

NEIKEXUE YUANLI

〔美〕G·W·索恩 主编

陈力田 张葆樽 蒋国彦 译校

内 科 学 原 理

(第1卷)

人民卫生出版社

Harrison's
Principles of Internal Medicine

Eighth Edition 1977

George W. Thorn
Raymond D. Adams
Eugene Braunwald
Kurt J. Isselbacher
Robert G. Petersdorf

内 科 学 原 理

(第 一 卷)

陈力田 张葆樽 蒋国彦等译校

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

四川新华印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 58 $\frac{1}{2}$ 印张 8插页 1360千字

1982年11月第1版第1次印刷

印数: 1—24,300

统一书号: 14048·4060 定价: 6.65 元

人 民 卫 生 出 版 社

出版说明

《内科学原理》是国际上著名的内科学参考书，我社将其第八版译成了中文。由于该书篇幅较大，此次出版时分成四卷发行，第一卷总论和症候学，第二卷生物因素引起的疾病，第三卷器官系统疾病，第四卷神经精神疾病。由于参加翻译的人员较多，难免存在一些不足之处，衷心希望读者批评指正。

人民卫生出版社

序

常常有人问为什么要写序言，写了以后是不是有人看。维克托·雨果在他为《克伦威尔》（Cromwell）一书所写的著名序言中指出，一个人在浏览了雅致的客厅以后，很少会再去地窖看看，也不会吃了果实以后再去检查果树的根。无可否认，本书的读者将从书本的内容和风格，而不是从编者的种种托词来评价它。还可以进一步说，如果客人多次光临，他当然知道地窖里有丰富的贮藏。那么，为什么还要给第八版写序呢？

这篇序言是想指出本版在哪些方面保留了或可能偏离了本书原来的目标。这样，可以把这本内科学教科书的目的告诉那些对以前诸版本不熟悉的读者。

将近三十年前，当第一批编者在一起聚会时，他们决定写一本符合临床规律的内科教科书。在他们还是学生或当老师的时候就发现这种规律非常有用。当时设想，这样一本书将扼要地叙述医生作出诊断的思考步骤，这些步骤就是记录病人的症状和体征，考虑能产生这些症状和体征的各种各样疾病，并有效地利用一切方法以支持和证实或改变最初的印象，最后达到确诊。

与这种临床探讨相一致的逻辑上第一个步骤，就是考虑疾病的主要表现。病人只是陈述症状而不能说出诊断。因此要搞好临床医学，最基本的就是能识别疾病各种表现的不同原因，以及它们是如何产生的。这就要求懂得生理学以及懂得偏离了正常状态、导致一种或另一种疾病的方式。为此，在本书的第一版就编入有重要意义的基本生物学材料，并从那时以来，一直把它视为本书不可缺少的组成部分。

很多美国医学院校课程的变革，特别是

缩短对于临床医学来说是基础的科学标准课程和代之以较短的“核心”课程，我们相信，已经增加了现代临床医学教师 and 现代医学教科书的任务。现在正在进行临床训练的学生，虽然在很多方面比他们的前辈，甚至比他们的上一代，知识远远广博得多，但是，他们可能对于症状发生的机制和疾病过程并没有充分了解，而这对于明智地处理临床问题却是必需的。本书认识到这种学校课程对教育所提出的挑战，因此把临床生物化学的病理生理学作为本书整体的一部分，在可能范围内从临床背景来讨论。

按照从一般到特殊的方法去做，通常能最有效地对症状作出解释。症状常常可以被组合在一起称为综合征。综合征是各种发病因素或疾病机制的结果；如果对之有认识，就可构想出恢复正常生理状态的各种办法和用合乎逻辑的、系统性的方式去实施这些办法。此外，建立在分析症状、识别综合征和思考各种发病机制这一基础上的诊断方法能保证我们对病人的各种临床表现所可能有的多种解释作出考虑。采用这种探讨方法，就不大可能把应该考虑到的疾病忽略掉。在本版第4章特别加以讨论的“定题医疗记录”

（Problem oriented record），可能使这种对病人的诉述的逻辑性探讨容易实行。

本书的写作计划是和这种探讨方法一致的。在编者写的关于如何和病人打交道的一般哲理讨论（第一部分）之后，就谈论疾病的主要表现（第二部分）。讨论各种症状的产生机制，列出识别疾病表现的方法。结合临床表现讨论实验室检查结果。第三部分概述研究临床医学所必须了解的生物学问题，一共有几篇：遗传学和人类疾病——讨论了

细胞遗传学、出生前诊断以及遗传学咨询；临床药理学——讨论了药物作用原理和药物反应；代谢问题——讨论了糖、脂肪和蛋白的中间代谢，体液和电解质及酸中毒和硷中毒；还有一篇是关于免疫学问题的。

本书的其余部分是讲述各种具体的机体紊乱和独立的疾病。所有这几篇，在可能范围内强调对综合症的探讨。读者可以看到，在大多数篇章的开头，在引言和/或在第1章中，讨论了研究病人的方法，这些病人的临床表现所提示的疾病在该篇内讲述。

治疗问题是结合个别具体的疾患或一类疾病进行讨论的（例如第130章感染的化学治疗，第239章心血管紊乱的药理治疗），并从具体实用的角度来讲述。

经过仔细考虑后，决定不列举过多的文献目录。在每章之后所列的参考文献大多仅限于综述和专著以及少数最有意义的新的论著（按：中文版中文献未转载）。

本书的大多数篇章在第8版作了修改，并增加了一些新的章节和新的讨论，即：成人呼吸窘迫综合征，它在内科学中越来越重要；关于体液潴留机制的生理学新概念；关于心绞痛和冠状动脉旁路手术评价的讨论；超声心动图学；纤维光学支气管镜检查 and 肺的过敏性疾病；全部改写的血液病学，包括骨髓移植的讨论；关于宿主防御机制、内科急诊、肿瘤学、胃肠病学等方面的一些新篇章，后者包括内窥镜技术的讨论、胆结石形成的现状以及炎症性肠疾病；重新整理的脑血管疾病这一章使材料对临床医生更有用（列出常见的问题和逐个进行临床探讨）；电子计算机处理的轴体层照相（CT）作为脑的非创伤性检查技术的价值，和它在诊断高血压性出血、硬脑膜下和硬脑膜外血肿、脑肿瘤、脓肿、出血性梗塞、脑积水和大脑萎缩的应用实例（这一新技术的出现已经导致对上述每一种病理状态的标准临床探讨方法作出修改）；在内分泌学方面，增加了下

丘脑释放激素、抗利尿激素分泌失调、高血糖素和降钙素分泌和微量元素在临床疾病的重要性等新的章节；还有关于生育控制、供内科医生用的性咨询知识的章节，以及增龄变化、老化和衰老问题的讨论。

本书第7版出版后，它的最早编辑之一和第7版的主编Maxwell M. Wintrobe博士退休了。Wintrobe博士在近三十年间对本书作了巨大贡献，完成了连续7版的工作。就是这位Wintrobe博士和他在盐湖城的同事，提倡一种独特的方法体系：每一新篇章要经过医学生、住院医师和教研组成员进行评论；这样做大大有助于编者深入了解“使用者”的需要和想法。Wintrobe博士虽然对本书不能继续给予指导和建议，但无疑地，在本书以后的各版中将仍然能感触到他的影响。

我们的很多同事对编者的意见热心地作了答复，对此，编者再一次高兴地表示感谢。我们继续感激许多朋友和同事提出宝贵的批评，其中有华盛顿州西雅图市（Seattle, Washington）的George Brengelmann, Wayne R. Crill, Ralph E. Cutler, Harvey Featherstone, Alexander Fefer, Philip Fialkow, Clement A. Finch, Robert O. Friedel, Charles J. Goodner, Ted Hansen, Laurence A. Harker, Walter Herrmann, Eugene A. Hessel, Robert S. Hillman, John A. Holcenberg, Robert Jones, Sambasiva Lakshminarayan, Victor Lavis, Leonard Quadracci, John C. Sherris, George Stamatoyannopoulos, Douglas K. Stewart, Paul E. Strandjord, Gary E. Striker, S. Mark Sumi, Philip D. Swanson, E. Donnall Thomas, 和 Paul P. Van Arsdell; 圣地亚哥市（San Diego）的Sam Masouredis; 纽黑文市（New Haven）的Richard K. Root和达勒姆市（Durham）的Robert S. Gutman诸博士。

除了上述各位外，还有大批的作者（名字列在xxi页至xxvii页）也评论了各个章节。

我们的秘书同事们作出了不可估量的帮助。我们特别感谢Mrs. Freda Foster, Mrs. Hilda Gardner, Mrs. Trudy Geissler, Mrs. Mary Jackson, Miss Patricia Kaldlick, Miss Rita Kopps, Mrs. Cynthia

Reid, 和Mrs. Jana Spellman.

George W. Thorn

Raymond D. Adams

Eugene Braunwald

Kurt J. Isselbacher

Robert G. Petersdorf

（陈力田 译）

目 录

序	1
第一部分 医师和病人	1
第1章 接诊病人	1
第2章 疾病的探讨	4
第3章 照管病人	8
第4章 定题医疗记录	12
第二部分 疾病的主要表现和处理	18
第1篇 疼痛	18
第5章 概述	18
第6章 头痛	27
第7章 胸痛	38
第8章 腹痛	45
第9章 背部和颈部痛	50
第10章 四肢痛	65
第2篇 体温变化	72
第11章 热的调节障碍	72
第12章 寒战与发热	80
第3篇 神经功能的变化	92
第13章 绪言	92
第14章 神经质、焦虑和抑郁	93
第15章 倦怠与无力	96
第16章 昏倒、晕厥及发作性无力	99
第17章 运动瘫痪	107
第18章 震颤、舞蹈病、手足徐动症、共济失调和其他运动及姿势异常	114
第19章 头晕、眩晕和步态障碍	124
第20章 视觉、眼球运动和听觉的一般障碍	131
第21章 感觉障碍	141
第22章 昏迷与有关的意识障碍	147
第23章 睡眠及其异常	157
第24章 痉挛状态和特发性癫痫	163
第25章 言语障碍	173
第26章 谵妄和其他急性精神错乱状态	184
第27章 大脑弥漫性和局灶性疾病引起的智能和行为障碍	191
第4篇 循环及呼吸功能的变化	201
第28章 上呼吸道疾病	201
第29章 咳嗽及咳血	208
第30章 呼吸困难及肺水肿	211

第31章	发绀、缺氧、原发性红细胞增多症	217
第32章	水肿	224
第33章	心悸	230
第34章	低血压及休克综合征	234
第35章	动脉压升高	239
第36章	急性心血管虚脱及死亡	243
第5篇	胃肠道机能异常	250
第37章	疾病的口腔表现	250
第38章	咽下困难	255
第39章	消化不良	257
第40章	食欲不振、恶心和呕吐	261
第41章	便秘、腹泻和肛门直肠功能失调	264
第42章	呕血和黑粪	269
第43章	黄疸和肝肿大	273
第44章	腹胀及腹水	281
第6篇	体重的改变	284
第45章	体重减轻	284
第46章	体重增加、肥胖	286
第7篇	泌尿功能的改变	293
第47章	排尿困难、尿失禁及遗尿	293
第48章	少尿、多尿和夜尿症	297
第49章	血尿	301
第8篇	生殖机能及性机能的改变	302
第50章	月经失调	302
第51章	性机能障碍	307
第52章	性知识咨询	309
第53章	不孕和节育	314
第9篇	皮肤的病变	319
第54章	皮肤病变的含义	319
第55章	皮损对内科的意义	326
第56章	泛发性瘙痒症	337
第57章	皮肤的色素沉着及黑色素代谢病	339
第58章	光敏感和对光的其他反应	348
第59章	多毛症和脱发	353
第10篇	血液学病变	355
第60章	苍白与贫血	355
第61章	出血	363
第62章	淋巴结和脾肿大	372
第63章	白细胞异常	377
第三部分	在临床医学方面生物学的重要性	387
第1篇	遗传和人类疾病	387
第64章	人类疾病的遗传因素	387

第65章	遗传性疾病的预防和治疗	407
第2篇	临床药理学	413
第66章	药物治疗原则	413
第67章	药物不良反应	427
第3篇	代谢问题的探讨	435
第68章	蛋白质、脂肪和碳水化物的中间代谢	435
第69章	液体与电解质	450
第70章	酸中毒和碱中毒	463
第4篇	免疫学概念	473
第71章	临床免疫学导论	473
第72章	速发型超敏感性疾病	484
第73章	多发性骨髓瘤和其他浆细胞和淋巴细胞病	490
第74章	免疫缺陷病	497
第75章	免疫复合物病	506
第76章	移植	511
第77章	系统性红斑狼疮	528
第78章	脉管炎	534
第四部分	营养、内分泌和代谢性疾病	541
第1篇	营养缺乏病	541
第79章	营养需要量	541
第80章	营养不良发病机理和治疗的概念	547
第81章	营养状况的评定	550
第82章	饥饿和蛋白质-热量营养不良	555
第83章	癞皮病	559
第84章	硫胺素、核黄素和维生素B ₆ 缺乏	562
第85章	坏血病	566
第86章	维生素A、E、K缺乏和维生素A过多症(维生素D缺乏见352章)	570
第87章	微量元素代谢的障碍	575
第2篇	内分泌疾病	578
第88章	一般概念和主要综合征	578
第89章	丘脑下部和释放激素	582
第90章	腺垂体疾病	589
第91章	神经垂体疾病	603
第92章	甲状腺疾病	617
第93章	肾上腺皮质疾病	641
第94章	嗜铬细胞瘤	685
第95章	糖尿病	692
第96章	非糖尿病性糖尿	717
第97章	胰岛素过多,低血糖及胰高血糖素分泌	721
第98章	睾丸疾病	733
第99章	卵巢疾病	744
第100章	乳房疾病	758
第101章	松果体疾病	765

第3篇 代谢缺陷	768
第102章 概述	768
第103章 遗传性氨基酸代谢障碍	770
第104章 贮积病	777
尿黑酸尿症与褐黄病	777
原发性高草酸盐尿症及草酸盐沉着症	778
贮积病	779
第105章 膜转运缺陷	781
胱氨酸尿症	781
Hartnup病	783
肾性糖尿病	783
肾小管性酸中毒	784
第106章 类癌综合征	786
第107章 痛风及其他尿酸代谢疾患	790
第108章 血色病	802
第109章 卟啉代谢障碍	806
第110章 肝豆状核变性	813
第111章 糖原合成和动员障碍	817
第112章 半乳糖血症	822
第113章 脂类代谢障碍与黄瘤病	823
第114章 淀粉样变性	837
第五部分 化学和物理因素所致疾病	842
第1篇 化学性中毒	842
第115章 总论及处理原则	842
第116章 常见毒物	848
第117章 重金属	863
第118章 乙醇	867
第119章 阿片类及其他合成镇痛药	878
第120章 巴比妥类	883
第121章 镇静催眠药、治疗精神病药、兴奋药和致精神病药	887
第2篇 环境和物理因素引起的急症	894
急症医学	894
第122章 动物咬咬引起的疾病	896
第123章 气压变化引起的疾病	905
第124章 有关航空和航天的问题	911
第125章 辐射和电击伤	915
第126章 淹溺	922

第一部分 医师和病人

第1章 接诊病人

没有任何一个人比医师有更多的机会、责任和义务。在治疗病人时，医师需要有技能、科学知识以及对人的了解。运用上述条件，具备勇气、谦逊和智慧，才能做出独到的业绩，树立起为后人敬仰的品格典范。医师对命运之所求，无过于此，并且也以不低于此目标为满足。

医学艺术

在医学实践中，医师遵循这样一种原则，即在解决实际问题时，要应用科学方法和科学原理。归根结底，这就是一种科学与艺术相结合的方法。必须了解现代医学的科学基础。这一极端重要的意义，已为人所熟知，但对于医学艺术的意义，却并未受到足够的重视。因此，要从大量互相矛盾的具有决定性意义的体征和实验室资料中，找出具有决定性意义的诊断线索；要能在遇到疑难病例时知道何时开始、何时终止检查和治疗；尚需依靠“融会贯通”的经验作出判断。要完成医学艺术这些要点所需要的技巧，一般不是单靠实验室的研究所能获得的。

增强与病人之间的个人关系和了解，以及由表及里地探索病人的行为动机的能力，都需要有医师的主观洞察力和日益成熟的智慧。机敏的医师会清楚地认识到，漫不经心地谈论表面上像是无关紧要的疾病，是使病人对所担心的疾病（如癌症或心脏病）得到安心的一种手段。他们还能立即知道何时可探索与病人生命攸关的更本质问题，何时避

而不谈，何时说明病人的预后良好使其宽慰，何时以及如何透露疑虑和说明注意事项。

医学之所以是一种艺术还在于：医师永远不能满足于仅仅尽力弄清楚自然规律这样一种单纯的目的；也不能仅仅以科学家那种但求真理的冷漠超然态度来从事自己的工作。持有这种态度的科学家，只不过是进行一种“对照实验”而已。然而至关重要的是，医师从事研究和治疗病人时，必须保持客观态度，这才符合病人的利益，但是，医师必须运用自己高超的判断力，而且永远不可忘记他们根本的传统目标是以实用为主的——即防治疾患、解除身心痛苦。

患者是人

同一类型的疾病，因患者年龄、个性、社会地位不同，其表现方式亦各不相同。其原因在于各种社会关系在不断地改变，从完全依靠双亲、家庭和师长——这些人一定会提供很多病史详情——的状态变成一种相对自立的状态。与此同时，人在逐渐成熟，自我中心的倾向也部分地受到抑制。生活经历中的这种趋向及其改变是形成人格的基础，而在这些自然发展过程中出现的偏差就使其不能很好地适应社会。仅此一点即足以构成就医的理由，但更常见的情况则是伴有其他的疾病。

影响医师和病人关系的另一个方面是，在病人心目中疾病的真正的或暗示的意义。任何有损于健康的变化，包括身体损害与残疾的潜在性威胁，甚至对于最聪颖的、广闻博识的病人，也应认为他难以避免不良预兆的影响，只是他不愿提及而已。事实上，大多数病人对因得病而不得不靠他人生活的可

能性，比对疾病本身更为关心。医师在处理老年病人时，牢记这些令人耽心的事显得特别重要。因为老年人很少不关心：“陷阱已摆好”，死亡已迫近。

病人前来就诊时的态度总是带有不愉快和忧惧的色彩，这种状态大多数是无意识的。其最深切的愿望与其说是治疗不如说是希望得到舒适与解除痛苦，并且，他的信心和期望是但愿这些请求能有某种奇迹的出现。你们不要相信这些强烈的情绪和愿望在被教育、理智和表示信任的坦率平静地掩盖起来后，竟然会在任何情况下都不存在了。

(Wilfred Trotter)

疾病可危及一个人在社会集体中的地位，在儿童时期，长期病残，必然留下过分自我中心的心理，这种心理可成为终生神经官能症的基础。在成人，生病使之处于不能自立的处境，这一变化使病人出现忧虑和沮丧感；有时导致明显的焦虑和抑郁。以上情况可解释一些病人用以对付疾病的常见的心理防御现象。他可能拒绝就医，即或鼓起勇气去找医师看病时，也会缩小甚至不提他最为关心的主要症状。还有些病人情感脆弱而又不稳定，因此，由于疾病所致的不能自立状态，使他们得以摆脱成人应尽的义务。他们以病为乐，而极不愿意去治好他们的慢性病。有这种倾向而程度较轻者，见于那些一出现新症状就去找医师看病的、以及对过去的疾病和手术总是耿耿于怀的病人。

在医院病房这样相对不受干扰的环境中进行检查，病人的情感生活也许看来就相对不重要了。器质性损害有一种力量迫使人们注意着病变，而且，可能不费劲地把注意力的焦点局限在身体疾病这一范围。把病人看作是一场巨大的、不断在移动的历史情景重现的积极经历者——这一场面包括他的先辈个

人方面的奇特现象、他自己的恐惧心理、对事物反应的方式，以及贫穷、不安全感，或许还有不幸的职业关系和家庭关系的作用，是需要更多的时间、精力、和经验。可是，每个有经验的医师都知道，要解释疾病的诸多表现，应把病人综合地看作为一个拥有丰富经验的机体，他对其中有些经验虽只有模糊的印象，然而这些经验已成为病人当前处世的基础。

医师的责任

对病人的痛苦，医师要作出反应并设法使之减轻，找出病人还未觉察的体征或能导致疾病的异常改变。让病人保持舒适。为达到此等目的，就需要广泛弄清情况。疾病决不会局限于一个系统，也不会只是一种单纯的疾病。不论是家庭医师、作“初步治疗”的内科医师、还是一个专科医师，决不能把患者当作一个器官系统，头痛医头，脚痛医脚，而必须作为完整的人来看待。

对健康人的检查

预防医学的明智实施往往被认为平淡无奇，然而无论是对个人或对全体人民而言，医学中几乎没有什么别的领域比预防医学更为重要。在医学实践的这一侧面，医师所面对的个人或人群并无明显病态，或他们的主诉与所要预防的疾病无关。由于采用定期体格检查和容易做到多方面的筛选试验 (multiphasic screening test)，使医生在疾病的早期，常常是在第一个症状出现以前，即可发现并进行治疗。

作健康检查的医师并不是“学非所用”。发现疾病的早期征候需要更高的技术，而处理一些病人和家属都熟知的症状却比较容易。发现和治疗潜在的严重疾病，比处理不能治疗的疾患对病人来说贡献更大。

在一位无自觉症状的人身上发现高血压或血糖、血清尿酸、胆固醇的水平增高，或

对程度较轻的神经质和抑郁症的分析讨论,对防止和延缓其严重后果的发生提供了无可比拟的良机。要说服一个无自觉症状的人去正视他所希望避免发生的事,或改变其习惯及饮食,使之在有生之年遵循治疗方案并非总是容易的。尽管如此,由于这些方面的工作具有如此巨大的价值,因此完全值得每个医师做出努力和给以注意。

病人和医师关系的变化

传统上曾作为所有医师的目标,即病人与医师一对一的关系,目前,主要由于医疗实践的发展而正在发生改变。在多数情况下,处理个别病人时,需要各种训练有素的专门人员积极参予,不仅要有医师,还要有护士、医助、营养师、生物学家、心理学家以及其他辅助医务人员。这样的协作对病人是极为有利的,但是,指导病人战胜疾病则是医师的责任。为了完成这一越来越困难的责任,医师必须在一定程度上熟悉与医学有关的各领域中同事们的各种技术、技巧和他们的任务。他们的各种发现不能认为是孤立的现象,而应该从总的临床表现来解释。医师必须负责作出诊断、治疗的重要决策,使病人有机会得到科学重大进展的全部好处。

越来越多的病人是在医生联合诊所、门诊部、医院和保健机构(HMOS)而不是在个人独立开业的医师那里看病。对医师和病人来说这些有组织的医疗机构有很多潜在的优越性,但也有很多意外情况。必须明确规定,对每一特定的病人应始终由一位医师负责,该医师必须综合观察病人的所有问题,应熟悉患者对疾病和药物的反应,以及对日常生活中遇到的问题的反应。另外,因为在某一时期内可能有数名医生共同负责某一个特定病人的治疗,又因不仅是医师而且还有病人也流动频繁,所以,保存确切详尽的记录显得越来越重要。医师必须迅速把来自临床、化验检查的资料记入永久性病历

中。只有这样才能对病人提供连贯的和高质量的医疗。

医师是人

检查疾病的医师首先是人,必然容易受到自己经历中的各种事情的影响。这种背景将会强烈地影响医师对病人的各种反应和了解。医学生接受了大量关于物理诊断和实验室诊断方法的精湛辅导,在这些领域内,最易于发展其技巧,使之能与病人建立满意的关系。年轻医师可能在处理病人时感到难以胜任,不仅对病人的问题难免感到没有把握,而且与个人新近成为负有职责的医师有关。此外,有些自己的反应也可能难以控制:因为病人没有出现令人瞩目的器质性病变而对病人不感兴趣;因病人繁琐或叙述病史上缺乏清晰和一致性而不满;或者甚至因为对疾病的治疗没有达到预期的效果而感到失望。

为要体会和了解病人的问题,医师不要单纯地下指令,而需要感情充沛、对别人有兴趣和关心体贴。医师要学会保持心情舒畅,能与各阶层人士建立融洽的关系,要了解到每个人生来就具有取决于基因的各种潜在可能性,人在其成长发育所在的富于感情的环境中,会形成自己的人格与个性。医师必须关心病人也必须关心他的病。

医师在社会上有其特殊职能,不仅就人类的疾病而言他应是一位生物学家;而且就人类的行为而言他应是一位心理学家。医师在用其精湛的技术和技能影响病人的生理功能时,还应抱着仁慈之心,并且由于确信凡做得到的事均会做到而充满信心和把握。这种气氛将发展为一种健全的人与人的关系。务必使病人确切地感到别人知道他的个性,他的生命问题也受到了重视。这对已明确的器质性疾病患者,以及对于那些主要是心理学方面和情绪方面问题的人都同样重要。

(孙继武、曾平、李中凡、吴延璋、苏森龄、徐天华译校 陈力田复校)

第2章 疾病的探讨

病史

书面病历应体现病人一生中直到求医之时具有医疗意义的全部事实。当然,最新发生的各种疾病引起最大的注意,因为很明显,这正是病人就诊的理由。叙述症状最好用病人自己的语言,其中重要的事项按其发生先后次序提出。但是很少有病人具备应有的观察力以及清晰连贯的叙述才能,医师仍需提问,但同时应避免向病人提示答案。

往往有这种情况:病人关心的某一症状其实意义不大,而某种似乎是不重要的陈述,反而可能颇为重要。因此医师在思想上要经常注意这种可能:即患者所叙述的一切事项或是任何似乎微不足道的或显然无关的症状,都可能是解决医疗问题的关键。当取得体格检查和实验室检查资料时,所提出的问题应予以彻底明确。

有内容的病史就不只是按先后次序罗列症状而已。听取和注意其诉说症状的方式,往往会另有所获。病人语调的变化,面部表情和所持的态度,可了解病人对其症状的看法提供一些重要的线索。所以听取这样详细叙述,不仅能发现有关疾病的事项,而且能对病人的情况有所了解。

一个医师有了经验就会知道采集病史时易犯的错误。病人的大部分叙述是属于内心透露出来的主观现象,这些主观现象,因其过去经验的背景不同而异。显而易见,不同病人对同一刺激的反应差异很大。他们所陈述的内容,因对疾病、丧失劳动力以及死亡的恐惧,和担心疾病对家属造成后果而有各种不同程度的渲染。另外的困难是语言上的隔阂、因智力的不足而不能确切地回忆、或者某种意识障碍使病人未能察觉到自己生

病。难怪即使是最细心的医师,有时也会对是否能收集到确切的资料失去信心,而被迫只根据不过略近于真实的证据去进行工作。

从另一角度来看,在病人心目中症状标志着失去健康;而对医师来说,症状意味着开始一个归纳演绎的推理过程,直至作出诊断。在考虑某一特定症状或临床状态的各种可能解释时,医生开始寻找其他资料,进一步询问病人及家属、进行体格检查和实验室试验。有时,仅仅症状本身就可以提供最明确的线索,比如心绞痛或癫痫,在两次发作之间即使疾病确实存在,但体格检查和化验资料并不能提供疾病存在的证据。然而在大多数疾病中,病史虽然能缩小各种可能的诊断范围,可以指导以后的观察,但病史却没有决定意义。

医师的技巧、知识和经验在采集病史过程中表现得最清楚了。对每一个症状,要按照其性质和来龙去脉的前后关系予以估价。有时会因为怀疑其可靠性,转而去寻找更为可靠的资料来源,但是不可因持有怀疑的态度,而使某种不常见的症状或是某些新情况的表现被忽略掉。此外,还有这样的场合,有时必须进行更深入的询问,以探寻更详细的情节,有时提问的范围要广一些,因为“疾病往往在随便的插话时暴露出来”。最后,医师要懂得如何利用在采集病史时和病人交谈,取得病人的信任,减轻其忧虑和恐惧,这是治疗的最初步骤。

家族史,往往是用一般成规和草率了事的方式采集,实际上,它是研究临床遗传学的主要工具,并能为病人主诉的性质提供重要的证据。有关发生在血缘亲属间的、家族中的症状,以及双亲的种族血统和近亲婚姻的情况,可能是非常有用的。在采集这些资料时要机智得体,因为病人可能因这些提问而感到难堪。最后应予强调的是,最好的家族史应是家庭其他成员也经过实际检查,以取得支持。常常有一些身体异常,因过于细微,

外行人不能察觉，而训练有素的观察者却能一目了然；并且实验室资料的微小异常，若是在一个家族集群的范围内进行评价则是有意义的。

物理检查

物理检查的重要性无需赘述，因为医师在其早期训练中，即已知道体征是疾病的客观的、又经得起检验的标志。体征代表实实在在的、无可争辩的事实。当体征证实了已为病史提示的某种功能改变或结构改变时，体征的意义就更为重要。在另一些时候，体征可以是疾病的唯一证据，特别在诸如病史前后矛盾、混乱或者缺如时更是如此。

为使体格检查取得满意效果，必须做到井井有条和全面详尽。虽然常常是按照病史的提示把注意力放在被累的器官或被累的部位，但需要作全身所有部位的检查。必须确实实地把病人从头到脚仔细检查一番，客观地查寻那些可提示目前和将来的疾病的各种异常。除非检查步骤是系统性的，否则可能会把重要部分遗忘，这是最熟练的临床医师也要注意防止的错误。检查结果也和病史一样，应立即记录，而不要在数小时后，当记忆已不确切时再记录。许多不确切之处往往是由于体格检查之后很久才作粗心大意地书写或口述记录所造成的。

物理检查的技巧得自经验，但并非单凭技术就能保证查找体征的成功。发现几个散在的皮下出血点或听到不清晰的收缩期杂音，或触及腹腔小包块，并不是取决于一个人的眼耳更加敏锐或手指更加敏感的问题，而是要有一个对这些体征保持警觉的心灵。物理检查的技巧所反映的与其说是一种操作方法，不如说是一种思想方法。

对身体作全面的检查应视为物理检查的一部分。各种器械的使用，如检眼计、血压计、电流计、显微镜或X线机，不过是把检查延伸到不易达到的部位。熟练地使用这些

器械是内科工作的一部分。

实验室检查

实验室诊断方法的显著增多和广泛采用，不可避免地加重了临床解决问题时对实验室诊断方法所获得的资料的依赖性。但记住它们的局限性却是必要的。这些实验室方法，由于具有不受人的情绪影响的本质和所涉及的技术的复杂性，所以往往给人以权威的感觉，从而不考虑负责技术操作或解释数据的人或工具是有可能错误的。千万不要被“数字的魔术”引入歧途。

实验室数据的收集并不能使医师放弃对病人作细心观察和研究。明智的医师了解各种来源的资料——不论是病史、物理检查和实验室研究——的价值和局限性。医师必须仔细权衡每个实验室检查的危险性和费用。

现时实验室检查，很少选择单一项目的，而是“成组”地进行。一般是叫做M-6的组合，包括测定血清钠、钾、二氧化碳结合力、氯、血尿素氮和血糖。还有更为详尽复杂的组合检验，其中之一为M-12，可同时报告血清钙、磷、蛋白、白蛋白、尿酸、胆固醇和几种酶。实验室测定的各种组合常常是有用的。例如，由于发现血清钙增高，可对非特异性全身无力和易倦提供线索，进而提示副甲状腺机能亢进的诊断。

不要把经过周密思考的筛选试验与无选择的实验室测定相混淆。筛选试验是建立在这样的事实的基础上，即，大家都知道的往往可预示疾病的一组实验室测定，目前只需要一份血液标本就可以作出来，而且费用也较省。生化测定加上简单的实验室检查，如血球计数、尿分析、红细胞沉降速度等，常常提供出现某一病理过程的重要线索。这对于确定有精神或情绪问题的病人是否有器质性疾病特别有助益。同时，医师要懂得估计筛选测验中偶然出现的异常情况，这种异常不一定说明有重要疾病。对一个其它方面均正

常的人在发现一个孤立的实验报告异常后,随即又做一系列的彻底检查,这只不过是花更多钱而且劳而无功。

有区别地安排实验室方法,并权衡其危险性、费用和所获得的资料价值,这是一位医师已经把医疗艺术和医学科学融为一体的重要标志。

临床方法和对疾病作综合征探讨

临床方法有这样的目标,即收集人类所易患的全部疾病,也就是凡“能使生活的机能、乐趣和持续时间受到限制”的种种情况的确切资料。但要作出诊断就要求更多了。每一个数据均必须根据解剖学、生理学和化学方面的已知事实予以解释。综合这些解释,得出被累器官和机体系统的信息。医师可利用解剖学诊断的优点进而考虑其他资料,如起病方式、疾病临床经过以及实验室试验结果,以便查明疾病的原因和生理紊乱的程度。

临床方法总是按照一系列的逻辑步骤进行。有理解力的学生会注意到临床方法与科学方法的某种相似性。两种方法开始时都要根据所观察到的资料而提出一系列的假说,然后通过进一步的观察以验证之,这些观察一部分是在临床进行,另一部分则是在实验室里。最后得出了结论,这一结论在科学上称之为理论,在医学上则叫做可资应用的诊断。临床方法的工作方式和科学方法的一样,不能归结为个别原理或是一种归纳或演绎推理方式。它包括分析和综合,即笛卡儿哲学逻辑的主要组成部分。作为医师,并不能比科学家更虚心坦率而不存偏见地开始工作,反而因为对新近情况的了解,而常有先入为主的成见,并且病人的首次叙述就可把一个人的思想引向一定的轨道上去。要经常努力避免因自己的态度、情绪和兴致而引起的偏见。

特别是在研究疑难病人时,临床方法的

逻辑程序就最为重要了。医师必须特别仔细,逐一列出病人的主诉、物理检查和实验室检查结果所提出的问题,并寻求每一问题的答案。解剖诊断通常是先于病因诊断。在查明是哪个器官受累之前,很少能确定疾病的原因和机制。诊断过程的中间步骤就是作出综合征的诊断。大多数医师均自觉或不自觉地试图把一个特定的问题套在某一个综合征上。综合征本质上是机体功能失调引起的一组症状和体征,这些症状和体征由于有某种机体上的解剖、生理和生化特点而彼此相关。综合征体现了一个器官、一个系统或组织的功能失调的假说。充血性心力衰竭、Cushing氏病和痴呆即是例证。在充血性心力衰竭时,呼吸困难、端坐呼吸、紫绀、下垂性水肿、颈静脉怒张、胸腔积液、肺部囉音和肝脏肿大,大家都知道是与单一的病理生理机制有关——即心力衰竭引起盐类和水分潴留以及静脉压增高。Cushing氏病的满月脸、高血压、糖尿病和骨质疏松症,已被认识到是过量的类固醇作用于许多靶器官的结果。痴呆症的记忆衰退、思想不连贯、判断错误等等,是根据神经解剖学和神经生理学的原理,即所有这些智力功能的失调都与大脑相关部位的慢性功能损害和破坏有关。

作出综合征的诊断常常不一定就能确定某一疾病的确切原因,但它大大缩小各种可能原因的范围,从而提示还须作哪些临床和实验室检查。人类各个器官系统的紊乱可简化为相对地数目不多的综合征,如果某一临床问题与某一组确定的综合征很为一致,诊断就大为简化。这时,只要在书中找到一张列有造成这一综合征的各种疾病一览表即可。探索与综合征不相一致的疾病的原因就困难得多,因为要考虑的疾病似乎无限多。不过,原则上仍然是:临床方法是一种有条理的智力活动,其进行顺序几乎不变地都是从症状而体征、而综合征、而疾病。

计算机在医学中的应用

用计算机来处理医疗上的经济问题,已经证实是令人满意的。然而,计算机在临床上的作用则尚处于发展阶段。在临床实验室工作中,它已成功地用于自动化化学测定和微生物测定的数据处理。一些医学中心已成功地发展了计算机化的医学记录以供医院和门诊之用。药房自动化情报系统正越来越精巧,并有助于防止药物间的相互作用和改善治疗监护。虽然这些比较新的发展很有价值,但计算机处理医学资料尚处于幼稚阶段。

计算机在作出医疗决定中的作用仍未确定而且有争论。有些应用已经获得成功,并对病人的护理和医师的教育有一定的作用。教育方面的作用不可低估,因为,在发展的这一阶段,编制医学决策的程序,已使人们对医学判断的“艺术”有了更好的科学理解。

对于能使用计算机技术的医生,益处是很明显的。使用得当将节约很多时间和精力,并能迅速得到更精确可靠的临床资料。

责任

医师一旦获准行医,惯例是除了对自己的同行外,不必说明自己的活动。然而近十年来,日益要求医师说明其行医方式达到联邦政府规定的某些标准。对由政府负责卫生保健(根据医疗护理方案和医疗补助方案Medicare and Medicaid)的住院病人,要进行卫生保健利用情况的检查。这意味着,如果病人住院的期限超过现行标准,医师必须说明理由。这一概念已扩展到成立职业标准检查组织(Professional Standard Review Organization, P S R O),并在其指导下制定了病人医护的规范和标准。这些条例的目的显然是为了改善病人医护的质量,并且在一些情况下无疑地是会实现的。然而,实行这些条例的另一条同样重要的理由则是为了控制不断上升的保健费用。进行这种类型

的检查将会扩展到医疗实践的各个方面,并且不可避免地不仅会改变医疗实践,而且也会改变传统的病人-医生关系,这一点是毫无疑问的。

可以料到,医生要通过必修的继续教育(mandatory continuing education)、检查病历、经过考试重新获得证书,也许还要重新领取行医执照等办法,以说明他们可以继续胜任工作。美国内科考试委员会于1974年对3,400名医生举行了第一次志愿参加重颁证书的考试;第二次计划在1977年举办。美国家庭医生协会亦将对新近获得大学毕业证书的该会会员实行重颁证书的考试。

医疗费用与效果

由于社会对卫生保健承担了更大的责任,以及由于医疗费用继续猛涨,因而有必要确定保健费用应优先用于何处以及如何使用。把钱用在预防上收益最大。明显的实例包括疫苗接种、免疫、减少意外事故和职业危害,以及改进环境管理。在一个相对比较新的领域——代谢疾患的“新生儿筛选”,正在对它的费用作出估计。1972~1973年马萨诸塞州收集和分析20万份标本的费用为355,000美元,并且,对在普查中发现的苯丙酮尿症和其它疾病患者进行估计和处理的费用,要另加103,000美元,共达458,000美元。但如果未能及早发现,则全部病人在医院和在专门医疗机构治疗的费用,据估计每年将超过800,000美元。两项比较,一年就可节约300,000美元。这一实例说明用经济的诊断筛选方法可取得的成效。在上述研究中所报告的节约情况中,还不包括治疗成功的人群可能对社会做出的贡献。

随着经验的积累,需要评价下述情况何者恰当:究竟应当施行那种费用高得使人却步,但对寿命的延长作用却有限的手术呢?还是应当为占人口大多数的、得不到适当医疗服务的病人的迫切需要,而建立更多的基