

(第二版)

内科症状 鉴别诊断

N

EIKE ZHENGZHUANG

JIANBIE ZHENDUAN

主 编 陈运贞 罗永艾

上海科学技术出版社

内科症状鉴别诊断

(第二版)

主编 陈运贞 罗永艾

上海科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科症状鉴别诊断 / 陈运贞, 罗永艾主编. —2 版. —上海: 上海科学技术出版社, 2008. 7
ISBN 978-7-5323-9228-5

I. 内… II. ①陈…②罗… III. 内科—鉴别诊断 IV. R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 190987 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

浙江印刷集团有限公司印刷

开本 889 × 1194 1/32 印张 24.75

字数: 865 千字

2004 年 8 月第 1 版

2008 年 7 月第 2 版 2008 年 7 月第 3 次印刷

定价: 45.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂联系调换

编写人员名单

主 编 陈运贞 罗永艾

编委会委员 (以姓氏笔画为序)

甘 华 杨德兰 沈 薇 张素华 陈运贞
罗永艾 娄世锋 彭国光

作 者 (以章节先后为序)

钱 惠	李宗明	罗春丽	涂植光	朱道银
王 立	娄世锋	吴景全	罗天友	陈受田
秦 俭	李建国	张晓刚	张素华	李启富
甘 华	黄文祥	王其南	赵万蓉	晏 勇
李长清	谢 鹏	彭国光	蓝长安	况 利
蒙华庆	杨德兰	罗永艾	江 涛	张和生
王正中	马康华	罗开良	覃 数	李法琦
饶邦复	余 强	陈运贞	龚能平	沈 薇
高 青	李孝生	戴立里	陈伟庆	张 玲
杜晓刚	陈建斌	唐中山	胡妮妮	邓华聪
周 波	肖 谦	任 伟		
秘	书 王	立		

内 容 提 要

本书依据作者数十年自身临床实践的经验
和体会,以临床思维为中心,提出100余个涉及
内科各系统的常见症状和体征,对每一个症状
和体征均按“病史要点”、“体检重点”、“重要辅
助检查”和“鉴别诊断”予以叙述。“病史要
点”、“体检重点”和“重要辅助检查”部分主要
是为读者提供症状诊断的思路、方法和步骤,而
“鉴别诊断”部分则将相同症状的疾病放在一
起,有助于读者辨明其特点,分析其不同之处。

本书可供临床各科医生阅读,对提高医生
临床诊断水平将会有很大帮助。

前 言

近年来随着高、精、尖医疗技术蓬勃发展,在临床医学各专业领域涌现出了很多有价值的辅助诊断方法,给各级医务人员在疾病的诊疗时增添了先进的手段。然而,正如本书第一章第一节我校德高望重的钱惠教授和李宗明教授在很多年前就提出的“医德与医术”、“症状与体征是诊断的重要依据”等,只有开阔思路,丰富知识的宽度与深度,全面分析,不断总结经验与吸取教训,才是临床工作者得出正确诊断的重要方法。高、精技术的应用,必须依赖于临床医生在客观、真实地掌握症状、体征和常规辅助检查等第一手资料的基础上,分析综合、有的放矢地选择性应用。有了正确的诊断,才能做到正确的针对性的防治,才能解除病人的痛苦,给病人以健康,并提高其生活质量。基于上述观念,我校内科系统在临床第一线工作的教授和副教授依据自身临床实践经验和体会,以临床思维为中心,修订了本分册。本书主要参考本校编写的参考书《临床症状鉴别诊断学(第四版)》。

鉴于本分册作者涉及内科范围各专业,编写人员很多,在各节内容的深度与广度上可能不一致,且限于水平与编写经验,谬误与不足之处还望同道与读者不吝批评和指正。

陈运贞

2007 年 7 月

重庆医科大学附属第一医院

目 录

第一章 总论	1
第一节 诊断的原则和意义	1
第二节 临床生物化学诊断	7
第三节 免疫诊断	20
第四节 内镜诊断	29
第五节 骨髓细胞学诊断	38
第六节 X线诊断	47
第七节 CT诊断	57
第八节 MRI诊断	65
第九节 超声诊断	75
第十节 放射性核素诊断	91
第二章 一般症状	103
第一节 发热	103
第二节 生长发育异常	114
第三节 肥胖症	120
第四节 消瘦	125
第五节 水肿	130
第六节 失水	137
第七节 休克	141
第八节 多关节疼痛	154
第三章 神经系统症状	163
第一节 昏迷	163
第二节 昏厥	174

第三节	惊厥	181
第四节	眩晕	188
第五节	头痛	195
第六节	颅内压增高	201
第七节	睡眠障碍	207
第八节	语言和言语障碍	211
第九节	眼球运动障碍	218
第十节	瞳孔异常	224
第十一节	眼球震颤	229
第十二节	神经痛	233
第十三节	瘫痪	240
第十四节	肌萎缩	250
第十五节	不自主运动	254
第十六节	共济失调	260
第四章	精神症状	267
第一节	神经衰弱综合征	267
第二节	焦虑状态	270
第三节	抑郁状态	274
第四节	兴奋状态	279
第五节	强迫状态	283
第六节	幻觉妄想状态	286
第七节	木僵	291
第八节	谵妄	293
第九节	遗忘	302
第十节	痴呆	305
第十一节	多动综合征	313
第十二节	人格障碍	316
第十三节	自杀	321
第十四节	暴力行为	323
第十五节	戒断综合征	326

第十六节 自知力障碍	328
第五章 呼吸系统症状	332
第一节 咳嗽和咳痰	332
第二节 咯血	338
第三节 呼吸困难	344
第四节 啰音	351
第五节 肺浸润性病变	356
第六节 肺弥漫性病变	364
第七节 肺球形病变	373
第八节 肺空洞(腔)性病变	379
第九节 肺门增大、纵隔肿块	384
第十节 胸腔积液	390
第十一节 胸腔积气	401
第十二节 胸廓异常	406
第十三节 胸痛	408
第六章 循环系统症状	414
第一节 心悸与心律失常	414
第二节 异常心音与心脏杂音	436
第三节 充血性心力衰竭	451
第四节 低血压	457
第五节 高血压	462
第六节 紫绀	475
第七节 心脏增大	492
第八节 上腔静脉综合征	498
第九节 动脉搏动异常	502
第十节 雷诺现象	509
第十一节 猝死	513
第七章 消化系统症状	523
第一节 吞咽困难	523

第二节 胃食管反流	528
第三节 食欲异常	531
食欲减退	531
食欲亢进	533
食欲反常	534
第四节 恶心与呕吐	534
第五节 便秘	538
第六节 腹泻	543
第七节 胃肠气胀	554
第八节 腹水	559
第九节 消化道出血	566
第十节 腹块	579
第十一节 腹痛	596
第十二节 黄疸	610
第八章 泌尿系统症状	625
第一节 蛋白尿	625
第二节 血尿	633
第三节 尿量异常	641
少尿和无尿	642
多尿	646
第四节 尿路刺激征	649
第五节 肾功能不全	651
急性肾功能衰竭	651
慢性肾功能衰竭	656
第九章 血液系统症状	662
第一节 贫血	662
第二节 白细胞异常	671
白细胞增多	672
白细胞减少	675

第三节 嗜酸性粒细胞增多症	680
第四节 出血倾向	683
第五节 高丙种球蛋白血症	692
第六节 淋巴结肿大	696
第七节 脾肿大	700
第八节 红细胞增多症	706
第十章 内分泌与代谢系统症状	710
第一节 甲状腺肿	710
第二节 甲状腺结节	715
第三节 乳腺发育与乳汁分泌异常	719
男子乳腺发育	719
乳溢	723
第四节 性发育异常	726
第五节 糖代谢异常	733
高血糖症	733
糖尿	737
低血糖症	740
第六节 脂代谢异常	744
第七节 胰岛素抵抗与代谢综合征	751
第八节 血钠异常	757
低钠血症	757
高钠血症	761
第九节 血钾异常	764
低钾血症和钾缺乏	764
高钾血症	766
第十节 血钙异常	768
高钙血症	768
低钙血症	771
第十一节 骨质疏松症	774

第一章 总 论

第一节 诊断的原则和意义

临床医学是一门实践性很强的综合性应用科学。作为一名临床医生,既要认识疾病的发生、发展规律,又应了解各有关症状、体征表现的发生机制,结合必要的实验室检查和特殊检查结果,尽可能建立诊断。在临床诊断过程中,病情的表现各异,可有同病异症或同症异病,往往错综复杂,这就要求对收集的资料进行逻辑思维、科学分析,以求达到正确的诊断。

一、医德与医术

医生的职责是救死扶伤,应尽力还健康于病人,从而把幸福与欢乐给予病人及其家庭。医生的任务是光荣而神圣的。

病人每以“医德高尚、医术精湛”八字赠给为其治疗的医生,表示赞颂与感激之情。其实这两者都是医生必须具备的医学素养和业务水平,是其临床工作成败的关键。在此应指出的是两者缺一不可,而以医德为先。即使医生的医术还不很高明,但如能诚心尽力为病人想方设法,仍不失为一名好医生;当然还应努力提高医术,以能面对难题而正确处理。相反,如有医术而缺乏医德、粗枝大叶、玩忽职守,或垄断技术、傲视侪辈,则即使医术好而反可助其奸,医术越高,其危害也越大。

医德表现有许多方面。首先须视病人如亲人,事事把病人利益放在第一位。医生自己要衣着整洁、仪容端庄、语言亲切。不论病人的社会地位高低、与个人关系亲疏,都应一视同仁。对同事不保留技术,对下级严格要求。面对诊疗工作应不计较个人工作时间,有时还需日以继夜地进行观察、守护和抢救。争取缩短病人获得满意诊疗的时间,减少不必要的检查和药物,节省费用。不应追名逐利、贪图功劳,并指望取得病家报酬。对轻症不说“包治”之类的大话,对重症不危言耸听以推诿责任,对疑难病例能虚心邀人会诊取得有益建议。病人因病痛焦虑,难免有急躁情绪,要耐心解释,以取得其合作。如果医生被病人认为是个可敬、可信、可亲之人,则必能在诊疗中取得其密切配合。

医术是各种知识的综合运用,要有良好的理论知识和不断的临床实践,能

从病人陈述和检查所见中判断病人患病的部位与性质,了解其病因、病理和发病机制,解释各种临床现象,并选用正确的治疗方案。应该认识到科学正高速发展、医学在不断进步,我们因此需不断学习,对许多相关边缘科学的知识也应有所了解。医生应努力使自己的医术日益提高,从而能够更好地为病人服务。当前,不可不重视存在某些不良倾向,如医师对自己经管病人的诊断和治疗不求深入分析判断或求教同道进行探讨。在分科过细、知识面较窄的情况下,又过分依赖于会诊意见,对其不深究是否正确合理,是否符合病情的客观实际。这对病人极为不利,必须加以纠正。应当指出,医生如果对求知缺乏热情、固步自封,那将是落后的开始,值得警惕。

二、诊断意义和诊疗关系

病人就医目的主要在于治病,医生给病人治病必须先识病。为此,建立正确的诊断无疑是临床工作的基础。强调诊断的意义是为了达到下列目的:①澄清诊断,就可据现有条件作出最恰当的治疗选择;②确知是某病后,就可能对其发展前景做到心中有数,加强预见性,避免临时失措;③病人出院前既已明确诊断,出院时可向其交待病况、治疗经过、继续治疗或生活安排等建议,取得配合;④确诊病例应据卫生行政部门规定的病种及时报告;⑤确诊病历的累积是临床的宝贵财富,它可供科学分析,不断丰富临床医生的知识。病人是医生的服务对象,详尽、确切的病史资料也是医生学习和提高的重要材料。

以下一些诊疗原则值得注意:病人就医后如得不到及时诊断时,则须进一步密切观察。在治疗上,对慢性轻症病人,应暂限于支持对症处理,用药以不影响诊断为原则;急性发热者常见为普通感冒,不需要抗生素治疗;对发热待查病人,应先观察数天,及时完成有关检查,待明确诊断后再开始治疗;对重症者则应在已采取有关检验标本后,选用适当药物,并密切观察疗效,切忌频繁、不适当地更换用药。联合用药时应考虑药物的协同作用、拮抗作用和毒副作用,以及病人的具体情况,包括其当时的肝、肾功能情况。应注意在情况未明时,勿满足于临床表现的一时缓解,如胃癌上腹部痛错用拟诊为消化性溃疡的治疗方案,满足于一时的症状缓解而延误了可能根治的手术时机;对发热待诊病人盲目联合使用抗生素,可能导致致病菌产生抗药性而影响疗效;有时在急诊中轻易放过应加以观察的外伤病人,可因忽视当时内出血的早期表现而造成严重后果。临床上教训诸多,值得警惕。

最后还应指出,凡是没有诊断的治疗,都带有盲目性,往往难以解决根本问题。

三、诊断的依据和方法

病人的症状与体征是诊断的主要依据。在多数情况下,先有症状,再由医生检查而发现有关病理理性体征。也有病人因无主观感觉,只是在体检或普查时才有异常发现。

诊断建立的依据有多种,如症状诊断、体检诊断、实验诊断、超声或 X 线诊断等。各有关诊断提供的材料,除非同时有数项相符合或几次重复结果一致,一般难以单独作为最后诊断的依据。例如即使具有特异性的细菌学诊断,阳性结果也可能是污染,阴性则可能由于生长条件不符合或送检时间不当;病理学检查虽多被推为诊断金标准,但也可由于取材不当而致漏诊,其权威性受到质疑。由此可见,有关诊断措施的各个环节都应认真从事,检查结果的诊断意义均须慎加评价。

近代诊断技术水平不断更新和提高,为临床医学提供了新内容。计算机 X 线体层摄影(CT)、磁共振成像(MRI)、放射性核素、分子生物学和免疫学等诊断手段已被广泛应用,大大提高了诊断质量。但是医生不应忽视简单的检查手段,应有的放矢地选用关键性检查来建立诊断,而不加分析思考地开出大量检查申请单是很不可取的。

(一) 病史 病史是建立诊断的主要依据,许多疾病可以从病史中得到诊断的启示。一定要认真听取病人诉说现病史的始末和治疗经过,要抓住重点、逐步深入。特别应了解起病与演变过程,病程的长短对应考虑的病种完全不同。对发热病人需询问体温高度和趋势,有无伴随症状,对伴有的局限性症状深入了解是鉴别全身疾病或局部疾病所必需的。如曾接受过治疗,须了解药名和剂量,以探索该药对所患疾病的影响。要询问发病的诱因,传染病要问可能的传染源,慢性病要问饮食状况、体重和劳动力变化情况。

病史必须是全面的,除现病史外,应注意过去史、个人史、婚姻史和家族史等细节,都有其特殊意义。如病人的居留地与地方病有关,长期吸烟史与慢性支气管炎、肺源性心脏病或肺癌有关,肝炎史与肝硬化、原发性肝癌有关。有些病史中,看来是琐细的事,但不可草率带过。

总之,病史应着力于全(完整而系统)、实(真实而精选)、活(记录各方面动态发展)和特(能反映病人特殊的病情和特点)。全和实对诊断特别重要,材料不全难于分析,资料不实容易误导。一份好病史应是能使后人阅读时仿佛病人就在眼前,从而获得教益的好教材。

(二) 体格检查 从病史常可形成诊断概念,再从体检发现获得符合该概念的资料,诊断即前进了一步。体检还能收集到与现病症无关而未被病人提到的其他异常资料,如高血压、肝脾肿大等,此时又应追问病人有关高血压

的症状和有无导致肝脾肿大的原因。检查越详尽,异常情况发现越多,对病人的了解也越全面。

体检的视、触、叩、听四诊各有其独特的价值。应重视视诊,国人惯用“看病”二字,是用医学的眼光看人,则有其重要含意。留心病人的面部表情、一举一动和步态,就不难发现病情,从而作出诊断,例如突眼、消瘦和多动可见于甲状腺功能亢进症者;脑血管意外、脊髓灰质炎后遗症和先天性髋关节脱位的病人各有其特异步态;凭黏膜、肤色多可诊断贫血、缺氧和黄疸,甚至可观察到肝病面容。如果再机敏地观察,见有些人双手叉腰、宁候电梯而不愿步登二楼,可怀疑其有心肺功能不全。医生需不断训练或累积这类观察能力。

检查要全面而对称、自头到脚,包括眼、耳、鼻、喉及口腔,仅仅听心肺、扪腹部和“外科的”局部情况是很不够的。要据病人具体情况注意检查方法,如腹痛病人的腹部检查应自无痛部位开始,使其适应,并便于比较;为幼儿作咽喉部检查应留在体检的最后,以免引起啼哭和抗拒。体检要考虑影响其结果的诸因素,如在肝脏触诊,须考虑儿童的肝脏在正常情况下相对大于成人,瘦长体形、多产妇和肺气肿病人的肝脏可触及者明显多于正常人,不能一概认为是肝脏肿大,而其质地、表面状况和有无叩痛尤应予以重视;心脏叩诊受胸壁和肺气肿的影响;肾脏的触及与体型有关,且右肾较易触及。某些有重要诊断意义的体征要多次复查,如易变的心杂音是感染性心内膜炎的重要证据;出疹性传染病的皮疹出现有恒定日期,要逐日检查。任何新体征的出现,都应与症状联系对照,是否和主要诊断有关,要进行具体分析。

(三) 实验室检查 住院病人都应有血、尿、粪常规检查,结合病史和体检发现其对诊断起相辅相成作用。实验室检查若发现在病史、体检中未能预期的情况,则应补充病史、体检及必要的重复检验。

(四) 其他辅助检查 大多在临床上已有初步诊断,但需取证或作为鉴别诊断的依据。影像学诊断中,X线检查应用最广,有时可与内镜检查配合诊断。各种灵敏度和精密度高的诊断在以下各节将有专题介绍。必须指出,申请检查应提供简要临床资料,检查报告则应根据所见,不受申请者填写的临床诊断意见的影响或暗示,独立作出辅助检查的诊断意见,供临床参考。

四、诊断和鉴别诊断

对疾病作出诊断是从现象到本质的认识过程。临床上对病情清楚、证据确凿的,可以直接落实诊断。有的病人临床资料齐全、表现典型,但却缺乏特异性检查证据,如门脉性肝硬化独缺肝穿刺活检的病理诊断,则不必求全也可建立诊断。凡病情复杂,须经细心观察与全面分析,考虑到某几种疾病的可能,甚至排出其主次地位及可以排除的疾病,这在临床上已进入了诊断和鉴别

诊断的过程。在此全过程中应注意以下诸关系。

(一) 主要与次要的关系 在临床表现和实验室资料中,要分清其对诊断的主要或次要意义。例如发热和头痛,一般以发热为主,头痛是发热的伴随症状,因此是次要的,这见于常见的热性病;但也可以是一个病的两个主要症状,如见于脑膜炎、化脓性鼻窦炎等,则须不分主次地予以重视;有时可能是两个不相关疾病的症状,如某感染性疾病加偏头痛,则须视基本疾病在临床上的主次来决定其意义。

(二) 一个病与几个病的关系 在临床分析中,原则上应把现病症资料仔细归纳为单一的疾病诊断,要求分析合乎逻辑,病情发展和演变合乎规律,要能顺理成章地解释各有关材料,从而建立相应诊断。切忌把完整的材料主观取舍,或把互不相关的材料牵强拼凑,勉强达成单一疾病的诊断。临床上有时有两种或更多主病同时存在,彼此影响、混淆不清,对诊断和治疗造成困难,则应逐个解决,才能获得满意的疗效。

(三) 常见病与少见病的关系 对主要症状、体征等进行分析,诊断应多考虑常见病、多发病,其正确的机会应当多于少见病或偶发病。诊断应结合病人的多方面资料如其年龄、性别、职业、发病季节和地区等加以考虑,包括各有关的多发病、职业病和地方病。如涉外人员归国,则可能带回某些在我国未见过的疾病,一些原已在国内消灭的传染病或寄生虫病也可再次发生。

(四) 良性与恶性病的关系 肺部阴影与腹部包块常是鉴别良性或恶性病的难题。长期不明原因的发热除多考虑是感染或结缔组织病包括系统性红斑狼疮等外,常须把恶性肿瘤列入鉴别诊断。关于良性与恶性病问题始终是诊断和鉴别诊断的难题,涉及尽早制定治疗方案和判断病人预后,关系重大,必须给予周密考虑,故须依赖各种检查,必要时进行多学科会诊,甚至进行手术探查、做病理活组织检查,以求得早期诊断和及时治疗。有时,诊断应无困难,只是出于医生的明显疏忽,将直肠癌的黏液血便误诊为痢疾,从而延误病情,这在大医院也时有发生,值得引起警惕。

(五) 典型与不典型的关系 病人呈典型临床表现者不难诊断,但疾病可有多种“临床型”,会给诊断造成一定困难。在临床工作中应领会到病人虽多呈典型过程,但仍有部分表现并不典型,可见急性病以暴发起病,如暴发性菌痢;慢性病也可急起,如慢性支气管性肺气肿伴肺大疱病人有自发性气胸时,则会突然发生胸痛与加剧的呼吸困难;通常是某病的常见症状,但在有些病人可以缺如,可见于无腹痛的消化性溃疡;有些病人的病程已进入后期才出现临床表现,如慢性肾炎可一直表现正常,以尿毒症为初发症状而就医。若医生考虑不周,极易误诊。

还应指出,有些病人由于接受过某种预防注射,使症状变轻,或因接受某

种药物治疗,使疾病原有发展规律受到干扰而呈现不典型临床表现。这再次提示询问详尽病史的重要性。

临床上必须考虑周全,要认识到症状、体征和实验室检查结果可受其他多种因素的影响而异乎寻常。如肠穿孔性腹膜炎都有腹痛和其他明显的腹部体征,但伤寒病人由于在目前已较少见,因而临床上可能未得到及时诊断与治疗,当有重度毒血症而并发肠穿孔者,腹肌紧张多不明显,不易被及时发现。再者,年老体弱者在临床上病症可不明显,如有化脓性感染,血白细胞可不增加。凡此,医生要有全面观念,才能及时、正确处理。

通常所谓疑难杂症,主要是不典型病、少见病或有几种共存的病。只有开阔思路、考虑全面,不断从总结中积累经验,从失误中吸取教训,并参考有关书籍和文献,才能较好地解决问题。

(六) 病原性与药源性疾病的关系 除日常多见的全身性或各系统疾病以外,药物(或毒物)也可致病。错用农药、驱虫或杀虫药,有意服毒,应有明确的用药、服毒史,诊断不难。采用任何药物治疗,不论注射、内服、外用,都可因个体差异、过敏体质或用药不当,而引起轻重不等的各种不良反应或毒性反应,包括发热、皮疹或有关的系统性反应,如消化系统的恶心、呕吐、腹痛、腹泻、黄疸和肝功能损害,造血系统的贫血、粒细胞缺乏,循环系统的心律失常、血压变化和心肌损害,神经精神系统的精神紊乱、视觉和听觉异常,以及泌尿系统的血尿、蛋白尿和肾功能减退等。家庭中随意用药、滥用药物的习惯应予以纠正;即使家庭常备药如阿司匹林,若服用不当,也可引起胃黏膜糜烂甚至胃出血。

药源性疾病可同药异症、异药同症,临床表现见于用药早期或在用药过程中,甚至在原病已控制而停药一段时期后,由于原病受干扰而情况复杂化,须及时停药以便及时识别药源性影响。此外宜再强调病史的重要性,识别或鉴别药源性疾病应追问近期有无用药史,过去有无因用某药而发生类似临床表现。更重要的是预防,用药必须有明确指征,须了解药物的性能、适应证和禁忌证,可能发生的不良反应,以及明确多种药物应用时可能的协同作用和拮抗作用。

(七) 器质性和功能性疾病的关系 任何一种疾病都可以有病变而无症状,或有症状而无客观发现。功能性疾病病人可有酷似器质性疾病的陈述,但客观异常发现则缺如,医生不应轻易地作“官能症”诊断与处理,宜尽可能加以随访观察,以免遗漏器质性疾病;有时须进行多次复诊,甚至包括必要的辅助检查,若始终未有异常发现,才可诊断为官能症。

临床中偶见诈病,虽属少见,但确定其性质应极慎重,但若医生缺乏观察力,则容易受骗。就诊时诈病者可陈述“咯血”或“血尿”等,持有他人的胸片