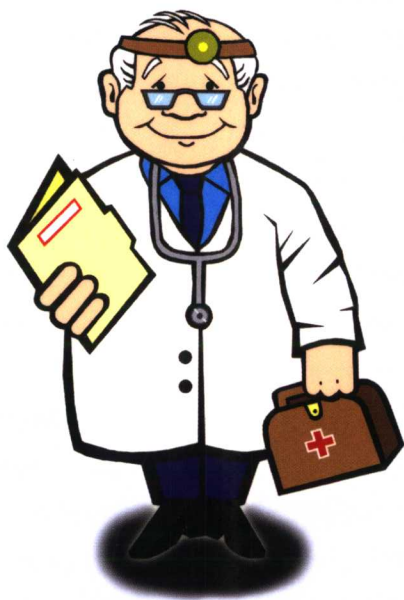


点击临床思维

—— 误诊60病例分析

DIAN JI LINCHUANG SIWEI
WUZHEN 60 BINGLI FENXI

李春昌 李春昇 编著



 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

点击临床思维

——误诊 60 病例分析

DIANJI LINCHUANG SIWEI

——WUZHEN 60 BINGLI FENXI

李春昌 李春昇 编 著

 人民军医出版社

图书在版编目(CIP)数据

点击临床思维——误诊 60 病例分析/李春昌,李春昇编著.
—北京:人民军医出版社,2006.5

ISBN 7-5091-0214-6

I. 点… II. ①李…②李… III. 临床医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 005243 号

策划编辑:魏雪峰 文字编辑:魏雪峰 责任审读:李 晨
出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)
传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)
网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司
开本:850mm×1168mm 1/32
印张:5.875 字数:141 千字
版、印次:2006 年 5 月第 1 版第 1 次印刷
印数:0001~6000
定价:15.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换
电话:(010)66882585、51927252



李春昌教授，临床胸外科医师，1960年毕业于中国医科大学，1984年任原白求恩医科大学教务处长，1989年任教务长。在多年的临床与教学管理工作中，积累了丰富的经验，曾主编或参加编写《老年保健学》、《临床医学问答》等医学专业书籍8册；参加编写《医学教育管理》、《医学教育学》等医学教育专业书籍6册；发表论文30余篇。先后任中国医学教育学会教育管理分会副理事长、国家医学考试中心命题委员，国家教育部专家评价组组员，吉林省医学教育学会秘书长等社会职务。具有丰富的临床与教学管理经验，并为二者的有机结合，积极思索，不懈努力。



内容提要

本书作者长期从事临床医学的医疗、教学和科研工作,以亲身经历的病例诊治经过作为案例,运用归纳、综合、演绎、类比排除等方法,逐步确立正确的诊断,帮助青年医师逐步养成正确的临床思维习惯。60 病例误诊分析,并配以形象的漫画,更显得活泼有趣。本书启发性强,不仅适合医科大学学生和低年资住院医师,而且对于在临床工作中具有一定经验的医师也有很好的借鉴作用。

责任编辑 魏雪峰



前 言

思维是人类特有的认识过程。临床思维,是医生以辩证、逻辑思维为基础,运用已有的医学理论知识和经验,对疾病进行调查、分析、综合、判断、推理等一系列活动的认识过程;临床思维的实质是在临床诊治过程中对辩证、逻辑思维方法的具体应用;临床思维贯穿于整个临床诊治过程之中。

一个合格的临床医生必须具备的5大要素是:渊博的医学知识,丰富的临床经验,高尚的职业道德,严谨的工作态度和科学的思维方法。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、正确的诊断;错误的或不恰当的临床思维则会导致诊断的贻误或治疗的错误。在某种意义上来说,科学的临床思维的建立与培养绝不亚于系统临床知识的获取。

对广大的社区医师而言,加强临床思维的培养就显得更加重要。在社区卫生服务工作中,除了要解决若干“健康问题”之外,遇到的疾病多数是处于初级阶段,症状

与体征往往没有全部显示出来,临床资料常常不完整。处理这些恰如“水面下的冰山”样的疾病,显然要困难得多。因此,在疾病诊断与治疗过程中,我们必须全面、科学地进行思维、推理,去粗取精,去伪存真,深入认识疾病的本质,及时作出正确的临床判断,给予及时合理的治疗处理。

临床思维能力不是先天就有的,而是在临床实践中通过不断培养得来的。著名医学家吴阶平教授说:“没有临床实践,就没有临床思维。”临床实践是养成临床思维的基础,但决不是临床思维的代替。为了帮助广大基层医师在临床实践中加快科学的临床思维的养成,我们整理出版《击点临床思维》这本书,以真实的临床病例为切入点,引导临床思维的建立。我们企盼本书能够真正成为广大基层医师和低年资住院医师的良师益友,受到广大读者欢迎。

李春昌 李春昇

2005年7月于长春



目 录

临床思维概论	(1)
一、临床思维的基点	(2)
二、临床思维的原则	(4)
三、临床思维的程序	(5)
四、临床思维的方法	(6)
五、临床思维的策略	(7)
六、临床思维的培养	(8)
临床思维个案点击	(10)
一、颈椎间盘突出为何诊断困难	
——归纳类比,先考虑发病部位	(10)
二、凭直觉对肺癌的诊断	
——直觉思维的闪光	(13)
三、乳房肿大与肺癌	
——运用演绎推理思维的实践启迪	(15)
四、晕厥与左房黏液瘤	
——做好临床思维的起步工作	(19)
五、年轻妇女的炎性乳癌	
——努力摆脱思维定势	(21)



六、甲状腺乳头状癌	
——临床医学的充分条件及假言判断·····	(24)
七、诊断尿路结石的坎坷经过	
——充分条件的真假判断·····	(27)
八、是胃炎还是胃癌?	
——坚持逻辑思维的基本规律——排中律·····	(30)
九、动脉硬化性闭塞症	
——要从强烈的固有概念、内涵中解脱出来,认清疾病的实质·····	(33)
十、食管癌压迫性咳嗽	
——坚持“发散思维,演绎推理”的临床思维程序·····	(36)
十一、冠心病与牙痛	
——病人的症状与体征不符,应立即设法寻找“元凶” ·····	(38)
十二、青年人也会得直肠癌	
——解脱惯常与定势的束缚,锐意联想·····	(40)
十三、对原发性肝癌辅助检查结果诊断意义的判定	
——寻求相同辅助检查项目的不同含义,同中求异·····	(43)
十四、胃大部切除术后与内痔贫血	
——直接推理的结论要经实践考验·····	(45)
十五、支气管哮喘合并气胸	
——错误在于一成不变的思维与粗心大意的体检·····	(48)
十六、小儿急性出血性坏死性胰腺炎	
——防避临床思维狭窄是建立正确诊断的关键·····	(50)
十七、短肠 V-D 吸收障碍引起的低血钙	
——采用溯因推理法理顺临床诊断思维程序·····	(53)
十八、眩晕的病因求索	
——在临床诊断中对类比排除思维方法的利用·····	(56)
十九、低钾性肠麻痹的诊断思路启示	

——临床诊断要勇于摆脱常势思维的困扰·····	(59)
二十、胆石症与胆心综合征	
——一叶蔽目,以偏概全是临床诊断思维的大敌·····	(61)
二十一、败血症诊断的三起三落	
——辩证分析辅助检查结果是临床思维的重要组成部分·····	(64)
二十二、对头晕病症的深化再认识	
——正确把握“认错与逼近”的逻辑思维,拓宽临床识别能力·····	(67)
二十三、慢性前列腺炎完整临床资料的获取	
——一元论的演绎推理是获取完整临床资料的关键·····	(70)
二十四、对出血性输卵管的再认识	
——临床知识贫乏难免会出现临床思维暗点·····	(73)
二十五、对甲状腺功能低下性水肿的识别与分析	
——正确地诊断源于对主诉症状的识别与分析·····	(76)
二十六、结核性腹膜炎与卵巢癌的鉴别	
——临床思维要能够突破专科的怪圈·····	(79)
二十七、第一次诊治肠梗阻所遇到的“对”与“错”	
——强势思维的正确导入·····	(81)
二十八、老年人甲状腺功能亢进(淡漠型)的诊断	
——突破惯常思维,会有另一片天地·····	(84)
二十九、肛门疾病的“闪电诊断”	
——敏锐的洞察与思维判定·····	(88)
三十、胡萝卜素血症的识别	
——临床思维的扩散与亮点闪现·····	(90)
三十一、被意外早期发现的甲状腺癌(髓样癌)	
——疾病共性与个性的辩证思维之突出显示·····	(93)
三十二、对桡骨小头半脱位的再认识	

——在急诊中的直观形象思维·····	(95)
三十三、黄色瘤的启示	
——识别与推断是重要的临床思维能力·····	(98)
三十四、有关输卵管妊娠破裂的诊断思维	
——综合分析,归纳推理,寻求要点·····	(100)
三十五、反流性食管炎与心源性胸痛	
——临床诊断思维切忌步入“先入为主”的死胡同···	(103)
三十六、黄指(趾)甲的启示	
——主动建立“闪电式”临床思维·····	(106)
三十七、巨细胞病毒感染	
——知识更新是拓宽临床思维的基础·····	(108)
三十八、对急性腹痛的特异性诊断依据的再思考	
——“疑虑”的思维扩延与认定·····	(111)
三十九、病史采集的思路	
——紧紧围绕主症,从多病因寻求的演绎思维·····	(114)
四十、成年人的低钙血症	
——临床思维也要与时俱进·····	(117)
四十一、“直背综合征”的启迪	
——超常思维是拓宽诊断思路的方法之一·····	(120)
四十二、是肺部感染?还是肝肺综合征?	
——一元论是诊断思维的基本原则·····	(123)
四十三、糖尿病性胃轻瘫	
——临床思维的“九九归一”·····	(125)
四十四、全身淋巴结肿大与淋巴结结核	
——一定要遵循常规临床思维程序·····	(128)
四十五、股疝嵌顿与急性肠梗阻	
——临床思维默然中断的后果·····	(131)
四十六、对应急性溃疡的误诊与误治	
——不断清除临床思维的暗点·····	(134)

四十七、对血清淀粉酶不高的急性胰腺炎的判定	
——在诊断中要处理好“点”和“面”的思维关系	(136)
四十八、对小儿腹痛、便血的深入认识	
——严密的思维,在于细致的观察	(139)
四十九、乳腺肿块的准确认定	
——求实思维是获取真实临床资料的关键	(142)
五十、初冬时节对“无菌性脂膜炎”的认定	
——临床思维要与诊病的时空相结合	(144)
五十一、从头部外伤处理中得到的沉痛教训	
——在临床实践工作中必须坚持动态思维	(147)
五十二、一例单肾手术的教训	
——偶然与必然、罕见与多见的辩证统一	(149)
五十三、结肠癌术后的昏迷	
——临床思维要突破专科惯常的拘泥	(152)
五十四、肾损伤的病情演变	
——显现与隐蔽,静与动的辩证统一	(154)
五十五、胸痛、胸闷、气急、心慌的识别	
——“以否定立肯定”是重要的诊断思维程序之一 ...	(157)
五十六、少年儿童的高血压	
——伴随时空临床思维要做适时的调整与定位	(160)
五十七、高血压的诊断与认定	
——在疾病诊治中要辩证地看待临床资料的客观性	(162)
五十八、三易吞咽困难的临床诊断	
——临床思维的切入点在于对疾病疑点的解释	(165)
五十九、门脉高压症与布-加综合征	
——诊断思路力求从标到本,溯本求源	(168)
六十、防避踏入“神经衰弱”的诊断误区	
——诊断思路要把器质性疾病放在首位	(170)



临床思维概论

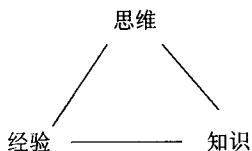
思维——人类特有的认识过程，是以知识为中介的分析、判断、推理、综合过程。

临床思维——诊断思维、治疗思维(本书重点讨论诊断思维)。

辩证法对科学研究来说是最重要的思维形式，所以临床思维的实质就是在临床诊断过程中对辩证思维方法的应用。

一个合格的临床医生必须具备的五大要素是：

1. 渊博的医学知识
2. 丰富的临床经验
3. 高尚的职业道德
4. 严谨的工作态度
5. 科学的思维方法



吴阶平说：“没有临床实践，就没有临床思维。”

恩格斯说：“离开思维便不能前进一步。”

希波克拉底主张：医学家必须同时是哲学家。

在某种意义上来说，思维更为重要！

※有人错误地认为现代科技发展，检查结果全面、准确。疾病

诊断过程中思维的重要性会相应下降。事实证明,至今误诊率仍然高达 30% 左右,与过去相比差别不大。误诊率高,关键是当今看病更困难,因此,思维更重要。

※还有人错误地认为当医生重要的是经验的积累。其实,临床经验的积累,在某种程度也是临床思维的养成。

一、临床思维的基点

1. 较大的变异性 医生面临问题之所以具有较大的变异性是由人体的特异性所决定的。人体的个性、特异性是永恒的。临床理论——只能着眼于“共性规律”。

(1)病人极少是“千人一面”,总会表现出个体差异。疾病表现的个体差异(病例:肺癌以乳房肿大为主诉;肺癌以下肢活动无力为首发症状)。

(2)疾病过程的个体差异、特异变化或超常现象。

①年龄、职业、爱好、生活地区的不同。

②人体免疫力的不同(病例:胃癌的自愈)。

(3)治疗效果的个体差异。心理状态、性格、耐受力、医嘱顺从性、对医生的信任程度等(病例:胆囊切除术后爱进脂肪食)。

在日常的医疗工作中切不可轻易地下“绝对”性的结论

2. 一定的隐蔽性

(1)健康意识的增强,对疾病认识的难度加大。其中重要的原因之一是隐蔽程度的增加。

“disease”(疾病)

“illness”(疾患)——第三状态的出现。

就医者——1/3 是因疾病痛苦的显性问题而来,2/3 是处于身体不适的隐性阶段。

特别是医学模式的转变——“生物-心理-社会”医学模式全面地考虑问题,尤其注意社会、心理问题(病例:心理障碍和心理疾

病——神经症)。

(2)现有的医学水平限制了对疾病的认识。对疾病缺乏早期发现的能力,无法及时、完整地揭示疾病的实质(病例:肝癌的临床现状)。

临床工作如履薄冰!

3. 疾病的阶段性 任何疾病的发生、发展都有一个完整的变化过程。我们可以在疾病的任何阶段接触病人,可能在疾病的初期——可能在疾病的中期——也可能在疾病的末期。不同时期的疾病表现必然会存在着较大差别。我们希望最好是观察到疾病的全过程,有些小病可以做得好,而多数疾病实际是很难做到的。因此,诊断要不断修正,治疗要不断选择,预后要灵活看待。

4. 资料的相对性

(1)临床资料的相对完整:临床资料的完整性受时间的限制、条件的限制、经济实力的限制、伦理道德的限制所制约。收集资料的过程,住院优越门诊、大医院优越基层医院。所以,在某种意义上说:大医院的医生好当!

(2)临床资料的相对可靠:由病人、家属、同志乃至社会提供病史,难免有主观、虚构、夸大、缩小等;A 体格检查手法的准确程度和辅助检查资料的误差(技术性、假阳性)等均对资料的可靠性有影响。应特别注意,先进仪器使用后,误差只是有所减少,并没有消失。

5. 思维的概然性

(1)推理方法的概然性:在临床较为常用的是“类比推理法”。在临床实际工作中,任何两种疾病都是具有程度不同的差异,不会绝对相同。因此,推理得出的结论难免有一定程度的概然性。

(2)掌握病情的概然性:我们在临床上看病几乎都是从一点介入了解、掌握病情,由点到面的认识疾病问题,相当于在整体中进行“抽样”。应尽量减少抽样误差,但是无法杜绝抽样误差。

6. 矛盾的普遍性 各种诊断、治疗方法的“双刃效应”致使在



临床工作中几乎普遍存在着矛盾。也就是方法的利弊、得失。(病例:老年人补钙,预防骨质疏松可能导致尿路结石;抗生素应用,急用与病原菌的证实;肺癌活检的诊断意义与导致扩散)

二、临床思维的原则

1. 有病与无病 是否有病? 应先考虑有病,给予病人以最大的关心和认真的检查。同时,也不可忽视“诈病”,提高警惕!

2. 器质与功能 必须首先考虑器质性疾病,并进行详细、认真地检查。在基本能够除外器质性疾病的前提下,再考虑功能性疾病。绝不要简单、轻率地诊断为功能性疾病(病例:对一名头痛的病人千万不能轻易地诊断为“神经性头痛”)。

3. 一元与多元 对病人表现出的若干症状,要遵循首先考虑一个疾病的原则,尽量用一个疾病进行解释;当确实无法用一个疾病进行圆满解释时,再考虑同时具有多种疾病(病例:上腹胀满,恶心,咳嗽,气短,心悸,发绀,尿少,浮肿等,用心脏病解释)。

4. 常见与少见 疾病的发生的概率,决定了临床上的常见病、多发病。因此,对任何疾病均先考虑常见病,特别是本地区的常见病。如果能够除外常见病,或用常见病解释不了临床症状,则必须进一步考虑少见病,甚至罕见疾病。

常见——A 年龄常见——老年人——癌

B 性别常见——“4F”

C 地区常见——胃溃疡,蛔虫症

5. 良性与恶性 对具有恶性可能的疾病,特别是某些肿瘤,要遵循先考虑恶性,后考虑良性的原则(病例:老年人出现进食不畅,先考虑的是食管癌,而不是食管炎或食管憩室)。

6. 急性与慢性 初诊病人应先判断是急性疾病还是慢性疾病。同时必须时时注意强化急诊观念,警惕对急性疾病的延误诊治(病例:急性腹痛,先要除外“急腹症”,检查是否有“腹膜炎”表

现)。

7. 疾病与病人 对病人和他(她)所得的疾病的诊治,应该将病人视为主体,

先考虑病人,后考虑疾病。把病人的生命质量放在第一位,且不可只看到疾病而忽略了病人。特别是在一些关键性的治疗方法选择上,一定要先考虑病人今后的生活和生活质量(病例:截肢的慎重处理;甲状腺手术后声音嘶哑对演员从事演艺职业的致命的打击)。

三、临床思维的程序

惯常的临床思维程序是由发散到逐渐凝聚,将对问题的考虑过程按照下列步骤进行:

是什么性质的疾病?(急性与慢性;恶性与良性)

是什么范围的疾病?(内科、外科、神经科、妇产科……)

是什么部位的疾病?(呼吸系统、消化系统、循环系统……)

是什么疾病?(具体疾病名称)

疾病的程度?(阶段、病理类型)

上述这些问题是需要我们在疾病诊断过程中深入考虑的问题,可以一步一步加深,也可以将其融合在一起,略有先后的进行思考。

可见,正确的临床思维,其诊断思路并不是见到病人马上作出是什么疾病的具体诊断,而是逐层贴近,缩小诊断范围,最后才落实到是什么疾病的具体诊断(病例:突然发作的双上肢疼痛,感觉异常,继而出现张力性水肿。先考虑为急性的,神经性的,部位可能在神经根部病变。做磁共振成像检查,证实为颈椎间盘突出。)

当然,有一些简单的、外观明确的疾病则可以跨越上述的繁琐程序,一目了然,作出诊断。特别是若干外科开放性损伤性疾病,如:背部砍伤、肘部擦皮伤等。

