

疑难急症救治与 病案分析

yínnán jízhèng jiùzhǐ yǔ bìng'àn fēnxī

○主编 熊光仲





疑难急症救治与 病案分析

yinan jizheng jiuzhi yu bingan fenxi

主 编 熊光仲

副主编 彭再梅 柴湘平 张宏亮 朱爱群

编 者 (按姓氏拼音排序)

蔡羽中 陈 蝶 范志英 贺志飏 李长罗
刘智玲 龙林湘 彭 淑 彭依群 卿国忠
汤周琦 万 方 向旭东 熊 舸 熊 力
颜世超 杨贵芳 姚 硕 袁 锋 袁 婷
张东山 张兆德 张志文 朱付平

前言



急症急诊救治是临床医学不可缺少的常见重要工作和研究领域。古往今来，急症急诊救治备受历代医家重视。通过大量古典中医急救医学著作可以看出我国急救医学积累了丰富的经验，《葛洪肘后备急方》、《急救仙方》、《急救良方》、《急救应验良方》等急救名著是极其宝贵的，这些急救名著名方，有些现在还在应用，如生脉饮、救心丸等仍在临床应用，简便易行的掐人中、包扎、刮痧疗法等急救方法一直在我国民间广为流传。近代以来，我国急诊急救事业不断发展，尤其是 20 世纪 80 年代以来，有了长足的进步，在“非典”、汶川地震等医疗救护中都发挥了极其重要的作用。

由此可见，急症处理不仅反映一个医院的救治水平和整体实力，更彰显医院的社会形象和责任担当。一般来说，在没有特殊情况下，对常见的发热、疼痛、创伤等急症处理不难，但对于“疑难急危重病”的处理并非易事，尤其是医学科学发展滞后疾病本身发展时更显力不从心。

随着社会的发展、疾病谱的变化以及就医模式的改变等，急症急诊救治已成为当今医学领域的热门研究和社会热点话题，“疑难急危重病”的诊断、救治和研究更是如此。

之所以说“疑难”，是因为急诊患者症多、复杂，常常是“症同病异”，或“病同症异”，或症状、体征不典型，或多种症状体征混杂等，一时难以辨别清楚，此时救治的困难也就不言而喻了。如“发热”，可以是许多疾病的首发症状，轻者可为感冒、泌尿系感染、胃肠炎等，重者可能为结核病、肺炎、成人 Still 病、格林巴利，甚至为淋巴瘤、白血病、艾滋病或“非典”（SARS）、禽流感等疾病。众所周知，急症，尤其是“疑难危重急症”要在短时间内（几分钟或几小时）明确诊断是极其困难的，也是不现实的。当诊断不明，救治也就难以对症，疗效亦差。

此外，由于急症常常是多个病症混杂，不像教科书那样简单明了，故一时难以确诊。尤其目前有的专科性质强，收入专科诊治的困难和尴尬亦

有发生。这既是对急诊医学的挑战，又是急诊医学发展的机遇。因此“疑难危重急症”的救治研究应运而生，各种 EICU、急诊疑难病房等机构相继诞生。

所谓“急危重”是指起病突然、来势凶险，或病情直转而下，患者很快就进入昏迷、休克、器官衰竭或多器官功能障碍综合征等濒死状态，如心脏猝死、气管梗塞（喉头水肿）、心肌梗死、肺动脉栓塞、主动脉夹层破裂、心包填塞、脑疝、持续癫痫、重症胰腺炎、严重创伤、中毒、过敏等致死性疾病，有的甚至来不及抢救就已经死亡，有的心搏呼吸骤停即使心肺复苏抢救过来了，但最后可因脑复苏难以成功而成植物人或最终死亡。这些极其严重凶险的疾病给临床工作亦带来了极其严重的困难和挑战。所以“疑难危重急症”的救治是一项世界性难题，亟待努力研究，加以提高。

如笔者曾接诊一例以头痛、腹痛、腹泻并发高血压（170/104 mmHg）为首发症状的肠梗阻、肠穿孔、肠坏死中年男性患者。外院初诊为：急性肠炎，原发性高血压？予以对症治疗效果不佳而转来我院就诊。入院后予以对症处理及观察，观察期忽然听到高调肠鸣音，且腹膜炎体征明显，即考虑急性肠梗阻、肠穿孔、弥漫性腹膜炎，拟急诊手术。术前突发心搏呼吸骤停，立即行心肺复苏，复苏成功后即行急诊剖腹探查术，术中发现小肠绞窄梗阻、多处肠坏死、穿孔。因术中血压下降、心律失常，在积极抗休克和纠正心律失常的情况下果断行肠切除（切除肠管约 1m 长）、清理腹腔、置管引流，肠管外置，结束手术。术后并发肠痿、腹壁广泛糜烂、感染、手术切口裂开、严重低蛋白血症、水电解质紊乱、酸碱失衡、肺部感染及心肝肾功能损害等。经多方抢救及中西医结合治疗 1 年多才痊愈康复出院。如此序贯的连锁反应，类似这样严重、复杂的疑难急危重病临床并不少见。这或许是疑难急危重病证的规律之一，应加以重视和注意总结研究。

又如一位突发腹痛伴腰部疼痛一天的 46 岁男性患者，反复询问无外伤史，几年前行过一次肛门痔疮手术。B 超发现右腹膜后血肿，因血红蛋白进行性下降至 64 g/L，予以输血、止血等治疗不见好转，即行介入治疗，术中发现右腰 3 动脉破裂出血立即予以封堵，临床观察效果欠满意，于是在 12 小时内先后 2 次介入治疗，但血肿仍有扩大趋势，CT 复查示血肿量大约 1500 mL，经反复多次输血，血红蛋白仍在 70 g/L 左右。再查凝血时



间延迟, APTT 77 秒, 最后经检查确诊为血友病 (甲)。成人后才发现血友病临床十分少见, 可能系轻型, 成年后才发病, 临床应多加注意。

再如“胸痛”, 可能是冠心病心绞痛、心肌梗死、急性冠脉综合征, 也可能是胸膜炎、肺炎、胆道疾病、扩张型心脏病、食管裂孔疝, 甚至是主动脉夹层、肺栓塞、肿瘤等疾病的首发症状。如有一位患者以“胸痛、气促、右上肢肿胀”急诊入院。初步检查诊断考虑为: 肺部感染, 右上肢血管栓塞。经过对症治疗 1 周后效果不佳, 再行 PT-CT 检查竟然是肺癌并转移。因此, 即使相同的疾病, 各人表现也不一样。故有学者将“胸痛”有关的病症就罗列出 30 多个临床常见疾病。这些非序贯性疾病临床也并非少见, 亦应予以高度重视。

为了减少临床急症误诊误治, 不断提高临床抢救治疗水平, 探讨“疑难危重急症”的救治规律, 及时总结经验与交流, 研究其症状体征混杂、病情危重多变背后的疾病本质及其关联性提供临床资料, 我们特组织长期从事急诊工作的医师, 利用我们有限的资料, 在极其繁忙的工作情况下, 克服困难, 挤出时间, 加班加点, 历时 3 年多整理了我院急诊科资料完整的疑难急诊病例, 予以汇编成册——《疑难急症救治与病案分析》。该书的出版望能起抛砖引玉的作用, 为今后不断探索、总结、提高疑难急症的救治水平而努力。

本书采用“以症切题”, 即以症状为其主标题, 副标题则为最后主要诊断, 次要诊断附于“结果”后, 分析讨论穿插在病例中的编排方法进行编写。书中介绍了急诊科不同系统、不同病种的疑难急危重病例 60 余例。从发热查因到淋巴瘤、成人 Still 病、艾滋病等, 从水电解质紊乱、酸碱失衡到多发创伤、内分泌疾病, 从疼痛原因不明到各种急腹症、心脑血管病、过敏、中毒等各种疑难急危重病症, 基本涵盖急诊科的常见病种, 其中有的病症为少见或罕见病例, 也一并结合文献予以讨论分析, 并从中提炼出有价值的经验体会和罕见病例的历史记录与同道交流共享。为拓宽临床思路, 明辨轻重缓急, 不断提高急诊救治能力提供借鉴。

关于溶栓、透析、机械通气等抢救治疗已在病案讨论中阐述过, 故未单独编写。书中亦简要介绍了心肺复苏新进展、亚低温、MARS、PCI 介入治疗及 PiCCO 监护仪的应用等新知识、新技术, 可供临床医师, 特别是青年医师自学、参考。

因书稿篇幅有限，故书中以结合病例资料加以分析讨论为主，有些诊断、鉴别诊断等未按教科书条目叙述。如重症肺炎，不再罗列诸如主要标准：需要有创机械通气、感染性休克需要血管收缩剂治疗以及次要标准等，而是将这些标准适时地穿插在病例分析讨论中，也是该书的特点之一，其优点是病例讨论分析自然，便于理解，看似欠条理，但有助于思考、整理。随着讨论的深入会更加加深该病的印象，从而达到掌握该病的目的。初次尝试，不妥之处请予见谅。

由于工作繁忙，时间欠裕，水平有限，作者风格各异，过去的诊疗与现在相比亦有差异，故书中难免存有不少缺点和错误，特别是有些图片等因年代较久远而欠清晰，诸如等等不足，敬请各位同道谅解、批评斧正，并致以衷心感谢。

本书在编写、出版过程中，得到了湖南科学技术出版社、中南大学湘雅二医院、湖南省人民医院、南华大学附属第一医院、长沙市中心医院、长沙市第八医院等兄弟单位的专家、教授的大力支持，在此表示衷心感谢。同时要特别感谢临床药学专家赵绪元教授对药物部分的精心编审，感谢蔡羽中、姚硕、杨贵芳、彭文等研究生为文稿的校核整理所付出的辛勤劳动。

熊光仲

2016年4月28日，于长沙

李序



急危重症患者的抢救治疗是临床医师一项重要的医疗工作，尤其疑难急危重症的救治，更是急诊急救医师十分艰难而复杂的临床工作。因此，不断积累临床经验，博采众长，紧密结合现代医疗知识和技术，才是及时、有效救治疑难急危重症患者的有力基础和保障。

由熊光仲教授主编的《疑难急症救治与病案分析》一书，是在总结过去急诊科疑难急诊病例救治的基础上，结合文献讨论分析，从而提炼出有价值的经验与体会，为今后疑难急危重症患者的救治提供了有益的参考与借鉴。相信本书的出版，对临床医师，特别是青年急诊急救医师，拓宽视野，减少误诊误治很有帮助。

特此，欣然为序。

中国灾害防御协会救援医学会会长

中国医学救援协会常务副会长兼秘书长

中国医师协会急救复苏专业委员会主任委员

《中国急救复苏与灾害医学》杂志社总编辑

中国首席急救专家、教授、主任医师

2016年5月10日，于北京

目 录



第一部分 疑难急症的抢救治疗

- 一、疑难急症的救治现状 /002
- 二、疑难急症的救治困惑 /002
- 三、急诊专业队伍人员的基本素质和水平 /004
- 四、急诊救治的基本要求与救治流程 /007
- 五、急诊疑难疾病诊断思路 /013
- 六、疑难病电子资料登记表 /014
- 七、急诊常用药 /015
- 八、疑难急症用药知识 /042
- 九、急性呼吸窘迫综合征——柏林定义 /100
- 十、心脏性猝死 /102
- 十一、心肺复苏与生命支持治疗 /106
- 十二、多器官功能障碍综合征与多器官功能衰竭 /123
- 十三、脑死亡 /131

第二部分 疑难急症病案分析

- 一、发热、咳嗽气促，胸腔引流出黑色液体
——侵袭性肺曲霉病合并奇异变形杆菌感染 /138
- 二、孕妇发热 6 天，咳嗽、咳痰伴气促 4 天
——H7N9 禽流感，宫内妊娠 27 周 /144
- 三、发热伴关节疼痛、皮疹 10 天
——成人 Still 病 /150
- 四、咳嗽、发热、偏瘫
——病毒性肺炎，继发性病毒性脑炎，并发出血性脑梗死 /155
- 五、反复发热 2 月余，加重 3 天
——布氏菌病 /162

六、发热气促

——多发性创伤并发甲状腺危象 /168

七、胸背痛伴发热气促

——支原体重症肺炎、胸腔积液 /173

八、胸闷、气促、咳嗽 10 天，发热 4 天

——社区获得性重症肺炎，抗 JO-1 抗体综合征 /178

九、发热、腹痛 1 天

——急性淋巴细胞性白血病，2 型糖尿病 /183

十、反复发热 1 月余，腹痛 7 天

——B 小细胞淋巴瘤 /188

十一、发热、恶心、呕吐、腹痛、腹泻 20 余天

——急性重型胰腺炎并发胸腔积液，腹腔积液，肠梗阻，嗜血细胞综合征（反应性） /194

十二、发热、腹痛 4 天，昏迷 1 天

——口服安乃近中毒，合并肺部感染 /200

十三、反复腹痛、发热、尿频 1 年余，近又发作 10 余天

——腹膜后阑尾炎 /205

十四、发热、腹泻、皮肤溃疡及坏疽

——克罗恩病 /209

十五、发热、全身皮疹

——非霍奇金淋巴瘤 /215

十六、发热 1 周伴左颈部淋巴结肿大 2 天

——菊池病 (Kikuchi's) /218

十七、反复发热、颜面红疹 2 年，加重 1 月

——皮病性淋巴结炎 /221

十八、发热、全身酸痛

——成人 Still 病 /224

十九、发热，伴全身疼痛

——流行性出血热 /229

二十、咽喉、颈部疼痛伴发热 7 天

——颈部脓肿并气肿 /232

二十一、反复活动后气促 14 年，加重伴发热 2 周



- 肺泡蛋白沉着症 /235
- 二十二、间歇性咳嗽气促 2 月余，加重伴发热水肿 1 周**
 - 重症肺炎，肺-肾综合征 /239
- 二十三、多发外伤术后发热、黄疸、出血、昏迷 5 天**
 - 多发性创伤，肺部感染，肝细胞性黄疸，MODS /244
- 二十四、腰椎间盘突出术后发热**
 - 腰椎间盘突出术后，感染性休克，脓毒症 /252
- 二十五、腹痛、呕吐**
 - 肠梗阻合并重症肺炎 /255
- 二十六、腹痛、意识障碍**
 - 1 型糖尿病并发，酮症酸中毒 /259
- 二十七、腹痛、休克**
 - 自发性肠系膜动脉瘤破裂 /262
- 二十八、胸腹痛、呕吐**
 - 膈疝并发肠梗阻 /266
- 二十九、妊娠腹痛、呼吸困难伴咳嗽**
 - 风湿性心脏病、肺部严重感染 /269
- 三十、腹痛、呕吐**
 - 尿毒症性腹痛 /273
- 三十一、腹痛、胆道手术后**
 - 胆囊切除术后并发肠梗阻、心肌梗死 /277
- 三十二、腹痛、全身酸痛 20 余天，脱发 14 天**
 - 铊中毒，垂体腺瘤并低钠血症 /281
- 三十三、腹痛、腹胀**
 - 急性重症胰腺炎合并肺部感染 /285
- 三十四、突发腹痛、呕吐 4 小时**
 - 主动脉夹层穿孔破裂，动脉粥样硬化 /288
- 三十五、腹痛 2 小时**
 - 孤立性肠系膜上动脉夹层 /293
- 三十六、反复腹痛半年，心悸气促 2 天**
 - 甲状腺功能亢进症 /296
- 三十七、妊娠 21 周，腹痛、腹泻近 4 个月**

——迁延性妊娠腹泻，抗生素相关性腹泻，严重假膜性肠炎 /300

三十八、肝胆管结石术后1年，腹痛、腹胀伴发热20天，阑尾炎术后黄疸、伤口渗液11天

——胆石症胆囊切除，左肝外叶切除，胆道残余结石，合并胆管炎，胆汁性肝硬化，并发急性阑尾炎，阑尾炎术后伤口感染，腹膜炎，肺部感染 /308

三十九、胸闷、气促3天，咳嗽1天

——肺部感染，原发性高血压3级极高危组，高脂血症（轻度） /315

四十、反复咳嗽气喘40年、加重10余天

——哮喘持续发作（重型），水、电解质紊乱，呼吸性碱中毒 /319

四十一、活动后气促2月余，加重3天

——肺栓塞，肺大疱，冠状动脉粥样硬化性心脏病 /326

四十二、反复胸闷、心悸、气促26年，再发并加重2个多小时、妊娠5个月

——先天性心脏病：动脉导管未闭；二尖瓣狭窄并关闭不全，室上性心动过速，心力衰竭，妊娠中期（活胎） /338

四十三、胸闷、气促半年，加重5天

——库欣综合征，右肾上腺皮质癌全身多处转移并肺部感染 /345

四十四、创伤后呼吸困难

——哮喘持续发作，多发性肋骨骨折 /352

四十五、头晕3天，胸闷、气促6小时

——肺部感染、急性心肌梗死、心力衰竭、尿毒症 /358

四十六、头晕、腹痛12天，胸闷气促3天

——胰腺囊腺癌并感染，肾脏转移，原发性高血压，胆石症 /364

四十七、突发胸痛14天，晕倒伴短时意识丧失2次

——胸主动脉夹层破裂，失血性贫血 /369

四十八、头痛头晕2天，晕倒伴神志不清2小时

——脑出血（右侧硬膜下血肿，矢状窦出血），脑静脉窦血栓形成 /374

四十九、突发胸背痛30小时伴神志不清

——急性广泛前壁+侧壁心肌梗死，心搏骤停，心肺复苏术，肺部感染 /378

五十、再发胸背部疼痛，伴大汗淋漓、恶心、呕吐1天

——复发性主动脉夹层 /382

五十一、突发胸痛26小时，心搏骤停复苏后意识丧失、抽搐



——急性广泛前壁心肌梗死，心搏骤停复苏后缺氧性脑病 /387

五十二、反复心悸、气促 7 年，近加重伴呼吸困难 2 天

——扩张型心肌病，心功能 3 级 /391

五十三、呕血、胸闷 1 天

——上消化道大出血，华法林过量出血 /397

五十四、反复呕血、黑便 4 天

——食管静脉曲张破裂出血，失血性贫血，慢性乙型病毒性肝炎、肝硬化 /402

五十五、误食洗发水 3 小时

——洗发液中毒，吸入性肺炎 /407

五十六、长头发被收割机绞入后疼痛、出血、晕厥 7 小时

——全头皮撕脱伤，失血性休克 /410

五十七、反复口干、乏力、呕吐 5 年，加重 5 月

——垂体瘤部分囊变，并发低钠血症，继发肾上腺皮质、甲状腺功能减退 /413

五十八、口服百草枯后呕吐、腹痛 3 小时

——急性重度百草枯中毒，并发消化道出血、呼吸衰竭 /423

五十九、注射维生素 K₁ 后突发面部潮红、大汗、血压下降

——维生素 K₁ 过敏 /427

六十、高温下剧烈活动后神志不清

——热射病，静脉毒品依赖、传染性乙型病毒性肝炎 /431

六十一、左上肢被不明生物咬伤后肿胀 4 天

——毒蛇咬伤 /434

六十二、颜面部、右肩部自发性瘀斑、出血及皮下血肿 5 天

——Fib 降低性凝血功能障碍，继发性出血，马方综合征 /439

六十三、腹胀、乏力、黄疸

——慢性丙型病毒性肝炎急性发作（重型），并发血小板减少，肝衰竭 /443

附录 常用中英文对照 /448

参考文献 /452

于序



面对众多繁复多变的急诊，尤其是疑难急危重症患者，是对临床医师，特别是急诊医师的挑战与考验。在此种情况下，医师要在短时间内做出正确的判断与诊治，并非易事。

由熊光仲教授主编的《疑难急症救治与病案分析》一书很切合临床医师，特别是急诊医师的临床实际工作需要。本书从临床实际需要出发，以急诊科疑难病症为主线，采用“以症切题”，从大量急诊科疑难病例中，结合丰富的救治经验，引申“症同病异、病同症异、辨证施治”的急诊临床救治特点与哲理。为开阔视野，拓宽临床思维，起到了抛砖引玉的作用。

因此，我相信这是一本很好的临床参考书，并能在实际诊疗工作中，特别是在急诊临床诊疗中发挥极其有益的作用。

本书的出版，不仅丰富了我国临床医学，尤其是为急诊医学领域的知识库添砖加瓦，更是对急诊医学的发展与贡献。

特此乐而作序。

中国医师协会急诊医师分会会长
中华医学会急诊医学分会主任委员
中国协和医院急诊科主任、教授

2016年7月17日，于北京



第一部分

疑难急症 的抢救治疗

一、疑难急症的救治现状

随着急诊学科的发展与进步,急诊科已由过去那种单纯接诊、转运模式向专业化救治模式转变。为了不断提高急诊救治水平,减少误诊误治,疑难急症的专业化救治也提上了议事日程。目前我国北京、上海、广州及长沙等地医院的急诊科相继开展了较规范的疑难急症救治工作,并取得了较好成绩。李宗浩、于学忠等教授先后开展并主办了“疑难急诊病例”研讨会,中南大学湘雅二医院急诊科于2006年开始注重疑难急诊疾病的诊治工作,2012年3月开设了疑难急诊病房。急诊科是医院临床第一线窗口,而有些疑难急诊病例一时又难以收入院。加之急诊医师能首先见到其他专科不能见到的急诊病例,特别是一些少见或罕见的病例,急诊科具有得天独厚的优势。这为丰富和发展急诊医学,尤其是疑难急诊疾病的诊治提供了有利条件和基础。

然而,由于急诊患者就医,都具有急、危、重、杂等特点,救命、解痛、保护组织器官功能是急诊科的首要工作。故急诊科医师忙于急诊处理,病情稳定后,绝大多数患者被分流或转入其他专科治疗。这就使得急诊医师无法继续处理,从而难以获得完整的病历资料 and 整体救治体会。加之急诊科医师成天忙碌“打前战”,久而久之难免产生“厌战”情绪,诊治水平也难以提高,甚至逃离急诊科也只是迟早的事。因此,这对稳定急诊科医师队伍、巩固和发展急诊科是极大的打击和伤害。这也是我国目前急诊科发展不平衡,个别急诊科发展不起来的重要原因。在这种情况下要想提高急诊科救治水平是很困难的,也就更谈不上疑难急症的救治了。

二、疑难急症的救治困惑

急诊医学是一门新兴的学科,也是一门实践性、科学性、社会性很强的学科。我国急诊医学自20世纪80年代开始在各大医院相继成立急诊科以来,才正式迈上学科建设的征途。回顾走过这不平凡的30多年,既取得了救治数以亿计的急危重症患者经验,获得了抗击“非典”、抗洪、抗震救灾等重要实践的体会,也取得了科研、教学及培养了大批急诊人才的成绩。但在实际工作中也遇到了许多困难,特别是疑难急症救治,我们常困惑不已。

1. 众所周知，急诊科患者来源广、多、杂，且具有急、危、重等特点。其症状或轻或重，或多或少，或相互重叠，其体征明显或不明显，甚至隐蔽；或患者基础疾病多，或病史不详或不明，甚至是三无（无姓名、无地址、无陪人）患者。这给急诊救治带来了极大的困难和不便，误诊误治亦难免发生。在此情况下，急诊科医师要根据有限的临床资料，在短时间内做出全面、正确、合理、迅速、有效的救治和处理，其难度可想而知。

2. 急诊患者症状多复杂，常常是“症同病异，或病同症异”。正如本书总结的“发热”，可以是众多疾病的首发症状，轻者可能为感冒、胃肠炎，重者可能为脓毒血症、重症肺炎、Still病，甚至为淋巴瘤、白血病、艾滋病或“非典”（SARS）、禽流感等。又如“胸痛”，可能是冠心病心绞痛、心肌梗死，也可能是胸膜炎、胆道疾病、扩张型心肌病甚至主动脉夹层、肺栓塞、胸部肿瘤等疾病的首发症状。这就需要急诊医师具有丰富而全面的医学知识及临床经验，并且根据不同疾病的不同表现，从所了解到的蛛丝马迹中仔细进行鉴别。

3. 有些疾病诊断虽然明确，但治疗非常困难，如重症感染，严重创伤，严重心脑血管疾病（主动脉夹层等），严重中毒，严重水、电解质紊乱及酸碱失衡，哮喘持续发作，MODS，ARDS，难治性休克等。这些数不胜数的疑难急症，不论是诊断上的困难还是治疗上的困惑，都是急诊科目前亟待解决的难题与挑战。

鉴于以上原因，许多医师遇到多种症状且复杂的患者时不知所措，且在现有体制下基本上是各科以各科为主；专科突出明显。更为严重的是年轻医师过早地分科，过早地进入专科培训，致使当年轻医师知识面狭窄。这既不适应大急诊的诊治工作，更不适应疑难急症的救治，故是当今急诊诊治中的体制环境与人才的一大困惑。

因此，疑难急症救治应运而生，既是对急诊科的挑战与某些政策破解，也是人才培养、减少误诊误治、提高急诊救治水平的需要，更是急诊科发展的方向和机遇之一。

那么，怎样提高急诊科救治水平？怎样救治“疑难急症患者”呢？我们认为至少要有以下基础和条件。

三、急诊专业队伍人员的基本素质和水平

(一) 职责与要求

救死扶伤是医务人员的职责，也是医疗工作的基本要求。治病施术，随时随地都要体现出“医德”高尚的素质。24 小时开放的急诊，更是无时无刻不体现出高尚“医德”的诉求。因此，医者仁心是医务人员的基本素质要求。

医务人员仅有慈悲同情心还不够，还要有过硬的医学本领，急诊医务人员应具有扎实的医学基础知识与基本技能，面对疑难急症病例做到临危不惧、沉着冷静，具有极强的判断力，同时急诊急救人员自身应该具有健康的身体素质和本领。只有这样，急诊专业人员才能胜任急、危、重症和错综复杂多变的各种疑难急诊患者的救治。

(二) 反复多次仔细询问病史

“疑难急诊”不像一般普通简单明了的急诊，要在短时间内的急诊接诊（首诊）中，一次就完全了解全面的病史是很困难的，也是不现实的。

由于受患者自身、医务人员及医院等条件、环境、时间的限制，故有时难以详细询问清楚病史，常需要以后多次反复询问补充，才能获得完整病史。一个对诊断有帮助的病史，有时胜过昂贵高价的医学检查或治疗。如一年轻女患者，以发热查因急诊，初诊考虑肺部感染，对症处理效果不佳；后经过多次询问才了解到有性病史，并经 HIV 抗体（+）等检查最后确诊为艾滋病。当再问患者为何隐瞒病史时，该患者哭诉怕家人知道后挨骂遭抛弃。再者，面对众人说也不好意思，故一直想隐瞒，但后经医师个别交谈后才予以告知。这说明询问病史要有技巧，掌握好方式和患者心理，否则将难以获得真实有价值的病史。再比如一例破伤风患者，急诊时其临床表现很像破伤风，但由于当时缺乏外伤史，一时难以确诊，以抽搐查因留院观察。留观期经多次询问才获知患者 2 个月前右手有过一次轻微刺伤，外伤后也未行任何处理。获此病史后再结合临床表现即诊断为破伤风，并经抗破伤风治愈。由此可见，临床因病史不清或不详而导致误诊者时有发生，故多次、反复详细询问病史对疾病诊断意义重大，不可小视。