

FIELD GUIDE

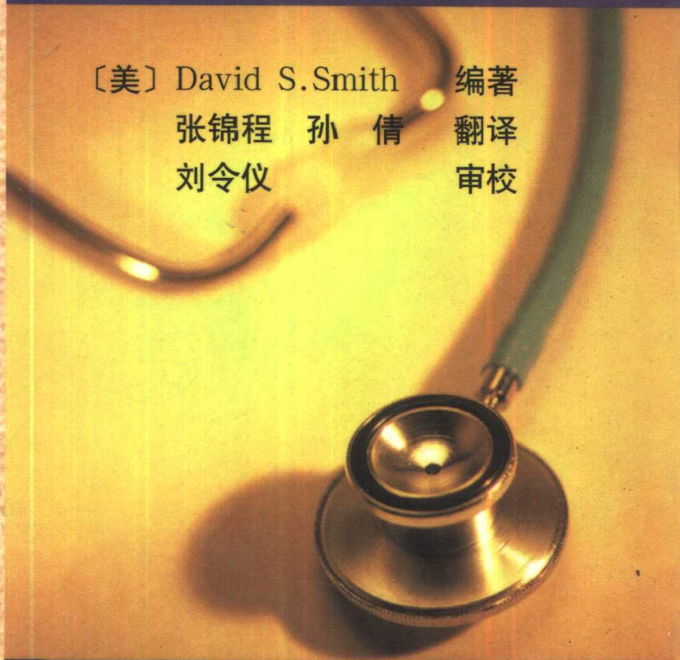
Field Guide to Bedside Diagnosis



临床实践丛书

临床诊断指南

〔美〕 David S. Smith 编著
张锦程 孙 倩 翻译
刘令仪 审校



Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权
天津科技翻译出版公司出版

临床诊断指南

Field Guide to Bedside Diagnosis

〔美〕 David S. Smith 编著

张锦程 孙 倩 翻译

刘令仪 审校

Lippincott Williams & Wilkins Inc. 授权

天津科技翻译出版公司出版

著作权合同登记号:图字:02-2000-35

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断指南/(美)史密斯(Smith, D. S.)编著;
张锦程, 孙倩译. —天津:天津科技翻译出版公司,
2001.5

(临床实践丛书)

书名原文:Field Guide to Bedside Diagnosis

ISBN 7-5433-1311-1

I. 临... II. ①史...②张...③孙... III. 诊断学
IV. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 05294 号

Copyright © 1999 Lippincott Williams & Wilkins

ISBN 0 7817 1630 6

All rights reserved. No reproduction, copy or transmission of this
publication may be made without written permission.

中文简体字版权属天津科技翻译出版公司

授权单位: Lippincott Williams & Wilkins

出 版: 天津科技翻译出版公司

出 版 人: 邢淑琴

地 址: 天津市南开区白堤路 244 号

邮政编码: 300192

电 话: 022-87893561

传 真: 022-87892476

E - mail: tstbc@ public. tpt. tj. cn

印 刷: 深圳兴裕印刷制版有限公司印刷

发 行: 全国新华书店

版本记录: 787×1092 32 开本 13.75 印张 460 千字

2001 年 5 月第 1 版 2001 年 5 月第 1 次印刷

印数: 3000 册 定价: 52.00 元

(如发现印装问题, 可与出版社调换)

前 言

爱丁堡 Conan Doyle's 医学教授约瑟夫·贝尔先生在他的论著中写道：“精确且机智地识别和评价观察到的微小差别是实现成功临床诊断的真正基本要素”，他又说：“眼和耳能够视和听，将看到和听到的体征立刻存储起来并随意地回忆感觉到的印象，同时编织一套学说或将支离破碎的体征加以综合，或解开缠结在一起的体征线索，上述这些是一个成功的诊断学家的职业手段。对于一些技术高明的医师来说，存在许多有说服力和有益于诊断的体征，但需要用训练有素的眼力去发现它们。”

这本《临床诊断指南》的使用就像是自然科学工作者的实地考察指南。它将临床上对一些隐性的微小体征差异的观察应用于诊断中。一般的医学教科书是围绕一些具体的疾病(例如心肌梗死)进行编写的。遗憾的是，病人并未贴着像“心肌梗死”那样的标签，而只是存在一些诸如“胸痛”那样的未被鉴别的症状和体征，而胸痛可以由许多潜在的病因引起，其范围可以从一些不重要的病因直至威胁生命的病因。一般物理诊断教科书只把重点放在体格检查上，而不是放在利用体检发现与病史相结合的诊断方法上。惟独本书填补了物理诊断技巧与疾病之间的认知空白，帮助临床医师将初期的临床发现提炼成为有效的诊断。尽管采用单一的临床方法不能完全取代诊断技术，但它却可指出最可能发生以及也可能发生的疾病，有些临床试验有很高的准确性并且是最经济有效的。

本书的编排与临床医师的诊断推理过程相类似。病人提供主诉是为了寻求诊断。这些主要症状和体检发现，如头痛或舒张期杂音，组成了本书的中心结构。根据我自己的经验，书中对每一种症状的鉴别能使临床医师一目了然地浏览“按照可能的顺序而粗略排列的”病因，所列举的病因，重点置于最常见的病因和较罕见但又是医师需保持怀疑的严重的疾病上。接着的诊断方法描述了对每种病因鉴别的主要诊断分支点。最后一部分临床

发现是针对所考虑的各个病因(和疾病)阐述了病史和体检发现,它能最可靠地把医生引向特定的诊断,同时这些临床发现已被缩减至最基本的几个要素。奥斯勒将此喻为“添注记忆的磨刀石”,并被打磨得光亮圆滑。这个建立在研究基础上的方法是由临床专家们根据他们的认知结构提出来的,这种认知结构把临床特征描述为犹如原型病人的“疾病答案”,它包含了丰富的病理生理学和有关方面的细节。

本指南还附有较为全面的由一些经典观察得到的图谱和能够提示潜在系统性疾病过程的“专业标志”(“field marks”)。这些照片是按照既可作为确定诊断的范例又具有很高美学质量这两个原则选取的。

本书提供了一明显的多面手方法,是我作为一名在职的全科医师、耶鲁大学和宾夕法尼亚大学医学研究生和住院医师的指导教师,把我的经验进行过滤以后的一部文献综合。尽管本书主要是为医学研究生和住院医师学习和分析临床观察而编写的,但本书内容也包含了不少“临床珍品”,为较有经验的医师提供了某些疑难病例方面的一个重要侧面。总之,我希望这本书会是有用的,并希望通过提炼出许多有说服力和有助于诊断的体征会增加你的诊断技术的熟练程度。

编者

1998.6 于纽黑文

如何使用本指南

“观察,然后推理、比较并与实际相对照,但首先是观察。”

——奥斯勒

总体设计

本书仿效自然科学工作者视听指南的方法,使用这一方法时,通过观察主要的“视听标记”可以识别出不知名的鸟儿和野花。本书则把视听方法应用到正在开发的临床诊断中去。医师的诊断是从洞察明显的疾病现象开始,然后描绘出疾病的本质以揭示潜在的疾病结构。临床诊断技巧要求医生具有解释疾病症状所寓意的身体语言的能力,这些症状的发展可以告诉我们疾病的结构。同时医师还应磨炼灵活观察的技艺,融入你的智力,去揭示临床发现的线索,并在已经确立的解剖结构及病理生理学的深刻理解的知识框架内去解释所有的临床发现。

本书旨在内容详尽、精炼、色彩丰富、具有美感且实用。本书的设计尽可能做到既有综合性又可随手使用。我试图使本书达到实用性与管理性的结合。所谓合理性即是我们不可无端地进行诊断,因此本书重点将围绕一些常见病和危重病。本书所收集的是全科医师的诊断方法,而不是针对专科医师的。我也试图将能够鉴别相互矛盾诊断的一些敏锐的临床观察编入本书中。尽管书中的一些诊断假设形成了诊断技术的应用和解释的基础,但试验诊断及治疗方面问题却不在本书的讨论范围之内。

章节/主诉

本书以围绕着组成本书各章节的 147 种症状和体检发现来进行编排。David Eddy 认为诊断过程中首要和关键的步骤是关键性发现的选取。这些章节代表了最低限量的关键性发现,这些临床发现是源于我对大量门诊病例的观察,是由患者和临床医师共同构筑成的。每一种症状代表一种危机,它代表了一群诊断,通过这群诊断使医师能够透过症状的表象看到本质,以达到成熟的诊断。

鉴别

对每一种诊断的病因我都列在鉴别表中。此表重点列出了一些常见病因及某些非常见但又是不可忽视的严重疾病。根据我的临床经验,对所列的疾病按流行的顺序作了大致的排列,这样排列可以一目了然就能查到主要病因,以达到高效的诊断。当可以提供病因的首轮细分时,还可利用亚群中的病因和疾病诊断。

诊断方法

这部分构筑了问题所在,指明了主要诊断分支点并讨论了关键性发现和手法(检查试验操作法),提出了检查的方向。当诊断明确时即可得到该病发现的概率比,以提示它的诊断效果。

临床发现

请记住,在临床诊断时,诊断医师的任务是从观察到的结果中推论出病因之一。完成这一过程的主要方法是将对病人观察到的结果与鉴别表中每种疾病的临床特征相比较,我已有意地将每一疾病的特异性现象的描述减少到最基本的一些要素,这些要素可靠、实用且最具诊断性,可以将这些要素想象为典型病人的形象。你的病人通常具有可识别的疾病的变异,当书中所述的现象有彩图说明时则可相互参考。

彩图

为了有利于说明典型可视的能标记潜在系统性疾病过程的身体现象,本书选取了 240 幅彩色图片,所选的每一图片可作为该临床发现的原型代表,每张图片均标有是何种临床发现,同时往往还标有该具体病人所患的潜在疾病,并在相应的章节中可以找到更详细的描述。通常有一种以上情况可引起该临床发现。每张图片可以与所引用的章节相互参考。

贝斯定理(Bayesian)方法

该方法不是关于对病人有没有病的可能性(概率)进行研究,而是对当时做出确诊时的不确定性进行研究。概率是诊断确凿性的一种表达方式:即根据此时此刻给予的信息,你有多大的肯定性能说明病人患有你所认为的疾病?当这种肯定性已知并对诊断有用时,就提出了临床发现的敏感性、特异性和概率比。敏感性(Se)是指具有这种疾病的患者出现临床发现的频率。如果不存在高敏感性的临床发现,则排除这一诊断。特异性(Sp)是指缺乏临床发现没有做出具体诊断的病人所占的比例。“能确定诊断的临床发现”具有高度的特异性,但常常不具备敏感性。尽管此种情况并不常见,但当出现时,诊断实际上是肯定的。真阳性率(敏感性)与假阳性率($1 - \text{特异性}$)之比是概率比(LR)。概率比指明了临床发现对增加已给定的诊断有多大的可能性(用公式表达时,先前的可能性 $\times$ 概率比 = 以后的可能性),或多大程度增加了你的诊断的确凿性。例如 $LR = 2$,即表明诊断可能性增加了一倍。

例 1

某患者呈现急性咽喉痛,你考虑做快速链球菌试验,但迫切想

知道如何解释试验结果。快速链球菌试验结果为:敏感性 0.78,特异性 0.96,诊断为链球菌咽炎的概率比为 19.5。我们仅知患者咽喉痛,先前门诊认为有 10%机会是由 A 群链球菌引起的,阳性试验结果表明感染链球菌的机会为 68%。然而,由于试验结果呈阴性,他仍有 2%被感染的机会,因此存在相当大的不确定性。这时你应参考第 144 章中的临床观察发现,并重新为患者做检查。如果患者有发热、扁桃体有分泌物、颈前淋巴结肿大(概率比 8.0),并伴有阳性的快速试验结果,则有 93%的概率存在链球菌。如果病人没有上述临床发现(LR = 0.3),且快速试验呈阴性,那么他很可能患有病毒感染,而患链球菌感染的概率仅为 0.2%。临床评估为听诊提供了一个基础。尽管临床评估很少会胜过科学的诊断手段,但却常常能增加对临床发现的解释并扩大诊断试验的范围。

例 2

患者有二尖瓣脱垂病史,伴有轻度的二尖瓣反流,出现急性气短。心脏检查时可听到响亮的心尖部收缩期杂音、罗音和第三心音。参考第 32 章关于“急性呼吸困难”的内容,你会发现,对称性依赖性罗音提示左心衰竭,但你仍不知其原因,然而再参考第 15 章关于“充血性心力衰竭”的内容,你就可以读到,尽管第三心音通常提示低的心输出量,但急性二尖瓣反流通过增加舒张早期充盈可产生一个正常心输出量的第三心音。在鉴别表中也列出了心内膜炎,回想到患者有响亮的杂音,就迅速转向第 28 章关于“收缩期杂音”的内容,找到二尖瓣反流,你将读到在由于心内膜炎引起的急性二尖瓣反流中,收缩早期杂音为 3~6 级,再参见彩图 22~24 关于心内膜炎的外围发现,然后回到患者的情况,此时所有诊断所需的信息均已齐备:收缩早期杂音伴有可触知的震颤,其食指上有明显的奥斯勒小结,甚至还有近期牙齿清洗,没有预防服药的病史。

例 3

当我的儿子签约应征去踢足球时,他没有意识到 8 月份时每天要练 2 小时足球。几周后,他开始抱怨每天夜里感到疲惫且头痛。我让他多饮水,以防脱水。当他继续抱怨时,我认为他是在利用这些症状来逃避训练。我与他进行了一番关于“承诺”与“责任”的鼓励性谈话。在那个周末,他在特别炎热的天气里风尘仆仆地训练完毕后,脱掉球衣去淋浴,此时露出了答案:他的后背有三个红色卵圆形皮疹,中央清晰,为典型的莱姆游走性红斑,如彩图 106 所示的那样。

以病史和体检为基础的临床诊断有许多优点,这是一种便携式可快速、适时做出诊断假设并进行试验的方法,是医师的“秘密武器”。它是一种将低科技引导到高科技诊断的明智选择。根据

临床数据推得的概率估计形成了试验结果的贝斯定理(Bayesian)的解释。正是这种方法半定量地识别出真假阳性结果。这种临床观察易于重复进行并能监视整个病情及治疗效果,这是高科技手段所不能实现的。临床检查在流动诊断环境下尤为有效,轻者如像中耳炎那样普通的疾病可以通过观察到一红色鼓膜加以确诊,重者可对诊断异常的危重患者做出快速评估,而这对危重病人来说,争取治疗时间是最重要的。

用双手进行体检还具有某些治疗性价值,听诊器不仅能与你的耳朵连接起来,而且还可与你对病人的智慧联系起来,最后可以通过仔细地调整所做的观察项目,结合你的独立感觉并利用你丰富的相互联系的知识基底和临床经验做出诊断,这对知识分子来说是一种少有的乐处,这也是在揭开奥秘时对医学技巧的应用。

目 录

第 1 部分	全身/体质	
第 1 章	颜色现象	3
第 2 章	出汗	5
第 3 章	面容	7
第 4 章	疲劳	9
第 5 章	不明原因的发热	11
第 6 章	不自主的体重下降	15
第 7 章	淋巴结肿大	17
第 8 章	多发性躯体性疾病	19
第 9 章	肥胖	21
第 10 章	预防现象	22
第 2 部分	心脏/血管	
第 11 章	急性胸痛	27
第 12 章	贫血	30
第 13 章	动脉搏动变异	32
第 14 章	心动过缓	35
第 15 章	心脏扩大/充血性心力衰竭	37
第 16 章	颈动脉杂音	40
第 17 章	跛行	41
第 18 章	连续性杂音	43
第 19 章	紫绀	44
第 20 章	舒张期杂音	47
第 21 章	心音分裂	49
第 22 章	水肿	51
第 23 章	高血压	53
第 24 章	颈静脉搏动异常	55
第 25 章	直立性低血压	58
第 26 章	心悸/心动过速	60
第 27 章	休克	62
第 28 章	收缩期杂音	64
第 29 章	单侧下肢水肿	68
第 30 章	静脉变异	70
第 3 部分	肺/胸	
第 31 章	急性咳嗽	73
第 32 章	急性呼吸困难	75
第 33 章	乳房溢液	77
第 34 章	乳房肿块	78

目 录

第 35 章	慢性咳嗽	80
第 36 章	慢性呼吸困难	83
第 37 章	男子女性型乳房	85
第 38 章	咯血	86
第 39 章	呃逆	88
第 40 章	仿型性呼吸	90
第 41 章	不同类型的肺炎	92
第 42 章	罗音	94
第 43 章	哮鸣	95
第 4 部分	腹部	
第 44 章	腹部膨胀	99
第 45 章	腹部/盆腔肿块	102
第 46 章	急性腹痛	104
第 47 章	急性腹泻	108
第 48 章	食欲缺乏	110
第 49 章	慢性腹泻	111
第 50 章	慢性/复发性腹痛	113
第 51 章	便秘	115
第 52 章	吞咽困难	117
第 53 章	胃肠道出血	119
第 54 章	胃灼热	121
第 55 章	肝脏肿大	123
第 56 章	黄疸	125
第 57 章	恶心/呕吐	128
第 58 章	脾脏肿大	130
第 59 章	直肠痛	133
第 5 部分	生殖泌尿系统	
第 60 章	无尿/少尿	137
第 61 章	尿痛	139
第 62 章	勃起功能障碍	140
第 63 章	胁腹痛	142
第 64 章	生殖器溃疡	144
第 65 章	血尿	145
第 66 章	不孕	147
第 67 章	腹股沟/股肿物	149
第 68 章	性交疼痛	151
第 69 章	多尿	152
第 70 章	前列腺异常	153
第 71 章	蛋白尿	154
第 72 章	阴囊疼痛/肿胀	156

第 73 章	继发性闭经	158
第 74 章	尿失禁	160
第 75 章	阴道出血	162
第 76 章	阴道溢液	164
第 6 部分	肌与骨骼/四肢	
第 77 章	急性膝痛	169
第 78 章	急性单关节炎	172
第 79 章	踝/足疼痛	174
第 80 章	关节炎/皮炎	177
第 81 章	腋窝肿胀	179
第 82 章	骨隆凸	180
第 83 章	肘痛	182
第 84 章	髌痛	183
第 85 章	下背痛	185
第 86 章	肌肉痉挛	189
第 87 章	指甲征象/杵状指	191
第 88 章	颈部痛	194
第 89 章	关节周围痛	197
第 90 章	多关节性关节炎	200
第 91 章	雷诺现象	203
第 92 章	肩痛	205
第 93 章	腕/手痛	208
第 7 部分	神经/精神	
第 94 章	遗忘	213
第 95 章	焦虑	215
第 96 章	失语/构音障碍	217
第 97 章	共济失调	219
第 98 章	昏迷	222
第 99 章	深腱反射异常	225
第 100 章	谵妄/幻觉	228
第 101 章	痴呆	231
第 102 章	抑郁	233
第 103 章	眩晕	235
第 104 章	头痛	239
第 105 章	失眠/嗜睡	243
第 106 章	肌无力	245
第 107 章	周围神经疾病	248
第 108 章	脊神经根痛/感觉障碍	250
第 109 章	癫痫	255
第 110 章	中风综合征	257

目 录

第 111 章	晕厥	259
第 112 章	震颤/不自主运动	262
第 8 部分	皮肤	
第 113 章	色素沉着异常	267
第 114 章	皮疹	269
第 115 章	皮肤潮红	271
第 116 章	毛发脱落/多毛症	273
第 117 章	下肢溃疡	276
第 118 章	丘疹/结节	278
第 119 章	各式红斑	282
第 120 章	皮肤瘙痒	285
第 121 章	紫斑/瘀斑/大量出血	287
第 122 章	脱屑性皮疹	290
第 123 章	毛细血管扩张/血管瘤	292
第 124 章	荨麻疹/血管神经性水肿	294
第 125 章	水疱/大疱/脓疱	296
第 126 章	体表瘤处征象	299
第 9 部分	头/颈	
第 127 章	瞳孔不等大	303
第 128 章	复视/眼球震颤	305
第 129 章	耳痛/耳分泌物	308
第 130 章	鼻衄	310
第 131 章	眼球突出	311
第 132 章	眼痛	313
第 133 章	面部/牙齿/颞下颌部疼痛	315
第 134 章	闪光/盲点	317
第 135 章	听力丧失	319
第 136 章	声音嘶哑	321
第 137 章	失明	323
第 138 章	鼻充血/溢液	327
第 139 章	颈部肿块/甲状腺肿大	329
第 140 章	口腔溃疡	330
第 141 章	眼睑下垂	332
第 142 章	红眼	333
第 143 章	视网膜现象	335
第 144 章	咽喉痛	337
第 145 章	甲状腺结节	339
第 146 章	耳鸣	341
第 147 章	舌病变	342
彩色图谱		345

第1部分 全身/体质



彩图 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 25, 26, 27, 32, 36, 46, 49, 53, 64, 69, 80, 94, 99, 105, 114, 147, 157, 160, 168, 175, 200, 202

颜色可以提示诊断。

黄色 黄疸可为深黄色,伴有贫血时或为柠檬黄色。恶性贫血可引起明亮的黄色伴明显的红舌。肾病综合征引起苍白贫血,而贫血与增加的胡萝卜素结合球蛋白结合产生淡黄色脱皮。皮肤结核(寻常狼疮)的红-棕色病变为黄-棕色,似苹果冻。黄斑病为蜡黄色脂沉着。弹性纤维假黄色瘤的病变看起来如同拔掉羽毛的发黄色鸡皮。尿酸盐结晶在沙石内呈半透明。黄指甲出现于淋巴水肿或慢性肺疾病。明亮的黄色尿见于服用非那西汀、奎纳克林、核黄素和黄疸(黄疸时其泡沫为黄色)。巨细胞病毒性视网膜炎有黄色视网膜渗出液,像“碾碎的奶酪”。眼前黄色光环为地高辛中毒和急性青光眼的特征(彩图 46, 49, 53, 64, 69, 100, 175, 202)。

橙色 胡萝卜素血症使皮肤变成橙黄色,但巩膜仍为白色。服用大黄、番泻叶和杨柳氮磺氨吡啶(柳氮磺胺吡啶),吡啶姆(氮苯吡啶)或利福平(甚至于使眼泪变成橙色)可产生橙色尿。毛发红糠疹的患者可有明显的橙色皮肤,尤其在手掌和脚掌。唐吉尔(Tangier)病以橙色扁桃腺为特征(彩图 9)。

蓝/灰色 蓝灰色皮肤着色可由金(金质沉着病)、银(银质沉着病)、转移性黑色素瘤、赭黄病、氯奎、米诺四环素和乙胺碘呋酮(Amiodarone)(由蓝色脂褐质光照性皮炎所致)引起。氯丙嗪产生蓝紫色面容。蓝色巩膜典型的为成骨不全。因血红蛋白减少引起的紫绀为紫蓝色至紫红色。红细胞增多症的皮肤为红蓝色。变性血红蛋白血症(氨苯砒治疗的结果)的皮肤为巧克力蓝。硫血红蛋白血症呈铅色变黑紫。雷诺(Raynaud)综合征先由苍白色变成灰蓝紫绀,再变成黑紫,最后变成深红色。罕见的疼痛性蓝肿见于大面积深静脉血栓形成(DVT)。远端栓塞导致蓝色脚趾。炮筒灰色紫癜为脑膜炎球菌血症的特征。蓝色尿为阿密曲替林、三氯苯蝶啶、番泻叶或靛蓝的产物。蓝色指弧影见于银质沉着病、威尔(Wilson)病和抗疟药治疗。子宫颈呈蓝色为妊娠的征象。白喉的咽假膜为蓝白色(至灰绿色)。蓝色调的视觉见于眼缺血和 Viagra 治疗(彩图 3, 5, 6, 25, 27, 32, 36)。

绿色 绿色脓说明在白细胞中发现含铜的骨髓过氧化酶的存在。假单胞菌属感染将指甲染成绿色。绿色尿可能由尿中铜、假单胞菌属感染、胆绿素、Clorets、酚或红绿色盲病人的肉眼血尿引起。在虹膜炎时,蓝色虹膜由于血管充血变成绿色。贫血常常引起稍带绿色的蜡样苍白(彩图 1, 114)。

金/铜/银色 Wilson病的金黄色虹膜环为典型例子,但脱甲呋嗪也可引起金色虹膜。结核性腹膜炎导致皮肤青铜色,尤其在腹部。二期梅毒的病变使人想起一分钱铜币的颜色和形状。银色偶见于壶腹癌,其原因为无胆汁伴出血。牛皮癣的云母鳞屑为银色(彩图2,80,105)。

紫色 皮肤炎的眼睑紫红色呈现淡紫丁香颜色。紫纹高度提示库欣(Cushing)病。梅子颜色结节见于皮肤淋巴瘤。果酱状痰见于典型的克雷白杆菌感染。丹毒具有深红色脱皮。卡波西(Kaposi)肉瘤呈现深紫色丘疹。局限性硬皮病的军刀状病变为白色和萎缩性伴有紫罗兰色边缘。淀粉样变引起蜡样粉紫色眶周斑点。乙硫异烟胺可引起紫丁香棕色光照性皮炎。紫色尿见于胆色素排出(彩图11,94,99,147,157,159,200)。

黑色 墨黑色皮肤典型病变见于黑色素瘤。黑色棘皮病的轻柔光滑的黑斑提示胰岛素拮抗。黑色柏油便说明由上消化道出血引起的黑粪症。黑色尿见于黑酸尿、苏胺酸病、甲基多巴、美索巴莫、酚、疟疾(黑水热)、变性血红蛋白血症和美鼠李皮(彩图160,168)。