

新医师上岗必备丛书

消化

XIAOHUANEIKE
XINYISHI SHOUC
(第二版)

消化内科新医师手册

林寿宁 朱永苹 林树元 编

问诊—哪些病史必须问

查体—哪些体征重点查

检查—哪些检查应该做

诊断—哪些疾病要排除

治疗—怎样治疗更有效

内科

化学工业出版社

本书详细论述了如何询问病史、查体中应注意哪些体征、患者需要做哪些检查、如何诊断和鉴别诊断、应该选用哪些治疗方案等。书中还对新医师如何尽快胜任消化内科临床工作给出了具体的建议和指导。本书可弥补新医师工作经验的不足,帮助新医师对消化内科患者进行独立诊治。本书在第一版的基础上增加了最新医学研究和诊疗进展的内容。本书适于新医师和实习医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

消化内科新医师手册/林寿宁,朱永苹,林树元编.
2版.—北京:化学工业出版社,2015.2
(新医师上岗必备丛书)
ISBN 978-7-122-22751-5

I. ①消… II. ①林…②朱…③林… III. ①消化
系统疾病-诊疗-手册 IV. ①R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 007156 号

责任编辑:赵兰江
责任校对:陶燕华

文字编辑:何芳
装帧设计:张辉

出版发行:化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印刷:北京永鑫印刷有限责任公司

装订:三河市宇新装订厂

710mm×1000mm 1/32 印张8 字数223千字

2015年4月北京第2版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686)

售后服务:010-64518899

网址:<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:28.00 元

版权所有 违者必究

前 言

随着医学科学的迅速发展，消化疾病的诊疗观念和技术在不断更新。对于刚刚进入消化内科的临床医师来说，从学校获得的许多书本知识不能满足临床工作的需要，所学的医学理论与临床工作难以有效地结合。为帮助新医师尽快适应和胜任临床工作，我们编写了这本参考书。本书以临床实用性内容为主，根据消化系统疾病的特点，按照临床实际诊疗顺序，列出了新医师接诊患者时，从病史采集到体格检查，从开具医嘱到病历书写需要注意的问题。系统介绍了如何根据问诊和查体选择辅助检查，如何诊断疾病以及需要与哪些疾病鉴别。在治疗部分以处方的形式列出了药物的用法、用量，并给出了药物治疗的疗程和注意事项等内容，最后还交代了有关出院和随访的内容。

本书对常见的消化系统疾病如慢性胃炎、消化性溃疡、肝硬化，以及急性胰腺炎、消化道出血等急症进行了详细的阐述，同时对一些较少见的消化系统疾病也进行了简要的介绍。本书参阅了最新公布的国内外消化系统疾病诊疗指南和最新进展，结合目前国内消化系统疾病临床诊疗实际情况，重点阐述了药物治疗原则、药物具体应用，并对常用中医药治疗方法进行了介绍。同时又对一些常用的消化系统疾病诊疗技术做了叙述。

由于临床医疗具有较强的实践性，且患者自身情况不同，各医院的医疗条件不同，所以临床医师参考本书介绍的诊疗方案

时，一定要结合患者的具体情况及医院的医疗条件。本书力求内容实用、系统，阐述简明、准确，但疏漏及不妥之处在所难免，敬请读者予以指正。

编者

2014 年 10 月

目 录

第 1 章 新医师消化内科临床技能培养	1
第 1 节 如何尽快胜任消化内科医疗工作	1
第 2 节 如何写好病历	8
第 2 章 消化系统疾病的评估	13
第 1 节 常见消化系统疾病症状的评估	13
第 2 节 消化内科常用诊疗技术运用	21
第 3 章 胃食管反流病	30
第 4 章 食管癌	36
第 5 章 功能性消化不良	42
第 6 章 消化性溃疡	47
第 7 章 胃炎	55
第 1 节 急性胃炎	55
第 2 节 慢性胃炎	61
第 8 章 胃癌	68
第 9 章 克罗恩病	76
第 10 章 急性出血性坏死性肠炎	84
第 11 章 溃疡性结肠炎	89
第 12 章 假膜性肠炎	97
第 13 章 肠易激综合征	102
第 14 章 大肠癌	108
第 15 章 胃肠道息肉	113

第1节	胃息肉	113
第2节	肠息肉	117
第16章	胆囊炎	122
第1节	急性胆囊炎	122
第2节	慢性胆囊炎	126
第17章	胆石病	131
第18章	胆道蛔虫病	135
第19章	药物性肝病	138
第20章	脂肪性肝病	144
第1节	非酒精性脂肪性肝病	144
第2节	酒精性肝病	148
第21章	肝硬化	153
第22章	原发性肝癌	160
第23章	胰腺炎	167
第1节	急性胰腺炎	167
第2节	慢性胰腺炎	173
第24章	消化道出血	178
第1节	上消化道出血	178
第2节	下消化道出血	185
附录		189

第 1 章 新医师消化内科 临床技能培养

第 1 节 如何尽快胜任消化内科医疗工作

对于新走上岗位的临床医师来说,熟悉医疗工作程序和管理制度是尽快适应工作环境、尽快进入角色所需要的。

一、接诊住院患者要求

接诊的过程中要求医师能够在第一时间对患者进行详细认真地问诊和查体,并正确书写住院病历;根据门诊病历和初步诊断有针对性地开具有关检查。接诊患者首先要打声招呼,并做自我介绍。医师走进病室或病房时,切忌一言不发,脸上表情应当正常,询问病情应该用尊重的态度和语气进行。

询问病史是认识疾病的开始,也是诊断疾病的重要方法之一。问诊时最好直接询问患者,对不能自述者,如病重、意识不清者,则须向最接近该患者的家属或亲友了解、询问病史。开始时可提出一些一般性的问题,如“您感觉有什么不舒服?”随即耐心听其陈述。询问病史应在体格检查之前,但在体格检查及其以后的过程中,都应根据需要或某些新情况,随时加以补充或深入询问并做好记录。问诊时医师应有高度的同情心和责任感,态度和蔼耐心,语言通俗易懂,避免使用不适当的语言。有时患者对记忆不清的事情陈述前后不一,甚至有时弄虚作假、夸大其词,医师应用科学的态度和医学知识加以分析整理,去伪存真;对病情危重者,经过简明扼要的病史采集和重点检查后,应立即进行抢救,待病情好转后再做全面仔细的问诊和其他检查,以免延误治疗时机;其他医疗单位转来的病情介绍和病历摘要,虽可作重要参考资料,但仍须亲自询问病史。

体格检查是医师用眼、耳、口、鼻、手或借助简单的诊断工

具（听诊器、叩诊锤）来了解患者身体健康状况的最基本的检查方法。其基本方法有五种，即视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。进行体格检查时必须精心、耐心、全面、仔细。检查患者必须在适当的光线、室温和安静的环境中进行，依次暴露各需检查部位，力求系统、全面，通常先观察一般情况，然后检查头、颈、胸、腹、脊椎、四肢、生殖器、肛门、神经反射等。如病情危重，简明询问病史后应立即进行救治，待病情好转后再进行详细体检，以免延误治疗。查体时，应该把自己想做什么、正在做什么、将要做什么、要求患者怎么配合，随时告知患者，体检要详细，查体过程中也要注意保护患者，避免其受凉。检查要按照正规的程序和手法进行，辅助检查要客观。

诊断过程中，不仅要考虑本专科的情况，而且要关注整体情况，考虑除本科疾病外是否存在其他疾病的可能性。不仅要注意器质性疾病，也要注意功能性病变。

医师在接诊时，应注意保护患者隐私，注意执行保护性医疗制度。医师应较及时而明确地向患者及其家属说明患者的病情，并解释将要采取的检查和治疗的方法、注意事项等。采用侵入性、损伤性的检查和治疗或使用大型检查项目和费用较高的药品之前，应解释清楚拟采用的检查或治疗方法的必要性，在求得理解与同意的基础上，请患者或家属签字，以防医患纠纷的发生。

医师在接诊后，要及时向上级医师报告患者的病情以及诊断、治疗的情况，以便上级医师指导患者的诊治。医师要在规定的时限内，完成首次病程记录及住院记录的书写。

病情危重患者的接诊有其特殊性。由于急症患者发病急、病情重、未知因素较多，因而易误诊误治。如急性消化道大量出血、急性腹痛、严重腹泻等疾病均有高风险性，在诊断和治疗过程中，应严格遵守法律、法规和上级卫生主管部门颁布的规章制度、操作规程，要把病历的项目填写齐全，并应及时、全面地完成好医疗文书的各项内容。重要的阴性记录，特别是有鉴别诊断意义的阴性表现和体征不能遗漏。必须向患者询问药物过敏史、既往史，做到防微杜渐。新医师需要注意做到以下几点。

① 快问快查：围绕患者的症状和体征，对患者和家属或第一目击者详细、快速、准确地询问，要求医师熟悉消化系统疾病中常见的急危重病的诊断、鉴别诊断和处理，坚持首诊医师负责制，必要时请会诊。

② 及时检查：对必要的辅助检查要做到快速、准确、及时，如必要的血液检测、腹穿与肛门指诊、腹部 B 超、X 线腹片等，可以为疾病的诊断和鉴别诊断提供帮助。

③ 及时处理：对诊断明确的患者，采用必要的处理。对一时不能确诊的，也要迅速采取建立静脉通道、给氧、监测生命体征和心电监护等手段。

④ 迅速报告：向上级医师报告，必要时向医务部门或院领导报告，以便做好抢救准备工作。

二、医嘱的注意事项

① 医嘱分长期医嘱（需要执行 24h 以上的医嘱）及临时医嘱两种。

② 医嘱一般在上班后 2h 内开出。长期医嘱一般在晨间查房后或患者入院后开出，除特殊情况外，其他时间尽量不要开长期医嘱，以方便护士执行。其他时间开写医嘱，必须与护士联系，以便及时执行。

③ 医嘱要用碳素墨水钢笔书写，字迹必须清楚，内容含义必须完整无误，医嘱的中文药名不能随意缩写，外文药名缩写应统一规范，不得乱用代号或不通用的简化字。

④ 医嘱上的药物必须使用通用名称，还要写明药物的剂型、规格、数量、用法、用量。西药如果规格为克（g）、用法为口服的可省略不写。

⑤ 医师应详细填写医嘱单，相同的时间及签名不得用省略号代替，医师必须签全名，无处方权的医师写的医嘱应当由有处方权的医师审核签名。

⑥ 凡一项医嘱一行内写不完整时，另起一行；两项以上医嘱，不能写在同一行内，应分行单写。

⑦ 长期医嘱一般按顺序书写：护理常规，护理级别，特别护理，特别卧位，病危或危重通知，饮食种类，陪护人，中药及其

他口服药物，外用药物，肌内注射或皮下注射药物，静脉注射或静脉滴注药物。

⑧ 临时医嘱的书写顺序：先写三大常规、肝功能等诊断性医嘱，然后再写用药、处理等治疗性临时医嘱。

⑨ 涉及收费的医嘱应按照《医疗收费标准》上所列的项目名称书写，检查、处置、操作项目应将所用药物、材料的名称和数量逐项书写清楚。

⑩ 所有医嘱不得涂改，写错医嘱须更正，临时医嘱则要用红笔写“取消”，两字重叠于原医嘱上，并签上全名；长期医嘱则在此医嘱后的停止处填写日期、时间并签全名以停止此项医嘱。

⑪ 两种以上的药物组成一项医嘱者，如停用或取消其中的一种药物，则应全部停止或取消后再开医嘱。

⑫ 长期医嘱一般为一页，如更改较多时，应及时重整医嘱。

⑬ 重整医嘱时，需盖“重整医嘱”或“术后医嘱”的印章，并写明重整的日期、时间；原长期医嘱中各项医嘱一律停止，不需填写原来开始使用日期，也不需在原长期医嘱中填写停止日期、时间和签名。

⑭ 医师开出医嘱后复查一遍，护士对医嘱有疑问时必须查清后方可执行。除抢救或手术过程外，一般不得口头医嘱。医师下达口头医嘱，护士必须复诵一遍，经医师核对无误后执行，医师要及时补记在医嘱单上。严禁不看患者下达医嘱。

⑮ 凡是需要紧急执行的医嘱，要注明“急”或“st”，并口头向护士说明，以免延误或遗漏。

⑯ 凡须下班执行的临时医嘱，必须向值班医师和护士交代清楚，并在护士值班记录本上注明。

⑰ 如需要开病重、病危通知医嘱，应同时开具病重（病危）通知书一式三联，第一联交患者家属，第二联报医务科，第三联用专用单粘贴排于临时医嘱后面，第三联上要有患者家属的回执签名。

三、开具处方及注意事项

1. 处方内容

① 前记：包括医院名称、处方编号、费别、患者姓名、性

别、年龄、住院号、科别，以及床位号、诊断、开具日期等。

② 正文：以“Rp”或“R”[拉丁文 Recipe（请取）的缩写]标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法、用量。

③ 后记：医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配、核对、发药药师签名或者加盖专用签章，患者联系地址或电话（患者自愿填写）。

2. 注意事项

① 开具处方当日有效，一般项目要清晰、完整，并与病历记载一致。书写处方时应注意合理布局。

② 每张处方限于一名患者的用药。

③ 药物必须使用中文通用名称，字迹清楚。

④ 诊断要写病名全称。其中西药处方应写西医病名，中药处方应写中医病名及证候名称。

⑤ 按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌证、不良反应和注意事项开具处方。

⑥ 药品剂量和数量一律用阿拉伯数字书写。规格应该使用国际通用标准：按克（g）、毫克（mg）、微克（ μg ）、升（L）、毫升（ml）以及国际单位（IU）、单位（U）计算。片剂、丸剂、胶囊剂、冲剂分别以片、丸、粒、袋计算，溶液剂、注射剂以支、瓶为单位计算。处方需字迹清楚，不得涂改；如需要修改，应当在修改处签名并注明修改日期，且保持原文字可以辨认。西药如果规格为克（g）、用法为口服可省略不写。

⑦ 每张处方开具的药量一般为 3~7 天剂量，特殊情况下需超剂量使用时，医师必须注明原因并在剂量右上方再次签名。

⑧ 开具两种以上药物时，应该注意药物的合理配伍。

⑨ 未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

四、会诊的注意事项

会诊分为普通会诊、平急会诊、急会诊。普通会诊要求会诊医师 24h 内到达，平急会诊要求会诊医师当天到达，急会诊要求会诊医师 15min 内到达。申请会诊时应根据需要选择会诊种类。

患者在住院期间需要其他科或其他医疗机构协助诊疗时，医师提出会诊的理由，听从上级医师指示。会诊申请书中，应当简要说明患者病情及诊疗情况，欲会诊科的相关症状、体征、有关检查结果及初步意见、申请会诊的理由和目的，有特殊要求时可点名会诊医师。会诊记录中，应当及时将会诊意见书写在病程记录中，注明会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间等。

五、如何做好消化内科查房

1. 独立查房

(1) 查房要求 对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次。科主任、主治医师查房（巡诊）时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请他科会诊时，应陪同诊视。

(2) 查房内容 注意观察患者症状变化，如腹痛的程度、部位、发作次数、疼痛时间、用药后的变化等。注意检查患者体征变化，如腹水患者腹围的变化、体重的变化；腹膜炎患者腹部压痛、反跳痛的变化情况。及时了解辅助检查的变化，如急性胰腺炎患者血、尿淀粉酶的变化，电解质（特别是血钙）的变化，血糖的变化等。通过以上治疗前后的变化，评价诊断、治疗的正确性，确定下一步治疗方案、辅助检查的内容。

(3) 查房后工作 查房后及时书写病程记录；书写或更改医嘱，并执行医嘱或指导护士正确执行医嘱。

2. 上级医师查房

(1) 准备查 上级医师查房时，多要询问患者症状，检查体征，并查看检验报告；检查病历质量；检查诊疗方案及医嘱执行情况；检查医护人员“三基”水平，包括胃肠镜、B超、CT、MRI等影像资料；查询患者对疗效的感受和意见。下级医师应该针对以上内容做好查房前的准备工作。

(2) 提前背 上级医师查房时，住院医师要背诵式陈述“住院记录”、“病程记录”、“拟诊意见（印象）”和“诊疗计划”，以及医嘱执行情况、患者感受意见和体征观察情况。故应提前对所管患者的病史、体格检查、辅助检查、诊断、治疗后变化进行充分了解，并主动报告自我检查存在的问题及诊治难点、疑点。

(3) 当场问 针对具体病例诊疗的关键技术、医学进展、疑难问题、风险及不安全因素，应当场向上级医师询问，并对上级医师的指示做好记录。注意避免在床前讨论病情，以免患者对诊疗产生误解。

(4) 记录并执行 查房后及时书写病程记录，书写或更改医嘱，执行医嘱，观察疗效。

六、独立值班时注意事项

新医师在刚开始独立值班时总会非常紧张，遇到紧急情况时可能会不知所措，从而影响对疾病诊治的正确判断。所以新医师在消化内科独立值班时要注意下列问题。

1. 重视交接班

新医师应提前到达科室，交接班时，应巡视病室，对危重患者应床前交班，重点了解急症、危重患者及新入院患者的情况，对患者目前诊断、用药、治疗效果、预后等做到心中有数，尤其是上消化道大量出血、重症胰腺炎、肝性脑病、晚期消化道肿瘤等患者，病情变化随时可能出现，对这些患者可能出现的病情变化及处置方法应心中有数，如有不清楚之处，一定要请示上级医师。

2. 做好值班记录

值班医师负责各项临时医疗工作和患者临时情况的处理，对新入院患者和转入患者，要及时检查，书写病历或转入记录（要求当班完成），并给予必要的医疗处置。对急症、危重患者的病情变化要随时做好记录并及时处理。这些记录不仅反映一个医师的医疗水平，也是重要的医疗文书和法律文件。

3. 认真查房

对所有住院患者进行全面巡查的基础上，重点查看危重患者、病情不稳定患者和新入院患者，并通过医疗档案进一步了解患者的病情和诊疗情况，当患者病情出现变化时才能快速有效地提出正确合理的治疗方案。

要经常巡查危重患者，危重患者病情复杂、变化快、预后差，如果患者病情出现轻微的变化或患者感到有点不舒服，有的

患者或家属为了不在夜间麻烦医师和护士，往往会不通知医师，往往使一些比较容易处理的情况变得难以治疗，而危及患者生命，所以多探视患者可以及时发现患者的异常情况，也是与患者及其家属沟通，取得他们理解和支持的机会。

4. 多问多学

多向上级医师、有经验的护士学习，听取他们的意见，同时值班时最好带工具书，方便及时查阅。

5. 严格遵守值班制度

一线值班医师均必须在值班室住宿，不得擅自离开病房。护士通知诊视患者时，应立即前往诊查处理，不得借故推脱或不经诊视即下医嘱。如有事要暂时离开科室时（不得离院外出），必须向值班护士说明去向并保证能及时被找到。

6. 认真做好交班工作

若接班医师未到，虽到交班时间，交班者亦不能离开，可请示上级医师，落实接班医师后方能下班。每日晨会，值班医师应将急症、危重病员和新入院病员的情况重点报告，必须写书面交班记录，并向经治医师或值班医师交代危重病员病情变化情况及尚待处理的工作。

第2节 如何写好病历

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。它记载患者的病情变化、诊断经过、诊断结果、治疗方法和疾病转归等临床资料信息，是医疗业务的重要载体。

一、住院病历书写的基本要求

(1) 病历书写必须具备三性

① 真实性：如实反映病情，询问病史时不能有暗示性及想当然的做法。

② 系统性：全面完整收集主要症状与伴随症状，并注意描述有意义的阴性病史及体征。

③ 完整性：各项资料均应按序收集。

(2) 病历书写应当准确、及时。

(3) 各种症状和体征要用医学术语记录，对患者提及的既往疾病、手术名称、药品应加用引号，如“×××”。

(4) 病案首页和各种表格记录的栏目，必须认真填写，不得遗漏，无可填写内容处画“—”，每张记录的眉栏项目均需填写齐全。

(5) 书写过程中出现错字时，用红墨水笔修改。先用红墨水笔画双线在错字上，然后在错字的右上角更改字。严禁采用刮、粘、涂的方法掩盖或除去原来的字迹。“掩盖”和“除去”在法律上意味着隐瞒了真实的内容。如无修改，多余字可以直接用双线划掉，但应能看清修改前的内容，并在括号内签上修改者的姓名和时间。

(6) 病历书写空白行或空白行以下的应注明“空白”或“以下空白”进行注销。

(7) 各项记录必须有完整日期及时间，可采用 24 小时制，如 2007 年 6 月 27 日下午 2 时 5 分可写作 2007.06.27.14:05；也可采用开医嘱的 12 小时制时间格式书写，用 AM 代表上午，PM 代表下午，中午 12 时为 12N，午夜 12 时为 0AM。

(8) 医嘱内书写药名用中文通用名，写明药物名称、剂型、剂量、用量、用法，医嘱内容取消时用红墨水笔在取消的医嘱后标明“取消”两字再签全名。同时在病程记录上做相应记录。

(9) 抢救急危患者时，应随时记录相关抢救情况，确实未能及时书写记录的，有关医务人员应当于抢救结束后 6h 内据实补记。下达病危通知单的病历要由患者家属签收，并记录与家属的谈话内容。

(10) 一些特殊的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗、贵重的药物及检查治疗、医保患者的自费项目等），应首先向患者及家属告知并详细解释，由患者本人签署同意书；患者因病无法签字或不具备完全民事行为能力时，应由其近亲属签字；没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医务

科的负责人或医院总值班人员签字批准后实施。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。

二、住院病历书写的一些规定

1. 入院记录书写的时间要求

需在入院后 24h 内完成病程记录，新入院或转入患者前 3 天每天有一次病程记录；随后如病情稳定一般 3 天记一次病程记录；若病情危重或病情变化应随时记录病情及治疗情况。

① 首次病程记录应在 8h 内完成。

② 病危患者入院当天要向上级医师汇报并记录。

③ 上级医师查房记录在查房后当天完成。

④ 病重患者入院后上级医师查房记录在当天完成。

⑤ 抢救记录在抢救结束后立即书写，最迟 6h 内补记。

⑥ 普通患者入院 1 周内诊断不明或疗效不好，危重患者下达病危或病重通知书 3 天内，应进行疑难、危重病例讨论，并及时书写疑难、危重病例讨论记录。

⑦ 死亡病例讨论记录一般在患者死后 1 周内完成，特殊病例 2 天内及时进行，尸检病例待尸检报告后进行。

⑧ 阶段小结，住院天数 ≤ 30 天可无阶段小结，应该在 30 天内及时书写阶段小结。

⑨ 接班记录在交接班后 24h 内完成。

⑩ 出院记录在患者出院前完成。

2. 入院记录内容及要求

(1) 一般情况 姓名、性别、年龄、民族、籍贯、婚姻状况、职业、发病季节、出生地、住址、身份证号码、入院时间(年月日时)、记录时间(年月日时)、病史陈述者。

(2) 主诉 指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间，要求不超过 20 个字符，能导出第一诊断。

(3) 现病史 是病史中的主体部分。围绕主诉，按症状出现的先后，详细记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊疗情况。其内容主要包括以下内容。

① 发病时间、缓急，可能的病因和诱因（必要时包括发病前的一些情况）。

② 主要症状（或体征）出现的时间、部位、性质、程度及其演变过程。

③ 伴随症状的特点及变化。

④ 对患有与本病有关的慢性病者或旧病复发者，应着重了解其初发时的情况和重大变化以及最近复发的情况。

⑤ 发病以来曾在何处做何种诊疗（包括诊疗日期，检查结果，用药名称及其剂量、用法，手术方式，疗效等）。

⑥ 发病以来的一般情况，如精神、食欲、食量、睡眠、大小便、体力和体重的变化等。

⑦ 具有鉴别诊断意义的阴性症状（或体征）。

⑧ 如果有两种或两种以上疾病同时发病，应另起一段叙述。

（4）既往史 指患者本次发病以前的健康及疾病情况。其内容主要包括以下几方面。

① 既往一般健康状况。

② 有无患过传染病、地方病和其他疾病，发病日期及诊疗情况。

③ 有无预防接种史、外伤史、手术史、输血史（注明时间、地点），以及药物、食物和其他接触物过敏史等（具体名称）。

（5）个人史

① 出生、成长及居住的地点和时间（尤其应注意疫源地和地方病流行区），受教育程度和业余爱好等。

② 起居习惯、卫生习惯、饮食规律、烟酒嗜好及其摄入量，有无其他异嗜物和麻醉毒品摄入史，有无重大精神创伤史。

③ 过去及目前职业，劳动保护情况及工作环境等。重点了解患者有无经常与有毒有害物质接触史，并应注明接触时间和程度等。

④ 有无冶游史，是否患过性传播疾病等。

（6）婚姻、月经及生育史

① 结婚与否、结婚年龄、配偶健康情况，是否近亲结婚。若配偶死亡，应写明死亡原因及时间。