

常见临床症状鉴别

CHANGJIANLINCHUANGZHENGZHUANGJIANXIE

主编 程传明 郭来成 马智军 顾国明 窦以宝

天津科学技术出版社

常见临床症状鉴别

主编 程传明 郭来成 马智军
顾国明 窦以宝

天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见临床症状鉴别/程传明等主编.
天津:天津科学技术出版社,2008.9
ISBN 978-7-5308-4800-5

I. 常… II. 程… III. 症状—鉴别诊断 IV. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 144270 号

责任编辑:张 颖

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话(022)23332372(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

莱芜圣龙印务有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 17 字数 451 000

2008 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

定价:33.00 元

主 编 程传明 郭来成 马智军
顾国明 窦以宝

副主编 (以姓氏笔画为序)

万 伟	王淑琴	王桂丽	刘艳青
刘锡禄	刘爱珍	刘晓玲	孙高令
汤瑞玲	李汝勇	李海涛	李乡芹
李艳芳	李志煜	吴丽丽	宋俊智
张义成	张在斌	张恒刚	张思彦
陈景春	房师猛	杨传山	杨明德
郑雪松	赵学庆	郭世彪	郭成章
高 翔	翟宏华	潘学洪	

编 委 (以姓氏笔画为序)

于 洪	王风莲	王 军	王清香
王淑霞	王晓翠	付喜文	邓新连
孙广美	孙伟元	刘迎欣	吕 敏
张红英	张京亮	张 丽	张爱芳
宗佩君	赵砚霞	夏增胜	秦晓林
崔 岩	曾庆旺	裴元民	谭清彦
冀玉爱			

前 言

随着科学技术日新月异的发展,医学诊断新技术、新方法在临床上得到了广泛的应用,从而大大提高了疾病的诊断水平。诚然,X线、B超、CT、MRI、心电图、脑电图、内镜以及实验室检查,是我们临床诊断工作中不可或缺、甚至是主要的依据,甚至为了避免漏诊、误诊,过度地依赖于以上这些检查。另外,尽管某些疾病有赖于某种特殊检查即可确诊,但是该项检查方法的选择离不开对患者症状、体征的正确分析、诊断与鉴别诊断的逻辑思维。患者的主诉症状与客观检查体征为临床诊断提供第一手资料,症状与体征是疾病诊断的切入点。在复杂的临床病例中,只有抓住其特征性表现,再经过仔细的鉴别诊断,才能得出清晰的诊断思路。如患者主诉腹痛,临床医师必须考虑腹痛发生的部位、性质、程度、起病缓急、诱发因素、缓解办法及伴随症状。特别是伴随症状,即腹痛与其他一个或几个症状、体征的组合,如腹痛伴发热、腹痛伴黄疸、腹痛伴恶心呕吐、腹痛伴腹泻、腹痛伴腹部肿块、腹痛伴腹水等,往往为临床诊断提供更有价值的线索。

鉴别诊断是一个揭示疾病本质与属性的辩证的逻辑思维过程。本书的编写正是以症状、体征为主线,从临床实际出发,按照临床医疗实践的思维程序,将具有相似、相同的主要症状的疾病放在一起,辨明各自的特点,着重分析其不同之处,尤其对容易造成误诊的疾病进行详细的分析。通常,症状与体征没有明确的科别、专业界限,涉及整个临床医学领域,本书阐述了包括内科、外科、妇科、小儿科、五官科及皮肤科的一些最常见症状的鉴别分析。全书分上、下两篇,上篇主要讲述了有关症状体征的相关概念,下篇则对各科临床上常见症状的诊断和鉴别诊断进行了全面的分析。

临床医学是一门实践性很强的学科,临床医师必须不断地从浩瀚的医学理论宝库中汲取营养、更新知识,去指导自己的临床实践。本书不仅适用于初涉医学殿堂的医学生、实习医师与住院医师,对高年资医师也具有一定的参考价值。

由于参加编写的人员较多,在内容繁简与形式上不尽一致,限于编写者的水平,疏漏与不足之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

编者于2008年6月20日

目 录

上篇 基本概念和基本技能

第一章 症状、体征的基本概念	(1)
第一节 症状与体征	(1)
第二节 症状、体征与病因的关系	(2)
第三节 症状体征差异性表现	(4)
第四节 症状、体征与辅助检查	(5)
第五节 症状、体征和药物治疗	(6)
第二章 诊断的基本概念	(8)
第一节 诊断的基本原则	(8)
第二节 诊断的方法	(9)
第三节 诊断的种类	(10)
第四节 诊断内容	(11)
第五节 临床综合诊断的内容和格式	(12)
第六节 诊断中要注意的问题	(13)
第七节 诊断的步骤	(19)
第八节 误诊原因和减少误诊的措施	(20)
第三章 基本技能之问诊	(21)
第一节 问诊的重要意义	(21)
第二节 问诊的项目和内容	(21)
第三节 问诊的方法	(25)
第四节 问诊的注意事项	(27)
第四章 基本技能之体格检查	(29)
第一节 体格检查的方法	(29)
第二节 体格检查的顺序和要求	(33)
第三节 体格检查纲要	(35)
第五章 辅助检查	(37)
第一节 辅助检查在临床诊断中的意义	(37)
第二节 实验诊断	(37)
第三节 心电图检查	(39)
第四节 内镜检查	(41)
第五节 肺功能检查	(45)
第六节 超声检查	(45)
第七节 X线检查	(47)
第八节 CT检查	(49)
第九节 磁共振检查	(50)

第十节 放射性显像	(52)
第十一节 病理诊断的任务和注意事项	(55)

下篇 常见临床症状的鉴别

第六章 发 热	(57)
第一节 概 述	(57)
第二节 诊断思路与步骤	(58)
第三节 急性发热	(62)
第四节 慢性高热	(64)
第五节 慢性低热	(66)
第六节 反复发热	(67)
第七章 头 痛	(69)
第一节 概 述	(69)
第二节 诊断思路与步骤	(71)
第三节 头痛的鉴别诊断	(72)
第八章 咳 嗽	(74)
第一节 概 述	(74)
第二节 诊断思路与步骤	(74)
第三节 咳嗽的鉴别诊断	(76)
第九章 咯 血	(78)
第十章 胸 痛	(81)
第一节 概 述	(81)
第二节 诊断思路与步骤	(82)
第三节 胸痛的鉴别诊断	(83)
第十一章 心 悸	(88)
第十二章 烧 心	(90)
第十三章 腹 胀	(92)
第十四章 呕 吐	(95)
第十五章 腹 泻	(97)
第十六章 便 血	(101)
第十七章 便 秘	(111)
第十八章 黄 疸	(114)
第一节 概 述	(114)
第二节 诊断思路与步骤	(116)
第十九章 吞咽困难	(121)
第二十章 腹部肿块	(123)
第二十一章 急性腹痛	(128)
第二十二章 慢性腹痛	(133)
第二十三章 尿频、尿急、尿痛	(137)
第二十四章 血 尿	(141)
第二十五章 尿潴留	(148)
第二十六章 乳房肿块	(151)

第二十七章 乳头溢液	(154)
第二十八章 眩 晕	(157)
第二十九章 抽搐与癫痫发作	(160)
第三十章 失 语	(167)
第三十一章 晕 厥	(171)
第一节 诊断步骤	(171)
第二节 鉴别诊断	(175)
第三十二章 腰腿痛	(183)
第三十三章 关节痛	(188)
第三十四章 颈肩痛	(191)
第三十五章 肢体痛	(194)
第三十六章 白 带	(198)
第三十七章 阴道出血	(200)
第三十八章 外阴瘙痒	(202)
第三十九章 痛 经	(204)
第四十章 视力障碍	(206)
第四十一章 斜视和复视	(211)
第四十二章 眼前黑影暗点	(214)
第四十三章 眼睛疼痛	(217)
第四十四章 咽 痛	(221)
第四十五章 声音嘶哑	(223)
第四十六章 咽部异感症	(225)
第四十七章 耳 鸣	(227)
第四十八章 耳 痛	(230)
第四十九章 鼻出血	(231)
第五十章 皮肤色素异常	(233)
第五十一章 瘙 痒	(236)
第五十二章 风 团	(245)
第五十三章 鳞 屑	(246)
第五十四章 口腔痛	(248)
第五十五章 舌炎、牙龈炎	(249)
第五十六章 口 臭	(250)
第五十七章 婴儿啼哭	(252)
第五十八章 异食行为	(255)
第五十九章 儿童多动综合征	(258)
第六十章 抽动障碍	(261)

上篇 基本概念和基本技能

第一章 症状、体征的基本概念

第一节 症状与体征

一、症状

症状(symptom)是患者患病后机体生理功能异常的自身体验和感受,如厌油、头昏、眩晕、疼痛、麻木、乏力等。症状是病史中的主体,是临床诊断疾病的主要线索和重要的诊断证据,详尽而完整的病史可以解决大约半数以上的诊断问题。研究症状的发生、发展及演变,对临床诊断起着至关重要的作用,但症状不等于疾病,应透过症状这个主观感觉异常的临床现象,结合临床医学知识,从病理解剖、病理生理的深度去探索其实质,认识其内涵,从而把握疾病的本质,为临床诊断与鉴别诊断服务。

二、体征

体征(sign)是患病后机体的体表或内部结构发生了可以观察到或感触到的改变,是医师在体格检查中能客观发现到的异常变化,如黄疸、心脏杂音、肝脾肿大等。症状和体征可单独出现或同时存在。广义的症状,也包括了体征。

三、症状体征在诊断中的意义

症状体征的表现在疾病诊断中具有十分重要的意义,临床医师通过正确的临床思维,将症状与体征进行综合分析,可解决临床遇到的许多疾病的诊断问题。

(一)症状在疾病诊断中的意义

1. 根据症状可以确诊某些疾病 临床上单纯依据患者的症状,就可以确诊部分疾病。例如:精神疾病、心理疾病,均是只有症状,而无任何阳性体征,实验室检查和物理器械的检查均可无异常,因此医师只能通过分析临床症状,来确诊精神病、神经症。

2. 症状对疾病的早期诊断具有重要意义 因为在大多数疾病的早期,机体还只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性 or 组织形态学方面的改变,而患者却可以更早的陈述其不适的症状:如头晕、恶心、厌油、食欲改变、疼痛、失眠、乏力等,在此阶段体格检查尚无阳性体征,甚至实验检查,特殊的物理检查均缺乏阳性发现,故早期诊断疾病,只能主要来源于对患者症状的分析和判断。

3. 症状是诊断疾病的主要线索和证据 症状是患者就医的主要原因,医师依据症状产生的原因、诱因、发生、发展、演变的情况,往往能确定是哪个系统,哪个脏器、具体到哪个部位的

疾病,以此判断疾病的性质,帮助疾病的诊断,并为正确诊断疾病提供有力的证据。

4. 症状是临床选择实验检查和物理检查的主要依据 目前实验室检查和物理诊断检查技术飞速发展,诊断水平不断提高,对疾病的诊断具有重要的意义,但各种检查均有其明确的适应证、禁忌证,临床上只能根据症状作为选择各种检查的最重要的依据,使检查有的放矢、针对性强。

(二) 体征在疾病诊断中的意义

1. 体征是诊断疾病最特异的证据 体征是患病机体的体表和内部结构发生了可以观察到的病理改变,体征往往反映疾病的本质,是确定疾病的最重要的证据;如在心尖区触及舒张期震颤和闻及舒张期隆隆样的杂音,可明确判断为心脏瓣膜病——二尖瓣狭窄。

2. 体征是鉴别诊断疾病最有力的证据 临床上某些体征对疾病的鉴别诊断可以起到决定性的作用。如黄疸的鉴别诊断中,黄疸伴有无痛性胆囊肿大,往往是诊断胰头癌最有价值的证据。在咯血的鉴别诊断中,肺部听诊发现局限性哮鸣音,往往是诊断“肺癌”最重要的证据。

3. 体征是选择进一步检查的主要依据 临床上,医师往往根据发现的阳性体征,选择有诊断价值的实验和物理诊断检查项目,以帮助临床诊断。如心脏检查发现心脏有病理性杂音,常常引导医师选择做心电图,心脏彩超来诊断疾病。如在肺部检查听到湿性啰音,常引导医师选择胸片、肺部 CT、血常规等检查来帮助诊断疾病。

第二节 症状、体征与病因的关系

诊断疾病就是不断认识疾病的过程,也就是将症状体征、实验室和其他检查结果,运用医学理论知识和临床经验,对其进行分析、综合、推理后所获得的有关健康状态和疾病本质的判断。在我们运用所获得的症状体征资料进行诊断与鉴别诊断,追寻疾病本质病因时,要注意症状体征与病因的关系,了解这些关系对症状体征进行鉴别与鉴别诊断时具有重要意义。

一、任何症状体征表现必有其病因

疾病的发生发展是人体与致病因素相互作用,相互斗争的运动过程。症状体征是人体在致病因素的作用下患者自身觉察到的各种异常的感觉或由医生的眼、耳、鼻、手指等感觉器官所直接感知的,机体病理变化的外部表现。这里感觉或表现通常都与病因有一定的规律性,是临床医师赖以认识疾病本质的航标纽带,是指引医生去识别和区别具体病因病理的主要线索和依据。早在《灵枢·本藏篇》就认识到症状是体内病变的“外应”,因而指出“视其外应,以知其内脏,则知所病也”。该书进一步阐明体内病变与症状间的关系是“内外相袭,若鼓之应桴,响之应声,影之似形”,并作出了“远者司外揣内,近者司内揣外”的重要结论,从而由揣度诊断法的角度肯定了症状体征诊断学的意义。因此,我们在临床医疗实践中,对症状体征进行诊断与鉴别诊断时,既要知其然,更要知其所以然,要查找出症状体征的本质病因和其因果关系,并针对病因才能制定出正确的治疗方案。

二、不同病因可表现出同一症状体征,同一症状

体征可因不同病因引起即同症异病,异病同症,在临床上是十分常见的。例如:贫血不是一种疾病,它表示一组症状和体征的综合,其特有的症状体征是由于贫血造成血液携氧能力减弱,组织缺氧所致。贫血是内科常见病症,而引起贫血的原因可以由造血器官疾病引起,也可能继发于其他系统疾病。临床常见病因有三种即红细胞生成不足,红细胞破坏过多,失血。临床上所见的贫血不一定由单一原因引起,可同时存在多种原因。又如休克是一种急性组织细胞和重要器官血液灌流量和功能不足,微循环障碍引起的临床综合征,表现为血压下降、面色

苍白、四肢湿冷、肢端发绀、浅表静脉萎陷、脉搏细速、反应迟钝、尿量减少和代谢性酸中毒。而引起休克的病因,按其病因分类可分为低血容量休克、心源性休克、感染性休克、过敏性休克、内分泌性休克、创伤性休克、失血性休克等。

三、不同病因表现的同一症状、体征可表现出不同质或量的差异性

许多疾病可以引起发热,许多疾病也可以引起头痛,许多疾病可以引起黄疸,但不同病因引起的发热、头痛、黄疸可表现出不同的发热、头痛、黄疸的质或量的差异性。例如,引起发热的病因很多,而不同病因所致热型(fevertyp)也常不同,稽留热(continued fever)体温恒定维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周,24h内体温波动范围不超过 1°C ,常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。而败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症、感染性心内膜炎发热表现为弛张热(remittent fever)型,体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h波动范围超过 2°C ,但都在正常体温以上。结缔组织病、布氏分枝杆菌病、肿瘤等发热既不呈弛张热型,也不呈稽留热型,而是呈波状热(undulant fever)型,体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次,所以又称为“反复发热”。

四、同一病因表现的同一症状、体征可表现出不同质或量的差异性

许多疾病可以引起消瘦、咳嗽、水肿,而同一病因引起的消瘦、咳嗽、水肿,在同一个患者身上或在不同患者身上可表现出不同质或量的差异性。例如:内分泌及代谢性病、甲状腺功能亢进引起的消瘦,典型表现为有高代谢症候群(心悸、怕热、多汗、消瘦)、甲状腺肿大、眼征及胫前黏液性水肿等典型甲亢表现,容易与其他原因的消瘦鉴别,而老年性甲亢则起病隐袭,高代谢症群、眼征及甲状腺肿大均不明显,主要表现为神志淡漠,明显消瘦,易误诊为恶性肿瘤,此外,有的患者以胃肠道腹泻为主要症状表现,易误诊为结肠炎或肠道肿瘤。又如,同一病因引起的昏迷可表现为浅昏迷和深昏迷。浅昏迷表现为随意运动丧失,仅有较少的无意识自发动作,对疼痛刺激可有躲避反应和痛苦表现,但不能回答问题或执行简单的命令,吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射、瞳孔对光反射依然存在,生命体征无明显改变。而深昏迷则表现为自发性动作完全消失,肌肉松弛,对外界刺激无任何反应,角膜反射,瞳孔对光反射均消失,呼吸不规则,血压下降,即各种反应和反射都消失。

五、不同病因的相同症状体征可表现在不同部位

头痛、水肿、皮疹等许多症状体征由于病因不同,可表现在不同的解剖部位,例如偏头痛及丛集性头痛多在一侧,颅内病变的头痛常为深在性且较弥散,高血压引起的头痛多在额部或后枕部,全身性或颅内感染性疾病的头痛多为全头部痛,蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎除头痛外尚有颈项痛。眼源性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部,鼻源性或齿源性头痛多为浅表性。又如,水肿分全身性水肿和局限性水肿。全身性水肿常表现为全身多部位水肿和皮肤受压后长时间下陷,而局限性水肿液体聚集在局部组织间隙。就水肿病因而言,以心源性水肿和肾源性水肿为例,心源性水肿是右心衰竭的表现,水肿特点是首先出现于身体下垂部位,从足部开始向上延及全身,发展缓慢,伴有体循环淤血的其他表现,如颈静脉怒张,肝大,静脉压升高等。而肾源性水肿可见于各型肾炎和肾病。水肿的特点是初为晨起眼睑和颜面水肿,以后发展为全身性水肿,发展迅速,常伴有胸水腹水。

六、同一病因在症状体征表现上具有多样性、伴随性与复杂性

就某一病因出现某种单一症状体征表现的情况在临床上较少见,绝大多数情况是同一病因表现出症状体征的多样性、伴随性与复杂性。认识这种症状体征表现的多样性,伴随症状的

复杂性对我们进行症状体征诊断与鉴别诊断很有益处。例如肺源性呼吸困难可表现为呼气性呼吸困难,吸气性呼吸困难,混合性呼吸困难三种形式。吸气性呼吸困难的特点是吸气费力,显著困难,重者因吸气肌极度用力,胸腔负压增大,吸气时胸骨上窝,锁骨上窝与各肋间隙明显凹陷,出现三凹征(three depression sign),常伴有干咳与高调吸气性喉鸣。此种表现提示为喉、气管与大支气管阻塞与狭窄。呼气性呼吸困难的特点是呼气费力,呼气时间明显延长而缓慢,听诊肺部常有干啰音,常见于下呼吸道阻塞性疾病。混合性呼吸困难的特点是吸气、呼气都困难,呼吸频率加快变浅,听诊肺部常有呼吸音异常,提示有广泛肺实质或肺间质病变。

临床上我们还常可见到肺部疾病并发心脏病,肝脏疾病并发肾脏疾病,肝脏疾病并发心血管病等情况。

例如:心血管病可并发缺血性肝病或缺血性肝炎、缺血性胆管病,淤血性肝病,缺血性肝炎可有类似病毒性肝炎的症状体征表现。缺血性胆管病的典型症状类似胆管阻塞。淤血性肝病其临床表现往往被右心衰竭的症状体征所掩盖。

反过来肝病也可并发心血管病变,例如急性病毒性肝炎可并发心肌炎、心包炎。其特征是既往并不存在的心脏症状体征及心电图异常,在肝炎急性期出现,恢复期好转,与肝炎病情变化密切相关。

当我们发现病患者出现多项症状体征,一定要注意区别是某一病因所致的主要症状还是伴随症状,例如发热的伴随症状体征可有寒战,结膜充血、淋巴结肿大、肝脾肿大、出血、关节肿痛、皮疹、昏迷等,因此在发热进行鉴别诊断时就要注意从病因上来进行区别,寻找发热及出现伴随症状的致病原因。

临床上症状体征的多样性和复杂性还表现在是功能性疾病表现的症状体征还是器质性疾病表现的症状体征,是原发病表现的症状体征还是继发病表现的症状体征例如:心脏二尖瓣区出现杂音,有心力衰竭的症状体征,到底是什么原因导致心脏二尖瓣病变,最常见的原因就是急性风湿热,所以我们在对症状体征进行诊断与鉴别诊断时,要知其然,也要知其所以然,才能做出准确的临床判断。

第三节 症状体征差异性表现

现代医学理论要求医生从生物—心理—社会的医学模式来认识疾病,认识患者,统领临床的诊疗过程,在对症状体征进行鉴别诊断治疗时,应注意男女有别,老少各异的症状和体征,运用生物—心理—社会医学模式来进行分析、综合、推理、判断、治疗。

一、儿童医学与成人医学的不同点

我国小儿数量在三亿以上,且绝大多数为独生子女。小儿时期是人生的基础阶段,在医学上小儿与成人相异之处甚多,年龄越小差别越大,在对儿童进行症状体征鉴别诊断治疗时要注意下列问题:

(一)解剖方面 小儿体格与成人显然不同,如体重、身长、头长与身长的比例等都与成人有差别。小儿骨骼发育尚未完善,因而容易发生疾病。

(二)生理方面 年龄越小,生长越快因而所需营养物质和液体总量,相对地都比成人高。婴幼儿需要高热量,但此时消化能力低下,极易出现消化不良,多见呕吐,腹泻,甚至脱水和酸中毒。小儿的呼吸脉搏次数比成人快,婴儿时期尤其如此。

(三)病理方面 病理变化往往和年龄有关,幼儿稍受疾病的刺激即可出现异常血象。

(四)免疫方面 儿童时期对不少感染有易感性,例如小儿易患呼吸道感染性疾病和各种传染性疾病。

(五)诊断方面 不少病症的症状体征表现,可因年龄差别而大不相同,例如痢疾在成人危重病较少而在儿童往往急骤起病,需要及时抢救,甚至先呈高热或惊厥而尚无泻痢,增加了临床诊断的困难。

(六)预后方面 小儿病情变化多端,有正反两方面的倾向,从正面讲,小儿的病症经过适当治疗后,由于修复功能旺盛,往往迅速治愈,有时可以超出疾病的一般预测。从反面讲,小儿的危重病症竟可未见显著症状体征而猝然死亡,这类情况较多见于急性败血症,肺炎,小儿先天性畸形。

(七)预防和治疗方面 许多小儿疾病都可以预防。对小儿疾病如能做到早预防,早诊断,早治疗,则降低小儿的发病率和死亡率较易实现。

二、女性与男性的症状、体征表现有差异

(一)性器官及内分泌不同 女性与男性的生殖器官、第二性征器官和内分泌器官在解剖和生理上不同,这些不同器官的疾病在病因病理、症状体征表现与男性也不相同。女性有痛经、月经不调、功能性子宫出血等男性所没有的女性病症。

(二)女性具有几个特殊时期 女性要承担妊娠、分娩、哺乳的重任,在妊娠期、分娩期、哺乳期会发生生理和心理上的变化,对妊娠期、分娩期、哺乳期出现的症状体征感受常较敏感。

(三)注意女性的心理情绪特点 在心理情绪上,女性与男性比,常易激动,易情绪化,对症状体征的异常感受较男性敏感,耐受性较男性差。

三、老年人的患病特点

老年人组织器官上的老化,生理功能的减退,使老年人患病具有下列特点。

(一)老年人常患有多种慢性病 对老年人症状体征鉴别诊断时,诊断应全面,包括病因诊断,病理生理诊断和功能诊断。

(二)症状不典型,体征不明显,对各种理学检查试验反应不敏灵 例如急腹症,老年人可只感腹部不适,腹壁紧张不明显和触诊反跳痛引不出。急性心肌梗死可无心前区疼痛,有时仅主诉剑突下及胃区不适或钝痛,伴有恶心,呕吐,常被误诊为胃炎。

(三)对常规用药不敏感 由于老年人药物动力学和药效动力学的改变,常规用药常常疗效不明显,甚至无效,在全面诊断的基础上来制定治疗计划。注意药物的相互作用及药物对老年人其他疾病的影响,合理选择药物,尽量减少用药品种及适当减少剂量。

第四节 症状、体征与辅助检查

一、初步诊断

将病史询问,体格检查所获得的资料进行分析,综合归纳、推理形成假设(hypothesis)、印象(Impression),也就是初步诊断(primary dsign, SIS)。根据症状体征形成的初步诊断带有某些臆断的成分,这是由于在认识疾病属性的过程中,医生只发现了患者自身异常感受的症状或医生自己认为的某些特异性体征表现,这些症状体征受到病情发展不充分或医生认识水平的限制,因此有时不可以将印象或初步诊断视为定论,但可作为进一步做实验室检查,病理检查和医疗器械仪器检查的前提和依据。

二、实验室检查

现代医学检查、诊断技术发展很快,心电图、核素扫描、X线、CT、磁共振、超声、内镜等先

进医疗器械仪器已广泛应用于临床和实验室检查,病理检查已广泛用于临床。这些检查诊断技术,多数是属于对疾病的本质病因,病理改变,功能变化进行质或量的诊断,具有客观、定性、定量等特点,是疾病诊断与鉴别诊断、疾病分级分度,健康状态评估,药物治疗效果评价的重要手段,在临床疾病诊疗中发挥了极其重要的作用。但我们也应看到这些检查诊断手段不足的一面,例如最先进的磁共振成像(MRI)动态增强扫描对肺部占位性病变的诊断时,时间、空间分辨率较低。在磁共振动态增强研究中都是用小分子水溶性对比剂,这种对比剂会由血管很快渗出到血管外,虽然可以用数学模型来表达对比剂的转移,但由于许多不可预测的因素,如动静脉短路、组织坏死、纤维化、出血等引起的不均匀性,数学模型很难准确反映对比剂的转移,这样就会导致MRI灌注成像定量不够准确。再如很多药物和其代谢产物可直接或间接影响实验检查的准确性,干扰临床检验结果。注射葡萄糖可引起血糖升高或尿糖,在肌注利多卡因后8h可使肌酸磷酸激酶升高达7倍,在48h内仍可超过2倍。我们在应用实验室检查、病理检查、器械仪器检查进行疾病诊断与鉴别诊断时,要考虑物理因素、生化因素、患者机体因素对这些检查结果的影响,要根据病史、症状体征和实验室检查、病理检查、器械仪器检查中所获得的资料进行综合归纳,分析比较,去粗取精,去伪存真,由此及彼,由表及里进行诊断与鉴别诊断。

三、在运用高、新、尖器械仪器检查时要考虑患者的经济负担

现代科技的发展,促进医学检查诊断技术日新月异,这固然有利于临床诊断水平提高,但同时也增加了检查费用,增加了患者和政府的沉重负担。因此运用症状体征能够诊断清楚的病例,就不必再进行特殊检查,在需要采用实验室检查、病理检查和器械仪器特殊检查时,也要注意经济高效,尽量使患者付得起检查费用。在疾病的诊疗过程中,如何注意经济高效地解决诊断和治疗问题,是医生责任心、同情心和医术经验的集中体现,也是评价医生医德和诊疗水平的重要指标。

第五节 症状、体征和药物治疗

药物是治疗疾病的重要武器,药物治疗是解除患者痛苦的重要手段。但药物具有两重性,用之合理能防病治病,用之不当,可发生药源性疾病,但即使用的恰当,也可发生药物不良反应。因此,在对症状体征进行鉴别诊断治疗时,要注意原发病因引起的症状体征与药物不良反应引起的症状体征的区别,随着我国医药工业的迅速发展,大量新药被应用到临床治疗中,药物治疗不良反应也随之增加,药物引起的药源性疾病已显得和细菌、病毒引起的疾病一样重要。因此,注意原发病因引起的症状体征与药物不良反应引起的症状体征的区别对诊断与鉴别诊断十分重要。例如在治疗感染性疾病时,应用广谱抗生素后发生菌群失调,导致二重感染。发生二重感染患者原发疾病大多严重,如败血症、恶性肿瘤、白血病、再生障碍性贫血、严重伤寒、脑外伤等。二重感染的病原菌主要为金葡菌、真菌及肠道革兰氏阴性杆菌。这些病原菌对常用抗生素如青霉素、链霉素等普遍耐药,加上机体抵抗力显著降低,因此,二重感染可使原有疾病的症状体征加重,常难以控制而有较高的病死率。又如:先锋霉素、万古霉素、抗肿瘤抗生素、庆大霉素、卡那霉素等均可引起药物热,应用这些抗生素后引起的药物热,往往和原发疾病的发热相混淆,以致正确的诊断未能及早建立而延误了治疗。

正确的诊断是治疗任何疾病的先决条件。在原有疾病引起的症状体征与药物引起的药源性疾病的症状体征进行鉴别诊断时,要注意以下四个原则:

一、必须追溯用药史

药源性疾病是指一个药物存在于体内,它是引起病变的根源,不管是从何种途径进入机体,以何种机制作用机体,必须肯定是药物参与反应,这就必须追溯患者的用药历史,如果不能追溯出明确的用药史,则诊断不能确立。

二、必须确定用药时间与出现反应时间的关系

这是因为开始用药与出现反应时间的间距范围很大。例如青霉素过敏性休克可在几分钟至数小时致人死亡;氯霉素可在1~4个月内引起致死性再生障碍性贫血;妇女妊娠期间使用苯妥英钠,可引起胎儿畸形,因此,确定开始用药时间对于确定诊断很重要,但往往不为临床医师所重视。

三、必须排除药物以外的因素

包括患者的基础疾病及采用过的其他诊疗方法,以及饮食营养和环境因素等。

四、必须定性反应性药物

几种药物联合使用时,不仅一种药物可发生药物反应,而且药物反应也可以多种药物为基础,因此,必须确定是哪种药物引起反应,以及药物相互作用与反应的关系。

第二章 诊断的基本概念

第一节 诊断的基本原则

诊断是将病史、体格检查、实验室检查及其他各项检查所获得的资料,经过整理、分析、综合、推理判断等思维过程,从而对疾病的本质和名称作出的结论。诊断是临床医学最根本的任务之一。正确的诊断是治疗和预防疾病的先决条件和重要依据,因此,必须重视对疾病的诊断。建立正确的诊断,要有广博而精深的医学理论知识,熟练的诊断检查技术,丰富的临床实践经验以及掌握诊断的基本步骤和辨证的思维方法。如此,才能作出正确的诊断,避免误诊、漏诊,提高诊断水平。

确定临床诊断的过程就是具体认识疾病本质的过程。疾病的诊断过程一般都有三个环节:调查研究,收集资料;分析综合,推理判断;反复实践,验证诊断。在做这些工作时,要注意以下几个原则:

一、一元论原则

虽然一个人在一段时间内不排除同时得两种疾病的可能,但这种机会必然较少,所以在临床上尽可能以一种疾病去解释多种临床表现,即一元论原则。如一患者出现长期发热,皮肤、关节、心、肝、肾各方面都有病态表现时,就不应并列风湿、结核、肝炎、肾脏疾病等多种疾病的诊断,而应考虑“系统性红斑狼疮”这一诊断的可能。但如经证实确有几种疾病同时存在时,就应实事求是,分清主次和轻重缓急,不必勉强以一种病解释。

二、优先考虑常见病原则

这种选择原则符合概率分布的基本原理,有其数学、逻辑学依据,在临床上可以大大减少误诊的机会。当医师对主要症状或体征进行分析作出诊断时,首先应考虑能产生该症状或体征的常见病及多发病。同时又必须结合其他资料,如患者的性别、年龄、职业、发病季节与地区等综合考虑。如南方疟疾流行区,在疟疾发病季节,该病多见,北方却少见。有些男性多患的病,女性却少患;反之亦然。所以,考虑疾病的诊断时,应先注意常见病、当地的多发病以及当时的流行病,当用上述疾病不能解释患者的临床表现,或治疗效果不满意时,也不要忽视少见病的存在可能。

三、优先考虑器质性疾病原则

在器质性疾病与功能性疾病鉴别有困难时,首先应选择考虑器质性疾病,以免错失器质性疾病的治疗良机。如一表现为腹痛的结肠癌患者,早期诊断可手术根治,如当作功能性肠病治疗,则错失良机。即使当时能除外器质性疾病,治疗过程中仍应尽可能加以随访观察,以免遗漏。如颅部受伤的患者可能当时查头颅CT没有问题,但仍要注意观察一段时间,有些头颅受伤患者可能要受伤数天或数星期后才出现硬膜下血肿症状。对“一过性”而病因未明的患者,也要尽可能在其发作时作观察之后才作结论。还应注意器质性疾病可能存在一些功能性的症状,甚至与功能性疾病并存,此时亦应重点考虑器质性疾病的诊断。

四、当一元论不能解释所有临床症状体征时,要考虑多元性诊断

对基础资料进行分析时,原则上要把现病症诊断为一个主要疾病,称为一元性诊断。但是

分析要合乎逻辑,演变要合乎规律,要能顺理成章地利用、解释每个资料。如果同时存在2个或多个疾病,或不能用一个疾病解释所有临床现象时,则可根据疾病的主次,按顺序提出几个疾病的诊断,称为多元性诊断。

五、实事求是,诊断有理,排除有据原则

在疾病发生、发展的过程中,偏离一般规律的个体化表现经常存在,医生必须尽力掌握第一手临床资料,实事求是地对待客观现象,做到“诊断有理,排除有据”。不能仅仅根据自己的知识范围和局部的经验任意取舍,牵强附会地纳入自己理解的框架之中,满足不切实际的所谓诊断的要求。

第二节 诊断的方法

一、直接诊断法

根据要肯定的某个疾病存在的诊断条件或依据,对照患者的临床资料是否符合某个疾病的诊断条件或依据,而作出直接诊断,称为直接诊断法。本法可细分为“类比推理”、“对号入座”、“经验再现”、“一锤定音”等方法,介绍如下:

(一) 类比推理 是根据两个或两个以上疾病在临床表现上有某些相同或相似,而其中一个或两个疾病还有另外某些表现或病理改变,由此而推出其中一个疾病诊断的推理,例如慢性支气管炎,咳嗽、咳痰、气喘是三大临床表现,X线检查主要表现为肺纹理增强、增多,肺间质纤维化,膈肌下移、活动度差等,如果在众多的呼吸道疾病就诊患者中发现某患者具有这么多的临床特征,由类比推理非常容易推导出“慢性支气管炎”的诊断,而排除支气管哮喘、支气管肺炎、大叶性肺炎和肺结核等疾病诊断。有时在临床医疗实践中,收集到大量的诊断信息而得不出临床诊断,那么采用类比推理的诊断方法可能是有效的。又如患者有乏力、心悸,皮肤黏膜苍白,脾脏肋下5cm,全血细胞减少,网织红细胞较正常值为高等临床表现,对该患者进行诊断分析时发现脾大而全血细胞减少,用再生障碍性贫血能解释全血细胞减少,但不能解释脾大和网织红细胞增多;用急性白血病可以说明全血细胞减少和脾大,但外周血缺乏白血病细胞的存在,急性白血病诊断不能确立;而用脾机能亢进则可解释脾大、全血细胞减少和网织红细胞增多,但属原发性还是继发性脾亢应进一步再获取诊断信息,最后确立或排除原发性脾机能亢进的临床诊断。

(二) 对号入座 疾病的诊断标准或诊断条件保存在医生的大脑中,这些诊断标准经接诊的医生临床实践的体验,当再次接诊这种患者时,该疾病的典型的特异的外在表现在大脑中的定型就会再现,并逐一与诊断标准相比而形成临床诊断。若接诊医师已全面掌握患者的诊断信息,则可根据“对号入座”的诊断方法较容易地得出临床诊断。

(三) 经验再现 医生积累的知识和技能,是不断临床医疗实践的结晶,对于某些特殊疾病,确实“百闻不如一见”,由于这一“见”,再有同类信息者就诊,确立临床诊断就会心中有数了,在确立诊断过程中会少走弯路,确立临床诊断的速度也会加快。但是就随机就诊的患者而言,“同病异征”,“同征异病”是常见的,这就要求应用“经验再现”的方法确立临床诊断时,对所提供的诊断信息要作经验性的鉴别诊断,才能提高临床诊断符合率。

(四) 一锤定音 一锤定音的诊断方法在临床诊断思维过程中经常应用。医生在收集临床资料过程中即提出了临床诊断,并且对所作出的诊断坚信不疑,这是因为该医生在收集临床资料过程中发现了特异性的诊断依据,如检查过程中,心尖区听到舒张中、晚期隆隆样杂音,伴第一心音亢进和开瓣音以及肺动脉瓣第二心音亢进,并出现分裂。那么这位医生即可作出二尖瓣狭窄并为风湿性心瓣膜病所致的诊断。恰当地运用“一锤定音”诊断方法,可提高诊断效率。“一锤定音”诊断方法,是以疾病是否有特异性体征和症状,以及医生对这些独特的病理