

多问一声 茅塞顿开

▲ 美国南加州大学 乔人立

您是否遇到过一些患者症状，绞尽脑汁、试尽方案也未能找到原因所在？这或许是疑难杂症？又或许这疑难杂症的背后仅是因为少问了患者或家属一句话……

周末值班，跟我的专培生又很强，原以为事会少点。可常规查房做完没多久就又给叫回了ICU。

“主治，快来，刚收的急诊呼吸机不知道该怎么设！”

一边走一边想，“好小子，第三年的 fellow，再半年就毕业了，还敢说设置不了呼吸机？！”

患者 Molly 女性，自幼囊性纤维化发病，已经 18 岁身长却只有 1.1 米。她经常住院，以前都是去儿科医院，头次来成人医院。这次发生肺感染引起呼吸衰竭，她畸形胸腔里原本很小的肺容积又出现大片实变。机械通气的呼吸潮气量设在 200 毫升，不足正常成人的一半，可气道压力仍然超过警戒线。即使把警戒值降到呼吸机监测范围的最低，警报还是不断被触发，原因是“通气量过低”。

“您看，肯定是设置上有什么不对，可我又找不出问题在哪？也许，得借用儿科呼吸机？”

听着报告，我沿着机械通气的管道逐步过滤着可能的问题。即使身形矮小，200 毫升也不至于推出来这么高的压力。机械通气见到压力太高而通气量又太低，最可能的原因是上呼吸道发生阻塞。可是，Molly 是长期气管切开，并不是新做的气管插管。而且，她在家时几乎每晚都需要呼吸机支持，气管插管所用的管子并没有换。检查了一下密封气囊，压力适当，也听不到漏气。何

况，如果密闭的机械通气管道无论哪里有泄漏，气道压力都应该难以保持，而现在的问题是气道压力过高。

怎么回事呢？我一下子也想不出个解释。

“去准备气管镜，看一下气管里面吧！”说着，我从呼吸治疗师手里接过 AMBU 气囊。可怜的呼吸治疗师，呼吸机没法接，他已经手按了 20 几分钟。奇怪，手工通气并不费劲，完全不像高压状态。

“家属呢？请他们来签字同意气管镜检查。”我吩咐道。

Molly 的爸爸就等在外边。他一进门，问题就有了答案：“怎么，你们没有换管子？”

Molly 自小气管切开，软骨环已经变形。平时晚上只需要一点压力支持没有什么问题，可是如果需要全量机械通气，压力一高，就要换用长形的 Bivona 管。一般的管子偏短，会被推得顶在后壁上，手动通气时角度变换可以缓解阻塞。Molly 以前都是去儿科医院，那是那里的医生摸索出来的规律。这个情况告诉了急诊医生，转入 ICU 是显然在哪儿给漏掉了。

换管很简单。新管子一换上，机械呼吸状态立刻改善。瞧着 Molly 恢复了红润的肤色，大家都放松下来。

“哈，我也能当主治医！”Molly 的爸爸笑着幽默了一句。

“对！听见啦？记住，下次叫主治前先多问家属一句，患者自己可能就有答案。”我也笑了，拍了拍专培生的肩。



← 2016 年 9 月 22 日，国内第一批呼吸与危重症医学科（PCCM）学员毕业考试，乔人立教授（右一）为监考官

→ 乔人立教授（左三）参与美国 PCCM 培训日常教学活动



协作

2017 新年快乐
金鹤报春

我与患者共成长



张宇清教授在国际高血压会议现场

患者的努力扭转局面

▲ 中国医学科学院阜外医院 张宇清

科技的进步为疾病治疗带来更有效的手段，然而真正有效的实施并产生疗效，必须是医生、医疗体制（有效的随访体系）、患者及患者家属（良好的家庭看护）的有效配合，共同发挥作用的结果。应对这种挑战，医生、患者和其他各方参与者准备好了吗？

介入无望的患者遗憾出院

2008 年，我管理重症病房时，认识一位陈旧性心肌梗死合并慢性心功能不全、慢性肾功能不全、高血压、2 型糖尿病和腰椎间盘突出症的女性患者。当时年龄 73 岁，因急性冠脉综合征发作入我院病房诊治，当时有不稳定心绞痛发作，既往曾发生过前壁心梗，外院曾行冠脉 CT 检查发现 3 支血管病变，因肾脏功能较差不能行冠脉造影及介入治疗。患者此次入院后，经常发作心绞痛，进行抗凝、抗血小板及积极扩冠治疗后病情稍稳定。

家属和患者本人积极治疗的愿望非常迫切，也反复与我们沟通关于介入治疗的事宜，但评估肾功能后仍有做冠脉造影的禁忌，且患者很虚弱，超重，精神萎靡，不能下地活动，进食也差，与介入医生讨论后考虑患者无法耐受手术，故采取药物治疗措施。

无奈之下，我们与家属交待病情后，叮嘱她一定按医嘱服药，并作好家庭看护，鼓励她加强运动，合理膳食。后来，患者和家属带着失望之情出了院。

良好自我管理 使患者获得新生

令我感到惊异的是，1 个月后来门诊随访，精神状态明显改观，也能自行活动。家属也告诉我，患者回家后严格按照医嘱服药，每日记录出入量，早晚监测血压，在家加强室内运动，饮食量较前明显增加，体重也略有增加，但患者肾脏功能仍没有明显改观，且仍有心绞痛发作，因此除了维持

以前的降压、调脂、抗血小板和治疗心衰药物外，调整了硝酸酯和 β 受体阻滞剂的剂量。

此后，患者几乎每个月都来我的门诊随访，虽然肾脏功能一直没有明显改善，也无法行冠脉造影检查，虽然时有病情反复，但经多次药物调整，心绞痛发作频次明显减少，患者病情总体比较稳定，随访至今已近 10 年。

我的感触

这样一个在我们当时看来预期寿命以月计算的患者，能够生存至今，使我感触很深。

药物治疗的进步 我们给予她积极的抗血小板和他汀类药物治疗，适当的血压控制，加大硝酸酯用量， β 受体阻滞剂的剂量也比较大。同时给予利尿和补钾的抗心衰治疗，同时患者服用降糖药物。

疾病管理到位 患者和家属非常配合，定期检测血压和出入量，有变化时及时与医生沟通，以便及时调整药物并给予指导建议。

密切随访 除非我出差不在京，患者一直找我随访，这样对医患双方都有利：一方面，了解患者病情的医生随访，有助于根据细微的病情变化做出判断；另一方面患者基于对医生的信任对治疗也能非常配合。

家庭和睦 患者平时的起居饮食和病情观察由其丈夫处理，4 个子女也非常尽心，轮流看护，陪同就诊，服侍左右。任何细微的病情和起居变化家属都能向医生报告。我认为，这样的家庭结构与家庭成员的悉心照料对患者预后起到的作用意义重大。