

常见急症 中西医诊治手册

CHANGJIAN JIZHENG
ZHONGXIYI ZHENZHI SHOUCHE

主 编/安冬青 高新彦 关继华



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

常见急症 中西医诊治手册

CHANGJIAN JIZHENG XIZHONGYI ZHENZHILISHU

常见急症中西医诊治手册

主 编 高学智 副主编 吴增华



人民卫生出版社

RENMING JIANGYI CHUBANSHE

常见急症中西医诊治手册

CHANGJIAN JIZHENG ZHONGXIYI ZHENZHI SHOUCHE



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

常见急症中西医诊治手册/安冬青,高新彦,关继华主编. —北京:人民军医出版社,2009.10

ISBN 978-7-5091-3104-6

I. 常… II. ①安…②高…③关… III. 急性病—中西医结合—诊疗—手册 IV. R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 180225 号

策划编辑:杨磊石 文字编辑:张丽苹 责任审读:黄栩兵
出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8023

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市祥达印装厂 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:10.25 字数:259千字

版、印次:2009年10月第1版第1次印刷

印数:0001~3500

定价:32.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

本书由长期工作在临床第一线的专家、教授集体编写,共分4章,包括常见急诊症状、急性中毒、危重综合征和重症监测。前3章以症状为主线,分述其临床表现、诊断策略、鉴别诊断、诊治流程和中西医救治措施;第4章介绍了14项重症监测与急救操作技术。本书的特点是中西医有机结合,突出诊断策略中的要点、难点和临床救治技术的介绍,内容丰富,阐述简明,实用性强。可供急诊科、内科青年医师和基层全科医师阅读参考。

前言

随着基础医学及循证医学的快速发展,医师对疾病的认识不断深化,世界各国,尤其是欧美发达国家在疾病防治方面有了很大的进展,新的疾病诊治指南层出不穷。但实用的、中西医结合急诊的书籍却不多见。目前,在急诊诊治方面的书籍中,大多内容繁多,临床查阅不便,且诊断标准老化,或治疗方法落后,已不能满足日益发展的中西医结合急诊临床医师的需要。为此,我们从急诊常见临床症状出发,以中西医诊断及鉴别诊断为线索,系统介绍了临床上常见的急诊症状、危重综合征的诊断和治疗,其中包括各种症状的概述、诊断思路、步骤方法,中西医治疗原则及简便方剂。并概括介绍了重症监测技术,包含较新的理论和诊疗技术。

本书编著者是国家中西医结合急诊临床基地的成员,均是临床一线经验丰富的专家、教授,能够把握国内外医学最新动态,集中西医结合之精华,以新的诊疗常规为依据,参考大量急诊医学文献,结合自身中西医结合的临床经验编写而成。本书具有先进性和实用性,诊治方法简便易行;涵盖了中医西医常用急诊知识,既有中西医结合急诊学术性强的特点,又有临床实用价值高、可操作性强的特点,而且简明扼要,直观易学。相信使用本书,对提高医疗单位及社区的急症救治水平会有积极的作用。书中如有错漏之处,欢迎读者指正。

编著者

2009年8月

目 录

第一章 常见急症症状.....	(1)
第一节 昏迷.....	(1)
第二节 休克.....	(8)
第三节 瘫痪.....	(18)
第四节 晕厥.....	(22)
第五节 眩晕.....	(26)
第六节 抽搐.....	(32)
第七节 头痛.....	(39)
第八节 呼吸困难.....	(44)
第九节 发热.....	(48)
第十节 发绀.....	(60)
第十一节 咯血.....	(64)
第十二节 胸痛.....	(69)
第十三节 心悸.....	(80)
第十四节 腹痛.....	(86)
第十五节 呕血.....	(91)
第十六节 呕吐.....	(96)
第十七节 腹泻.....	(101)
第十八节 便血.....	(109)
第十九节 黄疸.....	(115)
第二十节 排尿困难.....	(120)
第二十一节 血尿.....	(125)

第二章 急性中毒	(130)
第一节 急性有机磷中毒.....	(130)
第二节 急性一氧化碳中毒.....	(136)
第三节 阿片类中毒.....	(140)
第四节 镇静催眠药物中毒.....	(144)
第五节 酒精中毒.....	(147)
第六节 强酸中毒.....	(152)
第七节 强碱中毒.....	(156)
第八节 毒蕈中毒.....	(159)
第三章 危重综合征	(164)
第一节 呼吸衰竭.....	(164)
第二节 急性呼吸窘迫综合征.....	(169)
第三节 心力衰竭.....	(175)
第四节 急性冠脉综合征.....	(183)
第五节 肝性脑病.....	(199)
第六节 急诊肾衰竭.....	(206)
第七节 多脏器功能障碍综合征.....	(213)
第八节 弥散性血管内凝血.....	(218)
第九节 脓毒血症.....	(223)
第十节 颅内压增高.....	(227)
第十一节 高血压脑病.....	(232)
第十二节 糖尿病酮症酸中毒.....	(236)
第十三节 高渗性非酮症糖尿病昏迷.....	(240)
第四章 重症监测及急救操作	(245)
第一节 心电监测.....	(245)
第二节 血流动力学监测.....	(248)
第三节 呼吸功能监测.....	(258)

第四节	肠道屏障功能的监测	(263)
第五节	脑功能监测	(267)
第六节	气管插管术	(271)
第七节	气管切开术	(282)
第八节	经外周静脉置入中心静脉插管术	(286)
第九节	锁骨下静脉穿刺插管术	(290)
第十节	颈内静脉穿刺插管术	(293)
第十一节	临时起搏术	(294)
第十二节	胸腔穿刺术	(301)
第十三节	腹腔穿刺术	(302)
第十四节	电复律	(307)

第一章 常见急症症状

第一节 昏 迷

昏迷是严重的意识障碍,是指人对外界刺激无适当反应的状态。昏迷为脑功能发生高度抑制的病理状态,主要特征是意识障碍,随意运动丧失,对外界刺激不能反应或出现病态的反射活动。按程度分为浅昏迷、中度昏迷、深昏迷。

浅昏迷:对周围一般刺激无反应,但对强刺激可有反应如皱眉,呻吟和肢体移动等,各种生理反射存在。深昏迷:对各种刺激均无反应,所有反射完全消失,生命体征不稳。中度昏迷:介于浅昏迷和深昏迷之间。

【诊断策略】

1. 问诊要点 详细询问病史很重要,医生从病史中就可能得出部分诊断,而且可提示进一步体格检查及必要的实验室检查项目,所以要尽可能从家属、亲友、同事或护送者收集更多有关的发病资料。应特别注意下列几方面。

(1)发病过程:了解起病形式及进展过程是非常重要的。突然发生进行性加剧,并持续昏迷者,常见于急性脑血管病、急性感染、中毒、严重脑外伤等、起病缓慢,逐渐加重,多为颅内占位性病变,代谢性脑病等。

(2)伴随现象:应重视可提示脑损害部位或病变性质的伴发临床症状征象,如偏瘫可见于脑出血、脑梗死、严重外伤、炎症、占位性病

变等,脑膜刺激征以脑膜炎、蛛网膜下隙出血为最多。抽搐常为占位性病变、高血压脑病、子痫等所伴发,颅内高压症则为颅内占位性病变的重要表现,另外,病前的性格改变或前驱症状也有重要意义。

(3)现场环境调查:观察患者发病时周围环境情况,重视收集受伤、中毒学的物证,有无安眠药、农药等提示中毒的痕迹,呕吐物及遗大小便等也应注意。

(4)工作生活情况:对患者的职业、工作或劳动、恋爱或婚姻、家庭生活情况等,应逐一了解清楚,寻找可能的有关发病因素,要注意有关精神刺激因素。

(5)过去史:既往的病史也有重要价值,如局部感染、抽搐、精神病、高血压、糖尿病、严重的心肝肾疾病等,尚须重视传染病接触史及服药史。

2. 查体要点 全面的体格检查有助于发现引起昏迷的原发病变,必须包括下面3个方面。

(1)一般的体格检查:在进行系统体格检查时应特别注意头部五官情况,皮肤黏膜改变(苍白、发绀、潮红、伤痕、出血斑、皮疹、糜烂等),气味的嗅诊(尿臭、肝臭、烂水果味、乙醇、大蒜等气味),腹腔脏器(肝、脾、胃肠、肾)的物理检查,心肺的听诊以及周围动脉(颈、桡、颞浅、足背、腘窝动脉)的扪诊。

(2)生命体征的检查:昏迷生命体征的改变,对预后的判断有较大帮助,应仔细观察记录血压的高低、脉搏的快慢及节律(注意区分是呼吸道阻塞或是呼吸肌麻痹)。体温的升高或降低,除了一般感染,代谢废物所致外,也应注意中枢性高热。

(3)神经系统的检查:对判断脑器质性损害的部位有较大价值。必须按常规要求逐项检查,对脑神经的检查要注意眼底、瞳孔、眼球位置和运动、颜面部是否对称、角膜和眼脑反射;肢体检查时应注意体位、运动功能、不随意运动、对痛觉刺激的反应反射及病理反射;是否存在脑膜刺激征,自主神经功能改变。

3. 辅助检查要点

(1)常规检查:血、尿、粪的常规检查,对发现感染、血液、泌尿、胃肠等方面有提示作用。血液生化检测,如电解质、血糖、尿素氮、肌酐、一氧化碳、血氨、血清酶等对内脏器官功能的改变有较大价值,有的可提示原发病所在。细菌、寄生虫等病原体的检出,有病因诊断意义。

(2)特殊检查:当临床提示某脏器系统的病变时,必须选择相应的辅助检查,如肝、肾、肺功能测定,心电图、X线片或造影、放射性核素扫描、B型超声波、CT等。对于脑部病变,常规的脑脊液检查是必要的,当疑及颅内原发病变时,应酌情选用脑脊液细胞学、头颅X线片、各种造影(全脑、脑室、血管)超声波、放射性核素脑扫描、脑血流、CT、磁共振成像等辅助检查以帮助了解病变部位的性质。

4. 中医辨证要点

(1)邪毒内闭:神昏,高热或身热不扬,烦躁,或见谵语,二便闭结,舌红或绛,苔厚或腻或黄或白,脉沉实有力。

(2)亡阴:神志昏迷,皮肤干皱,口唇干燥无华,面色苍白,或面红身热,目陷睛迷,自汗肤冷,气息低微,舌淡或绛,少苔,脉细数或结代。

(3)亡阳:昏愦不语,面色苍白,口唇发绀,呼吸微弱,冷汗淋漓,四肢厥逆,二便失禁,唇舌淡润,脉微细欲绝。

(4)内闭外脱:神志昏迷,口开目合,肢厥,鼻鼾息微,或声高气促,面色苍白,脉微欲绝,舌苔厚腻。

【鉴别诊断】

1. 颅内疾病 位于脑部的原发性病变,在临床上通常是有大脑或脑干受损的定位症状和体征。较早出现意识障碍和精神症状,伴明显的颅内高压和脑膜刺激征,提示颅内病变的有关实验检查可有阳性发现,一般是综合分析起病形式、进展过程、体格检查(包括神经系统)及实验室资料,来推测属于哪类疾病,如脑血管病、炎症、外伤、肿瘤、脱髓鞘病等。临床上可根据神经系统体征基本上分为两大类①主要呈现局限性神经体征,如脑神经损伤、肢体瘫痪、局限性抽搐、偏侧锥体束征等,常见于脑出血、脑梗死、脑炎、

外伤、占位性病变等；②主要表现为脑膜刺激征而无局限性神经体征，如颈项强直、kernig 征（阳性）及 Brudzinsk 征（阳性）等，最多见于脑膜炎、蛛网膜下隙出血等。

2. 全身性疾病 原发性病变在颅外的脏器，主要是通过影响代谢而继发性引起脑弥散性损害，又称继发性代谢性脑病。由于脑损害为非特异性，或仅是普遍性功能抑制，临床上既无局限性神经体征，也缺乏脑膜刺激征，所以通常是在颅外脏器系统的临床征象之后，从意识内容减少，精神异常，随着病程进展，终成昏迷。此后有的可出现不同层次结构损害的神经体征，如昏迷较深和代谢性呼吸抑制很严重，而眼球运动和瞳孔却很少受累。主要见于：外源性中毒，如一氧化碳、乙醇、巴比妥、地西洋、有机磷、砷、氰化物中毒等；严重性的感染性中毒，如中毒型菌痢、休克型肺炎等；脑缺血缺氧、严重休克、窒息、溺水的心肺骤停、贫血等；脑代谢产物缺乏，主要是葡萄糖和辅酶如维生素 B 综合缺乏，低血糖症、严重肝病、慢性酒精中毒、重度营养不良等；内源性中毒，即代谢产物（肝昏迷的血氨，肾性脑病的尿素氮、肌酐，肺性脑病的二氧化碳）异常潴留，如严重脱水、酸中毒等；内分泌代谢障碍，各种内分泌激素过多或不足导致的水、电解质和酸碱平衡紊乱等。

3. 精神抑制状态 有一些神经精神疾病在临床上呈现对刺激缺乏或缺少反应，貌似意识丧失，而非真正的昏迷，必须注意鉴别。常见有下列：常见于强烈精神刺激后或癔症性昏睡发作，患者表现出僵卧不语、对刺激无反应、双眼紧闭、扳开眼睑时眼球向上转动、瞳孔大小正常、光反应灵敏、眼脑反射和眼前庭反射正常，经适当治疗可迅速正常。癔症性昏睡尚有呼吸急促，也有屏气，检查四肢肌张力常增高，对被动活动多有抵抗，有时四肢伸直屈曲或挣扎、乱动，常呈阵发性，多属一过性病程，特别是在治疗后可迅速恢复。

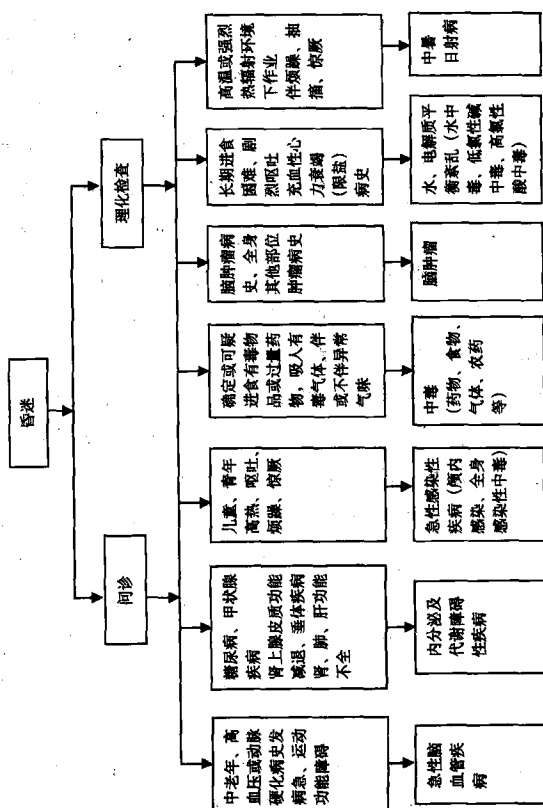
4. 精神病性木僵 多见于精神分裂症，也可见于癔症和反应性精神病，临床上呈现不语、不动，甚至不进饮食，对强烈刺激也无反



应貌似昏迷或无动缄默,实际上能感觉周围事物,并无意识障碍,常伴有违拗、蜡样屈曲等精神病症状,有的患者还可有发绀、流涎、体温过低,尿潴留等自主神经功能失调的症状,但脑干反射正常。

5. 闭锁综合征 主要是脑桥腹侧局限性病变,基底动脉闭塞,多数患者除尚有部分眼球运动外,呈现四肢瘫痪、不能说话和吞咽、表情缺乏,就像全身被闭锁,但可理解语言和动作,能以睁眼或眼垂直运动示意,说明意识清醒。

【简明诊断流程】



【治疗措施】

1. 应急处理 昏迷原因众多,在脑内发生一系列病理反应,可引起很多严重并发症,主要以心脑血管受损为主,病情危急,因此必须进行综合治疗。病因治疗:去除病因,制止病变的继续发展是治疗的根本。对昏迷原因明确者则应迅速给予有效针对病因的治疗,颅内占位病变在条件许可时应尽早行开颅手术,争取做完整性摘除;各种病原(细菌、病毒、螺旋体等)引起的脑膜炎应选用敏感的抗生素;急性中毒应及时争取有效清除毒物,采取特殊解毒措施;各种原因所致的呼吸循环障碍、缺氧、代谢紊乱等全身性疾病,应保持良好的心肺功能,改善急性缺血缺氧状态和代谢功能;若有低血糖应立即静注50%葡萄糖液40~80ml;对糖尿病酮症酸中毒者应给予胰岛素和补液;若为其他内脏器官或内分泌疾病也应积极相应治疗。非病因治疗:呼吸功能的维护和治疗;维持有效的循环功能,给予强心升压药物,纠正休克;有颅压增高者给予脱水、降颅压药物,必要时行脑室穿刺引流等;给予抗菌药物防止感染;控制过高血压和过高体温;控制抽搐;纠正水、电解质平衡紊乱;补充营养,给予脑代谢促进药、苏醒药等。

2. 西医治疗 昏迷是一种危重的临床征象,原则上应将患者安置在有抢救设备的重病监护室内,以利于严密观察,抢救治疗。良好的护理也很重要,特别要注意预防压疮、口腔炎、呼吸道及尿路感染等并发症。昏迷时常可因脑功能障碍易发生各种并发症,其严重发展可危及生命,必须紧急有效治疗,其中降低颅内压、抗脑水肿治疗占有极其重要的地位,用药主要是高渗性脱水药如甘露醇甘油、利尿药如呋塞米等,脱水治疗尚须注意用液体疗法和肾上腺皮质激素。由脑功能受损引起的抽搐、兴奋躁动和肌张力障碍(如去皮质强直)应速用抗惊厥、镇静或抗精神病的药物,常选用地西泮,苯巴比妥,苯妥英钠,丙戊酸钠等。其他的对症处理,可采取调整水电解质和酸碱平衡、调整血压、改善微循环、增强心功能、抗肺水肿和呼吸衰竭、处理消化道出血和急性肾衰竭、控制中枢性

高热和继发感染等治疗,以改善脑代谢,恢复脑功能。

不论是全身性疾病或是颅内病变都可引起脑代谢障碍,并有相应的病理生理和生化的改变。改善脑代谢紊乱,才能促进脑功能恢复,防止或减少脑损害的后遗症。临床上主要用促进脑细胞代谢,改善脑功能的药,如胞磷胆碱、细胞色素 C、三磷腺苷、辅酶 I、左旋多巴、甲氯芬酯、肌苷、醋谷氨酸、谷氨酸、 γ -氨基酯酸、吡疏醇或吡拉西坦或脑活素,神经节苷脂,神经生长因子,均可酌情选用。实验研究显示,在形成脑功能障碍中,自由基的过氧化反应起重要作用。现今发现某些药物能减少或抑制自由基的过氧化作用,降低脑代谢,从而阻止细胞发生不可逆性改变,形成对脑组织的保护作用,称为脑保护药,如苯巴比妥,苯妥英钠,甘露醇,肾上腺皮质激素,依托咪酯,西氢帕马厂,醇尼芬诺等。

3. 中医治疗

(1)邪毒内闭:清热化痰,开窍醒神。方药:菖蒲郁金汤、石菖蒲、栀子(炒)、竹叶(鲜)、牡丹皮、郁金、连翘、灯心草、竹沥。

(2)亡阴:救阴敛阳,回阳固脱。方药:冯氏全真一气汤、人参、麦冬、五味子、熟地黄、白术、附子、牛膝。

(3)亡阳:回阳固脱。方药:陶氏回阳急救汤,附子、肉桂、人参、麦冬、陈皮、干姜、白术、五味子、麝香、甘草(炙)。

(4)内闭外脱:开窍通闭,回阳固脱。方药:回阳救逆汤、附子、干姜、肉桂、人参、白术、茯苓、陈皮、甘草(炙)、五味子。

【常见误诊原因分析与对策】

由于昏迷的病因较多,而且有些患者的病程进展甚快,病情危重,或因条件所限,无法进行详细或特殊的实验室检查,使病因诊断受影响。从临床角度出发,通常依据病史、体格和神经系统检查,以及有关的实验室资料,经过综合分析,才能查出导致昏迷的原发病。区分原发病变位于颅内或颅外,具有较大价值。昏迷是意识障碍的最严重阶段,也是病情危重的信号。对于昏迷病人在临床上必须详细收集病史,系统的检查体格,以及选择相关的实验

室检查,并加以全面的综合分析,才能做及时而且较准确的诊断。

第二节 休 克

休克是由于各种致病因素引起有效循环血量下降,使全身各组织和重要器官灌注不足,从而导致一系列代谢紊乱、细胞受损及脏器功能障碍。其主要临床表现有,血压下降,收缩压降低至12kPa(90mmHg)以下、脉压差 $<2.67\text{kPa}$ (20mmHg),面色苍白,四肢湿冷和肢端发绀,浅表静脉萎陷,脉搏细弱,全身无力,尿量减少,烦躁不安,反应迟钝,神志模糊,甚至昏迷等。诊断条件:①有发生休克的病因;②意识异常;③脉搏快,超过100/min或不能触及;④四肢湿冷,胸骨部位皮肤指压阳性(压后再充盈时间 $>2\text{s}$)、皮肤花纹、黏膜苍白或发绀、尿量 $<30\text{ml/h}$ 或无尿;⑤收缩压 $<10.64\text{kPa}$ (80mmHg);⑥脉压 $<2.66\text{kPa}$ (20mmHg);⑦原有高血压者收缩压较原有水平下降30%以上。凡符合①以及②、③、④中的两项和⑤、⑥、⑦中的一项者即可成立诊断。

【诊断策略】

1. 问诊要点 病史对于休克的病因诊断具有十分重要的参考价值。要注意询问既往病史、发病诱因、伴随症状、有无药物、毒物摄入史及过敏原接触史、有无外伤史、流行病学史等。患者如果出现呕血或黑粪,既往有溃疡病史,则应考虑为溃疡病引起上消化道大出血而致的失血性休克;患者若以腹痛为主要症状,应注意腹痛的部位、程度及性质等,如上腹部剧痛应怀疑为急性胰腺炎或胆道感染,全腹痛则可能为腹膜炎,女性患者下腹部疼痛时应高度怀疑宫外孕破裂导致腹腔内出血而造成的失血性休克;以发冷、发热为主要症状者应考虑为感染中毒性休克。儿童常见的病因多为中毒型菌痢、暴发型脑膜炎;育龄期妇女易患泌尿系感染和产道感染;老年男性则因前列腺肥大会易致泌尿系感染;若患者在应用肾上腺皮质激素、免疫抑制药或长期留置导尿管、静脉切开滞留针等