



儿科 临床诊断学

陈光福 主编

天津科学技术出版社



天津科学技术出版社

儿科临床诊断学

陈光福 主编

1107.208 4

图书在版编目(CIP)数据

儿科临床诊断学/陈光福主编. - 天津:天津科学技术出版社, 2002. 6

ISBN 7-5308-3204-2

I. 儿... II. 陈... III. 儿科学: 诊断学

IV. R720.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 084737 号

责任编辑:于伯海

焦美红

版式设计:雒桂芬

周令丽

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:王树泽

天津市张自忠路 189 号 邮编 300020 电话(022)27306314

天津新华印刷二厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/16 印张 50.25 字数 1 168 000

2002 年 6 月第 1 版

2002 年 6 月第 1 次印刷

定价:75.00 元

编写者名单

主 编

陈光福

编 委

(按姓氏笔划为序)

王 成	文飞球	陈光福	李双杰
吴本清	肖钢明	肖超跃	张书田
金立明	周克英		

编著者

(按姓氏笔划为序)

马启玲	王 成	文飞球	卢永田
史 斌	陈光福	李双杰	李志辉
李 博	吴本清	肖钢明	肖超跃
肖 昕	张书田	张启山	宋金枝
汪 浩	金立明	周克英	徐 芳
高红英	黄 榕	崔丽萍	潘小梅

序 一

科学在发展,知识在更新。随着信息时代的到来,知识更新的周期越来越短,儿科领域同其他医学学科一样,新进展、新知识、新技术也日新月异。因此,我们儿科医务工作者必须不断地加强学习,才能紧跟医学发展的步伐,赶上国际先进水平,更好地为我国广大儿童的健康成长服务。

由陈光福博士主编的《儿科临床诊断学》一书,内容丰富新颖、叙述简明扼要、思路清晰、操作性较强。本书的主要作者为获硕士或博士学位的副教授和教授(主任医师),他们具有扎实的医学理论基础、过硬的临床基本功以及丰富的临床工作经验。作者在编写过程中,主要参阅了近几年国内外儿科的最新文献,因此,本书充分反映了国内外儿科学的新进展,具有一定的临床实用价值。

相信本书的出版将有助于中青年儿科医师拓宽临床诊断思路,在实际工作中充分认识儿科疾病的特点,掌握正确的收集临床资料的方法,并能充分运用辩证思维的方法进行诊断与鉴别诊断,从而减少误诊率和漏诊率,提高诊断符合率和治愈率。因此,本书是儿科医师及医学生的临床实用参考书。

北京儿童医院名誉院长
中国工程院院士

胡亚美教授

2001年6月30日

序 二

人类已经进入 21 世纪,随着科学技术的飞速发展,生命医学领域同样取得了许多令人瞩目的成就。现代医学发展正日新月异,新知识、新进展、新技术大大丰富了人们对疾病规律的认识,临床医师也有了更多先进的诊断仪器和手段。然而,无论使用多么高精尖的仪器和实验室检查,由于疾病的临床特征因人而异,即“同病异症”或“异病同症”,病人的实际病情往往错综复杂,变化多样,如果片面强调器械检查或实验室检查结果的重要性,而忽视全面的病史分析和详细的体格检查,则容易误诊误治。因此,正确的临床诊断主要来自医生扎实的医学基础理论、丰富的临床经验、认真细致的工作态度、严谨的临床思维方法以及必要的辅助检查结果。

《儿科临床诊断学》以症状和体征为纲,以疾病为目,按概述、病因分类及机理、诊断步骤和诊断要点进行阐述。本书编排体例新颖,层次分明,条理清楚,内容完整,叙述简明,便于记忆和掌握,有助于儿科临床医师进行辩证的、系统的诊断和鉴别诊断,丰富和拓宽临床诊断思路,从而建立正确的临床诊断。

本书作者多是从事儿科临床和研究工作多年的博士、硕士与教授。他们在参阅了近几年国内外儿科医学新进展的基础上,结合自己的临床工作体会编写了此书。相信此书的出版将成为中青年儿科临床医生及医学生一本较为实用的临床参考书。

中南大学 湘雅医院
儿科教授 博士生导师

虞佩兰

2001 年 4 月 29 日

前 言

疾病的诊断是临床医生的一项首要工作任务,早期正确的诊断能为及时正确的治疗提供依据。但是,要做到这一点并不是一件轻而易举的事情。小儿由于生长发育旺盛,全身各系统器官的形态功能均处于不同的发育阶段,其疾病的表现尤其复杂多变,如果缺乏全面细致的病史分析、体格检查、病情观察以及临床思维方法,则容易发生误诊误治。为了帮助儿科临床医师拓宽诊断思路,在实际工作中充分认识儿科疾病的特点,掌握完整的收集临床资料的方法,并善于运用辩证思维的方法学进行诊断与鉴别诊断,进而有针对性地选择实验室检查,从而做到早期确诊,以提高临床诊断符合率和治愈率,切实减少误诊率和漏诊率。这就是我们编写《儿科临床诊断学》一书的目的。

本书内容新颖、简明扼要、条理清楚、实用性强。通过以症状和体征为主线展开阐述,使临床医生根据主要症状或体征的性质特点进行辩证思维,逐步进行分析和对比,从而尽快地建立起初步诊断,并在进一步临床验证后确定诊断。全书共分16章,第一章为儿科临床诊断的思维方法和特点,主要介绍临床诊断的基本步骤和思维方式。第二章为儿科临床基础知识,介绍小儿各年龄分期的生长发育规律及器械检查的特点。第三章为新生儿疾病的鉴别诊断。第四章和第五章为常见症状、体征的鉴别诊断。其余章节则按系统分类,对每个症状、体征分别按概述、病因分类、诊断步骤和诊断要点进行阐述。病因分类按病因、发病部位或性质特点进行分类,并简要介绍每一类疾病的发生机理,目的是拓宽诊断思路,丰富理性知识。诊断步骤包括病史采集、体格检查、辅助检查的选择及诊断的确立。诊断要点则按类分别介绍各种疾病的临床特点、确诊依据或诊断标准及鉴别诊断。本书编排层次分明、条理清楚,通过简明扼要地阐述病因分类、诊断步骤、临床特点、诊断标准及鉴别诊断要点,使诊断思路连贯、步骤紧凑,有助于临床工作中进行完整的诊断与鉴别诊断分析。

本书编写过程中得到了我国著名儿科专家虞佩兰教授的热忱指导与鼓励。虞教授一贯重视临床思维与实践,她“边补边脱”的理论和对小兒脑水肿的建树正是源于她对临床实践的辩证思考。她虽年届80高龄,仍坚持到临床一线指导工作,解决实际问题,这种严谨的工作作风、辩证的学术思想和丰富的临床经验是学生遵循的榜样。

由于我们的学术水平及经验有限,加上编写时间仓促,书中难免存在错漏,殷切希望儿科同道斧正。

陈光福

2001.6 于深圳

目 录

第一章 儿科临床诊断的思维方法和特点

- 第一节 儿科临床诊断的基本过程 (1)
- 第二节 儿科临床诊断的思维方式 (3)
- 第三节 儿科临床诊断的思维特点 (5)

第二章 儿科基础及器械检查特点

- 第一节 小儿各年龄分期特点 (7)
- 第二节 小儿体格发育指标 (11)
- 第三节 小儿各系统发育特点 (15)
- 第四节 小儿 X 线检查特点 (20)
- 第五节 小儿 X 线计算机体层摄影检查特点 (23)
- 第六节 小儿心电图检查特点 (25)
- 第七节 小儿脑电图检查特点 (26)
- 第八节 小儿超声检查特点 (28)
- 第九节 小儿磁共振成像检查特点 (29)
- 第十节 小儿放射性核素检查特点 (31)
- 第十一节 小儿纤维内镜检查特点 (33)
- 第十二节 小儿颅内压监测 (36)

- 第十三节 小儿中心静脉压测定 (38)

第三章 新生儿疾病

- 第一节 新生儿黄疸 (40)
- 第二节 新生儿呕吐 (48)
- 第三节 新生儿呕血与便血 (55)
- 第四节 新生儿呼吸困难 (59)
- 第五节 新生儿青紫 (65)
- 第六节 新生儿呼吸暂停 (72)
- 第七节 新生儿惊厥 (76)

第四章 发热

- 第一节 概述 (87)
- 第二节 急性发热 (88)
- 第三节 长期发热 (105)
- 第四节 慢性低热 (115)
- 第五节 周期性发热 (122)

第五章 一般症状体征

- 第一节 水肿 (128)
- 第二节 体位异常 (132)
- 第三节 特殊面容 (135)
- 第四节 步态异常 (142)
- 第五节 淋巴肿大 (145)
- 第六节 头围增大 (150)
- 第七节 颅形异常 (154)
- 第八节 黄疸 (157)
- 第九节 青紫 (161)
- 第十节 身材矮小 (166)

第六章 呼吸系统

- 第一节 咳嗽与咯痰 (172)
- 第二节 咽痛 (188)
- 第三节 咯血 (192)
- 第四节 胸痛 (199)
- 第五节 气喘 (206)
- 第六节 呼吸困难 (210)
- 第七节 胸腔积液 (214)
- 第八节 呼吸衰竭 (218)
- 第九节 气胸 (223)

第七章 心血管系统

- 第一节 心悸 (226)
- 第二节 高血压 (232)
- 第三节 低血压 (237)
- 第四节 休克 (239)
- 第五节 心动过速 (245)
- 第六节 心动过缓 (251)
- 第七节 心脏增大 (255)
- 第八节 心脏杂音 (269)
- 第九节 心音异常 (274)
- 第十节 脉搏异常 (277)
- 第十一节 心包积液 (279)
- 第十二节 心力衰竭 (282)
- 第十三节 心跳骤停 (288)

第八章 消化系统

- 第一节 恶心与呕吐 (291)
- 第二节 食欲下降 (297)
- 第三节 呕血 (299)
- 第四节 便血 (305)
- 第五节 腹痛 (312)
- 第六节 腹泻 (327)
- 第七节 肝脾肿大 (339)

第九章 泌尿系统

- 第一节 血尿 (349)
- 第二节 少尿 (357)

- 第三节 多尿 (362)
- 第四节 蛋白尿 (368)
- 第五节 尿频、尿急与尿痛 (378)
- 第六节 尿失禁 (382)
- 第七节 尿潴留 (384)
- 第八节 遗尿 (386)
- 第九节 尿色异常 (387)

第十章 血液系统

- 第一节 贫血 (393)
- 第二节 出血倾向 (412)
- 第三节 紫癜 (419)
- 第四节 红细胞增多症 (424)
- 第五节 白细胞增多症 (426)
- 第六节 白细胞减少症 (432)
- 第七节 嗜酸性粒细胞增多症 (436)
- 第八节 血小板减少 (439)
- 第九节 弥漫性血管内凝血 (446)

第十一章 神经系统

- 第一节 头痛 (451)
- 第二节 惊厥 (466)
- 第三节 昏迷 (484)
- 第四节 瘫痪 (491)
- 第五节 眩晕 (501)
- 第六节 晕厥 (504)
- 第七节 震颤 (508)
- 第八节 共济失调 (513)
- 第九节 舞蹈动作 (525)
- 第十节 扭转痉挛 (529)
- 第十一节 肌阵挛 (531)
- 第十二节 瞳孔异常 (534)
- 第十三节 手足徐动症 (536)
- 第十四节 颅内高压征 (538)
- 第十五节 颅内低压征 (545)
- 第十六节 脑膜刺激征 (547)
- 第十七节 脑积水 (555)
- 第十八节 脑萎缩 (559)

第十九节	智力低下	(562)
第二十节	神经系统疾病的定位	
	诊断	(581)
第二十一节	神经系统疾病的定性	
	诊断	(591)

第十二章 内分泌及代谢异常

第一节	糖尿	(593)
第二节	性早熟	(601)
第三节	低血糖症	(606)
第四节	肥胖症	(612)
第五节	消瘦	(616)

第十三章 皮肤损害

第一节	斑丘疹	(624)
第二节	结节	(630)
第三节	荨麻疹	(636)
第四节	疱疹	(639)
第五节	脓疱	(645)
第六节	糜烂	(648)
第七节	瘙痒	(651)
第八节	色素沉着	(654)

第十四章 运动系统

第一节	关节肿痛	(660)
第二节	肌肉萎缩	(671)
第三节	肌无力	(681)
第四节	骨骼畸形	(688)

第十五章 五官症状

第一节	眼球突出	(703)
第二节	视力障碍	(705)
第三节	听力减退	(709)
第四节	耳鸣	(713)
第五节	鼻腔出血	(717)
第六节	咽部异物感	(720)
第七节	声音嘶哑	(722)
第八节	口臭	(724)
第九节	口腔溃疡	(726)
第十节	牙齿异常	(727)

第十六章 其他

第一节	出汗异常	(733)
第二节	反复感染	(737)
第三节	中毒	(750)

附录1	儿科临床诊断穿刺技术	(761)
附录2	儿科临床常用诊断性试验	(772)
附录3	儿科临床常用检验正常参考值	(780)

第一章 儿科临床诊断的思维方法和特点

第一节 儿科临床诊断的基本过程

疾病诊断的基本过程就是具体认识疾病本质的过程。即通过详细深入地询问病史,周密细致的体格检查和有针对性地选择辅助

检查,然后运用逻辑思维的方法对所收集的资料进行综合分析推理判断,从而建立诊断的过程。

一、搜集资料

临床资料包括完整的病史、阳性体征、实验室检查与器械检查结果。在调查研究、收集临床第一手资料的时候,必须做到全面、系统、真实。只有真实的、系统的、完善的临床资料才能建立正确的诊断。

1. 病史采集

儿科病史包括一般项目、主诉、现病史、个人史、过去史和家族史,完整的病史采集需要掌握询问儿科病史的技巧,主要在于耐心听取和重点提问,注意分辨真伪,切忌暗示诱导,询问时态度和蔼、语言亲切。

(1)一般项目 有姓名、性别、民族、实足年龄和父母的姓名、年龄、职业、文化程度、住址,以及代主诉者与患儿的关系。

(2)主诉 为促使患儿就诊的主要原因,包括主要症状的发生部位及持续时间,而不是次数。

(3)现病史 即患儿现患疾病的详细经过,包括6个方面:①起病的时间和方式;②症状的特点、部位和性质;③伴随症状和鉴别症状;④疾病的诊治经过,所用药物的名称、剂量、应用时间、就诊经过、治疗效果等;⑤起病前的健康状况及患病后的精神状况、食欲、大小便、睡眠、性格体重改变等;⑥与现病有密切关系的疾病,如发病同时或1~3周前有上呼吸道感染、腹泻等病毒感染史,是病毒性心肌炎的诊断依据之一。

(4)个人史 详细了解患儿的个人史,有助于明确此次疾病的病因,并早期发现发育迟缓的小儿。小儿个人史与成人不同,包括出生史、喂养史、生长发育史及预防接种史。出生史应问清第几胎第几产,妊娠周数,母亲妊期的健康、饮食、营养状况,妊娠早期有无风疹、巨细胞病毒感染,是否有全身性疾病及产科疾病,用药情况,接触毒物或电离辐射情况;分娩持续时间,是否难产、手术产或剖腹产,是否用过麻醉剂或镇静剂;患儿出生体重,有无窒息、青紫、苍白、出血、惊厥、黄疸、昏迷、畸形等。喂养史在婴幼儿应询问其喂养方式,如母乳喂养、人工喂养或混合喂养,喂养方法,添加辅食时间、种类和量,何时断奶及断奶后的饮食情况;年长儿应注意其饮食习惯,有无偏食、异食癖、食物过敏史等。发育史包括小儿体重、身长、头围,何时抬头、会笑、认人、独坐、翻身、站立、走路、说话等,出牙的次序及现有的牙齿数目,在幼儿园或学校的学习情况及其与同学的关系,个人性格,有无异常习惯,如吮指、咬指甲、屏气、过渴、喜饮、遗尿等。预防接种史应了解是否按计划进行过免疫疫苗接种。

(5)过去史 有无心血管、呼吸、消化、神经、泌尿等系统的严重疾病。有无传染病史,以及与本次疾病有关的过去病史,如热性惊厥史、药物过敏史、手术史、意外损伤史。

(6)家族史 父母年龄、职业、种族、健康状况、有无亲属关系,如已死亡,应记录死亡时间和死亡原因。家族有无遗传性疾病、结核、肿瘤、神经或精神疾病史,同胞及近亲的健康状况,母亲妊娠史。居住条件、家庭教养及当地有无地方病、流行病等。

2. 体格检查

体格检查所取得的阳性体征对于建立诊断至为重要。在询问病史获得一些初步资料后,往往还不能确立疾病的诊断,只有在全面、认真地进行体格检查并有所发现后,才有可能建立初步诊断。因此,体格检查对于诊断的重要性显而易见。医生进行体格检查时,必须充分认识体格检查的重要性,熟悉儿科临床的特点,掌握儿科体格检查的方法和技巧,取得患儿的合作。注意检查室光线要充足、室温应适宜,以便尽量暴露检查部位,检查项目要全面,顺序和体位应视患儿年龄大小、病情轻重、儿童情绪及检查部位而定,避免漏检重要体征。对合作的年长儿可按自上而下的顺序进行体检,一般先作整体视诊,如观察小儿的面容、表情、营养及发育状况,五官、四肢是否对称,有无畸形,姿势、体位、动作及步态等。以后依次检查头面部、颈部、

胸背部、腹部、四肢、肛门、外生殖器、神经系统反射等。皮肤与淋巴结的检查可在各部位检查时顺便进行,亦可在前。对婴幼儿,应趁小儿安静时,先作心肺听诊、腹部听诊及触诊,并数呼吸、脉搏。耳、鼻、眼、口腔、咽喉部分的检查最易引起不适,宜放在最后检查。

3. 实验室及器械检查

根据详细可靠的病史资料,结合系统全面的体格检查,是诊断疾病最基本的方法。随着现代科学技术的飞速发展,人们得以借助生物化学、生物物理、免疫学、电子信息、核物理及光学纤维等技术,来研究分析疾病的本质和现象。这些现代诊断技术的应用,无疑给临床医师带来很大的帮助。尽管如此,实验室检查和器械检查仍要结合临床表现有目的地进行。首先应选用有效而又简便的检查项目。在安排某项检查时,应考虑该检查的特异性、敏感性,检查和标本采集的时机是否合适,标本选送、检验过程有无误差,并应考虑病情的轻重,对有损伤的检查还应权衡利弊。对于实验室检查和器械检查的结果,必须结合临床情况来分析,才能作出正确的评价。切忌片面依靠实验室检查或器械检查下诊断的做法。

二、分析判断

将问诊、体格检查、实验室检查和各项器械检查等调查研究方法所收集到的临床资料,进行归纳整理,并运用综合分析和推理判断的方法,提出诊断,这是疾病诊断的第二个环节。在综合分析、推理判断的过程中,首先必须将全部临床资料加以归纳,哪些是主要的,哪些是次要的,并将可疑的材料认真复查、核实,然后进行综合分析,明确其相互关系,从而进一步推断病变的部位、性质和病因。

疾病的表现各式各样,在不少的情况下出现“同病异症”或“异病同症”。在疾病的早期、复杂病例或不典型病例时,诊断应根据一

个主要病症,或先将几个重要的病症组成一个综合征,然后提出一组可能的待鉴别的疾病,进行相互鉴别。在提出一组待鉴别的疾病时,应将有可能性的全部疾病都考虑在内,思路要广,知识要全面,以防遗漏而导致误诊、漏诊。但是提出一组待鉴别的疾病时,应该抓住主要矛盾,而不是胡子眉毛一把抓。对一组疾病进行鉴别诊断时,必然要对各个疾病给以肯定或否定。在肯定或否定的过程中,一般用诊断依据加以概括。诊断依据主要来自临床实践经验的总结,以及有关专业会议制定提出的诊断标准。但是疾病的表现各种各样,临床上往往需要实际出发,充分

考虑疾病的共性与个性,并且要用发展的观点分析和考虑问题,这样才能建立正确的疾病诊断。

临床常用推理方法有以下三种:

(1)类比诊断法 这是医生将患者的症状、体征作为一个现实模型,同理论病征模型或经验模型进行类比,从而提出初步诊断的一种方法。在运用类比诊断方法的过程中,医生往往需要不断进行横向、纵向、纵横交错以及在动态中的类比。影响类比诊断结论可靠性的因素是其逻辑根据是否充分,以及相似病征的数量和质量。为了尽量克服类比诊断方法的局限性,应注意积累有关疾病的丰富知识和经验,避免重复同一思路的思维惯性。

(2)筛选诊断法 这是依据患者的主要

病征,对可能性较大的若干种疾病,综合运用归纳、演绎等逻辑推理方法进行筛选,从而得出诊断结论的一种诊断方法。筛选诊断是诊断疑难疾病的重要方法之一。它有助于从错综复杂的病征中理出头绪,找出主要矛盾,有筛有选,以选为主。但筛选法逻辑推理的根据不充分,并易受临床资料的真实性、完整性和医生主观条件的限制。

(3)排除诊断法 排除诊断是指所患疾病目前尚无特异性诊断依据,只能在一组包括全部可能性的疾病中,一一排除其他疾病,最后剩下的一种疾病即是该病临床诊断。排除诊断对于疑难疾病的诊断,确有一定的作用,但它仍然是一种或然性推理。推理的前提不完整,思维方法上的主观片面性,以及结论缺乏直接的证据是它的局限性。

三、验证诊断

通过收集资料,综合分析,以及推理判断建立了初步诊断后,临床诊断工作仍未就此结束。因为明确诊断的目的是进行合理有效的治疗,反过来治疗效果又可验证诊断的正确性。一般来说,根据诊断进行治疗收到了预期效果,那么这一诊断工作便告完成。但是,由于人们的认识水平和技术条件的限制,在实际工作中不可避免地存在一些误诊、漏诊;或者收集的资料欠真实、完整、系统,分析

判断主观片面;或者疾病本身的阶段性致使诊断不及时和准确。此外,一些疑难病例往往需要经过深入细致的动态观察、反复检查,甚至进行诊断性治疗后才能得到正确的诊断。因此,初步诊断建立后,应不断地进行观察、分析、检查,直至最后确定诊断。

(陈光福)

第二节 儿科临床诊断的思维方式

一、临床诊断思维的基本原则

诊断疾病的过程是一个富有探索性的、能动性的思维过程。诊断思维就是对所获得的感性资料进行归纳、分析、鉴别和综合评价,提出带判断性的结论。从思维方式上看,其基本原则为:

(1)要具体认识疾病的个性 因为临床

思维的对象是有生命的,由于人体的特殊复杂性,每个病人都是独特的个体。临床医师在诊断疾病时,既要以其一般规律做指导,又要把一般规律和特殊表现结合起来,做到具体问题具体分析,这正是临床思维的本质所在。

(2)在整体联系和动态观察中认识疾病

人体是一个非常复杂的有机统一整体,因此,疾病的临床表现并不是孤立的,症状与症状之间也都处在相互作用、相互制约之中。此外,人体这个由各层次按一定的联系方式形成的自我更新、自我复制、自我调节的动态开放系统,同他所在环境间有着不可分割的密切联系。人又是自然和社会的复合体,其

既有生物属性,又有社会属性。临床医生必须把人的自然属性和社会属性结合起来考察,建立“人—自然—社会系统”的系统观念。

(3)自始至终坚持实践性原则 诊断思维作为一种认识活动,一刻也离不开医疗实践。在诊断过程中,往往存在一些主观和不易确定的因素,因此,临床诊断需要在医疗实践中反复验证和深化,始终坚持实践性原则。

二、临床诊断思维的哲学思考

在诊断思维过程中,必须运用概括、推理、判断、论证等辩证逻辑思维的方法。由于疾病的临床表现因人而异,而且大多数患者的临床表现并不典型,临床医师面对的是错综复杂的临床现象,如何透过复杂的现象去认识疾病的本质,需要临床医师在综合分析、推理判断的思维过程中,不断进行哲学方面的思考,自觉运用辩证唯物主义的认识论和系统论去指导诊断工作。在临床诊断思维过程中需要思考的哲学问题有:

(1)现象与本质 现象和本质是客观事物本身所固有的、不可分离的两个方面。任何事物的本质都必然要通过这样或那样的现象表现出来。现象和本质的辩证统一性,决定了医生认识疾病的可能性及其在认识过程中必须以疾病现象为依据。切不可不看病人,仅通过抽象推理下诊断。同时,现象和本质又是相互区别的。现象是疾病的外部表现,本质是蕴藏在疾病内部,为人们的感官所不能直接感知,只有靠抽象思维才能把握的必然性和规律性的东西。现象和本质的这种差别及对立,又决定了医生不能停留于现象,而必须进一步探求疾病本质的必要性。

(2)局部与整体 局部是整体的一部分,整体是各个组成部分相互联系的整体。在

疾病过程中,局部表现和整体表现两者是共存的。不论局部器官还是全身性疾病一般既有局部症状又有全身症状,交互错杂。医生必须用整体、联系和动态的观点来分析病情,才能避免犯片面性的错误,而分科思维、固守局部、忽视整体就难免造成失误。

(3)一般与特殊 一般是事物的共性,特殊则是事物的个性。不同的疾病可有相同的征象,即疾病的共性;而各种疾病有其临床特点,即疾病的个性。由于各种疾病存在着共同的规律,个性中有共性。一般病症往往表现为异病同症或同病异症,而特殊病症则表现为异病异症,是一种疾病区别于其他疾病的特殊本质所在。临床诊断中应当首先认识异病同症,从个别到一般,进而以疾病的共同规律为指导,去深入探究疾病的个性,即从一般到个别。

(4)病程的阶段性与连续性 疾病和一切事物一样,有一个自身发展演变的过程。在疾病过程中,其病理演变的特征有周期性变化、反复性变化、进行性变化和迁延性变化。因此,在诊断思维中,必须使主观认识不断符合变化着的客观情况,坚持疾病发展的阶段性与连续性相统一的观点。

三、临床诊断思维存在的问题

在临床诊断思维过程中,如果不能正确运用辩证思维方法,则容易陷入主观性、片面

性、表面性和习惯性思维的误区。如收集临床资料不全、先入为主,或以偏概全、绝对判

断,或将临床经验绝对化,拘泥于前人的固定见解。常见思维问题有:

(1)思维惯性 医生常常不自觉地乐于运用经验进行诊断思维,如发病率最高和诊治经验最多的疾病考虑得最多,这往往使思维狭隘和偏离,属于惯性思维,是误诊的主观原因。

(2)思维模糊 表现在归纳疾病的各种临床表现时,不能抓住带有本质性的东西,把非本质的或次要的东西作为立论的基础,导致推理错误。或者不能充分运用自己的学识与经验,按照形式逻辑和辩证逻辑的基本规律,进行严格周密的推理,在筛选时一叶障

目,在排除时不及其余,导致结论错误。

(3)思维顿挫 在一次思维过程中,对某些值得再次推敲的问题,不再努力去阐明或解释,习惯于对有利于自己结论的东西予以肯定,对不利于自己结论的东西试图解释,甚至否定。使思维过程突然中断。

(4)思维僵化 如果医生把思维局限在经验的狭小天地内,不再考虑新事物和新的可能性,就会出现思维僵化,诊断结论不可避免地带有主观片面性。

(陈光福)

第三节 儿科临床诊断的思维特点

小儿从出生到14岁,其机体的形态和器官的功能,体格和智力均处于不断的生长发育过程之中。各年龄期具有不同的生理、解剖、病理、免疫和临床特点等。小儿的生理、病理状况和成人不同,更不能把小儿看成是成人的缩影。同时,小儿病史的采集及体检配合有其局限性,因此,儿科医生需要熟练掌握小儿疾病的诊断特点和诊断方法,具有严密的逻辑思维能力,才能正确诊断与治疗儿科疾病。

1. 小儿年龄分期的特殊性

小儿时期处在生长发育阶段。年龄越小生长发育越快,代谢越旺盛,对营养物质的需要与成人相比要大,而胃肠功能又不成熟,因而婴幼儿期易患营养性疾病和消化紊乱。

小儿不同年龄阶段的解剖生理功能不同,生理常数如心率、呼吸、脉搏、血压等在各年龄时期均不相同,新生儿时期正常范围内的数值和原始反射,在年长儿却是病理情况。而病理反射,如巴彬斯基征在2岁内的正常小儿可为阳性。

小儿的思维和语言表达能力处在发育过程之中,婴儿期尚不会说话,常以哭闹、拒食、

面色不好等表现提示患病。幼儿期则缺乏正确的表达能力,常不能准确地叙述病情,当由其亲属代叙时,家长可能由于心情焦急或观察不仔细而未能发现主要病征及确切发病时间,从而影响病史的准确性。学龄前及学龄儿童虽然有一定的语言表达能力,也难以准确叙述病史,或因惧怕或因受暗示回答。因此,采取病史时应注意这些特点,认真辨别真伪,以免误入歧途。

不同年龄阶段好发病种也不同。新生儿期由于各器官系统发育不成熟,调节适应能力差,免疫力低下。又因IgM不能通过胎盘,故新生儿期易患阴性杆菌感染。婴幼儿期发育最快,需要较多的营养素,分泌型IgA缺乏,易患营养性疾病和呼吸道及消化道感染。而学龄前期儿童接触面广,易患传染病。学龄期易患肾炎、风湿、心肌炎等。

2. 小儿疾病的临床特点

小儿疾病的特点是起病急、变化快,季节性强。夏季常见肠道感染;冬春季易患呼吸道感染,以及出疹性传染病、流行性脑脊髓膜炎等;秋季易患秋季腹泻。儿童与传染病关系密切,因此,预防接种史、既往传染病史、现

在有无传染病流行及接触史对诊断均有重要影响。

同一疾病在不同的年龄阶段其临床表现也有所不同。如呼吸系统感染在婴幼儿常表现为支气管肺炎,而年长儿则可表现为大叶性肺炎。中毒性菌痢主要见于3~7岁小儿,以高热起病,中毒症状明显,而消化道症状不明显或以后出现;而学龄期儿童菌痢起病时,则以消化道症状如频繁腹泻、里急后重为主。

小儿疾病的临床表现可与病情不一致。

如婴幼儿神经系统发育及体温调节功能尚不完善,有些病情较轻的上呼吸道感染也可引起高热。而某些较严重的疾病由于婴幼儿机体反应较差,其临床表现可不严重。儿科医生在诊断过程中必须充分考虑这些儿科临床特点,综合分析,正确判断,以避免误诊和漏诊。

(陈光福)

参 考 文 献

1. 王自法,封英群,张玉秋. 医学技术与临床思维. 医学与哲学, 1991;12(9):43
2. 隋淑云. 高诊断技术 思维 医德. 医学与哲学, 1991;12(9):44
3. 张洪恩. 临床思维中的四忌. 医学与哲学, 1991;12(2):48