

主编 曹新民
郑州大学出版社

内科

急

诊

室

手册



内科急诊室手册

主编 曹新民

郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

急诊室手册/曹新民主编. —郑州:郑州大学出版社, 2002. 4
ISBN 7-81048-543-4 I/R·489

I. 内... II. 曹... III. 内科-急诊-手册 IV. R505.97-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2002)第014931号

郑州大学出版社出版发行
(郑州市大学路40号)

邮政编码:450052)

出版人:谷振清

全国新华书店经销

郑州文华印刷厂印制

开本:850 mm × 1 168 mm

1/32

印张:4.625

字数:118千字

印数:1~4 120册

版次:2002年5月第1版

印次:2002年5月第1次印刷

书号:ISBN 7-81048-543-1/I·R·489 定价:7.00元

参编人员

主 编	曹新民		
副主编	郭大斯	党燕燕	
参编者	(以姓氏笔画为序)		
	史亚戈	南京市第二医院	
	冯 舸	南京医科大学附属医院	无锡市第一医院
	赵冬珍	南京市第二医院	
	李何玲	南京市第二医院	
	郭大斯	徐州市肿瘤医院	
	党燕燕	南京医科大学第一附属医院	
	曹 郡	南京医科大学	
	曹新民	南京市第二医院	

前言

随着现代医学技术的发展,新知识新技术不断涌出、推广,急诊医学已是临床医学中的一门新兴边缘学科,其临床的重要性及独特的处理方式,已受到临床医生的重视。

内科急症是内科重要的组成部分,它涉及面广,与各学科有不可分割的联系,尤其是患者入院前急救及院内的紧急处理措施,对刚步入临床的医生来讲是一项最关注的问题。危重病人若不能及时获得救治,可导致病人猝死率增高。汇编本手册,其主要目的是帮助刚步入临床的医师,起到手杖作用,对内科急诊室常见的疾病以及某些急性传染病能进行正确诊断及鉴别诊断,并迅速救治患者,为今后康复治疗做好准备。

本手册编写者为长期从事医疗、教学、科研工作的各相关临床工作者,并由从事临床一线各专科工作的副主任医师、副主任护理师以上专家、教授执笔撰写,以“内科急症”为核心,参考国内外最新进展,尽量结合临床,亦尽量介绍临床实践中成熟的经验,以求新颖、实用、快捷。

由于我们水平有限,虽然已尽了很大的努力,手册中难免仍有疏漏错误之处,敬请各位老师给以指出、修正,以便再版时补充提高。

编者

2002年2月



目 录

第1章	急腹痛鉴别诊断	(1)
第2章	急性腹泻鉴别诊断	(12)
第3章	发热鉴别诊断	(16)
第4章	人工冬眠法	(32)
第5章	皮疹与疾病鉴别诊断	(36)
第6章	高血压危症诊断治疗	(45)
第7章	心肺脑复苏	(53)
第8章	肺动脉栓塞诊断治疗	(70)
第9章	常见急症的处理	(73)
第10章	休克	(77)
第11章	中毒	(83)
第12章	上消化道出血抢救措施	(92)
第13章	肝性脑病诊断治疗	(94)
第14章	急性糖代谢异常断治疗	(98)

第15章	甲状腺功能亢进危象诊断治疗		(103)
第16章	高血钾危象诊断治疗		(105)
第17章	肝酶学检查临床意义		(107)
第18章	常用试敏药液配制方法		(116)
第19章	各种内科导管使用要点		(119)
第20章	临床常用数据和公式		(136)

第1章 急腹痛鉴别诊断

急腹痛是临床常见的病症,引起急腹痛的病因很多,腹内外脏器或全身性病变均可引起急腹痛。急腹痛的共同点是发病急、变化快、病情重,可涉及内、外、妇、儿等各科病症。急性腹痛可以分为器质性腹痛与功能性腹痛。因此,内科医师必须熟悉常见的急腹痛原因,以便及时作出选择,明确诊断,立即解除患者痛苦。

(一)引起急腹痛常见疾病的诊断要点
见表1-1。

表1-1 引起急腹痛常见疾病的诊断要点

疾病名称	诊断要点
上腹痛	
肠道蛔虫病	1. 突发剑突下剧烈绞痛,常呈阵发性且有钻顶感,间歇期可完全不痛 2. 多伴呕吐,有的可以吐出蛔虫 3. 疼痛剧烈而体征轻

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
胆囊炎、胆石症	1. 多见于中年以上肥胖妇女及多产妇 2. 常于油腻餐后 3~4 h 出现上腹或右上腹逐渐阵发性加剧的持续疼痛,伴有恶心、呕吐 3. 右上腹可有压痛、叩痛以及不同程度的肌紧张和反跳痛;有的可扪及肿大的胆囊,过去常有胆绞痛发作史,B 超检查可协助诊断 4. 出现寒战、高热、黄疸时,多为胆总管结石并发胆管炎所致 1. 上腹持续剧烈锥样疼痛,或钝痛,并放射到背部,弯腰曲膝位时疼痛可减轻,常伴有束带状牵引痛及呕吐 2. 多数患者仅有上腹中部轻度压痛,上腹及左上腹胰腺部位有明显压痛但肌紧张及反跳痛不多见;24 h 内可作血、尿淀粉酶测定,血:8~64 U(温氏);尿:4~32 U(温氏) 3. 急性坏死性胰腺炎,可表现为弥漫性腹膜炎与中毒性休克,肠鸣音减弱但不消失 4. 常出现低热、心动过速、低血压 1. 逐渐加剧的上腹持续疼痛,多伴有呕吐,常为饮食不当所诱发 2. 上腹及左肋下轻度压痛 1. 有慢性周期性节律性上腹痛等溃疡病史,并有受凉、感冒、饮食不当等诱因 2. 仅剑突下轻度压痛 3. 需排除其他原因方可诊断:早期阑尾炎、机械性肠梗阻、上输尿管结石
急性胰腺炎	
急性胃炎	
溃疡病急性发作	

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
急性胃扩张	1. 见于手术后、过量暴食后或电解质紊乱,可引起上腹痛 2. 伴有腹部进行性膨胀及明显振水声,腹部 X 射线透视可见巨大胃泡
胃痉挛	1. 发作时上腹呈不规则痉挛性疼痛 2. 因情绪等因素而诱发,不发作时饮食如常,一般情况好
心肌梗死	1. 可突然上腹剧烈绞痛性闷痛,可有 CK、CK-MB 以及 ECG 上 ST-T 改变 2. 老年急性腹痛患者有动脉硬化及高血压史的应注意,心肌酶谱、血压、ECG 可协助诊断
心力衰竭	任何原因的急性右心衰竭引起肝淤血时,即有明显的右上腹痛
肺炎	1. 肺底部炎或膈胸膜炎偶有同侧上腹持续疼痛,特别是右下肺炎伴有黄疸,更易误诊为胆囊炎 2. 常伴有发热、咳嗽, X 射线胸片可协助诊断
急性肝炎	1. 肝脓肿、肝区胀痛、肝体肿大、肝包膜光滑,亦可引起右上腹痛;伴有压痛及轻度肌卫,易误诊为胆囊炎;消化道症状明显,食欲不振 2. 肝功能检查 ALT、AST 值大于正常值 2 倍以上,伴有尿黄、体黄时血清胆红素值亦可升高

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
中下腹痛	
急性阑尾炎	1. 上腹及脐周持续疼痛 6~12 h(甚至 24 h),转移至右下腹疼痛,局部腹膜刺激征出现 2. 伴有恶心、呕吐、轻度发热,血白细胞升高 3. 少数阑尾位置变异,疼痛亦可转至右腰、下腹、腹部正中、左下腹(极少见)等部位,还可引起膀胱、直肠或腰大肌刺激征
急性机械性肠梗阻	1. 脐周阵发性绞痛 2. 伴有反复呕吐,无排便、排气 3. 绞榨性肠梗阻腹痛呈持续性,并伴有腹膜刺激征,早期休克 4. 部分肠梗阻症状较轻,可排便及排气 5. 腹部可见或扪及肠型肿块,肠鸣音亢进并有气过水声或金属声,特别在腹痛发作时更明显 6. X 射线腹部透视,有 2 个以上液平面有助于诊断(一般于梗阻 4~6 h 出现) 7. 多由肠粘连、疝嵌顿、蛔虫梗阻、粪便梗阻、肠扭转、肠套叠、肠肿瘤引起

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
急性肠系膜淋巴结炎	1. 多见于青少年,有上呼吸道感染先驱症状 2. 后由脐周疼转移至右下腹,呈持续性压痛,有轻度肌卫,但与阑尾炎相似,主要区别本病的特点为发热较显著,右下腹压痛范围较大,可触及肿大的淋巴结
肠蛔虫病	1. 急性脐周阵发性绞痛 2. 以往常有能自行缓解的类似发作史或排蛔虫史 3. 绦虫病症状同蛔虫病 4. 大便找到虫卵或排出成虫可确诊
急性肠炎	1. 脐周阵痛 2. 伴有腹泻、呕吐
输尿管结石	1. 逐渐加剧的上腹、脐周(上输尿管结石)或右下腹(下输尿管结石)剧烈持续疼痛,伴有阵发性加剧,下输尿管结石痛可向大腿根部放射,并伴有轻度膀胱刺激征 2. 腹部柔软可有一侧肾区叩痛 3. 肉眼或镜下血尿

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
卵巢囊肿或输卵管积水扭转	1. 突发下腹剧烈持续疼痛,不敢活动 2. 病变侧下腹部有压痛,阴道检查可触及卵巢囊肿或输卵管积水的肿块,并有明显触痛,可扪及伴触痛的扭转蒂部
痉挛性结肠痛	1. 多见于女性,发作时满腹或左腹绞痛,发作常与情绪因素有关,常伴有其他神经衰弱迹象 2. 必须排除慢性肠道炎、早期结肠癌、输尿管结石、蛔虫症、铅中毒等器质性疾病变
痛经	1. 多见于未婚少女,月经来潮时出现持续性下腹疼痛 2. 大多经血流出后缓解
急性盆腔炎	1. 高热、下腹痛及白带增多 2. 下腹部压痛明显,阴道检查灼热感明显,宫颈提痛,宫体及附件有明显触痛
急性附睾精索炎	1. 可呈左或右下腹痛,触摸或牵引精索有明显疼痛 2. 附睾肿大、压痛,亦可伴有睾丸或前列腺炎
急性感染	1. 急性感染早期可出现急性上腹痛或脐周围痛 2. 多见于败血症、肠炎杆菌属感染、疟疾、风湿热、带状疱疹等

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
少见病	1. 低钠多见于热痉挛及其他低钠情况,注射生理盐水后可立即缓解 2. 低钙多见于哺乳期妇女,注射葡萄糖酸钙可立即缓解 3. 荨麻疹及过敏性紫癜,因小肠血管神经性水肿或紫癜引起腹绞痛(皮肤紫癜或荨麻疹),可有腹膜刺激征(易误行手术),作束臂试验可协助诊断 4. 糖尿病酸中毒,初期表现为腹痛、恶心、呕吐,有糖尿病史或“三多一少”症状,尿糖、尿酮体检查可确诊
全腹痛	1. 大多为溃疡病或阑尾炎穿孔所致,有原发病病史可协助诊断 2. 在原有腹痛基础上,疼痛突然转剧,伴有全身症状加重 3. 多有典型的压痛、反跳痛,腹肌板样强直及肠鸣音消失,部分溃疡病穿孔者,可有膈下游离气体 4. 溃疡病穿孔引起的化学性腹膜炎,在尚未转为细菌性腹膜炎之前,可使腹痛及腹膜刺激暂缓
弥漫性腹膜炎 (继发性)	1. 病初为逐渐加剧的脐周或左上腹阵发性绞痛,其后转为全腹持续性痛,并有阵发性加剧 2. 消化道症状明显,恶心、呕吐,呕吐物为黄水、咖啡样,或血水;腹泻每日数次至十余次,为血水样或果酱样,腥臭,无里急后重 3. 高热,中毒症状明显 4. 血液中的白细胞数为 $(12 \sim 20) \times 10^9/L$,以中性粒细胞为主,粪隐血试验阳性(++++),X射线透视可见中上腹充气扩张
急性出血性 坏死性肠炎	

续表 1-1

疾病名称	诊断要点
内出血综合征	1. 宫外孕、脾破裂及肝癌破裂出血,腹痛常自出血部位开始,向全腹部扩展,呈持续性胀痛,并伴有急性失血症、贫血、面色苍白、血压下降 2. 腹部进行性膨胀,弥漫性轻度压痛,有移动性浊音;宫外孕时下腹部有明显压痛(病史中有停经史),伴有少量褐色阴道点滴出血,阴道检查宫颈提痛,后穹窿饱满膨出,触痛明显,子宫体旁可触及一边界不清的肿块 3. 腹腔穿刺或后穹窿穿刺有不凝固的血液
原发性腹膜炎	1. 多见于儿童及青少年,常发生于感染过程中(如呼吸道感染、丹毒、肾炎等) 2. 体温偏高,毒血症状明显,与较轻的腹部体征不相称 3. 白细胞增高,常达 $2 \times 10^4/\text{mm}^3$ 以上,多形核白细胞可高达 80% ~ 90% 4. 少见急性性肠系膜动脉栓塞或血栓形成
腹型过敏性紫癜病	1. 发作时呈满腹绞痛,伴有恶心、呕吐、便秘、剧烈疼痛而腹部体征较少 2. 尿液静止数小时呈酱油色

急腹痛的鉴别要点见表 1-2。

表 1-2 急腹部的鉴别要点

项目	要点
发热与腹痛	1. 先发热后腹痛,多为内科病 2. 先腹痛后发热,多为外科病
腹痛性质	1. 呈阵发性绞痛者多来自小肠病变(小肠炎、肠梗阻等) 2. 呈持续剧痛,伴阵发加剧者多为炎症伴管道痉挛或结石嵌顿 3. 仅持续剧痛者,多为炎症而无管道痉挛(肝脓肿、腹膜炎、内出血)
腹痛体位	1. 腹痛喜按者,常为单纯管道阻塞或痉挛性疾病(胆管蛔虫、结石嵌顿) 2. 腹痛拒按者,常为局限性或弥漫性腹膜炎、胆囊炎、阑尾炎、腹膜炎
急腹痛伴有休克	1. 内出血 2. 腹腔或腹腔外脏器严重感染

(二)腹部检查注意要点

1. 望诊

观察腹部外形有无膨隆及弥漫性胀气,有无肠型和蠕动波,腹式呼吸是否受限等。

2. 触诊

急腹痛触诊的手法要轻柔,先检查正常或疼痛的部位,逐渐移向疼痛的中心部位。诱导反跳痛有2种办法:①在病变部位的腹壁上轻轻进行叩诊;②让患者咳嗽。

(1) 压痛与肌紧张

1) 固定部位持续性的深部压痛伴有肌紧张,常为内部炎症的表现。

2) 表浅的压痛或感觉过敏,或轻度肌紧张而压痛不明显、疼痛不剧烈,常为邻近器官引起的牵涉痛。

3) 全腹都有明显压痛、反跳痛与肌强直,为空腔脏器穿孔引起腹膜炎的表现。

(2) 腹部有无肿块 炎性肿块常伴有压痛和腹壁的肌紧张,因此境界不甚清楚;非炎性肿块境界比较清楚,要注意肿块的部位、大小、压痛、质地(软硬、囊性感),有无杂音及活动度等。

3. 叩诊

肝浊音界消失对胃肠穿孔有一定的诊断意义,但有时肺气肿或结肠胀气可使肝浊音界叩不出。此外,胃肠穿孔时,肝浊音界也不一定消失,这决定于穿孔的大小和检查时间的早晚。所以,要辅以X射线透视。少量积液时不容易发现移动性浊音,可用诊断性穿刺来证实。

4. 听诊

对肠鸣音的改变要连续观察,要重视音调的改变,如金属音、气过水声音等,高亢的肠鸣音结合腹部胀气或发现肠襻提示可能有肠梗阻存在。肠梗阻在肠麻痹阶段也可有肠鸣音的减弱或消失。

各种绞痛常见部位、急腹痛有关背部放射区、较常引起休克急腹痛见图1-1、图1-2、图1-3。