

十二所高等医学院校协编教材

诊断学

主编 魏太星 邓长生 吕联煌

河南科学技术出版社

十二所高等医学院校协编教材

诊 断 学

主 编 魏太星 邓长生 吕联煌

编 委 (以姓氏笔画为序)

王丕荣 邓长生 叶楚俊 吕联煌 朱宜莲 朱赏照
阮琬玉 陈秀英 董义光 彭启灿 谭维中 魏太星

B072/19

河南科学技术出版社



B 100950

十二所高等医学院校协编教材
诊 断 学

主 编 魏太星 邓长生 吕联煌
责任编辑 李娜娜

河南科学技术出版社出版发行
河南许昌第一印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 31.25印张 805千字 插页6页
1990年6月第1版 1990年6月第1次印刷
印数 1—14510册

ISBN7-5349-0651-2/R·651

定价:14.80元

前 言

《诊断学》是培养临床医生的重要课程，是将基础医学的理论知识应用到临床各科的临床基础课。为适应我国社会主义现代化建设的需要，加强医学基础理论、基本知识和基本技能的训练，十二所高等医学院校根据各自业务专长和学术优势组织有关专家、教授，按照全国高等医学院校《诊断学教学大纲》的要求，充分发挥集体智慧，编写了这本适用于五年制医学本科生学习用的《诊断学》教材。

在编写过程中，我们充分注意到内容的先进性、科学性、系统性和实用性，目的在于使学生学习之后，既能掌握诊断学的基本理论，又能对最新的诊断技术有所了解，以便今后临床上应用。为此，那些只要求学生一般了解的内容，用小字排印，使之与必须掌握的内容区别开，以便做到重点突出，便于学习。

本教材按由浅入深的顺序进行编写，如“常见症状”一章，主要是使学生了解一些临床常见的症状，使其结合基础医学所学，能够考虑到这些症状发生的原因与临床表现，供询问病史时参考。因此，关于机理的进一步探讨，就不作为重点叙述。目前实验室检查的项目很多，我们重点要求的还是血、尿、粪等常规检查。但其他检查，也是很重要的临床诊断依据，所以我们仍作了必要的叙述。为使提高学生检查结果的判断能力，将有些检查方法用小字排印，供全面了解，以利于学生的学习和将来工作的开展。有些器械检查，如心电图及超声检查等，目前已在基层医院普及，而一般基础医学教学中大多未作介绍，因此，我们也作了比较详细的叙述。

诊断疾病的基本技术、思维方法和病历的书写，是《诊断学》学习的重要内容，本书编有病历记录格式及住院病历范例，供学习时参考。对《诊断学》的专业名词和其他医学术语的外文原名，本书也适当地加以注明，以便学生在学习《诊断学》的同时，加强专业外语的学习。外文人名等，均仍用原文名，并根据《英汉医学词汇》的中译名，在首次出现时，注于其后的括号内。本书计量单位，均采用法定计量单位（参考附录二、三、四）。

本教材内容安排，课堂讲授76学时，实习81学时，共157学时。教师可以根据教学的实际情况，对教材内容和顺序做适当的调整。

由于编写时间仓促，加上我们的水平有限，书中的不足乃至错误之处，在所难免，诚恳地希望广大读者和专家惠予指正，以便再版时修订。

《诊断学》编写委员会

一九八九年八月

目 录

绪 论

第一篇 问诊及常见症状

第一章 问诊	(1)
第一节 问诊的重要性与问诊方法	(1)
第二节 问诊内容	(2)
第二章 常见症状	(6)
第一节 发热	(6)
第二节 胸痛	(8)
第三节 腹痛	(9)
第四节 呼吸困难	(11)
第五节 咳嗽与咳痰	(12)
第六节 咯血	(14)
第七节 消化道出血	(16)
第八节 水肿	(18)
第九节 意识障碍	(20)

第二篇 检体诊断

第一章 基本检查法	(22)
第一节 望诊	(22)
第二节 触诊	(23)
第三节 叩诊	(24)
第四节 听诊	(26)
第五节 嗅诊	(27)
第二章 一般检查	(27)
第一节 全身状态检查	(28)
第二节 皮肤	(32)
第三节 淋巴结	(35)
第三章 头部及其器官的检查	(37)
第一节 头颅	(37)
第二节 眼	(38)
第三节 耳	(40)
第四节 鼻	(41)
第五节 口	(41)
第六节 腮腺	(43)

第四章 颈部检查	(44)
第五章 胸部检查	(46)
第一节 胸部体表标志与分区	(46)
第二节 胸壁、胸廓与乳房	(48)
第三节 肺与胸膜	(49)
第四节 呼吸系统常见疾病的主要症状与体征	(59)
第五节 心脏	(61)
第六节 血管与血压	(77)
第七节 常见心血管疾病的主要症状与体征	(82)
第六章 腹部检查	(87)
第一节 腹部体表标志与分区	(87)
第二节 望诊	(88)
第三节 触诊	(91)
第四节 叩诊	(97)
第五节 听诊	(99)
第六节 腹部常见疾病的主要症状与体征	(100)
第七章 生殖器、肛门及直肠检查	(104)
第一节 男性生殖器	(104)
第二节 女性生殖器	(106)
第三节 肛门与直肠	(106)
第八章 脊柱及四肢检查	(107)
第一节 脊柱	(107)
第二节 四肢	(108)
第九章 神经系统检查	(111)
第一节 脑神经检查	(111)
第二节 运动功能检查	(114)
第三节 感觉功能检查	(118)
第四节 神经反射检查	(119)
第五节 植物神经功能检查	(124)
第六节 神经系统常见疾病的主要症状与体征	(126)

第三篇 实验诊断

第一章 血液检查	(128)
第一节 血红蛋白测定	(128)
第二节 红细胞计数	(131)
第三节 白细胞计数	(133)
第四节 白细胞分类	(134)
第五节 白细胞形态学改变	(137)
第六节 红细胞形态学检查	(139)
第七节 网织红细胞计数	(141)
第八节 红细胞压积测定	(142)

第九节 红细胞直径测量	(143)
第十节 红细胞平均指数的计算	(144)
第十一节 溶血性贫血常用的实验室检查	(146)
第十二节 红细胞沉降率	(150)
第十三节 血型鉴定与配血试验	(152)
第二章 骨髓细胞学检查	(159)
第一节 骨髓细胞学检查的临床应用	(159)
第二节 血细胞发育规律和形态	(160)
第三节 骨髓细胞学检查法及结果分析	(165)
第四节 常用血细胞化学染色	(170)
第五节 常见血液病的血液学特点	(178)
第三章 止血与凝血障碍检查	(185)
第一节 止血、凝血与抗凝血机理	(185)
第二节 止血与凝血障碍检查	(190)
第三节 播散性血管内凝血的实验室检查	(197)
第四章 尿液检查	(200)
第一节 标本的收集与保存	(200)
第二节 一般性状检查	(200)
第三节 化学检查	(202)
第四节 显微镜检查	(207)
第五节 细菌学检查	(211)
第五章 肾功能试验	(212)
第一节 肾小球滤过功能	(212)
第二节 肾血流量测定	(217)
第三节 肾小管功能试验	(218)
第四节 酸碱平衡功能试验	(222)
第五节 肾小管性酸中毒诊断试验	(224)
第六章 妊娠诊断试验和精液、前列腺液检查	(225)
第一节 妊娠诊断试验	(225)
第二节 精液检查	(228)
第三节 前列腺液检查	(230)
第七章 肝脏疾病常用的实验室检查	(231)
第一节 胆红素代谢功能试验	(231)
第二节 蛋白质代谢功能试验	(235)
第三节 糖代谢功能试验	(239)
第四节 脂肪代谢功能试验	(240)
第五节 肝脏染料排泄功能试验	(241)
第六节 临床酶学检查	(242)
第七节 乙型肝炎的免疫学检查	(247)
第八节 血清甲胎蛋白测定	(249)

第九节	肝功能试验的选择和应用	(251)
第八章	粪便检查	(252)
第一节	标本采集及一般性状检查	(252)
第二节	化学检查	(254)
第三节	显微镜检查	(254)
第四节	细菌学检查	(257)
第九章	胃液及十二指肠引流液检查	(258)
第一节	胃液检查	(258)
第二节	十二指肠引流液检查	(261)
第十章	痰液检查	(264)
第一节	标本采集及一般性状检查	(264)
第二节	显微镜检查	(265)
第三节	细菌学检查	(267)
第十一章	脑脊液检查	(267)
第一节	标本采集及一般性状检查	(268)
第二节	化学检查	(268)
第三节	细胞学及细菌学检查	(270)
第十二章	浆膜腔穿刺液检查	(272)
第一节	标本采集及一般性状检查	(272)
第二节	化学检查	(273)
第三节	显微镜及细菌学检查	(274)
第四节	漏出液与渗出液的鉴别及其临床意义	(275)
第十三章	免疫学检查	(276)
第一节	临床血清学检查	(276)
第二节	免疫功能检查	(281)
第十四章	常用临床生物化学检查	(286)
第一节	血清钾测定	(286)
第二节	血清钠测定	(286)
第三节	血清氯化物测定	(287)
第四节	血清钙测定	(288)
第五节	血清无机磷测定	(288)
第六节	血清铁测定	(289)
第七节	血总胆固醇测定	(289)
第八节	血清甘油三酯测定	(290)
第九节	血清 β -脂蛋白测定	(290)
第十节	血清肌酸磷酸激酶测定	(291)
第十一节	血清乳酸脱氢酶测定	(292)
第十二节	尿内儿茶酚胺及其代谢产物“VMA”测定	(293)
第十三节	尿内17-羟皮质类固醇及17-酮类固醇测定	(294)

第四篇 器械检查

第一章 心电图检查	(296)
第一节 概述	(296)
第二节 导联	(298)
第三节 心电图产生的基本原理	(301)
第四节 正常心电图各波、段的形成及其正常值	(303)
第五节 心电轴、心电位及钟向转位	(307)
第六节 心电图的测量与分析	(311)
第七节 心律失常	(314)
第八节 房室肥大	(333)
第九节 心肌梗塞及慢性冠状动脉供血不足	(337)
第十节 药物、电解质对心电图的影响	(348)
第二章 心电向量图检查	(351)
第一节 概述	(351)
第二节 心电向量图的导联系统	(353)
第三节 心电向量图的测定与分析	(353)
第四节 正常心电向量图	(354)
第五节 常见的异常心电向量图	(356)
第三章 超声检查	(361)
第一节 超声诊断的基本原理	(361)
第二节 超声诊断法的种类与特点	(363)
第三节 超声诊断的临床应用	(365)
第四节 超声心动图	(370)
第四章 心音图、心尖搏动图与颈动脉搏动图检查	(378)
第一节 心音图检查	(378)
第二节 心尖搏动图检查	(382)
第三节 颈动脉搏动图检查	(383)
第五章 肺呼吸功能测验	(384)
第一节 肺容量	(384)
第二节 通气功能	(385)
第三节 换气功能	(388)
第四节 血气分析	(389)
第五节 呼吸力学	(389)
第六节 肺呼吸功能测验的临床估价	(390)
第六章 纤维内镜检查	(391)
第一节 纤维支气管镜检查	(391)
第二节 纤维胃镜检查	(392)
第三节 纤维结肠镜检查	(393)
第四节 纤维腹腔镜检查	(394)

第五篇 诊断方法与病历书写

第一章 诊断步骤与思维方法	(396)
第二章 病历书写	(399)
第一节 病历书写的基本要求	(400)
第二节 病历书写的内容与格式	(400)
〔附〕 住院病历范例	(403)
附录一 临床常用诊疗技术	(408)
一、静脉穿刺术	(408)
二、静脉压测定	(408)
三、中心静脉压测定	(409)
四、动脉穿刺术	(410)
五、胸腔穿刺术	(411)
六、心包穿刺术	(412)
七、腹腔穿刺术	(412)
八、肝脓肿穿刺术	(413)
九、肝活体组织穿刺术	(414)
十、胃液采集及洗胃术	(416)
十一、十二指肠液引流术	(417)
十二、乙状结肠镜检查术	(418)
十三、腹膜后充气造影术	(419)
十四、三腔管压迫止血术	(419)
十五、腰椎穿刺术	(420)
十六、骨髓穿刺术	(421)
十七、淋巴结穿刺术	(423)
十八、导尿术	(423)
附录二 人体检验新旧单位参考值对照表	(425)
附录三 $\text{cmH}_2\text{O} \rightarrow \text{kPa}$ 速见表	(486)
附录四 $\text{mmHg} \rightarrow \text{kPa}$ 速见表	(487)

第一篇 问诊及常见症状

第一章 问 诊

第一节 问诊的重要性与问诊方法

一、问诊的重要性

问诊(inquisition)即询问病史。系通过与病人或知道病情的人交谈,详细地了解疾病发生、发展的全过程,经过分析、推理而作出临床判断的一种诊法。把了解到的情况,经过过去粗取精,去伪存真,系统地整理编排后,再按一定的格式记录下来,就是病史。

在医疗实践中,为了准确地诊断疾病,常需采用多种方法和进行多方面的检查,如体格检查、实验室检查以及各种针对性更强的特异检查等,以获得诊断疾病的依据。随着现代医学的迅速发展,新的诊断技术不断出现,精密仪器和新的实验方法越来越广泛地被应用于临床,使疾病的诊断水平有了明显提高。但是,详细的询问病史仍然是诊断疾病最基本和最重要的方法之一,它的作用有时是任何检查方法所不能取代的。实践证明,一个有丰富医学知识和临床经验的医生,通过正确而详尽的询问病史,就能对不少疾病作出初步的诊断,如消化性溃疡、慢性支气管炎、肺结核、间日疟、癫痫等。某些疾病或在疾病的早期,病人可能仅有自觉症状而缺乏客观体征。这时,通过体格检查、实验室检查、甚至器械检查都得不到诊断根据,而详细全面地询问病史却常可获得诊断线索,例如心绞痛、胆道蛔虫症就是这样。对疑难复杂的病人,通过深入细致的问诊,可以从中得到启发,不仅可为医生提示作诊断的思考方向和范围,也可为进一步选择检查项目提供线索,从而获得诊断和治疗的依据。相反,如不重视问诊,病史内容不全,资料不确切,常常是造成漏诊或误诊的主要原因,贻误治疗,给病人带来危害。

问诊是采集病史的手段,也是诊断疾病时首先进行的步骤。采集的病史是否详尽、确切,很大程度上取决于问诊的态度和方法。因此,必须认真学习,反复实践,才能正确地掌握。

二、问诊方法

(一)亲切询问,专心倾听病人的陈述 问诊时,医生对病人的态度要亲切、和蔼、同情和耐心,专心注意地听取病人的陈述,使病人感到医生确是关心他的疾病,从而愿意把病情讲清讲全。

(二)启发引导,避免暗示性提问 开始与病人交谈时,应先提些一般性简单易答的问题,如“你感到哪里不舒服?得病多久了?请你把起病到现在的详细病情告诉我好吗?”等,随即耐心静听并作重点扼要记录,要尽量让病人陈述自己的疾病经过,一般不随便插话提问,以免打断病人的思路。有时为了充实或确定病人所述的材料,也可插问几句。当病人的陈述离题太远时,应根据病人谈出的病情主要线索,灵活地提出问题,引导病人将话题转回。若病人的陈述抓不住重点或过于简单时,应耐心地启发、帮助病人思考和回忆与疾病有关的重要情况,以提供有助于诊断的正确资料。但应避免带暗示性的提问,如“你是不是下

午发热？夜间是不是还有盗汗？”等，这样很容易使病人在不甚解其意的情况下顺口称是，致使病史失真；另外，还应避免强迫性的提问，不可故意诱导或迫使病人供给符合医生主观印象所需要的材料，例如“你头痛时是否伴有呕吐？”、“你在上腹痛时是否同时向右肩放射？”，而应问“你头痛时还有哪里不舒服？”、“你腹痛时还有哪里痛吗？”等。还应尽量避免采用一问一答的审问式提问，以免影响病史的真实性。

（三）重点深入，注意鉴别诊断 待病人把话讲完之后，抓住其最痛苦的重点症状进行深入地询问，详细了解每个主要症状出现的时间及演变情况，对可能产生这一症状的各种疾病，均应结合其临床特点一一询问，以进行初步的鉴别。其他有不清楚或遗漏的地方，应加以补充询问。对可疑的材料，也要经过必要的核实和进一步询问，注意病人隐讳或夸大病情的倾向。

（四）边问边想，分清主次 在问诊过程中，要不断地思考、分析，对病人所述的症状要纵横联系，探索其间的关系，分辨哪些是主要的，哪些是次要的，哪些是与现病无关的，病变可能在哪个或哪几个系统？能否将某些疾病除外，某些疾病需要保留等。

（五）先问后查，查问结合 问诊一般是在体格检查前进行，但在体格检查时或以后的诊治过程中，在发现某些阳性体征的启发下，则须围绕此体征作进一步的病史询问。

（六）病史整理，确切完整 病史绝不单纯是病人口述的简单记录，医生应根据病人所述加以归纳、整理和分析，使之层次分明、条理清楚，按时间顺序与规范的格式书写成完整、系统、简明扼要的病史记录。

（七）注意事项

1. 对危重病人，在简单扼要地询问病史和重点检查后，要立即进行抢救，待病情好转后，再作全面的补充问诊，以免延误治疗。

2. 问诊时，语言要通俗易懂，避免使用病人不易理解的医学术语，如“里急后重”、“休克”、“发绀”、“谵妄”等，以免病人因不理解而错答。还要避免对病人有不良刺激的语言和表现。

3. 问诊时，应尽可能询问患者本人，因为病人自己对疾病的经过最了解，体会最深，最为可靠。如遇重病、意识不清、小儿等不能亲自陈述者，则可向其亲人或了解病情的人询问病史。待病人病情好转或意识清醒后，再直接询问病人加以补充，从而保证病史的可靠性。

4. 当病人述及曾患过某种疾病时，应进一步将其主要病情的特点询问清楚，以推测其是否正确。如认为该诊断缺乏可靠性，则在记录时可将该病名冠以引号。

5. 对病史中有关病人隐私方面的某些资料，应为其保密，不得随意外传。

6. 在现病史大致问完后，应按顺序再了解既往史、个人史等有关内容。

7. 对病人带来的其他医疗单位的病情介绍，应当给予足够的重视，但只能作为参考材料，应以亲自询问的病史及检查结果作为主要的诊断依据。

第二节 问诊内容

问诊内容也就是完整病历所要求的内容，按常规记录顺序如下：

一、一般项目 (general data)

包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、职业（详填工作种类）、现住址、入院日期、病史采取及记录日期、病史叙述者及可靠程度等。年龄要写实足年龄，不得用“儿”或

“成”来代替。在急重患者的入院或就诊日期后面应注明时间。若病史叙述者并非病人自己,则应注明代述者与病人的关系和联系地址。这些项目虽然繁多,但都与疾病有一定关系,必须仔细询问,如实记录。

二、主诉(chief complaints)

主诉是指病人感到最痛苦、最明显的主要症状或体征及其持续时间,也就是迫使病人就诊的主要原因,如症状性质有特征者,也应记入。记录主诉时文字要简明扼要,通常只用一、两句话来表达。如“发热、头痛一天”;“阵发性上腹痛二天”。若主诉包括前后不同时间出现的几个症状,应以其发生先后的顺序列举,如“低热、咳嗽两年,咯血三天”;“活动后心悸、气促半年,下肢水肿一月”;“上腹部反复疼痛四年,黑便三天”等。通过主诉,一般可初步估计是哪个系统的病,病的性质如何,以及病情的急缓等,从而为进一步明确诊断指出方向。

确定主诉有时容易,有时较难。病情简单和病程短的比较容易;病情复杂和病程长的则较难。有些临床时的主诉,可能并非现症的主要表现,这就需要在问完病史后,通过分析思考,从中概括出一个符合实际的主诉。

三、现病史(present illness)

现病史是记述本次患病从出现第一个症状开始直到本次就诊时为止,整个病情的发生、演变及其诊疗经过等全部过程的细节。也是对主诉的进一步阐述,是整个病史中最重要的部分。它通常能反映疾病的本质,一定要详细询问,才能对疾病有较全面的了解。现病史包括下列内容:

(一)起病的情况与患病的时间 应问清起病的具体时间(年、月、日、时)及每个主要症状的出现时间,起病的特点,是急骤起病还是缓慢发生及严重程度等。根据起病的急缓和病程长短,可初步判定是急性病或慢性病。如大叶性肺炎起病多急骤、病程短,而肺结核起病则较缓慢、病程长。起病常与某些因素有关,应详细询问。由起病到这次就诊或入院的时间就是患病时间,一天以内的以小时计,一周以内的以天数计,再长的以周、月或年计。

(二)病因与诱因 尽可能了解本次发病的可能致病因素(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如精神创伤、受凉、过劳、气温骤变、饮食不洁等)。病因与诱因并不是每个病人都能觉察出来,即使能指出也不一定正确,问诊时应注意分析和鉴别。

(三)主要症状的特点 是对主诉的特征进行详细的分析,以利于作鉴别诊断。应详细询问主要症状发生的部位、时间、性质、程度、发作的频率与持续时间等,了解这些特点对估计哪个器官患病以及病变的范围和性质很有帮助。以腹痛为例,很多疾病都可产生腹痛,但每一种疾病的腹痛又各有其特点。因此,对腹痛这一症状,也必须问清疼痛的部位、时间、性质、程度以及缓解或加重的因素等,以便找出疼痛的规律性,帮助我们鉴别不同的疾病。如消化性溃疡的疼痛常局限于上腹部,为慢性、周期性发作,与饮食相关,多呈隐痛或烧灼痛,可持续数日或数周,可因进食或服碱性药物而减轻或缓解;急性阑尾炎的疼痛特点是突然发病,常起于上腹部,继而转移并固定于右下腹部,疼痛多呈持续性可伴阵发性加剧,常呈刺痛或刀割样痛,压迫可使疼痛加剧。

(四)病情的发展与演变 疾病是不断变化的,在其演变的各个阶段都有其特点,必须注意问清疾病演变的经过情况,特别是主要症状的变化,较发病开始时逐渐好转还是反见加重或时好时坏,症状缓解或加重的因素,其性质有无改变,症状的规律性有无改变及改变的时间,有无出现新症状等整个病情演变的详细经过,从而可确定病情是持续性还是间歇性发

作，这对了解疾病的发展趋势和估计预后都很有帮助。

(五) 伴随症状 指伴同主要症状出现的其他症状。应详细问清各种伴随症状出现的时间、特点及其演变过程，并了解各种伴随症状之间，尤其是与主要症状之间的相互关系，这对鉴别诊断很有帮助。如主诉全身黄染的病人，伴有陶土样大便时，常为阻塞性黄疸，伴有酱油色尿时，则有溶血性黄疸的可能。按一般规律诊断该病应该出现的伴随症状而此病人没有出现，也应询问清楚，并记载在病史内，以备进一步观察，因为这种阴性症状往往具有重要的鉴别诊断意义。

(六) 诊疗经过 如病人在本次就诊前曾经诊治过，则应询问诊治过的医疗单位、当时的诊断、主要检查结果、所接受的重要治疗、所用过的主要药物名称和剂量、疗效及不良反应等，亦应了解和重点扼要记录，作为诊断和治疗时的参考。

(七) 门诊诊断及入院目的 (如因病情加重、为明确诊断、作特殊检查或手术治疗等而住院)。

(八) 病程中的一般情况 在现病史的最后，应记述病人患病后及目前的食欲、睡眠、大小便、体力、体重改变、精神状态及性格等情况，因其变化对疾病诊断均有一定意义。

以上现病史的八项内容，可归纳为三项主要内容，即：①对主诉的进一步阐述 (第一至三项)；②疾病的发生、演变与诊疗的经过 (第四至七项)；③患病以来对日常生活的影响 (第八项)，以便于记忆。

四、既往史 (past history)

既往史包括病人过去的健康状况及曾患过的疾病，应自幼年起详加询问，其中重点是了解与现患疾病可能有密切关系的病史，因为有些现患疾病实际上是过去病症的延续。例如，当怀疑为风湿性心脏病时，应了解过去是否反复发生过咽痛、游走性关节痛等；对可疑肝硬化病人，应询问过去有无患过病毒性肝炎、血吸虫病，有无黄疸、营养障碍及嗜酒史等；当疑及现患冠心病或脑出血时，应了解过去是否患过高血压病。此外，既往史还包括有无急性慢性传染病史、外伤史、手术史、预防接种史、过敏史 (特别是药物过敏) 及性病史等。询问时，应按某种疾病的重点症状进行询问，除非病人确实知道过去所患疾病经过确诊的名称，一般不宜应用病名来提问。对过去曾经患过的疾病，应问清发病时间、主要症状、经过，当时的诊断、治疗及其效果，有无并发症和后遗症等。并按发病时间的先后顺序记录，对病人自述的病名应加引号。

为了避免遗漏，初学者应按各系统疾病的主要症状逐一进行询问，以帮助病人回忆某个系统是否发生过疾病，既要全面又要抓住重点，熟练掌握后根据不同的病情灵活运用。

系统回顾的问诊提要如下：

(一) 呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛、午后潮热、夜间盗汗等。

(二) 循环系统 有无心悸、气促、心前区疼痛、发绀、水肿及尿量改变、腹胀满、肝区疼痛、消化不良、头晕、晕厥等。

(三) 消化系统 有无食欲改变、吞咽困难、恶心、呕吐、呕血、反酸、嗝气、黄疸、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、里急后重、柏油样便和血便等。

(四) 泌尿系统 有无水肿、排尿困难、少尿、多尿、尿急、尿频、尿痛、血尿、脓尿、乳糜尿、尿失禁、夜尿、腰痛、下腹痛、放射痛等。

(五) 造血系统 有无疲乏无力、头晕、眼花、耳鸣、心悸、气促、记忆力减退；皮肤粘膜有无苍白、黄疸、出血点、瘀斑及出血部位与出血量；有无肝、脾、淋巴结肿大；有无

发热、骨骼痛及水肿；有无接触过毒物和放射性物质等。

(六) 内分泌系统及代谢 有无怕热、畏寒、多汗、头痛、乏力、视力障碍、心悸、食欲异常、烦渴、多尿、水肿、性格及智力改变；有无肌肉震颤与痉挛，性器官发育、第二性征及性功能改变；骨骼、甲状腺、体重、皮肤、毛发有无改变等。

(七) 神经系统 头痛发生的部位、性质与时间；有无呕吐、头晕、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、瘫痪、抽搐、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变等。

(八) 运动系统 四肢关节有无红肿、疼痛、运动障碍、痉挛、震颤、瘫痪、外伤、骨折、关节脱位、畸形等。肌肉有无疼痛、麻木、萎缩等。脊柱有无疼痛，活动受限、外伤、骨折、关节脱位与畸形等。

五、个人史 (personal history)

个人史即生活史，是病人的全部生活概况，包括以下内容：

(一) 出生地和居住地 生于何地，曾经到过的地区及其居住时间，特别注意是否到过传染病或地方病的流行区。

(二) 生活情况和习惯 包括童年发育情况、学生时期的经过、文化程度、居住条件、经济状况、个人卫生习惯、饮食习惯、烟酒嗜好及其用量，有无嗜食生鱼、生肉等不良习惯。

(三) 职业与工作环境 参加工作的时间、职业、具体工种、工作环境与劳动保护条件，是否有经常与某些有害毒物（铅、汞、矽尘等）和动物（犬、牛、羊等）接触史。

(四) 个性特点与精神状态 平时性格的特点，对待工作、生活的态度，与家庭成员的关系，有无精神创伤史。

六、婚姻史 (marital history)

包括是否结婚及结婚（再婚）年龄，配偶健康情况，性生活情况，夫妻关系，如丧偶，则应询问其配偶死亡原因及时间。

七、月经及生育史 (menstrual and obstetric history)

女性病人应询问月经情况，包括月经初潮的年龄，月经周期和经期的天数，经血的量和色，经期出现的症状，有无痛经与白带，末次月经的日期，闭经的日期，绝经的年龄。通用的记录格式如下：

$$\text{初潮年龄} - \frac{\text{行经期 (天)}}{\text{月经周期 (天)}} - \text{末次月经日期 (或绝经年龄)}$$

例如：14 $\frac{3 \sim 5 \text{天}}{28 \sim 30 \text{天}}$ 1988.2.15 (或48岁)

对已婚妇女要询问初孕年龄，妊娠次数及分娩次数，妊娠期及分娩时的情况，有无流产、早产、难产、手术产及死产，有无产褥热及产后大出血等。还要询问计划生育情况，包括避孕方法及时间、口服避孕药的名称、服法及反应等。

八、家族史 (family history)

主要是询问病人的父母、兄弟、姐妹及子女的健康及患病情况，特别要注意询问有无与患者类似的疾病，有无传染病（结核病、病毒性肝炎等）及可能与遗传有关的疾病，如血友病、血红蛋白病、糖尿病、精神病、高血压病及肿瘤等。对已死亡的直系亲属要问明死亡原因及年龄。对于与患者接触密切的人和非直系亲属的健康情况，若认为与患者现病有关时，亦应加以了解。

(谭维中 广西医学院)

第二章 常见症状

患病时,由于机体生理功能发生异常,病人主观的不适感觉或病态称为症状(symptom)。例如发热、腹痛、咳嗽、呼吸困难等,它是认识疾病的向导,并能为诊断提供重要的线索和依据。

第一节 发 热

体温一般是指人体内部的温度,临床上通常用口腔、腋窝或直肠的温度来代表。正常人因具有完善的体温调节机构,机体的产热和散热过程之间维持动态平衡,故体温是相对稳定的。在生理状态下,正常人的体温可有轻微波动,但其波动范围很小($36.2\sim 37.2^{\circ}\text{C}$),24h内不超过 1°C 。一般下午较晨间略高,小儿较成年人略高,青壮年较老年人略高。此外,剧烈运动、进食、情绪激动或身处高温环境,以及妇女的黄体期和妊娠期等,亦均可使体温略为增高。

发热是指病理性的体温升高,是由于各种原因引起的体温调节中枢调定点上移,使产热过程超过散热过程,以致体温超出正常范围,则称为发热(fever)。

【发生原因】

引起发热的原因很多,可分为感染性和非感染性两大类:

1. 感染性发热 占大多数。如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,均可出现发热。

2. 非感染性发热 主要原因有:

(1) 无菌性组织损伤或坏死 如大面积烧伤、创伤、手术后,各种物理(如放射能)、化学因素的损伤及心肌、肺、脾或肢体的梗塞等。

(2) 恶性肿瘤 如肝癌、淋巴瘤、白血病等。

(3) 变态反应 如风湿热、药物热、血型不合的输血、结缔组织病等。

(4) 内分泌-代谢疾病 如甲状腺功能亢进症、大量失水或失血等。

(5) 中枢神经性发热 如脑出血、脑外伤、中暑、重度安眠药中毒等,使中枢神经系统遭受严重损害,体温调节中枢调温能力障碍而引起发热。此外,植物神经功能紊乱时,每可出现功能性低热。

目前,大多数学者认为发热的基本机制是内源性致热原(endogenous pyrogen, EP)作用于体温调节中枢,使其调定点上移所致。致热原分为外源性和内源性两大类。外源性致热原(如细菌内毒素),其分子量大,不能直接作用于体温调节中枢引起发热,但可激活存在于吞噬细胞的内源性致热原并使之释放入血中,通过血循环作用于体温调节中枢,使调定点上升,从而引起发热。过去曾一度强调只有白细胞能被激活而形成和释放内源性致热原,故将内源性致热原也通称为白细胞致热源。现已确认,单核细胞、肝星形细胞、脾窦内皮细胞、肺泡巨噬细胞及腹膜巨噬细胞等也都具有不同程度的形成和释放内源性致热原的能力。炎性渗出物、组织坏死物质、抗原-抗体复合物等均能作用于上述诸吞噬细胞,使之形成和释放

内源性致热原引起发热。

【临床表现】

发热过程一般可分为三个阶段：

1. 体温上升期 为发热的早期阶段。病人常感疲乏、无力、全身不适、肌肉酸痛、发冷、寒战等，皮肤表现苍白、干燥而无汗。按体温上升的快慢，可分为两型：

(1) 骤升型 体温在数小时内上升到高峰，常伴有寒战。见于疟疾、大叶性肺炎等。

(2) 缓升型 体温在数日内上升达高峰，见于伤寒、结核病等。

2. 高热持续期 为发热的高潮阶段。病人因高热而有头痛，甚至出现中枢神经功能紊乱，如意识不清、昏迷，或谵妄、惊厥；皮肤潮红、灼热；消化功能失调，常有口干舌燥、食欲减退、腹胀和便秘等；呼吸加深加快；脉搏心率加速（通常体温升高 1°C ，脉搏每分钟增加 $10\sim 20$ 次）。此期可持续数小时（如疟疾）、数日（如大叶性肺炎）或数周（如伤寒）。

3. 体温下降期 体温下降也有两种类型：

(1) 骤降型 体温在数小时内迅速降至正常，病人常有出汗现象，见于疟疾、大叶性肺炎等。

(2) 缓降型 体温在数日内逐渐降至正常，见于伤寒、风湿热等。

根据体温升高的程度，临床上将发热分为：低热($37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$)；中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)；高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$)；超高热(41°C 以上)。

在高热持续期，根据发热时体温的变化规律及波动情况，临床常见有下列几种热型。它对许多疾病具有一定的诊断和鉴别诊断意义。

1. 稽留热(continued fever) 多为高热，体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 上下达数日或数周，24h内波动范围不超过 1°C （图1-2-1）。见于大叶性肺炎、伤寒的发热极期。

2. 弛张热(remittent fever) 亦为高热，但波动范围较大，24h内体温相差达 2°C 以上，体温最低时仍高于正常水平（图1-2-2），见于败血症、风湿热、严重结核病或化脓性疾病等。

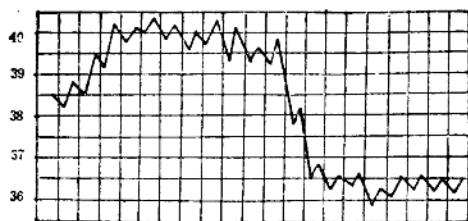


图 1-2-1 稽留热

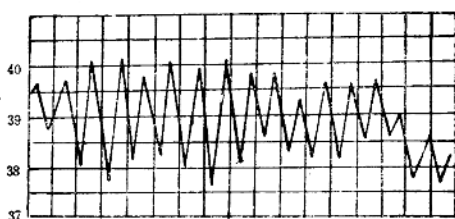


图 1-2-2 弛张热

3. 间歇热(intermittent fever) 体温骤升至 39°C 以上，经若干小时后降至正常，间歇数小时或数日后又突然上升，如此反复多次（图1-2-3）。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热(undulant fever) 体温逐渐升高达 39°C 或更高，数日后逐渐下降至低热或正常水平，如此反复多次。体温曲线呈波浪型（图1-2-4）。常见于布氏杆菌病。



图 1-2-3 间歇热