

实用急诊手册

方铭 胡敏 主编

SHIYONG JIZHEN SHOUCHE

非外借



化学工业出版社

实用急诊手册

方铭 胡敏 主编



化学工业出版社

· 北京 ·

本书共九章，包括常见急诊症状的诊断与治疗、危重患者的抢救、内科常见急症、普通外科常见急症、产科常见急症、传染科常见急症、儿科常见急症、耳鼻咽喉科及眼科常见急症、常用急救技术操作等。本书内容全面、注重实用，便于携带，可作为门诊、急诊医师的工具书，也可供临床医师及基层全科医师参考使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

实用急诊手册/方铭, 胡敏主编. —北京: 化学工业出版社, 2018.12
ISBN 978-7-122-33398-8

I. ①实… II. ①方…②胡… III. ①急诊-手册
IV. ①R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 273931 号

责任编辑: 邱飞婵 满孝涵
责任校对: 王 静

装帧设计: 关 飞

出版发行: 化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 刷: 大厂聚鑫印刷有限责任公司

装 订: 三河市宇新装订厂

787mm×1092mm 1/32 印张 13½ 字数 366 千字

2019 年 2 月北京第 1 版第 1 次印刷

图书咨询: 010-64518888 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 49.00 元

版权所有 违者必究

编写人员名单

主 编 方 铭 胡 敏

副主编 杨丽霞 刘海江

编者（以姓氏笔画为序）

方 铭 卢斌华 帅水云

刘海江 江宏志 李 进

杨丽霞 何柳青 余国珍

余德元 张国荣 陈 聪

幸 琼 周强平 胡 敏

胡政邦 饶 希 姚伟荣

徐云飞 徐咏书 陶国弟

赖玲玲 詹 锋 魏江涛

前言

急诊科是医院 24h 就诊的窗口，它的存在保证了广大人民群众在突发疾病或受到意外伤害时，能在最短时间内得到专业、科学的救治。急诊科患者往往发病急，来势凶，年龄性别各异，病种多而复杂，病情变化快，急诊科医师需要迅速判断病情，给予患者适宜治疗。对于危重患者，急诊科医师的知识和技能贮备显得尤为重要。

急诊主要包含紧急救治和抢救。《实用急诊手册》针对临床常见的各种急诊病症、危重病症的诊断及急救要点进行全面、系统的论述。全书共九章，包括常见急诊症状的诊断与治疗、危重患者的抢救、内科常见急症、普通外科常见急症、产科常见急症、传染科常见急症、儿科常见急症、耳鼻咽喉科及眼科常见急症、常用急救技术操作。

本书对急诊科医师具有较高的实用价值和指导意义，是临床急诊科医生的必备参考书、工具书，并适用于临床各科医师以及各类医学工作者。

限于编者水平，书中疏漏及不当之处在所难免，敬请广大读者批评指正。

编者

2018 年 8 月

目 录 >>>

第一章 常见急诊症状的诊断与治疗 / 1

- 一、高热..... 1
- 二、呼吸困难..... 5
- 三、咯血..... 8
- 四、晕厥..... 12
- 五、昏迷..... 14
- 六、眩晕..... 19
- 七、抽搐与惊厥..... 24
- 八、头痛..... 27
- 九、胸痛..... 31
- 十、急性腹痛..... 33
- 十一、急性腹泻..... 40
- 十二、血尿..... 43

第二章 危重患者的抢救 / 48

- 一、休克..... 48
- 二、水、电解质代谢紊乱及酸碱平衡失调..... 51
- 三、心肺脑复苏..... 56
- 四、急性呼吸衰竭..... 60
- 五、急性肾衰竭..... 64
- 六、弥散性血管内凝血..... 67
- 七、急性上消化道出血..... 72
- 八、大咯血..... 73

第三章 内科常见急症 / 78

- 第一节 呼吸内科急症..... 78

一、支气管哮喘	78
二、重症哮喘	80
三、自发性气胸	83
四、肺血栓栓塞症	84
五、急性心源性肺水肿	87
第二节 心内科急症	89
一、急性心力衰竭	89
二、急性冠状动脉综合征	92
三、阵发性室上性心动过速	101
四、心房颤动	103
五、室性心动过速	108
六、病毒性心肌炎	111
七、洋地黄中毒	114
八、高血压危象	115
九、心脏压塞	117
第三节 神经内科急症	119
一、癫痫持续状态	119
二、良性发作性位置性眩晕	122
三、脑血管疾病	125
四、短暂性脑缺血发作	135
五、颅内静脉窦血栓形成	138
第四节 消化内科急症	140
一、急性单纯性胃炎	140
二、急性肠系膜血管缺血性疾病	143
三、急性出血性坏死性肠炎	147
四、急性胰腺炎	151
五、细菌性食物中毒	154
第五节 内分泌科急症	162
一、甲状腺危象	162
二、糖尿病急性并发症	165
三、低血糖症	171
四、痛风和高尿酸血症	174

第六节 泌尿内科急症	179
一、急性肾小球肾炎	179
二、急性肾衰竭	181
第七节 其他内科急症	183
一、热射病	183
二、溺水	185
三、一氧化碳中毒	186
四、急性有机磷农药中毒	188
五、急性酒精中毒	191
六、镇静催眠药中毒	193
七、亚硝酸盐食物中毒	194
八、电损伤	196
九、毒蛇咬伤	197

第四章 普通外科常见急症 / 200

第一节 胸外科急症	200
一、气管、支气管异物	200
二、食管异物	203
三、创伤性气胸	205
四、创伤性血胸	207
五、肋骨骨折	209
六、急性脓胸	211
第二节 腹外科急症	213
一、急腹症	213
二、腹部损伤	216
三、上消化道出血	219
四、下消化道出血	222
五、胃、十二指肠溃疡急性穿孔	224
六、急性胆囊炎	225
七、胆石症	227
八、急性梗阻性化脓性胆管炎	229
九、急性肠梗阻	232

十、急性阑尾炎·····	236
十一、急性化脓性腹膜炎·····	239
第三节 泌尿外科急症 ·····	241
一、肾脏损伤·····	241
二、尿道损伤·····	243
三、泌尿系统结石·····	245
四、急性尿潴留·····	249
五、泌尿系统感染·····	250
第四节 骨科常见急症 ·····	252
一、骨折·····	252
二、关节脱位·····	254
三、手外伤·····	256
第五节 神经外科急症 ·····	258
一、颅内压增高·····	258
二、头皮损伤·····	259
三、颅骨骨折·····	262
四、脑损伤·····	263
五、脑震荡·····	265
第六节 烧伤及其他外科急症 ·····	266
一、烧伤·····	266
二、脓毒症与菌血症·····	269
三、破伤风·····	272

第五章 产科常见急症 / 275

一、妊娠剧吐·····	275
二、妊娠高血压疾病·····	276
三、自然流产·····	279
四、前置胎盘·····	283
五、胎盘早剥·····	285
六、早产·····	287
七、过期妊娠·····	289
八、妊娠合并心脏病·····	291

九、胎膜早破	295
十、脐带先露、脐带脱垂	297
十一、臀先露	298
十二、肩先露	300
十三、持续性枕后位或枕横位	302
十四、子宫收缩乏力	304
十五、骨产道异常	305
十六、子宫破裂	308
十七、产后出血	310
十八、胎儿窘迫	312
十九、新生儿窒息	314
二十、异位妊娠	316
二十一、羊水栓塞	319
二十二、产褥感染	321
二十三、晚期产后出血	323
二十四、卵巢囊肿蒂扭转	324
二十五、急性盆腔炎	325

第六章 传染科常见急症 / 327

一、感染性休克	327
二、肝衰竭	331
三、细菌性痢疾	335
四、流行性脑脊髓膜炎	338
五、狂犬病	342

第七章 儿科常见急症 / 345

一、心搏、呼吸骤停	345
二、小儿惊厥	348
三、小儿呼吸衰竭	350
四、小儿感染性休克	353
五、小儿腹泻病	355

六、肠道病毒 EV71 感染疾病 (手足口病)	357
七、呼吸道异物	358

第八章 耳鼻咽喉科及眼科常见急症 / 361

一、急性喉梗阻	361
二、突发性聋	362
三、眼球穿通伤	364
四、眼球钝挫伤	366
五、化学性眼外伤	368
六、眼部热烧伤	370
七、角膜、结膜异物	371
八、电光性眼炎	372

第九章 常用急救技术操作 / 374

一、心肺复苏	374
二、心脏体外自动除颤器操作	377
三、静脉切开术	379
四、气管内插管术	381
五、气管切开术	383
六、洗胃	387
七、海姆立克急救法	389
八、双气囊三腔管压迫止血术	392

附录 A 急诊科医生岗位职责 / 394

附录 B 常用急救药物 / 396

附录 C 儿童用药剂量的计算方法 / 403

附录 D 格拉斯哥昏迷评分法 / 405

附录 E 临床常用检验正常参考值及意义 / 408

参考文献 / 422

第一章 >>>

常见急诊症状的诊断与治疗

一、高热

【概述】

高热 (high fever) 在临床上属于危重急症范畴。发热, 又称发烧, 是由于致热原的作用使体温调定点上移而引起的调节性体温升高 (超过 0.5°C)。低热, 指腋温为 $37.5\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ 、中度热 $38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$ 、高热 $39.1\sim 40.0^{\circ}\text{C}$ 、超高热则为 40.0°C 以上。

【诊断】

小儿正常体温常以肛温 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$, 腋温 $36.0\sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 衡量。通常情况下, 腋温比口温 (舌下) 低 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$, 肛温比腋温高 0.5°C 左右。肛温虽比腋温准确, 但因种种原因常以腋温为准。若腋温超过 37.4°C , 且一日间体温波动超过 1.0°C 以上, 可认定为发热。腋温超过 39.1°C 以上, 可认定为高热。

高热是一些疾病的前驱症状, 引起发热的病因可分为急性感染性疾病和急性非感染性疾病两大类。前者最为多见, 如细菌、病毒引起的呼吸道、消化道、尿路及皮肤感染等; 后者主要由变态反应性疾病如药物热、血清病以及自主神经功能紊乱和代谢疾病所引起。

1. 急性高热

(1) 感染性疾病 急性传染病早期，各系统急性感染性疾病。

(2) 非感染疾病 暑热症、新生儿脱水热、颅内损伤、惊厥及癫痫大发作等。

(3) 变态反应 过敏，异体血清，疫苗接种反应，输液、输血反应等。

2. 长期高热

高热时间超过两周为长期高热。

(1) 常见病 败血症、沙门菌属感染、结核、风湿热、幼年型类风湿关节炎等。

(2) 少见病 恶性肿瘤（白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞增生症）、结缔组织病。

3. 伴随症状

不同的疾病，在发热时常有不同的其他症状。

(1) 发热伴寒战 可见于肺炎球菌性肺炎、疟疾发作初期、急性肾盂肾炎、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、急性骨髓炎、丹毒、败血症、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、药物热及急性溶血性疾病等。

(2) 发热伴咳嗽、吐痰、胸痛、气喘等 可见于肺炎、胸膜炎、肺结核或肺脓肿。

(3) 发热伴头痛、呕吐 可见于上呼吸道感染、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等。

(4) 发热伴黄疸 可见于肝脏和胆道系统的疾病。此外，在涉及与胆红素代谢有关的疾病，如溶血性疾病、肿瘤、充血性心力衰竭及胰头癌等，均可引起黄疸。

(5) 发热伴淋巴结肿大 可见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、恙虫病、风疹、白血病、败血症、淋巴瘤、转移癌等。

(6) 发热伴肝脾肿大 可见于病毒性肝炎、肝胆系感染、伤

寒、疟疾、白血病、败血症、淋巴肉瘤、传染性单核细胞增多症等。

(7) 发热伴关节肿痛 可见于风湿热、结核病、结缔组织病、猩红热、败血症、布氏杆菌病等。

(8) 发热伴腰痛、尿急、尿刺痛 可见于尿路感染、肾结核等。

(9) 发热伴有局部红肿、压痛 可见于脓肿、软组织感染等。

(10) 发热伴出血现象 可见于重症麻疹、斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热、钩端螺旋体病、重症病毒性肝炎、败血症、急性与亚急性心内膜炎、急性再生障碍性贫血、急性白血病等。

不同的发热性疾病各具有相应的热型，根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。但必须注意：①由于抗生素的广泛应用，及时控制了感染，或因解热药或糖皮质激素的应用，可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型。②热型也与个体反应的强弱有关。婴幼儿对高热耐受力较强，即使体温高达 40°C ，一般情况仍相当好，热退后很快恢复。相反，体弱儿、新生儿即使感染很严重，体温可不高甚或不升。老年人休克型肺炎时可仅有低热或无发热，而不具备肺炎的典型热型。

此外，发热还可通过实验室检查协助鉴别，如血常规检查、病原体检查、骨髓检查等。血、尿、粪常见检查为筛选的首选项目。白细胞总数和中性粒细胞分类增高，多考虑为细菌性感染；减低者则偏重于病毒或杆菌感染。若怀疑败血症、肠道及泌尿道感染，需分别送血、粪、尿培养。各种穿刺液除常规检查外，有时需送培养或涂片检查。如流行性脑脊髓膜炎患者皮肤瘀点及脑脊液涂片检查可找到脑膜炎双球菌，疟疾患儿血涂片可查找疟原虫，白喉伪膜涂片检查白喉杆菌。

【急救与治疗】

1. 不急降温

高热待诊者，尽可能查明原因，可暂不给予特殊治疗，否则

改变热型，模糊临床征象，延误诊断。发热是体内抵抗感染的机制之一。我们的身体借由升高体温来调动自身的防御系统杀死外来病菌（一般来说，病菌在 39°C 以上时就会死亡），从而缩短疾病时间、增强抗生索的效果。

2. 物理降温

将患者置放于环境安静、阴凉、空气流通处。用冷湿毛巾或冷水袋，敷头额、双腋及腹股沟等部位，或用布包裹的冰袋枕于头部或放置于上述部位。亦可用冷水（ $28\sim 30^{\circ}\text{C}$ ）或酒精（ $30\%\sim 50\%$ ）于四肢、躯干两侧及背部擦浴。擦浴时如患儿出现皮肤苍白或全身皮肤发凉应立即停止。也可用冷生理盐水（ $30\sim 32^{\circ}\text{C}$ ）灌肠，对疑为中毒型细菌性痢疾者更为适宜，既可降温，又便于取粪便标本送检。

假使体温不是太高，可以采用热敷来退热。用热的湿毛巾反复擦拭患者额头、四肢，使身体散热，直到退热为止。但是，如果体温上升到 39°C 以上，切勿再使用热敷退热，应以冷敷处理，以免体温继续升高。

3. 补充液体

高热时不显性水分丢失增多，加之食欲减退，应及时补充水分和电解质。口服有困难者给予静脉补液，并注意热量的供给，使用1:4（含钠液:葡萄糖液）液，可适当予以钾盐等。

4. 适当用药

对未成熟儿，小婴儿与体弱儿一般不用解热药降温。常用的解热药有阿司匹林，每次 $5\sim 10\text{mg}/\text{kg}$ 。也可用小儿退热栓（对乙酰氨基酚栓），1~6岁，1粒/次，一日1~2次，将栓剂塞入肛门。服用药物时，需先经医师同意。18岁以下的青少年，千万不要服用阿司匹林。阿司匹林可能使发热的儿童爆发瑞氏综合征，这是一种致命性的神经疾病。

5. 病因治疗

对于由感染引起的高热，应根据病情选用有效抗生素治疗。

对局部感染病灶要及时清除。因非感染性疾病所致的高热，也需根据不同病因采取相应的治疗措施。

6. 对症处理

对伴烦躁不安、反复惊厥或一般降温措施效果不显著者，可酌情选用氯丙嗪与异丙嗪。

二、呼吸困难

【概述】

呼吸困难（dyspnea）是指患者主观感到空气不足、呼吸费力，客观上表现为呼吸运动用力，严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、甚至发绀、呼吸辅助肌参与呼吸运动，并且可有呼吸频率、深度、节律的改变。它既是症状又是体征，可分为肺源性呼吸困难、心源性呼吸困难、中毒性呼吸困难、神经精神性呼吸困难和血源性呼吸困难。

【诊断】

呼吸困难患者呼吸频率加快，每分钟超过 24 次，或呼吸频率减慢，每分钟少于 10 次；呼吸深大或表浅；患者感觉呼吸费力，尽最大努力呼吸，然而始终觉得空气不足。

1. 肺源性呼吸困难

呼吸系统疾病引发的通气、换气功能障碍导致缺氧和（或）二氧化碳潴留，进而引起肺源性呼吸困难。临床上常分为以下三种类型。

（1）吸气性呼吸困难 主要特点表现为吸气显著费力，严重者吸气时可见“三凹征”，表现为胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷，此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。常见于喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

（2）呼气性呼吸困难 主要特点表现为呼气费力、缓慢、时间明显延长，常伴有呼气期哮鸣音。其发生机制为肺泡弹性减弱

和（或）小支气管阻塞（痉挛或炎症）。常见于慢性支气管炎（喘息型）、慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘、弥漫性泛细支气管炎等。

（3）混合性呼吸困难 主要特点表现为吸气期及呼气期均感呼吸费力、呼吸浅而快，可伴有呼吸音异常（减弱或消失）或病理性呼吸音。其发生机制是由于肺部病变广泛，呼吸面积减少，影响换气功能所致。常见于重症肺炎、重症肺结核、大面积肺梗死、弥漫性肺间质疾病、大量胸腔积液、气胸、广泛性胸膜增厚等。

2. 心源性呼吸困难

常见于各种原因所致的左心和/或右心衰竭、心脏压塞、肺栓塞和原发性肺动脉高压等。尤其是左心衰竭时呼吸困难更为严重。左心衰竭呼吸困难的临床特点为：①有引起左心衰竭的基础病因，如高血压心脏病、二尖瓣狭窄、主动脉瓣关闭不全、冠状动脉硬化性心脏病等；②呈混合性呼吸困难，活动时呼吸困难出现或加重，休息时减轻或消失，卧位明显，坐位或立位时减轻，故当患者病情较重时，往往被迫采取半坐位或端坐体位呼吸；③两肺底部或全肺出现湿啰音；④应用强心药、利尿药和血管扩张药改善左心功能后呼吸困难症状随之好转。

急性左心衰竭时，常可出现夜间阵发性呼吸困难，表现为夜间睡觉中突感胸闷气急，被迫坐起，惊恐不安。轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐减轻、消失；重者可见端坐呼吸、面色发绀、大汗、呼吸有哮鸣音，咳浆液性粉红色泡沫痰，两肺底有较多湿性啰音，心率加快，可有奔马律，此种呼吸困难称心源性哮喘。

右心衰竭严重时也可引起呼吸困难，但程度较左心衰竭轻，其主要原因为体循环淤血所致。另外，也可见于各种原因所致的急性或慢性心包积液。

3. 中毒性呼吸困难

中毒性呼吸困难系各种中毒所致，如糖尿病酮症酸中毒、吗啡类药物中毒、有机磷杀虫药中毒、氢化物中毒、亚硝酸盐中毒