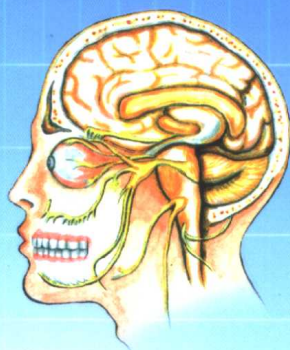


头颈与神经系统 图解诊断学

〔主编〕曾宪孔 李义召 刘传方 陶荣杰
〔主审〕戚仁铎



TOUJING YU
SHENJING XITONG
TUIJIE
ZHENDUANXUE



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

TOUJING YU SHENJING XITONG TUJIE ZHENDUANXUE

头 颈 与 神 经 系 统

图 解 诊 断 学

TOUJING YU SHENJING XITONG TUJIE ZHENDUANXUE

主编 曾宪孔 李义召 刘传方 陶荣杰



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

TOUJING YU SHENJING XITONG TUJIE ZHENDUANXUE

图书在版编目(CIP)数据

头颈与神经系统图解诊断学/曾宪孔,李义召等主编.北京:人民军医出版社,2003.8
ISBN 7-80157-890-2

I.头… II.①曾…②李… III.①头-外科诊断-图解②颈-外科诊断-图解③神经系统-诊断-图解 IV.R650.4-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 042197 号

主 编:曾宪孔 等

出 版 人:齐学进

策划编辑:郭伟疆 申志强

加工编辑:石立勇

责任审读:李晨

版式设计:赫英华

封面设计:龙岩

出 版 者:人民军医出版社

地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号,邮编:100842,电话:(010)66882586,66882585,51927258,

传真:68222916,网址:www.pmmp.com.cn

印 刷 者:潮河印刷厂

装 订 者:春园装订厂

发 行 者:新华书店总店北京发行所发行

版 次:2003 年 8 月第 1 版,2003 年 8 月第 1 次印刷

开 本:787mm×1092mm/16

印 张:15.25

字 数:363 千字

印 数:0001~3500

定 价:38.00 元

(凡属质量问题请与本社联系,电话(010)51927289,51927290)

内 容 提 要

本书由临床诊断学专家结合临床工作需要组织编写完成。全书共 12 章,分别讲述了头部、眼、耳鼻咽喉、口腔、颈部和神经系统的诊断要点,配图讲解了局部解剖、生理与病理、检查内容、方法、步骤和诊断,规范了头颈部和神经系统的检查方法与诊断手法。内容丰富、实用,讲解清晰,共附有 470 余幅插图。适合神经内、外科,头颈外科,眼科,耳鼻咽喉科和口腔科医师参考阅读。

责任编辑 郭伟疆 石立勇

编委会名单

- 主 审 戚仁铎
- 主 编 曾宪孔 李义召 刘传方 陶荣杰
- 副主编 (以姓氏笔画为序)
- 刘春平 何广金 沙启乐 张卫华
- 张兰阁 周培勇
- 编 委 (以姓氏笔画为序)
- 古广年 伊自立 刘传方 刘春平
- 刘宝兰 刘建稳 沙启乐 何广金
- 李义召 吴合生 张卫华 张兰阁
- 张宝亮 张雪花 周培勇 赵延勇
- 陶荣杰 戚仁铎 曾宪孔
- 绘 图 曾宪孔 王新华

序

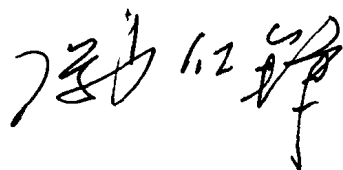
物理诊断是最基本的临床技能,由于使用的工具原始、看似简单,常被一些人轻视和忽略。

有一些现象不能不引起我们老一代人的忧虑。第一,一部分人重视高新检测手段而忽视基本物理检查方法;第二,一部分人重视本专业、本学科的检查,而忽略或不熟悉其他专业和学科的检查,检查时有意识或无意识地漏掉了相邻的部位和区域;第三,一部分人由于种种原因缺少临床锻炼机会或者没有受到较系统的训练,比如,毕业后立即攻读硕士或博士学位,没有或很少有机会接触临床实践,也就是所谓的“眼高手低”;第四,在多次临床教学质量检查中发现,临床实践不足、体检操作基本技能不过关的现象还很普遍。一位大型综合性医院的院长讲述的他们医院的误诊问题:病人在几个科室就诊,居然没有一个医生仔细做一下腹部触诊和叩诊,后来一位资深医师仅凭查体就发现了腹部移动性浊音,提示病人腹腔大量积液。

爱因斯坦指出:只有基础科学的突破,才能带动整个技术世界的进步。万丈高楼平地起,纵观古往今来颇有建树的医学前辈和大师,无一不注重基本技能的应用,注重每一项细节的检查。千里之行,始于足下,作为一名医学生或年轻医师,应充分认识和重视基本检查方法的重要性和不可替代性。但是,物理检查方法是实践性极强的一门科学,不可能一次性教学,一次性训练就能掌握和应用,需要经过长时间的反复实践、锻炼、揣摩和体会,方能游刃有余、得心应手。与此同时,尽可能多地掌握和拥有新知识、新技术,稳扎稳打,一步一个脚印。随着知识领域越来越技术化,缺乏训练的人要想有点成就也就越来越困难。只有在坚实的基础上,才能够获得整体诊断和医疗水平的显著提高,才能够取得事业上的发展和突破,才能够造就新一代的医学大家和名家。

高新检查技术能够提供更微观、更细致的病理改变或图像,甚至可以做出病因学或病理学的决定性诊断,且早已不再谓之“辅助检查”。因而,应该说二者同等重要,无先后主次之分,事实上二者已经成为一体,不可分割。时代为我们提供了更高的要求,要求我们既要掌握高新诊断技术,又要具有良好的基本功。若是基本功不扎实,基础没有打好,又谈何探求和应用新知识、新技术。

在临床实际工作中,我们要本着对病人高度负责的态度,力求做到熟练掌握基本检查方法和高新诊断技术,手、眼、脑并用,多方面采集,占有第一手客观资料,进行综合、分析和推断,从病人错综复杂、变化多样的实际病情中理出清晰的思路,做出正确的诊断。



2003年5月 于济南

前 言

物理诊断学是通过病史的采集、分析和体格检查来达到掌握临床诊断的一门学科,体格检查是临床医师运用自己的感官,借助于传统的检查工具,通过视、触、叩、听、嗅来了解患者身体状况的一组最基本的检查方法。多数疾病通过这一方法即可做出正确的临床诊断,该方法是临床医师必须熟练掌握的基本技能之一,亦是医学生重点学习、掌握的主要内容之一。

随着医学科学的不断发展,临床上各种高新诊断技术广泛、普遍地应用于临床,为临床诊断提供了有力的手段和极大的便利。但基本的物理检查方法,如视诊时检查者视觉所能感受的直观改变,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,听诊时所闻及的杂音、啰音的真实音响等等,尚难从高新诊断技术的检查中如实地反映出来。高新诊断技术尚不能完全取代问诊,尚不能完全取代物理检查方法,更不能取代临床诊断和思维程序,可以说物理诊断学对于许多疾病的诊断具有不可替代的作用。可以肯定地说,无论现在和将来,最基本的物理诊断方法依然是每位临床医师不可或缺的基本功。

基于此,我和山东大学戚仁铎教授、济南长城医院李义召教授共同编写了本书。全书以图文结合的形式描述了病人的症状、体征与检查者的手法,便于阅读、理解,希望对医学生、青年医师在学习、理解物理诊断方法上有所启发,希望对一些部门和单位在为促进医务人员综合素质的提高上有所帮助。

由于篇幅所限,本书着重叙述、描绘了头颈部和神经系统常用体检规范与检查方法,以及病人的体征、病容等。系统、详细地介绍及图解了检查目的、内容、方法、步骤和诊断,穿插进了一些与病人体征、检查姿势密切相关的解剖、生理与病理,吸纳了最新的病历书写规范。全身一般状态也占了较大篇幅。全书共12章,计有问诊,基本检查,全身一般状态检查,头部、眼、耳鼻咽喉、口腔、颈部和神经系统检查。可供神经内科、神经外科、头颈外科、小儿科、眼科、耳鼻咽喉科和口腔科医学生和年轻医师参考。

曾宪孔 谨识

2003年5月于济南

目 录

第一章 问诊	(1)
第一节 问诊的方法和注意事项	(1)
第二节 问诊的内容	(2)
第三节 小儿病史采集	(6)
第二章 基本检查	(9)
第一节 视诊	(9)
第二节 触诊	(14)
第三节 叩诊	(15)
第四节 听诊与嗅诊	(17)
第三章 全身状态检查	(19)
第一节 生命征	(19)
第二节 发育与营养	(24)
第三节 意识状态	(30)
第四节 面容与表情	(31)
第五节 体位与姿态	(38)
第六节 皮肤	(42)
第七节 脓肿与溃疡	(48)
第四章 头部检查	(52)
第一节 头颈部检查的特点和注意事项	(52)
第二节 头颈部表面标志与投影	(52)
第三节 应用解剖	(55)
第四节 头颅检查	(62)
第五节 头部外伤检查	(65)
第六节 三叉神经检查	(67)
第七节 面神经检查	(69)
第八节 舌咽神经、迷走神经检查	(72)
第九节 舌下神经检查	(74)
第五章 眼部检查	(75)
第一节 检查提要与顺序	(75)
第二节 眼的应用解剖及生理	(75)
第三节 外眼检查	(80)
第四节 结膜疾病检查	(82)
第五节 角膜与巩膜疾病检查	(86)

第六节	晶状体病检查	(90)
第七节	青光眼	(94)
第八节	葡萄膜疾病检查	(98)
第九节	瞳孔检查	(101)
第十节	眼的功能检查	(103)
第十一节	眼球的位置及运动检查	(104)
第十二节	检眼镜检查	(108)
第六章	鼻的检查	(110)
第一节	耳鼻咽喉检查基本设备和方法	(110)
第二节	外鼻检查	(111)
第三节	鼻腔检查	(114)
第四节	鼻窦检查	(118)
第七章	耳的检查	(124)
第一节	外耳检查	(124)
第二节	中耳检查	(127)
第三节	听力检查	(132)
第四节	耳的平衡功能检查	(144)
第八章	咽部检查	(151)
第一节	鼻咽部检查	(151)
第二节	口咽部检查	(154)
第三节	鼻咽癌	(156)
第九章	喉部检查	(158)
第一节	喉镜检查	(158)
第二节	喉部先天性疾病检查法	(160)
第三节	喉部的慢性炎症性疾病	(162)
第四节	喉运动神经性疾病	(163)
第五节	喉梗阻	(165)
第六节	喉癌	(166)
第十章	口腔检查	(168)
第一节	应用解剖	(168)
第二节	口唇检查	(172)
第三节	牙齿的检查	(174)
第四节	腭的检查	(177)
第五节	舌的检查	(178)
第六节	下颌关节的检查	(180)
第七节	口腔颌面部感染	(183)
第八节	口腔腺的检查	(184)

第十一章 颈部检查	(187)
第一节 应用解剖和生理.....	(187)
第二节 淋巴结.....	(189)
第三节 颈部一般检查.....	(191)
第四节 甲状腺检查.....	(192)
第五节 气管.....	(194)
第六节 颈部常见疾病与体征.....	(195)
第七节 颈部肿块.....	(197)
第十二章 神经系统检查	(200)
第一节 神经系统解剖与生理功能.....	(200)
第二节 脑神经检查.....	(205)
第三节 运动系统检查.....	(206)
第四节 感觉功能检查.....	(214)
第五节 神经反射检查.....	(219)
第六节 自主神经功能检查.....	(228)
第七节 昏迷患者的检查.....	(229)

第一章 问 诊

问诊(inquiry)是医师通过对患者或有关人员的系统询问而获取病史资料的过程,又称为病史采集(history taking)。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,问诊是每个医师必须掌握的基本功。

通过问诊所获取的资料,包括疾病的发生、发展情况,诊治经过,既往健康状况以及曾患病的情况等,对现病的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师,常常通过问诊就能对某些病人的疾患做出准确的诊断。特别在某些疾病,或是疾病的早期,机体还只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、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,问诊所获得的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有相当一部分疾病的诊断仅通过问诊即可确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、消化性溃疡、癫痫、胆道蛔虫等。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细确切,往往会造成漏诊或误诊。可见,对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入细致的问诊是十分重要的。

第一节 问诊的方法和注意事项

患者由于对医院、诊室环境的生疏,对医生的敬畏或不信任,对本人疾病的担忧、恐惧、羞怯等,多有一种不安、复杂的心情和紧张情绪,因而,往往不能顺畅有序地陈述病情。临床医生要主动创造一种宽松和谐的环境以解除患者的不安情绪,使其能够平静地、有条理地陈述病情。

一、建立互信的医患关系

1. 医生对患者的态度和谈话的方式是建立互信的基础 医生对患者的态度要真诚、亲切、和蔼,语言要温和,要讲究语言艺术和效果,注意说话的方式、分寸和态度。遣词用句都能够表达你对他的关心和了解,要注意不要用明显责怪患者的口气提问,如“你为什么不早一点来看病呢”,“你为什么吃那么多呢? 要注意节食”,“乱用药是不行的,你懂医吗”等。这些提问常使患者难以回答、羞于启齿或没有面子,而且很可能会产生对医生的不信任或对抗心理。

2. 医生对患者要有同情心 医生对患者的叙述要耐心倾听,对患者的病痛要用语言或点头、手势等体语表示关切和同情,比如“是吗”,“我在听呢,回想一下请继续往下说”,“是的,头痛影响了您的学习和工作”,“对,活动不便、关节疼痛确实给您的生活和工作带来许多不便,给您的家庭、家人也增添了许多麻烦”等等。你的关切和友善态度必将很快感动病人,并感染其

家人和周围的人,使整个医疗环境更亲切、和谐。缩短了你和患者之间的距离,有助于建立你和病人之间的信赖关系。切忌摆架子,使病人认为你架子大,难以接近。

3. 医生的言行要自信,负责任 对疾病的诊断要确切,对疾病的处理要果断。不能说“没事”,“不可能”,“一定会”,“治不好”等。医生眼神的犹疑不定,诊断的含混不清,治疗处理的迟疑,对患者病情恶化、预后不良的绝对肯定或否定,都会使病人失去对医生的信任,失去对医治疾病的自信心。

二、问诊注意事项

1. 问诊一般要从主诉开始 问诊要有目的、有层次、有顺序地询问,逐步深入。比如,先问“您哪儿不舒服”,“你为什么来看病”,这种开放式的提问可使患者叙述的病史更客观、更全面。医生据此积极思考,逐步提出比较针对性的问题。再往后才用更直接的选择性提问,要求患者回答“是”或“不是”,或者对提供的选择做回答。

2. 避免暗示性提问和逼问 当患者回答的问题和医生的想法有距离时,医生不能作暗示性提问和逼问,以免患者为满足医生而随声附和。暗示性提问是一种能为患者提供带倾向性的特定答案的提问方式,如“你头痛吗”,“你头痛发作时伴有恶心呕吐吗”,“你上腹疼痛向右肩放射吗”,“你的胸痛放射到手吗”等。医生的这种提问方式和语气,很容易使病人随着你的暗示而回答,不少病人为了引起医生的重视,甚至故意夸大病情,其结果是干扰、误导了医生的思路,而这恰恰又是由医生自己问诊方式不当造成的。

3. 避免重复性提问 提问时要注意系统性、目的性和必要性,医生应全神贯注地听病人的叙述,不应中间插话、打断,更不应问了又问,杂乱无章,使病人无所适从。

4. 医生的举止和外表 医生应穿着整洁,举止得体,平静而不匆忙,要知道在问诊的整个过程中不只是你在观察病人,病人也在同时观察你。和病人的距离要恰当,不要近到过度亲密,又不要远到交谈不易。不要因病人多、忙,而简单、生硬,更不要在无意间造成一种审讯的气氛。像“你说的太啰唆,所答非所问”,“你说的不恰当,不可能是这样”……这样的问法,无意间流露出来的漫不经心、不耐烦、急躁情绪,甚至厌恶、嘲弄、责怪病人的行为,会极大地影响病人的情绪和疗效,这是每个医生应时刻警惕、注意避免发生的,也是在任何时候、任何情况下都不允许的。

第二节 问诊的内容

一、一般项目

一般项目(general data)包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻、地址、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者以及可靠程度等。若病史的陈述者不是患者本人,则应注明其与患者的关系。记录年龄时应填写实足年龄,不可用“儿”或“成”代替,因为年龄本身亦具有诊断参考价值。

二、主诉

主诉(chief complaints)为病人感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征,也就是就诊最

主要的原因。确切的主诉常可初步反映病情的轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热 2d”,“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3d”,“活动后心悸、气短 2 年,下肢水肿 2 周余”等。记录主诉要简明,应尽可能用病人自己的言词,而不是使用一些医学专业诊断用语记录。比如,不应记录“患心脏病 2 年”或“患糖尿病 1 年”,而应记录为“心悸、气短 2 年”或“多饮、多食、多尿、消瘦 1 年”等。然而,病程长、病情较为复杂的病例,由于症状、体征变化较大,临诊时的主诉可能并非现症的主要表现,因此,还需要结合病史分析、综合,选择出更贴切的词语描写出主诉。有时对病情没有连续性的情况也可以灵活表述,如“20 年前发现心脏杂音,2 周来气短、浮肿”。对当前无症状表现,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉,如“白血病复发 2 周,要求入院化疗”,“发现胆囊结石 2 个月,入院接受手术治疗”。

三、现病史

现病史(history of present illness)是病史中的主体部分,记述患者病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过(用药史、手术史等)。医师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,只有在患者的陈述离病情太远时,才需要根据陈述的主要线索灵活、礼貌地把话题转。切不可生硬地打断、压抑患者的思路,用自己的主观推测去取代患者的亲身感受。

(一)起病与患病时间

现病史是一个明确的、依时间顺序来陈述和记录的问题,陈述资料来自于病人。文字整理、记述由医师进行。

1. 起病 每种疾病的起病和发作都有各自特点。

(1)有的疾病起病急骤,如脑栓塞,急性心绞痛,急性胃、肠穿孔等。

(2)有的疾病起病缓慢,如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。

起病常与某些因素有关,如脑血栓形成常发生于睡眠时,脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张的状态时。

2. 患病时间 患病时间是指起病到就诊或入院的时间,如先后出现几个症状则需追溯到首发症状的时间,并按时间顺序询问整个病史后分别记录,如“心悸 3 个月,劳累后呼吸困难 2 周,下肢水肿 3d”。由以上记录可以看出,心脏病患者逐渐出现心力衰竭的发展过程。时间长短可按数年、数月、数日计算,发病急骤可按数小时、数分钟计算。

(二)主要症状

包括主要症状出现的部位、性质、数量及严重程度、持续时间、频率,缓解或加剧的因素以及相关的表现(一些有临床意义的未显症状)等。了解这些特点对探索疾病所在的系统或器官以及病变的部位范围和性质很有帮助。

1. 部位 如上腹痛多为十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性疼痛多为阑尾炎,若为妇女还应考虑到卵巢或输卵管疾病;全腹疼痛则提示病变广泛或腹膜受累;前额和内眦部疼痛多为额窦炎,同时有额部、面颊部、上颌牙列疼痛者多为上颌窦炎等。

2. 性质 对症状的性质也应作鉴别意义的询问。

(1)对眩晕、头晕、站立不稳等症状,应询问为持续性还是阵发性发作,起病是否与体位有关等。以梅尼埃病为例,其主要症状的特点是为突发性、旋转性、阵发性眩晕,发作时意识清

醒,间歇期症状轻微,起病无先兆,体位改变症状不缓解,发作间歇期可为数日、数月、数年。

(2)对灼痛、绞痛、胀痛、隐痛等症状,应询问为持续性还是阵发性发作,发作间歇的时间等。以消化性溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,可持续数日或数周,在几年内表现为时而发作,时而缓解,有秋末春初加重等特点。

3. 时间 许多疾病症状的时间有一定的规律,有重要的临床意义。

(1)比如额窦炎晨起加重,中午减轻;上颌窦炎晨起轻,午后加重。

(2)消化性溃疡,胃溃疡疼痛多在餐后 0.5~1h 出现,持续 1~2h 后消失;十二指肠溃疡或胃溃疡病变接近幽门时,疼痛多在餐后 3~4h 出现。

(3)有些疾病呈周期性发作,发病有一定季节性,比如过敏性疾病多在春季发病,胃溃疡多在秋末和早春。

(三)病因与诱因

问诊时应尽可能地了解病因(比如外伤、中毒、感染等)和诱因(比如气候变化、环境改变、情绪激动或忧伤、起居饮食失调等)。患者对直接或近期病因容易提出,当病程长或病因比较复杂时,患者往往难于言明,并可能提出一些似是而非或自以为是的因素,比如有的病人咽部不适,因其父亲死于食管癌,往往会提出“我会不会是……”,这时医生应进行耐心的解释,科学的归纳和认真、系统的分析,切不可不加分析就记入病史中。

四、既往史

既往史(past history)又称过去史,包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病、外伤、手术、预防接种(比如百日咳、麻疹、白喉、腮腺炎、小儿麻痹等)、过敏等,特别是与现病有密切关系的疾病。在记述既往史时应注意不要和现病史发生混淆,如现在患有肺炎,则不应把数年前也曾患过肺炎的情况也写入现病史;而对消化性溃疡者,则可把历年来发作情况记述于现病史中。此外,对居住或生活地区的主要传染病和地方病史、外伤史、手术史、输血史、用药史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,亦均应记录于既往史中。记录顺序一般按年月的先后排列。

五、系统回顾

系统回顾(review of systems)是医生为了避免在问诊过程中,患者或医生所忽略或遗漏的除现病以外的其他各系统的疾病而设立的问诊内容,是住院病历不可缺少的部分,它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者除现病以外的其他系统是否发生目前尚存在或已经痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。主要情况应分别记录在现病史或既往史中,系统回顾问诊的主要内容如下。

1. 全身一般情况 包括体重变化,疲倦、乏力与否,体温等。

2. 头颅 包括头痛、头晕、头部外伤、脱发。

3. 眼、耳、鼻 包括视力,镜下视力,结合膜,瞳孔;耳聋、耳鸣、眩晕、鼓膜标志;鼻塞、鼻出血、流涕,鼻窦问题。

4. 咽喉、口腔 包括咽喉疼痛,声音嘶哑;牙齿,牙龈出血,齿脱落,腮腺,颌下腺等。

5. 颈部 包括颈部肿块,淋巴结,甲状腺。

6. 呼吸系统 包括咳嗽,咳痰(颜色、量),咯血,哮喘,哮喘,呼吸困难,肺气肿,肺炎,肺结

核,胸膜炎,啰音,胸部 X 线检查。

7. **心血管系统** 包括心脏问题,心悸,活动后气急,心前区疼痛,端坐呼吸,阵发性夜间呼吸困难,血压增高,过去的心脏检查结果。

8. **胸部** 包括胸痛,乳房肿块,乳头分泌物。

9. **消化系统** 包括食欲减退,吞咽困难,消化不良,腹痛,腹泻,恶心,呕吐,呕血,便血,便秘,痔疮,黄疸,肝和胆囊问题。

10. **泌尿系统** 包括尿频、尿急、尿痛,血尿,排尿困难,排尿灼热或疼痛,夜尿增多,颜面水肿,尿道分泌物异常,滴尿,尿失禁,尿路感染,尿道结石。

11. **生殖系统** 包括性倾向,性功能,性病问题。男性疝气,睾丸疼痛或肿块;女性外阴瘙痒,肿块,阴道分泌物。

12. **内分泌系统与代谢** 包括多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷,甲状腺问题,乏力、显著肥胖或消瘦,过度口渴和饥饿,色素沉着,闭经。

13. **造血系统** 包括皮肤苍白,头晕眼花,乏力,皮肤出血点、瘀斑,淋巴结肿大,肝脾肿大,输血情况。

14. **肌肉与骨关节系统** 包括肌肉或关节痛,关节炎,关节红肿,关节畸形,运动障碍,肌肉萎缩,肢体无力,僵硬,肩背痛,痛风。

15. **神经系统** 包括头痛、失眠、记忆力减退、语言障碍,感觉异常,麻痹,麻木,瘫痪,痉挛,惊厥,震颤,其他非意志性动作。

16. **精神状态** 包括幻觉,妄想,定向力障碍,情绪异常,神经质。

六、个人史(personal history)

1. **社会经历** 包括出生地、居住地、居留时间(尤其是疫源地区或地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等。

2. **职业及工作条件** 包括工作、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。

3. **习惯与喜好** 包括起居与卫生习惯,饮食的规律与质量,烟酒嗜好(时间与摄入量),以及其他异常喜好和是否吸食麻醉药品、毒物等。

4. **其他** 有无不洁性交史,是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

七、婚姻史(marital history)

记述未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况,性生活情况,夫妻关系等。

八、月经史(menstrual history)和生育史(childbearing history)

月经初潮的年龄,月经周期和经期天数,经血的量和色,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。记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ LMP 或绝经年龄,例如:14 $\frac{3\sim 6\text{d}}{28\sim 30\text{d}}$ 2001 年 1 月 8 日(48 岁)

妊娠与生育次数和年龄,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、产褥感染以及计划生育状况等,对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病等。

九、家族史(family history)

询问双亲与兄弟、姐妹以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,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、家庭性甲状腺功能减退症、糖尿病、精神病等。对已经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父母亲属,也要问明,若在几个成员或几代人中皆有同样疾病发生,可绘出家族世系图示明。

第三节 小儿病史采集

一、小儿问诊注意事项

小儿病史采集有其特殊性,有些患者因年龄太小(婴幼儿)不会也不可能自述病史,即使年龄较大的儿童,往往由于害怕医生、害怕住院、害怕打针,问诊结果往往也不准确、不完整,可靠性差。因而,问诊时应注意以下几点。

1. 患儿多由家长或抚育人员代述病史,所述资料的可靠性与他们观察了解病情的能力以及与患儿接触的密切程度有关。
2. 耐心听取代述人对病情的详细叙述,不要轻易打断,必要时加以追问和引导,但是,切忌带有成见的暗示诱导,避免主观地下结论,造成错误。
3. 年龄较大的儿童可由他们自己叙述或补充病史,但要注意分辨真伪。
4. 医生在问诊时要态度和蔼、语言亲切、认真倾听、仔细观察,并注意宽慰他们,以取得家长和孩子的信任。
5. 对于病情危急的患儿,应先重点简单地问诊,边询问边检查边抢救,以免延误治疗。详细病史可在以后补充。

二、一般资料

1. 出生日期和地点,乳名。
2. 年龄计算。
 - (1) 新生儿期,28d 以内,一般以天计算。
 - (2) 婴儿期(后新生儿期),29d~1 周岁以月龄计算,临床上一般延至 1.5~2 周岁(18~24 个月)。
 - (3) 1.5~2 岁以后按年龄计算。
3. 必要时记录患儿父母的姓名、住址、职业、受教育的程度。

三、主诉和现病史

患儿能够表达清楚的最好由本人叙述,不会或不能准确、完整表述的应由其父母或第 3 个关系人,如保育员、乳母、学校老师或现场发病的目击者代述。一般性疾病最好由全程陪伴的人叙述。对一些发病突然,症状突出,患儿不能表述或表述不清,其表象体征又不明显的意外伤害,例如误服药物、毒物,气管异物等,第 1 目击者提供的资料尤为重要。

1. 起病时间一般不易弄清楚,应认真详细询问。
2. 婴幼儿不会叙述自觉症状而往往以特殊行为表示,如头痛者摇头或抓头,腹痛者捧腹弯腰等,要询问家长是否观察到婴幼儿有什么特殊行为。
3. 儿童缺乏自我限制能力,疾病症状常常泛化,可涉及几个系统如呼吸道疾病可常有呕吐、腹泻等消化道症状;常因高热而引起惊厥等。
4. 几种疾病同时存在时,除了主要疾病的表现外,其他病情也应问清,并加以记录。
5. 小儿易患传染病,应注意询问近期传染病接触史。

四、个人史

1. 出生史 询问第几胎第几产,对2岁以下小儿,要特别注意发育方面、神经和精神方面。有些问题应考虑到可能源自其父母方面,如有必要,应询问其父母的相关病史资料,查阅其父母的就诊和住院记录。

2. 产前三 产时年龄、胎次、胎动时间变化、阴道出血、患病情况(感染、中毒等)、用药情况、治疗情况、饮食、体重改变、饮酒情况(次数、频率、量等)、吸烟情况、从事工作、活动量等。

3. 分娩史 分娩所在医院,分娩过程、娩出顺利与否、娩出困难程度,助产方式、剖宫产、麻醉、出生体位,若为多胎,应了解其出生顺序。

4. 新生儿期 此期是由母体内转为母体外生活,适应能力差,易受外界环境影响而发病。

(1) 出生时情况:生后开始呼吸时间,哭声、窒息、呼吸窘迫、发绀、急救情况, Apgar 分数、出生时体重。

(2) 出生后情况:吸吮、喂养、摄入量、哭泣、呼吸、睡眠、排尿和排便,黄疸、贫血、抽搐、先天性异常、吸入性肺炎、感染等。

(3) 母亲相关情况:母亲产后的恢复情况、健康状况、母亲对婴儿最初的反应。母亲和婴儿的接触、分离及其原因。

5. 喂养史 婴幼儿以及营养性疾病和消化系统疾病患者要详细询问喂养史,常可从喂养史中了解其病因。

(1) 婴儿期:哺乳和喂养的时间、频率、摄入量、溢奶、拒食、断奶的时间和方式,是否使用辅食、人工添加剂,以及喂养的种类、浓度、频率、时间等。婴儿的反应,自己进食情况、进食食品种类(维生素、铁质、钙质、其他富含营养的添加剂)及其时间、频率、量等。

(2) 幼儿期:此期多数已经断奶,饮食结构以日常饮食为主,注意断奶时间、饮食习惯、食欲、挑食、食品种类、摄入量等。父母对孩子摄入量、食品种类的态度和反应,鼓励、控制、限量等。要正确评估饮食有问题的孩子,需收集7~14d以上的饮食日志。

6. 生长发育史 了解患儿以往生长发育情况,肢体生长发育、精神和运动反应(敏捷、迟缓),智力反应灵敏或迟钝,对行为异常的孩子应特别注意。

(1) 身体生长发育:“生长”表示形态的增长,“发育”表示功能成熟的过程,二者关系密切,不可分割。测量出生时、婴儿期、幼儿期、2岁、5岁、10岁时的身高和体重。记录发育状况,体重、身高增长,以及乳牙萌出、掉落的时间,恒牙萌出的时间。

(2) 发育过程记录:询问患儿何时可以俯卧时抬起头来,何时可以翻身,何时可以爬行,何时可以自己坐起,何时可以扶着站立,何时可以自己站立,何时可以试着走动,何时自己系鞋带、自己穿衣服,何时说第1个字。