

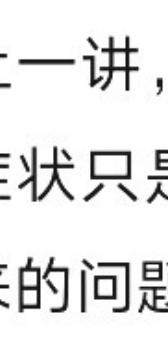
02 | 信息获取：快速获取有效信息



田吉顺 · 医学决策思维课

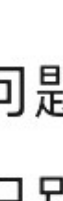
昨天

[进入课程 >](#)



02 | 信息获取：快速获取有效信息

10:22 9.49 MB



| 田吉顺亲述 |

你好，欢迎来到《医学决策思维课》，我是田吉顺。

上一讲，我们介绍了怎么识别出真问题。症状只是表象，疾病才是真正需要识别出来的问题。

有了这个意识，下一步就是给问题找佐证。

可能很多人找医生看病时，会有这样的感受：医生会根据你描述的症状提一些好像“不相关”的问题。

然后你会发现，原来这个病史和症状也很重要，我竟然都忽视了。还有的时候，为了不让医生漏诊或者误诊，你会希望把自己知道的一切都告诉医生，但是，医生好像并不在意你提供的那些内容。

留给医生作诊断的时间有限，医生不可能说：“你先回家等着吧，我先研究研究你的病，等搞清楚了再通知你。”

医生为了快速诊断，就必须根据病人的症状，快速获得有效信息。这节课，我们就来讲讲这个问题。

带着假设收集信息

医生根据症状判断疾病，很像是侦探探案。根据凶案现场的蛛丝马迹，还原整个案发现场，这就是一个收集信息的过程。

说一个我自己实习时候的事情。

当时我刚刚进入临床实习，在普外科轮转。有一天我感觉右边肚子疼，一会儿轻一会儿重，是绞痛还是胀痛自己也说不清楚。

对这么一个送上门来的“病人”可不能放过，一起实习的小伙伴们都来了兴趣，像模像样地问我病史，“之前有过这种情况吗？跟吃饭、大便有没有关系啊？什么情况下会缓解，什么情况下会加剧啊？”等等撒网式的问题。

然后让我躺床上查体，这边按按那边按按，压痛、反跳痛查一个遍。最终的结论是，什么毛病不好说，可能性太多了。从炎症到肝癌，甚至心脏病，都不能完全排除，还是求助老师吧。

老师简单问了几句，然后就开始分析。你看看他是怎么说的：

你的腹痛主要在右侧，先看从外到里的解剖结构，皮肤腹壁的毛病可能性比较小，腹腔内右侧脏器主要是肝胆和肠管。肝胆方面，只是腹痛而没有发热，人看上去一般情况也挺好的，那么炎症和出血性的疾病不首先考虑。当然，胆囊炎、胆囊结石也可能有这种表现，但是你没有相关病史和诱发因素，所以可能性不大，这一点如果不放心的话，可以做个肝胆B超排除一下。至于肠道的疾病，你的胃口和大便情况都正常，也不首先考虑炎性的疾病，而且你的腹痛有点阵发性，这不像阑尾炎的痛，而是肠道痉挛可能性比较大。所以，可以先观察观察，如果放几个屁解个大便就好起来了，那么就没问题了，如果还痛，那么有必要做个B超排除一下。

刚才这堆可能给你说晕了，你不用记住它。我的目的，是想带你看看高手和低手在临床思路上的巨大差异：

1. 低手找遍可能性，高手找突破口。

小伙伴们在分析问题的时候缺乏最基本的寻找线索的能力。面对一个症状，把所有的可能性想个遍，没有一个突破口或者切入点。

带教老师就不一样了，他从一开始就有一个突破口，就是解剖结构。这样，就可以把相应疾病发生的概率从高到低排列清楚，搜索的范围就大大缩小了。

2. 低手面面俱到，高手合理排序。

正是因为没有线索，所以小伙伴们只能靠撒网式的提问，可谓面面俱到毫无遗漏。但其实并不知道问这些问题的目的是什么，可以从中获取哪些信息，也就更谈不上如何利用问出来的这些信息了。

带教老师是把可能的疾病，按照发生概率排序，从可能性最大的疾病入手进行排查。每一个问题，所获得的信息，要么成为诊断的依据，要么用作排除诊断。

3. 低手依赖检查，高手针对性检查。

小伙伴们特别依赖辅助检查。因为不知道哪些信息才是对于诊断疾病最重要的，结果必然是开出大量的检查单和化验单，又是一个撒网式的检查。

带教老师对辅助检查的态度，完全是在自己已经有了初步的临床诊断之后，对自己诊断的一个证实，是在必要的时候才做有针对性的检查。

当然了，故事都要有个结局，这个故事的结局就是，确实是放几个屁之后也就好起来了。

讲这个故事是想告诉你，在时间有限的情况下，我们要先对问题形成预判，然后按照先排除后证实的方式获取信息，有三个标准。

第一个标准：寻找可以定性的信息

什么是可以定性的信息呢？

也就是说，这个信息必须能排除什么，或者能证实什么。

我举个例子你就明白了。

比如，孕妇到了足月以后，会做一个检查，检测胎儿的心率。目的是及时发现胎儿在肚子里的异常情况，及时采取办法。

比如，终止妊娠，通常是进行剖宫产手术。

以前的做法，就是检测一个一个时间点的胎心数据。后来发展成实时检测，叫胎心监护。

按说获取了更全面的信息，应该可以更好地保障胎儿的安全吧？

但事实并没有那么简单。

大约10年前，在胎心监护用于临床30年之后，大家重新评估这个临床检查手段，结果大出所料。

胎心监护没有帮我们减少新生儿的死亡率，只是增加了很多剖宫产手术。

这好像很奇怪。我们使用这一方法的目的，就是希望通过更全面的检测数据，帮我们尽早发现胎儿在宫内的异常情况，尽早采取措施，让胎儿脱离危险。

但是长时间、大规模使用之后，新生儿死亡率并没有因此而下降。也就是说，那些剖宫产手术，其实是白做了。

这是怎么回事呢？

原来，很多胎死宫内的情况，在胎心消失前，虽然会经历胎心监护异常的阶段，但是这个阶段其实很难被捕捉到。有可能两天前做胎心监护还是好好的，两天之后，胎心就消失了。

相比起传统的听胎心方法，胎心监护确实可以提供更多数据，这些数据在一定程度上也确实给我们提供了帮助。

但是，在有限的时间里面，关键的信息难以捕捉到。捕捉到的信息既不能用来排除正常情况，也不能证实是真正出问题了。

不光是这样，更麻烦的是，医生根据所谓“不正常”的胎心监护数据，做了剖宫产。做完之后发现，其实人家胎儿在肚子里过得挺好的，压根儿没什么危险。你看，不必要的剖宫产就这么增多了。

这是一个需要警惕的坑，也就是获得的信息不能准确反映事实。

你会问了，那我怎么知道哪些信息，能准确地反映事实呢？

医生的方法，就是把每个信息和后续结果建立联系，观察对这个信息的判断，是不是真的符合实际结果。

还拿胎心监护举例。

我们需要通过大量的观察，找到真正能反映问题的数据，来作为我们判断的依据。而至于那些无法真正反映结果的数据，直接忽略就可以了。

第二个标准：保留尽可能少的同类信息

可以定性的信息是不是越多，越全面越好呢？

不是。

为了保证迅速得到诊断结论，同类型可以定性的信息，留下的尽可能少，能留一个不留两个，能留两个不留三个。这就是获取有效信息的第二个标准。

还是以怀孕为例。

在怀孕之后，身体会发生一系列变化，从而可以向外界传递出各种信息：