

小儿急诊病情初评



急诊患儿数量占儿科患儿总数的 10%~30%，部分疾病为危及小儿生命的疾病，故需要进行准确诊断及紧急处理。正确的诊断处理不仅可以挽救部分危重患儿的生命，减少后遗症的发生，同时可给进一步的诊治提供条件，故儿科急诊是儿科医疗工作的重要组成部分。由于小儿自身的特点，同一症状在不同年龄表现差异很大，病因也不尽相同；同一疾病在不同年龄组表现也不太相同。小儿自己不会叙述病史，加之小儿体格检查时不能很好地配合，故需要儿科医生熟悉小儿的上述特点，及时准确地进行诊断及处理，并对急诊患儿给予正确的评估。

一、诊断程序

年龄 年龄对小儿疾病的诊断具有重要价值，如新生儿抽搐多由缺氧缺血性脑病或胆红素脑病引起，6 个月龄以下婴儿则多以低钙惊厥及颅内感染引起，6 个月龄~3 岁小儿则以高热惊厥多见，儿童则以颅内感染及癫痫为主。

性别 性别对某些疾病的诊断有重要价值，如蚕豆病多发生在男性患儿，女性患儿少见。

生长发育状况 生长发育良好的急诊患儿多为急性疾病，生长发育落后以慢性疾病、营养性疾病及发育异常多见。

一般情况 包括对外界反应、精神状态、表情、面色、哭声、活动能力等。一般情况下以严重疾病及全身性疾病多见，患儿症状较轻或为局部疾病。

心跳、呼吸骤停 可由各种原因引起的窒息、意外、各种严重感染、中毒、过敏、电解质紊乱、心脏疾病，或婴儿猝死所致。

发热 是小儿最常见的急诊原因，短期发热，其多数为上呼吸道感染或消化道感染性疾病，部分为全身感染、急性传染病或局部感染性疾病。长期发热多为较严重的感染，如败血症、伤寒、结核病等，部分为非感染性疾病，如结缔组织疾病、白血病等。

惊厥 是小儿较常见的急诊症状，新生儿常见为缺氧缺血性脑病、胆红素脑病，6 个月以下小儿多见低钙惊厥、颅内感染，6 个月龄~3 岁患儿多见高热惊厥、颅内感染，儿童多见颅内感染、癫痫，不伴发热惊厥多见于低钙、癫痫、颅内出血、缺氧缺血性脑病；伴发热惊厥多见于颅内及颅外感染性疾病。

昏迷 多见于颅内感染，如脑炎及中毒、代谢性疾病。

发绀 多见于呼吸系统疾病，如肺炎、呼吸道梗阻；心血管疾病如先天性心脏病、心力衰竭及中毒。

呼吸困难 多见于呼吸系统疾病，如呼吸道异物、急性喉炎、肺炎等；心血管疾病，如心力衰竭等。

肺炎等；心血管疾病，如心力衰竭等。

呼吸节律不齐及深浅不一 主要见于颅内高压、脑损害及各种原因引起的呼吸衰竭。

血压降低 见于各种原因引起的循环衰竭，如感染性休克、源性休克、失血及严重脱水等。

心率增快 发热是引起小儿心率增快的重要原因。失血、脱水、心脏疾病亦可引起心率增快。

心律失常 主要见于各种原因引起的心脏传导系统损害，如心肌炎、心脏病等。

心脏扩大 主要见于心脏疾病，如先天性心脏病、心肌炎等。

腹泻 是消化系统疾病常见症状，例如消化道感染。

腹胀 可由消化道疾病引起，如婴幼儿腹泻、坏死性小肠结肠炎，各种感染引起的中毒性肠麻痹、腹水及腹腔内占位病变。

便血 各种消化疾病如坏死性小肠炎、消化道溃疡等，以及全身出血性疾病如过敏性紫癜、白血病等所致。

呕吐 消化道疾病为主要原因，如婴幼儿腹泻、各种原因引起的肠梗阻等。其他疾病也可引起呕吐，如各种原因引起的颅内高压、全身感染疾病。

肝脏扩大 见于肝脏本身疾病如肝炎、肝脓肿等，也见于一些全身性疾病，如传染性单核细胞增多症、败血症、白血病等。

脾脏肿大 见于各种急性感染，如传染性单核细胞增多症、疟疾等，也见于一些非感染性疾病，如肝硬化、白血病及一些代谢性疾病。

淋巴结肿大 多见于淋巴结炎、白血病、霍奇金病等。

皮疹 多见于一些急性传染病和感染性疾病，如麻疹、猩红热、风疹、败血症、伤害及一些非感染性疾病，如湿疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜。

除上述表现外，还应注意各系统器官表现。

如肾脏疾病引起血尿、蛋白尿、尿频、尿急；神经系统的前囟张力增高、脑膜刺激征、病理反射；肛门生殖器等无畸形；口腔黏膜、牙齿有无异常；有无听力、视力障碍等。总之应全面了解病史，仔细查体，综合分析，全面考虑，可有利于正确诊断。

在全面收集病史及体征的基础上，再进行相应的实验室检查及特殊检查，以获得正确的诊断。

如血常规、大小便常规、电解质及血气分析检查、肝、肾功能及凝血功能等检测，以及一些特殊的检验如血清学检测；胸、腹部 X 线检查、B 超检查、CT、MRI、放射性核素等。

二、初步处理

患儿病情较轻者 可在急诊室进行治疗，如上呼吸道感染、轻度的婴幼儿腹泻等。

危重急诊患儿 常常需要在急诊室紧急处理后，再考虑下一步的治疗，危及患儿生命安全的严重疾病可简单询问病史，进行必要的查体后，尽可能早早地开始治疗，待病情稳定后再做出全面的病史询问、详细的全面体检及实验室检查和特殊检查。

危重患儿治疗 应立即控制危及患儿生命及影响其预后的临床症状。如惊厥时尽快止惊，休克时尽快使血压恢复正常，呼吸心跳骤停应尽快复苏，立即纠正严重低氧血症，颅内高压时尽快降颅压，遇到出血性疾病时紧急止血等。

危重患儿的危急症状控制后，应对治疗措施及结果进行评价，再确定下一步治疗方案。

三、处置

病情较轻者在急诊治疗后，回家继续观察治疗。

部分病情稍重或暂时不能回家治疗者需要留在急诊科观察，再进行进一步处置。

病情危重者或诊断不明者在进行初步治疗后，病情稳定，应转诊至上级医院进行进一步诊断和治疗。

（摘自《全国基层卫生人员急诊急救基本知识培训教材》）

谵妄的处理

早在 20 世纪 90 年代中期，一些专家就对谵妄的处理进行了很详细的总结。谵妄的治疗与焦虑抑郁的治疗原则不同。对于已经插管人工通气的患者，如果出现躁动，咪达唑仑由于起效快、代谢快可供选择。对于没有人工通气的患者，出现躁动不是插管的特征。如果没有人工通气特征，抗焦虑和适当约束患者是更好的选择，同时应注意抗焦虑药物的肌肉松弛作用，检查血氧，出外低氧血症加重谵妄。值得注意的是，苯二氮卓类药物，特别是高效价药物的大量使用，可加重和延长意识障碍，应和抗精神药物联合使用。

使用抗精神药物，首要原则是分型处理，对于激越型患者，在一两天内达到和维持强力镇静只适用于严重病例，同时注意重建患者的昼夜节律；对于淡漠型患者，目的是帮助调节昼夜节律，以期辅助患者意识的恢复。

在药物选择上，氟哌啶醇是传统经典药物，对激越型患者有效。该药虽然对胆碱能系统影响小，一般不加重意识浑沌，但缺点是可能造成 QT 间期延长，对于有室性心律失常的患者，不建议应用该药。最近有个案报道和开放性研究提示，新型抗精神药物，如奥氮平在老年患者的谵妄处理中有一定优势。

此外，护理方面的照顾也是患者恢复的基本要素。恰当地强调时间、人物、地点定向，与固定的陪护人员的合作等，可很大程度上降低谵妄患者受伤和出现激越的风险。

精神科会诊医生的作用 在于：利用自己的经验，帮助内科医生一起寻找病因；对患者及家属进行安慰，对陪护人员进行健康教育；提醒和协助处理谵妄患者相关医疗决策等伦理和法律问题。

对于重症患者的谵妄，预防更重要。在风险因素中，除了不可改变的因素，有些诱因如减少多药并用、少用芬太尼止痛、早期纠正睡眠障碍等都是可改变的因素。患者入重症加强护理病房后，监测皮质醇水平、肌酐水平，有助于预测谵妄的出现。另外，已有医疗团队开发了脑血氧监测系统，经过对症处理，减少术后谵妄的发生。

惊恐发作的处理

惊恐发作是急性焦虑发作，常常表现为突发心悸、胸闷、窒息、恐惧及濒死感，伴有出汗、颤抖、无力、心率增快、血压升高等交感兴奋表现，强烈发作一般持续一二十分钟，可自行缓解。由于和心肌梗死的临床症状相似，常在综合医院急诊科或心内科就诊，常被误诊为冠心病，因治疗无效患者反复就诊、住院和重复检查。

心脏疾病或其他躯体疾病（如低血糖、哮喘发作）可诱发惊恐发作，酒精、药物或毒品可导致易感染个体出现惊恐发作。也可以是单纯的惊恐发作，无法找到可以解释症状的病因或精神应激诱发因素。

有器质性疾病基础的惊恐发作，往往随原发病病程而改变，但有时控制了原发疾病，惊恐发作仍可反复出现；无器质性疾病基础的惊恐发作，往往可以自行缓解，但过后有些患者有明显的疲乏感，持续数小时甚至一两天；也有的年轻患者发作后一切如常，但同样容易反复发作。

处理原则：对惊恐发作的识别和处理，应当前移到急救车或急诊阶段；鉴别诊断和对症处理同步进行；对症处理上，首选迅速起效、半衰期短的苯二氮卓类药物，如咪达唑仑、阿普唑仑、劳拉西泮等，必要时静脉给药。注意患者原发疾病的影响，如心肺功能差的患者应注意药物呼吸的抑制作用，有插管和通气支持条件下使用安全更有保障；对于无器质性疾病的惊恐发作，对症处理后，应及时进行健康教育。

（摘自《中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册》）

食管癌的辨证论治

【诊断要点】	【治疗方法】
胸骨后不适，有烧灼感或疼痛，食物通过有滞留或轻度梗阻感，咽部干燥或有紧缩感。重症患者可见持续性、进行性吞咽困难，吐出黏液，严重时伴有胸骨后或背部肩胛区持续性钝痛，出现进行性消瘦。	汤药 痰气交阻：启膈散加减。郁金 10 克，砂仁壳 10 克，丹参 10 克，沙参 10 克，贝母 10 克，茯苓 10 克，荷叶 10 克，山豆根 10 克，栀子 10 克，金果榄 15 克。
胃镜检查可在直视下观察食管、贲门肿瘤、溃疡、狭窄等，若有异常可取组织活检，可以确定病性。X 线上消化道钡餐检查，可见食管充盈缺损、梗阻及黏膜皱襞破坏、消失或中断。	瘀血内结 ：通幽汤加减。生地黄 10 克，熟地黄 109 克，当归 10 克，桃仁 10 克，红花 10 克，升麻 6 克，白花蛇舌草 15 克，三棱 10 克，莪术 10 克。
【中医证型】 痰气交阻 吞咽梗阻，胸膈痞满，甚则疼痛，情志舒畅时可稍减轻，情志抑郁时则加重，暖气呃逆，呕吐痰涎，口干咽燥，大便艰涩，舌质红，苔薄腻，脉弦滑。	津亏热结 ：沙参麦冬汤加减。沙参 10 克，麦冬 10 克，天花粉 10 克，玉竹 10 克，竹叶 10 克，石膏 10 克，白花蛇舌草 15 克。
瘀血内结 饮食难下，或虽下而复吐出，甚或呕出物如赤豆汁，胸膈疼痛，形体消瘦，舌质紫暗，脉细涩。	中成药 华蟾素片两三片，每日 3 次；贞芪扶正胶囊三四粒，每日 3 次。
津亏热结 水饮难进，心烦口干，胃脘灼热，大便干结如羊矢，形体消瘦，皮肤干枯，小便短赤，舌质光红，干裂少津，脉细数。	【注意事项】 食管癌以早检查、早发现、早治疗为主，以手术治疗为优先，配合放化疗，治疗效果较好。中药治疗可明显改善患者体质，改善症状，减轻患者痛苦，同时可减轻手术及放化疗的毒副作用。

（摘自《乡村中医实用技术》）



本版图片均为资料图片

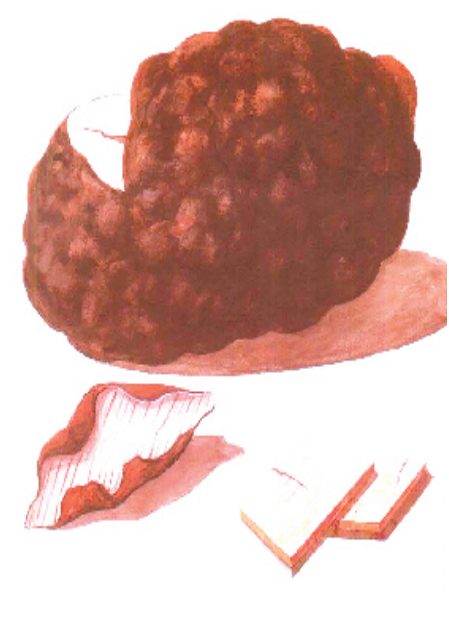
认识本草

昆布



【性味功能】 味咸，性寒。有软坚散结、消痰利水的功能。
【主治用法】 用于瘰癧、瘰癧、瘰癧丸肿痛、痰饮水肿。水煎服或入丸、散剂。
【用量】 6~12 克。

茯苓



【性味功能】 味甘、淡，性平。利水渗湿、健脾宁心。
【主治用法】 用于水肿尿少、痰饮眩悸、脾虚食少、便溏泄泻、心神不安、惊悸失眠。水煎服或入丸服。
【用量】 9~15 克。

海藻



【性味功能】 味苦、咸，性寒。有软坚散结、消痰利水的功能。
【主治用法】 用于瘰癧、瘰癧、瘰癧丸肿痛、痰饮水肿。水煎服，浸酒，或入丸、散剂。
【用量】 4.5~9 克。

（摘自《中国本草彩色图鉴》）

合理用药

临床药物过敏的主要表现及处理方法

笔者从医多年，遇见过一些药物过敏事件，现将几种药物的过敏症状总结如下，供同仁参考。

复方丹参注射液过敏反应及处理方法：患者头昏、恶心、呕吐，出现皮疹。应立即换吊瓶、换药，但是绝对不能拔掉输液针，保持静脉通道。

头孢类抗生素过敏反应及处理方法：患者出现皮疹、瘙痒、心慌、气短、胸闷、手脚冰凉、喉头水肿等，换吊瓶 100 毫升葡萄糖注射液加地塞米松（5~10 毫克）或地塞米松入壶快速滴入。情况严重者，立即肌肉注射肾上腺素，给予吸氧，注意保暖，肌肉注射扑尔敏、异丙嗪，0.9%生理盐水 250 毫升加维生素 C、肌苷、维生素 B₆、

辅酶 A，及时观察生命体征。

磷霉素钠过敏表现及处理方法：患者心慌、脸色苍白、头晕、说不出话。给予患者地塞米松 5 毫克、5%葡萄糖注射液 100 毫升加三溴苄碱 10 毫克。

参麦注射液输液反应及处理方法：患者高烧 40 摄氏度、口吐白沫、昏迷不醒等。立即肌肉注射复方氨基比林 4 毫升，5%葡萄糖注射液 100 毫升加地塞米松 10 毫克。

克林霉素药物不良反应及处理方法：患者腹痛。给予地塞米松 5 毫克，静脉注射 5%葡萄糖注射液 100 毫升加三溴苄碱 10 毫克，患者不痛时则停挂；口服奥美拉唑 2 粒，胃炎干糖浆 2 包。

复方氨基酸注射液不良反应及处理方法：患者输入液体约 100 毫升时出现恶心、呕吐、胸闷，笔者赶紧换药换管，给予患者 250 毫升 5%葡萄糖注射液加地塞米松 5 毫克。

西咪替丁注射液不良反应及处理方法：患者恶心、呕吐、头晕、心慌。患者停药即可恢复正常。

奥美拉唑不良反应及处理方法：患者口服 10 分钟后出现胸闷、大汗淋漓、恶心、头晕等情况。一般情况下停药 1 小时即可恢复正常。

葡萄糖酸钙注射液不良反应及处理方法：患者输液后大约 5 秒钟诉心慌、恶心、难受。笔者赶紧换药换葡萄糖注射液，大约 3 分钟后患者恢复正常。

维生素 C 注射液不良反应及处理方法：患者输液大约 2 分钟后诉恶心、难受、呕吐。笔者立即换药换葡萄糖注射液，患者不久恢复正常。

地塞米松注射液不良反应及处理方法：患者输液 100 毫升左右后出现脸红心慌、意识模糊（后来清醒后说我们的一举一动他都知道，就是说不出话睁不开眼睛）。笔者赶紧换葡萄糖注射液，针刺患者虎口，扎醒以后，继续给患者挂葡萄糖注射液，直至患者恢复正常。

替硝唑注射液不良反应及处理方法：患者液体输到 1/3 时自诉心慌、恶心、胃痛。换药后，患者恢复正常。

左氧氟沙星注射液不良反应及处理方法：患者输液后自诉恶心、呕吐、心慌、难受，面色发黄。换药换管后患者恢复正常。

阿奇霉素不良反应及处理方法：患者输液后大约 10 分钟后反复咳嗽，诉呼吸困难、喉间痛；笔者赶紧换药，给予静脉注射地塞米松 5 毫克，过了大约 1 小时后咳嗽缓解。

利巴韦林注射液不良反应及处理方法：患者脸色惨白、全身无力，自诉腹痛，接着出现休克现象。笔者立即给予患者注射 1 支肾上腺素，1 支扑尔敏及地塞米松 2 支。患者 1 分钟后清醒，对其观察 30 分钟后，患者一切正常，笔者遂嘱咐其回家休息。（李雪）