

 Education

第4版

内科急诊手册

INTERNAL MEDICINE ON CALL

原著 Steven A. Haist
John B. Robbins

主译 丁小强 王吉耀

 人民卫生出版社

LANGGEE



第五版

内科急诊手册

INTERNAL MEDICINE ON CALL

原著 Thomas G. Pickrel

James B. Pennington

主译 王宇峰、王世强

人民卫生出版社出版

LANGE

内科急诊手册

INTERNAL MEDICINE ON CALL

第4版

原著 Steven A. Haist, John B. Robbins

主译 丁小强 王吉耀

译者 (以姓氏笔画为序)

丁小强 (复旦大学附属中山医院)	邹建洲 (复旦大学附属中山医院)
王 臻 (复旦大学附属中山医院)	陈利明 (复旦大学附属中山医院)
王吉耀 (复旦大学附属中山医院)	林 静 (复旦大学附属中山医院)
方 艺 (复旦大学附属中山医院)	林 攀 (复旦大学附属中山医院)
计海婴 (复旦大学附属中山医院)	周宇红 (复旦大学附属中山医院)
吉 俊 (复旦大学附属中山医院)	姜林娣 (复旦大学附属中山医院)
朱加明 (复旦大学附属中山医院)	高 虹 (复旦大学附属中山医院)
刘 红 (复旦大学附属中山医院)	诸杜明 (复旦大学附属中山医院)
刘春风 (复旦大学附属中山医院)	顾宇彤 (复旦大学附属中山医院)
汤 颖 (复旦大学附属中山医院)	章晓燕 (复旦大学附属中山医院)
杨勤萍 (复旦大学附属华山医院)	滕 杰 (复旦大学附属中山医院)

人民卫生出版社

人民卫生出版社
McGraw-Hill



A Division of The McGraw-Hill Companies

Steven A. Haist, et al.

Internal Medicine on Call, 4th edition

ISBN: 0-07-110493-3

Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and People's Medical Publishing House.

内科急诊手册, 第4版

本书中文简体字翻译版由人民卫生出版社和美国麦格劳·希尔(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

本书封底贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签,无标签者不得销售。

图书在版编目(CIP)数据

内科急诊手册/丁小强等主译. —北京:人民卫生出版社, 2009. 12
ISBN 978-7-117-11505-6

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 181867 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、卫生资格 考试培训

图字: 01-2006-6113

内科急诊手册

主 译: 丁小强 王吉耀

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 23.5 字数: 792 千字

版 次: 2009 年 12 月第 1 版 2009 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11505-6/R · 11506

定 价: 59.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

内科急诊手册是一本简洁、实用的参考书,有助于多数常见内科问题的初步评估和治疗。本手册针对普通的或可能危及生命的医疗状况提供了简单实用的处理方法,对住院医师和医学院校本科生有一定的帮助,可以说是教科书与患者治疗之间的桥梁。与其他手册不同,内科值班手册不以疾病诊断为主线,而以存在的问题或主诉来安排全书内容。本书的主要目的,不是提供全面的讨论,而是分析各个问题的最初评价和处理的主要要素,这对住院医师评价某一特定表现的患者能有所帮助。

本手册中涉及的急诊案例都以单个病例来展开介绍,并罗列了临床医师接诊时要首先考虑的问题。鉴别诊断是基于有助于最终诊断的关键要素。临床资料汇总包括体格检查、实验室检查和其他有助于诊断的检查的要点。同时还包括某一特定诊断的治疗计划。治疗建议包括用剂量和用药间隔,但是要重点指出的是肝肾疾病和其他因素(如年龄)可显著影响药物的代谢。

住院医师和医学院本科生通常对常用的药物、实验室检查、操作步骤以及适应证、禁忌证有疑问,本书在这些方面以及通气管理、成分输血都有涉及,是住院医师处理日常工作所遇问题时的参考书。全书内容突出了全面、新颖和实用的特点,适用于从事内科工作的医师、护士以及医学院在校生。

本书编写过程中,得到复旦大学附属中山医院、华山医院专家们的大力支持和帮助。正是由于他们在繁忙工作中辛勤笔耕,不吝赐稿,才使本书顺利编排,付梓出版,谨此特表谢意。

毋庸置疑,本书一定存在疏漏不妥之处,尚祈读者指正,以便再版时修改、完善。

编者

2009年9月

目 录

第一章 急诊常见问题	1
1. 急性腹痛	1
2. 酸中毒	9
3. 碱中毒	18
4. 过敏反应	25
5. 贫血	29
6. 动脉导管问题	36
7. 误吸	38
8. 心动过缓	42
9. 心肺骤停	46
10. 中心静脉留置导管问题	55
11. 胸痛	59
12. 凝血性疾病	68
13. 昏迷,急性意识状态改变	74
14. 便秘	84
15. 咳嗽	88
16. 震颤性谵妄(DTs):大量酒精戒断	92
17. 腹泻	99
18. 头晕	108
19. 呼吸困难	114
20. 排尿困难	120
21. 跌倒	126
22. 发热	131
23. HIV 抗体阳性患者的发热	139
24. Foley 导尿管问题	146
25. 头痛	149
26. 心脏杂音	157
27. 呕血、黑便	163
28. 便血	168
29. 血尿	173
30. 咯血	178
31. 高钙血症	183

32. 高血糖症	189
33. 高钾血症	196
34. 高钠血症	201
35. 高血压	205
36. 低钙血症	209
37. 低血糖症	213
38. 低钾血症	218
39. 低镁血症	223
40. 低钠血症	227
41. 低磷血症	234
42. 低血压(休克)	238
43. 低体温	245
44. 失眠	249
45. 不规则脉搏	253
46. 黄疸	257
47. 关节肿胀	262
48. 白细胞增多	268
49. 白细胞减少	272
50. 恶心、呕吐	279
51. 少尿/无尿	284
52. 药物过量	294
53. 起搏器功能失常	303
54. 疼痛治疗	307
55. 红细胞增多症	313
56. 瘙痒症	319
57. 肺动脉导管问题	326
58. 癫痫发作	330
59. 晕厥	338
60. 心动过速	346
61. 血小板减少	355
62. 输血反应	361
63. 喘息	364
第二章 实验室诊断	369
第三章 常用技术的操作步骤	416

1. 动脉导管留置	416
2. 动脉穿刺术	417
3. 关节穿刺术(用于诊断与治疗)	418
4. 膀胱导尿术	421
5. 骨髓穿刺和活检	422
6. 中心静脉导管留置	424
7. 气管插管	431
8. 胃肠插管	434
9. 静脉穿刺技术	435
10. 腰椎穿刺术	437
11. 腹腔穿刺术	442
12. 肺动脉导管留置	444
13. 皮肤活组织检查	451
14. 胸腔穿刺术	453
第四章 液体和电解质	456
第五章 成分输血	458
第六章 通气管理	462
1. 机械通气指征和设置	462
2. 常规参数调节	467
3. 常见问题	468
3A. 烦躁	468
3B. 低氧血症	471
3C. 高碳酸血症	475
3D. 气道峰压高	477
4. 脱机	480
第七章 治疗	483
附录	735

第一章 急诊常见问题

1. 急性腹痛

I. 案例

患者,女性,34岁,因糖尿病来院就诊,突发腹痛,并在数小时内加重。

II. 首先要了解清楚的问题

- A. 患者有哪些体征?** 急性腹痛可以是良性疾病如胃肠炎,也可以是严重疾病的表现如肠梗阻或脏器穿孔。疾病的早期诊断可使腹部外科急诊手术的发生率和死亡率显著下降。心动过速和低血压提示穿孔、出血或液体丢失进入肠腔或腹膜腔等因素导致低血容量性休克或败血症性休克。直立性低血压和脉搏改变也可帮助确定容量丢失的情况。炎症存在时可伴有发热,如胆囊炎和阑尾炎。当体温超过 39°C 时,需要怀疑坏疽和脏器穿孔。在老年、使用皮质类固醇或免疫抑制的患者可不伴有发热。
- B. 腹痛的位置在哪里?** 腹痛的产生有三种机制:①消化道壁(胆道或小肠梗阻)或实体器官包膜的张力;②缺血(绞窄性肠梗阻、系膜血管闭塞);③腹膜激惹。前两项原因造成内脏痛,呈钝痛,位于中线或难以定位。一般来说,消化道来源的疼痛感觉位于中线,这是因为这些器官的神经支配是双侧对称的。尽管消化道疾病也可引起单侧的疼痛,但此时要立即想到单侧神经支配器官的疾病如肾脏、尿道或卵巢。而中上腹疼痛一般是胃、十二指肠、胰腺、肝脏和胆道引起的小肠、阑尾、输尿管、睾丸和卵巢疾病引起脐周疼痛。结肠、膀胱、输尿管和子宫疾病则引起下腹疼痛。腹膜壁的炎症导致的疼痛更剧烈,就定位在炎症的部位。还要认识到牵涉痛是因为皮肤和内脏器官是由同一脊髓水平支配的,并且感受到的腹痛也可能是腹外来源的。例如,胸部皮肤的带状疱疹可能表现为严重的右上腹痛。
- C. 有放射痛吗?** 疼痛范围迅速扩大暗示穿孔或液体进入腹腔。胆道疼痛放射到右上腹肩胛骨下方。胰腺和动脉瘤疼痛放射到背部。典型

的输尿管疼痛位于腹股沟和大腿。

- D. 什么时候开始疼痛的？突然发作的疼痛提示溃疡穿孔、肠系膜阻塞、动脉瘤破裂或异位妊娠破裂。稍长时间的发作(>1小时)暗示炎症性疾病如阑尾炎、胆囊炎、憩室炎或器官梗阻如肠梗阻。
- E. 疼痛的性质是怎样的？肠绞痛是间歇性腹痛发作，有缓解间期。胆绞痛不是真正的“绞痛”，常常是持续的疼痛。然而，尽管患者用“尖锐的”、“模糊的”、“烧灼样的”、“撕裂样”这些术语来描述疼痛，但很少能够提示病因。
- F. 疼痛缓解或加重的因素？深吸气时疼痛明显与膈肌激惹有关，如胸膜炎和上腹部炎症。肠道或输尿管绞痛的患者无法休息和活动，而腹膜炎患者试图避免一切移动。咳嗽常使腹膜炎患者腹痛加剧。
- G. 有无相关的伴随症状？肠梗阻或疼痛造成的内脏反射可引起呕吐。在需要紧急手术的病例，呕吐一般出现在腹痛之后而不是腹痛发作之前。呕血提示胃炎或消化性溃疡。胃肠炎可以导致腹泻，后者也可以由缺血性肠炎或炎症性肠病引起。顽固性便秘(没有排便排气)提示机械性肠梗阻。血尿显示是生殖泌尿道疾病，如肾结石。如果出现下叶肺炎可以有咳嗽、咳痰。
- H. 女性患者的月经史如何？有性生活的妇女出现停经提示异位妊娠。阴道排泄物污浊显示盆腔炎症性疾病。
- I. 患者有什么既往史？有无消化性溃疡、胆囊结石、憩室病、酗酒、腹部手术(提示肠粘连)或腹主动脉瘤？有无心律失常或其他心脏疾病可能造成肠系膜动脉栓塞？有无高凝状态？
- J. 患者在服用什么药物吗？患者有无已经在进行长期止痛治疗或在服用类固醇而掩盖病情？患者在服用非甾体抗炎药或其他可能导致腹痛的药物吗？患者在服用与急性胰腺炎有关的药物吗？

Ⅲ. 鉴别诊断

急性腹痛的原因很广泛，表 1-1 列出了一部分病因。很多疾病通过药物治疗是可以控制的，其他的则需要急诊手术。腹腔外疾病和腹腔内疾病都可以引起腹痛。

A. 腹腔内疾病

(1) 空腔脏器:空腔脏器穿孔是外科急症。

1) 上腹部:食管炎、胃炎、消化性溃疡、胆囊炎、胆石症和胆绞痛。

2) 中部肠段:小肠梗阻或梗死。

3) 下腹部:炎症性肠病、阑尾炎、大肠梗阻、憩室炎。

表 1-1 急腹症的常见病因

■ 胃肠道疾病

非特异性腹痛

阑尾炎

小肠和大肠梗阻

嵌顿疝

消化性溃疡穿孔

肠穿孔

Meckel 憩室炎

Boerhaave 综合征

憩室炎

炎症性肠病

Mallory-Weiss 综合征

胃肠炎

急性胃炎

肠系膜淋巴结炎

寄生虫感染

■ 肝、脾和胆道疾病

急性胆囊炎

急性胆管炎

肝脓肿

肝肿瘤破裂

脾脏自发性破裂

脾梗死

胆绞痛

急性肝炎

■ 胰腺疾病

急性胰腺炎

■ 尿道疾病

输尿管或肾绞痛

急性肾盂肾炎

急性膀胱炎

肾梗死

■ 生殖系统疾病

异位妊娠破裂

卵巢肿瘤扭转

卵巢滤泡囊肿破裂

急性输卵管炎

痛经

子宫内膜异位

■ 血管疾病

主动脉和内脏动脉瘤破裂

急性缺血性结肠炎

肠系膜栓塞

■ 腹膜疾病

腹腔内脓肿

原发性腹膜炎

结核性腹膜炎

■ 腹膜后疾病

腹膜后出血

斜体字表示的疾病常需要手术

Doherty GM, Boey JH. The Acute Abdomen//Way LW, Doherty GM. Current Surgical Diagnosis and Treatment. 11th ed. McGraw-Hill, 2003

(2) 实质器官

- 1) 肝炎。
- 2) Budd-Chiari 综合征。
- 3) 胰腺炎。
- 4) 脾梗死或脓肿。
- 5) 肾盂肾炎/尿路结石/肾梗死。

(3) 盆腔

- 1) 盆腔炎症性疾病。
- 2) 异位妊娠破裂。

(4) 血管系统

- 1) 动脉瘤破裂。
- 2) 夹层动脉瘤。
- 3) 肠系膜血管栓塞或血栓形成。

(5) 自发性细菌性腹膜炎。

B. 腹腔外疾病 为避免不必要的手术,要考虑急性腹痛的以下病因:

- (1) 糖尿病酮症酸中毒。
- (2) 急性肾上腺功能不全。
- (3) 卟啉病。
- (4) 累及下叶的肺炎。
- (5) 累及下叶的肺栓塞。
- (6) 气胸。
- (7) 镰刀细胞危象。
- (8) 胸腹部皮肤的带状疱疹。
- (9) 心肌梗死。
- (10) 铅中毒。

C. 特殊人群 在这些患者,疼痛继发于一些不常见的原因或者出现常见疾病的罕见表现。

- (1) 老年患者:通常不伴有年轻患者常见的体征和症状。
- (2) 携带 HIV 的患者:见 HIV 阳性患者的发热。
- (3) 凝血功能紊乱的患者包括血友病和服用华法林的患者。肠壁血肿。

D. 少见原因

- (1) 腹腔干压迫综合征。

- (2)疼痛肋骨综合征。
- (3)游离脾脏综合征。
- (4)腹型偏头痛。
- (5)Fitz-Hugh-Curtis 综合征:继发于淋球菌或衣原体输卵管炎的肝周炎。
- (6)肠系膜血管炎。

IV. 临床资料汇总

A. 体格检查要点 见表 1-2。

表 1-2 急腹症多种病因的体格检查发现

疾病	体征
脏器穿孔	舟状腹,腹肌紧张;肠鸣音消失(晚期);肝浊音界消失;肌卫或肌肉强直
腹膜炎	固定体位;肠鸣音减弱(晚期);反跳痛;肌卫或肌肉强直
炎症性肿块或脓肿	有压痛的包块(腹部、直肠或盆腔);触痛;特殊体征(Murphy 征、腰大肌或闭孔肌)
肠梗阻	腹部膨隆、可见的肠蠕动;蠕动过快(早期)或不蠕动(晚期);弥漫性腹痛而无反跳痛;疝或直肠肿块(部分患者)
麻痹性肠梗阻	腹部膨隆;肠鸣音弱;无局部压痛
缺血或肠道绞窄	无腹部膨隆(除非晚期);肠鸣音多变;腹痛严重但压痛轻微;直肠出血(部分患者)
出血	苍白,休克;腹部膨隆;有搏动(动脉瘤)的或伴有压痛(如:异位妊娠)的肿块;直肠出血(部分患者)

- (1)生命体征和一般情况:患者看上去是否不舒服? 患者有黄疸吗? 有什么体位能够减轻疼痛? 腹膜炎的患者拒绝一切移动,而绞痛的患者由于疼痛而打滚。
- (2)肺:肺底叩诊呈浊音提示胸腔积液或实变。除了浊音外,捻发音或支气管呼吸音提示肺炎、梗死或因为疼痛吸气减少的肺膨胀不全。摩擦音提示胸膜炎是上腹痛的原因。
- (3)心脏:寻找有无颈静脉充盈、S₃奔马律、心尖搏动弥散等,这些症状提示存在充血性心力衰竭,可引起肝脏和肠系膜缺血。脉搏不齐提示可能是心房颤动,可以引起肠系膜动脉栓塞。心包炎可有摩擦音,可能与上腹部不适相关。

(4)腹部

- 1)视诊:检查有无腹部膨隆(梗阻、肠梗阻和腹水)、瘀斑(出血性胰腺炎)、脐“水母头”(门静脉高压)和手术瘢痕(肠粘连)。
 - 2)听诊:听诊肠鸣音(肠梗阻时肠鸣音消失或偶尔作响,胃肠炎则肠道蠕动过快,小肠梗阻时呈高调的过水音)。
 - 3)叩诊:鼓音与扩张的肠袢有关,移动性浊音和液波震颤提示腹膜炎引起的腹水。
 - 4)其他体征:阑尾炎可以导致患者在左侧卧位时活动髋关节或伸展右下肢时疼痛(腰大肌征),阑尾炎也可以引起闭孔征(大腿屈曲内旋时疼痛)。
- (5)直肠:不做直肠检查对于诊断急性腹痛是不全面的。发现直肠肿块提示直肠癌,阑尾炎患者可以出现一侧直肠触痛,而腹部检查可以没有阳性发现。如果有大便,要检查有无潜血。
- (6)女性生殖器官:宫颈触痛和分泌物检查可以帮助诊断盆腔炎症性疾病。而且触诊有无附件占位可以提示异位妊娠、卵巢脓肿、囊肿和肿瘤。

B. 实验室检查 很少单纯根据实验室检查决定是否手术。实验室数据主要用于:①作为对腹痛原因不明患者的辅助手段;②帮助诊断明确决定手术的病例进行术前评价。

- (1)血液系统:血细胞比容增加提示体液丢失(如胰腺炎)导致的血液浓缩,血细胞比容下降提示慢性失血、急性腹腔内出血或急性消化道出血。但如果是急性失血,血细胞比容在数小时内可以不下降。白细胞计数升高提示阑尾炎、胆囊炎等炎症过程。
- (2)电解质、血尿素氮(BUN)和肌酐:伴有呕吐的肠梗阻可导致低血压、氮质血症和容量浓缩性碱中毒。绞窄的肠道或脓毒血症可导致代谢性酸中毒。升高的尿素氮/肌酐比值可在容量不足和消化道出血时发生。
- (3)肝功能试验(包括胆红素、转氨酶和碱性磷酸酶):在急性肝炎、胆囊炎和其他胆道疾病可升高。
- (4)淀粉酶/脂肪酶:显著升高的淀粉酶和脂肪酶与胰腺炎相关。然而多达30%的急性胰腺炎患者在病初淀粉酶可以是正常的,特别是有脂血的患者。相反,其他疾病如急性胆囊炎、溃疡穿孔、绞窄性小肠梗阻和异位妊娠破裂的患者淀粉酶也可以升高。血清脂肪酶有助于胰腺炎与其他高淀粉酶血症的鉴别。

- (5) **动脉血气分析**: 低氧血症常是脓毒血症的早期表现, 胰腺炎时也可以发生。如前所述, 缺血性肠病或脓毒血症可能出现代谢性酸中毒。
- (6) **妊娠试验**: 所有绝经前的妇女无论她有无绝经, 如果出现急性右侧或左下腹疼痛, 都应该检测人绒毛膜促性腺激素水平来排除异位妊娠。
- (7) **尿液分析**: 血尿可能意味着尿路结石, 尿路感染可出现脓尿和血尿。值得注意的是阑尾炎偶尔可出现脓尿。
- (8) **宫颈分泌物培养**: 当怀疑盆腔炎症性疾病时, 进行宫颈分泌物培养检查衣原体和淋球菌。

C. 影像学及其他检查

- (1) **仰卧位和直立位腹部平片**: 这些平片拍摄方便而且可能提供重要的信息。要观察以下情况: 气体的分布、肠腔扩张的依据、气液水平面、直肠中有无气体、胰腺钙化、胆道和肾脏钙化、主动脉钙化、腰大肌边缘消失(提示腹膜后出血)和胆道有无气体等。
- (2) **胸片**: 胸部 X 线可以发现下叶肺炎、胸腔积液或一侧膈肌抬高, 后者意味着可能有膈下炎症病变。膈下游离气体提示脏器穿孔, 常常在直立位胸片时发现, 敏感性仅 38%。
- (3) **超声(US)**: 这种方便、非创伤性检查适合右上腹痛或生殖系统疾病。超声能够发现胆结石、胆管扩张及异位妊娠。
- (4) **计算机断层扫描(CT)**: 在许多疾病的诊断中是最敏感的方法。对阑尾炎的诊断, CT 的敏感性为 96%, 特异性为 83%~89%, 而超声的敏感性为 75%~90%, 特异性为 86%~100%。美国放射学学会的消化系统影像学专家们认为, 如果患者发热或者 HIV 阳性, CT 是比较适合的检查方法。
- (5) **心电图(ECG)**: 急性上腹痛的患者要做心电图除外急性心肌梗死或心包炎。
- (6) **动脉造影**: 对怀疑肠系膜动脉缺血的患者可能需要做动脉造影。
- (7) **腹腔穿刺**: 参见“第三章 11. 腹腔穿刺”。有腹水和急性腹痛的患者需要行腹腔穿刺排除自发性细菌性腹膜炎, 如果怀疑腹水但没有依据, 应该在诊断性腹腔穿刺前行超声检查。
- (8) **其他检查**: 当患者有急性腹痛但无需手术时, 还有以下检查帮助确定腹痛的性质。

- 1) 静脉肾盂造影。
- 2) 肝-亚胺基二乙酰乙酸(HIDA)扫描:来除外急性胆囊炎。
- 3) 对照胃肠造影:如利用上消化道造影和小肠造影等来寻找潜在的穿孔和机械性梗阻。钡剂灌肠可以帮助确定乙状结肠和盲肠扭转。
- 4) 内镜:包括食管胃十二指肠镜、结肠镜和内镜下逆行胰胆管造影等。

V. 治疗计划

如前所述,评估急性腹痛的最初目标是明确是否需要手术治疗来防止进一步恶化。当疼痛持续时间超过6小时没有改善,有可能需要手术探查确定病因。特殊原因的腹痛常需要腹腔镜来确定病因。止痛药物的应用是有争议的,但许多外科医师现在趋向于用中等剂量的镇痛治疗使患者感觉舒服一些,有利于进一步检查(参见“第一章 54. 疼痛的治疗”)。

- A. 观察** 除外急诊手术探查的必要性后,大多数腹痛的患者最初应予以密切观察、纠正水电解质紊乱、慎重使用止痛药。
- (1) **外科咨询:**任何有急性腹痛的患者都应该咨询普外科医师。
 - (2) **胃肠减压:**如果怀疑机械性肠梗阻或有呕吐时,应该放置胃管进行减压(参见“第三章 8. 胃肠插管”)。
 - (3) **静脉补液:**脓毒血症或循环性休克应该积极静脉补液补充容量。如果有低血压,需要给予血管收缩药物如多巴胺(参见“第一章 42. 低血压”)。
 - (4) **反复体格检查:**同一位医师进行定期检查可以帮助确定患者的病情有无变化,确定诊断并决定手术。
- B. 手术** 需马上进行急诊手术或需在术前诊断未明时进行手术的指征见表 1-3。

表 1-3 急性腹痛患者急诊手术的指征

体格检查发现

不自主的肌卫和肌肉强直,特别是弥漫性的
进展性的或严重的局部压痛
严重或进展性腹胀

续表

伴有高热或低血压的腹部压痛或直肠肿块

伴有休克或酸中毒的直肠出血

腹痛同时出现:

败血症(高热、显著的白细胞升高、神智改变或糖尿病糖耐量异常加重)

出血(不能解释的休克、酸中毒或血细胞比容下降)

可疑的缺血(酸中毒、发热、心动过速)

保守治疗后恶化

放射学发现

气腹

广泛的或进展性的肠腔扩张

对照物质的溢出

发热的患者 CT 扫描见占位性病变

血管造影显示肠系膜血管闭塞

内镜发现

穿孔或无法控制的出血性病变

穿刺发现

血液、胆汁、肠内容物或尿液

参考文献

- Balthazar EJ, Birnbaum BA, Yee J et al: Acute appendicitis: CT and ultrasound correlation in one hundred patients. *Radiology* 1997;202:137.
- Fishman MB, Aronson MD: Approach to the patient with abdominal pain. In: Fletcher SW, Fletcher RH, Aronson MD, eds. *UpToDate [CD-ROM]*. Version 8.2. Wellesley, MA;2000. www.uptodate.com
- Jung PJ, Merrell PC: Acute abdomen. *Gastroenterol Clin North Am* 1988;17:227.
- Ray BS, Neill CL: Abdominal visceral pain in man. *Ann Surg* 1947;126:709.
- Silen W: *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*. 20th ed. Oxford University Press;2000.
- Wagner JM, McKinney P, Carpenter JL: Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996;276:1589.

2. 酸中毒

I. 案例

患者,男性,30岁,因神志不清于家中被人发现而送来急诊。既往病史不详,除呼吸浅快外,体格检查无其他重要发现。动脉血气分析显示 pH 为 7.10。