

JIZHEN
LINCHUANG SIWEI

■ 孟庆义 著

急诊临床思维

- 探讨急诊临床思维方法的要点。
- 从哲学、数学、物理、化学和文学艺术等层面，对临床思维过程进行全面解析。
- 展示缜密的思维方法和清晰的诊断思路。
- 引领读者走进活跃思维和探索成功的殿堂。

急诊临床思维

孟庆义 著

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

急诊临床思维/孟庆义著. -北京:科学技术文献出版社, 2010. 1

ISBN 978-7-5023-6486-1

I. 急… II. 孟… III. 急诊-临床医学-思维方法 IV. R459.7-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 191794 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)58882938, (010)58882087(传真)

图书发行部电话 (010)58882866(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882873

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 张金水

责 任 编 辑 张金水

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

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 北京国马印刷厂

版 (印) 次 2010 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 514 千

印 张 22.25

印 数 1~4000 册

定 价 45.00 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。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书探讨了急诊临床思维方法的要点,并从哲学、数学、物理、化学和文学艺术等层面,对临床思维过程进行了较全面的解析。书中所展示的缜密的思维方法和清晰的诊断思路,将引领临床医生走进活跃思维和探索成功的殿堂。主要内容有急诊临床思维方法、临床误诊误治问题、急诊临床重点疾病、初始诊断方向的确定、心肺复苏的哲学思考、从摘南瓜的物理学原理谈主动脉瘤破口的确定、用惯性思维解析直背综合征误诊为心脏病、从看心率次数诊断心房扑动阐明天马行空的诊断境界、用均数复归现象解释临床指标复查的数学原理、急性中毒诊断中概率论的应用、数学在诊断指标中的运用、急诊医疗纠纷的处理原则与技巧、“医”与“急”等字的国学解释与会意、与患者沟通的艺术、临床医学是一门艺术等内容。本书适合于从事急诊医学及内科学临床医师、研究生和进修医师学习和参考,也是进行继续教育和急危重症诊疗培训的高级参考读物。

作者简介

孟庆义,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。

1964年6月生于河北承德。曾于1979年9月自学考入广州第一军医大学军医系;1989年7月北京军医进修学院心内科硕士毕业;1994年7月军医进修学院心内科博士毕业;1995年9月破格晋升为解放军总医院急诊科副主任医师,副教授。曾于1998年日本大分医科大学(Oita Medical University)客座教授。2000年至2002年美国克利夫兰医学中心(Cleveland Clinic Foundation)和约翰霍普金斯医学院(Johns Hopkins Hospital)心内科博士后。2002年9月晋升为北京解放军总医院主任医师、教授。现任北京解放军总医院急诊科副主任,兼门诊部教研室主任。



现担任《中国循证心血管病学杂志》副主编,《中华老年心脑血管病杂志》、《中华老年多器官疾病杂志》和《天津医药》等多家杂志编委;国家突发公共卫生应急专家咨询委员会医疗救治组成员;中国国际友好联络会理事;中国毒理学会理事;中国医学装备协会急救医学装备专业委员会副主任委员;中国毒理学会中毒救治委员会常务委员;中国医药生物技术协会心电学技术分会学组全国委员;中国心理卫生学会临终关怀专业委员会分会委员;北京市中西医结合学会急救医学专业委员会委员;教育部留学回国人员科研启动基金评审专家等。

从医近三十年来,主要研究方向为心血管急症、心肺脑复苏和长期原因不明性发热。专业特长主要为心血管病学、急诊医学及危重病医学,并在内科疑难病的诊治方面做出了一定的成绩。曾获全军医药卫生科技成果奖5项,牟善初保健医疗科研基金奖、解放军总医院建院50周年突出贡献奖、中华医学会优秀论文奖和心电学杂志迈斯特优秀论文奖,1999年荣立三等功。2003年8月获解放军总后勤部颁发的“非典型肺炎防治先进个人”称号,并再次荣立三等功。2007年9月被评为解放军总医院2007年度优秀博士生导师。2009年2月被解放军总后勤部

卫生部评为“神舟七号载人航天飞行卫勤保障先进个人”。曾证明了抗艾滋病蛋白酶抑制剂类药物对心脏的损害作用,并在路透社健康新闻专栏(Reuters Health)中予以报道。在国内外专业杂志发表论文共 300 余篇(SCI 6 篇),主编《急性心肌梗塞的新概念》、《急性心肌梗塞的现代诊断和治疗》、《临床心电图学的新概念》、《高级急诊医学教程》、《高级急诊护理教程》、《急诊医学新概念》、《临床思维指南 急诊科典型病例分析》、《急性心肌梗死》、《不明原因发热》、《临床诊疗精要系列丛书 急诊内科诊疗精要》、《全国专科护理领域岗位规范化培训教材 急诊护理学》等 11 部著作,参编著作 20 余部。

前 言

医家格言曾告诉我们,医学是一种不确定的科学和什么都可能的艺术,其主要原因是任何一种疾病的临床表现都不尽相同,而不同的疾病又可有相同或相似的临床表现,即“同病异症”或“异病同症”的概念。“以汤止沸,沸愈不止,去其火则止矣。”故作为临床医学主体的医务人员,应充分认识到思维模式是诊治疾病的根本,这就是临床思维方法。

众所周知,科学的临床思维方法是正确临床决策的基础。医生的临床诊断过程是一个认识思维的过程,由于主观因素对认识的限制,同样的业务水平采用不同的思维方法,所得出的诊断结果也会有所差异,正确的诊断要求临床医生有正确的思维方法。尤其在急诊医学专业,由于其突出特点就是时间的紧迫性,故急诊医生诊治患者时,误诊一般应高于门诊和病房,由此导致的医疗纠纷也相对频发。“死生之穴,乃在分毫。人血脉相通如江河,针灸在思其要津。”这要求急诊专业医生,应在较短的时间里,迅速明确患者的诊断和治疗方向,故掌握科学的思维方法显得更加重要。

误诊与误治是临床医生时刻关注的问题之一。依据国内外的一些研究,目前门诊病人的误诊率可高达50%,住院病人的误诊率也为30%左右。WHO也曾报道目前临床医学平均误诊率约为30%。如对其发生原因进行分析,发现约80%的医疗失误是由于思维方法和认识上的错误,只有20%是因为书写错误和混乱的检查结果等技术错误造成的。这说明临床思维方法方面的问题,是误诊与误治的最重要因素。但是,由于知识结构和工作负荷等多方面的原因,相当部分的临床医生尚未认识到,临床思维方法在误诊误治方面起着非常重要的作用。有学者曾感叹:“人们经常谈论医疗中的技术错误,而较少谈论医疗中的思维错误”。古希腊伟大的思想家柏拉图也曾说过:“思维的危机决定了一个人一生的危机。”一个不善于思考问题的人,会遇到许多取舍不定的问题。相反,正确的思维能发生巨大作用,可以决定一个人应该采取什么样的行动。故临床医生应加强临床思维方法等层面的素养,这是避免临床误诊误治的重要途径。

古人曰：“行成于思。”作为一名急诊医生，在日常临床实践中，也应积极思考。法国哲学家帕斯卡曾有一句名言：“人只是自然界的一根脆弱的芦苇，但这是一根会思考的芦苇。”人类的优越性，在于其思考能力，亦因此，能独立及正确地思考是人类不可或缺的。人们不但能思考各类事物，还能对思考进行思考，后者称之为思维方法学，是一门研究思考的学问，其目的之一就是为了能有正确的思维来判别对错。“过而改之，善莫大焉。”本书的主旨，就是探索急诊医学中临床思维方法的一些规律，批判一些人们常犯的思考上的错误，并且以实例展示何为临床思维方法及其演绎与运用。

德国哲学家黑格尔说，一个民族有一些关注天空的人，他们才有希望；一个民族只是关注脚下的事情，那是没有未来的。急诊医生除做好本职工作外，还要勤于思考，做一个关心民族“天空”的人，这要求坚持理论与实践相结合，以辩证唯物主义的哲学思想作为理论指导，用正确的思维方法去把握疾病本质。著名作者梅林在《马克思传》序言中也曾写道：“马克思之所以无比伟大，主要是因为思想的人和实践的人在他身上是密切结合着的，而且是相辅相成的。”故急诊科医师不但要注重各种专业特殊性的训练，还要思考和研究各类疾病诊治过程中的内在共同性，抓住急诊临床诊治中一些本质的东西。随着医学专业知识的丰富，自然辩证法的运用，哲学理论素养的提高和临床思维能力的增强，急诊诊治水平也将会逐步提高。“才以用而日生，思以引而不竭。”故本书是作者对急诊临床思维方法深切思考的结晶，并试图突出循循善诱、授人与渔的特点，以启迪广大读者。

“道成于学而藏于书，学进于振而废于穷。”本书参阅了大量国内外书籍和专业期刊，因篇幅关系，未能在参考文献中予以一一列举，仅志于此。由于临床思维方面的相关文献繁杂浩瀚，故本书难免有疏漏之处，还望同道赐教。

孟庆义

2009年6月于北京中国人民解放军总医院

目 录

第 1 章	论急诊临床思维方法——纲举目张	(1)
第 2 章	论临床误诊误治问题——知为先	(12)
第 3 章	论急诊临床重点疾病——行者必先近而后远	(22)
第 4 章	论初始诊断方向的确定——或然原则	(34)
第 5 章	心脏复苏药物应用方法——否定之否定规律	(41)
第 6 章	心肺复苏时肾上腺素剂量变迁——辩证唯物论	(44)
第 7 章	从颌面手术纱布止血到 CPR 气管内给药止血——联想思维	(47)
第 8 章	改良 Sellick 手法——积淀与灵感	(50)
第 9 章	院外急救用经环甲膜穿刺给药复苏注射器——概念移植的产物	(52)
第 10 章	死亡的概念与内涵——多角度窥视	(54)
第 11 章	急性心肌梗死时恶心呕吐的处理——思维的逻辑性	(59)
第 12 章	急性心肌梗死最早的治疗措施——简单中的深奥	(63)
第 13 章	急性心肌梗死吸氧问题——对象与认识的差异	(65)
第 14 章	心肌标志物的诊断思维——流行病学原理	(68)
第 15 章	高血压急症治疗与肺循环——水往低处流	(77)
第 16 章	高血压急症治疗尼卡地平的兴起——转换视角	(82)
第 17 章	肺水肿与“肺血浆肿”——异曲同工	(94)
第 18 章	主动脉瘤破裂位置的确定——摘南瓜的道理	(98)
第 19 章	直背综合征误诊为心脏病——惯性思维作祟	(102)
第 20 章	数心率次数诊断心房扑动——大巧不工	(108)
第 21 章	良性室性期前收缩的诊断——顺藤摸瓜	(117)
第 22 章	高钙血症背后的疾病——透过现象认识本质	(119)
第 23 章	高钾血症治疗措施的差异——时间维度的考量	(127)
第 24 章	糖尿病酮症酸中毒胰岛素抵抗致医源性高渗——具体问题具体分析	(133)
第 25 章	抗过敏药致过敏性休克——水能载舟亦可覆舟	(139)
第 26 章	进食障碍与 Wernicke 脑病——千里之堤溃于蚁穴	(146)
第 27 章	运动后血清肌酸激酶异常升高现象——敏于观察	(156)
第 28 章	不明原因发热概念的产生——从历史看问题	(161)

第 29 章	不明原因发热的病因诊断——横向思维与纵向思维	(169)
第 30 章	发热患者退热的启示——事后诸葛亮	(184)
第 31 章	临床治疗中的药物热——无法忽略的问题	(194)
第 32 章	类癌综合征的诊断——“一元论”原则	(199)
第 33 章	SARS 病毒感染临床分型——质量互变规律	(205)
第 34 章	黄泥坑中溺水的学问——大医无书	(209)
第 35 章	呕吐与呃逆——小问题包涵大道理	(211)
第 36 章	临床中一些非规范诊断方法——观名家风采	(220)
第 37 章	危重患者看舌头——窥一斑而知全豹	(222)
第 38 章	临床指标复查的数学原理——均数回复现象	(226)
第 39 章	从结核的诊断谈起——诊断指标的运用与数学原理	(229)
第 40 章	急诊辅助检查三级管理模式——Bayes 定理的应用	(237)
第 41 章	急性中毒的诊断思路——逻辑思维	(243)
第 42 章	无相关病史中毒的诊断思维——概率论的应用	(251)
第 43 章	酒文化的医学内涵——知其然知其所以然	(256)
第 44 章	急救设备相关不良事件——被遗漏的问题	(269)
第 45 章	应急医学救援时现场安全问题——方针的内涵	(282)
第 46 章	急救时的安全转运——新木桶原理	(287)
第 47 章	急诊医学的概念与发展——哲学思考	(293)
第 48 章	急诊科室单元的布局——建筑学的考量	(301)
第 49 章	美国约翰霍普金斯医院的医学教学——他山之石	(304)
第 50 章	疑难病定义与诊断标准的思考——善行者究其难	(308)
第 51 章	临床实践的总结与提高——博观而约取	(314)
第 52 章	急诊医疗纠纷的处理——原则与技巧	(318)
第 53 章	与患者沟通的艺术——简洁原则	(326)
第 54 章	“医”等字的内涵与会意——国学的精妙	(335)
第 55 章	临床医学是一门艺术——天赋与培养	(338)
参考文献		(343)

第1章 论急诊临床思维方法 ——纲举目张

所谓临床思维方法,是作为临床医学主体的工作人员,在某一时期内认识医学对象,研究和处理医学问题起主导作用的思维模式。医生的临床诊断过程是一个认识思维的过程,由于主观因素对认识的限制,同样的业务水平不同的思维方法,所得出的诊断结果也会有所差异,正确的诊断要求临床医生有正确的思维方法。尤其是对于急诊专业医生,要求在很短时间内迅速明确患者的诊断,掌握科学的思维方法更显得重要。

已有研究表明,80%的医疗失误是由于思维(mental)和认识(cognitive)错误。20%由于技术错误(混乱的检查结果和书写错误等)。“古希腊伟大的思想家柏拉图也曾说过:“思维的危机决定了一个人一生的危机。”一个不善于思考问题的人,会遇到许多取舍不定的问题;相反,正确的思维能发生巨大作用,可以决定一个人应该采取什么样的行动。

汉·班固《白虎通·三纲六纪》:“若罗网之有纪纲而万目张也。”汉·郑玄《诗谱序》:“举一纲而万目张,解一卷而众篇明。”故临床思维方法,是临床实践过程中的精髓部分;树立正确的临床思维方法,是抓住主要矛盾的充分体现,也是解决临床问题的关键所在。

一、概 述

急诊的一切工作都突出一个“急”字,急诊医生在面对复杂纷繁的疾病,必须在最短的时间内做出较正确的诊断和及时合理的治疗。这就要求急诊医生除了要有高度的责任心、广博的专业知识、熟练的专业技能和丰富的临床经验外,还要自觉运用科学的思维方法。为此,必须重视临床思维过程,掌握科学的思维方法。

(一)临床思维原则

临床思维方法的“五个原则”主要有:

(1)或然原则:即概率原则,诊断疾病时应首先考虑常见病、多发病或流行病,但亦不能忽

略少见病。

(2)客观原则:实事求是,承认患者临床症状、体征及辅助检查的客观存在。

(3)惟一原则:最好能用一个诊断来解释全部临床现象,即“一元论”。

(4)实用原则:当器质性疾病与功能性疾病鉴别有困难时,应首先考虑器质性疾病,或考虑可治的疾病。

(5)辩证原则:采用辩证思维,抓住疾病的内在规律,指导临床实践。

在急诊工作中,遵循上述原则,将大大提高急诊诊治的科学性、有效性和准确性。

(二)临床思维方法

急诊医生每天面对患有形形色色疾病的病人,担负着诊断疾病、选择最佳治疗方案、帮助病人恢复健康和提高生命质量的重任。目前相当一部分急诊科医生的临床思维主要停留在感性认识和自身经验总结上,不大注意理性认识和思维方法,思维上的主观性、片面性、习惯性、表面性、静止性时有发生,因此难免出现认识偏差,导致误诊误治、漏诊和漏治。

在现代医学中,采用系统思维的方法,是医学发展的需要。医学模式的转化,要求人们以更开阔的思维方法去研究医学,以系统的思维把握人的自然属性和社会属性的辩证统一,心理与生理的辩证统一,内外环境各要素之间的辩证统一,内外环境间的辩证统一,以及各系统各层次的辩证统一。思维的系统性具有以下特点:具有明显的整体性、动态开放性、综合性和力求最优化。

故系统的临床思维,必须处理好“五个关系”,即现象与本质、静止与运动、主要与次要、共性与个性、局部与整体之间的关系。

二、论“现象与本质”的关系

认识的任务在于透过现象抓住本质。但是,现象是外在的、可见的、直观的,而本质则是要靠抽象思维来把握的,有相当的难度,人们在认识中比较容易犯的毛病之一就是表面性。

由于人体是一个有机的整体,任何疾病的发生发展和转归,都不是一种孤立的现象,临床医生应该透过现象,从各个系统、器官、组织的相互联系、相互作用、相互影响中,来分析病情的变化,以揭示疾病的本质和发展规律。临床医生的认识如果停留在病象表面,不做深入的研究,就容易被现象所蒙蔽,则难免发生误诊和漏诊。

(一)右上腹痛的老年患者

患者,男,65岁,有胆囊炎史。因右上腹痛3天,查体右上腹轻压痛,莫氏征(+).B超示“慢性胆囊炎”,按胆囊炎治疗,3天后心电图和血清生化指标示急性广泛前壁心肌梗死。

该例患者“现象”为腹痛,本质为“急性心肌梗死”。急性心肌梗死时的腹部症状,是心肌病变刺激,反射性迷走神经兴奋对胃肠道作用的结果,但这种腹痛一般无压痛,可做鉴别。

(二)咽喉痛的中年患者

患者,男,39岁,既往体健。因咽喉痛3天,症状加剧、濒死感凌晨急诊,咽喉痛在骑车上

桥用力时加剧,耳鼻喉科急诊谓“喉头水肿”,随后再到内科就诊,心电图为“心肌缺血”,留观静滴硝酸甘油后再做心电图:急性下后壁心肌梗死。

造成这类误诊的原因之一是医生的知识储备不足,思路过窄。如果要减少这种误诊,就要求临床医生不但要走出思维方法的误区,还应在医学基础知识的储备、临床经验的积累、辅助诊断材料的收集等方面下工夫。

(三)低钠的老年患者

患者,男,60岁。乏力、食欲减退3个月,意识淡漠、嗜睡3天。查体:血压120/70 mmHg,表情淡漠,呈嗜睡状态,浅表淋巴结无肿大,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心脏无阳性体征,腹平软,肝脾未触及,肝区无叩痛,双下肢无水肿。血电解质: K^+ 4.5 mmol/L, Na^+ 108.5 mmol/L, Cl^- 82.1 mmol/L,血糖5.6 mmol/L,血浆渗透压255 mOsm/L,尿渗透压556 mOsm/L,24 h尿钠排出量为307.5 mmol/L,血常规、肾功、肝功正常。初步诊断为低钠低氯血症。

为纠正患者的低钠低氯血症,限制患者摄水量,每日静脉补充氯化钠10~13g,3天后复查示 Na^+ 115 mmol/L, Cl^- 90 mmol/L,1周后复查: Na^+ 120 mmol/L, Cl^- 90 mmol/L;患者症状较前明显改善。

后开始进行例行的查体,腹部B超和头颅CT未见异常;但胸片却发现左下肺有一占位病变,再进行胸部CT检查,疑似左下肺癌;经皮肺穿刺活检示:乳头状腺癌。转入外科行左下肺叶切除术,术后继续积极补钠、监测电解质,术后第5天复查: Na^+ 137 mmol/L, Cl^- 101 mmol/L。诊断为抗利尿激素分泌失调综合征,肺乳头状腺癌。

抗利尿激素是由下丘脑的视上核与室旁核合成,其与肾脏远曲小管、集合管内皮细胞结合,促进水从管腔向间质流动,帮助维持渗透压和体液容量的恒定,而在某些病理状态下可出现抗利尿激素分泌过多而引起抗利尿激素分泌失调综合征。临床上出现抗利尿激素分泌失调综合征在排除中枢神经系统及心、肝、肾病变,肾上腺皮质功能减退等内分泌疾病后,应考虑恶性肿瘤的可能。

肺恶性肿瘤组织可合成并自主释放抗利尿激素,且完全不受渗透压或非渗透压因素所调节,抗利尿激素使肾远曲小管及集合管对水的重吸收增加,尿液无法稀释,游离水排出减少,若摄入量过多,细胞外液容量扩张,血液稀释,导致稀释性低钠血症;血钠浓度降低可抑制近曲小管对钠的重吸收,使尿钠排出增加,加重低钠血症。血钠降低造成细胞外液渗透压下降,水分从细胞外进入细胞内,导致脑细胞水肿,出现意识淡漠、嗜睡甚至昏迷等低渗性脑病的表现,严重者可导致死亡。治疗上应积极处理肿瘤原发病灶,严格限制水分摄入,同时应用盐水纠正低钠血症。

总之,疾病的现象纷繁复杂,还有假象混杂其中,而本质则隐藏在其后面。由于假象与事物本质相反,它是以颠倒的形式反映事物的本质,所以对人的欺骗性更大,人们如果依据假象作出判断往往是错误的。因此,临床医生必须实事求是地、全面地进行调查研究,具体分析各种诊断资料,善于从错综复杂的关系中区分真象与假象、现象与本质。

三、论“静止与运动”的关系

疾病是一个发展变化的病理过程,因而,作为对于疾病认识的临床诊断也是一个发展变化的过程。要把握具体病例的矛盾特殊性和病程的演变规律,往往只有在疾病的运动中才能实现。有些疾病的特征病象并不表现在整个病程,只是在其发展的某一阶段才出现,或者在疾病发展的一定阶段才表现出来;有些疾病之间的相互区别,只有当疾病演进到一定程度时才能看得出来;有些疾病过程中出现的假象,只有反映疾病本质的主要征象出现时才能识别清楚。因此,临床医生应该在疾病发展的过程中始终对疾病进行动态观察,随时注意病情的变化,不断地对照、检查、修正自己原来的诊断,以逐步取得对疾病本质的认识,最后确定诊断。

下面是肥厚型心肌病误诊为急性心肌梗死静脉溶栓的病例介绍。患者男性,48岁,主因上腹部持续性疼痛并向背部放射3小时来诊。自述6年前发现血压高,当时查超声心动图示“左心室肥厚”,且未正规诊治,最高血压达150/100mmHg。无烟酒嗜好。查体:BP 120/75mmHg,肥胖体型。双肺叩诊清音,无干湿性啰音。心界向左扩大,心尖搏动位于左锁骨中线第5肋间外1cm,呈抬举性搏动。心率82次/分,律齐;心尖部可闻及Ⅲ级收缩期粗糙的吹风样杂音。腹部无异常,双下肢无浮肿。来诊时查心电图示 $V_4 \sim V_6$ 导联ST段压低5~6mm,并伴T波深倒置, $V_3R \sim V_5R$ 及Ⅲ导联ST段分别抬高0.5mm和2mm。首次心肌酶谱(4h)示肌酸激酶为85U/L;CK-MB为7U/L。遂考虑为急性下壁及右室心肌梗死,给予栓体舒(r-tPA)50mg静脉溶栓及肝素和硝酸甘油静滴。于发病后8h、16h、24h、36h、72h查心肌酶谱均无升高,且各次心电图均无明显改变。住院后查超声心动图发现室间隔厚度达17mm,提示非对称性肥厚型心肌病。进一步查体发现心脏杂音于胸骨左缘第3~4肋间听诊最清楚,活动后杂音增强。随后停用硝酸甘油,给予倍他乐克口服治疗,1周后出院。最后诊断为肥厚型心肌病,高血压病。

该例患者的误诊原因之一就在于阅读心电图时,忽略了急性心肌梗死心电图的两个特点:ST段的对应改变及动态变化。肥厚型心肌病心电图表现为相关导联R波电压增高,ST段下降伴T波深尖倒置。急性心肌梗死则表现为至少相邻2个导联的ST段抬高,并有对应性ST段的压低和动态改变。而该例患者的心电图只表现为单纯Ⅲ导联的ST段抬高,且无前壁对应导联的ST段压低及动态变化。因此,掌握急性心肌梗死溶栓治疗的心电图标准(至少相邻2个导联的ST段抬高,并有对应性ST段的压低),对减少误诊非常重要。其次,该例患者存在粗糙的心脏杂音,并在输硝酸甘油或活动后增强,这是肥厚型心肌病的典型改变,但未引起注意,这是导致误诊的第2个原因。故细致地,甚至多次地体格检查对正确诊断也十分重要。

事物是普遍联系的又是运动变化和发展的,这就要求临床医师要用发展变化的观点认识疾病,在疾病的动态变化中把握内在联系,随着病情的演变不断修正自己的认识。临床医生还应该注意对病情的动态观察,随着病程的演进,不断修正自己的印象诊断,逐步达到对疾病本质的认识,尽早对患者做出正确的诊断。但有的医生,面对复杂多变的病情却思维僵化,停滞不前。常常有这样的情况,当原有的诊断不符合病情的新发展时,有的医生不能随变化了的情况改变自己的看法,而是固执原有结论,抱住初诊不放,这样势必导致误诊。

四、论“主要与次要”的关系

在复杂疾病的发展过程中,往往许多的矛盾并存,在相互关系中,有主次之分。主要矛盾引起一系列的变化和相应的症状体征,决定着疾病的发展过程和发展方向。此外,人体也是多层次的统一,各个层次的功能相互作用、相互影响综合成整体的功能。疾病过程亦是如此。这就要求在疾病的诊断过程中能抓住主要矛盾及关键层次。

“急则治其标,缓则治其本。”就是抓主要矛盾的充分体现。急诊处置时间紧迫,不允许医生像处理一般疾病那样慢条斯理地询问,从容不迫地体检,按部就班地全面进行实验室检查,而是要求急诊医生只是有目标的三言两语的询问和有重点的体检,有针对性地做一二项确诊性实验室检查即可,甚至只根据病人的生命体征就进行合理的抢救措施。切忌把思路和注意力集中到几个次要症状上。

例如对外伤后出现腹膜炎并失血性休克患者来说,腹膜炎的原因可能是肝脾实质器官破裂,也可能是胃肠穿孔,或者是多个脏器损伤,若全面检查,运用X线、B超、CT和血管造影等现代诊疗技术,是能够确诊的,但很可能失去抢救病人的大好时机,甚至造成患者死亡。此时的主要矛盾是尽快抢救病人的生命,不能强求寻找全面而完善的诊断资料,而只能重点检测,果断进行手术。对有手术探查指征者,决不能为了“确诊”而延误了治疗。

在抢救中,可能会同时出现几个治疗矛盾,在这些共存的矛盾中,必定会有一个主要矛盾规定和影响其他矛盾的存在和发展。必须首先找出威胁患者生命的主要矛盾,并立即解决,才能使抢救获得成功。如车祸中受伤的患者常见腹腔内出血并四肢多发性骨折,显然急诊手术止住腹腔内活动性出血是关键。

主要矛盾和次要矛盾不是固定不变的,在一定条件下,它们可以互相转化,原先处于主导地位的矛盾有可能下降为次要矛盾。故应细心分析病情发展趋势,掌握矛盾变化中的相互关系。如在抢救一名被汽车撞伤致多根肋骨骨折、肺挫伤合并血气胸和严重骨盆骨折患者时,因患者处于休克状态,毫无疑问,休克是当时的主要矛盾,抗休克也是当时的主要措施。但由于输液过快,患者出现口唇青紫,吐粉红色泡沫痰,呼吸困难,此时,肺水肿便成了主要矛盾。如不注意矛盾的转化,不及时发现并抓住新的主要矛盾,仍一味地抗休克,患者便可能被“淹死”。当然,在做出主要矛盾的判断时,也要防止主观主义和经验主义,应具体问题具体分析,凭客观存在的事实,详细地占有材料,从中引出正确的结论。

在临床工作中,还要注意一个理念,就是主要矛盾可能是小问题,不一定是大问题。韩非子在《喻老》中曾讲过:天下之难事,必作于易;天下之大事,必作于细。这就是“细节决定成败。”例如,有机磷农药中毒时,商品有机磷农药中含有某些杂质,其中以三烷基硫代磷酸酯类的毒性比较突出,后者可造成肺损害,导致迟发性肺水肿、呼吸衰竭及迟发性死亡。其毒性作用与胆碱酯酶抑制无关,是中毒病例病情突然加剧的原因之一。其次,根据木桶原理,在急性中毒的治疗中,伴发和诱发其他疾病过程可能是致命的;如急性心肌梗死,脑血管意外;不确定因素可能决定患者的预后,如误吸、抽搐和心律失常等。胃管置入时胃食道损伤的最重要因素是患者的配合,即不配合这个细节,是造成胃食道损伤的决定因素。

因此,在临床上,当遇到一种病与两种或两种以上疾病同时存在的情况,需分清这些临床表现可能是一种病变过程中不同阶段的不同表现,也可能是多种疾病并存的表现,抓住主要问题,制订诊断方案。当治疗过程中出现进退维谷、左右为难的情况时,应熟练应用病理生理的知识,厘清疾病的发生机制、病因及演变,抓住关键环节,制订治疗方案。

五、论“共性与个性”的关系

在临床实践中,要学会抓住疾病共性与个性之间的关系。所谓共性,实际上就是疾病诊断中的一些规律,抓住这些规律,“循规蹈矩”,可以简化临床诊断过程。所谓个性,实际上就是疾病表现的一些特征,抓住这些特征,“窥一斑而知全豹”,迅速明确诊断。二者结合应用,可使诊断和治疗过程更加简便和准确。

(一)个性:特征诊断法

在临床诊断中,还需要从事物的个性来考虑。古人曰:“一叶落知天下秋。”某些临床表现或特征,可成为明确诊断和缩短诊断时间的关键,这就是特征诊断法。例如查体发现睑黄瘤,要考虑高脂血症;背部正中长毛发,注意脊髓空洞症;昏睡的患者瞬目,注意癔病;先天性成骨发育不全、呆小症、侏儒症、马方综合征、黏液性水肿等一些疾病,均有特征性的、标志性的外貌特征,看一眼,就能基本明确诊断。

特征诊断法是临床诊断思维模型化原则的具体体现。这要求临床医生在不断优化系统思维的基础上,对常见病因建立最合理的诊治思维模式,它是知识和经验的浓缩形式,是长期学习和反复实践的结晶。

例如对于急性中毒患者,可根据眼部表现、皮肤颜色和气味进行迅速诊断。①瞳孔缩小可见于有机磷、吗啡、麻醉剂等中毒;瞳孔扩大见于阿托品等抗胆碱能药物中毒和肾上腺素能药物,如苯丙胺中毒;视物模糊见于甲醇、二硫化碳、一氧化碳、砷化物、铅、奎宁、三硝基甲苯等引起的中毒性弱视,视神经炎等;巴比妥类中毒还可出现眼球震颤。②有机磷中毒有特殊的蒜臭味,乙醇中毒有酒味,氯化氯代胆碱等中毒有鱼腥样臭味,硫化氢类中毒有蛋臭味。③亚硝酸盐类中毒皮肤黏膜青紫紫绀,一氧化碳中毒皮肤黏膜可呈特征性樱红色,氰化物中毒可表现为紫绀。

(二)共性:规律诊断法

朱熹在《大学》说过,“天下之物,莫不有理。”医学与物理和化学等其它学科一样,同样存在一些“规律”性的东西,即“定理”、“定律”。熟悉这些“定律”样的概念,可以减少一些不必要的诊断思维过程,能迅速明确诊断。例如:

(1)无症状的中毒可能是非常严重的。如百草枯中毒。

(2)用抗生素的患者,喝酒出现不适,应考虑双硫仑样反应。

(3)急性中毒患者,在住院后 12h 内若是意识程度并没有进步,那么就必须寻找其它引起昏迷的可能。因为大部分的急性中毒病人在住院几小时内,意识程度均会有明显的进步;只有巴比妥类等中毒需较长的恢复时间(24~36h)。

- (4)高血压急症患者紧急降压后,头晕等症状仍不缓解,可能存在神经系统合并症。
- (5)在腹痛的鉴别诊断中,如为内科系统疾病,呕吐后多轻松;外科疾病则多反之。
- (6)急诊患者,如存在没有太多体征的呼吸困难,一定要除外肺栓塞。
- (7)“上感”后合并颈部淋巴结肿痛,要考虑坏死性淋巴结炎(菊池病)。
- (8)需麻醉剂才能缓解的胸痛,须除外动脉夹层。
- (9)淋巴结融合的疾病主要有淋巴瘤、结核和结节病。
- (10)类似脓毒症患者出现肺水肿,要考虑毛细血管渗漏综合征。
- (11)短期发热的患者,如出现肾脏损害,要除外钩端螺旋体病。
- (12)合并睾丸痛的长期发热患者,要除外布鲁菌病。
- (13)多个系统疾病,如合并有肾脏损害,要考虑自身免疫性疾病。
- (14)血小板减少患者,如出现肾损害或精神症状,要考虑血栓栓塞性血小板减少症。
- (15)非酮症性高血糖高渗性糖尿病昏迷患者,血浆渗透压多在 340 mOsm/L 以上(有效渗透压在 320 mOsm/L 以上);如血浆渗透压不足 340 mOsm/L,则需进一步检查引起昏迷的其它原因(可能合并脑出血和脑梗死等其它问题)。

曾有一例 40 岁男性患者,主因发热 20 余天来就诊。患者无明显诱因出现发热,最高达 40.3℃,发热时伴畏寒,在当地以“发热待查”给予抗感染和糖皮质激素治疗,效果不佳,并于来诊前 1 周出现会阴部胀痛。查体:体温 39.3℃,一般情况好,右侧睾丸肿大,有触痛,泌尿外科曾考虑为“急性附睾炎”。辅助检查:血沉 47mm/第 1 小时, B 超示右肾结石,右侧附睾体部明显增大,回声减低。

根据“合并睾丸痛的长期发热患者,要除外布鲁菌病”的规律,追问病史,患者自述非从事畜牧业工作,但在约发病前 1 周曾进食生乳,遂做布氏杆菌凝集试验,结果显示为强阳性,确诊为布鲁菌病。

六、论“局部与整体”的关系

人体是一个复杂的多层次的系统整体,任何一种疾病,都在不同程度或层次上涉及整体,是一个复杂的病理变化过程,它是通过形形色色的症状、体征表现出来的,完全局限于某一系统或器官的疾病是比较少见的。在临床诊断中,医生只有对这些复杂的症状、体征进行认真的、全面的分析,才有可能揭示出疾病的本质,做出正确的诊断,如果把疾病的某一表现夸大,以点代面、以偏概全,轻率的肯定或否定都会导致误诊。

在疾病诊断“局部与整体”的关系中,容易忽略“整体”的另一表现形式,使个体思维存在一些盲点。如临床医生容易在不熟悉的领域(如内分泌、风湿病、传染性疾病)出现误诊误治;在一些容易忽略的细节方面,如护理失误和医疗器械故障,考虑不全。关注这些盲点,是处理好局部与整体关系的重要步骤。

在诊治疾病的全过程中,始终坚持从事物是相互联系的观点出发,把人体的生命活动看成为一个有机联系的整体。这就要求在临床诊断中要有一分为二的观点、系统分析的观点,对病史采集要全面、体检要详细、辅助检查要辩证客观,不仅看到局部,而且要看到整体;不仅要注