

症状鉴别诊断学

人民卫生出版社

編者的話

1953 年底，人民卫生出版社約我們編写这本“症狀鑑別診斷学”。在医教工作繁重的情况下，要負担起这项工作，原是有困难的，但在国家过渡时期总路綫的鼓舞下，我們认为有机会为临床工作者提供一些帮助，乃是很光荣和有意义的的事情。因此我們欣然接受了这一任务。

这本书提出了近百种常見的主要症狀或体征，作为題目，分別由院內对之比較专长的同志撰写，而眼、耳、鼻、喉科章全部和泌尿生殖系章的大部則是請有关兄弟医院的同志編写的。

为了便于讀者查知产生某一症狀的主要原因，了解其发生机理和进行診斷的方法，对每一症狀作了原因、机理和診斷方法的叙述，然后对足以产生該症狀的疾病的鑑別診斷加以扼要地叙述。我們曾努力試图运用巴甫洛夫学說来闡明症狀的发生机理，但是由于我們对巴甫洛夫学說的学习还不够，一定有不透彻甚至不妥当之处；同时，在叙述鑑別診斷时，由于一种疾病有多种症狀，不免有重复的地方。关于这些，以及內容的完整性和比重等方面，都有必要根据讀者的意見，在来日加以修訂。

應該說明，这本书在去年秋季就大体完成，但部分到今春才脫稿，因此延迟了与讀者見面的時間。

在編輯过程中，錢惠、郑偉如兩同志担任整理工作，費时特多；又，人民卫生出版社为本书編写了索引，便利讀者翻檢。特此志謝。

当本书出版前夕，我們感到愉快，也感到惶恐。讓我們重复說一遍：我們祇是抱着貢獻我們微小力量的意愿而着手这一工作的，缺点一定很多。为着以后修訂时能做得好一些，我們竭誠欢迎学者和讀者給以指正和批評。

上海第一医学院內科学院編輯委员会

1955 年 6 月

編輯委员会委員名录

(以笔划多少为序)

朱益栋	李宗明	吳紹青	林兆耆	夏鎮夷
陶寿洪	張沅昌	陈悅书	楊国亮	刘約翰
郑偉如	潘繼盛	錢 惠	鍾学礼	戴自英

目 录

第一章 总論	1
診斷的原則和方法	(錢惠) 1
第二章 一般症狀	10
发育	(丘傳祿 鍾學礼) 10
侏儒	11
巨大畸形	13
肥胖	(鍾學礼 丘傳祿) 13
消瘦	(鍾學礼 丘傳祿) 19
水肿	(薛邦祺) 23
失水	(薛邦祺) 29
疲乏	(鍾學礼) 34
发热	(錢 惠) 37
疼痛总說	(夏鎮夷) 50
头痛	(夏鎮夷) 52
口舌痛	(李宗明 徐葆元) 57
喉痛	(戴自英) 61
胸痛	(薩藤三) 64
腹痛	(李宗明) 68
背痛	(郑偉如) 78
四肢痛	(郑偉如) 82
关节痛	(郑偉如) 86
第三章 神經系症狀	89
昏迷	(郑偉如 蕭文炳) 89
譫妄	(夏鎮夷) 98
睡眠障碍	(張沅昌) 101
言語障碍	(張沅昌) 103
感觉障碍	(朱汉英) 106
运动障碍	(張沅昌) 110
眩暈	(張沅昌) 119
第四章 眼、耳、鼻、喉症狀	121
視力模糊	(湯鼎华) 121
紅眼	(湯鼎华) 127
耳鳴	(王鵬万) 130
耳聾	(王鵬万) 132
鼻衄	(胡憲康) 135
鼻溢液	(胡憲康) 137
声音嘶哑	(吳学愚) 140
第五章 皮肤及其附屬器症狀	141

皮肤損害	(楊国亮) 144
斑疹	(楊国亮) 145
丘疹	(楊国亮) 147
疱疹	(楊国亮) 150
膿疱	(楊国亮) 151
結节	(楊国亮) 152
潰瘍	(楊国亮) 153
肿瘤	(楊国亮) 154
痒	(楊国亮) 155
痒痒病	(楊国亮) 157
皮色异常	(潘繼盛) 158
黑素变化	(潘繼盛) 159
血原性色素沉着	(潘繼盛) 162
金屬色素沉着	(潘繼盛) 163
異物色素沉着	(潘繼盛) 163
黃褐病	(潘繼盛) 164
血紅蛋白病變	(潘繼盛) 164
黃色素沉着	(潘繼盛) 164
出汗异常	(潘繼盛) 164
毛发异常	(秦启賢) 165
毛发脫落	(秦启賢) 165
毛发过多	(秦启賢) 168
毛发变色	(秦启賢) 169
第六章 呼吸系症狀	170
气息异常	(王寵林) 170
咳嗽	(楊猷基) 173
咯痰	(楊猷基) 177
咯血	(何恩泉) 183
呼吸困難	(張家吉) 186
呃逆	(刘約翰) 191
第七章 循环系症狀	193
心律失常	(叶根璠) 193
心悸	(叶根璠) 200
高血压	(張家吉) 201
低血压	(陶寿祺) 205
休克	(陶寿祺) 205
昏厥	(陶寿祺) 209
紫紺	(陶寿祺) 212

杵状指	(王龍林).....	217
第八章 消化系症狀		220
吞咽困难	(李宗明).....	220
厌食	(李宗明).....	223
恶心与嘔吐	(李宗明).....	224
胃腸充氣	(章正緒).....	227
嘔血与黑糞	(林兆耆).....	231
便血	(戴自英).....	236
腹瀉	(戴自英).....	241
便秘	(孙曾一).....	248
直腸与肛門狹窄	(孙曾一).....	252
腹水	(林兆耆).....	256
腹块	(徐肇明).....	261
脾肿大	(刘約翰).....	270
肝肿大	(刘約翰).....	277
黄疸	(林兆耆).....	280
第九章 泌尿生殖系症狀		289
排尿异常	(熊汝成).....	289
尿頻——伴有尿急和尿痛	(熊汝成).....	290
排尿困难(尿潴留)	(熊汝成).....	293
尿失禁	(熊汝成).....	294
遺尿	(熊汝成).....	296

尿量异常	(吳茂娥).....	296
尿色异常	(唐靜儀).....	300
糖尿	(鍾學礼).....	305
蛋白尿	(吳茂娥).....	311
阴囊肿大	(陈家驥).....	315
阳萎	(樊苏培).....	319
早泄	(樊苏培).....	321
遺精	(樊苏培).....	322
阴道出血	(王淑貞).....	322
經閉	(王淑貞).....	329
痛經	(王淑貞).....	333
白带	(王淑貞).....	335
男性不育	(樊苏培).....	339
女性不孕	(王淑貞).....	343
第十章 造血及內分泌系症狀		348
貧血	(朱益棟).....	348
出血傾向	(吳茂娥).....	357
淋巴結肿大	(陈悅書).....	364
甲状腺肿大	(鍾學礼).....	368
索引		375
中外人名对照表		400

第一章 总 論

診斷的原則和方法

【診斷的重要】 医学的目的,在于解除人类的痛苦,延长生命,丰富生活。临床基础各科,通过各种实验室工作,了解疾病的成因和机理、研究其治疗和預防方法,都是为着这一目标。綜合基础各科的知識,适当地应用于人体,則是临床医师的任务。但是同一疾病在不同的人体和不同的情况下产生不同的表現,不同的疾病在某些方面可有完全相同的症象,倘然仅凭其一种表現或仅凭病人的陈訴,不从全面着眼,不分析其原因,认为症状就是疾病,以至头痛医头,有热退热,則非但不能解决问题而很容易造成危险的医匠行为。

临床医师有这样一个任务:当面对病人給予治疗之前,必先了解他所患的是什么病,亦即是先求得其診斷。診斷是医疗工作的必經之途,因此也是临床医务工作的中心环节之一。就病情預后来說,可以根据診斷知道某一疾病的大致发展,即使中途有变化或发生并发症,亦不致临时慌乱;就治疗和預防来說,知道了診斷可以针对病因,寻求合理有效的治疗,对其周圍接触者也可确定預防处理的方法,有目的地从根本上彻底解决问题而不再枝枝节节地处于被动地位。否則,診斷未明便药石乱投,等于沒看清敌人便乱放枪,其結果将使敌人暂时隐蔽,必然多走弯路,多浪费;幸而解决了問題,也无从累积經驗向更远大处发展。因此,強調“临床医学,首重診斷”,其意义在此。固然在具体工作中遇有需要或病情紧急时,可以先对某些症状給予一定的处理,但这种处理只是初步的,姑息的,仍应設法寻求病因,謀求彻底的处理,决不是給予症状处理便算完成任务。

【診斷的依据】 任何疾病都有它一定的病理变化。根据病变的性质,产生不同的病理生理的紊乱、机能的改变和人体中某种成分与結構在質和量上的改变,因而产生症状、体征和化驗三方面的表現,亦就是說,这三方面是临床診斷的依据。症状是病人主观上的异常改变或陈訴,如肺炎患者的发热、咳嗽、胸痛等,常是驅使病人就医的动机,亦即我們所要問取的病史;体征是体格檢查时发现的客觀的异常表現,如肺炎患者的肺实变征;化驗的发现如肺炎患者有白血球增高現象等。如果以上三方面完全符合于某一疾病的常見表現,这是典型的病例,診斷也就确立。茲分述其意义如下:

1. 病史 以上三点在診斷上的比較价值,至少有一半以上的疾病,是完全依靠病史来决定診斷或引导診斷的。尽管一种疾病可能有多种临床显示,但任何疾病一般都有其特点和一定的发展过程,我們可以从这些一定的发展过程和特点中求得印象。仍以大叶肺炎为例,由于它是一种感染,它有发热反应,但热型为突升驟降,仅从这一特点便知其与伤寒的发热不同。而且由于肺炎的病理变化主要在肺部,并有呼吸系統症状,因此可以从病程中間取有否咳嗽等局限症状、有否因紅色肝样变咯鉄锈色痰以及有否受涼等誘发病史而把我們的檢查重点放在肺部,从体格檢查中求得証实。从促使病者就医的簡單的主要症状(主訴)追問到其发病誘因,及有关症状和其演变經過(現在症),从而推断其可能診斷,提示出在进行其他檢查时应注意的問題以求得証实,这是病史部分的主要任务之一。

病史对內部疾病的診斷特別重要,某些疾病是完全依靠病史而作出临床診斷的,如冠

狀动脉病所致的心絞痛,几乎只有从患者的年龄、疼痛部位、性质和其与运动的关系上来决定,消化性潰瘍病的診斷也主要依靠疼痛的部位、經常性、及其与飲食、季节等关系来推知。此外,如支气管性与心脏性所致的气喘很相似,脑垂体机能减退所致的继发性甲状腺机能减退症与原发粘液性水肿的症状很相类似,因破伤风所致的肌肉紧张状态与土的宁(strychnina)中毒的表现相同,这些举不完的仅在症状、体征和实验室各方面表现相同而病因不同的病例,只有从探討病史方能鉴别疾病的真相、从而給予恰当的治疗,这是病史价值的另一面。

病史并不限于現在症,如过去史、家庭史、生活习惯史等都有它的重要性。疑患傳染病者的过去史、家庭史、預防接种史、职业接触史,高血压病、糖尿病、血友病、先天性溶血性黄疸等的家庭史,胃、十二指腸潰瘍病和胆石症的去发作史,营养缺乏病的飲食习惯史的問取,都对当前診斷有决定性的意义。至于如何問和問什么,則完全因病而不同。

即使病人在昏迷状态或病人系儿童不能自述病史或不能答复詢問时,則应尽可能从其伴送人或监护人取得之,很好的加以整理、分析和应用。

2. 体格檢查 体格檢查的价值,主要在于証实病史中所得的印象,病史中疑有肺炎的患者,当然希望从体格檢查中发見肺实变的体征。其次,可以鉴别病史中所得的印象,如各种原因的心脏病在心力衰竭阶段时,固然可以从病史中的心跳、气急知道他患有心脏病,但病变是在心包、心肌或心內膜,瓣膜損害中又以那一种为主,不能靠病史来决定,这就需要依靠檢查心脏大小、形状、血压、杂音的部位和其在心动周期中的時間以及循环時間的測定等来决定診斷。体格檢查也可以补充病史中所遺漏的問題,例如瘀斑的存在不易为病人所注意,当心瓣膜病患者有此种体征发見时,将会启示我們:有細菌性心內膜炎的可能,因而对这方向作进一步的探索。

病史中我們常常忽略手术这一問題,当病人訴說急性腹痛、恶心时,常会考虑有闌尾炎的可能。但如在檢查时于右下腹有切口疤痕見到,将帮助我們补充問其已于何时行过闌尾截除手术,因而修改我們的看法:病人腹痛的原因将不再是闌尾炎而可能是手术部位的粘連或其它原因。

此外,早期心瓣病、高血压、結核病常是在常規体格檢查时发見,而主观上病人并无任何症状;一些与主症并无关系的但可能是重要的伴发病也常在体格檢查时发现,从而可以給予及时的注意。

为了使体格檢查能对診斷提供材料,发生最大作用,應該注意到用准确的方法詳細檢查而且作必要的反复檢查。将在診斷的方法一节中再加敘述。

3. 实验室檢查 大部分疾病固然可以依靠以上兩項材料达到診斷,依靠血、粪、尿的常規檢查和必要的实验診斷、細菌、病理、生化和寄生虫等特种檢查,能使診斷置于更确定的科学基础上,这是实验室檢查对于診斷学上的主要价值。傳染病、寄生虫病的診斷如果缺少实验室方面的支持——病原体或虫卵的发見,定使我們感到很大的遺憾;缺少檢驗室工作将使血液病特别是貧血的准确分类变为不可能;缺少生物化学的定性定量檢查,将使內分泌系病、代謝病的診斷和治疗感到困难。活組織的病理檢查常协助病因診斷,决定病理診斷,死后的病体剖驗更常常充实或糾正临床診斷,使临床医学知識能进一步提高。

通过这些檢查,协助診斷的建立。了解体液、組織和分泌、排泄物的質和量的改变以及脏器的机能异常,也使临床工作者对病情的預后和治疗有更好的准繩。

少数疾病，主要是寄生虫感染以及在潜伏期或隐匿着的疾病，患者的症状与体征不显明，实验室检查能使之发现，因而也可以及早地予以治疗。

除此而外，X射线检查、心电图描记术、代谢测定等仪器设备均可帮助诊断。但是使用这些设备需要有合理的临床指征。我们不能依赖这些设备作为常规检查；所得材料如何解释利用，应和实验室材料一样，要根据临床的具体病情来判断。必须认清这些材料只能协助诊断而并不能决定诊断。我们要掌握这些工具加以利用，不要作为这些工具的俘虏，我们要求做到有好的诊断设备时诊断工作做得更好，更精确，没有这些设备时工作亦不差。要做到如此，需要对疾病有广泛的知識，善于从病史中去发掘了解和善于用简单的诊断方法，才不至于在沒有完善诊断设备时有行不通之苦。

【诊断的原则】 有些病的症状和体征都明确地局限于一点，如白喉患者有喉部症状和义膜，如拭子培养又呈阳性，诊断的确定比较简单。某些病主要表现在症状方面而缺少体征表现，另一些病则症状等的表现在甲处而实际病变在乙处，如何从这些明确的或不明确的和多种多样的材料中建立起合理的诊断，必须重视以下数项原则：

1. **从一个诊断着想** 疾病常常在各方面有多种表现，我们要分析其主要和次要，因和果，原发、并发或伴发，用线索连贯起来，尽可能用一个诊断来解释其全部表现。非不得已，决不用两种或两种以上的情形来解释。这是考虑诊断时的基本原则。

例如某风湿性主动脉瓣闭锁不全和二尖瓣口狭窄的患者，于扁桃体截除术后有不规则发热二月，中间有咳嗽、咯血、饮食减退和呼吸困难，体征有结合膜瘀点、肺底罗音、肝脾均轻度肿大而有压痛、脾脏部有摩擦音；实验室检查有血尿、白血球增高，肺部X射线摄片右上肺有钙化点等材料待诊断。其合理的初步诊断应该是 1. 风湿性心脏病，2. 主动脉瓣闭锁不全，二尖瓣口狭窄，3. 亚急性细菌性心内膜炎，4. 充血性心力衰竭，5. 脾、肾梗塞形成，如此则全部表现都可以结合进去；如果进一步作血液培养能得到证明，而且是最典型的病例。其肺部钙化点则无足轻重。但倘然不作此想，则他的表现既遍及呼吸、循环、消化、泌尿、血液诸系统，可能割裂成为无数个毫不相关的诊断，也就无法达到诊断和获得适当的治疗。

2. **先考虑常见的疾病和主要的原因** 许多疾病可以有共同的表现，这些表现在这位病人说来，有何意义？这病人毕竟所患何病？固然先要考虑材料的准确性、有无夸大、缩小，接着便须考虑到造成这症状的常见和主要原因。譬如病人以吐血为主诉，我们应先区别是咯血抑是呕血？既从病史中了解不是呕血之后，又须了解这咯血是否口腔、咽、鼻部出血，出血性病的一部，抑从呼吸道咳出？所有这些咯血或呕血，从口腔或咽、鼻流出的所以必须区别，乃是因为吐血的原因总不外咯出与呕出，而咯血的来源又有喉上与胸部的区别。迨既知其来源是下呼吸道之后，则进一步从常见的肺出血原因——肺结核、充血性心力衰竭、支气管扩张、气管内膜结核、肺癌中找出诊断。假定此病人无心脏病，则由于结核远较肺癌或肺蛔为常见，我们应考虑结核为其咯血的第一可能原因。

能记住一些普通症状在各种情况下的主要发生原因，对于作出便捷诊断有很大的帮助。“或能律”会告诉我们：常见的情形总是多见。考虑把常见的疾病作为诊断，较少错误机会。稀见的疾病必要时固须加以考虑，但应承认它的可能性不多，如果以此为诊断，其准确性是不大的。

3. **考虑有其他诊断的可能** “考虑把常见的疾病作为诊断”这一原则大致是不错的，

而多数疾病的診斷一般是簡單的，因此，在初步接触以后所得的第一印象也常是准确的。但是情形并不就是如此簡單，許多錯誤的所以形成，并非由于不知道，而常由于根本未曾想到有此可能，及至一旦发觉錯誤，則有“啊！原来如此！”之叹。因此，第一个印象虽常是准确的印象，应加以观察証实，同时亦須考虑有其他可能，一一加以推敲而摒除，从多方面看問題，不使遺漏，这就是鉴别診斷的基本方法。

4. 考虑有机質性病变的可能 某些症状，特别是头部腹部症状，病人的主觀訴說常多于客觀的发现。当我们为之費尽周章而不能有所发现或不能解除其痛苦之时，容易称之为“官能性疾病”，一旦作此結論，便很少再对他关心，这是有关观点問題，不于此多談。我們应当認清：当疾病的初期，确是主觀感觉多于客觀发现，而官能性病又确实能产生极似机質性病的症状，很可能“以假乱真”，“真假难分”。从病人的利益出发，我們有责任从多方面着想，特別从机質性病方面着想，慎重地反复檢查，然后加以除外或証实。輕易认为是簡單的无积极治疗的“官能性病”而任其自流，每致錯過可以治疗的时机而后悔莫及。

應該同时在此提及的，我們也不能因为已有机質性病发现便感到滿足。遇有經過証实但久治不愈的胃、十二指肠潰瘍病患者，不应呆滯在潰瘍病这一診斷上而不考虑有癌性变化等的可能；大叶肺炎患者經過一定时期的有效治疗而不見退热，也应考虑到有并发症的可能，应作进一步檢查。有分寸地估計到有严重疾病存在的可能性，但不是过早过分的想入非非，是有理由的，因为忽视这种可能性的存在，本身就是錯誤。

【診斷的方法和要求】 前面已經屢次提及診斷的依据在于病史、体征和實驗室材料三方面，但是在进行具体工作搜集材料的时候，必須認識：医学不是單純的技术，而是科学与技术的应用，不单是自然科学而必須与社会科学相結合；我們的对象是有思想有感情的病人而不是單純的“病”，病情也是多变的而不是單純的患病历程；因而我們的对象不是單純的有兴趣的或是可供研究的病案，而是需要給予同情和鼓励的患病的人。我們需要随时用同情、亲切而負責的态度来和病人建立正确的关系，注意到在行动、言語和表情上不应給予病者以不愉快的感觉，从而获得病人的完全信任与合作。能做到如此，将会使診斷檢查工作易于进行，亦将在各种治疗未开始之前先开始了心理治疗。

在这样的条件和認識之下，我們可以提出以下数点要求：

1. 深入問題 所謂深入有兩方面：一方面要用上述的亲切誠懇的态度，从各方面和病人接近，了解其生活、思想、社会背景，和他打成一片，进入病人的灵魂深处，这对整个診療工作将起很大的作用。另一方面是从病情了解程度上深入，对現在症中的每一个主要症状，特别是对診斷有决定意义和对鉴别診斷有关的症状，要求对之作深入的了解。在这里首先确定某一症状的性质当然最是重要。譬如病人訴吐血，决不能用填表方式記下有“吐血”兩字为滿足，必先問其是咳出或嘔出？如答复不明確，則改換方法問其有否咳嗽或作嘔感觉，吐出物是否一口一口的鮮紅色物、有泡沫、繼以小量血痰数天，抑是大量的混有食物、液体、血块、以及是否伴以黑糞、腹痛等等。

要明确了解病人症状的性质，我們必須追問产生这些症状的可能原因或誘因，与內在、外来以及日常飲食、生活起居的关系，和症状的性质、程度、部位、进度以及解除的方法。而且要依据病人的年龄、性別及症状性质、病程，作不同的問題。疾病誘因的探求，非仅有助于建立診斷，在治疗时因为病因的发现而易于設法根除，在傳染病的管制和預防上

亦因为接触某些人或吃进某些食物等线索的发掘而易于着手。全身性水肿从颜面部或足部先开始,将有助于肾原性或心原性的了解;腹痛的部位、严重性、辐射方向以及与饮食、呼吸、大小便、运动关系的探求,将大有助于心绞痛、胆石症、肠梗阻、肾结石和胸膜炎的區別。遇有块肿存在,則应問其增长速度以定其是良性或恶性,遇有体重增减应問其在若干小时内增减多少等等,不在此一一列举。

此外,我們要善于抓住一个环节发掘新的問題,譬如病人有咳嗽,除了問取咳嗽性質与体位关系以及有否咯血、咯痰外,再进而問及痰的質、量、色、臭。咳嗽本身或許不能有助于診斷,但从痰量多而有臭味,可以推知其或有肺脓肿或支气管扩张症,从痰的色和量上可以推知或确定有否脓胸瘵管或肝脓肿穿孔。如果病人有兩種以上主要症状同时存在,应探求其相互关系。根据情况,从其輕重程度和发生先后,以推断孰为主孰为副或有同样重要。如发热时伴有头痛,头痛可以解釋为发热的伴随症状,除非有顱内发炎則头痛与发热属同样重要外,我們便不必再糾纏于头痛的重要性上,而問題也就随之簡化。問題的应该扩大深入或縮小归納,要看当时的情形而决定,亦要在对問題有充分了解的基础上才能决定。

深入程度一般以确知某些症状的性質为止,如病人不能談、不愿談,应从其他方面了解,求得补充和証实。这样才有可能明了这些症状是否与某一疾病有关,推断这症状是否可以用某一疾病作为診斷。虽然疾病的表現可能不典型,正如吾人在化装之后在某种程度上变了形态,但其步态、身段、声音、笑貌不能全变,在熟知其人的一切之后,虽然他化装了,我們仍能在其他方面認識他。因此,当探詢病史时,应熟知疾病的特点,并根据其特点发問,而必須避免无目的的、乱抓一把的发問。

为了使病史富于准确性,发問应以启发性問題为主,在疑有冠状动脉病时,应問其有否疼痛、痛在那里,在何种情况下发作?而避免作有否胸痛、是否傳向左臂的問題,以免引起病人的牵强附会。但当我們用这种問法而不能明白真相时,有必要用直接发問或旁敲側击的方法来发問。

重要的或与現在症有关的过去史和家庭史,除非很确定,也应問清当时的实在情形,并作必要的記載,仅仅記下有疟疾史有伤寒史也是不够要求的。

病程中所受治疗的种类、品名、剂量和效果的問取,一般都少注意。殊不知在診斷未确定的情形之下,如果已知在一定时期内接受比較足量的特效治疗而无效,从此可以否定某些診斷;在診斷已經肯定但經過一段有效治疗而效果不著,須考虑有新的情形发生,另想办法;即使以前的治疗有效果,可能要在繼續治疗时作新的調整。这种材料的收集,对于診斷、預后及今后治疗上都有很大的参考价值,因而也都是不可忽略的一部。

2. 抱客觀的态度 采取病史、搜集材料一般是在病人和医师双方合作的条件下完成的,病人知道他自己的病痛最清楚,他的訴說当然應該重視,但由于他不知病理,难免有輕重顛倒、主觀夸大或有意无意地隱蔽之处。如何准确掌握、导入正途,主要是医师的責任。當我們和病人接触經過数度問答建立起初步概念后,根据这概念对有关該病的一切症状追問下去,这样,主动权操在医师之手。但是我們常遇到这样的事实:当主觀上疑心自己患有肺結核的病人閱讀結核病书籍时,常会感到自己的症状和书上的記載完全相似。當我們处理病人时也需提高警惕、避免主觀。倘然从錯誤的出发点上发問,把伤寒病患者的症状当作結核病看,专从結核病症状上发問,便很可能問出一个結核病的病状来。依此类

推,把有关体征和实验发见亦結合到錯誤的原始印象上去,认为这就是如此,就犯了严重的主观主义的錯誤。尝有青年患风湿热以急性发热为主訴就医,医师认为是敗血症,这原是可以的,但患者有少数性关节炎,亦认为是敗血症的一部,給予青霉素注射数日无效,改給水楊酸鈉之后才諸症迅速消退。所以造成这錯誤的原因,固然由于原始印象的錯誤,亦由于忽視了多数性关节炎的意义,沒有想到多数性关节炎的主要原因是风湿热,而仍然把它当作敗血症的一部。

因此,初步印象虽然是准确的印象,但不能停留在这一点上,当病人的答案和我們的想法不符合时,要接受这材料,考虑其他可能,另換方向发問;当体征、实验室材料和病史中所得印象有出入时,亦須把这些材料加入作新的考虑,不应固执初見,硬把材料来迁就配合想象中的診斷,而要从材料中寻出合理的診斷来。

3. 对檢查的要求

(一) 机警的觀察 虽然檢查的方法一般有視、捫、叩、听四种,但主要的方法应该不是多用听筒和叩槌而是很好的利用眼睛去觀察。檢查应从觀察开始,而且从病人进入診室或病室和我們交談接触之时开始。注意他态度是否安詳、言語是否清楚、行动是否有所障碍,或急性病容、或慢性消瘦,这些表情和动作,在普通人看来只以为是一些平淡現象,对医师說来則微小的动作意味着疾病的表现,严谨的觀察者可从这些表情动作中来考虑到产生的原由。尝有少妇来訪,談話間时时口吐唾液,一經接触,就怀疑她有早期妊娠,另有女子进診室后屢次把足攔在医师坐椅上,就猜想她足有炎症,詢問之下,果然如此。这种觀察能力必須在日常工作中加以培养。

(二) 詳尽的檢查 进行檢查时应有安靜及暖和的环境、良好的天然光綫和适当的姿勢等客观条件,这是大家所了解的,更重要的是用准确的方法进行詳尽的檢查,不使有一点遺漏。必須記得:造成診斷錯誤的原因,除了根本缺乏这种知識、沒有想到这种可能和材料的錯誤估計以外,忽略了某些現成的但是关键所在的材料而不加檢查,常是主要原因。

我們要养成从头到脚的、有系統而对称的进行体格檢查的习惯,能輔助以各項儀器的檢查最好,这样将有可能发見較多的問題。但是如果对一些单纯病例进行以上的檢查,或是对亟待处理的急症病員也慢条斯理地从头到脚檢查,多翻多弄,将徒然坐失早期搶救的良机,增加病人不必要的肉体痛苦和經濟負担。在此种情形之下,先扼要的作重点檢查,及早治疗乃是必要的。

(三) 反复的檢查 由于疾病是发展的,病程中又可有并发症发生,不可能在檢查的当时有全部表現呈显在吾人目前,則不仅須要詳尽地进行檢查,还須要作反复的檢查。发疹性急性傳染病的出疹日期对診斷有很多意义,必須逐日觀察其出現日期、发展情形;許多发热性疾病的热型、热程,必須經数日觀察乃能了解;亚急性細菌性心內膜炎的栓子現象并非每天都有;大叶肺炎的肺实变体征,未必在第1—2天就出現;都是显著的例子。即使用X射綫摄片檢查肺結核、心电图檢查心肌梗塞,也常常需要一系列的檢查乃能确定,倘然經過一次檢查便以为已知全貌,所失必多。体征如此,实验室材料亦然。慢性腎病患者的尿檢查,傳染病患者的血清反应、細菌培养,寄生虫卵和原虫的发見,常需多次檢查乃能发見而更具价值;例不胜举。善于作必要的耐心的复查工作,非仅对于疾病的診斷不可缺少,对于临床医师來說,也是提高認識疾病的重要方法。

4. **材料要求準確** 病史和檢查材料既然對診斷的建立都起着作用，無論其為陰性或陽性，對肯定或否定診斷都有價值，我們就要求這材料能完全準確。病史必須深入、檢查必須詳盡和反復，都是為着此一目的。倘然缺少某些材料而無法獲得，在考慮診斷時還可以保留加入這項材料以後的另一看法，但如果材料而不準確，則我們將會根據這錯誤材料而作出錯誤的結論，其危險性將超過沒有這項材料。

材料欠準確的原因，可能是技術不足、知識不夠、不加重視，多數是由于粗枝大葉的把標本弄錯、粗制濫造的無中生有或視而不見、缺少為病員負責為科學負責的思想根源所造成。遇有這種可疑材料，我們該客觀地加以判斷，作必要的復核審核工作。

5. **從全面看問題** 我們已經在診斷的原則一節中提到從一個診斷着想，在進行的方法上亦是如此。材料本身並不等於疾病，有皮疹並不表示病就在皮膚，單純從局部看一個丘疹也決不能斷定它是麻疹、藥物疹或是蚊咬所致。在確定某一項材料的性質時我們須要用看顯微鏡的方式查問清楚，考慮這材料在某一病人身上的意義時，就必須象坐飛機看地圖一樣從全面着眼，結合全部材料，包括其他病史、體征和實驗室發見，然後考量這材料在診斷中所應占的地位和重量是如何。勿輕易放過一個有關的材料，也勿迷惑於一些無關重要的材料，是處理材料達成診斷的重要方法之一。

【診斷材料的分析和估價】 各種足資診斷的材料，無論陰性或陽性，對達成診斷都具有協助的價值。在何種情況下有肯定價值，又在何種情況下有否定價值，全看這材料在整個診斷中有否適當地位和是否能解釋得通，如有牽強附會，可能說明這種看法還有問題，而如何予各種材料以適當的估價和利用，乃是診斷學中一個重要問題。

1. **對病史一般性材料的利用** 任何疾病的某一階段和某些方面，可能與其他疾病的表現相似，已經多次提及，當我們處理這現象時，根據各種疾病的常見性，適當的對年齡、性別等一般性材料加以利用，能協助我們狹縮診斷範圍。如在幼年應考慮其為先天性，晚年應考慮有變性疾病的可能；心臟病變在幼年要考慮其為先天性，青年為風濕性，中年為梅毒性，老年為高血壓性；同是脾腫大，江南患者考慮其為血吸蟲病和疟疾，蘇北等籍患者以黑熱病為可能；同樣是發熱，兒童須考慮有急性傳染病可能，婦女須考慮有生殖系發炎可能，老年並須考慮有癌的可能，而在某個季節，某個地區有其特殊的流行病，在考慮診斷時就應適當的加以結合。

2. **合理程度的估價** 假定所有材料是準確的，粗看起來也是可以結合貫串的，尚須從其程度上考慮其合理性。如靜止性肺結核病人有發熱出現，其發熱是否可以肺結核解釋？病人有心臟病而無衰竭現象，同時存在的肝腫大是否即認為是充血性？病人有鉤蟲感染，是否即用以解釋其同時存在的嚴重的缺鐵性貧血？肺結核固然可以發熱，但靜止性肺結核而有發熱，必須考慮其發熱是由于肺外結核或與結核無關的其他原因所致。同樣的，如在疑患傷寒的病人發現有腫達臍部的脾臟，因為其腫大程度超過于傷寒病人所應有，我們就必須考慮其脾腫大另有原因；或因脾腫大的程度不合于傷寒，從而對傷寒這一診斷發生懷疑。

3. **對“矛盾材料”的估價** 一些單純的病例，客觀材料與我們主觀判斷相符合，診斷不難。但如所得材料不如理想，甚或出乎意外地顯得矛盾，則造成作結論時的困難。我們應追查材料的來源是否可靠，考慮它對整個診斷有否妨害，必要時作復查工作。如肺炎患者應有白血球增多，今如所得報告為白血球數正常或減低，則顯得矛盾。但如其他材料全

指示着肺炎的診斷，我們不能因其白血球計數不高就認為所患非為肺炎，却要尋找病人抵抗力低等原因來解釋這項個別的矛盾現象；相反地，如果已有材料並不全指示肺炎這一診斷，而白血球數又不高，則確實加重了矛盾性，我們必須正視這矛盾，它可能意味着肺炎的診斷確有問題，至少不是典型的肺炎。

4. 對特殊材料的接受應特別注意 症狀中的頭昏、腹脹，一般缺少重要意義，不予討論。某些被採用得很多而且被當作有一定診斷價值的檢驗室材料如血球沉降率在結核病，痰培養對肺炎，肥達(Widal)氏反應對傷寒的應用和解釋，應該加以注意。它們誠然有其診斷上的價值，但並非絕對的，不少次數的試驗是被濫用而且被解釋錯誤了。活動性肺結核的血沉率是加速的，但如不除去同時存在的其他感染、貧血等因素，其增速對結核病的診斷價值是不多的。有人好送痰作培養，把培養得肺炎球菌作為肺炎的根據，或肺炎患者的痰培養得鏈球菌便以此菌為肺炎的致病菌，其錯誤相同。陽性肥達氏反應更常被視為診斷傷寒的有力證據，但如不考慮其過去曾否受過傷寒預防注射，不考慮其在病程中出現的時期，不反覆觀察其凝集價是否繼續增高，便很難斷定其價值。嘗見病人以腹痛高熱兩日來就醫，因第三天上得肥達氏反應報告為1:250，便被診斷為傷寒而轉送傳染病醫院。再作肥達氏反應，兩次均為陰性，經過多天觀察，原來是回腸後闌尾穿孔有膿瘍形成。其實在發熱第三天上的陽性肥達氏反應是沒有診斷價值的，只能作為日後復查時的參考，把第一次陽性反應作為重要診斷資料當然是錯誤的。對類似的其他血清凝集試驗的看法亦然。

和結核病一樣，舊社會遺留下來的梅毒常被指摘為病因，但陽性華氏、康氏反應是否即表示其染有梅毒或所患是梅毒性疾病，我們應以批判的態度接受，無條件地承認這種報告，曾多次見到因而父子失和、夫妻反目，應該特別謹慎！

即使是細菌培養，它原可算是最特異的材料，但除非它能與其他方面都符合，也不能即予接受，因為它可能是污染的結果。其他如血液化學、各種機能試驗以及有關的體征等等，也都不應單獨地作為診斷的根據。在適當的時期進行適當的檢查，又要能對所得結果加以合理的判斷，並不是很簡單的事情，需要在實踐中不斷的加以學習和掌握。

【診斷與鑑別診斷】 當我們依照方法收集材料，逐步分析歸納到一定階段，對病人所患的疾病，便可以下一結論，作出診斷。根據達到確診的方法，可以分為：X射綫診斷、病理診斷、細菌學診斷、血清學診斷等等。臨床上則根據疾病的單純性和複雜性，根據直觀印象配合以上各種方法，有以下數種達成診斷的方法。

1. 直接診斷 病情簡單，其病史、症狀在此病中比較突出而很少為其他疾病所共有。如有飲食失常史而以腹痛、吐瀉為主的病人出現於面前，幾乎可以在接觸之際即診斷其為急性胃腸炎。

2. 除外診斷 在症狀比較不突出的疾病，由於其顯示或多或少地與其他疾病相似，粗看似乎有多種可能，稍加分析，容易把其他可能，根據其不符之點，加以摒除，留下1—2種比較近似的疾病，作為診斷，再進一步求得証實。

3. 鑑別診斷 病情未必太複雜，但其主要症狀有多種可能原因，一時不易指出，在診斷過程中，常需搜集較多材料以助診斷。倘然新材料不適宜於原先考慮到的診斷，便應把這些舊的可能剔出，把新舊材料加在一起，重新考慮，此時或許會有新的可能出現。如此步步為營的搜集和利用新舊材料，把主要的和次要的、相容的和相反的理由分別放在各

种可能診斷項下，仔細衡量这些材料对何種診斷最为适宜，使最近似的診斷从許多相似の病群中辨別出来，便是鑑別診斷法。

由于任何一种疾病，未必在一个时期内有全部典型的显示，在进行鑑別診斷过程中所得的材料，未必能全部符合于某一个診斷。倘然重要的材料能符合診斷而缺少的材料或矛盾的材料不妨害其診斷时，仍可認為这一診斷是最可能的。在此情況下，可以进一步用挑撥性試驗或試驗性治疗，以觀其对于刺激的反应或治疗的效果，来判断此項診斷的真实性。

最后，一个完备的診斷应能表明疾病的全部情形，除了說明病名而外，并要求說明病变的性質和程度，例如(1)梗阻性黃疸、胆石症；(2)縮窄性心包炎，結核性，心代償机能減退，——但單純的診斷为“黃疸”或“心代償机能減退”是显然不够的。

(錢 惠)

第二章 一般症状

發育

发育是指人体自卵受精起經一系列的成長变化至成人的整个过程，通常分为胚胎的发育及嬰兒发育。本节所述是指嬰兒成长至成人的阶段，由于此时期中人体形态、智力、性能各方面变异甚大，故在测定发育情况时，应观察下列各項变化而判定发育是否正常。

【診斷方法】

1. **骨骼比例** 如以耻骨联合处上緣中点为测量标记，人体上部自顱頂迄耻骨联合处长度与自同点至脚底长度的比例常随发育而变化；在嬰孩时此項比例为1.7比1，至11岁时则为1:1，如发育异常則此項比例常不与病者年齡相符合。

2. **面貌** 儿童之前額及眼眶在臉部所占比例甚大，在成长过程中，鼻梁及下頷长大較速，故前二者比例遂相对的縮小，如发育在孩提时停止，則此患者面貌仍似幼兒，此情形可在克丁病中見之。

3. **骨的发育** 不同骨骼各在一定年齡时骨化，此称为骨齡，如橈骨下端骺部常在七岁左右开始显示骨化，而在十七岁左右与长骨結合，在正常发育中骨齡虽有一定，但可能有2—3年的差异，如差异过大，該孩发育即属异常。

4. **牙齒发育** 牙齒的鈣化及出牙時間亦均有一定，如永久性門齒之齒冠在4—5岁时X射綫可开始显示，而出牙則在6—7岁时即其一例，测定牙齒发育情况具有测定骨齡同样意义，通常出牙的时间因受牙床发育影响，常不若鈣化准确。

5. **智力发育** 可用各項智力测定，确定受檢者的智力年齡。

6. **性的发育** 可从副性征发育的情况推测之，但有时副性征的发育与生殖腺发育不成比例。

【影响发育的因素】 影响发育的因素甚多，概述之可分下列各項：

1. **先天的因素** 遺傳与生长发育有密切关系，如人种高矮，形态差别，发育迟早以及家族性发育异常情况等均与遺傳有关，此外在胚胎发育过程中若有缺陷，发生先天性疾病，則发育亦可因此延迟或停止。

2. **环境的因素** 外在环境如营养不良，維生素缺乏，慢性感染等可使机体内发生营养代謝的紊乱，因而影响发育。智力发育更直接受环境影响很大。

3. **神經系統的疾病** 神經系統疾病可直接或間接的影响发育，其中主要者当推視丘下部。該部一方面与脑下垂体有密切关系，因而借內分泌系統影响发育，另一方面該部疾病对体内代謝亦有直接影响，故肿瘤、脑炎、結核等病变侵及該部或該部有先天性发育上缺陷时，病人常有早熟，性机能不发育，肥胖等情况出現。

4. **內分泌系統的影响** 激素如生长激素、雄激素、甲状腺素与生长发育均有关系，然三者的机能各有不同，甲状腺素在发育早期极为重要，幼兒骨骼长度比例的变更，容貌变化，骨骼与骨干的融合及牙齒、脑部的发育，在甲状腺素缺乏时常呈延迟。脑下垂体生长激素的作用自何时起始較為模糊，有人認為一般在三、四岁左右漸趋明显，盖脑下垂体侏儒症

之生长抑制常在此时开始。生长激素分泌过多时生长加速，骨髓与骨干融合延迟，可使患者形成巨大畸形。生殖腺素之影响则在春机发动期显示，雄激素对身長体重的增加，肌肉的发育有显著的促进作用，故在分泌旺盛时虽脑垂体生长激素分泌不足，发育仍能急速进行。雌激素对生长及体内氮质积聚影响不著。女性在春机发动期生长加速及毛发旺生等变化乃受肾上腺皮质所分泌之雄激素影响。二性素均有使髓与骨干融合机能，融合后身長即不再增高。

鉴别发育有无异常可以不同标准衡量，如以性发育为准，则可分为幼稚症、早熟、及发育延迟；如以軀干长度及一般情况作准，则可分为侏儒及巨人；此节讨论以侏儒及巨人为中心，作一申述。

侏 儒

侏儒乃指軀干及四肢发育异常，致患者身長远较正常人矮小而言。发生的原因可分下列各项。

【分类及鉴别诊断】

1. 骨骼疾病 可因先天的因素或营养不良引起。

(一) 软骨发育不全症 此为遗传性疾病，其主要缺损为软骨发育不全及软骨骨化有缺陷，致使软骨性骨发育受阻而膜性骨发育则并不受影响，患者身材短矮，行动蹒跚，颧呈短头型，鼻梁凹陷如狮鼻，其颈短，脊椎可有畸形，四肢粗短，各手指亦短而长度几相等，患者肌力智力及性发育均正常，诊断可借其奇特之形态及X射线检查有无软骨发育不全，骨化异常，骨膜骨化过度，骨端与骨髓融合时间之变异等决定之。

(二) 成骨发育不全症 此亦为遗传性疾病而以女性患者较多，其主要缺损在于骨发育异常，成骨中钙质极少，骨质极为疏松，故脆弱易折。病者常因屡次骨折致使身材短小长骨畸形，此疾病除骨骼变化外尚有所觉不良及巩膜呈蓝色为其特征，前者常在30岁左右出现，X射线检查可发现普遍性骨质疏松，长骨较一般细小，无类骨组织增生，病者血清钙及磷浓度均正常，此数点可有助于与佝偻病之鉴别诊断。

(三) 佝偻病 维生素D缺乏为佝偻病最习见的病因，其缺乏原因或因饮食中含量不足或因日光照射之缺少，故此病常在温带地区寒冷季节中发生，在我国以幼儿较多，典型症状为前囟关闭较迟，颧骨软化，颧呈方形，有鸡胸或漏斗形胸及佝偻病串珠，两膝有内翻或外翻，腕、踝关节均呈增大，长期者常有脊椎及骨盆变形，病孩且常呈营养不良，往往肌肉细小，腹部膨大凸出，X射线检查可发现骨钙缺少，类骨组织增生旺盛，髓与长骨端间软骨增生甚不规则，有时可在骨干端部近处有条纹状钙化影出现；病者血清磷质常在3.5毫克以下，钙质亦可低下。

此外在胃肠道疾病如乳糜样腹泻或胰腺囊样纤维化中或因小肠吸收机能欠佳，或因大量脂肪下痢可使维生素D及钙、磷吸收受阻，亦可形成佝偻病。

肾疾病如先天性尿道异常、肾发育不全或慢性肾炎、先天性肾小管机能异常等，可造成肾机能损害或紊乱，引起继发的酸硷平衡及对钙、磷排泄控制的失调，造成骨组织脱钙现象而引起佝偻病。小便及肾机能检查、静脉或逆行肾盂摄影等可帮助诊断之确立。

(四) 大骨节病(卡辛比克, Кашин-Бек, 氏病) 此为地域性疾病见于我国东北之东北部、陕西、山西、朝鲜北部及西伯利亚部分地区，其特征为(1)关节肿大——往往自指节等

小关节开始,漸次延及膝、腕、肘、踝等关节,有时关节旁及筋腱中可有外生骨疣。(2)关节畸形,膝內翻或外翻,足弓消失。(3)侏儒——其形成由于骨骺与骨干融合过早所致。病者血清鈣及磷質均在正常范圍中,診斷可借发病地区,X射綫檢查,血清磷、鈣檢查及其症状决定。

2. 寄生虫病 我国寄生虫病流行极为广泛,儿童常因感染而致发育不良,其中最要者当推血吸虫病,在重度感染地区,青年在20岁以上而軀干矮小尚未开始发育者极多,終身幼稚情况亦常遇見。此类侏儒大都有重度肝脏損害,因而引起繼发的营养不良及內分泌系紊乱,病者之脑下垂体、甲状腺、肾上腺均呈萎縮,生殖腺常不发育,肌肉瘦小,一般营养极差,診斷詳第八章“肝肿大”及“脾肿大”。

此外农村中流行之鈎虫病,南部山岳地区流行之疟疾,华北之黑热病皆可使病者有营养不良,发育延迟,重症者軀干往往短小。

3. 內脏疾病 严重的內脏疾病,慢性感染,均可使发育延迟或停止如:

(一) 心脏疾病 先天性心脏病——动脉导管未閉,法乐(Fallot)氏四合症,心室纵隔缺損,肺动脉狭窄等;幼孩中罹严重的风湿性心脏病者亦常有生长发育的阻滯。

(二) 慢性感染 如肺或肺外結核,先天性梅毒等。

(三) 脑部疾病 如脑炎后遗症,肿瘤,結核,脑室积水等。

(四) 其他 严重的內脏疾病亦可引起,不于此一一縷述。

此类疾病或对个体循环呼吸机能引起障碍,或引起营养及神經內分泌系統的紊乱,而形成侏儒,診斷并不困难。

4. 內分泌系統的紊乱

(一) 甲状腺机能减退 克汀病与幼年型粘液性水肿常見于地域性甲状腺肿的地域,然亦有病例因甲状腺发育不全,散見各地,罹疾者形态常因发病年龄而异,克汀病因发病早的关系,孩童容貌及骨骼长度比例常保持嬰兒型。在幼年型粘液水肿患者,嬰兒特征不复显示。甲状腺机能减退之侏儒一般均呈特殊相貌,臉大,眼皮嘴唇厚,舌大,皮肤呈蜡样,骨骼、牙齿、肌肉及智力发育均迟緩,毛发稀少易落,基础代謝率常在負30以下,血清胆固醇增高,血浆蛋白碘結合物降低,后者濃度常在3.0微克%以下。診斷可借体征及實驗室檢查决定之。

(二) 脑垂体机能减退 此类孩童往往在三、四岁后始显发育异常,其特点为軀干、形态、肌肉、性器官各方面发育呈一般性阻滯,二、三十岁时犹如孩童,故有老小孩之称,然患者智力发育不受影响,繼发性內分泌不足現象如自发性血糖过低及基础代謝率下降等常可在此症中出現。脑下垂体机能衰退常因顱內肿瘤、感染,血管等病变引起,所謂洛林-拉維(Lorian-Larry)氏綜合病征者即由于病灶侵入視丘下部及脑垂体部,因而发生肥胖,发育不良、幼稚等情况。

診斷脑下垂体机能衰退可借症状、体征及實驗室檢查决定;后者可參閱“消瘦”章西蒙(Simmonds)氏症,此外X射綫檢查骨齡及蝶鞍部亦可帮助診斷。

(三) 早熟 大量生殖腺素的分泌可一方面使生长加速,另方面亦可使长骨与骨骺融合提早;故早熟儿童虽在发育时較同年儿童为高,但最后身長常較矮小。

(四) 春机发动期延迟 此类孩童之发育,一般均較同年儿童延迟,可能在十六、七岁时犹未开始发身,有时被誤認為有內分泌系的紊乱,实則在发育开始后一切均与正常无

异,此类情况往往有家族性。

5. **原发性侏儒** 此类侏儒除身材矮小外,无其他发育异常情况,患者往往有类似的家庭史,但亦有散发的情形,可能与遗传及体格结构有关。

卵巢不发育性侏儒: 此类侏儒亦为原发性侏儒之一类型,患者除生殖腺不发育外常伴有其他先天性发育异常如主动脉狭窄,骨骼,眼肌发育不全等,患者智力,骨化、毛发分布及一般发育情况均与正常无异。

6. **早老症** 患者骨骼长度比例、骺部骨化及融合时间均与正常无异。除身材矮小外过早衰老常为其特征。患者身材瘦弱,毛发早落,数龄孩童可秃发全秃,皮肤松弛如老年人,且可呈动脉硬化征或患冠状动脉硬化而死亡。诊断可借其特殊形态决定。

巨大畸形

巨大畸形系病人身长远超过相同年龄、性别、种族的人之一般标准的称谓;在欧美常以人体高度超过二公尺为标准,在吾国尚未有一准绳。发生巨大畸形的原因大都均为种族或遗传因素或为内分泌系统的紊乱。

1. **原发性巨大畸形** 可能与种族及遗传因素有关,病者全身均呈匀称性增长,体力亦相对增加,生育能力正常,其他内分泌系统亦无紊乱。此情况在巨大畸形中为数不多。有时所谓原发性巨大畸形在随访中发现有肢端肥大或其他内分泌系的紊乱。

2. **脑垂体性巨大畸形** 患者常自幼年即较同年儿童为高大,生长甚速,由于骺部与骨干融合延迟,身长在二十三、四岁左右犹能急速增高,通常患者骨骼长度、肌肉、形态等均呈匀称性巨大,然亦可有部分畸形如肢端巨大症然。在生长激素分泌旺盛时,甲状腺、肾上腺皮质、有时生殖腺机能亦往往亢进,因此病者可有畏热、多汗、心悸及其他甲状腺机能亢进症状或糖尿病症状出现;后期病人可呈脑下垂体机能衰竭症状如粘液性水肿及西蒙氏症者然。

若脑下垂体嗜伊红性细胞瘤甚为巨大,则病者往往有颅内肿瘤症状如头痛、偏盲、视神经乳头水肿等现象出现,X射线检查可发现蝶鞍扩大,后床突破坏现象。

3. **生殖腺机能不全性巨大畸形** 此情形常在男性原发性生殖腺萎缩、睾丸截除或被毁时见之,此等情况必需发生在骺与骨干尚未融合时,否则身高无从再增。患者四肢细长,与躯干比例不相称,肌肉不发达,讲话时声音犹如孩童,副性征因睾丸丧失并不发育,此类患者年长时可伴以肥胖,然其脂肪之分布却似女性,诊断可借典型体征、小便中17-酮类固醇,及卵泡激素的测定决定之。

(丘傳祿, 鍾学礼)

肥胖

当人体内脂肪贮量超过平常人一般平均量而引起各种不合乎正常生理的表现时,可称为肥胖(病理性)。肥胖者虽有程度上的不同,但大都体重超过正常标准。体重增加之主要因素系脂肪组织增多,脂肪贮量与蛋白质类之比常大于正常人体,而蛋白质类在组织中如肌肉等在肥胖者可能反见萎缩(较正常者)。故肥胖者之身体过重,应与肌肉特别发达,或因水肿、或因水及钠盐留滞而体重增加者加以分别。因此,仅从体重超过正常标准若干百分比论,未必能代表肥胖之程度,其理至明显。