



卫生部十一五规划教材

临床技能学

《《 主编 刘成玉



人民卫生出版社

卫生部十一五规划教材

供临床医学专业长学制和本专科学学生用

临床技能学

主 编 刘成玉

副主编 陈作元 刘丽秋

编 者 (按姓氏笔画排列)

王元松 刘成玉 刘兆刚

刘丽秋 陈作元 朱京伟

徐文坚 姜忠信

制 图 陈 健

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床技能学/刘成玉主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 2
ISBN 978-7-117-09801-4

I. 临... II. 刘... 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(2008)第 002281 号

本书本印次封底贴有防伪标, 请注意识别。

临床技能学

主 编: 刘成玉
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: 中国农业出版社印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 16
字 数: 370 千字
版 次: 2008 年 2 月第 1 版 2008 年 2 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-09801-4/R·9802
定 价: 26.00 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)

前言

医学作为一门实践性很强的学科,不仅要求医生具有系统的理论知识,还必须具备熟练的医学专业技能。为了培养具有创新思维、创新能力和社会适应性强、医德高尚的医学人才,根据医学生知识、能力和素质三位一体的培养要求,我们参考国家执业医师资格考试大纲编写了《临床技能学》,旨在培养医学生临床思维和临床操作技能,为临床专业课学习和以后工作打下坚实的基础。本书也可用于国家执业医师资格考试的参考和低年住院医师的岗位培训。

本书包括问诊与病史采集、体格检查、临床基本操作技能、辅助检查结果判读、病例分析等部分。以问诊方法与技巧、常见症状、病例分析为基础,以临床基本操作技能为重点,全面介绍临床实践技能,以期在实践训练中深刻理解、强化发展所学理论,并理论联系实际,培养学生独立分析问题、解决问题的能力 and 科学的思维方法,使医学生基础理论、基本技能和思维能力等方面得到全面提高与进步。

本书在编写过程中,参阅了大量人民卫生出版社出版的教材和专著,对主编和作者表示衷心感谢。由于编写者的水平有限,加之编写时间仓促,错误之处在所难免,恳请使用本书的各位师生及时提出宝贵意见,予以指正,以便今后修订时进一步完善。

刘成玉

2008年元月

目录

第一章 问诊与病史采集	1
第一节 问诊	1
一、问诊的重要性	1
二、问诊的方法与技巧	1
三、问诊的注意事项	3
四、问诊的内容	4
五、问诊方法的评估	6
第二节 病史采集	7
一、发热	7
二、疼痛	11
三、水肿	25
四、呼吸困难	27
五、咳嗽与咳痰	30
六、咯血	33
七、恶心与呕吐	35
八、呕血与黑便	37
九、便血	40
十、腹泻	42
十一、心悸	46
十二、黄疸	47
十三、少尿、多尿、血尿	49
十四、抽搐与惊厥	52
十五、意识障碍	54
十六、消瘦	57
第二章 体格检查	60
第一节 全身体格检查的顺序及项目	60
一、一般状态及生命征	60
二、头部及颈部	60
三、胸部	61
四、腹部、四肢、神经反射	63
第二节 体格检查规范化操作	64

一、基本检查方法	64
二、淋巴结及头颈部	66
三、胸部	71
四、腹部	76
五、脊柱四肢与神经反射	79
第三章 临床基本操作技能	85
第一节 手术人员的无菌准备	85
一、术前的一般准备	85
二、刷手法	85
三、穿无菌手术衣、戴无菌手套	86
第二节 手术区域的无菌准备	87
一、目的	87
二、手术区消毒范围的确定	87
三、消毒方法	89
四、铺巾	89
第三节 外科打结法、剪线、拆线	90
一、结的分类	90
二、打结递线	90
三、打结方法	91
四、术中剪线	95
五、外科拆线	96
第四节 外科缝合术	97
一、目的	97
二、方法	97
三、缝合的基本要领	99
四、注意事项	99
第五节 伤口换药	99
一、目的	99
二、适应证	100
三、准备工作	100
四、方法	100
第六节 穿、脱隔离衣	101
一、适用范围	101
二、准备工作	101
三、方法	101
第七节 氧气吸入法	103
一、适应证	103
二、方法	103
三、注意事项	105

第八节	吸痰术	105
一、	目的	105
二、	准备工作	105
三、	方法	105
四、	注意事项	106
第九节	胃插管术	106
一、	适应证	106
二、	禁忌证	106
三、	准备工作	106
四、	方法	106
第十节	导尿术	107
一、	适应证	107
二、	方法	107
三、	注意事项	107
第十一节	胸膜腔穿刺术	108
一、	适应证	108
二、	方法	108
三、	注意事项	108
第十二节	腹膜腔穿刺术	109
一、	适应证	109
二、	禁忌证	109
三、	方法	109
四、	注意事项	110
第十三节	腰椎穿刺术	110
一、	适应证	110
二、	禁忌证	110
三、	方法	110
四、	注意事项	111
第十四节	骨髓穿刺术	111
一、	适应证	111
二、	禁忌证	111
三、	方法	111
四、	注意事项	112
第十五节	伤口的止血包扎	112
一、	适应证	112
二、	禁忌证	112
三、	准备工作	113
四、	方法	113
五、	止血带使用方法和注意事项	113

第十六节 脊柱损伤患者的搬运	114
一、运送工具	114
二、方法	114
第十七节 人工呼吸、胸外心脏按压	115
一、适应证	115
二、禁忌证	115
三、方法	115
第十八节 心内注射	116
一、适应证	116
二、准备工作	116
三、方法	116
四、注意事项	117
第十九节 电除颤	117
一、除颤的分类	117
二、方法	117
三、注意事项	117
第二十节 简易呼吸器的使用	118
一、适应证	118
二、禁忌证	118
三、应用呼吸机的指征	118
四、准备工作	118
五、方法	119
第二十一节 胎位检查四部触诊法	120
第二十二节 阑尾炎的辅助检查	121
第二十三节 运动系统理学检查方法	121
一、肩部检查	121
二、肘部检查	121
三、腕部检查	121
四、脊柱检查	122
五、骨盆检查	123
六、膝部检查	125
第四章 器械检查与实验室检查结果判读	127
第一节 心电图检查	127
一、正常心电图的波形特点及正常值	127
二、心室肥大	128
三、心肌缺血	130
四、心肌梗死	131
五、窦性心律失常	134
六、室性期前收缩	135

七、房性期前收缩·····	136
八、阵发性室上性心动过速·····	136
九、心房扑动及颤动·····	136
十、房室传导阻滞·····	137
第二节 X线检查·····	138
第三节 实验室检查·····	142
一、血、尿、粪常规检查·····	142
二、肾功能检查·····	152
三、肝功能检查·····	152
四、脑脊液常规及生化检查·····	155
五、浆膜腔积液(胸腔积液、腹水)检查·····	156
六、空腹血糖测定·····	157
七、血清钾测定·····	157
八、血清钠测定·····	157
九、血清钙测定·····	158
十、血清氯测定·····	158
十一、血清磷测定·····	159
十二、血清总胆固醇测定·····	159
十三、血清甘油三酯测定·····	159
十四、血清脂蛋白测定·····	159
十五、乙型肝炎病毒标志物测定·····	160
十六、血清铁与总铁结合力测定·····	162
十七、血、尿淀粉酶测定·····	162
十八、痰液检查·····	163
十九、血气分析·····	165
第五章 病例分析·····	167
一、肺炎·····	167
二、原发性支气管肺癌·····	168
三、结核病·····	170
四、高血压病·····	172
五、冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	174
六、消化性溃疡·····	177
七、消化道肿瘤·····	179
八、慢性病毒性肝炎·····	186
九、肾小球肾炎·····	188
十、尿路感染·····	190
十一、贫血·····	192
十二、白血病·····	194
十三、甲状腺功能亢进症·····	197

十四、糖尿病	200
十五、急性一氧化碳中毒	203
十六、急性有机磷杀虫药中毒	205
十七、细菌性痢疾	206
十八、流行性脑脊髓膜炎	208
十九、短暂性脑缺血发作	211
二十、脑栓塞	212
二十一、脑出血	214
二十二、蛛网膜下腔出血	215
二十三、胆囊结石	217
二十四、急性结石性胆囊炎	218
二十五、急性胰腺炎	218
二十六、肠梗阻	220
二十七、胃十二指肠溃疡急性穿孔	222
二十八、腹部损伤	223
二十九、异位妊娠	225
三十、尿路结石	227
三十一、肋骨骨折	229
三十二、气胸	230
三十三、血胸	231
三十四、股骨干骨折	232
三十五、肱骨干骨折	232
三十六、关节脱位	233
三十七、闭合性颅脑损伤	235
三十八、小儿腹泻	237
三十九、性传播性疾病	239

第一章

问诊与病史采集

第一节 问 诊

问诊(inquiry)是医生通过与患者及有关人员的交谈、询问,以获取其所患疾病的发生、发展情况,诊治经过,既往身心健康状况等病史资料,经过分析综合而作出临床判断的一种诊断方法。问诊是病史采集的重要手段,也是最重要的临床技能之一。

一、问诊的重要性

1. 问诊是建立良好医患关系的桥梁 问诊是医患沟通、建立良好医患关系的最重要时机和桥梁,正确的问诊方法和良好的问诊技巧,使患者感到医生的亲切和可信,主动配合医生的工作,这对病情的诊断十分重要。

2. 问诊是获得诊断依据的重要手段 通过问诊获取的病史资料对诊断具有极其重要的意义。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过单独的问诊就能对许多患者提出相当准确的诊断。

3. 问诊是了解病情的主要方法 通过问诊可全面了解患者所患疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况等全过程,了解患者的社会心理状况及其对疾病的影响,有利于全面了解患者的健康状况,消除或减轻其不必要的顾虑及不良影响。

4. 问诊可为进一步检查提供线索 详细的病史资料对患者进行体格检查和各种诊断性检查提供了重要的线索和基本资料。

二、问诊的方法与技巧

问诊的方法和技巧与获取病史资料的数量和质量有密切的关系,这涉及到沟通交流技能、医患关系、医学知识、仪表礼节,以及提供咨询和教育患者等多方面的内容。

(一) 问诊的基本方法与技巧

1. 问诊前的过渡性交谈 由于对医疗环境的生疏和对疾病的恐惧,患者在接受问诊前常有紧张情绪,往往不能顺畅有序的陈述自己的感受及病情演变的过程。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。注意保护患者隐私,最好不要当着陌生人进行问诊。

2. 一般由主诉开始 问诊采取逐步深入进行有目的、有层次、有顺序的询问。多从简单问题开始,待患者对环境适应和心情稳定后,再询问需要思考和回忆才能回答的问题。

3. 注意时间顺序 注意主诉和现病史中症状或体征出现的先后顺序。询问者应问清

症状出现的确切时间,跟踪首发症状至目前的演变过程。根据时间顺序追溯症状的演变,以避免遗漏重要的资料。有时环境的变化或药物的使用可能就是病情减轻或加重的因素。按时间线索仔细询问病情可使询问者更有效地获得这些资料。

4. 态度要诚恳友善 耐心与患者交谈,细心听取患者的陈述。对患者的回答不确切和不满时要耐心启发患者。仪表、礼节和友善的举止,有助于发展与患者的和谐关系,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。

5. 避免重复提问 询问时要注意系统性、目的性和必要性,医生应全神贯注地倾听患者的回答,不应问了又问。杂乱无章的提问是漫不经心的表现,这样会降低患者对医生的信心和期望。

6. 避免使用医学术语 不同文化背景的患者对医学术语的理解有较大的差异。与患者交谈,必须选用常人易懂的词语代替医学术语,以免引起误解。

7. 及时核实有疑问的情况 针对患者陈述中不确切或有疑问的情况,注意及时核实。如果患者提供了特定的诊断和用药,就问明诊断是如何做出的及用药剂量等。还要核实其他一些信息,包括饮酒史、吸烟史、兴奋药品和咖啡因服用史以及过敏史等。

8. 根据情况采取封闭式提问或开放式提问 ①封闭式提问:封闭式提问是指使用一般疑问句,患者仅以“是”或“否”即可回答。②开放式提问:开放式提问是指使用特殊疑问句,患者要将自己的实际情况加以详细描述才能回答。

9. 结束语 问诊结束时,以结束语表明问诊结束,并说明下一步计划、询问者的作用、义务,对患者的要求、希望(如改变饮食习惯、治疗等)等。

10. 分析与综合 在问诊过程中,医生要不断地思考、分析、综合,归纳患者所陈述的症状之间的内在联系,分清主次、去伪存真,这样的问诊资料才有价值。

(二) 重点问诊的方法

重点问诊是指针对就诊的主要或单个问题(现病史)来问诊,并收集出现病史之外的其他病史部分中与该问题密切相关的资料。需要进行重点问诊的主要是在急诊和门诊。重点问诊之前都应该询问患者的一般资料,同时,系统回顾对修改或支持诊断假设也十分重要。重点问诊的要求与方法见表 1-1。

表 1-1 重点问诊的方法与要求

- | |
|------------------------------------|
| 1. 已经深入学习和掌握问诊的基本方法与技巧 |
| 2. 具有丰富的病理生理学和疾病相关知识 |
| 3. 具有病史资料分类和提出诊断假设的能力 |
| 4. 不同于全面采集病史的过程,应选择对解决问题所必须的内容进行问诊 |
| 5. 以一种较为简洁的形式或调整过的顺序进行问诊 |
| 6. 患者的主诉或主要症状提示了需要重点问诊的内容,并形成了诊断假设 |
| 7. 诊断假设形成后,采用直接提问的方式进行重点问诊 |
| 8. 除非对解决问题有帮助,一般不必询问过去史的全部内容 |
| 9. 是否询问家族史,取决于诊断假设 |

(三) 特殊情况的问诊技巧

健康表现为无躯体不适、心情舒畅、对生活富有信心,疾病则以躯体不适、心情压抑或烦

躁、对生活失去信心为特点。当患病后,机体可产生一系列的情绪反应,可对采集病史产生影响,临床上的一些特殊情况的问诊技巧见表 1-2 和表 1-3。

表 1-2 常见的精神、心理情况的问诊技巧

情 况	问 诊 技 巧
缄默与忧伤	1. 主要观察患者的表情、目光和躯体姿势 2. 以尊重、耐心的态度表示理解其痛苦,取得信任,鼓励其叙述病史
焦虑与抑郁	1. 鼓励患者叙述其感受,注意语言和非语言的异常线索 2. 给予安慰和保证应注意分寸,并按精神科的要求采集病史
多话与唠叨	1. 观察患者的思维,提问应限定在主要问题上,巧妙地打断患者的无关叙述 2. 分次进行问诊,并礼貌地告诉患者问诊的内容及时间限制等
愤怒与敌意	1. 以坦然、理解的态度进行问诊,及时寻找患者愤怒的原因并予以解释 2. 提问要缓慢而清晰,以现病史为主 3. 十分谨慎地询问个人史、过去史和其他敏感的问题
说谎	查找说谎的原因,并给予恰当的解释

表 1-3 常见特殊情况和特殊人群的问诊技巧

情 况	问 诊 技 巧
多种症状并存	1. 在大量的症状中抓住关键、把握实质 2. 在排除器质性疾病的同时,可考虑精神因素所致
危重和晚期患者	1. 对危重患者可同时进行问诊和体格检查,不要催促,要理解患者 2. 对危重患者要给予关心、鼓励和安慰,可取得更准确的资料
残疾患者	1. 对听力障碍者,可用简单的手势或其他体态语,必要时可进行书面交流 2. 对盲人,应给予更多的安慰,注意聆听并及时作出语言性应答
老年人	1. 先用简单的一般性提问,问诊速度不能太快,必要时可重复提问 2. 注意患者的反应,必要时向家属或亲属收集资料 3. 耐心仔细地系统回顾,仔细询问个人史、家族史等
儿童	1. 态度要和蔼,并体谅家长的焦虑心情,认真对待家长提供的每一个信息 2. 注意儿童表达的准确性,以判断其所提供信息的可靠性
精神疾病患者	对无自知力的患者,可从家属或亲友中获取病史资料,但非患者的感受,应综合分析

三、问诊的注意事项

1. 选择合适的时间 问诊是一种情感的交流,时间选择得好,问诊往往能得到患者的配合。问诊的内容及其时间选择应该照顾患者的情绪。对待不同的患者,选择不同的时机。对危重患者,在做扼要的询问和重点评估之后,立即进行抢救,详细的健康史与身体评估可在病情好转后再作补充,以免延误治疗。

2. 选择良好的谈话环境 选择比较安静、舒适和私密性好的环境,光线、温度要适宜。在有多张病床的普通病房,医生应该利用自己的谈话技巧,弥补环境条件的不足,如声音大小的适当把握,隐密问题的含蓄设计等。

3. 选择适宜的人际沟通方式 不同文化背景的人在人际沟通的方式上存在文化差异。医生应熟悉自己与他人文化间的差异,使问诊过程中的语言和行为能充分体现对他人文化的理解和尊重。

4. 注意非语言沟通 问诊中与患者的视线保持接触,运用必要的手势,保持适当的距离,适时点头或应答,避免分散患者注意力。

5. 不要有不良的刺激 问诊时不要直呼患者的名字或床号,要防止对患者有不良刺激的语言和表情。

四、问诊的内容

1. 一般资料 一般资料(general data)包括患者姓名、性别、年龄、民族、婚姻、籍贯、文化程度、宗教信仰、工作单位、职业、家庭地址、电话号码、入院日期及记录日期等。性别、年龄、职业等可为某些疾病提供有用的信息,文化程度、宗教信仰等有助于了解患者对健康的态度及价值观,同时应注明资料来源及其可靠程度。

2. 主诉 主诉(chief complaints)为患者感受到的最主要的痛苦、最明显的症状或体征,也是本次就诊的最主要原因及其持续时间。记录主诉的要求见表 1-4。

表 1-4 记录主诉的要求

- | |
|---|
| 1. 简明扼要,应用一二句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间 |
| 2. 尽可能采用患者描述的症状,而不是医生对患者的诊断用语 |
| 3. 体征一般不作为主诉,但能为患者所感知的体征而无明显症状者亦可作为主诉 |
| 4. 对病史长、病情复杂的患者,应综合分析以归纳出更能反映病情特征的主诉 |
| 5. 对当前无症状、诊断资料和入院目的十分明确的患者,可直接采用入院目的作主诉 |

3. 现病史 现病史(history of present illness)是围绕主诉详细描述患者自患病以来疾病的发生、发展和诊疗的全过程,是病史的主体部分。其主要内容及评价见表 1-5。

表 1-5 现病史的主要内容及评价

内 容	评 价
患病时间与起病情况	包括何时、何地、如何起病,起病缓急,病程长短,与本次发病有关的病因和诱因。现病史的时间应与主诉保持一致
主要症状发生和发展	按症状发生的先后详细描述症状的性质、部位、程度、发作频率、持续时间、严重程度、有无缓解或加重的因素,有无伴随症状等。注意记录应精炼,类同的症状不需反复描述,但症状的性质、程度等发生变化时应记录变化的情况
病因与诱因	尽可能了解与本次发病有关的病因和诱因,有助于明确诊断和拟定治疗措施
病情的发展与演变	患病过程中的主要症状变化或新症状的出现
伴随症状	与主要症状同时或随后出现的其他症状,应记录其发生的时间、特点和演变情况,与主要症状之间的关系等。与鉴别诊断有关的“阴性症状”也应记录
诊治经过	发病后曾在何时、何地做过何种检查和治疗,诊断及治疗、护理措施及其效果
一般情况	在现病史的最后尚需对患者患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等作简要记录

4. 既往史 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、手术史,预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,特别是与现病史有密切关系的疾病。记录顺序一般按年月的先后排列。诊断肯定者可用病名并加引号。诊断不肯定者,可简述其症状、时间和转归。主要内容见表 1-6。

表 1-6 既往史的主要内容

1. 一般健康状况,有无慢性病如高血压、肝病、糖尿病、溃疡病史等
2. 急性、慢性传染病史
3. 预防接种史,包括预防接种时间及类型
4. 有无外伤、手术史
5. 有无过敏史,包括食物、药物、环境因素中已知的过敏物质,以及机体特殊反应,脱敏方法

5. 用药史 用药史(medication history)是指曾用过哪些药物,有无反应,特殊药物如激素、抗结核药物、抗生素等应记明其用法、剂量和时间,询问当前用药情况,包括药物名称、剂型、用法、用量、效果及不良反应等。对于过去用药史,主要询问药物过敏史、药物疗效及副作用。同时可了解患者的自我照顾能力。

6. 成长发展史 不同的年龄阶段有着不同的成长发展任务,个体的成长发展史(growth and development history)亦是反映其健康状况的重要指标之一。运用相应的成长发展理论,根据患者所处的不同成长发展阶段,确定其是否存在成长发展障碍。

(1) 生长发育史(growth history):根据患者所处的生长发育阶段,判断其生长发育是否正常。对儿童来说,主要询问家长,了解出生时的情况及生长发育的情况。

(2) 月经史(menstrual 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(last menstrual period, LMP),闭经日期,绝经年龄。

(3) 婚姻史(marital history):婚姻状况、结婚年龄、配偶健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

(4) 生育史(childbearing history):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。

(5) 个人史(personal history):个人史的主要询问内容见表 1-7。

表 1-7 个人史的主要询问内容

项 目	内 容
社会经历	包括出生地、居住地区和居住时间(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社会经历
职业与工作条件	工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间等职业及工作条件情况
习惯与嗜好	起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟酒嗜好的时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等习惯与嗜好
冶游史	有无不洁性交,是否患过性病等

7. 家族史 家族史(family history)包括双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与患病情况,

特别应询问是否患有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。

8. 系统回顾 系统回顾(review of systems)是通过回顾患者有无各系统的症状及其特点,全面系统地评价以往已发生的健康问题及其与本次健康问题的关系,通过系统回顾可避免遗漏重要的信息,可以帮助医生在短时间内了解患者既往各系统的健康状况。系统回顾项目及内容见表 1-8。

表 1-8 系统回顾项目及内容

项 目	内 容
一般健康状况	有无疲乏无力、发热、出汗、睡眠障碍及体重改变等
头颅及其器官	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
呼吸系统	有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难
心血管系统	有无心悸、活动后气短、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿
消化系统	有无食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸
泌尿生殖系统	有无尿频、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
内分泌与代谢系统	有无多饮、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
造血系统	有无皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾肿大
肌肉与骨关节系统	有无疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力
神经系统与精神状态	有无头痛、头昏、眩晕、记忆力减退、意识障碍、抽搐、瘫痪,有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等

五、问诊方法的评估

问诊的主要任务是正确采集病史资料,再根据资料归纳书写,形成病史。一个高水平问诊必须具备 5 个基本要素:静听(audition)、评价(evaluation)、询问(inquiry)、观察(observation)和理解(understanding)。意指诚恳而细致地听取患者的叙述;判断各种资料的相关关系及其重要性;询问出完整的史料,抓住重点,深入追询,尽量引证核实;观察患者的面部表情、姿势,注意体会;领会患者关注的问题,对疾病的看法及对诊断、治疗的期望等。

问诊方法和技巧与获取信息的数量及质量紧密相关,因而可直接影响疾病的诊断。通过对问诊方法与技巧评估,对提高问诊质量和诊断水平具有重要意义。

1. 收集资料方面的评估 收集资料丰富的评估主要包括问诊的组织安排、对患者提出问题的类型、病史资料的引证核实和对病史资料进行归纳小结等能力。其评估标准见表 1-9。

表 1-9 收集资料方面的评估标准

评 分	标 准
5 分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 问诊的组织安排合理,提问的目的明确,问题清楚、重点突出,能按顺序提问 2. 由一般问题开始,使患者对所提问题能清楚地理解 3. 对重要而必须要明确的内容进行恰当的引证核实 4. 能自如地对病史资料进行归纳小结

续表

评 分	标 准
3分	1. 问诊的组织安排尚可,提问时有时有遗漏,然后再重新追问 2. 部分问题不太清楚,有时采用了诱导性和暗示性提问 3. 未能对重要内容进行引证核实 4. 未能在恰当的时机对病史进行归纳小结
1分	1. 问诊的组织安排不合理,提出的问题不明确或重复提问,且难以回答 2. 未能对重要内容进行引证核实

2. 基本交流技能方面的评估 基本交流技能方面的评估包括问诊的进度、友善的举止、对患者恰当的赞扬与鼓励、及时教育患者、避免使用医学术语等,其评估标准见表 1-10。

表 1-10 基本交流技能的评估

评 分	标 准
5分	1. 适当地使用鼓励性语言鼓励患者,不轻易打断患者的诉说,恰当地利用停顿技巧 2. 理解患者提出的问题,并提供足够的信息,对患者的问题能做出满意的答复 3. 语言通俗易懂,不使用难懂的医学术语 4. 主动鼓励患者提问,既能获得更多的病史资料,又能确认已获得的信息 5. 体态语使用正确
3分	1. 能给患者一些信息,但不能明确患者的问题或不能清楚判断患者是否理解其意思 2. 有时采用医学术语提问,有时打断患者的诉说,或出现较长时间的停顿 3. 不能抓住时机及时鼓励患者
1分	1. 忽视患者对信息的需求或真正需要,常使用医学术语,患者难以理解所提出的问题 2. 不给患者提问的机会,出现不恰当的体态语

3. 融洽的医患关系方面的评估 融洽的医患关系方面的评估包括医生的举止、仪表、对患者的尊重情况,建立良好医患关系的各种技能等。其评估标准见表 1-11。

表 1-11 建立融洽医患关系的技能评估标准

评 分	标 准
5分	仪表整洁、尊重患者、关心和同情患者,使患者感到舒服,医患关系好
3分	仪表不够整洁、尊重患者不够,从言谈举止上未能表现出明显的同情心,但无责备和厌烦患者的言行,不能时时使患者感到舒服
1分	仪表不整、衣着脏乱,言行使患者感到不舒服,或有不尊重患者的举止

第二节 病史采集

一、发 热

正常人体温一般为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右,正常体温在不同个体之间略有差异,并受昼夜、年龄、性别、活动程度、药物、情绪和环境等内外因素的影响而稍有波动。在某种情