

湖南省

医务人员“三基”培训指南



医疗分册

湖南省卫生厅编

湖南省医务人员培训指南

医疗分册

江苏工业学院图书馆
藏书章

湖南省卫生厅 编

2005年8月

主 编:曾书才

编写人员:(按姓氏笔划为序)

王立庄	王丽静	王群伟	王运远	左晓霞	宁建平
刘志雄	刘运生	刘双珍	朱付平	任 南	李晓婕
李碧娟	肖 波	吴祖林	吴安华	杨天伦	陈凤英
张桂英	周巧玲	金明华	屈满英	郑敏翠	赵谢兰
赵素萍	胡成平	袁运长	钟惠菊	夏 莹	夏 珂
夏 健	徐美华	黄 勋	彭 杰	舒毅刚	鲁猛厚
曾书才	谭德明	熊光仲	熊 理	潘频华	翦新春

戴文鑫

前 言

在生命科学迅速发展时代，临床医学的理论和技術不断创新。医务人员加强基础理论、基本知识和基本技能的培养和训练，是自身履行救死扶伤神圣职责的基本要求。上世纪八十年代末至九十年代初，我国在实施医院分级管理评审中，各级医院认真组织医务人员开展“三基”培训，为医务人员的素质培养和医院管理积累了可贵的经验。

为适应当前全国开展的医院管理年活动的要求，推动全省医疗质量，保障医疗安全，我厅借鉴医院分级管理评审中“三基”培训的经验，组织专家根据医学新理论、新知识、新技术发展的要求，重新修编了《湖南省医务人员“三基”培训指南》。《指南》分为基础理论分册（供临床医生用）、医疗分册、护理分册、医技分册，作为对各类医务人员进行“三基”培训的向导。

该《指南》在编写过程中，参与的专家付出了艰辛的劳动，我们谨在此表示衷心的感谢。

湖南省卫生厅

目 录

第一篇 临床基础知识	(1)
第一章 病史采集内容、方法及常见症状的病史采集	(1)
第一节 病史采集内容	(1)
第二节 常见症状的病史采集	(3)
第二章 体格检查	(22)
第一节 生命征的检查	(22)
第二节 皮肤、淋巴结检查	(23)
第三节 头颈部检查	(25)
第四节 胸部检查	(28)
第五节 心脏检查	(31)
第六节 腹部检查	(36)
第七节 肛门与直肠检查	(40)
第八节 脊柱与四肢检查	(42)
第九节 神经系统检查	(46)
第三章 临床医学基本知识	(49)
第一节 肺 炎	(49)
第二节 传染性非典型肺炎	(50)
第三节 原发性支气管肺癌	(53)
第四节 肺结核	(55)
第五节 慢性阻塞性肺疾病	(56)
第六节 支气管哮喘	(58)
第七节 呼吸衰竭的血气诊断标准、分型和治疗	(59)
第八节 慢性支气管炎	(60)
第九节 慢性阻塞性肺气肿	(61)
第十节 原发性高血压	(62)
第十一节 冠心病	(64)
第十二节 心房颤动	(68)
第十三节 室性早搏	(69)
第十四节 心力衰竭	(70)
第十五节 消化性溃疡	(71)
第十六节 食道癌	(73)
第十七节 胃 癌	(74)
第十八节 大 肠 癌	(76)
第十九节 原发性肝癌	(77)
第二十节 肝硬化	(79)
第二十一节 急性胰腺炎	(81)
第二十二节 有机磷农药中毒	(82)
第二十三节 一氧化碳中毒	(83)
第二十四节 肾小球疾病	(84)

第二十五节	肾功能衰竭	(87)
第二十六节	缺铁性贫血	(89)
第二十七节	溶血性贫血	(90)
第二十八节	再生障碍性贫血	(92)
第二十九节	白血病	(93)
第三十节	输血	(95)
第三十一节	糖尿病	(97)
第三十二节	甲状腺机能亢进症	(98)
第三十三节	系统性红斑狼疮	(100)
第三十四节	艾滋病	(102)
第三十五节	淋病	(103)
第三十六节	细菌性病疾	(105)
第三十七节	病毒性肝炎	(107)
第三十八节	流行性脑脊髓膜炎	(110)
第三十九节	肾综合征出血热	(113)
第四十节	狂犬病	(115)
第四十一节	霍乱	(116)
第四十二节	钩端螺旋体病	(118)
第四十三节	日本血吸虫病	(120)
第四十四节	蛛网膜下腔出血	(121)
第四十五节	脑梗死	(122)
第四十六节	脑出血	(124)
第四十七节	闭合性颅脑外伤	(125)
第四十八节	胆石症	(139)
第四十九节	急腹症	(141)
第五十节	腹部闭合性损伤	(147)
第五十一节	胸部闭合性损伤	(149)
第五十二节	四肢长骨骨折	(152)
第五十三节	大关节脱位	(165)
第五十四节	多器官功能衰竭的处理	(168)
第五十五节	异位妊娠	(171)
第五十六节	慢性宫颈炎	(172)
第五十七节	妊娠期高血压疾病	(173)
第五十八节	宫缩乏力产后出血	(175)
第五十九节	胎膜早破	(176)
第六十节	小儿液体平衡的特点和液体疗法	(177)
第六十一节	小儿腹泻	(181)
第六十二节	新生儿败血症	(183)
第六十三节	慢性鼻窦炎	(185)
第六十四节	鼻出血	(186)
第六十五节	鼻-鼻窦恶性肿瘤	(187)
第六十六节	变应性鼻炎	(188)
第六十七节	慢性扁桃体炎	(189)
第六十八节	鼻咽癌	(190)

第六十九节	喉癌	(190)
第七十节	喉阻塞	(191)
第七十一节	气管、支气管、食管异物	(192)
第七十二节	慢性化脓性中耳炎	(193)
第七十三节	慢性泪囊炎	(195)
第七十四节	沙眼	(195)
第七十五节	年龄相关性白内障	(196)
第七十六节	急性闭角型青光眼	(196)
第七十七节	原发性视网膜脱离	(197)
第七十八节	甲状腺相关性眼病	(198)
第七十九节	眼球贯通伤	(198)
第八十节	口腔内科基本知识	(200)
第八十一节	口腔颌面外科基本知识	(212)
第八十二节	口腔修复和正畸基本知识	(226)
第八十三节	抗菌药物临床应用原则	(233)
第二篇	临床操作技能	(237)
第一章	外科基本技术	(237)
第一节	手术区消毒	(237)
第二节	手术基本操作技术	(238)
第三节	穿、脱手术衣	(241)
第四节	穿、脱无菌手套	(242)
第五节	开放性伤口的处理和骨折的现场急救	(243)
第二章	插管术	(248)
第一节	鼻导管(塞)吸氧	(248)
第二节	气管内插管术	(248)
第三节	电动吸引器吸痰	(249)
第四节	安置胃管和洗胃术	(250)
第五节	导尿术	(251)
第三章	穿刺术	(252)
第一节	静脉及动脉穿刺术	(252)
第二节	中心静脉压测定术	(254)
第三节	骨髓穿刺术	(254)
第四节	腰椎穿刺术	(255)
第五节	心包穿刺术	(256)
第六节	心内注射术	(257)
第四章	危重病人的急救和监护	(258)
第一节	人工呼吸	(258)
第二节	胸外的心脏按压术	(258)
第三节	心脏电除颤复律	(259)
第四节	呼吸机的作用	(260)
第五节	急危病人的监护	(261)
第三篇	医院感染管理基础理论和基本知识	(263)

第一章 病史采集内容、方法及常见症状的病史采集

第一节 病史采集内容

一、一般项目

姓名、性别、年龄、国籍、出生地(省、市、县)、民族、婚姻、职业、住址、工作单位、入院日期、记录日期等。

二、主诉

主诉是指病人就诊感觉最痛苦的症状或最明显的体征及其持续时间。确切的主诉常可提供对某系统疾病的诊断线索。主诉应突出重点力求简练,不能用疾病名称作为主诉,主诉还应与现病史一致,不能互有矛盾,持续时间是指首次症状或体征发现到就诊的时间。慢性疾病以数年或数月计算;急性起病以天、时、分计。

三、现病史

现病史是病史中的主体部分,记述患者患病后的全过程,即发生、发展及演变,诊疗情况等。

(一)起病时间及发病情况 起病时间通常是指首次出现症状的具体时间,起病形式可分为急起,慢起或隐匿起病。

(二)病因与诱因 指本次发病有关的病因(外伤、中毒、感染等)和可能的诱因(如气候变化、饮食失调、环境改变、情绪激动等)。

(三)主要症状特点 应包括主要症状的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素,按其发生先后有层次地写出。上述询问有助于探索疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质。

(四)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,都可视为病情的发展与演变。病情是逐渐加重还是减轻或是病情发生明显转变。

(五)伴随症状在主要症状的基础上,是否同时出现其他症状,且与主要症状之间的联系,这些伴随症状常常是鉴别诊断的可靠依据,故病人不管是否具有均应询问。

(六)诊断及治疗经过 就诊前已接受其他医疗单位的诊断措施及结果,治疗方法及药物名称、剂量,疗程及疗效,有助于对患者入院后的诊疗参考。

(七)病后饮食起居及一般情况的了解 包括精神,体力状态,食欲、食量、大小便、发热、及睡眠情况。对全面估量患者的预后以及采取应有的诊疗措施是有意义的。

(八)记述与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料和与本次起病有关的过去发病情况以及医疗经过。引用其他医院的诊断结果时,如无书面材料而仅系根据患者本人所述,则应加用引号(“”),以示区别。

四、既往史

既往史是记述患者过去的健康和疾病情况。

(一)过去健康状况。

(二)曾经患过的疾病包括急性、慢性传染病史及传染病接触史。

(三)手术史及外伤史。

(四)过敏史及特殊用药史。

(五)预防接种史。

(六)输血史。

五、系统查询

系统查询本次发病前后的各个系统可能出现的症状和体征,每个系统都应写出阳性症状、体征再写阴性症状、体征,有助于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。

(一)呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、痰量、颜色、气味等,有无胸痛及呼吸困难等。

(二)循环系统 有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难,有无咳嗽、咯血、咳痰及水肿等。

(三)消化系统 有无口腔疾病、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻及大便颜色的改变、食欲改变、吞咽困难、恶心及呕吐、皮肤粘膜有无黄染、体力体重改变等。

(四)泌尿系统 有无尿急、尿频、尿痛、血尿及尿色变化,排尿困难、有无腰痛、水肿及出血史。

(五)造血系统 有无乏力、头晕、眼花、耳鸣、烦躁、记忆力减退、心悸、异食症、皮肤粘膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑、血肿、淋巴结肿大等。

(六)内分泌系统及代谢 有无畏寒、怕热、多汗、乏力、头痛、视力障碍、心悸、烦渴、多尿、多食、水肿、性欲等。

(七)神经系统 有无头痛、失眠或嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动障碍、定向障碍、有无性格失常、定向障碍;有无情绪状态的改变等。

(八)关节及运动系统 有无肢体麻木、肌肉疼痛、痉挛、瘫痪等;有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天性缺陷等。

六、个人史

(一)社会经历 包括出生地、居住地区和居留时间,所居住地有无地方病流行;受教育程度、经济生活和业余爱好。

(二)职业及工作条件 包括工种、劳动环境,对有毒的工种应询问接触情况及时间。

(三)生活习惯及嗜好 包括起居生活卫生习惯、饮食规律;烟酒嗜好摄入量和持续时间,是否嗜好其他麻醉毒品等。

(四)冶游史 有无不洁性交史,有无淋病等性病史。

七、婚姻史

是否结婚,结婚年龄,爱人健康状况、性生活情况等;有无离婚及婚次。

八、月经史

初潮年龄、经期及月经周期天数,经血量、色及有无痛经、白带及气味,末次月经及闭经日期、绝经年龄,记录格式。

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间或绝经年龄

九、生育史

孕次、生育次数、流产(人工或自然流产)难产、死产、手术产、围产期感染及计划生育情况。

十、家族史

父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况,有无遗传性疾病或与患者类似疾病史,如已死亡,说明原因和时间。

【思考题及答案】

1. 身患两种以上疾病时现病史应如何书写?

身患两种以上疾病应分清主次合理安排

(1)若一种疾病是本次就诊的主要疾病,同时又患另一种疾病较为次要,但目前仍有症状或无症状,则现病史应从主要疾病开始书写,而次要疾病放在现病史后面简要另写一段。

(2)若两种疾病均为本次入院主要病因,则两种疾病均应在现病史中按病因先后次序详细书写。

2. 症状与体征有什么不同的意义?

- (1) 症状是指由疾病引起并为病人主观感受到的异常感觉如疼痛；
- (2) 体征是指疾病引起并通过对他人的检查所获得的客观征象如心脏杂音。

第二节 常见症状的病史采集

一、发热

(一) 发热的临床分类

1. 感染性发热: 感染性发热由病原微生物(病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体等)和寄生虫(原虫或蠕虫)等感染人体所引起。其中急性传染病占重要地位。
2. 非感染性发热: 由变态反应性疾病(血清病、药物热)、风湿性疾病(风湿热、系统性红斑狼疮、急性皮炎)、血液病与恶性肿瘤(急性白血病、淋巴瘤、癌肿)代谢紊乱(甲亢、痛风发作、血卟啉病)等引起。

【问诊内容】

(一) 起始时间及发病情况 开始发热的确切时日, 发热是急起还是缓起。感染性发热, 抗原-抗体反应性发热, 无菌性坏死物质吸收发热多为急性发病, 但也可以是亚急性或慢性起病。

(二) 病因及诱因 发热前有无明显原因, 如受凉、劳累, 感染表现, 有无皮肤化脓性感染, 输血或输液反应等, 有无开放性外伤, 有无全身或局部病灶等。

(三) 主要症状特点

1. 应询问发热的高低, 是低热($37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$); 中等发热($38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$); 高热($39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$) 或超高热(41°C 以上)。发热持续时间; 是自行退热还是药物或物理退热。

2. 尽可能了解是何种热型, 常见的有:

(1) 稽留热: 体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

(2) 弛张热: 高温常在 39°C 以上, 波动幅度大, 24 小时内波动范围超过 2°C , 但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

(3) 间歇热: 又称败血症型热。体温骤升达高峰后持续数小时, 又迅速降至正常水平, 无热期(间歇期) 可持续 1 天至数天, 如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、败血症、急性肾盂肾炎等。

(4) 波状热: 体温逐渐上升达 39°C 或以上, 数天后又逐渐下降至正常水平, 持续数天后又逐渐升高, 如此反复多次。见于布氏杆菌病。

(5) 回归热: 体温急骤上升至 39°C 或以上, 持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(6) 不规则热: 发热的体温曲线无一定规律, 可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

(四) 病情发展与演变

发热过程可有三个阶段:

1. 体温上升期: 体温上升有两种形式: (1) 骤升型: 体温在几小时内达 39°C 以上, 常伴有寒战。小儿易伴有惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应等。(2) 缓升型: 体温逐渐上升在数日内达高峰, 多不伴寒战。如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

2. 极期: 是指体温上升达高峰之后保持一定时间, 持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时, 大叶性肺炎、流行性感、可持持续数天, 伤寒则可为数周。此期中体温已达到或略高于上移的体温调定点水平, 体温调节中枢不再发出寒战冲动, 故寒战消失, 皮肤血管由收缩转为舒张, 使皮肤发红并有灼热感, 呼吸加快变深, 开始出汗并逐渐增多, 使产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

3. 体温下降期: 由于病因的消除, 致热源的作用逐渐减弱或消失, 体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平, 产热相对减少, 散热大于产热, 使体温降至正常水平。体温下降有两种方式: (1) 骤降: 是指体温于数小时内迅速下降至正常, 有时可略低于正常, 常伴有大量出汗。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性

肺炎及输液反应等。(2)渐降:指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

(五)伴随症状

1. 发热伴有神经症状,如头痛、呕吐、昏迷、惊厥、脑膜刺激征等表示病灶在中枢神经系统,应考虑各种脑炎和脑膜炎、中暑、脑血管意外、蛛网膜下腔出血等(但小儿高热惊厥不一定有脑病征,老年人严重感染时出现神志变化,而体温不一定很高);2. 发热伴咳嗽、胸痛、气促、咯痰、咯血等呼吸道症状,提示有支气管、肺或胸膜疾病;3. 发热伴有肋脊角、腰部疼痛及尿频急、脓尿、血尿者,提示泌尿系统疾病;4. 发热伴有关节痛或关节炎者提示有结缔组织病;5. 发热伴腹痛,腹部包块者提示腹腔内疾病;6. 发热伴有皮疹,提示有细菌、病毒感染或结缔组织病等;7. 发热伴淋巴结肿大者提示结核病、恶性肿瘤、结缔组织病等;8. 发热伴出血现象提示重症肝炎、流行性出血热、败血症、急性白血病、急性再生障碍性贫血等;9. 发热伴肝脾肿大提示病毒性肝炎、疟疾、胆道疾病、白血病、淋巴瘤等。

(六)诊治经过

1. 就诊前作过的何种检查:如血、尿、粪常规,血、体液、浆膜腔积液、脑脊液、关节液、分泌物等细菌学检查,血清学检查,自身抗体检查,各系统脏器的X线、CT、MRI及超声检查等,结果如何?

2. 就诊前是否用过何种抗生素、糖皮质激素(剂量、疗程、疗效如何?)。

(七)食欲及精神状态

起病以后的饮食改变、吞咽是否通畅、是否需要借水助吞等(如肠白塞病、系统性硬化病、干燥综合征等结缔组织病常有此症状),睡眠及精神状况如何?大小便情况等。

(八)其他病史

既往史、个人史、手术外伤史、药物过敏史、家庭史以及近段时间内传染病接触史、疫区旅行史等都要详细询问。

二、关节痛

关节痛几乎是所有关节炎患者的第一主诉,但关节痛并不等于关节炎,如精神风湿症患者有明显的关节痛而没有关节炎存在。

引起该症状的病因众多,包括感染性关节病(化脓性关节炎、结核性关节炎),结缔组织病(类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、血管炎、风湿热、脊柱关节病),代谢障碍性疾病(痛风),血液病关节炎(血友病性关节炎、白血病性关节炎),神经源性关节病,外伤性关节炎,慢性关节周围病变,增殖性关节炎等。

【问诊内容】

(一)起病时间及发病情况 应询问关节痛起始时间和起病方式,通常有急性、亚急性和慢性几种。创伤性、痛风性、化脓性关节炎多为急性发作;类风湿性关节炎多呈慢性发病,也有呈亚急性发病;强直性脊柱炎、骨关节炎发病缓慢,但也有突然出现大量膝关节积液的急性发病者。

(二)病因及诱因 关节痛的诱因对诊断有重要参考价值,如发病前几天或几周内有咽喉部疼痛、发热是链球菌感染的表现;腹泻、结膜炎和尿道炎是赖特综合症、反应性关节炎的首表现。

(三)主要症状特点:了解关节痛的部位,如75%的痛风性关节炎患者首发部位为足趾跖关节;60%的成人强直性脊柱炎患者首发部位在腰背部等。关节痛的程序与关节病变的轻重一般呈平行性。关节痛的性质:酸痛、胀痛、灼痛还是剧痛,局部有无肿胀、充血,功能障碍及其程度,加重及缓解的因素,是否呈游走性,如骨关节炎在休息时缓解运动时关节痛加重。

(四)病情发展与演变:有些疾病的关节痛随病情发展的演变显示一定的规律,可据此提供诊断和鉴别的参考。如典型的类风湿性关节炎,首先以指间近端的某一个或几个关节起病,进行性发展为多个关节、对称性,及四肢大小关节均受侵犯;风湿热的关节炎则表现为游走性四肢大关节炎,而手和足的小关节受累较少;痛风性关节炎则为反复发作的单关节炎多见;反应性关节炎则以下肢大小关节和非对称性分布为特点等。

(五)伴随症状:

1. 关节痛伴发热、畏寒,局部红肿、灼热见于化脓性关节炎。

2. 伴低热、乏力、盗汗、消瘦、纳差见于结核性关节炎。
3. 伴小关节畸形,僵硬见于类风湿性关节炎。
4. 伴发热、心肌炎,舞蹈病见于风湿热。
5. 伴尿酸增高见于痛风。
6. 伴皮肤红斑、光过敏和多器官损害见于系统性红斑狼疮。
7. 伴皮肤紫癜、腹痛,腹泻见于过敏性紫癜。

(六) 诊治经过:就诊前做过何种检查,如照片、血液生化检查,结果如何,接受过何种治疗,如局部穿刺,解热镇痛药的剂量、疗程、效果等。

(七) 起病以来的饮食及精神、体力、睡眠及大小便情况。

(八) 其他病史:有些关节炎有明显的家族聚集性,了解患者家族中同类患者发病的家族史可为诊断提供重要线索;询问药物过敏史对用药安全有重要意义。既往史、个人史、不洁性接触史、不良嗜好史均应详细询问。

三、水肿

人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀称为水肿。当液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时呈全身性水肿,液体积聚在局部组织间隙时呈局部水肿。水肿发生于体腔内称积液,如胸腔积液、腹腔积液、心包积液等。

【问诊内容】

(一) 起病时间及发病情况 应询问水肿出现的具体时间、浮肿是逐渐形成还是缓慢形成的。

(二) 病因诱因浮肿 有无明显原因,如是否在浮肿前出现过上呼吸道感染;是否身体处于同种姿势过久,如坐车、船时间过长;是否服用过引起水钠潴留的药物,或输注大量生理盐水。

(三) 主要症状特点 浮肿起始部位、程度(轻、中、重度水肿),性质是凹陷性水肿还是无凹陷,凹陷平复快慢。是持久性还是间歇性,开始部位及蔓延情况,全身性或局部性,与体力活动及体位变化的关系。不同病因引起的浮肿有无不同特点:(1)心源性水肿:有右心衰竭的主要表现,水肿首先出现于身体下垂部分,有颈静脉怒张,肝肿大,静脉压升高,严重时可出现胸、腹腔积液。(2)肝源性水肿:水肿以腹水为主要表现。(3)肾性水肿:水肿特点是从眼睑、颜面开始而延及全身。(4)营养不良性水肿:水肿常从足部开始蔓延全身。(5)粘液性水肿:见于甲状腺功能减低,水肿呈非凹陷性,颜面及下肢较明显;(6)经前期紧张综合征:眼睑、踝部及手部轻度水肿,可伴乳房胀痛,月经后消退。

(四) 病情发展与演变 病情逐渐加重还是缓解,时轻时重还是持续浮肿,经利尿药消肿还是自行消肿。

(五) 伴随症状

1. 水肿是否伴随有其他症状,如水肿伴肝肿大者为心源性或肝源性,前者可有颈静脉充盈,后者同时有腹壁静脉曲张。
2. 水肿伴蛋白尿时常为肾源性。
3. 水肿伴呼吸困难与发绀者常提示心源性、上腔静脉阻塞综合征等。
4. 水肿与月经周期有明显关系者可见于经前期紧张综合征。

(六) 诊治经过

1. 就诊前作过何种检查,血常规、尿常规或沉渣检查、双肾及尿路超声,肝、肾功能、血、电解质等结果如何。
2. 就诊前用过何种利尿消肿剂,剂量,疗程及效果如何。

(七) 出现水肿以来饮食、睡眠、精神状态,体力活动状态以及大小便情况如何。

(八) 其他病史 既往健康状况、家族及个人史等。

四、消瘦

消瘦是指人体因疾病或某些因素而致体重下降,低于标准体重的10%以上者为偏瘦,低于20%以上者称为消瘦。是人体长期缺乏热能和蛋白质所致,表现为体重下降,皮下脂肪消失,或有水肿、精神萎

靡、器官功能紊乱和免疫力下降,儿童可有生长停滞。

【问诊内容】

(一)起病时间及发病情况:应询问消瘦起始时间,一般可述说起始月份。是逐渐缓慢消瘦,还是短时间内突然消瘦。

(二)病因及诱因消瘦出现前有无明确原因,如摄入不足,如食道病变,幽门梗阻长期进食困难,有无热量丧失增加及代谢消耗增加的疾病如甲亢、糖尿病以及营养吸收障碍如慢性腹泻等。

(三)主要症状特点,消瘦是否进行性,体重在一定时间内下降多少数量,体重下降的速度是持续下降还是间断下降等。

(四)病情发展与演变,病情逐渐加重,体重减轻,消瘦发展至恶液质,还是随着原发病好转,而体重增加。

(五)伴随症状:消瘦的同时是否伴随其他症状如:1. 消瘦伴有多食易饥应考虑有否甲状腺功能亢进症、糖尿病、嗜铬细胞瘤;2. 消瘦伴长期发热应考虑结核病、慢性化脓性感染,如肝脓肿、传染性疾病、结缔组织病、恶性肿瘤等,尤其是患有肝、肺、肾的恶性肿瘤及白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病等。3. 青少年消瘦伴有发热、盗汗、咳嗽、淋巴肿大,应考虑结核病;如伴有身材矮小、肝脾肿大,去过血吸虫病流行地区者应考虑血吸虫病或其他寄生虫病。

(六)诊治经过:1. 就诊前作过何种检查,如血常规、尿常规、血糖、血生化、胸片、腹部B超、胃镜、肠镜、甲状腺功能检查,结果如何。2. 就诊前治疗情况,用过何种药物,剂量多大,疗程多长,疗效如何。

(七)饮食及精神状态:起病以来的精神状态、体力、睡眠及大小便情况如何,神经性厌食是由于精神因素而产生拒食状态,体重急剧减轻。

(八)其它病史、个人史、家庭史,对妇女应询问月经史、生育史,有无产后大出血史,如有消瘦、闭经、产后大出血史,应考虑席汉氏病。

遗传和家族史 体质性消瘦者常有家族史而无病理表现。甲状腺功能亢进症、糖尿病、嗜铬细胞瘤常有家族史。某些恶性肿瘤可有家族发病史。

五、呼吸困难

呼吸困难是指患者感到氧气不足,呼吸费力,客观表现呼吸活动用力,重者鼻翼煽动,张口呼吸,甚至出现发绀。表现为呼吸频率、深度与节律的异常。

【问诊内容】

(一)起病时间及发病情况 应询问呼吸困难起始时间和起病缓急,数分钟突感气促,见于哮喘,数天内多为呼吸道感染、急性中毒、突发左心衰竭、胸膜腔疾病(气胸、胸腔积液)、脑出血、急性中毒等。数月之内多为慢性阻塞性肺部疾病、肺结核、肝硬化、右心衰竭、肿瘤、重度贫血等。

(二)病因与诱因 应询问引发呼吸困难有无直接原因,如吸入刺激性气体,剧烈咳嗽,胸部外伤,上呼吸道感染,情绪过分激动或运动后出现呼吸困难。

(三)主要症状特点 询问呼吸困难的性质,持续时间、程度与活动及体位关系,运动量多大时出现呼吸困难,加剧及缓解因素。

1. 吸气性呼吸困难:表现为吸气显著费力,可见“三凹征”,亦可伴干咳及高调吸气性喉鸣,常见于喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。2. 呼气性呼吸困难:表现为呼气费力,呼气缓慢,呼吸时间延长;常伴有呼气性哮鸣音,见于肺泡弹性减弱和小支气管狭窄。3. 混合性呼吸困难:表现为吸气期及呼气期均感呼吸费力,常见于肺、胸膜病变。

左心衰引起的呼吸困难,活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,仰卧加重、坐位减轻,常出现夜间阵发性呼吸困难。强心利尿剂可缓解呼吸困难。哮喘所致的呼吸困难可持续数小时或数天,用支气管舒张药可缓解也可自行缓解。

(四)病情发展与演变 病情逐渐加重还是缓解,呼吸急促伴发绀持续数天不缓解,并出现发热预示病情加重,反之则缓解。

(五)呼吸困难的伴随症状 1. 发作性呼吸困难伴哮鸣,常见于支气管哮喘、心源性哮喘等。2. 呼

吸困难伴一侧胸痛,常见于大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、自发性气胸、肺癌等。3. 呼吸困难伴发热,常见于肺炎、肺脓肿、急性心包炎等。4. 呼吸困难伴神志改变,见于脑出血、肺性脑病、尿毒症、糖尿病酸中毒、急性中毒等。5. 呼吸困难伴咳嗽、脓痰,见于肺脓肿、慢性支气管炎、支气管扩张等。

(六) 诊治经过:

1. 就诊前作过何种检查如三大常规、胸片、心电图、动脉血气分析,结果如何? 2. 就诊前用过何种抗生素,解痉、化痰药,剂量、疗程、效果如何。

(七) 饮食及精神状态 起病以来饮食、睡眠及精神状态如何。

(八) 其他病史 既往史、个人史、手术、外伤、药物过敏、家族史可简要询问。

六、咳嗽与咯痰

咳嗽、咯痰是呼吸、循环系统疾病常见的症状。咳嗽是一种反射性防御动作,通过咳嗽可以清除呼吸道分泌物及气管内异物。痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,借助咳嗽将其排出称为咯痰。

【问诊内容】

(一) 起病时间及发病情况 应询问咳嗽、咯痰起始时间,数天内多为呼吸道感染,多为急性起病;数月之内多为肺、支气管内膜慢性炎症、哮喘、结核及肿瘤,起病较缓慢。

(二) 病因及诱因 上呼吸道感染是急性咳嗽咯痰的最常见原因;慢性支气管炎,哮喘常在吸入刺激性气体后引起,如冷空气、刺激性烟雾等。

(三) 主要症状特点 询问咳嗽咯痰的性质(干咳、呛咳),持续时间(阵咳,痉挛性连咳),程度(轻咳,剧咳),加重及缓解因素,以及咯痰的量、性状、颜色等。

1. 咳嗽的性质与特点:(1)突然发作性咳嗽,常见于吸入刺激性气体、气管与支气管异物,发作性咳嗽也见于百日咳、支气管哮喘或变异性哮喘(以咳嗽为主要症状)、支气管内膜结核等;(2)长期慢性反复发作的咳嗽,见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿和空洞型肺结核等;(3)夜间或清晨发作的咳嗽,如支气管哮喘、左心衰竭等;(4)咳嗽声音嘶哑,可见于声带炎、喉炎、喉癌、喉结核以及声带麻痹;(5)鸡鸣样咳嗽,表现为阵发性剧咳伴有高调吸气回声,多见于百日咳,会厌、喉部疾患或气管受压;(6)金属音咳嗽,常见于因纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌直接压迫气管所致的咳嗽;(7)咳嗽声音低微或无力,见于严重肺气肿、声带麻痹及极度衰弱者。

2. 咯痰的量及性状:

(1)咳嗽无痰(干咳)或少痰:见于呼吸道急性炎症,如急性咽喉炎、急性支气管炎、胸膜炎、轻型肺结核。

(2)咳嗽有痰:其痰的性质可为粘液性、浆液性、脓性、粘液脓性、血性等。粘液性痰多见于急性支气管炎、支气管哮喘及大叶性肺炎的初期,也可见于慢性支气管炎、肺结核等。浆液性痰见于肺水肿。脓性痰见于化脓性细菌下呼吸道感染。血性痰是由于呼吸道粘膜受侵害、损害毛细血管或血液渗入肺泡所致。上述各种痰液均可带血。

(3)痰的颜色与性状:①咳大量脓性痰:如支气管扩张、肺脓肿、支气管胸膜瘘;②痰有恶臭气味,提示厌氧菌感染。③铁锈色痰为典型肺炎球菌肺炎的特征;④黄绿色痰,提示铜绿假单胞菌感染;⑤痰白色粘稠且牵拉成丝难以咳出,提示有真菌感染;⑥大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物,提示棘球蚴病(包虫病);⑦粉红色泡沫痰,为肺水肿的特点;⑧大量浆液泡沫痰可见于肺泡癌。

(四)病情发展与演变:病情逐渐加重还是缓解,咳嗽由干咳逐渐变为咯痰,痰的性状由白色粘液转为带色(黄色、绿色、及红色)脓性痰,由无气味转为带有恶臭气味,同时伴有气促、胸痛、发热等症状,预示病情加重,反之则缓解。

(五)伴随症状 1. 咳嗽伴发热,见于呼吸道感染疾病,如肺炎、支气管扩张并感染、胸膜炎、肺结核等。2. 咳嗽伴胸痛,如肺炎、胸膜炎、自发性气胸、肺癌、肺梗死等。3. 咳嗽伴呼吸困难,见于喉水肿、喉肿瘤、慢性阻塞性肺部疾病(COPD)、范围较大的肺炎、支气管哮喘、肺结核、胸腔大量积液、自发性气胸、肺水肿、气管或支气管异物等。4. 咳嗽伴咯血,常见于肺结核、支气管扩张、肺癌、二尖瓣狭窄等。5.

咳嗽伴杵状指,主要见于支气管扩张、慢性肺脓肿、脓胸、支气管肺癌。6.咳嗽伴哮鸣音,见于支气管哮喘、喘息型支气管炎、心源性哮喘、气管与支气管异物或肿瘤。

(六) 诊治经过

1. 就诊前作过何种检查,血常规、痰涂片、痰培养、胸片及肺 CT 等,结果如何?

2. 就诊前用过何种抗生素、止咳化痰药、剂量、疗程、效果如何。

(七) 饮食及精神状态,起病以来饮食、睡眠及精神状态如何。

(八) 其他病史:既往史、个人史、手术外伤、药物过敏、家族史可简要询问。

七、咯血

咯血是指喉及喉以下的呼吸道出血,经口腔排出。少量咯血有时仅表现为痰中带血,大咯血时血液从口鼻涌出,常可阻塞呼吸道,造成窒息死亡。因此在询问病史时,须将咯血与口腔、鼻、咽出血及消化道吐血进行鉴别,同时要了解咯血的临床特点,以助疾病的诊断。

【问诊内容】

(一) 起病时间及发病情况 咯血发生在数天内多为呼吸道感染。数月之内多见于肺结核、肺脓肿及支气管扩张和慢性肺脓肿。

(二) 病因及诱因 咯血症状出现前有无明确原因,如劳累、受凉常为咯血的诱因。呼吸道感染后咯血见于支气管及肺部疾患,或某些传染病、血液病;劳累后咯血多见于心血管疾病如心脏瓣膜病。

(三) 主要症状特点 注意询问咯血的量,颜色与性状,持续时间,缓解因素。

1. 咯血量每日 <100ml 为小量,100~500ml 为中量,>500ml(或一次 300~500ml)为大量咯血。不同疾病咯血量有所不同,一次大量咯血见于肺结核空洞、支气管扩张和慢性肺脓肿;持续或间断痰中带血,见于支气管肺癌;慢性支气管炎。

2. 咯血的颜色和性状:①咯血为鲜红色,见于肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管内膜结核、出血性疾病。②咯血为铁锈色,主要见于肺炎球菌性肺炎和肺吸虫病和肺泡出血。③砖红色胶冻样血痰,可见于肺炎杆菌性肺炎。④粉红色泡沫痰提示急性左心衰。⑤暗红色血痰,可见于二尖瓣狭窄或肺梗死。

3. 对抗炎治疗的反应:经抗炎治疗咯血缓解见于支气管及肺部炎症,无效则应考虑肺结核或肺部肿瘤。

(四) 病情发展与演变。病情逐渐加重还是缓解,咯血量增多还是减少,咯血间隔时间延长还是缩短。咯血的病因决定了病情的轻重缓急。

(五) 伴随症状 1. 咯血伴发热,多见于肺结核、肺炎、肺脓肿、流行性出血热等。2. 咯血伴胸痛,见于肺炎球菌肺炎、肺结核、支气管肺癌、肺梗死。3. 咯血伴呛咳,见于支气管肺癌、支原体肺炎。4. 咯血伴脓痰,见于肺脓肿、支气管扩张、空洞型肺结核及肺囊肿并感染、化脓性肺炎等。5. 咯血伴皮肤粘膜出血,见于血液病、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病等。6. 咯血伴黄疸,可见于钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺梗死等。

(六) 诊治经过

1. 就诊前作过何种检查,如血常规、胸片、肺 CT、痰涂片和(或)痰培养,结果如何?

2. 就诊前用过何种抗生素和止血剂、剂量、疗程及效果如何。

(七) 其他病史 既往史、个人史、手术外伤史、药物过敏史、家族史可简要询问。

八、胸痛

胸痛是临床上常见症状,主要由胸部疾病所致,如胸膜炎、气胸、纵隔肿瘤、肺梗死、心脏和大血管病变等,也可以由各种理化因素引起胸部感觉神经纤维冲动,产生胸痛。

【问诊内容】

(一) 起病时间及发病情况 1. 胸痛出现的具体时间;2. 急性起病还是缓慢起病:胸痛为急性起病的有心绞痛、急性心肌梗塞、气胸、主动脉夹层动脉瘤、食道裂孔疝嵌顿、肺梗死;缓慢起病的有胸膜炎、肋间神经炎、肋软骨炎、神经症等。

(二) 病因及诱因 引起胸痛主要是胸部疾病,常见的有:1. 胸壁疾病:急性皮炎,皮下蜂窝织炎,带

状疱疹、肋间神经炎、肋软骨炎、流行性胸痛、肌炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤、急性白血病；2. 呼吸系统疾病：胸膜炎、胸膜肿瘤，自发性气胸、血胸，肺梗死、支气管炎、支气管肺癌等；3. 心血管疾病：冠心病（心绞痛、心肌梗塞）、心肌病、二尖瓣或主动脉瓣病变、急性心包炎、主动脉夹层动脉瘤、肺动脉高压等。4. 纵隔疾病：纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤等。5. 其他：过度换气综合征、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

（三）主要症状及特点 应询问患者胸痛部位、性质、放射部位、持续时间和缓解加重的因素。1. 胸痛部位：心绞痛疼痛部位在心前区；食管炎有胸骨后疼痛；胸壁疾病如炎症、带状疱疹常有局部红肿疼痛表现或有疱疹可见。疼痛是否向其他部位放射：心绞痛常向左肩部放射，胸膜炎疼痛在胸侧部，而肺尖肺癌（肺上沟癌）多引起肩部、腋下疼痛，向上肢内侧放射。2. 胸痛性质：食管炎呈烧灼样痛，常伴有呃逆、反酸；肋间神经痛呈灼痛或刺痛；心绞痛或心肌梗塞疼痛为胸骨后压榨性疼痛，有濒死感；胸膜炎为隐痛或钝痛，剧烈的疼痛常见于带状疱疹，主动脉夹层动脉瘤、肺梗死和急性心肌梗塞。3. 疼痛持续时间：血管痉挛所致胸痛为阵发性，如心绞痛发作时间常小于15分钟，而炎症、肿瘤、梗死所致胸痛为持续性。4. 加重或缓解疼痛因素：胸膜炎或心包炎可因用力呼吸加剧疼痛，心绞痛可由劳累加剧，服用硝酸甘油可缓解，食管炎可于进餐或餐后加剧胸痛，服用促胃动力药或抗酸药可缓解疼痛。

（四）病情发展与演变 胸痛是逐渐加重还是减轻，间隔时间是缩短还是延长，疼痛时间是由短变长，还是由长变短，均反映病情进展，如心绞痛、疼痛时间延长>15分钟应考虑有无心肌梗塞的可能，但有时胸痛程度与病情严重程度并不一致，如胸膜炎、心包炎，早期胸痛，但有积液时疼痛反而缓解。还应询问除胸痛外是否出现新症状，如开始仅有胸痛，以后出现气促、见于胸膜炎、心包大量积液，压迫肺组织或心包填塞。

（五）伴随症状 胸痛是否伴有其他症状 1. 胸痛伴有咳嗽、咯痰，发热，常见于支气管炎等肺部疾病；2. 胸痛伴有呼吸困难，常见于自发性气胸，渗出性胸膜炎、急性心包炎、肺梗死。3. 胸痛伴咯血：见于支气管肺癌、肺栓塞，重度二尖瓣狭窄、肺结核；4. 胸痛伴呃气，见于反流性食管炎、食管癌、食管裂孔疝。5. 胸痛伴心悸、血压下降，见于急性心肌梗塞，主动脉夹层动脉瘤、肺栓塞。

（六）诊治经过 1. 就诊前是否检查过血常规、心电图、胸片、心脏大血管或腹部B超，胸水或心包积液常规，痰脱落细胞检查，结果如何？2. 就诊前做过何种治疗，包括药物名称、剂量、疗程及效果。

（七）询问起病以来的一般情况，饮食、精神、体力、大小便及睡眠情况。

（八）相关病史，既往史、个人史、家庭史等。

九、心悸

心悸是一种自觉心脏跳动不适感或心慌感。心率加快或心率缓慢时均感到心悸不适。心悸时心率可快、可慢，亦可有心律失常。引起心悸的常见病因有各种器质性心脏病导致的心室肥大，各种疾病引起的心脏搏动增强，如甲亢、发热、贫血，各种心律失常和心脏神经症。

【问诊内容】

（一）起病时间及发病情况 首先应询问心悸起病时间，是渐起还是急性发作，器质性心脏病可伴有心律失常，常见的心律失常如房颤可为阵发性或持续性。

（二）病因及诱因 应询问心悸发作的诱因，心悸发作是否与劳累、精神刺激、饮咖啡、浓茶、酒等有关，有无心脏病史、内分泌疾病、贫血性疾病和心脏神经症。心脏神经症是自主神经功能紊乱所引起，心脏本身并无器质性病变，多在焦虑、情绪激动情况下发生。

（三）主要症状特点 心悸发作是阵发性还是持续性，发作频率，每次持续多长时间，是自行缓解还是服药或其他方法缓解，阵发性室上性心动过速可突发突止，或深吸气后闭气，按压眼球等中止。有无心前区疼痛，呼吸困难，发热，消瘦，多汗，头晕，头痛，晕厥，抽搐，失眠、焦虑等相关症状。

（四）病情发展与演变 心悸发作是逐渐减轻还是加重。发作频率增加、间隔时间缩短、持续时间延长是加重的表现，反之则为缓解表现，是否出现原来未出现过的症状，如头昏，心前区疼痛等。

（五）伴随症状 心悸的同时是否有其他不适症状如：1. 伴心前区疼痛，可见于冠状动脉粥样硬化性心脏病（心绞痛或心肌梗塞）、心肌炎、心包炎；2. 伴发热，见于急性传染病、风湿热、心肌炎、心包炎、

感染性心内膜炎、结缔组织疾病;3. 伴晕厥、抽搐,见于三度房室传导阻滞,持续性室性心动过速,室颤,病态窦房结综合征;4. 伴贫血,见于各种急性失血、慢性贫血;5. 伴呼吸困难,见于各种器质性心脏病并有心力衰竭,严重贫血,心包炎;6. 伴消瘦或出汗:见于甲状腺机能亢进。

(六) 诊治经过

1. 就诊前做过何种检查:如心电图、胸片、心电图运动负荷试验,动态心电图、超声心动图;经食管心房调搏;心脏内电生理检查。结果如何?

2. 就诊前接受何种治疗,是否服用抗心律失常药物,药物名称,服用的剂量,疗程和效果。

(七) 询问起病以来的一般情况 如体力状态、饮食、睡眠、大小便情况。

(八) 相关病史、既往史、个人史、家族史等。

十、休克

休克是全身低灌注合并广泛细胞和器官功能异常所致的临床综合征,临床上常有心输出量减少和低血压。按病因主要分为感染性休克、低血容量性休克、心源性休克和过敏性休克。临床表现有低血压、收缩压 $<90\text{mmHg}$ (高血压患者较以前基础值下降 30mmHg), 并有躁动不安,皮肤湿冷,脉搏细速,尿量减少等。

【问诊内容】

(一) 起病时间及发病情况 起病时间通常包括原发病症状和休克症状出现的时间,出现的时间如病人述说不清则旁人发现病情危重的具体时间也应了解。起病可急可缓,如外伤、过敏性休克起病急,脱水,血容量减少则有缓慢起病,逐渐加重的过程。

(二) 病因及诱因 休克前是否有明确原因,引起休克的病因有:1. 心脏和大血管病变:急性心肌梗死(大面积心肌坏死)并泵衰竭;游离壁破裂:乳头肌或腱索断裂致急性二尖瓣关闭不全;室间隔穿孔;右心室梗死;瓣膜病变致心脏病终末期;感染致心肌炎心肌功能严重受损,心包填塞;粘液瘤、主动脉瘤破裂,肥厚型或扩张型心肌病心脏失代偿。2. 肺及肺血管病变:肺动脉高压、肺栓塞、张力性气胸。3. 出血致低血容量:胃及十二指肠溃疡出血,急性胃粘膜病变,食管静脉破裂出血,宫外孕,脾破裂。4. 严重心律失常:持续性室速、心室颤动。5. 对药物、动物、植物等过敏。6. 细菌或病毒感染。感染性休克主要询问是否有感染病史及感染病灶。

(三) 主要症状特点 包括原发病和休克的症状,如休克型肺炎,应询问有无畏寒发热,是否有咳嗽、咳脓痰、咯血、胸痛、呼吸困难,是否有腹痛、黄疸。失血和创伤性休克应询问出血前有无恶心、上腹疼痛等症状,有无呕血、便血、阴道流血、伤口出血。应了解出血持续时间、速度和量,明确失血前后贫血状态,是否有面色苍白、黑蒙、头晕、心悸、出汗、晕厥、昏倒;心源性休克要询问胸痛持续时间、放射部位,是否有心悸、气促、呼吸困难、浮肿;服用硝酸甘油胸痛是否缓解,是否有四肢厥冷、血压下降。过敏性休克要了解是否有过敏体质,有无药物、生物制剂使用史,动物、植物接触史,是否有荨麻疹、气喘、呼吸困难、面色苍白。

(四) 病情发展及演变 病情逐渐加重还是缓解,快速变化还是逐渐变化,休克时间越长,病情越严重,有发生 DIC 可能。

(五) 伴随症状 应询问休克症状出现前后伴随有何种症状,如感染性休克伴随:1. 咳嗽、咳痰、气促、甚至咯血、体温不升或高热,白细胞特别是中性粒细胞增多,核左移,可能有休克型肺炎;2 右上腹疼痛,黄疸,发热,畏寒,可能有肝脓肿或化脓性胆管炎;3 呕吐、腹泻,里急后重可能有中毒性菌痢。失血性休克伴随:1. 上腹部周期性、节律性疼痛常为胃、十二指肠溃疡;2. 肝、脾肿大,皮肤有蜘蛛痣,腹壁静脉曲张提示肝硬化并门脉高压,有食管静脉破裂可能。3. 黄疸、发热可由于肝胆疾病或一些传染病如流行性出血热,钩端螺旋体病,并可见于血液病如急性白血病。心源性休克伴随:1. 胸痛呈压榨性,持续时间长,不易缓解,考虑心肌梗死,主动脉夹层破裂。2. 心悸、气促、呼吸困难伴水肿考虑各种器质性心脏病终末期,张力性气胸,心包填塞;3. 心悸伴有晕厥,抽搐,昏迷,考虑严重心律失常,如持续性室速、室颤、病态窦房结综合症,心脏粘液瘤。

(六) 诊治经过 1. 患病以来接受过何种检查,如三大常规、胸片、心电图、血液生化、肝肾功能等,