

2

LINCHUANG ZHENGZHUANG

JIANBIE ZHENDUAN XUE

临床症状鉴别诊断学

钱 意 郑伟如 主编

上海科学技术出版社

55720

临床症状鉴别诊断学

钱 惠 郑伟如 主编

编辑委员会委员
(以姓氏笔划为序)

王宠林	司徒亮	李宗明
吴祖尧	吴茂娥	邱鸿鑫
林 琦	袁承晏	傅雅各

上海科学技术出版社

责任编辑 瞿世英

临床症状鉴别诊断学

钱 惠 郑伟如 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所发行 上海新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 47.25 插页 4 字数 1,163,000

1981 年 12 月第 1 版 1981 年 12 月第 1 次印刷

印数: 1—33,300

统一书号: 14119·1523 定价: (科四)5.20 元

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、五官、皮肤、口腔等临床各科。对每一症状或体征先叙述病因、机理和诊断方法，在此基础上介绍足以产生这一症状的疾病的鉴别诊断方法。为便于读者翻检，书末附有索引。

本书内容丰富，条理清晰，可供临床各级医务人员阅读。

前 言

临床工作应根据病人所提供的材料,对其病痛作出病因诊断,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。显然,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,再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,以开阔读者的思路,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,以便与其病种相鉴别。

因为本书包罗全身各个系统,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,但在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

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 诊断原则及意义	(钱 惠)(1)
第二节 病理学诊断	(钱韵兰)(6)
第三节 脱落细胞学诊断	(曹荃孙)(11)
第四节 生物化学诊断	(申功述)(17)
第五节 免疫学诊断	(陈仁溥)(24)
第六节 放射性核素诊断	(倪济苍)(31)
第七节 内窥镜诊断	(刘新才 李宗明)(38)
第八节 X线诊断	(戚警吾)(43)
第九节 超声诊断	(陈运贞)(51)
第十节 骨髓诊断	(吴茂娥)(57)
第二章 一般症状	(63)
第一节 发热	(刘约翰 钱 惠)(63)
第二节 生长发育异常	(邱鸿鑫)(76)
矮小症	(78)
巨大体型	(82)
第三节 肥胖	(舒昌达)(83)
第四节 消瘦	(王其南)(87)
第五节 疲乏	(郑伟如)(93)
第六节 水肿	(郑伟如)(99)
第七节 失水	(郑伟如)(104)
第三章 神经精神症状	(113)
第一节 昏迷	(董为伟)(113)
第二节 昏厥	(董为伟)(121)
第三节 惊厥	(沈鼎烈)(128)
第四节 眩晕	(沈鼎烈)(132)
第五节 头痛	(沈鼎烈)(138)
第六节 睡眠障碍	(傅雅各)(143)
第七节 言语障碍	(傅雅各)(149)
第八节 神经痛	(徐 越)(153)
第九节 瘫痪	(徐 越)(158)
第十节 不自主运动	(徐 越)(165)
第十一节 共济失调	(徐 越)(170)

第十二节	神经衰弱征群·····	(张逢春)(175)
第十三节	谵妄状态·····	(田寿彰)(177)
第十四节	幻觉状态·····	(田寿彰)(180)
第十五节	妄想状态·····	(田寿彰)(183)
第十六节	兴奋状态·····	(张逢春)(185)
第十七节	忧郁状态·····	(张逢春)(189)
第十八节	紧张症·····	(张逢春)(191)
第十九节	痴呆状态·····	(田寿彰)(193)
第 四 章	眼、耳鼻咽喉、口腔症状·····	(198)
第 一 节	视力障碍·····	(汤鼎华)(198)
第 二 节	红眼·····	(汤鼎华)(206)
第 三 节	流泪·····	(施殿雄)(210)
第 四 节	角膜混浊·····	(施殿雄)(212)
第 五 节	听力障碍·····	(石义生)(217)
第 六 节	耳鸣·····	(谭惠风)(220)
第 七 节	鼻出血·····	(石义生)(223)
第 八 节	鼻溢液·····	(石义生)(227)
第 九 节	声音嘶哑·····	(石义生)(230)
第 十 节	咽痛·····	(石义生)(234)
第十一节	口腔痛·····	(康家琼)(238)
第十二节	口炎、舌炎、龈炎·····	(康家琼)(243)
第十三节	口臭·····	(康家琼)(247)
第十四节	牙齿异常·····	(康家琼)(249)
第 五 章	皮肤及其附属器症状·····	(254)
第 一 节	皮肤损害·····	(袁承晏)(254)
第 二 节	斑疹·····	(袁承晏)(254)
第 三 节	丘疹·····	(袁承晏)(258)
第 四 节	疱疹·····	(袁承晏)(263)
第 五 节	脓疱·····	(袁承晏)(266)
第 六 节	结节·····	(周永华)(268)
第 七 节	风团·····	(周永华)(272)
第 八 节	鳞屑·····	(周永华)(274)
第 九 节	溃疡·····	(周永华)(278)
第 十 节	肿瘤(皮肤肿瘤)·····	(周永华)(281)
第十一节	色素异常·····	(张法听)(285)
	黑素沉着·····	(285)
	黑素减退·····	(288)
第十二节	瘙痒·····	(江云玲)(290)
第十三节	出汗异常·····	(江云玲)(292)

第十四节 毛发异常	(江云玲)(296)
第十五节 指甲异常	(袁承晏)(299)
第六章 呼吸系统症状	(302)
第一节 咳嗽	(王鸣歧)(302)
第二节 咯痰	(王鸣歧)(307)
第三节 咯血	(王福荣)(311)
第四节 呼吸异常	(王鸣歧)(316)
第五节 气息异常	(王宠林)(326)
第六节 呃逆	(王宠林)(328)
第七节 罗音	(王宠林)(330)
第八节 胸腔积液	(王宠林)(332)
第九节 胸廓异常	(王宠林)(338)
第十节 胸痛	(张 治)(341)
第七章 循环系统症状	(348)
第一节 心悸	(马才骊)(348)
第二节 心律失常	(马才骊)(351)
第三节 心脏杂音	(林 琦)(367)
收缩期杂音	(372)
舒张期杂音	(377)
连续性杂音	(382)
第四节 充血性心力衰竭	(林 琦)(383)
第五节 休克	(王其南)(393)
第六节 低血压	(林 琦)(405)
第七节 高血压	(陈运贞)(411)
第八节 紫绀	(马才骊)(421)
第九节 杵状指	(王宠林)(432)
第十节 上腔静脉综合征	(陈运贞)(436)
第十一节 无脉症	(饶邦复)(441)
第十二节 猝死	(林 琦)(446)
第八章 消化系统症状	(454)
第一节 腮腺肿大	(李宗明)(454)
第二节 吞咽困难	(李宗明)(457)
第三节 食欲异常	(李宗明)(463)
食欲减退	(464)
食欲亢进	(465)
食欲反常	(465)
第四节 恶心与呕吐	(李宗明)(465)
反射性呕吐	(466)
中枢性呕吐	(467)

第五节	便秘	(李宗明)	(469)
第六节	腹泻	(王其南)	(474)
第七节	胃肠气胀	(徐葆元)	(485)
第八节	腹水	(徐葆元)	(490)
第九节	便血	(郑济芳)	(500)
第十节	呕血与黑粪	(郑济芳)	(504)
第十一节	直肠与肛门狭窄	(林春业)	(510)
第十二节	腹块	(林春业)	(514)
第十三节	腹痛	(林春业)	(522)
第十四节	肝肿大	(王其南)	(533)
第十五节	脾肿大	(杜继昭)	(540)
第十六节	黄疸	(钮 振)	(546)
第九章	泌尿生殖系统症状		(558)
第一节	蛋白尿	(郑伟如)	(558)
第二节	排尿异常	(何梓铭)	(564)
	尿频伴尿急和尿痛		(566)
	排尿困难及尿潴留		(568)
	尿失禁		(569)
	遗尿		(571)
第三节	尿量异常	(何梓铭)	(571)
第四节	尿色异常	(何梓铭)	(576)
第五节	阴囊肿大	(何梓铭)	(584)
第六节	男子性功能异常	(何梓铭)	(587)
第七节	男性不育	(何梓铭)	(590)
第八节	阴道出血	(毕婵琴)	(594)
第九节	闭经	(毕婵琴)	(602)
第十节	痛经	(毕婵琴)	(609)
第十一节	白带	(曹荃孙)	(611)
第十二节	女性不孕症	(毕婵琴)	(614)
第十章	造血系统症状		(618)
第一节	贫血	(吴茂娥)	(618)
第二节	白细胞异常	(黄宗干)	(630)
	白细胞增多		(630)
	白细胞减少(中性粒细胞减少)		(635)
第三节	嗜酸性粒细胞增多症	(刘约翰)	(640)
第四节	出血倾向	(黄宗干)	(644)
第五节	淋巴结肿大	(吴茂娥)	(655)
第十一章	内分泌代谢系症状		(663)
第一节	甲状腺肿	(邱鸿鑫 舒昌达)	(663)

第 二 节 性发育异常	(舒昌达)	(670)
性早熟		(671)
性发育不全		(673)
两性畸形		(674)
第 三 节 乳腺发育与乳汁分泌异常	(邱鸿鑫)	(677)
男性乳房发育症		(677)
乳溢症		(680)
第 四 节 低血糖症	(舒昌达)	(683)
第 五 节 糖尿	(舒昌达 邱鸿鑫)	(689)
第十二章 运动器官症状		(693)
第 一 节 多处疼痛	(吴祖尧)	(693)
第 二 节 肢体疼痛	(吴祖尧)	(700)
第 三 节 腰腿痛	(吴祖尧)	(708)
第 四 节 颈肩痛	(吴祖尧)	(711)
第 五 节 脊柱和四肢畸形	(谭富生)	(714)
附录 人体各项检验正常值	(郑伟如)	(720)
索引		(729)

第一章

总论

第一节 诊断原则及意义

【诊断的意义】

人类之有医学,远在有史以前。由于人类的不断努力,文化与日俱进,边缘学科的发展,又使医学的内容更为丰富,医学已由单纯治疗发展到防治兼施、改造和创造生命的阶段。通过研究和认识自然界、生物界的自然规律及其与人类的生克关系,从而能更有效地了解人类疾病的原因和发病机理,寻找有利于防治的对策。综合运用这些知识于临床实践,直接为人类服务,则是临床医生的任务。病人因某种病痛而就医,其主要目的在于早日解除病痛,恢复健康。但疾病的表现可因时、因地、因人而异,既可“同病异症”,也可“异病同症”,故在治疗之前,必先认识疾病本质,明确诊断,有针对性地进行病因治疗,绝不能将症状作为疾病,把现象当作本质,治疗时本末倒置,这是临床工作中必须重视的准则。

由于人体有免疫和修复愈合能力,有些病可以不治自愈,或者自行缓解。在这些病人,治疗只起安抚或缩短病程的作用,而病情的消退,未必全由药物治疗所致,殊不应贪天之功。对另一些复杂的或需手术治疗的疾病,应该及时给予适当治疗,但如诊断未明就急于处理,药不对症,往往掩盖真相,歪曲病情,贻误诊断时机,造成严重后果;或因进行不必要的手术,徒然增加病人的痛苦和经济负担。这种将治疗置于诊断之前的做法,应当避免。

无论从病人的利益着想,从医生的守则看,或从社会对防治疾病角度谈起,都应该尽可能地先对病人的疾患建立诊断。只有明确认识疾病的本质,才能积极有效地予以治疗;对掌握病情的演变和并发症的发生,都可做到心中有数;即使在诊疗过程中出现枝节问题,也可及时发现;对防止复发或延缓发展,也大致有把握。如再积累同类材料进行总结,又可以进一步丰富对某个疾病的防治知识。对职业病、地方病或流行病,只有确定诊断之后,才能有效地进行流行病学调查,并及时采取预防措施,防止其扩散发展。党和政府关心人民健康,不仅对有现症的病人进行诊疗,还有组织、有目的地对某些疾病进行普查,使无症状的病人能从人群中发现,做到早诊断、早治疗,提高治愈率,从而又起到预防作用。

对一些较为疑难的病种,不能一次诊察就作出诊断;对某些急症病人,也不能等到确诊之后才开始治疗。对这些病人,根据初步印象,可给予一般治疗,同时积极地继续进行诊断。此时,应注意治疗以不掩盖病情真相、不影响建立诊断为度。例如阑尾炎未获确诊之前,不得用麻醉性止痛剂;疑为败血症时,在取血培养前不应投予抗菌素。

总之,在临床实践的诊疗关系中,建立诊断必须列为第一位。就医疗工作中所见多数病例不难做到,也应该努力做到。而在诊断比较疑难的病例,或因病情在尚未充分暴露的早期,或由于其表现不典型,或因有几种病同时存在,或由于我们对疾病认识不足,常需要一段时期的观察,收集多方面的资料,就几种可能中进行鉴别,然后作出诊断,这是诊断和鉴别诊断所要解决的问题。

【诊断的依据】

疾病的形成,系因机体有某些缺陷,或由于致病因素与机体抗病因素之间失调,从而产生形态、功能改变,根据病变的部位、性质、广度与深度,以及病人的反应性,产生各种临床表现,包括病人的主观感觉(症状)、客观变异(体征和实验室发现)等。这些主观反映的诉说和客观发现的材料,都是诊断的可靠依据。在大多数情况下,总是先有病人的诉说,再经过检查,发现客观变异,然后作出诊断。但也可先有客观发现,如普查时甲胎蛋白检测异常或胸透时肺部阳性发现,然后进一步检查而确定诊断。近年来,由于诊断技术的日益发展,诊断手段的精确度愈益提高,早期诊断的建立日益成为可能,临床医生应该充分利用这些条件。但在评价实验室发现于诊断时,必须十分重视基本的诊断方法,包括病史询问和体格检查。临床医生应该掌握问诊方法,抓住问诊要点,学会善于从病史中得到启示,从而进行仔细的体征检查,善于用简单的方法收集材料,用正确的思维方法利用材料,从综合分析中作出诊断。即使在设备条件较好的医疗单位,利用实验室检查也应完善的病史和仔细的体检为基础。现分述如下。

一、病史

狭义的病史指现在史,广义的病史应包括病人的全部生活史和健康记录。性别、年龄和婚姻状况等都可能对诊断有关,籍贯和居住地与地方病有关,职业、工种和工龄与职业病有关,家庭史、过去史和生活习惯史等也都可能对现病症的发生密切有关,即使是较简单的疾病,也应逐个问到,一一予以记录。儿童的出生情况和生长发育史,成人的烟酒嗜好及摄入量,对现病症的形成可能有直接间接关系,要根据不同对象,作重点询问。

每个疾病各有其一定的发生发展规律和临床表现。所以紧紧围绕病人的主诉和现在史,询问症状的特征、发病的诱因和伴随症状,能了解疾病的所在部位和性质提供重要线索。以腹痛为例,其病变可在腹腔、胸腔或系全身性疾病的一种表现。为了诊断和鉴别诊断,对腹痛的部位、性质、程度、放射区域、起病情况、病程发展,可能诱因和饮食大小便的关系、大小便的性状,是否伴有发热、咳嗽、黄疸,有否腹块出现,曾受何种治疗,以及药物的名称与效果等等,都应逐个问清。对妇女患者,必要时还应问及其月经和盆腔器官的情况。通过这些询问,一般可以初步了解其病在胃肠道、肝胆系、呼吸系或泌尿生殖系,甚至可在心血管系统。即使答案是阴性,也应如实记下,表示已经考虑到这些方面。绝不能错误地认为这样是繁琐。因为只有通过这些询问,才可以肯定或否定这种或那种可能,为以后的重点检查提供线索。

采集病史,首先要求准确真实。病人对自己的病痛最为关心,但其诉说难免有过甚其词或含糊不清。对呕血、咯血或来自口鼻的血,往往诉为“吐血”,问诊时就应该深入细致,明确血的来源。过去史中的“疟疾”、“伤寒”、“风湿”等名词,也有滥用的可能,必须探究当时各该病的症状和治疗经过,如曾在其他医院住院,甚至要借阅其有关资料查实。对儿童患者、精神病人、重症和在昏迷状态的病人,应向其亲人或密友了解病情。

为了使病史系统完整,采问时应对应主要方面不厌其详地追问究竟。对其他方面则作一般的了解,总之可略则略,应细必细,使症状之间的主次关系或平行关系,了如指掌。例如发热与头痛这两个症状,头痛可以仅仅是发热的伴随症状,也可能基本病变在颅内,两者都是主要症状。相反,如果采问病史时只泛泛地记下病人的诉述,不求完整详尽,从病史上看不出主要疾病是什么,看不出病史撰写者想到些什么,这一病史必然对诊断缺乏指导意义。

医生对患者的负责精神和热情关心,是取得病人信任和协作的重要条件。病人既然是医生的服务对象,只有了解病人的全部情况,才有可能解除其病痛。例如,某些病的形成有其内在矛盾或精神创伤,这些矛盾可埋藏较深,其家属也未必了解,只有对患者的高度同情和责任感才能赢得病人的信任,其内在矛盾也会自然吐露出来。又如,有些病人反应比较迟钝,有时答非所问,或问一答半,需要耐心启发,反复提问,才能发掘真相。此外,医生应有正确思维和防止主观,也是采集病史时所必须重视的两条守则,要警惕自己不可强把病情引到自己怀疑的方面来,或无主见地全盘接受患者的陈诉,致使引入迷途。即使如此,对病情特别曲折复杂的病人,有时需经年累月地随访观察,甚至尸检时,才能揭露真相。由此可见,医务人员的认识与病人的客观实际,需要如此多次反复才能得到统一,医生应该对病人的全过程予以关注,不仅是对病人负责,对认识疾病也是不可缺少的。

二、体格检查

体检的主要作用在于能根据病史,发现异常体征,为寻找病变所在提供客观依据,使有助于诊断。体检时必须熟知正常标准,正常标准又因病人的年龄、性别和体型而异。即使是同一个体,其心脏的位置、肝脾在肋下的距离,都可随病人所取体位而有出入,少量腹水只有仔细检查才能查出,这是尽人皆知的。

检查应该从视诊开始。常用的“视叩叩听”和中医的“望闻问切”四诊,都从“视”或“望”开始,可知视诊在体检中的重要性。事实上,当医生首次接触病人时,视诊就已开始。用医学的眼光看待病人的一举一动,不难从人群中发现病人。如见小儿有舞蹈动作,要考虑其为风湿性脑病;病人作划圈样步态行进,可知其患半身不遂;病人因腹痛而转辗反侧者,要考虑其为腹内脏器腔管闭塞所致的绞痛。不需多问病史或其他检查,仅凭视诊就可对许多疾病作出诊断的事例很多。这种习惯和能力,需要不断从长期临床实践中培养和积累。

体格检查应在安静环境和良好的自然光线下进行,病人取自然体位,检查方法必须正确。如果用粗鲁手法直接在病痛部位开始检查,将会伤害病人,影响检查的顺利进行。不正确的叩诊、叩诊会得不到正确的体征,都应该避免。检查应自上而下、左右对称而有比较地进行,毋稍遗漏。应该经常记得,临床上的误诊和漏诊,有一部分就因为检查不够全面而遗漏了有关重要体征,或者忽视了这些体征的存在。对病史和实验室材料亦然。

病史中提示有病变的部位要认真作重点检查,对具有特殊诊断价值的体征更要逐日仔细检查,并记下其出现的日期。微小的异常发现如小脓疖、痔、包皮过长等,可能与现病症完全无关,也应如实载入病史,作为诊断的一部分,并便于和今后作比较。而这也常常是被忽视的。

从病史中得到的初步印象,如果又从体检中得到支持,将为诊断增添一分依据,这是体检的重要贡献。通过体检,还常可以发现病史中未曾涉及的病变,如意外地在胃肠病患者发现高血压,从而使诊断更为全面。另外,在一些官能性患者,诉说很多,但并无确切可信的材料,难于从病史中形成概念,如果经详细体检也无阳性发现,或者体征远不如病人诉说之严重,则通过体检可以起到否定诊断或减少病人思想负担的作用。

为了使体检提供尽可能多而准确的材料,除了用正确的方法作系统全面检查外,还必须作动态观察,并随着症状的发展而转移检查的重点,以丰富对疾病的认识。这是不断的主客观相结合、不断认识、不断验证的过程。

三、实验室检查和其他检查

对每个病人都应有血、尿、粪的实验室常规检查,并在取得临床资料的初步诊断的基础上有重点地对某些标本或项目作进一步的检查。必要时,还须根据病情,有计划地采集某些体液或标本作生物化学、免疫学、细胞学、微生物学或病理学检查。这些检查的预期结果与实际结果二者间的符合率常可用为衡量临床医生的诊断水平。观察和检查愈深入,对疾病本质的认识也愈清楚。例如,对疑为慢性痢疾的患者,通过对粪便的各种检查,甚至对致病菌的性质和药敏情况都可得出结论,既完成了鉴别诊断的要求,又起到指导治疗的作用。

其他如X线、内窥镜、超声波和同位素检查等,能查出其他方法所不能获得的材料,在某种程度上说,这些检查对诊断某种疾病是不可少的检查项目。但这些检查有其局限性,一般只起配合作用,适用于有指征的对象,而且也要作必要的随访。有关这些,将在有关章节叙述。

综上所述,可见准确而完整的材料是作出诊断的唯一依据。材料必须准确,不准确的材料将导致错误的分析判断,其危害将比缺少材料更坏。为此,无论病史、体征或实验室材料必须准确地收集,作系统的动态观察,客观地予以综合分析,必须避免依靠片段而孤立的材料作为诊断的唯一依据,对微生物、寄生虫、病理等特异性很高的材料亦然如此,但也不应轻易放过一个可疑发现。在尚未收集到更多的证据之前,慎勿轻下结论。

【建立诊断的几点应注意事项】

许多疾病有不同临床类型,临床表现又因个体反应而异,一个病人可以有几个病同时存在,已确诊的病也还可以在原有基础上发生新问题而增加复杂性,面对这些错综复杂的材料,如何识别真伪,分清主次,作出合理的诊断,需要临床医生通盘考虑,处理好以下几个关系。

一、主要与次要的关系

在各种临床表现和实验室材料中,真正对诊断有决定意义的材料不过是少数几点。这些对诊断有重要意义的材料,应该努力收集,使诊断建立在可靠基础之上。但这种材料,未必在疾病的任何时期都能找到。如肾盂肾炎有发热、腰痛和肾区叩击痛,更主要的诊断依据是尿常规发现大量脓细胞,但有时需要多次检查才能发现。急性胰腺炎的重要诊断依据是血清淀粉酶显著升高,但一般在发病48小时后即降至正常。又如某些有重要诊断价值的反应或皮内试验也可以为“假阳性”或“假阴性”。遇有此种情况,需要全面权衡,正确对待。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,也不能因为特异性材料为阳性,便作为诊断某病的依据,此特异性材料可能在复查时被证明有技术错误。

如有两种以上疾病同时存在,应辨明疾病的主次关系。辨明哪些材料起源或归属于甲病,哪些归属于乙病,并针对关键性问题给予积极治疗;另一个病虽是次要,如果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

对基础资料进行综合分析时,原则上要尽可能诊断为一个疾病。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个材料,切忌把完整的材料分割成若干互不相关的组合,勉强拼凑了事;也要防止把不相关的材料牵强附会地拉扯到一起。

有时,确实有两种或几种主要病同时存在,彼此影响,混淆不清。如伤寒病与急性血吸虫病都有发热,又各另有其特点,但如两者同时发生,则血吸虫病的嗜酸粒细胞不增加,伤寒病

的肥达滴度不升高,虽经氯霉素治疗而体温长期持续不退,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、常见病与少见病的关系

对主要症状或体征进行分析作出诊断时,首先应考虑能产生该症状或体征的常见病、多发病为最可能的病因诊断,但又必须结合其他材料如患者的性别、年龄、职业和发病季节与地区等一起考虑。如咽痛的常见原因是咽喉炎,但如咽痛发生在白喉流行季节,或体检发现红肿的扁桃体上有假膜覆盖,则除急性扁桃体炎是其咽痛的原因外,必须慎重考虑有白喉的可能,作必要的细菌学检查。对农村儿童的缺铁性贫血应首先考虑钩虫病是其病因,而见于城市妊娠期妇女的贫血则应考虑是与妊娠有关。以常见病、多发病作为病因诊断的正确机会当然多于少见病或偶见病,但也不应放过后一种的可能,完全不考虑也会犯错误。分析我们误诊、漏诊的原因,相当一部分并非由于我们无知,而是由于遗漏或忽视了材料,以及考虑不周所造成。

四、器质性与功能性疾病的关系

任何一科的疾病,都可以有病变而无症状,也可以主观症状的出现先于客观发现,一些功能性疾病又可以有酷似器质性病的诉说而并无异常发现。所以,对一些诉说多端而一时无客观发现者,除非很有把握,切勿轻易以“官能症”处理。即使在当时已排除器质性疾病,过程中仍应仔细观察,以免遗漏,如颅外伤患者可在受伤数天至数周之后才出现硬膜下出血症状。对“一过性”而原因未明的疾病,也要尽可能在其再发作时作观察之后再作结论。

五、原发病与继发病的关系

病变在甲处而传导性、反应性症状出现在乙处的事例甚多。如冠心病患者可有胆绞痛样上腹痛,右下大叶性肺炎可有急性阑尾炎的表现,急性阿米巴肝脓肿可以出现右侧渗出性胸膜炎等。辨明病变的性质对正确处理原发病有重要意义。对已经确诊的疾病,如肺炎或消化性胃溃疡等,如经治疗而未见预期效果,应考虑有新情况,作必要的新检查,慎防有癌变的可能,切勿轻率放过。

六、典型与不典型的关系

大多数疾病的临床表现,为人们所熟知,一般不难诊断。但某些疾病可呈多种“临床型”,给人以许多令人迷惘的假象。其实,所谓“典型”病例,只占少数,相当多的病人的表现并不典型。如慢性病可以急起,急性病可以暴发;通常是稀见的症状,在某些病人可以作为突出的症状出现;有时疾病已进入晚期,才以并发症或后期症状作为初发表现而就诊。如果考虑不周全,很可能造成误诊。

临床症状如此多变,体征和实验室材料也可因病情不同而异乎寻常。如肠穿孔腹膜炎一般应有腹痛和腹肌紧张,但伤寒病有重度毒血症者发生肠穿孔,常不能确定穿孔的时间,其腹肌痉挛也不明显。此类特殊情况下的病情变化,临床医生需要有预见才能发现和正确处理。又如胸水患者由于肺受压而密度增大,病侧呼吸音可以不减弱,甚至增强;年老体弱者的反应减弱,患有化脓性感染时,血白细胞可不增加,甚至降低。但如其他材料都符合一致,不能因呼吸音增强便否定有胸水,不能因血白细胞降低而否定化脓性感染。

七、病源性与药源性疾病的关系

除通常所指的疾病外,还应注意,有一些病是因为医生或病人应用或滥用抗菌素、磺胺药、激素、解热止痛药、杀虫药等所引起。这些药物,不仅能掩盖或改变病情,还能引起药物

热、皮炎等过敏反应,引起感染加剧、二重感染,以及胃出血,造血系、消化系、神经系和感觉器官的各种反应和中毒症状。如果不能及时识别、及时纠正,继续滥用,极可能使病情越来越复杂、越严重。

从以上所举,可见凡要认识一个疾病,作出正确诊断,有时需作极大的努力。这要求临床医师的知识面要广博,考虑问题要宽,思维活动要灵活敏捷,分析问题要合乎逻辑。要做到这些,必须多实践、勤观察、好学习。多实践可以丰富经验、积累知识;勤观察可以发现问题、掌握疾病的自然演变;好学习可以提高理论,使理性与感性统一,将实践提高到理论,用以指导实践。这种实践——认识——再实践——再认识的过程,促使医学不断向前推进,也是我们临床工作者应当不断努力以赴的。

【诊断与鉴别诊断】

一般而言,具有典型表现的疾病,诊断时几乎无需考虑和其他疾病鉴别,如带状疱疹、地方性甲状腺肿、佝偻病、急性胃肠炎等,这是直接诊断。对另一些疾病,需要经过一定的检查,如果各方面的材料都符合一致,也可以作出直接诊断,如某个慢性、周期性、与饮食有关、能服用抗酸剂缓解的上腹痛病例,如再经X线和胃镜检查,也可以直接诊断为消化性溃疡。这种X线检查的目的,主要是为了证明有壁龛存在,作为诊断手段之一。但在另一个有不典型上腹痛的病例,为了鉴别是慢性胃炎、胃溃疡或胃癌而进行检查,最后作出胃癌的诊断,则具有鉴别诊断的意义。所以,所谓诊断与鉴别诊断,是相对的,主要指能否迅速而直接作出诊断而言。

有时,病人的临床表现不典型,或各种材料不尽符合一致,有二、三个或更多的可能需要考虑,逐个除外可能性较小的而留下一、二个比较近似或可能性较大的疾病进行评比,是为鉴别诊断。在除外的过程中,经过不断收集新材料,已被除外的可能,有时又被重新肯定,成为最后诊断。

有时,虽然反复考虑和细致观察,仍然不能获得确诊时,允许对最近似的诊断用药物作试验性治疗,以期既达到诊断,又完成治疗的目的。例如在不能鉴别肝癌和阿米巴肝脓肿时,为了后一可能性有治愈的机会,可采用抗阿米巴治疗。此种治疗,必须选用特效药物、足够剂量和足够疗程。如果疗效确切,可作为诊断阿米巴肝脓肿的间接依据,这是间接诊断。如经此治疗而无效,基本可以除外阿米巴肝脓肿。为同样原因,在必要情况下,可作探索性手术,以期取材料、作诊断,并进行手术治疗等等。

完全的诊断,应包括疾病的病因、解剖和功能三者。如风湿性心脏病、二尖瓣狭窄、心脏增大、三级心力衰竭。

从病史或体检中发现的问题,即使与主诉和现在症无关,也应逐个记下,以表示其存在。

(钱 惠)

第二节 病理学诊断

机体患病时,除了机能代谢障碍以外,常在相应的器官和组织表现出一定的形态变化。我们可以通过肉眼和显微镜对这些病变器官和组织进行检查,配合临床,作出病理诊断,是为病理检验。它不仅在疾病的诊断上起着不可忽视的作用,在疾病的研究与病理学的教学方面也是不可缺少的物质基础。病理检验工作需要富于经验的并有一定临床知识的病理专

业医生担任。目前我国除了医学院校的病理教研室的医生可以从事病理检验以外,省、市、地、县级医院,甚至县医院也相继增设病理科,配备有专业病理医生接受检验任务,无病理科的基层医院可将需要检验的病理标本邮寄到上级医院进行检查。

病理检查包括活体组织检查(活检)和尸体检查(尸检)两大类。前者是检查活体身上所取出的组织或器官,活检标本的体积可小至一粒或一条组织,也有一些手术切除的标本,占器官或肢体的一部分,甚至全部。活检所观察到的病变常有一定的局限性,但有利的条件是活检有可能看到疾病的早期及发展过程中各个阶段的变化,必要时活检还可以在同一病人身上多次重复,从而随访病情经过和判断治疗效果。尸检看到的病变比较系统而全面,但一般只看到疾病的最后一幕,诸如癌症、肝炎及结核病等等对人体造成的严重损害。如将尸检发现与病人生前的活检病变结合起来,我们对疾病的认识更为深入,病理诊断水平也易于提高。尸检与临床材料结合的临床病理讨论能更系统全面地作回顾性认识而提高诊断质量。

【活体组织检查】

一、活检的适应证

活检是一种直接的行之有效的检查方法,我们可以根据病变的性质帮助临床对疾病及时作出确切的诊断,因而深受临床医生的重视和广泛应用。原则上,活检可适用于经过临床各种检查后仍不能肯定诊断的疾病,但活检一定要有安全的方法,并确切地取中需要检查的组织和器官。医疗器械的进展和取材方法的革新,使活检的面不断在增宽。如纤维胃镜问世以后,胃粘膜活检已在国内外普遍开展,国外一些大的医疗中心甚至设计了一种新的活检器械,可简单而安全地经血管取到心肌组织,解决某些心肌疾病诊断上的难题。

从临床各科来说,活检常用于经外科手术治疗疾病的诊断,因而又称之为外科病理检验。凡是通过大小手术取出的组织或器官,多数需病理检查辅助临床作出诊断或验证临床的诊断,即使是阑尾切除术切下的一条阑尾,经活检后也可能查出临床未曾考虑到的血吸虫病、阿米巴病或类癌等病变。事实上,活检不仅限于外科,它与临床医学的各个分科密切相关,如皮肤科、妇产科、眼科、口腔科等专科疾病的诊断往往更需要活检的配合。为此,一些大的医学院校或医疗中心尚设有各种专科病理室。专科病理检验工作可由病理医生担任,或由经过一段时期病理学进修后的临床医生兼任。在内科,需用活检辅助临床诊断的疾病也不少,它涉及各个系统,还包括某些传染病寄生虫病。如肝穿刺活检对肝炎、肝癌的诊断与鉴别诊断以及黄疸的鉴别诊断均有一定帮助。近年国外一些大的医疗单位,肾穿刺活检已作为内科肾脏疾病的诊断常规,尤其是鉴别肾病综合征的各种原因,其意义是极大的。

就疾病的性质,活检可用于以下五大类疾病的诊断:

1. 肿瘤 活检对肿瘤的诊断价值最大。虽然肿瘤的诊断方法日新月异,但任何其他方法都不能替代活检。活检对于鉴别肿瘤与瘤样病变、良性与恶性、确定肿瘤的组织学类型与分化程度、恶性肿瘤的发展阶段以及有无转移等等都有很大的作用,为临床选择和制定合理的治疗方案和推测预后等提供极为重要的依据。

临床拟诊为良性肿瘤者常在没有病理确诊的情况下直接行切除术,但切除的肿瘤标本必须经过病理检查验证临床的诊断,如果活检发现为恶性时,在治疗方面还可及时作一些补充。我们在日常工作中可遇到一些恶性肿瘤,如乳癌及甲状腺癌等,由于临床误诊为良性,仅给患者做了不彻底的手术治疗,切除的标本又未送活检,结果反而加速了肿瘤的发展,导致复发及转移。