

急症医学手册

原著〔美〕M.E. Elastam

译者 许昌季 强宝海

GL. Sternbach

审校 潘佑英

M.J. Bresler

陕西科学技术出版社

急症医学手册

原著 〔美〕 M.Eliastam
GL.Sternbach
MJ.Bresler

译者 许昌泰 盛金海
审校 潘伯荣

陕西科学技术出版社

Manual of Emergency Medicine
Fifth Edition
Michael Eliastam, M.D.
George L. Sternbach, M.D.
Michael Jay Bresler, M.D.
TEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC.
1989

急诊医学手册

原著 [美] M. Eliastam
GL. Sternbach
MJ. Bresler

译者 许昌泰 盛金海
审校 潘伯荣

陕西科学技术出版社出版发行
(西安北大街131号)

甘肃省新华书店发行 兰州新华印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 15.75 印张 30万字

1991年6月第1版 1991年6月第1次印刷

印数: 1—5,000

ISBN 7-5369-1045-2/R·302

定价: 6.95元

内 容 提 要

本书是急症医学的一本简明手册，介绍临床各种急症的初步诊断和紧急处理措施，内容简明扼要、条理清楚。全书共30章。主要内容包括休克，创伤处理，心脏急症，电解质和酸碱失衡，呼吸系统急症，胸部外伤，神经病急症，晕厥，头痛，头昏和眩晕，抽搐，神经损伤，急腹症，泌尿生殖系统疾病，妇产科，软组织感染，外周血管急症，骨和关节创伤，手外伤，面部创伤，耳鼻喉科急症，儿科急症，变态反应性急症，皮肤病，环境创伤，麻醉，中毒、用药过量和螫刺的处理，精神病急症等。

本书适合于实习医师和各级医护人员学习、参考。

前 言

约翰·施纳温博士是著名手外科专家，他的外科手术技能高超，急症医学理论造诣极深。他所编著的《内外科急症医学手册》，曾作为美国医学院校教材，倍受人们欢迎。1983年其学生伊里安斯坦等人将该手册重新修订，改名为《急症医学手册》（第4版）出版发行，1989年又将第4版重新修订出版发行第5版。与第4版比较，第5版增加了不少新的篇章和新的内容，全书也从24章增加至30章。该手册选题精辟，内容新颖实用，理论联系实际，并具有一定的广度和深度，将急症医学理论融合于各科急症救治之中，使读者在急症室和其他各临床科室对患者的处理能掌握要领，得心应手。它是一本全面、系统、简明、实用的急症医学手册。本手册既是教学医院实习医师、住院医师及临床各科医师的参考书，也是基层医护人员必备的工具书，对急症室工作的医护人员更为适用。

在翻译过程中，得到兰空卫生处刘铁成处长、空军兰州医院郝文平院长的大力支持，得到许许多多同志的热心帮助，在此表示衷心感谢。由于译者水平所限，时间仓促，不妥之处在所难免，恳请读者提出宝贵意见，以便再版时修改完善。

译 者

1991年2月

第5版前言

作者很高兴地看到《急症医学手册》出版，书中每一章节都经过仔细校阅。鉴于读者和评论家的建议，这次再版新增加了一些章节，这些章节包括创伤处理，皮肤病、艾滋病（AIDS）、肿瘤和血液急症，软组织感染等。

本手册不仅强调对危及生命患者的急救，而且对在急症室处理其他患者也进行了精辟论述。读者曾对该书第四版提出了许多建设性意见和批评，其中不少建议已被这次再版所采纳，我们希望第5版的读者继续发扬这一传统。

作者感谢卡凯瓦和特雷格对完成本书校对工作所作的重要贡献。

M·伊里安斯坦

GL·斯特恩巴克

MJ·布雷斯勒

第1版前言

本手册最早计划在伊利诺伊(Illinois)大学使用,为此目的,作者曾出版发行过两版。现在的内容已尽可能地扩大范围,使本书对不属于大学的和没有实习或住院医师的医院更有价值,为此增加了一些新的章节,内容包括复苏与麻醉、内科急症、耳鼻喉科急症和眼科急症。最初的章节均经过校对,包括儿科学、中毒、骨折等等,同时在适当的位置加了插图。意外事故救治的第3部分也是新增加的。

某些题目,如心脏停搏,曾在许多章节讨论过,但其处理基本相似。我们感到,许多治疗的论点未展开讨论就已提出,这种情况出现于书中是不可避免的。

作者感谢本教研室成员对本手册的出版所作的贡献。

JII·斯纳温

目 录

前 言

第5版前言

第1版前言

第1章	休克·····	(1)
第2章	创伤的处理·····	(9)
第3章	心脏急症·····	(13)
第4章	电解质和酸碱失衡·····	(42)
第5章	呼吸系统急症·····	(61)
第6章	胸部外伤·····	(80)
第7章	神经病急症—意识水平改变·····	(97)
第8章	晕厥·····	(114)
第9章	头痛·····	(117)
第10章	头昏和眩晕·····	(120)
第11章	抽搐疾病·····	(123)
第12章	神经创伤·····	(127)
第13章	急腹症·····	(137)
第14章	泌尿生殖系疾病·····	(153)
第15章	妇产科·····	(165)
第16章	软组织感染·····	(178)
第17章	外周血管急症·····	(190)
第18章	骨和关节创伤·····	(199)

第19章	手外伤	(214)
第20章	面部创伤	(226)
第21章	耳鼻喉科急症	(240)
第22章	眼科急症	(255)
第23章	艾滋病(AIDS)、肿瘤和血液病急症	(263)
第24章	儿科急症	(288)
第25章	变态反应性急症	(306)
第26章	皮肤病	(315)
第27章	环境创伤	(327)
第28章	麻醉	(339)
第29章	中毒、用药过量及螫刺的治疗	(354)
第30章	精神病急症	(396)

第1章 休克

一、定义

(一) 休克是组织灌流不足引起的临床状态。

(二) 休克的主要类型 (表 1—1)

1. 低血容量性休克: 是由于血、血浆或体液丢失引起, 本章将重点介绍。

2. 心源性休克: 是作为泵的心脏衰竭引起 (见第 3 章)。

3. 中毒性休克: 是由于全身感染或细菌内毒素使血管舒张、毛细血管通透性增加和心肌功能减退引起。

4. 过敏性休克: 是由于作用于血管的免疫介质释放, 使血管舒张和毛细血管渗出引起 (见第 25 章)。

5. 脊柱性休克: 是由于失去神经控制而使血管舒张引起。

6. 阻塞性休克: 可继发于静脉回心循环受阻, 如心脏填塞和张力性气胸。由于壁向主动脉瘤, 心脏流出道可能阻塞。

二、低血容量性休克

(一) 病因

1. 失血

(1) 开放性损伤引起出血。

(2) 内出血: 如胸部、腹部、腹膜后或腹部出血都可

表1—1

休克的临床表现

类 型	皮 肤	胸 部	颈静脉	生命征	其他
低血容量性	冷、潮湿、苍白、肢端青紫	清晰	不充盈	呼吸急促 心动过速 低血压	口渴
心源性	冷、潮湿、出汗	清晰、可有充血性心衰	可充盈	呼吸急促 低血压 心动过速或徐缓	心脏可闻及奔马律 摩擦音或杂音
过敏性	荨麻疹斑丘疹或过敏性水肿	可有气喘、咳嗽、青紫	不充盈	呼吸急促 心动过速 低血压	结膜水肿 恶心 呕吐、腹痛 腹泻
中毒性	溢而发红或冷而苍白或青紫	除非有肺炎，一般清晰	不充盈	呼吸急促 心动过速 低血压	感染灶体征或DIC
神经性	热而发红	清晰	不充盈	心动徐缓 低血压	去神经、尿潴留 阴茎异常勃起
阻塞性（心脏填塞或张力性气胸）	冷、潮湿、苍白或青紫	心音远、或单侧呼吸音消失、气管和纵隔摆动			

引起低血容量性休克。

2. 血浆丢失：常见于烧伤、挤压伤或腹膜炎。

3. 失水：由于胃肠液、尿液或其他原因引起大量体液丢失。

失得不到充分补充引起。

（二）临床表现

1.精神状态：感觉的变化是休克的特点。患者可有焦虑、不安、烦躁、淡漠、麻木或昏迷等。这些症状是由于大脑血液灌注不足引起。

2.生命体征

（1）血压：血容量降低的早期、血压的改变是脉压差小，这是由于交感神经兴奋使血管收缩、舒张压升高的结果。血容量丢失15%~25%时，收缩压仍可维持在正常水平。将发生体位性和仰卧性低血压。这种体位性血压降低2 kPa以上有临床意义。

（2）脉搏：体位性、甚至仰卧位心动过速是休克的特点。体位改变使脉搏增快超过15次/min时就有临床意义，同时还有脉搏幅度减小。用 β -阻滞剂后患者仍有心动过速。

（3）呼吸：表现为呼吸急促。休克早期呼吸性碱中毒是常见的。

3.皮肤

（1）皮肤冷、苍白和花斑，早期一般表现为苍白。

（2）末梢静脉显示低压力，称之为周围静脉虚脱。无颈静脉怒张。

4.症状：患者可主诉恶心、无力或疲劳，常有明显的口渴。

（三）治疗

1.监测：在治疗及病情稳定中应监测以下参数：心率、呼吸频率、血压、中心静脉压和尿量。尿量小于30ml（0.5

ml/kg) /h, 提示有肾灌注不足。

2.呼吸管理:采用面罩或插管给患者吸入高流量氧气。吸氧时应使患者头和下颌保持适当的位置,并随时彻底地吸出患者呼吸道的出血和分泌物,始终保持呼吸道通畅。要进行动脉血气分析测定,以判断患者换气和通气功能。如果临床表现和血气分析异常,应给患者插管和人工呼吸(容量一循环通气)。潮气量为12~15ml/kg,呼吸频率12~16次/min,氧分压维持在13.3kPa以上。如果患者的呼吸与辅助呼吸机发生对抗,可给予镇静剂或肌松剂(见第12章)。如果适当的供氧治疗失败,或肺功能恶化,可增加呼气末正压0.294~0.981kPa(3~10cmH₂O)。

3.补液

(1)开始时应快速输入乳酸化的林格氏液或生理盐水。静脉输液的量和速度应根据休克的严重程度而定,一般情况下开始45~60min至少输入林格氏液1000~2000ml,如果需要还可增加。补液后低血压纠正、血压平稳,表示失血量较少,如果低血压仍持续存在或血压只是暂时升高,则表示有严重出血或仍有持续出血。这种患者应尽可能立即输血,其输入的量和速度根据监测参数而定。

(1)如果休克持续存在,可输入代血浆或无需交叉配血的血浆,以等待完成交叉配血这一时间差(45min以上)。

(2)交叉配血后立即给予成份输血。

(3)大量输血患者可发生稀释性凝血,主要由于库存血缺乏血小板和凝血因子V和Ⅷ,所以每补充5个全血应补充1个新冰冻血浆。患者大量输血治疗可影响血小板数和凝血功能。

(4)大量输血也可导致血容量减少。血需通过溢盘加热后输给患者并监测患者体温。

(2)抗休克裤(MAST):抗休克裤是一种套,一种可以从人体外部加压的衣服,可用于辅助输液、升高患者血压。MAST有3个隔室,患者穿上后,根据需要使患者的两腿和腹部隔室之一充气鼓胀,使下肢到循环中心的血液重新分布,并可减小血管的管径使腿部动脉血减少。使用MAST的禁忌症:①并发肺水肿者;②孕妇不能提供腹部隔室。注意事项:①MAST可能增加膈上损伤出血;②腿部损伤,长时间(24~48h)使用时,可促使筋膜间隙综合征的发生和发展。

4.加压素:在低血容量性休克的治疗中,早在10年前就不主张使用加压素,其理由是加压素可进一步减少组织灌流量。大多数病例不应使用血管加压素,但少数病例仍可使用。这类药物仍可作为暂时升高血压而使用,用到有适当的液体代替时为止,这可能对患有冠状动脉心脏病或脑血管疾病的老年患者特别有利。使用方法:去甲肾上腺素4~8mg溶于5%葡萄糖溶液中,或间羟胺5~10mg溶于5%葡萄糖溶液中,静脉滴注。它们的主要作用是收缩血管,并伴有轻微心脏作用。其剂量应根据患者血压情况而定。

三、中毒性休克

(一)原因

1.中毒性休克最常见原因是菌血症,以肠道革兰氏阴性杆菌引起的菌血症多见,这些细菌包括大肠杆菌、克雷白氏杆菌、副大肠杆菌、变形杆菌、假单胞菌属等。

2.中毒性休克少见的原因包括革兰氏阳性细菌、病毒、霉菌、立克次氏体等感染。

3.许多患者发生严重感染的原因可能与患者有慢性疾病，如糖尿病、恶性肿瘤、乙醇中毒、肝硬变等有关，或者患者免疫功能受到抑制，或近期进行过外科或泌尿道手术。

（二）临床表现

1.精神状态：由于脑血液灌流减少，可出现多种精神症状，如精神错乱、感觉迟钝、昏迷。

2.生命征：多数有反复发热，但体温也可以正常或低于正常。中毒性休克的表现是频繁出现发冷发热、呼吸急促、心动过速和低血压。

3.皮肤：皮肤温暖，在休克早期因反射性动脉血管舒张，皮肤可发红。后期由于血管收缩皮肤湿冷而苍白。

4.其他症状和体征：可以找到患者感染灶，如咳嗽或脑膜刺激征。胃肠道刺激症状可有呕吐、腹泻等。中毒性休克表现为败血症时可有弥漫性血管内凝血（DIC），这时患者有泌尿道、胃肠道和静脉穿刺处或其他部位出血。

（三）实验室检查

1.中毒性休克唯一的实验室诊断是血培养有感染的微生物生长。由于中毒性休克很严重，血培养确诊后治疗越早越好。

2.白细胞计数通常增高并有核左移，但白细胞也可以减少。血清谷草转氨酶和淀粉酶增活性增高。

3.如果发现存在弥漫性血管内凝血，应测定血小板、纤维蛋白原浓度、部分凝血酶原激酶时间（PTT）和凝血酶原时间（PT）。血小板减少、PTT和PT延长、低纤维蛋

白原血症是诊断DIC的依据。

(四) 治疗

1.对重要参数进行监测。

2.有潜在体液丢失时应补充血容量，护理应注意观察充血性心力衰竭的临床症状和监测中心静脉压。

3.起病时感染病原不容易判断，抗生素的应用范围应以临床经验为依据。血培养和尿、痰、脑脊液培养确定病原诊断后，可根据适应症选择抗生素治疗。抗生素的使用：庆大霉素或妥布霉素 $5\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ ，静脉注射；氨苄青霉素 2 g ，每 6 h 静脉注射一次；如单厌氧菌感染，可用氯林可霉素 $20\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，静脉注射；或氯霉素 $4\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，静脉注射；或头孢霉素 $8\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，静脉注射，分次用。如果为假单胞菌属感染，用羧苄青霉素 $500\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，静脉注射，分次用应加大剂量。

4.可选用肾上腺皮质激素，但在中毒性休克中应用尚存在争议，这类药对改善患者的预后有多大意义尚不清楚。

5.如恢复血容量后低血压不能纠正，可用血管活性药物，如多巴胺 $2\sim 20\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。

6.如果出现DIC，应输新鲜冰冻血浆。

(五) 中毒性休克综合征

1.葡萄球菌内毒素休克的特点是发热 $\geq 38.9^{\circ}\text{C}$ ，低血压（收缩压 $\leq 12\text{ kPa}$ ）、皮肤弥漫性充血性红斑，其后脱皮，至少累及3个器官系统。

2.文献报道的病例大多数为月经期妇女，因月经带使用不当引起感染。

3.临床处理类似于中毒性休克。确诊葡萄球菌感染患者

可用乙氧萘青霉素 1 g，每 4 h 静脉注射一次。

四、神经性休克

（一）原因：这是脊髓损伤的结果。由于损伤部位以下的血管失去神经控制，致使周围血管舒张，血压下降。

（二）临床表现：要点见表 1—1。注意出现心动过缓是神经性休克的唯一特征。

（三）治疗：同低血容量性休克的治疗，但心率不能作为可靠的复苏参数。