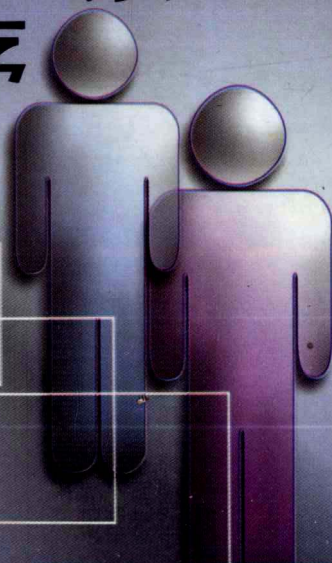


曹建林/编著

临床诊断线索 与思维程序



贵州科技出版社

临床诊断线索

与思维程序

曹晓林/编著



中国医药出版社

临床诊断线索与思维程序

(修订本)

曹建林 编著

贵州科技出版社

·贵阳·

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断线索与思维程序/曹建林编著. —3版.
贵阳:贵州科技出版社, 2002. 10
ISBN 7-80662-196-2
I. 临… II. 曹… III. 症状—诊断学 IV. R441
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 068320 号

临床诊断线索与思维程序

曹建林 编 著

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人 丁 聪

贵阳云岩通达印务有限公司印刷 贵州省新华书店经销

787mm×1 092mm 32 开本 11.25 印张 243 千字

2002 年 10 月第 3 版 2002 年 10 月第 1 次印刷

印数 1~3 000

ISBN7-80662-196-2/R·048 定价:20.00 元

出版说明

《临床诊断线索与思维程序》一书,初版是贵州科技出版社 1993 年出版的,当时名为《实用临床诊断线索与思维程序》。1994 年,应广大读者的要求,作者对原书中体温过高、体温过低、呼吸异常、血压增高、血压过低等有偏颇和弊端的章节进行了修正,补偏救弊,其宗旨是突出临床诊断中的思维分析。此书出版迄今已近 8 年,仍不断收到读者来信来函求购,部分读者还提出了一些合理的修改建议。鉴于此,作者根据近 8 年来临床工作实践的新体会,对此书再次作了较大的修改,以期使本书更具临床实用性,使其真正成为临床工作者的良师益友。

序

由于种种原因,在当前医学教学中仍存在着一个显著的问题,即偏重理论,忽视实践,尤其是临床思维指导更为不足。因此,常致医学生和青年医生在面对具体病情时往往出现思绪纷乱,困于梳理,难以适时做出符合临床实际的诊断。

遵义医学院曹建林同志多年在第一线教学工作中,积累了丰富的临床实践和教学经验,参考了大量国内外有关书籍,完成了《实用临床诊断线索与思维程序》一书的编著,填补了上述缺陷。这对临床医生的诊疗实践和临床教学均是一项有实用价值的贡献。

这部著作不同于各医学院校使用的教科书,其既不阐述临床检查方法,又不重点讲解症状、体征的发生机制和理论基础。这本书的特色是把重点放在病情表现和疾病之间的连接点上,这一契机足以使读者能在纷繁的病情表现中迅速整理出诊断线索,运用临床逻辑思维程序阐明诊断方向。

这部著作中的病情表现涉及内、外、妇、儿、五官、皮肤、神经等多个系统,对临床医务工作者有广泛的实用性。

全书思绪条理,紧密连贯,科学性强,符合临床实际。在文字叙述方面,言简意明,浅出深入,广深适度。值得提出的还是作者运用了简明的形式贯通了病情与疾病间的复杂联系,这对在校医学生及青年医生在遇到诊断困惑时将会获得有益的启示。

由于书文简要,病情却复杂多变,不周之处尚需广泛听取读者意见,补充修正,使其更好地发挥触一反三,排惑避错的启迪作用。

戚仁铎

1992年3月于山东医科大学

编 者 的 话

临床诊断工作是一项极其复杂的过程,作为一位临床医生,能否捕获疾病的诊断线索及是否具有良好的思维程序是保证疾病诊断准确的关键。这种能力与临床的细心观察、扎实的基础理论、丰富的临床经验,以及正确的逻辑思维等密切相关,而迅速发展的辅助性检查的诊断技术只是论证疾病诊断是否正确的参考条件,并不能完全取代临床对疾病诊断的技巧性。

本书较全面地介绍了全身各部的理学检查异常与疾病之间的关系,着重提出了疾病的诊断线索和思维程序。简明地叙述了各科(包括内、外、妇、儿、五官及皮肤等科)多种疾病的主要临床特征,涉及某些临床鉴别的技巧性,对临床所经常遇到的难点也作了详细的阐述。为了方便起见,书后还附有常用临床检验新旧单位参考值及其临床意义表。

本书不同于一般教科书仅限于教学所需的局限性,也不同于专科性书籍的冗繁论述,更不是学科新进展的介绍,而是注重疾病诊断的实用性,能为临床各科医生在工作中能迅速准确地诊断疾病带来方便,也是医疗专业医学

生在临床实习参考之用的工具书。

在编写过程中除了参阅大量的医学专著和文献外,也努力地将自己的临床体会融入书中,即所谓“不成章法”的经验之谈,因此难免有不当或争议之处,望前辈和同行们不吝指正。

本书在编写中曾得到遵义医学院李琮辉教授、王丕荣教授的大力支持,在编写前后也得到许多前辈和同行们关心和帮助,出版时贵州科技出版社给予大力支持,在此一并表示衷心感谢。

编 者

1991年7月

目 录

体温增高	(1)	皮肤黄染	(65)
体温过低	(11)	皮肤色素沉着	(71)
呼吸异常	(12)	皮肤色素减退	(73)
脉搏异常	(16)	丘 疹	(75)
血压增高	(18)	疱 疹	(78)
血压过低	(25)	皮下结节	(80)
性征异常	(30)	紫 癜	(83)
体型矮小	(32)	皮肤溃疡	(87)
体型高大	(35)	毛细血管扩张	(90)
肥 胖	(36)	皮下水肿	(92)
消 瘦	(37)	皮下气肿	(97)
意识障碍	(40)	皮肤弹性异常	(98)
面容与表情异常	(45)	多 汗	(99)
体位异常	(47)	臭汗与色汗	(101)
步态异常	(49)	毛发过多	(102)
不自主运动及共济失调	(50)	毛发稀少	(104)
皮肤发红	(55)	淋巴结肿大	(107)
皮肤苍白	(59)	头颅异常	(111)
皮肤紫绀	(61)	眉毛异常	(112)

眼睑水肿	(113)	肺部叩诊异常	(174)
眼睑下垂与眼睑其他异常		呼吸音异常改变	(177)
表现	(114)	肺部啰音	(180)
眼球突出	(116)	胸膜摩擦音	(183)
眼球内陷	(118)	语音传导异常	(183)
眼球运动障碍	(119)	心尖搏动异常	(184)
瞳孔异常	(123)	心前区隆起及其异常搏动	
角膜异常	(127)		(186)
眼球震颤	(129)	心脏震颤和心脏震荡...	(188)
结膜异常	(131)	心浊音界异常	(190)
巩膜色泽异常	(133)	心音异常	(192)
耳部异常表现	(135)	额外心音	(198)
鼻的异常表现	(138)	心包摩擦感和心包摩擦音	
口腔异常表现	(141)		(200)
声音嘶哑	(148)	心脏杂音	(203)
颈部活动受限	(150)	心率和心律异常	(214)
颈部包块	(151)	腹部外形异常及其皮肤改变	
颈部血管异常	(155)		(218)
气管移位	(157)	腹壁紧张度改变	(222)
胸壁静脉曲张	(159)	腹部压痛和反跳痛 ...	(224)
胸廓外形异常	(160)	肝肿大	(227)
胸部触痛	(163)	脾肿大	(231)
乳房异常表现	(164)	腹部肿块	(236)
胸廓呼吸运动异常 ...	(168)	腹部移动性浊音与液波震颤	
触觉语颤异常	(170)		(239)
胸膜摩擦感	(172)	腹壁静脉曲张	(243)

腹部听诊异常	(245)	脑膜刺激征	(282)
肛门与直肠检查异常...	(247)	附录:人体常用检验新旧单位	
男性生殖器检查异常...	(250)	参考值及其临床意义表	
女性外生殖器检查异常...	(254)		(285)
脊柱畸形	(257)	血液检查	(285)
关节肿胀	(260)	尿液检查	(321)
杵状指(趾)	(263)	粪便检查	(333)
指甲异常	(265)	脑脊液检查	(336)
肌力减弱或消失	(267)	精液检查	(340)
肌张力改变	(274)	前列腺液检查	(341)
肌肉体积和外形改变...	(276)	妊娠试验检查	(342)
生理反射异常改变 ...	(278)	痰液检查	(342)
病理反射	(280)	肺功能和血气分析检查	(344)

体温增高

体温增高又称发热,是指体温(口腔、腋下抑或肛内温度)超过正常范畴。根据一段时间内的体温波动幅度可分稽留热、弛张热、间歇热及复发热等。以发热程度的高低又分为低热($<38^{\circ}\text{C}$)、中等热度($38\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39\sim 40^{\circ}\text{C}$)及超高热($>41^{\circ}\text{C}$)。长期低热是指低热状态持续1个月以上。长期中等度热或高热则是指发热持续2周或更长时间。

【诊断线索】

一、长期低热应考虑的疾病

1. 五官科疾病:慢性鼻窦炎、中耳炎、扁桃体炎及牙周脓肿等(这类病变大多都有各自的特征性临床表现,但有时起病十分隐匿,其表现也常可被病人所忽视,所以详细的体格检查可能是发现上述部位感染灶的关键步骤。局部体格检查的草率或缺如是这类疾病误诊的最常见原因之一)。

2. 消化系统疾病:迁延性肝炎、门脉性肝硬化(常有肝病面容、脾大及肝功能异常等表现。表现有腹水者,应除外有自发性腹膜炎的可能性)。

3. 泌尿系统疾病:隐匿的尿路感染和前列腺感染(前者是女性低热的常见原因,后者多见于中、老年患者,尿液和前列腺液的检查常可明确诊断)。

4. 结缔组织病:非典型性风湿病、系统性红斑狼疮、硬皮病、结节性动脉炎等(这类疾病常伴有关节疼痛、皮肤损害及血中 γ 球蛋白增高等表现)。

5. 内分泌性疾病:甲状腺功能亢进症、嗜铬细胞瘤(有心率增快或脉率加速者应考虑这两种疾病。前者常有特殊面容和甲状腺肿大,而后者多表现有发作性高血压)。

6. 结核病:肺、胸膜、肠、腹膜、肠系膜淋巴结、肾脏及尿路、盆腔等处的结核病变(除了局部表现外,常伴有消瘦、乏力、盗汗及两颧潮红等结核中毒症状,患者多为年轻人)。

7. 神经功能性低热(昼夜体温波动很少超过 0.5°C ,临床上常缺乏有临床意义的阳性体征及实验室检查异常发现,患者多见于年轻女性)。

二、复发热应考虑的疾病

1. 感染性疾病:伤寒、疟疾、慢性支气管扩张、泌尿系感染、胆道感染等(常有相应的临床表现及体征,亦有周围血象的改变和特殊检查的异常)。

2. 肿瘤:何杰金病、腹膜后恶性淋巴瘤(常伴有全身或局部淋巴结肿大,或肝、脾肿大等)。

3. 结缔组织病:风湿热、系统性红斑狼疮(前者往往有大关节游走性疼痛、心肌炎、皮肤环形红斑和/或舞蹈样症状;后者以多系统或多器官损害表现为特点)。

三、长期中、高度发热应考虑的疾病

1. 感染性疾病:粟粒性肺结核、感染性心内膜炎、各种细菌性败血症等(前者确诊依赖于胸部X线片,但早期胸部X线检查为阴性时不能除外本病,若有心脏器质性杂音时,应警惕感染性心内膜炎;血培养是确诊各种细菌性败血症的重要

检查手段)。

2. 脓肿形成: 阑尾、肾或肾周、肺、肝、脑、腰大肌、胆道系统的脓肿、化脓性门静脉炎、脓胸或化脓性腹膜炎、膈下或肛周脓肿等(患者大多有明显的全身中毒症状, 且在未行脓肿引流之前经用多种抗生素治疗效果欠佳或无效, 局部疼痛或压痛常常是诊断的重要线索)。

3. 肿瘤: 原发性肝癌、淋巴瘤、恶性组织细胞病及白血病等(此类疾病有着相应的临床特征, 也都有特异性检查的发现, 所以只要考虑到, 典型病例通常不易误诊)。

四、超高热应考虑的疾病

1. 重症脑病(是一种脑病后引起的中枢性高热, 常伴有明显的意识障碍和其他神经系统体征, 是预后较差的征兆)。

2. 强烈的肌阵挛后: 各种原因所致的癫痫大发作或持续状态(体温通常急剧上升, 在抽搐停止 60~90 分钟后, 体温则逐渐下降。若体温持续不降者, 应考虑有合并吸入性肺炎的可能)。

3. 各种严重感染或是临终前的一种特征性的表现。

4. 体温调节功能衰竭: 产热过多(甲状腺危象、氟烷等麻醉药所致恶性热等)、散热障碍(中暑、烧伤、脱水、阿托品中毒)等。

五、下列热型可能提示的疾病

1. 间歇热(24 小时内体温波动幅度大, 可在 $2\sim 3^{\circ}\text{C}$ 以上, 然后又降至正常)——疟疾、局部性化脓感染。

2. 弛张热(24 小时内体温波动在 1°C 以上体温尚不能降至正常)——结核病、败血症、感染性心内膜炎、局部化脓性感染、结缔组织病、肿瘤等。

3. 稽留热(24 小时体温波动在 1°C 以内、体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间)——伤寒、大叶性肺炎、部分急性感染性疾病的极期。

4. 消耗热(多呈间歇热或弛张热,体温波动在 $1\sim 1.5^{\circ}\text{C}$ 以上)——病期较长的发热性疾病(如急性粟粒性肺结核、急性白血病等)。

六、发热若伴有下列表现时,应考虑

1. 严重寒战——细菌感染、急性传染病、药物反应、肿瘤、应用退热药。

2. 能耐受的高热——粟粒性肺结核、变应性亚败血症及风湿热等。

3. 淋巴肿大——淋巴瘤、白血病、药物热、结节病。

4. 相对缓脉——伤寒或副伤寒、有房室传导阻滞的心脏病、假热。

5. 关节疼痛——结缔组织病、风湿热、药物热、肺部燕麦细胞癌、结节病。

6. 血沉明显增快($>100\text{mm/小时}$)——血管炎、结核病、化脓性感染、多发性骨髓瘤、肿瘤。

7. 皮疹——脑膜炎球菌感染、细菌性败血症、风湿热、药物热、淋巴瘤、部分急性传染病。

8. 横膈抬高——膈下或肝脓肿。

9. 腰背部疼痛——脊椎骨髓炎、椎旁脓肿、肾周脓肿、肾盂积脓。

10. 发热 $5\sim 10$ 天与相同周期的无热期交替出现(称 Pei-Ebstein 热)——何杰金病。

11. 累及副鼻窦和乳突,肺部呈现非特异性浸润——

Wegener 肉芽肿。

12. 热性惊厥——不反映有严重的脑部疾患(常见于儿童,尤其是有癫痫家族史者)。

13. 脾肿大——感染性疾病、白血病、淋巴瘤。

14. 肝和脾肿大——淋巴瘤、白血病、慢性感染、肝硬变(早期)、类风湿关节炎。

15. 明显肝肿大而脾未触及者——肝脓肿、肝转移癌。

16. 视力减退、颞动脉触痛——颞动脉炎(又称风湿性多发性肌痛症)。见于老年人,血沉明显增快。

17. 缺乏感染灶的菌血症、心脏杂音——感染性心内膜炎。

18. 唇疱疹——肺炎球菌感染、链球菌感染、疟疾、脑膜炎球菌血症、立克次体病等。

【思维程序】

1. 由于近年来抗生素种类日益增多及其广泛的应用,加之菌株变异和/或新型菌株的产生,传统地凭热型作为诊断某种疾病的参考价值及其重要性似乎日趋下降,但这并不意味着因此而完全失去对疾病诊断的参考价值,其中某些热型仍具有较大的诊断特异性。如间歇热提示疟疾的诊断,以及一日内有两次体温的升降(称双峰热)常是革兰阴性杆菌败血症的特征。值得提出或强调的是:在发热原因的诊断过程中,重视其伴随症状远比热型更有价值。

2. 在大多数情况下,发热伴有某个系统的症状时,都应首先考虑该系统疾病的可能性最大。如伴有咳嗽、胸痛则多为肺实质或胸膜病变;伴有腹痛、腹泻常提示胃肠道或腹腔内脏