

诊断学基础

(试用教材)

遵义医学院

一九七二年二月

前 言

在伟大领袖毛主席关于“教育要革命”和“进行一次思想和政治路线方面的教育”的号召下,我院革委会组织广大革命教职员、医务人员分期分批深入到工厂、农村,政治上接受工人、贫下中农的再教育,业务上进行再学习,认真学习马列主义、毛泽东思想,学习《全国教育工作会议纪要》,同时坚持以路线教育为纲,以革命大批判开路,狠批了刘少奇一类骗子散布的黑“四论”,狠批了反革命修正主义教育路线。在阶级斗争、路线斗争和继续革命觉悟不断提高的基础上,为迎接我院第一批工农兵新学员,我们编写了这套新教材。

遵照毛主席关于“学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革,有的首先删繁就简”的教导,我们在编写教材中力求做到:以毛主席的哲学思想为指导,以常见病、多发病的防治为主要内容;使教材具有革命性、实践性、先进性和地方性,并符合中西医结合、防治结合、基础与临床结合的原则。按照目前课程设置,这套三年制试用教材共有十三册:《医用理化基础》、《英语》、《医用人体学》、《疾病学基础》、《新药学》、《卫生防疫学》、《诊断学基础》、《内儿科学》、《外科学》、《妇产科学》、《五官科学》、《中医学基础》和《新医疗法》。

由于我们对马克思列宁主义、毛泽东思想学习不够,对毛主席的教育革命思想理解不深,路线斗争觉悟不高,教育革命实践少,因此教材中一定有不少缺点和错误,诚恳地希望同志们批评指正,以便不断修改,充实和提高。

遵义医学院革委会医教组

1972.1.25

目 录

绪 言

第一篇 病史调查及体格检查

第一章 病史调查	(2)
第一节 病史调查的方法及注意事项	(2)
第二节 病史调查的内容	(3)
一、一般项目	(3)
二、主诉	(3)
三、现病史	(3)
四、过去病史	(4)
五、个人生活史	(4)
六、月经、婚姻及生育史	(5)
七、家族史	(5)
第三节 常见症状的问诊及其临床意义	(5)
一、发热	(5)
二、头痛	(6)
三、食欲变化	(6)
四、胸痛	(7)
五、咳嗽、咳痰与咯血	(7)
六、心跳	(8)
七、呼吸困难	(9)
八、腹泻	(9)
九、腹痛	(10)
十、恶心、呕吐	(11)
十一、尿量、尿频、尿急及尿痛	(11)
十二、黄疸	(12)
十三、水肿	(12)
第二章 体格检查	(13)
第一节 一般检查	(14)
第二节 皮肤、粘膜及淋巴结	(19)
第三节 头颈部检查	(21)
第四节 胸部检查	(24)

一、常用的体表标志·····	(24)
二、肺部检查·····	(26)
三、心脏检查·····	(32)
第五节 腹部检查·····	(38)
第六节 肛门及外生殖器检查·····	(45)
第七节 脊柱及四肢检查·····	(45)
第八节 神经系统检查·····	(46)
第三章 临床诊断方法和病历书写法·····	(49)
第一节 临床诊断方法·····	(49)
第二节 病历书写法·····	(50)

第二篇 化验检查

第一章 血液检查·····	(52)
第一节 血红蛋白和红细胞测定·····	(52)
第二节 白细胞计数及分类检查·····	(54)
第三节 血小板计数·····	(56)
第四节 出、凝血时间测定·····	(56)
第五节 红细胞沉降率(血沉)测定·····	(56)
第六节 网织红细胞测定·····	(57)
第七节 血液寄生虫检查·····	(58)
第八节 血型鉴定及交叉配血·····	(59)
第二章 尿液检查·····	(60)
第三章 粪便检查·····	(64)
第四章 穿刺液检查·····	(66)
第五章 肝功能检查·····	(69)
第六章 肾功能检查·····	(72)

第三篇 X线检查

第一章 总论·····	(76)
第一节 X线的应用原理·····	(76)
第二节 常用X线检查方法·····	(76)
第三节 X线诊断原则·····	(77)
第二章 胸部的X线检查·····	(79)
第一节 胸廓·····	(79)
第二节 肺部·····	(79)
第三节 胸膜·····	(82)
第四节 纵膈·····	(83)
第五节 横膈·····	(83)

第六节 肺部常见疾病的 X 线诊断	(84)
第三章 心脏、大血管的 X 线检查	(87)
第一节 心脏、大血管的正常 X 线表现	(87)
第二节 心脏房室增大的 X 线表现	(88)
第三节 各类心脏疾病的 X 线表现	(90)
第四章 胃肠道的 X 线检查	(91)
第一节 胃肠道正常 X 线表现	(91)
第二节 胃肠道异常 X 线表现	(93)
第三节 胃肠道常见疾病的 X 线诊断	(94)
第五章 常见急腹症的 X 线诊断	(96)
第六章 骨与关节的 X 线检查	(97)
第一节 长管状骨的正常及异常 X 线表现	(97)
第二节 关节的正常及异常 X 线表现	(99)
第三节 骨与关节疾病的 X 线诊断	(99)

第四篇 心电图及超声波检查

第一章 心电图检查	(103)
第一节 心电的产生和记录	(103)
第二节 心电图各波的命名	(105)
第三节 正常心电图	(105)
第四节 心电图的临床应用	(108)
第二章 超声波检查	(110)
第一节 概述	(111)
第二节 波形的定名	(111)
第三节 超声波的临床应用	(112)
附录一：常用临床检验正常值	(114)
附录二：常用试剂配制	(116)
附录三：病历书写格式	(116)

绪 言

诊断学是运用调查研究的方法以认识和诊断疾病的一门课程。它总结了劳动人民长期来与疾病作斗争的丰富实践经验，是劳动人民创造的光辉成果。过去，由于刘少奇一类骗子所推行的反革命修正主义路线的干扰，资产阶级学术“权威”把诊断学这一劳动人民创造的胜利果实霸为己有，在形式上把它搞得神秘化，在内容上宣扬“理论至上”故弄玄虚。对所谓“高、难、深”疾病的诊断技术大加宣扬，而对常见病、多发病的诊断不予重视，严重脱离了目前基层及农村医疗的实际情况。遵照伟大领袖毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”和“教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导，我们从目前基层及农村医疗的实际出发，删繁就简，并将重点放在常见病、多发病的诊断技术上，使之能够更好地为工农兵服务。

诊断疾病不是一项单纯的技术工作。遵照毛主席关于“武器是战争的重要因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物”的教导，医护人员必须“认真看书学习，弄通马克思主义。”要加强思想革命化，认真改造世界观，培养深厚的无产阶级感情。在医疗实践中要遵循毛主席关于“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，以白求恩同志为榜样，对工作要极端的负责任，对同志，对人民要极端的热忱。要牢固树立“完全”“彻底”为人民服务的思想。对广大工农兵病人要体贴、关怀、精心护理。要把诊疗疾病的过程作为医护人员接受工农兵再教育的过程，作为宣传和落实毛主席光辉的“6.26”指示的过程。要彻底批判和肃清那种“爱病不爱人”“看病不看思想”的恶劣的资产阶级医疗作风。

诊断疾病的过程是客观地认识疾病的过程。因之，我们要以毛主席光辉哲学思想为武器，肃清唯心主义和形而上学在医疗领域里的思想影响，确立辩证唯物主义观点。要以严肃、认真、实事求是的科学态度对疾病的发生、发展过程进行调查，并对取得的资料进行科学的分析、综合和整理，防止主观、片面，才能客观地作出正确的诊断。

诊断学的内容包括病史调查、体格检查、化验检查、X线检查、及其他检查如心电图检查等。其中病史调查和体格检查是临床诊断中最基本的方法，必须熟练掌握。化验检查、X线检查及其他检查对诊断疾病有一定价值，需了解其临床意义，并能根据病情需要、有目的地选用。

第一篇 病史调查及体格检查

病史调查及体格检查是诊断学基础的重要组成部分，是临床诊断疾病最基本的方法，每个医护人员必须熟练掌握。过去诊断学的内容繁琐庞杂，脱离实际，不仅在病史调查及体格检查方面内容繁杂，而且在化验、X线及其他检查方面则更是不厌其烦地讲述所谓“高、难、深”疾病的诊断技术。对常见病、多发病的诊断方法，则轻描淡写地一笔带过。而有些城市医院的医护人员亦常对病史调查及体格检查重视不够，热衷于繁琐的化验及特殊检查，其结果给病人带来了不必要的痛苦和额外的经济负担。这种反革命修正主义医疗卫生路线的流毒必须批判和肃清。

第一章 病史调查

毛主席教导我们说：“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了。”病史调查就是向病人作调查，了解发病的原因和其全过程，从中找到主要矛盾，为诊断疾病提供资料。

第一节 病史调查的方法及注意事项

一、病史调查是医护人员接待病人的开始。以怎样的态度和感情去接待病人，其中存在着两条路线、两种思想的斗争。过去“城市老爷医院”那种对劳动人民毫无阶级感情，对贫下中农冷冰冰的资产阶级医疗作风必须彻底批判。要象白求恩同志那样“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。”要带着深厚的无产阶级感情，以高度的革命同情心与责任感，体贴、关心病人，耐心、仔细的听取病人叙述。需消除病人顾虑，获得信任，取得合作。

二、要带着阶级和阶级斗争的观点进行调查。在调查和分析病史的过程中，“千万不要忘记阶级斗争。”要无产阶级政治挂帅，反对从单纯技术观点出发，专为搜集病史资料而调查。要批判那种见病不见人，看病不看阶级，看病不看思想的脱离政治的错误倾向。

三、病史调查的过程中，要抓住主要矛盾，围绕主要症状，调查清楚疾病发生和发展的全过程。调查时应先听取病人自诉的患病经过，根据需要医生应提出一些必要的内容，进行了解或请旁人代为补充。如果病人诉述得离题太远时，则应想法使其回到有关现病诊断方面去叙述。此外，需防止暗示性的提问，更不可故意影响或提示病人供给合乎医护人员主观想象所要求的材料。务必使所调查的病史能如实地反映疾病的客观实际。

四、危重病人的病史调查，要牢记毛主席关于“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，急病人之所急，痛病人之所痛。应在扼要的调查主要病情和重点检查后，立即进行必要的抢救治疗。待病情稳定和好转后，再完成详细的补充调查和体格检查。

第二节 病史调查的内容

一、一般项目 姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、成分、出身、住址、就诊日期、病史叙述者。

二、主诉 主诉就是病人主要症状表现，通常也就是病人就医的主要原因，包括主要症状及其持续的时间。主诉常需在病史调查初步完成后，由医护人员进行概括描述。记录主诉时要求简明扼要，常可用一短句进行概括，如：发热、咳嗽、胸痛一周。若几个症状发生的时间不同，可按发病先后顺序排列，如：心跳、气喘二个月，下肢水肿一个月。

三、现病史 现病史就是病人主要症状的发生、发展和治疗的全过程，是病史调查中最重要的一部分。要详细进行调查，要了解疾病的全过程，开始怎样发生的，后来怎样发展的，现在又是怎样的表现等。

(一) 起病日期

(二) 起病情况

1. 是突然发病，还是逐渐发病。一般讲，急性病大多突然发病，如大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎等；慢性病多半逐渐发病，如肝硬化腹水、结核性腹膜炎等。

2. 发病诱因。即调查本次发病是怎样引起的，如支气管哮喘的发作常因风寒、受凉而致病；风湿热、急性肾炎在发病前常可有溶血性链球菌的感染如扁桃体炎等历史。

(三) 主要症状的调查 对主要症状（或主诉症状）应深入了解其发生的部位、性质、程度、持续时间、可能的诱因、缓解和加重的因素及其演变过程等。如以腹痛为例，要调查清楚腹痛的部位在何处？是否向何处放射？疼痛的性质是钝痛、刺痛还是烧灼痛；是难忍的绞窄样剧痛，还是可以忍受的隐痛。疼痛在什么时候发作？一天发作几次，还是几天发作一次？每次发作腹痛持续多少时间？引起腹痛发作的因素是什么？与饮食、睡眠、精神情绪、激动、生气、受凉等有无关系？腹痛能否自行缓解或经服药后缓解？服用何药能促使其缓解？整个病期过程中，腹痛是进行性加重，还是间歇性缓解；总的趋势是向坏的方面演变，还是逐渐好转等。

例如，溃疡病的腹痛常为上腹部剑突下烧灼样隐痛，可以忍受而不放射。常在饭后

3—4小时发生，进食或服用硷性药物如胃舒平等常可缓解。疼痛呈周期性，每年冬春好发病，每次发病持续2—4周，常可自然缓解。受凉、生气、情绪激动或饮食不调等常可诱发或加重。

(四) 诊治情况 调查以往的诊断治疗情况常有助于本次诊断及指导今后的治疗。应详细了解病人在其他医疗单位进行的检查、诊断和治疗经过，用过什么药？药量、用药时间及治疗效果怎样？如对心功能不全的病人，则应仔细了解有无服用洋地黄类药物，服用剂量、体存剂量、用药时间、用药效果及有无毒性反应等，以便对今后的合理治疗与用药提供依据。

(五) 其他 与主诉有关的其他症状的调查，有助于判断疾病的部位和性质。如主诉为某侧后腰部疼痛，若伴有尿频、尿急、尿痛及发热者常为急性肾盂肾炎；若伴有向同侧腹股沟部放射样绞痛者常为肾或输尿管结石。此外，调查病人食欲、睡眠、体重增减、大小便情况以及病人思想活动等一般情况，对诊断及治疗均有一定帮助。

四、过去病史 过去病史是指病人从出生起到本次发病时为止这段时期中的健康状况和患病情况。但主要的是调查与本次疾病有关的情况。其目的在于了解过去疾病和现在疾病之间的联系，为本次疾病的诊治提供线索。

调查时注意：

(一) 过去健康状况。

(二) 预防接种和过敏史。何时注射过何种疫苗？有无药物（如青霉素、磺胺类药物）或其他物品（如皮毛、油漆或煤烟等）的过敏史。

(三) 传染病史。何时患过何种传染病？如痢疾、伤寒、麻疹、脑炎、疟疾及丝虫病等。有无经过特殊治疗？治疗效果及结果如何？应特别注意调查与现病症有关的传染病史，如肝脓肿病人应调查过去有否患过阿米巴痢疾。

(四) 过去疾病史。应重点调查与现病症有关的过去疾病情况及其诊治经过。如慢性上腹痛的病人，应了解过去有无类似腹痛史，有无发热、黄疸、黑便和呕血等。

(五) 外伤和手术史。应调查外伤或手术的时间、部位、何种外伤或手术、主要病情、诊治经过及术后有无并发症等。

五、个人生活史 社会因素、劳动职业及工作环境在某些疾病的发生、发展过程中起重要作用。如在旧社会，劳动人民受帝国主义、封建主义、官僚资本主义三座大山的阶级压迫与剥削，饥寒交迫，往往贫病交加。又如在旧社会，资本家追求高额利润，根本不管工人生产时的劳动条件和工作环境中的防护措施，结果某些职业病大量发生。

个人生活史的调查内容如下：

(一) 出生地与居留地。调查出生地与居留地对某些地方性疾病的诊断有参考价值。如长江流域一带易患血吸虫病，牧区易得包虫病，云贵高原易患疟疾和丝虫病等。

(二) 生活习惯。童年时的发育情况、平时的生活卫生习惯、烟酒嗜好、日常饮食、营养状况及居住条件等均需调查。如长期酗酒易于发生肝硬化，阴暗潮湿的居住条件易于发生风湿热及风湿性关节炎等。

(三) 工作环境。调查有无与毒物、动物或传染病患者的接触，及接触时间的长短。如长期接触生产性粉尘而不注意防护者有得尘肺的可能。

六、月经、婚姻及生育史 应“有的放矢”地根据现病症的需要进行调查。注意初潮年龄、月经周期、行经日数、闭经年龄等。通常可用以下记录方法：

初潮年龄 $\frac{\text{行经日数}}{\text{月经周期}}$ 闭经年龄 例如： $14\frac{3-5}{28-30}48$ 。此外，尚需调查经量、颜色、

有无痛经、白带及经期是否规则等。如长期经量过多有可能造成贫血；经量减少或过早闭经可能为生殖系统结核的症状之一。对已婚妇女，尚需调查结婚年龄、分娩次数、分娩情况（顺产还是难产）、有无生产大出血、流产、早产及死胎等。

七、家族史 主要调查病人的父母、爱人、兄弟、姊妹及其子女等的健康情况。对疑为结核病、高血压病、精神病、肿瘤及传染病等疾病的病人，应调查家族中有无类似的病人。对家族中的死亡者应调查其死亡原因及死亡时间。

通过调查收集的病史，还只是反映疾病的表面现象以及这些现象的外部联系，能发现问题，但还不能完全解决问题。要解决问题还必须结合病人具体病情，作系统的周密的调查，辩证地分析各症状间的关系，并结合体格检查和其他必要的检查，通过由此及彼，由表及里的分析、归纳，才能识别疾病的本质，从而获得正确的诊断和制定治疗的方针。

第三节 常见症状的问诊及其临床意义

病人因疾病而产生主观上的不舒适和不正常感觉，以及出现一些能自己感觉到的病态改变者称为症状。一般讲，症状常能反映病变脏器的病理生理和病理形态的变化。医护人员对常见症状应有充分了解，并能通过对症状的发生、发展过程的分析研究，以了解其病理生理机制、病变过程及其临床意义，从而对疾病作出正确的诊断和治疗方针。

一、发热 发热是机体对外来刺激物如病原微生物及其代谢产物和组织分解产物的一种反应。常见于：①多种急性慢性传染病如伤寒、痢疾、钩端螺旋体病；②寄生虫病如丝虫病、肺吸虫病；③各种炎症性感染如细菌性、病毒性感染；④组织损伤或破坏如骨折、手术、肿瘤等。

体温超过正常范围的高限，即腋窝测温超过 37°C 时通常称为发热。 38°C 以下为低热， 39°C 以上为高热。按热型又可分为稽留热、弛张热、间歇热与不规则热等。但亦需注意当机体防病能力低弱、病情沉重或年老体弱时，虽有感染及组织损伤或破坏，体温亦常可不升高。病人发热较高，口渴喜冷饮，烦热等表现，常认为是实热；病人长期下午发热，颧面潮红，掌心发热者常为虚热。病初起即发热恶寒者病位在表；只发热而不恶寒者病位在里；恶寒发热交替出现者病位在半表半里。

对发热病人应详细调查以下几点：

①起病的缓急、病程的长短、热度的高低、发热的大致热型。如发热高而呈稽留热历时一周以上者当疑及伤寒症；急剧起病，发热高而呈弛张热者当疑及败血症。

②起病季节及当时当地有无何种传染病流行？流行情况及类似患者接触史等。如流

行性脑脊髓膜炎常于冬春易流行发病，详细调查时有时可发现有类似患者的接触史。

③有无并发的全身或局部症状等。如急性发热伴有咳嗽、咯铁锈色痰、胸痛、气促及肺部检查有肺实变体征者应考虑大叶性肺炎；慢性发热伴有轻度咳嗽、盗汗等中毒症状者应考虑肺结核。

二、头痛 头痛为临床常见症状之一。其原因为多方面的：①头部各器官的疾患，如眼、耳、鼻部的炎症感染；②头部皮肤、肌肉、骨膜、神经等病变；③颅内病变如颅内炎症、肿瘤、外伤等；④全身各脏器的病变及各种急、慢性中毒，如各脏器的炎症感染及急、慢性铅、汞、锰、苯中毒和尿毒症等。头痛性质亦多种多样，有的诉说似在头浅表部持续性钝痛（如副鼻窦炎等）或发作性钻样剧痛（如三叉神经痛等），亦有诉说似在头深部持续性或阵发性疼痛（如颅内炎症、肿瘤等）。

在调查头痛时，需注意以下几点：

①分析头痛是主要症状还是次要症状，如果是前者，如偏头痛，则要抓住“头痛”本身的特点进行诊断；如果是后者，如急性感染时的头痛，则要找“头痛”以外的主要症状进行诊断，而对“头痛”则要进行动态的观察，注意其发展过程以及它和其他症状的关系，并作相应的其它检查。

②调查头痛发生的缓急、发病的久暂、疼痛的部位、疼痛的性质、头痛发作的诱因、头痛发作的时间和规律以及使头痛加剧或缓解的因素等。

③调查伴随的其他症状，如头痛伴有喷射状呕吐常需疑及颅内病变所致；如前额部头痛且伴有发热、鼻流脓涕等需疑及急性副鼻窦炎。

④调查过去有无头部外伤史、体内其他脏器的病变史、过去有无类似发作史及过去发作时的治疗情况等。

三、食欲变化 食欲的亢进或减退常与某些疾病有关，而营养的摄入则又与食欲有很大关系。日常生活中，精神、情绪的变化，如忧愁、焦虑、恐惧等均能影响食欲，有时在某些病人甚至能引起营养不良。此外，人的食量的大小又往往与习惯和风俗有关。要注意有些人有偏食的习惯，特别是小儿，常可能是引起营养不良的原因之一。

临床上常见的食欲减退见于：①胃肠道疾患：如急、慢性胃炎、胃癌、急、慢性肝炎、肝硬化等；②急、慢性炎症感染和传染病：如大叶性肺炎、败血症、伤寒、痢疾等；③急、慢性心脏、肾脏病变：如急、慢性心功能不全、慢性肾炎、尿毒症等；④严重维生素缺乏与电解质平衡紊乱：如严重的维生素B₁、B₁₂、菸草酸缺乏及低钠、低钾等；⑤精神神经因素：如胃肠神经官能症等。

食欲增进常见于糖尿病、甲状腺机能亢进及某些肠道寄生虫病等。

中医认为喜欢热的饮食的多是寒证；喜欢冷的饮食的多是热证；口苦多是热证，口淡、口腻多为湿证。

调查时需注意了解：①食欲增进或减退发生的急缓、发病的久暂、症状是持续性的还是间歇性的。如急性胃肠炎时可突然发生食欲减退，但其持续时间短暂，常在急性胃肠炎痊愈后短期内即恢复食欲；又如胃癌引起的食欲减退常缓慢发生，持续时间甚长，虽经服用多种药物如维生素等，但食欲减退仍不易于恢复。②食欲减退的同时有无伴发的其他症状。如黄疸型肝炎病人，食欲减退常伴有厌油腻、肝区疼痛及黄疸；慢性肾炎、

尿毒症病人，食欲减退常伴有尿少、水肿、高血压及贫血、血内非蛋白氮增高等。③精神神经的刺激及营养、体重的降低情况。胃肠神经官能症的病人常有食欲减退，但其营养、体重的降低情况并不严重，详细了解时，常可发现其病情加重与精神刺激因素有关。

四、胸痛 胸痛为临床常见症状，常由于胸壁、胸膜、肺及心脏等的某些病变所致。有些胸痛起源于胸壁局部轻微的损伤，常无重要性；但亦有的起源于躯干或内脏的病变，则可能甚为重要。

按其病因的不同，通常可分以下数类：①胸壁或内脏的炎症性病变：如带状疱疹、胸骨骨髓炎、气管支气管炎、胸膜炎、纵膈障炎及心包炎等。②胸壁或内脏的外伤、异物：如胸壁的擦伤、挫伤、气管或食管异物等。③内脏膨胀及组织缺氧：如主动脉瘤、心绞痛、心肌梗塞等。④化学性刺激及机械性压迫：如吸入毒气引起急性气管、支气管炎，服用腐蚀剂引起急性食管炎以及肥厚性脊椎炎等。⑤胸壁及内脏的肿瘤：如纵膈肿瘤、食道癌及其他恶性肿瘤转移至胸膜及骨等所引起的疼痛。

中医认为少气胸闷而喜叹气者是气虚；胸闷、嗝气便觉舒畅的是气滞；短气而呼吸不畅，时觉有物堵塞者是气郁。

调查时需注意胸痛的部位、时间、性质以及与呼吸、咳嗽、体位的关系等。①部位：许多病变发生胸痛常有一定的部位，如心绞痛常于胸骨下或心前区发生疼痛，且放射到左肩及左臂；干性胸膜炎常于胸廓下前部或侧胸部发生疼痛。②时间：某些病变发生疼痛的时间常有其规律性，如心绞痛常发生于用力或兴奋之后，干性胸膜炎的疼痛常于深呼吸、咳嗽时加剧（因加强了胸膜脏层与壁层的摩擦）。③疼痛性质：疼痛性质有时对诊断亦有帮助，如肋间神经痛呈刀割样或烧灼样痛，心绞痛常有心前区压迫感或窒息感。④引起胸痛增剧或减轻的因素：如肋间神经痛每因咳嗽及深呼吸而疼痛加重，心绞痛常可因吸入某种药物（如硝酸甘油酯或亚硝酸戊酯）而使疼痛缓解。⑤伴随的其他症状或体征：如干性胸膜炎常伴有咳嗽、发热；肋间神经痛常伴有胸壁局部的压痛；心绞痛常伴有心律改变或心瓣膜病变的症状体征等。

五、咳嗽、咯痰与咯血 咳嗽是一种保护性的反射动作，它能帮助下呼吸道清除外界侵入的异物，并将呼吸道内的分泌物排出体外。痰液是气管及支气管粘膜炎症性分泌物或肺泡毛细血管的渗出物。咯血是指喉以下的气管、支气管及肺实质出血，经咳嗽而由口腔排出者。咯血量可多可少，多者如泉涌，少者仅痰中带血丝或血点。痰量亦可多可少，其多少取决于呼吸道病变的性质和程度。

引起咳嗽、咯痰与咯血的病因通常见于：①炎症性病变：呼吸道感染引起粘膜充血、水肿，同时呼吸道粘膜分泌大量分泌物及炎症性渗出物，刺激迷走神经引起咳嗽、咯痰；当伴有血管损伤时常可引起咯血。常见疾病如急性咽炎或喉炎、急慢性气管、支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺结核、肺脓肿等。②呼吸道肿瘤或其他部位肿瘤转移至肺和胸膜、纵膈等引起咳嗽：如支气管癌、纵膈肿瘤、主动脉瘤等均可引起咳嗽。③物理化学的刺激：如呼吸道异物（食物、灰尘等）、刺激性气体（氯气、氨气或硫酸、硝酸及其他化学物品所发出的浓雾气）等。④其他：如过敏性咳嗽、神经精神性咳嗽等。

痰液的量和性状对疾病的诊断有帮助，按痰液的性状大致可分以下几种：

（一）粘液性痰：呈灰白色、透明、粘稠样痰液，常为风寒入侵所致。可见于支气管

炎。

(二) 浆液性痰：痰液稀薄，水样而多泡沫，常见于肺淤血及肺水肿。

(三) 脓性痰：痰液呈绿色或淡黄色脓性，常由风热所致。多见于肺炎、支气管扩张等。

(四) 血性痰：可呈全血痰或铁锈色痰，常为外感咳嗽未及时治疗，转变而为痰热咳嗽所致。可见于大叶性肺炎、肺结核、支气管扩张等。

(五) 浆液脓性痰：痰液放置后成三层，上层为粘液性混合物，中层为浆液，下层为脓性，其底层有坏死组织。痰液常带恶臭气，多见于肺脓肿病人。

24小时的痰量在某些疾病如肺水肿、支气管扩张及肺脓肿者可以很多，而在某些疾病如急性咽炎、急性喉炎或某些反射性干咳者（如干性胸膜炎）痰量甚少或无痰。

一般讲，痰常无明显臭味。但如放置时间过长，痰内细菌分解亦能产生臭味。某些疾病像肺炎、肺脓肿如伴有厌氧菌感染时则常有恶臭。

咯血常见于肺结核、支气管扩张、急慢性支气管炎、大叶性肺炎、肺脓肿、肺癌及肺动脉高压症（如风湿性心脏病、二尖瓣狭窄时）等。经口腔排出血者，究竟是咯出还是呕出，有时不仅病人不易回答清楚，甚至医护人员在鉴别上也会感到困难。鉴别时除了观察口腔、鼻咽、齿龈等部位有无出血痕迹外，尚需调查病史、体格检查及必要的其他检查才能鉴别。二者的鉴别点见表1-1。

表1-1 咯血与呕血的鉴别表

	咯血	呕血
1	鲜红色血液，常有泡沫	暗红色血液或棕褐色血液，常无泡沫
2	由咳嗽而咯出	由恶心、呕吐而呕出
3	血液中常混有痰液	血液中常混有食物或胃液
4	用石蕊试纸检查呈硷性反应	呈酸性反应
5	咯血前常有喉部搔痒、前胸发热等症状	呕血前常有上腹部不适及恶心，并有晕眩感
6	大量咯血后，可有持续性血痰	呕血后或呕血同时有黑便或柏油便，而无血痰
7	有肺或心脏病方面的症状和体征	有溃疡病或肝硬化等疾病的症状和体征

六、心悸 心悸是病人自觉心跳、心慌、并有胸前区不适的一种感觉。通常表现为心脏频率或节律发生异常以及心搏动过强等。心悸并不一定表示心脏器质性病变，有时可为神经官能症症状表现之一。

引起心悸的原因大致有以下几方面：①心脏本身搏动紊乱（心律失常）：如过早搏动、心房纤颤等。②循环系统以外的病变引起者：如甲状腺机能亢进、贫血、发热、胸

腔积液及大量腹水等。③神经精神因素：除心悸外，常伴有植物神经系统失调症状或其他神经衰弱症状，如头痛、头晕、失眠、多梦、易疲乏、注意力不易集中等症状。

问诊心悸时需注意：①心悸在何种情况下发生：如心功能不全引起的心悸常在兴奋或体力劳动后症状明显或加重；过早搏动常发生于安静时，在睡眠前发生者尤为多见，而在体力劳动时常可消失。②心悸发作的缓急及持续时间的长短：如某些心脏神经官能症的病人，心悸发作甚急但持续的时间常较短；阵发性心动过速病人常突然发生心悸，但又常突然恢复正常心律。③心悸的发作与体位、劳动、饮食、情绪激动的关系：如心脏神经官能症的病人其心悸常与体位及情绪激动有关。④有无伴发的其他症状或体征：如甲状腺机能亢进的病人常伴有突眼及甲状腺肿大；贫血病人常伴有颜面苍黄等体征。

七、呼吸困难 呼吸困难是指病人呼吸时感到费力，有空气不足的感觉，常表现为呼吸频率、呼吸深度、及呼吸节律的改变，为呼吸系统及循环系统病变常见症状之一。按其发生原理的不同，大致可分以下四类：①肺原性呼吸困难：如胸腔积液、气胸、肺组织实变及呼吸道阻塞等。②心原性呼吸困难：如急性心包炎、心肌炎、各种心瓣膜病变及严重心律失常等所致的急慢性心功能不全时的呼吸困难。③中毒性呼吸困难：如各种原因引起的酸中毒（糖尿病、尿毒症等）、感染败血症引起的中毒性休克、以及一氧化碳、氯气中毒等所引起的呼吸困难。④神经精神性呼吸困难：如脑出血、脑肿瘤、脑膜炎及癔症等所引起的呼吸困难。

中医一般将呼吸困难分为哮和喘两大类，认为有哮鸣音者为哮，无哮鸣音者为喘；哮症多见气粗息高、呼气困难，发作时多属实症；喘症多见呼吸急促或气短息微、一般多属虚证。哮证多在气候突然发生变化或受到某种刺激后突然发作；喘证多发生于某些疾病的过程中，是某些疾病的一种症状。

问诊呼吸困难时需注意：①起病的缓急：通常发作性呼吸困难常见于支气管哮喘，但急性左心衰竭所引起的呼吸困难亦常可在夜间阵发性发作；而糖尿病酸中毒、尿毒症等所引起的呼吸困难常缓慢发生。②呼吸困难的形式是吸气性、呼气性、还是二者混合的：吸气性呼吸困难常见于喉或气管等上呼吸道的阻塞或狭窄，呼气性呼吸困难常见于支气管狭窄及支气管哮喘，混合性呼吸困难常见于胸膜炎、严重肺炎、贫血及心力衰竭等。③有无并发的其他症状：如呼吸系统疾病引起的呼吸困难常伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等；心脏病变引起的呼吸困难于早期多发生于夜间或劳动后呈阵发性发作，而到了晚期出现心力衰竭时，则在平时亦可出现呼吸困难，且伴有心悸、心脏扩大、心杂音及肝大、踝部水肿等。

八、腹泻 排便次数增加及大便稀薄或带脓血者通称为“腹泻”。如排便次数虽有增加，但粪便依然成形者，不应视为腹泻。通常正常人排便一日一次，但亦有的正常人一日2—3次或2—3日一次。

引起腹泻的原因甚多。急性腹泻通常由以下原因引起：①饮食不当：如暴饮暴食或进食油腻过多等。②食物中毒：如进食不洁食物或污染细菌的食物（如沙门氏菌属感染、葡萄球菌性食物中毒等）。③肠道的急性感染：如细菌性痢疾、阿米巴痢疾等。④其他：如化学性毒物或药物引起的腹泻。慢性腹泻通常由于：①胃原性腹泻：如胃酸缺乏、慢性胃炎、胃癌等。②肠原性腹泻：如慢性肠炎、慢性胰腺炎、慢性胆囊炎、肠结核、溃

疡性结肠炎、慢性细菌性痢疾、慢性阿米巴痢疾等。③营养缺乏：如维生素B族缺乏。④门静脉系统的充血：如心力衰竭、肝硬化等。⑤其他：精神神经因素（如过敏性结肠炎）及内分泌疾患（如甲状腺机能亢进）等。

中医认为大便秘结、干燥难解者多属实证、热证。大便稀薄，有不消化食物者多属虚证、寒证。

问诊腹泻时需注意：①腹泻的次数、存在的时间与发病的急缓。②粪便的一般状态：如稀水样、不成形、脓血样、脂肪样，便量的多少，有无臭味等。③伴随的其他症状体征：如发热、腹痛、里急后重、腹内压痛、包块、肝脾肿大等。④其他检查结果：如粪便化验检查及细菌培养，内腔镜检查及X线检查等。

如大便稀薄或如水样，无里急后重者，一般常为小肠原性腹泻；日期短暂而次数频繁者当为急性，反之即为慢性。长期腹泻，次数一日不过2—3次，大便呈稀薄、水样，有时含有少量粘液者，当疑及肠结核、肠寄生虫症等；但有时亦可能为慢性细菌性痢疾、溃疡性结肠炎等。如粪便呈脓血样，粪质甚少或不含粪质，排便次数多达一日十几次，起病短暂而伴有腹痛及里急后重者当以急性细菌性痢疾可能性为大。如大便呈暗红酱色，内含脓血小块及粪质者当疑及阿米巴痢疾。若粪便呈脂肪样，多气，臭味甚重，量多者当疑及慢性胰腺炎、慢性胆囊炎所致的腹泻及胃原性腹泻。腹泻伴有腹部包块者当疑及结肠癌、肠结核等。

九、腹痛 腹痛为临床常见症状之一，常由于腹腔内脏器的病变或腹外脏器的病变所致。腹痛的病因牵涉的范围较广，而且腹痛的病情变化又常较大，尤其是急性腹痛病人常可在短时间内迅速发生变化，故常易造成诊断上的困难。如诊断不正确，不仅延误治疗，并且将危及病人生命。故必须详细调查病史，认真进行体格检查，严密而细致地观察病情，并参考可能做到的化验检查及X线检查结果，进行全面的综合分析，才能获得早期正确的诊断。

引起腹痛的病因通常有：①腹腔内脏器的各种器质性病变或功能性失常：如胃、十二指肠、小肠、结肠及肝、胆、胰等病变，各种细菌性或化学性刺激物引起的急性慢性腹膜炎，以及腹腔内脏器的扭转、压迫、栓塞与血栓形成等。②腹外脏器或全身性病变：如体内代谢障碍（尿毒症与酸中毒等）、毒素影响（铅中毒性腹绞痛、细菌毒素、蛇毒等引起的腹痛）、胸腔病变（膈胸膜病变与冠状动脉病变）、泌尿生殖系统病变（肾盂、输尿管、膀胱、子宫、卵巢等）及神经精神因素等。

问诊腹痛时需注意：①年龄、性别：幼年时期的腹痛以肠道病变的可能性为大，尤以肠道寄生虫病及肠道结核为多见；青壮年时期的腹痛则以胃、十二指肠溃疡病及阑尾炎为多见；中年及老年则以胆囊炎、胆石症、胃肠道癌症为多见；而女性病人尚需考虑卵巢囊肿、输卵管等病变所引起的腹痛。②腹痛起病的急骤与缓慢：起病急骤伴休克者常需考虑胃肠道急性穿孔、急性胰腺炎、急性绞窄性肠梗阻与卵巢囊肿扭转等；缓慢起病者常为胃、十二指肠溃疡、肠寄生虫病或肠结核等。③腹痛的性质：绞痛者通常为中空脏器由于结石或其他原因引起急性梗阻所致，如胆绞痛等；持续性腹痛通常为腹内内脏的被膜急性膨胀、腹膜刺激、腹内内脏炎症性病变或脓肿等所引起，如结核性腹膜炎等。④腹痛的部位：某些内脏病变常有其一定的腹痛部位。如胃及十二指肠溃疡病所引起的腹痛

常位于中上腹或右上腹；急性胆囊炎、胆石症常为右上腹痛；而急性阑尾炎及肠结核常为右下腹痛；肠蛔虫症、急性肠炎等常为脐周围痛。

十、恶心、呕吐 恶心、呕吐两者虽有所区别，但二者在病因、发病机制及诊断、治疗方面却大致相同，而且恶心又常为呕吐的前驱症状，两者在临床上常同时出现，故一并叙述。

按照恶心、呕吐的病因来看，大致可分以下三类：（一）周围性呕吐：①胃原性呕吐：常为胃粘膜受刺激引起，如炎症及化学药品等刺激所引起的急性胃炎、食物中毒、药物反应（金霉素及磺胺类药物）等。②梗阻性呕吐：常由于食管、胃或小肠器质性或功能性梗阻引起，如贲门或幽门括约肌痉挛、水肿及狭窄等，以及肠梗阻、肠套叠等。③反射性呕吐：常为胃肠感觉神经受刺激或腹腔、盆腔、胸腔等脏器病变产生剧痛而反射性引起呕吐，常见于胆绞痛、肾绞痛、心绞痛及腹膜炎等。（二）中枢性呕吐：常为中枢神经系统病变所引起，呕吐常呈喷射状，多见于颅内压增高等疾患如脑炎、脑膜炎等。（三）神经性呕吐：常为呕吐中枢兴奋性增高所引起，食后即呕吐而不伴有恶心，常由于精神、神经过度紧张、体力疲乏、情绪激动所引起；有时甚至闻及嫌恶的气味，或看到污浊的景象亦可能引起呕吐，常见于胃的神经官能症。

调查恶心、呕吐症状时需注意：①年龄、性别：通常儿童时期的恶心、呕吐常见于肠道寄生虫症；青壮年时期的恶心、呕吐常见于胃及十二指肠溃疡或肝炎；对已婚的生育期妇女当排除早孕的可能性；老年人恶心、呕吐并伴有消瘦时当考虑胃肠道癌肿的可能性。②起病情况：如急性发病且伴有发热、头痛者当疑及脑炎、脑膜炎；逐渐发生呕吐且时轻时重者当以胃及十二指肠溃疡可能性为大。③呕吐的性质：大口喷射样呕吐常见于颅内压增高的病人，而小口呕吐，特别是一口口吐出来者常见于胃、十二指肠溃疡和胃神经官能症等。④呕吐物内容：进食后很快即呕吐，且吐出所食的原形食物者常为食道性呕吐；食后相隔一定时间呕吐，吐物量多，有时并含有隔宿食物者常为胃幽门梗阻；粪样呕吐常为低位肠梗阻。⑤伴随的其他症状：呕吐伴有发热、头痛、颈强直者常为脑炎、脑膜炎；呕吐伴有胃蠕动波者常见于胃幽门梗阻。

十一、尿量、尿频、尿急与尿痛 正常成人每昼夜尿量约在1000—1800毫升之间，儿童尿量，如按其体重计算，较成人多3—4倍。尿量的多少常与摄入的水量成正比；但在正常生理情况下，饮食、环境、温度、运动、精神紧张等均能影响尿量。高温与剧烈运动能引致大量出汗与呼吸加速致使尿量减少；腹泻能使水分自粪便排出，故尿量亦相应减少。一般讲，尿量少于500毫升者称为少尿；尿量多于2500毫升者称为多尿。前者见于慢性心力衰竭、急性胃肠炎、脱水病人等；后者见于尿崩症、糖尿病及慢性肾炎等。如泌尿完全停止称尿闭，可见于肾脏血循环障碍及肾实质性病变等。

问诊尿闭时需注意与尿潴留在膀胱内而引起的“无尿”相区别，后者尿形成的机能正常，但由于尿路阻塞以致向外排尿受阻；而尿闭则是尿的形成障碍以致膀胱内亦无尿。问诊多尿时需与尿频相区别，后者主要是排尿次数频繁，每次尿量不多，因此尿的总量并不增多；而多尿则不仅排尿次数增加，尿量亦增多。

尿频、尿急、尿痛常为膀胱受刺激所致。引起的原因甚多，通常有：①膀胱的炎症感染；非细菌性炎症常见者如慢性宫颈炎引起的膀胱三角炎；细菌性炎症，常可因肾

脏、膀胱、盆腔、尿道、前列腺等炎症病变蔓延或继发而来，如肾盂肾炎、肾结核、阑尾炎、输卵管炎、前列腺炎等蔓延或继发的膀胱炎。②膀胱的机械性刺激：如膀胱结石、异物、盆腔炎症、肾、输尿管结石、妊娠等刺激膀胱。③神经精神性因素。

问诊时应注意：①年龄、性别：一般讲，儿童及青少年期间的尿频、尿急常由于急性膀胱炎、肾盂肾炎及神经精神性因素所致；而老年则常需考虑盆腔或膀胱肿瘤或结石。女性病人尿频、尿急常为急性膀胱炎或肾盂肾炎。②起病的急缓：通常起病急骤，伴发热、腰痛者常为急性肾盂肾炎；缓慢起病，持续时间长者常为肾结核或盆腔周围炎症性病变。③其他：如尿频、尿急，且伴有沿输尿管向会阴部放射痛者，或身体震动时症状加重者常为肾或输尿管结石；排尿时痛、且在排尿过程中尿流突然中断或排尿困难者常为膀胱或尿道结石。

十二、黄疸 血液内胆红素浓度增高，致使巩膜、粘膜及皮肤发黄者通常称为黄疸。正常血胆红素浓度为0.1—1.0毫克%。如超过2毫克%，即可在临床上出现肉眼可见的黄疸。

从发病原理上看，引起黄疸的原因主要有肝细胞性、阻塞性及溶血性黄疸三种：①肝细胞性黄疸：常由于各种感染、毒素或某些化学性毒物所致的肝细胞损害，如黄疸型传染性肝炎、肝硬化、败血症、砷、氯化高汞及四氯化碳等所致的中毒性肝炎。②阻塞性黄疸：肝内阻塞，如胆道感染及毛细胆管炎性肝炎；肝外阻塞，如胆石症及肿瘤压迫总胆管。③溶血性黄疸：红细胞由于某种原因在体内大量破坏而形成，常见于各种败血症、化学药品及毒物中毒、血块吸收或肺梗塞等所致的溶血等。

调查病史时，首先需确定有无黄疸。轻度黄疸仅见于巩膜，明显黄疸则皮肤常呈暗黄至黄绿色。黄疸需和球结合膜脂肪沉着及服用阿的平后皮肤黄染相鉴别。其次需注意以下几点：①年龄、性别：通常生理性黄疸和胆管畸形所引起的黄疸多见于婴幼儿；黄疸型传染性肝炎多见于青少年；中年前后易患胆石症；而老年出现黄疸，特别是梗阻性黄疸，则以癌症为多。女性肥胖者常易患胆石症。②腹痛情况：通常黄疸型传染性肝炎常有肝区钝痛或肝区不适感；胆石症常有胆绞痛；胰腺头癌引起的黄疸常有后背部的剧痛，尤在夜间为甚。③寒战、发热：传染性肝炎引起的黄疸常可有低热；而胆道感染或胆石症合并感染时引起的黄疸常伴有明显的寒战、高热。④黄疸持续时间的长短：短期内黄疸消退者常为胆石症；多数传染性肝炎的黄疸，持续时间常较短；黄疸持续不退，且逐渐加深时，在老年人常可能为癌性胆道阻塞。⑤肝、胆及脾的情况：肝大、质软并有触痛者可能为黄疸型传染性肝炎；肝进行性肿大，质地坚硬，表面呈结节状者常为肝癌；黄疸伴有胆囊肿大者常为胆囊炎或胆石症；黄疸伴有脾大、腹水者以肝硬化可能性为大。

十三、水肿 人体组织间有过多的液体滞留使组织发生肿胀者称为水肿。水肿可表现在全身或局限于某一部分或某一器官，但通常轻度水肿易于发生在皮下组织疏松处或下垂部位如眼睑及踝部；而水肿较严重时，常可引起全身性水肿，并可在浆膜腔内出现液体滞留如胸水、腹水等。

水肿发生的原理常可由于静脉充血、毛细血管内压增高、毛细血管通透性增加、血浆胶体渗透压降低、肾脏泌尿机能的障碍以及神经体液失调等因素。全身性水肿的病因通常有：①心脏性水肿：如各种心脏性病变(心肌、心瓣膜及心包等病变)引起心力衰竭