

基层卫生人员成人大专学历教育
全科思维创新型规划教材

● ZHENDUANXUE ●

供临床医学专业用

诊断学

主编 ● 黄 涛 马 喆 林晓英



军事医学科学出版社

基层卫生人员成人大专学历教育全科思维创新型规划教材
供临床医学专业用

诊 断 学

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

内 容 提 要

本书包括:问诊内容、方法及技巧,常见症状,体格检查,病历书写,实验诊断,心电图检查,影像诊断等内容。指导医学生采集病史,全面系统地掌握患者的症状;通过视诊、触诊、叩诊和听诊,对患者进行全面系统的体格检查,以便对患者作出初步诊断或提出进一步的诊断方法。实验诊断方面包括实验项目的选用原则、标本的采集、临床意义和结果评价方法。影像诊断方面包括X线、超声、CT图像的诊断方法和不同成像在疾病诊断中的价值,以便能正确选用。心电图检查方面在介绍心电图相关基本知识的基础上,结合具体图例对临床常见异常心电图进行了详尽的判读。本书中各章节集合了部分临床病例,对相关内容进行了详尽的解析。病例完全源于临床,配合病例完成了临床情景的模拟,强化了诊断学知识的临床综合应用,便于学生的深化理解。本书重点培养学生的基本操作,掌握临床技能,训练临床思维,为临床工作打下良好的基础。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学/黄涛,马喆,林晓英主编. -北京:军事医学科学出版社,2012.1
ISBN 978-7-80245-884-0

I. ①诊… II. ①黄… ②马… ③林… III. ①诊断学-成人高等教育-教材 IV. ①R44

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第261834号

策划编辑:盛立 责任编辑:吕连婷 责任印制:丁爱军

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:三河市双峰印刷装订有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:18

字数:440千字

版次:2012年10月第1版

印次:2012年10月第1次

定价:39.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

诊断学是我国高等医学院校学生的一门必修课,是从医学基础课过渡到临床课程的一门桥梁课,也是临床各课程的基础,是打开临床医学大门的一把钥匙。

预防疾病、诊断和治疗疾病是医生的本职,那么问病史、查体、选取合理的实验室和物理检查,进而把所获得的各种信息进行分析、判断,从而作出诊断,在这个基础上制订合理的、科学的、有效的治疗方案,同时观察、记录治疗的效果和可能出现的不良反应,这就是医生在临床工作中的基本思维程序和具体的医疗措施。教育培养医学生就应当紧密结合临床,把基本理论知识、基本技术和基本技能教给他们,使他们能够把“三基”应用到实践工作中,为患者解决实际问题,真正体现出实践是检验真理的唯一标准。本教材的编写坚持“贴近实际、关注需求、注重实践、突出特色”的基本原则,以现行的教学计划和教学大纲为纲领,密切结合国家助理执业医师资格考试的“考点”,采纳大量基层医生意见,重点培养学生的基本操作能力,掌握临床技能,训练临床思维,为临床工作打下良好的基础。本教材的特色如下:

1. 侧重于培养医学生具备当医生的能力,特别侧重于基层全科医生的培养。突出“实用、可读、易读、易操作”的特点,克服单纯课堂理论授课,改进并提倡结合临床实践进行授课,增强学生的感性认识和兴趣,提高他们的记忆和应用能力。把局部知识与整体观念结合起来,帮助医学生具备实践能力。

2. 突出关心、爱护患者,这也是作为医生的第一要求、基本素质。本书把关爱患者,与患者和家属沟通与交流的艺术、技巧列为医学教育和医学考试的首要环节和主要内容。重要的是在临床实践过程中教育和培养医学生具备人文医学、心理和伦理的整体素质。

3. 舍弃了大量的基础理论内容,以实践操作和临床应用为主,密切结合国家助理执业医师资格考试的“考点”,对考点涉及内容进行了详尽的剖析,并配以大量操作技能的图解,有助于医学生实践技能和临床思维的培养。

4. 配以部分临床病例,对相关内容进行了详尽的解析。病例完全源于临床,配合病例完成了临床情景的模拟,强化了诊断学知识的临床综合应用,便于学生的深化理解。

本书既可作为大专学历教育的教材,也适用于全科医师培训、助理执业医师资格考试培训,对临床各科医师、实习医师也是较好的参考手册。

在临床医疗和教学实践中,我们深感医学科学发展的日新月异,所以不免对一些新的进展有所遗漏。同时参与编写的人员来自不同的工作岗位,学术水平、临床经验不尽相同,不足与疏漏之处在所难免,恳请同道及专家不吝赐教与指正,有待于日后修改和补充。

编 者
2012 年 8 月

目 录

绪论.....	(1)
---------	-------

第一篇 问 诊

第一章 问诊的内容、方法和技巧	(5)
-----------------------	-------

第二章 常见症状.....	(11)
---------------	--------

第一节 发热	(11)
--------------	--------

第二节 胸痛	(16)
--------------	--------

第三节 水肿	(18)
--------------	--------

第四节 咳嗽与咯痰、咯血	(21)
--------------------	--------

第五节 呼吸困难	(23)
----------------	--------

第六节 恶心与呕吐	(25)
-----------------	--------

第七节 呕血和便血	(27)
-----------------	--------

第八节 黄疸	(31)
--------------	--------

第九节 腹痛	(33)
--------------	--------

第二篇 体格检查

第一章 基本检查法.....	(41)
----------------	--------

第一节 视诊	(41)
--------------	--------

第二节 触诊	(42)
--------------	--------

第三节 叩诊	(44)
--------------	--------

第四节 听诊	(46)
--------------	--------

第五节 嗅诊	(47)
--------------	--------

第二章 一般检查.....	(49)
---------------	--------

第一节 全身状况检查	(49)
------------------	--------

第二节 皮肤黏膜	(55)
第三节 淋巴结检查	(56)
第三章 头部检查	(60)
第四章 颈部检查	(67)
第五章 胸部检查	(71)
第一节 胸部的体表标志、划线及分区	(71)
第二节 胸壁、胸廓及乳房检查	(73)
第三节 肺脏和胸膜检查	(76)
第四节 心脏检查	(85)
第五节 外周血管检查	(98)
第六章 腹部检查	(100)
第一节 腹部的体表标志及分区	(100)
第二节 视诊	(102)
第三节 触诊	(103)
第四节 叩诊	(109)
第五节 听诊	(111)
第七章 脊柱、四肢关节、肛门检查	(114)
第八章 神经系统检查	(124)
第一节 脑神经检查	(124)
第二节 运动功能检查	(125)
第三节 感觉功能检查	(126)
第四节 神经反射检查	(126)
第五节 自主神经功能检查	(131)
第九章 全身体格检查	(134)
第一节 全身体格检查的基本要求	(134)
第二节 全身体格检查的基本项目	(135)

第三篇 病历书写

第一章 病历书写的基本规则和要求	(143)
------------------------	-------

第二章 病历书写的种类、格式与内容	(145)
-------------------------	-------

第四篇 实验诊断

第一章 临床血液学检测	(151)
-------------------	-------

第二章 血栓与止血检测	(158)
-------------------	-------

第三章 排泄物、分泌物及体液检测	(162)
------------------------	-------

第一节 尿液常规检查	(162)
------------------	-------

第二节 粪便常规检查	(165)
------------------	-------

第三节 脑脊液常规和生化检测	(166)
----------------------	-------

第四节 浆膜腔积液(胸水和腹水)检测	(169)
--------------------------	-------

第四章 临床生物化学检验	(172)
--------------------	-------

第一节 血糖及其代谢产物的检测	(172)
-----------------------	-------

第二节 血清脂质和脂蛋白检测	(174)
----------------------	-------

第三节 血清电解质	(175)
-----------------	-------

第四节 心肌坏死标志物	(178)
-------------------	-------

第五章 肝脏病常用检测方法	(182)
---------------------	-------

第六章 肾功能检查	(189)
-----------------	-------

第七章 肿瘤标志物检测	(194)
-------------------	-------

第五篇 心电图检查

第一章 心电图分析需掌握的基本知识和阅读技巧	(199)
------------------------------	-------

第二章 心室肥大	(204)
----------------	-------

第三章 心肌缺血与 ST-T 改变 (206)

第四章 心肌梗死..... (208)

第五章 心律失常..... (210)

第六篇 常见疾病的影像学表现

第一章 普通 X 线平片及消化道 X 线造影 (225)

第二章 消化系统部分疾病的 B 型超声检查 (257)

第三章 部分常见疾病的 CT 表现 (268)



绪 论

目标与任务

目标

1. 了解诊断学在临床医学中的重要地位与作用。
2. 了解诊断学的基本要求。
3. 熟悉诊断学的基本内容。

任务

1. 诊断与诊断学的基本概念。
2. 诊断学的基本内容: 常见症状、问诊、体格检查、实验室检查及心电图检查, 以及病历编写与诊断思维方法等。
3. 诊断学在临床医学中的重要性与作用。
4. 诊断学的基本要求。

诊断学 (diagnostics) 是运用医学基础理论、基础知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科, 是临床医学中最重要的基础学科, 是论述诊断疾病的基本理论和方法的一门课程。诊断学的任务是使学生熟悉或掌握诊断疾病的基础理论、基本知识与基本技能, 为学习临床各专业课程奠定基础。它作为基础医学与临床医学之间主要的桥梁, 成为学生从书本步入临床实践的第一步。诊断学重点培养作为医生所需的素质、基本技能、临床思维和交流技巧。因此, 诊断学也是临床医学教学的关键学科, 对诊断学的掌握程度直接关系到医学生乃至医务人员的临床综合思维能力和诊断水平。

一、诊断学的内容

1. 病史采集 即问诊, 是通过医生与患者进行提问和回答了解疾病发生与发展的过程。
2. 症状和体征

(1) 症状: ①患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉; ②患者主观感受到不适或痛苦的异常感觉或病态改变。

(2) 体征: ①患者的体表或内部结构发生可察觉的改变; ②医师或其他人能客观检查到的改变。

3. 体格检查 是医生用自己的感官或传统的辅助器具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。

4. 实验室检查 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。

5. 辅助检查 心电图、肺功能、各种内镜检查以及临床上常用的各种诊断操作技术。

二、诊断学的重要性和作用

诊断学是从医学基础课过渡到临床课程的一门桥梁课,也是临床各课程的基础。诊断学是为医学生在完成基础医学各门学科课程后,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。通过视诊、触诊、叩诊和听诊,仔细了解患者所存在的体征,并进行一些必要的实验室检查以及心电图、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。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,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,也是打开临床医学大门的一把钥匙。

三、学习诊断学的要求

诊断学的学习是贯穿一个医生职业生涯终生的,作为一个具有高尚医德修养,高超医学技艺的医务工作者必须掌握诊断技艺,不断提高诊断水平。学习诊断学的具体要求如下:

1. 面向患者,结合实际 诊断学要求是密切接触患者,认真听取患者患病经过;仔细检查患者,搜集患者存在的所有病症,尽快和尽可能准确地作出诊断,以便尽早采取治疗措施以减轻患者痛苦与改善患者的预后。在进行实验室检查和其他器械检查时,也要从患者病情实际出发,选择适当项目,不可进行撒网式的盲目检查。对检查结果要结合患者实际进行分析,避免误差。

2. 在为患者服务中学习,在学习中学为患者服务 在询问病史、进行体格检查时,有时不为患者所理解,配合不好,检查难以进行。这就要求医生对患者的态度要亲切和蔼,体贴患者的疾苦,多为患者着想,并在为患者服务中进一步了解病情,了解其心理和精神状态,加深对疾病的认识。

3. 细心观察,熟练操作技术 细心观察患者是了解病情的第一步,患者的精神状态、面容、表情、声音、姿势等都应仔细观察,甚至患者大、小便的颜色、性状、气味,都要认真观察,以发现病情的细微变化。体格检查时,操作技能熟练与否,是能否发现体征的关键。临床操作技术必须反复练习,掌握要领,动作规范,才有助于发现比较隐蔽的疾病征候。学习者必须努力使自己的检查技艺达到精确、娴熟,才能作出合理的诊断。

4. 全面分析,辩证思维 由于诊断疾病是一个复杂的过程,疾病的临床表现错综复杂,变化多样,搜集到的病史、体征和其他各项检查结果往往很不一致。因此,必须全面分析,将繁杂的资料进行归纳,运用辩证思维,撇开假象,抓住本质,才能作出正确诊断。

5. 打好基础,贯彻始终 诊断学是跨学科的临床医学,是临床各科的共同基础。必须明确,临床医学是实践性极强的一门科学,不可能一次学习就立即掌握和应用,需要经过长时间的反复实践和不断训练,即使学完《诊断学》,也只是打下以后学习临床各科的基础。在以后的临床各科中,都贯穿着诊断学的内容,仍然需要认真学习,将诊断学的学习贯彻于临床各科的始终,在临床实践中还要反复学习、反复实践,才能真正领悟和掌握诊断学的精髓。

第一篇

问 诊



第一章 问诊的内容、方法和技巧

目标与任务

目标

1. 掌握问诊的内容、方法及注意事项。
2. 了解问诊的重要性及在诊断疾病中的重要作用:问诊是了解病情及疾病全过程的最好方法。
3. 了解特殊情况的问诊技巧。

任务

1. 问诊的重要性。
2. 问诊的方法及注意事项。
3. 问诊的内容:一般项目、主诉、现在史、既往史、系统回顾、个人史、婚姻史、月经史、生育史、家族史。
4. 特殊情况的问诊技巧。

问诊(inquiry)是医生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。问诊是最基本的诊法,是每个临床医生必须掌握的基本功。获取病史资料的过程又称病史采集(history taking)。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纽带。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,对诊断具有极其重要的意义,也为随后对患者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、问诊的内容

根据临床情况和目的不同,问诊大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院患者所要求的全面系统的问诊,后者则主要应用于急诊和门诊。问诊的具体内容包括:一般项目、主诉、现在史、既往史、系统回顾、个人史、婚姻史、月经史、生育史、家族史。

1. 一般项目(general data) 包括姓名、性别、年龄、民族、籍贯、出生地、婚姻、通讯地址(电话号码)、工作单位、职业、入院日期、记录日期、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。

2. 主诉(chief complain) 主诉为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉常可初步反映病情轻重与缓急,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“咽痛、高热2天”,“畏寒、发热、咳嗽、右胸痛3天”,“活动后心慌气短2年,下肢水肿2周余”。

(疾病部位、病变性质与自发病至就诊的时间)(部位、性质、时间)称为主诉三要素。

3. 现病史(history of present illness) 现病史是病史中的主体部分,它记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下程序和内容询问。

(1)起病情况与患病时间:每种疾病的起病或发作都有各自的特点,详细询问起病情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用。有的疾病起病急骤,如脑栓塞、急性心绞痛和急性胃肠穿孔等;有的疾病则起病缓慢,如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。

疾病的起病常与某些因素有关,如脑血栓形成常发生于睡眠时;脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张状态时。

患病时间是指起病到就诊或入院的时间。如先后出现几个症状则需追溯到首发症状的时间,并按时间顺序询问整个病史,然后分别记录,如心悸3个月,劳累后呼吸困难2周,下肢水肿3天。

(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。

(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。

(4)病情的发展与演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

(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胃肠炎;腹泻伴里急后重,结合季节更容易考虑到痢疾。

(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何种诊断、治疗措施及其结果;若已进行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。但不可以盲目地用既往的诊断代替自己的诊断。

(7)病程中的一般情况:现病史的最后应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。

4. 既往史(past history) 既往史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,特别是与现病有密切关系的疾病。

5. 系统回顾(review of systems) 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。内容包括呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、造血系统、内分泌系统及代谢、神经系统、肌肉骨骼系统等全身各系统症状。实际应用时,可在每个系统询问2~4个症状,如有阳性结果,再全面深入地询问该系统的症状,如为阴性,一般说可以过渡到下一个系统。根据不同患者,可做适当变通调整。

6. 个人史(personal history)

(1)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:包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。

(3)习惯与嗜好:起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟、酒嗜好时间与摄入量,以及其



他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

(4) 冶游史:有无不洁性交,是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

7. 婚姻史(marital history) 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。

8. 月经史(menstrual history)和生育史(childbearing history) 月经初潮的年龄、月经周期和经期天数,经血的量和颜色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄。记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间或绝经年龄。

例:14 $\frac{3 \sim 6 \text{ 天}}{28 \sim 30 \text{ 天}}$ 2001 年 6 月 8 日(或 50 岁)

妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、围产期感染及计划生育状况等。对男性患者也应询问是否患过影响生育的疾病。

9. 家族史(family history) 询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病。

(二) 问诊的方法

1. 问诊开始 医生应主动创造一种宽松和谐的环境,以解除患者的不安心情。应采取主动,一般从礼节性的交谈开始,可先作自我介绍(佩戴胸牌是很好的自我介绍的方式),讲明自己的职责。使用恰当的语言或肢体语言表示愿意为解除患者的病痛和满足他的要求尽自己所能,这样会很快缩短医患之间的距离。

2. 一般性提问 常用于问诊之初,可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。这种提问应该在现病史、过去史、个人史等每一部分开始时使用。如:“您今天来,哪里不舒服?”待获得一些信息后,再着重询问一些重点问题。

3. 患者陈述 尽可能让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受,只有患者的亲身感受和病情变化的实际过程才能为诊断提供客观的依据。

4. 直接提问 用于收集一些特定的有关细节及追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。如“扁桃体切除时你几岁?”“您何时开始腹痛的呢?”,获得的信息更有针对性。

5. 直接选择提问 要求患者回答“是”或“不是”,或者对提供的选择作出回答,如“你曾有过严重的头痛吗?”“你的疼痛是锐痛还是钝痛?”为了系统有效地获得准确的资料,询问者应根据具体情况采用不同类型的提问,遵循从一般提问到直接提问的原则。

6. 使用过渡语言 即向患者说明将要讨论的新话题及其理由,使患者不会困惑你为什么改变话题以及为什么要询问这些情况。如过渡到家族史之前可说明有些疾病有遗传倾向或在一个家庭中更容易患病,因此我们需要了解这些情况。

7. 核实患者提供的信息 为了收集到尽可能准确的病史,有时医生要引证核实患者提供的信息。如患者用了诊断术语,医生应通过询问当时的症状和检查等以核实资料是否可靠。

8. 归纳小结 可以达到以下目的:①唤起医生自己的记忆和理顺思路,以免忘记要问的问题;②让患者知道医生如何理解他的病史;③提供机会核实患者所述病情。

9. 询问患者的经济情况及精神支持 医生应该关心患者有无来自家庭和工作单位经济和精神上的支持。有时应鼓励患者设法寻找经济和精神上的支持和帮助,以及介绍一些能帮



助患者的个人或团体。

10. 了解患者就诊的确切目的和要求 有时患者被询问病情时一直处于被动的局面,实际上他可能还有其他目的,如咨询某些医学问题、需要长期用药、需要与医生建立长期关系等。在某些情况下,咨询和教育患者是治疗成功的关键,甚至本身就是就诊的目标。医生应判断患者最感兴趣的、想要知道的及每一次可理解的信息量,从而为他提供适当的信息或指导。

11. 问诊结束 应感谢患者的合作、说明下一步对患者的要求、接下来做什么、下次就诊时间或随访计划等。

(三) 问诊的技巧和注意事项

1. 仪表、礼节和举止 端庄的仪表、必要的礼节和友善的举止,有助于发展与患者的和谐关系,使患者感到温暖亲切,能获得患者的信任以致谈出原想隐瞒的敏感事情。适当的时候应微笑或赞许地点头示意。

2. 注意保护患者隐私 最好不要当着陌生人开始问诊。如果患者要求家属在场,医生可以同意。

3. 危重患者采用重点问诊 对危重患者,在扼要的询问及重点的体格检查之后,应迅速进行抢救。待病情稳定后,再做详细的补充问诊。

4. 适当地打断 只有在患者的陈述离病情太远时,才需要根据陈述的主要线索灵活地把话题转回,切不可生硬地打断患者的叙述,甚至用医生自己主观的推测去取代患者的亲身感受。

5. 避免不正确的提问 不正确的提问可能得到错误的信息或遗漏有关的资料,以下各种提问应予避免。①诱导性提问或暗示性提问:在措词上已暗示了期望的答案,使患者易于默认或附和医生的诱问,如:“你的胸痛放射至左手,对吗?”“用这种药物后病情好多了吧?”;②责难性提问:常使患者产生防御心理,如:“你为什么吃那样脏的食物呢?”;③连续提问:连续提出一系列问题,可能造成患者对要回答的问题混淆不清,如:“饭后痛得怎么样?和饭前不同吗?是锐痛,还是钝痛?”。

6. 提问时要注意系统性和目的性 杂乱无章的重复提问会降低患者对医生的信心和期望。

7. 避免使用医学术语 在选择问诊的用语和判断患者的叙述时应注意,不同文化背景的患者对各种医学词汇的理解有较大的差异。与患者交谈,必须用常人易懂的词语代替难懂的医学术语。

8. 恰当地评价、赞扬与鼓励 恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言,可促使患者与医生的合作,使患者受到鼓舞而积极提供信息。

(四) 特殊情况的问诊技巧

1. 缄默与忧伤 有时患者缄默不语,甚至不主动叙述其病史,并不意味着患者没有求医动机和内心体验,它可能是由于疾病使患者对治疗丧失信心或感到绝望所致。对此,医生应注意观察患者的表情、目光和躯体姿势,为可能的诊断提供线索;另一方面,也要以尊重的态度,耐心地向患者表明医师理解其痛苦并通过言语和恰当的躯体语言给患者以信任感,鼓励其客观地叙述其病史。有时医生所提的问题触及到患者的敏感方面而使其伤心;也可能由于问题未切中要害或批评性的提问使患者沉默或不悦;或因医生用过多、过快的直接提问,使患者惶惑而被动,对这些都应及时察觉,予以避免。如患者因生病而伤心或哭泣、情绪低落,医生应予安