

临床思维培养导引丛书

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

国家临床重点专科项目

主编◎李春盛

急诊科疾病 临床诊疗思维

第2版



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书
临床思维培养导引丛书
国家临床重点专科项目

(第2版)

急诊科疾病

临床诊疗思维

主 编 李春盛

编 委

(以姓氏笔画为序)

于 涵 王 烁 王 涛 刘长海 李 潇 李春盛 李毅贤 杨 军
吴彩军 何新华 佟 楠 张 达 张 清 张 健 张海燕 武军元
金 铭 郎轶群 赵 鹏 赵 鑫 赵永桢 贺玉钦 袁 伟 顾 伟
殷文朋 唐子人 梅 雪 董桂娟 蒋 达 腾 飞 潘京浩 魏 兵

秘 书 金 铭 李 潇

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊科疾病临床诊疗思维/李春盛主编. —2版.

—北京: 人民卫生出版社, 2013. 3

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-16965-3

I. ①急… II. ①李… III. ①急诊-诊疗

IV. ①R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第032118号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

急诊科疾病临床诊疗思维

第2版

主 编: 李春盛

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29 插页: 2

字 数: 742千字

版 次: 2009年11月第1版 2013年3月第2版第3次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16965-3/R·16966

定 价: 68.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

修订说明

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书以类似于“情景再现”的形式为读者展现了作者临床诊断、治疗的思维过程,将对青年医师来说似乎“看不见、摸不着”,甚至“可意会、不可言传”的临床思维过程跃然纸上。

该套书的第一版得到了读者的广泛认可,购买者在各大图书销售网站纷纷热评:“值得一看!”、“堪称经典”;“大师的作品”;“编写有特色,适合临床医师”;“天天上班都参考着看,收获颇多”;“整个系列的书都很好,怎么就是没有心内的呢?”……

正是读者的认可与期盼,让各位专家在百忙中欣然启动了该套书的修订改版工作。此次修订,仍恪守引导读者建立起主动临床诊疗思维的编写指导思想,旨在帮助读者如何将从‘教材和参考书上所学到的由无数个体所总结出来的共性知识’有效地运用到临床“个体患者”的诊断与治疗中;此次修订,是在第一版的基础上反复推敲、字斟句酌,可谓精益求精、力臻完美。经过深入地分析、归纳、整理,修订后的第二版将更富于内涵、更具有生命力。

不得不说的是,由于这套书的主编均为国内相关领域的大家,平时工作极其繁忙,而该套书的内容几乎均需要原创,再加上他们都坚持宁缺毋滥的原则,所以,时至今日,最初计划出版的22种图书,仅有15种付梓。尽管仍然面临着能否按期出版的压力,我们仍将尽全力保障如下图书都能早日与读者见面。

魏小晋	主编	《重症急性胆管炎诊治思维》	71
甄国坤	主编	《重症急性胰腺炎诊治思维》	81
曾祥生	主编	《急诊危重症抢救思维》	101
刘明祥	主编	《急诊危重症抢救思维》	111
李洪禹	主编	《急诊危重症抢救思维》	121
姜辉宁王	主编	《急诊危重症抢救思维》	131

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

1. 传染科疾病临床诊疗思维 主编 李兰娟
2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 主编 康 健
3. 消化内科疾病临床诊疗思维 主编 钱家鸣
4. 心内科疾病临床诊疗思维 主编 廖玉华
5. 血液内科疾病临床诊疗思维 主编 谢 毅
6. 肾内科疾病临床诊疗思维 主编 陈香美
7. 内分泌科疾病临床诊疗思维 主编 邱明才
8. 神经内科疾病临床诊疗思维 主编 崔丽英
9. 急诊科疾病临床诊疗思维 主编 李春盛
10. 产科疾病临床诊疗思维 主编 杨慧霞
11. 妇科疾病临床诊疗思维 主编 谢 幸
12. 神经外科疾病临床诊疗思维 主编 王忠诚
13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 主编 李 虹
14. 普外科疾病临床诊疗思维 主编 姜洪池
15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 主编 石应康
16. 骨科疾病临床诊疗思维 主编 裴复兴
17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 主编 曾小峰
18. 儿内科疾病临床诊疗思维 主编 申昆玲
19. 儿外科疾病临床诊疗思维 主编 李仲智
20. 耳鼻喉头颈外科疾病临床诊疗思维 主编 韩德民
21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 主编 高兴华
22. 眼科疾病临床诊疗思维 主编 王宁利等

出版说明(第一版)

“当我们将所学过的东西忘得一干二净时,最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说,科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育(包括长学制学生和五年制学生等)而言,前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的讲授与培养。而临床实践阶段则需要注意学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养,为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维,人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家(主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员,编委大多来自国家重点学科的学科带头人)编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科的临床常见病、多发病为基础,围绕“接诊时病人的主诉;根据病人主诉的进一步询问(为什么询问这方面的内容);初步的体格检查(为什么选择做这些体检,目的是什么);进一步的实验室或特殊检查(为什么选择这些检查,这些检查与其他相关检查相比的优缺点);初步诊断;初步的治疗方案(理论依据,常见药物的选择);治疗过程中遇到的新问题,围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查(为什么);治疗过程中治疗方案的调整(为什么);治疗过程中需要注意的问题(为什么);疗程结束后需要哪些方面的随访(为什么);对于治疗失败的病例,经验和教训的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析,还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

前言

《急诊科疾病临床诊疗思维》一书于2009年年底出版,即受到业界人士的普遍欢迎。来自人民卫生出版社的反馈消息很快即告售罄。可见广大急诊医师及其他临床医师对这本书的肯定。据说不得不又重印一次。作为该书的主编,再也没有比听到这个消息更感欣慰的事了。

当今是知识信息、资讯充斥于各个方面且来源甚为广泛的时代。医师、临床工作者获得资讯甚为容易,只要鼠标轻轻一点,即可出现很多同类的信息,那为什么还对这本书这么感兴趣?在百思不得其解之余,忽然想到我每次阅读医学界权威杂志《新英格兰杂志》,该杂志专有一栏是病例讨论,都是罕见、疑难或对临床指导意义较大的病例,供大家分享。我们曾对《新英格兰杂志》2007年到2011年5年间在该栏的病例讨论进行总结分析,结果发现有1/4的病例是来自于急诊科或最初因某一主诉就诊于急诊科。由此可以看出,急诊科不但是急危重病的救治场所,也是疑难疾病的首诊之地。特别是在当今各个专科分科越来越细,专科医师的知识面窄,只见树木,不见森林,成为管状视野的思维方式时,急诊科提供的病例可开阔视野,拓展空间,给人们留下很大的想象空间。由此及彼,加强联想,使得在临床诊疗过程中受益。有鉴于此,我们将2009年到2011年北京朝阳医院急诊科每周病例讨论的65份完整病例按照临床诊疗的思路,结集成为本书的第2版。本书中的65份病例所涉及的疾病可能有些是重复的,但尽管是同一疾病,表现却各不相同。这就是临床多样性和临床诊疗的魅力所在,有时确有“山重水复疑无路,柳暗花明又一村”之感。

此次我们在内容上又增加了结合病例对相关指南的解读。一方面通过指南了解该病诊疗的一般规律,又通过该病例报道其特殊性、个体性,通过普遍与特殊的规律结合,全面了解疾病的多变性,有益于临床思维。古人常把医师诊病比喻为“兵家用兵”,既需要战略,又需要战术,时间、空间各方面均要考虑。疾病表现的多样性永远是常态,而不变则是非常态,这就要求医师每次诊疗时,要有“如履薄冰,如临深渊”之感,多思多想,做到眼到、心到、手得,才不致误诊、误治,成为真正的临床大家。

主编 李春盛

于首都医科大学附属北京朝阳医院急诊部

目 录

绪 急诊医学临床思维与决策	1
病例1 发热10天,咳嗽、咳痰伴左侧胸痛5天	5
病例2 发热5天,伴急性肝、肾功能衰竭	15
病例3 上腹痛伴呕吐4小时,急性左心衰	28
病例4 头晕、呕吐伴肢体乏力3天	32
病例5 高热伴头痛、呕吐、意识障碍半天	38
病例6 阵发性憋气、胸痛2周,加重2小时	43
病例7 间断呕吐1周伴胸闷、腰痛、喘息1天	49
病例8 间断发热,四肢乏力10天,喘息3天	57
病例9 间断胸闷2周,心电图异常表现	67
病例10 胸闷伴头晕2小时	75
病例11 腰部以下麻木4天	83
病例12 一过性意识不清2小时	89
病例13 剖宫产后17天,头痛1周,意识障碍1天	96
病例14 上腹痛伴无尿3天	102
病例15 左侧肢体乏力1天	108
病例16 胸痛1小时	114
病例17 颜面水肿3年加重伴呼吸困难2周	121
病例18 呼吸困难1周	128
病例19 头晕伴呕吐16小时	135
病例20 腹胀1个半月,伴全身水肿1个月,少尿10余天	142
病例21 颈背部不适8天,头晕伴发热5天	148
病例22 咳嗽、咳痰12天,意识障碍5天加重1天	153
病例23 发热4天,神志不清3天	162

目录

病例24	喘憋3天,加重1天	170
病例25	右上肢痛3小时	183
病例26	咳嗽伴喘憋半个月,加重3天	187
病例27	发热伴右上肢不适5天	191
病例28	乏力消瘦伴胸闷2月余	196
病例29	间断胸痛1周,加重20分钟	203
病例30	意识不清7小时	209
病例31	饮酒后腹痛2小时	216
病例32	四肢抽搐伴心悸1小时	222
病例33	咳嗽1个月,发热伴呼吸困难1周	229
病例34	下颌肿痛3天,呼吸困难1天	235
病例35	头晕伴行走不稳、上肢震颤1个月,言语不利1周	241
病例36	突发下肢痛2小时,排尿困难	248
病例37	腹痛腹胀1天伴恶心呕吐	254
病例38	持续胸骨后压榨性疼痛2小时	260
病例39	意识障碍1小时	266
病例40	胸闷伴上腹痛2天	271
病例41	双下肢水肿3年加重10天,呼吸困难4天	277
病例42	发热1周,呼吸困难2天	283
病例43	溺水后呼吸困难2小时	295
病例44	胸闷伴反复晕厥发作30天	302
病例45	发热伴咳嗽7天,加重伴憋气3天	309
病例46	右上腹痛伴发热1天	314
病例47	食欲缺乏1周,精神萎靡1天	320
病例48	发热、畏寒、头晕7天,意识不清6小时	327
病例49	咳嗽、咳痰10年,活动后喘憋3年,加重伴晕厥20天	335
病例50	活动后胸闷、心悸半年,意识不清1小时	345
病例51	胸闷1天	353
病例52	头部外伤1小时	361

病例53 右上腹痛、呕吐2天伴胸闷 368

病例54 反复咳嗽、咳痰、喘憋3年余,加重半个月 374

病例55 晕倒4小时 382

病例56 发热5天 390

病例57 头痛2小时 395

病例58 颈部疼痛伴发热3天 402

病例59 间断腹痛伴食欲缺乏1月余,加重伴发热2天 407

病例60 突发上腹痛半日 412

病例61 右踝肿痛,发热3天,腹泻、少尿2天 416

病例62 言语不利伴左侧肢体麻木半日 424

病例63 呼吸困难伴发热、意识障碍1天 429

病例64 发现皮肤瘀斑伴双足疼痛10小时 434

病例65 酒后呕吐、上腹痛伴胸闷1小时 440

附录1 病例诊断结果 448

附录2 从《新英格兰医学杂志》病例报道中的急诊病例看急诊医学在临床中的地位 450

绪 急诊医学临床思维与决策

众所周知,全世界医院的急诊科均有一个共同的特点,就是患者轻重混杂,人多拥挤,环境混乱,在这样的环境中面对这样混杂的众多急性患者,急诊医师要在有限的时间内,依靠有限的信息,诊断出潜在的危重患者的疾病,不仅需要冷静的思维,逻辑分析判断,也需要丰富的人文素养,处理应对复杂情况的能力和良好的心理素质。这是因为,这些急性患者不像专科患者那样,他们不是“老熟人”,而是从来没有见过的,且这些患者因为疾病和心理问题合作性差。加之就诊环境混乱,医务人员注意力难以集中,因为他同时面对许多危重患者,由此而造成缺乏认真思考的条件,同时又要避免作出轻率的决定。由于诊断常常缺乏确定性,而治疗的根据往往是“最可能是……”,而决定符合这种“最可能是”的因素取决于我们临床判断和诊断检查的结合。

一、急诊诊断思维与决策

从选择的观点看,医学是模式结构不固定的学科,不同于有固定模式结构的学科,如数学,可通过规则来定义,从一种理论推出另一种理论。但在医学方面,定论问题已是一种混合。具体到急诊医学,不固定的原因可能为:

1. 在作出抉择过程中,不能得到或永远得不到完整信息,没有完整信息就会导致盲人摸象,在作出决定时常常会有偏差或片面性,导致临床的误诊误治。
2. 急性疾病的表现常常是动态性的,有时在某一时段作出诊断结论时就发生了变化,要时时根据动态观察再重新作出相关的诊断。
3. 治疗方法往往不能普遍应用于有同样疾病的人,这就要求具体情况具体分析,而不能千篇一律,犯教条主义。
4. 急诊在诊断治疗中常常缺乏患者的反馈信息,不能判断诊断正确与否,最后的诊断往往是离开急诊科后而作出的。由于这一特点,急诊医师往往有始无终,对一疾病变化规律缺乏全面的了解,因而影响急诊医师临床水平的提高。

由于急诊医学所具有这些特点:疾病的突发性还没有按照疾病发展规律充分展现疾病的全貌就来急诊科就诊,而由于急诊科就诊的时限性,在有限的时间和空间对疾病作出客观、符合其实际规律的诊断甚为困难。不可预测性:没有足够的时间对其发展变化规律进行深入探讨,常常对其发展趋势难以把握,造成险象环生,形成急诊医学的挑战性。如何解决这些问题?爱因斯坦说过“我们面临的最大问题是总想在发生问题的层面上寻找解决问题的方法”,这也就是毛泽东说过的“正确的决策来源于正确的判断,正确的判断来源于对周围事物细致入微的观察”,通过对观察到的事物做到认真细致地分析,去粗取精,去伪存真,直到透过现象看本质,由感性认识上升为理性认识来形成我们的决策。由此类推,医师诊断疾病要通过患者的主诉、查体、辅助检查查找疾病的证据,将这些证据通过自己的思考有效整合,加以去粗取精,去

伪存真,取其精华,去其糟粕,透过现象看本质,寻找疾病的本质,即形成诊断。这一过程,就是形成临床诊断思维的过程,要形成这一思维过程,需要通过如下程序:

1. 在寻找证据时要专注 如在听患者主诉现病史时一定要专注,且一定要围绕患者最痛苦的症状和时间“刨根问底”,不能漫无边际,冲淡主题。因为时间有限,在有限的时间要获得大量、可靠的信息,是需要临床基本功的。

2. 重视生命体征 体温、呼吸、血压、脉搏、意识,这些最能反映疾病发展动态的根本特征,准确获取这些数值,并对其变化进行分析,结合病理生理知识就能知道疾病的发展趋势和需要干预的着力点。

3. 危急值判读 血常规、尿常规、血生化及血气等反映机体内环境变化,其升高或降低到某一界限时就能反映机体代偿失代偿及生理储备的能力,超越其上下限代表危险要进行积极干预。

4. 正确利用辅助检查 正确判读临床辅助检查对疾病的诊断强度是多大,是否为该疾病诊断的金标准,如SARS病毒检查是诊断SARS的金标准,肺动脉造影是诊断肺动脉栓塞的金标准。

诊断疾病的主要原则是遵循最佳证据,精湛技艺和以人为本三项结合的道德准则和公理,上面简述的病史询问、检查、辅助检查的取舍就要依靠对精湛技艺的运用,如果基本功不扎实,在调查获取疾病资料中就不能翔实、准确、可靠;如果没有以人为本的原则,只有本着对患者充满同情、善意、帮助的心理,才能获得患者的配合,并能获取真实的疾病资料,在两者的基础上,才能寻找到最佳证据。Sackett曾指出,循证医学一词的灵感来源于中国清朝乾隆时期使用的“考证”,当时用证据研究的方法来解释古代典籍;近代胡适曾提出“大胆设想,小心求证”,也有循证之意。

医师依赖于反复的资料收集和判读过程,迅速将可能的疾病缩小到几种初步的假设,医师通常使用概率推理过程(通常是无意识的),而临床检查结果增加减少特殊疾病的可能性。只有医师对一种特定的疾病有正确的模板,对收集资料进行比较,才能正确地进行先验概率分配。例如,对于1例因突眼、兴奋细震颤和腹泻而就诊的青年女性,多数医师能正确地诊断出甲亢,这些症状使医师想起了医疗训练中鉴别的体征和症状的结合(即甲亢模板)。相反,在老年患者中,甲亢常以情感淡漠为特征,使漏诊的可能性升高。除此之外,这个模板是可以解决问题的。

二、急诊思维的几种特殊情况

1. 对于急性中毒患者,因为大多是自杀,有故意隐瞒病史的倾向,有时较为隐匿,再加上亲属同事不在现场,证据不足或欠缺,处理此类患者要宁可信其有,不可信其无。如不这样,有时会延误时机,造成抢救不及时的后果。

2. 对于多发伤的患者,首要是评估生命体征,遵照创伤高级生命支持(ATLS)原则反复评估,动态观察,从头到脚,随时发现蛛丝马迹,避免漏诊和误诊。

3. 对多种症状,看似很多疾病表现相当复杂的情况下,要认真梳理,依据症状、体征产生的病理生理特征归类,划出条块,找出共同的病理生理基础,尽量用一元化的方法解释,即奥卡姆剃刀(Occam's)——简约化原则。另一方面,当患者的病史和体检结果对于解释任何单一疾病都不典型时,要考虑该患者是否有同时患多种独立疾病的可能性。塞恩特发现食管裂孔疝、胆囊疾病和憩室联合存在,于是以他的名字命名的塞恩特三联征(南非外科医师)。这3种

疾病没有共同的病理生理学基础,因而需要多个疾病的诊断。新约外传的Hickam的格言是:“病人只要情况符合就可以有符合他情况的假设诊断。”目前随着人口老龄化,我们在看病过程中遇到越来越多患有多种急性和慢性疾病的患者,因此塞恩特和Hickam的观点在西医学的实践中值得考虑。

目前我们应该如何平衡奥卡姆和塞恩特这两种对立的哲学呢?随着人类寿命延长和患病率增加,患者同时存在多种诊断的可能性越大,但是我们也不要放弃诊断简约性原则,如果放弃会出现将系统红斑狼疮患者分别诊断为关节炎、皮炎和肾病的错误。因此,我们应将两种观点同时应用,辩证应用,使两者相得益彰。

4. 作出诊断时,要重视发生概率较高的疾病,即常见病,正如下赌注一样,宁把赌注押在机会多的一方。在对待临床表现方面应当想到普遍性,再想到其特殊性,宁可认为是一般疾病的特殊表现,也不要认为是特殊疾病下的一般表现。

5. 对于疑难或一时难以明确诊断疾病,不管从哪一方面入手,均应遵循仔细观察,反复斟酌,认真思考,求得其解的原则。

6. 对于老年高龄患者,有多种慢性疾病存在,即使此次就诊暂时无威胁生命的因素存在,但仅仅是一个上呼吸道感染就可以像导火索一样引起旧病急性发作或并发威胁生命的危重情况,因此,对这种疾患一定要严加小心,认真对待,向家属交代清楚。

三、治疗的思维与决策

急诊在救治措施上一定要遵循救命第一,保护器官第二,恢复功能第三的原则,要先救命后治病,急则治其标,缓则治其本。

在作出治疗决定前要认真评估此种治疗给患者带来好处和潜在的风险,两者孰轻孰重要认真权衡,急诊医师不但要评估即刻给患者带来的效果,而且要考虑其由此种治疗带来远期潜在的风险。最主要的目的是使效益最大化,将风险降至最低,“不战而屈人之兵”,是救治方法最佳选择,即在处理患者时,如可不用药绝对不用药,能口服的绝对不肌注,能肌注的不用静脉,可用物理的方法不用化学的方法,能简单则不繁琐,能廉价的就不用昂贵的。

在对急危重病危及生命时,要遵循急则治其标,缓则治其本的原则。此时应该应用扼制理论,即采取一切措施手段方法,尽量在短时间内,将威胁生命的症状同时扼制住,由此而产生的一切后果则容以后再处理。如癫痫持续状态时,此时首要问题全身麻醉也许是控制癫痫的第一选择,而由麻醉导致的肺部感染等副作用则是次要的。因此有一条原则是:在威胁生命时,选择药物治疗时要考虑其有效性;在不威胁生命时,选择药物要考虑其重要性。

与疾病危重病用猛药医治不同的是,对于老年患者有多个脏器不全时的治疗,此时除抓主要矛盾,一切次要矛盾会迎刃而解。在调整脏器功能方面,要以“稳态”和“中庸”的方法使各个脏器构建“和谐社会”,争取在病理状态下达到某种暂时的平衡状态,使疾病达到缓解的目的。此时如果错误地用“猛药”,会打破这种暂时平衡发生“虚不受?”现象,引发新的症状或疾病发作,在此种情况下,最好乘用“和风细雨”的治疗方法,也就是滴定性治疗方法,即慢慢地调理,直到达到预期的目的。

在处理危急重病时,宁可举轻若重,不能举重若轻。即使病很小,特别是老年、高龄有多重慢性疾病同时存在情况下,即使诱发病很小,如“感冒”、“发烧”,也要认真对待,千万不能掉以轻心,否则要犯大错。如老年人严重肺部感染可以没有发热、咳嗽、白细胞升高,喘憋可不明显,

此时如误认为病情不重,不认真对待,病情会急转直下,可能很快会发生休克或死亡。

在诊断不明确时或没有把握时,治疗决策应是中性的,不能太偏激。如对脑出血或脑梗死一时难以明确时,最好用一些脱水药维持水电解质平衡,控制血压防治并发症,而不是用抗凝药以免发生出血,然后等待进一步明确诊断再确定性治疗。

重视治疗的反馈作用:在给予治疗之后,要注意观察反应。如果症状好转,体征稳定,各种生理参数改善,说明药病对症,诊断和用治疗方法均正确;如果无效,应考虑诊断是否正确,或药物应用是否药不对症;如果恶化,说明药物毒性作用。通过反馈可以反思诊断治疗决策的正确性,以利于总结经验。

指南理解与指导作用:诊疗指南的问世为临床诊疗决策起到指导作用,其目的是诊断治疗规范化。在临床上对指南的应用,应遵循如下原则:指南是概括某种疾病的诊断治疗和一般规律和方法,而不能涵盖特殊,因此对指南应具体情况具体分析。显然,诊疗时不遵循指南不是一个训练有素的医师,是一个不懂某种疾病诊疗普遍规律的医师。但在任何情况下不分对象一味强调指南就易犯教条主义错误。因此要正确处理好普遍与特殊,群体与个体,既有原则性,又有灵活性。

预后评估——预见性及时沟通与交流:根据自己专业知识,除作出诊断、提出治疗意见等决策之外,要依据疾病发展规律、患者本身条件(免疫、脏器功能、年龄、有无慢性疾病)和其家庭背景包括经济文化等,对患者发展预后作出评估,将这种评估可能性及时与家属沟通,取得其配合知情同意,并作出决断,以免造成医疗纠纷。

(李春盛)

病例1 发热10天,咳嗽、咳痰伴左侧胸痛5天

患者男性,27岁,2011年5月2日急诊就诊。

一、主诉

发热10天,咳嗽、咳痰伴左侧胸痛5天。

二、病史询问

思维提示

1. 发热的原因 包括感染性发热,常见病毒、细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、寄生虫、真菌等感染;而非感染性发热的原因也比较多,比如:无菌性坏死物质的吸收,如术后、烧伤、出血等;抗原抗体反应,如风湿热、药物热、结缔组织病;内分泌代谢障碍,如甲亢;皮肤散热减少,如广泛性皮炎;体温调节中枢功能紊乱,如中暑、脑出血等;自主神经功能紊乱等。

2. 发热的特点 即类型,有稽留热,体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周,24小时体温波动范围不超过 1°C ,常见于大叶性肺炎及伤寒高热期;弛张热,体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24小时波动范围超过 2°C ,常见于脓毒血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等;间歇热,体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续1天至数天,高热期与无热期反复交替出现,见于疟疾、急性肾盂肾炎等;波状热,体温渐升至 39°C 或以上,数天后逐渐下降至正常水平,持续数天后逐渐升高,如此反复多次,常见于布鲁菌病;不规则热,发热时体温曲线无一定规律,常见于结核病、风湿热等。

3. 伴随症状 寒战,常见于大叶性肺炎、脓毒血症、疟疾等急性感染性疾病,药物热、输液或输血反应等;淋巴结肿大,常见于传染性单核细胞增多症(以下简称“传单”)、风疹、淋巴结核、白血病、淋巴瘤、丝虫病等;肝脾肿大,常见于传单、病毒性肝炎、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、布氏菌病等;昏迷,先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等,先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类中毒等;皮疹,见于麻疹、猩红热、风疹、斑疹伤寒、结缔组织病、药物热等。

当然,更需要了解患者的相关治疗,比如,抗生素使用、激素使用、解热镇痛药使用会影响疾病发热的特征,表现为不典型或变成不规则热。

(一)问诊主要内容及目的

起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、热度高低、频度(间歇性或持续性)、诱因。有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

多系统症状询问,是否伴有咳嗽、咳痰;腹痛、呕吐、腹泻;尿频、尿急、尿痛;皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。

患病以来的一般情况。

诊治经过。

传染病接触史、疫区史、手术史、执业史等。

(二)问诊结果及思维提示

患者10天前受凉后出现发热,其最高温度达 39.5°C ,呈持续高热,无寒战,无恶心呕吐、无尿频、尿急、尿痛等伴随症状。

高热后曾自行口服“百服宁”1片,汗出后体温能下降到 38°C 以下,接近 37°C ,但仍然处于低热之中。第3天到当地村卫生所就诊,给予静滴“抗生素(具体名称不详)”2天,低温时退时升。继之出现咳嗽、咳痰,痰为白色稍黏稠,同时出现左侧胸痛,深呼吸时左侧胸痛明显。

第5天就诊当地镇医院,行正位胸部X线,提示“左侧肺炎”,因体温不降,转当地县医院并收住呼吸科,诊断为“左侧肺炎”。予“左氧氟沙星+阿奇霉素”抗炎以及“沐舒坦”化痰等治疗,共治疗3天,患者症状没有减轻,仍反复发热,体温波动在 $38.5\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ 之间,经“赖安比林”肌注之后缓解,3~4小时之后再次发热,而且咳嗽不断,胸痛加剧,正常呼吸时即明显左侧胸痛。为此,调整抗生素为“倍能(国产美罗倍南)1g,每8小时1次,西普乐0.2g,每2小时1次”,其他辅助治疗。患者在发热的基础上,出现呼吸困难,需要鼻导管氧疗。家属考虑到发热已经10天,而病情逐步加重,要求离院转来我院进一步治疗。

既往体健,无传染病及接触史、家中务农,发热期间,家属中无类似发热病史。

思维提示

通过问诊,可知患者在受凉情况下出现高热,经过自行服药退热、村卫生所治疗和当地县医院治疗,病情没有得到控制反而进一步发展,转院治疗。在健康体格前提下受凉发热,继之咳嗽、咳痰和胸痛,考虑“呼吸道感染性发热”,但是经过相应的抗炎治疗,效果不明显甚至加重。是否存在抗炎治疗不对症,或者存在其他非感染性发热因素等,值得进一步思考。

三、体格检查

(一)重点检查内容及目的

由于患者发热并发咳嗽、咳痰和胸痛,考虑呼吸道感染性发热,因此重点检查为呼吸系统。当然,对于反复发作的发热,在考虑感染性发热的同时,对于年轻人,不要忽略非感染性发热的可能性。

(二) 体检结果及思维提示

当时查体: T 38.5℃, P 115次/分, R 24次/分, BP 105/65mmHg。神清语利,偏瘦体形;倦怠,急性热病容。全身无明显皮疹;双侧巩膜无黄染,眼球活动正常;无颈静脉怒张,呼吸急骤,频率24次/分,深呼吸左侧胸痛明显,双侧胸部叩诊无明显浊音,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及湿性啰音;心率115次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹平软,全腹无压痛,肝脾肋下未及, Murphy征(-),移动性浊音(-),肠鸣音正常存在;双下肢无水肿;四肢肌力正常、双侧对称,双巴氏征阴性。



思维提示

患者体格检查明确提示呼吸系统存在问题,主要表现为下呼吸道感染征象。而非感染性发热的可能性不大。

四、实验室和影像学检查结果

(一) 初步检查内容及目的

1. 血常规 常规检查根据白细胞等变化,初步判断感染的存在(注意与外院血常规对比)。
2. 心电图 急诊室常规检查,可了解是否合并心脏方面改变。
3. 血气分析及电解质 了解通气与换气的情况。
4. D-二聚体 急诊除外血栓栓塞性疾病可能。
5. 肺部HRCT 患者转院之前已经携带当地胸部X线片,因此,直接选择胸部CT检查以便详细了解肺部情况。

(二) 检查结果及思维提示

1. 心电图 窦性心动过速,无ST-T等方面改变。
2. 血常规 WBC $4.39 \times 10^9/L$, N 80.1%, HGB 134g/L, PLT $254 \times 10^9/L$ 。
3. 血气及电解质 pH 7.531, PaCO₂ 23.3mmHg, PaO₂ 54.5mmHg(文丘里吸氧10L/min, FiO₂ 50%), PaO₂/FiO₂=109; Na⁺134.4mmol/L, K⁺ 3.4mmol/L, Ca²⁺ 2.25mmol/L, PHOS 0.93mmol/L, Glu 7.75mmol/L,其他均正常。
4. D-二聚体 125ng/ml。
5. HRCT 左侧大片实性改变,右侧渗出性改变(图1-1)。



思维提示

以上结果我院急诊科均能快速获取,除生化检查需要2小时左右,其他均在30分钟内可获取。血常规检查WBC正常,中性粒细胞升高。动脉血气分析为严重低氧血症,生化检查轻度低钠。主要改变为肺部,CT提示左肺大片状实性改变。考虑社区获得性肺炎。