

## 第一章

# 临床思维

### 本章要点

- 医生担负着诊断疾病、选择最佳治疗方案的重任。为避免临床医疗工作决策失误，必须重视临床思维，掌握科学的思维方法。
- 临床思维又称诊断思维，是以患者为中心，通过病史采集、体格检查和必要的实验室检查，收集患者多方面信息进行分析、综合、判断的过程。

### 教学目的

- 掌握：诊断思维的基本原则医疗诊断内容。
- 熟悉：临床思维方法及思维中应注意的问题。
- 了解：临床思维要素及诊断疾病纲要。

## 第一节 临床思维方法

### 一、思维定义及临床思维

思维(thinking)是以人已有的知识为中介,对客观事物概括的、间接的反映。它借助语言、表象或动作实现,是认知活动的高级形式。思维的定义是人脑对客观现实的间接的、概括的反映,是认识的高级形式。它反映的是客观事物的本质属性和规律性的联系。而临床思维(clinic thinking)是医生以逻辑思维的基础,运用已有的医学理论和经验对疾病现象进行调查、分析、综合、判断、推理等过程中的一系列思维活动,由此认识疾病,并作出判断、决策的一种思想活动和工作方法,是在疾病诊断过程中、病情随访观察中以及治疗决策和预后判断等临床实践活动中不可缺少的逻辑思维。

临床思维就是将疾病的一般规律应用到判断特定个体所患疾病的思维过程。“临床思维”是临床医学研究的基本方法之一,它虽然没有形成一门学科,但却是每个临床医生都必须在实际工作中逐步掌握、不断完善的一种科学的思维方法。临床医生所服务的对象是患者,在医疗实践中要有所发现、有所发明、有所创造、有所前进,就必须学习和运用

科学的思维方法,运用的程度可直接反映一个医生认识疾病和处理疾病的能力。

## 二、临床思维的要素

### (一) 临床实践

首先要从临床中学习,就是要多参加临床实践。因为临床医学是一门经验医学,是实践性极强的学科,它的理论来自实践。临床思维的培养离不开仔细的临床观察、经验的积累和理论的补充。医学泰斗 William Osler 在 120 年前就说过“Medicine is learned by the bedside, but not in the classroom(医学是在床边而不是在课堂里学的)”。临床实践包含的内容很多,首要的是多接触患者,参与患者诊治过程的一切工作。通过各种临床实践活动,如病史采集、体格检查和各种诊疗操作等工作,细致而周密地观察病情发现问题、分析问题、解决问题。

1. 病史采集 采集病史不只是对症状的常规罗列,有些资料是通过倾听患者的讲述,注意他们的面部表情、语气语调及姿势等变化,梳理出对患者诊断有意义的重要线索。其应当包括患者发病的过程,生活中有医学意义的相关因素,筛取各种可能有意义的鉴别诊断资料,进行及时的分析思考,随时建立某种诊断印象,随着对病情的深入了解,及时修正自己原有的想法,并因此产生新的联想,寻求新的证据和资料,无论多么琐碎或遥远的“事件”都可能是作出诊断的关键因素。采集病史的过程,医生不仅要了解疾病,还要了解患者本身。这个过程为建立理想医患关系奠定了基础。

2. 体格检查 通过收集病史后,医生对病情有了初步了解,形成了初步诊断的设想。系统而全面的体格检查与明确诊断有着重要的关系。对于一个新患者必须从头到脚进行客观检查,系统检查可以避免重要部位的遗漏。通过查体寻找阳性或阴性体征,才能使诊断更加接近实际病情。体征是疾病的客观表现,当它与病史相吻合时意义就更大了。由于体检结果受疾病变化的影响,当有临床病情变化时应经常重复。

3. 辅助检查 多数常见病通过病史及查体就可以建立初步诊断,而一些辅助检查则能进一步的支持诊断,使诊断更加完善、更加客观。疑难病则需要相应的化验和特殊检查协助诊断。由于大量的实验室检查及影像等检查应用于临床,但这些检查存在局限性,不能代替医生对患者的细心观察、体检和思考。对各种先进仪器不能盲目依赖,要全面理解和分析各种检查结果,同时要与临床实际相结合。任何脱离临床实际的仪器检查结果都是没有临床意义。

4. 临床观察 临床医学的认识对象是活生生的、具有社会性的患病的人。临床思维的认识对正在不断发展变化着的疾病,这就要求医生的思维具有明显的动态性。诊断作出后,还要不断验证。因为病情是动态发展的,对诊断不明确、治疗效果欠佳的去思考、要去寻找可能的原因,注意动态观察病情变化,从中补充问诊,仔细反复查体及必要的辅助检查来验证诊断。如果医生的思维停滞、僵化,将认识固定在疾病的某一阶段或诊断和治疗的某一公式(概念)上,则常常会导致误诊和漏诊。所以,临床思维不是一次完成的,而是一个反复观察、不断思考、充分验证的动态过程。

### (二) 科学思维

科学思维的含义:泛指符合认识规律的思维、遵循逻辑规则的思维、能够达到正确认识结果的思维。其特点:具有客观性、精确性、可检验性、预见性和普适性。其意义有利

于综合运用各种思维方法,面对新情况,解决新问题,从而有所发现、有所发明、有所创新。对临床的具体问题进行比较、推理、判断,在此基础上建立疾病的诊断。即使暂时诊断不清,也可对各种临床问题的属性范围作出相对正确的判断。这一过程是任何仪器设备都不能代替的思维活动。临床医生通过实践获得的资料越翔实、知识越广博、经验越丰富,这一思维过程就越快捷、越切中要害、越接近实际,也就越能作出正确的诊断。临床思维方法在过去教科书中很少提及,课堂上很少讨论,年轻医生常常经过多年实践后逐渐领悟其意义,“觉悟”很晚。如果使年轻医生能更早地认识到它的重要性,能够从接触临床开始的实践活动中就注重临床思维方法的基本训练无疑将事半功倍,受益终生。

### 三、临床思维的方法

#### (一) 推理

推理法是在实验基础上经过概括、抽象、推理得出规律的一种研究问题的方法,突出推理性思维应用。推理法(由已知的判断推出新的判断的思维方法),是医师获取临床资料或诊断信息之后到形成结论的中间思维过程。推理有前提和结论两个部分。推理不仅是一种思维形式,也是一种认识各种疾病的方法和表达诊断依据的手段。推理可帮助医生认识诊断依据之间的关系,正确认识疾病、提高医生的思维能力。

1. 演绎推理 假说—演绎法:在观察和分析基础上提出问题以后,通过推理和想象提出解释问题的假说,根据假说进行演绎推理,再通过实验检验演绎推理的结论。这是从带有共性或普遍性的原理出发,来推论对个别事物的认识并导出新的结论。结论是否正确,取决于临床资料的真实性。演绎推理所推导出的临床初步诊断常常是不全面的,因此有其局限性。

2. 归纳推理 从个别和特殊的临床表现导出一般性或普遍性结论的推理方法。医生所搜集的每个诊断依据都是个别的,根据这些诊断依据而提出的临床初步诊断,就是由个别上升到一般,由特殊性上升到普遍性的过程和结果。

3. 类比推理 类比推理法:类比推理是根据两个或两类对象在某些属性上相同,推断出它们另外的属性,是医生认识疾病的重要方法之一。类比推理是根据两个或两个以上疾病在临床表现上有某些相同或相似,但也有不同之处,经过比较、鉴别、推论而确定其中一个疾病的推理方法。临床上常常应用鉴别诊断来认识疾病的方法就属此例。例如支气管哮喘与心源性哮喘之间的鉴别就是比较典型的类比推理。

#### (二) 缜密思维

缜密思维是临床思维的重要品质。它是指在分析和解决问题的过程中,周到而细密地考虑问题各种可能性的一种思维品质,为了使思维结果在付诸实践的过程得以顺利施行,必须多视角、多侧面、多因素、多向度地进行思考和论证。当医生获得临床资料中有价值的诊断信息时,经过较短时间的周密分析思考,产生一种较为可能的临床印象,根据这一印象再进一步去分析、评价和搜集新的临床资料,最终获取更多的有助于证实诊断的依据。

#### (三) 横向思维与纵向思维

纵向思维是垂直的、向纵深发展的、直线式的思维。纵向思维对现象采取最理智的态度从假设开始,依靠逻辑认真解决,直至获得问题的答案。如发热患者,四肢躯干出现环

形红斑,是诊断风湿热的标准。而横向思维则是横向地向空间发展、向四面八方扩散的思维。横向思维面比较宽,善于举一反三,对问题本身不断地提出问题,重构问题,不断探究、观察事物的不同方面。如当医生遇到不具备诊断特征的腹痛患者时,应采用横向思维方式,提出优先考虑的、需要鉴别诊断的几种疾病,展开相应的检查计划,再进行进一步的诊断和治疗。在临床实践中,一般先采用横向思维方式找到诊断的线索、发现诊断的特征,然后再采用纵向思维方式对疾病作出正确的诊断。

#### 四、临床思维中应注意的问题

##### (一) 现象与本质的关系

本质与现象是表示事物的里表及其相互关系,反映人们对事物认识的水平和深度的一对哲学范畴。透过现象把握其本质是科学的基本任务之一。现象是事物本质的外部表现,是局部的、个别的。因此,本质比现象深刻、单纯,现象则比本质丰富、生动。从人的认识方面看,事物的现象可以为人的感官直接感知;隐藏在事物内部的本质,由于它的间接性和抽象性,只有借助于理性思维才能把握。人体是一个有机的整体,任何疾病的发生发展都不是孤立的现象。在诊断过程中,应该透过现象(即患者的临床表现),分析疾病的演变过程,以揭示疾病的本质(即疾病的病理改变)。要求现象能反映本质,现象要与本质统一。

##### (二) 主要与次要的矛盾

主要矛盾是指在复杂事物中包含多个矛盾,其地位和作用是不平衡的,其中必有一个矛盾居于支配地位,对事物的发展起着决定作用,这个矛盾就是主要矛盾。反之,不处于支配地位,对事物的发展不起决定作用的矛盾就是次要矛盾。在疾病的发展过程中,患者的临床表现复杂、许多矛盾并存,相互间有主次之分。分析这些资料时,要能抓住主要矛盾及关键层次,分清哪些资料能反映疾病的缓急,有目的、有重点、有计划地进行诊断和治疗。务必把思路集中在某些次要症状上而延误诊断和治疗。主要矛盾与次要矛盾不是固定不变的,它们可以互相转化,因此在分析病情时要掌握疾病变化的相互关系和影响,主要矛盾予以及早解决,次要矛盾应注意观察、随访。例如某患者自感恶心、食欲减退、腹胀,这是消化系统症状;同时患者又有心悸、气促、下肢水肿、发绀等循环系统症状;查体示颈静脉怒张、心尖区舒张期隆隆样杂音等典型心脏瓣膜病体征,并无相应的消化系统疾病的重要征象,说明患者疾病的主要矛盾是循环系统临床表现。而消化系统临床表现则是次要矛盾,是心脏瓣膜病心衰,胃肠淤血的病理生理改变。在临床实践中只有抓住主要矛盾,才能做出正确的诊断。

##### (三) 局部与整体的结合

局部与整体是客观事物普遍联系的一种形式。一切事物都是由各个局部构成的有机联系的整体,局部离不开整体,其两者既相互区别又相互联系、相互依赖及相互影响。“坐井观天”,它主要在于混淆了整体和局部的关系,把局部当作了整体。人体的每一个局部都可以反映整体,局部服从整体,是整体的一部分。局部当中又包括了整体内容,也能反映整体。在疾病的诊断过程中,不仅要看到发绀、肝大体征的局部现象,更应该要寻找这些局部改变反应全身病变的重要依据。如“室性期前收缩”是局部现象,但可见于任何原因的心脏病,年轻人则以心肌炎多见,而老年人则是冠心病多见。因此,不能把思维局限在某些局部变化,而忽略全身整体情况。

#### (四) 典型与不典型的区别

疾病的特点有典型(具有代表性及某种永恒的性质)与不典型(不具有代表性、不具特征性)之分,大多数疾病的临床表现易于识别,所谓的典型与不典型是相对而言的。如典型的心绞痛患者(劳累性心绞痛),因劳累、受寒、饱餐或情绪激动等因素,导致突发性胸骨后或心前区的压榨性、闷胀性或窒息性的疼痛,放射至左肩、左上肢。而不典型的,则疼痛的部位不在心前区,而在右前胸、上腹部、颈部、下颌、咽喉甚至牙齿,从而误诊为胃病、颈椎病、牙病等。这些征象是心绞痛的牵拉痛所致,尤其是老年患者比较常见。造成疾病临床表现不典型的因素有:①年老体弱患者;②疾病晚期患者;③治疗的干扰;④多种疾病的干扰影响;⑤婴幼儿;⑥器官移位者;⑦医生的认识水平等。

### 五、诊断思维的基本原则

#### (一) 常见病与多发病原则

疾病的发病率可受多种因素的影响,疾病谱随不同年代、不同地区而变化。对主要症状或体征进行分析做出诊断时,首先应考虑产生该症状或体征的常见病或多发病,同时必须结合患者的性别、年龄、职业、发病季节与地域等具体分析。例如咽痛的常见病因是咽喉炎,但是心绞痛的牵涉痛也可以表现在咽喉痛,这对老年患者就必须慎重考虑。这种选择原则符合概率分布的基本原理,有其数学、逻辑学依据,在临床上可以大大减少诊断失误的机会。

#### (二) 一元论与多元论原则

一元论观点是尽量用一种疾病去解释多种临床表现,如有两种或几种疾病同时存在,则不应受此限制,须将所患疾病分清主次,先后排列,此为多元论。在临床诊断中,当出现多个系统症状时,医生应尽量用一种疾病去概括或解释疾病的多种表现。如一患者出现长期发热,皮肤、关节、心、肝、肾各方面都有病态表现,诊断时不能分别考虑风湿、结核、肝炎、肾脏等疾病的诊断,而是将这种情况综合分析、全面考虑,用系统性红斑狼疮的诊断,可能是最佳的选择。当确有几种疾病同时存在时,也应实事求是,不可勉强地去概括。

#### (三) 器质性与功能性疾病原则

器质性疾病是指由多种原因引起的机体某一器官或某一组织发生的疾病,并且造成该器官或组织永久性损害。功能性疾病是指由支配器官的神经系统失调引起头疼、头晕、虚弱、失眠等症状,但脑细胞无实质性损害,CT扫描组织正常,显微镜下无组织结构的变化。从病理角度而言,病变性质无非是两大类:①功能性病变;②器质性病变。两者都有生理功能异常的表现,但是,前者没有组织器官的明显损害,而后者才有组织器官的损害。确定病变的性质是功能性还是器质性,在医学上有一定的价值。临床实践中,该病属功能性,虽也可以正面分析,协助诊断,但仍需排除器质性病因后才能给予功能性的诊断。临床应用这种诊断方法时,应该关注下列情况。在器质性疾病与功能性疾病鉴别有困难时,首先考虑器质性疾病的诊断,以免延误治疗,甚至给患者带来不可弥补的损失。如表现为腹痛的结肠癌患者,早期诊断可手术根治,如当做功能性肠病治疗则可错失良机。有时器质性疾病可能存在一些功能性疾病的症状,甚至与功能性疾病并存,此时亦应重点考虑器质性疾病的诊断。

#### (四) 可治性疾病诊断原则

当疾病诊断有两种可能时,一种是可治且疗效好,而另一种是目前尚无有效治疗方法且预后甚差,这时在诊断上应首先考虑可治且疗效好的疾病,有利于及时处理。当然,对不可治的或预后不良的疾病亦不能忽略。这样可最大限度地减少诊断过程中的周折,减轻患者的负担和痛苦。

#### (五) 实事求是原则

医师应客观对待临床现象,不能仅仅根据自己的知识范围和局限的临床经验任意取舍。不应将这些现象牵强附会地纳入自己理解的框架之中,以满足不切实际的所谓诊断的要求。

#### (六) 简化思维程序原则

认知学家在研究有经验的临床医生的思维过程,发现这些医生把一组组信息整理成信息包储存在记忆中,巧妙处理和产生诊断假设。临床接诊时所遇病情不一,有时正值紧急状态,争取时间进行抢救是接诊医生的首要任务。为尽早决定治疗方向,应迅速建立诊断假想,这时,医生就不可能按部就班地去参照疾病的多种表现逐一对照、逐一排除,然后再确立诊断构想,而是简捷地把多种诊断倾向迅速归纳到一个最小范围中去选择最大可能的诊断,这就是简化思维程序。简化思维方式,有利于更快地抓住临床表现的因果关系,也是有学识、有经验的医生常常运用的诊断思维原则。例如呼吸困难、低氧血症、胸痛患者,他们就会考虑肺栓塞(假设),查体又很有针对性,将这些证据通过自己的思考有效加以整合,取其精华,去其糟粕,透过现象看本质,寻找疾病的本质,即形成诊断。

## 第二节 诊断疾病的纲要

诊断是对疾病的探索。辩证唯物主义的认识论必须从实践出发,通过感性认识达到理性认识,其正确与否还需实践来检验。临床医生要将所获得的各种临床资料经过分析、评价、整理后,对患者所患疾病提出的一种符合临床思维逻辑的判断。如果这种逻辑判断符合疾病的客观存在,诊断就应该是正确的,如果不符合客观存在,则诊断就是错误的。诊断疾病是医师最重要、最基本的临床实践活动之一。

### 一、感性认识

感性认识是认识主体通过感觉器官在与对象发生实际的接触后产生的,它与认识对象之间的联系是直接的,是反映事物的具体特性、表面性。感性认识亦摸清情况,即首先要通过采集病史、体格检查、必要的辅助检查等对疾病进行调查和搜集资料。

#### (一) 病史

病史是诊断疾病的第一步,也是诊断的最基本的原始材料。病史主要通过问诊和阅读以往病历获得。一个详细可靠、条理清楚的病史,在一般情况下已经能解决诊断的基本问题或足以提供确诊的重要依据。通过问诊所获取的资料对了解疾病的发生、发展情况、诊治经过、既往健康状况和曾患疾病情况具有极其重要的意义。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就能对某些患者提出准确的诊断。病史采集要全

面系统、真实可靠,详尽而完整的病史要反映出疾病的动态变化及个体特征。症状是病史的主体。症状的特点及其发生发展与演变情况,对于形成诊断起重要作用。特别在某些疾病,或疾病的早期,机体还只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性 or 组织、器官形态学方面的改变,在此阶段体格检查、辅助检查等均无阳性发现,问诊所得资料却更能早作为诊断的依据。一个好的病史亦可提示在体检中所应特别注意的重点和结合实际的化验或有针对性的特殊检查避免盲目性。

## (二) 体检

体格检查是医生运用自己的感官或借助于传统的检查器具来了解机体健康状况的最基本的检查方法。在病史采集的基础上,应对患者进行全面、有序、重点、规范和正确的体格检查,所发现的阳性体征和阴性表现,都可以成为诊断疾病的重要依据。当查及一些体征可为许多疾病所共有的,如肝大;而有些体征则是某种疾病所专有的,如舒张期隆隆样杂音;各种体征的出现又与病程发展时期相关,它们不但有助于诊断疾病,也有助于鉴别诊断。因此,在体格检查过程中要注意核实和补充病史资料,可以边查边问,边查边思考。体格检查的准确性和有效性,有赖于对解剖学和病理学知识的了解,一个训练有素的医生,在进行体格检查时就能迅速捕捉到患者存在的阳性体征。

## (三) 辅助检查

辅助检查通常包括:实验室检查、影像学检查、内镜检查和组织病理学检查等。辅助检查是对每个病例体检的补充,是诊断疾病的重要手段,在某些情况下可具有决定性作用。近年来,由于现代科学技术发展,诊断手段日新月异,为医学的发展提供了新颖条件,但医生不能一味依赖仪器检查而忽略随身所带的视觉、听觉、嗅觉、触觉、头脑五大无价法宝和精细的临床观察,割断病史和体检,把辅助检查结果孤立地予以评价,容易造成漏诊、误诊。要善于在获得病史及体检结果基础上选择合适的、必要的检查,无疑会使临床诊断更快、更准、更可靠。以上方面是对疾病的感性认识的资料来源,其内容力求正确充分。

## 二、理性认识

理性认识是认识主体通过抽象思维对感性资料进行加工制作而获得的,它与认识对象的联系是间接的,具有间接性,是通过抽象思维,从现象中揭示本质,从偶然性中揭示必然性,它以抽象的方式反映对象。疾病本质的确诊就须从感性认识跃入到理性认识,在思考过程中应把所见现象予以罗列整理,并通过分析、综合,正确判断疾病本质所在,并要了解各现象间的内在联系、病情发展中的变化,为治疗提供全面的理论基础。这个理性认识就是该病的诊断。

### (一) 整理、分析

疾病表现是复杂多样的,患者因受精神类型、性格特点、文化素养、知识层次、心理状态和社会因素等的影响,所述病史常常是琐碎、凌乱、不确切、主次不分、顺序颠倒,甚至有些虚假、隐瞒或遗漏等现象。病史资料的整理是思考的现行,医生必须学会对病史资料的整理、分析,经过“弃粗取精、去伪存真”使之条理分明,以便分析。患者的年龄、职业,症状发生的先后,体征的有或无,均可能与疾病发生有关,有着重要的诊断意义。辅助检查结果必须与病史、体格检查结果结合起来进行分析,切不可单靠某项检查结果诊断疾病。因此,以主要的症状或体征为出发点,将构成这种症状、体征或其他诊断条件的所有可能信息,系统地归纳。

## (二) 综合、判断

医生应通过对各种正、反临床资料(包括症状、体征、各种辅助检查等)、疾病的演变情况、治疗效果等的整理、分析、综合,提出可能构成的各种比较近似的假定,然后进行分析、比较、摒除一些证据不足的疾病,找出一个或几个可能性最大的疾病,为提出初步诊断打下基础。但是,许多疾病并没有那么简单,其问题是多方面的,是错综复杂的。只要抓住其中主要关键,就是为该病的“主要诊断”;其他次要的,则为本病的并发症、伴发病以及与本病无关的夹杂病。因此,对于具有明确、肯定的诊断条件者,例如找到结核杆菌或疟原虫等,即可作出初步诊断,这个初步诊断亦可能就是最后的确定诊断。如果考虑有两个或两个以上极为近似的疾病时,应该把其中最可能的一个疾病选为初步诊断,作为当时治疗处理的根据。当同时存在与主病无关的疾病时,可列为其后的附属诊断。从搜集资料(问诊、体格检查、实验室检查等)起,经过对这些资料加以整理、分析和推论,直到作出初步诊断,整个过程反映了从感性认识到理性认识的过程。

## (三) 实践验证

认识常常不是一次就能完成的,初步诊断是否正确,还需要在临床实践中验证。凡初步分析不能确定诊断的病例,须把最接近的那几个初步印象再作进一步的甄别、研究。通过观察病情的发展、重新体格检查或进行某些辅助检查项目的复查和进一步特殊检查来搜寻各种有关的新资料。这些资料不论属于肯定的或否定的,同样需要重视。临床上还常常需要严密观察病情变化,随时发现问题,提出问题,查阅文献资料,或是开展讨论等来解决问题,这在一些疑难病例的诊断和修正诊断过程中发挥重要作用。不少病例,由于病情比较复杂,常须经过实践、认识、再实践、再认识的反复过程,最后才确定诊断。也有少数病例,花了很长时间,多方面进行检查和分析研究,仍然得不到肯定的结果。因此在日常临床工作中必须加强科学研究,不断提高诊断技术,造福于患者。

## (四) 预后判断

在疾病诊断确定之后,医生对于病情的轻重及其发展应有所估计。预后是指预测疾病的可能病程和结局。它既包括判断疾病的康复、恶化、死亡特定后果,也包括预测某段时间内发生某种结局的可能性。其实,“预后”是医生应视病情实际来估计病情的转归,过分乐观常会放松应有的警惕,过分悲观往往会放弃可能有效的努力。同一种疾病,由于患者的年龄、体质、合并的疾病、接受治疗的早晚等诸多因素不同,即使接受了同样的治疗,预后也可以有很大的差别。预后通常与诊断有关,从卫生保健的角度来看,对诊断的关注是因为它有预后的意义。医学上对一种疾病的了解,除了其病因、发病机制、病理、病理生理、临床表现、化验及影像学特点、治疗方法等方面之外,疾病的近期和远期恢复或进展的程度也非常重要。由于预后是一种可能性,主要指患者群体,必须建立在正确诊断基础上,掌握疾病的性质和病情的轻重,治疗方法、时机和条件都是不可忽视的因素。

# 三、医疗诊断内容

## (一) 病因诊断

病因诊断是对致病因素及其所引起的疾病名称的诊断。如风湿性心肌炎、病毒性肝炎等。



## (二) 病理解剖诊断

病理解剖诊断是指诊断时能指出病变的部位、范围、性质及组织结构的变化。如亚急性感染性心内膜炎、右下肺炎、肝硬化等。

## (三) 病理生理诊断

病理生理诊断又称功能诊断,指明疾病所引起脏器的功能改变。如风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣狭窄、心功能Ⅲ级。

## (四) 疾病的分型与分期

不少疾病有不同的型别与病期,其治疗及预后意义各不相同,诊断中亦应予以明确。如病毒性肝炎有甲、乙、丙、丁、戊五个类型,肝硬化有肝功能代偿期和肝功能失代偿期。

## (五) 并发症的诊断

并发症是指原发疾病的发展,导致机体、脏器的进一步损害,虽然与主要疾病性质不同,但在发病机制上有密切关系。如1型糖尿病可并发糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症糖尿病昏迷,消化性溃疡可并发上消化道出血、穿孔、幽门梗阻、癌变。

## (六) 伴发疾病诊断

伴发疾病是指同时存在的、与主要疾病不相关的疾病,其对机体及主要疾病可能产生影响。如肺结核同时伴发牛皮癣;冠心病、心绞痛患者同时伴发慢性阻塞性肺病等。

医疗诊断书写时,一般将病因诊断写在最前面,其次是病理解剖诊断,然后为病理生理诊断,并发症列于主要疾病之后,伴发病,排列在最后。

诊断格式举例:

### (1) 风湿性心脏瓣膜病(病因诊断)

1) 二尖瓣狭窄: 主动脉瓣关闭不全(病理解剖诊断)。

2) 左心功能不全: 心功能Ⅲ级(病理生理诊断)。

3) 亚急性感染性心内膜炎(并发症)。

### (2) 龋齿(伴发病)

## 第三节 循证医学与临床思维

循证医学(evidence Based Medicine, EBM)就是遵循证据的医学,是一种新兴的方法学,是以最新、最佳的科研结果为依据的临床科研方法学;是一种指导临床实践的方法学;是一种科学评价临床医学文献的方法学。循证医学它是一种重证据的科学思维方法,有别于已运用了数千年的以经验为主的临床思维方法。其核心思想:任何医疗决策的确定,都应基于客观的临床科学研究依据,即临床医师开处方,专家们制定治疗指南,政府制定医疗卫生政策,都应根据现有的最可靠的科学依据进行。随着临床医学、医学统计学、临床流行病学、计算机互联网等学科和技术的迅速发展,21世纪临床医学的将发生一场深刻变革,临床医学由经验医学向EBM的转变,这是临床医学发展的必然趋势。

循证医学的实践,包括三个组成:第一是患者,患者生了病要去找医生医治;第二是医生,医生要正确地诊疗患者,除了自己的临床经验和已掌握的医学理论知识之外,要卓有成效地解决患者的若干疑难问题,还必须不断地更新与丰富自己的知识以及掌握新技

能;第三要去发掘和掌握当前研究的最佳证据,三者的有机结合可以取得对患者诊治的最佳效果。

## 一、循证医学改变医师的思维模式

循证医学给医生的临床实践、教学及研究都带来了重大转变。

(1) 循证医学改变了人们对事物认知的态度,传统的学术权威受到质疑,从过去以医师为中心(决策都由医生决定)及以疾病为中心(治疗主要依据疾病的病理生理进行推理)转向了以患者为中心,关注患者主观感受和满意度。

(2) 医师不再因“不知道”而尴尬,而是意识到知识不足是继续学习的动力。循证医学是一种令人兴奋的实践方式,它教会人们针对自我、基于问题的学习,引导人们不断探索和终身学习,最终成为不断求新、虚心好学、贴近患者的优秀医师。

(3) 患者与医师是地位平等的伙伴关系,医师的责任是尽可能提供全面的证据,充分与患者交流,协助患者而不是替患者做出决定。

## 二、循证医学的范畴

循证医学涉及诊断、治疗、病因、副反应及预后诸方面。

### (一) 疾病病因

确定疾病病因(包括危险因素及医疗干预带来的副反应),发现危险因素以便于对患者进行危险分层。

### (二) 副反应

包括任何干预措施对患者可能的伤害。例如,在给患者使用Ⅰ类抗心律失常药物时,应了解这类药物是否会增加患者死亡率,是否应仅限于部分患者使用,而不能用于心肌梗死或伴有心力衰竭的患者。临床医师应根据证据来指导临床用药,或预测药物可能给患者带来的副反应。

### (三) 疾病诊断

如何选择各类检测和解释检测结果。临床医师在诊断疾病时,应根据诊断研究所提供的证据来指导临床快速诊断,并在面对众多检查手段时,做出合理选择。例如在诊断孤立性肺部结节时,有X线胸片、CT、正电子发射计算机断层扫描(PET)、纤维支气管镜、肺活检、痰细胞学、经胸针吸活检等众多检查方法,究竟应如何正确选择,才能尽快确定诊断并为患者节省费用?对每个具体患者来说,选择程序可能不一样,但都必须循证。临床医师每天面临大量检查结果,但对其意义的解释却常未深入思考,例如,面对两位癌胚抗原(CEA)结果均高出正常值2倍的患者,一位体检健康且无任何肠道症状,另一位伴有慢性肠功能紊乱,结果该如何解释?

### (四) 治疗选择

如何选择对患者利大于弊且费用一效益比最优的干预措施。例如,奥曲肽是生长抑素的衍生物,实验室研究发现生长抑素和奥曲肽都能减少肝脏血流和静脉压力。因此,许多医师常规将这两种药物用于食管下段静脉曲张破裂患者。但目前无论是单个随机对照试验(RCT)还是系统评价,均未发现两药对肝硬化食管静脉曲张出血有确切疗效,由于两药作用极小,成本又高,从循证医学角度并不推荐常规用于这类患者。

### (五) 预后判断

预后证据对临床医师正确估计患者结局,并向患者及家属提供预后信息十分重要。临床医师在估计患者可能的临床过程、并发症及预测有价值的副反应并判断疾病转归时务必要使用这类证据。例如,对2394例中国老年单纯收缩期高血压患者的预后研究发现,血清肌酐和尿酸水平增高是这类患者的不良预后因素,其与心血管疾病和脑梗死死亡危险增高相关。

## 三、循证医学的五步法

### (一) 确定临床实践中的问题

准确找出临床存在而需解决的疑难问题:准确找出临床存在而需解决的疑难问题;在遇到临床问题时,临床医师首先将其分解为4个要素(PICO原则):

P: patient or population(患者或患者群),属于哪类患者或疾病。

I: intervention or exposures(干预或暴露),即想为患者做何种检查或拟用何种治疗方法?什么因素可能影响患者的预后?

C: comparison(对比),干预与什么相比较(是两种药物之间选择一种或与安慰剂对比或两种诊断试验选择一种)?不一定每个临床问题都需要对比。

O: outcome(结果),希望达到什么结果(是缓解或消除症状、减少副反应、改善功能或增加生活质量评分)?

### (二) 检索有关医学文献

1. 确定查找什么证据 证据应具有的特点为:医师在实践中遇到的临床问题;采用以患者为中心的测量指标;有可能改变临床实践。例如:眼科和家庭医师对单纯、无并发症的角膜擦伤患者常规应用散瞳剂、抗菌滴眼液及眼罩是标准的实践模式。人们一直认为眼罩有益,但这有研究证据吗?目前至少有5项随机对照试验一致认为眼罩无任何益处,甚至延缓愈合,增加患者不适,这就是需要寻找的证据。第一,角膜擦伤是医师经常遇到的问题。第二,试验有“疼痛”、“愈合率”和“并发症”等患者所关心的结果指标。第三,如果证据真实,循证过程有助于改变常规使用眼罩的错误实践。

2. 如何选择信息资源 循证临床实践不是做研究(如系统评价),不需要全面系统地查找所有文献,事实上临床医师也没有时间和精力那样做。循证医学对证据进行了分级,有证据时查证用证,无证据时设计临床研究创证用证。循证临床实践时从高级别证据开始查找,在无高级别证据时逐级降低证据级别,直到解决临床问题,做到当前最佳。故在查找证据时首选二次文献数据库(即已整理加工优选过),如国际指南协作网([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net))、ACP Journal Club ([www.acponline.net](http://www.acponline.net))、Cochrane library ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com))、Clinical Evidence ([www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com))、Best Evidence ([www.bestbets.org](http://www.bestbets.org))、Up to Date([www.uptodate.com](http://www.uptodate.com))等。不能解决临床问题再查找原始文献数据库:PubMed和Embase等。

3. 选择恰当的检索词 最好列出一组与临床问题有关的词,在检索原始文献数据库时还应包括相应的主题词(如PubMed的主题词MeSH、Embase的EMtree)。

4. 针对所选数据库的特点制定相应检索策略 检索策略是指在分析信息需求的基础上,选择适当的数据库并确定适合该库的检索词和检索式,并在检索过程中对其进行修改和完善。

### (三) 严格评价文献

应用 EBM 质量评价标准,从证据的真实性、可靠性、临床价值及其适用性作出具体评价;真实性包括内部真实性(严格的研究设计、针对不同的临床问题采用正确的研究方法)和外部真实性(推广性,即研究结果应用于具体患者、临床实践、社区是否可行)。

评价真实性必须询问三个基本问题:① 研究结果的真实性如何?② 结果是什么?(临床意义和统计学意义)③ 结果有助于医师处理患者吗?医师可以自己进行文献质量评价(需接受临床流行病学证据评价原则的训练)或借助他人已评价过的证据资源。

### (四) 应用最佳证据: 指导临床决策

临床决策还常常受社会经济、卫生政策、患者意愿、文化背景和可利用资源的制约。临床医师必须提高整合各方面信息的能力,让患者理解权衡诊疗利弊的重要性,通过沟通与解释帮助其做出最佳决策。

### (五) 临床实践

总结经验,提高医疗质量和临床学术水平。随访患者,了解实践的效果。临床医师结合查找证据前自己或科室在实际工作中常用的处理方法及其效果,对比分析,后效评价。好则推而广之,进一步指导实践,不好则分析原因,找出问题,并针对问题进行新的循证研究和实践,去伪存真,不断提高服务质量。

## 四、循证医学与经验医学

从某种意义而言,循证医学只是放大的经验医学,而经验医学也是缩小的循证医学。当医学提出新的理论新的观点时,人们希望这项理论这项观点是放之四海而皆准的。殊不知医学面对的客观世界极其复杂极其庞大,根据有限的经验得出的结论当然有可能是荒诞不实,即使是根据循证医学原则研究所得出的结论也不过是放大的经验,因此也可能是错误或不完全正确。黑箱里放着 100 个球,要求受试者通过取出少量的球研究黑箱里球的颜色和不同颜色的球的比率。经验医学者,在取出第一个球时,如果是红的,就会宣称里面都是红球;如果第二个球也是红的,那就更加肯定先前的结论;第三个球是白的,他就会声称里面有红球有白球,比例是 2 : 1。而循证医学者的高明之处在于对所发现的现象要分析,要用统计学进行处理后再得出结论。第一个是红球,能不能得出全是红球得结论,显然不能,一个球是个小样本,100 个球是大样本,统计处理的结果一定有显著差异:这个小样本不能代表那个大样本。即使在取了 50 个红球 49 个白球共 99 个球以后,也不能肯定黑箱里球的颜色就是红的和白的两种,也不能说黑箱里红球与黑球的比率是 50 : 49。也可能是黄球、黑球、蓝球,也可能是红球、白球。因此,即使在 100 个球已经取出 99 个这么完善的研究中,只要还有 1 个球的颜色不知道,研究终点还可能不止 10 个以上的结果。况且,医学研究面对的对象较之球的颜色、球的比率不知道还要复杂多少倍。

这不是不可知论,而是医学研究不得不面对的现实。即使是设计非常完善的循证医学研究所得出的结果也只是“经验”。面对无限复杂、无比多变的人体的真实面貌,至多也只是在 1 000 个或者 10 000 个彩球中摸出了 50 个而得出的结论。比起无限神秘的大自然规律而言,研究永远是小样本。根据小样本所得出的结论,在最完美的条件下,也只能是“近似”而不是“相似”。

当然运用循证医学原则来研究医学世界的奥秘,比经验医学更有利于接近客观世界

的真实。然而,面对如此深奥莫测的人体,人类面前的道路还非常漫长。循证医学作为一种思维方法,为认识客观世界提供了新的武器。只有明确地认识到,临床医疗实践比循证医学研究不知要复杂多少倍,人类才能克服循证医学的局限性,才能高屋建瓴使循证医学研究成果发扬光大。

(徐晓璐 马丽萍)

### 【思考题】

1. 简述临床思维的要素及诊断疾病纲要。
2. 临床思维方法及思维中应注意的问题有哪些?
3. 诊断思维的基本原则及医疗诊断内容包括哪些?