

医 师 文 库

临床症状鉴别诊断学

(第 二 版)

钱 惠 郑伟如 主编

医 师
文 库

上 海 科 学 技 术 出 版 社

临床症状鉴别诊断学

(第二版)

钱 惠 郑伟如 主编

编辑委员会委员

(以姓氏笔画为序)

王宠林 司徒亮 石义生 汤鼎华 陈运贞 李宗明
吴茂娥 吴祖尧 邱鸿鑫 张逢春 袁承晏 傅雅各

上海科学技术出版社

内 容 提 要

本书是以症状和体征为纲,全书共提出了一百余个常见症状和体征,内容包括内、外、妇、儿、神经、精神、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤等临床各科。对每一症状或体征先叙述病因、机理和诊断方法,在此基础上介绍足以产生这一症状的疾病的鉴别诊断方法。为便于读者检索,书末附有索引。本书内容丰富,条理清晰,可供临床各级医务人员阅读。

临床症状鉴别诊断学

(第二版)

钱 惠 郑伟如 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 54.25 插页 4 字数 1,342,000

1981年12月第1版

1987年10月第2版 1987年10月第3次印刷

统一书号: 14119·1523 定价: 13.20元

再 版 前 言

症状和体征是临床医务人员赖以诊断疾病的主要依据,以此而形成的初步诊断概念,往往尚需辅以必要的实验室检查或特殊检验项目,才能较确切地建立诊断。有关这方面的参考书籍,繁简和侧重不一。《临床症状鉴别诊断学》着重于阐述症状、体征的发生机理和建立诊断的思维方法上,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,并启发临床工作者对实验室检验项目进行正确的抉择。

本书在总论部分申述诊断原则,然后介绍近代诊断疾病的常用检验项目及其原理、采用各该项目的原则、适应证、临床意义、注意事项等,以便读者正确选用这些诊断武器。各论中各章节大体上按临床系统列出重要症状予以叙述,举凡对症状的准确认识、发生机理等多加阐明,为读者对种种重要症状的由来充实了理性知识。病因项内较为广泛地列举有关疾病,以开阅读者的视野,庶在考虑病因诊断时不至于局限于少数几个常见疾病。书中所列的鉴别诊断,注意选择较为主要的病种,并将鉴别要点扼要列出;尽量避免臃列杂陈。

在这次修订时,总论中加了“核磁共振”和“细胞遗传学诊断”两节;各论中加了“眼球运动障碍”、“瞳孔异常”、“眼球震颤”、“多动症”、“精神发育迟滞”、“眼球突出”、“耳痛”等节。由于知识更新和认识的进步,大部分章节的内容都得到了不同程度的修改和补充;“免疫学诊断”、“蛋白尿”、“尿量异常”、“白细胞异常”、“脾肿大”、“淋巴结肿大”、“充血性心力衰竭”、“猝死”、“肩颈痛”等节作了重写。

本书所用度量衡制大体上符合我国的法定标准,但所用专门名词和术语,目前尚未统一,故新旧名词在书中都有出现。书末附有索引,便于读者检索。

在完成本书的修订工作中,得到学院照相室同志的协助;中国人民解放军第三军医大学的同志和广大读者对本书提出宝贵意见,在此一并致谢。限于作者和编者的水平,书中不免仍有谬误和不足之处,还望读者不吝指正和批评。

编 者

1985年7月于重庆医科大学

前 言

临床工作者应根据病人所提供的材料,先对病痛作出病因诊断,不能以症为病,轻易随症施治。随着科学的发展,不断为临床医学提供了新的内容,使近代的诊疗水平有了显著提高。不少曾经在本世纪初、中期流行和难于处理的病症已逐步被控制或消灭;同时,一些新病种被发现,一些病受到更多的重视,并对不少症状的发生原理有了新的解释。但是,当前仍有很多新问题有待我们去认识 and 解决。

我们编写《临床症状鉴别诊断学》的意图,是为临床工作者提供一本切合实用的临床症状鉴别诊断的参考书。总论介绍各种诊断技术的适应证、禁忌证、临床意义和应注意事项;其余各章则以各科的常见临床表现为题,分别就其原理、病因、检查方法和鉴别诊断加以叙述。在原理方面,阐述有关症状的发生原理,力求基础与临床相结合,使读者知其所以然;病因中比较详尽地列举了各有关疾病,以开阅读者的思路,使了解应该考虑的各个方面;检查方法提出如何认识疾病的本质和达成诊断的方法步骤;鉴别诊断则限于介绍主要病种的诊断要点,以便与其他病种相鉴别。

因为本书包罗全身各系统,涉及许多方面,编写的人较多,因此,各题内容的格式、深度和广度可能并不一致。编写过程中,虽注意了不要有过多的重复和株连,但有某些章节中尚未能完全避免,也或有遗漏和脱节之处。由于我们水平有限,谬误一定不少,都请读者批评指正。

钱 惠

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 诊断的意义和原则	钱 惠 (1)
第二节 病理学诊断	钱韵兰 (8)
第三节 脱落细胞学诊断	曹荃孙 (15)
第四节 生物化学诊断	申功述 (21)
第五节 免疫学诊断	陈仁溥 (29)
第六节 内窥镜诊断	刘新才 (38)
第七节 放射性核素诊断	倪济苍 (45)
第八节 X线诊断	戚警吾 (53)
第九节 超声诊断	安 洪 陈运贞 (62)
第十节 核磁共振成像	安 洪 (71)
第十一节 骨髓诊断	吴茂娥 (74)
第十二节 细胞遗传学诊断	郑增淳 (79)
第二章 一般症状	(85)
第一节 发热	刘约翰 (85)
第二节 生长发育异常	邱鸿鑫 (101)
侏儒症	(102)
巨大体型	(106)
第三节 肥胖	舒昌达 (107)
第四节 消瘦	王其南 (112)
第五节 疲乏	郑伟如 (117)
第六节 水肿	郑伟如 (124)
第七节 失水	郑伟如 (130)
第三章 神经系统症状	(141)
第一节 昏迷	董为伟 (141)
第二节 昏厥	董为伟 (150)
第三节 惊厥	沈鼎烈 (157)
第四节 眩晕	沈鼎烈 (163)
第五节 头痛	沈鼎烈 (169)
第六节 睡眠障碍	傅雅各 (175)
第七节 言语障碍	傅雅各 (180)
第八节 眼球运动障碍	沈鼎烈 (185)
第九节 瞳孔异常	董为伟 (188)

第十节 眼球震颤	徐 越(193)
第十一节 神经痛	徐 越(196)
第十二节 瘫痪	徐 越(200)
第十三节 不自主运动	徐 越(209)
第十四节 共济失调	徐 越(214)
第四章 精神症状	(219)
第一节 神经衰弱征群	张逢春(219)
第二节 兴奋状态	张逢春(221)
第三节 抑郁状态	张逢春(225)
第四节 紧张症	张逢春(227)
第五节 幻觉状态	田寿彰(229)
第六节 妄想状态	田寿彰(232)
第七节 谵妄状态	田寿彰(233)
第八节 痴呆状态	田寿彰(236)
第九节 多动症	凌永和(240)
第十节 精神发育迟滞	凌永和(243)
第五章 眼科症状	(249)
第一节 视力障碍	汤鼎华(249)
第二节 红眼	汤鼎华(260)
第三节 流泪	施殿雄(266)
第四节 角膜混浊	施殿雄(267)
第五节 眼球突出	汪湘琳(272)
第六章 耳鼻咽喉、口腔症状	(277)
第一节 耳聋	石义生(277)
第二节 耳鸣	石义生 谭惠风(281)
第三节 耳痛	余延龄(284)
第四节 鼻出血	石义生(287)
第五节 鼻溢液	石义生(292)
第六节 咽痛	石义生(295)
第七节 声音嘶哑	石义生(300)
第八节 口腔痛	康家琼(304)
第九节 口炎、舌炎、龈炎	康家琼(309)
第十节 口臭	康家琼(314)
第十一节 牙齿异常	康家琼(317)
第七章 皮肤及其附属器症状	(322)
第一节 皮肤损害	袁承晏(322)
第二节 斑疹	袁承晏(322)
第三节 丘疹	袁承晏(326)
第四节 疱疹	袁承晏(330)

第五节 脓疱	袁承晏 (333)
第六节 结节	周永华 (335)
第七节 风团	周永华 (340)
第八节 鳞屑	周永华 (342)
第九节 溃疡	周永华 (346)
第十节 皮肤肿瘤	周永华 (349)
第十一节 色素异常	张法听 (353)
黑素沉着	(354)
黑素减退	(357)
第十二节 瘙痒	江云玲 (359)
第十三节 出汗异常	江云玲 (361)
多汗与无汗	(361)
臭汗与色汗	(364)
第十四节 毛发异常	江云玲 (365)
秃发	(365)
多毛症	(367)
第十五节 指甲异常	袁承晏 (369)
第八章 呼吸系统症状	(372)
第一节 咳嗽	王鸣岐 (372)
第二节 咳痰	王鸣岐 (379)
第三节 咯血	王福荣 (382)
第四节 呼吸异常	王鸣岐 (387)
第五节 气息异常	王宠林 (398)
第六节 呃逆	王宠林 (401)
第七节 罗音	王宠林 (402)
第八节 胸腔积液	王宠林 (404)
第九节 胸廓异常	王宠林 (412)
第十节 胸痛	张 治 (415)
第九章 循环系统症状	(424)
第一节 心悸	马才骊 (424)
第二节 心律失常	马才骊 (427)
第三节 心脏杂音	饶邦复 林 琦 (444)
收缩期杂音	(447)
舒张期杂音	(452)
连续性杂音	(455)
第四节 充血性心力衰竭	马才骊 林 琦 (457)
第五节 休克	王其南 (468)
第六节 低血压	马才骊 林 琦 (482)
第七节 高血压	陈运贞 (487)

第八节 紫绀	马才骊 (498)
第九节 杵状指	王宠林 (512)
第十节 上腔静脉综合征	陈运贞 (516)
第十一节 无脉症	饶邦复 (522)
第十二节 猝死	马才骊 林 琦 (526)
第十章 消化系统症状	(534)
第一节 腮腺肿大	李宗明 (534)
第二节 吞咽困难	李宗明 (537)
第三节 食欲异常	李宗明 (543)
食欲减退	(544)
食欲亢进	(545)
食欲反常	(545)
第四节 恶心与呕吐	李宗明 (546)
第五节 便秘	李宗明 (550)
第六节 腹泻	王其南 (554)
第七节 胃肠气胀	徐葆元 (568)
第八节 腹水	徐葆元 (574)
第九节 便血	郑济芳 (583)
第十节 呕血与黑粪	郑济芳 (589)
第十一节 直肠与肛门狭窄	林春业 (596)
第十二节 腹块	林春业 (599)
第十三节 腹痛	林春业 (607)
第十四节 肝肿大	王其南 (619)
第十五节 脾肿大	黄宗干 杜继昭 (628)
第十六节 黄疸	钮 振 (635)
第十一章 泌尿生殖系统症状	(650)
第一节 蛋白尿	郑伟如 (650)
第二节 尿量异常	邱鸿鑫 (659)
少尿	(660)
多尿	(664)
第三节 排尿异常	何梓铭 (667)
尿频伴尿急和尿痛	(669)
排尿困难及尿潴留	(671)
尿失禁	(673)
遗尿	(675)
第四节 尿色异常	何梓铭 (675)
第五节 阴囊肿大	何梓铭 (683)
第六节 男子性功能障碍	何梓铭 (687)
第七节 男性不育	何梓铭 (691)

第八节 阴道出血	毕婵琴(695)
第九节 闭经	毕婵琴(704)
第十节 痛经	毕婵琴(710)
第十一节 女性不孕症	毕婵琴(713)
第十二节 白带	曹荃孙(716)
第十二章 造血系统症状	(719)
第一节 贫血	吴茂娥(719)
第二节 白细胞异常	黄宗干(731)
白细胞增多	(732)
白细胞减少(中性粒细胞减少)	(736)
第三节 嗜酸粒细胞增多症	刘约翰(740)
第四节 出血倾向	黄宗干(743)
第五节 淋巴结肿大	吴茂娥(753)
第十三章 内分泌代谢系统症状	(768)
第一节 甲状腺肿	邱鸿鑫 舒昌达(768)
第二节 乳腺发育与乳汁分泌异常	邱鸿鑫(775)
男性乳房发育症	(775)
乳溢症	(777)
第三节 性发育异常	舒昌达(780)
性早熟	(781)
性幼稚症(性发育不全)	(783)
两性畸形	(785)
第四节 低血糖症	舒昌达(787)
第五节 糖尿	舒昌达 邱鸿鑫(793)
第十四章 运动器官症状	(798)
第一节 多处疼痛	吴祖尧(798)
第二节 肢体疼痛	吴祖尧(804)
第三节 腰腿痛	吴祖尧(812)
第四节 颈肩痛	吴祖尧(815)
第五节 脊柱和四肢畸形	谭富生(821)
[附录] 人体各项检验正常值	郑伟如(829)
索引	(842)

· 第一章 ·

总 论

第一节 诊断的意义和原则

【建立诊断的意义】

人类之有医学,远在有史以前。由于人类的不断努力,文化与日俱进,边缘科学的发展,又使医学内容更为丰富,现代医学已由单纯治疗发展到防治兼施、改造和创造生命的阶段。通过研究和认识自然界、生物界的自然规律及其与人类的生克关系,能更有效地了解人类疾病的原因和发病机理,寻找有利于防病治病的对策。综合运用这些知识于临床实践,直接为人类的保健事业服务,则是临床医生的任务。

病人就医之目的,主要在于希望能解除病痛,但疾病的表现可因人、因地、因时而异,既可同病异症,也可异病同症,所以,医生应该先认识疾病本质,明确诊断,然后针对病因治疗。如果把现象作本质,把症状当作疾病,又满足于随症施治,问病给药,则是本末倒置,少有不败事的。临床医务工作者对此应有正确的认识。

给病人治疗,是医生的责任,但应该根据情况,区别对待。治病也决不限于服药、打针和动手术。由于人类有免疫和修复能力,生活饮食和环境条件都对疾病的转归起着作用。例如急性病有自限过程,慢性病能自行缓解,治疗对他们只起辅助作用,病情的消退,不能全归功于药物;如果门诊病人不来随访,未必由于已经治愈,而可能已易医治疗。外科医生进行手术治疗,有时能手到病除,但创伤的愈合也还靠病人自己。至于官能症患者,往往疑虑多端,如果给以正确的指导和解释,使其树立与疾病作斗争的信心,效果将会超过药物。因此,即使诊断明确,治疗得当,病情恢复,临床医生也不应据为己功。而如果诊断未明即急于处理,则极可能因用药不当,反而延误诊断时机,造成经济损失和不良后果。再如果以病人为练刀对象,以滥用手术探查作为解决诊断的手段,更是医德所不许。

无论从病人的利益着想,从医德方面衡量,或者从社会对疾病的防治角度看,都应该尽可能把建立病人疾患的诊断作为第一位任务。只有诊断明确,才能根据现有水平给予恰当的治疗;对病情的演变,可以心中有数,注意预防;如果在病程中出现并发症,不至于临事张惶;对防止复发或延缓发展,也可大致有把握。如果积累同类病例进行总结,则可以进一步丰富对该病的认识,更有效地进行防治。也只有在明确诊断之后,才能对职业病、地方病或传染病进行有效的流行病学调查,及时采取预防措施,防止其扩散发展。党和政府关心人民健康,不仅对有症状的病人进行治疗,还有组织、有目的地对某些病种进行普查,使无症状的病人能从人群中发现,做到早诊断、早治疗,提高治愈率,从而又起到预防作用。

对一些疑难病例,不易很快作出诊断;对一些急症病人,不能等到确诊之后才开始治疗。对这些病人,可根据初步印象,给予必要的处理。但这种治疗,应以不掩盖病情、不影响继续

进行诊断为度。例如疑为阑尾炎的患者,在未获确诊之前,不得用麻醉性止痛药;对疑为败血症患者,在取血培养之前不应投予抗菌药。

总之,在临床实践的诊疗关系中,必须力求先建立诊断,至少应该有合理的拟诊。这在多数情况下不难做到。在比较疑难复杂的病例,或因病情在尚未充分暴露的早期,或由于表现不典型,或因有几种病同时存在,或由于我们对疾病的认识不足,常需要一段时间的观察,收集多方面的资料,就几种可能中进行鉴别,然后作出诊断,这是诊断和鉴别诊断所要解决的问题。

【诊断依据】

疾病的形成,系因机体有某些缺陷,或由于致病因素与机体抗病因素之间失调,从而产生形态或功能改变。根据病变的部位、性质、深度和广度以及人体反应性的差异,产生各种临床表现,包括病人的主观感觉(症状)、客观变异(体征和实验室发现)等。这些主观诉说和客观发现,都是诊断的依据。但各种材料要尽可能符合一致,而且要求有比较特异诊断价值的材料如病理的、病原学的和免疫学等方面的资料作为佐证。在大多数情况下,总是先有病人诉说,经过检查,发现客观变异,然后作出诊断。但也可先有客观发现,如胸部透视发现肺部有阴影或普查时有甲胎蛋白异常,然后作进一步检查而确定诊断的。

近年来,由于医学科学的发展,新的诊断技术和设备,如纤维内窥镜、超声波诊断仪、电子计算机体层扫描(CT)、放射性核素诊断等进入临床应用,诊断的精确度愈益提高,新病种不断被认识,新药不断增加,早期诊断的建立和提高疗效日益成为可能,临床医生应该充分利用这些条件。值得提出的是:有些医生在处理诊断治疗的关系中,存在着“治疗第一、药物至上”的思想,往往在简单询问病情之后就多用药、用新药;在具备先进诊断设备的情况下,又存在着“工具万能、条件第一”的思想,对病史采集和体格检查不够认真,轻易开出各种化验单和特殊检查申请,又依靠这些检查报告作为诊断依据,用以指导治疗,这同样是错误的做法。我们承认这些特殊检查的先进性和特异性,但不能忽视它们的局限性和片面性。这些材料固然来自病人,但病情在不断变化发展,我们不可能使病人浸泡在这种或那种检查之中。在建立诊断中,医生应以病情为主要依据,并充分发挥自己的主观能动作用。

再强调一遍,问好病史和做好体格检查始终是建立诊断的基础,是对临床医生的基本要求,临床医生应该掌握问诊方法,抓住问诊要点、学会善于从病史中得到启示,然后进行宏观和微观的体检,并善于用简单的方法收集资料。即使在设备条件较好的医疗单位,特殊检查的结果也应和完善的病史和体检材料相比照。然后对各种材料进行综合分析,去假存真,去粗取精,作出合理诊断。兹分述如下。

一、病史 病史是建立诊断的主要依据,很多疾病能从病史询问中得到启示而作出直接诊断,应该尽量做好。狭义的病史指现病症,广义的病史应包括病人的全部生活史和健康记录;性别、年龄和婚姻状况都对建立诊断有关;籍贯和居住地与地方病有关;职业工种和工龄与职业病有关;家庭史、生活习惯史和过去史也可能对现病症有关。这些一般性材料,即使在较简单的疾病,也应一一予以记录。儿童的出生史和生长发育史、成人的烟酒嗜好时间和摄入量,对现病症的形成可能有直接间接关系,要根据不同对象,作重点询问。

每个疾病都有其发生发展过程和临床表现,所以,紧紧围绕病人的主诉和现病症,详细询问症状特征、发病诱因和伴随症状,能为了解疾病的所在部位和性质提供线索。能产生某个症状的原因很多,因此,考虑面必须宽,在提问中逐个问到,逐个排除,并在某个方面逐步

深入。以腹痛为例,其病因可能在腹腔、胸腔,或者是全身性疾病的一种表现。为了诊断和鉴别诊断,除必须问其病程、疼痛部位外,应问其与饮食关系、大便性状,以确定其是否病在胃肠道;有否发热、黄疸、疼痛性质、过去发作史等以了解其是否病在胆道;有否呼吸系症状及疼痛与呼吸的关系,有否小便异常和疼痛放射,或者疼痛和运动的关系等等以了解疼痛是否与呼吸系、泌尿系、心血管系统疾病有关。对妇女患者,还应问其与月经关系、盆腔器官的情况。如曾受过某种“特效”治疗,应问其药名、剂量、疗程和疗效等。如认为疼痛原因是某种疾病,则对该病的其他方面作更深入的了解,如实记下阳性和阴性情况,表示已考虑到这些方面,绝不能认为这是繁琐哲学。因为只有通过这些询问,才可能肯定或否定某种可能,为体检和其他检查提供线索,并和以后的发展作比较。

采集病史,首先要求准确真实。病人对自己的病情最了解,但其诉说难免有意夸大、缩小,或含糊不清。对呕血、咯血或来自口鼻的血,往往统称为“吐血”,问诊时应尽力弄清血的来源。过去史中的“疟疾”、“伤寒”、“风湿”等名称,也有滥用的可能,必须探究各该病的真实情况。如曾在其他医院住过,甚至要借阅其有关资料查实。对儿童患者、精神病人、重症和昏迷状态的病人,应向其亲友同事了解情况。

病史还要求系统完整。凡该问的都不厌其详地问其究竟,对其他方面作一般了解,使症状之间的主次或平行关系了如指掌。相反,如果医生胸无主见,采问病史时只泛泛记下病人的诉说,从病史看不出病史撰写人想到些什么,这份病史就对诊断缺乏指导意义。

病史要求完整,不止于入院录,更重要的还在于入院后密切观察病情发展。病程中有何新变化、采取何种诊断步骤,结果如何;给予何种治疗,效应如何;有何副反应,如何纠正;诊断是如何确定或如何修正等,最能给人以启发,都应择要记录,使后来的阅读者如同见到病人一样。不幸而有诊疗失误,也不隐讳地记载错误的原因所在,使后人得以从中吸取正反两方面的教训。总之,一份好病史是宝贵的活教材和科研资料,各级医师都应注意检查和监督,做好这一工作。如果病程录中缺少这些资料,只记些日常表面现象,也是不足取的。

在观察和诊疗过程中,以下两点值得医生注意。首先,确认病人是我们的服务对象,他有病痛和思想顾虑,还可能有不便公开的内心秘密,因此非常需要医生的高度负责精神和热情关怀,以赢得病人的信任和合作。能如此,将大有助于完成诊断和治疗。其次,医生要有主见、有艺术。虽然不同医生接触病人的方法和所提问题不同,但何以有人能较快地抓到关键、了解疾病的实质,有人只能打“外围战”,这主要和医生的技术水平和艺术水平有关。医生诊断疾病、处理病人,大致如公安人员侦破案件,要有知识、会思考,善于启发,善于识别真伪和捕捉战机,其间又要防止主观。尽管如此,有经验的医生有时也需要对病人作经年累月的随访,甚至到尸检时才能揭露真相。

二、体格检查 体检的主要任务在于根据病史,查出异常体征,提供客观依据,使有助于诊断。体检时必须熟知正常标准,正常标准又因病人的年龄、性别和体型而异;即使是同一个体,其心脏位置、心杂音响度、肝脾在肋下的距离,都可随病人体位而有出入;少量腹水只有仔细检查才能查出是尽人皆知的。

常规体检包括视、扪、叩、听四诊,各有其独特作用,应强调视诊的重要性。因为病征之形于外者,都有其程度不等的特殊表现。当医生接触病人之初,即应开始视诊,从病人的年龄、营养、神志、表情、步态及其对周围事物的反应,即可对病情有初步概念。用医学的眼光观察,我们不难从人群中发现病人和诊断其病种。例如,从病人的咳嗽、咯痰可以鉴别百日咳、支气

管炎或支气管扩张;癫痫和瘰病可以从观察其惊厥发作中得到鉴别;从步态可以识别脑血管意外,脊髓灰质炎或佝偻病的后遗症;各种皮肤病可以从其分布部位、皮损种类得到诊断。仅凭视诊(参照年龄等因素)就可基本无误地作出诊断的事例甚多,我们应该在临床实践中培养这种观察力,并以视诊所得和实际诊断相核对作为自我教育法。

体检应在安静和良好的自然光线下进行,检查方法必须正确。如果用粗鲁手法从病痛部位开始,将会损害病人,影响检查的顺利进行。不正确的扪诊、叩诊会得不到准确的体征,都应该避免。检查必须全面、左右有比较地进行,毋稍遗漏。临床上误诊和漏诊的原因,相当一部分不是由于我们无知而是由于检查不全面,遗漏或者忽视了存在的体征,以及分析考虑不周所造成。对病史和实验室材料亦然。

除一般性检查外,病史中提示有病变的部位要认真作重点检查,具有诊断价值的体征,更要逐日仔细检查,如记下出疹性传染病皮疹出现的日期、部位和性状。微小的异常发现如砂眼、龋齿等即使与现病症完全无关,也应在全面检查中加以注意,如有发现,记入病史,以体现完整性,而这些常易被忽略。

从病史中得到的初步印象,如果又从体检中得到支持,将为诊断增添一分依据,这是体检作用的主要方面;也有因某项体征的发现,反过来从追问病史中得到印证支持的。体检还可以发现毫无症状的体征,如意外地在胃肠病患者发现高血压,使诊断更为全面。另外,在一些官能性患者,诉说多端,但并无确切可信的实质性材料,难于形成概念,如经过详细体检也无阳性发现,或体征远不如诉说之严重,则通过体检可以起到否定或减轻其疑虑的作用。

为了使体检提供尽可能多而准确的材料,除了用正确的方法作全面系统的检查外,还必须随着症状的发展和实验室发现而转移检查的重点,以丰富对疾病的认识。这是不断的主客观相结合、不断认识、不断验证的过程。

三、实验室检查和其他辅助性检查 每个住院病人都应有血、粪、尿的常规检查,以补病史、体检之不足,并在取得临床初步诊断的基础上对某些标本或项目作进一步的检查,如生化、微生物、免疫学、病理学检查等。这些检查的预期结果与实际结果二者之间的符合率,常可用以衡量临床医生的诊断水平。观察愈深入,对病情本质的认识也愈清楚,例如对疑为菌痢患者的粪便送培养而了解致病菌的菌群、菌型及其药敏情况,既完成诊断要求和起到指导治疗的作用,也为流行病学研究提供资料。

其他如X线、超声波、放射性核素、核磁共振等统称为影象诊断的检查能查出一般物理检查所不能获得的材料,从某种意义上说,这些检查对诊断某些病有很高价值,但其应用应该是有选择的。在提出送检申请时,临床医生应该提供临床资料,供有关方面参考;有关辅助部门作出报告时,应该根据其自己的材料,不受临床材料的影响。任何检查都不会有完全的阳性率和准确率,如果各种特殊检查的结果不一致,在检查告一段落时可以在联席讨论会上解决,但最终决定于病人的实际情况和材料的准确性。例如,体液的细菌培养有特异性,但阳性结果可能是由于污染。病理学检查最具权威性,但如处理不谨慎,将活检标本搞错,曾有因而错误地将正常子宫切除的事例;也有因为结肠息肉误诊为结肠癌而作了结肠切除手术的教训。

综上所述,可见准确而完整的材料是作出诊断的唯一依据。材料必须准确,不准确的材料将导致错误的分析判断,其危害将比缺少这材料更甚。为此,无论病史、体检、实验室材料等都必须准确地收集,作系统观察,客观地分析,力求统一。必须避免依靠孤立的材料作为诊断的依据,即使其具有特异性。但也不应放过一个可疑发现,在尚未收集到更多的材料之前,

慎勿轻下结论。有关这些,将在以下章节中加以阐述。

【建立诊断的注意事项】

疾病的临床表现因人而异,有不同的“临床型”,一个病人可以有几个病同时存在,已确诊的病也可以在原有基础上出现新问题,各种材料有可能彼此矛盾。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,需要临床医生通盘考虑,处理好以下几个关系。

一、主要与次要的关系 在各种临床表现和实验室材料中,真正对诊断起决定性作用的不过少数几个,分清材料的主次真假,至关重要。例如发热与头痛,头痛可以是发热的伴随症状,以发热为主,见于一般热性病;可以是一个病的两个主要症状,见于脑膜炎或鼻窦炎等;也可能分别是两个不相关疾病的主要症状,如某种感染加偏头痛等;也可以分别是两个病的主要和次要症状。

有时,实验室材料是诊断的重要依据,应该尽量收集,使诊断建立于可靠基础上。而这种材料未必在疾病的任何时期都能找到。如肾盂肾炎和急性胰腺炎各有其全身症状和局部体征,但前者的主要诊断依据是尿沉渣中有白细胞增多、尿培养为阳性,有时需要多次检查才能获得;后者的重要依据是血清淀粉酶显著升高,至发病 48 小时后即降至正常。相反,肺部粟粒性结核病变,一般在发病两周以后才能在胸片上出现。血清凝集滴度也需过一些时间才出现并升高到有诊断价值的高度,皮内免疫试验可以有“假阳性”或“假阴性”。凡此都需要全面衡量,正确处理。如果其他材料都符合某诊断,不能因这些材料为阴性便否定诊断;如果其他材料都不符合,也不能因特异性材料为阳性便作为诊断依据。此特异性材料的真实性,可能在复查时证明有技术错误,或者采样不当、送检失时、标本搞错等。

如果有两种以上疾病同时存在,应辨明疾病的主次关系,辨明哪些材料归属于甲病,哪些关属于乙病,并针对关键性问题给予积极治疗;另一个次要病如与主病的发生和治疗有关,也应给予相应注意。

二、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疾病。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和解释每一个材料,切忌把完整的材料分割成若干个不相关的组合,拼凑了事,也要防止把互不相关的材料牵强附会地拉到一起。

有时,确实有两种或几种主病同时存在,彼此影响,混淆不清,对诊断和治疗都造成困难,则应逐个肯定,逐个解决。如伤寒病和血吸虫病都有发热,又各另有其他特点。但如两者同时存在,则血吸虫病的嗜酸性粒细胞可以不增加,伤寒病的肥达滴度可以不升高,虽经氯霉素治疗而体温长期不退,直至证明另有血吸虫病并存,并对其进行相应的特效治疗,才获得满意疗效。

三、常见病和少见病的关系 对主要症状、体征等进行分析作出诊断时,应考虑能产生该症状或体征的常见病、多发病作为最可能的诊断,优先考虑以常见病、多发病作为诊断的正确机会当然多于少见病或偶发病。但又必须结合其他因素如患者的年龄、性别、职业、和发病季节、地区等一起考虑,因为不同年龄、性别和季节各有其多发病、职业病,不同地区各有其地方病。在非流行区,也应考虑有某种地方病的可能,完全不考虑同样会犯错误。以下病例,很能说明问题。

患者四川农村青年,诉发热及左上腹有包块 4 个月,伴进行性贫血 2 个月。脾脏在肋下

16 cm、肝肿 3 cm; 血液红细胞 90 万/mm³, 白细胞 1,000/mm³。患者发病前曾在甘肃省黑热病流行区居住 7 个月。如果在流行区, 诊断为黑热病应无困难。只因该病在四川已多年未见, 曾经在多个医院诊治, 拟诊为多种疾病, 而多次被误诊漏诊。

近年来, 由于援外人员回国, 带回一些在我国未曾见过的病种; 由于对外开放等其他原因, 一些原已消灭的传染病、寄生虫病又有发生。不少医生对之原来没有认识, 即使是典型病例, 也能构成诊断上的困难, 值得注意。

四、器质性和官能性疾病的关系 任何一种疾病, 都可以有病变而无症状, 或者有症状而无客观发现, 一些官能性患者又可以有酷似器质性疾病的诉说。所以, 对一些诉说很多而一时无客观发现者, 除非很有把握, 不应轻易以“官能症”处理。即使当时能除外器质性病, 过程中仍应尽可能加以随访观察, 以免遗漏。如颅部受伤的患者可能至受伤数天或数周后才出现硬膜下血肿症状。对“一过性”而病因未明的患者, 也要尽可能在其发作时作观察之后才作结论。还应注意, 官能症可以和器质性疾病共存。

需要指出的是有时可以遇见诈病。他们编造病史或送假材料, 给人以假象。尝有病人诉断续发热两年, 多次在外地医院住院, 并称曾证明患疟疾。在住院 3 天中, 有不规则发热达 38~39℃ 以上, 但退热时并不出汗。当其再“发热”时复试体温, 证明是假发热。这种病人并不多见, 但如缺乏观察力, 容易受骗。也有持他人的胸部 X 线片或心电图来就诊、或诉排“血尿”者。如有可疑, 可以在监督下取标本复查, 揭穿真相。

五、原发病与继发病的关系 两者的关系可以有多种形式出现。有时病变在甲处而传导性或感应性症状出现在乙处, 如冠心病的缺血性疼痛可以产生上腹痛、肺炎或胸膜炎可以有腹部症状和体征。相反, 肝脏病也可以出现胸部症状和体征。在癌症, 有时原发病并无任何表现, 只是有迁徙性病变出现在远处之后, 原发病灶才被发现。有时, 则在已确诊的疾病的基础上出现继发病, 常见的有肺炎继发脓胸、肺脓肿, 败血症患者发生细菌性心内膜炎、骨髓炎, 溃化性胃溃疡发生癌变等。

原发病与继发病之间, 在早期并不容易识别。如果原发病诊断已经明确, 经有效治疗而效果不明显, 应考虑有新问题, 作相应的新检查。

六、良性与恶性病的关系 肺部阴影或腹部包块起源于何种脏器或组织, 发热是感染性或无菌性坏死, 或恶性组织细胞增多症, 以及诸如此类的许多其他症状和/或体征的诊断, 对于制订治疗方案和判断病人预后, 关系至大, 必须给予周密考虑, 作出鉴别。常需要多种检查, 作多学科会诊, 甚至作手术探查、病理活组织检查或者试验性治疗, 方能解决。有时, 鉴别原无困难, 只是由于医生的明显疏忽, 将直肠癌的痢疾症状误诊为阿米巴病疾, 长期被耽误, 这在大医院中也有发生, 值得引起警惕。为了病人的利益, 我们宁可考虑周密些、或者严重些, 象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。

七、典型与不典型的关系 许多疾病的典型临床表现, 为医生所熟知, 一般不难诊断。但某些疾病可以有多种“临床型”, 能给人以许多令人迷惘的假象。其实, 所谓“典型”病例或有典型临床过程者并不多, 相当多数病人的表现并不典型。如急性病可以暴发起病, 慢性病可以急起; 通常是稀见的症状, 在某些病人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表现而就诊。如果考虑不周, 极易误诊。

还应指出: 相当一部分病例的所以不典型, 是由于其接受过某种预防注射, 使症状变轻; 或因接受某种药物治疗, 疾病的本来面目受到干扰; 以前的手术治疗也可能造成某些并发

症、后遗症,增加病症的复杂性。

临床症状、体征和实验室材料也可因内外因素的影响而异乎寻常。如肠穿孔腹膜炎一般都有腹痛和腹肌紧张,但伤寒病人有重度毒血症者的肠穿孔,常不易确定穿孔的时间,其腹肌痉挛也不明显。此类特殊情况下的病情恶化,临床医生要有预见性才能发现和正确处理。年老体弱者的反应减弱,患有化脓性感染时,血白细胞可不增加,甚至降低。遇有此种情况,总要求能有适当的解释。但也有未能满意解释者,如下例。

某青年护士,突于晚饭后发生右上腹痛,阵阵加剧,向背部放射,吸气及体位改变时更甚。呕吐三次,伴发恶寒高热,大汗淋漓。血白细胞及中性粒细胞明显升高。继出现黄疸,并逐渐加深。过去无病疾史。病程第5日,以胆道蛔虫症诊断剖腹作胆总管探查、“T”管胆液引流及以后的胆管造影都正常。用抗生素治疗无效,血白细胞继续升高至 $22,100/\text{mm}^3$ 以上,中性粒细胞升至93%。发病第10日,有轻咳、气急,体检和胸部透视疑有右侧胸腔积液。胸腔穿刺得巧克力色脓液,其中找到阿米巴滋养体。超声波检查发现肝右叶顶部有脓腔,大小 $7\times 7\times 8\text{ cm}$ 。经抗阿米巴治疗后,黄疸、发热迅速降至正常。本例显然是误诊。

事后回顾,患者右上腹痛发作,当是肝脓肿向上穿孔时。其脓腔不小,病程至少已有数月,乃迄无全身或局部症状,至将穿孔时才出现剧烈右上腹痛和发热,很不典型;黄疸一般只偶见于发病初期,血液白细胞增加一般也不显著,而在本病例后期成为突出表现,也不平常。据此,误诊似非无因。但胆道蛔虫应有更明显的腹部体征,则在本例缺如;而且患者的右上腹痛传至背部,并在吸气时加剧,也应当考虑有累及肝上面和膈肌的病变的可能。如果早作胸部透视,应可避免手术探查。

通常所谓疑难病案,主要是少见病、不典型病和有几种共存的病。只有开阔思路、考虑全面,不断从实践中总结经验、从失误中吸取教训,才能较好地解决。

八、病源性与药源性疾病的关系 除日常多见的器质性、感染性、代谢性疾病以外,药物也可以致病。错用农药、驱虫杀虫药或有意服毒,有明确用药史,诊断不难。用于治疗的其他任何药物,不论内服、外用或注射,都可因个性差异、过敏反应,或用药不当,引起轻重不等的各种副反应或毒性作用,包括一般性反应发热、皮疹及系统性反应如:胃肠道的恶心、呕吐、腹痛、腹泻、黄疸、肝脏功能损害;造血系统的贫血、粒细胞缺乏症;循环系统的心律失常、血压降低或升高及心肌损害;神经系统的精神错乱、视听觉异常;泌尿系统的血尿、蛋白尿、肾功能减退等。反应可以同药异症、异药同症;可以发生在初次用药或正在用药过程中,或病情已控制、停药一段时间之后,也可发生在过一段时间再次用药时。例如用抗生素治疗某感染,药物可以对原发病起着作用或改变其原来热型,也可因发生药物热而被认为治疗无效、或认为旧病未能控制,或认为有新情况发生,有时则确实引起二重感染、肠道菌群失调,从而呈现极为复杂多样的临床表现。如不及时识别,继续盲目使用,可能越弄越复杂,造成严重后果。尝有病人因腹泻服氯霉素三天无好转,又继续用青霉素、链霉素、红霉素、卡那霉素、庆大霉素、四环素、黄连素、痢特灵等11天,腹泻未止,却因发生伪膜性肠炎、结肠坏死及败血症而死亡,值得引为喜欢多用药、滥用药者的深刻教训。

即使是家庭常备药阿斯匹林,如果服用不当,也可引起胃粘膜糜烂,诱发或加剧溃疡病,引起胃出血以及其他反应。

识别或鉴别药源性疾病,应先问最近有否用药史、过去有否因用某药而发生过类似情况史。如有可疑,应即停药观察。更重要的是预防,用药必须有明确指征、了解药物的性能、适应证、禁忌证、可能发生的副作用,明确药物与疾病能起相互转化作用,应用多种药物时还应