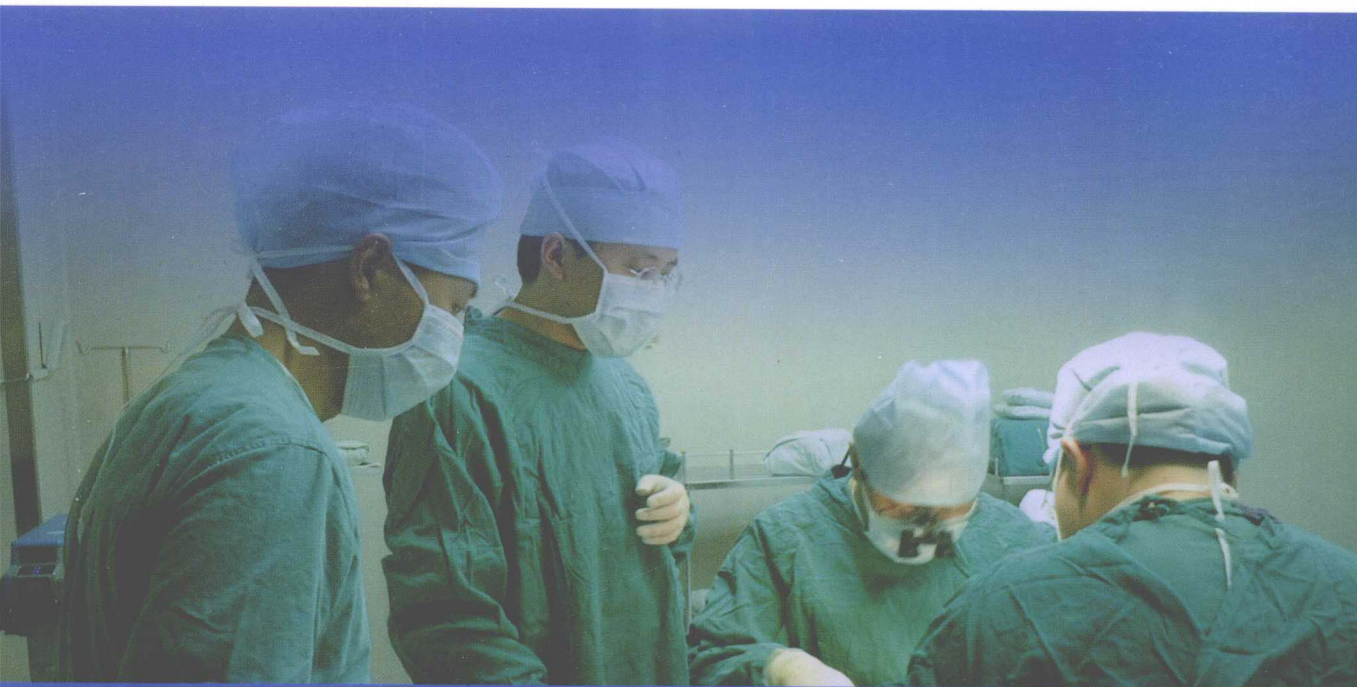


高等医学院校临床实用教材

临床诊断学

主 编 李金鹏



 科学技术文献出版社

高等医学院校临床实用教材

临床诊断学

主 编 李金鹏
副主编 吴春玲 邢恒国
赵 开 苑振云
阎锡新 刘 斌
马方红 李 娟

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断学/李金鹏主编. -北京:科学技术文献出版社,2009.4

ISBN 978-7-5023-6320-8

I. 临… II. 李… III. 诊断学 IV. R44

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第035061号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 科 文 马永红
责 任 编 辑 马永红
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京国马印刷厂
版 (印) 次 2009年4月第1版第1次印刷
开 本 787×1092 16开
字 数 274千
印 张 12
印 数 1~8000册
定 价 24.00元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书为《物理诊断学》(第三版)的修订版。为适应临床教学需要,现改名为《临床诊断学》。

临床诊断学是指导临床前夜的医学生如何接触病人、如何系统问诊、如何规范地体格检查、如何分析各种辅助检查结果、如何建立医疗文件以及如何综合分析各种疾病信息从而建立正确诊断的学科。本书的内容及顺序如同就诊程序,共分五章:第一章主要介绍如何接触患者、介绍问诊的内容及问诊技巧,同时列出主要症状的教师备课要点及学生学习概要。第二章主要介绍基本检查法及身体各部的检体要领和常见病理体征。第三章主要训练学生如何建立医疗文件。第四章主要介绍正常心电图及常见异常心电图的诊断要点,介绍快速阅读心电图的方法。第五章介绍如何分析其他常见辅助检查的结果,并附有常用检验参考值。书后有临床诊断学模拟试题。

本书亦适宜各级医务工作者参考使用。

前 言

医学生在学习了各种基础医学知识之后,一定会更渴望各种临床医学知识,这些临床前夜的医学生在真正面对病人的时候很可能会不知所措,如何从基础医学过渡到临床医学?这正是临床诊断学要面对的问题。

本书指导医学生如何接触病人,如何系统问诊,如何规范地体格检查,如何分析常见辅助检查结果,如何建立医疗文件,如何写处方以及如何综合分析各种疾病信息从而建立正确的临床诊断。

本书力求做到重点突出、简明实用。

本书的内容及顺序如同就诊程序,共分五章:第一章 问诊,主要训练学生如何接触患者、如何把握问诊内容及问诊技巧,同时列出常见症状的教师备课要点及学生学习概要。第二章 体格检查,主要训练学生掌握基本检查方法,熟悉身体各部的检体要领和常见病理体征。第三章 病历编写,主要训练学生如何建立医疗文件。第四章 辅助检查,主要介绍正常心电图及常见异常心电图的诊断要点,训练学生快速阅读心电图。书中附有典型心电图及相应文字注释,作为学生实习心电图时的练习诊断用图。第五章简要介绍常见疾病超声诊断要点,心、肺功能检查参考值及常用检验参考值。这些都是医学生在实习时可能要随时查阅,或要随身携带的重要资料。为了帮助学生复习,书后附有模拟试题。

本书在编写过程中得到了河北医科大学各附属医院临床诊断学实习指导教师的大力支持,在实践教学过程中也提出了很多宝贵意见,在此表示感谢。书中线条图由主编绘制。

由于水平所限,难免在内容和编排上有不当之处,恳望广大师生惠予指正。



于河北医科大学
2009年2月

目 录

第一章 问诊	(1)
第一节 问诊入门	(1)
第二节 常见症状学习概要	(3)
第二章 检体诊断	(41)
第一节 基本检查法	(41)
第二节 一般状态及头颈部检查	(43)
第三节 病理一般状态及头颈部检查	(48)
第四节 正常胸肺部检查	(51)
第五节 病理胸肺部检查	(53)
第六节 正常心脏检查	(56)
第七节 病理心脏检查	(59)
第八节 正常腹部检查	(63)
第九节 病理腹部检查	(67)
第十节 脊柱和四肢检查	(70)
第十一节 神经系统检查	(72)
第三章 诊断方法与病历编写	(78)
第一节 诊断疾病的基本步骤与诊断思维的基本原则	(78)
第二节 病历编写的重要意义与基本要求	(79)
第三节 住院期间病历的编写格式与内容要求	(80)
第四节 门诊病历	(98)
第五节 处方	(100)
第四章 心电图检查	(102)
第一节 心脏除极与心电向量	(102)
第二节 心电图导联	(103)
第三节 平面心电向量图在各导联轴上的投影	(105)
第四节 正常心电图	(106)
第五节 平均心电轴	(108)
第六节 异常心电图	(110)
第七节 心电图的分析顺序和注意事项	(129)
第八节 心电图示例	(130)
第五章 超声及心肺功能检查	(160)

第一节 超声检查	(160)
第二节 心功能检查	(164)
第三节 肺功能测定及血气分析	(166)
附一 常用检验参考值	(170)
附二 临床诊断学模拟试题	(182)

第一章 问 诊

第一节 问诊入门

问诊是就诊的第一步,医生通过问诊可以获取大部分相关的疾病信息,问诊的结果,直接左右着医生的诊断思路及方向。误诊学方面的研究资料表明,误诊的病人中,大约有 70% 的原因是病史不清。也就是说,误诊的病人中可能大部分是由于医生没有掌握好正确的问诊方法所致。因此,要做一个好医生,诊断学要从学习问诊开始。

【目的要求】

学习如何接触病人,熟悉主要症状的重点问诊。

【学习内容】

症状学的重点是症状的原因和问诊要点,系统的问诊在学完病历编写之后才能完全了解,这里只学习重点问诊。每一个问诊都是具体的、灵活的,根据病人不同的回答,选择不同的问诊内容,这需要有系统的医学知识做基础。目前阶段的学生,在学完症状学之后,到医院去和病人进行一般性的接触,从感性认识到理性认识,从和病人的礼节性交谈开始到学习重点的问诊。

问诊要点应包括如下几项:

1. 主要症状的起病情况(时间、诱因、急缓等)。
2. 主要症状特征及演变。
3. 伴随症状。
4. 就诊情况。
5. 既往健康状况及其他病史。

【举例】 在了解了病人的性别、年龄等基本情况及一般性的礼节交谈和自我介绍之后。

医生:请问您哪儿不舒服?

病人:吐了!

医生:多长时间了? 什么时候吐的?

病人:昨天晚上。

医生:晚上几点?

病人:晚上 11 点多。

医生:昨天晚上吃的什么?

病人:涮火锅。

医生:一起吃饭的其他人有事吗?

病人:他们都没事。

医生:吃什么凉菜了吗?

病人:没有。

医生:喝酒了吗?

病人:喝了点儿。

医生:你喝了多少?

病人:七八两吧!

医生:你酒量多大?

病人:差不多就这么多,再多就醉了。

医生:吐了几次?

病人:2~3次吧。

医生:吐出来的东西是什么样儿?什么颜色?

病人:昨晚没注意,好像都是吃进去的东西,今天早晨吐的东西颜色有点儿发黑。

医生:吃血豆腐了吗?菠菜呢?

病人:没有,我吃的主要都是素食、莜麦菜、粉条、白豆腐等。

医生:除了呕吐,还感觉哪儿不舒服?

病人:上腹部难受、恶心,还想吐。

医生:上腹部难受,是烧心还是痛?

病人:有点烧心,主要是痛。

医生:持续痛,还是一阵一阵的痛?

病人:一阵阵的拧着痛。

医生:大便怎么样?拉肚子了吗?

病人:今上午大便了两次,比较成型的软便。

医生:什么颜色?

病人:好像是黑色。

医生:还有哪儿不舒服?

病人:有点头痛,可能和这种酒有关系,这酒有点上头。

医生:以前有高血压吗?

病人:没有。

医生:血压多少?测过吗?

病人:最近几年没测过。

医生:用过什么药吗?

病人:没用什么药,在家里忍不住就来医院啦。

医生:以前喝酒之后有过这种情况吗?

病人:去年3月份有一次也这样,在医院输了两天的液就好了。我也好长时间不喝酒了。

医生:当时医生给你的诊断是什么?

病人:不清楚,我也没当回事。

医生:平时有别的症状吗?比如上腹痛、烧心、反酸、皮肤及眼球发黄?

病人:没有。

医生:以前有过其他病吗?如肝炎、溃疡病、糖尿病等。

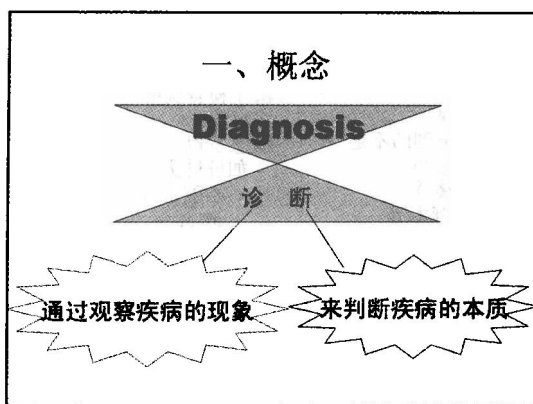
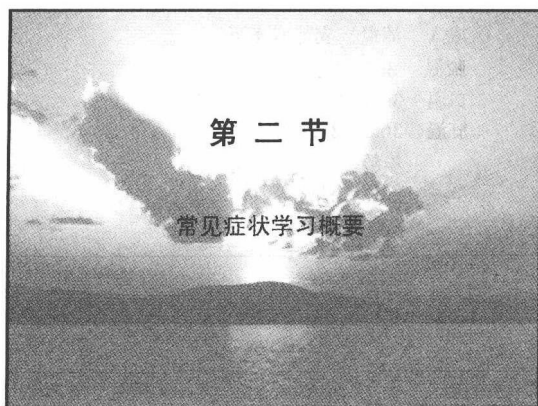
病人:没有。

医生:腹痛之前吃过什么药吗?

病人:也没有。

通过如上对话我们可以看到,病人以呕吐就诊,通过问诊,又发现了病人还没有意识到的上消化道出血。这里并不需要你做出明确诊断,只是需要让你通过学习问诊,了解更多有关的疾病信息。特别是那些和疾病本质有密切关系,但尚未引起病人注意的各种信息。为下一步的检体和辅助检查提供必要的信息支持。

第二节 常见症状学习概要



诊断修养三要素

- 系统、渊博的知识
- 丰富的临床经验
- 正确的临床诊断思维方法

诊断学: 是研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床诊断思维方法的学科

二、诊断的内容

- 问诊-症状诊断
误诊 有70%是病史不清造成的
- 检体诊断
- 辅助检查 化验、
影像学CT MRI X光、
超声、核素
心电图 肺功能 内镜
- 病历编写及临床诊断思维方法

三、诊断简史

约2500年前 Hippocrates 问 看 触摸 直接听诊
 约1800年前 Galen 直肠镜 阴道镜
 400-600年前的欧洲文艺复兴
 约250年前 Auenbrugger 奥地利 直接听诊
 约190年前 Laennec 直筒听诊器
 约180年前 piorry 法国 间接听诊法
 约120年前 Bazzi-bianchi 软管听诊器

四、关于执业医师考试

- 实践技能
 - 第一站 病史采集及病历分析
 - 第二站 体格检查及技能操作
 - 第三站 心肺听诊、ECG、X光
- 理论考试

Symptom

症状

病人
主观
感觉到的不适
如恶心
瘙痒
麻木等

Sign

体征

医生检查到的
客观的
病态发现
如肝肿大
心脏杂音
啰音

临床表现

FEVER 发热

一、正常范围及生理变异

- 成人 清晨 安静状态下
 - 腋温 36~37℃
 - 口温 36.3~37.2℃
 - 肛温 36.5~37.7℃
- 年龄、昼夜、活动
部位、性别等

二、发热机制

致热源性发热
调节性体温升高
调定点

非致热源性发热
非调节性温升高

体温中枢受损

产热过多

散热过少

外热源

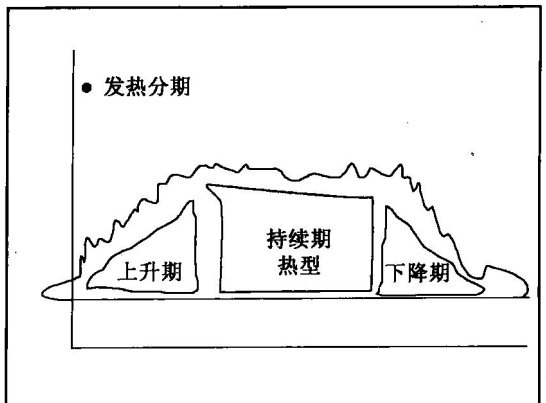
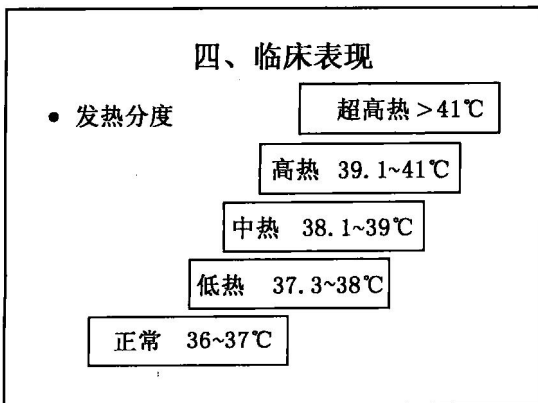
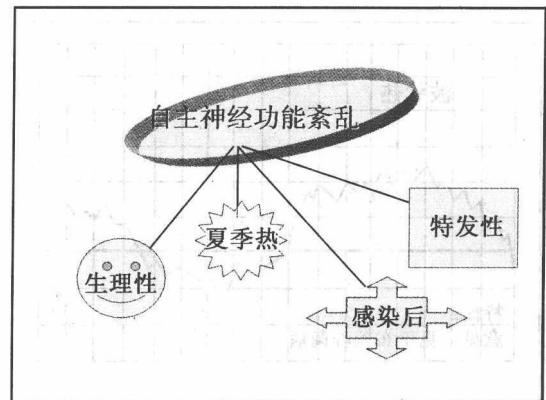
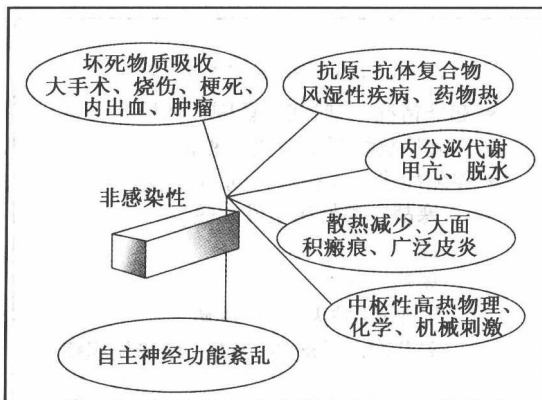
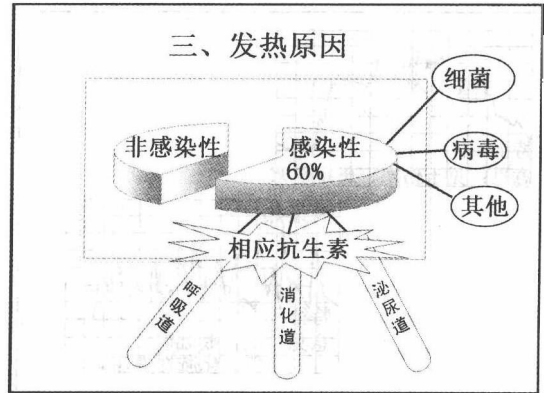
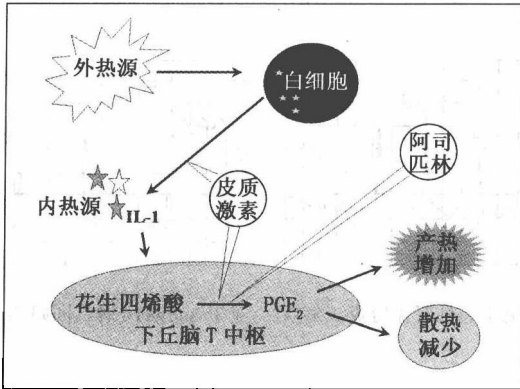
大分子 病原及产物、
坏死物质、免疫复合物

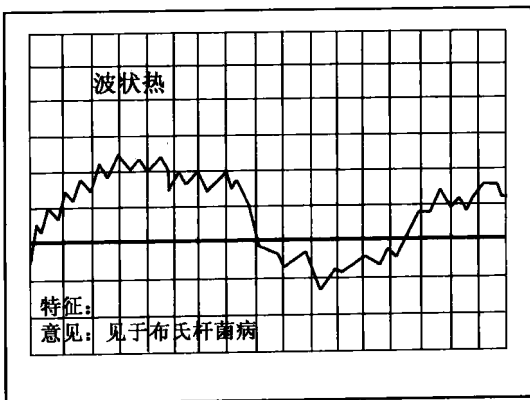
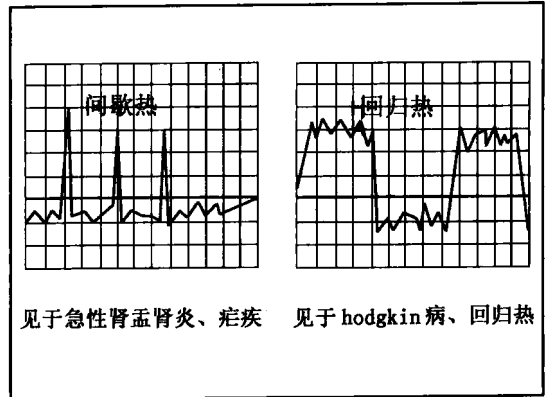
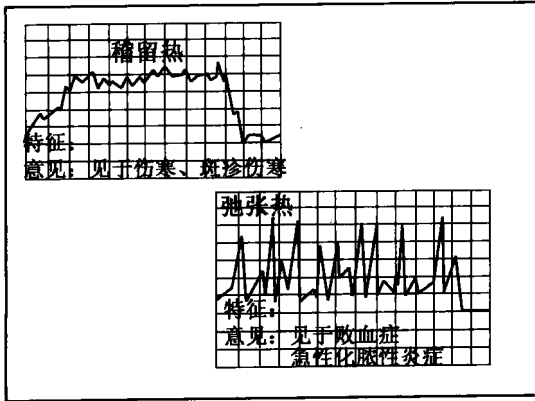
白细胞

中性粒、单核巨嗜细胞系统

★
内热源

IL-1、TNF、int、





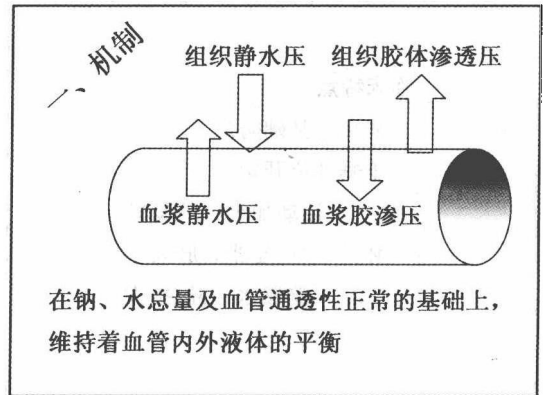
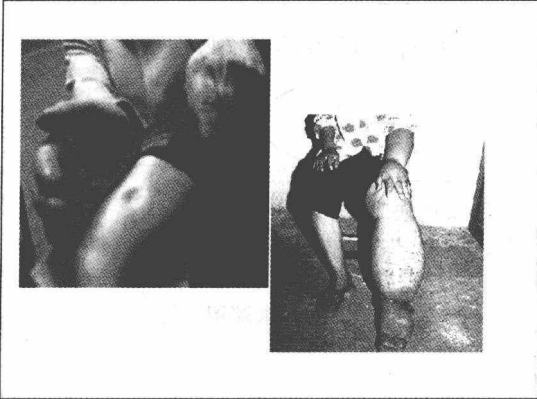
五、问诊要点

- 起病情况 时间、诱因、环境
- 主要症状特征及演变 热型
- 伴随症状 (一般症状: 乏力、肌肉酸痛)
寒战: 急性感染性发热
腹泻
尿痛
出血及L肿大 白血病
关节痛: 风湿热 布病 结缔组织病

- 就诊情况
- 既往健康状况
 传染病接触史
 疫水接触史
 手术史
 用药史等

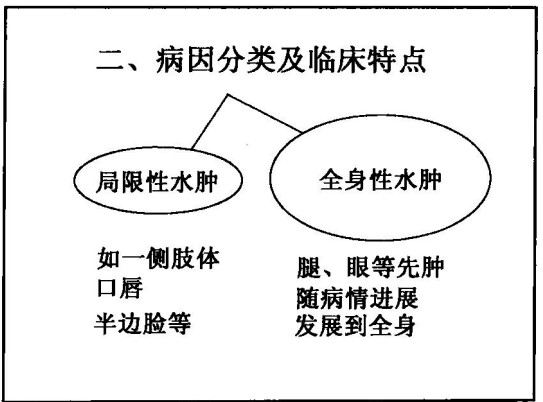
EDEMA 水肿 (膀、瘵)

- 指组织间液水分过多
 而体腔内水分过多称积液如 胸腔积液
 腹腔积液
 心包积液
- 特殊情况: 脑水肿、肺水肿、肺间质水肿
 脑积水、肾积水、尿潴留。
- 水肿的识别 指凹性和非指凹性水肿

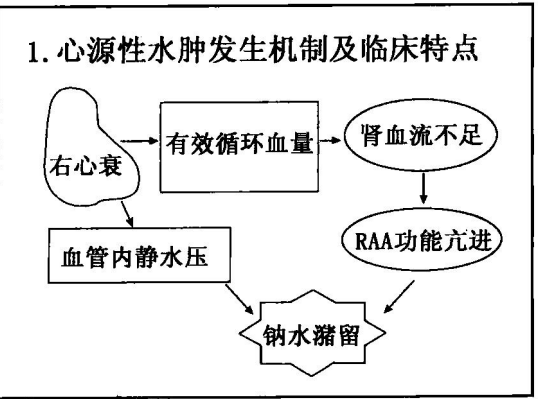


产生水肿的主要因素：

血浆胶体渗透压↓ 如营养不良
 血浆静水压↑ 如心衰、V 回流受阻
 淋巴回流受阻 如丝虫病
 组织静水压↓ 如老年性水肿
 Na、水潴留；如尿毒症
 毛细血管通透性↑ 如血管神经性水肿



1. 心源性水肿
2. 肾源性水肿
3. 肝源性水肿
4. 营养不良性水肿
5. 黏液性水肿
6. 其他类型
 - 经前紧张综合征
 - 药物性水肿
 - 妊娠中毒症性水肿
 - 结缔组织病性水肿
 - 特发性水肿



临床特点

病史（基础病）

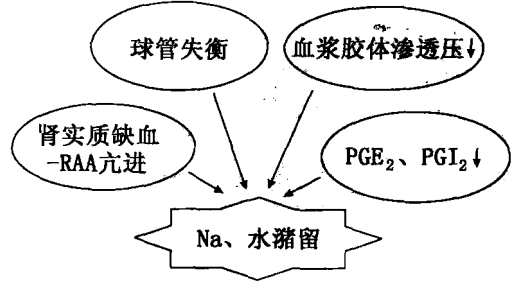
下垂部位开始

活动加重、进展慢

体征：颈V怒张、肝大、

胸腹水 心脏扩大

2. 肾性水肿发生机制及临床特点



临床特点：眼睑开始

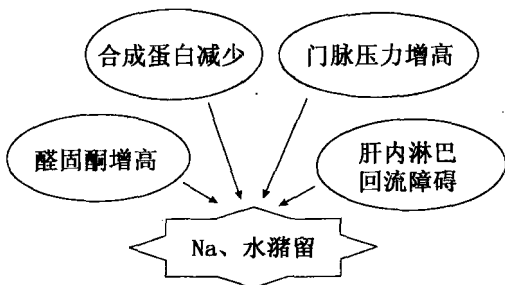
发展快

尿液改变

心、肾性水肿鉴别点

鉴别点	肾性水肿	心性水肿
开始部位	险、颜面	足、踝向上
发展	快	慢
性质	软而移动	坚实移动小
体征	高BP、尿改变	心扩大、肝大

3. 肝源性水肿发生机制及临床特点



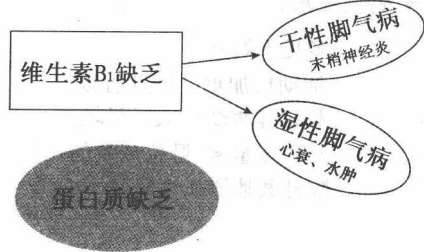
临床特点：先出现腹水

之后发生于下肢

肝病史、肝硬、脾大



4. 营养不良性水肿发生机制及临床特点



营养不良性水肿临床特点:

下垂部位开始 营养不良的病史
慢性消耗性疾病、吸收障碍、供给不足

5. 黏液性水肿

属于非指凹性水肿
见于甲减、sheehan综合征



6. 其他类型水肿

- 经前紧张综合征

经前1~2周踝手足水肿, 来潮后消退
常有头痛、乳胀痛、易激动、紧张等

- 药物性水肿

皮质激素、雌激素、胰岛素、甘草

- 妊娠中毒症性水肿

妊娠24周后, 正常者亦可有轻度下肢水肿, 但无高血压、蛋白尿

明显浮肿同时有高血压、蛋白尿时应考虑本症

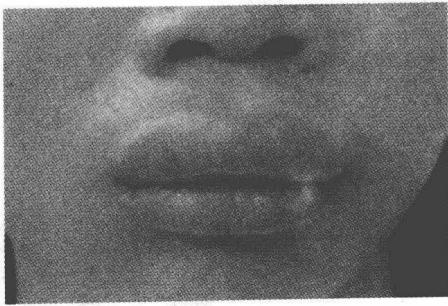
- 结缔组织病性水肿

• 特发性水肿

多见于妇女
活动后加重、休息后减轻
昼夜体重变化大（晨轻）
立位尿量 < 卧位尿量的1/2
除外其他器质性病变

局限性水肿

1. V回流受阻 上腔梗阻综合征
下腔V梗阻综合征
下肢V曲张
肢体血栓及血栓性V炎
2. L回流受阻 丝虫病
3. 炎症性水肿
4. 血管神经性水肿
5. 神经营养障碍性水肿 如瘫痪的肢体
6. 物理因素 烧伤、冻伤



三、问诊要点

1. 起病：时间、诱因、急缓
2. 主要症状特点及演变 顺序演变指凹
3. 伴随症状 消瘦、心悸、血尿、妊娠
4. 就诊情况 药物
5. 病史 老慢支、肾炎、肝病、糖尿病
SLE、人工喂养、甲减、
Sheehan综合征、丝虫病等

咯血 呕血 便血

Hemoptysis Hematemesis
Hematochezia

一、概念



喉及喉以下呼吸器官出血 上消化道急性出血



自肛门排出血液