

SHIYONG JIBING ZHENGZHUANG
TIZHENG JIANBIE ZHENDUANCONGSHU

实用疾病症状体征鉴别诊断丛书

总主编 马智

SHIYONG XIAOHUA XITONG JIBING ZHENGZHUANG TIZHENG JIANBIE ZHENDUAN

实用消化系统疾病症状体征 鉴别诊断

主编 刘建英 项征剑



军事医学科学出版社

MILITARY
MEDICAL SCIENCE PRESS

实用疾病症状体征鉴别诊断丛书

实用消化系统疾病症状 体征鉴别诊断

总 主 编 马 智

主 编 刘建英 项征剑

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断/马智总主编.
- 北京:军事医学科学出版社,2006.12
(实用疾病症状体征鉴别诊断丛书)
ISBN 7-80121-892-2

I. 实… II. 马… III. 消化系统疾病-鉴别诊断
IV R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 138581 号

出 版:军事医学科学出版社
地 址:北京市海淀区太平路 27 号
邮 编:100850
联系电话:发行部:(010)63801284

编辑部:(010)66884418;00884402 转 6213,6216,6315

传 真:(010)63801284
网 址:<http://www.mmsp.cn>
印 装:廊坊市金盛源印务有限公司
发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32
印 张:11.5
字 数:290 千字
版 次:2006 年 12 月第 1 版
印 次:2006 年 12 月第 1 次
全套定价:150.00 元 单册定价:25.00 元

本社图书凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

《实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断》以症状体征为纲,以疾病为目,辩证地讨论和建立消化系统疾病的诊断步骤和方法。总论部分阐述了诊断的基本步骤、诊断思维、诊断依据和方法、诊断形式和内容等;然后分述了消化系统常见症状体征约 24 个,对每个症状体征分别按病理分类、机理、诊断方法、鉴别诊断予以阐述。本书体现了全、新、精的特点,是提高临床医生症状体征诊断鉴别水平和能力的工具书。

《实用消化系统疾病症状 体征鉴别诊断》编委会

总 主 编 马 智

主 编 刘建英 项征剑

副 主 编 于爱文 刘秀兰 张世红

王丽囡 张金海 武焕颖

王素芹

编 委 (按姓氏笔画排序)

于爱文 王丽囡 王素芹 毛 岩

石秀霞 李 涛 刘秀兰 刘建英

张世红 张金海 项征剑 武焕颖

陈志国 陈慧君 陶 芳 曹治民

前 言

疾病的正确防治来自正确的诊断,而正确的诊断则有赖于熟练的鉴别诊断。症状和体征是临床医生诊断疾病的主要线索和依据,熟练掌握与运用症状和体征是提高诊断正确率、减少误诊和漏诊的重要前提。因此,鉴别诊断的技巧和能力是衡量临床医生诊疗技术水平的重要指标之一。

鉴别诊断是从相同的症状体征中辨别出不同的疾病,又从相同的疾病中辨别出不同的症状体征。鉴别诊断不仅要求有精深的基础医学理论、基本知识和基本技能,还必须掌握临床各学科有关的专业知识和临床经验。鉴别诊断不仅含有丰富的内容,而且是一种辨证思维活动过程,又是一种方法学。有比较才能鉴别,有鉴别才能认识疾病的本质和属性。因此,掌握和运用鉴别诊断方法和技巧是临床医生的一项基本功。

《实用疾病症状体征鉴别诊断丛书》是以症状体征为纲,以疾病为目,辨证地讨论和建立疾病诊断的步骤、方法的工具书。全套丛书共分6册,包括呼吸、循环、神经、消化等系统。每册中对每个症状体征分别按病因分类、发病机制、诊断方法、鉴别诊断予以介绍。内容详尽、步骤清晰。

本丛书内容以体现全、新、精的原则,旨在提高临床医生的症状体征诊断鉴别水平和能力。由于编者能力及时间所限,文中不足之处在所难免,望广大读者赐教。

编者

2006年9月

目 录

第一篇 总 论	(1)
第一章 诊断的基本步骤	(1)
第二章 诊断的思维	(6)
第三章 诊断的依据和方法	(11)
第四章 诊断的形式和内容	(14)
第二篇 各 论	(17)
第一章 吞咽困难	(17)
第二章 食欲异常	(38)
第三章 恶心与呕吐	(44)
第四章 便秘	(56)
第五章 腹 泻	(64)
第六章 胃肠气胀	(78)
第七章 腹 水	(86)
第八章 便 血	(106)
第九章 呕血与黑便	(117)
第十章 直肠与肛门狭窄	(127)
第十一章 腹 痛	(141)
第十二章 腹部肿块	(192)
第十三章 肝肿大	(210)
第十四章 脾肿大	(240)
第十五章 黄 疸	(262)
第十六章 胃食管反流性疾病	(292)
第十七章 呃 逆	(303)

目 录

第十八章 脱 水	(308)
第十九章 水中毒	(315)
第二十章 代谢性酸中毒	(319)
第二十一章 呼吸性酸中毒	(334)
第二十二章 代谢性碱中毒	(342)
第二十三章 呼吸性碱中毒	(349)
第二十四章 混合型酸碱平衡紊乱	(354)

第一篇 总 论

诊断是将病史、体格检查、实验室检查及其他各项检查所获得的资料，经过整理、分析、综合、推理判断的思维过程，对疾病的本质和名称所作出的结论。诊断是临床医学最根本的任务之一。正确的诊断是治疗和预防疾病的先决条件和重要依据。因此，必须重视对疾病的诊断。建立正确的诊断，要有广博而精深的医学理论知识，熟练的诊断检查技术，丰富的临床实践经验以及掌握诊断的基本步骤和辩证的思维方法。如此，才能作出正确的诊断，避免误诊、漏诊，提高诊断水平。

第一章 诊断的基本步骤

临床诊断过程，就是具体认识疾病本质的过程。疾病的诊断过程一般有3个环节：调查研究，收集资料；分析综合，推理判断；反复实践，验证诊断。

一、调查研究，收集资料

调查研究，收集完整和确实的资料是诊断疾病的第一步。正确的诊断来源于完善、周密的调查。病史、体格检查、实验室检查及器械检查的结果是调查研究、收集资料的重要内容，是诊断疾病的原始资料和依据。在收集资料时，应该重视其真实性、系统性和完整性。只有真实的、系统的和完善的资料才是建立正确诊断的先决条件和基础。

(一) 真实性

患者叙述的病史和进行各项检查时，必须从患者的自觉症状和客观体征的实际出发，实事求是，严肃认真。唯有客观、真实、可靠的资料，才能真正反映疾病的本质，作出符合临床实际的判断。因此，切忌主观臆测。对具体事实随心所欲，任意取舍，对调查获得的资料，要运用医学理论知识进行辩证分析，是否真实、夸大、含糊、隐瞒、虚报，以便去伪存真，作出判断。主观片面和不真实的病史及体格检查常常是导致错误诊断的主要根源。

(二) 系统性

患者叙述的病史可能零乱片面，缺乏条理性，医师应随时考虑可以引起所述症状的发展过程和相互的联系，逐一深入询问。在进行体格检查时，必须系统和全面，并取得患者合作，以防止遗漏。同时又要注意体征与症状之间的关系，找出进一步深入检查的线索，全面有重点地进行必要的检查，以保证资料的系统性。

(三) 全面性

调查既要客观，又要全面。病史是反映疾病发生、发展及其演变规律的重要资料，体格检查所发现的征象是疾病的客观表现，临床许多疾病，是通过症状、体征的发现而作出初步诊断，甚至是确立诊断的。应当指出，某些症状和体征，有时可能是疾病的部分表现，不能反映疾病的全貌或本质，因而不能根据个别、短暂出现的症状、体征，就轻易作出诊断。因此，根据症状体征提出的线索，进行必要的实验室检查、器械检查和功能检查，借以了解患者的整体情况。从患者的整体出发，才能作出全面而正确的诊断。对病史和各种客观检查不宜有所偏废或忽视。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，其关键在于调查要实事求是，要全面。

现在诊断技术的飞跃发展,给临床医师极大的帮助,主要有以下几方面:①内镜的发明与改进各种纤维内镜如纤维胃十二指肠镜、纤维结肠镜、纤维支气管镜等,新型制品口径小,可屈度高,操作安全便利,还可配合附件,作相应的诊断和治疗;②快速超微量生化学分析技术的应用;如酶联免疫吸附测定法、免疫荧光测定法、特异性单克隆抗体诊断技术等方法已应用于临床;③影像学诊断技术的进步如B型超声扫描、CT、MRI均已应用于临床。

上述各项新型诊断技术的应用,无疑大大地丰富了诊断学的内容,解决了许多临床上的问题。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方法。在安排某项检查时,应考虑以下几点:①该项检查的特异性如何;②该项检查的敏感性如何;③检查和标本采集的时机是否合适;能否按规定的要求进行;④标本的选送、检验过程有无误差;⑤患者体质的强弱、病情的起伏、诊断的处理等对检查结果有无影响;⑥对于可能造成患者负担的检查,如支气管造影检查和一些负荷试验,还应权衡其利弊并考虑患者能否接受。

实验室检查和器械检查的结果,必须结合临床情况来考虑,才作出正确的评价。要防止片面依靠实验室检查或器械检查下诊断的错误做法。

由于尖端诊断技术目前尚未普及,而大多数常见病的诊断又不需要复杂的技术进行,因而,临床上还须重视诊断疾病时详细询问病史和全面体格检查的基本功,以及结合常规化验和简单的器械检查来进行诊断大多数疾病。

二、分析综合,推理判断

问诊、体格检查、实验室检查和各项器械检查的过程,就是

诊断疾病的过程。将调查、搜集得到的资料，加以归纳整理，运用分析综合、推理判断的方法，提出对疾病诊断的依据。临床常用推理方法有直接诊断法（亦称类比诊断法）、排除诊断法（或称鉴别诊断法）。

（一）直接诊断法

本法是应用类比推理的形式，根据要肯定的某个疾病存在的诊断条件或依据，对照患者的临床资料是否符合某个疾病的诊断条件或依据，而作出直接诊断，称为直接诊断法。疾病的诊断条件或依据，主要来自临床实践经验的总结，和有关专业会议制定提出的诊断标准。

直接诊断法适用于有临床典型表现的疾病。其最大的优点是能直接、快捷地对疾病作出初步诊断，便于统一诊断标准。其不足之处是思路狭窄，易形成思维活动的惰性，对缺乏临床经验者，或某些少见病、疑难病、不典型的疾病易导致误诊或漏诊。

（二）排除诊断法

本法不是直接寻找所要肯定的某个疾病存在的条件或依据，而是根据调查得到的诸多资料（阳性表现）及某些缺乏资料（阴性表现）中，通过逐个否定排除不存在的疾病，从而，间接肯定某个疾病的存在，最后作出诊断，这种通过鉴别诊断的推理形式，称为排除诊断法。

排除诊断是通过鉴别诊断的方法，逐步缩小诊断范围，临床常用于原因不明、病情复杂、临床表现不典型的疾病。由于本法思路宽广，认识、分析问题全面、系统、而且有利于对资料的进一步收集、检查与鉴别。所以是临床常用而有效的一种诊断方法。其不足之处是应用起来较繁琐，难于直接、快捷地作出诊断。

鉴于直接和排除诊断法在临床诊断思维形式中，各有其优越性及局限性，故二者互相结合、灵活运用，形成正确、系统、科

学的思维方法。临床如遇病情复杂、表现不典型或几种疾病同时存在时，可联合运用直接和排除诊断两法，逐步深入、全面系统地认识疾病的本质，尽快作出正确的诊断。

三、反复实践，验证诊断

一个正确的认识往往需要反复实践才能达到目的。通过以上步骤，确立初步诊断以后，需要反复临床实践、观察、验证诊断是否正确，是否完善；是否符合疾病的发展规律及本质；治疗和预防是否达到预期效果。如果收集的资料欠真实、完整、系统，体格检查不细致，分析判断主观片面，不符合实际；或限于对疾病认识的水平，疾病的临床表现不典型，病情复杂，多种疾病或并发症同时存在，或者疾病本身的阶段性和症状互相转化等因素，致使诊断不及时、完整。因此，在临床实践过程中要不断观察病情的变化，不断修改或更正诊断。对于病因不明的复杂病例，作出初步诊断以后，可通过治疗性试验，观察疗效，确定诊断。对于临床死因不明的病例，可通过尸体的病理解剖检查或临床病理讨论会及时总结经验，提高诊断水平。

必须强调指出，为了能及时指导防治工作，特别对于急重患者，在临床资料尚不足以建立确定诊断之前，也要找出可能性最大的疾病，作为临时诊断，迅速采取治疗措施，同时再进行深入的检查，而不应仅仅纠缠在诊断问题上，以致贻误治疗时机。

(刘建英)

第二章 诊断的思维

一、运用辩证唯物主义观点指导临床诊断

诊断的思维方法，由形成概念、运用推理、构成判断、反复论证等辩证逻辑形式组成。疾病的临床表现因人而异，可有不同的“临床型”，一个患者可以有几个病同时存在，已确诊的病，也可以在原有的基础上出现新问题，各种资料有可能彼此矛盾。面对这些错综复杂的情况，如何识别真伪，分清主次，作出合理的诊断，需要临床医师通盘考虑。在分析综合、推理判断和论证的思维过程中，要运用辩证唯物主义的观点，处理好如下几个关系。

（一）临床表现与疾病本质

患者的症状、体征和其他检查结果，都是疾病的临床表现，一定的临床表现具有一定的临床意义。如在心尖部听到雷鸣样舒张期杂音，这是一个临床表现，其疾病本质是二尖瓣狭窄，而这个变化一般是由于风湿病引起的。疾病的临床表现往往比较复杂，如何透过复杂的临床表现去认识疾病的本质，这就要求我们必须掌握各种症状体征和各项检查结果与疾病本质的关系，只有这样，才能作出正确的判断。

（二）主要矛盾与次要矛盾

疾病的临床表现一般比较复杂，常常包括许多症状、体征和各项检查结果。这就要求在复杂的现象中，分清主次、找出其主要矛盾，进而抓住本质。而疾病的次要表现，即次要矛盾方面，则是疾病的非本质表现。分析主要症状、次要症状及主要症状与伴随症状的关系，对诊断和鉴别诊断很有价值。

(三) 局部与整体

人体是由许多组织和器官组成的统一体。整体活动是各个组织器官发挥其特有的功能，并相互配合、相互制约而完成的。局部病变可以影响整体，整体的异常也可以突出于某一局部。例如局部脓肿可引起寒战、发热、淋巴结肿大、白细胞增高等全身临床表现，而风湿热是全身性疾病，却可以突出表现为心脏、关节及神经系统等局部表现。所以对疾病的诊断必须结合整体来考虑，防止片面地、孤立地对待临床表现。

(四) 共性与个性

不同的疾病可有相同的征象，即这些疾病的共性；这些病又各有独特的临床特点，即疾病的个性。例如水肿，可见于心脏病、肝脏病和肾脏病，这是共性。但表现各有其特点，这是个性，也就是特殊性。如心脏性水肿因受重力影响常开始于下肢，并与体位有关；而肾脏病性水肿则首先表现于皮下的疏松组织如眼睑等处；肝脏病性水肿主要伴有腹水。

在分析临床资料时，既要注意共性，又要注意个性。抓共性，可以就某些症状和体征全面考虑不致漏诊；抓个性，则有利于详细鉴别，减少误诊。二者结合，可提高正确诊断率。

(五) 典型与不典型

大多数疾病的临床表现为人们所熟知，不难诊断。但某些疾病可呈多种类型，造成许多模糊的假象。其实所谓“典型”病例只占少数，相当多的患者的临床表现并不典型。如急性病可以暴发起病，慢性病也可以急起；通常稀见的症状，在某些患者可以作为突出的症状出现；有些病已进入后期，才以并发症或后期症状作为初发表现而就诊。临床症状如此多变，体征和实验室的资料也可因病情不同而异乎寻常，如果考虑不周全，很可能造成误诊。

(六) 常见病与少见病

对主要症状或体征进行分析作出诊断时，首先应考虑能产生该症状或体征的常见病多发病，但又必须结合其他资料，如患者的性别、年龄、职业、发病季节与地区等一起考虑。如南方疟疾流行区，在疟疾发病季节，该病多见，北方却少见。有些男性多患的病，女性却少患。反之亦然。所以，考虑疾病的诊断时，应先注意常见病、当地的多发病，以及当时的流行病。当用上述疾病不能解释患者的临床表现或治疗效果不满意时，也不要忽视少见病的可能。

(七) 原发与继发

两者的关系可以有多种形式出现。有时病变在甲处而传导反映于乙处的病例甚多。如冠心病患者可有胆绞痛样上腹痛；右下肺炎球菌性肺炎可有急性阑尾炎的表现。如经治疗而未见预期效果，应考虑有新的情况，进行必要的其他检查。

(八) 器质性疾病与功能性疾病

任何一种疾病都可以有病变而无症状，也可以主观症状的出现先于客观发现。通常在疾病的早期常先有自觉症状，然后才出现体征，或已有明显体征，再出现自觉症状。一些功能性疾病又可以有酷似器质性疾病的诉说，而并无异常发现。所以，对一些主观诉说多而一时无客观发现者，除非有把握，切勿轻易以“官能症”处理。

(九) 病原性疾病与药（医）源性疾病

除通常所指的病原性疾病外，还有一些病是因为医师或患者滥用抗生素、激素、解热止痛药、磺胺类、镇静药、杀虫剂等所引起。这些药物不仅能掩盖或改变病情，还能引起药物热、皮炎、皮疹等变态反应，引起感染加剧、二重感染，以及胃出血、造血系统、消化系统、神经系统和感觉器官的各种反应和中毒症状。所以，在调查病情时，必须了解用药情况。

(十) 良性疾病与恶性疾病

肺部阴影或腹部包块，可起源于任何脏器或组织；发热可以是感染性或无菌性坏死，或恶性组织细胞增多症。对于诸如此类的症状和（或）体征的诊断，于制定治疗方案和判断患者预后，关系较大，必须给予周密的考虑，作出鉴别。常需要多种检查、多科会诊，甚至手术探查、病理活组织检查或者试验性治疗，方能解决。为了患者的利益，宁可考虑周密些，或者严重些。要考虑官能症时必须排除器质性病，还应考虑有两者并存的可能。

(十一) 一个病与几个病的关系

对基础资料进行分析时，原则上要把现病症诊断为一个主要疾病，称为一元性诊断。但是分析要合乎逻辑，演变要合乎规律，要能顺理成章地利用、解释每个资料。如果同时存在二个或多个疾病，或不能用一个疾病解释所有临床现象时，则可根据疾病的主次，按顺序提出几个疾病的诊断，称为多元性诊断。

(十二) 生物、心理、社会因素与疾病的关系

“生物-心理-社会”医学模式，把疾病的发生看成是机体生理活动与心理因素、社会因素之间遭到破坏，失去平衡的结果。因而应考虑生物、心理、社会因素对疾病所产生的原因、发病机理与演变过程的相互作用和影响。例如，高血压病、性病和吸毒等疾病的产生，就是这些因素综合作用的结果。因此，在诊断疾病时，应高度重视心理因素和社会因素的作用。

综上所述，可见要认识一种疾病，有时需作极大的努力。这就要求临床医师知识面要广博，思维活动要灵活敏捷，分析问题要合乎逻辑，考虑问题要全面周到。要从调查研所得到的资料出发，抓住各种临床表现的特点，进行归纳分析，找出其相互间内在联系和发生发展的规律性，进一步透过这些临床现象探讨其疾病本质。从这个反复的临床思维过程得出的结论，就能作出正确的诊断。