

门诊策略丛书

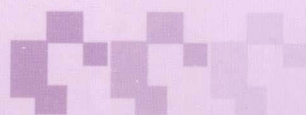
消化科医师 门诊决策

主编 王承党



XIAOHUAKE YISHI
MENZHEN
JUECE

科学技术文献出版社



门诊策略丛书

消化科医师门诊决策

主 编 王承党

副 主 编 庄则豪 吴 婷

主 审 陈玉丽

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

消化科医师门诊决策/王承党主编. -北京:科学技术文献出版社,2010.8
(门诊策略丛书)

ISBN 978-7-5023-6684-1

I. ①消… II. ①王… III. ①消化系统疾病-诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 106842 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)58882938,58882087(传真)

图书发行部电话 (010)58882866(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882873

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京国马印刷厂

版 (印) 次 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 518 千

印 张 22.5

印 数 1~3000 册

定 价 45.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书以消化疾病的门诊临床决策为着眼点,除常见症状鉴别诊断、常见疾病诊治策略和临床处置外,还强调了符合门诊特点的诊疗思路、问诊体检要点及辅助检查选择,致力于合理、高效的临床诊疗思维训练;同时,对其他系统疾病常见的消化系表现和较少见的消化综合征等亦有专题介绍,以期打开鉴别诊断思路。此外,对门诊管理等常被忽视的内容亦有涉及。行文注意了对新进展、概念及临床应用的介绍,力求实用、反映前沿,使之切合临床医师,特别是门诊医师和高等医学院校研究生的需要。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了让您增长知识和才干。

前 言

门诊诊疗有着与病房医疗组诊疗显著不同的特点。在拥挤的门诊,医生往往难以得到其他专家的及时帮助,又必须在短时间内独立做出正确的诊治决策,这对门诊医生的知识面及临床经验有很高的要求。

消化病患者在各级医院的就诊流量中均占很大比例,而在门诊就诊的消化病患者中,不但有各种急危重症和复杂难治的疑难病,也有不少为预后相对较好的功能性胃肠疾病,如何在繁忙的门诊对临床表现繁杂的不同类型患者做出快速判断,既思路开阔、不遗漏危及生命的严重情况,又不浪费有限的医疗资源而对预后良好的疾病过度检查和治疗,对门诊医师的诊疗思维是一种严格的考验。

本书以消化疾病的门诊临床决策为着眼点,除了常见症状鉴别诊断、常见疾病诊治策略和临床处置,还强调了符合门诊特点的诊疗思路、问诊体检要点及辅助检查选择,致力于合理、高效的临床诊疗思维培训;同时,对其他系统疾病常见的消化系表现和较少见的消化综合征等亦有专题介绍,以期打开鉴别诊断思路。此外,对门诊管理等常被忽视的内容亦有涉及。全书注意了对新进展、概念及临床应用的介绍,力求实用、反映前沿,使之切合临床医师,特别是门诊医师和高等医学院校研究生的需要。

参与本书编写的作者是消化内科的业务骨干,既有比较丰富的临床经验,又具有医学理论教学和临床教学经验,他们大都具有医学博士、医学硕士学位,主要执笔者都具有教授、主任医师、副主任医师职称。本书在编写过程中得到福建医科大学附属第一医院领导的大力支持,全书稿经过福建省消化界前辈陈玉丽教授审阅,谨此敬致谢忱。

从门诊诊疗角度著述的前人著作不多,我们的水平有限,本书作为一次尝试,欠妥及错漏在所难免,敬请批评指正。

王承党 庄则豪 吴 婷

2010年3月于福州

目 录

第一章 临床诊疗思维训练.....	1
第一节 消化系统疾病的诊断思路.....	1
第二节 消化系统疾病检查和治疗思路.....	3
第三节 正确临床思维的注意事项.....	3
第二章 消化系统疾病的问诊策略.....	6
第一节 门诊问诊技巧.....	6
第二节 现病史问诊要点	12
第三节 门诊病历书写及注意事项	14
第四节 注意与疾病有关的社会-心理因素的影响	18
第三章 消化系统的体格检查要点	20
第一节 门诊诊室和体检室的基本设置	20
第二节 全身体格检查要点	20
第三节 消化系统体检的重点内容	22
第四节 体格检查中应该注意的问题	23
第四章 消化系统疾病相关的体液检查与结果评价	25
第一节 三大常规检查	25
第二节 血液生化检查	29
第三节 肿瘤标志物检查	37
第四节 与消化科疾病相关的免疫指标检测	40
第五节 乙肝病毒相关检测解读	44
第五章 影像学检查的选择和评价	47
第一节 消化系统 CT 检查	47
第二节 消化系统的 MRI 检查.....	59
第三节 消化系统的超声波检查	65
第四节 正电子发射断层显像检查	67
第五节 同位素显像检查	69
第六节 其他检查	71

第六章 消化内镜检查	74
第一节 内镜检查的适应证、禁忌证、并发症	74
第二节 食管疾病的胃镜表现	77
第三节 胃部疾病的胃镜表现	85
第四节 十二指肠疾病的内镜表现	91
第五节 结肠疾病的肠镜表现	94
第七章 活检组织病理学的意义和评价	102
第一节 内镜组织病理检查的局限性	102
第二节 胃镜活检组织病理学检查	103
第三节 肠镜活检组织病理学检查	110
第四节 肝脏穿刺组织病理学检查	112
第八章 消化系统常见症状的鉴别诊断	115
第一节 吞咽不适和吞咽困难	115
第二节 胸痛	118
第三节 烧心与反流	120
第四节 恶心与呕吐	122
第五节 嗝气与呃逆	125
第六节 消化不良	126
第七节 腹痛	128
第八节 黄疸	131
第九节 呕血与黑便	135
第十节 腹泻	139
第十一节 排便困难和便秘	143
第十二节 腹水	146
第九章 食管疾病	153
第一节 胃食管反流病	153
第二节 食管癌	161
第三节 贲门失弛缓症	165
第四节 食管异物及异物损伤	169
第十章 胃十二指肠疾病	174
第一节 急性胃炎	174
第二节 慢性胃炎	175

第三节	功能性消化不良	178
第四节	消化性溃疡	179
第五节	幽门螺杆菌感染	185
第六节	胃潴留	189
第七节	十二指肠淤滞症	191
第八节	上消化道出血	192
第十一章	肝、胆、胰腺疾病	200
第一节	病毒性肝炎	200
第二节	肝硬化	205
第三节	原发性肝癌	210
第四节	胆石症和胆道感染	213
第五节	急性胰腺炎	217
第六节	慢性胰腺炎	220
第七节	胰腺癌	223
第十二章	肠道疾病	228
第一节	肠梗阻	228
第二节	肠道感染性疾病	234
第三节	肠道寄生虫病	239
第四节	溃疡性结肠炎	242
第五节	克罗恩病	247
第六节	未确定诊断的结肠溃疡	250
第七节	肠结核	252
第八节	大肠癌	255
第九节	大肠息肉	257
第十节	小肠恶性肿瘤	260
第十一节	肠道间质瘤	263
第十二节	肠易激综合征	264
第十三节	功能性腹泻	266
第十四节	功能性便秘	268
第十五节	功能性腹痛综合征	270
第十六节	下消化道出血	272
第十三章	腹膜和腹部血管疾病	278
第一节	结核性腹膜炎	278
第二节	腹膜肿瘤	281

第三节	缺血性肠病	283
第十四章	其他系统疾病在消化系统的表现	287
第一节	获得性免疫缺陷综合征	287
第二节	心肺功能不全	290
第三节	肾功能不全	292
第四节	糖尿病	294
第五节	甲状腺疾病	297
第六节	过敏性紫癜	299
第七节	系统性红斑狼疮	300
第八节	白塞病	302
第九节	结节性多动脉炎	303
第十节	变应性血管炎	304
第十五章	经消化道中毒的处置	306
第一节	急性中毒的处置原则	306
第二节	有机磷农药中毒	310
第三节	毒鼠强中毒	316
第四节	百草枯中毒	319
第五节	慢性铅中毒	322
第十六章	消化系统综合征	327
第一节	食管相关的综合征	327
第二节	胃相关的综合征	328
第三节	肠道相关的综合征	332
第四节	肝胆胰腺相关的综合征	339
第五节	类癌综合征	344
附录	医疗安全与纠纷防范	345

第一章

临床诊疗思维训练

正确诊断是正确治疗的前提和基础,尽管先进技术的应用,提高了疾病的诊断率,但是如果没有正确的临床思维,对先进技术手段的认识不足,仍然可能导致误诊、漏诊。据国外统计,20 世纪 40~50 年代,临床误诊率在 30%左右,而 80~90 年代至今,即许多先进诊断技术广泛应用的年代,临床误诊率仍占 25%~30%。前南斯拉夫 1986 年对 2145 例病死者进行尸检,发现临床诊断完全正确的只占 48%,而完全错误的竟占 29%。国内统计,目前在市级以上医院工作的临床医师的误诊率一直居高不下,总体误诊率为 32%左右。

影响临床正确诊断的因素错综复杂,但是大量临床资料证明,临床医生正确的临床思维方法、对各种检查技术手段的正确认识,是提高临床诊断率的关键因素。

临床思维是指医护人员在临床实践中对疾病的诊断、治疗、预后和预防等的思维过程或思维活动,包括诊断思维和治疗思维,属于医学思维的范畴。临床思维能力是临床诊治水平的重要保证,在临床工作中应该重点加以培养。

第一节 消化系统疾病的诊断思路

一、收集资料、归纳病历特征

(1)亲自询问病史、细致体检、认真收集辅助检查资料和治疗随访资料。对于病人家属提供的资料,如有可能应该获得病人本人的证实。

(2)仔细判断所收集到资料的价值,按其重要性大小,选出一个或几个重要临床表现,用自己的语言进行概括。如:

女性,55 岁,1 天前于晚餐后出现中上腹闷痛,无涉及它处,能够忍受,无呕吐,半小时后转为阵发性绞痛,双肩部也感酸痛,恶心,呕吐胃内容物 1 次,吐后腹痛无明显缓解,无发热、咳嗽、心悸、胸痛、血尿等。体检: T 36.8℃, BP 160/90mmHg,神志清楚,自动体位,左锁骨上等处体表淋巴结不大,巩膜可疑黄染,心肺未见明显异常,腹平软,上腹部正中有深压痛,无返跳痛,余部位无压痛。莫非征阴性,肝脾未触及,肝胆区有叩击痛,肾区无叩击痛,肠鸣音正常,双

下肢无浮肿。

本例的病历特征是：

①中老年女性，中上腹痛（先闷痛后绞痛）1天，呕吐后疼痛无缓解。

②巩膜可疑黄染，中上腹深压痛，肝胆区叩击痛阳性。

其突出表现是“中上腹痛”，因此本例就围绕“中上腹痛”进行诊断和鉴别诊断。

二、定位诊断

根据所掌握的资料，结合自己所学的知识，初步判断疾病可能定位于哪个系统或哪个器官，缩小诊断范围。

如上例中上腹部疼痛的常见原因有：腹部（消化系统、肾及输尿管、血管）、膈上病变（心绞痛、肺胸膜病变、纵隔病变等）、脊柱和肋间神经、全身疾病的腹部表现等。根据本例的病历特征，其他系统疾病的可能性不大，疾病可以定位于消化系统，并且“胆绞痛”要首先考虑。为什么说是“胆绞痛”？因为中上腹部绞痛说明空腔脏器病变，呕吐后疼痛无缓解说明胃、食管病变的可能性不大，结合“巩膜可疑黄染，肝胆区叩击痛”等体征，考虑胆道疾病可能性大，而暂时不考虑肠道和胰腺病变。但是，中老年病人突然出现中上腹疼痛，应该考虑到心绞痛或心肌梗死的可能性，并且要及时加以排除，因为这种急症是致命的。

三、定性诊断

根据定位诊断的结果，再进行细致的鉴别诊断，每考虑到一种疾病，都要分别列出支持该诊断和不支持该诊断的要点，最后得到最可能的诊断，以及需要进一步排除的诊断。如本例考虑“胆绞痛”可能性比较大，那么它的具体病因是什么？是胆道结石？胆道蛔虫？急性单纯性胆囊炎？还是胆管癌？根据病历特征，胆道结石的可能性比较大，当然，这还需要有关辅助检查。

四、病情判断

初步诊断确定后，还需要对病人目前的病情作出详细的评估，如：疾病的严重程度、有无并发症、近期是否有生命危险，等等。如本例考虑“胆绞痛、胆道结石”，在判断病情时，需要考虑：结石部位、数量、大小，有无急性胆管炎或急性重症胆管炎，有无胆源性胰腺炎、胆源性肝损害，等等。再如：一病人被诊断为“胃癌”后，尚需判断胃癌的类型、侵犯范围、有无远处转移、能否手术治疗及手术后可能的出现情况，等等。

五、伴发病诊断

除了本次就诊的疾病以外，是否还有其他已经明确或者尚未被发现的疾病，如高血压病、冠心病、糖尿病等。如本例“BP 160/90mmHg”，超过正常范围，是疼痛应激引起血压升高，还是有高血压病？需要进一步观察，不要漏诊。

如果不明确是否有糖尿病，那么在输液之前应该常规做一个快速血糖测定，没有条件的話，输液时不要用含糖的溶媒。

不明原因发热的诊断思路是先定性诊断，然后定位诊断。

①定性诊断:是感染性发热还是非感染性发热?如果是感染性发热,是非特异性感染还是特异性感染?如果属于非感染性发热,是良性(如结缔组织疾病)还是恶性疾病(如恶性肿瘤)?

②定位诊断:在定性诊断的基础上初步判断病变可能在哪个系统或哪个器官。

因此,定性诊断与定位诊断的顺序不是一成不变的。

第二节 消化系统疾病检查和治疗思路

一、辅助检查的选择

门诊辅助检查的目的主要是:①进一步明确诊断,或者排除诊断;②有助于病情判断。由于检验和检查项目非常多,为了提高效率、减少费用,在选择检验或检查项目时要多问问“Which(选哪项)”、“Why(为什么选这项)”、“When(什么时候做)”(3W)。

比如第一节病例初步考虑“胆绞痛:胆道结石”,为了明确是否有胆道结石,可以选择的影像学检查有B超、CT、MRCP、X线等,这时候医生就要思考“3W”了;为了排除某些关键的、致命性的疾病(如心绞痛)就需要做一个心电图检查;为了了解严重程度及有无并发症,就需要检查血常规、血尿淀粉酶、脂肪酶等。

二、治疗思维

门诊疾病的治疗一般分为初步治疗和强化治疗。

1. 初步治疗

比较紧急的情况下(如急腹痛),医生不可能等到有关检验、检查都回报以后再给予处理,医生常常根据初步诊断给予即时处理,这时也得考虑初步治疗手段的“3W”,以及这些处理措施可能出现的不良反应。比如第一节病例属于“急性胆绞痛”,需要给予临时止痛治疗,选择抗胆碱能药物(如阿托品、山莨菪碱等)?哌替啶?或其他止痛药物?除了考虑“3W”外,他们的不良反应也是需要重点考虑的。

非紧急情况下,能够明确诊断的,可以开始治疗,定期随访、观察疗效;一时不能明确诊断的,可以等待检验或检查结果回报,也可以给予适当的经验性治疗、观察疗效。

2. 强化治疗

已经明确诊断的,可以针对病因和主要的病理生理学改变,进行有针对性的治疗,并且及时观察治疗反应。

第三节 正确临床思维的注意事项

一、临床思维存在的问题

1. 资料收集不详尽

这是最常见的问题。要深入细致地收集病情资料,特别对于那些不利于初步诊断资料不

能视而不见,一些被认为“不是那么重要”的资料往往是确立最后诊断的有力线索。如:“老年人饱餐后胸骨下段后疼痛”,很容易想起“心绞痛”的诊断,但“家住7楼,上楼并没有症状”或者“按心绞痛治疗了好久都不见效”,那么“心绞痛”的诊断就有疑问了,最后经检查是“胃食管反流病”。

2. 缺乏联系

只看到某一个点,或者某个面,缺乏知识之间的相互联系。应该拓宽知识面,善于进行横向联系和纵向联系,如“水肿”从纵向看涉及生理学、病理生理学、诊断学、内科学等基础和临床课程,从横向看涉及消化、心脏、肾病、内分泌、血液和淋巴循环等;“贫血”就涉及“造血原料缺乏、骨髓造血功能低下、血液丢失或血细胞破坏过多”等环节。因此,医学科学的每一门学科都不是孤立的,都有内在联系,应该善于联系,融会贯通。

3. 思维片面

疾病的临床表现往往是复杂多变的,医生必须克服片面思维,思路要开阔,全面分析。有时受知识结构的影响,或者对于新出现的一些疾病认识不足,常常会把思路局限在熟悉的、有限的病症上,这样容易造成漏诊、误治。这就要求我们平时多学习、多积累,不断更新知识,使自己的思维不断向高层次发展。另外,不能过分依赖过去的经验,临床经验在大多数情况下运用是正确的,但任何人的经验都是有限的,如果把经验绝对化、扩大化,就会形成思维惰性,造成诊断治疗失误。

4. 先入为主

在临床思维训练中要防止盲目固守或者满足于原来的诊断或自己的初步诊断。初步确立诊断后,要积极寻找支持诊断的依据,更要敢于寻找反面依据来否定这个诊断,如果无法否定初步诊断而且治疗有效,就可以进一步确立诊断。如果先入为主,没有时时检讨自己的诊断,就可能把我们引入歧途,导致误诊。另外,先入为主往往会依赖可靠性很低的线索过早地得出诊断,这种诊断的可靠性也很低。

二、对检查、治疗效果的正确评价

对门诊病人作出初步诊断、初步检查、初步治疗后,还需要密切随访,根据病情变化、检验/检查结果、治疗反应,不断修正治疗方案、判断预后。如果检查结果不支持初步诊断,或者根据初步诊断拟定的治疗方案没有效果,就应该重新进行上述诊断思维活动,这时要重新收集病历资料,判断病历特征。一个简单的病历一次诊断思维—治疗思维活动即可解决问题,取得预期的治疗效果,但是对于复杂病历,往往要反复多次修正,才能达到最后的诊断,拟定合适的治疗措施。因此,临床思维不是一步到位,而是一个循环的、肯定与否定的过程(图 1-1)。

三、正确对待“新出现”的情况

病人的病情是动态变化的,对新出现的情况不要“视而不见”。由于客观或主观的原因,收集到的临床资料难免有局限性,甚至有欠缺;或者在疾病发展过程中出现新的情况,使得诊断评价出现矛盾,这时就要从解剖、病理、生理、诊断等方面分析,从下列 3 方面考虑,找出矛盾的根源:①原有疾病的病情发生变化吗? ②是临床思维方法上的缺陷导致了误诊或者漏诊?

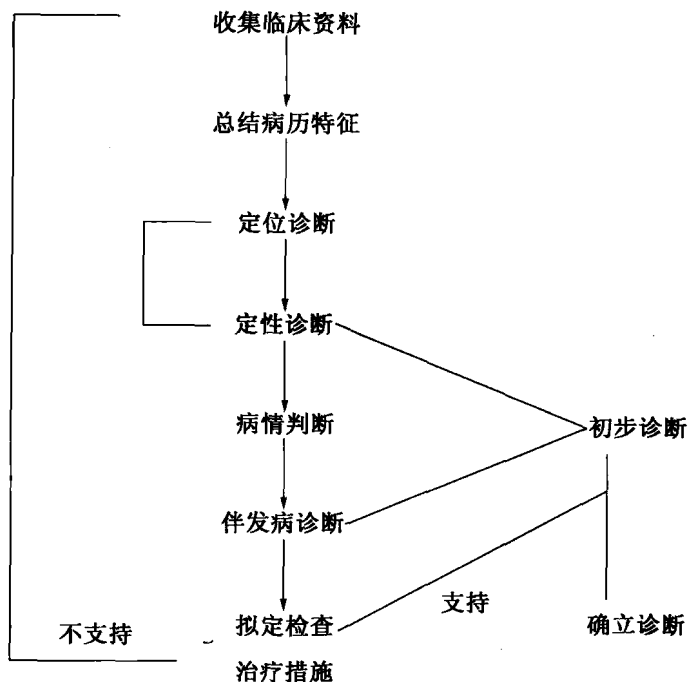


图 1-1 临床思维流程图

③技术方法上的原因(包括检查结果是否受外在因素的影响)?

只有这样才可能最大限度地减少误诊和漏诊。如：一位 45 岁男性，“排黑便 3 天”经胃镜检查被诊断为“十二指肠球部溃疡(A1)”的病人，治疗 3 天后大便颜色转黄，粪 OB 阴性，1 周后复查粪 OB 阳性。这时，如何解释？①先排除是否假阳性：有无食物或者药物的影响？没有！②是否溃疡病再出血？在按溃疡病严格治疗的情况下，这种可能性不大。③是否原有诊断有错误或者有漏诊？“十二指肠球部溃疡(A1)”是经过胃镜检查的，诊断没有错误！那么，是否有引起出血的其他原因呢？有没有下消化道疾病的可能性？后来复查粪 OB 仍然阳性，最后作肠镜检查发现升结肠癌。如果对粪 OB 情况视而不见或主观臆断，就很可能造成“结肠癌”的漏诊！

正确的思维才可能获得正确的诊断。临床思维锻炼并不是一种“高深莫测”的事，可以根据上述模式训练自己，也可以结合自己的情况，归纳总结适合于自己的临床思维模式。

(王承党)

参 考 文 献

1. 王承党. 医学生的临床思维训练. 福建医科大学学报(社会科学版), 2001, 2: 41~43
2. 李智涛, 谢向波, 张芳, 等. 对临床诊断中先进技术的哲学思考. 西北医学教育, 2009, 17: 222

第二章

消化系统疾病的问诊策略

第一节 门诊问诊技巧

问诊(inquiry)是病史采集(history taking)的主要手段,是医生通过对病人或有关人员的系统询问而获得病史资料的过程,并在此基础上综合分析而做出临床判断和治疗。问诊与门诊病历书写密不可分,后者以前者为基础,前者以后者为依托,在临床诊疗过程中,二者缺一不可。

古希腊世界医学之父希波克拉底说过:“医生有两种东西能治病,一是药物,二是语言。”采用正确的方法和好的问诊技巧,可使得医生更好地了解疾病的发生、发展情况、诊治经过、既往健康状况和曾患疾病的情况,对现病的诊治具有极其重要的意义。因此,问诊是医生诊治疾病的第一步,也是与病人进行医患沟通、建立良好医患关系的重要环节,是每个临床医生必须掌握的基本功。忽视问诊,必使病史采集粗疏,病情了解不够详细、确切,势必造成漏诊、误诊,甚至造成病人的欠配合。一次成功的问诊要求使病人能敞开心扉把自己的症状、心理感受等都向医生倾诉。

消化疾病门诊有其自身特点:首先,门诊量大,每个病人的问诊时间相应缩短,现实门诊诊疗过程中许多病人常常无法把不舒服的主观感受描述到点上,或是离题甚远,这就为医生在门诊有限时间内获得病人正确和有效的疾病资料信息增加了困难;其次,某些症状需要鉴别的疾病繁多,如腹痛,可能是全身疾病的一个局部表现,这需要医生有系统的诊断思维和丰富的临床经验,仔细询问主要症状的同时,有助于鉴别诊断的阴性症状也不可忽略;第三,医患沟通时间减少,由此产生的问题接踵而至,可能因误解存在不少的冲突,此时门诊的语言艺术显得十分重要。

问诊不同于一般人际交往中的谈话,它是一种医学谈话,由于医患关系的特点、医患双方的地位和心态方面存在差异,因而问诊这种医学谈话也有其特点和要求。医生应当在充分理解病人病痛的基础上,本着平等、尊重、保密、灵活的原则,提高谈话艺术,不仅要问病,还要问人、问背景、问关系、问影响,因此,医生必须掌握不同于传统问诊的方式和技巧。

一、问诊前对病患的观察

门诊病人由于年龄、文化程度、经济状况、职业和宗教信仰等差异,属于千差万别的群体,但其目标一样,就是看好病。每个不同的病人应采用不同的问诊方式和程序,恰当的方式能达到事半功倍的效果。

首先,医生应该注意自己的位置、姿势以及与病人的距离。医生的身体应该稍稍侧向病人,这样有利于进行面对面的交流,眼睛不时地注视病人,传递重视、鼓励、同情、共鸣、关心的信息,同时,应停止其他一切无关的活动,不能一边接手机、电话一边问诊,更不能一会儿站一会儿出去,最好没有别人打扰。医生与病人的距离应该保持在半米左右,太近了双方都不舒服,太远了不利于沟通。

其次,重视问诊前对病人的观察。问诊即医患开始谈话之前医生面带微笑注视病人,不仅能拉近初次见面时陌生的医患之间的距离,取得病人信任,让其敞开心扉倾述病情,更重要的是在短短几秒钟,可以观察到病人的个体化特征,并对眼前的病人有总体印象的判断,病患的皮肤、着装、面部表情能一定程度提示该采用何种问诊方式能够获得有效的病史资料。如果是急症病人,必须先解除病痛和生命危险,然后再深入了解病人及其健康问题;对于普通慢性病人,比如着装可大致区分其脑力劳动和体力劳动者,对于体力劳动者应放慢问诊速度,采用通俗易懂的语言,避免使用学术词汇,造成病人的误解,获得错误的病史造成误诊,而脑力劳动者可能在就诊前查过相应的网络资料,使用一些专业词汇并不是绝对禁忌,这类病人对诊疗可能有较多的疑虑,医生应巧妙、耐心地解释。病患的面部表情也是很重要的信息,如面对满脸凶神恶煞的病人,医生应及时调整自己的心态,使用缓和语气,尽量用商量的口吻解决问题,避免医患冲突。因此,问诊之前对病人的观察是每位医生常常会忽略但又是提供重要临床资料的一条途径,应当引起重视。

二、安排合理的问诊程序

消化内科门诊大致有以下3种情况,初诊慢性病病人、复诊病人和急症病人。面对不同的就诊病人应该采用不同的问诊程序。

1. 初诊慢性病病人

第一次接触的慢性病病人需要问诊的内容较多,包括主诉、现病史、简单的既往健康史、个人史、婚育史和家族史,其中主体部分是主诉和现病史,应重点询问。对这类病人一般采取引导式问诊方式,即以医生问、病人答的方式问清本次就诊的主要问题,通常医生应主动询问“您有什么不舒服?多久了?”,对整个问诊过程起引导作用,这样可以避免主观症状多、有明显焦虑的病人滔滔不绝地倾诉,亦可避免表达能力有欠缺的病人不知从何处说起。一般来说,病人回答的第一句话是其感受到的最主要的痛苦和不适,即其就诊的主要原因,可以作为主诉。但也有部分病人按时间顺序讲起,病程可能很长,最后的症状可能才是其就诊原因,此时医生应当根据情况,听取重点,注意不可跟其思路,必要时应巧妙通过另外的提问方式适当引导。确定主诉以后,应针对主要症状重点询问。消化内科最常见的症状就是腹痛,我们以此为例:腹痛很常见,鉴别的疾病也较多,有些病人可能直接就认为自己是“胃痛”,回答也有偏向性,此时

医生都应谨慎,认真了解病史,注意鉴别,稍有大意,可能造成误诊、漏诊。此时应当问明腹痛的诱发因素、部位、性质、范围与进食、体位的关系,加重或缓解因素,是否向他处放射,病程和每次发作的持续时间,还有重要的一点,就是伴随症状,很大程度上可以帮助鉴别疾病。如伴反酸、反流、嗝气,可能存在胃食管反流病,病人常说“吃了带馅的东西后就烧心”,这可能是因为饮食量增加、高脂肪饮食等使下食管括约肌(LES)松弛;如伴发热、寒战,可能是胆石症、胆囊炎;如伴黄疸、乏力,可能与肝胆疾病有关;如伴呕吐、腹泻,可能提示急性胃肠炎;如伴血尿,可能为泌尿系统结石。女性腹痛病人应特别注意是否有异位妊娠等妇科急腹症,此时通常会询问其月经史及末次月经时间。消化内科问诊还应常规询问排大便情况,包括每天排大便的次数、大便的性状、是否有脓血等。另外,大多消化系统慢性疾病的病人与睡眠障碍有密切相关,睡眠状况不应忽略,消瘦的病人应注意近来是否有体重减轻的情况,以排除消化道肿瘤。

主体部分(主诉、现病史)询问之后便是既往史、个人史、婚育史和家族史。一般询问病人“以前有什么病吗?”“对什么药物过敏吗?”等,这部分问诊不应省略,医生应根据病人情况、时间等方面适当调整。

2. 复诊病人

对于反复就诊的慢性病人,医生在问诊前先花几分钟时间浏览病人的病史,了解病人及其背景、既往的健康状况。这部分病人的问诊与初诊病人不同,应当重点询问病人服药的依从性、是否有过敏的情况发生以及治疗的效果。医生一般主动询问“吃完药感觉怎么样?好一点吗?”,有部分病人可能初诊时的症状缓解了,但又出现了其他的不适,便会认为没有好转,此时医生应当细心询问,确实无效时还应询问服药依从性,是否由于未按时服药或擅自停药所导致。另外,还要注意以前的诊断是否明确,有无漏诊或者误诊,必要时需要重新、详细追问病史。例如幽门螺杆菌(Hp)感染病人在消化内科门诊诊疗中很常见,在抗Hp治疗过程中会出现恶心等不适,病人自行停药而导致治疗效果不佳,这些因素都会影响医生对病情的判断以及诊疗,病人也可能隐瞒,此时医生应从不同角度反复问诊,认真了解情况。另外,抗Hp标准治疗需要用到抗生素,所以不应忽略对药物过敏史的询问。

3. 急症病人

急诊病人实际上包括两类:一类急诊并且可能危及生命,比如急性重症胰腺炎、主动脉腹段动脉瘤等;另一类,虽然是急诊,但不一定威胁生命,如胆道蛔虫。因此,对于消化内科急诊病人,首先是判别病情的严重程度,是否需要紧急抢救。因此,遇到消化内科急诊病人,先要重点突出、简明扼要地问诊,同时快速观察病人的皮肤颜色、温度、营养状态、意识、体位、姿势、步态、面容与表情等,测脉搏、血压等生命征,有针对性地体检,上述这些过程都是在短时间内完成的,与消化内科慢性病病人的接诊有很大的区别。经过上述重点突出的问诊、体检之后,医生应该会有一个倾向性诊断和处理意见。经过初步处理、病情稳定之后,再详细补充询问病史、全面体检,切不可为了问诊而问诊,耽误抢救时机。

三、采用合适的问诊方式

1. 封闭式问诊

提问有可供选择的答案,如“好不好”、“痛不痛”、“有没有”、“是不是”等,常用于问病、问症