

LIPPINCOTT
WILLIAMS &
WILKINS



SPIRAL®
MANUAL

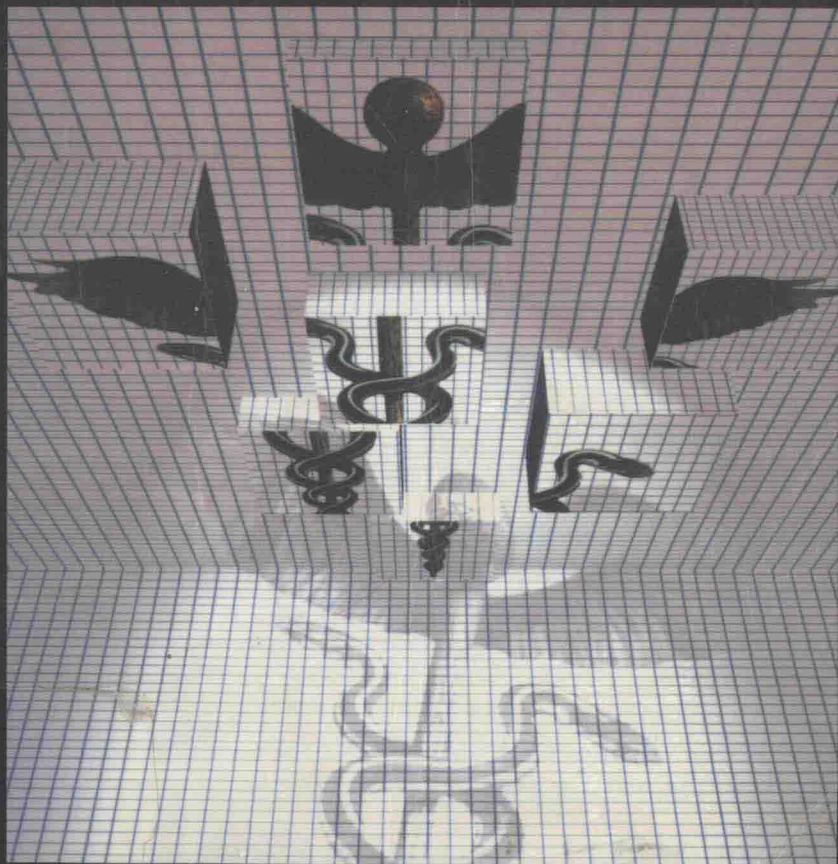
問題導向診斷 (POMD)

Problem-Oriented Medical Diagnosis
seventh edition

原著 H.Harold Friedman

校閱 長庚醫院副院長 程文俊 教授

編譯 長庚醫院內科部 張尚宏 醫師



Lippincott Williams & Wilkins



合記圖書出版社 發行

問題導向診斷

Problem-Oriented Medical Diagnosis 7/e

原著

H. Harold Friedman

校閱

長庚醫院副院長

程文俊 教授

編譯

長庚醫院內科部

張尚宏 醫師



Lippincott Williams & Wilkins



合記圖書出版社 發行

Problem – Oriented Medical Diagnosis 7/e

Edited by H.Harold Friedman

ISBN 0-7817-2955-6

Copyright© 2001 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopy, recording, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U.S.government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

Copyright© 2002 by Ho-Chi Book Publishing Co.

All rights reserved. Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins Inc., U. S. A.

Ho-Chi Book Publishing Co.

- * Head Office 322-2Ankang Road, Nei-Hu Dist., Taipei 114 Taiwan R.O.C.
TEL: (02)2794-0168 FAX: (02)2792-4702
- * 1st Branch 249 Wu-Shing Street, Taipei 110, Taiwan. R.O.C.
TEL: (02)2723-9404 FAX: (02)2723-0997
- * 2nd Branch 7 Lane 12, Roosevelt Rd, Sec 4, Taipei 100, Taiwan. R.O.C.
TEL: (02)2365-1544 FAX: (02)2367-1266
- * 3rd Branch 120 Shih-Pai Road, Sec 2, Taipei 112, Taiwan. R.O.C.
TEL: (02)2826-5375 FAX: (02)2823-9604
- * 4th Branch 24 Yu-Der Road, Taichung, 404 Taiwan R.O.C.
TEL: (04)2203-0795 FAX: (04)2202-5093
- * 5th Branch 1 Pei-Peng 1st Street, Kaoshiung 807, Taiwan. R.O.C.
TEL: (07)322-6177 FAX: (07)323-5118

本書經原出版者授權翻譯、出版、發行；版權所有。
非經本公司書面同意，請勿以任何形式作翻印、攝影、
拷錄或轉載。

國家圖書館出版品預行編目資料

問題導向診斷 (POMD) / H.Harold Friedman 【編】

：張尚宏 編譯 -- 初版 -- 臺北市

合記, 2002【民 91】

面； 公分

含索引

譯自：Problem-Oriented Medical Diagnosis, 7th ed.

ISBN 957-666-832-8 (平裝)

1. 診斷 — 手冊、便覽等

415.21026

91000991

書名	問題導向診斷 (POMD)
校閱	程文俊
編譯	張尚宏
編輯	林麗淑
發行人	吳富章
發行所	合記圖書出版社
登記證	局版臺業字第 0698 號
社址	台北市內湖區(114)安康路 322-2 號
電話	(02)27940168
傳真	(02)27924702

總經銷	合記書局
北醫店	臺北市信義區(110)吳興街 249 號
電話	(02)27239404
臺大店	臺北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電話	(02)23651544 (02)23671444
榮總店	臺北市北投區(112)石牌路二段 120 號
電話	(02)28265375
臺中店	臺中市北區(404)育德路 24 號
電話	(04)22030795 (04)22032317
高雄店	高雄市三民區(807)北平一街 1 號
電話	(07)3226177

郵政劃撥 帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司

西元 2002 年 2 月 10 日 初版一刷

原序 (PREFACE)

第七版問題導向之內科診斷 (Problem-Oriented Medical Diagnosis, POMD) 的目標和第一版沒有兩樣。簡言之，是想對日常行醫所面臨的內科問題，提供精簡、完整、有邏輯、有步驟的診斷方法。找出問題的第一步是完整的病史及身體檢查；藉由病史和身體檢查所獲得的資料，再選用適當的實驗檢查，協助建立診斷。許多醫師會例行地開立一大堆檢查，亂槍打鳥。但我們應記住：病史、身體檢查、實驗檢查已經提供所有的必要資訊，讓醫師能從中知道診斷、預後及處置。

由 Weed 所倡議的問題導向病歷，已取代了傳統病歷記載法；雖然還有人會爭辯問題導向系統的優劣，但無人能否認，不論使用何種病歷記法，醫師的最主要責任之一，就是找出病人的問題。這些問題可能表現為症狀、理學徵象、實驗或影像檢查的異常、一組症狀或症候群、或是一項臨床診斷。本書所討論的問題都經過精挑細選，若不是因為它們很常見、就是因為在臨床上很重要。在浩瀚無涯的內科領域中，當然不得不捨棄許多東西，才能讓本書維持合理的篇幅。

這些挑選過的重要問題將以章節方式列出。我以學術取向為標準，找了許多獻身於第一線臨床照護的醫師來寫這本書。希望這些作者的努力，能讓本書兼顧權威性及正確性。

本書是為醫學生、實習醫生、內科住院醫師、開業醫及所有內科人而寫。不過對護士及醫佐應該也會有用。

許多內科教科書的組織架構是依據疾病的名稱，而非依據病人。但是這些書並未說明遇到症狀、徵象、或檢查異常時，要「如何」才能得到疾病診斷。本書在每一項討論的問題之後，就緊接著安排診斷方法，希望能填補此一空隙。本書目的並非要取代傳統的內科教科書，而是作為其補充材料。

本書為了簡明起見，原則上是以大綱型式編寫，又要能兼顧完整性。由於各章作者的習慣各異，因此全書各項問題的書寫風格並不完全相同。不過，多數作者都採用下列格式：該問題的定義、關於病因的思考、重要的臨床特徵、對該問題的實用診斷步驟。同時還會寫出相關實驗檢查的簡易判讀法。但是將略去關於病理生理、預後、治療的討論，因為它們已超出本書範圍，而且可以很容易在其它書籍找到。基於此項理由，我們也略去參考資料及出處。

在這一版中，整本書的資料都已大幅更新，且多數已經改寫。

H.H.T.

校閱序 (PREFACE)

醫學的進展一日千里，而臨床思考與教學的模式也隨之改變。以問題為導向的學習由美國及加拿大發軔，也漸漸的影響到台灣醫學教育的主流，本書也在這個時代潮流中，因緣際會的在台灣出版。

本書的特色在於以「問題」為出發點，由問題的定義、原因、臨床表徵…等，架構成一個完整的思考診斷模式，並由其中尋找治療之道。對於內科學的初學者而言，是一本啟蒙的好書，對於精研內科學的專家們，亦是不同角度思考的重要參考資料。本書譯者張尚宏是長庚醫院內科部優秀的醫師，透過他的翻譯，不但保持了原著者的精神與內涵，並且生動將其發揚光大，使讀者更容易心領神會的得其精髓。在此寄望本書的出版對台灣的醫學教育與臨床訓練能有更進一步的貢獻。

長庚醫院副院長
程文俊

譯序 (PREFACE)

POMD 是我認為在尚未被譯成中文的內科手冊中，對學生最有用的一本。於是在眾人皆以為沈重的 primary care 及值班 loading 之餘，譯出此書。

書中有些地方漢英夾雜，因為我相信西書中譯之目的是為了讓讀者能更快地取得資料，而不是為了要讓整本書完全以方塊字印出。這種設計不但能減少讀者的誤解，某一程度亦可確保本書不致被一般讀者拿去用做自我診斷之憑據。

老話一句，參與本書出版的所有人員都已盡力減少書中的謬誤，但一定還有錯誤供讀者自己發現，請將你找到的錯誤 email 至 hochi@ms12.hinet.net 或 afen@adm.cgmh.org.tw。如果還有再版，當儘速改正。

最後感謝燕林及內科諸同仁，內科通訊的眾前輩，無人能獨立完成此一工作；並特別感謝程副院長校閱。

張尚宏

目錄 (CONTENTS)

原序	iii
校閱序	v
譯序	vii
1 一般問題	1
水腫	1
疲累	3
慢性疲累症候群	5
不明原因的發燒	6
無法解釋的體重減輕	11
焦慮狀態	14
憂鬱及躁症	16
後天免疫不全症候群 (AIDS)	19
睡眠疾病	23
2 皮膚問題	27
癢	27
蕁麻疹和血管水腫	32
3 心血管問題	39
胸痛	39
靜脈壓	47
頸靜脈的脈搏	48
動脈脈搏	51
動脈高血壓	53
胸前搏動及運動	61
心音	64
心雜音	71
心臟肥大和心肌病變	101
心悸和心跳的病變	112
週邊血管病變	124

4	呼吸問題	131
	呼吸困難	131
	哮喘	139
	咳嗽	139
	咳血	144
	發紺	146
	肺的實化場陷	149
	急性胸部 X 光異常	150
	單一肺結節	152
	縱膈腔腫塊	155
	肋膜積水的鑑別診斷	158
5	胃腸問題	163
	腹痛	163
	噁心與嘔吐	169
	心口灼熱	172
	吞嚥困難	173
	躁腸症候群	175
	腸胃道出血	177
	腹瀉	180
	便秘	187
	功能性腸病變	189
	腸胃道的氣體症候群	190
	腹水	192
	肝腫大	195
	黃疸	196
6	血液學問題	201
	貧血	201
	白血球異常	213
	出血和凝血疾病	229
	抗磷脂質症候群	242
7	腎、電解質、血中氣體和酸鹼問題	243
	腎和泌尿道疾病	243
	血氣體和 pH 異常	264

8 肌肉骨骼問題	277
杵狀指	277
週邊關節炎	278
肌肉痛	293
肩膀疼痛	298
臀部疼痛	301
膝疼痛	304
下背痛	309
頸疼痛和某些頸椎症候群	317
9 內分泌及代謝問題	321
高血糖	321
低血糖	324
未能成熟	328
無月經	332
腎上腺皮質功能亢進	339
腎上腺皮質功能低下	342
肥胖	346
甲狀腺腫大	349
高血鈣	352
低血鈣	356
高血脂	359
10 神經問題	363
昏迷	363
譫妄	368
失智	370
頭痛及顏面疼痛	375
暈厥	378
癲癇	383
頭暈及眩暈	386
神經肌肉性的無力	389
神經性的疼痛症候群	392
各種疾病的脊髓液所見	395
附錄	401
索引	415

一般問題 (GENERAL PROBLEMS)

1

水腫 (Edema)

(H. Harold Friedman)

定義 (Definition)

水腫是間質液體（即細胞外液的血管外部分）體積增加。血漿容積不一定增加。

診斷 (Diagnosis)

在臨床注意到之前，間質液體體積可能就已增加很多了。水腫的症狀和徵象有：無法解釋的體重增加、戒指或鞋子變緊、臉變胖、四肢變腫、腹圍增加、壓迫皮膚後持續有凹陷。

病因 (Etiology)

局部水腫 (Localized Edema)

此一名詞通常指靜脈或淋巴局部阻塞造成的水腫。通常只限於一肢或兩肢。例如：深部靜脈血栓、血栓靜脈炎、靜脈功能不全、popliteal (Baker's) 囊腫、蜂窩性組織炎、和外傷造成的單側下肢水腫。此一名詞有時亦用來指過敏狀態時的「血管性」水腫斑塊。

胸水或腹水可能是局部現象，亦可能發生於全身水腫狀態。若這種關係不明顯、或積水對治療無反應，應以針抽吸該項積水送適當的檢查（參見第4章「肋膜積水的鑑別診斷」；第5章「腹水的鑑別診斷」）。單腳水腫也可能是深部血栓靜脈炎、靜脈功能不全或popliteal (Baker's) 囊腫引起的靜水壓升高所致。它也可能是微血管通透性增加（蜂窩性組織炎或外傷）的結果。局部淋巴阻塞或骨盆腫瘤有時也會導致水腫。

雙腳水腫通常是全身水腫的表現。不過，有時候它也可能是因為兩側的靜脈功能不全。

全身水腫 (Generalized Edema)

最常引起全身水腫的原因列表如下：

I. 充血性心衰竭

- A. 症狀。通常可問出心臟病病史。運動時呼吸困難、端坐呼吸、夜間陣發呼吸困難 (PND)、疲累、無力、下肢水腫都很常見。
- B. 徵象。身體檢查常可發現靜脈鼓張、心臟肥大、肺底 rales 音、肝腫大、低處水腫。
- C. 實驗室診斷。CBC 正常、尿檢可發現蛋白尿（微量至 2+）。因為腎臟灌注太少而致的輕微氮血症甚常見。

II. 心包疾病

A. 慢性限制性心包炎

1. 症狀。主要症狀為呼吸困難、疼痛、無力、腹脹、水腫。
2. 徵象。典型發現有：靜脈壓顯著升高、通常有深的 Y 波谷和 Kussmaul's 徵象；達理脈 (pulsus paradoxus)；胸前寂靜無聲；輕

至中度的心臟肥大；無明顯雜音。

B. 心包炎併積水

1. 症狀。胸痛常見但不一定有。常會抱怨呼吸困難、端坐呼吸、咳嗽。
2. 徵象。心鈍音區面積增加。心尖搏動可能摸不到；若摸得到則會位於心鈍音的外側邊緣。心包摩擦音常見但不一定有。若有心包填塞，靜脈壓會升高、血壓減低且脈搏壓甚窄、pulsus paradoxus、腹水、水腫。
3. 實驗室所見。胸部X光和心電圖有助於診斷心包疾病。心臟超音波和其它檢查也可用來診斷心包積水。血行動力學檢查在評估慢性限制性心包炎時很重要。

III. 肝疾病

- A. 症狀。可問出酒癮和黃疸之病史。無力、疲累、食慾不振和體重減輕都很常見。
- B. 徵象。身體檢查通常可找出肝病的證據：黃疸、蜘蛛瘤、肝紅掌、肝腫大、有時還會脾腫大、腮腺水腫、男性女乳化、睪丸萎縮、和杵狀指。雖然下肢水腫並非罕見，但水腫可能只局限於腹膜腔（腹水）。
- C. 實驗診斷。典型發現如下：血清膽紅素濃度升高、肝功能檢查異常、血中白蛋白濃度減低。尿檢可發現蛋白尿（0到1+）。

IV. 低白蛋白狀態

A. 腎病症候群

1. 症狀。病史不一定問得出來腎疾病、或能造成腎病症候群的全身疾病（如：糖尿病、全身紅斑狼瘡）之證據。可能有全身症狀但無特异性。
2. 實驗診斷。尿檢可見嚴重蛋白尿（24小時>3.5g）和脂肪尿。典型病例有低血白蛋白、高血脂、高血膽固醇。

B. 蛋白質—漏失（protein-losing）腸病變

1. 症狀。這是一種罕見疾病，可與慢性發炎性腸病變、Menetrier's 症、胃癌合併發生。症狀視其原始疾病而定。
2. 徵象。沒有特異徵象。
3. 實驗診斷。典型病例的血清白蛋白濃度減少、尿檢正常。

C. 營養不良合併嚴重蛋白質缺乏也可能導致水腫。

V. 其它原因

- A. 急性腎炎症候群。此病特徵為寡尿、蛋白尿、血尿、紅血球 casts、高血壓和水腫。急性的「鏈球菌感染後腎小球腎炎」是最常見的原因。
- B. 不明因的水腫。此種情況幾乎只見於停經前婦女。病因未明。疾病特徵是從早到晚體重會大幅增加（通常是4到12磅）。單純的週期水腫很少見，但有時會重疊於前面所提的各種水腫模式。
- C. 黏液水腫（myxedema）。甲狀腺功能過低的病人常會在眼睛下方和脛骨前區域腫脹。後者水腫可能很堅實且nonpitting。
- D. 旋毛蟲症（Trichinosis）。此病常見於生食或未煮熟的豬肉，症狀及徵象有肌肉痛、發燒、眼週圍水腫、嗜伊紅球增加。
- E. 半身不遂。麻痺肢體的單側水腫常見於中風病人。
- F. 淋巴水腫。
- G. 絲蟲症（Filariasis）。

診斷方法 (Diagnosis Approach)

- I. 第一步要先判斷水腫是局部或全身性。通常仔細地詢問病史、作好身體檢查應該不難決定是哪一類。若已排除局部水腫，即可假設是全身性水腫。
- II. 全身水腫最常見的三種原因是：充血性心衰竭、肝疾病、腎病症候群。從臨床上應可清楚診斷出前兩項；嚴重蛋白尿則暗示第三項。
 - A. 充血性心衰竭、心包填塞有時不易鑑別診斷。心尖搏動向下向左移位、有馬蹄 (gallop) 音都強烈暗示充血性心衰竭，而非心包填塞。有一點值得注意：充血性心衰竭極常與心臟肥大一併出現，因此胸部 X 光心臟形狀正常幾乎即可排除此一診斷。
 - B. 肝疾病也是水腫的原因之一，身體檢查時可輕易看出。異常肝功能檢查支持此一診斷。
- III. 若全身水腫證實既非心血管疾病、肝病、亦非腎病症候群，就應考慮其它較少見的原因。
- IV. 水腫病人的例行檢查應包括：
 - A. CBC。
 - B. 尿檢。
 - C. 生化篩檢，包括 T4 和 T3 resin uptake、血清白蛋白和總蛋白、血清膽固醇、肝功能檢查。
 - D. 胸部 X 光。
 - E. 心電圖。
- V. 尿檢可見重度蛋白尿、血尿、cylindruria、沈渣中有成形物通常表示有腎實質疾病（參見第 7 章「腎和泌尿道疾病」）。
- VI. 中至重度蛋白尿，不論血中白蛋白有無過低、都暗示有腎病症候群。須作其它檢查才能判斷病因。
- VII. 血中白蛋白過低，卻無蛋白尿，在排除肝病之後，需檢查有無營養不良、蛋白質-漏失腸病變。
- VIII. 診斷不明因的週期性水腫關鍵在：臨床情況符合、排除其它原因、water-loading test 陽性。

疲累 (Fatigue)

H. Harold Friedman

疲累是病人求醫的最常見症狀之一。

定義 (Definition)

疲累是一種疲倦感，病人會用種種形容詞，如精疲力盡、勞累、沒元氣、沒精力、沒活力、沒興趣、沒生命力。常會合併出現無力的主觀感覺，很想休息或很想睡，看看參加晨會的住院醫師就可一目了然。

病因 (Etiology)

在工作一整天或持續運動之後感到疲累是天經地義。它也可能是長期情緒壓力或心智負擔的後果。在這些情況下，疲累的原因很明顯，病人也很少會因此而求醫。不過，慢性疲累就不是正常狀態。雖然慢性疲累可由身體微恙所引起，但它最常由精神原因所造成。表 1-1 列出常見慢性疲累原因。

表 1-1 慢性疲累的原因

- I. 源自精神問題的疲累 (佔病例 80%)
 - A. 焦慮狀態
 - B. 憂鬱
- II. 身體問題引起的疲累 (佔病例 20%)
 - A. 感染疾病
 1. 發燒
 2. 結核
 3. AIDS 或 AIDS-相關 complex
 - B. 代謝疾病
 1. 糖尿病
 2. 甲狀腺功能過低
 3. 副甲狀腺亢進
 4. 腦下垂體功能低下
 5. Addison's 症
 - C. 血液疾病
 1. 貧血
 2. 淋巴瘤和白血病
 - D. 腎疾病
 1. 急性腎衰竭
 2. 慢性腎衰竭
 - E. 肝疾病
 1. 急性肝炎
 2. 慢性肝炎和肝硬化
 - F. 發炎疾病
 1. 結締組織疾病
 2. 發炎性大腸疾病
 3. Sarcoidosis
 - G. 慢性肺疾病
 - H. 慢性心血管疾病
 - I. 腫瘤疾病
 - J. 慢性疲累症候群
 - K. 神經肌肉疾病 (參見第 10 章「神經肌肉造成的無力」一節)
 - L. 其它原因
 1. 藥物
 2. 酒癮
 3. 藥物濫用

診斷方法 (Diagnosis Approach)

病史 (History)

- I. 疲累病人的病史可提供很多資訊。因為疲累最常是由導致焦慮、忿怒、長期心理矛盾的精神問題所造成。一定仔細詢問病人的情緒狀態及生活現狀。憂鬱反應也常會引起疲累，常併有無力、食慾不振、體重減輕、冷漠、失眠、退縮、沒有繼續活下去的慾望、自責。醫師一定要小心這些症狀是否可能表示嚴重憂鬱，以及自殺的危險；此時要立即開始治療，就算診斷尚未完成也一樣。
- II. 疲累病因可能分析症狀就可得知。
 - A. 由焦慮引起的疲累，典型表現為：晚間上床時很累、早晨起床時一樣累。一般來說，疲累在白天會減輕。許多病人抱怨他們「總是很累」，睡得再久也無法改善其病狀、也無法增加精力。問診時常會發

現其疲累可有很大的變異：有時病人覺得極累，但有時（可能只是數分鐘之後）又充滿活力，可應付任何問題。「動機」是決定病人處理日常生活問題能力的重要因素。頭痛和其它疼痛、主觀的無力，都常和疲累一同發生。焦慮問題在本章稍後會再詳細討論。

- B. 由憂鬱造成的疲累沒什麼特定模式，但幾乎一定會伴隨其它憂鬱狀態的特徵（即：持續不停的憂傷、悲觀、認知力變化、心理失調）。憂鬱問題在本章稍後會再詳細討論。
- C. 另一方面，由身體病變造成的疲累，可經由減少活動量、休息或睡眠而緩解。病人早上起床時會比較有精神，但不如原來那麼有活力。
- D. 病人明明看起來很累，但卻否認或輕描淡寫其疲累；或是家屬描述病人很虛或很累，通常表示有器質疾病，而非精神問題。

身體檢查 (Physical Examination)

- I. 疲累本身沒什麼特別的理學發現。
- II. 病人看起來蒼白、憔悴、有病容、疲累、無力，表情消沈，身體萎靡都表示有器質疾病。
- III. 如果你看過憂鬱病人的表情，印象應該很深刻。
- IV. 多數會造成疲累的身體病變，應該從臨床觀察就可診斷。
- V. 所有病人都應作詳細的神經學檢查。

實驗診斷 (Diagnosis Workup)

- I. 診斷檢查的主要目的在於排除器質疾病。從此角度出發，建議作下列項目。
 - A. CBC。
 - B. ESR。
 - C. 尿檢。
 - D. 生化篩檢。
 - E. 甲狀腺功能檢查（如：TSH; T4; T3 resin uptake 或 T3 RIA）。
 - F. 飯後兩小時血糖、或葡萄糖耐受試驗。
 - G. 胸部 X 光。
 - H. 心電圖。
 - I. 若有必要，HIV 血清試驗。
 - J. ANA。
- II. 若初步檢查都是陰性，病人除了疲累之外也沒怎樣，通常可排除器質疾病，不必再作進一步檢查。仍應持續觀察病人，直至全身病變可充分排除為止。身體有問題的疲累病人，遲早會發生其它症狀或徵象。萬一真的是這樣，當然就要進一步檢查。

慢性疲累症候群 (Chronic fatigue syndrome)

H. Harold Friedman

慢性疲累症候群是一群複雜症狀，病因未明，最近幾年引起相當多的注意。其特徵是持續或反覆的虛弱疲累，加上下列症狀。它多見於健康的、異性戀年輕人，約有四分之三是女性。有人將之歸因為 Epstein-Barr 病毒造成的持續單核球增多感染，但其間的關係尚未證實。Epstein-Barr 病毒的血清檢查是否有診斷價值，仍有疑問。治療效果很差。有人提出此症候群可能是由某種新發現的人類逆轉錄病毒 (retrovirus) 所致。

慢性疲累症候群病人身上的某些異常顯示有中樞神經系統 (CNS) 功能不良。包括免疫異常、下視丘和腦下垂體受犯、某些特定的神經傳導物質代謝物濃度異常、大腦灌流異常。

1

診斷 (Diagnosis)

根據 Holmes 的發現 (Ann Int Med 1988; 108:387)，要診斷慢性疲累症候群，需符合主要標準 1 和 2，以及下列的次要標準：11 項症狀標準中至少有 6 項且 3 項身體標準中至少有 2 項；或是 11 項症狀標準中至少符合 8 項。

主要標準 (Major Criteria)

- I. 新發作的、之前未有的持續或反覆疲累，已足以減少日常活動 50% 以上，持續至少 6 週。
- II. 以適當方法排除其它會造成類似症狀的問題，包括癌症、自體免疫疾病、感染、慢性精神疾病、慢性發炎疾病、神經肌肉疾病、內分泌疾病、藥物成癮或濫用、藥物或毒素的副作用、慢性疾病。

次要標準 (Minor Criteria)

- I. 輕微發燒 (37.5°C 到 38.6°C) 或畏寒。
- II. 喉嚨痛。
- III. 會痛的頸和腋淋巴結。
- IV. 無法解釋的全身肌肉無力。
- V. 肌肉不適或肌肉痛。
- VI. 運動之後，長時間的 (24 小時以上) 全身疲累，而此運動之前本來沒問題。
- VII. 廣泛頭痛，和以前的頭痛不一樣。
- VIII. 移行性的關節痛，但關節不腫也不紅。
- IX. 神經精神症狀，如畏光、視野有暗點、健忘、躁動、混亂、無法集中注意力、思考困難、憂鬱。
- X. 睡眠障礙 (嗜睡或失眠)。
- XI. 主要症狀都在數小時到數天內發作。

身體標準 (Physical Criteria)

這些標準要由醫師在兩次檢查中都證實，且兩次間隔至少一個月。

- I. 低度發燒 (見次要標準)。
- II. 非滲出性咽喉炎 (Nonexudative pharyngitis)。
- III. 摸得到或會痛的前頸、後頸或腋淋巴結 (直徑 <2 cm)。

鑑別診斷包括表 1-1 列的情況。列於上面「實驗診斷」一節的傳統檢查往往正常。

不明原因的發燒 (Fever of Unknown Origin)

H. Harold Friedman

定義 (Definition)

不明原因的發燒 (FUO) 定義為連續發燒至少三週以上，白天體溫超過 101°F (38.3°C)，住院積極檢查一週以上仍無法診斷；或體溫超過 100.5°F (38°C) 持

續3週以上，病人的病史、身體檢查、血球計數、尿檢和胸部X光都無法指出診斷（Sheon和Van Ommen的定義）。不論使用哪一種標準，FUO的診斷方法都因病人而異。沒有嚴格的規則，因為每個發燒原因不明的病人都有其診斷上的獨特問題。診斷FUO最重要的是需發燒三週以上，因為這已能排除大部分的病毒和細菌感染、和其它與發燒有關的自限疾病。

病因 (Etiology)

大多數FUO病人都沒什麼罕見疾病，反而多是常見疾病的不典型表現，才那麼難診斷。大部分FUO病人都以感染和腫瘤為主因。結締組織和自體免疫疾病、肉芽腫疾病、其它疾病都較少見。約5%到10%的病例原因不明。表1-2列出文獻中報告過的疾病。

表 1-2 不明原因發燒的病因

疾病分類	Peterdorf和Beeson (100例， 1952-1957)	Howard等 (100例， 1969-1976)	Larson等 (105例， 1970-1980)
感染	36	37	32
結核	11	3	5
腹部膿瘍	4	9	8
肝膽	7	7	4
心內膜炎	5	9	0
泌尿道	3	4	3
Cytomegalovirus	0	0	4
骨髓炎	0	0	2
Brucellosis	1	1	0
其它	5	4	6
癌症	19	31	33
淋巴瘤	6	20	11
白血病	2	3	5
堅實腫瘤	9	8	6
其它	2	0	11
膠原血管和自體免疫疾病	13	13	8
Still's 症	2	1	4
全身血管炎	0	5	1
紅斑狼瘡	5	3	0
風溼熱	6	0	1
其它	0	4	2
肉芽腫疾病	6	7	9
Crohn's 症	0	4	2
Sarcoidosis	2	0	2
Giant cell 關節炎	2	3	1
雜項	19	7	10
詐病	3	0	3
週期熱 (Periodic)	5	0	0
肺栓塞	3	0	1
血腫	0	0	3
藥物熱	0	2	0
其它	8	5	3
未診斷	7	5	13

來源：Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report of 100 cases. *Medicine (Balt)* 1961;40:1; Howard P, et al. Fever of unknown origin: a prospective study of 100 patients. *Tex Med* 1977;73:56; Larson EB, Featherstone HJ, Petersdorf RB. Fever of undetermined origin: diagnosis and follow-up of 105 cases, 1970-1980. *Medicine (Balt)* 1982;61:269, with permission.