

军医专业试用教材

诊 断 学

中国人民解放军第七军医大学

一九七一年九月

目 录

绪 言	1
-----	---

第一篇 问 诊

第一章 问诊的重要性及其方法	3
第二章 问诊的内容	4
第三章 常见症状及其问诊要点	5
一、发 热	6
二、头 痛	6
三、眩 晕	6
四、昏 迷	7
五、咳 嗽	7
六、咯 血	8
七、胸 痛	8
八、心 悸	8
九、呼吸困难	8
十、恶心、呕吐	9
十一、腹 痛	10
十二、腹 泻	10
十三、呕血与黑便	11
十四、水 肿	11

第二篇 体 格 检 查

第四章 一般情况检查	13
一、发 育	13
二、营 养	13
三、体位与姿态	14
四、神 志	14
五、表情及病容	14
六、声 音	14
七、气 味	14
八、体 温	15
九、脉 搏	16
十、呼 吸	16
十一、血 压	16

十二、皮 肤	17
十三、淋巴结	18
第五章 头颈部检查	18
第一节 头部检查	18
第二节 颈部检查	19
第六章 胸部检查	20
第一节 胸廓检查	20
第二节 肺脏检查	22
望 诊	22
触 诊	22
叩 诊	23
听 诊	26
第三节 呼吸系统常见病变体征比较	29
第四节 心脏检查	29
望 诊	29
触 诊	30
叩 诊	30
听 诊	32
第五节 表浅血管检查	41
第七章 腹部检查	42
第一节 望 诊	43
第二节 触 诊	44
第三节 叩 诊	48
第四节 听 诊	48
第八章 肛门、外生殖器检查	48
第一节 肛门检查	48
第二节 外生殖器检查	49
第九章 脊柱、四肢检查	50
第一节 脊柱检查	50
第二节 四肢检查	50
第十章 神经检查	51
第一节 脑神经检查	51
第二节 运动神经检查	53
第三节 感觉神经检查	54
第四节 神经反射检查	55
第五节 内脏神经检查	59

第三篇 临床检验

第十一章 血液检查	61
-----------	----

第一节	血常规	61
第二节	嗜酸性粒细胞直接计数	66
第三节	网织红细胞计数	67
第四节	血小板	67
第五节	出血时间测定	68
第六节	血凝固时间测定(玻片法)	68
第七节	血块收缩时间测定	68
第八节	红细胞沉降率测定(简称血沉率测定)	68
第九节	血型鉴定和交叉配合试验	69
第十节	血液生化检查	70
一、	凝血酶元时间测定	70
二、	淀粉酶测定	71
三、	脂蛋白电泳测定	71
四、	全血胆硷酯酶测定	71
五、	二氧化碳结合力的测定	71
六、	血液酸硷度(pH 值)的测定	71
七、	血氨测定	72
八、	氯化物的测定	72
九、	钠的测定	72
十、	钾的测定	72
十一、	钙的测定	73
十二、	无机磷的测定	73
十三、	血清铁的测定	73
第十一节	骨髓检查	73
第十二章	尿液检查	79
第一节	尿常规检查	79
第二节	十二小时尿沉渣计数(旧称爱迪氏计数)	85
第三节	尿的细菌培养及计数	85
第四节	尿的生化检查	85
一、	尿 17-酮类固醇测定	85
二、	尿 17-羟类固醇测定	86
三、	尿酮体定性试验	86
第十三章	粪便检查	86
第一节	粪常规	86
第二节	隐血试验	89
第十四章	痰液检查	89
第十五章	引流液检查	90
第一节	胃液检查	90
第二节	十二指肠引流液检查	92

第十六章 体液检查	93
第一节 胸、腹腔液检查	93
第二节 脑脊液检查	94
第十七章 常用肝功能检查	96
一、胆红素代谢功能试验	96
二、蛋白质代谢功能试验	98
三、脂类代谢功能试验	100
四、酶的代谢功能试验	100
五、肝脏排泄功能试验	101
六、肝功能试验之临床意义估价	101
七、肝功能的选择	101
第十八章 肾功能检查	102
一、尿浓缩稀释试验	102
二、酚红排泄试验(简称 P.S.P. 排泄试验)	103
三、血中非蛋白氮(简称 N.P.N.)测定	103
四、内生肌酐清除率测定	104
第十九章 血清免疫学检查	104
一、凝集反应	104
二、抗链球菌溶血素“O”测定(简称抗“O”)	105
三、血吸虫环卵沉淀试验	105

第四篇 病历编写及诊断步骤

第二十章 病历编写	107
第二十一章 诊断步骤及方法	111

第五篇 仪器检查

第二十二章 X线检查	115
第一节 X线产生及其应用	115
第二节 胸部X线检查	118
第三节 腹部X线检查	127
第四节 骨与关节X线检查	133
第二十三章 心电图检查	137
第一节 心电图的基本原理	138
第二节 心电图导联及心电位	140
第三节 正常心电图	146
第四节 临床常见的异常心电图	148
第二十四章 基础代谢率测定	156
第二十五章 超声波检查	157
第二十六章 放射性同位素检查	160

第一节 甲状腺吸碘¹³¹ 功能测定160

第二节 甲状腺扫描161

第三节 肝脏扫描162

附 录

常用诊疗技术操作165

一、人工呼吸和胸外心脏按摩165

二、氧气吸入166

三、鼻饲法167

四、导尿术167

五、灌肠法168

六、洗胃法169

七、小儿静脉取血169

八、心内注射药物170

九、神经阻滞术171

十、过敏试验172

十一、束臂试验(毛细血管脆性试验)172

十二、胸膜腔穿刺术173

十三、腹膜腔穿刺术174

十四、腰椎穿刺术175

十五、骨髓穿刺术176

十六、关节腔穿刺术177

十七、乙状结肠镜检查术及肠粘膜活检术177

十八、周围静脉压力测定179

常用临床检验正常值180

血、尿、粪标本采集183

绪 言

人民军医，必须遵照伟大领袖毛主席关于“救死扶伤，实行革命的人道主义”的伟大教导，以白求恩同志为光辉榜样，树立“毫不利己专门利人”的革命精神，以毛主席辩证唯物论的哲学思想为武器，彻底批判唯心论的先验论和形而上学的反动思想，树立辩证唯物主义观点。

人民军医要完成成为工农兵伤病员服务的光荣而艰巨的任务，必须解决认识疾病的问题。诊断学的教学目的，就是学习询问病史、体格检查、化验检查和仪器检查等获取临床资料的手段，以及培养学员对所得资料的分析综合，推理判断的能力，从而揭露疾病的本质，对于疾病作出正确的诊断，为防治疾病打下基础。

为了达到适应部队、战备及农村的需要，应把问诊和体格检查作为学习的重点。对于常用化验检查和仪器检查也列为学习的内容。通过诊断学的学习，学员应达到下列要求：

1. 学会独立地系统的询问病史，掌握问诊要点，了解常见症状的临床意义。
2. 掌握体格检查的望、触、叩、听等基本操作方法。掌握正常体征，并熟悉异常体征及其临床意义。
3. 了解常用化验检查和仪器检查的临床意义。
4. 学会编写病历，掌握对疾病进行诊断的要领。

在诊断学学习中，必须树立“完全”、“彻底”为工农兵伤病员服务的高度责任感，带着深厚的无产阶级感情，为解除阶级兄弟的痛苦，刻苦顽强地努力学习。强调在自己身上苦练检查技术。在为工农兵伤病员服务的过程中，要高度同情体贴工农兵伤病员的痛苦，一切从工农兵伤病员的利益出发。要有严肃认真，一丝不苟的科学态度。坚决反对不顾伤病员痛苦，在伤病员身上“练技术”的资产阶级医疗作风。

为了学好诊断学，必须遵循“实践、认识、再实践、再认识”这一马克思主义认识论的观点，重视在实践中学习，在为伤病员服务的过程中，学习为伤病员服务的技能。

“学好本领好上前线去！”

第一篇 问 诊

第一章 问诊的重要性及其方法

一、问诊的重要性:

伟大领袖毛主席教导我们：“没有调查就没有发言权”。革命的医务工作者，在为广大工农兵防治疾病过程中，必须首先正确地认识疾病。要正确认识疾病，必须通过询问疾病的症状，体格检查发现体征等调查研究手段，了解疾病的发生、发展规律，为正确诊断疾病提供客观依据，以达到认识疾病本质做出正确诊断的目的。因此，问诊是正确认识疾病的重要环节。通过问诊不仅使我们掌握病员所患疾病的病情，还可为进一步检查提供线索。如对一位咳嗽、咯血的病员，我们很容易想到是呼吸、循环系统的疾病，若此时再进一步检查心、肺体征，则容易明确诊断。甚至有的疾病，如溃疡病、间日疟疾等仅通过问诊就可得出初步诊断。反之，若军医对问诊重视不够，问的内容不全面，抓不住要点，常会造成错误诊断，以至延误治疗，给伤病员带来痛苦，甚至生命危险。因此，问诊是军医必须掌握的基本功。祖国医学很重视问诊，指出“问而知之，别病深浅”，亦说明问诊对于诊断疾病的重要性。

二、问诊的方法:

(一)带着无产阶级感情进行问诊：军医必须牢固地树立“完全”、“彻底”为人民服务的思想，问诊时要带着高度的无产阶级感情，要有高度的阶级同情心和责任感。急病员之所急，痛病员之所痛，才能更好的进行问诊，取得诊断疾病的第一手资料。否则，粗枝大叶，似是而非，缺乏耐心，则不能获得真实的材料，以致造成诊断错误。

(二)启发式问诊：伟大领袖毛主席教导我们：“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”军医对病员问诊时，可用启发式向病员提出“你感觉那里不舒服？”等简短问题，然后细心听取病员自己诉说其发病详细经过。应避免一问一答，尽量不要打断病员的叙述，只是有时为了充实和明确病员所说的病情时，可以作简短的插话提问。待病员叙述完毕之后，再根据病情的需要加以补充询问。在提问时，应采取启发式询问，避免暗示性询问，例如问腹痛是否向右肩部放散时，不应直接问：“腹痛向右肩放散吗？”应问：“腹痛向其他部位放散吗？”

(三)注意取得病员的密切合作：军医应首先充分相信和同情病员对病史的叙述，在问诊时要注意态度和蔼，语言要亲切、要通俗易懂，使病员体会到军医是完全可以信任的，才能取得病员的密切合作。愿意主动回忆和叙述自己的发病经过，才能获得全面而正确的病史资料。

(四)请旁人代述病史：病员的病史主要应由病员自己叙述，必要时亦可请旁人如病员的亲属或同志帮助补充，以求全面弄清病史。对于昏迷、精神不正常、小儿病员不能口述时，可由最了解病员病史的人代述，记录时应注明与病员的关系及对病情了解的可靠程度。

(五)对重危病员的问诊：对于重危病员，需作紧急处理与抢救时，应迅速简要地询问主要症状及经过，结合必要的体格检查，首先给予急救处理，待病情缓和之后再作全面的补充询问。对于因身体衰弱不能支持长时间谈话的病员，可将病史分几次询问，以免增加病员负

担使病情加重。要反对不顾病员痛苦，只顾完成问诊任务的现象。

(六)归纳整理问诊内容时注意事项：问诊完毕后，将与病情有关的叙述，加以归纳整理，编写成病史记录。记录时，尽可能多用病员的原话，避免用诊断名词术语形容，如“患心绞痛二年”，应改用“心前区阵发性绞痛二年。”对病员的方言俗语，应领会其含义，记录时应加引号注明，或改用普通语言记录。若病员自己提出曾患过某一种疾病的诊断名词时，应问清病情特点。需记录病员提出的诊断或曾用过的药物名词时，亦应加引号注明。

第二章 问诊的内容

问诊的内容包括：一般项目、主诉、现病史、过去史、个人史、家族史。

一、一般项目：包括病员的姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、职业、部别、住址、入院日期。若病史叙述是由旁人代述，应注明与病员的关系以及对病史了解的可靠程度。

二、主诉：主诉是疾病在发生发展过程中对病员造成痛苦的主要症状。将主要症状的性质及时间用简明的语句记录下来，以反映疾病的要点及概貌。如“上腹部隐痛5年多，大呕血2小时。”“持续高烧已6天。”“发冷发烧、咳嗽、胸痛1天”。

有的病员同时患有两种以上的疾病时，其主诉可分别列出。例如：咳嗽、咳痰5个月，咯血1天。慢性腹痛腹泻3年。

三、现病史：

现病史包括从这次得病的最初症状起，到看病时为止的疾病全过程。现病史是病史中最重要的部分，是诊断任何疾病不可缺少的内容。询问的内容应抓住以下几点：

(一)起病时间，急性起病还是缓慢起病，尽可能找出发病可能的诱因。例如：病员于1月8日夜间上厕所未穿棉裤，当时即感觉畏寒，第二天下午突然感到寒战，继之发高烧，且出现咳嗽，……。

(二)症状的特征及其演变过程：

疾病是一个过程，每一个疾病都有其特征和规律性。问诊时，要抓住贯穿疾病始终的主要症状进行详细询问，特别要问清楚主要症状的性质、部位、程度，缓解和加剧的因素等。例如对于上腹部痛的病员，应问清疼痛是隐痛、烧灼痛、胀痛、绞痛、还是刀割样痛；是持续性痛还是阵发性痛；进食后缓解还是加剧等。对于伴随主要症状出现的其他症状也不能忽略，才能弄清疾病的全貌。孤立地看待一个症状常对诊断帮助不大，应问清这些症状之间的关系。因此，问诊时还应注意问清以下三点：

1. 症状与时间的关系，例如十二指肠溃疡的上腹痛常在空腹饥饿时发生，而在进食后缓解。

2. 症状与症状的相互关系，例如疟疾(间日疟)在发作时，常先发冷寒战，继则发高烧，随后出汗。每隔一日有规律的反复出现。

3. 症状与生理动作的关系，例如胸膜炎病员在深吸气或咳嗽时胸痛加剧。

(三)发病后的诊治情况：这次得病后是否经过治疗，在问诊时应询问清楚曾于何时何处诊治过；曾用何种治疗，药物名称、剂量、用法及治疗效果。

(四)一般情况：病员起病后的一般情况应询问有否寒热；问二便，大便稀薄还是秘结；小便短少赤黄还是清长；问饮食，食量改变，喜吃热食还是冷食；睡眠好还是差；体重有无

改变等。

四、过去史：

过去史一般是指自病员出生以来至这次患病之前所患过的疾病情形以及病员过去的健康状况。调查了解过去史可使我们了解过去的疾病与这次所患疾病的内在联系，对诊断疾病有一定的帮助。例如一个下肢畸形瘫痪的病员，若过去患过小儿麻痹症时，则有助于小儿麻痹后遗症的诊断。又如心脏病病员，过去患过咽峡炎、关节痛时，有助于风湿性心脏病的诊断。过去史一般应着重询问以下三点内容：

1. 以往身体健康状况：强壮还是瘦弱。

2. 患过何种疾病：为了在询问时避免遗漏，可按各系统进行询问，着重问清楚各系统所患疾病的主要症状及时间，当时的诊治情况。一般需询问的各系统有：传染病史以及预防接种情况。呼吸、循环、消化、泌尿、运动、神经等系统以及五官、皮肤等疾病史。问诊熟练后，则可根据不同病情而灵活掌握，有选择的进行询问，不必逐条询问。按各系统询问的疾病情形记录时应以年月日先后顺序记录。

3. 有否外伤史、手术史、过敏史(药物或其他物质)。

五、个人史：

个人史是指病员以往的生活情况，应着重询问与这次患病有关的部分。一般包括下列内容：

1. 生活饮食习惯，有否烟酒或其他不良嗜好。

2. 个人的经历，何时到过何地及工作职务变动情况。

3. 女病员要问月经史及生育史。包括：初潮年龄、周期、行经期、月经的血量及颜色，有无痛经、白带症状；末次月经及绝经期。妊娠次数、生产胎数及有否难产史等。

4. 对小儿病员，应详细询问出生、喂养及发育情形。

例如：新生儿在出生时，对脐带消毒不严密常易感染破伤风；喂养不当易患消化不良等消化道疾病；囟门闭合晚常是佝偻病的表现。

六、家族史：

主要是询问病员的父、母、爱人、兄弟姐妹及子女的健康状况。若有死亡者，应问明死因。对于高血压病、过敏性疾病等应问清家族中有无患过此类疾病者。对疑似结核病、肝炎及其他传染病时，除问清家族中有无类似疾病外，还应注意询问与病员接触密切的同志有否类似疾病的发生。

第三章 常见症状及其问诊要点

症状是疾病引起病员主观感觉不舒适、不正常的现象。这种现象往往是疾病本质的反映。透过症状看疾病的本质，是认识疾病可靠的科学的分析方法。了解常见症状的概念及其临床意义，为学习临床课打下基础。

对于初学医的同志，在问诊时，常会感觉“不知从何问起？”、“无话可说”，怎么办？首先应当强调，在问诊时应带着深厚的无产阶级感情与病员接触，急病员之所急，痛病员之所痛，此外，本章所列举的常见症状及其问诊要点，对初学问诊的同志可能有些帮助，可供问诊时参考。

一、发 热：

健康人的体温，在体温调节中枢神经的控制下，保持在相当稳定的范围之内（口腔温度 $36.1-37.2^{\circ}\text{C}$ ）。当体温由于调节功能发生障碍，体温较正常范围增高时，则称为发热。发热为临床上最常见的症状之一。

（一）发热的常见原因：临床上引起发热的原因很多。当一位病员因发热看病时，首先应想到发热的原因是什么？临床上最常见的基本原因有：各种传染病、局部感染、体内组织坏死或破坏、过敏性疾病、中暑、风湿热等。

（二）发热的程度及临床意义：根据发热的体温高低不同，临床上分为低热、中等度发热、高热。体温高达 41°C 以上时亦称过高热。一般长期低热常见于肺结核；长期高热常见于伤寒、急性血吸虫病；短期高热常见于急性传染病、化脓性感染、中暑；中等度发热常见于病毒性感染、风湿热等。

（三）发热伴随的症状及其意义：

发热的病员伴有尿频、尿急、尿痛时，常见于尿路感染如肾盂炎、膀胱炎等。伴有咳嗽、咳痰、胸痛等常见于上呼吸道感染、支气管炎、肺炎等呼吸道疾病。伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻时常见于急性胃肠炎、急性菌痢等。伴有头痛、呕吐、昏迷时，常见于中枢神经系统感染。伴有游走性关节痛、心悸、气促时，应考虑风湿热的可能。

（四）问诊要点：对发热的病员需询问发热的时间、发热的程度、体温波动情况及持续时间、是否伴有寒战或出汗及发热的伴随症状。此外还应询问有否传染病接触史等。

二、头 痛：

头痛是一个常见的症状。

（一）头痛常见原因：常见于颅内疾病如脑膜炎、脑炎、脑震荡、脑肿瘤；五官科疾病如屈光不正、青光眼、副鼻窦炎、中耳炎等。此外高血压病、贫血、神经衰弱以及各种传染病均为常见的原因。

（二）问诊要点及其意义：注意询问头痛的发生是缓还是急，发作时有否先兆，疼痛的部位、程度及性质、疼痛持续的时间等。例如脑膜炎、脑炎所致的头痛，多发病急且剧烈，呈裂开样痛。五官科疾病所致的头痛，多呈胀痛或隐痛，持续时间较长，常位于前额部痛。高血压病、神经衰弱所致的头痛多发病缓、呈钝痛、多轻微，常伴有睡眠障碍、记忆力减退、工作学习思想不能集中等症状。

三、眩 晕：

眩晕系指病员自觉身体或周围物体有旋转或摇晃的感觉。

（一）常见的病因及伴随症状：

1. 耳源性眩晕：

（1）内耳眩晕症（美尼尔氏综合症）：可能为内耳淋巴积水或钠盐代谢障碍所致的疾病。常突然发作，病员自觉身体及周围物体旋转或摇晃，姿势改变时加重，常伴有恶心、呕吐、出汗、耳鸣、听力减退及眼球震颤等。

（2）迷路炎：多由中耳炎引起，症状与内耳眩晕症相似，但较持续存在。

（3）晕动病：由于晕车、晕船所致，为内耳迷路受机械性刺激而引起。

（4）链霉素族药物中毒：链霉素、新霉素、卡那霉素等可导致前庭及耳蜗神经中毒性损害，除表现眩晕外，常有耳鸣、耳聋等。病员有长期用药史。

2. 中枢性(神经源性):

(1) 脑血管供血不足: 常见于动脉硬化及颈椎病所致的椎-基底动脉供血不足而引起小脑或脑干缺血。

(2) 贫血及心血管疾病: 如严重贫血、低血压、高血压、主动脉瓣狭窄等。

3. 全身性疾病、全身性疾病所致的眩晕,常以自觉头重脚轻,身体摇晃为主要症状;而不伴有旋转,亦无听力减退及眼球震颤,耳鸣亦不多见,多伴有原发病的症状及体征,如神经官能症。

(二)问诊要点: 应询问发病的时间,是持续性还是阵发性,如为阵发性,应问发作时的诱因,发作时持续时间,发作时伴随的症状,以往诊治情况,有否应用链霉素等药物的历史等。

四、昏迷:

昏迷是严重的意识障碍,病员对声音、光线、疼痛等刺激失去反应。深昏迷时,全身肌肉松弛,感觉及反射完全消失,仅有维持呼吸及血液循环的功能;浅昏迷时,角膜反射、瞳孔对光反射及咽反射均迟钝。昏迷是病情严重的表现。

(一)昏迷常见的原因: 昏迷常见于脑及脑膜疾病、各种急性中毒性疾病、呼吸循环系统功能衰竭时所致的严重缺氧、急性传染病、头颅外伤、糖尿病、尿毒症、肝昏迷等。

(二)问诊要点及其意义: 昏迷病员应向陪伴询问昏迷发生的时间及经过,突然发病还是缓慢发病,问清怎样发现病员的,何时何地发现的,发现时病员的状况;发现后是否已进行过治疗。是否伴有发热、抽搐、呕吐、腹泻、偏瘫、呼吸困难等症状。昏迷前的健康状况,有无心脏病、高血压、肾炎、肝硬化、糖尿病、癫痫等病史。一般突然发生昏迷者常见于脑溢血、癫痫、脑炎、脑外伤等,缓慢起病者常见于尿毒症、酸中毒、肝昏迷等疾病。若病员以往身体健康状况良好,突然发生昏迷时,还应注意问清病员发生昏迷时的周围环境,如有否外伤、使用农药、进食有毒食物或毒药、大量饮酒、煤气中毒、中暑等线索。

五、咳嗽:

咳嗽是一种反射性防御动作。当呼吸道粘膜受到异物、炎症或分泌物的刺激时,即反射地引起咳嗽动作,将气管内异物或分泌物清除,因此咳嗽对人体是一种有益的反射。咳嗽可分为痰与无痰两种。咳嗽时痰少或无痰,常称为干咳,多为炎症或其他刺激如肿瘤等引起。

(一)咳嗽的原因及其鉴别:

伟大领袖毛主席教导我们:“我们看事情必须要看它的实质,而把它的现象只看作入门的向导,一进了门就要抓住它的实质,这才是可靠的科学的分析方法。”咳嗽是临床上最常见的症状之一,引起的原因较为复杂,常见的有呼吸系统各种急性、慢性炎症、百日咳、心力衰竭、肺肿瘤等。因此,必须予以分析鉴别,才能抓住本质。咳嗽可分急性、慢性两种。急性咳嗽常见于上呼吸道感染、急性支气管炎、肺炎等,常伴有发热、胸痛等症状。慢性咳嗽常见于慢性支气管炎、肺结核、支气管扩张等,往往于冬季咳嗽加剧。肺结核时常伴有咯血、盗汗、消瘦、倦怠等症状。支气管扩张时常伴有反复咯血。伴有大量脓性痰的咳嗽亦可见于急性或慢性肺脓肿或较严重的支气管扩张。咳出大量白色泡沫痰常见于慢性支气管炎、支气管哮喘。咯出铁锈色痰见于大叶性肺炎;咳出粉红色泡沫痰见于急性肺水肿。

(二)问诊要点: 对咳嗽的病员应注意询问: ①咳嗽发生的时间,是持续性还是间歇性,与气候变化是否有关系; ②有痰还是无痰,痰的性质是泡沫白痰、脓性痰、铁锈色痰还是粉红色泡沫痰。痰量多少。痰中是否带血或咯血。 ③咳嗽是否伴有发热、胸痛、呼吸困难等。

六、咯 血:

(一)咯血与呕血的鉴别:临床上遇到病员诉说“吐血”时,通常是指呼吸道、口腔、鼻咽以及上消化道等部位出血由口腔“吐出”。口腔、鼻咽出血只要注意对口腔、鼻咽部检查,鉴别不难。气管、支气管、肺实质血管破裂出血,经咳嗽由口腔排出,叫咯血。上消化道出血是指食道、胃、十二指肠出血呕吐出来,叫呕血。咯血与呕血不仅发生的原因不同,抢救病员所采取的措施亦不同。因此,对咯血与呕血及时予以鉴别诊断是很重要的,可按下表进行询问和检查:

咯	血	呕	血
1. 经咳嗽而出		随呕吐而出	
2. 鲜红色,常有泡沫		暗红或褐色,不含泡沫	
3. 与痰相混		与食物相混	
4. 咯血前常有咽喉不适感		呕血前有恶心	
5. 咯血后有持续性痰带血		无痰带血	
6. 大便颜色一般为正常		常同时有黑大便	
7. 常有呼吸系统或心脏病史及体征		常有胃病或肝硬化病史及体征	

(二)咯血常见于那些疾病?临床上咯血最常见于肺结核、支气管扩张、风湿性心脏病二尖瓣狭窄的病员。此外,肺脓肿、肺炎、肺癌的病员咯血亦不少见。

(三)问诊要点:应注意询问咯血发生的时间、血量、颜色、有无夹杂物(痰或食物),是一口一口咯血,还是大口咯血不止。咯血有无诱因,咯血后有无头晕、心慌、昏厥历史。另外还应询问有否咳嗽、咳痰、胸痛、呼吸困难、发热、盗汗、消瘦等。

七、胸 痛:

胸痛多由胸壁或胸腔内的疾病引起,胸痛的部位、时间、性质不同,其临床意义亦不同。

(一)胸痛的部位:胸膜炎所致的疼痛多位于病侧;肋间神经痛或带状疱疹所致胸痛多沿肋间神经分布区域;外伤或胸壁炎症所致的疼痛多限于局部;心绞痛常位于胸骨后或心前区,并放射到左肩及左臂内侧。支气管炎亦常在胸骨后有发紧样的持续性疼痛。

(二)疼痛的时间:随咳嗽或深呼吸加重时,常见于胸膜炎或肋间神经痛;心绞痛常在情绪波动或劳累后突然发作;食道炎常在吞咽食物时加剧。

(三)疼痛的性质:胸膜炎或胸壁炎症多呈钝痛或刺痛,食道炎呈灼热痛;心绞痛常呈压榨样刺痛;肋间神经痛多呈针刺样疼痛。

(四)问诊要点:应询问胸痛发生的时间、部位、疼痛性质以及与呼吸、咳嗽、体位改变的关系。是否伴有发热、咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、发绀等症状。

八、心 悸:

心悸是当心脏跳动快慢或节律改变时,病员出现一种“心跳”或“心慌”的感觉。可见于各种心脏病、心律紊乱、严重贫血、甲状腺机能亢进、神经衰弱等疾病。

注意询问发生的时间,与劳动的关系,有否呼吸困难、浮肿、高血压的历史。

九、呼吸困难:

呼吸困难是病员自觉“空气不够用”或“呼吸费力”的一种表现。严重的呼吸困难,病员不能平卧而被迫采取半卧位或坐位(称为端坐呼吸)。呼吸困难按其发生的原因不同分述如下:

(一)肺原性呼吸困难：是由喉、气管、支气管、肺及胸膜等发生病变，引起肺通气功能障碍所致。

1. 呼吸道阻塞：由于炎症、痉挛、异物、肿瘤引起喉、气管或大支气管狭窄，以及由于炎症、痉挛引起小支气管狭窄时，可造成呼吸道机械性阻塞，以致肺换气不足，引起血中缺氧，二氧化碳潴留，刺激呼吸中枢兴奋，同时肺部因炎症刺激反射增强，因而发生呼吸困难。

2. 肺实质病变：由于肺炎、肺结核、肺气肿、肺不张等疾病造成肺实质损害广泛时，可使肺组织接触空气的面积减少，气体交换障碍，以致血中缺氧和二氧化碳浓度增高，刺激呼吸中枢兴奋，引起呼吸困难。

3. 胸膜病变：由于大量胸腔积液、积气以及胸膜广泛粘连时，可使肺的扩张或收缩受到限制，造成有效通气量减少，血中缺氧和二氧化碳增高，以致呼吸困难。

(二)心原性呼吸困难：当心脏功能不全，尤其是左心功能不全时，最易发生呼吸困难。由于心功能不全，造成肺部瘀血，使肺脏的气体交换量减低而发生呼吸困难。

以上两种原因造成的呼吸困难，其共同点是均使肺脏气体交换直接受到影响。按呼吸困难的性质不同可分为三种表现形式：①吸气性呼吸困难：由于呼吸道高位阻塞所致，如喉狭窄，气管、大支气管的管腔被肿瘤堵塞和压迫时，病员表现气体吸入显著困难。阻塞部位高时，呼吸时常有高音调音响。表现呼吸肌极度紧张、胸骨上窝、锁骨上下区、肋间隙，在吸气时明显凹陷。②呼气性呼吸困难：由于肺实质病变如肺气肿时，可致肺组织弹性减弱，亦可由于小支气管狭窄和痉挛如支气管炎、支气管哮喘时，病员表现呼气费力，呼气时间延长而缓慢。③混合性呼吸困难：是指病员呼气与吸气均费力。常见于肺组织呼吸面积减少，如肺炎、肺水肿；以及呼吸受到限制时如胸膜炎、气胸等。此外在心功能不全时，肺部瘀血所致的肺泡气体交换功能障碍亦属于混合性呼吸困难。其特点是病情较轻时，多在劳动或剧烈运动后出现，休息后好转。病情重者于休息甚致卧床休息时亦感到呼吸困难。心原性呼吸困难表现另一特点为阵发性呼吸困难，多在夜间睡熟后突然发作呼吸困难，病员突然感觉窒息而惊醒，被迫坐起而用力加速呼吸，轻者可在坐起后数分钟消失，重新入睡。发作重时，病员有发绀、出冷汗、脉细而快，有时可发展为急性肺水肿。此种阵发性呼吸困难称为“心性哮喘”，常见于高血压病、冠状动脉硬化性及主动脉瓣性心脏病所致的急性左心衰竭。

(三)呼吸中枢调节功能障碍引起的呼吸困难：由于各种中毒性疾病、颅内严重病变如脑溢血等直接损害呼吸中枢所致。常为病情重危的表现，其表现详见体格检查一般情况项目内。

(四)问诊要点：应询问呼吸困难起病的时间、发作的缓急、与体位及运动的关系。有无中毒历史，有否胸痛、咳嗽、发热、心悸等症状。

十、恶心、呕吐：

恶心是心窝部不舒服、想吐的感觉，通常为呕吐的前驱症状。

(一)恶心、呕吐的常见原因：

1. 胃粘膜受刺激：多由于胃内急性或慢性炎症，或某些药物直接刺激胃粘膜时引起，呕吐前常伴有恶心，呕吐后则感到上腹舒适。

2. 反射性呕吐：由于其他器官疾病，反射性引起呕吐如急性胆囊炎、阑尾炎、腹膜炎、肝炎等。此外，晕车、船亦可引起反射性呕吐，其特点是胃内已很空虚而病员仍呕吐不止。

3. 中枢性呕吐：常见于中枢神经系统疾病如脑炎、脑膜炎、脑外伤、脑肿瘤等引起颅

内压力增高时。此种呕吐的特点是不伴有恶心，呈喷射状突然发作。

(二)问诊要点：应注意询问呕吐发生的时间、次数，与饮食的关系。是否恶心与呕吐同时存在。吐出物的性质，是否含有血液，呕吐物的量、颜色、气味等。

十一、腹 痛：

伟大领袖毛主席教导我们：“努力避免片面性和局限性。无论什么事情，都必须加以分析。”在临床上遇到腹痛病员时，应针对腹痛发生的缓急、疼痛的部位及疼痛性质，进行认真分析，以明确其临床意义。

(一)腹痛发生的缓急：突然发生的急性腹痛，常见于急性胃肠炎、急性胃肠穿孔、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、尿路结石等。缓慢起病的腹痛常见于慢性胃炎、溃疡病、慢性菌痢、慢性肝胆疾病，肠道寄生虫病等。

(二)腹痛的部位：腹痛的部位不同对诊断某些脏器的疾病有重要意义。例如剑突下疼痛常见于胃炎、溃疡病、胆道蛔虫症。右上腹痛应考虑肝胆、十二指肠或右肾的疾病。右下腹痛常见于阑尾炎。左上腹痛常见于胃溃疡及脾周围炎、胰腺炎等。左下腹痛常见于结肠炎、痢疾的病员。脐周围痛多见于肠道蛔虫症。全腹痛多见于急性胃肠炎、急性腹膜炎。女性病员下腹痛，多见于子宫及其附件炎症。此外，胸部疾病亦可反射性引起上腹痛，如大叶性肺炎、胸膜炎、心肌梗死等。

(三)腹痛的性质：

绞痛：绞痛为一种阵发性发作呈扭绞样剧烈疼痛，多突然发生，突然缓解，发作时病员常不能忍受，呻吟、辗转不安。多为空腔脏器如肠、胆道、输尿管等高度痉挛所致。常见于胆道结石、输尿管结石、机械性肠梗阻等。

刀割样痛：疼痛剧烈如刀割，常见于急性腹膜炎、急性胃肠炎、急性胰腺炎等。

钝痛：钝痛多不甚剧烈，可以忍受。常见于实质性器官因炎症或充血肿胀时，如肝炎、脾周围炎、慢性胰腺炎、以及肝脾急性充血肿大等。

隐痛或烧灼痛：疼痛一般较轻。常见于溃疡病、慢性胃炎、肠道蛔虫症等。

(四)问诊要点：应询问腹痛发生的时间，发作急还是缓，腹痛的部位及性质，是否向其他部位放散，与生理活动及体位的关系。加重或减轻的因素如进食后加重或减轻。还应询问伴随的其他症状如恶心、呕吐、腹泻、呕血或黑便、血尿、发烧、黄疸、饮食情况、有否消瘦等。

十二、腹 泻：

腹泻由于肠蠕动过速、炎性分泌物增加及液体吸收不良所致。此种现象属于保护性反应，通过腹泻可使肠内有毒物质和有刺激性物质排出体外。病程长短及大便性质的临床意义较为重要。

(一)病程长短：起病时间短者为急性腹泻，常大便次数多，病情较重。如急性胃肠炎，急性痢疾以及某些物质中毒等较为常见。起病时间长时称慢性腹泻，大便次数较少，病情较轻，常见于慢性痢疾、慢性结肠炎、胃肠功能紊乱、慢性血吸虫病、肠结核等。

(二)大便性质：

水样或粘液样便：常见于急性胃肠炎、急性血吸虫病及某些物质中毒等。水样或粘液样便含有不消化食物时，常见于慢性菌痢、慢性结肠炎、胃肠功能紊乱。

粘液血便或脓血便：常见于急性菌痢。水血样大便见于阿米巴痢疾。

(三)问诊要点：应询问病程长短、起病缓急、大便性质、次数，有无恶臭，有无含未消

化的食物。是否伴有腹痛及其性质、部位，有无里急后重及下坠感觉。

十三、呕血与黑便：

呕血与黑大便均为上消化道出血的临床表现。

(一)上消化道出血的原因：最常见的有胃、十二指肠溃疡、胃癌、以及肝硬化门脉高压所致的食道下端静脉破裂出血等。

(二)呕血与黑便的颜色：呕血常为暗红色或褐色。这是由于血液在胃内经胃酸作用形成酸性血红蛋白之故。若出血在胃内停留时间短时，亦可呈鲜红色。

上消化道出血后血液顺肠管而下随大便排出，则呈柏油样大便，漆黑发亮。这是由于血红素分解后其中的铁质在肠道内变成硫化铁之故。一般出血量在 60 毫升以上时，才可见到柏油样黑大便。

(三)问诊要点：应询问呕血的时间、数量、次数、颜色，有否诱发因素。若病员只解黑大便还应问是否吃过猪血或含铁的食物及药物。此外还应询问在呕血或解黑便后，有否头昏、眼花、昏厥以及其他伴随的消化道症状。

十四、水 肿：

人体组织内水分超过正常时，使组织发生肿胀，称为水肿。水肿可以是局部的，也可以是全身性的。局部的水肿常由于局部静脉回流受阻如肿瘤压迫静脉，以及局部毛细血管渗透性增加如炎症反应等所致。全身性水肿容易发生在松软的组织部分，如眼皮、阴囊等部位，以及由于重力的关系，易出现在身体最低的部位。水肿严重时，可在胸膜腔及腹膜腔内形成积液。全身性水肿，临床上以心源性、肾源性、肝源性及营养不良性水肿为最常见。

(一)心源性水肿：此类水肿见于各种心脏病伴有心脏功能不全的病员。其发生的原因有二：①右心功能不全时，回心血流受阻，静脉压力增高，造成组织中的水分不易回流入血，以致组织中水分增多，发生水肿。②心脏功能不全时，心排血量减少，进入肾脏的血流量亦减少，使体内钠盐排出受阻，造成钠在组织中贮留形成水肿。心源性水肿常最先出现于身体最低的部位，多先出现于踝部，病情加重时可逐渐向上蔓延至全身。站立活动多时则下肢明显，半卧位时则臀部、腰背部明显。

(二)肾源性水肿：发生的主要原因有二：①由于肾小球滤过功能减低，如肾小球性肾炎，造成钠盐和水在体内贮留。②全身毛细血管通透性增加，使血浆内的水分外渗，形成水肿。肾源性水肿常先从眼睑及面部开始，然后波及全身。一般不受体位影响。

(三)肝源性水肿：主要是由于肝功能障碍，影响白蛋白在肝内的合成，血浆中白蛋白减低，血浆胶体渗透压降低，以及门静脉高压(如肝硬化所致)，使血管中液体渗入腹腔及组织，形成水肿。肝源性水肿以腹水及下肢水肿为明显。

(四)营养不良性水肿：营养不良性水肿主要是由于长期摄食营养不足或肠道吸收不良，造成血浆蛋白减少，以致血液渗透压减低，组织间液不能向血管内回流，形成水肿。营养不良性水肿多为全身性。

(五)问诊要点：应询问水肿发生的时间、出现的部位、减轻或加重的因素，水肿与体位及尿量的关系等。还应询问伴随的其他症状以及营养状况等。