

CHEERS
湛庐

医生最想 让你读的书

[美] 杰尔姆·格罗普曼 著
JEROME GROOPMAN

黄珏苹 译

How Doctors Think



合理医疗 远
从了解医生如

畅销书
健康最佳图书

看病就医
必须了解的
10大思维误区

 浙江人民出版社
ZHEJIANG PEOPLE'S PUBLISHING HOUSE

How Doctors Think

医生最想 让你读的书

[美] 杰尔姆·格罗普曼 著 黄珏苹 译
JEROME GROOPMAN

看病就医
必须了解的
10大思维误区

图书在版编目 (CIP) 数据

医生最想让你读的书 / (美) 杰尔姆·格罗普曼著;
黄珏苹译. —杭州: 浙江人民出版社, 2018.10

书名原文: How Doctors Think

ISBN 978-7-213-08933-6

I . ①医… II . ①杰… ②黄… III . ①医学心理学
IV . ① R395.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 216475 号

上架指导: 医学科普 / 心理学

版权所有, 侵权必究

本书法律顾问 北京市盈科律师事务所 崔爽律师
张雅琴律师

浙江省版权局
著作权合同登记章
图字: 11-2018-382 号

医生最想让你读的书

[美] 杰尔姆·格罗普曼 著

黄珏苹 译

出版发行: 浙江人民出版社 (杭州体育场路 347 号 邮编 310006)

市场部电话: (0571) 85061682 85176516

集团网址: 浙江出版联合集团 <http://www.zjcb.com>

责任编辑: 蔡玲平

责任校对: 戴文英

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

开 本: 170 毫米 × 230 毫米 1/16 印 张: 18

字 数: 250 千字 插 页: 1

版 次: 2018 年 10 月第 1 版 印 次: 2019 年 1 月第 2 次印刷

书 号: ISBN 978-7-213-08933-6

定 价: 72.90 元

如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与市场部联系调换。

HOW
DOCTORS
THINK

推荐序

医学不等式与临床万花筒

王一方

北京大学医学部教授

人食五谷杂粮，总会生病。

我曾戏言，人生总免不了要跟医院打交道，要么在医院，要么在去医院的路上，谁也不敢打包票说自己跟医生老死不相往来。平时体壮如牛的人，一旦生起病来，可能就是大病；即使不生病，健康体检、健康咨询时也要去医院。

网络上出现一个新词“hospital shopping”（逛医），展现出某种新时尚——去医院如同逛商店。足见人们对健康、生命品质的高度重视，以及对医学、医生、医院的高度依赖，也体现了医疗生活的日常化。凡是去医院的男女老少，其实并不是闲逛，目的都很直接，意欲找一位高明的医生瞧病、咨询。但由于医学是一门不确定的科学与可能性的艺术，谁都可能遭遇久诊不决，久治不愈，大诊小治，甚至误诊误治。而且并非花钱越多，疗效越好；技术越高，疗效越快，只有找到高明的医生统筹兼顾，综合施力，才能将这些“囿”境化解。

问题是哪些医生更高明呢？

一般说来，白头发的比黑头发的高明，其经验积累相对丰富一些；职称高的比职称低的高明，其学术底蕴丰厚一些；三级医院里的比社区医院里的高明，其技术设施、人才团队、专科优势明显一些。但也不尽然，还需要弄清他们的临床思维，领略他们的智慧。因为诊断过程绝不是对患者表述的症状的所在部位进行各种理化检测，然后解读检测结果，做出疾病诊断，而是需要对患者躯体各系统功能、代谢之间的相关性，以及“全人”（身、心、社、灵）征象进行综合分析，才能穿越表象、假象，找到本相、真相。

治疗的作业则更加复杂，有针对症状的一般性治疗（止痛、止吐、止血、止泻），有针对发病机制的阻断性治疗，有针对病因的对抗性治疗（手术、药物），还有针对心理休克、情绪波动、沮丧、绝望的心理治疗、安慰剂治疗，更有针对终末期生命品质维护的姑息治疗（舒缓医疗、安宁疗护），而非简单的头痛医头脚痛医脚，因为很有可能上病下治，内病外治，这就要求医生做更睿智的选择与规划。如果掺入伦理（获益、不伤害、自主、公正）、宗教、哲学慧根（豁达生死）、谋略（用药如用兵）考量，诊疗就如同下一盘大棋，甚至打一场战役，需要大视野、大手笔、大智慧。

高明的医生不仅需要明是非、知得失、晓轻重，更要懂进退。无怪乎在西方发达国家，最优秀的学子才能进医学院，穿上白大褂。

从内容看，本书似乎是一本讲述医生如何驾驭智慧，正确诊断、高效疗愈的书，书中的话题、案例适合医生之间交流切磋。其实不然，在医疗民主化与医患共同决策的当下，它其实更是一本医生与患者共同阅读、共同切磋的书。

在传统的医疗家长制语境中，人们大多持“委托论”立场，认为：一张挂号单就把临床诊疗的一切事宜都交付给专业人士了，因此，临床决策与诊疗思维是医生的私事，普通人无法插足，也管不着。但当下，民主医疗正处在转型之中，人们普遍持“参与论”的立场，认为：临床决策与诊疗思维是医生与患者共同的节目，患者不仅需要知情同意，还必须了解医生正确决断、处事的套路，甚至了解医生误诊的“机关”，与他们一起尽可能做出明智的决策，避免糊涂决策，草草决断。

由于临床医学具有显著的不确定性，宿命论者信奉“道高一尺，魔高一丈”，即认为疾病发生发展的背后是上帝在扔骰子，不仅不公，而且混沌、无序（不可知，难测准），病魔像乌贼，像狐狸，很狡猾，很会制造假象，释放重重烟幕，引诱我们思维走偏，甚至滑向错误的连环套。因此，医生的一切努力都显得力不从心，鞭长屋窄，误诊、误治总是难免的。

而意志论者则信奉“狐狸再狡猾，也斗不过好猎手”，他们认为疾病的发生发展有规律可循，还原论路径的不断优化、诊断技术的丰富，基因密码拥有的巨大的理性探究空间，再加上循证医学、精准医学、大数据、智慧医疗不断刷新人类诊疗的新极限，只要足够用心，生命智慧、灵犀总会光顾我们，我们最终总会找到正确的诊断与治疗路径。

本书的特别之处在于，它没有条分缕析地讲述躯体症状、单病不适，然后提出解决方案，而是通过一个个鲜活的故事，帮读者厘清以下困惑：

高明的医生与平庸的医生差别在哪里？医生的情商与情感波动会改变诊疗格局吗？为什么误诊常常接二连三地发生，认知误区重复出现？为什么刻板印象总在顽固地干扰医生的诊疗思维？什么是道德误诊？失德是无情、无畏，还是无操守、无担当？为什么医疗服务是使命，而不是交易？诊疗路漫漫，家属

与患者、医生的多角关系如何影响诊疗决策？如何协调才会促进，而不是促退，是合力，而不是内耗，是救急，而不是延宕？

面对生命的多样性与医学永恒的不确定性，医生往往陷入两难处境，走不出过度承诺，技术或器械依赖的迷雾。在技术主义语境中，诊疗中“身、心、社、灵”的“全人”诊疗链条发生断裂，孤岛化倾向越来越明显，如何才能摆脱这种境况呢？

本书有一篇长长的前言，讲述了一则关于误诊的故事：

主人公是一位名叫安妮的妙龄女性，但是摄食方面出现了严重问题，通俗地讲，就是吃不了东西，吃了也消化不了，随之而来的是营养不良、睡眠障碍、发育退化、严重贫血、免疫衰弱、女性征象退潮、社会角色退缩等。就诊过程十分漫长，从少女时代一直延续 15 年，遍访名医，甚至超级名医，诊断从功能性疾患到器质性疾病，从消化道炎症到消化性溃疡，从躯体性病变到神经（精神）性厌食、神经性贪食症、肠易激综合征，胃镜、肠镜没少做，酶学检查、胃肠道内环境分析也反复做。犹如一批好猎手，左右开弓，细筛梳理，就是没有抓住疾病这只“狐狸”的尾巴。安妮的病因不明了，治疗后也毫无起色，几乎绝望，后来终于等来了一位名叫法尔查克的医生。他没有顺着惯常的思维寻因，而是换了一个角度打开病魔的黑箱：安妮的病因在于一种“谷物（特异淀粉）过敏”反应，只要隔离这种谷物，就可重建消化功能，回归正常生活。原来，兜了一个大圈子之后发现，常识思维最有价值。

本书的字里行间，隐藏着深层次的哲学问题：偶然性与必然性，苦寻不识与意外得来，见微知著与大处着眼，是非、利害、高下、清浊的纠缠，以及不断逼近生死、疾苦、健康的真理与真谛。聪明的读者也会跟随作者的思绪，追问诊疗中的“无知之幕”。

首先，诊疗之初，医生与患者都不知道“最优路径”与“生命算法”。有了形形色色的辅助工具，我们的思维是更纯粹了，还是更加杂芜了，真是一团难解的乱码。最优秀的专科医生，最先进的设备，为什么依然发生了误诊？既使久经历练的资深专家，也难解其奥秘。阿图·葛文德曾经提过一个警示：最优要素堆砌不等于完美。“将世界上最好的汽车零件装配在一起，我们能造出世界上最完美的车吗？比如，引擎用法拉利的，刹车用保时捷的，悬挂系统用宝马的，车身用沃尔沃的，这个组装起来的怪物与好车根本不沾边，它就是一堆昂贵的垃圾。”然而，在医学界，这种胡乱堆砌的做法依旧十分普遍。

其次，诊疗决策是相信直觉（可能是患者的感觉，也可能是医生的悟性），还是相信经验（资深医生的，还是久病患者的）？治疗策略方案化还是个性化？大数据就靠谱吗？目前的境遇究竟是大数据，还是数据大？医患如何走出高技术、高消费的“黑洞”诱惑？如何告别无生命品质的技术化生存（延长生命也延长痛苦）、技术化死亡，告别穷生富医、穷生富死的魔咒？客观指标客观吗？究竟是假相，还是真知？是否检查越充分，证据越多，诊断越明晰？为什么找证据（循证医学）要与讲故事（叙事医学）结合？人工智能、算法模式对临床思维的影响有多大？影响是好，是坏？

思来想去，大家一定会悟出这样的道理：高明的医生不限于高智商，还需要高情商、高德商，能共情、会反思，只有如此，医患才会和谐共生。

安妮的故事讲完了，作者露出了底牌，其实这是一本临床医学人文的高阶读物，不经意间揭示了医学人文的三种临床模式：

一是“打补丁”，在技术精进的基础上补上“共情、共同决策”这一课；

二是“上层次”，学会叙事、陪伴、见证、抚慰等人文技能；

三是“谋智慧”，以哲学、伦理视角重审临床路径，给人类苦难、生死一个豁达的安顿。

细心的读者诸君，千万别错过书中的精彩内容。

王一方 医学人文学者，北京大学医学人文研究院教授，北京大学科学史与科学哲学中心研究员。为北京大学医学部博士生、硕士生主讲医学哲学、医学思想史、健康传播、生死观等课程。

破解医疗思维的魔盒

过去 15 年里，安妮·道奇不知道见过多少医生，可能近 30 位了。2004 年圣诞节后的第三天，天气出奇地暖和，安妮再次驱车前往波士顿，去见另一位内科医生。她的主治医师反对她这样做，认为她的病已经确诊，而且是慢性病，再去看医生没有意义。但安妮的男朋友坚持让她再去看看，安妮想让男朋友安心，而且中午她就能回来。

安妮，30 多岁，沙褐色的头发，浅蓝色的眼睛。她在麻省的一个小镇长大，有 3 个姐妹。家里没有人患这种病。20 岁左右时，她发现食物跟她“作对”。吃完饭后，就好像有一只手紧紧地抓住她的胃，使劲地扭。剧烈的恶心和疼痛有时会使她“哇哇”地呕吐。家庭医生给她做了检查，没有发现疾病。医生给她开了抗酸剂，但症状依旧。安妮没了食欲，总要强迫自己吃东西，吃完就会觉得恶心，然后默默躲到洗手间里呕吐。家庭医生拿不准她到底得了什么病，于是转诊给一名精神科医生。精神科医生的诊断是：神经性厌食症，伴有神经性贪食症状。这种病的特点是呕吐和厌食。如果不接受治疗，患者可能会饿死。

这些年来，安妮看过很多医生，接受过很多专家或医生的诊治，有内

分泌专家、整形外科医生、血液病医生、传染病专家，当然还有心理学专家和精神科医生。她服用过四种抗抑郁剂，曾经每周接受谈话治疗。一些营养学专家还密切监控她的日常热量摄取。最后，她选定了一位专治饮食障碍的女医生。

安妮的健康每况愈下，过去的一年是她人生中最惨的时期。她的红细胞和血小板数量降到了很危险的水平，骨髓活检显示几乎没有新细胞生成。有两位血液科医生认为安妮血细胞数量之所以这么少是因为营养匮乏。安妮的骨质疏松状况严重。一位内分泌专家说她的骨头像 80 岁老奶奶的骨头一样脆弱——主要是因为缺乏维生素 D 和钙。整形外科医生发现安妮脚部的跖骨有发丝状的裂缝。还有一些迹象显示安妮的免疫系统在退化：她反复感染，并患上了脑膜炎。2004 年，她 4 次住进精神病医院，以便在医生的监督下增加体重。

为了让安妮强壮起来，医生让她每天摄取 3 000 卡路里，主要靠吃容易消化的碳水化合物获得，比如麦片和意大利面。但吃得越多，安妮就越难受。她不仅感到非常恶心，一个劲儿想吐，而且还出现了肠痉挛和腹泻。医生说安妮患上了肠易激综合征，这种病跟精神压力有关。到 12 月，她的体重掉到了 37.2 千克。尽管她说她强迫自己每天吃下 3 000 卡路里的食物，但内科医生和精神科医生不相信她的话，她不断下降的体重就是铁证。

这一天，安妮要看的是一位胃肠病医生，名叫迈伦·法尔查克。法尔查克医生已经拿到了安妮的病历，安妮的内科医生告诉他，安妮的肠易激综合征进一步证明她的心理健康状况越来越差。法尔查克医生听了内科医生对安妮病情的详细描述，她暗示法尔查克，他的任务就是检查安妮已经被很多医生仔细查过的腹部，让安妮确信自己得的的就是肠易激综合征，应该

通过适当的饮食和镇定剂来治疗肠道症状。

法尔查克医生恰恰不是这样做的。首先，他询问安妮，倾听她讲述并进行观察，然后，他以不同的方式思考安妮的病例。法尔查克医生的做法救了安妮的命，因为 15 年来安妮的病症中一个很重要的方面被忽略了。

这本书讲述的是，诊治患者时，医生是怎么思考的。

3 年前 9 月的一个上午，我无意中产生了写作这本书的想法。当时我正和一群实习医生、住院医师、医学院的学生一起查房。我是综合内科的医生，这意味着我需要指导这群治疗各种临床疾病的“受训者”，这不止涉及我的专业：血液病、癌症和艾滋病，病房里还会有罹患肺炎、糖尿病和其他常见病的患者。此外，有些患者的症状让医生很难做出诊断，有些疾病有多种治疗方法，但没有一种治疗方法明显优于其他方法。

医生都会犯错，思维方式是突破口

我喜欢用传统的方法来查房。一位实习生或医生先陈述病例的显著特征，然后我们一群人来到病床边，和患者聊一聊，做些检查，接下来我们返回会议室进行讨论。在讨论中我会采用苏格拉底式的方法，即鼓励学生和住院医师互相质疑，甚至对我的看法提出疑问。然而，在 9 月那个上午查房结束时，我感到深深的不安：不只担心受训者之间缺乏争论，更对作为老师的自己感到失望。我发现这些聪明友善的医学院学生、实习医生和住院医师常常不能提出贴切的问题，不能认真倾听，也不能进行敏锐的观察。他们没有深入思考患者的症状，在学习如何解决临床难题和治病救人上，他们大错特错。

你应该听过这类批评——新一代的医生不如他们的前辈富有洞察力，或者不如他们的前辈能干。老一辈的医生常常会这样说：“30年前，在我学医那会儿，那才叫严格呢，我们必须学透记牢。现如今，唉……”这些忧心忡忡的老医生说得好像把他们变成技艺高超的临床医生的魔法已经消失了。我猜想，怀旧之情扭曲了老一代的看法，让他们总认为过去比今天好。直到最近我才承认，我也变得怀旧了。不过，经过更深入的反思之后，我发现我自己的学医过程也存在着严重的瑕疵。我的学医过程和年青一代的区别在于缺陷的性质、瑕疵的类型。

我们那一代医生从来不会被明确地教导临床医生该如何思考。我们自由地、无计划地学习从医之道。实习医生通过观察资深医生操作来学习，就像中世纪的学徒观察老师傅那样。大家认为初学者由此应该能学会前辈的诊治方法。主治医生很少会解释自己是如何思考并做出最后决定的。在过去几年里，这种自由的、无计划的教学方法受到了强烈反对。为了让学医的过程更有组织、更有计划，医学院的学生和住院医师学会了遵循预设的算法和决策树形式的实践指南。这种方法还被某些管理者兜售给了美国和欧洲很多医院的高层。保险公司发现，这种方法在决定是否批准使用某种诊断检查或治疗方法上特别有吸引力。

临床决策树的“树干”是患者的主要症状或检查结果，填写在一个方框里。箭头从第一个方框指向其他方框。例如，以“喉咙痛”这种常见症状作为开端，“树枝”会伸向一系列和症状有关的是非问题：患者是否发烧？淋巴结肿大是否与喉咙痛有关？患者的家庭成员是否有相同的症状？类似地，“树干”会进一步延伸，从“是”或“否”的回答分支延伸到咽喉部细菌培养实验室检查结果，树干的末端应该是正确的诊断和治疗。

临床算法对一般的诊治确实有帮助，比如分辨脓毒性咽喉炎和病毒性咽喉炎。然而，当医生需要跳出固有的思维模式时，当患者症状多样或不明确时，或者当检查结果不准确时，这种方法就会彻底失效。在最需要医生明察明断的病例中，这种算法会妨碍他们进行独立而有创造性的思考，非但不能扩展医生的思维，而且会造成局限。

与之类似，一场将治疗决策严格建立在统计数据上的运动正在进行。这就是所谓的“循证医学”，它很快成了很多医院的准则。未经统计验证的治疗是被禁止的，除非临床试验能产生充足的数据。当然，每位医生在选择治疗方法时应该把医学研究纳入考虑之中，但如今的医生死板地依赖循证医学有可能使他们做出被动的选择，完全依赖数据。统计数字无法替代面前的患者，只体现了平均水平，不能代表个体。数字只能作为医生知识和经验的补充，帮助他们判断临床试验中获得的“最佳”疗法是否能满足患者的特定需求，符合他们的特定利益。

每天上午查房时，我看到学生和住院医师会查看他们的算法，然后调用最新研究中的统计结果。我想下一代医生会被训练得像设定好程序的电脑，在严格的二进制框架中运行。之后的几个星期，学生和住院医师过度依赖算法和循证治疗的做法让我忧虑不安，同样让我不安的还有我不知道如何拓展他们的视角，让他们看到其他可能性。我向自己提出了一个简单的问题：医生该如何思考？

这个问题必然会引发更多的问题：不同的医生是否思维方式不同？不同的专科是否普遍存在着特定的思维模式？换言之，外科医生的思维模式是否不同于内科医生，内科医生的思维模式是否不同于儿科医生？是否存在“最佳的”思考方式，或者是否有多种方式都可以得出正确的诊断，都

可以选定最有效的治疗？当医生面对一种几乎没有先例的疾病，不得不即兴发挥时，他该如何思考？在这种情况下，算法不适用，又没有统计“证据”。在常规访视和在面对临床危象时，医生的思考会有什么不同呢？医生的情绪会影响他的思考吗？比如他是否喜欢某个患者？他对患者的社会与心理状况的态度是什么？为什么最有经验的医生也有可能在做出正确诊断时忽略关键线索，也会选错治疗方法？总而言之，在什么情况下医生会沿着正确的方向思考，在什么情况下会犯错误？导致正确和犯错的原因是什么？

我无法回答这些问题，尽管我就读的是非常好的医学院，接受了非常好的实习培训，有 30 年的临床实践经验。于是，我向同行寻求解答。这些问题难住了几乎所有我问到的执业医师，他们承认从来没有认真地想过他们的思考过程。然后我又搜寻了有关临床思考的医学文献。我发现大量研究用复杂的数学公式来解释“最佳的”医疗决策，但即使是这些公式的倡导者也承认公式无法反映实际的诊治状况，或者不太可能在实践中应用这些公式。我明白了为什么很难在查房中教导实习生和住院医师如何思考，也认识到我对患者的诊治还不够好。如果我能更了解自己的思考方式，尤其是其中的误区，我会成为更好的医生。给安妮·道奇看病的血液科医生不是我，但我很可能也发现不了诊断中被疏忽的线索。

当然，我们无法要求医生永远不犯错。医学本质上是一门不确定的科学。每位医生在诊断和治疗中都会犯错。但通过了解医生的思考方式，了解如何更好地思考，我们可以降低犯错的频率和严重性。这就是我写作本书的目的。这本书主要是写给外行看的，但我很希望内科医生和其他医疗专业人士会觉得它有用。为什么是写给外行看的呢？因为医生非常需要患者、患者家属和朋友帮助他们思考。没有他们的帮助，医生会遗漏诊治的

关键线索。这不是我做医生时发现的，而是当我生病，作为一个患者时发现的。

我们都疑惑过：为什么医生会提出这些问题？或者为什么在了解了情况后，医生会得出让我们出乎意料的结论？我们会问自己是什么使医生做出某种诊断或提出某种治疗方法，而排斥了其他可能性。尽管我们专心地听医生说，揣摩他们的面部表情，但经常搞不懂他们在想什么。这种茫然无知妨碍了我们和医生的沟通，妨碍了我们把医生需要知道的情况说出来，而这些情况有助于医生做出正确的诊断，提出最佳治疗方案。

以安妮·道奇为例，在经过无数次检查和治疗后，正是她的话将法尔查克医生引向了正确的诊断，最终救了她的命。虽然现代医学有各种先进技术的辅佐，比如高分辨磁共振成像、精确的 DNA 分析，但言语依然是临床实践的根基。我们向医生描述症状，感觉哪儿不对，然后回答他们的问题。这种对话是我们了解医生想法的最初线索，所以本书以此作为开端，探讨我们从医生的谈话和他们的说话方式中能对其想法有什么了解。

但这不是我们能从和医生的对话中获得信息的唯一方式，我们还可以分析医生的情绪。虽然一般来说是医生揣摩我们的情绪状态，但医生的情绪和性格会严重影响其专业判断，所以我们对医生的情绪进行揣摩显得很有必要。当然，我们只能对医生的情感有粗略的了解，但即使这种短暂的接触也能让我们更好地了解他们为什么做出这样的诊断，为什么提出这样的治疗方案。

在探讨了医生的言语和情感的重要性后，本书会循着当今医疗系统治病救人的过程来讲述。如果我们患了急症，会赶紧去看急诊。在急诊室里，医生没有时间好好地了解我们，必须根据病历上有限的信息进行诊治。我

研究过这种情况下医生的思考方式，他们的判断有多敏锐，以及他们所犯的认知错误有多严重。如果不是急症，我们会先去看初级护理医生，儿童看儿科医生，成人看内科医生。如今，初级护理医生常被称为“看门人”，因为他们看守着通向专科医生的大门。本书的记述会穿过这些大门继续延伸，我们在沿途的每一步都会看到，哪怕对最机敏的医生来说，怀疑自己，反复思考自己的分析可能出错是多么重要。我们还会看到医生在承认不确定的情况下不得不采取行动时所承受的压力。其中有一章讲述了我自己的一个病例。因为一个可能造成残疾的病症，我曾向五位著名的手外科医生求助，得到了四种不同的意见。

很多判断来自直觉，当然瞬间产生的第一印象也有可能是正确的。但正如我们听很多医生所说，过度依赖直觉是危险的。令人信服的医疗判断来自第一印象“格式塔”(gelstalt)，还有审慎的分析。这需要时间，时间可能是医疗系统中最稀缺的商品，医生的预约时间以分钟计算。那么，医生和患者怎样才能够获得思考的时间呢？我会在接下来的篇幅中探讨这个问题。

格式塔 (gelstalt)

由 20 世纪奥地利和德国的心理学家创立。它强调经验和行为的整体性，认为整体不等于部分之和，意识不等于感觉元素的集合，行为不等于反射弧的循环。

如今药物和金钱的关系密不可分。无论是有意识的影响还是无意识的影响，制药公司的强大营销攻势究竟在多大程度上影响了医生的决策？我