

临床诊治思维方法与实践

顾 问:王绪业 俞克新 崔兴国 许道义

主 编:宋家明 陶雄飞 胡宗宇

副主编:高华康 赵德明 宗伟钧 裴根仓 陆跃武
凌明德 唐扬章 任 杰 程训民 朱 江

编 委:(以姓氏笔画为序)

马胜银	申传厚	朱 江	朱 丽	任 杰
李心忠	李秋侠	宋 琦	宋家明	张 峰
张玉勤	陆跃武	陈 峰	陈志刚	周德军
宗伟钧	孟庆森	赵德明	胡宗宇	高华康
唐世球	唐扬章	凌明德	陶雄飞	崔经健
程 凯	程训民	程祖俊	薛红新	裴根仓
魏志勇				

主 审:黄詠齐 蔡学杰



安徽科学技术出版社

第一章

临床诊治思维方法概述

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。

引自：欧阳钦.诊断学.七年制规划教材.2004:574.

要想为病人正确诊断疾病需要具备3个条件：①渊博的医学理论知识；②先进的仪器设备；③科学的思维方法。这三者缺一不可。

引自：刘同库.临床诊断学.2002:234.

单纯地进行知识和技术的灌输而没有一种正确的思维方法来予以归纳整理和指导应用的话，是不能成为现代化建设所需要的合格人才的，它只能造成头脑僵化、缺乏应变能力和创造能力的一代人。

引自：谢宗豹.医学思维与创新.2005:16.

医师和医匠就像画家和画匠一样，完全属于两种不同层次。前者是科学和艺术，后者不过是一种手艺。

引自：曾昭耆.医生成才之路.2001:9.

1996年，《中国实验诊断学》杂志筹备期间，杂志负责人走访了国内不少专家，听取意见。几乎所有专家都认为：当前临床医生普遍存在“弱项”，是靠临床思维诊病的能力不够强。

引自：曾昭耆.医生成才之路.2001:127.

近年来出版的诊断学教科书都指出,临床诊治思维方法就是医学上的逻辑思维方法。因此本书在研讨临床诊治思维方法时,必然涉及一些逻辑方法及术语,如分析、综合、概念、判断、推理、假说等,而这些也是临床诊治思维方法的重要组成部分。为力避抽象及复杂,对于作为临床诊治思维方法基础的逻辑学、认识论、思维学的有关基本知识,本书中未多加讨论。不过,仍有必要单列出本章予以简述,以此表示书中介绍的临床诊治思维方法不仅仅是某些人的灵感、悟性或特殊的天赋,而是有着深厚的思维学、认识论、逻辑学的理论基础。

思维的本身就是抽象的,然而人们每天都在轻松地应用它。当然逻辑思维是更深层次的思维,培养和训练科学的临床诊治思维方法,就是为了发展和提高临床医生诊治疾病的思维能力。

一、思维定义及临床思维

1. 思维的定义

思维是只有人类大脑才具有的功能,人的思维主要是借助语言来进行的,语言的语法结构与思维规律之间既有联系也有区别。因为不同民族的语法结构不同,但思维的规律都是相同的。

思维是在对外界事物感觉、知觉、表象的感性认识的基础上,通过分析综合形成概念,进行判断、推理的过程,从而揭示事物本质和规律并上升为理性认识。感性认识是通过比较、分析、综合、抽象、概括五种逻辑认识方法形成概念的。

在感觉之后,人是靠思维认识世界的。比起感觉来,思维更能正确全面地反映客观事物和现象。比如依靠我们的感觉,只能得到“太阳绕着地球转”这种不符合事实的认识,但在我们的思维中却能正确的反映“地球绕着太阳转”。又如,每秒30万千米的光速运动是人的感觉器官根本无法感知的,但它却能被我们的思维所把握。

2. 临床思维

临床思维是医生利用基础医学和临床医学知识对临床资料进行综合分析来判断推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾,通过已知前提推出新的结论,也就是解决临床问题的理性认识过程。

进行临床思维的基本条件是:①扎实的医学知识,包括基础医学知识(如解剖学、生理学、病理生理学、微生物学、免疫学等)和临床医学知识(包括内科学、外科学、妇产科学、心理学等);②丰富的临床实践经验,包括直接经验和间接经验,间接经验指阅读医学文献及参加临床病理(例)讨论会,间接获得的经验和教训。

诊断思维是一种知识应用性分析、综合的认知活动,是对具体病情作出理论性反应。只要有感性病情的输入,就会出现有理性认识的输出,这是无疑的。面对临床个体,

医生只能根据脑中既有知识予以反应。医生的理论及实践知识决定着这种反应能力。

二、思维形式及临床思维形式

1. 思维形式

正确的思维也必然以正确的思维形式表现出来。概念、判断、推理等,就是思维的基本形式,同时也是人类理性思维的基本形式。这就把我们日常感觉不到的大脑神经元的无形的复杂思维活动,变成了可见的、因而可方便进行讨论研究的形式。

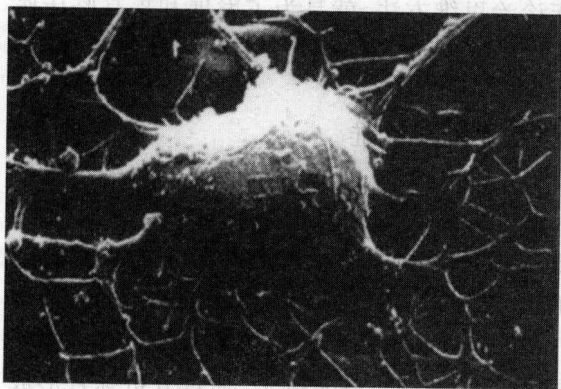


图1-1 大脑神经元

思维的形式就是用来藏纳思维内容的,思维的具体内容全部凝聚在各种不同的概念、判断和推理里面。

逻辑思维的细胞是概念(概念是思维表现的最小单位),所以逻辑思维也叫概念思维。概念的联系和运动构成了各种判断。由已知判断通过三段论式等逻辑形式,推论出未知的判断叫推理。通过推理产生新判断,判断又产生概念。以此

2. 临床思维形式

临床思维是指逻辑思维(抽象思维)、形象思维和灵感思维等在医学领域的应用,它包括临床概念、临床判断、临床推理、临床假说、临床直觉等一系列临床医学思维形式。疾病的各种临床表现(概念群)通过发病机制与诊断联系起来,这就是医学判断和推理的客观基础。

三、思维规律及临床思维规律

1. 思维规律

逻辑学是“关于思维过程本身规律的学说”,也就是说,逻辑学是研究正确思维形式和规律的一门科学。同时也研究一些简单的逻辑方法。

人们在运用概念、判断、推理等形式进行思维时,必须遵守一定的规律、规则,这就是思维的规律。形式逻辑的思维规律是正确思维的规律,即同一律、矛盾律、排中律、充足理由律(逻辑思维四条基本规律是正确思维表现的确定的、不矛盾的、不模棱两可和有根据的规律性)。研究这些规律的表现及逻辑要求是形式逻辑的任务。思

思维规律(四条基本规律)是最基本的法则,对所属思维活动具有普遍意义,而有关的思维形式规则,如直言三段论的7条规则等,是这四条基本规律派生出来的,只对直言三段论有意义。

在辩证思维阶段里,表现这一本质特性的根本规律是对立统一规律,其具体表现及其逻辑要求是辩证逻辑的任务。

2. 临床思维规律

临床思维的一般规律是以医学形式逻辑规律为基础的医学辩证思维、形象思维和灵感思维规律的综合体现。

思维规律是客观世界本身的规律特性反映,但绝不能把二者混同和等同起来。不能把思维规律错认成为客观事物的规律。因为事物的客观规律是脱离于人的意识之外,按照其本身的规律在运动变化发展着,而思维规律只是通过千百万次思维实践,反应了客观世界发展规律的特性,在思维中以逻辑形式固定下来。具体到疾病的临床诊治方面,临床诊治思维规律反映了疾病发生发展的规律,但这是两个不同的规律。

四、方法、思维方法及临床思维方法

1. 方法

方法是人们在科学创造活动中采取相同或相似的行为、途径、规则、方式和方法,是做事的手段办法;或者是做某事的程序、步骤的详细说明,而这些程序、步骤为了达到一定目的而必须按规定的顺序进行。总之,方法是人们行为方式,是达到某种目的手段的总称。

2. 思维方法

思维方法是思维活动运行的规则,是思维发散和收敛的路线,是思维主体对思维对象进行加工制作的方式和程序,是主体通向客体,主体把握客体的“中介”和“桥梁”。思维方法是思维方式中的重要因素和最具特色的部分。

思维是一种认识过程,它要回答三个问题:过程有多长,什么顺序,怎样的流程。徐学康教授在《内科程序诊断》一书前言中说:所谓诊断程序,其实就是诊断思维方法。

3. 临床思维方法

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

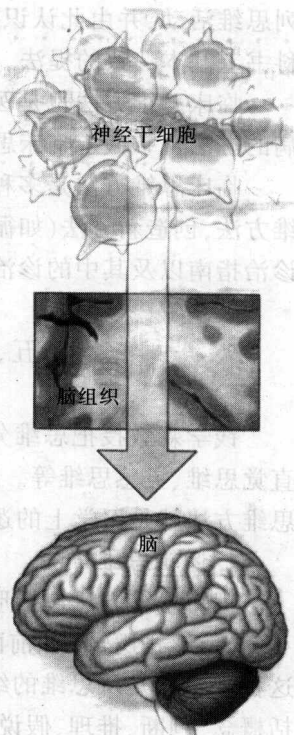


图1-2 神经干细胞组成中枢神经系统

列思维活动,并由此认识疾病、判断鉴别、做出决策的一种逻辑方法。这是近年来教科书上基本一致的提法。

临床思维方法也是医学理论和医疗实践相结合的方法,是医生研究自己如何看病的方法。掌握了临床思维方法,也就掌握了临床思维。

临床思维方法是多种多样的,人们在临床实践和研究中不断完善科学的临床思维方法,创造新方法(如循证医学方法)。科学方法程序的规范化(如近年发布的疾病诊治指南以及其中的诊治流程图),极大地增强了人们去实践的能力。

五、逻辑思维方法及非逻辑思维方法

钱学森教授把思维分成三种基本形式:①逻辑思维(抽象思维);②形象思维;③直觉思维、灵感思维等。逻辑思维是一切思维的基础。也正是从这种意义上说,临床思维方法就是医学上的逻辑思维方法。

1. 逻辑思维方法

逻辑思维方法包括形式逻辑、数理逻辑、辩证逻辑及模糊逻辑等。

(1)形式逻辑。如前面所述的思维形式、思维规律,即属于形式逻辑的内容。由于这种逻辑学是从思维的结构形式来研究思维的,所以被称为形式逻辑。形式思维包括概念、判断、推理、假说、证明等。形式逻辑还研究一些简单逻辑方法,主要有观察和实验的方法;比较、分析、综合的方法;探求现象间因果关系的方法;定义、划分、限制和概括的方法。形式逻辑是全人类共同遵守的思维规范。但形式逻辑有一定的局限性,在事物关系简单和相对稳定的条件下适用。认识复杂问题及其矛盾运动发展变化,必须用辩证法。

(2)数理逻辑。数理思维把思维过程转换为运算过程,这是形式逻辑进一步精确化、完美化。

(3)辩证逻辑。辩证思维又称理性思维,是把唯物主义辩证法应用于思维,以解决比较复杂的问题。

(4)模糊逻辑。模糊逻辑,又称模态逻辑,也是逻辑的一个分支。模糊逻辑研究对象是模糊思维的规律和方法。在医学中像“大多数”“可能”之类的模态用语较多,而这种模糊逻辑可以对临床医生的近似临床推理有帮助,故在医学逻辑中,模糊逻辑倍加受到重视。

2. 非逻辑思维方法

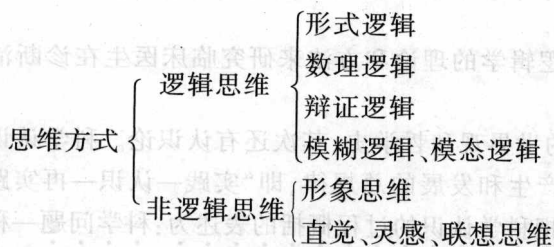
非逻辑思维方法包括形象思维、直觉思维等。

(1)形象思维。形象思维就是用表象进行思维活动的一种思维形式,也就是用事物的形象来分析问题的一种方法。虽然现代医学强调用直观、定性、定量指标来研究

疾病,重视逻辑思维,但仍然需要有形象思维。如解剖学中的“二尖瓣”“三尖瓣”“十二指肠”“胃大弯”等,诊断学中的“满月脸”“水牛背”“蜘蛛痣”“蝶形红斑”“奔马律”“气过水声”“握雪感”等,都是用了形象的方法来表示形态结构和症状体征的。临床医生以此正确地掌握某些疾病的特征。现代化的影像诊断,如X线、B超、CT、MRI、纤维内镜等都是在将疾病的形态在接近真实病理改变的情况下,用不同的图像展现出来,从而认识疾病本质。结合这些形象特征还能进一步对疾病进行分类、分型、分期。因此,在实践中,运用逻辑思维的同时,发挥形象思维的作用,加强形象思维的培养,对把握疾病特征表现和辅助检查结果的性质都有重要意义。

(2)直觉思维。直觉思维又被称做“顿悟”。在临床实践中,医生利用自己医学理论知识和临床经验,对眼前的病人迅速做出判断或诊断,没有中间推理过程,产生的内在步骤是非逻辑性的。如一急诊病人年龄40岁以上,突然胸闷憋气半小时以上,大汗,胸痛,经治医生第一反应就是做出心肌梗死的诊断,并依此积极进行抢救,同时再做心肌酶谱和心电图检查。这种直觉思维是以丰富的临床经验为基础的。高年资医生头脑中贮存着反复叠加的信息和诊断模式、诊断程序,一接触病人便可运用熟知的概念判断,运用头脑中融会贯通的知识和经验,迅速作出诊断。直觉思维由于缺少严密的逻辑性,结论并不都是可靠的。直觉思维应与逻辑思维相辅相成。

综上所述,思维形式分类如下:



本书介绍的临床思维方法主要属于逻辑思维方法。举例如下:

(1)概念、判断、推理、证明等是形式逻辑的思维形式,同时也是思维方法。正确的思维必然以正确的思维形式表现出来,因此要求在诊治过程中做到医学概念明确,判断恰当,推理有逻辑性,论证有说服力。

本书中应用的诊断假说、分析、综合、因果关系等都是形式逻辑所研究的一般方法。

(2)与概念有关的,如症状、体征、实验室和其他检查结果的概念;病理解剖、病理生理、病因的概念;疾病及其分类、分型、分期的概念。

与临床判断相关的,如对临床资料价值的判断,对病情演变、病人反应能力的判断;对疾病分类、治疗方案及疗效的评价、对疾病预后估计等。

与推理相关的,如建立诊断假说时所应用的类比推理、演绎推理、二分法推理以

及连续直觉推理的流程图等。

(3)分析与综合是逻辑方法中的重要方法之一,也是本书对单项症状、体征的分析方法,对主要症状与次要症状的分析方法,对症状、体征根据其内在联系综合为有意义的组群等。分析与综合的方法贯穿着临床诊断的始终。

(4)应用辩证逻辑,分析主要症状与次要症状的关系、常见病与少见病的关系、典型与不典型的关系、局部与整体的关系等比较复杂的多种临床问题等。

(5)应用数理逻辑,如概率推理所应用的Bayes定理。

临床诊断逻辑毕竟只是一门具体的应用逻辑,所以,它只是研究临床诊断过程中的逻辑问题,无须也不应该去研究逻辑学的一般问题。

六、临床思维学及临床思维方法

关于研究人类思维运动基本规律,虽然已有了形式逻辑,但其所研究的只是思维规律的一部分,而不是全部。由于人体的复杂性,医师诊治思维的复杂性,形式逻辑分析方法作为唯一的思维方式受到了强力的挑战,整体论思维方式受到青睐,以及非经典逻辑(模糊逻辑、数理逻辑、辩证逻辑等)蓬勃发展起来。对人类具体思维规律的全面研究,就是思维学。思维学是同自然科学、社会科学并列的独立科学领域。

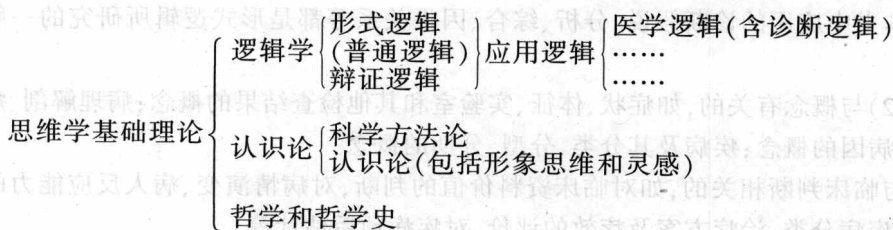
1. 临床思维学

临床思维学是运用思维学和逻辑学的理论和方法来研究临床医生在诊断治疗过程中的思维问题。

思维的基础科学首先是哲学的世界观和哲学史,其次还有认识论。科学认识遵循辩证唯物主义认识论关于认识产生和发展的总规律,即“实践—认识—再实践—再认识——”的循环往复。又可把科学认识的过程概括的表述为:科学问题—科学假说—观察、调查或实验—理论认识的证实或证伪—新的科学问题……

再者是逻辑学(形式逻辑和辩证逻辑),要运用思维学和逻辑学的理论和方法来研究临床思维方法。

思维学分类如下:



2. 临床思维方法

临床思维方法包括认识论方法指导、逻辑方法引用和现代科学方法的移植三个重要部分,构成思维方法体系。

认识论方法指导(辩证思维方法):归纳与演绎相结合,分析与综合相结合、从抽象上升到具体、历史与逻辑的方法相结合[逻辑是对历史(病史)本质的反映,是经过大脑加工修正了的历史(病史)]。辩证思维方法的意义在于要保证思维的运动、辩证、具体。

逻辑方法引用:包括定义法、比较法、分类法、类比法、归纳法、演绎法等。

现代科学方法移植:如统计方法、数学方法、系统方法等在医学中的应用。

七、临床思维方法的形式和内容

医学逻辑学只是研究临床思维形式及规律,而临床思维的内容由医学加以解决。如各种临床手册和教科书主要阐明的是各种疾病的临床特点和诊断依据,这主要是医学问题。当然,至于对每一个具体病人的具体诊断过程中的诊断依据,这里既有医学问题,也有逻辑问题。对此简单说明如下:

思维的逻辑形式是由两部分组成的,一是逻辑常项,二是变项。变项是指逻辑形式中可变部分,它可以代入不同的内容,例如可以代入医学知识的内容。逻辑常项是指逻辑形式中不变部分。例如在判断句“所有S都是P”中,“S”和“P”是变项,“所有”和“都是”是逻辑常项。逻辑常项是判定为何种逻辑形式(不同的判断与推理的常项不同)的唯一根据(本例为全称肯定判断)。变项不管是何种具体内容,终究不能改变逻辑形式。

在逻辑常项上没有问题,但逻辑变项方面即具体医学内容是错误的,则判断结果也必然是错误的,由此而导致的错误及误诊,不是逻辑学所能解决的。

在诊治病人的过程中,不仅需要逻辑思维方法、形式正确,也需要正确的医学知识和丰富的临床经验。因此,如果对必需的医学知识、病史的听取及观察等这些具体医学内容出现偏差的话,即使进行了正确逻辑形式的判断分析,得到的结果也是毫无意义的。基本医学知识和临床技能的熟练,是临床思维方法发挥作用的必要条件,这一点无论如何强调也不为过。

八、临床思维方法支配着医疗活动

临床思维方法是临床思维形式的活的灵魂,临床思维形式是从方法开始的。对于临床思维来说:①方法“向外”,是思维深入医学对象世界,把握医学对象世界的手

段,有怎样的方法,就会怎样的把握医学客观的内容;②方法“向内”,支配着思维活动,有怎样的方法,思维就会怎样地活动,就会怎样去实践。

医学的每一个临床概念和定义,每一种临床判断和推理,每一条科学规律和定理,都是用逻辑方法得到和表述的。任何非逻辑的思维结果,最终也必然会以逻辑形式来表述,并融于科学理论体系中。医学理论具有由概念、判断、推理构成的逻辑体系。这些医学认识成果及精确地表述方式,都可以指导我们的临床实践工作。

例如临床判断。人类对于疾病的认识,正是用无数的判断积累起来的。医学知识中的判断句表示判断,叙述句一般也表示判断。

对医学知识的理解程度,对疾病本质的把握程度,知识的迁移,知识的记忆,这些都离不开人的思维。

对疾病进行诊断和治疗是靠已知的医学理论和经验掌握未知病情的过程,这不单单是靠简单的知识积累,而是要正确应用医学概念、判断、推理,要正确进行比较、分析、综合,这就需要比较强的逻辑思维能力,包括运用形式逻辑和辩证逻辑的能力。特别要重点培养以下逻辑思维能力:分析与综合、归纳与演绎、直接推理与间接推理、类比推理与对比推理。

正确的思维方法是临床医师长期从事临床工作的理论和实践的总结,是临床医生诊治病人的基本功,这一过程是比任何高级电脑和先进设备更为复杂的,因而也是不能用任何仪器所替代的。

内科临床诊治思维属方法学范畴,是诊断学与内科学有机结合,是理论和实践的结合,因此它不同于系统内科学或内科疾病鉴别诊断学。培养科学的临床诊治思维方法是一个复杂的过程,必须经过不断实践,不断总结,才能逐步掌握。

九、临床思维方法的层次

思维方法的层次与类型是一个复杂系统,如何进行划分,学术界的意见不尽一致,但都较复杂。以下是我们从实用、易理解的角度出发进行的初探。

1. 科学方法的层次

科学方法分为三个层次。

(1)最高层次:哲学方法。

(2)中间层次:自然科学和技术科学的一般方法。

(3)基础层次:各学科的专业方法(包括医学专业)。

普通内科思维方法应遵循哲学、自然科学、现代医学的一般思维方法和原则,同时普通内科思维方法也是内科各专科及外科等各科共同的基本思维方法(外科各专科还要有普外科的基础)。各专科也有自己特有的思维方法。

2. 不同医生的临床思维层次

不同级别、不同专业医生,思维层次要求不同,很难将诊断思路像计算机一样程序化为固定的模式。

例如:国际头疼分类委员会要求,对头痛的分类(头痛分类国际新标准第二版),一般社区医生应掌握一级分类(即14大类),综合医院内科医师应掌握二级分类,三级分类供神经科医师和相关的研究人员使用(中国医学论坛报,2004-04-08.)。

临床诊疗的思维层次依次为:全科医学,普通内科(或普通外科),三级分科的各专科,……临床诊疗思维层次包括医疗、检验、放射、影像、功能检查等各专科。

[附]在诊断过程中医师的认识过程

就诊断方面,近来有许多关于临床医师思维方法这一题目的研究,并作出努力以求模拟电子计算机所使用的过程。

Gorry曾提出在诊断过程中医师的认识过程分为三个步骤。

1. 应用一般医学经验过程

这里的经验包括所掌握的知识,以及过去处理病人所积累的经验,这些被用来构成各种相应疾病的症状、体征和其他特征的样板。这些样板也就是典型表现,是经验的概括。应当认识到,患有同一种疾病的所有的病人,他们的临床表现与典型表现之间,在程度上是有差别的。通过临床实践,我们认识到可用概率来表示这种差别,也就是判断该病病人的具体症状和体征类型,可能与典型病例有多大差别。经验也使我们认识到对各种检查和可能的误诊所要付出的代价,包括病人的痛苦时间、效果、费用等,需要在诊疗过程中加以考虑。

2. 推理过程

通过临床实践所获得的经验即典型表现,以此来阐述病人的具体表现,也就是找出病人所表现的征候群与典型表现之间的相似之处,由于几乎没有病人的表现能与典型表现完全相吻合,这就必然考虑到概率的问题(如同电子计算机诊断过程一样)。许多专家曾指出,Bayes原理在这一问题上有实用价值。

3. 检验过程

这一过程是挑选有助于诊断的问题来询问病人,挑选出有助于诊断的体格检查方式、实验室检查项目和辅助性特殊器械检查项目,来获得进一步资料,以便得出可能性较大的初步诊断或最后诊断。

参 考 文 献

- [1] 孟祥才.临床诊断逻辑.上海:第二军医大学出版社,2004:3-9、291.
- [2] 谢宗豹.医学思维与创新.上海:上海科学技术出版社,2005:8-14.
- [3] 钟东屏.诊断逻辑学.贵阳:贵州科学技术出版社,1991:43.
- [4] 冯显威.医学科学技术哲学.北京:人民卫生出版社,2002:77.
- [5] 王振方.临床思维学.北京:人民卫生出版社,2002:8、9、15、29.
- [6] 欧阳钦.诊断学.北京:人民卫生出版社,2004:573.

- [7] 邱仁宗.医学的思维与方法.北京:人民卫生出版社,1991:272.
- [8] [日]久繁哲德.临床判断学.曹元华,译.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1994:131.
- [9] 张希德.内科临床思维.北京:科学出版社,2003:前言.
- [10] [美]A.M.哈维.临床鉴别诊断学—临床表现的解释.王宝恩,译.北京:人民卫生出版社,1986:6.

参考文献

- [1] 邱仁宗.医学的思维与方法.北京:人民卫生出版社,1991:272.
- [2] 久繁哲德.临床判断学.曹元华,译.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1994:131.
- [3] 张希德.内科临床思维.北京:科学出版社,2003:前言.
- [4] A.M.哈维.临床鉴别诊断学—临床表现的解释.王宝恩,译.北京:人民卫生出版社,1986:6.

第二章

疾病诊断思维

通常,人们认为一个临床医生只要具备了丰富的医学理论知识,再采用各种诊断手段,便能正确诊断疾病了,其实并非如此,诊断疾病既离不开医学理论,先进仪器设备,更离不开科学诊断方法(步骤、思维)。

引自:刘同库.临床诊断学.2002:225.

对病人的正确处理基于对病症和病情的正确判断。比较简单的疾病如此,复杂疑难的病症尤是。即便一时诊断不清,也要对下一步检查提出方向,并针对病人当时状况给予必要处理。同样需要正确的临床思维。医术的提高需要临床经验的积累,但经验不等于思维,也不能代替思维。要把经验上升为思维,借正反的经验充实和修正已有的思维方法,才能有更大的收益。

引自:张之南,单渊东.内科疑难病诊断——协和医生临床思维例释.
2000:代前言.

临床思维方法在过去教科书中很少提及,课堂上很少讨论,学生常常经过多年实践后逐渐领悟其意义。这样势必事半功半,“觉悟”很晚。为了使从一一开始就意识到其重要性,在实践活动中注意其基本训练,本书列出专章讨论,旨在使初学者从临床学习之初就认识到它的重要性,能够在每次实践中注重临床思维方法的基本训练并遵循基本原则,这样,无疑将事半功倍,受益终生。

引自:欧阳钦.诊断学.七年制规划教材.2004:573.

第一节 疾病诊断的思维程序

一、诊断思维程序三步骤

经典名言

诊断过程的重要原则：

- 病史和详尽的临床检查是相当重要的；
- 危险的疾病在诊断的开始就不要忽视；
- 非常典型的症状和表现是较罕见的；
- 任何可能的疾病都要考虑到；
- 不要轻率的除外诊断的可能；
- 要尽量拓宽思路避免过于狭隘。

引自：[德]WALTER S.内科鉴别诊断学.苗懿德,译.2002:7

正确的诊断来自科学的诊断步骤与逻辑的诊断思维。诊断思维程序可分为如下三个步骤：

1. 收集资料

- (1)问诊：即症状诊断。
- (2)体格检查：即体检诊断，在问诊基础上进行全面系统而重点深入的体检。
- (3)实验室及其他检查：即实验诊断、器械诊断、影像诊断等，在问诊、体检基础上合理选择安排实验室检查和特殊检查。

2. 综合分析资料

- (4)综合判断所搜集资料的价值。
- (5)将可靠的阳性发现按其重要性排序或寻找特殊的症状、体征、检查结果组合。
- (6)选择1个或可能是2~3个主要的发现或组合。
- (7)将具有这些表现的疾病——权衡比较，进行排列。
- (8)选择一个最能解释全部临床表现的疾病，形成诊断假设；如暂时不能，保留几种疾病予以进一步观察。

3. 验证或修正诊断

- (9)对全部资料，包括阳性和阴性的资料进行核实。

- (10)必要时再次合理部署新实验室检查与辅助检查,注意新检查结果。
- (11)观察疾病过程,注意有无新发现。
- (12)对某些疾病进行试验性治疗。
- (13)确定、补充或修正原诊断。

本诊断程序为近年来几种教科书统一提法,和过去提法相比尤其第二步“综合分析资料”更为具体。这种认识疾病和临床决策的基本程序不能跨越,不能遗漏,也不容颠倒,当前已基本规范化。陈文彬等编写的《诊断学》教科书中,将诊断程序分为四个步骤,但内容和三步骤相同。四步骤诊断过程如图 2-1 所示。

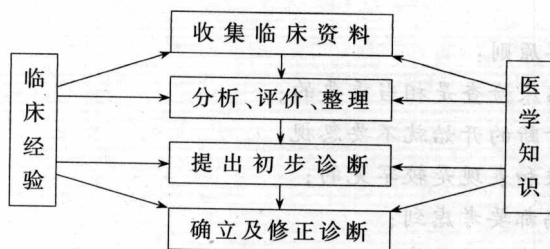


图2-1 疾病诊断步骤示意图
(引自:陈文彬.诊断学.2006:577.)

诊断过程的主要特点是有一定的顺序性、周密、有条理而全面。这是各科疾病诊断的必由之路,国内外均承认这种诊断思维程序。

对具体病人有人提出以下诊断思维程序:

对每一具体的临床病例,临床医生的诊断思维活动,又有一定的程序。如将其上升到理性认识,予以分解和剖析,可以概括为以下10个步骤:

- (1)从解剖的观点,有何结构异常?
- (2)从生理的观点,有何功能改变?
- (3)从病理生理的观点,提出病理变化和发病机制的可能性;
- (4)考虑几个可能的致病原因;
- (5)考虑病情的轻重,勿放过严重的情况;
- (6)提出1~2个特殊的假说;
- (7)检验假说的真伪,权衡支持不支持的症状体征;
- (8)寻找特殊症状组合,进行鉴别诊断;
- (9)缩小诊断范围,考虑诊断的最大可能性;
- (10)提出进一步检查与处理措施。