



NEIKE

# 内科

症状鉴别诊断

主编 福建科学技术出版社  
陈国伟



NEIKE

# 内科

## 症状鉴别诊断

主编 陈国伟

福建科学技术出版社



N

**图书在版编目(CIP)数据**

内科症状鉴别诊断/陈国伟主编. —福州:福建科学技术出版社. 2005. 3

ISBN 7-5335-2449-7

I. 内… II. 陈… III. 内科-症状-鉴别诊断  
IV. R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 092050 号

<b>书 名</b>	内科症状鉴别诊断
<b>作 者</b>	陈国伟
<b>出版发行</b>	福建科学技术出版社(福州市东水路 76 号, 邮编 350001)
<b>经 销</b>	各地新华书店
<b>排 版</b>	福建科学技术出版社排版室
<b>印 刷</b>	福州晚报社印刷厂
<b>开 本</b>	850 毫米×1168 毫米 1/32
<b>印 张</b>	29.625
<b>插 页</b>	2
<b>字 数</b>	1019 千字
<b>版 次</b>	2005 年 3 月第 1 版
<b>印 次</b>	2005 年 3 月第 1 次印刷
<b>印 数</b>	1—4 000
<b>书 号</b>	ISBN 7-5335-2449-7/R·528
<b>定 价</b>	55.00 元

书中如有印装质量问题,可直接向本社调换

# 前言

尽管近年来医学科学有了长足的进步，各种实验室和器械检查有了惊人的发展，医学已从经验医学向实验医学和循证医学过渡，但是，通过详细的病史询问和细致的体格检查，透过临床的各种症状和体征，结合所学过的医学知识和临床实践，进行综合分析判断，仍然是临床医务工作者诊断疾病的最基本手段和主要依据。从某种意义上讲，用最简单的物理检查和设备就能正确诊断疾病的医生才是最高明的医生。但令人遗憾的是，当前不少年轻医生普遍存在轻临床重实验的倾向，有时单凭详细的有启发性的病史和体格检查就足以作出诊断的病症，却仍然要使用“先进的”昂贵的实验室或器械检查来诊断疾病，这样不仅给病人带来了不必要的麻烦或痛苦，而且增加了医疗费用，加重了社会和病人的负担。这是不可取的。笔者并不是要排斥必要的、有针对性的和合理的实验室检查，恰恰相反，笔者认为实验室和器械检查是诊断疾病不可缺少的重要手段，尤其是某些疑难疾病单纯依靠病史和体征是无法确诊的，疾病的定性和定量诊断，尤其是后者，往往需要实验室检查才能做到。在此，笔者只是强调：在疾病诊疗过程中要注意“三基训练”和重视临床实践，不要过分地依赖实验室的检查。

鉴于上述理由，笔者撰写了《内科症状鉴别诊断》，旨在从内科常见的相同或类似

的症状和体征中分辨出不同的疾病来,又从相同的疾病中辨别出不同的症状和体征,即所谓“异病同症”和“同病异症”,从错综复杂的临床表现中去伪存真,透过表面现象看本质,为获得正确的诊断奠定基础。在具体编写上,对每个症状和体征的病因、发病机制作扼要描述,突出诊断思路、诊断流程和鉴别诊断,以及需要采用何种有针对性的实验室或器械检查予以确诊,并以表格或示意图的形式作总结,使全书一目了然,便于掌握,突出实用,可供内科医生、基层医务工作者、实习医生和研究生参考。

参加本书编写的作者,既有德高望重的老一辈专家、教授,又有战斗在临床第一线直接参加实际工作的中青年专家和医生,特别是后者,为本书增添新意和活力。本书在编写过程中承蒙福建科学技术出版社大力支持,谨在此表示诚挚的谢意。

鉴于参加本书编写的人员较多,时间仓促,文风难以统一,加上作者水平所限,错漏在所难免,殷切希望广大读者赐教。

**中山大学附属第一医院 陈国伟**

# 目 录

<b>第一章 绪论</b> .....	(1)
第一节 诊断的基本步骤 .....	(2)
第二节 诊断的思维方法 .....	(7)
第三节 诊断的基本内容 .....	(13)
<b>第二章 一般症状</b> .....	(19)
第一节 发热 .....	(20)
第二节 水肿 .....	(31)
第三节 脱水 .....	(43)
第四节 疲劳 .....	(55)
第五节 休克 .....	(60)
第六节 肥胖 .....	(76)
第七节 消瘦 .....	(85)
<b>第三章 呼吸系统症状</b> .....	(97)
第一节 咳嗽 .....	(98)
第二节 咳痰 .....	(108)
第三节 喘息 .....	(113)
第四节 咯血 .....	(119)
第五节 呃逆 .....	(126)
第六节 胸痛 .....	(129)
第七节 呼吸困难 .....	(138)
第八节 胸廓畸形 .....	(146)
第九节 气胸 .....	(153)
第十节 胸腔积液 .....	(160)

第十一节	啰音	(180)
第十二节	无症状 X 线胸片异常	(184)
	肺球形病变	(185)
	肺部弥漫性病变	(192)
	肺浸润性病变	(207)
	肺空洞性病变	(221)
第十三节	肺门增大和纵隔阴影	
	增宽	(228)
	肺门增大	(229)
	纵隔阴影增宽	(232)
第十四节	杵状指(趾)	(240)
<b>第四章</b>	<b>循环系统症状</b>	(247)
第一节	心悸	(248)
第二节	紫绀	(254)
第三节	心脏增大	(262)
第四节	低血压	(277)
第五节	高血压	(285)
第六节	心律失常	(303)
第七节	心前区震颤	(320)
第八节	心音异常和心脏杂音	(324)
第九节	心包摩擦音和心包积液	(341)
第十节	上腔静脉综合征	(349)
第十一节	动脉搏动异常	(357)
第十二节	Raynaud 现象	(363)
第十三节	猝死	(369)
<b>第五章</b>	<b>消化系统症状</b>	(381)
第一节	食欲异常	(382)
	食欲不振	(383)

食欲亢进 .....	(385)
第二节 吞咽困难 .....	(386)
第三节 恶心与呕吐 .....	(393)
第四节 腹胀 .....	(401)
第五节 急性腹痛 .....	(409)
第六节 慢性腹痛 .....	(425)
第七节 腹泻 .....	(434)
第八节 便秘 .....	(446)
第九节 呕血与黑便 .....	(453)
第十节 便血 .....	(463)
第十一节 黄疸 .....	(472)
第十二节 肝脏肿大 .....	(486)
第十三节 腹部包块 .....	(496)
第十四节 腹水 .....	(505)
<b>第六章 泌尿系统症状 .....</b>	<b>(519)</b>
第一节 尿量异常 .....	(520)
少尿与无尿 .....	(522)
多尿 .....	(528)
第二节 血尿 .....	(531)
第三节 脓尿 .....	(540)
第四节 蛋白尿 .....	(545)
第五节 乳糜尿 .....	(554)
<b>第七章 造血系统症状 .....</b>	<b>(559)</b>
第一节 全血细胞减少 .....	(560)
第二节 贫血 .....	(572)
第三节 红细胞增多症 .....	(580)
第四节 白细胞异常 .....	(587)
白细胞增多 .....	(589)
白细胞减少 .....	(597)
第五节 嗜酸粒细胞增多 .....	(607)



第六节	出血倾向	(614)
第七节	血红蛋白尿	(630)
第八节	高丙种球蛋白血症	(636)
第九节	淋巴结肿大	(648)
第十节	脾大	(660)
<b>第八章</b>	<b>内分泌代谢系统症状</b>	(675)
第一节	甲状腺肿	(676)
第二节	高血糖	(684)
第三节	低血糖	(692)
第四节	糖尿	(699)
第五节	身材矮小	(705)
第六节	巨人症	(709)
第七节	多毛症	(712)
第八节	性早熟	(717)
第九节	血钠异常	(721)
	低钠血症	(724)
	高钠血症	(729)
第十节	血钾异常	(733)
	低钾血症	(735)
	高钾血症	(739)
第十一节	血钙异常	(743)
	低钙血症	(744)
	高钙血症	(747)
<b>第九章</b>	<b>神经系统症状</b>	(751)
第一节	头痛	(752)
第二节	眩晕	(769)
第三节	昏厥	(777)
第四节	昏迷	(784)
第五节	惊厥	(801)
第六节	颅内压增高	(810)

第七节	瘫痪	.....	(819)
第八节	肌萎缩	.....	(830)
第九节	睡眠障碍	.....	(836)
第十节	语言障碍	.....	(843)
第十一节	眼球运动异常	.....	(853)
第十二节	瞳孔异常	.....	(859)
第十三节	感觉障碍	.....	(869)
第十四节	共济失调	.....	(874)
第十五节	不自主运动	.....	(879)
<b>第十章</b>	<b>运动系统症状</b>	.....	<b>(889)</b>
第一节	肢体疼痛	.....	(890)
第二节	关节痛	.....	(908)
第三节	脊柱与四肢畸形	.....	(922)
	脊柱畸形	.....	(924)
	四肢畸形	.....	(929)

# 第一章

## 绪 论

# 第一节 诊断的基本步骤

正确的诊断是防治疾病的先决条件和重要依据，没有正确的诊断就谈不上准确、合理和及时的治疗。所谓“对症下药”，其前提就是正确的诊断，由此足见诊断的重要性。那么，怎样才能建立正确的诊断呢？一般而言，必须通过详尽的病史询问，全面的体格检查，以及有针对性的、必要的实验室及器械检查，将上述资料经过整理，根据所学的医学理论知识，结合临床实践经验进行综合分析、推理和判断，对病者所患疾病的本质根据病因、病理解剖、病理生理以及并发症等等所作出的结论予以命名，这样就完成了诊断的基本过程。当然，对于某些常见病、多发病，有时仅根据典型病史、体征，简单的实验室检查，甚至不需要实验室检查即可作出诊断。为了提高诊断的准确性和正确率，特别是某些疑难杂症，不仅需要广博而精深的医学理论知识，正确地运用病史询问的技巧，熟练的体格检查技术，熟悉掌握各项实验室或器械检查的指征、禁忌证、临床意义和价值，更重要的是必须深入到临床实践中去，建立良好的医患关系，对病人在疾病发生发展过程中可能出现的各种症状、体征及相关实验室检查结果作全面的综合分析，特别当遇到不典型或相互矛盾的检查结果时，更要多思考、多打几个为什么；对相关的治疗反应要作中肯分析，善于透过表面现象看本质；上下级医生和医护之间要多商讨、研究，必要时请有关科室会诊，集思广益，充分发挥集体智慧，才能提高诊断的准确率。

临床实践中难免会出现一些误诊、漏诊现象，遇此情况关键在于要深究导致误诊、漏诊的可能原因，及时汲取教训，不仅要善于总结成功的经验，从某种意义上讲，总结失败的经验教训更为宝贵，如此才能不断提高和丰富临床实践的诊疗水平。现就有关诊断的基本步骤简述如下。

## 一、病史采集

尽管近年来医学有了惊人的发展，实验室和器械检查项目日新月异，但病史询问和体格检查仍然是诊断疾病的最基本手段，从某种意义上讲，用最简单的物理检查和设备就能正确诊断疾病的医生才是最高明的医生。因此，采集病史仍然是医生接触病人和诊断疾病的最重要环节。当前不少年轻医生不重视病史采集，热衷于通过“高新尖”的价格昂贵的实验室或器械检

查，甚至令病人不舒服或有危险的手段来诊断疾病，这种做法并不可取。笔者并不否定高新实验室和器械检查在诊断疾病中的重要作用，甚至是关键性和决定性的作用，但只有当病史、体检后仍然不能明确诊断者，才考虑实验室检查，且应尽量采用由简到繁、由易到难、针对性和特异性强的实验室或器械检查予以确诊。

住院病人的病史必须全面、准确。除性别、年龄、籍贯、职业等一般项目外，对病人或家属的主诉、现病史一定要认真听取，要详细询问起病的始末和治疗经过，抓住主要症状，要有“打破沙锅问到底”的耐心和精神，如病人有腹痛，则必须详细询问发病经过，疼痛部位（最好由病人自己用手指点示），起病缓急，疼痛性质是绞痛还是隐痛、钝痛，刀割样还是烧灼样，是持续性还是间歇性，有无阵发性加剧，有无放射、向何处放射，疼痛剧烈程度，与饮食关系如何，有无周期性发作，有无诱因，腹痛与体位关系，有无伴随症状如发热、呕吐、腹泻、便秘等，腹壁肌紧张程度如何，有无压痛、反跳痛，到过什么医疗单位诊治，诊断什么疾病，曾用何种药物或方法治疗、疗效如何等等。总之，只有全面了解腹痛的性质和特点，结合相关医学知识和个人临床实践经验，据此才能作出可能疾病的诊断。此外，过去史、个人史、婚姻史、生育史、个人嗜好、月经史、与现在疾病有关的如居留地、地方病以及近期有无旅游史等等均要询问，这些有时看起来“无关紧要的”病史，却可能对疾病的诊断起到关键性的作用。40年前，笔者在上海当实习医生时，病房收住1例17岁高中生，因持续高热1周伴咳嗽拟诊为肺炎。入院后按肺炎治疗1周，患者高热不退，X线胸片检查见肺纹理增加，伴散在性点状、粟粒样浸润阴影，边缘模糊。经病区会诊后拟诊为“粟粒性肺结核”，遂按结核病治疗，但2周后病情并无改善，且出现肝肿大、肾损害，血象见白细胞明显增加，尿常规检查有蛋白尿和管型尿，再次会诊拟诊为“败血症”，积极抗感染治疗，但高热仍然不退。正当困惑时，笔者和主管该病人的年轻住院医生再次深入询问患者病史时，了解到患者在暑假期间曾到外婆家青浦县度假，去河里摸鱼虾，当时青浦县是血吸虫病流行区，据此线索最后确诊为急性血吸虫病，按该病治疗后康复出院。当时为什么很多医生没有考虑此病呢？因为上海市区的居民喝的是自来水，若游泳也在游泳池内，因此根本不会想到血吸虫病，就是因为少问了一句最近有无去旅游或到过某些流行病疫区而导致误诊，这一教训笔者迄今记忆犹新。

住院病人要做好病程记录，应深入病房细致观察病情变化和治疗反应，对相关检查结果要及时进行综合分析，以便验证入院诊断是否正确，一旦与

原拟诊断不符时,要及时纠正。一份好的病史既要完整、系统,又要重点突出,能准确反映病人特征和病情的动态变化,文笔精炼、流畅,让人阅读后有亲临其境、病人仿佛就在眼前之感。故写好一份病史并非易事,从某种意义上而言,病史书写水平是反映医者医学基本功的一面镜子。

## 二、体格检查

从病史中获得初步诊断印象后,通过体检予以进一步确认。此外,体检尚能发现病史中忽视或未提及的其他异常材料,如病人未察觉有肝、脾或淋巴结肿大,血压升高和心脏杂音等等。通过上述异常发现又可进一步追问相关病史,两者相辅相成,使病史和体检更趋完善,对病人了解愈全面,则诊断的准确率愈高。与病史一样,体格检查也应尽可能详细全面。

体检除包括身高、体重、营养情况、神智、体位、血压、脉搏、呼吸等一般情况外,必须充分利用视、触、叩、听四诊基本功的熟练运用,从头到脚做全面检查,发现异常更应细致详尽检查,务必获得宝贵的第一手资料,并与相应的主要症状相对照,这对确立正确诊断具有重要价值。

对体征的描述与病史一样,要做到具体、准确、如实反映病变情况,必要时可用简单示意图加以补充说明。如听到心脏杂音,除细致地视、触、叩诊心脏外,则必须全面描述杂音产生的部位,发生在收缩期还是舒张期或连续性杂音(即双期杂音),杂音占收缩期或舒张期的早、中、晚期或全期,杂音性质(如吹风样还是雷鸣样,喷射性、充盈性还是返流性,柔和的还是粗糙的,有无递增递减等等),杂音强度(按1~6级分级),有无放射,向何部位放射,与呼吸、体位、活动和药物有何关系,有无震颤等等,均要仔细听诊和详细记录,这对确定心血管疾病具有重要意义。再如扪及一个包块,则必须注意包块部位、大小、质地(硬的、中等的还是软的),实质性还是囊性或液性,有无压痛,有无搏动或波动感,有无杂音,边缘清楚与否,光滑的还是不规则,有无结节,与周围器官或组织关系,有无粘连,生长速度等等,均要细致地观察、询问和描述,在每日临床查房中均要注意观察。

只有全面检查才能透过现象看到本质,这对确立准确诊断具有重要意义。在临床实践中,不要认为是呼吸系统疾病只检查气管和肺部,而心脏病只要检查心脏就可以了,毫无疑问,心肺疾病时心肺应是检查重点,但其他部位异常体征印证对诊断也十分重要。如疑感染性心内膜炎时,它的症状与体征往往是全身性的,如发现杵状指(趾),因赘生物脱落致动脉栓塞产生的相应体征,皮肤及血管病变,如皮肤、黏膜淤点或出血点,对本病诊断较

具有特异性的 Osler 结节（多累及手指或足趾末端的掌面、大小鱼际或足底的皮肤，使局部呈紫红色或红色，略高出皮面，直径约 1~10mm，压之有痛感的皮肤结节）。此外，出现在手掌或足底的无痛性小出血点或红斑损害的 Janeway 病变，肝、脾肿大等等，对确立感染性心内膜炎的诊断颇有价值。再如，对急腹症病人由于未进行腹股沟检查而漏诊嵌顿性腹股沟疝也屡见不鲜，以此类推。笔者认为，根据病情尤其是危重病人，为了争取时机及时抢救病人，重点询问病史，对相关部位作重点检查，尽快确立诊断无可非议，但对一般病人尤其是病情复杂的疑难病例，强调全面体检实属必要。

### 三、实验室及器械检查

通过病史、体检不能明确诊断的患者，必要的实验室或器械检查是绝不可少的。实验室或器械检查不仅能印证、纠正或进一步确立准确诊断，对疾病既可作出定性诊断，且能做到定量诊断，如风湿性二尖瓣狭窄患者，通过超声心动图和彩色多普勒检查，不仅可确立二尖瓣狭窄诊断（定性），且可根据二尖瓣瓣口面积测定、左心房和右心室大小、肺动脉压和心功能测定，可较准确评估二尖瓣狭窄严重程度（即定量诊断），如单靠病史和体检往往难以做到定量诊断。此外，有相当多的疾病仍依靠病史和体检不能确诊，如糖尿病不进行血糖和尿糖检查，高血压不做血压测定，则不可能确诊，再如不做细菌培养不可能确定何种细菌感染等等，均需依靠现代的实验室或器械检查才能确诊。因此，现代实验室和器械检查是医学科学进步的体现，每一个医务工作者都应掌握本科或本专业常用实验室及器械检查的应用指征、禁忌证、临床意义、注意事项等，通过合理使用，以尽快确立正确诊断。

凡住院病人都应做血、尿、粪常规检查。切不可小觑三大常规，有时可为诊断提供重要线索。如 1 例发热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰，X 线胸片示“肺部炎症浸润”的病人，拟诊“肺炎”入院，血常规检查发现白细胞明显增高，且有幼稚细胞，为患者可能患上白血病提供了重要线索，最后经骨髓检查确诊。肺炎只是因白血病使患者抵抗力降低所造成的继发感染，其主要疾病是白血病，若不做血常规检查则会导致本末倒置，遗漏主要疾病——白血病。

除上述三大常规外，应根据病史和体检拟诊的病种做相应的实验室或器械检查，其原则应由简到繁，由易到难，为了尽快确立诊断，应尽可能选择对诊断特异性高、针对性强的检查项目，若无创性检查能确诊的，则不一定做创伤性检查，当无创检查不能确诊时才做相关创伤性检查，能用低廉方便检查项目确诊者，应避免使用复杂昂贵设备，尽可能减少患者医疗负担。如

1 例胸痛疑急性心肌梗死患者，根据我国临床实际情况出发，则应首选心电图检查，其次才是血清心肌肌钙蛋白（如肌钙蛋白 T 或 I）或血清心肌酶学（如肌酸激酶（CK）及其同工酶（CK-MB）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）等）检查，而超声心动图、X 线胸片检查不作首选。相反，对拟诊心瓣膜病或感染性心内膜炎，则应首选超声心动图，而心电图、心肌酶学检查对其诊断价值有限。再如疑白血病患者，骨髓和血常规检查尤其是前者，常有确诊价值，而腹部 B 型超声波肝扫描检查和血清甲胎蛋白测定对原发性肝癌有确诊价值。计算机 X 线断层照相术（CT）和磁共振（MR）对中风、颅内肿瘤的诊断常有决定性意义。以此类推，在选择相关实验室或器械检查时应做到心中有数和有的放矢。

（陈国伟）



## 第二节 诊断的思维方法

根据病史、体格检查和实验室及器械检查所得资料，通过运用医学理论知识和临床实践经验，经综合分析后，才能作出诊断。在作出诊断前，必须注意和处理好以下几种关系。

### 一、处理好主要与次要的关系

无论症状、体征、实验室或器械检查，真正对诊断起决定作用的只是少数几个，因此在复杂、众多的资料中，如何抓住主要症状、体征和具有决定意义的实验室或器械检查项目至关重要，这也是确立诊断的关键。如同样以发热和头痛为主诉的2例病人，前者伴有鼻塞、流涕，但无其他阳性体征，而后者体检发现有颈项强直等脑膜刺激征，则前者只是普通感冒或上呼吸道感染，而后者很可能是脑膜炎，两者病情和预后有很大差别，后者再做脑脊液检查，则具有确诊价值。这样就能将均以发热和头痛为主诉的两个不同疾病鉴别出来。再如均有呕吐和上腹痛的2例患者，前者有进食不洁食物史，突然出现频频呕吐，伴轻度上腹部阵发性疼痛，其他体格检查无重要阳性发现，则可能是细菌性食物中毒，而呕吐是主要症状，腹痛相对次要；后者有暴饮暴食史后，出现突然上腹部剧痛、呕吐，血压降低，血清淀粉酶明显升高，诊断为急性胰腺炎，则腹痛是主要症状而呕吐属于次要症状。因此在临床上分清主要与次要症状，对诊断颇有裨益。

### 二、尽可能用一种疾病解释全部或主要的症状、体征

由于人体是整体，某个脏器或部位的疾病可影响全身各脏器的功能，因此症状或体征不一定局限在某一病变脏器或局部，而可出现多个临床症状和/或体征，这种情况十分常见。至于全身性疾病出现多系统的临床症状和体征则更为普遍。遇此情况切忌“对号入座”，如1例病人可有多种临床表现：有咳嗽、呼吸困难、咯血丝痰，则认为是“呼吸系统疾病”；而病人同时伴有尿少、浮肿，则诊断为“肾炎”；肝肿大伴肝功能损害，认为有“肝炎”，而心脏检查发现心脏扩大，呈梨形心改变，二尖瓣听诊区有二尖瓣开放拍击音和舒张期雷鸣样杂音，毫无疑问患者是风湿性心脏病，而上述所谓“呼吸系统疾病”、“肾炎”、“肝炎”等等，实质上是风湿性二尖瓣狭窄引起肺淤血、右心衰竭的结果，绝非该病人同时存在上述各系统疾病。尽管病人有多