

呼吸内科疾病鉴别诊断

穆魁津

何权瀛 编著

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸内科疾病鉴别诊断/穆魁津、何权瀛编著. - 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999

ISBN 7-81034-992-9

I. 呼… II. 何… III. 呼吸系统疾病-诊断 IV. R560.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 20716 号

呼吸内科疾病鉴别诊断

编 著: 穆魁津 何权瀛

责任编辑: 张忠丽 范君媿

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京市迪鑫印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 7.5

字 数: 196 千字

版 次: 1999 年 8 月第一版 1999 年 8 月北京第一次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 15.50 元

ISBN 7-81034-992-9/R·990

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

目 录

第一章	临床诊断的基本逻辑思维方法	(1)
第二章	临床资料的收集与临床科学思维	(16)
第三章	呼吸系统疾病的症状鉴别诊断	(25)
第四章	呼吸系统的体格检查	(32)
第五章	胸部 X 线检查在呼吸系统疾病鉴别诊断中的应用	(51)
第六章	各种常见呼吸系统病的鉴别诊断	(61)
第一节	急性上呼吸道感染	(61)
第二节	流行性感冒	(62)
第三节	急性气管 - 支气管炎	(63)
第四节	慢性支气管炎	(64)
第五节	肺气肿	(67)
第六节	支气管哮喘	(69)
第七节	支气管扩张	(73)
第八节	肺大泡	(76)
第九节	肺炎球菌肺炎	(77)
第十节	化脓性链球菌肺炎	(80)
第十一节	金黄色葡萄球菌肺炎	(82)
第十二节	嗜肺军团菌肺炎	(85)
第十三节	肺炎克雷伯菌肺炎	(87)
第十四节	变形杆菌肺炎	(89)
第十五节	厌氧菌肺炎	(90)
第十六节	支原体肺炎	(92)
第十七节	衣原体肺炎	(93)
第十八节	立克次体肺炎	(95)

第十九节	病毒性肺炎	(97)
第二十节	肺曲菌病	(99)
第二十一节	肺脓肿	(101)
第二十二节	肺结核	(106)
第二十三节	肺胸膜阿米巴病	(119)
第二十四节	肺包虫病	(120)
第二十五节	肺吸虫病	(122)
第二十六节	卡氏肺囊虫病	(125)
第二十七节	急性肺栓塞	(126)
第二十八节	慢性肺源性心脏病	(130)
第二十九节	特发性肺间质纤维化	(133)
第三十节	外源性变应性肺泡炎	(136)
第三十一节	脱屑性间质性肺炎	(138)
第三十二节	肺出血 - 肾炎综合征	(140)
第三十三节	特发性肺含铁血黄素沉着症	(141)
第三十四节	结节病	(143)
第三十五节	韦格 (Wegener) 肉芽肿	(148)
第三十六节	支气管肺癌	(150)
第三十七节	矽肺	(153)
第三十八节	急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)	(157)
第三十九节	自发性气胸	(160)
第四十节	结核性胸膜炎	(163)
第四十一节	恶性胸腔积液	(165)
第四十二节	胸膜间皮瘤	(167)
第四十三节	支气管肺囊肿	(168)
第四十四节	肺隔离症	(171)
第七章	某些相似疾病的比较	(173)
一、	流行性感冒与普通感冒、过敏性鼻炎的 鉴别诊断	(173)
二、	过敏性肺炎与支气管哮喘的鉴别	(174)

三、支气管哮喘与慢性支气管炎的鉴别·····	(174)
四、支气管哮喘与阻塞性肺气肿的鉴别·····	(175)
五、支气管哮喘与急性左心衰竭的鉴别·····	(175)
六、支气管哮喘与弥漫性泛细支气管炎(DPB) 的鉴别·····	(176)
七、阻塞性肺气肿与弥漫性肺间质纤维化的鉴 别·····	(176)
八、结核性支气管扩张与非结核性支气管扩张 的鉴别·····	(178)
九、病毒性肺炎与细菌性肺炎的鉴别·····	(178)
十、社会获得性肺炎与医院获得性肺炎的鉴别·····	(179)
十一、革兰阳性球菌肺炎与革兰阴性杆菌肺炎 的鉴别·····	(179)
十二、过敏性肺炎与感染性肺炎的鉴别·····	(180)
十三、过敏性肺炎与变应性曲菌病的鉴别·····	(180)
十四、外源性过敏性肺炎与结节病、特发性肺 间质纤维化的鉴别·····	(181)
十五、心源性与非心源性肺水肿的鉴别·····	(181)
十六、急性呼吸窘迫综合征与心源性肺水肿的 鉴别·····	(182)
十七、多发性肺结核球与转移性肺癌的鉴别·····	(183)
十八、结核球与周围型肺癌的鉴别·····	(183)
十九、结核结节与肺癌结节的鉴别·····	(184)
二十、肺癌引起肺不张与结核引起的肺不张的 鉴别·····	(185)
二十一、渗出性与漏出性胸腔积液的鉴别·····	(185)
二十二、结核性胸液与恶(癌)性胸腔积液的 鉴别·····	(187)
二十三、乳糜性与假乳糜性胸水的鉴别·····	(188)
二十四、结节病与结核病的鉴别·····	(189)

二十五、肺结核与肺吸虫病的鉴别·····	(189)
二十六、肺结核与Ⅰ期矽肺的鉴别·····	(190)
二十七、单纯矽肺与矽肺并发肺结核的鉴别·····	(192)
二十八、急性粟粒型肺结核、矽肺及肺泡微结石 症的鉴别·····	(192)
第八章 若干呼吸病的诊断标准·····	(194)
一、支气管哮喘防治指南·····	(194)
二、慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 诊治规范 (草 案)·····	(201)
三、慢性肺源性心脏病诊断标准 (1977 制订)·····	(206)
四、肺性脑病的诊断和临床分级标准 (1980 年 修订)·····	(210)
五、军团菌肺炎诊断标准 (试行)·····	(210)
六、医院获得性肺炎诊断和治疗指南 (草案)·····	(211)
七、成人呼吸窘迫综合征诊断标准 (修正草案)·····	(213)
八、特发性肺纤维化诊断标准 (试行方案)·····	(214)
九、结节病诊断标准 (第三次修订稿草案)·····	(216)
十、中国结核病分类法·····	(218)
十一、非典型分支杆菌肺病诊断试行标准 (1987 年制订)·····	(220)
十二、社区获得性肺炎诊断和治疗指南 (草案)·····	(221)
参考文献·····	(227)
后 记·····	(230)

第一章 临床诊断的基本 逻辑思维方法

临床思维包括医师对就医者的诊断、治疗、康复、预后等问题进行的思维过程。而临床诊断思维的基本形式是假说。医师对于病人做出的诊断或多或少总是带有一定的概然性，需要在实践中进一步经受验证和完善。在收集临床资料，包括对病人进行各项检查的过程中，需要根据已有的医学知识，对所检查病人的各项临床资料做出初步解释，称为印象或初步诊断，实际上就是逻辑学上的假说。一个好的假说应当具备以下逻辑条件：①相容性：假说不应与已有的科学原理、知识相矛盾；②完备性：提出的假说应当能够解释我们需要解释的全部事实，而并非一部分，换言之，假说应当尽可能解释更多的临床表现；③可推演性：从该假说中可推演出可加以证实或否定的结论。

一、临床诊断中的逻辑思维

正确的诊断来源于全面准确的临床资料、丰富的临床经验（前人、他人和自己的经验）及合乎逻辑的推理。而全面准确的临床资料来自详尽的病史、认真的体格检查及必要的实验室检查和特殊检查；丰富的临床经验来自持久、辛勤的学习和自己亲身实践积累；正确的逻辑推理来自学习和不断实践。

临床诊断离不开推理，不管临床医生承认与否，实际上总是自觉或不自觉地进行临床推理，问题在于如果不是自觉地进行正确的、严格的、科学的推理，就是不自觉地进行错误的推理，不自觉地进行正确推理的情况相对较少些。

推理正确与否取决于以下两个方面：①前提真实：即做出临床判断所依据的内容符合客观事实，而且全面；②推理形式正确：推理的形式结构符合科学思维的规律、规则。

临床诊断中常用的逻辑推理形式包括以下几种：

(一) 类比推理

类比推理是指由两个对象某些属性相同而推论出它们在别的属性方面也可能相同的推理形式，其公式为：

对象 A 具有属性 a_1 、 a_2 、 a_3 、 a_4 ，

对象 B 具有属性 a_1 、 a_2 、 a_3 ，

∴ 对象 B 可能具有 a_4 属性。

此种推理是或然性的，即类比推理只能得出或然性结论。影响类比推理可靠性的因素包括：

1. 两者具备的相同属性越多，类比的可靠性越高。

2. 相同属性越是本质的，类比的可靠性越高。

3. 在所比较的两者中已发现存在某种不能并存的属性，那么无论这两者之间有多少相同点也不能由此得出两者相同的推论。

实际上临床诊断中的类比更应该是一种抽象的类比，即将个体就医者的各项具体表现同医学教科书上对某种疾病抽象的描述，即该病的临床共性特征相类比。通常临床上说某个病人诊断像某种病，实际上就是运用类比的原理进行逻辑思维的初步结果。

(二) 直言推理

系由三个直言判断组成的演绎推理。直言推理由大前提、小前提和结论三个直言判断组成，故直言推理又称为直言三段论。在直言推理的三个直言判断中第一个直言判断是大前提，表达的是一种一般性的东西，第三个直言判断是结论，表达的是个别的东西，通过第二个直言判断小前提，由大前提推演出结论，由一般推论出个别。临床诊断中使用的三段论的模式是：

大前提：凡具有病征 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n 的人患的都是疾病 D，

小前提：此就医者 P 具有症征 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n ，

结论：就医者 P 患有 D 病。

事实上临床诊断中很少能完全彻底地应用这种推理形式。因

为具有所有病征 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n 的人患的都是疾病 D 这个大前提要求病征与疾病诊断之间具有高度的特异对应性，即凡是具有这些病征的必定是这种疾病，而不可能是其它任何疾患。这种特异到可以排斥一切其它可能性的 $S \rightarrow D$ 的极其严格的对应关系，在临床上是很少见的。同时实际上就医的具体病人（小前提）的各项表现完全符合疾病基本规律和典型表现的也是很少见的。临床实践中病征对于诊断多数属于非特异性对应，要求在一个患者身上出现全部特征性病征组合也是十分困难的。

临床实践中还有一个如何判断试验性治疗的诊断价值问题。从逻辑学上来看只有当治疗措施 T_1 只能治愈疾病 D_1 ，而且疾病 D_1 只有应用措施 T_1 才能治愈时，即两者之间存在着极为严格的对应情况下才能根据治疗效果做出诊断。这种情况下应用的公式为：

所有能被治疗措施 T_1 治愈的病都是疾病 D_1

现就医者 P 已被措施 T_1 治愈，

\therefore 就医者 P 患的是疾病 D_1 。

显而易见符合这种大前提的情况并不多见，而临床上常常是措施 T_1 可用于治疗疾病 D_1 、 D_2 、 D_3 ……，或者疾病 D_1 可用措施 T_1 、 T_2 、 T_3 ……治疗，两者之间很少有那种极为严格的一一对应关系。故试验治疗的诊断价值也相对有限。

（三）选言推理

以选言判断为大前提，以直言判断为小前提进行的一种演绎推理过程。选言判断中包括若干个选言肢，各个选言肢之间有的是不相容的，即彼此互相排斥，不可能同时存在的；有的是相容的，彼此并不互相排斥，可以同时存在。所以选言推理可分为以下两种：

1. 不相容选言推理：即肯定否定式选言推理。其大前提中各个选言肢间必须是互相排斥、不相容的，小前提中肯定大前提中一个选言肢，结论中则否定其余各选言肢。选言推理中作为大前提选言判断的各选言肢相互排斥，不能并存，因此不相容选言

推理必须遵循下列规则：

- (1) 否定一部分选言肢就等于承认其余选言肢；
- (2) 承认一部分选言肢就等于否定其余选言肢。

2. 相容选言推理：又称否定肯定式选言推理，在此种选言推理中作为大前提的各个选言肢可以是相容的选言判断，即选言判断的各选言肢之间并非互相排斥。推理过程中小前提否定大前提中除一个选言肢以外的其余各肢，结论中则肯定那个在小前提中未被否定的选言肢。临床诊断时应用此种推理进行鉴别诊断，即除外法，公式为：

就医者 P 具有病征 $S_1、S_2、S_3\cdots\cdots S_n$ ，综合分析起来可能现于疾病 $D_1、D_2$ 或 D_3 ，现在根据已有资料可以否定疾病 $D_2、D_3$ 。

∴ 此就医者 P 可能患有疾病 D_1 。

按照逻辑规则否定肯定式选言推理的大前提应穷尽一切可能，这在临床上是很难办到的。临床诊断思维中对于任何一位就医者来说都很难说我们已经充分考虑到一切可能的疾病诊断了。由于医疗技术水平、临床经验、时间等所限，某些少见病，或者尚不认识的疾病，有时甚至是常见病，可能因为某种原因而未被考虑到。因此在这种情况下即使否定了大前提中提出的多种疾病，仍不能毫无保留地认为就医者 P 患的就是剩余的那种病。所以得出的推论仅仅是一种可能性判断。除非就医者 P 的病征 $S_1、S_2、S_3\cdots\cdots S_n$ 只可能现于疾病 D_1 或 D_2 或 D_3 ，现确有证据可以完全否定疾病 D_2 和 D_3 ，所以此就医者患的肯定是疾病 D_1 。因此在鉴别诊断时应尽可能全面地考虑到一切可能性，以减少遗漏。

(四) 假言推理

以一个假言判断为大前提，从而推出一个结论的演绎推理。具体应用时可分为以下三种情况：

1. 充分条件假言推理：其假言前提是一个充分条件假言判断的推理。推理的公式是：

假如是疾病 D ，就会有病征 $S_1、S_2、S_3\cdots S_n$ 。现就医者 P 具备病征 $S_1、S_2、S_3\cdots S_n$ ， \therefore 此就医者可能患的是疾病 D 。

为了保证充分条件假言推理的逻辑性，推理过程中应遵守以下两条规则：

(1) 肯定前件就要肯定后件，但是不能说否定前件就否定后件。比如说凡是从患者痰中找到结核杆菌者，就可以确诊其患有肺结核。该患者痰菌阳性，因此其诊断为肺结核。但是不能反过来说，某一患者痰找结核菌阴性，这个患者的诊断就不是肺结核，因为痰中找到结核菌对于肺结核的诊断只是一个充分条件。

(2) 否定后件就要否定前件，但不能说肯定后件就是肯定前件。比如某一患者没有患肺结核，因此其痰中查不到结核菌，但是不能反过来说某人患有肺结核其痰中就一定得查到结核菌，道理同上。

众所周知临床实践中完全符合典型特点的病例极少，大多数情况下为不典型者，只是不典型的程度大小不同而已。临床上不乏这样的实例，例如，即使已确诊为疾病 D 的，也只具有病征 $S_1、S_2、S_3\cdots S_k$ ($k < n$)，表明还缺乏其它一些表现，当然也可能出现其它一些非典型病征（即 S_n 以外的 S_{n+1} ）。也就是说在一个具体病人身上很难发现某种疾病的全部典型表现，有些病征很可能没有出现或未被检查出来。我们所查到的病征数目越接近于 n ，则诊断疾病 D 的可靠性越大，而且查出的病征 s 对于疾病 D 诊断的意义越大，则做出疾病 D 诊断的把握越大。相反，病人显示出的病征 s 数越少，或者对于做出诊断的意义较小，则做出诊断的准确性越差。

2. 必要条件假言推理：其假言前提是一个必要条件假言判断，通过肯定后件而肯定前件。公式为：只有疾病 D 才会出现病征 $S_1、S_2、S_3\cdots S_n$ ，此就医者 P 现有病征 $S_1、S_2、S_3\cdots S_n$ ， \therefore 就医者 P 患有疾病 D 。在这个推理过程中要求高度特异性的病征 (s) 与疾病 (D) 的严格对应。如果缺乏这种严格对应关系则不应使用这种推理形式。

临床上更常见的是由否定充分条件假言推理的大前提的后件从而合乎逻辑地否定其前件，依据的公式为：假如是疾病 D，则会具有病征 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n ，现就医者 P 没有病征 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n ，所以该病人患的不是疾病 D。这种推理方式常用于鉴别诊断。然而实际诊断思维过程并非如此简单。因为实际上就医者 P 完全不具备 S_1 、 S_2 、 S_3 …… S_n 的情况并不多见，很可能只是缺乏其中几项，如 S_2 、 S_5 ，这种情况下如何下结论则要看 S_2 、 S_5 对于否定诊断的价值有多大了。

3. 充分且必要条件假言推理：其前提为充分必要条件假言判断的假言推理。运用的规则是肯定前件就要肯定后件，同样肯定后件就要肯定前件；否定前件就要否定后件，否定后件就要否定前件。

类比推理、选言推理和假言推理的综合应用：临床诊断推理中常常是类比推理、选言推理和假言推理的联合应用，即先用类比推理提出就医者可能患有的疾病，从而构成一个选言推理的大前提，然后用假言推理的否定式除外一些可能除外或需要除外的疾病，最后用假言推理的肯定式得出可能的诊断或确定诊断。临床上应用最多的是以相容选言判断为大前提的否定肯定式及必要条件和充分必要条件假言推理的否定式。

二、临床应用逻辑推理时的注意事项

(一) 应用选言推理时大前提的选言肢必须在逻辑上包涵一切

为此可以根据疾病特点采用分类、逐级划分、依次排除等方式逐步缩小诊断范围。

(二) 必须遵守推理规则

假言推理的基本规则是：

1. 若前件（临床表现、诊断依据）是后件（诊断）的充分条件，则肯定前件就能肯定后件，但不能说否定前件就能否定后件。

2. 若前件是后件的必要条件，则否定前件便能否定后件，

但不能肯定前件就肯定后件。

3. 若前件是后件的既充分又必要条件，则肯定（或否定）前件便能肯定（或否定）后件。

在具体除外或否定某一选言肢（疾病）时作为否定某种疾病的依据应当是该病的必要条件或者既充分又必要条件，而不能只是充分条件，否则必然犯形式逻辑错误。

临床上由于必要条件常常是一些非特异性临床资料，往往不能作为诊断某种疾病的直接有力依据，故临床上对其重视不够。相反由于充分条件常常是肯定某种疾病诊断的直接特异性依据，临床上比较重视，有时常错误地将这些充分条件的缺失作为否定某种疾病存在的有力证据，这样很容易违犯充分条件假言推理规则，不能通过否定前件从而否定后件。

（三）正确估计和分析充分、必要、充分且必要条件。

1. 某种临床资料对于诊断某种疾病是必不可少的，但并不是特异性资料。在某种疾病中这类资料的存在越接近 100%，则越是接近于诊断某一疾病的必要条件。如粉尘接触史是诊断尘肺的必要条件，但不能根据具有粉尘接触史就肯定尘肺的诊断。但若肯定无粉尘接触史则无疑可以除外尘肺的诊断，这在排除诊断过程中常常是一种正确的推理形式。

2. 如果某一临床资料是某一种疾病诊断的特异性依据，但并非必不可少，而且并非在大部分病人中都存在者，则认为是诊断某种疾病的充分条件或接近充分条件。

3. 如某种临床资料对于某种疾病的诊断具有特异性意义，又是必不可少的，而且几乎每个患有此病的患者都具有这个特点，则可认为是既充分又必要的条件。

（四）允许几个诊断假说同时暂存

由于排除诊断法是以相容选言判断为大前提的相容选言推理为多见，故在诊断与排除诊断的几种疾病中，实际上可能只有一种疾病，但有时也可能有几种病同时存在，因此在排除诊断时如果除外诊断的依据不足则应当允许几个不同的诊断暂时并存，这

样做比勉强地只保留一个诊断要好，可使我们头脑中多几根弦，以便于临床实践继续全面地收集相关临床资料，不断地验证，推敲初拟诊断的正确性，使之更加正确。

三、诊断根据的逻辑分析

诊断根据可以分为以下四类：

(一) 必要征（恒见征）

此种病征 100%（或极近 100%）地出现于某种疾病，因此要诊断该病此征是必要的，但未必是充分的，因为此征很有可能见于其它疾病。

(二) 充足征（仅见征）

此种病征仅见于该病，不会见于别的疾病，但并不一定是必要征。充足征的含义是出现该征时 100% 的把握诊断该病，但不能说此征 100% 地出现于该病。前一句话说的是别的病不会出现此种病征，后一句话说的是并非所有的该病患者都表现出此征。

充足征又可分为两种情况：

1. 特异征：即此征的出现对于该病的诊断具有除外其它一切疾病的高度特异性。特异征又可分为

(1) 充足且必要征：即充足又必要的病征，也就是说凡是该病则 100% 出现此征，反之，凡是出现此征则 100% 是该病，两者之间具有高度特异性，实际上这种情况并不多见。

(2) 非必要特异征：具有此征则可诊断该病（具有高度特异性），但无此征并不能除外该病（不具有恒见性）。

2. 非特异征的特异性组合：就每一病征而言对于该病并非特异征，但是当它们同时出现所形成的组合则可能具有特异性。实际上许多疾病的诊断标准就是由一些非特异征的特异性组合。临床工作中全靠或仅靠特异征确定诊断的情况比较少见。

(三) 可能征（或见征）

此征常见于或可见于或偶见于该病（发生率 1% ~ 90%）。这是临床上经常遇见的情况，也是临床诊断复杂性和概然性的一

一个重要原因。事实上临床医生不得不从很多可能征中做出临床诊断。有时做出诊断所依据的特异性相当高的诊断依据，其实严格说来也还只是可能征，并不是充足征。把可能征误认为充足征是导致误诊的一个重要原因。可能征的可能性大小相差十分悬殊（1%~99%），对此我们应有清醒的认识。

（四）否定征（不见征）

某一病征决不会出现于该病，如果出现该征则可断然否定该病的可能。否定征常用于除外诊断。但应注意如果把可能征误认为否定征也会造成错误的诊断。严格地说否定征是100%地不会出现在该病的病征。

最后将诊断依据分类归纳如下图（图1-1）。

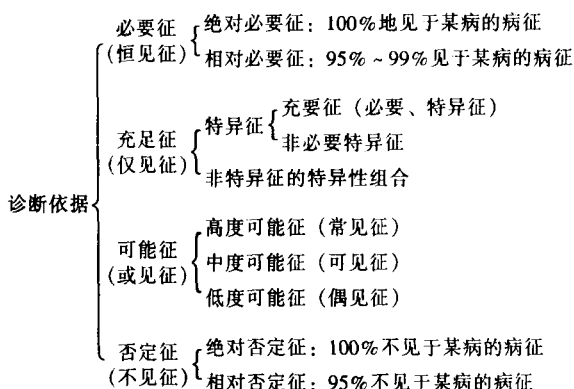


图1-1 诊断依据分类

四、各种疾病诊断根据的逻辑分析公式

将逻辑分析用于疾病诊断时可分为以下3种情况：

1. 充足征 + 必要征 + 否定征 → 确定诊断。
2. 可能征 + 必要征 + 否定征 → 可能诊断。
3. 必要征 + 否定征 → 除外诊断。

因此对于每一种疾病来说都必须搞清哪些病征是诊断该病的

必要征、充足征、可能征（高度可能、中度可能、低度可能）、否定征。这是一项非常有意义的工作。需要做大量的临床研究工作。如果我们能够明确地完全地列举出诊断某一种疾病的必要征、充足征、可能征和否定征，就意味着或标志着人类对于这种疾病的本质和诊断问题已经获得根本的解决。其实确定一种疾病的诊断标准说到底就是明确给这一疾病下诊断所需要的必要征和充足征。当然高度可能征和（或）否定征有时也需要包括在诊断标准之内。

五、辩证思维在诊断中的应用

诊断过程中不仅需要正确地运用逻辑思维，而且还要注意辩证思维。具体说来应注意以下几个问题：

（一）注意同一种疾病临床上表现可有不同

1. 世界上没有完全相同的两个病人：不同的机体由于防御机能不同，致病因子作用有强有弱，其相互作用的结果则可表现出不同的临床征象，千差万别。

2. 书本上有关疾病的描述是对无数个具体病人表现的共性概括，并不能囊括所有的病人的各种特殊表现。实践过程中人们总是首先认识了一个又一个具体的病人的临床征象，然后将这些资料进行分析和综合，概括总结出某一种疾病的共同特征。然后再以这种认识为指导认识一个又一个具体病人，并在认识过程中进一步补充、丰富、修正和发展人们对这一疾病本质的认识，使之不断深化和全面。

（二）尽量暴露出疾病各个方面的特点

要想获得全面正确的临床资料就必须尽可能地暴露出疾病各个方面的特点，这就要求我们首先应该全面细心地询问病史，全面认真地进行体格检查和必要的实验室检查、特殊检查。必要时还可进行试验性治疗。

（三）找出疾病在不同阶段的特征

不仅每一种疾病都有其不同于其它疾病的特征，而且每一种疾病在其发展的不同阶段又有其不同的特点。在量变阶段疾病处

于相对静止状态，而在质变阶段疾病则显现出显著变动。因此在疾病发展过程中有些症状（或体征）加重了，另一些症状或体征减轻甚至消失了，还可能出现一些原先没有的新征象，这就要求我们不断地动态观察病人，即将诊断和鉴别诊断贯穿于诊疗的全过程。

六、从临床诊断思维模式的剖析看诊断和鉴别诊断的关系

诊断实际上就是对疾病本质的认识和判断过程。通常临床思维判断过程遵循如下模式：经过长时间大量临床实践人们逐渐总结出各种疾病的临床特点，即其病史、体征、实验室检查及特殊检查结果、治疗反应及预后等资料的综合和概括，以后在临床实践中如再遇到与这些临床特点相符的患者，我们自然就会首先考虑到该患者可能患有这种病。如果这个患者的全部临床特点与某种疾病的全部临床特点完全不符或大部不符，我们就会否定或除外这种疾病。然而临床诊断思维过程又远非前面所说的那么简单，这是因为：

1. 临床上真正典型的如教科书上所描述的那样典型的病例几乎没有，每个患者总有他（她）自己的一些特殊的地方，因此绝对典型的病例几乎不存在，即典型是相对的，而不典型是绝对的。

2. 临床上收集到的各种资料对于诊断真正具有绝对特异性价值的并不多，如痰中找到结核杆菌对于肺结核的诊断，痰中查到癌细胞对于肺癌的诊断，尽管非常有价值，但阳性率并不高。大部分临床资料对于临床诊断只具有相对提示意义。尤其值得注意的是临床上存在大量的异病同征、同病异征现象。前者是指许多不同疾病可能出现相同的症状，如发热、咳嗽、咳痰、气短，因此这些症状对于疾病诊断缺乏特异性价值。后者是指同一种疾病在不同患者身上可能表现不同——个体差异，例如同是肺炎，在青壮年和老年人身上则有很大不同。因此在具体诊断过程中我们必须综合分析所收集到的各种临床资料，尽可能地找出对于诊断具有特殊价值的资料或资料的组合，根据这些特点结合前人、