

Mc
Graw
Hill

Education

· 第9版 ·

DeGowin's 临床诊断学

DeGowin's Diagnostic Examination

原著 Richard F. LeBlond
Donald D. Brown
Richard L. DeGowin

主译 潘祥林 许伟华



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

DeGowin's 临床诊断学

DeGowin's DIAGNOSTIC EXAMINATION

第9版

原 著 Richard F. LeBlond

Donald D. Brown

Richard L. DeGowin

主 译 潘祥林 许伟华

副主译 宫明智 杜贻萌 刘 斌

译 者 (以姓氏汉语拼音为序)

陈国玲	陈诗鸿	董兆强	杜贻萌	高红伟
高 雪	宫明智	郭明明	贾 涛	来 超
李 涛	李学刚	林 森	刘 斌	刘 岚
柳 刚	潘祥林	王同钢	蔡 成	曲云东
邵光峰	史永俭	孙 静	王 亮	魏峰涛
吴洪磊	吴建军	肖 瑛	徐 晖	许顺良
许伟华	尹 苓	余之刚	袁明振	张春红
张红萍	张 静	赵锡武		



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

DeGowin's 临床诊断学:第9版/(美)勒布朗德(LeBlond, R. F.)等原著;潘祥林,许伟华主译. —北京:人民军医出版社,2012.1

ISBN 978-7-5091-4658-3

I. ①D… II. ①勒…②潘…③许… III. ①诊断学 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 272365 号

Richard F. LeBlond, Donald D. Brown, Richard L. DeGowin

DeGowin's Diagnostic Examination, 9th edition

978-0-07-164008-4

Copyright © by McGraw-Hill Companies, Inc.

All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) and People's Military Medical Press. This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan.

Copyright © 2011 by McGraw-Hill Education (Asia), a division of the Singapore Branch of The McGraw-Hill Companies, Inc. and People's Military Medical Press.

版权所有。未经出版人事先书面许可,对本出版物的任何部分不得以任何方式或途径复制或传播,包括但不限于复印、录制、录音,或通过任何数据库、信息或可检索的系统。

本授权中文简体字翻译版由麦格劳-希尔(亚洲)教育出版公司和人民军医出版社合作出版。此版本经授权仅限在中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区)销售。

版权 © 2011 由麦格劳-希尔(亚洲)教育出版公司与人民军医出版社所有。

本书封面贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签,无标签者不得销售。

著作权合同登记号:图字:军-2010-051 号

策划编辑:于哲 秦速励 孟凡辉 文字编辑:尉建霞 陈娟 责任审读:张之生

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8052

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:44.5 彩页 8 面 字数:939 千字

版、印次:2012 年 1 月第 9 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:198.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

SUMMARY

内容提要

本书为经典诊断学手册,深受欧美国家临床医生的欢迎。编者以简明扼要的语言及多幅图表对全身各个系统的临床症状加以分析,本书的特点是将疾病的病理生理学同症状和体征相联系,提供了鉴别诊断的方法和思路,同时描述了完整采集病史和进行全面体检的技巧,重点讲解其诊断思维程序及治疗方法,有助于临床医师进行迅速判断。本书科学实用,具有权威性,是临床医师培养诊治思维能力及操作处置能力的经典参考读物。

DeGowin's

**DIAGNOSTIC
EXAMINATION**

Ninth Edition

Richard F. LeBlond, MD, MACP

Professor of Internal Medicine (Clinical)
The University of Iowa College of Medicine
Iowa City, Iowa

Richard L. DeGowin, MD, FACP

Professor Emeritus of Internal Medicine
The University of Iowa College of Medicine
Iowa City, Iowa

Donald D. Brown, MD, FACP

Professor of Internal Medicine
The University of Iowa College of Medicine
Iowa City, Iowa

Illustrated by

**Elmer DeGowin, MD,
Jim Abel,
and Shawn Roach**



Medical

New York Chicago San Francisco
Lisbon London Madrid Mexico City Milan
New Delhi San Juan Seoul Singapore Sydney Toronto

CHF——充血性心力衰竭
 COPD——慢性阻塞性肺病
 CLL——慢性淋巴细胞性白血病
 CML——慢性粒细胞性白血病
 CMV——巨细胞病毒
 CN——脑神经
 CNS——中枢神经系统
 CSF——脑脊液
 CVP——中心静脉压
 DDX——鉴别诊断
 DIP——远端指(趾)间关节
 EBV——EB 病毒
 HIT——肝素诱发的血小板减少症
 HSV——单纯疱疹病毒
 ITP——特发性免疫性血小板减少症
 LLQ——左下象限
 LUQ——左上象限
 LV——左心室
 MCP——掌指关节
 MI——心肌梗死
 MS——多发性硬化
 MTP——跖趾关节
 NBTE——非细菌性血栓性心内膜炎
 PE——肺栓塞
 PIP——近端指(趾)间关节
 RA——类风湿关节炎
 RLQ——右下象限
 RUQ——右上象限
 RV——右心室
 SBE——亚急性感染性心内膜炎
 SLE——系统性红斑狼疮
 TTP——血栓性血小板减少性紫癜

读书有两个目的：一是熟悉某个领域现有的知识及其积累发展的过程；二是利用书中知识来分析解决实际问题。而后一点更为重要。

——威廉姆·奥斯勒《学生生活》

《DeGowin's 临床诊断学》不仅涵盖了基础知识和技能，同时也鼓励读者要不断增加临床实践经验和判断力，以使自己成为真正的临床诊断大师。在各种检查和影像学技术飞速发展日新月异的今天，病史采集和体格检查在临床工作中反而越发重要。通过正确的病史询问、体格检查提出初步诊断，是随后合理运用实验室和影像学检查的基础。病史就是患者自述疾病发生发展的全过程，而体格检查反映的体征则是异常的解剖和生理表现。症状和体征构成了患者的临床表现。医师再通过自己的经验和知识据此进行临床诊断。通过病史询问和体格检查，他们初步判定患者的病理生理情况，并提出可能的临床诊断，再通过进一步检查进行排查并确诊，即鉴别诊断的过程。编写本书的目的就是协助临床医师迅速准确地提出疾病的鉴别诊断，而后者需要进一步的实验室检查证实。

美国内科学董事会成员已经对现有的医学教育培训中诊断技能淡化这一现状深表忧虑，他们也呼吁医疗教育机构就此做出改进。他们指出过度依赖现有的检查技术手段，是导致基本临床诊断技能退化的重要原因之一。而《DeGowin's 临床诊断学》旨在帮助医学院校学生及临床医师通过病史采集和体格检查做出合理的初步诊断。第一篇，第1~3章详细介绍了诊断体系的构成。第1章讨论了诊断的重要性及如何基于病人本身提出个性化的鉴别诊断。第2章介绍了如何进行病史采集及病历书写记录。第3章则是体格检查的概述。

我们对许多疾病和临床综合征都做了简要的讨论，以便读者可以更好地了解每种疾病的临床表现，包括症状、体征。掌握好这些知识，在对不同病人的症状、体征进行鉴别诊断时，就清楚应考虑哪些疾病或综合征。

我们之所以强调不同疾病的特征性表现，是因为只有熟悉了多种疾病临床表现的医师才能够在询问病史的过程中敏锐捕捉到关键问题，在体格检查中发现有鉴别意义的体征。在每章的体格检查部分详细讲解了引出特定体征的方法，如果

常规检查中不包括这一点,那么就在相应的体征部分进行介绍。许多症状、体征的讨论后都附有“临床疾病”一节,列出这些症状或体征常见于哪些临床疾病,并按照鉴别诊断的思路进行编写。这是我们认为最有临床指导意义的一部分,因而也是非常重要的一节。

尽管鉴别诊断的思路不同,我们却选择了以疾病的病理生理机制为基础来编写“临床疾病”这一部分。鉴别诊断的各种疾病其发病机制无外乎以下几点:遗传因素、内分泌因素、特发性、感染性、炎症性及免疫性、机械与外伤、代谢性紊乱与中毒、肿瘤、神经源性、精神源性或者血管源性。如此一来,我们就可以快速找到最有意义的一个或几个鉴别诊断。当然,上述几种机制也不是彼此孤立的,例如一个先天性疾病综合征有可能表现为代谢性紊乱,感染性疾病往往伴炎症反应,而肿瘤的发展又可以导致机械性梗阻。尽管这一发病机制的人为界定不是绝对的,但是却不妨碍其成为一个考虑临床病人实际问题的行之有效的思维方式。

以我们掌握的解剖和生理学知识为基础,对其正常及异常状态的判定而进行临床诊疗的思维方式,可避免陷入死记硬背的“文字联想”中。而后者往往在诊断时,将某种疾病相关的诊断要点或者某一症状的相关疾病逐一列举出来,并依据此机械地进行临床问题的区别(这几乎算不得是诊疗思路):例如谈到“咳嗽”,便拼命在记忆中搜索与之相关的疾病(肺炎、支气管炎、哮喘、鼻后腔滴流、胃食管反流等)。这种疾病的区别方法需要很强的关联记忆能力,而对于大多数医学院校学生来说这都是非常枯燥的。实际上,咳嗽是感受刺激后的一种保护性反射,这种刺激可以来源于上呼吸道、支气管、肺及咽喉,并通过中枢及外周神经支配膈肌、胸壁及咽喉肌肉收缩而共同完成。有了这样的生理学及发病机制的知识,就可以对每个特定的患者进行病因的初步判断。

许多全新的疾病频频出现,这是我们始料未及的。值得注意的是,这些疾病并没有呈现新的症状与体征,而往往是大家所熟知的症状、体征的新组合。因此,也希望读者在掌握现有疾病发病规律的前提下,对不熟悉(个人知识盲区)或者前所未有的疾病也有所警惕。因此我们不仅要全面汲取现有知识,还要时时迎接未知问题的挑战,而这也正是临床实践的魅力所在。

归根结底,所谓真相也不过是最可能的假设而已。

——詹姆斯·乔治·弗雷泽爵士

(潘祥林 译)

写给读者：

谨以此书献给你，认真读它，你会领悟很多——本·琼森

《DeGowin's 临床诊断学》一书绝不仅是一本描述如何进行病史采集和体格检查的文字，它有助于临床医师更好地思考患者的症状和体征，从而得出合理的诊断假设。临床医师采集病史，进行体格检查的目的就是为了得出这些诊断假设。这一点，在希波克拉底与奥斯勒的时代是真理，今天对我们也同样适用。如果每个症状或体征都只提示一种疾病，那么医学实践将会极其简单。目前已知的症状和体征数目巨大（我们已知的有几百个），而这些症状和体征可以有无限的组合方式。它们就像粗纤维一样，需要通过临床医师的加工：用临床语言描述疾病，明确其解剖和病理生理，得出诊断假设。为了掌握诊断过程，一位临床医师必须具备以下四点。

(1) 知识：熟知常见疾病与罕见疾病的病理生理学、症状和体征。

(2) 技巧：能够准确完整地采集病史，进行恰当的体格检查，从而明确每位病人的症状和体征情况。

(3) 经验：深入了解每个病例，积累多种疾病多个患者的临床经验，借助于有技巧的临床医师得出概率差异的诊断，列出该患者最可能的病因诊断。

(4) 判断力：除了医学知识及临床经验，还需要判断力，要知道何时进行、如何进行恰当的实验室检查或临床干预手段。

《DeGowin's 临床诊断学》注重诊断过程，已被临床医师与医学生使用超过 40 年。

(1) 本书描述了完整采集病史以及进行全面体格检查的技巧。

(2) 本书将疾病的病理生理学与其症状和体征相联系。

(3) 本书基于疾病的病理生理基础，提供鉴别诊断思路，并通过进一步实验室

检查进行快速排查。

(4)各章节编写合理,既可以作为临床工作中随时可供参考的指南,又可以作为病史采集,体格检查系统学习的教材。

《DeGowin's 临床诊断学》是备受推崇的经典诊断书,在第 9 版修订本编纂过程中,我仍致力于保留既往几版的优点,同时增补最新的相关信息及文献,减少冗余,从而使其更加简明清晰。《DeGowin's 临床诊断学(第 2 版)》是我自医学院读书至今 35 年来,一直保留在身边为数不多的专业书之一。因为它始终紧紧抓住临床医疗的根本——患者自述的症状及体格检查所体现的体征。

《DeGowin's 临床诊断学》是一本实用的临床诊断实践指南书。其中,第一篇是诊断体系总论,为第 1 章诊断步骤的基础,同时也概述了第 2 章病史采集和书写及第 3 章体格检查的要点。第 17 章则介绍了诊断检查的原则,与第一篇有异曲同工之意。这些章节是每个临床医师都应熟读并了然于胸的。

本书的主体是第二篇,包括第 4~14 章。其中,第 4 章、第 5 章为概述性章节,分别详细介绍了重要体征(第 4 章)以及基本的生理系统(第 5 章),这些一般都不以身体局部病变为首发。第 6~14 章按体格检查身体各部位的顺序划分,每章都遵循前言及读者指南的结构编排。为避免内容不断重复出现,本书各章节之间有大量自引相互参考,希望能给读者提供方便,而不至于过于烦琐。

本书也涵盖了现有的相关医学文献。这些我们悉心选取的文章对临床诊断大有裨益,它们包括了疾病症状和体征的概述、鉴别诊断的思路、诸多常见和罕见临床问题的评估以及重要的影像学资料。大部分文献均来自于知名的医学专业杂志,如《新英格兰医学》、《柳叶刀》、《内科学年鉴》、《美国医学会杂志》等。定期阅读这些杂志,可以使我们不断更新医学诊断学的知识。其中一些引用文献提到的实验室检查及治疗方案目前已不再采用,但是我们仍然将其收录在书中,因为它们对相关的临床症状进行了很好的概括总结,并附有非常好的鉴别诊断思路。尽管各种检查和治疗手段层出不穷,但唯有好的诊断思路才是使我们终生受益的法宝,而在进行每项实验室检查或者治疗方案之前,读者都应查阅最新的文献以获取相应的指导。

本书也收录了循证物理诊断学的文章,这些文章大都来自美国医师学会杂志(JAMA)“合理应用临床检查”这一专题系列近 15 年来发表的文章。但应指出的是,它们将体格检查当成了验证假设诊断的工具,而非协助诊断的手段;强调将定性的、有诊断意义的病史采集和体格检查转化为定量的验证假设诊断的手段,这是有一定的误导性的。

本书所有章节的校审都由美国爱荷华大学卡佛医学院的教员独立完成。谨在此对他们给予本书的无私帮助和积极回馈深表谢意！

本书首次在插图中加入了彩色图片。其中眼及眼底图片由美国爱荷华大学眼科系的希拉里·比弗医生友情提供。其余图片均为作者本人在临床工作中积累的资料。

本书大部分注释的校对仍由肖恩·罗奇先生(Shawn Roach)完成。在此,也向他一如既往的悉心帮助表示深深的感谢!此外,丹妮丝·弗勒尔兴格(Denise Floerchinger)夫人在协调我的日程工作安排中起到了非常重要的作用。本书的修订过程能够顺利完成,以及我同时进行的其他工作和临床事宜没有受到丝毫影响,与她的大力支持是密不可分的。在此也向她表示由衷的感谢!

第9版能够传承既往几版的优点,也是本书所有合著者共同努力的结晶,他们是 Donald D. Brown, MD、Richard L DeGowin MD。布朗医师在爱荷华大学负责讲授病史收集、体格检查已25年。对这些重要的临床基本技能融会贯通、热情洋溢的讲授,使他每年都荣获最佳教授提名奖。同时,作为心脏病的专科医师,第8章及第16章也是由他执笔主编的。

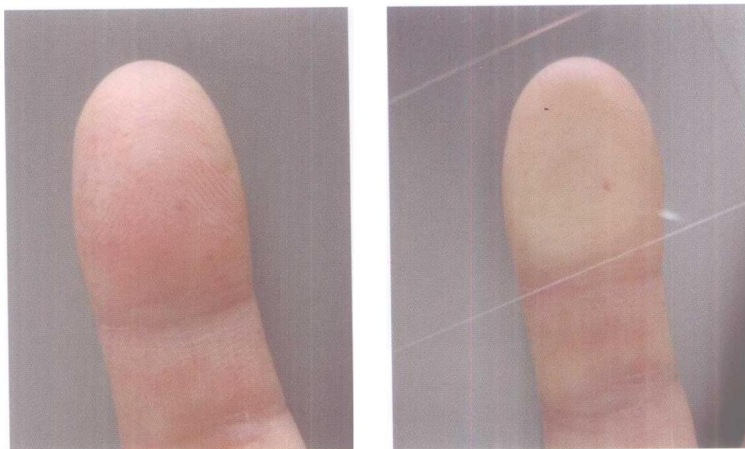
特别感谢理查德·德高文医生在第8版繁重的校审和第9版前期准备工作中倾注的心血和热情的鼓励。他既是我的同事又是我亲密的朋友,感谢他的信任,将第9版编著工作交由我来完成。

本书的编辑麦格劳·希尔出版社的詹姆斯·沙拉汉先生,积极参与了第9版修订本的前期准备及编著工作,对他的热情鼓励和支持深表谢意!麦格劳·希尔为本书初稿的筹备、编辑和出版提供了专业高效的服务。

还要感谢我的同事们,他们在本书编著过程中也给予了我莫大的鼓舞!本书吸纳了编著者及审校者许多建设性的意见。但是由于我个人能力的不足,仍然难以避免书中某些不足和错误。读者永远是本书功过最后的评判者。所以,我们热切期盼您的建议和反馈。您可以直接发电子邮件到:richard-leblond@uniowa.edu(邮件主题请注明“DeGowin”)。

Richard F. LeBlond, MD, MACP Iowa City, Iowa

(潘祥林 译)



彩图 1 玻片压诊法可证实瘀斑

在指尖看到数个红斑，瘀斑玻片压诊不褪色，证实是血液溢于血管外（正文第 100 页）



彩图 2 米斯线 (Mees 线)

急性病甲板上可见到横行的白线，非常严重的疾病出现 Beau 线（正文第 113 页）



彩图 3 蓝色足趾综合征

左图：大量的边界非常清楚地血疱，周边有红晕，伴有足部剧烈疼痛；右图：患者 6 周后足的变化（正文第 121 页）



彩图 4 网状青斑
大腿部可见明显扩张的网状皮肤血管（正文第 123 页）



彩图 5 红皮病
皮肤弥漫性浸润性潮红、毛细血管扩张，用手压后褪色；该患者红皮病是由于系统性红斑狼疮所致（正文第 123 页）



彩图 6 接触性皮炎
该护士拇指侧缘皮损是由于对乳胶过敏所致；皮肤表现为为红斑伴有瘙痒，长期搔抓导致皮损肥厚、苔癣样变（正文第 125 页）



彩图 7 脂溢性皮炎
在鼻唇沟和眉间可见红斑和鳞屑（正文第 125 页）



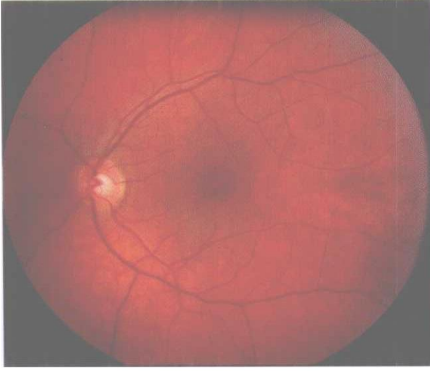
彩图 8 脂溢性角化病和脂肪瘤
左图：上背部可见大量颜色深浅不等的贴于皮面的皮损；在右侧肩胛冈上界的中上方可隐约看到一个皮下脂肪瘤。右图：放大看图中的两个脂溢性角化病皮损颜色和增生程度不同（正文第 127 页）



彩图 9 单纯疱疹
患者腹股沟部位皮肤上出现界限清楚的红斑，其上有疼痛性簇集性水疱或脓疱（正文第 130 页）

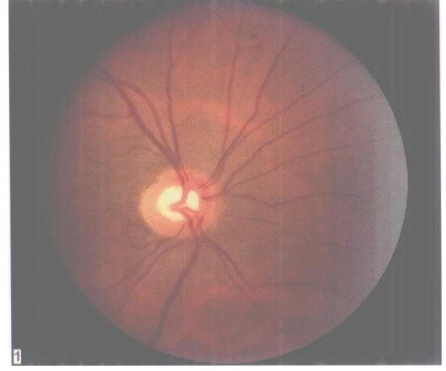


彩图 10 表皮色素痣
胸部有数个色素分布不均匀的先天性色素痣（正文第 137 页）



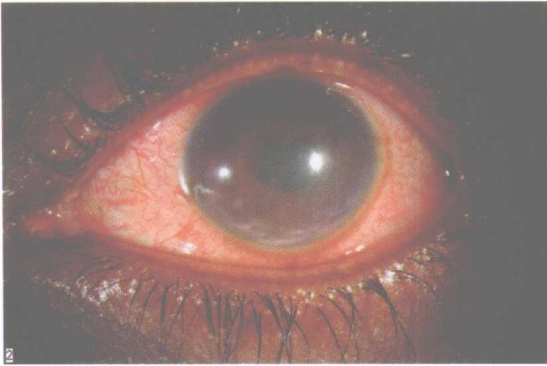
彩图 11 正常眼底

该图为正常视网膜血管、黄斑、周边网膜及视盘（正文第 163 页）



彩图 12 生理性杯凹

该图实盘的杯盘比 (C/D) 约为 0.5，其视盘边缘对称性增大。评价生理性杯凹应以一定时间内不伴有视野、眼压及视神经异常为前提（正文第 163 页）



彩图 13 色素膜炎

左图：该图来自一患有严重色素膜炎的肉样瘤病患者。表现为：表层巩膜血管扩大，角膜内皮炎症性沉着物，前房积脓、前房积血及瞳孔缘多处后粘连。右图：该患者为脊椎动脉炎，表现为眼部充血、血性腹泻。已确诊其患有溃疡性结肠炎、脊椎动脉炎及色素膜炎



彩图 14 表层巩膜炎

由于表层巩膜血管位于结膜下，其充血表现为紫红色（正文第 191 页）



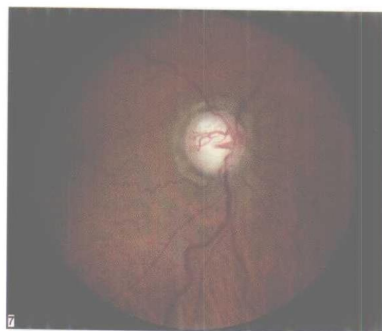
彩图 15 皮质性白内障

晶体呈轮辐样混浊，伴有轻度核性白内障（正文第 193 页）



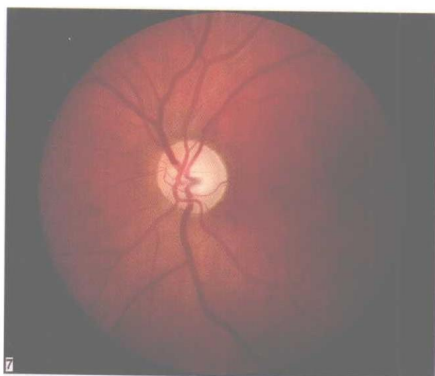
彩图 16 后囊下白内障

混浊位于晶体后囊，伴有巩膜黑变（正文第 193 页）



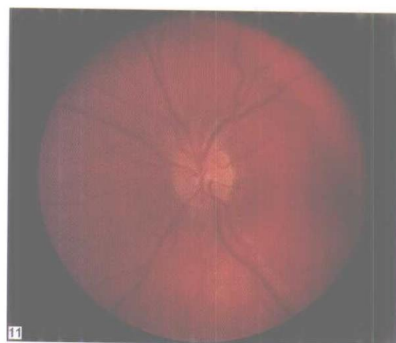
彩图 17 青光眼：视神经萎缩

该图来于一位黑色素变患者的右眼。表现为实盘的杯凹深且变大（0.7 ~ 0.8）。视盘颞侧有一大的切迹，盘沿变窄，鼻侧视盘出血，提示该眼仍处于青光眼进展期。其余部位的盘沿为淡红色。注意正常脉络膜黑色素及脉络膜血管的表现（正文第 193 页）



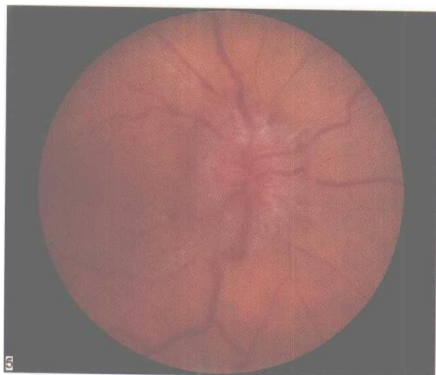
彩图 18 视神经萎缩

视神经边缘苍白，难以辨别视杯。仅有鼻侧视盘边缘粉红色，其余部位视盘边缘已经萎缩（正文第 194 页）



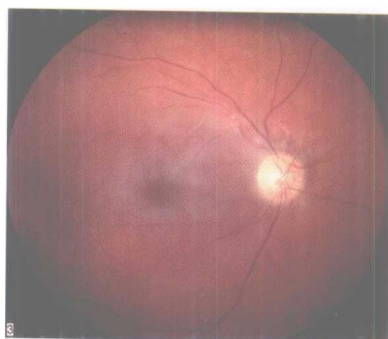
彩图 19 视盘水肿，早期

视乳头左侧充血、神经纤维水肿、视盘边缘模糊。视盘下方有一处出血，伴有视盘小血管扩张，经过水肿的神经纤维层的血管模糊不清（正文第 195 页）



彩图 20 视盘水肿，晚期

该图为视盘高度水肿伴有出血。表现为：神经纤维层水肿引起的视盘边缘模糊以及小范围火焰状出血，杯凹变浅，静脉充盈、迂曲及视盘处小血管扩张（正文第 195 页）



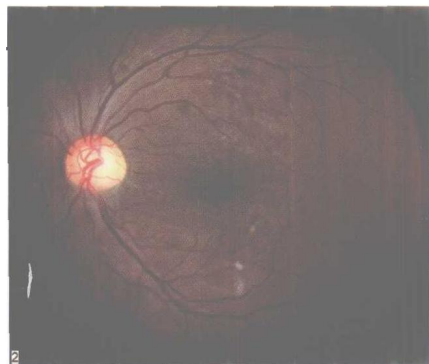
彩图 21 视网膜中央动脉阻塞

该图系一胆固醇栓子阻塞视网膜颞上及颞下分支的表现。表现为黄斑弥漫性水肿、樱红斑及动脉内血流纤细（正文第 196 页）



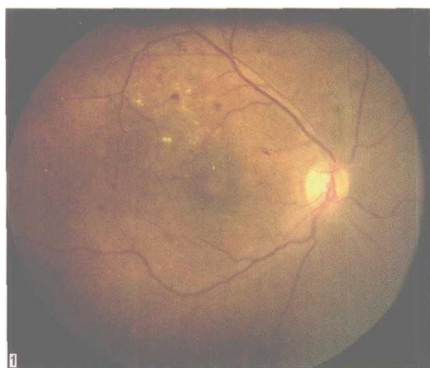
彩图 22 高血压视网膜病变：棉绒斑及动脉改变

突出表现为多处棉绒斑（即神经纤维梗死）以及与高血压程度一致的动脉反光增强、动脉变细及动静脉交叉压迹的表现（正文第 199 页）



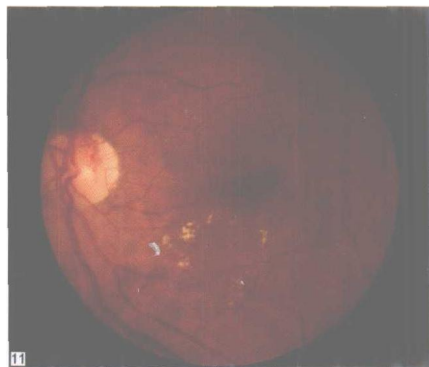
彩图 23 高血压视网膜病变：火焰状出血

该图来自一血压控制不佳的患者，脉络膜上的黑色素使视网膜看上去发暗。神经纤维层多发火焰状出血，伴有严重的棉绒斑（即神经纤维梗死）。视神经苍白与人为因素有关，但增大的杯盘比（0.6 ~ 0.7）提示存在青光眼（正文第 199 页）



彩图 24 糖尿病性视网膜病变：非增殖性视网膜病变

弥漫性、散在的点状出血及微动脉瘤。黄斑下方有一处小的火焰状出血。证实黄斑区上方的光凝用于糖尿病黄斑水肿，等同于周边全视网膜光凝（PRP）对增殖性视网膜病变的效果。视盘颞上方往往出现新生血管。黄斑区灰暗及边界模糊往往提示持续的黄斑水肿。动脉变细，反光增强以及明显的动静脉交叉压迹提示该患者同时伴有高血压（正文第 196 页）



彩图 25 糖尿病性视网膜病变：视盘新生血管（NVD）

该图显示一处 NVD 上方，同时伴有黄斑下方渗出、微动脉瘤及点状出血。该图视盘苍白系人为因素，目的为突出糖尿病性视网膜病变的表现（正文第 196 页）