

• 述评 •

重视重症医学的临床诊断 而非轻言“对症”治疗

黄伟

116012 辽宁大连,大连医科大学附属第一医院重症医学科

通讯作者:黄伟,Email:huangwei9898@163.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2016.11.001

Focus on clinical medical diagnosis rather than rash symptomatic treatments in critical care medicine

Huang Wei

Department of Critical Care Medicine, 1st Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116012, Liaoning, China

Corresponding author: Huang Wei, Email: huangwei9898@163.com

当下,重症加强治疗病房(ICU)中诊断与治疗究竟孰轻孰重恐怕是个非常值得关注与讨论的问题。

美国危重症协会于 20 世纪 70 年代创立,其提出的口号是“改善急性致命性疾病与创伤患者的治疗,并推动这些治疗中合理配置的成长(to improve the care of patients with acutely life-threatening illnesses and injuries and promote the development of optimal facilities for such care)”^[1]。创建之初,先行者们就将“重症医学”定义为三位一体的概念,即:复苏;致命性疾病的急诊治疗和加强监护;并包括涉及院内、院前以及实施急诊与重症医疗的全部组分。可见,自萌芽开始,重症医疗的关注点就倾向于对急、危、险、重患者的强化治疗与监测。由此以来,是否执行与贯彻了“小潮气量通气”“肺保护性通气”“强化血糖控制”“激素替代治疗”“重锤猛击”“降阶梯治疗”“早期目标导向治疗(EGDT)”等与治疗相关的理念与模式,已经毫无悬念地成为全球重症医疗日常工作的重点,而“集束化治疗”^[2]就是这类以治疗为重的场景的最佳演绎!这或许也是可以理解的,因为对于每一位进入急诊或 ICU,并已处于“死亡共同通路”的单器官或多器官功能障碍阶段的患者而言,稳定生命体征、保证组织灌注可能是要比弄清楚病因更为紧要的事情。

与之相反,过于简单化的系列定义使得重症医学医生甚至懒得“四选二”^[3]以判断患者是否存在脓毒症,或者“三选一”来推导疑似脓毒症^[4]的可能。此刻,对于血压和尿量的干预要比诊断重要得多,更何况进入 ICU 的患者多是在各专科已经有了对原发病的诊断。另一方面,ICU 内的抢救工作环

境也常令诊断变得更为复杂,如猝死可令确诊变得渺茫;久治不愈则因治疗过程中各种并发症与新发情况使得新旧诊断互为重叠干扰,形成困局。而气道管理、镇痛镇静治疗以及患者意识障碍等因素常常延误了医生与患者的交流沟通,使得病史采集成为诊断流程中最大的瓶颈。

上述这些情况可能就是使得 ICU 越来越成为一个“重治疗、轻诊断”场所的主要原因,并逐渐形成了“对实施高、精、尖救治技术的渴求”要远胜于“对自我诊断与鉴别诊断水平提升追求”的氛围,但这显然是错误和危险的!

1998 年 Blosser 等^[5]为了确定对内科 ICU 中死亡患者进行尸检可否发现新的重要线索展开了调查,结果在 41 份尸检报告中(占同期死亡病例的 31%)发现:34 例患者(83%)的主要临床诊断与尸检相符,27 例患者(66%)的临床死因与解剖死因相同,37 例(90%)尸检发现新的诊断,11 例(27%)通过尸检发现的病因是死前已知,但未进行处理的。由此可见,尽管 ICU 内患者的主要诊断多是正确的,但绝大多数患者存在漏诊;就死因而言,有 1/3 的患者是误判的;另有近 1/3 的患者是本可调整治疗而改变生前病程的。2003 年,Perkins 等^[6]也对重症患者进行了类似的研究,他们发现尸检结果与生前诊断的相符率不及一半(为 45%),39% 的患者漏诊了最主要的死因诊断,最常见的是心肌梗死、肿瘤和肺栓塞。2013 年 Khawaja 等^[7]对 70 例转入 ICU 的肿瘤患者进行回顾性调查显示,21% 的患者存在主要诊断与尸检诊断不符的情况,最常见的漏诊是曲霉菌感染、肺栓塞和肿瘤复发。Winters 等^[8]

对成人ICU内诊断错误的荟萃分析中纳入了31项研究,共计5863次尸检,各项研究报道的误诊率为5.5%~100%,至少误诊1次的发生率达28%。尽管认为在ICU中是积极地进行了诊断评价的,但I级诊断错误率达8%,II级诊断错误率达18%。血管性事件和感染是首要的致死性误诊原因,而肺栓塞、心肌梗死、肺炎和曲霉菌感染则是I级诊断错误的常见原因。按照作者的计算,美国每年将有40500例患者因误诊而死于ICU。这些数据都说明ICU内诊断不足是普遍情况,重症患者进入ICU后遭受误诊和漏诊并因此致死的可能性不能忽视,更为可怕的是误诊或漏诊的病因还多是ICU医生熟谙的疾病。举个简单的例子,严重贫血所致的氧合指数严重下降被诊断成急性呼吸窘迫综合征(ARDS);药物副作用引起的白细胞减少和乳酸增高被诊断成严重感染;心力衰竭引起的肺部渗出被诊断成肺部感染;产妇输液过多过快造成的心功能不全被诊断成羊水栓塞或肺栓塞等。这些情况难道不是每天都在各地ICU或者抢救室里发生吗?

反过来想想,在不知道咽痛、感染栓塞性颈内静脉炎、全身性脓肿与继发性多器官衰竭就是Lemierre综合征时,治疗的选择一定是所谓的广覆盖与器官支持治疗,而实际上坏死性梭杆菌才是治疗的关键靶点。又比如,在不清楚快速进展的会阴生殖区坏死性筋膜炎(常称为Fournier坏疽)时,抗菌药物的选择以及局部处理常常是茫然的,而决定本病结局的关键正是抗菌药物的强力覆盖以及积极的病灶清除与局部换药。在这里,Lemierre综合征与Fournier坏疽恰恰都是以不同部位首发的脓毒症为主要表现,但显然诊断才是驱动治疗的关键,而所谓的EGDT根本实现不了对任何结局的改观,“对症”治疗完全是无根之木。更进一步说,如果这两种脓毒症是在不知道诊断的情况下因为初始抗菌药物“蒙”对了而治愈的,这种治愈结果对于主诊医生和团队究竟该庆幸还是该悲哀呢?

应该说,当前重症医学界在不断摸索新的监测与治疗手段的同时,更应该反思诊断的不足,将尸检

与住院诊断进行比较实在是最不堪的场面。为了提高诊断的成功率,至少有以下工作需要改进:纠正“稳定血流动力学、组织灌注压倒一切”的片面强调治疗干预的说辞,重视诊断对治疗的统御价值;强化重症医学医师除治疗手段培训之外的诊断学培训;提高病理标本的送检率;增加病例讨论和查房的频度;增加与相关学科的交流、会诊及研讨;重视互联网、云平台等对诊断交流的促进作用。

总之,“如临深渊,如履薄冰”指的既是诊断,也是治疗。脓毒症从来就不是简单的辨析题,在当代重症医学界“血流动力学优化”及“集束化策略”等“对症”治疗热点始终占据主流的情况下,更应强调重症患者全面正确的诊断对预后的价值完全不亚于对治疗手段的选择。从重症医生个体而言,突破自身诊断水平的瓶颈是提升治疗水平的必经之路;从学科整体而言,扭转“轻诊断、重治疗”的局面则更是提高整个业内专业素质的关键环节。

参考文献

- [1] Safar P. Critical care medicine—quo vadis? [J]. Crit Care Med, 1974, 2 (1): 1–5. DOI: 10.1097/00003246-197401000-00001.
- [2] Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012 [J]. Crit Care Med, 2013, 41 (2): 580–637. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af.
- [3] American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis [J]. Crit Care Med, 1992, 20 (6): 864–874. DOI: 10.1097/00003246-199206000-00025.
- [4] Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 801–810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.
- [5] Blosser SA, Zimmerman HE, Stauffer JL. Do autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected? [J]. Crit Care Med, 1998, 26 (8): 1332–1336. DOI: 10.1097/00003246-199808000-00015.
- [6] Perkins GD, McAuley DF, Davies S, et al. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill patients: an observational study [J]. Crit Care, 2003, 7 (6): R129–132. DOI: 10.1186/cc2359.
- [7] Khawaja O, Khalil M, Zmeili O, et al. Major discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill cancer patients: Is autopsy still useful? [J]. Avicenna J Med, 2013, 3 (3): 63–67. DOI: 10.4103/2231-0770.118460.
- [8] Winters B, Custer J, Galvagno SM, et al. Diagnostic errors in the intensive care unit: a systematic review of autopsy studies [J]. BMJ Qual Saf, 2012, 21 (11): 894–902. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000803.

(收稿日期: 2016-10-18)

(本文编辑: 李银平)