

急诊来了腹痛病人

经过五年外科住院医生的磨砺，我终于升任为瑞金医院外科总住院医师。尽管要求每隔 24 小时担任总值班，却是令人自豪的“第二值班”：夜间将统管整个大外科临床业务，尤其是在一线急诊或病房值班医生遇到难题时，会受邀出前面去会诊、决策。这让我既有技高一筹的优越感，又有济困解危的快乐心。

担任外科第二值班没过几天的某个夜晚，我的 BP 机发出急促的滴滴声。呼叫我的是急诊内科的值班医生，说有个病人突发急腹症，原因不明，急需我去帮助诊断。我抑制不住内心的急切，兴冲冲赶往急诊部。

诊疗台上，躺着一位 50 多岁的中年男子，家属们焦虑不安地盼望着我这个上级医生快快到来。听急诊医生描述，病人连续多日中上腹胀痛，伴有反复恶心呕吐及高热，白细胞高达两万多。急诊内科查不出腹痛原因，故请外科会诊。

我已经没有耐心继续听这个内科医生不停地重复那些没完没了的病史，也无意再向病人详细追问病情，连招呼也没有打，就一把撩开病人上衣查看腹部，以展示外科医生的直爽与果断，更表现出第二值班的权威。

看到病人腹部膨隆，还有双侧腰围明显的不规则瘀斑——Gray Turner 征，我当即发现了被内科医生忽视的重要体征。

“这是急性坏死性胰腺炎！看，明显的 Gray Turner 征！”我得意地对内科医生说。短短几分钟，就在病家面前拉开了第一值班和第二值

班的医术差距。

“可是这个病人血尿淀粉酶都不升高！”内科医生反驳道。

“淀粉酶升高可不是诊断胰腺炎的金标准！何况急性坏死性胰腺炎的淀粉酶完全可以不升高！尽快做个 CT 检查，送我们外科病房救治吧，急性出血坏死性胰腺炎可是要死人的！”我的口气俨然是像老师当堂训导学生，潜意识里，更想以一锤定音的专家姿态，博取病家的仰慕。

令我没有想到的是，病人和家属都对我的诊断产生了莫名其妙的怀疑，对是否去外科病房治疗犹豫不决，迟迟不愿离开急诊部，他们似乎更信任那个絮絮叨叨、不厌其烦的内科医生。这令我这个第二值班有点不知所措，内心既怕耽误病情，又埋怨这一家人不识时务。

我是外科张医生

恰巧，外科老主任、全国著名的胆道和胰腺外科专家张圣道教授来急诊部探望另一个病人。我像看见了救命稻草，一把将张教授拉了过来，期待他亲口证实我的判断是正确的。

年迈的张教授欠身向病人和家属颌首致意，还没有开口，先主动握住病人的手，无声的举止瞬间拉近了医患距离。

“您好，我是外科的张医生，我想再询问一遍您的病史，可能有点重复，可以吗？”张教授拖来一把椅子在病人床边坐下，开始详细了解病史。

“您今年几岁？以前有没有发生过腹痛？”

“您从事什么职业？工作紧张



张圣道 (1926–2023)

张圣道教授是我国胆胰外科的一代先驱。他带领团队，通过长达二十余年的精心研究，建立起重症急性胰腺炎个体化治疗的理论与临床诊疗体系，他的学术思想对全国急性重症胰腺炎的诊疗工作起到了极大的推动作用，挽救了一大批重危病人，是国内急性重症胰腺炎诊疗领域的主要领军人物，在海内外享有盛誉。

吗？上夜班吗？”

“您一日三餐都吃什么？荤菜吃得多吃得多还是蔬菜多？喝酒吗？”

“您爸爸妈妈身体好吗？他们生过什么病吗？”

“您的腹痛是什么时候开始的？假如在您脐孔画一条水平线，腹痛是在水平线的上面还是下面？左面厉害还是右边厉害？是一阵阵的还是持续性的？”

……………

张教授不遗巨细地整整询问了半小时，时不时用手势、表情、语气甚至肢体动作来帮助病人清楚地理解他所提出的问题。然后起身走到护士台认真刷洗双手，再开始为病人做体格检查。我怕累了张教授，急忙说道：“张老师，我和内科医生都查过了，您只要看一下 Gray Turner 征就行！”

张教授对我微微一笑，却没有省略全身体检的任何一个步骤。