

PHYSICAL  
DIAGNOSIS

# 体检诊断

PHYSICAL DIAGNOSIS

主编：宋怡 全如斌

天津科学技术出版社

# 体检诊断

**PHYSICAL  
DIAGNOSIS**

**PHYSICAL  
DIAGNOSIS**

主编：宋怡 全如斌  
天津科学技术出版社



**图书在版编目(CIP)数据**

体检诊断/宋怡,全如斌主编. —天津:天津科学技术出版社,2006

ISBN 7-5308-4071-1

I. 体... II. ①宋...②全... III. 体格检查—诊断 IV. R194.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 042000 号

---

责任编辑:焦美红

版式设计:邱芳

责任印制:张军利

---

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话(022)23332393(发行部) 23332390(市场部) 27217980(邮购部)

网址:www.tjkjbs.com.cn

新华书店经销

天津市永源印刷有限公司印刷

---

开本 889×1194 1/16 印张 21.75 字数 564 000

2006 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

定价:50.00 元

# 编者名单

主 编 宋 怡 全如瑛  
副 主 编 李德馨 毕黎琦 郑伯承

编写人员(按姓氏音序排列)

|      |                 |
|------|-----------------|
| 毕黎琦  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 陈学奎  | 吉林大学第二医院        |
| 董 震  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 冯 兰  | 北京轻工医院          |
| 顾 英  | 天津医科大学第二医院      |
| 郭嘉隆  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 何尔斯泰 | 吉林大学中日联谊医院      |
| 何彦津  | 天津医科大学第二医院      |
| 李德馨  | 天津医科大学第二医院      |
| 李广平  | 天津医科大学第二医院      |
| 李 萍  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 吕 强  | 首都医科大学附属安贞医院    |
| 麻晓鹏  | 深圳市儿童医院         |
| 倪东旭  | 天津医科大学第二医院      |
| 全如瑛  | 中国大百科全书出版社      |
| 宋 丁  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 宋海澄  | 唐山市开滦医院         |
| 宋 怡  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 孙荣武  | 吉林大学中日联谊医院      |
| 田文芳  | 天津医科大学第二医院      |
| 涂桂珍  | 北京大学第一医院        |
| 王长丽  | 天津医科大学总医院       |
| 王端礼  | 北京大学第一医院        |
| 王志宏  | 吉林大学第一医院        |
| 杨华渝  | 北京市安定医院         |
| 杨 正  | 天津市儿童医院         |
| 姚庆祥  | 天津医科大学第二医院      |
| 张福明  | 天津医科大学第二医院      |
| 赵福运  | 北京大学口腔医院        |
| 郑伯承  | 中国疾病预防控制中心健康教育所 |

## 序

体检诊断是诊断学的基础部分,它是依据医生检查就诊者身体所获得的体征,来对其身体状态作出分析和判断的一门学科。本书可以认为是这一学科的专门著作。

近年来科学技术飞速发展,随着一些高效、灵敏和自动化诊断仪器相继应用于临床,一些临床医生在临床工作中出现了轻视体检的倾向。本书的问世将会使读者深刻地认识到体检诊断是一个最基本的、任何情况下都不可省略的诊断步骤,而且这一步骤的完成,全赖于熟练的体检技能和扎实的体检知识,从而可能会对改变这一倾向起到一定的作用。

书中丰富、精确和实用的体检内容反映出它是作者们博采各家论著之长,结合自己的临床经验,经过精心选材、编排、辑录而成的一部以体检诊断为主题的著作。阅读后发现它有下面几个特色。首先,在选材方面,书中汇集了所有临床各科体检中最基本的、可以在床边操作的内容,并对检查手法和体征的临床意义作了详细的介绍。显然,这不仅符合全科医生的需要,对一切专科医生来说,也是必备的知识。其次,在各章节的开始,都有一段与即将叙述的器官和组织体检有关的解剖生理概述,以便读者结合基础医学知识来理解该器官和组织的检查要领和体征发生的基础。因为概述中的内容是经过精选和有针对性的,所以,在阅读中无须再花费时间查阅这方面的资料。再者,本书对体征的形成和表现阐述得十分详尽和深透。作者在运用解剖生理和病理知识的基础上,还从物理学的角度作了解释,这将有助于读者对体征的形成和临床意义的深透理解。还有,本书特别注重体征的临床意义,不只列出了与体征相关的一些常见病和多发病,而且还作了床边鉴别,这无疑会提高接诊医生在床边进行初筛的能力,使就诊者受益。书的最后介绍了全身体检临床操作的基本项目和顺序,循此顺序可以顺畅地、完整地完全体检而使体检带给被检者的不便减至最低。这对初年医生尤为重要。书的最末一章“诊断思维”,介绍了临床诊断思维程序、方式和原则。这可视为本书主旨的直接延伸,因为只有在临床诊断思维的指引下逐步学习体检和问诊才有可能真正掌握临床基本功。所以,在此一并作了介绍,供读者参考。

《体检诊断》的出版,可望能引起医界同道对诊断基本功的重视,从而将诊断水平更提高一步。

罗慰慈

2005年12月

## 前 言

《体检诊断》是介绍运用体格检查的方法获取体征,从而对身体状态进行判断的一本书。它的主要内容包括体格检查的方法,体征的辨认、发生机理和临床意义,以及体征所涉及的疾病的床边鉴别要点。

体格检查与问诊二者都是医生利用自己的感官,通过直接检查或询问就诊者来获取临床资料的方法。仅根据体格检查所发现的体征和询问病史所采集的症状,在接诊的当时,就在就诊者的身边,即时对其身体状况作出的初步分析判断,称为床边诊断(*bedside diagnosis*)。它是整个临床诊断过程中的第一步,一切进一步的诊察措施,莫不是按它提示的方向选定的,这也是临床医生为了满足就诊者想及时了解自己的病情的心态所必须做到的。因此,本书中症状示例和对体征相关疾病的鉴别都是按床边诊断的思路叙述的。

症状和体征是床边诊断的两个基本要素,为临床诊断提供了原始资料。二者虽常分别介绍,但实际上构成了一个相互渗透、密不可分的整体,而须穿插进行。问诊提示了体检的重点,甚至督促我们去寻找不易发现的体征借以印证或排除问诊中形成的拟诊。体检中的发现则引导我们作进一步的追问,以补足原问病史的欠缺。正因如此,本书虽然旨在阐述体检诊断,却在书中编入一章“问诊和症状示例”,简要介绍问诊内容和病史组成。作为症状床边诊断示例的内容,这里选择了发热、疼痛、出血、呼吸困难和精神症状等几个较重要的症状,除后者是按精神障碍的分型列项叙述外,其余四个症状基本上都是按发生机理、分类或类型、临床表现、病因和床边鉴别要点来介绍的。在症状示例后附了一节“伪病”以增加医生对伪造的病情的识别能力。

本书的主体内容是体格检查和体征。有关章节的排列基本上是按常规病史的书写顺序:先是生命体征,继而一般状态、皮肤、淋巴结,接着是篇幅较大的头、颈、胸、腹以及它们所包括的器官和组织,然后是肛门与直肠、生殖器官和尿道。最后两章是神经系统和运动系统。这种掺杂系统解剖顺序和局部解剖顺序的叙述方式必然导致一定的“重叠”,例如眼既是头部器官又是神经系统的一部分,不过标题虽有重复,两方面介绍的内容却详简不同,各有侧重。

本书涵盖了常规体检的所有内容,并有所扩增,尤其关于头部各器官(眼、耳、鼻、喉、口)、神经系统和运动系统增加的篇幅较大。这些部分都有专章介绍,但选材仅限于各科医生都应了解、并能在床边操作的基本体检部分。这正符合当今医学教育中强调整体观点的精神;这不仅 是全科医生的需要,也是一切专科医生的必备知识。

本书在体检项目的具体安排上,也有几处需要指出:即通常在血管检查中叙述的血压和脉搏,和在肺部检查中讲述的呼吸频率和节律,分别被并入生命体征的血压、脉搏和呼吸各项下作较为详细的介绍,因为生命体征的最后判定要依据这些项目的检查结果。通常分散在身体各部分叙述的表浅血管(如颈静脉、胸腹壁静脉、下肢静脉和痣等)检查,则并入到皮肤血管检查项下。在腹部检查中把腹壁单列为一节,腹外疝即在此节下叙述;还另辟一节腹部的一般检查,内容包括腹外形和不专属腹内某个器官或组织的体征(如腹肌紧张、压痛、反跳痛、包块和腹膜腔积液征等)。

书中关于各个器官或组织体检内容基本上是按同一模式叙述的,开头先有一段有关解剖和生理的概述,以作为理解检查要领、体征发生机理和体征特点的基础。接着按视、触、叩、听等诊法的顺序讲述适用于该项目的检查手法和体征的特点;继而是对体征的发生机理的阐述,最后是与体征相关的常见疾病的床边鉴别。这一始于基础终于临床的叙述模式,可有助于全面理解各器官或组织的体检内容,也便于查阅。

书的末篇由全身体检的临床操作和诊断思维组成,前者介绍全身体检的基本项目和操作顺序,后者介绍诊断思维的程序、方式和原则等,以供读者参考。

宋 怡 全如斌

2005 年 12 月

# 目 录

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| <b>第一篇 问诊与症状</b> .....    | ( 1 )  |
| <b>第一章 问诊与病史组成</b> .....  | ( 1 )  |
| 第一节 问诊 .....              | ( 1 )  |
| 第二节 病史组成 .....            | ( 3 )  |
| <b>第二章 症状床边诊断示例</b> ..... | ( 6 )  |
| 第一节 发热 .....              | ( 6 )  |
| 第二节 疼痛 .....              | ( 17 ) |
| 第三节 外出血 .....             | ( 30 ) |
| 第四节 呼吸困难 .....            | ( 45 ) |
| 第五节 精神症状 .....            | ( 51 ) |
| 第六节 伪病 .....              | ( 61 ) |
| <b>第二篇 体格检查与体征</b> .....  | ( 63 ) |
| <b>第一章 基本体格检查法</b> .....  | ( 64 ) |
| 第一节 视诊 .....              | ( 64 ) |
| 第二节 触诊 .....              | ( 65 ) |
| 第三节 叩诊 .....              | ( 66 ) |
| 第四节 听诊 .....              | ( 67 ) |
| 第五节 嗅诊 .....              | ( 68 ) |
| <b>第二章 生命体征</b> .....     | ( 69 ) |
| 第一节 体温 .....              | ( 69 ) |
| 第二节 脉搏 .....              | ( 70 ) |
| 第三节 呼吸 .....              | ( 72 ) |
| 第四节 血压 .....              | ( 73 ) |
| <b>第三章 一般状态</b> .....     | ( 76 ) |
| 第一节 年龄 .....              | ( 76 ) |
| 第二节 性别 .....              | ( 77 ) |
| 第三节 身高 .....              | ( 78 ) |
| 第四节 体重 .....              | ( 79 ) |
| 第五节 发育与体型 .....           | ( 80 ) |
| 第六节 营养状态 .....            | ( 82 ) |
| 第七节 面容和表情 .....           | ( 83 ) |
| 第八节 姿势和体位 .....           | ( 84 ) |
| 第九节 步态 .....              | ( 85 ) |



|             |                 |         |
|-------------|-----------------|---------|
| 第十节         | 声调和语态           | ( 86 )  |
| <b>第四章</b>  | <b>皮肤检查</b>     | ( 88 )  |
| 第一节         | 皮肤视触诊           | ( 88 )  |
| 第二节         | 皮肤损害            | ( 91 )  |
| 第三节         | 皮肤血管检查          | ( 93 )  |
| 第四节         | 毛发和指(趾)甲        | ( 95 )  |
| <b>第五章</b>  | <b>浅表淋巴结检查</b>  | ( 97 )  |
| 第一节         | 淋巴结视触诊          | ( 97 )  |
| 第二节         | 淋巴结肿大           | ( 99 )  |
| <b>第六章</b>  | <b>头部检查</b>     | ( 101 ) |
| 第一节         | 头颅和颜面检查         | ( 102 ) |
| 第二节         | 眼部检查            | ( 104 ) |
| 第三节         | 耳部检查            | ( 118 ) |
| 第四节         | 鼻部检查            | ( 123 ) |
| 第五节         | 咽部检查            | ( 126 ) |
| 第六节         | 喉部检查            | ( 129 ) |
| 第七节         | 颌面部和口腔检查        | ( 131 ) |
| <b>第七章</b>  | <b>颈部检查</b>     | ( 137 ) |
| 第一节         | 颈部一般检查          | ( 137 ) |
| 第二节         | 颈部血管检查          | ( 140 ) |
| 第三节         | 甲状腺检查           | ( 141 ) |
| 第四节         | 气管检查            | ( 143 ) |
| <b>第八章</b>  | <b>胸部检查</b>     | ( 144 ) |
| 第一节         | 胸部体表标志          | ( 144 ) |
| 第二节         | 胸廓检查            | ( 146 ) |
| 第三节         | 胸壁检查            | ( 147 ) |
| 第四节         | 乳房检查            | ( 149 ) |
| 第五节         | 肺部检查            | ( 156 ) |
| 第六节         | 心脏检查            | ( 166 ) |
| <b>第九章</b>  | <b>腹部检查</b>     | ( 184 ) |
| 第一节         | 腹部解剖生理概要        | ( 184 ) |
| 第二节         | 腹部的体表标志和分区      | ( 185 ) |
| 第三节         | 腹部一般检查          | ( 187 ) |
| 第四节         | 腹壁检查            | ( 195 ) |
| 第五节         | 消化系统器官检查        | ( 199 ) |
| 第六节         | 泌尿系统器官检查        | ( 210 ) |
| 第七节         | 脾、腹内淋巴结和腹内大血管检查 | ( 213 ) |
| <b>第十章</b>  | <b>肛门直肠检查</b>   | ( 218 ) |
| <b>第十一章</b> | <b>生殖器检查</b>    | ( 222 ) |
| 第一节         | 男性生殖器检查         | ( 222 ) |
| 第二节         | 女性生殖器检查         | ( 226 ) |
| 第三节         | 尿道检查            | ( 235 ) |
| <b>第十二章</b> | <b>神经系统检查</b>   | ( 237 ) |

|             |                       |              |
|-------------|-----------------------|--------------|
| 第一节         | 颅神经检查                 | (237)        |
| 第二节         | 感觉神经功能检查              | (240)        |
| 第三节         | 运动神经功能检查              | (240)        |
| 第四节         | 神经反射                  | (243)        |
| 第五节         | 自主神经检查                | (248)        |
| 第六节         | 神经系统疾病的定位诊断           | (248)        |
| <b>第十三章</b> | <b>运动系统检查</b>         | <b>(264)</b> |
| 第一节         | 运动系统常用检查法             | (264)        |
| 第二节         | 上肢骨、关节检查              | (265)        |
| 第三节         | 下肢骨、关节检查              | (277)        |
| 第四节         | 脊柱检查                  | (291)        |
| 第五节         | 骨盆部检查                 | (299)        |
| 第六节         | 周围神经检查                | (303)        |
| <b>第十四章</b> | <b>心理评估</b>           | <b>(307)</b> |
| <br>        |                       |              |
| <b>第三篇</b>  | <b>全身体检的临床操作和诊断思维</b> | <b>(310)</b> |
| <br>        |                       |              |
| 第一章         | 全身体检的基本项目和操作顺序        | (310)        |
| 第二章         | 诊断思维                  | (314)        |
| <br>        |                       |              |
| <b>索引</b>   |                       | <b>(318)</b> |

# 第一篇 问诊与症状

本篇先介绍问诊要领,然后由常见症状中择取几个可见于多个系统疾病的、迫使患者急于就诊的重要症状,作一概述,供问诊和分析症状时参考。

最后对伪病作一简介,伪病本身不是病,但却是分析症状时必须排除的一个可能性。

## 第一章 问诊与病史组成

### 第一节 问 诊

问诊(inquiry)是以交谈或询问的方式采集有关就诊者病情和健康状态的一切资料,为诊断提供依据的一种诊法。就诊者主观感受到的不适或被陪同者察觉到而代述的异常情况,统称为症状(symptom)。就诊者感受到的这些改变,可以是生理上的,如发热或失眠,也可以是解剖上的,如瘫痪或痴呆,还有的是心理上的,如焦虑或幻觉等。将问诊采集到的症状和相关资料整理编排后记录下来,就是病史(medical history)。病史是就诊者根据自我感受围绕病情所作的直接描述,是诊断疾病最基本、最重要的依据,还可为进一步检查提供线索和指出方向。运用症状学知识对症状进行分析,结合体格检查所见和辅助检查的结果,往往可对病症的本质作出判断。病史是否完整、确切、可靠,对诊断正确与否有直接影响,而病史的质量如何又取决于问诊是否得当、详尽、重点突出。可以说问诊是诊法中最重要的项目,熟练地掌握问诊要领是提高诊断能力的关键。

#### 一、问诊要领

##### (一)首先要取得就诊者的信任

问诊时要态度和蔼、诚恳,语气平和,耐心地听取就诊者对病情的叙述,以消除其临诊时的生疏感或紧张情绪,使其能在和谐的气氛中感到医生对他的关心,愿意向医生提供真实详细的病情。

##### (二)问诊要讲求技巧

问诊是在就诊者陈述和医生提问互相穿插中进行的,提问的目的是补充陈述的不足和辨别症状的主次和真伪。讲求问诊技巧是为了获得全面、确切的病史资料。

1. 问话要简短易答,用语要得当 问诊开始都是先提一般性的问题,如“你哪儿不舒服?”然后听取就诊者的陈述。为了探明就诊者的思路或深入了解某些症状的特点,可提问一些无暗示性的问题,如就诊者只诉说胸痛而未提到部位时,恰当的问话是“胸部哪儿痛,怎么个痛法?”而不应问“是不是心前区绞痛?”以免就诊者随声附和,使病史失真。问诊时的用语以易懂为准,对不同文化水平和社会地位的人,要采用不同的语言,以使就诊者易于了解问话的含义。如对文化水平低、且不常到医院看病的、以发高烧为主诉的老农,最好不要用寒战、盗汗等词语,可代之以“是否冷得打哆嗦?”“夜间睡觉有无大汗?”等。即使就诊者是医生,也要避免用诊断名词,而应问明该病的具体表现。就诊者使用诊断名词时,也要问清据以诊断该病的临床表现是什么。问诊要逐渐深入,一般都是先问就诊者主诉症状的特点,然后逐渐扩展到伴随症状,以及加剧或缓解的因素等。

2. 避免逼问和诱问 当就诊者陈述的病情与自

己设想的<sub>不一致</sub>时,不要就主观认为是就诊者忽略了或不认识符合自己设想的<sub>症状</sub>,而强行按自己的设想提问。例如:当医生设想胸痛可能是心绞痛时,就反复询问是否向左肩及上臂放散;设想血尿是肾结石引起时,就追问患者是否腰痛并向会阴部放散等。这会<sub>引起</sub>误导,如有的就诊者为了满足医生的期望,事实本非如此,但却顺口称是,以致造成<sub>病史</sub>失真。

**3. 问诊要井然有序** 问诊时面对就诊者陈述的众多症状,应分清主次,一个个地深入询问,这样才能将病情了解透彻,就诊者也会觉得医生头脑清晰、思路有条不紊,增加对医生的信心。那种杂乱无章,对各个症状翻来覆去地询问,不只难以了解到疾病的发生、发展规律,也会引起就诊者对医生<sub>诊病</sub>能力的疑虑。

### (三)边问诊、边思考、边鉴别

这是问诊的精髓,也是不常被医生重视而身体力行的。如照搬就诊者的症状,不经思考鉴别就罗列起来形成<sub>病史</sub>,必定杂乱无章。应该认识到问诊是诊断的第一步,这也就是说问诊要有<sub>诊断</sub>思维参与。问诊一开始就要开动脑筋,不断地分辨主次、核实病情、理顺症状出现的时序、搞清症状间的联系,在此基础上不断地对根据症状联想到的疾病进行取舍,以期问诊完了时,脑中已有了一个应对哪些疾病作鉴别的轮廓,并写出一份逻辑性强、内容精到的<sub>病史</sub>。

### (四)辨伪别真、去冗补漏

在问诊中有时会发现症状的出现和变化不符合疾病发生和发展规律,有时会发现症状间的联系不合逻辑或互有矛盾。这时可有意识地提出几个诱导性问题,如提问就诊者是否出现过按其所述根本不会出现的症状,或应该出现但就诊者未提到的症状,以发现患者是在故意伪造<sub>病史</sub>,还是不经意地遗漏。若是遗漏,则回答的内容基本合理,并能在医生引导下,对遗漏的症状作进一步的描述。但若是伪造,则回答会破绽百出,假相毕露。这种情况,如果不是由于就诊者随声附和怕漏掉自己不熟悉的症状,或因有精神异常胡乱回答,就很可能杂有<sub>伪病</sub>成分。

## 二、问诊的重要性

(1)问诊是直接<sub>向</sub>就诊者了解病情和健康状态的基本手段,所得的资料是组成<sub>病史</sub>、进行症状诊断的依据。

(2)问诊可为随后的检查,如体格检查和实验

室检查等,提供线索,指出方向,使检查能重点突出,有的放矢,减轻就诊者的负担。

(3)问诊中根据就诊者的语调、语气、表情和对问题的反应,可了解到患者的性格、神经型、心理状态,这有助于与之建立相互信任的医患关系。

(4)通过诚恳、和蔼的问诊可以解除患者的疑虑,稳定精神状态,起到心理治疗的作用。

(5)问诊也是体格检查的一个手段,全身一般检查中的一些项目,如语言、语调、语态,意识状态中的反应能力、表达能力和思维连贯性等都可在与就诊者交谈中反映出来。

(6)通过问诊采集到的<sub>病史</sub>可作为司法鉴定依据。

(毕黎琦)

## 三、问诊内容和病史的可靠程度

问诊内容概括起来不外乎是现病、伴发病和既患病以及与之相关的个人情况,其中现病(指此次迫使病人就诊的疾病)的病情最为重要,是构成<sub>病史</sub>的主体,属现病史的内容。评价<sub>病史</sub>可靠性时,首先着眼于现病史内容是否真实全面。伴发病和既患病分别是与现病无关的未愈疾病和已愈疾病,属既往史内容。这些病的病情都是由就诊者或知情人分别提供的,所以可以说<sub>病史</sub>的可靠程度如何,很大程度上取决于提供者。而医生对提供的<sub>病史</sub>素材进一步提问,将之充实、深化,也是提高<sub>病史</sub>质量的重要环节。

临床实践中,绝大多数情况下病情是就诊者本人提供的,因为在与医生交谈中可随时对病情作深入的描述和补充,还可明确症状的主次和其间因果关系,所以采集到的<sub>病史</sub>应该是可靠的。

有时也会遇到一些就诊者热衷于讲述个人的意见,而不是介绍事实。这时,医生应善于引导他们,使其转而叙述事实,而不应驳斥,以免挫伤对方应答的积极性,影响今后的合作。另一方面,医生在询问事实时,也不要问题连珠,咄咄逼人;要给对方时间追忆患病的真实经过。不然的话,就诊者可能出现逆反心理,拒不合作;或者转而随声附和。如果遇到后一种情况,医生再比较主观,便可能通过诱导性的提问,让就诊者的回答向自己的拟诊方向靠拢,使<sub>病史</sub>失真,从而导致错误的结论。

在有些情况下,如就诊者年幼不懂事、年老思路不清、有精神异常或意识障碍,或者病情危重无

力回答等时,病史只能由知情人提供。即使在医院诊室或病房里交接经管的病人时,前一班医生也是以知情人的身份把病情介绍给下一班的。在由知情人提供病情时,最重要的一点是听取客观情况,而不是知情人的主观判断,是事实而不是知情人的个人意见,这样才能形成自己的判断,不致被提供者误导。

病史不实可能有多种原因:病史材料可能是二手材料,辗转得自他人;病史提供者没受过科学训练,不能客观地观察和描述事实;病史提供者出于对医生的敬畏心理,或是怕得罪医生而得不到应有的照顾,或本人素无主见,谈话时专喜迎合对方,因而对医生提问一律给予肯定答复;病史提供者记忆不清,于是就在想象中添枝加叶形成一个符合他个人偏好的故事;事实被扭曲以符合个人成见;动机不纯,有意作伪,这包括回避不光彩的事实,以及伪造病情谋求个人私利等等。这些原因,医生在问诊

时应一一想到以便对病史的可靠性作出判断;如对某症状的真实性仅属怀疑,而无确切的否定证据,也应在病史中加以记载。有的疑点通过巧妙的询问,就可以辨别究竟。例如怀疑病史提供者随声附和时,只需提问几个荒谬的问题,看他是否依然随声附和便可查知。

病史提供者是谁和可靠程度如何,是病史的一般资料中必不可少的项目,可使阅读病历者对病史内容有一恰当的估价。一般说来,由就诊者直接提供的病史,绝大多数是可靠的。由知情人提供的,即使是病人的贴身护侍者,也要详细追询各个细节,才能得到可靠的病史。若是无关人员提供的,可靠程度则较低,需在诊疗过程中继续搜集资料对病史进行核实、补充和修正,才能使初次就诊时难以问得周全的病史趋于完整可靠。

(毕黎琦)

## 第二节 病史组成

问诊所采集到的资料经整理后记录下来就是病史。病史组成内容包括一般资料、主诉、现病史、既往史、个人史、月经史、性生活史或婚姻史和家族史等。此外,临床各专科如儿科和神经科、精神科等还常根据专科的需要增减有关项目。

### 一、一般资料

一般资料包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、职业、籍贯、现住址、就诊或入院日期、病史提供者和可靠程度。记录时应注意:姓名应与居民身份证记载的相同,勿用同音字或非正规简化字。性别多一见便知,对小儿或性别难辨者,需询问或留待体检时判定。年龄以实足年龄计,学龄前期及其后的年龄期以岁为单位,幼儿期及其前的年龄期,根据年龄大小以月、周或日为单位。民族在询问的同时还要了解其特殊习惯并记入个人史内。婚姻状况只记未婚和已婚,离婚和再婚在婚姻史中记载。职业只记录大的行业,如工人、农民、军人、商人、教师、医生等,无职业者写无。籍贯只写省、自治区、市、县。现住址写现在通讯处,后附邮编和电话。就诊或入院日期要准确记录,年月日都要记,急诊还要记时分。病史提供者可以是本人或知情人,若系后者,要记明与就诊者的关系。可靠

程度分为可靠、基本可靠(主要内容具备、细节待深入补充)和供参考(待核实补充)。

### 二、主诉(chief complaint, CC)

主诉包括迫使患者就诊的主要症状及其持续时间,通常只用一两句话来表达。有的就诊者所诉症状繁多杂乱,需要通过耐心询问和客观分析,方能找出主要症状作为主诉。一个简明扼要的主诉可以提示疾病在哪个系统或部位、性质如何和病情急缓。主诉是在采集现病史时应该深入询问的主题。

### 三、现病史(present illness, PI)

现病史是对由发病到就诊这段时间内全部症状的详细描述。询问的内容有如下几方面。

1. 发病时间 有时不易确定,急性病患者常将前驱症状忽略,而慢性病患者则常把转重时间当作起病时间,以致影响病期的计算。询问发病时间可了解患者患的是急性病还是慢性病。病期均从首发症状出现的时间算起,门诊患者算到就诊时,住院患者算到入院时。记录时所用的时间单位根据病期长短而定,如不到一日者用时,不到一周者用日,依此类推。

**2. 起病急缓** 急性发病多见于急性感染、外伤、急性中毒、空腔脏器穿孔或梗阻、血管堵塞或破裂等；缓慢发病见于慢性炎症、脏器淤血、代谢障碍、肿瘤等。

**3. 病因或诱因** 有时会把偶合性情况当作病因，如若脊髓灰质炎患儿肢体麻痹出现于注射青霉素之后时，家属常误认刺伤神经是病因，故问诊中应注意分析。

**4. 症状部位** 问清痛苦的所在部位，对估计患病器官或病变范围很有帮助。如主诉腹痛，应继续问是全腹还是腹部某区，若系某区疼痛，还要问是否局限于某一点，如急性阑尾炎，患者常可指出疼痛局限于右下腹的阑尾点区。一般说，症状所在处就是病变部位，但也不尽然，如神经根损伤引起的放射痛则出现在该神经支配的部位，牵涉痛却出现在远离病变的部位，如心肌梗死患者的疼痛可牵涉到左肩左臂。

**5. 症状的性质、程度、久暂以及缓解或加重的条件** 同一症状如果性质不同；反映的病变亦异。以疼痛为例，灼痛常见于神经根或神经干刺激性病变，绞痛多反映管道平滑肌痉挛等。症状的程度对诊断也有参考价值，如轻微头痛多见于失眠、紧张等。急起的剧烈头痛应考虑脑膜炎症、蛛网膜下隙出血等。症状的久暂（持续性、间歇性、周期性或阵发性）也必须询问。如持续性疼痛多为炎性或占位性病变所致；周期性痛以发作期与缓解期交替为特点，常见于溃疡病等。问清缓解与加重的条件，有助于了解病变的性质。如揉按可缓解的腹痛，多为痉挛性疼痛；按压时加重的腹痛，多属炎性。

**6. 伴随症状** 指伴同主要症状出现的其他症状，对鉴别诊断很有意义。如主诉黄疸的患者，伴有陶土样大便时，多为梗阻性黄疸；而伴有酱油色尿者，多为溶血性黄疸。患者未提到的与现病有关的症状也要询问，这既可弥补患者的漏述又可把本该出现但未出现的症状肯定下来，作为诊断的参考。

**7. 现病的演变和诊治经过** 这对估计预后、拟定诊疗措施有重要参考价值。应问明病情是渐重、渐轻还是时轻时重，在哪里诊治过，检查结果如何，曾诊为何病，用过何种治疗，疗效如何等。

**8. 现病中的一般情况** 对任何患者都要询问，包括体力、体重、食量、尿便、睡眠、精神、性格等，这些内容对估量患者的一般状态、拟定辅助治疗措施很有帮助。

## 四、既往史(past history)

既往史包括过去的健康状态和曾有过的疾病、外伤、手术、过敏和预防接种等。特别要注意与现病的发生有关但不属现病的疾病，如现病是脑血管意外时应询问既往有无高血压。既往史的采集除靠患者的主动叙述外，医生还要按身体各个系统的主要症状逐一进行询问，此即系统回顾，其顺序是一般状态、皮肤、淋巴结、头、颈、乳房、呼吸系统、心血管系统、消化系统、生殖泌尿系统、血液和内分泌系统、代谢、神经精神系统和骨骼肌肉系统等。进行系统回顾既可对各个系统作一全面的了解和估价，也可避免患者遗漏与现病有关的或有意义的资料。通过既往史可估计患者的体质和健康状态，也可了解过去的疾病对现病有无影响，还可发现潜在性疾病或慢性病。

## 五、个人史(personal history)

个人史是反映患者生活经历的资料。内容包括出生地、居住地与居留时间、教育程度、家庭条件、经济状况和业余爱好等，职业、工种、工作环境也要询问，还要了解就诊者的卫生习惯、饮食规律、营养、精神状态、烟酒嗜好、异嗜癖、药瘾吸毒、同性恋和冶游史等。个人史是诊断地方病、职业病和性病的重要资料。还可借此发现与现病发生有关的因素，如贫血与偏食、肺癌与吸烟等。

## 六、月经史(menstrual history)

青春期后的妇女就诊时，都要询问初潮年龄、月经周期、行经天数、月经量和性状、行经症状以及末次月经终止日期等。接近绝经年龄者，要询问是否已绝经以及绝经年龄和绝经期症状等。通用的记录格式是以行经天数为分子，月经周期日数为分母，分式前写初潮年龄，分式后写末次月经终止日期或绝经年龄。月经史对诊断女性生殖器官的器质性或功能性疾病有重要参考价值。

## 七、婚姻史(marital history)

对成年就诊者，应询问是否已婚，对已婚者应记录结婚年龄、配偶健康状况、夫妻关系和避孕措施等。离婚者要记录离婚年龄、有无再婚、有无婚外性生活史。

## 八、生育史(childbearing history)

生育史包括妊娠次数，分娩次数，有无流产、早

产、难产、死胎和畸胎,妊娠期有无妊娠反应、妊娠高血压综合征和感染等,分娩时有无大出血,产后有无产褥热,是否授乳。

### 九、家族史(family history)

询问内容应包括直系亲属或近亲的健康状态、患过何病和死因等,有无与遗传有关的疾病和对后代有影响的传染病、内分泌病、代谢病、血液病和精神病等,特别要询问家族中是否有患同样疾病者。若发现病情有明显的家族性,则应绘出家系图。

上面所列的是组成病史的基本内容,也是临床各科通用的格式,但并非固定不变的。在临床实践中,常根据各科特点增减项目或内容,如精神病科的病史需增加精神状态的内容。对儿童和未婚者有的项目可以取消。采集小儿病史常需询问父母既往有无宿疾、母亲孕期身体状态、分娩情况、出生体重、喂养史、预防接种史、体格、神经、心理发育状况等。

(宋 丁)

## 第二章 症状床边诊断示例

### 第一节 发 热

在临床实际工作中一般将个体体温超过本身正常值高限的现象,称为发热( fever)。由于很少有人严密观察自身正常体温的波动范围,所以判定发热都以超过正常人群的平均高限值为准,通常以腋窝温 37.2℃、舌下温 37.6℃、直肠温 37.9℃分别作为各该部位体温的正常高限值,超过时即为发热。但有少数人正常体温的高限值略高于上述标准,也就是说达到这一标准的有少数可能不属发热。但为了减少漏诊,沿用此标准仍是可取的,对达到这一标准的就诊者都应详细地进行检查。

正常人的体温要在多变的环境中保持恒定需要神经的调节。体温的神经调节系统包括:①感知温度变化并将此信号传入中枢的温觉神经;②下丘脑视前区及其后部的体温调节中枢;③支配效应器官调节产热和散热量的传出神经,主要是交感神经和骨骼肌运动神经。体温调节中枢可按生理需要设定温度,这个温度称体温调定点( set-point for body temperature),传入的温觉信号偏离调定点时,中枢神经元即通过传出神经向效应器官发出信号,调节产热和散热量,使体温达到或接近正常调定点,以中心体温(右心房血的温度)作标准,为 37℃,且日夜波动不超过 0.6℃。散热和产热主要靠交感神经控制的皮肤血管舒缩、汗腺分泌,以及运动神经控制的肌肉收缩来调节。当外界温度高于体温或体内产热过多时,机体靠汗水蒸发和皮肤血管扩张来消散热量;在寒冷环境下,则通过皮肤血管收缩、汗液分泌减少和肌肉阵缩(寒战)使散热减少和产热增加。如此在体温调节中枢的调控下,产热和散热保持动态平衡,使体温稳定在正常范围内。如产热多于散热可使体温超过正常标准,则引起发热。

在大多数情况下,发热是患病的信号,它可引起全身不适、肌肉酸痛、食欲不振、谵语或惊厥等症

状,迫使患者就诊;但另一方面它能起到动员机体防御系统、增加抗病能力的作用。

#### 一、发热机理

临床上根据体温升高判定的发热,其机理有四:①致热原作用于体温调节中枢,将其调定点水平提高引起的体温升高,严格地讲,只有这一机理引起的体温升高才能称为发热,见于全部感染性和部分非感染性疾病;②与体温调定点无关的由于产热增多或散热障碍引起的体温升高,称为过热( hyperthermia),几乎全为非感染性疾病所致;③体温调节中枢功能失常所致的体温升高,称中枢性发热( central fever),常呈超高热;④功能性体温升高,多为低热,常为自主神经失调或生理因素所致,查不到器质性改变。以上四种情况,一般统称为发热。

1. 致热原引起的发热 致热原( pyrogen)是多种能引起发热的蛋白质。根据它的来源和作用的不同,分为外源性致热原(以下称外热原)和内源性致热原(以下称内热原)。外热原来源广泛,除大部分是来自体外的病原体及其代谢产生的毒素外,也包括产自体内的组织损伤或坏死后的无菌性产物、炎性渗出物、免疫反应产物(如免疫复合物)和机体代谢产物(如尿酸)等。这些物质刺激巨噬细胞和 T 淋巴细胞产生内热原;前者产生白介素 1 和 2 及肿瘤坏死因子  $\alpha$  等,后者则产生肿瘤坏死因子  $\beta$  和干扰素  $\gamma$ 。这些内热原顺血流到达下丘脑,刺激局部血管内皮细胞产生前列腺素  $E_2$  (PGE<sub>2</sub>), PGE<sub>2</sub> 进入神经组织促使体温调节中枢的调定点上升,并由此发出重新调定点的信号,使产热多于散热,直到体温升至与新调定点相适应的水平,出现发热现象。临床上遇到的发热大多是由这一机理引起的。

2. 因周围组织产热过多或散热减少引起的体温升高 这种发热无热原和体温调节中枢的参与,



多由于身体代谢速度增快或皮肤散热障碍所致,属非感染性发热。常见的有甲状腺功能亢进引起的产热过多和脱水、皮炎等引起的散热减少等。

**3. 中枢性发热** 某些因素直接损害体温调节中枢,使其丧失调温能力而引起的体温升高,与内热原无关,常呈骤升的超高热。见于中暑、脑损伤和安眠药中毒等。

**4. 功能性发热(functional fever)** 系由于自主神经功能紊乱引起的体温调节障碍,使产热多于散热所致,多表现为低热,常伴随有自主神经紊乱的其他表现,日夜体温波动多不超过 $1^{\circ}\text{C}$ (腋窝温),常迁延较久,而始终对全身状态无任何影响。婴幼儿因体温调节中枢功能不完善而出现的夏季低热也属功能性发热,秋凉后自然缓解。急性感染性疾病痊愈后的恢复期可因体温调节中枢的功能尚未恢复正常而出现功能性发热,称感染后低热。排卵期(月经期前)、妊娠期、高温作业、剧烈运动都可导致体温较平时为高,但多不超出低热的范围,这属正常生理反应。但也有时被列入功能性发热中,实际上并无任何功能紊乱。

## 二、发热病因

探讨发热病因,一般都是按感染性和非感染性分类。感染性发热是各种病原体如病毒、细菌[广义细菌包括菌质体(又称支原体)、螺旋体、立克次体等]、真菌、原虫和蠕虫等全身或局部感染所致的

发热,约占发热病因的半数以上,其中多属细菌感染,病毒感染也不少见。非感染性发热系由无菌性组织坏死、变态反应、高代谢状态、非感染性皮肤病、药物或体温调节功能紊乱引起的发热。这种分法界限分明,易于归类;但在实际工作中分析发热病因时却不常由鉴别感染性或非感染性入手,而是基于患者诉说的发热程度、缓急和为期长短入手进行分析。临床上将腋窝温 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ 定为低热(low fever), $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 定为中度热(moderate fever), $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 定为高热(high fever), $>41^{\circ}\text{C}$ 定为超高热(ultra-high fever)。体温在数小时内骤升或数日内渐升到中度或高热,且患者就诊时发热不足两周者,称急性中、高热;持续两周以上者称长期中、高热;低热超过1个月者,称长期低热。这几种情况基本可概括临床遇到的所有发热患者。其中特别值得注意的是中、高热超过2~3周,住院后经过至少1周的反复问诊、检体和严密的病情观察,以及实验室和影像学检查等,仍未能查明病因的发热,称原因未明热( fever of undetermined origin, FUO)或简称未明热。

本节即以这几种发热情况为纲,将病因按系统列述于下,以利鉴别。

### (一)急性中、高热

急性中、高热绝大部分是病原体感染所致,其中一大部分属急性传染病,余为其他感染性和非感染性疾病。见表1-2-1-1。

表 1-2-1-1 急性中、高热的常见疾病分类

| 分 类                | 疾 病  |
|--------------------|--|
| 呼吸系统疾患             | 病毒性上呼吸道感染、流行性感冒、急性化脓性鼻旁窦炎、急性化脓性扁桃体炎、喉白喉、病毒性细支气管炎、肺炎、急性肺脓肿、急性播散性肺结核、急性渗出性胸膜炎、肺结节病、韦格纳氏肉芽肿 |
| 消化系统疾患             | 急性弥漫性腹膜炎、腹腔脓肿、腮腺炎、伤寒、副伤寒、急性细菌性痢疾、急性血吸虫病、细菌性食物中毒、克罗恩氏病、急性化脓性阑尾炎、细菌性肝脓肿、急性胆囊炎、急性化脓性胆管炎     |
| 泌尿和内生生殖器官疾患        | 急性肾盂肾炎、肾周围脓肿、急性前列腺炎、女性急性内生生殖器官感染   |
| 神经系统疾患             | 流行性脑脊髓膜炎、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、森林脑炎、脑脓肿、脑出血、莱姆病  |
| 原发于或主要累及血液和淋巴系统的疾患 | 急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、急性再生障碍性贫血、急性溶血性贫血、血管性免疫母细胞淋巴瘤、传染性单核细胞增多症、艾滋病、黑热病、疟疾、败血症                |
| 全身急性发疹性疾患          | 麻疹、风疹、幼儿急疹、川崎氏病、猩红热、流行性斑疹伤寒、恙虫病、渗出性多形性红斑、药疹  |
| 肌肉、关节痛突出的传染病       | 流行性出血热、钩端螺旋体病、回归热、布氏杆菌病  |
| 风湿性疾患              | 风湿热、斯蒂尔氏病、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮肌炎、多发性肌炎、贝赫切特氏病   |
| 心血管疾患              | 急性心包炎、心肌炎、细菌性心内膜炎  |
| 内分泌系统疾患            | 甲状腺功能亢进症危象、嗜铬细胞瘤、腺垂体功能减退症危象  |
| 软组织、骨、关节化脓性炎症      | 疖、蜂窝组织炎、脓窝脓肿、丹毒、化脓性淋巴结炎、肌肉脓肿、化脓性关节炎、化脓性骨髓炎   |

**1. 呼吸系统疾患** 发热伴有咳嗽、咯痰、胸痛和呼吸困难等症状者应先考虑此系统疾患。现将

常见的呼吸系统疾患以及可供和同类疾病鉴别的症状列表(表1-2-1-2)于下。