



〔美〕M. 戈德堡 主编

诊断挑战

Diagnostic Challenges

临床技能测试

150 Cases to Test Your Clinical Skills

150 例

典型病例集萃

临床思维展示

误诊原因剖析



科学出版社

www.sciencep.com

诊 断 挑 战

——150 例临床技能测试

Diagnostic Challenges

150 Cases to Test Your Clinical Skills

[美] M. 戈德堡 主 编

刘正湘 汪道文 王应杰 主 译

科 学 出 版 社

北 京

图字:01-2001-4435

本书涉及药物的适应证、不良反应和使用剂量,但这些情况不是一成不变的。请读者务必仔细阅读厂家在药品包装上的说明。

图书在版编目(CIP)数据

诊断挑战/(美)戈德堡(Goldberg, M.)主编,刘正湘,汪道文,王应杰主译. —北京:科学出版社,2004.4

ISBN 7-03-013153-3

I. 诊… II. ①戈… ②刘… ③汪… ④王… III. ①内科-疾病-诊断
②神经系统疾病-诊断 IV. ①R504 ②R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 033498 号

北京市版权局著作权合同登记号 图字:01-2001-4435

Diagnostic Challenges:150 Cases to Test Your Clinical Skills/Marshall Goldberg
Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins Inc., U. S. A.
(ISBN 0-683-30694-4)

Copyright © 2002 Williams & Wilkins

Chinese translation © 2004 Science Press

责任编辑:李国红/责任校对:张 琪

责任印制:刘士平/封面设计:卢秋红

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>

源海印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004年4月第 一 版 开本:B5 (720×1000)

2004年4月第一次印刷 印张:14 1/2 插页 1

印数:1—4 000 字数:270 000

定价:30.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

诊断挑战

——150 例临床技能测试

DIAGNOSTIC CHALLENGES

150 Cases to Test Your Clinical Skills

主 编 [美] M. 戈德堡

主 译 刘正湘 汪道文 王应杰

副主译 刘松兰 曾和松 吕永曼

参加翻译审校人员(以姓氏笔画为序)

王应杰 王 丽 王家宁 白丽君 刘正湘 刘松兰

刘晓春 刘翌宇 吕永曼 汪道文 李志刚 严江涛

何 燕 杨 琪 郑振中 姜亚萍 赵春霞 秦 瑾

曾和松 蒋建刚 韩立宪 蓝荣芳

献 给

我心目中的十位男英雄和一位女英雄：

Bill Bean, 医学博士

Paul Brucker, 医学博士

Boy Frame, 医学博士

Bob Gallo, 医学博士

Joe Gonnella, 医学博士

Hilary Koprowski, 医学博士

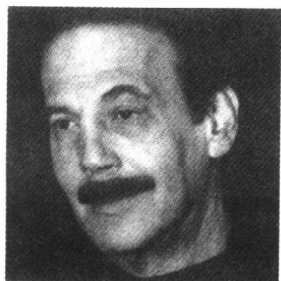
Bob Moser, 医学博士

Park Willis III, 医学博士

Lou Weinstein, 医学博士

Ted Woodward, 医学博士

和 *Barbara Young*(我最好的朋友,也是我的妻子)



M. 戈德堡(Marshall Goldberg),医学博士,杰斐逊医学院内科学和精神病学教授,内分泌系前主任。在进入杰斐逊医学院任教前,他是密执安州立大学的教授并获得了两所学校的杰出教育奖,包括 1995 年杰斐逊医学院的“年度最佳教师奖”。

在长期的写作和电视生涯中,戈德堡博士撰写了多集“Kildare 博士”系列节目,并担任“ABC 今晚世界新闻”的医学通讯员。他已出版了十本医学小说,包括《解剖课》和最新作品《家传解剖刀》。他的长远目标(目前大部分已完成)是以美国医疗近半个世纪以来的重大主题为线索,撰写一系列的小说。



R H. 摩泽(Robert H. Moser),医学博士,美国内科医师协会名誉执行副主席,《美国医学会杂志》的前编辑,医学学会成员之一,并且是好几所医学院(目前是新墨西哥大学)的客座教授。

主译者序

诊断是各临床学科的基础,是系统的医学知识与临床艺术的完美整合。我曾记得在医学院学习期间,进入临床阶段学习的第一课就是《诊断学》。临床医生在接诊每一位患者时,首先涉及的问题就是诊断。合理的治疗是基于正确的诊断,只有正确诊断才能真正解除患者的疾苦和拯救患者的生命;而错误的诊断就会贻误病情,乃至造成患者的死亡。因此,正确诊断在临床工作中至关重要。诊断自从事临床医疗工作开始就伴随着每个临床医生直至整个从医生涯,它是每个临床医生毕生的追求。

M.戈德堡(Marshall Goldberg)博士是杰斐逊医学院内科学和精神病学教授、内分泌系前主任。此前,他是密执安州立大学的教授。他不仅是位医术高超的医学临床大师,而且也是一位多产的医学故事作家。《诊断挑战》就是 M.戈德堡的杰作之一。本书收集了 150 例临床病例,这些病例都是他从各个内科学专科中精选出来的。每个病例都详细描述了临床方面的病史记录、体格检查、实验室检查和鉴别诊断。这些病例将使你深入地了解诊断的全过程,以便你能将实践中发现的大量有用的信息联系起来,做出正确的诊断。为了增加诊断挑战的难度,本书兼顾了每个医生在面对常见病的特殊临床表现和罕见病的一般表现时往往容易犯错的这两种情况。每个病例都是一个简短、生动、有趣的故事,妙趣横生、精辟绝伦,充满了挑战性、娱乐性,是值得回味的临床精品。

应科学出版社之邀,将此书翻译奉献给广大读者。其实翻译和审校全书的过程亦是学习的过程。我从医三十年,尽管每天都在不断地学习,但本书中有些病例仍是闻所未闻,使我受益颇丰。《诊断挑战:150 例临床技能测试》将帮助你洞悉精确且经济高效地进行诊断的奥秘,树立正确的思维方法,更重要的是将启迪我们在临床工作中不断探索、总结和提高诊断水平。

尽管本书病例均为内科学范畴疾病,然而人是一个不可分割的整体,人体内各系统是相互联系的,很多疾病相互影响。因此,本书值得广大高年级医学生、研究生、各级(各科)临床医生精读。要成为一名优秀的临床医生就必须掌握精湛的诊断技能。

翻译力求保持原书风格,但由于中、西方文化的差异及译者的浅学对本书的领悟不够,比起原文可能多有失色。时间仓促,水平有限,谬误之处请广大读者及同道惠予指正。

在翻译此书过程中,得到了科学出版社的领导和编辑们的鼎力支持,在此致以深深的谢意!

刘正湘

2003 年 6 月于武汉

前言

在我那天所面试的医学生候选人中,玛丽·布莱克显得与众不同。这些年轻人都很杰出,而我试图去了解他们每个人。老练的临床医生都持有自己的“好医生”的标准,这是一个很主观的评价,坦白地说,考察者倾向于选中与自己信念相同的人。

最后,每一个面试考官都会问同样的问题,“为什么选择从医?”这是一个抒发理想的机会,甚至可以复述准备好的花言巧语。大多数候选人尽力去说该说的话,使人容易将他们想像成未来的阿尔特·施伟第(Albert Schweitzer)、特雷莎(Theresa)修女以及路易·巴斯德(Louis Pasteur)。但玛丽·布莱克(Mary Black)没有说这些,她说她在高中时读到过《纽约人》杂志上伯顿·卢谢(Berton Roueché)写的一个故事——《九个蓝色的人》。[这本含有该故事和卢谢其他一些文章的非凡的书,仍然挨着我那珍贵而破旧的热内·迪博(Rene Dubos)和亚历克西斯·卡雷尔(Alexis Carrel)文集躺在我的书架上。]她叙述了医学奥秘的揭示如何激发了她无穷的想像力,而当她又想到医学能实实在在予人帮助时,学医的诱惑简直无法抵挡。玛丽·布莱克就这样打动了我的心。

过去我称这种现象为医学的“智力驱使”。当然其他行业也存在着类似的受无法抵挡的激情驱使的现象,但我觉得这种现象在医学界更为明显。我不像愤世嫉俗的人相信许多人选择医学专业是出于个人利益。不可否认,医学职业可以带来富足的生活和社会认可,但我认为故意受贿和利己主义只是少数人的动机。对于我们大多数人来说智力挑战才是主导因素。我不是草率地这样说的。如果仅仅是出于利他主义,那么学会在坦桑尼亚开推土机排干沼泽地,或是在棉兰老岛掘井提供安全饮用水,十几年内可能会比上百名医生挽救更多的生命。因此,除了做好事以外,一定还有其他的动力。

当我还是个医学生时,我忙于聆听一个接一个由两位世界顶级的神经学家——德里克·丹尼-布朗(Derek Denny-Brown)和雷蒙德·亚当斯(Raymond Adams)开设的讲座。通过病史和体格检查,他们能准确地给肿瘤定位,其定位均为手术所证实。我惊叹于他们对神经系统解剖知识的掌握和严谨合理的推断,并希望也能成为一名神经学家。但后来我不再对神经病学着迷,因为治愈率实在太低了。尽管能够满意并令人惊异地“分辨病变”,但对多数患者的帮助并不大。后来我得以和几位巨匠接触,他们是唐·塞尔丁(Don Seldin)、路易·温斯坦(Louis Weinstein)、哈罗德·杰格斯(Harold Jeghers)、比尔·克罗斯比(Bill Crosby)和麦克斯·温思罗卜(Max Wintrobe),是他们将床边教学提升到了一个新的高度。进而,内科学的深度和广度、经常有效的治疗甚至偶尔的治愈似乎对我更有吸引力,更能

满足我对智力挑战的无尽追求。

M. 戈德堡在本书中正是抓住了“智力挑战”这个精髓。这是一本给真正的医学迷的书,给对智力追求之快乐着迷的人的书。书中简短有趣的病例给人以挑战和启迪,每一例都是值得回味的临床精品。作者作为热忱丰产的医学故事作家所拥有的高超技巧以及作为医学临床大师所拥有的广博知识和智力素养,造就了这本书。

过程的纯粹令人鼓舞。做出正确的诊断和合理的治疗是一个思维的过程,要求详尽的病史采集、仔细的体格检查以及明智的实验室检查项目的选择。它体现了科学和艺术的完美结合。最令人愉快的是,做得好的话,最大的受益者是患者。解决问题、减轻和治愈病痛、尽可能提高患者的生活质量,这是医学的最高追求。

对我们很多人来说,都存在着对医学现状的嘲讽。医生从未有过如此大的帮助患者的能力。[如果丹尼·布朗(Denny-Brown)和亚当斯(Adams)有CT和MRI的帮助会做得怎样呢?]我知道每一代医生都认为自己目睹了历史上医学的最大进步,但最近几十年医学确实取得了革命性的进步。且不说病理生理学的观念、分子生物学、遗传学以及药学的重大进步,我们现在还能将书面成果直接用于临床。我们能做的从未如此之多,患者对我们的敬意却从未如此之少。

这是为什么呢?原因很复杂。不幸的是,我们非凡的、全新的诊断工具却使我们疏远了患者。我们的传统技能真的已经过时了吗?难道象征性的手法体检和床边或诊室里不受时间限制的平静交谈真的已经不合时宜了吗?过去公认,这种个人关注在确立诊断时常常是极为重要的,因为当时医生获得的很多信息是经验主义的,不准确的,甚至是错误的。我们对此知晓抑或怀疑过。几十年前,我们能为患者提供的帮助少而又少,我们被迫用给予各个患者更多关注的方式来补偿。可结果呢?他们感到很满足!他们似乎能理解我们能力有限,他们认可我们在他们恐惧和痛苦的时候关注了、倾听了、尽了我们最大的努力。那时患者的期望远较今天低。现在,患者很清楚我们提高了的诊断和治疗能力,他们的期望值提升了,同时却感到受关注的程度降低了。他们感到虽然近在咫尺,却被距之千里。这种不满可以从对我们职业的激愤态度上看起来。

难道“关怀”在这个时代真的过时了吗?我不这么认为。M·戈德堡书中的病例都反映出一个掌握先进技术却又敏感关切的医生所做的工作。

导致患者不满的另一个明显原因是他们对“医生”这个概念的理解的变更。医疗行为中金钱因素的掺入是近来才出现的现象。在1965年医疗保健制度引入之前,大多数的医生都只能说是宽裕但并不十分富有。但现在情况变了,几乎所有执业医生所享有的稳定富裕被附加于公众对医生的认知。关于利益冲突、专家和医院程序拒人千里的态度、公然的贪婪和欺诈及其他一些与商业相关的丑闻报道进一步玷污了医生的公众形象。在目前“逐利”的计划医疗氛围中,不断增长的似乎正是一些不良成分。

对此我们能做些什么呢？这直接关系到本书的要旨。我一向主张医疗诊治在能干的医生手中应是一个力求节约的过程。明智地选择诊断程序，小心地开药和使用治疗装置，有的放矢而不是大而无当，做到这些才是有成本效益的医疗实践。

老实说，我认为“计划医疗”可以成为一个积极因素，如果它能用来提醒医生医疗决策中的节约可以通过使用当前可靠的数据加上对患者个人需要的敏感体贴来达到。这是一个需要思虑周全的过程。优良的行医传统加上对财政责任的考虑就能做到。然而，如果“计划”变成死板的算式下固定的程序或专断的规则，那么人体生理的变幻无常就注定了这个计划会失败。如果金钱主义的思想慢慢渗入临床医生的头脑，像病毒一样感染医疗决策过程，后果将是毁灭性的。这种计划体制将是短命的。我坚信合理的节约和有效的诊治是可以并存的。让我们期待这一简单的事实成为现实的一天。

因而，M. 戈德堡的书别开生面，是向以往那个不那么浮躁的年代的回归。他在当前极好的医疗条件的背景下重拾了“老派的”体贴患者的优良作风。也有其他一些介绍临床病例的书籍，但 M. 戈德堡提供的“？”将给你无穷的吸引力，每一个刺激的病例都会给你全新的挑战而使你难以释卷。

罗伯特 M. 摩泽，医学博士
美国内科医师协会名誉执行副主席
新墨西哥大学名誉临床医学教授

目录

主译者序

前言

绪论及入门	(1)
病例 1 外星人绑架?	(11)
病例 2 医生的窘境	(13)
病例 3 寂静的腹部	(15)
病例 4 持续的皮肤发红	(18)
病例 5 退役军人病	(20)
病例 6 心脏的颤动	(21)
病例 7 不, 医生! 不是那样的!	(23)
病例 8 双重打击!	(25)
病例 9 一个不寻常的事件链	(28)
病例 10 奥卡姆剃刀也会变钝	(31)
病例 11 濒于溺死的大脑	(33)
病例 12 正确的诊断, 错误的一侧	(35)
快速诊断 (病例 13~24)	(38)
病例 25 恶吐	(43)
病例 26 我的女儿是医生!	(45)
病例 27 度假的烦恼	(47)
病例 28 全身不适、疲乏无力的研究员	(49)
病例 29 为什么尸检仍然重要	(50)
病例 30 腹痛少年	(52)
病例 31 运动性共济失调	(54)
病例 32 受困于卫生间	(56)
病例 33 长时间操作计算机可以引起血尿吗?	(58)
病例 34 铁到哪里去了?	(60)
病例 35 农场的疯狂	(62)
病例 36 僵人	(64)
快速诊断 (病例 37~51)	(67)
病例 52 腹部包块与心脏	(73)
病例 53 皮疹到哪里去了?	(75)
病例 54 看起来像莱姆病, 但到底是不是呢?	(76)

• v •

病例 55	堪称为宝藏的疾病	(78)
病例 56	真正的心脏制动器!	(80)
病例 57	肝危象	(82)
病例 58	花费达十万美元的诊断	(84)
快速诊断	(病例 59~61)	(88)
病例 62	多系统疾病	(91)
病例 63	眼睛过度疲劳真的会引起头痛吗?	(93)
快速诊断	(病例 64~75)	(95)
病例 76	问题的核心	(100)
病例 77	单纯心力衰竭的诊断已不再完整	(101)
病例 78	追踪双肺阴影	(103)
病例 79	所有并发症中最严重的并发症!	(105)
病例 80	似乎管理一个医院还不够麻烦	(108)
病例 81	病毒是裹着蛋白质外衣的祸患	(110)
病例 82	绝处逢生	(112)
病例 83	这是一种与单核细胞增多症相似的疾病吗?	(113)
病例 84	眼睛里的答案	(116)
病例 85	妇科专家也能做出了不起的诊断	(118)
病例 86	从俄罗斯带回来的小纪念品	(119)
病例 87	高血压,低血钾	(121)
病例 88	腹部之火	(124)
病例 89	胸部压迫感	(125)
病例 90	兔子惹的祸	(127)
病例 91	从素未谋面的父母遗传来的疾病	(129)
病例 92	力所不能及的烦恼	(130)
病例 93	在恋爱和其他方面的不幸	(132)
快速诊断	(病例 94~96)	(135)
病例 97	从烧心感到腿的灼热	(139)
病例 98	医院可能是危险之处	(140)
病例 99	产科面临的困境	(142)
病例 100	真正的眼痛	(144)
病例 101	肺炎或更严重的疾病?	(146)
病例 102	罪恶的报应之一是关节炎	(148)
病例 103	药剂师也会出错	(149)
快速诊断	(病例 104~115)	(152)
病例 116	别惹动了细菌	(158)

病例 117	中国医生知道美国医生不知道的事情吗?	(159)
病例 118	阿拉斯加有莱姆(Lyme)病吗?	(161)
病例 119	肝脏崩溃	(163)
病例 120	险些导致死亡的咳嗽	(165)
病例 121	胆固醇的挑战	(167)
病例 122	震颤和坠落性疾病	(169)
病例 123	心脏疾病和肠道疾病相关联吗?	(171)
病例 124	或许不是那么偶然?	(173)
病例 125	是肿瘤转移还是其他原因?	(175)
病例 126	又一个伴有多种假象的疾病	(177)
病例 127	一项世界记录?	(179)
病例 128	另一种类型的肝肾综合征	(181)
病例 129	她深信自己患了 CFIDS,但是她真的患了吗?	(183)
病例 130	痛苦的排石过程	(186)
病例 131	病理学家们知道每件事——晚了一天	(188)
病例 132	突发系统衰竭	(190)
病例 133	给不给予溶栓治疗?	(192)
病例 134	水肿伴头昏	(194)
病例 135	不幸的流浪汉需要的不仅仅是酒	(196)
病例 136	难以置信的“烧心”感	(198)
病例 137	“库欣”医生,我们有麻烦了!	(200)
快速诊断	(病例 138~149)	(203)
病例 150	威斯康星州的恐怖袭击(一个真实的故事)	(210)
索引		(212)

绪论及入门

本书的目的在于通过一系列充满挑战性、娱乐性和富有效益的病例(实际上是一系列微型临床病理讨论会)来提高你的诊断技能。

医生会对两种患者感到头疼:一种患者临床表现虽然很普通,却可能患的是罕见的疾病;另一种患者临床表现虽然不同寻常,患的却是普通的疾病。本书兼顾了这两种情况。

人们——尤其是医学生对医学的错误观念之一是:医学是错综复杂的。但事实上,如果你肯花时间去采集病史和进行体检,至少 80% 患者的问题会迎刃而解。至于剩下的病例,像“斑马”之类物种一样身披伪装。如果你能成功捕获,这种成功的喜悦是难以名状的。

在本书病例中,既有“斑马”又有“马”。为了帮助你区别两者,让我们从一些一般原则开始吧。

医学侦探的十大原则

1. 决不要做不必要的假设,尽量多地去发现存在的情况。

这对于医生或是侦探都是首要原则。如果一个新患者有病历、实验室检查结果、X 线片,你应该获取这些资料并仔细回顾。如果患者服用了许多不同的药物,让患者把药物带来,以便你能辨别其类型、剂量及药物的相容性。就在去年我有两个患者从药剂师那里拿错了甲状腺片。

如果一个意识丧失的患者被送到急诊室,身边没有家人或朋友陪伴,而他的钱包里又有他的地址,应该派人(必要时可派警察)去他的家里取来他的药箱。你很可能发现他正服用降糖药,我就不止一次碰上这样的病例。

尽可能与其配偶交谈,他们会告诉你患者疏忽或者故意保留的情况。

另一个有用的小提示:让你的接待员指导女性患者在第一次就诊时不要涂指甲油。已故的著名爱荷华州内科医师比尔·比恩(Bill Bean)指出,大量的疾病,从甲状腺毒症到砷中毒,有时候都能通过指甲的变化来诊断。

2. 寻找药物。

法国侦探(不管是小说中的还是现实生活中的)都相信解决情感犯罪的首要原则是“找出那个女人”,即调查与之接触的女性。在医学中与之相应的是怀疑药物的不良反应。至少 10%~15% 的入院患者患有药物导致的疾病,比较普通的例子就是非甾体抗炎药(NSAIDs)。许多研究报道了超过 10% 的 60 岁以上的患者长期服用此药后出现了肾功能衰竭。与 Hismanal(阿司咪唑)或 Propulsid 同时服用可导致严重心律失常的药物清单越来越长,最新加入的是 Serzone。对于服用了血

管紧张素转化酶抑制药(ACEI)、 β 受体阻滞药或大剂量抗炎药的糖尿病患者要检测电解质,因为这些药物都会导致低肾素血症和醛固酮减少症。

3. “如果排除了不可能的因素,无论剩下的结果多么不合常理,那都是事实”(夏洛克·福尔摩斯语)。

人体由上百万亿的细胞组成,其中一个细胞出现千奇百怪的功能失常的可能性是无穷无尽的。病例1为福尔摩斯的原则提供了一个极好的实例。

4. 如果一个患者的主诉不符合任何一个已知的疾病,要么它是一种新的疾病,要么就是你没有听清楚。

一句古老的医学格言是这样说的,如果你能长时间耐心地听患者诉说,他最终都能揭示问题所在。也许电视上的马库斯·韦尔比医学博士(Marcus Welby, M.D.)能够做到(毕竟他一周只看一个患者),但我们大多数都没有这样空闲。既然不能这样,我们就必须时时注意有价值的线索。我曾经见过一位有很多症状的非常焦虑的年轻女性,最异常的是颈部的紧缩窒息感。在做了一系列的检查之后,我实在没发现她的问题在哪儿,直到她碰巧提到她正纠缠于与其夫的离婚案中。一位心理医生和一位好律师很快解开了她颈部象征性的套索。

5. 别忘了问患者他们自己认为问题在哪儿。

这个方法有时会取得惊人的效果。著名的内分泌学家泰德·施瓦茨(Ted Schwartz),现已退休在爱达荷州的博伊西,最近在《内科学年鉴》上谈到一位中年妇女因为每天喝几加仑水而在当地医院接受大量检查,当得知所有检查均无果时,施瓦茨问了患者一个他的年轻同事都忽略的问题:“你为什么喝那么多水?”“我的医生叫我喝的。”她回答到。确实,医生在医治其膀胱感染后是这样嘱咐的。

6. 威廉·奥卡姆(William of Occam)说得对:联系多个症状做出一个诊断往往比多个诊断更为准确。

内科医生是怎样思考的?一般我们是这样做的:在头脑中或在纸上列出三条:症状、体征、实验室检查。然后选出最奇特的和次奇特的发现,找出某种联系和模式,看其符合哪种疾病的过程。尤其对老年患者,英明的内科医生不会将头痛、关节炎和咀嚼痛等只视为年老和假牙不合适造成的后果而不予关注,而会考虑到会不会是某些严重的可治性疾病,如颅动脉炎,一种在老年人群中经常被忽视的疾病。

7. 无论如何要找到一个主诉。

当我们的新患者喋喋不休地告诉我们一大堆症状时,我们该怎么做呢?这里我有时用一个绝招。我告诉患者:“如果我有一种魔法能解决你的其中一个健康问题,你希望它是哪个呢?”答案可能会很令人惊讶。有位患者说:“我希望能与我丈夫分房睡,这样我能获得更多睡眠。”

8. 被难住时,返回到犯罪现场。

简而言之,就是再做一遍体格检查,看看你的患者有没有什么重要的阳性体

征。从路易·温斯坦(Louie Weinstein)到罗伯特·彼得斯多夫(Robert Petersdorf),许多医学权威向一代又一代学生传授,对于原因不明的发热患者这种操作可能比任何实验室检查来得更有价值。

这对于症状较轻但也令人困惑的患者同样有效。一名好医生在处理忧郁症患者时不是仅仅说些贫乏的、安慰性的话,而是眼界宽广地仔细检查有没有哪个部位恰巧在这时给他们带来了不适。

9. “忧伤若不能随眼泪散去,就会造成其他脏器哭泣”。

我第一次读到这么优雅的词句是在一本由著名的苏格兰病理学家威廉·博伊德(William Boyd)撰写的医学教科书中,从此这句话一直伴随我。某些疾病确实有很强的心理相关性。其一是紧张型,肌肉收缩、头痛通常是被压抑的敌意的结果。另一种是甲状腺功能亢进。虽然失去亲人或将要失去亲人(如父母过世、丈夫远赴战场)本身并不导致甲状腺功能亢进,但在多虑的个体容易诱发此病。我所见过的最严重的甲状腺功能亢进患者之一是一位密执安妇女,她的17岁的儿子被指控谋杀。因此,了解患者发病之前所受到的精神刺激很重要。

10. 警惕最大的冒充者。

这不是梅毒!该疾病可导致休克、胸痛、脑卒中、哮喘、心房扑动、胸膜渗出、全身水肿、抗生素无效性肺炎、低钠血症、肝淤血等等症状。这是肺栓塞!

最后,如果患者对你的诊疗计划怀疑不休该怎么办?这里还有一条原则(可惜未经证实):“命不该绝,即便医生也杀不了你”——M. A. 佩尔斯坦(Meyer A. Pearlstein)。

极其重要的病史

病史采集仍然代表着医学的真正艺术。计算机诊断程序正在变得越来越完善,对患者某些方面的评估(如过敏史)已经超越了医生。但我怀疑计算机采集的病史是否能在确立正确的诊断方面超过人类,因为至少迄今为止计算机在问关键问题时不能观察到患者的表情和身体语言。比方说,在回答“你是否胸痛?”时,有的患者大叫“是的!”,同时用张开的手指抓住胸口(典型的“爪样征”),比那些微笑着(带点吃吃笑声)说“哦,是的”的患者可信得多。

关于病史采集也许你已了解很多,只有少部分你还不甚了解。我认为一个全面的病史应由如下部分组成。

你的开场白应包括患者的一些基本信息:年龄、婚姻状况、民族、性别、职业、主诉(可能的话,尽量用患者本人言词)、症状持续的时间以及既往住院的情况或在其他医生处就诊的情况(目的是获得以往的记录)。

如果患者的主诉中包含疼痛或头痛,我极力建议你停下病史的询问,继续就疼痛的特点展开询问,主要有以下十点:

1. 开始发作——时间和环境。换句话说,什么时候疼痛首次发作,当时你在

做什么？剧烈的疼痛或头痛往往会留下很深的印象，患者会记忆犹新。如果他对此印象模糊，那么疼痛的程度大抵不会太严重。

2. 部位。让患者指给你看哪里最严重。

3. 放射。最好不要问患者诱导性的问题，比如，疼痛是否起于胸部正中并放射到左臂内侧？有些患者在此引导下会对几乎所有问题给予肯定回答，从而使你误入歧途。

4. 性质。疼痛可用几种有限的方式来描述：刺痛、钝痛、刀割样痛、深部钻痛、痉挛痛、烧灼痛、压痛等。但有一种痛（绞痛）提示中空器官（如输尿管或小肠）的梗阻。为了说明，我抓住患者的手，慢慢地加力，然后逐渐放松，模仿蠕动运动。

5. 持续时间。痛得最厉害的时间有多长？其后疼痛还持续了多长时间？

6. 频率。疼痛发作的频率是几小时一次，几天一次，还是几周一次？

7. 诱发因素：什么引起疼痛？什么使其加重？这是一个很关键的问题，对于推断胸痛的病因尤为重要。对怀疑心绞痛的患者，我通常问五“E”：用力（exertion）、情绪（emotion）、饮食（eating）、环境变化（environmental change）（如受凉）及色情（erotica）——这也许有点难记，但这样我就不会忘记询问患者在性交（心输出量增加几倍）时是否胸痛（如果一位患者一周性交三次而无胸部不适，则该患者不可能是心绞痛）。

其他重要的诱发因素有：体位、运动、咀嚼吞咽、深呼吸、排尿、排便、月经、咳嗽、喷嚏、排便用力（后三者提示中枢神经系统或脊髓疾病）。

8. 缓解因素。缓解因素不太多：休息、食物、抗酸药、阿司匹林或其他镇痛药、硝酸甘油、体位改变、镇静药等。

9. 伴随症状，如发热、寒战、强直、大汗淋漓或出冷汗、恶心、呕吐、排便改变、呼吸困难、头晕、其他部位的疼痛及濒死感。

10. 以前的诊断和治疗。如果你不想违背第一条诊断原则（不要做无谓的假设）的话，务必记得获取这一重要信息。

虽然患者的既往史可用不同的方式组织，我总是包括以下六点：童年时所患疾病、手术史、住院史、妊娠史、需要就诊于内科医生或长期服药的内科疾病、创伤。

如果患者患有毒血症、肾盂肾炎、产后出血或甲状腺炎、妊娠糖尿病或新生儿体重大于10磅（极有可能引发糖尿病）（1磅=0.454公斤），在这些情况下妊娠史价值极大。

体格检查

至少对于我来说，体格检查是诊断过程中最有趣的部分。有些疾病（如心绞痛和抑郁症）可发现的阳性体征极少。但还有些疾病（特别是内分泌紊乱）可发现大量的阳性体征。以甲亢这种常见病为例，除了某些老年患者只表现为心房颤动，一般我们可以找到二十多个有价值的临床体征，如：