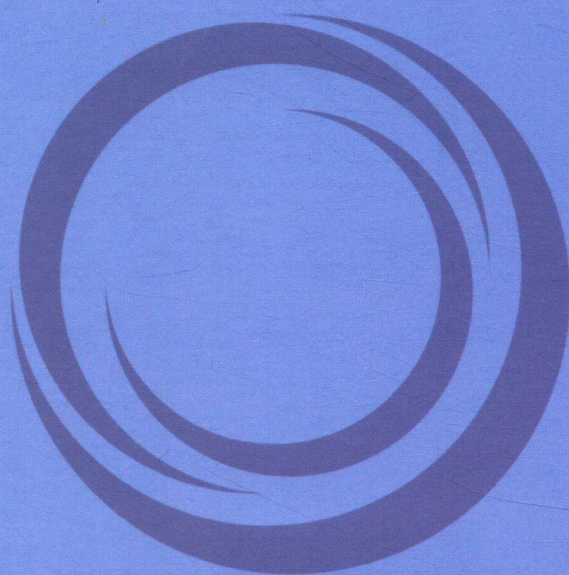


精编临床 急危重症救治学 (下)

张永鹏等◎主编



吉林科学技术出版社

精编临床急危重症救治学

(下)

张永鹏等◎主编

第十三章 急诊常见症状的评估与救治

第一节 急性胸痛

急性胸痛是急诊科常见症状,病因繁多,严重性悬殊极大。胸痛包括非创伤性和创伤性胸痛,本节所讲的主要是非创伤性胸痛。急性非创伤性胸痛既包括任何解剖学胸部范围内的原因所导致的任何不适,也包括躯体其他部位疾患放射至胸部的疼痛。不同病因所致急性胸痛的危重程度差异巨大,疼痛程度常与预后不完全平行,诊治措施的不同可致预后相差甚大。

一、病因

常见致命性病因包括:急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)、主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸;常见低危性病因包括:稳定型心绞痛、自发性气胸、反流性食管炎、食管裂孔疝、胆结石、胆囊炎、急性肋软骨炎、心脏神经症、胸膜炎、心包炎等。其中,ACS是致命性非创伤性胸痛的最常见病因,占90%以上。具体病因见表13-1。

表 13-1 急性胸痛的病因

分类		病因
心血管系统疾病		急性冠状动脉综合征、稳定型心绞痛、心肌炎、梗阻性肥厚型心肌病、急性心包炎、二尖瓣病变、主动脉瓣狭窄、主动脉夹层、主动脉瘤破裂、主动脉窦瘤破裂、肺栓塞、肺动脉高压、梅毒性心血管病等
非心血管系统疾病	呼吸系统疾病	气胸、胸膜炎、胸膜肿瘤、血胸、血气胸、脓胸、肺炎、急性气管支气管炎、肺癌等
	消化系统疾病	反流性食管炎、食管裂孔疝、食管癌、胆结石、胆囊炎、肝癌、肝脓肿等
	胸廓疾病	急性肋软骨炎、肋间神经炎、带状疱疹、急性皮炎、蜂窝织炎、肌炎、非化脓性肋软骨炎(Tietze病)、肋骨骨折、胸椎疾病、流行性胸痛(Bornholm病)、胸腹壁血栓性静脉炎(Mondor病)等
	纵隔疾病	纵隔气肿、纵隔炎、纵隔肿瘤等
	其他病变	颈椎疾病、膈疝、膈下脓肿、急性白血病、多发性骨髓瘤、强直性脊柱炎、脾梗死、心脏神经症等

二、病情评估与危险分层

(一)病情评估

对急性胸痛患者,应立即评估意识、呼吸、脉搏、心率、血压、氧饱和度等基本生命体征,“先挽救生命、再辨别病情”,识别引起胸痛的致命性疾病。

1. 识别危及生命的症状和体征 包括无脉搏、呼吸困难或停止、突发晕厥或抽搐、发绀、大汗淋漓、血压<90/60mmHg、氧饱和度<90%、咳粉红色泡沫样痰、双肺湿啰音、四肢湿冷等,需立即抢救。

2. 初步识别 ACS 和非 ACS 疾病 无危及生命的情况或经抢救处理生命体征稳定后,识别胸痛的病因。

提示 ACS 的胸痛特征:胸痛为压迫性、紧缩性、烧灼感或沉重感;无法解释的上腹痛或腹胀;放射至肩部、背部或左臂或双上臂、颈部、下颌、牙齿、耳;胃灼热(烧心),胸部不适伴恶心

和(或)呕吐,伴持续性气短或呼吸困难;伴无力、眩晕、头晕或意识丧失,伴大汗。须注意,女性、糖尿病患者和老年患者有时症状不典型。

提示非 ACS 疾病的胸痛特征:以胸闷、呼吸困难、咯血为主,伴有轻微胸痛;刀割样或撕裂样胸痛,部位随时间延长向上或下逐渐移动;胸痛为锐痛,与呼吸或咳嗽有关;疼痛部位多变、不固定;胸痛与体位或按压身体局部有关;胸痛的持续时间很短(<15s)。非典型胸痛不能完全除外 ACS。

3. 尽早完成体格检查 主要注意颈静脉有无充盈、胸痛与呼吸的关系、双肺呼吸音是否对称一致、双肺有无啰音、双上肢血压是否一致、心音是否可听到、心脏有无杂音、腹部有无压痛和肌紧张等情况。

4. 了解相关病史 向患者本人或其家属了解病史,包括此次胸痛发作时间,既往胸痛史,既往心脏病、糖尿病和高血压等病史,既往药物治疗史,既往药物过敏史等情况。

5. 尽早完成相关辅助检查 10min 内完成第一份心电图,并尽快完成血气分析、心肌损伤标志物、D-二聚体、肝肾功能、血常规、血生化等实验室检查;患者身体条件许可情况下,完成床旁胸部 X 线、床旁超声心动图、主动脉增强 CT 或胸部 CT 检查等。

(二)危险分层

评估病情的同时开展危险分层。存在危及生命的症状或体征时应评估为极高危,需立即抢救。经抢救生命体征稳定后,应早期初步诊断,怀疑为 ACS、主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸等的患者应评估为高危患者,需迅速检查治疗,避免病情恶化;考虑为其他疾病,如自发性气胸、带状疱疹、急性肋软骨炎等往往不会危及生命,可评估为低危患者,应逐步完善检查,对症处理。

若判断为 ACS,需进一步进行评分以评估危险性,这对于判断 ACS 患者预后有重要意义,并可指导选择合理的临床治疗方案。目前常用的 ACS 危险分层评价方法包括:心肌梗死溶栓治疗(thrombolysis in myocardial infarction, TIMI)评分和全球急性冠状动脉事件注册(global registry of acute coronary events, GRACE)评分。

1. TIMI 评分 TIMI 评分包括 7 项指标:年龄≥65 岁;至少具有 3 个冠心病危险因素;冠状动脉狭窄≥50%;心电图 ST 段变化,24h 内至少有 2 次心绞痛发作;7 天内使用阿司匹林;心肌损伤标志物水平升高。每项指标计 1 分,相加后得到 TIMI 危险计分(表 13-2)。低危:0~2 分;中危:3~4 分;高危:5~7 分。

表 13-2 不同 TIMI 危险计分的心血管事件发生率

TIMI 危险计分(分)	心血管事件* 发生率(%)
0、1	4.7
2	8.3
3	13.2
4	19.9
5	26.2
6、7	40.9

* 心血管病事件包括 14 天内的总的死亡、新发生或复发的 MI,严重缺血需紧急血运重建

2. GRACE 评分 GRACE 评分系统包括 8 项指标:年龄、心率、动脉收缩压、血肌酐、心电图 ST 段变化、心功能 Killip 分级、入院时心搏骤停、心肌损伤标志物水平升高。GRACE

评分系统虽较为复杂,但其变量容易获得,且评分可通过向相应软件输入变量直接得到。GRACE 评分>140 分者考虑为病情危重,需行急诊介入手术。

三、诊断思路与流程

(一)根据病情,判断患者胸痛的病因性质

1. 心血管系统疾病

(1)心脏疾病:如 ACS、肥厚型心肌病、主动脉瓣狭窄、二尖瓣脱垂、二尖瓣狭窄。多在劳累、情绪波动、饱食、排便、输血输液等增加心脏负荷诱因下出现,常表现为心前区或胸骨后压榨样剧痛,持续时间多在 10~15min 以内,严重者在 20min 以上,可伴肩臂、后背、腹部、下颌等放射痛。疼痛可在休息、含服硝酸酯类药物后逐渐缓解。辅助检查:心电图可有 ST-T 段缺血改变,或心肌酶学有动态变化;心脏彩色多普勒超声有助于诊断心肌病、心脏瓣膜病变。

(2)心包炎:咳嗽、体位变化可使疼痛加剧,早期即有心包摩擦音,心电图除 aVR 外,其余导联均有弓背向下的抬高,T 波倒置,无异常 Q 波。

(3)主动脉夹层:胸骨后持续性剧痛,疼痛一开始即达高峰,常放射至背、肋肋、腹、腰和下肢,两上肢血压和脉搏可有显著差异,可有主动脉瓣关闭不全的表现,但一般无心肌酶学显著升高,行主动脉增强 CT 和超声检查有助于诊断。

(4)肺栓塞:可发生胸痛、咯血、呼吸困难和休克,但有右心负荷急剧增加的表现如发绀、肺动脉瓣区第二心音亢进、颈静脉充盈、肝大、下肢水肿等,心电图典型表现为 $S_I Q_{III} T_{III}$ 征(即 I 导联 S 波加深,III 导联出现 Q/q 波及 T 波倒置),肺动脉增强 CT 检查有助于鉴别。

2. 呼吸系统疾病

(1)胸膜炎和累及胸膜的肺炎:为炎症累及壁胸膜所致,为单侧和刀割样锐痛,吸气时加重,行胸部 CT 检查可帮助鉴别;

(2)自发性气胸:多见于瘦高体型男性青壮年,X 线检查可见局部肺纹理消失,行胸部 X 线、CT 检查有助于诊断。

3. 消化系统疾病 可根据病史、诱因、体格检查、心电图、血清生化标志物、CT 和超声、胃镜检查等协助诊断。

4. 胸廓疾病

(1)颈、胸椎骨质增生,椎间盘突出,胸脊髓外肿瘤压迫神经后根,疼痛常呈持续性,有神经压迫症状,可行 CT 检查明确诊断。

(2)带状疱疹:可见数个或成簇的水疱沿一侧肋间神经分布并伴剧痛,疱疹不超过体表中线。

5. 纵隔疾病 纵隔气肿常表现为剧烈胸痛,向肩部放射,伴呼吸困难、发绀,可有皮下气肿,常因食管穿孔所致,可行胸部 CT 检查鉴别。

(二)诊断为 ACS 者,进一步明确亚型

1. ST 段抬高型心肌梗死(ST-elevation myocardial infarction, STEMI) 根据症状、心电图 ST 段抬高或新发左束支传导阻滞等典型改变,结合心肌损伤标志物可明确。

2. 不稳定型心绞痛(unstable angina pectoris, UA)/非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI) 根据临床表现、心电图改变及心肌损伤标志物可作出诊断。

(三) 怀疑 ACS 者, 进入 ACS 筛查流程

1. 就诊时心电图和肌钙蛋白正常患者, 需重复观察 6h 后心电图或肌钙蛋白变化。若患者持续胸痛, 或需应用硝酸甘油缓解, 提示高危, 建议早期、连续复查心电图和肌钙蛋白。

2. 若患者复查心电图示 ST-T 段动态变化或肌钙蛋白升高或血流动力学异常, 则提示为 UA 或 NSTEMI, 进入 UA/NSTEMI 救治流程。

3. 若患者就诊后间隔 6h 或胸痛后 6~12h 心电图无 ST-T 段动态变化或肌钙蛋白没有升高, 提示患者近期发生心肌梗死或死亡的风险为低危或中危, 危险分层可用 TIMI 评分或 GRACE 评分。

(四) 非 ACS 疾病筛查流程

未确诊 ACS 者, 均需结合病史、胸痛特点、体征等, 如有必要接受主动脉或肺动脉 CT 检查明确诊断, 尽快排除主动脉夹层、肺栓塞或张力性气胸等致命性疾病, 进一步完善相关辅助检查以确定病因。

四、救治原则

(一) 紧急处理原则

若患者存在生命危险, 立即建立静脉通路和吸氧, 并给予药物对症处理, 以求尽快稳定生命体征, 必要时进行心肺复苏。

(二) ACS 的紧急处理

1. STEMI 的紧急处理 立即进入 STEMI 救治流程, 目标是尽可能降低再灌注时间, 挽救生命, 改善预后。治疗措施包括: 进行心肌再灌注治疗(急诊经皮冠状动脉介入术或溶栓治疗), 并给予抗血小板、抗凝及优化心肌能量代谢等对症处理。

2. UA 或 NSTEMI 的紧急处理 治疗关键是准确进行危险分层, 早期识别高危患者, 根据不同危险分层给予相应介入或药物治疗方案。

3. ACS 筛查流程后提示 UA 或 NSTEMI, 按照 UA/NSTEMI 流程处理。

4. ACS 筛查流程复查结果为阴性者, 可进行危险分层: 低危患者若没有其他引起胸痛的明确病因, 可出院后 72h 内行心脏负荷试验或冠状动脉 CT 检查并于门诊就诊; 中危患者建议请心内科医生会诊, 出院前行上述检查。

(三) 非 ACS 疾病治疗原则

1. 怀疑主动脉夹层、肺栓塞或张力性气胸等致命性疾病者, 需迅速对症治疗, 避免病情恶化, 并急请相应专科协助诊治。

2. 怀疑其他低中危疾病者, 应对症处理, 逐步完善检查, 症状缓解后到相关专科门诊进一步诊疗。

五、注意事项

1. 急性胸痛病因繁多、严重性悬殊极大, 预后常与疼痛程度不完全平行, 早期诊断、危险分层十分重要。

2. 对急性胸痛患者, 应立即评估生命体征, 先救命, 再辨病。

3. ACS 是致命性非创伤性胸痛最常见的病因, 对于急性胸痛患者必须常规做心电图检查。

(沙力塔纳提·阿地力汗)

第二节 急性腹痛

急性腹痛是急诊常见的主诉之一，占全部急诊就诊患者主诉的 10％。其中大于 65 岁的腹痛患者中需要住院处理的可高达 65％。由于有些引起腹痛的疾病可以迅速致人死亡，所以首先应对生命体征进行评估。接下来进行问诊，注意了解：腹痛的发生时间、部位、程度、规律、性质（撕裂样痛、绞痛、隐痛），外伤情况等；伴随症状，如食欲缺乏、恶心、呕吐、腹泻、便血、发热、排尿等情况；女性月经及性生活等。

一、病因

首先确定部位，然后分析原因，如出血、缺血、梗阻、穿孔、炎症（表 13－3）。

表 13－3 急性腹痛的常见病因

腹痛性质	腹腔内疾病	腹腔外疾病
弥漫性腹痛	腹膜炎、胰腺炎、胃肠炎、主动脉夹层、肠梗阻、肠系膜上动脉缺血、早期阑尾炎等	糖尿病酮症酸中毒、急性溶血、重金属（如铅）中毒、腹型过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等
右上腹痛	急性胆囊炎、胆绞痛、急性肝炎、肝破裂、消化道穿孔、胰腺炎、急性阑尾炎等	带状疱疹、急性冠状动脉综合征、右下肺炎、肺栓塞等
右下腹痛	急性阑尾炎、肠炎、憩室炎、异位妊娠、卵巢黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转、盆腔炎、输尿管结石、疝等	腹壁血肿、精囊炎、腰肌损伤等
左上腹痛	胃炎、胰腺炎、脾破裂、脾梗死、腹主动脉瘤等	急性冠状动脉综合征、左下肺炎、肺栓塞等
左下腹痛	憩室炎、异位妊娠、卵巢黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转、盆腔炎、输尿管结石、疝等	腰肌损伤等

二、病情评估与危险分层

首先根据生命体征进行评估，如果不平稳，则表明病情危重。同时可以根据腹痛的持续时间及程度来判断。持续时间长的剧烈疼痛多表明病情急重。若患者有心、脑等器官的基础疾病，其危险程度亦增加，病情随时有急转恶化的可能，尤其应该引起重视。老年人阑尾炎腹痛更弥散多半没有反跳痛。另外，也需要注意到艾滋病患者腹痛的情况，这些患者可由巨细胞病毒感染所引起的腹泻导致，也可以是卡波西肉瘤导致的肠梗阻，还可以是巨细胞病毒等引起的胆系感染。

三、诊断思路与流程

先按部位诊断（表 13－3）。对于腹痛的性质，则按下述流程进行诊断（图 13－1）。在进行上述诊断的过程中，应该注意以下情况。对于上腹痛原因不明的老年人，尤其是具有心脏病危险因素者，应进行心电图检查。诊断盆腔炎或泌尿系感染时，要注意与阑尾炎相鉴别。年龄大于 50 岁的腹痛原因不明者，应该进行腹部超声或 CT 检查以除外主动脉夹层。

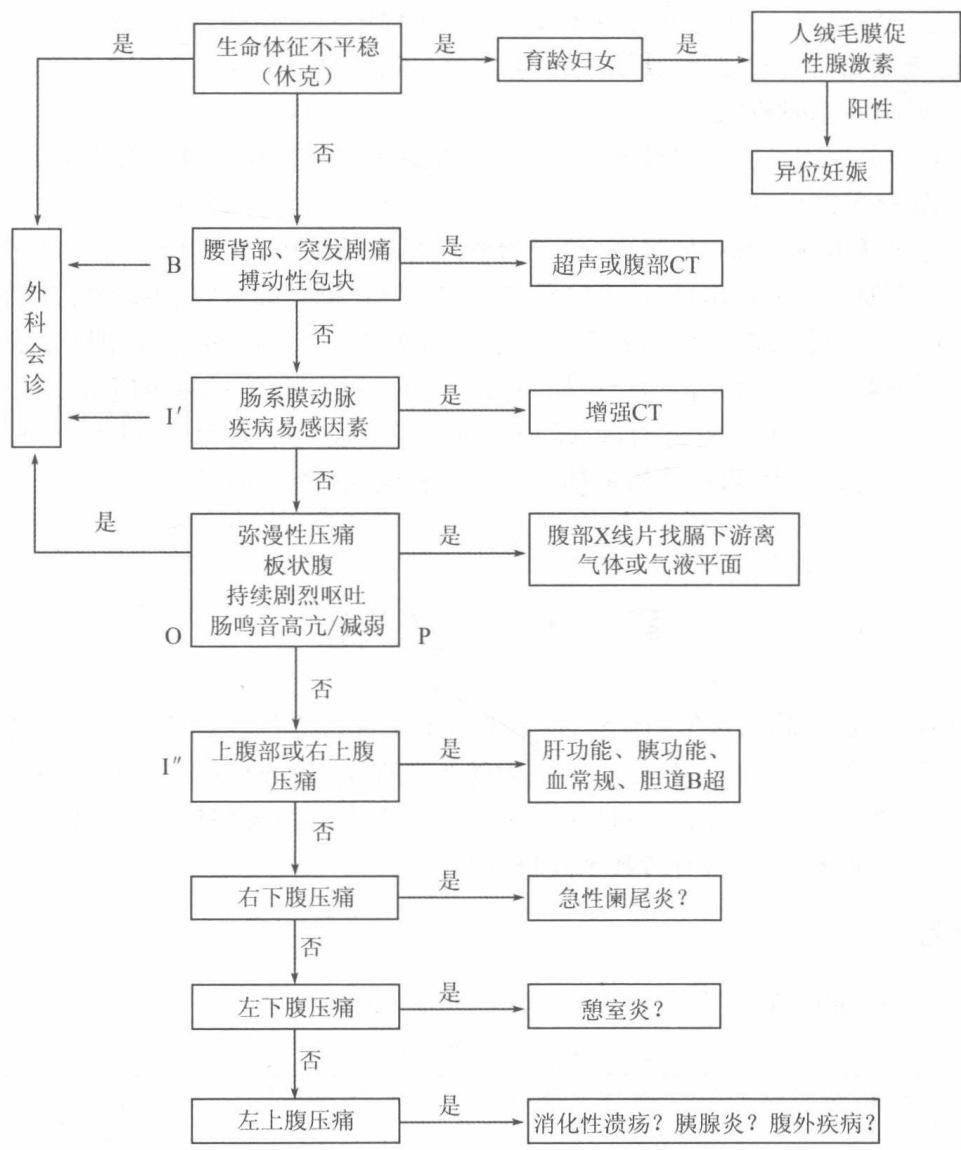


图 13-1 急性腹痛的诊断流程图

B(bleeding, 出血):非外伤性出血,如异位妊娠、脾破裂、腹主动脉瘤破裂,肝癌破裂、消化道出血。I* (ischemia, 缺血):肠系膜血管阻塞、主动脉夹层。O(obstruction, 梗阻):胃肠梗阻,胆管、胰管、输尿管阻塞。P (perforation, 穿孔):胃肠道穿孔。I** (inflammation, 炎症):急性阑尾炎、肝炎、胰腺炎等

四、救治原则

首先要对患者的全身情况进行正确评估,稳定患者的生命体征,然后早期诊断;其次,要注意判断是否为外科疾病、是否需要手术治疗,并与外科医生协调好;再次,若需要进行手术治疗,则确定何时手术,做好术前的各项检查,并做好准备工作,让患者在恰当的手术时机得到治疗。

五、注意事项

1. 不论是什么主诉,以维持生命体征为第一要务。明确是否有大量呕吐、是否意识不清,如有,则须马上进行呼吸道保护。未明确诊断前,应禁食、水观察,同时静脉补液,以防脱水。

2. 在整个诊治过程，一定要注意首先除外危及生命的几个疾病，如腹主动脉夹层、实质性器官(肝、脾)破裂出血、肠系膜动脉缺血、空腔脏器(胃、肠、阑尾)穿孔等。若的确存在上述情况，注意掌握外科手术时机。

3. 腹痛有部分原因是腹腔以外疾病，诊断时需要考虑。尤其是对危及生命的疾病，如急性心肌梗死、肺栓塞的识别。

4. 对于有肠梗阻或肠麻痹的患者，给予胃管进行胃肠减压，并进行肛诊。许多临床医生因为肛诊的不方便而将其忽略，但这个简单的检查可以帮助判断直肠、下段结肠的解剖情况，因此可以进行这部分肠梗阻的原因鉴别。对于有感染倾向的患者，尽早应用抗生素。

5. 镇痛 是否镇痛一直是值得讨论的问题。过去的主张是不轻易应用药物，以免影响诊断。现在倾向于适当使用镇痛药物，以减轻患者痛苦。以吗啡类为佳，可不掩盖腹部体征。解热镇痛药物有抗炎作用，可以掩盖早期腹膜炎的表现，不建议使用。

(沙力塔纳提·阿地力汗)

第三节 急性头痛

头痛(headache)是临床常见的症状，一般头颅上半部(包括眉弓、耳轮上缘和枕外隆突连线以上部位)的疼痛统称头痛。病程在 2 周内的为急性头痛，病程在 3 个月内的为亚急性头痛，病程大于 3 个月为慢性头痛。急性头痛主要为急性发作的头部疼痛，是神经急危重病常见症状，给患者带来极大痛苦，有时甚至威胁患者生命。

一、病因

引起急性头痛的原因很多，可分为器质性和非器质性两大类(表 13—4)。

表 13—4 急性头痛的常见病因

器质性头痛	非器质性疾病
颅内疾病	偏头痛
颅脑外伤(脑挫裂伤、硬膜下血肿、硬膜外血肿等)	丛集性头痛
急性脑血管病(高血压性脑出血、脑室出血、蛛网膜下腔出血等)	紧张性头痛
颅内感染性疾病(如病毒性脑炎、化脓性脑膜炎等)	慢性阵发性偏侧头痛
颅内肿瘤(神经胶质瘤、脑膜瘤等)	神经性头痛等
颅内压降低或增高等	
器质性头痛	非器质性疾病
颅外疾病	
全身感染性疾病	
内分泌代谢病	
中毒性疾病	
五官科疾病如鼻窦炎	
药物戒断等	

二、病情评估与危险分层

很多疾病都能导致急性头痛，关键是对引起急性头痛的病因进行全面分析，明确诊断。要对病情轻重进行合理评估对一般疾病引起的头痛作一般处理，对危重疾病引起的头痛要高度重视。要有危险分层意识，由非器质性病变引起的没有生命危险的急性头痛属于低危，由器质性病变引起的有生命危险的急性头痛属于高危。对高危情况如蛛网膜下腔出血、严重的颅内感染等要做好医患沟通，避免出现不必要的医疗纠纷。对诊断不明的严重急性头痛患者按高危进行观察与处理。

三、诊断思路与流程

对急性头痛的诊断要全面分析，根据病史、查体及实验室检查的有关资料，结合所掌握的理论知识作全面而辨证的分析，找出其规律性，以利于明确诊断。

按头痛的起病方式、头痛部位、头痛发作及持续时间、头痛程度、伴随症状和加重或缓解因素等方面进行分析，常可很快作出初步诊断，或进一步缩小思考和检查范围(图 13-2)。

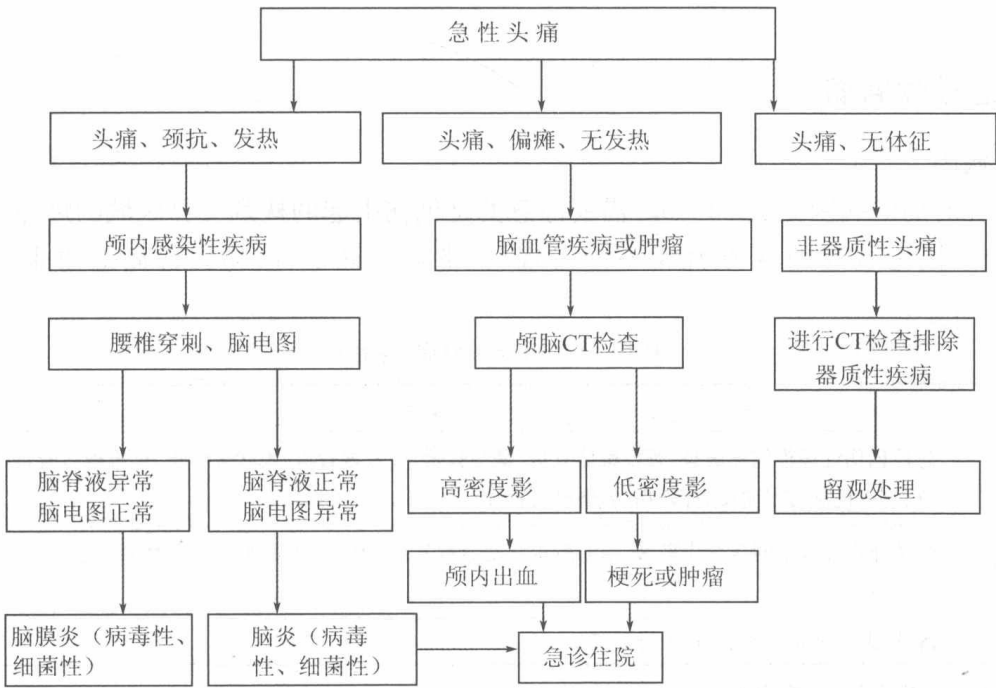


图 13-2 急性头痛的诊断流程

四、救治原则

(一)急诊处理

1. 镇痛镇静 无论任何原因所致头痛，特别是剧烈难以忍受者，均需立即给予镇痛处理，可给予异丙嗪与氯丙嗪镇静，给予曲马多、布洛芬等镇痛。

2. 伴随呕吐症状怀疑颅内压增高者即刻给予高渗性脱水剂进行降颅内压治疗。

(二)迅速明确诊断，针对病因进行治疗

1. 头痛突然发生、无发热、无偏瘫体征但脑膜刺激征阳性者要高度怀疑原发性蛛网膜下腔出血或脑室出血，在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作颅脑 CT 检查或腰椎穿刺检查。

- 2. 头痛突然发生、伴随偏瘫体征而有或无脑膜刺激征者要高度怀疑脑出血，在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作颅脑 CT 检查。
- 3. 头痛急性发生、伴随发热、脑膜刺激征阳性者要怀疑颅内感染性疾病，在镇静镇痛、降颅内压情况下立即作腰椎穿刺检查及脑电图检查，必要时作颅脑 CT 检查。
- 4. 头痛突然发生，而神经系统无阳性体征，且以往有类似发作者要高度怀疑血管功能性头痛，排除器质性头痛后给予镇静、镇痛等对症处理。
- 5. 偏头痛给予麦角胺咖啡因、曲普坦类药物(triptans)等治疗。

(三)综合治疗

诊断明确前根据经验或相关指征采取抗感染、脱水降颅内压等综合治疗，诊断明确后给予病因治疗。有手术适应证者积极做好术前准备，如立体定向微创颅内血肿清除术等。

(沙力塔纳提·阿地力汗)

第四节 其他急性疼痛

一、急性颈肩痛

(一)病因

急性颈肩痛的病因见表 13—5。需要注意的是创伤引起的枕颈交界区域的疼痛如寰枢椎旋转半脱位，因为普通的 X 线片常不能发现，也常常不被重视、易误诊而造成永久性功能障碍。

表 13—5 急性颈肩痛的病因

分类	病因
急性创伤	急性创伤性颈椎间盘破裂、颈椎椎体骨折、棘突骨折、枕骨髁骨折、齿状突骨折、枢椎椎弓骨折、寰枢椎脱位、寰枢椎旋转半脱位、挥鞭伤、肌肉韧带损伤
椎间盘源性	轻微外伤性颈椎间盘突出破裂、原有颈椎病史急性发作、颈椎间盘特异性或非特异性感染(结核/化脓性椎体炎)
无菌性炎症	落枕、颈臂丛神经根炎、枕大神经炎

(二)病情评估与危险分层

- 1. 病情评估 急性创伤引起的颈项痛，常有明显的外伤史。立即评估神志状态、肢体能否活动、有无半侧肢体或某个区域的感觉障碍，检查肛门括约肌紧张性，生命体征平稳后立即摄 X 线片，枕颈区域的 CT 平扫及重建，发现骨折或骨折脱位、椎间盘突出等证据。寰枢椎旋转半脱位主要表现为颈痛，包括低头和仰头在内的颈部旋转受限，CT 轴位图像可见齿状突两侧间隙不对称；颈椎的骨折或骨折脱位在 X 线片中易于辨认。
- 急性颈椎间盘突出破裂常常表现为颈痛伴剧烈的神经根性疼痛如三角肌区、上臂外侧等疼痛，头颈部屈伸活动受限，不能低头或仰头，同时伴有相应节段的肌力改变如肩外展无力等，部分患者表现为昼夜疼痛不能入睡或健手举着患肢来诊，十分痛苦；应摄 X 线片、椎间盘 CT 扫描及颈椎 MRI，可见破裂的椎间盘突出的方向、有无椎管狭窄、椎间盘的高度和信号改

变。必要时可摄颈椎过伸、过屈的动力位片以判断颈椎间盘间隙有无狭窄、颈椎失稳、正常颈椎前屈等的曲度的改变,特别注意判断有无椎间盘突出等证据,以及突出的节段和方向与症状、体征是否符合。

无菌性炎症引起的急性颈肩痛主要发生在青壮年,性别差异不明显。有晨起重、午后轻的特点,常有夜间睡眠着凉等病史,主要表现为一侧颈项部、肩胛骨周围、斜方肌和锁骨上窝区域的疼痛,也可表现为枕颈甚或耳廓区域疼痛等,疼痛的性质可为痉挛样疼痛、烧灼样痛、酸胀疼痛或伴肩背胀麻,影响睡眠。查体可见强迫体位,头歪向一侧,患侧横突区、胸锁乳突肌和斜方肌交界区域压痛,或伴有放射至枕部、肩胛区、三角肌区及胸前区的疼痛,上述区域有程度不同的感觉减退或痛觉过敏。椎间盘破裂突出压迫神经根的患者在神经根的节段区域有明显的感觉障碍以及肌力的改变,Hoffmann征阴性,偶可发现前胸后背部位的贴敷膏药痕迹、拔罐的烙印甚或有水疱。

2. 危险分层 急性创伤导致的颈肩痛,如果伴有脊髓损伤,不管全瘫与否,应优先处理。首先应开放气道,保持呼吸道的通畅,需要时可行气管内插管,需要紧急处理可请专科医生会诊协助。

急性颈椎间盘突出破裂和无菌性炎症引起的急性颈肩痛不会影响生命体征,有时需要专科医生协助诊疗。

(三)诊断思路与流程(图 13—3)

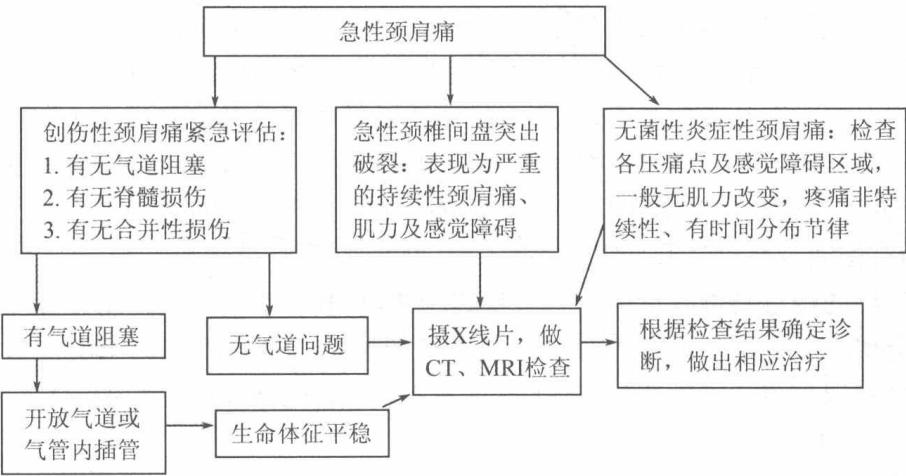


图 13—3 急性颈肩痛的诊断思路与流程

(四)救治原则

创伤引起的颈椎骨折脱位应收入院,先做颅骨牵引等治疗,合并脊髓损伤时需要尽早行神经减压术或同时做颈椎融合;寰枢椎脱位或旋转半脱位入院后先行颅骨牵引,根据复查结果再做进一步治疗。

急性颈椎间盘突出破裂或无菌性炎症性颈肩痛首先采用保守治疗如颈部制动、局部热疗或膏药贴敷等,可同时服用非甾体类药物依托考昔(安康信)、双氯芬酸(扶他林)等口服药物,疼痛难忍者可给予阿片类制剂如小剂量吗啡等,同时服用一些缓解肌肉痉挛、提高痛阈的药物如乙哌立松、加巴喷丁等。药物治疗无效、无明确颈椎间盘突出的证据、有明确压痛点的患者也可行颈部神经根局部封闭治疗;有明确颈椎间盘突出的证据且保守治疗无效者可采用椎

间盘部分切除等手术治疗。

(五) 注意事项

对于创伤引起的颈椎骨折脱位特别是陈旧性或外院转来的患者要注意检查是否合并褥疮、肺炎或泌尿系感染,注意有无电解质紊乱或精神障碍。

二、急性腰痛

(一) 病因

急性腰痛的病因包括急性腰椎间盘突出症、急性腰椎小关节紊乱综合征、急性腰扭伤等。

(二) 病情评估与危险分层

1. 病情评估 以急性腰痛来诊的患者最多见的是急性腰椎间盘突出或破裂。首先要明确患者的年龄,有否外伤史,有否被诊断为腰椎间盘突出症的病史,腰痛病史的长短,疼痛的时间分布节律即是晨起痛、半夜痛醒还是劳作后的傍晚痛。晨起疼痛、活动后减轻是炎症性疼痛的表现,而晨起轻、行走或劳动后重、到下午或晚间最痛往往是机械压迫即椎间盘突出压迫的表现;是突然发作还是渐进性的,哪些因素能影响腰痛的程度比如咳嗽、排便及打喷嚏;腰痛是否涉及腿痛,是一侧还是双侧、大腿还是小腿,是否伴有麻木等感觉障碍。

患者常常是强迫侧卧或跪位被抬入急诊科,对于医生的查体有恐惧感,由于剧烈的疼痛常忽略肢体的麻木;经常发现:①腰椎侧弯,腰部活动受限,以前屈受限最明显,②腰4、5棘突及其旁侧的肌肉压痛、叩击痛和叩击放射性一侧下肢痛,伴有骶棘肌痉挛;③直腿抬高试验及加强试验阳性;④感觉障碍,多表现为小腿的外侧,第1、2脚趾间或足底外侧等区域的皮肤感觉减退,累及马尾神经者,可无明显疼痛而表现为马鞍区感觉减退;⑤相应节段的肌力下降,第5腰神经根受累时脚趾背伸力下降,第1骶神经根受累时足及趾跖屈力下降;⑥反射改变,第4腰神经根受累时可出现膝腱反射减退,第1骶神经根受累时则跟腱反射减退或引不出。

CT检查对于急性腰痛患者可即刻明确诊断,减少了不必要的搬动与体位改变带来的痛苦,对于明确有椎间盘突出且预计需要手术治疗的患者,在症状缓解后再行X线摄片及MRI检查可明确腰椎的畸形与椎间盘突出和信号的改变,有利于手术计划的制订。

2. 危险分层 要特别注意有无合并二便失禁的情况。急性腰椎间盘突出破裂伴有巨大髓核脱出的患者偶尔会有尿失禁,甚至带着尿袋来诊。遇此种情况应即刻行CT或MRI明确诊断,尽早行手术治疗。

(三) 诊断思路与流程

腰椎间盘突出症是常见病。鉴别诊断包括急性腰椎小关节紊乱综合征与急性腰扭伤等(图13-4)。

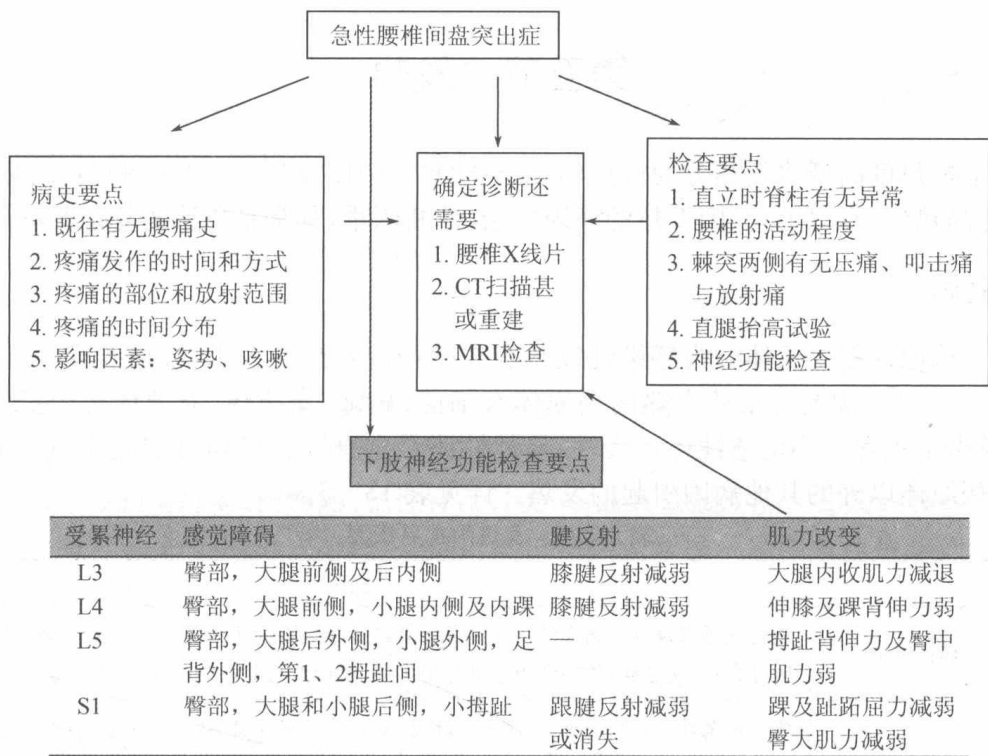


图 13-4 急性腰痛的诊断思路与流程

要结合详细的病史、主要的临床体征、影像学检查的结果,确保病史、体征、影像学结果相统一,如有不相符合的地方应进一步检查确认,必要时请神经内科会诊以排除亚急性联合病变等内科疾病。

(四)救治原则

急性腰椎间盘突出破裂的治疗以手术治疗为主。作为术前准备和保守治疗的措施,甘露醇、皮质醇类激素、七叶皂苷钠等脱水治疗可减轻神经根水肿,同时给予强力的镇痛药物以缓解症状,主要是非甾体类药物如依托考昔、双氯芬酸等,有时为了让患者配合检查而首先给予吗啡。保守治疗无效、腰椎管狭窄或合并明显腰椎不稳定是手术的适应证。手术一般采用单纯髓核摘除术,合并腰椎管狭窄和腰椎不稳定的患者,慎重考虑腰椎内固定植骨融合术;急性腰椎小关节紊乱综合征及急性腰扭伤等主要采用卧床休息、解疼镇痛、理疗康复等保守疗法;药物治疗同急性颈肩痛。

(五)注意事项

要认真检查直腿抬高试验是否为阳性。正常情况下,下肢伸直抬高到 60°~70°始感腘窝不适,在有突出物压迫神经根的情况下,抬高 60°以内即可出现放射性下肢痛,称为直腿抬高试验阳性;在直腿抬高试验阳性时,缓慢降低患肢高度待放射痛消失,这时再被动屈曲踝关节,如有放射痛则称为加强试验阳性,该体征是急性腰椎间盘突出症的典型表现之一;合并马尾神经压迫者表现为尿失禁,严重者可出现排便失禁,应尽早手术治疗。对于需要手术的患者,X线、CT及MRI检查三者缺一不可,不能互相替代。

(沙力塔纳提·阿地力汗)

第五节 发热

临床上按热度高低将发热分为低热(37.3~38℃)、中度发热(38.1~39℃)、高热(39.1~41℃)及超高热(41℃以上)。因发热的病因复杂,诊断困难,其常是急诊的复杂疑难病症。

一、病因

按有无病原体侵入机体分为感染性发热和非感染性发热两大类,以前者多见,占发热病因的60%~70%。引起感染性发热的病原体有细菌、病毒、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌及寄生虫等。不论急性还是慢性、局灶性还是全身性感染均可引起发热。非感染性发热是由病原体以外的其他病因引起的发热。详见表13-6。

表 13-6 发热的常见病因

类型		病因
感染性发热	病毒感染	流行性感冒及其他病毒性上呼吸道感染,急、慢性病毒性肝炎,流行性出血热,严重急性呼吸综合征,艾滋病,传染性单核细胞增多症,流行性乙型脑炎,脊髓灰质炎等
	细菌感染	急性细菌性上呼吸道感染,细菌性肺炎,支气管扩张并发感染,胸膜炎,结核病,炭疽,心包炎,感染性心内膜炎,急、慢性泌尿系感染,急、慢性胆道感染,急、慢性腹腔感染(包括急腹症),局灶性细菌感染如肝脓肿、肺脓肿、膈下脓肿、肾周脓肿、臀肌脓肿、脑脓肿及浅部化脓性感染(疖、痈、皮下急性蜂窝织炎),脓毒症,急性细菌性痢疾,伤寒或副伤寒,流行性脑脊髓膜炎等
	支原体、衣原体感染	鹦鹉热,支原体肺炎,衣原体肺炎等
	立克次体感染	斑疹伤寒,恙虫病
	螺旋体感染	钩端螺旋体病,回归热,鼠咬热
	真菌感染	深部真菌感染与真菌性脓毒症(包括隐球菌病、念珠菌病、曲霉菌病)等
	寄生虫感染	疟疾、急性血吸虫病、阿米巴肝脓肿、丝虫病、人旋毛线虫病等
非感染性发热	吸收热	物理和机械性损伤:大面积烧伤,创伤,大手术后,骨折,内脏出血和热射病等血液系统疾病:白血病,恶性淋巴瘤,恶性组织细胞病,骨髓增生异常综合征,多发性骨髓瘤,急性溶血,血型不合输血等。肿瘤:血液恶性肿瘤之外的各种恶性肿瘤
	变态反应性疾病	药物热,血清病
	结缔组织病	风湿热,系统性红斑狼疮,结节性多动脉炎,皮炎,多发性肌炎,成人 Still 病,干燥综合征,硬皮病,原发性血管炎,白塞综合征
	中枢性发热	中暑,颅内出血或颅内肿瘤,间脑综合征,自主神经功能紊乱和感染后低热
	其他病因	甲状腺功能亢进症,甲状腺危象,亚急性甲状腺炎,痛风,严重脱水,输液或输血反应,坏死性肉芽肿及原因未明等

二、病情评估与危险分层

(一)病情评估

发热的临床表现多种多样,引起发热的病因复杂。尽管感染性发热占多数,但有近10%的患者最终亦不能明确病因。为提高发热病因的诊断率,降低由发热引起的机体病理生理变

化而导致的脏器功能不全或衰竭,要关注病史和病情特点。

1. 识别热度、热程、热型,区分是急性发热还是慢性发热。急性发热病程在 2 周以内,以感染性疾病最为常见。慢性发热指发热持续 3 周以上,发热病因较复杂。

2. 初步判断是感染性发热还是非感染性发热,了解引起这两类发热的常见疾病的诊断依据。

3. 尽快筛查出危及生命的高危发热患者。

4. 进行全面细致的体格检查,重点检查皮肤、黏膜有无皮疹及出血点,精神意识状态及肝脾、淋巴结是否肿大。

5. 仔细、反复询问病史,了解患者的基础病、免疫及营养状况、用药史及近期住院史。关注发热伴随症,如:①发热伴寒战多见于脓毒症、大叶性肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性胆道感染、药物热、急性肾盂肾炎、输液或输血反应。②发热伴黄疸、右上腹痛应考虑肝、胆道系统的感染。③发热伴局部淋巴结肿大常提示局部急性炎症病变,伴全身性淋巴结肿大是广泛性淋巴组织病变或全身性感染的病征。④发热伴意识障碍、头痛或抽搐应考虑中枢神经系统感染。⑤发热伴多系统症状,要考虑脓毒症或全身多部位感染。⑥发热伴全身多部位出血可见于某些血液病,也可见于重症感染及某些急性传染病。

6. 进行全面深入的辅助检查。辅助检查可补充病史与体格检查的不足,尤其对一些仅以发热为主要症状而缺乏明确反映脏器损害的症状和体征的患者有重要的诊断与鉴别诊断意义。除常规检查外,要做各种体液和传染病的病原学及血清学检查、炎症和肿瘤标志物的血清学检查、结缔组织病相关检查及活体组织检查等。

(二)危险分层

评估病情的同时进行危险分层。危及生命的发热的患者需进入重症监护病房,在生命体征监护下进行诊治。对不危及生命的发热的患者主要采取病因治疗。对慢性不明原因发热的患者,进行深入全面细致的检查,多学科会诊查找病因。

发热患者具备下列其中一项或以上者应视为高危发热患者:①年龄大于 75 岁,②发热伴不同程度的意识障碍;③发热伴抽搐或精神障碍;④发热伴呼吸窘迫;⑤发热伴血流动力学不稳定;⑥发热伴内环境紊乱;⑦发热伴低氧血症;⑧发热伴免疫缺陷性疾病;⑨发热伴多器官损害;⑩发热伴全身皮疹或出血;⑪发热伴基础病,尤其是患有糖尿病者。

三、诊断思路与流程

对大部分发热患者通过仔细询问病史、仔细查体可明确诊断。对小部分患者根据病史和体格检查结果指导选择相关的辅助检查以明确诊断。有少数患者,通过各种检查也难以做出病因诊断,需要继续密切观察病情变化或按可能性较大的病因进行经验性诊断治疗。发热诊断的流程见图 13-5。

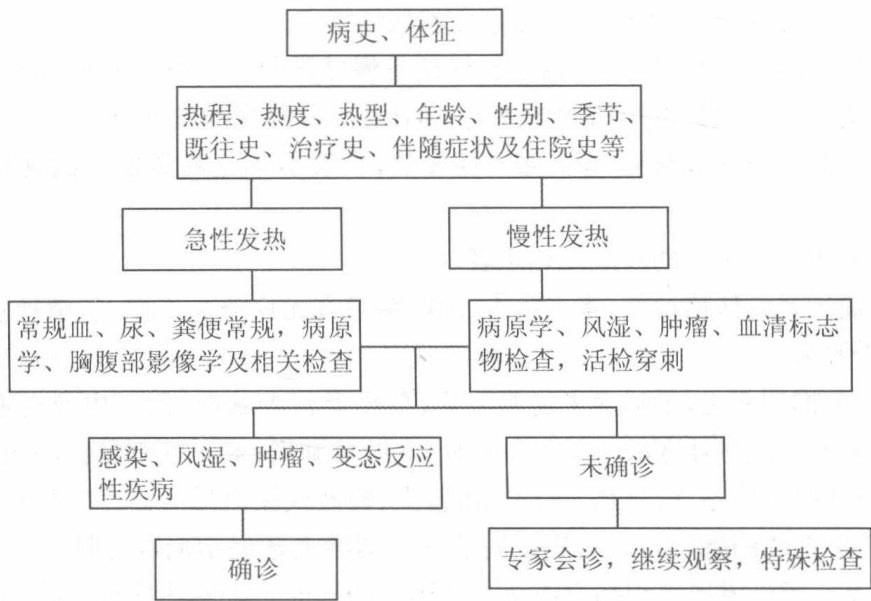


图 13-5 发热诊断的流程

在临床实践中，以发热为主诉就诊者是急诊最常见情况之一，其中以急性发热最常见。引起急性发热的原因很多，绝大多数为感染性发热，以呼吸道、泌尿道和消化道感染最为多见。除需要鉴别这些系统感染性疾病外，还要注意某些急性传染病和其他系统的感染。这些疾病的发热常伴有不同的临床表现和相应系统或部位的症状和体征，不难诊断。其中要重视脓毒症，这是目前急诊常见的全身性严重感染，其常见致病原有：金黄色葡萄球菌、需氧性革兰阴性杆菌、表皮葡萄球菌、肠球菌、厌氧菌及真菌等。其次为结核病、伤寒、副伤寒及少见的人感染猪链球菌病、炭疽等。脓毒症、脓毒性休克和中枢神经系统感染强调早期综合救治。

四、救治原则

主要是病因治疗。根据热程、热度、年龄及临床表现反映的病情变化作为诊断、评估病情和预后的重要参考。对于低热和中度发热，在疾病未得到确诊和有效治疗时，不宜采取解热治疗。即使是高热患者，未有依据诊断感染性发热和诊断未明确前，也不要轻易应用抗菌药和解热药。

- 1. 高危发热患者 收入监护病房加强医疗护理，建立静脉通路，实施气道管理，必要时予以呼吸支持治疗。立即采集血、痰、尿标本进行病原学及相关辅助检查，可疑感染性发热可进行初始经验性抗菌药治疗，尽快根据病原学检查结果针对致病原用药。
- 2. 对于轻度的局限性细菌或病毒感染患者，可选择院外口服抗菌药治疗。
- 3. 支持、对症治疗 卧床休息，补充水、电解质，进食清淡饮食，补充营养及对症治疗。高热时可采取物理降温和适当的药物降温。
- 4. 注意纠正和维护重要脏器的功能。
- 5. 稳定内环境和进行免疫调理治疗。
- 6. 防治基础病发作和并发症。