禁用纳洛酮。有心血管疾病史、肝病者、肾功能不全者、老年患者、孕妇、哺乳期妇女慎用纳洛酮。患儿或新生儿使用纳洛酮，必须至少 24h 的密切监护。
- (2) 有以下情况者慎用胞磷胆碱：癫痫及其病史者，低血压患者，心、肾功能不全者，对伴有脑出血、脑水肿和颅内压增高的严重颅内损伤急性期患者，妊娠和哺乳期妇女均应慎用胞磷胆碱。

## 第二节 发热

发热是指机体在致热原直接作用下或体温中枢功能紊乱时使产热过多、散热过少，导致体温高于常范围的情况。



## 【诊断提示】

## 1. 发热原因

能引起发热的原因很多，临床上大致可分为：①感染性发热；②非感染性发热。其中感染性发热较多见。有静脉内滥用药物的发热需注意排除心内膜炎。

## 2. 诊断要点

(1) 起病形式：①起病急，骤升骤降型见于流行性感冒、化脓性扁桃体炎、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、乙期脑炎、疟疾、传染性非典型肺炎、甲型 H1N1 流感。②起病慢，缓升缓降见于伤寒、副伤寒、结核病等。

(2) 流行病学：了解有无疫水接触史及当地流行病情况，有助于诊断或排除钩端螺旋体病、急性血吸虫病、出血热、流感、非典型肺炎等传染病。

(3) 发热的分度：以口腔温度为标准，可将发热分为以下四种。

低热：体温为  $37.5\sim 37.9\text{C}$ 。

中度热：体温为  $38\sim 38.9\text{C}$ 。

高热：体温为  $39\sim 40.9\text{C}$ 。

超高热：体温为  $41\text{C}$  以上。

## (4) 热型

①稽留热：是指体温明显升高，24h 内体温波动相差不超过  $1\text{C}$ ，多见于传染性非典型肺炎、伤寒、大叶性肺炎的高热期和甲型 H1N1 流感的重危病例。

②弛张热：是指体温在  $39\text{C}$  以上，24h 内体温波动相差超过  $2\text{C}$ ，但最低点仍高于正常水平的体温曲线类型，常见于伤寒的缓解期、败血症、感染性心内膜炎、恶性组织细胞病等。

③间歇热：是指体温骤升达  $39\text{C}$  以上，持续数小时，又迅速降至正常水平，1 天至数天后又重复出现的体温曲线类型，常见于疟疾、淋巴瘤、胆道感染等。

④回归热：是指高热骤升达  $39\text{C}$  以上持续数日后自行消退至正常体温，但数日后又再出现高温的体温曲线类型，其高热期与正常期呈有规律性的交替，可见于回归热、霍奇金病等。

⑤波状热：是指体温逐渐上升，数天内达  $39\text{C}$  以上，发热数日后逐渐下降至正常水平，数日后又逐渐升高，反复多次的热型。可见于布氏杆菌病、登革热等。

⑥不规则热：是指发热病人体温曲线无一定规律，可见于流行性感冒、败血症、癌性发热等。

## (5) 伴随症状

①寒战：先寒战后高热见于大叶性肺炎、输血、输液反应；反复寒战高热见于败血症、感染性细菌性心内膜炎、疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、淋巴瘤。

②淋巴结肿大：全身淋巴结肿大，有压痛见于传染性单核细胞增多症；无压痛见于急性淋巴细胞白血病、淋巴瘤。局部淋巴结肿大，有压痛见于炎症，无压痛见于转移瘤。

③伴昏迷：先发热后昏迷，见于乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性痢疾、脑型疟疾、中暑等；先昏迷后发热，多见脑出血、巴比妥