



诊断学及临床诊断思维

主 编 王秋兰

ZHENDUANXUE JI LINCHUANG
ZHENDUAN SIWEI



兰州大学出版社



诊断学及临床诊断思维

ZHENDUANXUE JI LINCHUANG
ZHENDUAN SIWEI

主 编 王秋兰

副主编 巩增锋 王 成 陆玉琴 何 华



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学及临床诊断思维 / 王秋兰主编. —兰州:
兰州大学出版社, 2013. 5

ISBN 978-7-311-04133-5

I. ①诊… II. ①王… III. ①诊断学 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 107391 号

策划编辑 张 仁
责任编辑 张 萍
封面设计 刘 杰

书 名 诊断学及临床诊断思维
作 者 王秋兰 主编
出版发行 兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话 0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心)
0931-8914298(读者服务部)
网 址 <http://www.onbook.com.cn>
电子信箱 press@lzu.edu.cn
印 刷 兰州瑞昌印务有限责任公司
开 本 787 mm × 1092 mm 1/16
印 张 22
字 数 507 千
版 次 2013 年 5 月第 1 版
印 次 2013 年 5 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-311-04133-5
定 价 38.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

前 言

近年来,我国临床医学事业取得了突飞猛进的发展,高、精、尖等大型仪器设备不断涌现,检验项目不断拓宽,为临床诊治各类疾病带来了许多便利。与此同时,高新技术也是一把双刃剑,在给我们带来便利的同时,也助长了临床医生的惰性。目前国内的临床医生普遍存在忽视临床基本技能锻炼的问题,诊病时只简单地问几句患病情况,而不去深入了解患者生病的详细过程及与本病有关的既往史、个人史、家族史等。体格检查马虎,不能仔细地搜寻一切可能存在的体征。过分依赖辅助检查,并且对辅助检查所获得的各项检查资料不进行归纳分析、全面考虑,临床思维错误,极易造成误诊。

临床诊断思维是临床决策的前提和基础。没有正确的诊断,就没有正确的治疗。正确的临床诊断思维方法和良好的思维习惯是临床医生成长和成功的关键,也是医疗质量的保障。那种问病发药、头痛医头、脚痛医脚的庸医作风不可仿效。丰富的医学知识、熟练的临床技能、正确的思维方法,可以防止误诊、漏诊,提高诊断水平。临床思维由病史采集开始,在询问病史时,医生既要发挥他们的主导作用,积极地、能动地进行思考,又要特别注意病史的客观性。查体是在临床思维指导下进行的一种技术操作,在查体中,应贯彻全面检查和重点检查相结合的原则。常规检查对初步印象的验证及临床诊断的形成有较大的帮助,应作为临床思维的基础资料看待,因此应予足够的重视。

医学是一门实践性非常强的科学。许多疾病如能早期正确诊断,就可以获得理想的治疗效果。因此,在临床工作中,尽可能减少漏诊、误诊,已成为提高治愈率、降低死亡率的关键。一位合格的临床医师应该具备:知识面广,不局限于自己专业;头脑灵活,不盲目,不教条,不主观;善于分析,按次序,抓重点;跟上时代,吸取新见解,使用新仪器,考虑新疾病,发现新问题。这一过程的培养,需要从医学生抓起。

诊断学是临床各科的共同基础,知识点多,难度大。本书共分三部分,从教学目的、重点难点、教学进程等各方面对诊断学内容进行全面梳理;对常见症状、体征及实验室检查

异常的诊断思维进行了总结;将执业医师资格考试中诊断学部分做了盘点,旨在培养医学生及低年资医生的临床诊断思维,为医学生的执业医师资格考试提供帮助。

本书在编写过程中,得到了学院领导以及兰州大学出版社有关同志的大力支持和帮助,在此表示深深的谢意。由于我们的水平有限,其中难免有缺点和错误,敬望读者给予批评指正。

编 者

2013年3月

目 录

第一部分 诊断学讲义	1
绪论	1
第一章 问诊	3
第二章 常见症状	6
第一节 发热	6
第二节 胸痛	8
第三节 心悸	9
第四节 咳嗽与咯痰	11
第五节 咯血	13
第六节 呼吸困难	14
第七节 腹痛	16
第八节 呕血与黑便	18
第九节 黄疸	19
第十节 尿频、尿急与尿痛	22
第十一节 少尿、无尿与多尿	23
第十二节 头痛	25
第十三节 晕厥	27
第十四节 抽搐与惊厥	29
第十五节 意识障碍	31
第三章 体检诊断	33
第一节 基本检查方法	33
第二节 一般检查	36
第三节 头部检查	40

第四节	颈部	47
第五节	胸部的体表标志	49
第六节	胸壁、胸廓与乳房	51
第七节	肺和胸膜	54
第八节	心血管检查	65
第九节	腹部检查	83
第十节	脊柱与四肢检查	104
第十一节	神经系统检查	109
第四章	实验诊断	112
第一节	概论	112
第二节	临床血液学检测	117
第三节	血栓与止血检测	128
第四节	排泄物、分泌物及体液检测	132
第五节	肾功能检查	152
第六节	肝功能检查	157
第七节	临床常用生物化学检查	168
第八节	临床常用免疫学检测	178
第五章	心电图	188
第一节	概论	188
第二节	心电图基本知识	189
第三节	正常心电图	191
第四节	常见异常心电图	193
第五节	心电图的分析步骤和临床应用	200
第六章	诊断方法与病例书写	202
第二部分	临床诊断思维	207
第一章	常见症状	207
第一节	发热	207
第二节	咳嗽咳痰	210
第三节	呼吸困难	213
第四节	咯血	215
第五节	胸痛	217

第六节	心悸	219
第七节	晕厥	220
第八节	水肿	222
第九节	吞咽困难	224
第十节	恶心与呕吐	225
第十一节	腹痛	227
第十二节	腹泻	230
第十三节	便秘	233
第十四节	黄疸	234
第十五节	消化道出血	236
第十六节	贫血	238
第十七节	出血倾向	243
第十八节	血尿	246
第十九节	少尿与无尿	249
第二十节	尿路刺激症状	251
第二十一节	头痛	252
第二十二节	抽搐与癫痫发作	254
第二十三节	昏迷	256
第二章	体征	259
第一节	发绀	259
第二节	低血压与休克	260
第三节	高血压	262
第四节	淋巴结肿大	264
第五节	甲状腺肿大	267
第六节	心脏增大	269
第七节	心脏杂音	270
第八节	心包积液	272
第九节	胸腔积液	274
第十节	腹腔积液	276
第十一节	肝肿大	278
第十二节	脾肿大	280
第十三节	腹部肿块	282

第三章 实验室检查	285
第一节 白细胞数异常	285
第二节 尿色异常	289
第三节 蛋白尿	292
第四节 尿糖增高	294
第五节 血清蛋白异常	296
第六节 血尿酸增高	297
第七节 血尿素氮增高	299
第八节 血肌酐增高	301
第九节 高血糖	302
第十节 高脂血症	303
第十一节 血清淀粉酶增高	304
第十二节 血清肌酸激酶增高	305
第十三节 碱性磷酸酶增高	306
第十四节 胆碱酯酶降低	308
第十五节 血清转氨酶增高	308
第十六节 血清 γ -谷氨酰转肽酶 (GGT) 增高	310
第十七节 红细胞沉降率增快	311
第十八节 甲胎蛋白升高	312
第三部分 执业医师临床技能操作模拟试题及评分标准 (诊断学部分)	314
体格检查	314
病史采集	323
参考文献	344

第一部分 诊断学讲义

绪 论

【教学目的与要求】了解学习诊断学的意义及指导思想,诊断学在临床医学中的地位和作用,诊断学的学习方法和要求;熟悉诊断学的定义、原理和基本方法;掌握症状、体征的概念。

【教学重点与难点】诊断学的基本内容,症状、体征的概念。

【教学进程】

一、诊断学的概念和地位

1. 概念:诊断学(diagnosics)是运用医学基本知识、基本理论和基本技能对疾病进行诊断的一门学科,通过问诊、体格检查和必要的实验室检查来揭示疫病的临床表现,通过综合分析、推理做出诊断。

2. 地位:诊断学是基础医学和临床医学的桥梁课,是临床各学科的基础课。诊断学所涉及的内容和方法将应用到临床各学科医疗实践中。

二、诊断学的主要内容

1. 问诊(inquiry)即病史采集(history taking),通过医生和患者的问答了解疾病的发生、发展过程。一些疾病,通过问诊即可得出初步诊断,即症状诊断。症状(symptom)即患者对机体生理功能异常的自身体验和感受,如胃酸、胃胀、胃痛、恶心、呕吐、头昏、心悸等。症状往往出现在疾病早期,通过问诊获得症状,做出初步诊断。

2. 体格检查(physical examination)是医生用自己感官和辅助工具对患者进行检查,找出机体正常和异常征象的检查方法。体格检查时的异常发现称为体征(sign),是患者体表或内部结构发生的可察觉改变,如皮疹、脸色苍白、皮肤黄染可以在患者体表发现,而肝脾大、心脏杂音可通过体格检查发现。一般来讲,体征对诊断的建立更重要。

3. 实验室检查(laboratory examination)是通过物理、化学和生物学等实验室检查方法,对患者的血液、体液、排泄物、分泌物、组织细胞等标本进行检查,以获得疾病的病原体、组织病理形态改变或器官功能变化的资料,协助临床进行诊断和鉴别诊断、观察病情、制订防治措施、判断预后的一种诊断方法。实验室检查结果与临床其他表现不符时,必须

结合临床资料全面分析或进行必要的复查。

4. 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诊断疾病时,亦发挥重要的作用。

三、诊断学学习要领

初步尝试与病人沟通、掌握正确的体格检查方法、培养主动分析思考的能力、回顾性地复习基础课知识、练好基本功、逐步建立和完善正确的诊断思维。

四、诊断学的学习要求

1. 能独立进行系统问诊,掌握常见症状的病因和临床意义。
2. 能以规范化的手法,系统、全面、有序地进行体格检查,掌握常见体征的临床意义。
3. 掌握血、尿、粪常规检查及其他临床常用检查的目的、参考值和临床意义。
4. 掌握心电图检查的适应证,熟悉正常心电图及常见异常心电图的特点及临床意义。
5. 能书写出符合患者客观实际的、规范的完整住院病历。
6. 根据病史、体格检查、必要的实验室检查及其他检查资料,进行分析、综合、推理、归纳,提出初步诊断。

第一章 问 诊

【教学目的与要求】掌握问诊的基本方法和注意事项、问诊的基本内容,详细讲解主诉、现病史、既往史、个人史的问诊;了解问诊的重要性。

【教学重点与难点】问诊的主要内容和问诊方法。

【教学进程】

一、问诊的重要性

问诊是医生通过对患者或相关人员的系统询问获取病史资料,经过综合分析而做出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集的主要手段。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。

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,乃至对诊断具有极其重要的意义,也为随后对病人进行体格检查和各种诊断性检查安排提供了重要的基本资料。

1. 问诊是诊断疾病的第一步,相当一部分疾病诊断通过问诊即可确定,特别是一些疾病的早期,如上呼吸道感染。

2. 病史采集不全、不准确,可造成误诊和漏诊。

3. 问诊还可沟通医患关系。

二、问诊的方法和技巧

1. 从礼节性交谈开始;

2. 一般先从主诉开始,再有顺序地提问;

3. 避免暗示性提问和逼问;

4. 避免重复提问;

5. 避免医学术语;

6. 及时归纳小结,核实不确切、有疑问的情况。

三、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、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期及病史陈述者和可靠程度等。若病史陈述者不是本人,则应注明其与患者的关系。记录年龄时应填写具体年龄,不能用“儿”或“成”代替,因年龄本身也具有诊断参考意义。为避免问诊过于生硬,可将某些一般项目的内容如职业、婚姻等放在个人史中穿

插询问。

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。确切的主诉可初步反映病情的轻重缓急,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,并同时注明症状自发生到就诊的时间。书写主诉时要简明扼要,按时间先后顺序记录,主诉要有意向性或特征性,要使用医学术语。

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。现病史包括以下内容:

(1)起病情况及患病时间:每种疾病的起病或发作都有各自的特点,详细询问起病的情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用。患病时间可按数年、数月、数日计算,发病急骤者可按小时计算。

(2)病因和诱因:尽可能了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等),有助于明确诊断及拟定治疗措施。

(3)主要症状的特点:包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度,缓解或加剧的因素。了解这些特点对判断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。

(4)病情的发展和演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

(5)伴随症状:在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。这些伴随症状常常是鉴别诊断的依据,或提示出现了并发症。

(6)诊治经过:患者于本次就诊前已经接受其他医疗单位诊治的,则应询问已经接受过的诊断措施及其结果;若已进行治疗,则应问明使用过的药物名称、剂量及用药时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考。

(7)患者的一般情况:应记述患者患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等。这部分内容对全面评估患者病情的轻重和预后,以及采取什么辅助治疗措施十分有用,有时对鉴别诊断也能够提供重要的参考资料。

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。注意既往史是指现病史发病之前的情况,不应将既往史的病史写入现病史。

5. 系统回顾

系统回顾由很长的一系列直接提问组成,作为最后一遍搜集病史资料,以避免问诊过程中患者或医生有忽略或遗漏的内容。它可以帮助医生在短时间内了解患者除现在所患疾病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

6. 个人史

(1)社会经历:包括出生地、居住地和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济状况和业余爱好等。不同传染病有不同潜伏期,应根据疾病,询问其过去

某段时间是否去过疫源地。

(2)职业及工作条件:包括工种、劳动环境及工业毒物的接触情况和时间。

(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,以及其他异嗜物如麻醉药品、毒品等。

(4)有无冶游史,是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

7. 婚姻史

包括是否结婚、结婚年龄、配偶健康情况、性生活情况、夫妻关系等。

8. 月经生育史

月经初潮年龄,月经周期,经期天数,有无痛经、白带,末次月经日期,闭经年龄等。

记录方式

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经或绝经年龄。

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。

第二章 常见症状

第一节 发热

【教学目的与要求】掌握发热的病因、分类和常见热型及其临床意义,了解发热的概念、发热的临床过程、发热的伴随症状。

【教学重点与难点】发热的原因及临床表现。

【教学进程】

正常人的体温由大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢所控制,通过神经、体液因素调节产热和散热过程,保持产热和散热的动态平衡,从而使正常人体有着相对恒定的体温。

【正常体温及其生理波动】正常人体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。生理波动:24 h 内下午较早晨稍高,剧烈运动、劳动、进餐、情绪激动等会使体温略升高,但波动范围 $< 1^{\circ}\text{C}$;妇女月经前、妊娠期体温略高于正常。

【发热定义】是指机体在致热原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(fever)。

【发热机制】

1. 致热原性发热:包括外源性和内源性两大类。

外源性:病原微生物、毒素、抗原抗体复合物、炎性渗出物及无菌性坏死组织、类固醇类物质等,相对分子质量大,不能通过血脑屏障。

内源性:又称白细胞致热源,如 IL-1、TNF、IFN 等,相对分子质量小,可以通过血脑屏障。外源性致热原引起白细胞释放内源性致热原,作用于下丘脑的体温调节中枢,引起发热。

2. 非致热原性发热

- (1) 体温调节中枢受损,如颅脑外伤、出血、炎症、中暑、中毒等;
- (2) 产热过多,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进;
- (3) 散热减少,如大面积烧伤。

【病因与分类】临床上大致将发热原因分为感染性与非感染性两大类。

1. 感染性发热,占 50% ~ 60%。由各种病原体引起,如病毒、细菌、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等感染。

2. 非感染性发热:无菌性坏死物质的吸收、抗原-抗体反应、内分泌与代谢障碍、皮肤散热减少、体温调节中枢功能失常、自主神经功能失调等。

【临床表现】

1. 临床分度:低热(37.3 ~ 38 ℃)、中等度热(38.1 ~ 39 ℃)、高热(39.1 ~ 41 ℃)、超高热(41 ℃以上)。

2. 发热的三个阶段

(1) 体温上升期:骤升型,如大叶性肺炎、败血症、疟疾、肾盂肾炎等;缓升型,如伤寒、结核病等。

(2) 高热期:体温达高峰,皮肤潮红、灼热,呼吸加快、加深,出汗。

(3) 体温下降期:骤降,如疟疾、大叶性肺炎、急性肾盂肾炎等;渐降,如伤寒、风湿热等。

【热型及临床意义】

热型:指不同时间测量的体温,记录在体温单上所形成的不同形状的体温曲线。

1. 稽留热:体温在 39 ℃ 或以上维持数天或数周,日变异不超过 1 ℃。常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。

2. 弛张热:体温在 39 ℃ 以上,最低体温高于正常,日变异超过 2 ℃。常见于败血症、风湿热、重度结核、化脓性疾患等。

3. 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常,高热期与非高热期交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 回归热:体温急骤上升至 39 ℃ 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。常见于回归热、霍奇金病、周期热等。

5. 波状热:体温逐渐上升到 39 ℃ 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,反复多次。常见于布鲁菌病。

6. 不规则热:体温曲线无一定规律。常见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

【伴随症状】

1. 寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血:常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹:口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

4. 淋巴结肿大:常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

5. 肝脾肿大:常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

6. 出血:发热伴皮肤黏膜出血,可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 关节肿痛:常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

8. 皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

9. 昏迷:先发热后昏迷者,常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等;先昏迷后发热者,多见于巴比妥类药物中毒等。

【问诊要点】

1. 起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、程度(热度高低)、频度(间歇性或持续性)、诱因。
2. 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。
3. 应包括多系统症状询问,是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛,腹痛、恶心、呕吐、腹泻,尿频、尿急、尿痛,皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。
4. 患病以来一般情况,如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。
5. 诊治经过(药物、剂量、疗效)。
6. 传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

第二节 胸痛

【教学目的与要求】掌握胸痛病因、临床表现(发病年龄,胸痛部位、性质、持续时间,影响疼痛因素),熟悉胸痛的概念、胸痛的机制、胸痛的伴随症状及问诊要点。

【教学重点与难点】胸痛的病因及临床特点。

【教学进程】

胸痛是由胸部疾病(包括胸壁疾病)引起的,但胸痛的剧烈程度不一定与疾病的轻重相平行。

【原因】

1. 胸壁疾病,如急性皮炎、皮下蜂窝组织炎、带状疱疹、肋间神经炎、肋软骨炎、流行性肌炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤、急性白血病等。
2. 心血管疾病,如冠状动脉硬化性心脏病(心绞痛、心肌梗死)、心肌病、二尖瓣或主动脉瓣病变、急性心包炎、胸主动脉瘤(夹层动脉瘤)、肺栓塞(梗死)、肺动脉高压以及神经症等。
3. 呼吸系统疾病,如胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、血胸、支气管炎、支气管肺癌等。
4. 纵隔疾病,如纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤等。
5. 其他,如过度通气综合征、痛风、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

【临床表现】

1. 发病年龄:青壮年胸痛,多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病;40岁以上者,则须注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。
2. 胸痛的部位:大部分疾病引起的胸痛常有一定部位。例如胸壁疾病所致的胸痛常固定在病变部位,且局部有压痛,若为胸壁皮肤的炎症性病变,局部可有红、肿、热、痛表现;心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下,可向左肩和左臂内侧放射,甚至达环指与小指,也可放射于左颈或面颊部,常误认为牙痛。
3. 胸痛的性质:程度可呈剧烈、轻微和隐痛。胸痛的性质可有多种多样:带状疱疹呈