

误诊 小心这些思维“陷阱”

▲北京清华长庚医院医患办主任 樊荣

误诊，即错误的临床诊断。常见的误诊可分为“错误诊断”、“漏误诊断”和“延误诊断”三种，但均可归入“误诊”之中。因为无论是“此”诊断“彼”、“无”诊断“有”、“有”诊断“无”，均是错误的诊断。

出现误诊绝大多数源于思维的主观过错，仅个别是基于错误的辅助检查结果而导致的后续误诊。而医师临床诊疗思维的训练，则是力图避免在诊疗活动中进入思维的“陷阱”。

杰诺·古柏曼医生的《医生如何想》一书，用一个个鲜活的案例将临床工作中医务人员容易进入的陷阱呈现出来。作为从事临床工作的医务人员，读此书的过程中将会产生深刻的共鸣，常常能够在书中找到自己的影子。

掩卷而思，结合自身工作经历，从书中以及实际工作接触到的案例中提炼出思维的“陷阱”，供医务同仁警示与反思。



01

熟视无睹 习焉不察

医务人员连续接诊某种疾病的患者，就会产生一定的思维定势，认为下一个具有相同症状的患者也必为相同的疾病。在接诊过程中，容易遗漏其他并不相符的表现，或者即使发现不相符的表现却选择性忽略，从而最终导致误诊。

02

按图索骥 墨守成规

医务人员接受现代医学教育，尤其受到循证医学的理念灌输，却片面理解了循证医学，过于依赖评分表和程序化路径，按照表格和路径进行诊断并制定决策，而缺乏了自身的独立思考能力。遇到不同的患者个体，不知变通，忽略了不同患者之间的个体化差异，容易导致误诊。

03

欲速不达 忙中有失

在追求速度、效率的同时，接诊的全面性与规范流程则受到不同程度的影响。而且越是过多追求效率，误诊率越高。因此，在接诊思维中，放在首位的永远应该是规范和安全，其次才是效率。

04

谨小慎微 裹足不前

医师在诊疗过程中，应保持充分的谨慎。但是，谨慎应有一定的限度。对于诊断标准尺度的拿捏，如果过松，则会导致灵敏度下降，特异度升高。如果过紧，则会导致灵敏度升高，而特异度下降。当已经出现多项明显具有指向性的症状却仍不诊断，等到符合了全部的诊断指征时才进行诊断，实则构成了诊断的延误。因此，谨慎一旦超过了必要的限度，则会造成漏诊、延误诊断。

05

削足适履 自圆其说

医务人员在面临一些疑难杂症时，心中尚无信心确诊，但又认为如果没有一个诊断结论则相当于宣布了失败和承认了无能。因此，医师往往会勉强寻找到一个相对贴合的诊断。即使该诊断并不能充分解释实际临床表现，但医师往往准备好一些说辞以自圆其说，这其实是一种自欺欺人的表现。对于疾病而言，有时承认医学的无能，要比宣传医学的万能更加重要。

06

因情失智 扰乱心绪

在面对亲友、面对相似的情感经历、面对自身的喜恶，有时便会有感而发，情感有时会左右医生的思维，在疾病的判断中会夹杂情感的影响，便会导致偏颇、片面的思维，选择性倾向或抵触某种决定，从而出现误诊。

07

以貌取人 失之子羽

部分疾病与外在状态具有相关性。例如身高过低要考虑侏儒症，穿着矿工服的咳嗽患者要考虑矽肺，胡言乱语、奇装异服的年轻人要考虑吸毒过量……但同时，外在状态也可能对诊断有阴性提示作用。无论是阳性提示或阴性提示，医师均应该全面综合分析，谨慎诊断，否则就容易造成误诊。

08

先入为主 一叶障目

医务人员思维中形成的第一个诊断往往会对最终诊断起到关键性的作用，决定着诊断思维的方向，这就是“先入为主”。但如果第一个形成的诊断偏离了正确的方向，靠着后续修订扭转，则会存在一定困难。“一叶障目，不见泰山”，较难跳出这个已然形成的思维定势去全面思考问题。

以上均是医师在诊断过程中容易导致误诊的常见思维“陷阱”，需要医务人员在工作中尽力避免思维误入歧途。不过，在诊疗实践中，并非只要存在误诊就一定判定医疗机构过错而承担赔偿责任。

在评估误诊是否构成医疗过错，是否需要承担赔偿责任时，应考虑医师是否尽到了合理的注意义务，是否符合当时的医疗水平。在对误诊的过错认定或鉴定上，则应从疾病的诊疗思维出发，由因果果正向推断；而不应用查明真相的调查思维，由果溯因反向判定。

危机时刻 更需坦诚面对媒体

▲北京积水潭医院医患办 袁江帆

近十年来，医院的不良事件屡屡曝光。许多医院在处理危机事件中，都面临着面对“媒体”这一难题。遗憾的是，目前我国医院对危机的研究较少，多数医院在面对媒体时，要么手足无措，要么百般逃避，要么冷言相对。那么医院应该怎样应对媒体，做好危机公关呢？

必须要有预警机制和应急预案

打铁还需自身硬，完善医院规章制度，根据医院的具体情况做好各部门、各科室的危机应急预案。临床一线一方面要苦练医疗质量、医疗安全内功，另一方面要建立院、科二级的医疗危机预警机制、医疗风险管理机制、医疗危机联动机制。并且还要完善医院的新闻发言人制度，对外统一口径，发生危机时将医院不良影响降到最低。

一切以事实为导向

媒体对危机事件有着扩音器的作用。它会运用



爆料、暗访、深度报道等手段，在短时间内曝光所谓的“真相”。因此，医院应该采取积极的措施面对媒体。

首先，医院的宣传部门应加强与媒体记者的日常联系，全面及时掌握媒体记者的采访需求、采访动态信息。

其次，立足于与媒体记者的长远关系交往，积极化解与媒体间的不和谐，以便在医院需要的时候及时获得媒体的帮助。

再次，面对媒体时医院要做好充分的准备工作。准备好充分的、真实的危机事件材料。同时，全院统一内部口径。在接待媒体前还要摸清来访媒体和记者的背景等。

最后，在回答记者提问时，要心地诚恳、态度热情、表达坦率、恪守规则、服务到位。反之，会引起新的危机。

任何不充分的准备、不理智的言行、不真实的材料都有可能激化危机。因此，在平常的工作中，医院每个工作人员都应该有“危机意识”，以致危机一旦发生，就能积极应对，避免给医院造成经济和信誉的损失。

医法知识

医疗事故与医疗差错的区别

医疗事故是指在诊疗护理过程中，因医务人员诊疗护理过失，直接造成人员死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍等不良后果的行为。

医疗差错是在诊疗护理过程中，医务人员虽有

失职行为或技术过失，但未给病员造成死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍等不良后果。

两者之间的区别在于造成的后果不同。经医学会鉴定属于事故的，才是医疗事故，其他都是医疗差错。

专栏编委会

主 编：邓利强

副 主 编：刘 凯

本期轮值主编：樊 荣

编委（按姓氏拼音排序）：

柏燕军	陈 伟	陈志华
樊 荣	何颂跃	侯小兵
胡晓翔	江 涛	李惠娟
刘 鑫	刘 宇	聂 学
仇永贵	宋晓佩	施祖东
童云洪	唐泽光	王爱民
王良钢	魏亮瑜	王 岳
徐立伟	许学敏	徐智慧
余怀生	杨学友	周德海
郑雪倩	张 铮	