

漢興高級中醫學校講義

# 科學診斷

20

科學診斷  
PDE

# 科學診斷

## 第一章 病歷與一般狀況

### 第一節 病歷

病歷之記錄，應簡潔唯實，切忌擺飾。對重要之症狀，一則更宜不嫌其繁瑣，而詳記其時性。病人提及過去之疾病，其有因果關係可疑者，亦應詳述其病狀，俾能由此而得一診斷之大概。對患者之個人史、家庭史、既往症、均應尽可能加以記載，至于本病經過之描述，宜就病人記憶之所及，以起病之時間、初發之狀況、可能之原因、連日之變化、及治療之經過，皆應逐一確切記錄，以爲診斷之依據。對於各系特殊疾病，則又有其特殊之注意，茲分述之如下：

一、急性傳染病 應詳述其傳染來源及日期，確定病期，發病時之特性（寒戰、嘔吐、頭痛、四肢酸痛）發熱之特性（有無惡寒出汗及其熱型曲線如何），有無腹瀉、便秘、嘔吐、惡心、咳嗽、呼吸困難、頭痛、貧血、黃疸、發病之情況，咳嗽、寒戰、疼痛、體重減輕等；胸部疼痛與呼吸之關係，咳嗽之時間



與天氣之關係，痰之多少、形狀、氣味、呼吸困難之情形，咽喉疼痛之時間，聲音之改變。

3. 循環系病：有無心跳、胸部疼痛、呼吸困難、咳嗽、咯血、咳痰、浮腫、頭痛、疲勞及工作能力如何？尿量多少及夜尿之有無、多少等。

4. 消化系病 平日飲食之習慣(如是舌嚼而後嚥下等) 食慾如何？下嚥困難否、疼痛與飲食時之關係、惡心、嘔吐之性質(如時間、次數、與飲食之量、色、臭、味等)，有無腹鳴、大便之習慣及其內容，與飲食之嗜好等。

5. 泌尿生殖系病 面色如何，有無呼吸困難，水腫，食慾減退，頭痛眼花，背痛，尿道有無疼痛及分泌物，尿量及顏色，有無性病及性慾障礙等。

6. 骨及關節病 發育如何，有無畸形，骨折、疼痛、腫大、發紅、壓痛、運動障礙，有無痛楚，是否因分泌及維生素缺乏病，有無痛楚，是否因身無力、頭痛、眼花、胃口及常、口渴、多尿、水腫、心跳等，肌肉有無震顫及痲痺，性情是否易于激動或感覺特別遲鈍。

外觀有無變化，脊柱是否正直，骨格是否勻稱，姿勢是否平穩，毛髮生長是否適稱，貧血是否特殊，性發育是否正常。

## 第二節 營養

營養狀況可決定疾病屬於何類，如惡液質性疾病（癌、惡性貧血、白血病等）呈現瘦弱無力之外表，急性傳染病則有短時間之營養不良；而慢性病（如腸傷寒、腦膜炎）亦有不強之消瘦。其長發刑斷上之更有價值者，為有咳嗽之病（結核為惡液質性，而單純性支氣管炎多數為強壯者）及胃病（癌為惡液質性，潰瘍及神經性胃病則營養佳良）。

營養狀況之觀察，首應注意其顏面，或豐滿，或消瘦，色澤如何，眼眶是否凹陷；次則觀察其全身，皮下脂肪之厚薄，肌肉發育之強弱，其有水腫現象者，應加區別。

## 第三節 體質

體質乃由先天後天所獲得之抵抗力與致病力所構成，可觀察其營養狀況，皮色、態度、體表諸條件，而判定之。在臨床上主要分為下列三種：

1. 肺癆型 顏面蒼白，頰紅，頸長，胸

廓扁平而失長，第十肋骨端遊離，軀幹細瘦，手纖白；多易患肺結核。

2. 中風型 顏面肥大而紅，眼多水而發光，頸短縮，胸潤廣成桶樣，身肥胖呈圓形。常為嗜酒者，易得血管系統之疾病，多死于中風。

3. 神經質形 多善養佳良，顏面富表情，眼靈活，性情常焦急易變，言語急速，易發怒，有疑病症。

#### 第四節 位置

患者之位置，必取最舒適者，以減少其痛苦。如躡着之位置，一望而知，有腹痛症狀；其關節疼痛者，則該關節必呈屈位，蓋以減少其緊張也。他如身體之一側有病變者，常取側臥位（肺尖、肋膜炎、乳胸等，均常取側臥位）；高度發熱者，則呈不安靜，并有譫語，乃危險狀況之預兆，重症心臟衰弱、哮喘及肺氣腫患者，因呼吸困難而取坐位；在胃潰瘍、胃痙攣、及胆石症之疼痛發作時，患者常取腹臥位。故一見病者，即可得一概念也。

#### 第五節 表情

表情即指患者之顏貌 (Gesichtsausdruck) 及視容 (Blick) 而言。表情乃患者意識狀態之直接反映，在預後上，大有助益。且若干疾患，各具有其特有之顏貌，是宜特別注意也。

1. 死相 (Facies decomposita s. Hippokratika): 患者鼻尖高聳，雙眼深邃，缺乏表情，眼球失却光澤，顏色呈鉛白色；于瀕死之人見之。

2. 意識瀰漫 (Benommen), 無情 (冷漠 Apathisch): 目光呆滯，無表情，加以知覺刺激而無反應。其不發熱者，多為腦疾患 (中風，癲癇)，中毒狀態 (麻醉劑、中毒、糖尿病昏迷、尿毒症等)；有發熱者，多見于腸傷寒、腦膜炎、粟粒結核、斑疹、傷寒、敗血病等。

3. 有熱顏貌 (Facies febrilis): 雙頰潮紅；多見于有高热之患者。

4. 消耗性顏貌 (Facies hectica): 羸瘦蒼白。兩側顴骨部呈淡紅色；多見于結核患者。

5. 痠笑 (Risus sardonius): 顏面全部肌肉痠攣，呈宛如發笑之狀；多見于破傷風之患者。

6. 假面樣顏貌 (Maskenartiger Gesichtsausdruck): 意識無障礙，顏色肌緊張亢進，無表情，如帶假面狀，見于 Parkinson 氏病。

科學診斷  
6 (癱瘓麻痺)及腦炎之後遺症。

## 第六節 皮膚

皮膚之觀察，非特皮膚病所必需，其他各科疾病，亦常引起皮膚之特殊變化。如面部炎症又發紅熱，急性傳染病又現紅疹，均為幫助診斷之要件；檢查之時，應注意其部位、經過、及特殊性，以免誤診。

1. 顏色 正常者，與人種、生活、職業有關，一般為肉紅色；發生變化時，或限于局部，或適于全身，依其原因而有異。

2. 水腫 (Oedema ; Oedem)：不痛，皮膚蒼白緊張，腫脹，有光，皮膚彈力消失，指壓後可生凹窩 (Delle)。為一明顯之症狀，可在骨節突出較顯之處檢查之，多數伴有皮膚紫藍及呼吸困難；否則即應檢查其體力、營養、及尿，以作鑑別。

3. 發疹 對於發疹，其細察其大小、情形、部位、顏色、排列、高低、有無中心出血、壓之是否退色等，以資鑑別。發疹之時，問及其原因，對診斷頗有價值，而于治療上有重大意義。

4. 乾燥或發汗 極多量水份自身體排出時，現皮膚之乾燥，如多尿症、糖尿症、劇

烈嘔吐、頻發下瀉、霍亂時；而于粘液性水腫等內分泌疾病時，亦可見皮膚之乾燥。其發汗者，主為熱性疾病之分期，或解熱劑之使用；于慢性則為衰弱之表示，并常同時發生虛脫。強度發汗而無發熱者，則多因交感神經興奮，如重症 Basedow 氏病時多見之；慢性消耗性疾病（如肺結核）之患者，常于睡眠中不自覺而發汗，即所謂盜汗或夜汗（Nachtschweiss）是也。

### 第七節 呼吸

病人之呼吸狀況，應隨時注意，蓋呼吸不可一刻或停，故于發生困難時，即應予以救急之處置；在診斷上亦有重大價值。正常成年人每分鐘 16—25 次，新生兒 40—44 次，其與脈搏之比例為 1:3—4—5，亦因體之動靜而有增速或減慢，體強又增高，血液反應之改變、局部腦病等，均可使生理之加速，而糖尿性昏迷，而可使之變深與變慢。

### 第八節 脈搏

脈搏之測量，與體強同樣重要，須作成曲線，以示其經過，并與體溫比較，以為一般血管狀況，心臟力量，及患者預後之判斷。



。脈搏之測定，通常均在近橈骨莖突處及橈骨動脈，以指脈診則文。

1. 頻率 (Frequency) 正常人每分鐘 60—80 次，因體溫、精神、體位、及精神狀態而有變動。小兒每分鐘為 100—140 次。脈搏遲緩 (緩脈 *pulsus rarus*)：為迷走神經受刺激，或支配神經麻痺所致；數種傳染病及恢復期，消化障礙及少數心臟病 (如主動脈瓣及僧帽瓣狹窄、冠狀動脈硬化、脂肪心) 亦可見之。脈搏加速 (頻脈 *pulsus frequens*)：則為迷走神經麻痺、支配神經受刺激、心臟神經病變，主動脈瓣閉鎖不全及萎縮腎等所致，在發熱病亦常見之 (普通體溫增高 1°C，脈搏每分鐘增進八次)。

2. 規律 (Rhythmus) 脈搏之不規則 (Arrhythmic)，在多種心臟病時均可發生，但在神經質患者、嗜烟、酗酒、嗜咖啡之人，亦所常見，故僅有脈搏不整，不能作為心臟病之診斷也。胎兒之心音，其收縮期與擴張期之間歇時間完全相等，故聽之如呈鐘擺之响声，若成人之心音同此，則為心臟衰弱之象徵，即所謂胚胎心 (Embryokardie) 是也。

3. 遲急 (Celeritas) 乃指由動脈管迅速或遲緩擴張及坍陷而起之脈搏頻速或遲徐

也。急脈 (P. celer) 見于心臟工作加強之各種狀態 (在主動脈瓣閉鎖不全時最為特色)，遲脈 (P. tardus) 見于老年人或主動脈瓣或僧帽瓣狹窄之人。

4. 強脈 (P. altus) 及小脈 (P. parvus): 基于心力、動脈血量、及動脈壁張力之改變。強脈見于發熱及心臟肥大時 (主動脈狹窄時尤顯)，小脈見于心臟衰弱時，各種瓣膜狹窄時尤顯。

5. 硬脈 (P. durus) 及軟脈 (P. mollis): 基于動脈壁之張力，可以獲得該動脈所需之力量比較而知之。硬脈見于心室肥大時 (甚時縮腎時則呈金屬絲樣硬度)，發熱及貧血時，動脈肌肉痙攣 (心绞痛、鉛疝癩等)，及動脈硬化時，則因有石灰沉積于動脈管壁，因而發硬，故此動脈可在觸診之指下滾動。

## 第九節 血壓

1. 聽診測定法：通常均利用 Riva-Rocci 氏血壓計 (Sphygmomanometer) 測定之。法即將橡皮袋繫裹于被測者左上臂 (應與心臟同高)，以聽診器按于肘窩部肱動脈上，由空氣泵入器打入空氣。通常以水銀柱升高至 160 mm 以上為止，乃漸開放氣孔，測壓力

徐徐降低，留心靜聽，待有一種類似心聲之  
音出現，則記錄其時之壓力，此即所謂收縮  
期血壓。再下降至聲音變軟而將消失時，又  
記錄其壓力，即擴張期血壓。如此及獲數次  
，以得確切之結果。血壓之記錄，通常以收  
縮期血壓作分子，擴張期血壓作分母以表示  
之，正常者多為 $120/80$ ；女子甚低。

2. 觸診測定法：上臂纏橡皮袋，送入  
空氣，當挽動脈軟搏消失之瞬間，取水銀柱  
之高度；再放出空氣，軟搏再現之瞬間，取  
水銀柱之高度，平均之，即得縮期壓，再放  
出空氣，軟搏漸次強盛，充實至平常大之瞬  
間，取水銀柱之高度，是為擴張期壓。

在測量血壓過高者之血壓時，須注意其  
所謂聽診間隙“Auscultatory gap”。此種間  
隙多在收縮期血壓下 $10-30\text{ mmHg}$ 處發生  
，持續約 $20-40\text{ mm}$ ，如收縮期血壓為 $250$   
 $\text{ mmHg}$ 之患者，其聽診間隙或在 $230-200$   
 $\text{ mm}$ 之間（即此時不能聽到聲音），如吾人  
最初僅打氣至 $220\text{ mmHg}$ 時，常易將 $200\text{ mm}$   
 $\text{Hg}$ 認為收縮壓力，故最先打氣時須打得較高  
。但此種反誤可以觸診測定法除去之。

(1) 高血壓：收縮期血壓大於 $150-160\text{ mmHg}$ ，或擴張期血壓大於 $90\text{ mmHg}$ ，

即稱高血壓。其原因主要者計有下列數種：

(a) 特發性或原發性血壓過高。(b) 腎炎。  
 (c) 泌尿系元梗阻。或慢性與破壞性腎疾患  
 如水管或先天性囊狀腎。(d) 梅毒性或風  
 濕性主動脈瓣閉鎖不全。此等患者其擴張期  
 血壓較正常者低。(e) 甲狀腺毒症 (Thyreot-  
 oxicosis)：增高多不悉劇，擴張期血壓多  
 較正常者為低。(f) 腦內壓又增加，如腦腫  
 瘤、腦出血等。(g) 妊娠血中毒。

(2) 血壓過低：見收縮期血壓在 90  
 mmHg，擴張期血壓在 50—60 mmHg 以下  
 者，統稱血壓過低，又分急性與慢性二種。  
 其原因計有復列數端：(a) 由于體力衰竭、  
 外傷、手術、急性出血，冠狀動脈梗塞，糖  
 尿病性昏迷及過敏性等所引起之末梢循環之  
 衰竭。(b) 嚴重之急性傳染病，尤其在其末  
 期。(c) 心包膜積水（以上為急性血壓過低  
 之原因）。(d) 任何慢性消耗病。(e) Add-  
 ison 氏病。(f) 嚴重之僧帽瓣狹窄（以上為  
 慢性血壓過低之原因）。

縮期壓與擴張期壓之差，即所謂脈搏壓（  
 Pulsdruck）或脈振幅（Pulsamplitude）。振  
 幅又加大，多見于主動脈瓣閉鎖不全及狹窄  
 ，腎顆粒性萎縮，（多係縮期壓又增高）；

振幅又減小，多見於心臟衰弱，通常縮期壓高又心臟衰弱者，其振幅亦必小，臨床上常利用振幅又大小，以推測病機之豫後。

3. 測血壓又注意：(1) 凡勞動、興奮、疼痛、Basedow氏病，思春期，得經期，均可有一時性血壓增高。(2) 體位：臥位最高，坐位次之，立位最低，但在血壓高之人則反是。故每次均應採同一又體位。(3) 一日中以午後3—4時最高，清晨及熟睡時最低。(4) 常見右側較高，但左右相差在5—10 mm Hg. 以上者，則為病態。(5) 觸診法所得值最低，聽診法次之，通常聽診法比觸診法高5 mm Hg。(6) 水柱與水銀柱又換算法： $1 \text{ mm Hg} = 13.6 \text{ mm H}_2\text{O}$ ， $10 \text{ mm H}_2\text{O} = 0.73 \text{ mm Hg}$ ， $120 \text{ mm Hg} = 160 \text{ cm H}_2\text{O}$ ， $200 \text{ mm Hg} = 260 \text{ cm H}_2\text{O}$ 。

## 第十節 體溫

正常人 $36^{\circ}\text{C}$ — $37^{\circ}\text{C}$ ，早晨最低，傍晚可高 $0.5^{\circ}\text{C}$ — $1^{\circ}\text{C}$ 。病理情況，因細菌或其毒素侵入，紊亂新陳代謝或刺激體溫中樞而有昇降，每一病人，均應每隔2—4小時測一次，逐日記錄，作成曲線，以為診斷又根據。

(一) 測定法：現多採用攝氏體溫計 (Celsius) 以 C 表之，及華氏體溫計 (Fahrenheit) 以 F 表之，列氏 (Reaumur) 體溫計亦有採用者 (以 R 表之)。其測量部位普通均在舌下，緊閉上下唇 2—5 分鐘。因情況特殊，而可在腋窩 (10 分鐘) 或肛門 (5 分鐘) 測之。一般腋窩較口腔低  $0.2^{\circ}\text{C}$ ，而肛門則高于口腔  $0.5^{\circ}\text{C}$ — $1^{\circ}\text{C}$ 。測量時所應注意者，為不可在飲食後 10 分鐘內行測。且每日又測量，應在同一又時間，以免錯誤。

攝氏、華氏、列氏體溫計換算式：

$$n^{\circ}\text{C} = \left(\frac{9}{5}n^{\circ} + 32^{\circ}\right) \quad F = \frac{4}{5}n^{\circ}\text{R}$$

$$\text{C} : \text{R} : \text{F} (-32^{\circ}) = 5 : 4 : 9$$

(二) 體溫曲線：即每次所測得體溫結果又連線，乃表示體溫又整個經過。多數病症均有定型又曲線，對診斷幫助甚大。

(1) 體溫  $36^{\circ}\text{C}$  以下，謂又虛脫體溫； $37^{\circ}$ — $38^{\circ}\text{C}$  謂又微熱； $38^{\circ}$ — $38.5^{\circ}\text{C}$  謂又輕熱； $38.5^{\circ}$ — $39.5^{\circ}\text{C}$  謂又中等熱； $39.5^{\circ}$ — $40.5^{\circ}$  謂又高熱； $41.5^{\circ}\text{C}$  以上謂又異常高熱。

(2) 朝夕又熱度不超過  $1^{\circ}\text{C}$  者，謂又稽留熱 (Febris Continua)；有  $1^{\circ}\text{C}$  以上

文消長者，謂文弛張熱 (*F. remittens*)；僅一時持續，餘時無熱者，謂文間歇熱 (*F. intermittens*)，熱文經過中，又可分為上昇期 (*Stadium incrementi*)，極期 (*Festigium*)，及下降期 (*S. decrementi*)。熱文下降可分兩種：在數小時內急速退熱者，謂文分利 (*Krisis*)，常見伴隨發大汗。亦有在分利前發甚高文熱者，若脈搏不減，而體溫驟降，後來又復上昇者，謂文假性分利 (*Pseudokrisis*)。又熱度下降甚緩，需時數日方能退盡者，謂文煥散 (*Lysis*)。

(13) 若脈搏數上昇，而體溫下降達  $35^{\circ}\text{C}$ ，則為瀕危文徵兆，是所謂“死十字”（以十表示文）。

(14) 肺結核時，若體溫晨高而夕低，則為預後不良文徵。

(15) 吸收熱：由無菌手術後，及外傷後文血腫吸收而起，通常不超過  $38^{\circ}\text{C}$ 。

(16) 無菌手術後文稽留熱：乃創口內化膿或併發肺炎文徵，常見于醚麻醉文患者，由于食物過早給與而誤吸入氣管或保溫不妥而受寒所致。

(17) 化膿性疾患，如癰癤等，在未治療前，可有持續文發熱，但一經適宜文切開

，体温即行下降。

(5) 全身化膿症時，呈弛張熱。

## 第十一節 反射

反射乃受刺激後不經大腦作用而起之反應。其刺激係由知覺性神經向心傳至脊髓，再由脊髓經運動性神經傳導至該部動作之肌肉。蓋為神經檢查之重要部分，不問病人之智力如何，即無感覺之病人及小兒，均可施行之。

### (一) 生理反射

(1) 皮膚反射：用搔、刺、摸、冷等手法誘起之。

(a) 足底反射 (Plantarreflex)：以不甚尖之物刺足心之外側緣，則足趾向趾側屈。若刺激甚興奮過強，則全足向背側屈，發生下肢之逃避運動。反射中樞在第1—2薦髓。

(b) 提睾反射 (Kremasterreflex)：輕察大腿內側上三分之一之皮膚，則睪丸向上運動。反射中樞在第1—3腰髓。偏癱時，則患側之反射消失，多發性硬化症時則兩側全失。

(c) 腹壁反射 (Bauchdeckenreflex)



；反射中樞在 8—12 胸髓。用指尖或他物擦過腹壁之上部，中部，下部，則各節之腹肌現收縮狀，臍亦向該側牽引。腹壁弛緩及脂肪過多者缺如，腹膜炎時因腹膜炎之反射性緊張，故此種反射亦消失。偏癱時患側消失；多發性硬化症則兩側全失，凡此均為早期診斷之重要症狀也。

(2) 粘膜反射：

(a) 結膜與角膜反射 (Konjunktiva u. Kornealreflex)：以毛髮觸角膜與結膜時，正常者即閉眼，當三叉神經第一枝之病變及顏面神經麻痺時則消失。

(b) 嘔吐反射 (Würgreflex)：刺激咽頭粘膜，則咽頭肌即收縮生嘔吐樣運動，此種反射在正常人亦不一定恆在，神經質者亦多缺如，然偏側失去，則為迷走神經，舌咽神經病變之徵。

(c) 咳嗽反射 (Hustenreflex)：喉頭或氣管粘膜有異物性，炎症性刺激時見之，如缺之，則為迷走神經及延髓之病變。

(d) 噴嚏反射 (Niesereflex)：鼻粘膜有異物性刺激時見之，三叉神經疾患時則缺如。

(e) 肛門反射 (Analreflex)：指尖