

疾病不可先知：医生的永恒困惑

Original 刘畅 三联生活周刊 1 week ago

哈佛医学院外科教授葛文德曾说：“医术是心术，是不可先知、不可全知的不确定性。”医生的全部追求，医生与病人间的全部羁绊，全系于此。

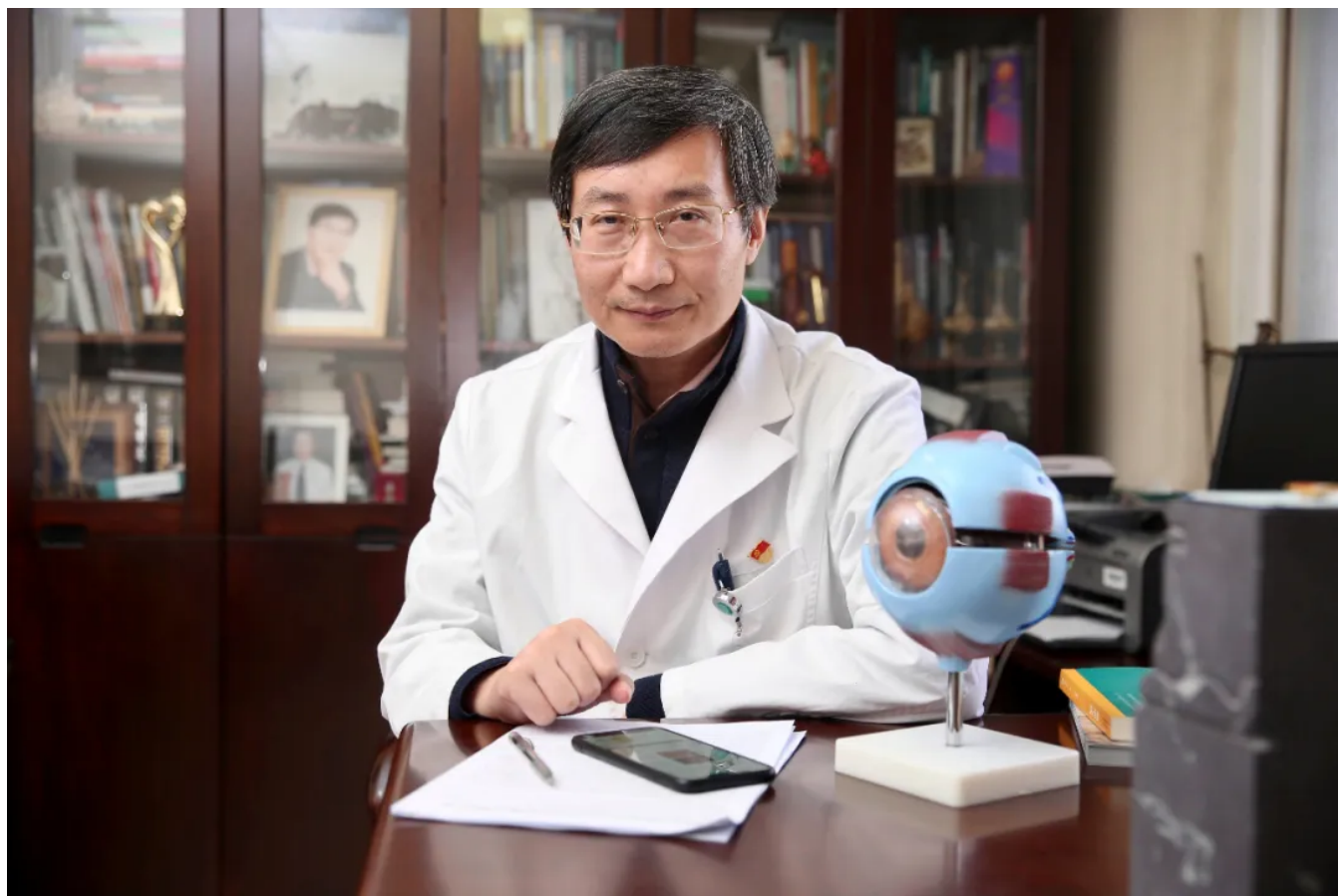
记者 | 刘畅

医学的本质

▲▲▲

“眼科里有一种病症叫作‘伪装综合征’。20多年前，我看过一个转诊来的病人，眼内的葡萄膜发炎，各种病症已经诊断了一遍，就是不见效。我们怀疑是病毒感染，治疗了4个月，发现病人的脑子里长了肿瘤，做病理后发现是淋巴瘤，我们误诊了。又过了4个月，病人就去世了。之后，我们就给淋巴瘤引起的眼内病症，起了这样的名字。”同仁医院副院长魏文斌戴着眼镜、身材颀长，常年处理庞杂的事务令他走路如风，白大褂胸前的口袋里夹着笔，下摆飘飘，一个典型外科医生的样貌。

他有34年的从医经验，年轻时在业内便有“小魏飞刀”的名号，讲起自己曾经的失败却如数家珍、信手拈来。著名外科医师、哈佛医学院外科教授葛文德曾在《医生的修炼》里揭示的医学的永恒困惑——“不确定性的前提与对完美结局的希冀”，在他身上获得了最鲜明的体现。



同仁医院副院长魏文斌（于楚众 摄）

魏文斌告诉我：“眼球是唯一能够直接看到内部结构的器官，眼内的血管又是全身血管的末端，眼科由此能够见微知著。”**人类大约会罹患1.36万种疾病，医生发现它们，许多时候依靠的是经验积累出的直觉，为直觉求证，又再次积累经验。**在上世纪90年代，他开始与佑安医院合作治疗艾滋病人，发现艾滋病人眼底的出血点与众不同，由此积累起通过眼底病症，倒推艾滋病患的经验。“甚至包括用药在内的诊疗方法，都是医生临床试出来的，只有医生能决定药物该如何用。艾滋病人的眼内病毒感染，当时没有专门的药，就想到眼睛结构封闭，本身有屏障，用于全身的抗病毒药物作用不到眼睛上，于是就把全身输液的抗病毒药物抽一点，直接打到眼睛里。结果病人真治好了”。

而他深知，**即使最轻松的近视眼手术，也存在激光把角膜削偏、削掉的风险，外科手术中对完美结局的努力贯穿医生的整个职业生涯，但不确定性仍是一个医生一辈子都在面临的事。**

“刚工作的第一年，医生可以做缝眼皮上的口子之类最简单的手术，到了第二年被允许做个斜视的手术，把眼部的肌肉来回拉，之后可以处理青光眼，工作三年之后，才有可能做白内障的手术。手术时先做助手，给主刀医生递剪刀、剪线，等线剪得很熟练后，主刀医生就让你缝一下，要是看到你哆嗦，立刻就把你换下来。”魏文斌向我介绍外科医生成长的过程。为了

最大程度地降低风险，年轻医生的成长按部就班，每一步都有经验丰富的上级医生保驾护航。而年轻医生的受挫则是必然的，“比如白内障手术的切口，应该立起来一点切，但年轻医生一上手，刀就斜着下去了，只有多做几个后，自己手上有了感觉，正确的操作才能得心应手”。

魏文斌如今已做了2万例眼科手术，却如履薄冰，越做越胆小。“只有‘初生牛犊不怕虎’，我不仅见过病人拆开纱布重见光明后的喜笑颜开，也见过手术失败后，病人的愁容和沉默。”他告诉我，比如白内障的手术，相比年轻医生，他从准备麻药到术前与病人交流，都面面俱到。在他年轻时，白内障手术需要在眼球上划一个180度的切口，把出问题的晶体取出来，然后再把切口缝上，病人的视力却很难恢复到正常水平；而现在是一个2.8毫米的小口子，手术只要几分钟，甚至不用缝合，视力便几乎可以恢复如初。但他如今做手术时，为防止睫毛根部的细菌进入眼睛，引起眼内炎，会仔仔细细地在病人的眼睛上贴层手术膜，把睫毛根部盖上，操作时也会有意避开睫毛的根部。

疾病的不确定性倒逼诊疗过程愈来愈精细，患者能获得最大程度的安全，但实际上即使最普通的白内障手术，魏文斌仍会遇到极端的挑战。

“白内障手术是复明手术，如果手术时眼内爆发性出血，不仅复明彻底失败，眼珠都可能得摘除，那被称为‘眼科医生的灾难’。”魏文斌记得，1988年一位北京东高地的老太太来到同仁医院，她因双眼高度近视导致两只眼睛都有白内障，一只眼睛反复做了白内障手术后，因为并发症，没有了视力，另一只眼一定要到同仁医院做。

老太太来看病前不久，魏文斌刚在手术台前见到当年的主任遇到爆发性出血的灾难，当场就摘了眼球。轮到他作为主治医生，独立为老太太做手术，手术过程很顺利，直到缝到最后一针，眼球突然开始止不住地出血。同样的灾难又降临在他头上，若出血止不住，眼内的组织都会流出来，眼球就废掉了。他赶快把刀口缝好，最终眼球保住了，视力却只剩下0.2。

医学的动力

▲▲▲

“东高地的老太太没有怨我，反倒鼓励我别重蹈覆辙。”那次手术失败后，魏文斌一直想着要找到解决的办法。1994年他被派往法国国家眼科中心进修，有一天在白内障手术中遇到一例同样情况的患者。他看到从巩膜切口中流出来的不是血凝块，而是像巧克力一样的血液。于

是他查阅资料，发现那是一种蛋白水解酶，沿着这条线索，就此弄清了出血的发病机制和病理、生理过程，设计了一套手术方案，回国后便在临床中做尝试，效果很好。1998年在全国中青年眼科学术大会上，他把研究结果向全国同行汇报，引起轰动。从那以后，全国很多类似病例都转到同仁医院医治。

魏文斌告诉我，自己在全国知名就是因为这个病例，**不确定性既是医学的本质，也是医生进步的动力。疾病的未知令他着迷，因为那过多的未知，检查技术不可能事无巨细，唯有自己的经验能在不确定性中寻找方向。**

但许多经验往往蕴含着比荣誉远为巨大的痛苦。魏文斌在2008年前后接诊的两位眼内黑色素瘤患者，使他此生不能忘怀。



2015 年，魏文斌在做眼科手术

黑色素瘤的预后很差，所幸那两位患者都是黑色素瘤早期，切除肿瘤后的5年生存率尚有80%。常规做法是把眼球挖掉，而为了保命同时保住视力，魏文斌花了三四个小时将肿瘤干

干净地切除了。他记得第一位病人的手术在中午11点多做完，18点下班前，他去病房探视。病人的状态起初很好，与他自如地聊天，转眼便觉得头疼，瞬间就死在了他的面前。

“眼科怎么能死人？不做手术还能活三四年，怎么能做了个眼部手术，人反倒死了？”魏文斌查文献，发邮件问国外的同行，都回复没有类似的情况。“当时开了各种会议，大家集思广益，认为肿瘤是全身性疾病，患肿瘤的人特别容易长血栓，就猜想病人是在手术后得了肺栓塞而死。三周后，第二位患者找到我做手术，为了防止出现血栓，我们在手术前就给病人输液，让他的血能稀释一些，手术中也给病人穿上很紧的袜子，防止下肢形成的血栓往上跑。结果与第一个病人一样，6个小时左右，病人就不行了。”

魏文斌被击垮了，他请别的主任做抢救会诊，而把自己关在办公室里。帮病人处理完后事第二天，他就只身跑到了内蒙古，在沙漠上待了一天，在草原上待了一天。医院让他拿出治疗方案后才能再做相关的手术，他自己也想：“有的是手术可做，干吗非得做这个？”但仍有黑色素瘤病人等着他做手术，他不忍心弃之不顾，又重新寻找原因。

“医院的一位麻醉师提示我们，那不是血栓，可能是癌细胞分泌了某种因子，导致血管痉挛。”三个月后，魏文斌硬着头皮又做了一例，因为有麻醉师的提醒，他们在手术时用了大量的激素，手术后把病人送到ICU病房24小时监护。他两天不敢睡觉，生怕电话里传来噩耗。“所幸病人最终没有问题，自此之后，黑色素瘤病人术后送入ICU监护成了惯例。至今我已做了2000多例类似的手术，没有再出事。”

类似的经验汇聚成系统的医学规范，便促成整体医学的进步。它的形式多种多样，除了书面的指南，更广泛的方式是每周的查房，以及大小会议中的日常交流。对误诊的总结，是其中尤为关键的一环。“国内有两本专门的误诊杂志。”魏文斌告诉我，**虽然误诊的原因无非是疾病的不可知、医生的大意或经验不足，但医院有集体讨论每一个死亡病例的基本医疗制度，每一种情况都不会放过。**

看似严苛的制度，却是对出事医生巨大的慰藉。魏文斌记得，有一次一位80多岁的老先生来做白内障手术，当天收入病房做化验，准备第二天做手术，结果当晚便去世了。去世后化验结果显示，老人有白血病。魏文斌说：“当时负责老人的住院医心里非常紧张，愁眉不展，他认为问题全在于自己的术前检查不到位，没有在下班前把化验单写入病历。”

“而我们在讨论时发现，错误并不全在他个人。”魏文斌说，“比如检验科的护士也有责任，看到异常的化验结果后，没有主动报告医生。自此之后，我们形成了化验报告危机值上报的制度，检验科遇到异常的化验结果，打电话通知临床医生，而临床医生在病历上不仅要贴好化验单，还要仔细阅读。而术者做手术前，仍要再次仔细阅读病历。讨论之后，那位住院医知道自己要负的责任，以及大家一起承担的责任，便释然了许多。”

医患间的牵盼



“美国的医生做手术时，注意事项尤其多，会列整整一本可能发生的情况给病人看，让病人签字。病人也不懂，也不会仔细看，但那是对病人的尊重，是与病人之间建立的信任。”魏文斌羡慕美国同行因为手术少，与病人能有时间反复交流。**毕竟不确定性就是医学本身，每一个病人都意味着全新的可能，而在疑难病里，那个可能更偏向收不到良好的效果，它需要医生与患者共同面对。**

魏文斌记得自己最迷茫时患者给予他的温暖。那是在他初步掌握眼底手术之后，因为视网膜神经结构的特殊性，无论医生如何努力，手术如何完美，许多患者术后很难达到0.3以上的视力，晚期患者甚至仅能达到解剖复位。那几乎意味着无用功。他曾在《同仁眼科手术笔记》中记述那时的心情：“每天面对着我的患者，在暗室中仔细搜寻着脱落的视网膜皱襞后掩藏的裂孔；每天透过镜头那一束光线，在手术室里一点一点地剥离增殖的纤维膜，再将视网膜一点一点地展平……看着被自己精心整复一新的眼底，常常叹息：有意义吗？”

他陷入沮丧时，恰好遇到一位双眼高度近视的考古学者，右眼已经失明多年，左眼陈旧性视网膜脱离，视力只有“眼前数指”。经过两次失败的眼底手术后，辗转来到同仁医院，魏文斌又为他做了眼底手术。手术很成功，视网膜完全复位，但患者的视力只恢复到0.05。魏文斌无奈地告诉患者，视力只能如此。患者却激动地说：“谢谢大夫！你不知道，这0.05对我有多重要。有了这0.05，几乎所有的事我都能干了！我来北京，就是怕左眼也像右眼，那种感觉，不知白天黑夜，人活着还有什么意思？”

魏文斌告诉我，这位学者每年都会来看他，给他带自己写的书。但如今魏文斌发现，医生更多时候却是自我安慰：“有些方法的疗效不一定好，病人会告你，你会面临一堆的官司。那时主要看自己从良心上是不是为别人好。良心过得去，其他都是次要的。”

他曾在2004年遇到过一位极端的病人。那是一位因糖尿病视网膜病变晚期合并白内障的下岗工人，各个医院都判了他的双眼“死刑”后，由同样下岗的母亲带到同仁医院做最后一搏。魏文斌为他做了4次手术，一只眼睛恢复到0.2，另一只眼睛再做一次手术就能恢复到0.4，拥有正常的生活。“那时他不干了。非要医院赔偿，拿到赔偿的钱，不仅可以做个白内障手术，还能再挣点儿钱。他就举着横幅，腰上围着床单，上面写着标语，每天在医院的楼道里走来走去，闹了一个多月。当时的院长让我让步，但我自认没有问题，坚决不同意。后来院长嫌影响实在不好，自掏腰包，给了那个人2.6万元。而当时做一个白内障手术，1万元都不到。”

魏文斌气不过，也只能认为他是因为穷，找一些挣钱的办法。而正是在那前后，**随着医疗市场化，医疗广告加深了病人“医学无往不利”的错觉，医患矛盾日益加重，病人看病贵，医生诊疗时也要考虑医院的营收，甚至病人由此生出将医疗视为商品的消费观，“认为自己花了钱，病就得治好”。**

他对此充满无奈，他抵制医疗广告，甚至禁止诊室内挂锦旗，认为那会给病人带来误导。**但疾病的不确定性，在利益的扭曲下，还是变成了医生和患者之间互相提防的罗生门，彼此间的信任一去不返。**在他看来，很多病人对诊疗结果的错误预期是因为无知，比如一些医生都不知道眼内肿瘤会丧命。但这些总能解释通。“可是因为医患纠纷中举证倒置，医生现在得证明自己的每一步诊疗都是正确的。即便最简单的视网膜脱离，以前我们都是看一眼就能诊断了，现在为了留证据，都要给病人照一个B超。那做B超的60元钱，实际就是浪费钱。”

医患之间理解不易，医生自己生病时，便成了最难缠或最好对付的人。魏文斌说，医生患病有两类，一种是“刚愎自用”，总听不进诊疗的建议，而他则属于完全信任医生的一类，“因为术业有专攻，隔行如隔山”。2008年他治疗的第二位黑色素瘤患者去世后，又赶上汶川地震的灾后重建，他跑到黑水县一探究竟，在路上摔折了大腿骨，严重失血。他用树枝给自己做了固定，医生的沉着使他先评估自己会不会死，那里距离成都300多公里，开车要6个多小时，县里派车来接，电话里说“几个小时内死不了”，他便决定直奔成都的华西医院。一路上他时常动动伤腿的脚，看有没有感觉，他知道一旦脚没有感觉，腿便保不住了。而到了医院，他便把自己完全交给了医生，“任医生摆布”，“毕竟疾病就是上帝给人的锤炼”。

不论“刚愎自用”，还是对医生完全信任，医生作为患者，无论结果如何，大多能坦然接受自己的结局。因为归根结底，疾病之中唯有死亡是最终的确定性。魏文斌的一位做医生的长辈元旦时查出胰腺癌，老人知道那是“癌中之王”，平均生存期9个月。她细数同患此病的熟人曾获得的最后时限，前些日子给他打来电话，说：“又熬过一个月，赚了。”

(本文原载《三联生活周刊》2020年第11期，感谢杨希孟、吴一楠对本文的帮助)

相关阅读



医生陶勇：受难与抵抗

◎ 文章版权归《三联生活周刊》所有，欢迎转发到朋友圈，转载请联系后台。

扫描二维码，一键下单

「全球抗疫 惟有合作」

▼ [点击阅读原文](#)，[进入周刊书店](#)，购买更多好书。

Read more