



完 整 的 診 斷

內 教

科 授

許 夢 蘭

醫科同學也許會覺得醫書上的「病名」命名雜亂幾無規律可言。茲將其試行分類如下：

1. 依原因命名者：例如傷寒症，一氧化碳中毒，放射線傷害等。此種命名法至有道理而廣被採納，因為設若診斷無誤，即有除根治本的好處。惟至今原因不明的疾病尚多以致此種命名時有所不便，且對同一原因而形態與生理變化完全不同的病症，例如腦梅毒與麻痺性癱瘓等，許多人還是認為以不同病名論之為佳。

2. 依形態變化命名者：例如心囊炎，腦出血，肺室栓等。

3. 依生理變化命名者：例如尿毒症、心不全、發作性心搏症等。

4. 依症狀命名者：例如 Cushing 氏症狀羣，Adam—Stokes 氏症狀羣，Eisenmenger 氏症狀羣等。至於胃痙攣，腰痛等只是將病人之主訴翻成醫學名詞而已，根本不能稱之為「病名」。

由此可知，醫書上之「病名」是標題性的，片斷的，是純粹為便利說明而設的。許多醫師習慣地擇其一當做「診斷名」使用，即以爲對病人的診斷有了交待，結果是養成了自滿自足的心理，對所診的病症懶得做進一步的究明以致無法做到確切的治療。譬如對一位心臟病患者，若僅付以「風濕性心臟病」或至多「風濕性僧帽瓣狹窄症」等診斷名了之，則對原因之活動性，心臟大小，心臟機能之變化以及病症之輕重等都沒有具體的述及。這樣的診斷名只能謂之「部分診斷」(Partial diagnosis)而不能稱之為「完整的診斷」(Complete diagnosis)。

完整的診斷名應該包括1.原因，2.形態變化，3.生理變化，以及4.臨牀情形等，俾使對病症全般(Clinical entity)能一目瞭然。茲舉例如下：

第一例：心臟病

1. (原因) 風濕性，不活動性。

2. (形態) 僧帽瓣狹窄症，右心室擴大。

3. (生理) 右心不全，心房細動。

4. (臨牀) IV (註一) D (註二) 類。

第二例：肺病

1. (原因) 結核性。

2. (形態) 兩側中等症 (註三)。

3. (生理) 非活動性 (註四)。

4. (臨牀) V (註五) 類。

總之，完整的診斷名表示醫師已確確實實將病人充分地研究過，對所診的病症已有澈底的了解，而令人相信診斷合理且治療適當，使世界上任何地方的醫師不難揣想該病人之臨牀實況。這樣的診斷名才說得上肯定，完整而簡明。醫師的診斷當朝此方向努力。

註一：設將病人之體力分爲 I、II、III、IV 四類，第 III 類則指：病人休息時亦有心不全症狀 (紐約心臟病協會，1964)。

註二：設將醫師許可病人體動之程度分爲 A、B、C、D、E 五類，第 D 類則指：需要嚴格的限制病人之普通性體動，但無需禁止離床 (紐約心臟病協會，1964)。按以上兩分類並不一定要平行，例如心肌梗塞發作後兩箇月之病人也許體力很好 (第 I 類)，然而醫師爲了安全起見只能允許中等的體動 (第 C 類)。

註三：設將肺部之病狀範圍分爲輕症、中等症、重症三類，中等症則指：散性病狀之總和不超過一肺，或融合性病狀之總和不超過一肺之三分之一，或空洞直徑之總和不超過 4 cm (美國防務協會，1955)。

註四：設若將病狀的活動性分爲非活動性，活動性未定，活動性三類，非活動性則指：結核菌培養以及 x 光線照片上之病狀已無變動至少有六月箇以上 (美國防務協會，1955)。

註五：設將醫師許可病人體動之程度分爲 I、II、III、IV、V 五類、第 V 類則指普通生活 (美國防務協會，1955)。