

内科医师

必知的关键细节

著
审

陈建福
陈菊梅



中国协和医科大学出版社

内科医师必知的 关键细节

陈建福 著
~~陈菊梅~~ 审

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科医师必知的关键细节 / 陈建福, 陈菊梅编著. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2010. 5

ISBN 978-7-81136-360-9

I. 内… II. ①陈… ②陈… III. 内科-疾病-诊疗
IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 066220 号

内科医师必知的关键细节

作 者: 陈建福 著 陈菊梅 审
责任编辑: 张 路 韩 鹏

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单北大街 69 号 邮编 100005 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开
印 张: 5.125
字 数: 80 千字
版 次: 2010 年 6 月第一版 2010 年 6 月第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 12.00 元

ISBN 978-7-81136-360-9/R · 360

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

著者简介

陈建福，副教授、主任医师。1930 年出生，1958 年毕业于上海第二医学院，获医学学士学位，分配至北京协和医院内科任住院医师。1965 年总理视察新疆，为加强建设兵团的需要调至新疆石河子医学院附属医院内科，“文革”期间曾在基层卫生队做全科医师数年。1979 年开始任石河子医学院附属医院内三科副主任，继之主任，兼诊断学教研室主任。曾发表论文 20 篇，1985 年获中央农牧渔业部优秀教师奖，1989 年编著的《甲亢的诊断与治疗》（新疆人民出版社出版）获自治区科技成果三等奖。1989 年调至上海，于区卫生局医院等级评审专家组工作数年，退休后返聘于《中华内分泌代谢杂志》，任编辑数年，至今仍间断在基层医院坐诊。

审者简介

陈菊梅，教授、主任医师。1945 年考入浙江医学院医疗系。1950 年起在上海市立第二人民医院实习并留院工作。1954 年赴前苏联列宁格勒儿科医学院攻读传染病学博士研究生。1958 年初回国后任西安医学院传染病教研室讲师、主治医师，同年 11 月调入中国人民解放军第三〇二医院。1991 年起享受政府特殊津贴，同年 12 月任三〇二医院专家组组长至今。现任中央保健委员会特聘会诊专家、全军病毒性肝炎防治技术指导组组长、国家级“双效期刊”《传染病信息》编审专家委员会主任委员兼总编辑。出版专著 11 部、发表学术论文 150 余篇。获国家科技进步二等奖 1 项，军队科技进步二等奖 8 项、三等奖 9 项。1992 年被评为中国人民解放军总后勤部“巾帼建功先进个人”。1999 年、2000 年获中央保健委员会颁发的“在党和国家领导人的医疗保健工作中做出了优异成绩”奖状。2000 年被评为总后勤部“一代名师”。2003 年获中央军委保健委员会颁发的“全军干部保健工作特殊贡献奖”。

前 言

本人从医 50 余载，曾在大、中、小各级医院工作过，接触过各阶层的医师与病人，深感广大群众要得到三甲医院优质服务之不易。要使全国医学院校毕业本科生都受研究生教育后或都在三甲医院深造 3~5 年后再分配至基层医院工作几乎是不可能的，遂将行医 50 余年来的体会和浅见整理成册，希望对广大医师尤其是基层医院医师的成长及实际工作有所帮助。

本书主要内容：本人曾在北京协和医院内科任住院医师 7 年，亲受一代宗师张孝骞主任好学、严谨作风的熏陶，深感内科医师基本功的重要性，它是提高医疗质量以及成为一个好医师的基石。内科医师的基本功至今尚无统一的定义，本书以举例形式从病历书写、症状、体征、基本操作技能几个方面详述我对基本功内容的体会。学习是医师的生命，要活到老，学到老，要学些什么、如何学、如何用，需要我们加以注意。当代医师应与时俱进，从分子水平去学习和研究某一疾病的病因、发病机制、临床分型、异质性基础和个体化的靶向治

疗，治疗病人时要重视治疗方法的机制、具体实施细节和疗效，要循证、辨证、结合实际情况，针对个体严格而灵活地应用理论。同时作为一名内科医师，不仅要深入掌握本专科知识，还要熟悉大内科各专科知识及相关的其他学科的知识。卫生知识宣教与疾病防治成果密切相关，医患沟通极为重要，医师要重视个人修养，只有医术与医德结合才能成为一个好医师。本书第四章以糖尿病为例，说明专科医师对本专科疾病应了解到何种程度，第五章讲述常见慢性病（高血压病、糖尿病、甲状腺功能亢进）的处理要点、腹痛的鉴别诊断和肾上腺皮质激素临床应用注意要点，这些是大医院青年医师及基层医院医师必须掌握知识中的一部分。

此书有助于改进大医院青年医师及基层医院医师的学习和工作方法，从而提高医疗质量以满足人民需要。本书尚涉及常见慢性病处理及健康生活方式等，病人可将其视为科普教育，体健者可阅读之以促进保健。

陈建福

2010 年

目 录

第一章 基本功	(1)
第一节 病历.....	(2)
第二节 症状和体征.....	(6)
第三节 辅助检查.....	(13)
第四节 基本操作技能.....	(23)
第五节 如何落实基本功培养.....	(24)
第二章 工作中学习	(28)
第一节 学习时间：活到老，学到老.....	(28)
第二节 学习方法：循证、辨证、温故知新.....	(31)
第三节 学习深度：分子水平.....	(37)
第四节 学习广度：专科医师/大内科医师 ...	(55)
第五节 治疗学的艺术	(60)
第三章 培养医师的环境因素	(82)
第一节 大环境因素：国内外.....	(82)
第二节 微环境因素：医院.....	(86)

第四章 医师的个人修养	(94)
第五章 专题：对糖尿病的认识	(100)
第六章 实用的“要点”	(126)
第一节 高血压病处理要点	(126)
第二节 糖尿病处理要点	(130)
第三节 甲状腺功能亢进症处理要点	(133)
第四节 腹痛鉴别诊断要点	(144)
第五节 肾上腺皮质激素临床应用注意 要点	(149)

第一章 基 本 功

所谓基本功，即是做好一切工作的必备条件。各行各业都有各自的基本功，京剧演员的基本功是“唱”、“念”、“做”、“打”，一招一式、一个台步、一个动作、一个眼神都不能有丝毫马虎。临床医师也有自己的基本功。目前科学发展日新月异，某些临床诊断方法已达到快速、高效、特异性强、敏感性高的分子水平，但尚不能普及到广大基层医院，且价格高昂，有时还不能完全确定诊断，而扎实的基本功能帮助指明诊断方向，甚至明确诊断，可节省时间、降低花费、减少病人接受各种不必要检查的躯体痛苦，这不仅对基层医院的临床医师相当重要，对三级甲等医院的临床医师也同样重要。如果盲目依靠各种先进设备的检查报告，不详细询问病史、不行细致系统全面的体格检查、不结合病人实际情况分析思考，就会导致延误诊断甚至漏诊、误治等严重后果。在医学发展甚快的今天，容易出现单纯依靠先进设备而忽略基本功重要性的误区，这是应该引起广泛注意的。

掌握基本功，是提高技术水平和医疗质量的根本。什么是临床医师的基本功？至今尚无统一的定义。一般是指基本理论、基本知识、基本操作技能，各临床科室之间大同小异。

第一节 病 历

病历的重要性和意义有：病历是重要的诊断依据之一，如病历中的家族史和个人史可为遗传性疾病或传染性疾病指明诊断方向，现病史中的起病方式、诱发因素、症状体征的演变过程等为大叶性肺炎、肠梗阻、胃穿孔等许多疾病提供快速有力的线索；病历是临床研究的重要素材，如对于某一疾病的大样本临床分析、临床随机双盲对照试验等，病历是重要的原始资料，研究结果的可靠性完全取决于病历的完整性和真实性；病历书写是住院医师提高业务水平、进行基本功训练的重要组成部分，病历质量直接反映该住院医师的业务水平、医疗作风，在书写病历的过程中可促进我们努力学习，可培养我们严谨辨证的思想方法、认真谨慎的工作作风、团结互助的团队精神；病历内容也可反映医院的设备条件、后勤保障、工作及学习风气；病历还是发生医疗纠

纷时的法律依据。

病历包括门诊急诊病历、住院病历，住院病历中包括入院记录、首次病程记录、病程记录、会诊记录、阶段小结、交接班记录、出院记录、死亡记录、死亡讨论记录以及转院或病理讨论会需要的病历摘要等，以上各项的格式和内容都有明确要求（可参看诊断学），在此不赘述。目前在病历书写上应引起注意的问题有：

一、门诊、急诊病历

首次就诊的病人至少应记录全面而简练的病史及体格检查结果。一诊病历记载“上腹痛2年，发作2天，伴反酸，纳可，既往体健。体检一般情况可，心肺（-），肝脾未及。印象：腹痛待查，溃疡病？”。从该病历记载中我们可得出许多信息：病人过去没有其他疾病、未行胃镜检查、没有并发症（出血、梗阻、穿孔、癌变）的迹象；体检没有浅表淋巴结肿大、心律不齐、心脏器质性杂音、神经系统异常；诊断尚不确定，还不能排除功能性消化不良、胃食道反流病等，还需观察随访及进一步检查。以上这些你得都问过、查过、想过，只是不必做详细记录。当然如果有特殊阳性体征就应记载，如锁骨上淋巴结肿大等。

目前门急诊病历不足之处有字迹极为潦草、记录不

规范、内容不完整、病历本随意更换（这就失去了病历记载的意义）等，究其原因客观上可能是因为工作量太大，病人多，就诊时间不足，过去医师每小时诊治4~5位病人，现在有些医师每小时诊治10位病人，怎能保证病历书写质量？主观上是因为不够重视病历记载的重要性。当然如果非本医师的初次就诊病人，病历记载可以相对简单。

在二十世纪五六十年代，北京协和医院的门诊病历每位病人病历号始终不变、保存完好，每周有主治医师抽查各住院医师的病历，检查记录是否规范、内容是否完整、是否及时行相关有针对性的实验室检查、治疗是否恰当等，并在晨会上或当面指出不足之处，被点名的住院医师也欣然接受，大家十分和睦。这种精神值得大家学习，只有如此才能保证医疗质量不断提高，同时这也是对年轻医师进行培养的一个重要方面。

二、住院病历

接收新病人的住院医师应在当日下班前完成首次病程记录，包括简要的现病史、阳性体征、阳性实验室检查、初步诊断、目前处理及注意事项，这便于有病情变化时值班医师可以快速了解情况、及时处理，这也是一般基层医院容易忽略的。

要强调体格检查的重要性。主治医师查房时、被邀会诊时，对新病人均应按顺序进行全面、系统、细致、手法准确的体格检查，这应形成常规。不亲自检查病人不能发现问题所在，不能发表诊治意见，不能指导下级医师。未行体格检查，如口头会诊、电话会诊、远程电脑会诊时医师只能发表仅供参考的意见。

要重视病程记录。病程记录不能像流水账，要有要求、有重点。一般病人 3 ~ 5 天记录一次，内容主要包括病情变化、医嘱更改理由、邀请会诊和进行某项检查的理由、自己对病情变化的分析、上级医师的分析和指示，如有特殊操作如胸腔穿刺应记录穿刺部位、操作程序、抽出胸腔积液量及颜色、患者有无不适、标本送何种检查等。危重病人则应每天记录，甚至一天多次记录，内容除以上条目还应包括抢救药物应用时间、剂量、给药途径；院领导的指示、急会诊意见和执行时间；家属及患者本人的要求和意见；当时有无意外情况如停电、停水、断氧、断药等，如果有原因何在、是否及时解决等。

病人到三级医院住院是很不容易的，尤其是对于那些经济条件较差或来自外地的病人，而出院记录是患者转回到基层医院继续观察和治疗的重要参考资料，其中的治疗意见可以说是基层医院的治疗指南。出院记录也是病人以后再次住院，尤其是到其他医院就诊或住院时

的重要资料。如果出院记录内容不完整，势必给病人带来不必要的麻烦，延误治疗时间，增加经济负担。出院记录应包括病人的发病情况、诊断治疗全过程的简单总结、各项重要检查的结果、最后的临床或病理诊断、出院医嘱，出院医嘱应具体明确、条理分明、切实可行。

第二节 症状和体征

所谓症状，就是病人自我感觉到的不适，如头痛、腹痛、发热、咳嗽等。所谓体征，就是看得见或摸得着的、或看不见摸不着只能以叩、听方式感知到的异常征象，而此时病人不一定有任何不适感觉，如强迫体位、皮肤紫癜、水肿、巩膜黄染、淋巴结肿大、呼吸音消失、胸部叩诊鼓音、肝脾大、腹部移动性浊音等。一种疾病可以产生多种症状和体征，同一种症状体征可以由多种疾病引起。我们只有通过广泛学习、长期工作积累经验，掌握了各种疾病典型与不典型的临床表现后才能判断某一症状或体征对某一疾病的诊断价值，当然还需结合病史、症状体征的动态变化以及各种实验室检查才能作出临床诊断。如能充分了解各种症状或体征的临床意义，就能在没有任何先进设备的基层社区医院或非卫

生机构场所作出初步诊断，从而第一时间进行抢救和处理，这对各级医院的医师均很重要，而对基层医院的医师则更为重要。

例如最常见的症状——头痛，其最多见于感冒、疲劳、睡眠不足、月经期、更年期、神经官能症等，都无大碍；但也可见于颅内感染性疾病、颅内血管性疾病（血栓形成、栓塞、出血、动脉瘤、蛛网膜下腔出血等）、颅内占位性病变（良性肿瘤、原发或转移的恶性肿瘤、结核病、脑囊虫病等）、脑外伤后遗症、偏头痛、头痛型癫痫、腰椎穿刺麻醉后头痛、眼耳鼻口腔疾病以及全身感染、铅、酒精、一氧化碳中毒等。各种原因的头痛都有其特殊规律及相关病史、症状和体征，临床医师应根据病人的年龄、性别、职业、有无高血压等全身性疾病以及头痛的部位、性质、程度、起病快慢、持续时间、有无发热等伴随症状尽量及时作出最初步的印象性诊断，以便及时处理或行进一步检查。大多数情况下头痛对症处理即可，但不能掉以轻心，有时会碰到急症。

例一：男性，既往体健，无高血压史，与人吵架后突感剧烈头痛，坐卧不安。送至当地医院，查血压无增高，未行任何检查就转送上级医院，路上颠簸，入院后又多次搬动，CT 检查诊为蛛网膜下腔出血，后出血增多颅内压剧增，病人昏迷，再转外院准备行开颅减压引

流术，途中死亡。根据病人的起病方式当地医院应考虑到此病，应查有无脑膜刺激征、行腰椎穿刺，脑脊液为血性或脑脊液中有新鲜红细胞即可作出初步诊断，若据此诊断予患者绝对卧床休息、应用止血剂，待病情稳定后再转院行进一步的 CT 检查，也许患者可免于死亡。可见最基层的医师掌握基本功是多么重要。

例二：青年女性，既往体健，行阑尾切除术后 5 天，突然端坐呼吸，轻度发绀。心内科医师急会诊，心率 120 次/分，考虑心衰，给予毛花苷丙（西地兰）0.6mg 静脉注射，未见好转再给予西地兰 0.4mg 静脉注射，2 小时后仍未见好转。再急请普内科医师会诊，心率 120 次/分，律齐，无器质性杂音，心界消失，左侧胸部呼吸音及语颤消失，叩诊鼓音，考虑为左侧自发性气胸，床边胸片证实后按气胸处理，患者迅速转危为安。据此病例可见全面细致的体格检查多么重要，同时也说明在设备较好的大医院，若不重视基本功照样不能及时诊断，后果可能危及生命，患者死亡后除非行尸解，否则医师与家属可能都不知是何原因，更无从总结经验教训。

例三：中年男性，一年多来常有里急后重、血便，无明显腹痛、消瘦。在基层医院长期按慢性痢疾治疗，反复应用各类抗生素，久治不愈。后行肛检发现直肠肿物，转院行检查证实为直肠癌，行手术治疗，术后情况