

臨床決策與鑑別診斷

國軍左營總醫院
急診醫學科 主治醫師
蔡秉昆

臨床決策概論：醫療場域的決策差異

- 急診：時間壓力、資訊不足（敗血症）

- 內科病房：慢性病、多重共病（FUO、血液腫瘤）

- 外科病房：術後狀況影響判斷（術後感染、肺部併發症）

鑑別診斷原則

- Vascular（血管）：敗血症、DIC、肺栓塞

- Infection（感染）：細菌、病毒、真菌、寄生蟲

- Neoplasm（腫瘤）：血液腫瘤、淋巴瘤

- Drugs（藥物）：藥物熱、抗生素過敏反應

- Inflammatory（免疫）：SLE、Still's disease

- Trauma（外傷）：術後發燒、創傷後發燒

- Endocrine（內分泌）：甲狀腺風暴、嗜鉻細胞瘤

時間軸 分析發燒 病因

- 短期發燒（< 1 週）：
急性感染、藥物反應

- 中期發燒（1-4 週）：
免疫性疾病、敗血症

- 長期發燒（> 4 週）：
結核病、血液腫瘤

決策錯誤 與認知偏誤

- 錨定偏誤（Anchoring Bias）：先人為主影響診斷（如只考慮 COVID-19，忽略敗血症）

- 確證偏誤（Confirmation Bias）：只尋找支持初步診斷的證據（如認定為病毒感染，忽視細菌感染）

- 過度簡化（Simplification Bias）：忽略非典型表現（如年輕人敗血症無發燒但有低體溫）

發燒未明 (FUO) 診 斷與處理

- 診斷標準：體溫 $> 38.3^{\circ}\text{C}$ ，病程 > 3 週，住院後仍未找到病因

- 常見病因：感染性（30-40%）、惡性腫瘤（20-30%）、免疫疾病（10-20%）

- 診斷流程：基本評估（血液、尿液檢測），進階檢查（影像、免疫學）

敗血症與敗血性休克

- 診斷標準（Sepsis-3）
：感染 + $qSOFA \geq 2$

- 處置策略（Sepsis Bundle）：第一小時內
抗生素、輸液、升壓藥

- 動態指標監測（血乳酸、CVP、ScvO₂）

甲狀腺風暴 (Thyroid Storm)

- 診斷標準 (Burch-Wartofsky Score > 45 分)

- 臨床表現：高燒、心跳 > 140 bpm、躁動、低血壓

- 治療策略：PTU 600 mg、Propranolol 1mg IV、Dexamethasone 4mg IV

術後發燒 (Postoperative Fever) 與 5W 原則

- Wind (肺炎) – 術後 1-2 天

- Water (尿路感染) – 術後
3-5 天

- Wound (傷口感染) – 術後
5-7 天

- Walking (DVT, PE) – 術後
5-7 天

- Wonder Drugs (藥物熱) –
任何時間

結論與未來展望

- 快速決策 VS 精確診斷

- 常見臨床挑戰：敗血症診斷延遲、發燒未明困難

- 未來發展趨勢：AI 輔助診斷、精準醫學、基因檢測