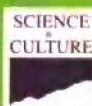


科文医学文库



美国最新

临床医学问答 ——急诊学

[美] 文森特·J·马尔科夫契克 / 彼德·T·彭斯
/ 理查德·E·沃尔夫 主编

您在以下情况时需本书的指导

- 住院医师在转科中
- 全科查房中
- 晋级考试中
- 实习及进修中



海译出版社

科文(香港)出版有限公司

EMERGENCY MEDICINE SECRETS

R44P.7
MEK
· 科文医学文库 ·

美国最新临床医学问答

——急诊学

EMERGENCY MEDICINE SECRETS

文森特·J·马尔科夫契克 (Vincent J. Markovchick)

[美] 彼得·T·彭斯 (Peter T. Pons)

主编

理查德·E·沃尔夫 (Richard E. Wolfe)

孙 伟 等译

北京科文国略信息公司供稿

海 译 出 版 社

著作权合同登记图字:01-1999-1202号

图书在版编目(CIP)数据

急诊学/(美)马尔科夫契克(Markorchick, V. J.), 彭斯(Pons P. T.), 沃尔夫(Wolfe R. E.)著;孙伟等译. -北京:海洋出版社,1999.9

(美国最新临床医学问答)

ISBN 7-5027-4794-X

I. 急… II. ①马… ②彭… ③沃… ④孙… III. ①临床医学-问答
②急性病-诊疗-问答 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 36449 号

The original English language work has been published

By HANLEY & BELFUS, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A

Copyright © 1993. All rights reserved

中文简体版版权©1999 科文(香港)出版有限公司/海洋出版社

责任校对:俞丽华

责任印制:严国晋

美国最新临床医学问答——急诊学

出版:海洋出版社/科文(香港)出版有限公司

发行:海洋出版社/北京科文剑桥图书公司

印刷:北京京东印刷厂 经销:新华书店

1999年9月第1版 1999年9月北京第1次印刷

开本:850×1168 1/32 印张:21.75

字数:580千字 印数:1~6000册

定价:50.00元

《美国最新临床医学问答》丛书专家委员会

主任委员：吴阶平

编委：高润霖 心内科教授 北京阜外医院院长
章友康 肾内科教授 北京医科大学附属一院院长
俞光岩 颌面外科教授 北京口腔医院院长
尤玉才 神经外科教授 北京医科大学附属一院副院长
朱学骏 皮肤科教授 北京医科大学附属一院副院长
林三仁 消化科教授 北京医科大学附属三院消化科主任
何权瀛 呼吸科教授 北京人民医院呼吸科主任
康德瑾 神经内科教授 北京医科大学附属三院神经内科主任
林本耀 外科教授 北京肿瘤医院外科主任
姜思权 骨科教授 北京医科大学附属三院骨科副主任
蒋建瑜 麻醉科教授 北京医科大学附属三院麻醉科主任
傅贤波 普外科教授 北京医科大学附属三院普外科主任
张志庸 心胸外科教授 北京协和医院心胸外科主任
王秀云 妇产科教授 北京医科大学附属三院妇产科主任
赵凤临 儿科教授 北京医科大学附属三院儿科副主任
贾泓提 分子生物学教授 北京医科大学分子生物系主任
杨仁杰 介入放射学教授 北京肿瘤医院介入放射科主任

本书著、译者名单

原著主编：Vincent J. Markovchick 医学博士 Peter T. Pons 医学博士
Richard E. Wolfe 医学博士

译者：(按姓氏笔划排序)

孙 伟 杨红菊 吴明华 吴 静 张永健 董 筠

常用量和单位换算表

非标准单位	符 号	换算系数	标准单位名称
微(米)	μ	$1\mu = 1\mu\text{m}$	微米
达因	dyn	$1\text{dyn} = 10^{-5}\text{N}$	牛[顿]
千克力	kgf	$1\text{kgf} = 9.806\ 65\text{N}$	牛[顿]
吨力	tf	$1\text{tf} = 9.806\ 65\text{kN}$	千牛[顿]
标准大气压	atm	$1\text{atm} = 101.325\text{kPa}$	千帕[斯卡]
工程大气压	at	$1\text{at} = 9.806\ 65 \times 10^4\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米汞柱	mmHg	$1\text{mmHg} = 133.322\text{Pa}$	帕[斯卡]
毫米水柱	mmH ₂ O	$1\text{mmH}_2\text{O} = 9.806\ 65\text{Pa}$	帕[斯卡]
托	torr	$1\text{torr} = 1\text{mmHg} = 133.3224\ \text{Pa}$	帕[斯卡]
巴	bar	$1\text{bar} = 10^5\text{Pa}$	帕[斯卡]
西西	cc	$1\text{cc} = 1\text{ml}$	毫升
卡	cal	$1\text{cal} = 4.186\ 8\text{J}$	焦[耳]
大卡	kcal	$1\text{kcal} = 4.186\ 8\text{kJ}$	千焦[耳]
度		$1\ \text{度} = 1\text{kW}\cdot\text{h}$	千瓦·时
[米制]马力		$1\ \text{马力} = 735.499\text{W}$	瓦[特]
英马力	hp	$1\text{hp} = 745.7\text{W}$	瓦[特]
英尺	ft	$1\text{ft} = 0.3048\text{m}$	米
英寸	in	$1\text{in} = 0.0254\text{m}$	米
磅	lb	$1\text{lb} = 0.4535923\ \text{kg}$	千克
克当量	Eq	$1\text{Eq} = 1\text{mol}$	摩[尔]
盎司	ounce, oz	$1\text{oz} = 28.3495\text{g}$ $1\text{oz} = 31.1035\text{g}$	常衡盎司 药衡盎司 (金衡盎司)
国际单位	IU	$1\text{IU} = 1\mu\text{mol}/\text{min}$	
原子质量单位	U	$1\text{U} = 1\text{u}$	
渗透克分子	osmol	$1\text{osmol} = 1\text{osm} = 1\text{mol}$	

序 言

急救医学,这门最新的医学专科,刚取得属于它自己的理论体系。它开始拥有的自身的理论体系包含其他所有专科领域,但不失其独特之处,例如院前急救。为了补充此领域的先驱教育家和临床医生的功绩,急救医学在“要诀丛书”中结合了多层次的、较多的、已被确定的专科。急救医学技术是一种评价、诊断和治疗的技能——常用最少的数据和最短的时间。掌握这些临床第一线日常工作中经常遇到问题,是一位医师在急诊室匆忙的气氛中生存的第一步。苏格拉底问答的运用形式被临床教师很好地认识,它可使学生积极地投入到学习中去。通过此书的问答,我们已试图强调急救医学所需要的果断与安全操作的信息。我们希望此书将会激励学生从广泛的教科书和此领域科学著作中去追求更加丰富的知识。

文森特·J·马可夫奇克 医学博士

美国急诊内科医师学会会员

彼得·T·彭斯 医学博士

美国急诊内科医师学会会员

理查德·E·沃尔夫 医学博士

美国急诊内科医师学会会员

目 录

第一章 急救医学中的判定	(1)
第一节 急救医学中的判定	(1)
第二节 心脏骤停和复苏的处理	(6)
第三节 气道管理	(14)
第四节 休克	(20)
第二章 主要病症	(28)
第五节 意识障碍和昏迷	(28)
第六节 发热	(36)
第七节 胸痛	(42)
第八节 腹痛	(48)
第九节 恶心和呕吐	(53)
第十节 头痛	(57)
第十一节 晕厥	(63)
第十二节 眩晕和头昏	(70)
第十三节 癫痫	(74)
第十四节 过敏症	(82)
第十五节 腰痛	(86)
第三章 非外伤性疾病	(91)
第十六节 非外伤性眼科急诊	(91)
第十七节 非外伤性耳鼻喉科急诊	(96)
第十八节 牙科与口腔科急诊	(104)
第四章 中枢神经系统	(111)
第十九节 短暂性脑缺血和脑血管意外	(111)
第二十节 脑膜炎	(116)

第五章 呼吸系统	(121)
第二十一节 呼吸和通气.....	(121)
第二十二节 哮喘和慢性阻塞性肺病.....	(126)
第二十三节 肺炎.....	(131)
第二十四节 深静脉血栓和肺栓塞.....	(138)
第六章 心血管系统	(143)
第二十五节 充血性心力衰竭和急性肺水肿.....	(143)
第二十六节 缺血性心脏病.....	(149)
第二十七节 心律失常.....	(157)
第二十八节 高血压/高血压急症	(161)
第二十九节 心包炎和心肌炎.....	(167)
第三十节 主动脉瘤和主动脉夹层动脉瘤.....	(175)
第三十一节 起搏器在急诊中的运用.....	(179)
第七章 胃肠道系统	(185)
第三十二节 食管和胃部病变.....	(185)
第三十三节 阑尾炎.....	(192)
第三十四节 肝脏和胆道疾病.....	(198)
第三十五节 肠道疾病.....	(201)
第三十六节 肛门直肠疾病.....	(210)
第八章 泌尿生殖系疾病	(216)
第三十七节 肾绞痛.....	(216)
第三十八节 阴囊痛.....	(222)
第三十九节 急性尿潴留.....	(227)
第四十节 尿路感染:膀胱炎、肾盂肾炎、前列腺炎	(232)
第四十一节 慢性肾衰和透析.....	(237)
第九章 血液学/肿瘤学	(244)
第四十二节 止血和凝血疾病.....	(244)
第四十三节 镰状细胞性贫血.....	(249)
第四十四节 肿瘤急症.....	(254)

第十章 新陈代谢和内分泌学	(260)
第四十五节 水与电解质.....	(260)
第四十六节 酸碱失衡.....	(268)
第四十七节 糖尿病.....	(273)
第四十八节 甲状腺疾病.....	(278)
第四十九节 肾上腺疾病.....	(284)
第十一章 感染性疾病	(291)
第五十节 蜂窝织炎/脓肿	(291)
第五十一节 获得性免疫缺陷综合征.....	(296)
第五十二节 中毒性休克综合征.....	(304)
第五十三节 食物中毒.....	(309)
第五十四节 肉毒中毒.....	(313)
第五十五节 破伤风.....	(317)
第五十六节 性传播疾病.....	(322)
第五十七节 北美蜚传播性疾病.....	(326)
第五十八节 关节炎.....	(335)
第五十九节 皮疹.....	(339)
第十二章 环境意外伤害	(345)
第六十节 电击伤和雷击.....	(345)
第六十一节 近似淹溺.....	(352)
第六十二节 冻僵和冻伤.....	(358)
第六十三节 中暑.....	(367)
第六十四节 高原病.....	(371)
第六十五节 潜水意外和气压病.....	(375)
第十三章 新生儿和儿童疾病	(386)
第六十六节 两岁以下幼儿发热性疾病.....	(386)
第六十七节 婴儿和儿童癫痫.....	(394)
第六十八节 小儿急性上呼吸道阻塞.....	(398)
第六十九节 儿童气管炎和哮喘.....	(406)

第七十节 儿童胃肠功能紊乱和脱水·····	(411)
第七十一节 儿童常见感染性疾病·····	(416)
第七十二节 少见的儿童传染病·····	(423)
第七十三节 虐待儿童·····	(427)
第七十四节 患儿清醒性镇静·····	(432)
第十四章 中毒急症·····	(440)
第七十五节 一般性中毒·····	(440)
第七十六节 乙醇、乙烯糖苷、甲醇、异丙醇·····	(448)
第七十七节 与乙醇相关性疾病·····	(454)
第七十八节 解热药中毒·····	(460)
第七十九节 镇静剂和安眠药·····	(471)
第八十节 蘑菇、致幻剂和兴奋剂·····	(476)
第八十一节 类阿片·····	(480)
第八十二节 环类和新的抗抑郁药·····	(485)
第八十三节 碳氢化合物中毒(石油分馏物)·····	(492)
第八十四节 杀虫剂和其他胆碱能药·····	(498)
第八十五节 腐蚀剂·····	(505)
第八十六节 叮咬伤·····	(510)
第八十七节 烟雾吸入·····	(516)
第十五章 妇产科学·····	(521)
第八十八节 盆腔炎性疾病·····	(521)
第八十九节 性侵害·····	(526)
第九十节 自然流产·····	(530)
第九十一节 异位妊娠·····	(536)
第九十二节 第三个三月期的阴道出血·····	(541)
第九十三节 先兆子痫和子痫·····	(545)
第十六章 外伤·····	(551)
第九十四节 多发性外伤·····	(551)
第九十五节 上颌面部外伤·····	(556)

第九十六节	脊柱和脊髓外伤.....	(562)
第九十七节	头部外伤.....	(568)
第九十八节	外伤性眼科急症.....	(574)
第九十九节	颈部外伤.....	(579)
第一〇〇节	胸部外伤.....	(583)
第一〇一节	腹部外伤.....	(590)
第一〇二节	骨盆骨折与出血.....	(599)
第一〇三节	泌尿生殖系与骨盆外伤.....	(605)
第一〇四节	异物.....	(609)
第一〇五节	孕妇的外伤.....	(613)
第一〇六节	四肢外伤.....	(618)
第一〇七节	手损伤与感染.....	(624)
第一〇八节	烧伤.....	(633)
第一〇九节	伤口处理.....	(641)
第十七章	行为急诊.....	(648)
第一一〇节	急性精神病.....	(648)
第一一一节	抑郁与自杀.....	(655)
第一一二节	狂暴病人的治疗.....	(662)
第十八章	费用控制和风险管理.....	(667)
第一一三节	急诊医学中的费用控制和风险管理.....	(667)
第十九章	医疗控制和灾难管理.....	(676)
第一一四节	医疗控制和灾难管理.....	(676)

第一章 急救医学中的判定

第一节 急救医学中的判定

Vince Markovchick 医学博士

1. 急救医学有任何独特之处吗？

尽管急救医学与所有其他临床专科有明显的交叉,但是急救医学有其独特之处,如病人监护的方式及作出决断的程序。

2. 描述评估一个病人的常规方法

一份全面的病史、体格检查、常规实验室检查、特殊的诊断程序,以及一个确定问题方向的医学记录的简洁表达,和因其相当的全面性而继续为合理的治疗目标较好地监护病人。

3. 为什么在急诊室中常规的方法学是非理想性的？

尽管回顾性调查,发现只有 10%~20% 就诊于急诊室的病人真正患有急症,但是每一个来到急诊室的病人都应该被认为有紧急病症。因此,首位的、最重要的需要明确的问题是,威胁生命的是什么? 常规方法不能保证迅速地回答这个问题。时间的限制也阻止了常规方法在急诊中的运用。

4. 我怎么去确认有生命危险的病人？

以下述三个部分去迅速地确认有生命危险的病人:

- (1) 主诉;
- (2) 在急诊室急救中一组完全和准确的生命体征;
- (3) 有机会对病人望诊、听诊和触诊。

5. 主诉的重要性是什么?

主诉,有时不能直接从病人那里获得,但是可以从病人的家属、旁观者、救护人员或其他在现场者那里得到。主诉会帮助分清问题的总体类型(如心脏的,创伤的,呼吸性的,等等)。

6. 为什么生命体征如此重要?

生命体征是最可靠的、最客观的数据,并立即对急诊人员有用。在伤员拣别分类时,生命体征和主诉,将确定威胁病人生命的最主要点。急救人员应当完全熟悉所有不同年龄层次的正常的生命体征,这是必须的。

7. 正常生命体征的决定因素是什么?

年龄,潜在的身体状况,疾病(如高血压病),目前的治疗(如 β -受体阻滞剂),在对就诊病人作出正常生命体征判断中是要重点考虑的。例如,一个身体状况很好的年轻运动员刚刚遭受重创,在休息、仰卧位情况下脉搏为80次/min时,一定要考虑有明显的失血,因为他的正常脉搏可能是在40~50次/min左右。

8. 为什么需要把现场的生命体征与到达急诊室后的生命体征相比较?

除基本的运输外,大多数有一定监护水平的院外救护系统也对病人提供治疗。因为这种治疗使病人的情况有积极的改变,所以病人到达急诊室后看上去有相当的迷惑性。例如,一个左下腹疼痛急性发作的20岁女性,检查时发现湿冷、出汗、脉搏116次/min、血压78mmHg(10.4kPa),在去急诊室途中经静脉输液1500ml后,生命体

征正常,皮肤没有改变。如果医生没有阅读和注意到救护人员对病人的记录和开始时的生命体征,就会作出这是一个稳定的病人的假定。

9. 什么时候“正常”生命体征是不正常的?

这是指主诉从哪来。例如,一个 20 岁的男性患者主诉他有哮喘并喘了数小时,到达急诊室时的呼吸频率是 14 次/min。而一个呼吸困难和喘息的哮喘症病人的呼吸频率至少为 20~30 次/min。因此在这种情况下,14 次/min 的“正常”呼吸频率表明病人疲劳和呼吸衰竭。

10. 为什么我要对病人进行视诊、听诊和触诊?

在许多情况下,这些措施能帮助确定威胁生命的因素(如:是上呼吸道、下呼吸道,还是循环问题?)。触摸皮肤是很重要的,可以判定是否休克与血管收缩(低血容量或心源性)有关抑或与血管扩张(败血病的、神经性的或过敏性的)有关。听诊会确认威胁生命的因素与下呼吸道有关(例如:支气管痉挛、张力性气胸等)。

11. 一旦已确定危险因素,我要做什么?

立即停止检查并介入到逆转危险因素中去。例如,如果一开始遇到病人就发现上呼吸道阻塞,应采取任何能解除上呼吸道阻塞的措施,如:用吸引器吸痰、决定病人的位置或给病人气管插管。如果是出血的问题,补充血容量和止血(如果可能)是必需的。

12. 已经明确或排除了对病人的直接危险因素,还有什么独特的方法?

在急诊室系统地阐述鉴别诊断必须从可能发生的最严重的情况来解释病人目前的状况,并从这里开始工作下去。例如,一个 60 岁男性出现恶心、呕吐和上腹部疼痛,不要认为这种情况仅是胃肠道不

适引起的,一定要考虑这种情况也可能是急性心肌梗死引起,并采取适当的步骤(例如:开始输液、给病人吸氧和心电监护)去稳定病情,以及排除心肌梗死(一份恰当的病史、体格检查和心电图)。

13. 为什么进行鉴别诊断有时会出现问题?

进行鉴别诊断时的自然趋势是,考虑最常见的或统计学上最可能的情况来解释到急诊室来的病人的开始情况。如果你做到这点,大多数时候你会是对的,但你可能会忽略最严重的,尽管通常是最少见的问题。因此,急救医学的实践中关系到某些健康程度,是你必须考虑到某些可能是最严重的情况,而且,通过正常的排除程序,往往是取得更普通的正确诊断。

14. 在急诊室获得的资料总是诊断所必须的吗?

当然不是。作出最后诊断有时需要数天、数周或数月。想要每一个急诊病人在急诊室中有一个明确的诊断是不合理的。如果你在着手稳定或治疗一个病人前,一定要有一个完全明确的诊断。

15. 假如我不能作出诊断,怎么办?

让病人入院,在病历中如实地记录未能作出最终诊断是明智的。如前所述,急诊医生的职能是区分病人症状中的严重或危险因素,而不是去明确诊断。例如,一个表现为急性腹痛的病人应当被告知,他已经有一份合理的病史、体格检查和诊断,并且在你的判断中没有危险因素和急性外科指征。你所作出的临床诊断是不明原因的腹痛,这样避免常常遇到的给病人贴上诸如胃肠炎标签的陷阱,那个诊断往往是不被病历所支持的。更重要的是,避免给病人造成没有进行一个完整的医疗程序的印象,也会避免病人 3d 后发生阑尾穿孔的严重医疗问题。

16. 问一个慢性复发性的病人, 什么是最重要的问题?

现在有什么不同? 所有看急诊的慢性病人都应当被问及这个问题。经典的例子是偏头疼, 有慢性周期性偏头疼的病人可能不被问及这个问题, 而在这种情况下, 病人得的却是急性蛛网膜下腔出血。病人不会自己告诉你, 他这次头疼不同于慢性偏头疼, 除非你问他。

17. 如何决定病人是否需要住院?

显然医疗条件是第一个考虑因素。必须回答的问题是: “只有通过住院才能满足医疗需求吗?” 例如, 病人需要氧疗或心脏监护吗? 另一个衡量是否住院的因素是, 病人在不住院的情况下能否被安全地观察。例如, 一个头外伤的病人需要在家里跟踪观察, 而他无家可归或是单身汉就不能安全地出院。不幸的是, 付款能力有时也不适当地影响到急诊室的决定。

18. 如果病人不需要住院, 如何作出一个满意的安排?

每一个在急诊室看病的病人都必须交付给一位医生, 或回到急诊室做进一步检查, 不这样做会造成病人的流失。应当给所有的病人适当和特殊的医嘱。

19. 什么是特殊的医嘱?

所有的医嘱都必须包含对病人潜在的最严重的并发症予以提醒。例如, 一个诊断为可能是腰 4~5 椎间盘突出的病人出院时, 一定要指出如果肠或膀胱有任何功能不全的进展, 都必须立即回到医院。这要考虑到腰椎间盘突出最严重的并发症, 中心中线突出致肠或膀胱功能丧失, 并成为急诊神经外科指征。

20. 图表是什么?

图表一定要反映出在本章里对医疗程序的回答。它不需要列出全部不同的诊断。但你一定能从阅读中确定, 确实考虑到了更严重

的诊断。图表也必须包括适当的医嘱。

第二节 心脏骤停和复苏的处理

Charles B. Cairns 医学博士

Steven R. Lowenstein 医学博士、公共卫生硕士

1. 复苏 ABC 指什么?

气道(Airway), 呼吸(Breathing), 循环(Circulation)。

2. 怎样进行心肺复苏(CPR)?

复苏 ABC 原则应当指导和管理所有危重病人的复苏, 包括心脏骤停患者。

(1) 不管在院外或院内发生心脏骤停, 都要给予积极的急救医疗服务。

(2) 开放气道, 运用仰头—抬颏法或仰头—抬颌法。这些方法使下颏前置, 舌根和会厌离开咽喉口。两个方法中的任何一个潮气量都是合适的。为进一步提高气道的通气性, 可用吸引器清理口腔和咽后壁, 并插入口咽或鼻咽导管。

(3) 辅助呼吸, 运用口对口、口对面罩或气囊一面罩呼吸。推荐的技术往往依赖于临床的设施、可用的设备以及救护人员的技术和熟练程度。尽管在这种情况下(如: 在 OR 下)这些技术能不确定地维持通气和供氧, 在急诊设施下它们是不理想的。面罩漏气导致肺通气不足。进一步, 伴随呕吐和吸引, 空气进入胃中, 是一个更新的威胁。为了减少这些危险因素, 给予缓慢的、平稳的呼吸, 充分的呼气, 避免过高的吸气压力。为了压缩食管和降低呕吐和吸入的危险性, 可应用 Sellic 方法(不断地用手指按压环状软骨)。

(4) 在开放气道和开始建立呼吸后, 通过扪颈动脉或股动脉搏