

医学院校教学用书

临床症状与体征诊断原理学

(第一版)

陈常召 主编

中国医药科技出版社

临床症状与体征诊断原理学

主 编 陈常召

(第一版)

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

图书在版编目(CIP)数据

临床症状与体征诊断原理学/陈常召主编. —北京:中国医药科技出版社,1997. 11

ISBN 7—5067—1485—X

I. 临… II. 陈… III. 诊断原理学-教材 IV. R. 592. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 18344 号

内 容 提 要

本书是以症状与体征为纲,阐述了一百余个常见症状和体征的发生原理和建立诊断的思维方法,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,而加以鉴别与诊断,并启发各科医生对实验项目进行正确的选择。全书共十六章,内容包括内、外、妇、儿、神经、精神、眼、耳鼻咽喉、口腔、皮肤等临床各科。对每一症状或体征先叙述病因,发病原理和诊断方法,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,每一章后附主要参考文献。全书内容丰富、新颖、思考周密、论述精炼、条理清晰、重点突出、表达醒目,可供大专院校、中等卫校学生及临床各级医务人员阅读。

临床症状与体征诊断原理学

第一版

陈常召 主编

中国医药科技出版社 出版

(北京海淀区文慧园北路 22 号)

(邮政编码 100810)

山东莒县印刷厂印刷

全国各地新华书店经销

*

开本 787×1092mm¹/16 印张 37.125

字数 902,88 千字 印数 1—3000

1997 年 11 月第 1 版 1998 年 1 月第 1 次印刷

定价:55.00 元

主 编 陈常召
副主编 (以姓氏笔划为序)
 王稳阶 石东方 孙东植 刘荣宗 刘 健
 宋屿娜 青成言 姚贵申 高振升

编 委 (以姓氏笔划为序)
 王绪州 山东医科大学 副教授
 王传富 青岛大学医学院 教 授
 王稳阶 广西南宁市第一人民医院 主任医师
 石东方 邯郸医学高等专科学校 副教授
 孙东植 延边大学医学院 教 授
 刘松年 包头医学院 副教授
 刘荣宗 江西医学院抚州分院 副教授
 刘 健 临沂医学高等专科学校 讲 师
 刘美萍 潍坊医学院附院 副主任医师
 刘百波 潍坊医学院 副教授
 张 红 山东日照市人民医院 主治医师
 陈常召 临沂医学高等专科学校 副教授
 宋屿娜 福州医学高等专科学校 副教授
 宋京郁 延边大学医学院 讲 师
 杜心亭 上海第二医科大学 教 授
 厚炳承 承德医学院 教 授
 青成言 贵阳医学院附院 副主任医师
 姚贵申 邯郸医学高等专科学校 副教授
 席光明 山东日照市人民医院 主治医师
 耿 虹 包头医学院 副教授
 高振升 齐鲁石化公司中心医院 主治医师
 蒋 勇 安徽医科大学 讲 师

编 者 (以姓氏笔划为序)
 王大博 青岛大学医学院 博士生
 王新陆 潍坊医学院 副教授
 王明德 潍坊市人民医院 副主任医师
 刘加军 山东日照市人民医院 主治医师
 杨玫生 上海第二医科大学仁济医院 主任医师
 朱健善 上海第二医科大学仁济医院 主治医师
 许伟青 上海第二医科大学 讲 师
 张佑彬 临沂医学高等专科学校 讲 师
 初燕侠 青岛大学医学院 副教授
 竺振榕 上海铁道医科大学 副教授
 郎志峰 承德医学院 副教授

前 言

症状和体征是临床医生赖以诊断疾病的主要依据,以此形成的初步诊断概念,尚需要辅以必要的实验检查或特殊的检验项目,才能作出较确切的诊断,有关这方面的参考书籍,虽已有数部,但繁简和侧重不一。我们编写《临床症状与体征诊断原理学》的意图,是为临床医护工作者、大中专院校学生及基层医务工作者,提供一本切合实用的症状与体征诊断原理的参考书。

该书着重于阐述症状、体征的发生原理和建立诊断的思维方法,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,而加以鉴别与诊断,并启发临床医务工作者对实验项目进行正确的选择。

全书的编写系由国内 30 余名专家、教授及青年学者执笔,其编写的思维方法,以主要症状与体征为纲,以疾病为目,辩证的讨论疾病的病因、发病原理及建立诊断的步骤。总论介绍各种诊断技术的适应范围、临床意义和注意事项,其余各章则以各种的常见临床症状与体征为题,分别就其病因,发病原理、检查与诊断加以叙述。在病因中比较详尽地列举了各类疾病,以开阅读者思路,使其了解应考虑各个方面,在原理方面,阐述有关症状与体征的发生原理,力求基础与临床相结合,使读者知其所以然;检查方法提出如何认识疾病的本质,以便形成诊断的方法步骤,鉴别诊断则限于介绍主要的诊断要点,以便与其他疾病相鉴别。全书内容新颖、思考周密、论述精炼,重点突出,表达醒目,实为一部有应用价值的参考书,国内尚无类似的著述。

由于本书包括全身各个系统、涉及到各个方面,编写人员较多,使各章节内容的格式、深度和广度可能并不一致。在修改过程中,尽管注意到尽量避免各章节的重复和株连,但未能完全避免,也可能有遗漏或脱节之处,加之笔者水平所限,时间苍促,纡短汲深,书中定然存在不少错误和谬误,深望广大读者赐教,批评指正。

陈常召

1996 年 10 月

目 录

第一章 总 论

第一节	临床症状与体征在疾病诊断中的意义和原则	杜心桴(1)
第二节	病理学对临床症状与体征的诊断意义	陈常召(3)
第三节	脱落细胞学对临床症状与体征的诊断指导	陈常召(6)
第四节	生物化学对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(10)
第五节	免疫学对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(12)
第六节	内窥镜对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(13)
第七节	放射性核素对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(14)
第八节	X 线对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(15)
第九节	超声对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(16)
第十节	核磁共振成像对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(17)
第十一节	骨髓对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(18)
第十二节	细胞遗传学对临床症状与体征的诊断指导	初燕侠(20)

第二章 一般症状

第一节	发 热	孙东植	宋京郁(24)
第二节	生长发育异常	孙东植	宋京郁(30)
第三节	肥 胖	孙东植	宋京郁(39)
第四节	消 瘦	孙东植	宋京郁(46)
第五节	乏 力	孙东植	宋京郁(54)
第六节	水 肿	孙东植	宋京郁(62)
第七节	失 水	孙东植	宋京郁(69)
第八节	皮 疹	孙东植	宋京郁(72)
第九节	多 汗	孙东植	宋京郁(76)
第十节	疼 痛	孙东植	宋京郁(78)

第三章 一般临床体征的概念原则

孙东植	宋京郁(86)
-----	---------

第四章 心血管系统的症状与体征

第一节	心 悸	郎志峰 (93)
第二节	心律失常	郎志峰 (97)
第三节	心脏杂音	厚炳承(111)
第四节	心力衰竭	厚炳承(116)
第五节	休 克	郎志峰(122)
第六节	低血压	厚炳承(125)
第七节	高血压	厚炳承(128)
第八节	心脏肥大	王绪州(131)
第九节	紫 绀	王绪州(141)
第十节	杵状指	王绪州(150)

第十一节	上腔静脉综合征	王绪州	(153)
第十二节	无脉症	王绪州	(156)
第十三节	猝死	王绪州	(159)
第五章 呼吸系统症状与体征			
第一节	咳嗽	席光明 张 红	(170)
第二节	咳 痰	席光明 张 红	(174)
第三节	咯 血	张 红 席光明	(177)
第四节	呼吸困难	张 红 席光明	(181)
第五节	气息异常	陈常召 高振升	(188)
第六节	呃 逆	陈常召 高振升	(189)
第七节	罗 音	陈常召 高振升	(190)
第八节	胸腔积液	陈常召 徐茂福	(193)
第九节	胸廓异常	陈常召 徐茂福	(196)
第十节	胸 痛	陈常召 徐茂福	(198)
第六章 消化系统症状与体征			
第一节	腮腺肿大	宋屿娜	(207)
第二节	吞咽困难	宋屿娜	(209)
第三节	食欲异常	宋屿娜	(212)
第四节	恶心与呕吐	宋屿娜	(214)
第五节	便 秘	宋屿娜	(217)
第六节	腹 泻	宋屿娜	(219)
第七节	腹 痛	宋屿娜	(222)
第八节	腹 水	宋屿娜	(227)
第九节	胃肠胀气	陈常召 高振升	(231)
第十节	腹内肿块	武文森	(234)
第十一节	呕血与黑便	竺振榕	(238)
第十二节	便 血	竺振榕	(244)
第十三节	直肠与肛门狭窄	竺振榕	(248)
第十四节	肝肿大	竺振榕	(249)
第十五节	黄 疸	竺振榕	(254)
第十六节	脾肿大	武文森	(258)
第七章 泌尿系统症状与体征			
第一节	排尿异常	耿 虹 刘松年	(266)
第二节	尿液异常	耿 虹 刘松年	(272)
第三节	尿道异常	刘松年 耿 虹	(286)
第八章 生殖系统症状与体征			
第一节	阴囊肿大	青成言 石东方	(301)
第二节	男子性功能障碍	青成言 石东方	(304)
第三节	性功能咨询	青成言 石东方	(307)

第四节	男性不育症·····	青成言	石东方(309)
第五节	阴道出血·····	刘荣宗	石东方(314)
第六节	闭 经·····	刘荣宗	石东方(316)
第七节	痛 经·····	刘荣宗	石东方(318)
第八节	女性不孕·····	刘荣宗	石东方(320)
第九节	白 带·····	刘荣宗	石东方(327)
第九章 血液和淋巴系统症状与体征			
第一节	贫 血 ·····	许伟青	杜心婷(330)
第二节	出 血 ·····	许伟青	杜心婷(335)
第三节	白细胞异常 ·····	许伟青	杜心婷(342)
第四节	嗜酸性粒细胞增多 ·····	许伟青	杜心婷(344)
第五节	淋巴结肿大 ·····	许伟青	杜心婷(346)
第十章 内分泌系统症状与体征			
第一节	甲状腺肿大·····	杨玖生	朱健善(354)
第二节	乳腺发育与乳汁分泌异常·····	杨玖生	朱健善(362)
第三节	性发育异常·····	杨玖生	朱健善(364)
第四节	低血糖·····	杨玖生	朱健善(369)
第五节	肢端肥大·····	杨玖生	朱健善(373)
第六节	向心性肥胖·····	杨玖生	朱健善(377)
第十一章 神经系统症状与体征			
	绪 言·····	王稳阶	刘百波(382)
第一节	头 痛·····	王稳阶	刘百波(382)
第二节	眩 晕·····	王稳阶	刘百波(383)
第三节	昏 迷·····	王稳阶	刘百波(384)
第四节	睡眠障碍·····	刘百波	王稳阶(384)
第五节	言语障碍·····	刘百波	王稳阶(388)
第六节	瘫 痪·····	刘百波	刘美萍(390)
第七节	眼球运动障碍·····	刘美萍	刘百波(393)
第八节	瞳孔异常·····	刘美萍	刘百波(397)
第九节	眼球震颤·····	刘美萍	刘百波(400)
第十节	神经痛·····	刘美萍	刘百波(402)
第十一节	不自主运动·····	陈常召	刘 健(406)
第十二节	共济失调·····	陈常召	王稳阶(412)
第十二章 精神症状和体征			
第一节	概述·····	刘加军	陈常召(416)
第二节	精神障碍的诊断方法·····	刘加军	陈常召(425)
第三节	神经症·····	刘加军	陈常召(427)
第四节	癔症与疑病症·····	刘加军	苏同明(432)
第五节	抑郁症·····	刘加军	苏同明(434)

第六节	精神分裂症·····	刘加军	苏同明(435)
第七节	特殊表现的精神分裂症·····	刘加军	苏同明(439)
第八节	躁狂抑郁症·····	刘加军	苏同明(441)
第九节	更年期精神病症状·····	刘加军	苏同明(442)
第十节	精神发育迟滞·····	刘加军	苏同明(443)
第十一节	儿童精神病症状·····	刘加军	苏同明(444)
第十二节	老年期精神症状·····	刘加军	苏同明(446)
第十三章	眼科症状与体征		
第一节	视力障碍·····	王传富	(449)
第二节	红眼·····	王传富	(455)
第三节	流泪与泪溢·····	王传富	(458)
第四节	角膜混浊·····	王传富	(460)
第五节	眼球突出·····	王大博	王传富(465)
第六节	眼睑肿块·····	王大博	王传富(468)
第七节	瞳孔变化·····	王大博	王传富(460)
第八节	视网膜改变·····	王大博	王传富(471)
第十四章	耳鼻咽喉及口腔科症状与体征		
第一节	耳聋·····	陈常召	蒋 勇(476)
第二节	耳鸣·····	陈常召	蒋 勇(480)
第三节	耳痛·····	陈常召	蒋 勇(482)
第四节	鼻出血·····	陈常召	刘 健(485)
第五节	鼻溢液·····	陈常召	刘 健(488)
第六节	声音嘶哑·····	陈常召	徐茂福(491)
第七节	咽 痛·····	陈常召	徐茂福(494)
第八节	口腔痛症·····	王新陆	蒋 勇(498)
第九节	口腔炎·····	王明德	蒋 勇(504)
第十节	口 臭·····	王新陆	蒋 勇(513)
第十一节	流涎·····	王新陆	蒋 勇(517)
第十二节	牙齿异常·····	王明德	蒋 勇(520)
第十三节	牙 痛·····	蒋 勇	王新陆(524)
第十四节	口 干·····	蒋 勇	王新陆(525)
第十五节	牙关紧闭·····	王新陆	蒋 勇(525)
第十五章	皮肤及其附属器官症状及体征		
第一节	皮肤病变的概述·····	姚贵申	(533)
第二节	皮肤损害·····	姚贵申	(533)
第三节	斑 疹·····	姚贵申	(535)
第四节	丘 疹·····	姚贵申	(539)
第五节	水 疱·····	姚贵申	(542)
第六节	脓 疱·····	姚贵申	(546)

第七节	结 节	姚贵申(550)
第八节	风 团	张佑彬 姚贵申(553)
第九节	溃 瘍	张佑彬 姚贵申(555)
第十节	皮肤肿瘤	张佑彬 姚贵申(557)
第十一节	色素异常	张佑彬 姚贵申(559)
第十二节	瘙 痒	张佑彬 姚贵申(562)
第十三节	出汗异常	张佑彬 姚贵申(564)
第十四节	毛发异常和脱发	张佑彬 姚贵申(566)
第十五节	指甲异常	张佑彬 姚贵申(569)
第十六章 运动器官症状与体征		
第一节	多处疼痛	刘 健 陈常召(571)
第二节	肢体疼痛	刘 健 陈常召(572)
第三节	颈肩痛	刘 健 陈常召(579)
第四节	脊椎和四肢畸形	刘 健 陈常召(581)

第一章 总 论

第一节 临床症状与体征在疾病诊断中的意义和原则

临床医师在治疗患者的过程中,最根本的是认识疾病,也就是疾病的诊断。只有在诊断正确的前提下,才能够得到最佳的治疗方案。如何认识疾病?我国传统医学早已指出望问闻切,也就是通过询问,得到患者主观的感觉,即症状(Symptom),通过医师的观察和检查获得客观资料,就是体征(Sign),但有时二者又不能截然区分,也没有将它们绝对化的必要。

在多数情况下,临床症状和体征在疾病诊断中的重要性超过实验室的检查,这一点常常被初学者所忽视。实验室检查结果,如不符合临床症状和体征,则应当重复实验室检查,避免因人为因素而使诊断失误。

症状往往是患者就医的主诉,既是患者要求医生帮助解决的,也是治疗最终需要解除的。因此,分析症状是医者首要的,必不可少的步骤。

有些症状是某些疾病所独有,如成年人头颅周径增大,往往是骨 Paget 氏病。舌动作障碍和发音不清,要想到舌淀粉样沉积症。成年人手足长大,是肢端肥大症的表现。

又如某些疾病具有典型发生症状,严冬、顶风、上坡行时发生心前区闷痛,往往是首次心绞痛发作。酒后,冒雨受寒后发热,又是大叶性肺炎的典型发病。饱餐后,急性腹痛,则首先考虑到溃疡穿孔和急性胰腺炎。儿童尿少,尿色呈红茶样,伴下眼睑浮肿是急性肾炎的典型起病方式。青年女性,产后停经或经量减少,伴眉毛脱落及乳晕颜色变浅,又是席汉氏综合症的通常发病情况。初患这些典型起病,往往是获得诊断的捷径。

但以上这些是经典的,并非模式。而且大多数疾病的症状又是复合的,亦即同一个症状由不同疾病引起,而同一疾病又可表现出多种症状。后者的经典例子就是系统性红斑狼疮,它可累及全身所有器官,因此曾被称之为“结缔组织病”。直到免疫学发展,才较清楚的认识到了它的发病机理。由于上述的因素,治疗疾病的前提是认识疾病,认识疾病又必须从分析症状和体征着手。这是唯物主义的科学方法,也是医学历史发展规律。无论在那一个历史时期,那一种哲学观点,其开始总是解释现象。

体征是患者身体某一部分的异常,可以通过医者的望诊、听诊、触诊和叩诊而得到的客观现象。一般说来,体征是不借助于仪器,依靠医者的感觉器官所获得的信息,虽然这与医者的经验和主观意志有密切关系,但总究是比较可靠而不易发生差错的。

有些特殊的体征,医者只要看到过一次,在再次碰到时就会出现瞬时诊断,如着色性干皮病的干燥皮肤和黑点。Marfan 氏病的高颧和蜘蛛状手指。这种诊断,往往会使患者对医生产生“神化”的感觉,而取得患者的信任。

但另一方面,一些简单的体征,由于医者一时性的失察而误诊。医学史上著名的一例是某著名内科医师,对病房中一位无名发热病人未能查出病因而烦恼,一日挚友外科医师来访无意中言及此病人,而让外科医生看看(不是会诊)。结果外科医生脱下病人袜子,暴露了小腿:“流火”,发热原因找到了,这位内科医生骂了一句不文明的话,不在此赘述。至于女性腹痛,因未暴露大腿根部,而遗漏股疝的情况,必须牢记在心。笔者曾在内科病房见到一位年青

女性,因不明原因发热,收入病房等待化验结果已三天,才发现左乳房红肿而诊断急性乳腺炎。相反的,仔细的检查,发现阳性体征可以提前作出诊断,笔者的一位耳鼻喉科老师,某日无意中扣及颈部淋巴结,立刻想到鼻咽癌的转移,即刻活检证实,放射治疗,至今已三十年而依然健在。另一位特级厨师,因外事出国体验,发现左锁前上淋巴结肿大,活检证实为转移性腺癌。寻找到胃原发病灶而及时手术治疗。

观察“手相”能诊断某一些疾病是不容怀疑的,如肝病时的肝掌,类风湿关节炎造成的畸形,慢性缺氧造成的杵状指。垂体腺瘤造成的肢端肥大,均为科学性的联系,至于“手相”中条纹和疾病的关系,虽然也有提到“通关手”与 Down 氏综合征有关,但还缺少可靠的科学证据,正确与否,有待基因密码进行解答。

症状和体征在某些情况下还能“监督”实验室检查。观察病人眼球睑结膜色泽和甲床色泽,可对实验室检查报告中的血色素进行“核对”。笔者曾多次遇到二者相差甚远,或结膜苍白而血色素正常,或反过来甲床色泽尚可而血色素少于 5 克,经再次检查而纠正。笔者也曾遇到过糖尿病酮症酸中毒,神志尚未丧失,而血气分析,PH 已降至 6.9,这显然是仪器失误。因此笔者认为仪器虽可量化,但必须符合症状。笔者也碰到过 B 超隐性,而扣诊发现脾已超出肋缘。再次 B 超而纠正。笔者认为应当时刻想到仪器失误的可能(犹如电子秤的“失控”),而体征的发现,虽精密度较逊,但不易发生差错。

以上所述均为发现体征的重要性,但是如何在感性的基础上提高到理性的认识,这就需要病理学的知识。任何症状和体征均有其独特的病理变化为基础,而这些病理变化又可以从某几个“病因”来考虑,这就是所谓推其源,才能治其本。所谓病因推测,还得从基本病理变化来衍化。传统的基本病理过程是:(1)遗传性,包括先天性畸形,一般先天性畸形是指肉眼所能见到的外观畸形。如兔唇、六指、短趾、人鱼(下肢合并如鱼尾),和尸体解剖后内脏的畸形,如先天性心脏病、多囊肾、马蹄肾、重复肠、无脾等。如把内涵扩大,则许多代谢病也是畸形,如血红蛋白病,Marfom 氏病,只是这种畸形发生在分子水平,须用仪器间接测出。(2)代谢性变化:除直接外来因素,如缺氧引起呼吸链失效、毒物引起膜结构的变化。有些代谢病亦是遗传性某些物质的缺如或“畸形”,如糖原沉积症,粘多糖病,胶原分子病和血红蛋白病。实际上是借助于仪器发现这些疾病的“体征”而已。(3)循环障碍:这是很早就被认识的一个病理过程,是血液灌流的障碍,往往是供血不足而出现的症状和体征。最明显的例子是肢端的坏疽。在坏疽发生之前的体征是动脉搏动的消失和局部温度的降低。还可以通过血管造影在 X 线荧光屏上确定部位。这往往是血栓形成所可导致。即所谓闭塞性血栓性脉管炎。再继续分析又可能得知是凝血或纤溶系统的障碍,其中又有可能是 ATⅢ 的缺乏,又是一个先天性某物质缺如。(4)炎症:这是一个古老名称,一般体表的炎症具有红、肿、热、痛,它与感染是孪生兄弟,但并非连体。有独立存在的无菌性炎(非感染)。它多数是血管变化的急性炎症,但也可以是没有血管参与的慢性肉芽肿。因之,目前对炎症的概念是模糊的,临床上主要考虑的是感染。(5)增生异常和肿瘤:这是一个现代医学的重要课题,但是增生异常和良、恶性肿瘤之间没有一个截然的分界线。如乳腺纤维囊腺病、多发性神经纤维瘤病、结肠多发性息肉病、带状瘤等都可认为增生异常,但看作良性肿瘤亦未尚不可。腹壁带状瘤的良恶性,多年来成拉锯战现象。从体征上,三者都有细胞增多,而使体积增大,以往均认为是异常增生,但是从近二十年来对细胞自然死亡(即所谓程序性死亡)的深入研究。这种细胞数量的增多也可能是细胞自然死亡的减少,或其生存时间的增长。也可称之为细胞老龄化。综上所述。症状

体征的重要性就是提供第一手客观实际资料。而从此着手进行初步病理过程的探讨。

此外,有些症状和体征是“联合体”或“集团公司”形式出现,熟悉这种联合症状,对诊断可具有正确和快速,如 Hand-Schüller-Christian 病的骨质缺损、突眼和尿崩症;Felty 综合症的淋巴结肿大、类风湿关节炎,脾大和白细胞减少;儿童类风湿关节炎伴淋巴结肿大的 Still 氏综合征。医者熟悉这些“共同体”顺藤摸瓜,可找出一系列的症状和体征。

以上的症状和体征均为明确诊断,或为作诊断的线索,这犹似侦探工作中的收集物证,然后分析,去伪存真,进行综合分析。在医学中有一条“黄金法则”,就是一元论,即一位病员的所有阳性症状和体征,用一个疾病来解释,亦即是把各个症状和体征归纳在一个疾病的病理变化。如肺出血肾炎综合征。肾腺癌和红细胞增多。特别是副肿瘤综合征的神经病变,肌病,血钙过高等更需注意。

症状的观察,体征的发现,进行分析-综合作出诊断果然是医者所必须学会的基本知识和技能。在明确诊断的情况下,观察症状和体征亦非常重要,如肝硬化患者脐旁静脉曲张,即所谓“蛇发头”,可以反映食管下端静脉曲张的情况。眼球球结膜水肿可以反映脑水肿的程度。

总之,症状和体征的认识和分析,是诊断的基础和必经途径。仪器分析只是“延伸”对症状和体征的认识。

(杜心亭)

第二节 病理学对临床症状与体征的诊断

病理学是研究疾病病因、发病机制、形态结构改变以及由此而引起的功能变化的一门基础医学与临床医学之间的桥梁学科。Morgagni 于 1761 年著成的《疾病的位置与原因》一书,为病理学的发展奠定了基础。以后许多学者将尸检所见与临床表现相联系,相继发现了许多疾病的临床与形态学特点,丰富了病理学的内容。尸检成为检验临床诊断正确性的必不可少的程序。1843 年 Virchow 开始用显微镜观察病变部位的细胞和组织结构,并于 1858 年发表了他著名的《细胞病理学》,从而开创了细胞病理学时代,1932 年 Knall 和 Rnscha 发展了透射电镜,1938 年 Ardenne 首创了扫描电镜。电子显微镜的问世使病理学从细胞水平向亚细胞结构深入,由此产生了超微结构病理学。免疫学的进展促进了免疫病理学和免疫组织化学的发展。细胞遗传学的研究进展进一步充实了有关疾病的病理学。20 世纪 50 年代是生物化学突飞猛进的发展时期。1953 年 Watson 和 Crick 发现了 DNA 的双螺旋结构及 DNA-RNA-蛋白质(包括各种酶)的化学顺序。分子生物学技术是目前病理学中广泛应用,并促进病理学进一步深入到分子水平,为分子病理学的建立奠定基础的重要新兴学科。

机体发生疾病时,组织和器官常发生形态变化。我们可通过肉眼和显微镜对其进行检查,配合临床作出病理诊断,称为病理检验,病理检验工作需要富有经验,且具有一定临床知识的病理专业医生担任。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和器官,后者是对死后的尸体进行检查。活检的有利条件是有可能看到疾病的早期及发展过程中各个阶段的变化,但不利条件是观察到的病变常有一定的局限性,尸体所看到的病变比较系统而全面,但通常只看到疾病的最后改变,如将尸检发现与患者生前的活检病变结合起来,我们对疾病的认识则更深入,有助于病理诊断水平的

提高。

一、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协助临床对疾病作出及时确切的诊断,深受临床医生的重视和广泛应用。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,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。事实上,活检不仅限于外科,并与临床各个学科如皮肤科、妇产科、口腔科、眼科及耳鼻咽喉科等密切相关。在内科,需用活检辅助临床诊断的疾病也很多,并涉及各个系统。近年来,国内开展肾穿刺活检已作为内科肾脏疾病的诊断常规,对肾脏疾病的鉴别极为重要。

就疾病的性质而言,活检可用于以下五大类疾病的诊断:

1. 肿瘤 活检对肿瘤的诊断颇为重要,尤期是对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序、恶性肿瘤的发展阶段以及有无转移等都有很大作用,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。

2. 癌前病变 少数恶性肿瘤可由良性肿瘤演变而来,更多的恶性肿瘤系经癌前期病变发展而成。根据病理形态学概念,癌前期病变伴有“异型”或“不典型”的细胞增生,“不典型”增生的程度愈重,癌的可能性愈大。常见的癌前期病变包括口腔或外阴粘膜白斑、重度宫颈糜烂、乳腺纤维囊性乳腺病、慢性萎缩性胃炎、皮肤慢性溃疡等。这些病变不是癌,也不一定都发展成癌,经适当治疗仍有可能恢复正常或长期停滞不变。当病理检查发现仍有癌前病变时,应及时治疗,并严密随访,必要时可行预防性手术切除。

3. 瘤样病变 瘤性病变不是真性肿瘤,但临床上与真性肿瘤难以区别,须经病理检查证实。瘤样病变主要有以下四类:(1)与生长或发育异常有关的病变,如先天性畸形、先天性发育残存、异位发育组织及错构瘤等各种病变;(2)瘤样增生炎、如假上皮瘤样增生、假性淋巴瘤、浆细胞肉芽肿、淋巴结反应性增生、结节性筋膜炎、增生性肌炎等;(3)修复再生性瘤样增生,如龈瘤、韧带样纤维瘤、肝局灶性结节性增生、创伤性神经瘤等;(4)激素障碍性瘤样增生,如乳腺纤维囊性病、子宫内膜增生过长、各种内分泌腺的结节性增生等。

4. 炎性病变 临床上,多数炎性病变,不经活检,即可确诊。但也有一些炎性病变需要经活检辅助才能确定诊断。常见的炎性病变主要有以下三类:(1)由生物性病原体引起的炎性病变,包括细菌、霉菌、寄生虫和病毒性疾病。有些病原体具有一定的特征性,在组织切片中可找到病原体,如结核、麻风、放线菌病、阿米巴病、肺吸虫病、伤寒、病毒性肝炎等可作出肯定的病理诊断。但更多的炎性病变无特异性,只能证明是炎性病变而不能确定其原因。(2)与免疫反应有关的炎性病变,包括各型肾小球肾炎、桥本氏甲状腺炎、系统性红斑狼疮,结节性多动脉炎、皮炎等,可通过活检配合得到确诊。(3)由理化因子或异物引起的炎性病变,如药物性心肌炎、酒精中毒性肝炎、异物性肉芽肿、精子肉芽肿等,亦经活检证实。

5. 其他病变 如某些不育症可经睾丸及卵巢活检证实,各种肌营养不良的鉴别也需活检配合,才能诊断等。

(二)活检的方式

1. 钳取活检 这是一种常用且较简便的取材方式。适用于体表皮肤溃疡、菜花状肿块或接近体表的粘膜病变,如口腔粘膜、宫颈粘膜、各种纤维内镜可对直肠粘膜、膀胱粘膜、胃粘膜、十二指肠、结肠及段支气管等处粘膜可在直视下用活检钳取病变组织。

2. 切取活检 这也是一种常用的取材方式,直接从病变处切取小块组织进行活检,可用于临床不能确诊的一些体积较大的体表或接近体表病变,也可用于剖腹、剖胸及开颅探查中发现的病变组织。

3. 穿刺活检 穿刺活检比较简单,有两类,一类是细针利用负压吸取组织,另一类是粗针带蕊子而能直接夹取组织。穿刺活检所取组织较小,可于固定后制成切片,但过少的组织,只能作涂片行细胞学检查常用于肝、脾、肾、骨髓、胸膜及骨膜等组织的病检,穿刺活检需要熟练的技术,还应掌握适应征和禁忌征,否则不能获得阳性诊断或造成严重并发症。

4. 切除活检 临床诊断较有把握的疾病,认为需行手术切除病变组织或器官者,可直接行切除术,但切除标本应送病检。活检的目的主要通过病理验证临床诊断,如有与临床诊断不符,还可增添一些必要的治疗措施,若为恶性瘤可在术后加用放疗或化疗。

5. 痰液及胸、腹水沉渣的切片检查 痰液检查标本的收集一般采取新鲜标本,把从气管内深处咯出的粘稠痰液,用极薄的镜纸包好,用酒精或福尔马林液固定后制作切片观察。检查胸、腹水时,首先将其离心沉淀,除去上清液,用 95% 酒精固定沉淀,或加少许蛋清使其凝集,然后进行包埋、切片。主要用于肿瘤的诊断。

(三)冰冻切片检查

活检具有诊断作用,多数在治疗前进行,但有些活检可与治疗结合在一起,又称其为冰冻切片检查。冰冻切片检查绝大多数用于鉴定病变是否为肿瘤,是良性或恶性,或是否已有远处转移,目的是决定手术的方式及切除的范围。如乳腺肿块的良恶性,决定是否需作根治术。又如肢体肿瘤的性质,决定是否要截肢等。对病理医生来说冰冻切片要求快、准确、可靠。但病理切片的质量一般均不如石蜡切片,另外取材有限,因此并不是所有冰冻切片都能做到快、准确和可靠。因此,当遇到不能作出明确诊断时,应请临床医生取代表性的组织或请临床医生等石蜡切片的结果,切勿勉强诊断,以免造成误诊或事故。

(四)活检取材应注意的问题

1. 取材部位要准 取材部位一定要准,原则上,必须从病变最明显的部位采取。如同一区有多个淋巴结肿大时,则应取部位深、体积大、难取的淋巴结病变常较明显。对外生性肿物,取材要有足够的深度。对于溃疡性病变,不要在溃疡中心变性坏死组织或表浅部位取材,则应取其溃疡边缘及深部组织。在内镜检查时,病变的识别能力很重要,经验丰富的临床医生对病变的取中率明显高于经验不足的医生。对宫颈、女阴及肾粘膜等部位的活检,在条件允许的情况下,可适当多取几块组织,以免遗漏主要病变。

2. 取好组织与及时固定 活检器械包括刀、钳、针等均要锋利,操作要细致,尽量避免牵拉或挤压组织。取出的组织必须立即固定,常用的固定液为 10% 中性福尔马林,固定液的体积就 10 倍于标本的体积。容器的瓶口宜大,以便标本的取出。手术切除的肿瘤或器官,即使体积庞大,也应将完整的标本及时固定,及时送病理医生检查,否则有碍于深处组织的固定。淋巴结标本在固定前可先切开,做几张印片后,再投入固定液。切片配合印片一起观察,则有助于病理诊断的准确性。

3. 认真填写病理检验申请单 送检标本应附有申请单,逐项填写清楚,包括患者的年龄,主要临床病史及各项辅助检查,如化验及 X 线等结果、手术所见及标本来源。如系肿瘤则应注明肿瘤发现时间、部位大小、生长迅速,有无转移及转移部位等情况。作过活检的病例应注明前一次活检的检查单位,病理号码和病理诊断,以便进行复查,将前后病变进行对比

观察,填写的检验申请单若不符合要求,病理医生有责任要求重新填写。

(五)活检病理诊断的参考价值

病理诊断是根据肉眼和显微镜下所见的各种变化,结合临床资料进行分析和综合而作出的,在多数情况下可以得出较肯定的诊断。病理诊断可与临床诊断一致,也可不一致,如果病理诊断过硬,可以纠正临床诊断。

有一些因活检材料不足而不能得出诊断,可以作连续切片;如有多余组织,还可重新取组织块制片,条件允许时,也可要求临床医生重送活检。

有一些疾病的病理诊断较为复杂,如某些肿瘤类型方面的鉴别诊断,需加用一些普通特殊染色即可确诊,也有时需要配合比较高级的病理辅助技术,包括酶的组织化学、免疫荧光抗体技术、免疫过氧化物酶标记技术及电子显微镜检查,这些技术可发现一般病理性技术难以发现的超微结构,细胞产物及病毒性抗原等等。活检取出的组织不能全部固定在福尔马林溶液以内;如需电镜检查,应留一些组织立即用戊二醛固定,某些酶的组织化学与免疫荧光抗体技术又须用新鲜组织冰冻切片检查。

有一些病变不够特异或形态不够典型的疾病,病理诊断颇为困难,如某些非肿瘤性病变与恶性肿瘤的鉴别诊断,以及介于良恶性之间的交界性肿瘤的诊断。因此类诊断常涉及到不同的治疗方案。病理医生除需查阅文献资料,同道间的商讨或请求有经验的医生会诊以外,还必须强调病理诊断也不能完全依靠形态学改变。而应与临床密切结合,但又不能盲目依赖临床。病理医生可以亲自检查病人,了解病情,临床医生也可到病理科看标本和切片。还可举行临床病理讨论会,共同分析各种现象,有助于进一步认识病变的本质,充分发挥病理诊断的主导作用。对一些实在难以肯定的诊断,应在病理报告中如实加以说明,供临床参考。

二、尸体检验

尸体检查是验证生前的诊断和治疗措施的效果,阐明疾病的并发症及死亡原因,探讨疾病的发生、发展规律,因此,应该广泛宣传尸检的意义,积极开展与推广尸检工作。

尸检时,临床医生应临场观察、介绍病史,并指出尸检的重点注意问题,病理医生应严肃认真,事先应了解病史及治疗过程,以及临床医生对尸检的要求。这样可以有目的有重点的进行观察,对各个脏器及骨骼,选出组织块进行组织学检查。尸检时,要找到直接或间接死亡原因。肉眼检查后,要及时完成详细记录,并写出初步诊断。

根据肉眼和镜下检查,结合临床资料,作出全面系统的尸检总结报告书。其内容应包括主要疾病、继发病变、死亡原因,并写出尸检小结,选择一些尸检材料,组织临床病理讨论会,共同总结经验,吸取教训,相互学习,至为重要。尸检资料的积累,可为医疗、教学及科研服务。

(陈常召)

第三节 脱落细胞学的检查与诊断

临床细胞学是根据脱落细胞的形态改变,诊断癌瘤与观察其他疾病的一种学科。近年来由于细胞生物学、细胞化学、细胞免疫学、细胞动力学、特种显微技术以及电子细胞分析器的进展,细胞学的内容更为丰富,应用范围更为广泛。诸如细胞核的性染色质、肿瘤细胞染色体的变异与肿瘤生物学行为的关系,以及利用细胞化学与细胞形态结合,以观察细胞的代谢和

功能上的改变等,都可以利用细胞学去观察,并已开始为临床服务。

细胞学在临床上的应用主要在于能发现癌瘤,特别是诊断早期癌、观察癌前病变,其次则为鉴定肿瘤的类型和性质,协助临床制定治疗方案,观察疗效,并研究其治愈机理。在大规模开展癌症的防治工作中,临床细胞学也发挥了重要作用,并在理论上和技术上都得到了进一步提高。

细胞学方法简便易行,对癌瘤的早期诊断准确率高,在基层普及推广,尤有积极意义。

通过脱落细胞学检查癌瘤的价值如下:①采取标本的方法简便、安全,诊断准确性高,对病人无损或痛苦很少。②癌瘤在早期阶段,病灶小,肉眼和X线或内窥镜检查不易发现,或活组织检查有时不易切中时,已有可能从脱落细胞中发现癌细胞。③对某些肿瘤的普查具有初筛或确诊作用,对浅表性肿瘤如宫颈癌等通过细胞学初筛,再根据活组织检查即可获得确诊,对食管癌、肺癌等深部肿瘤,结合其他检查,可以作为确诊的依据。④可以获得深部器官,如子宫、输卵管、肺、胃、胸膜腔等部位的标本作检查。但脱落细胞学检查有其局限性:①有一定的误诊率,即假阳性或假阴性。假阴性的原因可由于标本的采集不符合要求,涂片时取材不当,未取得癌细胞;癌肿表面尚完整,或癌肿有出血、坏死,镜检不仔细或经验不足,把不典型的癌细胞误认为正常细胞或炎症变形细胞。造成假阳性的主要原因是把炎性核异质细胞误认为癌细胞。②能对肿瘤定性,但不能定位。细胞学诊断虽为阳性,但如病灶小,肉眼或X线不能显示肿瘤部位时,除食管癌、肺癌外,依靠细胞学检查不能对肿瘤定位。③细胞学诊断应有活组织检查证实,或结合临床其他检查,方能作出明确诊断。

如果细胞学诊断与其他检查结果不符合,应严格按以下原则处理:①如细胞学诊断阳性,而其他检查如病理、X线、食管镜检查等为阴性时,应复查原涂片是否符合阳性诊断的标准,如原涂片的诊断无误,须进一步的详细检查以求确诊。②细胞学诊断阴性而其他检查结果为阳性时,如其他诊断无误,应即按癌瘤处理,如其他诊断尚不能完全确诊,须重复细胞学检查和其他必要的检查。③细胞学诊断与其他诊断结果不符而一时不能作出结论时,须严密定期随访。

涂片制作的好坏,对于诊断具有重大意义,必须根据不同的标本认真做好制片工作。常用的染色方法有苏木精-伊红染色法、巴氏染色法、邵氏染色法及湖蓝染色法等。巴氏染色法能显示细胞核的详细结构、透明度好,分色清晰,适应于检查癌瘤或内分泌变化,但操作较烦琐。苏木精-伊红染色法操作简便,也具有透明度好,分色清晰的优点,最为常用。

细胞学诊断的分级,常用者有五级法、四级法和三级法。出报告时应予注明,以便临床医生有所遵循,避免错误的理解。

一、细胞学诊断的分级

(一)五级法(巴氏分级法)诊断标准

I级:未见异常细胞(正常)。

II级:有非典型细胞,但无恶性象征(包括良性变形细胞、炎症增生细胞、核异质细胞等)。

III级:有可疑癌细胞。

IV级:有癌细胞,待证实(如少数已分化圆形癌细胞,未分化或退化的高度可疑的恶性细胞等)。

V级:有典型的癌细胞。