

临床袖珍手册

临床医师 值班手册

主编 郭航远 洪德飞



复旦大学出版社
上海医科大学出版社

临床袖珍手册

主 编：郭航远 洪德飞
副主编：吴忠标 王建国 王青青
罗仕好
编写秘书：董 梁(兼)
编写人员：郭航远 洪德飞 吴忠标
王建国 王青青 董 梁
罗仕好 王一红 陈文君
葛松林 郑景霞 方向前
李长岭 周 雯 赵 凯
章 辉 马国勇 陈恩国
周大春 王 谨 徐 勇
审 阅：姚健敏 蔡秀军

临床医师值班手册

复旦大学出版社
上海医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床医师值班手册/郭航远,洪德飞主编. —上海:复旦大学出版社:上海医科大学出版社,2001.9

(临床袖珍手册)

ISBN 7-5627-0646-8

I. 临... II. ①郭... ②洪... III. 临床医学-手册
IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 058451 号

责任编辑 魏 岚
责任校对 王汇珊

临床袖珍手册

临床医师值班手册

主编 郭航远 洪德飞

复旦大学出版社 出版发行
上海医科大学出版社

上海市国权路 579 号

邮政编码 200433

新华书店上海发行所经销

句容市排印厂印刷

开本 787×960 1/32 插页 5 印张 8 字数 190000

2001 年 9 月第 1 版 2001 年 9 月第 1 次印刷

印数 1—9000

ISBN 7-5627-0646-8/ R · 615

定价:15.00 元

敬告读者:奉上级指令,原上海医科大学出版社于 2001 年 2 月 12 日正式与复旦大学出版社合并,组建新的复旦大学出版社。特此告知。

前 言

《临床医师值班手册》参考国外先进的规范化值班制度,吸收国内外临床医学的最新研究成果,并结合我国医院的具体实际编写而成。出版本手册的目的是借鉴国外经验,从症状入手,制订一套适合我国值班医师的规范化工作程序,为临床工作服务。

《临床医师值班手册》力求为值班医师解决两大问题:

· **应该做什么? (What to do?)**

· **应该怎样做? (How to do?)**

参与本手册编写和校阅的医师大多数是工作在临床第一线的硕士生和博士生。本手册具有内容新颖、条理清晰、覆盖面广、实用性强等特点,是临床医师值得参考的重要工具书。本手册也适用于医学院校高年级的学生、实习生和研究生。

感谢浙江大学医学院李鲁书记和陈昭典教授、城市学院张新跃副院长及中国美院高法根副院长等老师 15 年来对我的关心和教导;感谢邵逸夫医院吴金民院长和何超书记等领导们的关心和支持;感谢所有老师的帮助和指导,特别是浙江大学医学院附属第一医院的陈君柱和朱建华主任、附属第二医院的单江和徐耕主任、附属邵逸夫医院的鲁端、王建安和何红主任;感谢美国罗马琳达大学医学院的 David Mc Fadden 博士。

感谢浙江大学医学院附属邵逸夫医院博士生导师、副院长姒健敏教授和蔡秀军教授审阅了本手册。

谨以此书献给我的母校、老师、同事和朋友!

郭航远

2001 年 5 月 20 日
于浙江大学医学院

目 录

一、值班医师的临床思维与诊治步骤	1
二、心肺复苏	6
三、血容量评估与处理	17
四、电解质、酸碱失衡	22
五、发热	30
六、呼吸困难	40
七、胸痛	50
八、腹痛	62
九、头痛	73
十、下肢疼痛	79
十一、消化道出血	85
十二、咯血	94
十三、腹泻	99
十四、少尿、无尿	105
十五、尿多、尿频、尿失禁	113
十六、水肿	117
十七、晕厥	121
十八、意识障碍	125
十九、抽搐	133
二十、快速性心律失常	137
二十一、缓慢性心律失常	147
二十二、高血压	151
二十三、低血压	159

二十四、高血糖和低血糖	164
二十五、皮疹	170
二十六、急性中毒	175
二十七、跌倒	181
二十八、行为失常	185
二十九、安眠药、泻药、止痛药应用指征	188
三十、各种导管可能引发的问题及处理	192
三十一、其他	195
附录 1 值班医师常用药物	205
附录 2 值班医师常用检查指标正常值	217
附录 3 值班医师常用计算公式	222
附录 4 英文缩写中英文对照	223
附录 5 常见心律失常的 EKG 表现	228
附录 6 值班医师常用操作技术	237

一、值班医师的临床思维与诊治步骤

处理临床突发事件是值班医师必须掌握的。在临床实践中,值班医师面临两大问题:**应该做什么(What to do)? 应该怎样做(How to do)?** 值班医师在作出诊断和制订治疗方案之前应有一套规范化的程序。

在急诊室处理危重患者或在病房面对临床突发事件,值班医师不可能用1~2 h去进行思考和决策,必须在5~10 min内完成病史询问、体格检查和应急处理。所以,值班医师应懂得**临床思维策略和诊治“艺术”**,掌握系统化的诊治步骤。

值班医师诊治步骤包括:

(1) 电话询问:

值班医师必须通过电话了解突发事件的严重性,并对患者情况有一初步印象;在紧急情况下布置立即执行的口头医嘱;明确医师到达前护士的责任。

(2) 途中思考:

从接到传呼到床边诊治可能需要5~10 min,值班医师可利用这段时间进行思考。思考的重点是鉴别诊断,尤其是常见病和可能危及生命的疾病。

(3) 可危及生命事件的确定:

可危及生命的事件包含在鉴别诊断之中,但从众多的鉴别诊断中选择1~2种最有可能危及生命的事件比单纯罗列鉴别诊断更加重要。这个思考过程可确保在诊治之初就考虑到许多严重危及生命的事件,及时挽救患者生命。

(4) 床边诊治:

快速观察病情,将患者分成**稳定型、不稳定型和濒死型**3类;维持气道通畅;保持生命体征稳定;选择性了解病史、体检和化验结果;应急处理。

值班医师在接班时应了解危重或潜在危重患者的简单病情;在处理突发事件时应选择性翻阅病历;在处理结束后详细记录整个诊治过程,包括**时间、主要病史、入院诊断、突发事件的描述、阳性体征、异常化验结果、可能诊断和治疗计划**等。值班医师应将上级医师的建议和与患者家属谈话内容记录在病历中。

附 1 需外科急诊介入的疾病

- 心脏或大血管破裂出血;
- 心包填塞;
- 气管或支气管断裂;
- 肺广泛裂伤;
- 大面积心肌梗死(心梗)需行搭桥术者;
- 胸腹联合伤;
- 泌尿系统严重外伤;
- 开放性骨折;
- 颅脑外伤;
- 骨筋膜室综合征;
- 脑血管意外或脑肿瘤所致的颅内高压;
- 完全性机械性肠梗阻;
- 肠坏死;
- 嵌顿疝;
- 幽门梗阻;
- 胆囊结石嵌顿;
- 化脓性胆管炎;

- 肝或脾破裂；
- 严重腹部创伤；
- 急性阑尾炎；
- 胃肠穿孔；
- 异位妊娠(宫外孕)；
- 大网膜扭转坏死；
- 卵巢肿瘤扭转；
- 颈部急性蜂窝织炎；
- 颈部血肿进行性增大等。

附 2 常见潜在并发症

(1) 心血管系统：

- 心功能不全；
- 心律失常；
- 心绞痛；
- 心肌梗死；
- 心源性休克；
- 肺水肿；
- 肺栓塞；
- 深静脉血栓形成；
- 弥散性血管内凝血(DIC)。

(2) 呼吸系统：

- 低氧血症；
- 氧中毒；
- 肺不张；
- 喉头水肿；
- 气胸；
- 呼吸衰竭；
- 肺性脑病。

(3) 消化系统:

- 消化道出血;
- 消化道穿孔;
- 肝功能衰竭;
- 肝性脑病;
- 肝肾综合征;
- 高胆红素血症;
- 胆囊穿孔。

(4) 神经系统:

- 颅内高压症;
- 脑血管意外;
- 惊厥。

(5) 泌尿系统:

- 肾功能不全或尿毒症;
- 尿潴留;
- 肾性高血压。

(6) 生殖系统:

- 产前出血;
- 早产;
- 妊娠高血压综合征;
- 胎儿窘迫;
- 产后出血。

(7) 肌肉骨骼系统:

- 病理性骨折;
- 骨质疏松症;
- 关节脱位;
- 废用综合征。

(8) 血液系统:

- 血小板减少(出血);
- 粒细胞减少(感染);

- 溶血。

(9) 免疫系统:

- 败血症;
- AIDS;
- 机会性感染;
- 过敏反应。

(10) 内分泌或代谢:

- 甲状腺功能亢进危象;
- 甲状旁腺功能亢进危象;
- 低血糖昏迷;
- 电解质紊乱;
- 糖尿病酮症酸中毒;
- 高渗性昏迷;
- 负氮平衡;
- 酸中毒(代谢性或呼吸性);
- 碱中毒(代谢性或呼吸性)。

(11) 药物治疗的不良反应:

- 抗凝治疗;
- 肾上腺皮质激素治疗;
- 抗肿瘤治疗(放疗或化疗);
- 抗惊厥治疗;
- 抗焦虑或抗抑郁治疗;
- 抗神经症治疗;
- 抗心律失常治疗;
- 抗高血压治疗;
- β 受体阻滞剂治疗;
- 钙拮抗剂治疗。

二、心肺复苏

1. 心脏猝死的定义

WHO 规定为疾病或损害在 24 h 内导致的死亡。心脏猝死的原因和分类标准为：

(1) **心律失常性猝死**(意识突然丧失和脉搏消失,而无循环衰竭的基础疾病)：

- 猝死前无循环损害；
- 猝死前有慢性充血性心力衰竭(心衰)代偿期；
- 猝死前有慢性充血性心衰失代偿期。

(2) **心泵衰竭性猝死**(脉搏消失前有渐进性循环衰竭和虚脱)：

- 原发于周围循环衰竭(出血、外伤、心梗)；
- 原发于心肌衰竭。

2. 心脏猝死的处理原则

• 猝死的判断：如为心跳骤停，立即行心肺复苏(CPR)；通过各种途径寻求帮助。

• 抢救小组和设备及时到位：将患者安置在硬板上；经口途径建立通畅气道；利用面罩和简易呼吸器给予 100% 氧吸入；继续予以胸外按压。

• 抢救小组负责人职责：评价患者情况；指导和监督抢救成员的工作；及时处理各种紧急情况；询问有关病史及相关

资料。

- 及时识别心律失常:监测和记录心电图,不干扰和中断 CPR 操作;做好除颤准备工作。

- 掌握适应证,及时除颤:正确掌握除颤电能量;建立外周(肘前静脉)或(和)中心(颈内、锁骨下静脉)静脉通路;正确合理应用药物,注意药物的适应证、剂量及给药途径。

- 气道插管:准备吸引器;气管插管时注意中断 CPR 时间应 <30 s;听诊两肺呼吸音,以检查插管位置是否合适;机械通气,加压给氧。

- 在 CPR 过程中不断评价患者对治疗的反应:大动脉搏动情况;自主心搏和自主呼吸;机械通气的效果;自主心律恢复后的血压变化;若患者对各种抢救措施无反应时,决定何时中止 CPR。

- 以下情况可考虑停止心肺复苏:

- 经气管插管和给氧,给药治疗后仍然为心室停顿或濒死心律者;

- 找不出可以进行治疗的原发原因者;

- 心肺复苏已进行达 1 h 而心和脑死亡证据仍然存在者;

- 确知在开始 CPR 之前心脏和呼吸停止已经超过 15 min 以上者;

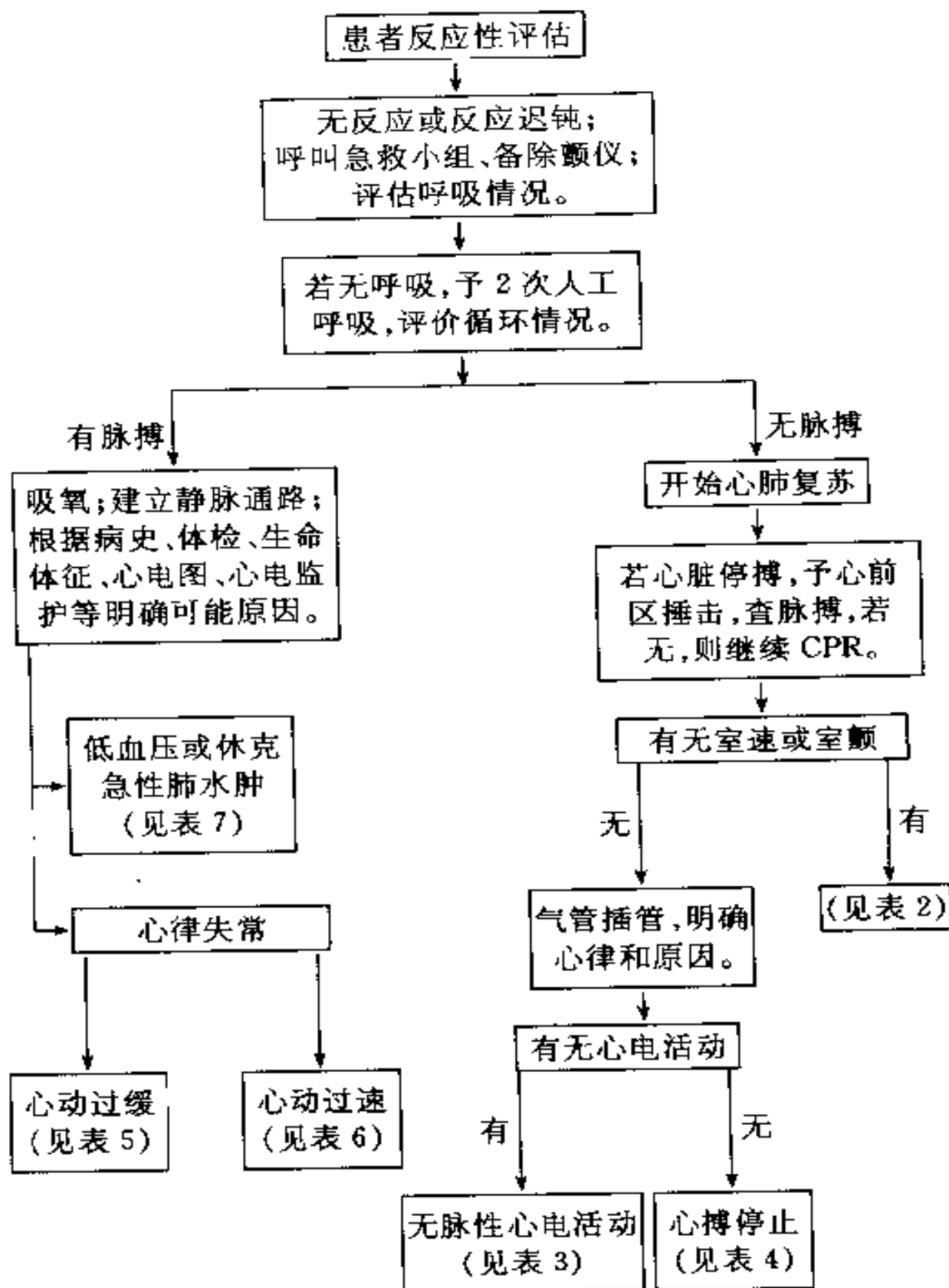
- 但某些特殊情况,如低温、电击、药物中毒等导致的心肺骤停,应郑重考虑,区别对待。

- 准确记录复苏全过程:采集动、静脉血标本,包括血气分析等,根据化验结果及时调整治疗方案。

- 维护抢救现场秩序,遣散与抢救工作无关的人员。

心脏急救程序见表 1。

表 1 心脏急救程序



注：室速：室性心动过速；
室颤：心室颤动。

表 2 室颤和无脉性室速的急救程序

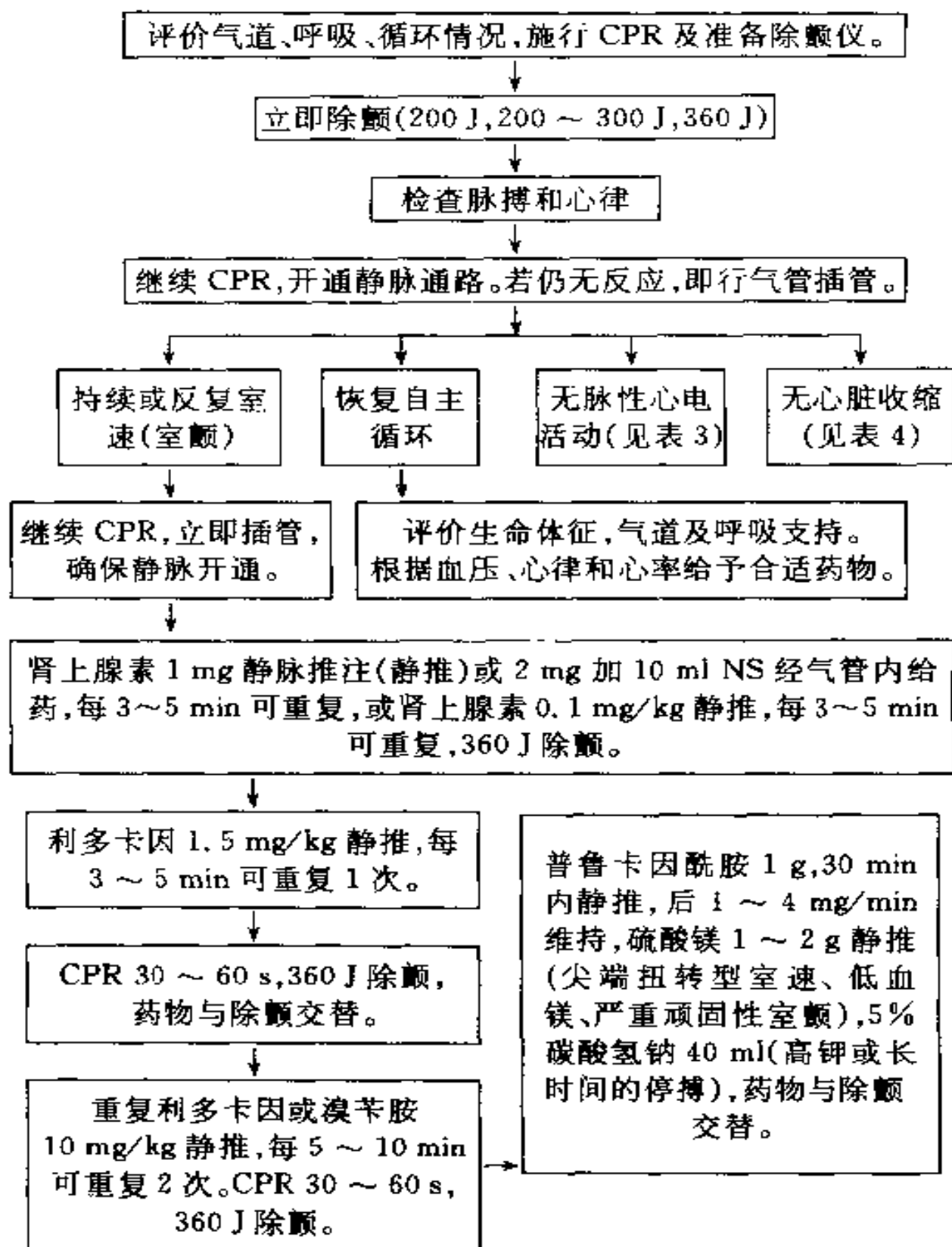


表 3 无脉性心电活动的急救程序

立即 CPR, 开通静脉通路, 气管插管, 评价脉搏,
必要时多普勒超声检查。

考虑可能原因并予适当处理:

- 低氧血症(机械通气);
- 低血容量(补充血容量);
- 心包填塞(心包穿刺);
- 张力性气胸(针刺减压);
- 肺栓塞(溶栓, 取栓);
- 药物过量, 包括三环类、地高辛、 β 受体阻滞剂或钙离子拮抗剂等;
- 高钾或低钾血症;
- 酸中毒(碳酸氢钠);
- 低温(积极复温)。

肾上腺素 1.0 mg 静推或 0.1 mg/kg 静推,
每 3 ~ 5 min 重复, 继续 CPR。

若窦缓, 予阿托品 1 mg 静推, 每 3 ~ 5 min
静推, 最大剂量为 0.04 mg/kg。
考虑 5% 碳酸氢钠 40 ml
(高钾血症或其他适应证)。

注: 无脉性心电活动包括心电-机械分离、自主性室性心律和室性逸搏心律等; 窦缓: 窦性心动过缓。

表 4 心搏停止的急救程序

