

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

诊断学

ZHEN DUAN XUE

张超远 袁小波◎主编

辽宁大学出版社

中国医药出版社 中国医药出版社 中国医药出版社

中国医药出版社

诊断学

ZHEN DUAN XUE

中国医药出版社

中国医药出版社

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

诊断学

主 编 张超远 袁小波

副主编 李 忠 刘玉森 杨 雷 唐 静

编 委 高 征 刘 暖

编 者 (以姓氏笔画为序)

刘玉森 (南阳医学高等专科学校第一附属医院)

刘 暖 (南阳理工学院医学院)

李 忠 (南阳理工学院医学院)

张超远 (南阳市中心医院)

杨 雷 (南阳理工学院医学院)

高 征 (南阳医学高等专科学校)

辽宁大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学 / 张超远, 袁小波主编. —沈阳: 辽宁大学出版社, 2013. 6

普通高等教育“十二五”规划教材. 医学教材系列

ISBN 978-7-5610-7343-8

I. ①诊… II. ①张… ②袁… III. ①诊断学—医学院校—教材 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 139382 号

出版者: 辽宁大学出版社有限责任公司

(地址: 沈阳市皇姑区崇山中路 66 号 邮政编码: 110036)

印刷者: 北京明兴印务有限公司

发行者: 辽宁大学出版社有限责任公司

幅面尺寸: 185mm×260mm

印 张: 30.5

字 数: 780 千字

出版时间: 2013 年 6 月第 1 版

印刷时间: 2013 年 8 月第 1 次印刷

责任编辑: 张琢石 黄 铮

封面设计: 可可工作室

责任校对: 齐 悦

书 号: ISBN 978-7-5610-7343-8

定 价: 55.00 元

联系电话: 86864613

邮购热线: 86830665

网 址: <http://www.lnupshop.com>

电子邮件: lnupress@vip.163.com

前 言

诊断学(diagnostics)是运用医学基础理论、基础知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科。是为医学生学毕基础医学各门学科包括解剖学、生理学、生物化学、微生物学、组织胚胎学、病理生理学及病理学等课程,过渡到学习临床医学各学科而设立的一门必修课。其主要内容包括问诊采集病史,通过视诊、触诊、叩诊和听诊,仔细了解患者所存在的体征,并结合一些必要的实验室检查,如血液学检查、生物化学检查和病原学检查及心电图、X线和超声等辅助检查,全面系统的掌握患者的症状。为学习临床医学各学科、临床见习与实习奠定基础。因此,诊断学可以说是一座连接基础医学与临床医学的桥梁,也是打开临床医学大门的一把金钥匙。

本教材除按照国家对普通本科、高职高专教育要求和课程改革的发展趋势特点,还向相关的专家、任课教师和学生咨询了存在的问题和意见,对应用型本科及高职高专层次进行了正确定位,重新进行编排构思,原则是围绕着培养从事临床医疗工作的各科医师这一目标。

本教材编写正处于国家大力发展应用型本科及高职高专教育大背景下出台的,能够紧密结合临床需要,紧密结合实际工作需要,紧密结合相关基础学科需要,体现三用(实用、够用、好用),以改革精神用新的教学理念淡化学科,其内容少而精、重点突出,通俗易懂,便于自学。按照面向实用性人才培养目标,定位在应用型本科及高职高专层次上,避免其他教材的压缩版。本书适合于临床医学专业(含影像及麻醉)、口腔医学专业、护理学专业、检验及药学专业的本科生及高职高专学生和非医学专业的本科生供教学作教材外,对广大临床医生也是更新知识,提高临床工作能力以及备考执业医师资格考试、研究生入学考试等的重要参考书籍。

本书由分属不同医学高等院校及三级综合性医院的实践经验丰富的临床医师编写,各章编写人如下:张超远(绪论,第三篇,第四篇第一、二章)、高征(第一篇)、李忠(第二篇)、杨雷(第四篇第三、四、五、六、七章)、刘玉森(第四篇第八、九、十章,第五篇)、刘暖(第六篇),统稿审修由张超远完成。

限于水平,本教材定位难免不准,缺点和错误难免存在,殷切期望读者及老师多提出宝贵意见,以便修正。

《诊断学》编委会

2013年2月

目 录

绪论	(1)
----------	-----

第一篇 问诊

第一章 问诊	(5)
--------------	-----

第一节 重要意义	(5)
----------------	-----

第二节 内容	(5)
--------------	-----

第三节 方法、技巧及注意事项	(9)
----------------------	-----

第二章 症状	(16)
--------------	------

第一节 发热	(16)
--------------	------

第二节 疼痛	(20)
--------------	------

第三节 咳嗽与咳痰	(27)
-----------------	------

第四节 咯血	(29)
--------------	------

第五节 呼吸困难	(31)
----------------	------

第六节 紫绀	(33)
--------------	------

第七节 心悸	(35)
--------------	------

第八节 恶心与呕吐	(37)
-----------------	------

第九节 呕血	(39)
--------------	------

第十节 便血	(40)
--------------	------

第十一节 腹泻	(42)
---------------	------

第十二节 黄疸	(44)
---------------	------

第十三节 水肿	(49)
---------------	------

第十四节 血尿	(50)
---------------	------

第十五节 眩晕	(52)
---------------	------

第十六节 意识障碍	(53)
-----------------	------



第二篇 检体诊断

第一章 基本检查方法	(57)
第一节 视诊	(57)
第二节 触诊	(57)
第三节 叩诊	(58)
第四节 听诊	(60)
第五节 嗅诊	(61)
第二章 一般检查	(62)
第一节 全身状况检查	(62)
第二节 皮肤	(67)
第三节 淋巴结	(71)
第三章 头部检查	(73)
第一节 一般检查	(73)
第二节 头部器官检查	(74)
第四章 颈部检查	(83)
第五章 胸廓与肺部检查	(87)
第一节 胸部的体表标志与分区	(87)
第二节 胸壁、胸廓与乳房检查	(90)
第三节 肺与胸膜	(94)
第四节 呼吸系统常见疾病的症状与体征	(107)
第六章 心脏与血管检查	(110)
第一节 心脏检查	(110)
第二节 血管检查	(125)
第三节 循环系统常见疾病的症状与体征	(129)
第七章 腹部检查	(134)
第一节 腹部体表标志与分区	(134)
第二节 视诊	(136)
第三节 触诊	(140)
第四节 叩诊	(149)
第五节 听诊	(151)



第六节 腹部常见疾病的症状与体征	(152)
第八章 生殖器、肛门和直肠检查	(159)
第一节 男性生殖器及其检查	(159)
第二节 女性生殖器及其检查	(161)
第三节 肛门及直肠检查	(163)
第九章 脊柱与四肢	(165)
第一节 脊柱检查	(165)
第二节 四肢与关节	(168)
第十章 神经系统检查	(174)
第一节 脑神经检查	(174)
第二节 运动功能检查	(176)
第三节 感觉功能检查	(178)
第四节 神经反射检查	(179)
第五节 自主神经功能检测	(181)

第三篇 临床常用诊疗技术

第一章 导尿术	(183)
第二章 胸膜腔穿刺术和胸膜组织检查术	(185)
第三章 腹膜腔穿刺术	(187)
第四章 心包腔穿刺术	(189)
第五章 肝脏穿刺术	(190)
第六章 骨髓穿刺术	(192)
第七章 淋巴结穿刺术	(194)
第八章 腰椎穿刺术	(195)
第九章 中心静脉压测定	(196)
第十章 眼底检查	(197)

第四篇 实验诊断

第一章 概论	(198)
第二章 临床血液学检测	(204)



第一节 血液一般检测	(204)
第二节 溶血性贫血的检测	(217)
第三节 血细胞形态特征	(222)
第四节 血型鉴定与交叉配血试验	(232)
第五节 常见血液病的血液学特征	(237)
第三章 血栓与止血检测	(245)
第一节 血管壁检测	(245)
第二节 血小板检测	(247)
第三节 凝血因子检测	(250)
第四节 抗凝系统检测	(253)
第五节 纤溶活性检测	(255)
第六节 血液流变学检测	(257)
第七节 检测项目的应用	(258)
第四章 排泄物、分泌物及体液检测	(263)
第一节 尿液检测	(263)
第二节 粪便检测	(273)
第三节 痰液检测	(276)
第四节 脑脊液检测	(278)
第五节 浆膜腔积液检测	(283)
第六节 生殖系统体液检测	(286)
第五章 常用肾脏功能实验室检测	(292)
第一节 肾小球功能检测	(292)
第二节 肾小管功能检测	(295)
第三节 血尿酸检测	(298)
第四节 肾小管性酸中毒的检测	(298)
第五节 肾功能检测项目的选择和应用	(300)
第六章 肝脏病常用实验室检测	(301)
第一节 肝脏病常用的实验室检测项目	(301)
第二节 常见肝病检测指标变化	(315)
第三节 常见肝病检查项目的选择与应用	(317)
第七章 临床常用生物化学检测	(319)
第一节 血糖及其代谢产物检测	(319)



第二节	血清脂质和脂蛋白检测	(322)
第三节	血清电解质检测	(325)
第四节	血清铁及其代谢产物检测	(327)
第五节	心肌酶和心肌蛋白检测	(329)
第六节	其他血清酶学检测	(333)
第七节	内分泌激素检测	(335)
第八节	治疗性药物监测	(343)
第八章	临床常用免疫学检测	(345)
第一节	血清免疫球蛋白检测	(345)
第二节	血清补体检验	(347)
第三节	细胞免疫检测	(349)
第四节	肿瘤标志物检测	(352)
第五节	自身抗体检测	(357)
第六节	感染免疫检测	(362)
第七节	其他免疫检测	(366)
第九章	临床常见病原体检测	(369)
第一节	标本的采集运送、实验室评价和检查方法	(369)
第二节	病原体耐药性检测	(373)
第三节	临床感染常见病原体检测	(377)
第四节	病毒性肝炎检测	(381)
第五节	性传播疾病病原体检测	(386)
第六节	医院感染常见病原体检测	(391)
第十章	其他检测	(394)
第一节	基因诊断	(394)
第二节	流式细胞术及其临床应用	(400)
第三节	染色体检测	(403)

第五篇 器械检查

第一章	心电图	(404)
第一节	临床心电学的基本知识	(404)
第二节	心电图的测量和正常数据	(406)



第三节 心房、心室肥大	(410)
第四节 心肌缺血与 ST-T 改变	(413)
第五节 心肌梗死	(414)
第六节 心律失常	(417)
第七节 电解质紊乱和药物影响	(425)
第八节 心电图的分析方法和临床应用	(426)
第二章 其他心电学检查	(429)
第一节 动态心电图	(429)
第二节 心电图运动负荷试验	(430)
第三章 肺功能检查	(433)
第一节 通气功能检查	(433)
第二节 换气功能检查	(438)
第三节 小气道功能检查	(440)
第四节 血气分析和酸碱测定	(442)
第四章 内镜检查	(451)
第一节 基本原理	(451)
第二节 上消化道内镜检查	(451)
第三节 下消化道内镜检查	(454)
第四节 纤维支气管镜检查	(456)

第六篇 诊断方法与病历书写

第一章 临床诊断的步骤与思维方法	(459)
第一节 临床诊断的步骤	(459)
第二节 临床诊断的思维方法	(460)
第二章 病历书写的内容与格式	(465)
第一节 病历书写的规则	(465)
第二节 病历书写的内容与格式	(467)
体格检查	(470)

绪 论

一、诊断学的主要内容

1. 病史采集(history taking) 即问诊,是通过医生与患者进行提问与回答来了解疾病发生与发展的过程。只要患者神志清晰,无论在门诊或住院的场合下均可进行。许多疾病经过详细的病史采集,配合系统的体格检查,即可提出初步诊断(primary diagnosis)。

2. 症状和体征 症状(symptom)是患者病后对机体生理状况异常的自身体验和感觉。如瘙痒、疼痛、心悸、气短、胀闷、恶心和眩晕等,这种异常感觉出现的早期,临床上往往尚未能客观地查出,但在问诊时则可由患者的陈述中获得。症状是病史的重要组成部分,研究症状的发生、发展及演变,对患者作出初步诊断或印象(impression),可发挥重要的作用。

体征(sign)是患者的体表及内部结构发生可察觉的改变,如皮肤黄染、肝脾肿大、心脏杂音和肺部啰音等。症状和体征可单独或同时出现。体征对临床诊断的建立可发挥主导的作用。

3. 体格检查(physical examination) 是医生用自己的感官或传统的辅助器具(听诊器、叩诊锤、体温计、血压计等)对患者进行系统的观察和检查,揭示机体正常或异常征象的临床诊断方法。进行体格检查时应做到既不使患者感到不适,又能获得准确结果,以期尽早达到明确诊断的目的。

4. 实验室检查(laboratory examination) 是通过物理、化学及生物学等实验室方法对患者的血液、体液、分泌物、排泄物、细胞取样或组织标本等进行检测,从而获得病原学、病理形态学和器官功能状态等资料,结合病史、临床症状或体征进行全面分析的诊断方法。当实验室检查结果与临床表现不符时,应结合临床慎重考虑或进行必要的复查。实验室检查偶尔阳性或数次阴性的结果,均不能作为肯定或否定临床诊断的依据。

5. 辅助检查(assistant examination) 如心电图、肺功能或各种内镜检查,以及临床上常用的各种诊断操作技术等,这些辅助检查在临床上诊断疾病时,常发挥着重要的作用。

二、临床诊断的思维

一个诊断的正确与否,关键还在于是否拥有正确的临床思维。目前,流行病学及循证医学(evidence-based medicine)已蓬勃兴起,给传统的诊断学带来了新的变革。在医学迅猛发展,临床实践日新月异的今天,临床医生面临的问题是如何从众多资料中有效地挑选出符合客观实际的证据,以作出合理的诊断。因此,如何掌握正确的诊断思维,并将其运用于临床诊断中,是每位医学生在学习诊断学时必须注意和思考的问题。

面临大量的临床资料,如何去粗取精、去伪存真地分析和思考问题,是每位临床医师所面临的严峻挑战。症状、体征、化验及辅助检查的结果是一不可分割的整体,不能只见树木不见森林,抓其一点而不及其余,或只见现状不顾历史地去分析和判断问题。临床医师之所以要以临



床为主,主要在于他面临的是病人、环境、社会相互作用和动态变化的有机整体。如仅依据某种局部征象或某一检验或辅助检查的结果而贸然作出诊断,往往就会顾此失彼。目前,一些发达国家已将系统评价(systematic review)的结果作为临床制定诊治指南的主要依据。即按照某特定病种的诊断、治疗方法,全面收集所有相关、可靠的随机对照试验(randomized controlled trials)结果,并进行科学的分析(meta-analysis),从而得出综合可靠的诊断或治疗结论。

正确的临床思维有时不是依靠独立思索而形成的,临床会诊、咨询、讨论等均可起到相互启发、诱导和取长补短的作用。各级医师在临床实践中所掌握资料的深度、知识面的广度、分析问题的角度及临床实践的经历均存在差异,某些情况下他人的意见可能正是自己的疏忽所在。医学领域的范围很广,个人的毕生精力毕竟有限,精通只能是相对而言。特别是科技发展突飞猛进和专业分科越来越细的今天,专科医师的知识更新,更有赖于其他各科和各级医师间的相互渗透和相辅相成。

一个完整的诊断除需了解解剖学、功能学和影像学的诊断外,在条件许可的情况下要尽可能作出病理学、细胞学及病原学的诊断,否则将会造成治疗上的盲目性或延误病情。临床医师不能满足于或仅停留于临床诊断,也不能将功能诊断或影像诊断来取代病理学和病原学诊断。只有紧紧把握住病理学和病原学诊断,才能使临床诊断更完善、准确、可靠,才能使患者得到及时而有效的治疗。

当前医学科学的飞速发展,突出表现在诊断领域高新技术的应用,如影像诊断方面有计算机体层扫描(CT)、仿真内镜、磁共振肠道造影、计算机放射摄影系统(computer radiography)、数字放射摄影系统(digital radiography)、三维彩色多普勒超声检查及正电子发射断层摄影术(positron emission tomography)等。分子生物学方面有 DNA 重组技术、荧光定量 PCR 技术、基因诊断及计算机生物芯片技术等。这些新技术无疑会给我们作出诊断带来巨大的帮助,使我们能更及时、更准确地诊断疾病,从而作出正确的治疗方案,极大地提高了临床诊断水平。然而,这些检查手段虽能提供更微观,更细致的病理改变或图像,甚至可以作出病因学或病理学的定性诊断,但基本的物理检查方法,如视诊时检查者视觉所能感受到的直观改变,触诊时检查者经触觉所获得的特殊信息,叩诊时所发现的叩诊音的变化,以及听诊时所闻及的杂音、啰音的真实音响等,尚难从上述的高新技术的检查中如实地反映出来。另一方面,据有关研究认为,目前大规模应用高、精、尖检查技术诊断疾病,虽能解决不少问题,但尚不能完全取代问诊、一般的物理检查及常规的实验室检查,更不能取代临床医生的诊断思维。因此,如果放弃了最基本的全面系统的体检和规范的思维程序去考虑和分析问题,不进行成本—效益(cost-effective)分析,盲目追求高新技术检查,这不仅会扰乱诊断思维,造成医疗资源的极大浪费,甚至还可能使诊断陷入误区。所以,对于医学生来说,学习诊断学既然是为学习临床医学各课程诊断疾病奠定基础,那么,强调正确熟练地掌握物理诊断或常用一般化验的基本功是不容忽视和十分必要的。

总之,临床医生在日常医疗实践工作中不断总结经验和吸取教训,不断纠正错误的临床思维,并促进正确临床思维的发展和形成。只有把在临床实践中的感性认识上升为理性认识,然后再指导于临床实践;这样周而复始、反复循环,才能使正确的诊断思维不断地建立和完善,才能把诊断的失误减至最小的限度。



三、学习诊断学的方法和要求

医学生初学诊断学时,学习的中心在于指导学生如何接触病人,如何通过问诊确切而客观地了解病情,如何正确地运用视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等物理检查(physical examination)方法来发现和收集患者的症状和体征,进而了解这些临床表现的病理生理学基础,以阐明哪些征象为正常生理表现,而哪些属于异常病态征象。联系这些异常征象的病理生理基础,通过反复推敲和分析思考,便可得到诊断疾病的某些线索,从而提出可能发生的疾病。

临床资料是诊断疾病的基础,病史、体征、化验和辅助检查结果的收集与正确判断至关重要。某些局限于系统器官的疾病可有全身性的临床表现。而某些全身性的疾病也可反映出某局部器官的临床征象。因此,学习诊断学需掌握全面系统的体格检查,并结合病史分析才可能发现重要的线索。例如问诊时患者诉头痛,那么必须注意该症状是否由于工作紧张,睡眠不足所致的大脑生理功能紊乱,或是由于各种原因引起的,如颅内炎症或肿瘤等病变导致的颅内压力升高和脑水肿之故。又如视诊时发现患者皮肤黄染,那么可能会考虑到患者近期是否进食大量胡萝卜素含量较高的食物引起的生理性皮肤黄染,或是由于胆道疾病所致的胆汁淤积性黄疸,或为肝病造成的肝性黄疸;抑或由溶血性疾病发生的溶血性黄疸。又如触诊时于右上腹触及包块,那么其病理生理基础可能是肿大的胆囊,也可能是来自肝脏的肿瘤。再如叩诊时发现患者两侧胸部均为清音,此系正常肺部的叩诊音,然而,如发现患者一侧下胸部叩诊浊音,则必须考虑是否存在肺实变、肺不张、胸腔积液或胸膜增厚的病理生理改变。此外,听诊时闻及患者两肺均为肺泡呼吸音,此为正常生理状态下的呼吸音,但如于某肺野听及支气管呼吸音,该体征除正常情况下可于气管和主支气管区域闻及外,则应考虑到该区域有实变的可能。如于某肺野闻及湿性啰音,则可能局部肺泡或支气管内有渗出液滞留,其病理生理基础多系支气管—肺炎症或有肺水肿存在等。总之,在问诊和体格检查过程中所发现的每个症状和体征,大多存在着正常生理性、功能性表现或异常病理生理改变的可能性,在综合分析和思考这些临床表现的过程中必然会涉及正常与异常的鉴别。

必须强调,诊断学课程中所涉及的诊断,与临床医学各科对疾病的诊断有着一定的区别。例如内科学对疾病的诊断主要依据病因、临床表现、实验室检查和其他辅助检查或特殊检查结果的特点,应用正确的临床思维进行综合、整理、分析和鉴别,最后提出比较符合患者客观表现的临床诊断。然而,如果要求尚未开始学习临床课程的医学生来掌握如诊断内科疾病一样来学习诊断学,那么,势必会造成脱离实际,不但诊断不了疾病,而且会影响对物理检查或一般实验室检查基本技能和方法的掌握。因此,不应过多地增加有关临床各学科的内容于诊断学课程中。临床医学专业三年级的学生,其实验诊断的教学内容应有别于检验医学专业,其主要是实验的临床应用,而不是检验技术方法的研究和改进。实验诊断的教学原则应是让学生掌握概念性、普遍性和实用性的内容。因此,实验诊断教学的重点应使学生掌握实验项目选择的原则,实验结果的分析,以指导疾病的诊断。至于特殊性、复杂性及高精尖的内容可留待临床各科的教学和继续教育的过程中予以完成。

从一个医学生到一个临诊时能提出初步诊断的临床医生,是需要经历许多临床实践才能逐步实现的。学习诊断学只是一个涉及临床医学课程的重要开端,或仅为步入学习临床学科的起



点或前奏。必须明确,临床医学为实践性极强的一门科学,不可能通过一次学习即可熟练掌握和应用,要经过长时间的反复实践和不断训练,必须由学习诊断学开始,直至担任见习医生和实习医生乃至住院医生的整个过程中,自始至终地不断反复和继续巩固。这样才是名副其实地使诊断学不仅为学习内科学,诊断内科疾病奠定基础,而且也是学习临床医学其他各专业课程的基石。

在诊断学的教学活动中,学生经常要面对患者,因此,必须要求学生耐心倾听患者的陈述,细心观察病情的变化,关心体贴患者的疾苦,取得患者的信任和配合,一切从患者的利益出发,全心全意为患者服务,做一个具有高尚医德修养的医务工作者。学习诊断学的基本要求如下:

1. 能独立进行系统而有针对性的问诊,能较熟练掌握主诉、症状、体征间的内在联系及临床意义。

2. 能以规范化手法进行系统、有序、全面、重点的体格检查。

3. 熟悉血、尿、粪等实验室常规项目检查的操作技术及常用临床检验项目的选择,检验目的和临床意义。了解现代化自动生化分析仪器的操作程序和原理,了解实验结果对疾病的诊断意义。

4. 掌握心电图机的操作程序,熟悉正常及异常心电图的图像分析。能辨认心肌供血不足、心肌梗死、房室肥大、期前收缩、心房及心室颤动和传导阻滞等常见的心电图改变。

5. 能将问诊和体格检查资料进行系统的整理,写出格式正确,文字通顺,表达清晰,字体规范,符合要求的完整病历和本教材所推荐的表格病历。

6. 能根据病史、体格检查、实验室检查和辅助检查所提供的资料,进行分析并提出诊断印象或初步诊断。



第一篇 问诊

第一章 问诊

第一节 重要意义

问诊(inquiry)是医师通过对患者或相关人员的系统询问而获取的病史资料,经过综合分析而作出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集(history taking)的重要手段。病史的完整性及准确性对疾病的诊断和处理有着很大的影响,是每个临床医生必须掌握的基本技能。解决病人诊断问题的大多数线索和依据即来源于病史采集所获取的资料。

通过问诊所获取的资料对了解疾病的发生、发展,诊治经过,既往健康状况或者曾患疾病的情况,对诊断具有极其重要的意义,也为随后对患者进行体格检查和各种诊断性检查提供最重要的基本资料。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就可能对某些患者提出准确的诊断。特别在某些疾病,或是在疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性 or 组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,体格检查、实验室检查、甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所获得的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有些疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、疟疾、癫痫、胆道蛔虫症等。相反,忽视问诊,必然会使病史资料残缺不全,病情了解不够准确详细,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊尤为重要。

采集病史是医生诊治患者的第一步,其重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系的最佳时机,正确的方法和良好的问诊技巧,会使病人感到医生的亲切和可信,有信心与医生合作,这对诊治疾病也十分重要。问诊的过程除收集患者的疾病资料用于诊断和治疗外,还要其他功能,如教育患者,向患者提供信息,有时候甚至交流本身也具有治疗作用。医学生从接触患者开始,就必须认真学习和领会医学与患者交流的内容和技巧。交流与沟通技能是现代医生重要的素质特征。

根据问诊时的临床情景和目的的不同,大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院病人所进行的全面系统的问诊。重点问诊则主要应用于急诊和门诊。前者的学习和掌握是后者的基础。

第二节 内容

(一)常规项目(general data):姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话



号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者并非本人,则应注明与患者的关系。需要注意的是,记录年龄时应填写具体年龄,避免使用模糊语言替代。

(二)主诉(chief complaint):为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因和其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一两句话来加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热2天”,“畏寒、发热、咳嗽3天,加重伴右胸痛2天”,“活动后心慌气短2年,加重伴双下肢水肿2周”。主诉记录要简明,尽可能用病人自己描述的症状,如“多饮、多食、多尿、消瘦1年”或“心悸、气短2年”等,而不是医生对患者的诊断用语,如“患糖尿病1年”或“心脏病2年”。然而,病程较长、病情比较复杂的病例,由于症状、体征较多,或由于病人诉说太多,不容易简单地将病人所述的主要不适作为主诉,而应该结合整个病史,综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。有时对病情没有连续性的情况,可以灵活掌握,如“20年前发现心脏杂音,1个月来心悸、气短”。对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉。如“患白血病3年,经检验复发10天”,“2周前超声检查发现胆囊结石”。

(三)现病史(history of present illness):是病史中的主体部分,它记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过,按以下的内容和程序进行询问。

1. 发病情况及患病时间 每种疾病的起病或发作均有各自的特点,需详细询问起病的情况。有的疾病起病急骤,如脑栓塞、心绞痛、动脉瘤破裂或急性胃肠穿孔等;有的疾病起病缓慢,如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。疾病的起病常与某些因素相关,如脑血栓形成常发生于睡眠时;脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张状态时。患病时间是指从起病到就诊或入院的时间。如先后出现几个症状则需追溯到首发症状的时间,并按时间顺序依次询问并分别记录,如心悸3个月,反复夜间呼吸困难2周,双下肢水肿4天。从上述症状及其发生的时间顺序可以看出是心脏病患者伴发心力衰竭的发展进程。时间长短可按数年、数月、数日计算,发病急骤者以小时、分钟为计时单位。

2. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、程度和持续时间,缓解或加剧的因素,了解这些特点对判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位和性质很有帮助。如上腹部疼痛多为胃、十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性腹痛则多为阑尾炎症,若为妇女还应考虑到卵巢或输卵管疾病等;全腹痛则提示病变广泛或腹膜受累。对症状的性质也应作有鉴别意义的询问,如灼痛、绞痛、胀痛、隐痛以及症状为持续性或阵发性,发作及缓解的时间等。以消化性溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,可持续数日或数周,或时而发作时而缓解,或呈周期性发作、季节性发病等特点。

3. 诱因与病因 尽可能了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等),有助于明确诊断及拟定治疗措施。患者对直接或近期的病因容易提出,当病因比较复杂或病程较长时,患者往往记不清说不明,也可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医生应进行科学的归纳和分析后再记入病历。

4. 病情的进程 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如肺结核合并肺气肿的患者,在衰弱、乏力、轻度呼吸困难的基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自