

CLINICAL THINKING AND EXAMPLES

临床思维及例证

主编 彭瑞聪

副主编 常青 李明瑚 邓平修 元文玮

广东科技出版社

R4-03
PRC

122743

临 床 思 维 及 例 证

主 编 彭瑞骥

副主编 常 青 李明瑚

邓平修 元文玮

广 东 科 技 出 版 社

临床思维及例证

彭瑞骢 主编

广东科技出版社出版发行

广东省新华书店经销

肇庆新华印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 13.5印张 300,000字

1988年5月第1版 1988年5月第1次印刷

印数1—10,200册

ISBN 7-5359-0136-O/R·19

定价: 2.60元

前 言

卫生部委托北京医科大学组织编写的《医学辩证法》教材发行后,不少同志认为该书中临床思维部分比较简单,而这部分内容,恰恰是广大医学生十分需要的。由此,建议编写《临床思维及例证》一书,以补充该书之不足。目前国内专门讨论临床思维的专著及论文都很少,国外系统的论述临床思维的专著也不多。1983年第二届全国医学辩证法年会上,曾经以临床思维为主题进行了讨论。大家一致认为,应该加强这方面的研究工作。临床思维是离不开医疗实践的,故本书采取短论与病例相结合的形式编写。编者希望能从科学认识论和方法论角度,通过对大量临床例证的分析,认真总结临床经验,从中探讨临床思维的具体特点和规律性,从而提高医学辩证法的教学与研究水平,帮助医务人员,特别是中青年医务人员,提高临床思维能力。由此可以填补临床方法论的空白,并逐步建立起诊断逻辑学,医疗对策学等,使临床方法论更为完善。

参加本书编写和讨论的有:北京医科大学彭瑞骢、常青;白求恩医科大学李明瑚、李嗣春;广西卫生干部管理学院元文玮、易元福;第一军医大学吕光俭、张万岱、雷国学;湖南医学院卢德怀、贺达仁;西安医科大学杨文鉴、邵文斌;广州中医学院邓平修;华西医科大学彭逢友;浙江医科大学管敏政;重庆医学院周立;同济医科大学欧阳智;广西医学院刘绍友;吉林医学院孙旭东;天津第二医学院高善述;山东医学院刘武顺;广州医学院付荣阴等同志。张万岱、孙旭东同志参加了本书的审定和统稿工作,邓平修同志参加了最后的定稿工作。

在编写过程中,以上院校的许多医务工作者提供了典型例证,还得到了汤钊猷、黄大有、黄延庭、谢竹藩、田庚善、杨德森等专家和学者的积极支持。在此,特致以衷心的感谢。

序

临床思维是医务人员在为病人诊治过程中，在自己有关知识和经验基础上，结合病人的具体情况所进行的思维活动。医务人员的服务思想、知识、技能和所用器械设备，都是直接影响临床工作水平的因素，但这些因素都要通过正确的临床思维才能充分发挥作用。

实践机会多、重复次数多，是临床医学的一个重要特点。即使是同一种疾病的反复诊治，也并不是单纯的重复，而是在不同病情下的一次又一次的实践的深化，促进对有关疾病在认识上的深化。临床实践的另一个重要特点是，对病人的许多问题都要及时作出判断，而这些判断是否合乎客观实际，一般都能在较短时期内从实践中得出结论。因此，临床医务人员有更好的机会在实践中不断总结提高。接触同样数量的病人，不同医务人员所取得的经验常有较大差别，根本原因是实践中自觉提高的要求不同。

有了自觉提高的要求，就会在工作中认真地督促自己思考，同时还要解决如何思考的问题。《临床思维及例证》正是为了帮助读者提高临床思维能力的。

在科学上作出特殊贡献的人，不但学识渊博，而且善于科学思维。历史上的很多科学家，往往在业务水平达到一定高度之后，才体会到哲学的重要。因为有了正确的哲学指导业务，才能使业务更快进展。在我们社会主义的中国，马列主义、毛泽东思想是我们党和国家的指导思想，自觉学习和运用唯物辩证法已经有很好的基础。在这种条件下，帮助提高临床思维水平的书籍是十分需要的。

《临床思维及例证》的编写，立足于临床实践，以大量疾病例证为基础，并阐述临床思维的特点和规律，使读者更具体、更深刻地认识医学辩证法的重要性，从而有助于辩证唯物主义世界观的树立和科学方法的掌握。这对刚进入临床的青年医务人员，自觉培养和提高辩证思维的能力，是有很大帮助的，而对已有丰富经验的医务人员，如何把经验上升到理性认识，不断地提高临床、教学水平，也是有帮助的。

因此，《临床思维及例证》的出版，对于提高医疗质量和加速临床医务人员的成长，是有重要作用的。

吴阶平

一九八七年春

目 录

绪 论	(1)
第一章 诊断资料的搜集和评价	(6)
第一节 病史资料的要素分析	(6)
第二节 体征之间的关系	(12)
第三节 实验室检查方法的选择和评价	(18)
第四节 诊断资料的综合评价	(25)
第二章 临床诊断的思维	(32)
第一节 对疾病征象的分析	(33)
第二节 确诊疾病的基本思维方式	(44)
第三节 诊断的基本原则	(58)
第四节 诊断方法的评价	(68)
第三章 治疗的决策与实施	(76)
第一节 诊断与治疗决策的关系	(76)
第二节 治疗的个体化原则	(80)
第三节 最佳治疗方案的制定	(83)
第四节 急重病例的治疗决策	(92)
第四章 临床治疗中的几个思维方法与临床经验	(98)
第一节 正确处理治疗中的几个关系	(98)
第二节 综合疗法的合理运用	(108)
第三节 治疗方法的创新	(115)
第四节 临床经验的意义、作用和局限性	(124)
第五章 临床各科的思维特点	(142)
第一节 妇产科的临床思维特点	(142)
第二节 儿科的临床思维特点	(145)
第三节 眼耳鼻喉科的临床思维特点	(153)
第四节 皮肤科的临床思维特点	(157)
第五节 神经科的临床思维特点	(162)
第六节 精神病的临床思维特点	(165)
第七节 传染病的临床思维特点	(171)
第八节 外科的临床思维特点	(175)
第六章 临床思维中的基本逻辑方法	(184)
第一节 临床思维与医学逻辑学的基本概念	(184)
第二节 假说是临床诊断思维的基本形式	(186)
第三节 诊断推理的逻辑形式及其运用	(193)
第四节 诊断根据的逻辑分析	(202)

绪 论

什么是临床思维？临床思维即医生在临床实践中对疾病认识的具体化，并由此指导医疗活动的思维过程。

临床思维的认识对象是患者及其疾病过程的表现和演变趋势。认识的目的是，在于恰当运用已有的知识和经验，达到正确的诊断和及时、有效的治疗。

临床思维过程，一般可分为搜集临床资料进行整理加工和形成判断两个方面。这两个方面在临床实践的基础上，相互结合、互相推动。由此，使人们的认识不断接近于疾病的本质，并形成最佳治疗决策。

一、临床思维的特点

1. 病人既是认识的对象，又在一定程度上能动地参与认识过程。

作为认识对象的病人，与其它自然科学所认识的各种自然界的事物不同，他是具有主观能动性的。无论在诊断和治疗中，病人一般都主动地参与着临床思维的认识过程。以病人的主诉来说，其所诉的种种症状及其性质、程度和范围，既是临床思维重要的感性材料，又不可避免地其中包含了病人的主观加工。对治疗效果的感觉如何，既是客观的，但也同样是病人的一种主动反映。在临床思维中，一般是依据病人或家属的主诉和对治疗的自我感觉来进行判断的。因而，有的病人以对疾病过程的自我认识，可以积极帮助或引导医生把握正确的临床思维方向，及时形成正确的判断。而有些病人则以对疾病过程片面甚至歪曲的反映，干扰了医生的临床思维，以致作出错误的判断。总之，病人作为认识的对象，也直接主动参与认识过程，对医生如何认识疾病具有一定的影响，这是临床思维的一个重要特点。由于临床思维过程中，包含了认识主体和认识对象的双重主动活动，这就使它复杂和难以把握。

2. 临床思维的出发点和落脚点，都在于疾病过程的个体差异性。

复杂多变的种种疾病过程，各有其一般的特点和规律。但临床思维所要把握的，则是疾病过程的千差万别的具体表现形式。由于各个患者先天性的遗传禀赋不同，后天获得的塑造条件也各有差别，所以在性格素质、神经类型、免疫功能、代偿能力等方面，都存在着多种多样的个体差异。由此，不但表现为各个不同的应激性、适应性和易感性，而且使疾病过程的表现形式极其纷繁复杂。据统计，当前已知的人类的疾病已达1万种以上，临床症状达10万种以上。不仅如此，人类疾病过程的发生和发展，还受到心理因素和社会因素的种种影响。这就使疾病过程更为复杂，也就更增加了疾病表现形式的个体差异性。为了达到防治疾病和保障健康的目的，医生的临床思维必须从疾病过程表现形式的个体差异性出发，去进行诊断和治疗。这样，才能具体地认识具体病情，切实地解决具体问题。总之，临床思维的过程，也可以说是一个把握个别的认识过程。

3. 临床思维具有其时间上的紧迫性和临床资料的相对不完备性。

就一般意义来说,科学认识必须以全面的事实材料为基础。同样,对临床资料的全面性的要求,也是医生临床思维中的一项重要原则。但是,临床上许多疾病的病情演变相当快,尤其是危重病人更是变化迅速,而且关系到患者的生死存亡。这就迫使医生常常要在很短的时间内作出必要的判断,并及时采取有效的诊疗措施。在这种情况下,就很难做到临床资料的全面性。这时所要求的,是医生必须敏锐地抓住基本的诊断线索,以尽快构成初步判断。即使在通常的情况下,也不能容许医生不受一定时间限制地去搜集临床资料。如果听任病情发展以搜集临床资料,则会出现病情恶化,甚至造成严重后果。这种时间上的紧迫性,同时也使医生往往是在临床资料尚不充分的基础上进行临床思维的。不仅如此,因为医生并不能等待疾病过程结束之后再作出判断,所以从根本上来说,临床思维所能获得的临床资料,总是不完备的。而且,临床思维所要求的,又恰恰是早期诊断。所以,更不能片面强调临床资料的全面性。当然,现代医学的技术诊断手段越益多样化,并且具有越来越高的辅助诊断能力,这对追求全面的临床资料是有极大帮助的。然而,限于病情的进展和种种条件,医生只能有选择地进行某些最必要项目的检查。总之,对临床资料全面性的要求,只能是相对的,这就对医生的临床思维能力提出了更高的要求。

4. 临床思维过程中总是包含有一定的概然性成分的。

临床思维由于疾病过程的表现形式极其复杂,而且个体差异性很大;由于临床资料的相对不完整、不充分,而且有作为认识对象的病人主动参与其中;所以在多数场合下,得到的判断只能是假说性质的。相应地,由此而采取的治疗措施,也带有一定的试验性质。即说,一般情况下的临床思维大多是包含有概然性成分的。尤其是有些疾病缺乏特异性很强的诊断依据,这就使临床思维更难以有充分的逻辑根据和确切的逻辑推理。当然,临床上也有的是或然判断结论。但是,即使是或然判断的结论,也并不是象物理、化学等精密自然科学那样确定,仍然在一定程度上具有概然性的成分。此外,医生在临床医疗中,对所遇到的疾病,常常缺乏足够的知识和经验。这也是使临床思维带有概然性的重要原因。认识到临床思维过程中总包含有一定的概然性成分,是有积极意义的。这一方面会对医学科学不断提出更高的要求,另一方面也有利于帮助医生自觉地提高自己的临床思维能力。鉴于临床思维过程中的一定的概然性,要求我们必须更加谨慎,并注意克服各种主观武断和固执己见的错误态度,以求能够更好地达到主观与客观的一致。

5. 临床经验在临床思维过程中占有着重要的地位。

临床经验是医学知识和医疗实践相结合的产物,是从一般理论原则过渡到个别具体病例的认识过程中的中介或桥梁。临床思维作为把握个别的认识活动,与医生的临床经验有着直接的密切关系。在临床思维过程中,医生的临床经验如何,对于理解患者各种症状、体征的实际意义及其相互之间关系,对于充分运用类比方法由已知去探求未知,对于把握疾病过程的本质和演变,都有着重要作用。对于临床思维来说,只有一般的理论和原则,是不够的,还要借助于临床经验,对疾病过程的具体表现形式进行具体分析。当然,一般的理论和原则可以提供方向性的指导,但这并不能代替具体的结论。而要达到认识的具体化,则离不开必要的临床经验。可以说,一位医生的临床经验是否丰富,是他临床思维能力的重要标志。然而,也应该指出,临床经验还需要在反复验证中不断发展,才能使临床经验在临床思维过程

中充分发挥其积极的作用。如果对已有的经验陷入盲目性,把一定的经验绝对化,以致形成固定思路,反而容易由此导致认识上的错误。总之,正确认识临床经验在临床思维中的地位、意义和局限性,是提高临床思维能力的一个重要问题。

6. 在临床思维过程中,还受到医生的个人特性,以及疾病过程的社会学因素的影响。

临床思维过程作为医生的能动的认识活动,与医生的个人特性密切相关。即是说,一位医生的临床思维的水平,不仅取决于他所具有的知识储备、经验积累、技术水平,还受到医生本身的健康状况、心理状态、责任感和道德境界,以及医患关系等因素的影响。当然,在其它自然科学的认识活动中,也有个人特性的影响。然而在临床思维活动中,医生个人特性的影响,则有着更重要的作用。

还应该指出,在临床思维过程中,必须注意到影响疾病过程的各种社会和心理因素。因为人的健康和疾病,不仅受各种自然和生物因素的制约,而且做为社会的人,同时也同各种社会和心理的因素有着密切的联系。所以,无论诊断还是治疗,都应该对病人的生活环境、生活方式、职业状况等方面,给予必要的注意。尤其是随着现代社会的发展和医学科学的进步,疾病谱和死亡谱都已经发生了很大的变化。在致病因素中社会因素和心理因素占有重要地位的心血管疾患、恶性肿瘤等,取代了烈性传染病,成为对人类健康和生命最严重的威胁。这就使疾病过程中社会学因素的问题,变得更加重要了。

除了上述六个主要特点以外,临床思维还具有一般认识活动的特点,诸如认识的动态性、逻辑与非逻辑的统一等。这里就不一一论述了。

二、临床思维的作用

在今天,深入地研究临床思维问题,已经日益成为现代医学,特别是临床医学的重要课题。

1. 深入研究临床思维,对推动现代医学的进步有一定的意义。

二十世纪以来,现代医学不断向疾病过程的微观机理深入,在对疾病内在本质的认识上取得了很大进展。这一方面促进了医疗技术手段和治疗方法的迅速发展,另一方面也使临床医学由经验的例规变为对医学理论知识的自觉运用,并开始进入定量的阶段。因此,现代临床医学日益要求在临床思维中要有高度抽象思维的能力,能够透过宏观的复杂的疾病现象,把握其内在本质的和演变的规律。

现代医学在向微观深入的同时,还向宏观的高层次扩展。它不仅要求把人的整个机体作为一个系统来考察,还要求从群体、社会,以至生态联系上来研究疾病和健康。其结果,导致了整体医学的发展,从而使生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变。由于人们在对疾病的认识上,内容不断深入,范围不断扩大,相应地对临床思维也就提出了更高的要求。即要求医生能够从整体联系上,综合把握各个要素之间的相互作用,从而正确认识疾病过程的本质,并采取恰当的治疗措施。

可以这样说,现代医学的发展,要求人们具有更高的临床思维水平。同时,人们在医疗实践中所进行观察和思考,又推动现代医学的进一步发展。

2. 深入研究临床思维, 有助于医生掌握科学的思维方法, 减少误诊、误治, 提高临床诊治的水平。

现代医学的研究证明, 在正常生命活动中, 机体通过相互拮抗和反馈机制, 保持着一定的动态平衡; 疾病过程正是这种正常关系的破坏, 形成了病理偏态。因此, 疾病过程涉及到多个方面、多种因素。这就要求医生必须有一个科学思维的头脑, 才能正确地认识疾病过程的本质, 和有效地发挥治疗手段的作用。在医生的智力结构中, 临床思维能力是驾驭医学知识和诊疗技术的。但是, 敏锐的临床观察能力, 进行综合分析作出判断的能力, 形成最佳治疗方案的决策能力, 都离不开科学的思维方法。所以, 深入研究临床思维方法, 才能帮助我们灵活地运用医学知识和医疗技术, 从而变得比较聪明和能干。

据统计, 临床诊断与尸解诊断不符的比率还是相当高的。从国内外的资料来看, 一般不低于20%。这说明, 临床上的误诊还是不少见的。而误诊的原因, 主要是临床思维方法上的失误。从某地区1983年1~6月的83起医疗事故及严重差错来分析, 由于工作责任心不强所致的占23.3% (17例), 因知识不足所致的占17.8% (13例), 而由临床思维错误所致的占72.6% (43例)。所以, 应该重视临床思维方法的研究, 以有助于克服先入为主、固定思维、片面性、错误叠加、盲目依赖技术诊断手段等常见的临床思维错误, 从而提高临床诊治水平。

总之, 深入研究临床思维, 减少误诊误治, 直接关系到成千上万人的生命和健康, 影响到千家万户的生活和幸福, 而且对经济发展和社会进步也有着巨大的社会效益。

3. 临床思维的研究, 对改革高等医学教育和提高教学质量, 也有着重要的推动作用。

二十世纪以来, 随着医学科学的加速度发展, 医学知识的积累呈现为指数增长的规律。庞大的医学知识不断急剧扩展, 使人们面临着“信息爆炸”的局面。在医学知识的迅猛发展中, 医学知识的更新速度也越来越快。据统计, 七十年代的医药院校毕业生, 5年后的知识更新淘汰的比率已高达40%。因此, 以往把医学教育等同于传授医学知识的传统观念, 在今天已经过时了。对现代医学教育来说, 重要的是把传授知识及传授知识的方式, 作为开发学生智力和培养学生思维能力的手段和途径。为此, 有必要依据提高学生临床思维能力和科学思维水平的要求, 改革课程设置和教学方法。诸如增设综合性的科间课, 扩大选修课的比重, 安排一定的方法论学科和医学人文科学的课程等等。由此可见, 深入研究临床思维, 对推动医学教育的改革有着积极的意义。

医学教育的一个方面, 是大力加强毕业后的继续教育。据调查, 医生在临床工作中所需要的知识, 很大一部分是毕业后学习的。所以, 毕业后的继续教育, 在医学教育体制中有着重要地位。在这里, 提高临床思维能力显然是一个基本问题。

总之, 研究临床思维, 对培养一代新人, 加速我国医学科学的现代化和医药卫生事业的发展, 是有深远意义的。

4. 研究临床思维, 有利于从思维方式上总结中西医临床医学的成果, 促进中西医之间的取长补短、共同提高。

中医学是在不同的文化历史背景下发展起来的, 形成了各不相同的概念规范和理论体系。现在, 对于它们各有自己的长、短, 需要互相取长补短, 已经没有疑义。但是, 由于概

念的内涵不同，思维方式的特点不同，简单地采取直接类比的方法，是行不通的。要相互吸取对方的知识成果，需要通过临床思维的深入研究，从临床方法论上沟通相互交流的渠道。这样，形成转换中西医临床医学成果的桥梁，中医才能够逐步借助西医的实验科学的知识，摆脱其历史形成的自然哲学的色彩，得到进一步提高。与此同时，西医才能够借鉴中医整体动态观察所积累的丰富经验，发展综合把握机体反应状态的理论医学。总之，深入研究临床思维，是中西医相互交流中，克服理论体系和概念内涵不同这个基本困难的重要方法和途径之一。

综上所述，现代医学科学的发展，临床医疗实践的提高，新一代医务工作者的培养，以及中西医结合的深入，都要求开展对临床思维的研究。当然，这是一项艰巨的任务，需要广大医务工作者、哲学工作者、方法论学科工作者和医学人文学科工作者共同的努力，才能够完成。

为了推动对临床思维的研究，首先要系统地从医疗实践中提出问题，以期引起广泛的注意。而且，这样提出问题，也可以直接有助于医务工作者总结自己的临床经验，提高临床思维的能力。因此，本书采取了临床思维及例证的编写形式。当然，其中相当一部分例证是属于失误的教训。然而这对于更好地阐述临床思维问题，是完全必要的。因有了正反两方面的经验，才使人们对疾病有正确的认识。人们在认识上的失误，当然是坏事，但只要能正确对待，失误也并不只是消极的东西。重要的是，必须从失误中吸取应该得到的教训。如果能够从错误中认识到，之所以发生错误，是因为忽略了什么重要因素，或是丢掉了哪方面的重要关系，这就可以大大地帮助我们，知道应该如何更好地去具体分析病情和把握治疗。不仅如此，认真总结认识上的失误，不但可以使人们知道可能会犯的错误和如何避免这种错误，还可以从反面提出为什么不能那样去认识的问题，促使我们进一步从理论和实践结合上去深入思考，把认识推向更高的水平。为了提高临床思维水平，需要通过正反两方面的不断比较和总结，才能逐步达到比较完整的认识，从而形成更高的临床思维能力。因此，在本书的编写中，同时注意了对反面教训的总结。这正如著名的辩证法思想家黑格尔所指出的：“扬弃了的错误或异在，本身即是达到真理的一个必然的环节。”

第一章 诊断资料的搜集和评价

正确的诊断一般要经过三个阶段：调查研究、搜集临床资料；整理资料，提出初步诊断；临床验证，确定最后诊断。搜集、整理、验证三个阶段既有区别又有联系，构成一个完整的诊断思维过程。搜集含有整理和分析的因素，整理提示进一步搜集的线索，验证是更深入地搜集、整理及分析的过程。临床资料是否全面和客观，将直接影响诊断的正确性。“只有感觉的材料十分丰富（不是零碎不全）和合乎实际（不是错觉），才能根据这样的材料造出正确的概念和论理来。”搜集的临床资料必须全面和合乎实际，这是形成正确诊断的关键之一。片面的或错误的材料是造成误诊的一个常见原因。因此，在采集病史时既要主动引导病人陈述病情，又要避免暗示，要全面搜集和分析病史资料诸要素；在查体时，既要主动探索重点体征，又要做到全面系统和准确，要注意发现和分析各类体征之间的关系；在实验室检查时，既要有目的、有顺序地合理选择有关项目，又要在综合分析中正确评价其单项结果，正确认识其重要性与局限性、正常与异常、静态与动态的关系；并要充分理解各种临床资料的意义和价值。这样才能取得真实可靠、系统完整的临床资料，为正确诊断和有效治疗奠定基础。

第一节 病史资料的要素分析

采集病史是搜集疾病资料的开端和临床思维的起点。真实全面的病史是临床诊断的重要根据之一。全面的病史资料应包括病因、病征、病程和病情四个要素。

一、病 因

任何疾病都有其原因，都是一定原因所导致的结果。诊断疾病的第一步是搜寻导致疾病的各种原因。发现疾病的因果联系，常常为确诊提供可靠依据。

病因是复杂多样的，既有内因，又有外因；既有直接致病因素，又有间接诱发因素；既有自然生物因素，又有社会心理因素。并且，疾病的原因与结果又常互相转化，某一原因引起某一疾病，该病又成为引起另一疾病的原因。如此形成一串互为因果，不断转化的链条。例如，肺炎球菌可使免疫功能低下的人感染肺炎，肺炎球菌毒力强的可导致中毒性休克，休克如不能尽快地被恢复，又会损害肝、肾，引起弥漫性血管内凝血。疾病不断发展，病情逐渐加重。因此，在认识病因时要进行具体分析，注意某一病因在特定病人身上所引起的特殊病征及其特殊发展进程，为正确诊断奠定基础。

【例证】王××，女性，20岁。性格内向，文静少言。高中毕业时恰逢“文革”时期，使其报考大学的理想成为泡影，内心抑郁不快，思想苦闷。到农场后，劳动艰苦，天气寒冷，生活不规律，难于定时进餐，常以粗硬冷食充饥，逐渐出现上腹部隐痛、饱胀、闷塞

感。后来,又出现头晕、乏力、失眠、多梦等症,需服催眠剂才能入睡。翌年夏季某日进餐时,一同学开玩笑说:“哎呀!小王,您把苍蝇吃进去了。”她立即放下碗筷,跑出门外,恶心呕吐,将胃内容物全部吐出,还觉未尽。那个同学一再说明是开玩笑,她也不相信,总觉得苍蝇在腹,反复频繁呕吐不止。在我院经上消化道X线钡餐检查未发现异常,诊断为神经性呕吐,施以暗示疗法,基本治愈。但上腹隐痛仍时好时坏,且与情绪有关,无规律性,无反酸水,常流口水。第二次又来我院检查,印象诊断胃神经官能症,但X线钡餐检查结果为十二指肠球部溃疡,遂给予抗溃疡治疗,治愈出院。

本例先有上腹部隐痛、饱胀、闷塞感,继而出现头晕、乏力、失眠多梦等症,X线钡餐检查胃肠无器质性病变,说明是神经和胃肠功能失调征象,其发生显然与思想抑郁苦闷等社会心理因素,以及天气寒冷、生活不规律等自然环境因素密切相关。在神经和胃肠功能失调的基础上,一句玩笑话却成为强烈的精神刺激,导致神经性呕吐。后在长期的不按时进餐,粗硬冷食等外因作用下发生十二指肠球部溃疡,但其临床症状不够典型,缺乏溃疡病的规律性而酷似胃神经官能症。如果结合该病人的特殊社会心理背景及长期胃功能失调的病史,则可找到溃疡病的病因依据。这就说明,具体分析病因,对于诊断和鉴别诊断具有重要意义。

【例证】陈×,女,25岁,未婚。初诊先兆流产,其月经不调,曾有2个月闭经史。近几日阴道流血。肛诊子宫略大、软。人绒毛膜促性腺激素测定为阳性。若为已婚或有性生活史则不难诊断为妊娠,但患者为未婚青年,且否认性生活史,故不能确诊。遂与病人谈心,并找单位领导及家长了解,均称患者因工作关系交际较广,但工作积极,作风正派。为慎重起见,观察1个月,人绒毛膜促性腺激素不断升高,阴道流血不止,病人日渐消瘦。此时不得不考虑为绒癌。再三向病人讲清其后果,病人仍一口咬定无性生活史。最后不得不行子宫全切除术,术后病理诊断为妊娠。

本例因没有问出真实病史,而将妊娠误诊为绒癌,并误行子宫全切术,造成了严重后果。究其原因,医生虽已再三追问病史,但都偏信“工作积极,作风正派”的评价,忽略了不愿暴露隐私的心理状态;虽然向病人讲述了子宫全切必将终身不孕的严重后果,但却没有讲清手术结果也必能明确诊断这一关键,从而导致误诊误治。

总之,全面搜集和分析发病因素是病史资料的第一个要素。

二、病 征

病史就其表现形式而言,主要是症状的演变史。因此在采集病史时必须搞清症状的真实与虚假、主要与次要,并且要在症状的发展、变化中认识疾病的性质和规律。疾病的发生、发展是一个致病因素与抗病因素相互斗争的过程,症状的显现也不会是一蹴而就的。诊断疾病时,临床医生要把各个时期、不同阶段的症状连贯起来加以分析,以便形成有关疾病的完整的动态图景,才能为确诊提供比较充分的依据。

【例证】杨××,男,2岁。1983年6月间无明显诱因解黑红色血便3次,量不多。当地医院为其输血、止血,治疗1周而痊愈。1984年5月断奶后,再次便血,1天3~4次,量多,黑红色,腹痛不明显,无发热,无呕吐。当地医院为其做X线钡剂灌肠检查,发现乙状结肠及直肠多处充盈缺损,考虑为多发性息肉而介绍来院。入院后连续频繁暗红色血便致头晕、

心慌、冷汗，血压下降60/36/mmHg，给予输血、止血、抗休克处理，病情稳定后行结肠镜检查未发现息肉而考虑血管畸型、美克尔氏憩室，经⁹⁹Tc扫描发现上腹部胃影处有规则显影区为异位胃粘膜，遂转外科，手术中见距盲肠45cm之回肠有一3×1.8cm之指状憩室，最后诊断为美克尔氏憩室。

本例开始误诊为乙状结肠、直肠多发性息肉的原因有二：①偏信X线检查结果，而结合临床综合分析不够，后行纤维结肠镜检查未见息肉，证明钡灌所见息肉系技术上误差所致之虚假征象；②对血便主要特点分析不够，如间歇性反复多量暗红色血便，既不符合低位肠道出血，也与息肉之出血特点不符。后致出血性休克时，才考虑血管畸型或美克尔氏憩室，经⁹⁹Tc扫描及手术，才证实其出血之真实原因为美克尔氏憩室。这说明在分析症状时必须抓住主要症状各方面的特点，并善于鉴别虚假征象，才能充分暴露疾病的本质。

【例证】邓××，男，70岁，退休工人。于30天前无明显诱因出现右季肋部隐痛，与呼吸无关，不向他处放散。20天前上腹胀满，餐后数小时呕吐，为胃内容物，味酸臭，无血液及胆汁，大便稀，无脓血。17天前呕吐加重，大便转干，于某医院观察室补液、胃肠减压，治疗3天，呕吐停止。3天来复又呕吐，每日多次，每次100~200ml，仍为酸臭之胃内容物，色似咖啡，未解大便，小便少。来门诊就医，查血压60/50mmHg而急诊入院救治。无慢性腹痛及肝病史。查体，体温35.5℃，脉搏细弱110/分，血压40/20mmHg。神志淡漠，营养差，消瘦，口唇皮肤干燥、松弛、无弹性，无出血点及浮肿，表浅淋巴结未触及，头颅胸部未发现异常，上腹饱满，可见胃形，无逆蠕动，震水音阳性，无肠形，无压痛，肝肋下1.5cm，质中等，无触痛，未触及脾脏及包块，无移动性浊音，肠鸣音无亢进，肾区无压痛及叩痛，脊柱四肢无异常。初诊：①幽门梗阻原因待查，十二指肠球部溃疡，胃癌待排除；②肝大原因待查，肝炎？入院后X线钡餐检查，钡剂停留于胃内，未见充盈缺损及龛影，仅少量进入球部。胃镜检查发现出血性胃炎，十二指肠降部上段梗阻，镜头难于通过。B型超声检查及肝扫描未见占位性病变，肝稍大，甲胎蛋白阴性，肝功正常。转外科手术探查，发现十二指肠降部后壁有一鸡蛋大肿物，与胆囊、十二指肠韧带、肝右叶粘连，包裹成团，取肝右叶上方3×2cm硬结送检，病理为腺癌肝转移，最后诊断为十二指肠癌肝转移。

本例之主要病征为反复呕吐多量酸臭胃内容物，上腹饱满，可见胃形，震水音阳性，伴随病征为右季肋部痛，肝稍肿大。根据前者应考虑幽门梗阻（十二指肠球部溃疡或胃癌所致），但胃镜结果为十二指肠高位梗阻（癌肿可能性大），应开阔思路，想到两种可能性。根据伴随症状考虑肝脏疾病，查B型超声、肝扫描、肝功未发现异常，但手术结果为肝右叶上方3×2cm继发性肝癌，系来源于十二指肠。说明B型超声、肝扫描未发现占位性病变，是因灵敏度和技术水平限制而造成的虚假现象，它掩盖了真实病变的存在，同时也说明主要病征与伴随病征之间具有内在联系。

总之，全面搜集和分析病征的真实与虚假、主要与次要的关系，搜寻疾病症状之间的动态联系，是把握病史资料的第二个要素。

三、病 程

疾病同任何事物一样，有其自己的过去、现在和将来。这些病史资料，既互相联接，又

有阶段性。因此，在采集病史时必须搞清病程的连续性和阶段性、既往史。

【例证】郭××，女性，47岁，农民。阵发性上腹钝痛伴恶心呕吐4天，于1983年11月18日入某医院住院。4天前清晨无诱因突然出现阵发性上腹钝痛，不向他处放散，伴恶心呕吐，无抽搐及呼吸困难，大小便如常。当地医院住院静脉点滴时见血液倒流入输液管，即感精神紧张，呼吸困难，说话不利，一直持续至11月17日出院而来我院。既往无患病史及外伤史。查体，体温38.2℃，呼吸24/分，脉搏140/分，血压80/60mmHg，神志清醒。皮肤淋巴结及头颈胸部未见异常。腹部饱胀，脐围压痛，胃鼓音区扩大，肠鸣音活跃，肝脾未触及。腹部透视符合胃扩张。初诊胃扩张。入院第二天烦躁恐惧、气急感十分明显。再次追问病史，患者于40天前被夹尾狗咬伤（2天后狗死亡），伤口早已愈合。乃诊断狂犬病送传染病院2天后死亡，证实诊断。

本例以上腹部阵发性钝痛伴恶心呕吐为始发症状，结合查体发现上腹部饱胀，鼓音区扩大、肠鸣音活跃，腹部透视符合胃扩张，而初诊为胃扩张。但不能解释其精神紧张、呼吸困难、说话不利、烦躁恐惧等症状。再次追问，才问出40天前被夹尾狗咬伤史，从而确诊为狂犬病。胃扩张征，实为狂犬病植物神经功能紊乱之表现。说明详询病程十分重要，有时对诊断和鉴别诊断起关键作用。

【例证】陈×，女，24岁，未婚，会计。人流术后阴道不规则流血半年余，于1982年4月17日入院。自述末次月经1981年7月中旬，停经后无明显早孕反应，当年10月2日开始阴道少量流血，暗红色，无组织物流出，当地医院查子宫增大超过停经月份，曾疑“葡萄胎”，但超声波检查不支持，10月5日行人流术后诊为“死胎”。3天后阴道出血伴腹痛，量如月经，术后10天发烧39℃。1982年1月份停止流血10余天，19日又流血。2月1日大出血伴休克，当地医院抢救后行刮宫术，刮出组织30克，未送病理检查。3月7日、16日两次大出血，经输血、止血、收缩子宫等治疗，阴道流血一直未止。4月5日转入江西赣州某医院查子宫鸡蛋大，左附件触及包块，妊娠试验2次阳性，否认性生活史，诊为绒癌。于4月9～14日进行化疗（5-Fu，1g/日）患者要求来广州而入我院。查体头颈胸腹部未发现异常。妇科检查子宫大小如孕50天，质中无压痛，左附件乒乓球大肿块质中，人绒毛膜促性腺激素（HCG）>10000u/l，结合病史诊为绒癌。4月20日行吸刮术，内膜组织2克送检，病理结果为子宫内膜腺体及退变坏死组织，未见滋养叶成分。胸片无转移灶。仍诊绒癌，进行2个疗程化疗（更生霉素0.2+5-Fu1g/日 平均每疗程9天），因白细胞降至3200/u1，呕吐1次，暂停化疗。人绒毛膜促性腺激素<100u/l，于6月15日出院。8月31日第二次入院，查子宫增大如孕50天，质中无压痛，阴道无紫蓝色转移结节，人绒毛膜促性腺激素>2500 u/l，诊为绒癌复发，拟再给予1个疗程化疗，但病人及家属坚决要求子宫全切术。“术后病理诊断为胎盘组织部分变性，妊娠黄体，卵巢冠囊肿。术后人绒毛膜促性腺激素<100u/l，最后诊断为妊娠伴卵巢囊肿。

本例的主要教训是：①对未婚女性的性生活史未能详细询问；②在当地刮宫术刮出组织30克未送病理检查是不对的；③卵巢囊肿之包块及反复流血史，干扰了妊娠的诊断思路；④对外院诊断绒癌并进行了化疗偏信不疑，从而导致误诊误治。说明病人在外院的诊治材料只能作为参考，在接诊时必须详细了解病史和诊治经过，以取得第一手材料，才能避免失误。

【例证】何×，男，46岁，工人。1974年4月初无明显诱因时感上腹偏右侧隐痛，在工厂卫生所对症治疗无效。5月1日因过节加菜饮酒后，出现右上腹发作性绞痛，并向右肩部放散，辗转不安，难于忍受，伴畏寒、低烧、恶心、呕吐少量胃内容物，无血块、无反酸暖气，4天来解少量黑色大便，小便如常。既往有胃病史，无肝胆病史。查体，体温37.2℃，脉搏80/分，血压118/90mmHg，慢性病容，表情痛苦，消瘦。皮肤无黄染、无蜘蛛痣及出血点。巩膜轻度黄染，右颌下触及绿豆大淋巴结数个，无压痛。心肺无异常。腹部平坦，右上腹肌紧张，有明显压痛及轻度反跳痛，莫非氏征(+)，肝脾触诊不满意，肠鸣音存在，右侧Boas'点压痛(+)。血白细胞11400/ μ l，杆状核粒细胞2%，分叶核粒细胞77%，淋巴细胞20%，单核细胞1%。A型超声肝上界位右锁骨中线第7肋间，下界肋下2cm，稀疏微波，锁骨中线外8肋间胆囊2cm，有毛波。初诊为慢性胆囊炎急性发作，胆石症。入院后经抗感染及对症治疗，右上腹绞痛缓解，而转为隐痛。5月11日昼间呕吐4次，为大量胃内容物含少量血丝，可见胃形、蠕动波，震水音(+)，考虑兼有幽门梗阻。经治疗10天后症状缓解，行上消化道X线钡餐检查，见十二指肠球部有黄豆大龛影及激惹，变形、充盈不良征，即按球部溃疡治疗。7月25日又出现上腹痛，大便潜血(+++)，X线钡餐复查见十二指肠球部小弯侧有一假性憩室。疼痛时轻时重，病人要求手术。术中见球后壁有一深溃疡灶并与胆囊体部、腹后壁及肝缘发生粘连，形成一核桃大包块，病理检查为炎症及疤痕组织，最后诊断十二指肠球部溃疡并幽门梗阻，溃疡慢性穿孔波及胆道致急性胆囊炎。

本例纵观其疾病全程，多年来患有十二指肠球部溃疡，并发幽门梗阻、慢性穿孔，波及胆道致急性胆囊炎，可见各病征的内在联系十分紧密。但本次发病初始阶段主症为典型胆绞痛、胆囊炎，对上腹隐痛、黑便、波阿氏点压痛(+)等也牵强以胆囊炎解释，漏诊了溃疡病，至第二阶段出现典型幽门梗阻及X线龛影征才诊断十二指肠球部溃疡，但考虑系胆囊炎之伴发病而未明其内在联系。至第三阶段手术后才得以明确最后诊断。说明在搜集和分析病史时，必须注意过去史和现病史的关系，既要了解疾病的阶段性表现，更要注意各阶段的内在联系，以便为诊断提供有力的线索。

【例证】黄××，女，19岁，学生。于1983年8月无明显诱因渐感乏力，食欲减退、腹胀、腹痛，每次发作10余小时可自行缓解，大便稀，每日2~3次，无脓血，间有干便，伴畏寒、盗汗，不觉发热。近半个月频繁呕吐，在本地医院诊断为完全性肠梗阻，行剖腹探查术，发现回肠末段与后腹壁粘连，近段回肠扩张为正常之3倍，壁厚，遂行阑尾切除及粘连松解术，症状缓解。但不久又出现腹痛、腹胀、呕吐，再次手术见屈氏韧带以下空肠明显扩张，长约160cm，肠系膜淋巴结广泛肿大，行空肠切除约180cm，术后顺利，梗阻症状消失。淋巴结活检发现“郎罕氏细胞”，未发现干酪坏死。1个月后又出现上述梗阻症状，中度发热(38℃左右)，大便呈糊状，X线钡餐检查，结果为十二指肠降部中段梗阻。查体见贫血貌，右颈触及绿豆大淋巴结2个。心肺无异常。腹部脐左见肠形及蠕动波，左下腹压痛明显，无反跳痛，未触及肝脾及包块，肠鸣音活跃，腹水征阴性。初诊：①慢性特发性小肠假性梗阻；②腹部结核；③克隆氏病。入院后第二天出现高热，体温39.7~40.6℃，精神萎靡，神志清楚，颈部强直，克尼格氏征(+)，双Babinski征(+)，脑脊液潘氏反应(+++)，白细胞数188/ μ l，单核细胞33%，多核细胞67%，蛋白180mg/dl，糖46mg/dl，氯

化物610mg/dl。给予抗结核治疗3个月，症状基本消失。最后诊断为腹部结核，结核性脑膜炎。

本例是青年女性，慢性病程，第一、二阶段均以腹痛、腹胀、呕吐为主要表现，在当地医院经2次腹部探查手术，仍诊断为“肠梗阻”。因过去无结核病史，加之对乏力、畏寒、盗汗、大便不规则等伴随症状重视不够；第二次手术虽见肠系膜淋巴结广泛肿大，病理发现郎罕氏细胞，但未见干酪坏死灶而未考虑腹部结核之可能。第三阶段又出现肠梗阻症状并伴中度发热，来院后将手术缓解误为病程的自然静止，而忽略了一直连续存在的基本病因，故初诊仍将慢性特发性小肠假性梗阻摆在第一位，把腹部结核放在第二位。至第四阶段出现典型的脑膜炎表现并经抗痨治疗取得显效才明确最后诊断。说明在病程早期阶段表现不典型时，不应放弃任何微小的疑点；晚期出现典型表现时，也不宜只看典型不及其余，而应将整个病程联系起来；并要透过各阶段的表现分析其本质。

总之，全面搜集和分析病程的阶段性和连续性、现在史和过去史的关系，是把握病史资料的第三个要素。

四、病 情

发病的缓急、病情的轻重、典型症状的有无，对于建立诊断有重要影响。因此，采集病史时应注意病情的轻重与缓急，资料的阳性与阴性。

【例证】曾××，男，53岁，农民。1984年4月中旬无明显诱因相继出现腹胀，食欲减退，乏力，下肢浮肿，自觉左下腹有包块，在当地用中药治疗，症状缓解，停药复发。5月份过劳后突觉右上腹痛，恶心，呕吐少量胃内容物，无发热、黄染及腹泻。在某医院检查发现肝脾肿大，骨髓穿刺，疑为“白血病”，试行化疗，效果不佳。7月份在某地区医院住院2个月，诊断为“肝硬化”，“脾功能亢进”，并准备行脾切除术，因持续发热，一般情况差而未行手术，否认肝炎史。查体，体温38.2℃，脉搏120次/分，呼吸22次/分，血压104/66mmHg，消瘦呈慢性病容，巩膜无黄染，表浅淋巴结无肿大，皮肤未见蜘蛛痣，但面部有少许毛细血管扩张，胸背部有少许针尖至米粒大出血点。心无异常，右下肺可闻水泡音。腹部饱满，肝肋下5.5cm，质硬，表面平坦，无明显触痛，脾大甲乙线15cm，甲戊线18cm，丙丁线12cm，质硬，平坦无触痛，腹部无压痛及反跳痛，腹水征（-）。两下肢轻度浮肿。白细胞2900/μl，杆状核粒细胞16%，分叶核粒细胞60%，淋巴细胞14%，单核细胞2%，早幼粒4%，中幼粒2%，晚幼粒2%，红细胞190万，血红蛋白6.19g/dl，血小板5.6万，A型超声波示肝脾肿大，肝波较密，有低小、中小波，甲胎蛋白（-），放射免疫法<50ng/ml，γ-谷氨酰转肽酶（-），肝功能正常。胸透右下肺炎。初步诊断：①肝硬化（失代偿期），脾功能亢进，并右下肺炎；②白血病待排除。入院后经骨髓检查，诊断为急性粒细胞性白血病（M₂型）。

本例是慢性病程，肝脾显著肿大，皮肤有毛细血管网及出血点，血象三系细胞明显减少，应考虑肝硬化脾功能亢进。但不支持点为腹壁静脉怒张及腹水征均属阴性，特别是在肝脾显著肿大及下肢浮肿等阳性资料衬托下尤难解释。因此，不能排除白血病之可能。根据病程、肝脾、血象等表现，应考虑慢性非白血性粒细胞性白血病，而不符合急性型之特征。但其鉴别关键是骨髓象。检查结果恰为急性粒细胞性白血病（M₂型）。这说明急性粒细胞增生，病