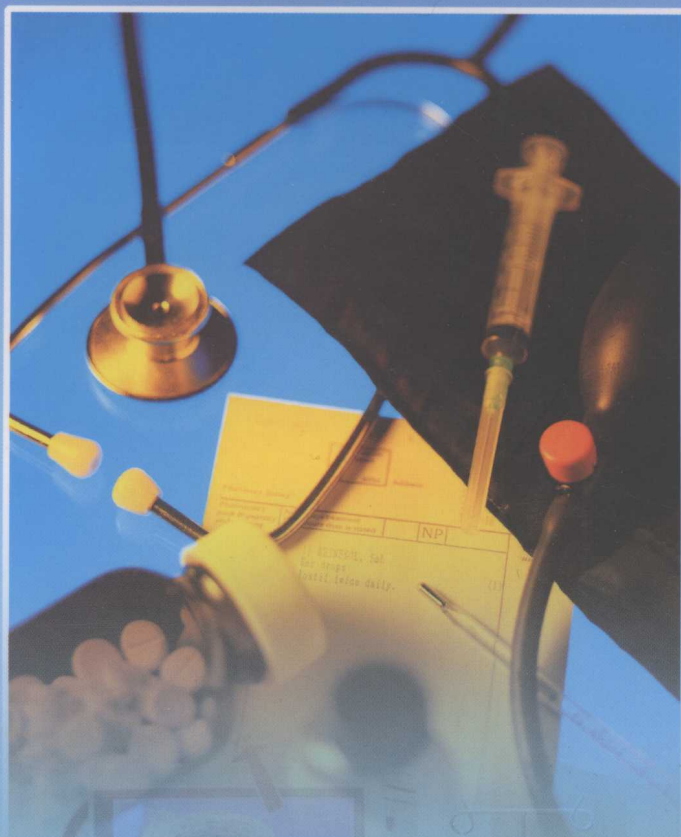


临床思维与误诊

姜 涌 孙永杰 主编



NEUPRESS
东北大学出版社

临床思维与误诊

主编 姜 涌 孙永杰

主审 何 娟

东北大学出版社

• 沈 阳 •

© 姜 涌 孙永杰 2005

图书在版编目 (CIP) 数据

临床思维与误诊 / 姜涌, 孙永杰主编. — 沈阳 : 东北大学出版社, 2005.5
ISBN 7-81102-135-8

I. 临… II. ①姜… ②孙… III. 误诊—研究 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 039633 号

出 版 者: 东北大学出版社

地址: 沈阳市和平区文化路 3 号巷 11 号

邮编: 110004

电话: 024—83687331 (市场部) 83680267 (社务室)

传真: 024—83680180 (市场部) 83680265 (社务室)

E-mail: neuph @ neupress.com

http: // www. neupress. com

印 刷 者: 东北大学印刷厂

发 行 者: 东北大学出版社

幅面尺寸: 184mm×260mm

印 张: 12.5

字 数: 328 千字

出版时间: 2005 年 4 月第 1 版

印刷时间: 2005 年 4 月第 1 次印刷

责任编辑: 刘振军 牛连功

封面设计: 唐敏智

责任校对: 明 丽

责任出版: 秦 力

定 价: 26.00 元

《临床思维与误诊》编辑委员会

主编 姜 涌 孙永杰

主审 何 娟

委员 何 娟 (中国医科大学附属第一医院内科)

姜 涌 (辽宁中医学院职业技术学院)

孙永杰 (辽宁中医学院职业技术学院)

富建华 (中国医科大学附属第二医院儿科)

于锦香 (中国医科大学附属第一医院内科)

祁 源 (沈阳市第四人民医院内科)

刘亚莉 (辽宁中医学院职业技术学院)

刘剑辉 (辽宁中医学院职业技术学院)

牛丽凤 (辽宁中医学院职业技术学院)

前 言

现代临床医师的培养，越来越重视在临床理论与实践教学的基础上，培养学生具有初步的临床思维能力。而误诊现象又是临床上普遍存在、急需解决的难题。为帮助医学生及年轻医师具备一定的临床思维能力，以及对误诊具有一定的辨别能力，本书从理论和实践两方面对造成误诊的多方面因素进行了较为全面的阐述，分别对容易发生误诊疾病的误诊率、误诊范围、误诊原因和减少误诊的措施进行了较为系统的讨论，并从中引导学生及年轻医师培养临床思维的能力。本书适用于临床各专业的教学工作，也适用于医学生及年轻医师自学。

由于编者能力及实践条件有限，编写中难免有认识不足、阐述肤浅之处，望广大读者见谅，并提出宝贵意见。

最后，向在本书编写和出版过程中给予帮助的各位专家及老师表示衷心的感谢。

编 者

2005 年 3 月

目 录

第一篇 总 论

第一章 概 述.....	1
第一节 误诊概念的提出.....	1
第二节 误诊的分类.....	2
第二章 误诊产生的原因.....	3
第一节 病人因素.....	3
第二节 医生因素.....	5
第三节 护理因素	10
第四节 临床因素	13
第五节 辅助检查因素	19
第六节 社会因素	30
第三章 误诊的不良影响及后果	34
第一节 判断误诊的相对标准	34
第二节 误诊率的计算	36
第三节 误诊造成的不良后果	37
第四节 对待误诊的态度	40

第二篇 临床思维与误诊

第四章 临床思维方法与误诊的关系	43
第一节 临床思维的特点	43
第二节 临床思维的一般过程	44
第三节 临床思维能力的培养	48
第五章 医生误诊的思维原因	51
第一节 固守局部	51

第二节	拘泥于现象	52
第三节	迷信仪器检测	53
第四节	一成不变	54
第五节	思维定势	55
第六节	主观臆断	56
第七节	满足于已知	56
第八节	习惯于经验	57
第六章	避免误诊的方法	59
第一节	观察明确	59
第二节	多方询问	59
第三节	追本溯源	60
第四节	亲识其症	61
第五节	治多知悉	61
第六节	勤于思考	62
 第三篇 各系统容易误诊的疾病 		
第七章	呼吸系统	64
第一节	休克型肺炎	64
第二节	肺栓塞	67
第三节	自发性气胸	70
第四节	原发性支气管肺癌	73
第八章	循环系统	79
第一节	慢性风湿性二尖瓣病	79
第二节	急性心肌梗塞	82
第三节	急性心包炎	86
第四节	扩张型心肌病	90
第九章	消化系统	93
第一节	老年性溃疡病	93
第二节	青年人胃癌	95
第三节	克隆氏病	98
第四节	回盲部恶性肿瘤	102
第五节	大肠癌	105
第六节	粘连性肠梗阻	109

第七节 原发性肝癌·····	111
第八节 胆石症·····	114
第九节 急性胰腺炎·····	117
第十章 泌尿系统疾病·····	121
第一节 尿毒症·····	121
第二节 尿路感染·····	124
第三节 尿路结石·····	128
第十一章 造血系统疾病·····	132
第一节 急性白血病·····	132
第二节 多发性骨髓瘤·····	135
第三节 过敏性紫癜·····	139
第十二章 内分泌系统容易误诊的疾病·····	143
第一节 甲状腺机能亢进症·····	143
第二节 甲状腺机能减退症·····	146
第三节 甲状腺癌·····	149
第十三章 神经系统容易误诊的疾病·····	153
第一节 小量脑出血·····	153
第二节 蛛网膜下腔出血·····	155
第三节 颅内转移瘤·····	157

第四篇 临床误诊病例分析

第十四章 呼吸系统典型误诊病例分析·····	161
第一节 结 核·····	161
第二节 肿 瘤·····	165
第三节 肺炎性假瘤·····	166
第四节 支气管纤维瘤·····	167
第五节 肺腺淋巴瘤·····	168
第六节 结节病·····	169
第十五章 循环系统和消化系统典型误诊病例分析·····	171
第一节 心肌缺血·····	171
第二节 急性阑尾炎·····	172

第十六章 泌尿系统典型误诊病例分析	174
第一节 急性肾小球肾炎.....	174
第二节 急进性肾炎.....	175
第三节 狼疮性肾炎.....	178
第四节 过敏性紫癜性肾炎.....	181
第十七章 血液系统典型误诊病例分析	184
第一节 缺铁性贫血.....	184
第二节 营养性巨幼红细胞性贫血.....	186
第三节 再生障碍性贫血.....	187
第四节 白血病.....	188

第一篇 总 论

第一章 概 述

第一节 误诊概念的提出

一、误诊的概念

所谓误诊，就是在临床工作中对疾病作出错误诊断或未能全面诊断的现象。误诊学是研究临床工作中错误诊断发生规律及其防范措施的一门学科。它是从诊断学的一个侧面，分析、研究在临床工作中发生误诊的各种可能的内、外在原因。

一门学科的形成是其自身发生、发展的必然结果，是符合客观规律的，因而误诊学的形成也是临床工作对其发展需求的必然趋势。误诊学应用于临床的主要目的是：指导临床工作，提高诊断的准确率，以保证人民群众的身体健康。

二、误诊和误诊研究的现状

（一）误诊的现状

误诊是临床上普遍存在的现象，可以说，有诊断，就有误诊发生的可能。它影响医疗质量，妨碍病人的健康，甚至可能危及生命，是临床上造成医疗事故、医疗差错和医疗纠纷的主要原因之一。近年来，随着医学及相关学科的发展，各种先进的现代化检查设备与仪器广泛应用于临床，诊断方法和手段有了很大的提高，但临床误诊率并未随之下降。以直肠癌为例，据统计，上海 1960 年误诊率为 26.2%，1980 年后增加了 2.3 倍；广州 1974 年误诊率为 50.3%，20 世纪 80 年代上升了 1.7 倍。很长时间以来，人们一直寄希望于通过先进检查仪器的应用和实验方法的改进，减少误诊的发生，但临床上误诊的现象仍然十分严重，诊断手段的提高与误诊率的下降是不呈正比的。

（二）误诊研究的现状

从目前的医疗水平来看，许多疾病只要能取得早期、正确的诊断，就可以获得理想的治疗效果，所以，研究并解决误诊问题，可以提高治愈率，降低死亡率，提高病人的生活质量。因而人们逐渐认识并重视对误诊的研究。近年来，不断有人在各种医学期刊和杂志上发表关于误诊的文章。许多专业杂志还开办了误诊讨论的栏目，甚至还创办了关于误诊的专业杂志。正是由于广大医务工作者对误诊认识的不断深入，使误诊的研究进入了一个新的发展时期，误诊学才得以问世。

第二节 误诊的分类

误诊，即错误的诊断。结合现行临床上比较通用的分类，并根据误诊性质和程度的不同，我们将误诊分为以下五个类型。

一、诊断错误

诊断错误包括完全漏诊和完全误诊。完全漏诊和完全误诊有两种情况。一种是把有病诊断为无病，这称为完全漏诊；把无病诊断为有病的，称为完全误诊。另一种是把甲病诊断为乙病，就甲病而言，甲病被完全漏诊；就乙病而言，乙病则是被完全误诊。

二、延误诊断

延误诊断是各种原因所致的诊断时间的延长。由于时间拖延得太久，在拟诊过程中选择的治疗方法不利于疾病的康复，有时甚至导致疾病的恶化，到最后确定诊断时已丧失了有效的治疗时机，这称为延误诊断。延误诊断的时间有长有短，短则几天，长则数月，甚至数年。因此确定是否为延误诊断，不应以时间的长短为标准，而应以是否导致疾病的转归为标准。

三、漏诊诊断

漏诊诊断是指因各种原因引起的诊断不完全。如有时患者同时患有多种疾病，临床上表现出多种症状和体征，而医生只对其中的一种或几种疾病作出了诊断，并给予相应的治疗，遗漏了同时存在的其他疾病，这就是漏诊诊断。有时，在诊断过程中，医生只是对次要疾病进行了诊断，而遗漏了占主导地位的疾病，这样就可能导致不良后果。另外，临床上较为常见的还有对治疗过程中新发生疾病和并发症的漏诊。患者因某一种诊断已明确的疾病住院，在观察治疗过程中又发生了新的疾病，由于医生和护士的原因未能及时发现和认识的诊断延误，也属于漏误诊断。

四、病因判断错误

对疾病的病变部位和性质以及疾病的名称作出了正确的诊断，但对其病因却作出了错误的判断。临床上，病因诊断对疾病的治疗和预防具有重要的意义，病因不明会严重影响疾病的治疗效果。

五、疾病性质判断错误

对疾病的部位和病因作出了正确的诊断，但对病变局部的病理变化却作出了错误的判断。由于对病变性质判断不符合实际，选择了不恰当的治疗方法，同样会对病人造成不良的后果。

诊断的目的在于确定疾病的本质，并据此选择有针对性的治疗措施，使病情向好的方向转化，因此我们不仅应把不正确的诊断看作是错误的，而且要把不及时、不全面的诊断也看成是错误的，这样才有利于临床医疗质量的提高。

第二章 误诊产生的原因

在临床工作中产生误诊的原因有很多，我们大致可将其分为病人因素、医生因素、护理因素、临床因素、辅助检查因素和社会因素。

第一节 病人因素

一、就诊动机不同

医生面前的就医者是具有思想情感和心理活动的个体。就医者虽然都是就诊看病，但是不同的病人有不同的文化、社会和家庭背景，在就诊时，其心态、愿望、目的也不尽相同，因此他们在对自身疾病的陈述上会自觉不自觉地表现出一定的目的性。病人的这种自身的主观性会影响病史和症状的真实性及体征检查的正确性，严重干扰医生的思维和判断，形成误诊。病人因就诊动机不同，就诊时可有以下六种表现。

（一）故意隐瞒病史

有的病人有难言的隐私，以及对陌生医生的不了解，使其可能有意地隐瞒某些重要的病史，如未婚的妊娠女子，由于不提供或根本否认性生活史及停经史，医生就可以把正常的妊娠误诊为“包块”。

（二）有意夸大病情

工伤或因人际纠纷致伤者，为了提高伤残等级，为了住院治疗，或为了使用贵重药物和进行特殊检查，患者本人或其家属常常歪曲病史、夸大或者编造伤情，甚至有些人为了达到某种目的还会无病装病。

（三）讳疾忌医

有些人平时很少看病，对打针、手术等医疗措施有强烈的恐惧感，因而明知自己患有某种疾病，也不会主动地就医或接受治疗。有些病人是出于其他原因而有病不去就医，如有的因为经济困难，有的是因为怕影响工作。这些患者，即使在别人的说服下勉强就医，也会把病情说得轻些，以达到少花钱或不住院的目的。这些会使医生丧失警惕，增加误诊的机会。

（四）求医心切

在其他医院经抢救好转后需要转院，或因病情危重而被迫转院的病人，在到达新的就诊医院时，病人和家属因担心讲实情会被拒收或想要及时入院治疗，则有意隐瞒在其他医院作过的治疗和检查，以及转诊时为稳定病情用过的药物。在这种情况下，医生会因对病情估计不足而造成误诊。

（五）未对治疗效果进行公正的评价

在临床上，对某些拟诊的病人会采取实验性治疗，通过实验性治疗的效果来确定诊断。但是许多治疗方法的效果是受病人自身因素影响的。如果病人不相信医生，或者有医疗以外的其他目的，根本不配合治疗，甚至所给的药物根本没有吃进去，那就很难达到预期的治疗效果。如以这种不真实的结果作为验证拟诊的依据，那就必然会得出错误的结论，导致误

诊。

（六）精神因素的制约

精神因素可以是某些疾病的病因，也可以直接影响疾病的发展和转归。一个积极乐观、心态良好的病人，对疾病的痊愈充满信心，有利于疾病的康复；反之，一个对疾病忧愁、恐惧，甚至悲观失望者，就可能使小病变成大病，使本来正确的治疗方法难以取得预期的效果。医生也会因此而怀疑自己的判断，从而导致误诊。

二、个体对疾病的感受不同

同一种疾病发生在不同的病人身上，病人对疾病的感受和体验是不同的，即使有相似的体验，由于个体的文化差异和语言表达能力的不同，他们向医生陈述病情的准确性也会存在明显的差异，如果医生没有注意这种不同，没进行客观的分析，就可能造成误诊。

（一）年 龄

同样的疾病，年轻人比老年人更敏感，因而青年人会表现出比较突出的、典型的症状和体征，而老年人因为感觉能力下降，疾病的体征常比较隐匿。年轻人陈述病史时能够比较系统地回忆其患病的经过，对症状的叙述较为准确，但有时有夸大的成分；老年人的病史陈述一般较为散乱、不连贯，常常含混不清，准确性差。

（二）体 质

由于个体的体质状况及对疾病的耐受能力不同，即使患相同的疾病，也会有不同的感受和体验。如平素身体状况良好的年轻人和体力劳动者对一般的疾病常表现出不在乎的态度，他们在叙述病史时，总是三言两语地概述，常凭着自己的判断就下诊断，甚至自己点名要药。这样的人，病不发展到一定程度是不会就医的。相反，平素就体弱多病，又对自身的健康状况十分担心的人，则会表现出对疾病的高度关心，对病情的描述常有明显的主观成分，常是症状重，而体征轻，甚至没有相应的体征。这两种情况都容易误导医生导致误诊。

（三）心 理

病人在心理状态、自我控制能力及文化素质等方面的差异，常使相同的疾病在不同的病人身上有不同的表现。对疾病过度关心的病人，注意力越集中，对疾病的感受就越明显，而每天忙于工作或对生病毫不在意的人，对疾病的体验就不大明显。这就容易给医生以假象，造成误诊。

（四）医学知识贫乏

随着医学的不断发展，临床医学的分科越来越细，病人在最初就诊时，不知道自己应选择哪个专科，而往往是根据自己对疾病的主观感受和突出症状和体征来选择就诊专科，即所谓“头痛医头，脚痛医脚”。然而，症状和体征最突出的部位，并不一定与疾病部位完全一致。这是由于病人不懂医学知识造成的，因而病人就诊时带有盲目性，如果医生也把思维局限在突出症状和体征的局部，就完全有发生误诊的可能性。

（五）迷信权威

一些病人和家属为了使疾病尽早诊断明确，不惜找关系、托熟人，打听在某个地区或某个专业学术领域有名的权威或专家。病人的心情是可以理解的，但如果过于迷信权威，对专家的诊断盲从，也容易造成某些疾病的拖延诊断。

第二节 医生因素

临床上,某些疾病的误诊与医生的主观因素、医德品质和责任心有着明显的关系,因此,作为未来的医务工作者,医学生要学会从医疗行为中查找误诊的原因。

一、医生的基本素质

在诊断过程中,医生和病人及病人的家属具有相同的愿望和目的,都希望能够尽快地获得正确的诊断和进行及时有效的治疗。既然如此,为什么还会经常发生误诊呢?其中有一部分原因是与医生的基本素质有关的。

(一) 仪表

仪表包括一个人的身材、长相、发型、姿势、神态、风度和衣着等。仪表是人们在相互交往中的重要吸引因素,因为两个人相互接触时,最先在对方心理上产生印象的就是仪表。仪表往往“先入为主”,具有第一印象的作用。诊断工作的第一步就是医生与病人的接触,当医生接触病人、了解其疾病发生过程时,医生给病人留下的第一印象会直接影响到整个医疗过程。如果医生不修边幅或服装不整,病人会产生“这个医生治病可能不认真”的印象,并由此产生失望和不信任感。这种不信任的心理一旦形成,在提供病史时,就不愿把埋藏在心底的话全部倾吐出来,特别是某些难言之隐。如果病人隐瞒的正好是有重要意义的关键性病史,在诊断时未能被考虑,就可能成为误诊的原因。因此,医生的仪表带有特殊的职业性质,它与临床过程中的每个环节都有直接的关系。

(二) 性格

性格是个人对周围客观事物、人对己的态度和行为的相对稳定的心理特征。人们无论从事什么职业,性格总是贯穿于个人的全部行为活动之中的。人们在相互交往过程之中,都非常注意了解对方的性格,并根据其性格,预测此人人对人对事可能表现出来的态度。因而,病人在与医生交往时,特别注意观察医生的性格。

病人在接触医生时,最为关心的是究竟患了什么病,希望医生能够尽快地作出诊断,并对自己所有关心的问题给予满意的答复。病人在陈述自己的疾病过程时,总是想把所有的感受全部地向医生诉说。这是病人希望能够尽快获得正确诊断的心理表现。医生应当理解病人的这种心情,耐心地听取病人的倾诉,因为这既能赢得病人的信任,又能全面了解病史,对医生作出正确诊断是有益的。但是,如果病人面临的是一个性格急躁、爱冲动的医生,加上工作忙、时间紧等原因,就可能表现出不耐烦的情绪,甚至打断病人的诉说。医生的这种急躁的性格,不但不能最大限度地掌握所有与疾病有关的信息,也会因此而失去病人的信任。性格急躁的人,办事缺乏耐心,对事物的分析不容易做到深思熟虑,往往强调速度而粗心大意,这些弱点,对诊断一些病史曲折、症状体征表现复杂的疾病是十分不利的。

一个在性格上十分傲慢又主观臆断的医生,当他面对着文化素养较低、语言理解能力较差的病人时,常会对病人缺乏主题的病史陈述表现出轻蔑的态度,会在对病情未作深入细致的了解时便武断地作出诊断结论,有时甚至对同行的合理建议及不同见解也不能虚心听取。主观臆断,固执己见,都是可能导致误诊的原因。

因此,为了避免误诊,医生应当自觉地加强个人性格的修养,要养成稳重、老练、踏实、热诚、有涵养的良好性格。良好的性格是一个合格医生应当具备的基本素质。

（三）表 情

表情是面部及肢体表面形状的动态特征，属于非语言性交流工具，是心理活动的表现，也是人类情绪交流、信息传递的一种方式。每个人都有一个相对稳定的表情特征，这是个人文化素养及道德修养的体现。不同表情特征的形成与自己的职业及社会实践活动有着密切的关系。在临床诊断疾病的过程中，医生的表情特征是病人的注意点之一。病人常常会通过医生的表情来猜测自己的病情，并通过医生的表情来评价医生的服务态度和技术水平。

医生面对初次来诊的病人时，如果表情过分严肃，会使病人产生惧怕心理，怕引起医生的责怪而不敢无拘束地述说病史。病人心理上的过分紧张，加上医院的陌生环境，可能使他在陈述病史时缺乏逻辑性，难以给医生提供全面系统、有诊断价值的资料。特别是儿童病人，有时甚至连真实的病痛感受还未曾诉说就已经哭了起来，如果这种情况发生，在体格检查时肯定难以获得应有的配合。因此，表情不当不但影响全面了解病史，同时又影响疾病阳性体征的发现，而这些都是获得正确诊断的主要障碍。虽然人们通常对表情的作用并不太重视，也很少将其作为误诊的一个因素来进行讨论，但是不良的表情确实会给病人带来复杂的心理变化，以致妨碍医生与病人的正常交流。表情是一个不容忽视的误诊原因。因此，在诊断过程中，医生应当以和蔼而不失严肃、庄重而又很热心的表情来对待病人。

（四）语 言

语言是人类特有的交流工具，它承担着传递信息、交流思想的功能。在临床工作中，医生只要接触到病人，就要使用语言，如询问病史、了解病情、观察症状体征及追踪用药效果等，都离不开语言。与此同时，病人也要通过语言向医生提供作出诊断所需要的一切信息资料，供医生分析病情时参考。

语言与误诊的关系，主要表现在医生与病人在语言交流方面互相间存在的误差。如医生口齿不清，言语含混，病人没有真正理解就盲目作答或答非所问；还有，比如医生运用自己习惯了的医学术语，病人运用自己的地方性方言，这些术语和方言有些是音同意不同，对方不易理解，这些误差都可能成为病史资料不准确、不真实的原因。如果依据这些不准确的资料作诊断，必然会出现误诊。

因此，在与病人的语言交流中，医生应该口齿清楚，尽量把话说得通俗易懂，避免诱导式的询问，对病人含混不清的语言要进行认真分析，尽量弄清其真实含义。

二、医生的感知能力

临床诊断本身就是一种特殊的感知活动，所以正确的诊断需要医生有灵敏准确的感知能力。错误的诊断与感知的误差是有一定的关系的。

（一）认知在诊断中的作用

感觉是机体通过感觉器官，对外界客观事物的某个片面或个别属性等外部现象在头脑中的直接反映，是物质作用于感觉器官的结果，是对物体个别属性的反映，是人们认识产生的最初级形式。知觉是在感觉的基础上产生的，是比感觉更高一级的认识形式，是对物体整体的反映。人们没有对物体个别属性的反映，就不可能获得对物体的整体的经验，所以感觉是知觉的有机组成部分，是知觉的基础。在整个诊断疾病的过程中，医生的感觉与知觉能力起着重要的作用。在认识事物时，由于感觉和知觉有着非常密切的联系，因此人们常把两者通称为感知。实际上知觉是综合概念，它以感觉为前提，并且与感觉同时进行。譬如，在诊断具体的病人时，医生耳朵听着病人的诉说，眼睛观察着病人的表情动作，鼻子嗅着病人的气

味, 大脑思考着病人陈述的内容, 双手检查着病人的体征, 等等。在接触病人的短暂时间里, 医生的各种感觉功能都在同时发挥着作用, 并不断地向大脑传递着各自获得的信息, 于是形成了复杂的神经信号, 使医生从各个不同的侧面来感知事物, 最后得出比较完整全面的认识和结论 (即初步的拟诊或诊断)。

如果医生的感知能力是正常的, 能把正确的符合病人实际情况的信息传递到大脑中去, 则对确立正确的诊断是有益的; 相反, 如果所感知到的信息是错误的、不全面的, 不是病人疾病本质的反映, 把这种错误的信息传递到大脑中去, 必然会得出错误的、与实际病情不符的诊断结论。

(二) 感知的个体差异

感知能力虽然是人体的本能, 是每个人天生都具备的能力, 但感知能力的发展和提高直接依赖于各自的社会实践。每个人由于其先天素质的不同及社会实践的差别, 其感知能力是有很大的差异的。在临床上经常可以看到这种现象: 几个具有同等知识经验的医生共同检查一个病人, 对病人所表现出的阳性体征或有诊断价值的特殊表现, 有的医生能及时发现, 而有的医生却未发现。这就是各自感知能力不同的表现。

感知能力的个体差异, 就自身而言, 主要与感觉器官的功能和经验水平有关。如医生的视力欠佳, 屈光不正, 会使本来应当看到的表现未能及时发现; 如果医生的听觉功能减退, 在同病人进行语言交流时会因为听不清楚或听错了而出现误差。随着年龄的增长, 医生的各种感觉器官的功能会出现衰老现象, 这也会直接影响其感知能力。至于经验水平方面的差异, 主要是由于各自的实践经历不同所致。有经验的医生, 是在长期的实践中使自己的感觉器官得到了锻炼和提高, 他们往往能在一个有意义的体征出现的早期即迅速感知, 甚至某个疾病的先兆表现刚一出现就能及时地捕捉到。这种能力当然有利于正确诊断的确定, 这就是经验的作用。

(三) 心理状态的影响

人们对任何事物的感觉, 都带有明显的主观因素, 受当时心理状态及注意力的影响。当主观上根本缺乏兴趣, 持漠不关心的态度时, 肯定难有明显的感知。在诊断疾病时, 也有类似的情况。例如, 一个医生同时分管着几个不同的病人, 当医生对某些病人在主观上感觉良好时, 注意力就比较集中, 对他们的病情就感知得明显, 认识就深刻, 误诊的机会也可能减少; 反之, 则会出现相反的结果。因此, 感知能力虽然有个体的差异, 但是也受心理状态的直接影响。临床上工作环境清洁、整齐、秩序井然, 医生随时保持着良好的情绪和心境, 精神很振奋, 对病人态度和蔼, 就能促进感知的准确性, 对疾病的认识深刻, 使误诊的机会减少; 相反, 则肯定会降低和减弱感知的敏锐性, 也就难免会发生差错。临床上, 一些误诊及差错事故常发生在工作忙乱或医生情绪不好时, 其中就有感知能力不够敏锐的因素。因此, 应当认为, 医生误诊, 在很大程度上仍然是由于对疾病感知不够深刻的缘故。另外, 医生的不良心理状态本身就是服务态度不好的客观原因。因此, 医生的感知能力会直接影响诊断的正确性, 医生在诊断疾病过程中的心理状态既影响着自身对病情的感知, 又影响着工作的责任心和服务态度, 所以心理状态也是一个不可忽视的影响误诊的因素。

三、医生的医学理论知识与经验

诊断是医生能动地运用已有的理论和经验具体地认识患者某一疾病的过程。正确的诊断是理论与经验有机结合的结果; 相反, 理论与经验脱节, 理论与实践分离, 常常是误诊发生

的根源。

诊断需要医生对病人进行观察，而任何形式的观察又总是渗透着自己的理论知识和实践经验。对临床上的同一种疾病现象，知识和经验不同的医生会作出不同的诊断。只有理论知识和实践经验都丰富的医生，才能作出正确的诊断。而对于理论上既缺乏了解，又没有实践经验的医生，即使疾病的症状体征十分典型，也难以作出正确的诊断，更不用说对于那些症状体征不典型、临床表现复杂的病例了。这是因为已有的经验理论可以直接指导医生对病史资料的收集和选择，影响他对诊断资料进行分析的着眼点和注意力，有经验的医生能从零散的资料中取得能够反映疾病本质的有用部分，为正确地诊断奠定基础。如病人以咽喉部疼痛为主要表现而就诊时，可能会诊断为慢性咽炎而给予对症治疗，或者因未发现明显异常而未予处理。实际上咽痛也可以是心肌梗塞的非典型体征，只是医生对此缺乏认识和经验。如果接诊者是一位有丰富经验的心血管病专家，当他发现到同样的咽痛症状时，他就可能会立即注意到咽痛的时间特点及疼痛性质，并很快把咽痛与心肌梗塞联系在一起进行系统的检查，以排除有无心肌梗塞的存在。临床上许多疾病的误诊率，基层医院高于地市级综合医院，地市级综合医院又高于省级专科医院，其中很重要的原因，是与医生的理论知识水平的高低和实践经验的多少有关的。医生的实践经验和理论知识会直接影响到对病史资料的收集、辅助检查项目的选择和观察结果的评价，同时还制约着医生在整个诊断过程中的思维方法：理论水平较高、临床经验又丰富的医生，面对病人的某一不典型特征，可以举一反三，把疾病的现象与本质联系在一起，进行推理分析，最后得出正确的诊断结论；而经验缺乏、理论水平又较低的医生，在面对病人的非典型体征表现时，则可能犹豫不决，临时去翻书本“对号入座”，常常抱怨症状体征不典型而难下决断，即使勉强作出诊断，也常常容易发生误诊。

当然，一个人的经验难免有局限性，因为它是从个人临床实践的比较中产生的，受其自身的实践条件和实践程度的影响，因此，在应用自己经验的时候，只能以经验为引导，不能把经验绝对化，如果完全拘泥于自己有限的经验，也可因此而发生误诊。

至于因为医生理论水平的限制而导致的误诊，主要是指对某些新近发生的疾病而言。理论是实践的总结，反过来理论又可以指导实践。一般来说，在具有一定临床经验的基础上，医学理论基础深厚的医生，对疾病诊断的准确性就高些，反之则相反。但是，如果是某些新近发生的疾病或者医学上极为罕见的疾病，经治的医生在临床上尚未实践过，又缺乏这方面的理论知识，则难免会发生误诊。因此，医学理论也是相对的，也需要随着实践的深入而不断地发展。另外，理论和诊断标准是不断变化的，社会在发展，自然在变化，疾病的种类和表现方式也在不断地改变，所以诊断标准也需要经常补充和修订。

四、医生的服务态度

有些病例的误诊不是由于疾病本身的复杂性，也不是由于医生技术水平不高，而是由于医生的服务态度造成的。因服务态度所致的误诊主要有这样几种情况。

（一）粗心大意

在诊断过程中，因为医生的粗心大意而造成的误诊，在误诊的病例中占有很大的比例。粗心大意属于非技术性原因，不是思维方法的偏差，而是服务态度不端正。

在诊断的早期，粗心大意者表现为问诊不详细，收集病史资料不全面，仅凭有限的资料就下诊断。在体格检查时，粗心大意者表现为不作认真系统的检查，只根据病人的主诉和症