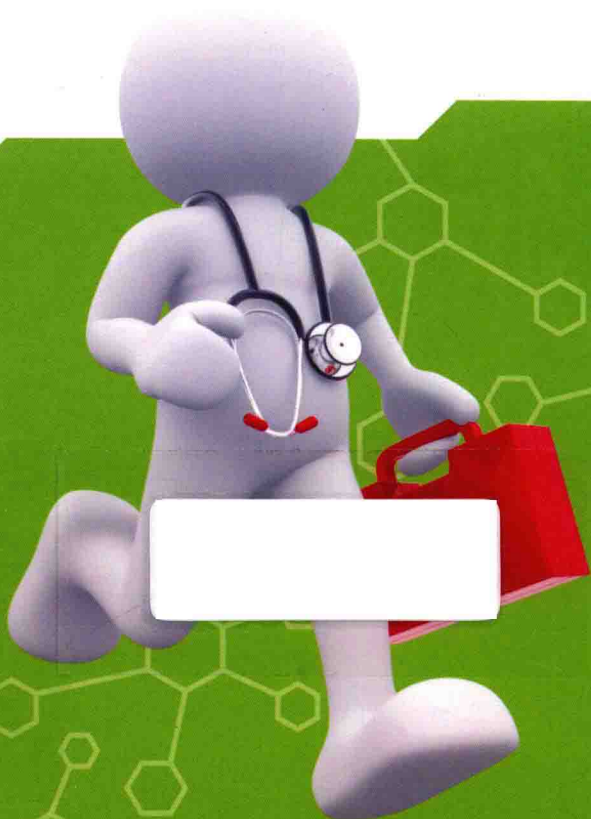


Emergency Manual

急症速查手册

写给急诊科医生的一本口袋书

主编 刘新民 王祖禄 陈会生 张铁铮 王宏 张培毅



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

Emergency Manual

急症速查手册

写给急诊科医生的一本口袋书

主编 刘新民 王祖禄 陈会生 张铁铮 王 宏 张培毅

图书在版编目 (CIP) 数据

急症速查手册 / 刘新民等主编. — 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2016.7

ISBN 978-7-5381-9794-5

I. ①急… II. ①刘… III. ①急性病—诊疗—手册
IV. ①R459.7-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2016) 第085190号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路25号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳市精华印刷有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 115 mm × 203 mm

印 张: 11.5

字 数: 400千字

出版时间: 2016年7月第1版

印刷时间: 2016年7月第1次印刷

责任编辑: 凌 敏 郭敬斌

封面设计: 刘 彬

版式设计: 袁 舒

责任校对: 李 霞

书 号: ISBN 978-7-5381-9794-5

定 价: 39.80元

联系电话: 024-23284370, 024-23284363

邮购热线: 024-23284502

E-mail: lingmin19@163.com

http: //www.lnkj.com.cn

目 录

第一章 一般急症	001
第1节 发热	003
第2节 输液反应	004
第3节 输血反应	005
第4节 感染性休克	007
第二章 神经系统急症	011
第1节 昏迷	013
第2节 头痛	014
第3节 眩晕	016
第4节 晕厥	018
第5节 神经痛	020
第6节 颅内压增高综合征	022
第7节 低颅压综合征	024
第8节 癫痫及癫痫持续状态	025
第9节 重症肌无力	028
第10节 急性脑出血	030
第11节 急性脑梗死	032
第12节 周期性瘫痪	035
第三章 心血管系统急症	039
第1节 心源性猝死与心肺复苏	041
第2节 心源性休克	042
第3节 高血压急症	045
第4节 心脏压塞	046
第5节 急性感染性心内膜炎	048
第6节 急性心力衰竭	050
第7节 急性心肌梗死	054
第8节 不稳定型心绞痛	057
第9节 急性心律失常	059
第10节 急性心包炎	066
第11节 急性心肌炎	067
第12节 甲状腺功能减退性心脏病	068
第13节 甲状腺功能亢进性心脏病	069
第四章 呼吸系统急症	071
第1节 休克性肺炎	073
第2节 急性上气道梗阻	074

第3节	急性上呼吸道感染	076
第4节	急性呼吸衰竭	078
第5节	慢性呼吸衰竭	080
第6节	肺栓塞	081
第7节	一氧化碳中毒	084
第8节	自发性气胸	085
第9节	间质性肺疾病	087
第10节	过敏性休克	088
第11节	急性呼吸窘迫综合征	090
第12节	大咯血	091
第13节	窒息	094
第14节	肺性脑病	095
第五章	消化系统急症	099
第1节	吞咽困难	101
第2节	恶心、呕吐	102
第3节	急性腹泻	104
第4节	急性腹痛	106
第5节	功能性肛门直肠痛	107
第6节	溃疡病出血	109
第7节	上消化道出血	110
第8节	下消化道出血	112
第9节	食管穿孔	114
第10节	食管贲门黏膜撕裂综合征	116
第11节	出血性休克	117
第12节	肠梗阻	119
第13节	应激性溃疡	121
第14节	急性胃穿孔	122
第15节	肠痿	123
第16节	化脓性腹膜炎	125
第17节	急性化脓性胆管炎	127
第18节	急性阑尾炎	129
第六章	泌尿系统急症	133
第1节	急性肾衰竭	135
第2节	急性肾小球肾炎	136
第3节	肾绞痛	138
第4节	尿路感染	140
第5节	前列腺增生症与尿潴留	143

第七章 风湿免疫系统及骨病性急症	145
第1节 急性风湿热	147
第2节 系统性红斑狼疮	148
第3节 痛风	150
第4节 类风湿关节炎	152
第5节 强直性脊柱炎	153
第6节 结节性多动脉炎	154
第7节 成人斯蒂尔病	154
第8节 腰椎间盘突出症	155
第9节 腰腿痛	158
第10节 颈椎病	161
第八章 血液系统急症	165
第1节 弥散性血管内凝血	167
第2节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	168
第3节 血栓性血小板减少性紫癜	170
第4节 再生障碍性贫血	171
第5节 溶血危象	172
第九章 内分泌系统急症	175
第1节 腺垂体功能减退性危象	177
第2节 急性化脓性甲状腺炎	178
第3节 亚急性甲状腺炎	179
第4节 甲状腺功能亢进症危象	182
第5节 甲状腺功能亢进症性周期性麻痹	185
第6节 甲状腺功能亢进症伴重症肌无力	186
第7节 黏液性水肿昏迷	187
第8节 甲状旁腺功能减退症及低钙危象	190
第9节 肾上腺危象	191
第10节 嗜铬细胞瘤危象	192
第11节 糖尿病酮症酸中毒	194
第12节 糖尿病乳酸性酸中毒	196
第13节 高血糖高渗综合征	197
第14节 低血糖昏迷	199
第15节 电解质紊乱	201
第十章 传染性急症	211
第1节 肝衰竭	213
第2节 肝性脑病	216
第3节 自发性细菌性腹膜炎	218

第4节	霍乱	219
第5节	流行性脑脊髓膜炎	221
第6节	肾综合征出血热	223
第7节	中毒性痢疾	225
第8节	重症手足口病	226
第9节	流行性乙型脑炎	228
第10节	狂犬病	230
第11节	破伤风	231
第12节	传染性非典型肺炎	232
第13节	埃博拉出血热	235
第14节	中东呼吸综合征	237
第十一章	妇科急症	241
第1节	异位妊娠	243
第2节	卵巢囊肿或肿瘤蒂扭转	245
第3节	卵巢破裂	246
第4节	急性盆腔炎	248
第5节	痛经	250
	附：产科重症——妊娠期高血压疾病	252
第十二章	儿科急症	257
第1节	新生儿疾病	259
第2节	呼吸系统疾病	262
第3节	循环系统疾病	265
第4节	消化系统疾病	269
第5节	神经系统疾病	272
第6节	内分泌系统疾病	274
第7节	泌尿系统疾病	278
第8节	血液系统疾病	282
第9节	结缔组织病	285
第十三章	中毒急症	291
第1节	农药中毒	293
第2节	动物性中毒	295
第3节	植物中毒	300
第4节	药品中毒	301
第5节	工业毒物中毒	303
第十四章	皮肤系统急症	309
第1节	急性荨麻疹	311
第2节	血管性水肿	311

第3节	血清病及血清病样反应	312
第4节	药疹	313
第5节	接触性皮炎	314
第6节	猩红热样红斑	315
第7节	中毒性红斑	316
第8节	过敏性紫癜	316
第9节	白塞病	317
第10节	晒斑	318
第11节	植物—日光性皮炎	318
第12节	带状疱疹	319
第13节	Kaposi 水痘样疹	320
第14节	皮肤黏膜淋巴综合征(川崎病)	320
第15节	葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征	321
第16节	丹毒	322
第17节	昆虫性皮肤病	322
第18节	海蜇皮炎	324
第19节	淋病	324
第十五章	麻醉系统急症	327
第1节	心肌缺血	329
第2节	术中心跳骤停	329
第3节	心脏压塞	330
第4节	低血压	331
第5节	高血压	333
第6节	喉痉挛	334
第7节	支气管痉挛	334
第8节	气道梗阻	335
第9节	低氧血症	335
第10节	高碳酸血症	336
第11节	误吸	337
第12节	气胸	337
第13节	肺栓塞	338
第14节	肺水肿	339
第15节	困难气道	340
第16节	胆心反射	341
第17节	眼心反射	342
第18节	苏醒延迟	342
第19节	术后谵妄	343

第20节	局麻药中毒	344
第21节	全脊麻	345
第22节	硬膜外麻醉时异常广泛阻滞	345
第23节	颅内高压	346
第24节	休克	347
第25节	羊水栓塞	349
第26节	仰卧位低血压综合征	350
第27节	恶性高热	350
第28节	过敏反应	351
第29节	骨水泥植入综合征	353
第30节	甲状腺功能亢进危象	354
第31节	TURP综合征	355
参考文献		356

第一章

一般急症

第1节 发热

发热是机体在内、外致热原的作用下或由其他各种原因导致的体温调节中枢功能障碍，体温超出正常范围，一般大于 37.3°C ；但需排除一些生理性因素。发热本身是症状，而不是一种独立的疾病。

【诊断要点】

(1) 热度：低热， $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ；中等度热， $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；高热， $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ；超高热， 41°C 以上。热度的高低反映了机体防御的应激能力，临床上并不能以热度来衡量疾病的轻重。

(2) 热程：急性发热：病程在2周以内，以感染性疾病最为常见，其中病毒是最主要的病原体，还包括支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、细菌、真菌等。长期发热：体温升高持续2~3周以上。包括病因明确的慢性发热和长期不明原因的发热，不明原因的发热中以感染、肿瘤、结缔组织疾病较多见。

(3) 发热的病因：多种多样，多数是感染引起的，85%的患者通过仔细询问病史以及仔细查体即可明确诊断。年轻、既往健康的患者多为局部细菌感染或全身病毒感染，预后较好。老年伴有基础疾病的患者多提示存在严重疾病，感染者的临床症状、体征多不典型，一些细微的改变可能就是重症感染的唯一临床表现。

(4) 病史：询问病史时，一定要详细询问患者的用药史，包括退热药的应用。

(5) 发热常见的伴随症状：心动过速、呼吸急促。一般来讲，体温每升高 1°C ，心率相应增加约15次/min，呼吸频率增加2~4次/min。发热时对头颈部的检查非常必要，借此可以发现一些特定部位的感染性疾病。胸部检查的重点是肺部听诊、心脏听诊，目的在于排除肺部感染和感染性心内膜炎。腹部检查应注意有无腹膜炎的体征变化，皮肤。四肢检查应注意查找皮疹、瘀斑、关节红肿热痛及软组织感染的证据。

(6) 发热患者的辅助检查：最重要的是血常规、尿常规和胸片。其他的指标如血沉、C反应蛋白、降钙素原的特异性均较差。

(7) 发热的感染性病因：多见脑膜炎、扁桃体炎、中耳炎、流行性感、肺炎、心内膜炎、胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎、肾盂肾炎、膀胱炎、蜂窝织炎等；非感染性病因多见于急性心肌梗死、脑卒中、肺栓塞、输血反应、心力衰竭、恶性肿瘤、药物

热、痛风、深静脉血栓形成等。

【急救措施】

(1) 患者出现神志改变、呼吸窘迫、血流动力学不稳定等表现时，必须快速、果断处理，在没有获得详细病原学资料前，立即给予监护、建立静脉通路、补液和氧疗，必要时予以呼吸支持治疗。

(2) 体温持续高于 41°C 的高热会损伤中枢神经系统，需要立即降温治疗；包括物理降温：冰袋、酒精擦浴、冰水浴等，给予非甾体抗炎药物：阿司匹林、对乙酰氨基酚等，4~6h 1次，建议按时给药而不是等待体温升高后再给药。

(3) 在没有获得详细病原学资料前，可进行抗生素的经验性治疗，选择覆盖革兰阳性和革兰阴性需氧菌、厌氧菌的广谱抗生素。

(4) 局限性细菌感染的患者常选择口服抗生素治疗；老年患者合并慢性基础疾病如糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等出现不明原因发热时，建议住院治疗；对于危及生命的发热患者应该尽早确定感染原因，尽快行血尿细菌培养、腰穿等检查，选用广谱抗生素治疗；体内存在异物如深静脉置管等，应该尽早去除，生命体征不稳定患者及早进入监护病房。

(王宏 贾春志)

第2节 输液反应

输液反应 (infusion reaction) 是输液所引起的不良反应的总称。包括药物过敏反应、热原反应、菌污染反应。药物过敏反应 (allergic reactions to drugs) 是指机体再次接触某一药物相同抗原或半抗原时，发生的一种以机体生理功能紊乱或组织损伤为主的特异性免疫应答。热原反应 (pyrogen reaction) 是指由致热原引起的反应。菌污染反应 (bacteria pollution response) 是由于液体或输液器具被细菌污染引起的不良反应。

输液反应是由热原反应引起的，轻者有发冷、寒战、发热、出汗、体温常在 38.5°C 左右，停止输液后数小时体温恢复正常。严重者体温可达 $40\sim 42^{\circ}\text{C}$ ，头痛、恶心、呕吐、意识不清、昏迷、低血压休克，有的出现多脏器损害、弥散性血管内凝血、循环呼吸衰竭而死亡。严重输液反应多数非死即残，预后很差，脑损坏致残成痴呆或植物人。临床中应重在防范；一旦发生，判断要准确，处置要果断。

【诊断要点】

在输液后15min至1h内,发生冷感、寒战,发热 38°C 以上,于停止输液后数小时内体温恢复正常,可伴有恶心、呕吐、头痛、腰部及四肢关节痛、皮肤苍白、湿冷、血压降低、休克甚至死亡。

【急救措施】

(1)发生输液反应,必须保留好静脉通道,不要拔掉静脉针头,以备抢救用药,以免错过抢救时机。

(2)更换新的输液器管道及与原液体性质不同的液体,葡萄糖水则换成生理盐水,可暂不加药,待病情稳定后再加药。

(3)五联用药:

①吸氧。

②静脉注射地塞米松 $10\sim 15\text{mg}$ [小儿 $0.5\sim 1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$]或氢化可的松 100mg [小儿 $5\sim 10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$]。

③肌肉注射或静脉注射苯海拉明 $20\sim 40\text{mg}$ [小儿 $0.5\sim 1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$]。

④肌肉注射复方氨基比林 2mL [小儿 $0.1\text{mL}/(\text{kg}\cdot\text{次})$]或口服布洛芬悬液。

⑤如末梢发凉或皮色苍白可肌肉注射或静脉注射654-2 5mg [小儿 $0.1\sim 0.5\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$]。一般在用药30min后汗出热退而平稳下来。

(王宏 杨槐松)

第3节 输血反应

输血是临床抢救和治疗出血或贫血患者最有效的方法之一,输血安全和有效是现代临床输血的最终目的。输血反应是指任何与输血相关的不良反应,可在输血时或输血后发生。输血反应可分为急性(24h内发生)与迟发性两大类,此两大类又可各自分为免疫性和非免疫性两种。

一、发热反应

【诊断要点】

发热多发生在输血的终末或在输血开始后的 $15\sim 60\text{min}$ 。表现为突然发热、寒战、恶心、呕吐,血压多无变化, 30min 至 2h 缓解, $6\sim 8\text{h}$ 体温恢复正常。输血过程中,体温升高 1°C 以上,伴有发热症状;有多次输血或多次妊娠史,既往有输血反应史或受、供血者血中查到粒细胞、血小板抗体。

【急救措施】

立即停止输血，保暖、解热、镇静。密切观察病情变化，注意体温、血压，高热者可以物理降温。

二、过敏反应

【诊断要点】

轻度过敏反应：全身皮肤瘙痒、荨麻疹、血管神经性水肿。

重度过敏反应：喉头黏膜水肿、呼吸困难，严重时出现过敏性休克。

【急救措施】

轻度过敏反应减慢输血速度，应用抗组胺药物；重度反应要立即停止输血，给予肾上腺素0.5~1.0mg皮下注射，有喉头水肿时应该切开气管，有休克时抗休克治疗。

三、溶血反应

【诊断要点】

(1) 急性溶血性输血反应：输血后立即发生或输血后24h内发生，危险性大、病死率高，是临床应注意的重点。

(2) 迟发性输血反应：对先前存在致敏的抗原，产生回忆应答反应的结果，通常于输血后2~21d内发生，更多在3~7d发生。

(3) TRALI（输血相关的急性肺损伤）。

【急救措施】

静脉滴注生理盐水，保证足够的血容量。一般勿使用利尿剂，维持生命体征平稳，必要时呼吸机辅助呼吸，以保持患者的正常通气，不应使用经产妇的血及母体血。

四、输血相关性移植物抗宿主病（TA-GVHD）

输血相关性移植物抗宿主病是输血最严重的不良反应之一。接受含有免疫活性的淋巴细胞的血液，如果不能防止这些免疫活性的淋巴细胞被激活，就会引起本病，起病急骤，用肾上腺皮质激素或免疫抑制剂无效，病死率高达84%~90%。

【诊断要点】

在输注后的4~30d内发病，为全身性疾病，靶器官主要为皮肤、骨髓细胞、肠和肝。首先在面部、手心、足心出现皮肤红斑、丘疹，然后波及全身，发热，严重者有剥脱性皮炎。恶心、腹泻、肝区疼痛、肝功能异常、全血细胞减少，大多数患者在发病后15d内死于感染。相关检查：皮肤、黏膜活检；染色体检查；白细胞相关抗原（HLA）定型或核糖核酸（DNA）多态性检测。

【急救措施】

(1) 治疗：大剂量甲基泼尼松龙、环孢素、甲氨蝶呤、FK506。

(2) 预防：TA GVHD几乎是致命性的，临床治疗效果极差，预防显得特别重要。目前我国部分中心血站的血液和血液成分经 γ 射线照射处理选择性地灭活了血液中有免疫活性的淋巴细胞，这是预防TA GVHD唯一有效并可靠的方法。当然有部分中心血站为滤膜过滤的去白细胞血液，也还有一些未灭活和过滤的血液，故要引起高度重视。

(王宏 王蓓蓓)

第4节 感染性休克

全身炎症反应综合征(SIRS)是机体对不同严重程度的损伤所产生的全身性炎症反应。这些损伤可以是感染，也可以是非感染性损伤，如严重创伤、烧伤、胰腺炎等。严重感染是指全身性感染伴有器官功能不全、组织灌注不良或低血压。感染性休克是严重感染的一种特殊类型。

【诊断要点】

(1) 生命体征异常：中心体温显著升高($>38.3^{\circ}\text{C}$)或降低($<36^{\circ}\text{C}$)，且呈持续状态。心率增快 >90 次/min，且与体温变化呈正相关。出现体温升高而心率不增加或呈下降趋势(即体温心率分离)提示感染较重，预后较差；呼吸频率加快 >30 次/min导致呼吸性碱中毒，是感染性休克的早期表现。这些代偿性变化的持续时间较为短暂，是处理感染性休克的“黄金时间”，往往被忽视而发展为感染性休克。

(2) 感染相关征象：包括白细胞增多($>12 \times 10^9/\text{L}$)、减少($<4 \times 10^9/\text{L}$)或计数正常，但不成熟白细胞 $>10\%$ ；C反应蛋白 $>$ 正常人2倍的标准差，降钙素原 $>$ 正常人2倍的标准差。糖尿病患者发生严重感染前首先出现血糖的迅速升高，随后才可见体温、白细胞等变化。非糖尿病患者应激性高血糖与体温等指标的变化基本平行。严重感染可导致淡漠、嗜睡或烦躁不安，严重的呼吸性碱中毒和低磷血症预示感染性休克的存在或即将发生。免疫力严重低下的患者可不出现SIRS症状而直接表现为休克。

(3) 器官功能障碍：肺部感染及其他部位感染引起的脓毒血症是引起肺损伤的重要因素；感染导致急性肾功能不全或衰竭往往表明感染未得到控制，急性肾衰竭一旦发生，预后极差；内皮细胞一旦损伤后即可启动凝血功能，随着感染的加重，凝血功能

多由高凝状态转为纤溶亢进，甚至有发生DIC的可能；任何部位感染引起的脓毒血症均能引起腹腔内压力升高，甚至发生腹腔间室综合征。肝功能异常，前白蛋白显著降低是肝功能异常最早的表现，次之是高胆红素血症，但需要排除病毒性肝炎和外科性黄疸。如果伴有血清转氨酶水平显著升高，表明感染在持续加重。

【急救措施】

1. 开始复苏

(1) 发现低血压或乳酸性酸中毒即要开始复苏。复苏的前6h要达到以下目标：CVP：8~12mmHg；MAP \geq 65mmHg；尿量 \geq 0.5mL/(kg·hr)；SvO₂ \geq 70%。

(2) 如果CVP已经达到8~12mmHg而SvO₂没有达到70%，则可以输血，使血细胞比容 \geq 30%，同时或单独给予多巴酚丁胺，最大剂量可以到20 μ g/(kg·min)。

2. 抗生素治疗

(1) 在脓毒血症被诊断并留取标本后，在1h内开始静脉内的抗生素治疗。

(2) 开始经验型治疗应使用对可疑病原菌（细菌或真菌）有活性，并能够穿透病灶的一种或几种抗生素，参照社区或本医院细菌流行病学资料进行选择。

(3) 抗菌治疗48~72h后根据细菌学和临床资料对其有效性进行再评估，目的是换用窄谱抗生素。

(4) 证明休克是由非感染因素所致时应及时停用抗生素。

3. 感染源的控制

(1) 对每个脓毒血症患者进行感染病灶的评估，给予引流、清除或移除处理。

(2) 选择控制感染方法时要权衡利弊，采用对生理干扰最小的方法。

(3) 对于腹腔脓肿、胃肠道穿孔、肠缺血等形成的感染灶，复苏开始后要尽早处理。

(4) 如果血管通路是潜在的感染源，建立另一通路后即刻停止使用此通路。

4. 液体治疗

(1) 复苏液体可用天然或人工的胶体或晶体。

(2) 在可疑的低容量血症患者给予补液试验，30min左右输入晶体液500~1000mL或胶体300~500mL，视患者的反应和耐受性反复使用。