

Phương pháp tiếp cận với các bài thuyết trình ED thông thường

Đau bụng

- sự cương cứng có thể được tập trung về mặt giải phẫu theo vị trí đau: góc phần tư phía trên bên phải, phía trên bên trái

góc phần tư, góc phần tư dưới bên phải, góc phần tư bên trái, thượng vị, chu vị, di sử dụng

Lịch sử

- đau: OPQRST
- xem xét các triệu chứng từ bộ phận sinh dục, phụ khoa, tiêu hóa, hô hấp và hệ thống tim mạch
- chấn thương / phẫu thuật bụng, nội soi đại tràng gần đây nhất, nội soi gần đây nhất, xét nghiệm FOBT / FIT gần đây nhất

Khám sức khỏe

- sinh thiết, bụng (bao gồm DRE, đau CVA), vùng chậu / bộ phận sinh dục, hô hấp và khám tim như

được chỉ ra bởi lịch sử

Điều tra

- ABC, không trì hoãn việc quản lý và tư vấn nếu bệnh nhân không ổn định
- phòng thí nghiệm: CBC, điện giải, glucose, BUN / Cr, U / A ± men gan, LFTs, lipase, β -hCG, ECG, troponin, $\pm$

VBG / lactate

- AXR: nếu nghi ngờ về: dị vật hoặc SBO (nếu thiết lập tài nguyên thấp)
- Xquang phổi thẳng đứng: tìm tràn khí màng bụng (không khí tự do dưới cơ hoành), bệnh phổi

- U / S: tất cả cấu trúc phụ khoa, tinh hoàn, đường mật, chữa ngoài tử cung, viêm ruột thừa ở trẻ em và

người lớn trẻ, sỏi thận-niệu ở bệnh nhân trẻ, AAA, Suid miễn phí

- CT: SBO, chấn thương, AAA, viêm tụy, sỏi thận / sỏi niệu, viêm ruột thừa và viêm túi thừa

Sự quản lý

- Ống NPO, IV, NG (nếu SBO), thuốc giảm đau, thuốc kháng sinh và thuốc chống nôn

- ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy một lượng nhỏ thuốc giảm đau opioid cải thiện độ chính xác chẩn đoán về thể chất

khám bụng phẫu thuật

- tư vấn khi cần thiết: nội khoa, phẫu thuật tổng quát, phẫu thuật mạch máu, phụ khoa, v.v.

Bộ trí

- nhập viện: phẫu thuật bụng, kiểm tra các dấu hiệu bất thường đáng kể, cần dùng kháng sinh IV hoặc

kiểm soát cơn đau

- xuất viện: những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm âm tính và hình ảnh cải thiện về mặt lâm sàng trong thời gian họ lưu trú;

hướng dẫn bệnh nhân quay lại nếu đau dữ dội, sốt hoặc nôn mửa kéo dài

Đau vùng chậu cấp tính

Nguyên nhân học

- phụ khoa

- buồng trứng: vỡ u nang buồng trứng (nguyên nhân phổ biến nhất gây đau vùng chậu), áp xe buồng trứng, buồng trứng

xoắn (hiếm, 50% sẽ có khối lượng buồng trứng)

■ ống dẫn trứng: viêm vòi trứng, áp xe ống dẫn trứng, hydrosalpinx

■ tử cung: leiomyomas (broid trong tử cung) - đặc biệt là với sự xoắn của một brounculated broid hoặc trong một

bệnh nhân mang thai (thoái hóa), PID

■ khác: chữa ngoài tử cung (vỡ / mở rộng / rò rỉ), sảy thai tự nhiên (dọa hoặc không hoàn toàn), lạc nội mạc tử cung và đau bụng kinh, lạm dụng tình dục hoặc thể chất

• không liên quan đến phụ khoa (xem nguyên nhân gây đau bụng dưới ở trên)

Lịch sử và Kiểm tra thể chất

• đau: OPQRST

• các triệu chứng liên quan: chảy máu âm đạo, tiết dịch, khó thở, các triệu chứng về ruột và / hoặc bàng quang

• tiền sử mang thai và tình dục, bao gồm thiếu kinh / vô kinh, rong kinh và rong kinh

• chỉ số quan trọng

• khám phụ khoa: đánh giá độ đau do cử động cổ tử cung / “dấu hiệu đèn chùm” (gợi ý PID)

• khám bụng

Điều tra

• β -hCG cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ

• CBC và di tăng, điện giải, glucose, creatinine, BUN, nuôi cấy và độ nhạy, PTT / INR

• U / A để loại trừ nguyên nhân tiết niệu

- gạc âm đạo và cổ tử cung để nuôi cấy và độ nhạy cảm trong quá trình khám sức khỏe

- U / S vùng chậu và ổ bụng: đánh giá phần phụ, độ dày của nội mạc tử cung, tình trạng mang thai, dịch tự do hoặc

khối lượng trong xương chậu

- Nghiên cứu Doppler Šow về xoắn buồng trứng

Sự quản lý

- chung: giảm đau, xác định xem có cần nhập viện và tư vấn không

- đặc điểm c:

- u nang buồng trứng

- ◆ không bị vỡ hoặc vỡ, và huyết động ổn định: giảm đau và theo dõi

- ◆ vỡ với màng bụng đáng kể: có thể phải phẫu thuật

- xoắn buồng trứng: phẫu thuật tách hoặc cắt bỏ buồng trứng

- u leiomyomas không biến chứng, lạc nội mạc tử cung và đau bụng kinh thứ phát thường có thể được điều trị

trên cơ sở bệnh nhân ngoại trú, xuất viện với tái khám phụ khoa

- PID: kháng sinh phổ rộng

Bố trí

- chuyển tuyến: nguyên nhân phụ khoa hoặc sản khoa cần can thiệp phẫu thuật, yêu cầu nhập viện, hoặc

ung thư trong tự nhiên

- nhập viện: bệnh nhân cần phẫu thuật, tiêm kháng sinh / quản lý đau

- xuất viện: làm việc tiêu cực và giải quyết các triệu chứng; đưa ra hướng dẫn rõ ràng để theo dõi thích hợp

Mức độ ý thức đã thay đổi

Định nghĩa

- tình trạng tinh thần bị thay đổi: thuật ngữ tập thể, không cụ thể đề cập đến sự thay đổi trong chức năng nhận thức,

hành vi hoặc sự chú ý, bao gồm:

- mê sảng (xem Tâm thần học, PS23)
- sa sút trí tuệ (xem Tâm thần học, PS24)
- hôn mê: trạng thái giảm nhận thức và tỉnh táo (bệnh nhân có thể tỉnh táo)
- stupor: không phản hồi nhưng có thể sử dụng được
- hôn mê: trạng thái giống như ngủ, không thể chuyển sang ý thức

QUẢN LÝ ĐỊA ĐIỂM ĐÃ ĐƯỢC THAY THẾ

Lịch sử

- có được tài sản thể chấp từ gia đình, bạn bè, cảnh sát, nhân viên y tế, hồ sơ bệnh nhân, vòng đeo tay MedicAlert®, v.v.

- khởi phát và tiến triển

- chấn thương trước đó, hoạt động co giật, sốt

- khởi phát đột ngột gợi ý xuất huyết thần kinh trung ương / thiếu máu cục bộ, nguyên nhân tim hoặc ngộ độc

- tiến triển hàng giờ đến hàng ngày gợi ý tổn thương thần kinh trung ương tiến triển hoặc nguyên nhân nhiễm độc / chuyển hóa

- xác định LOC cơ bản của bệnh nhân

- tiền sử bệnh trong quá khứ (ví dụ: (các) đợt tương tự, trầm cảm, dùng quá liều)

Khám sức khỏe

- ABC, các chỉ số quan trọng bao gồm nhiệt độ; cardiac, hô hấp, khám bụng

- kiểm tra thần kinh hoàn chỉnh; đặc biệt là kiểm tra mắt (đồng tử “PEARL” bằng nhau và

phản ứng với ánh sáng)

- sử dụng GCS để đánh giá LOC (xem Đánh giá / Quản lý Bệnh nhân, ER2)

Điều tra

- công việc đẫm máu

■ mức đường huyết, chất điện giải, creatinine, BUN, LFTs, độ thâm thấu huyết thanh, CBC, VBG, PT / PTT /

INR, troponin

■ acetaminophen huyết thanh, nồng độ salicylat, etanol ($\pm$ rượu độc)

- hình ảnh

■ CT đầu, Xquang phổi (nếu tổn thương đường hô hấp hoặc các triệu chứng)

- các bài kiểm tra khác

■ Điện tâm đồ, U / A, UTox

Chẩn đoán

- sử dụng các loại thuốc giải độc đa năng thích hợp

■ thiamine 100 mg IV nếu tiền sử EtOH hoặc bệnh nhân có vẻ suy dinh dưỡng

■ 50 mL D50W nếu hạ đường huyết trên đường huyết mao mạch tại điểm chăm sóc

■ naloxone 0,4 mg, tối đa 10 mg IV nếu nghi ngờ quá liều thuốc phiện

■ đặt bệnh nhân thở oxy (nếu cần)

- phân biệt giữa hôn mê chuyển hóa cấu trúc và nhiễm độc

■ hôn mê cấu trúc

◆ đồng tử, chuyển động ngoại tâm và liên kết vận động, nếu có, thường không đối xứng

◆ tìm kiếm các bất thường khu trú hoặc trung tâm

■ hôn mê chuyển hóa chất độc

◆ rối loạn chức năng ở các cấp thấp hơn của thân não (ví dụ: không phản ứng với calo)

◆ ức chế hô hấp liên quan đến thân não trên còn nguyên vẹn (ví dụ như bằng và phản ứng

học sinh)

◆ chuyển động ngoại tâm và liên kết vận động là đối xứng hoặc không có

◆ cần thiết phải tái khám thường xuyên vì tình trạng có thể thay đổi nhanh chóng

• chẩn đoán chỉ có thể trở nên rõ ràng khi thời gian trôi qua

■ chấn thương đầu trẻ de cit aŽer gợi ý tụ máu ngoài màng cứng (đặc điểm “sáng suốt

khoảng thời gian ”)

Bố trí

• nhập viện: nếu LOC giảm liên tục, hãy tiếp nhận dịch vụ dựa trên chẩn đoán dự kiến, hoặc chuyển

bệnh nhân nếu mức độ chăm sóc thích hợp không có sẵn

• phóng điện: thay đổi LOC có thể đảo ngược dễ dàng; đảm bảo có sẵn dịch vụ chăm sóc theo dõi đầy đủ

Tư ngực

Lịch sử và Kiểm tra thể chất

• OPQRST, các tập trước và thay đổi về mẫu

- các yếu tố nguy cơ tim (HTN, DM, rối loạn lipid máu, hút thuốc, FHx)
- hỏi về bất kỳ thủ tục tim mạch nào trước đây, kiểm tra mức độ căng thẳng gần đây nhất, chụp mạch máu cuối cùng và nếu chúng

hiện đang được theo dõi bởi một bác sĩ tim mạch

- khám nghiệm thủy tinh thể, tim, hô hấp, mạch ngoại vi, ổ bụng

Điều tra

- CBC, chất điện giải, Cr, BUN, glucose, PTT / INR, dấu ấn sinh học tim (troponin)
- Điện tâm đồ: luôn so sánh với trước đó; có thể bình thường lên đến 50% PE và NMCT cấp
- CXR: so sánh với trước đó
- CT: nếu được chỉ định (ví dụ như bóc tách động mạch chủ, PE)

Quản lý và Bố trí

- ABC, O2 (nếu cần), máy theo dõi tim, truy cập IV
- điều trị nguyên nhân cơ bản và tham gia tư vấn khi cần thiết
- xem xét quan sát / theo dõi thêm nếu chẩn đoán không rõ ràng hoặc có nguy cơ rối loạn nhịp tim
- xuất viện: bệnh nhân có khả năng bị đe dọa tính mạng thấp do đã giải quyết được các triệu chứng và

công việc tiêu cực; sắp xếp theo dõi (ví dụ: phòng khám tim nhanh / cấp tính) và hướng dẫn quay lại nếu SOB hoặc

tăng cơn đau ngực phát triển. Có thể tham khảo điểm HEART để phân tầng nguy cơ bệnh nhân

Đau đầu

- xem Thần kinh học, N46

Nguyên nhân học

- phổ biến và ít nghiêm trọng hơn

■ đau nửa đầu thông thường (không có hào quang) / đau nửa đầu cổ điển (có hào quang)

◆ thông thường: một bên, đau nhói, trầm trọng hơn do hoạt động, cường độ trung bình / nặng, N / V,

photo- / phonophobia

◆ cổ điển: các triệu chứng hào quang có thể đảo ngược hoàn toàn trước khi đau đầu, ví dụ: S nhấp nháy đèn, ghim và

kim (dị cảm), mất thị lực, rối loạn nhịp tim

◆ điều trị: thuốc giảm đau đơn giản (NSAID, acetaminophen, Aspirin®), thuốc chống nôn, triptan

◆ bác sĩ gia đình để xem xét điều trị dự phòng

■ đau đầu căng thẳng

◆ hai bên, không đau nhói, không trầm trọng hơn khi hoạt động thể chất thường xuyên, nhẹ-trung bình

cường độ.

◆ có thể kéo dài từ 30 phút đến 7 ngày

◆ gây ra căng thẳng, thiếu ngủ

◆ điều trị: điều chỉnh (các) tác nhân gây căng thẳng, thuốc giảm đau đơn giản (NSAID, acetaminophen, Aspirin®)

- ít phổ biến hơn nhưng có khả năng gây tử vong

■ xuất huyết dưới nhện (SAH) (xem Phẫu thuật thần kinh, NS22)

◆ khởi phát đột ngột, "cơn đau đầu tồi tệ nhất trong cuộc đời", cường độ tối đa trong vòng vài phút

◆ đau tăng khi gắng sức, không có dấu hiệu N / V, màng não

◆ chẩn đoán

- CT thể hệ mới nhạy 100% trong vòng 6 giờ kể từ khi khởi phát (tín hiệu tăng đậm độ xung quanh

Vòng tròn của Willis)

- LP nếu nghi ngờ SAH và CT bình thường sau 6 giờ

◆ xử trí: tư vấn phẫu thuật thần kinh khẩn cấp

■ tăng ICP

◆ tồi tệ hơn vào buổi sáng, khi nằm ngửa hoặc cúi xuống, kèm theo ho hoặc Valsalva

◆ khám sức khỏe: đau thần kinh, liệt dây thần kinh sọ, phù gai thị

◆ chẩn đoán: đau CT

◆ quản lý: tham khảo ý kiến phẫu thuật thần kinh

■ viêm màng não (xem Bệnh truyền nhiễm, ID17)

◆ ít nhất hai trong số các đặc điểm sau đây gợi ý rằng cơn đau đầu có thể là do viêm màng não:

sốt, cổ gáy, tình trạng tâm thần thay đổi

◆ các dấu hiệu lâm sàng / xét nghiệm có thể xảy ra: buồn nôn, các dấu hiệu thần kinh khu trú, co giật, phù gai thị,

ban xuất huyết, số lượng bạch cầu trong dịch não tủy cao, sự phát triển của sinh vật trong cấy máu

◆ điều tra: loại trừ tăng ICP (CT đầu, tình trạng tâm thần bình thường, không có dấu hiệu thần kinh,

không phù gai thị), nếu loại trừ thì thực hiện LP chẩn đoán

◆ điều trị: kháng sinh sớm theo kinh nghiệm (ceftriaxone liều cao + vancomycin ± ampicillin nếu > 50

tuổi) ± acyclovir ± liệu pháp steroid (quản lý dựa trên nghi ngờ lâm sàng, KHÔNG chờ đợi

cho LP)

■ viêm động mạch tế bào khổng lồ / viêm động mạch thái dương (gây ra bệnh tật đáng kể, mù lòa) (xem

Nhãn khoa, OP37)

◆ viêm mạch của động mạch lớn và trung bình, giới tính 3: 1 F: M, thường gặp nhất ở độ tuổi > 70 tuổi

◆ nhức đầu, đau da đầu, đau hàm, đau khớp, đau cơ, sốt, khó chịu hoặc cân nặng sự mất mát

◆ mềm động mạch thái dương khi sờ nắn, RAPD, phù đĩa thị giác khi soi đáy

◆ phòng thí nghiệm: nâng cao ESR, CRP

◆ Sinh thiết động mạch thái dương là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

◆ liên quan đến đau đa cơ, thấp khớp

◆ điều trị: Steroid liều cao ngay lập tức nếu nghi ngờ, không cần điều trị cho đến khi

kết quả bệnh lý

Bố trí

- nhập viện: nếu chẩn đoán cơ bản là quan trọng hoặc cấp cứu, nếu có dấu hiệu thần kinh bất thường,

nếu bệnh nhân là người cao tuổi hoặc suy giảm miễn dịch (biểu hiện không điển hình), hoặc nếu cơn đau không thể uống được

thuốc men

- xuất viện: đánh giá nguy cơ lạm dụng chất gây nghiện; hầu hết bệnh nhân có thể được xuất viện với

giảm đau và theo dõi với bác sĩ gia đình của họ; hướng dẫn bệnh nhân trở lại khi hết sốt, nôn mửa,

thay đổi thần kinh hoặc ngày càng đau

Đau khớp và lưng

ĐAU LƯNG (xem Thấp khớp học, RH3)

- loại trừ các nguyên nhân đe dọa tính mạng, ví dụ: khớp nhiễm trùng (xem Phẫu thuật chỉnh hình, OR11)

Lịch sử và Kiểm tra thể chất

- tiền sử: chấn thương gần đây, sử dụng ma túy (thuốc chống đông máu, glucocorticoid)

- các triệu chứng liên quan: sốt, các triệu chứng hiến pháp, tổn thương da, viêm kết mạc, viêm niệu đạo

- các mô hình tham gia chung: đa cực so với đơn cực, đối xứng so với bất đối xứng

- các triệu chứng viêm: buổi sáng ≥ 30 phút, đau / khó hoạt động dễ dàng, giữa ngày

mệt mỏi, sưng tấy mô

- các triệu chứng không do viêm: thời gian buổi sáng <30 phút, thời gian không hoạt động trong thời gian ngắn sau đó,

tăng đau khi hoạt động

- đánh giá cơn đau với ROM, đau khớp cục bộ, đau, ban đỏ, nóng, sưng, không thể chịu đựng được

cân nặng, sốt; có thể cho thấy sự hiện diện của khớp tự hoại

Điều tra

- công việc máu: CBC, ESR, CRP, INR / PTT, cấy máu, urat
- chụp X-quang khớp ± khớp cùng bên để so sánh
- U / S đầu gối để xác định cách sử dụng ± chọc hút khớp
- xét nghiệm dịch hút khớp để tìm: nuôi cấy, bạch cầu, tế bào đa nhân, glucose, nhuộm Gram, tinh thể

Sự quản lý

- khớp nhiễm trùng: kháng sinh IV theo kinh nghiệm ± tư vấn chỉnh hình để giải nén và dẫn lưu khớp
- viêm bao hoạt dịch tinh thể: NSAID ở liều cao, colchicine trong vòng 24 giờ đầu tiên, corticosteroid
- không sử dụng allopurinol cho các đợt cấp tính, vì nó có thể làm trầm trọng thêm cơn cấp tính
- viêm đa khớp cấp tính: NSAID, thuốc giảm đau (acetaminophen ± opioid), corticosteroid tại chỗ hoặc toàn thân
- viêm xương khớp: NSAID, acetaminophen
- đau mô: cho phép chữa lành với chế độ nghỉ ngơi có hiệu lực ± bất động
- điều trị không dùng thuốc: nóng hoặc lạnh tại chỗ, kích thích điện, xoa bóp
- dược lý: thuốc giảm đau uống, NSAID, thuốc giãn cơ, tiêm corticosteroid, tại chỗ

đại lý

ĐAU TRỞ LẠI (xem Thuốc gia đình, FM42)

- loại trừ các trường hợp cấp cứu ngoài tử cung: bóc tách động mạch chủ, AAA, PE, MI, chảy máu sau phúc mạc, viêm tụy
- loại trừ các trường hợp khẩn cấp về cột sống: viêm tủy xương, viêm tủy sống, áp xe ngoài màng cứng hoặc tụ máu, cột sống

gãy xương, hoặc bệnh ác tính

Lịch sử và Kiểm tra thể chất

- đánh giá nguy cơ gãy xương (loãng xương, tuổi tác, chấn thương), nhiễm trùng (người dùng thuốc IV, cột sống gần đây

can thiệp, ức chế miễn dịch), ung thư, nguyên nhân mạch máu (yếu tố nguy cơ tim), thần kinh

các triệu chứng (ví dụ như mê yên ngựa)

- đau lưng cơ xương điển hình ở mức độ trung bình, nặng hơn khi cử động hoặc ho không kèm theo nội tạng

triệu chứng

- đánh giá các dấu hiệu quan trọng, thực hiện kiểm tra trước tim, bụng và thần kinh các chi dưới

Điều tra

- WBC, ESR, CRP, U / A

- dự trữ hình ảnh cho các tổn thương thần kinh, di căn và những bệnh nhân có nguy cơ cao bị gãy xương, nhiễm trùng,

ung thư hoặc nguyên nhân mạch máu

■ xem xét chụp x-quang ± CT nếu chấn thương hoặc nguy cơ gãy xương

■ chụp MRI khẩn cấp nếu có vấn đề về thần kinh

Sự quản lý

- điều trị nguyên nhân cơ bản

- Căng cơ quang tuyến và thoát vị đĩa đệm: giảm đau và tiếp tục các hoạt động hàng ngày ở mức có thể chấp nhận được;

thảo luận về các dấu hiệu đỏ và tổ chức theo dõi

- nhiễm trùng cột sống: kháng sinh IV sớm và tư vấn bệnh truyền nhiễm
- cauda equina: dexamethasone, tư vấn phẫu thuật thần kinh sớm

Co giật

- xem Thần kinh học, N18

Sự định nghĩa

- thay đổi kịch phát về hành vi và / hoặc thay đổi điện não đồ do hoạt động bất thường, quá mức

tế bào thần kinh

- trạng thái động kinh: hoạt động co giật liên tục hoặc ngắt quãng trong hơn 5 phút mà không

tỉnh lại (nguy hiểm đến tính mạng)

Thể loại

- co giật toàn thân (luôn mất ý thức): trương lực / vô tính, vắng mặt, giảm trương lực cơ, mất trương lực
- co giật một phần (khu trú): một phần đơn giản, một phần phức tạp
- nguyên nhân: rối loạn co giật nguyên phát, cấu trúc (chấn thương, xuất huyết nội sọ, nhiễm trùng, tăng

ICP), rối loạn chuyển hóa (hạ / tăng đường huyết, hạ / tăng natri máu, hạ calci huyết,

hạ kali máu, chất độc / thuốc)

- chẩn đoán di chứng: ngắt, đột quy / TIA, chứng động kinh, đau nửa đầu, rối loạn vận động,

chứng ngủ rũ / cataplexy

Lịch sử và ngoại hình thể chất là

- tiền sử co giật, xác định các chất kết tủa tiềm ẩn (bệnh tật, cai rượu, thiếu ngủ)
- hào quang trước, bắt đầu nhanh, thời gian ngắn, thay đổi trong ý thức, cử động bổ sung và

các triệu chứng hậu môn sẽ gợi ý một cơn động kinh

- các dấu hiệu phổ biến bao gồm mất kiểm soát bàng quang / ruột, cắn lưỡi, nôn và hút
- thực hiện các xét nghiệm, hoàn thành kiểm tra thần kinh và tìm các chấn thương ở đầu, cột sống và vai

(trật khớp)

Bố trí

- quyết định nhập viện hoặc xuất viện phải dựa trên quá trình bệnh cơ bản được xác định
- nếu bệnh nhân có một cơn co giật toàn thân ngắn và đã trở lại chức năng ban đầu và

thần kinh còn nguyên vẹn, sau đó xem xét xuất viện khi theo dõi ngoại trú

- Bệnh nhân co giật lần đầu xuất viện nên được chuyển đến bác sĩ thần kinh để theo dõi
- bệnh nhân nhập viện nói chung nên được tư vấn về thần kinh học
- bệnh nhân không nên lái xe cho đến khi được thông báo về mặt y tế (các quy định địa phương khác nhau)
- hoàn thành biểu mẫu thông báo cho cơ quan thích hợp về khả năng lái xe
- cảnh báo về các mối quan tâm an toàn khác (ví dụ như không bơi, tắm cho trẻ em một mình, v.v.)

Khó thở

Lịch sử và Kiểm tra thể chất

- SOB cấp tính xuất hiện do một số điều kiện tương đối hạn chế; các triệu chứng và dấu hiệu liên quan là

chìa khóa để chẩn đoán thích hợp

- đau ngực sau với thiếu máu cục bộ ở tim
- sốt, ho và khạc đờm do nhiễm trùng đường hô hấp
- nổi mày đay với phản vệ
- thở khò khè kèm theo co thắt phế quản cấp tính
- tiếp xúc với môi trường hoặc nghề nghiệp
- khó thở có thể là khiếu nại duy nhất và khám sức khỏe có thể cho thấy một số bất thường (ví dụ: PE, tràn khí màng phổi)
- các chỉ số quan trọng bao gồm đo oxy xung
- thở khò khè và khó thở (đường thở) so với ran nổ (nhu mô), JVP và tiếng rì rầm

Điều tra

- công việc đẫm máu
- CBC và di tăng (hematocrit để loại trừ thiếu máu), điện giải, xem xét ABG / VBG
- các men tim nối tiếp và điện tâm đồ nếu xem xét nguồn tim
- Điểm PERC hoặc Wells để xem xét tính phù hợp của D-dimer
- hình ảnh
- CXR (tăng nồng độ và bệnh bóng nước gợi ý bệnh phổi tắc nghẽn, hoặc những thay đổi trong

dấu hiệu phù hợp với tình trạng viêm, nhiễm trùng hoặc uid ở kẽ)

■ CT ngực có thể được chỉ định trong trường hợp khó thở cấp tính, đặc biệt khi nghi ngờ huyết khối tắc mạch

bệnh (tức là PE)

Bố trí

- tiền sử và khám sức khỏe dẫn đến chẩn đoán chính xác ở bệnh nhân khó thở trong khoảng 2/3 trường hợp; quyết định nhập viện hoặc xuất viện phải dựa trên quá trình bệnh cơ bản

nhận dạng ed và mức độ nghiêm trọng của nó

■ thông khí áp lực dương không xâm lấn (NIPPV) nên được xem xét ở những bệnh nhân nặng

COPD hoặc CHF, có thể làm giảm nhu cầu đặt nội khí quản ở nhóm bệnh nhân này

■ xem xét đặt nội khí quản trong COPD và CHF nếu không dung nạp NIPPV (ví dụ: giảm LOC,

nôn mửa)

- nếu xuất viện, tổ chức theo dõi và giáo dục về các dấu hiệu để trở lại bệnh viện

Ngất

Sự định nghĩa

- mất ý thức đột ngột, thoáng qua và giai điệu tư thế có phục hồi tự phát
- thường do giảm tưới máu hệ thống kích hoạt toàn thân hoặc lưới (thần não)

Nguyên nhân học

- tim mạch: rối loạn nhịp tim, tắc nghẽn đường thở (ví dụ: PE, HTN phổi), MI, bệnh van tim
- không gây tim: mạch ngoại vi (giảm thể tích tuần hoàn), rối loạn mạch máu, mạch máu não, thần kinh trung ương,

rối loạn chuyển hóa (ví dụ như nhiễm độc EtOH)

Lịch sử

- thu thập thông tin chi tiết từ các nhân chứng và làm rõ trải nghiệm của bệnh nhân (ví dụ: chóng mặt, mất điều hòa hoặc ngất thực sự)

- hai đặc điểm lịch sử chính: tiền đề và tình huống (thiết lập, tư thế bệnh nhân)

- phân biệt giữa ngất và co giật (xem Thần kinh học, N19)

- một số bệnh nhân có thể bị giật cơ kèm theo ngất - KHÔNG phải động kinh

- ◆ các dấu hiệu và triệu chứng trong thời kỳ tiền mê, ngất và sau ngất

- ◆ tiền sử y tế, thuốc

- ◆ suy nghĩ về mặt giải phẫu theo chiều thẳng đứng: máy bơm (tim), máu, mạch, não

- ngất có tác dụng tim mạch cho đến khi được chứng minh ngược lại nếu

- mất ý thức đột ngột mà không có cảnh báo hoặc tiền chứng

- ngất đi kèm với đau ngực

Khám sức khỏe

- HA tư thế và nhịp tim

- khám tim, hô hấp và thần kinh

- kiểm tra các dấu hiệu của chấn thương thứ phát do cơn ngất (ví dụ như chấn thương đầu)

Điều tra

- Điện tâm đồ (nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, khối, Wol -Parkinson White, khoảng QT dài, Hội chứng Brugada,

căng tâm thất phải, bệnh cơ tim phì đại), glucose đầu giường

- xem xét công việc máu: CBC, chất điện giải, BUN / Cr, ABGs, troponin, Ca²⁺, Mg²⁺, β -hCG, D-dimer
- xem xét sàng lọc độc chất

Sự quản lý

- ABC, IV, O₂, màn hình
- ngất do tim: nhập viện y học / tim mạch
- Ngất nguy cơ thấp: xuất viện sau khi tái khám theo chỉ định của nguyên nhân (ngất không do tim vẫn có thể

được công nhận)

Bố trí

- quyết định thừa nhận dựa trên căn nguyên
- hầu hết bệnh nhân sẽ được xuất viện
- khi xuất viện, hướng dẫn bệnh nhân theo dõi với bác sĩ gia đình
- giáo dục về cách tránh ngất do tư thế đứng hoặc tình huống
- đánh giá bệnh nhân về khả năng lái xe hoặc làm việc
- bệnh nhân ngất tái phát nên tránh các hoạt động có nguy cơ cao

(ví dụ: lái xe)

Tấn công tình dục

Dịch tễ học

- 1/5 phụ nữ và 1 trong 50 nam giới sẽ bị tấn công tình dục trong đời; chỉ có 7% được báo cáo

Cách tiếp cận chung

- ABC, điều trị các chấn thương cấp tính, nghiêm trọng; ưu tiên của bác sĩ là điều trị các vấn đề y tế và cung cấp thông tin

- đảm bảo bệnh nhân không ở một mình và hỗ trợ tinh thần liên tục
- có được sự đồng ý cho việc khám và điều trị y tế, thu thập bằng chứng, tiết lộ cho cảnh sát (thông báo

cảnh sát ngay sau khi có được sự đồng ý)

- Bộ dụng cụ tấn công tình dục (ghi lại thương tích, thu thập bằng chứng) nếu <72 giờ kể từ khi bị tấn công
- dán nhãn các mẫu ngay lập tức và chuyển trực tiếp cho cảnh sát
- o er các nguồn lực về khủng hoảng cộng đồng (ví dụ: nơi trú ẩn, đường dây nóng)
- không báo cáo trừ khi nạn nhân yêu cầu hoặc nếu <16 tuổi (yêu cầu về mặt pháp lý)

Lịch sử

- đảm bảo quyền riêng tư cho bệnh nhân - những người khác nên được yêu cầu rời khỏi
- các câu hỏi cần hỏi: ai, khi nào, sự thâm nhập xảy ra ở đâu, chuyện gì đã xảy ra, bất kỳ vũ khí nào hoặc vật chất nào

hành hung?

- các hoạt động sau hành hung (tiểu tiện, đại tiện, thay quần áo, tắm vòi sen, giặt rửa, v.v.)
- lịch sử con quay
- màu sắc, tính ngang bằng, kỳ kinh nguyệt cuối cùng
- sử dụng biện pháp tránh thai
- lần giao hợp tự nguyện cuối cùng (tình trùng di chuyển 6-12 giờ trong âm đạo, 5 ngày trong cổ tử cung)
- tiền sử bệnh: chấn thương / bệnh tật cấp tính, bệnh mãn tính, tiền sử tâm thần, thuốc men, dị ứng, v.v.

Khám sức khỏe

- không bao giờ tái chấn thương bệnh nhân khi khám
 - khám tổng quát
 - trạng thái tinh thần
 - trưởng thành về tình dục
 - bệnh nhân nên cởi bỏ quần áo và cho vào túi giấy
 - mài mòn tài liệu, vết bầm tím, vết rách, mô vệt bị rách / gãy răng (chỉ bằng miệng thâm nhập)
 - khám phụ khoa và thu thập mẫu vật
 - lý tưởng là trước khi đi tiêu hoặc đại tiện
 - kiểm tra các vết bẩn, màng trinh, dấu hiệu chấn thương
 - thu thập các miếng gạc đã làm ẩm các vết bẩn tinh dịch khô
 - lược và cắt lông mu
 - kiểm tra mô vệt
 - ◆ chỉ bôi trơn bằng nước
 - ◆ vết rách âm đạo, dị vật
 - ◆ Xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung, cấy dịch miệng / cổ tử cung / trực tràng để tìm bệnh lậu và chlamydia
 - ◆ dịch tiết sau fornix nếu có hoặc hút dịch mẩn
 - ◆ phết tế bào ướt ngay lập tức cho tinh trùng di động
- Các phiên kính ◆ làm khô trong không khí cho tinh trùng bất động, acid phosphatase, nhóm ABO
- vết xước ngernail và mẫu nước bọt của nạn nhân

Điều tra

- Phòng thí nghiệm nghiên cứu bệnh hoa liễu (VDRL): lặp lại sau 3 tháng nếu âm tính
- β -hCG huyết thanh
- máu cho nhóm ABO, nhóm Rh, huyết thanh học ban đầu (ví dụ: viêm gan, HIV)

Sự quản lý

- liên quan đến đội tấn công tình dục địa phương / khu vực (giám định viên pháp y tấn công tình dục hoặc y tá tấn công tình dục

giám định viên)

- Y khoa
 - vết rách vết khâu, dự phòng uốn ván
 - tư vấn phụ khoa để tìm dị vật, vết rách phức tạp
 - cho rằng dương tính với bệnh lậu và chlamydia
 - ◆ quản lý: azithromycin 1 g PO x 1 liều (thay thế: doxycycline 100 mg PO BID x 10 ngày) và

ceZriaxone 250 mg IM x 1 liều

- có thể bắt đầu điều trị dự phòng sau phơi nhiễm đối với viêm gan B và HIV
- tư vấn trước và sau khi xét nghiệm HIV
- dự phòng mang thai o ered
- ◆ levonorgestrel 1,5 g PO STAT (Gói B®)

- tâm lý
 - tỷ lệ cao các di chứng tâm lý
 - có thay đổi nạn nhân và hoàn thành bài kiểm tra trước khi tắm

Bố trí

- xuất viện nếu thương tích / tình hình xã hội cho phép
- theo dõi với bác sĩ tại trung tâm khủng hoảng hiếp dâm trong vòng 24 giờ để kiểm tra thai kỳ và STI lặp lại
- tốt nhất nếu bệnh nhân không để ED một mình

BẠO LỰC ĐỐI TÁC TRÍ TUỆ

- phụ nữ thường là nạn nhân, nhưng nam giới cũng trở thành nạn nhân
- xác định vấn đề (cần chỉ số nghi ngờ cao)
 - chấn thương gợi ý (bầm tím, bong gân, trầy xước, đôi khi gãy xương, bồng, hoặc các chấn thương khác;

oZen không phù hợp với lịch sử đã cung cấp)

- các triệu chứng soma (than phiền mãn tính và mơ hồ)
- các triệu chứng tâm lý xã hội
- ấn tượng của bác sĩ lâm sàng ('cảm giác ruột thịt' của bạn, ví dụ như đối tác hống hách không chịu rời bỏ bệnh nhân)
- nếu được tiết lộ, hãy ủng hộ và đánh giá mức độ nguy hiểm
- bệnh nhân phải đồng ý điều tra / báo cáo theo dõi (trừ khi bệnh nhân <16 tuổi)

Sự quản lý

- điều trị thương tích và tài liệu bị ràng buộc
- hỏi về tấn công tình dục và trẻ em tại nhà (khuyến khích thông báo của cảnh sát)
- kế hoạch an toàn với sự theo dõi tốt với bác sĩ gia đình / nhân viên xã hội