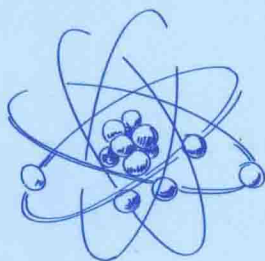



临床诊治 思维方法100例

LINCHUANGZHENZHI
SIWEIFANGFAYIBAILI

主编 李春昌 李春昇



 中华工商联合出版社

临床诊治思维方法100例

主 编 李春昌 李春昇

副主编 王颖航 赵忠民 黄丽红

郑永焕 李 栋 刘连坤

图书在版编目(CIP)数据

临床诊治思维方法100例 / 李春昌, 李春昇主编. --北京 : 中华工商联合出版社, 2011.8

ISBN 978-7-80249-910-2

I. ①临… II. ①李… ②李… III. ①临床医学—思维方法 IV. ①R4-05

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第116858号

临床诊治思维方法100例

作 者: 李春昌 李春昇
出 品 人: 成与华
策 划: 李 征
责任编辑: 赵 兵 李文慧 吴 琼
装帧设计: 涂图设计工作室
版式设计: 涂图设计工作室
责任审读: 孟 波
责任印制: 迈致红
出版发行: 中华工商联合出版社有限责任公司
印 刷: 三河市华丰印刷厂
版 次: 2012年7月第1版
印 次: 2012年7月第1次印刷
开 本: 787mm×1092mm 1/16
字 数: 400千字
插 图: 100幅
印 张: 22
书 号: ISBN 978-7-80249-910-2
定 价: 65.00元

服务热线: 010-58301130
销售热线: 010-58302813
社 址: 北京西城区西环广场A座19-20层, 100044
网 址: www.chgslcbs.cn
E-mail: cicapl202@sina.com (营销中心)
E-mail: gslzbs@sina.com (总编室)

工商联版图书
版权所有 翻印必究

凡本社图书出现印装质量问题, 请与印务部联系。
联系电话: 010-58302915

编辑委员会

主 编 李春昌 李春昇

副主编 黄丽红 王颖航 赵忠民

郑永焕 李 栋 刘连坤

编 者（以姓氏笔画为序）

王艳玲 王颖航 王霄伟 刘 敏

刘连坤 何金妍 李 栋 李春昌

李春昇 李玉波 宋 丁 赵长福

赵忠民 高 宇 徐为民 邹文华

郑永焕 封淑青 郭秀丽 黄丽红

前 言

有人说，一名合格的临床医生起码要具备三个条件：一是丰富的医学知识，二是熟练的实践技能，三是科学的临床思维。（似乎应该再增加一条——良好的职业道德。）

时至今日，年逾70岁的我，对上述观点的体会可谓越来越深。多年的临床工作给我留下一个深刻的烙印——通常情况下，一些高年资医生的诊治能力往往高于年青医生。为什么？除了临床经验之外，我想重要的是他（她）们的临床思维方法得当。谈起临床思维，有时感觉好像罩上一层薄纱，其实并非神秘，只是全面地养成科学的临床思维要花费一些精力而已。

为了给年青的临床医务工作者搭建一个较好的临床思维平台，近些年，我和同道们有意识地结合多年的临床实践，深入研讨一些临床思维的相关问题。临床与思维二者都“浩如烟海”，从何入手？我们以临床病例为切入点，渗入适宜的临床思维理论与方法，以利大家联系临床实践，饶有兴趣地体会临床思维之真谛。

每一个疾病的诊治过程都不是简单地运用一种思维方法能圆满解决的，但如果将临床思维方法牵连得过多，又恐给大家造成思想上的混乱。所以，我们以一个病例为主线，探讨一种临床思维模式，这样有时难免会显得单薄、简单，对此，希望广大读者朋友予以谅解。

我和参与本书编写的同道们都是科班的临床医生，对逻辑、思维、辩证法的相关知识根基肤浅，书中不当之处在所难免，热望大家予以斧正，诚挚感谢。

编者

目 录

第1章 概论

- 有关思维的基本知识和概念·····1
- 临床思维的基本要素·····5

第2章 采集病史——临床思维的起步

- 采集病史是临床思维的第一步·····10
- 全面获取疾病资料是临床思维的根基·····14
- 一叶蔽目，以偏概全是临床诊断思维的大敌·····17
- 正确的诊断源于对主诉症状的识别与分析·····20
- 围绕“主症”，开拓多病因的演绎思维·····24

第3章 归纳类比与诊断的确立

- 归纳类比是探求未知事物的工具·····28
- 综合分析，归纳类比，寻求精髓·····31
- 归纳、类比、排除与体征确认·····34
- 归纳类比，透过现象看本质·····38
- 求同求异归纳——挖掘精华异点·····42

第4章 直接推理与直觉思维

- 直觉思维——对疾病的简捷判定·····47
- 直觉思维——敏锐的洞察与思维判定·····51
- 在急诊中的直观形象思维·····54
- 主动建立“闪电式”临床直觉思维·····58
- 诊断思维过程中对闪光点的求索·····62

第5章 演绎推理思维——诊疗推理的基础

	演绎推理是逻辑证明的工具·····	66
	识别与推断是重要的临床思维能力·····	70
	演绎推理的临床思维是一把金钥匙·····	73
	演绎推理, 白玉映沙·····	76
	演绎推理使思路逐步拓宽·····	80
第6章	定势思维——临床诊疗的双刃剑	
	思维定势是解决新问题的捷径·····	83
	解脱惯常与定势的束缚, 锐意联想·····	87
	惯常与定势的演变——墨守成规、一成不变·····	89
	临床诊断要勇于摆脱常势思维的困扰·····	92
	临床思维要能够突破专科的怪圈·····	94
	临床诊断思维切忌步入“先入为主”的死胡同·····	97
	临床思维要突破专科惯常的拘泥·····	100
	摆脱定势思维的负面影响, 把思路拓宽·····	102
	拓宽思路, 摆脱定势思维的干扰·····	105
	经验的积累——定势思维的正效应·····	108
第7章	临床医学的充分条件假言判断	
	假言判断: 断定事物情况之间的条件关系·····	111
	断定事物之间的条件关系: 全面理解, 切勿轻易否定·····	115
	充分必要条件假言判断: 辨假求真·····	118
	充分条件假言判断——“淘金”·····	121
	充分条件假言判断——辅助检查的选项与判定·····	124
第8章	充分条件的真假判断	
	对检查结果的准确性判断: 临床充分条件的真假判断·····	127
	辩证分析辅助检查结果是临床思维的重要组成部分·····	131
	对检查结果诊断意义的判定·····	134
	求实思维是获取真实临床资料的关键·····	137
	检查结果的真假判断切不可忽略“充分条件”·····	140
	“充分条件”是判断真假的前提·····	143

	“判断真假”，要认定疾病要点·····	146
第9章	排中律——诊断排查的基本手段	
	排中律：在两个相互矛盾的思想中，必选其一·····	149
	去芜存精，拨云见日，留取真经·····	153
	二者同存，非也。排中律，舍弃·····	157
第10章	拟诊-确诊：跳出固有概念的内涵	
	概念——对特定事物的本质属性的认识·····	160
	拟诊-确诊的根基在于对特定疾病本质的认识·····	164
	拟诊-确诊的“催化剂”在于细致的观察·····	167
	拟诊-确诊的路径在于寻根、推理·····	170
第11章	发散思维与聚合思维——提炼创新方案的核心	
	发散思维：本质上是寻求多种答案·····	173
	发散思维：与“类比”或“排除”相结合·····	178
	临床思维的扩散与亮点闪现·····	181
	发散思维的精髓在于“平台宽阔”·····	184
	发散思维的不及与过度（1）·····	187
	发散思维的不及与过度（2）·····	190
	发散思维的迟缓与昏暗——知识匮乏·····	193
第12章	试错与逼近——及时调整诊断思路	
	试错与逼近，思维逻辑之真谛·····	196
	把握“认错”与“逼近”的逻辑思维，拓宽临床识别能力·····	200
	发现疑点，另辟他路——体现“试错与逼近”·····	203
	临床思维的警示点——“见到红灯不直行”·····	207
	“试错”与“逼近”是常用的临床思维方法·····	210
第13章	归纳推理——组建临床诊断思维程序	
	完全性归纳推理的诊断价值·····	213
	归纳推理要灵活运用，与时俱进·····	216
	归纳推理中的“一元论”原则·····	220
	诊断思路力求从标到本“溯本求源”·····	223

	诊断思维的路径：初诊——确诊——求因·····	226
第14章	“类比”与“排除”思维方法	
	“类比”与“排除”·····	229
	从“多项类比”到“逐一排除”·····	233
	运用类比排除，坚持去伪存真·····	237
	运用类比排除，必须明确疾病的异同点·····	240
	类比排除思维方法的关键在于精确地认征·····	244
第15章	一元论的演绎推理	
	一元论的演绎推理是临床诊断思维的基本原则·····	247
	一元论是诊断思维的基本原则·····	250
	临床思维的“九九归一”·····	253
	一元论的诊断思路不可轻易放弃·····	256
	切记一元论的诊断思维·····	259
第16章	疾病共性与个性的辩证思维	
	共性与个性的辩证思维之突显·····	262
	知识更新是突显疾病个性思维的基础·····	266
	警惕与防避共性笼罩个性·····	270
	突出个性，显现思维的“亮点”·····	273
	夯实临床知识是辨认疾病个性的基石·····	276
	强化疾病个性的认识，减少临床思维之“暗区”（1）·····	279
	强化疾病个性的认识，减少临床思维之“暗区”（2）·····	282
第17章	临床思维的常用规律	
	要遵循常规临床思维程序·····	285
	要注意诊病与时空相结合·····	288
	要坚持动态思维·····	291
	要做到“与时俱进”适时调整与定位（1）·····	294
	要做到“与时俱进”适时调整与定位（2）·····	296
	要把器质性疾病放在首位·····	299
第18章	对立统一的辩证思维	

“偶然”与“必然”的辩证统一·····	303
“显现”与“隐蔽”的辩证统一·····	307
“主观”与“客观”的辩证统一·····	311
“点”与“面”的辩证统一·····	314
“规范”与“灵活”的辩证统一·····	317
“少见”与“多见”的辩证统一·····	320
第19章 “否定”与“肯定”	
“以否定立肯定”是重要的诊断思维程序之一·····	323
“敢于否定，破中求立”不断修正诊断思路·····	327
敢于否定自己，及时调整思维·····	330
临床诊断思维中的“否定之否定”·····	333
第20章 职业道德是临床思维的根基	
临床思维要以医生的道德素质为基础·····	337



集思维”或“集中思维”等，是指在解决问题的过程中，尽可能利用已有的知识和经验，把众多的信息和解题的可能性逐步引导到条理化的逻辑序列中去，最终得出一个合乎逻辑规范的结论。

纵向思维 (vertical thinking) 是直上直下的思维，是指在一种结构范围内，按照有顺序的、可预测的、程式化的方向进行的思维形式。遵循由低到高、由浅到深、由始到终等线索，因而清晰明了、合乎逻辑。我们平常的生活、学习中大都采用这种思维模式。

横向思维 (lateral thinking) 又称水平思维，是从横向寻找问题答案。英国学者德·波诺创立横向思维概念，是针对纵向思维的缺陷提出与之互补的对立的思维方法。是指突破问题的结构范围，从其他领域的事物、事实中得到启示而产生新设想的思维模式。

	纵向 (垂直) 思维	横向 (水平) 思维
创始人	亚里士多德 爱德华	波诺
特色	具有高度的概括性 必须按部就班，循序渐进 容易产生自我限制	与顿悟能力、创造力及幽默感不可分 敢于旁敲侧击、出奇制胜 不仅是一种技巧，更是一种有关心灵的运作方式

正向思维 (forward thinking, positive thinking) 是人们在创造性思维活动中，沿袭某些常规去分析问题，按事物发展的进程进行思考、推测，是一种从已知进到未知，通过已知来揭示事物本质的思维方法。正向思维的基本要求是：充分估计自己现有的工作、生活条件及自身所具备的能力；了解事物发展的内在逻辑、环境条件、性能等。这是自己获得预见能力和保证预测正确的条件。

逆向思维 (reverse thinking, backward thinking) 也叫做反向思维，不是像常理认为的那样去思考问题，而是换个相反的角度去思考问题，背逆通常的思考方法。

静态思维 (static thinking) 是将事物设定在某一静止状态进行分析研究。它的基本要求是人脑的思维运动不能离开这种设定事物的静止状态，保持人脑思维运动和事物存在的静止状态相一致。形式逻辑思维的方法，就是一种静态思维。

动态思维 (motional thinking) 是对事物的运动状态认识的思维形式，是对事物的运动进行分析研究，认识事物的运动、发展和变化，及其运动规律。它要求人们在思维中要坚持全面的、联系的、发展的观点，对客观事物的运动状态、规律进行完整的描绘。辩证思维就是一种动态思维。

逻辑思维 (logical thinking) 是指人们在认识过程中借助于概念、判断、推理等思维形式，能动地反映客观现实的理性认识过程。它是作为对认识者的思维及其结构以及起作用的规律的分析而产生和发展起来的。只有经过逻辑思维，人们才能达到对具体对象本质规定的把握，进而认识客观世界。逻辑思维具有规范、严密、确定和可重复的特点，

它是人的认识的高级阶段,即理性认识阶段。又称为“分析思维”、“理论思维”、“抽象思维”或“闭上眼睛的思维”。

辩证思维 (dialectical thinking) 是指人们通过概念、判断、推理等思维形式对客观事物辩证发展过程的正确反映,以变化发展视角认识事物的思维模式,是对客观辩证法的反映。辩证思维最基本的特点是将对象作为一个整体,从其内在矛盾的运动、变化及各个方面的相互联系中进行考察,以便从本质上系统地、完整地认识对象。

影响思维的主要因素

生存环境与思维模式 早期人类的生活较为单一、简朴,所形成的思维多表现为是一种直观的、混沌性的整体思维。伴随社会的发展,生活内容的日益丰富,生活节奏的不断加快,生活关系的逐渐复杂,需要人们思考、分析、判断的事物也随之增多,思维的变化则成为必然之趋势。可见,人类的思维模式与生存环境密切相关,生存环境是影响思维的重要因素之一。

语言文化与思维模式 思维受语言文化的影响显而易见,特别是我国的汉字属于象形文字,它不仅表音,而且还能表形、表意。这种音、形、意互相联系的文字,为形象思维提供了方便的工具,使中国人善长于形象思维。因为西方语言的书写形式是字母文字,既不表形,也不表意,而仅仅表音,这就容易形成抽象思维。这也可能是造成东西方思维模式差别的根源。

此外,民族文化、宗教信仰等也归属于广义的语言文化范畴,都是影响思维模式的因素。

科学技术与思维模式 科学向纵深发展,科学对于宏观世界、微观世界和宇观世界的不断突破,必然要求各门科学从原来的单一思维模式中解脱出来,必须把各个事物、各种性质放在它和世界整体的总联系中来考察,现代人类的思维模式,是以现代科学技术为前提、辩证思维为核心而发展起来、完善化了的立体思维或整体思维。

职业特征与思维模式 在某种程度上来说,影响思维模式的诸因素中,最明显的应该是职业特征所形成的职业思维模式。自然科学工作者多显示出很强的逻辑思维;运动员、舞蹈家、则具有较强直觉思维;作家多具擅长三维空间思维;政治家、社会活动家应具有动态思维与横向思维;不同职业拥有不同的思维模式。

性格特征与思维模式 人们的性格特征不同,产生不同的神经活动,导致不同的行为结果,也必然产生不同的思维模式。

思维的职业差异与临床思维

不同职业的不同思维模式 在上述的影响思维模式因素中已经简要的提及不同职业常

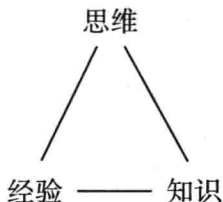
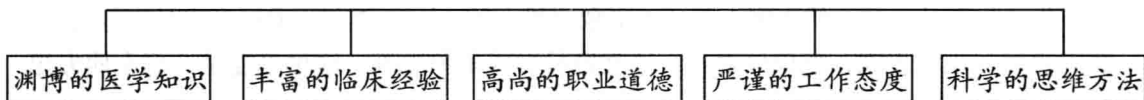
见的不同思维模式，有时，这种思维模式的差异十分显著，并以此为轴线造就了不同的社会分工及不同的社会人群。

同一职业不同学科的不同思维模式 某一职业总体来说应该有一个具有共性的思维模式框架，但是，我们切不可将其视为固定不变的、僵硬的信条。一切事物，“动”、“变”都是不可避免的，也是事物发展的规律，为此，在同一职业中的思维模式也不会是千篇一律，常常会出现变化，而且这种变化又与某一职业中的不同学科有关。例如同样是运动员，围棋运动员和体操运动员的思维模式可能会有较大差异。

医生思维的主渠道——临床思维 医生作为一个特有的职业群体，虽然有不同的分工，每天从事的工作性质也会有较大区别，但是其思维的主渠道应该是临床思维。从现代医学模式——生物-心理-社会医学模式出发，临床思维的内涵将大大扩展，除了诊断思维、治疗思维之外，还应该有关康复与保健思维、预防思维等等。我们在此，重点讨论诊断思维。

核心提示

一个合格的临床医生必须具备的五大要素



●有人错误地认为现代科技发展，仪器检查的结果全面、准确会使疾病诊断过程中思维的重要性会相应下降。事实证明，至今误诊率仍然高达 3.0% 左右，与过去相比差别不大，其关键是当今看病更困难，思维更重要。

●还有人错误地认为当医生重要的是临床经验的积累。其实，临床经验的积累，在某种程度上也是临床思维的养成。

临床思维的基本要素

临床思维的基点

较大的变异性 医生所面临的问题之所以具有较大的变异性,这是由人体的特异性所决定。人体的个性、特异性是永恒难题。临床理论——只能着眼于“共性规律”。

●病人极少是“千人一面”,表现出个体差异。

●疾病过程的个体差异、特异变化及“超常现象”:①年龄、职业、爱好、生活地区的不同;②人体免疫力的不同。

●治疗效果的个体差异:心理状态、性格、耐受力、医嘱遵从性、对医生的信任程度等的差异,常导致对同样的治疗方案的实施所产生的治疗效果却表现出巨大差异。

一定的隐蔽性 ①健康意识的增强,致使对疾病认识的难度加大,其中重要原因之一是隐蔽程度的增加。亚健康状态受到人们的关注。就医者中1/3是因疾病痛苦的显性问题而来;2/3是处于身体不适的隐性阶段,特别是社会—心理—生物学模式的转变,使人们对健康问题的考虑更加全面,尤其注意社会、心理问题导致的疾病。②现有的医学水平限制了对疾病的认识,使医生缺乏早发现的能力,无法及时、完整地揭示疾病的实质。

疾病的阶段性 任何疾病的发生、发展都有一个完整的变化过程。我们可以在疾病的任何阶段接触病人。可能是疾病的开始,或是疾病的中间期,也可能是疾病的结尾。不同时期的疾病表现必然会存在着较大差别。我们希望最好是观察到疾病的全过程,有些小病可以,而多数疾病实际是很难做到的。因此,诊断——不断修正;治疗——不断选择;愈后——灵活看待。难怪有人提出,只有病理解剖才是观察疾病的最终阶段。

资料的相对性 临床资料的相对完整:由于受到时间、条件、经济实力、伦理道德等的限制,致使我们收集到的疾病资料总难以达到尽善尽美之程度。就收集疾病资料的过程而言,住院优越于门诊、大医院优越于基层医院。所以,在某种意义上说:大医院的医生好当!临床资料的相对可靠:①由病人、家属、同志乃至社会提供病史,难免有主观、虚构、夸大、缩小等;②检查资料:a.体格检查手法的准确程度;b.辅助检查资料的误差(技术性、假阳性)。特别注意:阴性病史及检查结果的重要性!

思维的概然性 概然性一词在科学领域使用的不少。其含义究竟是什么?不妨回忆古人训教,《庄子·至乐》“是其始死也,我独何能无概然”。从中领会,概然性实际就是可能性。



展延理会：“中国日均温度的最概然温度分布”，“法院依据高度概然性标准”，“规律是事物运动过程的概然性”，“概然推理”，“概然推断”等等对概然词汇的利用，均含有“可能”意念。

推理方法的概然性 表明各种推理都存在有不同程度之可能性，事实表明的结果只是这种可能性的大小，而不绝对是这种可能性的有无。在临床实际工作中我们都有深刻地感触，任何两种疾病都具有显著的差异，就是一种疾病也不会表现的完全一致。甚至于某一种疾病在每一个机体所展现的发展过程，也会出现各种各样的径路与结果，然而，不论怎么变化，都会在推理方法的概然性之中。有时变化的离奇性很高，但是，都超越不了推理概然性。

掌握病情的概然性 我们在临床上看病几乎都是从一点介入了解、掌握病情，由点到面地认识疾病问题，相当于在整体中进行“抽样”，自然难免出现抽样误差。我们必须坚信，即或有误差，其结果总体是正确的，是具有明显的概然性，我们只是要应尽量减少抽样误差而已。临床医生在考虑诊断与病情变化时，一定要牢牢地掌握病情的概然性，防避出现尴尬局面。例如，年轻医生面对某些危重病人，有时会说：“病情严重，预后不好，回家想吃点儿什么就吃点儿什么吧，最多还能活半年。”这是何等危险的思维方式，显然不符合病情发展的概然性。如果将上面的忠告，改为“病情是很严重的，但不是没有希望的”，那就会贴近概然性规律，使我们的行为变为完全主动了。

矛盾的普遍性 各种诊断、治疗方法的“双刃效应”致使在临床工作中几乎普遍存在着矛盾，就是方法的利弊、得失（病例：老年人补钙，预防骨质疏松可能导致尿路结石；抗生素应用与不良反应的矛盾；肺癌活检的诊断意义与导致扩散）。

临床思维的原则

有病与无病 是否有病？应先考虑有病，给予病人以最大的关心和认真的检查。同时，也不可忽视“诈病”，提高警惕！

器质与功能 必须首先考虑器质性疾病，并进行详细、认真的检查。在基本能够除外器质性疾病的前提下，再考虑功能性疾病。绝不要简单、轻率地诊断为功能性疾病。

一元与多元 对病人表现出的若干症状，要遵循首先考虑一个疾病的原则，尽量用一个疾病进行解释；当确实无法用一个疾病进行圆满解释时，再考虑同时具有多种疾病。

常见与少见 疾病的发生概率，决定了临床上的常见病、多发病。因此，对任何疾病均应先考虑常见病，特别是本地区的常见病。如果能够除外常见病，或用常见病解释不了的临床症状，则必须进一步考虑少见病，甚至罕见疾病。

良性与恶性 对具有恶性可能的疾病，特别是某些肿瘤，要遵循先考虑恶性，后考虑良性的原则。

急性与慢性 初诊病人应先判断是急性疾病还是慢性疾病。同时必须时时注意强化急诊观念，警惕对急性疾病的延误诊治。

疾病与病人 对病人和他(她)所得的疾病的诊治,应该将病人视为主体,先考虑病人,后考虑疾病。把病人的生命质量放在第一位,且不可只看到疾病而忽略了病人,特别是在一些关键性的治疗方法的选择上,一定要先考虑病人今后的生活和生活质量。

临床思维的程序

惯常的临床思维程序是由发散到逐渐凝聚,将对问题的考虑过程按照下列程序步骤进行。

是什么性质的疾病?(急性与慢性;恶性与良性等)

是什么范围的疾病?(内科、外科、神经科、妇产科等)

是什么部位的疾病?(呼吸系统、消化系统、循环系统等)

是什么疾病?(具体疾病名称)

疾病的程度?(病程阶段、严重程度、病理类型等)

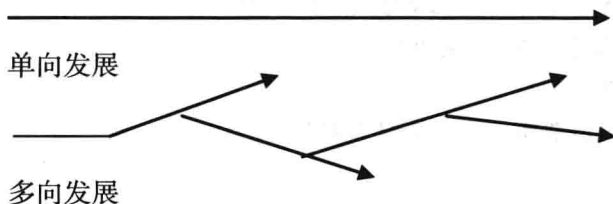
上述问题是需要我们在疾病诊断过程中深入考虑的问题,可以一步一步的加深,也可以将其融合在一起,略有先后的进行思考。可见,有经验的、临床思维正确的诊断思路并不是见到病人马上做出是什么疾病的具体诊断,而是逐层地贴近,缩小诊断范围,最后才落实到疾病的具体诊断。

当然,有一些简单的、外观明确的疾病则可以跨越上述的繁琐程序,一目了然做出诊断,特别是若干外科开放性损伤性疾病,如砍伤、擦皮伤等。

临床思维方法

临床思维方向的选择 临床思维的开始并非是漫无边际的发散,必须选定方向。临床思维方向选定的如何,是思维起始的关键。临床思维方向的选择与自己的知识容量、收集的疾病信息密切相关。

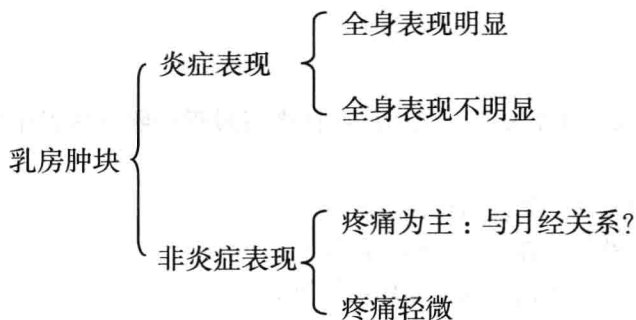
这里必须强调的是:思维方向选好后也不是一成不变的,如果原有的思维方向遇到了无法解释的问题,也要及时进行调整、转变。从疾病发展的总体趋势来看,有的是单向发展,有的是多向发展。





思维方向的调整是临床诊断能力高超的表现!

临床思维简化的选择 在临床思维中较为常用的思维能力简化方法有类比法、排除法、二分法。如对乳房肿块性疾病的二分法(具体的各种临床思维方法之介绍,请阅读以后内容,在此不予赘述)。



临床思维策略

淡化局部定位思想和特异病因观念 局部定位思想和特异病因观念是生物医学模式的精华。留有深刻的魏尔啸细胞病理学影响的痕迹。我们当前在社会—心理—生物医学模式的指引下来考虑疾病的发生、发展和转归,必须淡化局部定位思想和特异病因观念,从社会、心理和生物的相关因素出发,全面地考虑临床上的问题。因为现在有越来越多的疾病已经无法用局部定位思想和特异病因观念来解释,如糖尿病、肥胖症和若干心身性疾病、神经性疾病。

重视病人及家属的参与作用 把病人及其家属放在疾病诊治的主体地位,是现代医学观的重要标志,也是科学的临床思维方法与思维策略的重要显现。重视病人及家属的参与作用,可以充分调动他们的积极性,使采集到的疾病资料更全面、更真实。若干对我们诊断疾病关系密切的深层次问题都能了解。“你认为你得的病可能和什么有关系?”可能导出很多病人内心世界的、可能是隐蔽性的问题,甚至可以从此入手,找出“真正的病人”。

摆脱临床的惯常定式 临床的惯常定式常常是影响我们思维正常进行的障碍。

专业定式 看到病人首先考虑的是自己从事专科的疾病。

权威定式 上级医生的意见必然是正确的。

书本定式 书本上是那么写的!

从众心理 大家的意见应该尊重,少数服从多数!

扩大思维的创意视角