

外科临床思维

第二版

主编 黄廷庭



科学出版社

www.sciencep.com

外科临床思维

第二版

主 编 黄庭庭

副主编 祝学光 严仲瑜

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书与一般的教科书和专著不同,其特点是以外科临床思维作为全书的主线。首先从方法学上对外科临床思维做一全面概述,而后就外科临床工作中所遇到的疾病现象、诊断和处理等各种问题做了详细阐述。本书编写的目的是帮助外科医生如何启动思维过程,从何处开始,沿什么途径和程序使思维得以深入并避免失误,也就是使外科医生知道应该怎样思考,思考什么以及为什么应该这样思考。为此,作者密切联系临床具体问题,并附以实际例证,以期有助于指导实践。

本书适合于各大医院的外科医生及实习医生使用。

图书在版编目(CIP)数据

外科临床思维 / 黄庭庭主编. —2 版. —北京:科学出版社,2007

ISBN 978-7-03-019119-9

I. 外… II. 黄… III. 外科-疾病-诊疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 087518 号

责任编辑:王 霞 黄 敏 / 责任校对:陈玉凤

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

*

2005 年 10 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2007 年 7 月第 二 版 印张:36 1/4 插页:1

2007 年 7 月第二次印刷 字数:858 000

印数:3 001—6 000

定价:78.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《外科临床思维》(第二版)

编写人员

(按章节先后为序)

黄庭庭	北京大学第一医院
续治君	中国中医研究院望京医院
何权瀛	北京大学人民医院
黄信孚	北京肿瘤医院
马忠泰	北京大学第一医院
祝学光	北京大学人民医院
刘凤君	北京大学第一医院
戴三冬	北京大学第一医院
喻德洪	上海第二军医大学附属长海医院
郭 敏	北京大学第一医院
严仲瑜	北京大学第一医院
潘柏年	北京大学第一医院
刘新光	北京大学第一医院
杨新庆	首都医科大学附属北京朝阳医院
陈浩辉	北京大学第三医院
吴肇汉	上海复旦大学附属中山医院
吴庆华	首都医科大学附属北京安贞医院
杜宝昌	河北廊坊管道局医院
王勤环	北京大学第一医院
李惊子	北京大学第一医院
刘大为	北京协和医院
董宝玮	中国人民解放军总医院
梁 萍	中国人民解放军总医院
唐光健	北京大学第一医院
佟小强	北京大学第一医院
杨 敏	北京大学第一医院
彭 勃	北京大学第一医院
王霄英	北京大学第一医院

孙洪跃	北京大学第一医院
田嘉禾	中国人民解放军总医院
陈 红	北京大学人民医院
杨士伟	北京大学人民医院
韦军民	卫生部北京医院
武正炎	南京医科大学第一附属医院
沈美萍	南京医科大学第一附属医院
吴问汉	北京大学第一医院
李世拥	北京军区总医院
王振军	首都医科大学附属北京朝阳医院
郁宝铭	上海第二医科大学瑞金医院
陈 汉	第二军医大学东方肝胆外科医院
阎振林	第二军医大学东方肝胆外科医院
石景森	西安交通大学附属第一医院
杨尹默	北京大学第一医院
赵玉沛	北京协和医院
戴梦华	北京协和医院
廖 泉	北京协和医院
姜洪池	哈尔滨医科大学附属第一医院
夏穗生	华中科技大学附属同济医院
刘国礼	北京大学第一医院
王维民	北京大学第一医院
刘永雄	中国人民解放军总医院

序

古希腊著名医生希波克拉底有一句格言是这样说的:“生命是短暂的,艺术学无止境,机会稍纵即逝,经验是不可信的,做出判断是困难的。”对于外科医生来说,这句话显得格外亲切,这可能是由于希波克拉底本人就是一名外科医生的缘故。当今,“外科医生”似乎是一个特别的群体,有点神秘,因为他们能从病人肚子里取出巨大的瘤子,使生命出现奇迹;外科最不易掩盖缺点,所以,外科医生也经常出现在媒体的报道之中,大受赞扬或备受抨击。其实,外科医生,特别是普通外科医生常常有苦难言。近些年来,美国的普通外科从业人数甚至有所减少,结果使美国在伊拉克战争时手术医疗队应配备的普通外科医生人手不够,只好用专科医生来代替。

那么,当前国外的评论是怎样看待外科医生的呢?从职业规划的角度看,以美国为例,将近 30% 的青年住院医师因工作、家庭、个人发展的不平衡而感到筋疲力尽(Campell, *Surgery*, 2001),而生活方式的不规律和收入水平的降低是优秀的年轻医生从事普通外科人数减少的重要原因(Debas, *Ann Surg*, 2002)。从工作强度的角度看,对于外科住院医师是否应该每周工作少于 80 小时尚存争议(Harder, *Ann Surg*, 2002)。从临床科研发展的角度看,布什政府的提案减少了对临床研究的支持,外科特别受到影响;10 多年来,外科的科研工作落后于其他专业,不易得到美国的联邦拨款(Scott Jones, *Ann Surg*, 2004)。从职业要求的角度看,现代外科要求医生具有更高超、更成熟的外科技巧(Brennan, *BJS*, 2003),并应越来越重视认知过程的训练(Hall, *BJS*, 2003);从医患关系的角度看,当前的医患关系应有所改变,变得更为个体化,而同伴样的关系对于临床工作的开展更为有利(Petry, *Surgery*, 2000);其实,医生的岗位就在病人的床旁(希波克拉底)。

有谚语这样说:“人总是要犯错误的(to err is human)。”外科医生在日常工作中遇到的情况千变万化,高标准的职业技能需要和高负荷的工作量,要求外科医生绝对不能犯错误。然而,外科医生在工作中犯错误常在所难免,甚至会重复犯同样的错误。这就必然存在一定的规律性。外科的最高境界是正确的外科决策(surgical decision-making),而在变化的环境中,正确的决策并不是随意形成的,而是由临床经验、理论修养、洞悉能力、外界与自身条件的互相作用而构成的。经验值得汲取,规则应该遵守,同时,外科学的生命也在于创新,这便自然形成了矛盾的统一。

那么,外科医生应该怎样看待自己呢?有一句话说得很好:“好的外科医生相信他所看见的,差的外科医生看见他所相信的(the good surgeon believes what he sees; the bad one sees what he believes)。”关于外科医生的自我评价,很多外科学家有过精当的剖析:对于行动力,外科医生“往往会自认为拥有勇敢挥刀便征服疾病的魔力”(Sir Robert Platt, 1963),他

们“是寻求直截了当的方式,以行动解决问题的人”;对于手术技巧,“任何人都能放血、催吐、下泻和发汗,但只有很少数人可以截除伤肢以救活伤员”(Ferris P, 1963; Moore FD, 1983);而对于思维和判断能力,他们认为,“手术的重要过程,75% 在于决策,25% 在于技巧”(Spencer, 1978)。其实,外科手术“并不需要很高的技巧,而不少人在手术中的失手其实是思维过程失败”,“随着手术刀的移动,外科医生必须具有迅速做出判断的能力”(Sir Frederick Treves, 1891)。由此可见,外科医生应该加强对自我的认识,不断提高在复杂条件下做出正确的外科决策的能力。

著名的外科学家黄筵庭教授,在他长期的医疗、教学和科学研究的工作实践中,将外科工作中的实践思维提高到哲学的高度,这是一个很有意义的创举。医学和哲学本来就是一对孪生兄弟,早期的哲学家也都是著名的自然学家,在医学发展上形成具有影响力的哲学学派。由黄筵庭教授主编及国内 20 位教授加盟编写,由科学出版社推出的《外科临床思维》,是当年轻外科医生的“福音”,自初版以来深深获得广大读者的欢迎,在短时间内要再版便是有力的佐证。相信本书的第二版将获得更大的欢迎,特致以祝贺。

黄志强
2007 年元月

第二版前言

在《外科临床思维》第一版受到广泛好评的鼓舞之下,本书主编黄廷庭教授为使其更为完善,给读者带来更大的帮助,在第一版出版后不久即积极筹划和组织第二版的修订工作。

第二版的特点为:扩大了讨论的专业范围,使反映的学科更全面,如增加了器官移植和微创外科等的辨证思维;对一些章节再一次进行了审核、修改,使阐述更切题,更符合逻辑思维的要求。从提纲设计、稿件组织,再到内容审核和修改,黄教授都亲自参与,有很多篇幅和重要章节都是他在忍受化疗带来的身心痛苦中亲手写出来的。他像春蚕吐丝一样将自己终身积累的学识和经验无私地奉献给了年轻的医生,也像红烛一般燃尽了自己,照亮了大家前进的路程。

我们都是黄教授的学生,和他一起工作多年,深受教益。受黄教授临终的嘱托,我们和出版社一起,在全国各地编著者的大力协助下,完成了第二版的修订和出版工作,以此纪念老师。

真诚希望本书能对外科医生的临床工作有所帮助。限于我们的能力,不足之处在所难免,敬请随时指正。

祝学光 严仲瑜
2007年6月

第一版前言

人在社会实践的过程中通过思维活动来认识客观事物。影响一个人思维活动的因素很多,包括本人的学识、才智和经验等,但如何运用到实际的思维活动中去则需要掌握正确的方法以及运用的熟练程度。临床外科是一门应用科学,着眼于解决外科疾病的实际问题,而问题的解决有赖于进行正确的临床思维。临床思维贯穿于临床实践的整个过程之中,一个医生只要接触病人,只要面对临床事物,就一刻也离不开思维活动,否则就无法正确地认识疾病、制定合理的治疗方案以及处理随时出现的各种复杂的和疑难的问题。换句话说,一个外科医生接诊病人必然会遇到各种情况。面对众多问题,必须进行思考,亦即启动思维过程。正确地进行临床思维活动是医生的一项基本功,是能否做一名合格医生的基本条件,必须熟练掌握并不断提高。要勤于思维,还要善于思维,从思维中受益。外科的临床特点是以手术作为主要治疗手段,因此,围绕手术就会产生一系列特有的问题,外科医生的临床思维也必然将此作为其一项重要的思维内容。

外科临床思维是在外科医生已经拥有一定理论知识的基础上展开的,但拥有理论知识并不等于自然而然地就能够运用于临床实际,理论和实践之间需要联系才能验证理论并指导实践,临床思维就是理论联系实际的桥梁。搭好这座桥梁在很大程度上要靠经验的积累,自己的经验诚属可贵,但借助他人的经验也可少走弯路。另外,在临床思维的过程中究竟需要哪些必需的资料,从何处开始,沿什么途径继续和深入,如何从头脑知识库中提取相应的素材,如何才能简捷有效、细致周密,特别是不至疏忽遗漏或误入歧途而得出错误结论,以致殃及病人,显然是极为重要的。概括说来,就是外科医生碰到问题知道应该想什么,怎样思考,还应知道为什么这样思考,亦即要清楚如此这般思考的道理。《外科临床思维》一书的编写,目的就是把理论和实践联系的经验、严谨的思维程序、思维路线、思维的缘由道理等写成文字,编撰成书。

本书以临床思维为贯穿全书的主线,思维活动又以理性化、程序化为主题和框架而展开延伸,诸多外科问题均源于临床实际,问题提出后,依照思维程序,按部就班,旁征博引,充实内容,归纳演绎,推理分析,从而得出结论,不求各章节专题阐述的深透和内容的详尽,而着重提出问题对外科临床思维所能起到的启发、引导、完善和程序化作用。此为本书与一般专著或教科书的全面、系统、分类叙述的不同点。为此,邀请参加撰写的作者都是具有丰富临床经验的各专业领域的专家,如此方能写出他们自己的心得体会。在编写组稿过程中,不少作者均表示撰写时因无书可参,无章可循,写起来感到十分吃力,这也恰好说明本书对作者提出要求创新而不落俗套的特点。因本书头绪繁多、内容庞杂,为了体例一致,规

定了大致统一的格式和标题,以求整齐划一,不偏离主线。

虽然有统一全书规格的愿望和要求,但毕竟由于各位作者都是某一方面的专家,从医多年,经验丰富,但体会却不可能雷同,尤其是撰写文稿又无类似的专著可资参考和常规的格式可做范例,加之文风各异,繁简有别,各章节难免文字多寡不一,发挥深度也难求一致。尽管主编们做了不少删繁就简、整理统筹的文字工作,但限于交稿截止日期的限定,来不及征求作者的意见,有些改动很可能因我个人水平所限,误改误删在所难免,尚希各有关作者见谅,并向读者致歉。

承蒙科学出版社的鼎力协助,克服了在组稿过程中的重重困难,使本书最终得以出版,希望读者读后能有点滴收获则幸甚。由于本书以外科临床思维为主题,可以说是一种尝试,错误和漏洞不可避免,望读者不吝提出意见,如有修订机会再改正。

书成之日,我难以忘怀原北京医科大学党委书记彭瑞骢教授的功绩,他是我国开创医学辩证法研究的先行者。早在 20 世纪 80 年代初,彭教授即率先致力于此项工作,担任《医学与哲学杂志》的第一任总编辑,并主编出版有关专著多部,领导和组织了一支有志于医学辩证法的专家队伍,我本人就是在彭教授指引下入门浅造,方始对临床思维略晓一二,却兴趣盎然,竟能撰写成文,特在此向彭瑞骢教授致以由衷的感谢与敬意。



2004 年 10 月

目 录

序

第二版前言

第一版前言

第一章 临床思维概论	(1)
第一节 临床思维的意义	(1)
第二节 外科临床思维的模式	(3)
第三节 临床思维的特点	(5)
第四节 临床思维的训练	(7)
第五节 创造性思维	(14)
第六节 临床思维的模糊逻辑	(15)
第七节 诊断与判断	(19)
第八节 思维与决策	(20)
第九节 临床思维与悖论	(21)
第十节 临床思维的误区	(25)
第二章 症状与临床思维	(30)
第一节 疼痛	(30)
第二节 出血	(67)
第三节 消化道症状	(89)
第三章 体征与临床思维	(106)
第一节 肿块	(106)
第二节 黄疸	(129)
第三节 外科感染	(134)
第四节 发热	(140)
第五节 水电失衡	(145)
第六节 休克及低血压	(152)
第七节 腹水	(158)
第八节 肝大和脾大	(162)
第九节 外科饥饿	(167)
第十节 下肢静脉曲张	(170)

第十一节 肢体缺血	(175)
第十二节 下肢水肿	(179)
第十三节 溢液	(184)
第十四节 痿	(190)
第四章 实验室检查与临床思维	(199)
第一节 营养评估	(199)
第二节 肝功能评估	(207)
第三节 肾功能评估	(207)
第四节 呼吸功能评估	(212)
第五节 特殊检查的评估	(216)
第五章 危重病的临床思维	(224)
第一节 危重病的评估	(224)
第二节 感染与多器官功能紊乱综合征	(227)
第三节 危重病患者的临床管理	(230)
第六章 影像学临床思维	(235)
第一节 B 超	(235)
第二节 CT	(239)
第三节 选择性动脉造影	(244)
第四节 磁共振成像	(246)
第五节 上消化道造影	(248)
第六节 钡剂灌肠造影	(250)
第七节 肢体血管造影	(252)
第八节 核医学显像	(253)
第九节 X 线平片	(258)
第七章 外科与其他科相关的临床思维	(260)
第一节 心脏问题	(260)
第二节 肺和呼吸道	(263)
第三节 糖尿病	(267)
第四节 尿路梗阻和感染	(272)
第五节 肾上腺皮质功能异常	(276)
第六节 老年病人	(282)
第八章 外科疾病的临床思维	(287)
第一节 甲状腺和甲状旁腺疾病	(287)
第二节 乳腺疾病	(303)
第三节 腹外疝	(323)
第四节 腹部损伤	(329)
第五节 胃十二指肠疾病	(347)
第六节 小肠结肠疾病	(373)

第七节 肛管直肠疾病	(398)
第八节 肝脏疾病	(413)
第九节 胆道疾病	(427)
第十节 胰腺疾病	(446)
第十一节 脾脏疾病	(465)
第九章 围手术期思维	(475)
第一节 手术前思维	(475)
第二节 手术中思维	(481)
第三节 手术后思维	(484)
第四节 围手术期有关问题的思考	(486)
第十章 器官移植的临床思维	(492)
第一节 器官移植的发展沿革	(492)
第二节 器官移植实施单位的构建思维	(493)
第三节 供体与受者	(495)
第四节 移植免疫	(498)
第五节 临床移植免疫学前沿研究的思考	(504)
第十一章 微创手术的临床思维	(507)
第一节 微创手术的适应证与实施条件	(508)
第二节 手术方法选择与术中决策	(512)
第三节 失误的思维原因	(516)
第十二章 外科病案的思维例证及点评	(518)
例证一 外科急腹症	(518)
例证二 黄疸	(521)
例证三 上消化道出血	(524)
例证四 下消化道出血	(529)
例证五 门静脉高压术后再出血	(530)
例证六 肠梗阻	(535)
例证七 肠痿	(537)
例证八 急性坏死性胰腺炎	(539)
例证九 胰腺癌	(544)
例证十 胆道术后残留结石	(549)
例证十一 肢体软组织感染坏死	(552)
例证十二 胆道损伤与损伤后胆管狭窄	(555)
例证十三 腹部闭合性损伤	(560)
例证十四 腹部开放性损伤	(562)

第一章 临床思维概论

第一节 临床思维的意义

思维是人类所特有的思想活动,或称之为思考,俗称动脑,是认识客观事物的主动过程,通常通过语言、文字以及情绪予以表达,借以反映对客观事物有无认识以及认识的深度和准确性。客观事物是形形色色和复杂多变的,能否正确认识在于思维的路线、思维的程序和思维的方法。客观事物多种多样,思维也有简繁之分,越是复杂的事物,就越是要求人们进行复杂的思维。当然,这首先取决于人们对思维的自觉性和主动性。缺乏对复杂事物思维的自觉性和主动性,亦即通常所说的兴趣、执著以及毅力,结果只能是对客观事物视若无睹、知之甚少或一无所知,甚至认识错误。临床外科是一门应用科学,产生于临床实践,再接受临床实践的检验,而后付诸于实践。在此过程中,实践→认识→再实践→再认识的认识规律往返循环,贯彻于始终,每开始一轮,都会在较前一轮更高、更深的底线上提高升华,从而使认识不断得到深入。在诸多的实践当中,既有个人的实践体会,又有前人的实践经验,而且还有浩如烟海的、以临床实践和科学实验为基础的理论知识。如此丰富多彩的无尽信息是人类认识客观事物的源泉,只有通过人自身对客观事物的思维活动才得以认识,所以,认识是思维活动的结果。构成临床领域的三个基本要素是疾病、患病的人和治病的医生,能否为病人祛除疾病,取决于医生的知识、经验和技术水平,而医生获得知识、积累经验、提高水平,无不始于对临床事物的主动思维。开始思维即意味着对临床事物的认识已由初级的感性认识提高到理性认识的阶段,是认识上的飞跃。临床思维对医生(当然也包括外科医生)具有极其重要的意义。

一、了解病情

医生接诊病人首先要了解病情,这是认识临床所特有的客观事物的先决条件,是启动临床思维必须掌握的基本素材。询问病史,不同于和非医务人员之间的一般对话;而进行正规的体检,除了动手,还需动脑,每一项检查都有其意义和目的,所以绝非是简单问答和例行操作的过程需要严格的专业化思维。没有严谨求实的临床思维,就不可能准确了解就诊病人的病情。从接触病人一开始就应该是启动思维的过程,换句话说,医生接触病人就是临床思维的开始。根据病人的主诉,询问有关目前发病的全部情况以及有关的既往史、个人史、家族史和女性病人的生育史、月经史,然后结合询问病史所得,有计划、有步骤、有目的地进行全面的检查,以期掌握病人就诊时的基本病情。这实际上是完成初步临床思维的结果,因为应该了解什么,侧重检查什么,反复了解和重复检查什么,一刻也离不开临床思维,也就是在此过程中,医生必须思考可能是哪一个系统的疾病,是什么病,这种病应该

或不应该有什么样的病史,应该有的或不应该有的阴性或阳性体征,然后再验证、确认以及反复验证那些存在或不存在的病史和体征,否定、修正或肯定正在进行的思维过程。这种初步鉴别诊断过程已逐渐过渡到较高层次的理性思维阶段。如果病人以前接受过手术治疗,除了聆听病人和家属的口述、详细了解上次手术与本次患病的相关性以及手术后的种种情况外,应争取拿到前次参与手术医生提供的正式书面材料,并查看手术切口瘢痕的大小、形状、部位、愈合情况及有无引流口瘢痕等。对于急诊病人,在待诊和观察过程中,由于外科疾病的复杂,病情的多变,病人个体的多样性,病情无时无刻不在变化之中,外科医生更需要不停顿地思考,随时了解病情的发展和演变,发现可能发生的问题,及时掌握最新情况。

二、诊断疾病

充分了解病情和掌握体征之后,外科医生经过判断,已倾向于或初步做出对某一疾病的诊断,但仍需予以确认,这就要求外科医生通过思考做出选择,进一步进行那些必要的实验室检查或辅助检查,有些病还需要进行特殊检查。根据已确切掌握的资料,全面思考,综合分析,由表及里,由浅入深,去伪存真,紧抓主线,有步骤、有层次地循序梳理思维全过程,从庞杂的资料中理出条理和头绪,鉴别排除某些无关的或类似的疾病,逐渐缩小涉及疾病的范围,最终肯定某一疾病,从而做出诊断。从认识论上讲,诊断是对某一疾病的肯定,是完成整个诊断思维过程的结果。如果一时不能做出诊断,则需要延长待诊过程。所谓待诊,不是等待,而是密切观察病情演变,求取更多的重要检查数据,在掌握更多客观资料的基础上,积极主动地进行反复及更深层次的诊断思维,积极地寻求答案。当然,由于疾病的复杂性,始终不能做出诊断的情况也非少见,这是由于客观事物的复杂性和医生认识的相对局限性,不可能根据临床上复杂多变的疾病现象,百分之百地对疾病的实质确认无误,但这是指经过充分、周密和反复的思维活动仍无法得出准确的结论而言,属于认识论的一般规律问题,不能由此而减弱临床思维的重要性;相反,恰恰需要外科医生进行更深层次的思维活动,不断地充实头脑中的知识库,力求解决或接近解决对某些疾病的诊断问题。

三、治疗决策

了解病情是前提,诊断是必要途径,治疗是去病手段,治愈疾病或解除病人疾病痛苦才是外科医生工作的目的。因此,医生做出诊断后,接着要为病人制定治疗方案,外科医生就必然要考虑以手术为主要治疗手段的各方面有关的问题。首先是手术适应证,有无施行手术的必要,如果不采用手术的方法,能不能解决病人的病痛,如果必须施行手术,做哪种手术对病人最为有利,手术都有哪些正面效果和负面作用,可能发生什么后果,可能发生哪些术中和术后的并发症,应采取哪些预防措施。还有一点必须明确的是手术时机,病人目前有无接受手术的条件,是早些手术好,还是经过一段时间的准备对病人更为安全,是否需要急诊手术才能使病人摆脱危险。如果手术确实能够为病人解决问题,能够解决到什么程度,是彻底解决,还是姑息性地缓解症状,近期结果和远期预后如何等。外科医生如果面对

具体病人,不去周密考虑这些问题,不去细致回答这些问题,就不可能解决这些问题,或许按照常规和外科医生本人的经验,一些病人的问题得以解决,但这位外科医生在行医就业的漫长行程中,不免潜伏着危机,随时会因自己的疏忽和遗漏而使病人受到损失,甚至出现差错乃至事故。显而易见,一丝不苟地完成制定治疗决策的临床思维过程,是制定正确治疗决策的必由之路。

四、积累经验

临床医学是一门应用科学,理论来自实践而又用于指导实践,理论是经验和实践的升华。手术是外科治疗的主要手段,必须通过操作来施行,因此,理论和手术之间只能通过技巧和经验来搭桥,严格说,技巧的训练也属于操作经验的积累。当然,除手术以外还有大量的临床工作,包括诊断、观察病人、处理伤口、用药等,无不需要理论指导和经验运用,外科医生本人的经验尤为重要。外科医生的经验是其本人在临床实践当中对客观事物认识的总和,经验从来是认识事物的基础,是客观事物存在和发展过程中在人们头脑中留下的印记,人们以后在碰到同样的事物时,对照头脑中以前的印记,可以更快地、更准确地予以认识,有条件时给予相应的处理。经验是否有深度、有条理,相应的经验之间是否能有序地交叉和呼应,更重要的是对经验是否能做到主动的积累,这有赖于对客观事物在头脑中留下印记的归纳、整理、总结和取舍。一名外科医生的医术和水平,很大程度上要看其经验的多少和所积累经验的质量。如何才能不断地积累高质量的经验呢?这仍然离不开临床思维。开始在工作中,事事有心,处处留意,随时想一想错在何处,对在何方,下次如何才能处理得更好,或者如何避免重蹈覆辙,如果再能结合实际,读书学习,亦即借鉴别人的经验,则可理出头绪,更加深入,成为自己牢靠的经验。聚沙成塔,集腋成裘,久而久之,必有成就。而未来的著书立说,医道有成,实始于原始经验的积累,亦即始于不间断临床思维的漫长过程之中。

第二节 外科临床思维的模式

按照思维的一般规律,外科临床思维和人们面对任何领域的客观事物所进行的思维一样,都有其共性的模式,但由于临床客观事物的特殊性(即患病的人以及病情发展的严重性、处理或干预事物的优质性以及紧迫性),处理不当则不可逆转,容不得有任何失误,所以,外科临床思维有其自身的特色。

一、形象思维

根据认识论的一般规律,人们认识客观事物都是通过实践,由感性认识提高到理性认识,但整个过程一般不脱离具体形象。在外科临床领域中,外科医生所面对的具体形象是病人,病人向医生述说病情,医生就会知道病人就医的原因,是否有病,是哪一方面的病,在聆听病情的同时,医生就已经开始进行临床思维,这是医生与非专业医务人员(即一般其他

行业人员或普通老百姓)的主要区别之一,因为医生具备专业知识,而不是一般常识,思维的基础和起点是完全不同的。由于临床医学博大精深,不同专业的医生对待不同疾病的思维基础和起点也必然大有区别,而且和医生本人的经验和学识的深度和广度也密切相关。就外科医生来说,应该按其本人专业的正规思维程序来要求,在了解病情后,就要进行正规的体检,还要进行必要的重复询问和重复检查。整个过程都属于形象思维的过程。人对客观事物的认识包括感性认识和理性认识,感性认识和理性认识的根本区别在于感性认识只有感觉、知觉和感受表面现象,而思维的开始就意味着进入理性思维阶段,形象思维是思维的初级阶段,贯穿于整个思维全过程,包括和理性思维交叉的过程,在此过程中对具体病人所患疾病的认识逐渐加深。认识的过程,一般是通过实践,由个别到一般,再由一般到个别,如此循环反复,逐步深入,越来越接近客观事物的本质,直至对其本质有所认识,然后再通过实践进行验证。形象思维主要目的是认识个别,是思维过程的基础,就其成分来说,更多的是经验思维,即在思维过程中,更多地运用本人的经验和既往对同样现象的感知。

二、理性思维

理性思维即抽象思维,和形象思维不同,是以抽象为其特征,抛开事物的具体形象,抽取其本质属性。通过形象思维基本上对个别事物(即具体的病人)有所了解,但不能说是已经认识了,因为还不知道此个别事物的特征,即具体病人所患的是什么疾病。所谓有比较才有鉴别,必须把个别事物的具体形象纳入类似的事物之中予以比较,同时去除次要的东西,突出与其他类似事物不同的特点,从而在众多的类似事物中把所面对的具体事物提取出来,明确其本质属性。此过程是从个别到一般,经过比较鉴别再回到个别,是认识的高级阶段,是理性思维的深入发展。病情越复杂,表面现象越庞乱,就需花费更多的精力去区分主次,就需罗列更多的类似事物,予以比较鉴别,通常所说的由此及彼,由表及里,去粗取精,去伪存真,即概括了理性思维的全过程。如果说形象思维是思维的基础,具有形象性、直觉性、概括性的色彩,那么理性思维则是思维的发展,具有抽象性、洞察性、分析性的特点。就一件具体事物来说,理性思维所需要的不仅仅是有关该具体事物形象思维的全部成果,还需借助医生本人的阅历、他人的经验以及大量有关文献和书本知识,现今习惯称之为信息量。常说某一医生的知识渊博,即指他头脑中可供抽象思维提取的信息量足够大,思维空间可能出现的遗漏少,能够抓住并辨认本质的东西。理性思维更多地依靠基础知识和书本理论,所以又称之为理论思维,因为此思维过程已开始按照逻辑程序渐进,也称之为逻辑思维。理性思维不能和形象思维相脱离,虽在不同时间阶段有轻有重,有主有次,有先有后,但两者常常是相伴而行,相辅相成的。

三、辩证思维

辩证思维属于理性思维的范畴,是理性思维完成由个别到一般的程序以后试图回到个别的综合或整合的阶段。辩证思维不等于辩证法思维,当然应该合乎唯物辩证法的世界观和方法论,但由于临床医学认识疾病的特殊性,必须对错综复杂的疾病现象以及收集到的