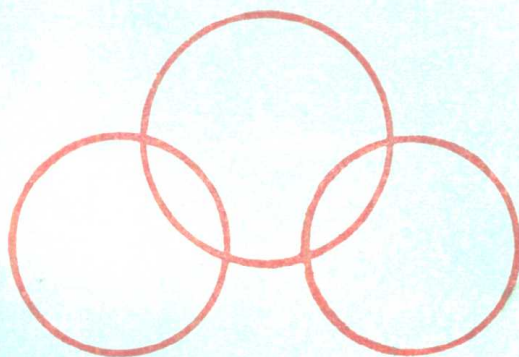


实习医师必备

实用

临床诊断线索与思维程序

曹建林 编著



R44
CJL

贵州科技出版社

125328

实用临床诊断线索与思维程序

曹建林 编 著

贵州科技出版社

序

由于种种原因，在当前医学教学中仍存在着一个显著的问题，即偏重理论，忽视实践，尤其是临床思维指导更为不足。因此，常致医学生和青年医生在面对具体病情时往往出现思绪纷乱，困于梳理，难以适时作出符合临床实际的诊断。

遵义医学院曹建林同志多年在第一线教学工作中，积累了丰富的临床实践和教学经验，参考了大量国内外有关书籍，完成了《实用临床诊断线索与思维程序》一书的编著，填补了上述缺陷。这对临床医生的诊疗实践和临床教学均是一项有实用价值的贡献。

这本著作不同于各医学院校使用的教科书，其既不阐述临床检查方法，又不重点讲解症状、体征的发生机制和理论基础。这本书的特色是把重点放在病情表现和疾病之间的连结点上，这一契机足以使读者能在纷繁的病情表现中迅速整理出诊断线索，运用临床逻辑思维程序辨明诊断方向。

这部著作中的病情表现涉及到内、外、妇、儿、五官、皮肤、神经等多个系统，对临床医务工作者有广阔的实用性。

全书思绪条理，紧密连贯，科学性强，符合临床实际。在文字叙述方面，言简意明，浅出深入，广深适度。值得提

出的还是作者运用了简明的形式贯通了病情与疾病间的复杂联系，这对在校医学生及青年医生在遇到诊断困惑时将会获得有益的启示。

由于书文简要，病情却复杂多变，不周之处尚需广泛听取读者意见，补充修正，使其更好地发挥触一反三，排惑避误的启迪作用。

戚 仁 铎

1992年3月于山东医科大学

编 者 的 话

临床诊断工作是一项极其复杂的过程，作为一位临床医生能否捕获疾病的诊断线索及是否具有良好的思维程序是保证疾病诊断准确的关键。这种能力与临床的细心观察、扎实的基础理论、丰富的临床经验，以及正确的逻辑思维等密切相关，而迅速发展的辅助性检查的诊断技术只是论证疾病诊断是否正确的参考条件，并不能完全取代临床对疾病诊断的技巧性。

本书较全面地介绍了全身各部的理学检查异常与疾病之间的关系，着重提出了疾病的诊断线索和思维程序，简明地叙述了各科（包括内、外、妇、儿、五官及皮肤等科）多种疾病的主要临床特征，涉及到某些临床鉴别的技巧性，对临床经常所遇到的难点也作了详细的阐述。为了工作方便起见，书后还附有常用临床检验新旧单位参考值。

本书不同于一般教科书仅限于教学所需的局限性，也不同于专科性书籍的冗繁论述，更不是学科新进展的介绍，而是注重疾病诊断的实用性，能为临床各科医生在工作中能迅速准确地诊断疾病带来方便，也是医疗专业医学生在临床实习参考之用的工具书。

在编写过程中除了参阅大量的医学专著和文献外，也努力地将自己的临床体会融入书中，即所谓“不成章法”的经验之谈，因此难免有不当或争议之处，望前辈和同行们不吝指正。

本书在编写中曾得到遵义医学院李琮辉教授、王丕荣教授的大力支持，在编写前后也得到许多前辈和同行们关心和帮助，出版时贵州科技出版社给予大力支持，在此一并表示衷心感谢。

编者

1991年7月

目 录

体温增高	1
体温过低	6
呼吸异常	7
脉搏异常	9
血压增高	11
血压过低	14
性征异常	16
体型矮小	18
体型高大	19
肥胖	20
消瘦	22
意识障碍	23
面容与表情异常	25
体位异常	28
步态异常	29
不自主运动	31
皮肤发红	34
皮肤苍白	37
皮肤紫紺	39
皮肤黄染	41
皮肤色素沉着	45
皮肤色素减退	49

丘疹·····	49
疱疹·····	51
皮下结节·····	54
紫癜·····	56
皮肤溃疡·····	60
毛细血管扩张·····	63
皮下水肿·····	65
皮下气肿·····	69
皮肤弹性异常·····	70
多汗·····	71
臭汗与色汗·····	73
毛发过多·····	74
毛发稀少·····	75
淋巴结肿大·····	78
头颅异常·····	81
眉毛异常·····	82
眼睑水肿·····	83
眼睑下垂与眼睑其它异常表现·····	84
眼球突出·····	85
眼球内陷·····	88
眼球运动障碍·····	89
眼球震颤·····	92
瞳孔异常改变·····	93
结膜异常表现·····	96
巩膜色泽异常·····	99
角膜异常表现·····	100

耳部异常表现·····	101
鼻的异常表现·····	104
口腔异常表现·····	107
声音嘶哑·····	113
颈部活动受限·····	115
颈部包块·····	116
颈部血管异常·····	120
气管移位·····	122
胸壁静脉曲张·····	124
胸廓外形异常·····	125
胸部触痛·····	127
乳房异常表现·····	129
胸廓呼吸运动异常·····	132
触觉语颤异常·····	134
胸膜摩擦感·····	136
肺部叩诊异常·····	138
呼吸音异常改变·····	140
肺部罗音·····	143
胸膜摩擦音·····	146
语音传导异常·····	146
心尖搏动异常·····	147
心前区隆起及其异常搏动·····	149
心脏震颤和心脏震荡·····	150
心浊音界异常·····	152
心音异常·····	154
额外心音·····	159

心包摩擦音与心包摩擦感	161
心脏杂音	163
心率和节律异常	170
腹部外形异常及其皮肤改变	174
腹壁紧张度改变	177
腹部压痛和反跳痛	179
肝肿大	182
脾肿大	187
腹部肿块	190
腹部移动性浊音与液波震颤	193
腹壁静脉曲张	197
腹部听诊异常	199
肛门与直肠检查异常	201
男性生殖器检查异常	204
女性外生殖器检查异常	208
脊柱畸形	211
关节肿胀	214
杵状指	217
指甲异常	218
肌力减弱或消失	221
肌张力改变	225
肌肉体积和外形改变	227
生理反射异常改变	229
病理反射	232
脑膜刺激征	233

体 温 增 高

体温增高，又称发热。是指体温（口腔温度、腋下温度或肛内温度）超过正常范围。根据一段时间内的体温波动幅度可分为稽留热、弛张热、间歇热及复发热等。以发热的高低又可分为低热、中等度热、高热及超高热。长期低热是指低热状态（ $<38^{\circ}\text{C}$ ）持续1个月以上。长期中、高热则是指发热（分别为 $>38^{\circ}\text{C}$ 和 39°C 以上）持续2周或更长。

【诊断线索】

一、有长期低热者应考虑的疾病

1. 五官科疾病：慢性鼻窦炎、中耳炎、扁桃体炎及牙周脓肿等（这类疾病大多有各自的特征性临床表现。若表现隐匿者，仔细的体格检查也往往能发现相应部位的感染灶。局部体格检查的草率或缺如是这类疾病误诊的最常见原因之一）。

2. 消化系统疾病：迁延性肝炎、门脉性肝硬化（常有肝病面容、脾大及肝功异常等表现。若表现有腹水者，应除外低热系由原发性腹膜炎所致的可能性）。

3. 泌尿系统疾病：隐匿的尿路或前列腺感染（凡是女性和中老年患者都应作为常规除外，可进行尿液和前列腺液检查）。

4. 结缔组织疾病：非典型性风湿病、结缔组织病（这类疾病往往伴有关节疼痛，皮损表现及血中 γ -球蛋白增高等表现）。

5.内分泌性疾病：甲状腺功能亢进症、嗜铬细胞瘤（有心率或脉率增快者都应考虑这两种疾病。前者常有特殊面容和甲状腺肿大，而后者则多表现有发作性或持续性高血压）。

6.结核病：肺、胸膜、肠、腹膜、肠系膜淋巴结及盆腔等处的结核（除了局部表现外，常伴有消瘦、盗汗及两颧潮红等结核中毒症状，患者多为年轻人）。

7.神经功能性低热（昼夜体温波动幅度很少超过 0.5°C ，临床上常无阳性体征及实验室检查异常，多见于年轻女性）。

二、复发热者应考虑的疾病

1.感染性疾病：伤寒、疟疾、慢性支气管扩张、泌尿系感染、胆管炎等（常有相应的感染表现及其体征，亦有周围血象的改变和相应的实验室或特殊检查的异常）。

2.肿瘤：何杰金病、腹膜后恶性淋巴瘤（常伴有全身淋巴结、肝或脾肿大）。

3.结缔组织病：风湿热、系统性红斑狼疮（前者往往有大关节的游走性疼痛，心脏炎，皮肤环形红斑或舞蹈样症状；后者常以多系统损害表现为特点）。

三、长期中、高度热者应考虑的疾病

1.感染性疾病：粟粒性肺结核、感染性心内膜炎、各种细菌性败血症等（前者确诊依赖于胸部X线片，但若早期胸部X线片阴性也不能断然除外，若有心脏杂音等体征时，多提示感染性心内膜炎，与细菌性败血症一样，血培养阳性是确诊的佐证）。

2.脓肿形成：急性的阑尾、肾或肾周、肺、肝、脑、腰大肌或牙周脓肿、化脓性门静脉炎、脓胸、胆囊或胆道积脓、膈下及肛周脓肿等（此类患者大多全身中毒症状严重，且多

种抗生素治疗效果不佳，局部出现疼痛常常是诊断的重要线索)。

3. 肿瘤：原发性肝癌、淋巴瘤、恶性组织细胞病及白血病（此类疾病都有相应的临床体征，也都具有特异性检查的异常发现，所以只要能考虑到，一般不易混淆）。

四、有高热者应考虑的疾病

1. 重症脑病（系中枢性高热，常伴有明显的意识障碍及其它神经系统体征。往往是预后较差的征兆）。

2. 强烈的肌肉阵挛后：各种原因所致的癫痫大发作或持续状态（体温通常急骤上升，然而在抽搐停止 60~90 分钟后，体温可逐渐下降。若体温持续不降者，应考虑有合并吸入性肺炎的可能）。

3. 临终前的一种表现。

【思维程序】

1. 由于近年来抗生素的广泛应用，以及菌株变异和/或新型菌株的产生，传统凭热型作为诊断某种疾病的参考价值或其重要性似乎日趋下降，但这并不意味着因此而失去其对疾病诊断的参考价值，因某些热型仍具有较大的诊断特异性。如一日内有两次体温的升降（称双峰热），常常提示革兰阴性杆菌败血症。切记：在发热原因的诊断过程中，重视其伴随症状远比热型更有价值。

2. 在大多数情况下，发热伴有某个系统的症状时，都应首先考虑该系统疾病的可能性最大。若伴有咳嗽、胸痛则多为肺实质或胸膜病变；伴有腹痛、腹泻常提示胃肠道疾病；有腰痛或尿路刺激症时，首先应想到泌尿系统感染；头痛、颈强直及意识障碍者，应怀疑中枢神经系统感染；呈现贫血

或出血倾向者则务必先考虑血液病；若伴有心悸气短、心脏增大及心脏杂音者，多为风湿热或感染性心内膜炎；伴有多系统损害者，往往要怀疑是否结缔组织病。

3. 根据发热的病因概率，“三大类”疾病（感染占40%以上、肿瘤占20%、结缔组织病占近15%）是构成所有发热的最常见原因。所以，每遇发热者都应首先考虑体内有否感染灶的存在。即使可能暂时缺乏感染的某些证据（如外周血象中白细胞总数不高或一次血培养阴性等），都不应轻易放弃对感染的诊断，除非临床已经获得非感染性疾病的确凿证据。

4. 发热伴有寒战和/或皮疹常是感染性疾病的诊断线索或强烈信号，但也可见于像淋巴瘤、肾上腺样瘤、输血或输液反应等那样的非感染性疾病。若确系感染所致，那么寒战和皮疹常意味着急性期，多样性的皮疹是感染的另一特征。

5. 当发热原因在短期内尚未清楚时，务必先考虑治疗效果和/或预后较好的疾病，或者是最为常见的疾病。而不应该去注重那些少见的、治疗方案不多、疗效不佳、甚至预后较差的疾病。例如在感染既不能充分肯定，肿瘤又不能完全排除的情况下，应首先考虑感染而不是肿瘤。

6. 如果临床已有感染的充分依据，但在治疗过程中发热及其它症状无明显好转或反趋加重时，切勿随意动摇、更改或放弃感染的诊断。而是应该更多地去考虑细菌对抗生素的不敏感及是否有脓肿形成的可能性，如肺炎合并肺脓肿或脓胸，急性肾盂肾炎时合并肾或肾周脓肿，胆囊炎合并胆道系统的积液及腹腔感染后合并膈下脓肿等。

7. 如为长期应用抗生素而发热持续不退者，应经常想到

是否系药物热或双重感染所致，尤其是对那些体弱、衰竭及长期应用糖皮质激素者应考虑有合并霉菌感染的可能性。

8. 对于女性患者，其不明原因的发热应常规除外泌尿系统的感染，千万不能仅以缺乏尿路刺激症或腰痛症状而除外本病，尿液的细胞数检查和细菌学检查是十分必要的。若能除外感染，应经常考虑或警惕结缔组织病，如系统性红斑狼疮的可能性。

9. 鉴于恶性肿瘤所致发热的发生率仅次于感染，所以对中、老年患者不明原因的发热且在短时间内进行性消瘦，或除发热外始终找不到任何感染的依据，以及经抗感染治疗后症状无显著改善者，都应高度警惕肿瘤的可能性。

10. 对不明原因的发热患者，除了细致的体格检查和必要的实验室检查外，骨髓穿刺检查（包括骨髓培养）在某种程度上可能更具有诊断价值，其重要性至少在于：能够较准确地反映发热系统感染抑或非感染所致，某些细菌性感染的疾病其病原体的骨髓培养阳性率可较血培养高，部分血液病和肿瘤性疾病的发热往往通过该检查而得到确诊依据，对临床治疗具有重要的指导意义。

11. 对有下列表现者，应高度怀疑假热的可能性：缺乏每日正规的体温记录曲线；骤起的发热而无脉搏增快；体温骤降而无出汗表现；经一段时间的观察，体温波动或变化无规律性，且临床检查始终无其它阳性发现等。由于假热对临床诊断干扰性较大，故都应积极除外。在医务人员的监督下测量体温或测定新鲜尿液的温度即可明确。

12. 若不明原因的发热超过5天以上，尽管缺乏临床体征，但如果能除外感冒、结核或风湿热等疾病时，应高度警

惕伤寒的可能；假如具备表情淡漠、相对缓脉、肝脾肿大、玫瑰疹及重听等症状中2项以上者，虽然其它症状较轻，在确立诊断时也应想到伤寒。

13. 热程超过2周，则很少需要考虑上呼吸道感染。感染性发热患者通常随热程的终止，其一般情况即迅速好转；而肿瘤性发热大多呈渐进性消耗或衰竭。在鉴别感染和肿瘤性发热还可用奈普生药物进行观察治疗，服药后体温只是短暂下降，随后很快上升者多提示感染性发热；反之服药后体温下降能维持相当长时间（一周或数周）则多提示肿瘤性发热。

14. 发热伴有白细胞减少者，应考虑伤寒、系统性红斑狼疮、淋巴瘤及恶性组织细胞病等，这一现象在恶性组织细胞病中尤著，后者常并有明显的出血倾向，可供与系统性红斑狼疮、淋巴瘤等鉴别时参考。此外，在某些严重的感染性疾病时也经常可以见到白细胞总数的低下，这在诊断时也应加以注意。

体 温 过 低

当体温低于正常时即为体温过低，又称常度下体温。

【诊断线索】

体温过低伴有下列表现时，应怀疑有：

1. 眶周虚肿，但压凹不明显，皮肤苍白及粗糙，跟腱反射松弛期延长等——甲状腺功能减退症。

2. 起病急骤，皮肤湿冷，尿量减少，血压下降等——休克（最常见于感染性休克）。

3. 寒战发热，大汗后或用抗生素后体温骤降——大叶性

肺炎、急性肾盂肾炎及疟疾等。

【思维程序】

1. 首先要除外下列情况所致的体温过低：测量方法的不准确或测量时间的不足；在低气温环境下暴露过久；测量的局部受到冷物的干扰（如局部置有冰袋或测量口腔温度前饮用过冷饮等）；测量体温前已用过强烈退热药。

2. 凡是年老体弱、慢性消耗性疾病的晚期或重症营养不良等，均有可能表现体温过低。

3. 对体温过低者，重要的是注意观察其它生命体征有无异常。如果在体温下降的同时伴有血压下降，呼吸频率或节律异常、脉搏细速或过缓及全身衰竭显著者，都预示病情危重。

4. 若感染性疾病呈现体温过低，常提示重症感染，如革兰阴性杆菌所致的重症感染。

呼 吸 异 常

呼吸异常是指呼吸频率过快、过慢或节律的不规则。不同年龄组其呼吸频率的正常值各异（新生儿约为每分钟44次，随着年龄的增长而逐渐减少。正常成年人在平静呼吸时，每分钟为16~20次）。

【诊断线索】

一、若突然发生的呼吸频率增加并伴有下列表现时，应怀疑

1. 双肺哮鸣音——支气管哮喘、心源性哮喘（前者常反复发作且多无心脏病体征；后者多在夜间发生，严重时可咳