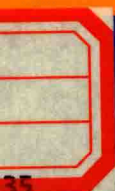


Problem Based Learning Cases of Doctor-Patient Communication



医患沟通 以问题为基础的教学手册

王晶桐 主编



北京大学医学出版社

医患沟通以问题为基础的教学手册

Problem Based Learning Cases of
Doctor-Patient Communication

名誉主编 刘玉兰

主 编 王晶桐

编 者 (按姓氏汉语拼音为序)

陈国栋 程 琳 高占成 郭 维 郭 阳 姜冠潮

李 佳 李 冉 李 晓 刘雅芬 沈 凯 汤小东

王建六 王晶桐 谢 菲 姚远洋 尹秀菊 朱继红

主编助理 付 瑶

北京大学医学出版社

YIHUAN GOUTONG YI WENTI WEI JICHU DE JIAOXUE SHOUC

图书在版编目 (CIP) 数据

医患沟通以问题为基础的教学手册/王晶桐主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2015. 7
ISBN 978-7-5659-1135-4

I. ①医… II. ①王… III. ①医药卫生人员—人际关系学
IV. ①R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 125653 号

医患沟通以问题为基础的教学手册

主 编: 王晶桐

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高瑾 黄越 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 710mm×1000mm 1/16 印张: 8.25 字数: 146 千字

版 次: 2015 年 7 月第 1 版 2015 年 7 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1135-4

定 价: 36.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学科学出版基金
资助出版

序

——医患沟通精要

深知王晶桐教授热心医学教育，近日晶桐教授编纂《医患沟通以问题为基础的教学手册》，希冀提升初入临床的医师们的临床思维及沟通能力，今令我以浅薄之见赠其序言，不胜惶恐。思索多日未敢用墨，时限日近，焦虑日甚。然，为不负厚爱，以自己从医30年之历练经验，谈谈对医患沟通的理解，权作抛砖引玉，贻笑大方了。

医患沟通是人际沟通的一种特殊形式，即是医方和患方为医事而沟通，其又分为“正常”和“非正常”的医患沟通。所谓“正常”的医患沟通，意指如一切的临床活动需要的、医患双方为战胜病痛而达成共识或统一战线过程。此为医者本分，假以时日，自当驾轻就熟。此时一般而言，业精第一，技巧第二，诚意再次之。如遇难题，在业精的同时，敢于担当则显得尤为重要。例如在适应证明确而禁忌证的提示同样强烈时如何取舍？退则机会全无，进则沟壑万千。在信息不对称的医患之间，医者的态度往往决定了沟通的结果。窃以为详尽评估获益/风险比，与患者及家属共同面对无论何种结果的发生是应有之义。虽然，此时这种想法有些乌托邦，但坚守些什么，总能让我们有所慰藉，有所升华。而另一种“非正常”的沟通，即由患方对医疗过程或结果不满而导致，此时坦诚第一，倾听第一，关心病患当下第一。其时遵循这些，就是掌握技巧了。如果一味巧言辞令，则是激化矛盾的开端。

当然，技巧是必需的，再好的想法也要通过适当的沟通技巧来表达。具体的技巧、方法，专业书籍已有详尽的描述，凝合多年临床经历，我仅从中提一些建议。

1. 沟通技巧的使用效果实际上是以使用者的综合素养为前提的。使用者的人文情怀，知识储备的厚度和广度，对世间百态的了解及理解程度，对沟通对象心态的揣摩，对患者经济、社会地位的判断，都在不同程度上决定着沟通的效果。所谓“功夫在盘外”就是这个道理。

2. 建立信任是沟通成功的第一步。如果我们通过对病患的一些基本信息的研

读，如年龄、籍贯、职业，能够从病患所熟悉的领域聊起，必然事半功倍。

3. 换位思考。临床实践中我们很不愿意听到患者家属说，“假如这是你的 XX 人，你该如何”。但话糙理不糙。如果我们真的站在这个立场上，优先选择对病患最有利的方法，而不是我们最熟悉、最擅长的方法，在遵循指南的大前提下，给予更多个体化的选择，双方达成一致的机会自然就会多一些。

4. 倾听。临床医师工作繁重，时间有限，往往把沟通过程改造成单向的疾病教育课，对病患的诉求和担忧了解不够，使我们意欲节约的时间成本由于沟通不畅反而大大增加了。如果此时用一定的时间去倾听，则可针对情况解决问题，沟通的时间反而缩短，沟通的过程反而更加顺畅。

5. 注意语言表达。医学的高度专业化，使大部分患者无法理解我们所使用的专业术语。把这些艰涩难懂的术语，类比成我们日常生活中的常识性的事件，则可使病患更加容易理解和接受。

王晶桐教授多年奉献于临床、医学教育工作，在疑难病例讨论会上，总能以抽丝剥茧的细致、窥斑知豹的功力，以及灵活顺畅的思路、通俗易懂的语言折服现场同道。今日她把理论与实践紧密地结合起来，为大家献上一部临床沟通案例的教科书，我想必将使广大临床医师从中收获良多。在此，再次向此书的成功出版致以我最真诚的祝贺。并祝愿晶桐教授事业进步，一切安好！

朱继红 2014 年岁末 谨记

前 言

希波克拉底说过，医生有“三大法宝”，分别是语言、药物和手术刀。

医患沟通贯穿医疗行为始终，是建立医患信任、提高医疗质量的重要保证。良好的医患关系从医患沟通开始。

有效的医患沟通来源于对患者病情科学的分析与判断、沟通技巧及经验。对患者、家属的理解、同情，是真诚沟通、获得信任的因素之一。如果仅有先进的医疗设备，而在医疗行为中缺少满足患者知情权的医患沟通，不仅会影响医疗质量，甚至会导致医患纠纷。由此可见，重视医患沟通，能够进行有效医患沟通才能实现语言在医疗行为中的作用。

医患沟通正在成为医学教育的重要内容。

人与人之间的真诚有效沟通并非易事，而向患者及家属交代病情、告知坏消息更谈何容易。患者及家属大都没有医学背景，医生在告知诊疗过程、疾病可能结局时存在沟通障碍；疾病的痛苦甚至恶化导致的患者及家属的负面情绪给医患沟通带来灰色影响。还有，繁忙的医疗工作限制了医患沟通的时间，尤其是年轻医生尚未体会医患沟通的重要，不能在医患沟通上倾注足够的精力；沟通过程中语言、表情、动作的疏忽都会影响沟通的效果及医患信任的建立。因此，如何提高医学生的沟通能力是医学教育面临的挑战。

医患沟通的教育不同于单纯的医学知识和技能教育，需要真实情景的模拟和再现以提高教学效果。暴露医疗服务过程中医患接触真实瞬间的沟通问题能达到事半功倍的效果。为了培养医学生主动学习和有效进行临床医患沟通的思维和能力的，《医患沟通以问题为基础的教学手册》将以问题为基础的教学方法（problem based learning, PBL）应用于临床医患沟通能力培训。PBL这种教学模式的优势在于将理论知识与临床实践相结合，融会贯通，目的是让医学生学会有效地运用自身的专业知识和良好、正确的语言表达能力建立有效的医患沟通，为患者提供更高质量的医疗服务，从身体和心理两方面治疗疾病。

本书提供的PBL教学材料，源于临床真实病例，大部分是纠纷实例，少部分是成功沟通案例。病例覆盖了不同临床专业的常见症状和疾病，以及急、危、

重症等多种临床实景，再现了医患沟通中的难点，展示医患沟通中的常见问题，注重给予医学生正确的医患沟通思路 and 理念。本书探索并完善 PBL 这种教学方法在临床医学教育中的作用，展示真实病例的目的不在于强调疾病本身的专业知识，而在于建立有效医患沟通，提高医学生综合素质，树立人文精神的理念，为临床医学生提供培养临床沟通思维、提高实践水平、锻炼独自解决临床人际关系问题能力的学习机会。

王晶桐

2015 年 2 月

目 录

第一章	急性胸痛、猝死	
	沟通不充分是造成医患误解和矛盾的常见原因。	1
第二章	胸痛、消化道出血、血小板减少	
	对于诊断不明确、治疗效果不满意的患者，充分沟通更为重要。	10
第三章	腹痛伴胸闷、胸痛	
	每一种疾病都不可能与教科书所述完全一致，临床诊疗过程也是逐渐摸索的过程，这其中就容易出现“走弯路”的情况，也容易造成患者的不理解。这时，医生与患者就诊治过程中的每一个环节进行全面细致的沟通就显得尤为重要。	19
第四章	急性腹痛	
	医生在初次向患者家属交代病情时，应留有余地，在病情变化前充分向家属交代可能出现的问题。	31
第五章	腹胀伴乏力	
	鉴于患者高龄，合并疾病多，病情复杂，诊断面临困难。因此，在初始交代病情时应对患者及家属就可能原因、严重后果、最终可能会诊断不清的情况进行告知。在所有的医疗行为过程中要保持患者及家属适时适度的知情。	40
第六章	急性腹痛	
	在交代病情时一定要诚恳并自信，疾病是不断变化的，医生根据患者的病情变化安排检查，合情合理。一旦有病情的变化和辅助检查的支持，就需要随时向家属交代目前的状况和下一步的治疗方案。	50
第七章	自发性气胸伴肺癌	
	疾病的诊断是一个过程，在检查、治疗过程中，医患沟通要保持常态，随时告知患者及家属病情变化以及检查结果，尤其是预期外的结果。	61
第八章	伴骨髓转移的炎性乳腺癌	
	患者的依从性与其对医生的信任密不可分，而信任的建立又与医生的沟通方式密切相关。在和患者及其家属沟通的过程中，获得信任的关键是	

	设身处地为患者着想，也就是所谓换位思考。	71
第九章	恶性骨与软组织肿瘤	
	有时即便术前交代了相关并发症，真正发生时，患者仍不能理解。这就需要医生有极大的耐心，反复劝解，通过专业解释及情感上的交流，获得患者的配合与支持。	80
第十章	阴道出血	
	医生在接诊时沟通应细致全面，理解患者就诊时对医院就诊流程的陌生以及对病情的忧虑。此时的沟通应细致全面，不仅涉及医疗内容，对患者提出的就诊流程询问也应有问必答，并且应关注患者对重要检查的理解、对病情的期望。	88
第十一章	卵巢肿物蒂扭转	
	医务人员如果能在实施医疗活动之前，将医疗行为的效果、可能出现的并发症、医疗措施的局限性、疾病转归及可能出现的风险等与患方进行充分沟通，让患者全面了解医疗活动背景再做出决定。当出现不理想的结局时，患方多数能够理解和正确对待，得以尽可能规避医疗纠纷。	94
第十二章	发热、意识障碍	
	在临床工作中急危重症常常引发医疗矛盾与纠纷。老年人常存在多种基础疾病，病史时间较长，家属已接受患者患病的事实，能较为理智地接受疾病的转归，但年轻患者既往多体健，家属很难接受突发的急危重症，情绪激动，期望值高，此时临床沟通尤为重要。	100
附录	临床检验项目正常值范围表	114

第一章 急性胸痛、猝死

沟通不充分是造成医患误解和矛盾的常见原因。

患者男性，74岁，主因“胸痛半小时”于2012年5月16日20:50急诊就诊。

现病史：患者就诊前半小时无明显诱因突发胸骨后疼痛，疼痛较为剧烈，持续不缓解，向背部放射，不伴发热，轻微咳嗽，偶有少量白黏痰，无喘憋，无恶心、呕吐，无腹痛、腹泻，大小便无异常，就诊于我院急诊。

既往史、个人史及家族史：高血压病史10余年（用药及血压控制情况不详）；冠心病病史10年，服用阿司匹林、

丹参滴丸等治疗，近期无心绞痛发作；2型糖尿病病史5年，饮食控制，平时未监测血糖；否认肝炎、结核病史，否认烟酒嗜好，家族史无特殊。

体格检查：血压（BP）为145/70mmHg，心率（HR）为55次/分，血氧饱和度（SPO₂）为97%，神清，双肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音，心律齐，腹软，无反跳痛及肌紧张，肝、脾肋下未触及，肠鸣音5次/分，双下肢不肿。

- 家属询问：“大夫，我们家老爷子什么情况？”“病情严重吗？”
- 医生回答：“可能是心梗（心肌梗死），先查看吧。”

问题1：该病例的主要临床特点是什么？

问题2：常见胸痛原因有哪些类型？致命性胸痛原因有哪些？

问题3：急诊胸痛患者查体应注意什么？首先完善哪些检查？

沟通解答

问题1：本例患者为老年男性，既往有高血压、糖尿病、冠心病等多种慢性疾病，本次因突发剧烈胸痛30min就诊，当时生命体征尚平稳，查体未发现特殊性体征。

问题 2: 胸痛是临床常见症状, 主要由胸部疾病所致, 少数由其他疾病引起。各种化学、物理因素及刺激因子均可刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动, 并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。常见原因有, 胸壁疾病如带状疱疹、肋间神经炎、肋软骨炎等, 心血管疾病如冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)、心肌病、急性心包炎、胸主动脉瘤(夹层动脉瘤)、肺栓塞等, 呼吸系统疾病如胸膜炎、气胸、支气管肺癌等, 纵隔疾病如纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤等, 其他疾病如过度通气综合征、食管炎、食管裂孔疝、膈下脓肿等。常见的急性、致命性胸痛的原因包括急性冠状动脉综合征、肺栓塞、主动脉夹层、张力性气胸等疾病。

问题 3: 急诊胸痛患者应首先评估生命体征, 剧烈胸痛不能除外主动脉夹层者应测量双侧上、下肢血压, 查体重点为心胸部, 除听诊心率、心律外, 还要注意心界是否扩大, 心音有无异常, 各瓣膜听诊区是否有杂音; 辅助检查尽快完善血常规、心电图、X线胸片, 怀疑急性冠状动脉综合征者应检查心肌酶, 怀疑血管性疾病者应检查 D-二聚体(D-dimer), 如监测脉搏血氧饱和度降低应行血气分析。

入院后完善血常规、急诊八项、弥散性血管内凝血(DIC)全项、心肌损伤标志物、心电图等相关检查。

检查结果如下:

血常规: 白细胞(WBC) $12.25 \times 10^9/L$, 中性粒细胞(NE) 84.1%, 血红蛋白(Hb) 126g/L, 血小板(PLT) $224 \times 10^9/L$ 。

尿常规: 尿比重 1.025, 尿糖+, 余正常。

急诊八项: 血尿素氮(BUN) 10.2mmol/L, Na^+ 139.5mmol/L, 血糖(Glu) 10.3mmol/L, K^+ 3.56mmol/L,

肌酐(CRE) $98 \mu mol/L$, Cl^- 101.5mmol/L, Ca^{2+} 2.32mmol/L, CO_2 16.7mmol/L。

DIC 全项: 凝血酶原时间(PT) 11.2s, 活化部分凝血活酶时间(APTT) 28.4s, 纤维蛋白原(FIB) 487mg/dl, 纤维蛋白降解产物(FDP) 18.9 $\mu g/ml$, D-二聚体 $>5000ng/ml$ 。

心肌损伤标志物: 肌钙蛋白 I(TnI)、肌红蛋白(MyO)、肌酸激酶同工酶(CK-mb) 均正常。

心电图(ECG): 窦性心律, 电轴左偏, $V_1 \sim V_6$ 导联 T 波低平。

- 家属询问: “大夫, 查了这么多, 有什么结果吗?”
- 医生回答: “有心肌缺血, 还有一些炎症, 先留急诊观察吧。”

问题 4：目前为止，患者胸痛应考虑什么原因？应如何向家属交代？

问题 5：为明确诊断，还需进一步完善哪些检查？

问题 6：该患者留观期间应观察并监测哪些症状、体征？

问题 7：该患者留观期间医生应如何与家属沟通？

沟通解答

问题 4：患者初步检查结果可见血常规白细胞总数及中性粒细胞分类升高，应考虑炎症，结合患者有咳嗽、咳痰症状，因注意除外呼吸系统感染；患者既往有冠心病病史，入院检查 ECG 有 $V_1 \sim V_6$ 导联 T 波低平，不能除外心肌缺血，应动态观察心电图变化，因患者胸痛发作至检查心肌酶时间不足 6h，TnI 正常亦不能除外急性心肌梗死；患者 DIC 全项检查中，D-二聚体异常升高，此检查提示继发性纤维蛋白溶解亢进，常见于血栓性疾病、高凝状态、DIC 等，应注意除外急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞等疾病。

问题 5：为进一步明确诊断，应完善胸片，动态观察心电图及心肌酶变化，有条件的医院可行急诊超声心动图检查了解心脏及主动脉情况，测量肺动脉压。

问题 6：患者在留观期间应重点观察胸痛的性质、位置、程度有无变化，疼痛有无放射，是否出现发热、呼吸困难、恶心呕吐、腹痛等其他伴随症状，给予药物治疗后要随时观察治疗是否有效。

问题 7：本例患者为老年男性，基础疾病较多，因突发剧烈胸痛就诊，属于高危患者，在急诊留观过程中应予以高度重视。在初始交代病情时应该对患者及家属就胸痛的可能原因及后果进行宣教，让他们理解诊断可能要花一些时间，甚至可能会走弯路；同时要强调患者会始终处于严密的医疗观察下，医生会及时调整诊断和治疗方案，使家属既对病情的严重程度有所了解，又对医生的诊疗活动有信心，从而更好地配合。

患者留观至次日凌晨 1:00（就诊后约 5h）仍诉胸痛，测量双上肢血压均为 130/60mmHg，予丹参、单硝酸

异山梨酯改善心脏供血，头孢曲松钠抗感染等治疗 4h 后胸痛无明显改善。上级医生查房看过患者病情后建议患

者至放射科行 X 线胸片检查。

患者到放射科进行胸片检查后回到急诊留观，如厕大便后站起时头晕，随即摔倒在地，无意识丧失，恶心、呕吐 1 次，呕吐物为胃内容物，量多，无咖啡色液体。患者诉胸痛稍有减轻，但出现较剧烈的上腹痛。

医生再次查体，患者诉腹痛，生命体征见 BP 92/73mmHg，HR 88 次/分，呼吸（R）17 次/分，SPO₂100%。患者

神志清楚，双肺呼吸音低，心律齐，腹软，剑突下压痛阳性，右下腹压痛可疑阳性，双下肢不肿。将患者转移至抢救室，给予静脉补液后患者头晕症状好转。在抢救室期间 2 次复查心电图及心肌损伤标志物无动态变化，胸片报告（见图 1-1）可见①双肺陈旧肺结核，左肺野少许活动性病变不排除，请结合临床并随诊；②左侧后膈角模糊，应鉴别左侧胸膜肥厚与少量胸腔积液。

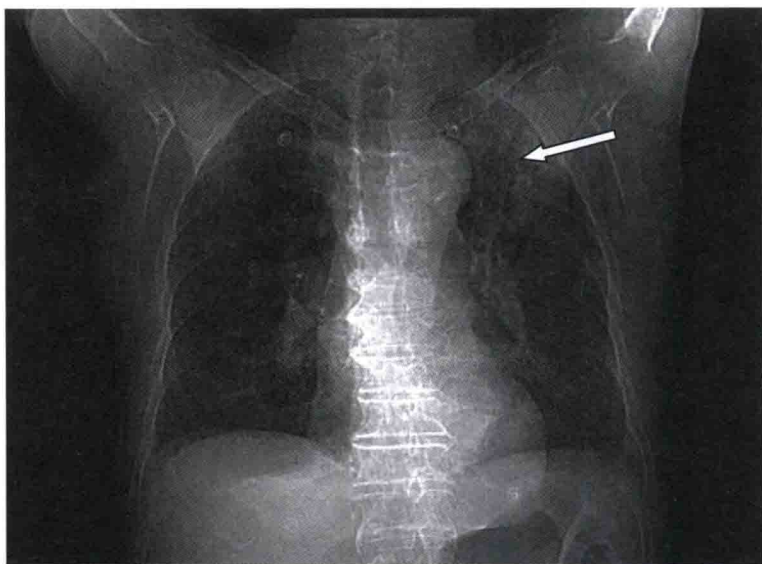


图 1-1 胸片

● 家属询问：“为什么治疗无效？患者为什么会晕倒？医生是否误诊？”

问题 8：患者出现突发病情变化时医生应该如何处理？

问题 9：家属情绪激动、质疑医生诊断时应该如何向家属解释？

问题 10：根据患者目前病情变化，请再次进行诊断及鉴别诊断，为明确诊断该患者应进一步进行哪些检查？

沟通解答

问题 8: 在抢救患者时, 医生首先要保持冷静, 判断生命体征, 如需要心肺复苏应迅速启动复苏流程, 不需复苏者可完善心电图、血糖、血气分析等有助于判断病情的基本检查。对于没有足够把握处理的患者, 低年资医生应在果断完成基本检查的同时尽快联系上级医生到场查看患者。如现场有多名医护人员则应分工协作, 保证抢救有序进行。患者情况及处理均应随时记录, 抢救结束后立即完善抢救记录, 病历 (包括与家属沟通的知情同意书等书面记录) 应妥善保管。

问题 9: 面对家属质疑, 医生应特别注意调整自己的心态及与家属沟通的语气, 要站在家属的角度, 体谅家属的心情, 避免针锋相对, 从而加重矛盾乃至发展到肢体冲突。沟通过程中要用较为通俗的语言向家属解释患者的病情, 尽量避免使用专业的医学术语, 一些形象生动的比喻往往可以起到事半功倍的效果。

问题 10: 本例患者经过抗感染、改善心肌供血治疗后症状无好转, 在改变体位后出现低血压、呕吐, 同时疼痛的部位扩展至腹部, 查体亦有相应体征, 应主要鉴别主动脉夹层。为明确诊断, 应在尽可能保证患者安全的情况下进行胸部增强计算机化断层显像 (CT) 检查。

5月17日晨8:00 (就诊后约11h) 查房时患者胸痛和腹痛明显减轻, 生命体征平稳, BP 101/77mmHg, HR 82次/分。在医生的陪同下, 患者至CT室行胸部增强CT检查。9:15返回急诊抢救室。10:00放射科口头报告胸部增强CT未发现危重病变。鉴于患者胸痛

缓解, 生命体征平稳 (10:00查BP119/76mmHg, HR79次/分), 反复检查心电图、心肌损伤标志物均未见明显异常, 胸部增强CT未发现危重病变; 根据患者胸片报告提示患者“双肺陈旧肺结核, 部分活动性病变不排除”, 医师告知家属, 不能除外结核的诊断。

- 家属询问: “为何一会儿说心梗, 一会儿说肺炎要用抗生素, 一会儿说可能是肺结核?” “你们到底能不能治疗? 我们要去其他医院。”

问题 11: 患者胸片考虑结核病后医生应该如何处理?

问题 12: 医生应如何判读放射科胸部CT的口头报告?

问题 13：家属要求转院时医生应向家属交代哪些问题？

沟通解答

问题 11：肺结核属于《中华人民共和国传染病防治法》（以下简称为《传染病防治法》）中所列的乙类传染病。对于拟诊传染病的患者，医护人员首先要做好自身及家属的防护工作，进行适当的消毒隔离，在《传染病防治法》规定的时间内进行报告，同时注意保护患者隐私，不要因疾病的传染性而对患者退避三舍或不闻不问、相互推诿，更不能歧视患者。对于同时存在的系统性疾病，在患者留院期间，应给予积极治疗。

问题 12：在临床工作中，所有的“辅助检查”结果，对于疾病的诊断和治疗都只是“辅助”，正如我们在放射科胸片报告中所见，应“结合临床并随诊”。收到口头报告时，临床医生应尽可能亲自阅片，即便是正式报告，也应根据病情做出综合判断，如果与临床情况不符，应及时与相关科室沟通，必要时复查。

问题 13：患者胸片报告为“双肺陈旧肺结核，左肺野少许活动性病变不排除”，这并不是一个非常确定的诊断，虽然肺结核属于传染性疾病，应在指定医院接受治疗，但对于该患者而言，患者胸痛的病因尚不明确，且病情危重，不建议在此时转院。如家属坚持要转到其他医院治疗，不能笼统说转院途中有风险，一定要明确告知有猝死可能，坚持转院所致的一切后果需由家属承担，并需要由患者授权的直系家属签署知情同意书。

上午 10：30 在抢救室等候救护车时，应家属要求，先行撤除患者的心电监测设备，但仍维持吸氧和静脉输液。10：50 患者突然出现意识丧失、呼吸停止，心音听不到，瞳孔散大、固定。立即进行胸外按压、开放气道、吸氧、心电监测，行心电图检查示室性逸搏。图形持续胸外按压，并予吸氧，简易呼吸器辅助通气。此后立即行气管插管并呼吸机辅助呼吸。持续行心电图检查示室

性逸搏，图形逐渐变为直线。先后予阿托品、肾上腺素、多巴胺等药物抢救。至 2012 年 5 月 17 日上午 11：40，患者心率、呼吸未恢复，心电图呈直线，抢救无效，宣布临床死亡。

2012 年 5 月 18 日，放射科出具患者胸部增强 CT（见图 1-2）报告，提示降主动脉夹层动脉瘤，纵隔、心包少量积液，胸腔积液，腹水；慢性支气管炎，肺气肿，左上肺陈旧肺结核，双下

肺膨胀不全，未见明显肺栓塞征象。

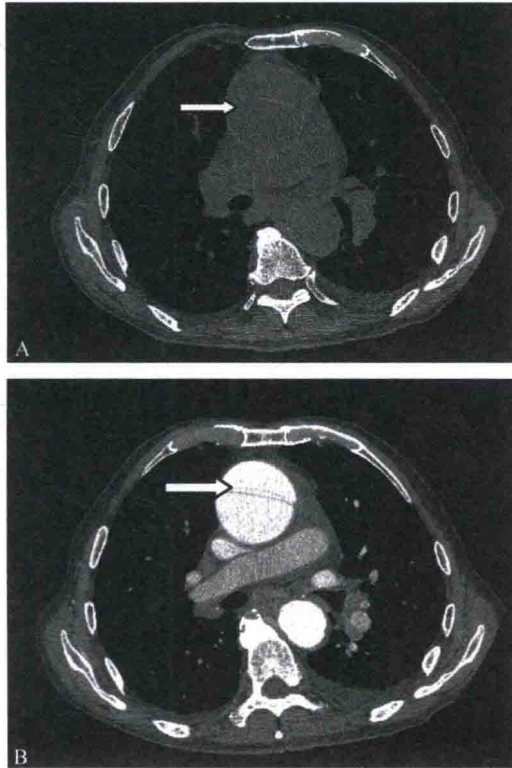


图 1-2 胸部 CT

A 和 B 分别为胸部 CT 平扫和胸部 CT 增强影像，可见降主动脉夹层动脉瘤（白色箭头所示），纵隔、心包少量积液

病例点评

该病例患者为老年男性，急性病程，突发胸痛，既往有高血压、糖尿病、冠心病等多种慢性疾病病史等危险因素，心电图出现 T 波改变，在等待实验室检查等检查结果期间，给予单硝酸异山梨酯等针对冠心病的治疗是合理的。血常规示白细胞增高后，即予抗生素治疗。老年人肺部感染，症状体征以及胸片表现可不一致，越早应用抗生素，效果越好，生存率越高，不因等待胸片报告而延误抗感染治疗的处置是正确的。该患者通过查体、胸片、多次复查心电图以及心肌损伤