

鑑別診斷 一網打盡

陳真光 呼吸系統科專科醫生

(本文 2020 年 7 月 21 日載於《信報財經新聞》A15)

哀莫大於死別生離。

筆者最近痛失一位摯友。大學畢業後他就一直留美發展，先天條件加上後天努力，成為傑出的建築家和企業家。早前他毅然戒掉 50 年的煙癮，因為從家庭醫生口中得知自己患有慢性阻塞性肺病，以致活動起來容易氣衰力竭；我等一群好友曾談及結伴到不丹旅行，他也表示體力不足，不能同行。

兩個多月前一個星期六，他感到胸悶惡化，睡眠不穩，翌日仍覺不適，於是致電家庭醫生，對方着他下周到診所看病。萬料不到半小時後，他竟在家中猝死！家人至親不勝悲慟；我和外子驟然失去這位數十年深交，亦傷感不已。

痛失摯友的反思

鑑於病發突然，加上胸悶的徵狀，醫學上可識別為典型的心肌梗塞，因冠狀動脈血管出現硬化和部分阻塞，血流緩慢導致血塊迅即形成，整條血管無法通血，受血管供養的心肌就會因急性缺氧而壞死。若這情況發生在冠心血管的樞紐位置，完全阻塞會使心肌大大缺氧，以致病人一下子進入心臟亂跳的狀態，心功能瞬間停頓，在非醫療環境中隨即喪命。若有旁人懂得心肺復甦法的話，或有望在病人送抵醫院前爭取一線生機。

1980 年代，筆者在美國芝加哥大學畢業後，到華盛頓大學醫院當實習醫生，期間曾在心臟深切治療部（CCU）工作一段時間，那裏氣氛非常嚴肅，醫護態度莊重認真。CCU 內有一明文規定，每當急症室通知 CCU 有急症心臟病患者時，我們實習醫生隨身必備「孖寶」，馬上趕往急症室護送病人到 CCU。所謂「孖寶」，就是「心臟監護儀」和「除顫器」。須知病人出現心肌梗塞病徵後的 24 小時內，存在心臟亂跳甚至心室顫動的高風險，心臟監護儀的作用正在於監察病人的心律，而除顫器則是心室顫動的最直接治療方案。

當年在 CCU 工作須隔日值班，每更從早上 8 時直至翌日中午，連續 28 小時留守醫院，回家休息 20 小時後，又再 28 小時值班，整個月如是。一天晚上，趁 CCU 中病人都已安靜下來，我累極之下在休息室少歇，突然因有病人情況轉差，護士進來叫喚，一時不察自己身在何方，但畢竟已開始適應緊急工作要求，幾秒之內完全清醒過來，立刻料理病人。回想起來，實習時期備受艱苦考驗而練就臨危不亂的功夫，對日後治理危急病人大有幫助。

有一次我到急症室接收一名心肌梗塞的病人，在陪同戴着氧氣鼻管和心臟監察儀的病人往 CCU 途中，在升降機內其心律突變成心室顫動，不省人事之餘更脈搏全無！升降機內空間有限，另一寶（除顫器）苦無用武之地。情急智生，我右手握拳，朝着病人胸部打下去；重力震盪使其心律恢復正常、脈象重現，隨即甦醒，爭取到彌足珍貴的 5 分鐘，到達 CCU 後轉到床上那刻，病人的心律再次變為心室顫動，須用除顫器兩次，並即注射抗心律不規則藥物，才得以保命，後來平安出院。

那是 1983 年的事。隨着科技進步，現今的心臟科醫生往往在冠狀動脈性心臟病（冠心病）尚未達最危急地步時，已會為病人考慮進行冠狀動脈介入治療手術（俗稱「通波仔」），以保障血流暢通，不損心

臟機能。若病況未至需通波仔的程度，醫生就會考慮開薄血藥和降脂藥，以防急性血塊的形成和心肌梗塞的險象。

抽絲剝繭的妙法

筆者摯友溘然而逝，又是什麼一回事呢？這裏不妨先還原基本步，談一下「鑑別診斷」(differential diagnosis，簡稱 DDx)。這種診斷的基本原則有賴觀察和追蹤記錄，將病因從多項選擇中辨識出來，本質上是逐一排除的過程；換言之，將其他選擇的可能性減到可以不理的程度，以便診斷特定的疾病，和剔除可能即時致命的病因。使用的證據包括症狀、家族病歷、醫學知識和必要的檢查。

在筆者念醫科的日子，老師總會追問學生：「基於從檢查病人所得的資料，你的 DDx 是什麼？」有此一問無非希望學生把這個診斷方法牢記於心，成為日後行醫的「定海神針」！DDx 有助醫者思考所有足以引致病徵的起因，以資佐證，避免忽略任何關鍵因素而遽下結論。隨着收集有關病情的資料愈來愈多，醫者的 DDx 就能進一步聚焦。

曾經享有全球最多觀眾的美劇《醫神》(House)，故事圍繞名醫豪斯在教學醫院中處理各式各樣奇難雜症，他和其帶領下的診斷小組在過程中大膽假設，小心求證，有如醫學界的福爾摩斯，而他所仗賴的也正是 DDx。這種診斷方法好比將病徵看成一朵花，每片花瓣都隱藏着病因，逐一撕下，才能找到花蕾(真正病因)。

在診斷之初，不應輕易排除任何因由，宜抱着「寧可信其有，不可信其無」的客觀態度，剔除病因須有充分證據。例如病人胸痛不一定是心絞痛，因胸痛與病者的體力活動無關；若 X 光片並無顯示任何氣胸跡象，則此顧慮亦可排除。這樣把所有可能病因從 DDx 列表中一一刪除，有條不紊地拆解，才不會因過早定論而斷錯症。筆者傳承昔日在

醫學院從嚴師所學，在本地大學任教的課程中，同樣着重訓練學生相關的醫學邏輯思維。

筆者摯友長期的吸煙習慣，已令他的身體在不知不覺的情況下飽受摧殘，從醫學角度而言屬高危一族。所謂的高危實不限於呼吸系統上可能出現的慢性阻塞性肺病和肺癌，還包括足以引致冠心病的四大高風險（吸煙、高血糖、高血壓、高血脂）。半個世紀煙不離手的他，可以說患上一定程度血管硬化，只是未能肯定硬化是否足以令冠心動脈收窄到七成或以上，由此限制血流帶氧氣到心肌，再演變成心絞痛的病變。

觀乎他活動時易於氣速，又有胸悶徵狀，那麼 DDx 就不應只聚焦於呼吸系統，而忽略足以致命的冠心病。正因為如此高危，DDx 必須包括冠心病，並且及時做足所有診斷檢查，證明是否有必要將治療行動升級。摯友的家庭醫生若能注意及此，或可改寫他急病暴斃的結局。

救人一命的癥結

筆者也有一位 70 多歲、患有長期吸煙所致慢性阻塞性肺病的病人，跟進他的病情已超過 5 年。他一直服用舒暢氣管的藥物，期間活動自如，不需隨身戴氧氣，但偶有肺炎，需抗生素清理。及後病人改延中醫診治，兩年都沒有消息。某日黃昏，他因突然昏迷被送往公立醫院，急症室醫生的臨床評估為腦幹中風，定之為不治之症。家人痛哭之餘，仍打電話通知筆者前往一看。

匆忙趕到醫院，只見病人陷於不省人事，其家人至親不知所措。不過既然病房醫生斬釘截鐵有此決定，筆者自覺幫不上忙，便告辭而去，但在地鐵站月台卻受剛才噩耗影響，上了反方向列車；後改乘回頭車經過公立醫院一站，也許是與此病人有緣，筆者突然心血來潮下車，

趕回醫院和其家人商量轉往私家醫院，對方有感事已至此，欣然接受建議。

轉院之後，就先針對病人昏迷的徵狀，箇中原因固然可以是腦幹中風，但其實亦有另外一籃子成因。按照上述 DDx 方法將所有可能病因臚列，然後逐一檢查篩選，其中可以包括無法挽救的急病（即公立醫院診斷的腦幹中風），也可包括有藥（和科技）可醫的急病，如血液電解質失衡或肺內廢氣（即二氧化碳）積聚過度，甚或藥物中毒等。

經過一番檢查測試後，病人經腦部磁力共振檢查並無發現中風跡象，但他血二氧化碳含量卻比正常水平高出一倍，令他昏迷不醒。血液中廢氣水平那麼高，表示病人因慢阻肺病發作而形成呼吸急性衰竭。筆者與其家人商討後，立刻為他插喉和接駁人工呼吸機。經過一兩天，血內二氧化碳含量終由高位回落到正常，病人漸漸恢復知覺。隨着一個月的悉心料理，病人便戴着夜間無創呼吸機出院，好好活了兩年，方才因肺癌離世。從這一病例可見，DDx 的分析方法有助掌握真正病因，再對症下藥，令病人得救。

引以為戒的病根

兩年前，一名 96 歲患有血壓高的女士，在公立醫院留院兩星期，醫生認為她患肺炎，因為 X 光片顯示一邊肺一片白色，服用抗生素兩星期後，病情並無好轉。醫生通知家人情況不妙，病人已時日無多，不如舒舒服服讓她離世。兩名女兒不能接受，要求轉院；由筆者在私家醫院進行治療。肺白相關的 DDx 其實範圍很廣，不限於肺炎，可能是肺積水、肺膜積水、肺癌等。

基於為病人「多行一里」（walk the extra mile）的原則，筆者於是安排用電腦掃描檢查病人肺部，證實白影其實並非肺炎，而是肺膜積水。隨後用超聲波檢查肺膜，引流了兩三公升液體，更發現病因不在

肺部，而是心臟功能衰退。肺膜內積液引流出來後，她的病情顯著好轉，住院 10 天便能返家，兩年後的今天依舊安然無恙。

事實擺在眼前，醫者絕不能故步自封，處理每一病情，務必通過開闊的眼界和演繹推理，有系統地列出所有可能病症，再仔細推敲，把 DDx 上的選項逐一排除，從而作出明智精準的診斷。DDx 可說是我們醫者「多行一里」的內置保險機制。

歸根究柢，雖然肺病成因不止一種，但若論罪魁禍首，無疑是殺人於無形的吸煙惡習，不單對身體造成表面傷害，遺禍更非同小可，足可引起種種長期病患和癌症，患者可因急性呼吸衰竭或心肌梗塞等急病而喪失寶貴生命。筆者一向積極呼籲（包括在本報撰文【註】）市民大眾必須擦亮眼睛，千萬要向一切煙草產品說「不」！

註：

〈香港人不要被煙草業一而再三的欺騙〉，陳真光，《信報》，2019 年 5 月 22 日