

全国高等院校医学实验教学规划教材

临床诊断学实验教程

◎ 主编 阿赛古丽



科学出版社

全国高等院校医学实验教学规划教材

临床诊断学实验教程

主 编 阿赛古丽

副主编 左 川 马小利

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 戎 马小利 左 川

兰咏梅 宋易航 张 纯

阿赛古丽 贺 猛 顾巧玲

寇 炜 窦春江

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书详细地介绍了医学临床诊断内容,包括问诊、全身各系统体格检查、病例分析、心电图检查、体格检查考核评估标准及部分基本操作技能;对临床查体内容讲解清楚,与临床紧密结合,可帮助医学生掌握诊断学的基本功,综合分析临床资料并最终建立正确诊断思维的步骤,培养医学生临床技能和临床思维能力。每节实验后附有思考题,并有配套的实验报告以供医学生复习和巩固所学内容之用,旨在提高医学生实践技能,为临床实习奠定基础。

本书既适用于医学院校临床医学、口腔、护理医学和医学检验技术等专业的教学,同时也适合临床执业医师考试、临床医师工作时参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断学实验教程 / 阿赛古丽主编. —北京: 科学出版社, 2017.8
全国高等院校医学实验教学规划教材

ISBN 978-7-03-053662-4

I. ①临… II. ①阿… III. ①诊断学-医学院校-教材 IV. ①R44

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第138051号

责任编辑: 朱 华 / 责任校对: 桂伟利
责任印制: 张欣秀 / 封面设计: 范 唯

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017年8月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2017年8月第 一 次印刷 印张: 11 1/2

字数: 272 000

定价: 45.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)



前 言

随着我国医师资格考试制度的建立,临床技能考试成为申请医师资格者的重要考核内容,这对诊断学的教学提出了高标准的要求。

这次对本书编写是在2008年第一版的基础上,以《诊断学》第八版为依据,参照2017年国家执业医师资格考试的要求和标准,总结近年诊断学教学和改革的经验,经过反复探索和研究进行的。修订后的《临床诊断学实验教程》充实了病史采集内容,增添了病历书写和病例分析,补充考核试题,添加了学生在体格检查中常犯错误内容,增加了导尿术和心肺复苏部分,补充了7个附录内容。虽然这部分内容仅能起到抛砖引玉的作用,但是可帮助医学生建立收集、分析临床资料的整体概念并掌握具体的操作方法,培养学生临床综合分析能力。同时,方便带教老师在实施教学时统一教学程序和内容,避免因教学手法和习惯不同造成教学偏差,从而保障临床诊断学实践的教学质量。本书为教师、学生双方提供了规范统一的实践教学细则,可加强学生的临床思维培养,以及提高临床操作能力。附后的思考题与考核试题也力求尽可能接近执业医师考试,使阅读者及早进入备考状态;同时强调无论是查体还是模拟人检查,均应体现“爱伤”意识,构建和谐医患关系。

本书既适用于医学院校临床医学、口腔、护理医学和医学检验技术等专业的教学,同时也适合临床执业医师实践技能考试、临床医师工作时参考使用。本书首次使用二维码,部分章节有课件、学生操作视频、音频、测试题等,形式不一,旨在供大家更好的学习以及发现视频中存在的问题,便于学者更好的掌握所学内容,同时相关内容仍需今后不断补充完善。

本书编写得到各级领导的指导和帮助,在此感谢西北民族大学和西北民族大学医学院领导给予的支持和协作、四川大学华西临床医学院诊断教研室对本书提出的修改建议和意见!感谢2014级临床医学专业的胡得来提、阿依努尔、董萌等同学对资料整理和表格、图片处理所做的工作!

本书在修订过程中,查阅了许多正式出版的诊断学教材及各医学院校自编的指导教材,在编著过程中得到很好的启示,在此一并表示感谢!

由于编者水平有限,本书尚存瑕疵纰漏,恳请大方之家给予批评指正。

编 者

2017年1月

目 录

第一部分 病史采集 (问诊)	1
第二部分 物理诊断	9
实验一 体格检查基本方法、一般检查和头颈部检查	9
实验二 正常胸廓及肺部的视诊和触诊检查	37
实验三 肺部叩诊和听诊	46
实验四 肺部模拟人听诊	51
实验五 心脏的视诊、触诊及叩诊	53
实验六 心脏听诊及血管的检查	59
实验七 心脏模拟人听诊	65
实验八 正常腹部视诊、听诊、叩诊检查	67
实验九 腹部触诊	73
实验十 腹部模拟人触诊	81
实验十一 脊柱、四肢关节检查	83
实验十二 神经反射检查	91
实验十三 全身体格检查	101
第三部分 心电图检查	110
实验十四 心电图 (一)	110
实验十五 心电图 (二)	112
实验十六 心电图 (三)	114
第四部分 临床基本操作技能	130
操作技能一 导尿术	130
操作技能二 胸腔穿刺术	132
操作技能三 腹腔穿刺术	135
操作技能四 腰椎穿刺术	137
操作技能五 骨髓穿刺术	139
操作技能六 心肺复苏	141
第五部分 病历书写规范及病例分析	144
第一节 病案书写的一般要求及注意点	144
第二节 病例分析	145
第三节 病例摘要	146
第六部分 体格检查考核及常见错误	149
参考文献	164

附录	165
附录一：国家医师资格考试实践技能考试（临床类别）考试项目、分值、考试时间 一览表	165
附录二：临床执业医师实践技能考试大纲	165
附录三：病史采集模拟考题	168
附录四：病例分析模拟考题	169
附录五：常见疾病的症状和体征	170
附录六：病史采集常见症状的问诊内容与技巧	171
附录七：临床医师技能考试心脏听诊口诀	177



第一部分 病史采集（问诊）

【教学目的和要求】

- (1) 掌握病史采集的基本技巧和方法。
- (2) 掌握问诊的目的和注意事项。
- (3) 熟悉常见症状的问诊要点及其临床意义。
- (4) 初步培养临床诊断思维。
- (5) 学习接触患者和与患者沟通的技巧。

【教学方法】

本次指导先由带教教师讲解重点内容，再根据国家执业医师资格考试有关病史采集的考纲要求，给出几个简要病例，让同学们分组进行病史采集，要求学生围绕简要病史，将如何询问患者现病史及相关病史的内容书写在实验报告上，老师进行小结和批阅。

【教学内容】

获取病史资料的过程又称为病史采集，它既是医师认识疾病的开始，也是医师积极主动的思维过程，在临床诊断中占有极其重要的地位。

问诊是病史采集的主要手段，它是医师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。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师必须掌握的基本技能。解决患者诊断问题的大多数线索和依据均来源于病史采集所获取的资料。

问诊就是医师与患者进行交流，是医患交流的开始，医务人员的服务对象是人，故医师不仅要学会治疗，更要学会待人，如果不能顺畅、有效地与患者交流，一切诊断和治疗都会无法进行。医师要学会医患之间的信息传递，使医患交流达到最佳效果，从而使双方都能准确地表达自己并理解对方。

一、问 诊

（一）问诊的意义

问诊是最基本的诊法，问诊也是每个临床医师必须掌握的基本功。通过问诊所获取的资料，对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患者做出准确的诊断。特别是某些疾病或是疾病的早期，患者有特殊的感受，如疼痛、失眠、焦虑、头晕、乏力等症状。但在此阶段，体格检查、实验室检查、特殊检查可以均无阳性发现，只有问诊所获得的资料可作为诊断的依据。实际上，问诊是最重要的诊法，70%的诊断仅靠问诊即可做出。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。采集病史是医师诊治患者的第一步，其重要性还在于它是沟通医患、建立良好医患关系的纽带。正确的方法和良好的问诊技巧，可使患者感到医师亲切可信，有信心与医生合作，这对于诊治疾病十分重要。

(二) 问诊的内容

1. 一般项目 是病历中首先记录的内容,包括患者姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯(出生地)、现住址(工作单位)、入院日期(急、重症应注明时刻)、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人,则应注意其与本人的关系。上述内容不能遗漏,顺序不应颠倒,书写不能含糊有误。年龄应是实足年龄,不应以“儿”或“成”代替。现在住址应详细填写,这对掌握病情、及时处理或随访具有重要意义。

2. 主诉 是患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征,也就是本次就诊最主要的原因。主诉要体现症状、部位、时间三要素。问诊开始时,可问“你怎么不舒服?”“哪儿不舒服?”“发病多长时间?”等。

主诉应简明扼要,以简洁的语言来描述,如“咽痛,高热2天”“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽3天”“腹痛、腹泻、脓血便1天”,不应以方言土语来直接描述,如“肚子痛、拉肚子2天”;主诉不能含糊不清,如“上腹部难受好几天(或数天)”“心里憋屈好几天”等。

如果主诉包括前后不同时间出现的几个症状,则应按其发生的先后排列,如“反复咳嗽20年,心悸气促3年,下肢水肿半个月”。

通过主诉的描述,一般可初步估计患者所患的是哪一系统疾病及其缓急,从而为进一步明确诊断,制订诊后计划指明方向。例如:

主诉:“反复咳嗽、咳痰20余年,心慌气短20天”。首先应考虑呼吸系统疾病。

主诉:“活动后心慌气短5年,下肢水肿10天”。应考虑循环系统疾病。

主诉:“上腹部反复疼痛2年,伴呕血3小时”。应考虑消化系统疾病。

主诉:“尿急、尿频、尿痛3天,发热1天”。应考虑泌尿系统疾病。

主诉:“乏力、皮肤与黏膜紫癜2个月”。应考虑血液系统疾病。

主诉:“多饮、多尿、多食、消瘦1个月”。应考虑代谢系统疾病。

主诉:“头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍3天”。应考虑神经系统疾病。

3. 现病史 是病史的主要组成部分,包括患者现在所患疾病从最初起病到本次就诊(或住院)时,疾病的发生、发展及其变化的全过程。可在患者主诉的基础上进一步详细询问。其主要内容有以下几方面:

(1) 起病情况与患病时间:要问起病的时间、地点环境、起病缓急、发病的可能原因或诱因。

(2) 主要症状特点:要详细询问主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解方法或加剧因素。①部位:如腹痛,要问清腹部的哪个部位(右上腹部、左上腹部、脐周围、右下腹部、全腹部等)疼痛最明显。②性质:如疼痛有钝痛、锐痛、灼痛、胀痛、绞痛、隐痛等。③程度:指患者的主观感觉。例如,疼痛有轻度或剧烈,能否忍受;发热有高热或低热等表现。④持续时间:不同疾病的主要症状和持续时间各异,如心绞痛发作一般持续3~5分钟,而急性心肌梗死引起的胸痛可持续数小时或数天,消化性溃疡引起的上腹痛,可持续数天或数周。⑤缓解方法或加剧因素:如心绞痛发作时,患者立即停止活动,舌下含服硝酸甘油片可很快缓解,而在情绪激动或劳累、饱餐等情况易诱发心绞痛发作。

(3) 病因与诱因:问诊时应尽可能地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)。问明以上因素有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者容易提出直接或近期的病因,但病期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,这时医师应进行科学的

归纳,不可不加分析地记入病史。

(4)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,都视为病情的发展与演变。要询问患者患病过程中主要症状的变化,如主要症状是进行性还是间歇性,是反复发作还是持续存在,是逐渐好转还是加重或恶化,症状的规律性有无变化,其变化的时间及原因等。

(5)伴随症状:在主要症状的基础上又同时出现一系列其他症状,这些伴随症状常常是鉴别疾病的依据。例如,腹泻,可能为多种病因的共同症状,单凭此则不易做出诊断;如腹泻伴呕吐,则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎;如腹泻伴里急后重,结合季节可考虑细菌性痢疾。因此,与鉴别诊断有关的阴性症状亦应询问。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,因为它们往往在明确诊断方面起不可忽视的作用。

(6)诊治情况:要简明扼要地询问患者发作后有无就医,此次就诊前曾在何时何地做过哪些检查,诊断什么病,做过何种治疗,用药名称、剂量、用法、效果如何,有无不良反应等。此内容仅作为诊断治疗的参考。

(7)一般情况:简要了解患者起病后的精神状态、饮食、睡眠、体重、体力、大小便等情况。这些内容对全面估计预后及制订辅助治疗措施是十分有用的。

4. 既往史 患者过去健康状况与现在疾病常有密切关系,应详细询问。既往史包括如下内容:①过去健康状况及患过的疾病,重点了解与现在疾病有密切关系的疾病,诊断明确者直接写病名,但应加引号,诊断不肯定者则简述其症状,如对风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生咽痛、游走性关节炎等;②有无急、慢性传染病史及传染病接触史,有者应注明具体患病日期,诊断及治疗情况;③外伤及手术史;④预防接种史,其种类及最近一次接种日期;⑤有无中毒及过敏史(药物、食物、环境因素等)。询问既往史,应按时间先后顺序,自幼年起详细询问,重点记录主要病情经过,当时诊断和治疗效果,以及并发症和后遗症。一般不应用病名去提问,应按照某种疾病的重点症状询问。例如,问既往是否患过肺结核,则应问既往有无慢性咳嗽、咳血丝痰或咯血、下午发热、夜间盗汗、食欲减退、身体消瘦等。

5. 系统回顾 是避免在问诊过程中患者或医师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的某个系统是否发生过疾病,以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

系统回顾问诊的主要内容:

(1)呼吸系统:咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难。

(2)循环系统:心悸、气促、发绀、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、下肢水肿。

(3)消化系统:食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、黄疸。

(4)泌尿系统:尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物。

(5)造血系统:皮肤苍白、头晕目眩、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾大。

(6)内分泌、代谢系统:多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。

(7)神经系统:头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥。

(8)肌肉骨髓系统:疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力。

6. 个人史 ①社会经历:包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区),受教育程度,经济生活和业余爱好等。②职业及工作条件:包括工种、劳动环

境、对工业毒物的接触情况及时间。③习惯与嗜好：起居与卫生习惯，饮食的规律与质量，烟酒嗜好与摄入量，以及其他异嗜物和麻醉毒品等。④有无不洁性交史：是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

7. 婚姻史 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。

8. 月经史和生育史 女性患者应了解月经情况，包括初潮年龄、月经周期和经期天数，经血量和颜色，经期症状，有无痛经与白带，末次月经日期（LMP），闭经日期，绝经年龄。记录格式如下：

$$\text{初潮年龄} = \frac{\text{每次持续时间(天)}}{\text{周期间隔(天数)}} \text{末次月经时间 (LMP) 或绝经年龄}$$

例：14岁 $\frac{3\sim 4\text{天}}{28\sim 30\text{天}}$ 2001年6月8日或50岁

妊娠与生育次数，人工流产或自然流产次数，有无早产、死胎、手术产、胎儿先天性畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

9. 家族史 包括以下内容：①父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。如已死亡，要问明死亡原因和年龄。②家族中是否有传染病（如梅毒、结核、肝炎等），先天性疾病、遗传性疾病（如血友病、白化病等）或与遗传有关的疾病（如糖尿病、精神病、原发性高血压、冠心病等）。③必要时了解患者非直系亲属的健康状况，如血友病应追问外祖父、舅父及姨表兄弟等有无类似患者，可绘出家谱图明示。

二、问诊的基本方法

问诊方法与获取信息的数量及质量息息相关，因而直接影响问诊效果，下列方法二十条是对初学者十分有用的，每项技能的理论基础和详细说明如下：

1. 组织安排 指整个问诊的结构与组织，包括：引言、问诊主体（主诉、现病史、既往史、系统回顾、个人史、婚姻史、月经史、生育史、家族史）和结束语。

2. 时间顺序 指主诉和现病史中症状或体征出现的先后次序。需问清症状开始的确切时间、根据时间顺序追溯症状的演进过程，避免遗漏重要资料。

3. 过渡语言 指问诊时用于两个项目之间转换的语言，是向患者说明即将讨论的新项目及其理由。使用过渡性语言，能避免患者对改变话题及询问新情况的困惑。

4. 问诊进度 为了使问诊进展顺利，询问者应注意聆听，不要轻易打断患者讲话，使其有足够时间回答问题。恰当地使用停顿，有助于患者理清思路，道出更多细节。有技巧地引导患者始终围绕病史线索叙述病情。

5. 问题类型 在问诊的开始用一般性提问（开放式提问）获得资料，待获得一些信息后，再用直接提问（询问特殊问题）收集一些特定的有关细节，获得的信息更有针对性。必要时可采取重点选择性提问，要求患者回答“是”或“不是”，或者对提供的选择做出回答。为了系统有效地获得准确的资料，询问者应遵循从一般到特殊的提问进程。要避免诱导性（暗示性）提问、诘难性提问和连续性提问。

6. 重复提问 当需要做总结或对重要病史、诊断、用药做出核实、明确、澄清时，可以重复提问，但应向患者说明原因。但因记忆不好或无计划的重复提问可能会挫伤和谐的医患关系和失去患者的信任，需要避免。

7. 小结和记录 每一项结束时应进行归纳小结，其目的是：①唤起询问者的记忆并理顺思路，以免忘记要问的问题；②让患者知道询问者如何理解他的病史；③提供机会核实

患者所述病情；④病史核实通常在小结时进行，但亦可用于难以插话的患者或力图使其专心倾听。对主诉和现病史进行小结尤为重要。总结家族史时，只需要简短的概括，特别是阴性或不复杂的阳性家族史。总结系统回顾时，最好只小结阳性发现。

8. 避免医学术语 术语即外行难懂的专业性用语或隐语。作为与患者交谈的一种技巧，必须用常人易懂的词语代替难懂的医学术语。如果使用了难懂的术语就应对其做适当的解释。勿因患者能使用1~2个医学术语就误认为他有较高的知识水平，由于患者不愿承认他不懂的问题，使用术语可能引起误解。

9. 引证核实 为了收集到尽可能准确的病史，询问者应引证核实患者所提供的重要信息，如患者提供了特定的诊断和用药，应问明当时的症状和检查以核实资料是否可靠。有关习惯和嗜好方面的情况核实应包括名称用量、方式和时间。

10. 仪表和礼节 外表整洁有助于发展与患者的和谐关系，谦虚礼貌能获得患者的信任以致谈出原想隐瞒的敏感事情，也能鼓励患者提供其他有关的资料。相反，粗鲁傲慢会丧失患者对询问者的信任感。

11. 友善的举止 增进和谐关系的行为就是询问者使患者感到舒服的举止。其他非语言交流或体语也一样，适当的时候应微笑或赞许地点头示意。与患者之间不要设置任何障碍，交谈时应采取前倾姿势注意倾听。其他重要的友好举止还包括语音、面部表情和不偏不倚的语言暗示，以及一些鼓励患者继续谈话的短语，如“我明白”“接着讲”。

12. 赞扬与鼓励 适当地运用赞扬、鼓励的语言，可促使患者合作，使其受到鼓舞而积极提供信息。但对有精神障碍的患者，不可随便使用赞扬或鼓励的语言。

13. 患者的看法 询问患者对他所患疾病的看法对于有效的诊断和治疗非常重要，患者对病因的信念和关注将影响他叙述症状和对诊断的理解。

14. 关切疾病的影响 了解病情及诊断对患者家庭和家庭生活方式的影响，还应提及疾病对自身形象的影响。

15. 关心支持和帮助的来源 询问患者的经济情况，关心患者有无来自家庭与工作单位经济和精神上的支持。鼓励患者寻找资助，包括家庭其他成员、朋友、工作单位、其他个人和团体。

16. 关心患者的期望 询问者应了解患者的期望、就诊的确切目的和要求，如患者需咨询某些医学问题或长期用药需要与医师建立长期关系等，需要询问者与患者共同协商决定。在某些情况下，教育患者是治疗成功的关键，甚至本身就是治疗的最终目标，询问者应判断患者最感兴趣的、想知道的及每一次可理解的信息量，从而为他提供适当的信息或指导。

17. 检查患者的理解程度 通常被认为不依从的患者往往是因为不理解询问者的意思。可用巧妙而仔细的方法检查患者的理解程度，询问者可要求患者重复所讲的内容，或提出一种假设的情况，看患者能否做出适当的反应。如患者没有完全理解或理解有误，应予以及时纠正。

18. 承认经验不足 当询问者不清楚或不能回答患者的问题时，不能不懂装懂、应付了事或胡乱作答，应承认自己经验不足，提供自己知道的情况供患者参考，并立即设法为患者寻找答案或建议患者去何处能解决这一问题。

19. 鼓励患者提问 询问者应明确地给患者机会，鼓励其提问和讨论问题，便于对其疑问的解释，通常是在每个重要项目交谈结束时进行。

20. 结束语 问诊结束时，感谢患者的合作，告知患者或暗示医患合作的重要性，说明下一步对患者的要求、诊疗计划、下次就诊时间或随访计划等。

问诊方法小结

组织安排，时间顺序，巧妙过渡，进度适宜；
 正确提问，耐心倾听，重复关键，小结要领；
 语言通俗，核实引证，重复关键，仪表端正；
 赞扬鼓励，同情关心，灵活启发，重点探询；
 注意反馈，诚恳谦虚，鼓励提问，结束得体；
 不应责备，不可诱问，不用术语，不要连问；
 要点二十，必须牢记，驾轻就熟，自有捷径。

三、问诊的基本技巧

(1) 问诊要抓住重点，条理分明，要紧密围绕病情询问。病史采集一般要以主诉症状为重点，先由简易问题询问开始，逐步深入进行有目的、有顺序、有层次的询问，把主诉症状问深问透，然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。在采集病史过程中，患者所谈内容一定要紧密围绕病情，以免离题太远影响问诊效果。

(2) 问诊语言要通俗易懂，避免暗示性问诊和逼问。为了保证病史资料的准确可靠性，一定要用通俗易懂的语言询问，避免用患者不易懂的医学术语如“鼻衄”和“里急后重”等生硬地询问，还要避免采用一种能为患者提供带倾向性特定答案的问诊方式（暗示性问诊）。另外，在问诊过程中，当患者回答的问题与医师的想法有差距时，更不能进行逼问，以逼迫患者同意医师的想法，这样势必严重影响病史资料的可靠性。

(3) 注意问诊时的态度：医师在问诊开始时应主动创造一种体贴入微及宽松和谐的环境氛围，使患者感到医师的亲切和可信，有信心与医师合作，这对顺利完成病史采集是非常重要的。

(4) 一般患者与特殊患者的问诊技巧比较见表 1-1。

表 1-1 一般患者与特殊患者的问诊技巧

一般患者	特殊患者
从礼节交谈启动	安抚、理解、等待
由主诉开始	保护隐私
避免暗示、套问、追问	重点问诊
避免重复提问	适当重复
避免术语	仔细聆听
注意核实	原则性与灵活性
适当赞扬与鼓励	不可随意褒贬
反复训练	综合判断、不断补充

(5) 具体问诊程序叙述如下。

宽松和谐的环境，端庄的仪表，友善的举止，注意保护患者隐私。

问诊开始→礼节性的交谈（自我介绍）→一般性提问（在现病史、过去史、个人史等）每一部分开始时使用，如“您今天来，哪里不舒服？”→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→当患者的陈述离病情太远时灵活地把话题转回，但切不可生硬地打断患者的叙述→直接提问（收集一些特定的有关细节及追溯首发症状开始的确切时间，如有几个症状同时出现，必须确定其先后顺序）→直接选择提问（要求患者回答“是”或

“不是”)→进行归纳小结→在问诊的两个项目之间使用过渡语言→恰当地运用评价、赞扬与鼓励→了解患者经济情况→明白患者的期望→谢谢患者的合作→说明下一步对患者的要求、接下来做什么。

四、小 结

要较好地完成病史采集,受到两个关键性因素的影响:第一,问什么?第二,怎么问?前者,主要属于临床理论知识,主要是症状学部分内容必须掌握。后者,主要归属于临床实践能力。下面就如何在较短的时间内正确进行病史采集及其技巧做简单总结:

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问:询问的内容包括,①症状的病因、诱因(着凉、饮食、药物、外伤、情绪等);②主诉症状的特点(强度、类型、部位、性状、次数、缓急、时间等);③有助于鉴别诊断的伴随症状(与症状相关的变化部分);④现病史一般情况中的五项内容,即饮食、大便、小便、睡眠、体重变化和精神状态,以便了解患者的整体情况。

(2) 诊疗经过:①是否曾到医院就诊及做过的检查情况(医院的检查项目);②治疗用药情况及疗效(具体治疗“药物”、方法、用量、疗效)。

2. 相关病史

(1) 有无药物过敏史、手术史、传染病史、冶游史等。

(2) 相关病史包括相关的既往患病史,有无类似发作史,必要时询问相关的个人史和家族史,女性必要时询问月经史、生育史。

整体病史采集,一定要条理清楚,层次明确,切忌混乱。

问诊的主要任务是采集正确而客观的病史资料,再根据此资料归纳书写,形成病史。即使每个病史各不相同,一个优质的问诊必须具备五个基本要素,即静听(audition)、评价(evaluation)、询问(inquiry)、观察(observation)和理解(understanding)。可分别由英语元音字母 AEIOU 代表,意指诚恳而细致地听取患者的叙述;判断各种资料的相关关系及其重要性;询问出完整的病史资料,抓住重点,深入追询,尽量引证核实;观察患者的面容表情、姿势,注意体语;领会患者关注的问题,对疾病的看法及对诊断、治疗的期待等。

应当指出,只有结合实际反复训练,才能较好地掌握问诊的方法与技巧。如像人类交往与交流的其他形式一样,不可能有机械的一成不变的问诊模式和方法,应机敏地关注具体情况灵活把握。初学者有时思维混乱、语塞词穷,难以提出恰当的问题,问诊进展不够顺利,因此应不断总结经验,吸取教训。必要时可以反问自己:是否患者此时特别难受,是否患者不能表达,有无语言障碍,是否患者被疾病吓倒,医师自己是否太紧张,是否自己的言行影响了医患关系,是否患者对自己的信任度不够等。努力找出影响问诊的原因,予以解决,抓住每次问诊实践的机会,才能不断提高问诊水平。

思 考 题

1. 阅读下列现病史并分析出主诉。

(1) 患者近 10 年来,每年冬季出现咳嗽,咳少量白色泡沫样痰,晨起及睡前咳嗽较剧,痰量较多,气候转暖可自然缓解,开始未引起注意,也未进行治疗。近 8 年来,上述症状加重,且每当“感冒”时,痰转为黄色脓性,痰量增多,每天约 60ml,有时伴发热,体温在 38℃左右,劳累时感胸闷、气喘,曾在本村卫生所就诊,被诊断为“支气管炎”,间断服用“复方新诺敏”“氨茶碱”,严重时静脉滴注“青霉素”

“庆大霉素”可缓解。入院前 2 年，咳嗽日益加重，并出现活动后心悸、气短，有时夜间需高枕仰卧，尿少、下肢水肿，曾在门诊做胸部 X 线透视和心电图检查，诊断为“慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，慢性肺源性心脏病”。10 天前，患者受凉后发热，体温达 39℃，黄痰不易咳出，呼吸困难，不能平卧，上腹胀，尿量减少，每天约 300ml，今日 10:00 收住院。近 2 周间断应用利尿药，未用过“洋地黄”“激素”等药物。患者自发病以来，食欲差，大便正常，小便减少，睡眠欠佳，但无昼夜颠倒现象，无胸痛、咯血、盗汗。

(2) 患者于 7 个月前在一次田间劳动时，突然感到心悸气短，经休息 20 分钟后逐渐缓解。此后，多次于劳动 1~2 小时后出现心悸气短，自感体力不如病前，但尚可从事一般家务劳动。4 个月前，在体力劳动时又出现上述症状，并咳出大量粉红色泡沫样痰，遂被送至当地卫生所，诊断为“心脏病”，经用“洋地黄”等治疗 10 天后，症状消失。28 天前，患者因受凉而咽痛、发热伴咳嗽，自行口服“四环素”并卧床休息，3 天后热退，但下床活动即感心悸、气短，同时出现双下肢踝部水肿，尿量明显减少，左上腹胀痛不适，伴咳嗽，咳白色泡沫样痰，不能平卧，坐位气短减轻。18 天前，开始连续在当地卫生所治疗，经注射“青霉素”，口服“氨茶碱”“洋地黄”(量不详)及利尿药等治疗，症状未见明显好转而来我院就诊。经做 X 线检查、心电图、心脏超声检查等，诊断为风湿性心脏病、二尖瓣狭窄而收入院治疗。患者此次发病以来，食欲缺乏，常有恶心，睡眠不佳，无咯血、皮疹、关节肿痛、头痛、头晕、腰痛等。近半个月来，水肿加重，体重明显增加。

2. 根据简要病史，进行病史采集并给出初步诊断。

(1) 患者，男性，42 岁。呕血 1 次急诊入院。“慢性乙肝”病史 15 年。

(2) 患者，女性，50 岁。发作性胸痛 5 个月。

3. 病史采集症状 21 项，需要反复练习，详见书后附件。

单靠一个主诉是不能做出诊断的，但还是有倾向性的，如 24 岁女性，发热、咯血，结核的可能性较大，而 45 岁男性，发热、咯血，则考虑为肺癌，两者采集的倾向则有所区别，这些还是要靠理论知识和临床经验积累的。



第二部分 物理诊断

实验一 体格检查基本方法、一般检查和头颈部检查

【教学目的和要求】

- (1) 了解体格检查的意义、职业态度和注意事项。
- (2) 熟练掌握视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查方法及其注意事项。
- (3) 掌握一般检查的内容，皮肤及淋巴结、生命征的检查内容和方法。
- (4) 熟悉头部、颈部的检查顺序与方法，注意事项及其临床意义。
- (5) 检查结果要求基本正确，能辨别正常与病理体征并了解一些体征的临床意义。

【教学方法】

(1) 正常查体示教，请一个学生作被检查者，由带教老师进行查体示教，一边检查一边讲解检查的方法及注意事项，结合临床意义讲解。

(2) 检查时，检查者位于被检查者右侧，面对被检查者充分暴露的检查部分，尽量利用自然光线，检查时注意力要集中，观察要仔细、准确。

(3) 随后学生分组互相练习，教师巡视指导，及时纠错，最后教师集中小结，点评学生常见查体错误，必要时再示范一次。

(4) 填写实验报告。

(5) 实践课前后应多次观看一般检查的教学片，头、颈部检查的录像，复习本次课程的基本内容和方法，熟悉相关检查的正常结果。

【教学器材】

手电筒、压舌板、体温表、软尺、血压计、听诊器、棉签、视力表、直尺、眼底镜、耳镜等。

【教学内容】

一、体格检查基本方法

体格检查是医师运用眼、手、耳、鼻等感官或借助简便器械如体温计、血压计、叩诊锤、听诊器等对患者进行体格检查的基本方法，以了解和评估患者的健康状况。不少疾病可通过详细的询问病史、全面而准确的体格检查即可得出初步的诊断，有些疾病虽掌握实验室检查、X线、心电图等检查资料，但如无确实的病史和查体的表现，也不能做出正确的诊断。病史结合体格检查和实验室检查结果，可对大多数疾病做出临床诊断。因此，正确而熟练地掌握体格检查的方法，是每个临床医学生必须掌握的基本功。

（一）体格检查的意义

体格检查的基本方法包括：视诊、触诊、叩诊、听诊及嗅诊五种。体格检查的异常发现可以作为疾病诊断、鉴别诊断或并发症诊断的线索和依据，还可以作为评价治疗效果的依据，并借以发现治疗过程中可能出现的不良反应。体格检查的过程即是获得医学资料的过程，也是医师基本技能训练的过程。其次，临床经验是积累过程，同时也是与患者交流、沟通、建立良好医患关系的过程。

（二）体格检查的职业态度

医师在检体中关心体贴患者、尊重患者、具有良好的职业道德，建立良好的医患关系是取得患者配合的先决条件，只有获得患者的配合，检体结果才有正确性可言。在检体中应注意以下要求：

- 1. 检体前的自我介绍** 自我介绍包括姓名、职责和检体的目的。检查者的自我介绍，通过与受检者的简单交谈，可以消除受检者的紧张情绪，融洽医患关系。
- 2. 检体前要洗手** 检查者在检体前一定要洗手，有条件者最好当着受检者的面洗手，使受检者相信检查者手是干净的，不会引起疾病的传播。
- 3. 不断增进医患关系** 在检体过程中，应始终保持良好的医患关系。注意经常同患者交谈，处处关心患者、体贴患者。做到寒冷季节注意保暖（检查者手与听诊器要温暖），检体动作轻柔、准确，不要长时间检查一个部位和频繁改变体位，经常询问患者：感觉如何？痛不痛等。
- 4. 尊重患者人格** 对患者一视同仁。对有生理缺陷的患者，不应有任何歧视，不可有言行上的侮辱之举。为异性检体时不得有任何不礼貌的言行。尊重患者隐私，保守秘密。
- 5. 保持良好的仪表与举止** 文明礼貌，衣着整洁，仪表大方，举止端庄；摒弃不良习惯，如掏耳朵、搔头皮、挖鼻子等；检体时禁止抽烟，指甲需剪短；不坐、不靠患者床铺；不随地吐痰，乱扔脏物。
- 6. 严格执行保护性医疗制度** 严禁在患者面前品评治疗中的问题，严禁向恶性疾病或预后不良的患者透露不应让患者知道的病情及预后。
- 7. 检查部位暴露适当** 检体中做到依次且正确暴露检查部位，不要暴露与检查无关的部位。例如，腹部检查时，暴露部位为上至乳头、下至耻骨联合上缘，乳头以上（女性应遮盖乳房）及耻骨联合以下部位都应遮盖。
- 8. 认真负责，全面细致** 检体过程中，要做到认真负责，按一定顺序做到全面系统，不遗漏内容或放过任何疑点。对模棱两可的体征要细致检查，做到一丝不苟。

（三）体格检查的注意事项

在系统的体检中，视诊、触诊、叩诊、听诊的内容虽各不相同，但其基本手法和原则一致。体格检查一般于采集病史完毕后进行，应有以下的注意事项：

- (1) 检查者应站在受检者右侧进行检查，必要时有第三者在场。
- (2) 查体要在适当的光线、室温和肃静的环境中进行。
- (3) 注意查体的系统性和全面性。全身检体要按临床实用顺序进行，无重复、颠倒、遗漏。
- (4) 如病情严重，不允许做详细检查时，则应根据主诉和主要临床表现，做重点检查，明确诊断方向，立即进行抢救，待病情好转后，再做必要的补充检查。

（四）体格检查的基本检查方法

- 1. 视诊** 是医师用视觉来观察患者全身或局部情况的检查方法。

视诊的内容分两大类：①患者的全身一般状态，包括发育、营养、意识、状态、面容、体位、步态、姿势等；②体表各部分的改变（局部），如皮肤黏膜、舌苔、头颈、胸廓、腹形、脊柱、四肢和肌肉的状态，是否有畸形和功能障碍等。

视诊方法简单，但有时可对某些疾病的诊断提供重要线索，如双眼外突应考虑甲状腺功能亢进。某些特殊部位需借助仪器设备观察，如耳镜、检眼镜和内镜等。视诊适用范围最广，能提供重要的诊断资料，有时仅通过视诊就可明确一些疾病的诊断或提供重要的检查线索。

视诊注意事项：

(1) 视诊最好在间接的自然光线下进行，光线恰当、斜切光线易于发现病灶（图 2-1），人工光线影响皮肤、黏膜和巩膜颜色的观察，因皮肤、黏膜和巩膜及皮疹在灯光下不易辨认而常发生漏诊，应在日光下进行。

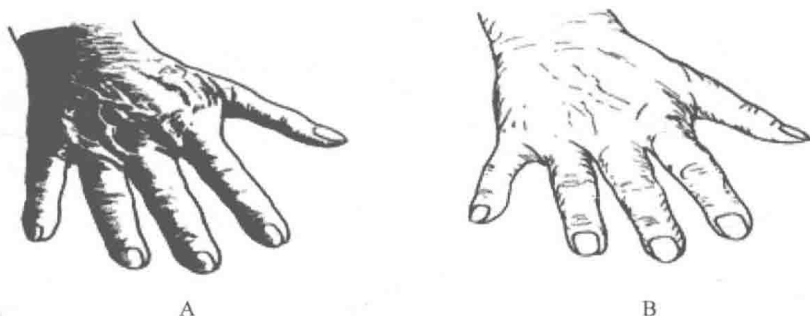


图 2-1 检查时灯光的角度
A. 斜切的灯光；B. 垂直的灯光

(2) 环境应温暖，视诊时被检查部位应充分暴露。

(3) 视诊要有丰富的医学知识和临床经验作为基础，否则会出现视而不见的情况。

2. 触诊 是医师用手来进行体格检查的方法。通过触、摸、按、压被检查局部以了解体表及脏器的物理特征，如大小、轮廓、硬度、触痛、移动度及液动感等，它可帮助医师判断检查部位及脏器是否发生病变提供直观的重要依据。触诊可用于检查身体任何部位，在腹部检查时尤为重要，手的感觉以指腹和掌指关节掌面的皮肤最为敏感，故多用这两个部位进行触诊。

(1) 触诊的方法：根据触诊时施加压力大小不同，可分为浅部触诊法和深部触诊法。

1) 浅部触诊法：将右手轻放在被检查部位，依靠掌指关节和腕关节的协同运动，进行滑动触摸。此法常用于开始触诊时，为深部触诊的准备步骤。常用于检查皮下结节、肌肉中的包块、关节腔积液、肿大的表浅淋巴结、胸腹壁的病变等。检查每个区域后，检查者的手应提起并离开检查部位，不能在患者体表移动到另一检查区域，检查手法要轻柔，浅部触诊法可触及深度为 1~2cm，注意用右手的平展部分或指腹，而不用指尖施行，手指必须并拢，应避免用指尖猛戳腹壁（图 2-2）。

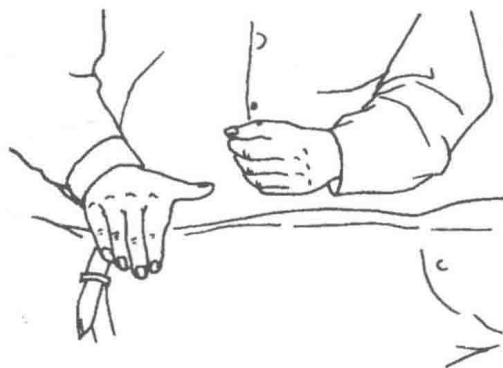


图 2-2 浅部触诊法

2) 深部触诊法：主要用于腹部检查，深部触诊时，嘱患者平卧、屈膝以松弛腹肌。检查时触诊手指要并拢，一手徐徐加压或两手重叠，由浅入深，逐渐加压以达深部。腹部深部触诊法触及的深度常常在 2cm 以上，有时可达到