

症狀鑑別診斷學

上海第一醫學院內科學院編輯委員會 著

人民衛生出版社

症 狀 鑑 別 診 斷 學

上海第一醫學院內科學院編輯委員會 著

人 民 衛 生 出 版 社

一九五六年・北京

內 容 提 要

一般的醫學教科書幾乎完全是依病名病因分列章節。本書則相反，乃是以病徵及症狀爲綱，在病徵及症狀的綱目下，論述其可能的病因，次及鑑別的方法；包括着內、外、婦、產、五官等各科的可能病患。

書前的目錄是按解剖系統分章，以主要的症狀爲節。書末附有索引，包括着解剖部位、器官、疾病、藥物等名詞，以補目錄的不足。讀者翻檢時，應將目錄與索引並重，互相參考，庶免遺漏。

症 狀 鑑 別 診 斷 學

書號：1814 開本：787×1092/18 印張：23 6/9 插頁：4 字數：569 千字

上海第一醫學院內科學院編輯委員會 著

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區橫子胡同三十六號 •

上海市印刷三廠印刷 • 新華書店發行

1955年11月第1版—第1次印刷 1956年1月第1版—第2次印刷

印數：7,101—22,100 (上海版) 定價：(7)3.15元

編者的話

1953 年底，人民衛生出版社約我們編寫這本《症狀鑑別診斷學》。在醫教工作繁重的情況下，要負起這項工作，原是有困難的，但在國家過渡時期總路綫的鼓舞下，我們認為有機會為臨床工作者提供一些幫助，乃是很光榮和有意義的事情。因此我們就欣然接受了這一任務。

這本書提出了近百種常見的主要症狀或體徵作為題目，分別由院內對之比較有專長的同志撰寫，而眼、耳、鼻、喉科章全部和泌尿生殖系章的大部則是請有關兄弟醫院的同志編寫的。

為了便於讀者查知產生某一症狀的主要原因，了解其發生機理和進行診斷的方法，故對每一症狀分別作原因、機理和診斷方法的敘述，然後對足以產生該症狀的疾病的鑑別診斷加以扼要的敘述。我們會努力試圖運用巴甫洛夫學說來闡明症狀的發生機理，但是由於我們對巴甫洛夫學說的學習還不够，一定有不透徹甚至不妥當之處；同時，在敘述鑑別診斷時，由於一種疾病有多種症狀，不免有重複的地方。關於這些，以及內容的完整性和比重等方面，都有必要根據讀者的意見，在來日加以修訂。

應該說明：這本書在去年秋季就大體完成，但部分到今春才脫稿，因此延遲了與讀者見面的時間。

在編輯過程中，錢惠、鄭偉如兩同志擔任整理工作，費時特多；又，人民衛生出版社為本書編寫索引，便利讀者翻檢；特此誌謝。

當本書出版前夕，我們感到愉快，也感到惶恐。讓我們重複說一遍：我們祇是抱着貢獻我們微小力量的意願而着手於這一工作的，缺點一定很多。為着以後修訂時能做得好一些，我們竭誠歡迎學者和讀者給以指正和批評。

上海第一醫學院內科學院編輯委員會

1955 年 6 月

編輯委員會委員名錄

（以筆劃多少為序）

朱益棟	李宗明	吳紹青	林兆耆	夏鎮夷
陶壽淇	張沅昌	陳悅書	楊國亮	劉約翰
鄭偉如	潘繼盛	錢 惠	鍾學禮	戴自英

目 錄

第一章 總論	1
診斷的原則和方法	(錢 惠) 1
第二章 一般症狀	10
發育	(邱傳祿 鍾學禮) 10
侏儒	11
巨大畸形	13
肥胖	(鍾學禮 邱傳祿) 14
消瘦	(鍾學禮 邱傳祿) 19
水腫	(薛邦祺) 24
失水	(薛邦祺) 30
疲乏	(鍾學禮) 35
發熱	(錢 惠) 39
疼痛總說	(夏鎮夷) 53
頭痛	(夏鎮夷) 55
口舌痛	(李宗明 徐葆元) 60
喉痛	(戴自英) 64
胸痛	(薩藤三) 68
腹痛	(李宗明) 72
背痛	(鄭偉如) 83
四肢痛	(鄭偉如) 87
關節痛	(鄭偉如) 91
第三章 神經系症狀	94
昏迷	(鄭偉如 蕭文炳) 94
譫妄	(夏鎮夷) 104
睡眠障礙	(張沅昌) 106
言語障礙	(張沅昌) 109
感覺障礙	(朱漢英) 111
運動障礙	(張沅昌) 116
眩暈	(張沅昌) 125
第四章 眼、耳、鼻、喉症狀	128
視力模糊	(湯鼎華) 128
紅眼	(湯鼎華) 134
耳鳴	(王鵬萬) 138
耳聾	(王鵬萬) 140
鼻衄	(胡懋康) 142
鼻溢液	(胡懋康) 145
聲音嘶啞	(吳學愚) 148
第五章 皮膚及其附屬器症狀	152

厭食.....	(李宗明).....	236
惡心與嘔吐.....	(李宗明).....	237
胃腸充氣.....	(章正緒).....	240
嘔血與黑糞.....	(林兆耆).....	244
便血.....	(戴自英).....	250
腹瀉.....	(戴自英).....	255
便秘.....	(孫曾一).....	262
直腸與肛門狹窄.....	(孫曾一).....	267
腹水.....	(林兆耆).....	271
腹塊.....	(徐肇珩).....	277
脾腫大.....	(劉約翰).....	286
肝腫大.....	(劉約翰).....	293
黃疸.....	(林兆耆).....	297
第九章 泌尿生殖系症狀		306
排尿異常.....	(熊汝成).....	306
尿頻——伴有尿急和尿痛.....	(熊汝成).....	307
排尿困難(尿瀰留).....	(熊汝成).....	310
尿失禁.....	(熊汝成).....	312
遺尿.....	(熊汝成).....	313
尿量異常.....	(吳茂娥).....	314
尿色異常.....	(唐靜儀).....	318
糖尿.....	(鍾學禮).....	323
蛋白尿.....	(吳茂娥).....	329
陰囊腫大.....	(陳家驥).....	333
陽萎.....	(樊蘇培).....	338
早泄.....	(樊蘇培).....	340
遺精.....	(樊蘇培).....	340
陰道出血.....	(王淑貞).....	341
經閉.....	(王淑貞).....	348
痛經.....	(王淑貞).....	352
白帶.....	(王淑貞).....	354
男性不育.....	(樊蘇培).....	359
女性不育.....	(王淑貞).....	364
第十章 造血及內分泌系症狀		368
貧血.....	(朱益棟).....	368
出血傾向.....	(吳茂娥).....	378
淋巴結腫大.....	(陳悅書).....	385
甲狀腺腫大.....	(鍾學禮).....	389
索引		397
中外人名對照表		418

厭食·····	(李宗明)·····	236
惡心與嘔吐·····	(李宗明)·····	237
胃腸充氣·····	(章正緒)·····	240
嘔血與黑糞·····	(林兆耆)·····	244
便血·····	(戴自英)·····	250
腹瀉·····	(戴自英)·····	255
便秘·····	(孫曾一)·····	262
直腸與肛門狹窄·····	(孫曾一)·····	267
腹水·····	(林兆耆)·····	271
腹塊·····	(徐肇珩)·····	277
脾腫大·····	(劉約翰)·····	286
肝腫大·····	(劉約翰)·····	293
黃疸·····	(林兆耆)·····	297
第九章 泌尿生殖系症狀 ·····		306
排尿異常·····	(熊汝成)·····	306
尿頻——伴有尿急和尿痛·····	(熊汝成)·····	307
排尿困難(尿瀰留)·····	(熊汝成)·····	310
尿失禁·····	(熊汝成)·····	312
遺尿·····	(熊汝成)·····	313
尿量異常·····	(吳茂娥)·····	314
尿色異常·····	(唐靜儀)·····	318
糖尿·····	(鍾學禮)·····	323
蛋白尿·····	(吳茂娥)·····	329
陰囊腫大·····	(陳家驊)·····	333
陽萎·····	(樊蘇培)·····	338
早洩·····	(樊蘇培)·····	340
遺精·····	(樊蘇培)·····	340
陰道出血·····	(王淑貞)·····	341
經閉·····	(王淑貞)·····	348
痛經·····	(王淑貞)·····	352
白帶·····	(王淑貞)·····	354
男性不育·····	(樊蘇培)·····	359
女性不育·····	(王淑貞)·····	364
第十章 造血及內分泌系症狀 ·····		368
貧血·····	(朱益棟)·····	368
出血傾向·····	(吳茂娥)·····	378
淋巴結腫大·····	(陳悅書)·····	385
甲狀腺腫大·····	(鍾學禮)·····	389
索引 ·····		397
中外人名對照表 ·····		418

第一章 總 論

診斷的原則和方法

〔診斷的重要〕 醫學的目的，在於解除人類的痛苦，延長生命，豐富生活。臨床基礎各科，通過各種實驗室工作，了解疾病的成因和機理、研究其治療和預防方法，都是爲着這一目標。綜合基礎各科的知識，適當地應用於人體，則是臨床醫師的任務。但是同一疾病在不同的人體和不同的情況下產生不同的表現，不同的疾病在某些方面可有完全相同的顯示，倘然僅憑其一種表現或僅憑病人的陳訴，不從全面着眼，不分析其原因，認爲症狀就是疾病，以至頭痛醫頭，有熱退熱，則非但不能解決問題而很容易造成危險的醫匠行爲。

臨床醫師有這樣一個任務：當面對病人給予治療之前，必先了解他所患的是什麼病，亦即是先求得其診斷。診斷是醫療工作的必經之途，因此也是臨床醫務工作的方向和目標之一。就病情預後來說，可以根據診斷知道某一疾病的大致發展，即使中途有變化或發生併發症，亦不致臨時慌亂；就治療和預防來說，知道了診斷可以針對病因，尋求合理有效的治療，對其周圍接觸者也可確定處理的方法，有目的地從根本上徹底解決問題而不再枝枝節節地處於被動地位。否則，診斷未明便藥石亂投，等於沒看清敵人便亂放槍，其結果將使敵人暫時隱蔽，必然多走彎路，多浪費；幸而解決了問題，也無從累積經驗向更遠大處發展。因此，強調〔臨床醫學，首重診斷〕，其意義在此。固然在具體工作中遇有需要或病情緊急時，可以先對某些症狀給予一定的處理，但這種處理祇是初步的，姑息的，仍應設法尋求病因，謀求徹底的處理，決不是給予症狀處理便算完成任務。

〔診斷的依據〕 任何疾病都有它一定的病理變化。根據病變的性質，產生不同的病理生理的紊亂、機能的改變和人體中某種成分與結構在質和量上的改變，因而產生症狀、體徵和實驗室三方面的表現，亦就是說，這三方面是臨床診斷的依據。症狀是病人主觀上的異常改變或陳訴，如肺炎患者的發熱、咳嗽、胸痛等是，常是驅使病人就醫的動機，亦即是我們所要問取的病史；體徵是體格檢查時發現的客觀的異常顯示，如肺炎患者的肺實變徵是；實驗室發現如肺炎患者有白血球增高現象屬之。如果以上三方面完全符合於某一疾病的應有表現，這是典型的病例，診斷也就確立。茲分述其意義如下：

一、病史 以上三點在診斷上的比較價值，至少有一半以上的疾病，是完全依靠病史來決定診斷或引導診斷的。儘管一種疾病可能有多种臨床顯示，但任何疾病一般都有其特點和一定的發展過程，我們可以從這些一定的發展過程和特點中求得印象。仍以大葉肺炎爲例，由於它是一種感染，它有發熱反應，但熱型爲突升驟降，僅從這一特點便知其與傷寒的發熱不同。而且由於肺炎的病理變化主要在肺部，並有呼吸系統症狀，因此可以從病程中間取有否咳嗽等局限症狀、有否因紅色肝樣變略鐵銹色痰

以及有否受涼等誘發病史而把我們的檢查重點放在肺部，從體格檢查中求得證實。從促使病者就醫的簡單的主要症狀(主訴)追問到其發病誘因，及有關症狀和其演變經過(現在症)，從而推斷其可能診斷，提示出在進行其他檢查時應注意的問題以求得證實，這是病史部份的主要任務之一。

病史對內部疾病的診斷特別重要，某些疾病是完全依靠病史而作出臨床診斷的，如冠狀動脈病所致的心絞痛，幾乎祇有從患者的年齡、疼痛部位、性質和其與運動的關係上來決定，消化性潰瘍的診斷也主要依靠疼痛的部位、經常性、及其與飲食、季節等關係來推知。此外，如枝氣管性與心臟性所致的氣喘很相似，腦垂體機能減退所致的繼發性甲狀腺機能減退症與原發粘液性水腫的症狀很相類似，因破傷風所致的肌肉緊張狀態與土的寧(strychnina)中毒的表現相同，這些舉不完的僅在症狀、體徵和實驗室各方面表現相同而病因不同的病例，祇有從探討病史方能鑑別疾病的真相，從而給予恰當的治療，這是病史價值的另一面。

病史並不限於現在症，如過去史、家庭史、習慣史等等都有它的重要性。疑患傳染病者的過去史、家庭史、預防接種史、職業接觸史，高血壓症、糖尿病、血友病、先天性溶血性黃疸等的家庭史，消化性潰瘍和膽石症的過去發作史，營養缺乏病的飲食習慣史的問取，都對當前診斷有決定性的意義。至於如何問和問什麼，則完全因病而不同。

即使病人在昏迷狀態或病人係兒童不能自述病史或不能答覆詢問時，則應儘可能從其伴送人或監護人取得之，很好的加以整理、分析和應用。

二、體格檢查 體格檢查的價值，主要在於證實病史中所得的印象，病史中疑有肺炎的患者，當然希望從體格檢查中發見肺實變的體徵。其次，可以鑑別病史中所得的印象，如各種原因的心臟病在心力衰竭階段時，固然可以從病史中的心跳、氣急知道他患有心臟病，但病變是在心包、心肌或心內膜，瓣膜損害中又以那一種為主，不能靠病史來決定，這就需要依靠檢查心臟大小、形狀、血壓、雜音的部位和其在心動週期中的時間以及循環時間的測定等來決定診斷。體格檢查也可以補充病史中所遺漏的問題，例如瘀斑的存在不易為病人所注意，當心瓣膜病患者有此種體徵發見時，將會啓示我們：有細菌性心內膜炎的可能，因而對這方向作進一步的探索。

病史中我們常常忽略手術這一問題，當病人訴說急性腹痛、惡心時，常會考慮有闌尾炎的可能。但如在檢查時於右下腹有切口疤痕見到，將幫助我們補充問其已於何時行過闌尾截除手術，因而修改我們的看法：病人腹痛的原因將不再是闌尾炎而可能是手術部位的粘連或其它原因。

此外，早期心瓣病、高血壓症、結核病常是在常規體格檢查時發見，而主觀上病人並無任何症狀；一些與主症並無關係的但可能是重要的伴發病也常在體格檢查時發現，從而可以給予及時的注意。

為了使體格檢查能對診斷提供材料，發生最大作用，應該注意到用準確的方法詳細檢查而且作必要的反覆檢查。將在診斷的方法一節中再加敘述。

三、實驗室檢查 大部分疾病固然可以依靠以上兩項材料達到診斷，依靠血、糞、尿的常規檢查和必要的實驗診斷、細菌、病理、生化和寄生蟲等特種檢查，能使診斷置於更確定的科學基礎上，這是實驗室檢查對於診斷學上的主要價值。傳染病、寄

生蟲病的診斷如果缺少實驗室方面的支持——病原體或蟲卵的發見，定使我們感到很大的遺憾；缺少檢驗室工作將使血液病特別是貧血的準確分類變為不可能；缺少生物化學的定性定量檢查，將使內分泌系病、代謝病的診斷和治療感到困難。活組織的病理檢查常協助診斷，決定診斷，死後的病體剖驗更常常充實或糾正臨床診斷，使臨床醫學知識能進一步提高。

通過這些檢查，協助診斷的建立。了解體液、組織和分泌、排洩物的質和量的改變以及臟器的機能異常，也使臨床工作者對病情的預後和治療有更好的準繩。

少數疾病，主要是寄生蟲感染以及在潛伏期或隱匿着的疾病，患者的症狀與體徵不顯明，實驗室檢查能使之發見，因而也可以及早地予以治療。

除此而外，X射線檢查、心電圖描記術、代謝測定等儀器設備均可幫助診斷。但是使用這些設備需要有合理的臨床指徵。我們不能依賴這些設備作為常規檢查；所得材料如何解釋利用，應和實驗室材料一樣，要根據臨床的具體情形來決定。必須認清這些材料祇能協助診斷而並不是決定診斷。我們要掌握這些工具加以利用，不要作為這些工具的俘虜，我們要求做到有好的診斷設備時診斷工作做得好些，更精確些，沒有這些設備時工作亦不差。要做到如此，需要對疾病有廣泛的知識，善於從病史中去發掘了解和善於用簡單的診斷方法，才不至於在沒有完善診斷設備時有行不通之苦。

〔診斷的原則〕 有些病的症狀和體徵都明確的局限於一點，如白喉患者有喉部症狀和義膜，如再得陽性的拭子培養，診斷的確定比較簡單。某些病主要表現在症狀方面而缺少體徵表現，另一些病則症狀等的表現在甲處而實際病變在乙處，如何從這些明確的或不明確的和多種多樣的材料中建立起合理的診斷，必須重視以下數項原則：

一、從一個診斷着想 疾病常常在各方面有多種表現，我們要分析其主要和次要，因和果，原發、併發或伴發，用綫索連貫起來，儘可能用一個診斷來解釋其全部表現。非不得已，決不用兩種或兩種以上的情形來解釋。這是考慮診斷時的最高原則。

例如某風濕性主動脈瓣閉鎖不全和二尖瓣狹窄的患者，於扁桃體截除術後有不規則發熱二月，中間有咳嗽、咯血、飲食減退和呼吸困難，體徵有結合膜瘀點、肺底囉音、肝脾均輕度腫大而有壓痛、脾臟部有摩擦音；實驗室檢查有血尿、白血球增高，肺部X射綫攝片右上肺有鈣化點等材料待診斷。其合理的初步診斷應該是 1. 風濕性心臟病，2. 主動脈瓣閉鎖不全，二尖瓣狹窄，3. 亞急性細菌性心內膜炎，4. 充血性心力衰竭，5. 脾、腎梗塞形成，如此則全部表現都可以結合進去；如果進一步作血液培養能得到證明，而且是最典型的病例。其肺部鈣化點則無足輕重。但倘然不作此想，則他的表現既遍及呼吸、循環、消化、泌尿、血液諸系統，可能割裂成為無數個毫不相關的診斷，也就無法達到診斷和獲得適當的治療。

二、先考慮常見的疾病和主要的原因 許多疾病可以有共同的表現，這些表現在這位病人說來，有何意義？這病人畢竟所患何病？固然先要考慮材料的準確性、有無誇大、縮小，接着便須考慮到造成這症狀的常見和主要原因。譬如病人以吐血為主訴，我們應先區別是咯血抑是嘔血？既從病史中了解不是嘔血之後，又須了解這咯血是否口腔、咽、鼻部出血，出血性病的一部，抑從呼吸道咳出？所有這些咯血或嘔血，從口腔

或咽、鼻流出的所以必須區別，乃是因為吐血的原因總不外咯出與嘔出，而咯血的來源又有喉上與胸部的區別。迨既知其來源是下呼吸道之後，則進一步從常見的肺出血原因——肺結核、充血性心力衰竭、枝氣管擴張、氣管內膜結核、肺癌中去找出現斷。假定此病人無心臟病，則由於結核遠較肺癌或肺蝨為常見，我們應考慮結核為其咯血的第一可能原因。

能記住一些普通症狀在各種情況下的主要發生原因，對於作出便捷診斷有很大的幫助。〔或能律〕曾告訴我們：常見的情形總是多見。考慮把常見的疾病作為診斷，較少錯誤機會。稀見的疾病必要時固須加以考慮，但應承認它的可能性不多，如果以此為診斷，其準確性是不大的。

三、考慮有其他診斷的可能 〔考慮把常見的疾病作為診斷〕這一原則大致是不錯的，而多數疾病的診斷一般是簡單的，因此，在初步接觸以後所得的第一印象也常是準確的。但是情形並不就是如此簡單，許多錯誤的所以形成，並非由於不知道，而常由於根本未曾想到有此可能，及至一旦發覺錯誤，則有〔啊！原來如此！〕之歎。因此，第一個印象雖常是準確的印象，應加以觀察證實，同時亦須考慮有其他可能，一一加以摒除，從多方面看問題，不使遺漏，這就是鑑別診斷的一部。

四、考慮有機質性病變的可能 某些症狀，特別是頭部腹部症狀，病人的主觀訴說常多於客觀的發現。當我們為之費盡周章而不能有所發見或不能解除其病苦之時，容易稱之為〔官能性疾病〕，一旦作此結論，便很少再對他關心，這是有關觀點問題，不於此多談。我們應當認清：當疾病的初期，確是主觀感覺多於客觀發見，而官能性病又確實能產生極似機質性病的症狀，很可能〔以假亂真〕，〔真假難分〕。從病人的利益出發，我們有責任從多方面着想，特別從機質性病方面着想，慎重地反覆檢查，然後加以除外或證實。輕易認為是簡單的無積極治療的〔官能性病〕而任其自流，每致錯過可以治療的時機而後悔莫及。

應該同時在此提及的，我們也不能因為已有機質性病變發見便感到滿足。遇有經過證實但久治不癒的消化性潰瘍患者，不應呆滯在潰瘍這一診斷上而不考慮有癌性變化的可能；大葉肺炎患者經過一定時期的有效治療而不見退熱，也應考慮到有其他併發症的可能，作進一步檢查。有分寸地估計到有嚴重疾病存在的可能性，但不是過早過分的想入非非，是有理由的，因為忽視這種可能性的存在，本身就是錯誤。

〔診斷的方法和要求〕 前面已經屢次提及診斷的依據在於病史、體徵和實驗室材料三方面，但是在進行具體工作搜集材料的時候，必須認識：醫學不是單純的技術，而是科學與技術的應用，不單是自然科學而必須與社會科學相結合；我們的對象是有思想有感情的人而不是單純的〔材料〕，病情也是多變的而不是單純的患病歷程；因而我們的對象不是單純的有興趣的或是可供研究的病案，而是需要給予同情和鼓勵的患病的人。我們需要隨時用同情、親切而負責的態度來和病人建立正確的關係，注意到在行動、言語和表情上不應給予病者以不愉快的感覺，從而獲得病人的完全信任與合作。能做到如此，將會使診斷檢查工作易於進行，亦將在藥物治療未開始之前先開始了心理治療。

在這樣的條件和認識之下，我們可以提出以下數點要求：

一、深入問題 所謂深入有兩方面：一方面要用上述的親切誠懇的態度，從各方面和病人接近，了解其生活、思想、社會背景，和他打成一片，進入病人的靈魂深處，這對整個診療工作將起很大的作用。另一方面是從病情了解程度上深入，對現在症中的每一個主要症狀，特別是對診斷有決定意義和對鑑別診斷有關的症狀，要求對之作深入的了解。在這裏首先確定某一症狀的性質當然最是重要。譬如病人訴吐血，決不能用填表方式記下有「吐血」兩字為滿足，必先問其是咳出或嘔出？如答覆不明確，則改換方法問其有否咳嗽或作嘔感覺，吐出物是否一口一口的鮮紅色物、有泡沫、繼以少量血痰數天，抑是大量的混有食物、液體、血塊、以及是否伴以黑糞、腹痛等等。

要明確了解病人症狀的性質，我們必須追問產生這些症狀的可能原因或誘因，與內在、外來以及日常飲食、生活起居的關係，和症狀的性質、程度、部位、進度以及解除的方法。而且要依據病人的年齡、性別及症狀性質、病程，作不同的問題。疾病誘因的探求，非僅有助於建立診斷，在治療時因為病因的發見而易於設法根除，在傳染病的管制和預防上亦因為接觸某些人或吃進某些食物等線索的發掘而易於着手。全身性水腫從顏面部或足部先開始，將有助於腎原性或心原性的了解；腹痛的部位、嚴重性、輻射方向以及與飲食、呼吸、大小便、運動關係的探求，將大有助於心絞痛、膽石症、腸梗阻、腎結石和胸膜炎的區別。遇有塊腫存在，則應問其增長速度以定其是良性或惡性，遇有體重增減應問其在若干時內增減多少等等，不在此一一列舉。

此外，我們要善於抓住一個環節發掘新的問題，譬如病人有咳嗽，除了問取咳嗽性質與體位關係以及有否咯血、咯痰外，再進而問及痰的質、量、色、臭。咳嗽本身或許不能有助於診斷，但從痰量多而有臭味，可以推知其或有肺膿腫或支氣管擴張症，從痰的色和量上可以推知或確定有否膿胸瘻管或肝膿腫穿孔。如果病人有兩種以上主要症狀同時存在，應探求其相互關係。根據情況，從其輕重程度和發生先後，以推斷孰為主孰為副或有同樣重要。如發熱時伴有頭痛，頭痛可以解釋為發熱的伴隨症狀，除非有顱內發炎則頭痛與發熱屬同樣重要外，我們便不必再糾纏於頭痛的重要性上，而問題也就隨之簡化。問題的應該擴大深入或縮小歸納，要看當時的情形而決定，亦要在對問題有充分了解的基礎上才能決定。

深入程度一般以確知某些症狀的性質為止，如病人不能談、不願談，應從其他方面了解，求得補充和證實。這樣才有可能明瞭這些症狀是否與某一疾病有關，推斷這症狀是否可以用某一疾病作為診斷。雖然疾病的表現可能不典型，正如吾人在化裝之後在某種程度上變了形態，但其步態、身段、聲音、笑貌不能全變，在熟知其人的一切之後，雖然他化裝了，我們仍能在其他方面認識他。因此，當探詢病史時，應熟知疾病的特點，並根據其特點發問，而必須避免無目的的、亂抓一把的發問。

為了使病史富於準確性，發問應以啟發性問題為主，在疑有冠狀動脈病時，應問其有否疼痛、痛在那裏，在何種情況下發作？而避免作有否胸痛、是否傳向左臂的問題，以免引起病人的牽強附會。但當我們用這種問法而不能明白真相時，有必要用直接發問或旁敲側擊的方法來發問。

重要的或與現在症有關的過去史和家庭史，除非很確定，也應問清當時的實在情形，並作必要的記載，僅僅記下有瘧疾史有傷寒史也是不够要求的。

病程中所受治療的種類、品名、劑量和效果的問取，一般都少注意。殊不知在診斷未確定的情形之下，如果已知在一定時期內接受比較足量的特效治療而無效，從此可以否定某些診斷；在診斷已經肯定但經過一段有效治療而效果不著，須考慮有新的情形發生，另想辦法；即使以前的治療有效果，可能要在繼續治療時作新的調整。這種材料的收集，對於診斷、預後及今後治療上都有很大的參考價值，因而也都是不可忽略的一部。

二、抱客觀的態度 採取病史、搜集材料一般是在病人和醫師雙方合作的條件下完成的，病人知道他自己的病痛最清楚，他的訴說當然應該重視，但由於他不知病理，難免有輕重顛倒、主觀誇大或有意無意的隱蔽之處，如何準確掌握、導入正途，主要是醫師的責任。當我們和病人接觸經過數度問答建立起初步概念之後，根據這概念對有關該病的一切症狀追問下去，這樣，主動權是操在醫師之手的。但是我們常遇到這樣的事實：當主觀上疑心自己患有肺結核的病人閱讀結核病書籍時，常會感到自己的症狀和書上的記載完全相似。當我們處理病人時也需提高警惕、避免主觀。倘然從錯誤的出發點上發問，把傷寒病患者的症狀當作結核病看，專從結核病症狀上發問，便很可能問出一個結核病的病狀來。依此類推，把有關體徵和實驗發見亦結合到錯誤的原始印象上去，認為這就是如此，就犯了嚴重的主觀主義的錯誤。嘗有青年患風濕熱以急性發熱為主訴就醫，醫師認為是敗血症，這原是可以的，但患者有多數性關節炎，亦認為是敗血症的一部，給予青黴素注射數日無效，改給水楊酸鈉之後才諸症迅速消退。所以造成這錯誤的原因，固然由於原始印象的錯誤，亦由於忽視了多數性關節炎的意義，沒有想到多數性關節炎的主要原因是風濕熱，而仍然把它當作敗血症的一部。

因此，初步印象雖然是準確的印象，但不能停留在這一點上，當病人的答案和我們的想法不符合時，要接受這材料，考慮其他可能，另換方向發問；當體徵、實驗室材料和病史中所得印象有出入時，亦須把這些材料加入作新的考慮，不應固執初見，硬把材料來遷就配合想像中的診斷，而要從材料中尋出合理的診斷來。

三、對檢查的要求

1. 機警的觀察 雖然檢查的方法一般有視、捫、叩、聽四種，但主要的方法應該不是多用聽筒和叩槌而是很好的利用眼睛去觀察。檢查應從觀察開始，而且從病人進入診室或病室和我們交談接觸之時開始。注意他態度是否安詳、言語是否清楚、行動是否有所障礙，或急性病容、或慢性消瘦，這些表情和動作，在普通人看來祇以為是一些平淡現象，對醫師說來則微小的動作意味着疾病的表現，嚴謹的觀察者可從這些表情動作中來考慮到產生的原由。嘗有少婦來訪，談話間時時口吐唾液，一經接觸，就懷疑她有早期妊娠，另有女子進診室後屢次把足攔在醫師坐椅上，就猜想她足有炎症，詢問之下，果然如此。這種觀察能力必須在日常工作中加以培養。

2. 詳盡的檢查 進行檢查時應有安靜及暖和的環境、良好的天然光綫和適當的姿勢等客觀條件，這是大家所了解的，更重要的是用準確的方法進行詳盡的檢查，不使有一點遺漏。必須記得：造成診斷錯誤的原因，除了根本缺乏這種知識，沒有想到這種可能和材料的錯誤估計以外，忽略了某些現成的但是關鍵所在的材料而不加檢查，

常是主要原因。

我們要養成從頭到脚的、有系統而對稱的進行體格檢查的習慣，能輔助以各項儀器的檢查最好，這樣將有可能發見較多的問題。但是如果對一些單純病例進行以上的檢查，或是對亟待處理的急症病員也慢條斯理地從頭到腳檢查，多翻多弄，將徒然增加病人不必要的肉體痛苦和經濟負擔。在此種情形之下，先扼要的作重點檢查，乃是必要的。

3. 反覆的檢查 由於疾病有其發展性，過程中又可有併發症發生，不可能在檢查的當時有全部表現呈顯在吾人目前，則不僅須要詳盡地進行檢查，還須要作反覆的檢查。發疹性急性傳染病的出疹日期對診斷有很多意義，必須逐日觀察其出現日期、發展情形；許多發熱性疾病的熱型、熱程，必須經數日觀察乃能了解；亞急性細菌性心內膜炎的栓子現象並非每天都有；大葉肺炎的肺實變體徵，未必在第1—2天就出現；都是顯著的例子。即使用X射線攝片檢查肺結核、心電圖檢查心肌梗塞，也常常需要一系列的檢查乃能確定，倘然經過一次檢查便以為已知全貌，所失必多。體徵如此，實驗室材料亦然。慢性腎病患者的尿檢查，傳染病患者的血清反應、細菌培養，寄生蟲卵和原蟲的發見，常需多次檢查乃能發見而更具價值；例不勝舉。善於作必要的耐心的覆查工作，非僅對於疾病的診斷不可缺少，對於臨床醫師來說，也是提高認識疾病的重要方法。

四、材料要求準確 病史和檢查材料既然對診斷的建立都起着作用，無論其為陰性或陽性，對肯定或否定診斷都有價值，我們就要求這材料能完全準確。病史的必須深入、檢查的必詳盡和覆查，都是為着此一目的。倘然缺少某些材料而無法獲得，在考慮診斷時還可以保留加入這項材料以後的另一看法，但如果有材料而不準確，則我們將會根據這錯誤材料而作出錯誤的結論，其危險性將超過沒有這項材料。

材料欠準確的原因，可能是技術不足、知識不够、不加重視，多數是由於粗枝大葉的把標本弄錯、粗製濫造的無中生有或視而不見、缺少為病員負責為科學負責的思想根源所造成。遇有這種可疑材料，我們該客觀地加以判斷，作必要的覆核審核工作。

五、從全面看問題 我們已經在診斷的原則一節中提到從一個診斷着想，在進行的方法上亦是如此。材料本身並不等於疾病，有皮疹並不表示病就在皮膚，單純從局部看一個丘疹也決不能斷定它是麻疹、藥物疹或是蚊咬所致。在確定某一項材料的性質時我們須要用看顯微鏡的方式查問清楚，考慮這材料在某一病人身上的意義時，就必須像坐飛機看地圖一樣從全面着眼，結合全部材料，包括其他病史、體徵和實驗室發見，然後考量這材料在診斷中所應佔的地位和重量是如何。勿輕易放過一個有關的材料，也勿迷惑於一些無關重要的材料，是處理材料達成診斷的重要方法之一。

〔診斷材料的分析和估價〕 各種足資診斷的材料，無論陰性或陽性，對達成診斷都具有協助的價值。在何種情況下有肯定價值，又在何種情況下有否定價值，全看這材料在整個診斷中有否適當地位和是否能解釋得通，如有牽強附會，可能說明這種看法還有問題，而如何予各種材料以適當的估價和利用，乃是診斷學中一個重要問題。

一、對病史一般性材料的利用 任何疾病的某一階段和某些方面，可能與其他疾病的表現相似，已經多次提及，當我們處理這現象時，根據各種疾病的常見性，適當

的對年齡、性別等一般性材料加以利用，能協助我們狹縮診斷範圍。如在幼年應考慮其為先天性，晚年應考慮有變性疾病的可能；心臟病變在幼年要考慮其為先天性，青年為風濕性，中年為梅毒性，老年為高血壓性；同是脾腫大，江南患者考慮其為血吸蟲病和瘧疾，蘇北等籍患者以黑熱病為可能；同樣是發熱，兒童須考慮有急性傳染病可能，婦女須考慮有生殖系發炎可能，老年並須考慮有癌的可能，而在某個季節，某個地區有其特殊的流行病，在考慮診斷時就應適當的加以結合。

二、合理程度的估價 假定所有材料是準確的，粗看起來也是可以結合貫串的，尚須從其程度上考慮其合理性。如靜止性肺結核病人有發熱出現，其發熱是否可以肺結核解釋？病人有心臟病而無衰竭現象，同時存在的肝腫大是否即認為是充血性？病人有鈎蟲感染，是否即用以解釋其同時存在的嚴重的缺鐵性貧血？肺結核固然可以發熱，但靜止性肺結核而有發熱，必須考慮其發熱是由於肺外結核或與結核無關的其他原因所致。同樣的，如在疑患傷寒的病人發現有腫達臍部的脾臟，因為其腫大程度超過傷寒病人所應有，我們就必須考慮其脾腫大另有原因；或因脾腫大的程度不合於傷寒，從而對傷寒這一診斷發生懷疑。

三、對「矛盾材料」的估價 一些單純的病例，客觀材料與我們主觀判斷相符合，診斷不難。但如所得材料不如理想，甚或出乎意外地顯得矛盾，則造成作結論時的困難。我們應追查材料的來源是否可靠，考慮它對整個診斷有否妨害，必要時作覆查工作。如肺炎患者應有白血球增多，今如所得報告為白血球數正常或減低，則顯得矛盾。但如其他材料全指示着肺炎的診斷，我們不能因其白血球計數不高就認為所患非為肺炎，却要尋找病人抵抗力低等原因來解釋這項個別的矛盾現象；相反地，如果已有材料並不全指示肺炎這一診斷，而白血球數又不高，則確實加重了矛盾性，我們必須正視這矛盾，它可能意味着肺炎的診斷確有問題，至少不是典型的肺炎。

四、對特殊材料的接受應特別注意 症狀中的頭昏、腹脹，一般缺少重要意義，不予討論。某些被採用得很多而且被當作有一定診斷價值的檢驗室材料如血球沉降率在結核病，痰培養對肺炎，肥達（Widal）氏反應對傷寒的應用和解釋，應該加以注意。它們誠然有其診斷上的價值，但並非絕對的，不少次數的試驗是被濫用而且被解釋錯誤了。活動性肺結核的血沉率是加速的，但如不除去同時存在的其他感染、貧血等因素，其增速對結核病的診斷價值是不多的。有人好送痰作培養，把培養得肺炎球菌作為肺炎的根據，或肺炎患者的痰培養得鏈球菌便以此菌為肺炎的致病菌，其錯誤相同。陽性肥達氏反應更常被視為診斷傷寒的有力證據，但如不考慮其過去曾否受過傷寒預防注射，不考慮其在病程中出現的時期，不反覆觀察其凝集價是否繼續增高，便很難斷定其價值。嘗見病人以腹痛高熱兩日來就醫，因第三天上得肥達氏反應報告為 1:250，便被診斷為傷寒而轉送傳染病醫院。再作肥達氏反應，兩次均為陰性，經過多天觀察，原來是迴腸後闌尾穿孔有膿瘍形成。其實在發熱第三天上的陽性肥達氏反應是沒有診斷價值的，祇能作為日後覆查時的參考，把第一次陽性反應作為重要診斷資料當然是錯誤的。對類似的其他血清凝集試驗的看法亦然。

和結核病一樣，舊社會遺留下來的梅毒常被指摘為病因，但陽性華氏、康氏反應是否即表示其染有梅毒或所患是梅毒性，我們應以批判的態度接受，無條件地承認這

種報告，曾多次見到因而父子失和、夫妻反目，應該特別謹慎！

即使是細菌培養，它原可算是最特異的材料，但除非它能與其他方面都符合，也不能即予接受，因為它可能是污染的結果。其他如血液化學、各種機能試驗以及有關的體徵等等，也都不能單獨地憑為診斷的根據。在適當的時期進行適當的檢查，又要能對所得結果加以合理的判斷，並不是很簡單的事情，需要在實踐中不斷的加以學習和掌握。

〔診斷與鑑別診斷〕 當我們依照方法收集材料，逐步分析歸納到一定階段，對病人所患的疾病，便可以下一結論，作出診斷。根據達到確診的方法，可以分為：X射綫診斷、病理診斷、細菌學診斷、血清學診斷等等。臨床上則根據疾病的單純性和複雜性，根據直觀印象配合以上各種方法，有以下數種達成診斷的方法。

一、直接診斷 病情簡單，其病史、症狀在此病中比較突出而很少為其他疾病所共有。如有飲食失常史而以腹痛、吐瀉為主的病人出現於面前，幾乎可以在接觸之際即診斷其為急性胃腸炎。

二、除外診斷 在症狀比較不突出的疾病，由於其顯示或多或少地與其他疾病相似，粗看似乎有多種可能，稍加分析，容易把其他可能，根據其不符之點，加以摒除，留下1—2種比較近似的疾病，作為診斷，再進一步求得證實。

三、鑑別診斷 病情未必太複雜，但其主要症狀有多種可能原因，一時不易指出，在診斷過程中，常需搜集較多材料以助診斷。倘然新材料不適宜於原先考慮到的診斷，便應把這些舊的可能剔出，把新舊材料加在一起，重新考慮，此時或許會有新的可能出現。如此步步為營的搜集和利用新舊材料，把主要的和次要的、相容的和相反的理由分別放在各種可能診斷項下，仔細衡量這些材料對何種診斷最為適宜，使最近似的診斷從許多相似的病羣中辨別出來，便是鑑別診斷法。

由於任何一種疾病，未必在一個時期內有全部典型的顯示，在進行鑑別診斷過程中所得的材料，未必能全部符合於某一個診斷。倘然重要的材料能符合診斷而缺少的材料或矛盾的材料不妨害其診斷時，仍可認為這一診斷是最可能的。在此情況下，可以進一步用挑撥性試驗或試驗性治療，以觀其對於刺激的反應或治療的效果，來判斷此項診斷的真實性。

最後，一個完備的診斷應能表明疾病的全部情形，除了說明病名而外，並要求說明病變的性質和程度，例如(1)梗阻性黃疸、膽石症；(2)收窄性心包炎，結核性，心代償機能減退，——但單純的診斷為「黃疸」或「心代償機能減退」是顯然不夠的。

(錢 惠)

第二章 一般症狀

發 育

發育是指人體自卵受精起經一系列的成長變化至成人的整個過程，通常分為胚胎的發育及嬰兒發育。本節所述是指嬰兒成長至成人的階段，由於此時期中人體形態、智力、性能各方面變異甚大，故在測定發育情況時，應觀察下列各項變化而判定發育是否正常。

〔診斷方法〕

一、骨骼比例 如以恥骨聯合處上緣中點為測量標記，人體上部自顱頂迄恥骨聯合處長度與自同點至腳底長度的比例常隨發育而變化；在嬰孩時此項比例為 1.7 比 1，至 11 歲時則為 1:1，如發育異常則此項比例常不與病者年齡相符合。

二、面貌 孩提之前額及眼眶在臉部所佔比例甚大，在成長過程中，鼻梁及下頷長大較速，故前二者比例遂相對的縮小，如發育在孩提時停止，則此患者面貌仍似幼兒，此情形可在克丁病中見之。

三、骨的發育 不同骨骼各在一定年齡時骨化，此稱為骨齡，如橈骨下端骺部常在七歲左右開始顯示骨化，而在十七歲左右與長骨結合，在正常發育中骨齡雖有一定，但可能有 2—3 年的差異，如差異過大，該孩發育即屬異常。

四、牙齒發育 牙齒的鈣化及出牙時間亦均有一定，如永久性門齒之齒冠在 4—5 歲時 X 射綫可開始顯示，而出牙則在 6—7 歲時即其一例，測定牙齒發育情況具有測定骨齡同樣意義，通常出牙的時間因受牙牀發育影響，常不若鈣化準確。

五、智力發育 可用各項智力測定，確定受檢者的智力年齡。

六、性的發育 可從副性徵發育的情況推測之，但有時副性徵的發育與生殖腺發育不成比例。

〔影響發育的因素〕 影響發育的因素甚多，概述之可分下列各項：

一、先天的因素 遺傳與生長發育有密切關係，如人種高矮，形態差別，發育遲早以及家族性發育異常情況等均與遺傳有關，此外在胚胎發育過程中若有缺陷，發生先天性疾病，則發育亦可因此延遲或停止。

二、環境的因素 外在環境如營養不良，維生素缺乏，慢性感染等可使機體內發生營養代謝的紊亂，因而影響發育。智力發育更直接受環境影響很大。

三、神經系統的疾病 神經系統疾病可直接或間接的影響發育，其中主要者當推視丘下部。該部一方面與腦下垂體有密切關係，因而藉內分泌系統影響發育，另一方面該部疾病對體內代謝亦有直接影響，故腫瘤、腦炎、結核等病變侵及該部或該部有先天性發育上缺陷時，病人常有早熟，性機能不發育，肥胖等情況出現。

四、內分泌系統的影響 激素如生長激素、雄激素、甲狀腺素與生長發育均有關係，然三者的機能各有不同，甲狀腺素在發育早期極為重要，幼兒骨骼長度比例的變