

全国美容医学专业系列教材参考书

美容

内科学概要

主编 赵永耀
杨鑫海

湖南科学技术出版社

全国美容医学专业系列教材参考书

美容内科学概要

主编：赵永耀 杨鑫海

主审：张其亮



湖南科学技术出版社



C

392942

全国美容医学专业系列教材参考书

美容内科学概要

编 著：赵永耀 杨鑫海

责任编辑：邹海心

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市展览馆路11号

印 刷：长沙政院印刷厂

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：长沙市黄土岭正街2号

邮 编：410074

出版日期：1996年9月第1版第1次

开 本：787×1092毫米 1/16

印 张：12.5

字 数：288,000

印 数：1—4,100

ISBN 7-5357-2095-1/R·399

定 价：13.00元

主 编：赵永耀 杨鑫海
主 审：张其亮
副主编：王修文 吴照芝 袁正梁 王天湖
编 委：赵永耀 杨鑫海 王修文 吴照芝
袁正梁 王天湖 黎正良 刘 飏
刘肇清 王艳莉 李 云 李莲珍
王王玲 钱金祥 章念伟 曾宪斌
黄昭穗 刘艳萍 龚丽萍 朱建平

美容医学专业系列教材参考书

编辑委员会

主任：张其亮（湖南医科大学第二临床学院）

副主任：彭庆星（江西宜春高等医学专科学校）

邓典智（华西医科大学口腔医学院）

高景恒（辽宁省人民医院）

委员：王 兴 邓典智 方彰林 白义杰

孙少宣 田家琦 李树策 辛时林

张其亮 张年甲 杨希德 杨鑫海

何 伦 邱琳枝 杨佩瑛 赵永耀

郑振禄 郭天文 钟世镇 高景恒

袁兆庄 夏兆骥 景生保 晋开化

彭庆星

序

爱美是人类的天性。自人类产生审美意识后,便不以各种手段修饰和装扮自身,古人如此,现代的人更是如此。随着现代医学模式的转变和健康概念的更新,以及人民生活水准的提高,人们对美有着更高和更为广泛的追求,本世纪80年代中后期,在中国广大城乡迅速兴起的“美容热”就是一个生动的例证。

为顺应历史和正确引导这股“美容热”,经过较长时期的酝酿和筹备,1990年中华医学会医学美学与美容学会胜利诞生,使数以万计的医学美学与美容学工作者有了自己的学术组织。五年来,在中华医学会的领导下,经过全国相关学科同道们精诚合作和辛勤耕耘,“医学美学与美容学”作为多种学科交叉渗透而成的一门新兴学科得到迅速发展,学科体系已初步形成并日趋完善,专业队伍也在不断发展壮大,特别令人鼓舞的是美容医学教育事业的兴办和发展。这是我国教育界和医学界的一件大事,是中国医学教育事业的一大创举,也是本学科及其事业建设与发展中具有深远意义的举措。从战略的眼光看,美容医学的发展有赖于培养和造就一批合格的中、高级人才。目前国内已有北京、新疆、辽宁、吉林、江西、四川、陕西、安徽、广东、广西等省市近20所高、中等医学院校开办了美容医学专业,并在十多个医学专业中开设了“医学美学”选修课或必修课。这些学校的专业设置和计划的制定,大都是在本学会有关专家的指导、参与、帮助和支持下完成并发展起来的。

为使美容医学教育沿着正确轨道健康发展,本学会曾先后在大连召开过两次医学美学与美容医学教育学术会议,初步确定了本专业中、高级教育的课程设置和教学计划,除公共基础课、专业基础课及部分桥梁课程可参阅其他医学专业教材外,美容医学专业的主要骨干课目前尚属空白。为解决燃眉之急,我们组织了本学会和国内相关学科的一批学者,在总结实践经验基础上,参阅了国内外近几年的成果,利用较短的时间编写了医学美学概论、医学审美心理学、美容内科学概要、美容外科学、美容皮肤科学、美容应用解剖学、美容应用技术学、美容牙科学、中医美容学和美容应用药理学等可供大学专科及中专美容医学专业使用的教学参考书,并计划在三年内全部出齐。

本系列教材和教学参考书的编写与出版只能说是一次初步尝试,因为不少内容和构想都不成熟,如“美容内科学”一词便是近年来才提出的一个新的“概念”,诸如此类的论述是否能为各界学者与读者认可?仍有待进一步研讨和实践的验证。目前只能是“抛砖引玉”。编写与出版本系列教材的本意一是为了完善美容医学的学科理论体系结构,加强学科建设,促进美容医学的整体发展;二是满足美容医学专业教学之急需,为学生与教师提供一套可以使用的“蓝本”,使教与学质量不断提高;三是为广大美容医学工作者和热爱这门学科的各界朋友提供一批学习参考读物,以提高自身业务技术水平。由于时间紧迫,参加编写的作者较多,学识水平所限,谬误和不妥之处,敬希广大读者不吝赐教。

本系列教材和教学参考书的编写得到中华医学会领导的鼓励和支持,所有工作都是在中华医学会医学美学与美容学会统一组织和领导下进行的,湖南科学技术出版社对本书的编辑出版给予了大力支持,还有参加编写的作者所在单位都给了有力的支持,在此,谨向关心和支持这项工作的领导和单位,表示衷心的感谢。

张 其 亮

1996年元旦于湖南长沙

前 言

学科的分化与综合,是现代科学技术发展的总趋势,医学科学毫无例外。美容医学的诞生,就是医学科学分化与综合的产物。

美容内科像其它医学美容学分支学科一样,也有一个从普通内科、皮肤内科、妇儿内科和中医内科等临床学科中分化出来和进行综合加工的过程,本书就是这一过程的起步。

在美容内科的分化、综合刚刚起步的时候,就得到了中华医学会医学美容与美容学会的重视与支持,该学会主任委员张其亮教授,副主任委员彭庆星教授、邓典智教授、高景恒教授,都先后审阅了编写提纲和书稿,提供了许多宝贵的修改意见,并列为“全国美容医学专业教学参考书”。张其亮教授还亲自担任本书主审。本书作者们对此甚表感激、深受鼓舞。

根据美容内科目前的理论研究与临床实践经验,本书的1~17章为美容内科诊疗,17~22章为美容内科保健,作为美容内科学的雏形奉献给美容医学界,奉献给人民医学事业。

在本书编写过程中,我们对编写提纲和书稿进行了反复讨论、修改。初稿完成后经过试讲,又充分听取了师生们的意见,再一次修改和调整了部分内容,最后由赵永耀、张其亮教授审阅统稿和定稿。本书在编写过程中,湖南科学技术出版社为本书的出版给予了大力支持。在审稿过程还得到了中国人民解放军九四医院、南昌市中西医结合医院及江西下野医学美容整形中心、江西艳丽医学美容中心以及参加本书编写的作者所在单位对本书编写工作的大力支持。在此,我们一并表示衷心的感谢!由于本学科是一门刚刚起步的学科,既无前人编写的著作,又无现存资料参阅,加之我们学识有限,谬误之处在所难免,敬请读者不吝批评指正。

赵 永 耀

1995年11月于南昌

目 录

引 论

第 1 章 美容内科诊断概要与误诊思维因素 (1)

第一节 美容内科检查步骤及主要内容 (1)

第二节 美容内科检查方法及注意事项 (2)

第三节 鉴别诊断内容与方法 (3)

第四节 美容内科误诊的思维因素与防范 (4)

第 2 章 呼吸系统有损容姿的主要病症 (9)

第一节 呼吸系统疾病有损容姿的主要表现 (9)

第二节 导致呼吸系统疾病的主要因素 (10)

第三节 呼吸系统损害性常见病症及处理原则 (12)

第四节 预防呼吸系统疾病的美容保健 (14)

第 3 章 消化系统有损容姿的主要病症 (16)

第一节 腹水对容姿的影响及处理原则 (16)

第二节 黄疸症对容姿的影响及处理原则 (18)

第三节 巨脾症对容姿的影响及处理原则 (20)

第四节 营养不良对容姿的影响及处理原则 (21)

第 4 章 血液系统有损容姿的主要病症 (23)

第一节 红细胞疾病对容姿的影响及处理原则 (23)

第二节 组织细胞增多症与脂类沉积症对容姿的影响 及处理原则 (28)

第 5 章 循环系统有损容姿的主要病症 (30)

第一节 先天性心血管疾病对容姿的影响及处理原则 (30)

第二节 后天获得性心血管疾病对容姿的影响及处理原则 (31)

第三节 遗传性心血管疾病对容姿的影响及处理原则 (33)

第四节 染色体异常性心血管病对容姿的影响及处理原则 (36)

第 6 章 内分泌系统有损容姿的主要病症 (38)

第一节 下丘脑综合征对容姿的影响及处理原则 (38)

第二节 脑垂体功能减退症对容姿的影响及处理原则 (39)

第三节 巨人症及肢端肥大症对容姿的影响及处理原则 (40)

第四节 慢性肾上腺皮质机能减退症对容姿的影响 及处理原则 (40)

第五节	肾上腺皮质机能亢进症对容姿的影响及处理原则	(41)
第六节	甲状腺疾病对容姿的影响及处理原则	(43)
第七节	先天性卵巢发育不全症对容姿的影响及处理原则	(45)
第7章	免疫系统有损容姿的主要病症	(47)
第一节	皮肤变态反应疾病对容姿的影响及处理原则	(47)
第二节	自身免疫性疾病对容姿的影响及处理原则	(51)
第8章	神经、肌肉、骨骼系统有损容姿的主要病症	(56)
第一节	神经系统有损容姿的病症及其处理原则	(56)
第二节	肌肉系统有损容姿的病症及其处理原则	(58)
第三节	有损容姿的骨关节病及其处理原则	(60)
第9章	泌尿系统有损容姿的主要病症	(62)
第一节	水、电解质失衡对容姿的影响及处理原则	(62)
第二节	继发性肾小球疾病对容姿的影响及处理原则	(65)
第10章	美容内科临床实践中常见急症的识别与处理	(67)
第一节	昏迷及其处理原则	(67)
第二节	心绞痛及其处理原则	(68)
第三节	心律失常及其处理原则	(69)
第四节	心力衰竭及其处理原则	(72)
第五节	休克及其处理原则	(73)
第六节	急性心肌梗塞及其处理原则	(74)
第七节	高血压急症及其处理原则	(75)
第八节	呼吸衰竭及其处理原则	(76)
第11章	影响面容的常见内科皮肤病	(78)
第一节	黄褐斑成因及其美容审美实施	(78)
第二节	面雀斑成因及其审美实施	(79)
第三节	痤疮成因及其审美实施	(81)
第四节	白癜风成因及其审美实施	(84)
第五节	酒糟鼻病因及其内科诊治	(86)
第12章	衰老与延缓衰老美容保健	(88)
第一节	衰老的特点与起因	(88)
第二节	衰老的临床表现	(91)
第三节	延缓衰老的美容保健	(93)
第13章	单纯性肥胖症与内科减肥	(96)
第一节	简 述	(96)
第二节	单纯性肥胖症的病因和发病机理	(97)
第三节	临床表现与诊断	(98)
第四节	单纯性肥胖症的内科防治	(98)
第14章	维生素缺乏的损容病症	(102)
第一节	维生素 A 缺乏的损容病症及其防治	(102)
第二节	维生素 C 缺乏的损容病症及其防治	(103)

第三节	B族维生素缺乏的损容病症及其防治	(104)
第四节	维生素D、E缺乏的损容病症及其防治	(107)
第15章	微量元素的多寡损容姿的病症及其防治	(109)
第一节	简 述	(109)
第二节	铁、锌、铬对容姿的影响与防治	(110)
第三节	碘、铜、硒对容姿的影响及缺乏症防治	(112)
第四节	锰、氟、钴、钼对容姿影响及缺乏症防治	(113)
第16章	白发脱发与医药美发	(116)
第一节	常见白发脱发病因	(116)
第二节	护发、染发、乌发和生发方术	(118)
第17章	养颜、美肤内科保健	(123)
第一节	影响颜面、皮肤容姿的因素及美容保健	(123)
第二节	宫廷养颜美容方精选	(124)
第三节	美肤宫廷用方精选	(131)
第四节	经络刺激、气功美颜法	(136)
第18章	儿童期美容内科保健	(140)
第一节	儿童发育过程及危及儿童容姿的因素	(140)
第二节	儿童美容保健	(143)
第19章	妇女特殊生理期内科美容保健	(147)
第一节	妇女青春期美容保健	(147)
第二节	妊娠期与产褥期美容保健	(148)
第三节	妇女更年期美容保健	(151)
第20章	心理美容保健	(154)
第一节	情绪异常对容姿的影响	(154)
第二节	心理美容保健	(156)
第21章	美容养生	(160)
第一节	顺四时 适寒暑	(160)
第二节	慎起居 均劳逸	(161)
第三节	和情志 抒胸怀	(162)
第四节	调饮食 勤动练	(164)
第22章	饮膳美容保健	(166)
第一节	不同年龄期饮膳美容保健	(166)
第二节	不同季节饮膳美容保健	(170)
第三节	女性不同生理期饮膳美容保健	(174)
第四节	美容食物与美容药膳	(179)
第五节	美容茶饮及其利用	(181)

第1章

美容内科诊断概要 与误诊的思维因素

美容内科诊断与其他临床学科如内科、外科、皮肤科等学科一样,其诊断应遵循问诊、体检及有关辅助检查的次序和规律,临床诊断的确定,无论对医生还是对就医者都是十分重要和严肃的。因此,临床工作对诊断环节应十分重视。与一般临床学科不同的医学美容学是一个新型的临床学科,它继承和发展了中外传统医学中有关医学美及审美处理的精华,并作为一门新的医学分支学科独立出来,以更好地研究维护和塑造人体美。

第一节 美容内科检查步骤及主要内容

美容内科检查步骤和临床诊断学一样,首先是病史收集,特别是要仔细听取就诊者的主诉,并在他们走进诊室的一刹那不动声色地密切注视,但又不伤害对方自尊心的前提下,观察他们的容貌、体形、步态及她(他)的音容笑貌,并根据就医者的主诉对其相应部位进行细致检查,同时不忘记全身检查,包括心肺、肝脾及脊柱、四肢。根据检查中发现问题选择相应的实验或特殊检查项目。如对于面色萎黄、皮肤粗糙病人除了应作血、尿、大便三大常规外,还应作肝肾功能检查等。

一、美容内科病史收集、体格检查及注意事项

1. 听取就医者主诉:仔细耐心听取就医者的主诉是美容科医生在接诊中一个非常重要和必须的手段,因为美容医学尚未在我国普及,尚未被多数人充分理解,在问诊中医生尽量取得就诊者的信任,尊重其自尊心,并为其保密。一般而言,就诊对象的主诉往往是清楚的,如“我的面部近来出现很多红斑点或色素斑,变得很难看是什么原因?”“有些家长带自己的孩子来找医生,“我的孩子为什么这么矮小?有什么办法使其长高、长壮?”、“别的姑娘皮肤那么细嫩,为什么我的这么粗糙?”等等。有的就诊者不能充分表达时,医生应引导,或作归纳,使主诉内容完整而规范。

2. 病史中的特点:

①现病史 一栏中美容内科医生应着重了解就诊者面部色泽、体形、步态及声音变化的时间和治疗经过,及与之相应的伴随表现,如面部红斑出现是否同时有脱发及关节痛,面部苍白是否同时有月经过多、牙龈出血、皮肤瘀斑等;体型由瘦变胖是否用过激素,是否存在头昏、高血压病史。还要注意病因及诱因,如化妆品刺激或过敏可导致皮肤色素沉着,长期疲劳和睡眠不足可出现黑眼圈等。

②个人史中特别是饮食习惯与美容有密切关系,如少食豆类、动物肝脏、胡萝卜等,皮肤易干燥、脱屑;偏食肉类而不吃或少吃蔬菜、水果则易出现皮肤暗黑;烟酒过度则皮肤灰暗,牙龈变黑黄。此外还要详细询问月经及生育史。月经过多造成慢性贫血可出现面色苍白。

③职业、工作环境、营养条件也同样与美容内科有关,如营养条件差,家族成员均较矮小,那么后一代的身材和体型也不会很好。另外营养条件特别好,工作清闲,平时很少从事体育活动,必定造成身体肥胖,臀部及腹部出现赘肉,体型必定不够美观。

家族遗传病史与美容内科亦有密切关系,如先天性小睑裂、血友病、白化病等。

二、头面部、脸部检查内容

1. 头面部检查:注意毛发分布及光泽度,头颅大小及形态;面部皮肤色泽及异常皮疹等,如面色苍白尤要考虑有无贫血;面部黑色素沉着特别在嘴唇、牙龈要排除阿狄森氏病(慢性肾上腺皮质功能减退)。色素脱失常见有白癜风白斑和白化病。眼部检查注意眼睑裂大小,眼睑有无内翻或外翻,是否对称;眼结膜有无苍白、充血、黄染。皮肤有无松弛下垂,鼻梁是否端坐,鼻骨发育程度,鼻孔发育情况及有无脓性分泌物。口唇苍白常见于贫血,口角糜烂常见于核黄素缺乏,口唇肥厚与增大常见于肢端肥大症。口腔粘膜正常为粉红色,要注意有无色素沉着,出血点及瘀斑。舌的形态、色泽,伸舌是否居中。舌体肥大可见于炎症、充血、粘液性水肿。耳廓形态,是否有缺损及流脓,颈部是否对称,有无肿块及甲状腺肿大,淋巴结是否可触及。

2. 胸廓检查:注意胸廓形状,正常为圆柱形,扁平的多见于慢性消耗性疾病,如肺结核、胸部畸形往往影响患者体型的美观。检查特别注意脊柱有无前凸及后凸。胸壁皮肤有无皮疹、瘰管、瘢痕。乳房发育是否对称,根据就诊者情况还要详细对心、肺功能状况进行检查,注意有无心脏杂音,特别面部有两颊红紫、发绀及呼吸困难要仔细对心脏各瓣膜区进行听诊,排除先天及后天性心脏病。此外还要注意肺部是否有干湿罗音。

3. 腹部、脊柱、四肢检查:首先注意腹部形态,腹壁脂肪情况。肥胖者,脂肪多堆积于腹部,严重者可在腹部可见银白色条纹。其次注意腹壁皮肤颜色、弹性,有无皮疹、色素沉着及瘢痕(外科手术所致),并要注意腹部体毛分布情况,男性阴毛呈三角形,女性阴毛则为倒三角形。体毛增多或女性阴毛呈男性分布可见于皮质醇增多症和肾上腺性变态综合征。而体毛稀少可见于粘液性水肿和性腺功能减退症。最后检查肝脾有无肿大及腹部有无其他部位肿块。脊柱、四肢检查主要检查有无畸形功能障碍,活动是否自如。

第二节 美容内科检查方法及注意事项

美容内科体格检查与临床内科检查基本相同,但就诊者多为正常人或认为自己不是病人,只是希望医生帮助他(她)解决自己面部或体型方面不美观、不够美观的问题,并寻求改变的方法,因此检查方法以视、触诊为主,视诊主要采用目测法与对比法,并辅以触诊,必要时再佐以叩诊、听诊。

①目测法:对来就医者首先进行目测检查,如头面部皮肤、眼耳鼻形态,身材高矮,胖瘦,脊柱四肢有无畸形,这些都是通过目测法便可以很快明确,检查时必须注意光线,各个部位仔细察看。

②对比法:由于人体面部及四肢两门多为对称性,因此在视诊中常需对比进行检查,如两

侧颊部、两眼、双耳、乳房、胸廓、肩部及两上下肢的检查等。因为人体各部分比例应该是协调、匀称的,这是公认的人体美的基本。通过对比法进行检查测量,可提供不协调、不对称的依据,从而了解造成破坏人体美的症结所在及与此相关的疾病,如双眼睑大小不一致,除了先天性因素以外,是否由于重症肌无力或面神经瘫痪所致。又如两侧乳房不对称者可见一侧发育不全、先天性畸形、囊肿、炎症或肿瘤。

③触诊法:医生采用自己的手指或手掌对就诊者感觉不良或需加以美化的部位、或脏器,如肝脾进行触摸的一种检查方法。如面部、颈、躯干及四肢。通过触诊可明确肿物位置、大小、软硬程度、表面特征、活动程度、浸润范围,有无压痛及波动感,以及与周围脏器之间关系。对于乳房也可了解有无肿块,乳腺小叶增生,附近腋窝有无肿大之淋巴结,从而了解是生理状况还是疾病所致,以便作必要的治疗。在检查之后,除详细记录外,还需附一简图,标记异常体征确切部位,如肿块则需测量大小,使用准确数字标记,以利治疗前后对比。

④叩听诊:在美容内科检查中作为一种辅助的体格检查手段,如胸廓不对称者可采用叩听诊了解胸廓有无积气或积水(气胸、胸腔积液),肺部有无罗音,疑有心脏病者,如面部紫绀,可结合听诊心脏杂音以明确诊断。腹部增大除考虑肥胖致皮下脂肪堆积外,还应采取腹部移动性浊音叩诊法,排除腹水可能。

总之,在美容内科检查中不仅要重视某一位情况,更不能忽视全身系统性检查。既要重视形态,又要注意功能方面的检查(如面神经瘫痪病人既有容貌形态上的缺陷又有功能上的缺陷),此外,作为一名美容科医师,还应重视心理学诊断,这就要求从事医学美容工作的人员,除了要有良好的医学基础知识外,还需具备心理学、精神卫生学、美学知识以及高尚的职业道德情操。这样才会有高度责任感来对待每一位就诊者。不言而喻,在广大就诊者中,确有不少人因颜面或身体其他部位有些影响容貌或体态美的毛病或缺陷,他们希望通过美容手术纠正畸形和缺陷,使之接近正常。但也有相当一批就诊者完全是正常人,他们期望通过美容手段使自己变得更潇洒和漂亮,这是完全可以理解的,也是美容医师应予支持的。这里不排除少数人有其他目的,如试图通过美容手术来挽救失败的婚姻,或是为就业、求职和取悦于某人,这些人的期望值往往很高,甚至超越了当今技术水平所能达到的高度。对于这些人必须重视调查研究,全面了解情况,做耐心细致的思想开导和劝阻工作,决不能简单从事,盲目附和,否则后患无穷。

第三节 鉴别诊断内容与方法

1. 鉴别内容:首先要弄清就诊者身体各个部分缺陷是先天性还是后天性的。如皮肤色泽、身材高矮多与先天遗传有很大关系。若父母皮肤均黑,所生子女皮肤就不可能很白;父母身材矮小,其子女身材也不会很高;近亲结婚者,后代发生先天性智能障碍,愚型者均多;若为后天性则由多种原因造成,如野外工作的人,由于阳光暴晒,风沙刺激或缺乏防护条件时,其皮肤必定较常人粗糙和黝黑。又如营养条件与饮食条件较差或有偏食,而又缺少体育运动的人,是不可能长成为具有一定曲线美的丰满匀称的身材。

其次要鉴别的是生理性还是病理性的变化,以面部色素变化为例,妊娠斑和老年斑均属生理性变化,青年人好发的痤疮,绝大多数亦属生理性变化。而肝硬化、肝癌、慢性肾上腺皮质功能减退所出现的部分或全身性皮肤色素沉着则为病理性。又如身体健康,各个器官功能正常,

面部表现唇红白齿,双颊红润。相反如面颊潮红而体质瘦弱,稍事活动即感气喘者,应了解是否心肺疾病或造血器官病变所致。如先天性心脏病、风湿性心脏病、肺结核。皮肤持久性发红可见于真性红细胞增多症。生理性皮肤发黄可见于过多食用胡萝卜、桔子汁、南瓜等蔬菜或果汁,因这些食物可使血中胡萝卜素(Carotene)含量增加(超过250mg/dl)。长期使用阿的平、呋喃类药物也可使皮肤发黄,亦属生理性变化。相反除反肤黄染外,巩膜及软腭粘膜亦有黄染,则应考虑肝胆疾病或溶血性疾病。

2. 鉴别诊断方法及步骤:首先应详细询问病史,其中特别应了解就诊者职业、工作环境、生活条件、饮食习惯和嗜好,以及食物药物过敏史。同时询问伴随表现如皮肤苍白者是否有乏力、心悸及呕血、便血和月经量过多,皮肤红斑要问有无发热、局部搔痒、对光过敏、脱发、关节痛等历史以排除红斑狼疮。皮肤黄染应同时询问有无畏寒,询问伴随表现如皮肤苍白者是否有乏力、心悸及呕血、便血和月经量过多,皮肤黄染应同时询问有无畏寒、发热、食欲下降、腹痛,以排除急慢性肝胆疾病。其次应作有关的体格检查如心肺、肝脾的叩触、听诊检查。鉴别诊断第三个步骤是有关的特殊检查,美容内科就医者与其他内科病人一样,均需作血、尿、粪三大常规,血小板及出、凝血时间测定,再结合病史、体格检查作出初步诊断,再进行相关的特殊检查。如疑有心脏病史可进行心电图、彩色多普勒检查。疑有肺部疾患可作胸片、肺功能。疑有肝、胆疾患,可进行黄疸指数、肝功能、肝胆B超检查。对于有体型及发育异常者可进行头颅及躯干、四肢的X线摄片、染色体测定及内分泌功能检查,必要时作有关部位CT扫描、核磁共振术及电子计算美学诊断系统等高科技诊断检查。

3. 照像记录:照像在美容内科检查中占有十分重要的地位,它可表达文字所不能表达的情况,而且也是美容前后对比极为珍贵的资料,且能有效的了解美容的直观效果。美容科诊断照像与普通摄影不同,应突出表现检查对象就诊时,面部或其他部位的欠缺与畸形程度、性质及确切的位置,因此要求照相的位置、采光准确无误,相片质量良好。不但要照正面,而且要求照各个部位的侧面,或仰视位置照。背景以红色、天蓝色、淡绿色为宜,切忌杂乱无章。照像时不应着花衣服,面部不宜化妆,以求其真实、准确。对于形象生动的或罕见的病例应予录相,以利于教学和学术交流。这也是积累有价值资料的重要手段。

关于实验诊断等其它诊断方法在医学基础课中已讲,故从略。

〔第1~3节 王修文〕

第四节 美容内科误诊的思维因素与防范

美容内科误诊的思维因素,与一般内科误诊的思维因素大致相似。这里所指的思维,即通常所说的内科临床思维。这里所指的就是由美容医师通过搜集人体容姿缺陷临床资料,进行思维加工,分析其发生、发展的原因及其规律,作出正确的诊断并判定出内科美容治疗的最佳方案。

所谓临床误诊,是指临床医生由于主、客观因素的影响,致使对患者疾病作出的诊断,不符合患者实际病情或未反映疾病的本质。

误诊,在临床工作中是客观存在的。不仅罕见的、疑难的、急性的疾病和功能性疾病会发生误诊,就是常见的、多发的、慢性的疾病和器质性疾病有时也会发生误诊;经验不足的低年资医生会发生误诊,就是经验丰富的高年资医生有时也难免发生误诊;设备简陋、技术力量单薄的

基层医院易发生误诊,就是设备先进、技术力量雄厚的省市级大医院也很难杜绝误诊。这是为什么呢?究其原因有多方面,既有服务态度、工作作风等医德医风方面的问题,又有医院管理、设备条件和业务水平等客观方面的因素,这里主要从辩证唯物主义认识论方面探讨思维因素。

一、临床误诊中思维因素

临床误诊中的思维因素,包括认识客体(思维对象)、认识手段方面的客观因素和认识主体(医生)方面的主观因素。

(一)认识客体的复杂性与误诊

认识客体,在临床诊断中主要是指患者和致病因素,其表现是极其复杂的。它不仅表现在疾病过程中,致病因素的种类、性质、途径及其作用方式的多样性,而且还表现在患者身体的功能状态和受损部位、性质、程度、病理变化及抗病能力等个体方面的差异性。正是这些因素的相互作用,便产生了临床上千差万别的疾病表现及其多种多样的演变形式,成为临床医生导致误诊的主要客观因素。具体表现如下:

1. 疾病表现的差异性。同一种疾病,因致病因素侵犯的部位不同,或患者个体的机体状态和反应性不同,其临床表现往往有显著的差异,如系统性的红斑狼疮,若侵犯部位在关节,则出现关节疼痛性的类风湿症状;若侵犯肝脏,则出现肝肿大和肝功能异常的肝炎症状等等。医生如果稍不注意,或缺乏深入地思考和分辨,就易被疾病的多种表现所迷惑而发生误诊。

2. 疾病表现的相似性。不同种类的疾病,因其所患的部位相同,或病理过程相似,可出现相似的临床表现。如肝炎与肝癌在其发病过程中,都可出现肝肿大和肝功能异常的症状,这就使医生可能在病因学的诊断上发生混淆而误诊。

3. 疾病表现的假象性。疾病的本质是通过现象表现出来的,医生可透过其现象,找到疾病的本质,但疾病的表现有时也出现假象,真象是疾病本质的反映,假象也是疾病本质的反映,只不过是一种歪曲、颠倒的反映而已。如在病情危重阶段的衰竭病人,常常出现回光返照的现象,看起来似乎康复了,实质上是一种死亡的先兆。疾病表现出来的假象,易把医生的思维引向歧途,如果不冷静观察和分析,很易发生误诊。

4. 疾病表现的非典型性。疾病表现有典型的,也有非典型的。典型表现易把握病性、病情,作出正确的诊断。而非典型的表现,如果医生不注意,或忽视了,往往就发生误诊。

5. 几种疾病相互叠加。临床上常常遇到这样的情况,患者不是患一种病,而是几种病因同时存在,几种病的表现也常常叠加在一起,或继发性疾病表现掩盖原发性疾病,或原发性疾病表现掩盖继发性疾病。如急性化脓性阑尾炎穿孔后,往往可暂时出现麻痹性腹膜炎,此时反而腹痛缓解,反跳痛不明显,掩盖了腹膜炎继发证,这就增加了诊断上的困难,医生如不细心检查,仔细地分析,也往往造成误诊。

6. 疾病表现的变异性。由于致病因素的更新、变异,疾病的表现也发生了明显的变化。如本世纪50年代后,由于链霉素的广泛应用,致使结核杆菌也发生了变异,不少结核患者低热、盗汗、消瘦、疲乏等结核中毒症状不明显,甚至有的肺部出现空洞,仍见不到典型的中毒症状,这也常常使医生忽视结核而发生误诊。

(二)临床资料搜集不全与误诊

临床资料的详实性、系统性和完整性,是形成正确诊断的前提和基础。然而,由于各种因素的干扰和影响,医护人员很难收齐临床资料。特别是出于伦理道德、救死扶伤的考虑,对一些急、难、重症病人,不能等临床资料全了再作诊断治疗,必须争分夺秒地首先抢救病人生命,而

后再进一步搜集临床资料。临床医生在这种决断的紧迫性和资料的不完备情况下,作出诊断和处理,也难免不出现误诊。具体表现如下:

1. 病史采集不全。患者或其家属、亲人、目击者陈述的病史资料,是疾病诊断的基础。一份全面、系统、详实而又不繁琐的病史,其本身就富有诊断价值。如果医生询问病史不详、不得法,或患者等陈述不清楚、有顾虑、有遗漏,甚至有隐瞒或有隐私不好意思讲,很难取到完整的病史资料,往往出现漏诊、误诊。

2. 体检的遗漏。医生搜集病史资料,一般通过视、触、叩、听、或望、闻、问、切等基本方法,以及简单的医用工具,如听诊器、体温表、血压计、反光镜等。对于具有明显阳性体征和典型病症的患者,体检不易遗漏,但对于那些基本病理过程未充分展开、基本症状未充分表露、阳性体征不明显的患者,医生体检很难获得完整的病情资料。如果医生检查不细,更容易遗漏,这也是造成误诊的重要因素。

3. 辅助检查的误差。为了更多地搜集详实而有诊断价值的临床资料,医生对患者进行体检后,常常借助医用仪器检测的数据或影像辅助诊断。特别是现代临床医学,随着科技的发展,辅助检查的仪器设备愈来愈先进,这对于延伸医生的感官、提高分辨力和诊断水平,无疑是颇有裨益的。但是,任何先进仪器的制造和使用,不可能毫无误差。同时,仪器检测的数据或影像,仅仅是反映人体在某一瞬间、某一阶段的病变情况,而不是也不可能反映疾病的全貌或全过程。如果医生迷信检测的结果,或缺乏辩证思维的头脑,很易发生误诊。

(三)认识主体思维的片面性与误诊

随着认识客体的不断变化,认识主体的思维内容也在不断地丰富和更新,与此相适应的医生思维方式和方法也有了很大的改变。特别是辩证唯物主义的方法论和系统的科学理论与方法的普及,大大地提高了医生临床思维的能力和诊治水平。然而,由于传统的形而上学思维方式的根深蒂固的影响,不少医护人员的思维活动还跟不上临床实践的发展,思维中的表面性、片面性即主观性仍然存在,静止、凝固不变的思维模式依然有较大的影响,这是造成临床误诊的重要主观因素。具体表现如下:

1. 固守局部,忽视整体。近代医学由古代整体思维发展到局部定位思维,这对临床诊治水平的提高无疑是个很大的进步。特别是现代医疗技术的发展与应用,使医生有了更多、更先进的手段进行准确的定位,大大地促进了临床医学的发展。然而,正是由于这种局部定位思维的纵深发展,也给医生带来了“一叶障目,不识泰山”的片面性。特别是现代临床医学分科愈来愈细的情况下,医生的知识而愈来愈窄。除本专科知识外,其它学科知识就很贫乏,因而限制了其各科的联系,甚至忽视局部与整体的辩证关系,往往造成误诊。

2. 依赖于仪器检测,懒于辩证思维。现代先进仪器检测结果,对医生诊断的价值确实很大,医生常常可以从检测结果中,找到有关疾病的种种现成答案,作出正确诊断和处理。如医生根据胃镜和活检结果报告,就可以肯定或否定胃癌的诊断。正因为如此,在部分医生中就产生了依赖甚至迷信仪器的检测结果,懒于将检测的结果与自己体检和观察的病情结合起来思考,轻率地作出诊断,这也是发生误诊一个重要因素。

3. 思维停滞甚至倒转。临床思维的过程,一般从患者就诊就开始了。其程序是:首先对搜集的初步“四诊”资料进行分析,提出各种印象性的设想,并依据这个设想进一步搜集资料。然后根据检测的数据、影像和观察的病情,进行比较分析、归纳演绎等判断推理,作出初步诊断,并依据此诊断制定治疗方案付诸实施;再通过治疗反馈,验证,修改和补充诊断,再治疗,再诊断,如此循环往复,使诊断不断地完善。然而,有的医生不是循着这条思路,而是满足于初步诊