急诊危重病情判断及方法 PPT 课件

- 急诊是医疗工作的前沿，急诊病人往往诊断不明、病情不清、变化迅速，如处理不当，易发生纠纷。
- 急诊工作的主要内容及程序是：
- ①迅速识别
- ②稳定生命指征
- ③明确诊断
- ④急诊治疗
- ⑤病人处理
- 迅速识别病情是首位，并应贯穿于整个诊治过程中。对病情的判断，特别对危重病情判断，只能在临床工作中积累。

- 对于大多数危重病，经初始观察就可确定，如昏迷、休克，对此类病人的结局，家属一般较能理解。

- 另一类病人，来诊时貌似"轻症"，如病人自己步行来诊，最后死亡，对此家属常不能理解，几乎全部要发生医疗纠纷。用一句通俗的话来说，就是"走得来的，趟着到太平间的"，称为"潜在的危重病",对此，急诊医师应加深认识。

- 急诊病人常以主要症状来诊，诊断不明。因此，急诊医师诊治病人的途径是从症状的诊断与鉴别诊断开始，在与病人接触的全过程中，对病人临床表现的判断与认识是急诊临床实践的特征与基石，以指导选择诊断检查项目与治疗措施。

急诊临床工作中的四条界限

- 一、濒死指征
- 二、危重的指征
- 三、器质性与功能性
- 四、传染与非传染

一、濒死指征

- 这是急诊最危重的病人，来诊后应立即给氧，开放静脉的抢救措施，应反应迅速。

- 判断濒死的指征，是血压测不到或只在某处听到一下，如60/0；脉搏消失或极微弱；呼吸慢而不规则、双吸气、长吸气及淹气样呼吸；及瞳孔散大、居中及对光反应消失。反之如生命指征均正常，一般不会突然死亡，如突发性死亡，亦属猝死，是无法预测的。

二、危重的指征

【意识障碍及精神症状】 危重指征

- 意识障碍范围很广，包括嗜睡、昏睡、昏迷及精神障碍。严重的意识障碍一般均能意识到病情危重，而对轻度意识障碍及精神症状，常认识不足。但一旦发生意识障碍，则意味着病情严重。如老年人发生轻度意识障碍，如嗜睡应想到严重感染。如出现症状性精神症状，亦应想到病情严重

- 此类病人有脑血管病、肝昏迷、尿毒症、败血病、垂体危象、结核病、酒精戒断、胰性脑病等。我们遇到一例发热老人，短暂精神异常，结果是败血病。**所以凡躯体性疾病，引起意识或精神异常，即使症状轻微，亦是病情严重的表现；不应轻易转到精神病院。**

危重指征

【呼吸异常】

- 呼吸异常包括呼吸困难、呼吸窘迫、呼吸急促及呼吸节律异常。在四大生命指征中，呼吸常不被重视，其原因可能是量化概念不如血压、心率明显。

- 在我急诊科病房及EICU，有多例病人以呼吸窘迫为临终表现

- "呼吸急促者要死,血氧饱和度持续不上升的要死"的警语，以提示对呼吸的重视。

一、呼吸异常是最敏感的生命指征

- 这是由于肺毛细血管内皮细胞占居全身最大数量，在炎症反应过程中，与炎症介质及细胞因子的反应最强。
- 呼吸异常除从解剖及神经调节的角度来理解以外，更应从炎症反应的角度来理解，如急性肺损伤、ARDS、呼吸衰竭及急性肺水肿等，这些病理生理改变存在于各科的危重病人中。

二 最危急的呼吸困难是喉头梗阻

- ①表现：吸气性呼吸困难，三凹征，失音；
- ②**病因**：
  喉炎、喉头水肿（过敏）、声带息肉、误吸；
- ③处理：气管插管、环夹膜穿刺。

三 端坐呼吸的诊断与处理

- 常见于急性左心衰竭、哮喘、气胸，最常见是心肺疾病约占90%；在诊断心衰和呼衰时应先排除肺压缩如气胸、胸腔积液等，因为处理原则不同，而张力性气胸可在短时间内死亡，气胸是突发性、张力性气胸呈进行性加重，应每隔15-30分钟监护病人，数呼吸次数，气胸的主要体征是患侧呼吸音减低，如呼吸音减低伴叩诊过清音或鼓音，即可诊断，而张力性气胸是浊鼓音。
- （2）有时不宜送放射科及B超室作特殊检查，应立即做胸腔穿刺排气，因为在搬运或检查时发生呼吸心跳骤停的事例。

四　易并发急性肺损伤及ARDS的几种疾病

- （一）肺炎

肺炎合并呼吸困难表明病情危重。尿病病人如合并肺炎或肺部感染，因有毛细血管病变，易发生低氧血症；老年性肺炎如呼吸急促在25-30次/分，亦表明病情危重；

（二）急性严重胰腺炎

- 急性胰腺炎判断病情轻重是很重要的，因严重型或坏死型胰腺炎死亡率高，而肺脏为最易受损伤的器官。
- 据文献报告，70%急性胰腺炎（AP）病人合并不同程度呼吸功能不全，

（三） 严重腹腔感染

(四) 原因不明的呼吸困难应想到心包疾病

其他 常见呼吸困难

1 肝硬化合并呼吸困难应考虑肝肺综合症。

2 尿毒症合并呼吸困难应考虑急性左心衰竭、肺水肿、尿毒症肺。

3 严重贫血合并呼吸困难应考虑急性左心衰竭。

其他 常见呼吸困难

4 深大呼吸：应考虑酸中毒，常见有糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、休克等。

5 大量胸腔积液与严重气胸应注意搬动的危险性。

6 呼吸肌麻痹所致的呼吸困难，可无呼吸急促，而是主诉憋气 。可见于格林—巴利综合症、周期性麻痹，特别应注意在有机磷中毒抢救过程；一旦诉述憋气应立即给简易呼吸器通气。

【休克】 危重指征

- 休克是常见危重急症，急诊科医师应随时注意识别。目前认为休克是组织细胞对氧需求及氧利用障碍，表现为组织缺氧，如四肢厥冷，冷汗，指压痕，呼吸急促，心率加快，少尿，血压下降，脉压差缩小，早期血压可正常，甚至升高。发现愈早，预后愈好。对休克应强调病因诊断和治疗，绝不应局限于提高血压，如宫外孕所致的失血性休克，不去积极寻找病因，只盲目用缩血管药升血压，会导致可悲的结局。

- 休克的病因诊断线索
  - 喉头水肿，哮鸣音，提示过敏性休克
  - 腹痛、腹胀提示低血容量性休克
  - 右心衰竭提示右室梗塞，肺栓塞，心包填塞
  - 色素沉着提示肾上腺功能不全
  - 毛发稀疏，产后大出血，垂体切除后提示垂体功能不全
  - 四肢瘫痪提示神经源性休克

【抽搐】 危重指征

- 抽搐亦是一个危重急症，抽搐如不能控制，病人几乎均死亡。抽搐的病因很多，应积极寻找病因，对症治疗，而不宜瞒目用镇静药，如低血糖。常见的病因有脑血管病、肺心病、癫痫、颅内感染 、 尿毒症、中暑、肝性脑病、低血糖、高渗昏迷、颅内压高、药物（氯丙嗪、三环类抗抑郁药），中暑等。在炎热的夏季，如有高热、昏迷、抽搐病人，多考虑中暑为好，特别有超高热的病人。

【脑干征兆】 危重指征

- 作为神经科专业医师，对此类症状可能是很快能意识到其严重性，但作为急诊科医师、或低年资医师往往易忽视。
- 眩晕是常见急症，老年病人多数是椎基底动脉供血不足，而预后绝大多数是好的；但少数可能是椎基底动脉闭塞，即脑干或小脑梗塞，要致命的，可引起呼吸骤停。所以对眩晕病人，除注意交叉性偏瘫、四肢瘫、眼征（眼震、复视、外展神经麻痹）。此外，还应注意球麻痹症状，如咳痰不畅、饮水呛咳等。

【烦躁不安与呻吟不息】 危重指征

- 烦躁不安应理解为一种精神状态改变，呻吟不息是病痛超过其耐受能力，是病情笃重的表现，一定要认真对待，详细检查，一般应请上级医师复查，如此类病人突然变为安静无声，是临终表现，可能是极度衰弱，无力呻吟。
- 对烦躁不安病人必须上级医师亲自查看，应检查有无尿潴留、缺氧、心衰、休克等，不要冒然使用安定，经详细检查后，确无明显原因，可使用安定镇静，否则连输液都无法进行，但需严密观察病情。但有时用镇静剂后引起病人死亡。
- 急诊科医师有相当难度，躁动病人虑见不鲜，诊断不明，所以急诊科医师一定要熟练掌握镇静剂使用。

【血液病危象】 危重指征

- ①HB <30g/L，易引起急性左心衰竭；
- ②WBC<1.0×109/L，易发生败血症;WBC >100.0×109/L，如见于急性白血病，易发生颅内出血；
- ③PLT<10.0×109/L,易发生严重出血，特别是伴有黏膜出血，如鼻出血，口腔、眼结膜出血，病情更为严重，易发生脑出血；
- ④皮肤出血倾向，应熟悉出血点（<2mm）,紫癜（2-5mm），瘀斑（>5mm）的基本概念，因为前两者表示血管与血小板疾患，而后者是凝血机制障碍，后者可分为先天性与后天性，先天性凝血机制障碍多为血友病，而后天性多为肝病或DIC，如发热伴瘀斑多为DIC，病情危重，应考虑败血症，特别应警惕流行性脑脊髓膜炎或金葡萄败血症，但前者发病急骤，发热后立即出现，而后者往往发热后几天出现，不应误诊为药物过敏或血小板减少症。

【腹胀】 危重指征

- 腹胀是一个不令人注意的症状，通俗地说有“气胀”和“水胀”。前者是胃肠功能衰竭，，为肠麻痹，叩诊呈鼓音，或称假性肠梗阻，是多脏器功能衰竭的一部分，有严重的基础病，或伴有呼吸或循环功能衰竭，如伴随腹胀，则应考虑胃肠功能衰竭，是比呼吸循环衰竭更难处理的危重症，应及早识别和处理；后者是腹腔积液，有移动性浊音，常见于坏死性胰腺炎， 宫外孕，腹膜炎（原发性，继发性，多浆膜炎）等。坏死性胰腺炎可两者并存。腹胀可以是急诊第一主诉，亦可在抢救过程中发生，应注意观察。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/895331021220011124