

· 急症与急救 ·

急诊工作的“危机意识”

王 津 生

(天津市河东区津东医院, 天津 300171)

中图分类号: R459.7

文献标识码: C

文章编号: 1008-1089(2005)05-0041-03

【编者按】急诊工作是一个十分特殊的医疗工作,它要求急诊医生能够在事先毫不知情的情况下,对一个突如其来的、病情严重的患者,迅速地做出正确判断和有效处置。要获得这种能力,仅仅知道怎样诊断和怎样救治还不够,还必须了解急诊工作的特殊性,掌握急诊思维方式和急诊工作方法,具备急诊医生必备的急诊素质。为此,本刊从本期起将陆续刊登一些这方面的文章。

在我国,急诊科作为一级科室已经存在了20年,急诊工作已经普遍受到重视,县级及其以上医院都设置了急诊科,而且其技术和设备已经相当可观,可是我们急诊工作的水平却并不高。其原因很多,但是需要着重指出的一个是:在能够提高急诊工作水平的所有因素中,我们只熟知其中的理论、知识、技术和设备;而在这些因素之外还有一些因素,却不为我们所知,或者不为我们所重视。比如,对急诊工作特点和规律的了解,对急诊工作方法的掌握,先进的急诊理念,优良的急诊素质和崇高的人文精神,等等。本文只讨论其中的一个,即急诊工作中的“危机意识”。

1 急诊工作是充满危险的医疗工作

“意识”是人类对客观事物的认识。急诊工作有着很多的特性和规律。急诊医生要想提高急诊工作水平,必须深刻地认识这些特性和规律。在这些特性和规律中,“危险性”是最重要的一个,因此一个急诊医生首先应该深刻认识急诊工作的危险性。

“危险”在《现代汉语词典》里的解释是:“遭到损害或失败的可能”。所以“危险”,其实就是两种可能性:对人的身心产生损害、甚至致人死亡或残废的可能性,和使人们从事的工作遭到失败的可能性。这样,急诊工作的危险性也就有两个方面:

1.1 急症病人是最危险的病人 “急症”的特点是发病突然,症状严重和变化迅速。正是这三个特点,使得急症病人成为所有病人中最危险的病人。

1.1.1 急症的突发性,使病人常常在毫无准备的情况下,在意想不到的时间和地点发病。这就使患者难以自解、自救、呼救和来院就医。

1.1.2 急症的严重性,使病人在发病之初就遭受巨大痛苦或严重伤害,甚至遭到致命伤害。而且急症之中有相当一部分是患者原有的慢性病的恶化或并发症,这些人平时的健康状况就很不好,所以一旦发生急症,他们的危险性也就更大。

1.1.3 急症的迅速变化性,则使病人可能在短时间内遭受更大损害,甚至死亡。

1.2 急诊工作是最容易失败的医疗工作 急症的三个特点,还使得急诊工作成为所有医疗工作中最容易失败的工作。急诊工作的失败包括两个方面:

1.2.1 诊断失败

1.2.1.1 误诊 要想做出正确的诊断,除了需要诊断学的知识之外,还需要足够的时间和冷静的头脑。但是急症发病突然和病情严重,致使很多急症病人到院就医过晚,再加上病情发展迅速,所以医生常常没有足够的时间来讯问、检查、化验、推理和判断;也是因为上述原因,很多病人一到诊室就病情危重而且不断恶化,甚至非常凶险,所以医生也很难冷静。此外,在医院里的各种科室里,急诊室是最拥挤、最混乱和最嘈杂的科室。一个急症患者常常有几个、甚至十几个人陪护。这些人求诊求治心切,常常在一旁催促医生快诊快治,甚至恶言恶语威胁医生。不仅如此,有时还会有几个急症患者接踵而至,此刻到处都在呻吟、呼救和催促,医生就更难冷静。再有,当病情迅速恶化时,医生必须迅速结束诊断活动转入抢救,这就使得急诊的诊断常常下得十分仓促。因此,急诊的误诊率较其他医疗工作为高。

1.2.1.2 漏诊 急症病人常常一身之上同时有几种疾病。但是由于其中一个十分严重,症状和体征十分突出,所以医生的注意力很容易被这个疾病所吸引,以致见木不见林。因此,急诊的漏诊率较其他医疗工作为高。

1.2.1.3 迟诊 所谓“迟诊”,就是做出诊断所用的时间过长,以致拖延了以后的救治活动。很多急症病人在院前耽误的时间过久,到院太迟,而病情发展又迅速,所以留给医生用来进行诊断活动的本来就十分有限;再加上有的病人意识障碍和无人陪伴,以致无法问诊,或者病情复杂以致诊断发生困难,等等,所以急诊的迟诊也较其他医疗工作为高。

1.2.1.4 失诊 所谓“失诊”,就是直到病人死亡,也未能做出诊断。由于急症的病情严重,变化迅速,诊断未及做出,病人就死亡的情况很多,所以急诊的失诊率也较其他医疗工作为高。

1.2.2 处置失败

1.2.2.1 处置错误 所谓“处置错误”,就是用药错误或操作错误,以致病情恶化。这当然与医生处置的知识和能力不足有关。但是急诊医生的处置错误还有另外的原因,那就是急诊室的混乱、拥挤和嘈杂,医生的高度紧张和所遭受的巨大压力,以及处置的仓促实施。这一切有时会“鬼使神差”地使一个本来完全知道应该如何正确处置的医生,做出了完全错误的处置。此外,在决定做何处置时,医生常常没有足够的时间权衡利弊,不得不仓促决断,这是处置发生错误更常见的原因。

1.2.2.2 处置失当 所谓“处置失当”,就是处置不足或处置过度,以致病情恶化。病情紧急,常使医生急于求成,处置容易过度。而病情危重、病情复杂、诊断不明、或处置有负面效应,常使医生瞻前顾后,处置则容易不足。

1.2.2.3 处置延迟 所谓“处置延迟”,就是处置落实到病人身上太晚,以致病情恶化。其原因有二:

(1)处置决断太迟 迟迟未能决定做何处置,以致病情恶化。其原因有时是由于诊断不十分明确,有时是由于有多个处置可供选择,以致权衡利弊过久。

(2)处置实施太迟 处置已经决断,但是决断未能及时实施,以致病情恶化。其原因有二:人的原因:急诊室里最常见的矛盾是病人多但医护人员少。何况一个急症病人的处置,常常需要几个人才能实施;物的原因:当今急诊工作的科技含量越来越高,因此急诊工作的成功越来越依赖于急诊用品(包括药品、器械和设备)。而医生做出处置决断之后,能否立即拿到急诊用品,能否把急诊用品立即投入使用并迅速起效,则取决于它们的有无和备用状态的好坏。急诊室里病人多,抢救多,因此急诊用品的使用频率很高。一种用品,如果使用频率高,它就容易丢失、损坏,也容易失去最佳的备用状态。而我们的多数急诊室恰好没有专人专职管理急诊用品,急诊用品的备用状态不好、数量不足、甚至缺如的情况很多。一个急诊处置的决断因此而不能立即实施的情况并不少见,甚至直到病人死亡也未能实施的情况,也时有发生。

2 急诊工作是充满转机的医疗工作

2.1 只认识危险性会有负面效应 认识到急诊工作的危险性可以提高急诊工作水平。但是如果只认识到急诊工作的危险性,反而会降低急诊工作水平。

2.1.1 只看到急症病人的高危险性,会使急诊医生常常感到自己正在救治的病人,其实救治无望。这就使得医生不会去全力抢救,或者不坚持抢救而过早放弃。

2.1.2 急症救治的成败一方面取决于医生的救治,

另一方面也取决于病情的轻重和病人到院就医的早晚。人们一般认为,在接诊之后病情恶化或者死亡的事件中,病情越重、病人到院越晚,医生的责任就越小。这样,如果只认识到急症的危险性,就会使医生感到自己对病人应负的责任变小,因为一旦病情恶化或死亡,医生可以用病情太重和到院太晚开脱自己的责任。

2.1.3 急诊的诊断和处置容易失败,一方面是因为急症的突发性、严重性和迅速变化性,另一方面也与医生的诊断和处置的能力不足有关。如果只认识到前者,医生也会感到自己应负的责任变小,医生就不会努力增加学识、改进工作、力争诊断和处置的成功。

急诊医生的责任心,是提高急诊工作水平的重要因素。因此上述这些对医生责任心的负面效应,会大大降低急诊工作的水平。

2.2 急诊工作充满转机 急症是一类病情多变的疾病。严重性急症如果不予救治,一般都会在发展的某一时刻迅速恶化,或者转化成另一种更为严重的病理状态;部分非严重性急症如果长时间不予救治,也会在某一刻发生上述变化。但是如果在这关键时刻之前给予了正确的救治,病情就不会恶化,甚至会好转和缓解,这一时刻就是急症的“转机”。显然,迅速而又正确的救治,能够促使转机更早、更多地出现。何况急症患者之中有相当一部分平时健康、甚至很健康,有很多还是青壮年,他们偶然发生的急症的可逆转性很大,更何况急诊医学在不断进步,急症的诊断正在变得更容易、更准确和更迅速,救治也变得更有效,所以急诊工作又是一个充满转机的工作。

3 急诊工作的“危机意识”

综上所述,急诊医生对急诊工作的全面认识应该是:急诊工作充满了危险,但又充满了转机;每一个急症患者都是危险的,但又是可救治的,甚至每一个生命垂危的急症患者,只要不是绝症,都有一线生机。这就是急诊工作中的“危机意识”。

3.1 危机意识是急诊医生最基本的素质 一个急诊医生具有了危机意识,就能更有意识地 and 更迫切地追求和养成认真、负责、迅速、敏锐、果断、冷静和周全等急诊医生必备的优良素质。

3.2 危机意识是急诊医生的良心 危机意识能够使我们把急症病人的生死安危时时刻刻放在心上。危机意识能够使我们认真反省我们的工作,检查其中存在的可能招致诊断失败和处置失败的各种错误、缺陷和隐患,并且为了急症患者的生命安全,改正错误,弥补缺陷,消除隐患。

3.3 危机意识是急诊工作的灵魂 急诊工作有了危机意识,就有了责任感,就有了提高工作水平的自

觉性,急诊工作的各个环节都会受到深刻的影响:它能使我们高度重视急症的危险性,高度重视急症患者的生命安全,高度重视急诊工作对急症患者生命安全的保障作用;它能使我们在工作时对急症,尤其是致命性急症保持高度警觉;它能使我们为了患者的生命,努力抓住患者的每一线生机,迅速施救,使患者转危为安。它能使我们自觉地提高急症的诊断水平和处置水平;它能使我们自觉地加强急诊科的管理,使医生护士时刻坚守岗位,使急诊通道时刻保

持通畅,使一切急诊用品时刻处于能够迅速投入使用和迅速起效的最佳备用状态,等等。

(请参考本文作者所著《急诊室的故事——学做内科急诊医生》,北京:人民卫生出版社,2003年出版。若有购书者请到当地新华书店购买,或与人民卫生出版社邮购部联系,电话:010-67605754)

收稿日期:2004-09-15

· 思考病案 ·

双乳房胀痛 40天,伴腹胀、双下肢水肿 4天

(病案讨论见本期第 60页)

朱崇兵,朱福云

(江苏省射阳县新洋农场肿瘤医院,江苏 射阳 224314)

中图分类号:R737.33;R714.24

文献标识码:B

文章编号:1008-1089(2005)05-0043-01

1 病历摘要

患者女性,46岁。双乳房胀痛40天,伴腹胀、双下肢水肿4天,于2004年1月1日入院。患者于40天前无明显诱因,自觉双乳房轻微胀痛,并逐渐肿大,触痛,同时伴全身无力、食欲差,影响劳动和正常生活。病后曾先后在多家医院诊治,拟诊为双侧炎性乳腺癌,曾于2003年12月22日在外院做乳房病理细胞学检查,提示:左乳增厚处吸取,见小堆异型细胞,疑腺癌。次日做彩超检查,报告:双乳皮肤水肿,皮块厚0.5cm。皮下脂肪层间条状暗区,乳腺组织呈弥漫性,实质不均质改变(可符合炎性乳腺癌),建议做双乳腺癌根治术,由于患者经济原因,返乡治疗。入院4天前,除上述症状外,还伴腹胀,双下肢浮肿,病程中,无发热、吐泻。近年来月经不规则,末次月经为2003年11月20日,个人无特殊嗜好,既往无肾脏病及高血压病史,病前1月内无上呼吸道等感染史;家族中无肿瘤病史,10年前丈夫曾做输精管结扎术。查体:T36.5℃、P80次/分、R20次/分、BP163/97mmHg。贫血面容,自动体位,全身浅表淋巴结不肿大,五官端正,双眼睑无水肿,双乳房明显肿大,表面呈“桔子皮样”改变,乳头无内陷,双侧乳房肿胀、等大,表皮粉红色,均有轻度触痛,未触及明显肿块,皮温稍高。心肺检查未见异常,下腹部轻微隆起,腹软,肝脾未触及,下腹部触及一20cm×20cm×15cm肿块,无触痛,表面光滑,活动度好,双下肢膝以下呈明显凹陷性水肿。神经系统检查阴性,实验室检查:血常规:WBC $9.5 \times 10^9/L$ 、N 0.8 、L 0.2 、RBC $2.54 \times 10^{12}/L$ 、Hb80g/L、PLT $126 \times 10^9/L$ 。

L。尿常规:蛋白+++、隐血++、红、白细胞均为少许,肌酐、尿素氮、尿酸值均在正常范围。CEA(癌胚抗原)、CA₁₅₋₃、AFP均正常,CA₁₂₅放射免疫测定值106毫微克,正常值<16毫微克。B超检查:下腹部可见一20cm×18cm×22cm低回声不均质肿块,包膜完整,与子宫相连;双肾体积、内部结构无异常改变。CT报告:盆腔巨大囊性肿块,来自卵巢可能。血沉8mm/小时,抗“O”300单位。肾活检患者拒绝。病理细胞学检查:双乳房穿刺吸取,见红细胞背景中有较少的核异质细胞。入院诊断:双侧炎性乳腺癌,卵巢肿瘤可能、肾炎?入院后,给予抗炎、降压、利尿等对症治疗,效果不佳,于1月13日经内科、妇科、肿瘤科会诊,考虑卵巢肿瘤可能性大,转妇外科行剖腹探查术,术中所见:子宫增大如5个月妊娠大小,质软,色红,宫颈肥大,左侧卵巢增大,约4cm×3cm×3cm,表面可见一2.5cm×2cm大小的黄素囊肿,切开子宫各层,探见宫腔内为葡萄样组织,切除全子宫及左侧卵巢。术后患者症状逐渐消失,各种检验结果正常,17天治愈出院。1年后随访,无任何不适,血压:120/80mmHg,一般情况好,双乳房等大,无红肿、触痛。B超复查:子宫及左侧卵巢切除术后,双乳房、双肾均无异常。CA₁₂₅测定值10毫微克,血、尿常规正常。

2 思考题

- (1)本病例有哪些特点?
- (2)本病例容易误诊为哪些病?如何鉴别?
- (3)本病例最后诊断是什么病?误诊教训有哪些?

收稿日期:2005-01-28;修回日期:2005-03-10