

诊 断 学

中国人民解放军第二军医大学

一九七七年三月

前 言

伟大领袖毛主席教导我们：“救死扶伤，实行革命的人道主义”。人民军医要完成这个光荣任务，首先必须能认识疾病和病人的健康状况。诊断的过程就是认识的过程。

完整的诊断包括病理形态诊断、病理生理诊断和病因诊断。在医学发展史中，初始时期的临床诊断主要根据病人的主诉症状，即症状诊断学。随后，诊断方法逐步提高到利用感觉器官和简单工具对病人的病变部位和全身进行系统的观察，结合病理解剖和病理生理学知识以及实践经验，对病变的性质作出判断，这就是物理诊断学。更进一步发展则是利用各种化验方法来检查病人的体液和排泄物以助诊断，即实验诊断学。随着基础医学和其他科学的不断进展，又逐渐增加了各种器械检查，例如X线检查、心电图、超声波检查、同位素检查以及纤维内窥镜等等，形成今天的多种多样的诊断方法，使许多疾病和病理状态的诊断更为精确，更臻完善，而且还在继续发展和提高。

现今诊断方法虽多，但大都属于辅助性质，仅适用于某些特定情况，解决某些特殊诊断问题，而物理诊断则是具有普遍意义的最基本的诊断方法。临床医学的基本原则，包括物理诊断学的基本原则和方法，不仅适用于内科，也同样适用于其他临床各专科。物理诊断学所包含的内容，即通过病史采取和体格检查来搜集临床资料的方法和步骤，以及根据这些资料进行分析、综合、推理的辩证唯物主义的思维方法，是任何临床工作者必须掌握的知识和技能。尤其是我们军医，必须考虑战时的特殊情况，不可能过分依赖繁重的检查器械，应主要利用甚或完全凭借病史和物理诊断来诊断疾病。我们讲究现代科学仪器的应用，但决不可因此而养成“懒汉”的依赖心。

物理诊断学是理论紧密联系实际的科学，必须重视实践，重视技术操作，要严肃认真地反复练习，力求正确熟练，同时要与解剖、生理、生化、病理等有关内容联系起来思考，使所学内容理解更为透彻。由于物理诊断学的对象不仅是病而是整个病人，因此在学习过程中更重要的是要遵循毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，随时随地关心体贴病人，态度要和蔼可亲，要注意自己的言行，决不应把病人当作单纯学习的对象，而应当是培养无产阶级医疗作风的开始。

“教育要革命”。这几年来在物理诊断学教学过程中废止了过去的注入式教学方法，采用边做边讲、由浅及深、从感性到理性、从个别到一般符合认识过程的启发式教学方法，教学质量有所提高，同学反映较好，这本讲义的第一、二、四篇就是按照已经改变了的教学实施程序加以改编。同时，应同学们要求酌量增加一些参考性内容以便自学的愿望，在内容深度方面作了重点补充。

一院内科教学组

1976年1月

毛主席语录

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

学好本领，好上前线去。

目 录

前 言

第 一 篇	问诊.....	1
-------	---------	---

第 二 篇	体格检查.....	13
-------	-----------	----

第 一 章	一般状况.....	14
-------	-----------	----

第 二 章	皮肤.....	18
-------	---------	----

第 三 章	淋巴结.....	21
-------	----------	----

第 四 章	头部.....	22
-------	---------	----

第 五 章	颈部.....	26
-------	---------	----

第 六 章	胸部.....	29
-------	---------	----

第 一 节	胸部标志和表面解剖.....	29
-------	----------------	----

第 二 节	胸廓和胸壁.....	34
-------	------------	----

第 三 节	肺部检查.....	35
-------	-----------	----

第 四 节	肺部体征.....	40
-------	-----------	----

一、胸部两侧呼吸运动不对称.....	40
--------------------	----

二、语音震颤的增强或减弱.....	40
-------------------	----

三、叩诊音响的异常.....	41
----------------	----

四、呼吸音的改变.....	42
---------------	----

（一）肺泡呼吸音的变化.....	42
------------------	----

（二）管样呼吸音.....	42
---------------	----

（三）病理性的支气管肺泡呼吸音.....	43
----------------------	----

五、罗音.....	43
-----------	----

（一）湿罗音.....	43
-------------	----

（二）干罗音.....	43
-------------	----

六、胸膜摩擦音.....	43
--------------	----

七、支气管语音.....	44
--------------	----

第 五 节	心脏检查.....	47
-------	-----------	----

第 六 节	脉搏和血压.....	53
-------	------------	----

第 七 节	心脏体征.....	55
-------	-----------	----

一、心脏增大.....	55
-------------	----

二、心脏杂音.....	58
-------------	----

（一）收缩期杂音.....	59
---------------	----

（二）舒张期杂音.....	62
---------------	----

（三）连续性杂音.....	64
---------------	----

三、心音的改变.....	67
(一) 心音的增强或减弱.....	67
(二) 心音分裂.....	68
(三) 奔马律.....	68
(四) 二尖瓣开瓣音.....	69
四、心搏速率与节律的改变.....	71
(一) 节律规则的心动过速.....	71
(二) 节律规则的心动过缓.....	71
(三) 心律不齐.....	71
五、其他重要体征.....	71
第七章 腹部.....	74
第一节 表面解剖与分区方法.....	74
第二节 腹部检查方法.....	75
第三节 腹部体征.....	80
一、腹壁强直.....	80
二、压痛及反跳痛.....	80
三、肝肿大.....	81
四、脾肿大.....	81
五、腹部其他肿块.....	82
六、腹水.....	82
七、其他体征.....	84
第八章 外阴与肛门.....	85
第九章 背部、脊柱、四肢与关节.....	86
第十章 神经反射.....	88
第三篇 化验检查.....	91
第十一章 血液检验.....	92
第一节 血液检验概述.....	92
第二节 红细胞计数与血红蛋白测定.....	92
第三节 白细胞计数及分类计数.....	97
第四节 止血及凝血机制检查.....	102
第五节 其他血液化验.....	110
第十二章 尿液检验.....	114
第一节 尿液检验概述.....	114
第二节 尿常规检验.....	114
第三节 尿检中常用的特殊检查.....	124
第十三章 粪便检验.....	126
第一节 粪便检验概述.....	126
第二节 粪便常规检验.....	126
第三节 粪便的化学及特殊检查.....	133

第十四章	体液常规检验.....	136
第一节	浆膜腔穿刺液检验.....	136
第二节	脑脊液检验.....	138
第三节	胃液检查.....	141
第四节	十二指肠引流液检查.....	144
第五节	痰液检查.....	146
第十五章	肝功能检验.....	148
第一节	胆红素代谢功能的测定.....	148
第二节	蛋白质代谢功能试验.....	152
第三节	脂肪代谢功能试验.....	154
第四节	血清谷一丙、谷一草转氨酶测定.....	155
第五节	肝功能试验的选择.....	156
第十六章	肾功能检验.....	157
第一节	血液非蛋白氮测定.....	157
第二节	酚红排泄试验.....	158
第三节	浓缩稀释试验.....	163
第四节	血液二氧化碳结合力容积%测定.....	165
第十七章	其他检验.....	167
第一节	胰淀粉酶测定.....	167
第二节	血清碱性磷酸酶测定.....	167
第三节	甲种胎儿球蛋白 (α -FG) 免疫学测定.....	168
第四节	肝炎协同抗原测定.....	168
第四篇	成立诊断的步骤.....	169
附录一	超声波检查.....	173
附录二	同位素检查.....	180
附录三	肺功能检查.....	188
附录四	病案记录.....	194
	一、入院病历.....	194
	二、病程记录.....	194
	三、会诊记录.....	195
	四、手术记录.....	196
	五、转科记录.....	196
	六、出院记录.....	196
	七、转院记录.....	199
	八、死亡记录.....	199
	九、入院病历 (举例)	200

第一篇 问 诊

临床诊断所依据的资料包括询问病史、体格检查、实验室检查和各种特殊检查的全部结果。这些调查方法所获得的资料对诊断所起作用的大小随疾病种类而有不同，但总是相辅相成，不可偏废。病史一般能提供诊断线索，可据以推测病在何处和病的性质。有些病只有自觉症状而缺乏客观体征；在许多疾病的早期，体征可能尚未表现出来而仅有症状；也有些病只靠症状就能诊断。这些事实充分说明问诊在诊断工作中的重要性。因此，虽然近代医学广泛应用精密仪器和复杂的实验室检查方法来协助诊断，但病史采取和体格检查仍然是诊断疾病最基本的方法。

【常见症状】

各个系统的疾病均有一些反映该系统生理机能改变的共同症状，例如呼吸系统疾病常有咳嗽、咯血、呼吸困难和胸痛等症状；心脏疾病表现为心悸、水肿或呼吸困难；消化系统疾病常有呕吐、黑便、腹痛和腹泻；泌尿系疾病表现为各种排尿异常。有些症状如发热、昏迷、头痛等虽不能直接提示哪一系统的疾病，但仍可提供疾病的可能范围。

为了问诊时有所遵循起见，兹将常见症状扼要阐述如下：

一、发热：健康人的体温可受多种因素的影响而略有波动。一般于清晨2~6时体温最低，下午5~6时较高，早晚差别可达 1°C 。一般情况下，口腔温度在 37.3°C 以上或直肠内温度在 37.6°C 以上时，可认为有发热。发热是最常见的症状之一，原因很多，其中由于感染所致者最为多见。除感染外，凡有组织损伤破坏的疾患都可引起发热，例如创伤（外伤、烧伤、大手术后等）、恶性肿瘤、结缔组织疾病、某些血液病（白血病、溶血性贫血）、血管栓塞（心肌梗塞、脑血管血栓形成等）。此外，由于体内产热过多，例如甲状腺机能亢进，或由于体温调节中枢受到影响，例如脑出血、颅内肿瘤和中暑等，均可有发热。

发热的过程一般可分为三个阶段。不同疾病在发热各个阶段的表现各有不同，根据热型的不同可对有关疾病进行鉴别诊断。

（一）升热阶段：发热可为骤起或渐起，骤起者体温在几小时内迅速上升，并常伴有寒战，见于疟疾、大叶性肺炎等。渐起者体温逐渐上升，经数天而达高峰，见于肠伤寒、结核等。

（二）高潮阶段：发热持续时间不等，短的仅数小时，例如疟疾；有的持续几天，长的可至数周以上，例如肺炎、肠伤寒。热型可有几种：①稽留热——多为高热，持续于 40°C 上下达数日或数周之久，每天体温的波动很小，多在 1°C 之内。这种热型常见于肠伤寒、斑疹伤寒和大叶性肺炎等病。②弛张热——常常也是高热，每日体温波动较大，上下午可相差

1~2℃以上，但最低温度仍高于正常。化脓性病变、风湿热和肺结核的热型往往就是这样。

③间歇热——一天中体温波动于高热与正常之间，呈反复发作过程，见于疟疾、肾盂肾炎等。

见图 1~3。

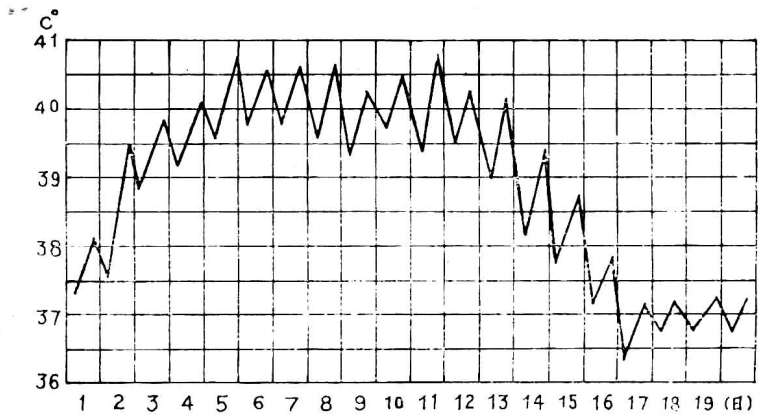


图 1 稽 留 热

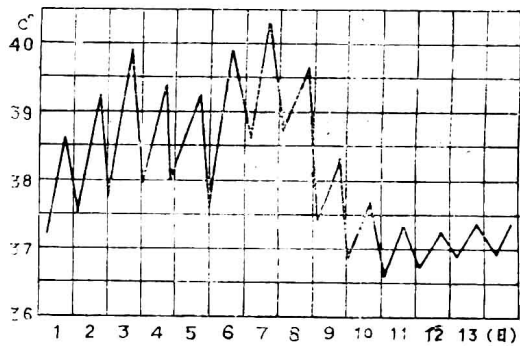


图 2 弛 张 热

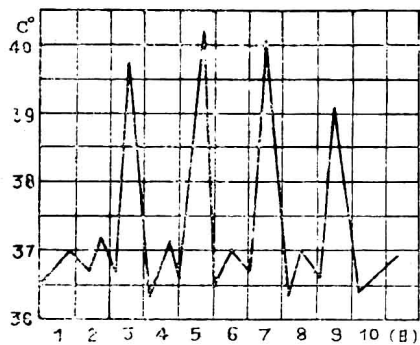


图 3 间 歇 热

(三)退热阶段：有些疾病呈骤退形式，高热于数小时内迅速降至正常或低于正常，常见于疟疾、大叶性肺炎等病。风湿热、肠伤寒、斑疹伤寒等病则多为渐渐退热，体温经数日方渐降至正常。

详细询问病史往往对发热的诊断与鉴别诊断提供重要线索，问诊时应注意其起病的缓急，是否伴有寒战或出汗，以及发热的高低、波动的情况、持续的时间和伴随症状。例如大叶性肺炎病人常为突然寒战高热，高热可持续数天，伴有咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛等症状。

二、头痛：这是一个很常见的症状，原因范围很广，可归纳为：

(一)血管扩张性：如发热、精神紧张性头痛、偏头痛、脉压增大（高血压病、主动脉瓣闭锁不全、甲状腺机能亢进）、头部静脉郁血（胸纵隔瘤、窦血栓形成、右心衰竭）、贫血、酸中毒等。

(二)颅内压增高：如颅内占位性病变、脑积水、头颅损伤等。

(三)脑血管壁受累：如炎症、动脉粥样硬化、出血、血栓形成、栓塞等。

(四)神经性：如神经炎、三叉神经痛以及神经反射性。

(五)眼、耳、鼻、喉、齿及其他颅外组织的疾患或损伤。

(六)精神性或功能性：上述精神紧张性头痛以及恐惧性头痛均属此类，脑部血管先为收缩，继而扩张，在扩张期发生头痛。

虽然临床上常见的多为精神性头痛，但绝不能忽视严重病变背景的可能性。遇头痛为主诉的病人，必须详询有关病史。询问病史时应注意：①头痛发生的急缓：例如急起的头痛伴有发热者，常预示某一急性感染的开始；骤然发生的剧烈头痛不伴有发热而有呕吐及意识障碍者，常提示有蛛网膜下腔出血的可能；缓慢发生的头痛见于颅内和颅外的多种慢性疾病。

②头痛的部位：例如急性感染性疾病所致的头痛多呈弥漫性全头部痛；一侧性头痛是偏头痛和三叉神经痛的特征。③头痛发生的时间与持续时间：例如有规则的晨间头痛可见于鼻窦炎，因睡眠时鼻窦内的分泌物蓄积所致；长时间阅读后发生的头痛多为屈光不正等眼病；功能性头痛的病程常较长，且有明显的波动性。④头痛的伴发症状：例如头痛伴有剧烈呕吐者，常为颅内压增高的征象。由于头痛的病因是多方面的，对某些病例除了详细的病史以外尚须进行必要的检查来作鉴别诊断。

三、昏迷：当中枢神经系统高级部分的功能活动处于抑制状态时，发生意识障碍。最轻的只有意识模糊，较重的可呈昏睡状态，最重的则呈昏迷状态，意识完全丧失，不省人事。引致昏迷的原因有：

(一)颅内疾患：如脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤、脑脓肿、癫痫等。

(二)传染病：脑型疟疾、脑膜炎、脑炎、重症败血症等。

(三)急性化学品中毒。

(四)代谢障碍：如尿毒症、糖尿病酸中毒、血糖过低、急性肝坏死、严重失水、酸中毒或硷中毒、严重缺氧等。

(五) 头部外伤：脑震荡、颅底骨折。

(六) 其他如中暑、电击、休克等。

昏迷是病情严重的象征，必须迅速确诊，及时抢救。由于昏迷的病人自己不能陈述病史，应向伴送人了解发病情况及过去有无糖尿病、高血压、肾脏病等病史，并立即进行各项必要检查。分秒必争，不能延误诊治时机。

四、咳嗽：当呼吸道粘膜受到刺激或有异物进入呼吸道时，即引起咳嗽。这是机体通过迷走神经反射弧所发生的一种反射性防御功能。呼吸系疾病一般都有这个症状，但咳嗽的性质和时间规律在呼吸系各病中有所不同，据此可作初步鉴别诊断。例如急性支气管炎初期、胸膜炎、支气管癌、咽喉部炎症等往往咳嗽无痰（干咳）；咳嗽有痰则常见于支气管扩张、肺炎、肺结核空洞、肺脓肿及心脏病所致的肺郁血等。在时间规律方面，慢性支气管炎和支气管扩张症为经常性的慢性咳嗽，而且常在清晨起床后多咳（由于夜间痰液积聚），慢性支气管炎在冬季咳嗽加重。呼吸道异物、百日咳和气管受压迫则呈阵发性咳嗽。肺结核和心脏病郁血的咳嗽常在夜间加重。此外，也应注意咳嗽患者还有哪些伴同的症状，如咯血、哮喘、发热等，联系起来进行鉴别诊断。如咳嗽伴有发热、胸痛及呼吸困难，应想到胸膜炎、肺炎、肺脓肿等；咳嗽伴有哮喘者应想到支气管性哮喘或心脏性哮喘。

五、咯血：痰中带血不一定是咯血，口腔、鼻咽、牙龈等处的出血不应称为咯血，只有喉部以下呼吸道的出血经咳嗽排出的才叫作咯血。大量咯血也应与胃出血或食管下端静脉曲张破裂出血相区别。呼吸系疾病均可引起咯血，但最常见于肺结核和支气管扩张。二尖瓣狭窄因肺郁血亦常有咯血。血小板减少性紫癜有时可有咯血。上呼吸道出血常为唾液或痰中带血丝而不相混和，而肺和支气管深部的出血则常均匀混在痰中。满口血痰都为急性肺炎所致。大量咯血表示支气管动脉或肺动脉分支的损伤。

六、胸痛：下列原因均可引起胸痛：

(一) 呼吸系疾病——肺组织本身的病变不发生胸痛，只有当病变波及壁层胸膜时才出现疼痛。胸痛最常出现于干性或仅有少量渗出液的胸膜炎，其特点为一侧胸痛，咳嗽或深呼吸时加剧。急性气管炎有时可有胸骨后疼痛。

(二) 心血管疾患——由于冠状动脉病变发生的心绞痛、心肌梗塞表现为胸骨后或心前区剧烈的疼痛，并常向左肩、左臂放射。心包炎引起的疼痛亦多位于心前区，可为钝痛或刺痛。

(三) 胸廓组织的炎症、带状疱疹以及肋间神经痛——疼痛多限于局部，并常伴有压痛。

(四) 其他如纵隔炎、纵隔肿瘤、食管炎和食管癌等亦可引起胸痛。

问诊时根据①胸痛的部位；②痛的性质；③疼痛时间及影响疼痛的因素（如心绞痛常于劳动或精神紧张时诱发，一般几分钟即止；食管疾病的疼痛常于吞咽食物时发作或加剧）；④胸痛伴随的症状如咳嗽、发热、呼吸困难等，联系起来进行鉴别诊断。

七、呼吸困难：这是一个常见症状，是指病人自己感觉呼吸费力。有的病人如代谢性酸

中毒等，体检时发现深而大的呼吸，但可无呼吸费力的自觉症状。引起呼吸困难自觉症状的原因很多，可以归纳如下：

（一）呼吸系器官的病变——肺组织病变、气管阻塞或狭窄、胸膜病变（胸腔积液、气胸或胸膜肥厚粘连因而限制肺的活动）均可引起呼吸困难。视病变性质的不同，可表现为三种不同形式：①吸气性呼吸困难，多为呼吸道较高部位阻塞所致；②呼气性呼吸困难，见于支气管哮喘和肺气肿；③混合性呼吸困难，见于肺组织受压或肺呼吸面积减少的情况，此时吸气与呼气均有困难。

（二）胸廓运动受限或呼吸肌麻痹——如胸廓明显畸形、膈神经麻痹等。

（三）心力衰竭——左心衰竭时肺部郁血，肺泡弹性减弱，通过迷走神经反射而引起浅而快的呼吸。右心衰竭也可引起呼吸困难，这是由于右心房和上腔静脉内压力增高，反射性地引致呼吸增强所致。心源性呼吸困难的特点是常于劳动时出现，休息后消失，平卧时加重，坐位时减轻。

（四）重症贫血等缺氧情况——重症贫血可因红细胞减少、血氧不足而致气促，尤以劳动后更著。大出血或休克时，也可引起呼吸困难。

（五）精神性因素，如恐惧、紧张、癔病。

遇有呼吸困难的病人时，在病史方面应询问起病的急缓，发作的时间，与体位及运动的关系，以及有无咳嗽、胸痛、发热、心悸等。

八、心悸：病人感觉心慌不一定有器质性心脏病的背景。大都是由于心率较快或每次收缩搏血量增加（例如甲状腺机能亢进、贫血、精神兴奋、运动后）或是心律不规则（例如期前收缩、心房纤维性颤动）所致。心脏明显肥大时，虽然当时并不伴有心率和节律的异常，病人常意识到自己心脏的搏动而有心悸的感觉。此外，还有不少人是心脏神经官能症。

九、水肿：水肿形成的机理较为复杂。正常情况下，细胞内液与细胞外液保持平衡。水肿意味着从血液循环进入组织间隙的液体超过了从组织间隙进入血液循环的液体。造成这种不平衡状态的原因主要包括下列因素：①毛细血管内压力增高（例如充血性心力衰竭）；②血浆渗透压减低（例如慢性肾炎肾变性期、营养不良，特别是血浆白蛋白减少）；③毛细血管渗透性增加（例如发炎或其他损害）；④淋巴管引流不畅（例如丝虫病、慢性淋巴管炎）；⑤钠和水的潴留（肾脏病变、充血性心力衰竭）。

在不同疾病或同一疾病的不同发展阶段中，对形成水肿起主导作用的因素不尽相同，所以水肿可以是普遍性的，而有些是局限的，有些病的水肿是对称性，而有的只限于一侧。

对称性水肿的原因为：

（一）头、面、上肢和上部躯干水肿：①上腔静脉阻塞（胸腔或纵隔肿瘤压迫）；②少数为炎症或血管神经性水肿。

（二）下肢和下部躯干水肿：①下腔静脉阻塞（如静脉炎、腹内肿瘤、腹水等）；②心力衰竭；③慢性肾炎；④脚气病；⑤局部循环障碍（如两侧下肢静脉曲张）；⑥局部炎症。

(三) 普遍性水肿：①急、慢性肾炎；②心力衰竭；③营养不良。

不对称性水肿的原因为：

(一) 静脉内阻塞：血栓、静脉曲张。

(二) 静脉受压：肿瘤、淋巴结肿大。

(三) 淋巴管阻塞：丝虫病、局部炎症。

(四) 炎症：蜂窝织炎、骨髓炎。

(五) 血管神经性水肿。

十、呕吐：恶心和呕吐是消化道常见症状之一，但并不意味着病理背景就在消化系，它的原因很多，可归纳如下：

(一) 反射性呕吐：①毒物、药品或不易消化食物对胃粘膜的刺激；②胃炎、溃疡或胃粘膜郁血；③机械性障碍（例如肿瘤、痉挛、疤痕等所致食管或幽门梗阻；④腹内其他脏器的疾患如阑尾炎、肠梗阻、胆囊炎、胰腺炎、腹膜炎等等。

(二) 呕吐中枢的刺激：①某些药物的作用；②尿毒症；③糖尿病酸中毒；④妊娠反应等。

(三) 神经系统病变：①颅内压力增加的情况如颅内肿瘤、颅内出血、脑膜炎；②平衡器官受刺激如内耳疾病、小脑病变、晕船等；③由于视觉、嗅觉或味觉所引起的呕吐。

(四) 精神性呕吐：胃功能性疾病。

问诊时应注意呕吐发生的时间、次数，与饮食的关系。是否伴有恶心？呕吐物的性质对呕吐的鉴别诊断有一定意义，所以检查时应注意呕吐物的气味、残渣、粘液、胆汁、脓液或血液等情况。

十一、呕血和黑粪：当食管、胃、十二指肠（统称上消化道）大量出血时，可发生呕血。如血液在胃内停滞时间较短，呕血颜色鲜红；如在胃内停留较久，则血红蛋白经盐酸的作用而变质，呕出物乃呈黑色或咖啡色。引起呕血的主要原因有：

(一) 食管疾病：食管癌、食管糜烂及溃疡。

(二) 胃与十二指肠疾病：溃疡病、急性或慢性胃炎、胃癌、十二指肠憩室、裂孔疝。

(三) 肝硬化或门静脉血栓形成（食管或胃底静脉曲张破裂）。

(四) 其他如血液病、胆道疾患、胰头痛、尿毒症等。

呕血必须与因咯血、鼻衄、口腔出血吞咽后又呕出者区别（见表1），也要注意是否因口服活性炭、铁剂或其他黑色物后的呕吐物相区别。

上述原因造成的上消化道出血可不呕出而向下经粪便排出。由于血液已经胃肠内一定时间停留，血红蛋白的铁质已与肠内硫化物结合成为硫化铁，因此粪便乌黑发亮，外表酷似沥青（柏油），称为沥青样大便或称黑粪，其临床意义与呕血同。遇有呕血或黑粪的病人，问诊时应注意呕血数量、次数、颜色、时间、诱发因素，以及有关呕血或黑粪前后的自觉症状等。

表 1 呕 血 与 咯 血 的 区 别

	呕 血	咯 血
病 史	胃病或肝硬化等	肺结核或支气管扩张等
出 血 前 症 状	恶心、呕吐	咳嗽、喉部发痒感
出 血 方 式	呕出	咳出
血 液 颜 色	暗红或棕黑，立即呕出者也可鲜红	鲜红
混 合 物	食物残渣，无气泡	痰及气泡
酸 硷 反 应	酸性（石蕊试纸蓝转红色）	硷性（石蕊试纸红转蓝色）
出血后几天内痰的情况	无痰	痰内常继续带血，色较深
黑 粪	有	无（除非有大量血液吞下者例外）

十二、便血：这是指粪便中有鲜血，出血部位一般是在回肠下端、结肠、直肠以及肛门，其临床意义与标志着上消化道出血的黑粪不同。小肠出血见于伤寒、肠结核、肠系膜静脉血栓形成、肠套叠和小肠炎等。结肠和直肠出血见于菌痢、阿米巴痢疾、肠结核、溃疡性结肠炎、息肉、癌瘤、痔和尿毒症等。肛门出血多为痔、肛裂或痿管。

十三、腹泻：肠蠕动增强，粪便在肠内通过过速，水分未被充分吸收，致粪便稀薄及排便次数频繁，谓之腹泻。分为急性和慢性两大类，原因分述如下：

（一）急性腹泻：见于饮食不慎、食物中毒、急性感染（例如痢疾、霍乱等）以及化学毒物等。

（二）慢性腹泻：①胃源性，如胃酸缺乏、胃肠吻合术后；②肠源性，如痢疾、血吸虫病、肠结核、慢性肠炎、结肠癌、菸酸硷缺乏、门脉高压症和慢性充血性心力衰竭；③胰源性如慢性胰腺炎；④甲状腺机能亢进；⑤精神因素所致，如结肠过敏症。

根据腹泻和粪便的特点，可作初步鉴别诊断：①急性起病的腹泻，一日十余次以上，粪便呈脓血样而无粪块，并有腹痛和里急后重者，以急性菌痢最为可能。②如粪便为暗红酱色并含脓血和小块粪质者，多为阿米巴痢。③饭后数小时内发生腹泻，并伴有剧烈呕吐者，多为食物中毒。④如腹泻和呕吐物象淘米水样，应想到霍乱。⑤每天排便次数较多，粪便稀薄或水样，并伴有腹痛、肠鸣者，一般为小肠炎腹泻。⑥胰源性腹泻的粪便量大、气多、臭味重。⑦腹泻伴有腹部肿块、贫血和体重减轻者，应考虑肠癌或肠结核。

十四、腹痛：这是很常见的症状，但其病因诊断常非易事。应详细了解病史，诸如腹痛诱因、发作情况、疼痛性质和分布部位以及发展过程等，再结合全面检查和系统分析，才能正确诊断。

引起腹绞痛的原因主要为：

(一) 胆囊和胆道疾患：胆结石、蛔虫病。

(二) 泌尿系：肾、输尿管或膀胱结石、血块排出。

(三) 胃肠道：胃十二指肠溃疡病、溃疡病穿孔、幽门痉挛、急性阑尾炎、急性结肠炎、急性肠梗阻、肠伤寒穿孔、肠系膜血管血栓形成、急性腹腔淋巴结炎等。

(四) 胰腺：急性胰腺炎。

(五) 脾脏：脾破裂、扭转。

(六) 骨盆内脏器：宫外孕破裂、急性输卵管炎、卵巢囊肿扭转。

(七) 急性腹膜炎。

(八) 中毒：重金属中毒、食物中毒等。

(九) 紫质病(血卟啉病)：为原因未明的罕见代谢病，临床表现为皮肤、腹部及神经系三大症群。急性腹型血紫质病需注意与外科急腹症鉴别。

腹痛主要在上腹部者常见于胃炎、胃十二指肠溃疡、溃疡病穿孔、幽门梗阻、胃癌、胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫病、肝炎、肝脓肿、肝癌、膈下脓肿、慢性胰腺炎、胰头痛和腹膜炎。还有一些上腹痛病例是因心肺疾病所引起，例如心包炎、心绞痛、大叶性肺炎(肺下叶炎症波及膈胸膜)。因此，腹痛原因除重点注意腹腔病灶外，亦应考虑到腹腔外疾患的可能性。

十五、排尿异常：这是一个笼统的综合性名称，含义很广，包括尿频(排尿次数多)、尿急、尿痛(或称排尿困难)、多尿(指一昼夜间尿量过多，往往超过2,500毫升)、少尿(指一昼夜尿量持续少于500毫升)、夜尿(指夜间尿量增多，甚至超过白天尿量)和尿潴留等。

尿频常伴有尿急与排尿困难，常见于肾盂肾炎、膀胱炎等情况，也见于前列腺肥大、膀胱肿瘤、尿的酸性过高等。因尿量增多而尿频者见于糖尿病、慢性肾炎、尿崩症(垂体抗利尿素分泌不足)、水肿消退期、应用利尿剂后及精神性多饮症。

少尿和无尿通常是由于肾脏血液循环严重失调或肾小管、肾小球有严重病变所致。夜尿症主要见于心脏功能不全(夜间安静休息时心脏功能或血液循环暂时好转，排尿量乃增加)和慢性肾炎(肾脏浓缩功能减退)。尿潴留应与无尿区别，尿潴留是指尿液滞积膀胱内未能及时排出，而无尿(又称尿闭)则是肾脏严重病变或严重血循环失调影响尿液分泌所致。尿潴留见于尿道狭窄、前列腺肥大、尿道结石、盆腔肿瘤压迫后尿道以及脊髓的病变。

以上仅就临床上一部分常见症状的基本概念加以简要叙述，目的在于说明症状学在问诊中提供诊断线索的启示作用。毛主席教导我们：“对于具体的事物作具体分析。”症状只是病象的一个方面，必须与其他征象综合分析才能从现象求本质，达到确诊的目的。

【问诊的内容】

一、一般项目：姓名、年龄、性别、籍贯、职业、入院年月日(急症注明时刻)、病史陈述者(神志不清、精神失常及小儿患者均须注明此项，一般能自述病史者可略去)。

二、主诉：这是病人患病后最明显的主观感觉及就医的主要原因，通过主诉可初步推测病人患的是哪一系统的疾病或哪种性质的病。记载主诉时，应概括主要症状及其持续时间，要简单扼要，例如“上腹部反复疼痛已10年，二小时前大量呕血”。主诉多于一项者，可分行列出，例如①心悸、呼吸短促已二个多月，两下肢浮肿20天；②不规则发热一个月。

三、现病史：这是问诊中的核心部分，包括自现在所患疾病的最初症状开始至受诊时为止整个发展过程。详细而有分析的现病史，结合体格检查中可能发现的相关体征，往往就能作出初步诊断或提示进一步检查的方向。问诊应包括①起病近因和日期；②起病状况，是骤起的或是渐起的；③病情的经过和病状的发展；④叙述主要症状必须详细推敲，例如腹痛须问痛在何部？阵发痛或持续痛？痛的轻重程度怎样？痛与饮食有无关系？痛与大便有无关系？痛时是否有呕吐，呕吐物的性质怎样？有无反射痛？痛与体位和压力有无关系？白天多痛还是夜间多痛？自己曾否用过什么暂时止痛的药？等等；⑤得病后曾在何处诊治，其诊断和治疗怎样；⑥目前食欲、大小便情况；⑦如系慢性病，须记载从前和现在的体重增减情况。

四、既往史：过去的健康情况与现在的疾病常有一定关系，因此要追询从幼年起至现在的健康情况。为了防止遗漏，可按各个系统的有关症状加以询问。按发病的年月顺序，记录主要的病情经过、当时的诊断和治疗效果，以及并发症和后遗症。重点当然放在与现在疾病有密切关系的病史。此外，还应了解有无急性传染病史、曾否受过外伤或手术及其日期、有无过敏史、曾经接受何种预防注射等。

五、个人生活史：包括①生长地及经历居留地；②生活习惯及烟酒嗜好；③过去和目前职业及其工作情况，有无毒物接触；④月经史；⑤婚姻和生产史，如配偶健康情况、生产胎数，正常顺产或小产流产、子女年龄与健康状况以及有无死亡及其原因。

六、家族史：父母、兄弟、姐妹的健康状况及年龄，如已死亡，则记录死亡原因及年龄。遇结核病、先天性梅毒、精神病、先天性黄疸、过敏性疾病、糖尿病、高血压等这些与遗传因素、传染因素或生活环境因素有关的疾病时，均应问明家族中有无同样疾病的人。

上述各项病史都可与现在的疾病有密切关系或对身体产生某种影响，因此对诊断也有重要意义。

【问诊的方法与注意事项】

问诊是接触病人的开始和取得病人的信任、合作的第一步，必须具有高度责任感与阶级感情，态度和蔼，关心体贴病人。病史能当即提示某些诊断可能性，同时也排除了另外一些可能性，并为进一步检查指明方向，所以病史是诊断的关键。采取一份质量高的病史并非易事，除了需要熟悉不同疾病的症状特点外，还必须善于与病人谈心对话，务使病人能自由自在地、从容不迫地叙述病情经过，任何急躁、不耐烦或缺乏同情心的态度均可能引起病人情绪紧张，从而导致所述病情简单草率、前后混乱或者不太确切。

因为只有病人自己对其病情体会最清楚，所以一般应让病人自己详细陈述。其间为了确定或充实某些所述材料，可以插问数语或有意识的提出若干问题，以引导病人提供正确而有助于诊断的资料。有些人素来沉默寡言，陈述病情时只有三言两语，对此可能要从头到尾一

直都需启发帮助，才能让他充分说明病情经过。但是必须注意避免问一句答一句那种“审问”式的生硬方法，也要避免为了合乎医生自己主观想像所希望的材料而提出的那种暗示性问题。也有些人十分健谈，口若悬河，滔滔不绝，但如所谈内容离题太远，与症状病情并无关系，则应设法把他引入有关本病的问题方面来。当听到那些模棱两可、含意不清的情况时，则应追问清楚，究竟说的是什么症状。总之，为了达到利用病史提供诊断线索的目的，要求材料要准确真实，不要草率敷衍；要抓住重点，不要轻重不分；要有鉴别诊断的观点，不要光是做一个机械式的记录员。此外，问诊时应避免可能对病人引起不良影响或顾虑的言语和表情，用的语言应使病人易于理解而不是滥用医学术语，以免引起误解。有时当病人提及什么时候曾患某种疾病的病名时，记录时对这个病名应加引号，且应问清主要病情特点，才能判断其是否正确。

问诊完毕后，应把材料分析整理，按规定格式及症状发生的时间顺序编写成系统、完整的病历记录（参阅下列病史举例）。

病史一般是在体格检查前采取，但在检查后及病程中仍应根据需要补充和深入询问，以充实不足。

病 史 举 例 （ 一 ）

入 院 病 历

姓名	王××	住址	
性别	女	职业	退休工人
年龄	58岁	部职别	
婚姻	已婚	入院日期	1974年1月20日
籍贯	江苏昆山	记录日期	1974年1月20日
民族	汉族	病史叙述者	本人

主诉：上腹痛半年，近三个月来加重。

现病史：患者于1973年8月开始偶有上腹痛，疼痛性质如针刺样，于饭后疼痛加重，有时向两肋及背部放射，疼痛一般持续1~2小时后自行缓解。平时无反酸暖气，也不恶心呕吐。未经治疗。近三个月来食欲减退，逐渐消瘦（体重约减轻10斤左右）。经常上腹部持续性钝痛，痛与饮食无关。时有恶心，无呕吐。进食渐减少，大便秘结，1~2周排便一次。曾在卫生院就诊服过治“胃病”的药，效果不明显。

既往史：既往一向健康，幼时曾患过“麻疹”，1957年患过“痢疾”，此外无其他传染病史。

各系统疾病史：

呼吸系统：无长期咳嗽、咳痰、咯血、胸痛史。

循环系统：无心慌、气急、夜间阵发性呼吸困难及下肢浮肿史。

消化系统：无慢性腹痛、腹泻、呕吐、呕血及黑便史。无黄疸等病史。

泌尿系统：1960年曾有尿频、尿急、尿痛，经注射链霉素及服呋喃坦丁两周治愈。无尿血、排尿困难等病史。

血液系统：无头昏、鼻衄、齿龈出血及皮下瘀斑史。

神经系统：无头晕、头痛、昏厥、抽搐、意识丧失及精神错乱史。

四肢关节：无关节红、肿、疼痛或运动障碍等病史。

外伤手术及药物过敏史：无。

个人生活史：自幼生长在昆山，1944年来上海纱厂做工，1970年退休。无烟酒嗜好。月

经 $14\frac{5-7}{26-28}$ 50。爱人及两子一女均健康。

家族史：父早亡，原因不明，母于68岁时因“子宫颈癌”病故。一弟健在。

病史举例 (二)

入院病历

姓名	李××	住址	
性别	男性	成分	贫农
年龄	20岁	部职别	1518部队战士
婚姻	未婚	入院日期	1971年3月15日上午九时
籍贯	福建厦门	记录日期	1971年3月15日下午
民族	汉族	病史叙述者	陪送卫生员

主诉：头晕、全身搔痒30分钟，神志不清10分钟。

现病史：患者于入院前一小时，因足癣继发感染经卫生所治疗，给磺胺噻唑内服，于服磺胺噻唑1克后约30分钟，自觉头晕、不适、全身搔痒，随即出现胸闷、气短及头重足轻感，时有恶心并有便意，继而大汗淋漓，神志不清。在卫生所测血压70/50毫米汞柱，立即肌肉注射0.1%肾上腺素1.0毫升后即送来急诊，以往无药物过敏史。

既往史：平时身体健康，入伍一年未患过病，以往情况不详。

个人及家庭史：略