

<<医生如何想>>

图书基本信息

书名：<<医生如何想>>

13位ISBN编号：9787535769114

10位ISBN编号：753576911X

出版时间：2012-1

出版时间：湖南科技出版社

作者：杰诺·古柏曼

页数：218

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

## 前言

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,她的蹠骨已出现毛细裂纹。

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没说实话。

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。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

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。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

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圭臬。

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，我问自己这么简单的问题：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，也行医了三十七年，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。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

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。

虽然这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。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

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要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。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

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，那是因为在圣诞节这个假期，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用不完的时间。

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”。

偶尔安妮会记错事件发生的先后顺序。

法瞿克医师让她打开话匣子，畅所欲言，一股脑儿把过去所受的折磨都说出来。

她在记忆的浪潮里翻滚，从鳕鱼角的童年开始说起。

她说，因为贫血做骨髓切片检查到底是什么时候，她已经记不清楚了。

法瞿克说：“没关系。

”安妮呆坐了半晌，不发一语，她还在想是什么时候的事。

“我再查你的病历就好了。

说说过去几个月的事吧，特别是你努力增加体重的过程。

”安妮松了一口气。

法瞿克医师像丢给她一条绳子，让她不至于在过去的回忆中载浮载沉，得以回到现在。

她在述说的时候，法瞿克特别注意她到底吃了哪些东西。

“好，那吃了东西之后呢？

”安妮心想，她不是已经说过了吗，病历也都有记录。

她的内科医师应该已经跟法瞿克医师说得很清楚了。

好吧，那就再说一次。

“我在早餐吃很多麦片，能吃多少就吃多少，午、晚餐则是吃面包和面条。

”她继续说，她几乎每次吃完，肚子就会绞痛，然后拉肚子。

她若服用止吐药，就不会吐得那么厉害了，但腹泻一直停不了。

“我每天都照营养师教我的，计算自己吃了多少热量的食物。

嗯，差不多接近13000焦。

”法瞿克在这里暂时打住。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

安妮看到他的眼神从她身上飘到别的地方，然后又回到她身上。

他带她走到长廊另一头的身体检查室。

他为她做的检查和别的医师不同。

她以为他会像其他医师一样把焦点放在她的肚子上，戳戳她的肝脏和脾脏上方，要她深呼吸，然后看看有什么地方在按压之下会觉得疼痛。

法瞿克医师不是这样，他注意看她的皮肤和手心。

他盯着她的手纹，好像在帮她看手相。

安妮觉得有点奇怪，但没问他为什么要这么做。

法瞿克还要她张开嘴，他用手电筒看了很久，检查她的舌头、上颚、牙龈和嘴唇里面发亮的黏膜组织。

安妮也没问为什么。

他还花了很多时间看她的指甲、双手和双脚。

法瞿克最后才解释：“有时候我们可从皮肤或嘴巴里面的黏膜找到线索。

” 他为她做肛诊，特别注意到直肠残留的一点稀便。

她说，她很早就吃过早餐，然后就拉肚子，之后才开车来波士顿。

身体检查完成后，法瞿克请她穿好衣服，回到诊间。

她觉得好累。

她好不容易才打起精神走一趟波士顿，经过这一早上的折腾，已经筋疲力尽。

她准备好要听医师再说教一次，要她多吃一点，不然就没救了。

“ 我不确定这是肠躁症，” 法瞿克医师说：“ 也怀疑你的体重减轻是神经性厌食症和饮食失调的结果。

” 安妮不知自己有没有听错。

法瞿克似乎也看出她的困惑。

“ 你的体重一直下降，或许还有别的原因。

当然，我可能错了。

你身体这么虚弱，又受了这么多的苦，我们要把真正的原因找出来才好。

” 安妮觉得脑子一团混乱，有一种想哭的冲动。

不成，现在不是崩溃的时候。

她必须专心听医师说。

法瞿克建议做更多的血液检验，这简单，但还希望她做内镜检查。

她听他描述他将把一条可以弯曲的光纤伸入她的食管，窥看她的胃和小肠。

如果他看到里头的组织有异常，就顺便做切片。

安妮已经做了太多检查，包括x线检查、骨密度检测、苦不堪言的骨髓切片，在得脑膜炎时还做了几次的脊髓穿刺。

尽管法瞿克医师保证，这次内镜检查之前会先帮她麻醉，她不会感到任何痛苦，安妮还是担心这样大费周章，到头来还不是白忙一场。

她想到她的内科医师本来就不赞成她来看肠胃科，甚至怀疑法瞿克医师是想多做检查、多赚一点钱，才劝她这么做的。

安妮打算拒绝，但法瞿克医师一再强调，再用内镜或别的方法试试看吧，或许能找出真正的病因。

“ 你看，你情况这么糟，已经瘦成这样。

这么多年下来，你的血液、骨头、免疫系统都受到很大的影响。

我们一定要百分之百确定原因是什么。

或许是你身体无法吸收你吃下的东西，你每天吃的那13000焦的食物，只是你身体的过客，什么营养都留不住，这也就是你为什么只剩37千克。

” 一个月后，我也见到了安妮。

她告诉我，法瞿克医师给了她最棒的圣诞礼物。

从初次看诊之后，仅仅一个月，她的体重就增加了快6千克。



## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

每次三餐下肚之后，那强烈的恶心、想吐、绞痛、腹泻，种种的折磨都渐渐消失。

血液检验和内镜检查证实她有麸质过敏。

这是一种不正常的免疫反应，很多谷物、面食都含有麸质，都会让她过敏，引发严重腹泻。

过去一直认为这种过敏很罕见，由于诊断试验的进步，才发现这类病人没那么少。

以往认为只有儿童会得到这种病也是不对的，有的病人直到青春期末或成年初期才开始出现症状，像安妮就是一个例子。

没错，安妮有饮食失调的问题，但她肠道发炎的确是对麸质过敏引起的，因此无法吸收营养。

她吃愈多麦片和面食，消化道遭到破坏的程度就愈加严重，最后连一丁点的热量和维生素都难以吸收。

安妮告诉我，她终于知道自己的身体是怎么一回事之后，不禁飘飘然，甚至高兴得有点晕眩。

这个谜在她体内藏了15年，她做了一切努力，还是愈来愈糟，真想就此放弃。

现在，她终于有希望恢复健康，得到新生。

要完全康复，还需要一段时间，她要调适的不只是身体，还有心理，但她相信这一天指日可待，终有一天，她又能变成一个“完全”的人，不再被疾病折磨得支离破碎。

法瞿克医师的桌子后方有一张裱框的老照片。

照片很大，占了一大面墙，里头的人穿着都非常朴素，有人拿着圆顶帽子，有人像罗斯福总统留着浓密的胡子。

从照片的色调和人物的打扮来看，应该是摄于20世纪初期。

这么一幅老照片和法瞿克外向的个性和时髦的衣装似乎不怎么搭调。

但他说，这张照片就是指引他的明灯。

“那是1913年拍的，布莱根医院开幕典礼，”他解释说：“第一次大巡房就是欧斯乐带领的。”

他的脸上浮现微笑：“这是翻拍的。”

我可不是在当总医师的时候从医院偷来的。

“欧斯乐对语言非常敏感，深知其力量与重要性，他的著作对法瞿克有很深的影响。”

“欧斯乐说，如果你用心聆听病人的话，他一边陈述自己的病情，一边已经把诊断告诉你了，”法瞿克接着说：“很多人其实把我这样的专科医师当作是技术人员，来找我做某一种医疗处置。”

医疗处置当然很重要，今天的医疗专门技术是照顾病人不可或缺的，但我认为太依赖技术，你就失去了耳朵，没能好好听病人说的。

”他停了一下。

“你如果没好好听病人说，就不是真正的医师了。”

”一个医师是怎么思考的？

首先可从他说话的方式和听人说话的神情看出端倪。

除了有声的语言，还有非语言的沟通，像是他对病人身体语言和自己身体语言的注意，包括表情、姿态、手势等。

约翰·霍普金斯大学卫生政策与医疗管理的罗特(Debra Roter)教授带领的研究小组，与东北大学社会心理学教授霍尔(Judith Hall)合作，致力于医疗沟通的研究，已发表许多深刻而有洞察力的报告。

他们看了数千位医师(包括内科、妇产科和外科)和病人的互动录像，也在诊断时亲眼观察、分析双方的语言和动作，加上其他研究人员的资料；他们发现，医师发问和回应病人的方式是激发病人的两大关键。

罗特说，他们希望医师能“唤醒病人”，让病人畅所欲言，能与医师积极对话。

如果医师要为病人解开疾病之谜，就得从病人的话语中去找线索。

要是病人觉得开不了口，说到一半话就被打断或者勉强做某一方面的讨论，那医师可能就听不到某些重点。

根据研究，病人说话的时候，通常在18秒内就会被医师打断。

让我们从罗特和霍尔的发现来看安妮这个病例。

法瞿克医师以一个寻常、开放性的问题做为开端，问安妮最初觉得不舒服是什么时候。

罗特说：“看医师怎么问问题，我们就知道病人会怎么回答。”

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

”如果法瞿克问的是特定、封闭性的问题，结果就大不相同。

例如：“你说肚子痛，是怎样的痛？

剧烈的痛，还是闷痛？

”在这么问的时候，他已经有了先人之见，把安妮设定为肠躁症的病人。

罗特说，如果医师对诊断胸有成竹，问这种封闭性的问题当然最省时、省事。

但是，如果医师不能确定诊断，封闭性问题反而会误事，因为你可能就此走错了路，而且难以回头。

开放性问题最大的好处，就是可以让医师多听到一些有关病人的事。

罗特说：“那开放性的问题如何才能奏效？

医师要让病人觉得他真的对病人说的感兴趣，病人或许就会说出医师原先没想到的线索。

”但问对了问题还只成功了一半。

罗特继续说：“医师还需要回应病人的感觉。

”大多数病人就诊时内心都有恐惧和焦虑，有人还觉得生病是羞耻的事。

如果医师能表示同情和理解，不只会让病人松了一口气而已。

罗特说：“病人不希望自己看起来很蠢，或是故意浪费医师的时间。

即使医师问对了，病人也可能因为心理因素，陈述的时候还是拐弯抹角。

医师的目标是知道病人是怎么回事，要达成这点，一定要了解病人的心理。

”法瞿克马上就察觉安妮无法轻松说出一切。

他设法以同情的语气，让她觉得自在。

罗特认为法瞿克还有一点做得不错，也就是让安妮把焦虑和压抑摆在一旁，让她知道他很认真听她说话，而且想要知道更多。

像“嗯”、“我了解”、“继续说吧”这样简短的插话，让安妮知道她说的每一句话都很重要。

社会心理学家霍尔则更深入医病对话的情感层面，如医师是否表现出对病人的好感或者病人是否喜欢医师。

她发现，这种感觉其实很难隐藏得住。

在她研究过的一般科医师和外科医师与病人的互动当中，病人都能正确无误地得知医师对他们的感觉。

当然，大部分的线索来自非语言的行为表现，像是医师的脸部表情、坐在椅子上的样子，是亲切，还是严肃、冷漠。

霍尔说：“我们认为医师应该在情感上保持中立，对每一个病人一视同仁，其实这是不可能的。

”霍尔发现医师最不喜欢病情最严重的病人，而重病的病人也感受到了这点。

大抵而言，医师喜欢比较健康的病人。

为什么？

霍尔说：“我不是爱打击医师。

有些医师讨厌重症病人，原因是可以理解的。

”大多数的医师害怕失败，如果病人很严重，即使施予最好的疗法，还不一定有用，所有的努力似乎都白费了，难免会有很大的挫折感。

怎么办？

不如作罢。

很少医师会对安妮这样的病人表示愿意协助的热忱。

试想：长达15年的神经性厌食症和饮食失调，这女人也许真的有精神病。

如果是精神病，那他也爱莫能助。

再说过去15年她不知看了多少医师，病情没有一丁点的改善，直到2004年的12月，实在看不出她能有什么希望。

罗特和霍尔也研究医师在病床旁的态度、举止对诊断和治疗的影响。

霍尔说：“我们通常只记得比较极端的例子，像是某个天才外科医师在病床旁根本不知道怎么和病人讲话，或者那个一般科医师人很好，但医术实在不大高明……好医师不但要有能力，还要会与人沟通。

。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

行医包含的层面很多，不是只有一两项。

”霍尔下结论说：“大多数的医师看诊时就是不断在说话，因此沟通和有品质的医疗密不可分。要做正确诊断，你要知道的事很多；要知道多一点，最好的办法就是和病人建立良好的关系。看病的能力和沟通技巧是无法分割的，两种能力也绝不互斥。

”法瞿克内心出现一种独白的声音引导他思考。

“安妮说，她一天摄取的热量将近13000焦。

我在内心自问：我该相信你说的吗？

如果你真的吃了那么多，为什么体重无法增加？

”如果病人没说谎，她真的在努力了，拚命把一大堆麦片、面包、面条塞进自己嘴巴，咀嚼、吞下，忍住不要吐出来，但她还是愈来愈瘦，血细胞愈来愈少，骨质疏松，免疫系统也愈来愈差，为什么？法瞿克告诉自己：“我还是必须怀疑，通过怀疑来找寻真相。

”法瞿克以开放性的问题来引导她，而且不预设立场。

他对安妮的观察愈仔细，听她说得更多，内心的不安与困惑就慢慢消失了。

他说：“我几乎可以断定，这不是精神问题引起的。

每一位医师都认为她的心理有问题，可是我的直觉告诉我，她整个人给我的感觉并非如此。

排除精神问题之后，我又继续想：还有什么是我没注意到的？

”临床直觉不简单，有了多年行医的经验，这种直觉才会变得敏锐，除了要倾听几千个病人的陈述，为几千个病人做身体检查，更重要的是，记住自己犯错的时候。

法瞿克在国家卫生研究院研究过病人消化不良的问题，探讨为什么病人无法从他们吃下的食物获得重要的营养素或热量。

因为这样的研究背景，他才怀疑或许安妮的问题不只是神经性厌食症和饮食失调，或许还包括营养吸收不良。

他告诉我，安妮让他想起过去曾被一个病人愚弄的事。

他有个女病人暴瘦，诊断是营养吸收不良。

她说，她很喜欢吃东西，也吃很多，但是吃了之后就腹痛如绞、一直拉肚子。

很多医师都相信她的话。

法瞿克为她治疗了一个多月，不但给她做了血液检验，也做了内视镜检查。

有一次，他去病房看她时，发现床底下有一瓶泻药。

显然，她忘了藏好。

这个女病人的消化道完全没有问题，问题出在她的精神状态。

真是可悲。

法瞿克因此学到一点，在治疗的时候，病人身心两方面的状况都必须注意，有时候要分开来看，有时候则得一起评估。

我们在后面的章节可以看到，尽管医师科别不同，却以类似的方式做出非凡的表现。

他们主要是能看出自己的错误或误判，牢牢记住，且把这些经验融入自己的思考中。

研究显示，要有这种才能，不但需要持续不断的实务操作，还要从经验中善于总结，以了解自己在技术上或决策时犯了什么样的错误。

我在接受住院医师训练时曾遇见一位心脏外科名医。

他可说是这个领域的第一把交椅，不但专业知识丰富，临床判断更是神准。

他就用一本册子把过去数十年的错误全部记录下来，有时候碰到特别棘手的病人，就拿出来参考。

他的同事多半觉得他这个人过度执著的怪人。

我后来才了解他的用意：如果我们要在临床上有特殊的表现，一定要承认错误，加以分析，不时拿出来反省。

就像法瞿克碰到安妮的时候，他就马上回想到在国家卫生研究院曾被病人欺骗的经验。

病人偷吃泻药，佯装吸收不良。

接下来，他做了反向思考，想到安妮这个病人或许真的有吸收不良的问题。

不管在哪一种情况之下，碰到这类病例，总是必须不断地思考、调查。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

既然法瞿克告诉我，“安妮看来就是不像(精神病)”，他这话就不只是随便说说的。多伦多新宁医院的瑞德梅尔(Donald Redelmeier)医师对研究医师认知与诊断的关连特别感兴趣。他提到的“目测法”，也就是医师在关键时刻感觉到病人的陈述或样子看起来有什么不大对劲的地方，虽然仍然模糊难断，但的确有问题。

当然，这种直觉或许是错的，尽管如此还是不能忽略，因为医师可能就此发现病人被误判。

医师常常用简单的框架套在病人身上，如把病人转给其他医师时说道：“一个有糖尿病和肾衰竭的病人要请你看看。

”或是：“急诊现在有一个吸毒的病人，现在发热，而且因肺炎而咳嗽。

”通常医师会根据所有的临床资料，选择正确的框架。

但对有自主意识的医师来说，盲目接受这种框架，可能会因此犯下严重的错误。

像为安妮诊治的医师，从她20岁开始，就给她套上神经性厌食症的框架。

我们很容易了解她的医师为什么这么做。

所有临床表现与神经性厌食症看起来相合，就没有必要从另一个角度来看。

但这么做还是遗漏了一点。

法瞿克解释说：“这就像我们从犯罪现场找到了DNA证据，病人说，“我早告诉你我是清白的。

”要破案，找出真正的病因，要靠医学的艺术，只有对语言与情感敏感，在临床诊断上才能见人所未能见，成为卓越的医师。

法瞿克给我看安妮内镜检查的照片，整个人几乎站起来。

她的小肠内衬看起来是扭曲的。

他说：“这个发现让我兴奋得不得了。

”他就像侦探破案，揪出真凶那样，既高兴又得意。

除了兴奋、成就感，他更因为救人一命而喜形于色。

要破解像安妮这样棘手的病例，除了才智、直觉、明察秋毫、用心聆听，还要能看透病人的内心。以她长年神经性厌食症、饮食失调，最近又出现肠躁症的情况来看，法瞿克也可能像其他医师一样，掉到框架的陷阱。

但他问了自己这么一个问题：“我是不是有什么没注意到的？

会有什么要命的失误吗？

”如果法瞿克没问自己这样的问题呢？

安妮本人、她的男友、家人或许在多年前就该问医师了。

然而病人或家属未必是医师，缺乏医学专业的训练和经验。

一般民众在就诊时常常不敢多问。

这样的问题其实完全合理。

病人可以学习发问，而且学习像医师一样思考。

我们将在后面的章节探讨医师在思考方面可能会犯的各种错误，而病人或亲友可以用什么样的言语来拉医师一把，使他们免于落入认知的陷阱。

法瞿克在为安妮诊治时，提出的问题虽然简单，但最后救了安妮一命。

为了找出答案，他必须做进一步的行动。

安妮也得配合，接受更多的血液检验和侵犯性的手术检查。

她不只要相信法瞿克的技术没问题，还要相信他的诚意和动机，才会同意接受检查。

这牵涉到罗特和霍尔研究中的另一个层面：正确诊断要靠语言提供的信息，不管是有声或无声的语言，要病人顺从，接受医师的建议，也得通过语言。

“顺从”一词或许有负面的涵义，似乎意味着医师高高在上，病人只能被动地被医师操纵，医师要病人做什么，病人就必须接受。

根据罗特和霍尔的研究，如果没有信赖感或好感，安妮很可能拒绝接受法瞿克的建议，不做进一步的检查，成为“不合作的病人”，然后继续为自己辩解，说她一天吃了13000焦的食物，但还是一直消瘦。

。

能为安妮诊断出真正的病因，当然是法瞿克临床战绩的一笔大胜仗，但他也告诉我他曾犯的错误，

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

让我对他更加敬佩。

每一个医师都会犯错，没有一个是从来不曾失手的。

一个医师再怎么杰出、高明，还是会误判或给病人不当的疗法。

这和所谓的“医疗疏失”不同。

“医疗疏失”常见于一般报章杂志的报道中，美国国家科学院中的医学研究院也曾在一篇调查报告中分析过，包括开错药，或在看X线片时看错了等。

误诊是另一回事。

误诊为我们开了一扇窗，让我们看到医师在思考的时候，出了哪些差错，遗漏了哪些地方，为何忽略了自己知识的盲点，以及他们的思考为何有时候会阻塞或偏斜。

研究医疗照护方向错误的专家最近发表了一个结论：大多数的错误源于医师的思考过程，而非医疗技术方面的差错。

研究人员发现因为误诊造成病人重大伤害的事件中，八成左右是医师认知错误造成的。

就像安妮，之前为她诊断的医师只是用一个小小的框架套在她身上，没能发现病情中的疑点和矛盾。

一项研究分析了100例错误诊断，发现医学知识不足只占其中的4例。

医师在诊断时会发生失误不是因为忽略了临床资料，往往是因为落入认知的陷阱。

这类错误造成非常多的误诊。

1995年的一份研究报告中记载，由参与研究的医师先评估病人症状的书面描述，再为病人(由演员假扮)诊疗，结果发现误诊的比例多达15%。

以尸体解剖报告为基础的古典研究，所得结果也相符：在所有诊断中，误诊比例占10%~15%。

在过去30年的行医生涯里，每一次误诊都是刻骨铭心的经历。

我第一次误诊是在马萨诸塞州总医院做内科住院医师的事。

罗特和霍尔的研究也解释了这类的错误。

我有一个病人非常爱抱怨，每次听这位中年妇女诉苦，就像听到指甲划过黑板一样。

有一天，她说又有一个地方不舒服了，上胸部感觉很难受。

我努力帮她寻找原因，看是吃东西、运动还是咳嗽引起的。

研究了半天，还是不知其所以然。

我也帮她做了各种常规检查，包括照胸部X线和心电图检查。

检验报告看起来都正常。

我在无计可施之下，只好开一些胃药给她。

但她还是一直吵，说不舒服，差点把我烦死，最后我变得充耳不闻。

其实，我想破脑袋，也想不出她可能的病因。

几个礼拜后，急诊紧急呼叫我回去。

正是那个病人，她的主动脉剥离，情况危急。

我们没能救她一命。

虽然主动脉剥离发现的时候，十之八九都活不成，我还是无法原谅自己。

如果我能早一点为她诊断出来，至少她还有机会存活。

拜读罗特和霍尔的研究报告，知道医师对病人的好恶如何影响诊断后，我实在有相见恨晚之感。

他们的研究结果让我看到自己30年前的盲点。

如果我那时能有这样的认知，能更有觉悟，了解医师倾听和思考的能力会如何受到感觉的影响，也许当年就不会犯那样的错误。

医师如果厌恶病人，在听病人不断诉说症状时，通常希望早早脱身，于是匆促做诊断、治疗。

尽管误判，医师还是以为自己是正确的。

对病人的厌恶使医师很难放弃既有的结论，当然也不愿从其他角度来思考。

如果医师的思想有这样的偏差，照顾病人的质量当然乏善可陈。

这不只是医师的负面感觉造成的影响。

尽管研究显示，如果医师对病人没有好感，大多数的病人都能感受到，但很少有病人了解这种情况对自己的医疗照护有何影响，也很少因此就想换医师。

## <<医生如何想>>

在这种情况下，病人通常会怪自己抱怨太多，才会让医师失去耐心。

其实，病人还是应该用客气的说法提出来。

病人可以说：“我觉得我们可能有沟通不畅的问题。

”这样的信息可以让医师警觉双方的相容性有问题。

如果病人还想继续看同一位医师，问题还是可以用诚意来解决。

但我问其他医师，换做他们是病人，觉得医师对自己态度欠佳的话，他们会怎么做。

每一个都直截了当的说，他会换一个医师。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

## 内容概要

杰若·古柏曼是《纽约客》杂志的特约撰稿人、畅销书作者，同时还是哈佛医学院的教授，他揭示出最终的医学秘密：是什么决定医生能否制定出最佳的治疗方案。

通常，一位医生会在18秒钟之内打断病人对自己病症的描述。在如此短的时间内，多数医生都很有可能做出诊断并提出最好的治疗方案。这种诊断方式通常是正确的，但在某些紧要关头，灾难性的后果证明有些诊断是误诊。在这本让神话破灭的书中，杰若·古柏曼指出医生作出诊断背后的动力与思维过程。探究了医生们犯错误的原因以及进一步表明在怎样的情形下，他们借助于我们的帮助能避免做出草率的诊断，能考虑不确定性并有效交流，进而探究其他能对我们的健康产生巨大影响的医疗技术。这是第一本详细描述医疗思维错误的警示性书籍，给患者提供一些询问医生的直接、机智的问题，以帮助其康复。

古柏曼凭着大量的调查研究，与国外许多最知名的医生广泛交流，借助自己行医经历以及患者的经历写成本书。

在本书中，他从自己亲身经历的一些误诊事例，以及其他医生的过失中总结出经验和教训。

本书揭示出的新观点将给21世纪的医学实践带来深远的影响，给医生和患者重要的启示，医患共同努力才能做出更好的诊断。

<<医生如何想>>

作者简介

作者:(美)杰若·古柏曼 译者:杨小山



<<医生如何想>>

书籍目录

- 序言 解读误诊的黑盒子
- 第一章 与死神擦肩而过
- 第二章 情感的陷阱
- 第三章 急诊室的杂技团
- 第四章 守门员
- 第五章 一个养母的试炼
- 第六章 不确定性的诡谲
- 第七章 右手奇遇记
- 第八章 暗室中的眼睛
- 第九章 金钱与医疗
- 第十章 心灵的服侍
- 结语 你该问医师哪些问题

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

## 章节摘录

1976年6月，一个闷热的早晨，我穿上烫得笔挺的白大褂，把听诊器放在黑色公文包里，照了三次镜子，看领带是否打正了。

尽管暑气逼人，我还是精神抖擞地在剑桥街上前进，迈向马萨诸塞州总医院的人口。

我等这一天——实习的第一天——已经等很久了。

以前说我是医师，其实只是扮演医师的学生。

从这一刻开始，我就是真正的医师了。

我和医学院班上的同学前两年都在教室和实验室，学习解剖学、生理学、药理学、病理学，研读教科书和学习手册，用显微镜和培养皿做实验。

后两年，我们在病床旁见习，练习书写病历，记载主诉、症状、病史、病人的社会背景资料，过去和目前接受的治疗等。

然后，我们学习为病人做身体检查：分辨正常和异常的心音、触摸病人的肝脏和胰脏、测量颈部和四肢的脉搏、观察神经的轮廓和视网膜血管的变化。

不管我们做什么，主治医师都会在一旁密切监督，像是紧紧抓着我们的手，带领着我们。

在医学院的4年我很用功，不放过每一个重点和细节。

我想，只有这样，有朝一日才能肩负照顾病人的重责大任。

在课堂上，我总是坐在第一排，正襟危坐、目不转睛地听讲。

临床见习时，不管是在内科、外科、小儿科，还是妇产科，我一样全神贯注。

我下定决心要把老师教的一切牢牢记住，不管上课或是跟主治医师巡房，我都记了一大堆的笔记。

晚上，再把笔记一一抄写在索引卡上，然后按照科别做归类、整理。

周末，我努力背诵，希望在大脑储存一部百科全书，以后看到病人，就可以立即在自己的脑袋里搜寻，找出正确的诊断和疗法。

来马萨诸塞州总医院报到的实习医师在巴尔芬区楼的会议室集合。

这栋大楼建造于1823年，是典雅的灰色花岗岩建筑，有10根爱奥尼亚式的廊柱。

1846年，麻醉术就是在这里的圆顶讲堂亦即闻名遐迩的乙醚厅首次公开表演。

1976年，巴尔芬区楼还有开放病房，每间都像大山洞，里面有二十来张床，病床间用薄薄的帘幕相隔。

院长李夫致词，欢迎我们这批生力军的到来。

他简要地说，能在这里学习和为病人服务，是我们这些实习医师的福气。

虽然他声音小得像是在说悄悄话，我们还是听得一清二楚：要进麻州总医院当实习医师非常不容易，我们都是院方精挑细选出来的，因此希望我们好好表现。

接着，总住院医师发放训练进度表给大家。

在接下来的一个月，我们必须轮流在3个诊疗部门实习。

每一个部门都在不同的大楼里，除了巴尔芬区楼，还有贝克楼和菲利普斯楼。

这3个部门分别反映了美国社会阶层的差异。

巴尔芬区开放病房的病人都是穷人，不是来自北城的意大利后裔，就是查尔斯镇和契尔西的爱尔兰人。

我们实习医师和住院医师以照顾巴尔芬区楼的病人为荣，因为他们是属于我们的病人。

贝克楼的病房都是二人房或三人房，病人是有医疗保险的中产阶级。

菲利普斯楼是高达十一层的高级病房区，可把查尔斯河畔的美景纳入眼底，所有的病房不是单人房就是豪华套房。

听说过去住豪华套房的病人还有仆人伺候。

这些有钱病人都是来自波士顿上流社会，由专属私人医师收进来住院的。

麻州总医院不少主治医师在高级住宅林立的碧肯丘都有自己的诊所。

我先在贝克楼实习。

我们一组有三个人，两个实习医师和一个住院医师。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

听完李夫院长训话之后，我们马上赶往贝克楼。

住院医师把病历分为三堆，一人负责一堆，最严重的那堆都归他。

我们每三天就得值一次班。

报到那晚我就开始值班了。

每一层楼只有一个值班医师，因此得负责照顾整层楼的病人，还有刚收进来住院的新病人。

第二天早上七点，我们三人会碰面，讨论昨夜病人的状况。

住院医师半开玩笑地告诉我：“记住，你是铁人，要好好守住堡垒。

”我们必须独当一面，只有在万不得已的情况下才能请人支援。

“如果你一个人没办法，真的需要我，还是呼叫我吧。

可是你别忘了，昨晚我值班，今晚好不容易才能在家里睡觉。

”我伸手到白袍左边的口袋，里头有一叠我在医学院做的卡片。

我告诉自己，这些卡片就是我的救生衣，不会有事的。

我大半天都在研究病历，向病人作自我介绍。

紧绷的情绪终于慢慢舒缓。

但是和我一组的实习医师和住院医师签退，提醒我值班要注意哪些病人的状况，可能会有哪些问题时，我又开始忐忑不安了。

不知不觉，贝克楼已在黄昏的笼罩之下。

我还有几个病人没看呢。

我走到632号病房，看了一下手上的名单，核对门上的病人名牌，敲敲门，里头传来一声：“请进。

”“摩根先生您好，我是古柏曼医师，新来的实习医师。

现在由我负责照顾您。

”我对“古柏曼医师”这个称呼还不习惯，不过我医师服上别的名牌的确有这几个字。

病历上记载，摩根先生是66岁的黑人男性，有高血压的问题，药物控制的情况不甚理想，两天前因胸口闷痛而住院。

我想起我脑中那部百科全书说的，美国黑人男性高血压的发生率很高，可能因心脏肥大或肾衰竭而使病情变得复杂。

从早先在急诊做的评估，以及后来的血液检验和心电图来看，应该不是冠状动脉阻塞引发的心绞痛。

摩根热情地和我握手，笑着对我说：“第一天？”

”我点点头，说道：“我看到病历上写的，您是邮递员。

我爷爷也在邮局做事。

”“他也是邮递员？”

”“他不送信，只是做邮件分类，还有在窗口卖邮票。

”摩根先生说，他在邮局一开始也是做这样的工作，但他这人就是静不下来，不爱老是待在邮局里头，喜欢往外跑，尽管天气恶劣也不会使他却步。

“我知道您的意思。

”此时此刻，我也宁愿待在医院外面，不想在这里留守，独自面对一整层楼的病人。

我告诉摩根先生早先做的X线检查结果。

这是肠胃科检查的一部分，看来食管和胃部都正常。

“真是好消息。

”正当我打算跟他道声晚安，转身离去之时，他突然坐直，眼睛瞪得大大的，下巴掉下来，胸部剧烈起伏。

“摩根先生，您怎么了？”

”他摇摇头，说不出话来，呼吸困难。

我在想这是怎么一回事，但是脑筋一团糟。

我脑中那本百科全书不见了。

我手心出汗，口干舌燥，双脚好像黏在地板上似的不能动弹。

“他好像呼吸窘迫。

<<医生如何想>>

”我听见一个深沉的声音。

我回头一看，看见一个四十开外的男人。

他留着黑色短发、蓄八字胡、有着深色眼珠。

“我是柏赛德，弗吉尼亚州的心脏科医师，”他说：“几年前我也在这里受过训。

我刚好来这里看几个老朋友。

” P023-026

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

## 后记

你该问医师哪些问题？

请想像你人坐在诊室的椅子上。

过去几个礼拜以来，你一直觉得不太舒服，像是胸口中央、胸骨下方觉得很难受。

医师记录你的病史、帮你做了身体检查，也开了一些检验单。

他和你一起看检验报告的结果，认为你的问题应该是胃食管逆流，也就是胃酸不正常逆流回食管。

虽然医师做的诊断大多数都正确无误，他决定采行的疗法多半也是合适的，但还是有误诊的时候。

如果你接受了医师的诊治，过了一段时间没有好转，还是一样不舒服或是病情变得更严重了，你就必须重新思考，想想先前的诊断有没有问题。

医师的认知错误有很多种，在错误认知的误导下，就无法给病人正确的照护。

每一位医师行医风格都不同，解决问题的方式也不同，然而所有的医师在思考上都可能出现同样的错误。

如何诊断才不会出错？

无论是医师或病人都没有简单的脚本可以依循。

不过还是有一些试金石可以帮我们避免思考错误。

医师和病人可以同心协力找寻线索来解决问题。

会走到误诊的歧途常常是沟通不良造成的。

因此，会思考的医师一定要注意语言的问题。

“请你把不舒服的经过以及你的感觉再说一次，告诉我是什么时候发生的，怎么发生的，好像你是第一次说一样。

”如果医师没要求你这么问，你也可以主动再告诉他一次。

再次述说生病的经过可帮你回想你已经忘记的重点，也可让医师注意第一次听你述说时没注意到的线索或想法。

这么做可让医师从新的方向去找寻答案。

如果我们病了一段时间，都没有好转，心里会先设想是怎么一回事，再回去找医师。

我们的想法可能源于有类似症状的亲友，或是上网查资料来的，而且可能猜测最坏的情况会是如何。

不管是病人或医师都不可忽略这种自我诊断。

如果医师没提到的话，你还是应该说出来。

“虽然我的症状像是胃食管逆流，但我担心会不会是癌证。

”或者你可以告诉医师，你有一个朋友经医师诊断是消化不良，后来才发现是心脏病。

有些人可能觉得很难把这样的忧虑说出来，担心一语成讖。

我想起有位中年妇女来我的门诊，一脸忧愁，说她胸口很不舒服。

她的先生鼓励她把话说出来：“告诉医师吧，说出你内心真正害怕的事。

”她才说她有个亲戚死于肺栓塞，她很担心她的胸痛也是肺栓塞的征兆。

她也坦承她很怕把这件事说出来，害怕说了之后就会变成真的。

细心的医师会仔细听你说出内心的忧虑。

他知道你最深沉的恐惧之后，可能会提出进一步的问题，请你把症状描述得更详细些。

你们对话的广度变大之后，扫除障碍，线索可能就会慢慢浮现。

即使是重新对话，也不一定很快就能找到答案。

医师可能需要再帮你做一次检查，特别注意你身体的一两个地方。

或者他会怀疑是不是某项检验报告的数值有误，或X线片的判读有问题。

我们在书中多次提到医师常会跟着第一印象走。

如果选择性地看检查数据，又可能强化最初的偏见。

再者，我们容易执著于阳性的检查结果，认为这就是病人得到某种病症的证据，忽略阴性的检查结果或矛盾之处。

有时医师可能必须请你再次接受实验室检查或者高阶医学影像扫描。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

这些检查可能非常昂贵。

在今天的医疗环境之下，重复检查可能被视为浪费医疗资源。

医院或医保机构的管理者都对医师耳提面命，要他们力行节约。

要得到正确的诊断不一定要重复做检查，只有在怀疑检验结果有问题的时候，才需要这么做。

正如我们在书中讨论过的，不同的放射科医师对同一个影像进行判读，还是可能出现不同的结果，病理科医师看切片也一样。

诊断的再斟酌意味着医师必须把所有的资料、数据统合起来，包括血液检查、X线检查和病理报告等，用敏锐的眼光再仔细研究。

然而有时候还是不得不重复检查，像是电脑断层扫描的片子判读有误，如克雷瑟医师提到的抱怨胸痛的女病人，放射科医师本来认为是肺栓塞，后来才发现其实是主动脉剥离(见第六章)。

也有可能病理科医师第一次做切片时没切到病灶。

以我们血液肿瘤科为例，如果要诊断淋巴瘤，常常必须做一次以上的骨体检查。

尽管如此，可能还是找不到答案。

接下来，你可以问医师的是：“有可能是其他疾病造成的吗？”

即使是因为医师认知错误造成误诊，他也不一定知道。

如果你提出这样的问题，就可以让医学的不确定性浮上来。

“还有其他哪些可能？”

这样的问题也是对抗错误思考的利器，让医师反省自己是否太早下断言、想法被框架限制住了、被最近的经验误导或者一听到蹄声就以为是马，而不是斑马。

每一种认知错误都会造成障碍与限制，因而找不到答案。

你可以提醒医师是否有什么检查可确定诊断。

也许医师之前没考虑到这点，经你这么一问，他的思考或许就可突破局限。

下一个可以提出的问题是：“是不是有什么矛盾或奇怪的地方？”

医师因此会暂停一下，多往几个方面去想，可能带着怀疑的眼光再回去看看临床记录。

蕾秋就是觉得奇怪，怀疑她领养的越南女婴不是“非典型严重复合性免疫功能缺陷疾病”，而是完全不同的病症(见第五章)。

“有可能病因不止一个吗？”

我们在医学院和当住院医师时学到化繁为简的思考模式，试图用一个答案来解释病人所有的问题。

通常这么做没错，但我必须再次强调，当然这样不是每一次都对。

“有可能病因不只一个吗？”

在你提出这样的问题时，也就可以避免一个最常见的认知错误：顾此失彼。

所有的医师都可能落入这样的陷阱。

经你这么一问，医师就会把思考的网撒大一点，去发掘新的问题。

也许由于第一印象的影响，有些检验他认为不必要做，换一个角度思考之后，他可能认为还是，再做一下比较好。

虽然你的问题可能是胃食管逆流，也有可能是心绞痛，这两者都很常见，说不定是比较罕见的主动脉剥离。

正如前言所述，法瞿克医师就认为安妮的病因不单纯，可能不止一个，多方推敲之后，果然救了她一命。

有时，我的思路好像变成死胡同，不知道下一步该怎么做。

这也可能意味着我已经犯了一个认知错误而不自知。

我反省过去，分析我自己的误诊病例，我发现有时候是因为我没提出正确的问题，在为病人做身体检查时没发现异常的地方，或者我开的检验单不对症，才错失了一项重要数据。

我浑然不知自己已落入认知的陷阱。

这时，如果医师的自我意识太重，就可能再掉到另一个认知陷阱。

我现在已经学会放下身段对病人说：“听你说了之后，我还是不知道你的问题是怎么回事。”

我继续对病人说，由于我不知道他的问题究竟为何，因此可能要请他去看另一位医师。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

那位医师有独立思考的能力，而且喜欢研究复杂的病例，可能可以帮得上忙。为安妮诊治的那位内科医师因为画地自限，想不出其他的可能，所以认为她再去看另一位医师也是枉然。

要不是安妮的男友坚持，她可能会继续呕吐、腹泻，直到死亡。

如果病人对我说：“我还是觉得不舒服，症状还是没有消除。”

我已经知道，不能跟病人说：“你没有问题。”

这样的话有两种危险：首先，拒绝承认自己的治疗不对；其次，这样会把心灵和身体一分为二。

你这么说表示病人的身体没问题，有问题的是心理。

只有认真、仔细地追查病因之后，认为病人真的没问题，才能下这种结论。

在医学上，精神疾病的污名尚未完全洗刷，一般社会人士对精神疾病的偏见更大，对很多病人来说，由于心理问题以及身心问题的错综复杂，蒙受相当大的痛苦。

就我们所见，很多医师不喜欢神经质或焦虑的病人。

即使是最有爱心的医师，也不免觉得这种病人很棘手。

他们描述自己的病情可能语无伦次，对疼痛过于敏感，让医师难以专心诊治，也许因此无法诊断出病人胸部的肿瘤或是甲状腺的结节。

如果病人能够透视自己的思考和心理状态，对医师来说会有很大的帮助。

戴嘉朵有个病人就坦白说自己是个有点“疯疯癫癫”的女人，还请医师不要因为这点就不相信她说的症状。

还有一些病人，不是因为疯癫，而是因为对疾病的恐惧，而被医师贴上“臆想病”的标签。

我有一个好友在洛杉矶的娱乐界工作，是个事业心很强的职业妇女。

她多次告诉医师，她胸口疼痛。

做了乳腺x线摄影，放射科医师的判读结果是正常。

后来医师就当她是无病呻吟，安慰她说：“别担心，你没有问题。”

至于她的胸口疼痛，医师解释说，应该是工作压力造成的。

她去看了另一位医师，做了更多的检验，最后确认得了癌症。

她的诊断延误了将近两年，癌细胞已扩散到十几个淋巴结。

这样的故事对病人、对医师都是真实的噩梦。

然而，如果另一个女人有同样的症状，最后发现真是心理压力造成的，而非癌症，医师也不该对病人说：“放心，你没有问题。”

医师应该告诉她，如果这样的症状一直困扰她，他可以把她转介给适合的心理医师或精神科医师。

我的右手疼痛、红肿，也做了不少检查。

有一位外科医师为我安排了骨扫描。

扫描的部位不只是我受伤的手腕，还包括全身的骨头。

放射科医师看了片子之后，发现我的肋骨有一些奇怪的斑点。

有一天晚上，外科医师打电话来。

当时只有我一人在家，家人都去滑雪了。

医师告诉我，由于我肋骨上的斑点看来像是癌症转移的结果，所以不急着做手部手术。

没多久，我胸口就痛了起来。

我的肋骨部位一碰就痛。

癌细胞已转移到骨头却没有任何症状？

由于我是肿瘤科医师，我知道这不大可能。

但在那一刻，我突然变成病人，再也不是医师。

我无法思考，拼命跟我太太联络。

几个小时后，终于联络上了。

她告诉我，不要慌张，第二天早上就去做更进一步的x线检查。

虽然她说那个放射科医师的判读可能有误，我还是一夜辗转难眠，担心被癌症凌迟至死。

尽管我接受了那么多的医学训练，也有丰富的经验，还是被恐惧打败了。

## &lt;&lt;医生如何想&gt;&gt;

我的胸部真的很痛。

我第二天是挂第一号的病人，做了一系列的X线检查之后，确认我的肋骨并无病变。另一位放射科医师看了我骨扫描的片子，认为前一位医师过度判读了，他看不出我的肋骨有任何斑点。几个小时后，我胸部的疼痛才慢慢消除，肋骨也不再一碰就痛。

我从这个乌龙事件学到两件事。

第一，晴天霹雳的消息当头劈下时，我需要一个人来指引我，帮助我镇定下来，提出质疑，并点出不确定的因素。

那个人不但为我着想，也能跟着我一起思考。

如果这种事件发生在别人身上，我应该可以理性分析，推想肋骨斑点是癌症的可能性很低，但发生在自己身上，我就六神无主了。

第二、我深深体会到心理如何掌控身体，进而造成身心症。

如果症状一直扰人，而且病因不明，有时候并非身心症。

医师已经给你治疗了，但疗效不佳。

在换另一种疗法之前，医师应该与你好好讨论。

毕格碧医师说，这时还要考虑到治疗的地点、方式和时间。

第四章提到有一项研究调查加州45位医师治疗的900多位病人。

有2 / 3的医师没告诉病人新的药物要服用多久，也没说明不良反应有哪些。

半数医师没把剂量交代清楚，也没说隔多久时间要服用或使用一次。

医师不能把药物说明的工作交给药师或护士等来做。

医师应该仔细解说药物特性以及为什么要使用这种药物，而且确知病人已经了解，病人如有问题也应该提出，双方才不至于产生误会。

此外，正如毕格碧强调的，医师应该注意病人的社会背景，以免治疗受到非医学因素的影响而宣告失败。

还有其他方面应该纳入考量。

戴嘉朵告诉我，虽然现在药丸已用不同的颜色区分，但医师与病人之间还是有沟通不良的情况。

戴嘉朵有个病人是个甲状腺功能低下的老太太。

尽管已经吃药治疗，却不见效果。

戴嘉朵问她：“您想想药师给的药丸。

那些药丸是紫色的吧？”

老太太答道：“对，是紫色的。

”戴嘉朵百思不得其解，为什么她开的药效果会那么差？

于是她请老太太下次把所有的药丸都带来。

原来药师给她两种不同剂量的甲状腺素药丸，一种是175微克，另一种是75微克，两种都是紫色的，只是色调不同，难怪老太太无法分辨。

有时候，虽然处方正确，病人使用方式也没错，还是没效。

这是因为每个人的生理状况都是独一无二的，对不良反应的耐受力与对药物的反应都有差异。

尽管两个人生了一样的病，接受一样的药物治疗或其他医疗处置，疗效不一定会相同。

如果没有效果，还要继续接受治疗吗？

要继续多久，还是要换其他治疗方式？

这些问题关乎医疗的科学和艺术。

以第十章得了T细胞淋巴瘤的乔治为例，原来的化疗方案没多大效果，宁默医师就决定让他试试其他化疗药剂，而其他肿瘤科医师还是坚持继续采用原来的方案。

宁默医师快刀斩乱麻，及时换掉乔治的化疗药物，使他得以多活好几年。

成功的疗法是制药产业努力的结晶，很多不治之症，因为新药的问世出现契机。

但医师和病人在决定要采取哪一种疗法时，应该把好处和风险都放在心上，对需要和目标有共识。

这样的决定不能受到利益的影响，也要避免来自市场行销的干扰。



## <<医生如何想>>

所有的决定都需要时间，但在今日分秒必争的医疗环境，花时间变成是最奢侈的事。把医疗当做是企业而非事业的人，汲汲于时间的控管与绩效的经营。医院如果变成工厂，门诊如果成为生产线，医病双方必然会因为沟通不良而产生误会，关系因而恶化。

医师若是在看病的时候，一只眼睛盯着墙上的时钟，一只眼睛看电脑屏幕，还能思考吗？如果病人的问题简单明确，或许三言两语即可说明清楚，但病情复杂的话，绝对无法快速诊断。所谓欲速则不达，想要速战速决，抄近路，反倒掉入认知错误的陷阱。

行医30多年来，我依靠传统的知识资源来帮助我思考，如教科书和医学期刊、临床经验丰富的各科前辈或同行，学生或住院医师挑战我的问题也有教学相长之效。写完这本书，我才发现还有一个益友一直在帮助我思考，不时提出中肯又具有关键性的问题，在我快掉到认知陷阱时拉我一把，及时化险为夷。在做决策的当下，这益友总在我身旁。这益友就是病人，有时也是他们的家属或好友，他们总是想知道我是怎么思考的。我在敞开心灵的同时，也发现了自己思考的范围与限制，并反省自己对病人的身体情况与情感需求不够了解。我能给病人最好的照顾莫过于此。

## <<医生如何想>>

### 编辑推荐

这本《医生如何想》由杰若·古柏曼著，杨小山译。

本书是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。

<<医生如何想>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>