

急诊常规诊疗指南

JI ZHEN CHANG GUI ZHEN LIAO ZHI NAN

李红霞◎编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

急诊常规诊疗指南

李红霞 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊常规诊疗指南 / 李红霞编著. -- 昆明: 云南科技出版社, 2014.6

ISBN 978-7-5416-8164-6

I. ①急… II. ①李… III. ①急诊—诊疗—指南
IV. ① R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 134067 号

责任编辑: 欧阳鹏

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 9.75 字数: 300 千字

2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷

定价: 56.00 元

目 录

第一章 绪 论	1
第一节 急诊科的发展	1
第二节 急诊科建设模式及标准	2
第二章 急诊常见症状及护理	6
第一节 发 热	6
第二节 急性头痛	10
第三节 昏 迷	13
第四节 咯 血	18
第五节 呼吸困难	22
第六节 心 悸	25
第七节 急性腹痛	29
第八节 呕 血	31
第九节 急性腹泻	35
第三章 常见急症及护理	38
第一节 呼吸系统急症及护理	38
第二节 循环系统急症及护理	50
第三节 消化系统急症及护理	73

第四节 泌尿系统急症及护理	88
第五节 血液系统急症及护理	101
第六节 内分泌系统急症及护理	107
第七节 神经系统急症及护理	118
第八节 妇产科急症及护理	134
第九节 儿科急症及护理	146
第四章 急诊创伤	157
第五章 理化因素所致急症及护理	174
第一节 农药中毒	174
第二节 急性一氧化碳中毒	181
第三节 淹 溺	184
第四节 电击伤	187
第五节 烧 伤	189
第六章 急诊特殊技术及操作规范	197
第一节 心肺复苏术	197
第二节 电复率技术 (AED/ 多功能除颤仪监护仪的使用)	208
第三节 机械通气技术与人工气道管理技术	218
第四节 急诊心电图的使用技术与多功能心电监护仪的使用	228
第五节 创伤急救技术	236
第六节 气管内插管和气管切开术	240
第七节 洗胃技术	247
第八节 三腔二囊管的应用	251
第九节 血流动力学监测	254
第十节 各种静脉穿刺术 / 中心静脉置管术	259
第十一节 各种急诊穿刺技术	266

第十二节 急诊血液净化技术	278
第十三节 纤维支气管镜检查	287
第十四节 脑功能检测	292
第十五节 急诊疼痛管理	295

第一章 绪 论

第一节 急诊科的发展

急诊医学诞生于 20 世纪 60 ~ 70 年代, 美国医师学会于 1979 年将其列为一门独立的学科。为适应社会事业发展需求, 现代医学模式发生了转变, 急诊科诞生了。急诊学科的发展和急诊科室的创建与现代社会生活节奏加快及“疾病谱”的变化密切相关。

我国急诊医学的发展历史较短。1982 年 1 月 30 日, 卫生部明确提出有条件的医院可以设置急诊科。同年 4 月 7 日, 卫生部制定了较为完善的“急诊科工作制度”, 为“急诊科”的建立创造了条件。1984 年 6 月 11 日, 卫生部的第 36 号文件明确要求综合医院要建立急诊科室。36 号文件的主要意义在于: 急诊科的建设从位置选择、流程布局、科室标志、床位配置等方面都提出了明确要求, 为急诊科的建设发展奠定了较为坚实的基础; 对急诊科的管理从运行体制、组织架构、人员配备、工作制度等方面也都提出了明确的要求, 为急诊科的正常运行创造了有利的条件; 对急诊科的基本职能从急诊任务、急诊范围、科研定位、教育培训等方面同样也提出了明确的要求, 为急诊科的临床执业和学科发展提供了科学的参考依据。

急诊科经过十年的发展, 出现了一系列的问题, 不仅规模和水平参差不齐, 也有认识上的偏差, 如不被重视。1994 年 9 月 2 日, 卫生部要求二、三级综合医院要设置急诊科。1994 年 9 月 5 日卫生部明确提出医疗机构诊疗科目设置急诊医学科, 并设置急诊医学专业, 从而为急诊医学在学科建设和专业发展上确定了具有法律性质的地位。随后, 急诊医学进入了蓬勃发展阶段。2005 年 3 月 17 日卫生部 104 号文件《卫生部关于印发〈医院管理评价指南(试行)〉的通知》进一步为急诊科的发展添砖加瓦, 使急诊科的运行管理和服务质量更加规范、科学、合理。

现代的急诊科室是一门新兴的跨学科的边缘性学科，业内人士对急诊学科的定位始终有不同的认识。在急救医学、灾害医学、救援医学、应急医学纷至沓来的今天，急诊医学的定位不仅事关急诊科室的发展建设，同时也关系到急诊服务的能力和水平。因此，急诊的学科定位要在继承发扬与传统学科相关优势专业基础上，通过不断的整合创新来形成自己特有的学科内涵。其职能主要包括预检职能、预警职能、抢救职能、分流职能等，使之既能保证日常急诊接诊，又能有效应对突发公共事件。

第二节 急诊科建设模式及标准

急诊科主要任务有：

- ①有效的救治各种急危重病患者。
- ②接诊急救车等送来的多发伤等急性病患者。
- ③应对突发公共卫生事件成批伤员、成批中毒患者等。

急诊科患者具有危重性、复杂性、多学科交叉性及群体性等特点，决定了急诊科需要规范、科学的建设模式及诊疗流程，这就需要从急诊科建设的硬件设施及软件管理制度标准等方面予以规范和设定。

一、急诊科设置的准入及分类

为合理利用有限宝贵的医疗资源，确保急危重症患者的利益，对医院急诊科进行分类或对医院设置急诊科实行准入制度。

1. 医院急诊科设置的准入

一级医院不具备救治急危重病患者的能力，不能设置急诊科。其负责社区的居民如有急危重病患者应就近送到二级、三级综合医院急诊科。

专科性质的医院，也不应设置急诊科。如患者到达专科医院急诊科，其不具备综合救治患者能力，很可能会耽误患者病情。但专科医院可以接收转诊本专业的急危重病患者。

急诊科的设置应根据当地医院的密度和救治半径。如医院密度较大，可择优仅规定1~2家医院设置急诊科。

建议二级、三级综合医院、教学医院有资质者设置急诊科，因为这类医院临床专业科室门类齐全，综合能力强，急诊科以此为依托能更好地提高危

重症病患者的救治能力。

2. 急诊科的分类

根据医院的规模、承担的任务将急诊科分为二级。

三级医院急诊科定为 1 级。其功能和任务除完成规定的急诊服务范畴之外，同时应有处理多发伤的救治团队；能立即手术和监护；能有对急性冠脉综合征患者做 PCI 治疗的准入证；对急性缺血性脑卒中患者做溶栓治疗。

二级医院急诊科定为 2 级。只能完成常规的急诊患者的救治，对急性心肌梗死、多发伤患者应转到专科医院或有资质的医院。

二、急诊科的硬件设施

呼吸机、简易呼吸器、喉镜、吸痰器、纤维支气管镜、中央供氧、供气、负压吸引系统、洗胃机、血气分析仪、床旁血液净化仪、心电图机、除颤仪、床旁多功能监护仪、降温毯、麻醉机、快速血糖自动检测仪、床旁 B 超、心肺复苏机、抢救室等。所有设备应有专人保管及维护。

三、急诊科人员配备、技能要求及管理制度

1. 人员配备

①急诊科主任

三级综合医院急诊科主任应由具备急诊医学副高以上专业技术职务任职资格的医师担任。二级综合医院的急诊科主任应当由具备急诊医学中级以上专业技术职务任职资格的医师担任。急诊科主任负责本科的医疗，教学，科研，预防和行政管理工作，是急诊科诊疗质量，病人安全管理和学科建设的第一责任人。能够把握急诊学科的发展方向，学术学科建设，经营管理。最好是急诊医学专业的主任医师、副主任医师。

②急诊科副主任

应有两位。一位是急诊医学专门人才，主要辅助科主任负责急诊医疗、教学、科研等实际业务工作，应为急诊专业的副主任医师。另一位是懂医疗的行政人员，主要辅助科主任负责科内行政事务性工作。

③科护士长

三级综合医院急诊科护士长应当由具备主管护师以上任职资格和 2 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。二级综合医院的急诊科护士长应当由具备护师以上任职资格和 1 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。主要负责全科护士的管理工作及护理工作。

④急诊科的急诊医师和护士

应持有急诊专科医师和护士执照，或其他专业的医师、固定在急诊科工作的人员组成，人员要 100% 的固定。

2. 急诊科人员需要掌握的急救技术

心肺复苏术，心电复律术，氧治疗及呼吸机监护技术，机械通气技术与人工气道管理，急诊心电图的使用技术，洗胃及胃排空术，紧急气道开放与复苏囊的应用，止血、包扎、固定、搬运技术，急诊穿刺技术（环甲膜穿刺术，腰、腹、胸穿刺术），急诊危急重症监测技术，急救中的医护配合技术，临时心脏起搏术，吸痰术，清创缝合术，气管插管术，无菌操作术，深静脉置管术，床旁血液净化术，高级创伤生命支持术，检伤分类，灌肠，导尿术，三腔管压迫止血术，胸腔闭式引流术，关节脱臼复位术等。

3. 急诊科人员资质要求与科室管理制度

急诊科实行科主任负责制。急诊医师应具有急诊专科医师执照，必须具有 2 年以上的急诊值班工作经验。急诊进修医师和实习医生不得单独值急诊班。急诊科的急诊定编人员应 100%，真正建立起急诊专业队伍。非急诊专业的未晋升专科医生者必须轮转急诊，时间不得少于半年，派出人员由急诊科统一安排、在急诊主治医师指导下工作，以提高救治急危重病患者的能力和综合素质。

①急诊工作制度医院每年要召开 1 次急诊工作会议，讨论解决涉及急诊工作的相关问题，加强急诊科建设，健全急诊工作管理制度，规范救治诊疗措施，优化急诊救治流程等。

②抢救室工作制度急诊抢救室，主要提供紧急救治和高级生命支持。一旦生命体征稳定，脱离危险，要及时转到相应专科和 ICU 治疗，不得滞留在抢救室。抢救室始终保持有空的抢救床，以备急危患者使用。参与抢救的医护人员应熟练掌握急救技能、操作规范、密切配合，切实提高抢救成功率，并及时总结和讲评。

③急诊 ICU 工作制度急诊 ICU 的运作应参照住院部综合 ICU 的有关规定执行。人员应相对固定。

四、急诊工作的质量控制及督查

1. 急诊工作流程

急诊患者按照 A 为危重病、B 为重病、C 为普通病分诊和分层救治，危重病患者执行优先处理原则。

成批伤病员检伤分类红一危重一第一优先；黄一重；绿一轻；黑一死。

急诊抢救、EICU、观察室、诊室四者互动。

对危重症患者进行床旁监测。

对于极危重症患者应有抢救小组。

2. 急诊医疗质量效率评估

考核指标有：重大事件汇报制度、医疗纠纷登记及处理记录和整改措施、急救绿色通道反应时间、应住院与未住院患者比例、化验单、X线、CT报告单时间及诊断符合率、平均等待会诊时间等。

第二章 急诊常见症状及护理

第一节 发 热

机体在致热源的作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温调节中枢的调定点上移而引起的体温升高超过正常范围,称为发热(fever)。正常人体温一般为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

【病因】

1. 感染性发热各种病原菌如细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、寄生虫等引起的感染。
2. 非感染性发热包括结缔组织、内分泌与代谢疾病、恶性肿瘤、组织损伤、血液病、自主神经功能紊乱等。

【分类】

1. 发热程度

临床将发热的程度(以口腔为例)分为:低热($37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热($>41^{\circ}\text{C}$)。

2. 病程

按病程分为急性发热和长期发热。急性发热是指发热在 $2 \sim 3$ 周内,临床极为常见。长期发热一般指发热在4周以上,经常规检查未能查明病因者。

【热型】

准确掌握患者的热型,往往能够迅速指导病因的判断。常见热型主要有以下几类。

(1) 稽留热

体温持续 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 达数天或数周,24小时波动范围不超过 1°C ,多见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒、乙脑、系统性红斑狼疮等。

(2) 弛张热

体温在 39°C 以上,24小时体温波动在 2°C 以上,体温最低时仍高于正常

水平，多见于败血症、风湿热、脓毒血症、重症结核及恶性组织细胞病。

(3) 间歇热

高热期与低热期交替的出现，体温正常后1~2天再次高热，反复发作，多见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

(4) 回归热

体温急剧升高至39℃或以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期各持续若干天，见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(5) 波状热

体温逐渐升高至39℃或以上，数天后逐渐下降至正常水平，隔数天后又再次逐渐升高，如此反复，常见于布氏菌病、恶性淋巴瘤、腹膜炎等。

(6) 不规则热

发热持续时间、体温波动无一定的规律，可见于结核病，风湿热、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

【诊断和鉴别诊断】

1. 病史

注意年龄、发病季节、流行病史、传染病接触史，起病缓急，病程长短，热型和伴随症状。

①冬春季以呼吸道感染，流行性脑脊髓膜炎等多见，夏秋季以急性肠炎、细菌性痢疾、乙型脑炎、伤寒等较多见。

②呼吸道感染、急性传染病等常起病较急，病程较短。结核病、伤寒、血液病、风湿热、细菌性心内膜炎等起病稍缓，病程较长，常超过两周。

③败血症、急性粟粒性肺结核、深部脓肿等呈弛张热；伤寒、副伤寒为稽留热，热型在未应用抗生素、皮质激素等特殊药物治疗时，对发热的诊断非常重要。

④询问发热的同时要注意各系统的特殊性临床表现。如呼吸道感染常有咳嗽、气急。消化道感染常有恶心、呕吐、腹痛、腹泻，泌尿系感染有尿频、尿急、尿痛等。中枢神经系统疾患多有呕吐、惊厥、昏迷等。

2. 体征

(1) 皮肤检查发热患者皮肤的干湿度、皮疹、出血点等改变都有重要的意义。如皮疹见于猩红热（口围苍白）、流行性出血热（醉酒貌）、伤寒（伤寒面容）、红斑狼疮（蝶形红斑）等；出血点常提示重症感染或血液病，前者包括败血症、流行性脑脊髓膜炎、感染性心内膜炎、流行性出血热等；发热伴皮肤黄染要注意肝胆道感染、重症肝炎和急性溶血等。

(2) 淋巴结局部淋巴结肿大常提示有局限性急性炎症，如口腔和咽部感染常有颌下淋巴结肿大，下肢感染有腹股沟淋巴结肿大。全身性淋巴结肿大可

见于全身性感染疾病，如结核病、弓形虫病、HIV 感染，亦可见于原发性淋巴组织病变，如急性淋巴细胞白血病、恶性组织细胞病等。

(3) 其他伴随症状和体征如心血管系统（发热伴栓塞、心脏杂音、心包摩擦音或心包积液体征等）、呼吸系统（发热伴肺部实变体征或闻及肺部干湿性啰音等）、肝脾肿大等表现对于诊断有重要参考价值。

3. 辅助检查

经病史和体检不能明确发热原因者，应选择适当的辅助检查。

(1) 血常规

进行白细胞计数及其分类，对于判断发热原因有重要的参考价值。

①多数病毒性感染白细胞数无明显增减。

②白细胞分类中嗜酸粒细胞增多见于各种嗜酸细胞增多症、变态反应性疾病、寄生虫病；嗜酸性粒细胞减少见于伤寒、副伤寒和应激状态。

③淋巴细胞增多见于病毒感染。

④单核细胞增多见于某些细菌感染，如活动性结核病、亚急性感染性心内膜炎、布氏杆菌病等。

(2) 尿常规

尿液离心后每高倍视野白细胞数超过 5 个，则表示有泌尿道化脓性感染，如肾盂肾炎、膀胱炎或肾结核等，尿液离心后每高倍视野红细胞数超过 2 个，常见于急慢性肾炎、肾结核、泌尿系结石、急性膀胱炎以及出血性疾病、感染性心内膜炎、流行性出血热等。

(3) 大便常规、X 线检查以及超声心动图等亦有一定的参考价值。如有必要，可进行 CT 或 MRI 等检查。

(4) 血清学检查

对发热诊断有一定价值，如肥大氏反应、外斐反应，钩端螺旋体病的凝集试验，乙脑补体试验，风湿病的抗链球菌溶血素“O”试验、系统性红斑狼疮的抗核抗体试验等都对确诊有帮助。

(5) 细菌培养

血、尿、粪、痰、脓、引流物、脑脊液、骨髓培养都对病因诊断有帮助。

(6) X 线及其他检查：胸部 X 线检查有助于肺与胸部疾病的诊断。其他可根据情况选择 CT、B 超、纤维内窥镜等。

【急诊处理】

1. 病因治疗

针对病因是治疗发热的关键。对中低度发热，不要急于降温。因解热本身不能导致疾病的康复。但有下列情况者，应及时采取降温措施：①体温超过 40℃。②高热伴惊厥或谵妄。③高热伴休克。④高温中暑。⑤有严重心、

脑、肝、肾疾病的高热病人。

2. 退热治疗

需明确诊断后,方可开始退热治疗。首选物理降温,如酒精、温水擦浴。若病情严重或者对于患者存在威胁,应及时给予药物退热,一般可选阿司匹林 $0.3 \sim 1\text{g}$ 口服,每 $2 \sim 3$ 小时 1 次。对于持续高温不退者,可适当实用糖皮质激素治疗。

3. 对症支持治疗

发热患者应注意补液,若补液不足,可引起循环血量不足、低血容量性休克。同时。要补充足量的维生素、微量元素以及高蛋白饮食等,提高患者的抵抗力。

对于存在心血管疾病、肺部疾病、肾病等基础疾病的患者,在进行治疗时,应考虑治疗对于原有疾病的影响。必要时,可进行器官保护。

【护理措施】

1. 卧床休息

传染病患者在症状明显期多表现为高热,故应严格卧床休息,注意变换体位,使患者有舒适感。

2. 对患者做好解释指导

讲解发热的相关知识,指导患者合理休息、合理饮食;介绍发热的处理方法和注意事项,如体温计的使用及注意事项,冰袋冷敷的部位,如何观察体温的变化及局部皮肤颜色有无改变,温水擦浴时,水的温度、擦浴的方法等。鼓励患者参与自我护理并提出问题,耐心给予解答,以消除顾虑。

3. 监测体温变化

根据病种和病情决定测量体温的时间间隔。注意热型、发热持续时间、伴随症状、身心反应,结合实验室检查,以综合评估病情。

4. 病室环境清洁、温度适宜保持环境清洁,空气清新,室温维持在 $20^{\circ}\text{C} \sim 22^{\circ}\text{C}$,湿度 $55\% \sim 60\%$ 为宜,经常通风换气。患者宜穿透气、棉质衣服,避免衣物过厚而阻碍散热,有寒战应保暖。

5. 补充营养及液体

患者应摄取足够的液体与热量,如无心肾功能损害,每天至少摄入足量的水分以防脱水。能进食者,给予高热量、高维生素、营养丰富流质或半流饮食,维持水和电解质平衡,必要时遵医嘱静脉输液。

6. 注意观察病情变化

应注意观察生命体征、意识状态、出入量、体重、发热引起的身心反应、治疗及护理效果等。

7. 采取降温措施

8. 口腔、皮肤护理

高热患者易发生口腔炎，可用生理盐水餐前、餐后、睡前漱口。病情重者，协助口腔护理。患者大量出汗后给予温水擦拭，及时更换衣裤及被服，保持皮肤清洁、干燥、舒适，防止感染。

9. 药物治疗的护理

病原体感染引起的发热须进行病原治疗，护士应了解病原治疗药物的作用、用法、剂量、用药间隔时间和药物的不良反应等。严格按照规定用药，以保证药物疗效。

10. 健康教育

向患者解释发热的原因、诱因、治疗及有关的预防知识，鼓励患者提出问题，并给予耐心解答，以使其解除焦虑。同时，还应向患者、家属介绍发热时的休息、饮食、饮水要求及物理降温方法，使其参与护理活动，学会自我护理。

第二节 急性头痛

头痛 (headache) 是一种主观感受，通常指额、顶、颞及枕部的疼痛。头痛多无特异性，可见于多种疾病。

【病因】

1. 原发性颅内疾病如感染、脑血管病、颅脑外伤、肿瘤等。
2. 颅外病变如颅骨疾病、头颈部疾病或全身性疾病的表现等。

【分类】

2004 年国际头痛分类委员会发布的第二版“头痛疾病的国际分类”，将头痛分为“原发性头痛、继发性头痛和颅神经痛、中枢性和原发性面痛”三大类。

【诊断和鉴别诊断】

头痛的诊断往往存在诸多的干扰与疑点，这些多是由于病人的主诉不清所致，因此在采集病史时要做到去伪存真，抓住主要矛盾。当获得可靠的病史后首先结合病人的体征采用排除法进行诊断，因此要求对头痛的各种类型都要全面的了解，因此将各个类型的头痛的诊断分类描述，以此才能对接诊

病人进行有目的的诊断与治疗。

第一步：判断头痛是否颅内病变引起

颅内病变引起的头痛通常分为颅内肿瘤性头痛、颅内高压性头痛、颅内血管性头痛、颅内感染性头痛、颅内低压性头痛和丘脑性疼痛。

1. 颅内肿瘤性头痛早期症状较轻，呈间歇性，后逐渐加重，多为钝性疼痛，伴有或不伴有颅内高压症状及局灶性体征。反复发作及渐进性加剧的头痛无法以偏头痛或全身情况解释，并且服用相关止痛药物无效时，应考虑颅内占位病变的可能性。

2. 颅内高压性头痛缓慢起病逐渐加重，伴有恶性、呕吐的症状，高度怀疑颅内高压性头痛，此时常规进行眼底检查，如果发现视神经盘水肿，则可以肯定为颅内高压，进一步选择进行CT、MRI检查。

3. 颅内血管性头痛

(1) 非偏头痛型血管性头痛

多见于高血压动脉硬化病人，通过其病史中明确的高血压疾患、眼底血管改变及高血胆固醇水平可高度怀疑本病的存在。

(2) 偏头痛型血管性头痛

头痛呈反复发作及发作前有预兆如幻视、偏盲、肢体感觉或运动障碍，发作时伴有恶心、呕吐，间歇期正常，常有家族史。

(3) 脑血管畸形和脑动脉瘤引起的头痛

发病急骤，头痛剧烈，脑膜刺激征明显，有时出现神经系统阳性体征如上睑下垂等，此时病人往往急诊入院，CT可以作为初步筛查手段首先使用，进而进行CTA或DSA检查，往往可明确诊断，有时可能出现CTA或DSA阴性结果，需要定期随访复诊，以免遗漏。根据这一类疾病的发病特点，年轻病人多以血管畸形为主，而老年病人以动脉瘤为主。

4. 颅内感染性头痛

病人的头痛多为慢性起病，伴有或不伴有发热，头痛呈渐进性加重，逐渐出现脑膜刺激征或明显的颅脑高压症状，病史采集时应详细询问是否有发热史、外耳道有无分泌物、痔疮是否存在、是否有皮肤脓肿、是否有拔牙史，甚至是否有过器官移植病史及服用抑制免疫反应药物史。上述病史中任何一种均需要怀疑颅内感染。血常规是必检项目之一，白细胞计数明显增高的情况下可选择CT或MRI，腰穿是最为可靠的检查，但是如果病人存在颅内高压当谨慎为之以免诱发脑疝。

5. 颅内低压性头痛

病人可能进行过腰穿大量释放脑脊液，或颅脑手术后脑脊液引流量过多，常表现为剧烈头痛，直立时明显加重，平卧位缓解。这一类的头痛常通