



面向 21 世纪课程教材

Textbook Series for 21st Century

临床技能

Clinical Skills

主编 韩 丽
王改兰

- 以社区为导向的全科医学教育系列教材
- 以卫生部全科医师规范化培训大纲为依据
- 展示课程体系和教学内容10年改革成果



北京大学医学出版社

PEKING UNIVERSITY MEDICAL PRESS

面向 21 世纪 课程教材
Textbook Series for 21st Century

临床技能

主 编	韩 丽	王改兰	
副主编	马爱群	沈 鹰	杨 岚
	樊小青	刘 心	
编 委	王改兰	刘 心	刘 宏
	孙超峰	曲 梅	苒新明
	汪勉南	沈 鹰	马爱群
	陈明伟	张福年	杨人勋
	杨 岚	樊小青	韩 丽
绘 图	林 奇	蒋 刚	



北京大学医学出版社
Peking University Medical Press

LINCHUANG JINENG

图书在版编目 (CIP) 数据

临床技能/韩 丽, 王改兰主编. - 北京: 北京医科大学出版社, 2000.11

面向 21 世纪课程教材

ISBN 7-81071-080-X

I. 临… II. ①韩…②王… III. 临床医学-教材
IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 72130 号

北京大学医学出版社出版发行

(100083 北京学院路 38 号 北京大学医学部院内)

责任编辑: 许 立 郝春杰

责任校对: 何 力

责任印制: 张京生

莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司印刷 新华书店经销

* * *

开本: 850mm × 1168mm 1/16 印张: 19 彩色插页: 2 字数: 478 千字

2000 年 12 月第 1 版 2003 年 4 月第 2 次印刷 印数: 6001—11000 册

定价: 31.50 元

(凡购买我社的图书, 如有缺损、倒页、脱页等质量问题者, 请与当地供应部门联系调换)

版权所有 不得翻印

序

为适应 21 世纪医学科学的发展和医学模式的转变,高等医学教育也必然要经历一场深刻的变革和创新。国家教育部在全国高校启动的“面向 21 世纪教学内容和课程体系改革计划”及时而有力地推动了医学教育改革的进程。近几年来,国内不少医学院校从教育思想、培养模式、课程体系、教学内容和教学手段等方面进行了大胆的探索,并取得了不少有益的成效,这 16 本系列教材的问世就好似教学改革百花园里绽出的一枝绚丽花朵,她凝聚着前西安医科大学、九江医学专科学校和西藏大学医学专科学校等数所院校多年辛勤耕耘的汗水及共同智慧的结晶,也是在实施教育部“高等院校面向 21 世纪教学内容与课程体系改革计划”子项目中得到的一点成果。

这几所院校的共同点都是针对社区适用型医学人才培养的目标,在课程体系、教学内容和教学方法上进行了实质性的改革与调整,本着淡化学科界限、强调人整体意识的原则,对基础医学课程进行了重组和优化,内容上做了合理的删减和新内容的增补,实现了学科间的有机融合,《人体形态学》、《人体机能学》、《医学免疫学与病原生物学》就是其中富有改革特色教材的典型;对后期的临床医学课则更突出其社区的适用性,突出疾病预防、常见病多发病的诊治以及康复服务的结合。从这套教材上反映出改革的另一个侧面是课程内容融入了全科医学的思想,这是对专科层次人材按全科医学模式培养的一种初步尝试。根据社区全科医师所应具备的知识结构和业务能力,加入了若干人文社会科学以及相关的新课程,如其中的《全科医学基础》、《临床技能》、《行为医学》、《卫生事业管理》、《预防医学》、《急诊医学》、《康复医学》等,都是造就一个全科医生所必不可缺的培训内容,将为全科医生的实际工作需要提供预防、医疗、保健、康复综合服务的基本理论和技能,构建生物——心理——社会立体认识健康与疾病的思维模式,因而不失为当前开展全科医学教育适用的一套教科书。

本套教材在内容形式上增添了置于篇章前后的“内容提要”和“复习思考题”或“病例讨论”,加之许多教材中在不同学科上相互衔接,融会贯通以及力求基础与临床、理论与实践的密切结合,因而这套教材十分有利于采用“以问题为基础教学法”实施教学。可以结合教材内容,通过对相关病例展开小组讨论,从而启迪学生独立思考、主动学习的积极性,培养临床思维和实践操作的能力。

这套教材的设计构思有幸得到美国中华医学基金会的支持和鼓励,并得到了编写、出版方面的经费资助,在此特表示衷心的感谢!

教材的编写,也得到了教育部和卫生部的领导以及许多专家教授的大力支持和关怀,原西安医科大学前任校长任惠民教授为教材项目曾做了大量的工作,在此也一并深表谢意!

由于这套教材涉及一些新学科、新理论和新方法,而我们的编写人员学术水平有限,工作也比较粗浅和仓促,因而教材的内容和形式难免多有不妥之处,深望广大读者和同道、专家不吝批评指正。

编委会

2000 年 5 月

前 言

“临床技能”是近年来应用于医学教育中较为频繁和新颖的名词，它既代表着医学教育改革的一种思想，也是一门新的改革课程。它是在传统“诊断学基础”的内容上，针对社区应用型医务人才的培养目标，进行了内容增删和重组的一门新课，旨在加强医学生临床诊断能力的培养。

设置临床技能课程，是受多年社区医学教育实践的启迪和对国外先进模式的借鉴。我们体会到，要使医学生掌握临床诊断技能，不能只注重于短期一次性的教学，而需要将能力的培养渗透在整个教学的全过程中，进行分层次、逐步深化的教育。另外，在我们多年的临床技能教学中，将部分临床病例融合在诊断学的内容之中，使疾病与诊断衔接起来，给学生一个完整的概念，建立他们的系统思维。

基于上述思想，“临床技能”课程将不同于传统的诊断学。按常规教育，诊断学是纳入大学三年级学习阶段，而我们的思想则是将临床技能分为两步教育。第一步启蒙教育，是在学生入学的第一年后期，随同解剖学、生理学等基础医学课程的教学，加入较为简单容易接受的临床技能基础课程，如人体骨骼标志的摸认、淋巴结的触诊、脏器的触诊及其正常标准、简单的物理诊断技能、正常 X 线征象等。通过这一阶段的教学达到以下目的：①使学生把临床知识与基础知识相互渗透；②引导启发学生的诊断思维；③逐步加深学生对诊断技能的理解和体会；④改变学科割裂现象，提高学生的学习兴趣。临床技能教学的第二步，即进入系统的诊断学学习阶段，这本《临床技能》就是为这一段教学而编写的。将系统的诊断学知识，如系统查体、系统问诊、各系统检查等传授给学生，并附以有关的病例和采用特殊的教学方法，培养医学生的系统诊断技能和临床思维能力，从而为进入临床学习奠定基础。我们编写的《临床技能》一书有如下特点：

1. 在每章内容前设置了内容提要，提示读者本章的中心内容，使之围绕中心内容展开学习，是学习的重点。

2. 在每一章的最后，安排了围绕本章内容的病例讨论。这是相关知识的拓展和延伸，有些内容可能在本教材中未能涉及到。通过病例进行小组讨论，培养学生的推断思维能力、交流能力和自学能力，激发医学生追求知识的兴趣。

3. 在病例讨论中，采用以问题为基础的教学方法（PBL），充分发挥教师和学生的才能，培养学生共同合作的品质，达到知识共享的作用，是我们这门课程的教学特点。

4. 增添了系统查体演练。在本书第三章中，描述了系统查体的规范操作过程，这将作为我们培训医学生徒手操作技能训练的重点，通过反复的训练，以达到培养目标的要求。

5. 增加了 X 线检查、常用护理技能、常用诊断技能内容。对于培养一个干练的全科型医生来说，应具有自主、独立诊治的操作能力和较为全面的知识，掌握这些知识和技能，有利于他们在社区独立工作、拓宽业务范围。

6. 对于传统“诊断学”的内容作了一些删减。我们的目的是，给予学生必要的知识，而不是给予学生完全的知识。因为，任何教育方式和任何老师，都不可能给予学生完全的知识，而最重要的是教给学生如何去学习知识的能力，正如授之以鱼不如授之以渔。在 PBL

教学中，不断的提示和培养他们的这方面能力，并且启发学生的灵活思维，留给更多的时间去学习他们所必要的知识。

总之，“临床技能”是在接受新的教育思想的基础上开展的一门新课程。它不但适用于三年制专科医学生，同时也适用于本科层次教育，是对于全科型医学生教育的适宜教材。本书编写的内容和采用的教学方法，体现了我们的教育改革思路对于全科型医务人才的培养模式设计。但是，在教材的编写和以后教学的尝试中，难免有不足、错误之处，恳请专家们及同道者不吝赐教，共同探讨 21 世纪先进的教育模式，培养更加适应时代和人民需要的医生。

本教材第一章由沈鹰撰写；第二章由樊小青撰写；第三章由马爱群、杨岚、沈鹰、刘宏、张富年、曲梅撰写；第四章由陈明伟撰写；第五章由刘心、杨人勋撰写；第六章由孙超峰、茆新明、陈明伟撰写；第七章由韩丽、王改兰撰写；第八章由茆新明撰写；第九章由汪勉南撰写。书稿完成后，由王改兰进行了统稿和反复的修改校正工作。最后特请著名内科专家谈一飞教授审阅，给予了我们许多指导和支持，在这里表示诚挚的谢意。

编 者

2000.1.18

目 录

第一章 问诊及病史 (1)	第三节 水肿及皮肤粘膜出血 (13)
第一节 问诊的重要性..... (1)	一、水肿 (13)
第二节 问诊的内容..... (2)	二、皮肤粘膜出血 (14)
一、一般项目..... (2)	第四节 咳嗽、咯痰、咯血 (15)
二、主诉..... (2)	一、咳嗽、咯痰 (15)
三、现病史..... (2)	二、咯血 (16)
四、既往史..... (3)	第五节 呼吸困难 (18)
五、系统回顾..... (3)	一、病因 (18)
六、个人史..... (4)	二、临床表现及发生机制 (18)
七、婚姻史..... (4)	三、伴随症状 (19)
八、月经与生育史..... (4)	第六节 心悸及紫绀 (19)
九、家族史..... (4)	一、心悸 (19)
第三节 问诊的方法与注意事项 (4)	二、紫绀 (20)
一、创造与病人交谈的良好氛围 (4)	第七节 恶心、呕吐、腹泻 (21)
二、要耐心专注地倾听病人的诉说 (5)	一、恶心与呕吐 (21)
三、问诊要有的放矢、重点突出 (5)	二、腹泻 (22)
四、避免诱问和逼问..... (5)	第八节 呕血、便血 (24)
五、问诊时避免使用有特定涵义的 医学术语..... (5)	一、呕血 (24)
六、危重病人应重点询问, 缩短检 查时间..... (5)	二、便血 (25)
七、尊重病人隐私..... (5)	第九节 黄疸 (26)
第二章 常见症状 (6)	一、病因、发生机制及临床表现 (26)
第一节 发热..... (6)	二、伴随症状 (27)
一、病因..... (6)	第十节 意识障碍 (27)
二、发生机制..... (7)	一、病因 (27)
三、临床表现..... (7)	二、临床表现 (27)
四、伴随症状..... (8)	三、伴随症状 (28)
第二节 疼痛 (8)	第十一节 眩晕与惊厥 (28)
一、头痛..... (9)	一、眩晕 (28)
二、胸痛 (11)	二、惊厥 (29)
三、腹痛 (11)	第十二节 尿频、尿急、尿痛与血尿 (30)
	一、尿频、尿急、尿痛 (30)
	二、血尿 (31)
	第十三节 尿失禁与尿潴留 (32)

一、尿失禁	(32)	第九节 系统查体演练	(106)
二、尿潴留	(32)	第四章 病历书写	(113)
第三章 体检诊断	(34)	第一节 病历书写的要求	(113)
第一节 基本检查方法	(34)	一、病历书写的重要意义	(113)
一、视诊	(34)	二、病历书写基本要求	(113)
二、触诊	(34)	第二节 病历的种类、格式及内容	(114)
三、叩诊	(35)	一、完整病历	(114)
四、听诊	(36)	二、住院病历	(118)
五、嗅诊	(37)	三、再次住院病历	(118)
第二节 一般检查	(37)	四、急诊病历	(118)
一、全身状态检查	(37)	五、门诊病历	(118)
二、皮肤	(41)	六、各种记录	(118)
三、淋巴结	(42)	七、病历及有关记录示范	(119)
第三节 头及颈部检查	(43)	第五章 实验诊断	(126)
一、头、面及其器官	(43)	第一节 血液检查	(126)
二、颈部检查	(49)	一、红细胞检查	(126)
第四节 胸部检查	(52)	二、白细胞检查	(130)
一、胸背部体表标记	(52)	三、红细胞沉降率测定	(134)
二、胸壁、乳房、胸廓	(54)	四、止血与凝血障碍检验	(134)
三、肺和胸膜	(56)	第二节 骨髓细胞系检查	(138)
四、心脏检查	(63)	一、骨髓细胞学检查的临床意义	(138)
五、血管检查	(73)	二、血细胞的起源、分布和发育规律	(138)
第五节 腹部检查	(76)	第三节 尿液检查	(141)
一、腹部体表标志和分区	(76)	一、标本收集和保存	(141)
二、腹部检查	(78)	二、尿常规检查及细菌学检查	(141)
三、腹部常见病变的主要症状和体征	(88)	三、尿沉渣计数	(145)
第六节 生殖器、肛门、直肠检查	(89)	第四节 粪便检查	(146)
一、男性生殖器	(89)	一、标本采集	(146)
二、女性生殖器	(91)	二、粪常规检查	(146)
三、肛门与直肠	(91)	三、细菌学检查	(147)
第七节 脊柱与四肢	(93)	四、粪便隐血试验	(147)
一、脊柱	(93)	第五节 痰液检查	(148)
二、四肢与关节	(94)	一、标本的采集与送检	(148)
第八节 神经系统检查	(97)	二、检查方法	(148)
一、脑神经检查	(98)	第六节 肾功能检查	(151)
二、运动功能检查	(99)	一、肾小球功能试验	(151)
三、感觉功能检查	(101)		
四、神经反射检查	(101)		

二、肾小管功能试验·····	(152)	三、心房、心室肥大·····	(191)
三、肾功能试验的评价和应用 ·····	(153)	四、心肌缺血与 ST-T 异常改变 ·····	(194)
第七节 肝脏病常用实验室检查 ·····	(154)	五、心肌梗死·····	(195)
一、蛋白质代谢检查·····	(154)	六、心律失常·····	(199)
二、脂类代谢检查·····	(156)	七、与心电图有关的某些检查 ·····	(211)
三、胆红素代谢检查·····	(156)	八、心电图的分析和临床应用 ·····	(213)
四、血清酶学检查·····	(157)	第二节 超声检查 ·····	(215)
五、关于肝纤维化的检查·····	(158)	一、超声检查法·····	(216)
六、病毒性肝炎的标志物检验 ·····	(159)	二、超声检查的临床应用·····	(216)
七、肝脏病检验项目的评价及选 择·····	(160)	第三节 X 线检查 ·····	(225)
第八节 脑脊液检查 ·····	(161)	一、X 线诊断的原则、方法与步骤 ·····	(225)
一、适应证和标本采集·····	(161)	二、呼吸系统 X 线检查·····	(226)
二、常规检查·····	(161)	三、循环系统 X 线检查·····	(235)
三、生化检查·····	(162)	四、骨与关节 X 线诊断·····	(240)
四、显微镜检查·····	(163)	五、其他影像检查·····	(245)
五、细菌学检查·····	(163)	第七章 临床思维 ·····	(246)
第九节 浆膜腔积液检查 ·····	(164)	第一节 诊断步骤与思维方式 ·····	(247)
一、检验内容·····	(164)	一、真实完整的资料收集·····	(247)
二、漏出液与渗出液鉴别·····	(166)	二、从鉴别诊断中得出初步诊断 ·····	(248)
第十节 临床常用免疫学检查 ·····	(167)	三、进一步完善检查或试验治疗 以明确诊断·····	(249)
一、伤寒、副伤寒免疫学诊断 ·····	(167)	四、常见误诊原因·····	(249)
二、斑疹伤寒血清反应·····	(168)	五、治疗中的正确思维·····	(251)
三、布鲁菌病血清反应·····	(168)	第二节 病案分析示范 ·····	(252)
四、流行性出血热血清学检查 ·····	(169)	一、病案分析(一)·····	(252)
五、抗链球菌溶血素“O”(ASO) 测定·····	(169)	二、病案分析(二)·····	(253)
六、梅毒血清学检查·····	(170)	第八章 临床常用诊断技能 ·····	(255)
七、艾滋病血清学检查·····	(171)	一、胸膜腔穿刺术·····	(255)
八、自身抗体的检查·····	(171)	二、腹膜腔穿刺术·····	(256)
九、临床常用生物化学检查·····	(174)	三、骨髓穿刺术·····	(257)
第六章 心电图、影像学诊断 ·····	(179)	四、腰椎穿刺术·····	(258)
第一节 心电图检查 ·····	(179)	五、淋巴结穿刺术·····	(259)
一、临床心电图的基本知识·····	(179)	第九章 常用护理技能 ·····	(260)
二、正常心电图·····	(187)	第一节 无菌技术基本操作法 ·····	(260)
		一、无菌技术及有关概念·····	(260)

二、无菌技术操作原则·····	(260)	的处理·····	(277)
三、无菌技术基本操作法·····	(261)	二、链霉素过敏试验及过敏反应	
第二节 注射法·····	(265)	的处理·····	(279)
一、注射原则·····	(265)	三、破伤风抗毒素过敏试验及脱	
二、注射用物·····	(265)	敏注射法·····	(279)
三、药液抽吸法·····	(266)	四、普鲁卡因过敏试验法·····	(280)
四、常用注射法·····	(267)	五、碘过敏试验法·····	(280)
第三节 静脉输液、输血法·····	(273)	第五节 洗胃法、灌肠法、导尿术	
一、静脉输液法·····	(273)	·····	(280)
二、静脉输血法·····	(276)	一、洗胃法·····	(280)
第四节 药物过敏试验法·····	(277)	二、灌肠法·····	(283)
一、青霉素过敏试验及过敏反应		三、导尿术·····	(285)

问诊及病史

内 容 提 要

本章内容主要介绍了问诊的重要性,问诊所包含的基本内容(一般项目的问诊,现病史、既往史、系统回顾、个人史、婚姻史、月经生育史、家族史的问诊)以及在问诊时应注意的技巧。应创造良好的交谈气氛、耐心倾听,问诊要有的放矢、避免诱问、避免专业术语交谈,对危重者要简捷询问及尊重病人。通过本章的学习,使医学生首先熟悉作为一名医生进入角色的第一步从何作起,问诊对于诊断疾病的重要性。树立医务工作者的正确主导思想,了解临床工作的初步程序,掌握最基本的接诊技巧,有目的地在以后的临床技能学习中不断地去完善自己的知识。

第一节 问诊的重要性

问诊(inquiry)是医师通过与病人或有关人员进行交谈,以了解疾病的发生发展过程及与疾病有关的其他临床资料(即病史)的诊断方法。

临床诊断通常都是从问诊开始,是诊断的第一步骤。因为许多疾病如急性上呼吸道感染、典型的消化性溃疡、糖尿病、肾盂肾炎、疟疾、菌痢等,通过问诊即可获得初步诊断甚至基本确定诊断。某些疾病如心绞痛、癫痫等,在未发作时,各项检查均可能正常,其诊断主要依靠确切地了解疾病发作时的表现与过程,问诊就是诊断的主要方法。即使某些无特征性症状,通过问诊也可为诊断提供线索,提示进一步检查的方向。如以咳嗽、咯痰为主要表现者,揭示疾病的部位可能在呼吸系统;以腹痛、腹泻为突出表现者,要着重考虑消化系统疾病。对于长期发热者,若每次发热前均伴明显的寒战,应多考虑化脓性细菌感染,而结核病、风湿热的可能性则很小。相反,忽视对病史仔细、全面、准确的询问,常是造成误诊、漏诊的重要原因。例如对某位进食后上腹痛的中年男性病人,按胃溃疡治疗月余无效,经仔细询问方知病人上腹痛均发生在进餐后上楼登梯过程中,发作时伴胸闷窒息感,被迫停步休息3~5分钟即迅速缓解,改用消心痛与倍他乐克治疗后未再有发作,证实为心绞痛。又如某贫血患者由于忽略了清晨排尿呈酱油色的病史,致使阵发性睡眠性血红蛋白尿的诊断在较长时间内未能明确。临床上通过系统全面的问诊使一些看似疑难的诊断问题迎刃而解的经验和因为问诊粗糙疏漏而造成误诊、漏诊的教训屡见不鲜。这些经验和教训告诉我们,进行正确的问诊,掌握完整、准确的病史资料对于疾病的诊断是何等重要,它不仅是诊断疾病的第

一步骤，而且是正确诊断入门的钥匙，是临床医师必须掌握的最重要的基本技能之一。在医疗设备条件日趋完善的条件下，尤其要克服片面依赖仪器和实验室检查而忽视问诊的倾向，努力掌握问诊的基本知识与技能。

第二节 问诊的内容

问诊的内容即病史所要求的内容，一般应包括下列内容。

一、一般项目 (general data)

包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、住址、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度。年龄应填写实足年龄，不可写“儿”或“成”，因为不同年龄段的儿童或成人的疾病谱是不同的，确切的年龄对诊断有参考价值。籍贯、民族、职业、住址等对某些地方性、流行性疾病均有一定的意义。若病史非病人本人陈述，则应注明其与病人的关系。

二、主诉 (chief complaints)

为病人本次就诊最主要的原因，主诉的内容应包括病人感受最主要的症状或体征及其持续的时间。一个良好、确切的主诉应能反映疾病的主要特征，常能勾画出疾病的概貌。记述主诉要注意以下各项：①主诉要简明扼要，用一两句话加以概括，如“发热咽痛2天”“腹泻、脓血便伴发热3天”；②两个以上的主诉，按发生顺序记述，如“周期性上腹痛3年，黑便2天”，“活动后心悸气促2年，下肢水肿2周”；③选择最能反映疾病特征的症状作为主诉。有时病人陈述的就诊原因并非疾病特征性表现，则需要结合完整病史或体检等其他临床资料的分析，选择能反映疾病特征的症状为主诉；④一般应避免用疾病名称作主诉，如“心绞痛”、“糖尿病”等，而应记述疾病的主要表现。对某些诊断已确定，当前无症状而入院目的明确的病人也可用如“乳腺癌术后1个月，要求入院化疗”方式记述主诉。

三、现病史 (history of present illness)

现病史是指本次疾病自发病到就诊的发生、发展演变的全过程，是病史中的主体部分。其内容包括：

1. 起病情况 ①起病的时间：应尽量精确，可按数年、数月、数日计算，发病急骤者可按数小时、数分计算；②起病的缓急：如急性脑血管病、脑栓塞的发病极快，而脑血栓形成则病情发展相对较缓慢，在诊断与鉴别诊断中有重要价值；③起病的原因：即病人认为与本次发病有关的因素，如受凉、劳累、精神情绪、起居饮食等。对病人提供的病因，医师要进行科学分析，不可不加分析地记入病史。

2. 主要症状的特点 包括主要症状的部位、性质、程度和持续时间，缓解或加剧的因素等。如慢性周期性节律性上腹痛，饥饿时或午夜多发，进食可缓解，常为十二指肠溃疡；酗酒引起上腹部持续性剧痛应考虑急性胰腺炎；剑突下阵发性钻顶样剧痛为胆道蛔虫症的典型表现；用力过程中突发胸骨后闷痛并向左肩臂放射，停止活动、含硝酸甘油后数分钟迅速缓解则是心绞痛的特点。

3. 伴随症状 伴随主要症状出现的一些其他症状，对诊断与鉴别诊断十分重要。如腹

痛伴呕吐腹泻，则可能是胃肠炎；若急性腹痛、腹泻伴里急后重和粘液脓血便，痢疾的诊断基本可以成立；急性上腹剧痛伴发热、恶心呕吐，并出现了黄疸和休克，首先要想到急性胰腺炎的可能。反之，按一般规律在某疾病应当出现的症状实际上未出现时，也应加以记述，这种阴性表现对鉴别诊断或病情判断常有重要意义。如糖尿病病人本应食欲增强，若食欲减退甚至厌食，就要考虑诊断是否确切或是否发生了严重并发症。

4. 病情的发展与演变 指病程中主要的症状的发展变化情况，是进行性加重，或是逐渐减轻，还是时重时轻或持续不变。还要询问有无新的症状出现，这些都可以反映病情发展演变的情况。如自发性气胸病人呼吸困难加重甚至出现颈部皮下气肿，揭示病情加重。肝硬化患者出现性格、行为和精神异常，可能发生了肝性脑病。

5. 诊治经过 若病人本次就诊前接受过其他医疗单位的诊治，则应询问作过何种检查，结果怎样，经过何种治疗（治疗的方法、药物的名称、剂量、服用时间），疗效如何。

6. 病程中的一般情况 病后的饮食、睡眠、精神体力状况、大小便情况。病程较长者还应询问体重变化。

现病史对疾病的诊断极为重要，是病史中的主要内容，询问要耐心仔细、全面准确，对主要症状是如此，对每一个伴随症状亦不可放过。记录现病史时，要认真分析、整理和归纳，既全面系统，先后有序，又重点突出，简明扼要。既如实反映病人的病情，又不是病人陈述的原样记录。

四、既往史 (past history)

既往史包括病人既往的健康状况和疾病历史。既往健康情况可用身体健康、一般或健康情况欠佳、体弱多病等来描述。过去的疾病史主要询问与本次疾病有密切关系的病史，如冠心病患者要询问过去有无高血压、糖尿病病史。对风湿性心脏病患者应询问过去有无反复咽痛、游走性关节炎病史等。此外，还可以询问常见的传染病（如肝炎、结核病等）、外伤手术、过敏（尤为药物过敏）等病史。疑诊某些传染病时要注意询问预防接种史。记录既往病史应按患病先后顺序排列。重要病史应简要记述当时的主要表现、诊治及预后转归情况。

五、系统回顾 (systems review)

系统回顾即按身体各系统可能发生的疾病进行详细询问。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解病人某个系统是否发生过疾病，以及这些疾病与本次疾病之间是否存在着因果关系。对于病情复杂的疑难病症，系统回顾尤为重要。系统回顾的主要内容如下：

呼吸系统 有无慢性咳嗽、咯痰、咯血、胸痛、哮喘、呼吸困难等。

循环系统 有无心悸、活动后气促、咯血、下肢水肿、胸骨后或心前区疼痛、高血压、晕厥等。

消化系统 有无食欲减退、反酸嗝气、腹痛腹胀、恶心呕吐、腹泻便秘、呕血黑粪、便血、黄疸等。

泌尿系统 有无腰痛、尿路刺激症状、排尿困难、尿量异常、夜尿增多、血尿、面部水肿等。

造血系统 有无乏力、头昏眼花、出血（齿衄、鼻衄、皮肤粘膜瘀点、瘀斑）、骨痛、淋巴结及肝脾肿大等。

代谢、内分泌系统 食欲（亢进或减退）、出汗情况（多汗或少汗）、畏寒或怕热、消瘦

或肥胖、多饮多尿、毛发增多或脱落、皮肤色泽（色素沉着或减退）、性功能（增强或减退）、闭经等。

肌肉骨骼系统 有无关节症状（肿、痛、变形、功能障碍）、肌肉疼痛、萎缩等。

神经系统 有无头痛、眩晕、晕厥、记忆力减退、失眠、视力障碍、意识障碍、震颤、抽搐、瘫痪、感觉异常等。

对于阳性症状或体征，则应进一步询问其具体表现特点，发展、演变过程，诊治情况及转归，结合病理生理和临床医学知识，分析它们的临床意义及与本次疾病的关系。

六、个人史（personal history）

包括①社会经历：如出生地、居住地区和居留时间（尤为疫源地和地方病流行区）、受教育程度、经济生活状况等；②职业及工作条件：包括工种、劳动环境、接触有毒物质的情况和时间；③生活习惯及嗜好：生活环境、卫生习惯，有无特殊生活饮食习惯与嗜好，有无烟酒嗜好，摄入量及时间；注意有无吸毒史及毒品种类和吸毒方式；④有无不洁性交所、冶游（即嫖娼）性病史。

七、婚姻史（marital history）

已婚者记述结婚年龄、配偶健康状况，夫妻关系等。必要时询问性生活情况。

八、月经与生育史（menstrual and childbearing history）

女性病人询问月经初潮年龄、月经周期和经期天数，经血量和性状，有无痛经，末次月经日期和绝经年龄，白带的量与性状等。记录格式如下：

初潮年龄 $\frac{\text{经期天数}}{\text{月经周期天数}}$ 末次月经时间或绝经年龄

例：13 $\frac{3 \sim 6}{28 \sim 30}$ 1998.8.21（或 48 岁）

注：末次月经时间指末次月经来潮的首日。

对生育年龄的女性要询问生育史，包括妊娠及生育次数及年龄，人工或自然流产的次数，有无死产、难产、手术产及计划生育情况。

九、家族史（family history）

询问双亲、兄弟姐妹及子女的健康与疾病情况，特别应询问有无与患者患同样疾病者。对已死亡的直系亲属要记述死亡的原因与年龄。对遗传性疾病则需要询问父母双方的亲属有无类似疾病患者，必要时进行家系调查并绘出家系图，标明所患疾病。

第三节 问诊的方法与注意事项

一、创造与病人交谈的良好氛围

首先，医生的态度既要严肃认真，又要亲切和蔼，以建立病人的信任感，消除病人紧张拘谨心理。环境要清静，便于病人倾吐疾病的各种细节。

二、要耐心专注地倾听病人的诉说

通常在“您有哪些不舒服?”的引导性提问后,要尽量鼓励并耐心倾听病人叙述病情。在病人叙述告一段落时,再就所述症状作进一步的询问。若病人的叙述离题太远或过于繁琐时,可进行适当引导以转回到所需了解的话题。过多地打断病人说话或“我问什么你说什么”的审问式提问,会妨碍病人完整系统地介绍病情,造成病史的漏述。

三、问诊要有的放矢、重点突出

这要求医生熟悉问诊的内容各种症状的病因与问诊要点,有关疾病的理论知识和丰富的临床经验。

四、避免诱问和逼问

如“您胸痛时左肩左臂也痛吗?”、“您大便发黑吗?”等诱问,容易导致病人似是而非的随声附和。而应当问“除胸痛外还有哪里不舒服”、“您大便呈什么颜色?”。逼问更应避免,如某人因服卡托普利引起咳嗽,医生问:“肯定是受凉了吧?”病人随口回答“可能是吧!”结果导致对病因的错误判断和无效治疗。

五、问诊时避免使用有特定涵义的医学术语

如里急后重、尿路刺激症状、眩晕、昏迷、哮喘等非专业人员易造成错误理解甚至听不懂的术语。因此医生要熟悉和运用当地群众描述各种不适的方言俚语,便于与病人交谈。但记录病史则要使用准确的医学术语来描述症状与体征,如“吊气”应记为“气短”、“疙瘩”应记为“包块”、“心口痛”应记为“上腹痛”等。

六、危重病人应重点询问,缩短检查时间

对危重急诊病人,应在简单询问和重点检查后立即进行抢救,甚至先进行抢救(如心肺骤停的病人),待病情允许时再作系统问诊。

七、尊重病人隐私

医生有责任对病人的病史、尤为涉及个人隐私的内容进行保密,将病人不愿向他人透露的病情或隐私作为闲谈的资料是医德甚至法律所不允许的。

作好问诊,不仅要掌握正确的问诊方法、良好的交谈技巧,更要具有渊博的医学知识、丰富的临床经验和丰富的社会生活阅历,在不断地学习和实践积累中提高问诊水平。

(沈 鹰)

第二章

常见症状

内容提要

本章重点介绍常见症状：发热、疼痛、水肿、皮肤粘膜出血、咳嗽、咯痰、咯血、呼吸困难、心悸、紫绀、恶心、呕吐、腹泻、呕血、便血、黄疸、意识障碍、眩晕、惊厥、尿频、尿急、尿痛、血尿、尿失禁、尿潴留等的病因、发生机制、临床表现及伴随症状。最后附有病历介绍及思考题。

病人主观感到的不适感觉或异常感觉称为症状，如头痛、发热、腹痛、乏力、多梦、呼吸困难等；客观检查到的病态表现称为体征，如啰音、心脏杂音、肝脾肿大、皮疹等，广义的症状也包括体征。症状是诊断疾病的重要线索和依据，疾病的症状很多，同一疾病可有不同的症状，不同的疾病又可有某些相同的症状。因此，在诊断疾病时必须结合临床所有资料，综合分析，切忌单凭某一个或几个症状而作出片面或错误的诊断。

第一节 发 热

正常人的体温相对恒定，任何原因使体温升高超出正常范围，称为发热（fever）。正常人于清晨安静状态下，口腔（舌下）温度一般波动于 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。健康人体温昼夜有轻微波动，下午较早晨稍高，波动范围一般不超过 1°C 。进食、剧烈运动、情绪波动、突然进入高温环境等，可使体温暂时升高。女性体温比男性稍高，且在月经周期中还有变动，妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常。老年人代谢率较低，体温相对低于青壮年。

一、病因

引起发热的病因很多，临床上分为感染性发热和非感染性发热两大类。前者较多见，但后者越来越引起人们的重视。

（一）感染性发热

临床最为多见，各种病原体如细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、衣原体、寄生虫等引起的感染，无论是急性或慢性、局限性或全身性，均可引起发热，称为感染性发热。

（二）非感染性发热

凡是病原体以外的各种物质引起的发热均属于非感染性发热，常见病因如下：

1. 无菌性坏死组织吸收 由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及坏死产物的吸收所致的

无菌性炎症发热，称为吸收热。常见于：①物理、化学因素或机械性损伤，如烧伤、内出血及创伤或大手术后的组织损伤；②组织坏死或细胞破坏，如恶性肿瘤、白血病、急性溶血反应等；③血管栓塞或血栓形成，如心、肺、脑等内脏器官的血管梗塞或脉管炎所致肢体坏死等。

2. 变态反应 变态反应抗原抗体复合物可引起发热，如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病及某些恶性肿瘤等。

3. 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进时产热增多，严重脱水病人散热减少，使体温升高。

4. 心力衰竭或某些皮肤病 慢性心力衰竭时心输出量降低，尿量减少及皮肤散热减少，以及水肿组织隔热作用，使体温升高。某些皮肤病如广泛性皮炎、鱼鳞病等也使皮肤散热减少，引起发热，且多为低热。

5. 体温调节中枢功能失常 有些致热因素直接损害体温调节中枢，使体温调定点上移后发出调节冲动，造成产热大于散热，多为高热，称为中枢发热。常见于：①物理性因素，如中暑；②化学性因素，如重度安眠药中毒；③机械性因素，如脑震荡、颅骨骨折、脑出血及颅内压升高等。

6. 植物神经功能紊乱 由于植物神经功能紊乱，影响正常体温调节所致，属功能性发热，多为低热，常见有原发性低热、感染后低热、夏季低热等。

二、发生机制

发热的基本机制是致热原（pyrogen）的作用，致热原分为外源性和内源性两大类。外源性致热原（exogenous pyrogen）包括各种病原体及其产物、炎性渗出物、无菌性坏死组织及抗原抗体复合物等，多为大分子物质，分子量大，不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢，但可激活血液中的中性粒细胞、单核细胞、嗜酸性粒细胞等，使之形成并释放内源性致热原（endogenous pyrogen）。内源性致热原分子量小，可通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢，使调定点上移，体温调节中枢重新加以调节，一方面通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动使骨骼肌阵缩，产热增多；另一方面通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩，排汗停止，散热减少，这样，产热大于散热，体温升高而发热。

非致热原性发热，是体温调节机构失控或调节障碍所引起的一种被动性的体温升高，如先天性汗腺缺乏或环境高温所引起的散热障碍，甲状腺功能亢进引起的产热异常增多等。

三、临床表现

（一）发热的分度

以口腔温度为标准，根据体温升高程度，临床上将发热分为：

低热	37.3℃ ~ 38℃
中等度热	38.1℃ ~ 39℃
高热	39.1℃ ~ 41℃
超高热	41℃ 以上

（二）发热的临床过程及特点

发热的临床经过一般分为三个阶段。

1. 体温上升期 体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。