

NEI  
KE  
ZHENG  
ZHUANG

鉴别诊断

# 内科 症状

主编 陈运贞

上海科学技术出版社

# 内科症状鉴别诊断

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/陈运贞编著. —上海:上海科学技术出版社, 2004. 8

ISBN 7-5323-7385-1

I. 内... II. 陈... III. 内科—症状—鉴别诊断  
IV. R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 124803 号

世纪出版集团 出版发行  
上海科学技术出版社

(上海瑞金二路 450 号 邮政编码 200020)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/32

印张 33.75 插页 4

字数 960 000

2004 年 8 月第 1 版

2004 年 8 月第 1 次印刷

印数 1-6 000

定价:68.00 元

---

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,  
请向本社出版科联系调换

## 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。

本书可为临床各科医生阅读,使医生在客  
观、真实地掌握症状、体征、常规辅助检查等第  
一手资料后,有的放矢地选择性使用,分析综  
合,以提高临床诊断的准确性。

## 编写人员名单

主 编 陈运贞

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 陈运贞 李建国 张晓刚 张素华

李启富 甘 华 黄文祥 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

余 强 龚能平 沈 薇 高 青 李孝生

戴立里 张 玲 陈建斌 唐中山 胡妮妮

邓华聪 周 波 肖 谦 任 伟

秘 书 王 立

# 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方法上增添了先进的手段。然而,正如本书第一章第一节我校德高望重、年事高达 97 岁的钱惠教授和 85 岁的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,编写了本分册。

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

2004 年 1 月

重庆医科大学附属第一医院

# 目 录

<b>第一章 总论</b> .....	1
第一节 诊断的原则和意义 .....	1
第二节 临床生物化学诊断 .....	9
第三节 免疫学诊断 .....	25
第四节 内镜诊断 .....	37
第五节 骨髓细胞学诊断 .....	49
第六节 X线诊断 .....	61
第七节 CT诊断 .....	76
第八节 磁共振成像诊断 .....	88
第九节 超声诊断 .....	102
第十节 放射性核素诊断 .....	124
<b>第二章 一般症状</b> .....	141
第一节 发热 .....	141
第二节 生长发育异常 .....	157
第三节 肥胖症 .....	165
第四节 消瘦 .....	172
第五节 水肿 .....	179
第六节 失水 .....	187
第七节 休克 .....	193
第八节 多关节疼痛 .....	213

<b>第三章 神经系统症状</b> .....	225
第一节 昏迷 .....	225
第二节 昏厥 .....	240
第三节 惊厥 .....	250
第四节 眩晕 .....	259
第五节 头痛 .....	270
第六节 颅内压增高 .....	281
第七节 睡眠障碍 .....	288
第八节 语言和言语障碍 .....	294
第九节 眼球运动障碍 .....	304
第十节 瞳孔异常 .....	313
第十一节 眼球震颤 .....	320
第十二节 神经痛 .....	326
第十三节 瘫痪 .....	335
第十四节 肌萎缩 .....	350
第十五节 不自主运动 .....	355
第十六节 共济失调 .....	363
<b>第四章 精神症状</b> .....	372
第一节 神经衰弱综合征 .....	372
第二节 焦虑状态 .....	377
第三节 抑郁状态 .....	382
第四节 兴奋状态 .....	389
第五节 强迫状态 .....	394
第六节 幻觉妄想状态 .....	398
第七节 木僵 .....	404



第八节 谵妄 .....	407
第九节 遗忘 .....	419
第十节 痴呆 .....	423
第十一节 多动综合征 .....	434
第十二节 人格障碍 .....	438
第十三节 自杀 .....	444
第十四节 暴力行为 .....	448
第十五节 戒断综合征 .....	451
第十六节 自知力障碍 .....	454
<b>第五章 呼吸系统症状 .....</b>	<b>458</b>
第一节 咳嗽和咳痰 .....	458
第二节 咯血 .....	466
第三节 呼吸困难 .....	473
第四节 啰音 .....	487
第五节 肺浸润性病变 .....	497
第六节 肺弥漫性病变 .....	508
第七节 肺球形病变 .....	521
第八节 肺空洞(腔)性病变 .....	529
第九节 肺门增大、纵隔肿块 .....	535
第十节 胸腔积液 .....	545
第十一节 胸腔积气 .....	560
第十二节 胸廓异常 .....	567
第十三节 胸痛 .....	570
<b>第六章 循环系统症状 .....</b>	<b>579</b>
第一节 心悸与心律失常 .....	579

第二节	异常心音与心脏杂音 .....	607
第三节	充血性心力衰竭 .....	632
第四节	低血压 .....	643
第五节	高血压 .....	650
第六节	紫绀 .....	667
第七节	心脏增大 .....	692
第八节	上腔静脉综合征 .....	701
第九节	动脉搏动异常 .....	706
第十节	雷诺现象 .....	714
第十一节	猝死 .....	719
<b>第七章</b>	<b>消化系统症状 .....</b>	<b>732</b>
第一节	吞咽困难 .....	732
第二节	胃食管反流 .....	738
第三节	食欲异常 .....	742
	食欲减退 .....	742
	食欲亢进 .....	744
	食欲反常 .....	746
第四节	恶心与呕吐 .....	746
第五节	便秘 .....	751
第六节	腹泻 .....	757
第七节	胃肠气胀 .....	772
第八节	腹水 .....	778
第九节	消化道出血 .....	789
第十节	腹块 .....	807
第十一节	腹痛 .....	829
第十二节	黄疸 .....	848

<b>第八章 泌尿系统症状</b> .....	865
第一节 蛋白尿 .....	865
第二节 血尿 .....	876
第三节 尿量异常 .....	887
少尿和无尿 .....	887
多尿 .....	892
第四节 尿路刺激征 .....	895
第五节 肾功能不全 .....	898
急性肾功能衰竭 .....	898
慢性肾功能衰竭 .....	905
<b>第九章 血液系统症状</b> .....	912
第一节 贫血 .....	912
第二节 白细胞异常 .....	924
白细胞增多 .....	925
白细胞减少 .....	929
第三节 嗜酸性粒细胞增多症 .....	935
第四节 出血倾向 .....	939
第五节 高丙种球蛋白血症 .....	951
第六节 淋巴结肿大 .....	957
第七节 脾肿大 .....	962
第八节 红细胞增多症 .....	969
<b>第十章 内分泌与代谢系统症状</b> .....	973
第一节 甲状腺肿 .....	973
第二节 甲状腺结节 .....	980

---

第三节 乳腺发育与乳汁分泌异常 .....	986
男子乳腺发育 .....	986
乳溢 .....	991
第四节 性发育异常 .....	994
第五节 糖代谢异常 .....	1003
高血糖症 .....	1003
糖尿 .....	1010
低血糖症 .....	1015
第六节 脂代谢异常 .....	1020
第七节 胰岛素抵抗与代谢综合征 .....	1029
第八节 血钠异常 .....	1037
低钠血症 .....	1037
高钠血症 .....	1042
第九节 血钾异常 .....	1045
低钾血症和钾缺乏 .....	1045
高钾血症 .....	1049
第十节 血钙异常 .....	1052
高钙血症 .....	1052
低钙血症 .....	1055
第十一节 骨质疏松症 .....	1059

# 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。在此应指出的是二者缺一不可,而以医德为先。即使医生的医术还不很高,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、傲视前辈,则即使医术好而反可助其奸,医术愈高,其危害也愈大。

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。尚须注意以下诸点: ①为了解病情, 医生有时需探究病人的隐私, 如病人也能坦陈其不曾对家属谈过的秘密, 则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不可为个人兴趣或科研目的而有损害病人和增加其痛苦的行为。

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。X线电子计算机体层摄影(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,有的放矢地选用关键性检查来建立诊断,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、守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,如门脉性肝硬化缺独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