

临床鉴别诊断学

——临床表现的解释

〔美〕 A·M·哈维 等著

人民卫生出版社

R44
H W
C.2

017588 91358



临床鉴别诊断学

——临床表现的解释

〔美〕 A·M·哈维 等著

译者（以章为序）：

王宝恩	彭万程	林绍芳	高德恩
白希和	张锦坤	刘泽霖	汪鸿志
张春源	宋善俊	张宏凯	汪福德
于皆平	李秀珍	张葆博	裴英
张则工			

校者：

高德恩	张文博	彭万程	李崇渔
张锦坤	黄洵杭	刘树茂	姚震
王宝恩			
审校：	叶复荪		

人民卫生出版社

Differential diagnosis
—The interpretation of clinical evidence
(Third edition)
A. McGee Harver
James Bordley II
Jeremian A. Barondess
W.B. Saunders Company, London, 1979

临床鉴别诊断学

——临床表现的解释

〔美〕A·M·哈维 等著

王宝恩 等译

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 41³/₄印张 4插页 973千字
1986年1月第1版 1986年1月第1版第1次印刷
印数：00,001—58,330
统一书号：14048·4857 定价：8.05元
〔科技新书目95—81〕

前 言

第三版的宗旨基本上与前两版相同，不过每章内容所涉及的范围有较大幅度的增加。每一章都重新编写，增添了内容，讨论较过去深入，参考资料的数目也相应增多。

本书仍保留前两版的一些示范病例，又增加了些新病例。承蒙美国内科杂志和Johns Hopkins医学杂志的编者同意，我们采用了发表在这些杂志上的一些临床病理讨论会的病例资料。这不仅提供了较多的不同类型病例，而且还提供了以各种不同方式进行临床病例讨论的实例。

我们将再次对许多医学生、住院医师、主治医师、会诊医师以及病理科医师表示感谢。由于他们的努力，积累了大量的病例资料，这样我们就可以从中挑选。其中有许多是多年以前的病例。但就某些方面来说，这些过去的病例却极有助于用来说明本书所强调的诊断方法。因为这些病例比较简单，还不具有大量的现今使用的化验检查资料。

我们对下列内科医师和外科医师允许我们使用他们的资料或对本书的出版提供帮助，表示衷心感谢。他们是Steven C. Acbuff, Wilmot C. Ball, Jr., Theodore M. Bayless, Thomas R. Hendrix, Carol Johns, Richard J. Johns, Willis C. Maddrey, John J. Mann, Victor A. Mckusick, Albert H. Owens, Jr., Thomas J. Preziosi, Richard S. Ross, Raymond L. Sherman, W. Gordon Walker, 和George Zuidema等医师。

我们感谢Robert Heptinstall医师和病理科的其他人员为我们从Johns Hopkins医院获得尸检病例报告提供方便。我们感谢纽约医院—Cornell医疗中心病理科的John Ellis医师及其他人员。我们还要感谢Cornell大学医学院Samuel J. Wood图书馆的Erich Meyerhoff先生和Doris Lowe女士。

我们还要十分感谢Carol Bocchini女士帮助整理原稿和校阅清样。我们感谢Ada D'Amore女士，Patricia King女士和Rosemarie Verry女士出色的打字和秘书工作。

A. McGehee Harvey
James Bordley II
Jeremiah A. Barondess

目 录

前言

绪论	(1)
诊断的定义	(1)
诊断疾病的方法	(2)
诊断的程序	(5)
搜集资料	(7)
辅助性检查的应用	(11)
临床表现的解释和分析	(14)
第1章 主动脉瓣关闭不全	(19)
主动脉瓣关闭不全的临床诊断	(19)
主动脉瓣关闭不全的病因	(22)
风湿性主动脉瓣关闭不全	(23)
感染性主动脉瓣关闭不全	(26)
梅毒性主动脉瓣关闭不全	(27)
由于主动脉扩张或变形所致的主动脉瓣关闭不全	(28)
伴有主动脉瓣关闭不全的先天性畸形	(31)
主动脉瓣的钙化性疾病	(31)
与各种风湿性疾病有关的主动脉瓣关闭不全	(32)
创伤性主动脉瓣关闭不全	(32)
动脉粥样硬化性主动脉瓣关闭不全	(33)
与主动脉瓣瓣膜手术有关的主动脉瓣关闭不全	(33)
高血压患者的主动脉瓣关闭不全和相对性主动脉瓣关闭不全	(34)
其他原因	(34)
示范病例	(35)
病例一	(35)
病例二	(40)
病例三	(45)
第2章 循环衰竭	(49)
充血性心力衰竭	(50)
基本生理概念	(50)
心力衰竭的临床分型	(52)
心力衰竭的功能分类	(54)
病因因素的相对发生情况	(56)
充血性心力衰竭鉴别诊断的探讨	(56)
与心力衰竭相关的瓣膜疾患	(59)

508 / 5/8 / 9861 / 8063200

与动脉高血压相关的心力衰竭	(63)
与肺循环高压相关的心力衰竭	(64)
与心包炎相关的心力衰竭	(65)
心肌病变所致心力衰竭	(67)
与其它疾病相关的心力衰竭	(68)
合并或不合并心脏病的周围循环衰竭	(70)
周围循环衰竭的鉴别诊断	(71)
示范病例	(74)
病例一	(74)
病例二	(78)
病例三	(82)
病例四	(85)
病例五	(88)
病例六	(91)
第3章 胸痛和腹痛	(95)
疼痛的解剖和生理基础	(95)
疼痛的类型	(95)
疼痛定位	(95)
影响疼痛反应的因素	(97)
疼痛的系统分析	(97)
胸痛	(98)
对胸痛患者的诊断步骤	(99)
来自颈部组织和胸部组织的疼痛	(101)
心脏疼痛	(103)
心绞痛的鉴别诊断及胸痛原因的探讨	(105)
对怀疑为心肌梗塞患者的鉴别诊断	(107)
胸腔内其他组织引起的疼痛	(108)
膈肌下组织引起的疼痛	(110)
腹痛	(110)
腹痛的临床类型	(111)
对疼痛敏感的组织而引起疼痛的刺激	(111)
腹痛病史的分析判断	(114)
腹痛体征的分析判断	(115)
实验室检查	(116)
需要手术治疗的急性腹痛的临床类型	(116)
禁忌作剖腹术的疾病	(124)
慢性复发性腹痛(包括消化不良)	(124)
示范病例	(129)
病例一	(129)

病例二	(132)
病例三	(136)
病例四	(140)
病例五	(145)
病例六	(150)
病例七	(153)
第4章 猝死	(157)
发病机制	(157)
心肺骤停	(158)
猝死原因的确定	(158)
冠状动脉疾病和急性心肌梗塞	(160)
栓塞和出血	(161)
示范病例	(163)
病例一	(163)
第5章 排尿障碍	(167)
引言	(167)
急性排尿障碍	(170)
肾后的因素	(170)
肾脏的因素	(171)
急性肾小球肾炎	(171)
横纹肌溶解症	(176)
急性肾盂肾炎	(177)
急性肾小管坏死	(178)
双侧肾皮质坏死	(181)
急性间质性肾炎	(181)
肾前因素	(181)
慢性排尿障碍	(182)
肾后的因素	(182)
肾脏的因素	(183)
肾小球肾炎	(183)
肾脏血管疾病	(186)
蛋白丢失性肾脏	(187)
局灶性硬化性肾小球肾病	(190)
家族遗传型的肾脏疾病	(191)
慢性肾盂肾炎	(192)
肾前的因素	(193)
排尿障碍病因的确定	(193)
X线摄片检查	(194)
肾功能测定	(194)

肾活组织检查	(195)
示范病例	(195)
病例一	(195)
病例二	(200)
病例三	(202)
第6章 高血压	(209)
高血压是疾病的一种临床表现	(209)
血压的调节	(209)
血压的测量	(211)
高血压的分类	(211)
人为的高血压	(213)
急性或暂时性高血压	(214)
慢性或持久性高血压	(215)
肾脏与血压的关系	(219)
血浆肾素活性在高血压的诊断与治疗上的重要性	(224)
高血压的鉴别诊断程序	(226)
每个病例都应做的检查项目	(226)
附加的检查项目	(226)
示范病例	(227)
病例一	(227)
病例二	(230)
病例三	(235)
第7章 呕血和黑便	(244)
出血病灶的定位	(244)
消化道出血病因鉴别诊断的途径	(246)
慢性胃肠道出血	(249)
示范病例	(250)
病例一	(250)
病例二	(252)
病例三	(256)
第8章 肝脏疾病(肝脏肿大、门静脉高压、腹水、黄疸)	(261)
肝功能试验及其临床价值	(261)
肝病时其它血清学异常	(263)
肝功能试验的选择	(264)
肝及胆道疾病的临床表现	(265)
肝脏肿大	(266)
门静脉高压	(268)
腹水	(268)
肝性脑病	(273)

黄疸	(274)
肝脏疾病鉴别诊断的实用分类	(283)
局灶性肝病	(283)
弥漫性肝病	(286)
循环障碍所致的肝脏异常	(293)
胆道阻塞引起的肝脏异常	(293)
示范病例	(294)
病例一	(294)
病例二	(298)
病例三	(301)
病例四	(303)
病例五	(309)
病例六	(312)
病例七	(315)
病例八	(318)
第9章 腹泻与吸收不良	(321)
腹泻	(321)
概述	(321)
急性腹泻	(322)
慢性腹泻	(324)
实验室检查	(325)
吸收不良	(326)
脂肪吸收	(326)
脂肪吸收不良	(326)
实验室检查	(326)
脂肪病原因	(328)
示范病例	(331)
病例一	(331)
病例二	(335)
第10章 淋巴腺病和脾肿大	(343)
淋巴腺病	(343)
概述	(343)
诊断	(347)
脾肿大	(348)
概述	(348)
诊断	(350)
示范病例	(352)
病例一	(352)
病例二	(355)

001121

病例三.....	(359)
第11章 某些血液病问题.....	(364)
贫血.....	(364)
贫血的症状和体征.....	(364)
实验室检查.....	(365)
贫血的分类.....	(366)
红细胞生成不足.....	(369)
溶血性贫血.....	(374)
失血性贫血.....	(379)
出血性疾病.....	(380)
血管异常.....	(380)
血小板异常性疾病.....	(381)
凝血过程异常.....	(383)
用于诊断的实验室检查.....	(383)
病史及体格检查的价值.....	(384)
正确的诊断步骤.....	(384)
示范病例.....	(385)
病例一.....	(385)
病例二.....	(388)
病例三.....	(394)
病例四.....	(397)
病例五.....	(404)
第12章 不明原因的发热.....	(409)
概述.....	(409)
诊断途径.....	(410)
关于诊断方法的评价.....	(413)
治疗性试验.....	(413)
活检及手术探查.....	(414)
寒战.....	(415)
不明原因发热的病因.....	(415)
示范病例.....	(423)
病例一.....	(423)
病例二.....	(426)
病例三.....	(430)
病例四.....	(434)
第13章 肺及纵隔疾病.....	(443)
肺部疾病的临床表现.....	(443)
肺部疾病的肺功能异常.....	(446)
通气功能障碍.....	(446)

肺气体交换障碍	(448)
肺循环异常	(450)
肺部疾病的放射学表现	(450)
肺炎	(451)
细菌性与非细菌性肺炎的某些特征	(454)
肺化脓症	(459)
引起肺部广泛浸润或纤维化的疾病	(461)
放射学表现	(462)
病史提供的线索	(463)
体格检查	(464)
实验室检查	(465)
肺活检	(465)
重点疾病介绍	(465)
肺部孤立性结节	(467)
临床表现	(468)
良性与恶性结节的鉴别要点	(468)
肺部孤立性结节的常见病因	(468)
纵隔肿瘤	(469)
临床表现	(469)
纵隔淋巴瘤	(472)
示范病例	(472)
病例一	(472)
病例二	(475)
病例三	(477)
病例四	(480)
病例五	(484)
病例六	(488)
第14章 神经系统感染	(496)
脑膜炎	(496)
脑膜炎特殊病因的鉴别	(497)
脓毒性脑膜炎	(497)
非脓毒性脑膜炎	(501)
脑炎	(503)
慢病毒感染	(503)
示范病例	(504)
病例一	(504)
病例二	(506)
病例三	(508)
病例四	(510)

第15章 某些神经病学问题	(520)
周围神经病	(520)
诊断	(520)
颅内占位病变	(527)
临床类型	(527)
特殊诊断方法	(532)
发作	(534)
诊断步骤	(536)
昏迷和精神状态变化 (包括痴呆)	(540)
接诊	(540)
昏迷的机制	(540)
病因的临床线索	(541)
昏迷的病因分类	(542)
实验检查	(545)
痴呆	(545)
示范病例	(548)
病例一	(548)
病例二	(551)
病例三	(554)
病例四	(558)
第16章 特殊的诊断问题 (包括一些少见疾病的诊断)	(562)
前言	(562)
局部疾病	(562)
多系统疾病	(562)
慢性疾病	(565)
药源性疾病	(565)
对不寻常的诊断问题进行系统分析的重要意义	(565)
肿瘤和肉芽肿性疾病	(568)
肿瘤引起的机能异常	(569)
其他特殊肿瘤	(576)
癌的特殊表现	(577)
异常蛋白血症	(578)
淋巴网状细胞增生性病变	(582)
白血病和白血病样反应	(587)
结节病	(588)
感染	(589)
内分泌、代谢和营养障碍	(599)
结缔组织疾病	(608)
伴有嗜酸粒细胞增多的疾病	(611)

先天性缺陷和遗传性疾病.....	(612)
心血管的诊断问题.....	(613)
老年人中内科的某些特殊问题.....	(614)
示范病例.....	(616)
病例一.....	(616)
病例二.....	(618)
病例三.....	(621)
病例四.....	(625)
病例五.....	(628)
病例六.....	(631)
病例七.....	(634)
病例八.....	(637)
病例九.....	(639)
病例十.....	(644)
病例十一.....	(648)
病例十二.....	(652)

结 论

诊断的定义

让患者手执一个盛着油的碟子,内有一根点燃的灯芯。巫医把谷粒丢进火焰,每丢一粒叫喊一个鬼怪的名字。第一个着火的谷粒,表明疾病是由这个鬼怪引起的。

上述这种简单的方法,流行于印度的Saoras人中。这是原始人类的典型诊断方法,也是一种客观的实际方法。这种方法的结论,对患者和巫医来说都是明确的。无需搜集症状和体征,也不要理论根据,只凭巫术和占卜就作出诊断。或许就是基于这种传统观念,一些外行人把作出诊断的医师看作是具有魔术魔杖的人;也就是一个草草观察某些症状和体征后,能够用魔法得出恰当诊断的人。这种看法是由于不懂怎样才算达到正确的医学结论,也是由于诊断一词的含意不够确切而造成的。

“诊断(diagnosis)”一词来源于希腊文,意思是“辨别”或是“识别”。疾病诊断学(diagnosics of disease)在17和18世纪英语的应用上,指的是依据疾病的特征而识别疾病。也就是“在疾病的发生、发展和消失过程中所具有的独特症状和体征——也可以说是疾病的历史”。Shaw在《新的医学实践》一书中,对“疯狗咬伤”的诊断学有过以下一段描述:

“咬伤引起全身串痛——尤其在伤口周围、精神忧郁、性情暴躁、间歇脉、震颤和神经挛缩,体内发热和口渴。经过一段时间后表现恐水,看见任何液体就发生痉挛。这些就是这种毒物的确凿的表现。”

上面引用的一段描述,可看到在18世纪的教科书中,诊断一词与现代的病情学(nosography)一词有相同的意义。

现代常用“诊断”来表示通过疾病的症状、体征和其他表现的分析,进而识别疾病。不过在医学术语中,由于本词使用频繁,以致其确切意义变得模糊不清。例如临床诊断、化验诊断、检体诊断、解剖诊断、细菌诊断、X线诊断、心电图诊断等,每个词组中的诊断一词,都有经特殊方法进行观察的含义。但并不一定表明具有通过特殊方法来识别疾病的意思。例如物理诊断,就是用一组方法来测定各种器官的状态是正常还是不正常。大多数病理检验室都采用的解剖诊断,就是以简洁的描述性术语,来扼要说明尸检时观察到的解剖上的主要病变。而所看到的病变,并不一定能确定为何种疾病。关于这个问题,不需要再作进一步的阐述,就可以理解当医师使用这个词时,他的思想上可有许多种概念中的一种。由于这一原因,需要说明一下使用“诊断”和“鉴别诊断”时指的是什么含义。

当“诊断”一词前面没有形容词时,其含义是:通过对疾病表现的分析来识别疾病。由于必须根据当时所能得到的最明确的证据来作出诊断,因而这一名词并不一定表示对疾病的明确鉴定。虽然一向认为“诊断”有将一种病与另一种病区别开来的技艺这个意思,但在我们的思想上若指的是“鉴别”这个意思时,我们还是乐于加上“鉴别”这个修饰词。Richard C. Cabot曾经写了许多论述这个题目的文章。他称鉴别诊

断“是一个危险的题目,对医师的学术声望来说是危险的。我认为由于有这一危险性,所以关于鉴别诊断的著作极少,而关于诊断(不是鉴别诊断)的著作却很多。叙述伤寒穿孔的症状并不难,但要规定一些标准来排除那些与伤寒穿孔相似的疾病却非常困难。因而医师们自然会在这个问题上非常沉默,不轻易在杂志上提出他们的见解。并且对于把他们的推理方法列成表这一办法,也持高度怀疑的态度。然而所有的诊断必须进行鉴别后才有价值。”

疾病分类学或诊断学,为医师提供储存其在医疗实践中所积累的资料和观察结果的地方。大部分诊断用词来自解剖学概念和解剖学专用词。因此大多数临床诊断基本上是由推理获得的。正如Feinstein指出的,心肌梗塞、大叶肺炎、肾炎和十二指肠溃疡的本质,在临床上看不到也摸不着。医师不能直接观察到解剖上的异常改变。他所获得的症状和体征,都是形态上的异常改变在功能上或临床上的反映。通过X线摄片、内窥镜检查或手术,医师可看到部分形态上的异常改变。而通过化验检查,则可检测出生理方面或生化方面的功能异常。只有病理科医师才能够全面检查解剖方面的实质改变。

有两种鉴别诊断的教学方法,有助于不使本学科陷入教条主义的泥坑。这就是床边特殊病例分析和临床病理讨论会。当杰出的生理学家Walter B. Cannon还是哈佛医学院的学生时,就首先提出他称之为“用病案进行医学教学的方法”。他的建议促使麻省总医院开展Cabot临床病理讨论会。这种医学诊断的教学方法,很快就被其他医学院所采用。

Johns Hopkins医学院的临床病理讨论会,在William S. Thayer医师(临床医师)和William G. MacCallum医师(病理学家)主持下进行了多年。1933年Thayer医师去世后,临床病理讨论会则由Louis Hammer医师(临床医师)和Arnold R. Rich医师(病理学家)主持。有些讨论资料已详细登载在《国际临床》杂志上。1944年Hammer医师去世后,则由A. M. H. 医师主持。最初由Rich医师协助,他退休后由他的接班人Ivan Bennett医师协助多年。1960年以来,这种为医学生安排的每周一次临床病理讨论会,曾由临床各科的许多医师和病理科的几位医师主持。本书介绍的病案,大部分是Johns Hopkins医学院的每周临床病理讨论会的实际经验。少数病案选自J. B. 医师与Clinton van Z. Hawn 医师在Mary Imogene Bassett 医院举办的临床病理讨论会的资料。其他一些资料来自纽约医院—Cornell医疗中心的内科、神经科和病理科的一些医师所主持的临床病理讨论会。蒙Charlles W. Wainwright医师同意,使我们有机会研究Hammer医师为临床病理讨论会所准备的许多详细的资料。Hamman医师的学生和同事意识到这一事实,即他去世后对这本书仍作出了极大的贡献。

诊断疾病的方法

本书的目的是提供诊断疾病的方法。因此,不系统讨论所有领域的医学诊断问题。这是本着读者(医学生和临床医师)已经从各种医学教科书和医学文献中获得基本医学知识这一设想出发的。依靠这些基本医学知识和实践经验,读者已熟悉病史搜集、检体诊断、疾病分类和疾病的自然过程,以及一些诊断性化验检查和特殊器械检查方法等。可是,尽管读者已掌握大量的医学知识和实用技术,但在解决有关诊断的问题上,肯定曾遇到过困难。这类困难往往表现在诊断方向不明确这一复杂问题上。而另一方面,现有的大

多数参考书的内容,都按逻辑顺序排列,且尽量删去易使医学生混淆的复杂内容。总之,他们的写作方法是自简而繁。即使有鉴别诊断这一节,也往往很简略,置于这一章的最后部分。由于考虑到每一个具体的诊断问题,所以本书把通常所采用的顺序颠倒了过来,采取自繁而简的方法。这样就基本上与医师的实际做法相仿。患者提供给医师的不是已经明确的某种疾病。患者所提供的是由各种症状、体征和其他方面的异常所构成的症候群。这些症候群几乎都是非特征性的,也就是说这些症候群可以由几种疾病中的任何一种引起。诊断的目的就是找出引起患者所表现的症候群的疾病,也就是从一些可能的疾病中,选出一种或几种最能够解释所讨论病例的临床表现和化验结果的疾病。为了达到这一目的,可以从教科书中得到帮助。教科书中所列举的临床表现和化验结果,有助于将其他疾病和所讨论的疾病区别开来。或者参阅简单扼要的专题书。这类专题书按顺序列举可引起某一具体症状或体征的各种疾病。但是在涉及诊断所必须采用的分析方法时,以上所介绍的两种办法都不能使我们学会如何进行正确的分析。对这种分析方法的认识,只有通过反复进行分析过程的实践才能得到。但是,如果按照经实践证明有效的程序进行,那就能较快学会正确的分析方法。

下一节将讨论鉴别诊断的原则和方法。我们的目的是将其作为一种系统训练的课题介绍给大家。医学生往往把诊断方法看作是先猜想一些可能性最大的诊断,而后尽力使临床表现和化验结果与所猜想的诊断相凑合。如果首先象所有科学试验那样,将全部临床表现和化验结果列举出来,然后进行客观分析,最后得出合乎逻辑的结论,那么就可得到较好的效果。实际上,在任何症候群,都能够搜集到大量临床资料。因此,严格要求的分析,不仅是个好方法,也是取得正确诊断所必须采用的。

在鉴别诊断的方法和原则这一节以后的几章,其排列次序没有什么重要意义。这几章使读者有机会学习别人在临床病理讨论会上实际应用的鉴别诊断的步骤。各章的题目,代表重要的症候群,这些症候群可由许多不同的疾病引起。在每一章,首先对该章题目的诊断内容进行讨论,然后介绍一组示范病例。在病历后面,接着讨论鉴别诊断。鉴别诊断的讨论,与在临床病理讨论会上的讨论完全相同*,是在病理科医师宣布正确诊断之前作出的。有些病例如在宣布正确诊断之后讨论,可能会更好一些。不过,这样做就失去了本书的主要目的。本书的主要目的,是使读者通过在这方面成功经验和失败教训的学习,养成正确进行鉴别诊断的方法。

我们曾经提到Cabot的意见,即医师们对以推理排表的方法持非常怀疑的态度。毫无疑问,在各章中所列的表有明显的不足之处。这是因为医学发展极其迅速,以致今天列的表经几个月或几年就过时了。由于这一原因,我们对所列的表不求全面详尽,而力图使其适合医师在诊断疾病时用作辅佐。只有医师自行增添内容,使其符合现时的实际,才能认为所列的表详细全面。Hamman医师在二十世纪三十年代所制的一些表中,有些已证明基本上是正确的。这些表多年在临床病理讨论会上作为鉴别诊断的指导方法时,仅作了少许修改,就取得极好的效果。

需要简单说说为什么侧重依靠临床病理讨论会的资料来讲解鉴别诊断学。必须承认,这种方法有极大的局限性。这种方法有夸大诊断上的困难的倾向,因而就必然考虑

*为了避免与章节中先前已经介绍的资料重复,有些病例讨论内容作了部分删节。在介绍尸检结果以后,又增添了注解。

不到那些不会导致死亡结局的疾病，或者那些依靠正确诊断就可制定出挽救患者生命的治疗措施的疾病。对于讲授某些类型的诊断，床边病例分析显然胜过临床病理讨论会。如果所得到的诊断结论能够通过手术，或其他能得出明确结果的某种特殊检查或化验检查加以证实或否定，就更加说明床边病例分析比较可行。

在本书第三版，我们仍主要根据临床病理讨论，作为讲授鉴别诊断的基本训练内容。经过恰当设计处理的临床病理讨论，与临床医师在临床工作中所遇到的情况相似。这对医师和医学生可能都是很有价值的临床经验的学习。在病理科医师仔细地将他最后的解释与临床医师的分析相连系时更是如此。临床医师应回顾一下他在任何阶段所作的分析，看看他对临床表现的解释是否正确。如果错了，那么就找出错误的原因。由于准备病案的医师，或主持临床病理讨论会的医师所使用的原始材料，来源于原始临床记录。因此，临床病理讨论会可用来检验患者病情观察记录的质量。这就意味着准确的临床观察，和对这些观察结果的科学分析及详细的记录是很重要的。如果医学生、住院医师以及医务工作者，认识到他们的记录将为主持临床病理讨论会的临床医师提供原始资料，而诊断的准确性依靠临床记录的准确性，那么就会对保存他们每天写的记录的重要性有进一步的理解。

今天，反对采用临床病理讨论作为学习方法的人，比在1955年本书第一版发行时，提出了更多的理由。不过利用病案进行教学（临床病理讨论会就是一个范例），并不一定限于死亡病例，也不一定必须根据组织的病理改变，来对鉴别诊断上的问题提供决定性的答案。不管问题是否通过尸检、活检、手术探查或其他特殊化验检查解决，但对临床上的表现仍同样需要准确解释。虽然现今对临床医师的主要要求是治疗而不是诊断，但是他必须掌握解释和分析临床表现的技能。因为没有诊断，就不能够对患者的疾病制定切实有效的治疗方案。因此，诊断是全部临床治疗工作的基础。

临床病理讨论会有两个主要优点：(1) 通过从大量病理材料中选出的适当病例，可使讨论的效果更好。(2) 在所有的病例，临床医师所得出的结论是否正确，可立即得到评定。关于以临床病理讨论会作为学习鉴别诊断方法的价值如何，主要取决于选择病例的方针。如果由病理科医师来选择病例，而他又嘲弄的心理，想难为他的临床工作同事们，那么这种训练方法就失去了实际意义。这就可能具有答问比赛或猜谜比赛的性质。而另一方面，如果临床医师信任这个病理科医师，并且知道选择这个病例的目的是为鉴别诊断的原则和方法作示范用，那么他在进行讨论时，就会有信心，相信他仔细而正确的分析方法会得出正确诊断。Johns Hopkins医学院的星期三临床病理讨论会，主要是为医学生进行学习之用，而不是医师们的讨论会。讨论病例的医师事前不知患者的诊断。也不要求他根据第三者写的临床摘要来讨论。给与他的是完整的临床记录。这是医学生、住院医师、护士、主治医师以及其他人所提供的原始记录。这样他就可对患者生前的全部情况有较全面的了解。临床医师还可以亲自查阅X线照片、心电图、重要病变的照片以及对患者生前研究所保存的其他临床资料。然后写出病例摘要。他不仅完全负责为临床病理讨论搜集原始资料，而且对临床讨论和最后诊断也负完全责任。不要求与会者讨论病案，或提出另外的解释。临床医师可以去了解患者活着时照顾过他的人的见解。他可以同意这些见解，也可以不同意这些见解。他应力求作出正确的诊断。不过，当他认为资料不足以证明这一诊断时，他可以提出他这种看法的理由，并可以阐