

科学人文 · 健康人系列

医生如何想

HOW DOCTORS Think



第一本详细分析医生思考过程的书
教你如何避免被误诊！

一个惊人的事实是——

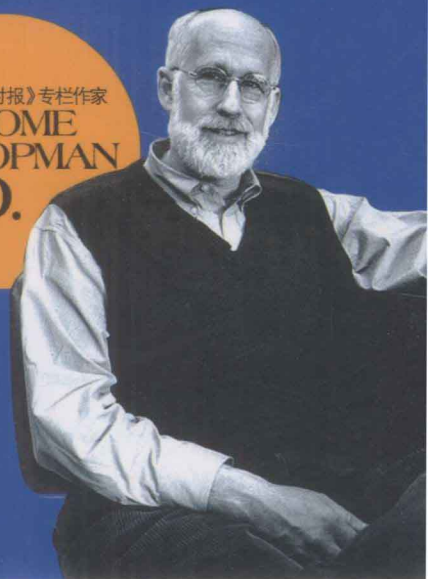
病人在陈述自己的症状时，通常在18秒内就会被医生打断。不到几分钟，医生就会下诊断。但由于时间仓促或思考路径出了差错，即使是最好的医生，也可能出现15%的误诊！在面对医生的时候，我们该如何用简单的问题来帮助医生找到病症的要点？如何利用说话的技巧来提醒医生，以减少误诊的遗憾？以保障你和家人的健康，甚至生命！

「美」杰若·古柏曼 / 著 杨小山 / 译

湖南科学技术出版社



《纽约时报》专栏作家
JEROME GROOPMAN M.D.



荣获6000位美国书商及图书馆员
共同肯定
羽笔奖健康类最佳图书
一位医生的真实记录——

病人不是刚刚还谈笑风生，怎么一下子就差点没命了？以前当我还是个学生时，每门功课都是A，如今我终于成为了现实世界里的医生，我要给自己打几分？我不得不承认，我的表现不及格。

多数人认为急诊医生做的决定都是当机立断，但这其实是一个误解——在那种混乱而忙碌的情况下，要保持头脑冷静，必须放慢脚步，以避免犯错误。

病人说的都是像头痛一类的小问题，而真正严重的问题，一开始真的不容易看出来。

杰若·古柏曼

哈佛医学院Dina and Racanti讲座教授，贝丝以色列女执事医院实验医学科主任，亦领导癌症及艾滋病的研究。同时为《纽约客》(The New Yorker)杂志生物医学类作家，文章定期刊登于《纽约时报》(New York Times)、《新共和周刊》(The New Republic)、《华尔街日报》(The Wall Street Journal)、《波士顿环球报》(The Boston Globe)及多种科学期刊。

科学人文

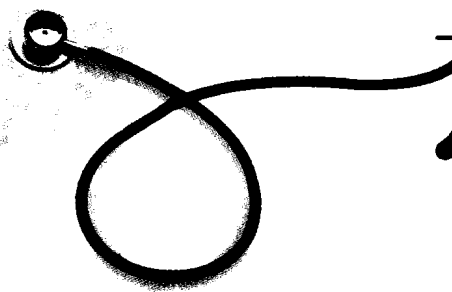


健康人系列

医生

如何想

How
Doctors
Think



「美」杰若·古柏曼／著 杨小山／译

K 湖南科学技术出版社



图书在版编目 (C I P) 数据

医生如何想 / (美) 古柏曼 (Groopman, J.) 著 ; 杨小山译. — 长沙 : 湖南科学技术出版社, 2011. 12

书名原文: How Doctors Think

ISBN 978-7-5357-6911-4

I. ①医… II. ①古… ②杨… III. ①医学心理学—青年读物②医学心理学—少年读物 IV. ①R395.1-49
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 212118 号

原书名: how doctors think

Copyright © 2007 by MD, Jerome Groopman

Simplified Chinese translation copyright©2011 by Hunan Science & Technology Press

All Rights Reserved

湖南科学技术出版社获得本书中文简体版中国大陆地区独家出版发行权。

著作权登记号: 18-2007-228

版权所有, 侵权必究。

科学人文·健康人系列

医生如何想

著者: [美] 杰若·古柏曼

译者: 杨小山

策划编辑: 孙桂均 李 媛

文字编辑: 陈一心

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-84375808

印 刷: 长沙宇航印刷有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 长沙市河西望城坡航天大院

邮 编: 410205

出版日期: 2012 年 1 月第 1 版第 1 次

开 本: 710mm×970mm 1/16

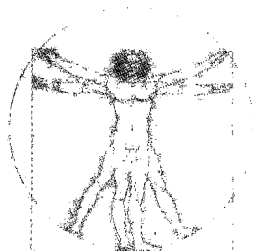
印 张: 14.25

字 数: 182000

书 号: ISBN 978-7-5357-6911-4

定 价: 28.00 元

(版权所有·翻印必究)



读一流书 做一流人

How Doctors Think

Jerome Groopman, M.D.

**HOUGHTON MIFFLIN COMPANY
BOSTON • NEW YORK • 2007**

病人不是才跟我谈笑风生，怎么一下子就像天摇地动，差点没命？从前我还是个学生时，假装自己是真正的医师，每一门功课都是A。……如今，我终于成为真实世界里的医师，我要给自己打几分？我不得不承认，我的表现不及格。

医师碰到自己喜欢、欣赏或者和自己气味相投的病人时，在做决定的时候，就像打牌，总会设法让牌面看来胜算最大。克罗斯凯瑞在为麦金立诊治时，决定相信初步检查的结果——心电图正常、胸部X线片正常。没问题最好。他没有再安排进一步的检查。

大多数人以为急诊医师做的决定都是当机立断，但亚特认为这是一种误解。……“在急诊那种混乱、忙碌的情况下，要保持头脑清楚，一定要放慢脚步，以避免认知错误，”亚特说，他都以一种“审慎的平静”刻意放慢思考和检查的速度，以免分心或是受到急诊气氛忙乱的影响。

我相信在医疗上每一科都有挑战性，但最难的一科其实是基层医疗。在基层行医，就像从驶过的列车上寻找某一张脸。基层医师听到病人说的都是像头痛、消化不良、肌肉疼痛等似乎不怎么严重的问题，万一碰到一个真正严重的，一开始真的不容易看出来。

蕾秋既不是认知心理学专家，也没研究过医疗决策错误的问题，她只是一个忧心如焚、快被恐惧吞噬的母亲。然而，她还是生出力量，细心研究女儿的病。她发现医师的思考有矛盾之处时，就以客气的态度表示她无法接受，最后才得以力挽狂澜。

人体生物学和生理学还有一些层面是我们预测不到的。无法完全靠逻辑推论来解决问题。福尔摩斯虽然是最厉害的侦探，但人体生理学的问题不是盗案，也不是谋杀案，不是把所有的线索集合起来，就能解开破案。医学有很多不确定性，使你更容易把凶手搞错。

129

第七章 右手奇遇记

我的右手幸好治好了。我能治好是因为我本人是医师吗？当然，我是医师，我太太也是，我的确有很大的优势。但对我这三年诊疗最有帮助的，说来还是我过去脊椎手术失败的经验。没错，我的专业知识也有帮助，但常识才是关键。

145

第八章 暗室中的眼睛

布莱根医院放射科主任索斯曼有一天看了一张胸部X线片，然后就对住院医师说：“这个病人肾衰竭。”住院医师觉得很奇怪，问他：“这片子明明是胸部X线片，如何能诊断肾脏的问题？”索斯曼解释说，他看到病人的肋骨变粗，因此想到是钙、磷代谢出了问题，因此推断是肾衰竭。

165

第九章 金钱与医疗

广告造成的“风潮”就是药品行销最厉害的地方。美国国家卫生研究院下结论说，所谓的男性更年期没有科学根据。尽管如此，男性激素药品的销量还是扶摇直上。药厂的主要目标就是赚钱，为了赚钱不惜影响医师的思考，影响他们对疾病的认知与治疗方式。

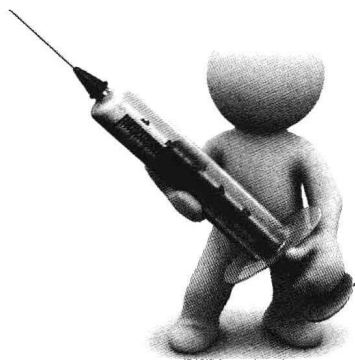
189

第十章 心灵的服侍

医师的建词用句可以左右病人的选择。例如有两种说法，在临床上看来是相当的，一种是“使用这种疗法，有三成的机会可以好转”，另一种是“这种疗法失败和死亡的概率是七成”，但病人听了反应会截然不同。而且有些病人可能会把“好转”解读为“治愈”。

211

结 语 你该问医师哪些问题？



序 言

解读误诊的黑盒子

过去 15 年来，安妮不知看过多少个医师了。真要猜个数目，大概接近 30。现在，也就是 2004 年圣诞节过后两天，一个难得的和煦的早晨，她又要开车去波士顿看另一个医师。她的内科医师劝她别去，毕竟她已经病了这么多年，也知道是怎么回事了，再怎么看，还不是白费工夫？但她的男友一定要她去。安妮告诉自己，她不是为自己去的，是为了男友，只要她去，男友就不会再跟她唠唠叨叨。她想，中午左右应该就可以回到家。

安妮已经三十来岁，有一头沙棕色的头发，眼珠则是柔和的蓝色。她是在马萨诸塞州一个小镇上长大的，有三个姐妹，没有一个跟她生一样的病。她在 20 岁左右发现自己突然变得讨厌食物。每次吃完饭，就像有只手紧揪着她的胃，然后扭转。她觉得胃很痛，而且恶心想吐，有几



次还真痛到呕吐。家庭医师帮她做了检查，但没找到病因，只开了些胃药给她。那可怕的症状一直阴魂不散。安妮胃口都没了，但还是强迫自己吃点东西，但吃了又会反胃，只能悄悄跑到浴室去吐。内科医师怀疑她有精神方面的问题，转介她去看精神科。精神科医师的诊断是神经性的厌食症和饮食失调，如果不矫正，有一天可能会活活饿死。

十几年来，安妮不知看过多少内科医师，最后才固定看一位专门治疗饮食失调的女医师。除了内科，安妮也看过其他各科的专科医师，如内分泌科、骨科、血液科、传染病科等，当然也做了心理咨询，看了精神科医师。她共接受过4种抗抑郁药的治疗，也做过每周一次的谈话治疗。营养师也密切注意她每日的热量摄取情况。

但安妮的身体还是愈来愈差，过去一年更差到了极点。她的红细胞和血小板数目已少到危及性命的地步。骨髓切片检查显示，血细胞几无增生。为安妮诊治的两位血液科医师都认为这是营养不良造成的。安妮还有严重的骨质疏松症。有位内分泌科医师说，由于缺乏维生素D和钙，她的骨头就像是八十几岁的老太太。根据骨科医师的诊断，她的骰骨已出现毛细裂纹。此外，她的免疫系统也危在旦夕，一而再、再而三地出现感染的问题，包括脑膜炎。2004年她曾四度住进精神疗养院，在院方严密的监控下，体重才能上升一点。

内科医师告诉安妮，如果要恢复健康，她一天必须摄取13000焦的热量，最好是容易消化的碳水化合物，如麦片或面条。但是安妮吃得愈多，就愈难受，不只恶心的感觉更加强烈，更想吐，最近还有严重肠胃痉挛和腹泻的问题。医师告诉她，她已出现肠躁症（一种由心理压力引起的肠道功能异常）。到了12月，安妮的体重掉到37千克。虽然她说已强迫自己每天吃下约13000焦热量的食物，体重还是一直往下掉，为她诊治的内科医师和精神科医师因此认为她说实话。

安妮去法瞿克（Myron Falchuk）医师的肠胃科门诊看诊之前，法瞿克医师已经拿到她过去的病历。安妮的内科医师也已告诉他，安妮的肠

躁症只是精神状态恶化的另一个表现，只要他再次为安妮做腹部检查——安妮的肚子不知被多少位医师触摸、敲打过了——然后跟她再次确认是肠躁症，要她按照先前内科医师的医嘱，注意饮食并服用镇静药。

但法瞿克医师并没有这么做。他先问安妮几个问题，听她说，观察，然后从不同的角度来思考她的病症。安妮的病有一点很特别，过去十五年没有一位医师注意到。法瞿克医师终于发现这点，也救了她一命。

这本书要探讨的是，医师在为病人治疗的时候是怎么想的。我是在3年前一个9月的早晨带一群实习医师、住院医师和医学生巡房时，无意间想到这个问题的。那时，我是负责“一般医学”的主治医师。所谓“一般医学”，涵盖林林总总的临床问题，不只是我专长的血液科、肿瘤科和艾滋病，因此我们要照顾的病人，可能患有肺炎、糖尿病等常见疾病，或者尚未得到明确诊断，或者他们的疾病有很多种疗法，但我们还不知道哪一种比较好。

我喜欢用传统的方式带他们巡房：先请一个人做病历摘要报告，然后来到病人面前，和病人交谈，并且为他做检查。之后，我们这一群人再回到会议室进行讨论。我采取的是苏格拉底的辩论法来启发学生，我要他们认真思索，并对我和别人所说的都要提出质疑。但3年前的那个9月的早晨，讨论结束之后，我心里有些不安。我担心学生之间的互动不够，更觉得自己没带好他们。这些学生个个都很聪明，态度也很好，不知怎么就是无法切中要害，听别人说话不够仔细，观察力不够敏锐，对病人问题的思考也不够深入。看来，他们不管是在学习解开临床难题上还是照顾病人上，可能都出了点问题。

你一定听过老医师说过这样的话：医师一代不如一代，现在的年轻医师不像老一辈的那么明察秋毫，也没有他们的高明远识：“30年前，我们的训练实在严格到家了，每一个人都有真功夫。现在嘛，唉，算了……”那些老医师犹如白首宫女话当年，感叹使他们成为成熟临床医师的魔法已经消失。但我怀疑老一辈抱着怀旧的心情，以他们人生巅峰



的那个时代和空间来看现在，不免有所扭曲，觉得现在的医师不如他们。我要承认，在此之前，我也有这种一代不如一代的感触，但是仔细回顾以往，我还是看到我们以前训练过程的重大缺失。我自己在年轻时代的学习和现在的医学生一样有很多错误，只不过缺失的本质和形态有所不同。

在我们那个时代，老师从来就没有特别教我们看病人的时候要如何思考。老师教什么，我们就学什么。还是小医师的我们，敬畏资深医师就像学徒尊敬师傅一样，我们相信，假以时日，我们必然能一点一滴学会像资深医师那样诊断与治疗。主治医师很少向我们解释，他们在做决定的当下思考的步骤是怎样的。过去几年，医学院的教学已开始出现激烈的变革，不再是单向的教与学。医学生或住院医师必须学习利用“决策树”来解释自己是怎么思考的，或如何按照临床实践指引来做的。欧美不少医学院院长和医院的资深医师现在都采用这种方法来教学生。现在医疗保险公司在考量某些诊断检查或疗法是否给付时，也要求医师作出类似的解释。

临床医疗决策树的树干是病人的主要症状或实验室检验结果，我们用一个方框标示。方框外还有许许多多的箭号指向其他方框。以“喉咙痛”这种常见症状为例，会有一连串“是”或“否”与症状相关的问题分支，如“病人有发烧吗？”“淋巴结肿大与病人的喉咙痛有关吗？”“是否家人也出现同样的症状？”等；同样地，喉咙检体做细菌培养结果的相关问题，也从树干下方分支出去。最后，我们查看分支的走向，找到正确的诊断与疗法。

程序化的思考步骤对一般诊断和治疗也许很实用，例如区分链球菌喉炎和滤过性病毒引起的咽喉炎。然而如果症状模糊、怪异、有好几个症状或是检验结果不明确，医师就必须思考方框以外的可能。像这类的病例，医师格外需要明察秋毫。程式化的思考步骤会阻碍独立思考和创造力，不仅不能扩大医师思考的层面，反而会带来限制。

另一种大行其道的方针是，所有治疗决策根据的资料必须要有统计数据做为证明，这就是“实证医学”，很快就被许多医院奉为主臬。如果疗法没有统计数据做为依据，或者经临床试验累积了足够的资料，那么就是不被正统医学接受的旁门左道。当然，每一位医师在选择某一种疗法时，都必须考虑到实验研究。但在今日实证医学当道的情况下，医师不敢冒险，做法就会趋于消极，什么都看数据再做决定。然而，统计数据并不能取代活生生的人，统计数据只代表平均值，不能代表个人。医师为病人开药或做某种处置，考虑从临床试验得来的某种疗法是不是最好的一种，是否合乎病人的需要时，还是要以个人经验和知识为主，数据只能做为参考。

每天早上巡房时，我看到学生和住院医师看着他们写下来的思考步骤，引用最近研究发表的统计数据，我心想，照此发展，下一代的医师会像电脑一样以二进制做为思考架构。每天看着学生和住院医师如此倚赖程序化的思考步骤和以实证数据做基础的疗法，几个礼拜下来，我觉得愈来愈不安；想到自己不知如何才能扩展他们的视野，带领他们走出狭隘的象牙塔，我也为之心焦。最后，我问自己这么一个问题：医师应该如何思考？

我们难免从这个问题想到其他问题：医师的想法是否因人而异？还是因科别而异？不同科别的医师会采用不同形式的思考模式吗？例如外科医师的思路是否和内科医师不同？而内科医师想的，是否又与小儿科医师不同？有“最好的”思考方式吗？医师在做出正确的诊断以及选择最有效的疗法时，是只有一种思考方式，还是只要思路没有偏差，条条大路通罗马呢？医师被迫必须立即做出反应或遭遇几乎没有前例可循的难题时，也就是无法采取程序化的思考步骤，也没有统计证据可倚赖的时候，他们是怎么思考的呢？医师在一般看门诊、巡房和碰到病人情况危急时，思考方式是否不同？医师的思考是否会受到个人感觉的左右呢？例如对病人的好恶，或是碰到某种社会背景的病人或有精神问题的病人。



为什么即使是有名的大医师也可能因为错失重要线索而误诊或采取错误的疗法？总之，医师的思考在什么情况下会出错呢？为什么会有这样的错误呢？

我不能马上找到答案。尽管我是顶尖医学院毕业的，历经最严格的住院医师训练，也行医了三十几年，我仍不能为自己解惑。于是我问同事，看他们能不能告诉我答案。

几乎我问过的每一位医师经我这么一问，都愣了一下，最后承认他们还没想过自己是怎么想的。我只好从报告和论文下手，找寻临床思考的相关研究。我的确找到了大量有关“最佳医疗决策”的研究，还有许多复杂的数学公式，但是即使是提出这些公式的人也承认无法反映临床的实际情况，也不一定实用。

我终于知道为什么巡房时很难教学生怎么思考，也才发觉我对自己病人的照顾还不够好。我觉得如果我比较清楚自己的思考方式，特别是容易落入什么样的思考陷阱的话，或许可以成为一个更好的医师。虽然我不是为安妮诊治的血液科医师，但我想如果我是她的医师，一样有盲点，一样会误诊。

当然，没有一位医师是绝对不失误的。医学就其核心而言，本来就是一门充满不确定性的科学。所有的医师在为病人诊断和治疗时，都可能出错。然而，如果我们了解医师思考的方式，知道怎样思考会更好，也许就能降低错误的概率和严重性。这正是我写这本书的初衷。虽然此书是写给一般读者看的，但我想医师或其他医学专业人士也能受用。为什么要写给一般读者看呢？因为光是医师一个人能想到的是有限的，非常需要病人和病人的家属、朋友帮他们思考，以免错失重要线索。我是在自己生病，从医师变成病人的时候，才有这点深刻体会的。

我们都好奇，医师看病时为什么会提出某些问题，或在试图了解我们的病情时，突然问一些教我们觉得意外的问题。我们也在思索，为什么医师会做这样的诊断，采取这样的疗法，而排除其他的可能。虽然我

们可能非常仔细的听医师说，也努力解读他的表情，但我们常常还是觉得困惑，不知医师是怎么想的。在这种无知之下，我们就很难和医师好好沟通，也难以说出他必须知道的一切，让他得以做出正确的诊断并给我们最好的疗法。

以安妮这个病人而言，历经种种的检验和处置，病人和医师还是有如身陷迷宫，最后正是安妮自己的陈述让法瞿克医师找到蛛丝马迹，带她走出疾病的迷宫。虽然现代科技出神入化，如高解析度的磁共振造影扫描影像、DNA 分析等，使现代医学如虎添翼，但语言仍是临床医疗的基石。我们告诉医师，身体哪里觉得不舒服，有什么地方不对劲，然后回答医师的问题。通过这样的对话，就是我们了解医师思考的最初线索。因此，本书一开始就将探讨我们如何从医师说的话，以及怎么说的话，来了解医师的思考方式。病人不只可从和医师的对话来了解医师的思考逻辑，同时也能看出他的情绪。通常应该是医师在衡量病人的情绪，很少人了解医师的情绪和性情也会影响他的判断。当然，医师的情绪如何，或许有时只让我们瞥见一眼，但还是透露很多信息，让我们知道为什么他会做出某种诊断或决定用某种疗法。

我们先剖析医师话语和感觉的重要性，然后将探讨今日医疗体系的问题。如果我们病情危急，会立刻冲到急诊室。急诊医师并不认识我们，有关我们的病史知道的也很有限。我研究在这种情况下，为病人诊治的医师是采取何种思考方式；还有，在时间的压力之下，他们如何做出明智的判断，或是犯下严重的认知错误。如果病情不急迫，我们就先找一般科医师治疗，成人就看内科，儿童则看小儿科。基层医师就像医疗体系的“守门员”，如有必要，再引领我们去找其他专科医师。从基层医疗到各专科，在每一道关卡中，即使是最精明的医师也该怀疑自己想的对不对，而且要经常想到自己的分析是不是可能出错。我们知道医师的两难，既要承认自己有不能把握之处，又要在临床诊疗时做出行动。有一章将以我个人生病的经过为例：我因手腕肌腱炎看了6个手外科名医，



总共得到4种完全不同的意见。

没错，医师的直觉很重要，他们的最初印象可能是对的。但是我们如果看很多位医师，每一位都凭借自己的直觉，这样还是有危险。真实的判断来自第一印象——即所谓的“完形”（经知觉系统整合的整体形态与轮廓），再加上仔细的分析。这需要时间，但在分秒必争的门诊，最缺的就是时间。医师和病人要怎么做才有从容思考的时间？我将在后文讨论这个问题。

今天的医学已和金钱无法脱钩。药厂强力行销，医师在做决策时不管在意识或潜意识中，会受到多大的影响？我相信极少医师会为了赚钱不惜出卖自己，但在药厂对医师思考的种种渗透之下，每一位医师难免都会受到影响。制药产业当然是医学中相当重要的一部分，没有药厂，谁来开发新药和新疗法？医学进步的脚步必然会缓慢下来。有几位医师和一位药厂高层主管曾坦白地说，今天的药厂实在是无孔不入，比方说老化其实是人体自然演变的现象，药厂却把老化的许多现象解释为疾病，既然是疾病，那就要靠药来医治。我们应该为病人破解这种药厂制造的迷思。

我们年纪愈大，就愈怕得癌症。目前癌症的发病率很高，每两个男性、每三个女性中就有一个在一生中会患癌症。以往束手无策的几种癌症，现在已有对症下药之道，但还有很多种到现在也只能暂时控制。癌症的疗法不但复杂，对病人也是很大的折磨，肿瘤科医师不只是为了了解这种疾病治疗的科学，也要知道病人内心的感受，看病人愿意冒多大的险，想要过什么样的生活。本书将介绍两位肿瘤科医师如何引导病人做决定，同时病人如何给他们回馈，让他们得以选择合于自己性情和生活方式的疗法。

在这漫长的医师心智之旅的最后，我们将回到语言。我将在结语提供给病人及他们的家属、亲友一些建议，告诉他们什么样的话语可以帮助医师思考，如此一来也是帮助他们自己。病人和爱他们的亲友如果知

道医师是怎么想的，了解医师有时候为什么在思考时犯错（即使是经验老到的医师也不免如此），就可以知道如何提供最重要的信息给医师，帮助他们做出正确的诊断，找到他们需要的疗法。

法瞿克医师为安妮看诊后不久，我在波士顿的贝斯以色列女执事医院和他碰了面。法瞿克医师约六十出头，体格结实，头大秃发，眼睛炯炯有神。听他说话，起初很难听出他是哪里人，但他说话的声音真的很悦耳，几乎像是音乐一样好听。他是在委内瑞拉的乡下出生的，在家里讲意第绪语，与街坊邻居则是说西班牙语。他还是个小男孩时就来到美国，寄居在布鲁克林的亲戚家。因此，他很快就学会英语，对语言也格外敏感，特别是语言的细微差别和力量。他先在达特茅斯学院求学，后来进了哈佛医学院，住院医师阶段则是在波士顿的布莱根医院接受训练，曾在国家卫生研究院做了好几年的肠道疾病研究。尽管行医将近四十载，他还没失去照顾病人的热情。他谈到安妮这个病人时，身体像通了电般正襟危坐。

法瞿克说：“她瘦得剩下皮包骨，看起来憔悴不堪，脸上的线条都写着疲惫。你看她坐在诊间的样子：坐得笔直，双手紧握，就知道她心里有多恐惧。”法瞿克一开始就很认真地在解读她的身体语言。她的一举一动都是重要线索，不只诉说身体的情况，也透露她的情绪状态。这是个被痛苦折磨得几乎不成人形的女人。法瞿克想把她从痛苦的深渊中拉出来，但急不得，只能慢慢地、轻轻地来。

我们教医学生评量一个病人的病情是用一种谨慎、循序渐进的方式：先问诊，记载病史，然后开检验单做身体检查，然后分析结果。所有的资料都齐全了之后，你就做假设，认为病人可能是哪个地方出了毛病。这些假设依据既有的统计数据、资料、症状、异常情况和检验报告，一一过滤之后，你即可推测出最可能的诊断。这就是所谓的贝叶分析法，即严格依据已有的证据，一步步地推断未知参数，再做决策。事实上，没有几个医师会依循这种计算方式。医师在门诊看到病人的第一印象已



经是身体检查的一部分了，医师也从和病人握手触感得到一些信息。尽管还没开口问病史，医师心中已有假设，猜想可能的诊断。像安妮这样的病人，在来看诊之前，内科医师在转诊单上已把诊断写得一清二楚，其他多位医师也在病历上为这个诊断背书。

法瞿克医师带安妮走入诊疗室，手轻轻地放在她的手肘上，带她坐在面向桌子的椅子上。她的一大叠病历早已放在桌上，足足有15厘米高。过去，她在内分泌科、血液科、感染病科、精神科看诊和接受营养师咨询时的病历档案全在桌上，15年来，这叠病历累积得愈来愈厚。

法瞿克医师做了一个动作，让安妮不禁瞪大了眼：他把那一大叠病历资料推到桌子另一头，从白袍胸前口袋拿出一枝笔，然后从抽屉拿出一本空白的便笺，说道：“在我们谈到今天你为什么来这里看诊之前，我们先回到原点。请你告诉我，你最先觉得不舒服是什么时候？”

安妮一时之间觉得很困惑，眼前这位医师不是跟她的内科医师讨论过了，也看过她的病历了吗？她于是以轻柔的语气说：“我有神经性厌食症和饮食失调。”双手扣得更紧了。“现在又多了肠躁症。”

法瞿克温柔地对她一笑。“我想听你说你的故事，用你自己的话来说就可以了。”

安妮朝墙上的钟瞥了一眼，秒针滴答滴答地往前走，宝贵的时间就这么一分一秒地流逝。她的内科医师跟她说过，法瞿克是肠胃科名医，一大堆病人排队等着要看他。她的问题没有什么急迫性，不到两个月就能排到，那是因为圣诞节这个假期，有一个病人取消约诊。但她看不出法瞿克医师有赶时间或不耐烦的样子。他的耐心让她觉得他好像有不完的时间。

安妮于是开始述说她的故事。说来话长，这是个冗长又痛苦的故事，她从症状最初出现的时候开始说起，包括她看过的医师、做过的检验。她在述说的时候，法瞿克医师会点点头，或简短地应和：“嗯”、“我了解”、“继续说”。