

急症医学手册

〔美〕迈克尔·E 编著

罗子铭 等译

人民军医出版社

急症医学手册

JIZHENG YIXUE SHOUCHE

〔美〕 迈克尔·E 等编著

丁子铭 程国洲 高振华

王衍发 姚 磊

译

人民军医出版社

1988·北京

MICHAEL, E
MANUAL OF EMERGENCY MEDICINE
Fourth Edition
YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC
. 1983

急症医学手册

〔美〕 迈克尔·E 等编著

罗子铭 等译

※

人民军医出版社出版
(北京复兴路22号甲3号)
新华书店北京发行所发行
沈阳市第六印刷厂印刷

※

开本: 787×1092毫米1/32·印张: 11·字数: 237千字
1988年6月第1版 1988年6月(沈阳)第1次印刷

印数: 1—18,000 定价: 2.95元

〔科技新书目: 165—077⑤〕

ISBN 7-80020-048-5/R·47

内 容 提 要

本书是急症医学的一本简明手册，介绍各种临床急症的初步诊断和紧急处理措施，内容简单扼要、条理分明。全书共24章。包括心脏急症、休克、电解质和酸碱平衡失调，呼吸道急症、胸部外伤、昏迷、神经损伤、抽搐疾病、精神病、急腹症、泌尿生殖系疾病、妇产科急症、麻醉、破伤风和狂犬病的预防、周围血管急症、骨和关节创伤、手外伤、面部损伤、耳鼻喉科急症、眼科急症、儿科急症、变态反应性急症、中毒、用药过量、环境创伤等。

本书适合基层医生和门诊医护人员学习、参考。

34431/03

译 者 的 话

施纳温博士是美国著名手外科专家，他的外科手术技能高超，急症医学理论造诣很深，在美国享有很高的声誉。他所编著的《内外科急诊手册》，曾作为美国医学院校的教材，受到临床医生的普遍欢迎。1984年其学生迈克尔·E等人将该手册重新修订，改为《急症医学手册》出版。新版增加不少新的篇章和新的内容，较原版更臻完备和新颖。全书选题精准，内容实用，理论结合实际，有一定的深度和广度，并能融急症医学理论于临床各科急诊救治之中，使读者在急诊室处理各科病人能把握要领，得心应手，确系一本全面、系统、简明、概括的急诊手册。全书附有精细插图，疑难之处一目了然。本手册不但是教学医院实习医生、住院医生重要参考书，而且也是广大基层医生必备工具书，尤其对急症医生最为适用。

译者不揣知识浅薄，热情向国内读者推荐此手册，并在短时间，竭尽全力译完全文。但是由于时间紧迫，加之水平所限，并且因为迁就原书风格，不能充分改动，所以在提高质量上不能令人满意。错漏之处，在所难免。希望读者提出宝贵意见，以待再版时参考修改。

译者

1987年12月

— 1 —

第四版前言

约翰·施纳温(John Schneewind) 医学博士于1963年出版了“临床各科急症诊治手册”第一版。1972年他过早地离开了人世。这不仅对他的家庭,而且对包括急症医学在内的临床医学是一重大损失。人们认为,在第一版问世时,仅有少数人明白急症医学的概念,故书中介绍了许多不为人所知的、符合医院要求的新的治疗和护理,受到人们的重视。急症室一般被人们当作医院系统的孤儿院,急症医学甚至不作为一个专业存在。第一版是某些内外科医生最早通力合作的手册之一。本书囊括了处理急症病人所需的不可少的资料。当时,迈克尔(Michael·E)曾幸运地在芝加哥纽克斯医院作为施纳温博士的实习医生,而施纳温博士在那里从事于外科的工作。他高超的外科技术和对病人谨慎细致地术后处理,给他的同事留下深刻的印象。

第一版反映了施纳温博士的个人风格。我们尽可能保留原文,因为原文用其特有的方式表述非常成功。显然校订本不能重现它原有的风格。所以我们对不能复制原文资料而造成的风格不一深表遗憾,在此,谨向读者表示歉意。

第一版是由传统专科医生撰写,反映急症室应当为何进行救治为主。这一版则是由教学和临床工作的3位医生撰写、出版的。因此本版的重点有变化,增加了过去10年发展起来的急症医学所倾向的最新内容。

本版对所有章节进行了修订，并在上面注明了日期。每章均由某一领域知名专家进行评述。将材料重写的几版，均换入了他们自己的经验以及许多评论者的建议，例如急症心脏救治的最新进展，中毒和药物过量的处理，需要全部修订的创伤、环境医学的章节，以及原版中没有的章节等。此外，因急症医生的责任范围已有明确规定，所以我们删去了超出急症范围的保护性医疗护理的材料。

我们对当前和未来所提供的这本临床各科袖珍急症诊治手册，为临床医生提供了迫切需要或偶而需要的各种资料，期待此手册能发挥它应有的作用。我们热切希望来自读者的直接反馈，告诉我们您所喜爱的内容及其特点，以及您希望再版时看到的变化。

迈克尔·E

乔 治·LS

迈克尔·JB

第一版前言

这本手册最早计划是在伊利诺伊 (Illinois) 大学医院使用。为此目的，作者曾出版和发行过两版。现在的内容已尽可能多地予以拓宽，以致本书对不附属于大学的和没有实习医师或住院医师的医院可能更有价值。这是通过增加一些新的章节而达此目的的，这方面的内容有：复苏与麻醉、内科急诊、耳鼻喉科急诊和眼科急诊。许多最初的章节均已经校对过，包括儿科学、中毒、骨折等等，而且在适当位置加入了插图。预备灾害救治的第3部分也是新增的章节。

某些题目，如心搏止，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经提出，但是在这类手册中不能避免。

笔者对本教研室成员对本书的出版所作的贡献，表示感谢。

JH·斯纳温

目 录

译者的话	1
第四版前言	2
第一版前言	4
第一章 心脏急症	1
第一节 急性心肌梗塞	1
第二节 心律失常	7
第三节 心搏停止	18
第二章 休克	27
第三章 电解质和酸碱平衡紊乱	34
第一节 酸碱平衡	34
第二节 高钠血症	38
第三节 低钠血症	40
第四节 高钾血症	43
第五节 低钾血症	46
第六节 低钙血症	48
第七节 高钙血症	50
第四章 呼吸系统急症	53
第一节 肺栓塞	53
第二节 肺炎	55
第三节 急性呼吸衰竭	60
第四节 非心源性肺水肿	63
第五节 肺误吸	65
第六节 烟雾吸入	67

第八节 胸腔积液——渗出、脓胸和血胸的鉴别诊断	70
第五章 胸部外伤	71
第一节 概述	71
第二节 胸部伤的诊断和治疗	73
第六章 昏睡和昏迷	88
第一节 概述	88
第二节 特殊原因昏迷的治疗	92
第七章 神经损伤	104
第一节 颅脑外伤	104
第二节 脊髓损伤	109
第八章 抽搐疾病	113
第九章 精神病急诊	117
第十章 急腹症	138
第十一章 泌尿生殖系疾病	153
第十二章 妇产科	164
第十三章 麻醉	178
第一节 局部麻醉	178
第二节 区域麻醉的并发症	182
第三节 镇静	185
第四节 肌肉麻痹	186
第十四章 破伤风和狂犬病的预防	188
第一节 破伤风的预防性治疗	188
第二节 狂犬病的防治	189
第十五章 外周血管急症	192
第一节 动脉局部急性缺血	192
第二节 创伤	192
第三节 动脉血管栓塞	194

第四节	动脉粥样硬化血管闭塞	195
第五节	急性静脉脉疾病	195
第六节	主动脉动脉瘤	197
第十六章	骨和关节创伤	200
第一节	概述	200
第二节	上肢	201
第三节	髋部	207
第四节	下肢	208
第十七章	手外伤	212
第一节	一般原则	212
第二节	手的功能解剖	212
第三节	诊断	215
第四节	神经阻滞	218
第五节	创伤	220
第六节	感染	224
第十八章	面部损伤	227
第一节	概述	227
第二节	创伤的救护	227
第三节	不整齐伤口	228
第四节	缝合技术	229
第五节	创伤类型	232
第六节	咬伤	233
第七节	舌和口腔粘膜	233
第八节	眼睑撕裂伤	234
第九节	伤口内异物	235
第十节	撕脱	236
第十一节	面部骨折	236
第十九章	耳鼻喉科急症	241

第一节	气管和食道异物	241
第二节	鼻或外耳道异物	242
第三节	急性呼吸道阻塞	243
第四节	摄食腐蚀剂	244
第五节	创伤	244
第六节	鼻衄	247
第七节	感染	248
第二十章	眼科急症	253
第一节	概述	253
第二节	结合膜或角膜的化学烧伤	254
第三节	大而尖锐的异物	255
第四节	小的异物	255
第五节	中心视网膜动脉闭塞	256
第六节	急性闭角型青光眼	256
第七节	角膜磨损	257
第八节	眼部创伤	258
第九节	眼睑损伤	259
第十节	传染性疾病	259
第十一节	其他眼病	260
第二十一章	儿科急症	262
第一节	对热病儿童的评价	262
第二节	儿童特殊症状的处理	263
第三节	糖尿病	269
第四节	感染性疾病	270
第二十二章	变态反应性急症	279
第一节	支气管哮喘	279
第二节	过敏性休克	284
第三节	荨麻疹与血管水肿	287

第四节	血清病	288
第二十三章	中毒、用药过量及蛇咬伤治疗	289
第一节	概述	289
第二节	表现、症状及体征	289
第三节	鉴定	291
第四节	自杀	292
第五节	治疗原则	292
第六节	各类毒物中毒	298
第二十四章	环境创伤	329
第一节	热烧伤	329
第二节	电休克	333
第三节	高温状态	334
第四节	低温状态	336
第五节	减压病（气压伤）	338

第一章 心脏急症

第一节 急性心肌梗塞 (AMI)

一、定义

急性心肌梗塞 (AMI) 是指由于心肌需氧与其动脉供氧失去平衡而发生缺氧导致心肌坏死的疾病。急性心肌梗塞通常是由于冠状动脉闭塞引起的, 但是血栓形成或动脉粥样硬化斑块出血也能引起。急性心肌梗塞也可发生于因冠状动脉痉挛或栓塞造成的血流堵塞之后, 栓子可以是血块或局部脱落的粥样斑块物质。

二、发病

对于所有发生胸痛的病人都必须怀疑为急性心肌梗塞, 特别是40岁以上的人和绝经期的妇女尤应注意。急性心肌梗塞也可发生在年轻人和育龄妇女。发生急性心肌梗塞时, 除非是有特别重要的意义, 否则查清与发病有关的危险因素, 对急救并没有什么帮助。与急性心肌梗塞发病有关的重要危险因素有以下几个方面:

1. 家庭成员中有在比较年轻时发生心肌梗塞或猝死者;
2. 特殊疾病, 如糖尿病, II型高脂蛋白血症;
3. 过度肥胖;
4. 大量吸烟。

三、诊断

典型的无并发症的急性心肌梗塞病人有胸骨下压榨性疼痛的历史。疼痛向左肩和左臂放射，并有出汗、恶心症状。体检可发现病人因剧烈疼痛而烦躁不安，但是没有其它腹部体征。早期心电图显示S-T段抬高，后期在心肌坏死的相应部位出现Q波。血清中磷酸肌酸激酶水平显著升高。但是实际上许多急性心肌梗塞的病人都不具有这种典型发作，因此，急诊室必须相对地放宽对急性心肌梗塞的拟诊标准，以免漏诊。

1. 胸痛：疼痛可以是较轻的，可以不向别处放射，也可以放射致下述部位，如下颌、肩部、左或右臂、腕部、背部、上腹部等。

2. 心电图可以正常，或者无心肌梗塞的特异性改变，也可以因为原有左束支传导阻滞而无法排除急性心肌梗塞。

3. 磷酸肌酸激酶（CPK）：在心肌梗塞的早期可以正常，一般在梗塞后6小时升高。

4. 病史：有禁欲思想或受惊恐的病人可能会缩减他们的症状；有语言障碍和缺少文化的病人则易于使人误解其病史资料。

5. 与急性心肌梗塞无关的情况：急性心肌梗塞既可以引起某些临床病症，也可以继发于其它临床病症之后，给诊断造成某些困难而误诊。这些情况包括：

(1) 任何原因造成的体温降低；

(2) 心律不齐或脑灌流量减少引起的癫痫发作；

(3) 外伤：由于急性心肌梗塞可以引起心律不齐或脑灌流量不足，从而导致意识丧失，也能造成外伤(见第5章)；

(4) 意识丧失和中风：这在急性心肌梗塞中并不少

见。因为急性心肌梗塞可以引起血流灌注不足或心肌梗塞区域损伤内膜形成栓子造成栓塞。

四、初步处理

1. 对怀疑为急性心肌梗塞的病人，必须立即送往具有心脏急救设备的急诊室急救。医护人员要精心守护，尽量不要流露对病人的忧虑，而要表现出沉着、镇静、充满信心。

2. 及时进行持续心律监测，并迅速建立静脉输液通路，缓慢滴注5%的葡萄糖液。

3. 应给予持续监护，医生要随叫随到。

4. 做十二导联心电图。

5. 考虑做全血细胞计数，血清酶，特别是心脏的磷酸肌酸激酶（CPK），血电解质以及尿液的检查。

五、特殊治疗

如果不能排除急性心肌梗塞，则要迅速安排住进危重病急救病房，并考虑对疼痛作进一步处理。

静脉给予硫酸吗啡2mg*（必要时还可增加用量），以缓解疼痛、减轻焦躁。处理药物引起的低血压可抬高下肢，必要时，可小量增加静脉输液，5~10分钟输入200ml。要特别注意颈静脉、肺底部和作为心力衰竭早期征象的第三心音奔马律。这些药物按此用量一般不会引起病人神志改变和呼吸抑制，并可用纳诺酮（Narcan）0.8mg静脉推注加以拮抗。

为了预防心律不齐，可预防性应用利多卡因，用量为每公斤体重1mg，静脉缓慢推注。10分钟内可重复给药，剂量为首次的50%至100%，接着立即以每分钟2~4mg的速

* 译者注：国内一般肌肉注射

度开始静脉点滴。

六、并发症

急诊时常见的并发症有心律失常引起的低血压、心力衰竭、心源性休克和心搏停止。

(一) 心源性休克

可发生在心肌梗塞后几小时或数天之内，死亡率80%以上。急性心肌梗塞的病人都有可能发生心源性休克，但是在大面积心肌梗塞，前壁心肌梗塞及前壁、下壁联合梗塞的患者中更易发生。

1. 定义：心源性休克是由于心肌泵功能衰竭，致使血液循环障碍而造成的一种综合征。通常发作比较突然，而且对生命器官有重大影响。

2. 诊断：在急诊室可根据下列情况诊断：

(1) 已确诊为急性心肌梗塞（见前述）；

(2) 有心输出量显著减少的证据，其中包括低血压、大汗、皮肤湿冷、神智改变；

(3) 经处理后疼痛、焦躁、心律失常减轻，并经试验性扩容治疗后，心输出量不足的证据依然存在（见后）。

3. 治疗：应将患者尽快送入危重病房，并插入导管测量其肺动脉楔嵌压。对于心源性休克，急诊室的处理只限于：

(1) 在转送危重病房之前，要减轻疼痛，安定情绪，持续监护。

(2) 预防和治疗心律紊乱。

(3) 药物应用：多巴胺400mg溶于5%葡萄糖液250ml中，按每分钟每公斤体重5~15mg的速度静脉注射（译者注：原文如此，此药用量较国内常用量大）。大剂量多巴胺能