

临床思维

在“Wednesday Evening”没有完美的病例

▲《医师报》融媒体记者 尹晗 陈惠

每当医务主任 Harding Hooten 悠悠地端起面前水杯时，站在切尔西综合医院(Chelsea General)311 室透明讲台后的医生就会紧张起来。因为，这意味着自己一个无过错乃至为之骄傲的病例，将在随后的几分钟内被 Hooten 用事实和理性反转为“不良事件”。而此时的观众，也会从对 Hooten 吹毛求疵的不满，逐步转变成对其“All for patients”理念的崇敬。

7月8日，周三，19:30。中日友好医院外科重症医学科段军教授化身美剧《周一清晨》(Monday Mornings)中“吹毛求疵”的 Harding Hooten，与中国腹腔重症协作组(CAICA)的10位“王牌导师”一起，通过网络直播，对一个病例进行了不留情面的复盘与反思。

按照规定，病例汇报人必须“蒙面”，也就是不能透露医院和姓名。

一个神秘的病例

这是一名40岁的男性患者，身高170cm，体重65kg，既往酒精肝病病史3年，未治疗。3天前饮酒后出现上腹部胀痛，未予重视及诊治。半天前出现全腹持续、剧烈疼痛，伴呕吐胃内容物，被家属送至当地医院就诊。入院检查所示……

CAICA

入院查体

- 体温(腋)：36.1度；呼吸：40次/分，面罩吸氧，5L/min，血氧饱和度99%；心率：122次/分，血压：98/62mmHg(去甲肾上腺素4mg/50ml，2ml/h)；腹内压22mmHg。
- 呼吸急促，全身湿冷，皮肤巩膜黄染。
- 两肺呼吸音粗，可闻及散在湿啰音。
- 腹隆，腹肌紧张，板状腹，全腹可及压痛、反跳痛，肠鸣音未及。

转至医院急诊科后，患者体温36.1℃，呼吸30次/分，面罩吸氧5L/分，血氧饱和度99%；心率122次/分，血压98/62 mmHg(去甲肾上腺素4 mg/50ml，2 ml/h)，但腹内压却达到了22 mmHg……

CAICA

初步诊断

- 休克
- 腹内高压 ACS?
- 急性肾损伤
- I型呼吸衰竭
- 肝功能不全
- 凝血功能异常
- 代谢性酸中毒
- 酒精性肝病
- 高甘油三酯血症
- 重症急性胰腺炎
- 酒精性?
- 胆源性?
- 胆囊结石伴胆囊炎

初步诊断为重症急性胰腺炎，酒精性?胆源性?胆囊结石伴胆囊炎，并伴有多脏器损伤。患者休克，腹内高压，ACS待查……

CAICA

初步治疗

- 复苏
- 液体复苏/去甲肾上腺素维持血压
- 气管插管、呼吸机支持
- FIO2 50% Pmode PI 18cmH2O,PEEP 8cmH2O VT 480-530ml
- 镇静镇痛
- 丙泊酚/中/长链脂肪乳(0.5g)/舒芬太尼(100ug)持续静脉泵入维持
- RASS -2分/CPOT ≤2分
- CRRT
- 泰能经验性抗感染治疗
- 其他对症支持
- 禁食
- 胃肠减压
- 生长抑素
- 输血泵改善凝血功能

一轮“狂风暴雨”的讨论

半个小时后，汇报人X-man汇报完毕。

段军：“请问，您为您在这名患者的诊疗过程中的表现打几分？”

从医十数载，从未被问过这么敏感又尴尬的问题，X-man或许已经觉察出来接下来可能要面对的“狂风暴雨”，他采取了以退为进的策略：“我认为可以打一个及格分。”

段军：“那么，您认为不足的地方是在监测、诊断还是治疗上？”

“一开始诊断上可能有点问题，治疗和监测我认为还OK。”

一丝不易察觉的笑容在段军脸上闪过：“各位专家有什么疑问吗？”

听到段军一声令下，几位早已等候多时的“导师”不约而同地调整了自己的坐姿和镜头的角度，开始进入各自的“角色”。

——“胰腺炎患者普遍血糖偏高，但该患者血糖却‘几近测不出’，请问您对胰腺炎并发低血糖有什么想法？”

——“我认为重症胰腺炎患者不适合转院，这位患者如此严重低血压，未经妥善处置，为什么安排转院？”

——“您当时为何没有考虑胆管炎？又是如何得出酒精性肝病这样的诊断？”

——“45分钟血压持续这么低，你们的处理很有问题！搞不好患者心跳骤停，后果不堪设想！”

教授们左右出招，质问劈头盖脸地“砸”过来，X-man忙于招架。几轮唇枪舌战过后，X-man的声音越来越小，已不是刚开始时自信满满的他了。

一段犀利的点评

最后，作为主持人的段军教授对这个病例进行了总结点评：

1. 休克患者，监测必须准确及时。先瞄准再开枪，重症超声+血流动力学监测技术，已经成为重症患者诊治常规。运用SAVE(症状体征+动脉血气+静脉血气+超声)法则，快速甄别重症患者治疗方向。

2. 我们治疗的是患者，而不是监测的数字。当腹腔高压时，很多监测指标正常值会变化，此时一定要明辨，千万不要简

单追求指标的正常范围。

3. 医生对这个患者过分关注流量，对压力灌注，尤其是腹腔灌注压明显不足的问题，一直视而不见，导致过于激进的容量复苏，而忽视一直没有纠正的血管低张力。要关注容量反应性，同样要重视压力反应性(PPV/SSV)。

4. 这名患者的ACS和ARDS，与过于激进的容量复苏明确相关。这是该名患者诊治中最大的失误之处。

5. 紧急气管插管时，镇静药物选择不合适，导致患者持续严重休克状态，而且处置不及时，导致患者随时有心跳骤停风险。这是医疗纠纷隐患，是绝对不该出现的！

一次公开考试

“没有完美的病例，即使是救治成功的病例，也会存在一些问题，而失败的病例，也有其可取之处。”会议主席、浙江大学医学院附属邵逸夫医院郭丰教授说，以往的院间病例讨论，很多时候是“你好我好大家好”，即使遇到问题，讨论专家往往也是“点到为止”。参照美剧《周一清晨》，中国腹腔重症协作组CAICA搭建了“Wednesday Evening”这样一个病例讨论平台。

会议主席、CAICA总顾问，东部战区总医院李维勤教授说，为什么每次讲病例的都是小医生？因为“不完美”的病例，科室主任不敢讲！然而，世上没有完美的病例。如果讲者“蒙面”，隐去医院科室名称，接受扑面而来的“口诛笔伐”，其实也是种特别的享受！

Wednesday Evening中的病例点评更像是一次公开考试，“考生”在大庭广众下被聚焦，“考卷”的问题不可预测，而考试的成绩永远没有满分。考试中所有的质疑与挑战的目的只有一个，就是培训大家的临床思维，促进大家提高临床水平，从而更好地帮助患者。正如《周一清晨》中，Harding Hooten每一次“狂轰乱炸”后的拂袖而去，都会让愣在311室透明讲台后的医生学会更多。

关联
阅读
原文
扫一扫

“袁”何如此·日志⑩

医院好坏 老百姓说了算

▲中国协和医科大学出版社原社长兼总编辑 袁钟

2020年7月8日

如果将周围人视为魔鬼，就从他们当中退出，让自己生活在地狱。

——评美国退出世界卫生组织

2020年7月9日

有医院院长给我打来电话，说某省开卫健委工作会，领导讲话，意即本省进入全国医院排行榜前50的太少，下一步抓全省卫生健康工作的重要目标就是医院多进排行榜前50——这与国家优势医疗下沉、分级诊疗、卫生工作重点在基层的指导方针相背，却在误导各地政府及领导，正如国家卫健委某领导对我讲，搞排行榜的人都很快速成为一些急于改变医院排名的院长的座上宾……但是，医院的好坏不是排行榜说了算，而是患者和老百姓说了算！

2020年7月10日

有限性是科学的特征，无限性是神学的特征。强调科学的有限性保留了人类对自然的敬畏，同时也鼓励科学的多个学科相互联合，比如与心理学、中医学、康复医学、营养学、传统运动医学等联合，可弥补科学的有限性，提高人类解决问题的能力。

2020年7月11日

问：“什么是真正的教育？”

答：“重要的是让孩子们知道在接触人和事的时候，什么会使自己灵魂干净而高尚，什么会使自己灵魂污染而堕落。”

2020年7月12日

动物更重竞争，人更懂合作；只站在男人尤其是强悍男人视角看世界，更重竞争；如果能站在男女老少的视角看世界，更愿合作、互助……

2020年7月13日

先有自然后有人，先有人后有科学，科学不是人类战胜自然的武器，而是人与自然和谐的桥梁，将人凌驾于自然之上，就像人站着想抬起双脚系鞋带……人合天道，人顺天道，道法自然，天人合一，才是人间正道！

2020年7月14日

“现在不必一开始就用人命去守堤了，三峡大坝帮我们守了。”读了这段话，我开始泪流，在我的家乡——三峡库区，多少人为了国家牺牲了小家，让下游人民有了如此安全的保障。