

PUMC Lecture Notes

协和听课笔记

诊断学

Clinical Diagnosis

◎ 主编 刘 枫 唐晓燕

- ✎ 紧密围绕课堂教学，突出重点、难点
- ✎ 以图表为主，强调对比学习和形象记忆
- ✎ 密切结合临床，提高学习兴趣
- ✎ 专业网站支持，内容详尽



www.pmmp.com.cn/xiehe



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

协和听课笔记：诊断学

PUMC Lecture Notes: Clinical Diagnostics

主 编 刘 枫 唐晓燕

副主编 章 杨 黄 帅

编者名单 (以姓氏笔画为序)

丁 岩	丁晓然	马 松	马文旭	王 峰
王丽霞	王海涛	刘 枫	刘冰冰	刘梦其
吕晶晶	成 江	纪 敏	张立文	张俟然
张菲菲	李 浪	李 燕	柯 蓝	郎 朗
唐晓燕	徐俊秀	曹雪林	章 杨	黄 帅
蒋继彪	樊 英			

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

诊断学/刘 枫,唐晓燕主编. —北京:人民军医出版社,2008.4

(协和听课笔记)

ISBN 978-7-5091-1596-1

I. 诊… II. ①刘…②唐… III. 诊断学—医学院校—教学参考资料 V. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 025309 号

策划编辑:杨 淮 文字编辑:葛金楠 责任审读:张之生
出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270,(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8027

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京国马印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:21.25 字数:550 千字

版、印次:2008 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4000

定价:45.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

S U M M A R Y



本书由多名中国协和医科大学八年制在校学生根据课堂笔记精心编写而成。全书共分为 6 篇,分别是问诊、体格检查、病历书写、实验诊断、器械检查等,并以核心内容、内容精要、拓展阅读、临床应用等形式对各章重点、难点进行详细讲解,同时配以复习题、模拟题方便读者学习。

本书内容具体,实用性极强,适合广大医学院校在校学生使用。

目 录

CONTENTS

第一篇 问诊

- 第1章 问诊的重要性及内容 / 3
- 第2章 问诊的方法与技巧 / 5
- 第3章 常见症状 / 7

第二篇 体格检查

- 第1章 基本检查法 / 57
- 第2章 一般检查 / 61
- 第3章 头部 / 70
- 第4章 颈部 / 76
- 第5章 胸部及肺检查 / 79
- 第6章 腹部 / 117
- 第7章 生殖器、肛门、直肠检查 / 148
- 第8章 脊柱与四肢检查 / 158
- 第9章 神经系统检查 / 170
- 第10章 全身体格检查 / 181

第三篇 病历书写

第四篇 实验诊断

- 第1章 概论 / 199
- 第2章 临床血液学检测 / 202
- 第3章 出血、血栓与止血检测 / 221
- 第4章 排泄物、分泌物及体液检测 / 229
- 第5章 常用肾脏功能实验室检测 / 243

- 第6章 肝脏功能检测常用的实验室检测 / 250
- 第7章 临床常用生物化学检测 / 257
- 第8章 临床常用免疫学检查 / 274
- 第9章 临床病原体检测 / 283

第五篇 器械检查

- 第1章 心电图 / 291
- 第2章 其他常用心电学检查 / 313
- 第3章 肺功能检查 / 316
- 第4章 内镜检查 / 322

第六篇 诊断疾病的步骤和临床思维方法

- 第1章 诊断疾病的步骤 / 329
- 第2章 临床思维方法 / 330
- 第3章 临床诊断的内容和格式 / 331

第一篇

问 诊

PART 1

20-21

第 1 章 问诊的重要性及内容

chapter 1

一、问诊的重要性

1. 问诊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。
2. 问诊是病史采集的主要手段。

二、问诊的内容

1. 一般项目包括 姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、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。
2. 主诉 为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。



主治语录

确切的主诉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。

3. 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。
 - (1)起病情况与患病的时间。
 - (2)主要症状的特点。
 - (3)病因与诱因。
 - (4)病情的发展与演变。
 - (5)伴随病状。
 - (6)诊治经过。
 - (7)病程中的一般情况。
4. 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,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。



主治语录

问既往疾病必须包括:急性传染病(肝炎、结核)、全身性疾病(糖尿病、高血压)。

5. 系统回顾

(1)呼吸系统:咳嗽的性质、程度、频率、与气候变化及体位改变的关系。咳痰的颜色、黏稠度和气味等。咯血的性状、颜色和量。呼吸困难的性质、程度和出现的时间。胸痛的部位、性质以及与呼吸、咳嗽、体位的关系,有无发冷、发热、盗汗、食欲缺乏等。

(2)循环系统:心悸发生的时间与诱因,心前区疼痛的性质、程度以及出现和持续的时间,有无放射、放射的部位,引起疼痛发作的诱因和缓解方法。呼吸困难出现的诱因和程度,发作时与体力活动和体位的关系。有无咳嗽、咯血等。水肿出现的部位和时间;尿量多少,昼夜间的改变;有无腹腔积液、肝区疼痛、头痛、头晕、晕厥等。有无风湿热、心脏疾病、高血压病、动脉硬化等病史。女性患者应询问妊娠、分娩时有无高血压和心

功能不全的情况。

(3)消化系统:有无腹痛、腹泻、食欲改变、嗝气、反酸、腹胀、口腔疾病,及其出现的缓急、程度、持续的时间及进展的情况。上述症状与食物种类、性质的关系及有无精神因素的影响。呕吐的诱因、次数;呕吐物的内容、量、颜色及气味。呕血的量及颜色。腹痛的部位、程度、性质和持续时间,有无规律性,是否向其他部位放射,与饮食、气候及精神因素的关系,按压时疼痛减轻或加重。排便次数,粪便颜色、性状、量和气味。排便时有无腹痛和里急后重,有无发热与皮肤巩膜黄染。体力、体重的改变。

(4)泌尿系统:有无尿痛、尿急、尿频和排尿困难;尿量和夜尿量多少,尿的颜色(洗肉水样或酱油色)、清浊度,有无尿滞留及尿失禁等。有无腰痛,疼痛的部位,有无放射痛。有无咽炎、高血压、水肿、出血等。

(5)造血系统:皮肤黏膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑、血肿及淋巴结、肝、脾肿大,骨骼痛等。有无乏力、头晕、眼花、耳鸣、烦躁、记忆力减退、心悸、舌痛、吞咽困难、恶心。营养、消化和吸收情况。

(6)内分泌系统及代谢:有无怕热、多汗、乏力、畏寒、头痛、视力障碍、心悸、食欲异常、烦渴、多尿、水肿等;有无肌肉震颤及痉挛。性格、智力、体格、性器官的发育,骨骼、甲状腺、体重、皮肤、毛发的改变。有无产后大出血。

(7)神经精神系统:有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、感觉与定向障碍。如疑有精神状态改变,还应了解情绪状态、思维过程、智能、能力、自知力等。

(8)肌肉骨骼系统:有无肢体肌肉麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等。有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天畸形等。

6. 个人史 主要包括如下几个方面:

(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。不同传染病有不同潜伏期,应根据考虑的疾病,询问过去某段时间是否去过疫源地。

(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、下疮等。

7. 婚姻史 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. 月经史和生育史 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/绝经年龄

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 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,如血友病、白化病、遗传性球形红细胞增多症、遗传性出血性毛细血管扩张症、家族性甲状腺功能减退症、糖尿病、精神病等。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。某些遗传性疾病还涉及到父母双方亲属,也应了解。若在几个成员或几代人中皆有同样疾病发生,可绘出家系图显示详细情况。

第2章 问诊的方法与技巧

chapter 2

第一节 问诊的基本方法与技巧

1. 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。
2. 追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。
3. 在问诊的两个项目之间使用过渡语言。
4. 根据具体情况采用不同类型的提问。
5. 提问时要注意系统性和目的性。
6. 询问病史的每一部分结束时进行归纳小结。
7. 避免医学术语。
8. 为要引证核实病人提供信息。
9. 仪表、礼节和友善的举止。
10. 恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言。
11. 医师应明白病人的期望,了解病人就诊的确切目的和要求。
12. 用巧妙而仔细的各种方法检查病人的理解程度。
13. 问诊结束时,告知病人或体语暗示医患合作的重要性,说明下一步对病人的要求、接下来做什么、下次就诊时间或随访计划等。



主治语录

在不同的临床情景,也要根据情况采用相应的方法和某些技巧。

第二节 重点问诊的方法

1. 重点的病史采集是指针对就诊的最主要或“单个”问题(现病史)来问诊,并收集除现病史外的其他病史部分中与该问题密切相关的资料。
2. 需要做这种重点病史采集的临床情况主要是急诊和门诊。
3. 但问诊仍必须获得主要症状的以下资料:全面的时间演变和发生发展情况,即发生、发展性质、强度、频度、加重和缓解因素及相关症状等。
4. 阴性症状是指缺少能提示该器官系统受累的症状或其他病史资料。
5. 药物(包括处方和非处方药)和过敏史对每个病人都应询问。对育龄期妇女,应询问有无妊娠的可能性。
6. 系统回顾所收集的资料会对先提出的诊断假设进行支持或修改。
7. 建立诊断假设并不是要在问诊中先入为主,而是从实际过程来看,可以说问诊本身就是收集客观资料与医生的主观分析不断相互作用的过程。
8. 建立假设、检验假设和修正假设都需要询问者高度的脑力活动,绝不仅仅是问话和收集资料的简单行为。
9. 较好地完成重点的病史采集以后,医生就有条件选择重点的体格检查内容和项目,体格检查结果将支

持、修订或否定病史中建立的诊断假设。

第三节 特殊情况的问诊技巧

1. 缄默与忧伤。
2. 焦虑与抑郁。
3. 多话与唠叨。
4. 愤怒与敌意。
5. 多种症状并存。
6. 说谎和对医生不信任。
7. 文化程度低下和语言障碍。
8. 重危和晚期患者。
9. 残疾患者。
10. 老年人。
11. 儿童。
12. 精神疾病患者。



学习提示

症状的七要素:部位、性质、程度、时间(发作时间,持续时间,频度)、背景与情境、加重或缓解因素、伴随表现。



主治语录

准确深入的病史在60%情况下可帮助医生作出诊断或指明诊断方向。不详细、不确切、不真实的病史可以对诊断起误导作用。

复 习 题

1. 过去病史内容不符合的是:
 - A. 传染病史及传染病接触史
 - B. 外伤手术史
 - C. 预防接种史
 - D. 过敏史
 - E. 职业史
2. 主诉内容写作不正确的是:
 - A. 反复右上腹隐痛半年
 - B. 发现颈前部肿块8个月
 - C. 进行性吞咽梗阻1个月
 - D. 劳累后心悸5年加重伴下肢水肿
 - E. 不规则发热半个月
3. 下述提问的方式哪项正确:
 - A. 你的大便发黑吗
 - B. 你心前区痛放射到左肩部吗
 - C. 解大便时有无里急后重
 - D. 你咳嗽吐痰是否有铁锈色痰
 - E. 除胸痛外还有其他部位的疼痛吗

复习题答案

1. E 2. D 3. E

第 3 章 常见症状

chapter 3

核 心 问 题

1. 发热发生机制,病因及临床分类。
2. 呼吸、循环系统主要症状及体征的临床概念、发生机制、各症状或体征的临床特点。
3. 消化系统主要症状及体征的临床概念、发生机制、各症状或体征的临床特点。
4. 水肿、血尿、尿频、尿急、尿痛,多尿、少尿的发病机制,临床特点,伴随症状和问诊要点,各自的鉴别要点。
5. 头痛发生的机制;引起头痛的各项原因;各种原因所致头痛的特点。
6. 皮肤黏膜出血的临床表现及问诊要点;皮肤黏膜出血的病因与发生机制。

本 章 概 述

1. 症状 患者主观感受到的不适或痛苦的异常感觉或某些客观病态改变。(问诊获得)
 2. 体征 医师或其他人客观检查到的改变。(体检获得)
- 广义症状包括了一些体征。

第一节 发 热

当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超过正常范围,称为发热。

一、正常体温与生理变异

1. 正常体温 $\begin{cases} 36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C} (\text{口温}) \\ 36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C} (\text{肛温}) \\ 36 \sim 37^{\circ}\text{C} (\text{腋温}) \end{cases}$
2. 24h 内下午 > 上午,运动、劳动、进餐后体温可稍升高但体温波动范围一般 $< 1^{\circ}\text{C}$ 。
3. 月经前及妊娠期体温可稍升高。
4. 老年人稍低于年轻人。



主治语录

发热是机体自我保护的一种机制。

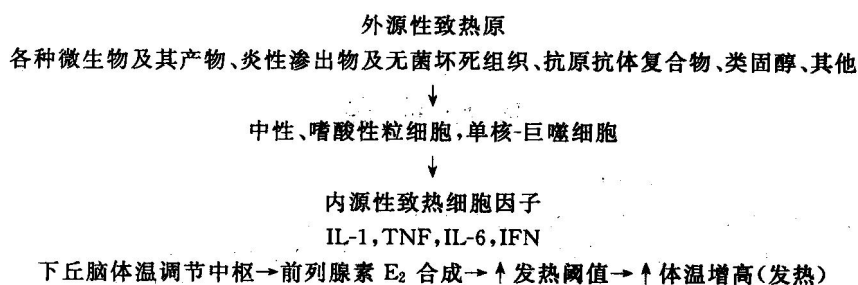
二、发生机制

1. 致热源性

(1)外源性致热原:如细菌内毒素,分子量大($>300\ 000\text{Da}$)。

各种微生物病原体及其产物
炎性渗出物及无菌坏死组织
抗原抗体复合物
类固醇
多糖成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等

(2)内源性致热原:为小分子物质,存在于单核细胞和巨噬细胞内。



主治语录

多数患者的发热是由于致热原引起。

2. 非致热原性发热

- (1)体温调节中枢直接受损:颅脑外伤、出血、炎症。
- (2)产热过多的疾病:如癫痫持续状态、甲亢等。
- (3)散热减少的疾病:广泛性皮肤病、心力衰竭等。

三、病因与临床分类

感染性发热:各种病原微生物引起的感染,不论急性亚急性或慢性,局部性或全身性均可出现发热

非感染性发热

- 无菌性坏死物质的吸收:术后、烧伤、出血等
- 抗原抗体反应:如风湿热、药物热、结缔组织病
- 内分泌代谢障碍:如甲亢、重度脱水
- 皮肤散热减少:如广泛性皮炎
- 体温调节中枢功能紊乱:如中暑、脑出血等
- 自主神经功能紊乱
 - 原发性低热
 - 感染后低热
 - 夏季低热
 - 生理性低热

四、临床表现

1. 发热的分度 以口腔温度为标准:

低热: $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$
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

2. 发热的临床过程及特点

(1)体温上升期:产热>散热,皮肤苍白、无汗,寒战后体温骤升或缓升。

上升方式 { 骤升型:体温几小时内达 39~40℃或以上,如疟疾
缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,如结核

(2)高热期:产热≈散热,体温达高峰后保持一定时间。

(3)体温下降期:散热>产热,多汗、皮肤潮湿,体温可骤降或渐降。

下降方式 { 骤降:体温几小时内迅速下降至正常,如疟疾
渐降:体温在数日内逐渐降至正常,如肺炎

00 主治语录

高热可以导致意识改变;小儿高热易出现惊厥;胃肠功能异常;消瘦;口腔炎症;降温时饮水不足可引起脱水,重者可发生休克。

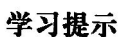
五、热型及临床意义

发热患者在每天不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将数天的各体温点连接成体温曲线。该曲线的不同形态(形状)称为热型。

热 型	临床特点	常见疾病
稽留热	体温恒定地维持在 39~40℃ 以上的高水平,达数天或数周。24h 内体温波动范围不超过 1℃	大叶性肺炎及伤寒高热期
弛张热	体温常在 39℃ 以上波动幅度大,24h 内波动范围超过 2℃	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等
间歇热	体温骤升达峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续 1 天至数天,如此高热与无热期反复交替出现	疟疾、急性肾盂肾炎等
回归热	体温急骤上升达 39℃ 或以上持续数天后又骤然降至正常水平,数天后体温又骤升,如此规律性交替出现	回归热、霍奇金病
波状热	体温渐升至 39℃ 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。	布鲁斯菌病
不规则热	发热的体温曲线无一定规律	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、癌性发热等

00 主治语录

- 1. 不同的发热性疾病常具有相应的热型。根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。
- 2. 以下情况可使某些疾病的特征性热型变得不典型或变成不规则热:
 - (1)由于抗生素的广泛应用,及时控制了感染。
 - (2)因解热药或糖皮质激素的应用,影响热型。
 - (3)个体反应性的不同,如老年人肺炎时可有低热或无发热。



百凤持花弄飞结，只身使节不规则。大汗积极雨间歇，步军薄装皆高热。

1. 寒战 常见于大叶性肺炎、败血症、疟疾等急性感染性疾病；药物热、输液或输血反应等。
2. 淋巴结肿大 常见于传单、风疹、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤、丝虫病等。
3. 肝脾肿大 常见于传单、病毒性肝炎、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、布氏杆菌病等。
4. 昏迷 先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性细菌性痢疾中暑等；先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒。
5. 结膜充血
6. 出血皮疹

FUO(fever of unknown origin):体温超过 38℃,时间超过 3 周,经过门诊诊治 1 周或入院检查 3d 仍然没有明确原因的发热。目前 FUO 的病因主要还是感染性疾病,其次为风湿免疫病、肿瘤,其他原因包括内分泌代谢因素、药物甚至伪热。10%左右的病因尚无法明确。

00 主治语录

凝血过程是多因素参与的多环节过程,任何一个因素或环节异常即可引起凝血障碍,导致皮肤黏膜出血。

二、临床表现

1. 皮肤下出血
- $<2\text{mm}$ 称为瘀点
 - $3\sim5\text{mm}$ 称为紫癜
 - $>5\text{mm}$ 称为瘀斑
 - 片状出血伴有皮肤显著隆起称为血肿

2. 凝血功能障碍引起的出血常表现有内脏、肌肉出血或软组织血肿,亦常有关节腔出血。

00 主治语录

血小板病患者血小板计数正常,出血轻微,以皮下、鼻出血及月经过多为主,但手术时可出现出血不止。

三、伴随症状

1. 四肢对称性紫癜伴有关节痛及腹痛、血尿,见于过敏性紫癜。
2. 紫癜伴有广泛性出血,见于血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血。
3. 紫癜伴有黄疸,见于肝病。

00 主治语录

自幼有轻伤后出血不止,有关节肿痛或畸形者应考虑血友病。

四、问诊要点

1. 出血时间、缓急、部位、范围、特点(自发性或损伤后)、诱因。
2. 有无伴发鼻出血、牙龈渗血、咯血、呕血、便血、血尿等出血症状。
3. 有无皮肤苍白、乏力、头晕、眼花、耳鸣、记忆力减退、发热、黄疸、腹痛、骨关节痛等贫血及相关疾病症状。
4. 过敏史、外伤、感染、肝肾疾病史。
5. 过去易出血及易出血病家族史。
6. 职业特点,有无化学药物及放射性物质接触史、服药史。

第三节 水 肿

水肿:人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀。