



急诊内科诊治要点

王智超 主编

湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊内科诊治要点/王智超主编.

—武汉:湖北科学技术出版社,2011.5

ISBN 978-7-5352-4796-4

I. ①急… II. ①王… III. ①内科-急性病-诊疗
IV. ①R505.97

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第119940号

责任编辑:李大林

封面设计:戴旻

出版发行:湖北科学技术出版社

电话:027-87679468

地址:武汉市雄楚大街268号

邮编:430070

(湖北出版文化城B座12-13层)

网址:<http://www.hbstp.com.cn>

印刷:武汉三星大洋数字出版技术有限公司

邮编:430074

880mm×1230mm 1/32

13印张

365千字

2011年5月第1版

2011年5月第1次印刷

定价:25.00元

本书如有印装问题 可找本社市场部更换

急诊医学作为一门新兴的独立的综合学科，正随着社会的不断进步而迅速发展。它以多专业医学知识为基础，以急危重症抢救及生命支持为鲜明的专业特点，要求在最短的时间内采取最有效的措施，所以急诊医疗工作风险和难度都很大，被誉为“刀尖上跳舞”。这就需要有规范化、清晰、明了的诊治要点来帮助临床医生，特别是在患者多、病情复杂及危重的情形下尤为重要。基于国内急诊医学发展的现状，我们参照欧美成熟的急诊医学体系，结合国内外最新的指南，并根据我们多年的临床实践经验，编写了这本实用性强，内容新颖、较为全面，言简意赅，条理清楚的《急诊内科诊治要点》，突出急危症救治特点，注重综合临床实际工作能力的培养，以供医学院校在校学生、实习生、进修生及急诊科工作的年轻医生在处理内科急症时随时翻阅参考，希望能对基层医疗单位急诊医务人员有所帮助及提高。

本书共十六章，分为常见急症症状的诊断思路与处理原则、脏器功能衰竭、临床常见脑病、休克、急性中毒及物理损伤、水、电解质和酸碱平衡失调、传染病急诊、呼吸系统急诊、神经系病急诊、心血管系病急诊、消化系病急诊、血液病急诊、泌尿系病急诊、内分泌急诊、风湿性疾病急诊、急诊内科常用诊疗技术、急诊常用药物等，罗列了属于内科急诊范畴常见的或比较常见的疾病，分诊断和治疗措施等叙述，参考了国际指南、国内外急诊医学书籍、国内权威专著等，尽量反映近年来的新进展。

在此，谨向在本书中被引用过资料的各位专家深表谢意！同时全体编者体现出了卓越的团队精神，表现出对医学知识的求是创新和急诊医学的热爱与执着。编者们在繁忙的临床工作之余，倾尽全力地完成了本书的编写，再次表示衷心的感谢。

但由于我们能力和水平所限，时间仓促，疏漏及谬误之处在所难免，恳请读者提出批评指正。

王智超 刘霖

目 录

第一章 常见急症症状的诊断思路	1
第一节 发热	2
第二节 昏迷	5
第三节 眩晕	7
第四节 晕厥	9
第五节 抽搐	12
第六节 瘫痪	14
第七节 头痛	15
第八节 胸痛	18
第九节 急性腹痛	20
第十节 咯血	23
第十一节 急性腹泻	25
第十二节 紫癜	28
第十三节 血尿	30
第十四节 黄疸	32
第十五节 发绀	35
第二章 脏器功能衰竭	39
第一节 急性脑功能衰竭	40
第二节 急性心力衰竭	42
第三节 呼吸衰竭	50
第四节 急性呼吸窘迫综合症	52
第五节 急性肝功能衰竭	54
第六节 急性肾功能衰竭	58
第七节 慢性肾功能衰竭	61

第八节	骨髓衰竭	64
第九节	多器官功能障碍综合症	67
第三章	临床常见脑病	75
第一节	高血压脑病	76
第二节	肺性脑病	77
第三节	肝性脑病	78
第四节	低渗性脑病	82
第五节	急性感染中毒性脑病	83
第四章	休克	87
第一节	休克概论	88
第二节	感染性休克	93
第三节	心源性休克	95
第四节	出血性休克	98
第五节	过敏性休克	98
第五章	急性中毒及物理损伤	101
第一节	概述	102
第二节	农药中毒	111
第三节	急性一氧化碳中毒	120
第四节	有机毒物急性中毒	123
第五节	镇静催眠药中毒	126
第六节	急性毒品中毒	130
第七节	急性乙醇中毒	135
第八节	毒蛇咬伤中毒	139
第九节	中暑	142
第十节	淹溺	146
第十一节	电击	148
第六章	水、电解质和酸碱平衡失调	151
第一节	水钠代谢失衡	152
第二节	钾代谢失衡	159

第三节	镁代谢失衡	165
第四节	酸碱平衡失衡	167
第七章	呼吸系统急诊	175
第一节	急性上呼吸道感染	176
第二节	急性气管支气管炎	178
第三节	肺炎	179
第四节	肺栓塞	183
第五节	自发性气胸	190
第六节	肺脓肿	194
第七节	急性重症哮喘	197
第八章	神经系病急诊	205
第一节	脑卒中急诊科诊断及处理	206
第二节	短暂性脑缺血发作	207
第三节	脑梗死	210
第四节	脑出血	222
第五节	蛛网膜下腔出血	225
第六节	中枢神经系统感染性疾病	229
第七节	颅高压危象	240
第八节	重症肌无力及其危象	242
第九章	心血管系病急诊	245
第一节	心脏骤停及心肺复苏	246
第二节	心律失常急症	247
第三节	感染性心内膜炎	252
第四节	急性心包炎	253
第五节	病毒性心肌炎	254
第六节	心肌病	255
第七节	急性冠脉综合征	256
第八节	主动脉夹层	260
第九节	高血压危象	261

第十章	消化系病急诊	265
第一节	急性胃炎	266
第二节	急性胃扩张	267
第三节	消化道出血	269
第四节	急性重症胆管炎	278
第五节	出血性坏死性肠炎	280
第六节	急性胰腺炎	282
第十一章	血液系病急诊	287
第一节	急性出血性疾病	288
第二节	凝血障碍性疾病	294
第三节	中性白细胞减少症和粒细胞缺乏症	300
第四节	溶血危象	302
第十二章	泌尿系病急诊	305
第一节	泌尿系统感染	306
第二节	肾小球肾炎	310
第三节	急进性肾小球肾炎	314
第四节	溶血性尿毒症综合征	316
第十三章	内分泌急诊	319
第一节	垂体危象	320
第二节	甲状腺危象	322
第三节	甲状腺功能减退危象	324
第四节	糖尿病危象	326
第五节	肾上腺危象	331
第六节	嗜铬细胞瘤危象	333
第十四章	风湿性疾病急诊	335
第一节	系统性红斑狼疮急症	336
第二节	结节性动脉炎	342
第十五章	急诊内科常用诊疗技术	345
第一节	机械通气基础	346

第二节 气管切开术 351

第三节 气管插管术 353

第四节 心脏电复律术 355

第五节 床旁血流动力学监测 358

第六节 各种穿刺术 362

第七节 人工冬眠疗法 368

第十六章 急诊常用药物 371

第一节 呼吸兴奋药 372

第二节 拟肾上腺素药 373

第三节 抗高血压药 378

第四节 抗心律失常药 388

第五节 利尿药 394

第六节 止血药 399

第七节 镇痛药 405

参考文献 411

第一章

DIYIZHANG

急诊症状的诊断思路

JIZHEN ZHENGZHUANG DE ZHENDUAN
SILU



第一节 发 热

正常人的体温受体温调节中枢所调控，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的功能障碍时，体温升高超出正常范围，称为发热。

一、正常体温与生理变异

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，正常体温在不同个体之间略有差异，且常受机体内、外因素的影响稍有波动。

二、病因与分类

引起发热的病因甚多，临床上可区分为感染性与非感染性两大类，而以前者为多见。

1. 感染性发热 各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染，不论是急性、亚急性或慢性，局部性或全身性，均可出现发热。

2. 非感染性发热主要有以下几类原因

① 无菌性坏死物质的吸收。

② 抗原 - 抗体反应：如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

③ 内分泌代谢障碍：甲状腺功能亢进、重度脱水等。

④ 皮肤散热减少：广泛性皮炎、鱼鳞病以及慢性心力衰竭而引起的发热，一般为低热。

⑤ 体温调节中枢功能失常：①物理性，如中暑。②化学性，如重度安眠药中毒。③机械性，如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。上述各种原因可直接损害体温调节中枢，致使其功能失常而引起发热，高热无汗是这类发热的特点。

⑥ 自主神经功能紊乱。

三、临床表现

按发热温度的高低可分为四度：低热：37.3~38℃；中等度热：38.1~39℃；高热：39.1~41℃；超高热：41℃以上。

四、热型及临床意义

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上，将各体温数值点连接起来成体温曲线，该曲线的不同形态（形状）称为热型。不同的病因所致发热的热型也常不同。临床上常见的热型如下。

1. 稽留热 体温恒定地维持在39~40℃及以下的水平，达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过1℃。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热 又称败血症热型，体温常在39℃以上，波动幅度大，24小时内波动范围超过2℃，但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时、又迅速降至正常水平，无热期（间歇期）可持续1天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热 体温逐渐上升达39℃或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。常见于布鲁菌病。

5. 回归热 体温急剧上升至39℃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。

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：①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者不规则热型。②热型也与个体反应性的强弱有关，如老年人休克型肺炎时可仅有低热或无发热，而不具备肺炎的典型热型。

五、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、肝及胆道感染、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、严重型再生障碍性贫血、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 先发热后昏迷者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、巴比妥类中毒等。

六、问诊要点

①起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、程度(热度高低)、频度(间歇性或持续性)、诱因。②有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。③应包括多系统症状询问,是否伴有如咳嗽、咳痰、咯血、胸痛;腹痛、呕吐、腹泻;尿频、尿急、尿痛、皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。④患病以来一般情况,如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。⑤诊治经过(药物、剂量、疗效)。⑥传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

第二节 昏 迷

昏迷是严重的意识障碍,表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度可区分三阶段。

1. 轻度昏迷 意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。

2. 中度昏迷 对周围事物及各种刺激均无反应,对于剧烈刺激或可出现防御反射。角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球无转动。

3. 深度昏迷 全身肌肉松弛,对各种刺激全无反应。深、浅反射均消失。

一、病因

1. 重症急性感染 如败血症、肺炎、中毒型菌痢、伤寒、斑疹伤寒、恙虫病和颅脑感染(脑炎、脑膜脑炎、脑型疟疾)等。

2. 颅脑非感染性疾病 ①脑血管疾病:脑缺血、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑栓塞、脑血栓形成、高血压脑病等;②脑占位性疾病:如脑肿瘤、脑脓肿;③颅脑损伤:脑震荡、脑挫裂伤、外伤性

颅内血肿、颅骨骨折等；④癫痫。

3. 内分泌与代谢障碍 如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、甲状腺危象、甲状腺功能减退、糖尿病性昏迷、低血糖、妊娠中毒症等。

4. 心血管疾病 如重度休克、心律失常引起 Adams- Stokes 综合征等。

5. 水、电解质平衡紊乱 如稀释性低钠血症、低氯性碱中毒、高氯性酸中毒等。

6. 外源性中毒 如安眠药、有机磷杀虫药、氰化物、一氧化碳、酒精和吗啡等中毒。

7. 物理性及缺氧性损害 如高温中暑、日射病、触电、高山病等。

二、伴随症状

1. 伴发热 先发热然后有意识障碍可见于重症感染性疾病先有意识障碍然后有发热，见于脑出血、蛛网膜下腔出血、巴比妥类药物中毒等。

2. 伴呼吸缓慢 是呼吸中枢受抑制的表现，可见于吗啡、巴比妥类、有机磷杀虫药等中毒，银环蛇咬伤等。

3. 伴瞳孔散大 可见于颠茄类、酒精、氰化物等中毒以及癫痫、低血糖状态等。

4. 伴瞳孔缩小 可见于吗啡类、巴比妥类、有机磷杀虫药等中毒。

5. 伴心动过缓 可见于颅内高压症、房室传导阻滞以及吗啡类、毒蕈等中毒。

6. 伴高血压 可见于高血压脑病、脑血管意外、肾炎等。

7. 伴低血压 可见于各种原因的休克。

8. 伴皮肤黏膜改变出血点、瘀斑和紫癜等 可见于严重感染和出血性疾病，口唇呈樱桃红色提示一氧化碳中毒等。

9. 伴脑膜刺激征 见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

10. 伴偏瘫 见于脑出血，脑梗死或颅内占位性病变等。

三、问诊要点

- ① 起病时间，发病前后情况，诱因、病程、程度。
- ② 有无发热、头痛、呕吐、腹泻、皮肤黏膜出血及感觉与运动障碍等相关伴随症状(已如前述)。
- ③ 有无急性感染性休克、高血压、动脉硬化、糖尿病、肝肾疾病、肺源性心脏病、癫痫、颅脑外伤、肿瘤等病史。
- ④ 有无服毒及毒物接触史。

第三节 眩 晕

眩晕是患者感到自身或周围环境物有旋转或摇动的一种主观感觉障碍，常伴有客观的平衡障碍。一般无意识障碍，主要由迷路、前庭神经、脑干及小脑病变引起，亦可由于其他系统或全身性疾病而引起。

一、病因与临床表现

1. 周围性眩晕(耳性眩晕)

① 梅尼埃病：以发作性眩晕伴耳鸣、听力减退及眼球震颤为主要特点，严重时可伴有恶心、呕吐、面色苍白和出汗，发作多短暂，很少超过2周。具有复发性特点。

② 迷路炎：多由中耳炎并发，症状同上，检查发现鼓膜穿孔，有助于诊断。

③ 内耳药物中毒：常由链霉素、庆大霉素及其同类药物中毒性损害所致。多为渐进性眩晕伴耳鸣、听力减退，常先有口周及四肢发麻等。水杨酸制剂、奎宁、某些镇静安眠药（氯丙嗪、哌替啶等）亦可引起眩晕。

④ 前庭神经炎：多在发热或上呼吸道感染后突然出现眩晕，伴恶心、呕吐，一般无耳鸣及听力减退。持续时间较长，可达六周，

痊愈后很少复发。

⑤ 位置性眩晕：病人头部处在一定位置时出现眩晕和眼球震颤，多数不伴耳鸣及听力减退。可见于迷路和中枢病变。

⑥ 晕动病：见于晕船、晕车等，常伴恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗等。

2. 中枢性眩晕(脑性眩晕)

① 颅内血管性疾病：椎 - 基底动脉供血不足、锁骨下动脉偷漏综合征、延髓外侧综合征、脑动脉粥样硬化、高血压脑病和小脑出血。

② 颅内占位性病变：听神经纤维瘤、小脑肿瘤、第四脑室肿瘤和其他部位肿瘤。

③ 颅内感染性疾病：颅后凹蛛网膜炎、小脑肿瘤。

④ 颅内脱髓鞘疾病及变性疾病：多发性硬化、延髓空洞症。

⑤ 癫痫。

以上疾病可有不同程度眩晕和原发病的其他表现。

3. 其他原因的眩晕

① 心血管疾病：低血压、高血压、阵发性心动过速、房室传导阻滞等。

② 中毒性：急性发热性疾病、尿毒症、严重肝病、糖尿病等。

③ 眼源性：眼肌麻痹，屈光不正。

④ 头部或颈椎损伤后。

以上疾病可有不同程度眩晕，但常无真正旋转感，一般不伴听力减退、眼球震颤，少有耳鸣，有原发病的其他表现。

二、伴随症状

① 伴耳鸣 / 听力下降可见于前庭器官疾病、第八脑神经病变及肿瘤。

② 伴恶心、呕吐可见于梅尼埃病、晕动病。

③ 伴共济失调可见于小脑、颅后凹或脑干病变。

④ 伴眼球震颤可见于脑干病变、梅尼埃病。

三、问诊要点

- ① 发作时间、诱因、病程，有无复发性特点。
- ② 有无伴发热、耳鸣、听力减退、恶心、呕吐、出汗、口周及四肢麻木、视力改变、平衡失调等相关症状。
- ③ 有无急性感染、中耳炎、颅脑疾病及外伤、心血管疾病、严重肝肾疾病、糖尿病等病史。
- ④ 晕车、晕船及服药史。

第四节 晕厥

晕厥是由于一时性广泛性脑供血不足所致的短暂意识丧失状态，发作时病人因肌张力消失不能保持正常姿势而倒地。一般为突然发作，迅速恢复，少有后遗症。

一、病因

晕厥病因大致分四类。

1. 血管舒缩障碍 见于单纯性晕厥、体位性低血压、颈动脉窦综合征、排尿性晕厥及疼痛性晕厥等。
2. 心脏病 见于严重心律失常、心脏排血受阻及心肌缺血性疾病等，如阵发性心动过速、阵发性心房纤颤、病态窦房结综合征、高度房室传导阻滞、主动脉瓣狭窄、先天性心脏病某些类型、心绞痛与急性心肌梗死、原发性心肌病等，最严重的为阿-斯综合征。
3. 血管疾病 见于脑动脉粥样硬化、短暂性脑缺血发作、偏头痛、无脉症、慢性铅中毒性脑病等。
4. 血液成分异常 见于低血糖状态、换气过度综合征、重症贫血及高原晕厥等。

二、临床表现

1. 血管舒缩障碍