

现代疾病鉴别诊断学系列丛书

临床症状体征 鉴别诊断学

主 编 马 智 于柏龙

LINCHUANG
ZHENGZHUANG
TIZHENG
JIANBIE
ZHENDUANXUE

军事医学科学出版社

• 现代疾病鉴别诊断学系列丛书 •

临床症状体征鉴别诊断学

主编 马 智 于柏龙

军事医学科学出版社

• 北 京 •

内 容 提 要

本书以症状体征为纲,以疾病为目,辩证地讨论和建立疾病诊断步骤、方法的工具书。全书共分两部分,第1章为总论,分述诊断的基本步骤、诊断思维、诊断依据和方法、诊断形式和内容等;第2~14章为各系统常见症状体征,选择了各系统症状体征174个,对每个症状体征分别按病因分类、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,是提高临床医师症状体征诊断鉴别水平和能力的工具书。

图书在版编目(CIP)数据

临床症状体征鉴别诊断学/马智,于柏龙主编.

—北京:军事医学科学出版社,2005

ISBN 7-80121-740-3

I. 临… II. ①马… ②于… III. 症状-鉴别诊断 IV. R441

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 118624 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

63800294

编辑部:(010)66884402 转 6210,6216,6213

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:华润印装厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:59.5

字 数:1480 千字

版 次:2006 年 1 月第 1 版

印 次:2006 年 1 月第 1 次

定 价:145.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《临床症状体征鉴别诊断学》编委会

主 编：马 智 于柏龙

副主编：杨 梅 张聚静 王 星 郑忠波 肖 镇

刘智鹏 张凤宇 何立新 杨雪冰 孙清晨

孙桂珍 赵 英 阮联英 李志红 李秀梅

张润兰 刘增海 库洪希 张力军 程 铮

车建斌 满 蒙 王爱芹 王力娟

选题策划：宋焕忠 刘 钗

编 委：(以姓氏笔划为序)

马晓海 马艳丽 王 星 王力娟 王爱芹

王晓东 卞永生 车建斌 刘海侠 刘建彰

刘智鹏 刘增海 阮联英 孙桂珍 孙清晨

何立新 库洪希 李 蔚 李秀梅 李敬辉

李志红 满 蒙 肖 镇 杨 梅 杨雪冰

张凤宇 张力军 张润兰 张晓青 张聚静

郑忠波 赵 芳 赵 英 郭 峰 程 铮

董湘玉

前 言

“人类知识中最有用而又最不完备的就是关于对‘人’的认识”(卢梭)。人类对疾病的认识是人类在长期与疾病做斗争的过程中积累、完善而形成的。临床工作者对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师诊断疾病的主要线索和依据,熟练掌握与运用症状和体征鉴别诊断是提高诊断符合率、减少误诊和漏诊的重要前提。因此,症状体征鉴别诊断的技巧和能力是衡量临床医师诊疗技术水平的重要指标之一。

症状体征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,即所谓的“同病异症(征)”和“异病同症(征)”。症状和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。症状体征鉴别诊断不仅含有丰富的内容,而且是一种辩证思维活动过程,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,掌握和运用症状体征鉴别诊断方法和技巧是临床医师的一项基本功。

《临床症状体征鉴别诊断学》是以症状体征为纲,以疾病为目,辩证地讨论和建立疾病诊断步骤、方法的工具书。全书共分13章并书后置附录(临床常用检验正常参考值)。第1章为总论部分,分述诊断的基本步骤、诊断思维、诊断依据和方法、诊断形式和内容等;第2~13章为各系统常见症状体征,属各论部分,选择了各系统症状体征174个,包括性别、年龄、生命征、生长发育、营养、表情与面容、体位等基本情况。对每个症状体征分别按病因分类、发病机理、诊断方法、鉴别诊断予以阐述。病因分类项中凡可能发生的疾病尽可能详细列出,目的是拓宽视野,便于全面考虑;发病机理力求以最新的知识加以叙述,目的是丰富理性知识,便于推理分析;诊断方法按病史、体格检查、实验室检查和特殊器械检查等有关内容重点予以介绍;鉴别诊断则是选择几种主要疾病,对其特征和鉴别点加以阐述。

本书内容力求体现全、新、精的原则,旨在提高临床医师的症状体征诊断鉴别水平和能力。但由于作者水平所限,难免有错漏之处,祈望广大读者赐教。

本书引用了国内外有关专家的研究成果,恕不一一列出,在此表示诚挚的谢意。

编 者

2005年12月

目 录

第一章 总论 (1)	第十七节 瘫痪 (133)
第一节 诊断的基本步骤..... (1)	第十八节 感觉障碍 (141)
第二节 诊断的思维..... (3)	第十九节 肌肉萎缩 (147)
第三节 诊断的依据和方法..... (5)	第二十节 肌性肌无力 (151)
第四节 临床诊断的形式和内容..... (6)	第四章 呼吸系统症状体征 (159)
第二章 一般症状体征 (9)	第一节 气息异常..... (159)
第一节 性别..... (9)	第二节 咳嗽..... (162)
第二节 年龄..... (10)	第三节 咳痰..... (175)
第三节 生命征..... (11)	第四节 咯血..... (179)
第四节 生长发育..... (17)	第五节 呼吸异常..... (185)
第五节 营养..... (18)	第六节 啰音..... (192)
第六节 表情与面容..... (19)	第七节 胸痛..... (193)
第七节 体位..... (21)	第八节 胸腔积液..... (200)
第八节 淋巴结肿大..... (21)	第九节 胸廓异常..... (205)
第九节 发热..... (29)	第十节 气胸..... (207)
第十节 水肿..... (37)	第十一节 呼吸衰竭..... (210)
第十一节 疲劳..... (47)	第十二节 肺水肿..... (215)
第三章 神经系统症状 (50)	第十三节 急性呼吸窘迫综合征..... (219)
第一节 头痛..... (50)	第五章 循环系统症状体征 (224)
第二节 眩晕..... (57)	第一节 心悸..... (224)
第三节 晕厥..... (61)	第二节 心律失常..... (227)
第四节 昏迷..... (65)	第三节 心力衰竭..... (236)
第五节 癫痫和癫痫样发作..... (78)	第四节 心包积液..... (250)
第六节 言语障碍..... (83)	第五节 高血压..... (254)
第七节 眼球运动障碍..... (86)	第六节 低血压..... (268)
第八节 眼球震颤..... (89)	第七节 休克..... (273)
第九节 瞳孔异常..... (91)	第八节 紫绀..... (278)
第十节 神经痛..... (95)	第九节 杵状指(趾)..... (295)
第十一节 脑膜刺激征..... (101)	第十节 无脉症..... (301)
第十二节 高颅压综合征..... (106)	第十一节 上腔静脉综合征..... (305)
第十三节 低颅压综合征..... (113)	第十二节 颈静脉怒张..... (309)
第十四节 不自主运动..... (116)	第十三节 奇脉..... (313)
第十五节 共济失调..... (124)	第十四节 交替脉..... (315)
第十六节 步态异常..... (130)	第十五节 心音异常..... (318)

第十六节	心脏杂音	(327)	第十五节	女性不孕	(581)
第十七节	心脏震颤	(344)	第八章	血液系统症状体征	(588)
第十八节	心脏增大	(347)	第一节	贫血	(588)
第十九节	周围血管征	(356)	第二节	出血倾向	(608)
第二十节	雷诺现象	(364)	第三节	白细胞增多	(622)
第二十一节	猝死	(370)	第四节	白细胞减少	(629)
第六章	消化系统症状体征	(376)	第五节	嗜酸粒细胞增多	(635)
第一节	吞咽困难	(376)	第六节	红细胞增多症	(639)
第二节	食欲异常	(386)	第七节	弥散性血管内凝血	(642)
第三节	恶心与呕吐	(388)	第九章	内分泌代谢系统症状体征	(649)
第四节	便秘	(394)	第一节	甲状腺肿	(649)
第五节	腹泻	(397)	第二节	乳汁分泌异常	(658)
第六节	胃肠气胀	(404)	第三节	性发育异常	(663)
第七节	腹水	(407)	第四节	低血糖症	(669)
第八节	便血	(416)	第五节	糖尿	(681)
第九节	呕血与黑便	(421)	第六节	体型异常	(688)
第十节	直肠与肛门狭窄	(426)	第七节	肥胖症	(696)
第十一节	腹痛	(433)	第八节	消瘦	(703)
第十二节	腹部肿块	(459)	第九节	骨质疏松	(709)
第十三节	肝肿大	(468)	第十节	骨质软化	(712)
第十四节	脾肿大	(483)	第十章	五官科症状体征	(714)
第十五节	黄疸	(494)	第一节	视力障碍	(714)
第十六节	胃食管反流性疾病	(508)	第二节	红眼	(721)
第十七节	呃逆	(513)	第三节	泪溢	(725)
第七章	泌尿生殖系统症状体征	(516)	第四节	角膜混浊	(728)
第一节	排尿异常	(516)	第五节	眼球突出	(731)
第二节	尿量异常	(520)	第六节	眼球内陷	(736)
第三节	尿色异常	(526)	第七节	眼痛	(738)
第四节	蛋白尿	(533)	第八节	色觉异常	(740)
第五节	肾病综合征	(535)	第九节	听力减退	(742)
第六节	肾衰竭	(538)	第十节	耳鸣	(751)
第七节	阴囊肿大	(542)	第十一节	耳痛	(754)
第八节	男子性功能障碍	(547)	第十二节	耳溢液	(756)
第九节	男性不育	(550)	第十三节	鼻出血	(759)
第十节	阴道出血	(556)	第十四节	鼻溢液	(761)
第十一节	闭经	(563)	第十五节	咽痛	(766)
第十二节	痛经	(569)	第十六节	声音嘶哑	(768)
第十三节	白带	(573)	第十七节	咽部异物感	(771)
第十四节	盆腔肿块	(577)	第十八节	口腔痛	(773)

第十九节	口炎、舌炎、龈炎·····	(777)	第十二章	运动器官症状体征·····	(862)
第二十节	口臭·····	(780)	第一节	多处疼痛·····	(862)
第二十一节	牙齿异常·····	(782)	第二节	关节疼痛·····	(868)
第二十二节	腮腺区肿大·····	(787)	第三节	腰背痛·····	(877)
第十一章	皮肤科症状体征·····	(791)	第四节	颈肩痛·····	(882)
第一节	皮肤损害·····	(791)	第五节	脊柱和四肢畸形·····	(886)
第二节	斑疹·····	(793)	第十三章	水和电解质代谢紊乱·····	(892)
第三节	丘疹·····	(800)	第一节	脱水·····	(892)
第四节	疱疹·····	(807)	第二节	水中毒·····	(895)
第五节	脓疱·····	(815)	第三节	低钠血症·····	(897)
第六节	结节·····	(819)	第四节	高钠血症·····	(899)
第七节	风团·····	(824)	第五节	低钾血症·····	(901)
第八节	鳞屑·····	(827)	第六节	高钾血症·····	(905)
第九节	溃疡·····	(830)	第七节	低钙血症·····	(907)
第十节	色素异常·····	(833)	第八节	高钙血症·····	(909)
第十一节	瘙痒·····	(838)	第九节	低镁血症·····	(911)
第十二节	出汗异常·····	(840)	第十节	高镁血症·····	(913)
第十三节	毛发异常·····	(842)	第十一节	代谢性酸中毒·····	(914)
第十四节	指甲异常·····	(846)	第十二节	呼吸性酸中毒·····	(921)
第十五节	毛细血管扩张·····	(851)	第十三节	代谢性碱中毒·····	(925)
第十六节	皮肤硬化·····	(853)	第十四节	呼吸性碱中毒·····	(928)
第十七节	黏膜损害·····	(856)	第十五节	混合型酸碱平衡紊乱·····	(930)
第十八节	囊肿·····	(860)	附录：临床常用检验正常参考值·····	(933)	

第一章 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。

第一节 诊断的基本步骤

确定临床诊断的过程,就是具体认识疾病本质的过程。疾病的诊断过程一般有三个环节: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。要充分认识到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显得零乱片面,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。

现在诊断技术有了飞跃的发展,给予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,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,才能出正确的评价。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。

直接诊断法适用于对具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。

第二节 诊断的思维

一、运用辩证唯物观点指导临床诊断

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;通常是稀见的症状,在某些患者可以作为突出的症状出现;有些病已进入后期,才以并发症状或后期症状作为初表现而就诊。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

对主要病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事例甚多。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,对一些诉说多端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,可起源于任何种脏器或组织;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,于制订治疗方案和判断患者预后,关系至大,必须给予周密的考虑,作出鉴别。常需要多种检查、多学科会诊,甚至手术探查,病理活组织检查或者试验治疗,方能解决。为了患者的利益,我们宁可考虑周密些,或者严重些。如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。要从调查研究得到的资料出发,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。

二、疾病误诊原因分析

在临床实践中,误诊时有发生,其原因大致包括主观和客观因素两个方面。

(一)主观因素

是造成误诊的主要原因,首先是责任心不强,工作粗心,问诊、体格检查不认真细致,忽视患者的主诉,忽视常规检查或动态观察;其次是限于业务水平,缺乏对疾病的认识,临床经验不足,以及思维方法不符合辩证逻辑,不善于分析思考,推理判断。

(二)客观因素

如患者对病史记忆不清、讲不清,或对病情任意夸大、弄虚作假等,使病情失去真实性;其实,在体格检查时患者不合作或病情危重(如昏迷、休克、大出血)需要及时抢救,不能仔细询问病史及详细体格检查;或限于疾病的因素,如病情复杂、罕见、不典型或缺乏具有诊断价值的症状或体征等。

总之,临床上发生误诊的原因是多方面的,只要及时总结,吸取教训,改进医疗作风和思维方法,通过反复实践。在技术上精益求精,就能不断提高对疾病的认识,提高诊断水平,才能防止误诊,漏诊和差错事故的发生。

第三节 诊断的依据和方法

病人的症状与体征是诊断的主要依据。在多数情况下,先有症状,再由医生检查而发现有关病理性体征。也有病人因无主观感觉,只是在体检或普查时才有异常发现。

诊断建立的依据有多种,如症状诊断、体检诊断、实验诊断、超声或X线诊断等。各有关诊断提供的材料,除非同时有数项符合或几次重复结果一致,一般难以单独作为最后诊断的依据。例如即使具有特异性的细菌学诊断,阳性结果也可能是污染,阴性则可能由于生长条件不符合或送检时间不当;病理学检查虽多被推为诊断金标准,但也可由于取材不当而致漏诊,其权威性受到质疑。由此可见,有关诊断措施的各个环节都应认真从事,检查结果的诊断意义均须慎加评价。

近代诊断技术水平不断更新和提高,为临床医学提供了新内容。X线电子计算机体层摄影(CT)、磁共振成像(MRI)、放射性核素、分子生物学和免疫学等诊断手段已被广泛应用,大大提高了诊断质量。但是医生不应忽视简单的检查手段,有的放矢地选用关键性检查来建立诊断,不加分析思考地开出大量检查申请单是很不可取的。

一、病 史

病史是建立诊断的主要依据,许多疾病可以从病史中得到诊断的启示。一定要认真听取病人诉说现病史的始末和治疗经过,要抓住重点、逐步深入。特别应了解起病与演变过程,病程的长短对应考虑的病种完全不同。对发热病人需询问体温度数和趋势,有无伴随症状,对伴有的局限性症状应鉴别是全身疾病还是局部疾病。如曾接受过治疗,须了解药名和剂量,以探索该药对所患疾病的影响。要询问发病的诱因,传染病要问可能的传染源,慢性病要问饮食状况、体重和劳动变化情况。

病史必须是全面的,除现病史外,应注意过去史、个人史、婚姻史和家族史等细节,都有其特殊意义。如病人的居留地与地方病有关,长期吸烟史与慢性支气管炎、肺源性心脏病或肺癌有关,肝炎史和酗酒与肝硬化、原发性肝癌有关。有些病史中,看来是琐碎的事,但不可草率带过。

总之,病史应着力于全(完整而系统)、实(真实而精选)、活(记录各方面动态发展)和特(能反映病人特殊的病情和特点)。全和实对诊断特别重要,材料不全难于分析,资料不实容易误导。一份好病史应是能使后人阅读时仿佛病人就在眼前,从而获得教益的好教材。

二、体格检查

从病史常可形成诊断概念,再从体检发现、获得符合该概念的资料,诊断即前进了一步。体检还能收集到与现病症无关而未被病人提到的其他异常资料,如高血压、肝脾肿大等,此时又应追问病人有关高血压症状和有无导致肝脾肿大的原因。检查越详尽,异常情况发现越多,对病人的了解也越全面。

体检的视、触、叩、听四诊各有其独特的价值。应重视视诊,国人惯用“看病”二字,是用医学的眼光看人,则有其重要含意。留心病人的面部表情、一举一动和步态,就不难发现病情,从而作出诊断,例如突眼、消瘦和多动可见于甲状腺功能亢进症者;脑血管意外、脊髓灰质炎后遗症和先天性髋关节脱位的病人各有其特逐步态;凭黏膜、肤色多可诊断贫血、缺氧和黄疸,甚至可观察到肝病面容。如果再机敏地观察,见有些人双手叉腰、宁候电梯而不原步登二楼,可怀疑其有心肺功能不全。医生须不断训练或累积这类观察能力,检查要全面而对称、自头到脚,包括眼、耳、鼻、喉及口腔,仅仅听心肺、扪腹部和“外科的”局部情况是很不够的。要据病人具体情况注意检查方法,如腹痛病人的腹部检查应自无痛部位开始,使其适应,并便于比较;为幼儿做咽喉部检查应留在体检的最后,以免引起啼哭和抗拒。体检要考虑影响其结果的诸因素,如在肝脏触诊,须考虑儿童的肝脏在正常情况下相对大于成人,瘦长体型、多产妇和肺气肿病人的肝脏可触及者明显多于正常人,不能一概认为是肝脏肿大,而其质地、表面状况和有无叩痛尤应予以重视;心脏叩诊受胸壁和肺气肿的影响;肾脏的触及与体型有关,且右肾较易

触及。某些有重要诊断意义的体征要多次复查,如易变的心杂音是感染性心内膜炎的重要证据;出疹性传染病的皮疹出现有恒定日期,要逐日检查。任何新体征的出现,都应与症状联系对照,是否和主要诊断有关,要进行具体分析。

三、实验室检查

住院病人都应有血、尿、粪常规检查,结合病史和体检发现其对诊断起相辅相成作用。实验室检查若发现在病史、体检中未能预期的情况,则应补充病史、体检及必要的重复检验。

四、其他辅助检查

大多在临床上已有初步诊断,但需取证或作为鉴别鉴别的依据。影像学中,X线检查应用最广,有时可与内镜检查配合诊断。各种灵敏度和精密度高的诊断技术发展迅速,为临床诊断提供了新手段。必须指出,申请检查应提供简要临床资料,检查报告则应根据所见,不受申请者填写的临床诊断意见的影响或暗示,独立作出辅助检查的诊断意见,供临床参考。

第四节 诊断的形式和内容

一、临床诊断的形式

正确的诊断与表达形式是诊断的步骤和基础。根据诊断的步骤及过程,临床诊断的表达形式大致有如下几种:

(一)症状诊断与检体诊断

临床上通过病史和体格检查所获得的症状或体征,对照基础理论知识(如病理学),进行分析综合推理所作出的印象或初步结论,称为症状诊断或检体诊断。症状诊断(如上消化道出血)和检体诊断(如胸腔积液)的确定,为临床对疾病进一步诊断提供线索和依据,是诊断的初级阶段。常用于门诊、急症和入院初期,于短期

内作出的初步诊断。因为症状诊断和检体诊断是建立在病理学的基础上,较能反映疾病的实际情况。

(二)倾向性诊断与确定诊断

一般认为从诊断的思维过程到确定诊断,是指在现有的资料中,分析综合成为某一疾病的概念,最后作出明确诊断(即确定诊断)或倾向性诊断。倾向性诊断包括可能诊断、可疑诊断、未排除诊断、待排除诊断和问号(?)诊断。虽然倾向性诊断表示不能作出明确诊断,包含着可能、可疑、未排除、待排除等诊断的含意,但由于倾向性较大,故对进一步检查、完善诊断和确定诊断以至通过治疗验证和修正诊断起着重要的指导作用。如前所述,部分病例的确定诊断还可以通过治疗性试验证实诊断。对病因不明的死亡病例,还可通过尸体病理解剖检查作出死后诊断,以明确病因,有利于不断总结经验。

二、诊断的内容

完整的诊断应能反映疾病的本质和全貌。因此,疾病的诊断内容应包括病因、病理形态及病理生理三个方面。

(一)病因诊断

是根据致病原因提出的诊断。因为疾病是外因与内因,包括感染、理化因素、免疫遗传等相互作用的结果。因此病因诊断决定疾病的本质,对疾病的治疗与预后起着决定性作用。临床主要通过实验室检查如病原学、免疫学和影像学等检查技术作出病因诊断。如结核性脑膜炎、肺炎球菌性肺炎等均属病因诊断。对病因尚未明确的疾病的诊断,临床可以“原发性心脏病”、“再生障碍性贫血”的方式表达。病因诊断是说明疾病本质的诊断,应摆在诊断内容的首位。

(二)病理解剖诊断

又称病理形态诊断,它反映疾病病变的所在部位、范围、性质及组织结构的变化状况。病理解剖诊断可通过病史、检体、实验室检查和其

他器械检查作出诊断。最可靠而准确的方法是通过内窥镜、手术活检等进行病理组织学检查。病理解剖诊断,应列入诊断内容的第二位。

(三)病理生理诊断

亦称功能诊断。疾病的病理生理变化,反映病变器官的功能改变,这是对疾病发展规律的本质认识。某些疾病形态学改变可不明显,而功能改变却十分显著。对疾病功能状态的分析,是判断病情轻重、预后、劳动力鉴定的主要根据。

疾病诊断的内容包括主要疾病和次要疾病两个方面:①主要疾病的病因、病理解剖、病理生理诊断及其并发症或并发病。②次要疾病或者在发病机理方面与主要疾病互不相关,但系同时存在的伴随病(或称伴发病)。以上内容按其主次顺序排列。

临床对疾病的诊断,应尽可能包括本次疾病,尤其是主要疾病的病因、病理解剖、病理生理诊断。只有这样,才能完整、全面地了解疾病的实质,有助于指导治疗和预防及判断预后。但并非所有疾病一开始都能作出全面的诊断,有时只能作出病理形态和(或)病理性诊断,暂时不能作出病因诊断,或者三者都不能作出诊断,此时,则可根据病史、体格检查或其他检查结果作出倾向性诊断。如“腹水原因待查,肝硬化?”等。

参考文献

- 1 陈灏珠.实用内科学.第12版.北京:人民卫生出版社,2005:4-6
- 2 邝贺龄.内科疾病鉴别诊断学.第4版.北京:人民卫生出版社,2003:1-6
- 3 朱镛连.要注意纠正忽视临床检查倾向.中华内科杂志,1994;33(12):795
- 4 沈策.临床诊断思维方法.医学与哲学,1997;18(3):158
- 5 高会斌.疾病诊断思维程序.张家口医学院学报,1995;12(1):24
- 6 钟东屏.疾病诊断与诊断思维.江苏中医,1999;20(3):42-43

- 7 曾祥运,刘跃梅.正确的诊断思维来自临床实践.赣南医学院学报,2002;22(4):417-418
- 8 梁俏娟,邓凌波,培养医学生正确的诊断思维方法.右江民族医学院学报,2002;24(4):637-638
- 9 赵仁科,赵英健.谈谈诊断思维.中国临床医学,2000;28(10):62
- 10 戴为信.如何选择和分析实验检查结果.中华内科杂志,1998;37(2):134
- 11 陈运贞.内科症状鉴别诊断.上海:上海科学技术出版社,2004:1-8

(马 智)

第二章 一般症状体征

第一节 性别

一、性别判断

正常人的性征是明显的,判断性别并不困难。性征是指性别特征,如果内、外生殖器称为第一性征的话,那么,和性别有关的其他生理特征即称为第二性征,如音调、喉结、乳房、脂肪、毛发等特征。性征发育与性激素有关,在男性只与雄激素有关,在女性则与雄激素和雌激素都有关。男性在雄激素作用下,睾丸及阴茎发育、喉结突出、音调低沉、骨骼粗壮、肌肉发达、皮脂腺分泌多、有痤疮、长胡须、体毛较多、阴毛呈菱形分布等;女性在雄激素作用下,阴蒂及大阴唇发育、腋毛与阴毛生长、有痤疮等,女性在雌激素作用下,子宫及卵巢发育、女阴发育、乳房发育并产生乳晕、皮下脂肪丰满、骨盆宽大、臀部肥厚、音调高尖等。

性别除了具有生理特征外,还有社会特征。出生后父母即以新生儿的第一性征确认其生理性别,以后对孩子抚育培养,使孩子进入了相应的性别角色,规定孩子的举止言行、社会地位、服饰发型等。上学进入社会之后,所受教育和地位更使孩子深刻地打上了性别烙印,这种性别角色可称为社会性别或心理性别。

通常我们根据患者的社会性别或心理性别特征及第二性征即可明确判断性别。当判断有疑问时可进一步检查外生殖器性别、性腺性别。在特殊情况下,如两性畸形或疑有变性手术隐瞒性别者,可检查染色体性别。

正常人体二倍体细胞中含 22 对常染色体、1 对性染色体。性染色体在男性为 XY,在女性为 XX。全部染色体构成染色体组型,染色体组型正常的男性为 46,XY;染色体组型正常的女性为 46,XX。

当有 2 个或 2 个以上 X 染色体时,其中只有 1 个 X 有遗传基因,其余的 X 在细胞核中形成性染色质,或称 Barr 体,这种性染色质可用口腔黏膜涂片查出。据统计在正常女性中 20%~40% 所检查的细胞中可查出性染色质,在正常男性则无这种性染色质。所以,这种口腔黏膜涂片是检查性染色质的一种简便方法。在女性,性染色质阳性;在男性,性染色质为阴性。

二、两性畸形

正常性别的人,其社会性别、外生殖器性别、性腺性别及染色体性别都是一致的。当外生殖器表现为非男非女或与性腺、染色体性别不符时称两性畸形。

1. 真两性畸形 外生殖器所显示的性别模棱两可,体内具有睾丸和卵巢两种组织。60% 的真两性畸形患者染色体组型为 46,XX;20% 为 46,XY;10% 为嵌合体或 XX/XY 异源嵌合体。

2. 假两性畸形 患者外生殖器所显示的性别兼而有之,体内只有一种生殖腺。

(1) 女性假两性畸形:患者卵巢正常,内生殖道亦正常,但外生殖器介于两者之间。约半数以上都是由于先天性肾上腺增生所致,属常染色体隐性遗传。

(2) 男性假两性畸形:患者性腺为睾丸,但