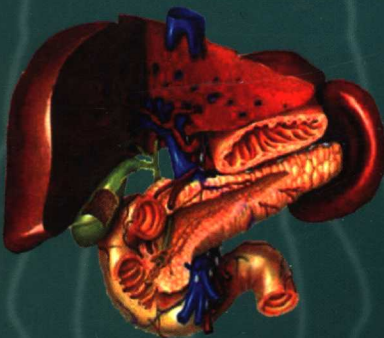


- 
- ▶ 全国重型肝病及人工肝血液净化攻关协作组推荐教材
 - ▶ 科技部国家重肝科技攻关课题资助项目

疑难及重症肝病 临床诊疗 100 例

● 主编 朱理珉 段钟平 范玉强

天津科学技术出版社

疑难及重症肝病临床诊疗 100 例

主 编 朱理珉 段钟平 范玉强



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

疑难及重症肝病临床诊疗 100 例 / 朱理珉, 段钟平, 范玉强主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2007
ISBN 978 - 7 - 5308 - 4347 - 5

I . 疑… II . ①朱…②段…③范… III . 肝疾病—诊疗
IV . R575

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 035475 号

策 划: 马 洪

责任编辑: 张 跃

版式设计: 邱 芳

责任印刷: 白彦生

天津科学技术出版社出版

出版人: 胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话(022)2332393(发行部) 2332390(市场部) 27217980(邮购部)

网址: www.tjkjbs.com.cn

新华书店经销

天津市房地产管理局印刷所印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 25.5 插页 4 字数 621 000

2007 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

定价: 48.00 元

编者名单

主 编 朱理珉 段钟平 范玉强

主编助理 赵桂鸣

编 者 (按姓氏笔画排序)

勾春燕	王 怡	王玉华	王贞彪	冯铁柱	卢诚震	龙 江
任 崧	刘 虹	刘 芳	刘 泽	刘 梅	刘义荣	刘燕敏
朱幼芙	朱理珉	严 红	张 平	张 晶	张 平	张 华
张万增	张世斌	张迈仑	张劲光	张明辉	李小串	李 海
李 菲	李 萍	李 颖	李 嘉	李雪梅	汪晓军	苏国权
邵凤珍	邹怀宾	陈 晓	陈 煜	陈卫星	陈利军	陈新月
周利民	周 智	孟庆华	宓余强	赵桂鸣	林 芳	范丽娟
范玉强	郑加生	郑素军	金 瑞	姜春梅	段钟平	段毅力
胡东胜	郭新惠	钱智玲	高 斌	高冀蓉	崔石昌	梁连春
梁树人	盛家琦	黄云丽	黄长形	黄晓婕	董 漪	温小恒
焦建中	韩 涛	韩大康	韩白乙	甄 真	解从君	潘 晨
李 嘉	李 海	邹怀宾	刘 梅			

学术秘书

序 言

从事肝病临床一线工作的国内外同行近年都有一种感觉,就是我们遇到的疑难肝病、重症肝病和既往认为少见的肝病,现在似乎都多了起来。事实确也如此,随着我们对肝脏疾病认识的加深、诊断水平的提高及治疗手段的多样化,原来不了解的肝脏疾病了解了,原来诊断不清的肝病诊断明确了,原来治不了的肝病现在能治,甚至可以治愈了。同时,由于经济及交通信息的发展,原来在基层医院诊断不清、治疗不好的许多疑难、重型肝病,也越来越多地涌向大中城市的医疗机构接受诊断和治疗。由此,我们见到的疑难、重症肝病患者逐渐增加。

有鉴于此,天津市传染病医院朱理珉教授与范玉强教授和首都医科大学附属北京佑安医院段钟平教授等共同组织国内数十位临床经验丰富的肝病医师,花费大量时间与精力,整理出他们在临床工作中亲自诊治的 100 个宝贵病例,以教学查房的形式,把诊断与治疗的过程、经验、体会,甚至诊疗失败的教训生动地展现给国内同行,内容包括各种肝炎、肝硬化、肝肿瘤、自身免疫性肝病、遗传及代谢性肝病、肝脏血管性疾病等主要肝脏疾病和其他相关疾病。

该书具有几个突出特点:①内容丰富,涵盖临床能够遇到的多数疑难、重症肝病类型。②形式新颖,完全按照教学查房的格式,且分析深入浅出十分系统。③病例宝贵。每一个病例都是作者亲身经历,不少还有最终随访结果与病理结果。④实用性强,对各级、各类涉及肝病临床与教学的医务人员都很有参考价值。

相信读者会喜爱这本书,并从中得到帮助。

王宝恩
于首都医科大学附属北京友谊医院
2007 年 2 月 10 日

前 言

肝脏是人体的重要器官之一,担负着代谢、解毒、合成和分泌等重要生理功能。正常的肝功能也是机体其他系统功能发挥的重要保证。

在我国,病毒性肝炎及其相关性疾病是最为常见的疾病,临床表现变异很大,对我国人民的健康造成了极大的危害,引起国家和相关医务工作者的极大重视。

在肝病状态下,其他系统和器官均会发生异常,这种异常一方面是肝脏疾病的具体表现,另一方面又会对肝脏的功能产生进一步的影响,而且原发于其他系统和器官的疾病也可能在肝脏有所表现。因此,任何肝脏疾病从来不是孤立的,总是一个复杂的病理生理过程。了解和熟悉肝脏疾病与其他器官和系统的关系十分重要,这直接关系到肝脏疾病能否得到及时和正确的处理。

近年来突飞猛进的先进诊断技术虽然大大地扩展了我们对疾病的感知能力,却不能代替医生的大脑。对这些诊断信息的分析、综合与判断还必须依赖医生的思维。科技所提供的信息是客观存在的,对于这些信息的判断能力,以及与人交流的能力却因人而异,反映了医生的素质。因此,不是各种检查越先进、做得越多,医生的诊断水平就越高,而是善于思考分析、善于采用最合理的先进检查、最简捷而安全的办法达到确诊目的的医生,才是高明的医生。

在多年的临床实践中,我们深切地感受到多种疾病都可以引起肝损伤,有常见病,也有罕见病;肝脏疾病从来不是孤立的,要把肝脏置于机体这个复杂的系统中去考虑。基于这种想法我们邀请了近八十位临床医师提供了他们临床诊疗中有意义的病例,介绍了他们在临床诊疗中的思路及经验,为临床医师的临床实践提供了有价值的参考资料。

我国著名的肝病及消化病专家、中华医学会肝病学会第一任主任委员、首都医科大学附属北京友谊医院的王宝恩教授,在百忙中亲自为该书作序,使我们深受鼓舞。在本书的编写过程中得到许多专家、学者的鼎力相助,以及天津市传染病医院赵桂鸣主任、天津市肿瘤医院任崧医师从病理、放射诊断及资料查新检索方面的大力支持。在此对以上专家付出的辛勤劳动一并表示衷心地感谢。

由于编著人员近八十人,包括了近三十个不同省市和地区的医院,各地病历书写标准不统一,加之编者学术水平有限、时间仓促等因素,书中难免出现失误,望广大读者批评、指正。

朱理珉 段钟平 范玉强
2007年1月18日

目 录

第一章 临床诊断	(1)
第一节 做好临床诊断必备的职业态度	(1)
第二节 临床诊断的步骤	(2)
第三节 临床思维方法	(4)
第四节 循证医学理念	(7)
第二章 病毒性肝炎	(11)
病例 1 干扰素联合利巴韦林治疗丙型肝炎伴发结节性甲状腺肿一例报告	(11)
病例 2 免疫清除期乙型肝炎患者肝功能反复波动加用抗病毒治疗一例	(15)
病例 3 急性乙型病毒性肝炎伴极高度甲胎蛋白水平一例	(19)
病例 4 病毒性肝炎(戊型,急性黄疸型)合并甲亢、房颤一例	(24)
病例 5 急性乙型肝炎一例报告	(27)
病例 6 一例妊娠护士乙肝意外暴露处理的过程与体会	(30)
病例 7 激素治疗肝衰竭患者	(34)
病例 8 急性戊型肝炎误诊为胆囊癌一例	(37)
病例 9 急性戊型肝炎误诊为肾综合征出血热一例报告	(41)
病例 10 联合抗病毒治疗慢性乙肝的成功病例	(44)
病例 11 免疫耐受期 HBV 感染者抗病毒治疗失败一例分析	(47)
病例 12 一例乙肝病毒相关性肾炎的诊断及治疗	(51)
病例 13 一例隐匿性乙型肝炎的诊断及治疗	(60)
病例 14 急性肝衰竭一例报告	(63)
病例 15 慢性肝炎肝实质超声高回声表现误诊为肝硬化一例报告	(67)
病例 16 亚急性重型肝炎一例报告	(69)
病例 17 中药误治导致复发重型肝炎一例报告	(74)
病例 18 慢性重型病毒性肝炎合并冷凝集素综合征	(79)
第三章 肝硬化	(83)
病例 19 肝硬化乳糜胸一例报告	(83)
病例 20 门脉高压性胃病出血误诊一例	(86)
病例 21 顽固性腹水治疗成功一例报告	(89)
病例 22 一例代偿期肝硬化的抗病毒治疗	(93)
病例 23 心源性肝硬化一例报告	(99)
病例 24 脾栓塞术后引起肠球菌感染性脾脓肿一例报告	(102)
第四章 自身免疫性肝病	(109)
病例 25 原发性胆汁性肝硬化误诊为丙肝后肝硬化一例	(109)
病例 26 原发性胆汁性肝硬化一例报告	(113)

病例 27	自身免疫性肝炎—原发性胆汁性肝硬化重叠综合征	(117)
病例 28	一例原发性胆汁性肝硬化的诊治	(120)
病例 29	原发性硬化性胆管炎一例报告	(124)
病例 30	原发性胆汁性肝硬化误诊为药物性肝病一例分析	(129)
病例 31	亚急性重型肝炎为首发临床表现的自身免疫性肝炎一例报告	(132)
第五章 药物和毒物所致的肝病		(137)
病例 32	药物性肝损害所致淤胆型肝炎一例报告	(137)
病例 33	银翘败毒丸致药物性肝衰竭并上消化道出血死亡一例报告	(141)
病例 34	药物性肝损伤致死亡一例报告	(143)
病例 35	菊三七致急性药物性肝损害一例	(147)
病例 36	蜂毒致亚急性肝衰竭一例报告	(150)
病例 37	阿斯欣泰抢救泰诺致急性肝衰竭一例	(153)
病例 38	药物所致淤胆型肝炎误诊为亚急性重型肝炎一例	(157)
第六章 肝脏的遗传性疾病		(161)
病例 39	Dubin-Johnson 综合征长期误诊为病毒性肝炎一例	(161)
病例 40	Gilbert 综合征误诊为急性肝炎或溶血性贫血一例报告	(164)
病例 41	Gilbert 综合征一例报告	(167)
病例 42	发热、黄疸、肝大、腹水一例	(170)
病例 43	肝卟啉病一例报告	(173)
病例 44	肝豆状核变性误诊一例分析	(175)
病例 45	肝豆状核变性一例报告	(178)
病例 46	肝豆状核变性误诊为重型病毒性肝炎	(180)
病例 47	乏力、腹痛、腹胀、黄疸伴深色尿	(184)
病例 48	先天性肝纤维化伴 Caroli 病一例报告	(188)
病例 49	Gilbert 综合征一例报告	(190)
病例 50	Dubin-Johnson 综合征一例报告	(194)
第七章 肝脏肿瘤		(199)
病例 51	成人尼曼—匹克病一例	(199)
病例 52	水肿伴黄疸、神志不清一例报告	(204)
病例 53	肝癌射频治疗后无影像学表现但 AFP 低水平升高复发一例报告	(208)
病例 54	肝脏上皮样血管内皮细胞瘤	(210)
病例 55	乳腺癌肺肝转移综合治疗一例分析	(213)
病例 56	原发性肝癌破裂出血抢救成功一例报告	(217)
第八章 肝脏的血管性疾病		(222)
病例 57	Budd-Chiari 综合征误诊为乙肝肝硬化	(222)
病例 58	肝小静脉病误诊为结核性腹膜炎一例	(226)
病例 59	布—加综合征误诊为肝硬化门脉高压症一例报告	(230)
病例 60	先天性肝动静脉瘘一例报告	(235)
病例 61	先天性门脉畸形所致门脉高压症一例报告	(239)

病例 62 一例 Budd-Chiari 综合征的诊治	(241)
第九章 全身性疾病肝损伤	(247)
病例 63 肝淀粉样变性一例	(247)
病例 64 恶性疟疾误诊病毒性肝炎一报告	(250)
病例 65 恶性组织细胞病误诊肝硬化一例报告	(254)
病例 66 肝严重淀粉样变性误诊为肝硬变或肝占位性病变一例	(257)
病例 67 甲状腺功能亢进误诊为病毒性肝炎一例报告	(260)
病例 68 腹胀、黄疸、脾肿大	(264)
病例 69 老年恶性组织细胞病误诊为肝炎一例报告	(268)
病例 70 淋巴瘤伴肝损伤一例报告	(272)
病例 71 伤寒肝功能损伤一例报告	(275)
病例 72 梅毒肝	(278)
病例 73 以肝功异常为首发症状的急性淋巴细胞性白血病一例	(285)
病例 74 再障—噬血细胞综合征伴严重肝损害一例报告	(289)
病例 75 水痘—带状疱疹病毒致肝功能衰竭一例	(292)
病例 76 干燥综合征合并肝硬化腹水、自发性腹膜炎误诊为胆石症手术一例	(295)
病例 77 胆囊切除术后胆道梗阻误诊为胆管癌一例报告	(298)
病例 78 先天性梅毒合并先天性巨细胞病毒感染一例报告	(304)
病例 79 EB 病毒性肝炎并急性再生障碍性贫血一例	(307)
病例 80 发热、黄疸原因待查	(312)
病例 81 成人斯蒂尔病(AOSD)误诊一例	(315)
第十章 妊娠合并肝病	(320)
病例 82 妊娠合并急性戊型肝炎一例报告	(320)
病例 83 妊娠急性脂肪肝一例报告	(324)
病例 84 妊娠合并暴发性肝衰竭一例报告	(328)
病例 85 HELLP 综合征误诊为重症肝炎	(333)
病例 86 肝硬化妊娠一例报告	(336)
病例 87 妊娠急性脂肪肝一例报告	(339)
第十一章 肝、胆感染	(343)
病例 88 胆系感染一例报告	(343)
病例 89 细菌性肝脓肿误诊为病毒性肝炎	(347)
病例 90 肝脓肿的诊治一例报告	(351)
病例 91 肝脓肿误诊为肝癌一例	(356)
第十二章 人工肝	(360)
病例 92 混合型非生物人工肝抢救药物性肝衰竭一例	(360)
病例 93 人工肝血浆置换治疗原发性胆汁肝硬化一例	(363)
病例 94 生物人工肝治疗慢性重型肝炎一例报告	(367)
病例 95 组合型非生物人工肝成功救治亚急性肝衰竭晚期患者一例报告	(370)
病例 96 人工肝治疗中腰大肌旁血肿误诊为左肾结石一例报告	(375)

第十三章 综合	(381)
病例 97 肝性脑脊髓病一例报告	(381)
病例 98 肝性皮质盲一例报告	(385)
病例 99 黄疸原因待查	(388)
病例 100 发热、消瘦、肝脾大一例报告	(393)
附:常用缩写词	(398)

临床诊断

第一节 做好临床诊断必备的职业态度

西方医学之父 Hippocrates 早在两千多年前立下了誓言：“把我的一生献给人道主义服务，我凭良心和尊严行使我的职业，我首先考虑的是我的病人的健康。我将尽我的一切能力维护医务职业的荣誉和崇高传统。”这无疑是对职业态度和医生素质的最佳诠释，是对医疗工作的精辟注解。著名的医学家和哲学家 Plato 描述的好医生的指标是：“自始至终通晓病情，按科学方法行事，并得到病人和家属的信任，保证患者的依从性，最大限度地重塑健康。”提示了好医生应具备良好的素质和医术。已故著名医学家张孝骞教授在回顾自己丰富而有成效的 60 年临床实践时曾经意味深长地说过这么一段话：“临床医师在诊治每一名患者时应当谨慎、严肃，时刻警惕着自己的判断或措施是否尽职、是否全面、是否有疏漏，其心情就像古人所说的如临深渊、如履薄冰……”的确，他毕生就是这样勤勤恳恳、兢兢业业地从事临床工作。他的医德医风，孜孜不倦、永不停步的进取精神是医生的楷模。

病人要求医生不仅要有精湛的医术，还要将其同情心、耐心、社会责任感融合为一体。因此，做好临床诊断必须具备的职业态度是：

(1) 医生必须有强烈的服务意识和工作责任心，在职业价值观和工作态度上严格要求自己，认真对待临床诊断中每一个步骤、每一个细节。

(2) 医生必须有同情心，关心患者的痛苦。耐心倾听、仔细检查、认真交流，在此基础上分析综合，做出判断。

(3) 医生应主动积极、灵活敏锐地思考，探索新的知识，参考最佳信息和证据，协助和指导疾病的诊断。

(4) 经济、高效地为病人解决病痛。

(5)平等待人,密切医患关系。

第二节 临床诊断的步骤

诊断的过程一般需要经过搜集资料、整理分析、初步诊断、确立诊断四个基本步骤。

一、搜集资料

临床资料的收集过程,包括病史的采集、体格检查及实验室检查三方面的内容。

详尽而完整的病史可以作为有关疾病的主要资料,但症状不等于疾病,应透过症状这个主观感觉异常的现象,结合基础医学知识,从病理解剖、病理生理的深度去认识疾病的本质。在问诊的基础上进行全面系统又重点深入的体检,可以发现重要的诊断线索。同时在体检时也可以补充核实病史。在问诊、体检的基础上选择和安排实验室和特殊检查。

搜集资料要掌握①真实性:询问病史和进行各种检查时,必须要从病人的自觉症状和客观体征的实际出发,实事求是,严肃认真。切勿主观臆测和先入为主。主观、片面和不准确的资料是导致错误诊断的常见原因。②系统性:病人述说病史时,常常缺乏条理性。医生应随时考虑可以引起所述症状的发展过程和相互间的联系,逐一深入询问。在进行体格检查时,既要系统、细致地检查,又要注意体征与症状之间的关系,找出进一步深入检查的线索,全面而有重点地进行必要的检查,以保证资料的系统性。③全面性:调查不仅要客观,而且要全面。病史应能反映疾病的发生和发展经过的全部变化,体格检查也要全面细致地查清整个身体的健康状况。然后根据症状和体征提示的线索,进行必要的实验室检查、器械检查和功能检查,借以了解病人的整体情况。从病人的整体出发,才能做出全面而正确的诊断。对病史和各种客观检查不宜有所偏废或忽视。

二、整理分析

将病史询问、体格检查、实验室和特殊检查中所获得的资料归纳整理,进行“去粗取精,去伪存真,由表及里”的思索,加以综合分析和推理。从而判断搜集的资料的价值;阳性发现的重要性;找出主要临床表现;将具有这些临床表现的疾病进行排列。

三、初步诊断

根据临床资料分析判断及列出可能产生这些异常现象的疾病,用辩证唯物的观点进行分析、比较,排除一些依据不足的疾病,找出一个或两个可能性最大的疾病做出初步诊断。

(一)初步诊断一般要考虑三个原则

(1)“一元论”原则:最好能用一个诊断来解释全部临床现象。如有两种或几种疾病同时存在,则不应受此限制,但需将所患疾病分清主次,先后排列。要实事求是,如实反映客观存在的疾病。

(2)“常见病,多发病”原则:诊断疾病时应首先考虑常见病、多发病或流行病,再考虑少

见病、罕见病。当然也不能忽略少见病、罕见病。

(3)“先器质,后功能”原则:当器质性疾病与功能性疾病鉴别有困难时,应首先考虑器质性疾病,在未能完全排除器质性疾病以前,不可轻易做出神经官能性疾病的诊断,以免造成误诊或漏诊。

(二)初步诊断应注意的几个问题

(1)现象与本质:病人的症状、体征和其他检查结果都是疾病的临床现象。在诊断中必须透过现象抓本质,再以本质来解释全部临床表现,看有无不符合或矛盾的地方,进行客观地分析。

(2)局部与整体:人体是一个复杂的有机整体。一个症状或体征既可能是局部病变,也可能是某一系统或全身性病变在局部的表现,局部病变与全身病变的局部表现可以在一定条件下互相转变,不是一成不变的。对疾病的诊断必须结合整体来考虑,防止孤立片面的观点。

(3)共性与个性:既要重视疾病的特殊性,也要重视一般性。抓住它的个性、特殊性,再与它的共性联系起来分析,才能使诊断的范围缩小,得出正确结论。如黄疸,可以是病毒性肝炎,也可以是梗阻。

(4)静态与动态:世界上任何事物都是不断运动的,疾病也以它特定的规律发展变化。某种疾病在不同的发展时期有着不同的临床表现,因此在诊断过程中需注意动态变化,避免静止地、孤立地看问题,以防误诊或漏诊。

(5)主要与次要:疾病的临床表现一般比较复杂,常常包括许多症状、体征和各项检查结果,这要求在复杂的现象中分清主次,找出其主要表现,进而抓住本质。

(6)典型与不典型:大多数疾病的临床表现为人们所知,不难诊断。其实所谓“典型”病例只占少数,相当多病例临床表现不典型。

(7)原发与继发。

(8)器质与功能:当鉴别器质性病变与功能性病变困难时,应多考虑器质性病变,在没有充分根据可以排除器质性病变以前,不要轻易下神经官能症的诊断,以免延误诊断。

(9)常见与多见:对主要症状或体征进行分析做出诊断时,首先应考虑产生该症状或体征的常见病、多发病。

(10)一元与多元:在临床诊断疾病时,最好能用一个诊断来解释全部临床现象,此即一元论观点。

(11)病原性与医源性:除通常所指的病原性疾病外,还有一些病是因为医师或病人滥用抗生素、激素、镇静剂等所致。这些药物不仅能掩盖或改变病情,还能引起药物热、皮炎等过敏反应,引起感染加剧、二重感染等。故在调查病情时需了解用药情况。

四、确立诊断

初步诊断仅是对疾病本质的初步认识,随着病情的发展及疗效的观察,对疾病的认识应不断深入,不断地修正错误,不断地发现新的依据,及时分析。如发现病情与初步诊断不符,应重新问诊、查体、检查、补充新的材料,及时纠正或补充诊断,直到确诊。所以一个正确的最后诊断必须经过反复医疗实践的检验才能成立。

第三节 临床思维方法

一、临床思维方法的概念

临床思维方法指对疾病现象进行调查研究、分析综合、判断推理等过程中的一系列思维活动,由此认识疾病、判断鉴别、做出决策的一种逻辑方法。它不仅是一种诊断过程中的基本方法,也是随访观察、治疗决策及预后判断等临床活动中不可缺少的逻辑思维方法。

恩格斯说离开思维便不能前进一步,希波克拉底认为医学家必须同时是哲学家,因为科学的临床思维可以使疾病获得及时的正确诊断,错误不恰当的临床思维则会导致疾病的贻误或治疗的错误。

医学前辈们的医学实践及成就确凿地证明了临床思维方法的重要性。我国的泌尿外科奠基人吴阶平院士总结自己成长过程中的转折点是从重视思考到比较善于思考。外科专家吴咸中强调“医生成才需要学习辩证法,注意研究临床思维”。外科专家曾宪九结合个人成长经历对培养外科医生有很精辟的见解“操作技巧虽然与手术成功有关,更重要的成功原因是诊断无误、手术适应证准确、手术方案选择得当等,要做到这些,就需要学习正确的思维方法”。在临床诊疗过程中,培养、训练临床思维能力是至关重要的。只有建立在实践基础之上的“学会思考,善于思考”,形成科学而缜密的思维方式,才是成为优秀医生的根本。

二、正确临床思维的来源

(一)正确的临床思维来自博学 某些以黄疸为主要临床表现的患者,经门、急诊较详细的病史询问、体格检查以及常规的实验室检查不能明确诊断。黄疸是临床上许多疾病的共同表现之一,病因十分复杂多样,它包括了肝细胞性黄疸、梗阻性黄疸、溶血性黄疸。而在每一型黄疸中又涵盖了许多种疾病。面对黄疸病人,由于基础理论薄弱,接触临床时间短,一些医生较难对如此纷繁复杂的病因做出良好的反应。因此,没有扎实的基础和临床理论知识,临床思维则无从谈起。

学问是知识的积累,要精通一门专业知识,不学不问是不可能的。

(二)正确的临床思维来自详细、正确的病史询问和体格检查 临床问题不能完全照搬某种书本知识体系原理去分析、解释,也不可能待系统查阅各种文献资料、获得足够的信息后再去分析解决,而通常是在信息不周全的情况下迅速形成猜想并设法验证。因此尽量详细地掌握病人的所有疾病相关信息是进行正确临床思维的关键。

1. 收集病史要有技巧 医生收集病史,绝不是简单地听患者讲述并记录,也不仅仅是按照某种表格的顺序做老一套的询问和填写。收集病史的过程,应该是医生充分运用自己的所有知识,调动全部感知能力,高度集中地从患者的体型、姿态、面色、语调、表情等诸多方面,筛取各种可能有意义的病情资料,进行及时的分析思考,本质上是一种探索的过程。从患者那里直接获得的第一手资料,是医生进行临床思维的根据。

2. 查体要认真而有明确目的 通过收集病史,医生对病情已有初步了解,产生了诊断的

设想,但对诊断是否成立尚难以确定。通过查体寻找阳性或阴性体征,即可使诊断更加接近实际病情。这种有明确目的的查体,要既全面又有重点。所谓重点,指对在收集病史过程中发现的疑点要着重检查,对与疑点有关的体征无论是阳性或阴性都要做出有把握的结论,这对诊断有重要意义。

3. 要能全面理解和合理解释各种检查 虽然不少病例可通过病史及查体建立诊断,但高明的医生,不是靠撒大网的方式诊断疾病,而是根据问诊、体检提出的初步诊断安排必要的检查,以确定、补充、修正诊断或排除诊断。这种认识事物和临床决策的基本程序不能遗漏,不能跨越,一般不容颠倒。只要有条件,医生总还希望能有一些特殊检查来做进一步的支持。在大多数情况下,这种支持是完全必要的,它能使诊断更加可靠、更加客观和便于量化。

高新技术的发展和使用使临床诊断的手段层出不穷,日新月异。如计算机断层技术、磁共振成像、正电子发射体层扫描、自动化生化分析、免疫功能检测、基因检测均已逐渐广泛应用于临床。这些技术的进步,固然大大提高了临床诊断的水平,有的使疾病诊断提早,有的使病变的定性、定位更加精确、细致,但是,临床医师的实践活动绝不能被取代、被淡化,而应该是被补充、被修正。

(三) 正确的临床思维来自严密的逻辑思考 医学是实践的也是严谨的,在临床诊疗过程中,临床思维能力是至关重要的。医生必须与病人做适当的沟通与互动,就病史询问、体格检查以及辅助检查结果,对病人信息进行选择性编码,结合病人主要表现及其相关的背景因素,将各个方面的“症状”整合起来思考,抓住问题的实质,有限度地寻找相关理论来解释,而最终获得正确的诊断和治疗方案。只有建立在实践基础之上的“学会思考,善于思考”,形成科学而缜密的思维方式才是成为优秀医生的根本。

(四) 正确的临床思维来自失误后的总结 正如韩启德院士所说:“任何预测都不可能完全成真。然而,有了预测,人们才会充满希望。”医学理论的研究是以医疗实践的终端结果来验证的。任何有经验的专家都是在无数次失误后成长起来的。好医生都是既有成功的经验,更有失败的教训。经验和教训都是宝贵的财富。经验可以指导人如何去做,教训则使人引以为戒,不再重蹈覆辙。重要的是失误以后能不能再认真思考,汲取教训,总结经验。

三、临床思维的特点

临床诊断思维是医生运用已有的医学理论和经验对于疾病的认识过程。临床思维与其他科学中常有的思维方法相比有自己的特点。

(一) 对象的复杂性 临床医学的认识对象是一个个具体的人。人体本身就是世界上最复杂的有机整体,而人类疾病同样也是极其复杂多样,加上个体间的差异,使得病理变化、临床表现千变万化,这种认识对象的复杂性决定了临床医生对疾病的认识是极其复杂而又曲折的过程。临床认识对象的复杂性还表现在其认识对象是有思维、有行为的人,他具有思维能动性,在许多情况下,他会有意无意地参与临床思维活动。这就使病史及临床症状这一客观内容加入了病人的主观因素。如果病人的主观因素是正确的,则有利于临床诊断;反之,则会干扰临床医生的诊断思维。因此,临床医生在临床思维和诊断过程中,既要充分发挥病人的主观能动性,又要排除病人对临床思维和诊断的干扰,使自己的思维尽量符合病人的客观表现,主观和客观的一致才能得出正确的诊断。

(二)时间的紧迫性 危重病急诊患者,必须在很短的时间内做出诊断,及时抢救;否则,将危及病人生命。这就要求医生在最短的时间内对疾病做出较正确的诊断和及时合理的治疗。对于急诊病人来说,由于时间的刻不容缓,不容许医生慢条斯理地询问病史,从容不迫地查体,按部就班地进行全面的实验室检查。而是要求医生简短地问病史,大致查体,有针对性地做一、二项即刻能得到结果的实验室检查,得出初步诊断,甚至是只根据病人的生命体征就进行合理的抢救措施。这除了要求要有广博的专业知识和丰富的临床经验外,还要求有迅速把握疾病整体特征的能力和抓住疾病的关键体征的能力。

(三)资料的不完备性 临床资料调查的内容极其广泛,项目繁多,在调查时又往往会遇到各样的限制和困难。有人甚至把临床思维说成是“用不充分的资料做出充分的决定的过程”。这种说法虽然未必恰当,但一定程度上反映了临床工作的特点。虽然疾病是一个有特点的自然历程,但临床上不可能等待这一历程的充分表现,因为,等到这一历程完全表现时,患者或许已濒临死亡,正是由于临床诊断的时间上的紧迫性,因而决定了临床诊断常常需要在不充分的资料上做出。

四、临床思维的缺憾

(1)诊断思维的凝滞:这也是我们诊断中的“惰性”,也称固定思维,即在诊断中我们思维的发展非常局限,跟不上疾病的发展变化。

(2)诊断思维的习惯性:这是医生在长期临床实践中形成的一种“思维定势”,这种定势的形成,如一些传染病专科的医生习惯于将到传染病医院就诊的肝功能异常的患者诊断为“病毒性肝炎”。

(3)诊断思维的笼统性:表现为医生对临床上千差万别的病人的“个体性”的特点认识不足,不注意同中求异,就往往导致诊断结果的过于笼统。

(4)诊断思维的依赖性:临床思维虽强调规律但仍是一个独立的创造性思维的过程。我们强调独立是尽量避免在诊断中对权威的盲从及盲从造成的顺延性思维,造成诊断的一再延误。

五、临床思维的基本原则

学习科学的临床思维方法,就是掌握一把开启诊断和治疗大门的钥匙。在疾病的诊断过程中,必须牢记以下几项临床思维的基本原则。

(1)实事求是的原则:在疾病的过程中,偏离一般规律的个体化表现经常存在,医生必须实事求是地对待客观临床资料,不能任意取舍,牵强附会地纳入自己理解的框架之中。

(2)“一元论”原则:即尽量用一种疾病解释多种临床表现的原则。医生面临纷繁复杂的临床表现时,应尽量用一个病去概括或解释疾病的多种表现。但经证实确有几种疾病同时存在时,也应实事求是,分清主次和轻重缓急,不必勉强以“一元论”解释。

(3)用发病率和疾病谱观点优选诊断的原则:当几种诊断可能性同时存在的情况下,要首先考虑常见病、多发病的诊断,其次再考虑罕见病的诊断。

(4)首先考虑器质性疾病的诊断、然后考虑功能性疾病:以免错失器质性疾病的治疗

良机。

(5)首先考虑可治性疾病:以便早期及时处理。

(6)简化思维程序的原则:医生了解到患者的症状、体征及辅助检查结果后,在头脑中形成各种联系。医生参照疾病的多种表现注意对照、注意排除,抓住关键的体征,把多种多样的诊断假设归纳到一个最小范围中去,选择最大可能的诊断。

总之,临床思维与临床技能均需要不断实践与总结才能提高,需要时间与磨炼才能日臻完备。医家格言告诉我们,医学是一种不肯定的科学和什么都可能的艺术,其主要原因是任何一种疾病的临床表现都不尽相同,而不同的疾病又可有相同或相似的表现,即“同病异症”或“异病同症”的概念。广博的医学知识、灵活而敏捷的思维是正确诊断疾病的必备条件。勤于思考,善于实践,从不断的实践中积累知识,减少误诊和漏诊。

第四节 循证医学理念

一、循证医学产生的背景

(一)传统医学模式存在缺陷 传统的临床思维模式基于专家经验和理论推理之上,又称经验医学模式。医生通常根据自己经验、专家意见和现有的相关病理生理学理论来分析病情和处理病人。然而,越来越多的证据显示:专家意见诚然可贵,并且在医学发展进程中发挥过重要作用,但由于主观色彩太浓,其可靠性最差;教科书和医学期刊上许多既往的临床经验和理论,的确曾在医学教育和临床工作中发挥过指导作用,但鉴于其大多出自个人经验的总结或回顾性的分析,缺乏严谨的科研设计和可靠的统计分析手段,显然存在着较大的误差和偏倚。

(二)卫生资源的匮乏与人类需求不断增长之间的矛盾 由于人口增长、年龄老化、新技术和新药物的应用、人类健康需求层次的增高,医疗费用以高于国民生产总值的速度增长,国家卫生总费用已超过了社会经济的承受能力;而高新技术、高档设备、高价药品的层出不穷,更加剧了有限卫生资源与无限增长的卫生需求之间的矛盾。

(三)临床医学研究的层出不穷与医务人员有限时间、精力之间的矛盾 在当今知识爆炸的时代,临床医学研究突飞猛进。据估计,每年二百多万篇医学文献发表在二万多种杂志,年增长率为6%~7%。一个内科医生需要每天不间断地阅读19篇本专业的文献才能基本掌握本学科的新进展、新研究结果。因此,医务人员需在信息海洋中既系统、全面又快速、有效地获取所需的医学文献,掌握快速阅读和正确评价临床医学文献的基础原则和方法,并将科学、真实和可靠的文献用于临床医疗、科研。

(四)临床医学研究方法及相关技术的发展 鉴于以上的矛盾,医务人员要利用有限的时间,采用最好的证据,最大限度地回答临床中的问题,于是出现了“循证医学”。