

<<中西医结合急诊内科学>>

图书基本信息

书名：<<中西医结合急诊内科学>>

13位ISBN编号：9787030205421

10位ISBN编号：7030205421

出版时间：2008-1

出版时间：科学

作者：梅广源

页数：254

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<中西医结合急诊内科学>>

### 内容概要

本套书是在原“面向21世纪高等医学院校教材”中西医结合系列教材基础上充实完善而成的第2版教材，已被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医药院校规划教材”。

本书为该套教材新增分册之一，以中西医理论为基础，立足于内科急危重症的中西医抢救和治疗，结合国内外最新研究进展，系统地介绍了常见内科急症的诊断思路和处理原则。

本书采用以现代医学系统疾病为纲，中医病证相对照的方法，对内科急危重症阐述了中医病因病机、西医病理机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、急救治疗等。

书中有机结合中西医学教学内容，分别阐述中西医急诊内容，使中西医理论保持各自的完整性，在提供深度与广度适宜的知识素材基础上，采用辨病与辨证相结合，尝试阐明中医在常见危急重症的切入点，培养学生的中西医结合临床思维。

本书内容具有科学、新颖、实用及可操作性强等特点。

反映了国内外近年来急诊急救研究的新理论、新观点、新知识和新技术。

本书可供全国高等医药院校五年制、七年制学生及研究生使用，也适用于临床医师继续教育的学习提高使用，并可作为急诊科和内科医师常备参考书。

## <<中西医结合急诊内科学>>

### 作者简介

梅广源，教授，主任医师，广东省中医院急诊科主任、导师，教授，享受国务院政府特殊津贴。  
现任中华中医药学会内科热病专业委员会副主任委员、《中国中西医结合急救杂志》副主编、中国药品监督管理局中药药品评审专家委员会委员、广东省中医药学会急诊医学专业委员会主任委员、广东省中西医结合急诊学会主任委员、中国中西医结合学会急救医学专业委员会顾问、中华中医药学会急诊医学专业委员会顾问、中华中医药学会脑病专业委员会顾问。

擅长：内科消化系统急危重症及疑难杂病的救治，消化系统疾病（各型肝炎胃炎胃十二指肠溃疡慢性结肠炎），急性支气管炎，肺炎，糖尿病，甲亢，甲状腺囊肿，甲状腺瘤，慢性肺炎，结石症（胆石肾石）等内科疾病的治疗。

## &lt;&lt;中西医结合急诊内科学&gt;&gt;

## 书籍目录

总序前言第一章 总论 第一节 中西医结合急诊内科学概论 一、中西医急诊医学发展简述 二、中西医结合急诊学的概念和范畴 三、中西医对急危重症病机病理的认识 四、中西医对急危重症的诊断 五、中西医结合急症中医辨证要点 六、中西医结合临床思维 七、中西医结合急诊学的研究现状和发展趋势 第二节 症状诊疗学 一、发热 二、胸痛 三、呼吸困难 四、心悸 五、急性腹痛 六、恶心与呕吐 七、急性腹泻 八、黄疸 九、血尿 十、头痛 十一、眩晕 十二、抽搐与惊厥 十三、晕厥 十四、昏迷第二章 危重症 第一节 休克 第二节 心脏骤停与心肺复苏 第三节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征 第四节 弥散性血管内凝血 第五节 多脏器功能障碍综合征 第六节 脓毒症第三章 呼吸系统急症 第一节 急性上呼吸道感染 第二节 急性呼吸衰竭 第三节 重度持续哮喘 第四节 重症肺炎 第五节 自发性气胸 第六节 大咯血 第七节 急性肺栓塞第四章 循环系统急症 第一节 急性心力衰竭 第二节 恶性心律失常 第三节 急性冠脉综合征 第四节 高血压急症 第五节 急性病毒性心肌炎 第六节 急性感染性心内膜炎 第七节 急性心脏压塞第五章 消化系统急症 第一节 急性肠炎 第二节 急性上消化道出血 第三节 急性胰腺炎 第四节 肝性脑病第六章 泌尿系统急症 第一节 急性尿路感染 第二节 急性肾功能衰竭第七章 血液系统急症 第一节 急性溶血性贫血 第二节 急性出血性疾病第八章 代谢与内分泌急症 第一节 糖尿病酮症酸中毒 第二节 高渗性非酮症糖尿病昏迷 第三节 甲状腺功能亢进危象 第四节 肾上腺危象第九章 神经系统急症 第一节 急性脑血管疾病 第二节 中枢神经系统感染 第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 第四节 急性脊髓炎 第五节 癫痫持续状态 第六节 重症肌无力危象 第七节 周期性瘫痪第十章 水、电解质酸碱平衡代谢紊乱 一、失水 二、水过多和水中毒 三、低钠血症 四、高钠血症 五、低钾血症 六、高钾血症 七、代谢性酸中毒 八、代谢性碱中毒 九、呼吸性酸中毒 十、呼吸性碱中毒第十一章 常见急性中毒及物理因素损害急症 第一节 急性中毒急救总论 第二节 常见药物中毒 一、安眠药中毒 二、亚硝酸盐中毒 三、砒霜中毒 四、常见中草药中毒 第三节 有机磷杀虫药中毒 第四节 有害气体中毒 一、急性一氧化碳中毒 二、窒息性气体中毒 第五节 急性乙醇中毒 第六节 食物中毒 第七节 鼠药中毒 一、敌鼠中毒 二、磷化锌中毒 三、氟乙酰胺中毒 四、毒鼠强中毒 第八节 中暑 第九节 电击伤 第十节 溺水第十二章 常用急诊诊疗技术 第一节 机械通气的临床应用 第二节 常用穿刺术 一、胸膜腔穿刺术 二、腹腔穿刺术 三、腰椎穿刺术 四、深静脉穿刺术 第三节 临时心脏起搏器安装 第四节 气管插管术 第五节 气管切开术 第六节 三腔二囊管压迫止血术 第七节 洗胃术 第八节 急诊输血技术 一、成分输血 二、手术及创伤输血 三、自身输血指南 参考书目附录 常用中西医急救药物 一、急诊常用西药 二、急诊常用中成药

## 章节摘录

版权页：第五节自发性气胸 自发性气胸（spontaneous pneumothorax）是由于肺部或胸膜疾病，使肺组织和胸膜脏层破裂，或者靠近肺表面的微小泡和肺大疱破裂，使肺和支气管内空气进入胸膜腔，称为自发性气胸。

以突然胸痛及呼吸困难起病，气胸发生后胸膜腔内压力增高，可导致不同程度的肺、心功能障碍。

气胸是内科常见急症，男性多于女性，发病率男性为（18~28）/10万，女性为（1.2~6）/10万。

本病属于中医学“喘证”、“胸痛”、“咳嗽”的范畴。

本病常由多种疾病引起。

有外感和内伤两方面，外感为六淫侵袭；内伤可由痰浊、情志、久病而致。

（1）六淫侵袭：六淫侵袭，郁于气道，肺气宣降不利，升降失常，致肺气壅塞，而作喘证。

（2）情志失调：忧思伤脾，中阳失运，酿生痰浊，或郁怒伤肝，肝失疏泄，致气机不利，突发病

。（3）饮食不节：饮食不当，脾胃受损，运化失健，积湿成痰，壅塞气机，发为本病。

（4）劳欲所伤：因年迈体虚或久病体弱，日久导致气机运行失畅，宣降失司。

现代医学根据其病因不同可分为原发性和继发性两型。

（1）原发性自发性气胸：又称特发性气胸。

指肺部常规X线检查未发现明显病变者发生的气胸。

通常由位于脏层胸膜下肺大疱或小囊肿破裂引起，多见于肺尖部。

好发于20~40岁瘦高体型的男性青年，右侧多见，有一定复发倾向。

（2）继发性自发性气胸：常继发于各种慢性肺脏疾病，最常见的病因是慢性阻塞性肺病（COPD）和肺结核。

肺囊性纤维化、支气管哮喘、间质性肺部疾病、肺癌、尘肺、急性细菌性肺炎等均可引起本病。

此型患者肺通气储备功能较差，一旦发生，气胸症状重，影响心肺功能明显，危险性大。

根据脏层胸膜破裂情况及胸腔内压力的变化，自发性气胸可分为三种类型：1）闭合型（单纯性）气胸：胸膜破裂口小，气胸发生后脏层胸膜的破口自行封闭，在呼气和吸气过程中，不再有空气进入胸膜腔。

胸膜腔压力略有增高。

经抽气后，胸膜腔压力可降至负压。

2）开放型（交通性）气胸：脏层胸膜破口较大，且持续存在，在呼吸和吸气过程中空气可自由进入胸膜腔。

胸膜腔内在0cmH<sub>2</sub>O左右上下波动，抽气后观察压力无变化。

3）张力型（高压性）气胸：脏层胸膜呈单相活瓣，呼气时活瓣关闭，胸膜腔内气体不能经破口排出；吸气时活瓣开启，空气经破口进入胸膜腔，致使胸膜腔内空气越积越多，胸膜腔内压力持续升高形成高压，腔内压力常超过10cmH<sub>2</sub>O，甚至高达20cmH<sub>2</sub>O，使肺受压，纵隔向健侧移位，影响心脏血液回流，心输出量下降，通气功能严重受损，呼吸困难严重，故有生命危险，应紧急排气治疗。

1.临床表现（1）症状：发病前部分患者可能有持重物、屏气、剧烈体力活动等诱因，但多数患者在正常活动或安静状态下发生。

典型症状为突然发生胸痛，多局限于患侧，呈针刺样或刀割样疼痛，时有向患侧肩部放射。

伴有不同程度的胸闷、呼吸困难，程度与患者发生气胸前后的肺基础疾病及肺储备功能状况、发生速度、肺压缩程度和气胸类型有关。

若基础疾病严重，肺储备功能差，气胸速度发生快、肺压缩面积大，则出现呼吸困难严重。

一般对于青壮年来说，即使一侧肺被压缩>90%，由于基础肺功能好，也可无明显呼吸困难；而对于基础肺功能差的患者，即使一侧肺被压缩10%~20%，也可见明显的呼吸困难。

张力性气胸胸膜腔内压力骤然升高，肺压缩明显，纵隔移位，对循环功能影响大，可出现严重呼吸困难、大汗淋漓、心悸、血压下降甚至休克。



<<中西医结合急诊内科学>>

编辑推荐

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>