

目 录

第一篇 概述

第一章 诊断学概述.....	3
第一节 诊断学的概念	3
第二节 诊断学的内容	3
第三节 诊断学的基本方法	6
第二章 诊断思维.....	13
第一节 诊断疾病的步骤	14
第二节 临床思维方法	16
第三节 临床诊断的种类	19
第三章 病历书写.....	21
第一节 病历书写的基本要求	22
第二节 病历书写的格式及内容	24
第三节 电子病历	35

第二篇 症状学各论

第四章 口臭.....	41
第五章 呃逆.....	46
第六章 食欲减退.....	52
第七章 烧心.....	59
第八章 反酸.....	65
第九章 恶心.....	71
第十章 呕吐.....	78



第十一章 吞咽困难·····	86
第十二章 呕血·····	94
第十三章 便血·····	103
第十四章 腹痛·····	112
第十五章 腹泻·····	121
第十六章 便秘·····	127
第十七章 排便不尽感·····	134
第十八章 排便困难·····	139
第十九章 腹胀·····	145
第二十章 腹腔积液·····	150
第二十一章 黄疸·····	158
第二十二章 消瘦·····	168

第三篇 消化系统诊断学模拟试题

消化系统诊断学试题（一）·····	175
消化系统诊断学试题（二）·····	184
消化系统诊断学试题（三）·····	193
消化系统诊断学试题（四）·····	202
消化系统诊断学试题（五）·····	211
消化系统诊断学试题（六）·····	220
消化系统诊断学试题（七）·····	229
消化系统诊断学试题（八）·····	238
消化系统诊断学试题（九）·····	247
消化系统诊断学试题（十）·····	256

第四篇 消化系统诊断学模拟试题答案

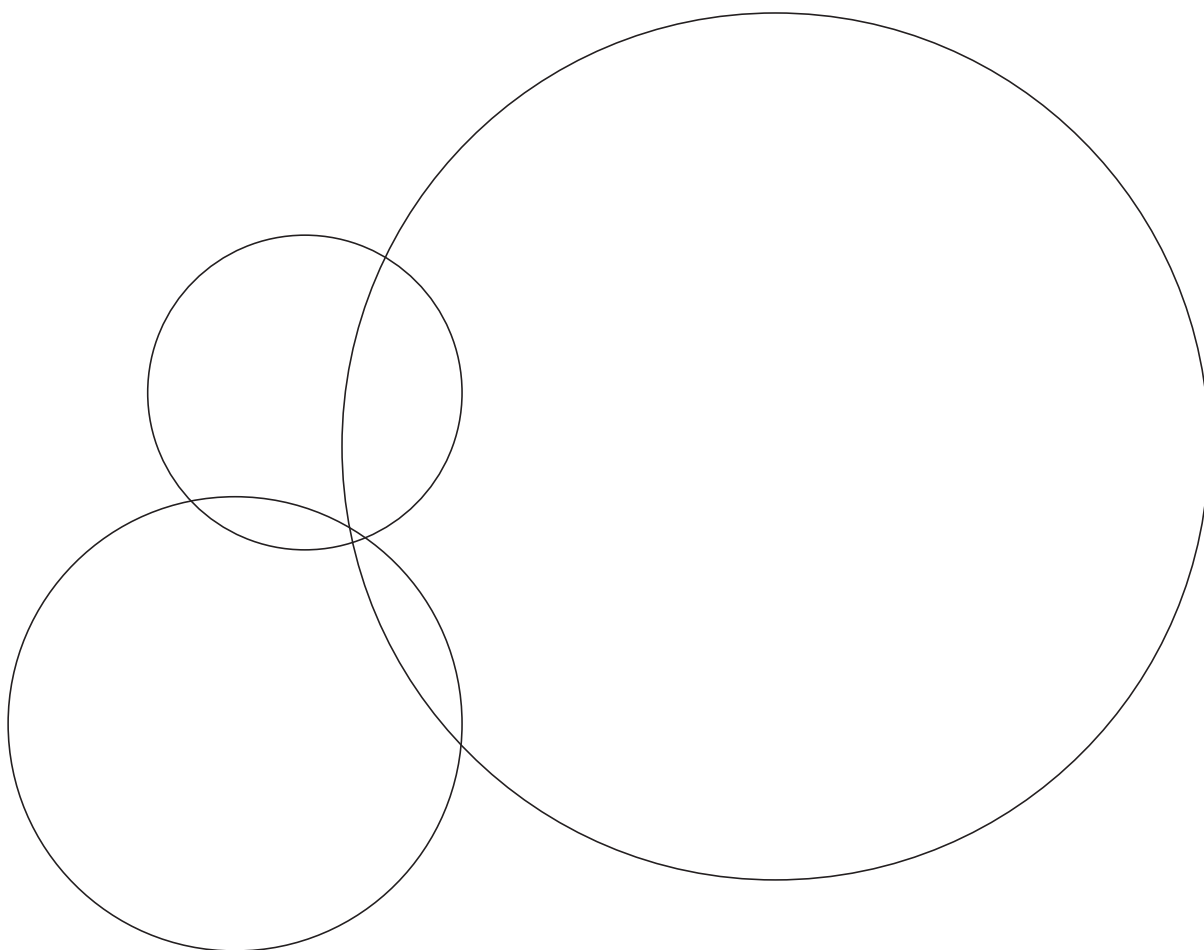
消化系统诊断学试题（一）参考答案·····	267
消化系统诊断学试题（二）参考答案·····	269
消化系统诊断学试题（三）参考答案·····	271
消化系统诊断学试题（四）参考答案·····	273
消化系统诊断学试题（五）参考答案·····	275



消化系统诊断学试题（六）参考答案.....	278
消化系统诊断学试题（七）参考答案.....	281
消化系统诊断学试题（八）参考答案.....	283
消化系统诊断学试题（九）参考答案.....	285
消化系统诊断学试题（十）参考答案.....	288
主要参考文献.....	290

第一篇

概述



第一章 诊断学概述

第一节 诊断学的概念

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。具体就是通过对疾病的症状、体征及其他表现的识别与分析来判断疾病的程序和方法。

第二节 诊断学的内容

诊断学的主要内容包括采集病史、常见症状、体格检查、常见体征、实验室检查、辅助检查、病历书写、临床常用诊疗操作和临床诊断思维等。“临床医学首推诊断”，没有正确的诊断，治疗只会越治越重，而且增加患者家庭及其社会的负担，导致医患关系紧张，因此诊断学意义重大。其意义不仅如此，而且还体现在它是连接基础医学和临床医学的桥梁，是学习各临床学科的基石，是打开临床医学大门的一把钥匙。

（一）病史采集

病史采集（history taking）即问诊（inquiry）：是医师通过对患者/相关人员的系统询问获取病史资料，经过综合分析而做出临床诊断的一种方法。病史采集的主要是症状。

它是医生最基本的一项临床技能。许多疾病经过详细的病史采集，加上全面系统的体格检查，即可提出初步诊断。



（二）症状

从广义上讲，疾病过程中机体内的一系列机能、代谢和形态结构异常变化所引起的病人主观上的异常感觉或某些客观病态改变均称为症状（symptom）。

广义的症状，包含症状和体征两个方面，指疾病引起患者的主观不适、异常感觉、功能变化或明显的病态改变。临床常见的重要症状有发热、疼痛、体重改变、水肿、呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血、食欲减退、消化不良、吞咽困难、恶心呕吐、呕血、便血、黄疸、排尿异常、贫血、休克等。

广义的症状表现有多种形式，有的只有主观才能感觉到的，如疼痛、眩晕等；有些不仅能主观感觉到，而且客观检查也能发现，如发热、黄疸、呼吸困难等；也有的主观无异常感觉，但通过客观检查才能发现的，如黏膜出血、腹部包块等；还有些生命现象发生了质量变化（不足或超过），如肥胖、消瘦、多尿、少尿等，需通过客观评定才能确定，凡此种种，广义上均可视为症状。

但目前多数教科书仍将其分为症状和体征，认为症状是指患者对自身机体生理功能异常的主观体验和感觉，如瘙痒、疼痛、心悸、气短、恶心、呕吐或眩晕等。体征是指医生用感官或传统的简单工具对患者进行系统的体格检查发现的异常客观征象，如皮肤黄染、肝脾肿大、心脏杂音、肺部啰音、血压升高、反射异常等。

由于临床上很多疾病早期仅有些感觉异常，而此时临床上的其他检查方法往往还不能发现，因此，症状对疾病的反映是其他检查不能替代的一种早期诊断方法。当然，也有些疾病，如恶性肿瘤，在疾病的早期可以没有任何症状，一旦出现症状已经是中期甚至晚期，这时体格检查尤显重要。还有一些疾病，特别是在某些疾病的早期，可以不伴有症状和体征，譬如成年人大多都有动脉粥样硬化，但其中多数人既无症状又无体征，对这些无症状、体征的患者只有进行相应的实验室或特殊检查才能够发现异常变化。因此，症状、体征及实验室和辅助检查在临床诊断中缺一不可，但考虑到很多实验室或特殊检查需要掌握一定检测技术并具备先进的仪器设备，成本较高，而且应急情况下，譬如在紧急和意外情况下必须依靠过硬的临床基本功发现症状、体征，进而判断病情，及时应急处理，因此问诊、体检是诊断疾病的最基本的方法，其中获取症状更是临床诊断的第一步，最为关键。

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%。”而不详细、不确切、不真实的病史往往对诊断起误导作用。因此研究症状的识别、发生机制、临床表现特点以及其在诊断中的作用的症状学（symptomatology）是医师向患者进行疾病调查的第一步，是问诊的主要内容，是诊断、鉴别诊断的重要线索和主要



依据，也是反映病情的重要指标之一。

疾病的症状很多，同一疾病可有不同的症状，不同的疾病又可以有某些相同的症状，因此，在诊断疾病时必须结合临床所有资料，综合分析，切忌单凭某一个或者几个症状而作出诊断。

（三）体格检查

体格检查（physical examination）：是指医生用自己的感观或传统的、简单的辅助工具（如听诊器、叩诊锤、血压计、体温计）对病人进行系统的观察或检查，揭示机体正常与异常征象的临床诊断方法。主要包括视、触、叩、听、嗅。进行体格检查时既要全面、系统、准确，不遗漏重要征象，又要使患者痛苦少。

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。

（四）体征与检体诊断

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为体征（signs），可用感观、简单工具通过系统的体格检查获知。任何体征都有其病理生理学基础，医生不仅要正确地判断体征，还要分析这些体征所揭示的病理生理改变，为诊断提供依据，这种诊断方法又被称为检体诊断。

所谓检体诊断（physical diagnosis），就是医师进行全面体格检查后对病人健康状况和疾病状态提出的临床判断。

（五）实验室检查（化验）

实验室检查是通过物理、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，进而协助诊断。

实验室检查主要包括三大常规（血、尿、便常规）、肝肾功、电解质及其他化验等。但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。

（六）辅助检查

辅助检查包括：X线检查、心电图检查、超声检查、内镜检查等高精尖技术。基于成本效益分析，一般要求只能在以上问诊、体检和必要的实验室检查的基础上，有针对性地选用，协助诊断。



诊断学对实验室及辅助检查的要求：熟悉各种实验室检查的病理生理基础，不要求掌握具体方法；熟悉各种实验室检查的临床意义、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；牢记重要实验室检查的正常值；任何时候都要注意把实验室检查结果和临床表现结合起来分析，不要被实验室检查牵着鼻子走！

注意：尽管实验室检查、辅助检查在科技高度发达的今天对临床诊断具有重要的指导意义，但问诊、查体这些临床基本功还是最基本的，最为重要，不能削弱。因为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，根据基本的诊断线索进一步有针对性地选择实验室或辅助检查项目，决不能盲目撒大网乱检查，既耽误了诊治，又造成浪费，有些创伤检查甚至造成对患者的伤害。

（七）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：是永久性、有重要法律意义的文件；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；也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，写科学论文要从写好病历开始。

（八）诊断思维

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。它是临床医生终身需要学习和锻炼的过程。

第三节 诊断学的基本方法

诊断学的基本方法主要包括问诊和体格检查，它们是每个临床医生必须掌握的基本技能。



（一）问诊的内容、基本方法与技巧

1. 概述

问诊（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。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，形成病史（history），因此，它是病史采集（history taking）的过程和主要手段。问诊时一定要强调其完整性和准确性，否则容易导致误诊。

问诊是认识疾病的开始（诊断的钥匙），也是诊断疾病的重要方法之一。问诊的重要性体现在以下几个方面：①问诊是病史采集的主要手段，是每个临床医生必须掌握的基本功。②问诊是获得诊断线索的基本方法，尤其疾病的早期。③问诊是了解病情发生、发展，诊治的经过，既往健康状况和观察疗效的重要方法。④问诊是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。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，可以作为医疗诉讼或者解决医疗纠纷的依据。

2. 问诊的主要内容

问诊的主要内容：主要包括一般情况、主诉、现病史、既往史、个人生活史、婚育史、家族史、过敏史、月经史（女性）。

（1）一般项目（general data）：包括病人的姓名、性别、年龄、职业、婚姻、民族、籍贯、工作单位、现住址。

意义：对病人的诊治负责，便于随访；可以了解到某些与疾病相关的资料，作为诊断疾病的参考。

（2）主诉（chief complaint）：促使患者就诊的主要症状（symptoms）或体征（signs）及持续时间（起病到就诊的时间）。

要求：要抓准（病人的陈述往往主次不分）疾病的主要症结，概括地加以叙述；要将主诉所述的症状或体征的部位、性状、程度、时间等询问清楚，不能含糊、笼统；记述主诉要简明扼要，重点突出；描述主诉时要用医学术语，不照搬患者的言辞；不用医生对病人的诊断用语，不能用病名代替症状，如心脏病2年。

（3）现病史（history of present illness）：指主诉所陈述的疾病从发病到就诊这段时间内的全部经过。是本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。是病史中的主体部分。

按如下顺序进行询问：

发病情况：它包括发病时间、发病原因或诱因，主要症状，体征的性状、部位、持续



时间，曾做何处理。

询问过程：询问从发病到就诊这段时间内病情的变化，哪些症状加重或减轻，又出现了哪些新的症状或体征，疾病的发展有无规律性。

诊治情况：就诊前曾做过何种诊断和治疗，做过哪些检查，诊断的依据是什么，治疗用药物（治疗的效果及反应如何等）等。

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。阴性体征指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体征，也应记述于现病史中以被进一步观察，或作为诊断与鉴别诊断的参考资料。

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。这些对判断轻重、预后及采取何种辅助治疗十分有用，不要忽视。

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

注意事项：现病史的时间应与主诉保持一致；既往所患疾病与本次直接有关，则记入现病史，无关者则记入既往史；记录现病史时采用时间倒推法，从疾病开始发病时的情况记述到目前就诊的情况，数字前后应一致；应精练，类同的症状不需反复描述，但症状的性质、程度等发生变化时应记录变化的情况。

（4）既往史（past history）：既往健康情况、患病情况，以便了解患者现发疾病与既往所患疾病有无联系，以及对现在病的治疗应须注意的问题（某些药物过敏等）。

（5）个人史（personal history）：包括生活经历中的出生地、居住地、经历地等；职业与工作条件中的工种、劳动环境、每天工作时间及工作年限；生活习惯与嗜好中的是否吸烟喝酒、其他嗜好；性格、精神情志等。

（6）婚育史（marital history）：已婚或未婚、结婚年龄、对方健康状况；是否育有子女等（人工及自然流产、有无死胎情况）。

（7）月经史（menstrual and childbearing history）：月经初潮的年龄、月经周期、行经天数、经血的色、质量及伴随症状、末次月经日期或绝经年龄。

（8）家族史（family history）：双亲、兄弟、姐妹及子女等的健康与患病情况，特别注意亲属有无遗传性或传染性疾病（对已死的直系亲属，应问明死亡原因与年龄）。

3. 问诊的方法与技巧

首先应尊重病人，耐心认真地听病人讲述，需要时给予适当的引导。

（1）创造宽松和谐的环境，缓解患者紧张情绪，建立良好的医患关系，取得其信任。

（2）尽可能让患者叙述他认为重要的情况，但不能任其反复陈述，太离题时要委婉打断。



(3) 询问首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程,如有多个症状应确定其先后顺序。

(4) 合理使用过渡语言,根据具体情况采用不同类型提问。

(5) 提问要注意系统性、目的性,避免连续性、责难性、诱导性、暗示性及反复提问,询问完病史的每一部分应归纳小结。为了病史的准确,有疑问时需核实。

(6) 尽量避免用医学术语,用通俗易懂的语言提问。

(7) 整个问诊过程中应注意自己的仪表、礼节、举止,不要只埋头记录,不与病人视线接触。回答病人提问时不能不懂装懂,要尽自己所能提供相关信息。

(8) 要与病人探讨接下来该怎么做及复诊时间。

(二) 体格检查的基本方法

1. 体格检查 (physical examination) 概念

体格检查是医生运用自己的感观或借助于简便的检查工具,如体温表、血压计、叩诊锤、听诊器、检眼镜等,客观地了解和评估人体状况的一系列最基本的检查方法。许多疾病通过体格检查再结合问诊获得的病史就可以做出临床诊断。医师进行全面体格检查后对病人健康状况和疾病状态提出的临床判断称为检体诊断 (physical diagnosis)。

2. 体格检查的基本方法

包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。

体检时要熟练地进行全面、有序、重点、规范和正确的体格检查,需要有扎实的医学知识、反复的临床实践和丰富的临床经验。

体检注意事项:

(1) 以病人为中心。

(2) 医师仪表端庄,举止大方,态度诚恳和蔼。

(3) 诊查场所应保持肃静、整洁、光线充足、温度适宜。

(4) 医师站在病人右侧,并有礼貌地做自我介绍,说明体检的原因、目的和要求,便于取得患者的密切配合。

(5) 体格检查时总原则:先总体后局部、从上到下、由前到后、自外向内、先左后右。

具体检查要应根据患者的体位,按照一定的顺序进行。

卧位患者:一般情况和生命征→头颈部→前、侧胸部(心、肺)→(取坐位)后背部(包括肺、脊柱、肾区、骶部)→(卧位)腹部→上肢、下肢→肛门直肠→外生殖器→神经系统(最后站立位)。

坐位患者:一般情况和生命征→上肢→头颈部→后背部(包括肺、脊柱;肾区、骶部)→(患者取卧位)前胸部、侧胸部(心、肺)→腹部→下肢→肛门直肠→外生殖器→



神经系统（最后站立位）。

必要时检查生殖器、肛门、直肠。

遇危重病人，应重点检查并立刻实施抢救，待病情稳定后，再进行系统、全面体检，以利于及时抢救和处理病人。

（6）既力求系统、全面，但也要注意原则的灵活性，避免反复翻动病人。

（7）注意保护患者隐私，依次充分暴露各部检查部位，某部位检查完毕即行遮蔽。

（8）强调边查边想，正确评价；边问边查，核实补充。

（9）应根据病情变化及时进行复查，有利于观察病情，补充及修正诊断。

（10）注意左右及相邻部位的对照检查。

（11）应掌握检查的进度和时间，一般应尽量在30～40min内完成。

（12）检查结束时应与患者简单交谈，说明重要发现，患者应注意的事项或下一步的检查计划。但如对体征的意义把握不定，不要随便解释，以免增加患者思想负担或给医疗工作造成紊乱。

3. 基本检查方法（basic examination techniques）的内容和技能

（1）视诊（inspection）

1）概念：医生用眼睛观察被检者全身或局部表现的诊断方法。

2）视诊的内容：

①全身表现：

A.性别。

B.发育营养：营养不良的患者表现为眼窝下陷，颊部消瘦，皮肤松弛。长期罹患慢性消耗性疾病的患者（肿瘤、结核病、甲亢）可表现明显消瘦的外观，严重者称为恶病质。

C.意识状态。

D.面容表情。

E.体位姿势与步态。

F.体型等。

②局部表现：皮肤、黏膜、舌苔、头颈、胸及腹部外形、四肢、肌肉、脊柱及关节生长发育状况等。

③特殊部位视诊：需要借助某些仪器，如耳镜、鼻镜、检眼镜及内镜等。

视诊方法简单易行，适用范围广，常能提供重要的诊断资料和线索。但只有在掌握了丰富的医学知识和临床经验的基础上，才能减少和避免有体征而不能及时识别发现的现象。

（2）触诊（palpation）

1）概念：医生通过手接触被检查部位时的感觉来进行判断的一种检查方法。它可以



进一步检查视诊所发现的异常征象，也可以明确视诊所不能明确的体征。

2) 触诊内容：主要包括体温、湿度、震颤、波动、压痛、摩擦感、包块等。

3) 方法：分为浅部触诊法（light palpation）和深部触诊法（deep palpation）两种，深部触诊法又分为深部滑行触诊法（deep slipping palpation）、双手触诊法（bi manual palpation）、深压触诊法（deep press palpation）、冲击触诊法（ballottment）。触诊时主要用右手指腹与被触诊部位密切接触，借助掌指关节的弯曲和移动进行触诊。

①浅部触诊法

方法：右手放在被检查部位，以掌指关节和腕关节的运动，旋转或滑动方式轻压触摸。一般可触及的深度约为1cm，适用于体表浅在病变的检查和评估。

注意：

A.指甲平整，手指并拢。

B.手指和掌面处同一水平面。

C.避免肩、肘参与。

D.每次下压不超过1cm。

E.按一定的顺序进行。

②深部触诊法

方法：被检者仰卧屈膝、放松腹肌，张口平静呼吸（交谈），检查者运用一手或双手在被检查部位逐渐加压向深层触摸，借以了解被检查部位深部组织及脏器状况。

内容：主要用于诊察腹内脏器大小和腹部异常包块等。有无压痛、抵抗感、搏动感、包块及肿大的脏器。

注意：由浅入深；每次下压应在2~3cm左右。

（3）叩诊（percussion）

1) 概念：叩诊是用手指、手掌、拳头叩击身体表面某一部位，使之震动而产生音响，经传导至其下组织和器官，然后反射回来，被检查者的触觉和听觉所接收，根据震动和声响的特点来判断被检查部位的脏器状态有无异常的一种方法。

2) 方法：

①直接叩诊：医生右手中间三手指并拢，用其掌面直接拍击被检查部位，借助于拍起的反响和指下的震动感来判断病变情况的方法。用于：胸腹部面积较广泛的病变，如大量胸腔积液、大片肺实变。

②间接叩诊：又称指指扣诊法。具体方法的关键点为，医生左手中指第二指节紧贴于叩诊部位，其他手指稍微抬起，勿与体表接触；右手指自然弯曲，用中指垂直叩击左手中指末端指关节处或第二指骨的远端；以腕关节和掌指关节的活动为主，避免肘关节和肩关节参与运动。叩击时动作要灵活、短促、富有弹性，叩击后右手中指应立即抬起，同一部



位连续叩击2~3次。应用最多，常用于确定心肝浊音界、肺界。

叩诊时被叩击部位产生的反响称为叩诊音。分为：鼓音（*tympany*），见于叩击含大量气体的空腔组织；过清音（*hyperresonance*），见于叩击肺组织含气量增多、弹性减弱时；清音（*resonance*），见于叩击正常肺组织；浊音（*dullness*），见于叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时；实音（*flatness*）见于叩击正常实性脏器或肺实变部位、大量胸腔积液等。

③叩诊注意事项：环境安静，病人采取适当体位。根据叩诊部位不同，采用适当的体位，如叩胸部——坐位或卧位，腹部——仰卧位，确定有无少量腹水时一肘膝位；对称部位比较鉴别，注意叩诊音变化及不同病灶的震动感差异；操作规范，用力均匀适当；一般叩诊可达到的深度约5~7cm，叩诊力量应视不同的检查部位、病变组织的性质、范围大小或位置深浅等情况而定。

（4）听诊（*auscultation*）

1）概念：是医师根据病人身体各部分活动时发出的声音判断正常与否的一种诊断方法。是诊断疾病的一项基本技能和重要手段。可听取正常与病理呼吸音、各种心音、杂音、心律及肠鸣音。

2）方法：

①直接听诊（*direct auscultation*）：医生将耳直接贴附于被检查者的体壁上进行听诊。（弱、特殊或紧急情况下应用）

②间接听诊（*indirect auscultation*）：用听诊器进行听诊的一种检查方法。

3）注意事项：

环境要安静，避免干扰；切忌隔着衣服听诊，听诊器体件应直接接触皮肤以获取确切的听诊结果，避免体件过凉；采取适当体位；正确使用听诊器，检查时耳件方向应向前，佩戴后应适当调整其角度。

（5）嗅诊（*olfactory examination*）

1）概念：是通过嗅觉来判断发自病人的异常气味与疾病之间的一种方法。异常气味来源于皮肤、粘膜、呼吸道分泌物，胃肠道呕吐物和排泄物，脓液与血液等。

2）方法：用手将患者散发的气味扇向鼻部。

第二章 诊断思维

临床思维是指运用医学科学、自然科学、人文社会科学和行为科学的知识，以患者为中心，通过充分的沟通和交流，进行病史采集、体格检查和必要的实验室检查，将获得的第一手资料结合其他可利用的最佳证据和信息，结合患者的家庭和人文背景，根据患者的症状等多方面信息进行分析、综合、类比、判断和鉴别诊断，形成诊断、治疗、康复和预防的个性化方案，并予以执行和修正的思维过程和思维活动。

临床思维也可概括为在临床实践中用来收集和评价资料以及作出诊断和处理判断的推理过程。它是医学的重要组成部分，它包括诊断思维（diagnostic reasoning）、治疗思维（treatment reasoning）和护理思维等。

诊断是临床思维的核心。诊断的思维方法是医生正确认识疾病本质的桥梁。诊断疾病中的临床思维就是将疾病的一般规律应用到判断特定个体所患疾病的思维过程，即临床诊断推理。诊断疾病是医生最重要也是最基本的临床实践活动之一，诊断认识疾病是有效地治疗疾病的前提。





第一节 诊断疾病的步骤

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。思维过程反映出疾病诊断步骤:

(一) 搜集临床资料 (data collection)

手段: 病史 (问诊);

体征 (体格检查);

实验室及辅助检查。

要求: 真实性;

系统性;

完整性。

(二) 分析、综合、评价资料 (data processing)

病人所提供的资料,往往较凌乱,缺乏系统性,有些可能与现病无关,要想完全反映疾病的本质,医生就必须将调查所得到的资料进行归纳整理,去粗取精,去伪存真,由表及里,由此及彼,加以分析,然后再予以综合、推理、考虑哪种病比较接近病人的实际情况,逐一进行鉴别,最后得出初步诊断。

(三) 初步诊断 (primary diagnosis)

结合: 已学的理论知识

以往的临床经验



但由于搜集的资料并不一定完整无缺,综合分析也不一定完全合乎实际,或由于疾病本身的特点还没有充分表现出来等原因,初步诊断可能不够完善,甚至是错误的。

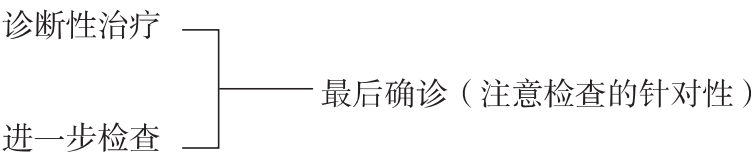


疾病过程常常处于不断变化中，一些临床表现产生了，另一些可能消失了；也可能一个疾病痊愈了，另一个发生了；或者疾病内部的主次要矛盾相互转化了；而且每一次的诊断都只能看到疾病全过程中某一阶段的一个片断，往往要分析、综合多个片断，才能对疾病获得较完整和明确的认识。因此，必须用发展的观点进行分析。

提出初步诊断后，必须在医疗实践过程中不断地观察思考，验证诊断。及时补充或更正初步诊断，使诊断更符合客观实际，直至最后确定诊断。

总之，准确掌握病情是正确诊断的前提，缜密思考分析是正确诊断的关键，临床动态观察对诊断进行验证是正确诊断的保证。

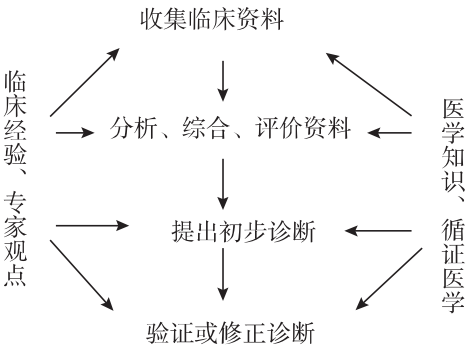
(四) 验证或修正诊断 (diagnosis correcting)



临床诊断是医生对疾病的一种认识，属于主观范畴。认识往往不是一次就能完成的，它的正确与否还需要通过临床实践的不断检验。初步的诊断是否正确，也需要在临床实践中验证。由于疾病的复杂性和人的认识能力的局限性，一个正确的诊断往往需要经过从感性认识到理性认识，再从理性认识到医疗实践的多次反复才能产生。这就要求临床医生根据病情的变化不断地验证或修改自己原有的诊断，在不断发展的疾病面前多次证实、补充、修改，如此循环往复，直到得出正确的诊断。

因此，提出初步诊断之后给予必要的治疗；客观细致的病情观察；某些检查项目的复查以及选择一些必要的特殊检查等，都将为验证诊断或修正诊断提供可靠依据。

总之，准确掌握病情是正确诊断的前提，缜密思考分析是正确诊断的关键，临床动态观察对诊断进行验证是正确诊断的保证临床诊断常用思维方法。





第二节 临床思维方法

临床思维方法是医师对疾病现象进行调查研究、分析综合、判断推理等过程中的一系列思维活动，由此认识疾病、判断疾病和治疗疾病等临床实践过程中所采用的一种推理方法。在临床推理中存在分析性推理和非分析性推理两种方式，两个系统之间具有互补性和交互性。

（一）临床思维基本方法

1. 推理

是医生获取临床资料或诊断信息之后到形成结论的中间思维过程，有前提和结论两个部分，推理不仅是一种思维形式，而且也是一种认识各种疾病的方法和表达诊断的手段。

（1）演绎法：

也称顺向思维法，即从一般到个别的推理方法。

演绎诊断法，就是医生以某一疾病的诊断标准为大前提，以新病例的临床征象为小前提，进行逻辑推理。如果新病例的征象与大前提（诊断标准）相仿，那就可推论出该患者的诊断结论。

如：已知急性胃肠炎的诊断标准，如有人出现“饮食不洁后出现腹痛、腹泻、呕吐”等急性胃肠炎的表现，我们就可直接诊断为急性胃肠炎（直接诊断法）。

（2）假设诊断法：

假设是根据已知的理论和事实对未知的现象及其规律性做出的一种假定性说明。假设诊断，即通常说的推测性诊断。当遇一患者其临床资料尚不充足时，先形成假设诊断，然后有目的地在观察病情中做有关的资料补充（包括辅助检查），以获得更多的支持证据，如果根据假设诊断预测的证据越多，则假设诊断就越正确。

例如，患者诉发热、出汗、双膝关节肿痛、白细胞增多、血沉快，医生结合已有的医学理论，先做出“风湿病”的假设，然后再进一步观察患者的病情演变，是否有皮下小结及环形红斑出现，实验室检查抗“O”（反应蛋白）等来最后证实诊断。

假设诊断不是确定诊断，只是为医生指明诊断方向。

进行假设诊断，必须掌握“择优原则”，即在多个假设中，优先选择具有可检性高的



假设（也就是科学性高的假设）、时空概率高的假设（不同疾病在特定的地区、季节发病率高）、人群概率高的假设（同一疾病在不同种族、性别、年龄的人群中发病率不同）、危险率高的假设（长期暴露在某些危险因素下容易患病）和解释力强的假设（能用一种诊断统一解释患者全部或主要临床表现）。

（3）类比推理

医生在诊断过程中，把新接触到的病例与既往诊治过的旧病例相比较，找出它们的相似之处，从而对新病例做出诊断。

例如，医生在长期临床实践中，对“风心病”“冠心病”患者典型的症状、体征、心电图、超声心动图等均已十分熟悉，当再遇到新病例时，就会找出彼此间的相似之处，推导出对新病例的诊断。

类比诊断法具有直接、简捷做出诊断的优点，对常见病、多发病、地方病、症状体征典型的疾病诊断常用此法，尤其对危重急症的诊断更具有重要意义。

不足：只注意到事物的相似性，忽视了差异性，而相似未必就是本质上的相似。例如，临床上会遇到“同病异症”“异病同症”这些特殊情况。如心肌梗死发作酷似胆石症；发热、肝肿瘤、超声波见液平段，可以是细菌性肝脓肿，也可以为阿米巴肝脓肿表现。因此，类比诊断法做出的结论不一定十分准确。

注意：①应选择典型病例作类比对象；②要注意寻找事物间的差异性；③两个类比的属性必须是反映必然联系的本质属性，而不是表面现象的类比。

2. 横向列举

也叫排除诊断法。当疾病处于发病初期或复杂的疾病或不典型的病例而无法找到可确诊的“特殊病症”时，就可根据现有的资料，抓住一个主要症状，或先将几个重要病症组成一个综合征，提出一组临床表现相似的可能的疾病，逐一列举，再进一步根据其他临床特征包括实验室检查结果，逐渐查找其诊断依据或进一步检查，逐步缩小诊断范围，最后找出最可能的诊断、次可能的诊断，或还有更次的可能诊断。医生大脑中的“活病谱”越广，诊断结论越正确。

如：“发热、咳嗽、咯血痰”等，罗列出一些类似的疾病，再根据另一些特征性资料，排除一些疾病，那剩下来的，就是我们需要的诊断。

3. 模式识别

临床医生见到经长期临床实践反复验证的某些“典型描述”、特定的“症状组合”，可以帮助医生迅速建立起初步诊断。

例：无痛性进行性梗阻性黄疸伴胆囊肥大——胰头癌；反复发作上腹痛、夜间痛、饥饿痛、进食缓解——十二指肠溃疡；淋雨、高热、胸痛、咳嗽、咳铁锈色痰——大叶性肺炎等。



4. 其他方法

对具体病例诊断的临床思维程序：

- (1) 从解剖的观点，有何结构异常。
- (2) 从生理的观点，有何功能改变。
- (3) 从病理生理的观点，提出病理变化和发病机制的可能性。
- (4) 考虑几个可能致病的原因。
- (5) 考虑病情的轻重，勿放过严重情况。
- (6) 提出1~2个特殊的假说。
- (7) 检验该假说的真伪，权衡支持与不支持的症状体征。
- (8) 寻找特殊症状体征组合，进行鉴别诊断。
- (9) 缩小诊断范围，考虑诊断的最大可能性。
- (10) 提出进一步检查及处理措施。

(二) 诊断思维的原则

1. 基本原则

(1) 首先考虑常见病和多发病：如右下腹痛病人首先考虑阑尾炎，而不是首先考虑回盲部肿瘤。

(2) “一元论”原则：尽量用一个疾病去解释各种临床表现。如病人出现咳嗽、咯血、发热、淋巴结肿大、纳差、血尿，可用“结核病”解释，而不用肺炎、肺癌、上呼吸道感染、肾炎等多个疾病来解释。

(3) 应考虑当地流行和发生的传染病和地方病。

2. 相对性原则

难以确定真实诊断时，要树立极端的“安全原则”，要首先选取一种对病人最有利的可能诊断：

- (1) 相对于危险性较小的可能性，优先考虑更危重的可能性。
- (2) 相对于功能性疾患，优先考虑器质性疾病，不要轻易下神经官能症的诊断。
- (3) 相对于无法治愈的疾病，优先考虑可治的疾病。
- (4) 相对于不需要做紧急手术治疗的疾病，优先考虑需要紧急手术治疗的疾病，优先安排对需要紧急手术治疗的疾病的鉴别诊断。
- (5) 相对于无传染性的疾病，优先考虑有传染性的疾病，以免因漏诊传染病而造成传染。
- (6) 相对于病程进展缓慢的疾病，优先考虑病程变化很快，甚至骤然死亡的疾病。



3. 诊断的最高原则

以上的原则，都是相对的原则。

什么是最高原则？只有一个：病人的具体情况，也就是实事求是原则。

在医疗工作中，无论是采集临床资料或进行诊断、治疗，都要深入临床实际，精确了解病情，运用正确的临床思维和工作方法，一句话，就是对具体问题，具体分析，不主观，也不武断，才能很好地完成临床任务

（三）循证医学在临床诊断思维中的应用

核心思想：临床证据、医师经验、患者意愿三者结合制定医疗决策——诊断方法、治疗方法；医患相互理解，互相信任——达到最佳诊断和治疗效果。

（四）误诊

（1）原理：从误诊的原理上分析，有概念、判断、推理三个方面。

（2）临床误诊的比率：约在30%，国内外的情况差别不大。

（3）分类（从医疗纠纷的角度）。

①科学技术、思维局限性所引起，这属于学术的范畴和免责的范畴。

②另类要承担法律责任的范畴。

（4）误诊的原因：病史资料不完整、准确、观察不细致；检验结果有误差；先入为主，主观臆断；症状体征不典型、医学知识不足，缺乏经验；本科疾病无关；对高科技技术的依赖；对权威专家的盲从；伪病。

误诊因素组成：思维方法36%，业务知识33%，工作责任心16%，病史采集 15% 。

第三节 临床诊断的种类

（一）诊断分类

（1）直接诊断：病情简单直观，无需特殊检查即能明确诊断。

（2）排除诊断：临床症状体征不典型，有多种可能疾病，通过检查分析，不难发现不符合之处，予以排除。

（3）鉴别诊断：诊断难以明确，需不断收集新的资料予以鉴别。



（二）临床诊断的内容和格式

- ①病因诊断；
- ②病理诊断；
- ③病理生理诊断；
- ④疾病的分型与分期；
- ⑤并发症的诊断；
- ⑥伴发疾病的诊断。

例如：诊断

1. 风湿性心瓣膜病

二尖瓣狭窄和关闭不全；

心房纤维颤动；

心功能Ⅲ级。

2. 慢性扁桃体炎

临床综合诊断：

有些疾病一时难以明确诊断，临床上常以其突出症状或体征为主题的“待诊”方式来处理，如：发热待查（诊）、腹泻待查（诊）、黄疸待查（诊），血尿待诊等。尽量根据收集的资料分析综合，提一些诊断的可能性，按可能性的大小排列，反映诊断的倾向性。

如发热待查：①伤寒；②恶性组织细胞增多症待排除。

第三章 病历书写

（一）概述

1. 定义

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。



2003年版



2010年版



2020年版

2. 病案和病历的概念是有所区别的
广义的病历包括病案。

①病历——是病人患病的历程和医务人员的医疗活动行为过程综合记录，在病房期间称为病历，归档到病案室之后称之为病案。

②病案——是将回收的病案资料进行分析整理、索引编号、加工成册，即称病案。