

全科医学案例讨论

作为一名合格的全科医生，提供的是一种新型的、个性的、人性化的医疗服务，其中接诊、问诊、体检、实验室检查、新型检测技术的应用以及人际交往、协调病人-家庭-社会关系，利用双向转诊合理支配医疗资源的能力和技巧需要我们在实践中不断培养和提高。在这里，我们精选了一些国外的全科医生案例，介绍给大家，希望国外全科医生的服务宗旨和诊疗模式能对大家有所启示（本案例素材来自《中国全科医学》杂志，感谢原作者和杂志社）。

病例六、咳嗽和胸闷

Jeff Watkins 是一个 8 岁的儿童，一个星期六的早晨因咳嗽被他的父母带到 Kathy Wall 医生这里来就诊。上星期一他曾来到这里进行常规的健康检查，星期二出现咳嗽和胸闷，星期三他的妈妈带他来就诊，Wall 医生诊断为支气管炎并建议保守治疗。星期四晚上 11 点他的病情加重，他妈妈带他来到急诊室，医生诊断为双侧中耳炎，并开了些抗生素类药物。到了星期六他的父母对他的迁延性咳嗽问题表示非常忧虑。Jeff 过去和现在都没有出现过呼吸短促症状。尽管父母忧虑忡忡，但 Jeff 看起来情绪不错，为将要进行的考试抓紧时间复习。他持续有鼻腔和胸腔阻塞症状，鼓膜弹性降低，肺呼吸音清晰，呼吸频率每分钟 18 次。

讨论 1：流行、危险因素和可及性服务

一般成人每年患感冒 4~6 次，而儿童每年患 6~8 次。患了感冒后最令人讨厌的症状是咳嗽。1993 年美国国家门诊医疗服务调查显示，咳嗽是不同年龄人群患了感冒后就诊的第 1 位原因。很明显，这种普通的症状即使病人烦恼不堪，又让他们忧虑忡忡。在到医生那里就诊以前，病人往往已经试过了多种治疗咳嗽和呼吸阻塞的家庭医疗措施。直接售给病人的含有氢溴酸右美沙芬的镇咳药在美国是销售量最大的治疗咳嗽的药物，这些药物中常常含有抗组胺剂、化解充血和化痰剂。某些情况下，这些药物能够暂时缓解症状。但是在大多数情况下，长期疗效不佳，特别是化解充血药基本没有疗效，实际上甚至可能延长症状的持续时间。其他的家庭治疗措施包括潮湿剂、喷雾器、果汁以及局部治疗等大多数情况下选择这些家庭治疗措施是根据父母或祖父母的建议，也和社会和家庭的文化、价值观有关。

在对 961 名在医生诊所里寻求治疗的成人中进行的一项随机调查表明，72% 的人自认为他们出现咳嗽、喉痛和鼻塞等症状 5 天后会寻求治疗；61% 的人认为抗生素治疗对这些症状有效。有的时候人们到医生那里寻求治疗是因为非医学的原因，例如找一个旷工的理由，缺乏睡眠，其他的原因或出于对家庭其他成员的关心。在日常生活中咳嗽和胸闷如此常见，全

科医生在诊断和治疗时一定要根据病人的实际情况做出合理的决定。

讨论 2: 生物学评价

对病人来说,咳嗽是一次清理呼吸道的、令人讨厌的、爆发性的呼气,但是医务人员最关心的是,一旦病人出现咳嗽和呼吸道阻塞症状则说明他们患的是急性的自限性综合征,而不是需要做各种诊断试验或复杂治疗的疾病。如果咳嗽是急性的,最可能的情况是上呼吸道感染,但是下呼吸道感染、哮喘、过敏、某种不常见的感染或者充血性心力衰竭也能引起咳嗽,这需要做出鉴别诊断。咳嗽的不同诊断有:上呼吸道病毒性感染;急性支气管炎;典型性或非典型性肺炎;哮喘;吸烟过多;慢性支气管炎;支气管扩张;过敏性鼻炎;慢性鼻窦炎;呼吸道异物;支气管粘膜肿瘤(即肺癌);药物反应(如血管紧张肽-转化酶抑制剂);外界环境微粒污染;胃食管内容物逆流或反流;肺结核;百日咳。

过敏体质病人常常有与明确过敏源有关的反复发作史。对这类病人检查发现他们常常有瘙痒、眼睛发炎或鼻腔分泌物过多等症状。肺部检查往往正常,除非有哮喘,咳嗽都是由过敏源刺激引起的。哮喘病人常常有咳嗽和呼吸道阻塞症状,上呼吸道感染是这些症状发作的诱因。因为哮喘发作有上升的趋势,医生在对每一个病人诊疗时都要考虑到哮喘的可能性。尽管哮喘的传统症状是呼吸短促、困难,但许多哮喘病人的前驱症状都有咳嗽。哮喘病人峰流试验结果不正常,这可以作为哮喘的诊断标准,因此,任何有不典型性、持续或反复发作的咳嗽症状的病人都应该做峰流试验检查。有咳嗽前驱症状的充血性心力衰竭的病人往往有高血压、冠状动脉病等危险因素,还可能有其他的症状如体重增加、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难、浮肿,随着病情的发展通常还会出现呼吸困难、肺部水泡音或奔马率。

医生一般都把急性咳嗽当作感染性疾病如细菌性肺炎的临床表现。肺炎的典型临床症状很容易鉴别(中毒性表现、高热、突然发作、呼吸困难、剧烈咳嗽,听诊局部有水泡音),医生往往被下呼吸道轻微感染的病人所迷惑,在基层医疗单位接受治疗的呼吸道感染病人大多数有急性支气管炎或病毒性肺炎,用抗生素治疗效果不佳。因此,找出一个治疗咳嗽的系统的治疗方法是非常重要的。方法的第一步就是把下呼吸道感染病人同其他原因引起的咳嗽的病人区分开来,下呼吸道感染病人往往有多痰、呼吸困难、胸痛、发烧等症状,检查时可发现有水泡音或支气管呼吸音,而其他原因引起的咳嗽不伴有这些症状。急性支气管炎是一种以咳嗽为特征的疾病,患这种病的病人常有脓性或粘液性痰,痰的性状随咳嗽的表现而改变。支气管炎病人常有低热,没有肺炎病人的常见症状如高热、寒战,胸部检查常有水泡音、喘息或支气管呼吸音等异常表现,但不能发现肺部合并症表现(局部支气管炎、呼吸音降低或支气管羊鸣音)。医生也不同意这种社区获得性肺炎的诊断。

当检查时发现病人有呼吸短促、高热、胸痛或一些定位性的特征，应该考虑患肺炎的可能性。肺炎在老年人中更为常见，且症状和体征不明显。65 岁以上的老人患肺炎后的 30 天死亡率超过了 10%，因此肺炎对老年人来说是一种重要的疾病。引起肺炎的病原体并不都是细菌，到全科医生的办公室里就诊的肺炎患者所患的肺炎大多数是由病毒引起的。病毒性肺炎可以有一个症状不明显期，在这期间病人仅表现干咳、低热、轻微不适、听诊轻微异常，这样的表现叫做非典型性肺炎。非典型性肺炎也可以是非病毒病原体引起的，例如支原体。非典型性肺炎也可威胁病人的生命，特别是那些特别年轻、特别年老或患有慢性病的病人。患病毒性肺炎的病人可以发展为继发性细菌性肺炎，此时往往有严重的合并症。

免疫功能低下的患者容易患百日咳，患百日咳的最常见的是 5 岁以下的儿童，他们的免疫系统还没有发育完善。百日咳最典型的症状是剧烈的难以治疗的咳嗽，往往要持续 10 周以上。大一点的儿童和成年人不会患这种病。肺结核作为一种传染病现在又死灰复燃，特别是在城市、低收入地区以及移民人群中流行严重，临床症状不明显，常有咳嗽、低热、体重减轻和寒战等。这种疾病的诊断应该先在高危人群中筛查，等病人的症状持续不愈并进一步发展时就可以确诊。

儿童情况一般比较特殊。5 岁以下突发急性咳嗽的最可能的病因是上呼吸道感染，但是医生在确诊之前必须排除患喉吼、呼吸道多核病毒感染(RSV)、哮喘、百日咳的可能性。RSV 能引起支气管炎综合征，这种综合征在开始往往表现为上呼吸道感染症状，随后病人出现呼吸短促、低热等症状，胸部体检时可听到有哮鸣音。RSV 能引起社区内流行，流行一般发生在冬季。2~3 岁的儿童如果气管进入异物也能引起咳嗽。婴儿咳嗽则可能是因为他们的食管括约肌发育不成熟引起的胃内容物反流造成的。

咳嗽症状持续 3 周以上就可以称为慢性咳嗽，这是个棘手的问题。大多数慢性咳嗽病人一般有以下常见的病因：www.med126.com 吸烟、过敏性鼻炎、哮喘、胃内容物反流以及药物并发症。上呼吸道感染引起的咳嗽一般几个星期后就可痊愈。不管是急性咳嗽病人还是慢性咳嗽病人都应该禁止同处一室的人吸烟，因为在上呼吸道感染后被动吸烟会影响疾病恢复，甚至造成病情恶化。镇咳药对一些病人有很好的疗效，特别是对那些因咳嗽不能入睡的病人，但疗程不能太长(3~4 天)。如果咳嗽用各种方法治疗效果都不佳，则应该考虑其他的疾病，如肺结核，这种病有重新爆发的趋势，特别是在城市、低收入人群以及移民人群中。有慢性咳嗽症状的烟民不会把他们的症状向全科医生报告，他们把“晨咳”当作吸烟的自然后果。因此，一旦吸烟者说他有慢性咳嗽症状时，全科医生应给予足够的重视，用拍胸片或肺活量测定法来检查他们是否患有肺部阻塞性疾病或肺癌。

目前的一些药物，包括非处方药物和健康食品，都可以看做慢性咳嗽的原因， β 受体阻断剂能够加重哮喘，血管紧张素肽-转化酶(ACE)抑制剂是最常见的副反应能引起咳嗽的药物。药物引起的咳嗽能够及时的治愈或通过停药来解决。不管是长期的还是暂时的咳嗽症状，停药有助于做出快速诊断和针对性的治疗。

如果慢性咳嗽患者不吸烟、测定肺活量没有异常、没有过敏史且咳嗽不是药物引起的，则需要拍胸片检查。检查结果如果是阴性，则需要凭经验按胃内容物反流治疗，即使以往没有这种病史。

讨论 3：社会心理学评价

有文献报道，病人更容易患上呼吸道感染。最近进行了一项研究，在既往健康的自愿者鼻内注入一定剂量的鼻病毒，然后观察其结果，发现那些社会交往活跃的人更不易感，他们分泌的粘液较少，咳嗽症状较轻，治疗效果也较好，分泌的粘液中病毒较少。这种试验的结果与注入病毒浓度无关。虽然这种结果很有意思，但对预测哪种病人症状会较明显作用不大。因此当病人反复打电话或就诊的时候，临床医生会询问他们一些社会心理方面的问题，一些机敏的医生还会对一些不甚严重的症状给予过多的关注。医生同病人或其家庭成员探讨症状的意义在于能够发现病人的一些对咳嗽和呼吸道阻塞的发病自然过程的错误看法，此外，病人及其家庭成员过去的呼吸系统的问题也对病人是否对疾病有正确理解产生一定的影响。

如今，患病常对病人的日常生活节奏有一定的影响。病人往往对咳嗽这个问题忧虑不堪，认为影响了他人的工作和学习。事实上，很多咳嗽患者的家庭成员确实对此很有意见，他们白天需要工作和学习，但由于患者咳嗽影响了他们的睡眠，因此就来到医生办公室就诊。在这种情况下，大家关心的是咳嗽而不是引起咳嗽的疾病，病人只想让医生尽快消除咳嗽。害怕被传染的同事或被咳嗽这种声音搞得心烦意乱的人也纷纷表示不满，因此咳嗽对工作的出勤率和工作绩效也有影响。当然，这也是一个很好的进行健康宣教、提高医疗意识的好机会。

讨论 4：家庭评价

全科医生必须对患者家庭的卫生习惯有一定的了解。我们都是在对疾病有着不同观念的家庭环境下成长起来的。在许多家庭里人们认为咳嗽和憋闷只是生活环境造成的，根本不需要药物治疗，在有这种卫生习惯的家庭里成长起来的成人不把咳嗽看做大不了的事，只认为这不过是生活中的一个小小的不方便。与此相反，有的家庭一有咳嗽和憋闷症状就去就诊，在这种家庭的儿童成为成人后也会保持这种良好的习惯。医生可以通过了解不同家庭的卫生习惯从而尽早采取不同的干预措施来纠正人们的一些不良习惯，至少可以了解到哪些家庭需要特别的帮助。

咳嗽给患者家庭带来的最大的影响是传播传染性疾病。虽然大多数家庭成员都可能患这种病，但他们并不回避这个问题，正像上面提到的那样，健康问题越多的家庭越渴望从医生那里得到帮助和支持。新生儿的父母和患有慢性病的家庭成员对此更为关心，因为他们的抵抗力差，更容易被感染。上呼吸道感染还常常成为那些濒死性患者的最后致死性因素。预防措施主要包括常洗手和避免同呼吸道传染病患者的直接接触。患者家庭对此要有正确的认识，不必为此过于忧虑。

如果患者的咳嗽症状和家庭内的其他成员吸烟有关，则要对这些烟民进行直接的健康教育，因为病人往往对他们的影响不大。如果吸烟引起儿童咳嗽，则应该要求吸烟者在室外吸烟，至少在吸烟时不在孩子身边，如果吸烟是引起成人咳嗽，可以在家里单独预备一个吸烟的房间。

讨论 5：社会和团体影响

咳嗽和下呼吸道感染对社会的影响是很大的，这类疾病是造成旷工的最常见的原因之一。不同的人对患者何时应该呆在家里而不去上班或上学持不同的意见。一方面让呼吸道传染病病人呆在家里可以减少这种疾病的传染；另一方面，一部分传染病在症状出现之前已经具有传染性，当症状出现后再让病人呆在家里不知道是否能够减少疾病的传播。人们患病后往往都到医生那里去开个病假条，这种现象很普遍，但医生对此要有所控制，有时候人们因为其他的原因不能上班会以生病为借口到医生那里去开病假条。为此国家制定了一项政策，如果确实患病可以休病假，但不允许以患病为借口不去上班而去干自己的私事。因此家庭医生的职责不仅仅是对病人做出诊断、治疗。

职业和社会因素也和咳嗽的发生密切相关。一些职业的工作环境是暴露在污染的空气中，例如煤的开采、纺织、建筑等，因此要对慢性咳嗽做出正确的评价必须详细地了解患者的职业史。其他的社会因素可与过敏引起的咳嗽有关。
www.med126.com

关于呼吸道症状的社区健康教育，对全科医生来说也是个非常重要的问题。在流感爆发或其他的呼吸道感染性疾病流行这些高危时期，医生和其他的医务工作者会更加深刻地认识到社区健康教育的重要性。社区健康教育包括感冒和憋闷症状的自然过程、大多数咳嗽药的功效局限以及预防措施。如果医生能够通过媒体来对人们进行健康教育，效果会更好。总之，医务人员通过各种渠道加强医务知识的宣传都能收到很好的效果。

讨论 6：预防和机会性健康促进

在多数情况下，临床医生对咳嗽和气闷病人最重要的干预措施是健康教育，对病人及其家庭成员的健康教育也是最费时间的临床工作。通过健康教育要让病人了解到病毒引起的上

呼吸道感染除了可以经直接接触传播，还可以经物体传播。还要让人们认识到冬季是呼吸道感染多发的季节，从而提醒他们采取防范措施来减少患病的机会。上面已经提到，吸烟的咳嗽病人要劝其戒烟。因为事实证明许多吸烟的咳嗽病人停止吸烟后感觉好多了，这是一个宣传戒烟的极好的时机。医生在门诊每遇到一个呼吸道感染患者都是宣传戒烟的机会。医生还可以通过印刷一些时事通讯和病人手册进行宣传，这些手册的内容不能太深奥，要用病人能够理解的通俗语言表达出来，同时价格要让病人能够承担得起。对于不识字的病人，全科医生可以为他们制作简单的录像片。许多医生办公室里都有辅助医务人员，平时应注意加强对这些人员的培训。病人有时通过电话咨询，有时亲自到办公室就诊，不管哪种方式，接诊的人员都应慎重对待。有哮喘史或慢性肺病的病人应定期接受检查，如果正在接受治疗，要保持治疗的持续性。有症状的患者，不管是成人还是儿童，只要没有禁忌证都需要进行免疫接种来提高免疫力。一般情况下，不管有没有发热症状，上呼吸道感染都不是免疫接种的禁忌证。肺炎球菌疫苗、流感疫苗和破伤风疫苗应保持足量供应。

讨论 7：健康服务的成本效益分析

胸片和抗生素的应用是治疗咳嗽和气闷最重要的花费。拍胸片是有急性咳嗽症状时诊断的传统工具，但现在除非拍片结果在治疗时需要，一般不做胸片这项检查，只依靠病史和体格检查做出诊断，虽然一些人仍然认为胸部 X 线检查是鉴别急性支气管炎和肺炎的“金标准”。但即使支气管炎患者做了 X 线检查，检查结果通常是正常。有人做了多元分析，制定了一个哪些病人应该去做胸部 X 线检查的标准。如果病人符合下面 5 个条件，X 线检查对肺炎的诊断是无意义的：体温低于 37.8°C；脉搏低于 100 次/分；胸部检查没有水泡音；胸部检查呼吸音不增粗；没有哮喘史。

对儿童来说，如果根据病史、体格检查和临床观察判断没有下呼吸道感染症状，一般不再进行 X 线检查来排除患肺炎的可能性。有迹象表明，在怀疑有肺炎的时候做 X 线检查可导致滥用抗生素的现象增多和门诊量的不必要的增加。因此，X 线检查的适应证是怀疑病人患有细菌性肺炎、临床表现提示有致死性疾病、病人年龄较大或患有慢性疾病、有慢性咳嗽症状或可能患有肺结核或机会性感染等不常见的疾病。

不管是急性咳嗽还是慢性咳嗽，都要把重点放在治疗原发病因上。据有人估计，26%的药物花费是用在那些没有临床根据的药物上，如果再考虑因病造成的工作量的损失，美国每年因咳嗽带来的损失接近 10 亿美元。因为咳嗽大都是间歇性的，除非咳嗽严重影响病人的休息，医生应避免给患者用咳嗽抑制剂，但可以给他们用中枢作用性药物，如可待因、氢溴酸右美沙芬、二氢可待因酮。如果认为病人的咳嗽仅仅是一种防御反应，并没有给病人带来

不便，可以只用非镇咳药治疗，例如甘油或水汽吸入，而祛痰药如愈创甘油醚则作用不大。一般来说，病人可以直接买到的感冒药作用都有限，病人自己用药也只是对症治疗。在感冒发病最初的 24 小时内每 2 小时服用 13mg 剂量的葡萄糖酸锌止咳糖浆可以减轻感冒的严重程度和持续时间。很多治疗感冒的药方中都有紫锥花属植物。有调查结果显示，这种植物对感冒有很好的预防作用，而且价格相对比较便宜。

回顾从 1980~1992 年抗生素应用的模式变化，可以看出抗生素正在被越来越频繁的使用，更令人担忧的是，研究还表明人们更趋向于用广谱的价格昂贵的抗生素，引起这种抗生素应用模式变化的最常见的疾病是咳嗽、胸闷和喉痛。在 1997 年公布了一项调查结果，这项调查历时 12 个月，共访问了 2142 个全科医生，收集了 34606 个病人的资料(不包括可能患有肺病的人)，结果显示，支气管炎是造成这种抗生素应用模式变化的第 2 位原因(占 11%)，第 3 位原因是上呼吸道感染(占 10%)。医生提供的专业资料和病人提供的信息没有差别。Mainous 等计算表明，即使按照最保守的数字估计，这种抗生素的应用模式改变也能使美国每年的医疗费用增加 3750 万美元，已经证明限制抗生素的使用能够显著节约这种不必要的开支。

社区感染性肺炎应该用抗生素治疗，究竟选择哪种抗生素要根据引起的肺炎的病原体而定。如果能得到一个好的标本，进行染色和痰培养有助于确定是哪种病原体。细菌性肺炎开始所选择的抗生素一般包括大环内酯类抗生素、强力霉素或对于治疗肺炎有很好疗效的氟喹诺酮(如左氟沙星、格雷沙星、曲伐沙星)。

急性支气管炎是否用抗生素治疗长久以来都是个广泛争议的问题。大多数人认为要是没有慢性疾病不要用抗生素治疗支气管炎。而又有一些研究表明，用抗生素治疗支气管炎的病程会缩短。一项研究表明有 63% 的家庭医生把抗生素作为治疗急性支气管炎的第一选择。

www.med126.com
有的家庭医生经不住病人的要求而给他们用抗生素，这也是医生为什么用抗生素治疗这种自限性呼吸道疾病的常见的原因。如果把病人的满意度作为评价医生工作的一个参数，那么医生在接诊病人时所花费的时间的长短将是一个影响这种评价的很重要的因素。事实上，医生在接诊病人时花费时间的长短对病人满意度的影响，比医生是否给病人用抗生素的影响更大。实际情况是，医生在接诊感冒病人时往往花费很短的时间，这不可能让病人感到满意。虽然看起来医生没有必要在患这种小病的病人身上花费太多的时间，但这可以减少不必要的抗生素的应用，可以减少病人因一些常见的呼吸道症状到医生办公室就诊的次数，在按人头付费的卫生保健系统中，医生已经认识到避免不必要的就诊的重要性。解决这个问题的最好的办法或许就是让医生办公室里的其他成员对病人进行健康教育，这样既满足了病人和病人

家庭的要求，又能使医生有最大的工作效率。

讨论 8：持续性服务和协调性服务

对咳嗽和胸闷症状采取恰当的治疗措施能够改变病人的一些不良的行为和态度。如果排除了患严重疾病的可能性，对病人进行健康教育可以使病人正确认识所患的症状，对症状带来的痛苦的耐受性也能增加。另外，健康教育也能减轻病人不必要的担心和忧虑。因此，全科医生一定要能够清楚、连贯、简洁地向病人解释所患的症状和所采取的治疗措施。在电话里还必须能够对病人进行指导，必要时请病人到办公室来应诊。介绍感冒症状的简短的病人手册应让尽可能多的人阅读，充分发挥它的宣传作用。

急性咳嗽一般不需要请专家会诊，慢性咳嗽有时需要请精通于肺部疾病和过敏性疾病的专家会诊。在会诊前必须有一个详细的计划，明确的目的，还要同病人讨论会诊的问题，征得病人的同意。另外，还要同会诊专家对病人的病情进行详细的交流。会诊后全科医生要回答病人的问题，决定选专家推荐的哪一种诊疗方案。医生一定要鼓励病人通过各种途径表明他们的问题和忧虑。