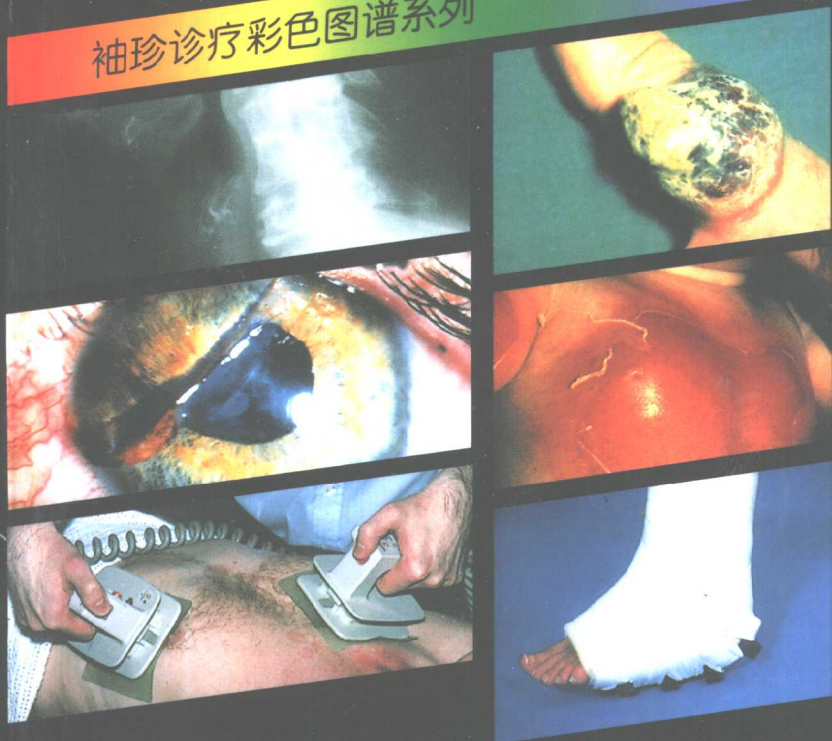


Accident and Emergency Medicine 急症学

[英] David G. Ferguson 编著
David I. Fodden 主译
王景明 孙奕 孟良

袖珍诊疗彩色图谱系列

Second Edition



Churchill Livingstone 授权
天津科技翻译出版公司出版

袖珍诊疗彩色图谱系列

Accident and Emergency Medicine

Second Edition

急 症 学

[英]David G. Ferguson 编著
David I. Fodden
王景明 孙奕 孟良 主译

Churchill Livingstone 授权
天津科技翻译出版公司出版

著作权合同登记号:图字:02-2001-74

图书在版编目(CIP)数据

急症学/(英)弗格森(Ferguson, D. G.), (英)福登(Fodden, D. I.)编著;王景明等译. -天津:天津科技翻译出版公司,2002.1

(袖珍诊疗彩色图谱系列)

书名原文: Colour Guide: Accident and Emergency Medicine

ISBN 7-5433-1399-5

I. 急… II. ①弗… ②福… ③王… III. 急性病-诊疗-图谱

IV. R459.7-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 047402 号

Copyright © Churchill Livingstone, an Imprint of Harcourt Publishers Limited
ISBN 0 443 06029 0

All rights reserved. No reproduction, copy or transmission of this publication may be made without written permission.

中文简体字版权属天津科技翻译出版公司

授权单位:Churchill Livingstone

出 版:天津科技翻译出版公司

出 版 人:邢淑琴

地 址:天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码:300192

电 话:022-87893561

传 真:022-87892476

E-mail: tsttbc@public.tpt.tj.cn

印 刷:RDC Group Limited

发 行:全国新华书店

版本记录:787×1092 32 开本 5 印张 100 千字

2002 年 1 月第 1 版 2002 年 1 月第 1 次印刷

印数:5000 册 定价:48.00 元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

中文版前言

《袖珍诊疗彩色图谱》系列是从世界一流的医学出版社——英国 Churchill Livingstone 公司引进版权出版的。该系列内容涉及：心脏病、急症、骨科、儿科、皮肤病、妇科、产科、神经疾病、传染病、眼科病、血液病、风湿病、口腔病理学、口腔疾病、口腔正畸学、口腔内科与外科学、牙周病、新生儿科、耳鼻喉科、糖尿病、胃肠病及肝病、性传播疾病、HIV 及艾滋病、外科体征。

这套图书的原作者都是日前享誉世界医学领域各学科的权威人士，不仅在发病机理、诊断技术和治疗手段方面颇有建树，而且都有多年从事临床的丰富经验。因此，这套图书在学术上具有先进水平，在病因学、病理学、诊断学、治疗学诸方面都具有权威性。书中所提供的大量照片都是由国外医务工作者采用高超技术在特定环境下拍摄的，而且许多照片是首次发表的，极其珍贵。图片清晰，病例典型，部位准确；说明文字简明扼要，重点突出。可作为临床医师对相关疾病的诊疗指南。

这套图书由我公司组织国内医学界的各科专家学者翻译出版。为使中文版图书印装质量达到原版书的水平，我公司委托原出版公司印装。

由于我们的水平有限，且翻译制作时间紧迫，可能会有不妥或不当之处，敬请同仁赐教。

译 者 名 单

主译	王景明	孙 奕	孟 良
译者	刘维宇	王 火	张伟龙
	哈玲梅	李学文	陈金梅

目 录

1. 急症科·····	1	17. 腹股沟·····	91
2. 复苏·····	5	18. 膝·····	93
3. 头部损伤·····	21	19. 腿·····	101
4. 眼睛疾病·····	25	20. 踝关节·····	103
5. 口面部疾病·····	31	21. 滑囊炎·····	107
6. 耳痛·····	39	22. 皮肤病·····	109
7. 颈部·····	43	23. 软组织感染·····	115
8. 创伤性胸痛·····	47	24. 烧伤·····	121
9. 肩部·····	49	25. 创伤护理·····	125
10. 臂·····	53	26. 异物·····	133
11. 肘·····	55	27. 打石膏·····	135
12. 腕·····	59	28. 枪伤和炸伤·····	139
13. 手部疾病·····	67	29. 非意外伤·····	141
14. 肛周疾病·····	77	30. 混合伤·····	143
15. 泌尿生殖器疾病·····	83	31. 对工作人员的威胁·····	145
16. 髌痛·····	89	索引(Index)·····	147

患者和急救队

急症科是所有医院的门户,各种损伤和疾病都要经过它进入医院。很难准确地认定哪些病人应在急症科就诊:这里可能规定损伤后超过 24 小时的患者不应在这里就诊,医生们常会发现不符合这一要求的一些患者到急症科就诊,以及病情较轻、完全可以由他们的全科医生诊治的患者来这里就诊。

患者

急症科像一扇敞开的大门,对于社会来说,它是一个畅通无阻的可靠机构,能为任何需要紧急治疗的人们提供所需的服务。切记,公众并不具备急症科医护人员所具备的知识,所以,在我们看来似乎是很小的事情,在他们的眼里就变得非常严重。

图 1 表示急症科所选择患者的详细分类。多数为“步行伤员”,而且大量担架运送病例有急性内科疾病。属于儿科年龄组的患者在 20% ~ 25% 之间。

急救队

急症科拥有一支由全科医生和救护车服务的、与社区工作紧密相连的庞大的职工队伍(图 2)。由于工作的性质,尤其是可能出现紧急和危重的情况,因此,科内每一个人的工作都应像一名队员,这一点非常重要。家庭成员、看门人、心电图技师、公务员、秘书、接待职员、医生和护士都是急救队的组成部分,在这里没有谁比谁更重要的区别。

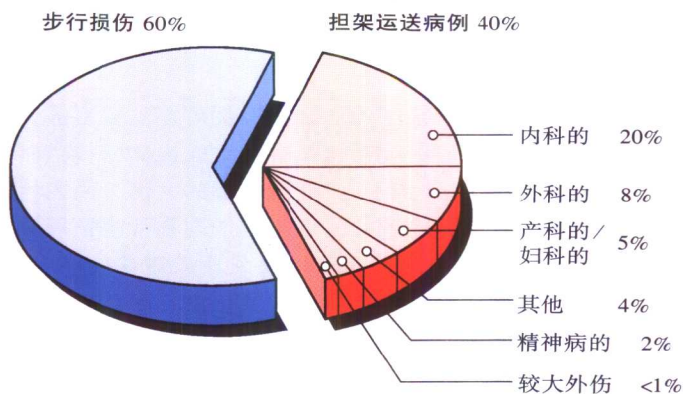


图1 表示急症科所选择患者的详细分类。



图2 急救队。

工作量

急症科的工作量可大致分为重型(推车运送)病例和轻型(步行伤员)病例。

重型病例

对于推车运送区的病例可能需要复苏,而且这些病例通常包括有严重的内、外科疾病(图3)。较大外伤不多见,工作量的大部分由内科急症组成。随着社区内内科护理和社会护理的改善,将有较大年龄的患者到医院就诊,我们现在所见到的患者平均年龄要比前几年大。这就引起了床位管理问题,因为年龄较大常常需要延长恢复时间。

轻型病例

为步行伤员提供服务的区域负责处理扭伤、过度疲劳、较小的骨折和损伤(图4)。这一工作的最大问题是大量重复性的工作导致对这些病例检查和记录不甚细心。急症科的大多数诉讼是由这些过失造成的。

在这个区域里有丰富的病状,如果医生有足够的敏感性,即便有些病状没有在现病史中直接提及,也能将其记录下来。这个区域对学习快速而有效的工作大有裨益。



图 3 在重型病区接诊患者。



图 4 轻型病区的病例。

复苏(1)

要点

是否能够获得心肺复苏的成功，取决于医生、护士与医学相关工作人员流畅而有效的协同工作(图 5)。急救人员必须熟悉设备的使用(图 6 和图 7)和对其进行日常基础检查。必须经常利用模型进行练习和自我评价，以此来作为合格急救队成员的标准。每一个急救队成员都应有自己明确的职责，应推选出一名成员作为队长。所有较大的决定应由队长直接做出，但他(她)在复苏过程中不参与任何具体工作。复苏委员会(英国)已提出复苏处理的指导方针(图 11, 见第 10 页, 图 15, 见第 14 页), 所有的医生和护士都必须熟悉这一指导方针的全部内容。

亲属

在复苏失败的事件中，对亲属的考虑至关重要。应该用简单的词语告诉他们所发生的事情和所做的复苏努力。在英国，把所有急症死亡的人通知验尸官和向亲属做例行公事的解释是一个通用的惯例。尽管死后要按规定检查，但如果患者近来看过医生并恰好死因与生前的诊断相符且病情较重，如缺血性心脏病，全科医生通常愿意在死亡证明上签字。



图 5 急救队在工作。



图 6 带凝胶垫的除颤器。



图 7 复苏必备的通气设备。

复苏(2)

成人基本生命支持

这一技能应尽可能广泛教授,因为早期有效的基本生命支持将大大改善心脏性和非心脏性心搏停止病例存活的机会。只要有知识和实践,不需要任何设备。

1. 确保救助者和受害者的安全。

2. 检查受害者有无应答,轻轻摇动并大声问“你怎么样?”

3. 如无应答,呼叫帮助。

通过倾斜头部和上举下颚开放气道。

如有颈部外伤,不要倾斜头部。通过 10 秒以上的视、听、触检查呼吸。如无呼吸,捏住受害者的鼻子,把你的嘴放到受害者的嘴上,并给予两次有效救生呼吸,注意受害者胸部的起落(图 8)。

4. 通过触摸颈动脉搏动评估循环体征,触摸不超过 10 秒钟。如循环停止,开始胸部按压。将手掌根部置于胸骨下半部中部(图 9),按压时胸骨应下降 4~5cm。用大约 100 次/分的频率按压 15 次(图 10)。

5. 如无循环,连续做两次口对口人工呼吸后,紧接着做胸部按压 15 次。每分钟检查一次循环。

6. 如果是两名抢救者,一名抢救呼吸,另一名做胸部按压,比率为做 1 次呼吸做 5 次按压。



图 8 口对口复苏。

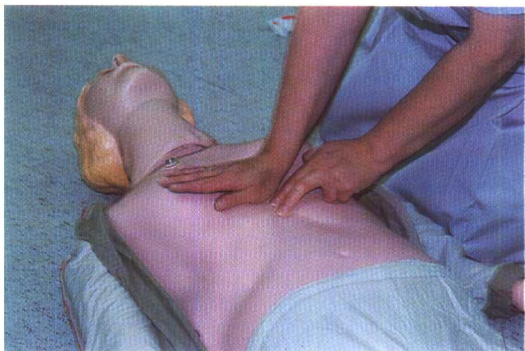


图 9 确定手在胸骨上的正确位置。



图 10 心外按摩。

复苏(3)

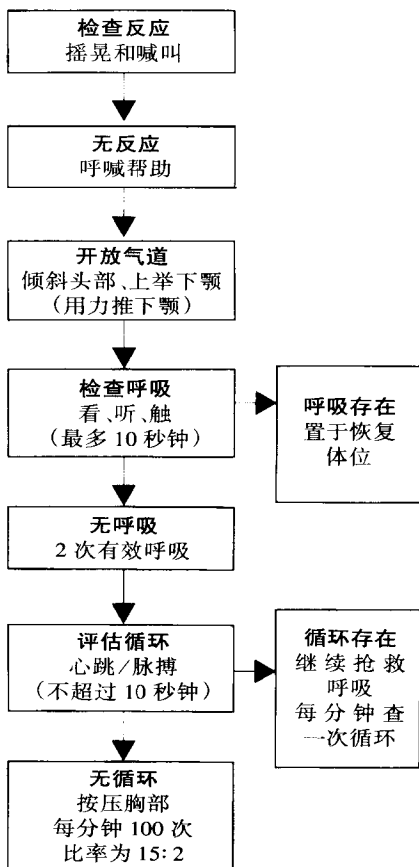
假如只有你自己,什么时候应请求帮助?

如果伤者意识不清,可能原因是外伤或溺水,或者伤者是婴儿或儿童,复苏 1 分钟,然后请求帮助。

如果伤者是成人,且意识不清的原因不是外伤或溺水,可把疾病的原因假定为心脏病。假如你已确定患者无反应且呼吸停止,则请求帮助。

成年人可抢救的心跳骤停,大多数为心室纤维性颤动或触不到脉搏的室性心动过速。电除颤为这些患者的治疗提供了专一的且非常重要的疗法。

成人基本生命支持



尽快按指导方针送医院或请求帮助

图 11 成人基本生命支持指导方针〔英国现用的 1997 复苏委员会(英国)指导方针〕。

复苏(4)

成人进一步生命支持

1. 这是基础生命支持自然的继续,它与监护器/除颤器相伴而生。

2. 如果最初目睹患者病倒,在接上监护器/除颤器之前可以先给予心前区重击。

3. 接上监护器/除颤器的同时,评估心脏节律和检查脉搏。

室颤/无脉性室速

这些是引起心跳骤停最常见、最重要的心律失常(图 12 和图 13)。最终生还的大多数患者将从这组人群中产生。除颤每耽搁 1 分钟,成功的机会下降约 5%。即使是质量最好的基本生命支持也只能减慢这一过程。

1. 将一只除颤器的控制手柄放在右锁骨下和胸骨旁。将另一只放在正常心尖部外侧(图 16,见第 16 页)。应确保你使用的凝胶垫或适当的接触凝胶,以减少皮肤电阻和预防灼伤。

2. 让其他人站开并用 200 焦耳除颤。如果节律与心输出量相匹配,则检查脉搏。

除颤后节律描记的下降波可能延迟,而且尽管节律适当,最初的心肌收缩也可能是微弱的,因此很难触到脉搏。如无反应,再给一次 200 焦耳电击,如节律无变化,紧接着给予一次 360 焦耳电击。

3. 做 1 分钟心肺复苏:确保气道通畅并建立静脉通路,静脉给予 1mg 肾上腺素。

4. 考虑其他室颤/无脉性室速潜在的可逆原因。

5. 如果室颤/无脉性室速持续,给予 1 分钟心肺复苏后紧接一次电除颤连续反复 3 次,每一次除颤均给予 360 焦耳,每 3 分钟给予 1mg 肾上腺素(在复苏全过程中反复使用这一措施)。如果节律变化与心输出量相匹配,则检查脉搏。

6. 在患者室颤/室速时,持续应用以上方法。