

<<常见急症诊疗思维>>

图书基本信息

书名：<<常见急症诊疗思维>>

13位ISBN编号：9787122135773

10位ISBN编号：7122135772

出版时间：2012-6

出版时间：化学工业出版社

作者：蒋国平，李奇林，倪笑媚 主编

页数：400

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>

<<常见急症诊疗思维>>

前言

近几十年，医学科学技术的发展给急危重症专业带来了可喜的变化：监护设备不断更新，生命支持设备自动化程度不断提高，急危重症的救治新理念不断涌现。

这些硬件设备和科学思想不断现代化给急危重症医务人员提供了更好的施展技术的舞台，也使急危重症的救治成功率大为提高。

随着经济的发展、人民生活水平的迅速提高，对医务人员的救治技术水平也有了更高的要求 and 更多的社会需求。

面对急危重症患者，病因、病情严重程度可能完全不同，有些患者甚至已经或者即将面临生命危险，危急状况就是对我们诊治技术水平的挑战和考验。

需要临床医师当即判断病情是否危急、有无生命危险、是否需要立即采取生命支持治疗措施等，这些均是急危重症诊断救治的特殊性。

所以，对急诊医师的素质要求特别高，不仅需要广泛扎实的医学理论知识、基本实践技能，还要掌握急救技能，先进的监护、治疗技术，更重要的是要有体现优秀急诊医师的过硬的心理素质、掌控应急环境的管理能力和良好的急危重症诊疗思维能力。

如此才能使急危重症患者得到快速诊断、及时治疗，达到快速解除痛苦、挽救生命的效果。

但是，硬件更新容易，医务人员的知识技术水平的更新和现代化的临床思维能力的提高并不容易。

为此，我们参考国内外最新进展，结合数十年在临床一线积累的急危重症诊断救治实践经验，总结临床实践中急危重症诊断救治的特殊规律，编成本书，供读者参考。

本书的编写力求从临床实际出发，根据患者的表现展开临床诊治思路，特别是在急危重症的鉴别诊断方面作了较为详细的阐述。

本书由国内临床第一线的高年资急危重症专业医师编著，注重于结合最新的诊治进展，提炼急危重症救治的临床诊疗思维。

内容涉及急危重症的救治的思维特点，从最急迫的病史询问、体格检查、辅助检查出发，以达到快速、简要、准确、全面地了解病情，使临床医师锤炼出一双“火眼金睛”，能迅速判断急危重症患者的轻重缓急，是否需要急救，是否进行生命支持治疗等，并对疾病的诊断、鉴别诊断、救治措施作了相关介绍，体现了临床实际工作中急危重症诊断救治从症（征）到病或边诊断边救治的诊治规律，有别于其他书籍的从病到病著述特点，从而更有助于读者对急危重症的及时快速诊断、救治形成整体的思路，提高急危重症专业医师的救治水平。

本书适用于内外科专业医师（尤其是急危重症从业人员）、社区医师、全科医师、实习医师、进修医师和医学院校学生阅读、参考使用。

限于笔者水平，虽历经二十个月的反复修改，书中难免有不足之处，恳请广大读者和专家批评指正。

编者 2012年12月

<<常见急症诊疗思维>>

内容概要

本书由国内临床第一线的高年资急危重症专业医师编写，注重于临床急危重症救治的诊疗规律的提炼，并结合最新的诊疗进展，进行病例分析和综合评述。

内容涉及急危重症的救治的思维特点，从最急迫的病史询问、体格检查、辅助检查出发，以达到快速、简要、准确、全面地了解病情，使临床急危重症专业医师迅速判断患者病情的轻重缓急，是否需要急救，是否进行生命支持治疗等，并对疾病的诊断、鉴别诊断、救治措施作了相关介绍，体现了临床实际工作中急危重症诊断救治从症（征）到病或边诊断边救治的诊治规律，有别于其他书籍的从病到病著述的模式，从而更有助于读者对急危重症的快速诊断和救治形成整体的思路，提高急危重症专业医师的救治水平。

本书适用于内外科专业医师（尤其是急危重症从业人员）、社区医师、全科医师、实习医师、进修医师和医学院校学生阅读、参考使用。

<<常见急症诊疗思维>>

书籍目录

第一章 发热

[病例分析1：高热、神志不清1h]

[病例分析2：发热、呼吸困难2天]

第二章 急性咳嗽

[病例分析：咳嗽、胸闷1天，神志不清1h]

第三章 咯血

[病例分析：间断咯血2h，呼吸困难伴神志不清2min]

第四章 胸痛

[病例分析：突发胸痛、胸闷5h]

第五章 急性呼吸困难

[病例分析：呼吸困难2h]

第六章 发绀

[病例分析：头昏、头痛、四肢乏力、青紫1h]

第七章 恶心与呕吐

[病例分析1：恶心、呕吐2h]

[病例分析2：多饮、多食、口干、消瘦5年，加重伴恶心呕吐6天]

第八章 呕血（上消化道出血）

[病例分析：上腹痛伴呕血1天]

第九章 便血（下消化道出血）

[病例分析：腹痛10天，便血5天]

第十章 腹痛

[病例分析：持续性剑突下上腹痛12h，伴突然意识丧失]

第十一章 腹泻

[病例分析：腹泻3天，伴发热2天]

第十二章 严重便秘

[病例分析：便秘伴腹胀7个月]

第十三章 血尿

[病例分析：突发血尿4天，少尿1天]

第十四章 排尿困难

[病例分析：排尿困难、下腹痛1天]

第十五章 少尿或无尿

[病例分析：腹痛、腹胀1天，少尿12h]

第十六章 抽搐

[病例分析：意识障碍伴抽搐1h]

第十七章 昏迷

[病例分析：突发昏迷半小时]

第十八章 眩晕

[病例分析：发作性眩晕3天，加重1天]

第十九章 急性头痛

[病例分析：持续性头痛5天，伴抽搐2min]

第二十章 急性瘫痪

[病例分析：高处摔落致双下肢不能活动5h]

第二十一章 急性中毒

[病例分析：腹痛、恶心、呕吐、腹泻2天]

第二十二章 烧伤

<<常见急症诊疗思维>>

[案例分析：煤气泄漏爆炸至全身烧伤3h]

第二十三章 多发创伤

[案例分析：头部木棍击伤流血十余分钟，输注治疗时出现发热、神志不清、烦躁不安]

第二十四章 低血压

[案例分析：高处坠落致颈部、四肢活动障碍1天，伴抽搐2h]

<<常见急症诊疗思维>>

章节摘录

版权页：插图：发热的定义及概述：发热是指病理性体温升高，是人体对于致病因子的一种全身性反应。

正常人体温范围：口腔温度（舌下测量） $36.3 \sim 37.2$ ，直肠温度（肛门测量） $36.5 \sim 37.7$ ，腋下温度（腋窝测量） $36.0 \sim 37.01$ 。

不同个体的正常体温略有差异，正常体温一昼夜间有轻微的波动，晨间稍低，下午稍高，但波动范围不超过 1°C 。

当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时，体温升高超出正常范围，称为发热。

短于2周为急性发热。

尤其对急性发热病人首先要排除不明原因发热的传染性疾病，如非典型肺炎、禽流感、登革热、流行性脑膜炎等。

诊疗思路：一、年龄、性别、职业 体温可随年龄与性别有生理性变异，如小儿的代谢率较高，其体温可较成年人稍高。

老年人代谢率较低，其体温低于青壮年；妇女月经期体温可较平日为低，而在排卵期与妊娠期较平时为高。

饮食、剧烈运动、突然进入高温环境、情绪激动等，均可使体温稍高。

这些体温的改变为暂时性，无临床意义，但在确定发热之前，必须予以识别。

1. 年龄（1）儿童6岁以下患儿，感染性疾病的发病率最高，特别是原发性上呼吸道、消化道、泌尿道感染或全身感染；6~14岁，除感染外，急性白血病、结缔组织—血管性疾病和小肠炎症性疾病较为常见。

儿童发热易发生抽搐与高热惊厥。

（2）青壮年14岁以上成人，感染性疾病仍占首位，但肿瘤性疾病的发病率明显增高。

感染性疾病除呼吸道、消化道、泌尿道的细菌、病毒等感染病因外，结核、伤寒、局灶性脓肿、败血症等也较为多见。

肿瘤性病因常见的有恶性组织细胞病、恶性淋巴瘤、急性白血病、原发性肝癌。

血管—结缔组织疾病病因常见的有系统性红斑狼疮（SLE）、风湿热、类风湿关节炎、成人斯蒂尔病（Still病）。

（3）老年人老年人发热，感染性病因常见的有局灶性脓肿、结核、败血症。

老年人肿瘤性病因中以实体瘤占首位，其次是恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病。

老年人血管—结缔组织疾病中以巨细胞动脉炎占首位。

老年人的体温和循环模式发生改变，与正常中青年人不完全一致，由于其基础体温较低，有时发生感染时无明显发热，仅表现为不明原因的活动能力下降，精神和意识状态改变；体温轻度升高即可能有严重感染或疾病，中度发热即可发生意识模糊和谵妄，应予注意。

<<常见急症诊疗思维>>

编辑推荐

《常见急症诊疗思维(实例版)》适用于内外科专业医师(尤其是急危重症从业人员)、社区医师、全科医师、实习医师、进修医师和医学院校学生阅读、参考使用。

<<常见急症诊疗思维>>

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>