



KEJIAN JISHI HUIZHEN CONGSHU

科间即时会诊丛书

J 急诊会诊

JIZHEN HUIZHEN

主 编 肖奇明

 湖南科学技术出版社



科间即时会诊丛书

J 急诊会诊

JIZHEN HUIZHEN

主 编 肖奇明

 湖南科学技术出版社

科间即时会诊丛书

急诊会诊

主 编：肖奇明

责任编辑：邹海心

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731-4375808

印 刷：衡阳博艺印务有限责任公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：湖南省衡阳市黄茶岭光明路 21 号

邮 编：421008

出版日期：2005 年 5 月第 1 版第 1 次

开 本：700mm×1020mm 1/16

印 张：44.75

插 页：1

字 数：633000

书 号：ISBN 7-5357-4248-3/R·970

定 价：68.00

(版权所有·翻印必究)



肖奇明，内科学博士，1995～1998年赴美国迈阿密大学医学院研修，中南大学湘雅医院呼吸内科教授，硕士研究生导师。现任中南大学湘雅医院急诊科主任，兼任湖南省中西医结合学会急诊医学委员会副主任委员、湖南省急诊医学专业委员会委员，为“卫生部急诊医疗设备管理专家组”成员，受聘为《中华中西医杂志》、《中华实用医药杂志》、《中华医学实践杂志》等医学专业期刊常务编委。近年来在国内外医学专业期刊上发表论文20余篇，主编和参编《急诊医学》、《社区医学》等专著8部，主持省级科研课题2项及获湖南省科技鉴定成果1项。

出版说明

随着医学科学的发展，临床医学分工越来越细，从早期简单的内、外、妇、儿科发展到细致专业分工，如腹部外科，甚至更专业的肝胆外科，这种专业分工细化对提高疾病治疗水平无疑有极大的推进作用。但是，人体是一个复杂精密的整体，可能同时一位患者在罹患 2 种以上疾病，却又不可能同时在两个以上科室就診治疗，此时责任科室的医师将遇到非本专业疾病，需要邀请相关专业的医师前来本科室会诊。为了满足科室间会诊的需要，医院里建立了一种专门制度，国外称“on call”，也就是我们常说的随叫随到的“科间即时会诊”。在我国，“科间即时会诊”通常由各专科 24 小时值班的总住院医师负责。

担任“即时会诊”的总住院医师是从优秀中青年医师中选拔出来的，他们熟悉本专业医疗知识，尽管如此，在应邀参加其他科室的“即时会诊”时仍然会遇到比在本专业科室更加复杂的情况，同时又要求做到快速准确诊断和及时果断处置。从某种意义上讲，“科间即时会诊”需要特定的知识和经验，本丛书正是为了满足这一需要编写出版的。

与此同时，在以“人”为本的医疗思想指导下，任何一名专科医师不仅要熟练掌握本专业诊疗知识技术，同时也应该从整体健康的角度去关心患者，他们需要谨慎周密地考虑其他专科疾病与本专科疾病的关系。一个人的精力是有限的，要求一名专科医师熟练地掌握其他专科医学知识肯定是不现实的，但是简捷有效地了解相关专科知识以便处理复杂的临床问题，处理多种疾病共存现象，又是非常必要的。本丛书内容为此类学习提供了实用的系统知识。

本丛书共有 4 本分册，《外科即时会诊》、《内科即时会诊》、《急诊会诊》和《精神科即时会诊》（供非精神科医生专用）。这些内容已经能够涵盖各级综合医院中最常见的科间即时会诊问题，丛书内容精练，实用性强。其中《精神科

即时分册》做了一个副标题“供非精神科医师专用”，则是考虑到大部分综合医院未设精神科，而精神障碍是影响躯体疾病的治疗的不可忽视的因素，在邀请精神科会诊不方便的条件下，临床医师适当掌握一些精神障碍疾病的诊疗知识，对提高临床疗效很有好处。

编写“科间即时会诊丛书”，在我国还是一种尝试，缺乏可以借鉴的样板。中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院的高年资医师赵水平教授、何爱咏教授、李凌江教授、肖奇明教授以及他们的同事有感于“科间即时会诊”在综合医院临床活动中的重要性，在繁忙的医疗、教学、科研活动之余，争分抢秒，不遗余力完成了编写任务。尽管本丛书尚不尽如人意，可能有这样或那样的不足和缺陷，但她毕竟是一个新生事物，适应和满足了临床即时会诊的发展需要，希望广大读者能喜欢她，呵护她，对本书的编写工作提出宝贵的意见。

湖南科学技术出版社

2005年1月

前言

急诊病例具有发病急骤、变化难测、病因复杂、病情危重、症状凶险、预后不定的特点。急诊会诊所遵循的处理原则首先是哪种情况最危急则应优先处理哪种情况，尤其强调对威胁生命或具有潜在生命威胁的危急情况的处理，因而哪种情况最危急、哪种情况可能导致最坏的结果则应优先采取最迅速的措施进行干预。急诊会诊处理虽然更强调疾病对生命体征的影响，但并非不强调疾病诊断等方面的重要。因而急诊会诊和急诊处理不但需要会诊医生有高度的责任心和无私的奉献精神，而且要求会诊人员具有较扎实、全面的临床基础知识和较丰富的临床经验。基于以上几点，急诊会诊对急症的处理大多依据急症的主诉，这与其他专科疾病的处置大有差异。急诊会诊与其他专科会诊的差异就在于对急症的认识和处理原则都应围绕赢得抢救时间和挽救患者生命来展开。经验丰富的急诊会诊医生则可通过患者症状和体征的表象、结合引起症状和体征产生的病理生理学知识及疾病发生发展过程来认识威胁患者生命的潜在危险，并对预测的可能的不良结果尽早采取干预措施，以避免坏的结局发生。即使这样，急诊会诊仍难免发生错误，其原因可能除与急诊会诊医生缺乏责任心、粗心大意有关外，也可能与医院急诊管理状态和急救医疗仪器设备欠齐全完备有关。

作者通过多年从事急诊临床工作的实践，认识到急诊会诊往往不只限于急诊科医生，也常常涉及其他各专科医生，而临床各专科医生往往多从自己熟悉的专业和专科情况考虑，思维相对狭隘或片面，对某些重要的威胁生命的问题缺乏警觉，容易以偏概全而发生错误。因此，作者根据自己急诊临床所遇到的一些急症情况，选择了 90 个示例，编写了本书，以求对有关医生有所帮助。

本书分七个部分。第一章涉及急诊临床常见的一些病症和紧急情况的处理，包括一些常见急救仪器和设备的使用；

第二章介绍了急诊会诊常涉及的一些实验室检查及其临床意义；第三章介绍了急诊会诊常用的诊疗操作技术；第四章介绍了急诊会诊常接触的体液和血液制品及其使用方面的知识；第五章介绍的是急危重症患者的营养支持治疗的基本原则和方法；第六章介绍急、危重患者呼吸机使用的基本知识和方法；第七章介绍了急诊会诊时处理各种危急病症常使用的药物。

该书反映了当前急、危重症处理方面的国内外状况和进展及急诊会诊需要掌握的若干方面，从理论到实践，凝集了作者的临床经验，内容新颖，实用性强。由于作者的知识 and 经验的局限，本书若有不当之处，请读者批评指正！

编者

2005 年 1 月

目录

第一章 急诊常见病症会诊

- 第一节 鼻胃管出血 (1)
- 第二节 鼻胃管早期脱出 (4)
- 第三节 喘鸣 (6)
- 第四节 代谢性碱中毒 (9)
- 第五节 代谢性酸中毒 (12)
- 第六节 低钾血症 (17)
- 第七节 低钠血症 (20)
- 第八节 低体温 (23)
- 第九节 低糖血症 (25)
- 第十节 低血压 (28)
- 第十一节 癫痫发作 (36)
- 第十二节 动脉通路测压障碍 (39)
- 第十三节 多尿 (43)
- 第十四节 恶心/呕吐 (46)
- 第十五节 耳漏/鼻漏(溢液) (50)
- 第十六节 发热 (53)
- 第十七节 肺动脉导管: 不能楔嵌、功能障碍 (57)
- 第十八节 高钾血症 (61)
- 第十九节 高钠血症 (65)
- 第二十节 高血糖 (68)
- 第二十一节 高血压 (72)
- 第二十二节 过敏性反应 (80)
- 第二十三节 黑便 (83)
- 第二十四节 呼吸机: 呛咳, 高气道峰压 ... (87)
- 第二十五节 呼吸急促 (92)

第二十六节	呼吸困难	(97)
第二十七节	呼吸性碱中毒	(100)
第二十八节	呼吸性酸中毒	(102)
第二十九节	急性腹痛	(105)
第三十节	急性肝功能衰竭	(115)
第三十一节	急性肢端脉搏消失	(118)
第三十二节	检查转送: 通气问题	(122)
第三十三节	经鼻插管	(124)
第三十四节	精神状态改变/幻觉	(128)
第三十五节	颈部肿胀	(131)
第三十六节	颈髓保护	(134)
第三十七节	静脉输液部位出血/DIC	(137)
第三十八节	咯血	(141)
第三十九节	颅内压 (ICP) 监测装置脱出	(148)
第四十节	颅内压降低	(150)
第四十一节	颅内压增高	(152)
第四十二节	脉搏血氧计功能障碍	(158)
第四十三节	脑室-腹膜腔脑脊液分流功能 障碍	(162)
第四十四节	脑死亡	(165)
第四十五节	呕血	(169)
第四十六节	皮下气肿	(178)
第四十七节	贫血	(181)
第四十八节	起搏器障碍	(185)
第四十九节	气道压骤升	(188)
第五十节	气管插管: 支气管痉挛	(190)
第五十一节	气管导管: 漏气、位置不当、功 能障碍	(195)
第五十二节	气管偏斜	(199)

第五十三节	气囊导尿管 (Foley 导管) 不能置入	(202)
第五十四节	气胸	(205)
第五十五节	妊娠	(209)
第五十六节	烧伤	(213)
第五十七节	瘙痒	(220)
第五十八节	少尿/无尿	(224)
第五十九节	神经肌肉的持续阻滞	(229)
第六十节	输血反应	(234)
第六十一节	双腔气管导管(DLT)插管	(238)
第六十二节	死亡	(244)
第六十三节	下肢肿胀	(246)
第六十四节	疼痛	(251)
第六十五节	通气量不足	(255)
第六十六节	胃造瘘管脱出	(260)
第六十七节	误吸	(262)
第六十八节	哮喘	(265)
第六十九节	鲜血便	(270)
第七十节	心电图改变:急性心肌梗死	(275)
第七十一节	心动过缓	(281)
第七十二节	心动过速	(285)
第七十三节	心输出量降低	(291)
第七十四节	心脏骤停	(298)
第七十五节	胸腔积液	(314)
第七十六节	胸腔引流管漏气	(321)
第七十七节	胸痛	(323)
第七十八节	血尿	(331)
第七十九节	血胸	(335)
第八十节	血氧饱和度下降	(339)
第八十一节	腰穿引流障碍	(344)

第八十二节	真菌感染	(346)
第八十三节	针刺伤	(348)
第八十四节	镇静: 适应证及其方法	(351)
第八十五节	震颤性谵妄 (亦称酒精脱瘾性综合征, DTs)	(356)
第八十六节	中心静脉导管抽不出血液	(358)
第八十七节	中心静脉压 (CVP) 减低	(364)
第八十八节	主动脉内球囊泵	(367)
第八十九节	坠床	(372)
第九十节	姿态: 去皮质僵直/去大脑僵直	(376)

第二章 实验室检查

第三章 床旁诊疗操作

第一节	动脉通路的建立	(442)
第二节	静脉穿刺术	(445)
第三节	静脉切开	(449)
第四节	中心静脉导管置管术 (PICC)	(452)
第五节	肺动脉导管置入术	(453)
第六节	筋膜室测压	(457)
第七节	支气管镜检	(459)
第八节	环甲膜术 (穿刺和手术切开)	(461)
第九节	气管内插管	(463)
第十节	气管切开术	(466)
第十一节	胃肠置管	(467)

第十二节	经皮耻骨上膀胱造瘘术	(470)
第十三节	颅内压 (ICP) 监测 (闫)	(471)
第十四节	胸腔穿刺术	(474)
第十五节	胸腔引流管置入	(476)
第十六节	腰椎穿刺术	(479)
第十七节	腹腔穿刺术	(482)
第十八节	腹腔灌洗(诊断性腹腔灌洗)	(485)
第十九节	心包穿刺术	(487)
第二十节	主动脉内球囊反搏术 (IABP)	(489)

第四章 体液和血液制品

第一节	体液的基本概念	(492)
第二节	危重患者液体复苏的管理	(497)

第五章 危重症患者的营养支持治疗

第一节	营养状况的评价	(503)
第二节	营养支持治疗的指征	(506)
第三节	医院内常用饮食类型	(507)
第四节	营养需求	(508)
第五节	营养支持治疗方式的选择	(510)

第六章 机械通气

第一节	使用呼吸机的目的	(520)
第二节	呼吸支持的适应证	(521)
第三节	呼吸机的类型	(523)

第四节	通气模式	(525)
第五节	呼吸机设置	(528)
第六节	启动机械通气阶段的进一步考虑	(531)
第七节	呼吸机设置的调整	(532)
第八节	问题处理	(533)
第九节	呼吸机与自主呼吸不协调 (呼吸对抗) 时的处理	(535)
第十节	撤机	(535)
第十一节	通气的特殊模式	(538)
第十二节	呼吸机相关计算	(540)

第七章 常用药物

附 录

附录 1	危重患者监测参数表	(698)
附录 2	诊断酸碱失衡的基本方法	(700)
附录 3	格拉斯哥昏迷记分表	(703)

第一章 急诊常见病症会诊

第一节 鼻胃管出血

【病例】

一名 54 岁的男性患者，结肠全切除术后 3 天，鼻胃管引流血量增加。

【问诊要点】

1. 何时放置的鼻胃管？

如果鼻胃管是最近放置的，可能存在插入损伤，包括鼻腔黏膜或口腔黏膜损伤，会有急性出血的表现。若该患者是在术后即置管，则出血可能是胃肠黏膜受刺激或损伤所致。

2. 引流量有多少？引流液有何特点？

引流量小不如引流量多紧急。引流量突然变少，提示鼻胃管可能被血凝块堵塞。鲜红色的血液较“咖啡渣”样物更能提示活动性、持续性出血。

3. 患者已做过何种手术？

新鲜的近端缝线可引起出血并能通过鼻胃管抽吸而发现；术中吻合口处血管结扎不可靠，可使引流血流量增多；以前的胃手术切口可因发生复发性溃疡或边缘溃疡而出血。

4. 患者有无溃疡病等病史？

患者可能既往即存在消化性溃疡，术后肠梗阻未经正常治疗，也可能存在潜在的肝脏疾病而有食管-胃底静脉曲张并因损伤破裂而出血，危重病应激反应可能使原已存在的疾病过程恶化。

5. 患者是否正使用 H_2 受体拮抗剂？引流物的 pH 值如何？

若对溃疡患者给予预防性治疗后，患者胃引流物的 pH 值应 >4 ，否则

应加强溃疡病预防性治疗。

6. 目前放置的是何种导管?

ICU(重症监护室)使用的鼻胃管绝大多数都是坑型设计,应检查导管的类型并确认其功能是否正常。导管的功能有障碍时可在抽吸时损伤黏膜。

【鉴别诊断】

1. 插入损伤

鼻胃管插入时的损伤不多见,但仍有发生,只是其出血量一般很少且常在管外,出血持续时间不长。使用润滑剂并规范操作可减少损伤。患者心理上的准备和配合将使操作更容易,也使得插管易被患者耐受。

2. 胃肠黏膜刺激

放置导管处的胃肠黏膜因导管尖端的摩擦可能会发生损伤出血。这种情况下,导管通常也不通畅。注意选择并维护导管尖端或其开口,经常灌洗可保持导管的通畅并可减少黏膜的损伤。

3. 吻合口部位的刺激

吻合手术中的机械性损伤可引起鼻胃管的引流物带血。这种情况多发生在手术后的早期。

4. 鼻出血

无论是原发的鼻出血或因插管继发的鼻出血都可导致较多血液咽下胃部,然后血液可出现在患者的鼻胃管引流液中。

5. 溃疡性疾病

溃疡可原发或由于急危重症的应激情况而发生,后者可见于严重烧伤和头部严重创伤等情况,注意使用类固醇激素治疗可能加重出血病情。

6. 胃炎/食管炎/静脉曲张

询问确切的既往史可了解这些情况是否存在。

7. 凝血功能障碍性疾病

原发或继发的凝血功能障碍性疾病均可发生出血,使鼻胃管出现血性引流物。

【体查要点】

1. 生命体征

低血压和心动过速提示血液丧失引起的低血压容量。呼吸系统症状(如痰鸣音等)可提示鼻胃管周围血液被误吸入肺。

2. 腹部

出现腹部胀满或上腹部疼痛、压痛、反跳痛时要注意腹膜炎的可能。

3. 头眼耳鼻喉

检查插管损伤、鼻出血或面中部外伤的表现。

【辅助检查】

1. 血常规

比较患者插管前后的血常规检查结果，看有无 RBC、Hb 或 Hct 的变化。

2. 凝血功能状态

检查患者是否存在凝血功能障碍。

3. 血生化检查

必须强调检查有无电解质紊乱情况，放置鼻胃管抽吸的患者更应常规监测并评价其电解质平衡情况。

4. 胃液 pH 值

胃液 $\text{pH} < 4$ 提示抑酸治疗不够。

5. X 线腹部平片检查

可检查导管位置。

6. 直立位 X 线胸片

了解有无食管穿孔、胃穿孔的征象，如纵隔增宽或纵隔气肿。近期剖腹术者，最有可能存在膈下游离气体。

【即时处理】

1. 整体计划

寻找鼻胃管出血来源和判断是否需要紧急处理。

2. 上消化道出血

出血明显、引流量大时，应立即建立静脉通路，并给予等渗溶液输注。低血压患者、 $\text{Hb} < 70 \text{ g/L}$ 时，可能需要成分输血。

3. 抑酸治疗

如果患者未给予抑酸治疗，静脉给予 H_2 受体拮抗剂。如果患者采用胃肠内营养，也可选择质子泵抑制剂。

4. 生理盐水冲洗鼻胃管