



高等医学院校精品规划实验教材

诊断学实验教程

第 2 版

◎ 主编 谭天海



第四军医大学出版社

高等医学院校精品规划实验教材

诊断学实验教程

第2版

主 审 陈 琦 石 蓓

主 编 谭天海

副主编 聂永胜 李 娟 许祥林

编 委 (按姓氏笔画排序)

王盛兰 石 蓓 朱 蓉 刘玉娟

许祥林 李 娟 李庆钰 杨 波

杨孟雪 旷明丽 沈长银 张子阳

陈 琦 陈斗佳 苟小丽 聂永胜

顾延会 盛 瑾 雷乾兰 谭天海

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

诊断学实验教程/谭天海主编. —2 版. —西安: 第四军医大学出版社, 2015. 8
ISBN 978 - 7 - 5662 - 0825 - 5

I. ①诊… II. ①谭… III. ①诊断学 - 实验 - 医学院校 - 教材 IV. ①R44 - 33
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 185369 号

zhenduanxue shiyan jiaocheng

诊断学实验教程

出版人: 富 明 责任编辑: 曹江涛 张永利

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029 - 84776765 传真: 029 - 84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

制版: 绝色设计

印刷: 陕西金和印务有限公司

版次: 2015 年 8 月第 2 版 2015 年 8 月第 3 次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 9.75 彩插 8 页 字数: 225 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0825 - 5/R · 1615

定价: 24.00 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

前 言

诊断学是临床医学生学习临床各科课程的入门和基础,亦是从基础过渡到临床学习的桥梁和纽带,而诊断实验课是培训和强化学生临床基本功的重要手段。诊断实验教学自开设以来,在学生临床能力的培养上起到了重要的作用。随着医学的快速发展,临床检测方法不断更新,部分传统的手工操作已被现代化智能检测仪器取代,原有的一些实验课内容已经过时,不能跟上时代的需要。如血、尿检测的传统手工方法改为血尿自动化分析仪检测等。为此,某些实验课内容的修改势在必行。

诊断实验教学应紧跟临床医学发展的步伐和对执业医师考核的要求,重点在于培养学生的临床基本功及临床诊断思维能力。围绕这一宗旨,结合诊断学教学大纲及我院的实际情况,在原有《诊断学实验教程》的基础上,诊断学实验室组织有教学经验的相关教师重新编写了《诊断学实验教程》。本教材主要内容包括病史采集(问诊)、体格检查、病历书写及临床常用实验室检查(血常规、尿常规、骨髓检查、浆膜腔积液)及心电图检查。教材编写突出理论与实践结合、实验与临床结合的特点,以使学生们尽可能掌握临床基本功和合理的临床思维。

本教材在编写过程中,得到遵义医学院临床学院、内科教研室的大力支持,在此致谢!囿于编者经验,本教材难免有不足之处,请使用者批评指正。

遵义医学院临床学院诊断学实验室

2015年5月

目 录

第一章 物理诊断	(1)
实验一 病史采集(问诊一)	(1)
实验二 病史采集(问诊二)	(8)
实验三 体格检查的基本方法与生命体征的测量	(13)
实验四 一般检查及头颈部检查	(19)
实验五 胸、肺部检查	(27)
实验六 心脏及血管检查	(33)
实验七 腹部检查	(38)
实验八 脊柱四肢和神经系统检查	(44)
实验九 正常全身体格检查	(49)
实验十 异常体征	(57)
实验十一 完整病历书写	(60)
第二章 实验诊断	(67)
实验十二 血液的一般检查	(67)
实验十三 骨髓细胞学检查	(74)
实验十四 尿液检查及粪便隐血试验检查	(80)
实验十五 浆膜腔积液检查	(91)
第三章 心电图检查	(101)
实验十六 心电图(一)	(101)
实验十七 心电图(二)	(114)
实验十八 心电图(三)	(130)
参考文献	(150)

第一章 物理诊断

实验一 病史采集(问诊一)

实验学时:4 学时。

实验类型:基础性实验。

【实验目的与要求】

1. 掌握问诊的主要内容和方法。
2. 了解问诊的技巧、重要性及医德要求。

【实验方法与步骤】

复习问诊的重要性、医德要求及主要内容。

1. 问诊的重要性 ①问诊是病史采集的主要手段,是临床医生的基本功。②详细的问诊,可了解疾病的发生、发展、诊治经过,对诊断有极其重要的意义。③详细的问诊,对患者随后的体格检查和各项检查提供基本资料。④详细的问诊,对于一些处在功能或病理生理改变阶段的疾病,比其他检查能更早地获取诊断线索。⑤采集病史是医生诊治的第一步,是医患沟通的重要时机。

2. 问诊的医德要求 ①严肃认真。②尊重隐私。③对任何患者一视同仁。④对同道不随意评价。⑤对患者教育和健康指导。

3. 问诊的主要内容(共9项)

(1)一般项目(general data)

姓名	性别
年龄(岁、月、天)	婚姻
民族	籍贯(省、市或县)
出生地(省、市或县)	工作单位
职业	通信地址(详细的地址)
联系电话	入院日期
记录日期	病史叙述者
可靠程度	

一般项目主要包括以上15项,在问诊过程中可以按一定方式进行询问,例如:

姓名:询问出真实的姓名,可以问“请问,你叫什么名字?”如患者名字为同音字(假设患者叫王韬),则可进一步问“请问,你的韬是文韬武略的韬,还是滔滔江水的滔?”或“你的名字怎么写的?”,或通过身份证来进一步核实。

性别:一般不难判定,但对于个别中性打扮的人,一时难以判断时,可通过查看其身份证等证件来进行核对。

年龄:可以问“你今年多少岁了?”,或者“你是什么时候出生的?”,因个别患者对于周岁、虚岁的算法不同,最好是问生日或者看身份证后进行计算。婴幼儿要具体到多少月、多少天,不能用“儿”代替,同样,成人不能用“成”代替。

婚姻:可以问“请问,你结婚了吗?”。

民族:可以直接询问“你是哪个民族?”;或问“你是汉族、苗族,还是什么民族?”。

籍贯:可以问“你老家是哪儿的?”或“你爷爷是哪儿的人?”。

出生地:可以问“请问,你是在哪儿出生的?”。

工作单位:可以问“你在哪儿上班?”或“你的工作单位在哪?”。

职业:可以问“请问,你是干什么工作的?”;如果患者曾经干过很多职业,可以填写对患者本次就诊所患疾病有影响的职业,比如:患者所患疾病很有可能为“尘肺”,如果患者曾经做过水泥工,这对于“尘肺”的诊断就提供了有价值的证据。

通讯地址:可以对患者说“为了方便以后我们对你进行定期随访,需要你提供你现在详细的住址,请问你住在哪里?”,如果是农村患者,填写内容具体到村、组,例如:贵州省遵义市湄潭县黄家坝镇平安村2组,城市居民要具体到街道、门牌号码,或者某某路、某某小区、几栋、几单元、几楼、几号。例如:贵州省遵义市汇川区大连路149号,或者贵州省遵义市汇川区贵阳路高原小区5栋2单元7楼8号。

联系电话:可以问“请问,你的电话号码是多少?我可能以后会对你的病情进行定期随访”。

入院日期:一般以护理体温单上的入院时间为准,要具体到分钟,以24小时制为记录格式,如:2014年5月6日11时32分入院。

记录日期:患者入院后,书写入院记录的时间不超过24小时,如患者2014年5月6日11时32分入院,记录日期不超过2014年5月7日11时32分。

病史叙述者:一般为患者本人,对于有神志、精神障碍或因其他原因不能沟通,而是通过患者家属或病情知情者陈述病史时,需要写明陈述者与患者的关系,比如:患者父亲,患者妻子、同事等。

可靠程度:一般情况下病史的陈述者多数是神志清楚的患者本人,所以可靠程度应该写“可靠”。但对于病史的陈述者是神志不清醒的患者,或病情描述是由其家属代述或由120急救中心工作人员提供,则这部分可写“可靠欠详”。

备注:为避免过于生硬,可将某些一般项目的内容,如职业、婚姻等放在个人史和婚姻史中穿插询问。

(2) 主诉(chief complaint)

定义:为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和(或)体征,及其持续时间。简单

地表示为:主诉=症状和(或)体征+持续时间。它是通过对病史的询问,由医生总结和提炼出来的,不是患者叙述的简单记录。

基本要求:①简明扼要,通常用一两句话表达(一般不超过20个字),如:“咳嗽、咳痰1个月”。②有明显的特征性,用医学术语记录,忌用方言,一般不用诊断用语。如:看到“转移性右下腹疼痛8小时”的主诉就自然会想到可能为“急性阑尾炎”;头痛不能写“脑壳痛”,术后患者已排气,不能写成“打屁”;糖尿病的主诉不能用“患糖尿病2年”,可用“多尿、多饮、多食、消瘦2年”或“发现血糖增高1个月”等。③不同时间出现的几个症状,应按发生的先后顺序记录。如:“腹痛3天,呕吐1天”。④病程长、病情复杂的病例,要概括出符合患病特征的主诉。如:“劳力性心悸、气短10年,全身水肿1月,加重10天”(先出现了左心衰,然后随着病情发展出现了右心衰或全心衰)。⑤主诉与第一诊断应有明显的意向性。

(3)现病史(history of present illness) 是病史的主体部分,是主诉的详细展开,它包括了患者患病后的全过程,即疾病的发生、发展、演变和诊治经过。主要包括以下7个部分:①起病情况及患病时间:起病时的环境(睡眠、激动、紧张等)及具体时间,发病急缓。②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、缓解或加重的因素。③病因与诱因: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)。④病情的发展与演变:包括起病后病情呈持续性还是间歇性发作、是进行性加重还是逐渐好转、缓解或加重的因素、主要症状的变化或新症状的出现。⑤伴随症状:询问各伴随症状出现的时间、特点及其演变过程;各伴随症状之间及主要症状之间的相互关系;鉴别诊断有关的阴性症状。⑥诊治经过:发病后的诊断及治疗的主要经过。应详细询问诊治地点、诊断名称、重要检查项目及结果、治疗情况(药物名称、剂量、时间、疗效)等(记录时对诊治经过中的诊断与治疗措施加双引号标注)。⑦病程中的一般情况:包括精神、体力状态、饮食、睡眠、大小便及体重等情况。问诊示范详见问诊(二)的示范病例。

(4)既往史(past history) 包括以下几方面内容:患者既往的健康状况和过去曾患疾病(包括各种传染病、地方病,按时间先后顺序记录,并记录诊治情况和是否治愈),与现有疾病有密切相关的应详细询问。外伤、手术史(要记录外伤和手术的名称,也按时间先后顺序记录),食物及药物过敏史(要问清当时情形),输血及血制品史,预防接种史(预防接种时间及疫苗的种类)。

可以使用过渡性的语言来转入另一个新话题的问诊。例如:“我们一直在谈论你今天来看病的目的,现在我想问问你以往的健康及患病情况,以便了解它与你目前的疾病有何关系”(停顿)“你以前身体怎样?”或“你以前患过什么病吗?”,用了这种过渡性语言,患者就不会困惑你为什么要改变话题以及为什么要询问这些情况。

①过去健康状况及曾经患过的疾病。目前,高血压、冠心病及糖尿病等慢性病呈逐渐上升趋势,发病率高,大多数老年人可能都有。所以,一定要详细询问,这部分内容问诊我们可以这样开始:“请问,您以前身体怎么样?”;“过去患过什么疾病没有?”;“得过高血压、冠心病、糖尿病等疾病吗?”,如果患有疾病,例如高血压病,则需要进一步询问以

下内容：“你患高血压到现在有多少年了？在哪家医院诊断的？最高血压是多少？在治疗吗？用什么药物？怎么吃的？效果怎么样？或现在血压维持在什么水平？”（当然，不能一下子把问题全问完，应该问完一个问题待患者回答后再接着问下一个问题）。与现有疾病有密切相关的亦应详细询问，比如风湿性心瓣膜病，“你小时候是否经常发生咽部疼痛？”“有没有出现过关节疼痛？”如果有，进一步问“是哪些关节？位置是否固定？”等。

②传染病及地方病史。针对传染病史，注意尽量不要直接这样询问：“你患过哪些传染病？”有些文化层次不高的患者不一定清楚哪些病是传染病，从而遗漏病史，可以这样问：“你患过肝炎、伤寒、结核这些疾病吗？”“你们当地有哪些多发疾病？”

③外伤、手术史。直接提问：“以前受过外伤吗？”“做过手术吗？在哪家医院诊治的？做的什么手术？治愈（好）了吗？”

④药物、食物和其他过敏史。可以直接提问：“你以往对药物、食物或其他物品有过敏的情况吗？”，该部分问诊应该注意引证核实，特别是药物过敏史，例如青霉素过敏的：“你说的青霉素过敏是皮试提示过敏，还是用药过程中出现不适症状？具体是什么表现（如呼吸困难、皮疹、瘙痒、腰痛等不适）？”

⑤输血史。直接提问“您以前输过血（血制品）吗？”，特别对于需要接受输血治疗及与输血治疗相关的一些疾病需问清具体输血的种类、输血量及有无输血反应。如：“你输的是哪种血制品？是红色的还是淡黄色的？医生告诉过你输的是什么吗？输了多少（单位或 ml）？有输血反应吗？”

⑥预防接种史：直接提问“你幼年时按照计划进行预防接种了吗？”“你近年来接种过疫苗吗？接种的是什么疫苗？什么时候接种的？”，如果记得清楚，接种史尽量记录全（顺序一般按年月先后排列）。

（5）系统回顾（review of systems）系统回顾由一系列直接提问组成，用以作为最后一遍搜集病史资料，避免问诊过程中忽略或遗漏的内容。它能帮助医师在短时间内扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他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是否存在着因果关系，且又对询问病史有系统化的作用。因这部分内容较多，实际应用时，可每个系统询问 2~4 个症状，如有阳性结果，再详细的询问，否则可以过渡到下一系统。这部分均记录阴性结果，如问出阳性结果，应分别记录在现病史或既往史中，与本次所患疾病相关的内容写在现病史，与本次所患疾病无关的内容写在既往史。

呼吸系统：无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难、发热及盗汗等。

循环系统：无心悸、心前区疼痛、气短、水肿、腹水、肝区疼痛、心脏疾病、高血压病史。

消化系统：无嗝气、泛酸、腹痛、腹泻、腹胀、食欲改变、呕吐、呕血、黑便、黄疸、排便次数及粪便颜色、性状、量、气味的改变等。

泌尿系统：无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、尿潴留、尿失禁、尿量异常、夜尿增多及水肿等。

造血系统：无皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾大。

内分泌系统及代谢：无多饮、多尿、食欲异常、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消

瘦、闭经及无性格、性欲、体格发育、智力的异常。

神经精神系统:无头痛、记忆力减退、意识障碍、语言障碍、感觉及运动异常、痉挛、瘫痪、惊厥、幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常。

肌肉骨骼系统:无肢体疼痛、痉挛、瘫痪等,无关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力及肌肉麻木等。

(6)个人史(personal history) 包括以下几方面内容:社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好,以及有无冶游史。

可以使用以下语言来自然过渡,例如:“因为有的疾病可能与生活、工作环境,或一些习惯与嗜好有关,所以,下面我想问您几个问题,可以吗?”“您现做什么工作?”或“您抽烟、喝酒吗?”,这样不会给患者太唐突的感觉。在后面的问诊中,举一反三,均可以以这种方式与患者进行沟通。

①社会经历: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、经济生活、业余爱好。

如:“您在哪出生的?一直居住在×××地方吗?去过哪些地方居住过?”

②职业及工作条件:工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间(尤其是与职业病有关的相关职业)。

如:“现做什么工作?工作的环境怎么样,有没有接触粉尘、毒物及放射性物质?”

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。对吸烟史,应问及烟龄(年),吸烟量(支/日,是否已戒);对饮酒者,应问及饮酒时间(年),酒量(白酒:度数、×两/日,啤酒,×瓶/日,是否已戒,已戒多久);麻醉品、毒品、异嗜物(时间及用量,是否已戒)等。

如:“您平时喜欢吃×××吗?”或“您抽烟、喝酒吗?”或“您生活规律吗?是否经常熬夜?”

④冶游史:不洁性交史、性病史。

当问及不洁性交史、性病以及麻醉品、毒品等较隐私的问题时,最好找个没有其他人的房间单独与患者交谈,要与患者做好充分的沟通以取得其信任和配合,这样才可能问出一些对患者疾病诊治有帮助的信息。比如可以这样与患者进行沟通:“因需对你的身体状况进行全面的了解(或目前我们考虑您这个病不排除×××的可能),所以需要了解一下与您相关的私人问题,这对于我们的诊断很重要,我会替你保密的。请您配合一下,好吗?”,如果患者同意,就可以直接提问:“您曾经在外面过过夜吗?”或“您得过性病吗?”

然后,使用过渡性语言转入婚姻、月经生育史的问诊。例如:“你也知道有些疾病与个人婚育情况有关,我想了解一下你这方面的情况”。

(7)婚姻史(marital history) 包括以下几方面内容:婚否、结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系(如配偶死亡,应询问死亡时间及原因)。

可以逐步这样问:“请问你结婚了吗?”(一般项目未问时)或“我知道你已经结婚了”(一般项目已问时)，“你结婚时年龄多大?”“你爱人(或妻子、丈夫)的健康状况怎么样?”

“你们夫妻(性)生活和谐(过得好)吗?”。如果配偶健在的可以这样问:“你们夫妻的关系怎么样?”,如果配偶已去世的则问:“很不幸,我知道你爱人(或妻子、丈夫)已经去世了,他(她)去世的原因你清楚吗?具体是什么时间去世的?”等等。

(8)月经史(menstrual history)和生育史(childbearing history) 月经史包括以下几方面内容:初潮年龄、行经期(天)、月经周期(天)、月经的量和颜色、经期症状、有无痛经与白带、末次月经时间或绝经年龄。

问诊时针对不同文化层次、不同年龄、不同地域的女性,尽量设法让患者理解所提问题并愿意回答,我们可以这样开始逐一问:“你第一次来月经是多少岁?”或“你的初次月经是多少岁来的?”,“多久来一次月经”或“月经的周期是多久?”,“每次月经持续多少天?”“月经一般几天干净?”,“月经和常人比较起来量正常吗?每天能用多少卫生巾(卫生纸)?”“月经是什么颜色?”,“来月经时伴有血块吗?”,“来月经时有什么不舒服吗?”,“白带情况怎么样?”或“白带是什么颜色?量多吗?”或“白带的的外观像什么?”或“白带是什么样子?”“白带有异味吗?”,“你最后一次月经是哪天来的?”或“你最后一次月经距离现在有多久了?”,“你的月经是多少岁停的?”等。

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(LMP)或绝经年龄

例如:

13 $\frac{3 \sim 4 \text{ 天}}{28 \sim 30 \text{ 天}}$ 2014年3月14日或49岁

生育史包括以下几方面内容:妊娠与生育次数,人工流产或自然流产次数,有无死产、早产、手术产、产后并发症(妊娠毒血症、产褥感染、产后大出血等)及计划生育情况。有无巨大儿、低体重儿生产史及其体重。对男性患者应询问有无患过影响生育的疾病。

对于已婚女性,问诊相对容易,但针对一些大龄未婚女性,应谨慎一些,应询问婚姻史之后再进一步问生育史。可以逐步这样问:“你怀孕过吗?”,“你怀过几次小孩?”或“你怀过几次孕?”或“你生下来的小孩有几个?”,“有流产的情况吗?”,“流产了几次?”,“是自然流产还是药物流产?”,“生小孩过程中有过大出血吗?”,“你的节(避)育措施有哪些?”。

针对男性可以这样问:“你患过生育方面的疾病吗?”或“你看过生育方面的医师吗?”。

(9)家族史(family history)

问诊内容:询问父母亲、兄弟姐妹、子女的健康和疾病情况,有无类似病、遗传病及遗传倾向病(强调对直系亲属的询问,无血缘关系的不询问)。已故直系亲属要询问死因与年龄。必要时绘出家族谱。

可用过渡语言转入家族史的问诊。例:“刚才我询问了你个人情况,这对于诊断很重要,我会替你保密的。现在我要问几个有关你家庭的情况,因为有些疾病可出现在有血缘关系的人群中,这有助于了解你们家中一些危害健康的因素,以便于防范。”

例如可以这样问:“你父母(兄弟姐妹、子女)的健康状况怎么样?”,“父母(兄弟姐

妹、子女)患过哪些疾病? 在哪家医院诊治? 治愈了吗?”, “父母(兄弟姐妹、子女)是患什么病去世的? 去世时年龄多大?”, “家族中有人患过和你一样的疾病吗?”或“家族中有人患病情况和你一样吗?”, “有患过高血压、糖尿病、冠心病的吗?”, “出现过自幼皮肤、牙龈、关节等部位非外伤所致出血的疾病吗?”, “有过患癌症的患者吗?”等。

【思考题】

1. 主诉的定义和基本要求?
2. 完整的现病史包括哪些内容?
3. 问诊的医德要求包括哪些内容?

实验二 病史采集(问诊二)

实验学时:4 学时。

实验类型:综合性实验。

【实验目的与要求】

1. 强化问诊的注意事项及问诊的主要内容。
2. 重点训练问诊的方法和技巧。

【实验内容】

1. 问诊的注意事项及方法和技巧。
2. 对标准化患者或虚拟患者进行问诊训练(主要针对主诉、现病史)。

【实验注意事项及问诊的方法和技巧】

1. 问诊前可以从礼节性的交谈开始,首先自我介绍,表明身份和目的(注意佩戴胸牌),以缩短距离,缓和生疏局面。

如:您好!我叫×××,我是3年级的医学生,今天来想了解您的病情。

2. 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,要有爱心、耐心和同情心,不要轻易打断患者讲话,这样可以让学生觉得你是一个值得他信赖的人,也才愿意把他的病痛,甚至原来打算隐瞒的病情告诉你。

如:以下就是一个问诊失败的例子。

医生问:“请问你哪里不舒服?”

患者答:“我喝水喝得多,我还尿多、心慌、头痛、吃不下饭,我还……”

医生不耐烦地问:“你到底哪里不舒服嘛?”

患者答:“我全身都不舒服。”

3. 首先应尽可能问出患者本次就诊的主要目的,即主诉。

如:“你哪儿不好?多长时间了?”“这次来就诊主要是哪不舒服?”“这种不适有多久了?”“我能为你提供什么帮助吗?”等。然后提炼出主诉:即主要症状或明显体征+患病时间。患病时间一定要详细询问,有些慢性病反复发作,本次只是再发或加重。因为病程的长短对病情分析很重要。

4. 紧接着围绕主诉进行全面、仔细、系统的询问(即现病史七点内容),以求得到患者可能是何种疾病导致的主要症状或体征的各种线索。

5. 要把握好问诊进度。

为了使问诊进展顺利,通常我们不会轻易打断患者讲话。但是,有时患者的叙述偏离本次就诊目的太远时或有时患者沉默不愿回答时,可以客气的提醒患者一下。如:“除此之外,你还有哪里不舒服?”或“你说的那些情况我都理解,现在请把你当时腹痛的具体情况跟我再谈谈吧?”。

6. 根据具体情况采用不同类型的提问,避免暗示性或诱导性的提问,避免责难性提问。

如:“你的胸痛放射至左手,对吗?”(暗示性提问),“你怎么吃这么脏的东西”(责难性提问);而应该这样提问比较好:“除了这些,还有其他不好吗?”,“除了这里痛,还有其他部位痛吗?”等。

7. 避免重复提问,问诊要有系统性、目的性、必要性。

如:患者因“生长发育迟缓、闭经”就诊,在现病史中,患者已告诉你月经具体情况,在月经史中就不要再重复询问,这样会给患者一种你没有在听他讲话的感觉,从而可能会失去患者对你的信任。

8. 避免特定的医学术语。

如:“你鼻衄吗?”应该问“你流过鼻血吗”,“你排过血尿吗?”应该问“你排过红颜色尿吗?”。

9. 询问病史的每一部分结束时进行归纳小结。

如:“刚才你是说你 20 年前因为咳嗽、咳痰在遵义医学院呼吸内科住院,做过胸部 CT、肺功能、心电图等检查,诊断‘肺气肿’,然后输过 × × × 药,好转出院。出院后没有复诊,一直到 20 天前出现心慌、累、晚上睡觉喜欢睡高枕头,才到我们医院就诊,是吗?”。

10. 在问诊两个项目之间使用过渡性语言,以免引起患者的不理解。

如:①过渡到家族史,“有些疾病可能与遗传有关,所以现在我想和你谈谈你家里人的情况(新话题),你父母身体怎么样?”;②过渡到系统回顾,“为了避免遗漏,现在我想问问你全身各个系统的情况(新话题),这对于我评估你目前的整个健康状况非常重要”(理由)。

11. 为了收集到尽可能准确的病史,有时医生要引证核实患者提供的信息。

如:“刚才你说你的左胸痛每次持续 30 分钟以上,并牵扯到左上肢内侧、一直到小指对吗?”。

12. 恰当地应用一些语言或肢体动作赞扬和鼓励患者,使患者受到鼓舞,可促使患者和医生合作,从而积极提供信息。

如:目光注视患者,时不时用一些肢体动作,如:点点头,表示赞同患者做法;或用一些赞扬与鼓励的语言,如:“嗯,挺好,我知道了”。

13. 保密性医疗制度。

如:要尊重患者隐私,不要将患者信息透露给予患者医疗无关的人,这是最起码的医德。

14. 若患者问到一些你不清楚的问题时,不能随便说“不知道”。而应向患者提供自己知道的情况供患者参考。也可以回答自己回去查书,请教他人后再回答(勇敢承认经

验不足)。

如:非心内科医生要将急性心肌梗死的患者转给心内科,患者家属问及原因,应承认自己经验不足,回答这样做的原因是从安全角度着想,为了让患者得到更好的治疗。当你不清楚时,不能随便说“不知道”。

15. 关心患者的期望。

如:“你这次住院最想解决什么问题?”。

16. 了解患者对疾病的认识。

如:“你对糖尿病饮食和你目前的治疗方案了解吗?”。

17. 问诊结束时,医生应告知患者下一步诊疗计划及需要其配合所要做的工作。

如:“因为你的左踝关节肿痛、血尿酸高,接下来我可能要给你做一个24小时尿尿酸的测定,看你的血尿酸高,究竟是生成增多还是排泄减少所致。”“因为你头痛、头昏,接下来我可能要给你做一个头颅CT检查,以了解你的头颅有无问题。”

问诊是病史采集的主要手段,是临床医生的基本功,所以,需要反复训练才能获得有用信息,为正确诊断疾病提供线索。

以腹痛为例:我们设计一个场景,针对一个“捂着肚子前来看病(腹痛)的患者”,如何问出有用的信息。如:腹痛的起病情况、病因和诱因、特点(部位、性质、持续时间和程度,缓解或加剧的因素,与体位关系),伴随症状和有鉴别意义的阴性症状,治疗经过以及病程的一般情况。

示范病例(主要针对现病史)

患者张×,女,38岁,浙江杭州籍,教师,因“腹痛”于2014年3月8日来我院门诊就诊。

医生:“请问你哪里不舒服?”

患者:“我肚子痛(肚子痛是口头语,可以总结为腹痛)。”

医生:“请你指一指哪里痛?”

患者:“指着上腹部(总结为上腹痛)。”

医生:“请问肚子痛有多久了?”

患者:“2天。”

医生:“你当时在干什么?”

患者:“我当时在加班备课,凌晨1—2点突然肚子就痛起来了。”

以上问诊把患者腹痛的起病情况、患病时间初步问出来了。下面问诊是围绕患者主要症状特点(包括:主要症状出现的部位、性质、持续时间、缓解或加剧的因素、诱因)来进行询问:

医生:“你以前痛过吗?”

患者:“痛过。”

医生:“这种情况有多久了?”

患者:“2年了。”

医生:“平均下来每年发作几次?”

患者：“经常发作，都记不起来了。”

医生：“这次肚子痛得厉害吗？是种什么感觉的疼痛？”（如果患者不理解可以提醒他一下：烧灼样痛、钝痛、胀痛、隐痛？）。

患者：“烧灼样，尚可忍受。”

医生：“这次肚子痛与你以前发作时感觉有什么不一样？”

患者：“感觉差不多。”

此时，医师可通过上述询问，提炼出患者的主诉：反复上腹痛2年，再发2天。

医生：“疼痛每次持续多长时间？怎样缓解的/才会好点？”

患者：“每次持续10多天，进食或休息后能稍好转。”

医生：“肚子痛有什么规律没有？（什么情况下会出现腹痛？）”

患者：“一般在我劳累、紧张或饥饿的时候发生。”

医生：“白天痛得厉害一点还是晚上痛得厉害点？”

患者：“晚上厉害点。”

到此，已问清楚了腹痛的特征、变化情况，可以过渡到有鉴别意义的伴随症状方面去问诊。

医生：“好，你肚子痛的情况我知道了，除了肚子痛，还有其他不好吗？”

患者：“还冒酸口水、打嗝，肚子胀（总结为泛酸、嗝气、腹胀），软，不想吃东西（总结为乏力、纳差）。”

下面进一步问诊患者腹痛的发展与演变（可能出现了消化道出血）：

医生：“你大小便情况怎样？”

患者：“我小便还可以，大便不好。”

医生：“怎么不好？”

患者：“拉黑色大便。”

医生：“多久拉一次、每次量大概多少、干还是稀（具体量、频次、性状）？拉黑便的时候有没有其他不舒服？比如：有无头昏、心慌、乏力、出冷汗（协助判断出血量）？”

患者：“每天1次，每次20~30g，共拉了2次，都是干的，我以前大便是黄色，就这2天才是黑的。没有其他什么不舒服。”

医生：“呕吐过吗？（主要是排除呕血）”

患者：“没有。”

以下是诊治经过的问诊：

医生：“你到医院看过吗？”

患者：“其实我1年前在医学院做过胃镜，说有十二指肠溃疡。”

医生：“当时治疗过吗？怎么治的？”

患者：“吃过泮托拉唑、果胶铋这些药，还有些药记不起来了。”

医生：“具体怎么用的？效果如何？”

患者：“泮托拉唑1颗/次，2次/天，果胶铋3颗/次，4次/天，还是有效的，这一年多年多没怎么发作，只是这次因为我带高中毕业班，压力比较大，经常吃饭不按时，又常熬

夜才加重的。”

医生：“那这次肚子痛来医院检查过或在外边用过药没有？”

患者：“没有到医院检查，我自己吃了几颗斯达舒，效果不好，肚子到现在都还是痛的。”

最后，过渡到病程中的一般情况方面问诊：包括精神、体力状态、饮食、睡眠、大小便及体重等情况，如果前面已问过的可以省略，比如大小便和饮食这里就可以不用再问。

小结：现病史是病史采集的主体部分，详细的询问可以了解到患者发病的全过程，为患者本次就诊可能是什么疾病导致的症状或体征提供有价值的诊断线索，需要不断的临床实践和临床积累方能提高病史的采集技巧和能力。同时，还必须具备丰富的医学知识，比如该患者腹痛，你必须知道腹痛的发生机制、腹痛可以有哪些疾病引起、各种引起腹痛的疾病其腹痛的特征、伴随症状及对药物的反应等，这样你才能从众多的腹痛疾病中鉴别出该患者本次腹痛可能是什么病。

【思考题】

1. 腹痛病史采集包括哪些内容？
2. 问诊的注意事项有哪些内容？