

医 学 文 库

临床症状鉴别诊断学

(第 二 版)

主 编 李 秉 衡 副 主 编 邱 阿 鑫



上海科学技术出版社

临床症状鉴别诊断学

(第 三 版)

主 编 李宗明 副主编 邱鸿鑫

编辑委员会委员

(以姓氏笔画为序)

王宠林 卞度宏 陈运贞 李宗明 吴祖尧
邱鸿鑫 张逢春 袁承晏 徐 越 黄宗干

上海科学技术出版社

C0169983



内 容 提 要

本书是以症状和体征为纲,全书共提出了一百余个常见症状和体征,内容包括内、外、妇、儿、神经、精神、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤等临床各科。对每一症状或体征先叙述病因、机制和诊断方法,在此基础上介绍足以产生这一症状的疾病和鉴别诊断方法。为便于读者进一步查阅,每一节后附主要参考文献。书末附有“人体各项检验正常值”和索引。本书内容丰富,条理清晰,可供临床各级医务人员阅读。

临床症状鉴别诊断学

(第三版)

李宗明 主编 邱鸿鑫 副主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海市印刷五厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 76.5 插页 4 字数 1,846,000

1981年12月第1版 1987年10月第2版

1995年9月第3版 1995年9月第5次印刷

印数 1—15,000

ISBN 7-5323-3630-1/R·1009

定价: 86.00 元

(沪)新登字 108 号

前 言

临床工作者应根据病人所提供的材料,先对病痛作出病因诊断,不能以症为病,轻易随症施治。随着科学的发展,不断为临床医学提供了新的内容,使近代的诊疗水平有了显著提高。不少曾经在本世纪初、中期流行和难于处理的病症已逐步被控制或消灭;同时,一些新病种被发现,一些病受到更多的重视,并对不少症状的发生原理有了新的解释。但是,当前仍有很多新问题有待我们去认识和解决。

我们编写《临床症状鉴别诊断学》的意图,是为临床工作者提供一本切合实用的临床症状鉴别诊断的参考书。总论介绍各种诊断技术的适应证、禁忌证、临床意义和应注意事项;其余各章则以各科的常见临床表现为题,分别就其原理、病因、检查方法和鉴别诊断加以叙述。在原理方面,阐述有关症状的发生原理,力求基础与临床相结合,使读者知其所以然;病因中比较详尽地列举了各有关疾病,以开阅读者的思路,使了解应该考虑的各个方面;检查方法提出如何认识疾病的本质和达成诊断的方法步骤;鉴别诊断则限于介绍主要病种的诊断要点,以便与其他病种相鉴别。

因为本书包罗全身各系统,涉及许多方面,编写的人较多,因此,各题内容的格式、深度和广度可能并不一致。编写过程中,虽注意了不要有过多的重复和株连,但有某些章节中尚未能完全避免,也或有遗漏和脱节之处。由于我们水平有限,谬误一定不少,都请读者批评指正。

钱 惠

再 版 前 言

症状和体征是临床医务人员赖以诊断疾病的主要依据,以此而形成的初步诊断概念,往往尚需辅以必要的实验室检查或特殊检验项目,才能较确切地建立诊断。有关这方面的参考书籍,繁简和侧重不一。《临床症状鉴别诊断学》着重于阐述症状、体征的发生机制和建立诊断的思维方法上,以理论为引导,以实用为主旨,使读者在处理异病同症或同病异症的疾病时,能认识其所以然而加以鉴别,并启发临床工作者对实验室检验项目进行正确的抉择。

本书在总论部分申述诊断原则,然后介绍近代诊断疾病的常用检验项目及其原理、采用各该项目的原则、适应证、临床意义、注意事项等,以便读者正确选用这些诊断武器。各论中各章节大体上按临床系统列出重要症状予以叙述,举凡对症状的准确认识、发生机制等多加阐明,为读者对种种重要症状的由来充实了理性知识。病因项内较为广泛地列举有关疾病,以开阅读者的视野,庶在考虑病因诊断时不至于局限于少数几个常见疾病。书中所列的鉴别诊断,注意选择较为主要的病种,并将鉴别要点扼要列出,尽量避免罗列杂陈。

在这次修订时,总论中加了“核磁共振成像”和“细胞遗传学诊断”两节;各论中加了“眼球运动障碍”、“瞳孔异常”、“眼球震颤”、“多动症”、“精神发育迟滞”、“眼球突出”、“耳痛”等节。由于知识更新和认识的进步,大部分章节的内容都得到了不同程度的修改和补充;“免疫学诊断”、“蛋白尿”、“尿量异常”、“白细胞异常”、“脾肿大”、“淋巴结肿大”、“充血性心力衰竭”、“猝死”、“肩颈痛”等节作了重写。

本书所用度量衡制大体上符合我国的法定标准,但所用专门名词和术语,目前尚未统一,故新旧名词在书中都有出现。书末附有索引,便于读者检索。

在完成本书的修订工作中,得到学院照相室同志的协助;中国人民解放军第三军医大学的同志和广大读者对本书提出宝贵意见,在此一并致谢。限于作者和编者的水平,书中不免仍有谬误和不足之处,还望读者不吝指正和批评。

编 者

1985年7月于重庆医科大学

三 版 前 言

本书初版问世于1981年。所谓“临床症状”是广义的,包括症状、体征、实验室及各种检查所见,是临床工作者通过综合分析,赖以判断的重要材料。鉴别诊断的目的在于使医师从占有的上述材料出发,能够科学地对疾病作出正确诊断,从而不以症为病、轻易随症施治,因此这是一本工具书。

本修订版仍有总论介绍临床诊断的原则与意义、近代各种诊断方法。各论分别就常见的一般症状及各系统的主要临床表现,分三方面叙述:首先阐述足以产生该表现的机制和病因,说明症状只是疾病的表现之一,临诊时应该首先明确的是诊断,特别是病因诊断,绝不能以症为病,不究诊断而采取“头痛医头”的办法;继之介绍诊断步骤和检查方法,对不同症状作相关检查必须从简单到复杂,并根据检查结果考虑必要的进一步其他检查;然后列述有关常见病、多发病的主要诊断依据,以便临诊医师分析与判断,得到合理的诊断。十年以来,经过再版和多次增印,上海科学技术出版社已列入“医师文库”。

科学的不断发展为临床医学充实了新的内容,对疾病有关表现的发生机制加深了认识,在疾病的诊断和鉴别诊断上也相应有所提高。同时,因本书初期的作者和编者变动较大,需要调整,爰于1991年改组了编委会,由李宗明、邱鸿鑫两教授主持第三版的编订工作。在他们的组织筹划下,对旧章节作了大量补充、修改,重写了不少章节,如总论一章的X线电子计算机体层摄影诊断从原X线诊断一节中单独列出,各论诸章增加了颅内压增高、肌肉萎缩、眼底出血、肺门增大与纵隔肿块、心脏增大、红细胞增多症、血钠异常等新题共30节,使本书的广度和深度有了较大充实。在每题后均附有主要文献,便于读者进一步查阅。

恳切期待广大读者不吝指出本书存在的错误和不足,俾可在下一版修订时加以纠正,冀能更好地为读者服务。

钱 惠

1994年12月于重庆医科大学

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 诊断的原则和意义	钱 惠(1)
第二节 病理学诊断	钱韵兰(9)
第三节 临床细胞学诊断	曹荃孙(16)
第四节 生物化学诊断	申功述(26)
第五节 免疫学诊断	范维珂(39)
第六节 内镜诊断	刘新才(52)
第七节 骨髓诊断	苏韵华(59)
第八节 X 线诊断	戚警吾(67)
第九节 X 线电子计算机体层摄影诊断	张克随(80)
第十节 磁共振成像诊断	董为伟(91)
第十一节 超声诊断	陈运贞 陈受田(102)
第十二节 放射性核素诊断	倪济苍(116)
第十三节 遗传学诊断	郑增淳(127)
第二章 一般症状	(136)
第一节 发热	刘约翰(136)
第二节 生长发育异常	邱鸿鑫(152)
第三节 肥胖	舒昌达(158)
第四节 消瘦	王其南(163)
第五节 水肿	郑伟如(169)
第六节 失水	郑伟如(180)
第七节 休克	王其南(193)
第三章 神经系统症状	(207)
第一节 昏迷	董为伟(207)
第二节 昏厥	董为伟(218)
第三节 惊厥	沈鼎烈(228)
第四节 眩晕	沈鼎烈(235)
第五节 头痛	沈鼎烈(242)
第六节 颅内压增高	董为伟(249)
第七节 睡眠障碍	徐 越(258)
第八节 语言和言语障碍	董为伟(266)
第九节 眼球运动障碍	沈鼎烈(276)
第十节 瞳孔异常	董为伟(281)
第十一节 眼球震颤	徐 越(287)

第十二节 神经痛	徐 越 (291)
第十三节 瘫痪	徐 越 (297)
第十四节 肌萎缩	徐 越 (307)
第十五节 不自主运动	徐 越 (313)
第十六节 共济失调	徐 越 (318)
第四章 精神症状	(325)
第一节 神经衰弱综合征	张逢春 (325)
第二节 焦虑状态	张永芳 (329)
第三节 强迫状态	张永芳 (332)
第四节 幻觉	周惠章 (335)
第五节 妄想	周惠章 (340)
第六节 紧张症	张逢春 (344)
第七节 兴奋状态	张逢春 (347)
第八节 抑郁状态	张逢春 (352)
第九节 谵妄状态	张永芳 (356)
第十节 遗忘	周惠章 (359)
第十一节 痴呆综合征	凌永和 (362)
第十二节 多动综合征	凌永和 (369)
第十三节 精神发育迟滞	凌永和 (373)
第五章 眼科症状	(382)
第一节 视力障碍	汤鼎华 (382)
第二节 红眼	汤鼎华 (395)
第三节 泪液过多与干眼	汪湘琳 (400)
第四节 角膜混浊	陈公洁 (404)
第五节 眼球突出	汪湘琳 (408)
第六节 眼胀痛	陈公洁 (414)
第七节 眼底出血	汪湘琳 (416)
第六章 耳鼻咽喉、口腔症状	(421)
第一节 耳聋	刘永铤 (421)
第二节 耳鸣	刘永铤 (430)
第三节 耳痛	刘永铤 (433)
第四节 鼻出血	刘永铤 (438)
第五节 声音嘶哑	刘永铤 (442)
第六节 口腔痛	康家琼 (447)
第七节 口炎、舌炎、龈炎	康家琼 (453)
第八节 口臭	康家琼 (459)
第九节 口干	康家琼 (462)
第十节 牙齿异常	康家琼 (465)
第七章 皮肤及其附属器症状	(471)

第一节 皮肤损害	袁承晏 (471)
第二节 斑疹	袁承晏 (471)
第三节 丘疹	袁承晏 (476)
第四节 疱疹	袁承晏 (480)
第五节 脓疱	袁承晏 (484)
第六节 结节	周永华 (486)
第七节 风团	周永华 (492)
第八节 鳞屑	周永华 (494)
第九节 溃疡	周永华 (498)
第十节 皮肤肿瘤	周永华 (503)
第十一节 色素异常	张法听 (508)
第十二节 瘙痒	江云玲 (514)
第十三节 出汗异常	江云玲 (517)
第十四节 毛发异常	江云玲 (521)
第十五节 指甲异常	袁承晏 (525)
第十六节 皮肤硬化	袁承晏 (528)
第十七节 外生殖器皮疹	袁承晏 (530)
第八章 呼吸系统症状	(534)
第一节 咳嗽	王鸣岐 (534)
第二节 咳痰	王鸣岐 (541)
第三节 咯血	王福荣 (545)
第四节 呼吸异常	王鸣岐 (551)
第五节 气息异常	王宠林 (565)
第六节 呃逆	王宠林 (568)
第七节 啰音	王宠林 (570)
第八节 肺浸润性病变	王正中 (573)
第九节 肺弥漫性病变	王正中 (581)
第十节 肺球形病变	罗永艾 (589)
第十一节 肺空洞(腔)性病变	罗永艾 (594)
第十二节 肺门增大、纵隔肿块	王福荣 (597)
第十三节 胸腔积液	王宠林 (604)
第十四节 气胸	张 治 (614)
第十五节 胸痛	张 治 (618)
第十六节 胸廓异常	王宠林 (627)
第十七节 杵状指	王宠林 (631)
第九章 循环系统症状	(636)
第一节 心悸	马才驊 (636)
第二节 心律失常	马才驊 (640)
第三节 异常心音与心脏杂音	饶邦复 (659)

第四节	充血性心力衰竭·····	马才骊 (679)
第五节	低血压·····	饶邦复 (692)
第六节	高血压·····	陈运贞 (697)
第七节	紫绀·····	马才骊 (710)
第八节	心脏增大·····	陈运贞 (726)
第九节	上腔静脉综合征·····	陈运贞 (735)
第十节	动脉搏动异常·····	饶邦复 (740)
第十一节	雷诺现象·····	陈运贞 (746)
第十二节	猝死·····	饶邦复 (751)
第十章	消化系统症状·····	(760)
第一节	腮腺肿大·····	李宗明 (760)
第二节	咽下困难·····	李宗明 (764)
第三节	胃食管返流·····	李宗明 (770)
第四节	食欲异常·····	李宗明 (776)
第五节	恶心与呕吐·····	李宗明 (779)
第六节	便秘·····	李宗明 (784)
第七节	腹泻·····	王其南 (790)
第八节	胃肠气胀·····	徐葆元 (806)
第九节	腹水·····	徐葆元 (812)
第十节	呕血与黑粪·····	刘新才 (826)
第十一节	便血·····	刘新才 (834)
第十二节	腹块·····	沈鼎明 (841)
第十三节	腹痛·····	沈鼎明 (850)
第十四节	肝肿大·····	王其南 (862)
第十五节	黄疸·····	钮 振 (873)
第十六节	直肠与肛门狭窄·····	钮 振 (890)
第十一章	泌尿生殖系统症状·····	(895)
第一节	蛋白尿·····	郑伟如 (895)
第二节	尿量异常·····	邱鸿鑫 (907)
第三节	血尿·····	何士元 (916)
第四节	脓尿·····	何士元 (921)
第五节	排尿困难、尿失禁与遗尿·····	何士元 (926)
第六节	阴囊肿大·····	何梓铭 (932)
第七节	男子性功能障碍·····	何梓铭 (937)
第八节	男性不育·····	何梓铭 (942)
第九节	阴道出血·····	毕婵琴 (948)
第十节	闭经·····	毕婵琴 (957)
第十一节	痛经·····	曹荃孙 (966)
第十二节	盆腔包块·····	卞度宏 (970)

第十三节 白带·····	卞度宏(977)
第十四节 女性不孕症·····	毕婵琴(982)
第十二章 造血系统症状·····	(987)
第一节 贫血·····	黄宗干(987)
第二节 白细胞异常·····	黄宗干(1004)
第三节 嗜酸粒细胞增多症·····	刘约翰(1018)
第四节 出血倾向·····	黄宗干(1023)
第五节 高丙种球蛋白血症·····	黄宗干 骆云鹏(1039)
第六节 淋巴结肿大·····	苏韵华(1048)
第七节 脾肿大·····	黄宗干(1055)
第八节 红细胞增多症·····	苏韵华(1064)
第十三章 内分泌代谢系统症状·····	(1070)
第一节 甲状腺肿·····	邱鸿鑫(1070)
第二节 甲状腺结节·····	汪恕萍(1076)
第三节 乳腺发育与乳汁分泌异常·····	邱鸿鑫(1081)
第四节 性发育异常·····	舒昌达(1087)
第五节 低血糖症·····	舒昌达(1094)
第六节 糖尿·····	舒昌达(1102)
第七节 血钠异常·····	张素华(1106)
第八节 血钾异常·····	汪恕萍(1113)
第九节 血钙异常·····	张素华(1120)
第十四章 运动器官症状·····	(1129)
第一节 多处疼痛·····	吴祖尧(1129)
第二节 肢体疼痛·····	吴祖尧(1136)
第三节 腰腿痛·····	吴祖尧(1144)
第四节 颈肩痛·····	吴祖尧(1146)
第五节 脊柱和四肢畸形·····	谭富生 安 洪(1153)
〔附录〕 临床检验正常参考值·····	黄宗干(1164)
索引·····	(1187)

· 第一章 ·

总 论

第一节 诊断的原则和意义

医学是一门为人民保健事业服务的深度和广度都很大的自然科学,仅医学专业教育就设有普通基础课、医学基础课以及人体各系统疾病等几十门课程,涉及生命繁衍、形态功能和疾病防治等方面。医学又是一门社会科学,社会制度、经济生活、人际关系和职业环境等都对疾病的形成起着作用;相反,疾病也影响着社会的发展。临床医学更是一门实践性极强的综合应用科学,医生既要认识疾病的各个方面,也要了解病人,病人则是人和病的复杂结合。在不同情况下,人有不同的病,又可同病异症和同症异病,十分错综复杂。病人是医生服务对象,医生临诊固然对病人负责,也是对社会负责,一切活动都应以提高社会效益为首要任务。如何处理好这些关系,医生需要有深广的知识,也需要有原则、有艺术,这是临床医生应有的共同认识。

【医德与医术】

顾名思义,医生的职责是救死扶伤,把健康、幸福和欢乐还给病人,这是一项光荣而神圣的任务。“医”固然是我们的职业,也应是我们的事业。要做到这些,必须有良好的医德和医术。

病人每有以“医德高尚、医术精湛”八字赠给为他诊治的医生,以表示其赞颂和感谢之情,可见这两者都是医生应有的素养,实际上是临床工作成败的关键。病人把去除病痛的希望寄托于医生,医生就应该负起责任,急病人之急,尽力为病人服务。这两者缺一不可,而以医德为先。即或医生的医术还不很高,但如能诚心尽力为病人想方设法,他仍然不失为一个好医生;当然也必须有良好的医术,即使面对难题,也能恰当处理。相反,如仅有医术而缺乏医德,粗枝大叶、玩忽职守,或者垄断技术、傲视侪辈,则医术反而可以助其奸;医术愈高,其危害也愈大。

医德表现在许多方面。首先要设身处地,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。对同道技术不保留,对下级严格要求,以身作则。为了病人利益,要不计较自己工作时间,有时还需夜以继日地进行守护和抢救。要考虑为病人节约时间和减轻负担,尽可能争取时间、节省不必要的检查和药物,对公费劳保病人则可为国家、集体节省费用。当然不应追逐名利、指望和计较报酬之有无和多少。对轻症不说“包治”之类的话以贪功,对重症不危言耸听以推诿责任,对疑难病例能虚心邀请他人会诊,以博取有益的建议。病人因病痛焦虑,难免有急躁情绪,要耐心听取、耐心解释,以取得病人的合作。如果医生在病人看来,是个可敬、可信、可亲的人,他可算有了医生形象的人。此外有三点也必须注意:①为了解

病情,医生有时需要探索病人的隐私,病人也能坦陈其不曾对家属谈过的秘密,医生对此有绝对保密的责任;②男医生检查女病人时应有护士或家属陪同在侧;③不为个人兴趣与科研目的作损害病人和增加其痛苦的行为。

由于病人的诊疗全过程,不限于医生和病人之间,以上事项也适用于医院各个部门。

需要指出的是:近年医院改革,实行多劳多得的分配制,对调动医务人员的积极性,向社会提供较多的医疗服务等方面起了作用。但同时出现了过分强调创收、制订经济指标,巧立名目乱收费、坑害病人的事例,而讲究精神文明建设、尽职尽责不够,提高医疗质量、方便病人的措施和成效不著,是对改革和医风医德的破坏,应给予足够的注意。

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,能从病人陈诉与检查所见,判断病人所患疾病的部位与性质,了解其病因、病理和发病机制,用基础知识解释各种临床现象,再选用正确的治疗方案。应该认识:医学在高速发展,知识不断更新,我们的知识总是有限,因此需要不断学习,对许多相关的边缘科学的知识也应有所了解。通过理论学习和临床实践的反覆循环和不断总结,力求医术日益精进,再把这些知识用于病人,使自己成为大有利于病人的人,这才是医生所应追求的目标。如果对求知缺乏热情,固步自封,那将是落后的开始。

【诊断意义和诊疗关系】

病人就医目的主要在于治病,医生给病人以处理只是手段,建立正确的诊断则是基础。因为病人诉说的病痛只是疾病的表面现象,而不同的疾病可在某些方面有极相似的表现,同一种病在不同病人又可有不同表现,临床医生应该先弄清其实质,作出诊断,然后处理。正如先看清敌人,然后瞄准射击,这是医学之所以是科学。如果不了解敌情,只就一时一事的迹象就滥用机枪大炮,不仅无济于事,至多是暂安一时,还可能制造假象,贻误大事。

治病必先识病。千百种病各有其相当特定的自然转归,治病和评估治疗效果时必须考虑及此。疾病大致可分以下五大类:①一些轻症和自限性病将届恢复期,无论治疗与否都会恢复,属不治自愈。②许多慢性病症状反覆出现,又可自行缓解,故不加治疗也有可能缓解。③必须给予特定手术或特效药物治疗才能根治或好转,如多数传染病、寄生虫病。④须经治疗才能缓解,且需长期治疗的某些慢性病,如一些内分泌功能减退症、糖尿病等。⑤虽经治疗也难望奏效,如晚期癌症和功能衰竭。不了解这些,极易夸大对第一、二类病的治疗效果和某些药物的作用,被某些人宣传利用。正确诊断和处理第二、三、四类病至关重要,因为处理不当将增加治疗难度。

以下一些诊疗原则值得随时注意:对未曾确诊的慢性病和疑难病,应暂限于支持性和对症性而不至影响诊断的药物治疗;急性发热的最多见原因为普通感冒,根本不需要抗生素;对所谓“发热待查”病人,应先观察几天,以了解其确实情况,同时作有关检查;对重症患者要积极抢救,应在已采取有关检查标本后,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。联合用药时应考虑其协同作用、拮抗作用和病人的具体情况。此外,在情况未明的情况下,勿满足于症状的一时缓解或消失,如胃癌错用消化性溃疡的治疗方案,满足于一时的缓解,将错过可切除的时机;反覆使用抗生素,有可能导致致病菌抗药性的产生或者根本是抗药株而无用;轻易放过外伤病人,有可能忽视了内出血而随后发生严重结局等等。对手术切除或作探查术的病人,应尽可能送标本作病理检查,作出病理诊断。

反覆强调重诊断、慎用药,有多种意义:①澄清现病症的性质,可就现有条件作出最恰当的治疗选择。②确知诊断后,对该病可能出现的各种发展做到心中有数,随机应变,而不致临时张惶;在病人出院时,告知现患何病、经何治疗,可争取病人的配合,并有利于将来患病时的诊断参考。③过去已被消灭、被控制的病可以重新出现,或对外开放后有新病种传入,确诊后均应报告卫生行政部门,可以提高警惕、制订管理对策。④地方病、职业病、传染病等大都先由临床医生发现,确诊后可以会同有关人员作现场调查,发现早期病人,制订相应防治措施。⑤累积病例作分析,可以丰富临床医生的知识。凡是没有诊断的治疗,都带有盲目性,难以解决实质性问题。

【诊断的依据和方法】

疾病的形成,系因机体有某些缺陷、致病因子与抗病因素之间失调,从而产生形态、功能的改变,并因病变的部位、性质、深度和广度以及机体反应的差异而产生各种临床表现,包括主观感觉(症状)、客观变异(体征和实验室异常发现等)。这些主观诉说和客观发现,都是诊断的依据。在多数情况下,总是先有症状,再由医生检查而发现客观变异,也有病已存在而并无主观感觉,只是在体检或普查时才被发现的。

诊断的依据和方法有多种,如症状诊断、体检诊断、超声、X线诊断等都是,但各有关检查所提供的材料,除非同时有数项(特别是和症状)相符合或几次重复结果一致,一般难以作为最后诊断的依据。即使具有特异性的细菌学检查,阳性结果也可能是污染,阴性也可能由于生长条件不合或送检时间不当;病理学检查虽有权威性,也可由于取材不当、标本搞错而出现漏诊和误诊;血清酶学检查、免疫学检查、X线检查在病程中送检时间不当也会影响检出率。于此可见,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。

近年,X线电子计算机体层摄影(CT)诊断、放射性核素诊断等手段已被广泛应用,可以提高诊断的精确度,为早期发现某些疾病作出贡献。但医生不应忽视基本功,不能忽视用简单的检查手段来确立诊断。如果用广撒网的办法,开出大量检查申请单,仿佛这才是赶上时代,对得起病人,是很不足取的。

正确的做法是问好病史、做好体检和取得实验室常规检查结果,收集到基本材料,在此基础上进行分析,然后考虑如何进一步作其他检查,再分析,再作新的检查和新的分析。这些思维分析法是临床诊断必经之路。而如何走好每一步和前进一步,涉及医生的水平和态度,需要认真锻炼,兹分述如下:

一、病史 是建立诊断的主要依据,许多病可以从病史中得到启示而作出诊断。一定要认真听取病人诉说,并通过问诊引伸到现在症的始末和治疗经过等等,要抓住重点,逐步深入。如病人有几种主诉,应问其先后和主次关系、长病程所应考虑的病种完全不同于短病程,起病缓急也应作不同考虑;发热病人还需问发热高度和趋势;以及有否局限性症状,对伴随的局限性症状的深入发问是鉴别全身病或局部病所必需。如曾接受过治疗,应问其药名与剂量,以判断该治疗对所患病的影响。急性病要问有关诱因,传染病要问可能的传染源,慢性病应问其饮食、体重、劳动力改变以了解疾病对患者健康的影响程度。

住院病人的病史必须是全面的,除年龄、性别、籍贯等外,包括过去史、个人史、婚姻史、家庭史等的各个方面的细节,这些材料可以了解病人的背景,都有其特殊意义。其中,有的

与现在症有关,如居留地与地方病有关,长期吸烟史与慢性支气管炎、肺心病有关,肝炎史与肝硬化、原发性肝癌有关。对曾经确诊的疾病也要问其病情与治疗经过,有可能此次住院时需要进一步了解和继续治疗。不要以为这是繁琐哲学,草率带过了事。

病程录是病人在观察下的病情发展记录,记载病情的消长、主要检查结果、诊断思维的转变、确诊情况、治疗措施的效应,以及会诊讨论和手术记录等等,可根据病情缓急而数日一记或随时记录。如过程中有诊疗失误,也应如实记其原因和结果。

总之,病史应着力于全(完整而系统)、实(真实而精选材料)、活(记录其各种动态发展)和特(能反映病人的特征和病情的特色)。全和实对诊断特别重要,材料不全难于分析,材料不实更易作错误导向,影响严重。一份好病史应该是能使后人阅读时仿佛如病人在眼前而获得教益的好教材,切忌泛泛地记录些病人平淡的诉说,看不出医生如何思考、诊断如何建立,而是连篇累页写所谓病情小结、交接班记录,把病历公式化、简单化、表面化和一般化。对此,经管高年医生要认真抓好。

二、体格检查 从病史中形成的诊断概念再从体检中得到符合该概念的发现,诊断即前进一步,这是体检的主要目的任务。体征还能发现与现病症无关又未为病人所提及的其他异常材料如高血压、肝脾肿大等,此时又应追问病人有否高血压的有关症状和有否肇致肝脾肿大的原因。检查愈详尽,异常情况发现愈多,对病人的了解也愈全面。

体检应包括身高、体重、营养和神智,犹如病史中的性别、年龄一样重要,不仅借以识别病人,也可和以后发展作比较。视、扪、叩、听四诊各有其独特的适用场合和价值。应特别重视视诊,国人惯用“看病”两字,“看”有其重要的具体含意。用医学的眼光看人,稍稍留心其面部表情、一举一动和步态,就不难发现病情、诊断病人,不论这些发现是否和现病症有关。例如突眼、消瘦而多动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病人各有其特异步态。如果再机敏地观察,见有些人双手叉腰、宁候电梯而不愿步行登二楼,可怀疑他有心肺功能不全;有病人在候诊时搁一腿于坐椅上,嘱其放下又举搁再三,应怀疑该肢有炎症。医生要不断训练和积累这类观察能力。

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。曾有病人以急起高热、全身痛和血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织炎是其正确诊断,这种误诊是完全应该避免的。各专科虽各有其特殊要求,也不能忽略一般检查。

一般检查应在适合环境下进行。冬季要防病人受凉,黄疸、贫血要在自然光线下检查,听诊要在安静环境中进行。要注意检查方法,如腹痛病人查腹应自无痛部位开始,使病人适应,并便于比较;为幼儿作咽喉部检查应留作最后一步,以免引起哭啼和抗拒。

肝脾检查要用正确的手法,更和病人的体位和合作有关。凡可触及的应注明肋下距离、质地,是否有压痛,表面是否光滑。影响肝脏触及率和肿大的因素很多,如儿童的肝脏相对地大于成人、瘦长和肋角尖锐者、多产妇、肺气肿患者的触及率明显高于一般人,不能把可触及的肝脏都作肝肿大论。但质地坚硬、表面不平滑和有明显压痛、叩痛者都应予以重视。由于淤血和淤胆所致的肿大应在治疗中观察其缩小程度;疑与寄生虫病有关者,要从实验室查其原因。心脏叩诊受胸壁和肺气肿的影响,左右侧卧时,可有左右移动。肾脏可触率和体型有关,右肾又较易触及,有泌尿系症状者应比较两肾区的叩击痛。

某些有重要诊断意义的体征要反覆查,如易变性心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恒定日期,要逐日检查。任何阳性体征都应与症状相对照,是否与主要诊断有关,要具体分析。

三、实验室检查 每个住院病人都应有血、粪、尿常规检查,与病史和体检对诊断起相辅相成作用。实验室检查可发现病史和体检中未能预计到的材料,应补问有关病史。病人有腹泻或排脓血便者,医生应亲自对大便过目,以掌握第一手材料,以便考虑作细菌学或寄生虫学检查乃至肛门指检。

四、其他辅助检查 大都在临床上已有初步诊断,需要取证或作鉴别诊断之用。影像学诊断中,X线检查应用最广,能了解一些脏器的形态和功能变化,涉及呼吸、消化道等疾病时,常与内镜检查配合使用。放射性核素显象或功能诊断、超声诊断、CT诊断等的灵敏精密度更高,在以下章节中将有专题介绍,可以适当选用。凡申请检查时,应提供简要临床材料,作检查报告时则应根据自己的所见,而不受临床印象的限制。需要指出,无论病人和医生都不应过分信赖这些高精检查,以下举例可供借鉴。某病人患血尿半年,病史、体检和膀胱镜检查认为是前列腺增生,诊断基本确定。为了稳妥和周全,作CT检查,因前列腺不规则增大,边缘模糊,与膀胱后壁分界不清,膀胱精束角消失,认为是膀胱癌侵入膀胱、精束,膀胱癌伴前列腺肥大待排除,造成极大恐慌。最后经手术摘除及病理检查,证实是前列腺增生。

辅助检查应由简单到复杂地慎重选用,一切材料都必须与病人的实际情况相结合。分析材料要客观,避免以孤立的材料作为诊断依据,但也不放过任何可疑的材料而轻易作结论。

【诊断和鉴别诊断】

为疾病作出诊断是从现象到本质的认识过程,譬如公安部门侦破案件,找出作案人(诊断),然后量情定刑(治疗)。凡情节明白、证据确凿的,可直接诊断。有的病材料齐全而典型,唯独缺特异证据;或者疑患某种病又经特异诊断性治疗获得成功的,也可确立诊断。凡病情较复杂,经过分析比较,确定为某种病而排除其他可能,则是诊断和鉴别诊断的过程。至于日常所谓疑难病,主要是我们不熟悉的少见病或数病共存,未必都是难症。经过全面和细心的观察与分析,绝大多数是可以作出诊断的。最完整的诊断是死亡病例的全面病理解剖,可以发现临床上所难于发现的问题。

在诊断的全过程中,应注意以下诸关系。

一、主要与次要的关系 在各种临床表现和实验室材料中,真正对诊断起决定性作用的不过少数几个,分清材料的主次真假,至关重要。例如发热与头痛,头痛可以是发热的伴随症状,以发热为主,见于一般热性病;可以是一个病的两个主要症状,见于脑膜炎或鼻窦炎等;也可能分别是两个不相关疾病的主要症状,如某种感染加偏头痛等;也可以分别是两个病的主要和次要症状。

有时,实验室材料是诊断的重要依据,应该尽量收集,使诊断建立于可靠基础上。而这种材料未必在疾病的任何时期都能找到。如肾盂肾炎和急性胰腺炎各有其全身症状和局部体征,但前者的主要诊断依据是尿沉渣中有白细胞增多、尿培养为阳性,有时需要多次检查才能获得;后者的重要依据是血清淀粉酶显著升高,至发病48h后即可降至正常。相反,肺部粟粒性结核病变,一般在发病2周以后才能在胸片上出现。血清凝集滴度也需过一些时间才出现并升高到有诊断价值的高度,皮内免疫试验可以有“假阳性”或“假阴性”。凡此都需

要全面衡量,正确处理。如果其他材料都符合某诊断,不能因这些材料为阴性便否定诊断;如果其他材料都不符合,也不能因特异性材料为阳性便作为诊断依据。此特异性材料的真实性,可能在复查时证明有技术错误,或者采样不当、送检失时、标本搞错等。

如果有两种以上疾病同时存在,应辨明疾病的主次关系,辨明哪些材料归属于甲病,哪些归属于乙病,并针对关键性问题给予积极治疗;另一个次要病如与主病的发生和治疗有关,也应给予相应注意。

二、一个病与几个病的关系 对基础资料进行分析时,原则上要把现病症诊断为一个疾病。但是分析要合乎逻辑,演变要合乎规律,要能顺理成章地利用和解释每一个材料,切忌把完整的材料分割成若干个不相关的组合,拼凑了事,也要防止把互不相关的材料牵强附会地拉到一起。

有时,确实有两种或几种主病同时存在,彼此影响,混淆不清,对诊断和治疗都造成困难,则应逐个肯定,逐个解决。如伤寒病和急性血吸虫病都有发热,又各另有其他特点。但如两者同时存在,则血吸虫病的嗜酸粒细胞可以不增加,伤寒病的肥达滴度可以不升高,虽经氯霉素治疗而体温长期不退,直至证明另有血吸虫病并存,并对其进行相应的特效治疗,才获得满意疗效。

三、常见病和少见病的关系 对主要症状、体征等进行分析作出诊断时,应考虑能产生该症状或体征的常见病、多发病作为最可能的诊断,优先考虑以常见病、多发病作为诊断的正确机会当然多于少见病或偶发病。但又必须结合其他因素如患者的年龄、性别、职业、和发病季节、地区等一起考虑,因为不同年龄、性别和季节各有其多发病、职业病,不同地区各有其地方病。在非流行区,也应考虑有某种地方病的可能,完全不考虑同样会犯错误。以下病例,很能说明问题。

患者四川农村青年,诉发热及左上腹有包块4个月,伴进行性贫血2个月。脾脏在肋下16cm、肝肿3cm;血液红细胞 $0.9 \times 10^{12}/L$,白细胞 $1.0 \times 10^9/L$ 。患者发病前曾在甘肃省黑热病流行区居住7个月。如果在黑热病流行区,诊断应无困难。只因该病在四川已多年未见,曾经在多个医院诊治,拟诊为多种疾病,而多次被误诊、漏诊。

近年来,由于援外人员回国,带回一些在我国未曾见过的病种;由于对外开放等其他原因,一些原已消灭的传染病、寄生虫病又有发生。不少医生对之原来没有认识,即使是典型病例,也能构成诊断上的困难,值得注意。

四、器质性和官能性疾病的关系 任何一种疾病,都可以有病变而无症状,或者有症状而无客观发现,一些官能性患者又可以有酷似器质性疾病的诉说。所以,对一些诉说很多而一时无客观发现者,除非很有把握,不应轻易以“官能症”处理。即使当时能除外器质性病,过程中仍应尽可能加以随访观察,以免遗漏。如颅部受伤的患者可能至受伤数天或数周后才出现硬膜下血肿症状。对“一过性”而病因未明的患者,也要尽可能在其发作时作观察之后才作结论。还应注意,官能症可以和器质性疾病共存。

需要指出的是有时可以遇见诈病。他们编造病史或送假材料,给人以假象。曾有病人诉断续发热2年,多次在外地医院住院,并称曾证明患疟疾。在住院3d中,有不规则发热达 $38 \sim 39^{\circ}C$ 以上,但退热时并不出汗。当其再“发热”时复试体温,证明是假发热。这种病人并不多见,但如缺乏观察力,容易受骗。也有持他人的胸部X线片或心电图来就诊,或诉排“血尿”者。如有可疑,可以在监督下取标本复查,揭穿真相。