



普通外科 临床精要与警示

主编 蒋啸云

(遴选·拾遗)

TOU TONG WAI KE
CHU CHUANG JING YAO YU JING SHI



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

普通外科

临床精要与警示

(遴选·拾遗)

主 编 蒋啸云

副 主 编 罗一民 方 力 吴新军 李红卫

编 者 (以姓氏笔画为序)

方 力 龙孝斌 刘晓辉 吴新军 李志红

李红卫 李小芳 张建文 罗一民 罗吉辉

郭 义 唐清珠 顾成义 曹必君 蒋啸云

图书在版编目(CIP)数据

普通外科临床精要与警示 / 蒋啸云主编. —北京:科学技术文献出版社,2012.3
ISBN 978-7-5023-7075-6

I. ①普… II. ①蒋… III. ①外科—疾病—诊疗 IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 225389 号

普通外科临床精要与警示

策划编辑:付秋玲 责任编辑:张金水 责任校对:张叫噪 责任出版:王杰馨

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部 (010)58882938,58882087(传真)
发 行 部 (010)58882868,58882866(传真)
邮 购 部 (010)58882873
官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>
淘宝旗舰店 stbook.taobao.com
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京时尚印佳彩色印刷有限公司
版 次 2012 年 3 月第 1 版 2012 年 3 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 1/16 开
字 数 476 千
印 张 21
书 号 ISBN 978-7-5023-7075-6
定 价 66.00 元



© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

主 编 简 介



蒋啸云，1935年11月出生于湖南省益阳市。外科主任医师，原医院大外科主任。曾在解放军服役多年，1963年毕业于原湖南医学院（现中南大学湘雅医学院）医疗系本科。毕业后一直从事普外科临床工作。爱岗敬业，廉洁行医，深得群众好评。曾谢绝担任行政领导，退休后仍坚持在临床一线工作并担任市外科学会名誉主任委员。救治了包括舍己救人的海军英雄刘志艳在内的诸多危重病人，率先开展了普外领域里的多种新技术（如肝门胆管癌根治切除、规范法肿瘤手术及综合治疗、肠内外营养等）。创立了一种牢固度较高的肠包套式端端吻合术，对肠外瘘的早中期外科处理进行了卓有成效的临床研究，均分别获省科技成果奖。重视临床思维、外科基础、疑难普外疾病的诊治、普外特别是腹部外科并发症的防治等，并在这些方面有较丰富的经验和体会，善于为年轻医生或下级医院解难释疑。

序 1

一口气读完蒋啸云医生新作《普通外科临床精要与警示》，受益匪浅。蒋啸云医生在基层医院从医数十年，积累了丰富的临床实践经验及一些失败的教训，真才实学，这是一笔宝贵的财富，正是当年轻医生的需要。字里行间展示了一位已近耄耋之年的医者热爱医学事业的博大胸怀，热爱年轻一代的赤诚之心，十分难能可贵。我相信这本书的出版，无论是医疗技术，还是如何做人，都将会给年轻医生很大的启发，会受到同道的喜欢，我极力向年轻医生推荐。

吴金术

（吴金术，教授，著名肝胆外科专家，博士生导师，湖南肝胆医院院长）。

序 2

凡是实践性较强的学科，要想在实践中取得最大限度的成功，除了需要掌握必需的基础知识和基本操作技能之外，还必须学会如何应用已有的基础知识，并使其变成实际的能力，这个过程就是科学方法论。临床医学也不例外。无论是从事外科、内科或其他任何专业，同等学历和知识水平，同样工作环境的医生，当工作几十年之后，在专业成就方面会出现较大的差距。关键就在于如何应用已有的知识和在实践中是否掌握正确的思维方法，即人们常说的临床思维。临床思维不是具体的技术，但会直接影响和干扰技术。严格说来，也并非专业知识，但它指导着专业知识的应用和发挥。对此，青年医生常常并不知晓，要经过较长时间的实践之后方能感悟得到。所以凡有关临床思维方面的高水平的论文和专著，多数出自于有长期临床实践且经验丰富的老专家之手。

蒋啸云主任，长期从事普外科临床、科研和教学工作，临床上积累了相当丰富的经验，在湖南地区有较高的知名度，深受当地百姓的信任和敬重，在普外临床方面他不但操作技艺精湛，并且善于思考和总结，在退休之后仍忙于临床会诊、处理疑难病症。无数重危患者由于得到他及时的会诊和处理而转危为安，因此在当地同行中也有较高的威望。

我虽然长期从事医疗风险的预防研究，也曾关心临床思维的总结，并发表出版相关的文章及专著，但也仅为一管之见。蒋啸云主任总结的这本书虽篇幅有限，但摒弃了其他写书的常规套路，集中讨论别人易忽略而又十分重要的问题，针对临床实际，面向青年医生，紧紧抓住自己的实践体会，用例说理，理论融于案例之中，使人读而亲切，可概括为简明独到而实用性强。一位古稀的长者，本可安享晚年，但仍勤于思考，不断耕耘，非为名利，是对自己终生从事专业的责任所促，对青年医生及患者的真情所驱使。因为他深知临床工作失之毫厘差之千里，这些经验教训包含着自已毕生的心血感悟，及某些患者的沉重代价。因此，我认为此书不算大部头，但其临床价值不能低估，故我愿不揣浅识，斗胆提笔，是以为序，与同道共勉之。

中国医院协会医疗质量管理专业委员会常委

临床误诊研究会副主任委员

刘振华 教授

前 言

年轻医生成长，首先要看自身的条件和努力情况，当然外界的环境和条件也有一定的影响。帮助年轻医生成长、成熟是老一辈医生的责任和义务。从哪里开始？我们认为从常遇到的难题及不容忽视的问题着手不失为方法之一。所谓常遇到的难题，是指成长中的医生常遇到的棘手问题，而不是当今医学上未解决的难题；所谓不容忽视的问题，是指前人、他人及我们自身有过教训，如果忽视了会产生严重后果的问题，以及一些不可忽略的重要知识点。解决好常遇到的难题，把握好常遇到的不容忽视的问题，这是有的放矢、比较直接地帮助年轻医生成长和成熟的方法。当然学无止境，从医尚需不断学习国内外前人和他人的成功经验及新的医学成果，不断学习有关文献资料，加上紧密结合实际，善于思考和总结。

几十年来我们在从医的路上一路走来，其间本人或发现别人遇到过种种问题，通过不断实践、不断探索、不断总结、不断学习，取得了一些成功的经验，也吸取了不少失误的教训，而其中有些是书本上未提、别人不爱讲、师傅未曾教的问题。为了提供给成长中的青年普外科医生借鉴和参考，我们针对年轻医生在临床诊断思维、外科基础、常见普外科疾病的诊治及医疗事故与争议这几方面常遇到的问题，参考了一些新近较权威的资料，从要点、难点及警示点三个角度取材，把这些整理出来，并尽可能列举一些实例来加以强化和说明。如在诊断思维章里，提出了诊断思维时可供参考、便于实际操作的程序和方法，还独占地提出了如高甲状腺激素血症的鉴别，腹部外科常见的基本病变的特点及局限性麻痹性肠梗阻的特点及临床意义等内容，便于在更高层次上进行深入诊断；在外科基础章中，既有对于外科重要基础知识的精选提炼，也有在实际操作方面一些经验和体会的总结；在普外科常见疾病诊治章中提出了如何确定某特定疾病诊断的几种方式，注意使读者对各种疾病建立定义性的概念，尽可能提出某些疾病诊断中的难点及确诊的条件，各种疾病治疗的新观点、新方法、经验和警示等内容；在医疗事故及争议章中作者收集了有关这方面的案例进行了分析归纳，很有借鉴价值。

本书的编写得到了医院领导的支持和鼓励，集聚了我院普外科系统各科室（包括甲状腺乳腺血管外科、胃肠外科、肝胆外科、肛肠外科、小儿外科及肿瘤外科等）主任、教授及博士等长期在临床一线工作、造诣较深和实际体验较多的同仁参加。我们不可能也无必要再写成一本外科学教材，这里的内容只是根据我们的感悟进行的遴选和拾遗。且法无定法，某些方法也许不是最佳的或唯一的方法。由于我们实践的局限性，不妥或错误之处难免，请读者赐教指正。我们的终极愿望是，在这实践性很强的外科领域内，不想让那些可供借鉴的感悟消隐。

蒋啸云

于南方医科大学附属郴州医院（郴州市第一人民医院）

目 录

第一章 诊断思维

第一节 如何从临床资料到所求诊断	1
一、临床诊断思维的基础	1
二、诊断的临床思维方法	1
三、临床诊断的思维过程(思路)	2
四、诊断思维便于实施的要诀	4
五、临床诊断思维中应注意的问题	5
第二节 普外科常见症状体征的鉴别诊断	9
一、浅表淋巴结肿大	9
二、颈部肿块	11
三、甲状腺肿大	14
四、高甲状腺素血症	16
五、乳腺肿块	17
六、溢乳	18
七、黄疸	21
八、腹痛	23
九、腹部肿块诊断中愿提及的几个问题	26
第三节 腹部外科常见的几种重要基本病变的诊断	29
一、急腹症中的几种基本病变	29
二、重视局限性麻痹性肠梗阻的特点及临床意义	30

第二章 外科基础

33

第一节 围手术期处理愿提及的问题	33
第二节 各重要器官、系统的术前评估和处理	36
一、心血管系统的评估及处理	36
二、围手术期肝脏健康状况及手术风险的评估和处理	43

三、呼吸系健康状况评估、风险预测及围术期处理	49
四、肾脏危险因素预测及处理	52
第三节 外科病人高血糖控制的几个问题	53
第四节 外科营养	55
一、外科营养的基本知识	55
二、中华医学会重症医学分会·危重病人营养支持指导意见(2006)	60
三、实施外科营养的思维步骤	62
四、应用举例	62
第五节 外科液体复苏中应注意的问题	63
一、明确液体复苏的目的	63
二、液体复苏的分类	64
三、液体复苏的判断指标	65
第六节 外科基本技术难点及注意事项	65
一、如何做好分离	65
二、结扎术的注意点	68
三、止血术应注意的问题	68
四、外科引流愿提及的问题	69
五、手术好坏的标准及如何做好手术	70
第七节 肿瘤基本问题选介	71
一、肿瘤的自然病史	71
二、肿瘤的现代观念	72
三、肿瘤分期	74
四、肿瘤标志物的临床意义	77
五、如何早期诊断肿瘤病人	85
六、肿瘤外科手术治疗的基本原则	85
七、关于多学科综合治疗协作组	86
 第三章 常见普外科疾病诊治	
引言	87
第一节 颈部及甲状腺常见疾病	88
一、甲状腺舌管囊肿	88
二、颈部囊状淋巴管瘤	88
三、甲状腺癌	89
四、甲状腺腺瘤	96
五、单纯性甲状腺肿	97

六、亚急性甲状腺炎	99
七、慢性淋巴细胞性甲状腺炎	101
八、甲状腺功能亢进症的诊断和治疗	102
九、甲状腺危象的防治	104
十、甲状腺手术几个问题的处置体会	106
第二节 乳腺疾病	109
一、瘀积性乳腺炎	109
二、乳腺导管扩张症(浆细胞性乳腺炎)	109
三、急性乳腺炎	110
四、非哺乳期复发性急性乳腺炎	112
五、男子乳房发育症	112
六、乳腺囊性增生症	113
七、乳腺结核	114
八、乳腺纤维腺瘤及巨大纤维腺瘤	115
九、乳管内乳头状瘤	116
十、乳腺叶状囊肉瘤	117
十一、乳腺癌	118
十二、副乳的有关问题	131
第三节 腹部疝	132
一、腹内疝	132
二、腹股沟疝手术几个问题的处置体会	134
三、其他腹壁疝	134
第四节 胃肠外科疾患	135
一、消化性溃疡的外科诊治	135
二、胃癌的诊治	149
三、胃手术中的难点处置及注意事项	161
四、溃疡性结肠炎、克罗恩病	163
五、肠结核	171
六、关于肠外瘘防治中的几点体会	174
七、结直肠癌的诊治	177
八、胃肠道间质瘤	189
九、关于急性阑尾炎诊治的几个问题	192
十、痔病和肛瘘	194
十一、腹壁肠造口康复护理	198

第五节 肝胆胰脾疾病的诊治	211
一、原发性肝癌	211
二、肝外伤	229
三、肝内胆管结石	235
四、急性梗阻性化脓性胆管炎(重症急性胆管炎)	236
五、胆囊息肉样病变	239
六、胆囊癌	239
七、胆管癌	241
八、胆道手术中的体会拾零	247
九、急性胰腺炎	249
十、胰腺癌的诊治	259
十一、胰腺囊性疾病	266
十二、胰十二指肠切除术中某些问题的处置体会	269
十三、继发性脾功能亢进的外科治疗	272
十四、巨脾切除术的难点处置体会	277
第六节 消化道出血外科诊治	278
一、上消化道大出血	278
二、中消化道出血	284
三、下消化道出血	289
第七节 预防腹部手术常见并发症愿提及的问题	293
第八节 小儿腹部外科的若干警示与体会	296
第四章 医疗事故及医疗争议	
第一节 医疗事故和医疗争议的概念	300
一、医疗事故的概念	300
二、医疗争议的定义	300
第二节 医疗事故及医疗争议处置基本状况	301
一、医学会鉴定	302
二、医患双方协商解决或行政调解	303
三、医疗纠纷人民调解	304
第三节 外科医疗事故或争议案例分析	305
第四节 外科医疗事故争议产生的原因及其预防	314
参考文献	317
后记:爱平凡之岗 敬医务之业 当乐不悔	320

第一章 诊断思维

第一节 如何从临床资料到所求诊断

迈入临床,首先遇到的问题之一就是疾病的诊断。诊断的正确与否关系着医疗方案的制定、治疗效果的优劣。诊断既靠基础知识又靠运用知识的能力,也就是诊断思维。年轻医生在初涉临床时对如何进行诊断往往感到很茫然,常采取猜测法,或先入为主的主观诊断法,不能客观、严谨和科学地做出诊断,或苦于不知如何进行正确地诊断思维。

一、临床诊断思维的基础

作为临床医师首先要不断学习有关的基础和临床知识,知道各种有关资料和临床表现的病理意义,不断总结和积累临床经验。这是医生进行诊断的基本内功。

另外,临床思维是针对一个具体的病人和有关的病种发出的,因此必须占有这个病人重要的系统和准确无误的第一手临床资料,包括一般情况、病史、体格检查及已进行的其他辅助检查资料。在此基础上才能对具体病人进行临床思维,做出有关的诊断和处理决定。

除此之外,还要求医生对病人有高度负责的精神和严谨的科学态度,否则就不可能进行认真深入的和科学的思维。

二、诊断的临床思维方法

(一)直析法

这是从病人的临床资料中直接分析得出结论的诊断方法。任何疾病的诊断,都必须先采用直析法尽可能做出肯定的结论,直到不能再往前肯定为止。这种结论必须是确切可靠的。此结论可以是疾病的诊断,也可能只是病例资料最高层次的本质上的结论,为下一步的排他法诊断做基础和出发点。

1. 直达诊断法或模版诊断法 适用于临床表现典型,通过综合分析临床资料,可找到诊断某疾病的权重因子,一步到位,即可得出疾病的诊断;或其临床表现符合公认的诊断标准,即所谓的“模版”诊断法。

2. 接力式通达法或阶梯式结论法 适用于临床资料有一定的模糊性,不能简单地直接地做出疾病的诊断,但模糊层次属次要模糊层次。可渐次采用二值逻辑法思维,使模糊层次

逐次升级,直至不能再升为止。此过程是一个:收集、分析资料→确定能做出的阶段性结论→估计构成此结论的可能原因→再收集、分析资料→再进一步确定能做出的结论……不断循环,直至所确定的结论在所能得到的资料的基础上,不能再进一步用直析法确定时止。

如对黄疸的诊断程序:面对病人发现巩膜及全身皮肤黄染,血胆红素增高即可检体诊断为黄疸;但黄疸属何种性质?是溶血性?肝细胞性?还是梗阻性的?进一步发现除血清总胆红素增高外,直接胆红素增高明显,尿胆红素阳性,尿胆原阴性,此为诊断梗阻性黄疸的权重因子,即可诊断为梗阻性黄疸;为明确梗阻的部位,进一步查体及影像检查,发现胆囊增大、肝内外胆管均扩张等,此时可诊断为胆总管下段梗阻;若再进一步检查及收集资料,看能否进一步诊断梗阻的性质(如结石或炎性狭窄等良性梗阻,或壶腹周围癌等恶性梗阻等)直至做出最后诊断。

(二)排他法诊断

适用于疾病复杂,模糊度较大的情况。虽经所能做到的检查及进一步收集资料,仍无主题子集的权重因子,属主要模糊层次。此时仍应以主要临床表现为主线,将资料整理归纳,在直析法做出的最终结论的基础上,从最根本的方面找出几种可能的疾病,采用鉴别诊断的方法,逐个分析,除去可能性较小的,找出倾向性或近似性诊断,以期经过进一步观察,或进一步检查收集资料反复修正达成最后诊断。在此过程应注意资料间的联系,及用动态的眼光观察病情,亦即采用辩证思维的方法。

(三)诊断性治疗

实在无法将诊断进一步明确时,可根据最可能诊断进行无不良后果、不掩盖病情的相对正规的治疗。如果有效既治疗了疾病,又反过来证实了诊断。

三、临床诊断的思维过程(思路)

(一)收集整理资料阶段

1. 资料包括的范围

- (1)一般资料:性别、年龄、婚姻、职业、籍贯等。
- (2)病史资料:主诉、现病史、既往史、个人史等。
- (3)体检资料。
- (4)辅助检查资料及病检资料。

2. 资料要求 系统、全面、抓住重点、准确可靠。

3. 初步梳理资料

(1)初步评估一般资料对诊断的参考价值。如年龄,应注意该年龄段的多发病常见病,不考虑其他年龄段的专有病;性别、婚姻、职业、籍贯等则应注意所属情况的多发病等。

(2)对临床资料进行四寻究:寻究每一临床资料的病理意义。如阵发性绞痛说明是空腔脏器痉挛所致,意味着可能存在梗阻因素或其他引起痉挛的因素。

寻究各临床资料之间的综合病理意义,包括是否存在可概括为综合征的表现,如腹膜炎体征(腹部或其某局限部位有肌紧张、压痛和反跳痛等)。

寻究有无构成某种诊断的权重因子。如立位腹部平片见膈下游离气体,又无近期腹腔手术史,说明有含气空腔脏器穿孔等。

寻究是否有能构成某疾病的诊断标准。

(二)综合分析找出主要问题并渐次结论阶段

对所收集到的资料,经过去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里深入处理,找出病情的主要问题。这点很重要,否则就会迷失方向。

渐次结论时,先审查有无一步到位进行直接诊断或模版诊断的可能。如有直接诊断某疾病的权重因子,或有符合某疾病公认诊断标准的资料,则可直接诊断该疾病。如不能按上述方法进行诊断,则在综合分析资料找出主要问题的基础上,采用接力通达的分析方法,在不断收集和不断完善临床资料的基础上,逐步深入做出阶段性结论,直至不能再深入为止。

在此逐步深入的过程中,每一阶段的结论都必须建立在肯定的、可靠的基础上,不能建立在无根据的猜测或想像上。

【警示病例】如有一盆腔放疗后阴道流粪水的病例,为何在横结肠造瘘后阴道仍流粪水?

患者 40 岁女性,因患子宫透明细胞癌行根治性切除手术及盆腔放疗后 20 个月,阴道流粪水 8 个月入住外科,医生考虑为放疗所致直肠阴道瘘,做了一个简单的横结肠造瘘术,未进腹腔探查,干扰不大,估计有益瘘道的愈合。但术后阴道流粪水未减少,后经 CT 检查成像及全消化道造影检查,发现远段回肠与阴道壁形成瘘道,有造影剂通过。待患者全身情况恢复后再次手术探查,证实为远段回肠与阴道间的瘘,因放疗后盆腔粘连多,乃将原横结肠造口关闭,将瘘口以近之回肠断离,远端关闭,近端与原结肠造口以远之结肠行端侧吻合。术后病人阴道流粪水的问题得以解决,顺利康复出院。

这例说明,对诊断结论应建立在可靠的基础上,能结论到哪一步就哪一步,能结论到什么程度就什么程度,不能凭想像做过头的结论。阴道流粪水,只能结论为肠与阴道之间形成了瘘,当然考虑与其邻近的直肠间的瘘是很自然的,但还可能还有其他能靠近之肠曲与之形成瘘,需进一步的检查确定或剖腹探查确定再酌情处理。

如何才能不断地深入呢?提供诊断用的资料,有时不是一次就能完全收集到的。此时,要以主要问题为出发点,运用已有的知识和经验,以及参考必要的文献资料,在上一阶段不能用直析法再深入达到确切诊断的基础上,从根本上提出有哪几种可能性。所谓从根本上,就是提出的“可能”,应先从大的、基本的方面考虑,做到纲举目张,不能漫无边际、杂乱无章。在提出的几种“可能”中,抛弃不可能的方面,找出难以确定的方面,然后再收集有关的资料,再分析做出可做出的结论。此种循环,直至无法或不需再收集资料、再结论为止。

仍以上病例为例,术前只能提出阴道与肠道之间有瘘的结论,究竟是阴道与哪段肠道之间的瘘,则有如下可能:①直肠阴道瘘,因阴道与直肠靠得最近,形成瘘的机会大;但直肠内粪质较干硬,瘘液应较少。②其他较游动的肠曲如回肠或乙状结肠也可与之粘连形成瘘。而处理方法上虽均应手术,但前者可只做小切口提出横结肠造瘘即可,不必进行干扰较大的腹腔探查;而阴道与小肠间的瘘手术时则需进腹腔探查清楚后再酌情处理。故术前需进一

步做 CT 或胃肠道造影等检查,进一步收集资料,从而根据所获资料,再结论大概是哪段肠与阴道间的瘘后做恰当的处理。

(三)排他分析阶段

在未获最后诊断,又无法再收集资料进行再结论时,应针对最后提出的可能疾病,认真复习资料,逐个分析,从正反两方面来缩小范围,找出可以排除的疾病、尚不能排除的疾病,可能性最大的疾病及可以肯定的疾病。目的在用排他法缩小诊断范围直至确诊。

(四)反思与回顾阶段

目的在于审查已下的诊断是否确切,寻找有无错漏的可能。以使诊断思维过程更严谨。

(五)危险因素核定及诊断性治疗阶段

诊断实在无法再深入时,即可按现有的情况,分析是否有需要紧急处理,特别是需要急诊手术探查的情况,以免延误治疗时机酿成不良后果;或进行稳妥的诊断性治疗。

四、诊断思维便于实施的要诀

为便于诊断思维的实际进行,特归纳为以下要诀供参考:

1. 弄清情况 就是要把病人的有关情况及临床资料搞清楚,要求真实可靠、系统、全面而有重点。如何才能做到这点呢?这就需要按照诊断学上总结和教导的,不断地实践,对如何采集病史、如何进行体格检查、如何根据需要安排必要的实验室检查及其他辅助检查等,形成一种合乎要求的、习惯的、熟练的思想和行为模式。年轻医生步入临床后为什么要按照要求对诊治的每个病人全面系统地采集病史、进行体格检查,并书写病历?根据我们的经验和看法,不能不说这就是目的之一。这些资料的残缺不全或不真实可靠,将会导致诊治的错误。

2. 深谙内涵 对所收集的资料,应尽可能地深入了解和思考,理解其所反映的病理意义。如骤起的腹痛,代表病变的急骤;阵发性绞痛,代表有导致空腔脏器(如肠、输尿管等)阵发痉挛的病变因素,如梗阻或其他可激发痉挛的因素等。这样会使诊断思维建立在更深的更接近疾病本质的层面上。

3. 找准问题 纵观所收集的、深化了的资料,分析归纳,找出病人健康方面存在的问题,特别是找出重要的或主要的问题。抓住主要矛盾,进行下一步的思考。不要主次不分,眉毛、胡须一把抓,误了主攻方向。

4. 逐步结论 在分析病人的资料时,应前后、左右、上下联系,对临床资料的病理意义不断提升,采用前述的直析法,逐步做出可做出的结论。能结论到哪一步就哪一步,结论不要建立在不肯定、不可靠的基础上。

5. 归纳原因 在上述能做出肯定结论的基础上,如尚未达成明确的诊断,而且暂时又无法再深入收集资料做进一步的结论时,应根据已有的结论,从根本上找出有哪些可能的原因。为什么要从根本上找呢?因为只有这样才不致漫无边际,才能做到纲举目张。至于如

何才能做到“抓住根本”，这就需要对临床有关疾病的本质特点有较清楚的了解和一定的临床经验，能考虑到某种临床表现可能见于哪些方面的疾病。当然，提出可能的疾病后，为了寻找正反两方面的证据，如可能再收集资料，就应用直析法再分析并再结论，直至不能或无需再收集、再结论为止。

6. 分别排查 根据患者的主要临床问题，分析可能是哪几方面的疾病，但尚未获最后诊断时，在无法再收集资料、再用直析法做出结论的情况下，就需联系该病人临床资料的有关方面，与可能疾病的特点进行分析对照，用前述的排他法进行诊断。

五、临床诊断思维中应注意的问题

(一) 临床表现与疾病本质

症状体征和其他检查结果，都是疾病的临床表现，一定的临床表现具有一定的临床意义。如腹部有腹肌紧张、压痛、反跳痛，代表该区有腹膜炎；腹部阵发性绞痛代表空腔脏器痉挛和蠕动亢进等。疾病的临床表现往往比较复杂，如何透过复杂的临床表现去认识疾病的本质，这就要求我们必须掌握各种疾病症状、体征和各种检查结果与疾病本质的关系，理解其病理意义才能做出正确的判断。

(二) 主要矛盾与次要矛盾

要能在复杂的表象中分清主次，找出其主要矛盾进而抓住本质。疾病的次要表现即次要矛盾方面，则是疾病的非本质表现。分析主要症状、次要症状及其相互的关系，对诊断和鉴别诊断很有价值。

(三) 局部与整体

人体是由许多组织和器官组成的统一体。整体活动是各个组织器官发挥特有的功能，并相互配合，相互制约而完成的。局部病变可以影响整体，整体的异常也可以突出于某一局部。对疾病的诊断必须结合整体来考虑，防止片面地、孤立地对待临床表现。如重症急性胰腺炎，由于致炎因子的影响，可致全身炎症反应综合征，出现急性呼吸窘迫综合征；急性肠梗阻可引起全身水电解质及酸碱平衡失调等。

(四) 共性与个性

不同的疾病可有相同的征象，即这些疾病的共性；这些病又多有其特点，这就是不同疾病的个性。在分析临床资料时，既要注意共性，又要注意个性。抓共性，可以就某些症状和体征全面考虑不致漏诊；抓个性则有利于详细鉴别，减少误诊。二者结合，可提高正确诊断率。如转移性右下腹痛，可为急性阑尾炎的表现之一，也可为右上腹空腔脏器穿孔溢出液或上腹腔之炎性渗液等经右结肠旁沟流注所致。但前者之腹痛及压痛以右下腹明显，而后者则仍以原发病灶之上腹部明显。

(五) 典型与不典型

大多数疾病的临床表现为人们所熟知,不难诊断。但某些疾病可以是多种类型,造成许多模糊的假象。所谓“典型”病例只占少数,相当多的患者的临床表现并不典型。如急性病可以暴发起病,慢性病也可以急起;通常是稀见的症状,在某些患者可以作为突出的症状出现;有些病已进入后期,才以并发症状或后期症状作为初发表现而就诊。临床症状如此多变,体征和实验室的资料也可因病情不同而异乎寻常,如果考虑不周全,很可能造成误诊。

(六) 常见病与少见病

对主要症状或体征进行分析做出诊断时,首先应考虑能产生该症状或体征的常见病多发病,但又必须结合其他资料如患者的性别、年龄、职业、发病季节与地区等一起考虑。如南方疾病流行区,在疾病发病季节,该病多见,北方却少见。有些男性多患的病,女性却少患;反之亦然。所以考虑疾病的诊断时应先注意常见病,当地的多发病,以及当时的流行病。当用上述疾病不能解释患者的临床表现或治疗效果不满意时,也不要忽视少见病的可能。

(七) 原发与继发

两者的关系可以有多种形式,有时难以及时发现,当治疗而未见预期效果,应考虑有新的情况,进行必要的其他检查。如肝癌到底是原发的,还是继发于其他部位,如胃肠道癌转移所致。如为继发,不处理原发灶则未治本。

(八) 器质性疾病与功能性疾病

没有足够的证据和把握,不可轻易排除器质性疾病的可能而轻易以“官能症”处理。

(九) 病原性疾病与药(医)源性疾病

除病原性疾病外,还可因滥用抗生素、激素、解热止痛药、磺胺药、镇静药、杀虫剂等所引起。这些药物不仅能掩盖或改变病情,还能引起药物热、皮炎、皮疹等变态反应,引起感染加剧,二重感染,以及胃出血,造血系统、消化系统、神经系统和感觉器官的多种反应和中毒症状。在调查病情时,必须了解用药的情况。

(十) 良性疾病与恶性疾病

二者的处理和预后是完全不一样的,必须尽可能寻找证据加以判断。为了患者的利益不可轻易断定恶性病的可能,也不可延误对恶性病的诊断和处理。

(十一) 1个病与几个病的关系

对基础资料进行分析时,原则上把现病症诊断为1个主要疾病,称为一元性诊断。但是分析要合乎逻辑,演变要合乎规律,要能顺理成章地利用和解释每个资料。如果同时存在2个或多个疾病或不能用1个疾病解释所有临床现象时,则可根据疾病的主次,按顺序提出几个疾病的诊断,称多元性诊断。