

第一篇
消化系统诊断学核心课件

XIAOHUAXITONG ZHENDUANXUE HEXINKEJIAN

第一篇

消化系统诊断学核心课件



例：男，20岁。

突发性腹痛、恶心、呕吐2h夜间来诊，发病前有进食海鲜和饮酒史，解黄色稀便2次，伴低热。

查体：T37.7度，一般可，皮肤巩膜无黄染，心肺无明显异常，腹软，脐周轻压痛，无反跳痛。

化验：大便常规：WBC++；血常规：WBC升高。

诊断？

Concept and Contents*
概念和内容

概念：诊断学 (diagnostics) 是研究如何运用诊断疾病的基础理论、基本知识、基本技能和诊断思维对患者进行诊断的一门学科。 *WHAT?*

通过对疾病的症状、体征及其他表现的识别与分析来判断疾病程序和方法

第一章 诊断学概述

Introduction to Diagnostics

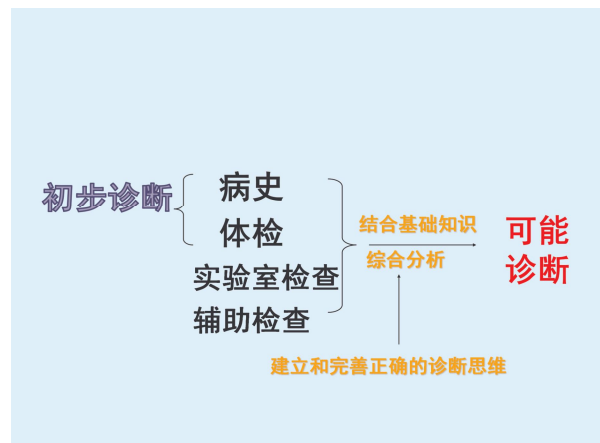
Concept and Contents*
概念和内容——

Learning Objectives
学习目标——

Methods of Learning
学习方法——

Learn requirements of diagnostics.
学习诊断学的要求——

what?
learn what?
how?
purpose!



LEARN WHAT?

诊断学内容

- History taking 病史采集
 - Symptom 症状 & Sign 体征
- Physical Examination 体格检查
- Laboratory Test 实验室检查
- Auxiliary Examination 辅助检查
 - Instrumental Examination 器械检查
 - 心电图检查
 - 超声检查
 - X线检查
 - 其他
- Medical Record 病历书写

基本功

→ Diagnostic Thinking 诊断思维

诊断学是医学生职业生涯的开端,毕生事业的基础

➤ 打好根基, 培养良好的临床素质要从诊断学开始

➤ 严格的临床基本功训练包括:

规范系统的病史采集与病历书写

规范系统的体格检查

症状体征和实验检查临床意义的理解

严谨系统地进行临床观察的能力

正确地进行临床思维的能力和习惯



重要性

- 连接基础医学和临床医学的**桥梁**
- 奠定学习内科学、诊断内科疾病的**基础**
- 学习各临床学科的**基石**
- 也是打开临床医学大门的一把**钥匙**。



(一) 采集病史一问诊

通过医师与患者进行提问与回答, 收集患者相关资料的过程, 目的——了解疾病发生与发展的过程, 为诊断提供依据。

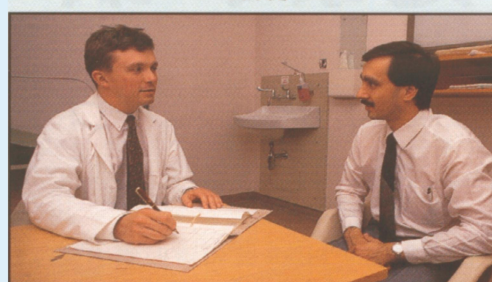
询问主观感觉的异常或不适

病人的陈述 (Complaints)

症状诊断 (Symptomatic diagnosis)



病史



症状 Symptom

患者对自身机体生理功能异常的**主观**体验和感觉。



发热 Fever
腹痛 Abdominal pain
咳嗽 Cough
头痛 Headache
恶心 Nausea
呼吸困难 Dyspnea

异常感觉出现的早期, 症状对疾病的反映是其他检查不能替代的——早期诊断的**重要性**。

准确深入的病史在50-60%情况下可帮助医生作出诊断或指明诊断方向。

不详细、不确切、不真实的病史可以对诊断起误导作用。

(二) 体格检查 (Physical examination)

用感官、简单工具作客观检查发现的异常征象——**体征 (Signs)**

检体诊断 (Physical Diagnosis): 主要**视、触、叩、听**; 应全面、系统、准确, 不遗漏重要征象, 还要患者痛苦少。



体格检查





体征 Sign

患者的体表或内部结构发生可察觉的、**客观存在**的异常改变，可通过**系统的体格检查**获知。



肝脾肿大 Hepatosplenomegaly
心脏杂音 Cardiac murmur
紫癜 Purpura
扁桃体肿大 Antidondcus
紫绀 Cyanosis
巩膜黄染 Icteric sclera
水肿 Edema



2. 某些体征本身具有诊断特征性

- 特征性心杂音：二尖瓣狭窄，动脉导管未闭
- 特征性面容：二尖瓣、甲亢、库欣、肢端肥大、肾病面容
- 反甲，痛风结节，紫绀伴心前区膨隆



3. 规范性体检能帮助我们发现一些未曾料及的问题或关键性线索，减少诊断中的错误



（三）实验室检查（化验）

是通过物理、化学或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的检查，**目的**是获得病原学、病理形态学或器官功能状态等相关资料**协助诊断**。

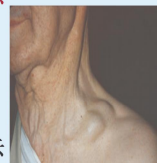
1. 检测体液（血、尿、脑脊液）成分改变，协助诊断
2. 组织细胞形态改变

当该结果与临床表现不符时，应以临床为主，慎重解释或进行必要的复查

体格检查的重要性

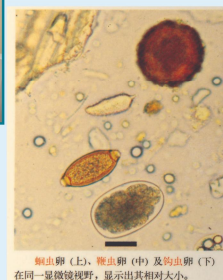
1. 某些体征能提供证实诊断的信息

- 急性阑尾炎的麦氏点压痛和反跳痛
- 伤寒的玫瑰疹
- Virchow's 淋巴结
- 黄疸伴有肿大光滑有张力的胆囊提示胰头壶腹胆管下段癌



学习体格检查的要求：

- 掌握体格检查的**基本手法和规范性**，**系统性的**检查要领
- 熟悉各种**体征的描述方法**
- 熟悉各种体征的**病理生理基础**和**临床意义**
- 体格检查不仅要用手和感官，还要注意**用脑**



淋巴细胞（上）、中性粒细胞（中）及单核细胞（下）在同一显微镜视野，显示出其相对大小。

（四）辅助检查



只能在以上问诊、体检和必要的实验室检查的基础上，针对性的选用，**协助诊断**

诊断学对实验及辅助检查的要求：

- 熟悉各种实验检查的**病理生理基础**，**不要求掌握具体方法**
- 熟悉各种实验检查的**临床意义、诊断价值和局限性**；了解哪些具有**诊断特异性**，哪些能提供**关键性诊断线索**
- 牢记重要实验检查的**正常值**
- 任何时候都要注意把实验检查结果和临床表现结合起来分析，**不要被实验检查牵着鼻子走！**

问诊、查体的作用？

在科技高度发达的今天,临床基本功还有那么重要吗? **最为重要,不能削弱**

➤在进行各种实验室和特殊检查之前,需要有基本的临床判断,不能盲目撒大网,这就需要有扎实的基本功

➤在紧急和意外情况下,必须依靠过硬的基本功,这是生死一线间的问题

我国著名内科泰斗张孝骞教授曾说,约50%以上的病例应当能够从病史得出初步诊断或诊断线索。30%的疾病单纯通过体征可以得到诊断,单纯通过化验检查得到诊断的不过20%。

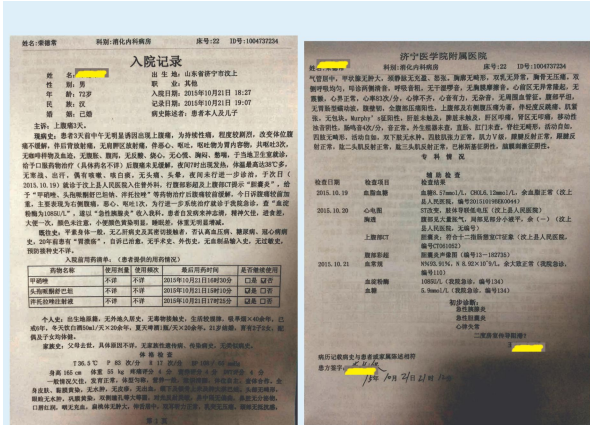


(五) 病历书写

病历是临床医生根据问诊、体格检查、实验室和其他检查获得的资料经过归纳、分析、整理,按照规定的格式而写成的;是关于病人发病情况,病情发展变化,转归和诊疗情况的系统记录。

病历的重要性:

- 是病人情况的客观和科学的记录,各级医师了解病情的重要依据
- 是年轻医师学习整理临床资料、锻炼科学的综合概括能力和表达能力的重要园地,写科学论文要从写病历开始
- 是永久性、有重要法律意义的文件



(五) 诊断思维

是**医生**认识疾病的过程,医生通过对病人进行病史的采集、体格检查和必要的辅助检查,得到第一手资料,经过分析、综合、类比、判断、推理等思维活动,做出对疾病**本质的、理性的、抽象的**判断,得出对疾病理性的认识,继而**根据诊断采取相应的治疗措施**,观察疾病的发展与治疗的效果,反过来验证原来的诊断,进一步肯定或修正甚至否定原来的诊断。

(五) 诊断思维

是**医生**认识疾病的过程,医生通过对病人进行病史的采集、体格检查和必要的辅助检查,得到第一手资料,经过分析、综合、类比、判断、推理等思维活动,做出对疾病**本质的、理性的、抽象的**判断,得出对疾病理性的认识,继而**根据诊断采取相应的治疗措施**,观察疾病的发展与治疗的效果,反过来验证原来的诊断,进一步肯定或修正甚至否定原来的诊断。

临床诊断的几种思维方法

1. 推理

是医生将其掌握的疾病的一般规律用到判定病人个体的假设、推理的逻辑思维过程。

- 演绎推理——根据患者所具有的共性或普遍性的线索(或特征性的)来推导出其诊断结论。
- 归纳推理——医师根据所收集到的个别或特殊的诊断线索,来对照某一疾病的诊断标准。

- 类比推理

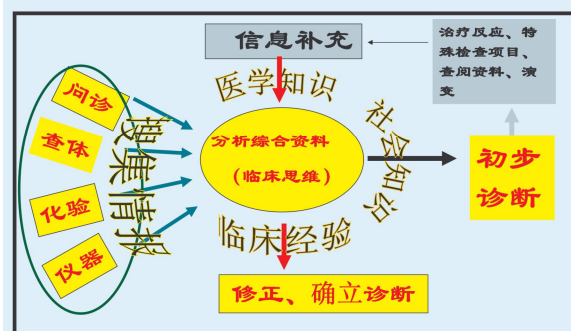
是根据两个或两个以上疾病在临床上有某些相同或相似,但也有不同之处,经过比较、鉴别、推论而确定其中一个疾病的方法,称为类比推理,即临床上的**鉴别诊断**。是逻辑思维中的基本思维形式。

2. 经验再现

由临床病例启动医生的回忆,与过去经历或书本模式进行对比、识别,使经验再现,“对号入座”进行临床诊断。

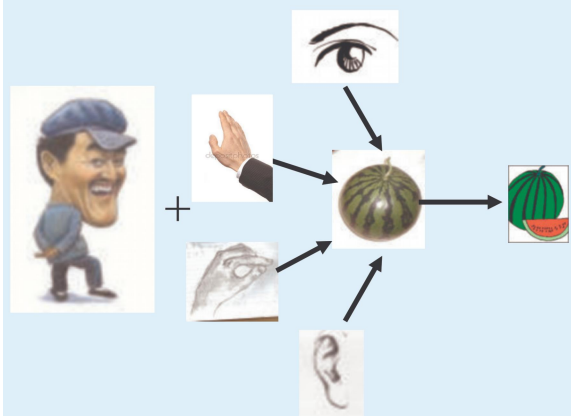
经验丰富的医生根据其经验可使很多复杂的疾病得以诊断,但也有很多因犯经验主义的错误而造成终生愧疚的例子,一般经验必须结合客观证据诊断疾病。

诊断疾病的步骤与思维活动



完整诊断

- 1、病因诊断 → 风湿性心脏病
- 2、病理解剖诊断 → 二尖瓣狭窄
- 3、病理生理诊断 → 心衰 心功能III级
- 4、并发症 → 房颤



Methods of Learning 学习方法

(一) 正确理解诊断学学习的任务:

学习的重点不是各临床专科的知识, 而是学习:

- 如何接触患者;
- 如何通过问诊确切而客观地了解病情、如何正确地运用视、触、叩、听和嗅诊等基本体检方法;
- 如何对常见症状、体征进行识别, 以及恰当选择实验室和器械检查的知识和技能等。
- 掌握病历书写与临床诊断思维的基本原则与方法--基本功。

(二) 诊断学课程是学习人文医学的重要时机

现代技术的发展对人类健康起到了巨大的促进作用, 但是技术的进步并没有减少医疗纠纷, 其中一个重要原因就是医学人文精神的缺失。过分强调医学技术, 认为“三片(药片、铁片和瓦片)”万能论, 忽视了病人的心理行为因素, 导致医学与病人的距离越来越远。因此加强医生人文素质教育势在必行。



医学既是一门自然科学, 又是一门人文科学。医学研究的对象是人, 其本质是“人性化医疗”, 是基于人文、科学、哲学的一门综合学科。因此, 首先学习如何接触病人。

只有在诊治过程中体现以人为本和关怀仁爱, 才能构建良好的医患关系, 获得更好沟通, 获得更多的病史、体检资料, 配合医生的医嘱, 诊治才能更准确。

(三) 学习的基本方法

- 课堂讲授、案例讨论、小组探究式、视频、实验课、模型的模拟教学、见习、网络学习等常见方法
- 角色扮演教学法
- 标准化患者教学法 (SP)



(五) 重视诊断学的基本知识、理论和技能

现代医学高新技术飞速发展,提高了临床诊断水平,但基本的病史采集、体检、化验与特检及其诊断思维并不能被忽略。

原因: 在问诊、体检中,医生所能感受到的直观改变(病史、某些症状:如痛疼)、触诊时所感知的特殊信息(硬度)、叩诊时所发现的叩诊音的变化以及听诊时所闻及的杂音、啰音等,目前还不能从上述高新技术检查中如实的反映出来。

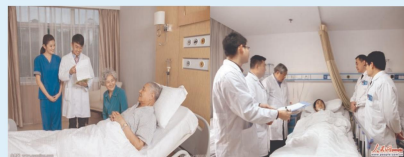
疾病早期出现症状时,许多检查还不能获得阳性检查结果。

高精尖的检查成本效益差,不能盲目进行,应在基本检查基础上进行,更不能取代临床医生的诊断思维。

(四) 反复实践和不断总结

临床医学为**实践性极强**的一门学科,要亲临“床旁”进行问、查、辅助检查,是临床各科的起点。

临床医学需要经过长时间的**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师的整个过程中,自始至终地不断反复和继续巩固。



(六) 综合分析能力和临床诊断思维的培养

疾病表现复杂:

- ◆ 局限于一个系统、器官疾病—表现全身 (甲状腺病)
- ◆ 全身疾病—表现某些局部器官的临床征象 (电解质紊乱, 低钾—腹胀或心电图改变)。
- ◆ 同一疾病—不同患者的表现不同 (心梗—心前区OT胸痛后OT上腹痛疼OT休克、心率不齐)
- ◆ 器质性或功能性疾病。

诊断学不是单纯的技巧课,要把临床技巧和基本知识的学习结合起来。强调在理解的基础上练习。病史采取本身就是一个临床思维过程,体格检查也决不是单纯的动手操作,千万不要死记硬背和机械操作。

Learn requirements of diagnostics.

学习诊断学的要求

1. **问诊:** 能独立、系统、针对性问诊,较熟练掌握主诉、症状、体征间的内在联系和临床意义。
2. **查体:** 系统、全面、重点、有序地体格检查,手法规范,结果符合实际。
3. 熟悉常用实验室检验项目的目的和临床意义,达到“三会”: 选择、判断、分析。

4. 掌握心电图机的操作程序,熟悉正常心电图及异常心电图的图象分析,辨认心肌供血不足、心梗、房室肥大、早搏、房颤、室颤、传导阻滞等。掌握超声波检查指征、结果解释。

5. 书写病历、整理资料、规范化记录

6. 诊断疾病的步骤、临床思维方法,学习诊断疾病,制定计划,动态观查。提出诊断印象或初步诊断。

intended purpose!

- 1.恰当的问
- 2.全面的查
- 3.综合的判
- 4.规范的写

思考题

- **名词解释:**
- 1.病史采集
- 2.症状
- 3.体征
- **思考题:**
- 4.诊断学的内容包括哪些?
- 5.学习诊断学的要求有哪些?

第二节 问诊 Inquiry

A Definition of inquiry

是医师通过对患者/相关人员的**系统询问**获取病史资料, 经过综合分析而作出临床诊断的一种方法, 是**病史采集**(history taking)的主要手段。

把问诊了解到的情况去粗取精, 去伪存真, 使之条理化后**完整**、**准确**地记录下来——**病史**(history)。

体现在以下几方面

①问诊---病史采集的主要手段, 每个临床医生必须掌握的基本功。

关键信息---肺栓塞---骨折后卧床

②获得诊断线索的基本方法, 尤其疾病的早期。

例如: **心绞痛**

症状+问诊--基本诊断 心绞痛

• ③了解病情发生、发展, 诊治的经过, 既往健康状况和观察疗效的重要方法。

例如: 患者以咳嗽、咯血为主要症状时, 若同时伴有午后低热、盗汗等病史, 则提示可能为肺结核。根据这一线索, 进行详细的肺部体格检查和X射线检查, 一般即可明确诊断。

• ④为患者的进一步体检和其各种诊断性检查的安排提供方向。

胸痛——肺部, 心脏检查—胸片, 心电图, 心脏B超

Inquiry

- A Definition of inquiry 概念
- B Significance of inquiry 重要性
- C Contents of inquiry 内容*
- D Method and techniques of Inquiry 方法和技巧*

B Significance of inquiry

- 问诊是认识疾病的开始(**诊断的钥匙**)
- 问诊是诊断疾病的重要方法之一。

仅通过**症状**→**发作性胸痛**就可诊断 (paroxysmal chest pain)

诱因

**心
绞
痛**

部位

性质

放射痛

持续时间

缓解方式

1. 突发性胸痛, 位于胸骨上半部分, 可放射至左肩、左臂、左前侧上肢及无名指和小指。
2. 疼痛的本质是钝性疼痛, 是一种收缩性、窒息性或伴有严重压力的疼痛。严重出汗, 面色苍白, 常迫使患者停止活动。
3. 通常有特定的诱发因素, 如紧张、情绪激动、感冒、饱餐一顿和过度工作。
4. 持续时间很短, 通常是1-5分, 很少超过10-15分钟。
5. 休息后迅速缓解或含硝酸甘油片。

⑤问诊是医患沟通、建立良好的医患关系最重要时机。也是卫生宣教、心理-行为治疗的方法。

⑥问诊得到的临床资料不仅可用于本次疾病的诊断、治疗和护理, 而且问诊的内容还是一种法律文书, 作为医疗诉讼或者解决医疗纠纷的依据。

问诊的分类

根据**临床情景**和**目的**的不同，问诊可分为：

- 一、全面系统的问诊（初学者）
 - 住院病人、慢性病人
- 二、重点问诊—针对主要问题（现病史）
 - 急诊、门诊病人
- 三、专科问诊

为什么问不好？

- 学校没有教，平时没有练。
- 病人太多，没有时间问详细。
- 病情不好问：意识不清、或拒绝回答。

问诊的医德要求

- 严肃认真。
- 尊重隐私。
- 对任何病人一视同仁。
- 对同道不随意评价
- 病人教育和健康指导。

Contents of inquiry

住院病历要求内容：

- ① General data 一般项目
- ② Chief complaint 主诉
- ③ History of present illness 现病史
- ④ Past history 既往史
- ⑤ Review of systems 系统回顾
- ⑥ Personal history 个人史
- ⑦ Marital history 婚姻史
- ⑧ Menstrual and childbearing history 月经生育史
- ⑨ Family history 家族史

General data

内容：

- 姓名，性别，年龄，
- 籍贯，出生地，
- 民族，婚姻，职业，
- 工作单位，住址，
- 入院日期(分)，
- 记录日期(分)，
- 病史陈述者及可靠程度。

要求

- *项目齐全不漏项
- *病史陈述者非病人应注明其关系
- *要写实足年龄

一般项目

姓 名：林XX	单 位：济宁市联想集团
性 别：男	职 别：退休工人
年 龄：73岁	地 址：济宁市太白湖区恒大名都1
婚 否：已婚	入院日期：2016-08-15 12: 00
出生地：山东省临沂市	入科时间：2016-08-15 12: 23
民 族：汉	记录日期：2016-08-15 15: 30
籍 贯：山东省临沂市	陈 述 者：患者本人（可靠）

Chief complaint 主诉*

• **定义：**促使患者就诊的主要症状（symptoms）或体征（signs）+持续时间（起病到就诊的时间）。

• 内容：

1. 感觉异常：如头痛、头昏、腹痛、发热
2. 功能障碍：吞咽困难、瘫痪
3. 身体某部形态异常：颈前肿大（甲状腺）、水肿、腹部膨隆等
4. 其他：消瘦、食欲不振

本次就诊最主要的原因+持续时间。



要求：

1. 确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急，并提供某系统疾病的诊断线索。
如：咳嗽、咳痰3个月，咯血2天
2. 要简明扼要，尽可能用病人自己描述的症状。一般不>20字。
如心悸、气短2年
3. 要用医学术语，不照搬患者的言词
4. 不用医生对病人的诊断用语，不能用病名代症状。
如心脏病2年。

特殊情况:

(1) 病程较长、病情复杂的病例, 应结合病史, 综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。

如: 20年前发现心脏杂音, 近2周出现气促、水肿 (发现心脏杂音20年, 气促、水肿2周)

(2) 对当前无症状, 诊断资料和入院目的又十分明确的病人。

如患白血病3年, 经检查复发10天; 超声检查发现胆囊结石2周; 体检发现右上肺肿块3天; 体检发现高血压1年。



判断正误

咽痛, 发热。
咽痛、发热2天。
畏寒、发热、咳嗽3天, 加重伴右胸痛2天。
喉咙痛2天伴发烧1天。
间歇性左上腹疼痛12年, 加重1月, 黑便3天。
心脏病2年, 加重1周。
反复活动后心悸气短2年, 加重伴双下肢水肿2周。
糖尿病1年。
多饮、多食、多尿、消瘦1年。
发现胆囊结石2月, 入院接受手术治疗。
急性阑尾炎发作3小时。
转移性右下腹痛3小时。

×
✓
✓
✓
×
✓
×
✓
×
✓
✓
×
✓



同学们写的主诉:

烦渴、多饮、多尿、消瘦1个多月于2008年12月29日步行入院。
烦渴、多饮、多尿、消瘦1月余。

12月21日晨起突发右半身偏瘫。

右半边肢体不能活动1天。

右侧肢体麻木、活动障碍1天。

怕冷、发烧三天。

畏寒、发热3天。

咳嗽咳痰20余年, 近期加重。

咳嗽咳痰二三十年, 呼吸困难1年。

反复咳嗽、咳痰25年, 活动后气促6年, 加重1天。

请纠错

History of Present Illness 现病史*

是本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况, 患者应当按时间顺序书写。是病历中的主体部分。

内容包括:

①起病情况与患病时间: 起病的急缓、时间

②主要症状发生: 按症状发生的先后详细描述症状的性质、部位、程度、持续时间、缓解或加剧的因素;

③病因与诱因等

④病情的发展与演变的情况: 主要症状的变化缓解或加重的因素等; 新症状的出现

⑤伴随症状: 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。伴随症状常常是鉴别诊断的依据或提示出现了并发症。

如单靠腹痛很难诊断某病, 如伴呕吐、脐周痛, 有不洁食物史, 则可考虑急性胃肠炎。

还有按照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 (如酮症酸中毒), 也应记述于现病史中已被进一步观察或作为诊断与鉴别诊断的参考资料。

⑥诊治情况: 本次就诊之前的外院就诊、检查、治疗、诊断情况、曾用药物, 尤其是特殊药物, 如激素、抗痨药物、抗生素应记录用法、用量和时间; 对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号 (" ") 以示区别。但不可既往的诊断代替自己的诊断

⑦病程中的一般情况: 最后记述病人患病以来的精神、体力状态, 饮食、睡眠、大小便、体重。对判断轻重、预后及采取何种辅助治疗十分有用

与本次疾病虽无紧密关系, 但仍需治疗的其它疾病情况, 可在现病史后另起一段予以记录。

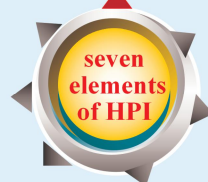


History of Present Illness (HPI)



起病情况与患病时间

Onset Duration



When
Where
Acute onset
Gradual onset
Duration

◆20年前发现心脏杂音, 1个月来反复心悸、气短。