

北美行医札记

第六感觉

Sixth
Sense

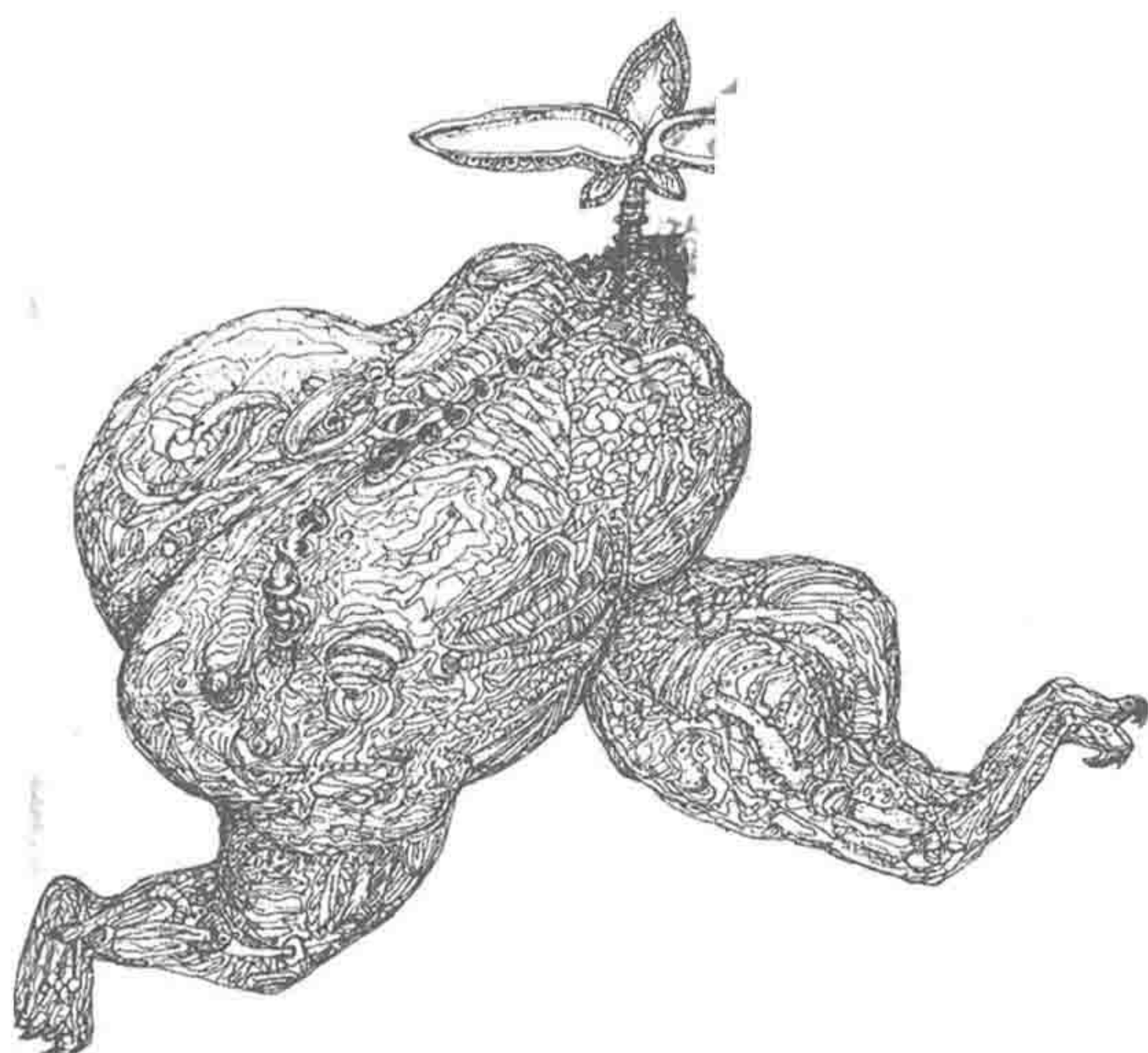
[加拿大]
清衣江 著

北美行医札记

第六感觉

Sixth
Sense

[加拿大]
青衣江 著



新星出版社 NEW STAR PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

第六感觉：北美行医札记 / (加) 清衣江著. — 北京：新星出版社，2017.9

ISBN 978-7-5133-2831-9

I. ①第… II. ①清… III. ①随笔—作品集—加拿大—现代 IV. ①I711.65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 213777 号

第六感觉：北美行医札记

(加拿大) 清衣江 著

责任编辑：高晓岩

责任印制：李珊珊

装帧设计：冷暖儿

出版发行：新星出版社

出版人：谢 刚

社 址：北京市西城区车公庄大街丙3号楼 100044

网 址：www.newstarpress.com

电 话：010-88310888

传 真：010-65270449

法律顾问：北京市大成律师事务所

读者服务：010-88310811 service@newstarpress.com

邮购地址：北京市西城区车公庄大街丙3号楼 100044

印 刷：三河市兴达印务有限公司

开 本：787mm × 1092mm 1/32

印 张：8

字 数：100千字

版 次：2017年9月第一版 2017年9月第一次印刷

书 号：ISBN 978-7-5133-2831-9

定 价：42.00元

版权专有，侵权必究；如有质量问题，请与印刷厂联系调换。

前言

清衣江

本书记录了给我留下深刻印象的几十个病例。

这些病例，与其说是医学的具体技术描写，不如说是关于医学伦理、医生思维方式的思考。行医多年，值得一提的，也就这几十个病例。回头看这些病例，突然意识到，如果我不喜欢问个为什么，也许几个病例也写不出来，也许不少病例，就是另一种结局，而我对此毫无知觉。

当年大学毕业后，在国内当了近两年外科医生。干了一两个月后，我开玩笑说：当医生很简单，复写十几张处方，病人来了，肺炎就给一张抗菌素，关节痛就给一张止痛药，阑尾炎自然就是开刀了。

医生行医，大部分时候按部就班。但是，不要以

为任何病人都可以套进现成的框子，要保持一颗怀疑的心：当临床结果与常规不符合时，不能以常规套结果，不能对与常规不符合的症状体征视而不见，而要根据症状体征分析是否有其他可能。

时常在网络上看到所谓名医的介绍和自我介绍，“善于治疗疑难怪症”，让我喷饭。不懂的东西才神秘。医学实际上是很简单的，虽然美国人、加拿大人崇拜医生，以为他们装了一肚子高深的知识。现代医学没有疑难怪症，不少疾病找不到病因，还有不少疾病无法确诊。然而，以今天的医学知识和技术，能诊断的，就能诊断；不能诊断的，谁也诊断不了。不能诊断就无法治疗，很多疾病以综合征命名，就是因为找不到病因。那种灵机一动就诊断出“疑难怪症”，就能妙手回春，就超越其他医生的医生，只存在于牛皮之中。

这并不是说，医生没有良庸之分。

一个良医，首先得有人道情怀。如希波克拉底说：“有时候治愈，经常解除痛苦，总是给予安慰。”

其次得有学识技术。

第三更要思考。医生自然要照教科书和指南行医，但经常要问一问：教科书和指南的根据是什么？其适

用的范围是否适合所治疗的病人？今天的临床实践，是根据证据行医（Evidence Based Medicine），医生得经常问问自己：所用的诊断技术、药物及其他治疗方法，有没有根据？有没有临床随机双盲试验证据？虽然不可能总是有证据，但是要有这个概念。医生的基本功首先是收集信息，问病史、查体，根据病史体检提供的线索，作化验及图像检查，然后是分析判断推理。这些说起来容易，但往往被忽略。医生应该总是问自己一个为什么，不要以为什么都是理所当然。

医生还要知道自己的局限，不要不懂装懂，更不要不懂自以为懂。医生还应该知道今天医学的局限，在单克隆、基因、DNA 的时代，不少疾病包括简单的疾病，仍然无法治疗。

中国医患关系紧张的原因很多，不可能照搬国外方法来解决。国外也强调搞好医患关系。良好的医患关系，是避免吃医疗官司的最好方法。我处理医患关系的方法如下：

尽力治疗，关心病人。你尽了力，大部分病人及家属是知道的，即使是凭直觉。即使你没有一天到晚做出一副悲天悯人的模样。

有效交流。用病人能理解的语言，解释病人的疾病诊断、治疗、预后、各种可能性。有时候我还告诉他们有关的研究和统计数据，虽然他们不完全懂，但是给他们留下了很深的印象。

开诚布公，同时注意用词。最好说病人存活的可能性很小，而不要说病人马上就要死掉。此外，不知道的，就说不知道。不要搪塞，不要居高临下。

人情味。有时候开一句玩笑，气氛马上就变得融洽起来。

避免直接冲突。遇到纠缠不清的病人或家属，找个借口躲开。遇到大吵大闹的病人或家属，不要搭理，不要对吵。

及时记录。特别是有可能引起冲突或者有可能吃官司的病例。

希望这些病例对医生同行，对病人，对正常人，都能有所帮助。

2017年6月于加拿大

目 录

脑外伤出血	1
肺动脉栓塞与脑出血	6
两难选择	9
风心病人死亡	16
周期性呕吐	19
安的故事	22
“肺癌”	25
痛风及秋水仙碱	29
拒绝冠脉搭桥	33
存活率百分之五	39
前黑帮癫痫	51
疝气修补手术	53
条件性自杀	56
多发性骨髓瘤	63
无休无止的检查	67
过敏反应还是不良反应?	76
第六感觉	83
住院小记	88
被心绞痛病人抱怨	96
昏迷分数 (GCS)	100
两个肺结核病人	108

鼓励的力量	112
学术讲座的效用	118
有病无病?	126
当我是病人时	130
低血糖癫痫	137
不能耐受所有药物的糖尿病患者	144
导尿管	152
阳性预测值及阴性预测值	156
主动脉瓣回流	165
高敏感性肌钙蛋白	170
回家	177
再嫁	185
晕厥与肺动脉栓塞	189
肺动脉栓塞及抗凝药	193
肺纤维化病人死亡	199
数字说话	202
脓肿糖尿病及胰岛素	206
急诊室的老白老黑	209
亲戚在国内住院	213
气管插管	216
病人儿子把我告到卫生局	219
住院出院	230
急性肾衰加慢性肾功能不全, 病因不明	236
糖尿病还是尿崩症?	239
【代后记】答编辑老愚问	245

脑外伤出血



当医学生时，曾经在中国一个县医院实习外科。

顶头上司李医生，北方人，个子不高，肚子滚圆。那个年代，只有书记、主任、刀儿匠、医生肚子上有点板油。李医生总是不紧不慢，说话时面无表情，头往后仰，眼皮下垂，只见眼白。

一天值班。送来一个病人，三十岁左右，从建筑工地二楼摔下来，昏迷不醒，头部血肉模糊。第一次遇到这种病人，我有点紧张。用生理盐水把他的头部洗干净，以酒精消毒，然后用纱布从头顶绕过下巴，把出血的伤口包扎起来。

正在包扎，李医生来了。等我包扎完，他简单问了下病情，检查了一下病人，对病人的妻子说：“你的男人是颅内出血，必须马上做开颅手术。不做手术，

他肯定会死；做手术，也可能死。如果你同意，马上签字。”

病人的妻子身材高挑，一身制服，一看就是处级一类干部，听李医生这么一说，她脸色苍白，半天说不出话。

李医生回到办公室，说我的包扎方法是错误的，是从电影上学的。他说：把纱布从下巴绕过，病人一张嘴，纱布马上就松了。随后他笑着说，老子把他的婆娘吓得半死。

国内医生有夸大病情的习惯，滥发病危通知书是表现之一，夸大病情是为了自我保护。国外的医生也有自我保护，只不过方法不同而已。

我认为那个病人活下来的机会很小，倒也不觉得李医生夸大了病情。

病人下午两三点钟入院，七点左右头部 X 光片才出来。李医生把片子在读片荧光屏上读，对着电灯泡读，眼睛凑上去读，始终不紧不慢。最后他指着光片说：“硬膜下出血，就在这里。我们今晚做手术。”

晚上十一点钟开始手术。李医生主刀，我和另一个同学当助手。

在颅骨上钻一个洞，然后锯开一块颅骨。找到出血的地方，吸去血块，开始止血。小一点的出血点用电烙止血，大一点的用银夹止血，不能用丝线结扎。止血很不顺利，一个出血点止住，另一个又冒出来。不能止血，病人就会死在手术台上。这是外科医生的忌讳。李医生不停地骂娘。到了早晨五六点钟，我已经昏昏欲睡，只是机械性地拉住拉钩，不知道他在骂什么、做什么。七点钟，听到李医生说：“好了，终于完了。”

术后四五天，病人清醒过来。一个半星期后，开始和护士调情。

一个朋友的母亲，现在九十岁左右。多年前患脑胶质瘤，在学校附属医院做了切除手术。在国外看医生，问起过去史，得知当年她的医生就是问问病史，查查体，做个X光，就把脑袋打开，做了脑肿瘤切除手术。这让医生感到惊讶。

当年一些老医生、老教授（当时也就四十多岁，还没有教授头衔），特别是脑外科、胸外科医生，在病人眼中，在我们这些学生眼中，都是传奇人物。不

仅因为他们似乎有高超的手术技巧，一刀下去，能起死回生，更因为他们的诊断本事，问一问，敲一敲，听一听，看看 X 光片，就自信地告诉学生：这个病人有风心病、二尖瓣狭窄，那个病人有脑胶质瘤，位于左侧中央后回……

问病史、查体，是医生的基本功。中国、美国、加拿大的医学生，对于问病史查体，都有详细严格的要求。美国内科学会（American Board of Internal Medicine, ABIM）的考试没有查体，而加拿大皇家内科外科学会（Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC）的口试就有不厌其烦的查体。但没有任何医生在行医时，会按照学校所教、考试所考的那样查体。重要原因之一，是没有时间，而且没有必要。查体的准确性有多高也是问题。神经系统查体的准确性比较高，心血管就低得多。

我曾比较过医生听诊与心脏超声波的结果。医生听诊的准确率不会超过 40%。把我自己的听诊与心脏超声波结果也比了一下。算了，不说了。

今天的医生，没有谁查查体、看看 X 光片，就敢把脑袋锯开，把胸腔打开。但在 CT、核磁共振（MRI）、

正电子发射断层扫描（PET）、DNA 等流行的今天，问病史、查体是不是就过时了？

有一天查房，护士说一个病人抱怨头痛。这个病人入院前在家里摔倒，入院时作了脑部 CT，结果正常。我问学生怎么办？学生说再做一个头部 CT，排除脑外伤。我问：首先，病人在医院发生脑外伤的可能性有多大？病人、或者家属、或者护士有没有向你报告，病人曾经在医院摔倒过？你是不是检查过病人，有没有局部运动、感觉异常？有没有局部疼痛、血瘀？如果这些都没有，你想通过 CT 发现什么损伤？

仅仅靠病史、查体来诊断自然不可行，但病史、查体仍然是最基础的无法绕过的手段，至少百分之六七十的信息可以通过它获得。没有病史、查体奠定基础、发现线索，一来就上一大堆昂贵的检查，只是浪费钱财，让病人吃射线，而医生仍可能糊里糊涂。唯一的优点是，医生可以节省几分钟时间。

肺动脉栓塞与脑出血



一天，急诊室医生要我收一个肺动脉栓塞 (Pulmonary Embolism, PE) 病人。

病人四十岁左右，几个月前遭人毒打，脑蛛网膜下腔出血。收到附近一所大医院神经外科，两三个星期后出院。病人几天前开始呼吸困难，今天来到急诊室，CT 发现肺动脉栓塞，急诊室医生已给了病人抗凝药物依诺肝素 (Lovenox) 和华发素 (Warfarin)。

肺动脉栓塞是血液凝块堵塞肺动脉或肺动脉分支的结果，后者更普遍。血液凝块或者在原地形成，或者来自下肢静脉，偶尔来自上肢静脉。严重的肺动脉栓塞可以致命。现在 CT 应用普遍，许多偶尔发现的小动脉栓塞，对病人有什么不良后果，治疗它有什么好处，都很难说。治疗主要是用抗血液凝结药物华发

素。服用华发素最初几天，血液凝固性反而增高，要靠依诺肝素或肝素过渡。现在出了几种新抗凝药物，就没有这些麻烦。抗凝药物并不能使血栓溶解，只是让血栓不扩大。机体可能产生纤溶酶（plasmin），溶解血栓。

急诊室医生把事情都给我干完了，我去看看病人，写个病历就可以交差。问了病史，查完体，开始读CT报告。除了栓塞外，CT还发现肝脏有几个小囊肿。

我想起病人几个月前的事。头部外伤，一般引起硬膜外或硬膜下出血。蛛网膜下腔出血，往往是小动脉瘤破裂所致。这个病人有没有脑动脉瘤？

我准备做一个脑部核磁共振血管造影（MRA）。又感到有点反应过度，肝囊肿和血管瘤是两回事。心想，还是听听专家意见。于是写了一个会诊单，找神经科医生史蒂文会诊，询问是否需要做MRA。

收完病人，开车回家。第二天上班，护士告诉我，那个病人昨晚已转走。十点钟左右，碰到史蒂文医生，他看起来有点激动，他说，昨天晚上做了一个头部CT，发现几个部位出血，赶快和病人以前的神经外科医生联系，把病人送回那所大医院。

我问他为什么没有做 MRA 而是做了 CT？他说他也觉得没有必要作 MRA，但不知道为什么，就做了 CT。

“颅内出血，又在用抗凝药物，这个病人差点就完了。”说话时史蒂文医生看我的表情，好像是在说：

“看看，我保护了你的屁眼。”病人不用抗凝药物，肺动脉栓塞扩展可能导致死亡；用抗凝药物，可能引起颅内大出血而死。这样的病人，神经外科大概不肯作手术。手术是否有效，也是个问题。如果是血管瘤破裂，导致蛛网膜下腔出血，介入性放射科医生可以堵塞血管瘤而止血。

这个病人的肺动脉栓塞和颅内出血不算太严重，很可能会活下来。

我和史蒂文医生鬼使神差地产生了一个念头，不知道是否救了这个病人一命？但很可能避免了我和急诊室医生的一场官司。