

# 诊断思维 与治疗决策

孙旭东 蒲 卓 主 编

黑龙江人民出版社

# 诊断思维与治疗决策

孙旭东 蒲 卓 主编

黑龙江人民出版社

**副主编 (以姓氏笔划为序)**

|     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 于福俊 | 王志梅 | 王言华 | 王晓光 | 尹延龄 | 刘安良 |
| 刘媛珍 | 江才志 | 冯振声 | 任利民 | 孙德福 | 朱洪奎 |
| 李凤欣 | 李世坤 | 李文元 | 李树成 | 陈 玺 | 杨 青 |
| 杨雪藩 | 金连嘉 | 张世魁 | 张连吉 | 张国振 | 张鸣歧 |
| 张铁屏 | 孟宪志 | 胡增祥 | 姜凤玺 | 姜永贵 | 赵 辉 |
| 唐兆兴 | 徐荫亭 | 陆志宇 | 黄伯南 |     |     |

**诊断思维与治疗决策**

孙旭东 蒲 卓 主编

责任编辑 朱德环

黑龙江人民出版社出版

吉林市兰天印刷厂印刷

850×1168毫米32开本 135印张 350千字

1989年6月第1版 1989年6月第1次印刷

印数 00001—3000册

ISBN7—207—01258—6/B·49

定价: 6.20元

# 序 言

本书是一部为临床医生服务的、专门研究临床思维规律的学术著作，是一部为医学生毕业后走上临床工作岗位作准备的奠基性著作，也为关心疾病诊断和治疗的广大群众提供一本比较通俗的知识读物。

临床思维包括诊断思维和治疗决策两方面的思维活动。

诊断思维开始于从病人身上获得的各种有关疾病的临床资料，包括病史、体征、实验室化验数据和各种仪器检查结果。这些临床资料经过医生头脑的分析和取舍，并同医生头脑中储存的有关疾病的概念加以比较，形成诊断结论，即所谓确诊。诊断思维活动的目的是要求医生对病人罹患疾病的认识与病人的疾病相符合，做到主观与客观一致。在临床诊断活动中，医院的诊察手段是既定的，依靠这些手段获得的临床资料亦大致相同，但医生们对同一病人的诊断结论往往大相径庭，有的医生诊断符合率高一些，有的则发生误诊。特别是在疑难病的会诊中，医生们往往众说纷纭，各执己见，见仁见智，莫衷一是。经过治疗和进一步检查，或者经过手术、病理切片、尸体解剖才最终得到验证。这时回顾一下当初医生们的诊断思维确有正误、高下之分。

治疗决策是医生在正确诊断基础上，根据医学理论的要求，运用现有的物质技术手段，制定切实可行的治疗方案，并付诸实施，治愈疾病，促使病人康复，或者有效地控制病情发展。病人的治疗效果，一方面取决于疾病的性质和病人的体质状况，另一方面则取决于临床医生治疗决策的科学

性。科学的治疗决策要求医生在治疗中考虑问题全面、周到、富有预见性；否则便会顾此失彼，捉襟见肘，处处被动，既浪费了宝贵的医药资源，又可能增加病人的痛苦。在医学理论知识和物质技术手段相同的情况下，医生的正确治疗决策对疾病的治疗效果具有重大影响。一位病人如果得到医生的正确治疗，无疑是一种莫大的幸福；如果医生的治疗决策出现失误，那么这位病人的境遇是可想而知的。这并非危言耸听，而是临床实践中司空见惯的事情。某地区1987年1～6月共发生83起医疗事故和严重医疗差错，其中由于医护人员工作责任心不强所致17例，占20.4%；因医学理论知识水平低所致13例，占15.6%；因临床思维错误所致43例，占51.8%。这些事例说明了临床思维的极端重要性。

临床实践是临床思维的基础。临床医生在长期的临床实践活动中锻炼并提高了临床思维能力，反过来又指导着临床实践活动。临床医生水平的高低，除了看其医学理论知识水平之外，重要的标志是看其临床思维能力。人们常说，高明的医生临床经验丰富。其实，所谓临床经验丰富，除了见多识广之外，主要是指其临床思维能力较强，在诊断、治疗中考虑问题全面、周到、富有预见，在既定的客观条件下，取得较好的治疗效果。一个临床思维能力低下的医生绝不会成为优秀的临床工作者。尽管有些医生学识渊博，又勤勤恳恳地埋头工作，但有时也会出现失误，其中一个原因恐怕与其临床思维的失误有关。

在临床诊断和治疗工作中，科学的医学理论知识和先进的物质技术手段是必不可少的。但是，这些医学理论和技术手段不会自发地发挥作用，它们需要通过临床医生周密的思维活动才能在每个病人身上具体地、灵活地运用，收到救死扶

伤、药到病除的效果。否则，在不正确的思维活动支配下，这些物质技术手段不但不能发挥良好的治疗作用，反而可能给病人造成损伤和危害，增加痛苦。

在当前的医学教育中，比较注重医学理论知识的灌输，有些忽视临床思维能力的训练。医生的临床思维能力是在医疗实践中逐渐摸索和积累起来的，其中经历了多少坎坷和失误，包含着多少辛劳和汗水呵！然而，许多医生也只能对于临床思维规律问题谈出若干片断的体会，不能形成系统性的知识。这说明医生们的宝贵的临床经验还未上升为自觉的、规律性的东西。这就提示我们：研究和探索临床医生的诊断思维和治疗决策规律的必要性和迫切性，不再使每一位青年医生走上临床工作岗位后重蹈某些医生失误的复辙。牛顿自称他是站在巨人的肩上才取得重大的科学成果的，“以史为镜，可以知兴亡；以人为镜，可以明得失”。

本书的宗旨在于，总结高年资医生的临床经验，让他们每天站在病人床前冥思苦想诊断、治疗问题之余，回顾一下自己临床实践中的成功经验和失败教训，总结临床思维的普遍规律，以便帮助青年医生训练思维能力，在工作中少走弯路，少受损失，为提高临床诊断和治疗水平贡献力量！

(孙旭东)

# 目 录

|         |   |
|---------|---|
| 序言..... | 1 |
|---------|---|

## 上篇 诊断思维

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 第一章 临床诊断的思维规律.....                 | 1   |
| 第一节 临床诊断的目的和要求.....                | 2   |
| 第二节 临床诊断的思维规律.....                 | 7   |
| 第二章 各种诊察手段的运用与评价.....              | 32  |
| 第一节 询问病史的艺术.....                   | 33  |
| 第二节 体检的诀窍.....                     | 46  |
| 第三节 实验室检查数据的诊断意义.....              | 59  |
| 第四节 仪器检查的诊断意义.....                 | 75  |
| 第三章 诊察手段的综合运用.....                 | 91  |
| 第一节 病史资料指导体检.....                  | 91  |
| 第二节 病史体检资料指导实验室和仪器检查.....          | 102 |
| 第三节 病史、体检、实验室、仪器检查<br>资料的综合分析..... | 113 |
| 第四章 各系统疾病诊断思维的特点.....              | 132 |
| 第一节 呼吸系统疾病诊断思维的特点.....             | 132 |
| 第二节 循环系统疾病诊断思维的特点.....             | 144 |
| 第三节 内分泌疾病诊断思维的特点.....              | 154 |
| 第四节 血液病诊断思维的特点.....                | 166 |
| 第五节 自身免疫性疾病诊断思维的特点.....            | 176 |

|            |                     |            |
|------------|---------------------|------------|
| 第六节        | 神经系统疾病诊断思维的特点·····  | 186        |
| 第七节        | 泌尿系统疾病诊断思维的特点·····  | 198        |
| 第八节        | 传染病诊断思维的特点·····     | 208        |
| 第九节        | 耳鼻咽喉科疾病诊断思维的特点····· | 221        |
| 第十节        | 恶性肿瘤诊断思维的特点·····    | 232        |
| <b>第五章</b> | <b>关于误诊的分析·····</b> | <b>244</b> |
| 第一节        | 误诊的客观原因·····        | 245        |
| 第二节        | 误诊的主观原因·····        | 256        |
| 第三节        | 端正诊断思维, 努力减少误诊····· | 261        |

## 下篇 治疗决策

|            |                             |            |
|------------|-----------------------------|------------|
| <b>第六章</b> | <b>正确处理治疗中的几个关系·····</b>    | <b>269</b> |
| 第一节        | 治愈与自愈·····                  | 269        |
| 第二节        | 治病与致病·····                  | 275        |
| 第三节        | 不治与可治·····                  | 283        |
| 第四节        | 抑制致病因子与调动机体抗病能力·····        | 290        |
| <b>第七章</b> | <b>治疗中权衡利弊·····</b>         | <b>294</b> |
| 第一节        | 治疗手段的二重性·····               | 294        |
| 第二节        | 两利取其大, 两害取其轻·····           | 304        |
| 第三节        | 往好处争取, 做最坏的准备·····          | 312        |
| <b>第八章</b> | <b>把握治疗时机和分寸·····</b>       | <b>317</b> |
| 第一节        | 抓住时机, 把握火候·····             | 317        |
| 第二节        | 抓住重点, 统筹兼顾·····             | 332        |
| 第三节        | 目标给药, 把握分寸·····             | 341        |
| 第四节        | 具体病人, 具体分析·····             | 351        |
| <b>第九章</b> | <b>充分发挥社会心理因素的治疗作用·····</b> | <b>361</b> |



|             |                          |            |
|-------------|--------------------------|------------|
| 第一节         | 医患合作, 调动病人主观能动性·····     | 362        |
| 第二节         | 医护配合, 发挥护理的治疗作用·····     | 373        |
| 第三节         | 发挥“外围”人群的治疗功效·····       | 384        |
| <b>第十章</b>  | <b>常规疗法的沿用与突破·····</b>   | <b>395</b> |
| 第一节         | 沿用常规疗法的必要性·····          | 396        |
| 第二节         | 突破常规疗法的必然性·····          | 400        |
| 第三节         | 突破常规疗法的思维程序·····         | 406        |
| 第四节         | 创造性思维能力的培养·····          | 409        |
| <b>第十一章</b> | <b>各科疾病治疗决策的特点·····</b>  | <b>418</b> |
| 第一节         | 内科疾病治疗决策的特点·····         | 418        |
| 第二节         | 外科疾病治疗决策的特点·····         | 431        |
| 第三节         | 妇科疾病治疗决策的特点·····         | 440        |
| 第四节         | 儿科疾病治疗决策的特点·····         | 447        |
| 第五节         | 眼科疾病治疗决策的特点·····         | 455        |
| 第六节         | 耳鼻喉科疾病治疗决策的特点·····       | 464        |
| 第七节         | 皮肤科疾病治疗决策的特点·····        | 472        |
| 第八节         | 传染病治疗决策的特点·····          | 481        |
| 第九节         | 恶性肿瘤治疗决策的特点·····         | 492        |
| <b>第十二章</b> | <b>中西医结合治疗决策的探索·····</b> | <b>503</b> |
| 第一节         | 西医治疗的优势和局限性·····         | 503        |
| 第二节         | 中医治疗的优势和局限性·····         | 513        |
| 第三节         | 中西医结合治疗决策的特点·····        | 526        |

# 上篇 诊断思维

## 第一章 临床诊断的思维规律

通常人们以为，一个临床医生只要具备医学理论知识，再应用各种诊察手段，便能够正确诊断疾病了。实际上，事情绝不是如此简单。诊断疾病既离不开医学理论和先进设备，更不能没有科学的思维。诊断疾病的过程是临床医生在医学理论指导下，运用各种诊察手段搜集临床资料，然后遵循科学的思维规律，进行复杂的思维推理，以便得出正确的结论。诊断发生错误既可能是由于医学理论水平低，或者诊察设备落后，也可能是因为思维方法不对头。

临床医生对于钻研医学理论的重要性是十分清楚的，对先进的诊断仪器更是崇拜之至，但对于诊断思维规律却感到朦朦胧胧，可有可无。只有那些临床经验丰富的高年资医生才体会到思维方法的极端重要性，但也常常感到所谓的诊断思维规律只能意会，无法言传，似有似无，欲言又止。这种状况恐怕与缺乏专门的、系统的研究有关，诊断思维方法远未形成规律性的知识体系。

本章试图从诊断思维方法的角度，总结医生的临床经验，概括出临床诊断的普遍的思维规律，为培养青年医生、提高诊断水平服务。

## 第一节 临床诊断的目的和要求

诊断疾病属于认识世界的范畴，治疗疾病属于改造世界的范畴。正确诊断是有效治疗的前提，治愈疾病是诊断的根本目的。诊断和防治构成临床工作的全部内容。为了探讨诊断思维和治疗决策的规律，首先应该了解临床工作独具的特点。

### 一、临床工作的特点

临床工作具有以下特点：

（一）临床工作对象的复杂性 临床活动的内容是诊治人体的疾病。人体是世界上最复杂的高级有机体。它不同于无机物，也不同于其他有机体。它是经过几十亿年进化形成的世界上最复杂的有机体。

临床工作对象的复杂性还表现在：临床工作不是探讨人体群体的生理病理规律，而是研究充满个体差异的每个病人罹患的疾病。

基础医学是研究人体新陈代谢的普遍规律的科学，它舍弃众多个体的特殊性而概括人体生理病理的共同规律。它的侧重点是人体新陈代谢的共性，而不着眼于每个人新陈代谢的特殊性。

临床医学探讨各种疾病的诊断、治疗的规律。它研究每种疾病应有的、共同的临床表现、发病机制以及常规的治疗原则和方法。临床医学研究也是舍弃众多病人的特殊性，概括出普遍性规律。

临床活动与基础医学、临床医学研究截然不同。它是临

床医生运用基础医学和临床医学的普遍规律来解决每个病人疾病的诊断、治疗问题，是基础医学和临床医学知识在每个病人身上的具体应用。基础医学和临床医学研究是从个性到共性，从特殊到普遍。临床工作则相反，是从共性到个性，从普遍到特殊。每个病人的生理病理过程虽然都遵循着人体新陈代谢的普遍规律，但罹患同一疾病的众多病人之间的个体差异很大。影响每位病人病理过程的，除了自然的、生物的因素之外，还有社会的、心理的因素。难怪多年从事临床工作的医生感叹，从来没见过同书本记载一模一样的病人。已故的张孝骞教授说，我治过千千万万伤寒病人，但从来没有完全相同的病例。这就反映了临床工作对象的极端复杂性。

（二）临床工作对象的宝贵性 人体是非常宝贵的有机体。人是一切财富的创造者。人类的实践活动都是为了增进人类的幸福。临床工作的目的是使人解除病痛，增强体质，健康长寿。临床诊断、治疗过程中不允许给人体造成严重的、不可逆的损害，更不许人为地致死。人体的宝贵性更增加了临床工作的难度。

特别是当前医学远未成为一门精密的科学，医学定量化的程度远远不如物理学和化学。许多严重威胁人类健康的疾病尚不能根治，这就使摆在医生面前的任务更加繁重了。

（三）临床工作时间的紧迫性 临床诊断、治疗工作有严格的时间要求，有时需要在十万火急的情况下迅速作出决断和处置。这种时间紧迫性的要求，虽然在其他科学活动中也偶尔遇到，但在临床活动中却司空见惯。对危重病人的抢救必须分秒必争，已经成为临床医生的职业习惯。“时间就是生命”这句话丝毫没有夸张的意思。所幸人体在进化过程

中获得了很强的适应能力、代偿能力和自愈能力，使医生在多数情况下尚能应付裕如。

(四) 临床资料的不完整性 认识一个事物必须详尽暴露该事物的各种信息资料，诊治疾病也是这样。临床工作需要获得的资料受到主观和客观两方面的限制，诸如医院仪器、设备的限制，仪器精密度和操作精确度的限制，病人经济条件的限制以及医生判断力的限制，等等。即使将一个医院现有的全部诊察手段都用在一个人身上，也未必能准确无误地反映病人的全部临床症状。更何况有些检查项目是有损伤的，不允许轻易使用。因此，医生总是在临床资料相对不完整的情况下进行诊断和治疗的，这更增加了临床工作的难度。

(五) 临床认识的模糊性或概然性 一方面由于临床资料不完整，另一方面因为有些临床资料常常模棱两可，使诊断结论不可避免地带上模糊性的色彩。阳性资料不一定真正有病，阴性资料不一定没有病。白细胞超过一万，可能是有炎症存在，也可能是其他疾病所致，还可能是正常现象。肝大一般是有病的表现，但孕妇也可能肝大。临床上各种诊断资料的数据都是经过统计学处理过的，它在每个病人身上的具体表现复杂多样。病理切片发现癌细胞，当然可以确诊，但临床上又经常发现间细胞——介于正常细胞和恶性细胞之间。还有人们感官和仪器的误差，也可以使费尽周折获得的临床资料发生偏差。据此得出的结论必然具有概然性。可以说，在疾病未治愈之前，一切诊断都是概然的。甚至疾病已经痊愈，也未必能确切地证明诊断准确无误，因为这也可能是机体的自愈能力使然。只有病理切片报告和尸体解剖的验证较具权威性，但也受到病理解剖医师判断力

的限制。这一切因素都使临床认识的模糊性或概然性难以避免了。

如果临床医生和病人都能了解临床工作的特点——人体的复杂性和宝贵性、临床工作时间的紧迫性、临床资料的不完整性以及临床认识的概然性，双方能够相互理解，密切配合，一定会使临床诊断和治疗活动顺利得多，更容易确诊，并有效地治疗。

## 二、临床诊断的目的和要求

诊断就是诊察和判断之意，是临床医生运用各种诊察手段，搜集必要的临床资料，在医学理论的指导下经过反复的思索，确定病人罹患疾病的名称和病情进展程度，为治疗奠定基础。

目前，医学理论对疾病的分类标准不够统一。有的按病因命名疾病，如伤寒、痢疾、结核；有的按病理解剖特征命名疾病，如心肌梗塞、肝硬化；有的以功能紊乱命名疾病，如甲状腺机能亢进；有的按症状或综合征命名疾病，如偏头痛、高血压；国外还习惯于以人名来命名疾病，如阿一斯氏综合征、柯兴氏综合征，等等。诊断就是将病人所患的疾病，按上述任何一个标准加以分类，确定归属，称作确诊。

在诊断过程中，要求医生对病人的疾病进行定位、定性和定量的判断分析。

所谓定位是判断病变的部位，确定疾病是发生在呼吸系统、消化系统、泌尿系统，还是神经系统、循环系统，明确是局部病变，还是全身病变。疾病定位是诊断的第一个要求。

所谓定性是确定疾病的性质。病人的疾病是炎症，结

核，还是肿瘤？如果是炎症，则需明确是化脓性炎症，还是非化脓性炎症？炎症的原因是什么？是物理原因、化学原因？还是致病微生物所致？疾病定性是诊断的第二个要求。

在对疾病进行定位、定性诊断之后，还要进行定量诊断。这里的定量诊断同其他科学的定量分析含义不同，主要是确定病情进展程度和疾病发展阶段。疾病是早期、中期，还是晚期？病情是轻度、中度，还是重度？局部病变对其他局部或全身的影响程度，疾病对病人新陈代谢和生命质量的威胁程度，等等。这是诊断的第三个要求。

为了达到上述三个诊断的目的，要求医生自觉地处理好诊断机率和病征机率的关系。当医生学习临床医学理论的时候，掌握的是病征机率（nosological probapitiy），即某病出现某些临床表现（症状、体征及实验室化验数据）的机率。各种教科书上总是首先载明××系统××病，然后记述该病的临床表现、病理机制以及鉴别诊断。而医生诊断疾病时则要运用诊断机率（diaguoftic probabitity），即利用搜集到的众多临床资料来判断病人患何种疾病。可见，诊断机率与病征机率的思维过程正好相反，诊断机率是病征机率的逆机率。通俗地说，临床诊断的思维进程同学习书本知识不同。学习医学理论是从疾病的病因到症状、体征，而临床诊断活动则相反，先搜集一系列症状和体征，再据此判断罹患的疾病。在诊断时，根据已经搜集到的临床资料，有的医生判定是甲病，有的医生认为是乙病，并且都有各自的依据，一时难断对错是非。这说明，把握诊断机率比病征机率难度更大。一个经验丰富的临床医生记忆病征机率的能力可能不如一个正在准备考试的大学生，但他在诊断中表现的沉稳老练却远远胜过那个大学生，原因在于准备考试的大学生

只熟记病征机率，但不善于把握诊断机率。这需要在长期的临床实践中，在科学的诊断思维规律指导下，通过反复思考才能把握的。

(孙旭东)

## 第二节 临床诊断的思维规律

临床医生要想为病人正确诊断疾病，需要具备三个条件：渊博的医学理论知识、先进的诊断仪器、科学的思维方法，这三者缺一不可。其中，仪器设备可称作诊断的“硬件”，医学理论和诊断思维可比作诊断的“软件”。不具备诊断的硬件条件，就无法提高诊断水平，这是尽人皆知的常识。正确诊断需要医学理论知识这个软件条件，人们也不怀疑。那么，正确诊断是否需要科学的思维方法呢？对于这个问题，有的医生不以为然，有的将信将疑，只有经验丰富的年高资医生才充分体会正确思维方法的价值。白求恩医科大学第一临床学院内科的李明瑚教授说：“形成正确的诊断，不仅需要医学专业知识，而且要有正确的思维方法。”吴阶平教授在全国第二届医学辩证法学术讨论会的报告中指出：“对于辩证思维，有的人多一些，有的人少一些，有的人可能长期处于萌芽阶段，不能很好地前进。关键在于自觉性不够。临床医生要使自己聪明些，就要自觉运用辩证思维，做到使主观符合客观。”

所谓科学的诊断思维规律是什么呢？它究竟包括那些内容？目前还很难做出公认的、权威性的概括。总的来说，科学的诊断思维方法应该符合唯物辩证法的规律。但是，辩证法规律在诊断思维活动中应该具体化，形成若干适合诊断思



维活动的特殊规律，即诊断思维规律。现在根据许多临床医生的经验和体会，将诊断思维活动应遵循的普遍规律概括如下：

### 一、依据初步获得的临床资料，运用假设诊断方法，确定拟诊疾病范围

诊断疾病的过程是医生对病人罹患疾病的认识过程。同认识其他事物一样，诊断疾病首先要搜集临床资料，诸如询问病史、查体、实验室化验及仪器检查，再经过医生的分析综合，得出诊断结论。但是，临床医生不是等待临床资料齐备之后才下结论的，而是根据初步获得的临床资料就提出了假设诊断，通常称为拟诊，或者印象诊断。

国外学者在研究医生的诊断思维活动时发现，许多医生在接触病人的最初阶段便在头脑中形成了假设诊断。1970年，Sandifer给几十位神经科医生播放一位精神病人的临床资料录相，每隔3~5分钟停放片刻，让每位医生写下此刻的诊断意见。结果发现，放完3分钟时即有四分之三的医生形成了初步诊断结论。1973年，Kendell在英国伦敦对临床医生进行类似的测验，结果发现，放映2分钟临床资料录相，有48%的医生诊断与病人出院诊断相符合，放映5分钟时形成的诊断有60%与出院诊断一致，（当然，其中25%的符合率可能是偶然机率所致）。同时还发现，每位医生建立假设诊断所依据的资料多少不等，有的仅依据少量资料即下了诊断结论，有的则需要多些；有的医生只凭直觉便做出诊断，有的则需要有比较充分的依据；有的医生对自己的假设诊断不敢充分肯定，有的则深信不疑。

运用假设诊断方法提出拟诊疾病虽然不是确诊，但运用