

高等医药院校试用教科书

供医疗、卫生、儿科、口腔专业用

诊断学基础

主编人 邓家栋 张 安

编写人 邓家栋 过晋源 张 安
陈悦书 林传驤 郭蔼然

评阅人 张 孝 骞

人民卫生出版社

說 明

一、本书系高等医药院校的试用教材。它的内容和体裁基本上以1963年3月中华人民共和国卫生部审订的《诊断学基础教学大纲(草案)》为依据。

二、本书采用我们以前所编的《内科学基础》的大部分材料，但体裁不同。《内科学基础》是按人体各生理系统分篇的，症状学、体格检查、实验室检验和各种特殊检查等均依不同生理系统而分散在各篇之中。由于要照顾各篇的系统性和完整性，有些内容如症状学中的水肿、呼吸困难等的叙述就难免重复，而属于身体同一部分如胸、腹等的器官的检查则不得不在各篇章中分述。但临床诊断工作并非预先明确了哪一系统的疾病，然后按生理系统进行检查，而是按一定程序检查身体各部位的体征和常规化验，并根据需要作特殊检查，然后才能作出诊断。在教学工作中，有不少学校也把症状学、病史和体格检查、实验室检查等分段讲授，分组实习。为了使教材内容更符合临床实践，并便于教学的安排，本书改按内容性质分篇，即分为症状学、体格检查、实验室检查和特殊检查等篇。这是本书与《内科学基础》的主要不同之处，内容繁简的不同仅属其次。

三、“绪论”在简述诊断学的定义之后，扼要介绍诊断学在祖国医学和西方医学中的发展史及诊断学的内容，并指出“诊断学基础”是从基础医学到临床医学的桥梁，也是临床各专业的基础。最后，提出了学习《诊断学基础》的目的、要求、方法和应有的态度。

四、“症状学”包括临床工作中最常见的一些症状，阐述其意义，使学生在问诊时可以触类旁通，系统地征询病史，并在体格检查时能更有意识地进行全面的观察。临床所见的症状当然不限于本篇所述，本篇中各种症状的重要性亦不相同，故应择重点讲授，其余则留为参考。

五、“体格检查”的内容基本上是按临床实践中系统地进行检查的程序，分一般及头、颈、胸、腹等部位以望、触、叩、听的顺序而编排的。呼吸系统、心血管系统和腹部的“常见病变体征”主要是为了联系临床诊断，供学生实习时参考，而不是各种疾病的全面阐述。

六、“实验室检查”介绍临床较常用的检验方法，着重在学生及医师应亲自掌握的常规化验。有些项目虽亦为临床工作中常用的方法，但因一般不要求医师亲自操作，故仅介绍其原理及实用意义而不详述其操作步骤和方法。另有一些新的检验方法为临床所不常用，或尚不够成熟，则不予以介绍。

七、“特殊检查”篇的目的在于介绍各种特殊检查的原理和临床应用。除心电图及一般医师应亲自掌握的检查方法,如眼底镜、直肠乙状结肠镜、肝穿刺、脾穿刺、骨髓穿刺等外,其余多属专科范围,故不求详尽。

八、“临床诊断的程序”着重介绍诊断的思维过程中所应注意的问题,强调辩证唯物的思维方法,并指出诊断错误的原因,以期有助于培养学生的独立思考的能力。

九、最后一篇“病历的编写”说明病历的重要性、编写中的注意事项以及正规病历的内容和格式。

十、本书各篇内容均尽可能采用国内资料,但尚不可能全面。希望将来有更多本国材料可资利用。

十一、祖国医学的诊断学有丰富的内容和宝贵的经验,但目前尚不易与现代医学的诊断学融合在一起,且祖国医学有专门课程可为学习中医诊断打下基础,故本书中未包括这方面的内容。

十二、为了便于学习,一些较重要的专门名词及病名加注外文。但为了避免翻译的不统一,外国人名均用原文,不另翻译。

十三、“诊断学基础”这一课程的目的在于教导学生使其初步掌握基本的诊断技术和诊断方法,其具体要求为独立进行系统问诊,初步掌握正规的体格检查和常用的实验室检查方法,了解如何进行分析、综合和作出初步诊断,并编写完整的病历。因此,这门课程的内容是临床医学的“基本功”的一部分。进一步的精读和熟习固有赖于学者的不断实践和不断体验,但基本功必须学好。

十四、本书不是讲义而是教材,由于系统性和完整性的要求,内容较多,不需要亦不应全部讲授,更不应要求学生在这门课程中全部读完。教师应择其主要的和必需的加以讲授,同时指导学生如何在遇有实际需要时利用和参考本书。应以启发诱导的教学方法,以培养学生的独立思考和独立学习的能力,并使其能举一反三,活学活用。体格检查和实验室检验的实习,重点在于使学生掌握正规和准确可靠的操作方法,同时教师应通过自己的榜样培养学生的“三严”作风和对待病人的正确态度。

十五、本书初次编写,难免有不少缺点和错误,欢迎教者读者多提宝贵意见,以便再版时加以补充和改正。

编 者 1964年6月

目 录

绪 论

诊断学的定义	1
诊断学的发展简史	1
祖国医学方面	1
西方医学方面	2
诊断学的内容	3
方法学的分类	3
(一)症状诊断学(问诊)(3)	
(二)物理诊断学(3)	
(三)实验诊断学(3)	
(四)特殊检查诊断学(4)	
(五)其他(4)	
诊断内容的分类	4
(一)病理形态诊断(4)	
(二)病理生理诊断(5)	
(三)病因诊断(5)	
诊断学基础在医学和临床工作中的地位	5
学习诊断学基础的目的和要求	5
学习诊断学基础的方法和态度	5

第一篇 症状学

引言	7
一、发热	7
体温的调节	7
正常体温的范围及其生理变异	7
发热的机制	8
发热所引起的症状和病理生理变化	8
发热的临床意义	9
发热过程的不同阶段和热型	9
发热的诊断注意事项	11
二、疼痛	11
疼痛的发生机制和特点	12
(一)浅表疼痛(12)	
(二)深部疼痛(12)	
(三)牵涉性疼痛(12)	
(四)精神性疼痛(12)	
问诊应注意之点	12
头痛	13
胸痛	14
腹痛	15
三、体重改变	17
食欲亢进, 体重增加	17
食欲亢进, 体重减轻	17
食欲减退, 体重增加	17
食欲减退, 体重减轻	18
四、水肿	18
水肿的发生机制	19
水肿的临床意义	20
(一)心源性水肿(20)	
(二)肾源性水肿(20)	
(三)肝源性水肿(21)	
(四)营养不良性水肿(21)	
五、呼吸异常	21
呼吸生理	21
(一)呼吸的调节(22)	
(二)呼吸动作(22)	
(三)呼吸次数(22)	
(四)呼吸深度(22)	

呼吸次数的变化	22
(一)呼吸频数(22)	
(二)呼吸数减少(22)	
呼吸深度的变化	22
(一)呼吸加深(22)	
(二)呼吸变浅(22)	
呼吸节律的变化	23
呼吸困难	23
(一)肺源性呼吸困难(23)	
(二)心源性呼吸困难(24)	
(三)中毒性呼吸困难(24)	
(四)血源性呼吸困难(25)	
(五)神经精神性呼吸困难(25)	
六、发绀	25
发绀的产生机制	25
发绀的原因	25
(一)血液在肺内氧合不足(25)	
(二)静脉血液与动脉血液混合(26)	
(三)组织中毛细血管血液脱氧过多(26)	
(四)血液中含有异常血红蛋白衍化物(26)	
七、咳嗽	26
咳嗽反射和咳嗽动作	26
问诊注意事项	27
(一)咳嗽的性质(27)	
(二)咳嗽的时间与节律(27)	
(三)咳嗽的音色(27)	
(四)咳嗽作发现象(27)	
八、咳痰	27
痰的形成	27
咳痰的原因	28
九、咯血	28
咯血的原因	28
(一)呼吸器官疾病(28)	
(二)心血管疾病(28)	
(三)出血性疾病(28)	
(四)其他疾病(28)	
注意事项	28
十、食欲异常	29
食欲减退的原因	29
(一)神经精神因素(29)	
(二)急性传染病及慢性感染(29)	
(三)消化道疾病(29)	
(四)其他系统疾病(29)	
十一、消化障碍	29
暖气	29
胃灼热	29
反胃	30
胀气	30
消化障碍的原因	30
(一)胃肠道的器质性疾病(30)	
(二)胃肠道以外的器质性疾病(30)	
(三)胃肠神经官能症(30)	
诊断注意事项	30
十二、吞咽困难	30
检查注意事项	31
十三、恶心和呕吐	31
恶心	31
呕吐	31

(一)发生机制和分类	31
1.胃部疾患(32)	
2.腹部疾患(32)	
3.急性传染病(32)	
4.心力衰竭(32)	
5.代谢及内分泌疾患(32)	
6.神经系统疾患(32)	
7.精神性呕吐(32)	
8.药物与毒物(32)	
9.咽部刺激(32)	
(二)呕吐物的性质	32
1.气味(32)	
2.食物残屑(32)	
3.胃液(32)	
4.粘液(32)	
5.脓液(32)	
6.胆汁(32)	
7.异物及肠寄生虫(33)	
8.血液(33)	
十四、消化道出血	33
呕血	33
(一)呕血的原因(33)	
(二)呕血与假性呕血和咯血的鉴别(33)	
(三)呕血检查注意事项(33)	
便血	34
(一)鲜血便(34)	
(二)沥青样便(35)	
(三)隐血(35)	
十五、腹泻	35
肠的功能及腹泻的特征	35
腹泻的发生机制和分类	36
检查注意事项	36
十六、便秘	37
发生机制和分类	37
(一)结肠性便秘(37)	
(二)直肠性便秘(37)	
便秘的症状	37
检查注意事项	37
十七、黄疸	38
发生的机制	38
(一)溶血性黄疸的发生机制(38)	
(二)肝实质性质黄疸的发生机制(39)	
(三)阻塞性黄疸的发生机制(39)	
检查注意事项	40
十八、泌尿排尿异常	41
泌尿排尿机制	41
多尿	41
(一)暂时性多尿(42)	
(二)长期性多尿(42)	
少尿与无尿(尿闭)	42
(一)肾前性(42)	
(二)肾内性(42)	
(三)肾后性(42)	
夜尿症	42
尿潴留	42
(一)阻塞性(42)	
(二)神经反射障碍性(42)	
尿失禁	42
(一)真性尿失禁(43)	
(二)假性尿失禁(43)	
尿频、尿急和排尿困难或尿痛	43
检查注意事项	43
十九、贫血	43
贫血的发病机制和病因(发病学分类)	44
(一)出血性贫血(44)	
(二)溶血性贫血(44)	
(三)造血不良性贫血(44)	
贫血的一般病理生理和临床表现	44
(一)全身性(44)	
(二)循环呼吸系统(44)	
(三)神经系统(45)	
(四)消化系统(45)	
(五)泌尿生殖系统(45)	
贫血的检查注意事项	45

二十、休克	45
休克的发生机制和分类	45
(一)循环血容量急剧减少(46)	
(二)心脏充盈障碍(46)	
(三)心脏输出障碍(46)	
(四)创伤性休克(46)	
(五)中毒性休克(46)	
(六)过敏性休克(46)	
检查注意事项	46
二十一、晕厥	46
晕厥的发生机制和临床表现	47
晕厥的原因及分类	47
(一)血管功能障碍(47)	
(二)体位性低血压(47)	
(三)心律失常(47)	
(四)心脏瓣膜疾患(47)	
(五)咳嗽性晕厥(47)	
检查注意事项	48
二十二、意识障碍	48
意识模糊	48
昏迷	48
谵妄	48
病因及分类	49
(一)脑部血液循环障碍(49)	
(二)化学药物中毒或代谢障碍(49)	
(三)物理因素的作用(49)	
(四)头部机械性损伤(49)	
(五)脑与脑膜疾患(49)	
检查注意事项	50
二十三、感觉障碍	50
感觉减退或感觉丧失	50
感觉过敏或感觉异常	52
〔附〕 内脏疾病时的疼痛和感觉过敏节段表	53
二十四、运动障碍	53
瘫痪	53
不自主运动	54
(一)震颤(54)	
(二)手足徐动(55)	
(三)舞蹈样运动(55)	
(四)惊厥(55)	
(五)搐搦(55)	
共济失调	55

第二篇 病史采取(问诊)

引言	56
一、问诊的注意事项	56
二、问诊的方法	56
三、问诊的内容	57
一般项目	57
主诉	57
现病史	57
既往史	58
个人史	58
婚姻史	59
月经及生育史	59
家族史	59
四、各系统疾病的问诊纲要	59
呼吸系统	59
循环系统	59
泌尿生殖系统	60
消化系统	60
造血系统	60

内分泌腺系统及代谢	60	骨骼标志	76
神经系统	60	人工划定的垂直线	77
第三篇 体格检查		胸部的分区	77
引言	61	胸腔内各主要器官的体表解剖	79
第一章 一般检查	61	(一)胸膜(79) (二)肺叶(79) (三)心脏(80)	
一、性别	61	二、望诊	81
二、年龄	61	胸壁	82
判定病人年龄的意义	62	乳房	82
三、体温	62	胸廓的形态	83
测量体温的部位和规则	62	(一)正常胸廓的形态(83) (二)胸廓的病态变化(83)	
测量体温的时间	62	呼吸运动	85
测量体温发生错误的原因	62	(一)呼吸类型(85) (二)呼吸频率、节律及深度(86) (三)胸廓两侧呼吸运动不对称(86)	
正常人的体温	63	胸壁上的搏动	86
体温记录	63	(一)心尖搏动(86) (二)胸壁其他部位的搏动(87)	
四、脉搏与呼吸	63	三、触诊	87
五、发育与营养	63	乳房	87
六、意识状态	65	胸部压痛	88
七、面容与表情	65	胸壁的抵抗	88
八、声调语态	66	皮下气肿	89
九、体位	66	胸廓的呼吸运动	89
自动体位	66	语音震颤	89
被动体位	66	摩擦感	90
强迫体位	66	胸壁上的搏动	90
十、姿势与步态	67	震颤	90
十一、皮肤及粘膜	67	四、叩诊	91
(一)弹性(67) (二)湿度与出汗(67) (三)颜色(67) (四)皮疹(68) (五)蜘蛛痣(68) (六)皮肤脱屑(69) (七)瘢痕及纹(69) (八)水肿(69) (九)皮下气肿(69) (十)其他(69)		叩诊的物理基础	91
十二、毛发	69	叩诊的方法	92
十三、淋巴结	69	(一)直接叩诊法(92) (二)间接叩诊法(92)	
第二章 头部	71	叩诊音的种类	93
一、头颅	71	(一)鼓音(93) (二)清音(93) (三)浊音(93) (四)实音(93)	
二、头部器官	71	胸部叩诊注意事项	94
颜面	71	肺部的叩诊	94
眼	72	(一)肺上界(95) (二)肺下界(95) (三)肺缘的移动范围(95) (四)肺前界(96) (五)正常肺部的叩诊音(96) (六)肺部的病理性叩诊音(96)	
耳	72	心脏的叩诊	97
鼻	73	五、听诊	100
口腔	73	听诊的物理基础	100
喉	74	听诊的方法	100
第三章 颈部	74	(一)直接听诊法(100) (二)间接听诊法(100)	
颈部的对称性、姿势及运动异常	74	听诊器的选择和使用	100
淋巴结肿大	75	听诊注意事项	101
涎腺增大	75	肺部听诊	102
(一)腮腺炎(75) (二)腮腺肿瘤(75)		(一)正常呼吸音	102
甲状腺肿大	75	(二)病理性呼吸音	103
血管	76	(三)罗音	104
(一)颈静脉怒张(76) (二)颈静脉杂音(76) (三)颈动脉搏动(76)		1.干罗音(105) 2.湿罗音(105) 3.捻发音(105)	
气管	76		
(一)气管移位(76) (二)气管牵曳(76)			
第四章 胸部	76		
一、胸部的体表解剖	76		

(四)其他的附加音	106
1.胸膜摩擦音(106)	
2.皮下捻发音(107)	
3.震蕩音(107)	
(五)语音传导	107
心脏听诊	108
(一)听诊的部位	108
(二)听诊检查的内容	108
1.正常的心音(108)	
2.心音的变化(110)	
3.杂音(112)	
4.心脏外的杂音(117)	
5.心律(117)	
[附] 血管的检查	121
望诊	121
(一)动脉(121)	
(二)静脉(121)	
(三)毛细血管(121)	
触诊——脉搏	121
(一)速率(122)	
(二)节律(122)	
(三)紧张度(122)	
(四)强弱或大小(122)	
(五)脉搏的形状(122)	
(六)动脉壁的情况(123)	
听诊	123
动脉血压的测定	124
(一)测量血压的器械(124)	
(二)测量血压的原理(124)	
(三)测量血压的方法(124)	
(四)正常血压的数值及其变异(125)	
静脉血压的测定	126
(一)测定静脉压的方法(127)	
(二)静脉压的正常数值及其变化的临床意义(127)	
循环时间的测定	127
(一)测定循环时间的方法(128)	
(二)循环时间的变异(128)	
六、呼吸系统常见病变的体征	129
支气管炎	129
支气管性哮喘	129
肺气肿	129
肺实变	130
肺不张	130
肺空洞	131
胸膜粘连和肥厚	131
胸腔积液	131
液气胸	132
[附] 常见的支气管、肺实质及胸膜病变的体征比较表	133
气胸	134
七、心脏血管系统常见疾病的体征	134
心脏瓣膜病	134
(一)二尖瓣狭窄(134)	
(二)二尖瓣关闭不全(135)	
(三)主动脉瓣关闭不全(135)	
(四)主动脉瓣狭窄(136)	
心肌疾病	136
心包疾病	136
(一)心包积液(136)	
(二)缩窄性心包炎(137)	
先天性心脏血管异常	137
心脏功能不全	137
(一)慢性心脏功能不全(139)	
(二)急性心脏功能不全(139)	
第五章 腹部	140
一、腹部的体表标志	140

二、望诊	142
腹部的外形轮廓	142
腹壁皮肤的状态	142
腹部的呼吸运动	143
蠕动波	143
上腹部搏动	144
三、触诊	144
触诊注意事项	144
(一)病人的体位(144)	
(二)医师的位置(144)	
(三)医师的态度(144)	
触诊的方法	144
(一)浅部触诊法	144
(二)深部触诊法	144
1.深部滑动触诊法(144)	
2.插入触诊法(145)	
3.双手触诊法(145)	
4.冲击触诊法(145)	
腹部触诊的内容	145
(一)腹壁的紧张度(145)	
(二)压痛(145)	
(三)肿块(145)	
(四)正常腹部能触及的脏器(146)	
胃的触诊	146
肠的触诊	147
肝的触诊	147
胆囊的触诊	148
腹水的触诊	149
脾的触诊	149
胰腺的触诊	150
肾脏的触诊	150
膀胱的触诊	151
疝	152
四、叩诊	153
腹水的叩诊	153
肝的叩诊	153
脾的叩诊	154
Traube氏鼓音区的叩诊	154
肾及膀胱的叩诊	154
五、听诊	154
肠蠕动音	154
震水音	155
血管音	155
六、腹部常见病变的体征	155
常见急腹症	155
(一)急性阑尾炎(155)	
(二)急性腹膜炎(155)	
(三)肠梗阻(155)	
(四)急性胆囊炎(156)	
(五)急性胰腺炎(156)	
(六)子宫外孕(156)	
门静脉高压症	157
(一)腹水(158)	
(二)静脉侧支循环(158)	
(三)脾肿大及脾功能亢进(159)	
腹部肿块	159
(一)右季肋部常见的肿块	159
1.肝肿大(159)	
2.胆囊肿大(160)	
(二)上腹部常见的肿块	160
1.胃癌(160)	
2.胰腺癌与胰腺囊肿(160)	
3.网膜及其淋巴结疾患(160)	
(三)左季肋部常见的肿块	160
1.脾肿大(160)	
2.横结肠左曲的	

癌(160)	160
(四)右腰部常见的肿块	160
1.肾脏显著肿大(160)	2.升结肠癌(160)
(五)脐部常见的肿块	160
1.肠系膜淋巴结肿瘤(160)	2.肠系膜淋巴结结核(160)
3.横结肠肿块(160)	
(六)左腰部常见的肿块	161
(七)右髂部常见的肿块	161
1.阑尾周围脓肿(161)	2.增生性肠结核(161)
3.回盲区癌肿(161)	4.右侧卵巢及输卵管肿块(161)
(八)下腹部的肿块	161
1.妊娠子宫(161)	2.子宫肌瘤(161)
(九)左髂部常见的肿块	161
1.乙状结肠内粪块(161)	2.乙状结肠癌(161)
3.血吸虫病变(161)	

第六章 生殖器、肛门和直肠 161

一、男性生殖器	161
阴茎	161
阴囊及睾丸	162
前列腺	162
精囊	162
二、女性生殖器	163
三、肛门和直肠	163
望诊	163
直肠指诊	163

第七章 脊柱和四肢 164

一、脊柱	164
二、四肢	164
肢体的位置和畸形	164
运动障碍和运动异常	165
(一)肌肉软弱或瘫痪(165)	(二)震颤(165)
(三)肌纤维性颤动(165)	(四)手足徐动症(165)
(五)手足搐搦(165)	(六)摹空症(166)
水肿	166
血管	166
(一)静脉曲张(166)	(二)血栓性静脉炎(166)
(三)血管搏动消失(166)	(四)毛细血管搏动(166)
(五)淋巴管炎(166)	
指甲	166
(一)杵状指(166)	(二)匙状指(167)
关节	167

第八章 神经系统 167

一、颅神经检查	168
I.嗅神经	168
II.视神经	169
III.动眼神经、IV.滑车神经和V.外展神经	170
V.三叉神经	171
VI.面神经	171
VII.听神经	172
VIII.舌咽神经	172
X.迷走神经	173
XI.副神经	173
XII.舌下神经	173

二、感觉功能的检查	173
三、运动功能的检查	174
四、反射	175

浅层反射	175
(一)角膜反射(175)	(二)腹壁反射(175)
(三)提睾反射(176)	(四)跖反射(176)
深层反射	176
(一)膝腱反射(176)	(二)跟腱反射(176)
(三)二头肌反射(177)	(四)三头肌反射(177)
病理反射	178
(一)Babinski氏征(178)	(二)Hoffmann氏征(178)
(三)阵挛(178)	

五、植物性神经系统的检查 179

检查方法	180
(一)皮肤划纹反应(180)	(二)眼心反射(180)

第四篇 实验诊断

引言 181

第一章 血液的检查 182

一、血液生理概述 182

血液成分	182
血液的功能	183
造血器官与血液细胞的生成	183
(一)骨髓(183)	(二)淋巴系统(183)
(三)网状内皮系统(183)	

血液细胞的破坏 183

(一)红细胞(183)	(二)白细胞(184)
(三)血小板(184)	
血液细胞成分的调节	184
(一)血液的含氧量(184)	(二)血细胞的分解物(184)
(三)激素(184)	(四)脾(184)
(五)神经调节(184)	(六)其他(184)

二、血液的采取 184

毛细血管采血	184
静脉穿刺采血	185

三、红细胞 185

红细胞计数	185
血红蛋白量的测定	188
红细胞比积测定	189
贫血形态分类的计算公式	189
红细胞的形态异常	190
(一)异形红细胞症(191)	(二)红细胞大小不均症(191)
(三)小红细胞症(191)	(四)大红细胞症(191)
(五)嗜多色性(191)	(六)嗜硷性点彩(191)
(七)其他(192)	

网织红细胞计数 192

血液中的幼红细胞 192

溶血的检查 193

(一)血中胆红素的检查	193
1. Van den Bergh氏反应(193)	
2. 黄疸指数(193)	3. 血胆红素定量(193)
(二)粪和尿中的胆红素原定量测定	193
(三)球形红细胞症和红细胞脆性试验	193
(四)其他	194

贫血的血液形态学分类和诊断	194
(一)正常染色、正常细胞性贫血(194) (二)	
大细胞性贫血(194) (三)正常染色、小细胞	
性贫血(194) (四)浅色小细胞性贫血(195)	
血型的鉴定	195
(一)Landsteiner 氏试管法(196) (二)玻	
片法(196)	
红细胞沉降率测定	196
(一)Westergren氏法(197) (二)Wintrobe	
氏法(197) (三)Панченков 氏法(197)	
(四)Cutler 氏法(197)	
四、白细胞	197
白细胞计数和分类计数	197
白细胞计数与分类计数的正常值和生理性变异 ..	198
白细胞计数的病理性变异	198
(一)白细胞增多	199
1.中性粒细胞增多(199) 2.嗜酸性粒	
细胞增多(199) 3.淋巴细胞增多(199)	
4.单核细胞增多(199)	
(二)白细胞减少	200
中性粒细胞的核象	200
成熟白细胞的病理变化	201
血液中的幼稚或异常白细胞	201
(一)幼稚的粒系细胞(201) (二)幼稚的淋	
巴系细胞(201) (三)幼稚的单核细胞或组	
织细胞(201) (四)浆细胞和 Türk 氏刺激	
细胞(201)	
过氧化物酶染色	202
(一)Goodpasture 氏法(202) (二)Sato	
和 Sekiya 氏法(202)	
嗜酸性粒细胞直接计数	202
红斑狼疮细胞的检查	202
(一)Hargrave 氏法(202) (二)Snapper	
氏法(202)	
五、出血性疾病的检查	203
止血凝血机制	203
出血性疾病的分类	204
(一)血小板数量或质量的改变(204) (二)	
血液凝固机制的障碍(204) (三)毛细血管	
的障碍(204) (四)复杂性出血病(205)	
出血性疾病检查注意事项	205
(一)问诊和体格检查(205) (二)实验室检	
查(205)	
血液凝固机制的检查	205
(一)凝血时间的测定(205) (二)凝血酶原	
时间的测定(206) (三)凝血酶原消耗试	
验(206) (四)关于纤维蛋白原缺乏和纤维	
蛋白溶解现象的检查(206)	
血小板的检查	206
(一)血小板的功能及其增多或减少的意义 ..	206
(二)检查方法	207
1.血小板计数(207) 2.血小板形态检	
查(207) 3.血凝块退缩时间的观	
察(207) 4.出血时间测定(207)	
毛细血管脆性的检查	208
其他检查方法	208
六、血液的寄生虫学检查	209
疟原虫	209

微丝蚴	210
回归热螺旋体	210
七、血液的生物化学检查	210
常用血液生化检验项目及其采血量、正常值	
和临床意义表	210
蒸馏水试验	211
醛凝试验	212
八、血液的微生物学检查	212
九、血液的血清学检查	212
十、骨髓的检查	213
骨髓穿刺术	213
骨髓液的检验	213
(一)涂片检查(213) (二)有核细胞计	
数(213) (三)骨髓微粒印片及病理切	
片(213) (四)细菌培养(213)	
骨髓检查的正常值	214
骨髓检查的临床意义	214
十一、淋巴结的检查	215
[附一] 骨髓及血液细胞的形态	215
[附二] 我国血液检查的正常值参考资料 ..	218
第二章 尿液和肾功能的检查	219
一、尿液的检查	219
尿形成的机制	219
正常尿的成分	220
尿液检查的范围和常规检查	220
尿的收集和保存	221
(一)收集 24 小时尿(221) (二)收集新鲜的	
尿(221) (三)导尿(221)	
尿的一般性质的检查	221
(一)一昼夜量(221) (二)颜色(222) (三)	
透明度(222) (四)气味(222) (五)比	
重(222)	
尿的化学检查	222
(一)尿的反应(223) (二)蛋白质(223)	
(三)糖(225) (四)酮体(226) (五)血液和	
血红蛋白(226) (六)胆红素(227) (七)尿	
胆素原和尿胆素(227)	
尿沉渣的显微镜检查	227
(一)沉渣的制备和显微镜检查的方法	227
(二)尿沉渣中各种物体的形态和临床意义 ..	228
1.细胞(228) 2.管型(230) 3.盐类和	
结晶(231) 4. Addis 氏尿沉渣计数	
法(233)	
尿的细菌学检查	233
二、肾功能试验	235
肾脏的功能	235
肾功能试验的目的	235
稀释和浓缩试验(调节试验)	235
酚红试验	236
血内非蛋白氮测定	237
尿素清除试验	237
其他清除率试验(分类性肾功能试验)	238
酸硷平衡等试验	239
分侧肾功能试验	239
肾功能试验小结	239
肾功能不全	240
第三章 粪便检查	241

常规检查	241	5. 硫酸锌浊度试验(261)	6. Lugol 氏 碘液试验(261)	7. 高田-荒二氏试 验(261)
(一)一般性质的检查(241)	(二)显微镜检 查(242)	(四)脂肪代谢功能试验	261	1. 胆固醇测定(261)
化学检查	245	2. 胆固醇酯测 定(262)	(五)解毒能力试验	262
(一)反应(245)	(二)隐血试验(245)	(三)马尿酸试验(262)	(六)排泄功能试验	262
粪胆素测定(246)	细菌学检查	酚四溴酞钠试验(262)	(七)血清铁和铜含量的测定	262
246	246	(八)血清中酶活力的测定	263	1. 碱性磷酸酶测定(263)
第四章 胃液、十二指肠引流液及胰腺		2. 血清转氨 酶活力测定(263)	3. 血清醛缩酶活力 测定(263)	(九)凝血酶原时间及其对维生素K反应的 测定
功能检查	246	肝功能试验总结	264	264
一、胃液检查	246	第六章 痰的检查	265	痰的形成及临床检查的意义
胃的功能	246	265	痰的收集及保存	265
(一)分泌功能(246)	(二)运动功能(247)	痰的常规检查	266	(一)肉眼检查(266)
(三)吸收及排泄功能(247)	胃液检查的目的	(二)显微镜检查(267)	(三)细菌学检查(269)	第七章 浆膜腔穿刺液检查
247	247	270	胸腔穿刺术	270
采取胃液的方法	247	腹腔穿刺术	271	心包穿刺术
胃液的常规检查	248	271	穿刺液的检查	272
(一)一般性质的检查(248)	(二)化学检 查(249)	(一)一般物理性状的检查(272)	(二)化学 检查(272)	(三)显微镜检查——细胞学检 查(273)
(三)显微镜检查(251)	(四)细菌 检查(251)	(四)细菌学检查(273)	渗出液与漏出液的鉴别	273
不用胃管测定游离盐酸法	251	第八章 脑脊液的检查	274	脑脊液的循环和功能
二、十二指肠内容物和胆汁的检查	252	274	脑脊液检查的临床意义	274
十二指肠内容物的采取	252	腰椎穿刺术	274	脑脊液常规检查
胆汁的检查	253	275	(一)脑脊液压力的测量	275
(一)一般性质的检查(253)	(二)显微镜检 查(253)	(二)一般性质	276	(三)化学检查
(三)化学检查(253)	(四)细菌学 检查(253)	(四)显微镜检查	277	1. 细胞计数(277)
三、胰腺功能检查	254	2. 白细胞分类计 数(277)	(五)细菌学检查	277
胰腺功能	254	(六)其他检查	278	1. Wassermann 氏反应(278)
胰功能检查	254	2. 胶体 金试验(278)	常见疾病的脑脊液变化	278
(一)胰淀粉酶活力测定(254)	(二)胰脂肪 酶活力测定(254)	(三)促胰液素试验(254)	(四)新斯的明刺激试验(255)	(五)葡萄糖耐量试验(255)
(六)淀粉耐量 试验(255)	(七)放射性碘 ¹³¹ 标记脂肪试 验(255)	(八)粪便检查(255)	第五章 肝功能试验	256
第五章 肝功能试验	256	肝脏的功能	256	(一)新陈代谢方面(256)
(一)分泌和排泄 胆汁的功能(256)	(二)有关血液方面的功 能(256)	(四)解毒功能(256)	(五)排泄功 能(256)	肝功能试验
257	(一)胆红素代谢功能试验	257	1. 黄疸指数测定(257)	2. Van den Bergh 氏胆红素定性试验(257)
3. Van den Bergh 氏胆红素定量试验(257)	4. 尿内胆红素试验(257)	5. 尿内尿胆 素原测定(258)	6. 尿胆素试验(258)	7. 粪便尿胆素(粪胆素)试验(高汞试 验)(258)
(二)碳水化合物代谢功能试验	258	半乳糖耐量试验(258)	(三)蛋白质代谢功能试验	258
1. 血清总蛋白量及白蛋白与球蛋白比例 的测定(259)	2. 纸上电泳测定血清蛋 白质(259)	3. 脑磷脂胆固醇絮状试 验(259)	4. 麝香草酚浊度试验(260)	5. 硫酸锌浊度试验(261)
6. Lugol 氏 碘液试验(261)	7. 高田-荒二氏试 验(261)	(四)脂肪代谢功能试验	261	1. 胆固醇测定(261)
2. 胆固醇酯测 定(262)	(五)解毒能力试验	262	(六)排泄功能试验	262
酚四溴酞钠试验(262)	(七)血清铁和铜含量的测定	262	(八)血清中酶活力的测定	263
1. 碱性磷酸酶测定(263)	2. 血清转氨 酶活力测定(263)	3. 血清醛缩酶活力 测定(263)	(九)凝血酶原时间及其对维生素K反应的 测定	264
肝功能试验总结	264	第六章 痰的检查	265	痰的形成及临床检查的意义
265	痰的收集及保存	265	痰的常规检查	266
(一)肉眼检查(266)	(二)显微镜检查(267)	(三)细菌学检查(269)	第七章 浆膜腔穿刺液检查	270
胸腔穿刺术	270	腹腔穿刺术	271	心包穿刺术
271	穿刺液的检查	272	(一)一般物理性状的检查(272)	(二)化学 检查(272)
(三)显微镜检查——细胞学检 查(273)	(四)细菌学检查(273)	渗出液与漏出液的鉴别	273	第八章 脑脊液的检查
274	脑脊液的循环和功能	274	脑脊液检查的临床意义	274
腰椎穿刺术	274	脑脊液常规检查	275	(一)脑脊液压力的测量
275	(二)一般性质	276	(三)化学检查	276
(四)显微镜检查	277	1. 细胞计数(277)	2. 白细胞分类计 数(277)	(五)细菌学检查
277	(六)其他检查	278	1. Wassermann 氏反应(278)	2. 胶体 金试验(278)
常见疾病的脑脊液变化	278	第九章 内分泌功能试验	279	内分泌功能
279	(一)垂体(279)	(二)松果体(280)	(三)甲 状腺(280)	(四)甲状旁腺(280)
(五)胸 腺(280)	(六)肾上腺(280)	(七)胰腺(280)	(八)性腺(280)	内分泌功能试验
280	(一)葡萄糖耐量试验	280	(二)肾上腺皮质功能测验	281

1. 促肾上腺皮质激素试验(281)	2. 饮水试验(281)	3. 尿液内17 酮类固醇及17 羟类固醇的测定(282)
(三) 甲状腺功能试验	282	
1. 基础代谢试验(282)	2. 血浆蛋白结合碘的测定(282)	3. 血浆总胆固醇测定(282)
4. 甲状腺对放射性碘 ¹³¹ I的吸收与尿液中放射性碘 ¹³¹ I的排泄(283)		
(四) 甲状旁腺功能测定	283	
(五) 尿崩症特殊试验	283	
1. 高渗盐水试验(283)	2. 垂体后叶激素尿液浓缩试验(283)	

第五篇 特殊检查

引言	284
第一章 X 线检查	284
X 线诊断的原理	284
X 线检查的方法	285
(一) 透视	285
(二) 摄片	285
1. 普通摄影(285)	2. 特殊摄影(285)
3. 造影(286)	
X 线检查的作用和限度	286
第二章 心导管检查、心电图、心冲击图、心音图和脉搏图	287
一、心导管检查	287
右心导管检查	287
左心导管检查	288
二、心电图	289
描记心电图的导联	289
(一) 标准导联(289)	(二) 单极导联(289)
心电产生的原理	291
心电图各波的形成及心电图各部分的意义	292
(一) P 波(292)	(二) P-R 段和 P-R 间期(292)
(三) QRS 波群(292)	(四) ST 段(296)
(五) T 波(296)	(六) Q-T 间期(296)
(七) U 波(296)	
分析心电图的程序	296
心电图在临床诊断上的应用	297
(一) 心律失调(297)	(二) 心房及心室肥大(303)
(三) 冠状动脉疾患(304)	(四) 心肌炎及心肌损害(306)
(五) 药物的作用(306)	(六) 电解质平衡紊乱(306)
(七) 其他(306)	
三、心冲击图	306
四、心音图	307
五、脉搏图	309
静脉脉搏图	309
动脉脉搏图	310
第三章 肺功能检查	311
主要的肺功能检查及其临床应用	311
肺总气量及其各个成分	311
肺功能检查方法	312
(一) 通气功能的测定	312
1. 肺活量的测定(312)	2. 每分钟静息通气量(312)
3. 最大通气量(312)	4. 时间肺活量(312)

(二) 换气功能的测定	313
重复呼吸测定法(313)	
第四章 内窥镜检查	313
一、眼底镜检查	313
二、直肠乙状结肠镜检查	314
三、间接喉镜检查	315
四、支气管镜检查	315
五、胸腔镜检查	315
六、食管镜检查	315
七、胃镜检查	315
八、腹腔镜检查	316
九、膀胱镜检查	316
第五章 活组织检查	316
肝穿刺及活组织检查	316
(一) 适应证(316)	(二) 禁忌证(316)
(三) 穿刺前准备(317)	(四) 穿刺部位(317)
(五) 采取活组织的方法(317)	
脾穿刺检查	318
第六章 放射性同位素检查	319
放射性同位素在诊断上应用的原理	319
(一) 利用放射性同位素稀释法的原理(319)	(二) 利用器官或组织对某种物质具有选择性吸收的原理(319)
(三) 利用正常生理运行途径和扩散的原理(320)	(四) 利用放射性物质在体内吸收和代谢的原理(320)
常用的放射性同位素检查方法	320
(一) 放射性碘 ¹³¹ I 诊断甲状腺功能状态(320)	(二) 放射性同位素扫描诊断(321)
(三) 小肠和胰腺功能测验(321)	(四) 放射性同位素诊断肿瘤(321)
(五) 血流速度(循环时间)的测定(322)	(六) 铬 ⁵¹ Cr 在测定红细胞寿命、红细胞破坏场所和诊断胃肠道出血的应用(322)
(七) 铁 ⁵⁹ Fe 在研究红细胞代谢方面的应用(323)	
第七章 超声波检查	323
超声波的一般概念及其在诊断上的应用原理	323
超声诊断及其工作原理	323
超声诊断在内科领域中的应用	324
(一) 对肝脏疾病的诊断(324)	(二) 对胆囊疾患的诊断(326)
(三) 对腹内肿块的诊断(326)	(四) 对脑、胃、心、肺、胸膜等疾患的诊断(326)
第六篇 临床诊断的程序	
资料的收集	327
(一) 客观性(327)	(二) 全面性(327)
(三) 系统性(327)	
分析、综合与推论	328
(一) 整体与局部的关系(328)	(二) 共同性与特异性(328)
(三) 精神因素与器质性病变(329)	(四) 暂时现象与发展情况(329)
诊断错误的原因	330
(一) 疾病的因素(330)	(二) 病人的因素(330)
(三) 客观环境及条件的因素(330)	(四) 医师的因素(330)
第七篇 病历的编写	
病历的重要性	331
病历记录的要求及注意事项	331
病历的内容及排列顺序	332

緒 論

診斷学的定义

诊断学是认识疾病和病人健康情况的科学。诊断的过程就是认识的过程。它是通过对病人的健康变化过程的了解,对他的器质和功能方面的种种检查,结合基础医学的原理,用辩证唯物的思维方法进行分析、综合和推理,从而对疾病的原因和本质以及病人的健康情况作出判断。

疾病是属于病人身体的病理状态。由于个体种种特性的不同,不同的病人对同一疾病常有不同的反应,因此有不同的临床表现和过程。同一病人在不同的时期和不同的内在和外条件之下,对疾病和治疗的反应也有所不同。因此,诊断不应止于认识疾病,也应认识病人的全面健康情况。

病人不满足于了解他所患何病,他更迫切希望医师能利用一切可能的治疗措施以迅速消除或减轻其当前的痛苦,治愈其疾病,调整其生理功能,使其早日恢复健康,以继续其日常的生活和劳动。他关心他的健康前途,要求了解疾病发展的方向和速度,以及可能的结局。医师为了要正确而及时地进行治疗和推测病人的预后,都必须对疾病的原因和性质以及病人的全面健康情况有足够的了解,因此必须先有正确的诊断。

有些疾病一经治愈即可断根,但有更多的疾病一次治愈仍可再发。有些疾病难于避免,但有更多的疾病可以预防。治病不如防病。为了制订恰当的预防措施,也必须有正确的诊断。

正确的治疗、预后和预防是诊断的目的,而正确的诊断是治疗、预后和预防的前提。

診斷学的发展簡史

祖国医学方面 祖国医学有悠久的历史。古史记载,公元前约五世纪,名医秦越人(扁鹊)曾用切脉、望色、听声、写形来诊断疾病。他望色而知齐侯病“在腠理”,“在肠胃”,“在骨髓”,并善切脉。《内经》(约在秦、汉时代,即公元前约三世纪完成)记载,“善诊者察色按脉,先别阴阳、审清浊而知部分,视喘息、听声音而知所苦,观权衡规矩而知病所主,按尺寸、观浮沉滑涩而知病所生”。《素问》强调问诊的重要性,“诊病不问其始,忧患饮食之失节,起居之过度,或伤于毒,不先言此,卒持寸口,何病能中”。又谓,“切脉动静而视精明,案五色,观五藏,有余不足,六腑强弱,形之盛衰,以此参伍,决生死之分”。可见祖国医学的四诊,即望、闻、问、切,在秦汉以前即已奠定基础。

历代名医对问诊都很重视。明代李梃著有《医学入门》(1576年),特别指出,初学医者应先学问诊,并记述了《诊病六十问》。清代名医陈修园综合问诊的内容编为歌诀,“一问寒热二问汗,三问头身四问便,五问饮食六问胸,七聋八渴俱当辨,九问旧病十问因,更兼服药参机变,妇女尤必问经期,迟速闭崩皆可见,再添片语告儿科,天花麻疹凭占验”。

上述秦越人不仅善望色,也善切脉。东汉张仲景(公元二世纪)总结了根据脉诊和病情变化的治疗方法,写成《伤寒杂病论》。晋朝王叔和(公元三世纪)参考前人医书,结合自

已经验,写成一部《脉经》,对切脉诊断的方法分析得很详尽。这书后来传至朝鲜、日本和阿拉伯等国,影响深远。十二世纪时,许叔微著有《仲景三十六种脉法图》,用图画描写脉形,惜已失传。公元1241年施发根据脉搏跳动的现象绘成33个图象,亦为脉学的重要贡献。

望诊方面,除病人的神色形态之外,舌苔尤受重视。张仲景有“藏结,舌上白苔滑者难治”之说。他的《金匱要略》提到“舌黄未下者,下之则黄自去”。公元十四世纪杜本著《敖氏伤寒金鏡录》,将各种病态的舌色绘为32图,如白苔、黑苔、洋莓苔、干裂苔等,并附有说明。舌苔的观察成为祖国医学诊病的重要内容。

公元前二世纪,西汉名医淳于意详记病人的姓氏、里居、病状、方药、日期等以备复诊时参考,是后世医案的开端。明代韩柔著《韩氏医通》(公元1522年),制定医案格式,包括望形色,闻声音,问情状,切脉理,询病源,治方术等六部分。清代名医喻嘉言、叶天士诸氏经常就具体病案同其门弟子共同讨论,探讨病源,审定药方,并留下详细记录,具有现代病案讨论的形式。

在经验总结方面,除秦、汉经典著作,如《内经》、《伤寒论》等之外,隋代巢元方(公元610年)的《诸病源候论》,唐代孙思邈(公元581~673年)的《千金方》和王焘(公元753年)的《外台秘要》都记载了很多症候和诊断经验,并收集了很多医方。宋、元两代也有不少名医做了整理总结的工作,并建立了不同的学派。明代江瓘父子(公元1591年)所编的《名医类案》分类编辑了十六世纪以前的医案。清代出版的《医宗金鉴》(公元1749年)由于内容丰富,为祖国医学的重要教材和参考书。

总之,祖国医学的诊断学根据阴阳五行的理论体系、三因学说、六经分类,用四诊的结果作八纲的辨证,几千年来有不断的发展,是非常丰富的临床实践的结晶。只是近数百年来由于封建统治和帝国主义侵略以及国民党反动统治的结果,我国自然科学的进步受到严重的阻碍,祖国医学亦未能在原有的基础上随近代自然科学的进步而继续发展。解放以来,在党的正确政策指导下,继承、整理和发扬祖国医学的工作受到广大医务工作者的重视。但由于祖国医学所具有的独特的理论体系和方法,一时尚不易与一般生理、病理等基础医学和临床诊断治疗的原理结合在一起。这一光荣任务的完成,尚有待于我国医务工作者的不断努力。

西方医学方面 纪元前五、六世纪,希腊名医 Hippocrates 氏善于观察病人,对许多疾病有过逼真的描述。公元二世纪, Galen 氏曾提倡脉诊,并创用直肠窥鏡等方法。他有丰富的临床经验,并有很多著述。在中世纪约一千二百年的期间,西方医学深受他的影响。他的遗教如四液学说(即认为人体有四液——血、痰水、黑胆、黄胆,四者配合不平衡即生病)等,被奉为不可侵犯的教条。因此,这一时期的西方医学处在停顿的状态。文艺复兴时期(十五世纪中叶至十六世纪末)及十七世纪,虽有少数医学革新家,但诊病仍普遍利用符咒、星象和观掌术等等迷信的方法。现代诊断学是在十八世纪初随着物理、化学、生物等科学的建立而逐渐发展起来的。例如,显微镜的使用始于 Leeuwenhoek 氏(十七世纪末),体温计创于 Fahrenheit 氏(1724年),血压计创于 Basch 和 Kronecker 二氏(1880)。现代的叩诊法为 Auenbrugger 氏所首创(1761)。十八世纪末,名医 Corvisart 氏推广叩诊法的应用,强调利用感觉器官对病人进行细致的观察,并从尸体检查的结果进行验证。

他的学生 Laennec 氏首创听诊法和听诊器(1819)。至 1839 年, Skoda 氏发表有关叩诊和听诊的论著,用物理学的原理加以阐明。在同一时期, Schönlein 氏在其临床工作和教学中亦充分利用叩诊和听诊,并重视显微镜的观察和尸体检查。到了十九世纪末叶,随着细菌学、血清学、病理学、生理学、生物化学和放射学等的建立和发展,诊断技术的内容更为丰富,其精确性也不断得到提高。本世纪以来,由于科学技术的不断进步,诊断技术更不断改进。血液化学,免疫学,心电图,脑电图,各种内窥镜,有关呼吸、循环、肝和肾等的功能测定,以及放射性同位素、超声波和电子显微镜等等的应用,使现代诊断学更为日新月异。

总之,现代诊断学是随基础科学的进步和方法学的发展而发展的。最初阶段,临床诊断主要是根据病人的症状的描述;随后由低级的观察逐步提高到利用感觉器官的物理诊断;再进一步则利用根据物理、化学和生物学等原理的各种实验方法和器械检查,而形成现代丰富多彩的诊断学方法。今后,诊断学仍将随其他科学和基础医学的不断进步而继续发展和提高,这是可以肯定的。

诊断学的内容

方法学的分类 方法学是诊断学的基本组成部分。根据方法学的不同,诊断学可分类如下:

(一) 症状诊断学(问诊) 病人诉述的症状一般反映生理功能的改变,同时也包括一些明显的病理形态改变。许多症状是疾病的早期表现,其时病理形态的改变尚不明显。由于病理生理科学的进步,许多症状的意义和发生机制已得到科学的阐明。从症状出现时病人生活中所发生的一些事件,症状的演变和发展,以及症状对身体器官和功能的影响,结合生理学和病理学等方面的知识进行分析,往往可以导致正确的初步诊断,或提供进一步探索的方向和线索。病人的言谈和他对于症状的描述,也常常使医师发现病人的情绪和与疾病有关的一些精神因素。由于症状的感受因人而异,故应深入了解病人的整体情况和反应特点,根据这些特点对症状作具体的估价和分析。

(二) 物理诊断学 物理诊断学是指医师利用自己的感觉器官和简单的工具(如听诊器),对病人的病变部位和整体进行系统的观察,结合病理解剖和病理生理学知识及实践经验,对病变的性质作出判断。由于物理诊断学主要依靠医师的感觉器官的分析能力,其精确度随医师的技术的熟练程度和观察的敏锐程度而不同。又由于人的各种器官的灵敏程度有所不同,因而望、触、叩、听的检查结果的准确程度亦有所不同。因此,系统的学习和不懈的锻炼是完全必要的。

(三) 实验诊断学 实验诊断学的内容包括利用实验室各种检验方法对病人的体液、分泌物和排泄物以及各种生理功能进行检查。随着生物学、物理学、化学等学科的进步和各种精密仪器和新技术的应用,实验诊断的方法迅速增加,其精确程度亦不断提高。有些检验方法和所需设备较简单,对临床工作又为经常必需者,临床医师应争取能亲自掌握。其他较复杂繁难的检验,临床医师虽不易熟习,或受时间限制而不能亲自操作,亦应了解其原理和诊断意义。由于任何检验方法的精确程度均有其一定的限制,操作者技术的熟练和细致程度又有所不同,临床医师对于化验检查的结果必须结合临床资料全面地进行考虑,一般不应单凭一二数值轻易作出诊断。

(四) 特殊检查诊断学

1. 放射诊断学 利用X线对人体不同组织的不同透过力, X线透视和照片对于诊断人体各部器官和组织的病变有很大的价值。有些病变的部位、轮廓、性质和功能可在X线的影象中显示出来, 而利用望、触、叩、听和一般实验室检验则无法发现或不易明确。通过各种造影剂、断层和计波摄影等技术的应用, X线在临床诊断中的应用范围和价值进一步扩大和提高了。近年来放射线同位素示踪方法更使某些疾病和病理生理状态的诊断更为精确。

2. 内窥镜诊断法 内窥镜诊断法系指利用各种内窥镜, 如眼底镜、耳镜、支气管镜、食管镜、胃镜、直肠和乙状结肠镜、胸腔镜、腹腔镜、膀胱镜、阴道镜等, 进行检查和诊断的方法。通过直接观察、摄影、采取分泌物或组织作病理检查, 各受检部分和器官的病变的诊断常赖以确立。当然, 这些检查方法各有其适应范围和禁忌证, 多数方法又有一定的危险性, 因此须由有经验的专科医师操作。内科临床医师一般应能掌握眼底镜和直肠乙状结肠镜的检查技术。

除上述各种内窥镜检查法外, 其他特殊检查法, 如心导管检查、超声波检查、心电图、脑电图等, 对临床诊断亦各有其应用范围和价值(参阅专篇论述)。

(五) 其他

1. 手术探查诊断法 有些病变在应用各种诊断方法进行检查仍难肯定诊断, 估计又有可能通过手术达到诊断及治疗的目的而同时危险性不大时, 可以考虑进行手术探查。手术时可直接观察并采取组织作病理检查以确定诊断, 有时亦可同时完成治疗任务。

2. 试验治疗诊断法 有时对某些病人疑有某种疾病的高度可能性, 但利用多种诊断方法仍未能确诊, 而所怀疑的疾病又有有效疗法时, 可考虑试用这种治疗, 并根据其效果而肯定诊断, 例如用抗疟药物治疗疟疾, 用吐根硷治疗阿米巴肝脓肿等。

在临床实际工作中, 某一种诊断方法可能对某些疾病的诊断有特殊价值, 而另一种诊断方法则对另外一些疾病的诊断更为重要。根据疾病性质的不同, 其据以作出诊断的主要方法也就各不相同。例如, 一个溃疡病患者的典型症状的描述, 常可使医师不待物理诊断或X线胃肠造影检查就作出正确的初步诊断。一个甲状腺功能亢进患者如有明显的体征, 则凭物理诊断方法亦可作出初步诊断, 而基础代谢率的测定等则起到进一步证实的作用。较简单的或较晚期的病例可能只需用上述各种诊断方法中的某一种或二、三种即可肯定其诊断, 但在较复杂或早期的病例则常须同时应用多种或一切可用的方法。尽管如此, 有时仍难作出结论, 那就需要一个较长时期的观察和多次重复的检查才能解决。有时甚至只能以逐步除外的方法来作一个相对地合理的诊断。这些情况对于临床医师应是有力的鞭策和考验。

诊断内容的分类 临床诊断应反映疾病和病人的全面情况, 而不应止于单纯的病名标签和疾病分类。完整的诊断一般应包括以下内容:

(一) 病理形态诊断 器质性疾病的诊断应包括病变所在的部位、范围, 器官和组织的结构改变和这些改变的性质。这种诊断常通过一般临床诊断的方法和化验室检验等即可建立, 而不一定依靠实际的病理形态学检查。但有时虽利用多种检查方法仍不能肯定, 则只有手术或尸体检验才能提供正确的结论。这种情况应促使临床医师不断学习, 虚心

汲取教训,努力钻研技术,提高辩证唯物物的思维能力。

(二) 病理生理诊断 诊断不仅要明确疾病的病理形态改变,还要包括这些改变的发生机制、所引起的功能变化以及机体的种种反应,这是对疾病性质的进一步阐明,即病理生理诊断。有些疾病的形态改变并不明显,而主要表现为功能方面的变化。

(三) 病因诊断 明确每一疾病的致病因素是临床诊断的理想目标之一,因为病因决定疾病的性质,疾病是病因和机体相互作用的结果,了解病因为治疗和预防提供可靠的基础。但致病因素,包括机体本身的内在因素和外界因素,以及内外因素的关系等等,常常是错综复杂的,因此,要明确病因有时也是很困难的。有些疾病的原因至今仍未阐明,因此对这些疾病的临床诊断,目前仍止于病理形态和病理生理的诊断。

诊断学基础在医学和临床工作中的地位

诊断学基础是从基础医学过渡到临床的一个课程。它是基础与临床间的桥梁,因为它是把基础学科的基本理论和知识具体地结合和应用到临床实践的课程。

随着现代医学的迅速发展,临床医学有了日益细致的分工。目前许多专业科系已经形成,每一科系各有一些特殊的诊断和治疗方法。但由于人是完整的有机体,任何部分和系统的疾病都与整体和其他部分或系统相互影响,因此无论哪一专业科系都不能完全脱离临床医学的整体而独立。在实际工作中临床医学的基本原则在所有专业科系中应是一致的。诊断是临床医学的最基本任务,因此有关诊断学的基本原则和方法不仅适用于内科,也适用于其他临床专业科系。诊断学基础的内容,包括搜集临床资料的步骤和方法,对症状、体征和各种检查结果的评价,分析和推理的思维过程,对疾病预后的判断,等等,都是任何临床工作者所必须学习和掌握的知识。由此可见,诊断学基础是临床医学的入门课程,也是一切临床专业科系的基础课程。

学习诊断学基础的目的和要求

学习诊断学基础的目的,在于掌握基本的诊断方法,包括问诊(病史采取)、物理诊断和实验室常规检查,将所得资料结合基础学科的知识,运用辩证唯物主义的思想方法进行分析、综合和推理,并作出初步诊断。具体要求是:

- (1) 学会独立进行系统的问诊,并了解常见症状的临床意义;
- (2) 初步掌握正规的物理诊断的知识和技能,并辨别正常与病理的体征;
- (3) 学会常规化验检查,并了解常见的实验室检验方法和特殊检查方法,及其应用范围和结果的临床意义;
- (4) 了解如何将问诊、体格检查、化验检查和各种特殊检查所得的资料进行分析、综合和推理,并作出初步诊断;
- (5) 学会编写完整的病历。

学习诊断学基础的方法和态度

为了学好这一门基础课程,学生必须有正确的学习方法和学习态度。

诊断学的对象是病人,其症状、体征、器质变化、功能障碍、精神情绪等等各有个体的特点。问诊和各种检查的内容和资料常常是很复杂纷繁的。这和基础各科的学习内容有

很大的差异，和动物实验可按设计处理的情况也不相同。学生习惯于过去基础学科的学习方法，初入临床，接触到病人和疾病的实际问题，学习的方法骤然要有所改变，可能于短时间内不易适应。但这是必经的过程。这种困难经过努力是可以逐渐克服的。

(1) 学生在课堂上应专心听课，抓住重点，作好笔记，争取当堂对课程内容有基本的了解。

(2) 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。要掌握正规的系统的体格检查和常规化验，多次重复演习，以期达到熟练的程度。

(3) 实习时要养成严肃认真的作风。观察要力求细致。记录要准确真实。

(4) 课后应结合讲课和实习的内容仔细复习本书。

(5) 课后应联系课程内容有关的问题，对已学过的基础学科，如解剖、生理、生化、病理、病理生理等，进行必要的复习，如有可能，还要阅读有关参考资料。这样才能对新学习的功课有更透澈的理解。

(6) 在教师的指导下，学生应主动积极，努力学习，不应被动地等待灌输。要有坚持不懈、刻苦钻研的精神，以顽强的意志克服学习中所遇到的困难。

(7) 要加强独立思考的锻炼，提高辩证唯物的科学思维能力。在学习本课程时，有不少事实固然要求记忆，但仅凭记忆书本的内容是很不够的；更重要的是，要从复杂纷繁的现象中寻找联系，分析主次，才能作出合乎辩证逻辑的结论。

(8) 要养成随时随地体贴病人、爱护病人、全心全意为病人服务、为社会主义建设者服务的作风；同情病人的痛苦，了解病人的心情，以和蔼和亲切热情的态度对待病人。应随时注意自己的言谈举止，避免任何对病人精神有害的恶性刺激。和病人谈论诊断、治疗和预后等问题时，一般应采取实事求是的态度，但同时要重视病人的精神情绪和思想顾虑，斟酌恰当的措辞，并注意给病人以适当的安慰。

(9) 无论在门诊、病房或实验室，要保持谦虚好学的态度，利用一切机会向医师、护士、技术人员等学习。

(10) 应充分考虑到，病人不是专为供学生实习而来，他们的唯一愿望是把他们的疾病治好，把他的痛苦消除。医师、护士和技术人员等的主要任务也是要做好医疗工作。病人一般地都愿意和同学们合作，但同学们必须主动地争取他们的合作。医师、护士和技术人员等固然有义务，一般也是乐意帮助同学们学习的，但同学们也必须照顾到他们的医疗业务而主动地和他们团结合作，尽量配合而不妨碍他们的工作。

(鄧家棟)