

陶蕾 张东洋 孙华 主编

NEIKE LINCHUANG

ZHENDUAN XUE

# 内科临床 诊断学

 江西科学技术出版社

陶蕾 张东洋 孙华 主编

NEIKE LINCHUANG

ZHENDUAN XUE

# 内科临床 诊断学

江西·南昌

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科临床诊断学 / 陶蕾, 张东洋, 孙华主编. -- 南昌 : 江西科学技术出版社, 2018. 12

ISBN 978 - 7 - 5390 - 6723 - 0

I. ①内… II. ①陶…②张…③孙… III. ①内科 - 疾病 - 诊断 IV. ①R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 024316 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:ZK2018472

图书代码:B19009 - 101

内科临床诊断学

陶蕾 张东洋 孙华 主编

出版  
发行

江西科学技术出版社

社址

南昌市蓼洲街 2 号附 1 号

邮编:330009 电话:(0791)86623491 86639342(传真)

印刷

北京虎彩文化传播有限公司

经销

各地新华书店

开本

787mm × 1092mm 1/16

字数

160 千字

印张

9.5

版次

2018 年 12 月第 1 版 2018 年 12 月第 1 次印刷

书号

ISBN 978 - 7 - 5390 - 6723 - 0

定价

52.00 元

赣版权登字 - 03 - 2019 - 013

版权所有,侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)



## 前 言

诊断就是从医学角度对人们的精神和体质状态做出的判断。对正常人的健康状态、劳动能力和某一特定的生理过程的判断；司法部门判定血缘关系和伤害性质也属诊断。诊断是治疗、预后、预防的前提。诊断内容可以是实体性疾病或某种生理状态，也可以是综合征。完整的临床诊断包括病因、病理形态和病理生理三方面的内容。诊断就其内容的含义还可分为描述性和实体性两大类。以现象为诊断内容的属描述性诊断，皮肤科常使用这种诊断。凡是揭示疾病本质的属实体性诊断，如肺炎链球菌肺炎。大部分临床诊断都属实体性诊断。

内科学是临床医学的一个专科，有“医学之母”之称。内科学的内容包含了疾病的定义、病因、致病机转、流行病学、自然史、症状、征候、实验诊断、影像检查、鉴别诊断、诊断、治疗、预后。内科疾病的诊断是疾病治疗的基本依据，只有精准地对患者疾病进行诊断，才能制定出有效的治疗方案。本书详细介绍了内科诊断的基本内容与方法、各病症的诊断要领，为内科疾病诊断实践工作奠定理论基础，如有不足与欠缺的地方，望广大读者指导与指正。



## 目 录

<b>第一章 学科概论</b>	<b>1</b>
第一节 内科学 / 1	
第二节 诊断学 / 3	
<b>第二章 问诊</b>	<b>8</b>
第一节 问诊的重要性 / 8	
第二节 问诊的内容 / 9	
第三节 问诊的方法与技巧 / 14	
<b>第三章 体格检查</b>	<b>23</b>
第一节 基本方法 / 24	
第二节 一般检查 / 30	
<b>第四章 心血管检查</b>	<b>46</b>
第一节 心脏检查 / 46	
第二节 血管检查 / 65	
第三节 常见疾病的主要症状和体征 / 71	



---

第五章 肾脏及尿路检查

77

- 第一节 肾脏功能检查 / 77
- 第二节 蛋白尿的诊断与鉴别诊断 / 89
- 第三节 血尿的诊断及鉴别诊断 / 90
- 第四节 肾脏常见疾病诊疗 / 93

---

第六章 临床常用生物化学检测

103

- 第一节 血糖及其代谢产物的检测 / 103
- 第二节 血清脂质和脂蛋白检测 / 108
- 第三节 血清电解质检测 / 113

---

第七章 临床常用免疫学检测

116

- 第一节 血清免疫球蛋白检测 / 116
- 第二节 血清补体检验 / 119
- 第三节 细胞免疫检测 / 121

---

第八章 临床常见病原体检测

127

- 第一节 标本的采集运送、实验室评价和检查方法 / 127
- 第二节 病原体耐药性检测 / 133
- 第三节 临床感染常见病原体检测 / 138



# 第一章 学科概论

## 第一节 内科学

### 一、内科学的地位

内科学作为临床医学的基础学科,重点论述人体各个系统各种疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断、治疗与预防。临床医学按医疗服务的对象、疾病的特性、治疗手段的不同而划分为内科、外科、儿科、妇产科、五官科等等。但无论是哪一科医生用什么手段治疗患者,其先决条件是做出正确的诊断。而内科学教学的核心就是教会学生以患者的主诉为中心,通过问诊和体格检查获取与其主诉相关的基本资料,并有的放矢地进行化验、影像学等辅助检查,然后综合各项结果,经过认真的鉴别诊断,提出诊断和治疗决策。从接触患者到考虑诊断的全过程有时需反复多次,其中的每一环节都应贯穿医生的逻辑思维和缜密的分析、论证。显而易见,这一系列有关临床疾病诊断的基本知识和基本技能,不仅是内科医生而是涉及临床学科的所有医生都应学习和掌握的。

### 二、内科学的进展

#### (一) 医学模式的转换

20世纪后期,由于人类文明的高度进步和科学技术的巨大发展,人类的社会环境、生活习惯和行为习惯也随之发生变化。与此同时,人类的疾病谱也相应发生了明显的变化。从19世纪发展起来的现代医学,对人类健康及疾病的认识从纯生物学的



角度去分析,强调生物学因素及人体病理生理过程,着重躯体疾病的防治,形成了生物学医学模式(biomedical model)。这一医学模式忽略了心理、社会及环境等因素对人体的作用,而恰恰是这些因素对当今人类的健康和疾病有着十分重要的影响,亟待给予足够的重视。改变偏重生物学治疗的医学模式,必须唤起社会广大人群的重视,从冠心病发病源头抓起,改变不良的生活方式,早期干预高血脂、高血压、高血糖等导致冠心病发病的危险因素,这样才能变被动为主动,使冠心病的发病率总体下降。1998年美国冠心病病死率较1965年下降59%,就是顺应了这种生物—心理—社会医学模式。这一新的模式对医学提出了更高的要求。内科疾病的防治不仅是针对病因十分明确的,如感染、营养缺乏、理化病因所致疾病,还要更加重视心理、社会和环境因素、生活方式引起的疾病。内科疾病治疗的目标已不仅是治愈某一个疾病,而还要促进康复、减少残疾、提高生活质量。对许多慢性内科疾病不应固守传统的针对躯体某器官系统的药物治疗,而应同时重视心理、生活方式、社会因素等长期的防治措施。只有顺应这一医学模式的转变,才能进一步提高内科疾病的防治水平。

## (二)循证医学的发展

循证医学(evidence based medicine, EBM)是现代临床医学的重要发展趋势。古代医学是纯粹的经验医学。19世纪发展起来的现代医学已经有了解剖、病理、生化、药理等基础学科的支撑,为临床诊断治疗疾病提供了科学的基础。临床医生面对各种诊断治疗问题,通常是根据现有的基础医学知识,参照前辈及或本人的实践经验,借鉴并查阅相关文献的资料进行处理。对于某一种疾病,某种治疗方法,其结果的好坏,没有客观的统一评价标准。总体来看仍然是经验医学的范畴。随着医学科学、临床流行病学的发展,发现了很多问题是经验医学所不可能解决的,例如高血压患者可能发生脑出血性卒中,应该重视高血压的治疗,但是血压降到多少最为恰当?对这一个问题,仅靠几个专家、几个单位难以提出一个标准。近年来临床药物学的迅速发展,不断有各种各样的新药问世,对新药疗效的验证也不能是一家之见或几家之见。在这样的背景下,20世纪80年代循证医学的概念应运而生。EBM重点是在临床研究中采用前瞻性随机双盲对照及多中心研究的方法,系统地收集、整理大量本研究所获得的客观证据作为医疗决策的基础。目前国内外对较多的常见病制定的诊疗指南,其中各种诊疗措施的推荐均标明其级别和证据水平。某一诊疗措施,如有多个大规模前瞻性双盲对照研究得出一致性的结论,则证据水平最高,常列为强烈推荐。如尚无循证医学证据,仅为逻辑推理,已被临床实践接受的则证据级别水平为最低,常列为专家共识或临床诊治参考。显而易见上述证据水平,随着循证医学研究结果的累积是可以变化的。但循



证医学的研究都只能给临床医生提供重要的参考依据,它不能作为临床决策的唯一依据,更不能因此忽视临床医生对于每一个具体患者认真的个体化分析。

## 第二节 诊断学

诊断学(diagnosics)是运用医学基础理论、基础知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科。诊断学包括解剖学、生理学、生物化学、微生物学、组织胚胎学、病理生理学及病理学等课程,过渡到学习临床医学各学科而设立的一门必修课。其主要内容包括问诊采集病史,全面系统的掌握患者的症状。通过视诊、触诊、叩诊和听诊,了解患者存在的体征,并进行一些必要的实验室检查,如血液学检查、生物化学检查和病原学检查,以及心电图、X线和超声等辅助检查,来揭示或发现患者的整个临床表现。学习获取这些临床征象的方法,掌握收集这些临床资料的基本功。应用基础医学理论,阐明患者临床表现的病理生理学基础(pathophysiological basic),并提出可能性的诊断。为学习临床医学各学科、临床见习与实习奠定基础。因此,诊断学可以说是一座连接基础医学与临床医学的桥梁,也是打开临床医学大门的一把钥匙。

### 一、诊断学的内容

#### 1. 病史采集(history taking)

问诊是通过医生与患者进行提问与回答了解疾病发生与发展的过程。只要患者神志清晰,无论在门诊或住院的场合下均可进行。许多疾病经过详细的病史采集,配合系统的体格检查,即可得出初步诊断(primary diagnosis)。

#### 2. 症状和体征

症状(symptom)是患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。如瘙痒、疼痛、心悸、气短、胀闷、恶心和眩晕等,这种异常感觉出现的早期,临床上往往未能客观地查出,但在问诊时可通过患者的陈述获得。症状是病史的重要组成部分,研究症状的发生、发展及演变,对做出初步诊断或印象(impression),可发挥重要的作用。

体征(sign)是患者的体表或内部结构发生可察觉的改变,如皮肤黄染、肝脾肿大、心脏杂音和肺部啰音等。症状和体征可单独出现或同时存在。体征对临床诊断的建立可发挥主导的作用。



### 3. 体格检查(physical examination)

体格检查是医生用自己的感官或传统的辅助器具(听诊器、叩诊锤、血压计、体温计等)对患者进行系统的观察和检查,揭示机体正常和异常征象的临床诊断方法。进行体格检查时应做到既不使患者感到不适,又能获得准确结果,以期尽早达到明确诊断的目的。

### 4. 实验室检查(LABOratory examination)

通过物理、化学和生物学等实验室方法对患者的血液、体液、分泌物、排泄物、细胞取样和组织标本等进行检查,从而获得病原学、病理形态学或器官功能状态等资料,结合病史、临床症状和体征进行全面分析的诊断方法。当实验室检查结果与临床表现不符时,应结合临床慎重考虑或进行必要的复查。实验室检查偶尔阳性或数次阴性的结果,均不能作为肯定或否定临床诊断的依据。

### 5. 辅助检查(assistant examination)

如心电图、肺功能和各种内镜检查,以及临床上常用的各种诊断操作技术等,这些辅助检查在临床上诊断疾病时,常发挥重要的作用。

## 二、诊断学的学习要领

医学生学习诊断学时,临床课程尚未开始讲授,仅在学习病理生理学和病理学时初步地了解某些疾病发生时的生理功能和病理形态的改变,或仅能应用一些病理生理基础知识对临床上出现的某些症状和体征做出一定的解释。因此,在这个最初阶段不应该也不可能要求医学生在学习诊断学时对临床上各种疾病做出准确而全面的诊断。诊断学的任务更主要的是指导学生如何接触病人,如何通过问诊确切而客观地了解病情,如何正确地运用视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等物理检查(physical examination)方法来发现和收集患者的症状和体征,进而了解这些临床表现的病理生理学基础,以阐明哪些征象为正常生理表现,而哪些属于异常病态征象。联系这些异常征象的病理生理基础,通过反复推敲和分析思考,便可得到诊断疾病的某些线索,从而提出可能发生的疾病。

临床资料是诊断疾病的基础,病史、体征、化验和辅助检查结果的收集与正确判断至关重要。临床资料的获得重要的是要亲自掌握和全面了解。某些局限于系统器官的疾病可能有全身性的临床表现。而某些全身性的疾病也可反映出某局部器官的临床征象。因此,学习诊断学需掌握全面系统的体格检查,并结合病史分析才可能发现重要的线索。例如问诊时患者诉头痛,那么必须注意该症状是否由于工作紧张,睡眠



不足所致的大脑生理功能紊乱,或是由于各种原因引起的,如颅内炎症或肿瘤等病变导致的颅内压力升高和脑水肿之故。又如视诊时发现患者皮肤黄染,那么可能会考虑到患者近期是否进食大量胡萝卜素含量较高的食物引起的生理性皮肤黄染,或是由于胆道疾病所致的胆汁淤积性黄疸,或为肝病造成的肝性黄疸;抑或由溶血性疾病发生的溶血性黄疸。又如触诊时于右上腹触及包块,那么其病理生理基础可能是肿大的胆囊,也可能是来自肝脏的肿瘤。再如叩诊时发现患者两侧胸部均为清音,此系正常肺部的叩诊音,然而,如发现患者一侧下胸部叩诊浊音,则必须考虑是否存在肺实变、肺不张、胸腔积液或胸膜增厚的病理生理改变。此外,听诊时闻及患者两肺均为肺泡呼吸音,此为正常生理状态下的呼吸音,但如于某肺野听及支气管呼吸音,该体征除正常情况下可于气管和主支气管区域闻及外,则应考虑到该区域有实变的可能。如于某肺野闻及湿性啰音,则可能局部肺泡或支气管内有渗出液滞留,其病理生理基础多系支气管、肺炎症或有肺水肿存在等。总之,在问诊和体格检查过程中所发现的每个症状和体征,大多存在着正常生理性、功能性表现或异常病理生理改变的可能性,在综合分析和思考这些临床表现的过程中必然会涉及正常与异常的鉴别,也会涉及异常的临床征象间的初步鉴别诊断(differential diagnosis),最后提出可能的诊断来。

必须强调,诊断学课程中所涉及的诊断,与临床医学各科对疾病的诊断有着一定的区别。例如内科学对疾病的诊断主要依据病因、临床表现、实验室检查和其他辅助检查或特殊检查结果的特点,应用正确的临床思维进行综合、整理、分析和鉴别,最后提出比较符合患者客观表现的临床诊断。然而,如果要求尚未开始学习临床课程的医学生来掌握如诊断内科疾病一样来学习诊断学,那么,势必会造成脱离实际,不但诊断不了疾病,而且会影响对物理检查和一般实验室检查基本技能和方法的掌握。因此,过多地增加有关临床各学科的内容于诊断学课程中,应予避免。临床医学专业三年级的学生,其实验诊断的教学内容应有别于检验医学专业,主要是实验的临床应用,而不是检验技术方法的研究和改进。实验诊断的教学原则应是让学生掌握概念性、普遍性和实用性的内容。因此,实验诊断教学的重点应使学生掌握实验项目选择的原则,实验结果的分析,以指导疾病的诊断。至于特殊性、复杂性和高精尖的内容可留待临床各科的教学和继续教育的过程中予以完成。

当前医学科学的飞速发展,突出表现在诊断领域高新技术的应用,如影像诊断方面有计算机体层扫描(CT)、仿真内镜、磁共振肠道造影、计算机放射摄影系统(computer radiography)、数字放射摄影系统(digital radiography)、三维彩色多普勒超声检查及正电子发射断层摄影术(positron emission tomography)等。分子生物学方面有 DNA



重组技术、荧光定量 PCR 技术、基因诊断及计算机生物芯片技术等。这些新技术无疑会给我们做出诊断带来巨大的帮助,使我们能更及时、更准确地诊断疾病,从而做出正确的治疗方案,极大地提高了临床诊断水平。然而,这些检查手段虽能提供更微观,更细致的病理改变或图像,甚至可以做出病因学或病理学的决定性诊断,但基本的物理检查方法,如视诊时检查者视觉所能感受到的直观改变,触诊时检查者经触觉所获得的特殊信息,叩诊时所发现的叩诊音的变化,以及听诊时所闻及的杂音、啰音的真实音响等,尚难从上述的高新技术的检查中如实地反映出来。另一方面,据有关研究认为,目前大规模应用高、精、尖检查技术诊断疾病,虽能解决不少问题,但尚不能完全取代问诊、一般的物理检查和常规的实验室检查,更不能取代临床医生的诊断思维。因此,如果放弃了最基本的全面系统的体检和规范的思维程序去考虑和分析问题,不进行成本—效益(cost - effective)分析,盲目追求高新技术检查,这不仅会扰乱诊断思维,造成医疗资源的极大浪费,而且还可能使诊断陷入误区。所以,对于医学生来说,学习诊断学既然是为学习临床医学各课程诊断疾病奠定基础,那么,强调正确熟练地掌握物理诊断和常用一般化验的基本功是十分必要的。

从一个医学生到一个临诊时能提出初步诊断的临床医生,是需要经历许多临床实践才能逐步实现的。学习诊断学只是一个涉及临床医学课程的重要开端,或仅为步入学习临床学科的起点或前奏。必须明确,临床医学为实践性极强的一门科学,不可能通过一次学习即可立即掌握和应用,需要经过长时间的反复实践和不断训练,必须由学习诊断学开始,直至担任见习医生和实习医生乃至住院医生的整个过程中,自始至终地不断反复和继续巩固。这样才是名副其实地使诊断学不仅成为奠定学习内科学,诊断内科疾病的基础,而且也是学习临床医学其他各专业课程的基石。

### 三、建立和完善正确的诊断思维

一个诊断的正确与否,关键还在于是否拥有正确的临床思维。目前,流行病学和循证医学(evidence - based medicine)已蓬勃兴起,给传统的诊断学带来了新的变革。在医学迅猛发展,临床实践日新月异的今天,临床医生面临的问题是如何从众多资料中有效地挑选出符合客观实际的证据,以做出合理的诊断。因此,如何掌握正确的诊断思维,并将其运用于临床诊断中,是每位医学生在学习诊断学时必须注意和开始锻炼的问题。

面临大量的临床资料,如何去粗取精、去伪存真地分析和思考问题,是每位临床医师所必须应对的严峻挑战。症状、体征、化验和辅助检查的结果是不可分割的整体,否



则,十有八九会发生错误。临床医师之所以要以临床为主,主要在于他面临的是病人、环境、社会相互作用和动态变化的有机整体。如仅依据某种局部征象或某一检验或辅助检查的结果贸然做出诊断,往往就会顾此失彼,造成抓不住主要矛盾的局面。目前,一些发达国家已将系统评价(systematic review)的结果作为临床制定诊治指南的主要依据。即按照某特定病种的诊断、治疗方法,全面收集所有相关、可靠的随机对照试验(randomized controlled trials)结果,并进行科学的定量合成或荟萃分析(meta-analysis),从而得出综合可靠的诊断或治疗结论。

正确的临床思维有时不是依靠独立思索而形成的,临床会诊、咨询、讨论等均可起到互相启发、诱导和取长补短的作用。各级医师在临床实践中所掌握资料的深度、知识面的广度、分析问题的角度及临床实践的经历均有所差异,某些情况下他人的意见可能正是自己的疏忽所在。医学领域的范围很广,个人的毕生精力毕竟有限,精通只能是相对而言。特别是科技发展突飞猛进、信息数量成倍增长和专业分科越来越细的今天,专科医师的知识更新,更有赖于其他各科和各级医师间的相互渗透和相辅相成。

一个完整的诊断除需了解解剖学、功能学和影像学的诊断外,在条件许可的情况下要尽可能做出病理学、细胞学和病原学的诊断。否则将会造成治疗上的盲目性或延误病情。临床医师不能满足于或仅停留于临床诊断,亦不能将功能诊断和影像诊断来取代病理学和病原学诊断。只有紧紧把握住病理学和病原学诊断,才能使临床诊断更完善、更准确、更可靠,才能使病人得到及时而有效的治疗。

总之,临床医生在日常医疗实践工作中不断总结经验和吸取教训,不断纠正错误的临床思维,并促进正确临床思维的发展和形成。只有把在临床实践中的感性认识上升为理性认识,然后再指导于临床实践,这样周而复始、反复循环,才能使正确的诊断思维不断地建立和完善,才能把诊断的失误减至最小的限度。



## 第二章 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。问诊是病史采集(history taking)的主要手段。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技能。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。

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,对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基本资料。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就可能对某些患者提出准确的诊断。特别在某些疾病,或是在疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,体格检查、实验室检查、甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所获得的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中有些疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、癫痫、疟疾、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患者的第一步,其重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系的最重要时机,正确的方法和良好的问诊技巧,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。问诊的过程除收集患者的疾病资料用于诊断和治疗外,还要其他功能,如教育患者,向患者提供信息,有时候甚至交流本身也具有治疗作用。医学生从接触患者开始,就必须认真学习和领会医学与患者交流的内容和技巧。交流与沟通技能是现代医生重要的素质特征。

1977年由美国精神病学家和内科学教授 Engel 提出的生物—心理—社会医学模式对医生提出更高的要求。它要求医生不仅具有医学的自然科学方面的知识,还要有较高的人文科学、社会科学方面的修养,能够从生物、心理和社会等多种角度去了解和处理患者。这也要求医生必须具有良好的交流与沟通技能,以及教育患者的技能。

根据问诊时的临床情景和目的的不同,大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院病人所要求的全面系统的问诊。重点问诊则主要应用于急诊和门诊。前者的学习和掌握是后者的基础,初学者自然是从学习全面系统的问诊开始。

## 第二节 问诊的内容

### (一) 一般项目 (general data)

包括:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、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。记录年龄时应填写具体年龄。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)

为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,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”。记录主诉要简明,应尽可能用病人自己描述的症状,如“多饮、多食、多尿、消瘦1年”或“心悸、气短2年”等,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”。然而,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,而应该结合整个病史,综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。有时对病情没有连续性的情况,可以灵活掌握,如“20年前发现心脏杂音,1个月的心悸、气短”。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”。

### (三) 现病史(history of present illness)

现病史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. 起病情况与患病的时间

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、高血压常发生于激动或紧张状态时。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,如心悸3个月,反复夜间呼吸困难2周,双下肢水肿4天。从以上症状及其发生的时间顺序可以看出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。

#### 2. 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,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,若为妇女还应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。对症状的性质也应作有鉴别意义的询问,如灼痛、绞痛、胀痛、隐痛以及症状为持续性或阵发性,发作及缓解的时间等。以消化性溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,可持续数日或数周,在几年之中可以表现为时而发作时而缓解,呈周期性发作或有一定季节性发病等特点。

#### 3. 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,患者无法正确判断引发的原因,这时医生应进行科学的归纳和分析。



#### 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。如肺结核合并肺气肿的患者,在衰弱、乏力、轻度呼吸困难的基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自发性气胸的可能。如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。如肝硬化患者出现表情、情绪和行为异常等新症状,可能是早期肝性脑病的表现。

#### 5. 伴随病状

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。如腹泻可能为多种病因的共同症状,单凭这一症状还不能诊断某病,如问明伴随的症状则诊断的方向会比较明朗。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;腹泻伴里急后重,结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。又如急性上腹痛,原因可以很多,若患者同时伴有恶心、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备进一步观察,或作为诊断和鉴别诊断的重要参考资料,这种阴性表现有时称为阴性症状。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,因为它们在明确诊断方面有时会起到很重要的作用。

#### 6. 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。但不可以用既往的诊断代替自己的诊断。

#### 7. 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)

既往史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、预防注射、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;对肝大的患者,应了解过去是否有过黄疸;对慢性冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管意外的患者应询问过去是否有过高血压病。在记述既往史时应注意不要和现病史发生混淆,如目前所患肺炎