

斯特兰奇 儿科急诊学

Strange and Schafermeyer's
Pediatric Emergency Medicine

原 著 Robert W.Schafermeyer

Milton Tenenbein

Charles G. Macias

Ghazala Q. Sharieff

Loren Yamamoto

主 译 封志纯 许 峰 肖政辉

副主译 洪小扬 党红星 杨梅雨

(中文翻译版, 原书第4版)

斯特兰奇儿科急诊学

Strange and Schafermeyer's Pediatric Emergency Medicine

原著 Robert W. Schafermeyer

Milton Tenenbein

Charles G. Macias

Ghazala Q. Sharieff

Loren Yamamoto

主译 封志纯 许峰 肖政辉

副主译 洪小扬 党红星 杨梅雨

科学出版社

北京

图字：01-2017-7679

内 容 简 介

本书由168位世界知名的儿科专家结合多年临床经验编写，并由39位国内权威的儿科专家精心翻译而成。本书按照儿科急症诊断步骤和治疗方案系统地进行阐述，包括呼吸系统、心血管系统、外科、神经系统、感染科、免疫科、消化系统、创伤等急症的诊断和治疗，以及影像、心电图等辅助检查的应用，并涉及伦理、法律、管理等内容，配有500余幅图片和360余个表格，对重要知识点进行了系统的归纳和总结。本书适于各级儿科医师、急诊科医师阅读参考。

图书在版编目（CIP）数据

斯特兰奇儿科急诊学：原书第4版 /（美）罗伯特 W. 舍费尔迈尔等著；封志纯等主译. —北京：科学出版社，2019.1

书名原文：Strange and Schafermeyer's Pediatric Emergency Medicine

ISBN 978-7-03-060351-7

I . ①斯… II . ①罗…②封… III . ①小儿疾病 - 急诊 IV . ① R720.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2018）第 300741 号

Strange and Schafermeyer's Pediatric Emergency Medicine

ISBN 978-0-07-182926-7

Copyright © 2015 by McGraw-Hill Education.

All Rights reserved.No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic Or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, Without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is jointly published by McGraw-Hill Education and China Science Publishing & Media Ltd. (Science Press). This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao and Taiwan.

Translation Copyright © 2018 by McGraw-Hill Education and China Science Publishing & Media Ltd. (Science Press).

版权所有。未经出版人事先书面许可，对本出版物的任何部分不得以任何方式或途径复制或传播，包括但不限于复印、录制、录音，或通过任何数据库、信息或可检索的系统。本授权中文简体字翻译版由麦格劳 - 希尔（亚洲）教育出版公司和中国科技出版传媒股份有限公司（科学出版社）合作出版。此版本经授权仅限在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾）销售。

版权 © [2018] 由麦格劳 - 希尔(亚洲)教育出版公司与中国科技出版传媒股份有限公司(科学出版社)所有。

责任编辑：郭 颖 / 责任校对：赵桂芬

责任印制：肖 兴 / 封面设计：龙 岩

版权所有，违者必究。未经本社许可，数字图书馆不得使用。

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码：100717

<http://www.sciencep.com>

三河市春园印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2019 年 2 月第 一 版 开本：889 × 1194 1/16

2019 年 2 月第一次印刷 印张：54 插页：17

字数：1 650 000

定价：298.00 元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

主译简介

封志纯，教授、主任医师、博士生导师；解放军总医院第七医学中心八一儿童医院院长，全军儿科研究所所长，军队科技创新群体带头人；出生缺陷防控关键技术国家工程实验室主任，国家临床重点专科主任，发育生物学全军重点实验室主任，儿童器官功能衰竭北京市重点实验室主任；中国医师协会新生儿科医师分会会长，中国医学救援协会副会长兼儿科救援分会会长，中华医学会围产医学分会副主任委员，全军医学会计划生育优生优育分会主任委员；《发育医学电子杂志》主编，《中华儿科杂志》《中华围产医学杂志》《中华新生儿科杂志》副总编。



译者名单

(以姓氏笔画为序)

王 浩	石苗茜	卢秀兰	冉迎春	刘 潇	刘成军	刘昌峨	汤 磊
许 峰	杜振兰	杨 林	杨梅雨	李 静	李连华	肖政辉	余 帮
张晓娟	张新萍	罗 兰	罗莉漫	周 丽	周 昉	周海银	封志纯
赵 喆	段 蔚	洪小杨	姚震亚	敖晓晓	袁远宏	党红星	桑庆华
黄娇甜	符跃强	韩 涛	谢玉萍	蔡姿丽	谭利平	熊小雨	

原著者名单

请扫描二维码



原著前言

第一版儿科急诊学编撰于 19 年前，将近 20 年我们的世界发生了巨大变化，儿科急诊学内涵也随之改变。目前儿科急诊学已经得到长足的进步，学科也日渐成熟。主要反应在许多有价值的研究领域取得了令人兴奋的重大进步。在儿科医学专家和急诊医学专家的通力合作下，大部分医院的急诊科为儿童提供了高质量和安全的急诊医疗服务。

随着基础知识更新、新药物的出现和技术进步，儿科急诊学专业也在不断变化。针对以上变化，本版书中进行了广泛修订，希望能给广大医务工作者奉献一本优秀的儿科急诊学书籍。本版书中，保持主体结构稳定的前提下，对某些部分相关内容进行扩展，主要在章节中对主要临床表现进行详细描述。其中最为明显的是，对儿科急腹症章节内容进行扩充，并在外科急症部分中单独成为章节。中毒部分内容也做了类似的更新改进。

此次修订删除一些章节的同时，增加部分章节，更新某些章节内容。一些内容比较新的章节，如一氧化碳、氰化物中毒和烟雾吸入，在中毒急诊处理部分详细阐述了新的救治方法。另外我们还增加了异物处理的内容。相对传统的异物处理方法，我们专门在一个独立章节介绍“一站式”异物处理流程。在儿科急诊医学异物处理中，这是行之有效的救治方法。

每一章节的编写上都力求便于读者获取全面信息。照片、图表，表格和公式在大部分章节中被大量应用。该书包函了广泛的医学内容，对医学术语描述尽量精确，便于读者参考理解。我们对临床证据和支持的参考文献做了更新，包括最新的指南和相关专业协会的建议。

我们对该书出版非常自豪，希望儿科和急诊科的医学生、住院医师、主治医师及其他相关专业人员能够从该书中获益。

儿科急诊学专业知识变化也导致参编该书编委的调整。原来的编委会仅仅保留了 Robert Schafermeyer 教授。他和 Milton Tenenbein 是本编委会的资深编委。新编委有 Ghazala Sharieff, Loren Yamamoto 和 Charles Macias 等几位教授。他们卓越的贡献使此书更加完善。Anne M.Sydor 继续担任执行编委，一如既往地提供了大量有价值的建议和帮助。Louise Bierig 在本书编辑过程中也提供了帮助。我们由衷欢迎这些新的作者和感谢其他作者为本书出版所做的卓越工作。同时，我们也感谢前三版的作者做出的卓越贡献。

最后，目前已退休的前三版编者，William Ahrens MD（第 3 版）和 Robert Wiebe MD（第 3 版），感谢他们的前三版编撰过程中的卓越贡献。最后，我们要感谢 Gary Strange MD，他是该书前三版的资深编者，他从临床工作退休后毅然开始该书的编辑工作。我们非常感激他的远见和不知疲倦的工作，使此书成为临床医师工作中的有力帮手。

资深编委

Robert Schafermeyer, MD

FACEP, FIFEM, FAAP

Milton Tenenbein,

FRCPC, FAAP, FAACT, FACMT

译者前言

第4版 Strange and Schafermeyer's 儿科急诊学出版于2014年,该书是儿科医师、儿科急诊医师和急诊医师一部非常有意义的工具书。

在儿科急诊学中,“准确、迅速”的重要性不言而喻。由于年龄特点,患儿往往无法清楚主诉病情,增加了急诊救治难度。进行急诊儿科患者准确而熟练的临床评估仍是儿科急诊学最重要的内容,通过查体、监护人问诊,借助简便检查工具,可以迅速、有效、可靠地获取患儿相关信息,完成急诊临床评估,才能迅速分诊急需紧急处理的患儿,使其得到妥善救治。

不像其他医学专业领域,可能只需关注某一个脏器系统,儿童急诊医学包罗万象,突发情况层出不穷。作为一名儿科急诊医师,可能永远不知道下一名患儿会是什么样,面临巨大的不确定性。所以需要极其丰富的医学知识和临床应变能力。此外,还需具备整体的观念,急诊医疗活动过程中需要关注各个脏器系统。具备快速判断病情和紧急干预危重情况、操作多种医疗设备和熟练掌握基础知识和基本临床技能是本专业的特点。

Strange and Schafermeyer's 儿科急诊学第4版首先着重介绍儿科急诊就诊的各种主要临床症状,然后对儿童各系统创伤处理和中毒救治详细介绍,接着分别对各个脏器系统急危重症的诊断和急诊处理逐一阐述,最后对儿童急诊医疗过程中可能发生的伦理问题进行了探讨。该书内容丰富,涵盖广泛,可操作性强,有助于儿科医师和急诊科医师快速反应临床能力的形成和培养,对儿科急诊临床工作有非常实用的指导意义。基于对本书的喜爱和认可,我们将其翻译成中文,希望能够为广大儿科同行提供帮助。

衷心感谢关心本书翻译与出版的各位专家的指点,同样感谢参与本书翻译工作的同事,正是大家的辛勤汗水和努力才使本书最终成型。

封志纯

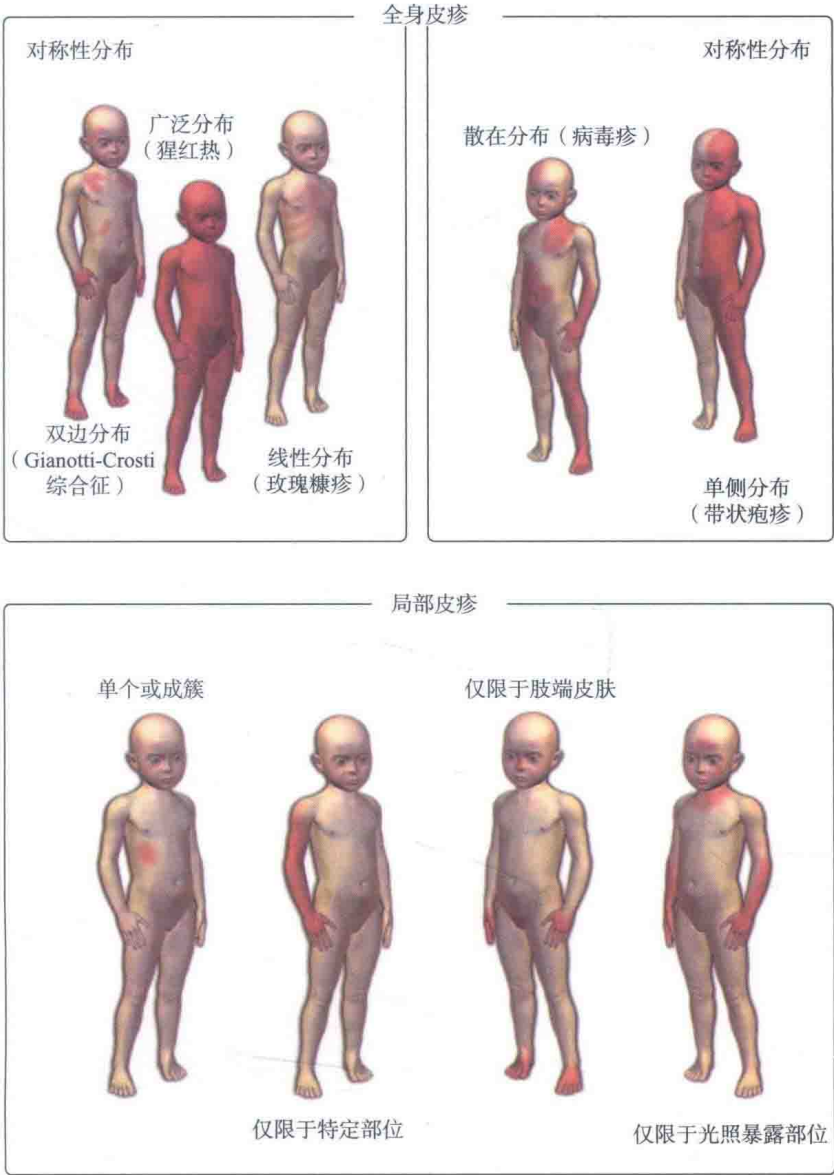
解放军总医院第七医学中心八一儿童医院



彩图 1 腹股沟疝



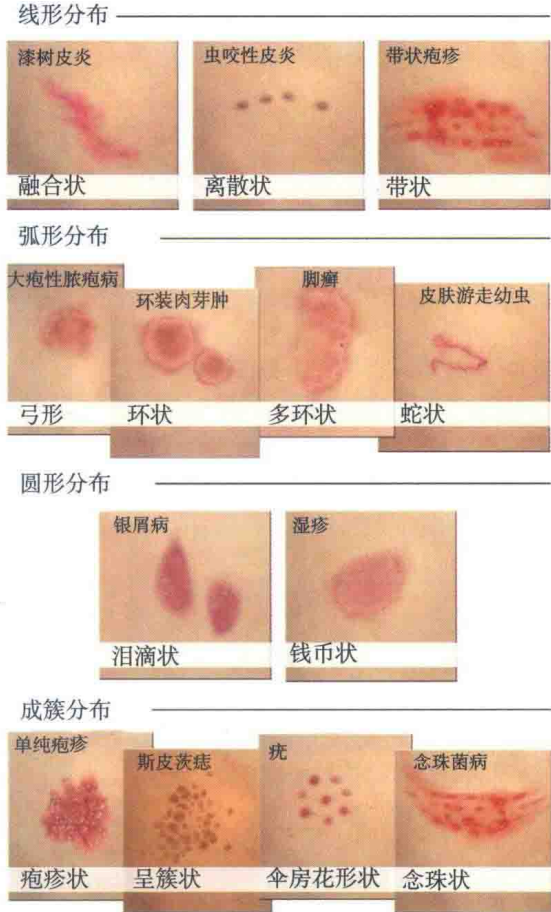
彩图 2 毛发止血带



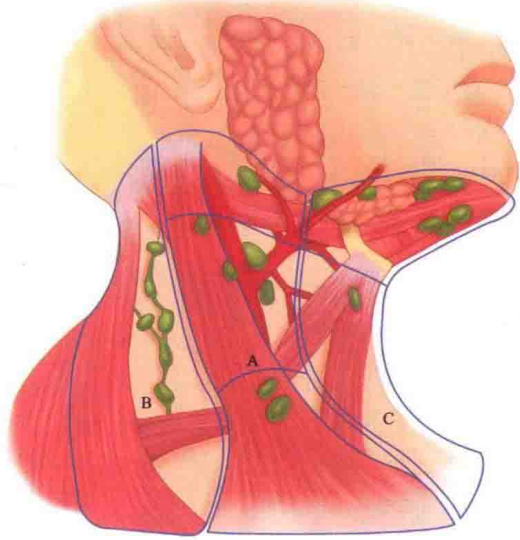
彩图 3 常见皮疹分布



彩图 6 腮腺淋巴结非典型分枝杆菌感染
(Glenn Issacson, MD, Temple University School of Medicine 授权使用)

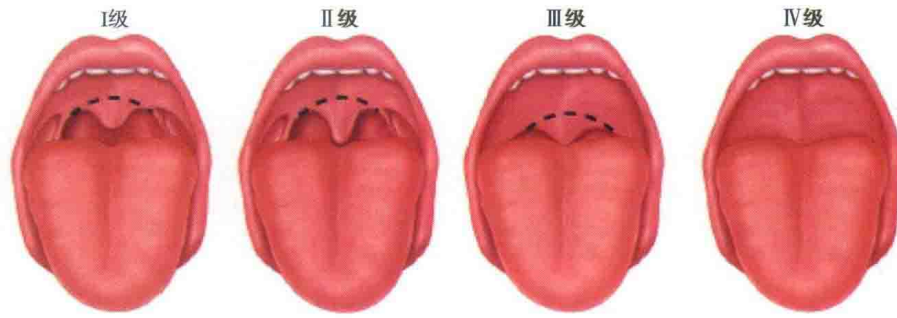


彩图 4 常见皮疹形态



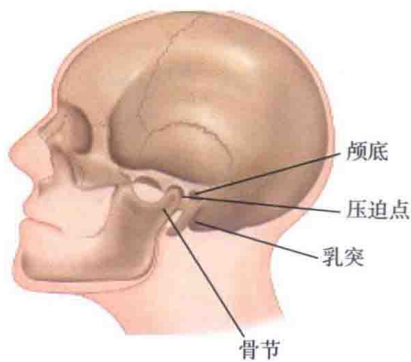
彩图 5 颈部三角及淋巴结位置

A. 胸锁乳突肌区; B. 后三角; C. 前三角



彩图 7 Mallampati 分级

I 级: 可以看见咽腭弓; II 级: 可以看见全部悬雍垂; III 级: 仅能看见软腭; IV 级: 仅能看见硬腭
[经许可引自 Samssoon Y. Difficult tracheal intubation : a retrospective study. Anaesthesia. 1987 ; 42 (5) : 487-490.]



彩图 8 喉痉挛切迹。“压力数值在头两侧切迹顶端的内部和前方测量”(见压力点线)



彩图 9 平片 X 线机:X 线源位于左侧, 胶片位于右侧



彩图 10 典型的 CT 扫描仪

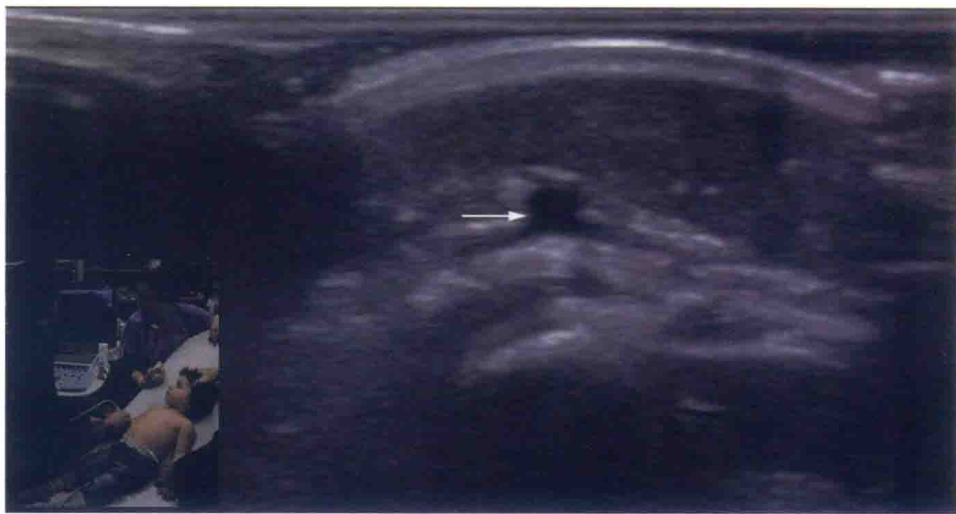


A

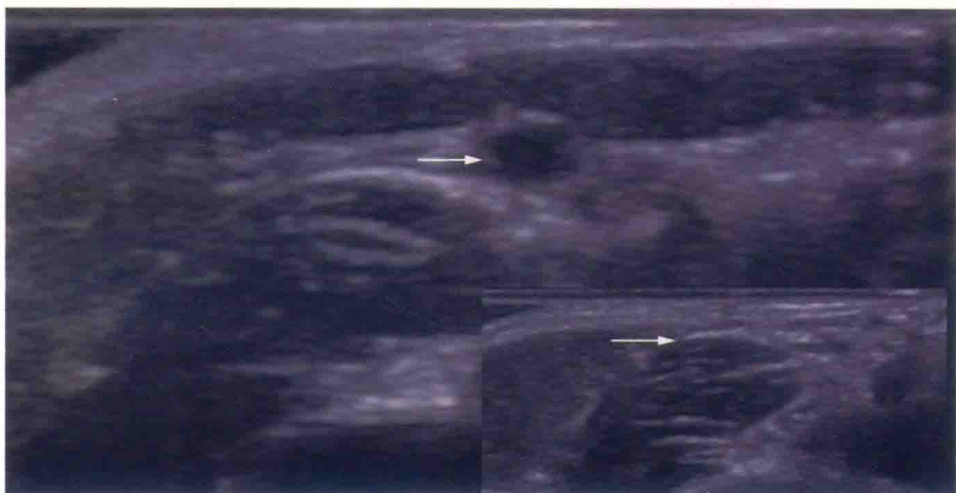


B

彩图 11 脓肿。一机化的无回声脓肿影像。通过垂直平面(如纵向 A 和横向 B)扫描得到的三维结构。插图显示脓肿内无液体流动证实为非血管结构



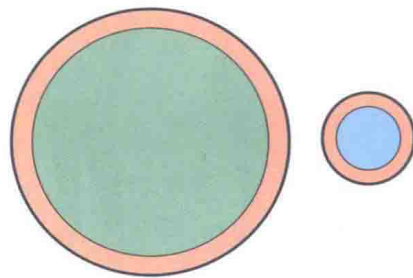
A



B

彩图 12 A.18 个月幼儿外周静脉, 箭头所示为贵要静脉; B. 同一幼儿, 前臂静脉(箭头所示)。插图显示静脉的可压缩性

彩图 13 与大的气道相比, 相同的气道壁水肿导致较小气道明显狭窄



彩图 14 不同类型的给氧设备: 鼻导管、标准氧气面罩、非重复吸收面罩、Rusch 袋和面罩



彩图 15 复苏囊面罩通气 (BMV) 的
双人操作：一个施救者使用双手来固定面
罩，而另一个施救者挤压气囊



彩图 16 MBV 的单人操作：采用 E-C
手法，用拇指和示指固定面罩，另外三个
手指向上提下颌角。另一只手挤压气囊，
也可以如图所示放在施救者的大腿挤压



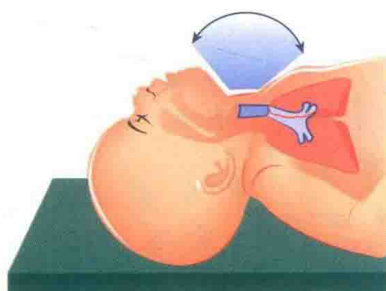
彩图 17 自动膨胀的气囊。尾端在左
边。高流速氧气进入尾端增加气囊的氧浓
度。这个特殊的模型有一个可以随意调控
的 PEEP 阀门



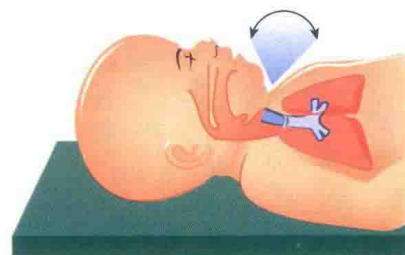
彩图 18 Rusch 气囊和面罩，注意内
置压力计



正确



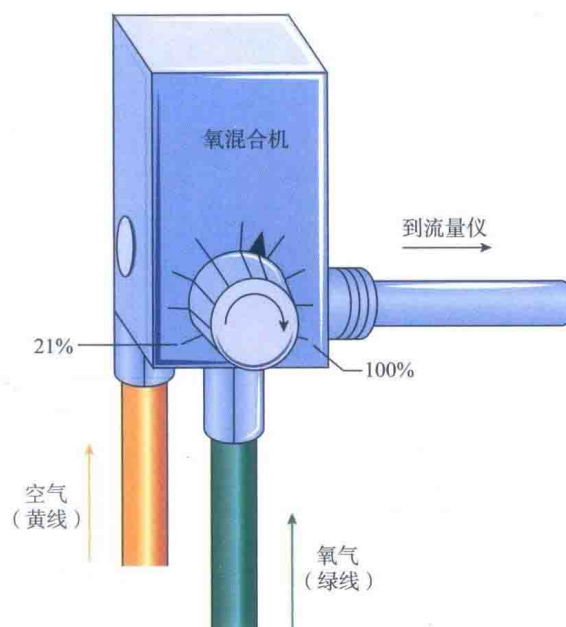
错误 (过度伸展)



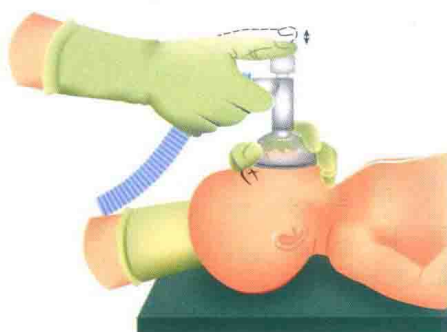
错误 (屈曲)

彩图 19 嗅闻的体位

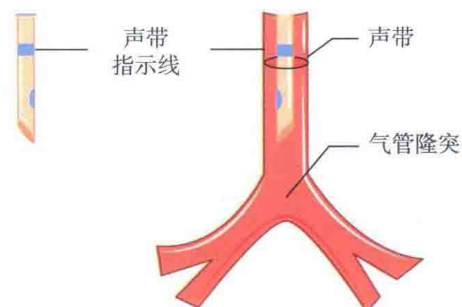
(彩图 19 ~彩图 25 经许可引自 Textbook of Neonatal Resuscitation. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. 6th ed. 2011.)



彩图 20 氧气和空气的混合器



彩图 21 T 形人工呼吸器

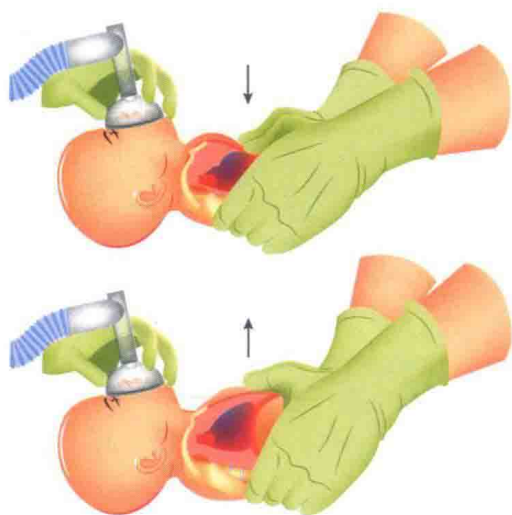


彩图 22 气管导管 (ET) 声带指示线

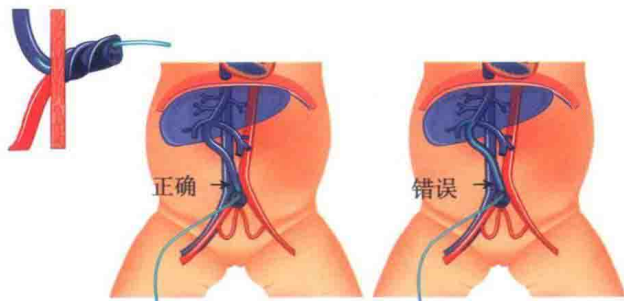


彩图 23 两种胸外按压方法

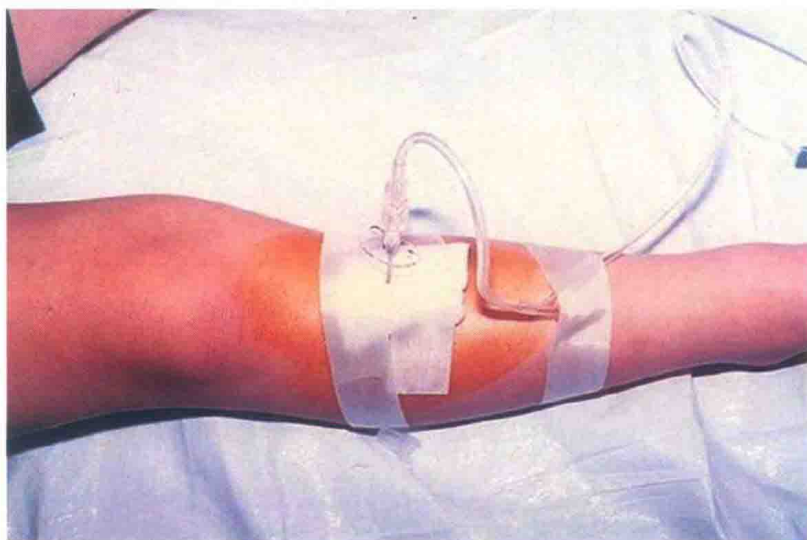
A. 两个拇指按压；B. 两指按压



彩图 24 正确的胸外按压深度



彩图 25 脐带导管的正确位置



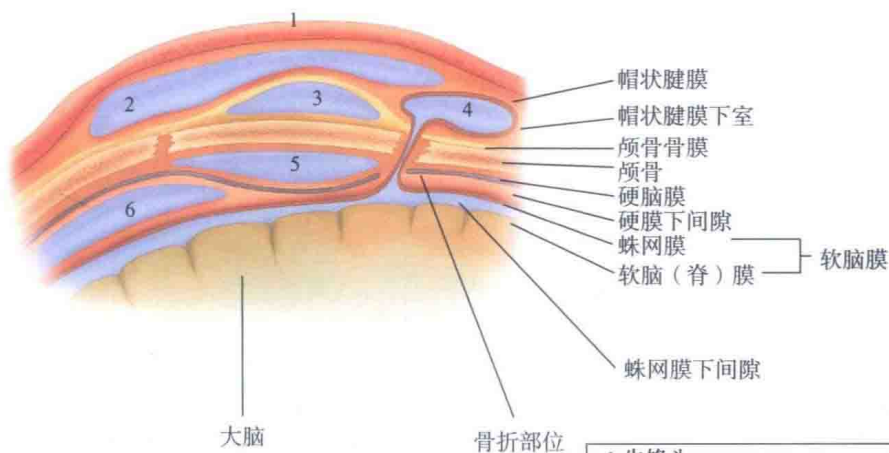
彩图 26 IO 线可以提供足够的静脉接入



彩图 27 多系统创伤的管理需要一个团队

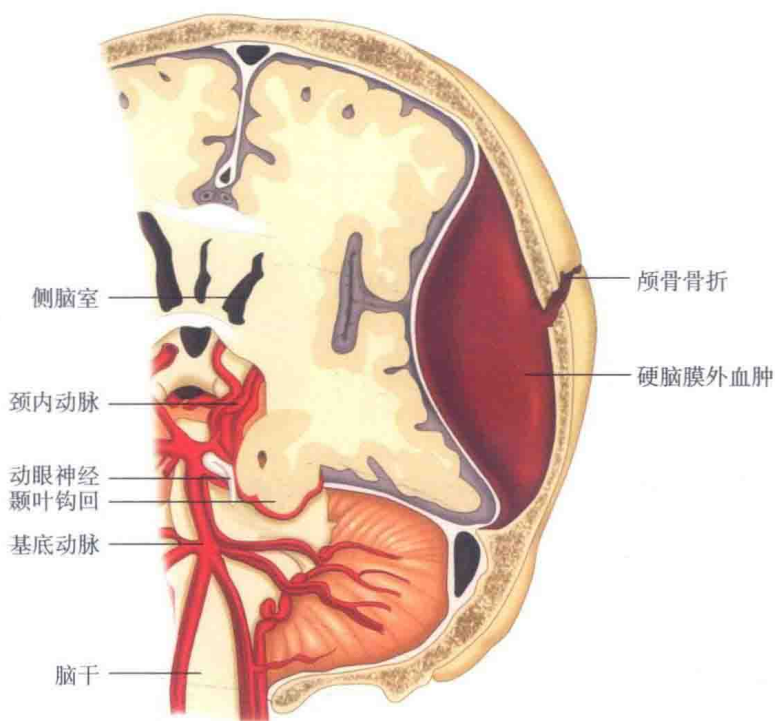


彩图 28 儿童身上有安全带所致淤青时应该确定有无减速伤



1. 先锋头
2. 帽状腱膜下血肿
3. 颅内血肿
4. 脑穿通性囊肿或软脑膜囊肿
5. 硬膜外血肿
6. 硬膜下血肿

彩图 29 创伤性头部损害



彩图 30 前视图显示由一个大的硬膜外血肿引起的天莫裂孔钩回疝

(经许可引自 Tintinalli JE, et al: Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1992.)



A



B

彩图 31 稳定成直线的气道内插管方法



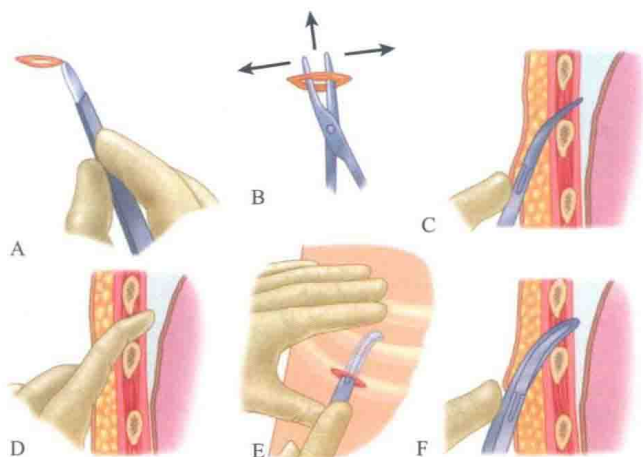
A



B

彩图 32 儿童背板的更改

A. 儿童处于更改后的背板上, 有缺损适应枕部, 以获得安全的颈椎仰卧体位; B. 儿童处于更改后的背板上, 有双垫抬高胸部, 以获得安全的颈椎仰卧体位



彩图 33 胸腔闭式引流

A. 行皮肤切口; B. 皮下组织钝性分离; C. Kelly 夹钳强行进入胸膜腔; D. 手指通入切口; E. 在 Kelly 夹钳帮助下胸导管通入切口; F. 胸导管被引入胸膜腔



彩图 34 Waddell' s triad

[经许可引自 Teaching Resource for Instructors of Prehospital Pediatrics—Advanced Life Support (TRIPP-ALS), Center for Pediatric Emergency Medicine. New York, NY; 2002.]



彩图 35 “座椅带征”因为机动车碰撞时座椅带所致前腹壁的瘀斑、擦伤和（或）红斑，与腹腔内损伤、膈肌损害和腰椎机会性骨折相关



彩图 36 自行车车把相关性胰腺损伤
(Dr. James F. Holmes, Department of Emergency Medicine, University of California, Davis Medical Center 许可使用)



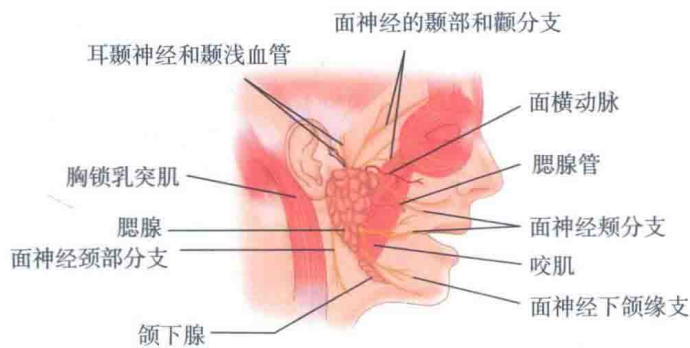
彩图 38 内眦变宽，内眦韧带撕裂或撕脱骨折引起的内眦变宽

级别	损伤类型	损伤表现	损伤类型	损伤表现
I	挫伤	镜下或肉眼血尿，泌尿系统影像学正常	血肿	位于包膜下，无膨大、无肾实质撕裂伤
II	血肿	无膨大，肾周血肿局限于腹膜后	撕裂伤	肾皮质损伤深度<1cm，无尿液渗出
III	撕裂伤	肾实质损伤深度>1cm，无集合系统破裂或尿液外渗		
IV	撕裂伤	肾实质撕裂包括肾皮质、肾髓质和集合系统。肾完全破碎，肾盂输尿管连接处撕脱	血管损伤	血栓引起肾血管节段性坏死、断开或撕裂
V			血管损伤	肾主动脉/静脉损伤，肾门处肾动静脉撕脱或血栓形成，肾实质内已去血管化

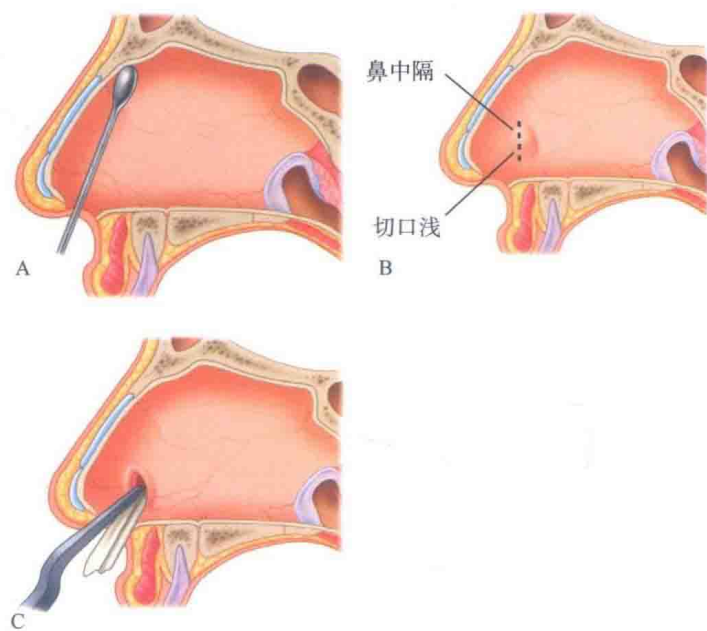
彩图 37 Revised American Association for the Surgery of Trauma grading system for renal injury



彩图 39 鼻部血肿

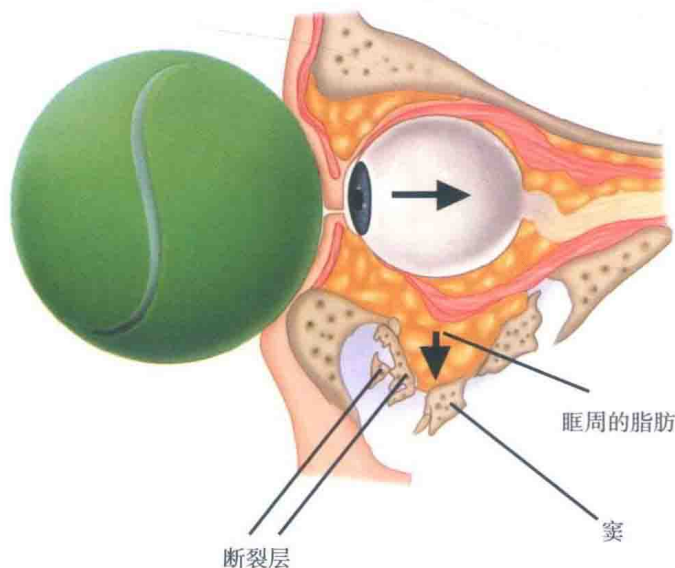


彩图 40 面神经和腮腺导管的关系

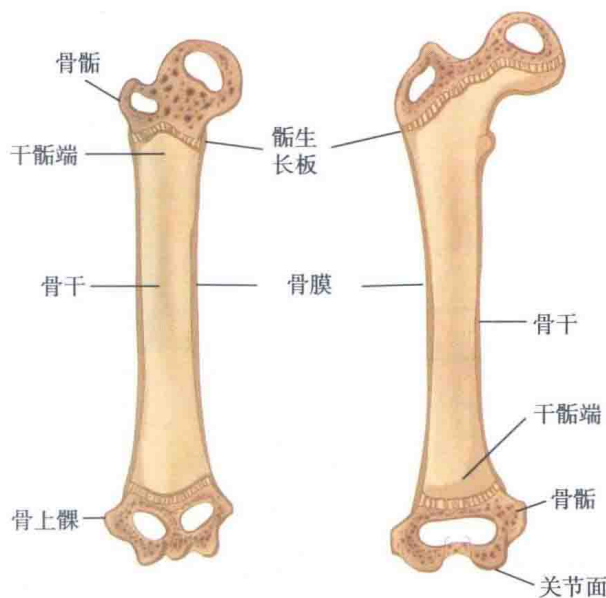


彩图 41 如何引流和填塞鼻部血肿

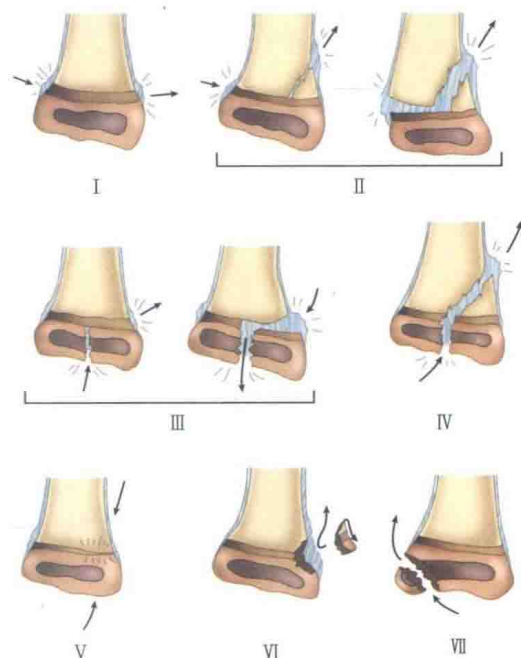
A. 局部麻醉; B. 切开血肿; C. 放置填塞物



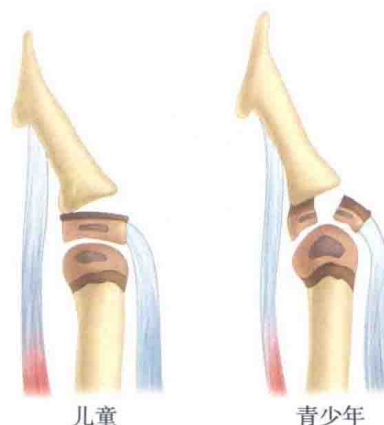
彩图 42 眼眶爆裂性骨折, 眶底骨折可导致脂肪和肌肉的下陷



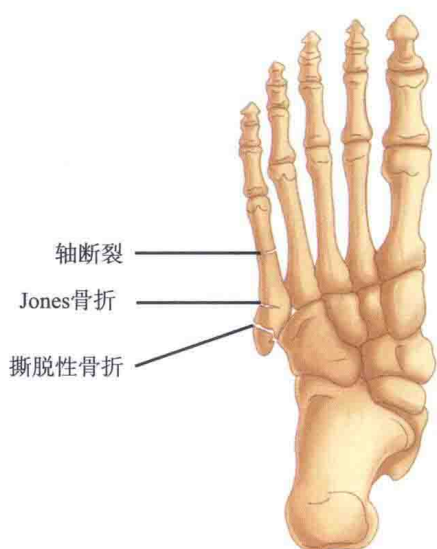
彩图 43 该图为肱骨和股骨插图, 显示了未成熟骨骼的具体特点



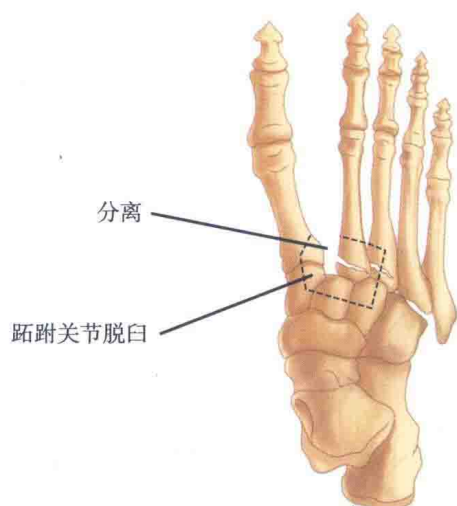
彩图 44 Salter-Harris (I ~ V) 分型和 Ogden 分型 (VI 和 VII) 的生长板损伤



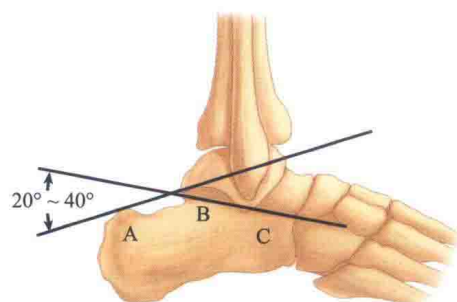
彩图 45 槌状指畸形是因指伸肌腱从远节指骨或从远节指骨背侧基底部骨折处撕裂所致。远端指间关节伸直受阻, 患者不能自如地伸展远端指间关节。儿童可见 SH I 型或 II 型骨折。青少年可发生 SH III 型骨折。因为儿童的骨骺尚未完全骨化, 这些骨折都很难通过 X 线检查明确。不能自如的伸展远端指间关节并且有槌状指畸形可提示损伤范围



彩图 46 儿科第 5 跖骨骨折更可能是撕脱性骨折或者轴断裂。Jones 骨折发生在干骺端和骨干连接处，很少发生于儿童



彩图 47 少见的跖跗关节损伤包含跖骨 - 跖骨错位。第 2 跖骨骨折伴错位是最常见的类型



彩图 48 用 Bohler 角检测跟骨的压缩性骨折在青少年可以有帮助，但是对年少儿童不可靠



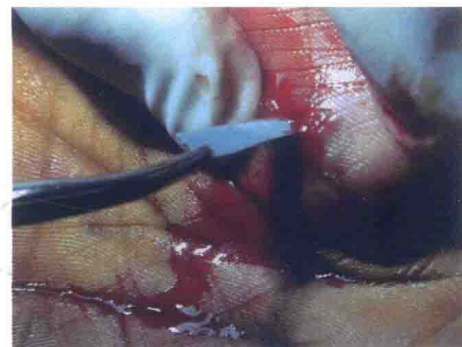
彩图 49 标准的撕裂伤缝合工具



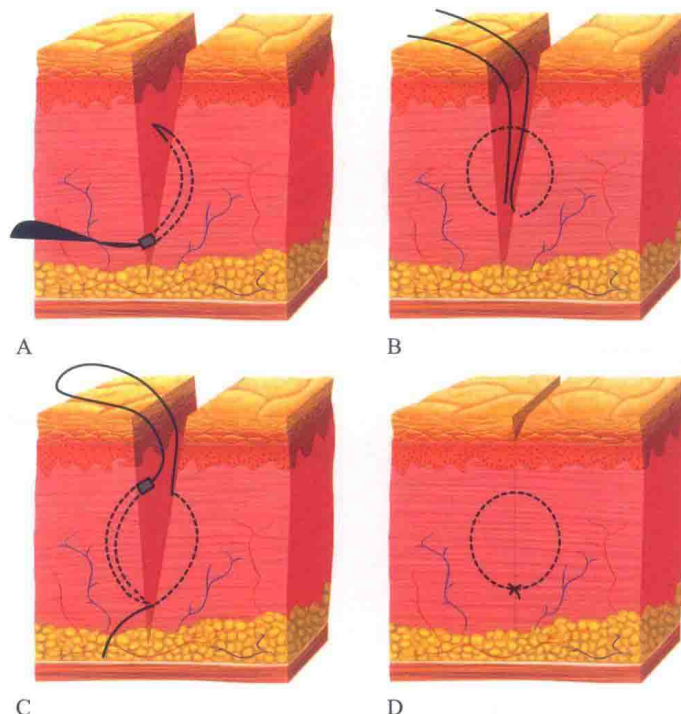
彩图 50 头皮裂伤



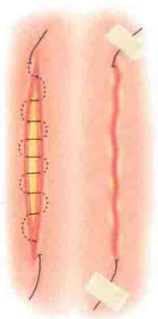
彩图 51 皮肤闭合胶带使用时垂直于伤口边缘，空出一定距离避免伤口边缘裂开



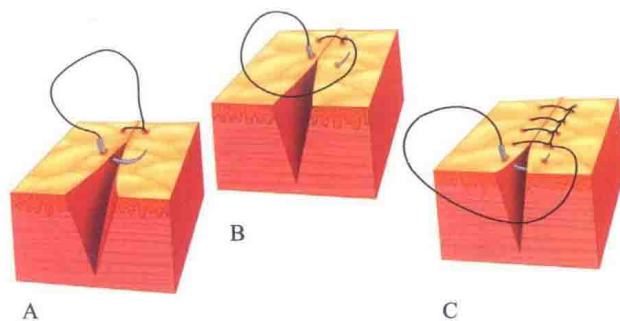
彩图 52 手部异物



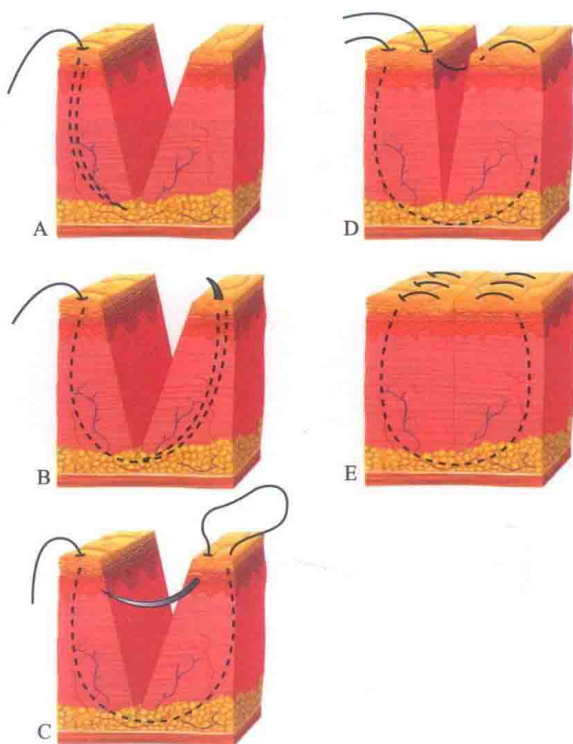
彩图 53 皮下埋藏缝合。这是特别有用的，在皮缘下方接近皮下组织的地方这种缝合方法尤其有用，因为它可以防止线结对皮缘的刺激



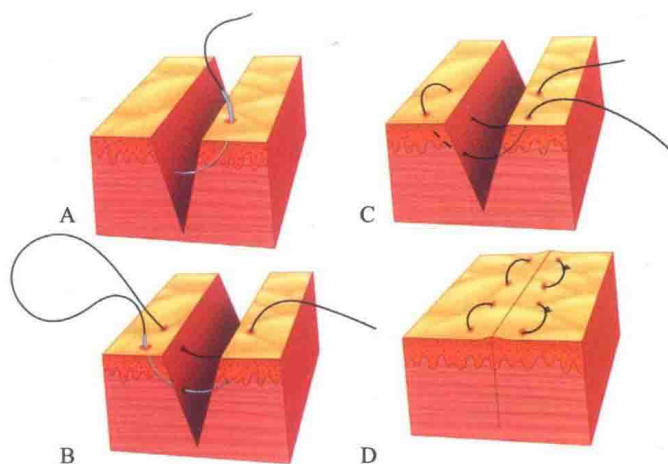
彩图 54 皮内缝合



彩图 57 单纯连续锁边缝合

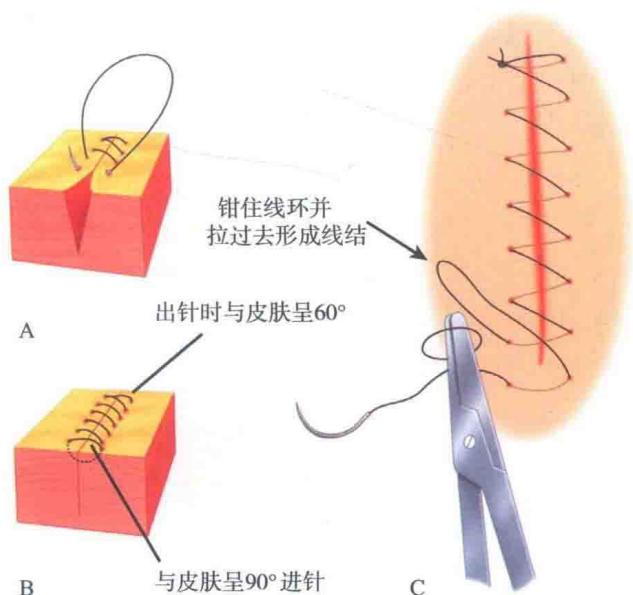


彩图 55 A~E 垂直褥式缝合



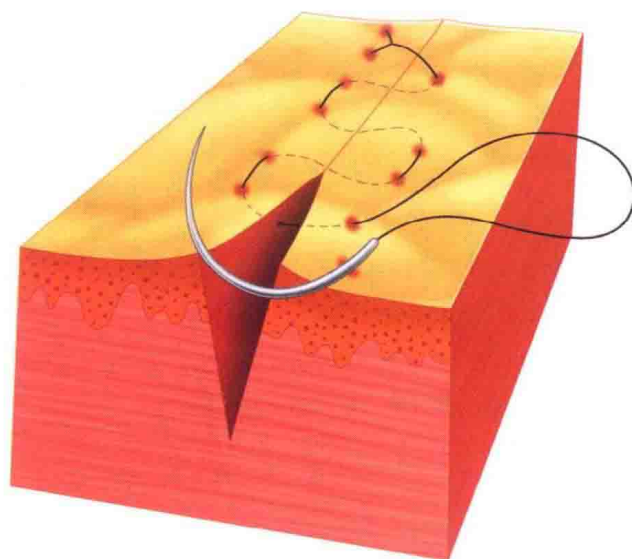
彩图 58 水平褥式缝合

A. 缝针从伤口边缘 0.5~1cm 处深缝伤口; B. 然后将缝针从对侧穿出, 再平行于之前的缝合处进针; C. 必须垂直皮肤进针以使伤口边缘稍外翻, 缝针必须在同一深度进出伤口皮肤, 否则伤口边缘会弯曲且不规则; D. 如图示打结

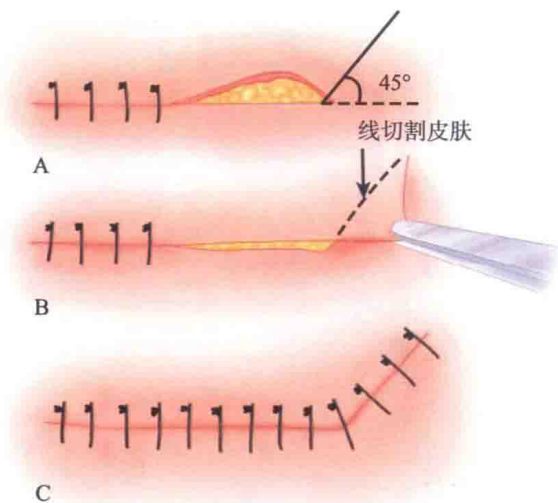


彩图 56 单纯连续缝合

A-B. 连续缝合开始时, 在第一针缝合后打结, 然后用剩下的缝线缝合整个创口。垂直皮肤边缘进针, 缝线应垂直于伤口边缘, 与单纯间断缝合一样。C. 完成连续缝合后, 缝针穿过皮肤, 尾端游离的缝线形成一个线环, 用持针器钳住这个线环的中部使劲拉紧, 线环会合拢像一根线一样。将针尾缝线与线环末端打结, 作为单纯间断缝合的尾结。完成单纯连续缝合后, 可见一串方结, 线环打的结是其中之一



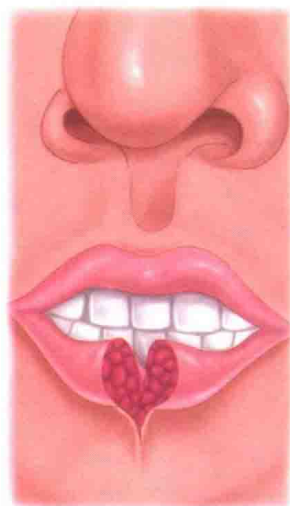
彩图 59 连续褥式缝合



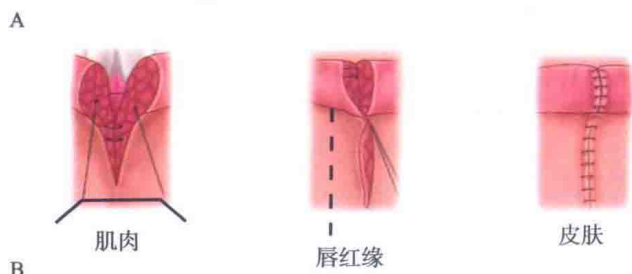
彩图 60 A-C 犬耳



彩图 61 眼睑裂伤



黏膜 — — — 5-0 普通肠线
肌肉 — — — 5-0 铬肠线
皮肤 — — — 6-0 尼龙肠线



彩图 62 贯通性唇裂伤的修复

A. 5-0 普通肠线缝合黏膜，5-0 铬肠线缝合肌肉，6-0 尼龙线缝合皮肤



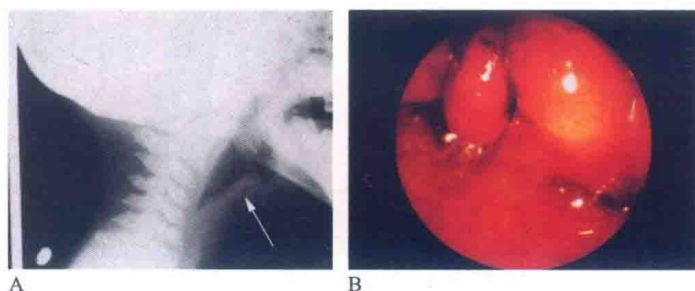
彩图 63 唇裂伤



彩图 64 指甲 / 指尖损伤



彩图 65 穿透网球鞋的穿刺伤



彩图 66 会厌炎

A. 会厌炎患儿侧位片；B. 内镜下可见会厌炎导致的几乎完全性的气道阻塞，气道只见一缝隙