

مجموعه ترجمه و تلخیص دانشنامه

طب اورژانس

روزن ۲۰۲۲

کاردینال

تظاهرات بیماری های شایع

همراه با نمونه سوالات آزمون های سال های گذشته

مترجمین

دکتر امید شکوهی

رتبه دوم بورد کشوری ۱۳۹۸

استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر مهدی ابراهیمی

بورد تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هومن اصفهانی

بورد تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین چیت گریان

بورد تخصص طب اورژانس

دکتر آریتا عظیمی میبیدی

بورد تخصص طب اورژانس

دانشجوی دکتری مدیریت سلامت در حوادث و بلایا

دکتر زهرا گلشن

بورد تخصص طب اورژانس

دکتر سید علی میربد

بورد تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد

سرپرست مترجمین

دکتر آریتا عظیمی میبیدی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	فصل ۸ : تب در بالغین
۱۶	فصل ۹ : ضعف Weakness
۲۶	فصل ۱۰ : سیانوز
۳۷	فصل ۱۱ : سینکپ
۴۷	فصل ۱۲ : کاهش هوشیاری و کما
۵۷	فصل ۱۳ : Confusion
۶۴	فصل ۱۴ : تشنج
۸۰	فصل ۱۵ : Dizziness & Vertigo
۹۲	فصل ۱۶ : سردرد
۹۹	فصل ۱۷ : دوبینی
۱۱۰	فصل ۱۸ : Red and Painful Eye
۱۳۲	فصل ۱۹ : گلودرد
۱۳۹	فصل ۲۰ : هموپتزی
۱۴۶	فصل ۲۱ : Dyspnea
۱۵۶	فصل ۲۲ : Chest Pain
۱۶۸	فصل ۲۳ : درد شکم
۱۸۲	فصل ۲۴ : زردی
۱۹۰	فصل ۲۵ : Nausea & Vomiting
۲۰۶	فصل ۲۶ : خونریزی گوارشی
۲۱۳	فصل ۲۷ : اسهال
۲۲۲	فصل ۲۸ : Constipation
۲۳۰	فصل ۲۹ : درد لگنی حاد در خانم‌ها
۲۳۸	فصل ۳۰ : Vaginal Bleeding
۲۴۶	فصل ۳۱ : کمردرد
۲۶۳	ضمیمه : تست‌های سؤالات مورد و ارتقا سال های اخر (۱۴۰۰-۱۴۰۲)

مقدمه

به یاری ایزد یکتا

در دنیای پر التهاب اورژانس، هر ثانیه حکم طلایی را دارد و هر نشانه بالینی، کلیدی است برای گشودن قفل معمای تشخیصی. علائم کاردینال، همان نقاط عطفی هستند که میان زندگی و مرگ ایستاده اند، نشانه‌هایی که چون فانوس‌هایی در تاریکی، مسیر تشخیص و اقدام فوری را روشن می‌کنند. این کتاب نه فقط مجموعه‌ای از توصیف‌های بالینی است، بلکه شناسایی به موقع «علائم کاردینال» می‌تواند سرنوشت بیمار را از ورطه مرگ به ساحل نجات بازگرداند، هر فصل این کتاب شما را با این نشانه‌های حیاتی آشنا می‌کند. با ابزارهایی چون معاینه دقیق، مانیتورینگ پیشرفته، و تفکر انتقادی. اینجا مرجع شماست برای درک زبان خاموش بدن بیمار؛ زبانی که فریاد می‌زند: «زمان در حال اتمام است!»

با آرزوی سلامتی و توفیق برای میهنمان
دکتر امید شکوهی

تب در بالغین

اصول کلی

اپیدمیولوژی

در بالغین جوان تب بیماری خوش خیم و خود محدود است و کمتر از ۱ درصد مورتالیتی دارد. چالش در این گروه تشخیص مننژیت یا شرایط سپتیک در مقابل بیماری‌های ویرال خود محدود یا فوکال باکتریال است. بیماران بالای ۶۵ سال و افراد با بیماری‌های مزمن که با تب مراجعه می‌کنند، در خطر بیماری‌های جدی هستند. خطر مورتالیتی و موربیدیتی در این گروه بالاست. ۷۰-۹۰ درصد از بیماران بستری می‌شوند و ۹-۷ درصد مرگ طی یک ماه بعد از بستری اتفاق می‌افتد. عفونت شایع‌ترین علت تب در این بیماران است و اکثر عفونت‌ها باکتریال هستند. مورتالیتی و موربیدیتی نسبی در هر عفونت در جمعیت پیر بالاتر است. سه سیستم تنفسی، ادراری، پوست و بافت‌های همبند، ۸۰٪ عفونت‌ها را شامل می‌شوند.

پاتوفیزیولوژی

دمای بدن توسط منطقه پره اپتیک هیپوتالاموس کنترل می‌شود. محدوده نرمال BT بین ۳۶ الی ۳۷/۸ می‌باشد. دما صبح‌ها کمتر و عصرها بالاتر است. تعریف شناخته شده‌ای برای تب وجود ندارد.

یک تعریف تب: دمای مرکزی $< 38^{\circ}\text{C}$ بدون داروهای پایین آورنده تب، گاهی تب را $T > 38.3^{\circ}\text{C}$ تعریف می‌کنند. اما تقریباً همگان بر این اتفاق نظر دارند که دمای مرکزی $> 38/3$ تب است.

نکات کلیدی

- اکثر بیماری‌های تب‌دار در بالغین خوش خیم و خود محدود شونده هستند. نکته مهم تشخیص موارد نادر مثل مننژیت و سپسیس که دارای مورتالیتی بوده و نیاز به درمان جدی دارند.
- برای بیماران مسن‌تر از ۶۵ سال، بیماران نقص ایمنی و بیماران دارای بیماری مزمن، تب یک علامت برای بیماری‌های با ریسک بالا می‌تواند باشد. تب در این بیماران ممکن است بسیار خفیف باشد چون بدن قابلیت ایجاد پاسخ التهابی کافی در برابر عفونت را ندارد بیماری‌های عفونی باکتریال شایع‌ترین علت تب در این بیماران است که در ۸۰ درصد موارد سه سیستم بدن درگیر می‌شوند شامل: مجاری تنفسی، مجاری ادراری و پوست و بافت نرم.
- علائم غیر عادی در بیماران تب‌دار سالخورده شایع‌تر است. تغییر سطح هوشیاری، ناتوانی در راه رفتن، زمین خوردن‌های مکرر و کاهش قدرت عملکردی می‌تواند تنها علامت بیماران مسن دارای عفونت جدی باشد.
- تعداد گلوبولهای سفید شاخص خوبی برای بیماری‌های عفونی نیست چون در موارد افزایش ممکن است هیچ عفونتی وجود نداشته باشد و یا در موارد سطوح طبیعی بیمار دارای یک عفونت تهدید کننده حیات باشد.
- در بیماران دارای علامت و نشانه‌های جدی معمولاً درمان تجربی با داروهای آنتی بیوتیک برای درمان عفونت‌های حاد تنفسی مثل SARS-2 و COVID-19 و آنفلوآنزا اندیکاسیون دارد.
- انتخاب داروی ضد ویروس یا آنتی بیوتیک برحسب نوع بیماری احتمالی و یا نوع شرایط همراه بیمار مثل نوتروپنی و ESRD متفاوت است.

جبران آن سر خود را به سمت آسیب خم می‌کند که چشم درگیر را پایین‌تر بیاورد. میوزیت در عضلات چشمی باعث محدودیت حرکات به سمت مخالف عضله درگیر می‌شود ولی آسیب عضله بخاطر فلج عصب کرانیال موجب اختلال در حرکت به سمت همان عضله درگیر می‌شود.

تحتانی بوده که بیمار نمی‌تواند به سمت بالا با چشم درگیر نگاه کند در نتیجه در نگاه به سمت بالا دچار دویینی می‌شود. از علل دیگر اختلال در حرکات چشم هماتوم رتروبولبار، ضایعات فضاگیر و بیماریهای سیستمیک مثل میوپاتی‌ها و هایپوتیروئیدی.

معاینه فوندوسکوپیک (بررسی Posterior Chamber):

معاینه کامل ته چشم از نظر شبکیه، عصب اپتیک، دیسک اپتیک، شریان مرکزی شبکیه، وریدهای شبکیه و ویتروس باید انجام شود.

معاینه Slit Lamp (بررسی anterior chamber):

بررسی کامل اسکلرا، کونژ، قرنیه، عنبیه، عدسی و زلالیه باید از نظر تغییرات التهابی در زلالیه و عدسی و جابه جایی عدسی، نامنظمی در مردمک و... باید انجام شود. جابه جایی لنز توسط معاینه مستقیم و یا سونوگرافی قابل تشخیص است.

معاینه مردمک:

در صورت غیر قرینگی مردمکها مثل فلج عصب سوم کرانیال که موجب دیلاته شدن مردمک می‌شود می‌تواند نشانه‌ی آسیب عصب سه کرانیال (CN III) به دلیل ایسکمی، توده و آنوریسم باشد.

(آنوریسم عروقی در محل اتصال شریان Posterior Communicating و internal carotid)

معاینه عضلات Extra ocular:

معاینه تمام این عضلات در جهت الگوی (H Pattern) باید انجام شود (شکل ۱-۱۷) در حالی که سر بیمار ساکن است. به عنوان مثال در فلج عضله مایل فوقانی در اثر آسیب عصب کرانیال چهارم باعث می‌شود چشم درگیر به سمت بالا منحرف شود و دویینی عمودی و یا مایل ایجاد شود که گاهی بیمار برای

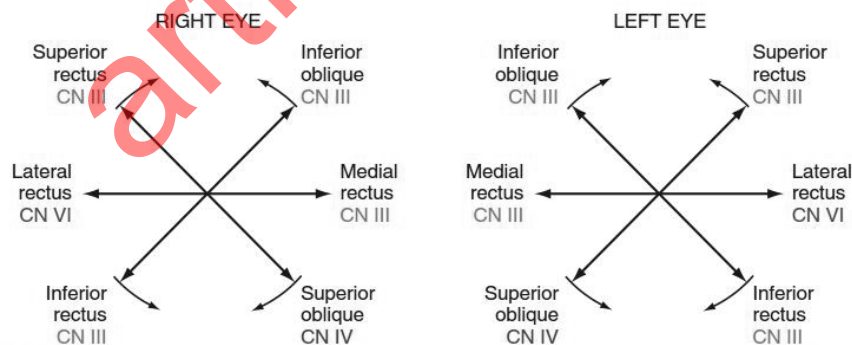


Fig. 17.1 Cardinal movements of the eyes, with the oculomotor muscles that create them and the nerves that supply those muscles. Small curved arrows denote intorsion or extorsion of the eye by the muscle indicated. CN, Cranial nerve.



Fig. 19.2 Soft tissue lateral neck x-ray demonstrating thumb sign or widening of the epiglottis silhouette (arrow).

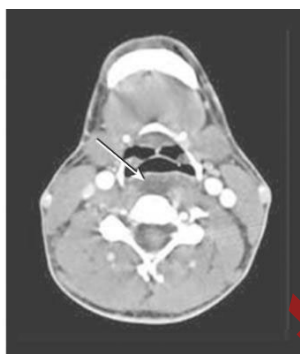


Fig. 19.3 Computed Tomography Scan of Retropharyngeal Abscess (arrow).

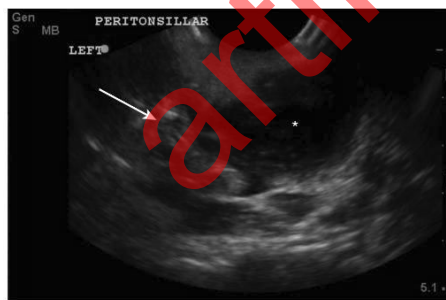


Fig. 19.4 Ultrasound image of peritonsillar abscess (*), a fluid collection adjacent to the tonsil (arrow).

- درمان تجربی:

(شکل ۵- ۱۹) بعد از ارزیابی جهت نیاز به مداخله اورژانسی راه هوایی، باید از نظر علائم Sepsis و عفونی شدید بررسی شود.

تست‌های دیگری که باید مدنظر داشت شامل تست آنتی‌بادی هتروفیل برای مونونوکلئوز، تست برای Acute retroviral syndrome و یا تست‌های دیگر در موارد بیماری طول کشیده می‌باشند.

تصویربرداری

در صورت شک به اپی گلویتیت بیمار باید تحت معاینه با نازوفارنگوسکوپی یا مشاهده مستقیم با لارنگوسکوپ در اتاق عمل و در حین حال آماده بودن برای مداخلات راه هوایی مثل کریکوتیروتومی و... باشد چون به دنبال دستکاری در بافت راه هوایی فوقانی احتمال انسداد و یا لارنگواسپاسم وجود دارد.

بررسی با آندوسکوپ هم روش برتری نسبت به رادیولوژی در موارد تهدید کننده حیات مثل جسم خارجی و آنژیوادم می‌باشد.

در صورتی که آندوسکوپی در دسترس نباشد یا مقدور نباشد استفاده از فیلم رادیوگرافی می‌تواند به تشخیص اپی گلویتیت (پهن شدن سایه اپی گلویت یا thumb sign) کمک کند (شکل ۲- ۱۹)

استفاده از CT در عفونت‌های عمقی مثل آبسه تومور، خونریزی می‌باشد ولی باید از باز بودن راه هوایی قبل از آن مطمئن بود چون Flat خوابیدن بیمار حین CT می‌تواند باعث انسداد راه هوایی شود (شکل ۳- ۱۹)

استفاده از سونوگرافی هم می‌تواند جهت بررسی توده‌های قابل رؤیت گردن، آبسه‌های پری تانسیلار و پارافارنژیال و همچنین تخلیه و یا آسپیراسیون با سوزن تحت راهنمایی سونو می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد که ارزان‌تر از CT است و اشعه هم ندارد.

الگوریتم تشخیصی

در حین ارزیابی‌ها مهمترین اقدام اولیه بررسی از نظر راه هوایی است (باکس ۱- ۱۹) که آیا نیاز به اقدام مداخله‌ای اورژانسی دارد یا خیر.

در گام بعد ارزیابی از نظر وجود علائم فارنژیت مثل گزودا و اریتم و نمای سنگ فرشی در دیواره خلفی فارنکس می‌باشد.

انفارکتوس میوکارد، کتواسیدوز، توکسیکولوژیک، درد دیواره شکم)، جدول ۱-۲۳ علل عمده تهدید کننده حیات درد شکم را نشان می‌دهد. علل emergent درد شکم نیز در جدول ۲-۲۳ آورده شده است.

ارزیابی سریع و پایدارسازی:

هرچند بسیاری از بیماران با درد شکم، ناپایدار نیستند، بیمارانی با علائم حیاتی ناپایدار نیاز به بررسی و احشاء دارند. افراد مسن و افرادی که نقص ایمنی دارند ممکن است علیرغم علل تهدید کننده حیات برای درد شکم، علائم حیاتی نرمال داشته باشند. علائم کاهش حجم نیاز به سرم درمانی را نشان می‌دهند که می‌تواند هم به صورت وریدی و هم خوراکی باشد، ناپایداری همودینامیک می‌تواند به دلیل شرایطی مثل پارگی آنوریسم آئورت، خونریزی ماسیو گوارشی، پارگی حاملگی خارج رحمی، پارگی طحال و پانکراتیت هموراژیک، ایجاد و نیاز به تزریق خون باشد. سونوگرافی bedside، برای ارزیابی سریع، مایع داخل شکمی، وضعیت حجمی و پاتولوژی‌های آئورت کمک کننده هستند.

ارزیابی سونوگرافیک قسمتی از معاینه اولیه است و به عنوان راهنمایی در درمان و تعیین تکلیف کمک کننده است. مشاوره سریع جراحی، زمانی لازم است که شواهد خونریزی داخل شکمی (ناپایداری همودینامیک همراه با شواهد سونوگرافیک مایع داخل شکمی وجود داشته باشد)، شک به پارگی آنوریسم و یا هوای آزاد به نفع پنوموپریتون وجود داشته باشد.

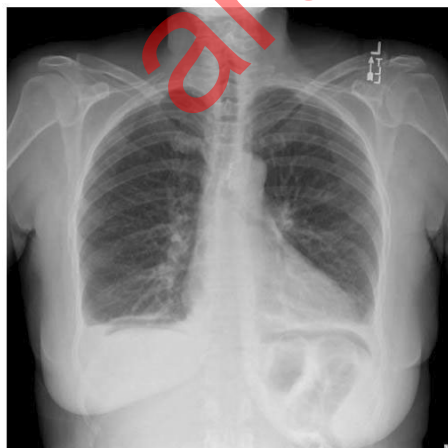


Fig. 23.4 Upright chest radiograph showing free intraperitoneal air under both hemidiaphragms.

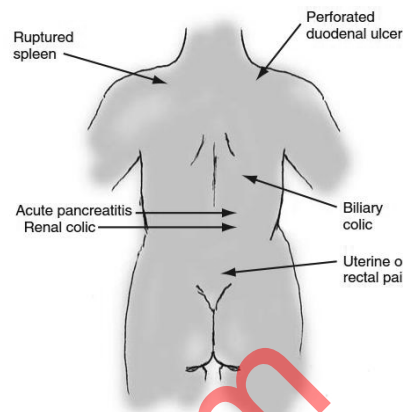


Fig. 23.2 Common Locations of Referred Pain from an Abdominal Cause.

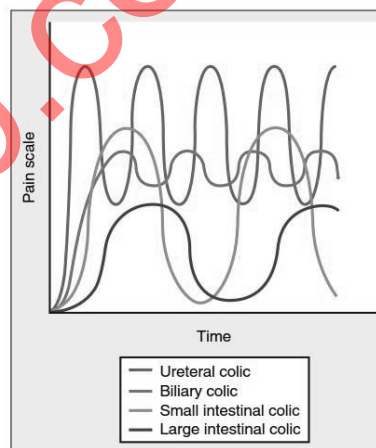


Fig. 23.3 The Characteristics of Colicky Abdominal Pain.

ارجاعی

درد اپیگاستر در MI تحتانی، درد شانه به دنبال تحریک دیافراگم (شکل ۲-۲۳) به دنبال پارگی کبد و طحال و یا پنومونی لوب تحتانی ریه می‌باشد.

اپروچ تشخیصی:

تشخیص‌های افتراقی:

تشخیص‌های افتراقی درد شکم به انواع شکمی لگنی (داخل پریتون، رتروپریتون و لگن) و یا (آپاندیسیت، کله سیست، پانکراتیت) و غیر شکمی لگنی مثل (پنومونیه،

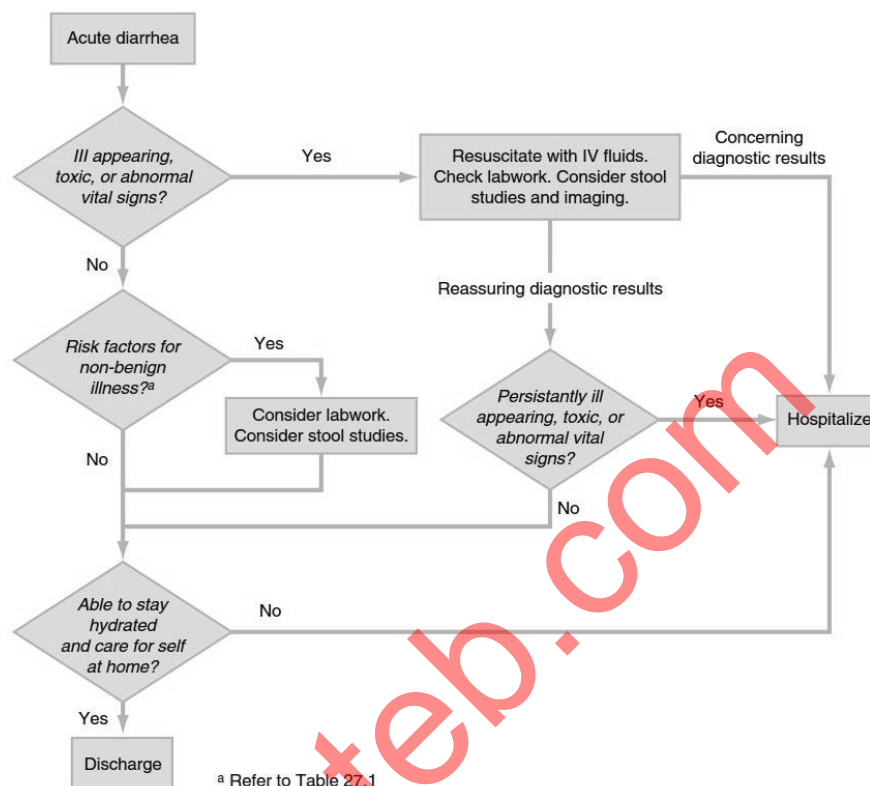


Fig. 27.2 Approach to Disposition.

C. دیفیسایل ابتدا ارزیابی توکسین آن و سپس شروع وانکومایسین یا مترونیدازول باید صورت گیرد.

Fidaxomicin 200mg خوراکی دو بار در روز به مدت ۱۰ روز یا Vancomycin 125mg خوراکی هر ۶ ساعت به مدت ۱۰ روز یا مترونیدازول 500mg هر ۸ ساعت

شروع داروهای کاهش دهنده حرکات روده در اسهال حاد کنترالرسی است.

افراد با اسهال ساده ویروسی معمولاً از این داروها سود می‌برند (لوپرامید safeترین آنهاست). از بین رفتن علائم در مقایسه با استفاده از بیسموت در بیماران با اسهال التهابی یا مرتبط با Ab سریع‌تر ایجاد می‌شود.

در اسهالهای ویروسی و اسهال مسافران می‌توان از لوپرامید 4mg خوراکی و دوزهای بعدی 2mg (دوز مجموع

فلوروکینولون در حامله‌ها و افراد زیر ۱۸ سال داده نشود.

فلوروکینولون‌ها از تری متوپریم سولفامتوکسازول مؤثرترند. آنتی‌بیوتیک طول مدت اسهال مسافران را کاهش می‌دهد. می‌توان از آزیترومایسین 1gr تک دوز استفاده کرد.

اگر در اطفال با اسهال شدید، علت E.Coli₁₅₇ باشد، احتمال HUS و TTP طی درمان آنتی‌بیوتیکی بالاست. اگرچه سالمونلا، شیگلا و کامپیلوباکتر نیز مظنون هستند. در صورت امکان درمان Ab در بچه‌ها باید براساس نتایج کشت باشد.

اگر اسهال آمیبی در افراد high risk محتمل باشد، درمان با مترونیدازول پس از S/E از نظر Ova & para انجام می‌شود. در افراد با سابقه مصرف اخیر Ab و شک به

کمر درد

نکات کلیدی

- بیماران درد کمر مراجعه کننده به اورژانس به پنج دسته تقسیم می‌شوند:
- ۱- درد حاد جدید به همراه نقایص نورولوژیک در یک بیمار با سابقه‌ی بدخیمی
- ۲- درد پشت به همراه سندرم فشاری اپی دورال (ECS)
- ۳- درد پشت به همراه علائم عفونی
- ۴- درد پشت به همراه ضعف عضلانی یا فلج
- ۵- درد پشت به همراه نقایص شدید یا پیشرونده عصبی
- در مواردی که علل کریتیکال یا اورژانسی مطرح باشد باید بیمار تحت MRI از تمام ستون فقرات به همراه مشورت با جراح قرار گیرد.

کمر درد یکی از عمده‌ترین شکایات موسکولواسکلتال در اورژانس است و دومین علت مراجعه به پزشکان مراقبت اولیه می‌باشد.

در بسیاری از بیماران کمردرد یک دوره خوش‌خیم دارد، در حالی که هدف در اورژانس ارزیابی علل خوش-خیم از بدخیم است که می‌تواند باعث موربیدیتی و مورتالیتی در صورت عدم تشخیص شود. کلید ارزیابی و تصمیم‌گیری از طریق گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی کامل با فوکوس بر روی تشخیص علائم بیماری‌های جدی و مهم است (برخی اوقات با استفاده از Red Flagها که در باکس ۳۱-۱ آورده شده‌اند).

اپیدمیولوژی

بیش از ۸۵٪ از بیماران با درد حاد کمری، که کمتر از ۶ هفته طول کشیده است، نهایتاً با تشخیص کمر درد

مکانیکال و یا غیر اختصاصی و یا درد با پاتولوژی نامشخص (مثل نئوپلاسم، عفونت، سندرم کودا اکوئینا، شکستگی و یا علل التهابی) ترخیص می‌شوند.

WHO، کمر درد غیر اختصاصی را به عنوان دردی که هیچ علت شناخته شده یا پاتولوژی برای آن مطرح نمی‌باشند و به هیچ آسیب بافتی قابل ربط نمی‌باشد توصیف می‌کند.

کمر درد غیر اختصاصی می‌تواند در هر بیماری دیده شود ولی اغلب در افراد سیگاری، چاق، نشسته و یا افراد مسن دیده می‌شود.

تا همین اواخر، درد غیر اختصاصی کمر، به عنوان یک شرایط خود محدود شونده توصیف می‌شود، چیزی شبیه به سرماخوردگی.

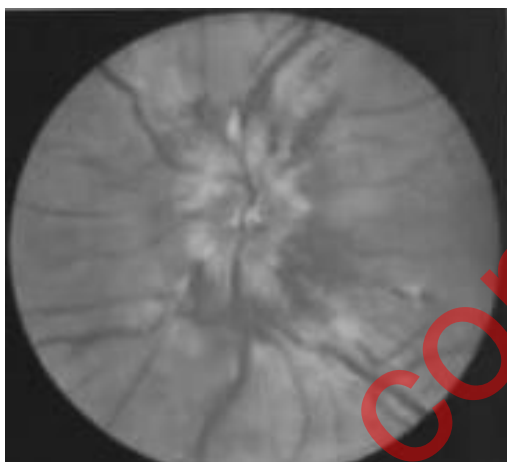
در حالی که تحقیقات نشان می‌دهند که این شرایط در بسیاری موارد می‌تواند مزمن شود. هرچند بیمارانی با درد حاد کمری در طی ۶ هفته بهبود چشمگیری می‌یابند، ولی روند کند بهبودی و یا عود بسیار ناشایع است و اغلب فقط در طول زمان بدتر می‌شوند.

بسیاری از مردان با (درد مزمن کمری دردی که بیش از ۳ ماه طول می‌کشد)، تداوم درد و یا عود در طی ۱۲ ماه را تجربه می‌کنند. در اورژانس، بیمارانی که درد مزمن کمری دارند و یک ناتوانی اولیه داشته‌اند، احتمال موربیدیتی و استفاده از آنالژژیک برای ۱ هفته تا ۳ ماه بعد از ویزیت اولیه بیشتر است.

پاتولوژی

درد کمر می‌تواند در اثر علل ماسکولار، ویرال، عفونی، مکانیکال و یا پروسه‌های روماتولوژیک باشد. درد می‌تواند

۲- زن ۴۰ ساله چاق به دلیل سردرد ژنرالیزه که از دو هفته قبل آغاز شده است و به صورت پیشرونده ادامه یافته است به اورژانس مراجعه می‌کند. وی همچنین از تاری دید و دو بینی در نگاه به طرفین شکایت دارد. تصویر افتالموسکوپی ته چشم بیمار را مشاهده می‌کنید:



سی تی اسکن مغز و آنالیز مایع مغزی نخاعی طبیعی است. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟

الف) MR venography

ب) MRI diffuse weighted imaging

ج) سونوگرافی اربیتال

د) سی تی اسکن مغز با کنتراست

۳- مرد ۶۶ ساله به وسیله فرزندش به اورژانس آورده شده است. بیمار بدون سابقه قبلی بیماری جسمی و روحی، می‌گوید افرادی در طبقه همکف بیمارستان با صدای بلند به من بدگویی می‌کنند. همچنین بیمار روی لباس خود یک بلوز پوشیده و می‌گوید این لباس ضد گلوله است تا به وسیله دشمن کشته نشوم. علائم حیاتی بیمار با ثبات است و آگاهی به شخص، زمان و مکان دارد. با توجه به شرح حال، مناسب‌ترین گزینه برای توصیف وضعیت بیمار کدام است؟

الف) hallucination

ب) demenia

ج) delusion

د) acute confusional state

۴- دو جوان طبیعت گرد را به دلیل بی‌حالی و سردرد و تهوع و استفراغ به اورژانس منتقل می‌کنند. آنها شب گذشته را در کلبه جنگلی گذرانده اند. در معاینه کانفیوز بدون نقص فوکال هستند. کدام اقدام زیر در اورژانس برای تشخیص کمک‌کننده است؟

الف) co-oximetry

ب) brain CT scan

ج) بررسی وجود کت در سر

د) بررسی توکسین بوتولیسم