



程显声

医生的智慧从何而来



阜外医院学科创始人奖获得者
程显声研究员
心脏肺循环研究室主任
(1983—1996年)



最近我听了一位年轻医师的报告后感触颇深。这位医生来自山东一家县级医院，他报告的题目是《一切皆有可能》，谈了5个肺栓塞病例诊治过程中遇到的问题。其中两例的情况是，尽管该院有64层CT设备，但患者没有钱或医保不予报销，他们要不要诊断肺栓塞、按肺栓塞治疗呢？回答是肯定的。另一位病人是该院的一位主任，活动后气短和反复晕厥，首先做了冠状动脉造影，发现前降支有70%~80%狭窄。他认为反复晕厥不可能由冠心病引起，怀疑是肺栓塞，给予抗凝治疗后，患者呼吸困难好转，晕厥消失。

这位年轻的科主任最后总结了自己的行医感受：“追求真实是每一位医者的基本守则，但做到求真并不简单，需要实践，需要善察，也需要坚持！真实世界，意味着有很多不完美，也会有真知灼见却被“灼伤”的现象。他作为一家县级医院的年轻科主任，年龄不大，但他在从医经历中沉淀下来的上述体会，也正是我从医56年的体会，即惟真惟善。他的认识和智慧来源于不断认识—实践—再认识—再实践的过程。这个道理也许每个人都知道，但是能坚持做下来的并不多。作为一名医师，要有学识、经验和悟性，最终才能碰撞出火花，逐渐成为一名有智慧的医师，当然他也必须要勤奋。

年轻医师更需要整合医学

医学发展必然是分科越来越细，这样有利于诊断与治疗；但分科过细也存在负面影响，有些甚至是灾难性后果。对于三级或四级学科的年轻医师来说，更需要的是整合医学。



例如，某患者因呼吸困难到京城某大医院就诊，医师怀疑她患肾结石；第二家大医院怀疑是呼吸道感染；第三家大医院做了冠状动脉造影，认为没事，把患者放回家了。可是患者的症状没有好转，她又来到离家最近的一家二级医院——北京良乡医院，住院一个小时经螺旋CT就诊断出肺栓塞。这个病例在大医院屡被误诊，除对肺栓塞的诊断意识不强外，与分科过细不无关系，即有的专科医师只会看一个器官，甚至某器官的一部分疾病，这怎能应对一个完整的病人呢！

对于患者来说，常常不只是患一种病。比如有的心脏病患者同时存在慢性阻塞性肺疾病，呼吸困难也可能由慢性阻塞性肺疾病引起，即使做了外科手术或置入支架缓解了心脏问题，但不一定都能解决患者的呼吸困难症状。所以我们需要有多学科意识，对于本专业以外的领域也要关注了解。

另外，我还有一个比较深的体会，就是心脏病患者中高达30%~40%合并有心理疾病，心脏专科门诊中约有20%的患者是因心理障碍来就诊。对这些患者我们不能简单地以“你的心脏没问题”而置之不理，因为患者确实有病，确实痛苦，我们应进一步妥善处理。

培养临床基本功非常重要

科技水平不断提高，诊断技术发展十分迅速，这无疑明显提升了临床诊断与治疗水平，但临床医师也不能过分依赖仪器设备的检查结果。任何一项实验室检查都不是100%准确，都会有一定的假阳性率和假阴性率。我的体会是，通过了解患者的病史、体征及其他实验室检查结果，再用自己的智慧去分析，是可以发现另外少数假阳性或假阴性的错误结果的。



图为程显声主编的主要著作：
《肺血管疾病学》（1993）和
《右心疾病——基础与临床》（2008）等

有医生说，程大夫根据颈静脉波动情况（是床边右心功能检查的重要窗口），就可以推测出患者的右心功能状态。这是床边功夫的反映。其实，左心功能床边最重要的基本功是看X线胸片，太重要、太神奇了！因为X线胸片可提供许多重要的心肺信息，就拿显示的肺淤血征象来说，甚至早于症状与肺啰音，特别对左心室射血分数正常的舒张功能不全患者尤为重要，对这类患者不做X线胸片检查简直就是失职。而医生如果只看报告不看片子，可以说，他永远不会看片子，



图为1977年参加“五、五”国家重大科研项目“青藏高原对施工人员心脏的影响及劳动卫生、劳动保护的研究”，图为在唐古拉山某泵站前土坡上科研小分队合影，远处为雪山

也注定当不了一名好医生。我们应该养成先看片子、后看报告的习惯，提高看片子的本领，逐渐学会结合自己的学识、经验去正确解释X线所见。

在临床工作中，一定要善于动脑筋，细致观察，不放过任何一个细节、线索或反常的现象，进一步分析、思考，梳理出答案。要做到这点需要不断学习，积累经验，提高悟性，加上哲学思维，才会逐渐锻炼成才。

（寿宇红 供稿）