

图书基本信息

书名：<<避免急诊科常见错误（中文翻译版）>>

13位ISBN编号：9787030344823

10位ISBN编号：7030344820

出版时间：2012-6

出版时间：科学出版社

作者：（美）马图 等主编，李春盛 主译

页数：664

字数：980000

译者：李春盛

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>

内容概要

本书是针对急诊科常易出现的错误与问题编写而成。

全书共列举了急诊工作中易出现的398个问题，并对其进行分析和处理，提醒急诊从业者避免犯类似的错误。

任何一位医师或职业者在其职业生涯中均会犯一些错误。

古人云：“人非圣贤，孰能无过。

”“有则改之，无则加勉。

”急诊是项高风险、高强度的工作，在有限的时间内和混乱的环境中，对急危重病做出正确的诊断和处理，实属不易。

人常说：“万密必有一疏。

”本书就是针对这一“疏”而写的，可供广大急诊从业人员参考阅读。

作者简介

李春盛，男，1984年12月毕业于第四军医大学心血管内科，获医学硕士学位，现任首都医科大学急诊医学系主任、附属北京朝阳医院急诊科科主任、教授、博士生导师；承担包括国家自然科学基金项目和首发基金重大项目在内各项科研课题6项；以第一作者和通讯作者共发表科研论文290余篇，其中核心期刊230余篇；SCI期刊14篇，在报刊发表科普文章80余篇；主编专著9部，副主编3部，参编10余部，主编科普读物4部，主译4部；共获科技进步奖10项，其中二等奖2项。

1997年获国务院政府特殊津贴；2004年获北京市“十百千人才工程”“十”层面奖励；2006年获第三届中国医师奖；2008年获首都五一劳动奖章。

任中华医学会急诊医学分会主任委员；中国医师协会急诊医学分会副会长、北京医学会急诊医学专业委员会主任委员；北京医师协会急诊医学专业委员会主任委员；美国急诊医学会会员，中国中西医结合学会急诊医学专业委员会常委；全国复苏组组长；中国毒理学会中毒救治专业委员会副主任委员；卫生部继续医学教育委员会学科组急诊组组长；在《中华急诊医学》杂志、《中国危重病急救医学》杂志等10余家杂志任副主编、常务编委及编委。

书籍目录

第一章 腹部/胃肠道第一节 如何在评估腹痛患者时获得正确的影像学资料第二节 切勿忽视乙状结肠扭转第三节 善用小肠梗阻急诊处置中的静脉液体复苏法第四节 急诊中切勿忽视无痛性黄疸的致命性第五节 监护中肝功能衰竭患者的药物治疗第六节 切勿忽视看起来“气色不错”的肝病发生自发性细菌性腹膜炎的可能性第七节 CT扫描在护理急性胰腺炎患者中所起的协助引导作用第八节 走出胆管炎诊断与治疗的误区第九节 诊治右上腹部疼痛患者时切勿过度依赖超声检查第十节 当急诊出现ERCP后综合征时需了解要寻找什么第十一节 了解胆囊切除术后疼痛的鉴别第十二节 不要被急性阑尾炎的非典型表现误导第十三节 不要畏惧对可疑阑尾炎的孕妇进行放射检查第十四节 炎症性肠病患者腹痛勿认为是正常现象第十五节 给腹痛患者适当剂量的镇痛剂第十六节 不要认为老年患者的任何一种腹腔内疾病都有“典型”表现第十七节 了解如何对上消化道出血的患者进行风险分层第十八节 积极处理急性静脉曲张出血第十九节 不要忽略直肠出血和疼痛的致命原因第二十章 不要过高估计超声聚焦评价检查的价值第二十一章 当移植患者出现腹痛,不要寄希望于“典型”症状第二十二章 当怀疑肠系膜缺血时要迅速采取行动第二十三章 迅速处理脱落胃管第二十四章 在急诊中迅速诊断并处理腹外疝患者第二十五章 急性憩室炎很常见,因此要深入了解此病第二十六章 知道如何用超声来诊断腹主动脉瘤破裂第二章 气管/镇静第一节 快速诱导插管时要反复检查药品用量第二节 不要单独依靠临床检查来确定气管插管是否正确第三节 恰当使用气管插管管芯第三章 过敏第一节 注意过敏反应的非典型表现第二节 警惕过敏反应的二次发作第三节 对于过敏反应的患者知道如何正确使用肾上腺素第四节 对于肾上腺素治疗无反应的过敏反应患者要考虑 受体阻断剂的增强作用第五节 当发生过敏反应的患者出院时要给予恰当指导、处方和随访第六节 密切注意药物过敏反应第四章 医疗服务计费第一节 处理复杂的患者的服务分级并不总是5级第二节 重症患者计费并不在什么特殊的地方第三节 不要依赖学生的记录第四节 在系统回顾部分知道要记录什么第五节 停止对抗改变,电子病历将要扎根第六节 要知道急诊表格病历的作用和自己要关注什么第五章 心血管第一节 若患者表现出胸痛和缺血性心电图改变,请考虑主动脉夹层动脉瘤的可能性第二节 一定要密切关注急性胸主动脉夹层动脉瘤患者的血压第三节 切勿将房颤与多灶性房性心动过速混淆起来第四节 应知道如何处置房颤患者的病情第五节 切勿混淆莫氏 型和莫氏 型房室传导阻滞第六节 切勿被心电图中心律失常的假象所蒙蔽第七节 慎重对待沃尔夫-帕金森-怀特综合征第八节 切勿依赖心电图或临床资料来区分室性心动过速和室上性心动过速的传导异常第九节 了解伪似室性心动过速,做到对症下药第十节 切勿以为急性冠状动脉综合征患者一定会有胸痛症状第十一节 切勿因胸痛患者年轻就排除是心脏的原因第十二节 不要忘记考虑胸痛患者中冠状动脉疾病的“非传统式”危险因素第十三节 切勿忘记急性胸痛的非冠状动脉原因第十四节 切勿草率地将近期出现过情感纠纷的胸痛患者归因于“焦虑”第十五节 决不要仅凭肌钙蛋白阴性或不确定的结果排除急性冠状动脉综合征第十六节 切勿忽视肾功能衰竭患者的阳性肌钙蛋白第十七节 切勿想当然认为新近血管造影为“阴性”就绝对可以排除急性冠状动脉综合征第十八节 切勿想当然认为新近负荷试验为阴性就绝对可以排除急性冠状动脉综合征第十九节 务必要对下壁心肌梗死患者进行心脏右路心电图检查第二十章 不要忘记对下壁心肌梗死伴右心室缺血给予恰当的治疗第二十一章 关于心电图诊断急性ST段抬高型心肌梗死时不要依赖“对应”改变第二十二章 在急诊科不要依赖一个单纯的心电图评估胸痛第二十三章 警惕心电图导联错误放置第二十四章 不要忘记引起ST段抬高的非ACS病因第二十五章 会看安装有起搏器的急性心肌梗死患者的心电图结果第二十六章 急性充血性心力衰竭时过量静脉使用硝酸甘油第二十七章 可卡因相关的心肌梗死时避免使用 受体阻滞剂第六章 临床实践第一节 经常向患者讲述病情,让他们了解自身的医疗状况第二节 争做高效团队——护理展望第三节 认知偏倚第四节 避免不见患者的会诊第五节 用直接的方式转达坏消息比较好第六节 要懂得如何在急诊科处理流行性感冒第七节 学会如何与会诊医师恰当地打交道第八节 在急诊科工作,要将“为患者服务”的理念放在首位,否则你不久就会换一份新工作!第九节 要知晓决策疲劳及如何影响你的临床判断第十节 要知晓急诊拥挤的成本第十一节 知晓中等水平从业者的文件材料要求第七章 紧急医疗系统第一节 快速转运与就地抢救:对于创伤患者哪一种是最佳方法第二节 对患者来说转送到最近的机构并不总是最好第八章 眼、鼻、咽喉第一节 注意嘴(第一部分):处理口腔骨结构创伤时当心陷阱第二节 注意嘴(第二部分):处理口腔软组织创伤时当心陷阱第三节 非创伤性牙痛常见,知道如何恰当治疗第四节 知道如何

诊断和治疗各种牙科创伤第五节 认识新发头痛患者常见诊断研究的局限性第六节 认识威胁生命的头痛的危险信号第七节 记住这些有助于治疗儿童鼻腔异物的简单有效措施第八节 认识眼眶骨折体检的结果并知道何时进行电脑断层扫描第九节 绝对不要将面部骨折当成“简单的”面部骨折第十节 下颌骨折的最优处理需要了解解剖、骨折模型的流行病学及对相关损伤的精准评估第十一节 勿把呼吸窘迫是否存在作为诊断咽后脓肿的依据第十二节 警惕会厌炎,这种疾病并未灭绝第十三节 认识到吸入异物的症状并合理安排正确的诊断性实验第十四节 运用有组织性的方法来治疗鼻出血将会简化你的工作第十五节 不能根据脑CT的结果而排除眩晕的某些严重起因第十六节 不要忘了,中耳炎可能存在一些潜在的严重并发症第十七节 谨慎处置耳创伤以避免耳整形及功能损伤第十八节 小儿鼻窦炎:不必给予每个流鼻涕的儿童抗生素治疗第十九节 非创伤性红眼:不一定总是结膜炎第二十节 高度谨慎处理眼睑撕裂伤第二十一节 头痛时不要随意除外颞动脉炎第九章 环境医学第一节 认识严重低体温患者复苏的差异第二节 了解低体温患者复苏的基本知识第三节 对冻伤的处置一定要防止进一步的组织损伤第四节 警惕包括初始表现为良性的蛇咬伤第五节 认识急性高原病的症状并记住降低高度是唯一确切的治疗第六节 不要过度液体复苏中暑的患者第七节 烟雾吸入:除了气管保护外还应有其他治疗措施第十章 老年医学第一节 警惕老年急性冠状动脉综合征的不典型表现第二节 老年患者腹部疼痛:警惕,格外警惕第三节 老年患者应考虑甲状腺疾病第四节 不要遗漏老年患者的隐匿性髌骨骨折第五节 认识到老年患者有很高的跌倒风险第六节 不要将老年患者的谵妄误诊为痴呆第七节 不要忘记忽视是老年虐待的一种第八节 不要害怕为老年疼痛患者提供强力治疗第九节 要非常小心老年患者的用药剂量第十节 注意老年患者多种药物共用的风险第十一章 血液病/肿瘤第一节 积极使用血小板、IVIG和激素处理ITP患者的出血第二节 识别血栓性血小板减少性紫癜并避免给予“膝腱反射”性血小板输入第三节 识别儿科患者的急性胸腔综合征第四节 积极处理肿瘤溶解综合征第五节 努力寻找中性粒细胞减少患者的发热原因第六节 早日给予中性粒细胞减少并发热的患者抗生素治疗第七节 不要在血友病患者急诊情况中使用过低剂量的因子替代治疗第八节 不要对镰状细胞贫血患者的微血管闭塞疼痛危象过度检查或治疗不足第九节 在所有伴有背痛的肿瘤患者中排除肿瘤性脊椎压缩第十二章 感染性疾病第一节 关于治疗社区获得性MRSA皮肤软组织感染的思考第二节 坏死性软组织感染的快速诊断和治疗第三节 知晓接触急诊HIV患者后的预防第四节 多种药物联合疗法用于HIV暴露后预防第五节 早期诊断和治疗全身炎症反应综合征和脓毒症至关重要第六节 脓毒症休克的积极补液策略第七节 血管升压药物对脓毒症的适当应用第八节 应用适当的抗病毒药物治疗流行性感冒第九节 在出现瘀点、瘀斑或其他特征性表现前考虑侵袭性脑膜炎球菌病第十节 迅速并积极地处理脑膜炎(第一部分)第十一节 迅速并积极地处理脑膜炎(第二部分)第十二节 不要被对腹泻的传统观念误导第十三节 中毒休克综合征:不要犹豫——复苏第十四节 不要给低危患者预防性抗生素,过敏反应可能比心内膜炎更危险第十五节 心内膜炎的早期诊断和适当治疗第十六节 不要忽略导管相关的血行性感染第十三章 法律问题第一节 允许患者拒绝照顾之前,确定是否有决策能力第二节 不要忽视护理记录第三节 只要有可能,知情同意应在急诊科实施第四节 在急诊要知道未成年人和青少年的法律同意书第五节 要知道你的合同中都有什么内容第六节 要知道你对那些“没有筛检而选择离院”患者的责任第七节 在治疗患者和配合执法人员工作之间保持适当的平衡第八节 不要和你患者的律师进行交谈,除非你的律师也在场第九节 彻底了解《紧急医疗和劳动法》第十节 了解基本的医疗纠纷并避免它第十一节 了解健康保险流通与责任法案的隐私规则第十四章 代谢/内分泌第一节 酸-碱:阴离子间隙正常不能排除酸中毒第二节 给予生理盐水是治疗低钠血症的方法第三节 不要当患者躺在CT扫描仪上时才发现血糖低第四节 不要忘了给一些低血糖患者服用奥曲肽第五节 不要只关注酮症酸中毒患者的血糖水平第六节 不要依赖直立体位的生命体征诊断脱水第七节 特别提醒注意非酮症高血糖高渗透压综合征第八节 治疗高钾三步走:稳定、再分布、清除第九节 识别甲状腺功能检查的程序与意义第十节 如何理解尿酮体与血丙酮酸检查的局限性第十一节 治疗低钾时原则的理解第十二节 应用静脉血气分析优于动脉血气分析第十五章 其他第一节 对“频飞乘客”主诉不要打折扣第二节 内科药物滥用和忽视第三节 确保患者和第三方远离伤害第四节 理解来自电击枪支伤害的危险第十六章 肌肉骨骼第一节 对关节肿胀患者行关节穿刺术要降低适应证要求第二节 不要假设诊断化脓性关节炎时滑液的检查是100%准确的第三节 是否单关节疾病都已清楚了——结晶性关节炎也不能排除脓毒性关节病第四节 了解导致患者死亡的背痛的原因第五节 总是腰痛的患者应考虑马尾综合征可能第六节 绝不能错过骨筋膜室综合征——评估的要点和陷阱第七节 患者有髌部疼痛伴不能行走,

即使平片阴性也要考虑髌部骨折可能第十七章 神经系统第一节 对所有短暂脑缺血高危患者的识别第二节 对急性吉兰-巴雷综合征患者床旁监护第三节 谨防急性脑卒中的合并症和并发症第四节 不要漏诊脑静脉血栓第五节 不要被类似脑卒中表现所愚弄第六节 不要混淆中枢性和外周性第七节 对神经麻痹第七节 不要将血压升高性头痛和高血压脑病混淆第八节 不要忘记考虑亚临床癫痫持续状态第九节 不要将晕厥错当成癫痫发作第十节 不要忽视眩晕的中枢性原因第十一节 不要依赖X线平片或CT排除脊髓压迫症第十二节 不要仅仅依靠CT排除蛛网膜下腔出血第十三节 给予脑膜炎和脑膜脑炎的患者适当的抗生素第十四节 脑卒中患者要小心使用纤溶剂第十八章 产科/妇科第一节 当诊断所需时不要拒绝为孕妇进行放射线影像检查第二节 在急产时为减少肩难产应避免增加宫底压力第三节 对伴有呼吸短促的孕妇应考虑围生期心肌病第四节 了解甲氨蝶呤在宫外孕治疗中的适应证和禁忌证第五节 不孕治疗的并发症第六节 注意产后头痛第七节 关注非产科因素的腹部症状第八节 卵巢扭转:触诊的诀窍第九节 记住子痫可以发生在产后和没有先兆子痫病史的妇女第十节 不要放弃对临床怀疑异位妊娠但 β -HCG低的患者行盆腔B超检查第十一节 围死亡期剖宫产第十二节 盆腔炎症性疾病是一个较难诊断的疾病:CDC建议第十三节 孕期和产后肺栓塞第十四节 不要误解妊娠患者的生命体征第十五节 孕晚期孕妇经受任何程度的创伤后均应监护第十六节 每个产后患者均需注意处理产后出血情况第十九章 儿科第一节 儿科复苏的简单“原则”第二节 保持干燥、保温及正确体位在婴儿复苏过程中具有和ABCs同等的重要性第三节 不是所有喘息的儿童都是哮喘第四节 儿童气道不仅仅是“小成人”气道第五节 不要认为所有的喘鸣都是格鲁布性喉头炎第六节 认识儿童烧伤与成年人烧伤的不同点第七节 不要忘记那些简单但是很容易造成儿童激惹的原因第八节 对儿童实施正确的镇静第九节 不要漏诊肠套叠,而且要知道如何诊断及治疗这样的患者第十节 发生腹部钝伤的患儿不要漏诊腹部损伤第十一节 发生“休克”的新生儿:不能仅仅考虑是发生了脓毒症第十二节 谨防发生儿童复苏治疗时可能出现的药物剂量错误第十三节 急诊对发热新生儿的治疗决定不能单独依靠患者的临床表现或者是实验室检查第十四节 对年龄

章节摘录

版权页：插图：当评价急诊妊娠的阑尾炎患者时，应当进行任何有临床指征的影像学检查，不能因为胎儿的辐射暴露问题而弃母亲的健康于不顾。

孕妇出现腹痛来到急诊，当选择放射学检查进行评价时，要考虑到这不仅会对患者本身带来影响，也会影响到正在成长的胎儿。

尽管美国放射学会因超声检查不存在非电离辐射，而推荐其为最安全的评价手段，医生也不能害怕对孕妇进行计算机断层扫描（CT）。

当超声漏诊可能引起母亲的发病/死亡时，运用CT扫描可提高诊断的准确性并可更及时地进行手术干预。

美国妇产科学会（AcOG）1995年证明无论在怀孕的哪一阶段，大于50rad（0.5Gy）的辐射暴露都可对胚胎造成显著危害。

但推荐发育最敏感阶段（孕18~40天）的出生缺陷的暴露阈值为20rad（0.2Gy）。

此外，孕8~15周是引起智力缺陷的最敏感时期。

因此，ACOG建议在考虑放射检查时应当明确孕周情况，并报道5rad（0.05Gy）的辐射在怀孕的任何时期都不会增加胎儿畸形或流产的概率，因此，将其作为辐射暴露的限制量。

文献报道，一次X线胸片对胎儿的辐射剂量约为0.02~0.07mrad，而腹部CT的放射量达3.5rad。

在怀孕时，由于前腹壁被抬高伸展，使任何潜在的感染都不能与腹膜壁层接触，因此腹膜刺激征通常为阴性。

此外，腹腔器官被增大的子宫所占据，引起脏器相对非孕期解剖位置的改变。

怀疑有阑尾炎的孕妇并不会表现出与非孕期一样的典型症状和体征。

对孕期阑尾炎患者推荐将分级压迫超声（graded compression ultrasonography）作为诊断的辅助检查，但怀孕的腹部会限制阑尾成像效果。

报道称超声在诊断阑尾炎方面的敏感性和特异性分别高达100%和96%。

然而Lazarus等通过CT检查，发现35%腹痛女性确诊为阑尾炎，而30%超声检查阴性的女性患者被证实存在阑尾炎。

这一研究证明CT确诊阑尾炎的阴性预测值为99%。

有报道称阑尾炎穿孔患者发生流产的风险为20%。

因此阑尾炎的诊断对于母亲和胎儿的发病和死亡都至关重要。

因此，当临床高度怀疑阑尾炎，而超声报告阴性时，应考虑进一步行腹部CT以明确诊断。

之前笔者已经提到过，CT的辐射暴露量仍低于ACOG推荐的阈值。

MRI能否作为孕期阑尾炎诊断的放射学检查手段还处于争议之中。

虽然国家放射保护协会尚无其对胎儿有害的记录，但MRI的应用尚未经过全面的研究。

当超声诊断不确定时，MRI可用于辅助诊断，其敏感性和特异性分别可达100%和94%。

然而MRI在评价阑尾炎时通常需要自由形态的钆作为造影剂，其可对胎儿产生毒性作用。

总之，尽管MRI是评价病情的好方法，许多放射学家还是更推荐CT来评价超声不能确诊的阑尾炎孕妇。

综上所述，如果临床高度怀疑孕妇发生阑尾炎时，首先应行超声检查。

如果超声不能确诊，且认为阑尾炎可能性较大，则需对其进行腹部CT扫描，因为风险评估在评价患者和胎儿的风险一效益比时至关重要。

因此，下一次如果有影像科医生反对你对超声检查阴性而临床高度怀疑阑尾炎的孕妇进行CT扫描时，你可以告诉他，他的同事们已经发表论文推荐进行此项操作了。

不要害怕进行CT检查，因为如果是阑尾炎的话，你就同时拯救了患者和胎儿。

编辑推荐

《避免急诊科常见错误(中文翻译版)》为帮助医务人员尽量少出差错,我们重点总结了那些最常发生的、最有可能给患者造成潜在伤害的及最有可能造成法律纠纷的问题。这些差错和隐患按脏器系统分类。另外,还有一部分是急诊临床实践中面临的非医学问题,比如正确地完成医疗记录、与会诊医生沟通、与律师合作等也包含在内。我们希望这些内容不要被一口气读完,而是在几周或几个月内慢慢阅读。因此,有一些内容在书中有所重复,以凸显其重要性。

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>