

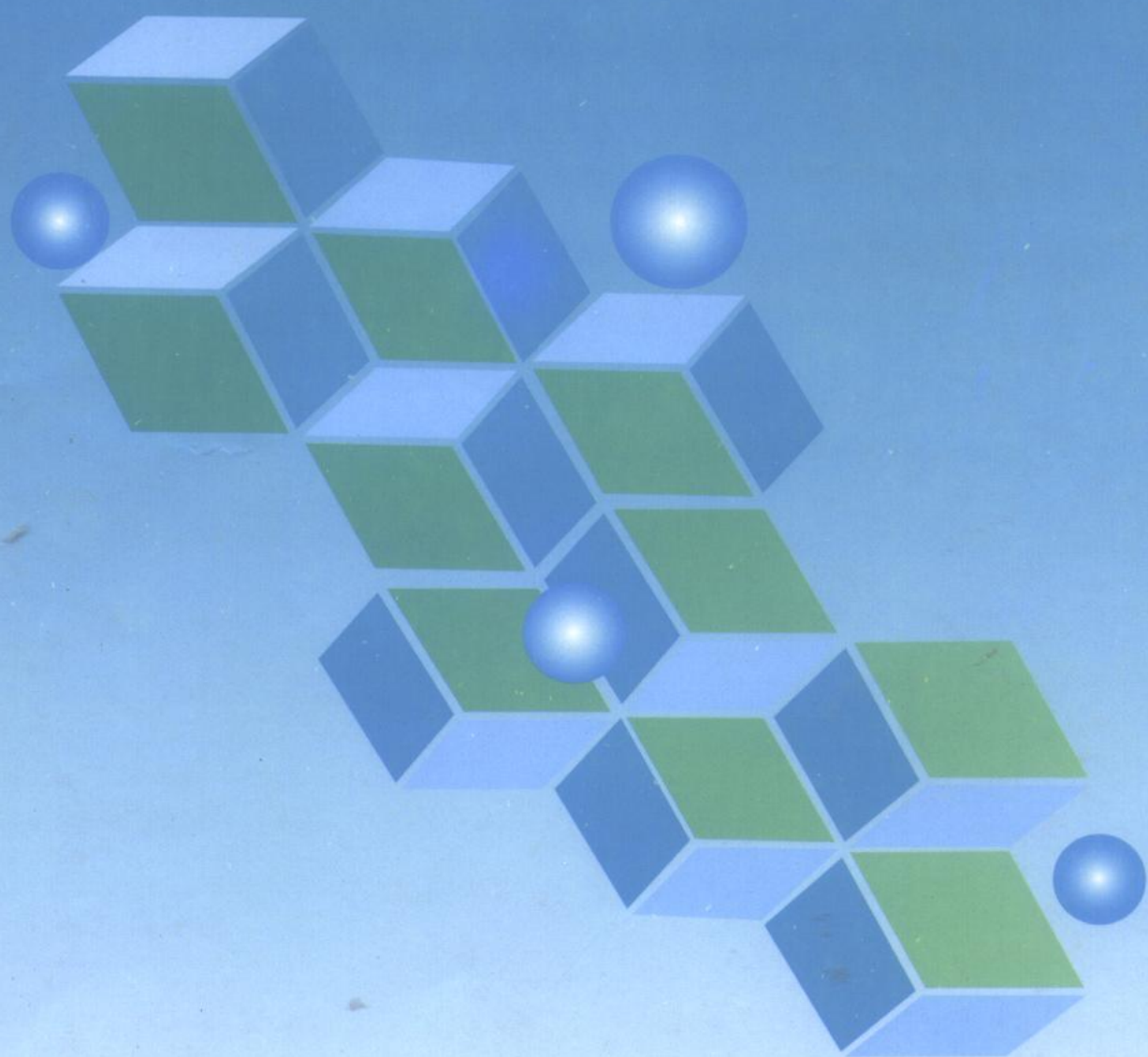
临床诊断的经验与教训

Problem Solving in Clinical Medicine

From Data to Diagnosis

Third Edition

(美) Paul Cutler 著 张勇 等译



Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权
天津科技翻译出版公司出版

临床诊断的 经验与教训

Problem Solving in Clinical Medicine

From Data to Diagnosis

[美] Paul Cutler 著

张 勇 颜 慧 李军红

阎卫亮 葛亚军

译

Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权

天津科技翻译出版公司出版

著作权合同登记号:图字:02-99-69

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断的经验与教训/(美)卡特利尔(Cutler, P.)著;张勇等译. —天津:天津科技翻译出版公司, 2000.10

书名原文:Problem Solving in Clinical Medicine

ISBN 7-5433-1270-0

I. 临… II. ①卡… ②张… III. 疑难病-诊断 IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 50394 号

Copyright © 1999 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 photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner.

This is a translation of Problem Solving in Clinical Medicine.

本书中所给出的各种药物的适应证、副作用和剂量安排,虽经专家审定均正确无误,但今后仍会
有所变更,因此读者在使用时应以各药厂提供的使用说明为准。

授权单位: Lippincott Williams & Wilkins

出 版: 天津科技翻译出版公司

出 版 人: 边金城

地 址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电 话: 022-87893561

传 真: 022-87892476

E - mail: tsttbc @ public. tpt. tj. cn

印 刷: 天津宝坻第二印刷厂

发 行: 全国新华书店

版本记录: 880×1230 16 开本 29.5 印张 915 千字

2001 年 1 月第 1 版 2001 年 1 月第 1 次印刷

印数: 1—3000 册

定价: 45.00 元

(如发现印装问题, 可与出版社调换)

第三版前言

尽管近来涌现出大量的高科技诊断措施和试验手段,但是绝大多数患者的病症在患者就诊的头几分钟内即可得到确诊。

虽然导引性活检、微量分析和尖端影像技术对某些病例可能是做出诊断的王牌,但大多数病例仍可仅仅依据患者的症状加上一两种体征表现做出诊断。

像一个胚胎一样,诊断是在获取病史的动态过程中孕育、萌发、生长和生成的,而且整个医疗问题的解决过程也离不开医生与患者面对面的问诊阶段。

刚做医生的新手,不仅必须知道如何得到有关患者病史及体格检查的信息,还必须知道如何依据基础的病理生理学来评估这些资料。

那种关于有经验的临床医生使用复杂的、难以确切表达的技巧来解开诊断迷团的想法是一种神话。临床推理过程可分为清楚描述的、可识别的和可重复的若干项启发性策略。这些策略包括最初设想的形成、一种或多种假设的产生、问诊策略的进一步扩展,以及适当临床技能的应用。

应该记住,作者的目的是指导读者如何治疗医学病症以及如何发现患者什么地方有毛病。

本书分为两部分。第一部分包括一些病例举例,读者从中可以了解为什么要询问某些问题,以及必须检查哪些具体部位。应特别注意病史、体格检查,以及试验项目和诊断措施在每个病例的完整资料库构建中各自所起的作用和相对的价值。此部分还深入描述并给出了大量的病症确诊技术应用实例,而这些技术正是临床医生几乎是在下意识下解开疑团时所用的。

所附加的各章节通过一系列按照“随我一起思考”的方式所确诊的更复杂的病例,以求更深入的探究医生头脑中的想法。读者可以了解临床医生如何利用基普林的6个最诚实的服务词语(什么、为什么、何时、怎样、何地及何人)来弄清主诉病情的细节,来决定哪些部位需要检查,来评估所得到的资料信息,并决定还需要做些什么。所有这一切都是与医患对话同步描述的,从而使读者在资料收集的过程中便进入到医生的思维活动中。

第二部分由许多精选病例组成,在这些病例中资料内容块中点缀以相应的逻辑推理,通常以积累的信息顺序排列。这些病例设计涵盖了临床实践中最常见的临床表现,而且也适用于令人尊敬并具有广博医学知识的读者。通过每个病例中描绘的资料—推理—资料—推理的重复性过程,并通过识别所使用的策略,学生可以按基本相同的方式开始确诊病症。这种在前两版中都使用的格式,它的设计不仅是要证实医生的思考过程及逻辑推理,而且是鼓励读者在每组资料后提出自己的逻辑推理,然后与作者的逻辑相比较,以便训练自己的病症确诊技能。

以前从未想过需要出版另一版本的《临床诊断的经验与教训》。但是在过去10年中,医学教育已经建立起了临床实践学习、客观结构临床评估、标准化患者和决策分析这样一些概念,而且医疗诊断和医疗护理费用已明显升高了,至少在某些方面是由于

昂贵但常常是不必要的诊断措施不加区别的使用而造成的。本书第三版的出版正是为了传播有关临床确诊的快捷、便宜和有效的方法。

在第三版的编写中加入了許多新作者,而且第二部分中所讨论的临床病例数量也从 65 例增加到 86 例。所有这些病例都经过了重新修订,并介绍了一些附加的训练工具以期提高读者的临床技能。许多章节进行了删节,收入了 150 多幅与病例相关的图片,并附加了一些表格、提纲和标记,从而在不增加篇幅的情况下,使本书内容更吸引人,排版密度进一步减小,更便于阅读。

本书的目标,同以前一样,就是为了指导读者:

- 获得并处理患者资料
- 正确使用临床诊断技巧
- 制订诊断计划
- 正确处理患者的常见症状表现
- 得出具有合理可信度的诊断结论

作者藉此向其读者保证,如果能仔细阅读并领会此书所含素材的处理过程及内容,那么他们将获得很多知识并成为优秀的临床医生。

Paul Cantler, MD, FACP
费城,宾夕法尼亚

第二版前言

一位作者之所以编写第二版,通常是因为自第一版发行以来转瞬间已4年了,也可能因为出现了某些小的变动使书中的一些内容有几处已经过时了,还可能是因为发行类似图书的出版商之间的竞争使新版本在经济上更合理一些的缘故。

就本书而言,事实并非如此。除了一些主要为教育工作者编写的书以外,我知道至今还没有相类似的教材在符合学生理解能力的基础上通过病例来指导学生进行疾病的临床诊断。

自1979年以来,临床诊断、临床实践学习、概率原理和决策分析已成为教育领域中的主要概念,它们已经开始充斥于医学文献中,蔓延到标准教科书中,甚至在少数学校中已进入大学的正式课程中。

如同盲人摸象一样,一开始是彼此交换意见,关于大象和医学这一职业的更全面、更准确的概念则是不断形成的。

许多正在进行的研究,都把目标集中于确定思维的运转方式,患者信息的处理方法,以及临床医师如何诊断疾病并做出决策。年轻的医疗决策协会的具体事务就是证明这些领域所取得的进步。

患者及其家庭,医院及公共政策,以及行政管理者、政治家、律师、牧师,都要求学生在校行医时要不断充实一些新观念。仅仅提供尽可能最好的护理是不够的。还必须考虑医生的职责,费用的遏制,健康护理的配给,以及这些新观念所带来的各种法律问题、道德问题和伦理问题。

久而久之,学院式和象牙塔式的具体课程安排也受到现实的冲击,也就是说,学生通过自学要比死记硬背、照搬理论文献的学习方法学得更好。并非从费莱克斯纳尔时代才将课程安排置于仔细的推敲、审定、重新评价和修订之下。必须启发学生去思考、去阅读、去学习、去解决问题、去决定取舍,而不能单纯让学生去记忆。需要做许多工作来证实临床诊断在智力培养上的好处,以便使医学院学生重新燃起学习热情,树立起好学的态度,而现在他们正被成千上万个几乎再也用不到的事实所淹没。

重点放在原始记录、流程图、算法推导和决策树上。然而,实际上依然是诊断开始于并主要依赖于病史的获取和患者资料的处理,这正是学生十分缺乏的两项技能。

任何一种试图指导80年代的学生去处理患者病症的书都必须包括:不完善信息概念;对明确的医疗承诺和医疗费用的考虑;试验项目和治疗方法的明智选择;费用昂贵的新检查操作(虽然它们有时会使诊断过程复杂化,但可使诊断更简捷)的可用性;努力编制出能模拟人的智能的计算机程序;以及努力建立起一些数学模型以提高直观决策和判断决策的准确性。

为了完成这项目标,对临床诊断总论这一部分进行了重写、修订和补充。新增加了资料处理、资料相关性、决策、新型诊断工具的影响和试验的次序与说明几章。所有的病例研究及其相关的“推荐书目”清单也做了修改。引言一章指导学生或教你如何,在哪里,以及何时最佳利用本书。许多练习和自我评估程序分散在本书各章内,答案

在其后给出。

希望本书能成为指导学生如何思考—学习—再思考的指南。

我要向我的妻子和朋友——海伦,致以崇高的敬意,这不仅是对其鼓励与忍耐(多数配偶的敷衍性职责),而且是对其出色的打字、校对和编辑工作所表达的敬意。

Paul Cutler M.D.

费城,宾夕法尼亚

初版前言

就像盲人摸象一样,学生、教师、专业人士和患者各自都以自己的方式看待医学。学生问道:“我必须学习多少知识?哪些是重要的,我如何将所有这些综合在一起来解决患者的问题?”教师回答:“学习所有东西! $a+b+c=x$,要以一种有序完整的方式进行。”专业医护人员关心的是捷径、速度、经验和临床判断。患者想知道:“什么地方出了毛病,你能治好吗,要花多少费用?”

每一种都是对的。

每一种又都是错的。

我从所有这4种观点(学生的观点、教师的观点、专业人士的观点和患者的观点)已经观察医学38年了。与那位盲人不一样,我是以完整主义的和重叠的方式来观察的。我注意到许多学生和医生的效率,由于他们从未真正地学到或获得某些至关重要的技能和各类信息分类,从而使其效率受到削弱。这些技能和信息包括:

1. 资料的收集与解释
2. 疾病的病理生理学
3. 把资料处理成相关的类别
4. 一种疾病的多种表现
5. 产生一种症状表现的多种疾病
6. 鉴别出哪些是常见的和可能的
7. 病症的诊断

除了许多优秀图书所涵盖的内容以外,前两项目前已在大多数医学院校中进行着强化教育。诊断和临床医学入门考虑了资料收集(1);疾病的病理生理学(2)是以整体模式或传统的分科形式(取决于每个学校的课程设置)教授的。尚有少数几所学校,几乎没有一本书指导学生如何将获得的资料进行处理或将其综合成诊断清单或病症清单,这是一种需要掌握3~7项知识的技能。本书主要考虑后5项;并把最主要的重点放在病症诊断上,因为掌握了这些错综复杂的因素才能使杰出人才从平庸的学生或医生中脱颖而出。

生理诊断和临床医学入门中所包含的资料综合及病症诊断有时不太认真。更常见的是把它们留给三年级见习医生学期,希望学生在此期间多少能自己获得这些技能,从忙碌的实习医生或住院医师那里学习,在主治医师的门下通过观察或通过渗透进行学习,但正式讲授这部分内容的时间极少。

现代课程安排已很紧凑。学生通常在第一学年就看病人,在第三年结束时他已经看到、感觉到、听到和学到了比上一代实践5~10年所积累的经验还要多的知识。每门课程都是提早教授的。为什么疾病诊断不能这样呢?

有时在医学教育的第二年和第五年之间,学生必须学会思考、解决、讲解并处理治疗问题。有些人这样做了。许多人不会这样做。少数人从来都没做过!

举例来说明:我曾认识一位医生,他可以不加选择地复述成千上万个病例。他参加过各种会诊,阅读过数不清的期刊,并做了许多详细的注释。但他却不知道如何处理各种病例,而且不能诊断患者的疾病。他缺乏判断,缺乏基本常识,就治疗患者疾病而言他是个失败者。如果他看到某人身体不适,他能列出 10 种可能的疾病,但他不能指出什么部位最有可能出毛病。患者往往被其冠冕堂皇的鉴别诊断所吓跑。有一次他在早上 2 点给一位 65 岁的妇女看病,这位患者饮食不慎引起上腹部不适和呕吐。作为其病症的可能病因,他列出了从急性胃炎、穿孔性溃疡、胃痛到冠状动脉栓形成和壁间动脉瘤的所有疾患,实际上除了第一种以外其余的都不可能。到早上 8 点她接受了另外一位医生的治疗,这位医生意识到,只需要给她些安定药,并加以安慰即可。第一位医生从未学会临床诊断,无论是在学校里还是在以后 20 年的行医中。

医学院学生是否应该知道疾病的概率、机会和可能性?他如何处理缺乏关键性线索或存在不相符线索这些情况?他能不能学会对许多疾病中重要的症状或症候群进行分类?他能处理单种疾病的变异症状表现吗?哪些线索能组成一个合理的线索组?他能否处理在病史、体格检查和实验室检查中线索的特异性和敏感性吗?了解适当诊断性研究的有序选择是怎么回事吗?我们处理的是一种还是几种疾病?能否实际上指导学生以这些观点进行思考,以及我们能否为学生提供临床诊断的指南呢?

我相信会这样。

本书旨在指导学生按照合理的逻辑推理方式进行诊断推理。在对初步的关键问题进行了一般讨论之后,本书接着描述并给出了 25 种以上临床医生日常用到的确诊方法实例。通常,这些技巧几乎是在下意识下使用的,能干的医生也未能将其概念化,甚至还未意识到。

在资料综合的第二部分之后,第三部分所列出的 65 个常见患者症状表现对前面讨论过的技巧的使用做了说明。每个病例都根据其病症的性质和每位特约作者的处理方法采用了不同的方法。第四部分介绍了临床诊断的一些具体问题。

所选的其中一些材料来源于一些零散的参考文献。多数是我个人行医、中亚地区的早期行医以及在医学院里 30 多年经验的结晶。遗憾的是我未能对从长期被遗忘的来源中融入我自身知识库中的许多“珍珠、金块和格言”赋予应有的荣誉,但是谁又能记住他所学到或读到的所有知识的出处呢?

诚挚地感谢我的那些可辨认的协助者;捐助者;那些告诉我他们需要知道什么的学生;Williams & Wilkins 公司中给予指导和策划的同仁;Leon Cander M.D.,他是医学会会长,他不仅对我十分友好,而且给了我开发指导学生思考与学习的新途径所需要的自由、建议和支持;Terry Mikiten, Ph.D.,感谢其早期有关本书内容及讲述的建议;Lee B. Insted, M.D., Edmond A. Murphy, M.D. 和 Alvan R. Feinstein, M.D.,他们的文章对我很有启发;我的妻子海伦,感谢她的鼓励和批评,以及为书稿所做的打字、校对和编辑工作;最后,要感谢我的父亲, Meyer Melechovitch Kotlyarenko,要不是 75 年前移民到此,本书可能会以俄文撰写或者根本就写不成了。

Paul Cutler, M.D.

圣安东尼奥,得克萨斯

作者名单

Juan Albino, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Medicine and Dentistry of New Jersey
Newark, New Jersey

Frank Beardell, MD
Instructor in Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

H. Leonard Bentsch, MD
Clinical Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Rickard P. Borge, Jr, MD
Fellow in Cardiology
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Timothy N. Caris, MD
Clinical Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Chul Joon Choi, MD
Fellow in Cardiology
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Edward K. Chung, MD
Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Michael H. Crawford, MD
Professor of Medicine
University of New Mexico
School of Medicine
Albuquerque, New Mexico

Paul Cutler, MD
Honorary Clinical Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Lisa L. Dever, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Medicine and Dentistry of New Jersey
Newark, New Jersey

Herschel L. Douglas, MD
Professor of Family Medicine
University of Florida College of Medicine
Health Science Center at Jacksonville
Jacksonville, Florida

Sherry S. Durica, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Oklahoma
School of Medicine
Oklahoma City, Oklahoma

Kenneth R. Epstein, MD
Clinical Assistant Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Allan J. Erslev, MD
Distinguished Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Marvin Forland, MD
Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

James N. George, MD
Professor of Medicine
University of Oklahoma
School of Medicine
Oklahoma City, Oklahoma

Barry Goldstein, MD
Associate Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Glenn W. W. Gross, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center San Antonio
San Antonio, Texas

Gary D. Harris, MD
Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

James D. Heckman, MD
Professor of Orthopaedics
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Waldemar G. Johanson, Jr, MD
Professor of Medicine
University of Medicine and Dentistry of New Jersey
Newark, New Jersey

Karen Kelley, MD
Clinical Assistant Professor of Medicine
Jefferson Medical College Philadelphia, Pennsylvania

Barbara A. Konkle, MD
Associate Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

David J. Kudzma, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Miami
School of Medicine
Miami, Florida

M. James Lenhard, MD
Clinical Assistant Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Shirley Parker Levine, MD
Professor of Medicine
Albert Einstein College of Medicine
New York, New York

Meyer D. Lifschitz, MD
Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Roger M. Lyons, MD
Associate Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Arthur S. McFee, MD, PhD
Professor of Surgery
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Carlos A. Moreno, MD
Professor of Family Practice
University of Texas
Health Sciences Center at Houston
Houston, Texas

Carlos Pestana, MD, PhD
Professor of Surgery
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Suzanne Rose, MD
Assistant Professor of Medicine
University of Pittsburgh Medical School
Pittsburgh, Pennsylvania

Raymond A. Rubin, MD
Atlanta Gastroenterology Associates
Atlanta, Georgia

David A. Sears, MD
Professor of Medicine
Baylor College of Medicine
Houston, Texas

Jamie A. Selingo, MD
Fellow in Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Sandor S. Shapiro, MD

Professor of Medicine
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

Ernest Urban, MBBS
Professor of Medicine
University of Pittsburgh
School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania

Elliot Weser, MD
Professor of Medicine
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Michael A. Wirth, MD
Assistant Professor of Orthopaedics
University of Texas
Health Sciences Center at San Antonio
San Antonio, Texas

Hiroshi Yamasaki, MD
Fellow in Cardiology
Jefferson Medical College
Philadelphia, Pennsylvania

目 录

第三版前言	I
第二版前言	III
初版前言	V
作者名单	VI

第一部分 临床诊断总论

1

第1章:症状的剖析	3
第2章:资料收集,资料处理,病症列表	10
第3章:诊断方法	21
第4章:线索——诊断的基础	31
第5章:资料解析技能	38
第6章:临床诊断的附加手段	52
第7章:医生与数字	60
第8章:各项试验的应用	70
第9章:新技术的影响	80
第10章:进入医生的思维	88
第11章:从患者到书面记录	95

第二部分 临床诊断各论

101

引言	103
----------	-----

第12章:血液学疾病	104
病例1:虚弱及关节疼痛	105
病例2:轻度无症状贫血	110
病例3:牙龈出血及青肿	113
病例4:昏睡及意识模糊	117
病例5:家族性病例	120
病例6:咳嗽,发热,而后疲劳	123
病例7:颈部肿块	127
病例8:血细胞比容升高	132
病例9:背痛,虚弱,鼻出血	136
病例10:黄疸,虚弱,苍白	140
病例11:腿疼	144

第13章:内分泌疾病	149
病例12:甲状腺结节	150

病例 13: 糖尿	154
病例 14: 虚弱, 焦虑, 出汗	158
病例 15: 肥胖及多毛症	162
病例 16: 神经质及体重减轻	166
病例 17: 多尿及多饮	169
病例 18: 高钙血症	172
病例 19: 复合性意识模糊	176
病例 20: 闭经及乳溢	179
病例 21: 虚弱及发抖	182
病例 22: 肥胖问题	185
 第 14 章: 心血管疾病	 191
病例 23: 心电图异常	192
病例 24: 重度胸骨下憋气	197
病例 25: 收缩期杂音	199
病例 26: 高血压	204
病例 27: 劳力性呼吸困难	208
病例 28: 昏迷及 T 波倒置	212
病例 29: 剧烈的胸痛	215
病例 30: 双腿肿胀	218
病例 31: 心悸	222
病例 32: 嗜眠及双腿肿胀	225
 第 15 章: 肺部疾病	 229
病例 33: X 线照片异常	230
病例 34: 喘鸣及呼吸困难	235
病例 35: 咯血	239
病例 36: 咳嗽, 发热及寒战	243
病例 37: 突发性呼吸急促	247
病例 38: 胸痛及呼吸急促	250
病例 39: 慢性咳嗽及咳痰	254
病例 40: 呼吸急促恶化	258
病例 41: 喘鸣, 咳嗽, 发热, 呼吸困难	262
 第 16 章: 胃肠道疾病	 266
病例 42: 吞咽困难	267
病例 43: 消化不良	271
病例 44: 腹泻及体重减轻	275
病例 45: 突发性上腹部疼痛	279
病例 46: 无疼痛性黄疸	283
病例 47: 黄疸及疼痛	287
病例 48: 下腹部疼痛	293
病例 49: 腹部肿胀	297
病例 50: 黑便	300

病例 51: 吐血及呼吸困难	304
病例 52: 绞痛及恶心	307
病例 53: 发热, 精神错乱, 酗酒	311
病例 54: 腹泻及发热	314
第 17 章: 肾脏疾病及电解质疾病	318
病例 55: 血尿	319
病例 56: 尿频及排尿疼痛	323
病例 57: 剧烈的胁腹疼痛	326
病例 58: 脸和腿肿胀	330
病例 59: 昏迷及少尿	335
病例 60: 恶心, 虚弱, 意识模糊	339
病例 61: 疲劳及心电图异常	344
病例 62: 虚弱及定向力障碍	349
第 18 章: 妇科疾病	354
病例 63: 经期错后	354
病例 64: 急性盆腔疼痛	358
病例 65: 异常阴道出血	360
病例 66: 乳房肿块	364
第 19 章: 肌肉骨骼疾病	368
病例 67: 关节疼痛肿胀	369
病例 68: 肩疼痛	373
病例 69: 关节疼痛性强直	377
病例 70: 背痛	381
第 20 章: 神经病学疾病	385
病例 71: 头痛	386
病例 72: 头晕	390
病例 73: 惊厥	393
病例 74: 麻痹	397
第 21 章: 老年病学疾病	402
病例 75: 失禁	403
病例 76: 夜尿及尿频	405
病例 77: 痴呆或抑郁	409
病例 78: 勃起功能障碍	412
病例 79: 跌倒	415
第 22 章: 多系统疾病	419
病例 80: 虚弱, 体重减轻, 厌食	419
病例 81: “伟大的模仿者”	423
病例 82: 晕厥发作	425

病例 83:举止怪异	429
病例 84:疲劳	433
病例 85:突然昏迷	436
病例 86:长期发热	440
附录 1:最终诊断结果	446
附录 2:单位换算表	449

第一部分

临床诊断总论

第1章:症状的剖析

第2章:资料收集,资料处理,病症列表

第3章:诊断方法

第4章:线索——诊断的基础

第5章:资料解析技能

第6章:临床诊断的附加手段

第7章:医生与数字

第8章:各项试验的应用

第9章:新技术的影响

第10章:进入医生的思维

第11章:从患者到书面记录