



医师报讯 (融媒体记者 黄玲玲 黄晶 贾薇薇) “10年前,我们收治了一位患者,白细胞很低,但没有任何症状。当时给他做了‘升白’治疗,而后患者出现发热,我们却找不到发热的原因。现在我总是思考,白细胞低就一定要提高他体内的白细胞吗?”最近在一次重症医学科会议上,有专家提出了这样的疑问,还引发了现场热烈的讨论。

无独有偶,日前,《新英格兰医学杂志》刊发了一篇题为《但我的白细胞计数……》的文章,美国传染病学会诊断委员会即将离任的主席 Robin Colgrove 教授提出,当前临床中存在一个严重误区:越来越重视检验指标/数字,而忽视患者的实际感受。这一现象在医生和患者中都普遍存在。他认为,在诊断疾病时最为有效的第一步是简单问一句:“你感觉怎么样?”

从何时起,医生的眼里只看见化验指标、各种数据,再也看不到患者本人了?这样的状况对临床来说,是一件好事吗?《医师报》记者专访了重症医学科、急诊医学科、心血管科几位专家,希望能解开疑惑。

故事一

一位重点大学的高材生罹患肝豆状核变性——一种铜代谢疾病,会对脑部神经造成损害,临床表现有记忆力衰退、精神抑郁等症,一直被当成抑郁症治疗了两年,导致脑神经不可逆的损毁,实在令人惋惜。

还有位总是精神亢奋的女患者原以为是心理疾病,被送到心理精神科病房诊治,通过检查发现是因卵巢肿瘤危害到了脑神经,经及时手术切除肿瘤,患者逐渐康复。

故事二

一位50岁的女患者,2个月以来无明显诱因出现夜间平卧时即严重胸闷憋气,伴剧烈咳嗽,无法入睡,白天同样无法平卧,精神不济乏力,活动耐力明显下降。在多家医院心内科和呼吸科就诊,按照心肌缺血、心力衰竭、支气管哮喘治疗,使用解痉平喘、扩血管的药物后,病情有所缓解但并不明显,仍然每晚端坐入睡。转院后,经客观检查无严重心肺器质性问题,进一步追问病史,患者在2个月前连续高烧多日,白细胞计数连续多日高达3万多,曾被怀疑白血病,后经积极治疗排除白血病痊愈出院。一段时间后患者开始出现夜不能卧的症状,且越来越严重。

医生为患者做了心功能、肺功能和肺血管影像学检查,但所有检查结果并不支撑患者当下严重的症状。后来根据患者的发病过程和临床资料,考虑患者的症状可能由于心理异常所引起,医生为患者处方了改善失眠的药物镇静安神,并继续服用此前的平喘药。患者一周后复诊,晚上已可以平躺入睡。此后,用上抗焦虑的药物,治疗一段时间后胸闷气喘的症状基本消失,晚上可安然入睡。

依赖检验结果看病? 要治治了!



检验数据与患者感受问题由来已久

北京协和医院张孝骞教授曾说,“50%以上的病例能够从病史得出初步诊断或诊断线索,30%的病单纯通过体征可以得到诊断,单纯通过化验检查得到诊断的不过20%。”检验结果可能为医生的准确诊断增加一种砝码,但一个合格的临床医生不能只等着化验结果,用检查报告来指导疾病的诊断与治疗。

北京协和医院妇产科专家林巧稚教授曾对当时的医生说过:“不要觉得自己会做手术就很厉害,我在门口找一

个黄包车夫,训练三年,他的手术能力说不定也能超过你。”

正如上文所说,“在临床工作中,应偏重患者症状感受,还是检验数据”这个问题由来已久,曾有无数的前辈提出疑问。而近来,一些年轻医生过分注重检查指标等情况再被关注,北京积水潭医院急诊科赵斌教授深表担忧,“这与当初他们所接受的培养方式有关,过多地强调数据、循证的重要性,忽视来自患者的主观行为。”他强调,在医学生的教育中,有一门课程非常重要,那就是物理诊断学,也就是如何

采集病史,如何进行体格检查,当然也包括必要实验室的检查方法。要想成为一名合格的临床医生,物理诊断学是一门必修课,不仅要学好,而且还要学以致用。赵斌表示,以检验指标作为诊断疾病唯一手段的医生,可以对其行为有几种解读。一是可能

为了省事、图方便,毕竟询问病史、查体会花费更多时间;二是不明白物理检查的重要意义,总觉得看得见的数据,高于看不见的患者主诉;三是责任心和人文素养不够,不能从全人的角度了解患者背后的故事,只是用数字来解读患者患病的全貌。



北京协和医院张孝骞教授曾说,“50%以上的病例能够从病史得出初步诊断或诊断线索。”
 图//北京协和医院

不能仅靠检查指标进行疾病的诊断

医生是特殊的职业,与人相关,如果判断失误,不仅给患者带来痛苦,还可能给患者致命一击,赵斌指出,“我们必须坚守从医的初心,入了医学这个门,必须有良好的责任心,兢兢业业,认认真真,从病史到诊断,每个环节都不能有疏漏。”所以,每位医生从专业的角度

都要了解物理诊断的分量。面对来自患者的求助,不应一开始就大撒网式的做各种检查,应先询问病史,通过自己学习到的各类医疗知识进行综合判断,要从患者的各种信息中寻找疾病的蛛丝马迹,顺藤摸瓜,必要时使用辅助检查手段,最后做出准确的判断,如此,才是一

名合格的临床医生。“一名临床医生,如果单纯靠化验室的数据来确定临床的诊断,那就不是一个真正的临床医生。”他强调。

“目前在临床上,越来越多的年轻医生更愿意去看化验指标、检查数据,却忽略了走近患者的重要性。”北京协和医院副院长杜斌教

授也曾多次在会议上发出这样的感慨,“我们现在太多时候去看各种指标,超声的指标、ECMO的指标,但太少关注这些指标的来源——患者本人。我们治疗的是患者,而不是数据。如果有一天我们沦落到只对这些检查数据感兴趣,那我们应该感到悲哀。”

两者重要性不可绝对化 应因地制宜

上海交通大学医学院附属仁济医院心内科毛家亮教授则强调,检验数据与患者感受,两者重要性不可绝对化。毛家亮遇见过一位因心跳过快,怀疑自己是焦虑症的患者,化验检查发现,这是一位甲亢患者。另一位患者反复头晕、胸闷十多年,只是根据心电图ST-T改变

就诊断为心肌缺血、以及根据患者症状诊断为脑供血不足,一直按此治疗,吃了两年“冤枉药”,完全没有效果,后心理量表筛查证明是心理疾病所致,按心理疾病治疗,最终摆脱了头晕胸闷的症状。面对这样的案例时,患者的症状感受就又显得不可忽视。

2013年发生的温岭袭医事件,也是因为患者鼻子难受,耳鼻喉科医生为患者做了鼻甲切除术,从CT上看没有任何问题,却并未改善症状,其实患者现在看来是心理疾病导致的躯体化症状,最后医患双方都没有意识到这一点,还有没有鼻子疾病是

否看好的问题上纠结,双方坚持己见,最后造成了一场悲剧。必须关注患者症状感受吗?毫无疑问,答案也是肯定的。毛家亮表示,“当患者感受的不适症状不能用检查结果很好解释,我们就有进一步考虑患者是否还有其他可能,比如心理疾病。”

以“中庸之道”和“辩证思维”寻找平衡

“临床诊疗中应辩证地综合分析患者病情。”北京协和医院心血管科及康复医学科丁荣晶教授强调,临床检验数据与患者感受两者都重要,需根据病情的轻重缓急提供个性化治疗方案。

“疾病的急性期应以检验数据为主。”丁荣晶表示,有的血流动力学异常、电解质紊乱或者过

高血压的患者无症状,此时应以数据为准,积极调整目标值;如果处于病情稳定期的患者反复出现躯体症状,而检验数据却无明显异常时,要多重视患者的感受,探寻症状背后的原因,积极予以干预。

一位房间隔缺损封堵术后患者,每天下午低烧37.8~38℃,在多个医

院就诊,反复检查排除了感染性心内膜炎、其他部位感染与风湿免疫性疾病,丁荣晶在与患者沟通中发现患者有隐匿的焦虑情绪,通过自主神经功能评估判断患者存在焦虑和自主神经功能紊乱,试着用抗焦虑药物治疗半个月后,患者的体温控制到37.2度以下,自我感觉不适症状明显好转。

“当症状和检验相分离时,要重视患者的躯体痛苦,医生要依据病情的轻重缓急对病情综合分析,采取最合理有利的治疗方案为患者解决问题。”丁荣晶强调,检验指标与患者感受应两者并重,用好中医文化中的“中庸之道”和“辩证思维”,在两者之间找到最好的平衡点。