

应用诊断学

YING YONG ZHEN DUAN XUE

李建夫 周衍弟 主 编



山西科学技术出版社

应用诊断学

主 编：李建夫 周銮弟

主 审：田成兴

副 主 编：刘七变 李靖环

编写人员：(姓氏笔划为序)

刘七变 李建夫

李靖环 周銮弟

杨 颖

孟宪钢
江苏工业学院图书馆
藏书章

山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

应用诊断学/李建夫,周衍弟主编. —太原:山西科学技术出版社, 2006. 1

ISBN 7 - 5377 - 2545 - 4

I. 应... II. ①李... ②周... III. 诊断学 - 基本知识 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 005486 号

应用诊断学

作 者:李建夫 周衍弟 主编

出版发行:山西科学技术出版社

社 址:太原市建设南路 21 号

编辑部电话:0351 - 4922135

发行部电话:0351 - 4922121

印 刷:太原市今天西马彩色印刷有限公司

开 本:787 × 1092 16K

字 数:500 千字

印 张:23

版 次:2006 年 1 月第一次版

印 次:2006 年 1 月第一次印刷

印 数:1 - 1500 册

书 号:ISBN 7 - 5377 - 2545 - 4/R · 950

定 价:48.00 元

印装质量问题,影响阅读,请与发行部联系调换。

前 言

《诊断学》是医学生的必修课之一，是由基础医学过渡到临床医学十分重要的一门课程。为适应我国高等医学教育的发展，根据当前教学工作的需要，提高医学生的思想道德素质、职业素质和文化素质；重视基本理论、基本知识、尤其是基本技能训练；培养临床实用型人才，我们决定编写这本《应用诊断学》教材。与传统《诊断学》教材相比，本书突出了实用性，强调了实践性，并以此作为内容增减的原则。

为进一步强化理论知识，提高学生学习兴趣，增强学生动手能力，规范体格检查，认知临床常见心电图、X线片、实验报告单等，书中特别增加了第九编“基本操作技能”。其中，技能1~10为“问诊与病历书写技能”，可使学生掌握问诊的内容和方法及医疗文书的书写，并要求学生关心、体贴患者，学习与患者沟通；技能11~50为“体格检查技能”，使学生熟练掌握基本体格检查的方法，并强化相关理论知识；技能51~60为“实验诊断技能”，使学生接触和感知白细胞分类计数、血细胞分析仪等结果报告单，并对有一定深度和广度的白细胞直方图、血小板直方图做了一定介绍；技能61~70为“心电图诊断技能”、技能71~80为“X线诊断技能”，均为典型病历的心电图报告和X线片，通过实物接触，提高学生临床适应性；技能81~88为“临床常用诊疗操作技能”，要求学生熟记胸腔穿刺、腹腔穿刺等基本操作技能；同时还增加了“健康评估”的内容，使本书也适合于护理专业的学生使用。总之，通过实物接触和不断重复训练，使《诊断学》学习具体化、条理化和系统化，便于学生在实践中有章可循，为将来的临床职业生涯奠定坚实的基础。

本书内容包括问诊、症状学、体格检查、实验诊断、心电图诊断、X线诊断、病历书写与诊断方法、健康评估、基本技能，并对CT检查做了粗浅的介绍。均由从事临床和教学工作多年，经验丰富的教师编写。但由于水平和时间所限，难免有疏漏和不妥之处，恳请广大读者和同道不吝赐教，提出批评指正。

本书在编写过程中，得到山西职工医学院各级领导的大力支持和肯定，在此表示衷心的感谢。

李建夫

目 录

绪 论	1
第一编 问诊	
第一节 问诊的重要性	3
第二节 问诊的内容	3
第三节 问诊的方法与技巧	7
第二编 症状学	
第一节 发热	11
第二节 头痛	14
第三节 呼吸困难	16
第四节 紫绀	18
第五节 胸痛	19
第六节 腹痛	21
第七节 腹泻	23
第八节 黄疸	24
第九节 水肿	27
第十节 眩晕	29
第三编 体格检查	
第一章 体格检查的基本方法	31
第一节 视诊	31
第二节 触诊	31
第三节 叩诊	33
第四节 听诊	35
第五节 嗅诊	35
第二章 全身状态检查	36

第三章 皮肤黏膜和浅表淋巴结检查	43
第一节 皮肤黏膜	43
第二节 浅表淋巴结	46
第四章 头部及其器官检查	48
第一节 头颅	48
第二节 眼部	49
第三节 耳部	52
第四节 鼻部	53
第五节 口腔	53
第五章 颈部检查	56
第一节 颈部	57
第二节 甲状腺	58
第三节 气管	59
第六章 胸部检查	59
第一节 胸部的体表标志	59
第二节 胸壁和胸廓	61
第三节 乳房	62
第七章 肺和胸膜	63
第一节 视诊	64
第二节 触诊	65
第三节 叩诊	66
第四节 听诊	68
第八章 心脏和血管检查	73
第一节 视诊	73
第二节 触诊	74
第三节 叩诊	76
第四节 听诊	78
第五节 血管检查	86
第九章 腹部检查	89
第一节 腹部体表标志及分区	90
第二节 视诊	91
第三节 触诊	94
第四节 叩诊	99
第五节 听诊	101
第十章 肛门、直肠、生殖器的检查	103

第一节 肛门和直肠	103
第二节 生殖器	104
第十一章 脊柱与四肢检查	105
第一节 脊柱	105
第二节 四肢	106
第十二章 神经系统检查	107
第一节 脑神经检查	107
第二节 运动功能检查	110
第三节 感觉功能检查	112
第四节 神经反射检查	113
第四编 实验诊断	
第一章 血液检查	117
第一节 血液一般检查	117
第二节 贫血性疾病的检查	123
第三节 溶血性贫血的常用检查	125
第四节 出血性疾病的检查	125
第五节 血栓前状态检查	129
第六节 血液流变学检查	129
第七节 血型与配血	131
第二章 骨髓细胞学检查	134
第一节 临床应用价值	134
第二节 骨髓标本的采集与送检	135
第三节 骨髓细胞的命名及发育规律	135
第四节 骨髓细胞学的检查步骤	136
第五节 正常骨髓象	137
第三章 尿液和肾功能检查	138
第一节 标本收集	138
第二节 尿液一般检查	138
第三节 尿液其他检查	141
第四节 尿液分析仪的应用	144
第五节 肾功能检查	144
第六节 尿和肾功能检查项目的选择和应用	146
第四章 粪便检查	147
第五章 痰液检查	149

第六章 其他体液检查	151
第一节 脑脊液检查	151
第二节 浆膜腔积液检查	154
第三节 精液、前列腺液及阴道分泌物检查	156
第七章 肝功能检查	159
第一节 肝功能检查的临床价值	159
第二节 胆红素代谢检查	159
第三节 蛋白质代谢检查	160
第四节 酶学检查	162
第五节 病毒性肝炎的检查	163
第六节 肝相关检查项目的选择	165
第八章 临床常用生化检查	166
第一节 血清电解质测定	166
第二节 二氧化碳结合力及尿酸测定	167
第三节 酶学检查	168
第四节 动脉粥样硬化相关检查	169
第五节 糖尿病相关检查	170
第六节 心肌损伤相关检查	171
第七节 内分泌激素检查	173
第九章 免疫学检查	175
第一节 免疫血清学检查	175
第二节 免疫功能检查	177
第三节 其他免疫功能检查	178
第四节 肿瘤标志物检查	179

第五编 心电图诊断

第一章 心电学的基本知识	181
第一节 心电产生的原理	181
第二节 心电图导联与导联轴	183
第三节 心电向量与心电图的关系	185
第二章 心电图的测量和正常数据	185
第一节 心电图的测量	185
第二节 正常心电图的波形特点和正常值	186
第三章 心电轴和心脏循长轴转位	189
第一节 心电轴	189

第二节	心脏循长轴转位	190
第四章	心肌缺血与 ST-T 改变	191
第一节	心肌缺血的心电图改变	191
第二节	ST-T 改变的临床意义	193
第五章	心肌梗死	194
第一节	心肌梗死的基本图形及机制	194
第二节	心肌梗死的图形演变及分期	195
第三节	心肌梗死的定位诊断	196
第四节	心肌梗死的分类和鉴别诊断	196
第六章	心房、心室肥大	197
第一节	心房肥大	197
第二节	心室肥大	199
第七章	心律失常	201
第一节	概述	201
第二节	常见的心律失常	202
第八章	心电图的临床应用和分析原则	210
第一节	心电图的临床应用	210
第二节	心电图分析原则	210
第九章	其他常用心电学检查	211
第一节	动态心电图	211
第二节	心电图运动负荷试验	213

第六编 X线诊断

第一章	呼吸系统 X 线诊断	215
第一节	X 线检查方法	215
第二节	胸部正常 X 线表现	216
第三节	呼吸系统基本病变 X 线表现	220
第四节	呼吸系统常见病的 X 线诊断	223
第二章	循环系统 X 线诊断	230
第一节	心、大血管的检查方法	230
第二节	正常心、大血管 X 线表现	231
第三节	心及大血管异常的基本 X 线表现	233
第四节	循环系统常见病的 X 线诊断	236
第三章	消化系统 X 线诊断	239
第一节	X 线检查方法	239

第二节	食管及胃肠的正常 X 线表现	240
第三节	食管及胃肠病变的基本 X 线表现	242
第四节	食管及胃肠常见病的 X 线诊断	243
第四章	骨与关节 X 线诊断	248
第一节	X 线检查方法	249
第二节	骨与关节的正常 X 线诊断	249
第三节	骨与关节基本病变 X 线表现	251
第四节	骨与关节常见病的 X 线诊断	253

第七编 计算机体层成像

第一章	概述	259
第一节	CT 成像的基本原理与设备	259
第二节	CT 图像特点	260
第三节	CT 检查技术	261
第四节	CT 分析与诊断	261
第五节	CT 诊断的临床应用	263
第二章	头部	263
第三章	胸部	267
第四章	腹部	269
第一节	肝	269
第二节	胆	271
第三节	胰	272
第四节	肾	273

第八编 诊断方法与病历书写

第一章	临床诊断步骤与思维方法	275
第一节	建立诊断的一般步骤	275
第二节	临床思维方法	276
第三节	临床诊断的内容和格式	277
第二章	病历书写	279
第一节	病历书写的基本规则和要求	279
第二节	病历书写的种类、格式与内容	280

第九编 基本技能

第一章 问诊与病历书写技能	291
第二章 体格检查技能	294
第三章 实验诊断技能	308
第四章 心电图诊断技能	312
第五章 X线诊断技能	319
第六章 临床常用诊疗操作技能	322

第十编 健康评估

第一章 健康评估方法	329
第二章 健康史的内容	331
第三章 资料分析与护理诊断	334
第四章 常见症状评估	338
第五章 心理评估	341
第一节 概述	341
第二节 自我概念评估	342
第三节 认知评估	344
第四节 情绪和情感评估	344
第五节 个性评估	345
第六节 压力与压力应对评估	347
第六章 社会评估	348
第一节 概述	348
第二节 角色与角色适应评估	349
第三节 文化评估	350
第四节 家庭评估	351
第五节 环境评估	353
参考文献	355

绪 论

临床医学的主要任务是治疗疾病,但治疗疾病的前提是必须有正确的诊断,错误的诊断或诊断不完善必然会导致不良的后果。诊断学就是讲述诊断疾病的原理和技能的一门学科。其实在临床工作中常常难的不是如何治疗疾病,而是难在如何正确诊断疾病。临床医学学生在学习阶段应养成严谨的、科学的态度,学好诊断学就是为学好临床医学奠定良好的基础。

一、诊断学的主要内容

1. 问诊(inquiry):是医生通过向患者或知道病情的人了解患者的健康状况、疾病的发生和发展过程、既往史、个人史、婚姻史、月经和生育史、家族史等,经过分析综合,对疾病进行诊断的一种方法。是最基本的诊断疾病的资料。

2. 症状诊断和检体诊断:患者患病后,由于机体生理功能异常,所感受到的异常感觉,如疼痛、腹胀、恶心等,称为症状(symptom)。症状常常是患者的主观感觉,不容易客观地查出,主要通过问诊获取相关资料,是询问病史的重要内容。广义的症状包括部分体征,如紫绀、黄疸、水肿等。研究症状的发生、发展及演变,所获得的初步诊断称为症状诊断(symptomatic diagnosis)。

医生运用自己的感官(手、眼、耳、鼻)或简单器具(听诊器、叩诊锤、血压计等)对患者进行正规、系统的检查,这种方法称为体格检查(physical examination)。通过体格检查所发现的异常改变称为体征(sign),如心脏杂音、肝脾肿大、水肿等。对所获取的体征进行分析,判断患者的健康状况,进而诊断疾病的方法,称为检体诊断(physical diagnosis)。

3. 实验室诊断和辅助检查诊断:利用物理学、化学和生物学等实验室方法对患者的血液、体液、排泄物、分泌物、细胞或组织标本等进行检查,从而获得病原学、病理形态学、病理生理学或器官功能状态等资料,协助诊断疾病的方法,为实验诊断(laboratory diagnosis)。传统的辅助检查手段,如心电图、X射线、超声和各种内窥镜检查;高新检查手段,如X线计算机体层成像(CT)、磁共振成像(MRI)、数字减影血管造影(DSA)、介入放射学等均已逐渐在临床上广泛应用,这些辅助检查诊断(assistant examination diagnosis)对病变的定性和定位、早期诊断、观察病情、判断预后等均有重要意义,极大地提高了临床诊断和治疗的水平。

4. 病历记录:病历是将问诊、体格检查、实验室及辅助检查结果,诊断与鉴别诊断,治疗、护理等全部医疗活动收集的资料,以书面形式真实记录下来的重要文件。它既是病情演变、诊疗和评估预后的资料;更是正确诊断、选择治疗的科学依据;还是法律性医疗文件;因此,每位医学生必须以极端负责的精神,按照病历书写要求和规范,真实、客观、准确、及时地书写完整的病历。

5. 诊断疾病的步骤和诊断思维方法:临床的诊断过程可分为四个步骤:①搜集临床资

料;②分析、评价、整理资料;③对疾病提出初步诊断;④确立及修正诊断。诊断思维方法包括临床实践和科学思维两大要素。初学者在诊断疾病过程中,必须按照临床诊断的基本程序和思维方法,不能遗漏和颠倒,使临床实践目的明确,逐步提高临床诊断水平。

二、建立正确的诊断思维

诊断疾病的过程就是认识疾病的过程。它和认识任何事物一样,有一个由感性认识上升到理性认识;由实践到认识,再回到实践的过程。认识疾病的第一步就是收集有关疾病的资料。问诊、体格检查、各种辅助检查都是收集资料的过程和方法。资料的收集应力求做到全面、准确。对收集的资料进行分析、判断就是上升到理性认识的过程。理性认识是对疾病本质的认识,这样就形成了初步的诊断。根据初步诊断,制定出合理的治疗方案并付诸实施,在实践中验证诊断的正确性,这才是一个完整的诊断过程。诊断贯穿了认识疾病的全过程,每次复诊、每日查房都是在进行诊断,这样才能使诊断不断地趋于完善,同时可以发现诊断中的错误并予以纠正。因此,必须认识到诊断学的知识不仅仅用于认识疾病的初始,而是贯穿于整个治疗疾病的全过程。

诊断学是实践性很强的学科,离开实践就无从谈学会诊断学。在学校的学习阶段,应该懂得诊断技能的原理,初步掌握正规的、正确的技能操作,真正熟练掌握有待于在未来的临床工作中不断实践方能达到。

科学技术飞速发展,新的、先进的诊断技术不断涌现,但作为一个临床医学生必须清醒认识到,诊断学的基本知识和技能,如问诊、系统认真的体格检查、常用的辅助检查仍然是诊断疾病的主要方法。临床上的多数疾病通过这些方法就能作出正确的诊断。新的先进的检查方法无疑给发现疾病、认识疾病以不可估量的价值,但它仅仅是对前述诊断的补充和修正,我们应该正确对待和应用它。

三、学习诊断学的方法和要求

诊断学与基础课不同,是一门实践性和技术性很强的课程,医学生必须自己创造动手机会,同学之间互相反复练习,并充分利用各种教具、模型、课件,勤学苦练,逐步建立体格检查手法、病历书写、诊断步骤和思维的系统性感性认识,在以后的临床医疗实践中才能得心应手。在临床见习和实习过程中,学生经常面对患者,因此,必须关心体贴患者,树立全心全意为患者服务的思想,取得患者的信任和配合,做一个医德高尚的医务工作者。学习《诊断学》的基本要求如下:

1. 能独立采集病史,并能清晰的分析主诉、症状、体征间的内在联系和临床意义。
2. 能独立、规范、有序地进行系统的体格检查,并发现有意义的体征。
3. 能对常规实验室检查报告单进行分析,熟悉各种常用辅助检查的应用指征和临床意义。
4. 能将问诊和体格检查资料进行系统的整理,写出格式正确、规范,内容真实的完整病历。
5. 能根据病史、体格检查、实验室检查和辅助检查等资料,做出初步诊断。

(李建夫)

第一编 问 诊

第一节 问诊的重要性

问诊(inquiry)是医师通过对患者或相关人员进行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,又称病史采集(history taking)。问诊获得的临床资料即病史。解决病人诊断问题的大多数线索和依据即来源于病史采集所获取的资料。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功。

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及对目前所患疾病的诊断具有极其重要的意义,也为随后对病人进行的体格检查和各种诊断性检查的安排提供了最重要的线索。如患者以咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛为主要症状,伴有寒战、高热时,则提示可能的诊断是肺炎球菌性肺炎。以此为线索,进一步作肺部体格检查和X线检查等即可明确诊断。在临床工作中有相当一部分疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如急性上呼吸道感染、心绞痛、消化性溃疡、胆道蛔虫症等。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细准确,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

采集病史是医生诊治疾患的第一步,其重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系的开端,正确的方法、良好的问诊技巧与和蔼的态度,使病人感到医生的亲切和可信,有信心与医生合作,这对诊治疾病也十分重要。

第二节 问诊的内容

问诊内容的框架,对收集完整病史很有帮助。根据具体情况,在以下一些项目内部,适当调整顺序以利于问诊的进度是可以的。以下是全面系统的病史采集即住院病历所要求的内容。

一、一般项目(general data)

包括:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、现住址、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。

若病史陈述者不是本人,则应注明与患者的关系。记录年龄时应填写实足年龄,不可用“儿”或“成”代替,因年龄本身也具有诊断参考意义。为避免问诊初始过于生硬,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。

二、主诉(chief complaint)

为患者感受最痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是促使病人就诊原因的高度概括。其内容主要包括促使患者就诊的主要症状或(和)体征的特征、性质及其持续时间。主诉可初步反映病情轻重与缓急,并可以提供对某系统疾患的诊断线索。

记录主诉时应注意:

1. 主诉应用一两句话加以概括,如“咽痛、高热 2 天”“畏寒、发热、咳嗽 3 天,加重伴右胸痛 2 天”“活动后心慌气短 2 年,加重伴双下肢水肿 2 周”。

2. 记录主诉要简明,应尽可能用病人自己描述的症状,而不是医生对患者的诊断用语,如“患糖尿病 1 年”或“心脏病 2 年”,而应记录“多饮、多食、多尿、消瘦 1 年”或“心悸、气短 2 年”等。

3. 对于病程较长、病情比较复杂的病例,由于症状、体征较多,或由于病人诉说太多,不容易简单地将病人所述的主要不适作为主诉,医生应该结合整个病史,综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。有时病情缺乏连续性,可以灵活掌握,如“反复发作的中上腹痛十余年,近半月再次发作”。

4. 对当前无症状,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“患白血病 3 年,经检验复发 10 天”“2 周前超声检查发现胆囊结石”。

实际上,主诉就是现病史中应该询问的主题。主诉绝非简单地将病人的叙述换上医学术语后叠加而成,确定主诉的过程也是医生诊断思维的过程。

三、现病史(history of present illness)

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。可按以下的内容和程序询问。

1. 起病情况: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。有的疾病起病急骤,如脑栓塞、心绞痛、动脉瘤破裂和急性胃肠穿孔等;有的疾病则起病缓慢,如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。疾病的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状态时。

2. 患病时间:患病时间是指从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 3 个月前开始活动后心悸、气短,近 2 周来反复出现夜间呼吸困难,近 4 天双下肢水肿。从以上症状及其发生的时间顺序可以看出是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,发病急骤者可按小时、分钟为计时单位。

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

因素等。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。如上腹部痛多为胃、十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性腹痛则多为阑尾炎症,若为妇女要考虑到卵巢或输卵管疾病;全腹痛则提示病变广泛或腹膜受累。以十二指肠溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,餐前发生、餐后缓解,可持续数日或数周,病史长达几年或十几年,期间可以表现为时而发作时而缓解,呈周期性发作。

4. 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),有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者对直接或近期的病因容易提出,当病因比较复杂或病程较长时,患者往往记不清、说不明,也有些病人把某个偶合情况当成了病因或诱因,这时医生应进行科学的归纳和分析。另外,不是所有的病人都能觉察到病因和诱因,有的疾病也可以是“不明原因”的。

5. 病情的发展与演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如食管癌时,咽下困难多为持续存在,并进行性加重;而食管贲门失弛缓症时,咽下困难多呈间歇性发作,病程较长。消化性溃疡的患者在原有周期性发作、节律性上腹痛的基础上,突然发生剧烈的上腹痛并迅速播散到全腹,伴有恶心、呕吐、面色苍白、血压下降、休克等征象,应考虑并发急性穿孔的可能。有心绞痛史的患者本次发作疼痛加重而且持续时间较长时,则应考虑到急性心肌梗死的可能。

6. 伴随症状:指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。如急性上腹痛伴有呕吐、腹胀、停止排便排气,应考虑急性肠梗阻;而急性上腹痛,若同时伴有恶心、呕吐、发热,特别是又出现了黄疸和休克,就应该考虑到急性胰腺炎或急性胆道感染的可能。反之,按一般规律在某一疾病应该出现的伴随症状而实际上没有出现时,也应将其记述于现病史中以便进一步观察,这种阴性表现往往具有重要的鉴别诊断意义。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随迹象,因为他们在明确诊断方面有时会起到很重要的作用。

7. 诊治经过:患者于本次就诊前已经接受过其他医疗单位诊治时,则应询问已经接受过什么诊断措施及其结果;若已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考。

8. 病程中的一般情况:在现病史的最后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和体重的改变等。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。

四、既往史(past history)

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、预防接种、过敏,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生过咽痛、游走性关节痛等;对上消化道出血者应了解有无消化性溃疡、肝硬化病史。此外,对居住或生活地区的主要传染病和地方病史、外伤、手术史、预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也应记录于既往史中。记录顺序一般按年

月的先后排列。

五、系统回顾(review of systems)

系统回顾由很长的一系列直接提问组成,用以作为最后一遍搜集病史资料,避免问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的内容。它可以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。主要情况应分别记录在现病史或既往史中。

系统回顾涉及的临床疾病很多,医学生在学习采集病史之前,必须对各系统可能出现的症状和体征的病理生理意义有比较清晰的理解。实际应用时,可在每个系统询问2~4个症状,如有阳性结果,再全面深入地询问该系统的症状;如为阴性,一般说来可以过渡到下一个系统。在针对具体病人使用时,可以根据情况变通调整一些内容。

1. 呼吸系统:有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等症状。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、食欲不振等。

2. 循环系统:有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、咳嗽、咯血、水肿等。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因素。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;有无腹水、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,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(洗肉水样或酱油色等)、清浊度,有无尿潴留及尿失禁等。有无腹痛,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、淤斑、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