

丛书顾问 文历阳 沈彬

全国高职高专医药院校工学结合“十二五”规划教材

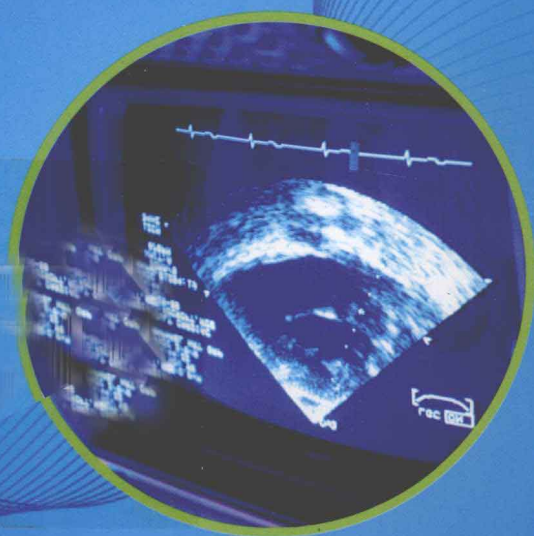
供临床医学、护理、助产、药学、口腔、影像、检验、美容、康复等专业使用



临床诊断基本技能

主编 汤之明 胡 浩

Linchuang zhenduan jiben jineng



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

第 2 版

全国高等医药院校教材 卫生部规划教材 临床医学专业本科教材
ISBN 7-117-08111-1 R·00111 定价：28.00 元



临床诊断基本技能

王德全 主编

科学出版社



科学出版社

丛书顾问 文历阳 沈彬

全国高职高专医药院校工学结合“十二五”规划教材

供临床医学、护理、助产、药学、口腔、影像、检验、美容、康复等专业使用



临床诊断基本技能

主编 汤之明 胡 浩

Linchuang zhenduan jiben jineng.....

主 编 汤之明 胡 浩
副主编 王晓红 马春宇 廖伟雄 佟玉荣 陈 怡
编 委 (以姓氏笔画为序)

马 丽 张掖医学高等专科学校

马春宇 辽宁医学院

王晓红 三峡大学护理学院

汤之明 肇庆医学高等专科学校

肖名力 重庆三峡医药高等专科学校

..... 高等专科学校

中心医院

燕京医学院

张朝霞 青海卫生职业技术学院

胡 浩 湖北职业技术学院

廖伟雄 肇庆医学高等专科学校

秘 书 李新玥 肇庆医学高等专科学校



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 简 介

本书是全国高职高专医药院校工学结合“十二五”规划教材。

本书共 8 个项目:项目 1,课程性质及其与职业岗位的关系;项目 2,病史采集;项目 3,体格检查;项目 4,基本操作技能;项目 5,影像检查;项目 6,心电图检查及其他器械检查;项目 7,实验室检查;项目 8,临床诊断步骤与医疗文书书写。本书具有较强的实用性、适用性和可操作性。

本书适合临床医学、护理、助产、药学、口腔、影像、检验、美容、康复等专业使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断基本技能/汤之明 胡 浩 主编. —武汉:华中科技大学出版社,2011.3
ISBN 978-7-5609-6702-8

I. 临… II. ①汤… ②胡… III. 诊断学-高等学校:技术学校-教材 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 212474 号

临床诊断基本技能

汤之明 胡 浩 主编

策划编辑:车 巍

责任编辑:荣 静

封面设计:陈 静

责任校对:刘 竣

责任监印:张正林

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)87557437

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:仙桃市新华印务有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:23.25

字 数:629千字

版 次:2011年3月第1版第1次印刷

定 价:42.80元



华中科大

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

前言

Qianyan

“临床诊断基本技能”是高职高专临床医学专业设置的技能型实践课程。多年来,我国三年制专科临床医学专业一直采用本科教材《诊断学》的“压缩版”作为培养学生临床诊断技能的教材,在深入 100 余家 1、2 级医院进行岗位调查和广泛征求行业专家意见的基础上,编者根据三年制临床医学专业的培养目标、职业岗位需求和前期、后续课程的衔接,以临床类执业助理医师工作岗位的真实工作过程为依据,在原《诊断学》的基础上精选教学内容,进行项目驱动教学设计,将教学内容优化,组成 8 个具体项目:课程性质及其与职业岗位的关系、病史采集、体格检查、基本操作技能、影像检查、心电图检查及其他器械检查、实验室检查、临床诊断步骤与医疗文书书写。教学内容完全与国家助理执业医师要求接轨、与岗位需要接轨。

本教材是组织具有多年临床一线工作经历的专家,在深入学习教育部有关高职高专教育改革的有关文件的基础上,对“工学结合”、“校院(企)合作”的教学模式改革教材编写进行的初步探索。本教材每个项目均设计了与职业岗位工作过程完全一致的“学习性工作任务”,为了增强学生动手能力的培养,本教材设计了以校内、外实训基地为主要课堂的实践教学项目,通过场景教学、计算机虚拟教学等手段,将病史采集、体格检查、基本技能操作等项目的校内教学过程实现最大限度模拟实际工作环境;床边教学、医院见习更是直接在工作环境——临床一线进行,由具有资深行业背景的本课程专、兼职教师进行教学,以实现“教、学、做”一体化。

本教材在立意、内容选取、编写体例等方面,均得到了文历阳教授的热情指导,在此表示衷心感谢。由于时间仓促,编者水平所限,本教材中缺点、错误在所难免,请广大读者提出宝贵意见,以便再版时进一步修正。

汤之明

2011 年 1 月于广东肇庆

目录

Mulu

项目 1 课程性质及其与职业岗位的关系	/1
项目 2 病史采集	/4
子项目 1 病史采集方法与注意事项	/4
子项目 2 常见症状的问诊	/11
项目 3 体格检查	/57
子项目 1 体格检查基本方法	/57
子项目 2 系统体格检查	/62
项目 4 基本操作技能	/166
子项目 1 临床常用穿刺术	/166
子项目 2 其他常用诊疗基本操作	/171
项目 5 影像检查	/175
子项目 1 X 线检查	/175
子项目 2 CT 与 MRI 检查	/205
子项目 3 超声检查	/224
项目 6 心电图检查及其他器械检查	/236
子项目 1 心电图基本知识	/236
子项目 2 心电图临床应用	/243
子项目 3 肺功能检查	/259
子项目 4 放射性核素检查	/264
子项目 5 内镜检查	/271
项目 7 实验室检查	/278
子项目 1 血、尿、便常规	/278
子项目 2 痰液检查	/296
子项目 3 血清电解质检测	/297
子项目 4 凝血和抗凝血功能检测	/300
子项目 5 血清铁及其代谢物检测	/302
子项目 6 血清脂质及脂蛋白检测	/304
子项目 7 心肌酶和心肌蛋白检测	/307
子项目 8 血糖及其代谢物检测	/311
子项目 9 胰腺疾病相关酶检测	/314



目录

1

子项目 10	肝功能检查	/315
子项目 11	肾功能检查	/321
子项目 12	肝炎病毒免疫标志物检测	/322
子项目 13	血气分析	/326
子项目 14	脑脊液常规及生化检查	/328
子项目 15	浆膜腔积液检查	/330
子项目 16	肿瘤标志物检查	/332
子项目 17	血、尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)检测	/334
项目 8	临床诊断步骤与医疗文书书写	/336
子项目 1	临床诊断步骤与诊断思维方法	/336
子项目 2	医疗文书书写	/340
附录	中华人民共和国卫生部印发《病历书写基本规范》	/354
参考文献		/361





项目 1

课程性质及其与职业岗位的关系



学习目标

知识目标:熟悉本课程所对应的岗位工作任务。

能力目标:通过参观医院接诊患者等过程,了解本课程与职业要求的关系。

素质目标:树立以患者为中心的服务理念。



工作任务

针对临床执业医师岗位工作过程,完成一份本课程与职业要求关系的调查报告。

一、课程性质

1. 岗位工作任务与本课程的对应关系 通过对三年制临床医学岗位职业能力调查与分析,明确了毕业生是在农村或社区基层医疗机构担任执业医师(临床类)。其主要工作任务包括疾病诊断、疾病预防、疾病治疗、康复保健、计划生育、健康教育等。本课程对应于毕业生岗位工作任务中的核心任务之一——“疾病诊断”工作任务。本课程内容在国家职业资格考试实践技能考核大纲所列条目中占 50% 以上的比例。

2. 本课程对应于“疾病诊断”工作过程的学习性工作任务 见表 1-1-1。

表 1-1-1 对应于“疾病诊断”工作过程的学习性工作任务

本课程对应的工作任务 (执业医师疾病诊断工作流程)	学习性工作任务
接诊患者	针对临床执业医师岗位工作过程,完成一份本课程与职业要求的关系的调查报告
病史采集(问诊)	完成 1 例临床情景的病史询问(随机抽取含有常见症状的临床情景),并按照格式书写病史记录
体格检查	完成正常人和患者(各 1 例)的全身体格检查,并记录检查结果

本课程对应的工作任务 (执业助理医师疾病诊断工作流程)		学习性工作任务
辅助 检 查	心电图诊断	完成 1 份临床心电图的判读(随机抽取 10 种常见心电图中的 1 种),并分析其结果的临床意义
	实验室检查结果判读	完成 2 项实验室结果判读(随机抽取 18 项临床常用内容中的 2 项),并分析其临床意义
	基本操作技能	完成 1 项基本技能操作(随机抽取临床常用的 5 项操作内容中的 1 项),并书写操作记录
资料整理、分析、综合,形成诊断		完成 1 例病例分析,写出诊断与诊断依据
病历书写		完成 2 份完整病历(内、外科病例各 1 例)

3. 本课程与前期、后续课程的关系 本课程前期课程有人体解剖学、生理学、药理学、病理诊断学等;后续课程有预防医学、内科学、外科学、妇产科学、儿科学、全科医学知识等。本课程是连接基础医学课程与临床医学课程的不可或缺的桥梁。

4. 学习本课程的总体能力要求 学习临床诊断基本技能课程后,要求从职业能力、方法能力、社会能力三个方面达标,具体能力要求如下。

- (1) 能独立进行系统问诊,并能理解各个症状的临床意义及其内在联系。
- (2) 能独立进行系统的体格检查,结果符合实际。
- (3) 能根据患者病情合理选择临床常用实验室检查,并能对结果进行正确分析,理解其临床意义。
- (4) 掌握心电图检查的指征,能正确进行心电图描记;能判读常见异常心电图,并分析其结果的临床意义。
- (5) 能写出规范的住院病历。
- (6) 能根据病史、体格检查、必要的实验室检查和器械检查资料,建立正确的临床思维,对常见病作出初步诊断。
- (7) 具有与患者及其家属进行有效沟通的能力,具有与其他医疗卫生保健人员沟通的能力。
- (8) 珍视生命,关爱患者,能将维护人民的健康利益作为自己的职业责任。
- (9) 具有科学、创新和分析批判的精神。

二、课程作用

本课程是三年制临床医学专业的核心课程之一。通过本课程的学习,学生不仅可以掌握临床诊断的基础理论、基本知识和基本技能,还将了解本课程的新进展。学好临床诊断基本技能将为后续医学临床课程(内、外、妇、儿科等)的学习打下扎实的基础。通过系统的教与学,使学生能运用医学基本原理,通过病史采集、系统的体格检查,并结合实验室及其他器械检查,采用正确的临床思维方法,去伪存真、由表及里,揭示疾病本质,建立正确的诊断。通过本课程的学习,使三年制临床医学专业学生能在社区或农村基层医疗机构完成常见疾病诊断的工作任务。

三、课程设计理念

1. 以工作过程为依据进行课程开发 通过充分调研和论证,了解基层对助理执业医师



职业能力的要求,针对基层实际工作任务需要,在原《诊断学》的基础上精选和序化教学内容,以医生诊断疾病工作流程为主线开发“临床诊断基本技能”课程,确定课程的项目。打破课堂讲授与实践脱节的教学方法,搭建与工作实践一致的教学平台。

2. 以职业能力需求为导向构建项目驱动、任务引领型教学体系 组织行业专家研讨,依据临床实际工作确认每个项目工作任务,并对工作任务的职业能力进行了细化分析。建立完全针对临床类助理执业医师岗位的“学习性工作任务”。本课程在原《诊断学》的基础上精选教学内容,并进行项目导向、任务引领的教学设计,将教学内容优化,根据临床执业助理医师“疾病诊断”的工作程序,组成并序化8个具体项目:课程性质及其与职业岗位的关系、病史采集、体格检查、基本技能操作、影像检查、心电图检查及其他器械检查、实验室检查、临床诊断步骤与医疗文书书写等。教学内容完全与行业资格准入标准的要求接轨、与岗位需要接轨,在此基础上,以校院合作形式制定课程教学大纲、理论和实践技能考核标准,编写工学结合的校本教材,从而建立项目驱动、任务引领的课程教学体系。

3. 建立“校-院合作”、“工学交替”的教学模式 为了实现本课程校-院合作、工学结合、教、学、做一体化,本教材设计以校内实训与校外实训(真实工作岗位)交替为主线,贴近临床、贴近岗位。校内实训采用场景教学、模拟教学、案例分析、角色扮演等,校外实训包括医院床边教学、医院见习、社区见习等多种实践教学方法。在实训教学过程中注重培养学生的职业素质、岗位协作能力、人际沟通能力等,增强医学生的临床能力和综合素质,从而实现了本课程教学模式的职业化和开放性。

4. 校内外实践教学环境与实际临床工作环境一致 在现代职业教育理念指导下,对传统临床诊断技能培养教学模式进行改革,建议以“校-院合作”方式共同建设本课程实践教学基地,使校内外实践教学地点和环境与实际临床工作环境统一。一方面,学校与行业(医院)共建高度仿真的“临床技能实训基地”,采用包括医护同场景教学、病例(案例)教学、学生角色扮演等多种实践教学方法,实现校内实训教、学、做一体化。另一方面,通过直接在医院床边教学、医院见习、病例分析等,实现校外实训教、学、做一体化。在实践教学过程中注重培养学生的职业素质、岗位协作能力、人际沟通能力等,提高教学质量,增强医学生临床能力和综合素质。

5. 实行多元化的考核方法 将理论考核与实践技能考核相结合。建议在本课程技能考核中参照执业医师临床实践技能考试形式,开展多站式技能考核。此外,注重教学过程中的评价和职业道德的评价,包括遵纪守法、认真负责、积极主动、踏实肯干、团结协作、严谨求实等方面。

(汤之明)

项目 2

病史采集

子项目 1 病史采集方法与注意事项



学习目标

知识目标:掌握病史采集的工作流程、主要内容及注意事项。

能力目标:能写出常见临床情景的主诉。

素质目标:关心、爱护患者,并能与患者进行有效沟通。



工作任务

(1) 写出一份基于临床工作实际的“病史采集”的流程。

(2) 针对一例典型的临床情景归纳出该患者的主诉。

一、病史采集的职业态度及行为

病史采集是医生通过询问患者或知情人,了解疾病的历史和现状。这是认识疾病的开始,也是诊断疾病的重要方法。

病史采集的目的是为了全面地了解疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况。因此,医生必须有良好的职业素养,才能取得患者的信任。

(一) 仪表和礼节

询问者在接触患者时要做到衣冠整洁,文明礼貌,使患者感到亲切温暖,值得信赖。粗鲁傲慢,不仅会丧失患者对询问者的信任感,而且会产生担忧或恐惧。

(二) 自我介绍

病史采集开始时,询问者要作自我介绍,说明自己的身份和病史采集的目的。询问患者姓名时一般应称××先生、××同志,不宜直呼其名或床号。通过简短而随和的交谈,使患者情绪放松。

(三) 举止和态度

在病史采集的过程中,病史采集者要举止端庄,态度和蔼,病史采集者的视线、姿势、面部表情、语言等都要注意给患者留下友善感,以消除与患者之间的障碍,增进关系和谐,使患

者感到轻松自如,易于交流。

(四) 赞扬和鼓励

在病史采集过程中,询问者要注意妥善地运用一些语言和行为,适时地给予肯定和鼓励,自然地调节患者的心理和情绪,使患者受到启发、鼓舞,以促进患者的合作,这对增进与患者的关系大有益处。

(五) 关心与帮助

在病史采集过程中应关心患者的疾苦,积极为患者排忧解难。

二、病史采集的方法与技巧

病史采集的方法及技巧与获得信息的数量及质量息息相关,因而直接影响病史采集的效果。

(一) 病史采集的对象

尽量直接询问患者。对危重患者或意识障碍的患者可由发病时在场者或了解病情者代诉。对小儿患者则主要询问其父母或者其他监护人。

(二) 组织安排

组织安排是指整个病史采集的结构与组织,包括引言、病史采集的主体(主诉、现病史、既往史、系统回顾、个人史、家族史)和结束语。询问者应按项目的序列系统地问病史,对交谈的目的、进程、预期结果应心中有数。

(三) 时间顺序

时间顺序是指主诉和现病史中症状或体征出现的先后次序。询问者应问清症状开始的确切时间。根据时间顺序追溯症状的演进,可避免遗漏重要的资料。建议询问者可用以下方式提问:“以后怎么样?然后又……”这样在核实所得资料的同时,可以了解事件发生、发展的先后顺序。如有几个症状同时出现,有必要确定其先后顺序。

(四) 过渡语言

过渡语言是指病史采集时用于两个项目之间的转换的语言,是向患者说明即将讨论的新项目及其理由。例如:“我们一直在谈论你今天来看病的目的,现在我想问你过去的病情,以便了解它与你目前的疾病有何关系,从儿童时期回忆起追溯到现在(停顿);你小时候健康状况如何?”用了这种过渡性语言,患者就不会困惑你为什么改变话题,以及为什么要询问这些情况。良好的过渡语言例子还有以下几种。①过渡到家族史:“现在我想和你谈谈你的家族史,你也知道,有些疾病在有血缘关系的亲属中有遗传倾向,为了获得一个尽可能完整的家谱,预测和治疗未来的疾病,我们需要了解这些情况,让我们先从你的父母开始吧,他们都健在吗?”②过渡到系统回顾:“我已经问了你许多问题,你非常合作,现在我想问问全身各个系统的情况,以免遗漏,这对我了解你的整个健康状况非常重要。”

(五) 病史采集进度

为了使病史采集进展顺利,询问者应注意聆听,不要轻易打断患者讲话,让他有足够的時間回答问题,有时允许有必要的停顿(如在回顾思索时)。有意的沉默也许令人不安,但也可鼓励患者提供其他的有关信息,或者可使患者道出敏感的问题。沉默犹如一把利剑,其利弊全仗如何使用,如果你觉得可因此而获得更多的信息,那么这种停顿正好是一种有效的病史采集技巧。

为了节约时间,可以提出现成的问题,如“你能告诉我通常你是怎样度过一天的吗”。好的询问者不会急促地提出一连串的问题,使患者几乎没有时间去考虑答案。如果患者不停



地谈论许多与病史无关的问题,则可客气地把患者引导到病史线索上来,如“你的那些问题,我理解,现在请谈谈你当时胸痛的情况吧”。

(六) 问题类型

1. **一般问题** 常用于病史采集的开始,用一般的问话获得某一方面的大量资料,让患者像讲故事一样叙述他的病情。如“你今天来,哪里不舒服”,或者“请告诉我你的一般健康状况”。待获得一些信息后,再有侧重地追问一些具体问题。

2. **特殊问题** 常用于收集一些特定的有关细节。如“你何时开始腹痛呢”,“你腹痛有多久了”,“你的疼痛是锐痛还是钝痛”等。提出特殊问题要求获得的信息更有针对性。

为了系统有效地获得准确的资料,询问者应遵循从一般到特殊的提问进程。以下是从一般到特殊提问的各种例子。

询问者:“请你告诉我你哪里不舒服。”(一般提问)

患者:“近两周,我的胃一直在痛,就在这儿(指痛的地方),在肚脐的上方。”

询问者:“请告诉我,你痛的情况。”(一般提问)

患者:“哦,太糟了。”

询问者:“疼痛像什么样?”(直接提问)

患者:“烧灼样。”

询问者:“痛在深处还是在表面?”(直接选择提问)

患者:“相当深。”

询问者:“痛的部位有变动吗?”(直接提问)

患者:“没有。”

询问者:“哪些情况使疼痛更加厉害?”(直接提问)

患者:“进食后疼痛加重。”

询问者:“哪些情况使疼痛减轻?”(直接提问)

患者:“空腹时。”

开始提问时,应避免用直接或选择性提问,这样会限制患者交流信息的范围,使获取必要资料变得困难。

(七) 避免重复提问

有时为了核实资料,需要就同样的问题多问几次,重申要点。但无计划的重复提问可能会挫伤和谐的医患关系和失去患者的信任。结合其他病史采集的技能,如归纳总结,将有助于减少重复提问。

(八) 小结和记录

为防止遗漏和遗忘病史,在询问病史时,询问者对患者每一项陈述应做全面而重点的记录小结。病史采集大致结束时,尽可能有重点地重述一下病史让患者听,看患者有无补充或纠正之处,以提供机会核实患者所述的病情或澄清所获信息。

(九) 语言要通俗易懂

使患者能够理解询问者的话,避免使用医学术语发问。如对心脏病患者病史采集时,可问:“你在夜间睡眠时,有无突然憋醒的情况?”而不能问:“你有阵发性夜间呼吸困难吗?”不应使用具有特定含义的医学术语,如“里急后重”、“鼻衄”、“隐血”等。

(十) 引证核实

为了收集到尽可能准确的病史,询问者应引证核实患者提供的信息。如果提供了特定





的诊断和用药,就应问明该诊断是如何作出的及用药剂量等。

例1 患者:“我常有胸痛。”

询问者:“请你确切地说明一下是怎样的感受。”

例2 患者:“我父母都有冠状动脉粥样硬化性心脏病。”

询问者:“他们是怎样知道自己得了冠状动脉粥样硬化性心脏病的?”或“他们做了什么检查才发现有冠状动脉粥样硬化性心脏病的?”

(十一) 要抓住重点,分清主次

患者在陈述病史时,可能主次不分,杂乱无章。因此在病史采集过程中,一定要抓住重点,分清主次,对主诉和与本病有关的内容要深入了解,对患者的陈述要分析和鉴别。

(十二) 要实事求是,忌主观臆断

有的患者对记忆不清的病史,回答问题顺口称“是”;有的患者对自己的病情感到恐惧,有可能隐瞒真相或夸大病情、不说实话或自己编造病情,甚至弄虚作假。对此,询问者要以实事求是的科学态度正确分析判断,发现不可靠的或含糊不清之处,要反复询问,从不同角度询问,以求获得可靠病史,切忌主观臆断,轻易下结论,随便告诉患者患的什么病,但也不能轻易对患者持怀疑态度。

(十三) 避免暗示性套问

在询问时,可有目的、有计划地提出一些问题,以引导患者提供正确而有助于诊断的资料,但必须防止暗示性套问或有意识地诱导患者提供符合询问者主观印象所要求的材料。如对腹痛的患者不应直问:“你腹痛时疼痛向右肩放射吗?”而应变换一种方式提问:“腹痛时,疼痛对别的部位有影响吗?”这样获取的病史就比较客观、真实。

(十四) 鼓励患者提问

病史采集时,让患者有机会提问是非常重要的,因为患者常有些疑问需要再解释,同时,也会想起一些在询问者特殊提问前不曾想到的新问题。

询问者应明确地给患者机会,鼓励他提问或讨论问题。例如,询问者应对患者说明,如有疑问或者还能提供与现在正在讨论的问题有关的更多信息,就请大胆地谈,这通常是在每个主要项目交谈结束时进行,在病史采集末了再重复。

(十五) 承认经验不足

询问者应明白自己的知识水平与能够为患者提供情况的需要是否相称,当自己不能提供足够的信息及适当医嘱时,应承认自己经验不足,一旦患者问及自己不懂的问题时,应承认并立即设法为患者寻找答案。

(十六) 其他值得注意的问题

1. **隐私** 对患者的隐私要保密,有关泌尿生殖系统病史,病史采集时声音要低,语言要婉转。

2. **危重患者** 在作扼要的询问和重点检查后,应立即进行抢救,待病情好转后再作详细的询问病史及其他检查,以免延误治疗。

3. **其他医疗单位转来的病情介绍或病历摘要** 应当给予足够的重视,但只能作为参考材料,还须亲自询问病史、检查,以作为诊断的依据。

4. **病史采集时间要掌握适当** 一般不超过40 min,但除了危重患者外,病史采集时间不应过于简短,少于10 min。

5. **结束语** 病史采集结束后,以结束语暗示病史采集结束,充分说明询问者的作用、义

务;对患者提出要求和希望;明确地讲明今后的诊疗计划,包括询问者和患者今后要做的工作,以及预约下一次就诊时间等。

三、病史采集的内容

(一) 一般项目

一般项目是指病历中首先记录的内容,包括患者的姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯(出生地)、现住址(工作单位)、入院日期(急、重症应注明时刻)、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人,则应注意其与本人的关系。

上述内容不能遗漏,顺序不应颠倒,书写不能含糊。年龄应是实足年龄,不应以“儿”或“成”代替。现在住址应详细填写,这对掌握病情,及时处理或随访,具有重要意义。

(二) 主诉

主诉是患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征及其持续时间,也就是本次就诊最主要的原因。

主诉要体现症状、部位、时间三要素。病史采集开始时,可问:“你怎么不舒服?”“哪儿不舒服?”“发病多长时间?”

主诉应简明扼要,以简洁的语言来描述。如“咽痛,高热 2 d”,“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3 d”,“腹痛、腹泻、脓血便 1 d”,不应以方言土语进行描述,如“肚子痛、拉肚子 2 d”等。主诉不能含糊不清,如“上腹部难受好几天(或数天)”、“心里烦闷好几天”等。

如果主诉包括前后不同时间出现的几个症状,则应按其发生的先后排列,如“反复咳嗽 20 年,心悸气促 3 年,下肢水肿半个月”。

通过主诉的描述,一般可初步估计患者所患的是哪一系统疾病及其缓急,从而为进一步明确诊断、制订诊疗计划指明方向。如:

主诉 1 “反复咳嗽、咳痰 20 余年,心慌憋气 20 d”。首先考虑呼吸系统疾病。

主诉 2 “活动后心慌气短 5 年,下肢水肿 10 d”。应考虑循环系统疾病。

主诉 3 “上腹部反复疼痛 2 年,伴呕血 3 h”。考虑消化系统疾病。

主诉 4 “尿急、尿频、尿痛 3 d,发热 1 d”。考虑泌尿系统疾病。

主诉 5 “乏力、皮肤与黏膜紫癜 2 个月”。应考虑血液系统疾病。

主诉 6 “多饮、多尿、多食、消瘦 1 个月”。应考虑代谢病。

主诉 7 “头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍 3 d”。应考虑神经系统疾病。

(三) 现病史

现病史是病史的主要组成部分,包括患者现在所患疾病从最初起病到本次就诊(或住院)时,疾病的发生、发展及其变化的全过程。可在患者主诉的基础上进一步详细询问。主要内容有以下几方面。

1. 起病情况与患病时间 要问清起病的时间、地点、环境、起病缓急、发病的可能原因或诱因。

2. 主要症状特点 要详细询问主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解方法或加剧因素。

(1) 部位 如腹痛,要问清在腹部的哪个部位(右上腹部、左上腹部、脐周围、右下腹部、全腹部等)疼痛最明显。

(2) 性质 如疼痛有钝痛、锐痛、灼痛、胀痛、绞痛、隐痛等。

(3) 程度 程度是指患者的主观感觉。如疼痛有轻度或剧烈,能否忍受;发热有高热或



低热等表现。

(4) 持续时间 不同疾病的主要症状和持续时间各异,如冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛发作一般持续3~5 min,而急性心肌梗死引起的胸痛可持续数小时或数天;消化性溃疡引起的上腹痛,可持续数日或数周。

(5) 缓解方法或加剧因素 如冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛发作时,患者立即停止活动,舌下含服硝酸甘油片可很快缓解,而在情绪激动或劳累、饱餐等情况下易诱发心绞痛发作。

3. 病因与诱因 病史采集时应尽可能地了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、起居及饮食失调等)。问明以上因素有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者容易提出直接或近期的病因,但病期长或病因比较复杂时,患者往往难以言明,并可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医师应进行科学的归纳,不可不加分析地记入病史。

4. 病情的发展与演变 患病过程中主要症状的变化或新症状的出现,都可视为病情的发展与演变。要询问患者患病过程中主要症状的变化,如主要症状是进行性还是间歇性,是反复发作还是持续存在,是逐渐好转还是加重或恶化;症状的规律性有无变化,其变化的时间及原因等。

5. 伴随症状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状,这些伴随症状常常是鉴别疾病的依据。如腹泻,可能为多种病因的共同症状,单凭于此则不易作出诊断。如腹泻伴呕吐,则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎;如腹泻伴里急后重,结合季节可考虑痢疾。因此,与鉴别诊断有关的阴性症状亦应询问。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随征象,因为它们往往在明确诊断方面有不可忽视的作用。

6. 诊治情况 要简明扼要地询问患者发作后有无就医,此次就诊前曾在何时何地做过哪些检查,诊断为什么病,做过何种治疗,用药名称、剂量、用法、效果如何,有无不良反应等。此内容仅作为诊断与治疗的参考。

7. 一般情况 简要了解患者起病后的精神状态、饮食、睡眠、体重、体力、大小便等情况。这些内容对全面估计预后及制定辅助治疗措施是十分有用的。

(四) 既往史

患者过去健康状况与现在疾病常有密切关系,应详细询问。既往史包括如下内容:①过去健康状况及患过的疾病,重点了解与现在疾病有密切关系的疾病,诊断明确者直接写出病名,但应加双引号,诊断不肯定者则简述其症状,例如,对风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生咽痛、游走性关节炎等;②有无急、慢性传染病史及传染病接触史,有者应注明具体患病日期,诊断及治疗情况;③外伤及手术史;④预防接种史,其种类及最近一次接种日期;⑤有无中毒及药物过敏史。

询问既往史,应按时间先后顺序,自幼年起详细询问,重点记录主要病情经过、当时诊断及治疗效果,以及并发症和后遗症。一般不应用疾病名去提问,应按照某种疾病的重点症状询问。如问既往是否患过肺结核,则应问既往有无慢性咳嗽、咳血丝痰或咯血、下午发热、夜间盗汗、食欲减退、身体消瘦等。

(五) 系统回顾

系统回顾是为了避免在病史采集过程中患者或医生忽略或遗漏除现病以外的其他各系统的疾病而设立的病史采集内容,是完整住院病历不可缺少的部分。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者的某个系统是否发生过疾病,以及这些已发生过的疾病与本次疾病

之间是否存在着因果关系。

系统回顾病史采集的主要内容包括如下几个方面。

1. 头颅五官 视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑。
2. 呼吸系统 咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难。
3. 循环系统 心悸、气促、发绀、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿。
4. 消化系统 食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸。
5. 泌尿生殖系统 尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物。
6. 内分泌系统与代谢 多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。

7. 血液系统 皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、淤斑、淋巴结肿大、肝脾肿大。
8. 肌肉与骨关节系统 疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力。
9. 神经系统 头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥。
10. 精神状态 幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常。

(六) 个人史

1. 社会经历 社会经历包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等。
2. 职业及工作条件 职业及工作条件包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。
3. 习惯和嗜好 习惯和嗜好包括起居与卫生习惯、饮食的规律与质量、烟酒嗜好与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉毒品等。
4. 有无不洁性交史 有无患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

(七) 婚姻史

记述未婚或已婚、结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

(八) 月经史和生育史

女性患者应了解月经情况,包括初潮年龄、月经周期和经期天数,经血量和色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期(LMP),闭经日期,绝经年龄。记录格式如下。

初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{行经期相隔日数}}$ 末次月经时间(或闭经年龄)

如 $14 \frac{3\sim 4}{28\sim 30}$ 1994年6月12日(或50岁)

询问妊娠与生育次数,人工流产或自然流产次数,有无早产、死胎、手术产、胎儿先天畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

(九) 家族史

家族史包括以下内容:①父母、兄弟、姐妹及子女健康状况,如已死亡,要问明死亡原因和年龄;②家族中是否有传染病(如梅毒、结核、肝炎等),先天性疾病,遗传性疾病(如血友病、白化病等)或与遗传有关的疾病(如糖尿病、精神病、高血压病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等);③必要时了解患者非直系亲属的健康状况,如血友病应追问外祖父、舅父及姨表兄弟等有无类似患者,可绘出家谱图示明。