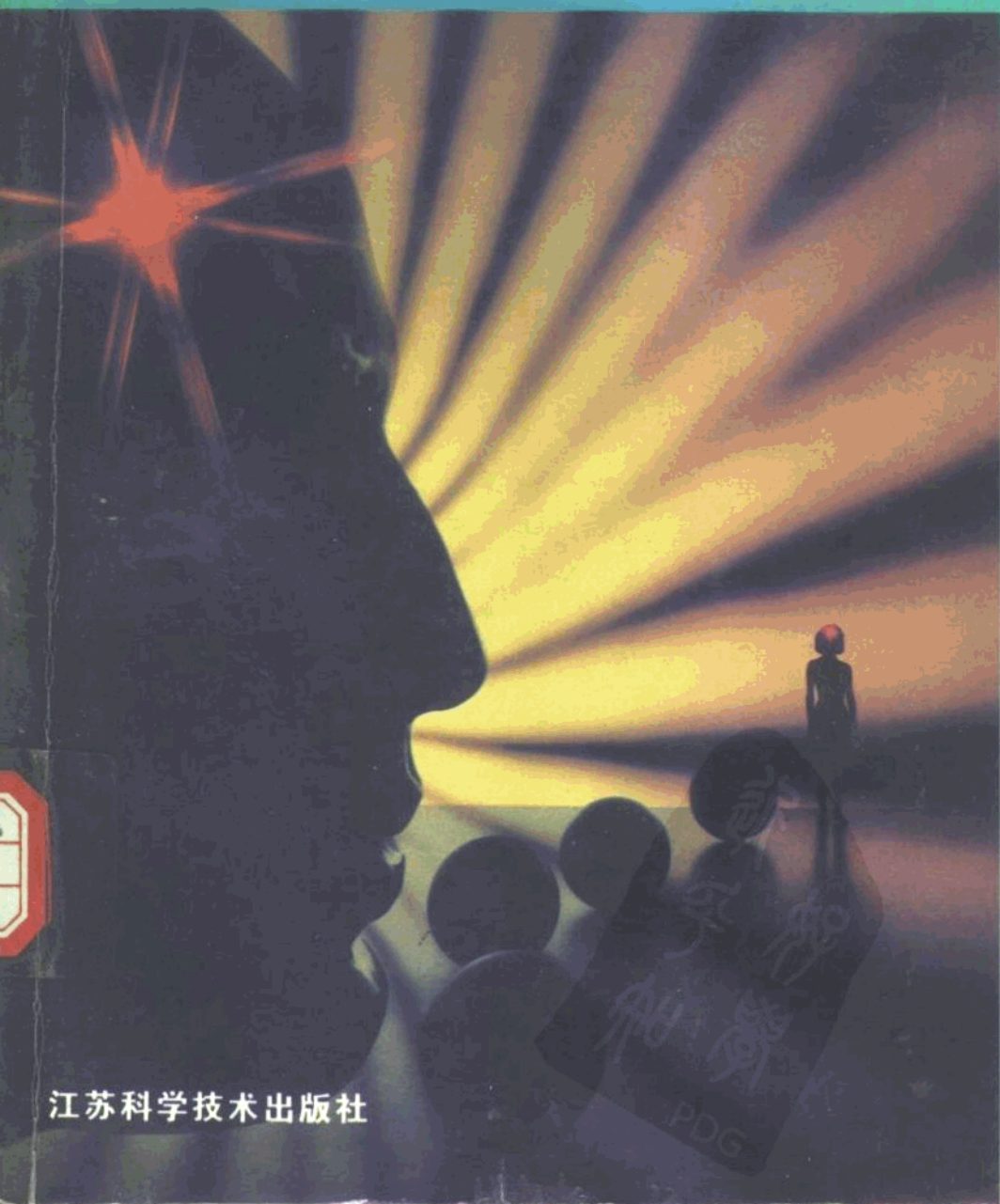


徐学康 主编

内科疾病 诊断思维程序



江苏科学技术出版社

2078/53.02

主 编 徐学康
副主编 崔世维 施广飞 张鸿民
审 阅 钱桐荪

编写人员(以姓氏笔划为序)

于志坚 南通医学院附属医院
王玉成 南通医学院附属医院
王源遂 南通市卫生学校
许菲菲 温州医学院第一附属医院
李成进 南通医学院附属医院
李晓亚 中华医学会江苏分会
李继强 上海第二医科大学仁济医院
张启宇 浙江医科大学邵逸夫医院
张玲如 南京市脑科医院
张鸿民 通州市人民医院
郑培德 南京大学医学院附属鼓楼医院
郑德灏 武汉市第四人民医院
顾桂兰 南通医学院附属医院
施广飞 南京大学医学院附属鼓楼医院
施忠达 南通市肾脏病医院
钱 苏 厦门市第二人民医院
秦文浩 南通医学院附属医院
崔世维 南通医学院附属医院
徐学康 南通医学院附属医院
程 颖 中国人民解放军八五医院
曹娜英 南通医学院附属医院

序

临床思维方法,是医学研究方法中的重要内容。通过对临床思维方法的探讨,提高临床思维能力,对于积累临床经验,提高临床诊治水平,推动医学科学发展,具有重要的意义。

临床思维过程,也可称之为临床认识过程,即一个对疾病不断加深了解的过程。在这个过程中,至少包括了三个阶段,最初是调查研究,收集临床资料;其次通过类比分析,提出初步诊断;最后在临床实践中进行验证,加以补充和修正。这个过程常常是反复的,只有经过多次反复,方可确诊。

各种疾病固然都有其一般的特征和规律,但在不同患者身上的具体表现,却是千差万别的。因此,在建立诊断思维程序中,应力求做到判断的个体化。临床思维程序,可以说是将一般的规律应用于特定个体过程。临床思维能力的高低,往往表现于对认识对象个体性的把握上。

现代科技的发展,不但使我们认识了许多新的疾病,也使我们对一些经典疾病有了新的认识。但呈现在每个医生面前的仍是一些最为普遍的症状,例如发热、浮肿、咳嗽、胸痛等等。如何从这些常见的疾病表现中推导出更接近于事实的结果,是我们每个医师的职责和义务。

致病因素种类繁多,致病情况变化不一,机体对疾病的反应又各不相同。疾病过程也表现得复杂多变。若仅照搬书本,胶柱鼓瑟,势必束手无策。只有不断实践,不断总结,勤于思考,方能逐步积累自己的临床经验,提高诊疗水平。

徐学康医师等从事内科临床二十余年,其间不断思考,不断总结。他对几十种临床常见症状和体征进行了认真的分析,建立起了一套比较科学的亦符合逻辑的现代诊断思维程序。这一套思维程序虽然还不够完全周密,还待补充和完善。但这是一个很好的开端,除了程序本身有助于青年医师临床诊断外,更为重要的是,为将来计算机辅助诊断、人机对话、人机思维程序接轨打下了基础。

是为序。

钱桐荪

前 言

从医二十余年,时时感到确立临床诊断思维过程的艰难。愈艰难,愈增加我对此事的兴趣。病房中,课堂上,我不断地总结,不断地积累。我向前辈请教,我与同行交流,我在文献中跋涉。我时而觉得思路特别清晰,我又不不断跌入迷惑和彷徨之中。

我将一些成熟的想法记录下来,不断补充,不断丰富。我的学识有限,我请一些有志于此事的同事们助我成行。点点滴滴,字字成文。终于有了这几十万字《内科疾病诊断思维程序》。

此书不同于《内科学》,也有别于《内科症状鉴别诊断学》。全书以症状为起点,着重笔墨在思维方法和思维程序,其间又不断运用着自然辩证法和逻辑推理的武器。从病史入手,依靠体格检查和实验室检查的资料,一步一步地通往正确诊断的彼岸。简言之,这是一本叙述怎样看病的书。

将思维程序列成表格,是为了一目了然。

思维过程分成许多步骤,先做什么,再做什么,通过某一可靠的检查手段,诊断或排除某一(或某组)疾病;再通过另一可靠的检查手段,诊断或排除另一个(或另一组)疾病……直到确诊为止。这一思维过程是本书的核心。

经验点滴是对思维过程的补遗,汇各家精华,集百人长处,对思维过程中易漏诊、误诊之处以及某些特殊情况加以分析,运用疾病特殊规律来解决少见病和特殊病的诊断。

书写成了。我心中愈加不安。恳切希望能得到前辈和同道们的指正。

在本书的编印过程中,得到赵卫平女士的文字润色,以及支剑笙、施岚、黄肇川、徐刚、王立松、余秉治、王新彦等同志的文字抄写工作,在此一并表示谢忱。对钱健局长、张恒德先生、郭福顺经理所给予的道义支持和赞助表示衷心的感谢。

徐学康

目 录

1. 普内系统	(1)
1.1 发热	(1)
1.1.1 发热伴皮疹	(1)
1.1.2 发热伴急性关节炎(痛)	(5)
1.1.3 发热伴淋巴结肿大	(7)
1.1.4 发热伴倾向于某一系统为主的症状	(8)
1.1.5 不明原因热(FUO)	(9)
1.1.6 长期不明原因热(LFUO)	(10)
1.1.7 慢性低热	(15)
1.1.8 超高热	(17)
1.2 毛发异常	(21)
1.2.1 多毛症	(21)
1.2.2 毛发稀少	(23)
1.3 色素沉着	(25)
1.4 多处疼痛	(28)
1.5 慢性关节痛	(34)
1.6 水肿	(38)
1.7 失水	(40)
2. 呼吸系统	(44)
2.1 咳嗽与咳痰	(44)
2.2 咯血	(47)
2.3 呼吸困难	(51)
2.4 肺门增大	(54)

2.5 纵隔增宽	(57)
2.6 肺部孤立性球形病灶	(60)
2.7 肺部粟粒状结节	(63)
2.8 胸腔积液	(66)
3. 心血管系统	(70)
3.1 高血压	(70)
3.1.1 低血钾-高血压综合征	(73)
3.2 低血压	(76)
3.3 休克	(79)
3.4 晕厥	(84)
3.5 胸痛	(93)
3.5.1 急性胸痛	(93)
3.5.2 发作性胸痛	(97)
3.6 心悸	(104)
3.7 紫绀	(107)
3.8 心动过速	(111)
3.8.1 狭 QRS 心动过速	(111)
3.8.2 狭 QRS 长 R-P 心动过速	(114)
3.8.3 宽 QRS 心动过速	(117)
3.9 心动过缓	(121)
3.10 心电图 ST-T 改变	(127)
4. 消化系统	(136)
4.1 吞咽困难	(136)
4.2 呕吐	(139)
4.3 上消化道出血	(142)
4.4 便血	(150)
4.5 急性腹泻	(153)
4.6 慢性腹泻	(157)
4.7 急性腹痛	(166)
4.8 慢性腹痛	(178)

4.8.1 慢性右上腹痛	(179)
4.8.2 慢性中上腹痛	(183)
4.8.3 慢性左上腹痛	(185)
4.8.4 慢性左、右腰痛	(186)
4.8.5 慢性右下腹痛	(187)
4.8.6 慢性左下腹痛	(188)
4.8.7 慢性广泛与不定位性腹痛	(189)
4.9 黄疸	(193)
4.10 腹水	(204)
4.11 腹部肿块	(212)
4.12 肝肿大	(222)
5. 泌尿系统	(233)
5.1 少尿与无尿	(233)
5.2 多尿	(239)
5.3 尿潴留	(243)
5.4 尿失禁	(245)
5.5 颜色尿	(248)
5.6 蛋白尿	(252)
5.7 血尿	(257)
5.8 脓尿	(262)
5.9 尿路刺激征	(267)
5.10 糖尿	(268)
5.11 肾脏肿大与缩小	(272)
5.11.1 肾脏肿大	(272)
5.11.2 肾脏缩小	(274)
6. 血液系统	(275)
6.1 贫血	(275)
6.1.1 增生性贫血	(279)
6.1.2 幼红幼粒细胞性贫血(骨髓病性贫血)	(280)
6.1.3 溶血性贫血	(282)

6.2 白细胞异常	(286)
6.2.1 骨髓增生综合征	(290)
6.2.2 类白血病反应	(293)
6.3 嗜酸粒细胞增多	(296)
6.3.1 高嗜酸粒细胞综合征(HES)	(299)
6.3.2 肺浸润嗜酸粒细胞增多症(PIE)	(300)
6.4 出血倾向	(302)
6.5 脾脏肿大	(309)
7. 内分泌系统及代谢性疾病	(314)
7.1 矮小症	(314)
7.2 巨大体型	(320)
7.3 肥胖	(323)
7.4 甲状腺肿大	(330)
7.5 性发育异常	(336)
7.5.1 性早熟	(336)
7.5.2 性发育不全	(340)
7.5.3 两性畸形	(342)
7.6 男子乳房发育	(345)
7.7 乳溢	(348)
7.8 肢端粗大	(351)
7.9 突眼症	(353)
7.10 消瘦	(356)
7.11 高血糖	(359)
7.12 低血糖	(363)
7.13 低体温低血压低血糖	(367)
7.14 高钠血症	(370)
7.15 低钠血症	(372)
7.16 高钾血症	(375)
7.17 低钾血症	(378)
7.18 高钙血症	(382)

7.19 低钙血症	(386)
7.20 镁缺乏	(389)
7.21 镁过多	(392)
7.22 低磷血症	(394)
7.23 高磷血症	(397)
7.24 黄色瘤	(399)
7.25 酸中毒	(401)
7.26 碱中毒	(405)
8. 神经系统.....	(408)
8.1 头痛	(408)
8.2 眩晕	(412)
8.3 痫性发作	(416)
8.4 颅内压增高	(419)
8.5 不自主运动	(424)
8.5.1 震颤	(424)
8.5.2 舞蹈动作	(427)
8.5.3 手足徐动	(428)
8.5.4 扭转痉挛	(429)
8.5.5 痉挛性斜颈	(430)
8.6 昏迷	(432)
9. 内儿科临床综合征.....	(445)
9.1 与发育障碍相关的综合征	(445)
9.2 与皮肤病变相关的综合征	(451)
9.3 与肥胖相关的综合征	(454)
9.4 与水肿相关的综合征	(456)
9.5 与间隙性跛行相关的综合征	(457)
9.6 与黄疸相关的综合征	(457)
9.7 与甲状腺肿大相关的综合征	(459)
9.8 与内脏转位相关的综合征	(460)
9.9 与贫血相关的综合征	(461)

9.10 与白细胞减少相关的综合征	(464)
9.11 与血小板减少相关的综合征	(467)
9.12 与出血相关的综合征	(468)
9.13 与尿色、尿味改变相关的综合征	(470)
9.14 与电解质紊乱相关的综合征	(471)
9.15 与眼病相关的三联征	(474)
9.16 与其他病变相关的三联征	(479)
主要参考文献	(481)
病征索引	(482)

1. 普 内 系 统

1.1 发 热

发热是人体对于致病因子的一种全身反应,表现为病理性体温升高。发热既是病人就诊时最常见的主诉,又是一个最常见的客观体征。一般来说,发热的标准为口腔温度在 37.3°C 以上或直肠内温度在 37.6°C 以上,一昼夜间波动超过 1°C 。

发热的原因很多,居所有症状之首,而且较复杂。在内科范围内,就有上百个疾病可成为发热的原因,有些疾病虽不是发热的直接原因,但是常常因为继发感染后出现发热,使其鉴别诊断更趋复杂化。

由于发热的病因多种多样,几乎涉及全身每个系统,因此其诊断思路亦极为繁杂。一些权威性的内科疾病鉴别诊断学花费 4 万~5 万字的笔墨对发热专章描述。但阅读后仍觉规律难循,遇及某些发热病人仍感十分棘手。少数病人热退出院,也难以下一个确切的诊断。为此发热病因的诊断思维程序一直是内科医师饶有兴趣的课题。

1.1.1 发热伴皮疹

诊断程序

(图 1.1.1-1)

第一步 确定有无出血性皮疹的存在。

根据有无出血疹可以将发热性皮疹分为两大类:出血疹与非出血疹。通常出血疹为不高出皮肤、压之不褪色的瘀点、瘀斑。非出血疹包括丘疹、斑疹、斑丘疹、荨麻疹、水疱、脓疱、小

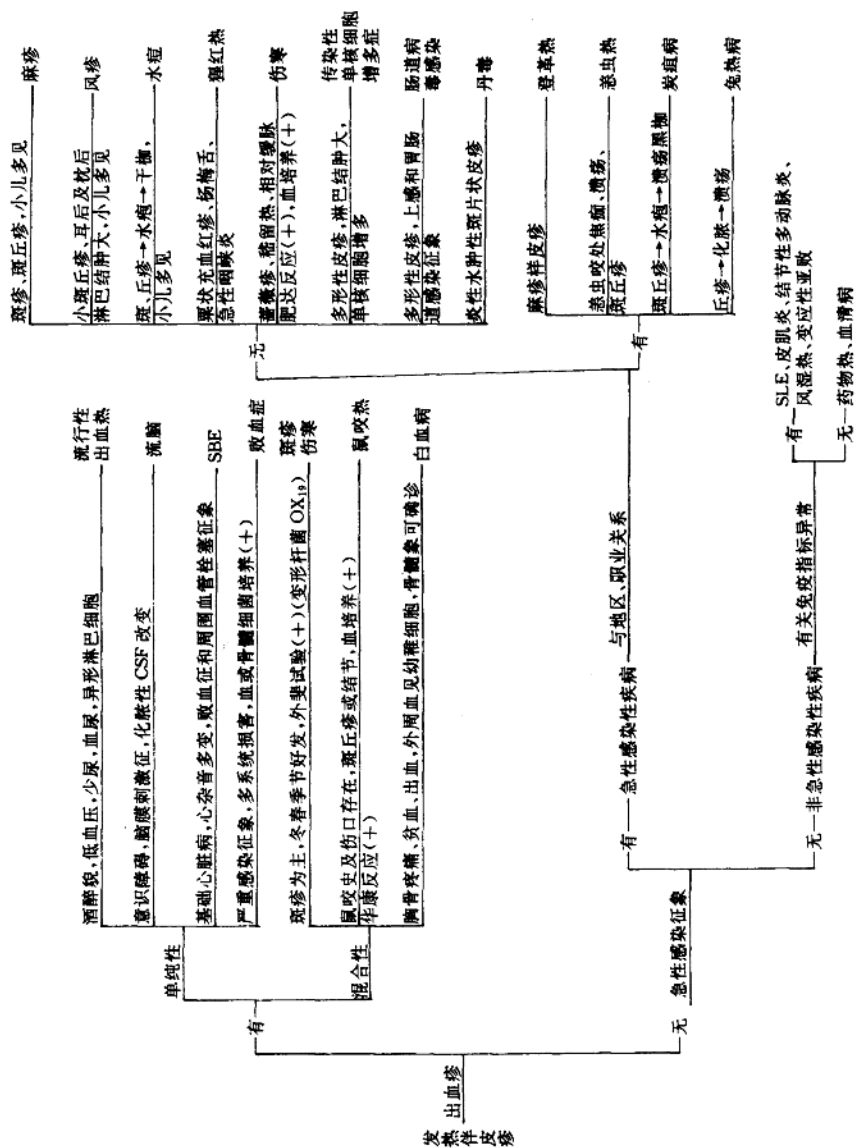


图 1.1.1-1 发热伴皮疹的诊断程序

结节、结节、环形红斑、多形性皮疹等。

第二步 根据出血疹独立存在,还是与其他皮疹混合存在,再分两种情况考虑。

独立存在的发热性出血疹可见于流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、亚急性细菌性心内膜炎(SBE)等疾病。

流行性出血热 除出血性皮疹外,酒醉貌、低血压乃至休克、少尿乃至急性肾功能衰竭,进一步发展多尿期。血象中的白细胞总数增高,分类中淋巴细胞增多,有异常淋巴细胞。尿常规见到蛋白、红细胞、白细胞和管型。

流行性脑脊髓膜炎 流行呈季节性,入冬开始,三、四月达高峰,夏初则下降。头痛、呕吐、颈项强直等脑膜刺激征,瘀点涂片可找到脑膜炎双球菌,阳性率达70%~80%。与脑脊液涂片检查联合的阳性率可高达90%以上,脑脊液(CSF)检查呈化脓性改变。

亚急性细菌性心内膜炎 常有基础心脏病如风湿性瓣膜病变和先天性心脏病存在,具有败血症的临床表现,心脏杂音易变,可见到周围血管栓塞现象。血培养可阳性。

混合性出血疹常见于白血病、斑疹伤寒、鼠咬热等疾病。

白血病 本病出现皮疹者仅为少数。

斑疹伤寒 混合性出血疹在流行性斑疹伤寒多见,在地方性斑疹伤寒极为少见。发热后第4~6日出现鲜红色的充血疹,第8日皮疹发展达顶峰,呈暗红色或演变为出血疹。神经精神症状常很明显,且于病程早期即已出现。外斐试验(对变形杆菌OX₁₉菌株)阳性,可确诊为流行性斑疹伤寒。

鼠咬热 国内较少见。多为小螺菌引起。鼠咬伤口肿痛,可见水疱及坏死,局部淋巴结肿大以及发热、混合性出血疹反复出现为本病之特征。未接受治疗的病人常反复6~8次。小螺菌型病例的华康反应大多呈弱阳性,血培养常为阴性。

败血症的出血疹既可单独存在,又可与其他皮疹并存。根据本病的严重感染征象(寒战、高热、全身毒血症状、血象中性粒细胞显著增高与核左移等)和血培养或骨髓培养阳性加以确认。血培养应在使用抗生素前抽取,以提高其阳性率。

第三步 根据有无急性感染征象可将非出血疹的发热病因考虑为感染性疾病和非感染性疾病两种情况。

感染性疾病除皮疹外,常有急性感染征象。如有下列的全部或部分临床表现,高度提示急性感染的存在:①突然起病。②伴有或不伴有寒战的高热。③呼吸道症状,如咽痛、流涕、咳嗽。④全身不适感,伴肌痛或关节痛、畏光、眼痛、头痛。⑤恶心、呕吐及(或)腹泻。⑥淋巴结和(或)脾脏急性肿大。⑦脑膜刺激征。⑧血象白细胞计数高于 $12 \times 10^9/L$ 或低于 $5 \times 10^9/L$ 。

本组疾病几乎都是传染病。其中与职业或地区有关的有登革热、恙虫病、炭疽病和兔热病。与职业、地区无关的有麻疹、风疹、水痘、传染性单核细胞增多症、伤寒和副伤寒、猩红热和肠道病毒感染等。上述这些传染病均有各自的临床特点,必要时请传染科医师会诊,帮助诊断。

登革热 其临床特征为:①流行于夏、秋季节,多发于东南沿海地区和上海市。②双相热:畏寒、高热、急骤起病。发热持续2~4天后即退,第5、6天再度发热。③热峰时出现皮疹。皮疹多呈麻疹样,色鲜红,压之褪色,时有瘙痒。④病原学诊断有赖于发病早期作病毒分离。补体结合试验可助诊。

恙虫病 其临床特征为:①流行于夏、秋季节。②发热,焦痂与溃疡(恙虫叮咬处),皮疹是诊断的重要依据。③病人血清对变形杆菌 OX₄ 菌株的外斐试验阳性有特殊诊断意义。④氯霉素治疗有效。

北亚蜱性斑疹热 为蜱性立克次体病。其临床特征为:①呈地区性流行,主要发生于亚洲北部。②焦痂是本病的主要特征之一。被蜱叮咬处局部先出现疼痛而硬实的小结节,以后疼痛逐渐减轻并形成焦痂。③皮疹于病程4、5天后出现,为玫瑰色椭圆形斑丘疹,3~4天后开始消退,部分有色素沉着。④外斐试验(对变形杆菌 OX₂ 菌株)阳性,可诊断本病。

炭疽病 易发生在接触食草动物的牧民、兽医、屠夫、皮毛加工厂工人等。分皮肤型、肺型、肠型。皮肤型占98%。多发生于暴露部位的皮肤。皮疹从小丘疹→浆液性疱疹→溃疡→继发感染而化脓。皮疹周围有扣之质坚、压之不痛的非凹陷性水肿。局部淋巴结红、肿、痛。肺型以支气管炎开始,发展为肺炎及胸腔积液。肠型有持续性吐、泻,排水样便等严重胃肠道炎,甚或腹膜炎征象。以上三型均有形成败血症和并发脑膜炎的可能。确诊有赖于病原菌检查(伤口渗出物、痰、呕吐物、粪便、血液及脑脊液涂片及培养)和血清试验。

兔热病 流行于北方诸省,猎民、屠夫、肉类皮毛加工厂工人、牧民为易感者。皮疹从丘疹开始,继之化脓坏死,形成溃疡。病灶分泌物、脓液等经特殊培养发现土拉杆菌而予以确诊。

伤寒和副伤寒 其临床特征为:①皮疹为蔷薇疹;②稽留热;③相对缓脉;④伤寒面容;⑤脾肿大;⑥血清肥达试验阳性;⑦血或骨髓培养可获病原菌而确诊。

丹毒 具有全身急性感染征象,但无特异性。诊断主要依赖于皮疹的特征。其皮疹为境界清楚,略高于皮肤的鲜红色炎性水肿性斑疹。可有水疱,内含浆液样液体。皮损最常发生于面部与小腿。从水疱中抽取的液体作涂片和培养,可发现溶血性链球菌,对确诊甚有价值。

猩红热 其临床特征是:①发热、急性咽峡炎开始。②典型猩红热样皮疹,大小均匀的点状充血红疹,压之褪色,有瘙痒感。③杨梅舌和猩红热面容。④咽拭子培养到乙型溶血性链球菌可确诊。

其他发疹性急性传染病如麻疹、风疹、天花、水痘等在小儿科多见,且皮疹有各自的特点,易于诊断,故不赘述。

第四步 非感染性疾病多为免疫性疾病。常有免疫指标的异常。

临床上常用的免疫指标包括:血清免疫球蛋白、血清补体、各种抗体测定等。若异常者支持本组疾病的诊断。本组疾病包括结缔组织疾病和变态反应性免疫病。

系统性红斑性狼疮(SLE) 其典型的皮疹为面部的蝶形红斑,不典型的皮疹有渗出性多型红斑、丘疹、紫癜、荨麻疹等。

皮肌炎 其典型的皮疹表现为浅紫色眼睑,由眼睑水肿伴毛细血管扩张形成。同时伴全身横纹肌疼痛,四肢活动受限。实验室出现肌酸尿,肌酶谱异常,肌电图阳性者可确诊。

结节性多动脉炎 皮疹呈多形性,皮下结节多见,约黄豆大小,沿表浅动脉排列或不规

则地聚在血管旁。同时常出现高血压、蛋白尿、嗜酸粒细胞增多症。皮肤与肌肉活检可确诊本病。

变应性亚败血症 本病都有皮疹出现,具有易变性和多发性的特点。临床上常出现关节症状,多次血或骨髓培养阴性,多种抗菌素治疗无效,肾上腺皮质激素治疗有效等特点。上述各点均为该病的诊断依据。

风湿热 本病也可列入免疫性疾病的范畴。典型的皮疹为环形红斑,常伴有皮下结节、心脏炎、关节炎、舞蹈症等。实验室常发现 ASO 升高、血沉加快等。

如果免疫指标无明显异常应考虑药物热和血清病。

药物热 皮疹的主要类型为荨麻疹、红色丘疹、水疱等。有些药疹常在固定性部位出现,称之为“固定性药疹”。严重者形成剥脱性皮炎。发热常于用药后 7~10 日发生,停药后 48 小时退热。

血清病 有异型血清注射史,皮疹以荨麻疹、斑丘疹多见,常伴有嗜酸性粒细胞增多症,血清异性凝集效价升高。

1.1.2 发热伴急性关节炎(痛)

诊断程序

(图 1.1.2-1)

第一步 根据关节液的性质将急性关节炎(痛)分为化脓性与非化脓性两大类。

急性关节炎(痛)常表现为红、肿、热、痛,同时伴有关节腔积液。及时抽取关节液检查,对鉴别诊断至关紧要。

关节液若为化脓性改变,涂片及培养获取病原菌,则诊断为急性化脓性关节炎。

关节液若为浆液性改变,涂片及培养未获得病原菌,或仅有关节疼痛及(或)红、肿,则诊断为急性非化脓性关节炎(痛)。

第二步 根据全身有无急性感染征象和血、骨髓细菌培养结果,进一步诊断发热的病因。

对急性化脓性关节炎来说,若有全身急性感染征象,血或骨髓细菌培养阳性,且常常与关节液获取的病原菌一致,则发热是由于该病原菌所致的败血症、脓毒败血症或菌血症所引起,化脓性关节炎为其一个表现。若无全身急性感染征象、血或骨髓细菌培养阴性,则发热由急性化脓性关节炎所致。

对非化脓性关节炎(痛)来说,有全身急性感染征象,血或骨髓细菌培养阳性,则诊断为

急性感染性变态反应性关节炎,发热乃败血症、脓毒败血症或菌血症所致。若全身无急性感染征象,血或骨髓细菌培养阴性,则诊断为急性非感染性变态反应性关节炎,发热由非感染性疾病引起。

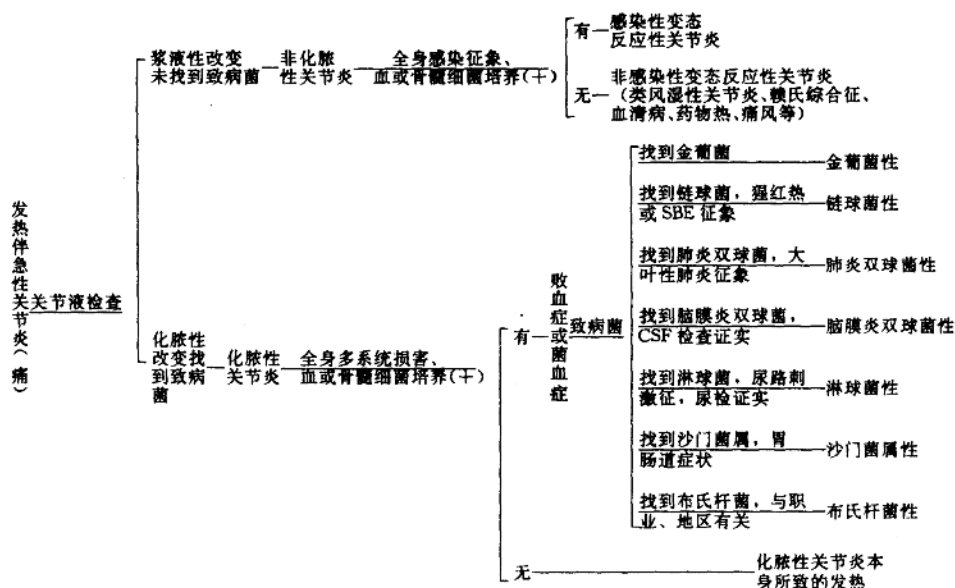


图 1.1.2-1 发热伴急性关节炎的诊断程序

临床上伴急性化脓性关节炎或伴急性感染性变态反应性关节炎的急性感染性疾病常由金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌、沙门菌属、布氏杆菌等致病菌引起。

结核性变态反应性关节炎,常伴发于肺结核、淋巴结核。可根据肺结核、淋巴结核的临床特点予以诊断。

临床上伴急性非感染性变态反应性关节炎(痛)的非感染性疾病有急性类风湿性关节炎、风湿热。临床上少见的赖氏综合征(Reiter syndrome)也属于本组疾病。该综合征常有尿道炎、结膜炎、关节炎三联征。关节炎多见于负重的大关节。自然病程2~6月,可遗留肌肉萎缩。本组疾病还包括血清病关节炎,药物变态反应性关节炎以及痛风所致的化学性关节炎。后者关节病变好发于第一跖趾及跖趾关节,尿酸和尿酸明显增高,关节液可查到尿酸结晶。

1.1.3 发热伴淋巴结肿大

诊断程序

(图 1.1.3-1)

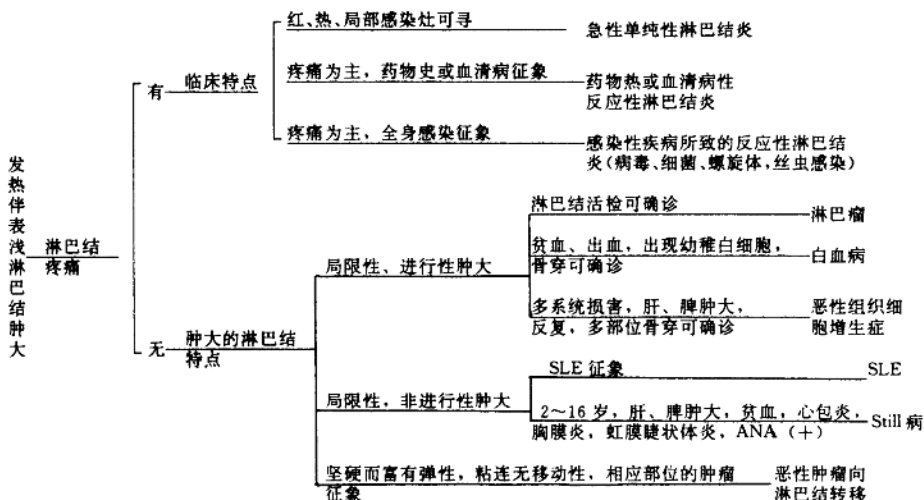


图 1.1.3-1 发热伴淋巴结肿大诊断程序

第一步 根据肿大的淋巴结有无疼痛分为疼痛性和无痛性淋巴结肿大两大类。

第二步 根据局部有无红、热可将疼痛性淋巴结肿大分两种情况思考。

凡肿大之淋巴结局部有红、热,并能找到与之相关的局部细菌感染灶,可诊断为急性单纯性淋巴结炎。那末,发热的原因与局部细菌感染相关。

若肿大的淋巴结以疼痛为主,局部无明显红、热,全身有急性感染征象,则考虑为感染所致的反应性淋巴结肿大。进一步根据全身感染的不同特点、明确发热的病因。通常多见于细菌、病毒、螺旋体、丝虫等感染。如果有药物过敏或血清病的表现,则疼痛性淋巴结肿大与此有关。那末,发热的原因也为药物热和血清病所致。

第三步 根据肿大淋巴结的某些特点将无痛性淋巴结肿大进一步区分为三种情况。

1. 淋巴结孤立性局限性进行性肿大。此常见于淋巴瘤、急性白血病和恶性组织细胞增生