# 《临床医学概论》

**（第二版）**

**中南大学出版社**

项目四 诊断方法与病历书写

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **课题** | 诊断方法与病历书写 | |
| **课时** | 2课时（90min）。 | |
| **教学目标** | **知识目标：**  1. 掌握病历书写的内容与格式。  2. 熟悉临床诊断步骤与思维方法。  **能力目标：**  学会病历书写的内容与格式、临床诊断基本原则和方法。  **素质目标：**  塑造“严谨缜密、实事求是”的职业品格，养成“一丝不苟，精益求精”的工作态度。 | |
| **教学重难点** | **教学重点：**临床诊断步骤与思维方法  **教学难点：**诊断方法与病历书写 | |
| **教学方法** | 讲授法、问答法、讨论法 | |
| **教学用具** | 电脑、投影仪、多媒体课件、教材 | |
| **教学设计** | 第1节课：考勤（2min）--知识讲解（40min）--作业布置（3min）  第2节课：知识讲解（40min）--课堂小结（3min）--作业布置（2min） | |
| **教学过程** | **主要教学内容及步骤** | **设计意图** |
| **考勤**  **（2min）** | ■【教师】清点上课人数，记录好考勤  ■【学生】班干部报请假人员及原因 | 培养学生的组织纪律性,掌握学生的出勤情况 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示临床诊断步骤与思维方法  **一、诊断步骤与临床思维方法**  对于疾病的诊断过程，实际上是医生对患者所患疾病的认识及判断过程，主要包括以下三个步骤：临床资料的获取；建立诊断；验证诊断。  **（一）临床资料的获取**  “诊”可视同于“侦”，是调查取证的过程。为了作出正确的诊断，我们应力求获得最真实、最准确、最完整的临床资料。临床资料主要包括病史、体格检查、实验室及器械检查等。  病史采集是最重要且难度最大的部分。病史首先是由患者（或知情者）向医生陈述其就医的直接原因。由于受社会文化背景、对疾病的了解程度及各种不同的就医心态等因素的影响，病史可能被叙述得杂乱无章，医生应耐心去听且要抓住要点，随时思考引起所述症状的发展过程及相互之间的联系，对尚不清楚之处逐一深入询问。如患者诉“吐血”，医生可提出诸如“血的颜色”“血与痰相混还是与食物相混”“出血前有何不适”“既往所患疾病”等问题，以区别是呕血还是咯血，然后再进一步找出呕血（或咯血）的具体病因。在询问中要对患者进行必要的引导，避免暗示。以暗示得到的病历往往不真实，且易留下误诊的隐患。如一位 20 岁女性被查出血性心包积液，在采集病史时，患者曾诉 2 周前乘车途中遇急刹车，腹部撞击到车栏上。因原发病因一直查不清楚，医生遂向 患者提问：“胸部是否被撞？”患者在医生暗示下，将受撞部位由腹部改称胸部，由此得出“外伤行心包炎”的诊断，经引流，液体消失后出院。2 个月后一次剧烈活动中，患者突发晕厥，再次住院，详查证实为非霍奇金淋巴瘤所致的心脏压塞，这才是血性心包积液真正的病因。完整病史的采集有时要延续到体检后，因体检可能还会发现新的线索，需做进一步的询问，以补充遗漏的病史。如给心悸的患者查体时，发现其甲状腺肿大，此时要再仔细询问甲状腺疾病的有关症状，予以补充。  体格检查既要系统全面，又要重点突出，在了解病史的基础上，应对可疑受累部位及可能出现的阳性体征仔细检查。如一位双下肢浮肿患者，在病史询问中得知其浮肿可能由风湿性心脏瓣膜病、心力衰竭所致，医生在进行全身各系统检查时要将重点放在心脏、血管的视诊、触诊、叩诊、听诊以及肺部、肝脏等可能受累脏器的检查上。病史及体格检查的完整、全面是非常重要的，否则易致漏诊或误诊。如忘记询问月经史，将“宫外孕”误诊为“急性阑尾炎”；不详细询问病史及仔细体检，将具有发热、寒战、右上腹痛的“右下大叶性肺炎”误诊为“急性胆囊炎”。  目前可供临床使用的实验室及器械检查项目非常多，且新的、更高精的检查手段不断问世，但许多检查、化验项目存在假阳性和假阴性可能，医生应掌握所要选做检查项目的适应证、敏感性、特异性及准确性，以便作出正确判断。除常规检查作为疾病的初步筛选手段外，其他检查必须依病史及体检为线索有针对性选用，避免采用撒网式的检查方法来获得临床诊断，一些创伤性的检查更应慎重。  **（二）建立诊断、验证诊断与临床思维方法**  “断”即是对疾病作出判断。此过程是医生将病史采集、体格检查、实验室检查及各种器械检查得到的结果，加以综合分析，作出初步诊断。初步诊断建立后还要经过实践检查，逐步完善。在诊断过程中（也包括以后的治疗中），医生的思维如何才能与客观相符合，从而对疾病作出准确无误的判断？这就要求医生具有良好的、科学的临床思维。临床思维方法是医生认识和判断疾病过程中采取的推理及逻辑方法，是将疾病的一般规律运用到判断特定个体所患疾病的思维过程。临床思维涉及哲学、生物学、心理学、社会学等诸多方面的知识，是开启诊断和治疗大门的钥匙。临床思维中的几点注意事项：  **1. 局部与整体** 人体虽由多个脏器、多个器官组成，且各自具有不同功能，但它们均在中枢神经系统统一调控下，彼此间相互联系、相互作用、相互制约、相互协调来完成生理功能。单个脏器的病变往往可累及全身，如慢性支气管炎可发展到肺心病、心功能不全；反之，全身性疾病也可以某个脏器的损害为突出表现，如原发性高血压，有人是因鼻衄而发现的。要防止片面地、孤立地对待临床表现，否则会“头痛医头”“脚痛  医脚”，很容易漏诊或误诊。在疾病诊断过程中，凡能用一种疾病解释患者全部临床表现时，就不用多个诊断分别解释不同症状。如某患者四肢末梢发麻，反复尿路感染，疲乏无力。乍看，以为是神经系统和泌尿系统的疾病，再查发现了糖尿病，而前二者均是糖尿病的并发症。但有些患者也可同时罹患两种或两种以上疾病，故亦应避免用单一疾病诊断去勉强解释许多临床现象，应实事求是、如实、客观地对待。  **2. 主要与次要** 先考虑多发病、常见病，后考虑少见病，环境、生物、心理、遗传等诸多因素均会对人体产生影响，不同地区、不同时期可有不同的疾病发生。如流行性出血热患者皮肤上常有出血点，在此病流行季节和区域，遇到皮肤有出血点的患者，结合其发热、尿中蛋白等，首先就得考虑此病；而在非疫区，遇到有类似表现的患者，首先考虑的却是血液系统和其他系统疾病，而非流行性出血热。因此做诊断时，应了解患者所在地的疾病谱，在排除了常见病、多发病后，再去考虑少见病、罕见病。  **3. 个体差异** 疾病虽然有共同特征和表现，但人体之间存在着个体差异，使它在每个患者身上的具体表现都有其特殊性；而且医生接诊的患者因处于疾病过程中的不同阶段，尽管患同一种疾病，不同的个体在表现上也会有不同程度的差别。如同样是原发性高血压患者，有的无任何不适，体检中偶然被发现；有的有头痛、头晕；还有的却以活动中出现气短而就医。教材上介绍的是疾病共同的特征和典型表现。而就诊患者的表现却并非都那么典型，在诊断疾病时应予注意。如冠状动脉粥样硬化性心脏病的患者常有心绞痛，但当其发生在糖尿病基础上时，却可无明显心绞痛症状。  **4. 许多疾病正确的诊断需反复验证才能成立** 很多疾病的早期表现很相似，甚至难以区分，医生只有在不断地观察中去甄别。如某位患带状疱疹的患者在疱疹出现前因剧烈胸痛就医。此时，根据疼痛的部位、性质、持续时间、伴随症状、相关病史的询问和体验及辅助检查，排除了部分引起胸痛常见的病因，医生发现他的疼痛是沿肋间神经走行分布的，将其诊断为“肋间神经炎”，2 天后该患者疼痛部位出现了皮疹，此时诊断被改正为“带状疱疹”。疾病是个动态发现的过程，医生也要以动态的观点去对待它。  初步诊断的建立仅仅是诊断工作的初始阶段，其结果是否正确还得经过实践的检查（当治疗效果不满意时，要重新考虑诊断是否有误或不全面），随着疾病的发展和医生诊疗工作的深入，最初的诊断可被证实、被补充，也可被修改，乃至被推翻，而由新的、正确的诊断取而代之。  **二、诊断内容与书写方式**  临床诊断是医生制定治疗方案的依据，要求概括、全面和重点突出。一份完整的疾病诊断，按顺序依次排列为：病因诊断、病理解剖诊断、病理生理诊断、并发症和伴发病的诊断。如某一患者同时患多种疾病，应分清主次，本次住院的主要疾病列在前，其他疾病按其重要性依序后排。  **（一）病因诊断**  病因诊断是根据致病因素作出的诊断，如风湿性心脏瓣膜病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、结核性胸膜炎等。因其指明致病的原因和本质，对疾病的发展、转归、治疗、预防有重要的指导意义，故列于诊断首位。  **（二）病理解剖诊断**  病理解剖诊断是对病变部位、范围、性质及组织结构变化做出的诊断，列于第二位。如二尖瓣狭窄、急性下壁心肌梗死等。此诊断的确立可根据组织学检查，也可由临床表现联系病理学而提出。  **（三）病理生理诊断**  病理生理诊断是疾病导致机体功能状态改变的诊断，列在第三位。如心房颤动、心功能不全等。病理生理的变化对病变脏器以及机体的功能作出判断，可由此作出患者预后及劳动能力的鉴定。  **（四）并发症的诊断**  在发病机制上与主病密切相关的疾病称为并发症，列于第四位。如 2 型糖尿病合并糖尿病肾病、先天性心脏病动脉导管未闭并发亚急性感染性心内膜炎等。  **（五）伴发病的诊断**  与主病无关，但同时存在的疾病称伴发病，排在最后，如冠状动脉粥样硬化性心脏病伴发龋齿、过敏性鼻炎等。  在临床工作中，并非对所有疾病都能作出如此完整的诊断，可依其一项或二项作出诊断，如甲状腺功能亢进症、肝硬化失代偿期等。一些一时难以明确诊断的疾病，临床上常以其突出的症状或体征为前提，以“×× 原因待查”的方式暂予以处理，如“发热原因待查”“黄疸原因待查”等。在其下注明初步考虑可能性较大的疾病或待排除的疾病。  如“咯血原因待查，肺结核？原发性支气管肺癌待除外”。  临床诊断内容及格式举例诊断：  冠状动脉粥样硬化性心脏病  急性前壁心肌梗死  心房颤动  心功能 III 级  颈椎病  过敏性鼻炎  **【学生】**思考、讨论。 | **展示文章，让学生更加仔细的阅读，从而激发学生的学习欲望。** |
| **作业布置**（3min） | **【教师】**布置课后作业  **简述病理生理诊断。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示病历书写  医务人员在医疗过程中形成的文字、符号、图表、影像和病理切片等资料构成了病历，制历的文字部分是医务人员根据问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动所获得的资料，经归纳、分析、整理，并按规范化格式书写而成的。病历反映了患者发病、病情演变转归和诊疗情况。病历不仅是每位患者的病情档案，对其终身的医疗将提供参考，并且具有重要的法律效应。病历的质量直接反映了医院的医疗、学术及管理水平，是医疗、科研、教学的宝贵资料。  书写完整、规范的病历是每位医生所必须掌握的基本功，能否书写优质的病历也是对临床医生工作能力的考核标准之一。医学生必须从头做起，以高度负责的精神和实事求是的科学态度，刻苦认真，才能练就出一套终身受益的本领。  **一、病历书写要求**  （1）病历应实事求是地反映患者的病情及诊治经过，杜绝主观臆断。  （2）病历要按规定的格式书写，项目填写应齐全无缺，最后由医务人员签名。书写中要使用医学词汇和术语，语句精练、通顺易懂，标点符号使用准确，避免使用便语、俗词。  （3）病历应在规定的时间内完成。  （4）应用蓝黑或碳素墨水书写病历，门（急）诊病历和需复写的医疗文件可用蓝或黑色油水的圆珠笔。书写时要求字迹工整、清楚易认、无错别字（要运用规范的汉语和汉字），如有笔误，应用双横线画在错别字上，不得应用刮、涂、粘等方法掩盖或去除原有字迹。上级医生有责任审查、修改下级医生病历，修改时要注明修改日期并签全名，对原记录应保持清晰可辨。  **二、病历书写的内容和格式**  **（一）门诊病历**  门（急）诊病历记录应由接诊医生在患者就诊时及时完成。  **1. 初诊病历**  （1）门诊手册封面应填写患者姓名、性别、出生年月、民族、职业、婚姻、住址、药物过敏史等项目。  （2）就诊医院、科别。  （3）就诊日期（年、月、日，急诊患者应注明时、分），时间以 24 小时制记录。  （4）主要病史：简明扼要的记录主诉、现病史及与本次疾病相关的既往史、个人史、家族史等。  （5）体格检查：一般情况、阳性体征及有益于鉴别诊断的阴性体征。  （6）实验室及特殊检查结果。  （7）初步诊断（写在右下角），应力求在就诊当天或随后 1 ～ 2 次复诊中确定，如一时难以确诊，可暂以症状诊断代替，如“腹泻原因待查”等，并在其后提出一个或几个可疑诊断，如病情复杂，应请求会诊或收入院检查确诊。  （8）处理意见：如入院、会诊、手术、进一步检查，应用的药物及剂量、用法、随诊、建议及疫情报告等。  （9）医生签全名。  **2. 复诊病历** 重点记录患者病情变化，前一次就诊后各种实验室和器械检查结果，对治疗的反应，安排进一步检查及治疗等。  **3. 急诊病历** 应记录患者就诊时间（年、月、日、时、分），主诉、扼要病史、体温、脉搏、呼吸、血压、神志、重要体征、实验室及影像等检查结果、诊断、抢救措施与抢救经过（需标明时间）。如急诊抢救无效死亡者，应记录死亡时间，死亡诊断和死亡原因。  **4. 门诊病历内容及格式**  年 月 日 医院 科别 主要病史（简要记录主诉、现病史、既往史等）。  体格检查（简要记录阳性体征及有鉴别意义的阴性体征）。  实验室及特殊检查结果：  处理：  初步诊断：1.  2. 医生签名：  **（二）住院病历**  患者入院时医生书写的病历有两种：住院病历（一般病历）由实习医生、低年资住院医生及进修医生书写，内容要求系统而完整；另一种为入院病历，由住院医生完成，内容简明扼要。住院病历要求在患者入院 24 小时内完成。  **【学生】**思考、讨论。 | **通过教师讲解，了解常见症状的基本理论知识。** |
| **课堂小结**  （3min） | 【**教师**】**回顾和总结本节课的知识点。**  **这节课我们一起学习了病历书写，知道患者入院时医生书写的病历有两种：住院病历（一般病历）由实习医生、低年资住院医生及进修医生书写，内容要求系统而完整；另一种为入院病历，由住院医生完成，内容简明扼要。住院病历要求在患者入院 24 小时内完成。** | 通过对所学知识的回顾，培养学生的归纳总结能力 |
| **作业布置**（2min） | **【教师】**布置课后作业  **简述病历书写的内容和格式。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **教学反思** | 教学目标是课堂的灵魂，只有紧紧把握教学目标，根据教学目标选择采用合适的教学方法，才能达到预期的目标。 | |