

门诊实用 急症手册



第二版

● 主 编 张恒足

MENZHEN
SHIYONG
JIZHENG
CHOUCE

8.7-62

3(2)

2



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PUBLISHER

门诊实用急症手册

MENZHEN SHIYONG
JIZHENG SHOU CE

(第二版)

张恒足 主 编



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Publisher

北 · 京

图书在版编目(CIP)数据

门诊实用急诊手册/张恒足主编. —2版. —北京:人民军医出版社, 2003.

ISBN 7-80157-738-8

I. 门… II. 张… III. 急性病-诊疗-手册 IV. R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 096235 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

潮河印刷厂印刷

腾达装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/36·印张:6.25·字数:122 千字

2003 年 2 月第 2 版(北京)第 1 次印刷

印数:26001~31000 定价:12.00 元

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

作者名单

主 编	张恒足			
副主编	刘青峰	孙明建	杜亚平	
	李士奇			
编 委	鞠云亭	王龙普	杨占广	
	郑祥贞	姚玉陆	冯随来	
	郭文新	赵景龙	王世茹	
编写者	(以姓氏笔画为序)			
	王鲁选	王毓琴	王瑞英	邓绍成
	石桂荣	刘青峰	朱晓玲	孙蕴喆
	杜亚平	杨艺军	何秀芳	陈友西
	邹君丽	邹学华	张竹林	张国领
	张宝兰	张明祥	张恒足	张艳斌
	林 栋	钟跃杰	贾淑贞	郭文新
	黄军华	褚秀芬		
审 阅	雷世平			

内 容 提 高

本书汇集了门诊各科 80 余种常见急症的最新诊断要点和急救处理方法,具体介绍了 10 种最常用的急救技术操作,并附有常用急救药物剂量表和急症检验正常值表。内容新颖,深入浅出,简明扼要,实用性强,是军医版畅销书之一。可供医院、门诊部及诊所医师应诊时随身携带参考。

责任编辑 杨磊石

第二版前言

《门诊实用急症手册》第一版自 1999 年 7 月出版以来已先后 5 次印刷,得到了广大读者的支持与鼓励,同时也提出了一些很好的修改建议。为适应急救医学的发展,满足读者的需求,我们对原手册内容进行了较大篇幅的修改和补充,以期进一步完善。

修订中我们遵循循证医学的准则,对所更改的内容都认真确定,评估参考文献,以保证其科学性、准确性和安全性。把国际心肺复苏(CPR)与心血管急救(ECC)指南 2000、中华医学会 2001 年急性心肌梗死诊断和治疗指南等对一系列疾病的救治原则、方案列为重要依据,在修订中予以充实和规范,从而增强了临床实用性。

修订中我们还应读者要求补充了门诊急症的部分常见病种,并力求在编写诊断要点和急救处理中更新观念,反映出当前最新诊疗观点。

本书的编撰得到了总参管理局杨华荣副局长的关怀和支持,得到了解放军总医院马志忠、李江源、张志寿、郑文尧、虞爱华和急诊科沈洪主任等各位教授的热情帮助指导,得到了人民军医出版社的大力支持。值此再版之际一并表示衷心感谢。

由于编者水平和经验有限,加之修订时间仓促,书中缺点与错误在所难免,诚请读者批评指正。

编 者

2002 年 11 月 10 日

目 录

第一章 常见急诊症状的诊断与处理	(1)
一、高热	(1)
二、呼吸困难	(3)
三、咯血	(4)
四、晕厥	(7)
五、昏迷	(8)
六、眩晕	(10)
七、上消化道出血	(12)
八、血尿	(14)
九、外科急性腹痛	(16)
第二章 休克	(20)
第三章 心脏骤停与复苏	(26)
第四章 内科常见急症	(35)
一、心绞痛	(35)
二、急性心肌梗死	(40)
三、阵发性室上性心动过速	(48)
四、心房颤动和心房扑动	(50)
五、室性心动过速	(52)
六、Ⅱ度Ⅱ型和Ⅲ度房室传导阻滞	(56)
七、急性左心衰竭	(57)
八、肺血栓栓塞症	(59)
九、高血压危象和高血压脑病	(63)
十、脑出血	(65)

十一、蛛网膜下腔出血	(68)
十二、短暂性脑缺血发作	(69)
十三、脑梗死	(70)
十四、颅内静脉窦血栓形成	(72)
十五、急性面神经炎	(74)
十六、癫痫大发作与癫痫持续状态	(75)
十七、支气管哮喘	(77)
十八、自发性气胸	(78)
十九、急性胰腺炎	(80)
二十、糖尿病酮症酸中毒	(81)
二十一、糖尿病非酮症高渗性昏迷	(82)
二十二、痛风和高尿酸血症	(84)
二十三、中暑	(87)
二十四、电击	(88)
二十五、溺水	(89)
二十六、一氧化碳中毒	(90)
二十七、有机磷中毒	(91)
二十八、急性乙醇中毒	(94)
二十九、安眠镇静药中毒	(95)
三十、亚硝酸盐中毒	(96)
三十一、拟除虫菊酯类杀虫剂中毒	(96)
三十二、急性细菌性痢疾	(97)
三十三、细菌性食物中毒	(99)
三十四、流行性脑脊髓膜炎	(101)
三十五、急性泌尿系感染	(103)
三十六、输液的发热反应	(104)
第五章 外科常见急症	(106)

一、创伤·····	(106)
二、骨折·····	(107)
三、脑震荡·····	(108)
四、严重颅脑损伤·····	(109)
五、烧伤·····	(111)
六、外伤性气胸·····	(113)
七、外伤性血胸·····	(114)
八、腹内脏器伤·····	(114)
九、胃、十二指肠溃疡急性穿孔·····	(116)
十、急性胆囊炎·····	(117)
十一、急性梗阻性化脓性胆管炎·····	(118)
十二、急性肠梗阻·····	(119)
十三、急性阑尾炎·····	(121)
十四、急性泌尿生殖系统损伤·····	(122)
十五、急性尿潴留·····	(123)
十六、泌尿系结石·····	(124)
第六章 其他科常见急症 ·····	(125)
一、先兆流产·····	(125)
二、急性盆腔炎·····	(126)
三、异位妊娠·····	(126)
四、卵巢囊肿蒂扭转·····	(127)
五、小儿高热惊厥·····	(128)
六、小儿腹泻·····	(129)
七、鼻出血·····	(131)
八、呼吸道异物·····	(132)
九、急性喉梗阻·····	(133)
十、突发性耳聋·····	(134)

十一、眼球贯通伤·····	(135)
十二、眼球钝挫伤·····	(136)
十三、眼化学烧伤·····	(137)
十四、眼部热烧伤·····	(138)
十五、结膜、角膜异物·····	(139)
十六、电光性眼炎·····	(139)
十七、带状疱疹·····	(140)
十八、药疹·····	(141)
十九、急性淋病·····	(143)
二十、生殖器疱疹·····	(145)
第七章 常用急救技术操作 ·····	(146)
一、体外非同步直流电除颤术·····	(146)
二、心脏体外自动除颤器操作·····	(146)
三、环甲膜穿刺术·····	(148)
四、气管插管·····	(149)
五、食管及气管双腔气管导管术·····	(150)
六、气管切开·····	(152)
七、洗胃·····	(152)
八、双气囊三腔管压迫术·····	(153)
九、静脉切开·····	(154)
十、排除气道阻塞的 Heimlich 方法·····	(154)
附录一 常用急救药物表 ·····	(159)
附录二 小儿用药简易计算方法 ·····	(179)
附录三 常见急症检验正常值表 ·····	(181)
附录四 北京地区医院急诊科(室)电话号码及 地址 ·····	(186)

第一章 常见急诊症状的 诊断与处理

一、高 热

【诊断要点】

1. 了解有无传染病接触史、用药及感染史。起病急缓,有无寒战;急性高热伴否局部症状,如咽痛、咳嗽、胸痛、腹痛、腹泻、尿频、尿急、尿痛等。

2. 检查体温与脉搏是否一致,神志、呼吸、血压、皮肤、淋巴结、关节及其他体征。

3. 化验血、尿、便常规,酌情做肝功、疟原虫、肥达试验、血培养、B超及X线检查等。

【鉴别诊断】

1. 起病急伴寒战者,常见于细菌性肺炎、急性泌尿系感染、败血症、急性胆囊炎、疟疾等。

2. 伴皮疹,常见于发疹性传染病;皮疹在发热后1~6天出现者,依次为水痘、猩红热、天花、麻疹、斑疹伤寒、伤寒等。

3. 伴咳嗽、胸痛者,常见于支气管炎、肺炎、胸膜炎等。

4. 伴有出血倾向者,应考虑流行性出血热、钩端螺旋体病、急性白血病、急性血小板减少性紫癜等。

5. 伴淋巴结肿大和脾大者,应考虑传染性疾病(如疟疾)或急性淋巴性白血病等。

6. 伴右上腹痛及黄疸,应考虑急性传染性肝炎、急性胆囊炎、肝脓肿等。

7. 伴意识障碍,可见于感染中毒性脑病、脑血管病等。

8. 伴腹痛腹泻,常见于细菌性食物中毒,细菌性痢疾等肠道疾病。

9. 伴头痛、呕吐、脑膜刺激征,常见于脑炎、脑膜炎。

10. 伴白细胞计数增高者,多见于细菌性感染和乙型脑炎;白细胞计数减低者,常见于伤寒、结核、布氏杆菌病、部分病毒感染(如流感、麻疹)、原虫感染等。

11. 长期高热者,常见于结缔组织疾病、伤寒、恶性肿瘤、结核、细菌性心内膜炎、布氏杆菌病等。

【急救处理】

1. 卧床休息,流食或半流食,多饮水,补充维生素等。

2. 物理降温为主,如头部冷敷、冰枕、温水浴或30%乙醇擦浴。诊断不明者慎用退热剂。诊断明确可采用柴胡注射液4ml或安痛定2ml肌注,或阿司匹林赖氨酸盐(赖氨匹林)0.9~1.8g肌注或静注,疗效较好,阿司匹林过敏者禁用。APC 0.42g或布洛芬0.2g或新癢片2~4片,口服。必要时用吲哚美辛(消炎痛)栓肛塞,老年体弱和小儿慎用,防止虚脱。

3. 高热不退者可考虑用5%葡萄糖盐水或5%~10%葡萄糖液1500~2000ml静滴,注意维持水、电解质平衡。

4. 白细胞或中性粒细胞增高者,予以抗生素。

5. 烦躁不安可予以镇静剂,如地西洋(安定)、苯巴比妥口服。

6. 针刺曲池、合谷、大椎、足三里等穴。

7. 尽早查明病因,以便针对病因治疗。

二、呼吸 困难

【病因分类及诊断要点】

1. 肺源性呼吸困难 由于呼吸道、肺、胸腔等疾病所致的气管、支气管狭窄,肺呼吸交换面积减少或胸壁运动受限造成的呼吸困难。常伴有咳喘、三凹征(吸气时锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷);肺部常可闻及干、湿啰音、哮鸣音;严重者可出现发绀、呼吸衰竭。常见于急性喉及气管阻塞、支气管哮喘、肺炎、肺气肿、肺肿瘤、气胸、胸腔积液等。通过胸部体检,X线检查,多数可明确诊断。

2. 心源性呼吸困难 由于心功能不全(急性心肌梗死、肺栓塞、心肌病、心瓣膜病、急性心包炎、心肌炎等)所致。其特点:有重症心脏病史及体征;呼吸急促,平卧时加重,坐位时减轻;咳泡沫痰或血沫痰;两侧肺底部有大量湿性啰音;X线检查肺门淤血或兼有肺水肿征。须与支气管哮喘鉴别。

3. 中毒性呼吸困难

(1)代谢性酸中毒:其特点除有肾脏病、糖尿病史外,酸中毒时呼吸表现为深而慢,尿毒症者呼出气有尿氨味,糖尿病昏迷者呼出气有烂苹果味。

(2)化学毒物中毒:常见于一氧化碳中毒、氰化物中毒和亚硝酸盐中毒等。

(3)药物中毒:多见于吗啡类或巴比妥类中毒。药物

抑制呼吸中枢,表现为慢而浅的呼吸困难。

4. 血源性呼吸困难 常见于重症贫血、大出血、休克等所致的呼吸困难。

5. 神经精神性呼吸困难 可见于重症脑病,直接累及中枢而引起呼吸节律异常。癔症发作,表现为突然发作的快而浅的呼吸,可因过度换气而出现呼吸性碱中毒和手足搐搦症。

【急救处理】

1. 取半卧位,保持安静,吸氧。

2. 保持呼吸道通畅,通常鼻导管给氧,严重缺氧必要时可行气管插管或气管切开等。痰多者用必嗽平 16mg 口服,3/d。

3. 尚未弄清心源性还是肺源性呼吸困难时,忌用吗啡或肾上腺素,首选氨茶碱 0.25g + 5% 葡萄糖液 250ml 静滴。

4. 若为呼吸中枢受抑制所致呼吸困难或呼吸衰竭,可用呼吸兴奋剂,如洛贝林、尼可刹米(可拉明)等。

5. 病因治疗。

三、咯 血

【诊断要点】

1. 与呕血鉴别

(1)咯血多为鲜红色,泡沫样,混有痰液;呕血多为暗红色或咖啡色,常混有食物残渣或胆汁。

(2)咯血伴有咽痒、咳嗽;呕血多伴有恶心、上腹部不适。

(3)咯血大便多正常;呕血大便多呈黑色,潜血阳性。

(4)咯血多有肺或心脏病史;呕血多有食管、胃或肝病
史。

(5)咯血量一般较少;呕血量一般较多。

2. 与咽、鼻、口腔出血鉴别

(1)咽、鼻、口腔出血,通过鼻咽镜及口腔检查不难诊
断。

(2)鼻后部出血量较多时,易误诊为咯血,要特别注意
鼻咽癌所致的出血,通过鼻咽镜等检查可确诊。

3. 病史与原发病表现 有低热、盗汗、消瘦常提示为
肺结核;咯血伴脓痰者要考虑为肺化脓症和支气管扩张
症;咯血伴咳嗽、心悸、气短者提示二尖瓣狭窄;咯血伴胸
痛、呼吸困难、气促多见于肺栓塞。大量咯血常见的病因
有肺结核、支气管扩张、肺癌、肺炎、风心病二尖瓣狭窄、慢
性气管炎、肺栓塞等疾病。须进行血、痰、X线及支气管镜
等检查以明确诊断。

【急救处理】

1. 绝对卧床休息,取患侧卧位。

2. 镇静,消除顾虑。适当应用镇静剂,地西洋(安定)
10mg 肌注或苯巴比妥钠 0.1g 肌注。

3. 剧咳者,可用可待因 0.03g 口服或皮下注射。禁
用吗啡。

4. 大咯血在紧急情况下,用垂体后叶素 5~10U+葡
萄糖液 20~40ml 静注,10~20min 注完,而后 10~20U+
5%~10%葡萄糖液 500ml 静滴。注意血压变化。高血
压、冠心病、肺心病、孕妇禁用。

对不宜用垂体后叶素者,应首选酚妥拉明 5~10mg+
50%葡萄糖 20~40ml 静脉推注,10min 注完,然后用 10~

20mg 酚妥拉明溶于 5% 葡萄糖液 250~500ml 静脉滴注, 滴速 3~5ml/min。由于可降血压, 故对失血性休克、严重低血压、严重二尖瓣狭窄、肾功能不全患者慎用。

5. 在不宜用垂体后叶素和酚妥拉明时选用普鲁卡因, 0.25% 普鲁卡因 20ml 静脉缓注, 而后以 0.25% 普鲁卡因 100ml+5% 葡萄糖液 300ml 静滴。使用普鲁卡因要做皮肤过敏试验。

合并有呼吸衰竭, 肺性脑病, II 度以上房室传导阻滞者禁用。

6. 对支气管扩张和肺结核咯血可阿托品 1mg 肌肉注射, 若 2~3h 后仍咯血, 再注射 0.5mg 常有良好效果。对有青光眼、前列腺增生者禁用。

7. 止血剂: 可选用 6-氨基乙酸 4.0~6.0g+5% 葡萄糖液 100ml, 15~20min 静滴完毕。酚磺乙胺(止血敏) 4~10g+10% 葡萄糖液 500ml 静滴, 或用卡巴克洛(安络血) 10mg, 2/d, 肌注。凝血机制障碍者, 可用维生素 K 类药物。

8. 大咯血窒息抢救

(1) 体位引流。采取头低脚高 45° 的俯卧位, 叩击背部。

(2) 用开口器张开口腔, 吸出口腔血液。

(3) 如血液在气管内, 可通过支气管镜、气管插管吸出积血。

(4) 咯血不止时可行纤维支气管镜检查, 确定出血部位。局部注入冷生理盐水、1:2 000 肾上腺素、凝血酶或立止血等。

(5) 高浓度吸氧。

(6)给予呼吸兴奋剂,禁用吗啡、可待因。

(7)病因治疗,必要时输血,适当应用抗生素。

四、晕厥

【病因分类及诊断要点】

1. 反射性晕厥 起病与体位、情绪、疼痛、过劳、小手术有关。发作前有头晕、恶心、心悸、突然倒地、面色苍白、脉弱、血压下降。临床最多见为血管抑制性晕厥,其次见于直立性低血压性晕厥,排尿性晕厥和颈动脉窦性晕厥等。

2. 心源性晕厥 多见于器质性心脏病。发病急,多在用力后有气短、胸闷、发绀、心率快或慢、心律不齐、血压低,重者抽搐。常见于急性心肌梗死、阵发性心动过速、严重的房室传导阻滞、房颤、室颤、心搏骤停、主动脉瓣狭窄、左房黏液瘤、原发性心肌病、发绀型先天性心脏病。

3. 神经性晕厥 伴有反复发作肢体麻木无力、偏瘫、语言障碍史。常见于短暂性脑缺血发作、脑动脉粥样硬化、无脉症、高血压脑病、脑干病、椎基底动脉供血不足等。

4. 其他 有低血糖性、症状性、癔症性、剧咳性晕厥及严重贫血者运动时发生的晕厥。

5. 晕厥与眩晕、昏迷的鉴别 晕厥是起病急而短暂的意识丧失;眩晕为感觉自身或周围物体转动、常不伴有意识丧失;昏迷是持续时间长而严重的意识丧失。

【急救处理】

1. 一般治疗

(1)立即平卧,头稍低脚抬高。松解衣领及裤带,保持呼吸道通畅,必要时吸氧。醒后饮浓茶或糖水。