



新世纪全国高等中医药院校创新教材

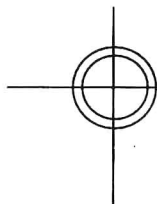
XIN SHI JI QUAN GUO GAO DENG ZHONG YI YAO YUAN XIAO
CHUANG XIN JIAO CAI

临床疾病诊疗康复概要

主 编 陈立典 施 红

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社



新世纪全国高等中医药院校创新教材

临床疾病诊疗康复概要

主 编 陈立典 施 红
副主编 文 丹 王海生 张捷平 王晓宁
吴建珊 林心君 李璟怡 周建衡

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

临床疾病诊疗康复概要/陈立典, 施红主编. —北京: 中国中医药出版社, 2010. 10
新世纪全国高等中医药院校创新教材
ISBN 978 - 7 - 5132 - 0120 - 9

I. ①临… II. ①陈… ②施… III. ①疾病 - 诊疗 - 中医学院 - 教材②疾病 - 康复 - 中医学院 - 教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 178043 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京燕鑫印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/16 印张 21.75 字数 512 千字
2010 年 10 月第 1 版 2010 年 10 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0120 - 9

*

定价 29.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 64065413
书店网址 csln.net/qksd/

新世纪全国高等中医药院校创新教材

《临床疾病诊疗康复概要》编委会

主 编	陈立典	施 红		
副主编	文 丹	王海生	张捷平	王晓宁
	吴建珊	林心君	李璟怡	周建衡
编 委	郑敏麟	张学敏	黄露芬	袁 丁
	朱燕珍	陈 玲	刘 芬	李长征
	刘雪云	钱长辉	林 晴	谭耀武
	陈 晔	陈 跃	彭美玉	陈 华
	叶小包	张春霞	郑海音	陈素娟
	林信富	林 瑶	林 岚	林海鸣
	王志福	王 丰	张文霞	李壮苗
	姚伟江	陈钗莺	于红虹	郑丽维
	葛 莉	杨 柳	李绵利	郑蔚颖
	王雅青	许 瑛	刘 芳	郑智慧
	李 霞	肖素芳		

编写说明

医学是一门具有实践性和继续性特点的学科。医学生不仅应当掌握从事临床工作所必需的基本知识和操作技能，更应形成基本的临床思维意识，而这种意识却是以往的医学教育模式所欠缺的。本书希望通过案例引发思考，指导医学院校学生在医学学习的过程中逐步烙上临床诊疗疾病完整的思维。尽管这种印象是朦胧的、不全面的，但此时所建立的“临床医师”意识雏形，将对日后的临床实习和工作带来极大的帮助。

本书分为十一章，第一章简要介绍临床疾病诊疗康复的基本思维和方法。第二章至第十一章阐述了包括呼吸、循环、消化、神经、泌尿、内分泌代谢、血液、结缔组织及免疫性、中毒类临床近50种内科常见疾病和10余种外科常见疾病的诊断治疗康复内容。本书在每章前均设有目标，目标中明确提出本章应掌握的重点，各系统疾病前的概述部分则主要介绍本系统常见疾病在临床中最可能涉及的诊疗康复要点。包括问诊、常见的症状、体征、鉴别诊断、实验室常用检测项目及治疗与康复原则。而且，本书以案例的形式引发思考，引出临床具体疾病诊疗康复的思维过程，引导医学生以临床医生的角度了解疾病的发生、发展及诊疗康复的基本过程，理解临床诊疗实际上是临床疾病的诊查评定、治疗康复、复查再评定、方案调整、疾病转归的循环过程，同时也要认识到临床诊疗康复还包括疾病的预防、康复、护理、健康知识的教育与指导，以及社会、心理和人文关怀，进而形成完整全面的临床思维。

本书在写作上力求浅显易懂、详略得当。并在每一具体疾病的小结部分绘出流程图，一目了然，便于记忆和掌握。因此，本书也适合于对医学感兴趣、希望了解临床医学常见疾病基本诊疗常识、进行初步自我诊疗康复的读者。其中，临床疾病诊疗康复中的康复评定、康复治疗部分，尽管其为临床疾病诊疗康复的整体思维所必备，但因该部分所涉及的内容广泛，加之目前许多疾病尚无确定的康复评定和康复治疗标准，故在本书的具体疾病阐述中暂不涉及。

医学教育改革是一项长期的任务。本书以符合医学生的学习需求为目的，

强调医学院校根据医学特点开设课程，强调培养学生学习医学知识的兴趣、技巧和职业精神；强调学习重点，形成系统、完整的临床思维；强调提高他们的职业境界、社会服务、健康指导、心理和人文关怀等综合职业素质；强调引导学生形成临床医师的角色意识，进而逐步建立完整全面的临床思维。

编委会
2010年8月

目 录

第一章 临床疾病诊疗康复的基本思维和方法	1
第一节 正确判断和处理危急重症.....	1
第二节 临床疾病诊疗康复的基本步骤.....	3
第二章 呼吸系统疾病	19
第一节 呼吸系统疾病概述	19
第二节 上呼吸道感染	21
第三节 肺炎	26
第四节 支气管哮喘	30
第五节 慢性阻塞性肺疾病	35
第六节 慢性肺源性心脏病	40
第七节 肺结核	45
第八节 肺癌	51
第三章 循环系统疾病	56
第一节 循环系统疾病概述	56
第二节 心力衰竭	59
第三节 心房颤动	64
第四节 心绞痛	69
第五节 心肌梗死	74
第六节 原发性高血压	80
第七节 病毒性心肌炎	87
第四章 消化系统疾病	93
第一节 消化系统疾病概述	93
第二节 慢性胃炎	97
第三节 消化性溃疡.....	102
第四节 肠梗阻.....	109
第五节 胆囊炎、胆石症.....	116
第六节 急性胰腺炎.....	121
第七节 病毒性肝炎.....	127
第八节 肝硬化.....	133
第五章 神经系统疾病	139
第一节 神经系统疾病概述.....	139
第二节 脑出血.....	141

2 · 临床疾病诊疗康复概要 ·	
第三节 帕金森病	148
第四节 脊髓损伤	154
第五节 癫痫	159
第六节 重症肌无力	165
第六章 泌尿系统疾病	170
第一节 泌尿系统疾病概述	170
第二节 急性肾小球肾炎	172
第三节 肾病综合征	177
第四节 IgA 肾病	182
第五节 尿路感染	188
第七章 内分泌代谢疾病	193
第一节 内分泌代谢疾病概述	193
第二节 甲状腺功能亢进	194
第三节 甲状腺功能减退	201
第四节 糖尿病	206
第五节 高脂血症	212
第六节 肥胖症	217
第七节 痛风	222
第八章 血液系统疾病	227
第一节 血液系统疾病概述	227
第二节 贫血	229
第三节 再生障碍性贫血	236
第四节 白血病	241
第五节 原发性血小板减少性紫癜	246
第六节 过敏性紫癜	250
第九章 结缔组织及免疫性疾病	254
第一节 结缔组织及免疫性疾病概述	254
第二节 类风湿性关节炎	255
第三节 系统性红斑狼疮	261
第十章 中毒类疾病	267
第一节 中毒类疾病概述	267
第二节 一氧化碳中毒	268
第三节 有机磷农药中毒	273
第十一章 外科疾病	277
第一节 外科疾病概述	277
第二节 急性胃十二指肠溃疡穿孔	279
第三节 肠梗阻	284

第四节	急性阑尾炎	289
第五节	胆石症	295
第六节	急性腹膜炎	299
第七节	腹股沟斜疝	305
第八节	泌尿系结石	310
第九节	痔疮	315
第十节	乳腺癌	320
第十一节	关节脱位	325
第十二节	脑挫裂伤	329
第十三节	腰椎间盘突出症	334

第一章

临床疾病诊疗康复的基本思维和方法

【目标】

1. 明确临床诊疗康复的第一步——危急重症的判断和处理
2. 了解临床疾病诊疗康复的基本步骤，建立临床疾病诊疗康复的基本框架。
3. 形成完整的临床疾病诊疗康复的思维方法，确立心理 - 社会 - 生物学整体思维模式。

第一节 正确判断和处理危急重症

在临床工作中，证实或排除危急重症是临床医生开始临床思维的第一步。由于急诊患者往往发病急骤、病情不清；不确定因素多、变化迅速、预后不定；而疾病性质又要求医生在作出明确诊断前，就必须进行医疗干预；加之患者和家属往往对缓解症状和稳定病情的期望值很高，对医生能否迅速到位并合理介入处理也要求很高，处理不当极易发生医疗纠纷。这些都决定了医生必须通过最少的病情资料，迅速甄别病情的危急程度。在最短的时间内，以敏捷的思维果断决策，采取最快速有效的方法救治患者。因此，正确判断和处理危急重症并及时记录，是临床诊疗至关重要的环节，也是避免医疗纠纷的关键环节。

一、危急重症判断

急诊患者一般分为三种类型：

第一类 濒死，即患者随时有生命危险，如窒息、昏迷等。

第二类 危重病，生命征不稳定或相对稳定，但如不及时救治将直接威胁生命，如低血压、呼吸困难等。

第三类 一般的急诊患者，如发热、眩晕、胸痛、腹痛等。

二、危急重病的临床诊断思维方式

危急重病的临床诊断思维方式为简化思维程序原则。简化思维程序即参照、比较疾病的

多种表现,抓住关键性和特征性临床症状体征,通过鉴别诊断逐步排除其他诊断倾向,进而在最小的范围内选择一个最大可能性的诊断。这种简化程序的诊断思维方式有利于抓住主要矛盾,予以及时处理。如对于动态下突发性明显头痛、呕吐、意识障碍的中老年患者,应首先考虑脑出血。又如,对于急性腹痛者,应根据腹痛的部位、性质、程度、诱因、胃肠道症状、其他伴随症状、类似发作史以及年龄、性别等予以区别对待。青壮年患者应首先排除阑尾炎、溃疡穿孔等;中老年患者应排除胃肠道肿瘤梗阻、穿孔、乙状结肠扭转等;育龄女性有停经史,应首先考虑宫外孕破裂。

简化思维程序原则是有学识、有经验医生通用的诊断思维原则。知识阅历越丰富,使用越熟练越快捷。在急诊危重症病例中,只有按此原则迅速建立初步诊断,才能及时决定下一步的诊疗方向。

三、急诊处理方法

临床医生在急诊时应注意以下几个方面:

1. 稳定生命体征 临床急救中以抢救患者生命为最高原则。医生必须迅速判断病情,稳定体温、呼吸、脉搏、血压等生命体征,主要采用先抢救再诊断,边治疗边诊断的方法。如对于窒息、发绀的患者,首先应确保呼吸道通畅,给予吸氧,建立静脉通道,迅速进入急救、抢救程序。

2. “重病优先”原则 如对于严重胸痛患者,首先应考虑是否存在威胁生命的疾病,如急性心肌梗死、脑出血等。当最严重疾病被排除后,再考虑其他疾病。

这一原则同样适用于当医生接诊的患者较多时,医生应注意观察周围所有患者,优先诊治最危重者。

3. 重视急诊病史和体格检查 采集急诊病史是快速正确诊断的前提。临床上,必须根据病情缓急,通过不同方式采集病史,以避免先入为主而导致误诊、误治。同时,进行适当的可速出急诊报告的辅助检查,将之作为诊断的重要依据。如怀疑急性心肌梗死时,可急查心电图、心肌酶谱等项目;怀疑病毒性心肌炎、先天性心脏病时,可急查超声心动图等项目;怀疑颅脑外伤、急性脑血管病时,可急查CT、MRI等项目。

(1) 未采集病史将低血糖误诊为低血钾症:

【病案】

患者,女,67岁,因不洁饮食后出现呕吐、腹泻、水样便3天,伴心悸、出汗及四肢麻木无力入院。查体:嗜睡,心率(HR)96次/分钟,腹软,脐周轻压痛,膝腱反射减弱。查血钾3.2mmol/L(正常3.5~5.5mmol/L),诊断为急性胃肠炎合并低血钾症,给予补钾、抗感染等处理。呕吐、腹泻消失,复查血钾正常,但其他症状仍然存在。遂查问病史,有糖尿病病史20年,近日自行加大胰岛素剂量。查血糖为2.3mmol/L(正常3.9~6.1mmol/L),诊断为低血糖症,给予50%葡萄糖溶液60ml静脉注射,继之以10%葡萄糖溶液250ml静脉滴注,患者上述症状消失,复查血糖正常。

(2) 未全面查体而致误诊误治:

【病案】

患者,男,34岁,因右下腹痛1小时,伴恶心、呕吐、发热入院。查体:右下腹压痛,反跳痛。值班医师诊断为急性阑尾炎,给予抗炎治疗2小时后,未见好转,查体:体温(T)39℃,腹肌紧张,全腹压痛,反跳痛明显,外周血白细胞(WBC)升高,中性粒细胞(N)升高,上级医师再次查体时发现患者双下肢有许多红色圆形丘疹。追问病史,患者于发病前5小时吃过虾、蟹,随后皮肤有轻度瘙痒,急查大便潜血(+),考虑为食用虾、蟹引起的过敏性紫癜。经用糖皮质激素治疗,病情很快好转出院。

上述病例说明,采集急诊病史和体格检查是快速、准确诊断,避免误诊、误治的重要步骤。

4. 重视急诊会诊 急诊患者有的患多种疾病,有的病情复杂,有的是属急危重症,处理困难时,可按急诊会诊制度,请专科专家协助诊断和治疗。

【病案】

患者,女,24岁,因腹痛、腹泻6小时入院。否认不洁饮食史,否认停经史。便常规:稀便,白细胞少。诊断急性胃肠炎,经治疗腹痛无缓解。查体:血压(BP)77/53mmHg(低于正常),腹部饱满,中下腹部压痛、反跳痛,轻度肌紧张,移动性浊音(+)。遂请妇科会诊,经B超及尿妊娠试验,诊断为异位妊娠破裂,转妇科急诊手术,病愈出院。

在临床上,要重视急性胃肠炎的鉴别诊断,对于急诊疑难病例应及时请专科会诊;另外,对于腹痛、腹泻、呕吐的育龄女性患者,要高度警惕异位妊娠。会诊不仅有利于解决棘手问题,也是医疗安全的要求。

5. 重视急诊留观 急诊患者往往存在疾病表现多样性、临床不典型性、不确定因素多以及病情变化快等特点,如急性心肌梗死,肌钙蛋白发病3~4小时后才升高;急性胰腺炎发病6~12小时后,血淀粉酶才升高。当一时无任何实验室阳性征象时,应采取急诊留观的方法,避免漏诊或误治。

【病案】

患者,男,56岁,因中上腹痛8小时入院。考虑为急性胰腺炎,留院输液观察。5小时后腹痛明显加剧,查心电图、肌钙蛋白,确诊为急性下壁心肌梗死。

【病案】

患者,男,45岁,突发中上腹痛伴呕吐3小时入院。无腹泻,腹部平片及腹部B超未见异常,血常规示白细胞、中性粒细胞升高,因诊断不明确,输液急诊留观。6小时后患者出现全腹痛,查体:腹肌紧张,全腹弥漫性压痛。复查腹部平片,发现膈下游离气体,考虑消化道穿孔,急诊手术,术中证实为胃穿孔。

对病情复杂诊断不明的患者,应放宽留观标准,严密观察病情进展。

第二节 临床疾病诊疗康复的基本步骤

无论是西医通过视、触、叩、听和必要的理化检查进行的疾病诊疗过程,还是中医通过

望、闻、问、切以及哲学的认识论、方法论进行的疾病诊疗过程，都体现着疾病诊疗方案的制订、实施、评估和调整的临床思维过程。临床疾病诊疗康复的整个过程基本包括：资料采集——进行合理诊断和康复评定——制订疾病治疗康复方案并予以实施——复查和再评定——评估疗效、调整疾病康复治疗方​​案——重复循环至转归。

一、资料采集

资料采集是作出正确诊断、制订完善诊疗和康复方案的前提。临床上，解决疾病诊断问题、治疗康复问题的多数线索和依据，往往来源于临床资料采集。采集的资料主要包括患者主诉、现病史、既往史、家族史、过敏史、高危因素以及体格检查、实验室检查和其他辅助或特殊检查等。资料的完整性和准确性对疾病的诊断和处理影响极大。由于患者的主诉、现病史、既往史、家族史、过敏史、高危因素等都是通过问诊获得的。因此，一位具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生，往往通过问诊就能对半数以上的疾病作出准确诊断。

资料采集始于问诊。问诊不仅是医生诊疗患者的第一步，还是医患沟通，建立和谐医患关系的重要时机。正确的问诊方法、良好的问诊技巧和真诚耐心的服务，使患者感受到医生的可亲、可信，对于医患之间建立良好的合作关系，对于疾病的诊疗和康复都十分重要。

（一）问诊

问诊是临床医生通过对患者或相关人员进行系统询问而获取资料的过程，也是医生根据主诉了解疾病发生、发展、变化的过程。临床上，相当一部分疾病，如感冒、支气管炎、心绞痛、消化性溃疡、癫痫、胆道蛔虫症等，通过问诊即可基本确定临床诊断。还有一些疾病，通过问诊所获得的资料能够较早或更早地成为临床诊断依据。如临床上某些疾病在其早期，当机体还处于功能或病理生理改变阶段，尚未形成器质性或组织、器官形态学方面的改变时，体格检查、实验室检查和特殊检查并无阳性体征，但患者却能更早地陈述某些特殊的感受，如头晕、乏力、食欲改变、失眠等症状。因此，详尽的问诊有利于医生帮助处于亚健康状态的就诊者及早采取措施，预防最有可能发生的疾病。若忽视问诊，则容易造成临床工作的漏症而出现误诊。对于病情复杂而又缺乏典型症状体征的患者，深入细致的问诊尤为重要。

临床上，问诊一般以患者主诉（患者感受最主要的痛苦和最明显的症状或体征）开始，以“时间”为顺序，围绕“鉴别诊断”进行有层次、有顺序逐步深入的询问。其内容包括一般项目：主诉、现病史、既往史、个人史、婚姻史、月经史、家族史等。提问要点包括发病时间、起病缓急、病因或诱因、伴随症状及其已采取的诊疗经过。通过询问，弄清每一症状的特点和症状间相互的关联。

【病案】

患者，女，68岁。主诉右下腹疼痛、腹泻、消瘦6月余。

根据以上主诉，问诊中一般应询问：

（1）腹痛、腹泻、消瘦的性质、程度、持续时间、演变情况、加重或缓解因素；粪便的形状、性质，有无脓血、肛门坠胀感等。

(2) 有无与发病有关的病因, 如外伤、感染、中毒等; 有无明显诱因, 包括环境、气候、情绪、饮食、起居变化等。

(3) 有无恶心、呕吐、腹胀、发热、盗汗、多汗、心悸等伴随症状。

(4) 是否在医院诊治过, 曾做过哪些检查, 结果如何?

(5) 曾用过何种方法及哪些药物治疗, 效果如何?

(6) 有无与该症状有关的病史, 如既往急慢性胃肠炎、消化性溃疡、肝炎等。

(7) 有无特殊饮食史、家族史、药物过敏史。若为育龄女性还应问及月经史、生育史等。

问诊还可结合中医“十问歌”了解疾病情况, 同时注意避免使用医学术语及暗示性、指责性语言。

【病案】(续)

现病史: 患者6个月前无明显诱因出现右下腹痛, 为持续性胀痛, 伴食欲减退、腹泻2个月, 大便每日3~5次, 为稀糊状便, 含少许黏液及不消化食物, 无脓血, 无肛门坠胀感, 无恶心、呕吐, 无发热、心悸、盗汗。患者发病以来明显消瘦, 体重减轻约10kg。

既往史: 有肝炎病史, 有阑尾炎手术史, 无特殊饮食史和药物过敏史。曾行腹部CT、B超及妇科B超检查, 未见异常; 腹部平片示结肠少许积气, 未见液平; 胃镜示萎缩性胃炎; 结肠镜示轻度结肠炎。在当地医院行消炎、解痉等治疗约1个月, 病情无明显好转而来我院就诊。

(二) 体格检查

问诊后, 资料采集的第二个步骤是进行全面系统的体格检查。体格检查简称查体, 是医生通过感官并借助于检查器具来了解机体健康状况, 即医生综合运用西医学的视、触、叩、听或运用中医学的望、闻、问、切等技能, 全面系统、井然有序地对患者进行全身检查。

查体时一般应注意:

1. 除观察患者的生命体征(体温、呼吸、血压、脉搏)、发育、营养、意识状态外, 还要使检查内容既能涵盖一份完整病历所要求的条目, 又能深入罹病的器官系统。

2. 查体一般采用从头到足, 按头→颈→前、侧胸→后胸→脊柱→腹→上肢→下肢→神经反射→外生殖器、肛门、直肠的顺序依次进行, 可避免不必要的重复或遗漏, 同时尽量减少患者来回改变体位。

3. 面对特定患者还应把握查体的灵活性, 如急重症患者需要在简单查体后立即着手抢救或治疗, 遗留的内容可待病情稳定后补充; 不能坐起的患者, 背部检查只能侧卧进行, 无法完成的步态、脊柱运动功能检查, 可暂时免做; 外生殖器、肛门、直肠的检查应注意保护患者的隐私等。

4. 边问边查, 边查边想, 核实补充, 以获得患者正确而完整的资料。

由于查体通常是在问诊基础上进行的全面系统而又重点深入的体格检查, 因此, 有经验的临床医生对于应重点检查的内容、项目已心中有数, 并在查体中已有所侧重。

【病案】

(续)

体格检查：消瘦，贫血貌，无突眼，双侧甲状腺无肿大。T 36.6℃，血压（BP）108/78mmHg，心率84次/分钟（略增加），律齐，心尖部可闻及Ⅱ/6级收缩期杂音，双肺未闻及异常。腹软，右下腹压痛，无反跳痛。肝脾未及。腹主动脉搏动明显，肠鸣音亢进。

该病案中，由于患者是以右下腹疼痛、腹泻、消瘦为主诉入院，因此，查体除了观察患者一般性生命体征（体温、呼吸、血压、脉搏）外，侧重进行了腹部检查，并注意了全身性疾病所致消瘦的疾病，如甲亢、肺结核等可能体征。

（三）实验室检查及辅助检查

在进行了问诊、体格检查后，资料采集的第三个步骤是选择恰当的实验室检查和辅助检查项目，用以帮助疾病的初步诊断。各类实验室检查和辅助检查项目能使临床诊断更为及时和准确。如何选择安全、有效、适宜的实验室检查和辅助检查项目，也在一定程度上反映了医生临床工作的水平。原则上，应选择方便、安全、经济、痛苦少、针对性强的检查项目或技术，如血、便、尿常规，血生化，心电图，X线，超声检查等。若必须进行微创或有创检查，应遵循有创检查告知制度，并征得患者或家属同意后实行。

临床上，不能以撒大网的方式诊断疾病，而是根据问诊、体格检查所提出的假设（又名初步诊断）安排必要的检查，以确定、补充、修正初步诊断或排除初步诊断。因此，部署检查时还应考虑：

1. 那种项目最合适？
2. 检查的敏感性、特异性、准确性如何？
3. 检查对患者健康的利弊及安全性如何？
4. 性价比（即成本与效果之比或检查合理性与临床价值相关性之比）如何？

【病案】

(续)

实验室检查：血常规示红细胞 $3.25 \times 10^{12}/L$ （下降），血红蛋白93g/L（下降），尿、便常规正常，血清谷丙转氨酶（ALT）112U/L（略升高），谷草转氨酶（AST）87U/L（略升高），总蛋白54.4g/L（下降），白蛋白27.3g/L（下降），空腹血糖4.5mmol/L（正常3.9~6.1mmol/L）。甲、乙、丙型病毒性肝炎抗原、抗体均为阴性。查胃肠钡餐示钡剂通过快。

上述病案的实验室检查和辅助检查包括了血、便、尿常规，血液生化和甲、乙、丙型病毒性肝炎抗原、抗体等实验室检查，以及胃肠钡餐辅助检查。

该病案在问诊+体格检查+实验室检查及辅助检查的资料采集过程，体现了围绕主诉“腹痛、腹泻、消瘦”的鉴别诊断——肠结核、结肠癌、肠易激综合征、胆囊炎、胆石症、肝脏疾病、溃疡性结肠炎、痢疾等疾病逐一排除的临床诊断技巧和思维过程。

资料采集的过程不仅需要医生具备良好的沟通技巧、正确的临床思维，还要熟练掌握中西医诊断学技能，并拥有扎实的内、外、妇、儿等临床学科知识。

二、合理诊断

合理诊断不仅包括对主病主症从初步诊断到确诊的过程，合理诊断还包括对主病主症、并发症以及并存症所致不同部位、不同程度的功能障碍进行评估和预见的过程。

当围绕“鉴别诊断”进行了问诊、体格检查、实验室检查及各种辅助检查或特殊检查后，医生分析比较患者疾病与哪些疾病的症状、体征、病情相同或相近，并将可能性较大的疾病罗列出来后形成假设，即为初步诊断。由于初步诊断往往带有不同程度的臆断成分，它只能作为进一步诊断的前提或试验性治疗的方向。

初步诊断是否正确，还需要医生通过客观细致地观察病情变化，不断地提出问题；通过查阅文献资料，不断地解释新的发现和新的检查结果。通过临床各种查房、讨论、会诊等医疗核心制度，共同解决疑难问题，是进一步支持初步诊断，还是怀疑初步诊断甚至完全否定初步诊断？初步诊断是疾病发展至某一阶段的必然还是偶然？如此步步为营、逐一排除其他可能性初步诊断的过程即为临床诊断。

（一）对于一般的病例

1. 临床上诊断思维的主要步骤

- (1) 从解剖学、生理学观点看，有哪些结构和功能异常？
- (2) 从生物化学、病理生理学观点看，有哪些病理变化和发病机制的可能性？
- (3) 考虑几种可能的致病原因和几个可能性较大的初步诊断（切勿放过危急重症）。
- (4) 检验初步诊断的真伪，权衡支持或否定的症状体征组合并进行鉴别诊断。
- (5) 缩小诊断范围，考虑最大可能性的诊断。
- (6) 提出进一步检查和处理措施。

2. 临床上诊断思维的基本原则

- (1) 先考虑常见病和多发病，如右下腹突发疼痛者先考虑阑尾炎，而不是回盲部肿瘤。
- (2) 考虑当地流行和发生的传染病、地方病。
- (3) “一元论原则”，即尽量用一种疾病去解释各种临床表现。如患者出现咳嗽、咯血、发热、淋巴结肿大、纳差、血尿，可用“结核病”解释，而不用“肺炎、肺癌、上呼吸道感染、肾炎”等多种疾病解释。
- (4) 先考虑器质性疾病，后考虑功能性疾病，如胸痛患者先考虑心绞痛、急性心肌梗死、气胸等，而不是先考虑心脏神经官能症。
- (5) 先考虑可以治疗的疾病。
- (6) 简化思维程序原则，这一原则同样适用于临床一般性疾病的诊断。

（二）对于错综复杂的病例

1. “诊断分析法” 当医生面对病情复杂、危重疑难或有价值的、复杂的临床病例时，可采用“诊断分析法”，即通过鉴别诊断，依次进行从排除可能性最小的疾病一直到可能性较大的疾病的过程。

2. 三级查房 对疑难病例，还可通过三级查房（主任医师、主治医师和住院医师查房）制度，分析病情，确定初步诊断。

如上述病案，由于患者入院后给予消炎、止泻、调节胃肠运动功能等治疗，腹痛、腹泻无明显好转，故对该病例进行临床三级查房讨论：

(1) 住院医师：患者腹泻超过4周，为慢性腹泻。排便每日3次以上，虽然便常规正常，但不能排除肠道感染，建议查大便培养+药敏试验，决定是否针对性消炎治疗。

该老年女性患者，诊断可考虑：①术后肠粘连：既往有阑尾手术史，有腹痛、腹泻等肠功能紊乱的表现，右下腹有固定压痛点，腹部平片示结肠积气，均支持该诊断。②结肠癌：本例患者有腹痛、腹泻、贫血、消瘦、纳差等表现，且为老年患者，而钡餐及结肠镜检查均未有阳性发现，需进一步检查予以排除。③肠结核：肠结核也可表现为腹痛、腹泻、贫血、消瘦等，但肠结核多见于青壮年，多有午后低热、盗汗等结核毒血症状，此患者经钡餐及结肠镜检查未发现病灶，故不支持。④其他如克罗恩病、溃疡性结肠炎、痢疾等，因临床表现及检查不支持，故暂不考虑。

(2) 主治医师：可暂不考虑肝脏疾病、小肠肿瘤、胆系疾病，因患者针对这些疾病的所有检查均无阳性发现。但可考虑：①某些内分泌疾病：如甲状腺功能亢进（简称甲亢），但本例患者无高代谢症候群，心率不快，甲状腺无肿大，诊断依据不充分。②肠易激综合征（IBS）：IBS腹痛多位于左下腹部，且难以精确定位，而该患者压痛点位于右下腹；IBS腹痛多于清晨或进餐后诱发，便后可缓解，多伴有精神心理异常，但一般情况较好。而该患者无上述特征，且贫血消瘦明显，故暂不考虑。

(3) 主任医师：该患者肠粘连、IBS、结肠癌、肠结核等诊断依据不足。该患者有腹泻、消瘦又有肠蠕动增快的表现，考虑甲亢可能性较大。因不典型的甲亢常常无临床上常见的高代谢症候群，如多食、消瘦、怕热、多汗、心悸等，而往往以其他系统，如消化系统、心血管系统症状为主要表现。且老年性甲亢又往往发病隐袭，甲亢表现不典型，而全身症状较重，呈明显消瘦、抑郁和淡漠；常伴食欲减退、腹泻等消化系统症状，尤以消瘦较为突出。其他，如小肠淋巴瘤、结肠肿瘤等亦应考虑，可再复查胃镜、结肠镜、钡餐等以待进一步排除。

临床上对以腹痛、腹泻等消化道症状为主要表现的患者，诊断思维程序上应首先考虑消化道疾病；但如经相关检查未发现明显异常或常规治疗无明显疗效者，则应考虑全身疾病或其他系统疾病累及。再者，临床诊断应先考虑器质性疾病以及可治疗的疾病，只有在排除了器质性疾病后才考虑功能性疾病。因此，对以“腹痛、腹泻、消瘦6个月”为主诉的老年女性患者，主任医师根据其临床特点，分析病史、症状体征以及各项检查后，结合甲亢可以导致消化系统功能紊乱的可能机制认为：①甲状腺激素直接增强胃肠平滑肌对神经递质的敏感性，并促使迷走神经张力增加，可使胃肠蠕动加速。②甲状腺激素刺激促胃液素、胃动素分泌细胞及其所支配的神经，使胃液素、胃动素分泌增加，可使胃液、胰液、胆汁分泌增多及胃肠蠕动过速。③甲状腺激素增加尿镁排出，血镁浓度降低，致使肌肉神经兴奋性增加，胃排空及胃肠蠕动收缩增强，导致腹痛、腹泻、呕吐等临床表现。

因此，本病案患者考虑甲亢的可能性较大：遂查血 T_3 11.557nmol/L（明显升高）， T_4