

国内名院、名科、知名专家  
临床诊疗思维系列丛书

# 急诊科疾病 临床诊疗思维

主编 李春盛

人民卫生出版社

主编 王卫平 副主编 王卫平 王卫平  
副主编 王卫平 王卫平 王卫平

# 急诊科疾病 临床诊疗思维

王卫平 主编

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

# 急诊科疾病 临床诊疗思维

主 编 李春盛

副主编 曾红科 张国强 朱继红

编 者 (按姓氏笔画排序)

王 雁 首都医科大学附属北京朝阳医院  
朱继红 北京大学人民医院  
刘禹赓 首都医科大学附属北京朝阳医院  
李春盛 首都医科大学附属北京朝阳医院  
李毅贤 首都医科大学附属北京朝阳医院  
何新华 首都医科大学附属北京朝阳医院  
张国强 中日友好医院  
张洪波 中日友好医院  
陈纯波 广东省人民医院  
金 铭 首都医科大学附属北京朝阳医院  
唐子人 首都医科大学附属北京朝阳医院  
梅 雪 首都医科大学附属北京朝阳医院  
曾红科 广东省人民医院

秘 书 金 铭 邵 菲

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. — 北京:  
人民卫生出版社, 2009.11

ISBN 978-7-117-11614-5

I. 急… II. 李… III. 急性病-诊疗 IV. R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第162630号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	护士、医师、药师、中医师、 卫生资格考试培训

## 急诊科疾病临床诊疗思维

主 编: 李春盛

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

邮 编: 100078

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 20.25 插页: 2

字 数: 512千字

版 次: 2009年11月第1版 2009年11月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11614-5/R·11615

定 价: 49.00元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

“如果我们将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培养。而临床实践阶段则需要注重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。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（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，教训和经验的总结”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。

## 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 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维     | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健  | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维     | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维      | 主编 汪建平 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维  | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维     | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅  | 16. 骨科疾病临床诊疗思维       | 主编 裴复兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维  | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维     | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维  | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维      | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维      | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维  | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维  | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维    | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维  | 主编 谢幸  | 22. 眼科疾病临床诊疗思维       | 主编 王宁利 |



有人说作为一名医师要具有两个基本要素：“牧师心灵，科学头脑”。作为医师首先应有同情心和宽厚仁爱的情怀，这是医师所具有的基本职业道德。其次在技术层面上要求有很好的经过科学训练的头脑。对于临床医师来说，技术操作固然重要，要做到心灵手巧，而心灵要比手巧更为重要。医师诊治疾病是一个高级的临床思维过程，首先是通过询问主诉、现病史、既往史，再经过查体，望、触、叩、听、察言观色，并作必要的辅助检查，利用自己学过的基础知识和临床理论结合已有的经验，对所获得的资料经过去粗取精，去伪存真，由表及里的识别、分析、对比、联想、推理等一系列整合思考，透过现象看本质，作出符合客观事实的判断，从而形成初步诊断，根据诊断进行相应的针对性治疗，通过观察治疗效果来验证诊断是否正确或治疗方案是否适当。这种通过实践、认识，再实践、再认识，循环往复的由低级阶段上升到高级阶段的过程，即为临床思维。有经验的医师或临床医学大家在诊治患者时，有时看患者一眼、或根据某一特征就能诊断某一疾病，其秘密就是将既往的基础知识、临床理论和实践经验，理论联系实际，通过头脑思考整合起来，逐渐形成自己独特的临床思维风格，在诊疗上达到出神入化的境地，这就是正确临床思维的魅力所在。

基于上述规律，要使年轻医师做到从基础自然过渡到临床的过程中，学会如何将僵硬的、教条的理论知识灵活运用于临床中，即学会如何临床思维，如何迅速使自己从医学生的角色转化成为一个熟练的、有经验的临床医师，在临床上得心应手、纵横自如，就需要有一套关于如何建立临床诊疗思维的参考书引领其尽快实现这一目标。为此，人民卫生出版社策划并组织了国内名院、名科、知名专家编写临床诊疗思维系列丛书，既符合认识事物的规律，又开启青年医师的思维之窗，是一项匠心独具的智慧工程。

《急诊科疾病临床诊疗思维》作为该系列丛书之一，是根据急诊医学临床特点以各个临床专业常见的急性病或急诊症状，危重病的评估作为切入点，根据临床诊疗思路，主诉、现病史、体检为重点，结合针对性的辅助检查和特殊检查，应用“剥洋葱的方法”层层分析，从而作出正确的诊断、危险程度的评估，并制订处置方案。全书包含60余个病例，均来自急诊临床实践，是编者亲自诊疗过的疾病，有的病例确实表现疑难、复杂，但通过编者勤思苦想，最终求得解决，其过程真有“山重水复疑无路，柳暗花明又一村”之感。由于这些编者均为长期从事临床一线的实践家，又有从“小

---

医师”到“大专家”的经历，在写作中将诸多感同身受的生动病例，融会贯通渊博的理论和丰富的经验，深入浅出，且图文并茂，力求实用。如果本书对广大从业的急诊医师、进修医师、研究生、正在接受培训的急诊专科医师和其他相关学科医师在其职业生涯中有所启迪，正是我们所期盼的。

主编 李春盛

首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科

2009年5月1日

# 目 录

病例 1	突发胸部不适 16 小时伴间断神志不清 .....	5
病例 2	腹泻 5 天, 伴胸闷憋气 3 天 .....	12
病例 3	精神行为异常 10 天, 发热伴抽搐 2 天 .....	19
病例 4	上腹痛、背痛伴发热 1 天 .....	26
病例 5	间断胸痛 1 天, 加重 7 小时 .....	31
病例 6	发热 6 天伴咳嗽、胸闷 .....	36
病例 7	腹痛 10 小时 .....	42
病例 8	右下肢疼痛伴抽搐 3 天, 短暂意识丧失 1 天 .....	47
病例 9	下腹痛 3 天, 加重 1 天伴黏液便 .....	52
病例 10	腹痛 10 小时, 伴腰痛 .....	55
病例 11	喘憋、呼吸困难 1 个月 .....	59
病例 12	食用毒蘑菇后恶心、呕吐伴腹泻 4 天 .....	64
病例 13	胸痛 10 小时, 进行性双下肢无力 2 小时 .....	70
病例 14	抽搐 3 分钟 .....	75
病例 15	胸痛伴昏迷 2 小时 .....	78
病例 16	意识丧失 40 分钟 .....	80
病例 17	间断肢体无力 2 个月并肺部阴影 .....	86
病例 18	胸痛半天 .....	91
病例 19	发热、咽疼、皮疹、白细胞升高 3 周 .....	96
病例 20	突发右侧肢体无力、咳粉红色泡沫痰 .....	99
病例 21	腹痛 1 天, 加重 1 小时 .....	102
病例 22	酒后呕吐、上腹痛伴胸闷 1 小时 .....	106
病例 23	右上腹痛、呕吐伴头晕 .....	113
病例 24	右上腹痛、呕吐伴低热 .....	117
病例 25	间断胸闷、呼吸困难 1 个月, 加重伴晕厥 1 小时 .....	121
病例 26	间断上腹痛 1 天 .....	125
病例 27	发热 1 个月, 抽搐伴意识障碍 1 次 .....	128
病例 28	发热、咳嗽、咳痰 10 天 .....	136
病例 29	腹痛伴烧灼感, 肢体不能活动 .....	147
病例 30	慢性咳嗽、咳痰伴喘息 30 余年, 加重伴高热 4 天 .....	151
病例 31	咳嗽、咳痰、喘息 .....	158



病例 32	腹痛伴恶心、呕吐 .....	164
病例 33	发热、胸闷、活动后气短 .....	167
病例 34	发热、寒战伴轻度胸闷 2 天 .....	173
病例 35	腹痛半个月，加重 2 天 .....	178
病例 36	发热、肝损伤、多脏器衰竭 .....	182
病例 37	腹痛 3 天，伴腹胀、恶心、呕吐 .....	187
病例 38	高空坠落后 25 分钟 .....	193
病例 39	头面部外伤出血、头痛、双手烧灼性疼痛 6 小时 .....	199
病例 40	饮酒后发热伴腹痛 2 天，既往脾切除病史 .....	204
病例 41	发热，意识不清 .....	209
病例 42	高热，皮疹，头痛 .....	212
病例 43	发热，脾大，贫血 .....	216
病例 44	突发左中上腹痛 1 天伴恶心，呕吐胃内容物 .....	225
病例 45	胸闷、胸痛 2 小时伴晕厥 3 次 .....	228
病例 46	全身肌肉酸痛、无力伴酱油色尿 .....	232
病例 47	反复心悸伴发热、意识模糊 .....	236
病例 48	腹痛、腹泻、皮疹及关节肿痛 .....	240
病例 49	腹泻、发热、突发意识丧失伴心脏杂音 .....	244
病例 50	发热、咳嗽、呼吸困难、双肺弥漫浸润影 .....	249
病例 51	发热，腰背痛，继发呼吸困难 .....	255
病例 52	喘憋、咳嗽、鼻部塌陷 .....	261
病例 53	高热，头晕，抽搐半天 .....	265
病例 54	反复发热 11 天、加重伴气促半天 .....	270
病例 55	黄疸 2 天，无尿 1 天 .....	276
病例 56	咳嗽、咳痰伴发热 3 天，气促 2 小时 .....	281
病例 57	发热伴左上腹疼痛 2 天 .....	286
病例 58	活动后呼吸困难 2 个月，加重 5 天 .....	291
病例 59	右侧肢体乏力 2 天，抽搐伴昏迷半天 .....	295
病例 60	恶心、发热 2 天，呕吐伴心悸 1 天 .....	299
病例 61	突发双下肢无力 .....	304
病例 62	发热、皮疹、关节痛 .....	308
病例 63	突发中上腹剧烈疼痛并伴右下腹痛 9 小时 .....	312
附	病例诊断结果 .....	315

# 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，即患者轻重混杂，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是“老熟人”，而是从来没有见过，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，同时面对许多危重患者，医务人员注意力难以集中，由此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……”，而决定于符合这种最可能性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，不固定的原因如下。

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，有时在某一时段作出诊断结论时就发生了变化，时时要根据动态观察在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. 急诊医师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。

急诊医学所具有的特点为：①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；②就诊的时限性：在有限的时间和空间内要求医师对疾病作出客观、符合其实际规律的诊断甚为困难；③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，对急诊医学形成挑战。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认真细致的分析，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，进而形成我们的决策。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加以整合，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。上述过程，就是形成临床诊疗思维的过程，要形成这一思维，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进行询问，不能漫无边际，淡化主题。因为时间有限，在有限的时间要获得大量、可靠的信息，这就需要临床基本功。

2. 重视生命体征 密切观察体温、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,准确获取这些信息,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诊断的帮助非常大,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。

诊断疾病主要有三个原则,即遵循最佳证据、精湛技艺和以人为本三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;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,这对以人为本原则的最佳体现,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”一词,当时运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”的观点,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,但是假设最好也只能跟得出假设的模板一样,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,才能正确地进行概率分配。例如对于一例因突眼、兴奋性震颤和腹泻而就诊的青年女性,多数医师就能正确地诊断出甲亢,这些症状使医师想起医疗训练中鉴别需要体征和症状的结合(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,即简约化原则。另一方面当患者的病史和体检结果对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。南非外科医师塞恩特发现食管裂孔疝、胆囊疾病和憩室联合存在,并以他的名字将这种疾病命名为“塞恩特三联症”,这三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“患者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,我们在诊疗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的观点在现代医学的实践中值得考虑。

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增大,但是我们也不要放弃诊断简约化原则,如果放弃会出现将系统性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Hickam和塞恩特这两种对立的哲学观点同时应用，使二者相得益彰。

4. 作出诊断时要重视发生概率较高的疾病，即常见病。在对待疾病临床表现方面，应当想到普遍性，再想到特殊性，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的疾病，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. 对于高龄患者，有多种慢性疾病存在，即使此次就诊暂时无危及生命的情况存在，但也许仅仅一次上呼吸道感染就可以像导火索一样引起旧病急性发作或导致危及生命的危重情况，因此，对这种疾患一定要特别小心，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此种治疗给患者带来的即刻效果，而且要考虑由此带来的远期潜在的风险。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，如能不用药绝对不用药，能口服的绝对不肌注，能肌注的不用静脉，用物理的方法不用化学的方法，能简单则不能繁琐，能廉价则不用昂贵。

在应对急危重病或危及生命的情况时，要采用急则治其标，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，尽量在短时间内将危及生命的情况同时扼制住，而由此产生的一切后果则容以后再处理。如癫痫持续状态，此时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，即在危及生命时，选择药物治疗要考虑其有效性，在不危及生命时，选择药物要考虑其安全性。

与疾病危重用猛药不同，对于老年患者有多个脏器不全时，要抓主要矛盾，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“和谐关系”，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”会打破这种暂时的平衡，引发新的症状或疾病，在此种情况下最好使用“和风细雨”的治疗方法，即慢慢调理，直到达到预期的目的。

在处理危急重病时宁可举轻若重，而不能举重若轻。即使病很小，也要认真对待。特别是老年、高龄有多重慢性疾病同时存在情况下，诱发病很小如感冒、发热也要认真对待，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，喘憋也不明显，此时如误认为病情不重，不认真对待，病情会急转直下。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判断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。等待进一步明确诊断再进行确定性治疗。

重视治疗反馈作用，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，说明用药对症，诊断和治疗方法均正确，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。

#### 四、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、方法，而不能涵盖特殊，因此对指南应具体情况具体分析。显然诊疗不遵循指南就不是一个训练有素的而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。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。

#### 五、预后评估——及时沟通与交流

根据自己专业知识，作出诊断，提出治疗意见之后，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，对患者的病情发展和预后作出评估，将这种评估可能性及时与家属沟通，使其知情，并取得其配合同意，并作出决定，以免造成医疗纠纷。

（李春盛）

## 病例1 突发胸部不适16小时伴间断神志不清

患者女性，77岁，于2008年8月31日入院。

### 一、主诉

突发胸部不适16小时伴间断神志不清。

### 二、病史询问

#### (一) 初步诊断思路及问诊目的

患者老年女性，突发胸部不适伴意识障碍，按常见病首先考虑心血管病。因此，问诊目的主要围绕心血管病发作诱因、发病时主要症状及特点、伴随症状、相应检查治疗及效果等问题展开，并注重具有鉴别意义的阴性症状，以寻找有助诊断的证据。

#### (二) 问诊主要内容及目的

1. 诱发因素 发病时有无体力活动或情绪激动等诱因。冠心病心绞痛或心肌梗死患者常有一定的发病诱因，亦有隐匿发病者。

2. 主要症状的特点 胸部不适的性质、部位、有无反射及其持续时间、缓解及加重方式等。典型急性冠状动脉综合征(ACS)以胸骨后压榨性疼痛为主要表现，可向咽部、左臂或后背部放射，心绞痛多于数分钟内缓解，停止活动、休息可改善，而心肌梗死胸痛可长达30分钟以上且休息无效。但老年患者或有糖尿病者可无明显的胸痛症状。

3. 诊治经过 有否自行用药及其效果 心绞痛含服硝酸酯类药物可于数分钟缓解，而心肌梗死予上述处置无效。有否就诊于外院，做过何种相关检查和治疗，效果如何。外院或急救车上所做的检查及患者对相应治疗的反应，有助于尽快诊断及评价病情轻重，有助于选择合理治疗方案。

4. 既往史 有否脑血管病、高血压、高脂血症、糖尿病等病史及血压、血脂、血糖控制情况，以上均为冠心病高危因素。

5. 个人史 男性及绝经女性，既往吸烟史等亦为高危因素。

#### (三) 问诊结果及思维提示

患者老年绝经女性，已退休，否认烟酒嗜好。既往有脑梗死病史3.5年，遗留左侧肢体活动不利，高血压病史3.5年，血压最高达180/80mmHg，否认心脏病史，长期服用美托洛尔、阿司匹林，血压控制尚可，否认糖尿病及高脂血症。此次发病时没有明显诱因，为突发胸部不适、大汗，伴意识不清，约10分钟后意识好转，仍诉胸部不适，后呕吐一次，非喷射性，为胃内容物，量约50ml，不伴咽部紧缩感，无放射痛，无抽搐。由急救中心送至外院，当时测血压170/109mmHg，考虑急性心肌梗死，建议行PCI治疗，但家属拒绝。遂转入笔者医院急诊，就诊时血压测不出，遂予升压等治疗，心电图提示V<sub>4</sub>~V<sub>6</sub>导联ST段抬高，D-二聚体323μg/L，为进一步诊治收入院。

**思维提示：**通过问诊了解到，患者既往有脑梗死、高血压等病史，已绝经，存在患冠心病的高危因素，此次发病无劳累或情绪激动等明显诱因，主要表现为胸部不适、大汗，



随即出现意识不清，外院初步检查考虑为“心肌梗死”。来院后复查心电图亦支持此诊断，曾出现意识障碍，就诊时血压测不出，考虑心源性休克不排除，查体时应注意心肺听诊以了解疾病分级，并需完善心肌酶谱及心脏超声协助诊断。另外，意识障碍考虑与低血压引起脑灌注不足有关，结合既往脑梗死病史，不排除脑血管病；胸部不适伴随意识障碍，D-二聚体升高，亦不排除大面积肺栓塞所致，可完善检查以协助诊断。

### 三、体格检查

#### (一) 重点检查内容及目的

考虑患者冠心病心肌梗死的可能性最大，因此在对患者进行系统、全面地检查的同时，应重点关注心脏查体，包括有无心脏杂音、奔马律及肺部啰音以助病情分级，同时，需完善神经系统查体以除外急性脑血管病。

#### (二) 体格检查结果及思维提示

T: 35.8℃, P: 139次/分, R: 29次/分, BP: 测不到。口唇微绀，双肺呼吸音粗，肺底闻及少量湿啰音，心音有力，律齐，未闻及病理性杂音，腹部无压痛，肝脾肋下未触及，右臂缺如，双下肢不肿，四肢末端皮温低。神经系统查体：嗜睡，颈软，双眼左侧凝视，双瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，左侧鼻唇沟浅，伸舌左偏，左侧肢体肌力3级，右侧肌力3-级，四肢肌张力及腱反射减低，双侧巴氏征(+)。

**思维提示：**虽无体征支持，辅助检查亦未完善，但结合病史及症状，仍考虑急性心肌梗死可能性大。在应用多巴胺、去甲肾上腺素等血管活性药物的情况下血压仍测不出，查体发现口唇发绀，四肢皮温低，考虑存在休克，是否为心源性休克尚需进一步检查明确。患者存在神经系统定位体征，且病理征阳性，考虑急性脑血管病不排除。需进一步完善心肌酶学、心脏彩超检查，必要时可行冠状动脉造影协助检查，同时，应行头颅CT或MRI检查以明确有无脑血管病及病变部位，通过以上检查，判断病情，并有利于制订适宜的治疗方案。

### 四、实验室检查和辅助检查

#### (一) 初步检查内容及目的

1. 血常规、胸片等常规检查项目 评价病情。
2. 生化检查 尤其心肌酶学检查，以明确诊断。
3. 动脉血气分析 除外肺栓塞。
4. 心电图 协助诊断。
5. 心脏彩超 协助诊断并评价心脏功能。
6. 头颅CT或MRI 明确有无脑血管病。

#### (二) 检查结果及思维提示

- (1) 血常规：WBC  $12.24 \times 10^9/L$ , N 85%, Hb 132g/L, PC  $170 \times 10^9/L$ 。
- (2) 胸片：肺淤血，心影增大(图1-1)。

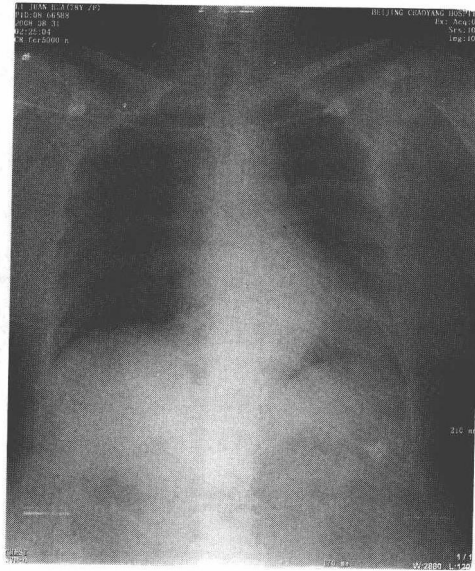


图1-1 胸片

- (3) 血气分析 (未吸氧): pH 7.36, PaCO<sub>2</sub> 31mmHg, PO<sub>2</sub> 75mmHg, BE - 7.9mmol/L。
- (4) 生化全项: CK-MB 9.4ng/ml, cTnI 1.46ng/ml, Cr 150 $\mu$ mol/L。
- (5) 心电图: V<sub>3</sub> ~ V<sub>5</sub> 导联ST段抬高 0.1 ~ 0.3mV (图1-2)。
- (6) 心脏彩超: 左心室肥厚, 室间隔运动轻度减低, EF: 66%。
- (7) 头颅CT: 脑内多发腔梗灶, 老年性脑改变, 脑白质慢性缺血脱髓鞘改变 (图1-3)。

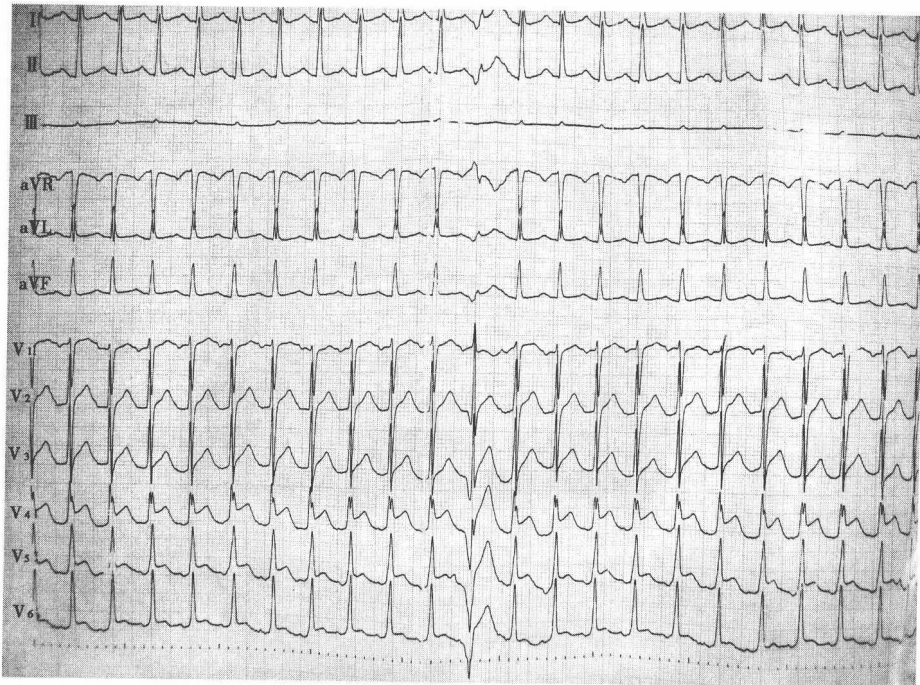


图1-2 心电图

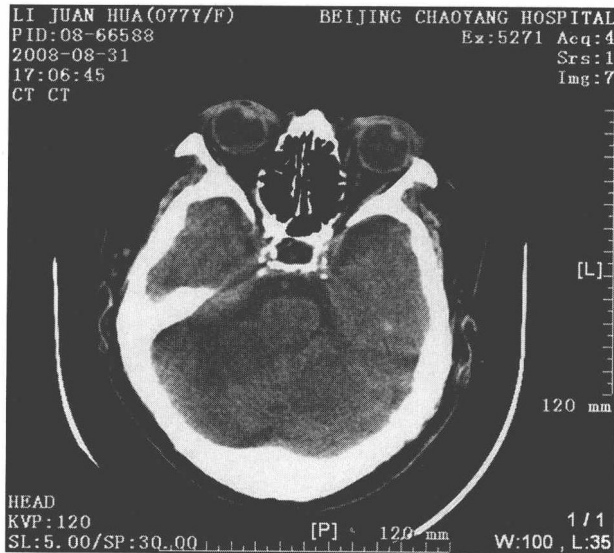


图 1-3 头颅CT

**思维提示：**重要检查结果及意义：生化检查提示心肌酶升高，结合心电图表现，考虑急性前壁心肌梗死诊断可成立，但心脏彩超未见室壁运动异常，此项不支持心肌梗死诊断，可继续监测心肌酶及心电图有无动态变化，如急性前壁心肌梗死诊断成立，结合低血压，可以诊断心源性休克；患者头颅CT可见多发低密度灶，结合神经系统定位体征阳性，急性脑梗死诊断成立；D-二聚体轻度升高，不排除肺动脉栓塞，而患者未吸氧情况下无明显低氧血症，心电图无 $S_1 Q_{III} T_{III}$ 表现、心脏彩超未提示肺动脉高压，目前肺栓塞证据不足；血常规提示白细胞总数及中性粒细胞比均升高，考虑与急性心肌梗死机体应激状态有关。此患者目前处于休克状态，而病因尚未明确，应在积极抗休克的同时，进一步完善检查以明确诊断。

## 五、治疗方案及理由

1. 治疗方案 ①补液：包括晶体液及胶体液；②血管活性药物：去甲肾上腺素 $1.67\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 持续静脉泵入；③抗感染：头孢米诺 $2.0\text{g}$ 每12小时1次，静脉滴注。

2. 理由 患者嗜睡状态，四肢末端皮温低，血压测不到，考虑为休克状态，结合病例特点及辅助检查，可能为心源性休克，患者病情危重，应以抢救生命为第一原则，故治疗以补液、升压等纠正休克的对症治疗为主，辅以抗感染治疗。而在此基础上，积极完善相关检查，包括动态监测血常规、心肌酶谱及心电图，复查胸片、心脏彩超，并进行痰、血、尿培养等寻找病原学证据。

## 六、治疗效果及思维提示

患者入院后经上述治疗16小时，表现如下。

1. 嗜睡状态，血压持续测不到。

2. 液体出入量 总入量： $5233\text{ml}$ ，其中静脉入量 $5083\text{ml}$ （晶体液+胶体液）；总出量：