

# 内科临床思维

(第二版)

张希德 主编



科学出版社

[www.sciencep.com](http://www.sciencep.com)

# 内科临床思维

(第二版)

张希德 主编

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

全书分为绪论及上篇、中篇、下篇。绪论全面介绍临床思维(诊断思维和治疗思维)的内容和方法;上篇:内科临床思维程序,介绍了常见症状、体征及实验室检查的临床思维方法和步骤;中篇:常见内科疾病的临床思维,结合临床资料,分别对呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌与代谢、神经系统疾病及风湿病和结缔组织病的诊疗思维方法进行了详细的阐述;下篇:思维讨论病例,列出了一些较复杂的病例,并进行了示范性讨论。本书内容翔实,重点突出,条理清楚,简明扼要,理论联系临床,实用性强。本次修订不但补充了许多内容,还结合国内外进展进行了更新,适合广大医学生及各科临床医师,尤其是内科医师参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

内科临床思维 / 张希德主编. —2 版. —北京: 科学出版社, 2007  
ISBN 978-7-03-018069-0

I. 内… II. 张… III. 内科学 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 112282 号

责任编辑:陈欣 黄敏 / 责任校对:郑金红  
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2000年1月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2007年1月第 二 版 印张:29

2007年1月第四次印刷 字数:678 000

印数:16 001—18 000

定价:78.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

## 《内科临床思维》编写人员

主 编 张希德

副主编 蔡则骥

编 者 (以姓氏笔画为序)

汪 昕 张希德 范 薇

徐元钊 高 鑫 童步高

蔡则骥 蔡映云

# 第一版序

俗话说,“老马识途”。这是因为老马跑过的路多,年岁也大,才能认识路。一般病人喜欢找老医生看病,说老医生临床经验多,这是因为老医生看病时间久了,看病的经验丰富,能够较快、较顺利和准确地做出诊断,进行恰当的治疗,取得良好的效果。丰富的临床经验是通过临床思维而获得的,而所谓临床思维是医生的大脑活动将已有的医学理论知识,结合病人的实际情况(临床实践资料)进行综合分析,以圆满解决诊断和治疗的过程。简言之,就是从看好病(诊断和治疗)的角度观察事物、思考问题的过程。

实践出真知,从古到今,不论中医还是西医,都很重视实践。随着我国医学教育的不断发展,出现医学生人数多而临床实习材料(病人、病种)相对不足的情况,学生接触临床实践的机会较少。由于医学科学的进步,新的课程和内容大量增加,课时和学制年限不可能随意增加,因此,临床实习课也不可能增加,医学教育主管部门和临床教师想了许多办法去解决这一矛盾。而有了实践机会,却机械地实践而不动脑筋,即使实践多次也得不到精到的临床经验。因此,这里还有个勤于思考的问题,而且必须启用临床思维的方法。

张希德教授邀请了中山医院心血管、呼吸、消化、血液、肾脏、内分泌、神经等科的资深医生编写了这本《内科临床思维》。在该书中,这些专家运用自己数十年的临床经验,告诉初学者如何进行临床思维,掌握思维的程序,将已有的病史、症状、体征和其他检查结果,结合每一种疾病分层次地进行分析,达到做出诊断、设计治疗的目的。这也就是教给初学者诊治疾病的一套有效的方法,可以起事半功倍的效果,愿读者从中得益。

朱无难

1999年6月24日

## 第二版前言

《内科临床思维》问世已6年余,承蒙广大读者的厚爱,已印刷5次,但仍供不应求。许多医生,特别是中青年医生,已经把它作为案头必备的参考书,成为临床问诊、体检及实验室和辅助检查时的助手,在诊断和鉴别诊断方面开拓了思路、理清了头绪,较快地做出了正确诊断,对治疗原则和方法也有了一个完整的概念。有些高等医药院校将此书作为青年医师临床思维的培训教材,收到了事半功倍的效果。

随着临床医学的发展,许多新理论、新技术不断应用于临床,许多治疗方法有了较大的改进,有些学术团体对疾病的诊断标准进行了修订,制订了诊疗指南、思维流程等,本书内容显然已落后于形势,因此,有进行修订的必要。为此,在科学出版社的支持和指导下,我们组织了本书原班编写人员对全书进行了较大的修订,删除了已经过时的部分,参照国内外文献,增加了最新进展,使内容更加充实、更加完善。

本次修订主要有如下几个方面:

1. 增加绪论 详细阐述了临床思维的定义、基本条件、必要前提、原则、方法(包括诊断思维方法和治疗思维方法)及临床思维中应该注意的问题。

2. 上篇:内科临床思维程序 增加了红细胞增多、血小板增多、淋巴细胞增多、血镁异常、肿瘤标志物检测等内容。

3. 中篇:常见内科疾病的临床思维 增加了功能性胃肠病(如功能性消化不良、肠易激综合征)、风湿病和结缔组织病(如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮)、巨幼细胞性贫血、恶性组织细胞病等,并充实了治疗部分的内容,包括各种新技术、新疗法的临床应用和临床用药技巧等。

4. 下篇:思维讨论病例 提供了一些较为复杂的病例,原来只有答案,供读者思维参考和检验思维能力之用,现根据读者的要求,由原作者对病例进行了临床分析,并结合国内外文献进行了讨论,循序渐进,由浅入深,突出了临床思维过程,起到了临床思维的示范作用。

本书各章节均系有丰富临床和教学经验的专家亲自撰写,理论联系临床,是他们多年临床经验的总结。尽管医、教、研工作繁忙,但他们仍工作严谨、认真负责,逐字逐句推敲斟酌,花费了大量心血,使本书的先进性、科学性和实用性得以保证,在本书再版之际,谨向他们致以衷心的感谢。

医学科学知识浩如烟海,不断更新发展,临床思维方法的训练也并非读几本书就能一蹴而就。尽管我们在编写本书时从内容到形式做了很大努力,仍难免挂一漏万,甚至有错误,所介绍的思维程序也不是十全十美、无懈可击,更不是固定不变的,只能起到抛砖引玉的作用。因此,衷心期望广大读者不吝赐教,提出宝贵意见,使本书对广大临床医生能有所裨益。

张希德

复旦大学附属中山医院

2006年6月28日

# 第一版前言

临床思维是利用基础医学和临床医学知识对临床资料进行综合分析、逻辑推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾并加以解决的过程。正确的临床思维是临床医师长期从事临床实践的经验总结,是临床医师的基本功,临床思维是不能用任何仪器替代的。然而,目前许多医师,特别是青年医师不重视这一点,在临床工作中往往仅依靠病人的叙述或某一项检查结果做出诊断,因而常导致误诊或漏诊。为此,我们组织了富有临床和教学经验的专家、教授编写了这本《内科临床思维》,旨在帮助临床医师,特别是缺乏临床实践经验的医学生和青年医师掌握临床思维的步骤和方法,即掌握解决临床问题的钥匙,从而提高诊疗水平。

临床思维的基本条件是扎实的医学知识和丰富的临床实践,两者缺一不可。所谓医学知识,包括基础医学知识和临床医学知识。前者包括解剖学、生理学、病理学、生物化学、药理学、微生物学、免疫学等;后者包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学、心理学等。所谓临床实践,包括直接的和间接的实践。直接实践是亲身接触病人,观察病情,掌握第一手临床资料;间接实践是通过阅读文献及参加临床病理(例)讨论会等,从别人的实践中,间接获取经验或教训。没有这些条件就无法进行临床思维。

临床思维的必要前提包括详细可靠的病史、仔细正确的体检、必要的实验室和辅助检查。为了使思维条理化、系统化,本书在广泛总结临床经验的基础上,对症状、体征和实验室检查分别编写了思维程序。所谓程序即步骤,第一步考虑什么,第二步怎样考虑等。按照程序思维可避免重要疾病的遗漏。临床思维方法是多种多样的,因而,思维程序也不是固定不变的。为了防止机械运用程序导致思维僵化和教条化,我们对内科一些常见疾病的临床思维方法做了示教,使纵向思维和横向思维结合。示教病例是临床思维程序的补充和延伸。书末提供了一些讨论用的病例,虽然病情较复杂,但均有讨论提示,可作为训练思维方法的参考。

在思维程序的编排方面,我们依照症状、体征和实验室检查为顺序,因为这些内容往往是病人求医的主诉或临床医师思维的切入点。

内科临床思维属方法学范畴,是诊断学与内科学的有机结合,是理论与实践的结合,因此它不同于系统内科学或内科疾病鉴别诊断学。有关疾病的鉴别有许多专著可供参考,不属本书的内容。临床思维是一项复杂的过程,必须经过不断实践、不断总结,才能逐步掌握,不能期望读过此书就能全部学会临床思维方法,那是不现实的。

本书写作得到教育部、卫生部的资助,以及上海医科大学、中山临床医学院和中山医院各级领导的支持和鼓励,在此深表感谢。初稿完成后曾在实习医师中试用,部分内容对进修医师进行了讲授,广泛征求了他们的意见,又聘请了内科朱无难教授、林佑善教授、张敦华教授、朱文炳教授及张顺财副教授、丁小强副教授等进行审阅,对书稿提出了

许多宝贵意见和建议,在此表示衷心感谢。在书稿打印中,蒋霞、严梅华同志付出了辛勤劳动,在此一并致谢。

目前,《内科临床思维》已被教育部批准列入“面向 21 世纪课程教材”。

由于临床思维是一项复杂的过程,尽管做了不少努力,但错误及疏漏之处仍在所难免,恳切期望使用本书的师生及同道不吝赐教,提出批评指正。

张希德

上海医科大学中山临床医学院

1999 年 6 月



# 目 录

第一版序

第二版前言

第一版前言

第一章 绪论 .....	(1)
一、临床思维的基本条件 .....	(1)
二、临床思维的必要前提 .....	(1)
三、临床思维的原则 .....	(2)
四、临床思维的方法 .....	(3)
五、临床思维中应该注意的几个问题 .....	(5)

## 上篇 内科临床思维程序

第二章 症状 .....	(7)
第一节 高热 .....	(7)
第二节 低热 .....	(11)
第三节 咳嗽 .....	(13)
第四节 胸痛 .....	(17)
第五节 咯血 .....	(19)
第六节 心悸 .....	(21)
第七节 晕厥 .....	(24)
第八节 水肿 .....	(26)
第九节 呼吸困难 .....	(29)
第十节 吞咽困难 .....	(32)
第十一节 恶心与呕吐 .....	(34)
第十二节 腹痛 .....	(36)
第十三节 腹泻 .....	(40)
第十四节 便秘 .....	(44)
第十五节 黄疸 .....	(46)
第十六节 消化道出血 .....	(50)
第十七节 贫血 .....	(53)
第十八节 出血倾向 .....	(58)
第十九节 少尿与无尿 .....	(62)
第二十节 多尿 .....	(65)

第二十一节	血尿	(67)
第二十二节	尿路刺激症状	(70)
第二十三节	排尿困难	(73)
第二十四节	肥胖	(74)
第二十五节	消瘦	(77)
第二十六节	头痛	(79)
第二十七节	抽搐与痫性发作	(81)
第二十八节	眩晕	(84)
第二十九节	昏迷	(86)
第三十节	偏瘫	(89)
第三十一节	截瘫	(91)
第三十二节	震颤	(93)
第三十三节	感觉障碍	(95)
第三十四节	关节痛	(97)
第三十五节	肢痛	(100)
第三十六节	腰背痛	(105)
<b>第三章</b>	<b>体征</b>	<b>(109)</b>
第一节	毛发增多	(109)
第二节	毛发稀少	(110)
第三节	色素沉着	(112)
第四节	发绀	(115)
第五节	杵状指(趾)	(116)
第六节	淋巴结肿大	(118)
第七节	甲状腺肿大	(121)
第八节	低血压与休克	(124)
第九节	高血压	(126)
第十节	心脏增大	(129)
第十一节	心脏杂音	(131)
第十二节	心包积液	(133)
第十三节	胸腔积液	(135)
第十四节	腹腔积液	(138)
第十五节	肝肿大	(141)
第十六节	脾肿大	(144)
第十七节	腹部肿块	(146)
<b>第四章</b>	<b>实验室检查</b>	<b>(151)</b>
第一节	血细胞计数异常	(151)
	红细胞数异常	(151)
	白细胞数异常	(155)

嗜酸粒细胞增多 .....	(160)
血小板数异常 .....	(163)
第二节 尿常规异常 .....	(168)
尿色异常 .....	(168)
蛋白尿 .....	(171)
尿糖增高 .....	(175)
第三节 血清无机物测定 .....	(178)
高钠血症 .....	(178)
低钠血症 .....	(180)
高钾血症 .....	(183)
低钾血症 .....	(185)
高钙血症 .....	(188)
低钙血症 .....	(190)
高磷血症 .....	(193)
低磷血症 .....	(194)
高镁血症 .....	(197)
低镁血症 .....	(199)
血清铁异常 .....	(202)
第四节 血清有机物测定 .....	(205)
血清总蛋白和白、球蛋白比值异常 .....	(205)
血尿酸增高 .....	(207)
血尿素氮增高 .....	(209)
血肌酐增高 .....	(211)
高血糖 .....	(214)
低血糖 .....	(216)
血脂紊乱 .....	(219)
第五节 血清酶学检查 .....	(221)
血清转氨酶增高 .....	(221)
碱性磷酸酶增高 .....	(223)
血清 $\gamma$ -谷氨酰转移酶增高 .....	(224)
血清肌酸激酶增高 .....	(226)
血清乳酸脱氢酶增高 .....	(228)
血清淀粉酶增高 .....	(230)
胆碱酯酶降低 .....	(231)
第六节 动脉血气分析 .....	(232)
低氧血症 .....	(232)
高碳酸血症 .....	(234)
低碳酸血症 .....	(236)

第七节 其他 .....	(237)
红细胞沉降率增快 .....	(237)
甲胎蛋白升高 .....	(239)
癌胚抗原测定 .....	(241)
糖脂肿瘤标志物检测 .....	(242)

## 中篇 常见内科疾病的临床思维

<b>第五章 呼吸系统疾病 .....</b>	<b>(245)</b>
第一节 支气管哮喘 .....	(245)
第二节 慢性支气管炎 .....	(248)
第三节 慢性肺源性心脏病 .....	(250)
第四节 肺炎球菌肺炎 .....	(252)
第五节 支气管扩张症 .....	(255)
第六节 肺结核 .....	(257)
第七节 支气管肺癌 .....	(260)
第八节 自发性气胸 .....	(262)
第九节 结核性胸膜炎 .....	(264)
第十节 急性呼吸窘迫综合征 .....	(266)
<b>第六章 循环系统疾病 .....</b>	<b>(269)</b>
第一节 心绞痛 .....	(269)
第二节 心肌梗死 .....	(271)
第三节 高血压病 .....	(275)
第四节 风湿性心脏瓣膜病 .....	(278)
第五节 感染性心内膜炎 .....	(280)
第六节 病毒性心肌炎 .....	(282)
第七节 肥厚型心肌病 .....	(284)
第八节 扩张型心肌病 .....	(286)
第九节 心包积液 .....	(288)
第十节 缩窄性心包炎 .....	(290)
第十一节 法洛四联症 .....	(292)
第十二节 主动脉夹层动脉瘤 .....	(294)
<b>第七章 消化系统疾病 .....</b>	<b>(296)</b>
第一节 慢性胃炎 .....	(296)
第二节 胃溃疡 .....	(298)
第三节 十二指肠球部溃疡 .....	(300)
第四节 胃癌 .....	(302)
第五节 功能性消化不良 .....	(305)
第六节 肠易激综合征 .....	(307)

第七节	溃疡性结肠炎 .....	(309)
第八节	肠结核 .....	(312)
第九节	结核性腹膜炎 .....	(313)
第十节	肝硬化 .....	(315)
第十一节	原发性肝癌 .....	(319)
第十二节	急性胰腺炎 .....	(321)
<b>第八章</b>	<b>泌尿系统疾病 .....</b>	<b>(325)</b>
第一节	急性肾小球肾炎 .....	(325)
第二节	慢性肾小球肾炎 .....	(327)
第三节	肾病综合征 .....	(330)
第四节	肾盂肾炎 .....	(332)
第五节	肾小管性酸中毒 .....	(336)
第六节	急性肾功能不全 .....	(338)
第七节	慢性肾功能不全 .....	(342)
<b>第九章</b>	<b>血液系统疾病 .....</b>	<b>(345)</b>
第一节	缺铁性贫血 .....	(345)
第二节	巨幼细胞性贫血 .....	(348)
第三节	自身免疫性溶血性贫血 .....	(351)
第四节	再生障碍性贫血 .....	(354)
第五节	恶性淋巴瘤 .....	(357)
第六节	急性白血病 .....	(360)
第七节	慢性粒细胞性白血病 .....	(364)
第八节	多发性骨髓瘤 .....	(367)
第九节	恶性组织细胞病 .....	(371)
第十节	骨髓增生异常综合征 .....	(375)
第十一节	特发性血小板减少性紫癜 .....	(378)
第十二节	弥散性血管内凝血 .....	(381)
<b>第十章</b>	<b>内分泌与代谢性疾病 .....</b>	<b>(385)</b>
第一节	甲状腺功能亢进 .....	(385)
第二节	甲状腺功能减退 .....	(389)
第三节	原发性醛固酮增多症 .....	(392)
第四节	嗜铬细胞瘤 .....	(394)
第五节	糖尿病 .....	(396)
<b>第十一章</b>	<b>神经系统疾病 .....</b>	<b>(401)</b>
第一节	脑梗死 .....	(401)
第二节	癫痫 .....	(403)
第三节	感染性脑膜炎 .....	(405)
第四节	蛛网膜下腔出血 .....	(407)

第十二章 风湿病和结缔组织病 .....	(410)
第一节 类风湿关节炎 .....	(410)
第二节 系统性红斑狼疮 .....	(414)

### 下篇 思维讨论病例

病例一 反复发热、肺部感染、嗜酸粒细胞增多 .....	(418)
病例二 右上肺癌术后复发转移,呼吸衰竭 .....	(420)
病例三 高血压、高血脂、阵发性胸骨后闷痛 .....	(422)
病例四 反复消化道出血、不完全性肠梗阻 .....	(424)
病例五 阵发性腹痛、肝功能损害 .....	(427)
病例六 发热、皮肤大片瘀斑、全血细胞减少 .....	(429)
病例七 进行性脾肿大、发热、乏力、消瘦 .....	(432)
病例八 浮肿、蛋白尿、管型尿 .....	(436)
主要参考文献 .....	(443)
英文缩略语 .....	(444)

# 第一章 绪 论

临床思维是临床医师利用基础医学和临床医学知识,对临床资料进行综合分析、逻辑推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾并加以解决的过程。

一个优秀的临床医生,不仅需要扎实的医学理论和丰富的临床经验,更需要科学的临床思维方法。没有正确的临床思维就没有正确的诊断和治疗。只要掌握正确的思维方法,就能借助已有的知识和经验,有效地探求未知,诊断出自己从未诊断过的疾病,处理好过去未曾遇到过的问题。然而,许多医生,特别是青年医生恰恰不重视临床思维,他们不善于动脑筋看病,而仅仅依靠病人单方面的叙述或根据某一个体征开列一大堆化验单或辅助检查申请单,期望借助这些现代化的仪器设备求得诊断,其结果往往是事倍功半,甚至漏诊或误诊。

随着科学技术的飞速发展,基础医学已进入了分子时代,各种物理的、化学的、生物的检测手段层出不穷,日新月异,大大提高了临床诊疗水平,然而,临床医学进展相对缓慢,临床误诊率居高不下。据中华内科杂志所载《50年尸体解剖资料分析》,20世纪90年代误诊率仍为36.24%,与20世纪50年代相仿。据《中国医学论坛报》所载,阑尾炎这一常见病的误诊率约为1/3。为什么检测手段增多而误诊率没有减少呢?主要原因是过分依赖仪器检查而忽略了病史询问、体格检查等这些基本方法,尤其忽略了临床思维,由此可见临床思维是多么重要。

## 一、 临床思维的基本条件

临床思维不是凭空猜想,必须具备两个基本条件,即扎实的医学知识和丰富的临床实践,两者缺一不可。所谓医学知识,是指基础医学知识和临床医学知识。前者是指人体解剖学、生理学、生物化学、病理学、微生物学、免疫学、遗传学、药理学等,后者是指内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学、心理学等,没有这些知识就不可能进行资料分析和逻辑推理。要掌握这些知识,就必须不断学习,不断进行知识更新。所谓临床实践,包括直接的和间接的实践。直接实践即深入临床,具体地分管病人,了解病情演变,观察治疗反应,掌握第一手资料;间接实践即通过阅读医学文献、参加临床病理(例)讨论会、在网上进行资料检索等,从别人的临床实践中获取经验或教训。有些医生对临床实践不感兴趣,认为短期内看不到成绩,是浪费时间。其实,没有大量的临床实践就不可能积累丰富的经验,就无法进行科学的临床思维。因此,临床医生绝对不能脱离临床实践。

## 二、 临床思维的必要前提

疾病的诊断是建立在病史、体检、实验室和辅助检查这些资料基础上的,获取真实、

系统、完整、准确的临床资料是临床思维的必要前提。

### （一）努力获取翔实而可靠的病史

病史的采集是一门艺术。采集病史的过程是临床医生利用自己已有的临床知识边询问、边思考、边鉴别，去粗取精、去伪存真，不断分析、归纳，不断向诊断靠拢的过程，而不是仅仅听取和记录病人的自述。对每一个症状应该问些什么，诊断学上是有明确规定的。笔者遇到一位反复消化道出血的病人，自述粪便为“柏油样”，因而一直认为是上消化道出血，不仅做了大量的检查，并且做了胃大部切除手术，但未能解决问题，后来发现病人所说的“柏油样”便实际是咖啡色，才考虑到出血部位在下消化道，后经动脉造影及手术证实为小肠血管畸形。另一位阵发性腹痛病人，先后诊断为急性胃炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、腹型癫痫等多种疾病，都未能确诊，腹痛时面色苍白、大汗淋漓、血压升高，肌内注射阿托品等无显效，后来发现患者因癫痫服用民间验方，验方中有一味中药黄丹系四氧化三铅，腹痛系铅中毒所致，驱铅治疗痊愈。这两例误诊的原因都与问诊疏忽有关，前者未问及粪便的确切颜色及性状，只听病人叙述，后者没有询问服药史。

### （二）仔细认真的体格检查

体格检查是对病史资料不足或遗漏的补充，是对初步设想的验证，体检时不仅手法正确而且要全面系统，也需要边检查，边思考，如查什么、怎么查、为什么查、查到的结果怎样解释等。直肠癌是消化道肿瘤最容易诊断的疾病，只要做一下直肠指检或直肠镜检查即可发现。然而，由于临床医师的疏忽，病人常被误诊为肠炎、菌痢、痔疮等，直至广泛转移才被发现，错过了治疗的良机。有些年轻医生说“已经 21 世纪了，科学如此发达，还强调望、触、叩、听这些原始的物理学诊断方法有必要吗？”这种观点是极端错误的，需知再先进的仪器设备也是为临床服务的，也是有局限性的，辅助检查永远只能起辅助作用而不能代替一切。

### （三）正确判断实验室和辅助检查的临床意义

实验室和辅助检查是病史和体检的延伸，要根据病情选择检查项目，不能“撒大网、捉小鱼”。在判断检查结果的临床意义时，要考虑病人和实验室两个方面因素的影响。例如，血清淀粉酶增高对急性胰腺炎的诊断有重要价值，但它对胰腺炎并不具备特异性，而且其测定值的多少与采血时间密切相关，不考虑这些因素，将导致错误的结论。一个好的临床医生不应受检查结果的支配，而是用自己的头脑使检查结果为己所用。

## 三、 临床思维的原则

总结临床诊断的经验并将其高度概括，就会发现它遵循着一定的原则，这些原则在诊断和治疗疾病时，都是必须严格遵守的。

1. 有病与无病 首先要将就诊者视为病人，认为他们确实有病，为此才能做到给病



人最大的关心和认真周到的检查。

2. 器质与功能 首先要考虑为器质性疾病,并为此做到千方百计地去寻找疾病的所在,绝不要简单地、轻率地断定为功能性疾病。

3. 一元与多元 有多种症状、体征时,疾病的诊断首先应遵循一元论的原则,尽量用一个疾病去解释多种表现,如无法用一元论解释时,再考虑多元化(即若干个疾病的共存)。

4. 常见与少见 疾病的概率决定了临床上遇到的多是常见病、多发病,因此,疾病的诊断应首先考虑常见病与多发病,但不排除少见病的存在。

5. 全身与局部 机体是一个有机的整体,因此,对一个症状的出现,首先要考虑是全身疾病引起的;如果不具备全身疾病所致的依据,再在局部疾病中去寻求答案。在治疗过程中,必须从整体观念出发,强调局部治疗必须服从整体治疗,整体治疗必须兼顾局部治疗。

6. 个性与共性 疾病的临床表现大多数有一定的规律,即所谓典型表现,此即“共性”;但临床上也有“同病异症,同症异病”的现象,此即“个性”。在考虑共性的同时也不忽视个性,才不致误诊。在治疗中,虽患同一种疾病但治疗方案并非完全相同,药物的选择和药物剂量也要遵循个体化原则,因病而异、因人而异,否则可能造成严重的后果。如洋地黄和胰岛素的临床应用就特别强调个体化原则,否则将事与愿违,甚至危及生命。

7. 良性与恶性 一个病症的良、恶性不能判定时,首先按恶性病检查,按良性病治疗,如将恶性病误诊为良性病,错过了治疗的良机是不能原谅的。在未确诊前、一面检查,一面按良性病治疗是符合治疗原则和病人意愿的;反之,如按恶性病治疗,可能造成严重的后果。

8. 动与静 诊断的正确与否是相对的、有条件的,人们的认识是有过程、有阶段性的。因此,不要把疾病看成是静止不变的,要进行动态观察,根据病情及时补充检查,修正诊断,调整治疗方案。在疾病的治疗过程中,也要做到动静结合,不恰当的绝对卧床不利于调动机体内部的积极因素,这对疾病的恢复是不利的。

9. 对因与对症 病因治疗是治本,对症治疗是治标,标本兼治当然最理想。但有时病因不能短期内查清,症状却严重地危害了机体的健康,特别是急诊病人,不能一味追求病因诊断,而对症状视而不见,应该把精力先放到危及生命的症状治疗上,并为查明病因、进行对因治疗争得宝贵的时间。

10. 主要与次要 当一个病人同时罹患多种疾病或一种疾病有多种并发症时,应该找出危及生命和健康的主要疾病、主要矛盾进行治疗,以免“捡了芝麻,丢了西瓜”。

## 四、 临床思维的方法

临床思维包括诊断思维和治疗思维,虽然有许多方法,但没有固定的模式,在临床工作中常常是几种方法同时运用,相互补充。

### (一) 诊断思维方法

1. 经验诊断法 虽未掌握充分的诊断依据,但凭着既往获得的大量临床经验和新近的病例进行比较,启发思路而做出诊断的方法,称为经验诊断法,也叫类比诊断法。这种