



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

临床医学概论

上册

朱健华 蒋道荣 主编



科学出版社



中华人民共和国教育部
全国高等学校教材

临床医学概论

上册

主编 李树生 副主编 李树生



人民卫生出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

临床医学概论

上册

主 编 朱健华 蒋道荣
副主编 周国雄
编 委 (按姓氏笔画排序)
朱健华 李 敏 吴献华
陈晓栋 周国雄 施 辉
姜敏辉 徐美玉 黄 锋
曹双林 蒋道荣

科学出版社

北京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

《临床医学概论》(上、下册)综合了众多学科。全书分为:诊断学、内科学、儿科学、放射诊断学、皮肤性病学、传染病学、外科学总论、外科学、妇产科学、眼科学、耳鼻喉科学、口腔科学。本书内容丰富,以临床常见病为主,具有实用性。为了使这门课程既能够适应医学院校现有的教学组织形式,同时又有较宽的适用性,作者在编写过程中,依据医学相关专业知识结构的要求,从临床医学各学科的教学实际出发,尽量考虑教学的可操作性和学生学习的规律性,力求内容的科学性、系统性和先进性,力求简明扼要、深入浅出、循序渐进,重点放在基础理论、基本知识、基本技能上,同时兼顾临床医学领域的新知识、新技术的介绍。

本书适用于医药院校医学相关专业的本科学生,也可供综合性大学生物学、生物技术等专业的本科学生使用,同时亦可作为医、护、药等相关专业人员的自学教材。

图书在版编目(CIP)数据

临床医学概论.上册 / 朱健华,蒋道荣主编. —北京:科学出版社,2011.6
(中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材)
ISBN 978-7-03-031445-1

I. 临… II. ①朱… ②蒋… III. 临床医学-医学院校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 107763 号

责任编辑:胡治国 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:刘士平 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

涿海印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2011 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2011 年 6 月第一次印刷 印张:57

印数:1—4 000 字数:1 369 000

定价:98.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

随着我国改革开放和经济建设的深入发展,我国的高等教育事业也取得了迅猛发展。为了适应 21 世纪社会进步和卫生事业发展的需要,近年来,各医学院校的一些医学相关专业不断涌现,如医学信息学、医学法学、医学营销、医学美容、卫生经济与管理学等。临床医学是这些专业学生的重要必修课程之一。为了能够提高这些医学相关专业的教学质量,教材建设是最基本的保证。为此,我们根据专业培养的目标和要求,参照相关专业的教学大纲,在医学相关专业几年来教学实践的基础上,充分吸收各兄弟院校的教学经验,组织编写了这本《临床医学概论》,全书分上、下两册。

为了使临床医学概论这门课程既能够适应医学院校现有的教学组织形式,同时又有较宽的适应性,我们在编写过程中,依据临床医学相关专业知识结构的要求,从临床医学各学科的教学实际出发,尽量考虑教学的可操作性和学生学习的规律性,力求内容的科学性、系统性和先进性,力求简明扼要、深入浅出、循序渐进,重点放在基础理论、基本知识、基本技能上,同时兼顾临床医学领域的新知识、新技术的介绍。因此,本书适用于医药院校医学相关专业的本科学生,也可供综合性大学生物学、生物技术等专业的本科学生使用,同时亦可作为医、护、药等相关专业人员的自学教程。

本书在编写过程中参考了较多的书籍和资料,并引用了其中部分图表,在此向作者表示诚挚的感谢!本书在编排过程中得到了编者学校的大力支持和帮助,一并致谢!

由于我们编写的水平有限,书中难免出现一些疏漏、不足及错误之处。恳请使用本书的教师、学生以及同道、专家和广大读者提出宝贵建议与意见,以便再版时加以改正和提高。

编 者
2010 年 12 月

目 录

前言

第一篇 诊 断 学

| | | | |
|---------------------|-------|-------------------------|-------|
| 绪论 | (1) | 第九节 神经系统检查 | (149) |
| 第一章 问诊 | (5) | 第三章 病历书写 | (173) |
| 第一节 问诊的重要性 | (5) | 第一节 病历书写的基本规则和要求 | (173) |
| 第二节 问诊的内容 | (5) | 第二节 病历书写的种类、格式与内容 | (174) |
| 第三节 问诊的方法与技巧 | (9) | 第三节 医疗机构病历管理规定 | (194) |
| 第四节 常见症状 | (16) | 第四章 心电图产生的基本原理 | (197) |
| 第二章 体格检查 | (62) | 第一节 临床心电图基本知识 | (197) |
| 第一节 体格检查的基本方法 | (62) | 第二节 心电图的测量和正常数据 | (202) |
| 第二节 一般检查 | (66) | 第三节 心房、心室肥大 | (206) |
| 第三节 头面部 | (79) | 第四节 心肌梗死 | (212) |
| 第四节 颈部 | (85) | 第五节 心律失常 | (218) |
| 第五节 胸部及肺 | (87) | | |
| 第六节 心脏检查 | (100) | | |
| 第七节 腹部 | (119) | | |
| 第八节 脊柱与四肢检查 | (132) | | |

第二篇 内 科 学

| | | | |
|-----------------------|-------|------------------|-------|
| 第一章 呼吸系统疾病 | (233) | 粥样硬化性心脏病 | (260) |
| 第一节 慢性支气管炎 | (233) | 第三节 心脏瓣膜病 | (272) |
| 第二节 慢性阻塞性肺疾病 | (233) | 第四节 心肌疾病 | (276) |
| 第三节 慢性肺源性心脏病 | (236) | 第五节 心律失常 | (279) |
| 第四节 呼吸衰竭 | (238) | 第六节 心力衰竭 | (286) |
| 第五节 肺结核 | (240) | 第三章 消化系统疾病 | (290) |
| 第六节 原发性支气管肺癌 | (244) | 第一节 慢性胃炎 | (290) |
| 第七节 支气管扩张 | (249) | 第二节 消化性溃疡 | (293) |
| 第八节 支气管哮喘 | (250) | 第三节 胃癌 | (300) |
| 第九节 肺炎 | (252) | 第四节 炎症性肠病 | (306) |
| 第二章 循环系统疾病 | (257) | 第五节 肠结核 | (319) |
| 第一节 高血压 | (257) | 第六节 结核性腹膜炎 | (321) |
| 第二节 动脉粥样硬化和冠状动脉 | | 第七节 肝硬化 | (324) |

| | | | |
|---------------------|-------|--------------------|-------|
| 第八节 原发性肝癌 | (330) | 第五节 出血性疾病 | (411) |
| 第九节 肝性脑病 | (336) | 第六章 内分泌和代谢疾病 | (425) |
| 第十节 急性胰腺炎 | (342) | 第一节 甲状腺功能亢进症 | (425) |
| 第四章 泌尿系统疾病 | (350) | 第二节 糖尿病 | (429) |
| 第一节 肾小球疾病 | (350) | 第七章 风湿性疾病 | (434) |
| 第二节 肾病综合征 | (359) | 第一节 类风湿关节炎 | (434) |
| 第三节 间质性肾炎 | (365) | 第二节 系统性红斑狼疮 | (438) |
| 第四节 尿路感染 | (366) | 第八章 理化因素所致疾病 | (443) |
| 第五节 肾小管酸中毒 | (371) | 第一节 概述 | (443) |
| 第六节 慢性肾衰竭 | (373) | 第二节 有机磷杀虫药中毒 | (444) |
| 第五章 血液和造血系统疾病 | (382) | 第三节 急性一氧化碳中毒 | (445) |
| 第一节 红细胞系统疾病 | (382) | 第四节 镇静催眠药中毒 | (446) |
| 第二节 白血病 | (393) | 第五节 中暑 | (447) |
| 第三节 淋巴瘤 | (401) | 第六节 高原病 | (448) |
| 第四节 多发性骨髓瘤 | (408) | | |

第三篇 儿 科 学

| | | | |
|-------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| 第一章 总论 | (450) | 第三节 营养性维生素 D 缺乏 ... | (473) |
| 第一节 儿科学的范围和任务 ... | (450) | 第四节 营养不良 | (478) |
| 第二节 儿科学的特点 | (450) | 第六章 新生儿与新生儿疾病 | (481) |
| 第三节 小儿年龄分期 | (452) | 第一节 概述 | (481) |
| 第二章 生长发育 | (453) | 第二节 正常足月儿和早产儿的特点 与护理 | (482) |
| 第一节 生长发育规律 | (453) | 第三节 新生儿黄疸 | (487) |
| 第二节 影响生长发育的因素 ... | (453) | 第四节 新生儿寒冷损伤综合征 | (492) |
| 第三节 体格生长 | (454) | 第五节 新生儿缺氧缺血性脑病 | (494) |
| 第四节 与体格生长有关的其他 系统的发育 | (455) | 第六节 新生儿呼吸窘迫综合征 ... | (497) |
| 第五节 生殖系统发育 | (456) | 第七章 呼吸系统疾病 | (500) |
| 第六节 神经精神发育 | (456) | 第一节 小儿呼吸系统解剖、生理 特点及其临床意义 | (500) |
| 第七节 免疫系统发育 | (458) | 第二节 急性上呼吸道感染 | (501) |
| 第三章 儿童保健 | (460) | 第三节 急性支气管炎 | (502) |
| 第一节 各年龄期儿童的保健重点 | (460) | 第四节 毛细支气管炎 | (503) |
| 第二节 儿童保健的具体措施 ... | (461) | 第五节 支气管肺炎 | (504) |
| 第四章 小儿用药计算及特点 | (465) | 第八章 消化系统疾病 | (510) |
| 第五章 营养和营养障碍疾病 | (467) | 第一节 小儿消化系统的特 点 ... | (510) |
| 第一节 小儿营养基础 | (467) | | |
| 第二节 婴幼儿营养与喂养 | (469) | | |

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 第二节 腹泻病 (510) | 第十一章 泌尿系统疾病 (536) |
| 第九章 血液系统疾病 (517) | 第一节 小儿泌尿系统解剖生理特点 (536) |
| 第一节 小儿造血与血象特点 ... (517) | 第二节 急性肾小球肾炎 (538) |
| 第二节 小儿贫血概述 (518) | 第三节 肾病综合征 (541) |
| 第三节 营养性贫血 (522) | 第十二章 小儿结核病 (547) |
| 第四节 特发性血小板减少性紫癜 (526) | 第一节 小儿结核病特点 (547) |
| 第十章 循环系统疾病 (529) | 第二节 结核性脑膜炎 (553) |
| 第一节 小儿循环系统解剖生理特点 (529) | 第十三章 神经系统疾病 (557) |
| 第二节 先天性心脏病概述 (529) | 第一节 小儿神经系统解剖生理特点 (557) |
| 第三节 常见先天性心脏病 (530) | 第二节 小儿惊厥 (558) |

第四篇 放射诊断学

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 第一章 总论 (564) | 第四节 胃肠道常见疾病影像诊断 (628) |
| 第一节 X线成像 (565) | 第五节 肝、胆、胰、脾疾病诊断 ... (638) |
| 第二节 数字减影血管造影 (568) | 第五章 骨骼系统 (647) |
| 第三节 计算机体层成像 (569) | 第一节 骨与关节的正常影像学解剖 (647) |
| 第四节 磁共振成像 (573) | 第二节 骨与关节基本病变的影像学表现 (650) |
| 第五节 图像存档和传输系统与 信息放射学 (578) | 第三节 骨关节常见疾病的影像学 诊断 (654) |
| 第二章 肺与纵隔 (580) | 第六章 泌尿系统 (669) |
| 第一节 影像检查技术 (580) | 第一节 影像检查技术 (669) |
| 第二节 胸部正常影像学表现 ... (581) | 第二节 泌尿系统正常影像学表现 (670) |
| 第三节 胸部基本病变影像学表现 (582) | 第三节 泌尿系统基本病变影像学 表现 (671) |
| 第四节 胸部常见疾病影像学诊断 (588) | 第四节 泌尿系统常见疾病影像学 诊断 (672) |
| 第三章 心脏与大血管 (600) | 第七章 中枢神经系统 (678) |
| 第一节 X线检查 (600) | 第一节 颅脑影像检查技术 (678) |
| 第二节 CT检查 (607) | 第二节 颅脑正常影像学表现 ... (680) |
| 第三节 MRI检查 (609) | 第三节 颅脑基本病变影像表现 ... (682) |
| 第四节 心血管常见疾病诊断 ... (611) | 第四节 颅脑常见疾病影像诊断 ... (683) |
| 第四章 消化系统 (622) | 第五节 脊髓 (692) |
| 第一节 胃肠道检查技术 (622) | |
| 第二节 胃肠道正常影像学表现 ... (624) | |
| 第三节 胃肠道基本病变影像表现 (626) | |

第五篇 皮肤性病学

| | | | |
|--------------------------|-------|----------------------------|-------|
| 第一章 皮肤的结构 | (696) | 第五章 接触性皮炎 | (724) |
| 第一节 表皮 | (696) | 第六章 湿疹 | (726) |
| 第二节 真皮 | (698) | 第七章 荨麻疹 | (728) |
| 第三节 皮下脂肪组织 | (699) | 第八章 药物性皮炎 | (730) |
| 第四节 皮肤附属器 | (700) | 第九章 皮肤浅部真菌病 | (732) |
| 第五节 皮肤的神经、脉管和肌肉 | (701) | 第十章 病毒性皮肤病 | (735) |
| 第二章 皮肤的功能 | (703) | 第一节 单纯疱疹 | (735) |
| 第一节 皮肤的屏障功能 | (703) | 第二节 带状疱疹 | (735) |
| 第二节 皮肤的吸收功能 | (704) | 第三节 疣 | (737) |
| 第三节 皮肤的感觉功能 | (704) | 第四节 传染性软疣 | (738) |
| 第四节 皮肤的分泌和排泄功能 | (705) | 第十一章 脓疱疮 | (739) |
| 第五节 皮肤的体温调节功能 .. | (706) | 第十二章 疥疮 | (740) |
| 第六节 皮肤的代谢功能 | (706) | 第十三章 慢性单纯性苔藓 | (742) |
| 第七节 皮肤的免疫功能 | (707) | 第十四章 红斑鳞屑性皮肤病 | (743) |
| 第八节 皮肤的其他功能 | (707) | 第一节 多形红斑 | (743) |
| 第三章 皮肤性病的症状和诊断 .. | (709) | 第二节 银屑病 | (744) |
| 第一节 皮肤性病的症状 | (709) | 第三节 玫瑰糠疹 | (746) |
| 第二节 皮肤性病的诊断 | (710) | 第十五章 痤疮 | (748) |
| 第四章 皮肤性病的治疗 | (713) | 第十六章 性传播疾病 | (751) |
| 第一节 内用药物治疗法 | (713) | 第一节 梅毒 | (751) |
| 第二节 外用药物治疗法 | (718) | 第二节 淋病 | (754) |
| 第三节 物理疗法 | (720) | 第三节 生殖道衣原体感染 | (755) |
| 第四节 皮肤外科治疗 | (722) | 第四节 尖锐湿疣 | (756) |
| | | 第五节 生殖器疱疹 | (758) |
| | | 第六节 艾滋病 | (759) |

第六篇 传染病学

| | | | |
|-----------------------------|-------|--------------------------|-------|
| 第一章 总论 | (762) | 第七节 传染病的预防 | (776) |
| 第一节 感染与免疫 | (762) | 第二章 病毒感染性疾病 | (778) |
| 第二节 传染病的流行过程及影响因 素 | (766) | 第一节 病毒性肝炎 | (778) |
| 第三节 传染病的发病机制 | (768) | 第二节 脊髓灰质炎 | (796) |
| 第四节 传染病的特征 | (770) | 第三节 人禽流感 | (800) |
| 第五节 传染病的诊断 | (773) | 第四节 麻疹 | (804) |
| 第六节 传染病的治疗 | (775) | 第五节 肾综合征出血热 | (808) |
| | | 第六节 流行性乙型脑炎 | (817) |

| | | | |
|--------------------|-------|-------------------|-------|
| 第七节 狂犬病 | (822) | 第四章 螺旋体感染 | (867) |
| 第八节 艾滋病 | (826) | 第一节 钩端螺旋体病 | (867) |
| 第九节 传染性非典型肺炎 | (832) | 第二节 回归热 | (873) |
| 第三章 细菌感染性疾病 | (839) | 第三节 莱姆病 | (877) |
| 第一节 伤寒、副伤寒 | (839) | 第五章 原虫感染性疾病 | (881) |
| 第二节 霍乱 | (845) | 第一节 阿米巴病 | (881) |
| 第三节 细菌性痢疾 | (850) | 第二节 疟疾 | (888) |
| 第四节 炭疽 | (857) | 第六章 蠕虫感染 | (895) |
| 第五节 流行性脑脊髓膜炎 | (860) | 日本血吸虫病 | (895) |

第一篇 诊断学

绪 论

诊断学 (diagnostics) 是运用医学基本理论, 基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科, 是为医学生学完基础医学各门学科包括解剖学、组织胚胎学、生理学、生物化学、微生物学、病理生理学及病理解剖学等课程, 过渡到学习临床医学各学科而设立的一门必修课。其主要内容包括问诊、采集病史, 全面系统地掌握患者的症状, 并通过视诊、触诊、叩诊和听诊, 仔细了解患者所存在的体征, 并进行一些必要的检查, 如血液学检查、生物化学检查和病原学检查, 以及器械检查, 如: 心电图、X 线和超声等辅助检查, 来揭示或发现患者的整个临床表现。通过学习获取这些临床征象的方法, 掌握收集这些临床资料的基本功。应用所学过的基础医学理论, 阐明患者临床表现的病理生理学基础 (pathophysiological basis), 并提出可能性的诊断, 为学习临床医学各学科、临床见习与实习奠定基础。因此, 诊断学可以说是一座连接基础医学与临床医学的桥梁学科, 也是打开临床医学大门的一把钥匙。

(一) 诊断学的内容

1. 病史采集 (history taking) 即问诊, 是通过医生和患者进行提问与回答了解疾病发生与发展的过程。只要患者神志清晰, 无论在门诊或住院的场合下均可进行。许多疾病经过详细的病史采集, 配合系统的体格检查, 即可提出初步诊断 (primary diagnosis)。问诊要态度和蔼、尊重病人、注意技巧、取得病人的信任与配合, 要有条理和彻底。

2. 症状和体征 症状 (symptom) 是患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。如瘙痒、疼痛、胀闷、恶心和眩晕等, 这种异常感觉出现的早期, 临床上往往尚未能客观地查出, 但在问诊时则可由患者的陈述中获得。症状是病史的重要组成部分, 研究症状的发生、发展及演变, 对作出初步诊断或印象 (impression) 可发挥重要作用。体征 (sign) 是患者的体表或内部结构发生可察觉的改变, 如皮肤黄染、肝脾肿大、心脏杂音等。症状和体征可单独出现或同时存在, 体征对临床诊断的建立可发挥主导的作用。

3. 体格检查 (physical examination) 是医生用自己的感官或传统的辅助工具 (听诊器、叩诊锤、血压计、体温计等) 对患者进行系统的观察和检查, 揭示机体正常和异常征象的临床诊断方法。进行体格检查时应做到既不使患者感到不适, 又能获得准确结果, 以期尽早达到明确诊断的目的。

4. 实验室检查 (laboratory examination) 是通过物理、化学和生物学等实验室方法对患者的血液、体液、分泌物、排泄物、细胞取样和组织标本等进行检查, 从而获得病原学、病理形态学或器官功能等资料, 结合病史、临床症状和体征进行全面分析的诊断方法。当实验室检查结果和临床表现不符时, 应结合临床慎重考虑或进行必要的复查。实验室检查偶尔

阳性或数次阴性的结果,均不能作为肯定或否定临床诊断的依据。

5. 辅助检查(assistant examination) 如心电图、X线、超声、CT、磁共振和各种内镜检查,以及临床上常用的各种诊断操作技术等,这些辅助检查在临床上诊断疾病时,亦常发挥重要的作用。

(二) 诊断学的学习要领

医学生学习诊断学时,临床课程尚未开始授课,仅在学习病理生理学和病理解剖学时初步了解到某些疾病发生时的生理功能和病理形态的改变,或仅能应用一些病理生理基础知识对临床上出现的某些症状和体征作出一定的解释。因此,在这个最初阶段不应该也不可能要求医学生在学习诊断学时对临床上各种疾病作出准确而全面的诊断。诊断学的任务更主要的是指导学生如何接触病人,如何通过问诊确切而客观地了解病情,如何正确运用视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等物理检查(physical examination)方法来发现和收集患者的症状和体征,进而了解这些临床表现的病理生理学基础,以阐明哪些征象为正常生理表现,而哪些属于异常病态征象。联系这些异常征象的病理生理基础,通过反复推敲和分析思考,便可得到诊断疾病的某些线索,从而提出可能发生的疾病。

临床资料是诊断疾病的基础,病史、体征、化验和辅助检查结果的收集与正确判断至关重要。临床资料的获得最重要的是要亲自掌握和全面了解,某些局限于系统器官的疾病可有全身性的临床表现,而某些全身性的疾病也可反映出某些局限器官的临床征象,因此,学习诊断学需要掌握全面系统的体格检查,并结合病史分析才可能重要的线索。例如,问诊时患者诉头痛,那么需注意该症状是否由于工作紧张,睡眠不足所导致的大脑生理功能的紊乱,抑或由于颅内炎症或肿瘤等病变导致的颅内压力升高和脑水肿引起。或是由于各种病理因素引起的。又如视诊时发现患者皮肤黄染,那么可能会考虑到患者近期是否进食大量胡萝卜素含量较高的食物引起的生理性黄疸,或是由于胆道疾病所致的胆汁淤积性黄疸,或为肝病造成的肝性黄疸;抑或是溶血性疾病发生的溶血性黄疸。又如触诊时于右上腹触及包块,那么其可能是肿大的胆囊,也可能是来自肝脏的肿瘤。再如叩诊时发现患者两侧胸部均为清音,此系正常肺部的叩诊音。然而,如发现患者一侧下胸部叩诊浊音,则必须考虑是否存在肺实变、肺不张、胸腔积液或胸膜增厚的病理生理改变。此外,听诊时闻及患者两肺均为肺泡呼吸音,此为正常生理状态下的肺呼吸音。但如在某肺野听及支气管呼吸音,该体征除正常情况下可在气管和支气管区域闻及外,则应考虑到该区域有实变的可能。如于某肺野闻及湿啰音,则可能局部肺泡或支气管那有渗出液滞留,其病理生理基础多系支气管-肺炎症或有肺水肿存在等。总之,在问诊和体格检查过程中所发现的每个症状和体征,大多存在着正常生理性、功能性表现或异常病理生理改变的可能性,在综合分析和思考这些临床表现的过程中必然会涉及正常和异常的鉴别,也会涉及异常的临床征象间的初步鉴别诊断(differential diagnosis),最后提出可能的诊断。

必须强调,诊断学课程中所涉及的诊断,与临床医学各科对疾病的诊断有着一定的区别。例如内科学对疾病的诊断主要依据病因、临床表现、实验室检查和其他器械检查或特殊检查结果的特点,应用正确的临床思维进行综合、整理、分析和鉴别,最后提出比较符合患者客观征象的临床诊断。然而,如果要求尚未开始学习临床课程的医学生来掌握如诊断内科疾病一样来学习诊断学,那么,势必会造成脱离实际,不但诊断不了疾病,而且会影响

对物理检查和一般化验检查等基本技能和方法的掌握。因此,过多的增加有关有关临床各学科的内容于诊断学课程中,应予避免。临床医学专业三年级的学生,其试验诊断的教学内容应有别于检验医学专业主要是实验的临床应用,而不是检验技术方法的研究和改进。实验诊断的教学原则是让学生掌握概念性、普遍性和实用性的内容。因此,实验诊断教学的重点应使学生掌握实验选择的原则,实验结果的分析,以指导疾病的诊断;至于特殊性、复杂性和高精尖的内容可留待临床各科的教学和继续教育的过程中予以完成。

当前医学科学的飞速发展,突出表现在诊断领域高新技术的应用,如影像诊断方面有计算机体层扫描(CT)、仿真内镜、磁共振肠道造影、计算机放射摄影系统(computer radiography)、数字放射摄影系统(digital radiography)、三维彩色多普勒超声检查及正电子发射断层摄影术(positron emission tomography)等。这些新技术无疑会给我们作出诊断带来巨大的帮助,使我们能更及时、更准确地诊断疾病,从而制定出正确地治疗方案,极大地提高了临床诊断水平。然而,这些检查手段虽能提供更微观,更细致地病理改变图像,甚至可以作出病因学或病理学地决定性诊断,但基本的物理检查方法,如视诊时检查者视觉所能感受到的直观改变,触诊时检查者经触觉所获得的特殊信息,叩诊时所发现的叩诊音的改变,以及听诊时所闻及的杂音、啰音的真实音响等,尚难从上述的高新技术中如实地反映出来。另一方面,据有关研究认为目前大规模应用高、精、尖检查技术诊断疾病,虽能解决不少问题,但尚不能完全取代问诊、一般地物理检查和常规的实验室检查,更不能取代临床思维。因此,放弃了最基本地全面系统地体检和规范的思维程序去考虑和分析问题,不进行成本-效益(cost-effective)分析,盲目追求高新检查,这不仅会扰乱诊断思维,造成医疗资源的浪费,而且还可能使诊断陷入误区。所以,对医学生来说,学习诊断学既然是为了学习临床医学各课程诊断疾病奠定基础,那么,强调正确熟练地掌握物理诊断和常用一般化验地基本功是不容忽视和十分必要的。

从一个医学生到一个临诊时能提出初步诊断的临床医生,是需要经历许多临床实践才能逐步实现的。学习诊断学只是一个涉及临床医学课程的重要开端,或仅为步入学习临床学科的起点或前奏。必须明确临床医学为实践性极强的一门科学,不可能一次学习即可立即掌握和应用,需要经过长时间的反复实践和不断训练,必须由学习诊断学开始,直至担任见习医生和实习医生乃至住院医生的整个过程中,自始至终地不但反复和继续巩固。这样才能名副其实的使诊断学不仅成为奠定学习内科学,诊断内科疾病的基础,而且也是学习临床医学其他各专业课程的基础。

(三) 建立和完善正确的诊断思维

一个诊断的正确与否,关键还在于是否拥有正确的临床思维。目前,流行病学和循证医学(evidence-based medicine)已逐渐兴起,给传统的诊断学带来了新的变革。在医学迅猛发展,临床实践日新月异的今天,临床医生面临的问题是:如何从众多资料中有效地挑选出符合客观实际地证据,以作出合理的诊断。因此,如何掌握正确的诊断思维,并将其运用于临床诊断中,是医学生在学习诊断学时必须注意和开始锻炼的问题。

面临大量的临床资料,如何去粗取精、去伪存真地分析和思考问题,是每位临床医生所面临地严峻挑战。症状、体征、化验和特殊检查地结果是一不可分割的整体,不能只见树木不见森林,抓其一点不及其余,或只见现状不顾历史地去分析和判断问题,否则十有八九会

有错误。临床医生之所以要以临床为主,主要在于他所面临的是病人、环境、社会相互作用各动态变化的有机整体。如仅依据某种局部征象或某一检验或特殊检查的结果贸然作出诊断,往往就会顾此失彼,作出抓不住主要矛盾的局面。目前,一些发达国家已将系统评价(systematic review)的结果作为临床制定诊治指南的主要依据,即按照某特定病种的诊断、治疗方法,全面收集所有相关、可靠的随机对照试验(randomized controlled trials),并进行科学的定量合成或荟萃分析(meta-analysis),从而得出综合可靠的诊断或治疗结论。

正确的临床思维有时不是依靠独立思索而形成的,临床会诊、咨询、讨论等均可起到互相启发诱导和取长补短的作用。各级医生在临床实践中所掌握资料的深度、知识面的广度、分析问题的角度和临床实践的经历均有所差异,某些情况下他人的可能正是自己的疏忽所在。医学领域的范围很广,个人的毕生精力毕竟有限,精通只能是相对而言。特别是科技发展突飞猛进、信息数量成倍增长和专业分科越来越细的今天,专科医生的知识更新,更有赖于其他各科和各级医生间的相互渗透和相辅相成。

一个完整的诊断除需了解解剖学、功能学和影像学的诊断外,在条件许可的情况下要尽可能作出病理学、细胞学和病原学的诊断,否则将会造成治疗上的盲目性或延误病情。临床医生不能满足于或仅停留于临床诊断,亦不能将功能诊断和影像诊断来取代病理学和病原学诊断。只有紧紧把握住病理学和病原学诊断,才能使临床诊断更完善、更正确、更可靠,才能使病人得到及时而有效的治疗。

总之,临床医师在日常医疗实践工作中不断总结经验和吸取教训,不断纠正错误的临床思维,并促进正确临床思维的发展和形成。只有把在临床实践中的感性认识上升为理性认识,然后再指导于临床实践,这样周而复始、反复循环,才能使正确的诊断思维不断地建立和完善,才能把诊断的失误减少到最小的限度。

(四) 学习诊断学的要求

在诊断学的教学活动中,学生经常面向患者,因此,必须要求学生要耐心倾听患者的陈述,细心观察病情的变化,关心体贴患者的疾苦,取得患者的信任和配合,一切从患者的利益出发,全心全意为患者服务,做一个具有高尚医德修养的医务工作者。学习诊断学的基本要求如下:

(1) 能独立进行系统而有针对性的问诊,能较熟练掌握主诉、症状、体征间的内在联系和临床意义。

(2) 能以规范化手法进行系统、全面、重点、有序地体格检查。

(3) 熟悉血、尿、粪等常规项目,实验室检查地操作技术及常用临床检验的目的和临床意义。熟悉现代自动生化分析仪器地操作程序,了解实验结果对疾病地诊断意义。

(4) 掌握心电图机地操作程序,熟悉正常心电图及异常心电图地图像分析。能辨认心肌供血不足、心肌梗死、房室肥大、期前收缩、心房和心室颤动和传导阻滞等常见地心电图改变。

(5) 能将问诊和体格检查资料进行系统地整理,写出格式正确,文字通顺,表达清晰,字体规范,符合要求的完整病历和本教材所推荐的表格病历。

(6) 能根据病史、体格检查、实验室检查和辅助检查所提供的资料,进行分析提出诊断印象或初步诊断。

第一章 问 诊

第一节 问诊的重要性

问诊(inquiry)是医师通过对患者或相关人员的系统询问获取病史资料,经过综合分析而作出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集(history taking)的主要手段。病史的完整性和准确性对疾病的诊断和处理有很大的影响,因此问诊是每个临床医生必须掌握的基本功,解决病人诊断问题的大多数线索和依据即来源于病史采集所获取的资料。

通过问诊所获取的资料对了解疾病的发生、发展,诊治经过,既往健康状况和曾患疾病的情况及对目前所患疾病的诊断具有极其重要的意义,也为随后对病人进行的体格检查和各种诊断性检查的安排提供了最重要的基本资料。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就可能对某些患者提出准确的诊断。特别在某些疾病,或是在疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,体格检查、实验室检查、甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所得的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有相当一部分疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、癫痫、疟疾、胆道蛔虫症等。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细准确,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

采集病史是医生诊治患者的第一步,其重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系的最重要时机,正确的方法和良好的问诊技巧,使病人感到医生的亲切和可信,有信心与医生合作,这对诊治疾病也十分重要。问诊得到的资料不单用于本次疾病的诊断、治疗和护理,还是一种法律文书,作为医疗诉讼或者解决医疗纠纷的依据。

根据问诊时的临床情景和目的的不同,大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院病人所要求的全面系统的问诊。重点问诊则主要应用于急诊和门诊。前者的学习和掌握是后者的基础,初学者自然是从学习全面系统的问诊开始。

忽视问诊,必然使病史资料残缺不全。病情了解不够详细确切,往往造成临床工作中的漏诊或误诊,还会增加其他诊断的费用,造成治疗延误甚至误治,有时后果是严重或者不可挽救的。

问诊是体检和各种先进检查无法替代的,对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

问诊的重要性超出了问诊本身,理解、合作、依从性均由此产生。

第二节 问诊的内容

问诊内容的框架,对收集完整病史很有帮助。根据具体情况,在以下一些项目内部,适当调整顺序以利于问诊的进度是可以的。以下是全面系统的病史采集即住院病历所要求

的内容。

1. 一般项目 (general date) 包括:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是本人,则应注明与患者的关系。记录年龄时应填写实足年龄,不可用“儿”或“成”代替,因年龄本身也具有诊断参考意义。为避免问诊初始过于生硬,可将某些一般项目如职业、婚姻等放在个人史中穿插询问。

2. 主诉 (chief complaint) 为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及持续时间。确切的主诉可初步反应病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一、两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如果症状较复杂应结合整个病史归纳出能反应疾病特征的主诉。例如:咽痛、高热2天;活动后心慌气短2年,下肢水肿2周余;畏寒、发热、右胸痛、咳嗽3天;记录主诉要简明,应尽可能用病人自己描述的症状,而不是医生对患者的诊断用语,如“患糖尿病1年”或“心脏病2年”,而应记录“多饮、多食、多尿、消瘦1年”或者“心悸、气短2年”等。然而,病程较长、病情比较复杂的病例,由于症状、体征较多,或由于病人诉说太多,不容易简单地将病人所述的主要不适作为主诉,而应该结合整个病史,综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。有时对病情没有连续性的情况,可以灵活掌握,如“20年前发现心脏杂音,1个月来心悸、气短”。对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉。如“患白血病3年,经检验复发10天”,“2周前超声检查发现胆囊结石”。

3. 现病史 (history of present illness) 是病史中的主体部分,它记诉患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下的内容和程序询问。

(1) 起病情况与患病的时间:每种疾病的起病和发作都有各自的特点,详细询问起病的情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用。起病急与缓;起病相关因素如休息、睡眠、运动、情绪激动等;患病时间即起病至就诊或入院时间,根据起病时间长短区别不同情况可分别按年、月、日、时、分记录;多种症状应按发生时间顺序记录。例如脑栓塞起病急骤、肺结核疾病缓慢,脑血栓形成多发生在夜间睡眠过程中,而脑出血多在饮酒、情绪激动的状态下发生。先后出现几个症状,应按照时间顺序叙述,如发热、胸痛20日,呼吸困难10日,下肢水肿1日。从以上症状及发生的时间顺序可以看出是心脏病患者逐渐出现心力衰竭的发展过程。时间长短可按数年、数月、数日计算,发病急骤者可按小时、分钟为计时单位。

(2) 主要症状的特点:包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度,缓解或加剧的因素,了解这些特点对判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助。如上腹部痛多为胃、十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性腹痛则多为阑尾炎症,若为妇女还应考虑到卵巢或输卵管疾病;全腹痛则提示病变广泛或腹膜受累。对症状的性质也应作有鉴别意义的询问,如灼痛、绞痛、胀痛、隐痛以及症状为持续性或阵发性,发作及缓解的时间等。以消化性溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,可持续数日或数周,在几年之中可以表现为时而发作时而缓解,呈周期性发作或有一定季节性发病等特点。

(3) 病因与诱因:尽可能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、起居饮食失调等),有助于明确诊断与拟定治疗措施。如在睡眠中发病昏迷,如发生在年轻人或者全家集体发病,应想到是否有煤气中毒的可能性。

如果胸痛发生在快走或者骑车过程中,休息即可缓解,诊断心绞痛的可能性很大;如果高血压病人饮酒、情绪激动后突然出现头痛、呕吐、昏迷、肢体运动障碍等,则脑出血的可能性很大。患者对直接或近期的病因容易提出,当病因比较复杂或病程较长时,患者往往记不清说不明,也可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医生应进行科学的归纳和分析,不可不假思索地记入病历。

(4) 病情的变化与演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如肺结核合并肺气肿的患者,在衰弱、乏力、轻度呼吸困难的基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自发性气胸的可能。如肝硬化患者出现表情、行为异常等新症状,可能是早期肝性脑病的表现。手术卧床病人,既往健康,第一次下地或者去厕所后突发呼吸困难,甚至晕倒,应考虑到肺栓塞的可能性。

(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诊断的依据,或提示出现了并发症。如腹泻可能为多种病因的共同症状,单凭这一症状还不能诊断某病,如问明伴随的症状则诊断的方向会比较明朗。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;腹泻伴里急后重,结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。又如急性上腹痛,原因可以很多,若患者同时伴有恶心、呕吐、发热,特别是又出现了黄疸和休克,就应该考虑到急性胰腺炎或急性胆道感染的可能。反之,按一般规律在某一疾病应该出现的伴随症状而实际上没有出现时,也应将其记述于现病史中以备进一步观察,或作为诊断和鉴别诊断的重要参考资料,这种阴性表现有时称为阴性症状,这种阴性症状往往具有重要的鉴别诊断意义。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迹象,因为他们在明确诊断方面有时会起到很重要的作用。

(6) 诊治经过:患者于本次就诊前已经接受过其他医疗单位诊治时,则应询问已经接受过什么诊断措施及其结果;若已经接受治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考。但不可以用既往的诊断代替自己的诊断。

(7) 病程中的一般情况:在现病史的最后应该记述患者患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等。这部分内容对全面评估患者病情的轻重和预后以及采取什么辅助治疗措施十分有用,有时对鉴别诊断也能够提供重要的参考资料。

4. 既往史(past history) 包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病(包括各种传染病)、外伤手术、预防注射、过敏,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生过咽痛、游走性关节炎等;对肝肿大的患者,应了解过去是否有过黄疸;对慢性冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管意外的患者应询问过去是否有过高血压病。在记述既往史时应注意不要和现病史发生混淆,如目前所患肺炎则不应把数年前也患过肺炎的情况写入现病史;而对消化性溃疡患者,则可将历年发作情况记述于现病史中。此外,对居住或生活地区的主要传染病和地方病史,外伤、手术史,预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也应记录于既往史中。记录顺序一般按年月的先后排列。既往史中所患疾病可能一直持续到现在,如高血压、糖尿病、高脂血症等,但由于不是主诉的内容,一般放在既往史中陈述。

5. 系统回顾(review of systems) 系统回顾由很长的一系列直接提问组成,用以作为最后一遍搜集病史资料,避免问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的内容。它可以帮助医生在短时间内扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已