

# 漫漫 从医路

——知名专家从医60年  
经验、感悟与思考

曾昭耆 著



人民卫生出版社

# 漫漫从医路

——知名专家从医60年经验、感悟与思考

曾昭耆 著

人民卫生出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

漫漫从医路——知名专家从医60年经验、感悟与思考 /  
曾昭耆著. —北京: 人民卫生出版社, 2008. 6

ISBN 978-7-117-10118-9

I. 漫… II. 曾… III. 临床医学—经验—中国  
IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第051992号

## 漫漫从医路

——知名专家从医60年经验、感悟与思考

著 者: 曾昭耆

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 705 × 1000 1/16 印张: 17.25

字 数: 265千字

版 次: 2008年6月第1版 2008年6月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10118-9/R · 10119

定 价: 26.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



# 漫漫从医路

——知名专家从医60年经验、感悟与思考

一年多前，曾昭耆医师谈到他打算在1995年出版的《做一个好医生》基础上撰写新著的构思和内容。其后又陆续看了他新写的稿件。我认为，他对新一代医师成长的那种殷切期望很可贵。

医师是一个平凡的岗位，又是一种神圣的职业。医师面对的是各种各样的病人，他肩负的是人命关天的重任。因此，医师需要有高超的技术，更需要有一颗以救死扶伤为己任，全心全意为人民服务的赤子之心。

医师的成材之路比其他专业人才要漫长。“干到老，学到老”这句话对医师来说再确切不过。

医师的成材包括业务技术和道德修养的成材。这两方面，除了个人的刻苦努力之外，都需要他的医学前辈、同事，甚至他的病人来帮助和指引。过去，我们医学界的前辈，在帮助青年医师成长方面付出了辛勤劳动。我认为，时值世纪之交的今天，更需要我们医学界的专家、教授伸出热情之手，扶助青年医师更上一层楼。

曾昭耆医师从事临床工作已多年，有着丰富的临床经验和社会阅历，是一位受人尊敬的知名专家。他对自己的成材经历有深刻的体会。他不图名利，不辞辛苦，愿意将自己的经验和教训留给后来者，这种精神值得肯定。

这本书是他从医多年的经验总结。书中不讲什么大道理，更没

有说教，所提出的都是一些基本的问题。但他的一些建议又是作为医师必须具备的标准，而且是每一位立志从医者通过努力都可以做到的。书中提到的有些经验和心得，在一般专业书中不易找到。这确实是一本值得专科和全科医师以及其他医务工作者一读的论著。

新时代需要一大批新型医务人才，这是人民的期望，时代的呼唤。

我很高兴为此书作序，并愿无保留地向广大医学界的同道们推荐此书，殷切期望我国有更多医德高尚、业务精深的良医成长起来。

邓家栋

1999年10月

## 本

书主要素材来自笔者若干年对年轻医师们进行继续教育的讲话内容。从主观愿望说,是想把自己学医以来从前辈医学专家们那里受到教益的精髓、本人50多年从事医疗保健工作的经验体会和带教下级医师和研究生的心得,通过一些实际事例表达出来,希望读者能进一步认识医学科学的博大精深,认识临床医疗和保健工作的重要性、复杂性、艰巨性和风险性。希望能够为医师的全面成才从正面和反面提出一些借鉴。

本书中的一小部分内容曾以《做一个好医生》为名,于1995年由人民卫生出版社出版。经先后几次印刷,总印数已达数万册。

1996年春,《科技日报》编辑部在偶然发现该书后,认为其内容对各领域的科技人员都能有所启示,决定以《行医随笔》的栏目全文连载。接着,刚创刊的《中国卫生人才》杂志和《中国医师杂志》也先后开始连载该书。首都医科大学选用此书作为培训全科医师的教材。不少地方和军队的医院也将它作为对医师进行继续教育的参考读物。

近十几年,我曾应邀在北京和外地一些医院的培训及学术会议上,围绕该书涉及的那些主题作过几十次讲演。根据不同情况,讲话内容不尽相同,之后提问和讨论的范围更是十分广泛。其中涉及了不少当初在书中叙述不充分甚至未能提到的问题,决定将有关内容补充进去。

2000年,笔者除对原有题目做了一些修改,还增加了10个题目。

主要涉及以下几个方面：第一，兼顾了社区全科医生。第二，考虑到中年医师的提高。第三，根据一些新情况提出的新问题。

医学前辈邓家栋教授曾仔细批阅了《做一个好医生》全部书稿，1999年，在94岁高龄时又亲自阅读了新增加的内容，并给予了首肯。

此次为人民卫生出版社重出本书，再次进行了全面的增修。重新写了《临床思维概述》、《怎样做社区全科医生》以及《大医精诚》的译文，并新增加了《个体差异性的人文特点》、《“渐进达标”的治疗策略》和《从临床的视角看“裂痕”》三个题目。编排次序基本未变，仍大体上从对临床医学的基本认识开始，谈年轻医生在工作学习提高过程中应该注意的一些事项，最后提出几个前瞻性的宏观问题。

将书名改为《漫漫从医路》是为了体现医生成材之路的漫长和艰辛。

令人遗憾的是，尊敬的邓家栋教授已经去世，不可能对此次新增加的书稿内容再给予审阅了！

关注医生更好地全方位成材，是一项十分严肃的任务。面对这样重大的课题，笔者深感个人力量微薄，见识肤浅。竭诚希望医药卫生界有识之士共同参与讨论，并对本书中不足和谬误之处提出批评指教。

曾昭耆

2008年3月于卫生部北京医院



|             |                         |    |
|-------------|-------------------------|----|
| <b>第一讲</b>  | 医生的“成材周期” .....         | 1  |
| <b>第二讲</b>  | 医生的知识结构 .....           | 8  |
| <b>第三讲</b>  | 医生的职业道德 .....           | 17 |
|             | 附录一 希波克拉底誓言 .....       | 25 |
|             | 附录二 孙思邈：《大医精诚》及译文 ..... | 26 |
| <b>第四讲</b>  | 治疗疾病与治疗病人 .....         | 30 |
| <b>第五讲</b>  | 医生和病人的关系 .....          | 39 |
| <b>第六讲</b>  | 医生需要有颗“平常心” .....       | 47 |
| <b>第七讲</b>  | 医生的仪表和风度 .....          | 55 |
| <b>第八讲</b>  | 重视病史采集和病历书写 .....       | 61 |
| <b>第九讲</b>  | 个体差异性的人文特点 .....        | 69 |
|             | 一、影响好发疾病种类 .....        | 69 |
|             | 二、影响疾病临床表现 .....        | 70 |
|             | 三、影响诊断治疗措施的安排 .....     | 71 |
|             | 四、影响治疗方式的选取 .....       | 71 |
|             | 五、影响遵守医嘱的程度 .....       | 72 |
|             | 六、增加追随访视的难度 .....       | 73 |
| <b>第十讲</b>  | 医生下笔千斤重 .....           | 77 |
| <b>第十一讲</b> | 谁是你的好老师 .....           | 81 |
| <b>第十二讲</b> | 要尊重护士 .....             | 85 |
| <b>第十三讲</b> | 充分利用图书馆和病案室 .....       | 91 |
| <b>第十四讲</b> | 勤跑医技科室 .....            | 96 |



|              |                   |     |
|--------------|-------------------|-----|
| <b>第十五讲</b>  | 诊疗工作无小事.....      | 101 |
| <b>第十六讲</b>  | 临床如“临战”.....      | 107 |
| <b>第十七讲</b>  | 临床思维概述.....       | 114 |
|              | 一、多掌握一般性知识.....   | 115 |
|              | 二、扎实的基础医学知识.....  | 116 |
|              | 三、提高收集病史的技巧.....  | 117 |
|              | 四、目的明确的认真查体.....  | 118 |
|              | 五、合理解释各种医技检查..... | 120 |
|              | 六、综合分析各种检查所见..... | 122 |
|              | 七、医技科室的临床意识.....  | 124 |
|              | 八、远程会诊中的临床思维..... | 124 |
|              | 九、治疗过程中的临床思维..... | 125 |
| <b>第十八讲</b>  | 防止思维的“程式化”.....   | 129 |
| <b>第十九讲</b>  | 要热心做解释工作.....     | 136 |
| <b>第二十讲</b>  | 为什么无效药也治病.....    | 143 |
| <b>第二十一讲</b> | 关于临床教学.....       | 149 |
| <b>第二十二讲</b> | 积极参加学术活动.....     | 157 |
| <b>第二十三讲</b> | 利用好进修机会.....      | 161 |
| <b>第二十四讲</b> | 怎样做社区全科医生.....    | 166 |
| <b>第二十五讲</b> | 医疗工作要算经济账.....    | 177 |
| <b>第二十六讲</b> | 医学的现况和特点.....     | 184 |
| <b>第二十七讲</b> | 向专家学什么.....       | 192 |
| <b>第二十八讲</b> | 学习做科研工作和写论文.....  | 198 |

|              |                         |     |
|--------------|-------------------------|-----|
| <b>第二十九讲</b> | 及早动手学好外语 .....          | 203 |
| <b>第三十讲</b>  | 在“普”的基础上“专” .....       | 206 |
| <b>第三十一讲</b> | 动员尸解的意义和技巧 .....        | 213 |
| <b>第三十二讲</b> | 警惕医院现代化的负效应 .....       | 218 |
| <b>第三十三讲</b> | “渐进达标”的治疗策略 .....       | 225 |
| <b>第三十四讲</b> | 医源性疾病 .....             | 232 |
|              | 一、医源性疾病的定义和概念 .....     | 232 |
|              | 二、医源性疾病的 历史回顾 .....     | 233 |
|              | 三、医源性 疾病不因医学发展而消除 ..... | 235 |
|              | 四、医源性 疾病发生的环节 .....     | 236 |
|              | 五、临床前原因所致医源性 疾病 .....   | 237 |
|              | 六、临床常见的医源性 疾病举例 .....   | 238 |
|              | 七、精神心理因素所致医源性 疾病 .....  | 249 |
|              | 八、医源性 疾病的时代特点 .....     | 251 |
|              | 九、结束语 .....             | 254 |
| <b>第三十五讲</b> | 从临床的视角看“裂痕” .....       | 255 |
|              | 一、“裂痕”是医学科学发展的结果 .....  | 255 |
|              | 二、预防为主的方针被削弱 .....      | 256 |
|              | 三、对我国医院现代化的认识 .....     | 257 |
|              | 四、预防是最大的社会效益 .....      | 258 |
|              | 五、发展社区全科医疗 保健的重要性 ..... | 259 |
|              | 六、结束语 .....             | 260 |
| <b>第三十六讲</b> | 学医无止境 .....             | 261 |

## 第一讲

## 医生的“成材周期”



关于“成材周期”这个词，得先介绍一下它的来历。

20世纪50年代中期，著名的语言学家罗常培先生住进了病房。他戴着一块老式的自动手表。每天早上，我问他睡得好不好时，他都先看一下手表才回答，并风趣地解释说：“如果表停了，就证明睡得很好”。

也许是出于对我这个年轻医生的关心，有一天，他谈起了从事不同职业者的“黄金时代”问题。他说：不同职业的成材周期有很大的差别。比如，运动员、杂技演员都是从小开始训练，但黄金时代较短，三十来岁就被认为是老资格了。而医生却完全相反，三十多岁的医生在病人心目中还显得有点“嫩”。他还说：画家、作家、历史学家和考古学家等也是这样，成材周期都很长，他们的黄金时代往往都在后半生。

那席话给我留下了很深的印象，以致我后来也常对年轻医生们说到，医生的成材周期较长，希望他们看到这个特点。

当年老先生是口头说的，没有说明是“成才”还是“成材”，但我一直以为那是个林学的专业名词。因为，不同树木的生长速度不一样，从一粒树种或一棵幼苗长成可用之材，经历的年头差别很大，这就是它们不同的“成材周期”。

后来我曾同一位林学家谈到过此事，但据他说并没有这个专业名词。他猜想，那位语言学家也许是作为一种比喻说的。不过，我认为，即使是比喻，也很形象和生动。

我查过《新华字典》，“人才”和“人材”可以通用。但我理解，似乎“人才”侧重于天赋，而“人材”则强调培养、造就。因此，把“成材周期”用于人，似乎也说得过去。

科技领域的不同专业人员有着不同的“成材周期”。一般讲，需要积累经验的专业，“成材周期”可能比纯理论的专业要长些，因为积累经验需要更多的时间、条件和机遇，需要不断地积少成多。医学专业就是如此。

我想起已故著名数学家华罗庚教授的一段话。有一天我去他家商量接待一位外国友人的事，他刚参加完一个年轻博士生的毕业论文答辩回来。他告诉我，他在答辩会结束前对博士生讲了几句话。他说：“你是博士，我也是博士，但你现在还只能说是在这个专题达到了博士水平，所以还只能算是个‘专士’”。我理解华教授讲这话的用意，是提醒年轻人不要陶醉于既得的成就，是为了鞭策他们继续奋进。同样，在医学领域里也是如此。一个年轻人可以在不太长的时间里读完研究生课程，在此期间提高了外语水平，掌握了基础理论和科研方法，但他毕竟只能参与有限的科研课题，得到的知识仍是很局限的。

一个人花3~5年工夫可以读完医学硕士、博士，但却很难在同样长的时间里使自己成为一个业务上过硬的医生。我曾听一些前辈科学家们议论说，一个大学理工科毕业生，通过实际工作的锻炼，大约5年可以基本上掌握本专业的技术，而一个医科毕业生想达到相应的水平，却平均需要10年，而且这10年还一点也不能放松自己。问题就在于，医学，特别是临床医学需要更多的经验积累。尽管每个医学生在校都系统地学过基础医学理论和临床课程，但要把书本上的理论变为自己真正掌握的知识，还必须有一个亲自实践的过程。

临床医学的对象是活着的患病的人。不同的个体间存在着很大的差异性，同一种疾病可以有很多不同的表现，因而应采用不同的治法，治疗的效果和预后也可能大不相同。所以，临床医学专著很少使用绝对的、百分之百肯定的语言，而经常使用“大多数”、“基本上”、“可能……也可



能……”、“除个别之外”、“也许”、“通常”等比较含糊的词语，因为只有这样的描述，才能真正比较全面地反映出各种疾病的实际情况。我的一位老师就曾说过：“在临床医学上， $2+2$ 不一定等于4，有时可能等于3或5，有时还可以等于0”。有的学生不理解这种“模糊概念”，认为老师对一些概念或结论说得不明确，意思含混，甚至有点模棱两可。其实，正因为客观情况的复杂多变，有时只有用这类语汇才能科学地概括事物的各种可能性。比如，讲到细菌性痢疾，简单地说有“腹痛、腹泻、脓血便，伴里急后重”似乎并没有错，因为它概括了细菌性痢疾的典型表现。但如果你曾碰到过至死连一次稀便也没有过的中毒性痢疾患者，就会在对痢疾患者的临床表现进行一般性描述前，先加上“一般来说”、“大多数患者”等，以此来涵盖实际上可能出现的各种例外情况。

许多临床医学知识，尽管书本上都写着，课堂上也学过，但在真正碰到那种病例后仍旧不认识的情况并不罕见。关键在于，在课堂上讲述某种疾病时，通常的顺序是，病名、病因、病理解剖及病理生理，然后才是该病的临床表现；而医生在临床工作中则首先接触的是病人的主诉、病史、查体所见、辅助检查结果，最后才是诊断（病名）。前者就好比先介绍一个人的姓名、性别、年龄等基本情况，再介绍有关其人的经历，给人的印象具体而明确；而后者却是先叙述一个人的外貌、简历、行为、表现，让人去“猜”那是谁一样，需要改变思维方式和更多本领。

举个例子，有一位中年男性突发持续性剧烈胸痛，到某医院急诊。医生自然想到很可能是急性心肌梗死，但做了心电图，结果正常，于是给点药放走了患者。病人症状不缓解，又到我们北京医院就诊。急诊医生再给他做心电图，结果仍正常，遂留下观察处理，但症状仍不见缓解。我院赵夷年主任医师是一位多年从事肿瘤诊治研究的老专家。他偶然看到了这位患者，认为很可能患的是主动脉夹层动脉瘤。正巧医院的核磁共振在试机，当即得到确诊，并予以正确处理，取得很好的疗效。其后，在全科大查房讨论这个病例时，有位年轻医生请教赵夷年主任“是怎么想到是这种病的？”另一位老医生笑着说：“这就叫功底”。

试问，什么是“功底”？功底和基础医学知识当然有密切的关系，基础理论只有用大量的感性知识充实起来之后，才能具有丰富生动的活力。

在这个病例里，赵夷年主任的“功底”，其实就是因为他以往曾亲自见到过这类病人，所以才能及时联系起来。

令人高兴的是，通过那次讨论，一些年轻医生增长了见识，后来遇到类似情况，他们自己也及时诊断出了这种病例。

由此可见，医生必须亲自见过相当多的病例才能真正掌握他所学到的理论知识，而实际经验的增长又取决于许多因素。主观上取决于自己是否能深入实际，勤奋学习，是否掌握了一套良好的学习方法；客观上则取决于所在医院的设备条件、病例来源、学术气氛、上级医生水平和他们对年轻医生能否严格要求等。如果没有实践机会，对书本上的知识就很难有深刻的理解。

从经验积累的角度看，可使人易于了解医生“成材周期”较长的原因。但是否可以说医生只要有丰富的经验就够了，或者退一步说，经验是培养临床医生最根本的需要呢？我想，那种想法也是片面的。

几十年来，医学院校采用过各种不同的“学制”，在学习年限和课程设置上差别相当大。在学习年限上，从一两年到七八年都有。在课程设置上，主要的差别在于基础理论方面，学制短的基础理论学得很少；临床课程从科目上看似乎相差不多，但实际上讲授的病种多少不一，深度也有很大差异。学制短的，涉及的病种较少，且主要讲临床诊断治疗等具体问题，较少涉及病理、病理生理等有关理论，而且诊断治疗也仅限于一些常用的方法。

这类问题，目前已明显改观。高等医学院校的学制已经比较正规化，甚至有了全国统一的教材。教材统一的主流应该说是好的，但实际上，教学质量主要取决于教师的水平。同样的教材，优秀的老师可能讲得深入浅出，具体生动，让学生留下深刻的印象。水平一般的老师可能只会照本宣科，显得有些枯燥无味。由于这种差异，即使教材相同，不同老师教出来的学生，质量也会不一样。

回想我们这一代人在校学习时，教授讲课似乎带有很大的“随意性”。他们在按照教学要求考虑学生知识需要的同时，有时也会从自己的特长和兴趣出发，增减讲授的内容。60多年前有位教授给我们讲血液学，他每周讲两学时，仅恶性贫血就讲了好几个月，而且内容讲得非常精彩，

但在结束课程时说：“我们中国，得天独厚，没有这种病。”有些学生当时就叹了一口气。

就我现在所知，中国并非绝对没有这种血液病，但确实比外国人少得多。如果按“疾病谱”讲，中国的医学生可不必花那么多苦功去学它。当然，应该体会，那位教授的用心是很好的。他那时的指导思想，可能是要让学生尽量多学些知识。比如，现在国际交往很多，我国的医生或医学生到国外进修或留学时，就应该了解和掌握一些当地较多见的疾病。我们在医院也见过一些来自国外的人，患了在我国较罕见的病，由于接诊医生经验少而耽误了病情。

一个令人惋惜的病例是，一位刚从非洲回国的驻外人员，因高烧昏迷住院。家属及单位同事都向医生说 he 很可能是恶性疟疾，主管医生也认为可能性极大，但总想在找到诊断根据后再开始治疗。多次查血涂片没有发现疟原虫，因而一直没给抗疟药。直到有一天突然查出大量疟原虫，立即开始给药，但终因病情恶化病人于当天死亡。后来请教热带病专家，才知道这是恶性疟疾常见的情况，应该在怀疑此病时尽早给药。

确诊后再治疗，一般讲是正确的，但在实际工作中则需要根据具体情况灵活掌握。如果把它看成一成不变的“教条”，坐失救治时机，就会导致重大损失。临床治疗是一种很复杂的工作，医生往往要经过长期的实践，才能深切领会一般原则与特殊处理的关系。

不同的学制和教学水平，决定了各个医生在初到实际临床时站在不同的起跑线上，在其后的提高过程中领悟和理解能力也往往不一样。比如，对一个大家都从未见过的病种，有的人曾经在课堂上系统学过，很容易联想起来，而另一些人却从未听说过，即使经人提示后仍难免觉得陌生；对一种新的诊断治疗手段，有扎实的物理学、化学、生物学、数学等学科基础知识的人很容易掌握，而这些基础知识较差的人接受起来就很困难。再加上外语水平和资料检索等能力上存在的差距，也会影响自学提高的效果，结果就会出现现在同一医院、同一年资的医生中实际水平参差不齐的现象。

当然也不能简单地认为学制短的医学生都不能成为高水平的医生。实际上在我们身边就有一些高水平的知名专家，他们当初学习时的学制并不长，但他们都是经过自己的加倍努力，特别是在掌握基础知识上下了苦功的。



通常，研究生的基础培训较好，又得到导师的个别指导，从而获得了更多的“势能”（势能是一个力学名词。比如：水库中的水就具有一种势能。这里的水，看来与别处的水没有区别，但因它所在地势高，只要流出来，推动水力发电机，就可转化为能量）。这些人，虽然在研读期中占用了一些时间，初到临床时有可能在实际工作上暂时比同年资医生差，但那些基础培训将会转化为一种“势能”，也就是人们常说的“后劲”，使他们当中不少人提高较快，有的人甚至很快会超过其他医生的水平。

近几年，我也发现有少数不尽如人意的研究生。他们中一部分人是所选课题较偏窄，离实际工作较远；也有部分人因是研究生而自以为高人一等。在临床工作中不愿踏踏实实地为病人服务，做好医生的本职工作；在实验室也不愿意亲自动手，甚至宁可出钱让实验员“代劳”，以便坐享现成数据。像这样的研究生即使仍能通过论文答辩，勉强过关，但从业前景却是令人担忧的。因为，他既没抓紧临床实践机会，又没有在科研中学到真功夫，实际上也已没有什么“优势”可言。研究生如果念成这样，是非常可惜的。

我在此顺便谈到这些，是希望年轻医生们以此为戒，及早注意。

扎实的基础知识和丰富的实际经验，是医生成才缺一不可的两个支柱。

“成才周期”的终点远非医生个人成就的“顶峰”，它只能表明达到了医生应该具有的一般水平：应该能够基本独立工作；能够通过查阅文献大致掌握本专业的当前国际水平和动向；能够结合实际总结经验，开展一些科研工作，撰写论文；能够不断提高自己和培养下级医生。当然，中青年医生在许多情况下仍离不开上级医师和前辈专家的指导。

通常，医学院校对录取考生的分数要求较高，而且设定了较长的学习年限。毕业后再加上一个相对长的“成才周期”，所以通常40岁左右的医生也不敢说自己已有了多高的水平，这就难怪一般人都会认为“医生越老越值钱”，有病总想找老医生看看心里才感到踏实些。可见，医院若是拥有一批老专家的确是具备了一个重大的优势。

我们不应该不加分析地单纯把医生的年龄看成一种“优势”。在大多数情况下，医生的知识和经验积累会随着年龄而增长，但前提是他要有较



好的基础，能够在长期实践过程中不断提高自己，更新知识，才可能使医疗水平始终保持一定的高度，并尽可能使自己的“黄金时代”有所延伸。但是，衰老是不可抗拒的客观规律，随着年龄增加，医生也必然会有体力减退、健康欠佳，甚至囿于自己经验的局限，产生某些保守倾向等情况。明智之举是要从多方面采取措施、善于扬长避短，发挥老医生的优势。年轻医生应该从内心尊重老医生，虚心向他们学习。有的医院把一些有真才实学和经验丰富的老医生聘为顾问，使他们在指导临床、科研和教学各方面继续发挥作用，对保持并提高本院整体诊疗水平和培养年轻医师成材，都有重要价值。

对刚从医学院校毕业走上临床工作岗位的年轻医生来说，及早认识到“成材周期”较长这一点是很重要的，有利于对自己今后的职业前景和任务有一个概括的了解和充分的思想准备。总的来说，要想成为一名合格的医生，急于求成不行，不争分夺秒更不行。

在这种时候，想想屈原那种“路漫漫其修远兮，吾将上下而求索”的执著追求和毛泽东“雄关漫道真如铁，而今迈步从头越”的豪迈气魄，应该可以给自己增添一种精神力量。