



普通高等教育“十一五”国家级规划教材



卫生部“十一五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

诊断学

第 7 版

主 编 陈文彬 潘祥林

副主编 康熙雄 万学红

 人民卫生出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

卫生部“十一五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

诊断学

第 7 版

主 编 陈文彬 潘祥林

副主编 康熙雄 万学红

编 者 (以姓氏笔画为序)

万学红 (四川大学)

王鸿利 (上海交通大学)

刘成玉 (青岛大学)

裘新明 (西安交通大学)

吴 杰 (华中科技大学)

辛晓敏 (哈尔滨医科大学)

陈文彬 (四川大学)

府伟灵 (第三军医大学)

胡申江 (浙江大学)

高长斌 (吉林大学)

康熙雄 (首都医科大学)

蒋云生 (中南大学)

傅志君 (复旦大学)

熊盛道 (华中科技大学)

潘祥林 (山东大学)

秘 书 唐万欣 (四川大学)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学/陈文彬等主编. —7 版. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 1

ISBN 978-7-117-09501-3

I. 诊… II. 陈… III. 诊断学-医学院校-教材
IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 179049 号

本书本印次封底贴有防伪标。请予识别。

诊 断 学 第 7 版

主 编: 陈文彬 潘祥林

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 39.5

字 数: 1060 千字

版 次: 1979 年 7 月第 1 版 2008 年 1 月第 7 版第 54 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09501-3/R·9502

定价(含光盘): 65.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国高等学校五年制临床医学专业 第七轮 规划教材修订说明

全国高等学校五年制临床医学专业卫生部规划教材从第一轮编写出版至今已有30年的历史。几十年来,在卫生部的领导和支持下,以裘法祖院士为代表的一大批有丰富临床和教学经验、有高度责任感的老教授和医学教育家参与了本套教材的创建和每一轮的修订工作,使我国的五年制临床医学教材不断丰富、完善与更新,形成了一套课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理的规划教材。本套教材为推动我国医学教育事业的改革和发展做出了历史性巨大贡献。正如老一辈医学教育家亲切地称这套教材是中国医学教育的“干细胞”教材,由她衍生出了八年制和研究生两套规划教材。今天,全国一大批在临床教学、科研、医疗第一线的中青年教授、学者继承和发扬了老一辈的优良传统,积极参与了本套第七轮教材的修订和建设,并借鉴国内外医学教育教学的经验和成果,不断完善和提升编写的水平和质量,已逐渐将每一部教材打造成了精品,使第七轮教材更加成熟、完善和新颖。

第七轮教材的修订从2006年5月开始,其修订和编写特点如下:

- 在全国广泛、深入调研基础上,总结和汲取了前六轮教材的编写经验和成果,尤其是对一些不足之处进行了大量的修改和完善,并在充分体现科学性、权威性的基础上,更考虑其全国范围的代表性和适用性。
- 依然坚持教材编写“三基、五性、三特定”的原则。
- 内容的深度和广度严格控制在五年制教学要求的范畴,精练文字压缩字数,以更适应广大五年制院校的要求,减轻学生的负担。
- 在尽可能不增加学生负担的前提下,提高印刷装帧质量,根据学科需要,部分教材改为双色印刷、彩色印刷,以提升教材的质量和可读性。
- 适应教学改革的需求,实现教材的系列化、立体化建设,本轮大部分教材配有《学习指导与习题集》、《实验指导》、《教师用书》以及配套光盘等,且与教材同期出版。

第七轮教材共52种,新增1种,即《急诊医学》。全套教材均为卫生部“十一五”规划教材,绝大部分为普通高等教育“十一五”国家级规划教材,分两批于2008年出版发行。

第七轮 教材目录

1. 医用高等数学 / 第5版 主编 张选群
2. 医学物理学 / 第7版 主编 胡新珉
3. 基础化学 / 第7版 主编 魏祖期
4. 有机化学 / 第7版 主编 吕以仙
5. 医学生物学 / 第7版 主编 傅松滨
6. 系统解剖学 / 第7版 主编 柏树令
7. 局部解剖学 / 第7版 主编 彭裕文
8. 组织学与胚胎学 / 第7版 主编 邹仲之 李继承
9. 生物化学 / 第7版 主编 查锡良
10. 生理学 / 第7版 主编 朱大年
11. 医学微生物学 / 第7版 主编 李 凡 刘晶星
12. 人体寄生虫学 / 第7版 主编 李雍龙
13. 医学免疫学 / 第5版 主编 金伯泉
14. 病理学 / 第7版 主编 李玉林
15. 病理生理学 / 第7版 主编 金惠铭 王建枝
16. 药理学 / 第7版 主编 杨宝峰
17. 医学心理学 / 第5版 主编 姚树桥 孙学礼
18. 法医学 / 第5版 主编 王保捷
19. 诊断学 / 第7版 主编 陈文彬 潘祥林
20. 医学影像学 / 第6版 主编 吴恩惠 冯敢生
21. 内科学 / 第7版 主编 陆再英 钟南山
22. 外科学 / 第7版 主编 吴在德 吴肇汉
23. 妇产科学 / 第7版 主编 乐 杰
24. 儿科学 / 第7版 主编 沈晓明 王卫平
25. 神经病学 / 第6版 主编 贾建平
26. 精神病学 / 第6版 主编 郝 伟
27. 传染病学 / 第7版 主编 杨绍基 任 红
28. 眼科学 / 第7版 主编 赵堪兴 杨培增
29. 耳鼻咽喉-头颈外科学 / 第7版 主编 田勇泉
30. 口腔科学 / 第7版 主编 张志愿
31. 皮肤性病学 / 第7版 主编 张学军
32. 核医学 / 第7版 主编 李少林 王荣福
33. 流行病学 / 第7版 主编 王建华
34. 卫生学 / 第7版 主编 仲来福
35. 预防医学 / 第5版 主编 傅 华
36. 中医学 / 第7版 主编 李家邦
37. 计算机应用基础 / 第4版 主编 邹赛德
38. 体育 / 第4版 主编 裴海泓
39. 医学细胞生物学 / 第4版 主编 陈誉华
40. 医学分子生物学 / 第3版 主编 药立波
41. 医学遗传学 / 第5版 主编 左 伋
42. 临床药理学 / 第4版 主编 李 俊
43. 医学统计学 / 第5版 主编 马斌荣
44. 医学伦理学 / 第3版 主编 丘祥兴 孙福川
45. 临床流行病学 / 第3版 主编 王家良 王滨有
46. 康复医学 / 第4版 主编 南登崑
47. 医学文献检索 / 第3版 主编 郭继军
48. 卫生法 / 第3版 主编 赵同刚
49. 医学导论 / 第3版 主编 文历阳
50. 全科医学概论 / 第3版 主编 杨秉辉
51. 麻醉学 / 第2版 主编 曾因明
52. 急诊医学 主编 沈 洪

全国高等学校临床医学专业第五届教材评审委员会

名誉主任委员 裘法祖

主任委员 陈灏珠

副主任委员 龚非力

委员 (以姓氏笔画为序)

于修平 王卫平 王鸿利 文继舫 朱明德 刘国良 李焕章 杨世杰

张肇达 沈 悌 吴一龙 郑树森 原 林 曾因明 樊小力

秘 书 孙利军

第7版前言

《诊断学》为我国高等医学院校本科生的必修课之一，是由基础医学过渡到临床医学十分重要的一门课程。为适应我国高等医学教育的改革与发展，全国高等医学院校临床医学专业教材评审委员会和卫生部教材办公室决定对《诊断学》进行第七轮修订。修订原则是围绕着培养从事临床医疗工作的各科医师这一目标进行的，第7版《诊断学》的编写目的就是为实现这个目标打下坚实的基础。

第6版《诊断学》教材使用以来，卫生部曾组织有关专家，向教师和学生了解并收集使用中存在的问题和意见，特别是卫生部组织的诊断学教学咨询委员会多次组织召开了全国诊断学教学经验交流会，来自全国各医学院校的有关教师对第6版《诊断学》教材给予充分肯定并提出许多建设性的意见。第7版《诊断学》教材的编写，除按照卫生部临床专业教材评审委员会的统一要求外，还采纳了许多师生的意见，进行了全面的修订，尽量使本书的科学性和实用性能得到进一步提高，主要修订内容如下。

物理诊断部分：

1. 以崭新的编写方式，尽量多采用彩色图片和表格的形式，以取代冗长的文字叙述，做到精炼教材的内涵，简化教材内容，达到概念更加清晰，内容简明扼要，重点突出，容易掌握，便于记忆和学后能用的目的。

2. 加强了问诊技巧的训练，特别强调医生如何接触患者，如何建立医患间的良好关系，以提高采集病史的真实性。在问诊技巧的练习中，强调了有关反映医患交流的重要性和技能，这样便为临床上加强医患交流，打开良好的沟通渠道。重新整理了全身体格检查部分，仍然保留了“老年人的体格检查”和“特殊情况的体格检查”，但为了节约篇幅，在内容上作了压缩和精简。

3. “病历书写”一篇着重介绍病历书写的基本要求、种类、格式和内容，删去住院病历和门诊病历的书写例举，因任何一个病历书写例举，仅能反映某一系统疾病的情况，难以全面反映或代表其他系统疾病的全貌，留待临床实习时面对实际病例进行举例讨论为妥。至于医疗机构病历管理规定一章，其中内容大多涉及医疗机构有关行政管理部门的事务，可以在诊断学临床实习时，将卫生部制定的《医疗机构病历管理规定》一文安排一次学习即可，故决定将此内容在第7版《诊断学》中删去。

4. 在临床常用诊断技术的内容中，根据具体情况删去了专业性很强的一些专科诊断方法或一些不常用的操作技术，如膝关节穿刺术和前列腺检查及按摩术，增加了一些临床上常用的有价值的诊断项目，如PPD皮肤试验和经皮肺穿刺活检术等。

5. 临床诊断的思维方法和步骤，是为医学生学习诊断学，过渡到学习内科学及其他临床各学科诊断疾病奠定基础。本书最后一篇作了重点介绍，扼要叙述诊断过程中应处理的各种关系，确立诊断的基本原则和步骤等。

实验诊断部分：

1. 第7版《诊断学》中“实验诊断”一篇，仍然按检验标本的不同作为划分章节的基础进行编写，但着重强调了结合医学检验的完整体系，将有关检验项目进行了归类，共归纳为十章。这样既能保持其逻辑性和条理清楚，又能适应教学课程的循序安排。

2. 概论中重点介绍实验诊断的概念、主要内容、临床检验的进展以及学习实验诊断



的目的和要求。本书在实验诊断概论中还特别增添了“实验室质量体系”等适合当前实验诊断发展趋势和现状的重要内容,为进一步学好各项实验诊断奠定基础。此外,在概论中还着重强调学生应掌握实验项目的选用原则,标本的采集和送检,以及对检验的结果作出评价,以达到实验诊断的内容能结合实践运用于临床。

3. 为了压缩篇幅,在编写过程中,对部分内容作了精简和调整,如肝功能基础理论介绍、血细胞生成的叙述,贫血的病因与发病机制分类,止血、凝血和纤溶机制,以及血栓形成的特异性检测,器官与骨髓移植的检测,血浆内皮素测定和血浆纤维蛋白肽测定等。这些内容有的专业性太强或是临床上少用的检验,或在基础课中已经学习过,或在相关临床学科中将会详细讨论,故在本书中均予以删节。此外,实验室检测项目的测定方法介绍亦予以适当删减。

4. 对于临床意义较大的检测项目,如血管性血友病因子活性测定,血小板促凝活性测定,P-选择素测定,病理性抗凝物质测定,抗心磷脂抗体测定,血浆肾素测定及血尿酸测定等做了增添和补充。此外,有关实验室检查的临床应用内容,如常见肝脏病检测指标变化特点,尿液标本保存方法,血栓与止血检测的临床思维程序,以及病原学检测标本合格性的评价等亦作了相应的增加和叙述。

5. 本书中也介绍了分子生物学的基本概念和常用技术,以及基因与染色体检测的基本概念和检测方法。配合当前临床上广泛开展运用分子生物学技术来诊断疾病和治疗疾病,讲授一些有关该领域的基础理论和基本知识,为进一步开展基因诊断和治疗疾病打下良好的基础。使学生在临床上开展器官移植日益普遍的今天,对移植免疫的监测亦能获得一定程度的了解。

为了使学生能更好地学习本书的主要内容,更容易掌握内容中的要点,熟识物理检查的技巧、实验检查的技能与临床意义,以期能得心应手地应用于临床。本教材就物理诊断和实验诊断两部分的重点内容制作了一张光盘,随《诊断学》(第7版)一书同时发行,以供学生随时复习或练习之用。

根据全国高等医学院校临床医学专业教材评审委员会决定,第7版《诊断学》编写组成员作了调整,邀请了全国更多地区的诊断学有关专家参加了编写,增加了新的作者,扩大了应用本教材的范围。在修订过程中得到了第6版《诊断学》编写组全体成员及全国各兄弟院校同道们的热情关心与大力支持,提出许多宝贵的意见和建议,本书全体编写组成员,参加制作光盘的人员以及卫生部教材办公室和人民卫生出版社的有关同志认真负责地指导并参与工作,使本教材的修订工作能如期完成,在此,一并表示诚挚的感谢。第7版《诊断学》改动的内容较多,篇幅较大,增删部分不尽妥当,殷请广大师生和读者不吝赐教,惠予指正,以便在下一次修订时进一步完善。

陈文彬 潘祥林

2007年12月

目 录

绪 论	1
-----------	---

第一篇 问 诊

第一章 问诊的重要性	5
------------------	---

第二章 问诊的内容	6
-----------------	---

第三章 问诊的方法与技巧	10
--------------------	----

第一节 问诊的基本方法与技巧 / 10

第二节 重点问诊的方法 / 12

第三节 特殊情况的问诊技巧 / 13

第四章 常见症状	16
----------------	----

第一节 发热 / 16

第二节 皮肤黏膜出血 / 21

第三节 水肿 / 22

第四节 咳嗽与咳痰 / 24

第五节 咯血 / 26

第六节 胸痛 / 28

第七节 发绀 / 30

第八节 呼吸困难 / 31

第九节 心悸 / 34

第十节 恶心与呕吐 / 35

第十一节 呕血 / 37

第十二节 便血 / 39

第十三节 腹痛 / 40

第十四节 腹泻 / 43

第十五节 便秘 / 45

第十六节 黄疸 / 46

第十七节 腰背痛 / 52

第十八节 关节痛 / 55

第十九节 血尿 / 57

第二十节 尿频、尿急与尿痛 / 58

第二十一节 少尿、无尿与多尿 / 59

第二十二节 头痛 / 61

第二十三节 眩晕 / 63

第二十四节 晕厥 / 64

第二十五节 抽搐与惊厥 / 66

第二十六节 意识障碍 / 67



第二篇 体格检查

第一章	基本方法	72
	第一节 视诊 / 72	
	第二节 触诊 / 72	
	第三节 叩诊 / 74	
	第四节 听诊 / 76	
	第五节 嗅诊 / 77	
第二章	一般检查	78
	第一节 全身状态检查 / 78	
	第二节 皮肤 / 84	
	第三节 淋巴结 / 88	
第三章	头部	91
	第一节 头发和头皮 / 91	
	第二节 头颅 / 91	
	第三节 颜面及其器官 / 92	
第四章	颈部	103
第五章	胸部检查	106
	第一节 胸部的体表标志 / 106	
	第二节 胸壁、胸廓与乳房 / 110	
	第三节 肺和胸膜 / 114	
	第四节 呼吸系统常见疾病的主要症状和体征 / 129	
	第五节 心脏检查 / 132	
	第六节 血管检查 / 148	
	第七节 循环系统常见疾病的主要症状和体征 / 152	
第六章	腹部	156
	第一节 腹部的体表标志及分区 / 156	
	第二节 视诊 / 158	
	第三节 触诊 / 162	
	第四节 叩诊 / 172	
	第五节 听诊 / 174	
	第六节 腹部常见病变的主要症状和体征 / 176	
第七章	生殖器、肛门、直肠检查	183
	第一节 男性生殖器检查 / 183	
	第二节 女性生殖器检查 / 186	
	第三节 肛门与直肠检查 / 187	
第八章	脊柱与四肢检查	190
	第一节 脊柱检查 / 190	
	第二节 四肢与关节检查 / 194	



第九章	神经系统检查	201
	第一节 脑神经检查 / 201	
	第二节 运动功能检查 / 203	
	第三节 感觉功能检查 / 204	
	第四节 神经反射检查 / 205	
	第五节 自主神经功能检查 / 212	

第十章	全身体格检查	213
	第一节 全身体格检查的基本要求 / 213	
	第二节 全身体格检查的基本项目 / 214	
	第三节 特殊情况的体格检查 / 219	
	第四节 老年人的体格检查 / 220	
	第五节 重点体格检查 / 220	

第三篇 病历书写

第一章	病历书写的基本规则和要求	223
------------	---------------------------	------------

第二章	病历书写的种类、格式与内容	226
	第一节 住院期间病历 / 226	
	第二节 门诊病历 / 240	

第四篇 实验诊断

第一章	概论	243
------------	-----------------	------------

第二章	临床血液学检测	250
	第一节 血液一般检测 / 250	
	第二节 溶血性贫血的实验室检测 / 265	
	第三节 血细胞形态特征 / 270	
	第四节 血型鉴定与交叉配血试验 / 281	
	第五节 常见血液病的血液学特征 / 286	

第三章	血栓与止血检测	296
	第一节 血管壁检测 / 296	
	第二节 血小板检测 / 298	
	第三节 凝血因子检测 / 301	
	第四节 抗凝系统检测 / 303	
	第五节 纤溶活性检测 / 305	
	第六节 血液流变学检测 / 308	
	第七节 检测项目的选择和应用 / 308	

第四章	排泄物、分泌物及体液检测	316
	第一节 尿液检测 / 316	
	第二节 粪便检测 / 327	
	第三节 痰液检测 / 330	



102	第四节	脑脊液检测 / 332	
	第五节	浆膜腔积液检测 / 338	
	第六节	生殖系统体液检测 / 341	
	第五章	常用肾脏功能实验室检测	349
	第一节	肾小球功能检测 / 349	
	第二节	肾小管功能检测 / 352	
315	第三节	血尿酸检测 / 355	
	第四节	肾小管性酸中毒的检测 / 355	
	第五节	肾功能检测项目的选择和应用 / 357	
	第六章	肝脏病常用实验室检测	358
	第一节	肝脏病常用的实验室检测项目 / 358	
	第二节	常见肝脏病检测指标变化特点 / 373	
	第三节	常见肝脏病检查项目的合理选择与应用 / 375	
	第七章	临床常用生物化学检测	377
	第一节	血糖及其代谢产物的检测 / 377	
358	第二节	血清脂质和脂蛋白检测 / 381	
	第三节	血清电解质检测 / 385	
	第四节	血清铁及其代谢产物检测 / 389	
	第五节	心肌酶和心肌蛋白检测 / 391	
	第六节	其他血清酶学检测 / 397	
	第七节	内分泌激素检测 / 399	
345	第八节	治疗性药物监测 / 407	
	第八章	临床常用免疫学检测	411
	第一节	血清免疫球蛋白检测 / 411	
	第二节	血清补体检测 / 413	
	第三节	细胞免疫检测 / 415	
	第四节	肿瘤标志物检测 / 418	
	第五节	自身抗体检测 / 423	
	第六节	感染免疫检测 / 434	
365	第七节	其他免疫检测 / 438	
	第九章	临床常见病原体检测	441
	第一节	标本的采集运送、实验室评价和检查方法 / 441	
	第二节	病原体耐药性检测 / 445	
	第三节	临床感染常见病原体检测 / 449	
	第四节	病毒性肝炎检测 / 452	
	第五节	性传播疾病病原体检测 / 458	
	第六节	医院感染常见病原体检测 / 462	
	第十章	其他检测	466
	第一节	基因诊断 / 466	
	第二节	流式细胞术及其临床应用 / 472	



第三节 染色体检测 / 475

第五篇 辅助检查

第一章 心电图..... 479

- 第一节 临床心电学的基本知识 / 479
- 第二节 心电图的测量和正常数据 / 484
- 第三节 心房、心室肥大 / 489
- 第四节 心肌缺血与ST-T改变 / 494
- 第五节 心肌梗死 / 496
- 第六节 心律失常 / 502
- 第七节 电解质紊乱和药物影响 / 517
- 第八节 心电图的分析方法和临床应用 / 520

第二章 其他常用心电学检查..... 522

- 第一节 动态心电图 / 522
- 第二节 心电图运动负荷试验 / 523

第三章 肺功能检查..... 527

- 第一节 通气功能检查 / 527
- 第二节 换气功能检查 / 533
- 第三节 小气道功能检查 / 535
- 第四节 血气分析和酸碱测定 / 537

第四章 内镜检查..... 546

- 第一节 基本原理简介 / 546
- 第二节 上消化道内镜检查 / 547
- 第三节 下消化道内镜检查 / 549
- 第四节 纤维支气管镜检查 / 551

第六篇 诊断疾病的步骤和临床思维方法

第一章 诊断疾病的步骤..... 557

第二章 临床思维方法..... 559

第三章 临床诊断的内容和格式..... 562

附录一 临床常用诊断技术..... 565

附录二 临床检验参考值..... 582

附录三 中英文索引..... 605

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。是为医学生学基础医学各门学科包括解剖学、生理学、生物化学、微生物学、组织胚胎学、病理生理学及病理学等课程,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。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,如血液学检查、生物化学检查和病原学检查,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 (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,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,是通过医生与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)。

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、心悸、气短、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),可发挥重要的作用。

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、心脏杂音和肺部啰音等。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器具 (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状态等资料,结合病史、临床症状和体征进行全面分析的诊断方法。当实验室检查结果与临床表现不符时,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、肺功能和各种内镜检查,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,临床课程尚未开始讲授,仅在学习病理生理学和病理学时初步



地了解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,如何正确地运用视诊、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局部器官的临床征象。因此,学习诊断学需掌握全面系统的体格检查,并结合病史分析才可能发现重要的线索。例如问诊时患者诉头痛,那么必须注意该症状是否由于工作紧张,睡眠不足所致的大脑生理功能紊乱,或是由于各种原因引起的,如颅内炎症或肿瘤等病变导致的颅内压力升高和脑水肿之故。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皮肤黄染,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;抑或由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,那么其病理生理基础可能是肿大的胆囊,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呼吸音,但如于某肺野听及支气管呼吸音,该体征除正常情况下可于气管和主支气管区域闻及外,则应考虑到该区域有实变的可能。如于某肺野闻及湿性啰音,则可能局部肺泡或支气管内有渗出液滞留,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与异常的鉴别,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来。

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、实验室检查和其他辅助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表现的临床诊断。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实验室检查基本技能和方法的掌握。因此,过多地增加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,其实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应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项目选择的原则,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。分子生物学方面有 DNA 重组技



术、荧光定量 PCR 技术、基因诊断及计算机生物芯片技术等。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，从而作出正确的治疗方案，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，更细致的病理改变或图像，甚至可以作出病因学或病理学的决定性诊断，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变化，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的检查中如实地反映出来。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、一般的物理检查和常规的实验室检查，更不能取代临床医生的诊断思维。因此，如果放弃了最基本的全面系统的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，盲目追求高新技术检查，这不仅会扰乱诊断思维，造成医疗资源的极大浪费，而且还可能使诊断陷入误区。所以，对于医学生来说，学习诊断学既然是为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的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医学学科的起点或前奏。必须明确，临床医学为实践性极强的一门科学，不可能通过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，自始至终地不断反复和继续巩固。这样才是名副其实地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石。

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）已蓬勃兴起，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的证据，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，是每位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，是每位临床医师所必须应对的严峻挑战。症状、体征、化验和辅助检查的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，十有八九会发生错误。临床医师之所以要以临床为主，主要在于他面临的是病人、环境、社会相互作用和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辅助检查的结果贸然作出诊断，往往就会顾此失彼，造成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）结果，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。各级医师在临床实践中所掌握资料的深度、知识面的广度、分析问题的角度及临床实践的经历均有所差异，某些情况下他人的意见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，专科医师的知



识更新,更有赖于其他各科和各级医师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。临床医师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、更准确、更可靠,才能使病人得到及时而有效的治疗。

总之,临床医生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至最小的限度。

四、学习诊断学的要求

在诊断学的教学活动中,学生经常要面对患者,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的操作技术及常用临床检验项目的选择,检验的目的和临床意义。了解现代化自动生化分析仪器的操作程序及原理,了解实验结果对疾病的诊断意义。

4. 掌握心电图机的操作程序,熟悉正常心电图及异常心电图的图像分析。能辨认心肌供血不足、心肌梗死、房室肥大、期前收缩、心房及心室颤动和传导阻滞等常见的心电图改变。

5. 能将问诊和体格检查资料进行系统的整理,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。

(陈文彬)

第一篇 问诊

第一章 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技能。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, 对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 or 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, 在临床工作中有些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。问诊的过程除收集患者的疾病资料用于诊断和治疗外, 还要其他功能, 如教育患者, 向患者提供信息, 有时候甚至交流本身也具有治疗作用。医学生从接触患者开始, 就必须认真学习和领会医学与患者交流的内容和技巧。交流与沟通技能是现代医生重要的素质特征。

1977年由美国精神病学家和内科学教授 Engel 提出的生物—心理—社会医学模式对医生提出更高的要求。它要求医生不仅具有医学的自然科学方面的知识, 还要有较高的人文科学、社会科学方面的修养, 能够从生物、心理和社会等多种角度去了解和处理患者。这也要求医生必须具有良好的交流与沟通技能, 以及教育患者的技能。

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。