

症状学

辨证研究(上)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (SHANG)

李伟扬◇编著

症状学

辨证研究(上)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (SHANG)

李伟扬◇编著

图书在版编目(CIP)数据

症状学辨证研究:全2册 / 李伟扬编著. -- 哈尔滨 :
黑龙江大学出版社, 2012. 11

ISBN 978 - 7 - 81129 - 569 - 6

I. ①症… II. ①李… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 264850 号

症状学辨证研究(上)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (SHANG)

李伟扬 编著

责任编辑 张永生 于丹 肖嘉慧
出版发行 黑龙江大学出版社
地 址 哈尔滨市南岗区学府路 74 号
印 刷 哈尔滨市石桥印务有限公司
开 本 720 × 1000 1/16
印 张 46
字 数 686 千
版 次 2012 年 11 月第 1 版
印 次 2012 年 11 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 81129 - 569 - 6
定 价 98.00 元(全 2 册)

本书如有印装错误请与本社联系更换。

版权所有 侵权必究

前 言

随着现代科学技术的全方位发展,人们对疾病的认知越来越本质化、微观化。同时,大众社会生活方式的演变,也使疾病的属性和特征越来越难以辨别。这种发展趋势对临床医生的学识、经验、能力和态度提出了更高要求。症状学中临床症状鉴别的理论和经验,对于医生掌握临床思维方法、提高临床诊断能力和疾病鉴别能力具有十分重要的作用。

本书根据医学基础理论,结合笔者 30 余年临床实践,将常见的发热、呼吸困难、咯血等病症逐一进行剖析和类比,在对病症进行概述及分类的基础上,重点阐述了此类病症的特征表现、发病机制、诊断和鉴别诊断要点,并提示了疾病治疗中须特别关注的问题。

全书内容翔实,信息量大,实用性高,可操作性强,既可为临床医生作出正确诊断提供借鉴和参考,也会对医学生获得执业医师资格及在职医生自学提高起到辅导作用。

在本书写作过程中,得到了中国人民解放军后勤学院研究员徐庆儒先生热忱帮助,谨致谢意。由于笔者水平有限,书中难免存在错讹和不足,恳请医学界同人提出宝贵意见。

李伟扬
2012 年 5 月

目 录

第 1 章 建立正确的临床诊断思维	1
1.1 临床资料的搜集	2
1.2 临床诊断思维	5
1.3 诊断与鉴别诊断	9
第 2 章 发热	14
2.1 发病机制	15
2.2 病症检查	15
2.3 急性发热	25
2.4 急性发疹性发热	51
2.5 伴有肺部病征的急性发热	71
2.6 周期性发热	87
2.7 长期发热	93
2.8 慢性低热	102
第 3 章 呼吸困难	108
3.1 肺源性呼吸困难	108
3.2 心源性呼吸困难	122
3.3 中毒性呼吸困难	124
3.4 血源性呼吸困难	127
3.5 神经精神性呼吸困难	127
3.6 鉴别诊断	128
第 4 章 咯血	129
4.1 支气管疾病	130
4.2 肺部疾病	134

4.3	心血管疾病	139
4.4	全身性疾病	140
第5章	慢性咳嗽	144
5.1	慢性咽喉疾病	145
5.2	慢性支气管疾病	148
5.3	慢性肺部疾病	154
第6章	胸腔积液	168
6.1	鉴别诊断	169
6.2	感染性胸腔积液	174
6.3	肿瘤性胸腔积液	177
6.4	结缔组织病与变态反应性疾病	179
6.5	其他原因	180
第7章	心包疾病	183
7.1	感染性心包疾病	183
7.2	非感染性心包疾病	186
第8章	水肿	194
8.1	发生机制	194
8.2	水肿分类	195
8.3	鉴别诊断	195
第9章	高血压	207
9.1	发病机制	208
9.2	诊断标准	210
9.3	血压测量及评价方法	213
9.4	实验室检查	217
9.5	心血管危险分层	218
9.6	鉴别诊断	219
9.7	高血压的防治	228
第10章	低血压与休克	230
10.1	低血压的分类	230

10.2	低血压发生机制	232
10.3	病理性低血压	233
10.4	休克	238
第 11 章	发绀	247
11.1	发生机制	247
11.2	分类与临床表现	248
第 12 章	心脏增大	252
12.1	心室增大	252
12.2	心房增大	259
12.3	普遍性(或球形)心脏增大	260
12.4	局限性心脏增大	276
第 13 章	心脏杂音	279
13.1	心尖区杂音	281
13.2	主动脉瓣区杂音	288
13.3	肺动脉瓣区杂音	299
13.4	三尖瓣区杂音	309
13.5	心底部连续性杂音	312
13.6	杂音在心动周期的时期	317
第 14 章	非心源性胸痛	320
14.1	常见病因	320
14.2	发病机制	320
14.3	分类及特点	321
14.4	鉴别诊断	325
14.5	治疗	327
第 15 章	吞咽困难	329
15.1	口腔、咽、喉疾病	330
15.2	食管吞咽困难	332
第 16 章	呕吐	345
16.1	反射性呕吐	347

16.2	中枢性呕吐	351
16.3	前庭障碍性呕吐	356
16.4	神经官能性呕吐	357
第 17 章	急性上消化道出血	358
17.1	发病机制	358
17.2	临床表现	360
17.3	鉴别诊断	361
17.4	常见病症	364
第 18 章	便血	370
18.1	主要病因	370
18.2	临床表现	371
18.3	鉴别诊断	372
18.4	治疗	374
第 19 章	便秘	375
19.1	发病机制	375
19.2	病因和分类	376
19.3	鉴别诊断	377
19.4	治疗	378

第 1 章 建立正确的临床诊断思维

症状学(Symptomatology)研究的是症状的识别,疾病发生机制、临床表现特点以及症状在诊断中的作用。症状是病史的重要组成部分,研究症状的发生、发展及演变,对作出初步诊断发挥了不可替代的作用。医生对患者进行问诊及症状分析,是建立和完善正确的诊断思维,进行疾病的诊断与鉴别诊断的重要线索和主要依据。疾病的症状很多,同一疾病可有不同的症状,不同疾病又可有某些相同的症状,因此,在诊断疾病时必须结合临床资料,综合分析,审慎判断,切忌单凭某一个或者几个症状而轻率作出诊断。

临床医学通过症状、体征、临床检验与辅助检查手段来确定疾病的诊断程序和揭示疾病的本质,即通过疾病的表象认识疾病的内在属性。因此,临床诊断过程是一个复杂的系统工程,需要严肃认真的态度和严谨求实的作风。在分析疾病时,要善于透过各种复杂现象追溯疾病的真实本质,处理好主症与次症、先症与后症、局部症状与整体症状的关系,去伪存真,避免片面性与主观性。

正确的临床诊断思维源于丰富的临床实践和科学的推理判断,除需有高度的责任感和严谨的科学态度外,还必须熟练地掌握临床医学的基础理论知识、基本技能和基本方法。临床医生的直觉并非天生的本能,而是通过大量深入的临床实践,积累丰富的临床经验,以及接受良好的职业训练而形成的。一个优秀的临床医生不应该过分依赖辅助检查手段,而应该将症状、体征的变化与辅助检查的结果进行综合分析、判断推理,以

求得正确的临床诊断。在判断推理时,应该牢牢把握综合分析的原则,处理好各种关系:单一疾病与多种疾病的关系,常见病与罕见病的关系,疾病的多样性与多变性的关系,主要症状与次要症状的关系,客观依据与主观推理的关系,初步诊断与反复验证诊断的关系等。

患者就医的目的在于治病,医生所采取的正确诊断原则是治病的基础。患者诉说的病情只是疾病的表面现象,不同的疾病可在某些方面有极相似的表现;同一种疾病在不同患者身上,又可以有不同的表现。临床医生应该首先了解疾病的来龙去脉,弄清疾病的实质,作出正确的推理判断及临床诊断,并采取果断措施予以积极的治疗。

治病必须先识病。各种疾病都有其发生、发展和自然转归,诊治疾病和评估治疗效果时必须按照相应程序进行。

疾病的诊断应有四个程序,可见图 1-1。

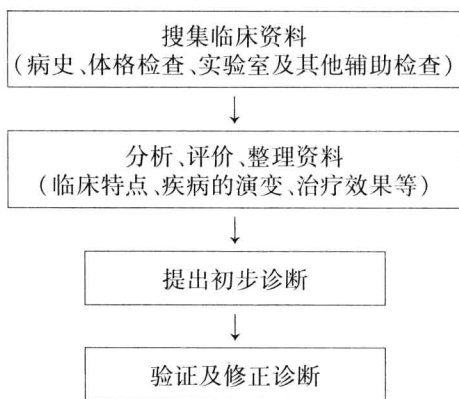


图 1-1 疾病的诊断程序

1.1 临床资料的搜集

临床医生在检查患者时所获得的第一手资料是最宝贵的临床资料,在对疾病进行分析时,对其去伪存真、精当运用,是正确诊断疾病的关键,主观、片面是造成误诊的常见原因。临床资料来自以下几个方面。

1.1.1 病史

病史是进行临床诊断的重要依据,许多疾病可以从病史中得到有价

值的信息。问诊是医生搜集完整病史的第一步,因此,医生一定要认真、详细地询问病史,通过问诊了解疾病的发生、发展、治疗经过等。问诊要抓住重点,逐步深入。对每个患者都应询问起病情况,病因或诱因,主要症状的性质、特点、持续时间、缓解规律,出现症状的部位,有无伴随症状等,其中,对伴随症状的深入询问是鉴别诊断不可缺少的内容。如果患者有几种症状,应问清其主次和先后;如曾接受过治疗,应询问药名与剂量,疗效与不良反应,以判断该治疗对所患疾病的影响。对传染性疾病要问清传染源、传播途径;对急性疾病要询问有关的诱因;对慢性疾病应询问患者的饮食、体重、劳动能力的改变以及疾病对患者健康的影响程度等。

对住院患者除询问现病史外,还要询问既往史、个人史、婚姻史、家族史,对女性患者还要询问月经史、生育史等,这些临床资料对了解患者的发病背景有着极其重要的意义。如风湿热与风湿性心脏病有关,长期吸烟与慢性支气管炎、肺气肿、慢性肺源性心脏病(肺心病)、肺癌等有关,肝炎病史与肝硬化、原发性肝癌有关,居住地与某些地方病有关。对曾经确诊的疾病也要详细询问其病情、医生结论和治疗经过。

总之,病史应着力于全(完整而系统)、实(真实而准确)、活(记录疾病的各种动态变化)和特(能反映患者疾病特征和病情特色),这对临床诊断至关重要。临床上一份好的病史资料应该是他人阅读时仿佛患者就在眼前,是获得临床诊断的好向导。切忌泛泛地记录患者不着边际的诉说,从而影响临床医生的客观思考,干扰诊断思路。

1.1.2 体格检查

医生客观地检查到患者机体的异常改变,发现疾病所引起的机体解剖结构或生理功能上的客观变化,将从病史中形成的诊断在体格检查中得到证实,使诊断前进一步,这是体格检查的主要目的。体格检查还能发现与现病症无关的其他异常情况,如高血压、肝脾肿大及水肿等。体格检查越详细,异常情况发现得越多,对患者的了解也就越全面。

体格检查包括全身状态检查,如性别、年龄、生命征(体温、呼吸、脉搏、血压)、发育与体型、营养状况、意识状况、语调与语态、面容与表情、体位、姿势及步态等。这些检查至关重要,既可以帮助医生识别病征,也可以和后续

的体征变化进行对比。体格检查中的视、触、叩、听四种诊法各有独特的实用价值。其中,应特别重视视诊,即用医学的眼光看患者,留心其面容与表情、姿势、体位和步态,就不难发现疾病端倪。如:突眼、消瘦、烦躁、易怒,多见于甲状腺功能亢进症;脑血管意外、脊髓灰质炎后遗症和先天性髋关节脱位患者各有其特异步态;患者双手叉腰,宁愿等候电梯也不愿步行上二楼,可怀疑其存在心肺功能不全。医生要不断训练和提高对患者的观察能力。检查要全面而细致,从头到脚逐一检查,仅仅靠听心肺和检查局部情况是不够的。如有患者以急起高热、全身痛和白细胞增高被诊断为回归热,住院后经全面检查发现左上臂蜂窝组织炎才是其正确诊断。

各个专科虽各有其特殊检查要求,但决不能忽略一般检查。一般检查应在适宜环境下进行,冬季要防止患者受凉,黄疸、贫血要在自然光线下检查,听诊要在安静环境中进行。同时还要注意检查方法,如对腹痛患者,查腹痛要从不腹痛部位开始,以便于对比。

肝脾检查要用正确的手法,凡能触及的部位应注意其大小、质地、表面是否光滑、有无压痛。影响肝肿大的因素很多,如儿童的肝脏相对地大于成人,瘦高和肋角尖锐者、肺气肿者的肝脏触及率明显高于一般人,不能把可触及肝脏的情况都当作肝肿大。心脏叩诊受胸壁和肺气肿的影响,左右侧卧位时,要左右移动。肾脏触及率和患者体型有关,右肾较易触及,对有尿路刺激症状者应进行两侧肾区的叩击痛对比。

某些有重要诊断意义的体征要反复检查,如易变性心脏杂音是感染性心内膜炎的证据,出疹性传染病的皮疹出现有固定日期,要逐日检查。任何阳性体征都应与患者的临床症状相对照,具体分析其是否与主要疾病有关。

1.1.3 实验室检查

对每个患者都要进行血、尿、便常规检查,除此之外,不同的疾病,都有与之相对应的相关检查。例如:怀疑胰腺炎应作血、尿淀粉酶测定;怀疑肝性脑病应作血氨检查;怀疑肝癌应作甲胎蛋白检查;患者有脓血便或腹泻,应考虑作细菌学或寄生虫学检查,乃至肛门指检;患者有心前区疼痛,应考虑作心肌坏死标记物测定等检查。

1.1.4 其他辅助检查

临床上已有初步诊断,需要再取证或作鉴别诊断时,就应作相关医疗器械检查。在器械检查中,X线检查应用最广,它能了解一些脏器的形态和功能变化,涉及呼吸及消化系统疾病时常与内镜检查配合使用。放射性核素显像或功能检查、超声检查、CT检查、核磁共振检查等灵敏精确度更高,可根据病情适当选用。需要指出的是,患者和医生都不应过分依赖这些高精度、新手段的检查。例如:有位患者有血尿病史半年余,体检和膀胱镜检查认为是前列腺增生,诊断基本确定。为了进一步证实而作的CT检查中发现其前列腺规则增大、边缘模糊,与膀胱后壁分界不清,医生认为是膀胱癌侵入膀胱,使患者极为恐慌。手术摘除病灶后作病理检查,证实确为前列腺增生。由此可见,过度的检查不仅会增加患者的经济负担,更会给患者增添无谓的心理压力。

实验室检查及其他辅助检查为临床医生提供了诊断的线索和客观依据,但在临床上,任何辅助检查的资料都必须与患者的实际情况相结合。分析资料要客观,避免以孤立的辅助检查资料作为诊断依据,也不能忽视可疑的辅助检查资料而轻下结论。

1.2 临床诊断思维

临床诊断思维包括临床思维方法、诊断思维的基本原则及诊断失误的原因三个方面。

1.2.1 临床思维方法

临床思维方法是医生识别疾病、鉴别疾病、作出决策等临床实践过程中所采用的一种逻辑推理方法。诊断疾病过程中的临床思维就是将疾病的一般规律运用到判断特定个体所患疾病中去的思维。

1.2.1.1 临床思维的要素

(1) 临床实践

通过各种临床实践活动,如问诊(病史采集)、体格检查和诊疗操作

等环节,可以细致而周密地观察病情,发现问题,分析问题,解决问题。

(2) 科学思维

科学思维是对具体的临床问题进行分析、综合、比较、推理、判断的过程,在此基础上可作出疾病的诊断。即使暂时诊断不清,也可对各种临床病征的属性和范畴作出相对正确的推测。这一过程是任何仪器设备都不能代替的思维活动,医生应该注重临床思维方法的基本训练及反复实践。

1.2.1.2 临床思维的方法

(1) 推理

推理是从医生获取临床资料或诊断信息之后到形成结论的中间思维过程,是一种认识疾病的方法和表达诊断依据的手段,有助于医生认识各个诊断依据之间的关系。推理有前提和结论两个部分。

推理常用方法有三类。

①演绎推理:从带有共性或普遍性的原理出发,来推论对个别事物的认识并导出新的结论,结论正确与否取决于临床资料的真实程度。

②归纳推理:从个别和特殊的临床表现导出一般性或普遍性结论。

③类比推理:根据两种或两种以上疾病在临床表现上的某些相同或相似,以及不同之处,经过比较、鉴别、推论而确定其中一种疾病,临床上常常应用鉴别诊断来认识疾病的方法即属此类推理。

(2) 寻找依据

医生获得临床资料中有价值的诊断信息后,经过短时间的分析产生一种较为可能的临床印象,根据这一印象再进一步去分析、评价和搜集临床资料,可获取更多的有助于证实诊断的依据。

(3) 进行对照

将临床表现与疾病的诊断标准进行对照。

(4) 经验再现

医生在临床实践过程中积累的知识和技能称为临床经验,运用临床经验时应注意“同病异征”和“异病同征”的现象,并要与其他诊断疾病的临床思维方法相结合。

对具体的病例来说,广博的医学知识、灵活的思维、符合逻辑的分析和评价是正确诊断的必要条件。可以将临床思维程序概括为以下 10 个

步骤:

- ①从解剖的观点分析有何结构异常;
- ②从生理的观点分析有何功能改变;
- ③从病理生理的观点提出病理变化和发病机制的几种可能;
- ④考虑多个可能的致病原因;
- ⑤考虑病情的轻重,不放过严重情况;
- ⑥提出1~2个特殊的假说;
- ⑦检验该假说的真伪,权衡支持与不支持的症状体征;
- ⑧寻找特殊的症状与体征组合,进行鉴别诊断;
- ⑨缩小诊断范围,考虑确诊的最大可能性;
- ⑩提出进一步检查及处理措施。

1.2.2 诊断思维的基本原则

在疾病诊断过程中,必须遵循以下几项诊断思维的基本原则。

1.2.2.1 实事求是

要尊重事实,对客观临床现象,不能根据自己的思维定式和局部经验任意取舍,并将其牵强附会地纳入自己构建的框架之中,来满足不符合实际的主观诊断要求。

1.2.2.2 坚持“一元论”

尽可能以一种疾病去解释多种临床表现,若患者的临床表现确实不能用一种疾病解释时,再考虑多种疾病的可能性。

1.2.2.3 首先考虑常见病与多发病

疾病的发病率可受多种因素的影响,疾病谱随年代、地区而变化。在几种诊断的可能性同时存在的情况下,应首先考虑常见病,以及当地流行和发生的传染病与地方病的诊断,其次再考虑罕见病的诊断。

1.2.2.4 侧重考虑器质性疾病

在器质性疾病与功能性疾病鉴别有困难时,应侧重考虑器质性疾病的诊断,以免延误治疗,甚至给患者带来不可弥补的损失。如表现为腹痛的结肠癌患者,早期诊断可手术根治,如将其当作功能性肠病治疗则可能

错失治疗良机。

1.2.2.5 尽量考虑可治性疾病

如果诊断有两种可能,即一种可治且疗效好,而另一种目前尚无有效治疗方法且预后甚差,此时在诊断上要尽量考虑前者。当然,对预后不良的疾病亦不能忽略。这样可最大限度地缩短诊断过程,减轻患者不必要的负担和痛苦。如咯血患者胸片显示右上肺阴影诊断不清时,应首先考虑肺结核的诊断及与肺癌的鉴别,以利于及时确诊与处理。

1.2.2.6 以患者为整体

患者是一个完全的、完整的生物体,患病的只是某个或某几个脏器。要抓准重点、关键的临床特征,由点及面,由表及里,顾及全身,这对急、危、重症病例的诊断尤为重要。在临床思维活动中,应注重采用生物-心理-社会医学模式,应用循证医学的基本原理,使诊断思维更全面,临床诊断更符合患者全身的实际状况,提高诊断的科学性。

1.2.3 诊断失误的原因

由于各种主客观的原因,临床诊断有时与疾病本质发生偏离而造成诊断失误,表现为误诊、漏诊、病因判断错误、疾病性质判断错误以及延误诊断等。临床上常见的诊断失误原因主要是以下几种。

(1) 病史资料不全

病史资料不完整、不确切,未能反映疾病过程和个体的疾病特征。

(2) 观察不细致或检查结果出误差

观察和检查遗漏了关键征象,不加分析地依赖检查结果或对检查结果解释错误。

(3) 先入为主,主观臆断

某些个案的经验或印象占据了诊断思维的主导地位,致使判断的主观性增大,偏离了疾病的本质。

(4) 医学知识不足,缺乏临床经验

任何一种疾病的临床表现都不尽相同,而不同的疾病又可有某些相同或相似的临床表现。如果医生知识不足、经验缺乏,就会在诊断疾病时

因缺乏“基本功”而“底气”不足、力不从心,单凭某一个或几个临床表现就轻率作出诊断。

从实践中积累知识,从误诊中得到教益。只要我们遵照诊断疾病的基本原则,运用正确的临床思维方法,就会减少诊断中的失误。

1.3 诊断与鉴别诊断

疾病的诊断是从现象到本质的认识过程,是对复杂的病情分析比较,确定为某种疾病而排除其他疾病的过程,也是鉴别诊断的过程。所谓疑难病,主要是指我们所不熟悉的少见病或多种疾病并存的情况,诊治难度增大,但未必都是不可诊治的。只要经过全面的、仔细的临床观察与分析,绝大多数疾病是能够诊断清楚的。

1.3.1 临床诊断需把握的关系

1.3.1.1 现象与本质

患者的症状、体征及各项检查结果都是疾病的临床表现,患者的临床表现对确诊具有关键的意义,这就是现象与本质的关系。例如:胸骨左缘3~4肋间听到心包摩擦音,这是一种病理现象,其本质就是纤维蛋白性心包炎。不同疾病的临床表现是不相同的,即使是同一疾病在不同患者身上的表现也不完全相同。疾病的临床表现往往是比较复杂的,必须透过临床表现去认识疾病的本质,这就要求我们必须掌握各种症状、体征及各项检查结果的临床意义,这是认识疾病的基础。

1.3.1.2 主要表现与次要表现

疾病的临床表现往往比较复杂,常常包括许多症状、体征、实验室和其他检查结果的异常。例如:一个患者有食欲减退、腹胀、腹泻、心悸、气促等症,下肢水肿、发绀、颈静脉怒张、心尖区隆隆样舒张中晚期杂音、肝肿大、肝颈静脉反流征阳性等体征。在这些众多的临床表现中,食欲减退、腹胀、腹泻、肝肿大可属于消化系统表现,心悸、气促、下肢水肿、发绀、颈静脉怒张、肝肿大、肝颈静脉反流征阳性、心尖区隆隆样舒张中晚期杂音等可属于